

**INSTITUTO DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA DE FLORIANÓPOLIS CURSO
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO
“LATU SENSU” EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA GERAL**

**ESTUDO TRANSVERSAL DE 58 PACIENTES
HOSPITALIZADOS POR DIABETES *MÉLLITUS* E OUTRAS
PATOLOGIAS ASSOCIADAS.**

MARCELO QUIRTON GOULART SIGNORETTI

**FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO 2005**

MARCELO QUIRTON GOULART SIGNORETTI

**ESTUDO TRANSVERSAL DE 58 PACIENTES
HOSPITALIZADOS POR DIABETES *MÉLLITUS* E OUTRAS
PATOLOGIAS ASSOCIADAS.**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-graduação em nível de Especialização "*Latu Sensu*" em Endocrinologia e Metabologia Geral, do Instituto de Diabetes e Endocrinologia de Florianópolis – IDEF.

Orientador Prof. Sérgio de Carvalho, Dr.

**FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO 2005**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vontade, perseverança e tranquilidade proporcionada neste período de 2 anos de pós-graduação.

Agradeço ao grande amor, carinho e compreensão de minha esposa Maiara e minha filha Giulia Maria, que superaram minha ausência em diversos momentos, esses dedicados à medicina; da mesma forma aos meus pais Jorge Hermeto e Ivete Fátima, bem como minha irmã Marcélly Christiane; a todos agradeço o apoio, o estímulo e exemplos de vida a mim proporcionados, permitindo superar adversidades que se apresentaram nesse período.

Finalmente agradeço a dois professores que me servem de inspiração a serem seguidas Dr. Sérgio de Carvalho e Dr. Paulo May Junior, exemplos de ética e atualização em condutas endocrinológicas.

O crescimento mais profundo se dá nos momentos mais dolorosos.
Dar-se conta de que há uma dificuldade é o primeiro passo para encontrar uma solução. Uma vez que aceitamos nosso desespero e admitimos nossa impotência, tornamo-nos poderosos. Manifestando nossa confusão, damos o primeiro passo para a clareza. Quando cessa a negação, começa o processo de cura. Promessa de clareza fica no centro do caso.
(Caryn Summers)

RESUMO

Diante de tantos casos de Diabetes Méllitus que chegaram ao Pronto Socorro do Hospital de Caridade, bem como aqueles internados eletivamente, decidi por realizar um estudo de casos de Diabetes Méllitus e suas comorbidades, averiguando estatísticas de idades prevalentes, sexo, uso de medicações, intervenções invasivas realizadas, resultados no tratamento dos mesmos com terapia de múltiplas doses de insulina. Analisei a evolução e o desfecho dos casos por mim acompanhados e os apresento aqui neste trabalho.

Palavras-chaves: diabetes méllitus, pacientes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 OBJETIVO	9
2 MATERIAIS E MÉTODOS	10
3 REVISÃO DA LITERATURA CONSULTADA E RESUMO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DE CARIDADE 2004-2005	11
3.1 PACIENTE 01	11
3.2 PACIENTE 02	13
3.3 PACIENTE 03	14
3.4 PACIENTE 04	15
3.5 PACIENTE 05	16
3.6 PACIENTE 06	19
3.7 PACIENTE 07	20
3.8 PACIENTE 08	21
3.9 PACIENTE 09	22
3.10 PACIENTE 10	23
3.11 PACIENTE 11	24
3.12 PACIENTE 12	26
3.13 PACIENTE 13	28
3.14 PACIENTE 14	29
3.15 PACIENTE 15	30
3.16 PACIENTE 16	31
3.17 PACIENTE 17	32
3.18 PACIENTE 18	33
3.19 PACIENTE 19	34
3.20 PACIENTE 20	35
3.21 PACIENTE 21	36
3.22 PACIENTE 22	37
3.23 PACIENTE 23	38
3.24 PACIENTE 24	39
3.25 PACIENTE 25	40

3.26	PACIENTE 26	41
3.27	PACIENTE 27	42
3.28	PACIENTE 28	43
3.29	PACIENTE 29	44
3.30	PACIENTE 30	45
3.31	PACIENTE 31	47
3.32	PACIENTE 32	49
3.33	PACIENTE 33	51
3.34	PACIENTE 34	52
3.35	PACIENTE 35	54
3.36	PACIENTE 36	56
3.37	PACIENTE 37	58
3.38	PACIENTE 38	60
3.39	PACIENTE 39	62
3.40	PACIENTE 40	64
3.41	PACIENTE 41	66
3.42	PACIENTE 42	68
3.43	PACIENTE 43	70
3.44	PACIENTE 44	71
3.45	PACIENTE 45	73
3.46	PACIENTE 46	74
3.47	PACIENTE 47	76
3.48	PACIENTE 48	78
3.49	PACIENTE 49	80
3.50	PACIENTE 50	81
3.51	PACIENTE 51	84
3.52	PACIENTE 52	86
3.53	PACIENTE 53	88
3.54	PACIENTE 54	90
3.55	PACIENTE 55	92
3.56	PACIENTE 56	93
3.57	PACIENTE 57	94
3.58	PACIENTE 58	95

4 ESTATÍSTICA	97
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS	103
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	106
MENSAGEM FINAL	107

INTRODUÇÃO

Com a melhora da expectativa de vida dos últimos anos, com a ciência médica chegando ao encontro de uma maior parcela da população e com a qualificação profissional, aumentou o número de diagnósticos endocrinológicos, sendo necessário, cada vez mais profissionais especializados.

Através deste estudo, no qual avaliei vários casos que chegaram ao pronto socorro do hospital de caridade, notei que o profissional médico precisa de uma qualificação de melhor qualidade em endocrinologia geral, ou pelo menos, acesso a este profissional, para o encaminhamento de seus pacientes, principalmente na atenção básica de saúde.

Essa conclusão se deve ao número de pacientes descompensados, principalmente de *Diabetes Méllitus* que foram atendidos no pronto socorro.

1 OBJETIVO

Avaliação desse trabalho visa realizar um levantamento dos pacientes que chegaram ao pronto socorro do hospital de caridade, onde encontrei diversas patologias e suas comorbidades associadas, para fins de tratamento multidisciplinar e aprendizado em *Diabetes Méllitus* pelo paciente.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

No período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 foram avaliados 58 pacientes com várias patologias, todos internados nas enfermarias do Hospital de Caridade via emergência ou encaminhados eletivamente pelos médicos Dr. Sérgio de Carvalho, Dr. Paulo May Junior, Dr. Urubatan e Dr. Rodrigo Caldeira, quando em sobreaviso médico endocrinológico.

Os pacientes em sua totalidade foram informados previamente sobre o acompanhamento dos pós-graduandos em endocrinologia, com o consentimento dos mesmos.

As visitas ao hospital foram realizadas sob supervisão dos professores respectivos ao seu sobreaviso, geralmente no período noturno, e pelo período diurno via telefone ou presencial pelo pós-graduando.

Os pacientes foram avaliados clinicamente por anamnese, exame físico, exames laboratoriais e de imagem quando necessários e submetidos à intervenção cirúrgica, caso a patologia requisitasse, conforme protocolos de consensos médicos endocrinológicos e orientação do Dr. Sérgio de Carvalho.

Os pós-graduandos, após cada visita, se responsabilizavam em realizar anotações diárias da evolução dos pacientes, além de prescrever receituário hospitalar e/ou externo, se necessário, e também solicitar exames, sempre sob supervisão do médico orientador.

3 REVISÃO DA LITERATURA CONSULTADA E RESUMO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DE CARIDADE 2004-2005

A seguir apresento sinteticamente a literatura consultada na maioria dos pacientes, conforme o livro Endocrinologia e Diabetes de Manuel Bandeira, Insulinoterapia Intensiva de Sérgio de Carvalho e Tratado de Cirurgia Endocrinológica de Coronho e colaboradores, notei que os sinais, sintomas e complicações destes pacientes a seguir conferem com o que a literatura demonstra - percentagens de complicações do Diabetes Méllitus, incidência dos tipos de Diabetes 1, 2 e 1/2, mostrando que esse estudo confere com a realidade brasileira.

3.1 PACIENTE 01

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.B.T, sexo feminino, 66 anos, prontuário 156237, internou via emergência para endocrinologia.
HDA
Paciente com história de ferimento em região plantar direita há vinte dias por prego. Foi atendida na unidade básica de saúde, e medicada com Cefalexina 500 mg de 8 em 8 horas por 3 dias. Aguardou melhora do quadro, o que não ocorreu. Procurou serviço de emergência do Hospital de Caridade. Foi avaliada pela cirurgia geral e internada para a Endocrinologia uma vez que apresentava Diabetes Méllitus descompensado. Paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Méllitus tipo 2 há mais de cinco anos, em uso de Daonil 20 mg/dia, dividido em duas tomadas e Metildopa 250 mg de 12 em 12 horas. Relatou que suas glicemias sempre são altas (última há vários meses); relata que não tem cuidados com a alimentação.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentada 130/80 mmHg; b) Peso: 60kg; c) Bom Estado Geral, corada, desidratada+/-4, eupneica, afebril, anictérica; d) Nódulo tireoideano de aproximadamente dois cm de diâmetro, palpável e visível, móvel à deglutição, de consistência fibroelástica em lobo direito; e) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios; f) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;

- g) Sem edema de Membros inferiores;
h) Lesão infectada em região plantar e anterior de pé direito com pontos de flutuação.

EVOLUÇÃO

- Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus, dividida em seis vezes ao dia.
- Iniciada Antibióticoterapia tríplice.
- Solicitada avaliação da cirurgia geral para drenagem.
- Solicitada, também, avaliação da cirurgia vascular, por sugestão da cirurgia geral, para avaliar possível amputação de antepé direito.
- Paciente apresentou fenômeno da madrugada por duas noites consecutivas, o que nos orientou insulinização às 21h30min com insulina lenta.
- Manteve bom controle das glicemias.

CONCLUSÃO

- Constatei o fenômeno da madrugada, alteração que pode ser comum no tratamento da diabética, assim como seu manejo.
- Constatei a necessidade da multidisciplinaridade no tratamento da Diabetes Méllitus.

3.2 PACIENTE 02

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.V.V, sexo feminino, 74 anos, prontuário 155730, internou via emergência para endocrinologia.
HDA
Paciente com história de Diabetes Méllitus tipo 2 há mais de quarenta anos. Apresentou descompensação do quadro devido ao pós-operatório de um abdome agudo obstrutivo por volvo de sigmoide. Paciente relatou que em casa fazia uso de Daonil 2,5 mg em dias alternados e que mantinha glicemias normais, porém não eram aferidos, os que não nos dá totalmente segurança quanto a esta afirmação. Negava história de Hipertensão Arterial Sistêmica. Faz tratamento para doença de Parkinson, não sabendo informar quais medicações utilizou.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 130/80 mmHg e sentada 120/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 60kg;</p> <p>c) Regular Estado Geral, hipocorada+/4, desidratada+/4, dispnéica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas Cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e doloroso à palpação difusa, bolsa de colostomia em quadrante inferior esquerdo, sem visceromegalias;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta para Diabetes Méllitus de 1500 calorias em 6 vezes. A família se mostrou bastante resistente quanto ao tratamento sugerido, dizendo ser impossível mudar os hábitos alimentares de uma pessoa de 74 anos. - A paciente apresentou Fenômeno da Madrugada por duas noites consecutivas, o que nos orientou insulinização às 21h30min com insulina lenta. - Manteve bom controle das glicemias. - Houve melhora do estado geral e não apresentou mais dispnéia.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender sobre uma das alterações comuns no tratamento do diabético, o fenômeno da madrugada, bem como seu manejo; - Apreendi que a aderência do paciente é de fundamental importância para o bom controle da Diabetes Méllitus uma vez que observei que um erro em um dos horários de uma alimentação já pode alterar por completo o esquema proposto. - Também consegui notar a dificuldade de fazer com que a família entenda a necessidade de regras a serem respeitadas; não interessando a idade do paciente.

3.3 PACIENTE 03

IDENTIFICAÇÃO
Paciente C.E.S, sexo masculino, 58 anos, prontuário 1636728, internou via emergência para endocrinologia.
HDA
Paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva por quadro de perda da consciência súbita e rigidez de nuca. Apresentava glicemia de entrada de 250 mg/dL. História prévia de Diabetes Méllitus tipo 2 bem controlada. Parecer da neurologia aventou hipóteses de Acidente Vascular Encefálico, meningoencefalite e distúrbio hiperosmolar hiperglicêmico. Iniciada antibióticoterapia empírica para meningoencefalite. Tomografia computadorizada de crânio e líquor foram normais. Após controle adequado da glicemia houve melhora do quadro neurológico. Após três dias paciente teve alta da Unidade de Terapia Intensiva História também de Hipertensão Arterial Sistêmica e etilismo crônico.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 160/80 mmHg e sentada 140/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 60kg;</p> <p>c) Bom Estado Geral, corado, desidratado++/4, eupneico, afebril, anictérico;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Edema de Membros inferiores ++++/4, edema em sacro +++/4;</p> <p>g) Tireóide não palpável;</p> <p>h) Neurológico: Glasgow 15, diminuição de força em membro esquerdo.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta para Diabetes Méllitus com 1500 calorias dividida em seis vezes. - Mantido Losartan 1cp/dia, Syntroid 100mcg /dia, já usados em casa. - Solicitada avaliação da neurologia quanto ao déficit de força (provável Acidente Vascular encefálico, que não foi diagnosticado devido à precocidade da Tomografia computadorizada craniana). - Paciente apresentou fenômeno da madrugada por duas noites consecutivas, o que nos orientou insulinização às 21h30min com insulina lenta. - Manteve bom controle das glicemias.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender sobre uma das alterações comuns no tratamento do diabético, o fenômeno da madrugada, bem como seu manejo. - Pude alterações neurológicas centrais podem, freqüentemente, estar relacionadas a descompensação severa do Diabetes Méllitus e que esta patologia deve sempre estar inclusa nos diagnósticos diferenciais de alteração do nível de consciência.

3.4 PACIENTE 04

IDENTIFICAÇÃO
Paciente C.A., sexo masculino, 78 anos, prontuário 155223.
HDA
Paciente com Carcinoma de pulmão do tipo oat cells, com metástases disseminadas em tratamento radioterápico. Fomos chamados para melhor controle de Diabetes Méllitus. Paciente fazia uso de Daonil 5 mg 12/12 horas em casa.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentado 130/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 60kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorado++/4, desidratado+/4, eupneico, afebril, anictérico;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores;</p> <p>g) Neurológico: Glasgow 10, agressividade constante, sem déficits de força.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta para Diabetes Méllitus 1500-seis vezes ao dia. - Pelo estado do paciente, não houve aceitação adequada da dieta, o que dificulta o início de uma terapêutica definitiva para Diabetes Méllitus. - Mantemos por enquanto o tratamento com insulina regular conforme os valores de glicemias capilares e aguardamos a evolução do quadro de base.
CONCLUSÃO
- Aprendi que o tratamento da Diabetes Méllitus depende muito da colaboração do paciente. No caso acima citado, pudemos observar que não foi possível definir uma insulinização adequada pela inconstância da ingesta alimentar. Isso mais uma vez prova que no tratamento da Diabetes Méllitus são de fundamental importância os “três pilares”: dieta, insulina e exercício.

3.5 PACIENTE 05

IDENTIFICAÇÃO
Paciente J.R, sexo masculino, 60 anos, prontuário 155688.
HDA
<p>Paciente com história de Diabetes Méllitus tipo dois há mais de doze anos, controlado somente com uso de Glibenclamida 20 mg/dia e Metformina 1700 mg/dia. Foi internado com quadro de “erisipela” de Membros inferiores. Relatava internamento prévio há um mês, sendo que naquela oportunidade ficou internado por trinta dias e recebeu tratamento com Ciprofloxacino 500 mg 12/12 horas por trinta dias. Após alta não teve melhora importante. Procurou hospital devido piorar o quadro, com disseminação para toda extensão de Membro inferior, dor intensa, febre e impossibilidade de deambulação. Foi internado para tratamento da “erisipela” e compensação do Diabetes Méllitus, cujas primeiras glicemias capilares foram em torno de 600 mg/dL.</p> <p>História prévia de etilismo crônico. Negava tabagismo. Negava outras patologias.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg ,sentado; b) Peso: 72 kg; c) Regular estado geral, hipocorada +++/4, desidratado ++/4, eupneico, febril, icterico +/4; d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos adventícios; e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, espaço de Traube livre, hepatomegalia de 4 cm abaixo do Rebordo costal direito; f) Edema em sacro +++/4; g) Edema de Membros inferiores +++/4, aumento de temperatura local e palpação de nodulações; h) Edema articular em joelho esquerdo; i) Atrofia testicular.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta para Diabetes Méllius de 2000 calorias em seis vezes. - Conforme parecer da infectologia, iniciou-se terapia com Meropenem 1 g Endovenoso de 8/8 horas, que durou sete dias. - Solicitada Ultra-sonografia de coxa esquerda, que mostrou coleções sugestivas de infecção de localização múltipla e intramuscular. - Solicitada avaliação da cirurgia geral que optou por drenar as coleções. - Cultura da secreção de drenagem evidenciou Streptococcus agalactiae. - Iniciada Gentamicina 60 mg 8/8 horas e Penicilina G Cristalina 1000000 Unidades endovenosa de 4/4 horas, orientada pelo antibiograma. - Melhora do edema de Membros inferiores, sacro e dos sinais flogísticos em membros inferiores.

Exames complementares:

EXAME	ADMISSÃO	SEGUNDO DIA	TERCEIRO DIA	QUINTO DIA
Hemoglobina	8	-	-	7
Leucócitos	11400	-	-	9600
Bastões	11%	-	-	-
Eosinófilos	1,3%	-	-	4,6%
VHS	47	-	-	-
Parcial de urina	Leucocitúria e albuminúria	-	-	-
Sódio	130	-	-	-
Potássio	4,4	4,1	4,8	-
Uréia	80	75	-	56
Creatinina	1,35	1,23	-	0,99
Ácido úrico	4,70	-	-	-
Fator reumatóide	< 15	-	-	-
Hemoglobina glicada	-	9%	-	-
Bilirrubina total	-	0,8 (0,2 a 1,2)	-	-
Bilirrubina indireta	-	0,17 (0,10 a 0,90)	-	-
Bilirrubina direta	-	0,63 (0,10 a 0,40)	-	-
Homônio Folículo Estimulante	-	2,4 (1,4 a 18,1)	-	-
Hormônio luteinizante	-	4,63 (3,1 a 34,6)	-	-
Hormônio tireotrófico	-	0,36 (0,35 a 5,5)	-	-
Tetraiodotironina livre	-	0,9 (0,89 a 1,76)	-	-
Clearance de Creatinina	-	-	57,60	-
Proteinúria de 24 h	-	-	-	-
Cortisol urinário de 24h	-	-	325,47	-
Transaminase oxálica	-	-	-	133
Transaminase pirúvica	-	-	-	93
Ferro sérico	-	-	21	-
Ferritina sérica	-	-	1281	-
Cálcio	-	-	7,9 (8,2 a 10,2)	-
Fósforo	-	-	3,5 (2,5 a 4,8)	-

EXAMES DE IMAGEM

- a) Radiografia de tórax na admissão: discreto velamento de seio costofrênico à direita;
- b) Radiografia de tórax no quinto dia: normal;
- c) Ultra-sonografia de Coxa esquerda: coleções purulentas intramusculares compatíveis com processo infeccioso;
- d) Ultra-sonografia de abdome: hepatomegalia homogênea;
- e) Ecocardiograma: Dentro dos padrões da normalidade.

