



RACIOCÍNIO CLÍNICO VET  
APRESENTA



# Raciocínio Clínico Vet

Construindo uma Medicina Veterinária de excelência



# A arte do diagnóstico veterinário

Como dominar a conduta de qualquer caso clínico, independente da sua complexidade!

Íria

InShot







Raciocínio Clínico Vet

Estágio clínico	Sorologia	Sinais clínicos	Alterações laboratório clínico
Estágio 1	Negativo ou positivo baixo	Sinais discretos	Ausente
Estágio 2	Positivo baixo a elevado	Dermatopatia linfadenomegalia Perda de peso	Anemia leve Hiperglob. A) Sem protein. B) Protein.
Estágio 3	Positivo médio ou alto	Estágio 2 e sinais imunomediados	DRC IRIS 1 ou 2
Estágio 4	Positivo médio ou alto	Estágio 3 e DR grave	IRIS 3 e 4

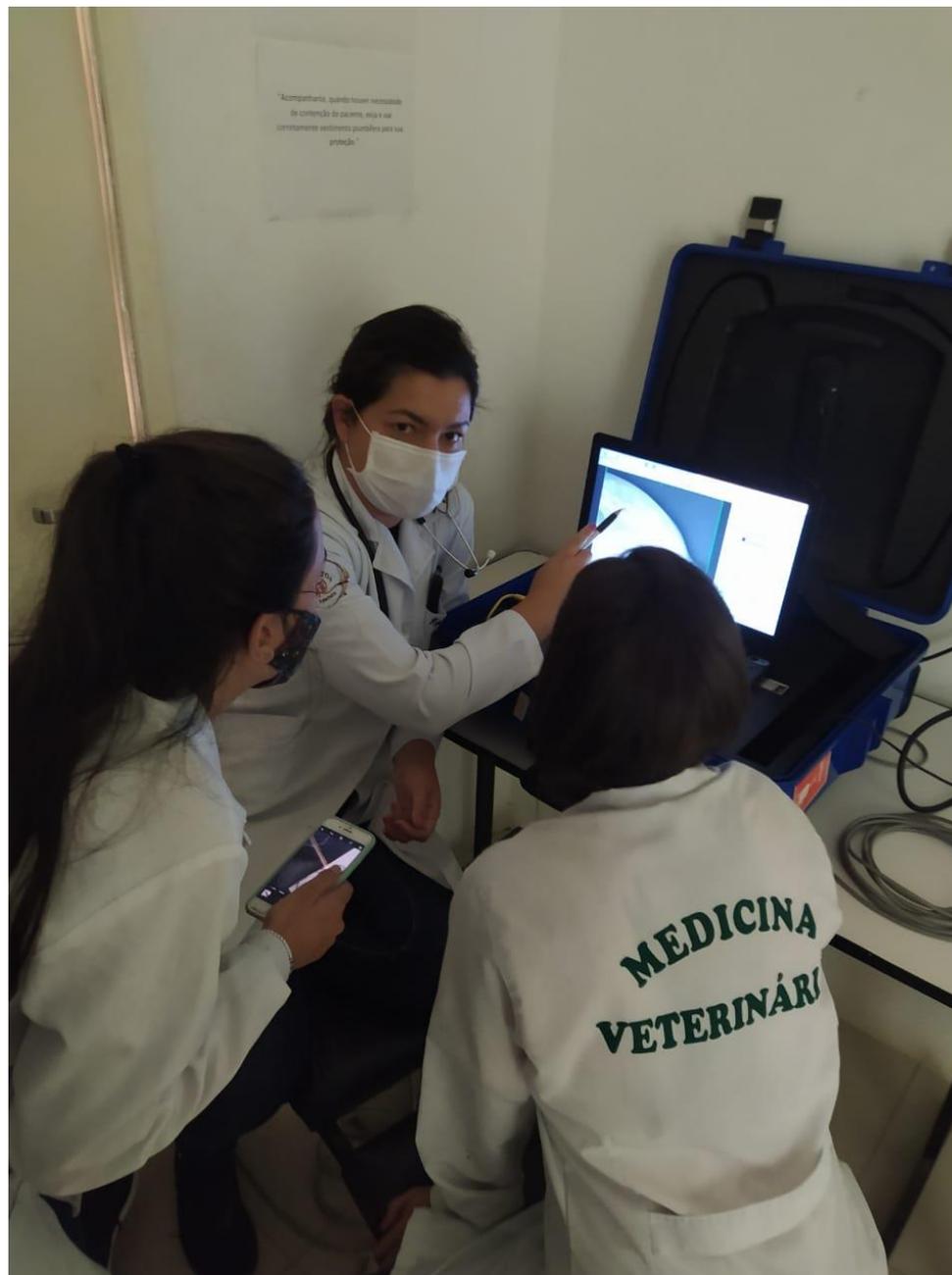
# CAV

Centro de Ciências Agroveterinárias

[www.cav.udesc.br](http://www.cav.udesc.br)

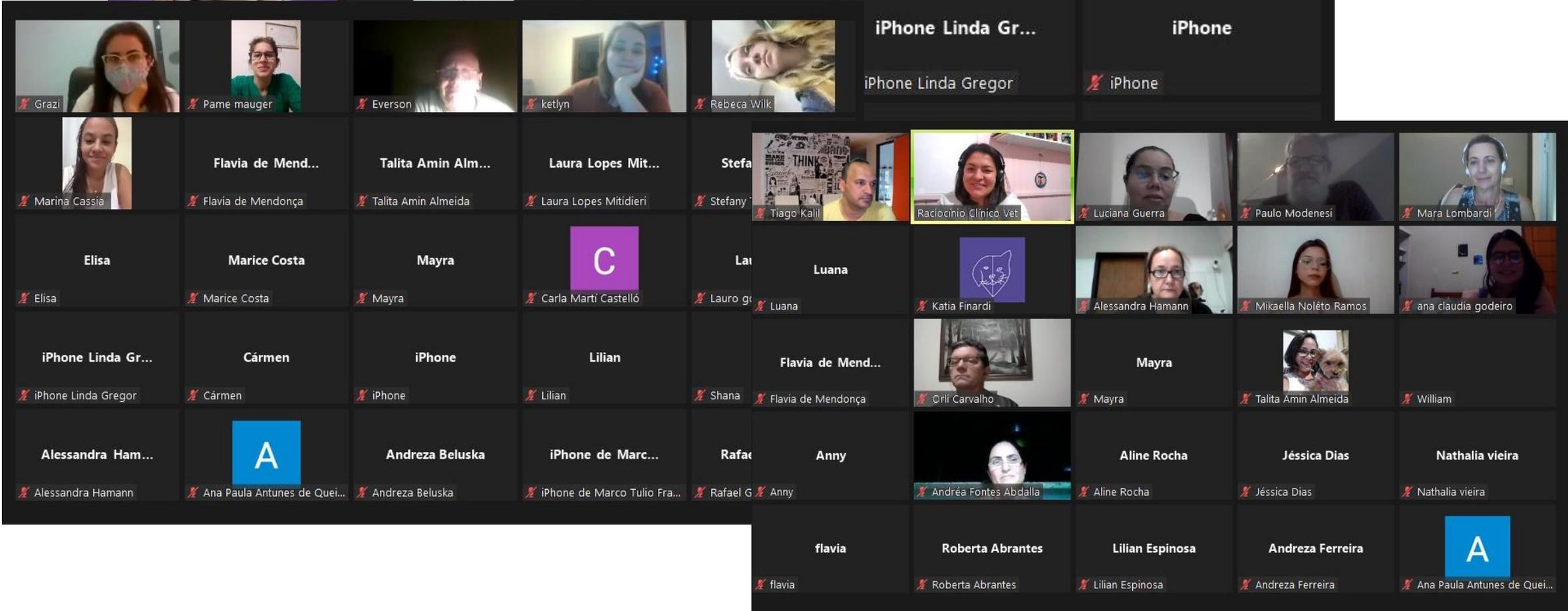






Imagens no Hospital Veterinário Unibave - Orleans





A arte do  
diagnóstico  
veterinário

## Aula 1: Equívocos que aniquilam seus diagnósticos

- Erros diagnósticos, porque eles ocorrem?
- Caso clínico Bebel – tosse a esclarecer
- Fisiopatologia da ICC
- Tratamento Doença Valvar Mitral

