

NIVEL SUPERIOR



Quem Somos

A Domina Concursos, especialista no desenvolvimento e comercialização de apostilas digitais e impressas para Concurso Públicos, tem como foco tornar simples e eficaz a forma de estudo. Com visão de futuro, agilidade e dinamismo em inovações, se consolida com reconhecimento no segmento de desenvolvimento de materiais para concursos públicos. É uma empresa comprometida com o bem-estar do cliente. Atua com concursos públicos federais, estaduais e municipais. Em nossa trajetória, já comercializamos milhares de apostilas, sendo digitais e impressas. E esse número continua aumentando.

MISSÃO

Otimizar a forma de estudo, provendo apostilas de excelência, baseados nas informações de editais dos concursos públicos, para incorporar as melhores práticas, com soluções inovadoras, flexíveis e de simples utilização e entendimento.

VISÃO

Ser uma empresa de Classe Nacional em Desenvolvimento de Apostilas para Concursos Públicos, com paixão e garra em tudo que fazemos.

VALORES

- Respeito ao talento humano
- Foco no cliente
- Integridade no relacionamento
- Equipe comprometida
- Evolução tecnológica permanente
- Ambiente diferenciado
- Responsabilidade social



HABILITADA P/ IMPRESSÃO



PROIBIDO CÓPIA

Não é permitida a revenda, rateio, cópia total ou parcial sem autorização da Domina Concursos, seja ela cópia virtual ou impressa. Independente de manter os créditos ou não, não importando o meio pelo qual seja disponibilizado: link de download, Correios, etc...

Caso houver descumprimento, o autor do fato poderá ser indiciado conforme art. 184 do CP, serão buscadas as informações do responsável em nosso banco de dados e repassadas para as autoridades responsáveis.



Conhecimentos específicos

*"Camuflar um erro seu é
anular a busca pelo
conhecimento. Aprenda
com eles e faça novamente
de forma correta."*

Nara Nubia Alencar

Doenças Pulmonares

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, variável e reversível espontaneamente ou com tratamento. Durante a crise de asma, os brônquios se inflamam e reduzem a passagem de ar, causando os sintomas de tosse, falta de ar, chiado e aperto no peito.

Se pensarmos em uma pessoa sem a doença, ela sofrerá uma falta de ar quanto estiver exposta a irritações, como a fumaça de um incêndio, ou uma pneumonia. Diante desse quadro, o organismo da pessoa identifica os agentes irritantes e faz com que a musculatura que existe em volta do brônquio se contraia, diminuindo a passagem de ar. O mesmo processo acontece com um paciente que tem asma, só que os gatilhos para causar uma irritação nos brônquios são outros, como pó, poeira, mofo, perfumes, odores fortes.

Asma é uma das condições crônicas mais comuns, acometendo cerca de 235 milhões de pessoas no mundo todo, segundo a Organização Mundial de Saúde. Estima-se que, no Brasil, cerca de 3 a 5 % da população sofra com o problema.

Tipos

Para classificar a gravidade da sua asma, o seu médico considera a análise clínica juntamente com os resultados de seus exames. Determinar o quão grave é sua asma auxilia o médico a escolher o melhor tratamento. Além disso, a gravidade da asma pode alterar com o passar do tempo, necessitando um reajuste da medicação.

Atualmente classificamos a asma tanto pelo seu controle quanto pela gravidade. Consideramos sempre o último mês, tendo a asma como “controlada” quando os sintomas estão ausentes e a pessoa leva uma vida normal, como se nem tivesse a doença. Na asma “parcialmente controlada” os sintomas estão presentes, mas não tão frequentes. Por fim, a asma é “não controlada” quando os sintomas aparecem frequentemente.

- Controlada: não existe limitação às atividades, nem sintomas diurnos e noturnos, nem uso de medicação de alívio (bombinhas para crise)
- Parcialmente controlada: 1 a 2 vezes no último mês houve limitação às atividades, sintomas diurnos, noturnos e/ou uso de medicação de alívio (bombinhas para crise)
- Não controlada: 3 ou mais vezes no último mês houve limitação às atividades, sintomas diurnos, noturnos e/ou uso de medicação de alívio (bombinhas para crise)

Também classificamos a asma quanto a sua gravidade. Existe a asma de difícil controle, quando é difícil atingir o controle dos sintomas mesmo com doses adequadas de medicação. E dentro desse grupo temos a Asma Grave, quando os sintomas persistem apesar do uso de altas doses de medicações de forma adequada e regular, trata-se da minoria dos casos.

Causas

Ninguém sabe exatamente o que provoca asma, uma vez que cada pessoa apresenta uma sensibilidade a gatilhos diferentes. Dessa forma, é importante entender o que causa seus ataques de asma e tentar reduzir a exposição a esses agentes ou buscar tratamentos mais adequados. Aqui estão os gatilhos mais comuns da asma:

Substâncias E Agentes Alérgenos

Cerca de 80% das pessoas com asma sofrem crises quando expostas a alguma substância transportada pelo ar, como ácaros e poeira, poluição, pólen, mofo, pelos de animais, fumaça de cigarro e partículas de insetos. Substâncias químicas como tinta, desinfetantes e produtos de limpeza também podem desencadear uma crise.

Quando aspirados, esses agentes irritam os brônquios, levando a uma crise. Infecções virais, como o resfriado comum ou a gripe, também constituem causa importante para o desencadeamento de uma crise de asma.

Alimentação

Alergias alimentares podem causar crises de asma. Os alimentos mais comuns associados com sintomas alérgicos são:

- Ovos
- Leite de vaca
- Amendoins
- Soja
- Trigo
- Peixe
- Camarão e outros crustáceos
- Saladas e frutas frescas.

Alguns conservantes e aditivos acrescentados dos alimentos industrializados também podem desencadear uma crise de asma.



Asma Induzida Por Exercício

É um tipo de asma desencadeado por exercício ou esforço físico. Muitas pessoas com asma experimentam algum grau de sintomas ao praticar atividade física.

No entanto, existem muitas pessoas sem asma diagnosticada que desenvolvem sintomas apenas durante o exercício. Inclusive, alguns atletas podem apresentar essa manifestação da doença. Vários atletas olímpicos são portadores de asma.

Com asma induzida por exercício, o estreitamento das vias aéreas tem um pico de cinco a vinte minutos após o exercício começar, o que dificulta a retomada do fôlego.

Seu médico pode lhe dizer se você precisa usar um broncodilatador antes do exercício para evitar os sintomas incômodos. Quem apresenta essa forma de asma deve, principalmente, evitar que a crise apareça, tomando a medicação prescrita antes da atividade física.

Asma Ocupacional

A asma ocupacional é um tipo de asma que resulta de gatilhos presentes no local de trabalho. É muito comum em pessoas que trabalham em usinas ou expostas a agentes químicos, tinturas, agrotóxicos, etc. Com este tipo de asma, você pode ter dificuldade em respirar e sofrer outros sintomas de asma apenas nos dias em que você está no trabalho.

Muitas pessoas com este tipo de asma sofrem com sintomas de rinite alérgica ou alergia de pele, como nariz escorrendo, congestão, irritação nos olhos ou tosse, mais o chiado no peito e tosse típicos da

doença. Alguns trabalhos comuns associados com a asma ocupacional incluem criadores de animais e veterinários, agricultores, cabeleireiros, enfermeiros, pintores e marceneiros.

Asma Noturna

Asma noturna não é um tipo diferente de asma, são os sintomas se manifestando durante a noite.. Se você tem asma, as chances de sofrer uma crise são mais elevadas durante o sono, porque a asma pode ser influenciada pelo ritmo circadiano (ciclo biológico que regula as funções do nosso corpo, geralmente de acordo com a luz do sol). Acredita-se que a asma noturna acontece devido ao aumento da exposição aos alérgenos, ao resfriamento das vias aéreas, a posição reclinada favorecendo refluxo gastroesofágico, ou associada ao ronco e apneia do sono.

Se você tem asma, observe se seus sintomas pioram quando a noite avança. Caso isso aconteça, procure um médico para descobrir as causas das suas crises de asma e buscar o tratamento mais adequado.

Mudanças De Temperatura

O choque de temperaturas é uma mudança bastante agressiva para quem tem as vias respiratórias mais sensíveis. Além das crises de asma, é comum haver piora de rinite ou tosse. A mudança do calor para o frio pode desencadear uma resposta na mucosa brônquica que, por meio de estímulos nos receptores nervosos de temperatura, podendo desencadear uma crise.

Medicamentos

Medicamentos anti-inflamatórios não hormonais - como o ácido acetilsalicílico, o diclofenaco e o ibuprofeno - podem desencadear crises de asma. Isso acontece porque esses remédios inibem uma via de inflamação, mas sobrecarregam outra, que tem forte relação com a crise asmática em quem sofre da doença.

Condições de saúde que podem imitar asma

Uma variedade de doenças pode causar alguns dos mesmos sintomas da asma. Por exemplo, a asma cardíaca é uma espécie de falha do coração em que os sintomas podem imitar alguns dos presentes na asma regular. Algumas anomalias nas cordas vocais podem provocar um chiado no peito que é muitas vezes confundido com a asma. Alterações na deglutição (ato de engolir), ronco e apneia do sono, tumores pulmonares, embolia pulmonar são doenças importantes investigadas pelo médico.

Sintomas de Asma

A maioria das pessoas com asma fica longos períodos sem sintomas, intervalados com as crises quando expostos a algum agente. No entanto, algumas pessoas têm a deficiência respiratória quase que cronicamente, com alguns episódios mais graves em determinados períodos. Os ataques de asma podem durar minutos a dias e podem se tornar perigosos se o fluxo de ar estiver muito restrito. Os principais sintomas são tosse, chiado, falta de ar e aperto no peito. Os sintomas variam de uma pessoa para outra.

Os sintomas incluem:

- Tosse com ou sem produção de escarro (muco)
- Repuxar a pele entre as costelas durante a respiração (retrações intercostais)
- Deficiência respiratória que piora com exercício ou atividade.

Respiração ofegante que:

- Vem em episódios com períodos intercalados sem sintomas
- Pode ser pior à noite ou no início da manhã
- Pode desaparecer por si mesma

- Melhora quando se usa medicamentos que abrem as vias respiratórias (broncodilatadores)
- Piora quando se inspira ar frio
- Piora com exercício
- Piora com azia (refluxo).

Situações de emergência:

- Lábios e rosto de cor azulada
- Nível diminuído de agilidade, como sonolência grave ou confusão, durante um ataque de asma
- Extrema dificuldade de respirar
- Pulsação rápida
- Ansiedade grave devido à deficiência respiratória
- Sudorese
- Chiado audível, parece com miado de gato.

Outros sintomas que podem ocorrer com essa doença:

- Padrão de respiração anormal
- Respiração para temporariamente
- Dor no peito
- Aperto no tórax.

Tratamento de Asma

Prevenção e controle são a chave para impedir que os ataques de asma comecem. As medicações de uso contínuo servem para minimizar a sensibilidade e a inflamação as quais os brônquios da pessoa asmática estão sujeitos, fazendo com que os pulmões reajam com menos intensidade aos agentes irritantes, como poeira e ácaros.

Pessoas que não realizam o tratamento contínuo adequadamente acabam deixando cicatrizes em seus brônquios, que podem tornar o quadro irreversível. Nessas situações, mesmo com altas doses de medicamentos não é possível o controle da asma, resultado do não uso da medicação durante anos. Diferente dos broncodilatadores, que apenas revertem o quadro de contração do brônquio, os medicamentos contínuos corticosteróides funcionam para evitar que essas reações aconteçam. Veja as linhas de tratamento para a asma:

Medicamentos contínuos

Os medicamentos da asma perfeitos para o seu perfil dependem de uma série de coisas, incluindo sua idade, seus sintomas, seus gatilhos de asma e o que parece funcionar melhor para manter a sua doença sob controle. Os medicamentos preventivos de controle em longo prazo reduzem a inflamação nas vias aéreas, impedindo que os sintomas se iniciem. Os medicamentos contínuos, geralmente tomados diariamente, são a base do tratamento da asma. Eles incluem:

- **Corticosteroides inalados:** essa classe de medicamentos inclui fluticasona, budesonida, mometasona, ciclesonida, flunisolide, beclometasona e outros. Você pode precisar usar esses medicamentos durante vários dias ou semanas antes que eles atinjam o seu máximo benefício. Ao contrário de corticosteroides orais, esses medicamentos têm um risco relativamente baixo de efeitos colaterais e são geralmente seguros para uso contínuo, uma vez que agem diretamente nos pulmões, em vez de passarem primeiro pela corrente sanguínea. As inalações são feitas com inaladores portáteis, por meio de

sprays ou em forma de pó – esse último inalado por meio de um instrumento próprio. O tempo de ação pode ser de quatro, 12 ou 24 horas, e o espaço entre as inalações varia conforme esse intervalo. Mais de 95% dos casos de asma podem ser controlados com o uso de corticoides

- **Modificadores de leucotrienos:** são medicamentos orais, incluindo o montelucaste, zafirlucast e zileuton. Eles podem ser encontrados em forma de comprimidos, xaropes ou sachês. Eles interferem no processo inflamatório dos pulmões, e raramente são usados de forma isolada, sendo associado ao uso de corticoides. As doses e intervalos de utilização variam conforme o caso e a associação de medicamentos que está sendo feita
- **Beta-agonistas de longa duração:** são medicamentos inaláveis, e incluem salmeterol e formoterol. Sua função é abrir as vias aéreas – ou seja, é um broncodilatador. Normalmente são usados em associação com corticosteroides – chamados assim de inaladores de combinação. Esses medicamentos não devem ser usados durante um ataque de asma
- **Teofilina:** a teofilina funciona principalmente como broncodilatador, mas possui efeito anti-inflamatório, sendo também associada aos corticoides. O medicamento deve ser ministrado a cada 12 horas, e as doses também variam conforme o paciente.

Broncodilatadores

É importante ressaltar que os broncodilatadores servem para aliviar uma crise de asma. Durante uma crise de asma, você tem o fechamento dos brônquios, impedindo a entrada de ar nos pulmões. Os broncodilatadores servem justamente para relaxar essa musculatura dos brônquios, permitindo que o ar entre nos pulmões novamente. Essas medicações têm início de ação rápido, gerando um alívio imediato do paciente. Há broncodilatadores de curta duração (de quatro a seis horas de ação) e de longa duração (de 12 a 24 horas de ação), mas nenhum desses é um tratamento preventivo, devendo ser associado aos corticoides inalados.

Os broncodilatadores são usados conforme necessário para alívio rápido dos sintomas durante um ataque de asma. Se você tem asma associada ao exercício, pode ser que o médico indique usar o broncodilatador logo antes de uma série. Os broncodilatadores são ministrados com um inalador portátil ou um nebulizador, para que possam ser inalados por meio de uma máscara ou um bocal.

Se você usa o broncodilatador várias vezes ao dia, é um sinal de que a sua asma está descontrolada e precisa de outras medicações. O maior risco de uma pessoa ter várias crises e usa apenas o broncodilatador é mascarar uma crise mais grave. Isso pode fazer com que você subestime a intensidade do quadro, ignorando sua gravidade e vindo a sofrer consequências alarmantes, como uma asfixia, pois o broncodilatador somente pode não dar conta da crise. Pessoas que usam ou usaram o broncodilatador mais do que três ou quatro vezes em um único dia devem procurar um pronto socorro ou ligar para seu médico, a fim de buscar formas de tratamento da doença como um todo, não apenas da crise.

Doença Pulmonar Crônica

A DPOC é uma doença crônica intimamente ligada ao tabagismo, que pode se agravar sem o tratamento adequado, comprometendo significativamente a qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a DPOC será a terceira principal causa de morte em 2020.

É comum as pessoas acharem que a DPOC é uma doença de pessoas idosas e, por isso, não se preocuparem com ela. Na verdade, a doença atinge principalmente pessoas com mais de 40 anos, podendo inclusive ser identificada em pessoas mais jovens.

Os pacientes com DPOC grave têm falta de ar com a maioria das atividades e são internados no hospital com muita frequência. Entre as possíveis complicações da doença estão o desenvolvimento de arritmias, necessidade de máquina de respiração e oxigenoterapia, insuficiência cardíaca no lado direito ou cor pulmonale (inchaço do coração ou insuficiência cardíaca devido à doença pulmonar crônica), pneumonia, pneumotórax, perda de peso ou desnutrição grave e osteoporose.

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) refere-se a um grupo de doenças pulmonares que bloqueiam o fluxo de ar, tornando a respiração difícil. Só no Brasil, cerca de cinco milhões de pessoas sofrem com o problema. É uma doença lenta, que frequentemente se inicia com discreta falta de ar

associada a esforços como subir escadas, andar depressa ou praticar atividades esportivas. No entanto, com o passar do tempo, a falta de ar (dispneia) se torna mais intensa e surge depois de esforços cada vez menores. Nas fases mais avançadas, a falta de ar está presente mesmo com o doente em repouso e agrava-se muito diante das atividades mais corriqueiras.

Existem duas formas principais de DPOC. A maioria das pessoas com DPOC tem uma combinação dessas condições:

- Bronquite crônica, que envolve tosse prolongada com muco
- Enfisema, que envolve a destruição dos pulmões ao longo do tempo.

Causas

Quando você respira, entra ar nos seus pulmões através de dois grandes tubos, chamados brônquios. Dentro de seus pulmões, estes tubos criam diversas ramificações, como uma árvore, que terminam em aglomerados de pequenos sacos de ar (alvéolos). Os sacos de ar têm paredes muito finas cheias de pequenos vasos sanguíneos, chamados capilares. O oxigênio do ar que você inala passa para estes vasos sanguíneos e entra na corrente sanguínea. Ao mesmo tempo, o dióxido de carbono - um gás que é um produzido durante esse processo - é exalado.

Seus pulmões contam com a elasticidade natural dos brônquios e sacos aéreos para forçar o ar para fora do seu corpo - por isso seu peito infla na inspiração e desincha da expiração. A DPOC faz com que eles percam essa elasticidade, o que deixa um pouco de ar preso em seus pulmões quando você expira.

Obstrução Das Vias Aéreas

O enfisema, parte do quadro de DPOC, provoca a destruição das paredes frágeis e fibras elásticas dos alvéolos. Isso ocasiona um pequeno colapso das vias aéreas quando você expira, prejudicando o fluxo de ar para fora de seus pulmões. Já a bronquite crônica deixa os brônquios inflamados, e por isso eles passam a produzir mais muco. Isso pode bloquear as ramificações mais estreitas, causando a dificuldade na respiração. Além disso, seu organismo desenvolve a tosse crônica, na tentativa de limpar suas vias respiratórias.

Sintomas de DPOC

Durante as fases iniciais, o comprometimento da função pulmonar pode ser assintomático, dificultando seu diagnóstico. Os primeiros sintomas são tosse e catarro, mas as pessoas não procuram um médico nessa situação, pois acham que são consequências somente do cigarro (pigarro do fumante). Quando surge a falta de ar ou cansaço a doença pode estar em fase mais avançada.

A DPOC demora cerca de 20 anos para se instalar por completo no organismo. Exatamente por isso, quando os sintomas aparecem, as pessoas acreditam ser apenas sinais de envelhecimento. Por isso, é importante que fumantes e ex-fumantes fiquem atentos a qualquer sinal de falta de ar procurem um especialista logo que apresentarem os primeiros sintomas.

A recomendação da sociedade médica é que consultem um pneumologista para avaliação quando tiverem sintomas respiratórios. Mas há um teste da Iniciativa Global para a DPOC (GOLD) que pode ser realizado para rastrear a doença. Basta responder sim ou não às questões abaixo:

- Você tosse diariamente?
- Você tem catarro todos os dias?
- Você se cansa mais do que uma pessoa da sua idade?
- Você tem mais de 40 anos?
- Você é fumante ou ex-fumante?

Três respostas positivas indicam a necessidade de consultar um pneumologista para a realização de espirometria, exame utilizado como uma das etapas do diagnóstico da DPOC.

Outros sintomas de DPOC incluem:

- Falta de ar, especialmente durante as atividades físicas
- Chiado no peito
- Aperto no peito
- Ter que limpar a garganta logo no início da manhã, devido ao excesso de muco nos pulmões
- Tosse crônica que produz expectoração. O muco pode ser claro, branco, amarelo ou esverdeado
- Lábios ou camas de unha azulados (cianose)
- Infecções respiratórias frequentes
- Falta de energia
- Perda de peso não intencional (em fases mais avançadas).

Pessoas com DPOC também são propensas a experimentar episódios chamados de exacerbações, durante o qual os sintomas se tornam piores e persistem por dias. No período da manhã, por exemplo, o paciente com DPOC tem grande dificuldade, precisando de mais tempo que outras pessoas para começar o seu dia. Ações como trocar uma roupa, escovar dentes e andar de um cômodo para o outro viram um desafio diário.

Asma x DPOC

É comum as pessoas confundirem a falta de ar causada pela DPOC com sintomas de asma, mas as doenças são diferentes. A falta de ar típica da asma oscila, agravando-se nas crises. Já a falta de ar da DPOC piora com o passar do tempo e não retorna à situação de normalidade, sendo, assim, progressiva e diária. Além disso, ao contrário da DPOC, a asma não está diretamente ligada ao tabagismo. O hábito de fumar piora os sintomas da asma, mas há outras causas envolvidas com a doença. A DPOC, por sua vez, tem como principal causa o cigarro. Para que alguém desenvolva a DPOC, são necessários anos inalando fumaça, principalmente do cigarro. Já a asma é uma doença decorrente da hipersensibilidade a estímulos externos e com fundo genético.

Tratamento de DPOC

Um diagnóstico de DPOC não é o fim do mundo. Para todos os estágios da doença, o tratamento eficaz está disponível, que pode controlar os sintomas, reduzir o risco de complicações e exacerbações e melhorar a sua capacidade de levar uma vida ativa. Confira as principais modalidades de tratamento:

Cessar O Tabagismo

O passo mais importante em qualquer plano de tratamento para a DPOC é parar de fumar. É a única maneira de evitar que a DPOC se agrave. Mas parar de fumar não é fácil. E essa tarefa pode parecer particularmente difícil se você já tentou parar de fumar e não obteve sucesso. Converse com seu médico sobre os produtos de reposição de nicotina e medicamentos que podem ajudar, assim como a forma de lidar com as recaídas. Também é uma boa ideia para evitar exposição ao fumo passivo, sempre que possível.

Broncodilatadores

Esses medicamentos - que geralmente vêm em um inalador - relaxam os músculos em torno de suas vias aéreas. Isso pode ajudar a aliviar a tosse e falta de ar e facilitar a respiração. Há broncodilatadores de curta duração (de quatro a seis horas de ação) e de longa duração (de 12 a 24 horas de ação),

mas nenhum desses é um tratamento preventivo, devendo ser associado a outros medicamentos. Dependendo da gravidade da sua doença, você pode precisar de um broncodilatador de curta ação antes das atividades, um broncodilatador de longa duração que você usa todos os dias ou de ambos.

Os broncodilatadores podem ser ministrados por meio de nebulizadores, nebulímetros (sprays ou "bombinhas"), turbóhaler (um tipo de "bombinha" que se inala um pó seco), rotadisks (uma "bombinha" com formato de disco que se inala um pó seco).

Corticosteroides Inalados

Essa classe de medicamentos inclui fluticasona, budesonida, mometasona, ciclesonida, flunisolide, beclometasona e outros. As inalações são feitas com inaladores portáteis, por meio de sprays ou em forma de pó. O tempo de ação pode ser de quatro, 12 ou 24 horas, e o espaço entre as inalações varia conforme esse intervalo. Esses medicamentos são úteis para as pessoas com exacerbações frequentes da DPOC. Ao contrário dos corticosteroides orais, que passam primeiro pela corrente sanguínea para então atingir seu alvo, os corticosteroides inalados têm um risco relativamente baixo de efeitos colaterais e são geralmente seguros para uso contínuo. Você pode precisar usar esses medicamentos durante vários dias ou semanas antes que eles atinjam o seu máximo benefício.

Embolia Pulmonar

Embolia pulmonar é um bloqueio de uma ou mais artérias dos pulmões causada por gordura, ar, coágulo de sangue ou células cancerosas.

Causas

Uma embolia pulmonar é mais frequentemente causada pela presença um coágulo de sangue em uma artéria, que bloqueia a passagem de sangue. Esse coágulo é geralmente proveniente de veias perna (principalmente da região da coxa) ou da pélvis (área dos quadris). Esse tipo de coágulo é chamado também de trombose venosa profunda (TVP). O TVP se solta e se desloca para os pulmões.

Causas menos comuns incluem bolhas de ar, gotículas de gordura, líquido amniótico, parasitas ou células cancerosas.

Fatores de risco

Todas as pessoas podem ter uma embolia pulmonar, mas alguns fatores podem aumentar o risco de isso acontecer. Veja:

- Histórico familiar de trombose venosa profunda ou de embolia pulmonar
- Problemas cardíacos, como pressão alta, hipertensão e outras condições cardiovasculares
- Alguns tipos de câncer, especialmente pâncreas, ovários e no pulmão, além de algumas metástases. Mulheres com histórico de câncer de mama também podem desenvolver o problema
- Ficar muito tempo de repouso e deitado pode levar a uma embolia pulmonar também, como após uma cirurgia, um ataque cardíaco, uma fratura na perna ou qualquer outra doença grave que necessitasse de internação hospitalar
- Ficar muito tempo sentado também é um fator de risco, especialmente durante jornadas de trabalho e viagens de avião ou automóvel
- Fumo
- Obesidade
- Suplementos de estrogênio, comum em pílulas anticoncepcionais e na terapia de reposição hormonal
- Gravidez.

Ser submetido à cirurgia é uma das principais causas de coágulos sanguíneos, especialmente na implantação de próteses no quadril e no joelho. Durante a preparação dos ossos para as articulações artificiais, os restos de tecido podem entrar na corrente sanguínea e contribuem para causar um coágulo. Basta estar imóvel durante qualquer tipo de cirurgia e o risco de formação de coágulos aumenta consideravelmente. O risco cresce conforme o tempo em que você está sob anestesia geral. Por este motivo, a maioria das pessoas que se submete a cirurgia e possui algum tipo de predisposição para coagulação de sangue irá receber medicação antes e depois da cirurgia para evitar a formação de coágulos.

Sintomas De Embolia Pulmonar

Os sintomas de embolia pulmonar costumam variar, dependendo do número de bloqueios arteriais e quais partes do pulmão estão envolvidas. Os principais sintomas de embolia pulmonar são:

Dor sob o esterno ou em um lado deste, que pode:

- Ser aguda ou penetrante
- Ser descrita como uma sensação de queimação, dor, entorpecimento ou peso
- Piorar quando o indivíduo respira fundo, tosse, come ou se curva
- Fazer com que o paciente se curve ou segure o próprio peito em reação à dor.

Além disso, o paciente pode apresentar:

- Tosse repentina, expectorar sangue ou escarro sangrento
- Respiração rápida
- Frequência cardíaca alta
- Deficiência respiratória iniciada repentinamente.

Outros sintomas da embolia pulmonar que podem ocorrer:

- Ansiedade
- Coloração azulada da pele (cianose)
- Pele fria e úmida
- Tontura
- Dor na perna, vermelhidão e inchaço
- Tontura ou desmaio
- Baixa pressão sanguínea
- Sudorese
- Respiração ofegante.

Tratamento de Embolia pulmonar

O pronto-atendimento de embolia pulmonar é essencial para se evitar complicações. O tratamento pode ser feito via medicamentos, como anticoagulantes e trombolíticos, usados para dissolver coágulos sanguíneos.

Há, também, a opção de cirurgia para o caso de medicamentos não funcionarem. O paciente pode passar por procedimentos cirúrgicos em que há a remoção do coágulo de sangue ou, ainda, o uso de

um cateter que funciona como um filtro e impede a passagem do coágulo proveniente da perna para o pulmão.

Pneumonia

Pneumonia é uma infecção que se instala nos pulmões, podendo acometer a região dos alvéolos pulmonares. Alguns sintomas da doença são: febre alta (acima de 37,5° C), tosse seca ou com catarro de cor amarelada ou esverdeada, falta de ar e dificuldade de respirar.

Basicamente, pneumonias são provocadas pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas) no espaço alveolar, onde ocorre a troca gasosa. Esse local deve estar sempre muito limpo, livre de substâncias que possam impedir o contato do ar com o sangue.

Diferentes do vírus da gripe, que é uma doença altamente infectante, os agentes infecciosos da pneumonia não costumam ser transmitidos facilmente.

Tipos

Existem diversos tipos de pneumonia. Entre eles estão:

Pneumonia viral

Pneumonia viral é uma infecção que se instala nos pulmões causada por um vírus. Pode acometer a região dos alvéolos pulmonares onde desembocam as ramificações terminais dos brônquios e, às vezes, os interstícios (espaço entre um alvéolo e outro). (4)

Basicamente, pneumonias virais são provocadas pela penetração de um vírus no espaço alveolar, onde ocorre a troca gasosa. Esse local deve estar sempre muito limpo, livre de substâncias que possam impedir o contato do ar com o sangue.

Diferentes do vírus da gripe, que é uma doença altamente infectante, os agentes infecciosos da pneumonia não costumam ser transmitidos facilmente.

Pneumonia Bacteriana

A pneumonia bacteriana é a mais comum, adquirida na comunidade, pela população geral. Algumas bactérias estão presentes em nosso nariz, boca, garganta, pele e sistema digestivo, podendo causar a pneumonia quando nossa imunidade cai.

Pneumonia Química

Diferente das pneumonias mais conhecidas, a pneumonia química, melhor chamada de pneumonite química, não é causada por vírus ou bactérias, mas sim pela inalação de substâncias agressivas ao pulmão, como a fumaça, agrotóxicos ou outros produtos químicos. Quando aspiradas, essas substâncias vão para os pulmões e inflamam a via aérea os alvéolos - estruturas que fazem o transporte do oxigênio para o sangue. Essa inflamação pulmonar facilita o aparecimento de bactérias, podendo evoluir para uma pneumonia bacteriana.

Pneumonia Por Fungos

A pneumonia causada por fungos é o tipo mais rara e também o mais agressivo. É comum ver esse tipo de pneumonia em pessoas com doenças crônicas e imunodeprimidas, como pacientes soropositivos ou paciente oncológicos.

Causas

Quais são as causas da pneumonia?

Muitos germes podem causar pneumonia, as mais comuns são bactérias e vírus presentes no ar que respiramos. O corpo geralmente evita que esses germes infectem seus pulmões, porém às vezes esses germes podem dominar seu sistema imunológico, mesmo que sua saúde seja geralmente boa.

A pneumonia é classificada de acordo com os tipos de germes que a causam e onde você obteve a infecção.

Pneumonia adquirida na comunidade

A pneumonia adquirida na comunidade é o tipo mais comum de pneumonia. Ela ocorre fora dos hospitais ou outros estabelecimentos de saúde. Pode ser causada por:

- **Bactérias:** A causa mais comum de pneumonia bacteriana é *streptococcus pneumoniae*. Este tipo de pneumonia pode ocorrer por conta própria ou depois de ter resfriado ou gripe. Pode afetar uma parte do pulmão, sendo assim chamada pneumonia lobar
- **Organismos semelhantes a bactérias:** *Mycoplasma pneumoniae*, também pode causar pneumonia. Geralmente, produz sintomas mais leves do que outros tipos de pneumonia. A pneumonia ambulante é um nome informal dado a este tipo de pneumonia, que tipicamente não é suficientemente grave para requerer descanso em cama
- **Fungos:** Este tipo de pneumonia é mais comum em pessoas com problemas de saúde crônicos ou sistema imunológico enfraquecido e em pessoas que inalaram grandes doses dos organismos. Os fungos que o causam podem ser encontrados em excrementos de solo ou pássaros e variam dependendo da localização geográfica
- **Vírus:** Alguns dos vírus que causam resfriados e gripe podem causar pneumonia. A pneumonia viral geralmente é leve. Mas, em alguns casos, pode tornar-se muito grave.

Pneumonia Adquirida No Hospital

Algumas pessoas pegam pneumonia durante uma internação hospitalar para outra doença. A pneumonia adquirida no hospital pode ser séria porque as bactérias que a causam podem ser mais resistentes aos antibióticos e porque as pessoas que a conseguem já estão doentes. As pessoas que estão em máquinas de respiração (ventiladores), muitas vezes usadas em unidades de terapia intensiva, estão em maior risco de este tipo de pneumonia.

Pneumonia Por Aspiração

A pneumonia de aspiração ocorre quando você inala comida, bebida, vômito ou saliva nos pulmões. A aspiração é mais provável se algo perturbe seu reflexo normal de mordida, como uma lesão cerebral ou problema de deglutição, ou uso excessivo de álcool ou drogas.

Abscessos Pulmonares

Abscesso pulmonar é uma cavidade que contém pus em seu interior, originada por uma necrose do tecido pulmonar, devido à uma infecção microbiana.

Geralmente, o abscesso se forma entre 1 a 2 semanas após a contaminação pelo microorganismo que, na maioria das vezes, acontece devido a uma complicação de uma pneumonia provocada aspiração do conteúdo da boca ou do estômago, pois contém bactérias mais propensas a desenvolver este tipo de lesão. Entenda como surge a pneumonia aspirativa.

O diagnóstico é feito pelo médico através da avaliação do quadro clínico, radiografia pulmonar e exames de sangue. Em seguida, é fundamental iniciar o tratamento com antibióticos que ajudam a combater os micro-organismos causadores, em associação com suporte nutricional e fisioterapia. Em casos mais graves, pode ser necessária a drenagem pulmonar.

Causa

O abscesso pulmonar é provocado quando micro-organismos, geralmente bactérias, se instalam no pulmão e provocam necrose do seu tecido. A penetração dos micro-organismos pode acontecer através dos seguintes mecanismos:

- **Aspiração de material infeccioso (causa mais frequente):** mais comum em casos de alcoolismo, uso de drogas, coma ou anestesia, em que a perda da consciência facilita a aspiração de conteúdos da

boca ou estômago, assim como em casos de sinusite, infecções na gengiva, cáries dentárias ou mesmo quando não se consegue ter uma tosse eficaz;

- Infecção pulmonar;
- Câncer;
- Penetrações traumáticas diretas nos pulmões;
- Disseminação de infecções de um órgão vizinho;
- Embolia ou infarto pulmonar.

Quando o abscesso pulmonar surge pela infecção direta do pulmão, ele é caracterizado como **primário**. Já nos casos em que surge devido a complicações de alterações pulmonares, como a disseminação de uma infecção de outros órgãos ou uma embolia pulmonar, ele é chamado de **secundário**.

Alguns dos micro-organismos mais frequentes como causa do abscesso pulmonar são *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* ou *Streptococcus pyogenes*, ou bactérias anaeróbias, como *Peptostreptococcus*, *Prevotella* ou *Bacteroides* sp, por exemplo. O abscesso por fungos ou micobactérias são mais raros e surgem mais frequentemente em pessoas com a imunidade muito debilitada.

Tratamento

O tratamento para o abscesso pulmonar é feito com uso de antibióticos como Clindamicina, Moxifloxacino ou Ampicilina/Sulbactam, por exemplo, durante, em média, 4 a 6 semanas, a depender do micro-organismo causador e das condições clínicas do paciente.

Durante a fase aguda também são indicados suporte nutricional e fisioterapia respiratória. Se o tratamento inicial não for eficaz, deve-se realizar uma cirurgia para drenar o abscesso, e em último caso, retirar a parte do pulmão necrosado.

Fisioterapia para abscesso pulmonar

A fisioterapia é importante para auxiliar a recuperação, e é feita através de:

- Drenagem Postural: após localização do abscesso pulmonar, posiciona-se o indivíduo na direção do brônquio-fonte para posterior eliminação das secreções através da tosse;
- Cinesioterapia respiratória: são orientados exercícios respiratórios visando aumentar a expansibilidade do tórax e normalizar os volumes pulmonares;
- Espirometria de incentivo: a pessoa é orientada a inspirar profundamente (puxar o ar para dentro dos pulmões) e mantê-lo por alguns segundos. Pode ser feita através de aparelhos como o Respiron;
- Aspiração de secreções se a pessoa não conseguir tossir.

Doença Pulmonar Intersticial

Doença pulmonar intersticial (também denominada doença parenquimatosa difusa) é um termo usado para descrever uma série de diferentes distúrbios que afetam o espaço intersticial. O espaço intersticial inclui as paredes dos sacos de ar dos pulmões (alvéolos) e os espaços em volta dos vasos sanguíneos e vias aéreas menores. As doenças pulmonares intersticiais resultam em acúmulo anormal de células inflamatórias no tecido pulmonar, causam falta de ar e tosse e tem aparência semelhante em exames de imagem, porém, não estão relacionadas de outra forma. Algumas dessas doenças são bastante incomuns.

Nas primeiras fases dessas doenças, glóbulos brancos, macrófagos e um líquido rico em proteínas se acumulam no espaço intersticial, causando inflamação. Se a inflamação persistir, o tecido pulmonar normal pode ser substituído por tecido cicatricial (fibrose). Os alvéolos são destruídos progressivamente

e substituídos por cistos de paredes espessas (denominados “favos de mel” por lembrarem células de colmeias de abelhas). O estado resultante dessas alterações é denominado fibrose pulmonar.

Embora as diversas doenças pulmonares intersticiais sejam distintas e tenham diferentes causas, elas têm algumas características semelhantes. Todas levam a uma redução da capacidade de transferir oxigênio para o sangue e também provocam rigidez e retração dos pulmões, o que dificulta a respiração e causa tosse. No entanto, ser capaz de eliminar dióxido de carbono do sangue em geral não é um problema.

Diagnóstico

- Radiografias e tomografia computadorizada do tórax
- Teste de função pulmonar
- Análise de gasometria arterial

Visto que as doenças pulmonares intersticiais causam sintomas similares aos de doenças mais comuns (por exemplo, pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica), elas podem não ser notadas inicialmente. Quando há suspeita de doença pulmonar intersticial, são feitos exames diagnósticos. Os exames variam de acordo com a doença de que se suspeita, mas tendem a ser semelhantes.

A maioria das pessoas fazem uma radiografia torácica, uma tomografia computadorizada (TC) do tórax, testes de função pulmonar, frequentemente, gasometria de sangue arterial. A TC é mais sensível do que a radiografia torácica e ajuda os médicos a estabelecerem um diagnóstico mais preciso. A TC é feita usando-se técnicas que maximizam a resolução (TC de alta resolução). Os testes de função pulmonar geralmente indicam que o volume de ar que os pulmões podem reter encontra-se abaixo do normal. Testes de gasometria arterial medem os níveis de oxigênio e dióxido de carbono no sangue arterial e determinam a acidez (pH) do sangue.

Para confirmar o diagnóstico, às vezes os médicos coletam uma pequena amostra de tecido pulmonar para exame microscópico (biópsia pulmonar) usando um procedimento chamado fibrobroncoscopia. A biópsia pulmonar realizada desse modo é chamada biópsia pulmonar transbrônquica. Muitas vezes, é necessária uma amostra maior de tecido, que deve ser removida cirurgicamente, às vezes com uso de um toracoscópio (um procedimento chamado biópsia pulmonar por videotoracoscopia).

Exames de sangue podem ser feitos. Eles normalmente não podem confirmar o diagnóstico, mas são realizados como parte da procura por outras doenças similares.

Hipertensão Pulmonar

A hipertensão pulmonar é uma condição em que a pressão arterial é anormalmente alta nas artérias dos pulmões. Esse problema, além disso, costuma sobrecarregar o lado direito do coração, podendo levar a complicações mais graves de saúde.

Causas

O lado direito do coração bombeia sangue por meio dos pulmões, local onde recebe oxigênio. Depois, o sangue retorna para o lado esquerdo do coração, onde é bombeado para todo o restante do corpo.

Quando as artérias do pulmão ficam muito estreitas, o transporte de sangue fica prejudicado, levando, assim, ao aumento da pressão arterial. Além disso, quando os vasos sanguíneos estão muito estreitos, o coração precisa trabalhar mais para forçar a passagem do sangue, o que acaba sobrecarregando-o. Fora tudo isso, o estreitamento das artérias ainda impede que o fluxo de sangue seja suficiente. Por isso, se a circulação não acontece normalmente, ou seja, se o sangue não chega aos pulmões em quantidade suficiente para receber oxigênio, a circulação do corpo inteiro fica prejudicada.

