

MANUAL DO DOCENTE

Processos Infecto-contagiosos Prevalentes (E3M28)



M294

Manual do docente: processos infecto-contagiosos prevalentes
(E3 M28) / 2024. (Manual do Docente).
38 f. : il.

1. Epidemiologia. 2. Contagio. I. Centro Universitário Campo
Real. II. Título.

CDD 616

Feita pelo bibliotecário Eduardo Ramanauskas
CRB9 -1813



CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luiz Vergílio Dalla Rosa

Profa. Dra. Simone Carla Benicá

Prof. Dr. Celso Nilo Didoné Filho

Profa. Dra. Luciana Luiza Pelegrini

Prof. Dr. Gonzalo Ogliari Dal Forno

Prof. Dr. Guilherme Ribas Taques



APRESENTAÇÃO

O Curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real visa à formação de profissionais competentes, que contribuam para a consolidação do SUS e para a melhoria da saúde da população, capazes de desenvolver ações de promoção da saúde e assistência médica de qualidade, nas diferentes dimensões do cuidado, orientadas a partir de princípios éticos e humanistas. Dessa maneira, prevê-se um perfil de egresso para o curso de Medicina em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais:

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2014).

Rompendo com a fragmentação curricular dos modelos disciplinares o Curso de Medicina assume um currículo totalmente interdisciplinar e modular, favorecendo o redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos, contribuindo para que a fragmentação dos conhecimentos possa ser superada. Integrar também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe interprofissional, configurando trocas de experiências e saberes numa postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.

Assumindo estratégias educacionais do modelo Spices como a formação centrada no aluno, com base em problemas, com um currículo integrado e com base na comunidade, a Coordenação do Curso de Medicina, o Núcleo Docente Estruturante e todo o Corpo Docente, materializam todo planejamento e estudo curricular, oferecendo orientação a professores e alunos através da construção de Manuais dos Módulos e Planos de Ensino, com orientações sobre cada módulo temático nos diferentes eixos estruturantes do curso, seus métodos de ensino e avaliação, objetivos a serem trabalhados, orientando a reflexão do que é mais adequado para melhor formar o médico contemporâneo, a fim de atender às demandas reais de saúde da comunidade.

Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.



METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DOS MÓDULOS E PLANOS DE ENSINO

Todo o Colegiado do Curso deve discutir de forma integrada a importância da criação e atualização permanente dos manuais de módulos bem para orientar o processo de aprendizagem dos alunos. Deve também, através do NDE e da Coordenação apresentar diretrizes para a elaboração de materiais didáticos que estimulem a reflexão, a pesquisa e a aplicação prática dos conceitos.

Na construção dos manuais de módulos e planos de ensino o autor deve valorizar os seguintes pontos, independentemente da temática específica de cada módulo, para desenvolver adequadamente as competências necessárias ao final de cada ciclo de formação.

1. Fundamentos da Abordagem Centrada no Aluno:

- Explorar os princípios da aprendizagem centrada no aluno e sua importância para o desenvolvimento de competências médicas.
- Destacar a valorização do papel ativo do aluno na construção do conhecimento e na resolução de problemas reais.

2. Desenvolvimento de Planos de Ensino:

- Abordar a elaboração de planos de ensino que estejam alinhados com os objetivos educacionais do curso e com as necessidades da comunidade.
- Incluir estratégias de avaliação que permitam a avaliação contínua do desempenho dos alunos e a identificação de áreas para melhoria.

3. Integração Curricular e Base Comunitária:

- Explorar a importância da integração curricular para promover uma visão holística da prática médica.
- Destacar a relevância da valorização das necessidades de saúde prevalentes na comunidade no processo de ensino-aprendizagem, além de avaliar a possibilidade de parcerias com serviços de saúde locais e projetos de extensão.

A construção de manuais, módulos e planos de ensino para um curso de medicina centrado no aluno, baseado em problemas, com currículo integrado e comunitário, requer uma abordagem cuidadosa e planejada. Ao adotar essa metodologia, as instituições de ensino podem preparar profissionais médicos mais capacitados, comprometidos e contextualizados com as necessidades de saúde da comunidade.

PROCESSOS INFECTO-CONTAGIOSOS PREVALENTES E3M28

Manual do Docente/Plano de Ensino

Carga horária: Teórica: 100hs + Articulação Teórico-Prática: 48hs +
Extensão: 6hs

Total de horas: 154hs

INTRODUÇÃO

As transformações sociais, econômicas e demográficas, ocorridas no último século, foram fatores determinantes das significativas mudanças nos padrões de morbimortalidade em todo o globo. No âmbito dessas transformações, a ampliação da cobertura do saneamento, a melhoria das condições habitacionais e a introdução de novas tecnologias de saúde, particularmente vacinas e antibióticos, foram decisivas para o rápido declínio da magnitude das doenças infecciosas.

Esse novo cenário induziu, nas décadas de 1960 e 1970, a percepção otimista de que esse grupo de doenças perderia sua relevância em saúde pública à medida que o desenvolvimento econômico e o acesso a melhores condições de vida fossem amplamente alcançados pela maioria dos países.

No entanto, os fatos contrariaram essas expectativas e o que assistimos foi a aceleração do processo de emergência e reemergência das doenças infecciosas a partir do final do século XX, mantendo-as no rol de prioridades da Agenda Global de Saúde Pública.

Essa trajetória de contínuas mudanças, muitas vezes inesperadas, assumiu caráter global, mas com velocidade e intensidade variável nos diferentes países. O Brasil, por suas dimensões continentais, sua grande população, seus acentuados contrastes regionais e por ter apresentado, neste último meio século, rápidas e acentuadas mudanças em seus indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde constitui caso de especial interesse.

No momento em que observamos a reintrodução das doenças infecciosas na nova agenda global de prioridades em saúde pública, verificamos que as atividades de controle desse grupo de doenças ficam bem mais complexas do que no passado. Para tanto, torna-se necessário, além de elevadas coberturas de saneamento e de vacinação, uma rede efetiva de serviços básicos de saúde e um sistema de vigilância oportuno.



Coordenação do Curso

Coordenador: Dr. Anderson Fadel
coord_medicina@camporeal.edu.br

Coordenador Adjunto: Prof. Altair Justus Neto
coord_medicina@camporeal.edu.br

Grupo de Planejamento: Profa. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda
prof_ritapenha@camporeal.edu.br

Gestora: Profa. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Professores Tutores:

Profa. Barbara Paz
Prof. Bruno Lara
Prof. Celso Nilo Didoné Filho
Prof. Eliana De Fátima Pires
Prof. Enzo Villa Roel
Profa. Naomi Marques
Prof. Rita de Cassia Ribeiro Penha Arruda
Profa. Stella Maris Kluger

Professores da Articulação Teoria-Prática:

Prof. Celso Nilo Didoné Filho
Profa. Danielle Fernanda Renzi
Profa. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

Professores das

Preleções:

Profa. Barbara Paz
Prof. Celso
Didoné Filho
Prof. Guilherme Ribas Taques
Prof. Giovanni Gnoato

Matriz de equivalência disciplinar:

- Bacteriologia
- Parasitologia
- Micologia
- Virologia
- Imunologia

EMENTA: Principais doenças infecciosas e parasitárias: importância, morbidade e mortalidade. Estudo clínico e epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias.



OBJETIVOS: Reconhecer a epidemiologia, prevenção, manifestações clínicas laboratoriais das doenças infecto contagiosas e os mecanismos de ação dos agentes etiológicos envolvidos.

