



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS COMO FERRAMENTA DE
APRENDIZADO**

LARISSA SOUZA MACEDO

Foz do Iguaçu
2022

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS COMO FERRAMENTA DE
APRENDIZADO**

LARISSA SOUZA MACEDO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Rodrigo Juliano Grignet

Foz do Iguaçu
2022

LARISSA SOUZA MACEDO

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS COMO FERRAMENTA DE
APRENDIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Rodrigo Juliano Grignet)
UNILA

Prof. Me. Alessandra Pawelec da Silva
UNILA

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, 05 de agosto de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Larissa Souza Macedo

Curso: Medicina

Tipo de Documento	
(X) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(X) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência no sistema único de saúde: discussão de casos clínicos atendidos como ferramenta de aprendizado.

Nome do orientador(a): Prof. Me. Rodrigo Juliano Grignet

Data da Defesa: 05/08/2022

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 05 de agosto de 2022.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha mãe
Sônia.

AGRADECIMENTOS

É óbvio que não seria fácil. Entretanto, poderia ter sido muito mais difícil sem as pessoas que me acompanharam ao longo dessa jornada. A gratidão vem pelos muitos aprendizados, superação de desafios e perdas.

Primeiramente gostaria de agradecer minha mãe Sônia que sempre me apoiou incondicionalmente nos meus projetos e escolhas, sem ela nada disso seria possível. Obrigada por acordar todos os dias cedo para trabalhar para que eu pudesse estar aqui hoje. Você é minha inspiração.

Quero agradecer também o meu amigo César que desde o início da faculdade caminha ao meu lado me incentivando e apoiando, deixando tudo mais leve.

Ao meu amigo Murilo que constantemente me lembrou da pessoa que eu sou.

Agradeço também ao meu namorado e companheiro de plantões, Matheus, que incansavelmente me incentivou, motivou e apoiou sempre com muito amor e carinho.

Quero estender o agradecimento também aos pais do meu namorado, Ivone e Juarez, pelo acolhimento e cuidado, me senti como filha, mesmo estando a 3 mil quilômetros de casa.

Aos preceptores, residentes e demais membros da equipe, meu agradecimento especial, pelo acolhimento, ensino e paciência, pelas senhas compartilhadas, e anamneses corrigidas.

Agradeço a cada paciente que, com uma fala, um olhar, ou mesmo desacordados puderam me deixar fazer parte do seu processo de saúde e doença. Eles, inúmeras vezes, me lembraram das minhas limitações, da minha humanidade e do meu compromisso com o ato de cuidar.

Agradeço aos meus professores, que desde o início me motivaram a ser uma profissional qualificada e comprometida com o paciente.

*“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.”* **João
Cabral de Melo Neto**

SOUZA MACEDO, LARISSA. **Internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde: discussão de casos clínicos atendidos como ferramenta de aprendizado**. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O trabalho “Internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde: discussão de casos clínicos atendidos como ferramenta de aprendizado” representa a iniciativa de aprofundar as questões relacionadas a essa temática por meio de experiências e percepções vivenciadas entre setembro e dezembro de 2021 no Internato de Urgência e Emergência no SUS, durante a graduação do curso de Medicina. Nele, objetiva-se descrever as experiências e vivências durante o internato, por meio da discussão teórica de casos clínicos e reflexões sobre os atendimentos realizados, relacionando a teoria e a prática, bem como realizar uma breve conceituação teórica sobre a Rede de Urgência e Emergência do SUS. Os cenários contemplados como campos de atuação foram o pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Walter Barbosa Cavalcante. Durante o estágio, além dos pacientes que contribuíram para o aprendizado, participaram como preceptores e orientadores profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas. Sendo assim, esse trabalho possibilitou a compreensão da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, assim como a consolidação de conhecimentos teóricos necessários para o atendimento de condições prevalentes do departamento de urgência e emergência. Também possibilitou o desenvolvimento de competências necessárias para a formação médica, competências colaborativas, humanísticas e reflexivas.

Palavras-chave: Experiência. Urgência. Emergência. Internato. Medicina.

SOUZA MACEDO, LARISSA. **Internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde: discussão de casos clínicos atendidos como ferramenta de aprendizado**. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESÚMEN

El trabajo “Internado en urgencia y emergencia en el Sistema Único de Salud: discusión de casos clínicos atendidos como herramienta de aprendizaje” representa la iniciativa de profundizar las cuestiones relacionadas a esta temática a través de experiencias y percepciones vividas entre septiembre y diciembre de 2021 en el Internado de Urgencia y Urgencias en el SUS, durante la graduación de la carrera de Medicina. En el trabajo, el objetivo es describir las experiencias vividas durante el internado a través de la discusión teórica de casos clínicos y reflexiones sobre la atención prestada, relacionando teoría y práctica, además de hacer una breve conceptualización teórica sobre la Red de Urgencia y Emergencia del SUS. Los escenarios contemplados como campos de acción fueron el pronto socorro del Hospital Municipal Padre Germano Lauck y las Unidades de Pronto Atención João Samek y Walter Barbosa Cavalcante. Durante el internado, además de los pacientes que contribuyeron en el proceso de aprendizaje, participaron como preceptores y asesores médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas y nutricionistas. Por lo tanto, este trabajo posibilitó la comprensión de la red de urgencias y emergencias de Foz do Iguaçu, así como la consolidación de los conocimientos teóricos necesarios para atender las condiciones prevalentes del servicio de urgencias y emergencias. También permitió el desarrollo de habilidades necesarias para la formación médica, habilidades colaborativas, humanísticas y reflexivas.

Palabras clave: Experiencia. Urgencia. Emergencia. Internado. Medicina.

SOUZA MACEDO, LARISSA. **Internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde: discussão de casos clínicos atendidos como ferramenta de aprendizado.** Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The work “Internship in urgency and emergency in the Unified Health System: discussion of clinical cases treated as a learning tool” represents the initiative to deepen the issues related to this theme through experiences and perceptions lived in the period between September and December 2021 at the Internship of Urgency and Emergency at SUS, during the graduation of the medical course. In it, the objective is to describe the experiences lived during the internship through the theoretical discussion of clinical cases and reflections on the medical care provided, relating theory and practice, as well as to carry out a brief theoretical conceptualization about the Urgency and Emergency Network of SUS. The scenarios contemplated as fields of action were the Emergency Room of the Municipal Hospital Padre Germano Lauck and Emergency Care Units João Samek and Walter Barbosa Cavalcante. During the internship, in addition to the patients who contributed to the learning process, physicians, nurses, nursing technicians, physiotherapists and nutritionists who are part of the municipality's care network participated as preceptors and guides. Thus, this work made it possible to understand the urgency and emergency network of Foz do Iguaçu, as well as to strengthen the theoretical knowledge about medical care in conditions prevalent in the emergency room. It also enabled the development of skills necessary for medical education, collaborative, humanistic and reflective skills.

Keywords: Experience. Urgency. Emergency. Internship. Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces	18
Figura 2 – Escore de Alvarado	22
Figura 3 – ECG de admissão.	28
Figura 4 – Fluxograma de identificação das taquiarritmias	31
Figura 5 – Fluxograma da abordagem das taquiarritmias	32
Figura 6 – Identificação das taquicardias de QRS estreito baseadas nas ondas P..	33
Figura 7 – ECG de admissão	38
Figura 8 – Escore TIMI-NSTEMI	41
Figura 9 – Decisão do momento da estratégia invasiva na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento de segmento ST	41
Figura 10 – National Early Warning Score 2 (NEWS 2) – versão brasileira	51
Figura 11 – SOFA Score (Organ Failure Assessment Score)	53
Figura 12 – Principais fatores de risco e proteção para o suicídio	64
Figura 13 – critérios para internação do paciente em risco de suicídio	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVCi	Acidente vascular encefálico isquêmico
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
HDA	Hemorragia digestiva alta
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
MV	Murmúrio vesicular
IRA	Injúria renal aguda
TC	Tomografia computadorizada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
IAM	Infarto agudo do miocárdio
TEC	Tempo de enchimento capilar
ECG	Eletrocardiograma
TV	Taquicardia ventricular
FA	Fibrilação atrial
SCA	Síndrome coronariana aguda
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
EDA	Endoscopia digestiva alta
ITU	Infecção do trato urinário
RNC	Rebaixamento do nível de consciência
IECA	Inibidor da enzima conversora de angiotensina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIATox	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
EAS	Urina tipo I

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS	16
2.2. CASO CLÍNICO 1: DOR ABDOMINAL	19
2.2.1 Anamnese e exame físico	19
2.2.2 Suspeita diagnóstica	20
2.2.3 Exames complementares	20
2.2.4 Condutas médicas.....	20
2.2.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	20
2.2.6 Percepções gerais.....	25
2.3 CASO CLÍNICO 2: TAQUIARRITMIA.....	26
2.3.1 Anamnese e exame físico	26
2.3.2 Suspeita diagnóstica	27
2.3.3 Exames complementares	27
2.3.4 Condutas médicas.....	28
2.3.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	29
2.3.6 Percepções gerais.....	36
2.4 CASO CLÍNICO 3: SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	37
2.4.1 Anamnese e exame físico	37
2.4.2 Suspeita clínica	37
2.4.3 Exames complementares	38
2.4.4 Condutas médicas.....	39
2.4.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	39
2.4.6 Percepções gerais.....	43
2.5 CASO CLÍNICO 4: ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	44
2.5.1 Anamnese e exame físico	44
2.5.2 Suspeita clínica	45
2.5.3 Exames complementares	45
2.5.4 Condutas médicas.....	45

2.5.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	46
2.5.6 Percepções gerais.....	48
2.6 CASO CLÍNICO 5: SEPSE.....	48
2.6.1 Anamnese e exame físico	49
2.6.2 Suspeita clínica	49
2.6.3 Exames complementares	50
2.6.4 Condutas médicas.....	50
2.6.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	50
2.6.6 Percepções gerais.....	55
2.7 CASO CLÍNICO 6: HIPOGLICEMIA.....	56
2.7.1 Anamnese e exame físico	56
2.7.2 Suspeita diagnóstica	57
2.7.3 Exames complementares	57
2.7.4 Condutas médicas.....	57
2.7.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	57
2.7.6 Percepções gerais.....	61
2.8 CASO CLÍNICO 7: TENTATIVA DE SUICÍDIO	61
2.8.1 Anamnese e exame físico	61
2.8.2 Suspeita Clínica	62
2.8.3 Exames complementares	62
2.8.4 Condutas médicas.....	63
2.8.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado	63
2.8.6 Percepções gerais.....	66
2.9. CASO CLÍNICO 8: OBSTRUÇÃO INTESTINAL	67
2.9.1 Anamnese e exame físico	67
2.9.2 Suspeita diagnóstica	68
2.9.3 Exames complementares	68
2.9.4 Condutas médicas.....	69
2.9.5 Discussão: correlações clínicas de aprendizado	69
2.9.6 Percepções gerais.....	72
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
4 REFERÊNCIAS	74

1 INTRODUÇÃO

O internato no curso de medicina é um período essencial para o aprendizado e amadurecimento do estudante uma vez que expõe o aluno a um treinamento em serviço. Essa vivência da prática médica proporciona o desenvolvimento de competências técnicas, colaborativas e humanísticas. Essas competências são estimuladas quando durante o estágio o estudante precisa fazer um raciocínio diagnóstico, lidar com a morte e trabalhar em equipe. Em se tratando de Urgência e Emergência, o treinamento em serviço é ainda mais relevante, visto que é o local onde o médico recém-formado irá atuar.

O aprendizado com discussões de casos clínicos estimula o aluno a sedimentar, refletir e aprofundar o conhecimento que vinha adquirindo desde o início da faculdade na sala da aula. As relações que são estabelecidas pelo estudante entre o doente e a doença na beira do leito auxilia no processo de enxergar o cuidado de forma mais ampla. As lacunas de conhecimento são mais bem identificadas e a complexidade das discussões se elevam à medida que se ganha experiência. A vivência em campo estimula o acadêmico a comparar a teoria com a prática, ou seja, aquilo que está nas evidências literárias com o que se pratica no serviço ou pelo médico. Essa vivência traz para o aluno a reflexão sobre a sua prática médica futura e sobre a assistência como um todo. Além disso, a compreensão da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS, seus componentes e as suas dificuldades auxiliam o futuro médico na tomada de decisão para uma assistência mais eficiente.

Durante o módulo Internato em Urgência e Emergência do SUS, foi possível vivenciar alguns cenários que compõem a rede de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, sendo estes o Hospital Municipal Padre Germano Lauck e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa, assim como compreender como estes cenários se articulam.

Dessa maneira, esse trabalho tem como objetivo discutir referências teóricas da RUE, vivências ocorridas durante a realização do internato em urgência e emergência no SUS, entre setembro e dezembro de 2021, assim como reflexões sobre os atendimentos realizados, sendo possível correlacionar a teoria e a prática no dia a dia do serviço de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, contribuindo para uma formação generalista crítica, reflexiva e humanista.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema, em parte pela grande demanda de condições clínicas de urgência e emergência, principalmente doenças do aparelho circulatório e agravos de causas externas, mas também pela organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS (BRASIL, 2015).

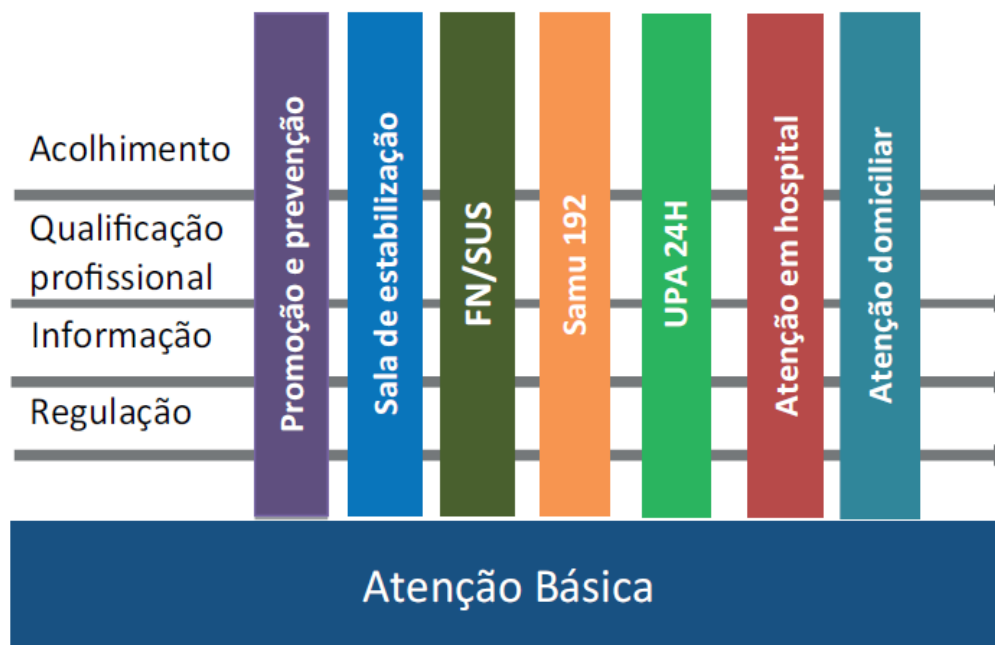
De acordo com a portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos e em todos os pontos de atenção contemplando a classificação de risco;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Regionalização do atendimento às urgências e emergências com articulação das RAS e atuação territorial;
- Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;

- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de desempenho que permitam avaliar a efetividade e resolutividade da atenção prestada;
- Articulação interfederativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde na Atenção às Urgências em acordo com os princípios de humanização e integralidade.

A RUE é definida como o conjunto de ações e serviços destinada ao atendimento de diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.) e voltada às necessidades de saúde da população em situação de Urgência e Emergência. É composta por diferentes pontos de atenção, de forma a superar o atual modelo fragmentado e pontual de assistência. Desse modo, para reordenar a atenção em saúde na RUE é preciso que seus componentes (pré-hospitalares, hospitalares, pós-hospitalares) atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. É necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: BRASIL, 2013.

De acordo com Ministério da Saúde (2013), a RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Nesse sentido, a classificação de risco é uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, visando tanto humanização como racionalização assistencial, auxiliando na organização dos fluxos do atendimento (BRASIL, 2015).

São componentes e interface da RUE no município de Foz do Iguaçu, os seguintes: Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde -UBSs), Unidades de Pronto Atendimento (UPA Walter Cavalcante e UPA João Samek), Portas Hospitalares de Urgência e Emergência (Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Ministro Costa Cavalcante), Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e sua Central de Regulação (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa) e Central de Regulação a nível estadual (Complexo Regulador Macrorregional Oeste). Sendo assim, esses pontos de atenção de articulam para prestar atendimento à população Iguaçuense e à população de municípios vizinhos.

A partir da condição clínica apresentada, os pacientes são direcionados a um dos pontos de acesso a RUE levando em conta o tipo de especialidade que o usuário

precisa naquele momento, visto que os hospitais possuem serviços de referência para condições médicas distintas, como por exemplo trauma e obstetrícia.

2.2. CASO CLÍNICO 1: DOR ABDOMINAL

2.2.1 Anamnese e exame físico

Identificação: F.V.C, masculino, 34 anos, pedreiro, casado, residente em Foz do Iguaçu.

Queixa principal: “Dor na barriga e febre há 6 horas”

História da doença atual: Paciente iniciou há 6 horas com quadro de dor abdominal difusa, intensa (10/10), de início súbito, constante, do tipo cólica, com piora a movimentação e melhora em decúbito lateral, associado a febre (não aferida), 2 episódios de vômitos, 3 episódios de diarreia com odor fétido e presença de muco. Relata 1 episódio de perda transitória da consciência e queda da própria altura. Paciente nega mudança recente na rotina alimentar. No momento da avaliação paciente queixa-se de dor intensa em todo o abdome e tontura.

História médica pregressa: Nega doenças crônicas. Nega medicamentos de uso contínuo. Nega alergias. Nega cirurgias prévias.

