

Reunião Clínica – 30/06/2011

Disciplina de Pneumologia – Hospital de Base de São José do Rio Preto

- **ID:** A.S., 61 anos, branco, casado, católico, zelador, natural e procedente de São José do Rio Preto
- **QD:** dispnéia e chiado há 3 meses
- **HPMA:** Paciente previamente hígido, referia que há 3 meses estava apresentando episódios quase diários de tosse com secreção esbranquiçada, dispnéia e chiado no peito. Havia iniciado uma primeira consulta com pneumologista em outro serviço que chegou a solicitar alguns exames e prescreveu aerolin, porém o apresentou exacerbação das crises e precisou procurar auxílio médico antes do retorno.

Relatava que há cerca de 10 dias esteve internado no HB com a equipe da clínica médica após forte crise de dispnéia, chegou a ser intubado e extubado no mesmo dia, permaneceu internado por 4 dias, recebendo alta com inalação com beta 2 agonista. Refere que continuou apresentando crises mais leves que melhoravam com a medicação.

No dia que chegou ao PA (21/05/2011) apresentou novamente outro episódio de forte dispnéia e tosse seca, que não melhorou com a inalação, procurou a UPA Central, foram realizadas mais 3 inalações com berotec e atrovent, feito prednisona e terbutalina, sem melhora dos sintomas.

- **IC:** Negava febre, dor torácica, hiporexia ou emagrecimento
Negava alterações no TGI ou TGU
Negava queixas reumatológicas
Referia muita ansiedade e nervosismo constante devido a problemas familiares (sic)
- **AP:** Ex-tabagista – fumou durante 20 anos, cerca de meio maço de cigarro papel/dia, cessou o tabagismo há 30 anos.
Negava alergias
Negava exposição a inalantes tóxicos
Negava etilismo e uso de drogas
Cirurgias prévias: nodulectomia pulmonar direita há 25 anos
- **AF:** pai faleceu de neoplasia pulmonar

▪ **Exame físico na admissão (21/05/2011):**

PA: 120 x 80 mmHg, **FC:** 84bpm, **FR:**28ipm, **Temperatura:**36°C

REG, corado, hidratado, anictérico, acianótico, taquidispnéico, saturando 80% em ar ambiente (99% com máscara de O2 5l/min)

AR: MV presentes bilateralmente com roncos e sibilos difusos

AC: RDR, BNF, sem sopros

Abd: plano, RHA +, indolor a palpação, ausência de visceromegalias

Extremidades: ausência de edemas, panturrilhas livres.

- Na emergência foi medicado com inalações (berotec + atrovent), prednisona, aminofilina e sulfato de magnésio.

Apresentou melhora importante da dispnéia, apesar de manter sibilos esparsos. Foi encaminhado a enfermaria saturando 95% em ar ambiente.

▪ **Exames complementares (na admissão):**

Hemograma:

Hb: 12,9

Ht: 38,2

Leuco: 10670 (bas:0,2%/ eos:1,8%/ seg:70,1/ linf: 21,2%/ mon:6,7%)

Plaquetas: 278 mil

PCR: 0,21

Sódio: 142

Potássio: 4,9

Creatinina: 1,0

Glicemia: 141

Gasometria arterial (na emergência com máscara de O2): pH:7,42 / pO2: 131/ pCO2: 33,5/ HCO3:21,3 / BE: -2,1/ Sat:98,6

Raio-X de Tórax: sem alterações

Revisão de prontuário:

Internação previa (9/5/2011 – 13/05/2011) Segundo relatos do prontuário, o paciente apresentou uma forte crise de dispnéia, procurou a UPA Central, chegou a discutir com os médicos daquele serviço porque queria ser encaminhado, foi encaminhado e chegou na emergência mantendo quadro de dispnéia e sibilância, além de muito nervosismo. Foi medicado com inalações e hidrocortisona. Logo após a administração da injeção apresentou vômitos evoluindo com piora do padrão respiratório e queda da saturação necessitando ser intubado. Após intubação apresentou melhora da ausculta pulmonar, permanecendo somente com roncos sendo extubado no mesmo dia e após melhora do quadro foi encaminhado a enfermaria. Durante a

internação foram feitas as hipóteses de broncoespasmo + broncoaspiração.

No período que esteve na enfermaria sempre referia dispnéia discreta e ao exame físico mantinha quadro de sibilos e roncos difusos. Recebeu alta com melhora parcial do quadro com o uso de inalação com beta 2 agonista.

Durante esta internação foi realizada uma TC de tórax e feita a hipótese de uma possível fistula traqueo-esofagica, porem depois foi visto que se tratava de um artefato de técnica. O paciente realizou broncoscopia e também endoscopia digestiva alta que vieram sem alterações. TC de tórax também sem alterações.