CONTEÚDO: Importância dos agentes etiológicos (bactérias, vírus, fungos) na gênese das doenças infecciosas e as particularidades que caracterizam a história natural das doenças. A importância do quadro clínico, exame físico e dos exames complementares para o diagnóstico das doenças infecto contagiosas. Sinais e sintomas que ocorrem como manifestações da infecção. Fatores predisponentes e os aspectos epidemiológicos das doenças infecto contagiosas domiciliares prevalentes em nosso meio, as intervenções terapêuticas e preventivas para estas doenças. Fatores predisponentes na etiologia da infecção hospitalar e seus aspectos epidemiológicos relacionados. Formas clínicas graves de manifestação da infecção (sepse, síndrome da resposta inflamatória sistêmica, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas) sua epidemiologia, terapêutica e prognóstico. Aspectos Morfofuncionais, normais e patológicos, e imagiológicos aplicados à temática do módulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entender os fatores de virulência microbiana.
- Entender imunologia das doenças infecciosas.
- Entender imunização.
- Entender antibioticoterapia.
- Conhecer e compreender as principais infecções virais (HIV, herpes, EBV, CMV, etc) e suas lesões.
- Hepatites virais.
- Infecções respiratórias virais
- Meningites virais.
- Conhecer e compreender as principais infecções bacterianas.
- Micobacterioses (Tuberculose).
- Meningites bacterianas.
- Infecções respiratórias bacterianas (comunitária e hospitalar).
- Conhecer e compreender as principais infecções por espiroquetídeos (Leptospirose).
- Conhecer e compreender as principais infecções por fungos (Cândida, Aspergilose, Criptococose, Histoplasmose, Blastomicose, etc)
- Conhecer e compreender as principais infecções por protozoários (leishmaniose, toxoplasmose, etc)



PROGRAMAÇÃO SEMANAL
(CASOS MOTIVADORES / PRELEÇÕES DIALOGADAS /
ARTICULAÇÕES
TEORICO-PRÁTICAS)

SEMANA 1: 25/03 a 28/03/2024

CASO MOTIVADOR 1A- “Mas que pessoa sem sorte!!”

(ABERTURA 25/03 – FECHAMENTO 28/03)

PARTE 1

Marcos, 22 anos, branco, solteiro, economista, foi aproveitar o Carnaval de Salvador com seus amigos. Uma viagem inesquecível, regada a muitacerveja, marchinhas de carnaval e comportamento de risco. Ao retornar para Guarapuava, retornou à sua rotina por 2 semanas até que comparece à Unidade Básica de Saúde referindo febre, cefaléia, astenia e mialgia. Afirmava nunca ter usado drogas e negava doenças crônicas. Ao exame físico, o que foi observado alterado, foi a presença de adenopatia cervical anterior e posterior, além de exantema generalizado. Foram prescritos medicamentos sintomáticos e solicitados exames, não chegou a pegar o resultado porque dipirona e repouso resolveram o problema.

PARTE 2

O tempo passou e Marcos aos 52 anos, foi trazido a UPA por quadro de crise convulsiva tônico-clônica, que cessou ao chegar no serviço de atendimento. Ao recobrar os sentidos relatou que nas últimas semanas vinha apresentando cefaleia, que já não melhorava com dipirona e a perda de peso persistia, porém não aferiu quanto emagreceu. Os filhos e a esposa, que o acompanharam no atendimento, relataram que suspeitavam que Marcos estaria com depressão ou alguma demência, pois, frequentemente tem esquecido das coisas, apesar de nunca ter precisado de internação e raramente ir ao médico.

HPP: hipertensão arterial sistêmica controlada, em uso de losartana 50mg/dia. Negava alergias ou cirurgias. HMF: Mãe hipertensa.

Exame físico: REG, levemente desorientado, acianótico, anictérico, febril 38,9° C, descorado +/4+. Sem edemas.

Orofaringoscopia com placas esbranquiçadas em palato, sem outras lesões.

ACV – PA 110 x 70 mmHg, FC 98 bpm. RCR 2T, sem sopros.

AR – MV bilateral sem RA. FR 16 irpm.

Abdome flácido, indolor. Ausência de massas ou visceromegalias palpáveis.



Exame neurológico com presença de rigidez de nuca, sem alterações de pares cranianos.

Foi encaminhado ao hospital, sendo realizado TC de crânio que não revelou achados significativos, por esse motivo foi submetido a coleta de líquido, cujo resultado demonstrou pleocitose, reação linfomonocitária, com hiperproteínoorraquia e hipoglicorraquia.

CASO MOTIVADOR 1B (ABRE 28/03 FECHA 01/04)

J.S., masculino, 32 anos, caixa de supermercado, procura UBS São Cristovão relatando que há aproximadamente 2 meses começou a apresentar episódios de febre alta (38.5°C - 39°C), acompanhados de tosse seca persistente. Relata também perda de peso de aproximadamente 10 kg no mesmo período, sem mudança intencional na dieta ou no nível de atividade física. Nas últimas semanas, começou a apresentar lesões cutâneas, descritas como manchas avermelhadas, não pruriginosas, dispersas pelo corpo, especialmente no tronco e nos braços. Nega outras doenças e uso de medicamentos, refere consumo moderado de álcool aos fins de semana e nega uso de drogas ilícitas. Confirma ter múltiplos parceiros sexuais na história, com uso inconsistente de preservativos.

Ao Exame Físico: Paciente emagrecido, febril no momento do exame (38.7°C), com múltiplas maculas avermelhadas distribuídas pelo tronco e braços. O restante do exame físico sem alterações significativas.

Preocupado o médico da UBS pensa como conduzir esse paciente.

Para o Tutor:

Trata-se de uma infecção por HTLV, Esse vírus é endêmico em várias regiões do mundo. No Brasil encontra-se presente em todos os estados, com prevalências variadas, sendo estimado cerca de 2,5 milhões de infectados. Fatores genéticos e imunológicos do hospedeiro são os principais responsáveis pelas manifestações clínicas associadas, que podem ser divididas em três categorias: neoplásicas, inflamatórias e infecciosas. Destacam-se a mielopatia associada ao HTLV (HAM/TSP) e a leucemia/linfoma de células T do adulto (ATLL) como as primeiras doenças associadas a esse retrovírus.

Consiste em um importante diagnóstico diferencial com infecções por HIV.

****Diagnóstico Diferencial:****

1. ****Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):**** A constelação de sintomas sugere fortemente HIV/AIDS, especialmente considerando a história de múltiplos parceiros sexuais e uso inconsistente de preservativos. A perda de peso, febre prolongada, e lesões cutâneas podem ser manifestações de infecções oportunistas ou neoplasias associadas à imunossupressão pelo HIV.



2. **Tuberculose (TB):** Dados os sintomas sistêmicos e a tosse seca persistente, a TB deve ser considerada, especialmente se a radiografia de tórax sugerir achados compatíveis e/ou se o teste de PPD for positivo.

3. **Hepatite Viral Crônica:** Embora menos provável dada a apresentação clínica, infecções crônicas por hepatite B ou C podem levar a sintomas sistêmicos e perda de peso.

4. **Sífilis Secundária:** Lesões cutâneas e febre podem ser manifestações de sífilis secundária. História de múltiplos parceiros sexuais aumenta o risco.

5. **Linfoma:** Dada a perda de peso inexplicada e febre, um linfoma poderia ser considerado, embora seja menos provável sem adenopatias palpáveis ou outras manifestações específicas.

Planejamento: A confirmação diagnóstica dependerá dos resultados dos exames laboratoriais, incluindo o teste específico para HIV. Dependendo dos resultados, pode ser necessário encaminhamento para especialistas para manejo de condições específicas, como infectologistas para HIV/AIDS ou TB, ou oncologistas, em caso de suspeita de neoplasias.

Comentário: Este caso ilustra a importância de considerar uma ampla gama de diagnósticos diferenciais frente a uma apresentação clínica com sintomas sistêmicos e achados cutâneos, especialmente em pacientes com fatores de risco bem definidos, como práticas sexuais de risco. A história clínica detalhada e a realização de exames direcionados são fundamentais para o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

- Entender os fatores de virulência microbiana.
- Entender imunologia das doenças infecciosas.
- Conhecer e compreender o HIV.
- Epidemiologia (Prevenção e Transmissão)
- Manifestações clinico-laboratoriais
- Diagnósticos Diferenciais (HTLV)
- Tratamento
- Conhecer e compreender as infecções oportunistas no contexto da imunossupressão pelo HIV (focar nas neurológicas – Neurotoxo, cripto, bacteriana, TB e LEMP).
- Epidemiologia, Prevenção e Transmissão
- Manifestações clinico-laboratoriais
- Tratamento
-

**Preleção dialogada 1 –26/03 – 17:30h HIV E INFECÇÕES OPORTUNISTAS 1
– Prof. Giovani Gnoato**

**Preleção dialogada 2 27/03- 17:30 HIV E INFEC OPORTUNISTAS 2- Prof.
Giovani Gnoato**

ARTICULAÇÃO TEORICO PRÁTICA 1

Infecções Oportunistas

Paciente masculino, 35 anos, caucasiano, procura atendimento médico em uma Unidade Básica de Saúde, devido à forte dor retroesternal do tipo queimação com início há 4 dias. Nega relação de piora ou melhora com a alimentação. Nega pirose ou regurgitação ácida. Relata emagrecimento de 15 kg (75->60kg) nos últimos dois anos e febre baixa nas últimas semanas. Nega outras comorbidades, uso de medicações ou internações. Revisão de sistemas sem outras queixas. Ao exame físico: BEG, normocorado, FC: 65 bpm, FR: 18 rpm, PA: 110/70 mmHg, IMC=18,5, aspecto emagrecido, anictérico, afebril. Ausculta cardíaca e pulmonar sem particularidades. Cavidade oral contendo lesão papilomatosa em palato duro (Figura 1) e placas esbranquiçadas na mucosa vestibular e língua (Figura 2). Na endoscopia digestiva alta foi detectado área de ulceração em esô fago médio, sendo realizado biópsias da lesão e identificado a microscopia inclusões virais semelhantes a olhos de coruja (imagem 3).

