

DOI: <https://doi.org/10.29184/anaiscfmc.v42025p82>

## Afogamento em água salgada: lições de um caso real na prática médica

*Pedro de Oliveira Soares Peixoto, Enrico Nunes Freitas, Isabella Leite Costa, Vitor Fraga Oliveira, Viviane Moreira da Silva Abreu da Fonseca e Clarissa de Oliveira Soares Peixoto*

### RESUMO

O Ministério da Saúde (MS) aponta que, entre 2010 e 2023, o Brasil registrou um total de 71.663 mortes por afogamento, principalmente envolvendo crianças e adolescentes. No que se refere às internações por afogamento, entre 2010 e 2023, foram registrados no Brasil 11.197 casos relacionados, dados do MS. A maior parte dos afogamentos ocorre em praias ou cachoeiras, sendo uma condição potencialmente fatal, caracterizada pela submersão em meio líquido. As mais significativas alterações fisiopatológicas decorrem de hipoxemia e acidose metabólica. O órgão alvo de maior comprometimento é o pulmão. A aspiração de água promove insuficiência respiratória e consequentes alterações na troca gasosa alvéolo-capilar. A aspiração de água salgada, que é hiperosmótica e frequentemente contém bactérias, desencadeia uma resposta inflamatória nos pulmões, causando alterações, como o alargamento dos septos alveolares, colapso alveolar e lesão da membrana alvéolo-capilar. A diferença osmótica entre o plasma e a água salgada promove o deslocamento de fluidos dos capilares pulmonares para os espaços alveolares, resultando em edema pulmonar. A presença de água aspirada e exsudato prejudica a síntese e liberação do surfactante, levando à redução da complacência pulmonar e aumentando o risco de colapso alveolar, resultando em desequilíbrios na relação ventilação/perfusão. Descrever a fisiopatologia, as manifestações clínicas, o tratamento e os desfechos de um caso de afogamento em água salgada, no qual não houve atendimento de primeiros socorros de forma imediata. Homem, 37 anos, foi retirado do mar em quadro de afogamento grau 2, recusando atendimento médico em unidade hospitalar e optando em ir para seu domicílio. Contudo, o paciente buscou atendimento médico minutos depois, apresentando tosse, vômitos, secreção rósea e sinais de edema agudo de pulmão, caracterizando afogamento grau 3. Evoluiu rapidamente com piora do padrão respiratório, hipoxemia refratária e instabilidade hemodinâmica, progredindo para afogamento grau 4, tendo sido entubado e colocado em assistência ventilatória mecânica e encaminhado a unidade de terapia intensiva. Evoluiu com sepse, sendo iniciado antibióticos e drogas vasoativas. Recebeu alta da UTI após 30 dias de internação com Glasgow 14/15, traqueostomizado e necessitando de fisioterapia respiratória. Os afogamentos em água do mar não alteram a qualidade, mas sim comprometem a quantidade do surfactante pulmonar, promovendo alveolite, edema pulmonar não cardiogênico e aumento do shunt intrapulmonar, que levam a hipoxemia. Diante disso, o atendimento a uma vítima de afogamento deve ser rápido, seguro e sistematizado, com foco em salvamento, suporte à vida e prevenção de sequelas. A reversibilidade total das lesões com a terapia apropriada é o usual. O presente caso destaca a relevância do atendimento precoce que está relacionada aos melhores desfechos, além de se configurar como uma ferramenta educativa para profissionais de saúde, ao abordar aspectos clínicos e evolutivos relacionados ao episódio de afogamento em que houve um atendimento tardio. Enfatiza-se, ainda, a compreensão da fisiopatologia específica do afogamento em meio salino. A coleta de dados foi realizada exclusivamente por meio de revisão documental do prontuário médico.

**Palavras-chave:** Afogamento. Água Salgada. Edema Pulmonar. Hipóxia.