CONCLUSÃO

- Um grande processo infeccioso pode descompensar a Diabetes Mellitus, porém não da forma como ocorreu nesse paciente, previamente razoavelmente controlado com antidiabéticos orais.
- Outros achados de exame (atrofia testicular) levaram a suspeita de alguma patologia endócrina terciária ou secundária, o que poderia se acompanhar de deficiência de hormônios contrareguladores, mantendo assim o paciente um diabético não insulino dependente. Hipoteticamente podemos justificar que com a gravidade da infecção houve alteração dos mecanismos de contraregulação, o que levou a esta descompensação glicêmica tão acentuada e de difícil controle.
- Mais uma vez ficou claro que um paciente diabético pode ter múltiplas

comorbidades associadas e por isso deve ser visto e tratado como um todo.

- Importante lembrar da imunossupressão do Diabético, responsável por processos infecciosos tão intensos e graves.

3.6 PACIENTE 06

IDENTIFICAÇÃO
Paciente C.M.L.T, sexo feminino, 49 anos, prontuário 156070.
HDA
Paciente em pós-operatório de cirurgia para correção de hidronefrose unilateral induzida por fibrose retroperitoneal unilateral idiopática. Diabética há três anos, em uso de Metformina 850 mg/dia e Insulina NPH 10 Unidades subcutânea à noite. Trouxe exames colhidos há uma semana com hemoglobina glicada de 10%. Relatava também história de artralguas e cansaço progressivo há dois anos.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 130/80 mmHg e sentada 120/70 mmHg;</p> <p>b) Peso: 49kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corada, desidratado+/4, eupneica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos+, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias, Incisão cirúrgica em região mediana;</p> <p>f) Sem Edema de Membros inferiores;</p> <p>g) Tireóide não palpável.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinição intensiva e dieta para Diabetes Méllitus com 1500 calorias dividida em seis vezes. - Durante esquema de insulinição foi iniciada terapêutica com Prednisona 60 mg/dia, o que influenciou no controle glicêmico. - Paciente teve vários períodos de estresse o que também a levou à descompensação do quadro.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender que alguma medicação pode influenciar no controle glicêmico e o endocrinologista deve estar atento a essas modificações e interagir. - Mais uma vez aprender a ver o paciente como um todo, inclusive levando em consideração seu nível emocional.

3.7 PACIENTE 07

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.U.M.G, sexo feminino, 64 anos, prontuário 107496.
HISTÓRIA
Paciente com Diabetes Méllitus há 20 anos, já insulino – dependente, em uso de Insulina NPH e Regular pela manhã e à noite. Já com insuficiência renal crônica. Iniciou há sete dias com quadro de tosse seca, mal-estar geral e febre de 39 graus centígrados. Foi atendida por seu nefrologista, que solicitou hemograma, radiografia de tórax e de seios da face. Teve piora dos sintomas, sendo então internada. História também de Hipertensão Arterial Sistêmica em tratamento com inibidores do receptor de angiotensina.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentado 130/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 60kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorada +/4, desidratada+/4, eupneica, febril, anictérica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e estertores em terço médio e base esquerdos;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Giordano positivo bilateralmente;</p> <p>h) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta para Diabetes Méllitus com 1500 calorias seis vezes ao dia. - Conforme prescrição da nefrologia a dieta foi alterada para hiperproteica (1,5 g/kg/dia) sendo então de 50% Carboidratos, 30% de proteínas de alto valor biológico e 20% de lipídios. - Iniciada Insulina Glargina. - Na evolução observou-se necessidade de associar também insulina ultra-rápida.
CONCLUSÃO
- Aprendi que mesmo não tendo dados de literatura mostrando uso de insulina glargina em Diabetes Méllitus com Insuficiência Renal Crônica, seu uso é bem aceito e proporciona um bom controle da glicemia, mantendo-a em níveis mais estáveis.

3.8 PACIENTE 08

IDENTIFICAÇÃO
Paciente F.G.R, sexo feminino, 64 anos, prontuário 148823.
HDA
Paciente diabética de longa data, em uso de Metformina e Insulina NPH. Não sabia especificar as posologias, não aderente à dieta. Fazia exercício físico diário (corrida por 1 hora), há vinte dias suspendeu toda a medicação que fazia uso e cometeu vários excessos alimentares. Foi internada no Hospital de Caridade com tontura, fraqueza, mal-estar geral e impossibilidade de caminhar. Apresentava glicemias superiores a 600 mg/dL. Foi internada para controle da Diabetes Méllitus descompensada.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentada 130/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 55kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corada, desidratada+++/4, eupneica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Nódulo tireoideano de aproximadamente 1 cm de diâmetro, palpável e visível, móvel à deglutição, de consistência fibroelástica em lobo direito;</p> <p>e) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>f) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>g) Sem edema de Membros inferiores;</p> <p>h) Lesão infectada em região plantar e anterior de pé direito com pontos de flutuação.</p> <p>Exames complementares:</p> <p>a) TSH, T3L e T4L normais;</p> <p>b) Ultra-sonografia de tireóide mostrou cisto simples de 1cm de diâmetro.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus, dividida em seis vezes ao dia. - Paciente apresentava glicemias sempre superiores a 200 mg/dL, em todos os horários. - Com os ajustes constantes, conseguiu-se controle às custas de 56 Unidades de Insulina NPH pela manhã e 16 Unidades à noite. - Durante toda a internação apresentou-se resistente às tentativas de educação em Diabetes Méllitus.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender a importância do interesse do paciente em manter controle sobre suas glicemias e aprender sobre sua doença - A resistência do paciente em “aceitar o novo” dificulta e retarda muito o processo de controle.

3.9 PACIENTE 09

IDENTIFICAÇÃO
Paciente E.G.T, sexo feminino, 83 anos, prontuário 116062.
HDA
Paciente com Diabetes Méllitus há vinte anos, em uso de Metformina 850mg 2x ao dia e Daonil 5mg 2 vezes ao dia. Internou Por queixas de infecções urinárias de repetição, sem melhora com uso de Norfloxacino 400 mg 12/12 horas. História de Acidente Vascular Encefálico há quatro anos, ficando com várias seqüelas e restrita ao leito. Em tratamento para mal de Parkinson. Referia dor abdominal.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 120/60 mmHg e sentado 120/60 mmHg;</p> <p>b) Peso: 62kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorada +/4, desidratada+/4, eupneica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e doloroso À palpação difusa, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Giordano negativo;</p> <p>g) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciada dieta para Diabetes Méllitus com 1500 calorias seis vezes ao dia. - Mantido Daonil, porém com aumento de dose de 5mg antes do café, 5mg antes do almoço e 5 mg antes do jantar. - Como a paciente fez várias hipoglicemias, foi alterada medicação para Minidiab. - Não houve controle adequado das glicemias. - Reiniciado Daonil 5 mg antes do café e antes do jantar e associado Metformina 850 mg/dia. - Isolada Candida Kansei na urocultura e iniciada Macrofantina 100mg/dia conforme conduta da urologia. Ultra-sonografia de abdome evidenciou cálculo de 2mm, cuja conduta foi expectante. - Alta hospitalar com Daonil 5 mg 2x dia e Metformina 1 vez ao dia.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Nem todos os pacientes diabéticos necessitarão de insulinoterapia intensiva, desde que as monitorações de glicemia mostrem que o antidiabético oral é efetivo. - Enquanto não se resolve à patologia de base, infecção, fica difícil controlar adequadamente o diabetes.

3.10 PACIENTE 10

IDENTIFICAÇÃO
Paciente D.I.B.H, sexo feminino, 64 anos, prontuário 1559740.
HDA
Paciente sem história prévia de Diabetes Méllitus havia feito exames de rotina há seis meses e estavam normais. Iniciou com quadro de fraqueza, queda do estado geral e indisposição. Foi admitida no Hospital de Caridade com glicemia capilar de 700mg/DL.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentada 130/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 72 kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corada, desidratada+++/4, eupneica, afebril, anictérica, cetótica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 800 calorias, para Diabetes Méllitus, dividida em seis vezes ao dia. - Reidratação – formam infundidos 6 litros de SF 0,9%. - Paciente teve melhora do quadro geral. - Iniciada dieta com 1200 kcal. - A dose de insulina foi sendo reduzida gradativamente, à medida que as glicemias se normalizavam. - À medida que a paciente emagrecia o controle também tornava-se mais fácil. - Após melhora do quadro cetótico iniciou-se Minibiab 2cp às 7h45min, 11h45min e 17h45min, associada a Metformina 850 mg também em 3 horários. - Dois dias antes da alta conseguiu-se controle das glicemias apenas com medicações orais. - Teve alta para casa após dez dias de internação com as drogas orais acima citadas, sem necessidade de insulina e com dieta de 1200 kcal orientada pela nutricionista.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender que nem todo paciente que abre um quadro de Diabetes Méllitus com glicemias altas está necessariamente em falência pancreática total. Como pudemos observar no caso descrito acima, foi necessária insulina inicialmente e depois se pode controlar com drogas orais. Provavelmente essa paciente irá evoluir com quadro de falência total de células Beta pancreáticas, mas enquanto se puder adiar o uso de insulina e manter o paciente euglicêmico com drogas orais, isso deve ser feito.

3.11 PACIENTE 11

IDENTIFICAÇÃO
Paciente G.J.S, sexo masculino, 56 anos , prontuário 160230.
HDA
Paciente com história de dor lombar irradiada para Membros inferiores de forte intensidade, incapacitante, com melhora apenas após uso de drogas potentes (Tramadol 6/6 horas), de início há oito meses. Havia procurado vários profissionais, sem melhora. Por último foi diagnosticado como polineuropatia diabética em nível de vértebra lombar 3 e vértebra lombar 4, sendo conduzido por um neurologista ao nosso serviço de endocrinologia. Relatava também tontura constante que se intensificava ao levantar subitamente. Referia perda de seis quilos no período. Paciente sabia que era diabético há oito anos e tratava-se apenas com cardiologista. Não fazia controle glicêmico intensivo. Após nossa avaliação, foi observado que o paciente apresentava glicemias sempre superiores a 150 mg/DL, sendo que as pós - prandiais eram maiores. Foi solicitada internação para controle intensivo.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentada 85/60 mmHg;</p> <p>b) Peso: 70 kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corado, desidratado+/4, eupneico, afebril, anictérico;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas rítmicas e taquicardicas (Frequência cardíaca 102 batimentos por minuto), sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado controle de glicemias com Amaryl 2mg pela manhã, Metformina 850 mg três vezes ao dia e dieta com 2500 kcal e controle de glicemias, inicialmente pré-prandiais. - Houve pouca diminuição das glicemias. - Aumentou-se a dose do Amaryl para 2mg em duas vezes, sem resposta adequada. - Iniciado controle também de glicemias pós-prandiais, que estavam mais altas (em torno de 200 a 250mg/DL). - Iniciada terapêutica com Acarbose, sem melhora das glicemias pós-prandiais. - Optou-se por insulinização intensiva. - Após avaliada dose de insulina necessária, iniciado esquema com Insulina Glargina e Lispro após as refeições. - Houve bom controle glicêmico. - Diferente do que geralmente ocorre (aumentou a dor após o controle glicêmico), o paciente apresentou melhora das dores. - Eletrocardiograma mostrou taquicardia sinusal. Iniciada terapêutica com Atenolol 25 mg/dia. - Melhora das queixas de tontura, melhora dos níveis de Pressão Arterial (120/80

mmHg sentado e 110/70 mmHg em pé).

CONCLUSÃO

- Pude aprender sobre uma das complicações muito freqüentes do Diabetes Méllitus, a polineuropatia. Nesse paciente tanto periférica quanto em Sistema Nervoso Autônomo, levando aos quadros de taquicardia e hipotensão postural.
- Mesmo não tendo glicemias extremamente altas (hemoglobina glicada em 9%, como era o caso do paciente), as complicações aparecem.
- Aprendi a importância do controle intensivo das glicemias e que nem sempre se pode controlar com hipoglicemiantes orais. Muitas vezes é necessário iniciar insulina “precocemente”.

3.12 PACIENTE 12

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.V.M, sexo masculino, 77 anos, prontuário 163408.
HDA
Paciente com história prévia de Diabetes Méllitus há trinta anos, em uso de Metformina 850 mg 2x/dia e Glibenclamida 5 mg/dia, há um mês sem essa última medicação por quadros freqüentes de hipoglicemia. Foi atendido no Pronto Socorro do Hospital da Caridade com quadro de perda súbita de consciência, fui chamado pelo plantonista por se tratar de uma possível hipoglicemia. Ao atender o paciente na emergência, o mesmo encontrava-se desorientado no tempo e no espaço, com Glasgow quatro e Babinski bilateral. Uma hora depois, quando foi avaliado pelo neurologista, não apresentava alterações agudas de exame neurológico. Apresentou sinal da roda denteada em Membro Superior Direito e tremor fino de extremidades, o que sugeriu uma Síndrome Parkinsoniana. Foi internado para acompanhamento do quadro neurológico e controle da Diabetes Méllitus.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial deitado 180/90 mmHg;</p> <p>b) Peso: 50 kg;</p> <p>c) Regular Estado Geral, hipocorado +/4, desidratada+++/4, eupneico, afebril, anictérico;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, sem visceromegalias;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores;</p> <p>g) Neurológico: desorientado no tempo e espaço, sem paralisias, Babinski ausente.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus, dividida em seis vezes ao dia. - Reidratação intensa por Via Oral. - Paciente teve melhora do quadro geral. - No terceiro dia de internação apresentou episódio de dor pré-cordial atípica. Eletrocardiograma descartou alterações agudas, porém mostrou Bloqueio de 1º grau. - Ecocardiograma não mostrou presença de Trombos em cavidades cardíacas. - Paciente teve bom controle das glicemias e iniciou-se insulina 70/30 às 7h30min e 18h30min para planejar alta.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente com quadro de Diabetes Méllitus não tratado adequadamente que apresentou uma complicação devido à doença crônica, um Ataque isquêmico Transitório, que se traduz em uma doença cerebrovascular. - Durante internação houve bom controle das glicemias com o esquema proposto.

Optou-se por tratamento em longo prazo com insulina devido à falência do tratamento já sendo feito pelo paciente e à impossibilidade financeira de iniciar com drogas orais mais caras.

3.13 PACIENTE 13

IDENTIFICAÇÃO
Paciente R.F.R, sexo feminino, 66 anos, prontuário 109824.
HDA
Paciente sem história prévia de Diabetes Méllitus, seqüela de Acidente Vascular Encefálico há dois anos, sendo desde então restrita ao leito, com hemiplegia direita e afasia motora. Foi internada no Hospital de Caridade, por quadro de coma hiperosmolar não cetótico associado à broncopneumonia e possível Acidente Vascular Encefálico. Após melhora das glicemias e estabilização do quadro foi transferida para enfermaria. Onde então foi pedido que acompanhássemos a paciente. Além da endocrinologia, a paciente foi assistida pela neurologia e infectologia. Paciente permanecia inconsciente, variando glicemias entre 150 e 250 mg/DL antes de iniciarmos nossa terapêutica, com dieta por gastrostomia e traqueostomia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: deitada 130/80 mmHg;</p> <p>b) Regular estado geral, hipocorada+/4, desidratada+/4, eupneica, afebril, anictérica, cetótica;</p> <p>c) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e estertores difusos à direita;</p> <p>d) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>e) Edema de Membros inferiores +/4;</p> <p>f) Neurológico; Glasgow 3, paralisia de Membros inferiores e Membros superiores, respirando espontaneamente com traqueostomia.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus, via sonda de gastrostomia 60 mL/hora. - Paciente apresentou dois episódios de hipoglicemia em virtude da suspensão não programada da dieta enteral.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude acompanhar uma paciente com complicações do Diabetes Méllitus, apresentando seqüela de doença cerebrovascular. Durante acompanhamento, a paciente respondeu bem às doses de insulina, concomitantemente à melhora do quadro pulmonar. Isso nos leva a crer que o Diabetes Méllitus provavelmente se descompensou devido a broncoinfecção. - Dessa forma o paciente com Diabetes Méllitus que descompensa, deve ser sempre investigado, para saber a causa da descompensação.

3.14 PACIENTE 14

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.J.A.O, sexo feminino, 70 anos, prontuário 160230.
HDA
Paciente com Asma crônica, corticóide dependente (60 mg Prednisona/dia) e com Diabetes Méllitus prévio, em uso de Metformina 850 mg 3x/dia em casa. Foi internada pela pneumologia para tratamento de broncoinfecção e tentativa de retirada do corticóide. Solicitado acompanhamento da endocrinologia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 120/80 mmHg e sentada 110/60 mmHg;</p> <p>b) Peso: 48 kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corada, desidratada+/4, taquidispneica (Frequência respiratória 30 movimentos respiratórios por minuto, em uso de O2 3L/minuto contínuo), afebril, anictérica, fáscties cushingóide;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sibilos esparsos e estertores difusos;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Edema de Membros inferiores ++/4.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciada insulinização intensiva e dieta com 1500 kcal/dia. - Durante a evolução a pneumologia reduziu Prednisona para 20 mg/dia o que refletiu em melhor controle das glicemias.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender sobre o efeito colateral de uma medicação muito importante e por vezes usada sem critério, não no caso acima citado, que pode prejudicar, e muito, o controle da Diabetes Méllitus. - A descompensação de Diabetes Méllitus se deveu em partes pelo uso do corticóide, haja vista que sua retirada levou ao melhor controle glicêmico.

3.15 PACIENTE 15

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.A.M, sexo feminino, 54 anos, prontuário 162980.
HDA
Paciente com Síndrome Plurimetabólica (Diabetes Méllitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia e Obesidade mórbida), internada para redução de peso e controle de glicemias e Hipertensão Arterial Sistêmica. Em casa não fazia dieta restritiva e usava Metformina 850 mg 2x/dia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentada 110/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 118 kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corada, desidratada+/4, eupneica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, limitação à palpação devido à obesidade;</p> <p>f) Sem edema de Membros inferiores.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 800 calorias, para Diabetes Méllitus e Hipertensão Arterial Sistêmica dividida em seis vezes ao dia. - Reidratação – 2500 mL Via oral/dia. - Houve perda de peso inicial e à medida que as glicemias se controlavam e era utilizado insulina, o controle de peso se tornou mais difícil. - Durante a internação foi detectada dislipidemia (Triglicerídeos, LDL e Colesterol Total aumentados com HDL diminuído). - Também foi detectado hipotireoidismo, sendo então iniciada reposição hormonal tireoidiana na dose de 25 mcg/dia. - Iniciamos então dieta VDLC (dieta de muito baixa caloria – 400 kcal/dia) associada à reposição oral de potássio, complexos vitamínicos (já iniciados anteriormente) e controle estrito de potássio sérico, uricemia e lipidograma. - Paciente teve boa aceitação da dieta e à medida que se reduziu o peso, foi sendo feita à retirada de insulina bem como a redução de doses do anti-hipertensivo.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender que numa Síndrome Plurimetabólica, o principal fator a ser tratado é a causa básica, ou seja, a obesidade. Tratando-se esse fator todos os outros parâmetros vão se corrigindo naturalmente. - Pude aprender o manejo de uma dieta VDLC, onde se deve ter em mente sempre as complicações que podemos estar causando e tratá-las precocemente para que o tratamento não seja lesivo ao paciente.