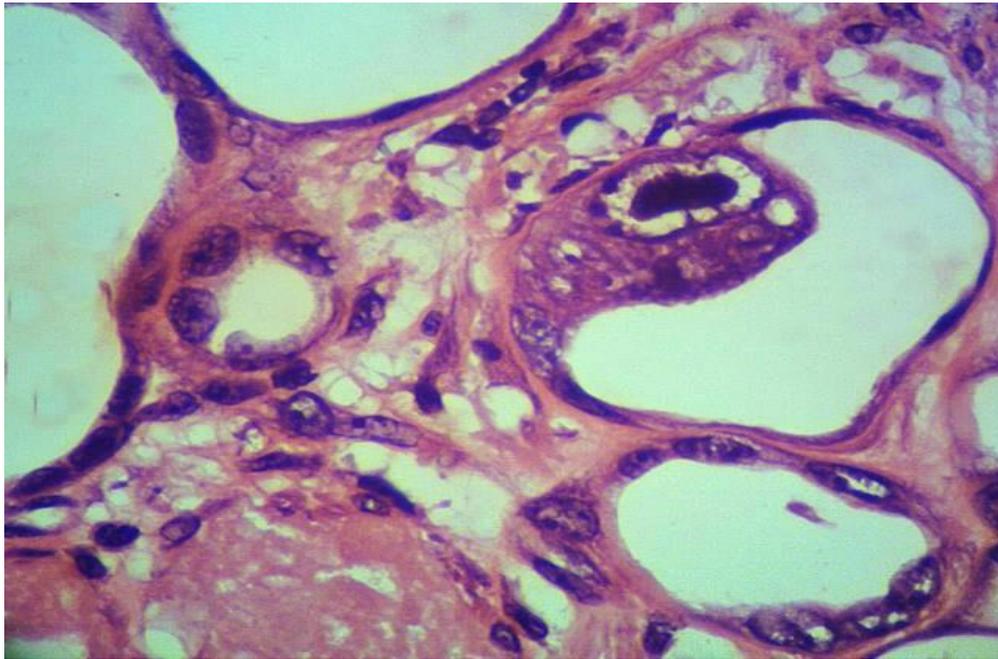
Fig 1.



Fig 2.



Fig3.



QUESTÕES PARA ESTUDO:

- – Quais as hipóteses diagnósticas mais prováveis?
- – Qual a interpretação dos exames realizados e que outros exames poderiam ser solicitados?
- – Quais outras complicações em outros sistemas esta paciente poderia apresentar? 4 – Qual o tratamento?

Preleção 3:FARMACOLOGIA: TARV: Profa. Barbara Paz

Preleção 4: IMAGINOLOGIA (NOÇÕES FUNDAMENTAIS SOBRE RX E TC DO

TORAX: INFECÇÕES VIRAIS X BACTERIANAS X FÚNGICAS): Prof. Giovanni Gnoato

SEMANA 2: 01/04/2024 a 05/04/2024

Infecções Virais Cont.= COVID 19

CASO MOTIVADOR 2A: E AGORA?

(Abre 01/04- Fecha 04/04)

PARTE 1:

Joarez, 45 anos, casado, trabalha como repositor de mercadorias no Superpão- Guarapuava. Procura a UPA-Batel com a seguinte história: Iniciou os sintomas há 5 dias, com uma febre alta de 39°C, associada à tosse seca e persistente. Ele também relatou dispnéia leve ao realizar esforços físicos. Referia Hipertensão arterial e diabetes tipo 2 controlados. O plantonista o examinou, não evidenciou alterações ao exame físico, exceto coriza e hiperemia da orofaringe. Liberou com prescrição de Ibuprofeno 600 mg e Loratadina 10 mg ao dia.

Como não apresentou melhora significativa dos sintomas, foi à UBS do seu bairro, dois dias após o primeiro atendimento referindo que sua tosse se tornou mais produtiva, com expectoração amarelada. A febre continuou presente associada agora por sudorese, mesmo com o uso de antitérmicos, relata ainda que a dispnéia piorou, dificultando as suas atividades diárias, resultando em falta ao trabalho.

Ao realizar o exame físico: REG, LOTE, Adinamia, Palidez 1+/4, FR:28, SAT:90% Tax:38,5o.C. PA: 140/90 mmHg

Voz anasalada, Orofaringe: Hiperemia leve

AC: RR2T BNF SS

AR: Taquipneico, com uso de musculatura acessória, CPP: MVB, sibilos expiratórios difusos e discretos, estertores finos nas bases.

Encaminhado para leito de observação e foram solicitados RX do Tórax e exames laboratoriais.

PARTE 2: EXAMES E CONDUCTA

RX DO TÓRAX:



(Opacificação das bases, com imagens em vidro fosco: comprometimento intersticial	
sugestivo de infecção viral)	

HEMOGRAMA:Hb: 12,1, Leucograma: 12.300 sem desvio nuclear à esquerda, Plaquetas: 156mil
Ur: 45, Cr: 1,1, PCR: 1,2

Qual o provável diagnóstico?

Como o paciente progrediu com piora do quadro, da dispnéia, foi administrado O2 5% sob máscara, dipirona EV e Salbutamol inalatório.

Sem melhora foi encaminhado ao HSV para realização de TC do Torax e complementação dos exames.

CASO 2B. (As Noites da Arábia)

(ABRE 04/04 - FECHA 08/04)

Abdul, 36 anos, retorna de viagem de férias da Arábia Saudita, onde vivem seus parentes. Sua viagem durou 20 dias.,no 5o dia após o retorno inicia quadro com tosse, febre, dispnéia,diarréia e mal estar geral. Como a piora foi progressiva, procura atendimento médico no pronto atendimento do hospital de sua cidade. Não há história de comorbidades e uso crônico de medicamentos.

Ao exame físico: LOTE, febril 38o.C, SAT 90% em AA.

AC: RR2T BNF SS

CPP: roncos esparsos em ambos HT.

Houve piora do quadro respiratório, enquanto aguardava o resultado dos exames, foi transferido para sala de urgência, para monitoramento e inicio das medidas de suporte.

Solicitados exames: TR-Ag SARS-COV19 e para Influenza com seguinte resultado: Não reagente.

RX do Tórax:





E agora?

PARA O TUTOR:

CASO 1: Informação complementar: foi confirmada a infecção pelo SARS-CoV-2 através do teste de PCR para COVID-19. Diagnóstico:

Joarez foi diagnosticado com pneumonia viral decorrente da infecção pelo SARS-CoV2, causador da COVID-19.

Tratamento:

Devido à gravidade dos sintomas e comprometimento pulmonar, o paciente foi internado para um tratamento mais intensivo. Foi iniciado o uso de oxigênio suplementar através de cateter nasal para alívio da falta de ar. Também foi prescrito o uso de antibióticos de amplo espectro para tratar a infecção bacteriana secundária, além de anticoagulantes para prevenir complicações tromboembólicas.

A evolução do paciente será monitorada diariamente, com acompanhamento dos parâmetros respiratórios e radiografias de tórax repetidas para avaliar a melhora dos infiltrados pulmonares.

Caso 2: Síndrome Respiratória do Oriente Médio:

Agente etiológico: Mers-COV: A família de coronavírus é dividida em 4 sub-grupos: alfa, beta, gama e delta, podem causar doenças no homem: alfa 229 E e NL 63, beta OC43, HKU1, SARS-CoV (vírus responsável pela síndrome respiratória aguda severa-SARS) e MERS-CoV. O Coronavirus

apresenta distribuição universal, muitos infectam animais, porém SARS-CoV e MERS-CoV infectam animais e humanos.