# Modelo de doenças

## Virus da cinomose canina

### Etiologia e Epidemiologia

O vírus da cinomose canina (CDV) induz doença predominantemente em carnívoros terrestres, porém muitas outras espécies, incluindo focas, furões, gambás, texugos, toninhas e felinos exóticos, têm sido infectadas pelo CDV ou algum outro morbillivírus relacionado. A virulência dos sorótipos de CDV varia de acordo com sua linhagem genética. Cepas de CDV que acometem cães na América do Norte atualmente divergem geneticamente dos isolados avaliados nos anos 1900 (Kapil et al., 2008). O vírus se replica em tecidos linfoides, nervoso e epitelial e é excretado em exsudatos respiratórios, fezes, saliva, urina e exsudato conjuntival por 60 a 90 dias após a infecção natural. Após ser inalado, o vírus é fagocitado por macrófagos e em cerca de 24 horas é transportado por via linfática para as tonsilas e linfonodos faríngeos e brônquicos, onde se replica. O sistema nervoso central (SNC) e tecidos epiteliais são infectados cerca de 8 a 9 dias após a infecção inicial.

O grau de alteração clínica e os tecidos envolvidos variam dependendo da cepa do vírus e do estado imunológico do hospedeiro (Greene e Vandeveldt, 2012). Cães não imunizados são suscetíveis em todas as idades, porém a doença é mais comum em filhotes entre 3 e 6 meses de idade. Estima-se que 25% a 75% dos cães suscetíveis estejam subclínicamente infectados após a exposição. Em cães imunossuprimidos, ocorre uma replicação massiva do vírus nas células epiteliais dos trato respiratório e gastrointestinal e no aparelho geniturinário, 9 a 14 dias após a infecção; estes cães geralmente morrem de doença polissistêmica. Em cães com resposta imune moderada, entre o 9º e o 14º dia pós-infecção, o vírus deve se replicar nos tecidos epiteliais, podendo manifestar os sinais clínicos da doença. Cães com boa resposta mediada por células e com bons títulos de anticorpos neutralizantes do vírus devem eliminar o vírus da maioria dos tecidos por volta do 14º dia pós-infecção, sem apresentar qualquer manifestação clínica. A maioria dos cães infectados desenvolve infecção no sistema nervoso central (SNC), porém sinais clínicos de alterações no SNC ocorrem somente em cães com baixa ou nenhuma produção de anticorpos. A desmielinização aguda ocorre como resultado da infecção restrita dos oligodendroglíocitos e subsequente necrose dos mesmos; a desmielinização crônica é causada por mecanismos imunomediados, incluindo anticorpos anti-mielina e formação de imunocomplexos e sua remoção

### Aspectos Clínicos

Muitos cães clinicamente acometidos não são vacinados, não receberam colostro de uma cadela previamente imunizada, foram submetidos a protocolos inadequados de vacinação, ou são imunossuprimidos e também apresentam histórico de contato com animais infectados. As principais queixas dos proprietários geralmente são de cães manifestando depressão, mal-estar, descarga oculonasal, tosse, vômitos, diarréia ou sintomas neurológicos. Cães com resposta imune ineficiente, em geral, apresentam sinais graves e uma evolução rápida fatal da doença. Alguns cães com imunidade parcial podem apresentar apenas discretas alterações respiratórias, diagnosticadas presuntivamente como complexo de doenças respiratórias infecciosas caninas. Aumento de volume das tonsilas, febre e secreção ocular mucopurulenta são observações comuns no exame físico. À auscultação, cães com broncopneumonia geralmente apresentam aumento dos ruídos respiratórios, chiados e sibilos.

### Diagnóstico

A combinação dos aspectos clínicos, clinicopatológicos de rotina e avaliação radiográfica normalmente geram um diagnóstico presuntivo de infecção pelo vírus da cinomose canina. Discreta linfopenia e trombocitopenia são alterações hematológicas consistentes. Infiltrados pulmonares intersticiais e alveolares são achados radiográficos comuns em cães com insuficiência respiratória. Embora alguns cães com infecção no SNC possam não apresentar alterações na análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), a maioria apresenta pleocitose mononuclear e aumento na concentração proteica. A proporção soro/LCR de imunoglobulina G (IgG) e albumina pode ser comumente elevada em cães com encefalite, porém estes achados apenas confirmam a inflamação do SNC e não a infecção pelo vírus da cinomose canina.

A mensuração dos títulos de anticorpos séricos ou no LCR pode auxiliar no diagnóstico de infecção pelo vírus da cinomose. A identificação de um aumento quatro vezes maior no título sérico de IgG ao longo de um período de 2 a 3 semanas ou a detecção de anticorpos IgM no soro são achados consistentes com a infecção recente ou vacinação recente, porém não comprovam a doença clínica. Os títulos de anticorpos contra o vírus da cinomose no LCR podem estar aumentados em alguns cães com encefalite. Resultados falso-positivos podem ocorrer em amostras de LCR contaminadas com sangue. Caso os títulos de anticorpos no LCR sejam superiores aos encontrados no soro, os anticorpos presentes no LCR foram produzidos localmente, o que é consistente com a infecção do SNC pelo vírus da cinomose. Caso seja detectado um aumento na concentração de proteínas do LCR, pleocitose mononuclear e anticorpos contra o vírus da cinomose numa amostra de LCR não contaminada com sangue periférico, o diagnóstico presuntivo de encefalite causada pelo vírus da cinomose pode ser estabelecido.

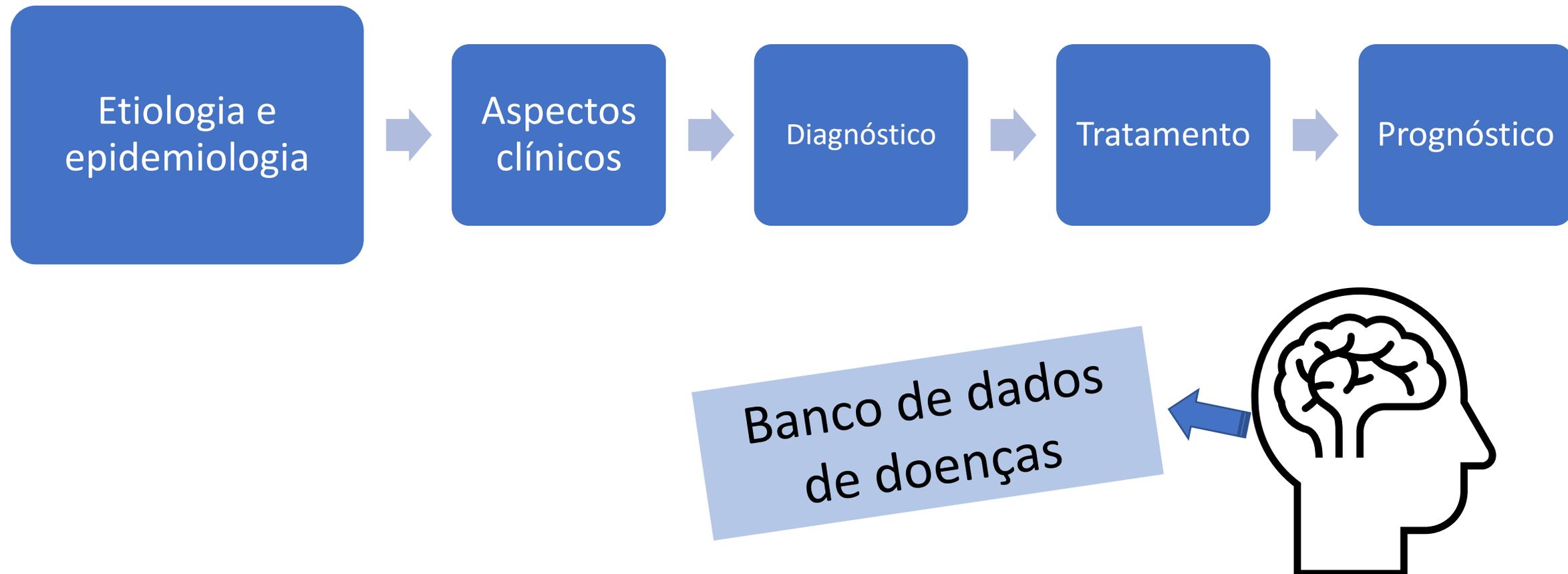
O diagnóstico definitivo da infecção pelo vírus da cinomose requer a identificação de inclusões virais por exame citológico, visualização de anticorpos corados diretamente por fluorescência em lâminas de citologia ou histopatologia, avaliação histopatológica, isolamento viral ou transcriptase reversa da reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) identificando o RNA do vírus da cinomose em amostras de sangue periférico, LCR ou raspado conjuntival. As inclusões virais são raramente encontradas nos eritrócitos, leucócitos e células precursoras de leucócitos em cães infectados. As inclusões virais geralmente estão presentes por apenas 2 a 9 dias após a infecção e, portanto, muitas vezes não são visualizadas quando da ocorrência dos sinais clínicos. Inclusões virais podem ser mais facilmente identificadas em esfregaços realizados a partir de papa de leucócitos ou punção aspirativa da medula óssea do que em esfregaços realizados a partir de sangue periférico. As partículas virais podem ser identificadas por imunofluorescência de células das tonsilas, trato respiratório urinário, raspado da conjuntiva e LCR, durante 5 a 21 dias após a infecção. A administração recente de vacinas vivas contendo o vírus da cinomose modificado pode gerar resultados positivos em análises diretas de anticorpos fluorescentes e em algumas análises de RT-PCR. É possível diferenciar sorotipos selvagens e sorotipos vacinais do vírus da cinomose por RT-PCR; o veterinário deve se informar junto ao laboratório de eleição se o protocolo utilizado permite esta diferenciação (Yi et al., 2012). Resultados falso-positivos já foram ocasionalmente detectados por imunofluorescência direta de anticorpos realizados em células da conjuntiva de filhotes especificamente livres de patógenos, de modo que os resultados desses testes devem ser interpretados com cautela (Burton et al., 2008).

