



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIA NO
CENÁRIO DE U/E**

JONATHAN MAZAIA DE ASSIS

Foz do Iguaçu
2020



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIA NO
CENÁRIO DE U/E**

JONATHAN MAZAIA DE ASSIS

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. Flávia Julyana Pina Trench

2020

JONATHAN MAZAIA DE ASSIS

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIA NO
CENÁRIO DE U/E**

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. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Luís Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. Dr. Alessandro da Costa Machado
UNILA

Foz do Iguaçu, 05 de Agosto de 2020

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): JONATHAN MAZAIA DE ASSIS

Curso: MEDICINA

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIA NO CENÁRIO DE U/E

Nome do orientador(a): FLÁVIA JULYANA PINA TRENCH

Data da Defesa: 05/08/2020

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, 11 de Julho de 2020.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família e amigos

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha professora Flávia Julyana Pina Trench que me influenciou em muitos aspectos a me aprofundar nessa temática, teve toda a paciência do mundo na orientação e explanação deste trabalho e me incentivou em todos os momentos, tornando possível a sua conclusão.

Aos professores da banca pelas constantes orientações, por seus ensinamentos e transmissão de conhecimento ao longo das supervisões das minhas atividades.

A minha mãe Cristiane, meu pai Flávio e minha irmã Evelyn, muitíssimo obrigado pelo apoio, carinho, paciência e incentivos constantes. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível, também sou grato por toda a tranquilidade e conforto que vocês me proporcionaram durante essa etapa da minha vida.

Aos meus amigos de curso Luisa, Harvei, Gustavo, Belen, Jessica e Conrado que sempre ficaram ao meu lado, me auxiliaram e me apoiaram durante toda a graduação. Além deles, gostaria de agradecer também ao Lucas, que foi fundamental para a construção e execução deste trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*O encontro (com o outro) me descentra e me convida a existir, a
sair de dentro de mim para viver...*

Boris Cyrulnik

ASSIS, Jonathan Mazaia. **Internato em Urgência e Emergência: Experiências e Vivência no cenário de U/E**. 2020. 63 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

Este trabalho traz como tema “Internato em Urgência e Emergência: Experiências e Vivência no cenário de U/E” e representa a iniciativa de aprofundar as questões relacionadas a esta temática através de percepções e experiências vivenciadas durante o ano de 2019, durante o módulo de Urgência e Emergência dentro do Internato e como cumprimento obrigatório para a formação.

Apresenta como objetivo descrever as experiências e vivências durante o internato, como também comentar os principais casos clínicos vistos. Contempla como cenários de atuação o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (PS do HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Walter Barbosa Cavalcante (UPA Samek e UPA Walter). Durante o módulo, dentro da rede pública de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, participaram como preceptores e orientadores médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que já estavam inseridos no sistema.

Dessa forma, este trabalho ajudou bastante a compreender melhor e ter mais experiências no cenário de urgência e emergência, saber lidar com situações de estresse, de atendimentos sob pressão e também saber enfrentar melhor questões relacionadas à morte. Acredito que é de extrema importância saber como conduzir e atuar nesse ambiente para promover a qualidade de vida aos pacientes. Creio que seja relevante conhecer a realidade local para relacionar a teoria à prática; é de extrema importância conhecer os fluxos, redes e particularidades do atendimento da região. Além disso, foi bastante enriquecedor, aprendi muito em todos os aspectos possíveis, não apenas associados a conduta e manejo de pacientes no cenário de urgência e emergência, mas também fatores sobre a perspectiva da ética, prática médica, relação médico-paciente etc, acredito que nunca aprendi tanto em tão pouco tempo, foi uma evolução lenta e gradativa, mas que se despontou em uma ferramenta importante de consolidação de conhecimento, além agir na composição da minha própria identidade como pessoa e futuro médico.

Palavras-chaves: Internato médico. Urgência. Emergência.

ASSIS, Jonathan Mazaia. **Internship in Urgency and Emergency: Experiences in the U/E scenario.** 2020. 63 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

This work has the theme “Internship in Urgency and Emergency: Experiences in the U / E scenario represents an initiative to deepen how issues related to this theme of perceptions and experiences lived during the year 2019, during the Urgency and Emergency module internship and as mandatory mandatory for training.

It aims to describe experiences during the internship, as well as to comment on the main clinical cases seen. See how to execute the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL PS), Mobile Customer Service (SAMU), João Samek Customer Service Unit and Walter Barbosa Cavalcante Customer Service Unit (UPA Samek and UPA Walter). During the module, within the public urgency and emergency network of the municipality of Foz do Iguaçu, the records of preceptors and medical advisors, nurses and other health professionals who were already included in the system.

Thus, this work helped a lot to understand better and experienced more in the urgency and emergency scenario, to know how to deal with stressful situations, to perform activities under pressure and also to know how to face issues related to death. Believe that it is extremely important to know how to perform and act in this environment to promote the quality of life of patients. Create that it is relevant to know the local reality to relate a theory to practice; it is extremely important to know the flows, networks and particularities of service in the region. Furthermore, it was just enriching, I learned a lot in all possible aspects, not only associated with the conduct and treatment of patients in the urgency and emergency scenario, but also factors about the perspective of ethics, medical practice, doctor-patient relationship, etc. I never learned so much in a short time, it was a slow and gradual evolution, but it turned out to be an important knowledge tool, in addition to executing the composition of my own identity as a person and future doctor.

Key words: Medical internship. Urgency. Emergency.

ASSIS, Jonathan Mazaia Internado en Urgencia y Emergencia: Experiencias en el escenario U/E. 2020. 63 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMEN

Este trabajo tiene como tema "Internado en Urgencia y Emergencia: Experiencias en el escenario U/E" y representa la iniciativa para profundizar los temas relacionados con este tema a través de percepciones y experiencias vividas durante el año 2019, durante el módulo de urgencia y emergencia dentro de la pasantía y como cumplimiento obligatorio para la capacitación.

Su objetivo es describir las experiencias durante la pasantía, así como comentar los principales casos clínicos vistos. Incluye la Sala de Emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL PS), el Servicio Móvil (SAMU), la Unidad de Servicio de Emergencia João Samek y la Unidad de Emergencia Walter Barbosa Cavalcante (UPA Samek y Walter UPA) como escenarios operativos. Durante el módulo, dentro de la red pública de urgencias y emergencias del municipio de Foz do Iguaçu, participaron como preceptores y asesores médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que ya formaban parte del sistema.

De esta manera, este trabajo ayudó mucho a comprender mejor y tener más experiencias en el escenario de urgencia y emergencia, para saber cómo lidiar con situaciones estresantes, bajo presión y también para saber cómo enfrentar mejor los problemas relacionados con la muerte. Creo que es extremadamente importante saber cómo conducir y actuar en este entorno para promover la calidad de vida de los pacientes. Creo que es relevante conocer la realidad local para relacionar la teoría con la práctica; Es extremadamente importante conocer los flujos, las redes y las particularidades del servicio de la región. Además, fue lo suficientemente enriquecedor, aprendí mucho en todos los aspectos posibles, no solo asociados con la conducta y el manejo de pacientes en el escenario de urgencia y emergencia, sino también factores sobre la perspectiva de la ética, la práctica médica, la relación médico-paciente, etc., creo Nunca aprendí tanto en tan poco tiempo, fue una evolución lenta y gradual, pero se ha convertido en una herramienta importante para consolidar el conocimiento, además de actuar en la composición de mi propia identidad como persona y futuro médico.

Palabras clave: Internado médico. Urgencia. Emergencia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
AHAJACC	<i>American Heart Association/American College of Cardiology</i>
BLS	<i>Basic Life Support</i>
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
M.O.V	Monitorização, oxigênio e veia
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PS	Pronto Socorro
RCE	Retorno circulatório espontâneo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 DESENVOLVIMENTO	16
2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE	16
2.1.1 Condições críticas prevalentes e complicações agudas das condições crônicas	17
2.1.2 Urgência e Emergência na atenção básica e seu impacto na RUE – Estabilização e racionalidade de fluxo assistencial	18
2.1.3 Componentes da RUE: UPA, Samu, Portas Hospitalares SOS, Leitos de Retaguarda e Atenção Domiciliar - programa Melhor em Casa.....	19
2.2 BIOSSEGURANÇA.....	20
2.3 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA E CUIDADOS PÓS-PARADA NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA	23
2.4 ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVE	30
2.4.1 Choque	31
2.4.2 Insuficiência respiratória.....	34
2.4.3 Alteração do nível da consciência	37
2.5 MATERIAIS DO SAMU (USA).....	39
2.6 MATERIAIS CARRINHO DE EMERGÊNCIA PCR (ADULTO)	41
2.7 OUTROS TEMAS ESTUDADOS DURANTE O MÓDULO.....	42
2.8 MATERIAL EXTRA	43
2.8.1 Vídeos	43
2.8.2 Artigos e livros complementares.....	43
3 CASOS CLÍNICOS	15
3.1 CASO CLÍNICO 1	16
3.1.1 Correlação Teórico-Prática.....	17
3.1.2 Questionamentos e percepções	18
3.2 CASO CLÍNICO 2	19
3.2.1 Correlação Teórico-Prática.....	19
3.2.2 Questionamentos e percepções	21
3.3 CASO CLÍNICO 3	21
3.3.1 Correlação Teórico-Prática.....	22
3.3.2 Questionamentos e percepções	23
3.4 CASO CLÍNICO 4	23
3.4.1 Correlação Teórico-Prática.....	25
3.4.2 Questionamentos e percepções	25

3.5 CASO CLÍNICO 5	26
3.5.1 Correlação Teórico-Prática.....	27
3.5.2 Questionamentos e percepções	28
3.6 CASO CLÍNICO 6	29
3.6.1 Correlação Teórico-Prática.....	30
3.6.2 Questionamentos e percepções	31
3.7 CASO CLÍNICO 7	32
3.7.1 Correlação Teórico-Prática.....	32
3.7.2 Questionamentos e percepções	33
3.8 CASO CLÍNICO 8	34
3.8.1 Correlação Teórico-Prática.....	35
3.8.2 Questionamentos e percepções	36
3.9 CASO CLÍNICO 9	37
3.9.1 Correlação Teórico-Prática.....	38
3.9.2 Questionamentos e percepções	39
3.10 CASO CLÍNICO 10.....	39
3.10.1 Correlação Teórico-Prática	40
3.10.2 Questionamentos e percepções	41
3.11 CASO CLÍNICO 11	42
3.11.1 Correlação Teórico-Prática	43
3.11.2 Questionamentos e percepções	44
3.12 CASO CLÍNICO 12.....	44
3.12.1 Correlação Teórico-Prática	45
3.12.2 Questionamentos e percepções	46
3.13 CASO CLÍNICO 13.....	47
3.13.1 Correlação Teórico-Prática	48
3.13.2 Questionamentos e percepções	48
3.14 CASO CLÍNICO 14.....	49
3.14.1 Correlação Teórico-Prática	50
3.14.2 Questionamentos e percepções	51
4 PERCEPÇÕES DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA.....	53
4.1 SAMU.....	53
4.2 UPA	53
4.3 HOSPITAL.....	53
5 FATORES DE MELHORIA DE DESEMPENHO DURANTE O MÓDULO.....	55

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS57

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....59

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho traz como tema “Internato em Urgência e Emergência: Experiências e Vivência no cenário de U/E” e representa a iniciativa de aprofundar as questões relacionadas a esta temática através de percepções e experiências vivenciadas durante o ano de 2019, durante o módulo de Urgência e Emergência dentro do Internato e como cumprimento obrigatório para a formação.

Contempla como cenários de atuação o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (PS do HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Walter Barbosa Cavalcante (UPA Samek e UPA Walter). Durante o módulo, dentro da rede pública de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, participaram como preceptores e orientadores médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que já estavam inseridos no sistema.

Os principais objetivos da acadêmica é essencial, sendo: correlacionar a teoria com a prática; aprofundar conteúdos vistos no campo prático; revisar protocolos e matérias vistas anteriormente; aprender técnicas médicas no cenário de Urgência e Emergência; aprender o fluxo, funcionalidade e organização do sistema de atendimento do hospital e sua rede; construir materiais extras a partir de artigos, atualização, vídeos etc. Além disso, há o intuito de descrever as experiências e vivências durante o internato, como também comentar os principais casos clínicos vistos.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: Introdução (capítulo 1), fazendo uma breve explanação do tema; Desenvolvimento (capítulo 2), dissertando sobre os elementos teóricos relacionados a Urgência e Emergência; Casos Clínicos (capítulo 3), descrevendo os principais quadros clínicos vivenciados; Percepções sobre os cenários de prática (Capítulo 4); Fatores de melhoria de desempenho durante o módulo (Capítulo 5); Considerações finais (capítulo 6), de acordo com o estabelecido nos objetivos e Referências Bibliográficas (Capítulo 7).

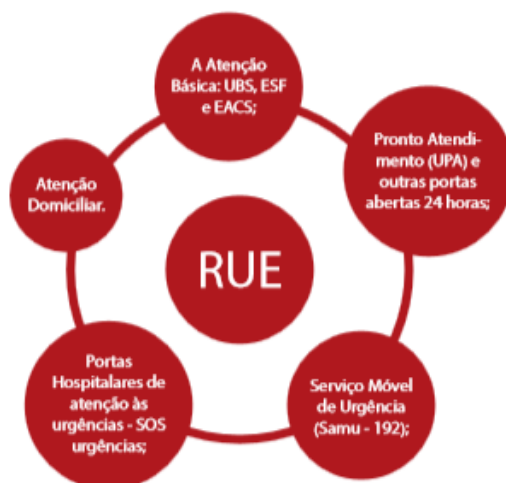
2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE

Este resumo foi elaborado a partir do livro “Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência”, de Pacheco, 2015. A Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS - vem apresentando o “acolhimento com classificação de risco”, que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno.

Ressalta-se que todos esses serviços devem funcionar em perfeita harmonia, dentro de um fluxo regulado e efetivo de atenção aos usuários. Sempre levando em conta a realidade local das unidades e a denominada “nosologia prevalente”, isto é, o conjunto de agravos que são mais frequentes nos atendimentos.

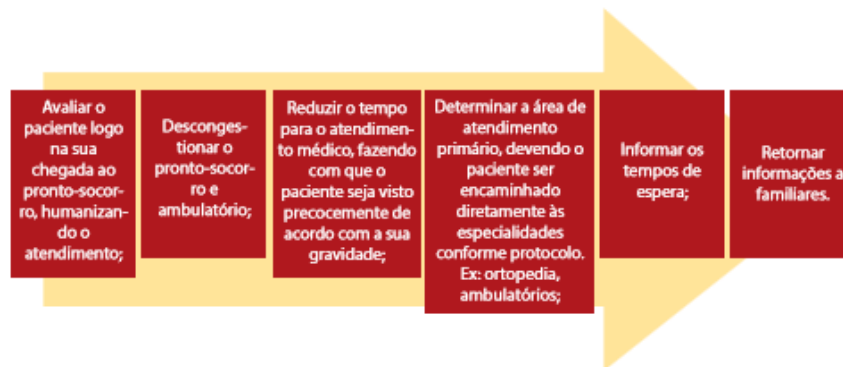
Figura 1: Rede de Urgência e Emergência



Fonte: PACHECO, 2015

O acolhimento é um dos principais conceitos-chaves na Política Nacional de Humanização no SUS - HumanizaSUS – PNH. Objetivos da classificação de risco:

Figura 2: Objetivos da classificação de risco



Fonte: PACHECO, 2015

Essas condições visam a um pronto atendimento mais racionalizado possível, estabelecido com bases criteriosas e qualificadas, fundamentalmente estruturado em uma rede hierarquizada e efetiva. Assim sendo, a organização da Rede de Atenção às Urgências tem por finalidade 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 conforme determina o § 1º, art. 3º da Portaria 1600/2011.

2.1.1 Condições críticas prevalentes e complicações agudas das condições crônicas

VERMELHO: prioridade zero - emergência. Necessitam de atendimento imediato.

AMARELO: prioridade 1 - urgência. Atendimento em no máximo 15 minutos.

VERDE: prioridade 2 - prioridade não urgente. Atendimento em até 60 minutos.

AZUL: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada - tempo de espera pode variar até 4 horas, de acordo com a demanda desses atendimentos, ou referenciar para outra unidade.

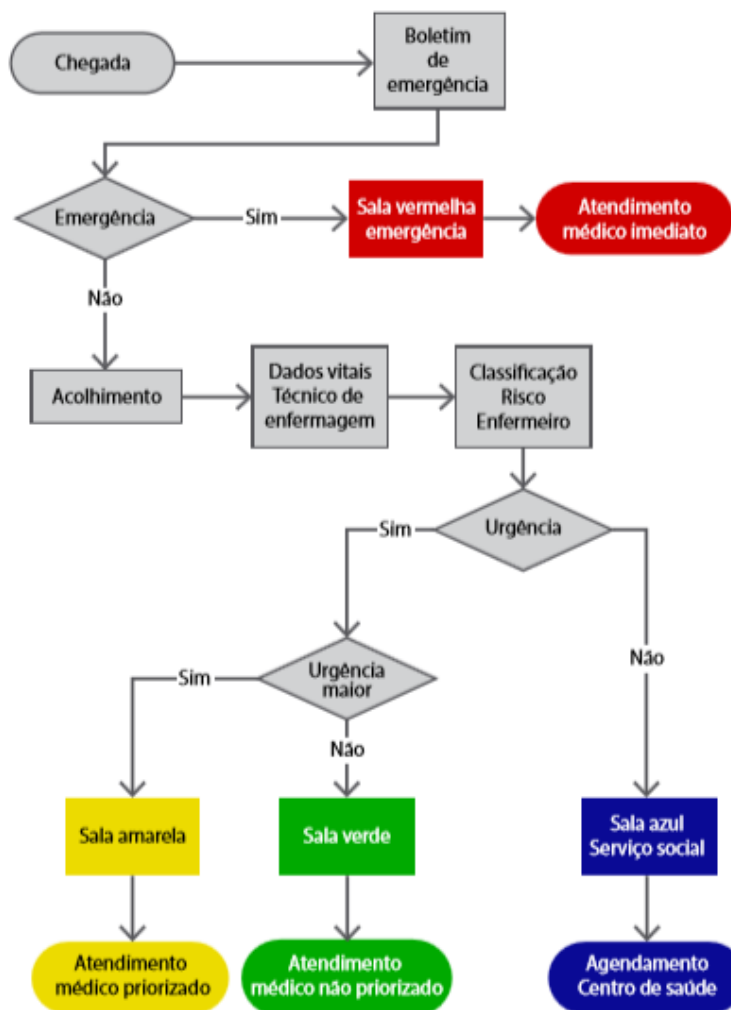
Figura 3: Classificação de risco por cores

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorrespiratória.	1. Politraumatizado com ECG-Glasgow entre 13 e 15.	1. Idade superior a 60 anos.	1. Queixas crônicas sem alterações agudas.

Fonte: PACHECO, 2015

Figura 4: Acolhimento com classificação de risco

Figura 2 - Acolhimento com classificação de risco.