A transmissão do vírus é através de secreções das vias aéreas, contato pessoal ou objetos contaminados. O tempo de incubação pode variar de 5 a 14 dias, as manifestações clínicas mais comuns são: febre, tosse e falta de ar

O quadro clínico é similar ao da COVID19: Entre os principais sintomas de MERS, podemos ressaltar:

tosse;

falta de ar;

febre;

diarreia;

mal-estar generalizado

NÃO há tratamento específico. somente sintomáticos, pode evoluir para insuf resp grave e obito. Letalidade com cerca de 36%

Diagnóstico: TR-PCR

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

Conhecer e compreender as Infecções Respiratórias Virais com foco para COVID19, seus agentes SARS-COV2 e suas variantes (Epidemiologia, Fisiopatologia, Manifestações clínicas, Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial)

Conhecer e compreender a abordagem clínica e profilaxia.

Conhecer as alterações dos exames de imagem empregados para diagnóstico de infecções virais.

ATP 2: "QUE CANSAÇO"

Maria, 32 anos, sem histórico médico significativo.

História Clínica:

Maria começou a sentir sintomas semelhantes aos de um resfriado comum, como febre, tosse, espirros e dor de garganta. Ela também sentia fraqueza e cansaço extremos. No entanto, após alguns dias, os sintomas pioraram significativamente, com febre alta, dores musculares intensas e dificuldade para respirar, dessa forma procurou atendimento médico na UBS do seu bairro.

Passou pela classificação de risco de Manchester como azul:

Exame físico: BEG, LOTE

Tax: 39°C, FC:105 bpm, FR: 24 irpm, dispneica, com tosse produtiva e sinais de desconforto respiratório.

AC: RR2T BNF, SS.

AR: coriza, orofaringe sp., CPP: roncos e estertores crepitações bilaterais, mais evidentes à esquerda.

RX do Tórax:



QUESTÕES:

- QUAL O PROVAVEL DIAGNÓSTICO?

- QUAL O MELHOR MEIO DIAGNÓSTICO?
- QUAL A MELHOR ABORDAGEM TERAPÊUTICA?
- QUAIS AS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES?

PARA O TUTOR: uma infecção viral respiratória mais grave, como a influenza H1N1. No entanto, também considerou outras doenças respiratórias, como o resfriado comum, a pneumonia bacteriana e a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).

Exames e tratamento:

Para confirmar o diagnóstico, um teste rápido de influenza foi realizado, e o resultado foi positivo para o vírus H1N1. Maria foi isolada em uma sala especial destinada a pacientes com doenças infecciosas e recebeu tratamento de suporte, que incluiu hidratação, antitérmicos para controle da febre, analgésicos para alívio das dores musculares e um agente antiviral específico para o H1N1.

Acompanhamento e evolução:

Maria foi acompanhada de perto pelos profissionais de saúde durante sua internação. Após alguns dias de tratamento, seus sintomas começaram a melhorar gradualmente. A febre diminuiu, a tosse tornou-se menos intensa e Maria apresentava-se menos prostrada. Após cerca de dez dias de internação, ela foi liberada para continuar seu tratamento em casa, com a recomendação de repouso e cuidados respiratórios.

Discussão:

O caso clínico acima apresenta uma situação típica de influenza H1N1. É uma doença respiratória viral grave, que pode resultar em complicações significativas, especialmente em pacientes com fatores de risco. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para garantir uma recuperação satisfatória e evitar complicações mais graves, como a pneumonia viral. A vacinação anual contra a influenza é a medida mais eficaz para prevenir a infecção e suas complicações

As complicações da infecção por H1N1 podem variar de leves a graves e podem incluir:

- **Pneumonia:** uma das complicações mais comuns da infecção por H1N1 é a pneumonia viral, que pode ser grave e levar à insuficiência respiratória.
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS):** uma complicação mais rara, mas potencialmente fatal, que pode ocorrer em casos graves de infecção por H1N1. A SARS é caracterizada por insuficiência respiratória aguda, com falta de oxigênio suficiente para os tecidos e órgãos do corpo.
- **Exacerbação de doenças crônicas:** pessoas com doenças crônicas, como asma, doença cardíaca, diabetes ou doenças do sistema imunológico, têm maior risco de complicações graves após a infecção por H1N1.

-
- Infecção bacteriana secundária: em alguns casos, a infecção por H1N1 pode enfraquecer o sistema imunológico, tornando os pacientes mais suscetíveis a infecções bacterianas secundárias, como pneumonia bacteriana ou infecção do ouvido médio.
 - Síndrome de Guillain-Barré: esta é uma complicação rara, mas grave, que pode ocorrer após a infecção por H1N1. A síndrome de Guillain-Barré afeta o sistema nervoso e pode causar fraqueza muscular progressiva, paralisia e até mesmo problemas respiratórios.
 - Complicações em mulheres grávidas: as mulheres grávidas têm maior risco de complicações da infecção por H1N1, incluindo pneumonia viral e parto prematuro.

É importante lembrar que nem todas as pessoas que contraem o vírus H1N1 desenvolvem complicações graves. No entanto, é fundamental procurar atendimento médico se apresentar sintomas graves de gripe ou se estiver em um grupo de risco para complicações.



Semana 3: 08/04/2024 A 12/04/2024

CASO MOTIVADOR 3 – Uma caverna mal assombrada!

PARTE 1

Júlio, 53 anos, foi consultar no posto de saúde perto da sua casa em decorrência de cansaço. Era algo que não sabia explicar. Acordava como se não tivesse dormido e com a roupa de cama encharcada! Isso já se estendia por meses. Tosse seca também tinha, mas com essa não se preocupou. Já o acompanhava de longa data em decorrência do tabagismo. Não eram sintomas limitantes. Não tinha falta de ar ou chiado no peito. Mas naquela fatídica sexta-feira, apareceu sangue na tosse, o que o fez pensar que talvez fosse mais sério do que pensava. Teve medo de ser o tão temido Covid. Teve medo de passar para os outros funcionário do mercado onde trabalhava. Não estava tomando nenhuma medicação no momento. Não tinha alergias ou outros vícios fora o tabagismo e nenhuma história familiar de doenças do pulmão.

PARTE 2

Foi atendido então pelo Dr. Marcelo que fez mais um monte de perguntas sobre outros sintomas, ao qual ele negava. Achou estranho quando ele perguntou com quem morava e quais as condições da casa. Procedeu então ao exame:

REG, levemente descorado, acianótico, anictérico, afebril.

PA 110 x 70 mmHg. FC 98 bpm. FR 18 irpm.

Oroscopia sem alterações.

ACV – ritmo cardíaco regular, 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

AR – MV bilateral, diminuído em ápice direito, com roncos.

Abdome flácido, indolor. Ausência de massas ou visceromegalias palpáveis.

Inicialmente então o Dr. Marcelo falou que ia solicitar um Rx, cuja imagem está abaixo:



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

- Conhecer e compreender infecções bacterianas, com ênfase para a infecção pelo *Mycobacterium Tuberculosis*
- Epidemiologia
- Prevenção e Transmissão – focar na BCG
- Diagnósticos diferenciais
- Manifestações clínico-laboratoriais
- Tratamento
- Conduta em relação a contactantes domiciliares

CASO 3B

Paciente masculino, 58 anos, branco, operador de máquinas, ex-tabagista, com hipertensão arterial sistêmica e histórico de doença prostática, procurou a Unidade de Pronto Atendimento após agravamento de sintomas gripais e náuseas durante a pandemia de Covid-19. Encontrava-se afebril e exames laboratoriais apresentaram creatinina de 13 mg/dL, uréia de 320 mg/dL, acidose metabólica e hipercalemia (6,9 mmol/L). O paciente foi encaminhado para o Hospital Universitário do Oeste do Paraná por injúria renal aguda sendo submetido a diálise. Teste RT-PCR para Covid-19 negativo assim como a tomografia de tórax descartaram hipótese de infecção viral vigentes. Evoluiu com retenção urinária nos primeiros dias da internação, sendo realizada cistostomia. Exames posteriores demonstraram plaquetopenia, elevação de transaminases, sem leucocitose. O paciente foi submetido a novas sessões de hemodiálise, durante as quais apresentava febre refratária aos antitérmicos. Suspeitou-se de infecção, culturas de sangue, cateter e urina foram coletadas e foi iniciado Vancomicina e Meropenem empíricos. Antifúngico empírico também foi prescrito apesar das hemoculturas, urocultura e cultura do cateter, todas negativas. Foi, ainda, realizado exames prostáticos (relação PSA livre/total = 0,14). O paciente seguia em diálise com picos febris sem foco definido, e sem melhora clínica.

Após três semanas, diante de piúria maciça e pelo insucesso dos tratamentos o paciente foi transferido a pedido dos familiares.
O que poderia ser?