### Tratamento

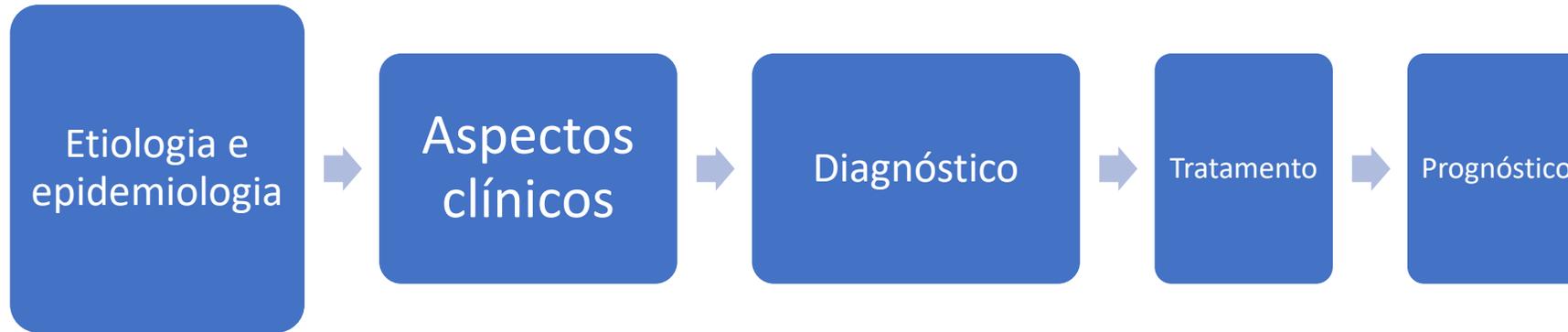
Não existe tratamento específico para a cinomose além do tratamento de suporte. Infecções bacterianas secundárias no trato gastrointestinal e no sistema respiratório são comuns e, caso ocorram, devem ser tratadas com antibióticos apropriados (Cap. 90). Os anticonvulsivantes podem ser administrados conforme a

# Modelo de “doenças” – Modelo horizontal

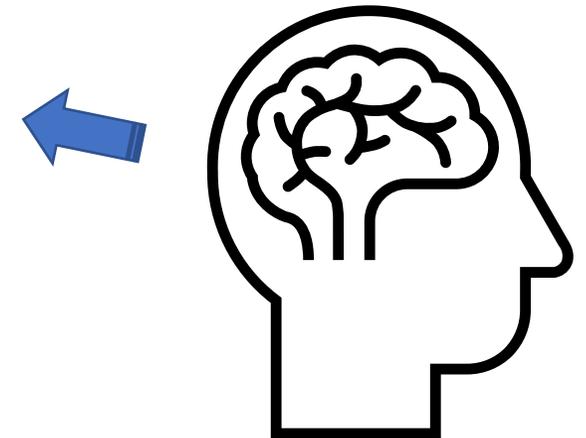
## Doença X



# Modelo de “doenças” – Modelo horizontal



- Depende:
- Do conhecimento de doenças pelo Vet
  - Das atualizações sobre as mais diversas doenças
  - Capacidade de recuperar informações e “intuição” clínica



ANALYSIS



**Medical error—the third leading cause of death in the US**

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

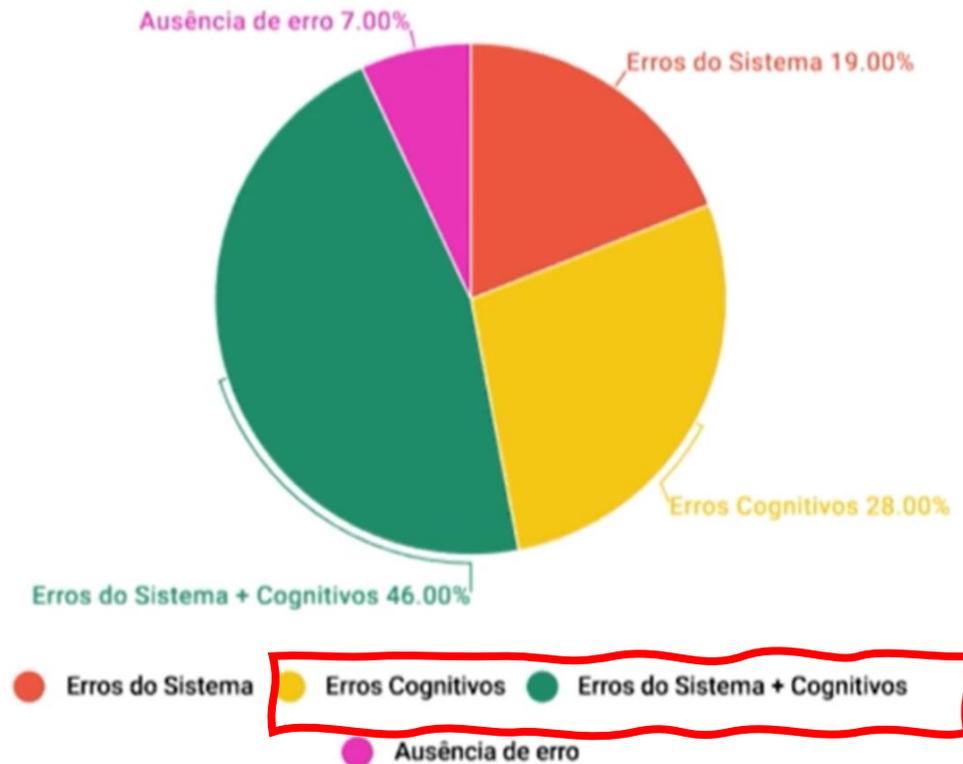
Martin A Makary *professor*, Michael Daniel *research fellow*

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

# Erros médicos



# Erros médicos



*Arch Intern Med.* 2005 Jul 11;165(13):1493-9.

## Diagnostic error in internal medicine.

Graber ML<sup>1</sup>, Franklin N, Gordon R.

