

Data da primeira consulta: 16/05/2012

Identificação:

M.F.S, 28 anos, natural de Guaratinga (BA) e procedente de Pontal (SP), diarista, casada, 2 filhos.

Queixa e Duração:

Tosse e dispneia há 3 dias.

História da Moléstia Atual:

Há 3 dias iniciou quadro de tosse intensa com expectoração amarelada, com febre de 38/39°C que cedia com medicação; cefaleia e dor no corpo que melhoravam com analgésico. Há 1 dia evoluiu com dispneia progressiva, tendo que procurar UBS. Há 1 semana relata coriza e tosse seca. Apresentou episódios de hemoptise ontem a noite e hoje pela manhã, além de vômitos após crise de tosse. Refere dor torácica ventilatório dependente. Em UBS foi iniciado Ceftriaxona e Claritromicina e após episódios de hipotensão e hidratação vigorosa em seguida paciente apresentou piora da dispneia intensa, sendo suspeitado de hantavirose e encaminhado para este serviço.

Interrogatório dos Diversos Aparelhos:

Nega sangramentos ou adenomegalias. Nega perda ponderal ou febre prévia. Nega dor abdominal ou diarreia. Nega dor em membros inferiores ou período de imobilidade. Nega disúria, polaciúria ou dor em baixo ventre. Refere menstruação regular. Nega icterícia.

Antecedentes Pessoais:

Nega Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, Tabagismo, Etilismo, hipotireoidismo ou qualquer outra patologia.

Nega contato com HIV (sexual) ou transfusão de sangue. (Teste rápido de HIV negativo em UBS).

Nega contato com ratos.

Medicamentos: Anticoncepcional Oral Combinado

Nega alergias a medicamentos.

Nega cirurgias prévias. Nega uso de drogas.

Refere um vizinho com Tuberculose tratada há 6 meses.

Antecedentes Familiares:

Nega doenças na família. Nega IAM antes dos 50 anos na família.

EXAME FÍSICO:

Regular estado geral (REG), corada, hidratada, cianose de extremidades discreta, anictérica, afebril no momento, dispneia com esforço respiratório, sem adenomegalias, peso: 90kg. Escore de Coma de Glasgow 14 (Abertura Ocular=3; Resposta Verbal=:5; Resposta Motora=6)*

Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos (RCR 2T), bulhas normofonéticas sem sopros. Frequencia Cardíaca (FC) 120 batimentos por minuto. Pressão arterial (PA): 103x61 mmHg.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular (MV) presente, diminuído em base direita e estertores em base esquerda. Frequencia Respiratória (FR) 40 incursões por minuto, saturação 85% com mascara 15L/min.

Abdome: globoso, normotenso, indolor. Não palpo fígado ou baço. Sem massas palpáveis.

Membros inferiores: sem edemas, sem empastamento de panturrilha. Tempo de enchimento capilar (TEC) < 3 segundos. Extremidades frias.

Hipótese Diagnóstica:

Pneumonia →Bacteriana?
 →Viral? H1N1?
 Hantavirose?

Raio-X de Tórax -1: Infiltrado Intersticial Bilateral difuso, flocoso em áreas difusas, preservando ápice discretamente.

Exames: (16/05)	Val. Normais			Val. Normais	
Ureia	15-50mg/dl	33	Lactato	0,5-2 mmol/L	1,9
Bilirrubina Total	0,8-1,2mg/dl	0,6	Na	135-145mmol/L	132
Bilirrubina Direta	<0,4 mg/dl	0,1	K	3,5-5mmol/L	3,3
TGP/ALT	<31 U/L	67	Ca ionico	1,12-1,32mmol/L	1,06
TGO/AST	<32 U/L	70	Creatinina	0,7-1,6 mg/dl	1,0
Glicemia	65-99mg/dl	158			

HEMOGRAMA:

16/05/2012	Val. Normal			Val. Normal	
Hb	12-15.5 G/dl	16	GB	3,5 - 10,5	8,8
Ht	35-45 %	49	bastonetes	%	37
PLQ	150-450 mmx3	133	segmentados	%	51
			eosinofilos	%	1
			basofilos	%	0
			linfócitos	%	11

GASOMETRIA:

16/05/2012	Paciente
pH	7,39
pO2	53,4
pCO2	32,2
HCO3	18,9
BE	-5,2
SatO2	86%
FiO2	100%

Hemocultura: Ausência de crescimento após 7 dias de incubação.