Hábitos de vida: tabagista 20 maços-ano, consumo social de álcool. Reside em casa de alvenaria com saneamento básico e coleta de lixo. Nega contato recente com pessoas ou animais doentes.

História familiar: nega histórico familiar de apendicite, litíase renal, pancreatite e doenças biliares. Desconhece histórico familiar de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Exame físico: Sinais vitais: T 39°C, PA 120x70mmHg, SpO2 100%, FC 78bpm.

Ectoscopia: Regular estado geral, fácies de dor, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, desidratado 1+/4+, acianótico, anictérico, febril, posição antálgica.

Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreativas, sem déficit motor.

Cardiovascular: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, não ausculto sopros, TEC < 3s, pulsos cheios e simétricos. Pulmonar: expansibilidade preservada bilateralmente, murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Abdome: abdome plano, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, hipertimpânico em quadrante superior e inferior esquerdo e submaciço em fossa ilíaca direita,

doloroso a percussão e à palpação superficial em todos os quadrantes, porém mais intensa em fossa ilíaca direita e esquerda, Blumberg + no ponto de Mc Burney, sem massas e visceromegalias. Extremidades: panturrilhas livres, sem edemas de MMII, extremidades quentes e bem perfundidas.

2.2.2 Suspeita diagnóstica

Diagnóstico sindrômico: Dor abdominal.

Hipótese diagnóstica: Apendicite aguda.

Diagnósticos diferenciais: gastroenterocolite aguda, colecistite aguda, pancreatite aguda, nefrolitíase.

2.2.3 Exames complementares

Quadro 1. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	EAS
Hemoglobina: 15,3 Hematócrito: 44,5 Vol. Glob. Méd.: 97,59 Hem. Glob. Méd.: 33,55 Leucócitos: 15.820 Bast14% Plaquetas: 183.000	Ureia: 38 Creatinina: 1,20 TGP: 25 TGO: 34 Amilase: 41 Sódio: 140 Potássio: 4,5 Lactato: 9,5 PCR: 2,8	pH: 6 Proteínas: negativo Glicose: negativo Nitrito: negativo Leucócitos: negativo Hemácias: negativo Cristais: uratos amorfos + + +

Fonte: próprio autor, 2021.

2.2.4 Condutas médicas

Solicitados exames e radiografia de abdome. Prescrito sintomáticos e mantido em jejum.

2.2.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Um passo importante para auxiliar no raciocínio clínico é estabelecer qual o problema clínico do paciente. Paciente jovem, previamente hígido, com quadro agudo de dor abdominal difusa, de início súbito e febre alta.

Dor abdominal é uma queixa muito frequente na emergência, e é um desafio diagnóstico, devido a múltiplas etiologias e variabilidade do quadro clínico, frequentemente inespecífico. Esse foi o primeiro caso de dor abdominal que atendi, no entanto, com o decorrer do estágio pude ver na prática muitos outros casos.

Já havia estudado o tema no pré-internato de Urgência e Emergência e sabia que são muitas as etiologias para se investigar, e, portanto, seria necessário coletar uma boa história clínica. A partir desse conhecimento, consegui sistematizar meu pensamento para um atendimento por etapas. Para isso, eu comecei a pensar: o que tem no abdome? Relembrei os órgãos abdominais, como eles poderiam estar comprometidos e quais alterações no exame físico poderiam ser compatíveis com determinadas etiologias. Também me recordei que existem alguns sinais de alarme que devem ser pesquisados no paciente com dor abdominal: febre, início súbito e forte intensidade desde o início, instabilidade hemodinâmica, sinais de irritação peritoneal, vômitos. Esses sinais de alarme fazem parte da avaliação inicial e têm como objetivo como objetivo excluir causas graves e potencialmente fatais, como infarto agudo do miocárdio, dissecção aórtica e abdome agudo cirúrgico. No caso em questão, apesar de estável hemodinamicamente, o paciente apresentava 4 desses sinais, o que me deixou preocupada.

Levando em consideração a apresentação clínica, principalmente a febre e a diarreia, pensei primeiramente em um abdome agudo inflamatório, sendo que a etiologia mais comum em paciente jovem é a apendicite aguda. O paciente também apresentava dor à descompressão brusca no ponto apendicular, o que corroborava com a minha hipótese. Além disso, pensei que poderia ser um gastroenterocolite devido aos vômitos. Ademais, tendo em conta a epidemiologia (faixa etária, sexo), alguns diagnósticos diferenciais precisariam ser aventados como pancreatite aguda, nefrolitíase e colecistite aguda.

A dor descompressão brusca foi o que mais me chamou a atenção para a gravidade do quadro. Ao exame físico o paciente não apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica, porém, o sinal de peritonismo associado a dor súbita e intensa, acendeu um alerta para uma possível catástrofe intra-abdominal, como por exemplo, uma apendicite supurada.

A princípio, o que precisaria ser feito era excluir condições graves como pneumoperitônio, sangramentos, obstrução intestinal em alça fechada. Para isso, a ultrassonografia é o primeiro exame de escolha devido ao baixo custo, possibilidade de seriar e avaliar doenças das vias biliares, pâncreas, rins e vias urinárias, apêndice, dimensões aórticas e presença de líquido livre intracavitário. No entanto, na nossa realidade lançamos mão da radiografia. A radiografia de abdome agudo (3 incidências), auxilia na detecção da presença de ar, líquido livre na cavidade ou obstrução intestinal.

Posteriormente, pensando nos principais diagnósticos para o paciente, outros exames complementares poderiam auxiliar na elucidação do caso, como hemograma, parcial de urina, lipase e amilase, fosfatase alcalina e gama GT, bilirrubinas, lactato e DHL, glicemia, PCR. Exames como eletrólitos, exames de função renal e hepática têm mais utilidade para avaliação global do paciente.

Cabe ressaltar que o diagnóstico de apendicite aguda é eminentemente clínico. Assim como em outras etiologias de dor abdominal, os exames complementares, principalmente os laboratoriais, apresentam limitações significativas, não podendo ser substituídos por uma boa anamnese e exame físico.

Dito isso, uma coisa que não foi feita na admissão e que eu, inclusive, não me atentei, foi determinar a probabilidade clínica de apendicite. Existe um escore, Escore de Alvarado, que por meio de dados clínicos e laboratoriais, determina o risco para a doença. A probabilidade pode ser baixa (0-3 pontos), intermediária (4-6) e alta (≥ 7). Essa probabilidade orienta a conduta quanto à investigação subsequente, solicitação de outros exames e abordagem cirúrgica. O paciente pontuava pelo menos 5 na admissão, ou seja, risco intermediário.

Figura 2 – Escore de Alvarado.

Sintomas	Pontuação
Dor migratória para a fossa ilíaca direita	1
Náuseas e vômitos	1
Anorexia	1
Sinais	Pontuação
Defesa na fossa ilíaca direita	2
Descompressão dolorosa na FID	1
Febre (acima de 37,2 °C)	1
Achados Laboratoriais	Pontuação
Leucitose	2
Desvio para a esquerda	1

Fonte: Google imagens

A tomografia (TC) com contraste é o exame padrão-ouro para avaliação diagnóstica de apendicite, assim como para maioria dos diagnósticos de dor abdominal, e deve ser sempre solicitada para todos os pacientes com risco moderado e alto de apendicite, nos locais que tenham esse recurso disponível (MARTIN e KANG, 2021). No primeiro momento, a TC não foi solicitada, a conduta do médico foi aguardar os resultados dos exames laboratoriais e o Raio X, para proceder com a investigação, o que eu entendo como adequado.

Os exames laboratoriais solicitados foram muito bem selecionados e estão de acordo com o que é preconizado na literatura. Eu escolheria os mesmos, mas adicionaria bilirrubinas e gama GT para avaliar uma possível colestase. O hemograma tinha papel fundamental nesse caso, assim como o exame de urina I, pois dor abdominal há mais de seis horas associados a presença de leucocitose e ausência de alterações urinárias (principalmente no sexo masculino) nos levam a forte suspeição diagnóstica de apendicite.

Notei que houve uma falha na reidratação do paciente. A reposição e manutenção adequada de fluidos e eletrólitos seria importante, pois, ele havia tido vários episódios de vômitos e diarreia, que se estendeu durante os dois primeiros dias de internação. O gerenciamento de fluidos na diarreia aguda varia de acordo com grau de desidratação, na hipovolemia leve a moderada é preconizado o uso de sais de reidratação oral de 2,2L a 4L nas primeiras 4 horas (LAROCQUE e PIETRONI, 2021).

Na entrada, o paciente apresentava uma desidratação leve, no entanto, não estava tolerando dieta via oral, e havia necessidade de manter-se em jejum, portanto, deveria ter sido feita a reposição endovenosa. No registro do prontuário eletrônico havia prescrição de solução fisiológica apenas para diluição das medicações.

Um outro ponto importante de ser discutido é a antibioticoterapia. Considerando o quadro clínico (febre alta, sinais de peritonismo, a diarreia com muco e sangue) e nossa principal hipótese diagnóstica, apendicite aguda, o paciente tinha indicação de iniciar antibioticoterapia de forma precoce cobrindo patógenos Gram-negativos e anaeróbios. No entanto, o antibiótico foi iniciado somente no outro dia após o resultado da tomografia.

A princípio eu também não havia pensado nessa possibilidade, depois estudando o caso e revisando a literatura, consegui elencar os critérios de elegibilidade para esse paciente: desinteria e sinais de peritonismo. De acordo com o UpToDate, na desinteria em adultos deve ser feito tratamento empírico imediato, Ceftriaxona é um dos antibióticos sugeridos; na apendicite aguda, os pacientes também devem receber antibióticos enquanto aguardam cirurgia, assim como os pacientes com peritonite. (LAROCQUE e PIETRONI, 2021; SMINKEL e SOYBEL, 2021; VELASCO, 2020).

O tratamento padrão atual para apendicite é a apendicectomia, que pode ser realizada aberta ou laparoscopicamente. Em qualquer situação, para apendicite aguda não perfurada em um paciente estável, a recomendação é apendicectomia em 12 horas. Os pacientes devem ser internados no hospital e receber hidratação intravenosa, controle da dor e antibióticos intravenosos enquanto aguardam a cirurgia (SMINKEL e SOYBEL, 2021).

A evolução do caso reservou algumas surpresas. O laudo da tomografia de abdome e pelve com contraste, realizada no dia seguinte, evidenciou processo inflamatório/infeccioso nas paredes colônicas (colite), com mínima quantidade de líquido livre na cavidade. Não evidenciou alterações vasculares, tampouco hepáticas, pancreáticas, renais e das vias biliares. A colite aguda é uma inflamação da mucosa do cólon devido uma injúria do tecido, podendo ser de etiologia isquêmica, viral, bacteriana e idiopática.

A partir do resultado da TC, foram prescritos antibióticos (Ceftriaxona + metronidazol), corticoide (hidrocortisona) e solicitado vaga hospitalar para cirurgia. A escolha de tais antibióticos está de acordo com o preconizado na literatura. Ao

aprofundar mais meus estudos, não entendi o racional da prescrição do corticoide, visto que, não há indicação para o seu uso em quadros de colites infecciosas agudas, apenas para doenças intestinais inflamatórias crônicas.

O paciente evoluiu bem, apresentando melhora clínica (afebril, sem dor e diarreia) e laboratorial. Recebeu alta 4 dias após a internação, com esquema de antibioticoterapia via oral (metronidazol) e sais de reidratação oral.

2.2.6 Percepções gerais

Esse caso contribuiu muito para o meu amadurecimento teórico. Foi muito marcante, porque foi meu primeiro plantão do internato de urgência e emergência, e pude perceber que é muito diferente ler e entender um tema, e agir ali de frente com o paciente. Antes desse atendimento, eu estava certa de que saberia direcionar o raciocínio diante de uma queixa de dor abdominal, porém, percebi algumas lacunas no aprendizado. Na ocasião, o plantonista me questionou sobre quais exames eu pediria e motivo e na hora e não me lembrei de todos os exames.

Posteriormente, revisando alguns materiais no UpToDate e no livro de medicina de emergência da USP, percebi algumas falhas que cometi na coleta da anamnese. Uma das coisas que esqueci de perguntar foi sobre sintomas urinários, história de dor lombar, relação da dor com a alimentação e anorexia. Outros sinais importantes que deveriam estar descritos no exame físico são Giordano e Murphy. Poderia ter explorado melhor a queixa dos vômitos (cor, presença de sangue) e se eles precederam ou não a dor. Também faltou detalhar/explicar melhor a cronologia da história, qual sintoma veio primeiro.

Para concluir, percebi o quanto é importante se apropriar da semiologia para conduzir bem um quadro de dor abdominal, conhecer a sensibilidade e especificidade dos achados do exame físico e relacionar os sintomas mais frequentes com suas etiologias. É essencial conhecer a acurácia e limitações dos métodos diagnósticos. Além disso, se atentar para a epidemiologia (etiologia viral ou bacteriana, idade do paciente), pois, auxilia muito na tomada de decisão. Por exemplo, se eu sei que tal patologia em 85% das vezes é causada por vírus ou tem evolução benigna, isso muda a minha conduta, traz mais segurança no atendimento, e mesmo se eu tomar uma decisão que vai na contramão do senso comum e do que todo mundo faz eu acertarei em 85% das vezes. Essa reflexão que o caso me proporcionou é muito preciosa.

Esse caso me motivou a estudar revisão de dor abdominal, principalmente sinais de alarme. Etiologias de abdome agudo cirúrgico e como identificá-las. Principais causas de dor abdominal de acordo com o sexo e a faixa etária. Quais exames devo solicitar para avaliação. Diarreia no pronto atendimento e indicações de antibioticoterapia na diarreia aguda. Diferença entre diarreia e desinteria. Analgesia na dor abdominal.

2.3 CASO CLÍNICO 2: TAQUIARRITMIA

2.3.1 Anamnese e exame físico

Identificação: L.B., feminino, 51 anos.

Queixa principal: “Aceleração do coração”

História da doença atual: Paciente procurou a UBS (às 15:30h) devido queixa de palpitação associada a falta de ar e dor na nuca iniciada de forma súbita na noite anterior. Na UBS paciente apresentava-se hipotensa (80x40mmHg), taquipneica, saturando 83% em ar ambiente e com frequência cardíaca de 115bpm. Paciente nega febre, tosse, expectoração, dor de garganta ou coriza (tem eventualmente uma tosse que é o seu basal. Não houve mudança de padrão). Nega sintomas urinários. Paciente então encaminhada à emergência da UPA Walter, deu entrada às 17h. Na admissão encontrava-se sem queixas de dispneia e dor do peito. Negou perda de consciência. História médica pregressa: Transtorno depressivo maior. DPOC? (tosse crônica). Nega hipertensão e diabetes. Nega histórico de IAM e AVC. Nega alergias. Refere quadro prévio semelhante de menor duração com melhora espontânea. Em uso de fluoxetina.

Hábitos de vida: tabagista de longa data. Nega etilismo.

Exame físico: Sinais vitais: PA 168x72mmHg, FC 190bpm, FR 22, SpO2 97%, T 36°C. Ectoscopia: Regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, palidez cutânea, hidratada, acianótica, anictérica. Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreativas, sem déficit motor. Cardiovascular: ritmo regular em 2 tempos, bulhas hipofonéticas, não ausculto sopros, taquicardia, TEC < 3s, pulsos filiformes. Pulmonar: expansibilidade preservada bilateralmente, murmúrio vesicular universalmente audível, presença de sibilos em ápices pulmonares e estertores crepitantes em bases bilateralmente. Abdome: abdome plano, depressível, ruídos

hidroaéreos presentes, sem dor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Extremidades: panturrilhas livres, sem edemas de MMII, extremidades quentes e bem perfundidas.

2.3.2 Suspeita diagnóstica

Diagnóstico sindrômico: Taquiarritmia.

Hipótese diagnóstica: taquicardia supraventricular paroxística - taquicardia por reentrada nodal (TRN).

Diagnósticos diferenciais: taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular (taquicardia por reentrada atrioventricular), flutter atrial, fibrilação atrial.

2.3.3 Exames complementares

Não foram solicitados exames laboratoriais na admissão. Foram solicitados pelo outro plantonista às 5h do dia seguinte. Na abordagem inicial eu solicitaria pelo menos eletrólitos, hemograma e marcadores de lesão miocárdica, e posteriormente ao tratamento faria novo ECG. Embora ela não apresentasse queixa no momento, no dia anterior ela teve dispneia, que é um equivalente anginoso, e se tratando de uma mulher de 50 anos, temos que ficar atentos. A taquiarritmia poderia ser devido a um infarto ou poderia acontecer o inverso, e eu teria um dado para comparar caso optasse por seriar as enzimas posteriormente.