### Author information

1 Department of Veterans Affairs Medical Center, Northport, NY

# E na Medicina Veterinária?



## Medical Errors Cause Harm in Veterinary Hospitals

Jessica Wallis<sup>1</sup>, Daniel Fletcher<sup>1\*</sup>, Adrienne Bentley<sup>2</sup> and John Ludders<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Sciences, College of Veterinary Medicine, Cornell University, Ithaca, NY, United States, <sup>2</sup> Cornell University Veterinary Specialists, Stamford, CT, United States

→ Primeiro passo para corrigir erros  
é identificar como e porque eles  
ocorrem

## Paper

### We need to talk about error: causes and types of error in veterinary practice

C. Oxtoby, E. Ferguson, K. White, L. Mossop

E na  
Medicina  
Veterinária?

**TABLE 1: The causes of error coded from 225 insurance claims**

Coded cause of error	Number of claims
Cognitive limitation	115 (51%)
Owner contribution to error	33 (15%)
Lack of technical knowledge or skill	31 (14%)
Productivity	16 (7%)
Failure of communication	12 (5%)
Failure of leadership	8 (4%)
Veterinary specific	8 (4%)
Inadequate care/negligence	2 (<1%)

- **Limitação cognitiva:** Limitação da capacidade mental de assimilar informações

# Causas de erros cognitivos

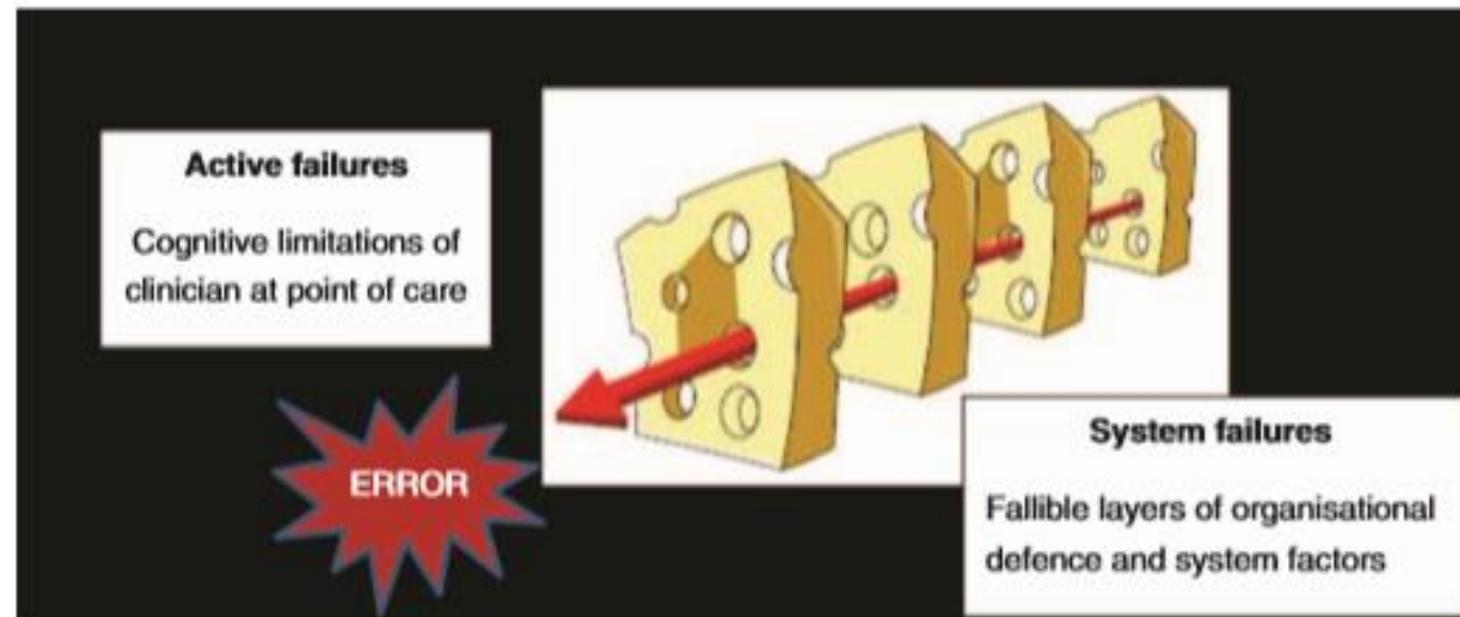
## Coleta e síntese de informações

- História clínica
- Exame físico
- Solicitação de exames
  - Porque e para que?
  - Que pergunta ele responde?
- Anotação do **diagnóstico diferencial**, na primeira consulta, sem os resultados de exames
- Revisão do prontuário

# Paper

## We need to talk about error: causes and types of error in veterinary practice

C. Oxtoby, E. Ferguson, K. White, L. Mossop



- **Viés conformacional:** a tendência natural de selecionar apenas as evidências que sustentam uma decisão anterior

➤ **Viés conformacional:** a tendência natural de selecionar apenas as evidências que sustentam uma decisão anterior

vitamina em casa. Hoje ela me disse que levou em outra clínica agora de manhã e falaram pra ela que a gata estava com piometra, só olhando o hemograma. Colocaram no soro pra operar agora a tarde e a gata morreu



# Na Vet...

---

- Uma pesquisa dos Centros para Controle e prevenção de doenças de > 10.000 veterinários nos EUA em 2014 determinou que mais de 1 em 6 veterinários pensaram sobre suicídio e quase 1 em cada 10 teve problemas psicológicos graves (Moses et al. 2018).
- O sofrimento psicológico causado por erros clínicos é provavelmente um fator entre muitos que contribuem para essas estatísticas.