A hipertensão pulmonar pode ser causada por:

- Distúrbios autoimunes que prejudiquem os pulmões, como esclerodermia e artrite reumatoide
- Cardiopatia congênita

- Coágulos de sangue no pulmão (embolia pulmonar)
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Doença da válvula cardíaca
- Níveis baixos de oxigênio no sangue por um longo tempo (crônico)
- Doença pulmonar, como DPOC ou fibrose pulmonar
- Apneia obstrutiva do sono

Em muitos casos, a causa da hipertensão pulmonar é desconhecida.

Sintomas de Hipertensão pulmonar

Deficiência respiratória ou sensação de desfalecimento durante alguma atividade é, com frequência, o primeiro sintoma notado de hipertensão pulmonar. Frequência cardíaca acelerada (palpitações) pode estar presente também, principalmente após atividade física mais intensa. Ao longo do tempo, os sintomas ocorrem com atividade mais leve ou até mesmo durante períodos de repouso.

Outros sintomas incluem:

- Inchaço dos tornozelos e pernas
- Lábios ou pele azulada (cianose)
- Dor no peito, geralmente na frente do tórax
- Vertigem ou desmaios
- Cansaço
- Fraqueza

Pessoas com hipertensão pulmonar costumam ter sintomas recorrentes.

Diagnóstico de Hipertensão pulmonar

Um exame físico, geralmente, é feito pelo médico para determinar a causa dos sintomas. No entanto, apesar de ele ser bem esclarecedor, não é capaz sozinho de confirmar o diagnóstico. Mesmo porque os sintomas apresentados durante uma crise de hipertensão pulmonar são muito parecidos com os sinais de outras doenças, como asma e outros problemas relacionados ao pulmão. Por essa razão, alguns exames podem ser solicitados pelo médico, como:

- Exames de sangue
- Cateterização cardíaca
- Radiografia do tórax
- Tomografia computadorizada do tórax
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Testes de funcionamento dos pulmões
- Varredura do pulmão
- Arteriograma pulmonar

Doenças do Sistema Digestivo

Gastrite é a inflamação do epitélio do estômago, ou seja, da camada de tecido que recobre o mesmo. Essa mucosa age como um forro composto por um tecido resistente à acidez intensa, o que faz todo sentido uma vez que o material contido no estômago apresenta pH extremamente baixo.

A úlcera, como próprio nome diz, é uma ulceração (ou erosão) neste epitélio, como se fosse uma grande afta. A úlcera é dita gástrica quando acomete o estômago, e duodenal quando se faz presente no duodeno (primeira porção do intestino delgado).

Gastrite

A gastrite não é uma doença única, ela é, na verdade, o resultado final de diversos tipos de agressão ao estômago. Podemos citar como causas de gastrite:

- Uso prolongado de anti-inflamatórios ou aspirina.
- Infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*.
- Consumo excessivo de álcool.
- Refluxo de bile para o estômago
- Grandes estresses físicos, como traumas, queimaduras, cirurgias de grande porte, sepse, etc.
- Gastrite auto-imune.
- Insuficiência renal crônica.
- Quimioterapia ou radioterapia
- Parasitoses,
- Intoxicações alimentares
- Cigarro.

A gastrite se manifesta com sintomas como queimação, azia, dor na “boca do estômago”, náuseas, empanzinamento e eructações (arrotos).

Esses sintomas são enquadrados em um quadro chamado de dispepsia. É importante salientar que a intensidade dos sintomas não necessariamente se correlacionam com a gravidade da gastrite ou com a presença de uma úlcera. Podemos inclusive ter dispepsia e não apresentarmos na endoscopia nenhum sinal de gastrite, como se pode ter uma úlcera e quase não sentir incômodo.

Quando há sintomas, porém não há lesões visíveis no estômago/duodeno, isto é, não há gastrite, damos o nome de dispepsia funcional, que é quadro clínico de gastrite/úlcera sem que haja efetivamente essas lesões. A dispepsia funcional é a situação responsável pelo que é erradamente chamado de gastrite nervosa.

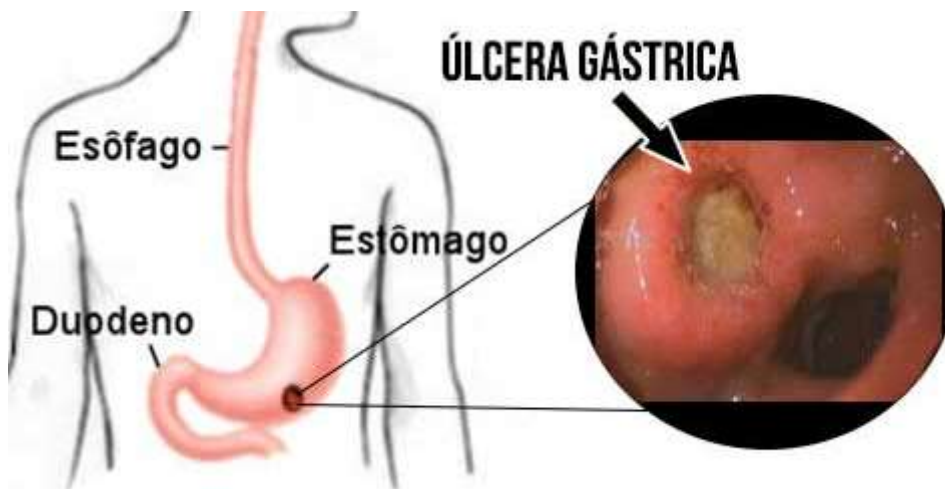
Não existe gastrite nervosa. Ao contrário do estresse físico, o estresse emocional sozinho não é uma causa de lesões no estômago ou duodeno. Situações de estresse podem desencadear sintomas de dispepsia, podem também atrasar a cicatrização de lesões existentes, mas individualmente nunca causarão gastrite ou úlcera.

A gastrite pode ser aguda, quando se desenvolve rapidamente, ou crônica, quando a inflamação se instala lentamente e persiste por vários meses. A primeira é normalmente causada por álcool, medicamentos e intoxicações alimentares. A segunda costuma ter como causa o *H.pylori*.

As gastrites se não tratadas podem evoluir com erosões da mucosa do estômago, levando a formação das úlceras.

Úlcera Péptica

As úlceras pépticas são aquelas causadas pela ação do suco gástrico na parede do duodeno, estômago ou esôfago. As 2 principais causas são abuso de anti-inflamatórios e infecção pelo *H.pylori*.



Os anti-inflamatórios mais novos chamados de inibidores da COX-2 são menos lesivos ao estômago/duodeno, porém, não são 100% seguros. Apesar de efetivamente causarem menos úlceras pépticas, naqueles já apresentam úlceras, o uso dos Cox-2 impede sua cicatrização.

As úlceras duodenais são mais comuns que as gástricas e acometem principalmente indivíduos entre 30 e 50 anos de idade. As úlceras gástricas são mais comuns em pessoas acima dos 60 anos.

As úlceras podem complicar causando perfurações ou sangramentos. Úlceras pépticas não viram câncer, mas alguns cânceres podem se apresentar com uma aparência semelhante à uma úlcera. As úlceras gástricas da pequena curvatura são as que mais merecem atenção pois é neste ponto onde costumam surgir as neoplasias.

Uma úlcera pouco sintomática é muitas vezes a responsável por uma anemia sem causa aparente. O sangramento pode ser pequeno e não perceptível a olho nu, porém, uma úlcera também pode se apresentar como uma hemorragia abundante, sendo suficiente para haver perdas de sangue vivo pela boca ou pelas fezes.

Diagnóstico da Gastrite e da Úlcera Péptica

O diagnóstico é feito através da endoscopia digestiva alta. Uma vez que detectada uma úlcera, deve-se sempre biopsiá-la, mesmo que essa não apresente características de câncer. Não é seguro descartar neoplasia apenas pelo aspecto da lesão.

A pesquisa do *H.pylori* só deve ser feita na presença de úlceras. Apesar desta indicação, muitos médicos ainda fazem a pesquisa da bactéria mesmo quando há somente sinais de gastrite. Não se deve pesquisar porque não há indicação de se tratar *H.pylori* sem úlcera.

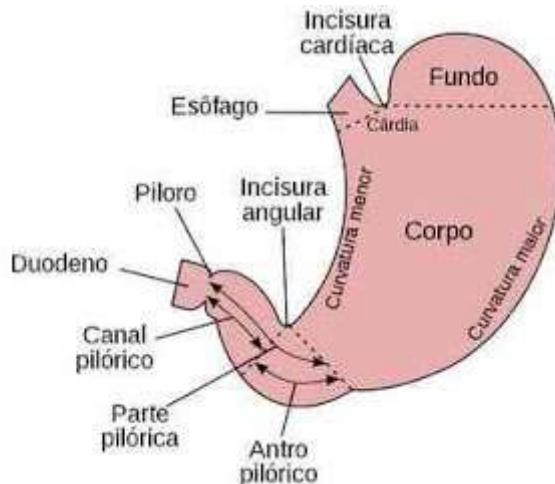
Os laudos das endoscopias digestivas costumam causar algum grau de confusão. Primeiro é importante conhecer a anatomia do estômago:

Algumas Dúvidas Comuns:

→ Quando se diz gastrite antral ou de antro, significa inflamação da porção final do estômago (ver ilustração abaixo).

→ O termo enantematosa significa lesão de uma mucosa. Logo, gastrite enantematosa antral é uma inflamação com lesão da mucosa na região do antro.

→ Pangastrite significa uma inflamação difusa, acometendo grande parte do estômago.



Tratamento da Gastrite e da Úlcera Péptica

O tratamento hoje em dia é feito com supressão da acidez gástrica. Existem 2 classes de medicamentos com esse objetivo

- Antagonista do receptor H2 – Ranitidina.
- Inibidores da bomba de prótons (IBP) – omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, etc.

Deve-se suspender anti-inflamatórios, cortar o cigarro e a bebida alcoólica. Como já foi dito, o tratamento do *H.pylori* só está indicado se houver úlcera. Não há evidências de que a erradicação da bactéria na gastrite isolada traga algum benefício.

Colecistopatias

A colecistite consiste em uma inflamação da vesícula biliar, geralmente decorrente da obstrução do duto cístico provocada por um cálculo.

- Normalmente, as pessoas têm dor abdominal que dura mais de 6 horas, febre e náuseas.
- A ultrassonografia geralmente pode detectar sinais de inflamação na vesícula biliar.
- A vesícula biliar é removida, frequentemente usando um laparoscópio.

A colecistite é o problema mais comum provocado pelos cálculos na vesícula biliar. Ela ocorre quando um cálculo bloqueia o duto cístico, que transporta a bile proveniente da vesícula biliar.

A colecistite é classificada como aguda ou crônica.

Colecistite Aguda

A colecistite aguda começa subitamente, resultando em dor grave e constante no abdômen superior. A dor geralmente dura mais do que 6 horas. Pelo menos 95% das pessoas com colecistite aguda apresentam cálculos biliares. A inflamação tem quase sempre início sem infecção, embora esta possa surgir depois. A inflamação pode fazer com que a vesícula biliar acumule líquido, havendo espessamento da parede.

Raramente, ocorre uma forma aguda de colecistite sem cálculos biliares (colecistite alitiásica). Contudo, a vesícula biliar pode conter lama (partículas microscópicas de materiais similares aos dos cálculos biliares). A colecistite alitiásica é mais grave do que outros tipos de colecistite. Ela costuma ocorrer após o seguinte:

- Cirurgia de grande porte

- Doenças graves como lesões sérias, queimaduras graves ou uma infecção pela corrente sanguínea (sepse)
- Alimentação intravenosa por período prolongado
- Ficar em jejum por muito tempo
- Deficiência do sistema imunológico

A colecistite alitiásica aguda pode ocorrer em crianças pequenas, talvez oriunda de uma infecção viral ou de outra infecção.

Colecistite Crônica

A colecistite crônica é uma inflamação da vesícula biliar de longa duração. Quase sempre isso é o resultado de cálculos biliares e de crises prévias de colecistite aguda. A colecistite crônica é caracterizada por crises repetidas de dor (cólica biliar) que ocorrem quando os cálculos biliares bloqueiam, temporariamente, o duto cístico.

No caso da colecistite crônica, a vesícula biliar sofre lesões decorrentes das crises persistentes de inflamação aguda, geralmente provocadas por cálculos biliares, podendo tornar-se pequena, com cicatrizes e paredes espessas. Os cálculos biliares podem bloquear a abertura da vesícula biliar para o duto cístico ou bloquear o próprio duto cístico. Em geral, a vesícula biliar também contém lama. Se a cicatrização for extensa, pode haver depósitos de cálcio nas paredes da vesícula biliar, fazendo com que endureça (denominada vesícula biliar de porcelana).

Sintomas de Colecistite

Uma crise de vesícula biliar, aguda ou crônica, começa com uma dor.

Colecistite Aguda

A dor da colecistite aguda é similar àquela da cólica biliar (dor causada por cálculos biliares), mas é mais intensa e duradoura – mais de 6 horas e, frequentemente, mais de 12 horas. O pico de dor é após 15 a 60 minutos e permanece constante. Ela geralmente ocorre na parte superior direita do abdômen. A dor pode se tornar insuportável. A maioria das pessoas sente uma dor muito aguda quando o médico pressiona essa parte do abdômen. Respirar profundamente pode agravar a dor. A dor frequentemente se estende para a parte inferior do ombro direito ou para as costas. Enjoos e vômitos são frequentes.

Decorridas algumas horas, os músculos abdominais do lado direito podem se tornar rígidos. A febre ocorre em um terço das pessoas com colecistite aguda. A febre costuma aumentar gradualmente para acima de 38 °C (100,4 °F) e pode ser acompanhada de calafrios.

Em pessoas mais velhas, os primeiros ou únicos sintomas de colecistite podem ser vagos. Por exemplo, pessoas idosas podem sentir falta de apetite, cansaço ou fraqueza ou vômito. Pode não haver febre.

Normalmente, uma crise diminui em dois a três dias e some completamente em uma semana. O fato de a crise aguda persistir pode indicar uma complicação grave. Dor intensa crescente, febre alta e calafrios sugerem a presença de bolsas de pus (abscessos) ou de uma laceração (perfuração) na vesícula biliar.

Os abscessos são provocados por gangrena, que ocorre quando o tecido morre. Um cálculo grande pode lacerar a parede da vesícula biliar e passar para o intestino delgado, causando obstrução. Este bloqueio pode causar dor abdominal e distensão.

Caso se desenvolva icterícia ou eliminação de urina escura e fezes claras, o canal colédoco provavelmente está bloqueado por um cálculo, provocando acúmulo de bile no fígado (colestase). A inflamação do pâncreas (pancreatite) pode ocorrer. Ela é causada por um cálculo bloqueando a ampola de Vater (local onde o canal colédoco e o duto pancreático se unem).

Colecistite Alitiásica

A colecistite alitiásica normalmente provoca dor súbita e intensa na parte superior do abdômen em pessoas sem sintomas prévios ou outras evidências de um distúrbio na vesícula biliar (Dor biliar sem cálculos biliares). Geralmente, a inflamação é muito grave e pode originar gangrena ou uma perfuração da vesícula biliar.

As pessoas com colecistite alitiásica tendem a estar muito doentes. Por exemplo, elas podem estar na unidade de terapia intensiva por outro motivo e podem apresentar muitos outros sintomas. Além disso, como essas pessoas estão muito doentes, podem não ser capazes de se comunicar claramente. Por estes motivos, a colecistite alitiásica pode não ser diagnosticada em um primeiro momento.

Os únicos sintomas podem ser um abdômen inchado (distendido), sensível ou febre sem nenhuma causa conhecida. Se não for tratada, a colecistite alitiásica resulta em morte em 65% das pessoas.

Colecistite Crônica

As pessoas com colecistite crônica apresentam crises recorrentes de dor. O abdômen superior, acima da vesícula biliar, fica sensível ao toque. Diferente da colecistite aguda, febre raramente ocorre em pessoas com colecistite crônica. A dor é menos intensa do que a dor da colecistite aguda e não dura por tanto tempo.

Diagnóstico de Colecistite

- Ultrassonografia e às vezes outros exames de imagem

Os médicos diagnosticam a colecistite com base principalmente nos sintomas e resultados dos exames de imagem.

A ultrassonografia é a melhor maneira de detectar os cálculos biliares na vesícula. A ultrassonografia também pode detectar líquido ao redor da vesícula biliar ou espessamento da sua parede, que são características típicas da colecistite aguda. Frequentemente, quando a sonda de ultrassom passa pela parte superior do abdômen, acima da vesícula biliar, as pessoas se queixam de sensibilidade.

A colecistografia, outro exame de imagem, é útil quando a colecistite aguda é difícil de diagnosticar. Para esse teste, uma substância radioativa (radionuclídeo) é injetada por via intravenosa. Uma câmera de raios gama detecta a radioatividade fornecida e um computador é usado para produzir uma imagem.

Portanto, o movimento do radionuclídeo do fígado para o trato biliar pode ser acompanhado. São obtidas imagens do fígado, dos dutos biliares, da vesícula biliar e da parte superior do intestino delgado. Se o radionuclídeo não preencher a vesícula biliar, o duto cístico está provavelmente bloqueado por um cálculo biliar. A colecistografia também é útil quando os médicos suspeitam de colecistite alitiásica aguda.

São realizados exames de função hepática (exames de sangue) para avaliar a eficiência do funcionamento hepático e se há lesões. Contudo, estes exames não têm a capacidade de confirmar o diagnóstico porque os resultados são geralmente normais ou levemente elevados, a menos que o duto biliar esteja bloqueado.

Outros exames de sangue também são feitos. Por exemplo, o número (contagem) de glóbulos brancos é medido. Um alto número de glóbulos brancos sugere inflamação, um abscesso, gangrena ou uma vesícula biliar perfurada.

A tomografia computadorizada (TC) do abdômen é capaz de detectar algumas complicações da colecistite, como pancreatite ou uma laceração na vesícula biliar.

Tratamento da Colecistite

- Cirurgia para remoção da vesícula biliar

Hospitalização

As pessoas com colecistite crônica ou aguda necessitam ser hospitalizadas. Elas não podem comer ou beber e recebem líquidos e eletrólitos por via intravenosa. Um médico pode introduzir um tubo pelo

nariz até o estômago, de modo que a aspiração possa ser usada para manter o estômago vazio e reduzir o acúmulo de líquido no intestino, caso o intestino esteja obstruído ou não esteja funcionando normalmente.

Normalmente, os antibióticos são fornecidos às pessoas por via intravenosa (devido à possibilidade de infecção), além dos analgésicos.

Colecistectomia

Em geral, a vesícula biliar é removida 24 a 48 horas após o início dos sintomas se

- A colecistite aguda for confirmada e o risco de cirurgia for pequeno.
- As pessoas forem mais velhas ou tiverem diabetes, porque em tais pessoas, é mais provável que a colecistite resulte em infecções.
- Existir suspeita de complicações como abscesso, gangrena ou perfuração da vesícula biliar.
- As pessoas tiverem colecistite alitiásica.

Se necessário, a cirurgia pode ser postergada por seis semanas ou mais, para que a crise melhore. Se as pessoas tiverem um distúrbio que aumenta o risco da cirurgia (como distúrbios cardíacos, pulmonares ou renais), a cirurgia é adiada até que o tratamento apropriado seja capaz de controlar o distúrbio o melhor possível.

Na colecistite crônica, a vesícula biliar é geralmente removida após o episódio agudo.

A retirada cirúrgica da vesícula biliar (colecistectomia) é geralmente realizada usando-se um tubo de visualização flexível denominado laparoscópio. Após pequenas incisões terem sido feitas no abdômen, o laparoscópio e os instrumentos cirúrgicos são inseridos através das incisões. Os médicos então usam os instrumentos para remover a vesícula biliar. O laparoscópio possui uma câmera minúscula, permitindo que o cirurgião veja o que ele está fazendo dentro do corpo.

Dor Após a Cirurgia

Algumas pessoas apresentam novos ou recorrentes episódios da dor que se assemelham a crises de vesícula biliar, mesmo que a vesícula (e as pedras) tenha sido removida. Às vezes os médicos chamam isso de síndrome pós-colecistectomia. A causa dessa síndrome é desconhecida, mas em algumas pessoas, ela pode ser o mau funcionamento do esfíncter de Oddi (um músculo em formato de anel entre o duto biliar comum, os dutos pancreáticos e o intestino delgado).

O mau funcionamento deste músculo pode deixar o fluxo de bile e de secreções pancreáticas vindo dos dutos mais lento, aumentando assim, a pressão nos dutos e causando dor.

A dor também pode ser provocada por pequenos cálculos biliares que permanecem nos dutos após a remoção da vesícula biliar. Mais comumente, a causa é outro problema não relacionado, como a síndrome do intestino irritável ou mesmo uma úlcera péptica.

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou colescintigrafia (Exames de diagnóstico por imagem do fígado e da vesícula biliar) pode ser necessária para determinar se a causa da dor é a pressão aumentada.

Para CPRE, um tubo de visualização flexível (endoscópio) é inserido pela boca até o intestino, e um dispositivo para medir a pressão é inserido pelo tubo. Se a pressão estiver aumentada, os instrumentos cirúrgicos são inseridos no tubo e usados para cortar e, portanto, alargar o esfíncter de Oddi. Esse procedimento (denominado esfíncterotomia endoscópica) pode aliviar os sintomas quando a dor é causada pelo mau funcionamento do esfíncter.

Diarreia Aguda e Crônica

A diarreia é um sintoma que pode ser causado por várias doenças diferentes. A criança é considerada com diarreia quando há aumento no número de vezes por dia em que elimina as fezes, as quais apresentam consistência amolecida ou líquida.

As diarreias podem ser classificadas em dois tipos: diarreia aguda, quando a duração é menos do que 14 dias, e diarreia crônica, quando a duração é maior do que 14 dias. A diarreia aguda geralmente é de causa infecciosa (gastroenterite aguda), sendo de maior risco de causar a desidratação, situação perigosa, que sempre exige atendimento de emergência. Quando demora vários dias pode provocar perda de peso maior e desnutrição. A diarreia crônica possui muitas causas diferentes.

Quando provoca má absorção intestinal, as consequências temidas são a desnutrição, parada de crescimento, anemia e outras deficiências. A causa mais frequente de diarreia crônica é a diarreia funcional do lactente, que felizmente não provoca desidratação, nem desnutrição e em geral desaparece perto dos dois anos de vida.

O pediatra possui o treinamento adequado para investigar cada caso de diarreia. Geralmente a diarreia aguda é confirmada apenas pela história clínica e exame físico da criança, mas na diarreia crônica, para diagnosticar a causa, o médico muitas vezes precisa decidir pela realização de alguns exames de laboratório ou endoscopias e biópsias.

É fundamental prevenir e reconhecer a desidratação. Os sinais típicos de desidratação são os seguintes: ausência de lágrimas, olhos fundos, pouca saliva (boca e língua secas), pele com aspecto murcho, diminuição do volume da urina, respiração mais acelerada e curta, extremidades frias e pulso fraco. Portanto, é uma complicação alarmante e precisa ser avaliada e tratada sem demora pelo pediatra.

As Causas de Diarreia na Criança São:

Causas Infecciosas: A) Bacterianas: Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Escherichia coli. B) Virais: Rotavírus, Norovírus, Adenovírus. C) Protozoários: ameba, Giárdia lamblia, Cryptosporidium.

Causas Dietéticas: sorbitol, glutamato monossódico, frutose, intolerâncias alimentares (à lactose, sacarose, feijão, frutas, pimenta, etc.). Causadas por medicações: antibióticos, laxativos.

Causas Alérgicas: alergia à proteína do leite de vaca, da soja ou de outros alimentos.

Causas Funcionais: diarreia funcional do lactente e pré-escolar, síndrome do intestino irritável.

Causas Inflamatórias Auto-Imunes: Doença de Crohn, Colite Ulcerativa.

Outras Causas: doença celíaca, fibrose cística (mucoviscidose), enteropatia ambiental, intoxicação por metais pesados, doenças genéticas raras.

Diarreia Aguda

A diarreia aguda é uma doença de evolução autolimitada, ou seja, tem a tendência de ser resolvida pelo próprio organismo, com duração inferior a 14 dias. É comum cursar com vômitos e febre. A grande perda de líquido nas fezes e os vômitos frequentemente provocam a desidratação, que é a principal complicação.

A diarreia aguda geralmente é causada por infecções: 74% delas causadas por vírus; 20% por bactérias; 6% por parasitas intestinais.

Os fatores de risco para adquirir diarreia aguda são: contato com pessoas com diarreia infecciosa; viver em condições de higiene precária; perda precoce do leite materno, pois o aleitamento materno diminui a frequência de episódios de diarreia na vida da criança e também está associado com evolução menos grave e menor necessidade de hospitalização.

O Rotavírus é o agente mais comum, encontrado em qualquer idade, porém mais prevalente em menores de 5 anos, com maior frequência em crianças entre os 6 e os 24 meses. Sua transmissão ocorre predominantemente pelo contato pessoa a pessoa, mas também pode ocorrer por secreção respiratória e contatos com brinquedos ou superfícies contaminadas. Felizmente a vacina contra o Rotavírus nos

bebês brasileiros, a partir de 2006, promoveu grande diminuição nos internamentos e mortes causadas por este vírus.

Exames em geral são desnecessários, porém o exame de fezes pode ser útil em algumas situações especiais.

Os principais objetivos do tratamento são a prevenção da desidratação e desnutrição. Isto é conseguido com a oferta correta do soro de reidratação oral, e a alimentação adequada.

A desidratação exige avaliação médica, para determinar o grau de desidratação e repor ou corrigir as perdas de líquidos. O soro de reidratação oral é o tratamento preferido para a reidratação das crianças desidratadas, mas alguns casos necessitam hidratação venosa.

Medicações não são recomendadas para uso de rotina. É importante lembrar que antibióticos não devem ser utilizados em crianças saudáveis com gastroenterite, pois a diarreia vai curar sozinha. Os antibióticos alteram a flora intestinal normal da criança e são prescritos pelos pediatras apenas em situações especiais.

Recomendações em relação à dieta:

- estimular o aleitamento materno;
- manter a alimentação habitual;
- oferecer volumes pequenos em intervalos curtos.

Pancreatites

Pancreatite é a inflamação no pâncreas. O pâncreas é uma glândula localizada atrás do estômago no abdome superior. Entre as suas funções está fazer a digestão das gorduras e carboidratos que ingerimos usando o suco pancreático, substância que contém enzimas digestivas.

Além disso, o pâncreas é responsável por produzir os hormônios insulina e glucagon. A insulina é responsável por reduzir as taxas de açúcar no sangue, ao passo que o glucagon tem o efeito contrário, aumentando essas concentrações. Assim o pâncreas funciona como dois órgãos existindo em um só.

Tipos

A pancreatite pode ocorrer de forma aguda ou crônica. Os casos leves de pancreatite podem desaparecer sem tratamento, mas casos graves podem causar complicações com risco de vida.

Pancreatite Aguda

O início da pancreatite aguda é frequentemente muito repentina. A inflamação geralmente desaparece dentro de poucos dias, uma vez que o tratamento começa. De acordo com o DATASUS, no Brasil são registrados cerca de 15,9 casos a cada 100 mil habitantes todos os anos.

Os cálculos biliares são a causa mais comum da pancreatite aguda. O cálculo biliar é uma massa pequena e sólida que forma a partir de bile na vesícula.

O pâncreas e a vesícula biliar se ligam pelo ducto biliar, através do qual a bile e outras enzimas digestivas passam para o intestino durante a digestão.

Os cálculos, quando escapam da vesícula biliar e passam pelo ducto biliar podem causar inflamação no pâncreas.

A outra causa comum de pancreatite aguda é a ingestão de álcool, às vezes de forma intensa. Diversas outras situações podem causar pancreatite como traumas, uso de remédios e aumento do triglicérides no sangue.

Pancreatite Crônica

A pancreatite crônica é uma inflamação que não acaba e se perpetua. Os pacientes com pancreatite crônica podem sofrer danos permanentes ao pâncreas. Sua incidência é estimada entre cinco e 10 casos para cada 100 mil indivíduos por ano.

O tecido cicatricial se desenvolve a partir de inflamação de longa duração e pode fazer o pâncreas parar de produzir a quantidade normal de enzimas digestivas. Como resultado, é provável que você tenha problemas para digerir gorduras. Em casos avançados a parte endócrina pode ser acometida e os pacientes evoluem com Diabetes Mellitus.

O abuso de álcool é a causa mais comum de pancreatite crônica em adultos. Doenças autoimunes e doenças genéticas, tais como a fibrose cística, também podem causar a pancreatite crônica em alguns pacientes.

Causas

Pancreatite ocorre quando as enzimas digestivas produzidas no pâncreas tornam-se ativadas enquanto no interior do pâncreas, causando danos ao órgão.

Durante a digestão normal, as enzimas pancreáticas inativadas se movem através de dutos em seu pâncreas e viajam para o intestino delgado, onde as enzimas são ativadas e ajudam na digestão. Na pancreatite, as enzimas são ativadas quando ainda no pâncreas.

Isto faz com que as enzimas destruam as estruturas das células, causando inflamação e os sinais e sintomas associados com a pancreatite.

Com acessos repetidos de pancreatite aguda, o dano ao pâncreas pode ocorrer e levar a pancreatite crônica. O tecido cicatricial pode se formar no pâncreas, causando a perda da função. Um pâncreas que não funciona bem pode causar problemas de digestão e diabetes.

Segundo o gastroenterologista Henrique Perobelli Schleinstein, as causas mais comuns de pancreatite são cálculos na via biliar, alcoolismo e hipertrigliceridemia (triglicérides altos). Além disso, causas autoimunes também estão envolvidas mais raramente, assim como deformidades embriológicas como o pâncreas divisum.

Fatores de Risco

Alguns fatores são considerados de risco para a pancreatite aguda e pancreatite crônica, incluindo:

- Alcoolismo
- Cálculos biliares
- Cirurgia abdominal
- Certos medicamentos
- Tabagismo
- Fibrose cística
- Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, quando usado no tratamento de cálculos biliares
- História familiar de pancreatite
- Níveis elevados de cálcio no sangue (hipercalcemia), que podem ser causadas por uma glândula paratireoide hiperativa (hiperparatireoidismo)
- Altos níveis de triglicérides no sangue (hipertrigliceridemia)
- Infecção
- Lesão no abdômen

- Câncer de pâncreas.

Pancreatite Pode Ser Hereditária?

O médico gastroenterologista Henrique Perobelli Schleinstein, indica que a pancreatite pode sim ser hereditária. existem casos de pancreatite crônica hereditária, uma doença autossômica dominante que acontece pela falha na produção de tripsinogênio, uma enzima pancreática e pode afetar jovens.

Sintomas de Pancreatite

Sintomas de pancreatite aguda incluem:

- Dor abdominal superior
- Dor abdominal que se irradia para as costas
- Dor abdominal que se sente pior depois de comer
- Náusea
- Vômitos
- Febre.

Sintomas de pancreatite crônica incluem:

- Dor abdominal superior intensa
- Perder peso sem esforço
- Fezes gordurosas e fedorentas (esteatorreia).

Outros sintomas de pancreatite incluem:

- Febre
- Ritmo cardíaco acelerado
- Suor
- Pele ou a parte branca dos olhos com cor amarelada (icterícia)
- Choque.

Outras condições que têm sintomas semelhantes: obstrução intestinal, apendicite, colecistite, úlcera péptica, e diverticulite.

Buscando Ajuda Médica

Marque uma consulta com seu médico se você tiver dor abdominal persistente. Procure ajuda médica imediatamente se a dor abdominal é tão grave que você não pode ficar parado ou encontrar uma posição que o torna mais confortável.

A dor e o mal estar da pancreatite aguda geralmente levam a pessoa para o pronto socorro de forma urgente.

Quando a dor abdominal é descrita como uma dor intensa em faixa, no meio do abdômen, que se irradia para as costas pode indicar problemas no pâncreas.

Diagnóstico de Pancreatite

Se o médico acha que você tem pancreatite, ele ou ela vai fazer perguntas sobre seu histórico médico e fazer um exame físico, juntamente com exames laboratoriais e de imagem.

Exames

Os principais exames a serem realizados para diagnosticar a pancreatite são:

Exames de Sangue

Dois testes de sangue que medem as enzimas são usados para diagnosticar um ataque de pancreatite:

- Amilase sérica: Um aumento de amilase no sangue geralmente indica pancreatite
- Lipase sérica: Pancreatite aguda geralmente aumenta o nível de lipase no sangue. Às vezes na pancreatite crônica estes índices podem estar normais.

Outras análises de sangue podem ser feitas, tal como:

- Hemograma completo: O número de células brancas do sangue aumenta durante um ataque de pancreatite, por vezes de forma dramática
- Testes de função hepática: Elevação das enzimas hepáticas, particularmente de alanina aminotransferase e fosfatase alcalina, pode ser um sinal de pancreatite aguda causada por cálculos biliares
- Bilirrubina: O nível de bilirrubina no sangue pode aumentar se o ducto biliar comum é bloqueado, devido a inflamação no pâncreas.

Exames de Imagem

Os exames de imagem que podem ser feitos incluem:

- Ultrassonografia abdominal
- Tomografia computadorizada com contraste
- Ultrassonografia endoscópica
- Ressonância magnética
- Colangiopancreatografia por ressonância magnética.

Outros Exames

Nos casos de pancreatite crônica grave, uma análise de fezes pode ser feita para observar se há gordura nas fezes, o que é um sinal de que você pode não estar absorvendo nutrientes o suficiente. Isso acontece quando o pâncreas não produz as enzimas necessárias para digerir a gordura.

Tratamento de Pancreatite

O tratamento para a pancreatite geralmente requer hospitalização. Uma vez que sua condição está estabilizada e a inflamação no pâncreas é controlada, os médicos podem tratar a causa subjacente de sua pancreatite.

Medidas iniciais para controlar a inflamação no pâncreas são:

- Jejum, para deixar o pâncreas em repouso
- Hidratação venosa
- Analgesia, já que não existem medicações eficientes para melhorar a inflamação no pâncreas. A inflamação melhora espontaneamente na maioria dos pacientes
- Uma vez que a inflamação no pâncreas é controlada, você pode começar a beber líquidos claros e comer comidas com pouca gordura e proteína. Com o tempo, você pode voltar a sua dieta normal

- Se a pancreatite persistir e você ainda sentir dor ao comer, o médico pode recomendar alguns medicamentos no sentido de controlar a dor e/ou repor as enzimas pancreáticas.

Quanto tempo você ficar no hospital dependerá de sua situação e da melhora do quadro da inflamação. Algumas pessoas se recuperam rapidamente, enquanto outras desenvolvem complicações que exigem uma internação mais longa.

Uma vez que a pancreatite está sob controle, a equipe de cuidados de saúde pode tratar a causa subjacente de sua pancreatite. O tratamento dependerá da causa da sua pancreatite, mas exemplos de tratamento podem incluir:

- Cirurgia para retirar cálculos da vesícula biliar
- Cirurgia para drenar o líquido do pâncreas ou remover tecido doente
- Tratamento para a dependência do álcool.

Pancreatite Crônica

A pancreatite crônica pode exigir tratamentos adicionais, dependendo da sua situação. Outros tratamentos para pancreatite crônica podem incluir:

- Medicamentos para aliviar a dor
- Dor severa pode ser aliviada com cirurgia para bloquear os nervos que enviam sinais de dor do pâncreas para o cérebro
- Suplementos de enzimas pancreáticas para ajudar seu corpo a quebrar e processar os nutrientes nos alimentos que você come
- Alterações em sua dieta. Um nutrólogo ou nutricionista pode ajudar a planejar refeições de baixo teor de gordura e ricas em nutrientes.

Pancreatite Aguda

O tratamento para pancreatite aguda frequentemente exige hospitalização do paciente. Uma vez que a inflamação no pâncreas foi estabilizada e estiver sob controle, os médicos poderão investigar e tratar uma possível causa subjacente. O tratamento da condição que causou pancreatite aguda pode evitar crises repetidas da doença.

No hospital, o tratamento oferecido geralmente envolve o uso de medicamentos, como:

- Analgésicos
- Líquidos intravenosos
- Interrupção da alimentação pela boca para limitar a atividade do pâncreas.

Em alguns casos, a terapia é necessária para:

- Drenar líquido que tenha se acumulado dentro e ao redor do pâncreas
- Remover cálculos biliares
- Aliviar bloqueios do duto pancreático.

Hepatites

Hepatite é um termo genérico que significa inflamação no fígado, que pode ser causada por medicamentos, doenças autoimunes, metabólicas, genéticas, álcool, substâncias tóxicas e vírus.

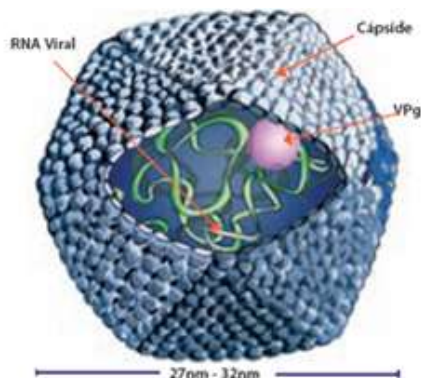
As hepatites virais são causadas por vírus hepatotrópicos, designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus B, vírus C, vírus D e vírus E). No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. Existem, ainda, os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia.

Milhões de pessoas no Brasil são portadoras dos vírus B ou C e não sabem. Elas correm o risco de as doenças evoluírem (tornarem-se crônicas) e causarem danos mais graves ao fígado, como a cirrose e o câncer. Por se tratar de uma doença silenciosa, é importante ao consultar o médico, solicitar a realização de exames para hepatite B e C. O diagnóstico precoce da hepatite amplia a eficácia do tratamento.

A evolução das hepatites varia conforme o tipo de vírus. Os vírus A e E apresentam apenas formas agudas de hepatite (não possuindo potencial para formas crônicas). Isto quer dizer que, após uma hepatite A ou E, o indivíduo pode se recuperar completamente, eliminando o vírus de seu organismo. Por outro lado, as hepatites causadas pelos vírus B, C e D podem apresentar tanto formas agudas quanto crônicas de infecção quando a doença persiste no organismo por mais de seis meses.

Hepatite A

A hepatite A é uma doença contagiosa, causada pelo vírus A (VHA) e também conhecida como “hepatite infecciosa”. Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus.



Sintomas

A maioria dos casos de hepatite A não apresenta sintomas. Porém, quando ocorrem, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de 15 a 50 dias após a infecção.

Diagnóstico

O diagnóstico da doença é realizado por exame de sangue, no qual se procuram anticorpos anti-HAV.

Tratamento

Após a confirmação, o profissional de saúde indicará o tratamento mais adequado, de acordo com a saúde do paciente. A doença é totalmente curável quando o portador segue corretamente todas as recomendações médicas. Na maioria dos casos, a hepatite A é uma doença de caráter benigno. Em menos de 1% dos casos causa insuficiência hepática aguda grave e pode ser fulminante.

Prevenção

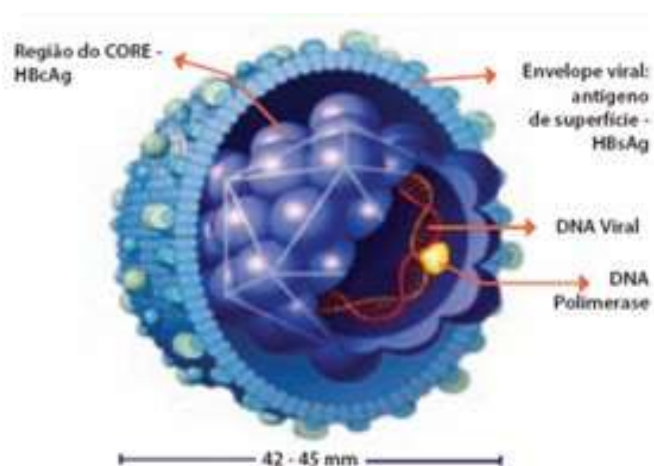
A melhor forma de evitar a doença é melhorando as condições de higiene e de saneamento básico, por exemplo:

- Lavar as mãos após ir ao banheiro e após trocar fraldas;
- Lavar as mãos antes de comer ou preparar alimentos;

- Lavar com água tratada, clorada ou fervida os alimentos que são consumidos crus, deixando-os de molho por 30 minutos;
- Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente mariscos, frutos do mar e carne de porco;
- Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras;
- Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou próximo de onde haja esgoto a céu aberto;
- Evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios, para não comprometer o lençol d'água que alimenta o poço. Deve-se respeitar, por medidas de segurança, a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca, e de 45 metros para os demais focos de contaminação, como chiqueiros, estábulos, valões de esgoto, galerias de infiltração e outros;
- Caso haja algum doente com hepatite A em casa, utilizar hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária ao lavar o banheiro;
- No caso de creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tal como a desinfecção do chão, objetos e bancadas, utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária.
- Para tratar a água, basta ferver bem ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio em um litro de água 30 minutos antes de bebê-la, deixando o recipiente tampado para que o hipoclorito possa agir, tornando a água potável para o consumo. Na ausência de hipoclorito de sódio, pode-se preparar uma solução caseira com uma colher de sopa de água sanitária a 2,5% (sem alvejante), diluída em um litro de água.