CASO 3B

Paciente masculino de 35 anos comparece ao pronto-socorro com queixa de febre persistente, cefaléia intensa, confusão mental, evolução de 4 dias. O paciente também relata inapetência, perda de peso, tosse e sudorese noturna excessiva há mais de 60 dias.

Ao realizar o exame físico, foi observado:

-REG, palidez, Tax: 38o.C, PA 110x70 mmHg, FC= 105 bpm, 24 irpm.

-Kernig e Brudzinski positivos. Além disso, o paciente apresenta comprometimento neurológico, como diminuição da força muscular nos membros inferiores e alterações na sensibilidade.

-CPP com roncos esparsos

Mediante o quadro observado o paciente foi submetido a exames laboratoriais radiografia de tórax. Os resultados mostram anemia discreta, leucopenia, aumento do VHS.

Encaminhado ao Hospital de referência onde é submetido a punção do líquido cefalorraquidiano onde se constatam: .

Celularidade 500 células/micromol, predomínio de linfócitos, proteínas :500 mg/dl, glicorraquia 35 mg/dl.

O paciente é internado para tratamento imediato, recebendo terapia antibiótica específica com a finalidade de prevenir complicações.

Após algumas semanas de tratamento, o paciente apresenta melhora gradual dos sintomas e não há evidência de sequelas neurológicas.

Orientado para seguir em acompanhamento ambulatorial

Objetivos de aprendizagem:

Conhecer e compreender as formas extra-pulmonares da TB, com ênfase a Meningite Tuberculosa.

Compreender a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.

Diagnóstico diferencial através do Líquor, com outras formas de Meningite: Viral, Fúngica e outras Bactérias(Meningocócica).

INTERPRETAÇÃO DO LCR NAS MENINGITES

Resultado	Meningite Viral	Meningite Bacteriana	Tuberculose	Fungo
Leucócitos/mm ³	<500	>1.000	<1.000	<100
Tipo de leucócito	Linfócito	Neutrófilo	Linfócito	Linfócito
Proteinorraquia (mg/dL)	Normal ou Aumentada	Aumentada	Aumentada	Aumentada
Glicorraquia (mg/dL)	Normal	Baixa	Muito baixa	Normal ou Baixa

www.portalped.com

	meningite		Líquor	
	células	tipo de células	proteína	glicose
Viral	5-500	Linfócitos	normal ou aumentada	normal
bacteriana	milhares	Neutrófilos	aumentada	baixa
tuberculose	centenas	Linfócitos	aumentada	muito baixa
Fungos	1-100	Linfócitos	aumentada	Normal/Baixa
cisticercose	1-100	linfócitos/ eosinófilos	aumentada	normal
meningoencefalite herpética	5-500	Linfócitos	normal ou aumentada	normal
meningoencefalite por toxoplasmose	normal	Linfócitos	Normal	normal
valores normais	até 4		< 40	2/3 da glicemia

Preleção dialogada 6: A DEFINIR 09/04: INFECÇÕES FÚNGICAS PROFUNDAS –

Prof. Guilherme Ribas Taques

Preleção dialogada 7: A DEFINIR 10/04: TUBERCULOSE – Prof..

Guilherme Ribas Taques

ARTICULAÇÃO TEORICO- PRÁTICA 3

Vladimir tem 35 anos, morador de Jacobina-BA e recentemente foi transferido pela sua empresa de engenharia civil para Guarapuava. Paciente asmático, certo dia procurou o serviço de saúde com queixa de tosse compulsiva há duas semanas. Refere evolução do quadro da tosse, progredindo de seca para expectoração mucosa na última semana. Relata que há uma semana cursa com febre de 37,5 °C, principalmente à noite, calafrios e fadiga.

Paciente há dois meses em uso de broncodilatador (corticoide), sem acompanhamento médico, para melhora da sensação de cansaço aos esforços associado a asma. Relata viagem à Chapada Diamantina, há 40 dias, com duração de duas semanas. Contato com rios, explorações de cavernas e grutas. Nega tabagismo e etilismo. Nega cirurgias ou outras alergias. Já teve internação por descompensação de asma há 3 anos.

Ao exame físico:

Regular estado geral, prostrado, acianótico, anictérico, febril – 38C, com frequência cardíaca de 70bpm e frequência respiratória de 16rpm. PA 110 x 70 mmHg.

Oroscopia sem alterações.

Linfonodos cervicais palpáveis, móveis, pequenos e indolores.

ACV – RCR 2T, sem sopros.

Aparelho respiratório – Sem alteração à inspeção, com presença de diminuição do frêmito toraco-vocal globalmente e som claro pulmonar à percussão, com murmúrio vesicular diminuído globalmente e sibilos expiratórios.

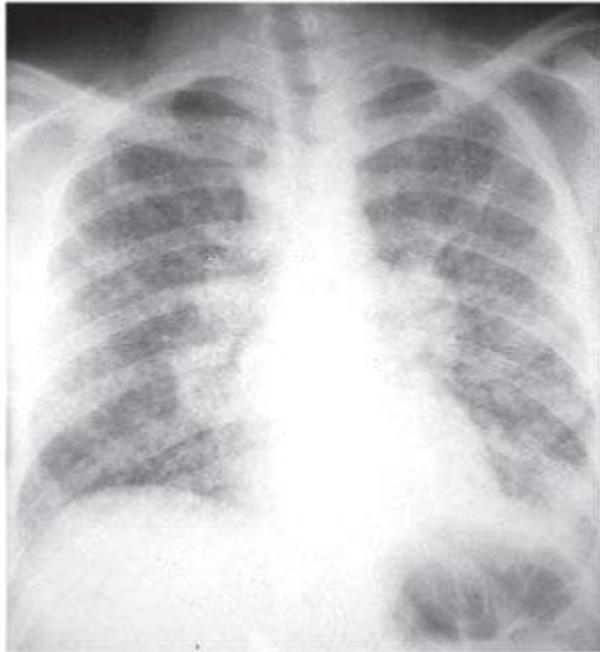
Abdome flácido, indolor. Ausência de massas ou visceromegalias palpáveis.

Exames iniciais demonstraram:

Hb 15,1g/dl; Htc 50%; 300.000 plaquetas e 5100 leucócitos, com diferencial normal.

Rx tórax:





Cultura de escarro: positiva para fungos.

QUESTÕES PARA ESTUDO:

- – Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- – Quais exames poderiam ser solicitados?
- – Quais os principais hipóteses diagnósticas para o quadro acima?
- - Qual o tratamento medicamentoso para a sua hipótese diagnóstica?
- – Quais as complicações mais frequentes para essa hipótese diagnóstica em caso de não-tratamento?

Semana 4: 15/04/2024 a 19/04/2024

CASO MOTIVADOR 4A – Um mal que vem de dentro!

(abre 15/04 e fecha 18/04)

Márcio, de 30 anos de idade, sem histórico médico significativo, apresentou-se ao pronto-socorro com um conjunto de sintomas como fadiga intensa, falta de apetite, náuseas e icterícia há cerca de duas semanas. Ele relatou ter tido um contato sexual de risco há aproximadamente três meses. Não havia histórico de transfusões sanguíneas recentes. Ele não relatou histórico de consumo de álcool.

Ao exame físico: icterícia ++/4, Tax:37oC, FC:88bpm, 20 irpm.

Abdome plano, flácido, pouco doloroso à palpação profunda do hipocondrio d, hepatimetria 12 cm

Exames laboratoriais solicitados:

Billirubinas BT: 3,52, BI:1,54, BD:1,98 mg/dl

ALT: 40 U/L

AST:52 U/L

FA: 220 U/L

(HBsAg): +, (anti-HBc): + e (anti-HBs): negativo

Como deverá ser conduzido esse paciente?

Tutor:

Com base nos achados clínicos e laboratoriais, o paciente foi diagnosticado com hepatite B aguda. A presença do HBsAg sugere infecção ativa pelo vírus da hepatite B, enquanto a positividade do anti-HBc indica uma resposta imunológica à infecção. A ausência do anti-HBs sugere que o paciente ainda não desenvolveu imunidade contra o vírus.

CASO MOTIVADOR 4B

(ABRE 18/04 e FECHA 22/04)

PARTE 1

Daniel hoje em dia é um cara sossegado. Trabalha em um serviço administrativo desde o nascimento da sua primeira filha Mônica, devido insistência da sua esposa Angélica para que abandonasse as atividades radicais da sua vida. Em parte ela tinha razão, haja vista que sua paixão sempre foi andar de moto, mas quando tinha 19 anos sofreu um acidente grave com fratura exposta de sua perna direita, cujo tratamento necessitou



de meses de repouso e reabilitação e algumas bolsas de sangue que recebeu no hospital.