## New Zealand Veterinary Journal

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/tnzv20>

### Surviving clinical errors in practice

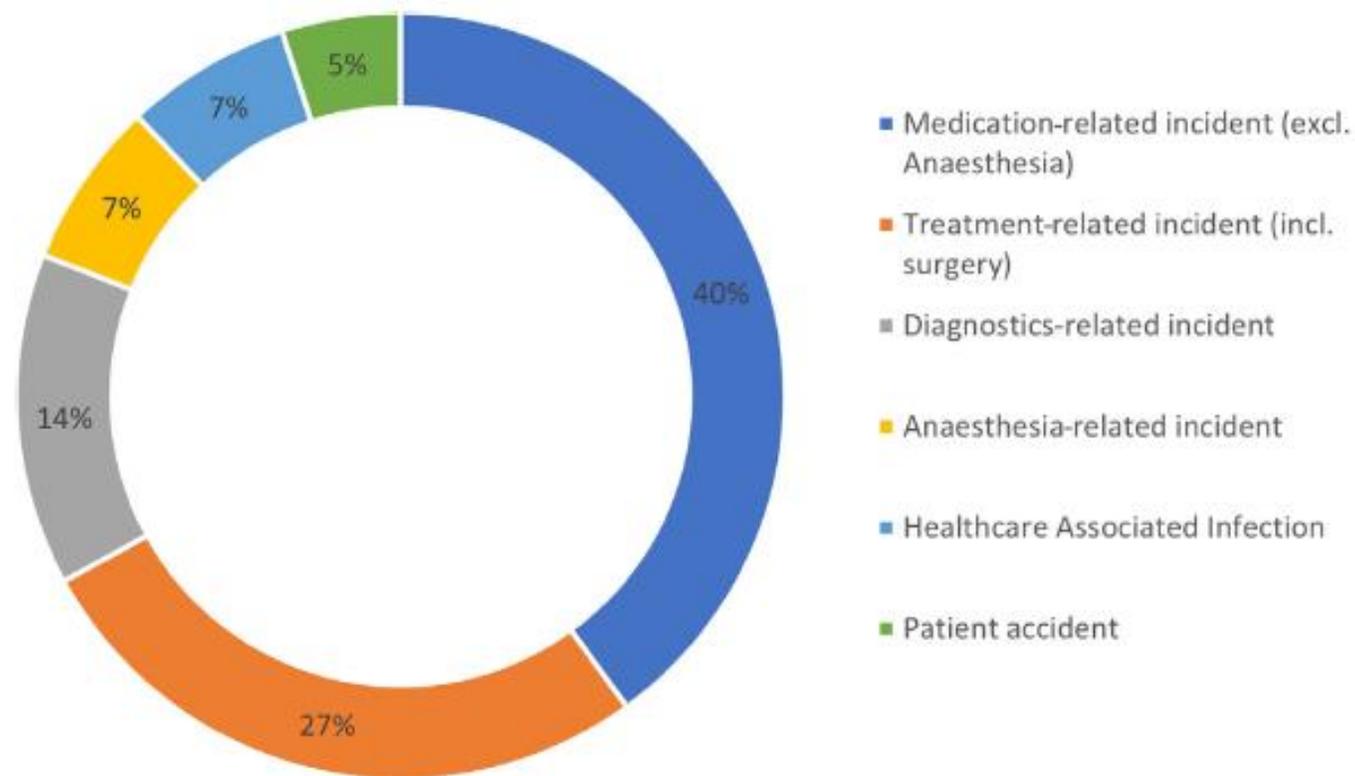
**Brett Gartrell & Bridey White**

To cite this article: Brett Gartrell & Bridey White (2021) Surviving clinical errors in practice, New Zealand Veterinary Journal, 69:1, 1-4, DOI: [10.1080/00480169.2021.1840740](https://doi.org/10.1080/00480169.2021.1840740)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/00480169.2021.1840740>

## Type and impact of clinical incidents identified by a voluntary reporting system covering 130 small animal practices in mainland Europe

**FIGURE 1** Flow chart summary of the application of predefined inclusion criteria used in the analysis of incident reports from a large group of small animal veterinary practices in mainland Europe



Paper & Article

## Survey of mistakes made by recent veterinary graduates

R. J. Mellanby BSc, BVMS, DSAM, ECVIM-CA, MRCVS, M. E. Herrtage BVSc, MA, DipECVDI, DipECVIM, DVR, DVD, DSAM, MRCVS

First published: 11 December 2004 | <https://doi.org/10.1136/vr.155.24.761> | Citations: 29

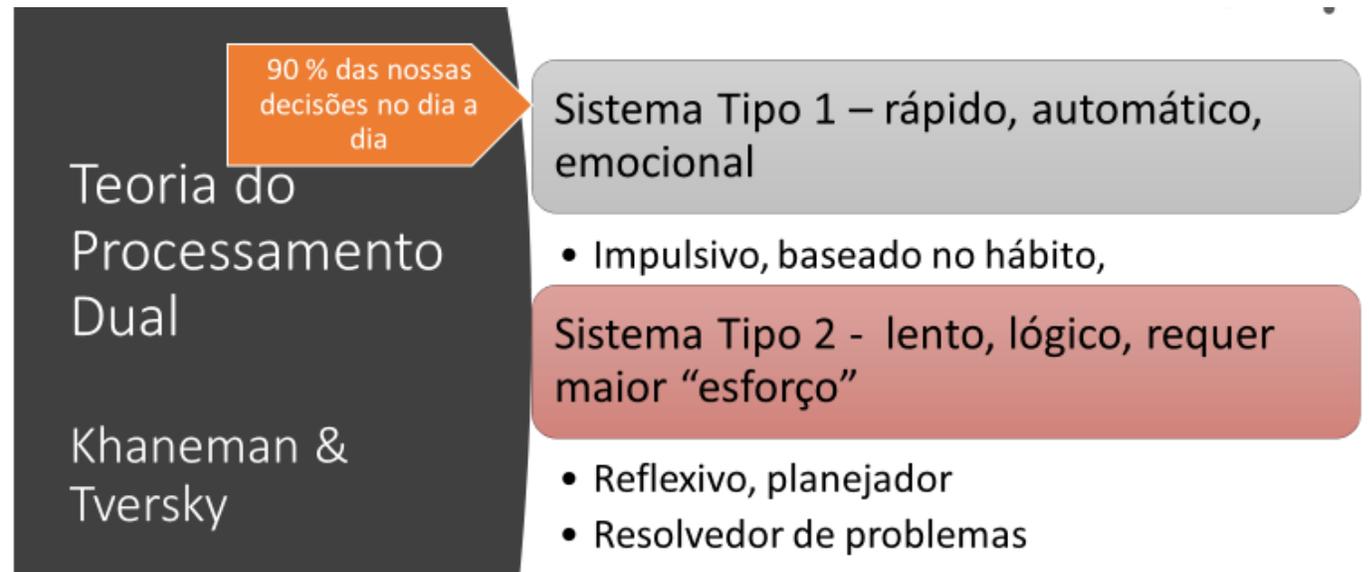
### Levantamento de erros cometidos por recém-formados em veterinária

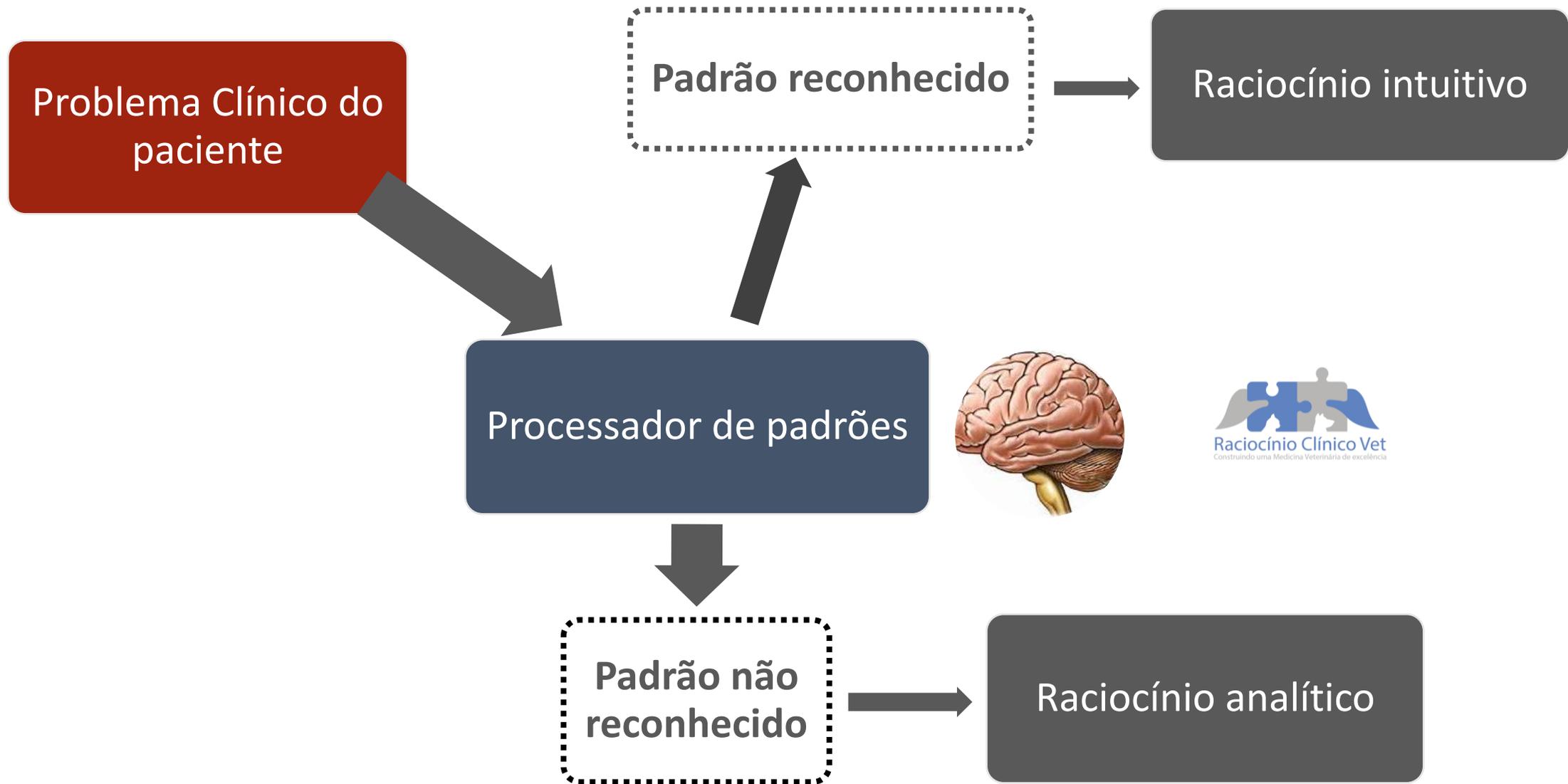
- Desde o início do trabalho, 82 dos 105 entrevistados (78%) afirmaram que cometeram um erro, definido como um ato ou omissão errôneo que resultou em um resultado abaixo do ideal ou potencialmente adverso para um paciente e, em muitos casos, esses erros tiveram um impacto emocional considerável sobre os veterinários envolvidos.