Hepatite B

A hepatite B é considerada um IST (Infecção Sexualmente Transmissível), principalmente através de relações sexuais sem o uso de preservativo. Ela pode ser transmitida também por meio do compartilhamento de objetos como agulhas e seringas, lâminas de barbear ou de depilar, instrumentos para uso de drogas, materiais de manicure, escovas de dente ou materiais para confecção de tatuagens e colocação de piercings. A gestante portadora do vírus B pode transmitir a doença para o bebê durante a gestação, por isso a importância da testagem no pré-natal.



Sintomas

A maioria dos casos de hepatite B não apresenta sintomas. Quando ocorrem, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de um a seis meses após a infecção.

Diagnóstico

O diagnóstico pode ser feito através de sorologias específicas ou de teste rápido. O teste rápido constitui-se de imunoensaios cromatográficos de fácil execução, por meio de uma gota de sangue, e podem ser realizados em até 30 minutos. São considerados fundamentais para ampliação do acesso ao diagnóstico precoce. O teste rápido é um exame de triagem e necessita de testes sorológicos para confirmar, caso seja reagente.

Tratamento

Após o resultado positivo, o médico indicará o tratamento adequado. O tratamento para hepatite B está disponível gratuitamente no SUS, seguindo protocolos do Ministério da Saúde.

Prevenção

As formas de prevenção são: tomar as três doses da vacina, usar camisinha em todas as relações sexuais e não compartilhar objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, material de manicure e pedicure, instrumentos para uso de drogas, confecção de tatuagem e colocação de piercings.

Recém-nascidos de mães portadoras do vírus devem receber imunoglobulina específica e vacina imediatamente após o parto, para diminuir o risco de transmissão vertical.

Os preservativos estão disponíveis na rede pública de saúde. Caso não saiba onde retirar a camisinha, ligue para o Disque Saúde (136). Além disso, toda mulher grávida precisa fazer o pré-natal e os exames para detectar as hepatites, a Aids e a sífilis. Esse cuidado é fundamental para evitar a transmissão da mãe para o filho.

Hepatite C

É causada pelo HCV, membro da família Flaviviridae, gênero hepacivirus.

A infecção aguda é, na maioria das vezes, assintomática e a chance de cronificação é de 80%. A infecção crônica pode levar à fibrose e por fim à cirrose ou câncer de fígado, que normalmente se manifestam depois de muitos anos.

A Hepatite C é transmitida principalmente pelo sangue. Quem recebeu transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1992 pode ter a doença. No Brasil, há um rigoroso controle de qualidade dos bancos de sangue, o que torna mínimo o risco de adquirir a doença em transfusões atualmente. Outras formas de transmissão incluem relações sexuais sem uso de preservativo, realização de tatuagens e piercings em ambientes não regulamentados, compartilhamento de agulhas para uso de drogas ilícitas, material de manicure/pedicure que não foi submetido à esterilização adequada.

Sintomas

O surgimento de sintomas em pessoas com Hepatite C aguda é muito raro. Entretanto algumas pessoas podem apresentar cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Na fase crônica, a doença é silenciosa na maioria das vezes, até que as complicações (como cirrose ou câncer de fígado) apareçam. Por este motivo é importante procurar os serviços de saúde para a realização dos exames que podem diagnosticar a infecção precocemente, antes que as complicações apareçam.

Diagnóstico

O diagnóstico pode ser feito através de sorologias específicas ou de teste rápido. O teste rápido constitui-se de imunoensaios cromatográficos, de fácil execução, por meio de uma gota de sangue e o resultado sai em 30 minutos. O teste rápido é um exame de triagem e quando positivo necessita de outros exames mais específicos para a confirmação do diagnóstico. No entanto, quando negativo, o teste rápido afasta a possibilidade de infecção pelo HCV.

Todas as pessoas com mais de 40 anos devem realizar este exame ao menos uma vez na vida.

Além destas, também devem fazer o exame pessoas que:

- Utilizam ou utilizaram drogas ilícitas (injetável ou intranasal);

- Realizam ou realizaram hemodiálise;
- Realizaram tatuagem ou piercing em ambientes não regulamentados;
- Tiveram exposição a material biológico potencialmente contaminado;
- Realizaram transfusão de sangue, derivados ou órgãos antes de 1993;
- Já foram encarceradas;
- São contactantes íntimos ou parceiros sexuais de pessoas com Hepatite C;
- Tenham diagnóstico de diabetes, doença psiquiátrica, alcoolismo, doença renal ou imunodepressão.

Tratamento

Após o resultado positivo o médico indicará o tratamento mais adequado para cada caso. O tratamento para Hepatite C está disponível gratuitamente no SUS, e está indicado para todas as pessoas que são portadoras do vírus.

Prevenção

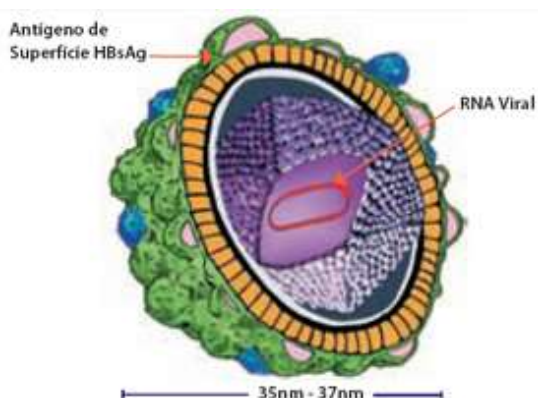
Não há vacina contra a Hepatite C. Por isso, o melhor método para evitar a doença é a prevenção.

É recomendado não compartilhar escovas de dente, lâminas, tesouras e outros objetos de uso pessoal, além de seringas e instrumentos usados na preparação e consumo de drogas injetáveis/inaláveis (pois podem conter sangue contaminado pelo vírus). Incentiva-se, também, o uso de instrumentos próprios de manicure/pedicure e a correta esterilização desses materiais pelos estabelecimentos de estéticas e profissionais autônomos, além do uso de preservativos em todas as relações sexuais e a utilização de materiais descartáveis para a realização de tatuagens e colocação de piercings.

Hepatite D

A hepatite D, também chamada de Delta, é causada pelo vírus D (VHD). No entanto, esse vírus depende da presença do vírus do tipo B para infectar uma pessoa. E sua transmissão, assim como a do vírus B, ocorre:

- Através de relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada;
- Da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação;
- Compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, entre outros);
- Compartilhamento de materiais de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou de confecção de tatuagem e colocação de piercings;
- Por transfusão de sangue infectado.



Sintomas

A maioria dos casos de hepatite D não apresenta sintomas. Quando ocorrem sintomas, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

Diagnóstico

O diagnóstico pode ser feito através de sorologias específicas.

Tratamento

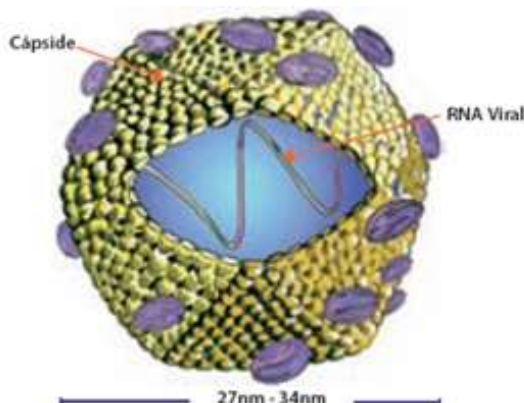
Após o resultado positivo o médico indicará o tratamento adequado. O tratamento para hepatite D está disponível gratuitamente no SUS, seguindo protocolos do Ministério da Saúde.

Prevenção

Como a hepatite D depende da presença do vírus B para se reproduzir, as formas de evitá-la são as mesmas do tipo B da doença. As principais medidas de proteção são: vacinação contra a hepatite B, uso da camisinha em todas as relações sexuais, não compartilhar objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, material de manicure e pedicure, instrumentos para uso de drogas, confecção de tatuagem e colocação de piercings.

Hepatite E

De ocorrência rara no Brasil e comum na Ásia e África, a hepatite do tipo E é uma doença infecciosa viral causada pelo vírus VHE. Sua transmissão é fecal-oral, por contato entre indivíduos ou por meio de água ou alimentos contaminados pelo vírus.

**Sintomas**

A maioria dos casos de hepatite E não apresenta sintomas. Quando ocorrem sintomas, os mais frequentes são: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Esses sinais costumam aparecer de 15 a 60 dias após a infecção.

Diagnóstico

O diagnóstico é realizado por exame de sangue, no qual se procuram anticorpos anti-HEV.

Tratamento

Na maioria dos casos a doença não requer tratamento, sendo proibido o consumo de bebidas alcoólicas. É recomendado repouso e dieta pobre em gorduras. A internação só é indicada em pacientes com quadro clínico mais grave, principalmente mulheres grávidas.

Prevenção

A melhor forma de se evitar a doença é melhorando as condições de higiene e de saneamento básico, como por exemplo:

- Lavar as mãos antes de comer ou preparar alimentos;
- Lavar as mãos após ir ao banheiro e após trocar fraldas;
- Lavar com água tratada, clorada ou fervida os alimentos que são consumidos crus, deixando-os de molho por 30 minutos;
- Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente mariscos, frutos do mar e carne de porco;
- Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras;
- Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou próximo de onde haja esgoto a céu aberto;
- Evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios, para não comprometer o lençol d'água que alimenta o poço. Deve-se respeitar, por medidas de segurança, a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca, e de 45 metros para os demais focos de contaminação, como chiqueiros, estábulos, valões de esgoto, galerias de infiltração e outros;
- Caso haja algum doente com hepatite A em casa, utilizar hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária ao lavar o banheiro;
- No caso de creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tal como a desinfecção do chão, objetos e bancadas, utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária.
- Para tratar a água basta ferver bem ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio em um litro de água 30 minutos antes de bebê-la, deixando o recipiente tampado para que o hipoclorito possa agir, tornando a água potável para o consumo. Na ausência de hipoclorito de sódio, pode-se preparar uma solução caseira com uma colher de sopa de água sanitária a 2,5% (sem alvejante), diluída em um litro de água.

Insuficiência Hepática

A insuficiência hepática define-se como uma grave deterioração da função do fígado.

- A insuficiência hepática é causada por um distúrbio ou substância que lesiona o fígado.
- A maioria das pessoas apresenta icterícia (pele e olhos amarelos), cansaço e fraqueza e perda de apetite.
- Outros sintomas incluem acúmulo de líquido dentro do abdômen (ascite) e uma tendência à formação de hematomas e sangramentos.
- Os médicos geralmente podem diagnosticar a insuficiência hepática com base nos sintomas e nos resultados do exame físico e dos exames de sangue.
- O tratamento normalmente envolve o controle do consumo de proteína, a limitação de sódio na dieta, a interrupção completa do consumo de bebidas alcoólicas e tratar a causa, porém, às vezes o transplante hepático é necessário.

Causas

A insuficiência hepática pode ser uma consequência de muitos tipos de doenças hepáticas, incluindo hepatite viral (mais comumente hepatite B ou C), cirrose e lesões hepáticas provocadas pelo álcool ou por medicamentos, como o paracetamol.

A insuficiência hepática remete a uma extensa lesão do fígado. A insuficiência hepática pode desenvolver-se rapidamente, no espaço de dias ou semanas (aguda), ou de forma progressiva, durante meses ou anos (crônica).

Complicações

Há muitos efeitos decorrentes do funcionamento inapropriado do fígado:

- O fígado pode não conseguir processar mais a bilirrubina (um produto residual formado pela decomposição dos glóbulos vermelhos) de forma adequada para que seja eliminada do corpo. Em seguida, a bilirrubina se acumula no sangue e é depositada na pele. O resultado é a icterícia.
- O fígado não consegue mais sintetizar proteínas suficientes para ajudar na coagulação do sangue. O resultado é uma tendência à formação de hematomas e sangramento (coagulopatia).
- A pressão arterial nas veias que levam sangue do intestino para o fígado é quase sempre anormalmente alta (denominada hipertensão portal).
- Pode haver acúmulo de líquido dentro do abdômen (ascite).
- A função cerebral pode se deteriorar porque o fígado não consegue remover as substâncias tóxicas, como faz normalmente, e estas substâncias podem se acumular no sangue. Esse distúrbio é denominado encefalopatia hepática.
- Pode haver a formação de novas veias (denominadas vasos colaterais) que se desviam do fígado. Elas frequentemente são formadas no esôfago e no estômago. Nesses locais, as veias ficam dilatadas e retorcidas. Essas veias, denominadas veias varicosas do esôfago (varizes esofágicas) ou do estômago (varizes gástricas), são frágeis e propensas ao sangramento (Hemorragia gastrointestinal).
- Por motivos desconhecidos, os rins apresentam funcionamento inadequado em até metade das pessoas com insuficiência hepática. A insuficiência hepática que leva à insuficiência renal é chamada síndrome hepatorenal.
- O sistema imunológico não funciona devidamente, aumentando o risco de infecção.
- As pessoas podem ter anormalidades metabólicas, como baixos níveis de potássio no sangue (hipocalemia) ou concentrações baixas de glicose no sangue (hipoglicemia).

Sintomas

As pessoas com insuficiência hepática geralmente apresentam ascite, encefalopatia hepática e saúde deteriorada. A cor amarela da pele e da parte branca dos olhos é provocada pela icterícia. A ascite pode fazer com que o abdômen fique inchado. A encefalopatia hepática pode provocar confusão ou sonolência. A maioria das pessoas também apresenta sintomas gerais, como fadiga, fraqueza, náuseas e perda de apetite.

O hálito pode ter um odor adocicado.

As pessoas podem formar hematomas e sangrar com facilidade. Por exemplo, um sangramento breve em outras pessoas (devido a um pequeno corte ou sangramento nasal) pode não parar sozinho e pode até ser difícil de ser controlado pelos médicos. Perda de sangue pode resultar em baixa pressão arterial (hipotensão) e choque.

Na insuficiência hepática aguda, uma pessoa que aparentemente esteja bem de saúde pode encontrar-se a um passo da morte, no espaço de alguns dias. Na insuficiência hepática crônica, a deterioração da saúde pode ser muito gradual até que ocorra um evento dramático, como sangue nos vômitos ou nas fezes. A presença de sangue nos vômitos ou nas fezes é geralmente provocada pelo sangramento de veias varicosas no esôfago e no estômago.

Em caso de insuficiência renal, a quantidade de urina produzida e excretada do corpo diminui, resultando no acúmulo de substâncias tóxicas no sangue.

A respiração acaba se tornando difícil.

Quando não é tratada a tempo, ou quando o distúrbio hepático é progressivo, a insuficiência hepática é fatal. Mesmo depois do tratamento, a insuficiência hepática pode ser irreversível. Algumas pessoas morrem de insuficiência renal. Algumas pessoas desenvolvem câncer hepático.

Diagnóstico

- Avaliação médica
- Exames de sangue

Os médicos geralmente podem diagnosticar a insuficiência hepática com base nos sintomas e nos resultados de um exame físico. Os exames de sangue são realizados para avaliar a função hepática que, em geral, está bastante comprometida.

Para verificar as causas possíveis, os médicos perguntam sobre todas as substâncias que podem ter sido ingeridas, incluindo medicamentos com e sem receita, produtos herbais e suplementos nutricionais. Os exames de sangue também são realizados para identificar as causas prováveis.

Outros exames, como exames de urina, outros exames de sangue e, frequentemente, radiografia do tórax, são realizados para verificar a presença de problemas que podem se desenvolver, incluindo deterioração da função cerebral, insuficiência renal e infecções. Dependendo dos sintomas da pessoa, os exames podem ser repetidos com frequência.

Tratamento

- Tratamento da causa
- Uma dieta com restrição de proteína animal
- No caso de insuficiência hepática aguda, tratamento imediato
- Algumas vezes, transplante de fígado

O tratamento depende da causa e dos sintomas específicos. A urgência do tratamento depende do fato de a insuficiência hepática ser aguda ou crônica, embora as bases do tratamento sejam as mesmas.

Restrição Nutricional

As pessoas geralmente são colocadas em uma dieta restrita, limitando a quantidade de proteína animal, especialmente de carne vermelha, mas também de peixe, queijo e ovos. Comer muita proteína animal pode contribuir para a disfunção cerebral. Para fazer com que as pessoas consumam as proteínas necessárias, os médicos aconselham a ingerir mais alimentos que contenham proteínas vegetais (como a soja). As pessoas também devem limitar o consumo de sódio (no sal e em outros alimentos). Isso pode ajudar a evitar o acúmulo de líquido no abdômen. O consumo de álcool é totalmente proibido, visto que pode agravar as lesões hepáticas.

Insuficiência Hepática Aguda

A insuficiência hepática aguda é tratada o quanto antes porque problemas (como sangramento) podem surgir e piorar rapidamente. As pessoas com insuficiência hepática aguda são tratadas, se possível, em uma unidade de terapia intensiva (UTI). O tratamento pode incluir

- Para pressão arterial baixa: Líquidos administrados por via intravenosa e medicamentos para elevar a baixa pressão arterial
- Para encefalopatia hepática: Possíveis tratamentos, como lactulose (um laxante) e antibióticos
- Para infecções: Antibióticos ou antifúngicos
- Para concentrações baixas de glicose no sangue: Glicose (um tipo de açúcar) administrado por via intravenosa

- Para sangramento: Transfusões de plasma fresco congelado (a parte líquida do sangue que contém proteínas que ajudam na coagulação sanguínea, chamadas fatores de coagulação sanguínea) e, quando necessário, sangue total

Se necessário, um tubo plástico para respiração é inserido pela boca para a traqueia e, às vezes, um ventilador mecânico é usado para ajudar na respiração.

Transplante de Fígado

O transplante de fígado, se realizado a tempo, pode restaurar a função hepática, por vezes, permitindo que a pessoa viva tanto quanto se não tivesse um distúrbio hepático. Entretanto, o transplante de fígado não é indicado para todas as pessoas com insuficiência hepática.

Parasitoses Intestinais

As parasitoses intestinais são muito frequentes na infância. São consideradas problema de saúde pública, principalmente nas áreas rurais e periferias das cidades dos países chamados subdesenvolvidos, onde são mais frequentes. As parasitoses são a doença mais comum do mundo, atingindo cerca de 25% da população mundial (1 em cada 4 pessoas!). Sua transmissão depende das condições sanitárias e de higiene das comunidades. Além disso, muitas dessas parasitoses relacionam-se a déficit no desenvolvimento físico e cognitivo e desnutrição.

Exemplos de Parasitoses

Amebíase

A ameba é um parasita do intestino grosso, onde ela se aloja causando diarreia. Ela pode invadir a parede do intestino e causar diarreia com sangue, o que já é um caso grave. Também pode ir até o fígado, pulmão ou cérebro, causando doença nesses locais.

Giardíase

A giárdia fica no intestino delgado do homem, onde podem se juntar e cobrir toda a parede do intestino, impedindo a absorção dos alimentos e causando diarreia, chegando até a dar perda de peso e anemia.

Ascaridíase

O áscaris é também conhecido como lombriga e também fica no intestino do homem, mas também passa pelo pulmão. Por isso, em casos mais graves, ocorre a saída de vermes pela boca ou pelo nariz das pessoas, além de obstrução do intestino, tendo às vezes até que operar o intestino para retirar os vermes.

Ancilostomíase

O ancilóstomo ou também amarelão entra pela pele das pessoas, podendo causar irritação, até chegar no intestino, passando também pelo pulmão. Ele suga o sangue pela parede do intestino, podendo causar diarreia pela inflamação e também anemia importante.

Enterobíase ou Oxiuríase

O oxiúros fica na parte final do intestino, e é conhecido por causar coceira na região do ânus, principalmente à noite. Nas meninas também pode causar corrimento vaginal.

Teníase (Tênia)

A tênia é o maior parasita do homem, podendo ocupar todo o intestino do homem, ou seja, chegar a medir até 12 metros!

A principal complicação da teníase é a neurocisticercose, que é quando os cistos da tênia vão até o cérebro das pessoas, podendo causar epilepsia em pessoas que nunca tiveram antes. Esse quadro também é conhecido pela sua transmissão pela carne do porco, quando mal passada.

Transmissão

O mais importante é aprender que a maioria das parasitoses é transmitida pela alimentação ou pela água e pelo contato direto com os pés no chão. O germe entra pela boca ou pela pele até chegar no intestino onde ele vai crescer e se alimentar.

Doenças Intestinais Inflamatórias

O diagnóstico das DII é estabelecido após uma avaliação conjunta do quadro clínico, em concordância com evidências endoscópicas, laboratoriais, radiográficas e achados histopatológicos.

A doença de Crohn (DC) pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal, da boca ao ânus, no entanto, frequentemente os segmentos do íleo terminal e cólon são os mais acometidos. O quadro clínico vai depender da região comprometida e do fenótipo predominante da doença, que pode ser: inflamatório, estenosante ou penetrante. Já a RCUI se limita ao acometimento do cólon exclusivamente.

O quadro clínico que leva à suspeita das DII geralmente inclui diarreia crônica, porém o espectro de manifestações clínicas é muito variável, podendo incluir distensão abdominal, emagrecimento, anemia, desnutrição. Deve-se ter em mente que os sintomas variam conforme o padrão fenotípico e extensão da doença. Casos que cursam com estenose de intestino delgado apresentam a distensão abdominal como sintoma mais evidente. Por outro lado, em casos de proctosigmoidite ulcerativa, a diarreia sangüinolenta é mais encontrada.

A história familiar positiva para DII pode elevar o nível de suspeição, porém sem garantir o diagnóstico.

Por envolver mecanismos inflamatórios na sua patogenia, marcadores inflamatórios usualmente encontram-se elevados, como o PCR, o VHS e recentemente a dosagem de calprotectina nas fezes.¹ Estes geralmente acompanham a atividade da doença. A análise das fezes deve incluir exame parasitológico, cultura e pesquisa para toxinas A e B do *Clostridium difficile* já que esta bactéria frequentemente está presente em pacientes com DII, mesmo sem uso prévio de antibióticos, mimetizando atividade de doença. Pacientes com anemia devem ser investigados quanto à deficiência de ferro, folato e vitamina B12.

A partir da suspeita clínica, deve-se proceder a investigação endoscópica do cólon em todos os pacientes, desde que não apresentem contra-indicação ao procedimento. Nos pacientes com DC, a investigação também deve incluir a endoscopia digestiva alta, já que o acometimento da doença pode ocorrer em qualquer local do trato digestivo e recentemente a enteroscopia por tomografia ou por ressonância magnética também foram incluídos. Tal medida tem papel importante para o diagnóstico e avaliação da extensão da doença.

Os achados endoscópicos para DC incluem erosões, úlceras aftosas, úlceras profundas, serpiginosas e com mucosa ao redor geralmente poupada, fístulas e padrões de descontinuidade ou salteamento. O acometimento perianal está presente em cerca de 30% dos pacientes e se caracteriza por fístulas, estenoses de canal anal, plicomas aberrantes e fissuras. Na DC, 40% dos pacientes apresentam íleo-colite, 30% acometimento exclusivo de intestino delgado e 30% acometimento exclusivo do cólon.

Tipicamente, a RCUI se caracteriza pelo padrão contínuo e difuso de acometimento, com úlceras rasas que se limitam à mucosa.

Tanto a RCUI quanto a DC apresentam padrões endoscópicos que sugerem um ou outro diagnóstico, no entanto, alguns pacientes podem apresentar achados endoscópicos característicos de ambas as doenças, dificultando o diagnóstico preciso. Esta dúvida se limita aos pacientes com acometimento exclusivo do cólon, que não apresentam fístulas ou doença perianal. Nestes casos, é feito o diagnóstico de colite inflamatória indeterminada, que ocorre em aproximadamente 10 a 15% dos casos de DII.

A tabela 1 fornece as manifestações mais comumente encontradas em cada doença. Os achados histopatológicos podem contribuir para o diagnóstico e estão citados na tabela 2. A presença de granuloma não caseoso é o único achado patognomônico da DC, porém está presente em apenas 15% das biópsias e 50% das peças cirúrgicas.

Tabela 1.

	COLITE DE CROHN	RETICOLITE ULCERATIVA
Mucosa	Úlceras aftosas são comuns no início da doença; na doença tardia é notável a presença de úlceras estelares, "garra de urso", lineares ou serpiginosas, além de "pedras de calcamento".	Micro-úlceras são mais comuns, mas úlceras maiores são possíveis. Pseudopólipos são comuns.
Distribuição	Geralmente descontínua e assimétrica, entremeada por mucosa normal, especialmente na fase inicial.	Continua, simétrica e difusa com granularidade e ulceração encontrados em todos segmentos envolvidos; no entanto, a inflamação periapendicular é comum, mesmo quando não há envolvimento cecal.
Reto	Pode estar acometido ou não.	Tipicamente envolvido, com distribuição proximal variável.
Íleo	Frequentemente envolvido (aproximadamente 75% dos casos).	Não envolvido, exceto pela ileíte de refluxo na pancolite ulcerativa.
Profundidade da inflamação	Mucosa, submucosa e transmural	Mucosa; transmural apenas na doença fulminante.
Achados na serosa	Eritema importante e engurgitamento da gordura.	Ausente, exceto na colite grave ou megacolon tóxico.
Complicações perianais	Frequentemente proeminente, incluindo grandes plicomas aberrantes, fissuras profundas, fistulas perianais, geralmente complexas.	Ausentes.
Estenoses	Frequentemente presente.	Raramente presente; sugere adenocarcinoma ou DC.
Fistulas	Perianal, enterocutânea, retovaginal, enterovesicular, e outras fistulas podem estar presentes.	Ausente.
Histopatologia	Granulomas estão presentes em 15-60% dos pacientes (frequência maior em peças cirúrgicas do que em biópsias de mucosa).	Granulomas não estão presentes (pseudogranulomas podem estar associados à ruptura de abscesso de cripta).
	Abscesso de cripta pode estar presente.	Abscesso de cripta e úlceras são as lesões definidoras.
	Inflamação focal.	Ulceração em mucosa inflamada.
Sorologia *	pANCA in 20%-25% ASCA in 41%-76%	pANCA in 60%-65% ASCA in 5%

Tabela 2.

DOENÇA DE CROHN	RETICOLITE ULCERATIVA
Amostras normais	Todas as amostras inflamadas
Doença transmural	Biópsia distal mais grave
Infiltrado mononuclear	Acometimento apenas da mucosa
Linfangiectasia, microfissuras	Abscesso de cripta
Tecido/fibrose de granulação	Ingurgitação capilar e venular Sem tecido/fibrose de granulação

Sempre que possível, deve ser realizada a investigação do acometimento de intestino delgado nos pacientes portadores de DII. A endoscopia e a colonoscopia não contemplam adequadamente este segmento. O trânsito de intestino delgado, realizado através de radiografias seriadas após contraste oral em grande quantidade, apesar de ser um método que não requer equipamentos modernos, não se encontra disponível na maioria por serviços radiológicos, por se tratar de um exame muito demorado e com baixa remuneração.

Desta forma, torna-se necessário o emprego de métodos mais avançados. A cápsula endoscópica (feita através da ingestão de uma cápsula com uma câmera que transmite imagens por wireless) permite a visualização da mucosa do intestino delgado. No entanto, este método não deve ser indicado em casos de suspeita de estenose luminal, pelo risco da retenção da cápsula.

A enterografia por tomografia computadorizada (TC) ou por ressonância magnética (RM) é um método que permite a visualização da parede do intestino delgado, com detalhes luminiais. Isto é possível após administração de contraste venoso e grandes quantidades de contraste oral que distendem o intestino delgado, pois este método utiliza equipamentos de alta resolução. As alterações incluem impregnação da parede, aumento da densidade da gordura perientérica e o sinal de pente (dilatação segmentar do vasa recta envolvendo uma alça intestinal).

A enteroscopia por RM tem a vantagem de não irradiar o paciente e permite a visualização da extensão da doença no intestino delgado e a diferenciação das estenoses fibróticas e inflamatórias. Além disso, vários autores descrevem uma boa correlação deste método com a atividade inflamatória do cólon. Estes métodos não são de amplo acesso em nosso meio, pois requerem radiologistas capacitados para a sua análise. O trânsito de intestino delgado, através de radiografias contrastadas, de realização mais simples, também pode fornecer algumas destas informações, porém com menor acurácia.

A utilização da ressonância magnética é importante também na DC com acometimento perianal mostrando fístulas complexas e abscessos locais. O exame proctológico sob anestesia é fundamental nesses pacientes para diagnóstico e tratamento.

Quando comparado a um diagnóstico de consenso da DC, com base na apresentação clínica e quatro diferentes modalidades de imagem, a sensibilidade da enterografia por TC foi de 82%, a especificidade foi de 89%, e acurácia de 85%.

Métodos de imagem, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética convencionais e a ultrassonografia de abdome podem ser solicitados na suspeita de DII e surpreender abscessos e complicações perianais.

Diagnóstico Diferencial

As infecções do trato gastrointestinal podem simular as DII. As bactérias como *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* podem provocar colite grave, com presença de sangue nas fezes. A amebíase também é causa importante de diarreia sanguinolenta. A *Yersinia enterocolítica* leva a um acometimento do íleo terminal, com ulceração da mucosa e espessamento da parede. No entanto, esses patógenos levam à diarreia infecciosa aguda e de evolução auto-limitada, exceto a colite amebiana que deve estar sempre no diagnóstico diferencial das DII, em especial da RCUI.

A infecção pelo *Clostridium difficile* está frequentemente presente nos pacientes com DII e deve ser pesquisa de rotina quando o paciente entra em atividade da doença, através da pesquisa de toxina A e B nas fezes. Nos pacientes com diarreia crônica, pode ser feito um tratamento empírico para parasitose, antes de iniciar uma investigação específica para DII.

Em pacientes imunodeprimidos, a investigação deve incluir a pesquisa para *Isospora*, *Cyclospora* e *Cryptosporidium*.

As infecções por citomegalovírus e herpes, também importantes nestes pacientes, podem levar a úlceras no trato gastrointestinal. O acometimento ileal, bem como da válvula ileocecal, nos remete à pesquisa para tuberculose intestinal.

Muitos pacientes com DII apresentam emagrecimento associado a sintomas gastrointestinais, o que exige uma investigação adequada para pesquisa de neoplasias, sendo o linfoma de intestino delgado,

um importante diagnóstico diferencial. Portadores de RCU com estenose também necessitam excluir a presença de neoplasia associada, como complicação da doença de longa evolução.

Uma parcela dos pacientes submetidos à apendicectomia por apendicite aguda é surpreendida pelo diagnóstico de DC pelo laudo histopatológico. Geralmente, estes apresentam sintomas gastrointestinais de longa data, porém são pouco sintomáticos e o diagnóstico só é feito após a análise histológica.

Doença Diverticular do Cólon

A doença diverticular do cólon é uma afecção onde ocorre herniação ou protusão da mucosa do intestino grosso, em forma de saculações, através das fibras musculares, em geral onde penetram os vasos sanguíneos. Essa doença é bastante frequente em países mais desenvolvidos e pouco comum em países subdesenvolvidos da África e da Ásia. Acredita-se que esteja presente em cerca de 8% da população adulta mundial.

Classificação

I - Forma hipertônica. Em geral ocorre em indivíduos mais jovens, abaixo dos 50 anos de idade, constipados e com baixa ingestão de líquidos e fibras na dieta, o que acarreta a formação de bolos fecais pouco volumosos, exigindo do cólon contrações hipertônicas para o deslocamento de fezes para o reto. O sigmoide é o segmento do intestino grosso mais comumente afetado.

II - Forma hipotônica. Acomete em geral pessoas acima dos 60 anos de idade, sendo decorrente da fraqueza (hipotonicidade) da parede intestinal.

III - Forma mista. Quando as duas formas acima descritas estão presentes. Ocorre geralmente em indivíduos acima dos 60 anos de idade.

Quadro Clínico

Os portadores de moléstia diverticular são em sua maioria assintomáticos, sendo que as manifestações clínicas, quando presentes, são decorrentes das características da doença.

I - Forma hipertônica. Os pacientes podem referir cólicas, desconforto abdominal e certa dificuldade para exonações normais. Sua complicação é de ordem infecciosa, decorrente da perfuração de um divertículo, definindo a denominada diverticulite aguda. Quando o processo infeccioso se restringe basicamente à região da perfuração, ocorre a chamada diverticulite aguda não complicada; nesses casos o paciente costuma apresentar dor mais comumente em flanco esquerdo e às vezes também em hipogástrio, com nítida reação peritoneal; nem sempre ocorre febre associada. Porém, a perfuração pode levar à formação de um abscesso importante na região afetada ou, então, à peritonite generalizada, com pus ou fezes na cavidade abdominal, configurando a diverticulite aguda complicada; eventualmente esses pacientes podem obstruir ou formar fístulas para órgãos internos, como a bexiga, ou para a pele.

II - Forma hipotônica. Sua manifestação clínica é a hemorragia, que pode ser de pequena, média ou grande intensidade, neste caso podendo causar instabilidade hemodinâmica e necessitando transfusões sanguíneas. Em cerca de 70 a 75% das vezes o sangramento cessa espontaneamente.

Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial

No diagnóstico da doença diverticular deve-se considerar a anamnese e o exame físico, complementados por exames laboratoriais e de imagens.

Diverticulite Aguda

A tomografia computadorizada do abdome e da pelve é a mais adequada modalidade de imagem quando existe a suspeita de diverticulite aguda, com alto grau de acurácia. O hemograma em geral apresenta-se infeccioso e a proteína C reativa encontra-se elevada. A colonoscopia está contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração ou desbloqueio de possível abscesso. Os diagnósticos diferenciais mais frequentes são a apendicite aguda, a infecção urinária ou pélvica, a torção de cisto de ovário, a gravidez ectópica e a apendagite.

Moléstia Diverticular Hipertônica Sintomática

A colonoscopia pode mostrar, além dos divertículos, estenose do segmento comprometido e permite afastar a existência de câncer associado. O enema opaco com duplo contraste é eventualmente solicitado, quando se pretende avaliar deformidade e espasticidade do segmento afetado do cólon. Os diagnósticos diferenciais mais comuns são a colite isquêmica e a doença de Crohn.

Moléstia Diverticular Hipotônica

O exame de eleição é a Colonoscopia, que permite identificar a região de sangramento, mas raramente o divertículo sangrante. O diagnóstico diferencial mais importante é o de angiodisplasia, que é uma malformação vascular na mucosa do cólon; esse exame permite, também, afastar o diagnóstico de câncer.

Tratamento**Moléstia Diverticular Sintomática**

O tratamento é clínico e consiste em dieta rica em fibras e, se necessário, adicionam-se suplementos de fibras vegetais. No caso de muito desconforto, pode-se empregar anti-espasmódicos. Nos casos onde não ocorre melhora, a ponto de se prejudicar a qualidade de vida, pode-se indicar a cirurgia, que consiste na ressecção do segmento do cólon afetado.

Diverticulite Aguda Não Complicada

O tratamento de eleição para a maioria dos casos é clínico e consiste no emprego de antimicrobianos (embora alguns considerem não utilizá-los em casos específicos), antiespasmódicos e dieta rica em fibras. Existe um conceito antigo de se evitar sementes, algo que não tem substrato científico. Quando o paciente tem vários episódios de repetição, algo que ocorre em cerca de 20% dos casos, pode-se ponderar a indicação de cirurgia, assim como quando o paciente é imunodeprimido.

Diverticulite Aguda Complicada

O tratamento depende da complicação.

Abscesso volumoso ao redor do cólon, bloqueado. A tendência é puncioná-lo orientado por tomografia, para se tentar controlar a infecção local. Eventualmente o paciente terá que ser operado posteriormente, para ressecção do segmento afetado.

Obstrução intestinal. Esta pode ocorrer por compressão do cólon decorrente de abscesso, e aí tenta-se drenar o abscesso por punção; mais frequentemente, a obstrução é consequência fechamento da luz do intestino (estenose) pelo processo inflamatório que pode ser causado pela diverticulite.

Peritonite generalizada por pus. Nessa situação, impõe-se a cirurgia de urgência, existindo algumas possibilidades técnicas: ressecção do segmento do intestino perfurado com anastomose das duas bocas de intestino no mesmo ato, com ou sem derivação do trânsito intestinal por meio de ileostomia (exteriorizar o intestino delgado no seu segmento final) ou colostomia (exteriorizar um segmento do cólon do lado direito) com o intuito de minimizar as complicações no caso de algum ponto da anastomose abrir; ressecção do segmento comprometido, com colostomia, que requer uma outra cirurgia para juntar as bocas do intestino; sutura da perfuração, lavagem do abdome para retirar o pus e drenagem da área suturada. As condutas variam de acordo com as condições do paciente e da experiência do cirurgião.

Peritonite generalizada por fezes. Nestes casos a conduta é de sempre se ressecar o segmento afetado, fazendo-se a cirurgia com colostomia ou, então, com anastomose e colostomia ou ileostomia de proteção. As condutas variam de acordo com as condições do paciente e da experiência do cirurgião.

As cirurgias podem ser feitas por laparotomia (abrindo o abdome com um corte longo) ou por laparoscopia (através de pequenos furos), sendo esta a opção preferida, em função das condições do paciente, do hospital onde ele é operado (ter os equipamentos disponíveis) e da experiência do cirurgião.

Hemorragia

Em 70 a 75% dos casos, o sangramento cessa espontaneamente, sendo necessário nos dias de observação preocupar-se com a manutenção do estado geral do paciente e, caso necessário, fazer transfusões sanguíneas.

Quando a hemorragia é muito importante, a ponto de por em risco a vida do paciente, indica-se a cirurgia, que consiste na ressecção do segmento sangrante; quando esse não é identificado, o que não é raro, pode-se indicar a ressecção de todo o cólon. Conforme o caso e a experiência do cirurgião, a cirurgia pode ser realizada por laparotomia ou laparoscopia.

Tumores do Cólon

São tumores que acometem o intestino grosso que é subdividido em cólon e reto. Uma característica importantíssima desses tumores é que a maioria deles tem origem em pólipos que são pequenas elevações na parede do cólon e/ou do reto e que crescem muito lentamente, podendo levar muitos anos para se tornarem malignos. Isso permite que esses pólipos possam ser identificados e retirados antes de se transformarem em tumores malignos, através da colonoscopia.

Quais São os Fatores de Risco?

Uma dieta rica em carnes vermelhas, processadas (salsichas, mortadelas, etc) e gorduras, não praticar exercícios físicos, a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, a idade acima de 50 anos, o fato de já ter tido pólipos ou câncer colorretal ou doença inflamatória intestinal, a ocorrência de câncer colorretal em familiares de primeiro e segundo grau e as síndromes hereditárias, sendo as mais comuns a polipose adenomatosa familiar e o câncer colorretal hereditário sem polipose, são todos fatores que podem influenciar na ocorrência de tumores colorretais.

Quais São os Sinais e Sintomas?

O sangramento ao evacuar é o sinal mais comum, anemia sem causa aparente, principalmente em pessoas com mais de 50 anos, alterações no hábito intestinal (diarreia ou intestino preso), desconforto abdominal com gases ou cólicas, permanência da vontade de evacuar mesmo após a evacuação, chamam a atenção de que a causa possa ser um tumor.

Emagrecimento intenso e inexplicado, fraqueza, fezes pastosas e escuras, e sensação de dor na região anal também podem estar relacionados com tumores. Caso apresente algum desses sinais e sintomas procure um médico. Salientamos que outras doenças, que não o câncer, também pode apresentar alguns desses sintomas.

Como Prevenir este Tipo de Câncer?

Prevenir quer dizer evitar os fatores que estão relacionados com o desenvolvimento de câncer colorretal. Adotar uma dieta rica em frutas, verduras e vegetais, evitar carnes vermelhas e embutidos, praticar exercícios físicos, combater a obesidade, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas em excesso, são atitudes importante na prevenção. Entretanto, há necessidade de se submeter a exame de rastreamento, uma vez que essas medidas não são 100% eficazes.