Certo dia, perto de comemorar seus 56 anos, foi realizar seu costumeiro checkup com seu clínico do bairro e ao chegar na unidade de saúde viu um panfleto que dizia orientações acerca de hepatites e doenças sexuais transmissíveis.

PARTE 2

Ao conversar com seu médico o mesmo orientou estes exames na sua rotina habitual, mas ele não ficou muito satisfeito com aquilo. Não havia motivo em sua cabeça para fazer exames de doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que sempre tinha se protegido. Mas foi para sua surpresa que ao realizar os referidos exames o teste para hepatite C deu positivo e ele ficou ao mesmo tempo surpreso e confuso já que os demais exames de sangue estavam totalmente normais. Frustrado, ele marcou outra consulta para mostrar os resultados e tirar suas dúvidas, pois sua cabeça estava a mil sem entender direito tudo aquilo.



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

- Conhecer as principais infecções virais e suas lesões.
- Hepatites virais.
- Conhecer, compreender e entender quais as hepatites virais existentes, bem como suas formas de transmissão, evolução natural e prevenção.
- Conhecer o algoritmo diagnóstico de cada hepatite viral, bem como dos marcadores sorológicos e suas respectivas funções.
- Conhecer e avaliar as indicações de tratamento e as medicações disponíveis.
- Conhecer e compreender as complicações que podem ocorrer nestas doenças.

Preleção dialogada 7: 16/04 – 17:00- HEPATITES VIRAIS AGUDAS -
Prof. Celso Didoné Filho

Preleção dialogada 8: 17/04 – 17:00HEPATITES VIRAIS CRÔNICAS -
Prof. Celso
Didoné Filho

ARTICULAÇÃO TEÓRICO PRÁTICA 4 - CELSO

Dr. Viraldo, que trabalha na UBS Concórdia estava preocupado pois tinha percebido um aumento recente de DST's em seu bairro. Para tanto, combinou com sua equipe de ESF de fazerem um mutirão de hepatites virais! Teve grande procura dos moradores do bairro, o que lhe deixou muito contente! O mutirão foi feito através de testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como de exames sorológicos que o próprio solicitou após algumas consultas que fez no dia do mutirão. Para sua surpresa se deparou com 3 pacientes apresentando exames alterados!

- Ilma, 53 anos, com HbsAg não reagente, AntiHbc IgG reagente e Anti-Hbs reagente
- Marcos, 31 anos, com HbsAg reagente, AntiHbc IgG reagente e AntiHbs não reagente
- Jucilene, 59 anos, com HbsAg não reagente, AntiHbc IgG reagente e AntiHbs não reagente

Já fazia um certo tempo que tinha visto essa sopa de sorologias pela última vez e percebeu que precisava rever alguns conceitos para o manejo dos pacientes.

QUESTÕES PARA ESTUDO:

- 1 – O que mais é importante investigar em exame físico e anamnese destes pacientes?
- 2 - Quais exames laboratoriais adicionais devem ser solicitados?
- 3– O que significam os resultados das sorologias?
- 4– Quando está indicado tratamento medicamentoso em cada uma das situações?
- 5 – Quais as complicações mais frequentes ?



SEMANA 5: 22/04/2024 -26/04/2024

CASO MOTIVADOR 4 – De mal a pior!

(ABRE 22/04 - FECHA 25/04)

PARTE 1

Dr. Jorge estava em mais um dia de atendimentos no pronto socorro do hospital São Vicente. Parecia um dia tranquilo, como tantos outros. Ao passar no corredor viu uma moça sentada aguardando atendimento, mas seu esforço para respirar chamou a sua atenção. Para sua surpresa, ela mesma adentrou seu consultório, quando chamou o nome na próxima ficha. Laís, 37 anos, era imunossuprimida em uso de leflunomida devido artrite reumatoide e relatava que há 3 dias tinha iniciado com fortes dores no lado esquerdo das costas, associado a febre alta, de 39°C e tosse com um catarro esverdeado. Não tinha vontade de fazer nada! Somente ficar na cama...

Tinha tido Covid em junho do ano passado, mas tinha sido um quadro leve. Fora isso negava outras internações ou cirurgias. Não fumava e nem bebia e procurava ter uma alimentação saudável. A mãe era falecida por câncer de mama e o pai tabagista tratava apenas hipertensão. A revisão de sistemas não revelou nenhuma alteração.

Procedeu então ao exame:

Regular estado geral, prostrada, desidratada, levemente descorada, febril – 38,5C, com frequência cardíaca de 126bpm e frequência respiratória de 32rpm. PA 90 x 60 mmHg.

Oroscopia sem alterações.

ACV – RCR 2T, sem sopros.

Aparelho respiratório – Sem alteração à inspeção, com presença de aumento do frêmito toraco-vocal e macicez à percussão em base esquerda, com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo e presença de estertores.

Abdome flácido, indolor. Ausência de massas ou visceromegalias palpáveis.

PARTE 2

Inicialmente então o Dr. Jorge solicitou um Rx de tórax em PA:





PARTE 3

Após 3 dias de tratamento Laís parecia um pouco melhor, com melhora dos sinais vitais, mas ainda com persistência da febre, dor torácica e dispneia. Dr. Jorge resolveu pensar então em algumas possibilidades que justificassem a falta de melhora completa da paciente.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

- Conhecer as principais pneumonias e suas complicações.

Pneumonia.

- Conhecer, compreender e entender o conceito de pneumonia, classificações e agentes etiológicos mais comuns e formas de transmissão.
- Conhecer o algoritmo diagnóstico das pneumonias, bem como os exames laboratoriais, exames de imagem e escores de gravidade.
- Conhecer e avaliar as indicações de tratamento e as medicações disponíveis.
- Conhecer e compreender as complicações que podem ocorrer nestas doenças, com ênfase no derrame pleural, seu diagnóstico e avaliação do líquido pleural.

PRELEÇÕES:

Preleção Dialogada 09- 23/04 (17:00): PNEUMONIAS BACTERIANAS COMUNITÁRIAS E HOSPITALARES - Prof. Celso Didoné Filho



Preleção Dialogada 10- 24/04 (08:00): FARMACOLOGIA: ANTIMICROBIANOS, ANTIFUNGICOS ANTIVIRAIS: Profa. Barbara Chao

**ARTICULAÇÃO TEORICO
PRÁTICA 5
(Infecções por anaeróbicos)**

Miguel, 40 anos apresentou-se ao PS do HSV com queixa principal de estar preocupado com uma área avermelhada e inchada em sua perna direita, próxima à sua articulação do joelho, que começou a se desenvolver há cerca de uma semana. A lesão era dolorosa e apresentava uma pequena quantidade de secreção purulenta. Miguel relatou ainda que anterior ao aparecimento dessa lesão, alguns dias antes, havia apresentado febre e mal-estar geral.

Diabético, faz uso irregular de Metformina, nega outras comorbidades. Trabalha como pedreiro em uma obra há uns 4 meses.

Ao exame físico: BEG, LOTE, 171cm, 104 kg. AC: RR2T BNFSS, CPP livres, ABDOME :globoso, flácido, indolor e SVMG.

MMII: face anterior do joelho direito com eritema e edema significativos, quatro pequenas lesões circunscritas de 1 cm, com conteúdo exsudativo, além de calor local e sensibilidade à palpação. Havia presença de linfadenopatia regional.

1 semana:



Imagem do dia da consulta:



QUESTÕES PARA ESTUDO:

- – Qual a principal hipótese diagnóstica e os principais diagnósticos diferenciais?
- – Quais sinais e sintomas levam à hipótese diagnóstica?
- – São necessários exames complementares? Se sim, quais?
- – Qual o tratamento? Quais as complicações possíveis?

Semana 6: 29/04/2024- 03/05/2024
CASO MOTIVADOR 6A- MAIS QUE FEBRE É ESSA?