Fonte: PACHECO, 2015

2.1.2 Urgência e Emergência na atenção básica e seu impacto na RUE – Estabilização e racionalidade de fluxo assistencial

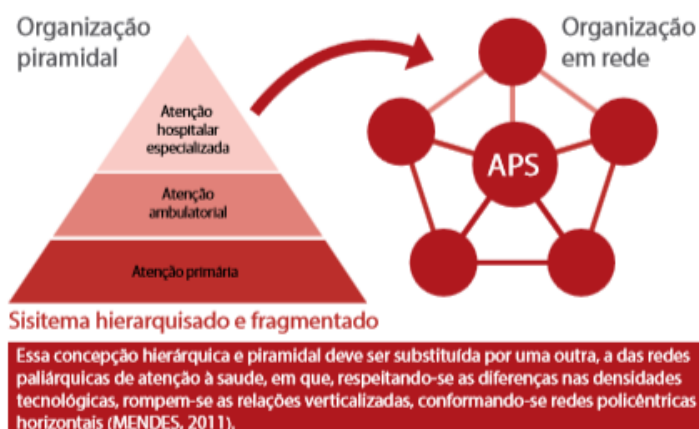
A partir de 2002, quando foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, visava-se estruturar toda a rede assistencial, desde os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu, resgate, ambulâncias), até a rede hospitalar de alta complexidade, atribuindo a cada nível de assistência as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência,

conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (PACHECO, 2015).

Nesse regulamento técnico a Atenção Básica aparece como parte do componente pré-hospitalar, que é descrito como aquele responsável pelo atendimento em primeiro nível de atenção aos usuários cujas demandas caracterizem-se por quadros que necessitam de pronto atendimento ou estabilização imediata ou mediata. Dentre as responsabilidades atribuídas às UPA, define-se que: deve articular-se com as unidades de Atenção Básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados por meio das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas.

Nessa concepção a perspectiva que se pretende adotar é a de redes poliárquicas. O objetivo é evitar a “escalada” do sofrimento do paciente na hierarquia assistencial, mas, sim, dotar o fluxo de uma agilidade de tal modo que o sofrimento dos pacientes seja aliviado já nos primeiros atendimentos e nos níveis primários da rede assistencial. Com o acolhimento e a classificação de risco realizado na “porta de entrada” e a inserção dos pacientes em um fluxo inteligente, rápido e efetivo, podemos atingir um padrão de atendimento muito mais humanizado e resolutivo.

Figura 5 – Sistemas de organização UE



Fonte: PACHECO, 2015

2.1.3 Componentes da RUE: UPA, Samu, Portas Hospitalares SOS, Leitos de Retaguarda e

Figura 6: Rede de UE



Fonte: PACHECO, 2015

2.2 BIOSSEGURANÇA

Este resumo foi elaborado a partir da plataforma Whitebook PEBMED. O Conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação dos riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico, visando à saúde do homem, animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados.

Esta proteção refere-se principalmente à exposição por risco biológico, o qual é conceituado como a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (microrganismos, culturas de células, parasitas, toxinas, e príons).

- **CABELOS:** deverão estar permanentemente presos, e em ambientes restritos, o uso de toca/gorro é obrigatório.
- **ACESSÓRIOS:** como jóias e bijuterias (Pulseiras, cordões, anéis, piercings, etc.) estão proibidos para profissionais de saúde em geral, conforme disposto na NR32. Em relação ao uso de aliança, recomenda-se o não uso.
 - **A MAQUIAGEM:** Quando da utilização, evitar exageros.

- OS PERFUMES: devem ser evitados em ambientes técnicos por inúmeros motivos: são poluentes ambientais; muitos pacientes têm intolerância a odores em função do seu estado de saúde; e outros em função dos devido à utilização de determinados medicamentos que fazem; e podem impregnar em ambientes fechados que contenham filtros em ar condicionado, agravando o estado de saúde de muitos alérgicos.
- AS UNHAS: devem ser curtas. Não podem ultrapassar a “ponta dos dedos” preferencialmente sem conter esmaltes (evitar tons escuros e coloridos).
- UNIFORMES: Conforme normas da instituição. Os colaboradores que fazem uso de uniformes de ambientes restrito devem utilizá-los somente no posto de trabalho.

Objetivos

- Identificação da possível exposição e classificação quanto ao risco (probabilidade pré-teste);
- Realizar a lavagem exaustiva do local com água e sabão em casos de exposições percutâneas ou cutâneas;
- Profilaxia imediata nos casos em que houver indicação;
- Nas exposições mucosas, deve-se lavar exaustivamente com solução fisiológica ou água.

Profilaxia do HIV

Quimioprofilaxia

Antirretrovirais: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) (300+300mg/cp) VO 1cp de 24/24h + Dolutegravir (DTG) 50 mg VO 1cp de 24/24h por 28 dias.

Quando indicar quimioprofilaxia pós-exposição?

- Quando houve exposição a material biológico com risco de transmissão de HIV por contato percutâneo, de mucosa ou em pele não-íntegra;
- Atendimento se deu em menos de 72h de exposição (se mais do que 72h, apenas acompanhar sorologia);
- Pessoa exposta (acidentado) não é HIV positivo;

- Pessoa fonte apresenta anti-HIV positivo ou reagente ou desconhecido (pode-se considerar também caso a pessoa fonte tenha tido comportamento de risco nos últimos 30 dias, devido à janela imunológica).

Acompanhamento da pessoa exposta

- A pessoa exposta deve receber o acompanhamento psicológico adequado;
- A pessoa exposta deve realizar o teste anti-HIV pelo método ELISA para acompanhar possível contaminação (no momento de exposição, em 30 dias e em 90 dias);
- Testes após 90 dias podem ser considerados caso: pessoas que tenham risco continuado; resultados indeterminados; mulheres grávidas.

Profilaxia da hepatite B

Quimioprofilaxia

Profissional não vacinado:

- Fonte HbsAg positivo: IgHAHB (1ml/frasco) 0,06ml/kg IM + Vacinação;
- Fonte HbsAG negativo: Vacinação;
- Fonte HbsAg desconhecida ou não testada: Iniciar vacinação; avaliar uso de IgHAHB (1ml/frasco) 0,06 ml/kg IM se alto risco para infecção.

Profissional vacinado, com resposta vacinal adequada (>10mUI/ml):

- Fonte HbsAg positivo: Acompanhar
- Fonte HbsAG negativo: Acompanhar
- Fonte HbsAg desconhecida ou não testada: Acompanhar

Profissional vacinado, sem resposta vacinal após 1ª série (3 doses):

- Fonte HbsAg positivo: IgHAHB (1ml/frasco) 0,06ml/kg IM + 1 dose da vacina, ou duas doses de IgHAHB (1ml/frasco) 0,06 ml/kg com intervalo de 1 mês;
- Fonte HbsAG negativo: Iniciar nova série de vacinação (3 doses);
- Fonte HbsAg desconhecida ou não testada: Iniciar nova série de vacinação (3 doses).

Profissional vacinado, sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses):

- Fonte HbsAg positivo: IgHAHB (1ml/frasco) 0,06ml/kg IM com intervalo de 1 mês;
- Fonte HbsAG negativo: Nenhuma medida específica;
- Fonte HbsAg desconhecida ou não testada: Duas doses de IgHAHB (1ml/frasco) 0,06 ml/kg, com intervalo de 1 mês.

Profissional vacinado, sem resposta vacinal conhecida:

Testar profissional;

- Fonte HbsAg positivo: Se resposta vacinal inadequada: IgHAHB (1ml/frasco) 0,06ml/kg IM + Vacinação;
- Fonte HbsAG negativo: Se resposta vacinal inadequada: Revacinação;
- Fonte HbsAg desconhecida ou não testada: Revacinação.

2.3 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA E CUIDADOS PÓS-PARADA NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Este resumo foi elaborado a partir do livro *Emergências Clínicas: abordagem prática*, de Martins *et al.*, 2016. O suporte básico de vida (BLS: *Basic Life Support*), suporte avançado de vida cardiovascular (ACLS: *Advanced Cardiac Life Support*) e cuidados pós-retorno da circulação espontânea (cuidados pós-RCE ou pós-PCR) representam um conjunto de habilidades e conhecimentos que são aplicados sequencialmente durante o tratamento de pacientes que apresentam uma parada cardiorrespiratória (PCR).

Os cuidados básicos, ou BLS, envolvem os cuidados iniciais com as vias aéreas, respiração e suporte circulatório, sem a utilização de equipamento outro além de um dispositivo de proteção, associados ao uso do desfibrilador externo automático (DEA).

Os cuidados relacionados ao suporte avançado (ACLS) incluem as compressões torácicas e a desfibrilação associadas a procedimentos e técnicas mais avançadas e/ou complexas, como a utilização de dispositivos invasivos de via aérea, o estabelecimento de acesso venoso, a utilização de drogas ou de novas tecnologias (p. ex., dispositivos de compressão torácica mecânica ou ressuscitação com circulação extracorpórea).

Cuidados pós-RCE ou cuidados pós-PCR referem-se a um conjunto de cuidados e intervenções realizados de forma organizada, coordenada e iniciados imediatamente após o retorno da circulação espontânea. Os objetivos dos cuidados pós-PCR incluem a identificação e o tratamento ou controle da(s) causa(s) precipitante(s) da PCR, estabilização hemodinâmica, respiratória e metabólica, combinados com medidas que atenuem as consequências da lesão de isquemia-reperfusão em vários sistemas ou órgãos (p. ex., o controle de temperatura).

- **Início das medidas do suporte avançado e sequência da RCP**

Após a determinação de que o paciente está em PCR, deve-se iniciar as compressões torácicas de alta qualidade intercaladas com 2 ventilações de resgate (30:2).

- O dispositivo bolsa-máscara deve estar acoplado ao oxigênio.
- Os eletrodos devem ser colocados no tórax do paciente e o monitor/desfibrilador deve ser ligado.
- O ritmo deve ser analisado e constitui o passo determinante na escolha do algoritmo e a sequência da RCP a ser seguida:
 - FV/TVsp: coloca a desfibrilação como a prioridade, devendo ser realizada o mais rápido possível.
 - Ritmo não passível de choque: assistolia/ AESP: ciclos de RCP são realizados, com o auxílio das medidas adjuvantes.
- A análise do ritmo deve ser realizada a cada 2 minutos, pois pode persistir no mesmo ritmo da última análise ou o ritmo de parada pode mudar. FV/TVsp pode passar para AESP/assistolia ou o inverso.
- Em cada análise do ritmo, se houver mudança para um ritmo que habitualmente poderia gerar perfusão sistêmica, o pulso deve ser checado para confirmar se houve RCE.
- Cuidados pós-RCE (pós-parada) são iniciados após a reversão da PCR.

- **Compressões torácicas de alta qualidade**

As diretrizes de 2015 mantiveram a sequência C-tA-tB (compressões, vias aéreas e respiração) na abordagem inicial do paciente em PCR, enfatizando a necessidade de se priorizar o efetivo suporte circulatório. Compressões de alta qualidade significam:

1. Número de compressões entre 100 e 120 por minuto; nem menos que 100/min, nem mais que 120/min.
 - ❖ A cada 2 minutos, deve-se trocar o profissional que realiza as compressões. pois existe relação entre esforços prolongados do mesmo indivíduo, fadiga e redução da eficácia das compressões.
 - ❖ Dispositivos mecânicos automáticos realizam compressões tão eficazes quanto RCPs realizadas por profissionais treinados e capacitados.

2. As compressões devem ocasionar uma depressão do tórax entre 5 a 6 cm; nem menos que 5 cm e nem mais do que 6 cm.
3. É importante que o profissional não se apoie sobre o tórax do paciente, pois pode impedir o retorno total do tórax à sua posição habitual após cada compressão.
 - ❖ É exatamente essa diferença entre a depressão do tórax e seu retorno à posição habitual que permite a compressão do coração na região posterior do tórax, gerando um débito cardíaco.
4. Que o tempo sem compressões deve ser o menor possível. Os ciclos de compressões/ventilações (30:2) não devem ser interrompidos até a chegada do desfibrilador automático. Em qualquer momento da RCP, se o paciente estiver com uma via aérea avançada, deve-se realizar as compressões continuamente, sem a necessidade de sincronia com a ventilação.

Figura 7: Componentes para realizar RCP



Fonte: MARTINS *et al.*, 2016

- **Medidas adjuvantes à ressuscitação**

Oxigênio: a recomendação é fornecer oxigênio na máxima fração inspiratória possível durante as manobras de ressuscitação.

Acesso venoso periférico ou intraósseo: Um acesso venoso periférico calibroso ou acesso intraósseo (IO) deve ser providenciado, sem que isso gere qualquer atraso nas compressões torácicas ou na desfibrilação, se indicada. É importante ressaltar que, se a obtenção de acesso venoso não é rápida ou fácil, o acesso IO é obrigatório. Isso é mais rápido e seguro do que tentar pegar um acesso venoso central. Drogas aplicadas pelo tubo orotraqueal não são mais

recomendadas.

Cuidados após aplicação de drogas em acesso venoso periférico: Sempre que alguma droga for necessária durante a RCP (p. ex., epinefrina ou amiodarona), deve-se aspirar 20 mL de soro, infundi-lo rapidamente (flushing) logo após o medicamento e o membro deve ser elevado. Tanto para evitar flebite, como para levar a droga mais rapidamente para a circulação sistêmica.

Suporte ventilatório e via aérea avançada: No manejo do paciente em PCR, o profissional deve determinar a melhor maneira de providenciar ventilação e oxigenação. As opções incluem ventilação com dispositivo bolsa-máscara acoplado ao oxigênio, via aérea avançada com intubação orotraqueal (IOT) e via aérea avançada com dispositivo extraglottico (DEG).

- Ventilação com dispositivo bolsa-máscara: Ventilação com bolsa-máscara é um método comumente usado para oxigenar e ventilar pacientes com insuficiência respiratória aguda ou PCR. Ventilação com a bolsa-reservatório entrega oxigênio a 90-95%.
- Adjuvantes às técnicas não invasivas: o uso de cânulas nasofaríngeas ou orofaríngeas durante a RCP são bastante úteis, e às vezes essenciais, para manter as vias respiratórias abertas, uma vez que impedem a sua obstrução.
 - Orofaringeas: o tamanho da cânula pode ser estimado pela distância vertical entre os incisivos do paciente e o ângulo da mandíbula. Técnica para inserção: ela é introduzida com a concavidade em direção cranial até o palato. Em seguida, a cânula é girada em 180°, posicionando-a sobre a língua.
 - Nasofaringeas: situações em que a inserção da cânula orotraqueal não é possível, como trauma maxilofacial ou trismo. Em geral, as cânulas são medidas em milímetros de acordo com o tamanho do seu diâmetro interno, sendo o comprimento proporcionalmente maior, quanto maior o diâmetro da cânula. O tamanho para o paciente deve ser estimado pela distância em linha reta entre o nariz e o lobo da orelha. Técnica: semelhante à sonda nasogástrica; deve-se lubrificá-la e inserir cuidadosamente.
- Via aérea avançada: pode ser obtida por TOT ou DEGs (p. ex., máscara laríngea, tubo duplo esôfago-traqueal [Combitubo] ou tubo laríngeo). A indicação da via aérea avançada é obrigatória, se a ventilação com bolsa-máscara é inadequada;

ou pode ser por uma estratégia na abordagem sequencial para o manejo das vias aéreas durante a RCP.

- Confirmação e adequação da via aérea avançada: O tubo orotraqueal pode ter sido inserido no esôfago ou pode se deslocar e sair da traqueia por conta das manobras de RCP. Pelo exame físico, espera-se expansão torácica bilateral; a ausculta do epigástrio não demonstra "sons respiratórios"; e os campos pulmonares são audíveis bilateralmente (devem ser simétricos). Além do exame clínico, é fundamental confirmar o correto posicionamento do tubo orotraqueal por meio da capnografia quantitativa contínua em forma de onda. A capnografia também permite o reconhecimento precoce do deslocamento do tubo para fora da via aérea. Além disso, a amplitude da onda permite monitorizar a qualidade da RCP, inclusive pode detectar mais rapidamente o retomo da circulação espontânea. Como os aparelhos são portáteis, capnografia deve ser parte da RCP tanto no intra como no extra-hospitalar.
- Ultrassom: O transdutor do ultrassom de beira de leito (point-of-care [POC]) pode ser colocado transversalmente sobre a região anterior do pescoço, acima da fúrcula esternal, o que permite facilmente identificar se o tubo está em posição endotraqueal ou esofágica. Além disso, o ultrassom torácico identifica se o pulmão está ou não expandindo pelo deslizamento pleural e detecta pneumotórax clinicamente relevante.
- Ventilação após obtenção da via aérea avançada: Após a colocação da via aérea avançada, deve-se providenciar 1 ventilação a cada 6 segundos (total de 10/minuto), sem a necessidade de sincronia com as compressões torácicas. Hiperventilação piora o retorno venoso, reduz o débito cardíaco e deve ser evitada.

Desfibrilação: As compressões torácicas são continuadas enquanto os eletrodos são colocados no tórax do paciente e o monitor/desfibrilador é ligado. As pás do desfibrilador podem também ser utilizadas para avaliação do ritmo. Se o ritmo é passível de choque (FV ou TV sp), as compressões torácicas são continuadas até que o desfibrilador esteja carregado. Nesse momento, as compressões são interrompidas brevemente e o choque é aplicado. As compressões torácicas são retomadas imediatamente, sem se reavaliar o ritmo, que só será checado após 2 minutos de RCP.

- Aparelhos: Há muitos anos, apenas desfibriladores bifásicos são produzidos.
- Momento da aplicação do choque: A desfibrilação deve ser realizada imediatamente quando um ritmo passível de choque for detectado.
- Dose da energia: A dose de energia varia se o aparelho é monofásico e de acordo com o tipo de aparelho bifásico. Assim, a dose de energia da desfibrilação deve seguir as seguintes recomendações:
 1. Aparelho monofásico: desfibrilar com 360 Joules
 2. Dos aparelhos bifásicos, deve-se escolher a dose de energia recomendada pelo fabricante, variando de 120J a 200J (se a dose de energia recomendada pelo fabricante não conhecisa, deve-se desfibrilar com a dose máxima do aparelho.
 3. Se novos choques forem necessários, as diretrizes de 2015 não recomendam aumento escalonado da dose de energia, devendo-se manter a mesma dose.

- **Decisão para finalizar os esforços de RCP**

O término dos esforços deve ser considerado por meio da análise de diversos fatores, como o tempo de PCR até o primeiro atendimento, tempo de RCP total, variáveis de prognóstico prévias do paciente, idade da vítima, etiologia conhecida ou presumida, entre outras.

Quando o paciente está com uma via aérea avançada, a incapacidade de se obter valores de CO₂ acima de 10 mmHg pela capnografia em forma de onda após 20 minutos de RCP, junto com outras variáveis, pode ser um dos elementos para se considerar o fim dos esforços. Todavia, a capnografia não pode ser utilizada isoladamente etc.

PCRs em jovens, associadas a intoxicações agudas, hipotermia acidental (p. ex., afogamento), quando causas conhecidas ou presumidas podem ser tratadas (p. ex., embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio etc.), RCP prolongadas podem ser necessárias. Nesses casos, dispositivos automáticos de compressões torácicas podem ser úteis em se manter compressões de qualidade por longos tempos. Além disso, RCP com circulação extracorpórea pode ser uma ponte para o tratamento da causa da PCR, permitindo, por exemplo, a realização de uma intervenção coronariana percutânea.

- **Cuidados após o retorno da circulação espontânea**

Pacientes que evoluem com retorno da circulação espontânea devem ser transferidos o mais rápido possível para uma unidade de terapia intensiva. Na unidade de terapia intensiva, uma série de atitudes coordenadas devem ser providenciadas e se associam com a melhora do prognóstico dos pacientes pós-PCR.

Estabilização hemodinâmica: Estudos com pacientes após a PCR demonstraram que PA sistólica abaixo de 90 mmHg (ou PAM menor que 65 mmHg) está associada a maior taxa de mortalidade e menor chance de recuperação funcional, enquanto PA acima de 100 mmHg melhorou o prognóstico.