O exame mais importante e eficiente continua sendo a colonoscopia, que consegue visibilizar todo o cólon e reto, e se encontrar algum pólipos pode retirá-lo, evitando que se transforme em um tumor maligno (prevenção) ou até tratando uma vez que tumores pequenos nos pólipos podem ser curados com a retirada desses pólipos. Recomenda-se iniciar o rastreamento a partir dos 50 anos. Quando há casos na família a colonoscopia deve ser iniciada mais precocemente.

Como é o Tratamento?

O tratamento nos tumores iniciais geralmente é menos agressivo, através da retirada de pólipos e lesões pela colonoscopia ou por cirurgias com ressecções locais dos tumores. Nos tumores maiores do cólon há necessidade de cirurgia (convencional, laparoscópica ou robótica). Nos tumores do reto pode haver necessidade de radioterapia e quimioterapia antes da cirurgia.

Resumindo, o tratamento envolve radioterapia, quimioterapia e/ou cirurgia dependendo do local, do tamanho e extensão da doença no cólon ou em outros órgãos no caso de existirem metástases (aparecimento do tumor em outro órgão como fígado ou pulmão, por exemplo). Quanto mais precoce o

tratamento menor a agressividade e o tempo de tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Doenças Cardiovasculares

O coração é o músculo mais importante do corpo humano, uma vez que é o órgão encarregue de bombear o sangue, transportando oxigênio e nutrientes a todos os órgãos e células, por meio das artérias. De um modo geral, são o conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

As doenças cardiovasculares devem-se essencialmente à acumulação de gorduras na parede dos vasos sanguíneos – aterosclerose – um fenómeno que tem início numa fase precoce da vida e que progride silenciosamente durante anos, (habitualmente já está avançado no momento em que aparecem as primeiras manifestações clínicas). As suas consequências mais importantes – o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral – são frequentemente súbitas e inesperadas.

A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inadequado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal, sendo igualmente responsáveis por uma elevada taxa de incapacidade.

As doenças cardiovasculares com mais expressão, são:

Aterosclerose – caracteriza-se pela presença de depósitos de várias substâncias nas paredes das artérias, incluindo substâncias gordas, como o colesterol e outros elementos que são transportados pela corrente sanguínea.

É uma doença lenta e progressiva e pode iniciar-se ainda durante a infância. Contudo, regra geral, não causa qualquer sintomatologia até aos 50/70 anos, embora possa atingir adultos jovens (30/40 anos), principalmente se forem fumadores intensivos. A aterosclerose afeta artérias de grande e médio calibre, sendo a causa principal de:

Acidente Vascular Cerebral – vulgarmente chamado de hemorragia ou trombose cerebral, é caracterizado pela perda rápida de função neurológica, decorrente do entupimento (isquemia) ou ruptura (hemorragia) de vasos sanguíneos cerebrais.

É uma doença de início súbito na qual o paciente pode apresentar paralisção ou dificuldade de movimento dos membros de um mesmo lado do corpo, dificuldade na fala ou articulação das palavras e défice visual súbito de uma parte do campo visual. Pode deixar sequelas, e evoluir para coma e morte.

Doença das Artérias Coronárias – caracteriza-se pela acumulação de depósitos de gordura nas células que revestem a parede de uma artéria coronária e, em consequência, obstrução à passagem do sangue.

Angina de Peito – a angina ou angina de peito, consiste numa dor torácica transitória ou uma sensação de pressão que se produz quando o músculo cardíaco não recebe oxigénio suficiente.

Aparece de forma característica durante um esforço físico, dura só alguns minutos e desaparece com o repouso. Algumas pessoas podem prevê-la, pois conhecem com que grau de esforço a angina de peito se manifesta (para outras os episódios são imprevisíveis).

Enfarte Agudo do Miocárdio – o enfarte agudo do miocárdio, vulgarmente conhecido como 'ataque cardíaco', é uma urgência médica na qual o fluxo sanguíneo que chega ao coração se vê reduzido ou interrompido de maneira brusca e grave produzindo, como consequência, a destruição (morte) do músculo cardíaco (miocárdio) por falta de oxigénio.

Cardiopatia Isquémica – consiste na doença cardíaca provocada por depósitos ateroscleróticos que conduzem à redução do lúmen das artérias coronárias. O estreitamento pode causar angina de peito e enfarte agudo do miocárdio se em vez de redução do lúmen arterial se verificar obstrução total do vaso.

Doença Arterial Coronária – situação clínica em que existe estreitamento do calibre das artérias coronárias, provocando uma redução do fluxo sanguíneo no músculo cardíaco.

Causas de Doenças Cardiovasculares

A idade e a história familiar encontram-se entre as condições que aumentam o risco de uma pessoa vir a desenvolver doenças no aparelho cardiovascular. Contudo, existe um outro conjunto de fatores de risco individuais sobre os quais podemos influir e que estão, sobretudo, ligados ao estilo e ao modo de vida atual.

Tabagismo – é considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O risco aumenta quando a exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, em particular para as mulheres, uma vez que o tabaco reduz a proteção aparentemente conferida pelos estrogénios.

As mulheres que recorrem à anticoncepção oral (toma da pílula) e que fumam estão sujeitas a um maior risco de acidente cardiovascular. O tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do Enfarte do Miocárdio e da Doença Arterial Periférica, e pode levar, inclusive, à morte. O risco de acidente vascular cerebral também aumenta, nos fumadores, de modo proporcional ao número de cigarros fumados por

dia. A cessação do hábito tabágico é, isoladamente, a medida preventiva mais importante para as doenças cardiovasculares.

Sedentarismo – a inatividade física é hoje reconhecida como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares.

A falta de prática regular de exercício físico moderado potencia outros fatores de risco suscetíveis de provocarem doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes ou a hipercolesterolemia.

Obesidade – o risco de um acidente vascular cerebral ou do desenvolvimento de uma outra doença cardiovascular aumenta com o excesso de peso, mesmo na ausência de outros fatores de risco.

É particularmente perigosa uma forma de obesidade designada obesidade abdominal que se caracteriza por um excesso de gordura principal ou exclusivamente na região do abdómen.

A obesidade abdominal está associada a um maior risco de desenvolvimento de diabetes e doenças cardiovasculares. Maus hábitos alimentares – o excesso de consumo de sal, de gorduras, de álcool e de açúcares de absorção rápida na alimentação, por um lado, e a ausência de legumes, vegetais e frutos frescos, por outro, são dois fatores de risco, associados às doenças cardiovasculares.

Hipercolesterolemia – manifesta-se quando os valores do colesterol no sangue são superiores aos níveis máximos recomendados em função do risco cardiovascular individual. Há dois tipos de colesterol:

HDL (High Density Lipoproteins), designado por “bom colesterol”, é constituído por colesterol retirado da parede dos vasos sanguíneos e que é transportado até ao fígado para ser eliminado.

LDL (Low Density Lipoproteins) é denominado “mau colesterol” – quando em quantidade excessiva, ao circular livremente no sangue, se torna nocivo, acumulando-se perigosamente na parede dos vasos arteriais.

Quer o excesso de colesterol LDL, quer a falta de colesterol HDL, aumentam o risco de doenças cardiovasculares, principalmente o enfarte do miocárdio.

Hipertensão Arterial – situações em que se verificam valores de pressão arterial aumentados. Para esta caracterização, consideram-se valores de pressão arterial sistólica (“máxima”) superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de pressão arterial diastólica (“mínima”) superiores ou iguais a 90 mm Hg.

A hipertensão arterial está associada a um maior risco de doenças cardiovasculares, particularmente o acidente vascular cerebral.

Stress excessivo – o stress é inerente à vida, sendo uma consequência do ritmo de vida atual. Torna-se, contudo, bastante nocivo quando é excessivo.

Sintomas De Doenças Cardiovasculares

Alguns sintomas específicos podem constituir sinais de alerta para as doenças coronárias. São eles:

Dificuldade respiratória – pode ser o indício de uma doença coronária e não apenas a consequência da má forma física, especialmente se surge quando se está em repouso ou se nos obriga a acordar durante a noite.



Ateroma numa artéria causado pela aterosclerose.

Angina de peito – manifesta-se, normalmente, por meio de uma sensação de peso, aperto ou opressão por detrás do esterno, que por vezes se estende até ao pescoço, ao braço esquerdo ou ao dorso.

Alterações do ritmo cardíaco – é uma das situações de urgência/emergência médica cardíaca. Consiste na alteração do batimento ou ritmo cardíaco, por exemplo batimento muito rápido, muito lento ou irregular. Por vezes, é acompanhada de ansiedade, sudorese, falta de força e vômitos.

Insuficiência cardíaca – surge quando o coração é incapaz de, em repouso, bombear sangue em quantidade suficiente através das artérias para os órgãos, ou quando, em esforço, não consegue aumentar a quantidade adicional necessária. Os sintomas mais comuns são a fadiga e uma grande debilidade, falta de ar em repouso, distensão do abdómen e pernas edemaciadas.

Tratamento de Doenças Cardiovasculares

O diagnóstico das doenças cardiovasculares é feito mediante o quadro clínico apresentado pelo doente, as queixas, o seu historial médico e os fatores de risco a ele associados.

Alguns exames complementares de diagnóstico podem ser necessários, como radiografia, ecocardiograma, radioscopia, eletrocardiograma, Ressonância Magnética, angiografia, prova de esforço, PET (Tomografia Emissão de Positrões), e angioplastia.

Prevenção de Doenças Cardiovasculares

É possível reduzir o risco de doenças cardiovasculares através da adoção de um estilo de vida mais saudável:

Deixar de fumar.

Controlo regular da pressão arterial, nível de açúcar e gorduras no sangue.

Praticar uma alimentação saudável, privilegiando o consumo de legumes, vegetais, fruta e cereais.

Prática de exercício físico de forma moderada e com regularidade.

A partir de uma determinada idade (50 anos para as mulheres e 40 anos para os homens) é aconselhável a realização de exames periódicos de saúde.

A prevenção deve começar mais cedo para os indivíduos com história familiar de doença cardiovascular precoce ou morte súbita.

Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares são um conjunto de problemas que atingem o coração e os vasos sanguíneos, afetando, geralmente, mais homens do que mulheres, em idades acima dos 50 anos.

Tipos de doenças cardiovasculares

Pode se considerar 2 tipos de doenças cardiovasculares: aquelas que apresentam sintomas, como angina ou arritmias cardíacas e aquelas como aterosclerose ou hipertensão, que em geral não

apresentam sintomas. Estes, por serem silenciosos, são motivos para que o indivíduo procure o cardiologista regularmente, principalmente para quem já tem histórico familiar de doenças no coração.

As doenças do coração mais comuns são:

Hipertensão;

Infarto agudo do miocárdio;

Angina do peito;

Doenças nas válvulas cardíacas;

Doenças cardíacas congênitas;

Endocardite;

Arritmias cardíacas;

Miocardite;

Tumores no coração.

As doenças cardiovasculares em idosos são mais comuns e podem ser resultado dos maus hábitos de vida, como má alimentação, tabagismo ou sedentarismo. O tratamento das doenças cardiovasculares em idosos deve ser indicado pelo cardiologista e tem como objetivo, prevenir o agravamento do problema.

Os sintomas das doenças cardiovasculares são variáveis e estão normalmente associados ao tipo de doença que o indivíduo tem. Normalmente, os sintomas só começam a aparecer em fases em que a doença já está instalada, dificultando a sua prevenção. Alguns sintomas podem ser: dificuldade em respirar, dor no peito, desmaio, alterações no ritmo cardíaco.

Prevenção das Doenças Cardiovasculares

A prevenção das doenças cardiovasculares é o melhor modo de evitar o aparecimento destas doenças. Algumas dicas para prevenir as doenças cardiovasculares podem ser:

Deixar de fumar;

Controle da pressão arterial, dos níveis de açúcar e da gordura no sangue;

Alimentação saudável, evitando gorduras e comendo mais verduras, frutas e cereais;

Prática de exercício físico regularmente;

Evitar consumo de bebidas alcoólicas;

Reduzir o peso.

Nos casos em que as doenças cardiovasculares estão já em fase avançada, pode ser necessário o uso de medicamentos como diuréticos, agentes beta-bloqueadores, anticoagulantes ou estatinas para reduzir o risco de lesões no organismo.

Quando na presença de sinais ou sintomas característicos de doenças cardiovasculares, o paciente deve consultar o seu médico cardiologista para realizar exames médicos complementares que permitam fazer o diagnóstico e evitar lesões mais graves para o indivíduo.

Causas das Doenças Cardiovasculares

As causas das doenças cardiovasculares são as mais diversas, mas podem estar relacionadas com o estilo de vida do indivíduo e a sua alimentação, podendo ser:

Idade: indivíduos com mais de 50 anos têm maior risco de ter doença cardiovascular;

Sexo: os homens normalmente são mais acometidos por problemas cardiovasculares;

História familiar de doenças cardiovasculares;

Tabaco;

Colesterol alto;

Hipertensão;

Obesidade;

Vida sedentária;

Diabetes;

Anticoncepcionais orais;

Maus hábitos alimentares;

Estresse.

Os diversos tipos de doenças relacionadas ao coração estão no topo do ranking DS problemas de saúde que mais matam no mundo.

Sedentarismo e fator genético são principais provocadores de doenças cardiovasculares.

Quando se alerta para a importância dos cuidados com o coração há um motivo muito sério por trás: Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo inteiro.

Somente no Brasil elas são responsáveis por mais de 300 mil mortes por ano, o que serve de alerta para quem não tem o hábito de fazer exames periódicos, conforme alerta o cardiologista Ronaldo de Assis Sobrinho.

“Se for pensar bem, dá uma média de uma morte a cada dois minutos, números que assustam e justificam as inúmeras campanhas para que as pessoas cuidem melhor da saúde e do coração”.

Causas Principais

O especialista destaca alguns fatores causadores das doenças cardiovasculares que não podem ser alterados. Entre eles, a predisposição genética. Mas, mesmo assim, são os maus hábitos que antecipam e agravam o adoecimento.

“Temos casos em que pessoas com histórico familiar desenvolveram tardiamente um problema cardíaco por manter hábitos de vida saudáveis, ao mesmo tempo em que outros não eram predispostos e adoeceram”, reforça Sobrinho.

Para o cardiologista, é muito fácil apontar entre brasileiros o que coloca uma pessoa em risco de desenvolver doenças cardiovasculares. “O já tão criticado sedentarismo, que leva ao sobrepeso e à obesidade, juntamente com uma alimentação rica em gordura saturada, é uma espécie de bomba relógio para o coração”, destaca. Sobrinho.

O médico lembra ainda que hipertensão, diabetes e tabagismo são outros vilões de quem se preocupa em não desenvolver doenças cardiovasculares.

As 10 doenças cardiovasculares mais comuns

Para ficar atento e evitar que as doenças cardiovasculares se agravem, e levem à morte súbita, é sempre importante um acompanhamento criterioso. Principalmente para quem já tem casos na família. Veja a seguir as principais doenças cardiovasculares e como elas se manifestam:

Angina

Muitas pessoas não sabem, mas especialistas não consideram a angina como uma doença, mas sim um dos sinais de que algo não vai bem com o coração. Chamada de angina pectoris, trata-se de uma dor forte ou desconforto localizado bem no centro do peito. Normalmente surge junto com outros sintomas, como uma sensação de pressão, aperto ou queimação acima do tórax.

Em casos mais graves a dor pode também se espalhar para os braços, costas, pescoço ou mandíbulas. É causada pela interrupção parcial da passagem do sangue para o coração, impedindo que ele receba oxigênio e nutrientes suficientes para continuar funcionando normalmente.

Aneurisma da Aorta Abdominal

Trata-se de uma dilatação preenchida com sangue localizada na parte da aorta que passa pelo abdômen. Há um grande risco de que, com o tempo, esta protuberância venha a enfraquecer, podendo se romper e levando a uma hemorragia interna. Na maioria dos casos não apresenta sintomas, sendo diagnosticada em exames de rotina.

Não há uma causa definida para esta doença cardiovascular, mas acredita-se que possa estar relacionada a uma fragilidade na parede da aorta, ou mesmo por uma obstrução das artérias (aterosclerose). O fator hereditário também não é afastado pelos especialistas.

Arritmia

Pode ser definida como um distúrbio do batimento ou ritmo cardíaco, tendo como sintoma o batimento muito rápido (taquicardia), muito lento (bradicardia) ou mesmo irregular.

Geralmente é causada por problemas no sistema elétrico de condução do coração, podendo ser motivadas por: ataque cardíaco, cardiomiopatia, artérias bloqueadas, hipertensão, diabetes, hipertireoidismo, fumo, alcoolismo, consumo exagerado de cafeína, uso de drogas em geral e estresse.

Ataque cardíaco (infarto agudo do miocárdio).

É provocado pela falta de sangue e oxigênio no músculo cardíaco, em função de uma obstrução da artéria coronária. Os principais sintomas são:

Dor no peito;

Sudorese;

Falta de ar;

Mal estar súbito.

Especialistas indicam que logo aos primeiros sinais de ataque cardíaco é importante levar o paciente imediatamente ao hospital, uma vez que o risco de morte vai aumentando em 10% a cada minuto. Até que o atendimento seja feito por profissionais, a massagem cardíaca pode ajudar a reduzir os danos.

Doença Cardíaca Congênita (Cardiopatias Congênitas)

Trata-se de uma alteração na estrutura do coração presente desde o desenvolvimento do feto, ainda na gestação. Dados da American Heart Association indicam que este problema afeta cerca de 1 em cada 100 crianças.

Doença Vascular Periférica

É um problema gerado pelo acúmulo de gordura nas artérias periféricas (braços, pernas), causando a redução ou mesmo obstrução do fluxo sanguíneo. Os principais sintomas são dores nos membros, dormência e queda de temperatura local.

Endocardite

É também conhecida como infecção valvular, tratando-se de uma infecção no endocárdio (revestimento interno do coração). Na maioria dos casos é causada por bactérias (stafilococos aureus, enterococos, estreptococos viridans) ou germes que saem de outra parte do corpo e chega áreas já afetadas do coração por meio da corrente sanguínea.

Entre os principais sintomas estão febre e calafrios, fadiga, dor nos músculos e articulações, sudorese noturna, respiração curta, palidez e tosse persistente. Somente em casos raros a doença atinge pessoas com o coração saudável.

Insuficiência Cardíaca

Também conhecida como insuficiência cardíaca congestiva, é quando o coração não possui mais força para fazer o bombeamento de sangue para o resto do corpo. Divide-se em dois tipos: Sistólica nos casos em que o músculo cardíaco não consegue bombear ou ejetar o sangue para fora do coração!

Diastólica § quando estes músculos ficam rígidos e não se enchem suficientemente de sangue!

Trata-se de uma doença que se desenvolve com o passar do tempo, sendo que apenas em alguns casos é possível que venha a surgir de maneira repentina. Pode afetar todo o músculo cardíaco ou apenas de um dos lados.

Miocardite

Pode-se definir como a inflamação de um músculo do coração chamado de miocárdio, podendo ser causada principalmente por infecções por vírus, bactérias, protozoários ou fungos, uso de certos medicamentos, doenças autoimunes, consumo exagerado de álcool ou drogas.

Muitas vezes apresenta poucos ou mesmo nenhum sintoma. Entre as consequências da doença podemos citar a falência da bomba cardíaca (redução de sua capacidade de bombear sangue), além de causar arritmias cardíacas.

Tumores no Coração

É considerado tumor todo tipo de crescimento celular anormal, podendo ser benigno ou maligno (câncer). Quando sua origem é no próprio coração, chama-se primário ou primitivo, mas os deste tipo são bem raros. Os mais comuns são os denominados secundários, casos em que são originados da metástase de tumores malignos em outras partes do corpo e vão para o coração.

A maior parte dos tumores primários do coração são benignos (75%), enquanto os secundários são sempre malignos. Em muitos os tumores no coração não apresentam sintomas, podendo levar, em pouco tempo, ao surgimento de outras disfunções cardíacas fatais. Entre as quais, a insuficiência cardíaca súbita, caracterizada por arritmias cardíacas e queda brusca da pressão arterial.

O São Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares representam um termo amplo que inclui várias doenças cardíacas e vasculares mais específicas. A doença cardiovascular mais comum é a doença das artérias coronárias, a qual pode ocasionar ataque cardíaco e outras condições graves.

Tipos de doenças cardiovasculares as doenças cardiovasculares incluem:

Doença das artérias coronárias.

Ataque cardíaco.

Angina.

Síndrome coronariana aguda.

Aneurisma da aorta.

Arritmias.

Doença cardíaca congênita.

Insuficiência cardíaca.

Doença cardíaca reumática.

Fatores de Risco Para Doenças Cardiovasculares

Algumas condições médicas, assim como fatores de estilo de vida, podem colocar a pessoa sob um risco maior de doenças cardiovasculares. Em princípio todas as pessoas podem tomar medidas para diminuir o risco de doença cardiovascular. O controle dos fatores de risco é especialmente necessário para pessoas que já tiveram doença cardiovascular anterior.

Pode-se dividir os fatores de risco em:

Condições médicas.

Fatores de estilo de vida.

Fatores hereditários.

Condições médicas que são fatores de risco para doenças cardiovasculares

Níveis Altos de Colesterol Ruim No Sangue

O colesterol é uma substância produzida pelo fígado ou consumida em certos alimentos. Colesterol é necessário ao organismo e o fígado produz quantidades necessárias para as necessidades do corpo. O colesterol é geralmente classificado como "bom" ou "ruim".

Alto nível de colesterol HDL, o considerado bom, é benéfico e dá alguma proteção contra doenças cardíacas. Já altos níveis de LDL, o colesterol ruim, pode ocasionar doenças cardiovasculares.

O perfil de lipoproteínas pode ser feito medindo as diferentes formas de colesterol, assim como triglicérides (outro tipo de gordura) no sangue.

Quando há muito colesterol LDL no corpo -- devido à dieta e taxa na qual o colesterol é processado -- ele pode ser depositado nas artérias. Isso pode ocasionar o estreitamento das artérias, doença cardiovascular e outras complicações.

Pressão Alta

A pressão sanguínea alta é outro importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Essa é uma condição na qual a pressão do sangue nas artérias é muito alta. Geralmente não há sintomas para sinalizar a pressão alta. Abaixar a pressão ao fazer mudanças no estilo de vida ou por medicação pode diminuir o risco de doenças cardiovasculares e ataque cardíaco.

Diabetes Mellitus

A diabetes também eleva o risco da pessoa ter doença cardiovascular. Com diabetes o corpo ou não consegue produzir insulina suficiente, ou não consegue usar a insulina que produz como deveria, ou ambos. Isso ocasiona o acúmulo de açúcares no sangue.

Em torno de 3/4 das pessoas com diabetes morrem em decorrência de alguma forma de doença cardiovascular. Para pessoas com diabetes, é importante trabalhar com o médico formas de ajudar a administrar e controlar os fatores de risco.

Fatores de Estilo de Vida Como Risco Para Doenças Cardiovasculares Fumo

O fumo eleva o risco de doenças cardiovasculares. Fumar cigarros promove aterosclerose e eleva os níveis de fatores coagulantes do sangue, como fibrinogênio. A nicotina eleva a pressão sanguínea e o monóxido de carbono reduz a quantidade de oxigênio que o sangue pode transportar. Exposição prolongada à fumaça do fumo de outras pessoas também pode elevar o risco de doenças cardiovasculares em não-fumantes.

Dieta

Vários aspectos dos padrões de dieta têm sido relacionados a doenças cardiovasculares e condições relacionadas. Esses aspectos da dieta incluem ingestão alta de gordura saturada e colesterol, o que eleva o colesterol no sangue e promove arteriosclerose. Muito sal ou sódio na dieta pode ocasionar elevação na pressão sanguínea.

Sedentarismo

O sedentarismo está relacionado ao desenvolvimento de doenças cardíacas. Sedentarismo também pode ter impacto em outros fatores de risco, como obesidade, pressão alta, triglicérides altos, baixos níveis do (bom) colesterol HDL, e diabetes. Atividade física regular pode melhorar esses fatores de risco.

Obesidade

A obesidade está relacionada a altos níveis do colesterol (ruim) LDL e triglicérides, baixos níveis do colesterol (bom) HDL, pressão alta e diabetes.

Álcool

O consumo excessivo de álcool ocasionar elevação na pressão sanguínea e aumenta o risco de doenças cardiovasculares. Ingerir muito álcool também eleva o nível de triglicérides, o que contribui para arteriosclerose.

Fatores Hereditários de Risco Para Doenças Cardiovasculares

Doenças cardiovasculares podem ser hereditárias. Fatores genéticos provavelmente desempenham algum papel na pressão alta, doença cardíaca e outras condições vasculares.

Entretanto, é provável que pessoas com o histórico familiar de doenças cardiovasculares também compartilhem o mesmo ambiente e fatores de risco.

Prevenção de Doenças Cardiovasculares

A princípio todas as pessoas podem tomar medidas de prevenção para diminuir o risco de doenças cardiovasculares, como:

Controlar o Colesterol no Sangue

Nível alto de colesterol no sangue é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Prevenir e tratar o colesterol alto inclui ter uma dieta com pouca gordura saturada e colesterol e com muitas fibras, manter um peso saudável, e praticar exercícios físicos regularmente.

Todos os adultos devem testar os níveis de colesterol pelo menos a cada 5 anos. Se os níveis de colesterol forem muito altos, o médico pode receitar remédios para diminuí-los.

Prevenir e Controlar a Pressão Alta

Estilo de vida saudável, como ter uma dieta saudável, praticar atividade física regularmente, não fumar, e ter um peso saudável ajudam a ter um nível de pressão sanguínea normal.

Adultos devem ter a pressão checada regularmente. Se a pressão sanguínea for alta, a pessoa deve ver com seu médico como tratar e trazê-la a níveis normais. A pressão alta geralmente pode ser controlada com mudanças no estilo de vida e medicamentos quando necessários.

Prevenir e Controlar o Diabetes

Pessoas com diabetes têm risco maior de doenças cardiovasculares, porém podem diminuí-lo. Também pode-se diminuir o risco para diabetes em primeiro lugar, através da perda de peso e atividade física regular.

Não Fumar

O fumo eleva o risco de pressão alta, doenças cardiovasculares e AVC. Nunca fumar é uma das melhores coisas que a pessoa pode fazer para diminuir o risco de doenças cardiovasculares. Largar o cigarro também ajudará a diminuir o risco de doenças cardiovasculares. O risco de pessoa ter ataque cardíaco diminui logo depois de parar de fumar. O médico pode ajudar a pessoa a parar de fumar.

Moderar a Ingestão de Álcool

O consumo excessivo de álcool eleva o risco de pressão alta, ataque cardíaco e derrame. Pessoas que bebem devem fazer isso com moderação e responsabilidade.

Manter Um Peso Saudável

O peso saudável em adultos é geralmente indicado pela altura e peso usando-se o índice de massa corporal (IMC), que é obtido pela fórmula: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$. Assim, uma pessoa com 1,80m e 85 kg tem um IMC de 26,23 ($85 / (1,8)^2$).

Um adulto com IMC de 30 para cima é considerado obeso. Pessoas com IMC entre 25 e 29,9 estão com sobrepeso. O peso normal é representado pelo IMC entre 18 e 24,9. Dieta apropriada e atividade física regular podem ajudar a manter um peso saudável.

Praticar Atividade Física Regularmente

Adultos devem praticar atividades físicas de intensidade moderada pelo menos por 30 minutos na maioria dos dias da semana.

Juntamente com peso saudável e atividade física regular, uma dieta de modo geral saudável pode ajudar a diminuir a pressão sanguínea e colesterol, assim como prevenir obesidade, diabetes, doença cardíaca e AVC. Ter uma dieta saudável inclui comer muitas frutas e vegetais frescos, diminuir a ingestão de sal e sódio, e comer menos gordura saturada e colesterol.

Doenças Reumáticas

Para quase todos, ao se falar em reumatismo, a referência encontrada é um estado de dificuldades típicas dos idosos. Esta idéia é tão difundida quanto falsa: as doenças reumáticas não são exclusividade de uma determinada faixa etária e abrangem um número muito grande de afecções, com causas muito diversificadas.

O termo reumatismo, a rigor, não trata de uma doença em particular, mas de um grande número delas, todas atuantes no sistema músculo-esquelético. Este é o sistema que dá a sustentação (ossos) e mobilidade (músculos) ao nosso corpo.

Sua estrutura é muito complexa, pois é composto por mais de 230 ossos e cerca de 639 músculos, que desempenham funções variadas, como proteger órgãos vitais (crânio e costelas), sustentar-nos na posição ereta e permitir atos como andar, pegar, pular etc. Ao movimentarem-se os ossos e os músculos usam as articulações que, ao mesmo tempo em que os prendem na posição correta, permitem que executem os movimentos mais variados.

Cada articulação de nosso corpo, além de ossos e músculos, tem outros componentes de grande importância, como as cartilagens (que funcionam como amortecedores, não deixando que os ossos se atritem e desgastem); os tendões (que ligam os músculos aos ossos); os ligamentos (que mantêm o conjunto no lugar); as bainhas musculares (que cobrem tendões e músculos e evitam o atrito ao se movimentarem); e as bursas (bolsas de líquido que ajudam a proteção e estabilização de algumas articulações). Cada um destes elementos desempenha uma função e o bom funcionamento do conjunto depende de todos.

O nosso sistema de sustentação e movimento é um fascinante produto de milhões de anos de evolução dos seres vivos, desde as suas formas mais simples até a complexidade e variedade atuais. Sob o ponto de vista de sua eficiência, é o mecanismo perfeito para as atividades e necessidades humanas, realizando seu trabalho com gasto mínimo de energia.

E mesmo a realização de movimentos simples, como abrir e fechar a mão, implica a atividade de dezenas de ossos, músculos, cartilagens, tendões e ligamentos trabalhando coordenados, de forma quase automática.

As doenças reumáticas são inflamações (crônicas ou não) em um ou mais componentes de uma articulação, gerando dores e incapacidade temporária ou permanente para sua movimentação adequada.

A inflamação é uma reação benéfica ao organismo na qual este busca se proteger de uma agressão qualquer, seja de bactéria, vírus ou traumatismo, que (em média) em sete dias recupera as funções normais.

Esta reação benéfica se torna um problema quando não há possibilidade de controle do agente inflamatório ou quando há um desequilíbrio no sistema imunológico, tornando-a impossível de ser controlada pelos medicamentos atuais.

Existem mais de 100 tipos diferentes de doenças que podem ser classificadas como reumáticas. Estas doenças podem atacar pessoas em qualquer idade.

Os tipos mais comuns de reumatismo, no Brasil, são a artrite, a artrose, a tendinite, a gota, as dores na coluna e a osteoporose.

As doenças reumáticas são basicamente inflamatórias, mas a doença considerada reumática mais complicada é de caráter degenerativo e se chama osteo-artrose, uma degeneração das cartilagens que existem nas articulações e evitam o contato direto entre os ossos em movimento.

A osteoporose, também, é uma doença importante, e apresenta a redução de massa óssea, resultante da perda de cálcio em algumas mulheres, após a menopausa.

No Brasil existem cerca de 15 milhões de pessoas sofrendo de algum tipo de doença reumática, principalmente a artrose e o reumatismo das partes moles.

A artrose ou reumatismo degenerativo é mais comum nas pessoas com mais de 50 anos, mas pode surgir em jovens devido à obesidade ou a atividades profissionais. Sua principal característica é a degeneração das cartilagens, provocando dor e enrijecimento das articulações.

O reumatismo nas partes moles atinge músculos e tendões e é mais comum em pessoas adultas. Em geral, resulta de traumas provocados por esforços excessivos ou repetitivos.

As doenças reumáticas são um grande problema de saúde pública no Brasil. São a segunda maior causa de afastamento temporário do trabalho e a terceira causa de aposentadorias precoces por invalidez, perdendo apenas para as doenças cardíacas e mentais; isto, porque apenas um pequeno número de doenças reumáticas pode ser curada, como a tendo-sinovite, provocada por esforço repetitivo, a qual regride na medida em que a pessoa deixa de fazer a atividade que a provocou.

No entanto, em sua grande maioria, as doenças reumáticas podem ser controladas, permitindo uma vida normal, excetuando-se uma minoria que leva a deformidades, pois podem atingir a coluna, enrijecendo-a, provocando paralisias e redução da capacidade de trabalho.

As doenças reumáticas não apenas podem incapacitar para o trabalho, como podem piorar muito a qualidade de vida de seus portadores, provocando dores e dificuldades nas tarefas domésticas e nas práticas esportivas.

O Que Está Em Discussão

Evitar o surgimento de doenças reumáticas implica adquirir — e quanto mais cedo melhor — a consciência de que, por mais fantástico que seja o desempenho de nosso sistema músculo-esquelético, ele

se desenvolveu dentro de condições ambientais diversas daquelas em que o homem urbano se encontra.

As cidades surgiram há não mais de cinco mil anos, e nossa formação corporal teve (pelo menos) um milhão de anos de desenvolvimento prévio.

O homem primitivo caminhava e se exercitava naturalmente na sua busca de alimento e proteção contra os predadores, e toda nossa conformação corporal está adaptada a este exercitar constante da musculatura.

As condições vigentes nas cidades, atualmente, com seu sistema de transportes e formas de trabalho sedentárias, exigem pouco ou nenhum exercício corporal no dia-a-dia de seus habitantes. Isto implica a necessidade de exercícios corporais e atenção constante no processo de trabalho, evitando posturas inadequadas ou esforços excessivos ou repetitivos.

Algumas dicas simples: caminhar utilizando o calçado adequado é o melhor exercício para prevenir os diversos tipos de doenças reumáticas; para quem trabalha sentado: manter uma postura correta e, de tempos em tempos, fazer relaxamento muscular e exercícios de alongamento; nas atividades que implicam esforços repetitivos, relaxar e alongar os músculos a intervalos regulares; evitar esforços excessivos e, ao levantar pesos, manter a coluna ereta.

O descanso também é importante, pois ao dormir recuperamos a energia despendida e relaxamos o conjunto da musculatura.

Por isso, é recomendável não usar colchões muito moles e travesseiros muito baixos ou altos demais, o que pode provocar vários problemas de coluna.

Nas doenças reumáticas, o diagnóstico precoce é de extrema importância. É necessário ficar atento e, ao notar qualquer inchaço e/ou dores em articulações ou coluna, procurar os serviços de saúde. Muitos casos, mesmo aqueles considerados dos mais graves, podem ser curados ou controlados se tratados desde o início.

Estes cuidados com o corpo (exercícios regulares, boa postura ao trabalhar, boas condições de descanso) são suficientes para prevenir a quase totalidade das doenças reumáticas, e não somente elas, pois são cuidados que, aliados a uma alimentação adequada, garantem boa saúde ao longo de toda a vida.

Doenças Reumáticas

As doenças reumáticas são, nos países desenvolvidos, o grupo de enfermidades mais frequente no ser humano. A incapacidade funcional e laboral que geram tem um forte impacto económico-social.

O Que São Doenças Reumáticas?

São doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática.

Há mais de uma centena de doenças reumáticas, cada qual com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores.

As doenças reumáticas podem ser agudas, recorrentes ou crônicas e atingem pessoas de todas as idades. As mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos, são quem mais sofre com as doenças reumáticas.

Doenças Reumáticas

Existem centenas de doenças reumáticas que ocorrem mais frequentemente em adultos, mas que podem também aparecer em crianças.

A maioria das doenças reumáticas envolve principalmente as articulações, tendões, músculos ou ossos, e são acompanhadas de dores. Há doenças reumáticas que são provocadas por inflamação dos vasos (vasculites) e pode haver formas de reumatismo sem dor.

Um grande número de doentes reumáticos não tem doença grave (ex. a maioria dos doentes com osteoartrose) e podem ser seguidos apenas pelo seu médico de família.

Há doenças, (ex. fibromialgia) que embora não sejam graves exigem uma equipa multidisciplinar treinada (reumatologista, fisiatra, técnicos de medicina física e de reabilitação, nutricionista, psicólogos, etc.), para que o seu tratamento seja eficaz.

O seu diagnóstico nem sempre é fácil, pois pode acompanhar outras doenças mais graves, ou mesmo porque o quadro clínico de outras doenças se pode assemelhar ao da fibromialgia.

As conectivites, cujos exemplos mais conhecidos são a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistémico, se não forem tratadas corretamente podem levar a complicações sistémicas graves e grandes incapacidades.

Se diagnosticadas e tratadas o mais cedo possível pelo reumatologista e com os medicamentos disponíveis hoje em dia é possível que os doentes exerçam as suas atividades da vida diária e uma vida perto do normal.

Da mesma forma, qualquer artrite inicial deve ser enviada com a máxima rapidez ao reumatologista, para que o diagnóstico e o tratamento adequados sejam efetuados nos primeiros meses da doença.

É importante que tenhamos sempre presente que o reumatologista serve mais para evitar a incapacidade dos doentes do que para efetuar os relatórios com que o doente se pode reformar.

Há doenças reumáticas extremamente graves (ex. vasculites) que exigem um tratamento urgente por vezes com internamento hospitalar, pois poderá estar em causa um envolvimento de órgão (ex. cérebro ou rim) ou mesmo a própria vida. Felizmente que são muito raras e se tratadas corretamente poderão ter um bom prognóstico.

É importante salientar que mesmo nos doentes reumáticos com grandes incapacidades e deficiências, resultado de um tratamento tardio ou não resposta à terapêutica, é sempre possível com uma equipa multidisciplinar e cuidados integrados de saúde melhorar significativamente a qualidade de vida destes doentes.

Lombalgia

Lidera a prevalência nacional a nível reumatológico com 26,4%, segundo o estudo Epireuma, o primeiro de larga escala sobre as doenças reumáticas realizado em Portugal (dez mil inquiridos) e é uma das razões que mais pessoas leva à consulta médica, mas não é uma doença.

A lombalgia, que afeta uma em cada três pessoas pelo menos uma vez na vida, é um sintoma. Trata-se de uma dor muscular situada na zona lombar e que tem origens diversas:

- Atitude postural deficiente;
- Movimento brusco;
- Esforço intenso;
- Hérnia discal;
- Artrose;
- Doença inflamatória como a espondilite;
- Doença infecciosa, como a brucelose.

Fraturas de vértebras lombares, como na osteoporose, podem ocorrer e, embora mais raramente, pode ser a primeira manifestação de doenças malignas ou de metastases ósseas de cancro.

Como Agir

O tratamento deste sintoma depende de um diagnóstico preciso e varia segundo as causas, explica António Vilar, “de uma forma geral inclui medicamentos adequados à situação específica, tratamentos locais, fisioterapia, hidroterapia e por vezes cirurgia”. Estar atento a este sintoma é importante e aconselha-se a procurar um médico, “quando não se resolve espontaneamente, a intensidade ou a incapacidade que provoca é muito marcada ou as recaídas frequentes, para fazer o diagnóstico e tratar ou corrigir a causa”, recomenda.

Artrose

É a doença reumática mais frequente a nível mundial. Também designada por osteoartrose, atinge sobretudo as articulações dos joelhos, mãos, pés, anca e coluna. É uma doença degenerativa que tem origem na cartilagem e provoca dor, deformação óssea, limitação de movimentos e incapacidade progressiva.

Alguns Fatores De Risco:

- Obesidade;
- Idade superior a 50 anos;
- Genética;
- Desgaste articular;
- Traumatismos repetidos.

Como Agir

Existem sinais de alarme que devem levar a procurar um médico, destaca António Vilar: “Dor nas articulações de carga, incapacidade funcional em certos gestos ou atividades, antecedentes familiares ou fatores de risco conhecido”.

O tratamento pode incluir a toma de anti-inflamatórios, analgésicos, fisioterapia, injeções intra-articulares de anti-inflamatórios ou de lubrificantes e a cirurgia com colocação de próteses que anulam a dor e devolvem a qualidade de vida perdida. Adotar hábitos de vida saudável – perder peso, prática de exercício moderado, repouso relativo, evitar esforços e traumatismos repetidos – é também aconselhável.

Artrite Reumatoide

A artrite reumatoide é a principal e mais frequente doença reumática inflamatória e pode levar a deformações articulares, perda de função e incapacidade extrema se não for tratada de forma rápida e adequada.