# Viés conformacional

## # ERRO 1 – PILOTO AUTOMÁTICO ATIVADO

- ✓ Tendência natural de selecionar apenas as evidências que guiaram uma decisão anterior





# Diagnóstico em túnel

Doença  
mais  
“provável”



# ERRO 1 –  
PILOTO  
AUTOMÁTICO  
ATIVADO

## ✓ Viés de confirmação

- Associar um diagnóstico a um quadro semelhante visto anteriormente
- Não abrir as possibilidades ancorados em bons princípios de raciocínio clínico.



# Caso clínico 1

---

Bebel, canino, Poodle,  
fêmea, 10 anos

Não imunizada há mais de  
dois anos

Everminada com vermífugo  
de amplo espectro há dois  
meses

Queixa principal: tosse há 1  
semana

Tutores Negam alterações no apetite  
Negam cansaço ao exercício



# Caso clínico 1

---

Bebel, canino, Poodle,  
fêmea, 10 anos

Exame físico

Sopro sistólico de  
regurgitação

Sem alterações na  
ausculta pulmonar

# SOM CARDÍACO NORMAL



<http://www.vetcardio.50webs.com/estetoscopio.html>

# Sopro sistólico de regurgitação



# Caso clínico 1



# Caso clínico 1



Uso Oral

1- Benazepril 3 mg \_\_\_\_\_

Dar  $\frac{1}{2}$  comp a cada 24h, uso contínuo.

2- Furosemida 40 mg \_\_\_\_\_ 15 comp

Dar  $\frac{1}{4}$  a cada 24h uso contínuo.

3- Espironolactona 25 mg \_\_\_\_\_ 30 comp

Dar  $\frac{1}{2}$  comp a cada 24h uso contínuo.

4- Vetmedin 5mg \_\_\_\_\_ 1 cx

Dar  $\frac{1}{2}$  comp a cada 12h uso contínuo.

Receituário prescrito pelo clínico  
30 comp anterior

# Tosse

Sistema cardiovascular

Sistema respiratório

Causada por

Aumento átrio esquerdo  
Edema pulmonar

Vias aéreas  
Colapso de traqueia  
Bronquite crônica  
Asma felina  
Broncomalácia  
Traqueobronquite infecciosa

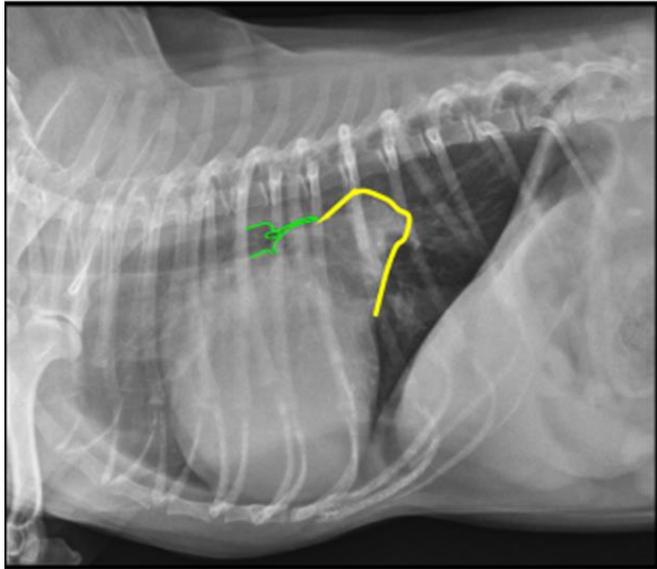
Parênquima pulmonar  
Pneumonias  
Neoplasia  
Edema pulmonar

Enfermidades  
DVM

Miocardiopatia dilatada  
Dirofilariose  
Neoplasia

# Comparação Rx normal x remodelamento

---



# Fisiopatologia da ICC



# Caso clínico 1

---

Bebel, canino,  
Poodle, fêmea,  
10 anos

Ecocardiograma

## Laudo Ecodopplercardiográfico

### -Impressão Diagnóstica:

- Endocardiose valvar mitral.
- Insuficiência valvar mitral de grau importante sem repercussão hemodinâmica.
- Disfunção diastólica Ventricular Esquerda.

# Caso clínico 1

Uso Oral

1- Benazepril 3 mg \_\_\_\_\_

Dar ½ comp a cada 24h, uso contínuo.

Furosemida 40 mg \_\_\_\_\_ 15 comp

Dar ¼ a cada 24h uso contínuo.

3- Espironolactona 25 mg \_\_\_\_\_ 30 comp

Dar ½ comp a cada 24h uso contínuo.

4- Vetmedin 5mg \_\_\_\_\_ 1 cx

Dar ½ comp a cada 12h uso contínuo.

Receituário prescrito pelo clínico  
30 comp anterior



Reconheceu padrão onde  
não havia padrão completo



Viés de confirmação –  
Confirmação errada!

## # ERRO 1 – PILOTO AUTOMÁTICO ATIVADO

- ✓ Viés de confirmação
- ✓ Também chamado de  
“CONFIRMAÇÃO ERRÔNEA”

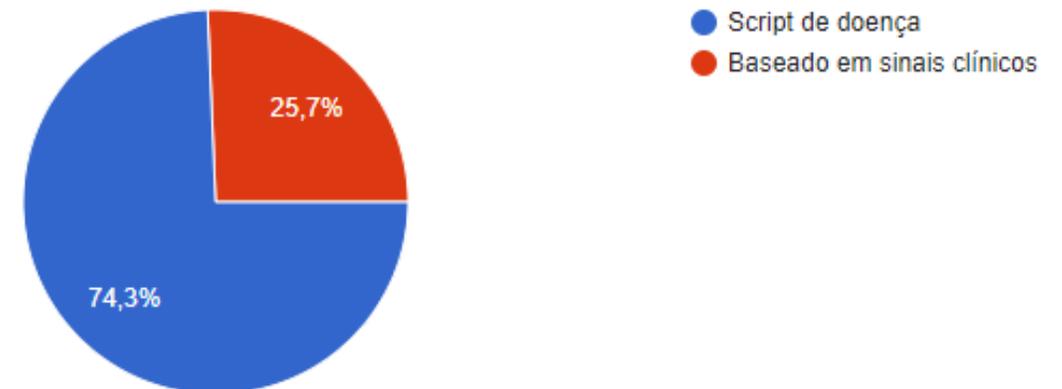
Tendo em vista que quadro clínico sugere um diagnóstico específico, a mente do médico-veterinário procura por dados que confirmem essa crença, ignorando qualquer informação ou dados que possam se opor a sua suspeita.