Oxigenação e suporte ventilatório: Todos os esforços devem ser conduzidos para se evitar hipoxemia no pós-RCE. Assim, recomenda-se usar oxigênio a 100% até que a saturação arterial de oxigênio ou preferencialmente a pressão parcial de oxigênio arterial seja aferida. Coletar gasometrias e/ou acompanhar com a oximetria também são fundamentais para se evitar excessiva oxigenação sanguínea (hiperóxia), que se associam a maior lesão neuronal. Também de grande importância, com coletas seriadas de gasometria arterial, é evitar a todo custo a hipocapnia (baixa PaCO₂) ou a hipercapnia (alta PaCO₂), pois ambas são deletérias ao paciente no período pós-RCE.

Intervenção coronariana percutânea: Vários estudos observacionais mostraram que a ICP no paciente pós-RCE reduziu significativamente a mortalidade e aumentou a chance de boa recuperação neurológica. O benefício independe se o paciente está ou não em coma. Por isso, a ICP deve ser realizada em caráter emergencial, o mais rápido possível, no paciente com PCR suspeitada de ser cardíaca e com elevação de segmento ST ao ECG.

Controle da temperatura pós-RCE: O controle de temperatura com uma meta (alvo) é fortemente recomendado para o paciente pós-RCE que permanece não responsivo, cuja PCR foi em ritmo passível de choque e ocorreu no ambiente extra-hospitalar.

Outras medidas relevantes: Hiperglicemias acima de 180 mg/dL não devem ser toleradas. Deve-se manter a glicemia controlada da mesma maneira em que outros pacientes graves.

Não se recomenda a prescrição de drogas antiepiléticas profiláticas. Os pacientes devem ser monitorizados com eletroencefalograma (continuamente ou periodicamente) para detecção de estado epilético não convulsivo. Caso ocorra quadro epilético (cl clinicamente ou diagnosticado com EEG), o uso terapêutico de anticonvulsivantes é recomendado, devendo ser guiado pelo eletroencefalograma.

2.4 ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVE

Este resumo foi elaborado a partir do livro *Emergências Clínicas: abordagem prática*, de Martins *et al.*, 2016. Atender pacientes em situações de emergência requer calma, conhecimento, treinamento e experiência (saber prioridades). O conceito de prioridades envolve desde saber priorizar corretamente quem deve ser atendido primeiro, passando por quais dados de história e de exame físico devem ser procurados antes, até qual conduta deve ser feita inicialmente. Identificar pacientes potencialmente críticos.

Irão tornar-se uma emergência quando repercutirem em um dos três grandes sistemas: o cardiovascular, o respiratório ou o sistema nervoso central, tornando o paciente com essas repercussões uma prioridade de atendimento.

De modo geral, um paciente que apresente os seguintes achados de história ou de exame físico deve ter seu atendimento priorizado e ser atendido como uma potencial emergência; são critérios bastante sensíveis para identificar uma situação de potencial emergência, para que sejam atendidos de forma diferenciada e precoce. Uma vez identificada uma situação de potencial emergência, o primeiro passo é sempre pedir ajuda, conforme preconizado pelo suporte básico (BLS) e avançado de vida (ACLS).

Nas situações de potencial emergência que ocorrem dentro do ambiente hospitalar, deve-se proceder obedecendo os mesmos princípios. Assim, chamar ajuda dentro do hospital também é fundamental, e consiste em chamar pelo auxílio do enfermeiro e do desfibrilador. Por melhor qualificação que tenha o médico que atenda uma emergência, o atendimento nunca será tão rápido e eficiente quanto um atendimento realizado por um médico e um enfermeiro. Uma vez desencadeada a solicitação de ajuda, o atendimento inicial deve seguir as mesmas recomendações do suporte avançado de vida (ACLS):

C: Checar pulso carotídeo. Caso não se constate pulso em no máximo 10 segundos, iniciar as compressões torácicas e seguir os protocolos estabelecidos pelo ACLS. Caso se constate presença de pulso, realizar a sequência ‘‘M.O.V’’.

A: Checar a via aérea.

B: Checar respiração. Caso não haja respiração espontânea, fazer duas ventilações de resgate.

M.O.V é a sigla monitorização, oxigênio e veia. Consiste em realizar a monitorização cardioscópica, de pressão arterial e de oximetria de pulso. Através dessa monitorização obtêm-se os principais sinais vitais. Oxigênio suplementar deve ser oferecido se

a SatO₂ for menor que 90% ou o paciente for de risco para hipoxemia (p. ex., pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou insuficiência cardíaca [IC] e dispneia}. Por fim, providenciar um acesso venoso de grosso calibre (jelco calibre 16 ou 18), com preferência pelas veias antecubitais, é importante para que as condutas a serem tomadas nos próximos passos possam ser instituídas no menor tempo possível. De maneira geral, ao canular a veia, deve-se coletar exames gerais (tubos de hemograma, coagulograma e bioquímica). Especialmente nos casos de rebaixamento do nível de consciência ou crises epiléticas, o exame de glicemia capilar deve ser realizado logo à chegada do paciente no departamento de emergência (DE).

Concomitantemente a esses procedimentos cabe ao médico esclarecer a queixa e a duração de forma objetiva.

Perguntar ativamente: "O que o(a) senhor(a) está sentindo agora?~ "A que horas começou?~ "Já sentiu isso antes?~ "Como é a dor: um aperto, uma queimação, uma pontada etc.?" pode mudar completamente a hipótese diagnóstica. Tão importante quanto caracterizar a queixa e a duração é perguntar ativamente por fatores associados, antecedentes patológicos importantes e se o paciente utilizou medicações, faz acompanhamento médico ou trouxe alguma receita ou exame prévio.

Em poucos minutos, o médico deve realizar um exame físico abrangente, que possa lhe dar dados suficientes para elaborar uma boa hipótese diagnóstica. Ressaltamos que esse exame é o mínimo a ser feito em uma situação de emergência clínica que não seja uma parada cardiorrespiratória. Toda essa avaliação inicial poderá trazer informações necessárias para que se possa caracterizar se a situação do paciente em questão é realmente uma emergência/urgência ou não. Caso não seja, lembre-se de removê-lo da sala de emergência o quanto antes, para que não atrapalhe uma eventual emergência que chegue.

Com esses dados iniciais de história e exame físico, o emergencista deve ser capaz de elaborar uma hipótese diagnóstica sindrômica inicial (choque, insuficiência respiratória aguda ou rebaixamento do nível de consciência).

2.4.1 Choque

O resultado do bom funcionamento do sistema cardiovascular é a boa perfusão dos demais órgãos e sistemas. Assim, a avaliação desse sistema envolve necessariamente a avaliação da perfusão tecidual.

No exame cardiovascular mínimo durante um atendimento inicial à

emergência devem constar obrigatoriamente: avaliação de frequência cardíaca e pressão arterial (sinais vitais), avaliação de estase jugular, ausculta cardíaca nos quatro focos principais, avaliação dos pulsos periféricos radial e tibial posterior, avaliação do tempo de reenchimento capilar e avaliação da temperatura de extremidades. Esses exames constituem o mínimo para que haja informações suficientes para se fazer diagnósticos de situações de emergência no menor tempo possível.

Em situações de baixo débito cardíaco, independentemente da causa (síndrome coronária aguda, hipovolemia, choques obstrutivos como o pneumotórax hipertensivo ou o tamponamento cardíaco), o organismo priorizará a perfusão de órgãos nobres, como o cérebro e o próprio coração. A avaliação das extremidades trará informações valiosas para esse diagnóstico. Um tempo de reenchimento capilar lentificado (> 3 segundos) é relacionado à vasoconstrição periférica, mecanismo comum nas fases iniciais de situações de baixo débito. Redução da temperatura nas extremidades também sugere baixo débito cardíaco. A palpação dos quatro pulsos periféricos pode trazer informações (como assimetria de pulsos) compatíveis com diagnósticos de síndrome aórtica aguda ou de doença arterial periférica.

- Sistema venoso

O sistema venoso constitui o lado de menor pressão, e a pressão venosa é determinada basicamente pela capacitância do sistema venoso e pelo grau de seu enchimento. Eles podem ser avaliados através da observação estimativa do grau de **estase jugular** ou, de forma invasiva, pela pressão venosa central (PVC). A pressão venosa média e a pressão de átrio direito influenciarão o retorno venoso (RV) ao coração, determinando o enchimento ventricular. Situações que aumentem a pressão venosa média (p. ex., hipervolemia iatrogênica ou secundária à insuficiência renal oligoanúrica) ou que aumentem a pressão de átrio direito (p. ex., insuficiência cardíaca, tamponamento cardíaco) frequentemente se apresentam com estase jugular.

- Cronotropismo

O cronotropismo é facilmente avaliado pela medida da frequência cardíaca. Bradiarritmias são causas importantes de situações de baixo débito cardíaco, e uma vez suspeitadas, devem ser prontamente confirmadas e corrigidas, através de eletrocardiograma e

de intervenções específicas (marca-passo transcutâneo, atropina etc.). Taquiarritmias diminuem o tempo de enchimento ventricular, comprometendo assim o débito cardíaco. Essas situações são especialmente importantes quando a frequência cardíaca é superior a 150 bpm. Do mesmo modo, devem ser rapidamente confirmadas e corrigidas.

- Inotropismo

A avaliação do inotropismo requer mais recursos. Em uma avaliação inicial durante um atendimento a uma emergência a ausculta cardíaca é rápida, não invasiva e pode trazer informações importantes.¹

Quando se suspeita de casos em que o inotropismo está agudamente comprometido, torna-se obrigatória a exclusão de síndrome coronariana aguda. Assim, perguntar ativamente por dor torácica, por fatores de risco para doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica - HAS, diabetes mellitus - DM, dislipidemia - OLP, tabagismo, antecedente familiar), realizar um eletrocardiograma e colher troponina cardíaca.

- Má perfusão

Caracterizar má perfusão é muito mais do que caracterizar hipotensão. Assim, uma vez realizados os passos iniciais para o paciente potencialmente grave, com suspeita de choque deve ser avaliado especificamente para se obter o diagnóstico preciso, ao mesmo tempo em que recebe as primeiras medidas terapêuticas.

Deve-se procurar por sinais indicativos de estados de má perfusão, em geral associados com disfunção orgânica aguda, como hipotensão, taquicardia, oligúria etc.

- Gasometria arterial com lactato

É importante ressaltar a importância da gasometria e do lactato arteriais. A

¹ É importante que seja realizada pelo menos nos quatro focos principais, atentando-se especialmente para: rítmicidade, sopros, presença de 3ª bulha ou de abafamento de bulhas. A presença de terceira bulha traz informações extremamente relevantes e específicas. O mecanismo que causa B3 ou ritmo de galope envolve a diminuição da fração de ejeção sistólica, fazendo com que "sobre" sangue não ejetado no ventrículo no final da sístole, gerando uma pressão residual elevada no final da sístole e início da diástole. Durante o período diastólico, quando esse sangue flui do átrio para o ventrículo, encontra-o repleto de sangue, emitindo um som característico, a terceira bulha (B3), bastante sugestivo de insuficiência cardíaca descompensada. Já o abafamento de bulhas ocorre classicamente em situações de tamponamento cardíaco, embora a situação em que ocorre com mais frequência é em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, quando há alterações da conformação da caixa torácica, levando a maior interposição de ar entre o coração e a parede do tórax.

acidose metabólica com hiperlactatemia é um dos grandes marcadores de mortalidade do paciente grave, e muitas vezes é um sinal precoce de uma evolução ruim que ainda não está evidente. Assim, a acidose metabólica pode aparecer antes da hipotensão, indicando que o paciente é grave. Isso é válido especialmente em pacientes sépticos, em que a intervenção precoce e agressiva é capaz de mudar a mortalidade de forma muito significativa.

- Causa da má perfusão

Uma vez caracterizado o estado de má perfusão, deve-se então tentar esclarecer a etiologia do choque:

- Choque hipovolêmico
- Choque distributivo
- Choque cardiogênico
- Choque obstrutivo

A avaliação inicial com história dirigida e exame mínimo quase sempre fornece os elementos essenciais para esses diagnósticos. Uma vez com uma hipótese diagnóstica inicial, podemos proceder com o tratamento específico .

Se disponível, ultrassom de beira de leito (point-of-care - POC) permite a rápida avaliação da volemia e da função ventricular esquerda, se há derrame pericárdico relevante, sangramento cavitário ou dilatação de ventrículo, entre outros, permitindo a identificação do mecanismo do choque.

2.4.2 Insuficiência respiratória

Define-se como insuficiência respiratória a incapacidade aguda do sistema respiratório em manter a oxigenação arterial e a eliminação do gás carbônico. Classicamente, divide-se a insuficiência respiratória em tipo 1 (hipoxêmica, definida como $PaO_2 < 60$ mmHg) e tipo 2 (hipercápnica, definida como $PaCO_2 > 45$ mmHg e $pH < 7,30$).

- Ventilação

Ventilação compreende a passagem do ar do ambiente externo até o alvéolo. Para que seja realizada, deve-se ter inicialmente o centro respiratório no bulbo cerebral Integro.

Lesões cerebrais de tronco ou distúrbios tóxico-metabólicos graves podem comprometer o estímulo à ventilação, levando a insuficiência respiratória. Cabe lembrar a intoxicação por opioides como causa importante de depressão do estímulo respiratório, causa que pode ser revertida com o uso do antagonista específico naloxona. Uma vez que o centro respiratório esteja íntegro, o próximo passo para a ventilação ocorrer é gerar uma diferença de pressão entre o alvéolo e o ar ambiente. Essa diferença é obtida através da expansão da caixa torácica por meio da musculatura respiratória. O principal músculo envolvido é o diafragma. No entanto, existem diversas situações clínicas em que este músculo pode vir a fadigar. Essa fadiga normalmente é decorrente do aumento do trabalho imposto ao músculo ou da diminuição da força muscular, e, em algumas situações, do efeito somado de ambos.

- Musculatura acessória

Uma vez que o diafragma apresente fadiga, a musculatura respiratória acessória ajudará no processo de expansão da caixa torácica. Em adultos, ficará evidente inicialmente a tiragem subdiafragmática e intercostal, resultado do uso da musculatura intercostal. Quando houver fadiga desses músculos também, será observado o aparecimento de tiragem de fúrcula, decorrente do uso dos músculos escalenos e esternocleidomastóideo. A seguir, o organismo utilizará o aumento do diâmetro das narinas para facilitar a passagem de ar, ocorrendo o batimento de asa de nariz. Por fim, quando não houver mais musculatura torácica para realizar a ventilação, o organismo lança mão de um mecanismo extremo para expandir a caixa torácica, que é a respiração paradoxal abdominal. Quando isso ocorre, é uma questão de minutos até essa musculatura também entrar em fadiga, motivo pelo qual a sua presença é sinal de iminência de parada respiratória.

- Vias aéreas pérvias

Para que o ar possa passar pelas vias aéreas, elas devem estar pérvias. No adulto, a causa mais importante de obstrução de via aérea superior é a queda da musculatura hipoglossa sobre a hipofaringe em situações de rebaixamento de nível de consciência. Assim, essa causa deve ser prontamente revertida com a manobra de abertura da via aérea apropriada. A causa mais comum de obstrução de via aérea inferior é o broncoespasmo, que deve ser suspeitado na presença de ausculta pulmonar com sibilos, que aparecem inicialmente à expiração e à medida que se agravam acometem também a inspiração. O tratamento inicial para

broncoespasmo inclui broncodilatadores como beta-agonistas, anticolinérgicos e corticosteroides.

- Retenção de O₂

O acometimento da ventilação levará à retenção de CO₂ arterial e à insuficiência respiratória tipo 2. Diante de um paciente com essa suspeita diagnóstica, todas essas causas devem ser ativamente procuradas e então descartadas ou confirmadas e tratadas. A redução da ventilação alveolar leva, secundariamente, a uma queda da pressão alveolar de oxigênio e à hipoxemia.

- Oxigenação

Uma vez que o processo de ventilação esteja íntegro e o ar chegue ao alvéolo, inicia-se então o processo de oxigenação. A passagem do oxigênio do alvéolo para o capilar é influenciada principalmente pela fração inspirada de oxigênio (FiO₂), pela pressão atmosférica, pela difusão entre a membrana alvéolo-capilar e pela relação ventilação/perfusão. Déficits de oxigenação são as causas mais frequentes e mais graves de hipoxemia. Portanto, uma vez que esta seja constatada, é preciso lembrar dessas causas e atuar especificamente em cada uma delas para se chegar à reversão. A maneira mais rápida de se tentar corrigir a hipoxemia é aumentar a FiO₂. Cateteres nasais de O₂ fornecem baixo fluxo de oxigênio e, portanto, não são apropriados para essa finalidade. São úteis para se fornecer O₂ suplementar em situações de risco, mas não para corrigir hipoxemia no momento da abordagem inicial de uma emergência. Assim, máscaras de O₂ de alto fluxo, máscaras com válvulas de Venturi que fornecem FiO₂ variáveis ou máscaras de Douglas com reservatório de O₂ são mais adequadas nessas situações. Outro modo de intervir para aumentar a pressão alveolar de O₂ e assim melhorar a oxigenação, é aumentar a pressão atmosférica. Obtemos isso fornecendo pressão positiva nas vias aéreas, de forma invasiva ou não.

- Difusão

Alterações da difusão como causa de hipoxemia acontecem, porém são mais raras e geralmente restritas a doenças pulmonares em sua fase avançada, como no enfisema pulmonar ou na fibrose pulmonar.

- Espaço morto e efeito shunt

Por fim, alterações na relação V/Q são causas frequentes e que podem ser tratadas. Ocorrem secundariamente à redução da perfusão em unidades adequadamente ventiladas (efeito espaço morto) ou à redução da ventilação em regiões que mantêm perfusão adequada (efeito shunt).

2.4.3 Alteração do nível da consciência

Define-se consciência como a capacidade do indivíduo de interagir com o meio que o cerca. A consciência depende de dois componentes básicos: nível e conteúdo. O nível de consciência depende de o indivíduo estar desperto ou não. Caso o indivíduo não esteja desperto, o comprometimento do nível de consciência pode ser avaliado de acordo com a resposta que ele apresenta (verbal, motora ou apenas movimentação ocular) ao estímulo realizado (em grau crescente de intensidade, verbal, físico e doloroso). O nível de consciência depende da integridade de uma estrutura presente no tronco encefálico chamada sistema reticular ativador ascendente (SRAA) e de suas conexões com os hemisférios cerebrais e o sistema límbico. O conteúdo da consciência é expresso pela capacidade de atenção do indivíduo, sua orientação têmporo-espacial, sua capacidade de raciocínio, memória e linguagem. Depende, basicamente, de atividade cortical superior.²

- Causas

As causas de alterações do nível de consciência dividem-se em estruturais e metabólicas. As causas estruturais são aquelas ocasionadas por doenças neurológicas primárias que ocasionam a compressão ou destruição do SRAA. As causas metabólicas levam ao comprometimento apenas funcional desse sistema e são mais comuns que as estruturais.

- Avaliação inicial

Alguns dados devem ser colhidos durante a anamnese, como modo de instalação da inconsciência (súbito ou progressivo), sinais e sintomas neurológicos precedentes

² Acredita-se que cerca de 1 a 5% dos atendimentos de serviços de urgência e emergência devam-se a alterações agudas do nível de consciência. O coma, definido como a incapacidade do indivíduo de responder ao ambiente mesmo com a estimulação vigorosa, é a causa de cerca de 17% das intubações em unidades de terapia intensiva, e as disfunções do sistema nervoso central, que se manifestam por alterações do nível de consciência, estão intimamente relacionadas com um pior prognóstico dos pacientes admitidos nestas unidades.