Manifesta-se de forma habitualmente simétrica, sobretudo nos punhos, mãos, tornozelos e pés que se apresentam inflamados, com inchaço, vermelhidão e dor. Está associada a uma resposta imunitária desadequada de causa(s) desconhecida(s) mas com maior incidência no sexo feminino e na menopausa.

Como Agir

Para além da dor, edema, vermelhidão ou rigidez articular, podem surgir outros sintomas como febre, fadiga, inflamação da membrana cardíaca ou pulmonar, entre outros. Apesar de não ter cura, existem tratamentos que visam travar a sua evolução.

Como realça o especialista, atualmente “quase todos os doentes fazem anti-inflamatórios ou corticosteróides (que são apenas sintomáticos) e a utilização dos modificadores da doença é crucial para a remissão da doença que é hoje o principal objetivo. Os medicamentos inovadores vieram permitir o controlo dos sintomas em 90 por cento dos doentes”.

Osteoporose

Resultado da fragilidade óssea devido ao baixo nível de cálcio nos ossos, esta patologia pode ter consequências graves, com o risco de fratura, deformação (das vértebras) e incapacidade motora.

Não admira, portanto, que a osteoporose apresente a taxa mais elevada de mortalidade e morbidade do grupo de doenças reumatológicas.

As recomendações de António Vilar para quem se aproxima da idade de risco:

- Ingestão adequada de alimentos com cálcio e vitamina D;
- Exercício físico diário adequado (pode ser marcha de 45 minutos/dia);
- Prevenção das quedas e a eventual medição da massa óssea por densitometria na coluna e/ou fémur”.

Esta patologia agrava-se com a menopausa e afeta sobretudo as mulheres após os 65 anos.

Como Agir

Embora assintomática antes de fratura, a dor difusa e alterações na postura ou estatura podem ser um indício da doença.

“Se tem mais de 65 anos ou teve uma menopausa precoce, se já teve uma fratura de baixo impacto, se teve alguma doença da tiroide, tomou corticoesteroides durante mais de três meses, os seus pais tiveram fratura do fémur, é fumadora ou a sua dieta é cronicamente pobre em cálcio ou vitamina D.

Procure o seu médico ou fale com um reumatologista”, aconselha António Vilar, recordando ainda que “algumas doenças como a artrite reumatoide ou a asma tratada cronicamente com corticoesteroides são fatores de risco para a osteoporose”. O tratamento engloba a toma de fármacos (analgésicos, substituição hormonal e bisfosfonatos) e de suplementos em cálcio e vitamina D.

Reumatismos Periarticulares

Este grupo inclui várias síndromes dolorosas que podem envolver os tendões, músculos e tecidos moles e é o principal motivo de consulta em Reumatologia.

Podem dever-se a:

- Uso intenso e repetitivo da articulação (profissão, lazer, desporto);
- Lesões recorrentes.

Mas também podem surgir associados a patologias como:

- Artrite reumatoide;
- Espondilite anquilosante;
- Gota;
- Tendinites (inflamação dos tendões);
- Bursites (inflamação das bolsas de líquido sinovial que previnem o atrito articular).

Como ilustra António Vilar, “as tendinites profissionais e desportivas recidivantes ou associadas a doenças crónicas, podem calcificar com episódios hiperagudos de dor e incapacidade, como por exemplo: o “ombro congelado” em que o doente com as dores não mexe nem deixa tocar; a dor no cotovelo (epicondilite), conhecida por cotovelo do tenista, que advém do uso e abuso de movimentos (aparafusar, agramar, torcer) e dá grande incapacidade.

As bursites são também muito incapacitantes e ocorrem por vezes nas ancas após caminhadas ou exercícios prolongados.”

Como Agir

Os principais sintomas deste problema são “a dor e limitação dos movimentos localizadas, a associação a doenças reumáticas já existentes. A observação e palpação pelo reumatologista permite fazer o diagnóstico”, explica o médico.

Na ocorrência de sintomas deverá “repousar a articulação e marcar uma consulta médica se não melhorar.

Após o diagnóstico, deve prevenir as recidivas nos casos profissionais ou de traumatismo repetido”, indica. O tratamento consiste na correção dos fatores na sua origem, fármacos para controlo da dor e fisioterapia se necessário.

Aneurisma Da Aorta Torácica

O que é Aneurisma da aorta torácica?

Um aneurisma da aorta torácica é uma área dilatada na parte superior da aorta, a maior artéria do corpo humano, que é responsável por transportar o sangue rico em oxigênio para as demais partes do organismo.

Causas

As causas exatas do aneurisma da aorta torácica são desconhecidas, mas fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de um aneurisma incluem:

Aterosclerose

Quando as paredes das artérias ficam repletas de placas de gordura, elas se tornam menos flexíveis e mais estreitas. Este processo, chamado de aterosclerose, é facilitado quando a pessoa tem o colesterol alto e a pressão arterial elevada.

Doenças do Tecido Conjuntivo

As pessoas que nascem com síndrome de Marfan, uma doença genética que afeta o tecido conjuntivo no corpo, estão sob um risco maior de desenvolver um aneurisma da aorta torácica.

Além desta, outras doenças do tecido conjuntivo, como as síndromes de Ehlers-Danlos e Loeys-Dietz, podem contribuir para a ocorrência de um aneurisma da aorta torácica.

Outras Condições Médicas

Condições inflamatórias, como a arterite de células gigantes e arterite de Takayasu, também pode causar aneurismas da aorta torácica.

Problemas Com Válvulas do Coração

Pessoas com problemas na válvula aórtica, que transporta o sangue para fora do coração, têm um risco aumentado de desenvolver aneurisma da aorta torácica.

Infecções Não Tratadas

Apesar de não ser uma das causas mais comuns de aneurisma da aorta torácica, uma pessoa está mais propensa a desenvolver esta condição se teve uma infecção não tratada, como sífilis ou salmonela.

Lesão Traumática

Algumas pessoas que sofrem graves ferimentos em quedas ou em acidentes de carro, por exemplo, podem desenvolver aneurismas da aorta torácica com mais facilidade.

Fatores de risco

Os principais fatores de risco para um aneurisma da aorta torácica incluem:

Idade: aneurismas da aorta torácica ocorrem mais frequentemente em pessoas acima dos 65 anos

Tabagismo: o uso do tabaco é um forte fator de risco para o desenvolvimento de um aneurisma da aorta torácica. Quanto maior o tempo de fumo, maior é o risco de desenvolver a doença

Hipertensão: aumento da pressão arterial causa danos aos vasos sanguíneos do corpo, aumentando as chances de uma pessoa desenvolver um aneurisma da aorta torácica

Aterosclerose: o acúmulo de gordura e outras substâncias que podem danificar o revestimento de um vaso sanguíneo aumenta o risco de um aneurisma da aorta torácica

Histórico familiar: pessoas que têm histórico na família de aneurisma da aorta torácica têm um maior risco de vir a desenvolver a doença.

Sintomas de Aneurisma da Aorta Torácica

Aneurismas da aorta torácica geralmente crescem lentamente e não manifestam sintomas, tornando-os muito difíceis de detectar. No entanto, o desenvolvimento de um aneurisma é muito difícil de prever. Alguns aneurismas começam pequenos e permanecem pequenos, outros se expandem ao longo do tempo. Há aqueles, inclusive, que nunca se romperão. A questão é que quando um aneurisma da aorta torácica cresce, os sintomas aparecem. Veja alguns:

Sensibilidade ou dor no peito

Dor nas costas

Rouquidão

Tosse

Falta de ar

Buscando ajuda médica

A maioria das pessoas com aneurismas da aorta não têm sintomas, a menos que seja um caso de dissecação ou de ruptura do aneurisma. Em ambos os casos, procure atendimento de emergência. Saiba reconhecer os sinais da ruptura do aneurisma:

Dor aguda e repentina na parte superior das costas que irradia para baixo

Dor no peito, queixo, pescoço ou nos braços

Dificuldade para respirar

Se você tiver histórico familiar de aneurisma da aorta torácica, de síndrome de Marfan ou de outra doença do tecido conjuntivo, o médico pode recomendar exames de ultrassom regulares para triagem de aneurisma.

Especialistas que podem diagnosticar um aneurisma da aorta torácica são:

Clínico geral

Angiologista

Cirurgião vascular

Estar preparado para a consulta pode facilitar o diagnóstico e otimizar o tempo. Dessa forma, você já pode chegar à consulta com algumas informações:

Uma lista com todos os sintomas e há quanto tempo eles apareceram

Histórico médico, incluindo outras condições que o paciente tenha e medicamentos ou suplementos que ele tome com regularidade

Se possível, peça para uma pessoa te acompanhar.

O médico provavelmente fará uma série de perguntas, tais como:

Quando os sintomas começaram?

Qual a intensidade dos sintomas?

Você sente dores?

Sua família tem histórico de aneurisma da aorta? Qual? Torácica ou abdominal?

Os sintomas são frequentes ou ocasionais?

Você já foi diagnosticado com alguma outra condição de saúde? Qual?

Diagnóstico de Aneurisma da aorta torácica

Aneurismas da aorta torácica são frequentemente encontrados durante exames médicos de rotina, como uma radiografia de tórax ou ultrassom do coração ou no abdômen. Muitas vezes os pacientes vão fazer esses exames por outros motivos, sem nem desconfiar de que estão com aneurisma.

No entanto, se o médico suspeitar que você tem um aneurisma da aorta torácica, testes especializados podem ajudar a diagnosticá-lo. Estes exames podem incluir:

Radiografia do tórax

Ecocardiograma

Tomografia computadorizada

Exame de ressonância magnética

Tratamento de Aneurisma da aorta torácica

O objetivo do tratamento é impedir que o aneurisma se rompa. Geralmente, as opções de tratamento são acompanhamento médico ou cirurgia. A decisão quanto à melhor opção de tratamento depende do tamanho do aneurisma da aorta e o quão rápido ele está crescendo.

Se o aneurisma da aorta torácica é pequeno, o médico pode recomendar o acompanhamento clínico, que inclui consultas regulares para garantir que o aneurisma não está crescendo e a gestão de outras condições médicas que podem piorar o aneurisma.

Nestes casos, é bastante provável que o médico peça exames de imagem regulares para verificar o tamanho do aneurisma.

Agora, se você tem pressão arterial elevada ou bloqueios em suas artérias, é provável que o médico prescreva medicamentos para baixar a pressão arterial e reduzir os níveis de colesterol, a fim de reduzir o risco de complicações decorrentes do aneurisma. Estes medicamentos podem incluir:

Betabloqueadores

Medicamentos para controlar a pressão arterial

Fixadores endovasculares, também conhecidos como “stents”.

Se você tem um aneurisma da aorta torácica, a cirurgia também pode ser uma opção, principalmente para casos em que o aneurisma for maior do que o considerado seguro. Dependendo do tamanho e da localização do aneurisma ao longo da aorta torácica, o médico poderá recomendar uma entre as três opções cirúrgicas que existem. Veja:

Cirurgia aberta, em que são feitos cortes ou na região do tórax ou no abdômen, para retirar a parte danificada da aorta e substituí-la por um tubo sintético

Cirurgia endovascular, em que o médico faz uma incisão na perna e insere um cateter que vai até a região danificada da aorta

Cirurgia cardíaca, para casos em que o aneurisma esteja relacionado a outra condição de saúde, em que o médico substitui as válvulas do coração danificadas para impedir o crescimento do aneurisma.

Convivendo/ Prognóstico

Se você foi diagnosticado com um aneurisma da aorta torácica, o médico provavelmente irá aconselhá-lo a evitar o trabalho pesado e a atividade física, a fim de controlar a pressão arterial – que também pode ser comprometida pelo estresse. A recomendação médica é que o paciente evite ao máximo situações estressantes.

Não existem medicamentos capazes de evitar um aneurisma da aorta torácica. O que existem são medicamentos usados para controlar o nível de pressão arterial e também o colesterol, de forma a reduzir as chances de complicações decorrentes do aneurisma.

A melhor abordagem para evitar um rompimento do aneurisma da aorta torácica e mantê-lo livre de outras complicações é manter os vasos sanguíneos saudáveis. Para isso, considere tomar as seguintes medidas:

Não fume

Mantenha sua pressão arterial sob controle

Faça exercício físico regular

Reduza o colesterol e a gordura de sua dieta.

Complicações Possíveis

Dissecção e ruptura do aneurisma da aorta torácica são as principais complicações possíveis deste problema. Um aneurisma da aorta rompido pode levar à hemorragia interna, colocando a vida do paciente em risco. Em geral, quanto maior o aneurisma, maior o risco de ruptura.

Aneurisma da aorta torácica tem cura?

O prognóstico no longo prazo para pacientes com aneurisma da aorta torácica é determinado por outros problemas médicos, tais como doença cardíaca e diabetes, que podem ter causado ou contribuído para esse quadro.

Prevenção

Não há formas de prevenção do aneurisma da aorta torácica, a não ser por meio de um estilo de vida saudável, com uma dieta balanceada e livre de gorduras, sem cigarro e com exercícios físicos regulares inseridos na rotina.

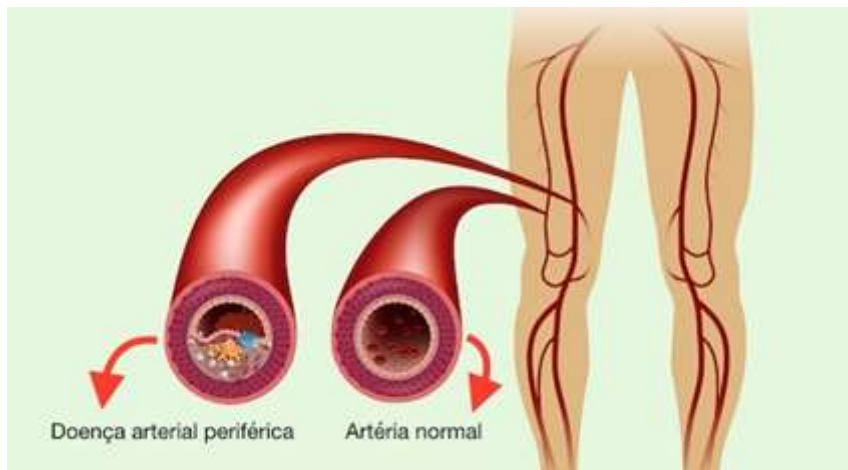
Doença Arterial Periférica

A doença arterial periférica (DAP) é uma doença caracterizada pela diminuição do fluxo sanguíneo nas artérias, devido a um estreitamento ou oclusão destes vasos, afetando, principalmente, as pernas e pés, e provocando sinais e sintomas como dor, câibras, dificuldade para andar, palidez nos pés, formação de úlceras e, até, risco de necrose do membro afetado.

Também conhecida como doença arterial oclusiva periférica (DAOP), esta doença é causada, principalmente, pelo acúmulo de placas de gordura nos vasos sanguíneos, chamado de aterosclerose.

As pessoas com maior risco para o desenvolvimento desta alteração são os fumantes, portadores de diabetes, colesterol elevado ou pressão alta, por exemplo. Entenda melhor o que é e como tratar a aterosclerose.

Para tratar a doença arterial periférica, o médico irá orientar terapias para diminuir ou evitar a piora da obstrução das artérias, como AAS, Clopidogrel ou Cilostazol, por exemplo, além de remédios para controle da pressão alta, colesterol e diabetes, sendo também muito importante a adoção de hábitos de vida saudáveis. Já o tratamento com cirurgia é indicado para pessoas com sintomas graves, que não melhoraram com os remédios ou que têm uma falta de circulação grave dos membros.



Principais Sintomas

As pessoas com a doença arterial periférica nem sempre têm sintomas e, em muitos casos, a doença pode progredir silenciosamente e se manifestar somente quando se torna grave. No entanto, os sinais e sintomas mais comuns são:

Dor nas pernas ao caminhar e que melhora com o repouso, também chamada de claudicação intermitente. A dor nas pernas mesmo em repouso pode surgir à medida que a doença piora;

Fadiga nos músculos das pernas;

Cãibra, dormência ou sensação de frio nos membros afetados;

Sensação de queimação ou cansaço nos músculos da perna, como panturrilha;

Diminuição dos pulsos arteriais, queda dos pêlos e pele mais fina nos membros afetados;

Formação de úlceras arteriais, ou, até, necrose do membro, em casos mais graves.

Os sintomas, principalmente a dor, podem piorar durante o sono à noite ou sempre que os membros estiverem elevados, pois isto diminui ainda mais o fluxo de sangue para as pernas e pés.

A aterosclerose pode afetar vasos sanguíneos de todo o organismo, por isso, pessoas com doença arterial periférica também têm maior risco de desenvolver outras doenças cardiovasculares, como angina, infarto, AVC ou trombose, por exemplo.

Como confirmar

A principal forma de identificar a doença arterial periférica é através de avaliação clínica do médico, que irá observar os sintomas e o exame físico do membro afetado.

Além disso, o médico poderá solicitar a realização de alguns exames, como medida da pressão nos membros, realização de ultrassom com doppler ou angiografia como forma de auxiliar na confirmação do diagnóstico.

Como é Feito o Tratamento

O tratamento para a doença arterial periférica é indicada pelo médico, especialmente o angiologista, que poderá indicar o uso de remédios como:

Aspirina ou clopidogrel, que contribuem evitar formação de trombos no sangue e obstrução das artérias;

Remédios para controlar o colesterol, para ajudar a estabilizar a placa de colesterol nos vasos e impedir a piora da obstrução:

Cilostazol, que ajuda a dilatar as artérias afetadas para casos moderados a graves;

Analgésicos Para Aliviar As Dores

Além disso, é muito importante adotar melhorias nos hábitos de vida e controlar fatores de risco para esta doença, como parar de fumar, perder peso, praticar atividades físicas regulares (pelo menos 30 minutos por dia), adotar uma dieta saudável e equilibrada, além de fazer o tratamento correto para controlar o diabetes, colesterol e pressão alta.

Desta forma, é possível diminuir a piora da aterosclerose e os efeitos do acúmulo de placas de gorduras nos vasos sanguíneos, impedindo, assim, a piora da doença arterial e o surgimento de outras doenças cardiovasculares, como angina, infarto e AVC, por exemplo.

Já a cirurgia pode ser indicada pelo angiologista em casos em que não houve melhora dos sintomas como tratamento clínico ou quando a obstrução do fluxo sanguíneo é grave.

Quais São As Causas

A principal causa da doença arterial periférica é a aterosclerose, em que acúmulo de gordura nas paredes das artérias provoca o seu endurecimento, estreitamento e diminuição do fluxo sanguíneo. Os fatores de risco para a aterosclerose incluem:

Colesterol elevado;

Pressão arterial elevada;

Alimentação rica em gorduras, sal e açúcar;

Sedentarismo;

Excesso de peso;

Tabagismo;

Diabetes;

Doença Cardíaca

Entretanto, outras causas da doença arterial periférica podem ser a trombose, embolismo, vasculite, displasia fibromuscular, compressão, doença adventícia cística ou traumatismo do membro, por exemplo.

Trombose

O que é Trombose?

A Trombose Venosa Profunda (TVP), condição conhecida popularmente apenas por trombose, é a formação de um coágulo sanguíneo em uma ou mais veias localizadas da parte inferior do corpo, geralmente nas pernas.

Trombose Arterial

Além da trombose venosa profunda, existem também trombos que se formam nas artérias, bloqueando totalmente este vaso.

Quando existe uma obstrução total das artérias do cérebro, chamamos de acidente vascular cerebral, também conhecido pela sigla AVC. Nesses casos a região a que o sangue não chega sofre um infarto cerebral e morre.

Qual a diferença entre trombose e tromboflebite?

A tromboflebite consiste na inflamação deste coágulo formado quando há uma trombose e tem sintomas como calor na região, vermelhidão e varizes ou veias dilatadas.

Trombose Hemorroidaria

Quando uma hemorroida tem a formação aguda de trombos, chamamos isso de uma trombose hemorroidaria. Esse quadro implica no desenvolvimento de um nódulo com edema e de coloração arroxeada na margem anal. É frequentemente acompanhado de dor severa.

Tipos

A trombose pode ser classificada em aguda e crônica:

Trombose Aguda

Inicialmente uma trombose pode ser considerada um evento agudo que muitas vezes o corpo mesmo utiliza de mecanismos para dissolvê-lo.

Trombose Crônica

No entanto, durante o processo de dissolução do coágulo que é natural do corpo, podem ficar sequelas no interior das veias, destruindo a estrutura das válvulas. É a partir desse momento que a doença se torna crônica: por conta dessas alterações nas válvulas, o retorno do sangue fica prejudicado e leva ao aparecimento de inchaço, varizes, escurecimento e endurecimento da pele e até feridas. A trombose pode ser dividida em:

Causas

A trombose ocorre quando há formação de um coágulo sanguíneo em uma ou mais veias grandes das pernas e das coxas. Esse coágulo bloqueia o fluxo de sangue e causa inchaço e dor na região. O problema maior é quando um coágulo se desprende e se movimenta na corrente sanguínea, em um processo chamado de embolia. Uma embolia pode ficar presa no cérebro, nos pulmões, no coração ou em outra área, levando a lesões graves.

Trombose e Avião

Um medo muito comum das pessoas é o de trombose em viagens de avião. Realmente um voo é um momento em que o risco deste problema aparecer é maior, já que a pessoa fica sem mover as pernas, o que prejudica o retorno do sangue venoso para o coração.

O problema maior é em pessoas que tem alguma predisposição a ter trombose e estão em um voo. O sintoma mais comum é inchaço de panturrilha, acompanhado ou não de dor e calor local.

Para evitar o problema:

Use roupas confortáveis e um pouco mais largas, que não causem compressão

Use meias elásticas medicinais, prescritas por médico e adequadamente calçadas, que ajudam no retorno venoso

Tome bastante líquido, principalmente água. O líquido, além de hidratar, também motiva a pessoa a se levantar para ir ao banheiro

Evite ficar mais de duas horas parado na mesma posição.

Fatores de risco

Existem alguns fatores que são considerados de risco para a ocorrência de trombose. Veja:

Pílula Anticoncepcional

A pílula exerce efeito sobre a coagulação sanguínea e alguns estudos mostram haver risco relativo quatro vezes maior para o desenvolvimento de trombose em mulheres que utilizam anticoncepcionais em relação às não usuárias. Esse risco aumenta com a idade. A incidência é de 4 a 10 mil mulheres por ano e entre 35 a 39 anos passa a ser de aproximadamente 9 a 10 mil mulheres por ano. Esse risco é maior no primeiro ano de uso e está aumentado em tabagistas acima de dez cigarros por dia.

Ficar Sentado

Permanecer sentado por muito tempo, principalmente quando se está dirigindo ou dentro de um avião. Quando as pernas ficam na mesma posição por um tempo prolongado, os músculos da panturrilha não se contraem o que dificulta a circulação de sangue.

Passar muito tempo deitado ou em repouso absoluto, comum em caso de internações hospitalares, por exemplo, também facilitam a ocorrência de trombose.

Hereditariedade

Algumas famílias carregam no sangue uma desordem que facilita a coagulação sanguínea, chamada de hipercoagulabilidade. Essa hereditariedade não costuma ser uma ameaça constante para a saúde, mas se combinada com outro fator de risco para a trombose, é bom ficar de olho

Machucados

Injúrias nas veias e cirurgias podem dificultar o fluxo sanguíneo, o que aumenta as chances de coágulo. A anestesia que é geralmente aplicada antes de procedimentos cirúrgicos dilata as veias e facilita a coagulação.

Gravidez

Gravidez aumenta a pressão exercida sobre as veias da pélvis e das pernas, mas isso só se torna um problema quando a mulher possui suscetibilidade genética para a coagulação sanguínea. Mas atenção: o risco de o sangue coagular continua alto mesmo seis semanas após o parto

Alguns Quadros De Saúde Específicos

Alguns tipos de câncer e tratamentos aumentam a quantidade de substâncias no sangue que facilitam a coagulação.

Infecções gastrointestinais, como colites ulcerosas, também são consideradas um fator de risco.

Atenção para a insuficiência cardíaca. Um coração fraco não bomba a mesma quantidade de sangue que um coração saudável costuma bombear, o que também aumenta os riscos de coagulação.

Marcapasso e cateter nas veias podem causar irritação nos vasos sanguíneos e diminuir o fluxo do sangue.

Glóbulos sanguíneos em excesso sendo produzidos pela medula óssea (policitemia vera) tornam o sangue mais denso e lento do que o normal, o que facilita a formação de coágulos.

Obesidade

A obesidade é um sério fator de risco para a trombose, pois o excesso de peso e o acúmulo de gorduras exercem ainda mais pressão sobre as veias, dificultando a passagem do sangue, principalmente nos vasos da pélvis e das pernas

Tabagismo

O hábito de fumar afeta a circulação de sangue e facilita a coagulação.

Idade

Pessoas acima dos 60 anos de idade são mais propensas a desenvolver trombose do que pessoas mais jovens.

Sintomas de Trombose

Em aproximadamente metade dos casos, a trombose não manifesta sintomas no paciente. No entanto, pode acontecer de a pessoa despertar alguns sinais da doença. Confira os principais deles:

Dor nas pernas, principalmente nas panturrilhas, podendo chegar até o pé e o tornozelo

Sensação de queimação na região afetada

Mudanças na cor da pele da região afetada pela doença, que começa a ficar vermelha ou azul

Edema (inchaço) na perna afetada.

Na consulta médica

Procure um especialista imediatamente se os principais sintomas de trombose surgirem. Se não for tratada, trombose pode evoluir para complicações mais graves.

Especialistas que podem diagnosticar trombose são:

Clínico geral

Angiologista

Cirurgião vascular.

Estar preparado para a consulta pode facilitar o diagnóstico e otimizar o tempo. Dessa forma, você já pode chegar à consulta com algumas informações:

Uma lista com todos os sintomas e há quanto tempo eles apareceram

Histórico médico, incluindo outras condições que o paciente tenha e medicamentos ou suplementos que ele tome com regularidade

Se possível, peça para uma pessoa te acompanhar.

O médico provavelmente fará uma série de perguntas, tais como:

Quando seus sintomas começaram?

Você sente dores nas pernas?

Com que frequência? Qual a intensidade das dores?

Há alguma medida que você tenha adotado que melhorou ou agravou os sintomas?

Você tem histórico familiar de trombose ou relacionado à coagulação sanguínea?

Também é importante levar suas dúvidas para a consulta por escrito, começando pela mais importante. Isso garante que você conseguirá respostas para todas as perguntas relevantes antes da consulta acabar. Para gordura no fígado, algumas perguntas básicas incluem:

Qual a causa mais provável dos meus sintomas?

Que exames eu preciso fazer?

Qual o melhor tratamento?

Quais as alternativas a esta primeira opção de tratamento que você está me oferecendo?

Eu preciso restringir minha atividade física ou evitar viagens?

Eu tenho outras condições de saúde, como posso controlá-las juntas?

Não hesite em fazer outras perguntas, caso elas ocorram no momento da consulta.

Diagnóstico de Trombose

Para saber se o seu caso é de trombose ou não, o médico deverá lhe fazer perguntas sobre seus sintomas e também realizará um exame físico. No entanto, esses métodos podem não ser suficientes para fazer o diagnóstico e outros exames podem ser solicitados.

Exames

Alguns exames podem ser solicitados para melhorar o diagnóstico da trombose, veja quais são eles:

Ultrassonografia

Este exame de imagem é usado para identificar os locais em que há coagulação de sangue.

Exame de sangue

Pedido para verificação de substâncias na corrente sanguínea que costumam facilitar a coagulação.

Venografia

Neste exame um corante é injetado nas veias para identificar locais de coagulação. Este é um método pouco utilizado, pois existem exames menos invasivos e igualmente eficientes para o diagnóstico de trombose.

Eco Color Doppler (Ultrassom Vascular)

O exame usa a tecnologia do ultrassom para ter imagens mais precisas das veias acometidas pelo problema, de forma não invasiva.

Tomografia e ressonância magnética

Estes exames de imagem também são opções, já que produzem imagens dos vasos e são capazes de identificar coagulações. São reservados aos casos de embolia pulmonar.

Tratamento de Trombose

Depois de feito o diagnóstico, é hora de iniciar o tratamento. O objetivo do tratamento para trombose pode ser dividido em três métodos de ação diferentes:

Impedir o crescimento do coágulo sanguíneo

Impedir que o coágulo sanguíneo avance para outras regiões do corpo e, assim, evitar possíveis complicações

Reduzir as chances de recorrência da trombose.

Existem algumas opções de tratamento disponíveis. Veja:

Diluidores do sangue, como anticoagulantes, que diminuem as chances de haver coagulação do sangue

Uso de medicamentos para casos mais graves de trombozes e também de embolia pulmonar, conhecidos como heparina

Inserção de filtros na maior veia do abdômen para impedir que os coágulos sanguíneos se desloquem para os pulmões

Meias de compressão para melhorar o edema causado pela trombose.

Medicamentos para Trombose

Os medicamentos mais usados para o tratamento de trombose são:

Aspirina Prevent

Brilinta

Clexane

Doumadin

Diosmin

Eliquis

Marevan.

Somente um médico pode dizer qual o medicamento mais indicado para o seu caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento. Siga sempre à risca as orientações do seu médico e NUNCA se automedique. Não interrompa o uso do medicamento sem consultar um médico antes e, se tomá-lo mais de uma vez ou em quantidades muito maiores do que a prescrita, siga as instruções na bula.

Trombose tem cura?

Muitos casos de trombose resolvem-se com tratamento, mas a doença pode retornar. Sem o tratamento necessário, trombose pode evoluir para problemas mais graves e levar, inclusive, à morte.

Por isso, é importante seguir à risca as orientações médicas e fazer visitas constantes a um especialista, para que haja monitoramento correto do tratamento e dos medicamentos ministrados por ele.

Complicações possíveis

Por serem mais frequentes, os maiores problemas da trombose são suas complicações:

Dependendo do segmento de veia acometido, a trombose pode ser mais ou menos grave. Quando o coágulo obstrui uma pequena veia da perna, causa um transtorno localizado naquela região. Quanto mais próximo do coração, ou maior a veia, maior será a gravidade da trombose e a possibilidade de matar.

Insuficiência venosa crônica ou síndrome pós-trombótica

Inchaço crônico da perna afetada e/ou dor acompanhado de varizes

Mudanças na pele, que pode se tornar mais escura e seca

Eczema, coceira muito forte que pode levar a uma ferida de difícil cicatrização

Embolia pulmonar (EP). Essa última apresenta alto índice de mortalidade.

Embolia Pulmonar e Trombose

A maior e principal complicação decorrente de trombose é a embolia pulmonar – quando um vaso sanguíneo do pulmão é obstruído por coágulo de sangue, oriundo de outras partes do corpo, especialmente as pernas. A embolia pulmonar pode ser fatal.

Aproximadamente 5 a 15% de indivíduos não tratados da trombose venosa profunda podem morrer de embolia pulmonar. Os dois quadros podem ocorrer em 2 a cada mil indivíduos por ano. Se pensarmos em uma população de 200 milhões no Brasil, podemos ter de 200 mil a 400 mil novos casos por ano!

Convivendo/ Prognóstico

Adote algumas medidas caseiras para tornar o dia a dia com trombose mais fácil:

Faça visitas ao médico regularmente para checar o tratamento e os medicamentos ministrados

Controle do consumo de vitamina K caso esteja usando medicamentos que diluem o sangue. Alimentos ricos dessa vitamina, como soja, canola e alguns vegetais verdes escuros, podem prejudicar o funcionamento desses remédios

Exercite frequentemente os músculos inferiores, principalmente a panturrilha. Se permanecer muito tempo sentado, levante para dar uma volta

Mexa-se. Esse é sempre um bom conselho para pessoas com trombose, após a fase aguda

Adapte seu estilo de vida para garantir uma vida saudável e livre da trombose. Perca peso, pare de fumar e fique sempre de olho na pressão arterial

Adquirir o hábito de vestir meias de compressão

Atenção para eventuais sangramentos, que podem ser um efeito colateral dos anticoagulantes ministrados pelo médico.

Prevenção

Prevenir trombose é muito mais fácil do que tratá-la. Confira algumas medidas a serem adotadas:

Se tiver que fazer uma cirurgia de grande porte, o médico provavelmente receitará anticoagulantes para evitar problemas mais graves, como trombose. Não se esqueça de tomar os remédios corretamente

Faça visitas ao médico regularmente para checar se está tudo certo

Pratique exercícios físicos regularmente e evite permanecer muito tempo sentado sem movimentar as pernas

Evite o sobrepeso, o fumo, o estresse, o consumo de alimentos que contenham gordura animal.

Como prevenir a trombose no avião?

Use roupas confortáveis e um pouco mais largas, que não causem compressão

Use meias elásticas medicinais, prescritas por médico e adequadamente calçadas, que ajudam no retorno venoso

Tome bastante líquido, principalmente água. O líquido, além de hidratar, também motiva a pessoa a se levantar para ir ao banheiro

Evite ficar mais de duas horas parado na mesma posição.

Hipertensão

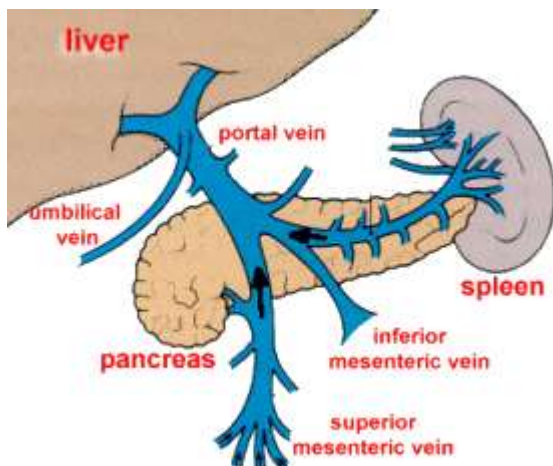
Os egípcios reconheceram uma associação entre hepatopatia e ascite. Essa complicação da hipertensão portal foi frequentemente documentada na Idade Média. O primeiro sangramento por varizes, confirmado por necrópsia, foi descrito em 1840 por Power, que não chegou a reconhecer hepatopatia. Em uma série de 60 necrópsias em 1900, Preble estabeleceu a relação entre cirrose, varizes e sangramento gastrointestinal. O termo hipertensão portal foi usado pela primeira vez por Gilbert e Villaret em 1906.

Fisiopatologia

A hipertensão portal é uma complicação séria da cirrose, contribuindo para algumas das complicações das hepatopatias crônicas.

A veia porta é derivada da veia esplênica e da veia mesentérica superior e inferior. Portanto, recebe o sangue que drena da circulação esplâncica para o fígado. O fígado é o principal sítio de resistência

ao fluxo venoso portal e age como uma rede vascular distensível de baixa resistência. A pressão venosa portal é normalmente baixa (5-10 mmHg), sendo a hipertensão portal definida como superior a 10 mmHg.



As mudanças na pressão do sistema portal são reguladas pela Lei de Ohm, que estabelece que mudanças na pressão (P1-P2) em um vaso dependem da interação entre fluxo sanguíneo (Q) e resistência vascular (R).

$$(P1-P2) = Q \times R$$

O aumento da resistência portal pode ocorrer em qualquer lugar ao longo do sistema venoso, isto é, na veia porta ou em suas tributárias antes que o sangue chegue ao fígado (obstrução pré-hepática), nos espaços vasculares dentro do fígado (obstrução intra-hepática), ou após (obstrução pós-hepática). A obstrução intra-hepática, por sua vez, é muito mais complexa.

Oclusão dos pequenos ramos portais dentro da tríade portal (obstrução pré-sinusoidal) pode complicar doenças hepáticas nas quais há extensa infiltração ou fibrose inflamatória portal e peri-portal. Alternativamente, o fluxo sanguíneo pode ser impedido por estenose dos sinusóides pela deposição de colágeno ou oclusão dos mesmos por elementos celulares contráteis (obstrução sinusoidal). Finalmente, o fluxo venoso portal pode ser impedido ao nível das vênulas hepáticas terminais, devido a oclusão induzida por toxinas (obstrução pós-sinusoidal).

Causas de Hipertensão Portal	
Obstrução pré-hepática	Trombose da veia esplênica Trombose da veia porta
Obstrução intra-hepática;	Pré-sinusoidal: esquistossomose, sarcoidose, fibrose hepática congênita Sinusoidal: fibrose alcoólica, crise de falcização, infiltração mielóide na mielofibrose; Pós-sinusoidal: fibrose perivenular induzida pelo álcool, doença veno-oclusiva por quimioterápicos
Obstrução pós-hepática:	Insuficiência cardíaca direita; Pericardite constritiva; Síndrome de Budd-Chiari.

Os fatores fisiopatológicos da hipertensão portal foram parcialmente elucidados na última década. Primeiro, a obstrução ao fluxo sanguíneo portal aumenta a resistência vascular no leito vascular esplâncnico. Esse aumento da resistência resulta na formação de colaterais portossistêmicos. Segundo, a vasodilatação esplâncnica ocorre com um aumento associado do influxo esplâncnico. Essas mudanças levam ao desenvolvimento de uma circulação sistêmica hiperkinética.

Clínica

Quando há obstrução ao fluxo portal, o sangue começa a se acumular em leitos vasculares que normalmente drenam para a veia porta. A congestão omental contribui para a formação da ascite. O se-

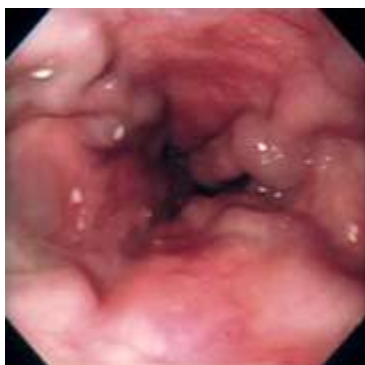
questro sanguíneo pelo baço causa esplenomegalia e hiperesplenismo, com trombocitopenia, neutropenia e anemia. Eventualmente, um sistema circulatório colateral (por exemplo, varizes), se desenvolve para descomprimir o sistema portal. O aumento do fluxo através de varizes esôfago-gástricas e hemorroidas pode levar a ruptura, com hemorragia devastadora.

Se houver o desenvolvimento extenso de varizes, uma quantidade significativa de sangue portal é desviado do fígado, que cada vez vai depender mais de nutrição pela artéria hepática. Esse déficit restringe a capacidade regenerativa do fígado, que leva a atrofia. Também torna o fígado mais susceptível a mudanças na pressão arterial. O sangue proveniente dos intestinos passa para a circulação colateral sem o necessário clearance pelo fígado, contribuindo para a encefalopatia hepática e sepsis.

Hemorragia Gastrointestinal

A hemorragia gastrointestinal é uma complicação séria da hipertensão portal. Apesar de muitas causas potenciais de sangramento (úlceras pépticas, gastropatia hipertensiva, varizes) coexistirem nos pacientes cirróticos, as hemorragias mais abundantes provêm do rompimento de varizes.

Colaterais esofágicas, gástricas e hemorroidárias são os que têm maior propensão ao sangramento profuso, apesar das varizes poderem aparecer em outras localizações (cicatrizes cirúrgicas, ostomias, veia umbelical). As varizes esôfago-gástricas são conexões entre as veias coronárias e as gástricas curtas e a veia ázigos. As varizes hemorroidárias ocorrem entre o sistema porta e as veias hemorroidárias superior e média.



Varizes esofágicas vistas na endoscopia

A história natural das varizes sugere que elas se desenvolverão em aproximadamente 30% dos cirróticos compensados e em 60% dos descompensados. Aparecerão em 8% dos cirróticos a cada ano. Varizes pequenas evoluem para varizes grandes. O risco de sangramento por varizes volumosas é de 20 a 30% por ano.

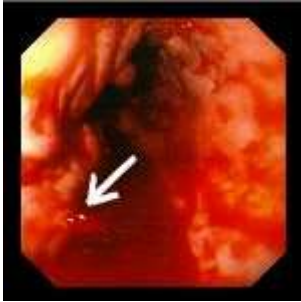
Os fatores de risco são o sinal da cor vermelha à endoscopia, gradiente de pressão portal maior que 12 mmHg e insuficiência hepatocítica. Após o primeiro episódio de sangramento, o risco de recorrência é de 75 a 80%, principalmente nas primeiras 6 semanas.

Tratamento

O tratamento medicamentoso da hipertensão portal tem como principal objetivo reduzir a pressão no sistema porta e, conseqüentemente, nas varizes (através de vasodilatação do leito venoso esplâncnico), com redução do risco de ruptura (como medida preventiva) ou redução e possível interrupção do sangramento ativo.

