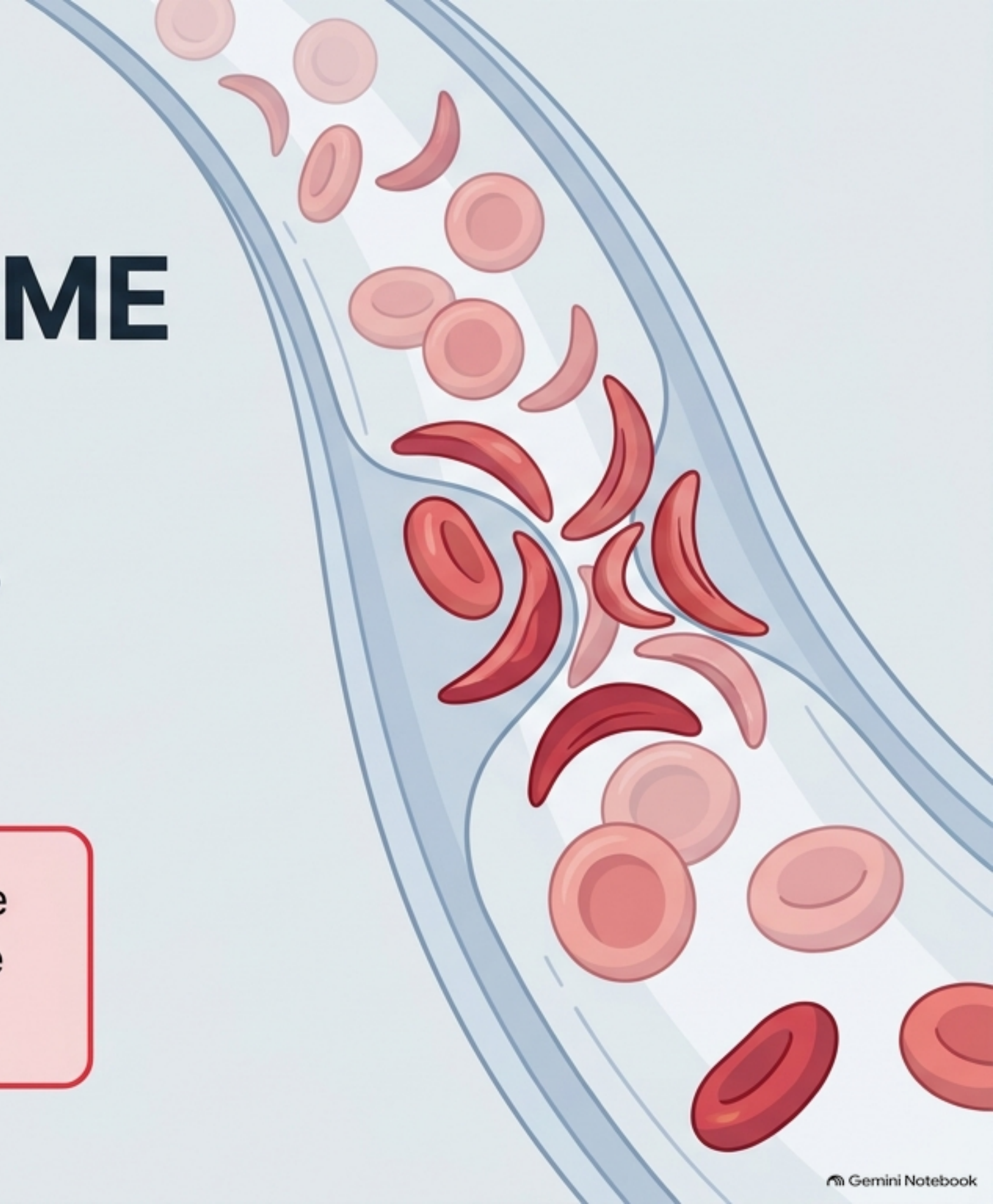


ANEMIA FALCIFORME NA EMERGÊNCIA

6 Casos Clínicos Progressivos
para Decisão Crítica.



ATENÇÃO: Na triagem, o paciente falciforme nunca é "Ficha Verde". Atendimento rápido e humanizado salva vidas.