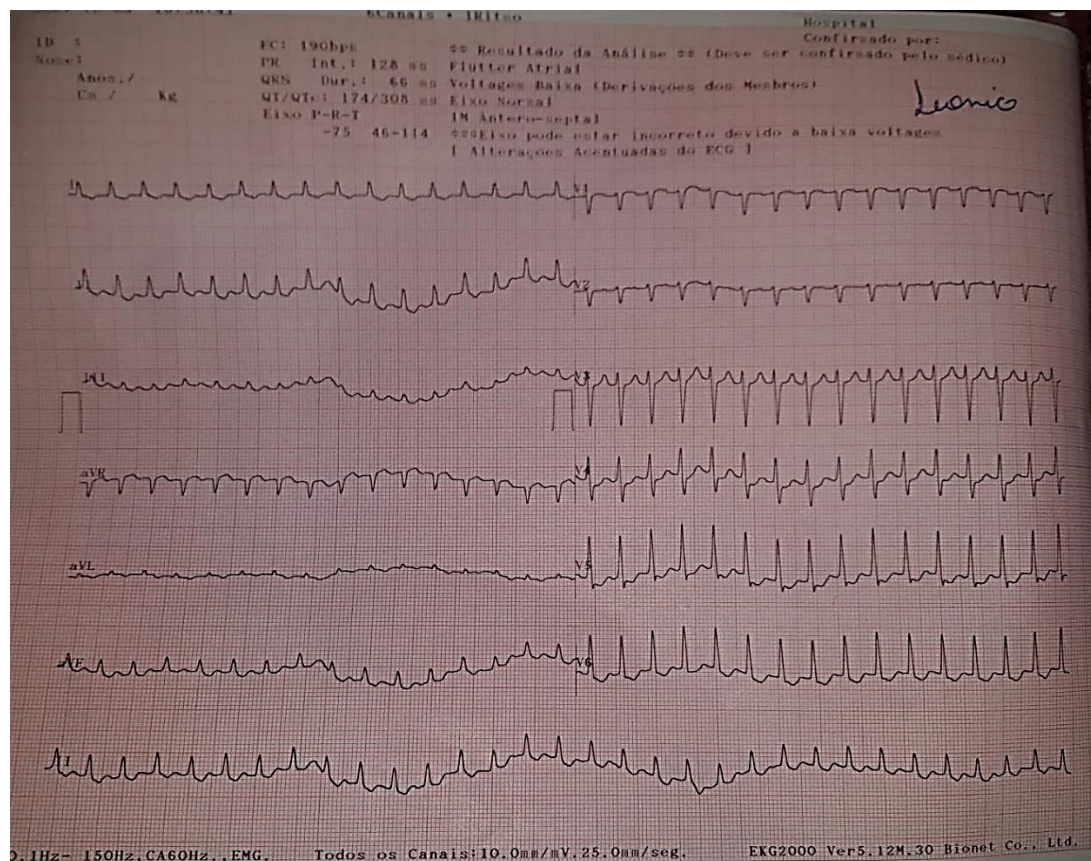
Quadro 2. Exames complementares.

Hemograma	Bioquímica	Exames seriados
-----------	------------	-----------------

Hemoglobina: 13,5 Hematócrito: 40,5 Vol. Glob. Méd.: 96,21 Hem. Glob. Méd.: 31,99 Leucócitos: 9.440 Bast10% Plaquetas: 186.000	Ureia: 31 Creatinina: 0,8 TGP: 14 TGO: 23 Sódio: 144 Potássio: 4,6 PCR: 0,9	1ª amostra: Troponina I: 158 CPK: 47 2ª amostra: Troponina I: 246 CKMB: 19 CPK: 50 3ª amostra: Troponina I: 220 CKMB: 11 CPK: 47
---	--	---

Fonte: próprio autor, 2021.

Figura 3 – ECG de admissão.



Fonte: próprio autor, 2021.

2.3.4 Condutas médicas

Monitorização, solicitação de ECG e prescrição de amiodarona.

2.3.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Vamos iniciar a discussão definindo o problema clínico que se apresenta. Paciente do sexo feminino, previamente hígida com palpitações de início súbito acompanhada de dispneia e frequência cardíaca aumentada.

Inicialmente, como em toda emergência, a primeira coisa que devemos fazer é monitorizar o paciente e verificar os sinais vitais, para intervir caso seja necessário. Quando cheguei na sala vermelha a paciente já estava sendo monitorizada, apresentava uma frequência cardíaca muito elevada e hipertensão.

A minha primeira atitude ao olhar aquela frequência no monitor foi identificar sinais de instabilidade, visto que na história coletada pelo médico da UBS a paciente havia se queixado de dispneia. Questionei sobre desmaio, dor no peito, falta de ar, a paciente negou todos esses sintomas. Ela parecia estar em bom estado geral, embora levemente pálida. Após terminar de questioná-la o plantonista chegou e solicitou para “deixá-la quieta, deixá-la descansar”.

Fiquei observando meio de canto ali na sala vermelha qual seria a conduta do médico, ao mesmo tempo que revisava mentalmente e discutia com meus colegas os critérios clínicos de instabilidade e o tratamento mais adequado para a paciente. Eu já havia estudado o assunto pelo menos umas 3 vezes, e sabia exatamente o que era importante saber naquele momento para agir. Minutos após foi realizado ECG, com base nisso discuti novamente com meus colegas qual seria a hipótese sindrômica e quais medidas deveriam ser adotadas na condução do caso. Nesse meio tempo percebi que haviam colocado uma medicação para paciente, amiodarona.

Vamos retomar agora na discussão o raciocínio clínico da situação, com base nos meus conhecimentos prévios. A abordagem das taquicardias pode ser um desafio, pois há um amplo diagnóstico diferencial, e com isso várias abordagens, portanto, uma abordagem sistematizada pode facilitar a identificação das principais taquiarritmias, e como veremos adiante, existem apenas algumas situações que precisam de ação imediata. Um outro ponto que vale destacar é que nas taquiarritmias supraventriculares, não há, na grande maioria dos casos, necessidade de se identificar o mecanismo fisiopatológico envolvido, pois a abordagem terapêutica inicial engloba vários grupos de taquiarritmias.

Dito isso, no atendimento inicial há 6 perguntas que precisam ser feitas para auxiliar no raciocínio clínico. As literaturas falam em 3 perguntas, mas eu, Larissa, prefiro separar dessa forma para estabelecer prioridades no atendimento:

1) O paciente está instável ou estável?

Crítérios de instabilidade: a) Hipotensão (PAS < 90 mmHg) ou choque circulatório (alteração da perfusão); b) Dor precordial anginosa; c) Alteração do nível de consciência; d) Dispneia associada a congestão pulmonar.

2) Se instável, a instabilidade é por causa da taquiarritmia? Aqui levamos em consideração a frequência cardíaca, em geral, se estiver > 150bpm, em adultos jovens sem comorbidades, a chance da taquiarritmia ser a causa é maior. Se estiver entre 100 e 120, devemos considerar e procurar outras causas como febre, infecções.

3) O QRS é estreito ou largo?

2) O ritmo é regular ou irregular?

3) Existe onda P? Se existe, qual a relação com QRS? Essa última pergunta, na verdade, não tem relevância para o atendimento, tem mais valor na investigação etiológica, que no caso poderia ser realizada de forma ambulatorial.

Se o paciente estiver instável devido a taquiarritmia, há necessidade de intervenção imediata, cardioversão elétrica sincronizada para todos, exceto nas TV polimórficas nas quais deve ser realizada desfibrilação. É crucial saber identificar uma TV polimórfica com instabilidade, pois a evolução para um ritmo de parada é frequente. Para o nosso raciocínio no departamento de emergência, quando o paciente estiver instável, não há necessidade de saber se o QRS está estreito ou largo, precisamos lembrar de 2 coisas: cardioversão elétrica ou desfibrilação na TV polimórfica. Portanto, é necessário saber identificar uma TV polimórfica no ECG e pronto, visto que, para as demais situações a abordagem terapêutica inicial é a mesma.

Nossa paciente inicialmente não tinha sinais de instabilidade, no entanto, ela evoluiu com taquipneia. Após 1h de evolução do quadro, pude fazer o exame físico, identifiquei estertores crepitantes em bases pulmonares e sibilos em ápice. Chamei um colega e pedi que ele também avaliasse, e ele confirmou tais alterações na ausculta. Na entrada eu havia levantado a hipótese de instabilidade devido a dispneia relatada na UBS, porém, meus colegas discordaram. Pensei também que as alterações pulmonares poderiam ser devido ao histórico de tabagismo de longa data

e por uma suposta bronquite crônica. Se eu fosse o plantonista, não faria cardioversão elétrica, realizaria o tratamento considerando a paciente como estável.

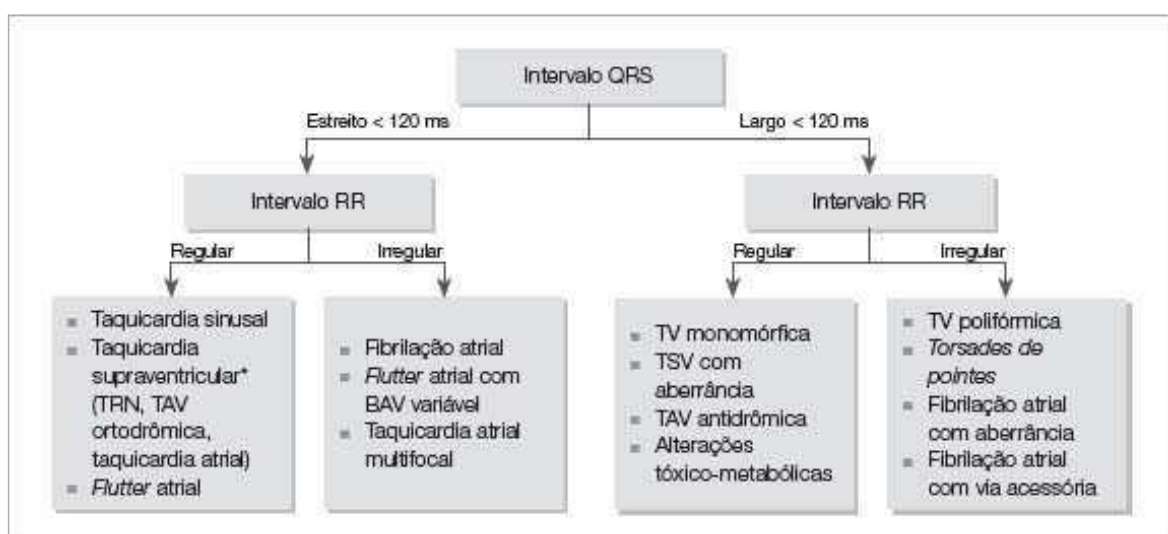
Seguimos com o nosso raciocínio, no paciente estável olhar para o complexo QRS:

- QRS estreito (< 120 ms) é sempre taquicardia supraventricular, exceto TV fascicular.
- QRS largo (> 120 ms) na grande maioria dos casos (80%) é taquicardia ventricular.

Cabe ressaltar que as taquicardias supraventriculares geralmente não causam instabilidade hemodinâmica, pois o átrio contribui muito pouco para o débito cardíaco. Ao passo que as taquicardias ventriculares são mais graves, embora bem menos frequentes. Uma dica prática é sempre suspeitar de taquicardia ventricular se houver qualquer história prévia de cardiopatia. Na emergência sempre é preferível tratar dessa forma do que fazer os critérios de diferenciação entre taquicardia ventricular taquicardia supraventricular.

O próximo passo, é verificar o ritmo se é regular ou irregular o que nos direciona para alguns diagnósticos e descarta outros. Depois verificamos a onda P, se existe onda P, e qual a sua relação com o complexo QRS. O fluxograma abaixo ilustra esse raciocínio.

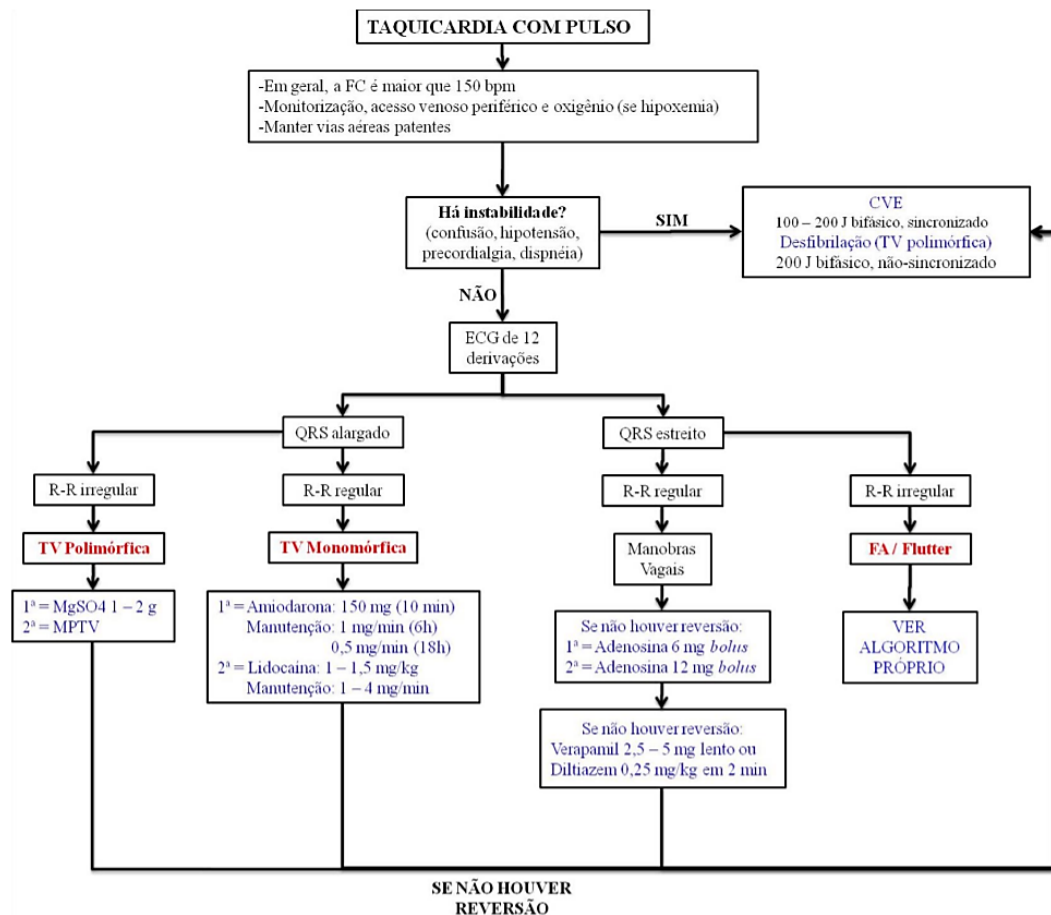
Figura 4 – Fluxograma de identificação das taquiarritmias.



Fonte: Velasco et. al., 2020.

No caso em questão a paciente apresentava uma taquiarritmia de QRS estreito com um intervalo regular. Pronto, chegando até aqui para o plantonista da emergência está ótimo! Não há mais necessidade de investigar o mecanismo, classificar qual o tipo etc., pois a abordagem inicial é a mesma, conforme mostra a figura abaixo.

Figura 5 – Fluxograma da abordagem das taquiarritmias.



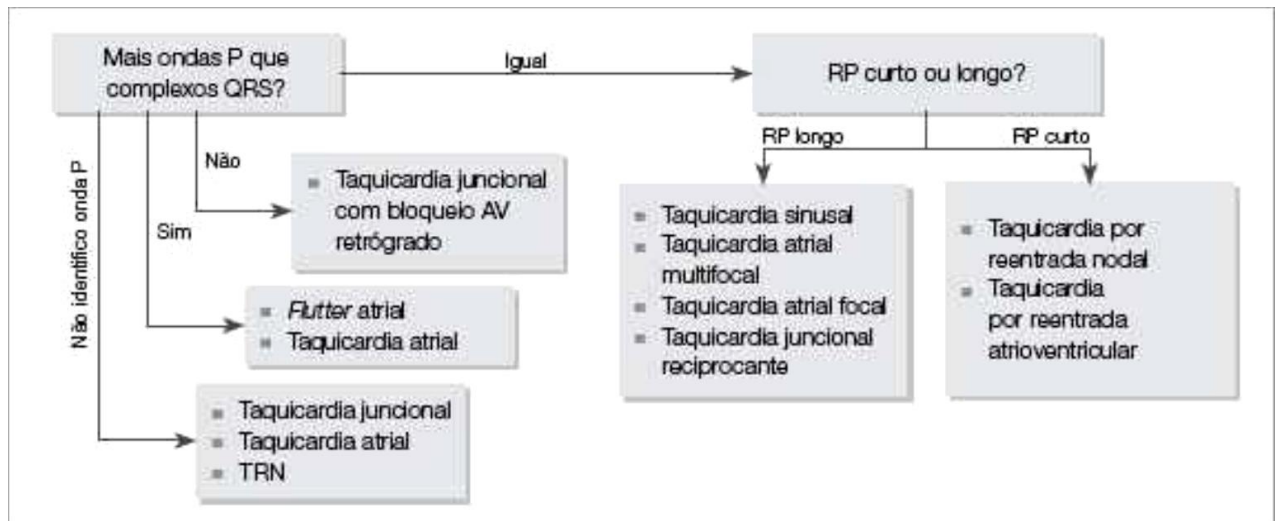
Fonte: Chierice, Pavão e Mirada, 2018.

Nossa paciente estava estável, ECG mostrava um QRS estreito, também não tinha histórico de cardiopatia, todos esses dados corroboram para a hipótese de taquicardia supraventricular. Além disso, a epidemiologia fala a favor da nossa hipótese, são as taquicardias mais comuns.

Revisando a literatura posteriormente, cheguei à hipótese etiológica de taquicardia por reentrada nodal com base nos seguintes achados: ECG com FC entre 150-250, QRS estreito, ritmo regular, ausência de onda P precedendo o QRS e onda P retrógrada (pseudo onda s) em V5 e V6. Além disso, são comuns alterações do segmento ST com infradesnívelamento difuso e supra em aVR, não evidenciado no

eletrocardiograma. Em relação aos diagnósticos diferenciais, na taquicardia sinusal há presença de onda P e na fibrilação atrial o ritmo é irregular. No flutter atrial há mais ondas P do que complexo QRS e formação de ondas F, ondas serrilhadas. E por fim, na taquicardia por reentrada atrioventricular há onda P precedendo o QRS.

Figura 6 – Identificação das taquicardias de QRS estreito baseadas nas ondas P.



Fonte: Velasco *et. al.*, 2020

Cabe reforçar, no entanto, que para o emergencista não há necessidade de identificar o mecanismo e a etiologia. É preciso saber identificar os sinais de instabilidade e o traçado de TV polimórfica, pois nessa situação é preciso agir imediatamente.