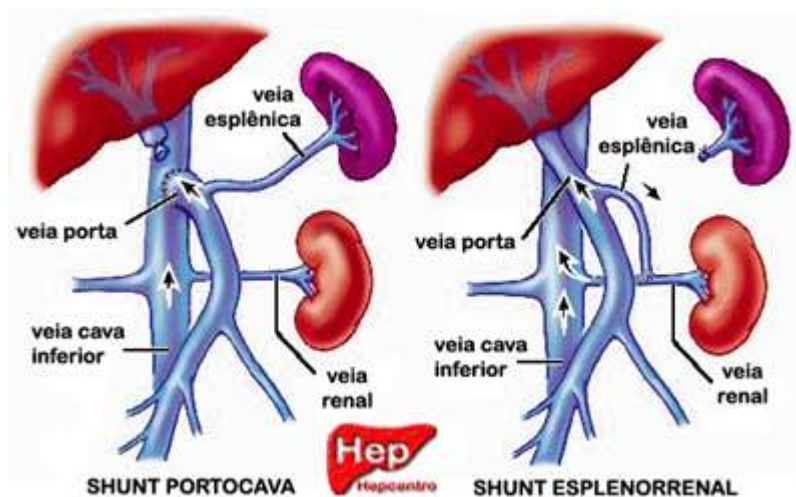
No primeiro caso, recomenda-se especialmente beta-bloqueadores não cardio-seletivos (especialmente o propranolol ou o nadolol), podendo-se também utilizar o mononitrato de isossorbida (mas com maior índice de efeitos colaterais).

No sangramento ativo, o objetivo é reduzir intensa e rapidamente a pressão portal sem causar vasodilatação sistêmica, utilizando-se análogos da somatostatina (octreotida ou terlipressina). O tratamento e a prevenção da hemorragia varicosa, com outros métodos que não os que agem diretamente sobre a hipertensão portal, estão descritos em artigo próprio.



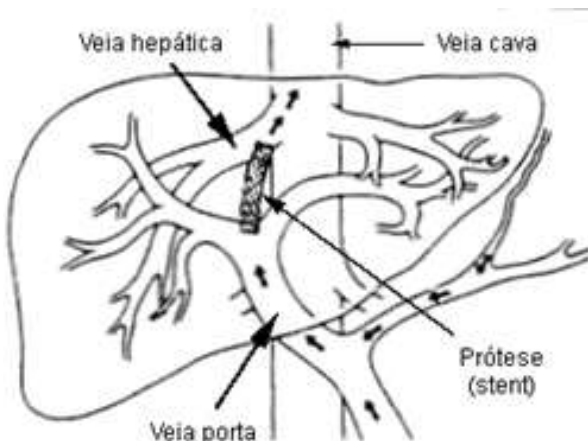
Variz esofágica com sangramento ativo (seta)

Outra opção de tratamento são os shunts ("curto-circuitos"). Trata-se de desviar o fluxo sanguíneo de uma das maiores veias esplâncnicas para reduzir a hipertensão portal, melhorando a função hepática e prevenindo complicações. Diferentes formas de shunt do sistema porta para a circulação sistêmica ("shunt portossistêmico") foram descritas no tratamento, a escolha dependendo da veia cava inferior pária e do gradiente de pressão entre a veia porta e a veia cava, pois um gradiente mínimo de 10 mmHg é necessário para manter o shunt pário a longo prazo.



No shunt portocava, a construção portocava látero-lateral é o procedimento de escolha apenas se a pressão na VCI é substancialmente menor que a portal.

Tem a mais alta taxa de manutenção do shunt. No shunt mesocava, o shunt em "H" é simples e evita ressecção hilar; como a veia porta e a VCI supra-renal infra-hepática não são manipuladas, permitem transplante hepático no futuro. No entanto, tem alta taxa de trombose (24-53%). No shunt mesoatrial, o bypass do fígado e da VCI é indicada em pacientes nos quais a VCI está total ou parcialmente ocluída, especialmente se houver oclusão concomitante de veias hepáticas.



O TIPS (derivação intra-hepática portossistêmica transjugular) é um procedimento radiológico no qual é realizado um "desvio" entre a veia porta e a veia cava inferior, através da colocação de uma prótese (stent) que é instalado no local por um cateter que foi introduzido pela veia jugular, no pescoço, até a veia cava.

Com essa derivação, há redução na hipertensão portal, levando a redução na ascite, diminuição do risco de hemorragia por varizes esôfago-gástricas e melhora nas síndromes hepatorenal e hepatopulmonar.

Há o risco de desencadeamento de encefalopatia hepática ou piora da mesma se o paciente já a apresentava, mas que geralmente pode ser controlada se for leve. O papel do TIPS geralmente é o de "ponte" até a realização de transplante hepático nos casos graves (cirrose avançada, insuficiência hepática fulminante), uma vez que há o risco de obstrução da prótese com o passar do tempo (até 67% em 1 ano) e o procedimento não prejudicará a realização de um transplante (ao contrário dos shunts cirúrgicos). O TIPS também é eficaz no controle da hemorragia por varizes de esôfago de difícil controle com medicamentos e/ou tratamento endoscópico.

O transplante hepático é indicado no lugar do shunt se há sinais de insuficiência hepática, especialmente em casos de insuficiência hepática fulminante, cirrose hepática avançada e aqueles que pioraram rapidamente após realização de shunt.

Resenha

A hipertensão portal é uma condição fisiopatológica resultante da dificuldade do sangue transitar pelo fígado, quando este se apresenta com cirrose. A veia porta recebe as veias mesentéricas, a veia esplênica (figura). No interior do fígado ocorre a resistência aumentada ao fluxo portal o nível dos sinusóides, e compressão das veias hepáticas terminais pela fibrose perivascular e nódulos parenquimatosos expansivos.

As quatro principais consequências clínicas da hipertensão portal são: esplenomegalia congestiva, formação de shunts venosos portossistêmicos, ascite, e encefalopatia hepática.



Esplenomegalia congestiva – O baço é um órgão “esponjoso”, repleto de vasos sanguíneos, pois é responsável pela produção, armazenamento, controle (“de qualidade”) e destruição de células do sangue.

Devido à essa característica, o aumento na pressão da veia esplênica faz com que o baço “inche”, assim ocorre aumento da resistência à passagem do sangue através do fígado (pela cirrose, esquistossomose e outras condições), aumenta a pressão sanguínea dentro do sistema porta hepático (hipertensão portal).

Shunts venosos portossistêmicos -Quando a hipertensão portal é prolongada e intensa, induz a formação de “canais colaterais” (shunts venosos) em qualquer local onde os sistemas portal e cava se comuniquem.

Um dos caminhos que se desenvolve na região inferior do esôfago, quando o fluxo sanguíneo porta é derivado através das veias coronárias do estômago para o plexo venoso esofágico subepitelial e submucoso, indo daí para as veias ázigos e, por fim, para a circulação sistêmica. O aumento da pressão sanguínea no plexo esofágico produz vasos dilatados e tortuosos chamados de varizes esofágicas. As varizes não produzem sintomas até sangrarem. Ocorrem em 90% dos pacientes cirróticos e estão mais frequentemente associadas à cirrose alcoólica.

Assistência de Enfermagem a Pacientes com Doenças Músculo Esquelético

As afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, que no Brasil são denominadas Lesões por Esforços Repetitivos (LER), e atualmente de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), representam o principal grupo de agravos à saúde, entre as doenças ocupacionais do país.

É um grupo heterogêneo de distúrbios funcionais e/ou orgânicos que apresentam, entre outras, as seguintes características: indução por fadiga neuromuscular causada por trabalho realizado em posição fixa(estática) ou com movimentos repetitivos, principalmente de membros superiores; falta de tempo de recuperação pós-contração e fadiga (inflexibilidade de tempo, ritmo acelerado de trabalho); quadro clínico variado, incluindo dor, formigamento, dormência, choque, peso e fadiga precoce; presença de entidades ortopédicas definidas, como tendinite, tenossinovite, sinovite, dedo em gatilho, síndrome do túnel do carpo, síndrome cervical, entre outras; presença de quadros onde as repercussões são mais extensas ou generalizadas, como síndrome miofascial, mialgia, síndrome da tensão do pescoço, distrofia simpático-reflexa e síndrome complexa de dor regional.

LER/DORT são definidas como afecções musculoesqueléticas onde o ambiente e condições de trabalho contribuem para seu aparecimento, e podem piorar por causa dessas mesmas condições, que incluem: movimentos repetitivos, aplicação de forças, principalmente com as mãos, levantamento e transporte de pesos, posturas inadequadas e estresse relacionado às condições psicossociais onde o trabalho acontece.

O aparecimento das afecções está ligado à exposição dos trabalhadores a esses riscos e sua magnitude depende da intensidade, frequência e duração da exposição, e da capacidade individual de lidar com as exigências do trabalho.

Para identificar o trabalho como causa das LER/DORT, são realizadas avaliações ocupacionais que abrangem uma análise das atividades de trabalho, e avaliações clínicas com exames físicos detalhados, relacionando-se posteriormente os sinais e sintomas encontrados às situações de trabalho observadas.

Os trabalhadores acometidos por LER/DORT vivenciam uma rotina que envolve a busca constante de tratamento, dificuldade de confirmar a existência da doença, descrédito por parte dos familiares e amigos, falta de perspectivas futuras associada à incapacidade para o trabalho e perda da sua identidade como trabalhador, gerando sofrimento mental. Além disso, a doença incide negativamente ao limitá-los na execução de tarefas simples, domésticas ou profissionais.

Outra informação relevante é que a incidência de LER/DORT é maior no sexo feminino, justificada por questões hormonais, pela dupla jornada de trabalho, pela falta de preparo muscular para determinadas tarefas e também pelo aumento do número de mulheres no mercado de trabalho.

O perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem revela que as doenças, em especial as relacionadas ao aparelho musculoesquelético, estão acometendo muito mais profissionais do que se imagina, repercutindo diretamente na prestação dos serviços de saúde.

O ramo de atividade de serviços de saúde merece destaque quanto ao acometimento por LER/DORT, pois, além de ter sofrido impactos na sua reestruturação produtiva – como terceirização e uso intensivo de novas tecnologias – elevou sua participação na incidência das LER/DORT de 4,7% em 1993 para 11,5% em 1998, passando do oitavo para o quarto lugar no período.

Os trabalhadores de enfermagem submetem-se constantemente a condições de trabalho inadequadas, extrapolando as inúmeras habilidades exigidas no desempenho das suas funções. Portanto, estão sujeitos às doenças relacionadas ao trabalho, incluindo as lesões musculoesqueléticas, atribuídas principalmente a fatores ergonômicos e posturais inadequados.

As cargas fisiológicas relacionadas ao trabalho de enfermagem incluem o esforço físico pesado, decorrente do levantamento e manipulação de pesos, a posição de trabalho incômoda, pelo trabalho em pé por longos períodos e alternância dos turnos. Essas cargas são geradas pelas formas de organização e divisão do trabalho de enfermagem, quando da distribuição dessas atividades entre as diferentes categorias de trabalhadores.

Contando com um número reduzido de trabalhadores para a realização das atividades, favorece-se a sobrecarga individual do trabalhador e para aqueles que, no seu conjunto, assumem os cuidados que envolvem a manipulação de peso excessivo.

Outro fato que chama a atenção é em relação ao grau de desconhecimento dos trabalhadores sobre o processo patológico vivenciado, devido às informações incompletas e contraditórias fornecidas pelos profissionais que lidam com o trabalhador doente, a pouca veiculação pela mídia de assuntos relacionados aos agravos à saúde do trabalhador, e à falta de grupos educativos que trabalhem informações como sintomas, causas e opções terapêuticas com as classes trabalhadoras em risco ao desenvolvimento de LER/DORT.

Os estudantes de enfermagem realizam estágios curriculares onde aprendem e treinam procedimentos relativos à assistência de enfermagem como higiene dos pacientes, arrumação de leitos, realização de curativos, transporte e manipulação de pacientes, preenchimento de impressos hospitalares e anotações em prontuário, entre outros.

Com isso, realizam procedimentos adotando posturas inadequadas, com manipulação excessiva de pesos, deslocando-se várias vezes na busca de materiais, à semelhança dos enfermeiros. Desta forma, também estão expostos aos distúrbios osteomusculares. No entanto, foram encontrados na literatura pesquisada estudos sobre a exposição de estudantes de enfermagem.

Esta situação é preocupante porque permite antever a piora dos sintomas na vida profissional, prejudicando a qualidade de vida atual e futura. Também permite considerar a necessidade de identificar essa problemática e propor medidas que minimizem a exposição desses estudantes em atividades curriculares.

Diante do exposto, motivamo-nos a investigar o conhecimento dos alunos de enfermagem sobre LER/DORT, bem como a ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos nessa população. Os objetivos deste trabalho são: avaliar o acometimento de alunos de graduação em enfermagem por sintomas musculoesqueléticos e relacionar os dados obtidos com as atividades de vida diária e curriculares do grupo estudado.

Metodologia

Esta é uma pesquisa exploratório-descritiva, quantitativa, realizada em uma universidade pública do estado de São Paulo.

A população foi constituída pelos estudantes de enfermagem, que totalizaram 320 pessoas e a amostra intencional por conveniência reuniu os alunos matriculados no 3º e 4º anos do curso de graduação em enfermagem (n= 152), por constituírem o grupo que vivencia atividades profissionais em estágios nas instituições de saúde. Após aprovação do Comitê de Ética da instituição, sob protocolo nº 71/2008, coletaram-se as informações através de um questionário composto por dados sociodemográficos dos participantes e pelo Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos. Os dados quantitativos foram armazenados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel®, e posteriormente analisados.

Dados Sociodemográficos

A população estudada foi composta por 51 pessoas, que representam 33,55% do total de alunos matriculados no 3º e 4º anos de graduação. Dos participantes, 46 pertencem ao sexo feminino (90,2 %) e cinco pertencem ao sexo masculino (9,8%). A idade média é de 23 anos, variando de 19 a 42 anos. O peso médio é de 60,84 kg, com máximo de 129 e mínimo de 48 kg. A altura média obtida foi de 1,65 m, com variação de 1,48 a 1,90m.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) médio obtido foi de 22,3 kg/m², demonstrando que, de maneira geral, a população estudada apresenta-se na faixa de normalidade preconizada para esse índice. Quanto ao estado civil, 90,3% dos participantes declaram-se solteiros, 8% são casados e 1,6% dizem ser "amasiados", sendo que apenas 3,22% têm filhos.

A maioria das pessoas (70%) mora com os pais, 72% dizem realizar atividades domésticas e 10% dos alunos trabalham, sendo todos do 4º ano de graduação, principalmente como estagiários de enfermagem, em média 22,8 horas semanais. 58,85% dos participantes realizam iniciação científica.

Os meios de transporte mais usados para chegar à faculdade são ônibus (69%), metrô (40%) e carro (19,5%). Apenas 9% das pessoas realizam esse percurso caminhando. Já 65% dos participantes utilizam apenas um meio de transporte para chegar à faculdade, 30,4% utilizam dois meios de transporte e 4,1% utilizam três meios de transporte. O tempo médio gasto nesse percurso é de 63 minutos, variando de 5 a 210 minutos. Apenas 37,74% dos participantes dizem realizar atividade física regularmente, por aproximadamente três dias na semana, e em média 2 horas por dia. Os tipos de atividade física mais realizados são: musculação, natação, vôlei, fitness, corrida e caminhada. Das atividades de lazer realizadas, as mais frequentes são: ir ao cinema/teatro (78,7%), ver TV (77,25%) e utilizar o computador (75,48%). Apenas 25% dos participantes dizem praticar esporte como atividade de lazer. O computador é utilizado, em média, por 114 minutos ao dia, variando de 15 a 240 minutos. Os participantes relatam dormir, em média, 6h por dia.

Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos

O Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos contém uma figura humana vista pela região posterior, dividida em nove regiões: região cervical, ombros, região torácica, cotovelos, punhos/mãos, região lombar, quadril/coxas, joelhos, tornozelos/pés. São feitas questões relacionadas com cada área anatômica, verificando se os respondentes tiveram dores nos últimos 12 meses e sete dias; procuram também investigar se essas pessoas foram impedidas de realizar suas atividades diárias e se procuraram auxílio médico nos últimos 12 meses devido aos mesmos sintomas.

Todos os estudantes de enfermagem que participaram da entrevista relataram ter pelo menos um sintoma musculoesquelético nos últimos 12 meses. O segmento corpóreo mais afetado foi o pescoço (74,5%), seguido pela região inferior das costas (68,62%) e ombros (64,7%). O gráfico abaixo mostra a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos nos últimos 12 meses.

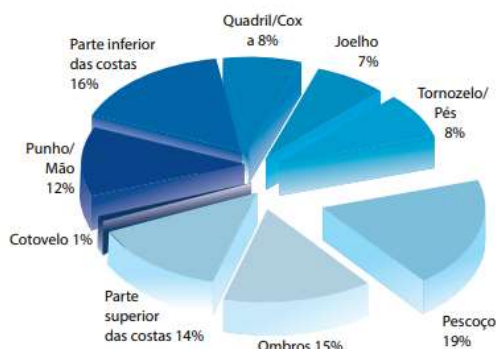


Gráfico 1 - Porcentagem de ocorrência de sintomas musculoesqueléticos relatados pelos estudantes de graduação em Enfermagem nos últimos 12 meses, nas diferentes regiões corpóreas. São Paulo, 2008.

Os participantes também relataram a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos nos últimos sete dias com grande frequência, sendo a região inferior das costas (35,29%), o pescoço (33,33%) e os ombros (29,41%), os segmentos corpóreos mais afetados.

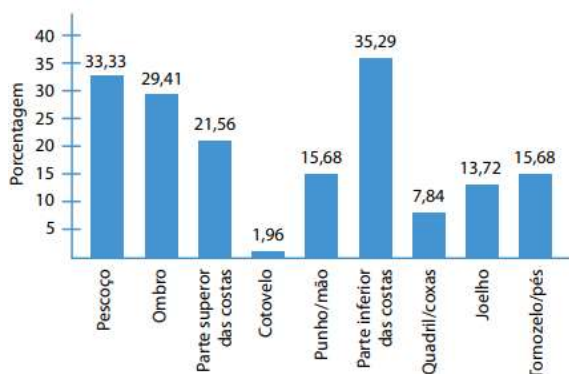


Gráfico 2 - Porcentagem de ocorrência de sintomas musculoesqueléticos relatados pelos estudantes de graduação em Enfermagem, nos últimos sete dias, nas diferentes regiões corpóreas. São Paulo, 2008.

Apesar da alta ocorrência de sintomas musculoesqueléticos entre a população estudada, poucas pessoas foram impedidas de realizar suas atividades diárias devido a esse problema, e uma pequena parcela dos participantes procurou algum profissional de saúde por causa desses sintomas, como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Porcentagem de relatos de impedimento das atividades diárias e de procura de profissional da saúde devido a sintomas músculo-esqueléticos pelos graduandos de Enfermagem. São Paulo, 2008.

Região do corpo	Impedimento	Procura por Profissional de saúde
	%	%
Pescoço	17,64	5,88
Ombros	15,68	5,88
Parte superior das costas	7,84	3,92
Cotovelo	1,96	1,96
Punho/mão	19,6	5,88
Parte inferior das costas	23,52	7,84
Quadril/coxa	5,88	0
Joelho	15,68	5,88
Tornozelo/pés	9,8	5,88

Discussão

Dados Sociodemográficos

Os dados coincidem com estudo realizado, onde constatou-se que 90% dos estudantes que ingressaram na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) em 2003 eram do sexo feminino, que 95% encontrava-se na faixa etária de 20 a 25 anos, 66,7% residiam com os pais, a maioria deles gastava 1 hora ou mais do local da residência à escola. Nenhum relatou praticar atividade física nas horas de lazer.

Confirmando a tendência observada nos cursos de Enfermagem em todo o país, a grande maioria dos estudantes pertence ao sexo feminino, que sempre esteve associado às práticas de cuidado.

Os participantes foram questionados sobre a realização de atividades domésticas, pois algumas dessas atividades, juntamente com outros hábitos diários, podem contribuir para o surgimento de sintomas musculoesqueléticos.

O uso excessivo do computador e as atividades domésticas com movimentos repetitivos, como lavar e passar roupa, lavar louça e limpar vidros, entre outros, podem agravar os quadros de dor osteomuscular, mas não podem ser consideradas causas isoladas desse sintoma, por apresentarem flexibilidade de ritmo e tempo.

Percebemos também que, de maneira geral, os estudantes de enfermagem não praticam atividade física regularmente, e utilizam o computador por um longo período. O sedentarismo, associado ao pouco tempo de descanso e à carga de atividades curriculares, contribui para o surgimento de agravos à saúde.

Estudos mostram que pessoas que praticam exercícios físicos regularmente apresentam níveis de severidade de sintomas musculoesqueléticos menores que aquelas pessoas que não praticam atividade física.

Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos Os dados obtidos através do Questionário Nórdico mostram que os estudantes de graduação em enfermagem são um grupo acometido por sintomas musculoesqueléticos.

Diversos estudos apontam que os profissionais de enfermagem são um grupo de risco para o desenvolvimento desses sintomas. As quatro regiões mais afetadas nesses trabalhadores são a região lombar, os ombros, joelhos e a região cervical.

A dor lombar tem sido particularmente bem estudada entre os trabalhadores de saúde, sendo resultado de traumas cumulativos.

As lesões dorsais ocupacionais ocorrem mais frequentemente quando é realizado o cuidado direto ao paciente, durante a mobilização e transporte do mesmo. Comenta-se que as estruturas do corpo constituem uma unidade; portanto, a lesão em uma de suas estruturas pode provocar lesões em outras, uma vez que, na presença de inflamação ou degeneração das estruturas musculoesqueléticas, o trabalhador mobiliza outros para poupá-las e, assim, as regiões hiper solicitadas ou sobrecarregadas acabam por sofrer, também, processo inflamatório e/ou degenerativo.

Como percebemos através da tabela 1, mesmo apresentando sintomas musculoesqueléticos, poucas pessoas foram impedidas de realizar suas atividades diárias devido a esses sintomas, e uma pequena parcela dos participantes procurou algum profissional de saúde.

Tudo aponta que os trabalhadores de um modo geral tendem a banalizar a própria saúde, pois o adoecer na sociedade capitalista é vergonhoso por constituir um empecilho à produção, e deve ser ocultado, quando não, negado.

Além desse fator, existe a dificuldade para conseguir consultas e tratamentos médicos, aliada à falta de tempo que as pessoas alegam para buscar o cuidado à própria saúde. Desta forma, muitas vezes os profissionais de enfermagem (incluindo aqui os estudantes), passam a conviver com os sintomas musculoesqueléticos e não buscam diagnóstico nem tratamento para suas dores.

O perfil dos estudantes de graduação em enfermagem mantém-se semelhante ao dos profissionais, segundo estudos realizados anteriormente. São em sua maioria mulheres, jovens, solteiras e sem filhos, que moram com os pais e não trabalham. Observamos que mais da metade dos alunos participa de iniciação científica e não pratica atividade física regularmente, além de utilizar o computador por aproximadamente duas horas por dia.

De maneira geral, os alunos demonstraram um desconhecimento importante sobre doenças relacionadas ao trabalho, mas os estudantes do 3º ano reportaram menos conhecimento do que os do 4º ano.

Tal fato pode estar relacionado com a disciplina de Administração de Enfermagem, que é ministrada no 7º semestre da graduação, onde são abordados assuntos sobre a saúde do trabalhador e os alunos presenciam a ocorrência de LER/DORT dentre os trabalhadores dos campos de estágio, além de outras doenças ocupacionais.

Mesmo assim, alguns participantes conseguem citar sintomas e fatores de risco para a ocorrência de LER/DORT, e identificam os trabalhadores e estudantes de enfermagem como grupos de risco para o desenvolvimento desse distúrbio. As respostas ao Questionário Nórdico permitiram identificar que todos os alunos apresentaram algum sintoma músculo-

-Esquelético nos últimos 12 meses e quase 50% deles foram impedidos de realizar suas atividades rotineiras por esse problema, mas apenas 25% dos participantes procuraram algum profissional da área de saúde por esta condição.

Concluimos que os estudantes de graduação em enfermagem são um grupo acometido por sintomas musculoesqueléticos, e realizam atividades diárias que podem contribuir para o surgimento de LER/DORT.

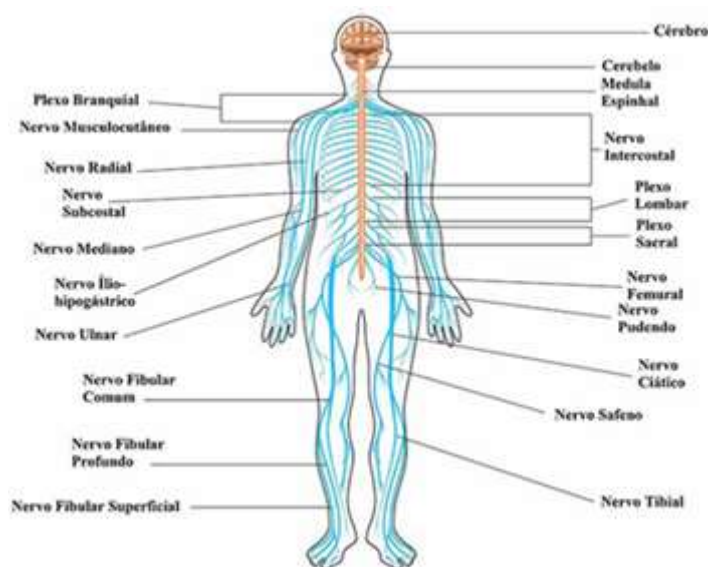
O estudo aponta para a necessidade de abordar precocemente temas relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem durante a graduação, capacitando o aluno a detectar condutas de risco e prevenindo o surgimento de doenças ocupacionais, principalmente LER/DORT consigo, com seus colegas e com trabalhadores da equipe de saúde. Também é importante que essa discussão permeie as mudanças curriculares dos cursos de graduação de enfermagem.

Sistema Nervoso

O sistema nervoso representa uma rede de comunicações do organismo.

É formado por um conjunto de órgãos do corpo humano que possuem a função de captar as mensagens, estímulos do ambiente, "interpretá-los" e "arquivá-los".

Consequentemente, ele elabora respostas, as quais podem ser dadas na forma de movimentos, sensações ou constatações.



Nervos Que Compõem O Sistema Nervoso

O Sistema Nervoso está dividido em duas partes fundamentais: sistema nervoso central e sistema nervoso periférico.

Sistema Nervoso Central

O Sistema Nervoso Central é constituído pelo encéfalo e pela medula espinhal, ambos envolvidos e protegidos por três membranas denominadas meninges.

Encéfalo

O encéfalo, que pesa aproximadamente 1,5 quilo, está localizado na caixa craniana e apresenta três órgãos principais: o cérebro, o cerebelo e o tronco encefálico;

Cérebro

É o órgão mais importante do sistema nervoso. Considerado o órgão mais volumoso, pois ocupa a maior parte do encéfalo, o cérebro está dividido em duas partes simétricas: o hemisfério direito e o hemisfério esquerdo.

Assim, a camada mais externa do cérebro é cheia de reentrâncias, chama-se córtex cerebral, o responsável pelo pensamento, visão, audição, tato, paladar, fala, escrita, etc.

Ademais, é sede dos atos conscientes e inconscientes, da memória, do raciocínio, da inteligência e da imaginação, e controla ainda, os movimentos voluntários do corpo.

Cerebelo

Está situado na parte posterior e abaixo do cérebro, o cerebelo coordena os movimentos precisos do corpo, além de manter o equilíbrio. Além disso, regula o tônus muscular, ou seja, regula o grau de contração dos músculos em repouso.

Tronco Encefálico

Localizado na parte inferior do encéfalo, o tronco encefálico conduz os impulsos nervosos do cérebro para a medula espinhal e vice-versa.

Além disso, produz os estímulos nervosos que controlam as atividades vitais como os movimentos respiratórios, os batimentos cardíacos e os reflexos, como a tosse, o espirro e a deglutição.

Medula Espinhal

A medula espinhal é um cordão de tecido nervoso situado dentro da coluna vertebral. Na parte superior está conectada ao tronco encefálico.

Sua função é conduzir os impulsos nervosos do restante do corpo para o cérebro e coordenar os atos involuntários (reflexos).

Sistema Nervoso Periférico

O sistema nervoso periférico é formado por nervos que se originam no encéfalo e na medula espinhal.

Sua função é conectar o sistema nervoso central ao resto do corpo. Importante destacar que existem dois tipos de nervos: os cranianos e os raquidianos.

Nervos Cranianos: distribuem-se em 12 pares que saem do encéfalo, e sua função é transmitir mensagens sensoriais ou motoras, especialmente para as áreas da cabeça e do pescoço.

Nervos Raquidianos: são 31 pares de nervos que saem da medula espinhal. São formados de neurônios sensoriais, que recebem estímulos do ambiente; e neurônios motores que levam impulsos do sistema nervoso central para os músculos ou para as glândulas.

De acordo com a sua atuação, o sistema nervoso periférico pode ser dividido em sistema nervoso somático e sistema nervoso autônomo.

Sistema Nervoso Somático: regula as ações voluntárias, ou seja, que estão sob o controle da nossa vontade bem como regula a musculatura esquelética de todo o corpo.

Sistema Nervoso Autônomo: atua de modo integrado com o sistema nervoso central e apresenta duas subdivisões: o sistema nervoso simpático, que estimula o funcionamento dos órgãos, e o sistema nervoso parassimpático que inibe o seu funcionamento.

De maneira geral, esses dois sistemas têm funções contrárias. Enquanto o sistema nervoso simpático dilata a pupila e aumenta a frequência cardíaca, o parassimpático, por sua vez, contrai a pupila e diminui os batimentos cardíacos.

Enfim, a função do sistema nervoso autônomo é regular as funções orgânicas, para que as condições internas do organismo se mantenham constantes.

Sistema Nervoso Autônomo

Sistema Nervoso Autônomo – Anatomia Humana

As ordens de comando que controlam os batimentos cardíacos, a contração ou o relaxamento do estômago e a secreção das glândulas da mucosa estomacal partem de centros encefálicos superiores, de modo equivalente às ordens transmitidas aos músculos para movimentar braços ou pernas. Mas ocorre que, enquanto o movimento dos membros é voluntário, não se pode, conscientemente, parar ou acelerar o coração nem o estômago, porque o funcionamento desses órgãos e de outras vísceras independe da vontade. O Sistema Nervoso Autônomo é o responsável por diferentes estímulos corporais.

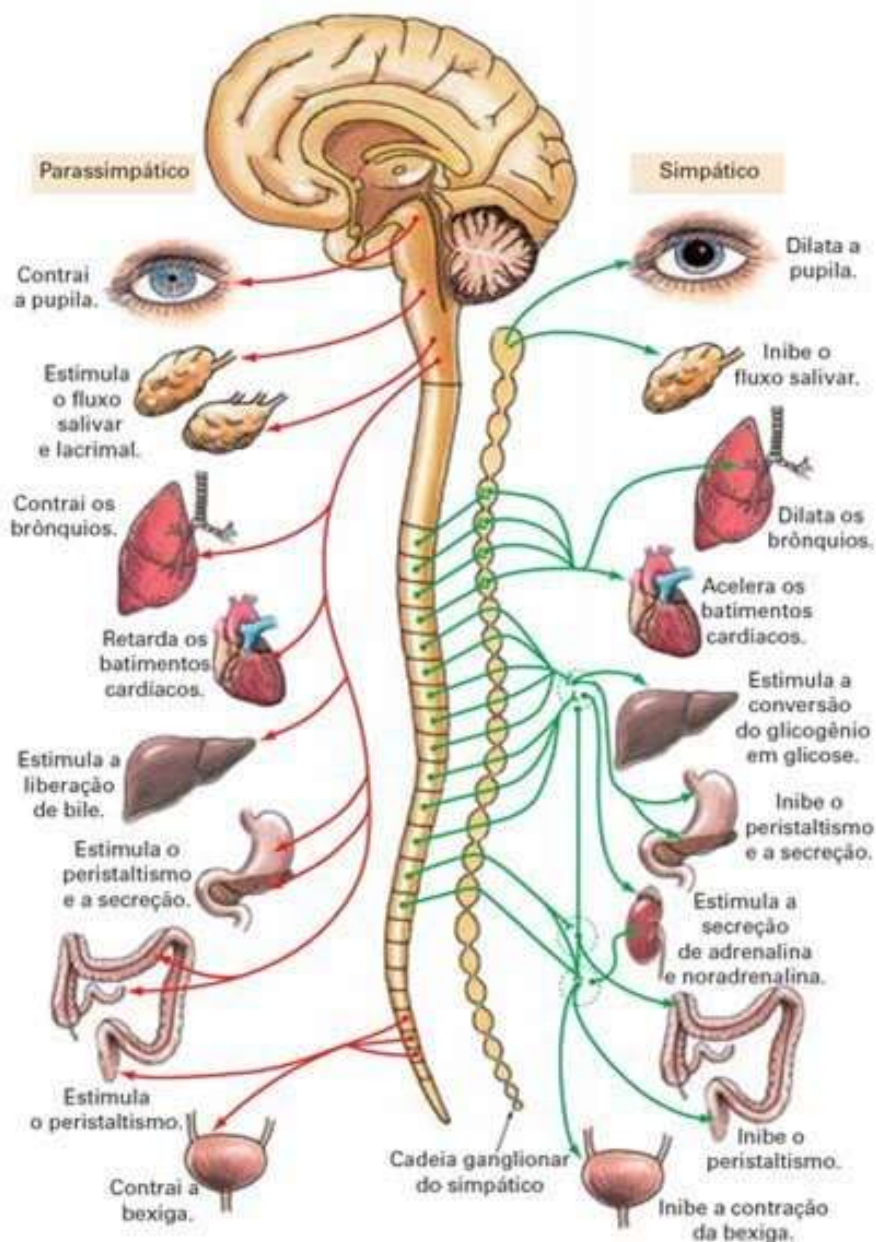
No caso dos movimentos voluntários, quando se deseja executá-los, a ordem correspondente parte de alguns dos giros encefálicos, segue pela via piramidal – que é um “caminho” nervoso expresso – e atinge os centros nervosos motores situados no encéfalo e na medula espinhal. Desses centros a

ordem é retransmitida por fibras nervosas, diretamente aos músculos esqueléticos, de cuja contração resulta o movimento. Esses movimentos, embora controláveis pela vontade, podem ser automáticos ou reflexos.

O Controle do Sistema Nervoso Autônomo

São automáticos os movimentos respiratórios, os de sucção da criança que mama, os da marcha, da dança e da natação. Os primeiros, respiração e sucção, são inatos; os últimos são adquiridos (requerem uma fase de aprendizado).

Movimentos reflexos são aqueles que se processam sob a forma de resposta a um estímulo. Estímulos diferentes determinam, através de arcos reflexos, respostas diversas. O indivíduo descalço, ao pisar inesperadamente sobre um pedregulho, alivia reflexamente o peso do corpo sobre aquele pé. No entanto, ao pisar sobre a ponta de um cigarro aceso, reflexamente afasta o pé do estímulo, flexionando a perna. A resposta reflexa é anterior à consciência do fato, e realmente funciona como mecanismo de defesa. Esses exemplos são denominados somáticos, isto é, da vida de relação, porque tanto o estímulo quanto a resposta relacionam o indivíduo com o meio ambiente.



Representação esquemática do sistema nervoso autônomo.

Estímulos e Reflexos

Os movimentos reflexos viscerais são comandados pelo sistema nervoso autônomo, também denominado sistema neurovegetativo, com duas seções: o sistema simpático e o parassimpático. Compreende as partes do sistema nervoso responsáveis pela inervação da musculatura do coração, musculatura lisa e glândulas.

Originariamente, o sistema nervoso autônomo foi conceituado como um sistema à parte; acreditava-se que ele fosse constituído somente por uma porção periférica, representada pelos troncos simpáticos e grandes plexos nervosos viscerais. O estudo de suas conexões com o sistema nervoso central demonstrou, no entanto, a íntima relação que há entre ambos. Não se trata, então, de sistema independente, mas de uma das partes do sistema nervoso, que é um todo único, separado apenas para fins didáticos.

Sendo parte do sistema nervoso, o sistema nervoso autônomo é constituído por grupos de células e fibras nervosas situados no interior do encéfalo e da medula espinhal, e ainda por outros localizados fora do sistema nervoso central constituindo os gânglios autônomos ou simpáticos.

Os estímulos que agem sobre as vísceras, como a passagem do bolo alimentar, desencadeiam impulsos nervosos que, através de fibras nervosas viscerais sensitivas, são conduzidos a diferentes níveis do sistema nervoso central. Destes são retransmitidos, dependendo do estímulo inicial, através de circuitos mais ou menos complexos, a centros nervosos especiais – talâmicos, hipotalâmicos, corticais -, de onde partem novos impulsos com ordens de comando.

Essas ordens destinam-se a grupos de células anexos a núcleos de nervos cranianos e a grupos de células situados ao longo da medula espinhal. Tais células, através de suas fibras, conduzem as mesmas ordens a gânglios simpáticos ou a outros que as transmitem, através dos nervos viscerais motores, às vísceras. Em resultado, verifica-se a contração ou relaxamento das vísceras e aumento ou diminuição da secreção glandular.

Diz-se, portanto, que as ordens motoras somáticas seguem vias diretas, praticamente expressas; já as motoras viscerais são mais complexas e, antes de atingir os respectivos destinos, sofrem retransmissão ao nível dos gânglios simpáticos.

Serviço De Controle Geral

Cabe ao sistema nervoso autônomo regular o funcionamento geral do organismo. Daí a denominação sistema neurovegetativo: ele é a parte do sistema nervoso (neuro) que regula a vida vegetativa. Agindo sobre a musculatura do coração, controla os batimentos cardíacos, mobilizando mais ou menos sangue conforme as necessidades do momento. Simultaneamente, provoca dilatação ou diminuição do calibre das artérias, a fim de regular o fluxo sanguíneo.

Controla os vasos e o funcionamento das vísceras, agindo diretamente sobre a musculatura lisa de suas paredes e sobre suas glândulas. Para que tudo aconteça de maneira harmônica e no momento exato, o SNA possui dois componentes distintos: o simpático e o parassimpático, cujas funções mantêm o desejado equilíbrio funcional do organismo.

Os centros celulares de retransmissão do contingente simpático situam-se nas regiões torácica e lombar alta da medula espinhal. Daí sua outra denominação: toracolombar. O contingente parassimpático tem seus centros de retransmissão junto aos núcleos motores dos nervos cranianos III (oculomotor), VII (facial intermédio), IX (glossofaringeo), X (vago) e nos segmentos sacrais S2, S3 e S4 da medula espinhal.

A transmissão dos estímulos dos neurônios centrais aos diversos órgãos dá-se por meio da ação de substâncias químicas produzidas ao nível das terminações nervosas (sinapses). Esses mediadores químicos são de dois tipos: acetilcolina e adrenalina.

O primeiro tipo de mediador (ou colinérgico) é encontrado no sistema parassimpático, nas terminações pré-ganglionares do simpático e em algumas terminações pós-ganglionares desse sistema. Mas, na maioria das terminações pós-ganglionares, o mediador químico é do tipo adrenalina (adrenérgico).

Generalidades

O sistema nervoso autônomo (SNA) ajuda muito nesse controle porque é o responsável, entre outras funções, pelas respostas reflexas (de natureza automática), controla a musculatura lisa (a musculatura cardíaca e as glândulas exócrinas) e permite o aumento da pressão arterial, o aumento da frequência respiratória, os movimentos peristálticos, a excreção de determinadas substâncias.

Apesar de se chamar sistema nervoso autônomo, ele não é independente do restante do sistema nervoso. Na verdade, ele é interligado com o hipotálamo, que coordena a resposta comportamental para garantir a homeostasia.

Sabe-se que o SNA é constituído por um conjunto de neurônios que se encontram na medula e no tronco encefálico. Estes, através de gânglios periféricos, coordenam a atividade da musculatura lisa, da musculatura cardíaca e de inúmeras glândulas exócrinas. Mas como o SNA percebe que deve aumentar a pressão arterial, por exemplo?