(déficits focais, convulsões), uso de drogas lícitas e ilícitas, antecedentes de doenças hepáticas, renais, pulmonares, cardíacas e psiquiátricas, história progressiva de trauma craniano.

A avaliação do nível e do conteúdo de consciência é realizada através do exame físico geral e do exame neurológico. Diante de um paciente que se apresente com alteração do nível de consciência, o médico do serviço de emergência ou da unidade de terapia intensiva deve estar atento inicialmente aos sinais vitais e tomar as seguintes precauções (Algoritmo 3):

- Manter a via aérea pérvia, se necessário com a intubação orotraqueal, indicada para pacientes com Glasgow menor que 9.
- Garantir a oxigenação e a perfusão, com o uso de oxigênio suplementar, infusão volêmica e drogas vasoativas, se necessário.
- Realizar glicemia capilar e tratar prontamente qualquer episódio de hipoglicemia.
- Definir a causa provável da alteração da consciência: estrutural ou metabólica?

- Pupilas

O exame pupilar é importante, pois as áreas que controlam suas reações estão localizadas no tronco encefálico, adjacentes às que se relacionam com a consciência. A forma, o tamanho e a reatividade das pupilas à luz levantam algumas possibilidades diagnósticas. Assim, por exemplo, pupilas midriáticas, fixas bilateralmente, indicam lesão mesencefálica, por comprometimento bilateral do III par craniano. Anisocoria pode indicar herniação uncal e é uma situação de extrema emergência. Miose bilateral, com pupilas pontiformes, mas preservação do reflexo fotomotor, é sugestiva de lesões pontinas, uso de opiáceos e encefalopatias metabólicas. O uso de barbitúricos associa-se a midríase e reflexo motor extremamente reduzido.

- Padrão motor

O exame do padrão motor permite separar com maior grau de suspeição se a encefalopatia é metabólica ou estrutural. Causas metabólicas relacionam-se a achados simétricos à estimulação do paciente e causas neurológicas primárias normalmente apresentam achados assimétricos, como hemiparesia, embora isso não seja de todo verdadeiro.

- Irritação meníngea

Outro ponto importante na avaliação inicial do paciente com alteração do nível de consciência é a pesquisa de sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, Kernig e Brudzinski). A presença desses sinais reforça a hipótese de meningoencefalite e hemorragia subaracnóidea e deve prontamente indicar coleta de liquor, após a realização de tomografia computadorizada de crânio, que deve precedê-la em casos de rebaixamento do nível de consciência. No entanto, tal conduta não deve jamais atrasar o início da antibioticoterapia na suspeita de meningite.

- Encefalopatia difusa versus focal

Em casos de suspeita de encefalopatia metabólica, os exames iniciais devem incluir hemograma, sódio, potássio, cálcio, magnésio, ureia, creatinina, glicemia, enzimas hepáticas e bilirrubinas. Se houver suspeita de intoxicação, o rastreamento toxicológico está indicado. O limiar para pesquisa de infecções deve ser baixo, especialmente em idosos, uma vez que a encefalopatia séptica é a principal causa de encefalopatias metabólicas.

Pacientes que apresentem déficits focais ou crises convulsivas também devem ter uma avaliação metabólica, mas devem realizar prontamente uma TC de crânio e, caso seja necessário, coleta de liquor. Uma condição que deve ser sempre lembrada é o estado de mal epilético sem manifestações motoras, que pode preceder ou suceder crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas. Assim, é indicada a realização de eletroencefalograma em pacientes com antecedentes de epilepsia, com pós-ictais prolongados (mais de 15 a 30 minutos) ou com investigações iniciais inconclusivas.

2.5 MATERIAIS DO SAMU (USA)

Maleta laranja

- Seringas
- Agulhas
- Materiais cirúrgicos: pinça, tesoura, porta-agulha, luvas, fio de sutura, lâmina de bisturi, curativos e campo estéril
- Cobertor térmico (manta aluminizada)
- Material de acesso venoso central

Maleta vermelha

- Laringoscópio, lâminas Macintosh e Miller
- Pilhas
- Cardaço
- Máscara facial com reservatório
- Guedel (rígido e maleável)
- Fio guia
- Ambu
- Máscaras
- Tubos de traqueostomia
- Gazes
- Luva cirúrgica
- Seringas
- Cânulas endotraqueais com e sem balão
- Mangueira de aspiração

Maleta azul

- Talas
- Bandagem
- Gazes
- Atadura de crepom
- Luvas
- Esparadrapos
- Manta térmica
- Compressas de gazes hidrófilas
- Seringas
- Agulha
- Guedel
- Crachás de classificação de risco

Maleta Verde

Jelco

Scalp

Agulhas

Adenosina (6): 3 mg/ml [amp. 2ml IV]

Nitroglicerina (2): 5 mg/ml [amp. 10ml IV]

Furosemida (24): 10 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]

Bicarbonato de sódio (10): 8,4% [amp. 10ml]

Dopamina (8): 5 mg/ml [amp. 10ml IV]

Noradrenalina (8): 2 mg/ml [amp. 4ml]

Nitroprussiato de sódio: 25 mg/ml [amp. 2ml]

Dobutamina (2): 12,5 mg/ml [amp. 20ml]

Adrenalina (20): 1 mg/ml [amp. 1ml]

Atropina (30): 0,5 mg/ml [amp. 1ml]

Amiodarona (15): 50 mg/ml [amp. 3ml IV]

Sulfato de magnésio 10%:

Gluconato de cálcio 10%:

Cloreto de potássio 19,1%:

Glicose 50%:

Lidocaína (1): 20 mg/ml [amp. 20ml]

Morfina (4): 10 mg/ml [amp. 1ml

IV/IM/EPIDURAL/INTRATECAL]

Fumazenil: 0,1 mg/ml [amp. 5ml IV]

Naloxona: 0,4 mg/ml [amp. 1ml]

Fentanil (2): 50 mcg/ml [amp. ml IV/IM/EPIDURAL]

Succinilcolina (2): 100 mg liofilizado [IV/IM]

Clorpromazina (4): 5 mg/ml [amp. 5ml]

Diazepam (6): 10 mg/2ml [amp. 2ml IV/IM]

Fenitoína (6): 50 mg/ml [amp. 5ml IV/IM]

Fenobarbital (2): 100 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]

Midazolam 50 mg (2): 5 mg/ml [amp. 10ml IV/IM/RETAL]

Midazolam 15 mg (4): 5 mg/ml [amp. 3ml IV/IM/RETAL]

Haldol (10): 5 mg/ml [amp. 1ml IM]

Hidrocortisona 50 mg [IV/IM]

Hidrocortisona 100 mg [IV/IM]

Terbutalina: 0,5 mg/ml [amp. 1ml

IV/SUBCUTÂNEO]

Dexametasona: 4 mg/ml [amp. 2,5ml IV/IM]

Berotec

Atrovent

Aerolin

Prometazina: 25 mg/ml [amp. 10ml IM]

Ranitidina: 25 mg/ml [amp.]

Nauseidrom: 2 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]

Bromoprida: 10 mg/2ml [amp. 2ml IV/IM]

Dramin: 50 mg/ml [amp. 2ml]

Buscopam simples: 20 mg/ml [amp.]

Buscopam composto: 4 mg/ml + Dipirona

500mg/ml
Dipirona: 500 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]
Diclofenaco: 25 mg/ml [amp. 3ml IM]
Água destilada:
AAS 100 mg
Carvedilol 6,5 mg

Isordil 5 mg
Captopril 25 mg
Nifedipina 10 mg
Clonidina
Metildopa
Propranolol 40 mg

2.6 MATERIAIS CARRINHO DE EMERGÊNCIA PCR (ADULTO)

1ª Gaveta: Medicamentos

Adenosina: 6mg/2ml [5 amp.]
Água destilada: 10ml [10 amp.]
Água destilada: 1000ml [1 frasco]
Amiodarona: 150 mg/3ml [4 amp.]
Atropina: 0,5mg/1ml [10 amp.]
Adrenalina (epinefrina 1mg/ml) [20 amp.]
Bicarbonato de sódio 8,4%: 10ml [2 amp.]
Dopamina: 50mg/10ml [5 amp.]
Dobutamina: 250mg/20ml [2 amp.]
Glicose hipertônica: 50%/10ml [5 amp.]

Gluconato de cálcio: 10%/10ml [2 amp.]
Hidrocortisona: 500 mg [1 frasco-ampola]
Furosemida: 20 mg/2ml [5 amp.]
Nitroprusseto de sódio: 50 mg [1 frasco-ampola]
Noradrenalina: 4mg/4ml [4 amp.]
Metilprednisolona: 125 mg [1 amp.]
Nitroglicerina: 50mg/10ml [1 amp.]
Terbutalina: 0,5mg/1ml [2 amp.]

2ª Gaveta: Materiais de circulação venosa

Agulha (tamanho 40x12) [5 un.]
Agulha (tamanho 13x4,5) [2 un.]
Agulha (tamanho 30x08) [2 un.]
Equipo bomba simples [2 un.]
Equipo bomba fotossensível [2 un.]
Equipo macro [2 un.]
Extensor [2 un.]
Eletrodos [5]
Cateter intravenoso periférico (abocath) 14 [2 un.]
Cateter intravenoso periférico (abocath) 16 [2 un.]
Cateter intravenoso periférico (abocath) 18 [2 un.]

Cateter intravenoso periférico (abocath) 20 [2 un.]
Lâmina de bisturi 21 [1 un.]
Lâmina de bisturi 11 [1 un.]
Multivia (polifix) [2 un.]
Seringa 1 ml [2 un.]
Seringa 5 ml [3 un.]
Seringa 10 ml [5 un.]
Seringa 20 ml [3 un.]
Dispositivo de infusão intravenosa (scalp) 23 [2 un.]
Dispositivo de infusão intravenosa (scalp) 25 [2 un.]
Torneirinha [2 un.]

3ª Gaveta: Materiais de vias aéreas/gástricas/diversos

Gel para ECG [1 frasco]
Gaze estéril [3 pacotes com 10 un.]
Luva estéril 7.0; 7.5; 8.0 [2 un. de cada]
Sonda de aspiração traqueal 12 e 14 [2 un. de cada]
Sonda nasogástrica longa 18 e 20 [1 un. de

cada]
Coletor de urina aberto [1 un.]
Lidocaína gel [1 un.]
Cadarço [1 un.]
Tubo endotraqueal com cuff 7.5; 8.0; 8.5; 9.0 [2 un. de cada]

4ª Gaveta: Materiais diversos/soluções

Soro manitol 20% (250ml) [1 un.]
Soro Ringer lactato (500 ml) [1 un.]
Soro fisiológico 0,9% (250ml) [3 un.]

Soro fisiológico 0,9% (1000ml) [1 un.]
Soro glicosado 5% (250 ml) [2 un.]
Bicarbonato de sódio 8,4% (250ml) [1 un.]

Solução de gelatina 3,5% (500 ml) [1 un.]

Maleta: Medicamentos psicotrópicos

Midazolam 15mg/3ml [5 amp.]

Midazolam 50mg/10ml [3 amp.]

Diazepam 10mg/2ml [3 amp.]

Fenobarbital 200mg/2ml [2 amp.]

Fenitoína 250mg/5ml [4 amp.]

Haloperidol 5mg/ml [2 amp.]

Clorpromazina 25mg/5ml [1 amp.]

Prometazina 50mg/ml [1 amp.]

Morfina 10mg/1ml [2 amp.]

Fentanila 10ml [2 frascos]

Fentanila 2ml [2 amp.]

Suxametonio 100mg [1 frasco]

Cetamina 500mg/10ml [1 frasco]

2.7 OUTROS TEMAS ESTUDADOS DURANTE O MÓDULO

- Afogamento
- Exames complementares em UE
- Febre e hipertermia
- Dispneia
- Dor ou desconforto torácico
- Dor abdominal
- Síncope
- Hemoptise
- Tontura e vertigem
- Lombalgia
- AVC
- Cefaleia
- Coma e rebaixamento do nível de consciência
- Anafilaxia
- Síndromes coronarianas
- Hipotensão e choque
- Suporte avançado de vida e cuidados pós-parada no Departamento de Emergência
- Avaliação e atendimento pré-hospitalar
- Avaliação cinemática do trauma
- Parada Cardiorrespiratória
- Cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico
- TCE
- Sepsis
- Hipoglicemias
- Cólica nefrética
- Hipertensão na UE
- Pneumonia adquirida na comunidade
- Infecções no trato urinário
- Dengue
- Retenção urinária
- Infecções da pele e partes moles
- Insuficiência hepática

- Procedimentos em UE
- Síndromes ictericas
- Intubação de sequência rápida e manejo de vias aéreas
- Insuficiência respiratória aguda

2.8 MATERIAL EXTRA

2.8.1 Vídeos

Via aérea difícil e uso de dispositivos: <https://www.youtube.com/watch?v=KOynitOsj8U&t=1s>

AVCi AHA 2012: <https://www.youtube.com/watch?v=d72V-tyS3g8>

Manejo de via aérea AHA 2017: <https://www.youtube.com/watch?v=updarWhTDhw>

Cinematica do trauma: <https://www.youtube.com/watch?v=CRbGPX8BIOw>

Algoritmo Síndrome coronariana aguda AHA 2017:

https://www.youtube.com/watch?v=LG1v3EDEG_Q&t=114s

AVC AHA 2017: <https://www.youtube.com/watch?v=L6a9j2ytx88&t=14s>

Intubação de sequência rápida: <https://www.youtube.com/watch?v=Tuhwlnl4Cro>

Ventilação bolsa válvula máscara: <https://www.youtube.com/watch?v=bo4QSw3KS6k>

Drenagem de tórax (New England Journal of Medicine):

<https://www.youtube.com/watch?v=RLC6mnyPwpI&t=820s>

Acesso venoso central (New England Journal of Medicine):

<https://www.youtube.com/watch?v=0ADtxVjIzug&t=1s> (jugular interna)

<https://www.youtube.com/watch?v=ww-IN1EpnEI> (veia femoral)

<https://www.youtube.com/watch?v=78T8IRZuP9A&t=6s> (veia subclávia)

Choque: <https://www.youtube.com/watch?v=2z5iVsX8k18>

2.8.2 Artigos e livros complementares

- **Uso de trombolíticos**

FONSECA, Luiz Henrique de Oliveira et al . Análise das barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 12, p. 2487-2496, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131412>.

Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. **Thrombolysis for acute ischaemic stroke**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD000213. DOI: 10.1002/14651858.CD000213.pub3.

- **Drogas vasoativas**

TALLO, Fernando Sabia et al. Drogas Vasopressoras nos Estados Choque: Qual é a Melhor Opção?. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.237-242, maio 2008. Disponível em:

<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a237-242.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

- **Chikungunya**

GIACOMIN, Natalia Torres et al . Neurite óptica secundária a infecção pelo Chikungunya Vírus. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro , v. 77, n. 4, p. 222-224, Aug. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802018000400222&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180049>.

- **Desnutrição senil**

Campos MTFs, Monteiro JBR, Ornelas APRC. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.** RN 2000 set./dez; 13(3): 157-165.

- **Demências**

PARMERA, Jacy Bezerra; NITRINI, Ricardo. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Rev Med: São Paulo**, São Paulo, v. 94, n. 3, p.179-184, jun. 2015. Disponível em: <http://feapaesp.org.br/material_download/219_Dem%C3%Aancia.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

- **Pé diabético**

NEVES, J. et al . O pé diabético com infecção aguda: tratamento no Serviço de Urgência em Portugal. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa , n. 27, p. 19-36, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182013000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2019.
BONA, Socorro Ferreira et al. Prevalência do pé diabético nos pacientes atendidos na emergência de um hospital público terciário de Fortaleza. **Rev Bras Clin Med**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p.1-5, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/19.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2019.

- **Acidentes com animais peçonhentos**

CARDOSO, J.L.C; **Animais peçonhentos no Brasil:** biologia, clínica e terapêutica dos acidentes. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2009.
Fundação Nacional de Saúde (Brasil). **Manual diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos.** 2.ed. Brasília, 2001.

- **Escroto Agudo**

JESUS, Lisieux Eyer de. Escroto agudo. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 271-278, Aug. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912000000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2019.
MOSCONI, Alcides et al. Escroto agudo. **Rev Med (são Paulo)**, São Paulo, v. 3, n. 87, p.178-183, set. 2008.

- **Pancreatite**

GUIMARÃES AC, et al. Pancreatite aguda: etiologia, apresentação clínica e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.** 2009;8(1):61-69

3 CASOS CLÍNICOS

Tabela 1- Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DOS PLANTÕES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Data	Horário	Local	Atividades desempenhadas
21/02/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
25/02/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
10/03/19	07h as 19h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
11/03/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
18/03/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
25/03/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
01/04/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
14/04/19	07h as 19h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
15/04/18	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
22/04/19	07h as 19h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
29/04/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
06/05/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
18/05/19	07h as 19h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
20/05/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
27/05/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
03/06/19	07h as 19h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
10/06/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
23/06/19	07h as 19h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
24/06/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
01/07/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
08/07/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
15/07/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
27/07/19	07h as 19h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
29/07/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
05/08/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
13/08/19	19h as 07h	UPA Morumbi	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
19/08/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
26/08/19	19h as 07h	UPA Samek	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
31/08/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
03/09/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
09/09/19	19h as 07h	UPA Morumbi	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
16/09/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
23/09/19	19h as 07h	UPA Samek	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
26/09/19	19h as 07h	UPA Morumbi	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
30/09/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
07/10/19	19h as 07h	UPA Morumbi	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
14/10/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
21/10/19	19h as 07h	UPA Samek	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
28/10/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
04/11/19	19h as 07h	UPA Morumbi	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta
11/11/19	19h as 07h	Hospital	Admissão, evolução e prescrição
18/11/19	19h as 07h	Upa Samek	Admissão, evolução, prescrição, solic. ex., alta

25/11/19	19h as 07h	SAMU	Acompanhamento ambulâncias USA e USB
43 plantões	516 horas		

3.1 CASO CLÍNICO 1

S.M, 44 anos, sexo masculino, procedente de São Paulo e residente em Foz do Iguaçu.

QP: ``Engasgo``

HDA: Paciente trazido da UPA, etilista e tabagista, o mesmo refere que há 1 dia iniciou quadro de disfagia para alimentos sólidos e líquidos, com sensação de corpo estranho em orofaringe, acompanhado de pirose e polidipsia, além disso, relata três episódios de hematêmese. Nega febre e diarreia.

HPP: Nega doenças crônicas e uso de medicamentos.

Ex. Geral: REG, LOTE, corado, anictérico, acianótico, fászie atípica, ativo e colaborativo.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: plano, flácido, com cicatriz retilínea em linha alba (ocasionada por FAF). RH+ nos quatro quadrantes. Indolor à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias.

Oroscopia: Má higiene. Presença de petéquias e eritema em região do palato mole, úvula e toda parede posterior da faringe.

Hipóteses diagnósticas: Refluxo gastroesofágico? Síndrome Mallory Weiss?

Exames laboratoriais:

HEMOGRAMA: Hem 4,51 Hb 12,8g/dl Ht 38,30%

LEUCOGRAMA: Leucócitos 4.740/mm³

PLAQUETOGRAMA: 5.000/mm³

GAMA GT: 386 U/L

AMILASE: 111 U/L TGO: 99 U/L TGP: 57 U/L

UREIA, CREATININA, PCR, FOSFATASE ALCALINA, BILIRRUBINA: S/ alterações

CONDUTA:

Prescrevo Fitomenadiona 1 amp. 12/12h, Ácido tranexâmico 3 amp. 8/8h e sintomáticos.

Solicito exames de admissão.