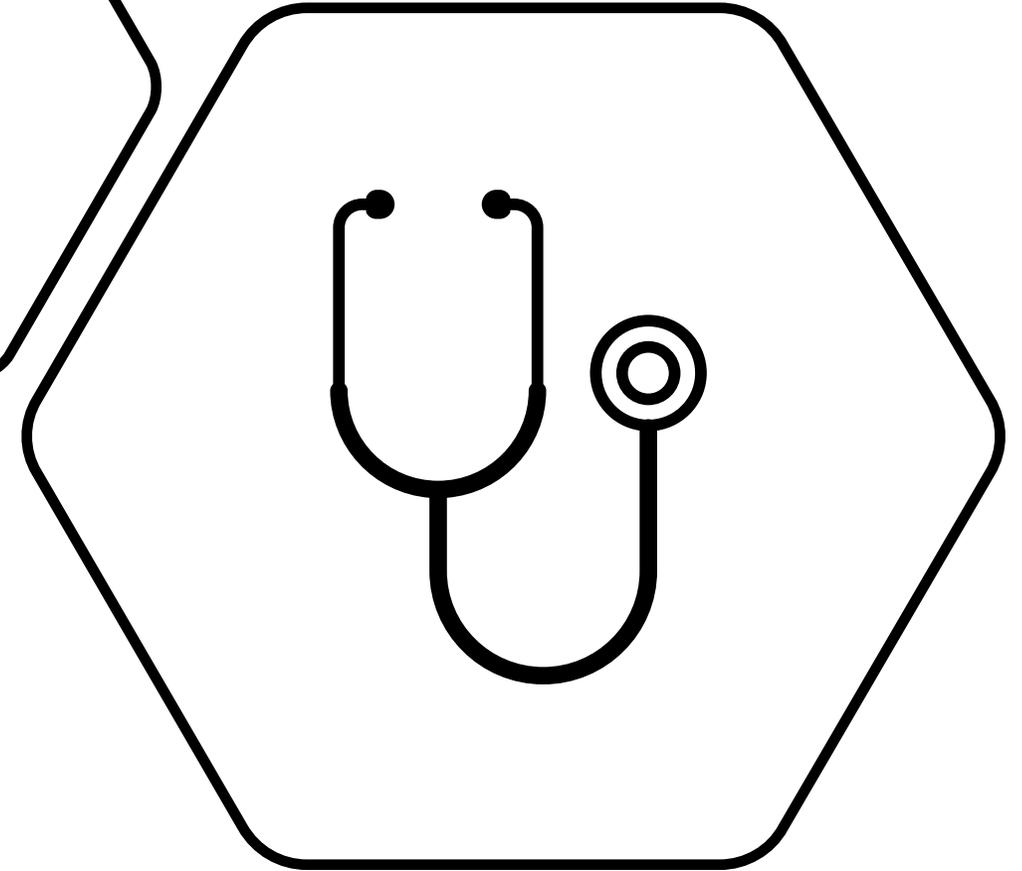
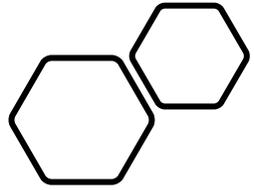
# # ERRO 2 – FOCO EM ENCAIXAR DOENÇAS

- ✓ Tendência natural de ENCAIXAR uma doença específica no quadro apresentado pelo cão ou gato

Na sua graduação em medicina veterinária você costumava aprender a clínica médica a partir do (nome da doença e informação sobre ela, como epidemiologia, apresentação clínica, sinais clínicos, exames subsidiários, diagnóstico específico, diagnósticos diferenciais ou tratamento?) ou baseado em problema clínico (descrição de um sinal e possíveis causas do mesmo, ou seja, uma arborização de possibilidades diagnósticas diante de um sinal específico)?

265 respostas





# Tratamento - Valvulopatias

Received: 6 March 2019 | Accepted: 13 March 2019

DOI: 10.1111/jvim.15488

## **CONSENSUS STATEMENT**

**Journal of Veterinary Internal Medicine**   
**Open Access** American College of  
Veterinary Internal Medicine

Consensus Statements of the American College of Veterinary Internal Medicine (ACVIM) provide the veterinary community with up-to-date information on the pathophysiology, diagnosis, and treatment of clinically important animal diseases. The ACVIM Board of Regents oversees selection of relevant topics, identification of panel members with the expertise to draft the statements, and other aspects of assuring the integrity of the process. The statements are derived from evidence-based medicine whenever possible and the panel offers interpretive comments when such evidence is inadequate or contradictory. A draft is prepared by the panel, followed by solicitation of input by the ACVIM membership which may be incorporated into the statement. It is then submitted to the *Journal of Veterinary Internal Medicine*, where it is edited prior to publication. The authors are solely responsible for the content of the statements.

# **ACVIM consensus guidelines for the diagnosis and treatment of myxomatous mitral valve disease in dogs**

**Bruce W. Keene<sup>1</sup>  | Clarke E. Atkins<sup>1</sup> | John D. Bonagura<sup>1,2</sup> | Philip R. Fox<sup>3</sup>  |  
Jens Häggström<sup>4</sup>  | Virginia Luis Fuentes<sup>5</sup> | Mark A. Oyama<sup>6</sup> | John E. Rush<sup>7</sup>  |  
Rebecca Stepien<sup>8</sup> | Masami Uechi<sup>9</sup>**

# Medicina Veterinária Baseada em Evidência

- “É o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência clínica disponível ao tomar decisões sobre o tratamento de um paciente”

# Estadiamento

Estágio A



## Estágio B

- B1 ➤ AE normal ou dilatação leve
- B2 ➤ AE dilatação moderada a grave

AE:Ao > 1,6

VHS > 10,5

VEd n ≥ 1,7

$$VEd_n = \frac{VEd}{\text{peso}^{0,294}}$$

- 
- Assintomático
  - Com sopro

# Estadiamento

Estágio C ICC  
Atual / Anterior

Estágio D ICC refratária



- Sintomático
- Com sopro

# Tratamento - Conforme Estadiamento

## Estágio A

Sem medicações e prescrições de dieta específica!

### 6.1.2 | Recommendations for treatment of Stage A (unchanged from 2009)

- No drug treatment recommended for any patient. (Class I, LOE: expert opinion)
- No dietary treatment recommended for any patient. (Class I, LOE: expert opinion)

# Tratamento - Conforme Estadiamento

## Estágio B1

Sem medicações e prescrições de dieta específica!

### 6.3.1 | Recommendations for treatment and monitoring of Stage B1 (both pharmacologic and dietary, small and large breed dogs) remain unchanged from the 2009 recommendations

Treatment is not recommended in these dogs because at this early stage of disease, progression to heart failure is uncertain, unlikely to occur within the recommended evaluation interval, and there is no evidence that medication is effective at this stage. To summarize,

- No drug or dietary treatment is recommended (Class I, LOE: expert opinion)

# Cognitive bias in clinical medicine

ED O'Sullivan<sup>1</sup>, SJ Schofield<sup>2</sup>



A confiança no reconhecimento de padrões



Momentum de diagnóstico (falha em reexaminar um diagnóstico existente)



Viés de confirmação (lembrando uma apresentação semelhante) e que satisfaça a tendência; isto é, parando na primeira explicação plausível

## Caso clínico 1

Uso Oral

1- Benazepril 3 mg \_\_\_\_\_

Dar ½ comp a cada 24h, uso contínuo.

2- Furosemida 40 mg \_\_\_\_\_ 15 comp

Dar ¼ a cada 24h uso contínuo.

3- Espironolactona 25 mg \_\_\_\_\_ 30 comp

Dar ½ comp a cada 24h uso contínuo.

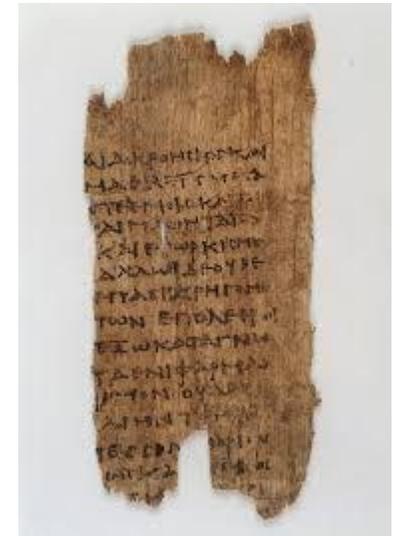
4- Vetmedin 5mg \_\_\_\_\_ 1 cx

Dar ½ comp a cada 12h uso contínuo.

Receituário prescrito pelo clínico  
30 dias anterior

*Primum  
Non  
Nocere*

“Antes de tudo, não cause dano, não prejudique o paciente”





## Caso clínico 1

Uso Oral

1- Benazepril 3 mg \_\_\_\_\_

Dar ½ comp a cada 24h, uso contínuo.

2- Furosemida 40 mg \_\_\_\_\_ 15 comp

Dar ¼ a cada 24h uso contínuo.

3- Espironolactona 25 mg \_\_\_\_\_ 30 comp

Dar ½ comp a cada 24h uso contínuo.