Na verdade, não existe um consenso em relação a isso. Muitos acreditam que existem componentes específicos do sistema nervoso autônomo, responsáveis apenas pela percepção de parâmetros físico-químicos, como pressão, pH, tensão, temperatura, etc. Outro grupo acredita que os sistemas sensoriais, principalmente o somestésico, são os responsáveis pela percepção dessas condições no organismo, e que, posteriormente, através do sistema nervoso central, essa informação é repassada ao sistema nervoso autônomo, que irá agir para o controle do equilíbrio corporal.

Anatomia

A organização estrutural do ramo eferente do SNA difere daquela do sistema nervoso somático, visto que as fibras eferentes somáticas se originam dos corpos celulares localizados no sistema nervoso central (SNC) e inervam o músculo estriado sem sinapses interpostas. Em contraste, o SNA consiste num afluxo constituído de dois neurônios, em que os axônios pré-ganglionares que surgem dos corpos celulares no eixo cérebro-espinhal fazem sinapses com fibras pós-ganglionares que se originam nos gânglios autônomos, fora do SNC. O SNA é dividido em duas partes:

Sistema nervoso simpático (toracolombar) e o Sistema nervoso parassimpático (craniossacral)

Trata-se de uma divisão baseada nas características anatômicas de cada divisão e nas funções que cada uma delas desempenha

Características Funcionais

Alguns órgãos são duplamente inervados pelos sistemas nervosos simpáticos e parassimpáticos - a exemplo das glândulas salivares, do coração, dos pulmões (músculo brônquico), das vísceras abdominais e pélvicas - enquanto outros órgãos só recebem inervação de um sistema. As glândulas sudoríparas, a medula suprarrenal, os músculos piloerectores e a maioria dos vasos sanguíneos são inervados apenas pelo sistema nervoso simpático. Por outro lado, o parênquima das glândulas parótidas, lacrimais e nasofaríngeas é inervado apenas por fibras parassimpáticas.

Para compreender ou prever os efeitos de drogas autônomas sobre um órgão específico, é necessário conhecer não apenas como cada divisão do SNA afeta este órgão, mas também se o órgão possui inervação única ou dupla e, quando dupla, qual dos dois sistemas é predominante nesse órgão. Em certas circunstâncias, um deles pode exercer influência; entretanto, é preciso assinalar que nenhum deles tem efeito dominante na atividade da inervação intrínseca dos vários tecidos.

Avaliações Do Sistema Nervoso Autônomo

A avaliação do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) pode ser realizada de forma direta e indireta. O registro direto das propriedades elétricas de nervos autonômicos, como a velocidade de condução e a amplitude dos picos de atividade elétrica neural, requer a dissecação de fibras nervosas autonômicas superficiais, tornando impraticável a sua utilização clínica rotineira.

A forma indireta baseia-se na aplicação de um estímulo quantificável e a observação da resposta fisiológica do órgão alvo de um reflexo autonômico conhecido, ou utilizando-se drogas que interfiram direta ou indiretamente sobre a atividade do SNA.

A literatura apresenta vários testes utilizados para avaliar a função autonômica em diferentes órgãos. No sistema cardiovascular podemos observar o comportamento da pressão arterial (PA) e da frequência cardíaca (FC) a diferentes estímulos como a respiração, o exercício físico e as mudanças posturais.

Em relação aos demais sistemas, temos exemplos de testes descritos para a quantificação do lacrimejamento, da salivação e da resposta da musculatura brônquica à inalação de drogas anticolinérgicas, da variação do diâmetro pupilar decorrente à estimulação luminosa ou à instalação de drogas que interferem no SNA, da liberação de polipeptídeo pancreático e de gastrina.

Abaixo são apresentados alguns dos testes autonômicos cardiovasculares de maior utilização na literatura das ciências de saúde:

Manobra de Valsalva

Ortostatismo

Arritmia sinusal respiratória

Exercício estático ("handgrip")

Teste de imersão facial (reflexo do mergulho)

Teste de exposição ao frio ("cold pressor")

Reflexo da tosse

Teste de estresse mental

Teste de decúbito ("lying down")

A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é uma das variáveis indiretas mais utilizadas para avaliação do SNA, pois reflete a modulação do SNA simpático e parassimpático na FC. Alguns dos principais métodos lineares de análise de séries de VFC são:

Desvio-padrão dos intervalos RR (SDNN);

Raiz quadrada da média da soma das diferenças sucessivas dos intervalos RR (RMSSD);

Análise espectral;

Além disso, com registros simultâneos de VFC e variabilidade de pressão arterial, também é possível calcular a sensibilidade do barorreflexo, utilizando, por exemplo, o método da sequência.

Doenças Do Sistema Nervoso

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

É um distúrbio grave do sistema nervoso. Pode ser causado tanto pela obstrução de uma artéria, que leva à isquemia de uma área do cérebro, como por uma ruptura arterial seguida de derrame. Os neurônios alimentados pela artéria atingida ficam sem oxigenação e morrem, estabelecendo-se uma lesão neurológica irreversível.

A percentagem de óbitos entre as pessoas atingidas por AVC é de 20 a 30% e, dos sobreviventes, muitos passam a apresentar problemas motores e de fala.

Alguns dos factores que favorecem o AVC são a hipertensão arterial, a elevada taxa de colesterol no sangue, a obesidade, o diabetes melito, o uso de pílulas anticoncepcionais e o hábito de fumar.

Ataques Epilépticos

Epilepsia não é uma doença mas sim um sintoma que pode ocorrer em diferentes formas clínicas. As epilepsias aparecem, na maioria dos casos, antes dos 18 anos de idade e podem ter várias causas, tais como anomalias congénitas, doenças degenerativas do sistema nervoso, infecções, lesões decorrentes de traumatismo craniano, tumores cerebrais, etc.

Cefaleias

As Cefaleias são dores de cabeça que se podem propagar pela face, atingindo os dentes e o pescoço. A sua origem está associada a diversos factores como tensão emocional, distúrbios visuais e hormonais, hipertensão arterial, infecções, sinusites, etc.

A enxaqueca é um tipo de doença que ataca periodicamente a pessoa e se caracteriza por uma dor latejante, que geralmente afecta metade da cabeça. As enxaquecas são frequentemente acompanhadas de foto fobia (aversão a luz), distúrbios visuais, náuseas, vômitos, dificuldades em se concentrar, etc. As crises de enxaqueca podem ser desencadeadas por diversos factores, tais como tensão emocional, tensão pré-menstrual, fadiga, actividade física excessiva, jejum, etc.

Doenças degenerativas do sistema nervoso

Existem vários factores que podem causar morte celular e degeneração. Esses factores podem ser mutações genéticas, infecções virais, drogas psicotrópicas, intoxicação por metais, poluição, etc. As doenças nervosas degenerativas mais conhecidas são a esclerose múltipla, a doença de Parkinson, a doença de Huntington e a doença de Alzheimer.

Esclerose Múltipla

Manifesta-se por volta dos 25 a 30 anos de idade e é mais frequente nas mulheres. Os primeiros sintomas são alterações da sensibilidade e fraqueza muscular. Pode ocorrer perda da capacidade de andar, distúrbios emocionais, incontinência urinária, quedas de pressão, sudorese intensa, etc. Quando o nervo óptico é atingido, pode ocorrer diplopia (visão dupla).

Doença de Parkinson

Manifesta-se geralmente a partir dos 60 anos de idade e é causada por alterações nos neurónios que constituem a "substância negra" e o corpo estriado, dois importantes centros motores do cérebro. A pessoa afectada passa a apresentar movimentos lentos, rigidez corporal, tremor incontrolável, além de acentuada redução na quantidade de dopamina, substância neurotransmissora fabricada pelos neurónios do corpo.

Doença de Huntington

Começa a manifestar-se por volta dos 40 anos de idade. A pessoa perde progressivamente a coordenação dos movimentos voluntários, a capacidade intelectual e a memória. Esta doença é causada pela morte dos neurónios do corpo estriado. Pode ser hereditária, causada por uma mutação genética.

Doença de Alzheimer

Esta doença manifesta-se por volta dos cinquenta anos e caracteriza-se por uma deterioração intelectual profunda, desorientando a pessoa que perde, progressivamente a memória, as capacidades de aprender e de falar.

Esta doença é considerada a primeira causa de demência senil. A expectativa média de vida de quem sofre desta moléstia é entre cinco e dez anos, embora actualmente muitos pacientes sobrevivam por 15 anos ou mais.

Através do Alzheimer, ocorrem alterações em diversos grupos de neurónios do cortex-cerebral e é uma doença hereditária.

Não existe uma prevenção possível para esta doença. Só um tratamento médico-psicológico intensivo do paciente, que visa mantê-lo o maior tempo possível em seu tempo normal de vida. Com a ajuda

da família e a organização de uma assistência médico-social diversificada é possível retardar a evolução da doença.

Em 1993, a Food and Drug Administration autorizou a comercialização nos Estados Unidos, do primeiro remédio contra a doença - THA (tetrahydro-amino-acríme) ou tacrine.

Doenças infecciosas do sistema nervoso

Vírus, bactérias, protozoários e vermes podem parasitar o sistema nervoso, causando doenças de gravidade que depende do tipo de agente infeccioso, do seu estado físico e da idade da pessoa afetada.

Existem diversos tipos de vírus podem atingir as meninges (membranas que envolvem o sistema nervoso central), causando as meningites virais. Se o encéfalo for afetado, fala-se de encefalites. Se a medula espinal for afetada, fala-se de poliomielite. Infecções bacterianas também podem causar meningites.

O protozoário *Plasmodium falciparum* causa a malária cerebral, que se desenvolve em cerca de 2 a 10% dos pacientes. Destes, cerca de 25% morrem em consequência da infecção. O verme platelminto *Taenia solium* (a solitária do porco) pode, em certos casos, atingir o cérebro, causando cisticercose cerebral. A pessoa adquire a doença através da ingestão de alimentos contaminados com ovos de tênia. Os sintomas são semelhantes aos das epilepsias.

Distúrbios Do Sistema Nervoso Central E Periférico

Encefalopatia Urêmica

É uma síndrome aguda ou subaguda que ocorre em pacientes com DRC - estágio 5. Os pacientes podem apresentar déficits de memória, fala, distúrbios de emoção, consciência e percepção. Estes sintomas não são específicos de uremia e devem ser diferenciados de outros distúrbios orgânicos e desequilíbrios eletrolíticos. Uma característica clínica marcante é a variação dos sintomas dia a dia e hora a hora. O início pode passar despercebido com sintomas leves e inespecíficos como fadiga, apatia, piora da concentração e atenção.

Algumas toxinas podem estar implicadas na patogênese da encefalopatia. Estas incluem: (a) compostos solúveis como uréia e creatinina; (b) moléculas médias; e (c) compostos ligados à proteína. Outros compostos como a guanidina têm sido implicados, além dos produtos finais de glicosilação avançada (AGEs).

Neuropatia Periférica

Está presente em até 70% dos pacientes encaminhados a diálise e inexplicavelmente é incomum em crianças. Em estágios iniciais a prevalência da neuropatia é ignorada. O curso de evolução é variável em progressão e severidade. A neuropatia urêmica clássica é distal, sensitiva e motora e predominantemente axonal. Os sintomas são descritos como sensação de queimação nas pernas. A clínica é mais evidente no estágio.

Ao exame físico podemos observar atrofia muscular, perda de reflexos tendíneos, déficit de atenção, perda de capacidade sensitiva como a vibratória. Mononeuropatia isolada é menos comum, a não ser pela síndrome do túnel do carpo.

Esta síndrome pode ocorrer em pacientes em tratamento conservador de DRC e não são exclusivas de pacientes em hemodiálise.

O PTH pode estar envolvido na gênese da neuropatia periférica na DRC. Apesar da piora da qualidade de vida, ainda não há nenhum artigo na literatura que confirme o pior prognóstico dos pacientes renais crônicos que desenvolvem neuropatias.

Exame Complementar para Neuropatia em DRC é importante para diagnóstico, porém não se correlaciona diretamente com o grau de perda de função renal, não sendo útil para monitorizar progressão da doença renal. Os pacientes sintomáticos parecem ter alterações mais evidentes nos exames.

Eletroneuromiografia: Os estudos mostram uma diminuição da velocidade de condução nervosa (VCN) para valores abaixo do normal em pacientes com DRC estágio V. A VCN sensorial está diminuída em 90% enquanto a motora em 40% dos casos.

Distúrbios na função sexual são complicações comuns na insuficiência renal. Estas complicações incluem disfunção erétil e diminuição da libido. Há também contribuição de medicamentos frequentemente usados para tratamento de hipertensão, que podem ter como efeito colateral distúrbios sexuais. As drogas que mais comumente levam à impotência sexual são os tiazídicos, bloqueadores de canal de cálcio e metildopa. Abordagem terapêutica: O sildenafil pode ser administrado oralmente e ser muito efetivo em homens com uremia, mesmo com doenças cardiovasculares.

Valorizar queixas do sono, reconhecer e tratar a síndrome das pernas inquietas. (Evid V Recom D)

Alterações no sono estão presentes em até 70% dos pacientes renais crônicos. É bem estabelecido na literatura o impacto negativo das desordens do sono na qualidade de vida e capacidade funcional do paciente. Entre os distúrbios frequentes temos a síndrome das pernas inquietas. Esta síndrome é uma desordem presente em 20 a 57% dos pacientes renais crônicos. O diagnóstico é basicamente clínico e pode ser feito pelo nefrologista, com o cuidado de se diferenciar de outras doenças com sintomas semelhantes como acontece na neuropatia diabética.

É caracterizada por uma sensação desagradável nas pernas, geralmente no início do sono, que causa uma vontade quase irresistível de mexer a perna e melhorar com o movimento voluntário. Em exames específicos de sono como a polissonografia, 80% dos pacientes portadores da síndrome das pernas inquietas apresentam movimentos periódicos das pernas durante o sono. Sua gênese na DRC pode ser a uremia, assim como deficiência de ferro, sendo este último um co-fator de receptores dopaminérgicos envolvidos na fisiopatologia da síndrome.

O tratamento da anemia com eritropoetina normalizando o hematócrito diminui os movimentos periódicos de pernas, diminui a fragmentação do sono e a sonolência diurna. Já existem estudos mostrando associação dos movimentos periódicos de pernas com maior mortalidade em renais crônicos dialíticos.

Abordagem terapêutica: incentivar exercícios físicos e corrigir a anemia (com reposição de ferro e uso de eritropoetina). Os seguintes medicamentos podem ser utilizados: L-dopa 100-200mg ou agonista de receptor dopaminérgico (pramipexol), clonazepam e gabapentina.

Anatomia

Uma unidade motora consiste em

Uma célula do corno anterior

Seu axônio motor

As fibras musculares que ele inerva

A ligação entre os dois (junção neuromuscular)

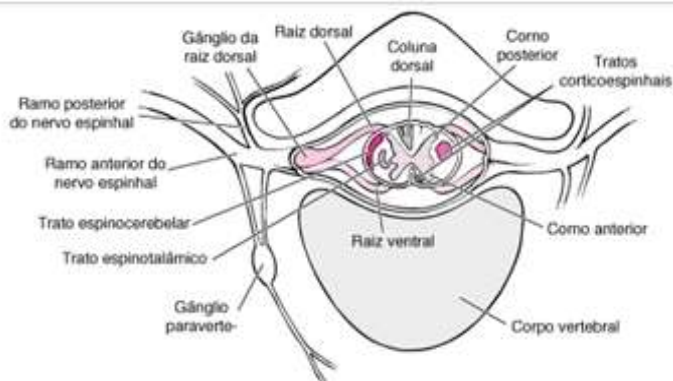
As células do corno anterior estão localizadas na substância cinzenta da coluna vertebral e, portanto, tecnicamente fazem parte do SNC.

Em contraste com o sistema motor, os corpos celulares das fibras motoras aferentes sensoriais ficam fora da coluna vertebral, nas raízes dos gânglios dorsais.

As fibras nervosas fora da coluna vertebral se unem para formar as raízes nervosas motoras anteriores (ventrais) e raízes nervosas sensoriais posteriores (dorsais).

As raízes nervosas anteriores e posteriores se associam para formar um nervo espinal. Trinta dos trinta e um nervos espinhais consistem em uma raiz motora anterior (ventral) e uma raiz sensorial posterior (dorsal); C1 não possui raiz sensorial (Nervos espinhais.).

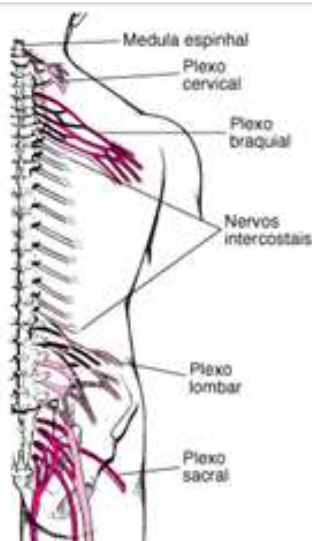
Nervos espinhais.



Os nervos espinhais saem da coluna vertebral através do forame intervertebral. Por ser a coluna vertebral mais curta que a coluna vertebral, quanto mais caudal for o nervo espinal, mais distante do segmento medular correspondente é o forame. Assim, na região lombossacral, as raízes nervosas dos segmentos inferiores da coluna vertebral descem no interior da coluna espinal, em um feixe quase vertical, formando a cauda equina. Logo além do forame intervertebral, os nervos espinhais ramificam-se em várias partes.

Os ramos dos nervos espinhais cervicais e lombossacrais se anastomosam periféricamente em plexos, depois se ramificam em troncos nervosos que terminam até 1 m de distância das estruturas periféricas (Plexo). Os nervos intercostais são segmentares.

Plexo.



O termo nervo periférico refere-se à parte do nervo espinal distal à raiz e ao plexo. Os nervos periféricos são feixes de fibras nervosas. Seu diâmetro varia de 0,3 a 22 μm . As células de Schwann formam um tubo citoplasmático fino ao redor de cada fibra e envolvem mais fibras grossas, como uma membrana isolante de múltiplas camadas (bainha de mielina).

Fisiologia

A bainha de mielina aumenta a condução do impulso. As fibras mais grossas e mais mielinizadas conduzem rapidamente e levam estímulos motores, táteis e proprioceptivos. As fibras menos mielinizadas, ou sem mielina, têm condução mais lenta; transmitem impulsos de dor, temperatura e autônomos.

Por serem os nervos tecidos metabolicamente ativos, necessitam de nutrientes supridos pelos vasos sanguíneos denominados vasa nervorum.

Etiologia

Doenças dos nervos periféricos podem resultar de danos ou disfunção de um dos seguintes:

Corpo celular

bainha de mielina

Axônios

Junção Neuromuscular

As doenças podem ser genéticas ou adquiridas (decorrentes de condições tóxicas, metabólicas, traumáticas, infecciosas ou inflamatórias - Algumas causas de doenças nervosas periféricas).

Neuropatias periféricas podem afetar

Um nervo (mononeuropatia)

Vários nervos distintos (mononeuropatia múltipla ou mononeurite múltipla).

Nervos múltiplos difusamente (polineuropatia)

Um plexo (plexopatia)

Uma raiz do nervo (radiculopatia)

Pode ser afetado mais de um local; p. ex., na variante mais comum da síndrome de Guillain-Barré, múltiplos segmentos de nervos cranianos, geralmente dois nervos faciais, podem ser afetados.

Algumas causas de doenças nervosas periféricas

Local	Tipo	Exemplos
Local	Tipo	Exemplos
Neurônio motor*	Hereditárias	Atrofia muscular espinhal tipos I a IV
	Adquirida, aguda	Pólio, infecções por vírus coxsackie e outros enterovírus (raros), infecção por vírus do Nilo Ocidental
	Adquirida, crônica	Esclerose lateral amiotrófica (ELA), síndrome paraneoplásica, síndrome pós-pólio, paralisia bulbar progressiva
Raiz nervosa	Hereditárias	Neurofibroma
	Adquirida	Disco herniado, infecções, câncer metastático, estenose foraminhal espinhal, trauma
Plexo	Adquirida	Neurite braquial aguda, diabetes mellitus, hematoma, tumores locais (schwannoma), câncer metastático, neurofibromatose (rara), tração durante o parto, trauma intenso
Nervos periféricos	Aprisionamento	Síndrome do túnel carpal, síndrome do túnel cubital, paralisia do nervo radial, paralisia do nervo peroneal, síndrome do túnel tarsal
	Hereditárias	Neuropatias hereditárias na idade adulta, neuropatias hereditárias sensoriais e motoras, neuropatias hereditárias sensoriais e autonômicas
	Infecciosas	Hepatite C, herpes-zóster, infecção pelo HIV, doença de Lyme, sífilis Em países em desenvolvimento: difteria, hanseníase, infecções parasitárias
	Inflamatórias	Polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica, síndrome de Guillain-Barré e variantes
	Isquêmica	Infarto do nervo femoral (amiotrofia diabética), vasculite que causa mononeuropatia múltipla (mononeurite múltipla)

Fisiopatologia

Como os corpos celulares sensoriais e motores se encontram em diferentes localizações, uma doença do corpo celular afeta ou o componente sensorial ou o motor, raramente os dois.

Lesões

A lesão na bainha de mielina (desmielinização) torna a condução nervosa lenta. A desmielinização afeta predominantemente as fibras mais mielinizadas, causando disfunção sensorial de fibras grossas (sensações de dormência e formigamentos), fraqueza motora e diminuição dos reflexos. Fraqueza motora profunda com mínima atrofia é característica de polineuropatia desmielinizante adquirida.

Como os vasa nervorum não atingem o centro do nervo, os fascículos localizados centralmente são os mais vulneráveis a doenças vasculares (p. ex., vasculites, isquemia). Essas doenças resultam em disfunção sensorial de fibras finas (dor aguda, sensação de queimação), fraqueza muscular proporcional à atrofia e anormalidades nervosas menos intensas que em outras doenças neurológicas. São afetados principalmente os dois terços distais do membro. Inicialmente, os déficits tendem a ser assimétricos, visto que as vasculites ou os processos isquêmicos são aleatórios. Entretanto, infartos múltiplos podem coalescer mais tarde, causando defeitos simétricos (mononeuropatia múltipla).

As doenças tóxicas metabólicas ou doenças genéticas geralmente iniciam de forma simétrica. Os processos imunomediados podem ser simétricos ou, no início de processos de evolução rápida, assimétricos.

A lesão no sistema de transporte do axônio para os constituintes celulares, em especial microtúbulos e microfilamentos, causa disfunção significativa do axônio. Primeiramente, são afetadas as fibras mais finas (pois têm necessidades metabólicas maiores) e a porção mais distal do nervo. Depois, a degeneração axônica ascende lentamente, produzindo o característico padrão de sintomas distal para proximal (perda sensorial em luva e meia, seguida de fraqueza).

Recuperação

A lesão na bainha de mielina (p. ex., lesão na síndrome de Guillain-Barré) em geral pode ser reparada pelas células de Schwann sobreviventes, em cerca de 6 a 12 semanas.

Após a lesão axônica, as fibras tornam a crescer no tubo das células da bainha de Schwann cerca de 1 mm/dia, uma vez terminado o processo patológico. Entretanto, o recrescimento pode ter direção errada, causando inervação aberrante (p. ex., fibras no local errado, ou receptor de temperatura em vez de receptor de tato).

A regeneração é impossível quando há morte do corpo celular e pouco provável quando ocorre perda completa do axônio.

Avaliação

Déficits definidos por história e exame

Atenção para indícios clínicos nas doenças do sistema nervoso periférico

Geralmente, estudos de condução nervosa e eletromiografia

Às vezes, biopsia com punção do nervo ou da pele

Testes genéticos (para neuropatias hereditárias)

Avaliação clínica

A história deve focar o tipo de sintoma, início, progressão e localização, assim como informações sobre causas potenciais (p. ex., história familiar, exposição a agentes tóxicos, história clínica anterior).

Exames neurológicos e físicos devem determinar o tipo de déficit (p. ex., déficit motor, tipo de déficit sensorial, ou uma combinação). Avaliam-se a sensação (utilizando picadas de agulha e temperatura para fibras finas; usando vibração e testes de propriocepção para fibras grossas), a força motora e os

reflexos tendinosos profundos. Avalia-se a função dos nervos cranianos, assim como a função dos nervos periféricos. Observa-se a fraqueza motora é proporcional ao grau de atrofia, assim como o tipo e distribuição das anormalidades dos reflexos. A função autonômica é avaliada.

Os médicos devem suspeitar também de um distúrbio do SNP em pacientes com base no padrão e tipo de déficits neurológicos, especialmente se os déficits estão localizados em raízes nervosas, nervos espinhais, plexos, nervos periféricos específicos ou uma combinação. Também se suspeita desses distúrbios em pacientes com déficits motores e sensoriais mistos, múltiplos focos ou com um foco que seja incompatível com um único local anatômico no SNC.

Os médicos devem suspeitar de distúrbios do SNP em pacientes com fraqueza generalizada ou difusa, porém sem déficits sensoriais; nestes casos, os distúrbios do sistema nervoso periférico podem passar despercebidos por não serem a causa mais provável desses sintomas. Os indícios de que as doenças do SNP são a causa da fraqueza generalizada são os seguintes:

Padrões de fraqueza generalizada que sugerem uma causa específica (p. ex., predominância de ptose e diplopia, sugerindo miastenia gravis inicial)

Sinais e sintomas diferentes de fraqueza que sugerem uma doença específica ou grupo de distúrbios (p. ex., efeitos colinérgicos, sugestivos de intoxicação por organofosforados)

Déficits com distribuição em luva e meia, que sugerem transtornos axônicos difusos ou polineuropatia

Fasciculações

Hipotonia

Perda muscular sem hiper-reflexia

Fraqueza que é progressiva, crônica e inexplicada

Os indícios de que a causa pode não ser uma doença do sistema nervoso periférico incluem

Hiperreflexia

Hipertonia

Esses déficits sugerem doença do neurônio motor superior como causa da fraqueza. A hiporreflexia é compatível com déficits do sistema nervoso periférico, porém é inespecífica. Por exemplo, a compressão da coluna cervical pode imitar a síndrome de Guillain-Barre, particularmente em pacientes com neuropatia preexistente.

Apesar da possibilidade de várias exceções, certos indícios clínicos também podem sugerir possíveis causas de déficits do SNP (Dicas clínicas para causas de doenças do sistema nervoso periférico*).

Tratamento

Tratamento da doença subjacente

Tratamento de suporte, em geral executado por uma equipe multidisciplinar

O tratamento é direcionado para a causa subjacente sempre que possível. Caso contrário, o tratamento é de suporte. A abordagem por uma equipe multiprofissional ajuda os pacientes a enfrentar a incapacidade neurológica progressiva:

Fisioterapeutas podem ajudar o paciente a manter as funções musculares.

Terapeutas ocupacionais podem recomendar talas adaptativas e dispositivos para caminhar para ajudar nas atividades cotidianas.

Fonoaudiólogos fornecem instrumentos alternativos para comunicação.

Emergências Obstétricas e Ginecológicas

A gestação é um processo fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela de gestantes que apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, levando ao óbito materno.

Abortamento

O tema aborto é polêmico se considerarmos a discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem esta questão, o que tem contribuído para a precariedade da assistência e o aumento da mortalidade e morbidade por esta causa, comprovados pelos índices estatísticos brasileiros.

Diagnóstico de Enfermagem

Toda gestante com sangramento vaginal no 1º trimestre deve ser submetida a exame abdominal e exame especular. Quando o colo estiver fechado ou houver dúvidas no diagnóstico, está indicada a realização de uma ultrassonografia para a avaliação das condições do saco gestacional e do embrião (BRASIL, 2010).

Intervenções de Enfermagem

Quando a gestante é recebida na unidade de emergência, as prioridades consistem em avaliar os sinais vitais, o volume e a cor do sangramento. Determinar a quantidade e a intensidade da cólica ou das contrações abdominais e avaliar o nível de compreensão sobre o que está acontecendo com ela.

Oferecer explicação realística sobre algumas das etiologias de abortos espontâneos pode auxiliar a família a entender o que está acontecendo e talvez dissipar seus temores e seu sentimento de culpa.

Ajude a preparar a mulher para os procedimentos e tratamento, como cirurgia para esvaziar o útero ou o uso de medicações. Se a cliente for Rh negativa e não sensibilizada, provavelmente terá a prescrição de Rho GAM em 72 horas após o aborto estar completo.

A maioria das mulheres manifestará sensação de perda e passará por um processo de luto quando acontecer um aborto espontâneo. Ouvir com sensibilidade e dar orientações lhe permitirá verbalizar os sentimentos e fazer perguntas relacionadas com as futuras gestações.

Doença Hipertensiva da Gravidez

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação e constituem, no Brasil, a primeira causa de morte materna e perinatal, principalmente quando se instalam em suas formas mais graves como a eclampsia e síndrome de HELLP, em países desenvolvidos como EUA esta patologia é a segunda causa de morte entre gestantes (Neme, et al Hayman).

Atualmente, há uma tendência em considerar hipertensão na gravidez medidas de pressão arterial iguais ou superiores a 140/90 mmHg (Benzecry et al Davey e MacGillivray). Proteinúria é definida como a excreção de 0,3 g ou mais de proteína na urina de 24 horas e representa, numa gestante hipertensa, fator cumulativo associado a aumento da mortalidade perinatal.

Para entender plenamente a doença hipertensiva específica da gestação alguns conceitos precisam estar claros, tais como:

Hipertensão – Uma elevação de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica e de 15mmHg ou mais na diastólica é considerado anormal nas tomadas na gravidez com relação aos níveis absolutos observados (Greenhill, 1976).

A hipertensão arterial é um sinal clínico e não uma doença. Sua presença pode ser secundária a diferentes entidades clínicas ou subclínicas, podendo coincidir ou ser desencadeada pela gravidez.

Níveis iguais ou superiores a 140 / 90 mmHg, por convenção, são níveis hipertensivos nas mulheres grávidas. Entretanto, importa lembrar que, entre nós, não são infrequentes gestantes cujos níveis pressóricos arteriais são muito baixos, não ultrapassando, por vezes, 80 / 50 mmHg.

Nessas pacientes se após a vigésima semana da prenhez os níveis tensionais elevam-se e atingem mais de 15 mmHg na diastólica e 30 mmHg na sistólica, admite-se tratar-se de hipertensão gestacional. Mesmo quando a proteinúria é negada ou menor que 300 mg / 24 horas, deve-se admitir, até provar o contrário, estar iniciando-se o processo de pré-eclâmpsia.

Proteinúria – É a perda de proteínas pela urina, esta perda é sinal laboratorial importante das síndromes hipertensivas na gravidez. Ela pode ocasionalmente aparecer antes da hipertensão como manifestação de patologia renal vigente ou subclínica, sem a presença de hipertensão ou associada a ela. Nesta última situação, é condição clínica que define o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Para o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas et al Neme, 2005 trata-se de proteinúria a presença de 300 mg ou mais de proteína excretadas na urina no período de 24 horas

Edema – Durante algumas gestações ou todas as gestações, a maioria das grávidas normais pode mostrar edema postural das extremidades inferiores, que desaparecem caracteristicamente depois de repouso deitada ou simplesmente elevando os membros inferiores por curto intervalo. Um ganho de peso acima de 500 g em uma semana significa retenção de água e pode ser uma manifestação de edema oculto. O edema é um sinal de alerta e não mais como sinal clínico necessário para diagnosticar a DHEG. Isso se baseia na ocorrência de edema em 80% do total das gestantes.

Uma das primeiras observações da equipe multidisciplinar, que é responsável pelo atendimento pré-natal, deve ser identificar as mulheres que apresentam probabilidades estatísticas de desenvolver pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Consultas de pré-natal deveriam ser individualizadas, não estabelecendo intervalos de tempo determinados. Desde cedo as gestantes de alto risco devem ser vistas pelo menos a cada duas semanas e mais frequentemente no final da gravidez. Se a paciente deixar de cumprir sua marcação ele deve ser contatada e lembrada outra vez da importância do tratamento pré-natal e neste momento a enfermagem é de suma importância.

Classificação e Formas Clínicas

Sinteticamente a DHEG se manifesta pela a ocorrência de dois quadros clínicos principais:

- a) Pré-eclâmpsia – hipertensão, proteinúria e/ou edema;
- b) Eclâmpsia – crise convulsiva e, raramente, coma em gestantes com pré-eclâmpsia grave.

Entretanto a patologia pode apresentar diversas formas clínicas, tais como:

- Pré-eclâmpsia pura – hipertensão, proteinúria e/ou edema em gestante, previamente, normotensa, surgindo em geral após a vigésima e a vigésima quarta semanas de idade gestacional;
- Pré-eclâmpsia sobreposta – quando em gestante hipertensa os níveis tensionais se elevam, surgindo ou agravando a proteinúria e/ou edema;
- Pré-eclâmpsia precoce – quando surge antes da vigésima a vigésima quarta semanas;
- Pré-eclâmpsia tardia – a que ocorre no final do terceiro trimestre;
- Eclâmpsia convulsiva – a que ocorre em gestante com pré-eclâmpsia e se manifesta e culmina com crise convulsiva tônico-clônica;
- Eclâmpsia comatosa – a que ocorre em caso de pré-eclâmpsia, que culmina em coma, na ausência de convulsões;
- Eclâmpsia tardia ou puerperal – a que se manifesta até 72 horas do pós-parto;
- Eclâmpsia intercorrente – a que se manifesta 72 horas após crise convulsiva anterior;
- Eclâmpsia iminente – quando na urgência da pré-eclâmpsia surgem hiper-reflexias, tonturas, cefaleia frontal, sonolência e alterações visuais;
- Síndrome de HELLP – quando na urgência da pré-eclâmpsia/eclâmpsia surgem hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas.

Etiologia

A etiologia da DHEG permanece desconhecida. Inúmeras teorias etiopatogênicas foram descritas e vem sendo relatadas, tentando explicar as causas da instalação desta doença. Atualmente as teorias etiopatogênicas que permanecem em discussão são:

- a) Teoria da isquemia placentária: Há muito tempo se sabe que na pré-eclâmpsia ocorre diminuição do fluxo uteroplacentário, levando a redução do consumo de oxigênio pela placenta e pelo produto da concepção. Atualmente diversos estudos vem demonstrando que essa isquemia seria causada pela interação inadequada entre trofoblasto e a decidua, levando a invasão inadequada deste trofoblasto.
- b) Teoria da disfunção endotelial: A disfunção endotelial é representada pela diminuição da secreção de óxido nítrico (vasodilatador), aumento da expressão de moléculas agregadoras de plaquetas e favorecimento dos processos de coagulação. Além disso a disfunção endotelial pode ser observada pelo aumento das concentrações de endotelinas, homocisteínas e leptinas;
- c) Teoria das prostaglandinas: baseia-se no equilíbrio entre prostaglandinas vasodilatadoras (prostaciclina) e as vasoconstritoras (tromboxano). A primeira é produzida pelo endotélio e a segunda pelas plaquetas ativadas. Na gestação normal, o aumento dos níveis séricos de prostaciclina (em relação aos níveis de tromboxano) é responsável pela queda fisiológica dos níveis tensóricos. Na pré-eclâmpsia, foi observado que esta relação permanece contrária, isto é, diminuição dos níveis de prostaciclina e aumento dos de tromboxano, com consequente elevação da pressão arterial.
- d) Teorias hormonais: essas teorias abrangem alterações funcionais do eixo hormonal, incluindo alterações hipofisárias, adrenais e placentárias.
- e) Teorias imunológicas: alguns indícios epidemiológicos sugerem a participação da resposta inadequada do sistema imunológico materno contra o zigoto.
- f) Teoria genética: por meio da análise epidemiológica da doença, foi sugerido caráter hereditário da doença. História familiar de pré-eclâmpsia está associada com risco quatro vezes maior de desenvolver a doença na primeira gestação.

Fisiopatologia

A DHEG envolve virtualmente cada órgão e sistema do organismo. Há grande aumento na resistência vascular periférica e hiper-reatividade a vasoconstritores, negando a vasodilatação e refratariedade vascular própria da gravidez normal.

Alguns eventos fisiopatológicos, incluindo placentação anormal e hipersensibilidade vascular, podem ocorrer semanas ou meses antes do reconhecimento clínico da doença. Entretanto uma das principais alterações fisiopatológica da DHEG é a vasoconstrição generalizada, onde o fluxo plasmático renal e a filtração glomerular estão significativamente reduzidos, havendo uma redução do fluxo sanguíneo uterino. (Queenan, 1987). A lesão renal da pré-eclâmpsia pode ser responsável pela aumentada excreção proteica bem como pela diminuição na filtração glomerular.

O ritmo de filtração glomerular aumenta normalmente durante a gravidez, níveis séricos de creatinina superior a 0,9 é considerado anormal em mulheres grávidas e requerem avaliação complementar. A excreção renal de sódio diminui na pré-eclâmpsia, causando retenção hidrossalina, embora formas graves da doença possam ocorrer na ausência de edema. A maior parte do fluido retido se localiza no espaço intersticial.

Os níveis de albumina circulantes podem ser baixos, não devido à perda renal ou disfunção hepática, mas em decorrência do extravasamento de proteína para o interstício. Pode-se concluir que a pré-eclâmpsia é, na realidade, uma doença generalizada, sendo a hipertensão apenas uma de suas manifestações.

Observam-se lesões em vários órgãos, incluindo cérebro, fígado e coração. Há também diminuição na perfusão placentária, o que responde, em parte, pela aumentada incidência de retardo de crescimento intrauterino e de perda fetal. A restrição ao fluxo placentário provavelmente se deve ao estreitamento dos vasos decíduais por uma lesão específica chamada "aterose".

Pré-Eclâmpsia – PE

Surge, em geral, no terceiro trimestre de gestação, manifesta-se por hipertensão, proteinúria e/ou edema. Em gestante previamente hipertensas, o agravamento de seus níveis tensionais arteriais em 30 mmHg (sistólica) e 15 mmHg (diastólica), após a 20 – 24 semanas, sugere sua ocorrência.

A hipertensão, sua manifestação principal, pode ser precedido por edema visível ou oculto (aumento brusco de peso) e raramente por proteinúria. Em geral, entretanto, a proteinúria é secundária à hipertensão e relaciona-se com a lesão glomerular.

Eclampsia

É a causa mais comum de convulsões associadas com a hipertensão arterial e proteinúria na gravidez, sendo definida como a manifestação de convulsões e/ou coma não relacionados a outras condições cerebrais, durante o ciclo gravídico-puerperal, em pacientes com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, podendo ocorrer na gestação, trabalho de parto e puerpério.

No puerpério a eclampsia se manifesta nas primeiras 24hs, porém, em casos excepcionais, podem ocorrer convulsões uma semana ou mais após o parto. É das formas hipertensivas, a principal causa de morte materna.

As mortes podem ser causadas por complicações como hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência renal, hepática e respiratória (esta última, muitas vezes, relacionadas a broncoaspiração) que podem acontecer de maneira isolada ou em cascata. Síndrome de HELLP

Entre as complicações que agravam o prognóstico da pré-eclâmpsia, citam-se além da eclampsia, a hemorragia cerebral, o edema agudo e a síndrome de hellp.

Hellp são as iniciais usadas para descrever a condição de paciente com pré-eclâmpsia grave que apresenta hemólise (H), níveis elevados de enzimas hepáticas (EL) e número baixo de plaquetas (LP).

A dificuldade em se prever a evolução da síndrome de HELLP e os relatos da literatura mostrando que as alterações laboratoriais não refletem com precisão as lesões histopatológicas do fígado mostram a necessidade de se investigar os casos de hipertensão grave, tentando diagnosticar o início das manifestações da síndrome de hellp, para impedir sua completa instalação.

A Enfermagem e as Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, legitimada pela lei do exercício profissional, encontra um grande campo de utilização em ginecologia e obstetrícia, tendo em vista que a mulher, da sua adolescência à senectude, constitui um vasto contingente populacional, que demanda orientação, avaliação constante e periódica de sua saúde nessa área, visando à promoção e à prevenção da mesma.

Atualmente, o grande desafio das políticas públicas na área materno-infantil nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, é reduzir o coeficiente de mortalidade materna e perinatal, a morte materna é um indicador que reflete as condições de vida e de saúde das mulheres, como também, revela uma assistência inadequada e de qualidade indesejável.