🕒 CASO 1: A Dor que Não Espera



História Clínica

Adulto, 25 anos, genótipo HbSS. Chega com dor óssea intensa em fêmur e lombar há 2 dias, piorando progressivamente. Refere uso de Tramadol e Dipirona em casa sem alívio.



Exame Físico

Fácies de dor intensa, sem focos infecciosos aparentes, pulmões limpos. Euvolêmico.



FC:
115 bpm



PA: **130/80**
mmHg



FR: **20**
irpm



SpO2:
96%



Temp:
37,2°C



Escala de Dor
(EVA): **9/10**



● Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: Crise Vaso-Oclusiva (CVO) Grave



Analgesia Imediata (<60 min)

Ir direto para Morfina IV 0,1 mg/kg (máx. inicial 10mg) + Dipirona 1g IV. Reavaliar a cada 30-60 min e titular dose.



Hidratação

Manter normovolemia. Apenas soro se desidratado.



Destino

Se dor controlada: alta com 50% da dose de opioide convertida para VO (para uso por 5 dias).
Se refratária: internar (considerar PCA de Morfina ou Cetamina).



Erros Comuns

- Escalonar com opioide fraco no PS quando a dor já é >6 ou houve falha em casa.
- Atrasar analgesia esperando resultados de exames.
- Hiper-hidratar ou usar Soro 0,45% de rotina.

 **Mensagem-Chave:** Dor óssea de falciforme é isquemia por oclusão medular. Analgesia não se nega, não se atrasa e não se subtrata.

🕒 CASO 2: O Inimigo Oculto

📋 História Clínica

Criança, 6 anos, HbSS. Mãe traz ao PS por prostração e dor leve nas pernas. Cartão indica profilaxia regular com penicilina.

🩺 Exame Físico

Irritadiço, sem rigidez de nuca, sem tosse, abdome indolor.

❤️ FC: 130 bpm

🩺 PA: 100/60 mmHg

🫁 FR: 24 irpm

🩺 SpO2: 97%

🌡️ Temp: 39,5°C

❓ Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: Febre / Risco de Seps

Investigação Imediata

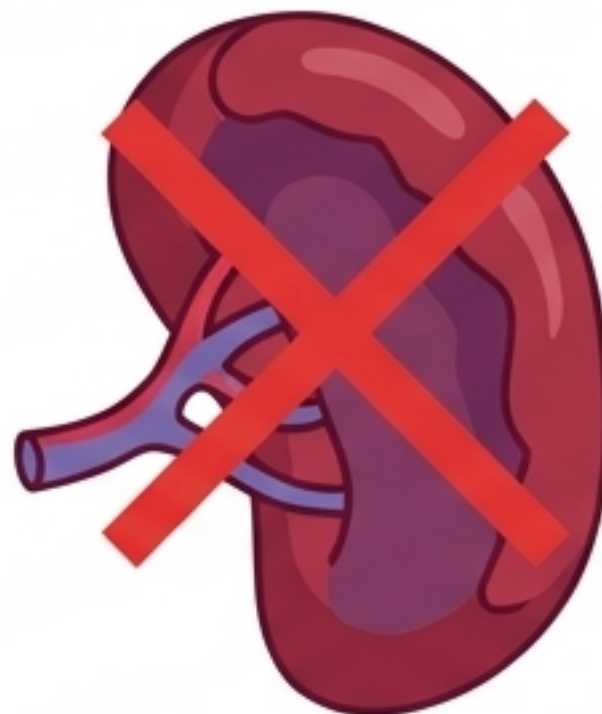
Hemocultura, Hemograma, Reticulócitos e RX de Tórax (mesmo sem tosse, para buscar Síndrome Torácica Aguda oculta).

Tratamento

Antibiótico EV precoce e amplo espectro (ex: Ceftriaxona + Macrolídeo).

Destino

Internação. Alto risco de sepse letal por germes encapsulados.