(ABRE 29/04- FECHA 02/05)

O paciente, um homem de 31 anos, saudável e sem comorbidades apresentou-se ao serviço de emergência com febre alta, cefaléia intensa, mialgia e fadiga. Ele relatou ter passado os últimos dias acampando em uma área rural. Relatou ter sofrido “picadura de insetos” pelo corpo: em região de pés, pernas, braços e virilhas após trilhas no meio da vegetação. Referiu ainda que os “insetos” permaneceram em sua pele por até 10 dias, pois eram bem pequenos com aproximadamente 0,5cm de diâmetro, de cor amarronzada. Nos dias seguintes ainda fez uso de água e sabão e segundo relatado, para retirá-los utilizou vários produtos tópicos, sem resultado, conseguiu remover com uso de um produto indicado por um médico veterinário amigo seu. Após cerca de uma semana da observação das picadas, houve aparecimento de edema em membro inferior esquerdo seguido de dispneia leve a moderada associada a febre em torno de 38°C. Após esses sintomas houve o aparecimento das primeiras manchas dolorosas pelo corpo, além de palpitações, da fadiga e do mal-estar.

Ao exame físico: REG, icterícia 1+/4, PA:100X 60 mmHg, Febril: Tax: 38,8oC, FC: 100 bpm, FR: 23 irmp.

Exame segmentar sem particularidades, com único achado: eritema e máculas polimorfos difusas e dolorosas em ambos os membros inferiores e braços.

A partir desses dados o médico assistente solicitou Hemograma:

Hb 11, HT: 34, Leucócitos 10500, sem desvio nuclear à esquerda,

Plaquetas: 130.000. TGO: 45 U/l TGP: 62U/l **E agora?**

Para o TUTOR:

Deve-se investigar febre acompanhada de erupções, suspeitar de febre maculosa, uma doença infecciosa transmitida	
por carrapatos infectados com a bactéria <i>Rickettsia rickettsii</i> .	
Foram realizados exames laboratoriais que confirmaram a suspeita. A contagem de plaquetas estava baixa e as	
enzimas hepáticas, elevadas. Também foram coletadas amostras de sangue para a realização de exames sorológicos	
específicos para detecção da presença da <i>Rickettsia rickettsii</i> .	
O tratamento com antibióticos específicos para infecções por <i>Rickettsia</i> , como a doxiciclina. Também deve-se repor	
de líquidos intravenosos e a	
administração de sintomáticos.	
A monitorização da pressão arterial e das enzimas hepáticas. Uma vez que o tratamento foi concluído com sucesso,	
continuar o tratamento ambulatorial com	
antibióticos orais.	



Este caso clínico ilustra a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado da febre maculosa. A doença pode ter manifestações graves e potencialmente fatais se não for prontamente reconhecida e tratada. A prevenção também é fundamental, evitando-se áreas com alta infestação de carrapatos, usando roupas protetoras e repelentes de insetos.

CASO 6B- Está na cara!
(abre 02/05- fecha 06/05)

Paciente do sexo feminino, 22 anos, natural e procedente de Vargem da Palma
□ MG. Em julho de 2002, a paciente notou lesões simétricas acne-símiles nas regiões malares, com base eritematosa e crescimento progressivo. Subseqüentemente, notou edema periorbitário, febre e cefaléia. Havia tomado 180 comprimidos de tetraciclina, e usado corticóide e antibiótico tópicos e bloqueador solar, sem melhora. Três meses após biópsia, o laudo histopatológico mostrou dermatite liquenóide não classificada. Diante disso relata que foi tratada com cloroquina por 220 dias, tendo suspeita diagnóstica de lúpus eritematoso discóide, não apresentando melhora do quadro.

Em setembro de 2003, sem melhora das lesões (Figura 1), procurou o Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo então realizados PPD (nódulo 10mm), intradermoreação de Montenegro (nódulo 11mm), e biópsia, que revelou infiltrado granulomatoso(Figura 2).

Fig1.



FIGURA 1 : Lesão ulcerocrostosa em base eritemato-infiltrada acometendo a região malar, bilateralmente (setembro de 2003)

Fig 2.

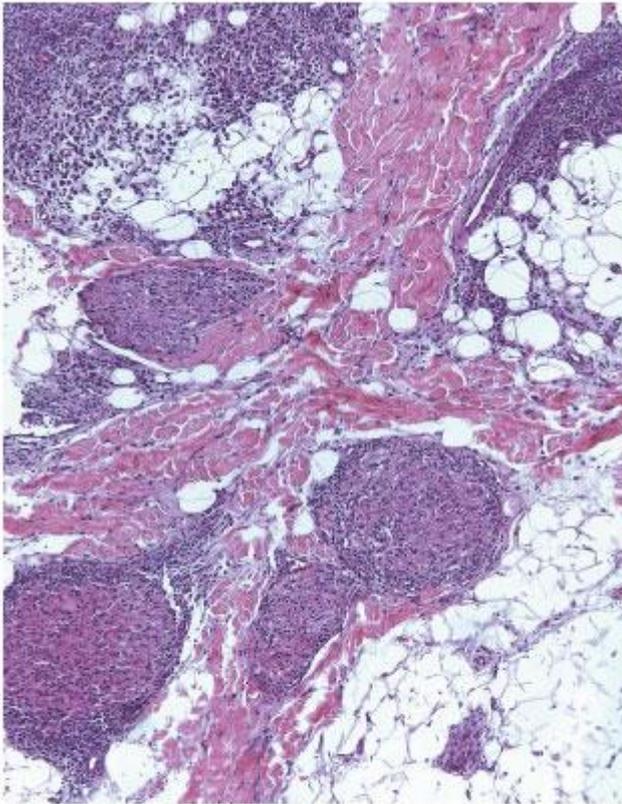


FIGURA 2: Reação exudativa e granulomatosa, observando-se granulomas sem necrose tecidual (Reação tipo 4 segundo descrição de Magalhães *et al*, 1986) (HE 100x)

TUTOR:

Infecção por Protozoário- Leishmaniose

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM:

- Conhecer e compreender as principais infecções por espiroquetídeos (**com ênfase na** Leptospirose, Doença de Lyme e Febre Maculosa)
 - Epidemiologia
 - Prevenção
 - Manifestações clínicas -laboratoriais
 - Mecanismos de ação
 - Diagnóstico diferencial
 - Complicações e sequelas
 - Tratamento
- Conhecer e compreender as principais infecções por protozoários com ênfase à Leishmaniose.

Preleção dialogada 9 – 30/04 – 17:10-18:40: FEBRE PROLONGADA DE ETIOLOGIA OBSCURA E ADENOMEGALIAS FEBRIS – Prof. Celso Didoné Filho

ARTICULAÇÃO TEÓRICO PRÁTICA 6

Amarelou novamente

Fausto, 45 anos, caucasiano, casado, agricultor, morador da zona rural de Guarapuava, retorna de uma viagem de férias. Aproveitou os dias de folga para pescar Tucunaré no Rio Amazonas com seus amigos. Gostava muito de pescar, mas nunca tinha ido tão longe. Dois dias antes de retornarem, Fausto começou a sentir-se mal, apresentando náuseas, vômitos, cansaço e falta de apetite. Nem pode aproveitar os dois últimos dias da pescaria.

Ao retornar a Guarapuava pensou que o mal-estar já iria passar, deveria ser uma intoxicação alimentar, mas durante sua primeira semana de retorno começou a apresentar febre alta, calafrios, tremores, sudorese noturna e dor de cabeça.

Como percebeu que não estava melhorando, que a febre alta até cedia, mas retornava após um período de tempo, acabou procurando atendimento médico no PA do Hospital São Vicente. Durante a consulta negou comorbidades prévias. Contou ser tabagista e etilista social. Seu pai apresentava problemas cardíacos e diabetes. Sua mãe é obesa e tinha gordura no sangue.