3.16 PACIENTE 16

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.S, sexo masculino, 67 anos, prontuário 162523.
HDA
Paciente com história de hepatomegalia, internado na hematologia para investigação. História de Diabetes Méllitus há quinze anos, em uso de Daonil 5 mg 2X/dia. Iniciada dieta de 1500 cal, Metformina 850 mg 3X/dia e Daonil 5 mg/dia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 120/80 mmHg e sentada 120/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 60kg;</p> <p>c) Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, afebril, anictérico;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, hepatomegalia de 4 cm abaixo do Rebordo costal direito, sem nodulações palpáveis;</p> <p>f) Sem edema de Membro inferior.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciada dieta de 1500 cal, Metformina 850 mg 3X/dia e Daonil 5 mg 2X/dia. - Com a evolução reduzimos a dose de Daonil gradativamente, de forma que demos alta com Metformina 850 mg 2X/dia. - Quanto a hepatomegalia forma excluídas causas infecciosas e neoplásicas e a hematologia preferiu continuar avaliação ambulatorialmente.
CONCLUSÃO
- Pude aprender que fazendo uma dieta adequada é possível conseguir o bom controle do DM, muitas vezes com monoterapia.

3.17 PACIENTE 17

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.N.A, sexo feminino, 29 anos, prontuário 163473.
HDA
Paciente com Diabetes Méllitus tipo um desde os sete anos de idade, há um ano sem acompanhamento com endocrinologista e há seis meses sem aferir glicemias. Estava em uso de Insulina N 20 Unidades pela manhã e R às 7h30min, 11h30min e 17h30min. Veio ao Pronto Socorro por náuseas, vômitos, fraqueza e mal-estar. Glicemia no PS foi superior a 800 mg/dL Internada então para controle pela endocrinologia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 180/90 mmHg e sentada 130/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 72kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorada+/4, desidratada+++/4, eupneica, afebril, anictérica;</p> <p>d) Nódulo tireoideano de aproximadamente 1 cm de diâmetro, palpável e visível, móvel à deglutição, de consistência fibroelástica em lobo direito;</p> <p>e) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>g) Edema de Membros inferiores ++/4.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1200 calorias, para Diabetes Méllitus e Hipertensão Arterial Sistêmica dividida em seis vezes ao dia. - Iniciados Lasix 40 mg 2X dia; Metildopa 250 mg 3X dia e Captopril 25 mg 4x dia. - Exames iniciais mostraram Creatinina de 4,43; Uréia de 54; Hematócrito de 29%; Natremia de 123 meq/L e Calemia de 4,8. - Solicitada avaliação da nefrologia que sugeriu planejamento de fístula arterio-venosa para iniciar diálise e posteriormente transplante duplo (rim + pâncreas). - Paciente permaneceu internada até controle de glicemias e da Pressão Arterial.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pude aprender que o paciente diabético não pode ficar sem acompanhamento médico. Uma interrupção de um ano já resultou em todas essas complicações que poderiam ter sido freadas com um tratamento adequado. - Mesmo um paciente bem educado em diabetes, como era o caso dessa paciente, que sabia manejar muito bem sua doença, precisa ser acompanhada. Por um motivo qualquer ela resolveu não procurar auxílio de um profissional, “achando que poderia controlar sua doença sozinha”, o que resultou inúmeras complicações.

3.18 PACIENTE 18

IDENTIFICAÇÃO
Paciente R.A.S, sexo feminino, 85 anos, prontuário 167559.
HDA
Paciente com Diabetes Méllitus tipo dois, em uso de Metformina 500 mg uma vez ao dia, sendo que nos últimos meses com crises hipertensivas, dor em Membros inferiores. Apresenta Síndrome Plurimetabólica, relata ter usado medicação para Hipertensão Arterial Sistêmica, refere cansaço ao deambular pequenas distâncias.
EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> a) Pressão Arterial em pé 160x100 mmHg e sentada 150x100 mmHg; b) Peso: 51kg; c) Regular estado geral, corada, hidratada, eupnéica, afebril, anictérica; d) Apresenta abdome globoso, leve dor a palpação; e) Cardiopulmonar: presença de crepitação em pulmão direito basal, Ausculta cardíaca com ritmo regular 2 tempos sem sopros; f) Apresenta edema em joelho direito, o qual há oito meses realizou cirurgia para prótese; g) Com hipertermia e hiperemia.
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva mais dieta 1200 kcal para Diabetes Méllitus e Hipertensão Arterial Sistêmica dividida em seis vezes ao dia. - Iniciado Aldactone, Vioxx. - Solicitada avaliação cardiológica, pneumológica e traumatológica. - Solicitada exames para diagnóstico diferencial de hiperaldosteronismo primário.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Percebi da dificuldade diagnóstica em paciente que a família super protege, não seguindo orientações médicas. - Percebi como realizar diagnóstico diferencial de hiperaldosteronismo e como adotar conduta em paciente e família que se negam a seguir orientações do tratamento.

3.19 PACIENTE 19

IDENTIFICAÇÃO
Paciente R.A.S, sexo feminino, 85 anos, prontuário 1978580.
HDA
Paciente procurou consultório com queixas de fraqueza e apresentando aumento discreto de glicemias pós-prandiais (em torno de 160 mg/dL); referia também sudorese. Apresentava acúmulo de gordura abdominal e percentagem de gordura de 50%. História de acompanhamento multidisciplinar com diagnósticos de: aterosclerose de carótidas, dupla lesão mitral sem muitas repercussões hemodinâmicas, Hipertensão Arterial Sistêmica, cisto renal à direita, microlesões isquêmicas cerebrais difusas, com suspeita inicial de hiperaldosteronismo.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial em pé 120/80mmHg e sentado 110/70 mmHg; b) Peso: 56kg; c) Bom estado geral, lúcido-orientado-conciênte, corada, hidratada, eupneica, afebril; d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios; e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias.
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado controle de glicemias pré e pós-prandiais. Confirmou-se o Diabetes Mellitus. Apresentava Hemoglobina glicada de 7%. Iniciou-se Metformina com estabilização da glicemia com doses de 500 mg 2x dia. - Apresentava potássio sérico sempre nos limites inferiores. Suspendeu-se hidroclorotiazida e houve melhora da hipocalcemia. - Iniciado Aldactone 25 mg/dia. - Solicitados exames para avaliação de hiperaldosteronismo (que foram normais) e dosagem de IGF-1 que evidenciou déficit de hormônio do crescimento. - Foi avaliada pela cardiologia, pneumologia, urologia e neurologia em virtude das patologias prévias. Não houve nada de relevante. - Alta com melhora dos sintomas e início de reposição de Hormônio do Crescimento. Apresentou melhora do quadro.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Hipocalcemia pode levar a discretos níveis de aumento da glicemia devido à deficiência de liberação de Insulina pela falta de potássio na bomba da ilhota. - Paciente com grande porcentagem de gordura corporal deve ser investigado para deficiência de hormônio do crescimento.

3.20 PACIENTE 20

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.C., sexo masculino, 67 anos, prontuário2016644.
HDA
Paciente etilista crônico e diabético devido a pancreatite crônica, internou para investigação de diminuição do nível do sensório. Apresentava-se descompensado da Diabetes Méllitus, confuso quanto à internação e sem apoio familiar e com história de hiperplasia prostática e aneurisma abdominal.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 120/70mmHg e sentado 120/70 mmHg;</p> <p>b) Peso: 52kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorado+/4, desidratado 8%,eupneico, afebril, emagrecido (desnutrição);</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado dieta de 1800 kcal e insulinação intensiva. - Apresentou durante a internação Toxicidade a Glicose, vencida através da insulinação em Múltiplas Doses de Insulina, o mesmo apresentou em alguns horários períodos de hipoglicemia, com Efeito Somogyi a seguir, em dois dias seguidos também apresentou o Fenômeno da Madrugada. - Melhorou gradativamente o nível de sensório após controle glicêmico. Foram investigadas as hepatopatias mas nenhuma foi responsável pelo quadro neurológico. - Houve melhora das glicemias e alta com esquema de insulina 70/30.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - É comum encontrar alteração de sensório por descompensação do Diabetes Méllitus. Muitas vezes a melhora glicêmica ocorre antes da melhora neurológica. - Conseguido identificar o que é Efeito Somogyi, como acontece e como manusear a causa. - Também identificado Fenômeno da Madrugada, como se apresenta e como tomar a conduta nesta situação. - Paciente com Diabetes Méllitus devido a pancreatite crônica raramente responde bem a droga oral. - Obteve alta hospitalar com insulinação: Insulina Novolim N pela manhã e à noite, e R 3 vezes ao dia.

3.21 PACIENTE 21

IDENTIFICAÇÃO
Paciente B.R., sexo masculino 70 anos, prontuário 2013624.
HDA
Paciente internou com quadro de Acidente Vascular Encefálico (isquêmico). Neurologia solicitou avaliação da endocrinologia para controle glicêmico. História de prostatismo, hipertensão arterial sistêmica, nefropatia diabética, bexiga neurogênica, é tabagista (40 cigarros dia), em uso domiciliar de Daonil 5 mg/dia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 130/80 mmHg e sentado 120/80 mmHg;</p> <p>b) Peso: 46kg;</p> <p>c) Bom estado geral, hipocorado +/4, desidratado 10%, eupneico, afebril, emagrecido;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sopro sistólico ++/6 em foco aórtico e sem irradiação, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Abdome: Ruídos Hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias;</p> <p>f) Hemiparesia à esquerda.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus dividida em seis vezes ao dia. - Apresentou, durante a internação, Efeito Somogyi, Fenômeno da Madrugada e Toxicidade a Glicose. - Foi avaliado pela urologia e iniciado tratamento para hiperplasia prostática benigna. - Houve melhora discreta das glicemias e alta endocrinológica com esquema de insulina 70/30. - Paciente recuperou peso, tendo alta com 50kg.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente com Diabetes Méllitus descompensado fica muito depletado e emagrecido. Controle glicêmico faz recuperar o peso. - Percebido que as intercorrências em pacientes com patologias neurológicas associadas nos trazem uma maior dificuldade de conduta, visto que este paciente transgredia a dieta para menos em várias oportunidades e não tendo um cuidador, o paciente diabético pode vir a sofrer conseqüências do mau manuseio das medicações para sua saúde.

3.22 PACIENTE 22

IDENTIFICAÇÃO
Paciente R.S.R, sexo feminino, 76 anos, prontuário 2004972.
HDA
Paciente comatosa, Diabetes Méllitus de longa evolução, hipertensa, internada por distúrbio hidroelétrico, descompensação do Diabetes Méllitus e desidratação. Acamada, restrita ao leito, com inúmeras escaras de decúbito, alimentação via gastrostomia, e sonda vesical de demora Diabetes Méllitus de difícil controle.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial deitada 150/90mmHg;</p> <p>b) Mau estado geral, comatosa, hipocorada+/4, desidratada ++/4, dispnéica, afebril, emagrecida;</p> <p>c) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas nomo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral, roncos e estertores difusos;</p> <p>d) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido, sem visceromegalias.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus continua, via Sonda nasoenteral, conforme prescrição da nutrologia. - Apresentou glicemia altas (em torno de 500 mg/dL) e de difícil controle, mesmo com uso de Insulina Regular Endovenosa. - Alta com esquema de Insulina NPH as 7:45 e 17:45 associada à Insulina R conforme glicemias.
CONCLUSÃO
- Num paciente com um prognóstico sombrio como era o caso, deve-se adequar um esquema mais cômodo, visando prevenir descompensações glicemicas importantes.

3.23 PACIENTE 23

IDENTIFICAÇÃO
Paciente S.F.S., sexo masculino, 50 anos, prontuário 2021685.
HDA
Paciente internou por fraqueza generalizada, mal-estar geral, perda de peso, poliúria, polidipsia e desidratação (4%). História de Diabetes Méllitus há cinco anos, primeira glicemia superior a 400mg/DL, fazia uso de antidiabético oral. Relatou cirurgia de “retirada de pâncreas” há seis anos. Também relata hipertensão arterial sistêmica em uso de Inibidores Angiotensina.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial em pé 140/80 mmHg e sentado 120/70 mmHg;</p> <p>b) Peso: 68 kg;</p> <p>c) Regular estado geral, hipocorado +/-4, desidratado, eupneico, afebril, Síndrome Metabólica;</p> <p>d) Cardiopulmonar: Bulhas cardíacas normo-fonéticas, sem sopros, Murmúrio Vesicular +, simétrico, bilateral e sem Ruídos Adventícios;</p> <p>e) Nódulo tireoideo palpável em lobo esquerdo;</p> <p>f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, flácido e indolor à palpação, globoso, sem visceromegalias.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva e dieta de 1500 calorias, para Diabetes Méllitus e Hipertensão Arterial Sistêmica dividida em seis vezes ao dia. - Após hidratação e tratamento da Toxicidade a Glicose, tentou-se substituir gradativamente a insulina para drogas orais, mas não houve resposta. - O paciente estava usando em média 60 Unidades de Insulina Regular que estava prescrita de acordo com as glicemias. - Solicitado peptídeo C para confirmar que o caso era de Diabetes Méllitus insulino-dependente.
CONCLUSÃO
- O diagnóstico definitivo ficou entre Diabetes Méllitus 1 e ½ e Diabetes Méllitus insulino-dependente pós pancectomia. Aguarda peptídeo C para definir. Alta com esquema de Insulina N duas vezes ao dia.

3.24 PACIENTE 24

IDENTIFICAÇÃO
Paciente I.B., sexo feminino, 50 anos, prontuário 1978462.
HDA
Paciente admitida em enfermaria pela oncologia, em quimioterapia e radioterapia devido a Câncer de Mama Metastático (pulmonar-encefálico), com solicitação da oncologia para ajuste das glicemias descompensadas (500-600 mg/DL). Paciente até então não era diabética, mas em uso há noventa dias de dosagens altas de glicocorticóides; também apresenta hipertensão arterial severa.
EXAME FÍSICO
<ul style="list-style-type: none"> a) Pressão Arterial sentada 160X100 mmHg e deitada 160X 90 mmHg (paciente não consegue ficar em pé); b) Peso aproximado: 90 kg, edema generalizado (anasarca); c) Mau estado geral, lúcido-orientado-conciênte, mucosas pálidas e desidratadas; d) Cardiopulmonar: ritmo regular 2 tempos com sopro sistólico 2+/4, sibilância, bolhosos, taquipneica (Oxigênio -3l/min); e) Cianose perioral e de extremidades; f) Faciotomia em punhos; g) Mastectomizada bilateral.
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado insulinização intensiva, com esquema Múltiplas Doses de Insulina, onde paciente em três dias diminuiu os valores glicêmicos à média de 200 mg/DL. - Esta paciente apresentou toxicidade à glicose, fenômeno da madrugada, estresse, todos promovendo uma maior dificuldade de compensar a glicemia. - Introduzido Captopril, Furosemida. - Devido a grande dosagem de glicocorticoide, fazia picos de glicemia de até 300 mg/DL em horários do pico de ação do corticoide. - Ficou posteriormente com esquema de Insulinoterapia N + R.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes debilitados em fase final de vida, bem como em uso de medicações que proporcionem descompensação diabética, é necessário pensar na qualidade de vida e na opção de não promover maior estresse físico e emocional ao paciente, promovendo um controle glicêmico mediano afim de não trazer tanto prejuízo em sua fase final. - Nesta paciente aprendi como funciona o mecanismo de ação do glicocorticoide no diabetes e bem como a ação do estresse mental e físico no controle glicêmico.

3.25 PACIENTE 25

IDENTIFICAÇÃO
Paciente D.F., sexo feminino 86 anos, prontuário 1988488.
HDA
Paciente diabética há seis anos, em uso de hipoglicemiante oral, com história de Síndrome Metabólica, já tratou no passado e desistiu do mesmo, não segue uma orientação alimentar desejada a um diabético ou com Síndrome Metabólica; também apresenta patologia tireoidiana (Bócio Multinodular Tóxico), Gota, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cisto Pielocalicial Renal Direito, apresenta história de Infarto Agudo do Miocárdio, Arritmia Cardíaca e Pangastrite.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial sentada 140X100 mmHg e em pé 130X100 mg;</p> <p>b) Peso 74 kg;</p> <p>c) Regular estado geral, lúcida-orientada-conciênte, Mucosas úmidas e coradas, abdome globoso (108 cm), sem visceromegalias (palpação hepática com nodulações);</p> <p>d) Cardiopulmonar – ritmo regular 2 tempos sem sopros, freqüência cardíaca 84 batimentos por minuto, Murmúrio Vesicular +, sem estertores adventícios;</p> <p>e) Edema de 2+/6 em Membros inferiores, com formação de cacifos, presença de varizes de grande monta;</p> <p>f) Glicemia de internação 326 mg/DL.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado esquema de insulinização intensiva, com 1200kcal/dia, hipossódica seis X/dia. - Paciente deambulando 10 minutos seis X/dia. - Foi vencida Toxicidade a Glicose, em dois dias, com esquema Múltiplas Doses de Insulina, após, inicializado Insulina N associada a hipoglicemiante oral. - Paciente neste intercurso teve hipoglicemias com Efeito Somogyi sucessivo, também apresentou Fenômeno da Madrugada. - Recebeu orientação nutricional. - Obteve alta com dieta de 1200 Kcal/dia, e Insulina N duas vezes ao dia, associada a hipoglicemiante oral.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Neste caso notamos a importância de uma orientação alimentar adequada, bem como a deambulação diária. - Nota-se a importância de um acompanhante aos pacientes diabéticos, pois são muitas informações e que às vezes não são compreendidas pelo paciente. - Aprendi o manejo no idoso da toxicidade à glicose, hiperglicemias, pois nestes a sensibilidade por vezes não são bem evidentes, podendo ocasionar risco a vida.