Solicito sorologia para HIV + hepatites + dengue

Solicito ECG + Rx tórax + TC abdome

Pondero transfusão de plaquetas ou PFC caso sangramento

Observações e comentários: A Síndrome de Mallory-Weiss foi descrita em alcoólatras, pode ocorrer em qualquer paciente com hêmese com esforço, o cancelamento do diagnóstico se dá pela história típica de hematêmese, ocorrendo após um ou mais episódios de hêmese. Um exame importante que deveria ser solicitado é a EDA, para a avaliação do TGI e até mesmo clampeamento sobre a ruptura para controlar possíveis hemorragias.

3.1.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: DRGE engloba um conjunto de distúrbios que têm em comum o fato de que são causados por refluxo gastroesofágico, que causa sintomas incômodos ou diversas manifestações esofágicas e extraesofágicas.

Manifestações clínicas: pirose, regurgitação, dor torácica, disfagia, odinofagia e sensação de bolo retrosternal. A sensação de bolo, também conhecida como “globo histérico”, é a percepção de uma massa ou de plenitude na garganta, sentida independentemente da deglutição

Fisiopatologia: Existem descritos três mecanismos principais responsáveis pela incompetência da junção esofagogástrica: (1) relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (reflexo vasovagal no qual o relaxamento do EEI é estimulado pela distensão do estômago); (2) hipotensão do EEI; ou (3) distorção anatômica da junção esofagogástrica, inclusive por hérnia de hiato.

- Coordenação da êmese: Núcleos do tronco encefálico – incluindo o núcleo do trato solitário, núcleos dorsais do vago e frênico, núcleos medulares que regulam a respiração e núcleos que controlam os movimentos faríngeos, faciais e linguais – coordenam o início dos vômitos. As vias da neurocinina NK1, serotonina 5-HT3 e vasopressina participam dessa coordenação.

Dianósticos diferenciais: Esofagites (infecciosas, eosinofílicas, pós irradiação, por

medicamentos, corrosivas), esofagite crônica (sangramento e estenose), adenocarcinoma, dispepsia não ulcerosa, úlcera péptica gastroduodenal, doença do trato biliar, distúrbios motores do esôfago e SCA.

3.1.2 Questionamentos e percepções

- Atentar para para a crescente incidência de casos de adenocarcinoma de esôfago.
- A história clínica ainda é essencial à investigação dos sintomas esofágicos. Detalhes importantes são aumento ou redução do peso, hemorragia digestiva, hábitos dietéticos (inclusive horários das refeições), tabagismo e ingestão de álcool;
- Acredito que uma EDA deveria ser solicitada, pois além de ser terapêutica caso feche o diagnóstico de Mallory-Weiss (colocação de clipe sobre ruptura ou injeção com etanol/epinefrina) ainda descartaria esofagites ou outras complicações de uma possível DRGE;
- Transfusão de plaquetas e PCF devem ser revisados a partir dos resultados dos exames coagulatórios (TAP, KPTT) e ponderados de acordo com o quadro clínico do paciente. Pensar em transfusão de plaquetas de forma profilática se $<5.000/mm^3$.
- Fitomenadiona (vit. K1) ajuda no tratamento de hemorragia ou risco de hemorragia como resultado de hipoprotrombinemia grave de diversas etiologias, é um fator de prócoagulação. Como componente do sistema carboxilase hepático, a vitamina K1 está envolvida na carboxilação pós-translacional dos fatores de coagulação II (protrombina), VII, IX e X, e dos inibidores de coagulação, proteína C e proteína S.
- O ácido tranexâmico possui forte atração pelo sítio de ligação da lisina no plasminogênio e na plasmina, inibindo por competição tanto a ativação, quanto a ação da plasmina. Sua ação, portanto, se faz na fase posterior à formação do coágulo ou, mais precisamente, alargando o tempo de dissolução da rede de fibrina. Não ativa a cascata da coagulação. Sua ação preserva o coágulo, tornando o mecanismo hemostático mais eficiente, reduzindo a intensidade e os riscos de sangramento.

3.2 CASO CLÍNICO 2

D.K, 64 anos, sexo masculino, procedente e residente de Foz do Iguaçu.

S.

Paciente com queixa de picada de cobra jararaca em perna esquerda enquanto trabalhava. Relata dor com náuseas e vômitos. Trouxe a cobra consigo para comprovação.

Refratário ao uso de medicamentos orais.

Nega alergias e comorbidades.

O.

Ex. Geral: BEG, LOTE, corado, hidratado, anictérico, afebril.

Oroscopia e otoscopia: sem alterações.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: Plano, flácido. RH+ nos quatro quadrantes. Indolor à palpação superficial e profunda.

Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias.

MMII: Ausência de sinais de TVP, picada em face anterior da perna esquerda.

A.

Picada de cobra jararaca

C.

Suportivos e avaliação

Sintomáticos

Soro antibotrópico (âmp. 10ml): Diluir em 200ml de SF0,9% e correr em 30 min [3 âmp.]

Observações e comentários:

Botrópico: causado por serpentes do gênero Bothrops e Bothrocophias (jararaca, urutu, cruzeira, caissaca).

Crotálico: Gênero Crotalus (cascavel).

Laquético: Lachesis (surucucu-pico-de-jaca, surucutinga).

Elapídico: Micrurus (corais verdadeiras).

3.2.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: Acidente ofídico é o envenenamento causado por toxinas presentes no veneno de serpentes peçonhentas, que exercem ação local e sistêmica, sendo responsáveis pelas

manifestações clínicas. Como as serpentes ocupam ambientes aquáticos e terrestres, os acidentes apresentam elevada incidência, principalmente na zona rural. As principais características de serpentes peçonhentas são: fosseta loreal (orifício entre a narina e olho; órgão sensorial termorreceptor), cabeça triangular, pupila em fenda vertical e presas inoculadoras.

Fisiopatologia: A ação do veneno botrópico apresenta propriedades proteolítica

Manifestações clínicas: Caracterizam-se por sangramentos devido à coagulopatia (gengivorragia, equimoses, hematúria, hematêmese, petéquias, entre outros), hipotensão por hipovolemia consequente a sangramento, sudorese, choque hipovolêmico, insuficiência renal aguda por ação direta do veneno, desidratação e hipovolemia.

Classificação:

- o Acidente leve: forma mais comum, caracterizada por dor e edema local discretos, manifestações hemorrágicas discretas ou ausentes, com ou sem alteração do tempo de coagulação.

- o Acidente moderado: caracterizado por dor e edema evidentes que ultrapassam o segmento anatômico afetado, alterações hemorrágicas locais ou sistêmicas ausentes ou discretas, tempo de coagulação normal ou alterado.

- o Acidente grave: caracterizado por edema intenso e extenso, podendo atingir todo o membro, associado a dor intensa e, eventualmente, presença de isquemia local devido à compressão dos feixes vasos-nervosos, além de manifestações sistêmicas como hipotensão arterial, choque, insuficiência renal aguda ou hemorragias graves. Tempo de coagulação normal ou alterado.

Tratamento: administrar medicações 15 a 20 min antes da soroterapia.

Hidrocortisona 500 mg EV e Prometazina 25 mg IM.

- o Manter elevado e estendido membro afetado;
- o Analgesia e ATB se evidência de infecção secundária;
- o Hidratação vigorosa: manter diurese entre 30 a 40ml/h
- o Fasciotomia: se presença de síndrome compartimental, debridamento de áreas necrosadas e drenagem de abscessos;
- o Transfusão de hemoderivados: se hemorragias graves ou coagulopatias;
- o Se tempo de coagulação permanecer prolongado 24 horas após soroterapia, recomenda-se
- o Ampolas de soro antibotrópico adicionais;

Diagnóstico diferencial:

Dor e edema + Diarreia, dor abdominal, hipertensão, sudorese e bradicardia (sintomas vagais): Lachesis

Dor e edema + Presença de parestesia local e fáceis neurotóxicas, mialgias, colúria ou diminuição do débito urinário: Micrurus

3.2.2 Questionamentos e percepções

- Atentar a importância de analisar o tempo de coagulação (importante para avaliar eficácia da soroterapia);
- Pedir exames como hemograma, exame sumário de urina, eletrólitos, ureia e creatinina (importante avaliação de função renal => efeitos do veneno (necrose tubular renal aguda pode ocorrer nas primeiras 48h).

3.3 CASO CLÍNICO 3

C.P.G, 26 anos, sexo masculino, procedente e residente em Foz do Iguaçu.

S.

Resumo do caso: Paciente proveniente da UPA (internado desde ontem) com histórico de febre não aferida, mialgia e poliartralgia intensa, dor retrocular, diarreia, náuseas e vômitos com dores abdominais há 7 dias evoluindo com perda da acuidade visual, aumento das dores abdominais há 1 dia. Relata que mãe e primo tiveram diagnóstico de Dengue há 45 dias atrás.

Alega ter esquizofrenia, faz tratamento com Haldol, Olanzapina e ‘Actinon’ (sic).

O.

Ex. Geral: REG, LOTE, corado, anictérico, acianótico, fáscie atípica, ativo e colaborativo.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: Plano, flácido. RH+ nos quatro quadrantes. Doloroso à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias.

Ex. Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.

A.

Arboviroses?

Dengue?

C.

Hidratação vigorosa, proteção gástrica e analgesia.

Solicito exames laboratoriais

Solicito ECG, USG de abdome e Rx de tórax

Reavaliar após exames

Manter paciente em UCP

Observações e comentários: Os pacientes com aumento de hematócrito significativo ou com menos de 100.000 plaquetas/mm³ devem ser internados e mantidos em observação, com hidratação via oral ou parenteral se necessário. Em caso de melhora clínica e laboratorial o paciente pode ser liberado em 24-48 horas. Em pacientes com manifestações leves de dengue hemorrágica, pode ser considerado acompanhamento ambulatorial com visitas frequentes, mas nesse caso deve ser indicada internação se: PA < 90/60 mmHg, hematócrito > 50%, plaquetas < 50.000 cél/mm³ e sangramento maior que apenas petéquias.

3.3.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: A doença é transmitida por um Arbovírus do gênero Flavivirus e da família Flaviviridae. Existem 4 sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN4.

Fisiopatologia: O vírus entra no hospedeiro após a picada do inseto e circula até atingir células-alvo, onde irá replicar, principalmente no sistema linfático. Após a fusão das membranas da célula e do vírus, o RNA do vírus entra no citoplasma das células afetadas, com translocação das proteínas virais e intensa replicação do vírus. Após cerca de 5 a 6 dias ocorre viremia, que causa febre, calafrios, cefaleia e mialgias. Após cerca de 6 dias da infecção, ocorre produção de anticorpos do tipo IgM e posteriormente IgG, que bloqueiam a disseminação da infecção e o alastramento desta para outros tecidos.

Quadro clínico: A dengue clássica caracteriza-se pelo início súbito de febre alta, que costuma ser o primeiro sintoma, mialgia, cefaleia, dor retro-ocular, astenia, náuseas, vômitos, que surgem após um período de incubação que varia de 3 a 10 dias, com duração do quadro febril usualmente de 5 a 7 dias.

Na dengue clássica podem ainda ocorrer manifestações hemorrágicas, como epistaxe, gengivorragia, petéquias e prova do laço positiva. Os sintomas duram de 3 a 7 dias, mas a fase de convalescença pode durar semanas. A dengue hemorrágica caracteriza-se pelo aumento da

permeabilidade vascular, sem lesão endotelial, com extravasamento de plasma para o interstício; é caracterizada por 4 manifestações: febre, plaquetopenia, hemoconcentração e tendência hemorrágica.

Diagnósticos diferenciais: febre amarela, malária, chikungunya, leptospirose, ebola, influenza, rubéola.

Tratamento: A dengue não tem tratamento específico, consiste em medidas gerais como: registro dos sinais vitais, classificação de grupo, alívio de sintomas e reposição volêmica; terão especificidades dependendo do grupo de classificação de cada paciente.

3.3.2 Questionamentos e percepções

- Como já se passaram 6 dias a partir das manifestações, sorologias para Dengue podem ser solicitadas;
- Como o paciente apresenta febre por até 7 dias , com mialgia, dor retrocular acompanhados de sinais de alerta (dor abdominal persistente) este se enquadra ao grupo B; entretanto, é necessário revisar Hematócrito e plaquetas p/sinais de dengue hemorrágica.
- Lembrar que a dosagem de plaquetas deve ser realizada a cada 12 horas. Pacientes com suspeita de quadro hemorrágico significativo devem receber 5 ml/kg de concentrado de hemácias. Em pacientes com disfunção hepática e alteração do tempo de protrombina, há indicação de vitamina K.
- Pensar em diagnósticos diferenciais como Chikungunya, pois apresenta um quadro similar ao da dengue, mais debilitante de dores (paciente apresenta mialgia e poliartralgia debilitante), que cursam com tempo mais prolongado de sintomas. A Chikungunya não costuma cursar com choque e quadros de hemorragias como na dengue, e a doença ainda não se tornou endêmica no país.
- Relembrar que a infecção por Chikungunya pode causar neurite óptica secundária, que pode estar relacionada ao quadro de diminuição da acuidade visual do paciente.

3.4 CASO CLÍNICO 4

L.A.G, 28 anos, sexo feminino.
S.

Resumo do caso: Transferida da UPA devido hipótese de pancreatite aguda. Relata que há 6 dias iniciou quadro de dor epigástrica de forte intensidade com irradiação para hipocôndrios bilaterais, associado a náusea e vômitos. Nega febre, acolia fecal e disúria. Após realização de exames na UPA evidenciando aumento de amilase, enzimas canaliculares, enzimas de lesão hepática e hiperbilirrubinemia direta.

Nega alergias medicamentosas, comorbidades prévias, tabagismo e etilismo.

O.

Ex. Geral: REG, LOTE, hiorrada (+/4+), icterícia (2+/4+), acianótica, fásicie atípica, ativa e colaborativa.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: Plano, flácido. RH+ diminuídos nos quatro quadrantes. Doloroso à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias.

Ex. Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.

A.

Dor abdominal + icterícia a/e

Pancreatite aguda litiásica?

C.

Mantenho jejum

Exames laboratoriais (HMG, função renal, eletrólitos, enzimas hepáticas e canaliculares, marcadores inflamatórios, parcial de urina), Rx tórax.

USG abdome para descartar causa litiásica.

Observações e comentários: Pacientes com pancreatite aguda geralmente apresentam hipovolemia importante secundária ao sequestro de líquido, necessitando de hidratação volêmica agressiva para melhorar a perfusão tecidual pancreática e tentar evitar o desenvolvimento de necrose pancreática e prevenir a evolução para formas graves. Como não há como antecipar as necessidades de reposição volêmica, os pacientes devem ser monitorados continuamente para avaliar a efetividade do tratamento. Os critérios utilizados são o hematócrito, débito urinário, frequência cardíaca, azotemia e turgor cutâneo. No caso de pacientes com comorbidades como insuficiência renal ou cardiopatias, pode ser necessária a utilização de monitorização invasiva. A maioria dos pacientes apresenta quadro de pancreatite aguda leve que responde satisfatoriamente ao tratamento clínico, com resolução dos sintomas e normalização dos níveis séricos de amilase e lipase. Nestes pacientes, é reiniciada a dieta com líquido sem resíduos, e evoluída progressivamente para evitar dor pós-prandial e recidiva da pancreatite.

3.4.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: é definida como um processo inflamatório agudo do pâncreas com envolvimento variável de outros tecidos regionais ou sistemas orgânicos. A pancreatite deve sempre ser considerada aguda, salvo prova em contrário fornecida por tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE). A pancreatite aguda grave é definida como um quadro de disfunção orgânica importante e/ou presença de complicações locais (necrose, abscesso ou pseudocisto).

Etiologia: colelitíase, etilismo, hipertrigliceridemia, pós-CPRE, drogas, autoimune, hereditária, trauma, infecções, hipercalcemia, pós-operatório.

Manifestações clínicas: O principal sintoma é dor abdominal, geralmente é aguda, de instalação súbita, sem pródromos, localizada na porção superior do abdome, com irradiação dorsal e de intensidade moderada a forte, apresentando piora com a alimentação ou uso de álcool. Nos casos de etiologia biliar, a dor tende a ser mais localizada no hipocôndrio direito e pode ter início mais gradual, já que se confunde com a cólica biliar.

Os achados do exame físico são proporcionais à gravidade do quadro de pancreatite. O exame abdominal mostra dor em hipocôndrio direito e/ou epigástrico com defesa muscular, mas raramente com descompressão dolorosa. Pode haver distensão abdominal e diminuição da peristalse em decorrência do íleo adinâmico determinado pelo processo inflamatório pancreático. Taquicardia e hipotensão variáveis são decorrentes da hipovolemia secundária ao sequestro de líquido.

Tratamento: A base do tratamento é o suporte clínico e a suspensão da ingesta oral, já que ainda não há tratamento específico para a pancreatite. Este suporte clínico consiste em manutenção da perfusão tecidual através de reposição volêmica vigorosa e manutenção da saturação de oxigenação, analgesia e suporte nutricional.

3.4.2 Questionamentos e percepções

- Lembrar que alguns achados são específicos de algumas complicações da pancreatite aguda. Alterações da ausculta pulmonar podem ser indicativas do derrame pleural, comumente à esquerda, que pode acompanhar os casos de maior gravidade. A presença de equimose em flanco esquerdo (sinal de Gray-Turner) ou na região periumbilical (sinal de Cullen) são indicativos de hemorragia retroperitoneal que pode ocorrer em casos de pancreatite grave.

- Os principais achados laboratoriais são leucocitose e hiperglicemia moderada como resultado da resposta inflamatória sistêmica. Há também elevação discreta das transaminases. Caso haja elevação significativa de ALT (acima de 150 UI/l), a etiologia biliar deve ser fortemente suspeitada.

- Os principais exames laboratoriais no diagnóstico da pancreatite são as dosagens de amilase e lipase séricas.
- Atentar que nos casos de pancreatite de etiologia biliar, estes pacientes devem ser submetidos à colecistectomia com colangiografia videolaparoscópica precoce, logo após a normalização da amilase e melhora dos sintomas.

3.5 CASO CLÍNICO 5

C.E.M, 66 anos, sexo masculino, procedente e residente de Foz do Iguaçu.

S.

Resumo do caso: Paciente encaminhado da UPA, pois dia 15/05/19 iniciou quadro de afasia, lentificação da fala e do pensamento, disartria e redução da mobilidade. Nega síncope, cefaleia ou outros sintomas associados. Paciente com histórico de AVCi, HAS, em uso de Marevan (5mg), Carvedilol (6,25mg), Enalapril (10mg), Sinvastatina (40mg), Acertil (10mg). Realização de angioplastia há 1 ano. Nega tabagismo, uso de álcool ou outras drogas.

-TC de crânio (15/05/2019): Hipodensidade no lobo parietal e occipital esquerdo, com perda de diferenciação cortico e subcortical, achados relacionados a evento isquêmico agudo.

-ECOCARDIOGRAMA (23/02/19): Ectasia da aorta ascendente. Prótese mecânica em posição aórtica. Calcificação leve do anel mitral. VE com função sistólica normal e disfunção diastólica grau I. AE com dimensões normais, imagem ecogênica anterior da valva mitral ao septo interatrial medindo 12x11mm sugestivo de trombo.

O.

Ex. Geral: REG, lúcido porém não orientado em tempo e espaço, corado, anictérico, acianótico, eupnêico, apirético, bom estado nutricional, boa higiene, fâscie atípica, ativo e colaborativo.

Oroscopia: S/ alterações.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: Plano, flácido, presença de cicatriz retílinea (cirurgia cardíaca prévia). RH+ nos quatro quadrantes. Indolor à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias e de circulação colateral.

