

“ELE FICA NUMA ESQUISITEZA DANADA”

DECISÕES CLÍNICAS DISCUSSÃO: 03/10/2012 (quarta, 19:30h)

PROF. LUCAS VILAS BOAS MAGALHÃES

PARTE I: Um senhor de 91 anos, morador de área rural de Viçosa, é trazido à consulta pela filha: há cerca de 1 ano com alucinações visuais (principalmente) e auditivas, proeminentes, apesar de ser quase cego há 6 anos (só enxerga vultos, teve glaucoma e cataratas bilaterais, já operadas). Associado a isso, há 1 ano com dificuldade para andar, passos curtos, leve tremor em MMSS à marcha e insônia. O quadro é aparentemente flutuante, embora a filha não demonstre muita certeza disso. Memória e linguagem aparentemente preservadas.

1ª pergunta: A descrição acima permite um raciocínio através de reconhecimento de padrão. Você consegue estabelecer um diagnóstico de trabalho com esses dados?

PARTE II: Há hipoacusia e coceira nos ouvidos há cerca de 2 meses. HAS. Ex- tabagista 30 anos-maço, parou há 40 anos. Azia eventual (gastrite e esofagite -sic). Constipado crônico. Em uso: colírios (pilocarpina, bimotoxina e timolol), ginkgo-biloba 80mg 1 comp/dia, captopril 25mg 2-0-2 + Hctz 25mg 1-0-0, bromoprida 10 mg de 8/8 horas SOS + nexium 40 mg 1-0-1 + AAS 100 mg/dia. Viúvo, mora com a filha. Sem outros dados relevantes na história.

2ª pergunta: você identifica problema (s) na prescrição?

PARTE III: Exame físico de abordagem (EFA) com galhos pertinentes: rolha de cerúmen bilateral, condutos auditivos com lesões eritematosas, vesículas e liquenificação. Sopro mesosistólico, +/6+, sem foco preferencial, bulhas de baixa fonese, PA 120 x 80 mmHg. Tórax em tonel. MV+, reduzido difusamente. Não foi possível palpar pulsos em MMII. Marcha com base alargada, passos curtos, inclinado para frente. Aumento de tônus em MSD e MMII, mais compatível com rigidez, leve tremor MMSS intencional e com a marcha. Aquileus ausentes. Diminuição de sensibilidade vibratória em botas. Pupilas discóricas, pouco reagentes à luz.

3ª pergunta: Qual o diagnóstico sindrômico e o significado das lesões nos ouvidos?

4ª pergunta: Estabeleça o significado de cada um dos demais achados do EFA, dentro do contexto.

5ª pergunta: O que fazer? (**Lancet Neurology 2004;3(1): 19-28**).

PARTE IV: Um especialista é consultado, e no mesmo dia ele te liga, dando uma notícia inusitada sobre o paciente.

6ª pergunta: O que deve ter acontecido?

PARTE V: O paciente obtém melhora. Meses após, consulta com seu gastro, em virtude de desconforto abdominal, faz TC de abdome (16/04/2012): pequena hérnia hiatal, cisto simples rim D, ateromatose Ao, hiperplasia prostática, sem outras alterações. Recebe prescrição de mirtazapina, pois ele “está um pouco deprimido”, além de uma combinação de medicações gastroenterológicas: mantido nexium e bromoprida, e iniciados digeplus e stimulance, além de mentaliv e naturetti SOS.

7ª pergunta: O que está sendo tratado? O que faltou nessa avaliação?

PARTE VI: Após a mirtazapina o paciente tem uma leve melhora da insônia, mas o desconforto abdominal piora, e vem apresentando períodos de extrema agitação e confusão. O gastro é consultado, e por telefone prescreve Alprazolam pois “ele deve estar nervoso”. A filha liga para o primeiro médico, perguntando sobre a conduta do gastro e solicitando uma visita domiciliar, pela impossibilidade de retirá-lo de casa. O médico aquiesce e comparece no horário agendado, e além da história acima obtém algumas informações que definem o quadro. Essas informações foram muito difíceis de serem colhidas, pois o paciente não colaborava.

8ª pergunta: Quais os principais efeitos colaterais da mirtazapina?

9ª pergunta: Que armadilha ética foi desenhada acima?

10ª pergunta: Em que situações está indicada a visita domiciliar e como se preparar para tal? (**Araújo FE et al. Características das visitas domiciliares realizadas pelo médico de uma equipe de PSF – Tiradentes MG. Rev APS 2006; 9: 15-19**)

11ª pergunta: Qual deve ter sido o desfecho?

12ª pergunta: O que você precisa aprender para que, no futuro, possa atender alguém assim de forma condigna com o juramento que fará?