3.26 PACIENTE 26

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.M, sexo feminino, 70 anos, prontuário 1984276.
HDA
Paciente com descompensação diabética, histórico evolutivo de mais de um mês, sabe que é diabética há sete anos, é hipertensa em uso de hipoglicemiante oral e anti-hipertensivo. Não segue nenhuma orientação alimentar.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial sentada 160x110 mmHg, deitada 160x110 mmHg; b) Peso: 58kg Altura: 1.54metros; c) Regular estado geral, lúcida-orientado-conciênte, mucosas coradas e ressecadas (desidratação de 1º grau); d) Apresenta acúmulo de gordura abdominal; e) Cardiopulmonar: Ausculta cardíaca-ritmo regular 2 tempos sem sopros, Ausculta respiratória murmúrio vesicular +, simétrico sem estertores, frequência cardíaca 92 batimentos por minuto, frequência respiratória 16 movimentos respiratórios por minuto; f) Edema +/4 em Membros inferiores; g) Tireóide palpável.
EVOLUÇÃO
- Iniciado com orientação alimentar, 1.200 Kcal/dia para Diabetes Méllitus + hipossódica. - Insulinização intensiva. - Vencido a Toxicidade à Glicose em cinco dias. - Com períodos de hipoglicemia. - Efeito Somogyi, Fenômeno da Madrugada; posteriormente introduzido hipoglicemiante oral. - Realizado orientação quanto às complicações do diabetes ao acompanhante. - Obteve alta com hipoglicemiante oral.
CONCLUSÃO
- Síndrome Metabólica pode levar a Diabetes Méllitus descompensada, também como uma má orientação alimentar. - A prendi neste paciente a introdução de hipoglicemiante oral após insulinização.

3.27 PACIENTE 27

IDENTIFICAÇÃO
Paciente P.N, sexo masculino, 55 anos, prontuário 2073160.
HDA
Paciente admitido provindo do Pronto Socorro, com quadro de glicemia em 536 mg/DL, evolutivo de um mês, Hemoglobina Glicada 12,2%, diz não saber que é diabético, relata história de esquizofrenia em tratamento, hipertensão compensada, etilismo no passado e emagrecimento de cinco quilos em um mês.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial sentado: 150x100mmHg, deitado:150x90mmHg, em pé:150x100 mmHg;</p> <p>b) Peso: 54kg; altura: 1.60metros;</p> <p>c) Regular estado geral, lúcido-orientado-conciênte, desidratado 10%, taquicárdico (frequência cardíaca: 110 batimentos por minuto), teve taquipnéia (frequência respiratória: 18 movimentos respiratórios por minuto), presença de leve hálito cetótico;</p> <p>d) Abdômen flácido, ruídos hidroaéreos +, sem presença de visceromegalia.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Introduzido hidratação com reposição hidroeletrólítica, com insulinização endovenosa e intra-muscular de hora/hora até sair do vinco de cetose, com posterior subcutânea; paciente levou seis horas até diminuir o valor de 200 mg/DL de glicemia. - Teve cefaléia, pico hipertérmico durante estas horas, contornados com medicação. - Concluiu com diagnóstico de Diabetes Insulino – dependente, onde usou acima de 40 unidades de Insulina dia. - Obteve alta com Insulina N + R.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Caso interessante onde aprendi como intervir em um paciente com glicemia elevada que chega ao Pronto Socorro, não permitindo evolução ao coma. - Percebida rápida evolução à insuficiência pancreática.

3.28 PACIENTE 28

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.S., sexo masculino, 79 anos, prontuário 20768993.
HDA
Paciente com Diabetes Méllitus há mais de dez anos com quadro de intensa dor em Membros inferiores, úlcera nos mesmos não infectadas, hipertensão, e que nos últimos meses a Diabetes Méllitus descompensou, fazendo glicemias em torno de 300 mg/DL, mesmo em uso de Insulina N.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial sentado: 140x100 mmHg; deitado:140x90 mmHg;</p> <p>b) Bom estado geral, lúcido-orientado-conciênte, com acúmulo de gordura abdominal;</p> <p>c) Pulsos periféricos ausentes;</p> <p>d) Pele seca e quebradiça em extremidade de Membros inferiores, com presença de pequena ulceração em membro esquerdo;</p> <p>e) Abdômen: ruídos hidroaéreos +.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciado insulino terapia intensiva +, dieta para Diabetes Méllitus + hipossódica com 1.200 Kcal/dia. - Evoluiu satisfatoriamente, com melhora da Diabetes Méllitus em sete dias, após três dias de glicemia abaixo de 180 mg/DL.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendi com este paciente, como a neuropatia devido a Diabetes Méllitus atinge o paciente limitando-o e ocasionando má qualidade de vida. - Com uso de orientação alimentar, juntamente com esquema medicamentoso, proporciona ao paciente melhor qualidade de vida.

3.29 PACIENTE 29

IDENTIFICAÇÃO
Paciente L.A., sexo feminino, 49 anos, prontuário 2049968.
HDA
Paciente com insuficiência renal crônica, em diálise três vezes na semana, diabética tipo I, desnutrida, hipertensa, deprimida devido ao quadro que se encontra, sendo patologia de base Diabetes Méllitus diagnosticado há doze anos e sem cuidados, há três anos evoluiu para diálise.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial sentada:130x90 mmhg deitada:130x90mmHg;</p> <p>b) Peso: 40kg; altura: 1.58metros;</p> <p>c) Regular estado geral, lúcida-orientada-conciênte, mucosas úmidas e pálidas;</p> <p>d) Cardiopulmonar – Ausculta cardíaca: ritmo regular 2 tempos sem sopros, frequência respiratória: Murmúrio Vesicular + com criptação em base direita;</p> <p>e) Desnutrida.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente com picos hiperglicêmicos e hipoglicêmicos, em uso de Insulina Glargina + R+ Humalog. - Paciente de difícil controle, visto que não tem uma dieta, pois está inapetente, não se alimenta adequadamente, e também é deprimida. - Com intercorrência de pneumonia, que promove descompensação glicêmica.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Aprendi o manejo de paciente com Insuficiência Renal Crônica, sendo como causa doença de base Diabetes Méllitus. - Aprendi que o estado de desnutrição, infeccioso e depressivo também promovem, transtornos glicêmicos; e dessa forma aprendi como tomar a conduta mais coerente.

3.30 PACIENTE 30

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente: D.O, sexo masculino, prontuário 165283, internou dia 10/01/05, via emergência - na ala Nossa Senhora da Saúde. Nascido em 24/12/1937 – 70 anos</p>
HDA
<p>Paciente com Diabetes Méllitus descompensado (glicose em 574 mg/dl), com dor intensa em membros inferiores, edema local e ulceração maleolar medial há três meses. Refere dispnéia moderada, tosse e piora do quadro há cinco dias, diz ser usuário de insulina (100unidades N dia e R conforme esquema) e hipoglicemiante oral (Metformina 850 mg, três vezes ao dia + Glibenclamida 5 mg, três vezes ao dia) e medicamentos para cardiopatia.</p> <p>Paciente apresenta inúmeras internações em dois anos, sempre pelo quadro de descompensação diabética e cardíaca; o mesmo indica que não segue um padrão alimentar correto, sem o uso de medicações corretamente, sendo que nega ser Diabetes Méllitus e cardiopata, não faz exercícios físicos nem tem cuidados próprios de higiene pessoal.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 160X100 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com extrassístoles e bulhas hipofonéticas - Freqüência Cardíaca: 86 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular rude com bolhosos finos e roncos - Freqüência Respiratória: 18 movimentos respiratórios por minuto; d) ABDOME: globoso, Ruídos hidroaéreos audíveis, hipertimpânico, ausculta de artéria aorta abdominal sem sopros; e) Ausculta de artéria femoral sem sopros, e de artéria carótida esquerda com sopro ++; f) Membros inferiores: edema 3+/4, com hiperemia em maléolo direito e pequena ulceração médio-maleolar esquerda; g) Teste de sensibilidade em Membros inferiores: sem sensibilidade até terço perna bilateral.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitados exames de rotina: Hemograma, Hemoglobina glicada, Creatinina, CLEARENCE, Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicerídeos, Sódio, Potássio, URÉIA, Parcial de urina, CULTURA, Antibiograma, Radiografia de TÓRAX, Eletrocardiograma, PEPTÍDEO C. - Solicitada avaliação da cirurgia vascular, cardiologia e pneumologia. - Iniciado Insulinoterapia com N - 34 unidades + R 17 unidades às 7h30min, associado à esquema de R conforme glicemias. - Dieta hipossódica para Diabetes méllitus com 800 kcal/dia. - Cirurgia Vascular iniciou antibióticoterapia (Claritromicina), associou a debridamento de úlcera. - Cardiologia solicitou Eletrocardiograma e Ecocardiograma - suspeita de

insuficiência coronariana - comprovado posteriormente fibrilação atrial e paciente submetido à cardioversão química, sem sucesso e posteriormente cardioversão elétrica, com sucesso.

- Pneumologia avalia e refere edema pulmonar com derrame pleural em bases: Glicemias que permanecem instáveis, iniciado o uso de Insulina 70/30 - 56 unidades às 7h45min, associado Glucobay 100mg às 7h45min e 11h45min e 50mg às 17h45min, mantida Metformina agora de 500mg às 8h e 18h e ½ às 12 horas.
- Prescrito Supradyn drágeas + Luftal + Slow K.

CONCLUSÃO

- Neste paciente foi possível detectar várias patologias associadas ao Diabetes Méllitus, bem como outras que em associação com diabetes, proporcionam um quadro mais delicado, também foi possível visualizar que pacientes com maus cuidados com suas patologias crônicas tendem a ter internações recorrentes e tendência à piora do quadro clínico gradativamente.
- Patologias estudadas neste paciente, bem como alterações encontradas:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Insuficiência Cardíaca;
 - c) Fibrilação atrial;
 - d) Neuropatia diabética;
 - e) Síndrome Metabólica;
 - f) Pé Diabético;
 - g) Edema pulmonar;
 - h) Efeito SOMOGYI;
 - i) Fenômeno do Alvorecer;
 - j) Toxicidade a Glicose;
 - l) Resistência ao tratamento.

3.31 PACIENTE 31

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.S, sexo masculino, prontuário 6620004, internou dia 10/01/05, via internação eletiva para quimioterapia, na ala Coração de Jesus. Nascido em 12/07/1935 - 69 anos
HDA
Paciente com neoplasia pulmonar, em tratamento clínico com pneumologista e oncologista, está fazendo radioterapia e quimioterapia; e em uso de corticóide desde então (Dexametasona 16 g/dia). Sendo que nesta internação iniciou com quadro de aumento glicêmico, tendo em média 400mg/dl. Paciente com dificuldade de comunicar-se, ex-fumante, ex-militar, por vezes com delírios, familiares tensos.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140X100 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos sem sopros - Frequência Cardíaca: 90 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular rude, roncos, bolhosos, crepitação - Frequência Respiratória: 20 movimentos respiratórios por minuto; d) Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos presentes; e) Edema generalizado 2+/4; f) Não consegue ficar em pé, sentado com vertigens, apresenta-se cianótico centralmente e com cateter de Oxigênio.
EVOLUÇÃO
- Solicitados exames: Hemoglobina glicada, Creatinina, clareance de creatinina, Colesterol Total, Triglicérides, LDL, HDL, Parcial de Urina, Eletrocardiograma, Radiografia de tórax. - Iniciado insulinização com N – 8 unidades às 21h30min e R conforme glicemias às 7h45min, 11h45min, 17h45min, 21 horas. - Na evolução paciente em piora do quadro, com dispnéia intensa, quadro glicêmico estabilizado em média de 200 mg/dl. - Paciente foi a óbito, devido a complicações de doença de base.
CONCLUSÃO
- Podemos perceber com esse paciente que o uso de corticóide pode vir a descompensar a Diabetes Mellitus, mesmo promover em um paciente até então sem a patologia, também notei a angustia do paciente e família com um quadro terminal por neoplasia. - Neste caso aprendi que em pacientes com esse perfil não devemos promover glicemias em valores mais inferiores, para fim de proteger o mesmo de efeitos desconfortáveis e não seguros de hipoglicemia, bem como devemos proporcionar uma melhor qualidade de vida final do paciente com o mínimo de sofrimento possível.

- Estudamos com esse paciente as seguintes patologias:
- a) Neoplasia Pulmonar (Carcinomas de pequenas células);
 - b) Metástases neoplásicas cerebrais;
 - c) Diabetes Méllitus (devido à corticóide);
 - d) Efeito SOMOGYI;
 - e) Fenômeno da Madrugada;
 - f) Resistência Insulínica;
 - g) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - h) Anasarca.

3.32 PACIENTE 32

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente A.S, sexo masculino, prontuário 300900, internou via emergência na ala Irmão Joaquim, no dia 24/01/05. Nascido em 30/06/51- 53 anos.</p>
HDA
<p>Paciente internou com insuficiência arterial aguda em membro inferior esquerdo, para cirurgia vascular, com membro frio, sem pulsos, membro cianótico, com dores locais. Refere ser cardiopata, tabagista de longa data, etilista, sedentário e diabético; em uso de Metformina 500mg – duas vezes ao dia. Não faz acompanhamento médico há vários meses, e subitamente iniciou a ter muita dor em membro inferior esquerdo.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 130X90 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros - Frequência Cardíaca: 85 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico, sem estertores - Frequência Respiratória : 14 movimentos respiratórios por minuto; d) ABDOME: Ruídos hidroaéreos +, inocente; e) Membro inferior esquerdo: ausculta de femoral com sopro 3+/4, frio, sem pulso tibial anterior e posterior, poplíteo sem pulso; f) Membro inferior direito: pulsos diminuídos em extremidades, sem edema ou alterações tróficas; g) Peso: 68 Kg; h) Altura: 1.56 metros.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente submetido à revascularização femoral, após angiografia e Tomografia Computadorizada, com sucesso. - Iniciado insulino terapia para vencer Toxicidade à Glicose, com Insulina N -10 unidades às 21h30min associado à Insulina R conforme esquema. - Após 48 horas iniciado 14 unidades de N às 21h30min e 8 unidades às 7h30min. Permaneceu com glicemias alteradas, fazendo hipoglicemias, e Efeito Somogyi repetidas vezes. Implementado, então, o uso de N -8 unidades às 7h30min, 11h30min e 17h30min, associado à R às 11h45min conforme esquema de glicemias. Passados três dias sem compensação do quadro. - Modificado para N -34 unidades às 7h30min associado à esquema de R – três vezes ao dia conforme glicemias, com compensação do quadro. - Paciente com dieta para Diabetes Méllitus com 1300 kcal/dia. - Investigado coronariopatia, onde foi detectado, obstrução de 60% da artéria coronária descendente. - Hipertensão compensada. - Alta com este esquema de insulino terapia e acompanhamento em consultório.

CONCLUSÃO

- Neste paciente podemos detectar a dificuldade de escolher o melhor esquema de insulino terapia, e que o paciente deve ser acompanhado por um endocrinologista, pois as condutas diferentes proporcionaram uma demora na compensação do quadro.
- Mostra também que o paciente deve ser educado em diabetes, pois a dificuldade de passar conhecimento ao paciente e de o mesmo compreender é grande, por isso é necessário acompanhamento periódico.
- Também consegui identificar, neste caso, como ocorre e evolui uma insuficiência vascular aguda, seus sinais e sintomas, bem como estudar suas causas, conseqüências e tratamento.
- Detecção e pesquisa de patologias associadas, bem como uma boa anamnese e exame clínico.
- Patologias identificadas e dificuldades nesse caso:
 - a) Diabetes Méllitus tipo 1;
 - b) Neuropatia Diabética;
 - c) Insuficiência vascular arterial aguda;
 - d) Coronariopatia;
 - e) Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - f) Tabagismo;
 - g) Síndrome Metabólica;
 - h) Toxicidade a Glicose.

3.33 PACIENTE 33

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente L.C.B.S, sexo masculino, internado via emergência na ala Irmã Bernadete, no dia 11/01/05, devido à dispnéia intensa, tosse e diabetes descompensada (glicemia em 345 mg/dl). Nascido em 18/12/1940 - 64 anos.</p>
HDA
<p>Paciente com emagrecimento de dez quilogramas em quatro meses, tosse intensa, com expectoração purulenta e com sangue, associado à dispnéia intensa, cianose central. Paciente diabético há cinco anos em uso de Glucoformim 850 mg e hipertenso há três anos em uso de Enalapril 10 mg de 12/12 horas. Refere que não tem cuidados alimentar, por vezes esquece da ingestão dos medicamentos, sem consultas periódicas no médico. Não apresenta história familiar de Diabetes Méllitus.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 130X80 mmHg b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minutos; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular rude em ápices, com roncosp. Frequência Cardíaca: 28 movimentos respiratórios por minuto; d) ABDOME: Ruídos hidroaéreos +; e) Ausculta carotídea, femoral e aorta abdominal sem sopros.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente internado para pneumologia, devido à suspeita de Tuberculose, ficou em área de isolamento e submetido a exames para o diagnóstico, após foi confirmado. - Apresenta glicemias alteradas durante a internação, onde então somos solicitados, para avaliação e conduta da Diabetes Méllitus. - Iniciado insulino terapia e suspenso Metformina, onde o esquema inicial foi de Insulina N -18 unidades às 7h30min e R conforme esquema de glicemias. - Paciente compensou glicemias com este esquema e iniciou terapia para Tuberculose, onde ficou dez dias hospitalizado, obtendo alta com esquema acima de insulina e dieta de 1800 kcal/dia, devendo fazer acompanhamento em consultório para Diabetes Méllitus e Tuberculose.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Consegui perceber neste paciente como um paciente com um quadro infeccioso grave pode se portar bem com insulinização, e que necessita de educação em Diabetes Méllitus. - Patologias observadas neste paciente e estudadas: <ul style="list-style-type: none"> a) Tuberculose; b) Diabetes Méllitus; c) Toxicidade a Glicose; d) Fenômeno do Alvorecer.

3.34 PACIENTE 34

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.S.C, sexo feminino, prontuário 135889, internou eletivamente para oncologia na ala Nossa Senhora da Saúde, no dia 03/01/05. Nascida no dia 27/05/1957- 47 anos.
HDA
Paciente internada para realização de quimioterapia e radioterapia devido à neoplasia mamária com metástases pulmonar e cerebral, tem muita cefaléia, vertigens, cansaço e mialgia intensa, tem emagrecido (15 kg em três meses), diagnóstico feito há quarenta e cinco dias. Relata se diabética há quatro anos, com controle somente com dieta, mantendo médias glicemicas em 140 mg/dl. Não apresenta história familiar de Diabetes Méllitus, Dislipidemia ou outras patologias. Paciente revoltada com a evolução do caso, negando a doença e culpando médicos.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140X80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros ou extrassístoles Frequência Cardíaca : 84 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular rude, com área inaudíveis, roncos e crepitações – Frequência Respiratória: 20 movimentos respiratórios por minuto; d) ABDOME: distendido, com hipertimpânico; e) Mastectomia à esquerda; f) Edema generalizado, com mais intensidade em Membros inferiores.
EVOLUÇÃO
- Paciente com uso de corticóide em altas dosagens, fazendo com que glicemias alterem de maneira desordenada, proporcionando hipoglicemias severas quando ao uso de insulina demasiadamente. - Paciente orientada quando o por quê, que isto está acontecendo. - Foi iniciado insulinoterapia com N - 14 unidades às 21h30min e R conforme glicemias. - Manteve glicemias médias em 240 mg/dl, optado por manter essa média, devido à gravidade do caso, sendo que a paciente já está em estado geral delicado, não a submetendo à hipoglicemias severas. - Durante a evolução apresentou derrame pleural à direita, feito drenagem, de 900 ml. - Após as sessões de Quimioterapia e Radioterapia obteve alta hospitalar com 30 mg, Dipirona, Lasix, Dexametasona 2,5 mg/noite, Insulina N - 32 unidades às 7h30min + R conforme esquema glicemico.
CONCLUSÃO
- Neste caso podemos aprender além de manusear a glicemia em paciente submetida à corticóide + quimioterapia e radioterapia, tivemos que associar a plena consciência da paciente em relação ao seu prognóstico, gerando medo,

ansiedade, bem como o processo de revolta quanto ao diagnóstico, a não aceitação do quadro, fazendo com que o perfil glicêmico ficasse com mais difícil controle.