Dando continuidade ao nosso atendimento vamos falar sobre o tratamento, paciente com taquicardia supraventricular estável, o tratamento é manobra vagal. Existe mais de uma técnica, mas a manobra de valsava modificada é bem simples e não oferece risco ao paciente, consiste em pedir ao paciente, sentado a 45°, para assoprar em uma seringa vazia de 20 mL por 15s, tentando movimentar o êmbolo. Depois abaixa-se a cabeça para 0°, elevando os membros do indivíduo passivamente a 45° por mais 15 s. A taxa de sucesso dessa manobra, relatada no estudo REVERT, é maior de 43% (Velasco *et. al.*, 2020).

Poderíamos ter feito essa manobra durante o atendimento, porém, o plantonista não quis nem comentar e nem nos responder quando o questionamos sobre o que ele achava, de forma geral, sobre o caso, virando as costas e saindo. Naquele momento eu e meus colegas queríamos realizar a manobra e ver um possível retorno ao ritmo

normal como havia visto em vídeos enquanto estudava o tema anteriormente, porém não foi possível.

O próximo passo, caso não haja reversão da arritmia com a manobra vagal, é fazer adenosina. Embora muitos temam o uso da droga ela é muito segura. A adenosina pode ser feita até três vezes (6mg, 12mg, 18mg) na sequência, tomando cuidado com a infusão rápida seguida de flush de soro, pois a meia-vida da droga é muito curta. Um outro ponto importante é explicar ao paciente que a medicação causa desconforto importante, alguns relatam sensação de morte iminente. A ideia de ambas as intervenções é reduzir a condução elétrica no nó atrioventricular e com isso resolver o problema.

Em caso de pacientes jovens ou sem cardiopatias estruturais, uma boa alternativa a adenosina no tratamento da TRN é o uso de bloqueador de canal de cálcio não diidropiridínicos (verapamil e diltiazem), no entanto, não estavam disponíveis.

Um dado interessante é que a manobra vagal e a adenosina vão servir tanto para o tratamento quando para auxiliar no diagnóstico, sendo, portanto, o primeiro passo no algoritmo de atendimento das taquicardias supraventriculares. Não havendo reversão com essas estratégias, assumimos que se trata de mecanismo por automatismo ou então reentrada que não envolve o nó AV (p. ex., fibrilação atrial, flutter etc.), sendo indicado controle da FC com drogas específicas, como betabloqueador (metoprolol, propranolol), bloqueador do canal de cálcio (verapamil, diltiazem) (Velasco *et. al.*, 2020).

Após a reversão, é importante realizar um ECG para verificar se não houve elevação do segmento ST. Pacientes com TRN revertida e assintomáticos podem receber alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial sem necessidade de exames complementares para investigação das causas.

Dado o exposto, a conduta adotada pelo plantonista me deixou um tanto preocupada. Já na admissão, pecou na realização da anamnese e exame físico, mal vi ele tocar na paciente, situação corriqueira que tenho vivenciado durante o estágio. A primeira conduta que ele adotou foi prescrever amiodarona (300mg) em 250ml de solução fisiológica em bomba, 20 gotas/min. Inicialmente foi feita uma dose em bólus da solução (35mg de amiodarona).

Tentei entender o racional da conduta, talvez ele estivesse pensando que fosse um flutter atrial ou uma fibrilação atrial, no entanto, a FA não se encaixava, na FA o

ritmo é irregular. De qualquer forma, caso fosse algumas dessas patologias, a primeira escolha e mais segura, inclusive, é fazer controle de frequência e não de ritmo. Controle de frequência pode ser feito com metoprolol 5mg ou algum bloqueador do canal de cálcio. Um fato que preocupa ainda mais, é que se fosse uma fibrilação atrial, sem critérios de instabilidade a conduta teria que ser ainda mais cautelosa, considerando o tempo de evolução, se >48h ou não, e os fatores de risco, que poderiam ser calculados pelo score de CHADS-VASc. Amiodarona é utilizada na FA, para controle químico de ritmo, no entanto, há um grande risco em prescrever amiodarona na FA e fazer um AVC no paciente, uma iatrogenia.

Além disso, a amiodarona não é um bom medicamento para controle de frequência, tanto que após 2h da administração do medicamento a paciente ainda permanecia com uma frequência cardíaca de 188bpm. Pensando no caso do flutter, é um ritmo que responde muito mal à amiodarona, o tratamento é controle de frequência com betabloqueador e cardioversão elétrica. A amiodarona é a última escolha de medicamento nas taquicardias supraventriculares, pois não há evidência de efetividade, pode ser utilizada em alguns casos selecionados (SCUOTTO et. al., 2018). Algumas literaturas nem mencionam a amiodarona no tratamento.

Enfim, mesmo se ele estivesse certo nas suas hipóteses ele errou no tratamento das duas taquiarritmias. Cabe reforçar que não haveria necessidade imediata de o plantonista tentar identificar qual era taquiarritmia, bastava ele seguir o fluxograma de atendimento inicial considerando uma taquiarritmia de QRS estreito com ritmo regular. Considerando a estabilidade clínica, havia tempo para uma pesquisa rápida, porém, as vezes, o ego fala alto. O plantonista não se preocupou em fazer registro da consulta com anamnese e exame físico no prontuário naquele momento. Eu e os colegas angustiados com a situação, já no final do plantão, nos prontificamos para evoluir e ele permitiu, novamente eu repeti o exame físico pulmonar e cardíaco.

A situação toda me deixou com um sentimento de frustração e impotência, mas fiquei quieta, afinal, eu não era a médica responsável e esse não era meu papel ali. Fiquei imaginando que poderia haver complicações e desfechos desfavoráveis, uma vez que ela estava há 2h sendo medicada e sem melhora.

Acompanhando posteriormente pelo prontuário o desfecho do caso, verifiquei que o plantonista seguinte manteve a amiodarona em bomba e solicitou exames laboratoriais, incluindo troponina, porém, não fez a evolução/registo em prontuário.

No outro dia, às 8h da manhã, encontrei registro no prontuário de outro plantonista constatando a elevação das enzimas cardíacas 1ª amostra 5:42h. Por volta das 12h, há registro de curva de enzimas e do ECG de controle que demonstrou ritmo sinusal, RR regular, FC: 56 bpm, presença de inversão de onda T em DII-V2-V3-V4-V5-V6, constatado IAM sem supra. Pelo registro, a taquicardia foi resolvida na manhã do dia seguinte. Foi então iniciado o protocolo de IAM sem supra e solicitado vaga, paciente foi encaminhada ao Hospital Ministro Costa Cavalcante.

2.3.6 Percepções gerais

O que mais de impactou nesse atendimento foi verificar que a paciente ficou mais 12h sem assistência adequada mesmo estando na sala vermelha da UPA. Passou pela mão de 2 médicos, no terceiro que teve um atendimento apropriado.

Fica aqui o questionamento: o IAM foi a causa ou a consequência da taquiarritmia? Esse desfecho poderia ter sido evitado se houvesse uma intervenção adequada para controle da frequência de forma mais rápida? Pelos registros e o ECG de controle do dia seguinte a hipótese do IAM ter sido causado pela taquiarritmia mal manejada é bem forte, visto que no ECG de admissão não apresentava tais alterações. Deixar o paciente por horas em uma situação dessa é sim deletério. Uma frequência elevada causa um enchimento coronariano ruim, gerando menor oferta de O₂ para um tecido que está justamente precisando de mais oferta por estar trabalhando muito. Esse desbalanço entre oferta e demanda pode gerar um infarto agudo do miocárdio.

Levo comigo alguns aprendizados com caso: nunca menosprezar a queixa do paciente, sempre estar atento para paciente do sexo feminino oligossintomática ou com sintomas inespecíficos e tomar cuidado com as iatrogenias. Esse caso me motivou a estudar eletrocardiograma e revisar as taquiarritmias, até discuti com especialistas em cardiologia posteriormente. Fiquei muito contente que lá na situação eu saberia como agir, e como ajudar meu paciente. No fim, fiquei feliz em saber que eu consegui acertar o diagnóstico etiológico com base nos meus estudos sem ninguém me dando spoilers.

Fiz algumas outras algumas reflexões sobre a assistência. Tenho observado um fenômeno interessante na sala vermelha das UPAs, com frequência não é feita uma análise sistematizada do paciente, principalmente em relação ao exame físico. O

que eu vejo são os plantonistas colocando o estetoscópio no peito do doente e pronto. Acredito que todo atendimento no departamento de emergência deve ser feito de forma sistematizada para evitar erros e até para auxiliar nos diagnósticos diferenciais. Fazer o ABCDE no atendimento, independentemente de ser um trauma seria interessante. Uma outra falha sistemática que tenho observado é não dar muita importância para a queixa do doente, não considerar muito os diagnósticos diferenciais ou possíveis complicações do quadro do paciente.

2.4 CASO CLÍNICO 3: SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

2.4.1 Anamnese e exame físico

Identificação: L.C.R, 41 anos

Queixa principal: “dor no peito”

História da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU por queixa de dor no peito em opressão com irradiação para o membro superior esquerdo e costas com início no repouso. Não chegou a realizar esforços após sentir dor. Paciente cardiopata com histórico de 2 infartos prévios.

História médica pregressa: HAS, IAM (2010 -1 stent) e em (2016 -6 stent). Em uso de AAS, Candesartan, rosuvastatina. Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: Nega tabagismo.

Exame físico: sinais vitais: PA 223x147mmHg, FC 87, FR 20, SatO₂ 98% em ar ambiente, HGT 120, T 36,2C. Ectoscopia: Regular estado geral, lúcido e orientado, corado, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico em ar ambiente. Neurológico: ECG15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit motor. Respiratório: murmúrio vesicular uniformemente audível sem ruídos adventícios, sem sinais esforço respiratório. Cardiovascular: bulhas normofonéticas, ritmo regular em 2T, não ausculto sopros, TEC < 3s. Abdominal: plano, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso a palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Extremidades: sem edema de MMII, sem empastamento de panturrilhas.

2.4.2 Suspeita clínica

Diagnóstico sindrômico: Dor torácica.

Hipótese diagnóstica: Síndrome coronariana aguda.

Diagnósticos diferenciais: angina instável, IAM sem supra, IAM com supra.

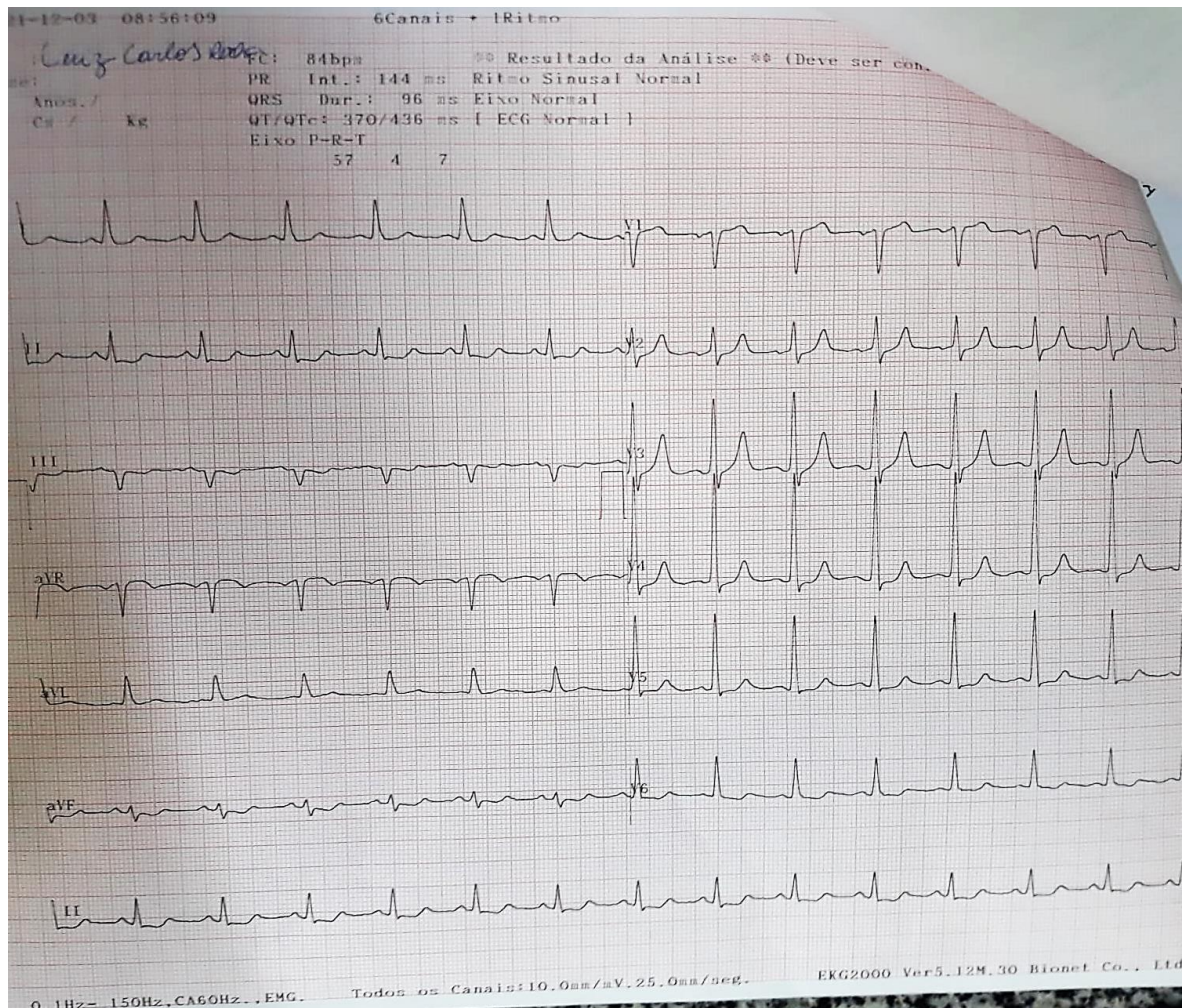
2.4.3 Exames complementares

Quadro 3. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	Exames seriados
Hemoglobina: 17,8 Hematócrito: 53,5 Vol. Glob. Méd.: 84,9 Hem. Glob. Méd.: 28,25 Leucócitos: 7.410 Bast 0% Plaquetas: 307.000	Ureia: 42 Sódio: 145 Potássio: 4,8 PCR: < 0,5	1ª amostra: Troponina I: 435 CKMB: 32 CPK: 812 2ª amostra: Troponina I: 368 CKMB: 28 CPK: 699 3ª amostra: Troponina I: 1.317 CKMB: 60 CPK: 766

Fonte: próprio autor, 2021.

Figura 7 – ECG de admissão.



Fonte: próprio autor, 2021.

2.4.4 Condutas médicas

Monitorização na emergência, solicitados exames e ECG. Realizado protocolo de dor torácica, analgesia com morfina e controle pressórico. Solicitado vaga para referência - HMCC. Mantido em jejum.

2.4.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Primeiramente, é necessário caracterizar o problema clínico que se apresenta. Paciente do sexo masculino, hipertenso, cardiopata com histórico de 2 infartos prévios, é admitido em pronto socorro apresentando quadro de dor torácica típica.

Dor torácica é uma queixa muito comum do departamento de emergência, cerca de 6% do total das consultas. A síndrome coronariana aguda corresponde a 25% das internações por dor torácica. Além da síndrome coronariana aguda, a dor

torácica pode representar outros quadros ameaçadores a vida: síndromes aórticas, embolia pulmonar, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e rotura esofágica (Velasco *et. al.*, 2020).

Tendo em mente essas etiologias e relacionando com a história mórbida pregressa e a sintomatologia do paciente, meu raciocínio clínico foi direcionado ao que parecia mais óbvio, se tratava de uma síndrome coronariana aguda. O ECG de entrada não tinha alterações, supra ou infra desnivelamento do segmento ST, mas isso não descarta nossa hipótese.

No atendimento inicial a primeira coisa é monitorizar e classificar o paciente em instável ou estável. Devemos sempre lembrar das catástrofes supracitadas, buscando na anamnese e exame físicos alterações sugestivas, como assimetria de pulso, edema unilateral de membro inferior, hipotensão e hipertimpanismo de tórax, abafamento de bulhas cardíacas. Considerar os diagnósticos diferenciais é fundamental, principalmente para adoção de medidas terapêuticas iniciais como a antiagregação plaquetária. Alguns escores podem auxiliar na tomada de decisão quando o quadro clínico está duvidoso, inespecífico, como por exemplo, ADD-RS (Aortic Dissection Detection Risk Score) e HEART Score. O paciente não apresentava alterações no exame físico, nem história sugestiva que nos levasse a pensar nesses outros diagnósticos diferenciais.

Paciente estável, apresentando dor tipicamente anginosa, foi iniciado de imediato o protocolo de dor torácica, administrado AAS, clopidogrel, morfina e anti-hipertensivo (IECA), o que está de acordo com o preconizado na literatura. Uma falha que identifiquei foi a não solicitação de Rx de tórax, o qual faz parte do atendimento inicial da dor torácica.

Quando os exames laboratoriais foram bem selecionados eu pediria a mais somente a creatinina para calcular o GRACE score e estratificar melhor o risco.

A síndrome coronariana aguda engloba três entidades: IAM com supra, IAM sem supra e angina instável. O que difere um do outro são alterações eletrocardiográficas e a presença de marcadores de lesão miocárdica. A dor típica associada a elevação da troponina em mais de 3x sem alterações no ECG confirmou o diagnóstico de IAM sem supra.

Após o diagnóstico, algo que deveria ter sido feito era a classificação de risco do paciente. O TIMI Score avalia a probabilidade de morte, infarto e revascularização de urgência em pacientes com eletrocardiograma sem supradesnivelamento do

segmento ST na admissão, além de auxiliar na decisão terapêutica. Calculei posteriormente e o paciente pontuou 3 pontos no score – risco intermediário para desfecho adverso.

Figura 8 – Escore TIMI-NSTEMI.