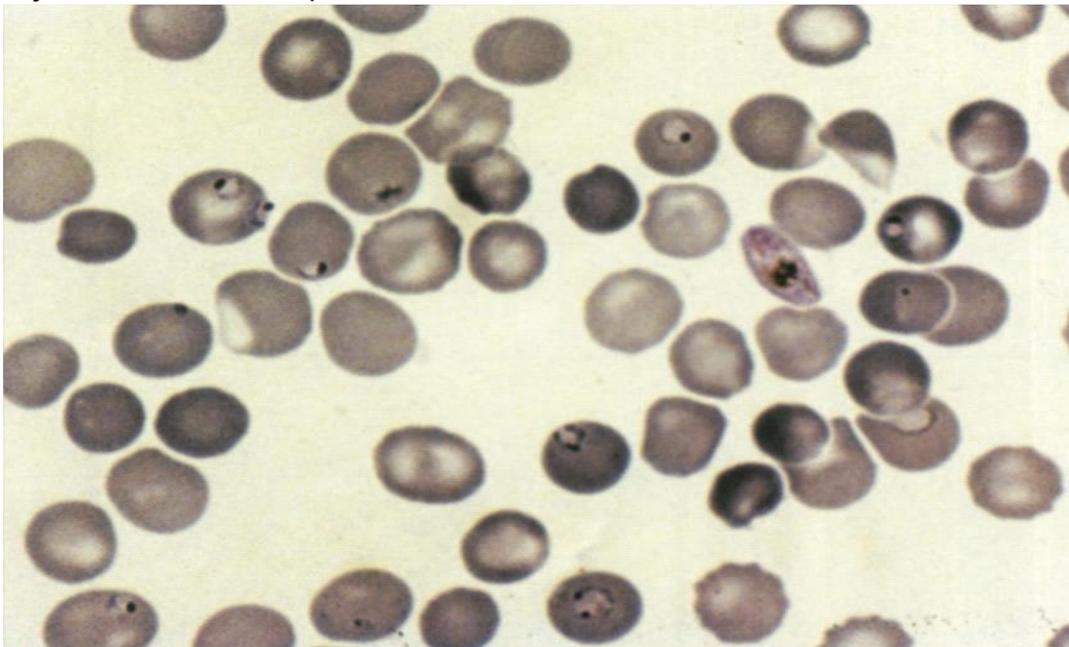
Ao exame físico os seguintes sinais foram encontrados: T: 41°C, FC:120 bpm, FR: 25 rpm, icterícia (++) e fígado palpável à 2 cm do rebordo costal direito.

Os exames laboratoriais realizados no PA revelaram um hemograma com anemia normocítica e normocrômica, leucopenia; bilirrubina total aumentada, com predomínio da direta; TGO= 100 UI e TGP= 90 UI e PCR aumentada. A ecografia abdominal demonstrou hepatoesplenomegalia.



PROJ:

Bernardo, interno do sexto ano do Curso de Medicina, estava no rodizio do estágio da Urgência e Emergência e ao passar visita nos leitos do PA e observar o caso de Fausto, lembrou de um Caso Motivador que tinha estudado no quinto período. Rapidamente entrou em contato com seus colegas do último ano da Biomedicina e resolveu indicar um exame de sangue de gota espessa, cujo resultado está representado abaixo.



QUESTÕES PARA ESTUDO:

- – Qual a principal hipótese diagnóstica e os principais diagnósticos diferenciais?
- – Quais sinais e sintomas levam à hipótese diagnóstica? Quais as formas clínicas da principal hipótese diagnóstica?
- – Quais são exames laboratoriais confirmatórios para a HD? Que outros exames complementares podem ser solicitados?
- – Quais as formas de transmissão e o tratamento?

SEMANA DE AVALIAÇÕES

AVALIAÇÃO COGNITIVA: 09/05/24 MANHÃ

AVALIAÇÃO DESEMPENHO: 06/05/24 (presencial)

SEGUNDA CHAMADA: 24/06/24 MANHÃ (A CONFIRMAR)

SEGUNDA CHAMADA ATP: 25/06/24 MANHÃ (A CONFIRMAR)

SEGUNDA CHAMADA RACIOCÍNIO CLÍNICO: 24/06/24 MANHÃ (A

CONFIRMAR) EXAME FINAL: 28/06/24 MANHÃ

PROGRAMAÇÃO SEMANAL

DESCRIÇÃO DA SEMANA PADRÃO 2024/1 5° PERÍODO					
HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
07h45- 08h35	TUTORIAL	Preleção	Preleção	TUTORIAL	EIXO 2
08h35- 09h25	TUTORIAL	Preleção	Preleção	TUTORIAL	EIXO 2
INTERVALO					
09h45- 10h35	TUTORIAL	A.A.D.	AAD	TUTORIAL	EIXO 2
10h35- 11h25	TUTORIAL	A.A.D.	AAD	TUTORIAL	EIXO 2
TARDE					
13h30- 14h20	A. T. P.	A.T.P.	EXTENSÃO	AAD	EIXO 4
14h20-15h10	A. T. P.	A.T.P.	EXTENSÃO	AAD	EIXO 4
INTERVALO					
15h30- 16h20	A. T. P.	A.T.P.	EIXO 1	AAD	EIXO 4
16h20- 17h10	A. T. P.	A.T.P.	EIXO 1	AAD	EIXO 4
17h10- 18h00					



**ORGANIZAÇÃO POR
SEMANA**

SEMANA 1 25/03/2024 28/03/2024	-	CASO 1 HIV E MENINGITE CRIPTOCÓCICA
		ATP 1 HIV E INFECÇÕES OPORTUNISTAS
		<u>PRELEÇÃO 1 26/03 às 17:30– HIV E INFECÇÕES OPORTUNISTAS</u> Prof. Giovani Gnoato
		<u>PRELEÇÃO 2 – 27/03 às 17:30- HIV- INFECÇÕES OPORTUNISTAS 2</u>
SEMANA 2 01/04/2024 05/04/2024	-	RC1 CASO 2 ABRE:01/04 COVID19 CASO 2 (FECHA 04/04)
		ATP 2 – INFLUENZA
		<u>PRELEÇÃO 3 – TARV Profa: BARBARA 02/04 09:00</u>
		<u>PRELEÇÃO 4 – IMAGINOLOGIA NAS IR</u> 03/04 – 17:30 horas - Prof . GIOVANI
SEMANA 3 08/04/2024 12/04/2024	-	RC 2 (08/04)
		CASO 3 – TUBERCULOSE (abre :08/04 Fecha: 11/04)
		ATP 3 – INFECÇÕES FÚNGICAS
		<u>PRELEÇÃO 5- TUBERCULOSE</u> 09/04 18:00- Prof. GUILHERME
		<u>PRELEÇÃO 6– INFECÇÕES FÚNGICAS PROFUNDAS</u> 10/04 : 18:00-Prof. Guilherme Taques
SEMANA 4 15/04/2024 19/04/2024		RC 3(15/04) CASO 4 HEPATITES (abre:15/04- fecha:18/04)
		ATP 4 - MENINGITES
		<u>PRELEÇÃO 7– HEPATITES VIRAIS AGUDAS</u>



	<ul style="list-style-type: none"> • 16/04- 17:00– Prof. Celso Didoné PRELEÇÃO 8: <u>HEPATITES VIRAIS CRONICAS</u> 17/04: 17:00 - Prof. Celso.
SEMANA 5 22/04/2024 – 26/04/2024	RC 4(22/04) CASO 5a (abre:22/04 - fecha 25/04)Pneumonias Caso 5b (abre 25/04- fecha 29/04)
	ATP 5
	<u>PRELEÇÃO 9 – PNEUMONIAS</u> 23/04 - 17:00 - Prof. Celso Nilo Didoné Filho
	<u>PRELECAO 10: ANTIMICROBIANOS,ANTIVIRAIS E</u> <u>ANTIFUNGICOS:</u> Profa. Barbara 24/04 :08:00
SEMANA 6 29/04/2024- 03/05/2024	29/04: RC 5 ABRE CASO 6a 02/05/2024 FECHA CASO 6a ABRE CASO 6b
	<u>PRELEÇÃO 11</u> FEBRE PROLONGADA DE ETIOLOGIA OBSCURA E ADENOMEGALIAS FEBRIS 30/04 - 17:00- Prof. Celso Nilo Didoné Filho
06/05/2024	Fecha Caso 6b RC 6 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

GRUPOS PARA DIVISÃO ATP

- **Não serão permitidas trocas**
- Prof. Celso, Profa. Daniele e Profa. Natália

GRUPO A - SEGUNDAS À TARDE

GRUPO B- TERÇAS À TARDE



BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

VERONESI, **Tratado de infectologia** 5a ed., editor científico ROBERTO FOCACCIA. São Paulo, Editora Atheneu, 2015. 2320p.

GOLDMAN, LEE, (Ed); BENNETT, J. CLAUDE, (Ed.). **Cecil Textbook of Medicine**. 25th ed. Philadelphia, PA. WB. Elsevier, 2018.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CIMERMAN, B.; CIMERMAN,S. **Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais**. 2a ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2008. 390p.

MANDELL, DOUGLAS, and BENETT s **Principles and practice of infectious diseases** edited by GERALD L. MANDELL, JOHN E.BENNETT, RAPHAEL DOLIN- Department in Philadelphia, PA 8th ed. 2014, ELSEVIER Inc, USA, Churchill Livingstone. 4320p.

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. **Cellular and Molecular Immunology**. 9a ed. London, SW Saunders, 2017.608 p.

COURA, J. R. (ed.). **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013. 2020p.