- Conseguimos detectar nesta paciente o seguinte:

- a) Neoplasia mamária;
- b) Metástases pulmonares e cerebrais;
- c) Depressão;
- d) Diabetes Méllitus;
- e) Efeito Somogyi;
- f) Fenômeno da Madrugada;
- g) Toxicidade a Glicose.

3.35 PACIENTE 35

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente I.S.M, sexo feminino, prontuário 150008, internou eletivamente na ala São Roque, no dia 11/01/05. Nascida em 13/07/1930- 74 anos.</p>
HDA
<p>Paciente foi ao consultório endocrinológico devido à mialgia intensa de longa data, com intensificação nos últimos dois meses, onde também iniciaram com câibras diariamente em Membros inferiores, que se estenderam para Membros superiores, área cervical, várias vezes ao dia. Já usou várias medicações, mas sem sucesso, procurou inúmeros médicos, mas não descobriram a causa, desde então iniciou com dificuldade de deambular, com oligúria, prurido corporal e cefaléia. Refere ser diabética há dez anos, em uso domiciliar de Metformina e Daonil, mantendo glicemias aproximadamente em 240 mg/dl, não tem cuidados com alimentação e é sedentária, tendo ganhado peso nos últimos anos.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 160X110 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico 2+/4 - Freqüência Cardíaca: 76 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores - Freqüência Respiratória: 16 movimentos respiratórios por minuto; d) Ausculta de carótidas sem sopros, bem como artéria aorta abdominal e femoral; e) ABDOME: globoso, com grande acúmulo de camada adiposa, com Ruídos hidroaéreos +; f) Membros Inferiores: atrofiados, pele seca, pulsos filiformes (tibial anterior e posterior, poplíteo não detectado); g) Membros Superiores: musculatura atrofiada, pulsos presentes, pele seca; h) TIREÓIDE: impalpável.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitados exames: Hemograma, Sódio, Potássio, Creatinina, Hemoglobina Glicada, CLEARANCE DE Creatinina, Hormônio do Crescimento, IGF-1, CALCIO IONICO, Paratohormônio, Radiografia de TÓRAX, Eletrocardiograma. - Realizado pedido de glicemias capilares nos horários 7h30min, 11h30min, 17h30min, 21, 24, 03 horas. - Iniciado insulinição com Insulina N às 21h30min + R conforme glicemias. - Solicitada avaliação da nefrologia e cardiologia. - Nefrologia faz diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, após ver exames e avaliar paciente clinicamente, quanto aos sintomas permanecem e suspeita-se se hiperparatireoidismo terciário e insuficiência de Hormônio do Crescimento. - Cardiologia detecta Hipertensão Arterial Sistêmica por Insuficiência Renal Crônica, Insuficiência Cardíaca Congestiva. - Hiperparatireodismo não se confirma, iniciado reposição de hormônio do crescimento, com melhora da paciente dos sintomas.

- Glicemias com pouca toxicidade, em uso após vencer a toxicidade somente de hipoglicemiante oral (Metformina e Glimepirida).
- Orientada a dieta de 1200 kcal/dia.

CONCLUSÃO

- Nesta paciente foi possível verificar a necessidade de muitas vezes para melhor qualidade de vida, reposição de Hormônio do Crescimento, bem como cuidado em menosprezar queixas comuns das pessoas (algia).
- Nota-se também que a Síndrome Metabólica pode provocar descompensação diabética.
- Estudamos neste caso as seguintes patologias:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Insuficiência Renal Crônica;
 - c) Síndrome Metabólica;
 - d) Hiperparatireoidismo;
 - e) Deficiência de Hormônio do Crescimento;
 - f) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - g) Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.36 PACIENTE 36

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.F.S, sexo masculino, prontuário 162307, internado via emergência no dia 12/01/05 na ala Irmã Bernadete. Nascido em 17/04/1945 - 59 anos.
HDA
Paciente diabético há vários anos, não sabe informar quanto tempo, em uso de Insulina N + R , três vezes ao dia, em medida pré-marcada na seringa, não sabe informar quanto, apresenta-se com confusão mental, e por isso foi trazido ao hospital por vizinhos. Ao chegar ao Pronto Socorro apresentava glicemia- 498 mg/dl e necrose em hálux direito, sendo internado para endocrinologia.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 140X90 mmHg;</p> <p>b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico 3+/4 - Freqüência Cardíaca : 86 batimentos por minuto;</p> <p>c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores simétrico - Freqüência Respiratória: 18 movimentos respiratórios por minuto;</p> <p>d) ABDOME: sem alterações, Ruídos hidroaéreos +;</p> <p>e) Membros Inferiores: atrofia de membros, com lesão infectada e necrosada em região dorso plantar na altura de hálux direito, com odor fétido, secreção intensa e purulenta;</p> <p>f) Paciente sem sensibilidade até região poplíteia bilateral, presença de pulsos filiformes em ambos Membros inferiores, com pele seca, presente outras lesões em pés, mas não infectadas;</p> <p>g) Ausculta de artéria poplíteia com Doppler presente em ambos os membros, bem com tibiais anteriores e posteriores. Ausculta de carótida com sopro em direita +/4, e de artéria aorta e femoral normais;</p> <p>h) Glicemia ao exame clínico com glicosímetro em 345 mg/dl, exame da emergência de Hemoglobina Glicada 19,6 %.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitada avaliação da cirurgia vascular quanto ao pé diabético. - Solicitados exames gerais. - Iniciado insulinação com Insulina R conforme esquema de glicemias, visto que paciente após avaliação cirúrgica será submetido à amputação de região de hálux direito. - Iniciado Antibióticoterapia. - No terceiro dia pós-operatório iniciou com picos febris, modificado esquema de Antibióticoterapia, paciente ao quinto dia em degradação do quadro, glicemias instáveis, iniciado no segundo dia pós-operatório com Insulina N + R. - Paciente com sepse, em piora gradativa do quadro, com piora da função renal e glicemias. - Óbito.

CONCLUSÃO

- Neste paciente podemos detectar que glicemias sem controle em médio prazo, bem como pequenas lesões não cuidadas com devida consciência, podem fazer quadros sépticos, culminando em perda do paciente.
- Paciente chegou só, sem nenhum dia apoio familiar, em domicílio vivia só, sem ninguém estimulá-lo, mostrou-se sem cuidados e sem condições mentais do mesmo.
- Sendo assim sabe-se que pacientes diabéticos devem conhecer a doença, e aqueles que não tem condições, devem ter consigo um cuidador.
- Aprendemos com esse paciente as seguintes patologias:
 - a) Diabetes Méllitus tipo1;
 - b) Pé Diabético;
 - c) Pós-operatório;
 - d) Infecção Cirúrgica;
 - e) Sepsis;
 - f) Toxicidade a Glicose;
 - g) Efeito Somogyi;
 - h) Fenômeno da Madrugada.

3.37 PACIENTE 37

IDENTIFICAÇÃO
Paciente D.M.L, sexo feminino, prontuário 87436, internou via emergência na ala Nossa Senhora das Graças, no dia 06/01/05. Nascida em 23/09/1926- 78 anos.
HDA
Paciente chega ao Pronto Socorro, com mal estar intenso, náuseas, vômitos, dor pré-cordial, cefaléia moderada, pálida, hipertensa; refere estar fazendo acompanhamento cardiológico, e ter história de Infarto Agudo do Miocárdio há três anos, com posterior angioplastia de carótida esquerda, faz referência a ser diabética e estar em uso de várias medicações como Captopril, Divalol, Lasix, Euthyrox, Sinvastatina. Foi internada para cardiologia.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140 X 80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico 2+/4 Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, Frequência Respiratória: 16 movimentos respiratórios por minuto; d) Glicemia: 456 mg/dl; e) ABDOME: inocente, Ruídos hidroaéreos +; f) Ausculta de carótidas com sopro a esquerda de 3+/4, com eco-carotídea mostrando obstrução 90 % da luz arterial.
EVOLUÇÃO
- Paciente pós-exames básicos foi submetida à angioplastia de carótida esquerda dia 14/01/05, com pós-operatório sem intercorrências maiores, até o momento com a diabetes méllitus descompensada, fazendo glicemias de 576 mg/dl, onde então é pedido acompanhamento da endocrinologia, dia 21/01/05. - Paciente ansiosa, sem conhecimento nenhum de Diabetes Méllitus, não apresentava cuidados preventivos em domicílio, bem como não fazia acompanhamento com endocrinologista. - Paciente orientada a dieta de 1200 kcal/dia, associada à ingestão de dois litros de água ao dia, e deambulação. - Iniciado insulino terapia com N noturna + R em três horários conforme esquema glicêmico. - Paciente com dificuldade de vencer Toxicidade a Glicose, juntamente com ansiedade extrema, iniciado então ansiolítico, ao quinto dia iniciado Insulina 70/30 , mas a mesma não se mostrou eficaz, substituído então por Insulina N em dois horários associados à Insulina R , com sucesso ao sexto dia de medicação. - Paciente obteve alta hospitalar dia 03/03/05 com Insulina N – 38 unidades, três vezes ao dia, devido à dificuldade da mesma em fazer testes glicemicos em domicilio. - Prescrição também continha Aldactone 25 mg + Sinvastatina 20 mg + Euthyrox 50

mg + Divalolol 12,5 mg + Furosemida 40 mg + AAS 100 mg + Diovam 80 mg.
- Deve fazer acompanhamento cardiológico e endocrinológico mensalmente.

CONCLUSÃO

- Nesse caso podemos observar que maus cuidados alimentares e de patologias de base, podem levar a complicações mais sérias, podendo levar a intervenção cirúrgica.
- Nota-se também a necessidade de educação do paciente quanto a suas patologias, para prevenção de complicações maiores.
- Notamos um diferencial na conduta endocrinológica devido à idade da paciente, bem como ser pós-operatório, fazendo o máximo para não ocasionar hipoglicemias severas, mas necessitando de glicemias próximas ao normal.
- Estudamos nesta paciente os seguintes dados:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Fenômeno da Madrugada;
 - c) Efeito Somogyi;
 - d) Hipoglicemias;
 - e) Obstrução Carotídea;
 - f) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - g) Hipotireoidismo;
 - h) Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - i) Dislipidemia;
 - j) Ansiedade.

3.38 PACIENTE 38

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente S.H.O, sexo feminino, prontuário 300900, internou via emergência no dia 24/01/05. Nascida em 30/06/51 - 53 anos.</p>
HDA
<p>Paciente interna encaminhada pelo posto de saúde, onde foi detectado glicemia alterada, paciente queixa-se de mialgia intensa em membros inferiores, também refere ser hipertensa e cardiopata. Esta em uso de Captopril e Furosemida para Hipertensão Arterial Sistêmica e Glibenclamida para Diabetes Méllitus. Não faz acompanhamento endocrinológico e nem cardiológico, somente consulta em posto de saúde, com clínico.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 150X90 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros, com extrassístoles - Frequência Cardíaca: 86 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular+, sem estertores - Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; d) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, sem distensão; e) Membros inferiores: atrofia moderada de musculatura, bem com diminuição de pulsos periféricos, sensibilidade de membros diminuída.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente internada para endocrinologia devido a Diabetes Méllitus descompensada, com glicemias médias em domicílio de 250 mg/dl, em uso de Glibenclamida 5 mg duas vezes ao dia. - Solicitado exames de rotina. - Pedida avaliação cardiológica. <p>Iniciado esquema de insulinização intensificada, para vencer barreira da Toxicidade a Glicose, com Insulina N às 7h45min, associado esquema de R conforme glicemias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente com sobrepeso andróide, orientada dieta para diabetes com 1200 kcal/dia, associado a deambulação. - Houve vários episódios de Fenômenos da Madrugada durante a evolução, bem como alguns de Efeito Somogyi. - Iniciado também Lasix, Aldactone, Sustrate, AAS, Captopril, Tylenol. - Paciente com boa evolução, em melhora da mialgia, após cinco dias de glicemias compensadas.
CONCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Neste paciente aprendemos a manusear um paciente com Síndrome Metabólica, com Diabetes Méllitus descompensada, Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca Congestiva, jovem, com neuropatia diabética, tendo que se fazer insulino terapia para vencer Toxicidade a Glicose.

- Estes pacientes demonstram que a internação em Diabetes Méllitus descompensada é de grande importância por abreviar o tempo de recuperação com insulino terapia, prevenindo complicações de patologias associadas, bem como para realizar educação em diabetes.

3.39 PACIENTE 39

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente A.E.Z, sexo masculino, prontuário 302480, internado via emergência para cirurgia vascular. Nascido em 13/07/1944 - 60 anos.</p>
HDA
<p>Paciente diabético há cinco anos, em tratamento dietoterápico, associado a hipoglicemiantes orais. Há um ano iniciou com pequena lesão em região plantar de pé esquerdo no segundo, terceiro e quarto podóctilos, que até então vinha com controle clínico. Há três meses lesão infectou e evoluiu para piora do quadro, onde então procurou Pronto Socorro para auxílio.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 130X80 mmHg b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros Frequência Cardíaca: 84 batimentos por minuto; c) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; d) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, sem alterações; e) Ausculta de artéria carótida normal, femoral normal e aorta abdominal normal. f) Membros inferiores: atrofia de musculatura, pulsos periféricos palpáveis, mal perfurante plantar esquerdo em grande extensão, infectado, com odor fétido, será submetido à debridamento. g) Rarefação intensa de pêlos corporais, incluso pubianos, o mesmo tbm refere perda da libido.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia Vascular solicita acompanhamento, onde detectamos paciente com níveis glicemicos alterados, ansioso, com medo de amputação de pé, referindo sempre bom índice glicêmico em domicílio, refere ser cuidadoso e com consultas regulares com endocrinologista (sic). - Solicitados exames rotineiros e hormonais devido a fenótipo de paciente. - Iniciado Insulinoterapia com esquema de Insulina N às 7h45min e R conforme esquema glicêmico, o mesmo precisou ser ajustado várias vezes, até vencido a Toxicidade a Glicose com Insulina N 38 unidades/manhã e 16 unidades/noite, associado a R se necessidade conforme esquema glicêmico. - Devido à rarefação de pelos pelo corpo, inclusive pubianos, pensado em deficiência de testosterona, ou alteração em hipófise. <p>Resultados dos exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Hormônio Luteinizante - 2.12 (1,5-9,3); b) Testosterona total - 71 (241-827); c) Prolactina - 13,5; d) Estradiol - 11,5; e) Hormônio Tiroestimulante - 1,36;

f) Hormônio Folículoestimulante - 1,1;

g) Sódio - 137;

h) Potássio - 3,8;

i) Creatinina - 1,18;

j) Uréia - 45.

- Comprovada deficiência de testosterona - hipogonadismo primário.

- Paciente em uso de Cipro, Ampicilina, Sulbactam - devido à sepse de mal perfurante plantar.

- Evoluiu para amputação de segundo, terceiro e quarto podóctilos.

- Alta hospitalar após trinta e cinco dias de internação, com insulinoterapia, e complementação de Testosterona, com posterior acompanhamento ambulatorial, orientação alimentar, e fisioterapia motora.

CONCLUSÃO

- Percebi com esse paciente a necessidade de multidisciplinariedade para melhor conduta e acompanhamento do paciente, e bem com ver o paciente como um todo, visto que foi solicitada avaliação da diabetes, também descoberto e tratado a deficiência de testosterona, que promovia no paciente baixa qualidade de vida.

- Notamos a evolução de um pé com mal perfurante plantar bem evoluído, pela ajuda dos profissionais bem com do paciente, acessível à informação e com vontade de resolver seus problemas.

- Glicemias de difícil controle no início devido a sepse, com posterior compensação do quadro.

- Neste caso desenvolvemos o estudo em várias áreas:

a) Mal Perfurante Plantar;

b) Andropausa;

c) Hipogonadismo;

d) Diabetes Méllitus;

e) Sepse.

3.40 PACIENTE 40

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente A.O.S, sexo masculino, internado via emergência na ala Irmão Joaquim, no dia 12/02/05. Nascido em 12/09/1935 - 79 anos.</p>
HDA
<p>Paciente vai ao Pronto Socorro devido a mal estar geral, sede intensa, náuseas, sensação de morte iminente, apresentava-se lúcido, orientado, referindo história de Diabetes Méllitus há três anos, mas sem uso de medicações há três dias, refere também história de hipotireoidismo, em uso de Daonil dois comprimidos ao dia + Metformina 850 mg – uma vez ao dia. Já esteve em internação prévia há um ano pelo mesmo quadro.</p>
EXAME FÍSICO
<p>No Pronto Socorro:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) desidratação de 4 % (mucosa oral seca, olhos pouco úmidos, turgor de pele mantido, ressecamento axilar e virilhas); b) não taquicárdico; c) não taquipneico; d) sem hálito cetótico; e) Lúcido-orientado-conciênte; f) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico sem estertores; g) Abdome: Ruídos hidroaéreos +; h) vertigens ao exame no Pronto Socorro; i) Glicose - 675mg/dl; j) Pressão Arterial: 140 X 100 mmHg; k) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos sem sopros ou arritmias.
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciamos Insulina R – endovenoso 10 unidades de hora/hora até atingir índice glicêmico de 250 mg/dl, após iniciar com SG5% 1000 ml- 20gts/m. - Pedimos exames: Creatinina, Sódio, Potássio (hora/hora), Hemoglobina Glicada, - Hormônio Tireoestimulante, Tetraiodotironina 4 livre, Eletrocardiograma com D2 longo, Radiografia deTórax PA/P. - Após a queda da glicemia em 12 horas, iniciamos Múltiplas doses de Insulina, 1200kcal, deambulação, Captopril. - Paciente se mostra com pouca resistência à insulina, com melhora rápida das glicemias, com estabilidade em uso de Insulina N- 30 unidades às 7h45min, associado à esquema de R, se necessário. - Com as melhoras glicêmicas e a demonstração de pouca quantidade de Insulina para manutenção, observamos que o paciente não é insulino dependente, iniciando introdução de hipoglicemiante oral. - Paciente com alta hospitalar sem seqüelas, orientada dieta, hipoglicemiante oral e controle glicêmico, bem como visitas regulares ao endocrinologista.