4- Vetmedin 5mg \_\_\_\_\_ 1 cx

Dar ½ comp a cada 12h uso contínuo.

Receituário prescrito pelo clínico  
30 dias anterior

## Desfecho Caso 1:

Diagnóstico: Traqueobronquite infecciosa  
Outros cães da família evoluíram com quadro similar...

Todos melhoraram em menos de 14 dias.

# Tratamento - Conforme Estadiamento

## Estágio B2

Pimobendame e dieta

### 6.4.1 | Recommendations for treatment of Stage B2

- Pimobendan is recommended at a dosage of 0.25-0.3 mg/kg PO q12h.<sup>44,55</sup> (Class I, LOE: strong)
- Dietary treatment is recommended. Principles guiding dietary treatment at this stage include mild dietary sodium restriction and provision of a highly palatable diet with adequate protein and calories for maintaining optimal body condition.<sup>56</sup> (Class IIa, LOE: weak)
- Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI): For patients in Stage B2 on either initial examination, or in which the LA has increased markedly in size on successive monitoring examinations, 5 (of 10) panelists recommend treatment with ACEI.<sup>57-59</sup> (Class IIa in geographic regions where ACEI are low cost, LOE: weak)

# Tratamento - Conforme Estadiamento

## Estágio C

### 6.5.3 | Recommendations for chronic (home-based) treatment of Stage C

- Pimobendan
- Furosemida
- Ieca
- Espironolactona
- Omega 3
- Dieta
- Tratar arritmia, se presente
- Tratar HAP, se presente

Spike, canino,  
Lulu da  
pomerânea, 3  
anos



História clínica

Achados no exames físico

Tutora buscando segunda opinião  
pois animal não estava melhorando

- Tratado com Prednisolona, codeína e condroton

Spike, canino,  
Lulu da  
pomerânea, 3  
anos



## Ecocardio

- DVM com repercussão hemodinâmica
  - Ae:ao 2,1
  - Ven= 2,0
  - Evel = 2,1m/s

# Tratamento - Conforme Estadiamento

## Estágio D



### 6.6.2 | Recommendations for acute (hospital-based) treatment of Stage D

- Pimobendan
- Furosemida
- Iecá
- Espironolactona
- Omega 3
- Dieta
- Vasodilatadores
- Tratar arritmia, se presente
- Tratar HAP, se presente

# # ERRO 3 – CONHECIMENTO SUPERFICIAL e/ou Desconectado

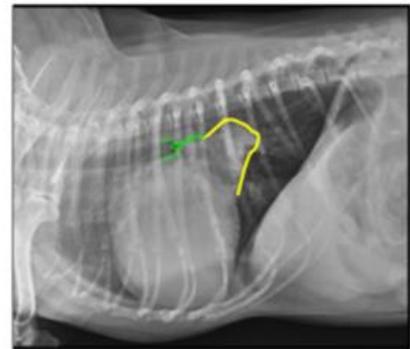
- ✓ Fisiologia
- ✓ Fisiopatologia
- ✓ Farmacologia
- ✓ Terapêutica Clínica

Clínica  
médica

Clínica cirúrgica

Diagnóstico por  
imagem

# # ERRO 3 – CONHECIMENTO SUPERFICIAL e/ou Desconectado



Comparação Rx normal x remodelamento

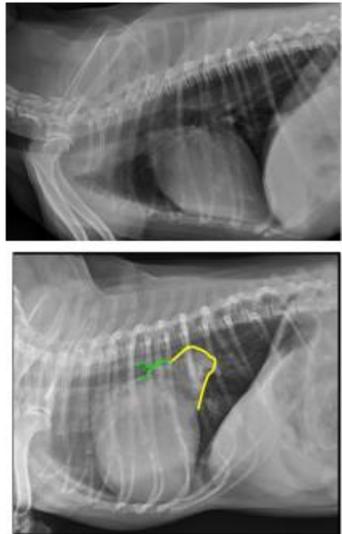


Clínica  
médica

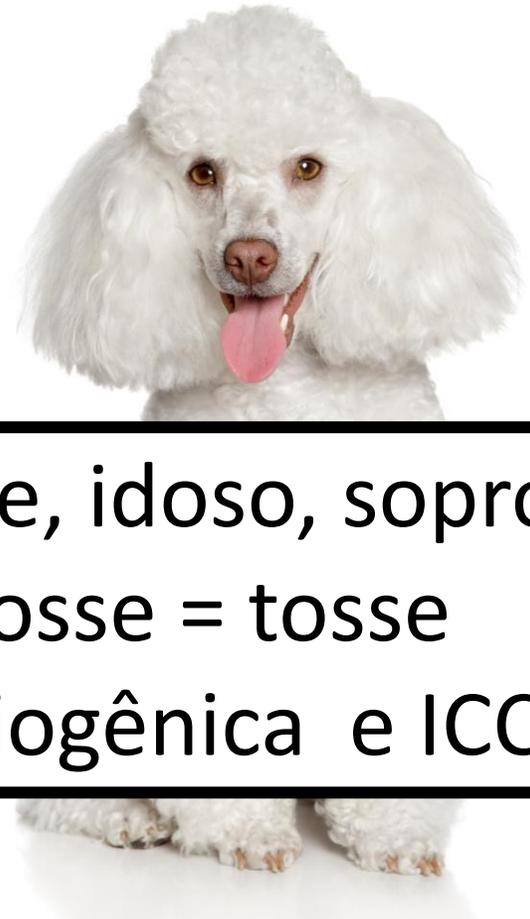
Clínica cirúrgica

Diagnóstico por  
imagem

# # ERRO 4 – Ter segurança e assertividade nas condutas somente quando o diagnóstico etiológico foi “fechado”



Comparação Rx normal x remodelamento



Poodle, idoso, sopro +  
tosse = tosse  
cardiogênica e ICC?

# # ERRO 4 – Ter segurança e assertividade nas condutas somente quando o diagnóstico etiológico foi “fechado”

- Síndromes clínicas sem diagnóstico etiológico definitivo?
- Como você conduz?
- Qual o nível de evidência, embasado no que?



## Terapêutica da Hipertensão arterial sistêmica



Objetivo: PAS < 140

Categoria	PAS	DEVO TRATAR?
NORMOTENSO	< 140 mmHG	NÃO!
PRÉ-HIPERTENSO	140-159 mmHG	SIM?
HIPERTENSO	160-179 mmHG	SIM
SEVERAMENTE HIPERTENSO	>=180 mmHG	SIM!

# # ERRO 4 – Ter segurança e assertividade nas condutas somente quando o diagnóstico etiológico foi “fechado”

- Síndromes clínicas sem diagnóstico etiológico definitivo?
- Como você conduz?
- Qual o nível de evidência, embasado no que?

Quando o paciente trombocitopênico necessita de intervenção terapêutica?

---

Prof Helena

# # ERRO 4 – Ter segurança e assertividade nas condutas somente quando o diagnóstico etiológico foi “fechado”

- Síndromes clínicas sem diagnóstico etiológico definitivo?
- Como você conduz?
- Qual o nível de evidência, embasado no que?

**Precisa de anticoagulantes em pacientes com trombocitose?**

Prof Helena

# # ERRO 4 – Ter segurança e assertividade nas condutas somente quando o diagnóstico etiológico foi “fechado”

- Síndromes clínicas sem diagnóstico etiológico definitivo?
- Como você conduz?
- Qual o nível de evidência, embasado no que?



Laila, can, Poodle, 15 anos

- Há 3 meses apresentou quadro de hematúria, polaciúria, disúria, incontinência ocasional
- Hemograma acusou infecção
- Tratou sem “sucesso” → realizada profilaxia dentária
- Recidivaram os sinais clínicos associados ao TUI
  - Fez US: sem sinais de urolitíase
  - Tratada com Enrofloxacina + meloxicam 10 dias
  - Hematúria cessou, porém ainda apresenta incontinência ocasional
  - Urinálise e urocultura:

“A qualidade nunca é um acidente; é sempre o resultado de alta intenção, esforço sincero, direção inteligente e execução habilidosa”

John Ruskin