O tratamento da doença hipertensiva específica da gestante tem como objetivo controlar a pré-eclâmpsia, reduzir o risco de eclampsia, dar a luz ao feto, sendo viável em um estágio mais próximo possível do termo da gestação e reequilibrar a homeostasia materna e neste ponto a enfermagem tem papel fundamental no que diz respeito as orientações prestadas no pré-natal, tais como a conscientização da gestante para que ela procure: Reduzir o peso corporal através de dieta calórica controlada, substituir as gorduras animais por óleos vegetais, diminuir os açúcares e aumentar a ingestão de fibras; Reduzir o sal de cozinha, embutidos, enlatados, conservas, bacalhau, charque e queijos salgados;

Exercitar-se regularmente 30-40 minutos, de três a cinco vezes por semana com exercícios leves próprio para gestantes; Controlar o estresse; Evitar drogas que elevam a pressão arterial como anti-inflamatórios, os descongestionantes nasais, antidepressivos, corticoides, derivados da ergotamina, estimulantes, cafeína, cocaína e outros.

Quando a paciente encontrar-se internada estar atento aos sinais e sintomas desta gestante, visto que o olhar da enfermagem pode antecipar o início de complicações, ou seja, identificar os diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG e a proposição de um plano de cuidados tendo como base a coleta de dados acerca do caso da cliente e a avaliação adequada destas informações.

Algumas das principais condutas são: Manter a paciente em repouso absoluto em decúbito lateral esquerdo o maior tempo possível; Oferecer dieta hiperprotéica e hipossódica; Realizar controle de diurese nas 24hs e instalar controle hídrico; Manter a equipe de enfermagem devidamente atenta para os valores de pressão arterial, checando, registrando e comunicando qualquer tipo de alteração.

Parto de Emergência

Primeiros Socorros

O primeiro ponto a ser destacado é que, em casos de primeiros socorros em partos de emergência, é necessário manter a calma e transmiti-la à parturiente. Mesmo que um trabalho de parto já tenha iniciado, o processo pode durar várias horas, por isso, é necessário ser paciente.

Sempre verificando os sinais vitais da parturiente, afaste os curiosos, no intuito de manter a privacidade. Verifique a presença de alguém próximo, como amigos ou familiares. Descubra o período da gestação e se houve problemas anteriores, como sangramentos ou cólicas de maior gravidade.

Ao constatar sinais de parto iminente, não deixe que a gestante vá ao banheiro. Entre em contato com o serviço de emergência e se possível, com o obstetra que acompanha a gravidez. Se, de tudo, perceber que o bebê não esperará o atendimento chegar, mantenha a calma e inicie, calmamente, a assistência de parto, sem acelerar ou retardar.

Higienize as mãos antes de iniciar qualquer procedimento

Deite a gestante, de costas, em um lugar limpo, de preferência sobre um lençol

Eleve os joelhos da mãe e afaste suas pernas, como na posição ginecológica

Remova as peças de roupas que possam atrapalhar o nascimento do bebê, sem expor a gestante

Se for possível, faça uma limpeza na região genital e nas coxas da gestante, com água e sabão

Orienta-a para respirar fundo e fazer força durante as contrações, como se estivesse evacuando, deixando-a descansar entre elas (fazer força na contração e descansar no período de relaxamento)

À medida em que o parto progride, o socorrista verá a cabeça do feto a cada contração, por isso, deverá ampará-la, evitando que saia de uma vez só e se machuque

Jamais puxe a cabeça da criança para apressar o parto, dando apenas sustentação

Depois que a cabeça sai totalmente, fará um movimento de giro para que saia ombros e resto do corpo

Não puxe a criança nem o cordão umbilical, deixando que a mãe os expulse naturalmente

Se perceber que o cordão umbilical está em torno do pescoço do bebê, afrouxe-o e remova-o no sentido da nuca para o abdome do bebê

Apenas neste caso, segure a cabeça do bebê em forma de "V", forçando-a suavemente para baixo, até passar o ombro superior e o resto do corpo

Com cuidado para não deixar o bebê cair, limpe o muco do nariz e boca, além de assegure-se de que ele esteja respirando

Se a criança não chorar ou respirar, segure-a de cabeça para baixo, pelas pernas, e dê alguns tapinhas nas costas para estimular a respiração

Se, ainda assim, o bebê não estiver respirando, aplique a respiração artificial delicadamente, insuflando apenas o volume suficiente para elevar o tórax da criança, como um movimento respiratório normal.

Envolva o bebê em panos limpos e espere o socorro chegar

O cordão umbilical sairá com a placenta, cerca de 20 minutos após o nascimento. Não é necessário removê-lo caso o resgate chegue em até 30 minutos. Caso contrário, deite a criança de costas e, com fio previamente fervido, faça nós no cordão umbilical. O primeiro, a aproximadamente quatro dedos da criança (10 cm).

O segundo deve distar 5 cm do primeiro. Cortar entre os dois nós com uma tesoura, lâmina ou outro objeto limpo. As extremidades do cordão não devem sangrar. Não é necessário limpar a gordura branca, chamado de vernix caseoso, do corpo do bebê, pois ela desaparecerá em até 24 horas.

Após a saída da placenta, faça uma massagem suave sobre o abdômen da parturiente para provocar a contração do útero e diminuir a hemorragia, algo normal após o parto. Coloque o bebê em contato com a mãe, em seu colo, assim que liberar a placenta. Mantenha ambos agasalhados e os transporte para atendimento médico.

Abortos

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto é interrupção da gestação de conceito com peso inferior a 500 gramas e até a 22ª semana – chamado de precoce até a 13ª e de tardio entre a 13ª e 22ª semanas. Pode ser classificado, quanto a etiologia, como aborto espontâneo e provocado; o primeiro é interpretado como “natural” e é decorrente de inúmeras causas e, o segundo, é feito pela decisão da mulher.

Para o Código Penal brasileiro, existem punições quanto ao aborto, segundo a legislação é crime qualquer condição de realização de interrupção do feto, na qual as penas podem variar de um a três anos para mulheres gestantes e um ano e quatro meses para médicos interventores com o consentimento da grávida caso não há esse consentimento a pena aumenta de três a dez anos a seguir mostra com detalhe cada art. e a pena relacionada ao aborto. Caso a mulher sofreu estupro a gestante tem de forma legal interromper o feto.

Porém perante a Lei nº 9.777 existem qualificações quanto ao aborto, mostrados a seguir:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124. – “Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena – detenção, de 1 a 3 anos”.

Interrupção provocada por terceiros

Art. 125. – “Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de 3 a 10 anos”.

Art. 126. – “Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – 1 a 4 anos”.

Forma qualificada:

Art. 127. – “As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte”.

Art. 128. “Não se pune o aborto praticado por médico”: se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

No caso em que a gravidez é um risco para a mãe, o aborto já está licitamente autorizado pelo Código Penal na área em que se discute partes gerais, sendo, portanto, menos passível de questionamentos e não infringindo lei contra vida.

O aborto de conceito decorrente de estupro ou atentado violento ao pudor também não é considerado criminoso tendo em vista que esse é considerado um crime hediondo no próprio Código.

Os casos sujeitos à condenação pela legislação vigente são aqueles provocados com ou sem o consentimento da gestante que não estão inclusos nos casos acima supracitados.

Em lugares em que o aborto ainda é dado como uma prática passiva de investigação criminosa, como no nosso país, os aspectos emocionais que tangem as mulheres nesse processo precisam ser estudados e entendidos com maior cautela e atenção.

São poucos os estudos acerca da saúde mental daquelas submetidas ao procedimento de interrupção provocada da gravidez, e faz-se necessário que sejam realizadas pesquisas sobre essas repercussões psicológicas, analisando desde o momento de busca pelos meios até a realização do aborto, incluindo também momentos pós a efetivação.

Devido ao seu caráter criminal, estudos e informações acerca dos procedimentos e ocorrências de abortos no Brasil ainda é de difícil obtenção. Além disso, aspectos sociais, psicológicos e culturais também interferem nessa questão, sendo necessário um maior aprofundamento do assunto.

Assim, é preciso encarar que o aborto é um problema na saúde pública no nosso país muito grave, principalmente no tocante às condições em que são realizados e nas consequências adversas para as gestantes. Além disso, do ponto de vista financeiro, existe o ônus pertinente da morbi-mortalidade para setores hospitalares e suas equipes que precisam lidar com as consequências do aborto e pós-abortamento.

É preciso que a equipe envolvida não apenas nessas situações de aborto, mas em todas as que estão sujeitos a vivenciar, principalmente a enfermagem com seu princípio fundamental do cuidado, entenda o ser humano como um ser complexo, que está inserido num contexto social, econômico e cultural. É essencial que a formação do enfermeiro não seja pautada apenas nos aspectos biológicos, no tratamento e solução dos problemas físicos de seus pacientes.

O desenvolvimento desse olhar global sobre o paciente, ponderando sua subjetividade e necessidades, é preciso para que as ações e atitudes não se restrinjam a intervenções de saúde automáticas, desapropriadas de cautela e zelo para a paciente, que enfrenta uma situação não apenas de fragilidade de sua saúde, bem como um momento carregado de preconceito, medo, culpa e julgamento da sociedade em que está firmada.

É papel do grupo que lida com esses casos, com foco especial na atribuição cuidadora do enfermeiro, compreender e refletir sobre a complexidade em que aquela mulher está inserida, independente da etiologia do aborto, afinal não deixa de ser uma situação bastante dolorosa. Além disso, é primordial que o enfermeiro entenda como direito constitucional o acesso universal à saúde e o cumprimento deste sem distinção e com respeito às particularidades de cada indivíduo.

A promoção humanizada de estratégias de intervenções individualizadas, tanto nos âmbitos públicos como particulares, deve ser desenvolvida a fim de olhar a mulher como um todo. Nesse sentido, a partir do momento em que a compreende com suas especificidades e singularidades, é possível viabilizar um diálogo e condutas que incentivem-na a se autoconhecer e ajuda-la no enfrentamento do aborto contextualizado nos seus aspectos físicos e mentais.

São direitos constitucionais do indivíduo o acesso à saúde sem qualquer tipo de obstrução. “A humanização das ações de saúde depende do reconhecimento efetivo da condição de sujeito, de cidadão ou cidadã titular de direitos, de todas as pessoas que buscam qualquer tipo de atendimento à saúde, em serviço público ou privado.” Quando refere-se em cuidar se torna uma ação política e o cuidado é complexo. Ter esse tipo de percepção sobre essa complexidade contribui o afastamento crítico para reflexão, avaliação e implementação de práticas a situação no ambiente da saúde. “A humanização dos serviços de saúde e da enfermagem, em particular, é um processo contínuo e depende da reflexão diária da equipe de enfermagem sobre o cuidado”.

Foi realizado o 61º congresso brasileiro de enfermagem com tema “Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental”, em Fortaleza, nos dias 7 a 10 de dezembro de 2009, em que relata sobre o papel do enfermeiro para lidar com mulheres que realizaram o aborto.

É papel do enfermeiro (a) primeiramente a prevenção do aborto, ou seja, orientar as pacientes na utilização de métodos contraceptivos, desenvolver estratégias para a promoção da saúde da mulher. Outro papel do profissional da saúde é detectar o transtorno de quando a mulher sofre esse tipo de intervenção é buscar estratégias e proporcionar a paciente medidas eficazes de conforto e acolhimento.

Quando uma paciente realiza o aborto o profissional da saúde tem que realizar cuidados gerais tais como: Deixar a paciente de repouso, sempre está em observação dos sinais vitais, averiguar o sangramento vaginal e dar as medicações corretamente.

Esse tipo de situação tem se tornado facilitador entre os profissionais com maior tempo de casa no hospital, que parecem ainda ver no médico o homem do conhecimento em garantir uma melhora da paciente, não expondo a importância do trabalho da equipe como um todo, ou seja, dando uma assistência a paciente como também levando sua contribuição no processo do trabalho.

A Enfermeira ou equipe de enfermagem necessita de impor sua posição no ambiente de trabalho, ou seja, integra-se com outros profissionais da saúde, com o intuito de obter um domínio elevado no ambiente de trabalho e tornar sua contribuição no aspecto de cuidar, planejar e decidir das questões viáveis a saúde do paciente.

O Aborto e os Profissionais de Saúde

Sabe-se que os posicionamentos dos profissionais de saúde representam um grande peso para as questões relacionadas aos direitos humanos e às práticas e procedimentos médicos que tenham relação com o direito à vida, sejam elas de ordem social, religiosa, político, jurídico e médico-científico. Eles representam um forte lobby na hora em que os legisladores vão apreciar e votar leis que afetam diretamente a ética médica, cujos procedimentos vão interferir de forma psicossocial na vida dos pacientes, a exemplo do aborto induzido.

Estudos demonstram que de acordo com a especialidade médica, a função, o gênero e a idade, os profissionais de saúde reagem de forma diversa sobre questões relacionadas à vida. Mesmo diante de situações em que a lei permite o aborto por várias razões como médicas, socioeconômicas, a pedido da mulher, há opiniões que são contra ou a favor do ato.

Neste contexto, observou-se que quando se trata de interromper a gestação por questões relacionadas com o risco à saúde da mulher, ou problemas relacionados ao feto, os profissionais de saúde são a favor do aborto. No entanto, quando a indicação de retirada do feto ocorre após o primeiro trimestre e esta indicação está relacionada com razões terapêuticas, idade incompatível da mulher, falta de recursos, falhas nos métodos contraceptivos, estupro ou rejeição pessoal da mulher, então os posicionamentos contrários são quase unânimes.

Aguirre explica que boa parte dos profissionais de saúde manifesta opiniões conservadoras sobre a interrupção da gravidez após o terceiro trimestre e isto representa um aspecto relevante na aplicação das leis do aborto e comenta que, independente do país e da cultura, este assunto gera polêmica e na maioria das vezes conflitos entre as partes envolvidas. Sobre este assunto, ele explica

Em muitos casos, fornecer ou negar esses serviços depende em grande medida do julgamento dos profissionais de saúde: "... eles geralmente controlam o acesso ao aborto e a efetiva implementação da decisão das mulheres. Para alguns médicos e enfermeiras, o aborto representa um conflito ético ou moral entre seu compromisso pessoal com o que eles percebem como salvar vidas e o pedido da mulher para acabar com sua gravidez indesejada.

O tema que envolve a atitude dos profissionais frente as questões polêmicas que dizem respeito ao aborto é assunto de pesquisas em universidades. A Universidade de São Paulo-USP publicou uma enquête realizada com estudantes de medicina e direito para saber o que pensavam sobre o aborto.

A maioria dos que responderam se posicionaram a favor do aborto somente em casos em que o aborto representaria a única forma de salvar a vida da paciente ou no caso de gravidez resultante de estupro. Estes resultados revelam que para muitos profissionais da área de saúde o aborto ainda é considerado um ato ilegal, e não se demonstram disposto a apoiar o ato.

De acordo com Meira, existem muitas questões relacionadas com a legalização do aborto, e estas não têm relação somente com a evolução da ciência, mas estão conectadas a aspectos complexos como conjunturas sociais, econômicas e políticas. Para além destes fatores, a posição da sociedade e das Instituições religiosas representam outro fator de importância relevante, pois seus posicionamentos e lobby podem pressionar os legisladores no momento de votação das leis e provocar conflitos diversos, sobretudo de cunho social e político.

Pós-Parto

Logo após o bebê nascer, a placenta é expelida e o útero se contrai firmemente para vedar os vasos sanguíneos abertos na parede uterina. A área onde a placenta estava presa é bem parecida a uma ferida aberta que precisa ser cicatrizada.

As contrações uterinas, às vezes chamadas de "dor pós-parto", podem ser sentidas como fortes sensações de cólica durante os primeiros dias. Você também sentirá estas sensações se estiver amamentando, pois o estímulo dos mamilos promove contrações uterinas. Embora doloridas, saiba que isso ajuda a se curar mais rápido, e que a dor desaparecerá. Analgésicos podem ajudar, caso as cólicas estejam muito desconfortáveis.

As contrações uterinas ou de pós-parto são parte integral do encolhimento do seu útero de volta ao tamanho normal. Sua enfermeira verificará este processo enquanto você estiver no hospital, e poderá massagear seu útero para estimular sua contração. Leia também, como trazer o seu bebê para casa!

Corrimento

Poderá levar até 10 dias para que o local onde a placenta estava se cure totalmente. Durante este período, você perceberá um corrimento sanguíneo vaginal, chamado lóquio. O corrimento terá cor vermelha viva por um ou dois dias após o parto, parecido com um intenso fluxo menstrual. Depois a quantidade diminui, ficando com coloração marrom escura, depois um corrimento róseo e, em 10 dias, um leve corrimento branco. Isso indica que o local da placenta está totalmente curado.

Até o lóquio desaparecer, você deve evitar fazer sexo e deve limpar bem a área perineal (entre seu ânus e a vagina) durante o dia, para evitar a entrada de bactérias na vagina.

Cura do Local da Incisão

Independentemente do parto ser vaginal ou cesárea, é provável que haja uma incisão que precisará ser curada. Com um parto vaginal, você provavelmente terá uma episiotomia. Esta pequena incisão, feita para alargar a abertura vaginal assim que a cabeça do bebê emergir, é fechada com pontos. Assim como com qualquer incisão, a cura da episiotomia leva algumas semanas. O corpo absorverá os pontos, mas você ficará sensível ou inflamada na primeira semana ou mais após o parto. É possível ocorrer infecções, mas com bom cuidado perineal, geralmente isso não ocorre.

Se o parto for uma cesárea, a incisão abdominal levará mais tempo para curar - de quatro a seis semanas, e você geralmente terá de tomar analgésicos. No início, provavelmente será um forte analgésico narcótico, que a deixará tonta e sonolenta. Se os pontos não puderem ser absorvidos pelo corpo, serão removidos em cinco dias após o parto.

Infecções

As infecções do trato urinário (ITUs) são as infecções bacterianas mais comuns durante a gravidez. Tipicamente, bactérias do reto entram para a uretra e fazem todo o caminho até à bexiga, onde continuam a multiplicar-se, causando por vezes uma infecção na bexiga designada por cistite.

É provável que os níveis mais elevados de progesterona sejam parcialmente responsáveis, já que a hormona relaxa o trato urinário e a bexiga, mantendo urina no seu sistema e dando às bactérias mais tempo para se desenvolverem. Os sintomas de uma ITU incluem dor, desconforto ou ardor ao urinar e desconforto pélvico ou dores no baixo abdômen. A urina pode ter um aspecto turvo e libertar um odor desagradável, e é possível que sinta vontade de ir frequentemente à casa de banho.

As infecções do trato urinário (ITUs) são as infecções bacterianas mais comuns durante a gravidez. Tipicamente, bactérias do reto entram para a uretra e fazem todo o caminho até à bexiga, onde continuam a multiplicar-se, causando por vezes uma infecção na bexiga designada por cistite.

É provável que os níveis mais elevados de progesterona sejam parcialmente responsáveis, já que a hormona relaxa o trato urinário e a bexiga, mantendo urina no seu sistema e dando às bactérias mais tempo para se desenvolverem. Os sintomas de uma ITU incluem dor, desconforto ou ardor ao urinar e desconforto pélvico ou dores no baixo abdômen. A urina pode ter um aspecto turvo e libertar um odor desagradável, e é possível que sinta vontade de ir frequentemente à casa de banho.

Infecções por leveduras: Estas infecções vaginais comuns surgem com probabilidade ainda maior durante a gravidez. As infecções por leveduras são provocadas por fungos microscópicos da família *Candida*. Este organismo está presente nas vaginas de quase um terço de todas as mulheres e só se revela problemático quando se desenvolve tão rapidamente que domina outros microrganismos concorrentes.

Devido ao aumento dos níveis de estrogênio na gravidez, a vagina produz mais glicogênio, facilitando ainda mais o desenvolvimento de leveduras. (Alguns investigadores acreditam que o estrogênio produz um efeito direto sobre as leveduras, promovendo o seu mais rápido crescimento e uma melhor aderência às paredes da vagina.)

Nas primeiras semanas, é normal acontecer um pequeno sangramento. "Ele pode significar apenas a acomodação do saco gestacional, estrutura que, em um primeiro momento, irá abrigar o embrião", explica o médico. Na verdade, o que ocorre é que, quando ele se implanta na parede do útero, algum vaso sanguíneo pode se romper. Daí a explicação para o susto. Como acontece bem no início da gravidez, muitas vezes, é confundido com a menstruação.

Entretanto, há casos em que o sangue vem por conta de um descolamento do saco gestacional. Aí, é preciso fazer um acompanhamento mais rigoroso e ficar alerta. "Essa situação pede repouso e, não raro, a administração de inibidores de contração uterina", explica d'Auria. Nesse caso, o sangue normalmente sai aos poucos, por vários dias, e tem uma coloração marrom escura, parecendo uma borra de café.

Por fim, vale saber que o temido sangramento decorrente do processo de aborto espontâneo acontece em um fluxo grande, apresenta coágulos e vem acompanhado por fortes cólicas.

Segundo Trimestre

Do quarto ao sétimo mês de gestação, os sangramentos são mais raros do que no primeiro trimestre. De acordo com o obstetra, eles podem acontecer depois de uma relação sexual, de esforço físico, como elevação de peso, ou tosses e espirros, e até algumas horas depois de um exame de toque vaginal. Em todas essas situações, o quadro não costuma ser indício de um problema grave.

Outro motivo para a presença de sangue nessa fase é a placenta baixa ou prévia, uma condição em que o órgão, responsável por levar nutrientes e oxigênio ao bebê, instala-se próximo ao colo do útero e não na posição média, como é esperado. Isso requer acompanhamento de perto para evitar possíveis complicações na gravidez e no parto.

Terceiro Trimestre

Na reta final da gravidez, os sangramentos costumam preocupar um pouco mais, por despertarem suspeita de descolamento de placenta um quadro grave, capaz de levar à hemorragia e interromper o fluxo de nutrientes e oxigênio para a criança. Dependendo da situação, pode ser necessário apelar para uma cesárea de emergência. Caso o descolamento seja apenas parcial, porém, dá para prosseguir com a gravidez, desde que o acompanhamento médico passe a ser intensivo.

No entanto, saiba que, mesmo no terceiro trimestre, existe um tipo de sangramento causado por um bom motivo: a perda do tampão uma proteção natural contra a entrada de bactérias--, que indica que o trabalho de parto está próximo. Normalmente, o que sai é uma secreção transparente bem espessa, que pode ou não conter traços de sangue.

Doenças do Sistema Urinário

Os distúrbios do trato urinário (ITU) são classificados conforme a localização (inferior e superior) e pelo grau de complicação (não complicadas e complicadas). As ITU são causadas por microrganismos patogênicos no trato urinário (o trato urinário normal é estéril acima da uretra). Em geral as ITUs são classificadas como infecções que afetam o trato urinário inferior e superior.

Infecções comuns do trato urinário inferior

Cistite, prostatite, uretrite.

Manifestação clínica

1. Dor frequente e queimação na micção
2. -frequência, urgência incontinência e dor supra púbica ou pélvica.
3. -A hematúria e dor lombar também podem estar presentes.

Infecções comuns do trato urinário superior

Pielonefrite aguda e crônica, abscesso renal, nefrite intersticial, abscesso perirrenal.

Manifestação clínica

1. Febre, calafrios, dor no flanco ou lombar, náuseas e vômitos, cefaléia indisposição e micção dolorosa.
2. Ao exame físico revela hipersensibilidade nas áreas dos ângulos costovertebrais.

Infecções do trato urinário superior não complicada

Infecções adquiridas na comunidade, comum em mulheres jovens.

Infecções comuns do trato urinário inferior ou superior Complicada

Frequentemente adquirida no hospital e relacionada com o cateterismo; ocorre em paciente com anormalidades urológicas, gravidez imunossupressão, diabetes melito, obstruções.

Manifestação clínica

1. Podem variar desde a bacteriúria assintomática até uma sepse (intoxicação pela absorção de substâncias putrefatas) Gram-negativa com choque.
2. Apresentam menor taxa de resposta ao tratamento e tendem a decidir.

Principais fatores que podem acarrear ITU

1. Incapacidade ou falha ao esvaziar por completo a bexiga.
2. Fluxo urinário obstruído: por anomalias congênitas, estenoses uretrais, contratura do colo vesical, litíase nos ureteres ou rins.
3. Inflamação ou abrasão da mucosa uretral.
4. Defesas naturais do hospedeiro diminuídas.

Prevenindo as infecções recorrentes do Trato Urinário

Os comportamentos ligados a saúde que ajudam a evitar ITUs recorrentes compreendem a implementação da higiene pessoal cuidadosa, aumento da ingestão de líquidos para promover a micção e diluição da urina.

1. Higiene: tomar banho de chuveiro ao invés de banheira, porque as bactérias na água de banho podem penetrar na uretra.
2. Ingesta hídrica: ingerir quantidades liberais de líquidos diariamente para expulsar as bactérias.
3. Hábitos miccionais: urinar a cada 2 a 3 horas durante o dia e esvaziar por completo a bexiga
4. Urinar imediatamente depois do ato sexual.

ITU inferior

Temos diversos mecanismos que matem a esterilidade da bexiga, tais como barreira física da uretra, o fluxo urinário, anticorpos e outros. Com efeitos anti-aderentes bacterianos.

A anormalidade ou disfunção desses mecanismos são fatores contribuintes para ITU inferior.

Invasão bacteriana no trato urinário.

O nosso organismo possui algumas barreiras naturais, que podem evitar uma invasão bacteriana no trato urinário. A bexiga pode limpar mesmo quantidades grandes de bactérias com a ajuda de três fatores principais.

1. Aumento lento da semeadura das células epiteliais da bexiga (resultando na remoção das bactérias).
2. O glicosaminoglican (GAG) é uma proteína que age com um efeito protetor não aderente contra diversas bactérias.
3. A imunoglobulina A (IgA) urinaria na uretra também pode fornecer uma barreira para a ação da bactéria.

Processo de Enfermagem no trato urinário inferior

O cuidado de enfermagem de paciente com ITU inferior focaliza o tratamento da infecção subjacente e a prevenção de sua recidiva.

Diagnósticos de Enfermagem

No caso de ITU inferior incluísse os seguintes diagnósticos de Enfermagem.

1. Dor aguda relacionada com a inflamação e infecção da uretra, bexiga e outras estruturas do trato urinário.
2. Déficit de conhecimento relacionado com fatores que predis põem o paciente a infecções e recidiva, detecção e prevenção da recidiva e terapia farmacológica.

Planejamento e metas

As principais metas para o para o paciente podem incluir o alívio da dor e desconforto; conhecimento aumentado das medidas preventivas e modalidades de tratamento; e ausência de complicações.

Complicações

1. Insuficiência renal decorrente de lesão extensa do rim.
2. Sepses.

Infecção do trato urinário superior: Pielonefrite crônica

Surtos repetidos de pielonefrite aguda podem levar à pielonefrite crônica.

Manifestações clínicas

1. Apresenta sintomas de infecções somente quando uma exacerbação aguda;

2. Sinais:

1. Fadiga, cefaléia, apetite deficiente, poliúria, sede excessiva e perda de peso.

Históricos e achados Diagnósticos

1. Urofagia intravenosa;
2. Medições de clearance de creatinina;
3. Níveis de uréia e creatinina.

Complicações

1. DRET (doença renal em estágio terminal);
2. Hipertensão e formação dos cálculos renais.

Tratamento de Enfermagem

1. Cuidar, medir e registrar o balanço hídrico;
2. Avaliar a temperatura do paciente a cada 4 horas;
3. Administrar agentes antitérmicos;
4. Ensinar paciente a ter cuidados para prevenir as ITUs (infecção do trato urinário).

Doenças Glomerulares Primárias

Glomerulonefrite Aguda

É uma inflamação dos capilares glomerulares.

Fisiopatologia

1. Infecção da faringe por estreptococo beta-hemolítico do grupo A;
2. Impetigo;
3. Infecções virais agudas;
4. Auto-imune.

Manifestações clínicas

1. Imatura;
2. Urina pode assemelhar-se a coca-cola;
3. Níveis séricos de uréia e creatinina ↑ à medida que o débito urinário ↓;
4. 75% dos pacientes aparecem algum grau de edema e hipertensão;
5. Pacientes graves queixam-se:
 1. Cefaléia;
 2. Indisposição;
 3. Dor no flanco.

Complicações

1. Encefalopatia hipertensiva;

2. Insuficiência cardíaca;
3. Edema pulmonar.

Cuidados de enfermagem

1. Hospital:

1. Administrar carboidratos de maneira liberal para fornecer energia e reduzir o catabolismo da proteína;
2. O balanço hídrico é cuidadosamente medido e registrado.

2. Domiciliar e comunitário:

1. Ensinando o autocuidado aos pacientes;
2. Cuidado continuado.

Glomerulonefrite Crônica

1. Decorrente de episódios repetidos:

1. Glomerulonefrite aguda;
2. Nefroesclerose hipertensiva;
3. Hiperlipidemia;
4. Lesão túbulo-intersticial crônica.

Manifestações Clínicas

1. Alguns pacientes ficam latentes por alguns anos;
2. Nictúria;
3. Cefaléia;
4. Tonteados;
5. Distúrbios digestivos;
6. Pode detectar por níveis séricos elevados de uréia e creatinina.

Tratamento de enfermagem

1. Observar alterações no estado hidroeletrolítico e para sinais e sintomas de deterioração da função renal;
2. Apoio emocional para o paciente e família;
3. Ensinar o autocuidado aos pacientes;
4. Cuidado continuado.

Síndrome Nefrótica

1. Doença glomerular caracterizada por:
 1. Aumento acentuado da proteína na urina;
 2. Diminuição da albumina no sangue;

3. Edema;
4. Colesterol.

Manifestações Clínicas

1. Edema;
2. Amíude ao redor dos olhos;
3. Indisposição;
4. Cefaléia;
5. Irritabilidade;
6. Fadiga.

Complicações

1. Infecções;
2. Tromboembolia;
3. Embolia pulmonar;
4. Insuficiência renal aguda;
5. Aterosclerose acelerada.

Tratamento de enfermagem

1. Estágio inicial é similar ao paciente com glomerulonefrite aguda;
2. Estágio avançado é similar ao do paciente com insuficiência renal crônica.

Insuficiência Renal

A insuficiência renal sobrevém quando os rins não conseguem remover os resíduos metabólicos do corpo nem realizar as funções reguladores.

Insuficiência renal aguda

1. A insuficiência renal aguda (IRA) pode ser definida como perda da função renal, de maneira súbita, independentemente da etiologia ou mecanismos, provocando acúmulo de substâncias nitrogenadas (uréia e creatinina), acompanhada ou não da diminuição da diurese.
2. A IRA manifesta-se com oligúria (menos de que 400 ml de urina por dia), anúria (menos de 50ml de urina por dia) ou volume urinário normal.

Categorias da insuficiência renal aguda

Importantes categorias que provocam a IRA:

1. Pré-renais- Ocorre por insuficiência circulatória aguda, por falta de líquidos (hipovolemia), por desidratação grave ou perda de sangue. Pode ocorrer, também, por queda da pressão arterial do sangue circulante. As situações mais comuns de hipotensão são o choque hemorrágico, traumático ou infeccioso (bactérias).
2. Intra-renais- É a lesão que atinge agudamente o rim seja por tóxicos (químico ou medicamentoso), seja por inflamações (nefrites) ou por morte de células do rim (necrose do glomérulo ou do túbulo renal).

3. Pós- renais- É a que ocorre por obstrução das vias urinárias, impedindo a passagem da urina pela via urinária. A obstrução pode ocorrer em qualquer parte da via urinária: pelve renal, ureter, bexiga ou uretra.

Alguns dos fatores podem ser reversíveis, quando identificados e tratados de imediato, antes que a função renal seja prejudicada.

- Hipovolemia
- Hipotensão
- Débito cardíaco reduzido e insuficiência cardíaca
- Obstrução do rim ou do trato urinário por tumor, coágulo renal ou cálculo renal

Fases da Insuficiência renal

- A fase inicial é o período durante o qual se dá a instalação da doença desencadeada pela causa provocadora
- A fase de oligúria é acompanhada por um aumento na concentração sérica das substâncias usualmente excretadas pelo rim.
- A fase da diurese o paciente apresenta débito urinário gradativamente crescente, sinal de que a filtração glomerular começou a se recuperar.
- A fase de recuperação indica a melhora da função renal e pode levar de 3 a 12 semanas.

Manifestações clínicas

O paciente pode parecer criticamente doente e letárgico, com náuseas persistentes vômitos e diarreia. A pele e as mucosas mostram-se secas devido a desidratação, e o hálito pode ter odor de urina. Os sinais e sintomas do sistema nervoso central compreendem sonolência, cefaléia, contratura muscular e convulsões.

Histórico e Achados Diagnósticos

1. Alterações na urina

1. O débito urinário varia.

2. Alteração no contorno real

1. A ultra sonografia é um componente crítico da avaliação da insuficiência renal aguda e crônica.

Níveis aumentados de uréia e creatinina

2. O nível da uréia aumenta continuamente a uma velocidade que depende do grau do catabolismo. A creatinina sérica aumenta em conjunto com a lesão glomerular.

Hipercalemia

3. O paciente não consegue excretar normalmente o potássio. Os pacientes com oligúria a anúria estão em maior risco de hipercalemia que aqueles sem oligúria.

Acidose metabólica

4. O paciente com oligúria aguda não consegue eliminar a carga metabólica diária de substâncias ácidas produzidos pelos processos metabólicos normais.

Anormalidades de cálcio e fósforo

5. Pode haver um aumento nas concentrações séricas de fosfato; os níveis séricos de cálcio podem estar baixos em resposta a absorção diminuída de cálcio a partir do intestino.

Anemia

6. A anemia acompanha inevitavelmente a IRA.

Prevenção

1. Fornecer a hidratação adequada aos pacientes em risco de desidratação;
2. Monitorar as pressões venosa central e arterial e o débito urinário a cada hora, nos pacientes criticamente doente;
3. Tratar a hipotensão de imediato;
4. Avaliar continuamente a função renal; evitar e tratar de imediato as infecções;
5. Dar atenção meticulosa para os pacientes com sondas de demora;
6. Evitar os medicamentos tóxicos.

Como muitos medicamentos são eliminados através dos rins, as dosagens de medicamentos devem ser reduzidas quando um paciente apresenta IRA. Os exemplos de medicamentos comumente utilizados que exigem ajustes são os antibióticos.

Tratamento de Enfermagem

O enfermeiro (a) tem um papel importante no cuidado com o paciente com IRA.

1. Monitorando o equilíbrio hidroeletrólítico;
2. Reduzindo a taxa metabólica;
3. Promovendo a função pulmonar;
4. Evitando infecção;
5. Fornecendo o cuidado cutâneo.

Insuficiência renal crônica

Insuficiência renal crônica, ou DRET é quando há uma parada súbita das funções dos rins. Diversas são as doenças que levam à insuficiência renal crônica. As três mais comuns são a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite.

A diálise ou transplante renal torna-se necessário para a sobrevivência do paciente.

Fisiopatologia

A medida que a função renal diminui, as funções renais do metabolismo protéico acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta adversamente os sistemas do corpo.

Estagio da doença renal crônica:

1. Estagio 1= caracteriza por perda de 40 a 75% da função do néfron.
2. Estagio 2= caracteriza por perda de 75 a 90% da função do néfron.
3. Estagio 3= Quando existe menos de 10% da função do néfron.

Manifestações clínicas

1. Alterações Digestivas: Náuseas e vômitos, ou mau hálito com discreto odor de urina é um dos primeiros sintomas da uremia. Outras alterações importantes são a gastrite, as úlceras e as hemorragias digestivas, que se manifestam por dor na região do estômago ou ainda vômitos ou fezes com sangue vivo ou escurecido.
2. Alterações Cardiovasculares: A perda progressiva das funções Renais provoca Hipertensão Arterial ou seu agravamento. O aumento da pressão é percebido como dor de cabeça, dificuldade visual, cansaço, falta de ar e ainda aumenta o risco de infarto e acidentes vasculares.
3. Alterações Neurológicas O acúmulo de substâncias tóxicas pode ser sentido como dores de cabeça, insônia ou sonolência excessiva, diminuição da sensibilidade, dores ou formigamento nas mãos e nos pés e câibras.
4. Alterações Na Pele: O prurido (sensação de coceira) é um sintoma bastante comum que se intensifica com a perda progressiva da função renal. Junto podem aparecer manchas arroxeadas e as feridas decorrentes do próprio ato de coçar a pele. Pode ser observada também uma progressiva mudança da coloração normal da pele que se torna cor de palha, em decorrência do acúmulo de toxinas associado à anemia que comumente está presente
5. Alterações Ósseas: Os rins são também responsáveis pela eliminação do excesso de fósforo. O ideal é o equilíbrio das quantidades de cálcio e fósforo no sangue. Porém, com a perda da função renal, a absorção do cálcio nos intestinos é reduzida, diminuindo seu teor no sangue. Ocorre também menor eliminação de fósforo, o que faz com que esse elemento aumente no sangue, havendo um desequilíbrio que resulta na fraqueza dos ossos, manifestada por dores e fraturas.

Histórico e Achados Diagnósticos

1. Taxa de filtração glomerular: A TFG diminuída pode ser detectada ao se obter uma urinálise de 24 horas para o clearance da creatinina.
2. Retenção de sódio e água: As respostas apropriadas pelo rim às alterações na ingestão diária de água e eletrólitos, portanto não acontecem.
3. Acidose: A acidose metabólica acontece porque o rim não consegue excretar as cargas de cálcio aumentado.
4. Desequilíbrio de cálcio e fósforo: Os níveis séricos de cálcio e fosfato apresentam uma relação inversa no corpo: quando um se eleva o outro diminui.

Tratamento de Enfermagem

O paciente com insuficiência renal crônica requer um cuidado de enfermagem astuto para evitar as complicações da função renal reduzida e o estresse e ansiedades, a fim de poder lidar com uma doença de risco de vida.

1. Avaliar o estado hídrico;
2. Fornecer as explicações e a informação para o paciente e a família a DRET;
3. Avaliar as respostas e reações do paciente e da família a doença e tratamento;
4. Monitorar a pressão arterial conforme indicado.

REFERÊNCIAS

Os links citados abaixo servem apenas como referência. Nos termos da lei brasileira (lei no 9.610/98, art. 8o), não possuem proteção de direitos de autor: As ideias, procedimentos normativos, sistemas, métodos, projetos ou conceitos matemáticos como tais; Os esquemas, planos ou regras para realizar atos mentais, jogos ou negócios; Os formulários em branco para serem preenchidos por qualquer tipo de informação, científica ou não, e suas instruções; Os textos de tratados ou convenções, leis, decretos, regulamentos, decisões judiciais e demais atos oficiais; As informações de uso comum tais como calendários, agendas, cadastros ou legendas; Os nomes e títulos isolados; O aproveitamento industrial ou comercial das ideias contidas nas obras.

Caso não concorde com algum item do material entre em contato com a Domina Concursos para que seja feita uma análise e retificação se necessário

A Domina Concursos não possui vínculo com nenhuma banca de concursos, muito menos garante a vaga ou inscrição do candidato em concurso. O material é apenas um preparatório, é de responsabilidade do candidato estar atento aos prazos dos concursos.

A Domina Concursos reserva-se o direito de efetuar apenas uma devolução parcial do conteúdo, tendo em vista que as apostilas são digitais, isso, [e, não há como efetuar devolução do material.

A Domina Concursos se preocupa com a qualidade do material, por isso todo conteúdo é revisado por profissionais especializados antes de ser publicado.



Prezado cliente,

É com imensa satisfação que expressamos nossa profunda gratidão pela sua escolha em adquirir suas apostilas de estudos conosco. A preferência pelo nosso serviço é motivo de grande alegria e reforça nosso compromisso em fornecer materiais de alta qualidade para contribuir efetivamente em seu caminho educacional.

Aqui na nossa loja, dedicamo-nos diariamente para oferecer produtos que atendam não apenas às suas necessidades de aprendizado, mas que também superem suas expectativas. Cada compra realizada é um voto de confiança em nossa equipe, e estamos comprometidos em corresponder a essa confiança através de excelência em produtos e atendimento.

Saiba que sua decisão de confiar em nós para sua jornada de estudos é valorizada e respeitada. Estamos sempre empenhados em aprimorar nossos serviços para garantir que sua experiência seja positiva e produtiva. Se houver algo específico que possamos fazer para melhor atendê-lo, por favor, não hesite em nos informar.

Agradecemos por fazer parte da nossa comunidade de clientes e por escolher a qualidade e confiabilidade das nossas apostilas. Estamos ansiosos para continuar a servi-lo com dedicação e comprometimento.

Atenciosamente, Domina Concursos.



contato@dominaconcursos.com.br



WhatsApp (48) 9.9695-9070



Rua Aracatuba, nº 45,
Centro, Criciúma/SC - CEP
88810-230