Fator	Pontos
65 anos de idade ou mais	1
Pelo menos 3 fatores de risco para doença aterosclerótica coronariana (DAC)	1
Estenose coronariana de pelo menos 50% conhecida	1
Recorrência da dor nas últimas 24 horas	1
Uso de aspirina nos últimos 7 dias	1
Desvio de segmento ST na apresentação	1
Elevação de marcadores cardíacos	1

Fonte: Velasco *et. al.*, 2020.

O paciente estava estável, porém, a queixa constante dor me chamou atenção. Mesmo após administração de 3 doses de morfina, havia refratariedade da dor. Considerando as contraindicações (infarto de VD, parede inferior, hipotensão) deveria ter sido feito nitrato para o paciente, porém não fizeram. Não sei se porque não tinha na unidade ou porque o plantonista não se atentou a essa possibilidade. O paciente ficou 12h se queixando de dor no pronto atendimento enquanto a enfermeira não media esforços para tentar a transferência para o hospital de referência.

Conforme Velasco (2020), em alguns casos de SCA sem supra há indicação para cateterismo de emergência em < 2 horas: a) quadro isquêmico com instabilidade hemodinâmica, b) elétrica ou c) dor incoercível. Se mesmo com o tratamento o paciente se mantiver com dor intensa ou equivalente isquêmico, é recomendada uma angiografia coronariana em 2 horas independentemente dos achados do ECG e dos níveis de troponina (trata-se de uma das recomendações emergenciais no SCA sem supra).

A figura abaixo mostra as situações em que a abordagem deve ser precoce.

Figura 9 – Decisão do momento da estratégia invasiva na síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento de segmento ST

Estratégia invasiva imediata (< 2 h)	
Instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico	Instabilidade elétrica com taquiarritmia ventricular ou fibrilação ventricular
Insuficiência mitral aguda	Dor torácica recorrente ou refratária ao tratamento medicamentoso
Estratégia invasiva precoce (< 24 horas)	
Curva de troponina compatível com IAM	Alterações dinâmicas de onda T ou de segmento ST
GRACE > 140	
Estratégia invasiva (< 72 horas)	
<i>Diabetes mellitus</i>	Doença renal crônica (CICr < 60)
Fração de ejeção < 40%	Escore TIMI-NSTEMI 2 ou maior
Angioplastia prévia	Cirurgia de revascularização miocárdica prévia
GRACE 109-140	
Estratégia conservadora	
Escore de risco baixo (TIMI 0-1, GRACE < 109)	
Preferência do paciente	
Dúvidas quanto à natureza dos sintomas	

CICr: clearance de creatinina; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Fonte: Velasco *et. al.*, 2020.

Ou seja, nosso paciente tinha critério para uma intervenção precoce, ainda mais quando consideramos ao risco intermediário pelo Score de TIMI.

Quanto ao tratamento oferecido ao paciente na UPA, houve algumas falhas. As medidas iniciais foram corretamente prescritas e instituídas: terapia antiagregante e medidas anti-hipertensivas e de proteção gástrica contra sangramentos. Esse primeiro atendimento foi realizado pelo médico da sala amarela antes de encaminhar o paciente à sala vermelha. No entanto, após o paciente ser admitido na sala vermelha não teve continuidade do cuidado de forma adequada.

A terapia farmacológica de anticoagulação não foi feita, embora esteja indicada para todos os pacientes com diagnóstico de SCA de risco intermediário ou alto para inibir a geração e a atividade da trombina, reduzindo os eventos relacionados ao trombo. A droga de escolha é a enoxaparina 1mg/kg 12 em 12 horas, devido sua segurança (Velasco *et.al.*, 2020).

Em relação a terapia anti-isquêmica, como já mencionado anteriormente deveria ter sido administrado nitrato, para melhorar o suprimento de O₂ para o miocárdio por meio da vasodilatação coronariana. O nitrato é a droga de primeira escolha para alívio dos sintomas, sendo essa a sua única indicação. Pode ser feito intravenosos (25 mg/5 mL 10 mL + SG 240 em bomba) ou sublingual (5mg), sendo que a via EV é mais eficaz no alívio dos sintomas. Além disso, deveria ter sido feito betabloqueador (metoprolol 25-100 mg VO 1x/dia ou propranolol 10-80 mg VO 2-

3x/dia), a fim de reduzir o consumo de O₂ pelo miocárdio, através da redução da frequência cardíaca e pressão arterial. A FC alvo é de aproximadamente 60bpm.

Em síntese, o paciente não recebeu a terapia anti-isquêmica indicada mesmo não tendo nenhuma contraindicação para o uso dessas medicações, estando hipertenso e com dor. A medida instituída foi administrar morfina, o que está em desacordo com a literatura, pois segundo Velasco (2020), “em pacientes cujos sintomas isquêmicos não são aliviados por nitratos e betabloqueadores, a administração de morfina 2-3 mg IV é razoável enquanto se espera pela angiografia coronariana.” Ou seja, não é a primeira escolha de intervenção.

Acompanhando o paciente ao longo do dia, percebi o quanto a terapia anti-isquêmica, caso tivesse sido adotada, poderia ter ajudado. Ele deu entrada às 8h da manhã, porém, às 18h ainda mantinha queixa de dor, FC de 72 e PA 163x11mmHg. Claramente ele se encontrava em uma situação constante de isquemia, tanto que a 3ª amostra de troponina veio bastante elevada.

Uma outra recomendação no tratamento da SCA não adotada foi a administração de estatinas. A indicação é iniciar terapia com estatina de alta potência já na admissão em todos os pacientes. A terapia de invasiva (cateterismo cardíaco) tinha indicação de ter sido feita de forma precoce, porém, fica difícil avaliar o critério de refratariedade da angina ao tratamento clínico, visto que, esse tratamento não foi instituído.

2.4.6 Percepções gerais

O que mais me impressionou nesse atendimento foi o HMCC negar o pedido de vaga sob a justificativa de que as enzimas estavam em decréscimo na segunda amostra, portanto, era para procurar outras causas de dor torácica, um absurdo! Vale ressaltar que “a troponina identifica o infarto agudo do miocárdio quando existe uma curva com elevação e queda de seu valor” (Velasco *et. al.*, 2020). Isso ilustra mais uma vez uma situação corriqueira que eu já havia identificado com relação a dificuldade de atendimento de emergências cardiológicas.

A enfermeira não mediu esforços para tentar regular o paciente, entrou em contato com o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e com a central de leitos do HMPGL para que eles regulassem a vaga, ligou e enviou e-mail ao responsável pela regulação de leitos do HMCC. O plantonista da UPA também ligou e conversou com o médico

do HMCC, porém, tudo em vão. Só houve aceite depois de 12h de evolução do quadro após a terceira amostra de enzimas acima de 1.000.

Para finalizar, a minha insatisfação com a condução desse caso vai desde o desinteresse do médico da sala vermelha em prestar um atendimento adequado, até a recusa do atendimento por parte do HMCC, sob uma justificativa infundada. Infelizmente casos assim são recorrentes. Noto que, muitas vezes, o médico não se importa em adotar condutas baseadas na literatura. É um atendimento prestado sem nenhuma sistematização, o que deixa a equipe perdida. O médico que recebeu o paciente na emergência apenas solicitou enzimas seriadas, não fez nem o registro da prescrição da morfina no prontuário. O que fica de aprendizado para o caso é que realizar um bom primeiro atendimento a um paciente grave, de forma sistematizada é fundamental para todo o manejo que vem em seguida.

Esse caso me motivou a estudar síndromes coronarianas agudas. Valor preditivo positivo da troponina I de alta sensibilidade. Revisar conceitos básicos sobre definição de SCA. Causas não isquêmicas de elevação de troponinas. Conceito de dor torácica típica. Como utilizar os escores na SCA.

2.5 CASO CLÍNICO 4: ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO

2.5.1 Anamnese e exame físico

Identificação: L.F.Z.B, masculino, 37 anos.

Queixa principal: “fui picado por uma cobra”

História da doença atual: Paciente vítima de picada de cobra no pé direito, refere que estava em um lote próximo a sua residência quando sentiu que foi picado por uma cobra de cor preta, não forneceu maiores informações sobre o aspecto do animal o qual fugiu. Procurou atendimento na UPA apresentando vômitos contínuos, diarreia, agitação e confusão, sudorese, pele fria e pegajosa. Segundo prontuário, apresentou na UPA episódio de epistaxe, hematúria, aumento da equimose e edema no local da picada. Na admissão no HMPGL, paciente refere dor intensa em MID, nega febre, nega novos episódios de vômitos, diarreia e sangramentos. Nega dor abdominal, rebaixamento do nível de consciência e sintomas respiratórios.

História médica pregressa: transtorno ansioso em uso de Fluoxetina. (Déficit cognitivo?). Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico: sinais vitais: PA 170/100mmHg, FC 81, FR 20, SatO₂ 97% em ar ambiente, T 36°C. Ectoscopia: Regular estado geral, confuso, palidez cutânea, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico em ar ambiente. Neurológico: ECG14/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit motor. Respiratório: murmúrio vesicular uniformemente audível sem ruídos adventícios, sem sinais esforço respiratório. Cardiovascular: bulhas normofonéticas, ritmo regular em 2T, não ausculto sopros, TEC < 3s. Abdominal: plano, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso a palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Extremidades: quentes e perfundidas, sem empastamento de panturrilhas. Edema em MID +++/4+, presença de equimose em dorso do pé direito. Dispositivos: em uso de SVD, 200ml em bolsa coletora de aspecto concentrado, sem hematúria.

2.5.2 Suspeita clínica

Diagnóstico sindrômico: acidente ofídico

Hipótese diagnóstica: acidente botrópico

Diagnósticos diferenciais: acidente crotálico

2.5.3 Exames complementares

Quadro 4. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	Exames seriados
Hemoglobina: 16,3 Hematócrito: 47,2 Vol. Glob. Méd.: 94 Hem. Glob. Méd.: 32,5 Leucócitos: 16.810 Bast 2% Plaquetas: 167.000	Ureia: 59 Creatinina: 1,1 Sódio: 146 Potássio: 4,0 PCR: < 0,5	1ª amostra KPTT: Incoagulável TAP: incoagulável CPK: 507 2ª amostra Ureia: 72 Creatinina: 1,3 CPK: 183 TAP: INR 1,26 KPTT: 36,3s

Fonte: próprio autor, 2021.

2.5.4 Condutas médicas

Suporte clínico. Feito contato com CIATOX o qual fornece orientações de tratamento. Prescrito soro antibotrópico 6 ampolas e sintomáticos. Vacina de difteria e tétano. Solicitados exames. Controle de diurese.

2.5.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Iniciamos a discussão com a representação clínica do problema. Paciente adulto, previamente hígido, apresentando alterações gastrointestinais, sangramento e rebaixamento do nível de consciência devido acidente com animal peçonhento.

Acidentes ofídicos são comuns no Brasil, e trata-se de uma emergência médica. Os gêneros de serpentes de importância médica são 4: Bothrops, Crotalus, Lachesis e Micrurus, compreendendo cerca de 60 espécies. No Paraná cerca de 75% dos casos notificados são atribuídos às serpentes do gênero Bothrops (jararaca, urutu-cruzeiro) e cerca 7% ao gênero Crotalus (cascavel). Embora mais frequente, os acidentes pelo grupo Botrópico apresentam menor letalidade quando comparado ao grupo crotálico (Ministério da Saúde, 2021).

No primeiro atendimento na UPA, a suspeita que foi levantada é que seria um acidente com uma serpente do gênero crotalus, no entanto, considerando a epidemiologia era bem mais provável que fosse um acidente botrópico. Posteriormente revisando a literatura da Secretaria de saúde do Paraná (2021), vi que a recomendação é que se houver dúvida quanto à identificação do animal deve-se suspeitar e manejar o paciente de acordo com a epidemiologia, animais mais frequentes na região, associado aos dados da síndrome clínica apresentada.

Quanto ao diagnóstico, podemos diferenciar através do quadro clínico apresentado, visto que são bem distintos. Na entrada o paciente apresentou as seguintes manifestações clínicas sistêmicas: êmese, diarreia, confusão e agitação, epistaxe, sudorese, pele fria. Além disso, apresentou manifestações locais: dor, equimose e edema. Esse quadro clínico é bem característico de acidente botrópico. Ao estudar o caso, verifiquei que o veneno desse gênero de serpentes possui ação proteolítica, coagulante e hemorrágica, o que explica o quadro clínico apresentado e reforça nossa hipótese.

Comparando com as manifestações clínicas do grupo crotálico, há uma clara diferença. Seu veneno tem ação neurotóxica, miotóxica e coagulante, o que produz manifestações neurológicas e musculares precoces como fácies miastênica e mialgia

generalizada. Raramente há pequenos sangramentos, geralmente restritos às gengivas (gengivorragia). Além disso, quanto às manifestações locais, não há dor, quando presentes discreto edema e eritema. Portanto, tratava-se de um acidente botrópico.

Com base nas manifestações clínicas e visando a terapêutica, os acidentes botrópicos são classificados em leve, moderado e grave. No acidente leve somente discretas manifestações locais são evidentes, com manifestações hemorrágicas ausentes ou muito discretas. O acidente moderado é caracterizado por dor intensa, edema local evidente e manifestações hemorrágicas (epistaxe, hematúria). Nos casos graves há choque, hipotensão, oligoanúria, hemorragias intensas. Nosso paciente foi classificado como um acidente moderado, portanto, um paciente grave com potencial para uma evolução desfavorável.

A abordagem inicial realizada na UPA foi adequada, monitorização em sala vermelha, sintomáticos e pedido de vaga para internamento hospitalar. A prescrição de corticoide foi o único ponto divergente da literatura, pois não há recomendação do seu uso como medicação pré-soro para prevenir reações adversas (ALMEIDA, 2012). Um aspecto positivo foi a constante atualização do quadro clínico do paciente no prontuário e posterior pedido de regulação de vaga zero, visto a evolução desfavorável e a demora na transferência. Somado a isso a apresentação precoce do paciente (30min) contribuiu para um melhor desfecho. Quanto aos exames laboratoriais foram bem selecionados, eu solicitaria os mesmos.

A conduta feita no HMPGL foi toda conduzida conforme orientação do CIATOX. Tudo foi realizado conforme preconiza a literatura, drenagem postural do segmento picado, analgesia, hidratação e controle de diurese, antibioticoterapia se houver evidências de infecção. Além disso, o mais importante, a soroterapia.

O tratamento específico é feito com o soro antibotrópico de acordo com a gravidade do acidente o mais precoce possível. O soro é o único medicamento eficaz para o tratamento de picadas por serpentes do gênero *Bothrops*. Quanto mais precoce a administração maior a eficácia. Apesar de se apresentar precocemente no pronto socorro, o paciente levou cerca de 4 horas desde o acidente até chegar ao HMPGL e receber o soro, um tempo muito prolongado. Duas horas após a administração o coagulograma ainda estava alterado, porém, a recomendação é aguardar 12h e reavaliar através de exames de controle, se o tempo de coagulação permanecer alterado está indicado dose adicional de antiveneno. A dose adicional não foi

necessária, uma vez que o paciente apresentou exames de controle normais nesse período.

O paciente evoluiu na internação com uma disfunção renal transitória. Apesar de já ter sido feita hidratação conforme preconizado, com objetivo de manter uma diurese de 30-40ml/h. Além disso, apresentou uma plaquetopenia e uma leucocitose com desvio, o que já era esperado, ambas transitórias e com resolução espontânea. Nesse período é importante estar atento para as complicações sistêmicas e locais como insuficiência renal aguda, necrose, abscesso, por isso paciente foi mantido internado.

Após quatro dias de internação, paciente recebeu alta com orientações sobre sinais de alarme e com encaminhamento para acompanhar na UBS.

2.5.6 Percepções gerais

Esse caso foi interessante pois nunca tinha visto um atendimento de um acidente ofídico. No início não dei muita importância para o caso, pois até então não havia estudado sobre o assunto, e não sabia da gravidade do quadro. Depois que o plantonista discutiu o caso e as condutas comigo é que eu fui entender a relevância do assunto.

Eu contei com ajuda do Whitebook para pesquisar e estudar o caso ali mesmo no plantão. Essa é uma ferramenta que uso com frequência e que tem me ajudado bastante quando tenho dúvidas.

Percebi também o quanto tendemos a deixar de lado alguns conhecimentos porque confiamos que existe o CIATOX. Então acabamos por depositar neles a responsabilidade de conduzir os casos de intoxicação, o que está errado. Apesar das recomendações apontarem para sempre se remeter a um serviço de intoxicação especializado é responsabilidade do médico saber o mínimo para atender casos assim.

Esse caso me motivou estudar acidente botrópico e crotálico e suas diferenças. Indicações de terapia específica. Sinais de alarme e quais alterações fisiológicas devo me atentar. Reações adversas a terapia e como manejá-las.

2.6 CASO CLÍNICO 5: SEPSE

2.6.1 Anamnese e exame físico

Identificação: O.A.P, masculino, 70 anos.

Queixa principal: “Vômito e dor no corpo”

História da doença atual: História coletada do prontuário da UPA, paciente no momento sem acompanhante. Paciente da entrada na UPA por quadro de vômitos associado a mialgia. Questionado se algo o incomodava antes de ir para a UPA, relata que sentia dor ao urinar e ardência no final do jato urinário. Paciente esteve internado nesse hospital no mês de novembro por HDA com suspeita de intoxicação cumarínica pois fazia uso de varfarina por TVP em MIE. Não foi realizado EDA na ocasião pois paciente se recusou a continuar internado. Durante a internação foi realizado urocultura com presença de *enterococo fecalis*. Recebeu alta em uso de ampicilina, estava em acompanhamento com melhor em casa com evolução até início de novembro de 2021.