Erros Comuns

- ✗ Tratar febre no falciforme pediátrico como virose simples e dar alta.
- ✗ Ignorar a febre para focar apenas na queixa de dor leve.

 **Mensagem-Chave:** Paciente falciforme tem asplenia funcional. Febre = Risco de infecção **invasiva letal**. Inicie ATB e investigue exaustivamente.

🕒 CASO 3: A Armadilha Respiratória

📋 História Clínica

Adulto, 30 anos, genótipo SC. Internado há 48h por crise álgica (melhorando). Hoje queixa-se de aperto no peito e começou a tossir.

🩺 Exame Físico

Murmúrio vesicular diminuído em base direita.

❤️ FC: 110 bpm

🩺 PA: 120/75 mmHg

🫁 FR: 28 irpm

🩺 SpO2: 89%
Basal do paciente era 95%

🌡️ Temp: 38,0°C

❓ Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: Síndrome Torácica Aguda (STA)



Imagem

RX de Tórax buscando novo infiltrado.



Suporte

Oxigênio (Meta SpO2 $\geq$ 93% ou 3% do basal).
Fisioterapia/espirometria.



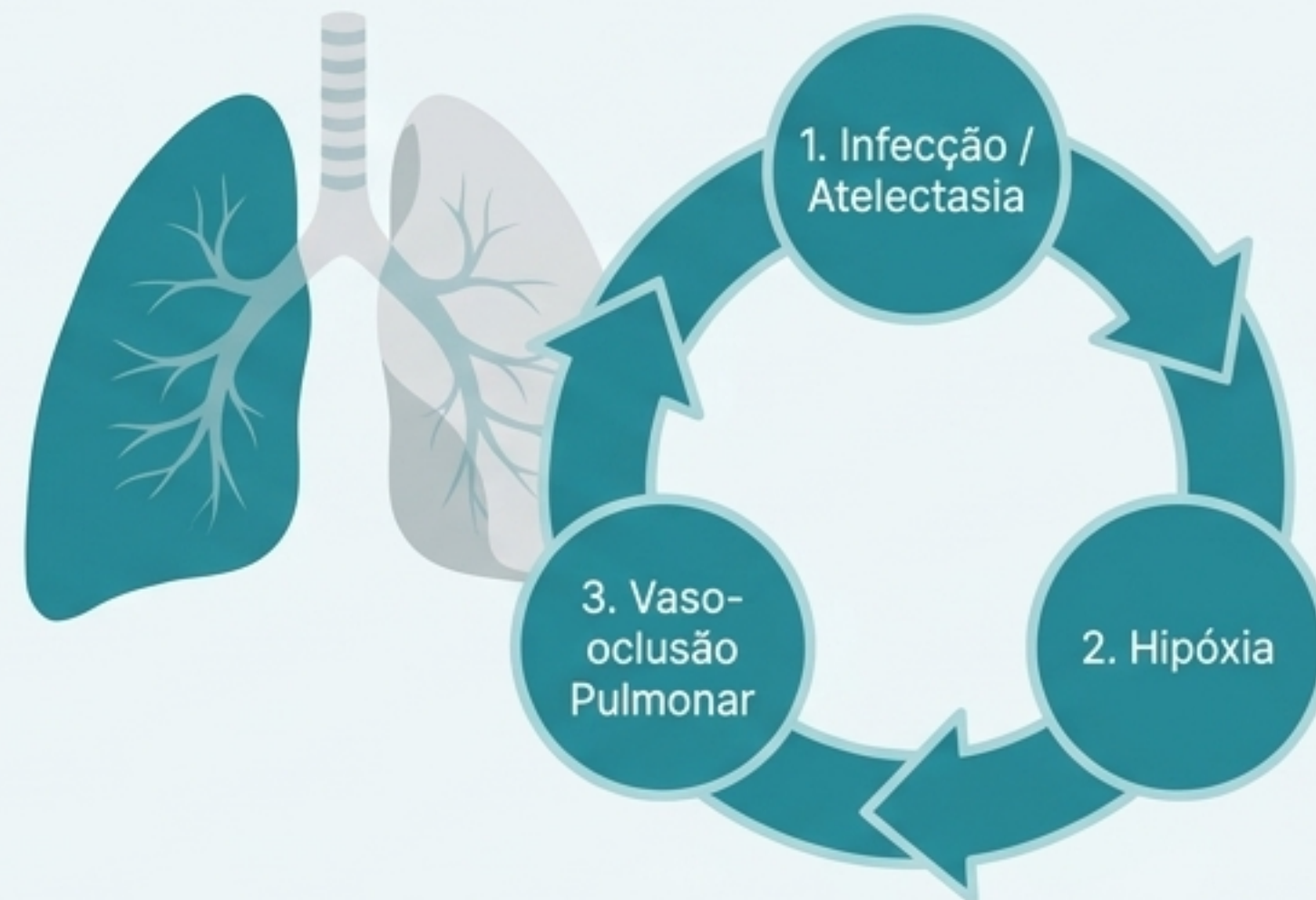
Medicação

Ceftriaxona + Macrolídeo (cobre micoplasma/clamídia).