CONCLUSÃO

- Percebemos nesse paciente que altos valores glicêmicos dificilmente promovem cetoácidose diabética em pacientes com Diabetes Méllitus tipo 2, se fosse um Diabetes Méllitus tipo 1, com valores menores provavelmente desenvolveria o quadro.
- Também percebemos que em pacientes com seu peso ideal, promove pouca Resistência à Insulina, favorecendo uma recuperação mais rápida.
- Estudamos como retirar o paciente de índices glicêmicos demasiados, com uso de Insulina Endovenosa, Intramuscular, bem como avaliar desidratação, os cuidados da reposição hidroeletrólítica, bem como dos efeitos rápidos da Insulina não Subcutânea.

3.41 PACIENTE 41

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.B.M, sexo masculino, internou via emergência na ala Nossa Senhora da Saúde, no dia 22/03/05. Nascido em 28/08/1946 - 58 anos.
HDA
Paciente procura hospital devido à dor intensa em Membros Inferiores, evolutivas de meses, sendo que há dois meses iniciou com lesão bolhosa em membro inferior esquerdo, com piora do quadro nas últimas semanas. Refere ser diabético há cinco anos, sem controle adequado, não faz acompanhamento médico há dois anos, no momento em uso de Metformina 500 mg - uma vez ao dia.
EXAME FÍSICO
a) Paciente com Síndrome Metabólica- 82 kg – Altura: 1.66metros; b) Pressão Arterial: 160 X 90 mmHg; c) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; d) Frequência Cardíaca: 76 batimentos por minuto; e) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores; f) Frequência Respiratória: 14 mrp/m; g) Abdome: Ruídos hidroaéreos +; h) Membros inferiores com lesão bolhosa em terço distal de perna esquerda, infectada, fétida, atingindo até base de pé homolateral; i) Ausculta de pulsos prejudicada neste membro, no direito com deficiência tibial posterior; pulsos de artéria aorta abdominal, artéria femoral e artérias carótídeos são normais.
EVOLUÇÃO
- Iniciado esquema de Insulina R conforme glicemias, com Resistência à Insulina importante, conjuntamente introduzido Diamicron MR uma vez ao dia e Metformina 850 mg as oito e dezoito horas. - Introduzido antibióticoterapia, com melhora rápida da lesão. - Glicemias estabelecidas na média de 140 mg/dl, somente com uso de hipoglicemiantes. - Alta no sétimo dia de internação com hipoglicemiante oral acima descrito e antibióticoterapia.
CONCLUSÃO
- Notamos nesse caso patologia vascular associada à neuropatia diabética. - Casos comuns, que acontecem com frequência com pacientes sem cuidados corretos com glicemias, onde pequenos traumas podem evoluir para lesões de gravidade. - Estudamos com esse paciente: a) Síndrome Metabólica; b) Hipoglicemia; c) Fenômeno da Madrugada;

- d) Efeito Somogyi;
- e) Linfangite Bolhosa;
- f) Insuficiência Vascular Periférica.

3.42 PACIENTE 42

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.S.C, sexo masculino, prontuário 304157, internado pela emergência para cir. Vascular, na ala Irmão Joaquim, no dia 08/04/05. Nascido em 21/07/55 - 49 anos.
HDA
Paciente proveniente de Lages, em tratamento clínico para Diabetes Méllitus há dez anos (Metformina e Glimpirida), sendo que mantém glicemias em média 250 mg/dl, o mesmo vem ganhando peso, estando com sensação de cansaço, indisposição, e iniciou com ferimento em planta dos pés há seis meses, sem tratamento específico. Refere que nos últimos meses tem notado debilidade emocional, perda da capacidade de concentração, tornou-se ansioso, afastou-se de familiares e amigos, bem como de namorada, não sabendo o motivo desta ação. Informa ser hipertenso, em uso de medicações, mas sempre se mantém alta; assim resolveu vir para capital para tratamento. Cirurgia Vascular solicita acompanhamento endocrinológico.
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 190 X 120 mmHg;</p> <p>b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos sem sopros, com três extrassístoles/minuto;</p> <p>c) Frequência Cardíaca: 92 batimentos por minuto;</p> <p>d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico sem estertores;</p> <p>e) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto;</p> <p>f) Abdome: globoso, com fígado papável a cinco centímetros do rebordo costal, com dor a palpação, Ruídos hidroaéreos +;</p> <p>g) Sinal de Sérgio +;</p> <p>h) Membros inferiores - presença de lesão em pé , perfurante, infectada, edemaciada até joelhos;</p> <p>i) Pulsos de Membros inferiores palpáveis, sem sopros;</p> <p>j) Ausculta de artéria aorta abdominal normal, carótidas sem sopros;</p> <p>k) Tireóide palpável;</p> <p>l) Paciente com agitação psicomotora, muitas vezes agressivo, expressão de revolta, perda de seqüência de idéias, catatonia;</p> <p>m) Peso: 84,3kg;</p> <p>n) Altura: +/- 1,70 metros.</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Paciente foi submetido a debridamento cirúrgico amplo do membro acometido, com esquema de antibióticoterapia de largo espectro associada. - Solicitados exames de rotina. - Solicitada de avaliação psiquiátrica, onde refere processo depressivo, aconselha uso de serotoninérgico + ansiolítico + psicoterapia. - Iniciado esquema de Programa de Autogerenciamento + Múltiplas doses de insulina, onde num primeiro momento somente Insulina R, posteriormente Insulina

N + R, permanecendo altos índices glicêmicos, com hipoglicemias moderadas, Efeitos Somogyi e Fenômeno da Madrugada presentes, bem como Toxicidade a Glicose.

- Paciente sem poder deambular, devido à lesão dos pés, ansioso, sendo realizadas aulas de Diabetes Méllitus diariamente, leituras para o paciente e acompanhante (irmãos), e aos poucos paciente se mostra menos tenso, com glicemias em estabilização... Por pensarmos ser insulinodependente iniciamos insulina **Glargina** 40 unidades + esquema de **R** conforme glicemias.
- Paciente obteve alta para tratamento ambulatorial com Insulina **Lantus + R**, Ramipril, Anafranil, Fluoxetina, Lorax, Amilodipina, Psicoterapia.

CONCLUSÃO

- Neste paciente conseguimos estudar a introdução de Insulina Glargina, bem como a necessidade de multiprofissionalidade para atuar em pacientes com problemas múltiplos.
- Também notamos a necessidade de apoio psicológico, principalmente em pacientes em eminência de amputação de áreas corporais.
- Estudamos com esse paciente as patologias a seguir:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Psicose;
 - c) Depressão;
 - d) Mal perfurante plantar (pé diabético);
 - e) Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - f) Síndrome X;
 - g) Insuficiência Renal.

3.43 PACIENTE 43

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.J.A.O, sexo feminino, prontuário 1544362, internada via emergência no dia 12/04/05. Nascida em 12/06/33 - 71 anos.
HDA
Paciente em tratamento para Diabetes Méllitus há mais de cinco anos com Amaryl 2 mg/dia, estando em geral com médias glicemicas 200 mg/dl, é hipertensa, cardiopata, dislipidêmica, também em tratamento para o mesmo com Cardizem e Furosemida. Não apresentava interações anteriores, sempre refere consultas periódicas ao clínico no Programa de Saúde da Família, mas há uma semana iniciou com sintomas de cansaço, mal estar, náuseas, vômitos.
EXAME FIAISICO
a) Pressão Arterial: 150 X 90 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico 2+/4; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores; e) Frequência Respiratória: 14 movimento respiratórios por minuto; f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +; g) Ausculta de artéria carótidas sem sopros, artéria aorta sem sopros e artéria femoral sem sopros; h) Tireóide papável.
EVOLUÇÃO
- Paciente avaliada e com glicemia no momento de 325 mg/dl, - Solicitados exames rotineiros. - Iniciado insulino terapia com esquema de R , para vencer a Toxicidade a Glicose, posteriormente, mantivemos o hipoglicemiante oral, o qual ela obteve alta hospitalar. - Paciente com processo infeccioso pulmonar, realizado tratamento, com melhora do quadro.
CONCLUSÃO
- Percebemos que quando estamos com uma patologia infecciosa, nossos níveis glicêmicos se alteram intensamente, devido a isso temos que manter nossos pacientes bem informados e monitorados quando em períodos críticos como esse. - Notamos nessa paciente algumas patologias que são associadas: a) Diabetes Méllitus; b) Dislipidemia; c) Insuficiência Cardíaca Congestiva; d) Hipertensão Arterial Sistêmica; e) Pneumonia.

3.44 PACIENTE 44

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.D.D.L, sexo feminino, internou na emergência para cardiologia no UNICOR no dia 18/04/05. Nascida em 11/09/1952 - 52 anos.
HDA
Paciente com dor pré-cordial intensa, evolutiva de dois dias em piora gradual, com história prévia de angioplastia há sete meses, onde na época o cateterismo mostrou obstrução arterial de coronária descendente em 82%, sendo que já fazia tratamento clínico há doze anos. Era tabagista há dez anos. No momento refere ser diabética há dez anos, em uso de Daonil 1993 (sic) no início, foi detectado com queda de peso intenso repentinamente, por cinco anos usou, após iniciou com Insulina N + R .
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140X80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores; e) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: globoso, Ruídos hidroaéreos +; g) Ausculta de carótidas, aorta e femoral sem sopros; h) Membros inferiores - pulsos periféricos com pulsos presentes; i) Paciente acima do peso.
EVOLUÇÃO
- Paciente submetida a cateterismo cardíaco, saiu da UNICOR para enfermaria, onde estava em uso de Monocordil 40 mg, Atenol 25 mg, Metformina 500 mg, AAS 100 mg, Balcor 30 mg. Mantendo glicemias altas. - Iniciado então Insulina N em 2 horários + R conforme esquema. - Paciente foi então submetida à nova revascularização cardíaca, sendo que o pós-operatório só feito Insulina R. - Após voltar para enfermaria paciente com taquicardia sinusal, medicada pela cardiologia. - Alta foi estabelecida com glicemias médias de 150 mg/dl, com Insulina N 38 unidades às 7h30min e 22 unidades às 21h30min.
CONCLUSÃO
- Neste paciente manejamos Diabetes Méllitus em Unidade de Terapia Intensiva, onde podemos ter mais segurança em medicar, visto que temos uma equipe permanentemente presente para os cuidados do paciente. - Percebemos também que existem pacientes refratários aos tratamentos, visto que essa paciente já tinha sido orientada e permaneceu sem mudanças de qualidade de vida, vindo por recidivar patologias já equilibradas, bem como permanecer acima do peso desejado.

- Percebemos que não podemos ser invasivos nesse tipo de paciente, em vista que a função cardíaca não está preservada, tendo-se mais parcimônia ao medicar.
- Estudamos as patologias:
 - a) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - b) Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - c) Infarto Agudo do Miocárdio;
 - d) Diabetes Méllitus;
 - e) Síndrome Metabólica;
 - f) Obesidade;
 - g) Pós-operatório.

3.45 PACIENTE 45

IDENTIFICAÇÃO
Paciente V.V.Z, sexo feminino, prontuário 82796, interna via emergência na ala São Camilo, para oncologia.
HDA
Paciente fumante de longa data, com uso de corticóide cronicamente, apresentado no momento dispnéia intensa e sem deambular, paciente tem neoplasia de pequenas células pulmonar. Paciente com dor intensa em Membros inferiores e região lombar, e foi pedido acompanhamento para endocrinologia devido a descompensação glicêmica que vem se acentuando.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 130 X 85 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos; c) Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Ruídos hidroaéreos+, com estertores bolhosos intensos; e) Frequência Respiratória: 22 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: globoso, com ascite.
EVOLUÇÃO
- Iniciado esquema de insulinização N + R conforme glicemias, em vista de paciente estar em uso de corticóide, podemos pensar que a descompensação seja provinda do medicamento ou mesmo das quimioterapias e radioterapias realizadas. - Paciente não evolui bem da patologia de base, piorando a cada dia, tomamos a conduta de manter glicemias medianas por volta de 200 mg/dl, em virtude do quadro clínico degradado da paciente, bem com fazer glicemias menos vezes ao dia, devido à anasarca e sofrimento que isso promove ao paciente neste estado. - Paciente após dez dias de acompanhamento evolui para óbito por insuficiência respiratória.
CONCLUSÃO
- Nesse tipo de caso devemos pensar em condutas que promovam menor sofrimento ao paciente, onde a compensação glicêmica total pode ser inviável, devido à possibilidade de hipoglicemias, que poderiam piorar o quadro clínico. - Estudamos nessa paciente as seguintes patologias: a) Carcinoma de pequena células pulmonares; b) Insuficiência Cardíaca Congestiva; c) Dor devido às metástases neoplásicas; d) Diabetes Mellitus devido a agentes medicamentosos; e) Insuficiência Renal.

3.46 PACIENTE 46

IDENTIFICAÇÃO
Paciente J.F.D.S, sexo feminino, prontuário 305908, internou via emergência no dia 19/05/05, na ala Nossa Senhora das Graças. Nascida em 19/01/1928 - 77 anos.
HDA
Paciente interna por descompensação diabética, com infecções urinárias recorrentes, sendo que no momento também apresenta dificuldade de evacuar há sete dias, mantendo glicemias em torno de 300 mg/dl. Paciente diabética em uso de insulina N domiciliarmente, com glicemias medianas, fazendo acompanhamento regular em domicílio.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 90X60 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos; c) Freqüência Cardíaca: 100 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, rude; e) Freqüência Respiratória: 24 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: globoso, com massa palpável em flanco esquerdo, ruídos hidroaéreos não audíveis; g) Sem comunicar com o meio.
EVOLUÇÃO
- Paciente em piora do estado geral, glicemias flutuantes, inapetente e com dor abdominal intensa. - Paciente também em oligúria e fazendo picos febris importantes. - Solicitada avaliação da nefrologia, infectologia, cirurgia geral e nutrição. - Paciente com obstrução intestinal, sepse, alimentação enteral. - Piora do quadro clínico, solicitada vaga em unidade de terapia intensiva, o qual não dispunha de leito. - Paciente faz parada cardíaca, com ressuscitação sem sucesso. - Óbito por insuficiência de múltiplos órgãos.
CONCLUSÃO
- Nesse caso podemos notar que o conjunto de patologias pode descompensar o diabetes, mesmo usando múltiplas doses de insulina, não se conseguiu compensar o Diabetes Méllitus. - Notamos também que em pacientes idosos, a recuperação de patologias mais severas é mais demorada e difícil. - Estudamos neste caso: a) Diabetes Méllitus; b) Fenômeno da Madrugada; c) Efeitos Somogyi; d) Infecção do trato urinário; e) Obstrução Intestinal; f) Insuficiência Renal Aguda; g) Sepse;

- h) Dieta enteral;
- i) Parada Cardíaca;
- j) Ressuscitação Cardio-Pulmonar;
- l) Insuficiência Cardíaca Congestiva.

3.47 PACIENTE 47

IDENTIFICAÇÃO
Paciente M.M.C.S, sexo feminino, prontuário 306363, internou via emergência para clínica médica, no dia 02/06/05. Nascida em 03/10/1940 - 64 anos.
HDA
Paciente com quadro de infecção do trato urinário recorrente, perda de peso, sintomas de dispnéia leve, com intensificação em alguns períodos, inapetência conjunta. Processo evolutivo de sete meses. Foi solicitada avaliação da endocrinologia e acompanhamento do quadro.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 120x 80 mmHg; b) Frequência Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Frequência respiratória: Murmúrio Vesicular +, com sibilância bilateral; e) Frequência Respiratória: 20 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, com palpação inespecífica; g) Tireóide: palpável; h) Reflexo Aquileu 3+/4.
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Após avaliarmos clinicamente a paciente, levantamos a hipótese de diabetes, devido ao uso de corticóide, sendo usado pela dispnéia de internação e em domicílio há vinte dias. - Solicitamos exames de rotina: Hemograma, Creatinina, VHS, Hemoglobina Glicada, Colesterol Total, Triglicérideo, LDL, HDL, Eletrocardiograma, Parcial de urina/Cultura/Antibiograma, PROTEINÚRIA DE 24 HORAS, Radiografia de Tórax. - Solicitada avaliação cardiológica e pneumológica. - Iniciado esquema de insulinização com Insulina N noturna e R conforme glicemias. - Glicemias permanecem descompensadas, fazendo hipoglicemias e hiperglicemias em vários horários, com intensificação em períodos da dispnéia, bem como edema periférico. - Exames demonstram alterações blásticas, solicitada então avaliação hematologista. - Cardiologia e pneumologia sem alterações maiores. - Demais exames com Infecção do trato urinário, proteinúria maciça, Hemoglobina glicada 10,9% , Radiografia inespecífica. - Iniciado antibióticoterapia conforme - urocultura e antibiograma. - Hematologia avalia e refere tratar-se de uma leucemia mielóide aguda, e inicia medicações imediatamente. - Paciente a cada dia com degradação do quadro clínico, ficando com glicemias médias em torno de 240 mg/dl. - Paciente vai á óbito.

CONCLUSÃO

- Neste caso podemos notar que a avaliação do paciente sempre deve ser criteriosa, em vista de patologias associadas nem sempre diagnosticadas com uma avaliação superficial, bem como não há motivos para o diabetes ter se instaurado e de difícil compensação sem uma patologia que o desequilibre.
- Notamos também que a multidisciplinariedade e de grande valia para o benefício de nosso paciente, bem como a interação entre familiares e médicos, para um perfeito diagnóstico, devido ao compartilhamento de informações.
- Estudamos com essa paciente várias alterações que podemos citar:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Efeito Somogyi;
 - c) Fenômeno da Madrugada;
 - d) Dispnéia;
 - e) Emagrecimento;
 - f) Oligúria;
 - g) Icterícia;
 - h) Uso de corticóide;
 - i) Leucemia diagnóstico;
 - j) Leucemia tratamento;
 - k) Interações medicamentosas;
 - l) Depressão de paciente e familiares;
 - m) Óbito.

3.48 PACIENTE 48

IDENTIFICAÇÃO
Paciente I.R.L, sexo feminino, prontuário 307771, internada no dia 10/07/2005 na ala São Roque para pneumologia via emergência. Nascida em 28/07/1942 - 62 anos.
HDA
Paciente com quadro de infecção respiratória baixa (pneumonia), durante a internação com quadro de hiperglicemia e hipoglicemias, sendo então solicitada avaliação endocrinológica e acompanhamento. Paciente então relata também ser portadora de patologia tireoidiana.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 135X90 mmHg; b) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; c) AC: Ritmo Regular 2 Tempos sem sopros; d) Frequência Respiratória: 18 movimentos respiratórios por minuto; e) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular rude, com crepitação bilateral e roncos difusos. f) Abdome: depressível, ruídos hidroaéreos +; g) Tireóide: firme-elástica, com contornos irregulares, não aderida a planos profundos, indolor. h) Ausculta de carótidas - sem sopros; i) Ausculta de artéria abdominal aorta - sem sopros.
EVOLUÇÃO
- Iniciado uso de insulínização de devido a pneumonia e altos valores de glicemia, paciente refere uso de <i>hipoglicemiante</i> oral em domicílio; - Iniciado com Insulina N pela manhã e noite, associado a esquema de insulina R conforme esquemas de glicemias; - Paciente em uso de antibióticoterapia há sete dias; - Apresentou durante a internação períodos de hiperglicemias, principalmente em momentos que apresentava dispnéia moderada; - Apresentou Efeito Somogyi e Entardecer. - Após a compensação do quadro infeccioso, mantivemos insulínioterapia com N às 7h30min 14 unidades e às 21h30min 08 unidades , o qual obteve alta com esse esquema. - Também corrigimos a dosagem de Levotiroxina para 100 mcg/dia.
CONCLUSÃO
- Podemos perceber a ação da ansiedade e dispnéia nos valores glicêmicos, bem como a variação que uma infecção promove no metabolismo, aumentando a glicemia. - Percebemos que em pacientes com quadro infeccioso, é necessária correção rápida da glicemia para a recuperação mais rápida e eficaz do paciente. - Nesse caso estudamos as seguintes patologias:

- a) Diabetes Méllitus;
- b) Pneumonia;
- c) Tireoidite de Hashimoto;

Manejamos os seguintes problemas:

- a) Dispneia moderada;
- b) Hipoglicemia;
- c) Efeito Somogyi;
- d) Fenômeno do Entardecer.