História médica pregressa: HDA por Intoxicação cumarínica? Sec a Úlcera péptica? AVCi em agosto 2021. TVP à esquerda em uso irregular de Marevan. HAS em tratamento irregular. DM em tratamento irregular. Úlceras secundárias a insuficiência venosa em MMII. Pielonefrite prévia. Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: não informado

Exame físico: sinais vitais: PA 138x74 mmHg (em uso de noradrenalina 12 ml/h), FC 88, SatO2 91% em ar ambiente, FR 20, T 36,8C. Ectoscopia: Mal estado geral, confuso, palidez cutânea, desidratado ++/4+, afebril, acianótico, anictérico, eupneico em ar ambiente. Neurológico: ECG 14/15 (RO4, RV4, RM6), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit motor. Respiratório: murmúrio vesicular presente, porém reduzido em hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios, sem sinais esforço respiratório. Cardiovascular: bulhas normofonéticas, ritmo regular em 2T, não ausculto sopros, TEC < 3s. Abdominal: plano, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso a palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Extremidades: quentes e perfundidas, sem empastamento de panturrilhas. Presença de manchas em MMII (dermatite ocre? // Insuficiência venosa?). Dispositivos: SVD com presença de urina de aspecto concentrado.

2.6.2 Suspeita clínica

Diagnóstico sindrômico: sepse

Hipótese diagnóstica: sepse de foco urinário

Diagnósticos diferenciais: sepse de foco pulmonar

2.6.3 Exames complementares

Quadro 5. Exames de admissão

Hemograma	Bioquímica	Gasometria arterial
Hemoglobina: 11 Hematócrito: 32,7 Vol. Glob. Méd.: 83,2 Hem. Glob. Méd.: 27,9 Leucócitos: 20.830 Bast 1% Plaquetas: 256.000	Ureia: 229 Creatinina: 4,2 Sódio: 158 Potássio: 4,8 PCR: 5,6 Bilirrubina: 0,7 Urina I: leucocitose, hematúria e proteinúria Urocultura: negativa	pH: 7,35 pCO₂: 28,6 pO₂: 73,6 HCO₃: 15,5 Lactato: 20,1

Fonte: próprio autor, 2021.

2.6.4 Condutas médicas

Solicitados exames de laboratoriais + ECG + Rx de tórax. Solicitado nova urocultura. Prescrição de hidratação de horário devido desidratação. Prescrito Ceftriaxona EV por suspeita de nova pielonefrite. Suporte clínico (titulação de DVA, uso de O₂ se SatO₂ < 94%). Calcular SOFA após exames iniciais.

2.6.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Iniciaremos a discussão estabelecendo o problema clínico do paciente. Paciente idoso, com múltiplas comorbidades, apresenta-se com quadro agudo de vômitos, mialgia, disúria e rebaixamento do nível de consciência, com história recente de infecção do trato urinário sem tratamento adequado.

A sepse é uma síndrome caracterizada por uma resposta inflamatória sistêmica desregulada e autossustentada que leva a disfunção de órgãos e sistemas. É muito comum na emergência, muitas vezes, passada despercebida apesar da sua alta taxa

de mortalidade. Vi muitos casos de sepse durante o estágio, já havia estudado sobre o tema anteriormente, e revisado a atualização de sepse desse ano durante o internato, o que facilitou o meu raciocínio e até minha discussão do caso com o plantonista.

Como identificar a sepse? Primeiramente realizamos a anamnese, buscando por sinais e sintomas relacionados à infecção como febre, tosse produtiva, dor abdominal, disúria. Ao exame físico verificar se há taquicardia ou taquipneia, alteração do estado mental, hipotensão. Uma coisa importante é sempre considerar também se o paciente tem algum fator de risco (idoso, imunossupressão, diabetes). Vale ressaltar que pneumonia é a causa mais comum de sepse (64%), seguido de foco abdominal (20%) e geniturinário (14%).

Correlacionando os dados da história mórbida pregressa, meu raciocínio clínico foi direcionado ao que era mais provável, havia uma infecção do trato urinário não tratada em um paciente com fator de risco, que evoluiu para sepse de foco urinário.

Já na entrada na UPA paciente apresentava-se, sonolento, hipotenso (90x60mmHg), taquicárdico (110), hipossaturando em ar ambiente (StO₂ 90%) e com tosse. Além disso, estava desidratado e havia história de tremores. Nesse momento o que precisaria ter sido feito era levantar a suspeita e fazer a estratificação de risco para sepse, além de outras medidas as quais falarei mais adiante.

Para isso podemos, na abordagem inicial, lançar mão de ferramentas de rastreamento, pois a apresentação inicial da sepse é inespecífica e pode se confundir com outros quadros (Velasco *et. al.*, 2020). Por muito tempo foi utilizado o qSOFA para fazer esse rastreamento e estratificação de risco, no entanto, a última diretriz do Surviving Sepsis Campaign de 2021 desaconselhou o seu uso por ser pouco sensível e muito específico. A recomendação atual é a utilização do escore de NEWS ou MEWS (NEWS modificado). O escore se baseia na alteração de sinais vitais como alerta de risco de deterioração do estado de saúde do paciente, como internamento em UTI e morte (Oliveira *et. al.*, 2021). Apresenta melhor acurácia para sepse no departamento de emergência.

Figura 10 – National Early Warning Score 2 (NEWS 2) – versão brasileira

Parâmetros Fisiológicos	Pontuação						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (por minuto)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % - Escala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % - Escala 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 em ar ambiente	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	≥97 com oxigênio
Ar ambiente ou oxigênio?		Oxigênio		Ar Ambiente			
Pressão arterial sistólica(mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulso (por minuto)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciência				Alerta			Confusão aguda Resposta a voz ou dor Irresponsivo
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

National Early Warning Score 2 (NEWS 2) @Royal College Of Physicians 2017. Adaptação transcultural para português. Brasil, 2018.

Fonte: Oliveira *et. al.*, 2021.

Quanto maior a pontuação maior o risco de desfecho desfavorável e maior deve ser a atenção dada ao paciente, podendo demandar de cuidados intensivos, sendo que uma pontuação acima de 5 já deve acionar uma resposta clínica urgente, com monitorização contínua.

Apesar das alterações apresentadas pelo paciente não calcularam o NEWS, nem solicitaram exames para calcular o SOFA. Talvez a hipótese de sepse não tenha sido aventada na entrada devido ausência de febre. Isso é uma coisa que precisamos prestar muita atenção, pois paciente idoso pode não fazer febre em quadros infecciosos. Uma outra dificuldade encontrada pelo plantonista é que o paciente estava sem acompanhante o que também pode ter dificultado essa coleta de informações iniciais. Mas se tratando de um idoso que evolui agudamente com hipotensão, inapetência, sonolência temos sempre que buscar causas infecciosas e pesquisar sepse.

Ao estudar o caso posteriormente, calculei o NEWS e o qSOFA dele na entrada ele pontuou 7 no escore de NEWS e no qSOFA de 2, ou seja, um quadro de sepse muito provável, inclusive com sinais de alarme.

Uma vez suspeitado de um quadro de sepse, o diagnóstico é feito através do escore de SOFA, considerado padrão-ouro no diagnóstico da sepse esse escore é

baseado em seis diferentes variáveis, que avaliam os sistemas respiratório, cardiovascular, hepático, renal, neurológico e de coagulação. O diagnóstico é feito quando há aumento de 2 ou mais pontos no SOFA.

Figura 11 – SOFA Score (Organ Failure Assessment Score)

Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score ^a					
	Score				
System	0	1	2	3	4
Respiration					
Pao ₂ /Fio ₂ , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, ×10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) ^b	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 ^b	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 ^b
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200
Abbreviations: Fio ₂ , fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; Pao ₂ , partial pressure of oxygen.			^b Catecholamine doses are given as μg/kg/min for at least 1 hour.		
^a Adapted from Vincent et al. ²⁷			^c Glasgow Coma Scale scores range from 3-15; higher score indicates better neurological function.		

Fonte: google imagens

Como o diagnóstico depende de em sua grande maioria de critérios laboratoriais que nem sempre estão disponíveis em tempo hábil, temos que nos atentar para critérios clínicos de gravidade e partir disso instaurar o tratamento, inclusive antibioticoterapia empírica precoce, pois estudos mostraram que essa medida reduz a mortalidade.

A sepse pode evoluir para um choque séptico, que é uma disfunção hemodinâmica e metabólica, definido como necessidade de vasopressor para PAM ≥ 65 mmHg + lactato > 2 mmol/L (18 mg/dL) na ausência de hipovolemia. São sinais clínicos de choque pele fria, pálida e pegajosa, aumento do tempo de enchimento capilar, livedo, cianose de extremidades, estado mental alterado, redução do débito urinário e hipotensão arterial.

Dito isso, fazem parte do algoritmo de atendimento do paciente com suspeita de sepse o seguinte (Velasco, *et. al.*, 2020):

- Identificação de pacientes com sepse possível

- Diagnóstico precoce da sepse
- Coleta de culturas
- Antibioticoterapia precoce e adequada
- Suporte às disfunções
- Ressuscitação volêmica conforme necessidade
- Utilização de vasopressor conforme necessidade
- Transferência para unidade de internação ou unidade de terapia intensiva

Seguindo essa lógica, além de suspeitar e fazer o rastreamento para sepse, era necessário estabilizar o paciente, tratando de corrigir a desidratação apresentada, a qual poderia ser a causa da hipotensão, taquicardia e alteração do nível de consciência. No entanto, isso não foi feito de imediato, se foi não há registro no prontuário. Somente 6h após a entrada é que tem uma prescrição de 500ml de ringer lactato. Houve uma falha grave na reposição volêmica desse paciente, visto que, esse é um dos pilares do tratamento da sepse. Para pacientes com sinais de má perfusão, alteração do estado mental e hipotensão como nesse caso, é recomendado fazer ressuscitação volêmica 30ml/Kg em até 3 horas (EVANS *et. al.*, 2021). Essa reposição tem como objetivo manter a PAS >65mmHg. Caso esse alvo não seja alcançado, deve-se iniciar droga vasoativa.

Uma outra falha grave foi não ter iniciado antibioticoterapia. As diretrizes mais atuais recomendam iniciar antibioticoterapia na primeira hora se houver suspeita forte e se houver choque séptico. Nos demais casos quando a suspeita é moderada e o paciente não está hipotenso, podemos solicitar exames laboratoriais iniciar e iniciar antibioticoterapia em até 3 horas. Na nossa realidade, como não temos acesso aos resultados de exames em tempo hábil, seguimos a recomendação do ILAS e instauramos a antibioticoterapia na 1ª hora. Recomenda-se antibióticos de amplo espectro, como a Ceftriaxona, de forma empírica, ou pode ser direcionada para o foco suspeito.

Os exames laboratoriais solicitados na UPA atenderam parcialmente ao que é preconizado pela literatura. Eu pediria ainda bilirrubinas, lactato e uma gasometria arterial para avaliar as disfunções orgânicas e calcular o SOFA. Ademais, solicitaria 2 amostras para hemocultura antes do início da antibioticoterapia e urocultura para guiar a antibioticoterapia posteriormente, considerando o histórico prévio de ITU e uso recente de antibióticos.

Em relação a avaliação e ao tratamento solicitaria passagem de sonda vesical de demora para avaliar a diurese e a resposta ao tratamento proposto.

Ainda no atendimento inicial na UPA foi realizado passagem de AVC, pois não conseguiam periférico, imagino eu pelo grau de desidratação que o paciente se encontrava. Nem mesmo esse fato ligou o alerta para a hidratação agressiva desse paciente. Somente após 7h da admissão foi otimizada hidratação, passagem de SVD, solicitado exames e transferência para o hospital pensando em um quadro de sepse. Nesse momento paciente já estava com uma PA de 84x58mmHg e com uma IRA. Além disso, entraram com noradrenalina minutos antes da transferência. A droga vasoativa está indicada quando paciente mantém hipotensão (PAM <65mmHg) e má perfusão apesar da ressuscitação volêmica. Como não foi feita reposição volêmica adequada o uso de DVA pode representar até um prejuízo maior para o paciente por reduzir ainda mais a perfusão.

Na admissão hospitalar, paciente já estava grave em uso de DVA. Evoluiu rápido com IRA, passou de uma creatinina de 0,8, para 4,2. A falta de reposição volêmica certamente impactou nesse desfecho.

O plantonista já iniciou de imediato hidratação de horário e antibioticoterapia. Posteriormente foi calculado o SOFA (6 pontos) e estabelecido diagnóstico de choque séptico. A conduta adotada no hospital foi muito acertada, não faria nada diferente. Acredito que os residentes de Clínica Médica contribuem muito para esses atendimentos de excelência.

O paciente evoluiu bem ao longo da internação, as culturas deram negativo, o que não exclui a suspeita de foco urinário. De qualquer forma ele respondeu bem a antibioticoterapia proposta. Ainda assim precisou ser internado em leito de UTI por cerca de 5 dias devido disfunção renal e necessidade de droga vasoativa. Recebeu alta após 10 dias de internamento com encaminhamento para UBS e para fisioterapia.

2.6.6 Percepções gerais

Esse caso contribuiu para o meu entendimento de que é muito necessário o médico saber como conduzir as doenças que são mais prevalentes, pois é isso que impacta diretamente na vida do paciente. Uma outra reflexão que esse caso me trouxe foi em relação ao risco benefício. Se eu não tenho tanta certeza de um diagnóstico e estou em dúvida sobre iniciar ou não uma medida terapêutica, sempre considerar o

prejuízo que eu posso causar ao meu doente caso eu não faça tal medida. Mesmo que não tivesse tanta certeza da sepse, fazer a primeira dose do antibiótico nesse caso era mais benéfico para o paciente.

Os pontos mais importantes de estudo e revisão que esse caso me trouxe foram: como suspeitar de sepse, sinais clínicos de disfunção orgânica, checklist dos exames que devemos solicitar, critérios para reposição volêmica, como avaliar resposta ao tratamento proposto.

2.7 CASO CLÍNICO 6: HIPOGLICEMIA

2.7.1 Anamnese e exame físico

Identificação: A. J. F., masculino, 75 anos.

Queixa principal: “apagão”

História da doença atual: Paciente refere quadro de tontura, fraqueza, perda transitória da consciência (síncope?) no domicílio seguido de confusão mental, dificuldade de fala e deambulação, de caráter flutuante, iniciado há 7 horas. Nega dispneia, nega dor torácica. Acompanhante (esposa) refere que paciente tem o hábito de passar muitas horas em jejum, fazendo apenas 2 refeições no dia.

História médica pregressa: HAS. Em uso de captopril 25mg 3cp/dia, hidroclorotiazida 25mg 1cp/dia. Quadro convulsivo prévio por oclusão arterial tratado pelo neurologista há 10 anos (Epilepsia?), com alta médica há 2 anos. Nega alergias medicamentosas. Nega cirurgias prévias.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo.

História familiar: não soube informar.

Exame físico: sinais vitais: PA 160x90mmHg, FC 60bpm, FR 20, SpO2 99% em ar ambiente, HGT 47, T 36,8 °C. Ectoscopia: Regular estado geral, desorientado, hipocorado 1+/4+, hidratado, acianótico, anictérico. Neurológico: Glasgow 13/15 (RO4, RV3, RM6) pupilas isocóricas e fotorreativas, déficit motor - não testável. Cardiovascular: ritmo regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, não ausculto sopros, TEC < 3s, pulsos cheios e simétricos. Pulmonar: expansibilidade preservada bilateralmente, murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Abdome: abdome plano, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, não doloroso a

palpação, não palpo massas ou visceromegalias. Extremidades: panturrilhas livres, sem edemas de MMII, extremidades quentes e bem perfundidas.

2.7.2 Suspeita diagnóstica

Diagnóstico sindrômico: perda transitória da consciência/rebaixamento do nível de consciência (RNC).

Hipótese diagnóstica: Hipoglicemia

Diagnósticos diferenciais: AVE. Crise convulsiva. Síncope.

2.7.3 Exames complementares

Quadro 6. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	EAS
Hemoglobina: 12,5 Hematócrito: 36,4 Vol. Glob. Méd.: 92,1 Hem. Glob. Méd.: 31,6 Leucócitos: 3.900 Plaquetas: 162.000	Ureia: 39 Creatinina: 0,9 TGP: 15 TGO: 26 Fosfatase alcalina: 50 Sódio: 142 Lactato: 7,5 PCR: 1,3 TAP: INR 1,0 KPTT: 26,4	pH: 6 Proteínas: negativo Glicose: normal Nitrito: negativo Leucócitos: 25/campo Hemácias: 10/campo Corpos cetônicos: ++

Fonte: próprio autor, 2021.

2.7.4 Condutas médicas

Prescrito sintomáticos, monitorização + sonda vesical de demora e solicitação de exames.

2.7.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Iniciaremos a discussão fazendo a representação do problema clínico do paciente. Paciente idoso, hipertenso com quadro agudo de rebaixamento do nível de consciência associada a déficit neurológico, sem histórico de trauma.

O rebaixamento do nível de consciência é muito comum no pronto atendimento, principalmente em idosos. A consciência pode ser alterada de duas formas basicamente, quanto ao conteúdo e quanto a vigília (alerta). Eu já havia estudado o tema no pré-internato e sabia que há dois grupos principais de etiologias no RNC: estruturais e metabólicas, sendo que a maior parte do RNC não traumático é causada por doenças ou síndromes clínicas como hipo ou hiperglicemia, hipoxia, distúrbios hidroeletrólíticos, infecções e intoxicações agudas.

O rebaixamento do nível de consciência é por si só uma síndrome clínica grave que deve ser prontamente avaliada com o objetivo de identificar diagnósticos críticos que podem ser rapidamente corrigidos, como hipóxia e hipoglicemia.

Já na avaliação inicial foi possível identificar que havia uma hipoglicemia importante, o que provavelmente estava provocando os sintomas apresentados pelo paciente. Os demais sinais vitais estavam sem alterações, o que naquele momento corroborou com a nossa hipótese.