Transfusão

Transfusão simples se queda de Hb $\geq$ 1,5g/dL.
Se progressão rápida: Troca Transfusional.



⚠ Erros Comuns

- ✗ Achar que paciente genótipo SC não faz STA (fazem sim, e frequentemente graves).
- ✗ Confundir falhas de enchimento distais em angio-TC puramente com TEP (vaso-oclusão pulmonar é inerente à crise).

💡 **Mensagem-Chave:** Novo sintoma respiratório + febre/hipoxemia = STA até prova em contrário.
O ciclo vicioso mata rapidamente; aja com O2 e ATB.

🕒 CASO 4: O Tempo é Cérebro



📋 História Clínica

Jovem, 19 anos, HbSS. Trazido pelo SAMU com fraqueza súbita em dimídio direito e dificuldade de fala (afasia) iniciada há 90 minutos.

🩺 Exame Físico

Hemiparesia direita, NIHSS 12.

❤️ FC: 90 bpm

🩺 PA: 140/90 mmHg

🫁 FR: 16 irpm

🩺 SpO2: 95%

🌡️ Temp: 36,8°C

❓ Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: AVC Agudo Isquêmico



Ação Inicial

Acionar protocolo AVC (TC de crânio sem contraste imediata)
E acionar Hematologia/Hemoterapia simultaneamente.