Evolução (17/05/2012).

Indicada Intubação Orotraqueal (IOT) por Insuficiência Respiratória Aguda. Realizado IOT de difícil realização por paciente muito reativo, com tubo 7,5, utilizado 2 ampolas de Midazolam, 1 ampola de Succinilcolina e 1 ampola de Pancurônio, fixado o tubo em 23cm. Paciente evoluiu com dificuldade de ventilação, sendo necessário aumentar pressões e mantém relação inspiratória/expiratória 1:1. Iniciado sedação padrão 20ml/h.

Eletrocardiografia: Taquicardia Sinusal

HD: Pneumonia Atípica → Micoplasma?
→ H1N1

Insuficiência Respiratória Aguda

Iniciado Ceftriaxona 1g 12/12h endovenoso (EV), Claritromicina 500mg 12/12h EV e Tamiflu 75mg EV 1x dia.

Ajustamos parâmetros ventilatórios, solicitado nova gasometria.

Indicado Acesso Venoso Central (AVC), pois paciente evoluído com hipotensão.

17/05/2012	
pH	7,27
pO ₂	48,8
pCO ₂	39,9
HCO ₃	17,8
BE	-7,8
SatO ₂	78,30%
FiO ₂	100%

Iniciado Noradrenalina 0,2 mcg/Kg/min em veia periférica enquanto aguardo liberação do uso de AVC.

Raio-X de tórax 2: Sem pneumotórax, AVC em posição adequada. Libero uso de AVC, solicitado instalar pressão venosa central (PVC).

Ao exame:

Mau Estado Geral (MEG), corada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, sedada, Ramsay 6, pupilas isocóricas.

Aparelho respiratório: MV presente, reduzido em base esquerda, com estertores em velcro em base esquerda. FR: 24 ipm. SatO₂: 82%

Aparelho Cardiovascular: RCR em 2T, bulhas normofonéticas sem sopros. FC:155bpm. PA: 86x46 mmHg. TEC <3segundos. Extremidades frias.

Abdome: globoso, normotenso. Sem massas, sem visceromegalia.

Membros inferiores: sem edemas, panturrilhas livres

Membros superiores: pulsos radiais finos, simétricos.

Exames (17/05/2012)

	Val. Normais			Val. Normais	
Creatinina	0,7 - 1,6 mg/dl	2	TTPA	Controle = 26,1	39
Na	135-145mmol/L	135	TP	Controle = 11,5	15,2
K	3,5-5mmol/L	3,8	PCR	<0,5	21,78
Ca ionico	1,12-1,32mmol/L	1,02			

Iniciado Oxacilina 2g 4/4h pela hipótese diagnóstica de Pneumonia Estafilocócica e mantido demais antibióticos. Corrigido dose de Tamiflu para 75mg 12/12h.

Solicitado ECO, CIE para fungos, coleta de escarro para tuberculose e fungos. Feito coleta de escarro para pesquisa de H1N1 e amostra de sangue para Hantavirose.

Caso adaptado de relato feito pelo acadêmico: Marcel Hisano
Monitoria de MI - 2013

Evoluiu com piora progressiva dos sinais vitais a despeito do aumento de Noradrenalina e tentativa de recrutamento alveolar através de VM, Realizado reposição volêmica com 500ml de Soro Fisiológico 0,9% com Dipirona para febre.

Solicitado gasometria venosa central, hemograma, eletrólitos, glicemia, lactato:

Gasometria	Val. Normal			
pH	7,35-7,45	7,16	BE	-10,9
pO2	75 - 100mmHg	39	SatO2	60,50%
pCO2	35-45mmHg	48,1	FiO2	100%
HCO3		16,3		

RX-tórax 3: Velamento alveolar difuso.

17/05/2012: Constatado Parada Cardio-Respiratória em assistolia. Iniciado manobras de ressuscitação cardiopulmonar sem sucesso. Constatado então óbito do paciente pela equipe médica.

Necrópsia:

CAUSA MORTIS:

- a. Insuficiência Respiratória Aguda
- b. Pneumonia Bilateral

Demais Exames: (Liberado após data de óbito)

Elisa Anti-HIV: Cut-Off: 1
Título: 0,12 (Não Reagente)

PCR Real Time para Influenza : Negativo

ELISA para Hantavirus: IgG: Reagente
IgM: Reagente