O que precisaria ter sido feito na abordagem inicial era a estabilização clínica através do ABCDE primário + MOV + HGT. A partir dessa abordagem sistematizada, corrigir aquilo que estiver alterado, por exemplo, administrar glicose na hipoglicemia, oxigenioterapia na hipóxia, anti-hipertensivo, antitérmico. Em seguida, seria necessário realizar um ECG de 12 derivações e proceder com a coleta da história e exame físico mais detalhado para excluir outras causas de RNC. Na anamnese devemos pesquisar sobre uso de medicamentos, histórico de crise convulsiva, detalhar melhor a queixa quanto a déficits focais, início abrupto ou gradual, febre e patologias prévias. No exame físico dar atenção especial ao exame neurológico, aplicar a escala de coma de Glasgow, observar as pupilas, padrão respiratório, sinais de hipertensão intracraniana (papiledema), sinais de meningismo, testar a força motora bilateralmente.

Essa foi uma coisa que ficou falha no atendimento, devido ao fato do paciente se apresentar com uma hipoglicemia, foi fechado o diagnóstico precocemente. Não foram aventadas outras hipóteses, nem feita reavaliação com exame físico neurológico completo após a estabilização inicial, o que é um erro. Em indivíduos sem

diabetes é incomum a hipoglicemia, e o diagnóstico não pode ser feito com segurança apenas com base na concentração sérica de glicose, como discutiremos mais adiante.

Após a correção da hipoglicemia, se não houvesse melhora do quadro teríamos que buscar outras causas e direcionar a solicitação de exames de acordo com a suspeita diagnóstica. Por exemplo, déficit focal se relacionada com causa estrutural e indica tomografia de crânio. Se houver suspeita de meningite indica coleta de líquido. Nesse caso, o paciente apresentou melhora, com recuperação do nível de consciência e do déficit neurológico focal, portanto, a princípio era só mantê-lo em observação. Também não havia história de salivação e movimentos involuntários durante o episódio, o que não corrobora com hipótese de crise convulsiva. Quanto ao diagnóstico de AVE suspeitado na entrada, foi descartado devido a recuperação neurológica em poucas horas. Ademais, síncope foi descartada, uma vez que, por definição é um quadro caracterizado pela perda transitória da consciência associada a perda do tônus postural com recuperação espontânea total sem intervenção médica, o que não ocorreu nesse caso.

Ao correlacionar a história, achados do exame físico e a resposta ao tratamento inicial proposto fechamos o diagnóstico de RNC por hipoglicemia, não havendo necessidade de exames complementares adicionais.

O diagnóstico de hipoglicemia em uma pessoa sem diabetes é feito com base quando temos a tríade de Whipple: 1) sintomas autonômicos ou neuroglicopênicos; 2) concentração plasmática de glicose baixa quando os sintomas estão presentes; 3) sintomas são aliviados pela correção da hipoglicemia através da administração de glicose ou glucagon.

Um ponto positivo no atendimento foi que o plantonista realizou de forma ágil a correção da hipoglicemia com 60ml de glicose a 50% e 500ml de soro glicosado a 10% em bomba de infusão. A literatura indica administrar 100ml de glicose a 50% em bólus para rápida recuperação. Além disso, o médico solicitou exames laboratoriais para melhor investigação de outras causas metabólicas e deixou o paciente monitorizado na emergência até a reavaliação. Eu adotaria a mesma conduta, ainda mais pelo relato de alteração da fala e de marcha. A prescrição faria diferente, com glicose hipertônica. Faria ainda uma medição de glicemia a cada 15min para administrar novamente caso fosse necessário.

Além da glicose hipertônica, no tratamento da hipoglicemia recomenda-se manter uma infusão contínua de soro glicosado a 5% caso persista a alteração

neurológica e até a reversão do quadro. Pode-se fazer o uso de repetidas administrações de glicose hipertônica até que haja correção e se o paciente tiver condições a oferta de 15g de glicose via oral está indicada.

Quanto aos exames laboratoriais foram bem selecionados, eu pediria ainda dosagem de potássio e glicose, porque a hipercalemia também pode ser causa de RNC e a glicemia capilar não é tão confiável. De acordo com a literatura, os exames devem ser selecionados conforme o contexto clínico e o exame físico.

O que me chamou atenção nesse caso foram os sintomas neuroglicopênicos: alteração da marcha, disartria, e confusão mental. O quadro clínico era compatível com uma encefalopatia focal que na maioria das vezes é decorrente de doenças intracranianas, como AVC. No entanto, a hipoglicemia é uma exceção, apesar de ser uma encefalopatia difusa, apresenta-se com sinais localizatórios.

Uma outra coisa que me chamou atenção foi que a hipoglicemia parecia ser refratária à correção. Após 6h em observação, o paciente estava sem sintomas, porém mantinha uma glicemia de 50mg/dL. Já no leito de observação da sala amarela foi prescrito hidrocortisona para o paciente, confesso que não entendi o racional dessa conduta. Pesquisei posteriormente na literatura e não tem indicação.

A principal causa de hipoglicemia em pessoas não diabéticas são medicamentos, enquanto no paciente aparentemente saudável (não diabético, sem infecção e sem uso de medicamento) o hiperinsulinismo endógeno ou hipoglicemia acidental são mais prováveis. Nosso paciente estava em uso de IECA, embora muito pouco frequente, é um medicamento que pode levar a quadros hipoglicêmicos. Vale ressaltar também que quando falamos em hipoglicemia refratária, nos referimos aquela que não responde a uma intervenção agressiva com glicose, dessa forma, não sei se poderíamos considerar esse quadro como refratário com um tratamento de 60ml de glicose hipertônica.

O paciente evoluiu bem com um dia de internação, recebeu alta com encaminhamento para a UBS para investigação ambulatorial e com orientações desaconselhando períodos de jejum prolongados. Eu faria a mesma coisa, uma vez que, o paciente não tinha critérios para permanecer internado. É sabido que todo paciente não diabético com hipoglicemia que não aparenta estar doente deve ter a causa da hipoglicemia investigada, porém, ele tinha condições de fazer a investigação a nível ambulatorial. Essa investigação inicialmente requer dosagem de glicemia em

jejum, peptídeo-C, insulina, pró-insulina e sulfonilureia e teste de jejum prolongado que podem ser feitos na UBS.

2.7.6 Percepções gerais

Esse caso me marcou pois reforçou a ideia de sistematizar o atendimento na emergência. Me lembro que quando o paciente chegou a primeira coisa que pensei foi em um AVC. Depois pensei ser alguma infecção pelo quadro de alteração da consciência ter um caráter flutuante, afinal é muito comum idoso fazer *delirium* nesses casos. Minha cabeça estava pensando lá na frente e me esqueci do mais importante, considerar um quadro de hipoglicemia. Como o paciente não tinha diabetes, eu achava pouco provável que fosse por isso, mas eu estava errada. Até coletei durante a anamnese um histórico prévio de crise convulsiva de 10 anos atrás que não tinha relação com o quadro atual e que poderia ter me levado por um caminho de investigação totalmente diferente e errado.

Esse caso me motivou a revisar emergências hipoglicêmicas, rebaixamento do nível de consciência, exames complementares que auxiliam no diagnóstico diferencial, exame físico neurológico, manifestações clínicas de crise convulsiva, conceito de síncope e suas etiologias.

2.8 CASO CLÍNICO 7: TENTATIVA DE SUICÍDIO

2.8.1 Anamnese e exame físico

Identificação: V.B.S., feminino, 35 anos.

Queixa principal: “tomei uns remédios”

História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU devido tentativa de suicídio e heteroagressividade, ingeriu 3 comprimidos de clonazepam e quebrou objetos no domicílio. Paciente refere que desde janeiro iniciou com sintomas de depressão e ansiedade que tiveram piora progressiva nos últimos 3 meses. Nos últimos 3 meses relata várias tentativas de autoextermínio e heteroagressividade. Paciente refere ainda ouvir vozes durante os episódios de heteroagressão. Iniciou acompanhamento psicológico há 1 mês na Cesufz e aguarda consulta com psiquiatra no CAPS. Durante a entrevista paciente chorosa, refere não ter mais vontade de viver, se sente inútil e tem medo de enlouquecer e ser abandonada. Refere ainda insônia associada.

História médica pregressa: Transtorno ansioso. Transtorno depressivo maior. Em uso de clonazepam 2mg 1cp/dia e fluoxetina 2cp/dia. Alergia a dipirona.

Hábitos de vida: não informado.

Histórico familiar: Mãe com diagnóstico de esquizofrenia.

Súmula psicopatológica: Paciente com apresentação regular, chorosa, ansiosa, consciente, hipobúlica, hipotímica, orientado alo e autopsiquicamente, alucinações auditivas, pensamento suicida, consciência do eu preservada, linguagem preservada, ausência de planos construtivos para o futuro.

Exame físico: sinais vitais: PA 130/80mmHg, FC 102, FR 12, Sat 98% em ar ambiente, T 36,5C. Ectoscopia: regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço. Ansiosa e chorosa. Postura atípica. Corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, acianótico, anictérico. Ex. Cardiopulmonar: ritmo regular em 2T, bulhas normofonéticas, não ausculto sopros. Murmúrio vesicular audível universalmente, sem ruídos adventícios associados. Ex. Abdome: Plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes. Som timpânico à percussão. Indolor a palpação superficial e profunda. Sinais de Blumberg, Murphy e Giordano negativos. Ex. Neurológico: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Ex. membros inferiores: sem edema, sem empastamento de panturrilhas.

2.8.2 Suspeita Clínica

Diagnóstico sindrômico: comportamento suicida/agitação psicomotora.

Hipótese diagnóstica: tentativa de suicídio.

Diagnósticos diferenciais: Intoxicação exógena. Ideação suicida.

2.8.3 Exames complementares

Quadro 7. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	Urina I
-----------	------------	---------

Hemoglobina: 13	Ureia: 36	
Hematócrito: 38	Creatinina: 0,6	Proteínas: negativo
Vol. Glob. Méd.: 90	Sódio: 144	Glicose: negativo
Hem. Glob. Méd.: 31	Potássio: 4,1	Nitrito: negativo
Leucócitos: 11.9070 Bast	PCR: 2,8	Leucócitos: 4/campo
0%	TGO: 24	Hemácias: raras
Plaquetas: 226.000	TGP: 20	

Fonte: próprio autor, 2021.

2.8.4 Condutas médicas

Suporte clínico. Solicitação de exames laboratoriais. Prescrito complexo B e Diazepam. Solicitação de transferência para serviço de referência (Hospital Cataratas).

2.8.5 Discussão: correlações teóricas de aprendizado

Qual o problema clínico que se apresenta? Mulher adulta, com histórico de transtorno depressivo maior e ansiedade, da entrada no pronto socorro devido a quadro de agitação psicomotora e tentativa de suicídio.

A tentativa de suicídio e agitação psicomotora são as queixas mais comuns na emergência. Durante o estágio, tinha dias que eu admitia só na observação da sala amarela 4 a 5 pacientes. A grande maioria deles com histórico de recorrentes episódios. Foi a partir disso que fui estudar melhor o assunto para entender como manejar esses pacientes que se apresentam com emergências psiquiátricas. Emergência psiquiátrica é qualquer mudança no comportamento do paciente, existindo um risco significativo para si ou para os outros, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata (Velasco *et. al.*, 2021).

A população mais frequentemente afetada são adultos jovens, o suicídio é muito mais frequente em homens enquanto as tentativas em 69% das vezes foram executadas por mulheres. A mortalidade cresce exponencialmente a cada tentativa e os transtornos psiquiátricos estão entre os fatores de risco mais importantes, presente em ao menos 90% dos indivíduos que cometem suicídio. Mas por que estamos

falando sobre a epidemiologia e fatores de risco? Porque é com base nesses dados que faremos a avaliação do comportamento suicida e estabelecemos a conduta.

A paciente deu entrada acompanhada pelo marido. Devido à grande recorrência do tema eu já havia revisado como realizar a abordagem. Comecei a entrevista, no entanto, ela se mostrou quieta e aparentemente incomodada com a presença do acompanhante. Pedi licença e fui entrevistá-la em uma sala reservada. Consegui coletar toda a história e identificar os fatores de risco. Me chamou atenção o tempo que ela vinha sofrendo com a queixa que só piorava progressivamente sem conseguir uma consulta psiquiátrica.

Como mencionado acima, a abordagem inicial desse paciente na emergência consiste em realizar uma avaliação clínica do comportamento suicida, considerando a diferenciação entre pensamento, ideação, planejamento suicida e tentativa de suicídio. Além disso, realizar a avaliação dos fatores de risco e de proteção em relação ao suicídio.

Figura 12 – Principais fatores de risco e proteção para o suicídio.

	Fatores de risco	Fatores de proteção
Antecedentes pessoais	Tentativa de suicídio prévia (especialmente se ocorreu com planejamento minucioso, prevenção do resgate ou com método de alta letalidade) Ideação suicida prévia Internação psiquiátrica prévia Transtorno psiquiátrico atual História de abuso (de qualquer natureza) Doença crônica	Ausência de transtorno mental Gestação atual Ausência de doenças crônicas Capacidade de adaptação positiva
Anamnese e exame psíquico	Ideação ou planejamento suicida atuais Desesperança Falta de ambivalência Internalização	Senso de responsabilidade para com a família Boa capacidade de resolução de problemas Ausência de alterações do juízo e crítica
Fatores sociais e demográficos	Idade acima de 45 anos Sexo masculino Divorciado ou viúvo Desemprego Relações interpessoais conflituosas Baixo suporte social e familiar Baixo status socioeconômico Acesso a métodos letais	Idade menor que 45 anos Sexo feminino Casado Empregado Relações interpessoais estáveis Bom suporte familiar Religiosidade Acesso restrito a métodos letais

Velasco *et.al.*, 2020. Adaptada de: Kaplan e Sadock, 2014; Franklin JC, 2017.

O emergencista precisa responder duas perguntas para definir sua conduta: 1) o paciente precisará ser internado ou pode dar continuidade ao tratamento via ambulatorial 2) o paciente precisará de uma avaliação de um psiquiatra ainda no pronto socorro?

Na nossa realidade não temos acesso a avaliação de psiquiatra na emergência, nesse caso, se fosse necessária uma avaliação com esse profissional seria preciso fazer um encaminhamento para hospital de referência.

A paciente apresentava uns 7 fatores de risco associados, sendo que pelo menos 3 deles era grave, o que conferia um alto risco para o suicídio. O médico acertadamente solicitou internamento para o hospital de referência. Tenho observado que na grande maioria das vezes, é solicitada avaliação com o especialista, a falha muito grande está na forma de atender essas pessoas. Presenciei inúmeras violências da equipe, menosprezando a doença e condição do paciente, até ensinando como ser sucedido em uma próxima tentativa. É triste pensar que isso acontece dentro de um estabelecimento de saúde onde as pessoas deveriam ser acolhidas e respeitadas. Porém, nesse atendimento em especial, eu não notei durante o plantão nenhum tipo de falha no acolhimento.

Um fator que também foi considerado nessa avaliação da internação foi a possibilidade de pronto acesso ao serviço ambulatorial de saúde mental, o que não seria possível. Além disso, identifiquei um conflito familiar com o marido e não havia suporte familiar, visto que a mãe da paciente era esquizofrênica e precisava de cuidados.

O critério para internação é quando os fatores de risco superam os fatores de proteção, sendo que essa avaliação é feita de forma subjetiva e não da soma dos fatores, está relacionada a gravidade deles.

Figura 13 – critérios para internação do paciente em risco de suicídio.

■ Ideação suicida e/ou planejamento suicida
■ Transtorno psiquiátrico grave: paciente psicótico, depressão grave, transtorno de ansiedade grave
■ Baixo suporte social
■ Tentativa violenta, quase fatal ou premeditada, com precauções de resgate. Se o sofrimento aumentar ou o paciente se arrepender de ter sobrevivido
■ Paciente do sexo masculino, acima de 45 anos, especialmente com início recente de doença psiquiátrica ou pensamento suicida
■ Comportamento impulsivo atual, agitação grave, crítica comprometida ou recusa de ajuda evidentes
■ Se o paciente tiver mudança no estado mental com uma etiologia metabólica, tóxica, infecciosa ou de outra natureza que exige mais exames em instalações estruturadas

Fonte: Velasco et.al., 2020. Adaptada de: Kaplan e Sadock, 2014.

Quanto aos exames laboratoriais não há indicações de exames específicos, a menos que haja algum comportamento de risco que precedeu o episódio e que pode

ter repercussão clínica. Devido ao fato de a paciente ter ingerido três comprimidos de clonazepam a enfermeira fez contato com o CIATOX que orientou que a dose tóxica do medicamento é de 20mg/dia. Como a dose ingerida pela paciente foi de 6mg, não havia preocupação nesse sentido. Os exames podem ser solicitados ainda em caso de suspeita de alguma etiologia metabólica, tóxica ou infecciosa para mudança de comportamento. Como não havia história sugestiva de alguma outra etiologia, médico solicitou exames apenas para cumprir protocolo, pois o Hospital Cataratas nega os pedidos de vagas de pacientes com qualquer outra condição clínica associada, como já mencionado ao longo do capítulo inicial desse relatório.

Uma vez que foi decidido pelo internamento, no pronto socorro, enquanto o paciente aguarda vaga é preferível que ele fique acompanhado pelo familiar em tempo integral para facilitar a vigilância. Nesse atendimento, isso não foi possível, pois a paciente tinha dois filhos menores em casa que dependiam de cuidados.

Quanto ao plano terapêutico não deve ser decidido pelo emergencista. Como ela iria passar em avaliação com o psiquiatra, é recomendado que ele avalie, prescreva ou faça o ajuste das medicações. No pronto atendimento, a abordagem é mais direcionada aos sintomas apresentados, como agitação, ansiedade e psicose. Devido ao quadro de ansiedade na admissão foi prescrito Diazepam 10mg via oral. Eu adotaria a mesma conduta. Se caso houvesse critérios para tratamento ambulatorial, o médico poderia manter as medicações prescritas anteriormente. Em uma situação de pacientes sem histórico prévio ou sem acompanhamento por muito tempo em que o acesso ao serviço de saúde mental é difícil o emergencista deve realizar a prescrição, mas essa conduta deve ser exceção.