3.49 PACIENTE 49

IDENTIFICAÇÃO
Paciente P.P.N., sexo masculino, prontuário 307665, internou dia 07/07/2005, via emergência para endocrinologia na ala Dr. Antônio. Nascido em 29/06/1960- 45 anos.
HDA
Paciente procura emergência devido à sensação de “sufocamento”, câimbras, astenia intensa, ansiedade, glicemias médias 270 mg/dl, apresentando períodos de hipoglicemias severas (sic). Refere história de diabetes de longa data, sem acompanhamento médico adequado, eu uso de <i>hipoglicemiantes orais</i> , sem cuidados alimentares corretos, não sabe como funciona sua doença. Relata também ser hipertenso - em uso de Captopril 25 mg/dia (sic).
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 160X100 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo regular 2 tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 78 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular + , simétrico sem estertores; e) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: ruídos hidroaéreos +; g) Ausculta de carótidas sem sopros; h) Ausculta de aorta abdominal sem sopros; i) Sensibilidade em membros inferiores preservada.
EVOLUÇÃO
- Solicitado exames de rotina, com alteração em hemoglobina glicada 15,3%. - Paciente evolui com esquema primeiramente com insulinoterapia, com Insulina N em dois horários, 24 unidades às 7h30min e 18 unidades às 21h30min. - Foi necessária introdução de ansiolítico, devido o mesmo estar com agitação psicomotora e insônia – Frontal 0,25 mg/noite. - Necessário o uso de Captopril 25 mg de 12/12 horas. - Mantido esquema de Insulina R conforme glicemias , com períodos de hiperglicemias e hipoglicemias, até quarto dia de internação, onde então não apresentou mais alterações.
CONCLUSÃO
- Notamos nesse caso que paciente sem cuidados de alimentação, sem uma orientação adequada quanto à patologia e o uso das medicações, vira a descompensar o diabetes gradualmente. - Percebemos que os efeitos da hiperglicemia, como astenia, mialgia, pode gerar um padrão de ansiedade intenso, intensificando a descompensação do quadro. - Estudamos dessa forma as seguintes patologias e alterações: a) Diabetes Méllitus; b) Hipertensão Arterial Sistêmico;

- c) Ansiedade;
- d) Efeito Somogyi;
- e) Fenômeno da Madrugada;
- f) Câimbras;
- g) Insônia;
- h) Mialgia;
- i) Astenia.

3.50 PACIENTE 50

IDENTIFICAÇÃO
Paciente B.A.N., sexo masculino, prontuário 307525, internou via emergência para cardiologia, no dia 03/07/2005, na ala Nossa Senhora da Saúde. Nascido em 13/08/1950- 54 anos.
HDA
Paciente com quadro de dor pré-cordial moderada, de início há 18 horas, chegou ao Pronto Socorro e identificado Infarto Agudo do Miocárdio, foi para unidade de terapia intensiva, e após alta-enfermaria, solicitado acompanhamento da endocrinologia. Apresenta história de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, Hipertensão Arterial Sistêmica, cefaléia há cinco anos, Diabetes Méllitus há dezesseis anos, sobrepeso de longa data; não tem cuidados plenos com a saúde, não praticava atividade física, não tinha cuidados alimentares, utilizava bebida alcoólica freqüentemente. Estava em uso de Atenol 25 mg- 2X dia, Diamicron ML-3Xdia, Glucoformim 850 mg- 3Xdia, Insulina N 2Xdia + R 3Xdia, sem fazer monitorização glicêmica.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 130X80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos sem sopros; c) Freqüência Cardíaca: 70 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico, sem estertores; e) Freqüência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, sem megalias; g) Ausculta de Carótidas sem sopros; h) Ausculta de artéria aorta abdominal sem sopros; i) Sobrepeso detectado.
EVOLUÇÃO
- Paciente em regular estado geral, com glicemias compensadas, em média de 120 mg/dl. - Realizada orientação alimentar, corrigidos erros alimentares, orientado a perda de peso. - Mantido tratamento domiciliar, corrigido os horários da medicação, reforço da necessidade da utilização correta da mesma. - Orientada a atividade física leve, após liberação da cardiologia. - Referido a necessidade de acompanhamento mensal endocrinológico devido a diabetes e ao sobrepeso.
CONCLUSÃO
- Nesse caso notamos, que mesmo um paciente que vinha em uso de medicações adequadamente, mas que não seguia cuidados físicos e alimentares pode sofrer com patologias associadas. - Notamos a necessidade da multidisciplinaridade para tratamento de pacientes complexos. - Conclui que a base de tratamento nesse paciente não é sua medicação e sim o

cuidado alimentar para perda de peso, o que o beneficiará em todas suas patologias.

- Estudamos os seguintes assuntos nesse caso:

- a) Infarto Agudo do Miocárdio;
- b) Hipertensão Arterial Sistêmica;
- c) Diabetes Méllitus;
- d) Acidente Vascular Encefálico;
- e) Síndrome Metabólica;
- f) Manejo glicêmico em unidade de terapia intensiva.

3.51 PACIENTE 51

IDENTIFICAÇÃO
Paciente A.N.P, sexo masculino, prontuário 135043, internou via emergência para cirurgia vascular, na ala Nossa Senhora das Graças, no dia 12/07/2005. Nascido em 18/12/1922- 82 anos.
HDA
Paciente em pós-cirúrgico de lesão em pé, com quadro conjunto de diabetes, degeneração cerebral, confusão mental, hiperglicemias e hipoglicemias em domicílio.
EXAME FÍSICO
a) Paciente acamado, com ferida cirúrgica em membro inferior; b) Pressão Arterial: 120X 80 mmHg; c) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; d) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; e) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico, sem estertores; f) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; g) Abdome: Ruídos hidroaéreos +; h) Ausculta de vasos carotídeos e aórticos sem alterações.
EVOLUÇÃO
- Acompanhamos o paciente a pedido da cirurgia vascular. - Solicitamos exames. - Paciente em uso de <i>Monocordil 20 mg 2Xdia, Dimorf 10 mg ½ comprimido de 8/8 horas, Haldol uma ampola IM, Diazepam 10 mg 1Xnoite.</i> - Introduzimos Insulina 70/30 para acompanhamento, o qual em domicilio usava N, apresentou durante o período hipoglicemias ,Efeitos Somogyi, onde então fomos embasados nas glicemias corrigindo dosagem. - Pacientes com períodos de confusão mental e agitação psicomotora, o qual descompensava as glicemias. - Ao final paciente com insulina 70/30 – 24 unidades subcutânea em abdome ás 7h30min e 8 unidades ás 19 h.
CONCLUSÃO
- Notamos que em pacientes com quadro emocional comprometido, estaremos diante de uma conduta onde devemos abordar com o mínimo de invasão possível, ou seja, o paciente necessita de insulina, devemos fazê-la de maneira a menos excitá-lo, por isso a escolha da insulina 70/30. - Notamos também que um paciente assim desestrutura a família por completo, pois sobrecarrega de maneira que prejudica o cotidiano da vida, outro motivo para tomarmos uma conduta mais apropriada, para o melhor do paciente e da família. - Neste caso encontramos as seguintes alterações e patologias: a) Diabetes Méllitus; b) Doença de Alzheimer; c) Pé diabético;

- d) Neuropatia periférica;
- e) Hipertensão Arterial Sistêmica;
- f) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
- g) Angina pectoris;
- h) Efeito Somogyi;
- i) Fenômeno da Madrugada;
- j) Hipoglicemias.

3.52 PACIENTE 52

IDENTIFICAÇÃO
Paciente S.F.C, sexo feminino, prontuário 58220, internou via emergência para cirurgia cardíaca dia 15/06/2005, na ala São José. Nascida em 09/10/1920- 84 anos
HDA
Paciente com história de doença pulmonar obstrutiva crônica, Infarto Agudo do Miocárdio, osteopenia, cardiomegalia, diabetes méllitus, sem cuidados adequados em domicílio. Chega à emergência com dor pré-cordial, dispnéia, emagrecida, diabetes descompensada.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140X80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico 2+/4; c) Frequência Cardíaca: 98 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, rude, com crepitação intensa, sibilos e roncosp; e) Frequência Respiratória: 18 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: distendido, Ruídos hidroaéreosp +; g) Ausculta de vasos aórticos sem sopros, e carotídeos com sopro +/4 Esquerdo. h) Paciente em oxigêniooterapia 2l/m.
EVOLUÇÃO
- Paciente fica internada durante dois meses. - É submetida a revascularização cardíaca, com quatro pontes de safena. - Apresenta intercorrências como Pneumonia, Doença pulmonar obstrutiva crônica infectada, Diabetes Méllitus descompensada, dispnéia intensa, Gastroenterite, distúrbio hidroeletrólítico. - Quanto ao diabetes, iniciado insulinoterapia com múltiplas doses de insulina, a fim de vencer Toxicidade a Glicose, sendo que a mesma tem alta com insulina 70/30 , após ajuste da dose e para melhor manejo domiciliar da família e paciente. - Durante a internação usou as seguintes medicações: Digoxina 0,25 mg, AAS 100mg, Lasix 40 mg, Caltrat, Solucorteff 100mg, Aminofilina, Cedilanid, Losec, Clexane, Aldactone, Sustrate, Cipro, Slow K, Insulina R, N, 70/30.
CONCLUSÃO
- Em paciente de diagnóstico mais delicado, que necessitam de estabilidade hemodinâmica, devemos ter cuidado em não promover reações como hipoglicemias, á fim de não prejudicar comorbidades conjuntas, também devemos ter o discernimento de procurar a melhor forma glicêmica que não prejudique o pós-operatório com glicemias muito fora da normalidade. - Estudamos nesse caso várias patologias associadas: a) Diabetes Méllitus; b) Osteoporose; c) Insuficiência Cardíaca Congestiva;

- d) Infarto Agudo do Miocárdio;
- e) Hipertensão Arterial Sistêmica;
- f) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- g) Pneumonia;
- h) Dispnéia;
- i) Pós-operatório revascularização cardíaca;
- j) Hipoglicemias;
- l) Efeito SOMOGYI;
- m) Fenômeno da Madrugada;
- n) Fenômeno do Entardecer.

3.53 PACIENTE 53

IDENTIFICAÇÃO
Paciente J.J.T, sexo masculino, prontuário 151665, internou para oncologia no dia 02/08/2005, na ala Menino Deus. Nascido em 18/10/1943- 61 anos
HDA
Paciente com neoplasia cerebral recidivada, inoperável, com alteração do quadro cognitivo, sensorial, fazendo quimioterapia e radioterapia, em uso de grande monta de glicocorticóide com desenvolvimento de diabetes.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 140X100 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, rude bilateral; e) Frequência Respiratória: 20 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: distensão intensa; g) Edema de grande monta (anasarca); h) Não se comunica, não deambula, mal estar geral.
EVOLUÇÃO
- Paciente em uso de 24 g de Dexametasona dia. - Referência de dispnéia e dor. - Glicemias descompensadas. - Insuficiência Cardíaca Congestiva . - Crises convulsivas esporádicas. - Familiares tensos. - Aumento progressivo da dispnéia e edema generalizado. - Glicemias aumentando, aplicado Insulina N + R conforme glicemias, pensado em manter média de 200mg/dl. - Após passado para Insulina 70/30 - 84 unidades subcutânea às 7h30min e 64 unidades às 19 horas. - Em uso também de Fluconazol, Furosemida, Clexane, Fenobarbital, Diazepam.
CONCLUSÃO
- Em casos como esse, devemos é dar assistência ao não sofrimento do paciente, e não promover crises de hipoglicemia, nem o manter com glicemias altas, proporciona-se desta forma menos sofrimento por picadas de agulhas e melhor quadro emocional para a família e paciente. - Nesse caso estudamos: a) Neoplasia cerebral e metástases; b) Uso de corticóides; c) Quimioterapia; d) Radioterapia; e) Insuficiência Cardíaca Congestiva;

- f) Diabetes Méllitus;
- g) Edema agudo de pulmão;
- h) Dispneia;
- i) Ansiedade.

3.54 PACIENTE 54

IDENTIFICAÇÃO
Paciente F.M.M, sexo masculino, prontuário 120684, interna via emergência na ala São José no dia 04/08/2005. Nascido em 15/10/1926 - 78 anos.
HDA
Paciente diabético há vários anos, com quadro de Acidente Vascular Encefálico isquêmico no passado, se apresentado com confusão mental e descompensação diabética. Quadro vem evoluindo há duas semanas, sendo tratado pelo médico do programa de saúde familiar, sem resultado.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 145X 90 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, com sopro sistólico +/-; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico sem estertores; e) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: Ruídos hidroaéreos +, normotimpânico; g) Ausculta de carótidas sem sopros, aorta abdominal sem sopros; h) Paciente desorientado, confuso, incoerente nas respostas.
EVOLUÇÃO
- Paciente estava em uso de hipoglicemiantes orais, <i>Glibenclamida 5 mg -2Xdia + Metformina 500 mg- 3X ao dia</i> , mantinha glicemias médias em 150 mg/dl. - Iniciamos com múltiplas doses de insulina, em vista da hemoglobina glicada em 10%, e devido à toxicidade apresentada na internação 200 mg/dl. - Referencia de dor abdominal e em membros inferiores. - Solicitada avaliação neurológica - que detecta através de Tomografia Computadorizada, que apresenta hipodensidade de substância branca e doença microvascular isquêmica crônica de grau moderado/acentuado. Faz diagnóstico de Demência Senil irreversível, as custas de doença isquêmica. - Apresenta durante a internação períodos de agitação psicomotora, hipoglicemias, hiperglicemias. - Conduta: <i>Insulina N 28 unidades subcutânea em abdome às 7h30min e 18 unidades às 19h30min, Fluoxetina 20 mg/dia, Tylex 30 mg/dia, Lexotam 1cp/noite, Tylenol 750 mg/3xdia.</i>
CONCLUSÃO
- Em pacientes com quadro de confusão mental; a ansiedade proporciona hiperglicemias, sendo necessárias medicações para seu controle, devemos desta forma proporcionar estágios intermediários de controle glicêmico. - Nesse caso estudamos o seguinte: a) Diabetes Méllitus; b) Demência senil; c) Hipoglicemias;

- d) Hiperglicemias;
- e) Efeito Somogyi;
- f) Fenômeno da Madrugada;
- g) Fenômeno do Entardecer;
- h) Ansiedade.

3.55 PACIENTE 55

IDENTIFICAÇÃO
Paciente Z.L.A, sexo feminino, prontuário 308438, internou via emergência na ala Nossa Senhora das Graças para neurologia no dia 03/08/2005. Nascida em 13/12/1939- 65 anos
HDA
Paciente com quadro de Acidente Vascular Encefálico isquêmico em dois episódios seqüenciais em dois meses, com descompensação diabética conjunta, patologia tireoidiana, desorientação, hipertensão arterial sistêmica, sendo que em domicílio fazia uso de <i>Metformina 850 mg e Amaryl 2mg</i> .
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 120X90 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico, sem estertores; e) Frequência Respiratória: 12 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: globoso, com ruídos hidroaéreos +; g) Ausculta de carótidas sem sopros, e aorta abdominal sem sopros; h) Tireóide: firme elástica, atrófica, irregular, com nódulo em lobo direito, +/- 1 cm, móvel e indolor, faz corpo com a glândula; i) Paciente obesa.
EVOLUÇÃO
- Paciente progride com correção da toxicidade a glicose com <i>Insulina R</i> , e uso de medicações que usava em domicílio, com manutenção do quadro de diabetes estabilizado. - Neurologia segue com controle e avaliação do quadro isquêmico. - Orientada a emagrecimento e controle da patologia tireoidiana, mas paciente esta confusa, não consegue entender, solicitamos presença de familiar. - Paciente no quinto dia de internação começa a ficar mais responsiva e entender a situação.
CONCLUSÃO
- Nesse caso podemos notar a importância da família, a fim de promover recuperação da paciente, notamos também que a obesidade e Hipertensão Arterial Sistêmica mal controlada podem levar conjuntamente com a diabetes levar a quadros de Acidente Vascular Encefálico. - Estudamos nesse caso algumas situações como: a) Diabetes Méllitus; b) Hipertensão Arterial Sistêmica; c) Obesidade; d) Acidente Vascular Cerebral isquêmico; e) Tireoidite de Hashimoto; f) Síndrome Metabólica.

3.56 PACIENTE 56

IDENTIFICAÇÃO
Paciente J.L, sexo feminino, prontuário 308968, internada para endocrinologia eletivamente na ala Irmã Bernadete dia 10/08/2005. Nascida em 29/11/1968- 36 anos.
HDA
Paciente com Diabetes Méllitus tipo 1, desde os sete anos, fazendo acompanhamento desde então com endocrinologista. Paciente já fez uso de <i>insulina bovina, suína, mista, humana (N, R, 70/30)</i> , e desenvolveu Insuficiência Renal Crônica. Paciente então procura o serviço para realizar esquema de múltiplas doses de insulina, para melhorar o padrão glicemico a fim de retardar o avanço da insuficiência renal crônica. Paciente traz exames que demonstram osteopenia, anemia, néfropatia, retinopatia.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 160X95 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, sem estertores; e) Frequência Respiratória: 12 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: Murmúrio Vesicular +; g) Edema em membros inferiores 2+/4.
EVOLUÇÃO
- Paciente inicia com insulino terapia com <i>Glargina + Humalog</i> . - Associamos Enalapril, Furosemida, Carbonato de Cálcio, Sulfato Ferroso. - Solicitados exames de rotina. - Solicitada avaliação nutricional.
CONCLUSÃO
- Notamos nesse caso a importância de o diabético estar sempre extremamente controlado, pois as variações podem com o tempo promover insuficiência renal crônica, retinopatia. - Importante também à relação médico-paciente, em vista de que paciente após dez anos volta ao profissional que detectou a patologia. - Notamos também que a insulino terapia em múltiplas doses de insulina é hoje a principal forma de prevenir e controlar o diabetes e suas patologias associadas. - Estudamos neste caso: a) Diabetes Méllitus; b) Insuficiência Renal Crônica; c) Retinopatia; d) Osteopenia; e) Anemia f) Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.57 PACIENTE 57

IDENTIFICAÇÃO
Paciente T.B.C.R, sexo feminino, prontuário 147079, interna na ala Irmã Bernadete dia 12/08/2005 via emergência. Nascida em 03/03/1981- 24 anos.
HDA
Paciente há duas semanas iniciou com poliúria, polidipsia, mialgia. Fez uma glicemia que estava em 234 mg/dl, mudou alimentação por conta e retirou refrigerantes, repetindo glicemia hoje com valor de 350 mg/dl, procurou então auxílio. Não apresenta história familiar de diabetes, nem patologias auto-imune, refere cansaço, ansiedade, mialgia, polidipsia intensa, náuseas, vômitos, vertigens, inapetência.
EXAME FÍSICO
a) Pressão Arterial: 130X80 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 80 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +; e) Frequência Respiratória: 14 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: Murmúrio Vesicular +.
EVOLUÇÃO
- Paciente submetida a exames. - Introduzido esquema de glicemias e Insulina R conforme esquema glicemico. - SF 0,9%, em vista da desidratação de primeiro grau que se apresenta. - Em espera dos exames.
CONCLUSÃO
- Podemos estar diante de um diagnóstico de Diabetes Méllitus tipo 1. - Ter muito discernimento na identificação do diagnóstico. - Procurar acalmar o paciente e desmistificar o Diabetes Méllitus, a fim de que, se for diabético confirmado, receba da melhor forma possível à doença.