Ex. Neurológico: Afasia, disartria, lentificação da fala e do pensamento, presença de déficit cognitivo, comprometimento de memória anterógrada. Força e tônus muscular preservados. Mobilidade ativa e

passiva preservadas. Mobilidade ocular e reflexos fotomotores preservados com pupilas isocóricas. ECG 14 (AO4 RV4 RM6).

Ex. Membros inferiores: Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas. Ausência de edema, lesões de pele, sinais flogísticos ou deformidades articulares. Panturrilhas livres, sinais de Homans, Bandeira e Bancroft negativos.

A.

AVCi

C.

Suporte clínico (prescrevo sintomáticos e anticoagulante)

Faço recomendações gerais de cuidado

Solicito fisioterapia motora

Solicito exames de rotina (laboratoriais e de imagem)

Solicito avaliação da neurocirurgia

3.5.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: um déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não vascular, com duração maior que 24 horas (ou menor, mas levando a morte).

Fiopatologia: Alterações estruturais e funcionais começam a ocorrer após a agressão isquêmica. Surge uma região de infarto cerebral propriamente dito, na qual o dano funcional e estrutural é irreversível, e uma outra região funcionalmente comprometida, porém estruturalmente viável, denominada zona de penumbra isquêmica. Os principais mecanismos do AVCi e do AIT são: trombose de grandes vasos, cardioembolismo, trombose de pequenas artérias, arterites, hipercoagulopatias e dissecação arterial.

Manifestações clínicas: A apresentação clínica depende da região cerebral comprometida, podendo ocorrer afasia, parestesia, cefaleia, hemiparesia, disartria, desvio de rima labial, ataxia, hemianopsia, rebaixamento do nível de consciência etc.

Tratamento:

Tratamento PA: Paciente não candidatos a trombólise manter PAS<220mmHg e PAD<120mmHg

Paciente candidato a trombólise manter PAS<185mmHg e PAD<110mmHg

Medicamentos: Labetalol 10-20mg EV ou Nitroprussiato de sódio 0,1-0,3 umg/kg/min

Tratamento trombolítico (tempo de evolução do quadro neurológico não deve ter passado 4,5h): Alteplase 0,9 mg/kg IV em 60 min, sendo 10% da dose em bolus no primeiro minuto.

Antiagregantes plaquetários: AAS 325mg/dia por 15 dias e após manter 100mg/dia. Pacientes com alergia a AAS, clopidogrel 75mg/dia.

Anticoagulantes: Não há benefício rotineiro na fase aguda de AVCi.

3.5.2 Questionamentos e percepções

- Atentar a terapia de suporte que deve incluir: ventilação s/n; dieta zero nas primeiras 24h (possibilidade de vômito/aspiração traqueal); manter glicemia <180 mg/dl; cabeceira elevada a 0° e repouso absoluto; hidratação basal (cristaloide 2l/24h); manter TA°C<37,8; profilaxia de complicações não neurológicas; fisioterapia motora e respiratória.
- Lembrar que a escala de NIHSS é essencial para avaliação e acompanhamento de pacientes pós trombólise;
- NO HOSPITAL NÃO SE FAZ TROMBÓLISE (Será que por causa do tempo mesmo ou “medo” de aumentar o risco de sangramento ou por desconhecimento?)
 - Lembrar que a correta indicação e utilização do trombolítico ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA), diminui a morbidade em 30%. A maioria dos AVCs se deve à obstrução de uma artéria no cérebro por causa de um coágulo de sangue, o tratamento imediato com trombolíticos pode restaurar o fluxo sanguíneo antes de ocorrerem grandes danos cerebrais. Isso poderia aumentar a probabilidade de as pessoas se recuperarem depois do AVC.
 - O tratamento com a rtPA é subutilizado no mundo todo, inclusive no Brasil, seja por extrapolar o tempo máximo para administração de 4,5 horas após o início dos sintomas (janela terapêutica), seja por ser desconhecida (liberação relativamente recente), ou por aumentar a probabilidade de hemorragia. Uma extensa literatura, em vários países, tem tentado compreender quais os fatores que limitam a adesão dos médicos às diretrizes, apontando barreiras organizacionais, de fatores relacionados a pacientes e ao processo de implementação da diretriz.

3.6 CASO CLÍNICO 6

M.E.J, 83 anos, sexo feminino, procedente e residente em Foz do Iguaçu.

S.

Resumo do caso: Paciente encaminhada da UPA, transferida via SAMU devido a dispneia e hipotensão. Paciente internada na UPA desde o dia 15/05/19 devido a anemia e ITU (sic). Acompanhante relata que paciente tem degeneração neurológica senil (sic) com necessidade de acompanhamento para atividades básicas diárias há 5anos. Nega que paciente possui comorbidades prévias e alergias medicamentosas. Relata cirurgia de perineoplastia há 5 anos e osteossíntese em fêmur esquerdo em dezembro/2018. Relata que paciente é ex tabagista (não sabe referir a carga tabágica).

O.

Ex. Geral: MEG, não está lúcida e nem orientada em tempo e espaço, hipocorada (+/+4), desidratada (++/+4), anictérica, acianótica, eupnêica, apirética no momento, bom estado nutricional, boa higiene, fáscie atípica, não ativa e não colaborativa, pouco responsiva.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Abdome: plano e flácido. RH+ nos quatro quadrantes. Indolor à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias e de circulação colateral.

Ex. Neurológico: Afasia, presença de déficit cognitivo e de interação. Força e tônus muscular diminuídos em membros superiores e inferiores. Mobilidade ativa e passiva reduzidas. Mobilidade ocular e reflexos fotomotores preservados com pupilas isocóricas. ECG 13 (AO4 RV3 RM6).

Ex. Membros inferiores: Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas. Ausência de edema, lesões de pele, sinais flogísticos ou deformidades articulares. Panturrilhas livres, sinais de Homans, Bandeira e Bancroft negativos.

A.

AVCi? Degeneração senil? Anemia A/E

ITU? Sepses de foco urinário? Desnutrição?

C.

Suporte clínico

Solicito exames laboratoriais com culturas

Início antibioticoterapia com Ceftriaxona

Solicito TC de crânio

Solicito avaliação de neurocirurgia

Observações e comentários: Atentar para as causas reversíveis e tratáveis de síndromes demenciais: deficiência de vitamina B12 e folato, hipotireoidismo, depressão (pseudodemência), doenças infecciosas (sífilis e tuberculose), hidrocefalia de pressão normal, tumores, hematoma subdural, intoxicação medicamentosa, etilismo, vasculites, hiperparatireoidismo, insuficiência adrenal, renal, hepática e pulmonar. Outros diagnósticos: Demência Vascular, demência com corpos de Lewy, doença de Alzheimer, demência frontotemporal.

3.6.1 Correlação Teórico-Prática

Definição de sepse: Presença de disfunção orgânica ameaçadora a vida secundária a resposta desregulada do organismo à infecção. Essa disfunção é diagnosticada pelo aumento em 2 ou mais pontos no score SOFA.

Definição de choque séptico: Quadro de sepse associada à hipotensão que persiste após ressuscitação com fluidos e necessita de vasopressor para manter uma PAM > 65 mmHg e lactato acima de 2 mmol/L (18 mg/dl).

Fisiopatologia: O aspecto comum é a exposição a um patógeno invasor ou à sua toxina, desencadeando uma resposta imunológica e inflamatória com o intuito de controlar essa ameaça ao organismo. Essa resposta pode ser excessiva, ocasionando ativação de neutrófilos, monócitos, plaquetas, estimulação da coagulação e redução da fibrinólise. Lesões endotelial e microvascular difusamente causam e/ou pioram a perfusão tecidual, contribuindo para o círculo vicioso encontrado em pacientes com choque séptico.

- o Resposta imune e inflamação: respostas imunológicas específicas ou adaptativas são específicas para cada tipo de microorganismo, amplificando a resposta imune inata; a ativação de uma extensa rede de mediadores pró-inflamatórios pelo sistema imune desempenha lesão e disfunção orgânica;

- o Fatores pró-coagulantes: a ativação da cascata de coagulação causa trombose microvascular e piora ainda mais a inflamação;

- o Fluxo microcirculatório: a formação de microtrombos, agregados de plaquetas, monócitos e neutrófilos, edema das células endoteliais e diminuição da capacidade de formação de hemácias agrava o fluxo piorando a lesão endotelial;

o Lesão endotelial: a liberação de citocinas e óxido nítrico aumentam a atração e migração de células para os locais de infecção, elas tornam-se deletérias por promoverem trombose microvascular, coagulação intravascular disseminada, aumento da permeabilidade capilar e hipotensão.

Achados clínicos: taquicardia, hipoxemia, taquipneia, febre ou hipotermia, oligúria, infecções tropicais etc.

Diagnósticos diferenciais: Acometimento cardiovascular (insuficiência cardíaca descompensada, choque cardiogênico); pulmonar (embolia pulmonar, SDRA); neurológico (hemorragia subaracnóideia); abdome (pancreatite aguda); variadas ou sistêmicas (crise addisoniana, anafilaxia, intoxicação aguda).

3.6.2 Questionamentos e percepções

- Medicamentos de primeira escolha para sepse de foco urinário: Levofloxacina ou Moxifloxacina ou Piperacina-Tazobactam ou Ceftriaxona; atentar para importância de descrever os sinais vitais SEMPRE na admissão e evolução dos pacientes;
- Todo paciente em suspeita de quadro de sepse deve-se solicitar: gasometria arterial, lactato, exames gerais, urina, PCR, 2 pares de hemoculturas, cultura de sítios suspeitos, Rx+ECG de leito, USG POC;
- Oferecer tratamento com antibióticos IV imediatamente; ressuscitação volêmica agressiva se hipotensão ou lactato alto (cristaloides 30ml/kg nas primeiras 3h, fluidos adicionais S/N);
- Não tolerar PAM < 65 mmHg (Noradrenalina=>Hidrocortisona=>Vasopressina ou Epinefrina...);
- Outros tópicos importantes: Transfusão de hemácias (Se Hb < 7g/dl), controle glicêmico (< 180 mg/dl), profilaxia TEP/TVP e sangramento TGI, hipoxemia persistente (avaliar necessidade de IOT e VM);
- Sempre lembrar que a população idosa é particularmente propensa a problemas nutricionais devido a fatores relacionados com as alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doença crônica, uso de várias medicações, problemas na alimentação (comprometendo a mastigação e deglutição), depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional;
- Para iniciar uma avaliação em um paciente com comprometimento cognitivo e com uma possível síndrome demencial, a anamnese clínica e o exame neurológico são de

extrema importância (SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM CUIDADOS MULTIPROFISSIONAL DE SUMA IMPORTÂNCIA).

3.7 CASO CLÍNICO 7

A.R.G, 71 anos, sexo masculino.

S.

Paciente relata que há 8 dias iniciou quadro de dispneia, acompanhada de tosse com expectoração (com presença de laivos de sangue) e febre não mensurada. Além disso, refere perda de peso (10 kg no último mês). Nega diarreia, vômito ou outros sintomas associados.

Nega uso de medicamentos contínuos e comorbidades. Nega alergia a medicamentos.

Tabagista de longa data (47 anos/maço).

O.

Ex. Geral: REG, LOTE, corado, anictérico, acianótico, eupnêico, apirético, fâscie atípica, ativo e colaborativo.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF sem sopros. MV+ audível universalmente com presença de roncos esparsos principalmente em pulmão esquerdo.

Ex. Abdome: plano, flácido, ausência de cicatrizes e circulação colateral. RH+ nos quatro quadrantes. Indolor à palpação superficial e profunda. Som timpânico à percussão. Sinal de Murphy e Blumberg negativos. Ausência de visceromegalias.

A.

Pneumonia/exarcebação DPOC

Síndrome consuptiva – Neoplasia pulmonar?

C.

Prescrevo sintomáticos

Prescrevo broncodilatadores corticoide sistêmico

Solicito Rx de tórax PA e perfil

Solicito exames laboratoriais de admissão

Prescrevo Ceftriaxona e Azitromicina

Reavaliação clínica – Considerar TC

3.7.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar e que se manifestem em até 48h da admissão à unidade assistencial.

Pacientes portadores de pneumonia que estiveram hospitalizados por dois ou mais dias nos últimos três meses, provenientes de asilos ou de casas de saúde; aqueles que receberam antibióticos por via endovenosa, quimioterapia, ou tratamento de escaras no último mês; ou que estejam em tratamento em clínicas de diálise, devem ser considerados como apresentando pneumonia nosocomial ou pneumonia associada aos cuidados da saúde, que têm abordagem diferente.

Etiologia: A pneumonia pode ser causada por uma variedade de organismos. Sendo eles: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella pneumophila*, *Klebsiella pneumoniae* e agentes atípicos como: *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetti* e *Chlamydia psittaci*.

Manifestações clínicas: Tosse (produtiva, podendo haver expectoração mucoide, mucopurulenta ou hemoptoico, ou improdutivo), dispneia, dor torácica ventilatório-dependente e manifestações sistêmicas como: febre, cefaleia, vômitos, diarreia, mialgia, fadiga, queda do estado geral.

Tratamento: No ambulatório, é feita com macrolídeos, como Azitromicina 500mg/dia por 5 dias ou Claritromicina 500 mg 12/12h por 7 dias ou fluoroquinolonas respiratórias, como Levofloxacino 500 mg/dia por 7 dias.

No hospital, é recomendado Levofloxacino 500mg/dia em pacientes sem terapia prévia, e para pacientes com terapia prévia: Moxifloxacino 400mg/dia ou Ceftriaxona 2g/dia associado a Claritromicina 500mg 12/12h ou Azitromicina 500mg/dia.

Diagnósticos diferenciais: tuberculose, câncer de pulmão, traqueobronquite, sinusite, embolia pulmonar, edema pulmonar, corpo estranho, aspiração química, doenças ocupacionais, dor muscular torácica.

3.7.2 Questionamentos e percepções

- Atentar que o escore CURB-65 tem a intenção de auxiliar na decisão de tratamento ambulatorial e internação hospitalar. Diante de um score entre 0 ou 1, é importante levar em conta .
- O diagnóstico de pneumonia é obtido através da associação de anamnese e exame físico com exames complementares (Rx tórax PA e perfil, hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia, saturação de oxigênio, hemocultura em pacientes com PAC grave).
- A pneumonia recorrente é uma complicação comum da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e uma causa frequente de exacerbação da DPOC, por isso é importante relacionar os sintomas clínicos à espirometria com broncodilador (relação $VEF1/CVF < 0,7$), que no paciente com DPOC não terá melhora do quadro. Prestar atenção nos exames de imagem, pois o Rx de tórax evidenciará hiperinsuflação pulmonar e bolhas).

3.8 CASO CLÍNICO 8

F.M.S, 83 anos, sexo feminino.

Resumo do caso: Paciente encaminhada da UPA com suspeita de pneumonia e ICC. Realizado IOT devido insuficiência respiratória aguda e acesso em veia jugular interna direita. Iniciado noradrenalina e ATB.

Laboratório sem sinais de infecção. ICC descompensada?

Sem familiares para esclarecer sobre internamentos, cirurgias prévias, comorbidades, alergia a medicamentos.

Objetivo: REG, IOT, VM-AC, sedada, RASS-3, hipocorada 1+/4, hipohidratada 1+/4, acianótica, anictérica, afebril, hemodinamicamente estável com DVA com 28ml/h de noradrenalina e 15ml/h de sedação.

Sv: FR 18 bpm; FC 116 bpm; PA 124/78 mmHg; Sat 99%; VM-A/C: Vol 380; peep 7; FO2 100%.

ACV: RCR 2T BNF sem sopros.

AR: MV+ audível universalmente com presença de estertores crepitantes em base esquerda.

AB: Flácido, plano, hérnia umbilical redutível. RH+ e diminuídos. Som timpânico à percussão.

MMII: Hipoperfundidos, panturrilhas livres. Ausência de sinais flogísticos.

A.

ICC descompensada?

Pneumonia?

Laboratório: S/ sinais de infecção, PCR baixo, s/ distúrbio eletrolítico e função renal preservada.

P.

Solicito laboratório de admissão

Solicito ECG, ECO cardio, RX tórax

Solicito culturas

Prescrevo sintomáticos

Ponderar antibiótico e antiviral

3.8.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: Insuficiência cardíaca (IC) é definida como um estado de inadequação da capacidade cardíaca em fornecer perfusão adequada para as demandas periféricas. ou ainda quando o coração consegue fornecer um débito adequado, mas à custa de uma pressão de enchimento ventricular aumentada. J; uma síndrome complexa e que resulta de qualquer dano estrutural ou funcional do pericárdio, miocárdio, endocárdio, valvas ou grandes vasos, além de certas desordens metabólicas.

Classificações:

- o *New York Heart Association* (NYHA): classifica os pacientes de acordo com o grau de limitação funcional
- o *American Heart Association/American College of Cardiology* (AHAJACC): focaliza nos estágios de desenvolvimento da IC

Fisiopatologia: A IC descompensada caracteriza-se por pressões de enchimento de ventrículo direito e esquerdo elevadas, queda do débito cardíaco (com FE normal ou diminuída) e aumento da resistência vascular periférica. A resposta inicial a uma queda no débito cardíaco é o aumento da pré-carga (pressão de enchimento ventricular) e da pós-carga (resistência vascular periférica), para manter a pressão arterial e a perfusão sistêmica. Entretanto, a performance ventricular não aumenta, mas é, na realidade, comprometida ainda mais em virtude dos aumentos nas pré e pós-carga, e porque a regurgitação pelas valvas atrioventriculares aumenta desproporcionalmente com qualquer aumento de volume sistólico. O aumento nas cargas ventriculares acaba por aumentar o estresse da parede ventricular e o consumo de O₂ pelo miocárdio, levando a piora na função miocárdica (sistólica e/ou diastólica) e a descompensação aguda.

Manifestações clínicas: É importante tentar classificar os pacientes em um dos seguintes grupos de acordo com o grau de congestão ("seco ou úmido"), e de acordo com o grau de perfusão tecidual ("quente ou frio").

A: paciente com boa perfusão periférica e sem sinais de congestão ("quente e seco").

B: paciente com boa perfusão periférica, mas com sinais de congestão ("quente e úmido").

C: paciente apresenta perfusão periférica ruim e há sinais de congestão ("frio e úmido").

D: paciente apresenta perfusão periférica ruim, mas não apresenta congestão ("frio e seco").

Tratamento: Os objetivos são reverter as anormalidades hemodinâmicas agudas, aliviar rapidamente os sintomas, investigar causas tratáveis de descompensação, evitar a morte no curto prazo, iniciar tratamentos que irão diminuir a progressão da doença e melhorar a sobrevida a longo prazo.

Diagnósticos diferenciais: embolia pulmonar, DPOC, doenças pulmonares restritivas, transtornos psiquiátricos etc.

3.8.2 Questionamentos e percepções

- Por que não foi feito o exame neurológico e ECG?
- Nos exames laboratoriais não há sinais de infecção, pneumonia seria uma boa hipótese? Rx de tórax será importante para cancelamento do diagnóstico.
- A avaliação do paciente que chega ao departamento de emergência com dispneia e suspeita de IC deve passar inicialmente por história clínica e exame físico bem feitos.
- Lembrar de incluir na avaliação todos os fatores que podem ter precipitado a descompensação da IC, sendo isso fundamental para o tratamento. Muitos pacientes com IC são idosos, muitos são diabéticos, por isso os achados clínicos poderão ser mais sutis ou discretos.
- Se há suspeita de ICC, é importantíssimo avaliar TREC, características do pulso, estase jugular, avaliação de ictus e frêmitos, avaliação de congestão hepática etc além da classificação com relação a perfusão e congestão que serão a base para manejo e escolha terapêutica.
- Não esquecer que exames complementares são necessários na maioria dos pacientes e incluem: ECG, raio X de tórax, eletrólitos, função renal, exames para auxílio

diagnóstico e prognóstico (peptídeos natriuréticos e troponinas) e conforme a suspeita clínica (p. ex., de fatores precipitantes da descompensação).