Com menos de 24h de internação o marido compareceu a visita na unidade decidiu por levar a esposa embora, alegando que pagaria uma consulta particular com o psiquiatra. Foi explicado que a paciente não possuía condições de alta, porém ele concordou e foi dado alta por evasão. Muito me intrigou essa postura do marido, visto que eles não pareciam ter condições financeiras para acompanhamento privado. Espero que ele realmente tenha dado o suporte necessário para ela.

2.8.6 Percepções gerais

Eu acredito que realizei um bom atendimento inicial em conjunto com o médico, que inclusive é um colega da UNILA. Eu havia passado recentemente pelo módulo de

psiquiatria e tinha revisado a literatura sobre como abordar, o que perguntar, cuidados quanto a minha segurança frente ao paciente psiquiátrico. A paciente também não apresentava discurso desorganizado, delírios e alucinações ou agressividade na entrada, o que facilitou o atendimento.

Para finalizar, caso ela não tivesse evadido, uma coisa que deve necessariamente ser feita é o encaminhamento para a UBS e/ou psiquiatra para dar seguimento ambulatorial que consiste no tratamento e manejo dos fatores de risco modificáveis. Eu também sugeri que ligassem no CAPS para que fosse solicitado prioridade ou algum encaixe na agenda para paciente passar pela avaliação de um psiquiatra o mais breve possível. Pela experiência do pré-internato percebi que eles são flexíveis em relação a isso.

O que poderia ter sido feito para tentar evitar esse desfecho é a ampliação da rede de saúde mental, com mais profissionais e atendimentos a nível ambulatorial. A paciente já vinha procurando ajuda há quase 6 meses sem sucesso. Os transtornos mentais apesar de serem historicamente negligenciados, são importantes causas de mortalidade no mundo. Quando nos referimos ao risco de suicídio a maioria deles está associado a transtornos do humor, representados majoritariamente pela depressão. Vivemos uma pandemia de agravos de saúde mental, portanto, precisamos estar preparados para atender a essas demandas. Além disso, seria muito importante se tivéssemos nas UPAs uma retaguarda da psiquiatria, assim como já existe da pediatria, por exemplo. Uma solução interessante seria colocar uma escala da residência de psiquiatria nesses espaços.

Os pontos importantes de revisão que esse caso proporcionou foram: critérios de internação e para tratamento ambulatorial na tentativa de suicídio, prescrição do paciente psiquiátrico no pronto atendimento.

2.9. CASO CLÍNICO 8: OBSTRUÇÃO INTESTINAL

2.9.1 Anamnese e exame físico

Identificação: A. P. G., masculino, 78 anos.

Queixa principal: “Trancou tudo”

História da doença atual: Há 5 dias paciente iniciou com quadro de dor abdominal do tipo cólica de moderada intensidade, intermitente, localizada em fossa ilíaca esquerda

que migrava para fossa ilíaca direita. Evoluiu há 3 dias vários episódios de náuseas e vômitos fecaloides em grande quantidade. Paciente refere ainda constipação há 10 dias e evacuação em cíbalos em muito pequena quantidade no dia 06/09. Apresenta dificuldade para urinar, sendo necessário esforço miccional, com micção por gotejamento há 7 dias e ausência de diurese há 24h. Refere um episódio de febre não aferida no período. Nega sintomas respiratórios.

História médica pregressa: HAS em uso de losartana e hidroclorotiazida 1cp/dia. Nega alergias medicamentosas, nega cirurgias prévias.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo.

História familiar: nega histórico de doenças cardiovasculares.

Exame físico: sinais vitais: T 36C, FR 20, FC 93, HGT 86, PA 140/88mmHg. Ectoscopia: REG, lícido e orientado, emagrecido, desidratado ++/4+, acianótico, anictérico, afebril, normocorado, eupneico em AA. Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreativas, sem déficit motor. AR: MV universalmente audível, sem ruídos adventícios. ACV: ritmo regular em 2T, bulhas normofonéticas, não ausculto sopros, TEC < 3s. ABD: plano, flácido, RHA diminuídos, defesa voluntária, indolor à palpação superficial e profunda, traube livre, não palpo visceromegalias, Blumberg negativo. Extremidades: deficiência congênita dos pés, edema de MMII +/-+++, pele ressecada, panturrilhas livres, extremidades quentes e bem perfundidas.

2.9.2 Suspeita diagnóstica

Diagnóstico sindrômico: abdome agudo obstrutivo.

Hipótese diagnóstica: obstrução intestinal aguda secundária a neoplasia colorretal.

Problemas levantados na admissão: P1: IRA (pós-renal?); P2: ITU, P3: Prostatite? P4: Constipação.

Diagnósticos diferenciais: estenose por doença diverticular, íleo adinâmico.

2.9.3 Exames complementares

Quadro 8. Exames de admissão.

Hemograma	Bioquímica	EAS	Gasometria
-----------	------------	-----	------------

Hemoglobina: 18 Hematócrito: 24,6 Vol. Glob. Méd.: 85,7 Hem. Glob. Méd.: 27,87 Leucócitos: 9.500 Plaquetas: 517.000	Ureia: 244 Creatinina: 7 Sódio: 143 Potássio: 3,8 Fosforo: 6,3 PCR: 1,3 TAP: INR 1,0 KPTT: 26,4	pH: 6 Proteínas: ++ Hb: +++ Nitrito: negativo Leucócitos: 60/campo Hemácias: 90/campo Uratos amorfos: ++	pH: 7,41 pCO2: 31,4 pO2: 114,1 HCO3: 19,8
---	--	---	--

Fonte: próprio autor, 2021.

TC de abdome dia 07/09: Estudo tomográfico do abdome superior e pelve mostra importante dilatação da bexiga, sem sinais de fatores obstrutivos identificáveis ao método, compatível com bexigoma. Moderada dilatação de ambos os ureteres e sistemas coletores. Pequena quantidade de líquido livre peri hepático. Pequena quantidade de livre peri esplênico. Achados compatíveis com anemia.

2.9.4 Condutas médicas

Solicitados exames de admissão + urocultura e EAS. Solicitada radiografia de tórax e US de próstata. Pedido de avaliação da nefrologia. Prescrita hidratação venosa e troca de SVD. Suporte clínico (atentar piora infecciosa, padrão neurológico e hemodinâmico).

2.9.5 Discussão: correlações clínicas de aprendizado

Inicialmente, definimos o problema clínico do paciente. Paciente idoso dá entrada por quadro de dor abdominal associado a vômitos fecaloides e constipação há 10 dias. Nesse caso temos um segundo problema, que é um quadro de anúria há 24h.

A obstrução intestinal é mais comum nos extremos de idade, por se tratar de um paciente idoso, as causas mais comuns são neoplasias e doença diverticular. Já havia estudado durante o pré-internato obstrução intestinal, mas não tinha me

deparado com nenhum caso ainda. Eu sabia que a obstrução intestinal pode ser de dois tipos: mecânica e parálitica ou funcional.

Na admissão, procurei sinais de instabilidade e de alerta como sinais de irritação peritoneal, sinais de má perfusão tecidual, alteração do nível de consciência. Meu raciocínio foi direcionado para uma obstrução intestinal baixa devido relato de vômitos tardios de aspecto fecaloide. A etiologia só daria para ser elucidada pelo exame de imagem, no entanto, a epidemiologia aponta que no idoso as neoplasias são as causas mais comuns.

Inicialmente o que precisaria ser feito em relação à obstrução seria estabilização por meio de hidratação venosa, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, decompressão gástrica com uso de sonda nasogástrica aberta, antieméticos. A reposição agressiva de fluidos é a principal parte do tratamento em pacientes estáveis que não possuem uma emergência como perfuração e isquemia. Essa conduta já havia sido adotada na UPA, portanto, o paciente já estava sendo tratado.

Uma coisa que me chamou atenção foi a pouca atenção dada ao quadro de obstrução, a médica direcionou o atendimento para a queixa urinária. Posteriormente eu fui pesquisar pelos exames realizados na UPA e havia uma TC de abdome do dia anterior que mostrava alças intestinais de calibre normal e sem espessamento ou coleções abdominais. A radiografia de abdome agudo também não mostrava presença de ar livre na cavidade, nível hidroaéreo, sinal de obstrução em alça fechada. Mostrava apenas dilatação e ausência de gás no reto. Esses achados de exames são mais tranquilizadores, foi então que entendi o direcionamento do atendimento para a queixa urinária.

Quando o paciente deu entrada no hospital ele já tinha sido adequadamente atendido e tratado em relação a obstrução intestinal na UPA. O encaminhamento ao hospital se deu principalmente porque os exames laboratoriais mostravam uma disfunção renal importante. O paciente apresentava uma creatinina de 11 mg/dl. A TC de abdome também evidenciou um bexigoma sem sinais de fatores obstrutivos com moderada dilatação de ambos ureteres e sistemas coletores.

Me lembro de ter discutido com a médica as possíveis causas para essa piora renal aguda. Eu sabia que a IRA pode ter causa pré-renal, renal e pós renal. Levantamos a hipótese de ser devido a obstrução intestinal, que poderia ter feito uma compressão extrínseca das vias urinárias. Também pensamos em um quadro de

infecção urinária ou pielonefrite. Pensamos ainda em um quadro de IRA pós renal por hiperplasia prostática benigna.

A conduta da médica quanto a solicitação de ultrassonografia de próstata foi acertada, visto que a hipótese de hiperplasia prostática era forte, considerando a idade do paciente e a apresentação clínica. Quando o pedido da avaliação da nefrologista eu acredito que não seria necessário. O paciente teve melhora significativa da creatinina após a sondagem vesical, o que reforçou ainda mais a hipótese de IRA pós renal. Portanto, a solicitação de avaliação deveria ter sido feita para a urologia como preconizado pela literatura.

Como o paciente estava ainda desidratado, a prescrição de hidratação com controle de diurese foi acertada, eu adotaria a mesma conduta. Além disso, a troca da sonda vesical de demora não teria indicação de acordo com a literatura, mas acredito que a médica adotou essa conduta por rotina, para cumprir protocolo de entrada no hospital. Quanto a antibioticoterapia, adotaria a mesma conduta da médica e não prescreveria antibióticos para o paciente.

Quanto aos exames laboratoriais o EAS do dia anterior da UPA, apresentava alterações que corroboravam com a hipótese de IRA renal devido a ITU. Havia leucocitose, hematúria, e proteinúria, porém a urocultura estava negativa, o que não exclui uma infecção, principalmente porque já tinham iniciado antibioticoterapia na UPA. Sendo assim, não haveria necessidade de repetir o exame. Eu pediria apenas um EAS simples para avaliar melhora ou piora do quadro. Os demais exames laboratoriais foram pertinentes e estão de acordo com a literatura.

A abordagem terapêutica da injúria renal aguda é a correção das causas reversíveis, prevenção de progressão e suporte clínico, abordagem foi muito bem-feita. Uma coisa que ficou faltando foi a suspensão de medicamentos que alteram a função renal, tinha que ter sido suspenso o IECA e a hidroclorotiazida e substituir por nifedipino, por exemplo.

O US de próstata mostrou uma próstata aumentada, e o US de vias urinárias solicitado posteriormente mostrou achados compatíveis com nefropatia parenquimatosa crônica. Houve melhora progressiva da função renal e EAS durante a internação. A urocultura coletada na entrada novamente deu negativa. O paciente evoluiu bem com melhora progressiva do quadro renal. Foi avaliado e prescrito pelo urologista, recebeu alta com encaminhamento ambulatorio de urologia em uso de

SVD. Foi realizada receita de medicamentos de uso contínuo e encaminhamento para o ambulatório de nutrição.

2.9.6 Percepções gerais

Esse paciente foi muito interessante do ponto de vista teórico, pois me proporcionou uma experiência de como lidar com mais de uma condição clínica ao mesmo tempo, pois se tratava de um quadro de obstrução intestinal aguda juntamente com uma IRA. Esse tipo de paciente, mais complexo, ajuda a pensar em prioridades no atendimento, separar os diagnósticos e manejar cada um deles.

Um fato interessante que descobri depois que fui estudar o caso é a relação entre a IRA e a obstrução intestinal. Na admissão do paciente levantamos a hipótese de o problema intestinal ter levado ao problema urinário, no entanto, acredito que foi o inverso. Como a TC de abdome não evidenciou causa mecânica de obstrução, isso nos leva a pensar na hipótese de íleo adinâmico. A insuficiência renal aguda é uma das causas de pseudo-obstrução intestinal, pois a elevação da ureia gera a aperistalse. Na verdade, quando o acometimento é do intestino grosso é chamada de Síndrome de Ogilvie, ao invés de íleo adinâmico. Em nenhum momento do atendimento foi considerado o diagnóstico de obstrução intestinal ou dada muita importância para investigar a sua etiologia, mas com base nos meus estudos acredito que essa é a melhor hipótese para o caso, a insuficiência renal provocada pela hiperplasia prostática levou ao quadro de obstrução devido a elevação de ureia.

Os pontos importantes de estudo que esse caso me trouxe foram: as principais causas de injúria renal aguda e quando suspeitar de uma ou outra etiologia, como o EAS pode auxiliar nesses casos e como interpretá-lo, quando prescrever antibioticoterapia no paciente com suspeita de ITU associada a uma causa obstrutiva pós-renal, sensibilidade da cultura de urina para o diagnóstico de ITU, quando solicitar avaliação do especialista e revisão do manejo da obstrução intestinal e da IRA.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tornou evidente a necessidade de inserção do acadêmico de medicina nas práticas assistenciais dos cenários de urgência e emergência, pois possibilita um olhar amplo para a prática médica e assistência como um todo.

As discussões de casos clínicos com profissionais mais experientes garantem a sedimentação do conhecimento prévio adquirido nos livros. Além disso, o estudo de caso a posteriori, com a revisão de literatura buscando correlacionar a teoria com a prática vivenciada, completa as lacunas de aprendizagem e contribui para a formação médica.

Além de habilidades e conhecimentos técnicos específicos da profissão médica, o internato em Urgência e Emergência no SUS, possibilitou a aluna o conhecimento da Rede de Urgência e Emergência, seus componentes e interfaces, conhecimento este extremamente relevante para o médico que irá atuar no Sistema Único de Saúde.

Ademais, proporcionou a experiência de contato direto com pacientes e familiares, o que ajudou a aluna a aprimorar competências humanísticas de comunicação, empatia e tomada de decisão, o que contribui para uma formação humanizada. Facilitou ainda o contato da estudante com outros profissionais do serviço de saúde, estimulando a competência colaborativa do cuidado.

Por último, o internato despertou na aluna o olhar atento e crítico aos problemas enfrentados no dia a dia do SUS que impactam diretamente na qualidade da assistência prestada, como a escassez de recursos humanos e financeiros, profissionais não tão bem treinados e com uma formação ainda pautada no modelo biomédico e a falta de educação permanente e treinamento em serviço. Dito isso, a universidade tem o papel fundamental de formar profissionais médicos com competências que atendam às necessidades do SUS.

4 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.S.C.B. *et. al.* Soroterapia antiveneno: tratamento das reações adversas. *Rev Med Minas Gerais*, 22 (Supl 8): S1-S48. 2012.

BALDAÇARA, Leonardo; et al. Diretrizes brasileiras para o manejo da agitação psicomotora: cuidados gerais e avaliação. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 8–20, 2021. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/12>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**. São Luís: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Injúria renal aguda (ira): evolução de um conceito. 2018. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880509/injuria-renal-aguda-ira-evolucao-de-um-conceito.pdf>>. Acesso em: 21 de dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em Saúde. Obstrução intestinal aguda. 2018. Disponível em: < <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883021/16-obstrucao-intestinal-aguda.pdf>>. Acesso em: 21 de dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de atenção e vigilância em saúde. Nota técnica nº 14/2021 CIATOX/PR. Acidentes ofídicos de interesse no Paraná – Botrópico, Crotálico e Elapídico. Curitiba: 2021.

CARDOSO, R.N. et. al. Atendimento de urgência e emergência nos acidentes ofídicos por crotálicos e botrópicos. Sempesp. Minas Gerias: 2019.

ESC. 2020 Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation (Management of) Guidelines. Disponível em:

<<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-in-patients-presenting-without-persistent-ST-segm>>. Acesso em: 18 de dez 2021.

EVANS, L. et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021.

GALLIANO, F.T.; MIRANDA, C.H. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SSST). Rev. Qualidade HC. Ribeirão Preto: 2018.

KENDALL, J.L.; MOREIRA, M.E. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. In R. Hockberger (Ed.). Waltham, Mass.: UpToDate, 2021.

LAROQUE, R.; PIETRONI, M. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-limited countries. In S. Calderwood (Ed.). Waltham, Mass.: UpToDate, 2021.

MARTIN, R.F.; KANG, S.K. 2021. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. In M. Weiser (Ed.). Waltham, Mass.: UpToDate, 2021.

MIRANDA, C.H.; CHIERICE, J.R.A.; PAVÃO, M.L.R.C. Taquiarritmias na Sala de Urgência. Rev. Qualidade HC. Ribeirão Preto: 2018.

OLIVEIRA, A. P.A.U., et al. National Early Warning Score 2: transcultural adaptation to Brazilian Portuguese. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2020, v. 41.

SCUOTTO, F. *et. al.* Arritmias na sala de emergência e uti. Taquicardias de QRS estreito: fundamentos para a abordagem. Rev Soc Cardiol 28(3):276-85. São Paulo: 2018.

SMINKEL E SOYBEL, 2021. Management of acute appendicitis in adults. In M. Weiser (Ed.). Waltham, Mass.: UpToDate, 2021.

VELASCO, I. T. et al. Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l: s.n.], 2020.

VELLA, A. Hypoglycemia in adults without diabetes mellitus: Clinical manifestations, diagnosis, and causes. In R. Hirsh (Ed.). Waltham, Mass.: UpToDate, 2021.