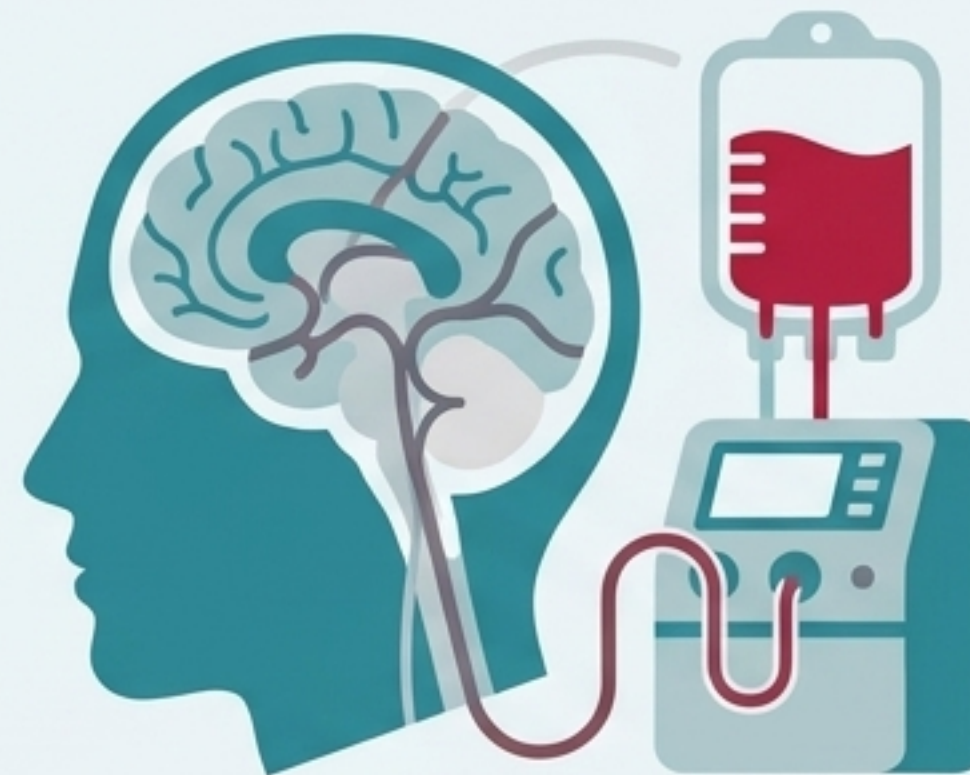
Ação Dourada

Troca Transfusional (Eritrocitoaférese ou manual).
Meta: Reduzir HbS para $< 30\%$.



Destino

UTI Neurológica / CROSS imediata.



⚠ Erros Comuns

- ❌ Realizar trombólise IV de rotina sem discussão especializada (risco altíssimo de sangramento devido à proliferação endotelial/vaso-oclusão crônica).
- ❌ Atrasar a comunicação com o banco de sangue.

💡 **Mensagem-Chave:** O AVC no falciforme exige a substituição mecânica das hemácias doentes.
A transfusão de troca é o pilar do tratamento.

🕒 CASO 5: O Choque Silencioso

📋 História Clínica

Criança, 3 anos, HbSS. Mãe relata palidez intensa e letargia extrema desde a manhã. Notou que o abdome pareceu inchar subitamente.

🩺 Exame Físico

Descorado (++++/4+), perfusão lentificada, letárgico. Baço palpável a 8 cm do rebordo costal esquerdo (enorme, tenso e doloroso).



FC: 160 bpm



PA: 75/40 mmHg



FR: 30 irpm



SpO2: 94%



Temp: 36,5°C

❓ Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: Sequestro Esplênico

🔍 Investigação Diferencial

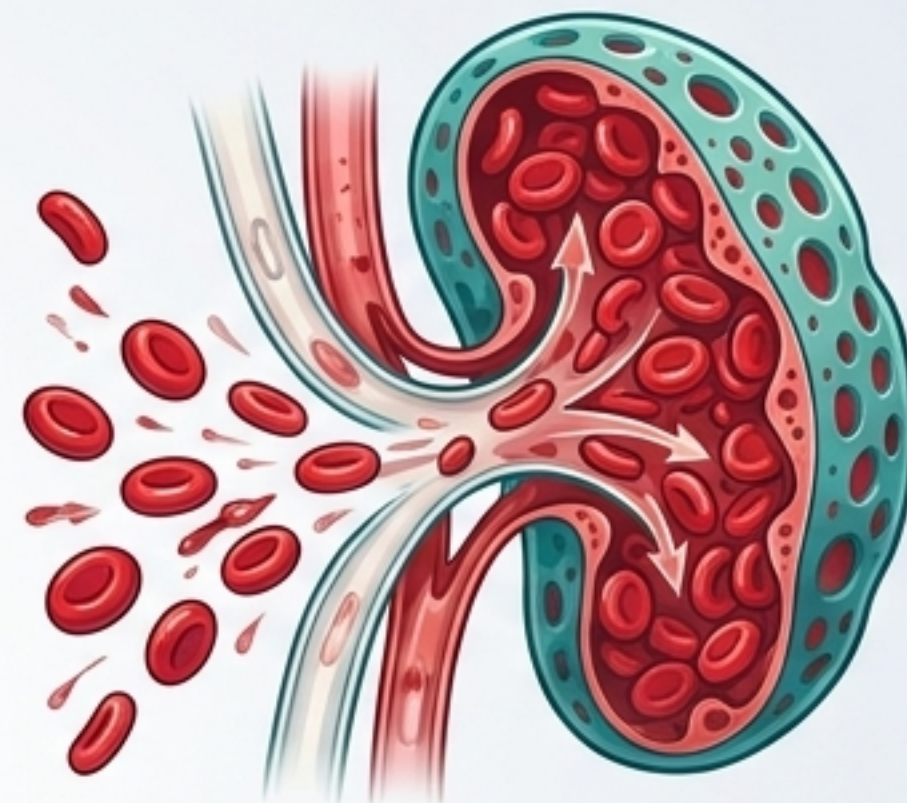
Hemograma de urgência (Hb baixíssima) + Reticulócitos (Estarão ALTOS).