3.9 CASO CLÍNICO 9

F.M.S, 83 anos, sexo feminino.

Resumo do caso: Paciente com história de seqüela de AVCi, DM, HAS e hipotireoidismo sendo trazida pelo SAMU da UPA, apresentando sonolência, inapetência, confusão mental que iniciou no dia 05/07/19 com diagnóstico prévio de sepse de foco urinário, iniciado ATB de forma empírica. Nega cirurgias prévias, tabagismo e álcool.

Medicações que faz uso:

Carvedilol 3,12mg 1-0-1

Enalapril 20mg 1-0-1

HCTZ 25 mg 1-0-0

Sinvastatina 40mg 0-0-1

Digoxina 0,25 mg 1-0-0

Levotiroxina 125 mcg 1-0-0

Metformina 850 mg 1-0-0

Omeprazol 20mg 1-0-0

Insulina NPH 40 UI (pela manhã) + 30 UI (meio-dia) + 20UI (a noite)

Subjetivo: Sonolenta e confusa.

Objetivo: Confusa, REG, hipocorada 1+/4, desidratada 1+/4, acianótica, anictérica, afebril, hemodinamicamente estável sem DVA, eupneica em AA.

Sv: Taxilar 36,9°C; FR 21 bpm; FC 58 bpm; PA 189/90 mmHg; HGT 241 mg/dl; oximetria 89%.

ACV: RCR 2T bulhas hipofonéticas sem sopros

AR: MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

ABD: Globoso, flácido, RH+ nos quatro quadrantes, dolorido a palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito.

NEURO: ECG 10 (A1 V4 M5), pupilas isofotorreativas.

MMII: Redução da mobilidade ativa e passiva. Ausência de sinais flogísticos.

A.

Pielonefrite?

Sonolência A/E

P.

Solicito laboratório de admissão

Solicito ECG, ECO cardio, RX tórax e TC crânio

Solicito culturas

Prescrevo sintomáticos

Início ATB

Monitorização

Hidratação

3.9.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: infecção de trato urinário (ITU) se define pela presença de patógenos microbianos no trato urinário, já que se considera que a urina normal seja estéril. Sua classificação, geralmente, é baseada no seu sítio: Bexiga (cistite); Rim (pielonefrite); Urina (bacteriúria).

Fisiopatologia: As infecções de trato urinário se desenvolvem em mulheres quando uropatógenos da flora fecal colonizam o introito vaginal. Entre os fatores do micro-organismo estão a virulência e a resistência a antimicrobianos. O agente mais frequente causador de ITU é *Escherichia coli* (75-95% dos casos).

Os fatores mais importantes relacionados ao hospedeiro são: idade, fatores comportamentais, diabetes mellito, lesão espinhal, cateterização vesical e gravidez .

Manifestações clínicas: Febre, sinal de Giordano, dor costovertebral, náuseas e vômitos são sugestivos de pielonefrite. A grande maioria dos pacientes apresenta sintomas de ITU baixa, como disúria e polaciúria. A pielonefrite pode, no entanto, ser oligossintomática, principalmente em certos grupos, como gestantes. Assim, considera-se difícil o diagnóstico clínico de pielonefrite. Na suspeita, devem ser realizados exame de urina (urina tipo 1 ou sedimento urinário) e urocultura com antibiograma.

Diagnósticos diferenciais: Vaginites e uretrites.

Tratamento: Devem ser realizados exame de urina (urina tipo 1 ou sedimento urinário) e urocultura com antibiograma. O tratamento inicial deve ser empírico oral ou parenteral, com internação hospitalar, de acordo com o estado geral do paciente. As opções são:

- o Ciprofloxacina: 400 mg IV ou 500 mg VO de doze em doze horas.

- o Ceftriaxone: 1 a 2 g IM/IV; uma vez ao dia.
- o Aminoglicosídeo via intramuscular ou endovenosa em dose única diária: amicacina 15 mg/kg ou gentamicina 5 mg/kg.

3.9.2 Questionamentos e percepções

- Febre, sinal de Giordano, dor costovertebral, náuseas e vômitos são sugestivos de pielonefrite. A grande maioria dos pacientes apresenta sintomas de ITU baixa, como disúria e polaciúria. A pielonefrite pode, no entanto, ser oligossintomática, principalmente em certos grupos, como gestantes. Assim, considera-se difícil o diagnóstico clínico de pielonefrite. Na suspeita, devem ser realizados exame de urina (urina tipo 1 ou sedimento urinário) e urocultura com antibiograma.
 - Lembrar que o exame definitivo para o diagnóstico de ITU é a urocultura, que deve ser colhida antes da introdução de antibióticos.
 - Será que pielonefrite foi a melhor hipótese diagnóstica? A paciente apresenta sonolência, inapetência, confusão mental e histórico de sepse de foco urinário, entretanto deve-se pensar em outras causas de rebaixamento de nível de consciência (Paciente com ECG 10), pois os sinais vitais estão estáveis (excluindo assim sepse e choque séptico). Outras causas a pensar são distúrbios metabólicos e sistêmicos como por exemplo hipotireoidismo grave, distúrbios eletrolíticos, desidratação etc.
 - Atentar que a paciente tem histórico de AVCi prévio, não poderia ser um AIT ou novo AVC? Lembrar que idosos muitas vezes apresentam sinais e sintomas que fogem do comum e do mais esperado.

3.10 CASO CLÍNICO 10

P.S, 57 anos, sexo masculino, procedente e residente de Foz do Iguaçu.

S.

Paciente relata que hoje iniciou quadro de dor em testículo esquerdo que se irradia para fossa íliaca e membro inferior do mesmo lado, com piora da dor a movimentação. Nega febre, vômito, diarreia, disúria ou outros sintomas associados.

Nega alergia a medicamentos, doenças crônicas e uso de medicamentos contínuos.

O.

Exame físico geral: REG, LOTE, eupnêico no momento, normocorado, acianótico, anictérico, hidratado, afebril, ativo e colaborativo.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. abdome: plano, flácido. RH+ nos quatro quadrantes, dolor a palpação superficial e profunda em região hipogástrica e inguinal, som timpânico a percussão. Sinais de Murphy, Blumberg e Giordano negativos. Ausência de visceromegalias.

Inspeção genital: Dor a palpação em testículo esquerdo com presença de edema. Ausência de lesões.

A.

Torção testicular?

Hidrocele?

Epididermite?

Prostatite?

P.

Solicito exames laboratoriais de admissão, incluindo PSA.

Prescrevo analgésicos para dor.

Solicito USG bolsa escrotal.

Observações e comentários: Um quadro de escroto agudo, até que se prove o contrário, deve ser considerado como torção do cordão espermático. As torções podem ser extra ou intravaginais e ocorrem em um terço dos casos de escroto agudo. A extravaginal acomete recém-natos nos primeiros dias de vida, na fase final da fixação dos testículos. Às vezes, passa despercebida, sendo responsável pela quase totalidade dos casos de atrofia testicular detectados no tratamento do criptorquidismo. A maioria dos casos de torção é do tipo intravaginal, ocorrendo em crianças maiores e adultos, sendo o seu pico na puberdade. A dor é o principal sintoma; tem início súbito, é de grande intensidade e não está relacionada a traumas ou exercícios físicos. A precocidade do atendimento facilita o diagnóstico, pois o quadro inicial permite a melhor identificação das alterações do cordão. O testículo pode encontrar-se elevado, fixo, com o epidídimo em posição medial. A presença do reflexo cremastérico exclui a hipótese de torção do testículo.

3.10.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: O aumento súbito, ou em curto espaço de tempo, do volume escrotal, acompanhado de dor, é em potencial uma urgência urológica. Náuseas, sudorese, inquietação e, às

vezes, febre, junto com o edema e a dor, compõem o quadro clínico do que se chama Escroto Agudo. O diagnóstico preciso e rápido deve ser

feito e uma cirurgia de emergência pode ser necessária para salvar o testículo.

Torção testicular (TT) é definida pela interrupção do suprimento sanguíneo testicular causada pela rotação do cordão espermático. É uma emergência cirúrgica que ocorre em 20% - 30% dos homens com escroto agudo (emergência urológica estabelecida pela presença de dor local de grande intensidade, edema e alteração da consistência das estruturas da bolsa testicular).

Fisiopatologia: A torção intravaginal é a forma mais comum de TT, causada por uma anomalia de fixação testicular denominada malformação em badalo de sino, em que o testículo, normalmente fixado à bolsa em sua porção posterior/ mesentérica, tem uma inserção alta do epidídimo, se encontra totalmente envolvido pela vaginal e livre na bolsa escrotal. A torção extravaginal é doença tipicamente perinatal e costuma estar presente já ao nascimento. Ocorre próxima ao anel inguinal externo, geralmente ainda na vida intra-uterina, pela ausência de fixação da vaginal às demais camadas da bolsa.

Manifestações clínicas: A dor da TT é caracteristicamente escrotal, mas pode ter irradiação lombar, inguinal ou abdominal. A apresentação é de abdome agudo em testículos crípticos. A dor é de forte intensidade, súbita, e pode acordar o paciente, ter relação com esforços, exposição ao frio, trauma ou atividade sexual. Episódios álgicos anteriores ipsi e/ou contralaterais podem ocorrer, com ou sem distorção espontânea, náuseas e vômitos reflexos são frequentes e ajudam no diagnóstico diferencial com torção de apêndice testicular e orquiepididimite.

Diagnósticos diferenciais: epididimite, vasculite testicular, edema escrotal idiopático, trauma, hematocele, hidrocele, estrangulamento herniário, infecções de partes moles, tumor de testículo etc.

3.10.2 Questionamentos e percepções

- Lembrar que no caso acima pode ser também um quadro de epididimite, que se caracteriza pela forma mais comum de infecção aguda intra-escrotal. São raras na infância e ocorrem com maior frequência em indivíduos adultos jovens. A forma mais encontrada geralmente é decorrente de invasão bacteriana, pela via ascendente, através do canal deferente. O agente etiológico mais frequentemente encontrado em adolescentes e adultos jovens são: *Chlamidia* e o *Gonococcus*, considerados como complicação de doenças sexualmente transmissíveis;

- É importante inquirir quanto à presença de vida sexual ativa e doenças sexualmente transmissíveis (DST) para o diagnóstico diferencial.

3.11 CASO CLÍNICO 11

A.M.P, 52 anos, sexo feminino, procedente e residente de Foz do Iguaçu.

S.

Paciente relata que há 2 dias iniciou quadro de lombalgia intensa em lado direito com irradiação para vagina, acompanhado de disúria, polaciúria, hematúria e piúria, além de náuseas e vômitos. Nega febre, corrimentos vaginais ou outros sintomas associados.

Diabética, HAS, em uso de Ciprofibrato, sinvastatina, metformina, anlodipino e Fluoxetina.

O.

Exame físico geral: REG, LOTE, normocorada, acianótica, anictérica, hidratada, eupnêica no momento, afebril, ativa e colaborativa.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. abdome: Globoso, flácido. RH+ nos quatro quadrantes, dolor a palpação superficial e profunda em região hipogástrica, som timpânico a percussão. Sinais de Murphy, Blumberg e Giordano negativos. Ausência de visceromegalias.

Ex.laboratoriais: Hemograma: Leucitose 11.600/mm³

EAS: Leucócitos 15/campo, Hemácias 10/campo, presença de cristais, nitrito negativo.

A.

Nefrolitíase?

P.

Prescrevo ATB (Cefalexina 500mg)

Prescrevo sintomáticos (Dipirona+Escopolamina)

Solicito USG de vias urinárias pela UBS de referência

Alta médica

Observações e comentários:Os antiespasmódicos com a Hioscina tem benefício limitado, caso se decida por seu uso deve ser acompanhados de outras forma de analgesia, em particular os AINES.

Em cálculos de 5 a 10 mm, o uso de Tansulosina 0,4 mg aumenta a probabilidade de eliminação espontânea. A orientação geral no DE ao dar alta é ingesta líquida e dieta com diminuição de sódio e

proteínas, que pode ajudar a prevenir novos episódios independentemente da etiologia dos cálculos urinários.

3.11.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: A cólica nefrética é a dor na região lombar e no flanco causada por obstrução total ou parcial das vias urinárias por cálculos, podendo ser associada a quadros infecciosos e de disfunção renal.

Fisiopatologia: a formação de cálculos urinários ocorre quando materiais minerais normalmente solúveis, como o cálcio e o oxalato, hipersaturam a urina, o que leva à agregação deles, que podem se tornar grandes o bastante para se ancorar no trato urinário (em geral nos coletores distais) com aumento progressivo de seu tamanho com a incorporação de mais cristais. Quando atingem um determinado tamanho, esses cálculos podem migrar pelo ureter causando dor em forma de cólica durante o trajeto. A maioria geralmente sob a forma de oxalato de cálcio (60%). O fosfato de cálcio, por sua vez, é responsável por cerca de 20% dos cálculos urinários. Já os cálculos de ácido úrico correspondem a cerca de 7%, e outros 7% são secundários a quadro infeccioso e formados por fosfato de magnésio amoniano.

Manifestações clínicas: A dor é causada pelo espasmo do ureter; ocorre ainda obstrução e distensão do ureter e cápsula renal. A apresentação clínica é na forma de uma dor aguda, em cólica localizada em região lombar abaixo da décima segunda costela, com irradiação para a virilha ou as gónadas genitais.

Náuseas e vômitos são ocorrência comum associada. Quando o cálculo se aproxima da junção ureterovesical, o paciente pode apresentar disúria, hematúria terminal e urgência urinária, mimetizando quadro de cistite bacteriana. Ao exame físico, o paciente apresenta-se ansioso, com dificuldade em achar posição confortável. Pode ainda ocorrer hipersensibilidade à percussão lombar ou sinal de Giordano positivo. Hematúria macroscópica ou microscópica ocorre em 90% dos casos, assim a ausência de hematúria não exclui o diagnóstico de cólica nefrética.

Tratamento: Primeira opção terapêutica são os AINES, segunda linha terapêutica os opioides. O uso de terapia medicamentosa para facilitar a saída dos cálculos urinários, com relaxamento do músculo liso, seja por bloqueio do receptor α , ou bloqueadores de canais de cálcio. A tansolusina (0,4 mg uma vez ao dia) é a medicação mais utilizada para esse propósito, e apresenta benefício maior para cálculos entre 5 e 10 mm de diâmetro. Outra opção eficaz é a nifedipina.

Diagnósticos diferenciais: pielonefrite (sintomas urinários baixos mais frequentes, quadro séptico mais frequente), colescistite, endometriose, cisto ovário roto, apendicite, tumor renal.

3.11.2 Questionamentos e percepções

- Após controle da dor no serviço de emergência, os pacientes devem ser orientados quanto a possibilidade de retorno da dor e prescrição de analgesia usualmente com anti-inflamatórios não esteroidais;
- Atentar para as indicações de internação: febre ou sinais de sepse, dor intratável, rim único com cálculo obstrutivo ou paciente transplantado renal, suspeita de nefrolitíase obstrutiva bilateral, insuficiência renal, possibilidade de outros diagnósticos com risco à vida, indicação cirúrgica de intervenção em paciente sem controle adequado de dor; pacientes com cálculos acima de 6 mm, mesmo com controle adequado da dor, têm usualmente indicação de intervenção para retirada de cálculo. Assim, ao dar alta para esses pacientes, é necessário garantir o encaminhamento precoce para o urologista.
- A conduta de ATB me parece estranha, se suspeita de ITU exames EAS e urocultura deveriam ser solicitados. A cólica nefrética apresenta também sintomas urinários e sistêmicos como disúria, polaciúria, hematúria, náuseas, vômitos, palidez etc além disso, a localização e irradiação da dor corrobora para este diagnóstico, e ainda vale ressaltar que nos exames laboratoriais, a leucocitose e leucocitúria podem estar presentes mas não são patognomônicos de ITU (ocorre devido processo inflamatório pelo fator obstrutivo). A única explicação para a prescrição de ATB seria a realização de exame de urina 1 com a presença de bactérias, leucocitúria e nitritos com a realização de urocultura para confirmação (que mesmo assim não procede).
- Lembrar que ausência de piúria sugere fortemente diagnóstico alternativo não infeccioso. Pode ainda estar presente em cerca de 30%-35% dos pacientes com bacteriúria assintomática; independentemente desse achado, estes pacientes continuam não tendo indicação de tratamento, exceto em subgrupos específicos.

3.12 CASO CLÍNICO 12

V.O.J, 35 anos, sexo masculino procedente e residente em Foz do Iguaçu.

S.

REAVALIAÇÃO

Paciente relata que há 21 dias iniciou quadro progressivo de precordialgia com irradiação para membro superior esquerdo, sem piora com movimentação e exercícios físicos. No momento, encontra-se com a mesma queixa, dor contínua e de menor intensidade (6/10). Nega náuseas, vômitos, dispneia ou outros sintomas associados.

Nega comorbidades, alergia e uso de medicamentos.

Nega uso de álcool, tabaco e outras drogas.

O.

Exame físico geral: REG, LOTE, hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, eupnéico no momento, afebril, ECG 15.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF; hipertenso (140x90mmHg). MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Rx tórax: S/ alterações

A.

Dor torácica a esclarecer

P.

Solicito enzimas cardíacas

Prescrevo analgésico e antiagregante plaquetário

Solicito aferição de sinais vitais agora.

Observações e comentários: Dor ou desconforto torácico com duração acima de 20 minutos, acompanhada de dispneia, sudorese, palidez cutânea e náuseas, frequentemente representa infarto agudo do miocárdio. SCA com sintomas atípicos ocorre em até um terço dos casos e pode ter como achados: dor epigástrica, náuseas, vômitos, diaforese, dispneia, hipotensão, arritmias ou confusão aguda.

3.12.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: dor torácica é uma condição que representa um grande desafio, pois além de ser uma queixa frequente, compreende uma variedade de causas, com ampla gama de implicações clínicas, algumas potencialmente fatais, se não prontamente reconhecidas. O tema

desconforto torácico é quase sempre associado a síndrome coronariana aguda (SCA) por essa ser uma condição frequente e de alto risco de complicações. Obviamente, a abordagem inicial desses pacientes deve ser feita sempre com a finalidade de confirmar ou afastar esse diagnóstico, sem, entretanto, esquecer de outras causas potencialmente graves, como: síndromes aórticas agudas (dissecção de aorta), embolia pulmonar, pneumotórax, pericardite e/ou tamponamento cardíaco e ruptura esofágica com mediastinite.

Fisiopatologia: dor ou desconforto torácico podem ser o resultado de dois mecanismos:

- o Fibras somáticas: por exemplo, inervação de pele, estruturas superficiais e pleura parietal.

- o Fibras viscerais: por exemplo, coração, esôfago e pleura visceral.

Manifestações clínicas: História e exame físico são cruciais na avaliação inicial do paciente com dor ou desconforto torácico no DE. Além de fornecer preciosas pistas diagnósticas, os achados clínicos podem direcionar uma eventual investigação complementar (os achados clínicos auxiliam no diagnóstico).

- o Clínica da SCA: Dor ou desconforto torácico, profunda, precordial, desencadeada por estresse ou exercício, aliviada com repouso ou nitrato. Irradiação para ambos os braços e mandíbula são dados altamente sugestivos, assim como presença de hipotensão no exame físico.

- o Dados que afastam SCA: dor pleurítica, dor apontada com o dedo, desencadeada à palpação ou movimentação, com horas de duração ou rápidas com duração em segundos.