3.58 PACIENTE 58

IDENTIFICAÇÃO
<p>Paciente R.J.L, sexo masculino, prontuário 146409, internou pela urgência para cirurgia vascular, no dia 05/09/05, na ala Coração de Jesus. Nascido em 14/03/1964 - 41anos</p>
HDA
<p>Paciente há dez anos com diagnóstico de Diabetes Méllitus, fazendo controles esporádicos, em uso de medicações não diariamente, hora com um médico, hora com outro. O mesmo também é usuário de drogas ilícitas desde os dezesseis anos de idade, sendo que no momento estava em uso de cracke e maconha. Chegou ao hospital com lesão em podáctilos (terceiro e quarto direitos), infectados e com área de necrose úmida. Conjuntamente com a diabetes descompensada, poliúria, polidipsia, hemoglicoteste 345 mg/dl.</p>
EXAME FÍSICO
<p>a) Pressão Arterial: 140 X100 mmHg; b) Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular 2 Tempos, sem sopros; c) Frequência Cardíaca: 88 batimentos por minuto; d) Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular +, simétrico, sem estertores; e) Frequência Respiratória: 16 movimentos respiratórios por minuto; f) Abdome: globoso, com fígado papável com dez cm abaixo do rebordo costal, não dolorido; g) Emagrecido, pálido, hidratado, com tremores finos de extremidade; h) Lesão necrosada (gangrena úmida) em podáctilos pé direito (terceiro e quarto), presença de pústulação local; i) Pulsos locais presentes; j) Presença de lesões cicatriciais em área de safenas, e ulnar (refere ser local de aplicação das drogas).</p>
EVOLUÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Durante a internação paciente foi submetido à ablação de 1/3 distal de pé direito, usado esquema tríplice de antibióticoterapia. - Fez infecção de vias áreas inferiores, com quadro pneumônico. - Glicemias foram prejudicadas pelos quadros infecciosos e pela ansiedade do paciente, bem como início de sintomas de abstinência. - Paciente também não cooperativo, visto que não permitia realização de glicemias noturnas. - Foi iniciada em um primeiro momento esquema de múltiplas doses de insulina, posteriormente interrompida devido à não cooperação do paciente, sendo introduzida então <i>Insulina N</i> em 2 horários e <i>Insulina R</i> diurna durante o dia, se necessário conforme glicemias. - Esta forma também não surtiu efeito, então introduzido esquema de <i>Insulina 70/30</i>. - Quadro de cicatrização de ferida cirúrgica lenta, sendo realizados três debridamento cirúrgicos.

- Paciente permanentemente ansioso.
- Usado conjuntamente frontal três vezes ao dia.

CONCLUSÃO

- Neste caso em especial consegui compreender como um conjunto de fatores pode desestabilizar a diabetes, associado uma gangrena úmida por maus cuidados próprios, e a evolução da mesma para ablação local.
- Notamos também que é imperativa a cooperação do paciente para a estabilização do paciente.
- Notei como a evolução de melhora da ferida cirúrgica é prejudicada pela hiperglicemia, tornando-se um tratamento longo e oneroso.
- Estudei neste caso as seguintes patologias e fenômenos:
 - a) Diabetes Méllitus;
 - b) Microangiopatia diabética;
 - c) Gangrena úmida;
 - d) Ansiedade;
 - e) Infecção secundária de ferida cirúrgica;
 - f) Pneumonia;
 - g) Drogadição;
 - h) Efeito Somogyi;
 - i) Fenômeno da Madrugada;
 - j) Ablação cirúrgica;
 - l) Pé diabético.

4 ESTATÍSTICAS

Avaliei 58 pacientes, com idade média de 61,37 anos, sendo entre as idades de:

- 21-30 anos-3,44% dos pacientes;
- 31-40 anos-3,44% dos pacientes;
- 41-50 anos-12,06% dos pacientes;
- 51-60 anos-25,86% dos pacientes;
- 61-70 anos-25,86% dos pacientes;
- 71-80 anos-20,78% dos pacientes;
- 81-90 anos-8,62% dos pacientes.

Sendo que desses pacientes a incidência de várias patologias e fenômenos que representam em percentagem ao número de pacientes atendidos respectivamente.

- Diabetes Méllitus tipo 1: 27,58%, equivalendo a 16 pacientes;
- Diabetes Méllitus tipo 2: 36,20%, equivalendo a 21 pacientes;
- Diabetes Méllitus tipo ½: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Pé diabético: 12,06%, equivalendo a 7 pacientes;
- Retinopatia diabética: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Polineuropatia diabética: 15,5%, equivalendo a 9 pacientes;
- Fenômeno da madrugada: 65,55%, equivalendo a 38 pacientes;
- Fenômeno do entardecer: 25,86%, equivalendo a 15 pacientes;
- Toxicidade a glicose: 62,06%, equivalendo a 36 pacientes;
- Cetose: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes.

Também foi realizado diagnóstico de patologias prévias ao DM ou não associadas como):

- Hipotireoidismo por doença de Hashimoto: 15,5%, equivalendo a 9 pacientes;
- Hiperaldosteronismo: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Hipogonadismo: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Osteopenia: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Osteoporose: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;

- Insuficiência Renal Crônica: 15,5%, equivalendo a 9 pacientes;
- Hipertensão Arterial Sistêmica: 31,72%, equivalendo a 30 pacientes;
- Acidente Vascular Encefálico: 13,79% , equivalendo a 8 pacientes;
- Seqüela de Acidente Vascular Encefálico: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;

- Ateromatose de Carótida: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes;
- Hipotensão: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Fibrilação atrial: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva: 18,96%, equivalendo a 11 pacientes;
- Angina: 6,89%, equivalendo a 4 pacientes;
- Infarto Agudo do Miocárdio: 8,62%, equivalendo a 5 pacientes;

- Hiponatremia: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Desidratação: 12,06%, equivalendo a 7 pacientes;
- Linfangite: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;

- Dislipidemia: 6,89%, equivalendo a 4 pacientes;
- Obesidade: 8,62%, equivalendo a 5 pacientes;
- Síndrome metabólica: 20,68%, equivalendo a 12 pacientes;

- Drogadição: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Etilismo: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Tabagismo: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;

- Leucemia: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Infecção do Trato Urinário: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Icterícia: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Hepatopatia: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Pancreatite: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Hidronefrose: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Abdome agudo – 1,72 %, equivalendo a 1 paciente;

- Pneumonia: 10,34%, equivalendo a 6 pacientes;
- Sepsis: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;

- Asma: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Tuberculose: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Câncer de pulmão: 6,89%, equivalendo a 4 pacientes;
- Câncer de mama: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Câncer cerebral: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Edema pulmonar: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Anasarca: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;

- Dor lombar: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;

- Doença de Parkinson: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes;
- Doença de Alzheimer: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Meningoencefalite: 1,72%, equivalendo a 1 paciente.

Durante a internação os pacientes usavam as seguintes orientações alimentares:

- 800 kcal: 6,89%, equivalendo a 4 pacientes;
- 1.200 kcal: 43,5%, equivalendo a 25 pacientes;
- 1.300 kcal: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- 1.500 kcal: 25,86%, equivalendo a 15 pacientes;
- 1.800 kcal: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes;
- 2.500 kcal: 8,62%, equivalendo a 5 pacientes.

Para os pacientes acompanhados, foram solicitadas avaliações das seguintes especialidades:

- Cirurgia geral: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Cardiologia: 6,89%, equivalendo a 4 pacientes;
- Oncologia: 8,62%, equivalendo a 5 pacientes;
- Pneumologia: 10,34%, equivalendo a 6 pacientes;
- Infectologia: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes;
- Cirurgia vascular: 13,79%, equivalendo a 8 pacientes;
- Traumatologia: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Psiquiatria: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;

- Nefrologia: 8,62%, equivalendo a 5 pacientes.

Com as referidas avaliações das especialidades, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Cardioversão química: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Cardioversão elétrica: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Traqueostomia: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Gastrostomia: 3,44%, equivalendo a 2 pacientes;
- Debridamentos: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes;
- Angioplastia: 1,72%, equivalendo a 1 paciente;
- Ablação de pé e ou podáctilos: 5,17%, equivalendo a 3 pacientes.

Os pacientes internados usaram inúmeras medicações, entre elas temos:

- Metformina: 31,03%;
- Glibenclamida: 18,9%;
- Glimepirida: 3,44%;
- Diamicron: 3,44%;
- Minidiab: 3,44%;
- Acarbose: 3,44%;
- Furosemida: 18,9%;
- Metildopa: 3,44%;
- Enalapril: 5,17%;
- Captopril: 18,9%;
- Cardizem: 3,44%;
- Atenol: 3,44%;
- Insulina N: 53,44%;
- Insulina R: 62,06%;
- Insulina glargina: 8,62%;
- Insulina 70/30: 5,17%.

Óbitos: dos pacientes em tratamento, 7 tiveram óbito, representando 12,06% dos pacientes acompanhados.

De acordo com o livro Insulinoterapia Intensificada do Professor Doutor Sérgio de Carvalho (1991), temos os seguintes conceitos:

- a) Diabetes Méllitus é uma doença crônica decorrente de uma deficiência de insulina que poderá ser parcial, total, transitória ou definitiva;
- b) Fenômeno do Alvorecer: caracteriza-se pelo aumento progressivo da glicemia a partir das 2h, culminando com hiperglicemias importantes entre 5h e 9h;
- c) Efeito Somogyi: corresponde a períodos de hiperglicemia que ocorrem posteriormente a períodos de hipoglicemia noturna ou mesmo diurna, sintomática ou não;
- d) Toxicidade à Glicose: é uma entidade que contribui para o desenvolvimento de resistência à ação de insulina (toxicidade periférica) como também para a sua diminuída secreção pelas células beta do pâncreas (toxicidade central);
- e) Resistência à Insulina: significa redução na ação de insulina endógena ou exógena;
- f) Hipoglicemia: é a ocorrência conjunta de glicemia capilar inferior a 50 mg/dl e sintomas que são oriundos da secreção de adrenalina como sudorese fria, palpitações, palidez, tremores ou simplesmente sensação de desconforto geral e que podem se apresentar precocemente (glicemia 70-50 mg/dl).

CONCLUSÃO

Baseando-me nesse estudo transversal de casos, notei que a maioria dos internos eram enquadrados como diabéticos, sendo que chegavam descompensados e/ou com suas complicações associadas a patologias associadas.

Concluo que o percentual diagnóstico aqui mensurado é irreal (subestimado).

Pois devido ao diabetes méllitus ter período de longa evolução (+/- 10 anos) até apresentar sintomas mais proeminentes.

Em vista de que o médico que presta atenção básica, em sua maioria, não estar apto a realizar diagnósticos precoces de Diabetes Méllitus, devido a não atualização de conhecimentos, bem como não ter acesso ao encaminhamento ao médico endocrinologista na maioria dos pequenos centros urbanos, ocorrem as chegadas aos centros de referência uma grande incidência de Diabetes Méllitus sem tratamento adequado, e mesmo uma mensuração de diagnósticos precoces subestimados.

Diante desses pacientes foi necessário aplicação de condutas atualizadas, investimento em ensino sobre diabetes e suas complicações ao paciente, notei que isso só é possível em nível hospitalar ou em PROAG (Programa de Auto Gerenciamento), onde temos tempo e atenção total do paciente, para aprendizado em período intensivo.

Sendo que o PROAG consiste em ensinar ao paciente sua patologia, bem como complicações que podem ocorrer; através desse conhecimento é que ensinamos o paciente a prevenir comorbidades, estabelecer em padrão de cuidados com a vida, bem como muitas vezes mudar sua alimentação e até mesmo modificar dosagens medicamentosas.

Assim sendo, esse tipo de acompanhamento cria um vínculo de confiança entre médico-paciente que vem se perdendo na história médica e assim o paciente tem o dever de seguir as orientações, pois a responsabilidade da eficácia do tratamento não cabe mais ao médico e sim ao paciente e médico conjuntamente.

Desta forma concluo que sempre que possível deve-se tentar implementar o tratamento médico com o programa de autogerenciamento.

REFERÊNCIAS

ASSAD, Jose Heberienos; ASSAD, Marcelo Heitor Vieira. **Emergências cardio vasculares**. 2. ed.

BARROS, Elvino; BITTENCOURT, Henrique; CARAMORI, Maria L.; MACHADO, Adão. **Antimicrobianos**. 3. ed.

BATES, Bárbara; BICLEY, Lyns S.; HOEKELMAN, Robert A. **Propedêutica médica**. 6. ed.

CARVALHO, Sergio de. **Diabetes *méllitus* insulino dependente - Terapia insulínica intensificada**. 1991.

COELHO, Otavio Rizzi; SERRANO JR, Carlos. **Temas em cardiologia**. Edição Única.

CONTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; ROBINS, Stanley L. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicofármacos consulta rápida**. 2. ed.

CORONHO, Victor; PETROIANU, Andy; SANTANA, Euclides de Matos; PIMENTA, Luiz Gonzaga. **Tratado de endocrinologia e cirurgia endócrina**.

DAMASO, Ana. **Obesidade**. 2003

DICIONÁRIO DE ESPECIALIDADES FARMACEÚTICAS - DEF. 33. ed., 2004/2005.

DU VIVER, Anthony. **Atlas de dermatologia clínica**. 2. ed.

DUBIN, Dali. **Interpretação rápida ECG**. 3. ed.

DUNCAN, Bruce B.; SCHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**. 2. ed.

FORBES, Charles D.; JACKSON, Willian F. **Atlas colorido e texto clínica médica**. 2. ed.

FREITAS, Fernando. et. al. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed.

FREITAS, Fernando; COSTA, Sergio H. Martines; RAMOS, Jose Geraldo Lopes; MAGALHÃES, Jose Antonio. **Rotinas em obstetricia**. 4. ed.

GARDNER, Ernest; GRAY, Donald J.; O' ROHILLY, Ronan. **Anatomia**. 4. ed.

GILL, Gordon N. et. al. **Cecil tratado de medicina interna**. Vol. 1 e 2, 2. ed.

GUYTON, Arthur; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 9. ed.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria**. 7. ed.

LARSEN, P. Reed. et. al. **Willians text book of endocrinology**. 10. ed.

LIBERMAN, Bernardo; CUKIERT, Artur. **Fisiologia e fisiopatologia do hormônio do crescimento**. 2004

MACHADO, Angelo B. M. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed.

MANICA, James Toniolo. **Anestesiologia princípios e técnicas**. 2. ed.

MARTINS, Tania Leme da Rocha. **Manual de condutas clínicas em dislipidemias**. 2003

NEVES, David Pereira. et. al. **Parasitologia humana**. 9. ed.

NOVELLINE, Robert A. **Fundamentos de radiologia de Esquire**. 5. ed.

PITREZ, Jose Luiz Bohrer; PITREZ, Paulo Marcio Condessa. **Pediatria consulta rápida**. 2. ed.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. 3. ed.

PRADO, Felicio Cintra de.; RAMOS, Jairo de Almeida; VALE, José Ribeiro do. **Atualização terapêutica**. 21. ed.

ROHEN, Johanes W.; YOKOCHI, Chihiro. **Anatomia humana**. 3. ed.

SABISTON JR, David C.; LYERLY, H. Kim. **Tratado de cirurgia**. Vol. 1 e 2, 15. ed.

SBEM. **Tyreoide up date**. Edição Única.

SOARES, Jose Luiz Flores; PAQUALOTTO, Alessandro Comarú; ROSA, Daniela Dorneles da; LEITE, Veronica da Silva. **Métodos diagnósticos consulta rápida.** 2002

STEFANI, Stephen Doral; BARROS, Elvino. **Clínica médica.** 2. ed.

TUNEY JR, Laurence M.; MCPHEE, Stephen; PAPADAKIS, Maxine A. **Lange diagnóstico e tratamento.** 2001

VILLELA, Manuel A. P.; RAMOS FILHO, Sérgio M. **Oftalmologia básica.** 2000.

WALD, Braun. et. al. **Harrison medicina interna.** 15. ed.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Medicina. Disponível em <<http://www.amb.org.br>>.

ASSOCIAÇÃO Brasileira para o Estudo da Obesidade. Disponível em <<http://www.abeso.org.br>>.

ASSOCIAÇÃO Catarinense de Medicina. Disponível em <<http://www.acm.org.br>>.

ASSOCIAÇÃO Médica do Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://www.amrigs.com.br>>.

CONSELHO Federal de Medicina. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br>>.

ENDOTEXT. Disponível em <<http://www.endotext.com>> .

HOSPITAL de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em <<http://www.hcpa.ufrgs.br>>.

MEDCARE. Disponível em <<http://medcare.com>>.

MEDLINE. Disponível em <<http://www.medline.com.br>> .

MEDSTUDENTS .Disponível em <<http://www.medstudents.com>> .

SOCIEDADE Brasileira de Cardiologia. Disponível em <<http://www.cardiol.br>>.

SOCIEDADE Brasileira de Diabetes. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br>>.

SOCIEDADE Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em <<http://www.endocrino.org.br/sbem.php>>.

UNIVERSIDADE Federal do Paraná. Disponível em <<http://www.ufpr.br>>.

UNIVERSIDADE Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/ufrgs>>.

UNIVERSIDADE SÃO PAULO. Disponível em <<http://www.usp.br>>.

MENSAGEM FINAL

“Desejaria que, algum dia, todas as escolas relacionadas com a arte de curar dessem ênfase não apenas ao conhecimento, mas também aquilo que não se pode conhecer. Isso poderia nos dar uma visão mais real de nós mesmos.

Poderia nos recordar algo que, como cientistas modernos, quase esquecemos e que necessitamos recordar: todos - sem exceção - somos curadores que sofremos por nossas próprias feridas”.

(Dr. Larry Dossey)