⊕ Ação

Acesso venoso calibroso, expansão volêmica cautelosa, suporte hemodinâmico.

💓 O Resgate

Transfusão simples de urgência, mas com cautela.



⚠️ Erros Comuns

Transfundir visando atingir Hb "normal" (ex: >10g/dL). Quando o baço desinchar, devolverá o sangue sequestrado para a circulação, causando hiperviscosidade fatal.

💡 Mensagem-Chave: Queda aguda de Hb + Baço Gigante + Reticulócitos ALTOS = Sequestro. Salve a hemodinâmica, transfundindo apenas o necessário para tirar do risco de morte.

🕒 CASO 6: A Fábrica Parada

📋 História Clínica

Adulto, 28 anos, Hb basal de 8 g/dL. Apresenta astenia severa e dispneia aos mínimos esforços há 3 dias. Teve “virose” na semana anterior. Sem queixa de dor.

🩺 Exame Físico & Lab Rápido

Palidez cutâneo-mucosa importante, abdome flácido, sem baço palpável, ausculta cardíaca com sopro sistólico.

Hb atual = 4,5 g/dL

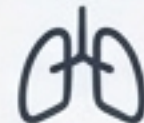
Sinais Vitais Dashboard



FC: 115 bpm



PA: 100/60 mmHg



FR: 22 irpm



SpO2: 97%



Temp: 37,0°C

? Qual é sua próxima conduta?

Protocolo: Crise Aplástica (Anemia Grave)

🔍 A Chave Diagnóstica

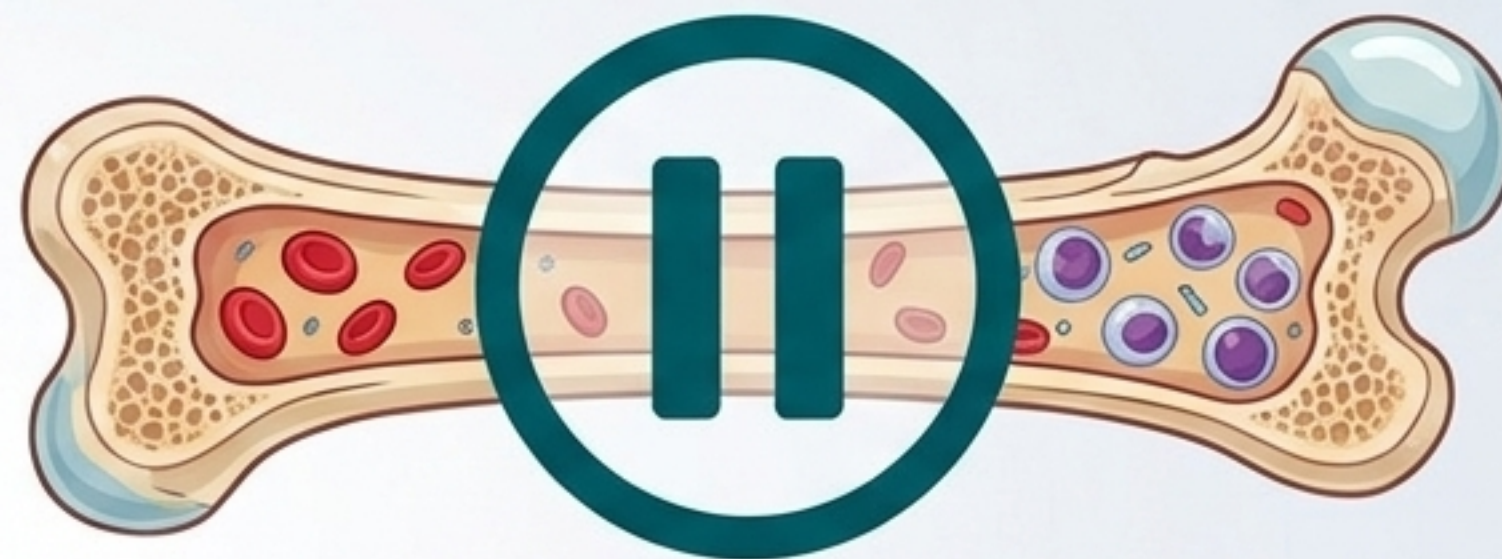
Solicitar Reticulócitos (Estarão BAIXOS).