3.12.2 Questionamentos e percepções

- Ao abordar um paciente no departamento de emergência (DE) com dor ou desconforto precordial, deve-se priorizar o atendimento e fornecer uma estratégia diagnóstica e terapêutica organizada, visando a rapidez, qualidade de cuidados e redução de custos.

- A meta inicial é descartar uma síndrome coronariana aguda (SCA), sem esquecer das causas potencialmente catastróficas, como: embolia pulmonar, pneumotórax, dissecção de aorta, pericardite com tamponamento ou ruptura esofágica.

- Dor ou desconforto, caracterizada como "profunda", localizada na região subesternal e/ou precordial ou MMSS esquerdo, desencadeada por estresse ou exercício físico

e aliviada com repouso sugerem SCA (no caso, o paciente apresenta características que condizem com o quadro).

- Lembrar que os quadros de dor torácica além de origem cardíaca, podem ser de aorta e grandes vasos, pulmão (pleura, mediastino e artérias pulmonares), esôfago, estômago, abdome superior, músculos, nervos e caixa torácica.
- Paciente com suspeita de SCA deve-se estratificar o risco, seja pelo TIMI RISK ou BRAUNWALD.

3.13 CASO CLÍNICO 13

M.F.S.S, 37 anos, sexo feminino, procedente e residente de Foz do Iguaçu.

REAVALIAÇÃO

S.

Paciente relata que hoje de manhã iniciou quadro de precordialgia intensa irradiada para membro superior esquerdo, acompanhada de dispneia, náuseas e cefaleia. Nega febre, vômito, diarreia ou outros sintomas associados.

Paciente HAS e depressiva, faz uso de Losartana 50mg (101), Hidroclorotiazida 25 mg (100) e Fluoxetina 20mg (001). Nega outras comorbidades.

Nega alergia a medicamentos.

O.

Exame físico geral: REG, LOTE, eupnêica no momento, normocorada, acianótica, anictérica, hidratada, afébril, ativa e colaborativa.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. abdome: globoso, flácido. RH+ nos quatro quadrantes, indolor a palpação superficial e profunda, som timpânico a percussão. Sinais de Murphy, Blumberg e Giordano negativos. Ausência de visceromegalias.

Ex. Laboratoriais (07/10/19): CPK e CKMB sem alterações.

ECG (07/10/19; 19H53): S/ alterações.

A.

Epigastralgia?

Dor psicossomática?

P.

Prescrevo sintomáticos

Oriento sobre sinais de alarme e caso piora do quadro retorno imediato

Oriento seguimento ambulatorial ESF

Alta médica

3.13.1 Correlação Teórico-Prática

Definição: Dor abdominal é uma das queixas mais frequentes em serviços de emergências, correspondendo a 7% dos atendimentos na emergência e constituindo grande desafio diagnóstico e terapêutico. Pode ser causada por doenças benignas, como diarreia aguda ou dispepsia, mas também por causas potencialmente graves e fatais (úlcera perfurada, gravidez ectópica rota ou trombose mesentérica).

Fisiopatologia: Há três grandes grupos de dor abdominal:

- o Dor visceral: está relacionada à inervação de fibras aferentes na parede de órgãos intra-abdominais, tanto de vísceras ocas como da cápsula de órgãos sólidos. Essas fibras, não mielinizadas, são estimuladas por estiramento, distensão ou contração excessiva da musculatura lisa. Isso resulta na fraca correlação entre a dor e a víscera afetada.

- o Dor somática: resulta da irritação do peritônio parietal. Essas fibras são mielinizadas e trafegam por locais específicos na medula óssea, traduzindo-se numa melhor correlação entre o local da dor e o segmento abdominal envolvido. A dor costuma ser de forte intensidade, piora à palpação e pode gerar uma descompressão brusca positiva.

- o Dor referida: resulta da sensação de dor em um local diferente da sua origem. Isso pode acontecer de duas maneiras: a dor sentida no abdome cuja origem, porém, é extra-abdominal (p. ex.: isquemia miocárdica com acometimento de parede inferior ou pneumonia em bases pulmonares). a Dor sentida em local extra-abdominal, embora a origem seja abdominal (p. ex.: dor em ombros em razão de irritação do diafragma por abscesso intra-abdominal).

3.13.2 Questionamentos e percepções

- A SCA foi descartada, pois a paciente apresentava sinais vitais estáveis, ECG e marcadores de necrose miocárdica sem alterações;
- A principal hipótese seria epigastralgia a esclarecer (dispepsia?);

- O consenso de Roma III , direcionado para as doenças funcionais do aparelho digestório sugere que, para o diagnóstico de dispepsia, sejam considerados como sintomas de dispepsia apenas a dor epigástrica: sensação subjetiva e desagradável que os pacientes sentem quando está havendo lesão tecidual, restrita a região do epigástrio;
- Na investigação da epigastralgia é importante se atentar a alguns critérios, como:
 - Certificar-se de que os sintomas são restritos ao trato digestivo alto;
 - Identificar os sinais ou sintomas de alarme: perda de peso inexplicada, vômitos recorrentes, disfagia progressiva, sangramento gastrointestinal, anemia, visceromegalia, etc., que não são comuns na prática diária e que podem ter valor preditivo positivo para doenças orgânicas. Quando presentes ditam a indicação de endoscopia digestiva de início;
 - Certificar-se do possível uso de antiinflamatórios não esteroidais;
 - Caracterizar como uma Doença de Refluxo Gastro-Esofágico a presença de sintomas típicos de refluxo.

3.14 CASO CLÍNICO 14

M.H, 53 anos, sexo feminino, procedente e residente em Foz do Iguaçu.

Resumo do caso: Paciente trazida pelo SAMU com histórico de transtorno depressivo acompanhado de agitação, agressividade e ideação suicida. Relata que há 5 meses iniciou quadro de tristeza intensa com comprometimento das atividades básicas diárias, associada a insônia, agitação e ideação suicida. Tabagista (24 maços/ano). Faz uso de Clonazepam 2mg eventualmente. Nega acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Nega outras comorbidades, alergia e uso de medicamentos contínuos. Nega uso de álcool e outras drogas.

S.

No momento paciente encontra-se orientada em tempo e espaço, comunicativa, ativa e colaborativa.

-Apresentação: estado de higiene regular, desconfiada, pouca gesticulação, atividade verbal mantida;

-Inteligência, memória e sensopercepção: preservados;

-Pensamento: fuga de ideias;

-Linguagem e consciência do eu: preservados;

- Humor: hipotímica;
- Psicomotricidade: s/ alterações;
- Vontade: hipobúlica;
- Consciência da doença atual: preservada;
- Pragmatismo: alteração das atividades e objetivos propostos no cotidiano;
- Planos para o futuro: sem perspectiva construtiva.

O.

Exame físico geral: REG, LOTE, eupnêica no momento, normocorada, acianótica, anictérica, hidratada, afebril, ativa e colaborativa.

Ex. Cardiopulmonar: RCR 2T BNF. MV+ audível universalmente sem ruídos adventícios associados.

Ex. Neurológico: LOTE, ECG 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A.

Transtorno depressivo?

P.

Suporte clínico

Prescrevo sintomáticos

Solicito internamento e avaliação psiquiátrica

3.14.1 Correlação Teórico-Prática

Definições: Um transtorno depressivo maior ocorre sem uma história de um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. O episódio depressivo maior deve durar pelo menos duas semanas, e normalmente uma pessoa com esse diagnóstico também experimenta pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui alterações no apetite e peso, alterações no sono e na atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, problemas para pensar e tomar decisões e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Características clínicas: O humor deprimido e perda de interesses ou prazer são os sintomas fundamentais da depressão. Os indivíduos podem dizer que se sentem tristes, desesperançados, na “fossa” ou inúteis. Cerca de dois terços de todos os pacientes deprimidos cogitam o suicídio. Quase todos os deprimidos (97%) se queixam de redução da energia, têm dificuldade de terminar tarefas, têm mau desempenho na escola e no trabalho e menos motivação para desenvolver

novos projetos. Cerca de 80% se queixam de dificuldades para dormir, especialmente de despertar matinal precoce (i.e., insônia terminal), e de despertares múltiplos ao longo da noite, durante os quais ruminam sobre seus problemas. Muitos têm diminuição do apetite e perda de peso, mas outros experimentam aumento do apetite e de peso e dormem por mais tempo do que o habitual.

- o Fala: redução da taxa e do volume da fala; demoram a responder a perguntas e o fazem de forma monossilábica.
- o Percepção: Indivíduos deprimidos com delírios ou alucinações são referidos com um episódio depressivo maior com manifestações psicóticas.
- o Pensamento: Pacientes deprimidos costumam ter visões negativas do mundo e de si próprios. O conteúdo de seus pensamentos muitas vezes inclui ruminatórias não delirantes sobre perda, culpa, suicídio e morte.
- o Sensório e cognição: A maioria dos pacientes deprimidos está orientada em relação a pessoa, lugar e tempo, embora alguns possam não ter energia ou interesse suficientes para responder a perguntas sobre esses assuntos durante a entrevista. Os pacientes deprimidos têm um comprometimento cognitivo, algumas vezes referido como pseudodemência depressiva. Esses pacientes comumente se queixam de dificuldade de concentração e de esquecimento.

3.14.2 Questionamentos e percepções

- Segundo a Resolução do CFM nº2.077/14, considerando que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes psiquiátricos, é obrigatória a existência de salas específicas para o atendimento a estes pacientes.
- Os pacientes psiquiátricos na maioria das vezes são marginalizados no cenário de Urgência e Emergência, sendo prescrito apenas Haloperidol e Fenelgan com subsequente encaminhamento a Psiquiatria. Entretanto, nesse caso, em conjunto com a residente avaliamos a paciente de forma mais integral e humana possível, ouvindo detalhadamente o relato da paciente e dos familiares, construímos a sumula psicopatológica para posterior encaminhamento a psiquiatria.

4 PERCEPÇÕES DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

4.1 SAMU

Foi o cenário mais difícil de atuar, pois dependendo da equipe que estava de plantão tornava o ambiente bastante tóxico, maçante e desagradável. Foram diversas situações insufladas de falta de educação, desrespeito, falta de ética e de postura profissional. Para não ressaltar apenas os elementos negativos, os médicos em sua maioria eram prestativos, não havia muita discussão de condutas e manejo mas ao menos não me trataram de forma rude ou grosseira.

Sinceramente, poucos plantões no SAMU foram proveitosos; o que mais aprendi nesse cenário de prática foi ter mais paciência, mais calma e aumentar minha tolerância a ambientes quase impossíveis de se trabalhar.

4.2 UPA

Foi um ambiente ótimo para a prática, porque além da boa recepção por parte dos médicos, ainda foi possível fazer de tudo (admissão, evolução, solicitação de exames, alta etc). Outro ponto interessante, foi aprender trabalhar de forma mais rápida, pois o fluxo de pacientes para atendimento é altíssimo, assim tive que me atentar mais na anamnese e exame físico de forma mais sucinta e objetiva possível para a construção de uma boa evolução, hipótese diagnóstica e conduta em tempo mais limitado. Sem dúvidas, as experiências e vivências obtidas nas UPAs foram essenciais não apenas para a correlacionar a teoria com a prática (até mesmo para perceber que a realidade é bem diferente do que lemos), mas também para meu conhecimento e capacitação como futuro médico.

4.3 HOSPITAL

No meu caso, foi meu ambiente preferido de prática, foi o mais proveitoso de todos, os residentes e atendentes se mostraram muito atenciosos e solícitos, pois fazíamos discussões o tempo todo e de tudo; sempre que tinham oportunidades nos ensinavam técnicas de procedimentos e até mesmo deixavam realizarmos se soubéssemos a teoria.

Esse cenário se despontou como ótimo agente no meu processo de formação, aprendi bastante no que diz respeito a prática médica propriamente dita (semiologia e propedêutica), mas também comecei a entender melhor as redes, fluxos e elementos de legislação médica no decorrer do módulo. O hospital é um espaço muito rico de conhecimento, possibilitando uma participação ativa e atuante no atendimento aos pacientes em todas as suas etapas (desde a admissão, transferência

e alta), o que resulta na consolidação dos sedimentos –matérias e leituras anteriores- relacionando-os a prática e por fim, torna-se uma importante ferramenta de capacitação permeada de compreensão e entendimento de diversos espectros da área médica.

5 FATORES DE MELHORIA DE DESEMPENHO DURANTE O MÓDULO

- Procedimentos médicos (estudo das técnicas para realização de procedimentos no cenário de UE, como IOT, sondagem vesical, sondagem nasoesnteral e nasogástrica, acesso venoso central, toracocentese, drenagem de tórax, manejo de PCR);
- Ficar mais calmo em situações de pressão no cenário de UE (o estudo, memorização e revisão de protocolos são essenciais para bons resultados, pois ter um conhecimento fluido e bem consolidado auxilia grandemente na segurança e manejo dos pacientes);
- Evoluções (depois de fazer diversas evoluções, melhorei muito com relação a estruturação da anamnese, exame físico e conduta dos pacientes);
- Prescrições de medicamentos, soluções e drogas vasoativas (depois de prescrever tantas receitas e ver tantos casos parecidos acabei decorando de forma automática a posologia e dosagem dos medicamentos mais utilizados);
- Manejo de pacientes em ventilação mecânica (preciso melhorar muito essa parte, principalmente com relação aos ajustes dos modos ventilatórios como também seus parâmetros);
- Manejo de pacientes com drogas vasoativas e controle de BIC (preciso melhorar ainda mais no que tange a diluição de DVA);
- Analisar exames de imagem (estudei bastante e preciso estudar ainda mais para interpretar Rx, tomo, ecocardio etc);
- Exame físico neurológico (revi conteúdo já estudado para melhorar minha prática clínica e atender melhor os pacientes);
- Exame físico abdominal (revi conteúdo já estudado para melhorar minha prática clínica e atender melhor os pacientes);
- Exame físico cardiopulmonar (revi conteúdo já estudado para melhorar minha prática clínica e atender melhor os pacientes);
- Exame físico MMII (revi conteúdo já estudado para melhorar minha prática clínica e atender melhor os pacientes);
- Aprender a conviver com pessoas mal educadas e que criam um ambiente tóxico de trabalho;
- Aprender a lidar com a dor e sofrimento que muitas vezes vão além da doença , e eu mesmo nunca passei por situações tão difíceis como eu vejo na prática;
- Aprender a lidar melhor com a morte e suas questões;

- Aprender a esquecer certos casos (porque sofro junto com os problemas dos meus pacientes).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse módulo se mostrou como um importante desafio para mim, seja por conta do trabalho sob pressão e tensão, como também das distonias e desentendimentos entre as equipes que muitas vezes criavam um ambiente bastante difícil de se atuar.

No começo, me sentia deslocado e inseguro; o que eu mais percebi de dificuldade foi com relação às prescrições no que dizem respeito a dosagem, posologia e escolha da melhor opção terapêutica de acordo com as peculiaridades de cada paciente. Aos poucos, através de estudo e repetição fui melhorando bastante com relação a esses aspectos de dificuldade. Outros pontos como anamnese, exame físico, a evolução, conduta (melhor escolha terapêutica, hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares etc) foram melhorando bastante com relação ao início do módulo, pois além de discutir e pedir ajuda aos residentes e atendentes - vale frisar que estes são excelentes também e isso contribuiu demasiadamente para o meu processo de formação- , aproveitava minhas dúvidas para estudar mais sobre esses determinados déficits, isso aliado a uma prática constante, cheia de vivências e experiências, pois nada melhor do que ver a realidade de forma participativa, ativa e atuante; desta forma, todos esses elementos colaboraram grandemente no preenchimentos positivo das minhas falhas, erros e dificuldades.

De forma geral, foi basta enriquecedor, aprendi muito em todos os aspectos possíveis, não apenas associados a conduta e manejo de pacientes no cenário de urgência e emergência, mas também fatores sobre a perspectiva da ética, prática médica, relação médico-paciente etc, acredito que nunca aprendi tanto em tão pouco tempo, foi uma evolução lenta e gradativa, mas que se despontou em uma ferramenta importante de consolidação de conhecimento, além agir na composição da minha própria identidade como pessoa e futuro médico.

Esse módulo do internato me ajudou bastante a compreender melhor e ter mais experiências no cenário de urgência e emergência, saber lidar com situações de estresse, de atendimentos sob pressão e também saber enfrentar melhor questões relacionadas à morte. Acredito que é de extrema importância saber como conduzir e atuar nesse ambiente para promover a qualidade de vida aos pacientes. Creio que seja relevante conhecer a realidade local para relacionar a teoria à prática; é de extrema importância conhecer os fluxos, redes e particularidades do atendimento da região. Dessa forma, as consultas, acompanhamentos e evoluções dos pacientes, assim como as visitas médicas foram essenciais para o meu processo de construção tanto acadêmica como profissional.

Outro ponto que merece uma reflexão em urgência e emergência, é a importância da humanização, essa que vem sendo pouco exercida na atualidade, perdendo lugar para o avanço

tecnológico e científico e, muitas vezes, tornando precária a atenção que deveria ser dada de forma mais integral e humana. Assim, nossa atuação nesse cenário visa criar aspectos mais humanizadores condizantes com o processo de ensino e conhecimento que fomos inseridos desde o primeiro semestre do curso de Medicina.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTO, Sara Folgado et al. **Insuficiência hepática aguda**. Acta Med Port, Lisboa, v. 6, n. 22, p.809-820, out. 2009.

ANVISA. **Agencia Nacional de Vigilância Sanitária**. Farmacopeia Brasileira, volume 1. 5a Ed. Brasília, 2010.

Campos MTFs, Monteiro JBR, Ornelas APRC. **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso**. RN 2000 set./dez; 13(3): 157-165.

CARDOSO, J.L.C; **Animais peçonhentos no Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes**. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2009.

FONSECA, Luiz Henrique de Oliveira et al . Análise das barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 12, p. 2487-2496, Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131412>.

Fundação Nacional de Saúde (Brasil). **Manual diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. 2.ed. Brasília, 2001.

GIACOMIN, Natalia Torres et al . Neurite óptica secundária a infecção pelo Chikungunya Vírus. **Rev. bras.oftalmol.**, Rio de Janeiro , v. 77, n. 4, p. 222-224, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802018000400222&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20180049>.

GUIMARÃES AC, et al. Pancreatite aguda: etiologia, apresentação clínica e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2009;8(1):61-69.

JESUS, Lisieux Eyer de. Escroto agudo. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p.

271-278, Aug. 2000 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912000000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2019.

LEMOS, T.E.; OLIVEIRA, S.A; **Manual prático para urgência e emergências clínicas**; 1ª Ed. Sanar, 2016.

LONGO, Dan L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.
MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T; **Emergências Clínicas: abordagem prática**; 11ª Ed. São Paulo: Manole, 2016.

MOSCONI, Alcides et al. Escroto agudo. **Rev Med (são Paulo)**, São Paulo, v. 3, n. 87, p.178-183, set. 2008.

NAEMT. **Atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado - PHTLS**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2012.

PACHECO, M.A.B. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**. 1. Ed. São Luís, 2015.

PARMERA, Jacy Bezerra; NITRINI, Ricardo. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Rev Med: São Paulo**, São Paulo, v. 94, n. 3, p.179-184, jun. 2015.

SANTANA, H. V.; TAVARES, M.C.F.; SANTANA, V.E. **Nadar com Segurança**. 2003.

SILVA, Fernando Marcuz. Dispepsia: caracterização e abordagem. **Rev Med (são Paulo)**, São Paulo, v. 87, n. 4, p.213-223, nov. 2008.

Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. **Thrombolysis for acute ischaemic stroke**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD000213. DOI: 10.1002/14651858.CD000213.pub3.