+ Tratamento

Transfusão simples de concentrado de hemácias (filtrado e fenotipado). Alvo de Hb: 9-10 g/dL (nunca exceder para evitar hiperviscosidade).

💓 Destino

Internação para suporte transfusional e vigilância hemodinâmica.



⚠️ Erros Comuns

- Não perguntar ao paciente qual é sua "Hb basal".
- Não perguntar ao paciente qual é sua "Hb basal".
- Tratar anemia aguda sem checar os reticulócitos (diferencia aplasia de sequestro/hiper-hemólise).

💡 **Mensagem-Chave:** Queda de Hb + Sem aumento de baço + Reticulócitos BAIXOS = Crise Aplástica (frequentemente pós-infecção viral). Transfunde guiado pela clínica e Hb basal.

MATRIZ DE DIFERENCIAÇÃO: Complicações Agudas

[CRISE]	[SINAL DE ALARME]	[INVESTIGAÇÃO CHAVE]	[AÇÃO DOURADA]
CVO	Dor Óssea Intensa	Clínica / Exame Físico	Analgesia em <60 min (Morfina).
STA	Dispneia / Hipoxemia / Febre	RX Tórax, Oximetria	O2 + ATB Amplo + Avaliar transfusão.
Sequestro	Choque + Esplenomegalia	Reticulócitos ALTOS	Vol. Cauteloso + Transfusão urgente.
Aplasia	Astenia grave (sem baço)	Reticulócitos BAIXOS	Transfusão Simples.
AVC	Déficit Focal / Afasia	TC sem contraste imediata	Troca Transfusional (HbS <30%).
Infecção	Febre em Criança (Asplenia)	Hemoculturas + RX	ATB Precoce imediato.

PACIENTE FALCIFORME NA EMERGÊNCIA

(Triagem Prioritária / Ficha Amarela/Vermelha)

Via 1: Dor Intensa (CVO)



Avaliar SpO2 / Sinais Vitais
(Monitoramento)



Analgesia < 60min
(Morfina IV + Dipirona)
[Alvo: Dor ≤ 3/10]



Reavaliar a cada 30-60min
(Ajustar dose/adjuvantes)



Destino: Alta com plano VO
ou Internar/PCA.

Via 2: Febre / Resp (STA/Sepse)



O2 se SpO2 <93%
(Meta ≥ 93%)



RX Tórax + Culturas
+ Reticulócitos

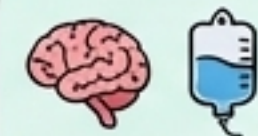


Iniciar ATB de amplo espectro
(Cobrir germes atípicos)

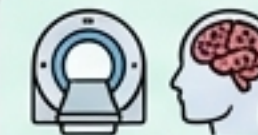


Destino: Internação/UTI +
Monitorar Hb para transfusão.

Via 3: Déficit Neuro / Choque



Protocolo AVC /
Expansão volêmica



TC Crânio (se neuro)
(Urgente)



Acionar Hemoterapia
imediata



Destino: CROSS/UTI +
Transfusão de Troca ou Simples.