



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

CURSO DE MEDICINA

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO INTERNATO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU NO ANO DE 2019**

HASSAN FOUAD EL SAFADI

Foz do Iguaçu
2020



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

CURSO DE MEDICINA

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO INTERNATO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU NO ANO DE 2019**

HASSAN FOUAD EL SAFADI

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 Médico.

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2020

HASSAN FOUAD EL SAFADI

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO INTERNATO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU NO ANO DE 2019**

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
Médico.

BANCA EXAMINADORA

FLAVIA JULYANA
PINA

TRENCH:72725460930

Assinado de forma digital por
FLAVIA JULYANA PINA
TRENCH:72725460930

Dados: 2020.10.06 16:38:32 -03'00'

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Roberto de Almeida
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, 6 de outubro de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome do autor: Hassan Fouad El Safadi

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Atividades desenvolvidas no internato de urgência e emergência do SUS em Foz do Iguaçu no ano de 2019

Orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 6 de outubro de 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, 6 de outubro de 2020.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho de conclusão especialmente aos meus familiares e amigos, e é claro a todos preceptores que foram fundamentais durante meu trajeto acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos a minha professora e orientadora Dra. Julyana Pina Trench pelo constante auxílio na execução e orientação deste trabalho e, sobretudo, pela sua preocupação na nossa formação académica.

A todos os professores que estiveram presente durante a minha trajetória, e em especial aos professores da banca que fizeram possível a conclusão deste trabalho.

Aos preceptores de todos os cenários de prática, que tive a oportunidade de frequentar, pelo tempo e disposição em ensinar.

Aos meus colegas e amigos do curso, em especial Carlos Ariel, com quem compartilhei bons momentos durante os plantões.

Aos meus pais, Fouad e Rima, e as minhas irmãs, Dalila e Daryn, e ao meu irmão, Omar, pelo suporte e carinho constante. Sem vocês, a realização do meu sonho não seria possível.

E é claro a Deus, por sempre guiar e iluminar o meu caminho.

*A imaginação é a metade da doença,
a tranquilidade é metade do remédio e a
paciência é o primeiro passo para a cura.*

Ibn Sina

FOUAD EL SAFADI, Hassan. **Atividades desenvolvidas no internato de urgência e emergência do SUS em Foz do Iguaçu no ano de 2019**. 51 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso consiste em abordar as atuações e impressões do acadêmico dentro dos cenários de prática de Urgência e Emergência em Foz do Iguaçu durante o transcorrer do ano de 2019. Traz em sua essência o olhar crítico do funcionamento real do serviço local em contraste com o que é idealmente preconizado, a fim de permitir novas reflexões do importante cenário de saúde em que se encontra a rede de urgência e emergência. Tais percepções contempladas nos seguintes locais de atuação do município, propriamente no Pronto Socorro do Hospital Padre Germano Lauck, na base do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), na Unidade de Pronto-Atendimento Dr. Walter Cavalcante Barbosa e a Unidade de Pronto-Atendimento João Samek serviram também como um ambiente fundamental para o aprimoramento prático e teórico sobre os principais casos clínicos do interesse da urgência. Sendo assim, não há dúvida, que o estágio em urgência e emergência foi de muita valia para o crescimento profissional do acadêmico visto que se esforçou para demandar o seu melhor em prol dos pacientes e a equipe no seu entorno.

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

FOUAD EL SAFADI, Hassan. Activities developed in the internship of urgency and emergency of SUS in Foz do Iguaçu in the year 2019. 51 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

This term paper consists of addressing the academic's actions and impressions within the Urgency and Emergency practice scenarios in Foz do Iguaçu during the course of 2019. It essentially brings the critical look of the real functioning of the local service in contrast with what is ideally recommended, in order to allow new reflections on the important health scenario in which the urgency and emergency are located. Such perceptions contemplated in the following locations where the municipality operates, specifically in the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Hospital, at the base of the Mobile Attendance Service (SAMU), in the Emergency Care Unit Dr. Walter Cavalcante Barbosa and the Emergency Care Unit João Samek also served as a fundamental environment for the practical and theoretical improvement on the main clinical cases of urgent interest. Thus, there is no doubt that the urgency and emergency internship were of great value for the professional growth of the academic, as he endeavored to demand his best in favor of the patients and the team in their surroundings.

Key words: Internship. Urgency. Emergency. Medicine.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
AVP	Acesso Venoso Periférico
BCNFR2TSS	Bulhas cardíacas normofonéticas regulares em dois tempos sem sopro
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Escala de Coma de Glasgow
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
EDA	Endoscopia digestiva alta
HDA	Hemorragia digestiva alta
HGT	Hemoglico Teste
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IRpA	Insuficiência respiratória aguda
IOT	Intubação Orotraqueal
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PS	Pronto Socorro
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
REG	Regular estado geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	12
2.2 SAMU	13
2.2.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos	13
2.2.2 Competências do médico neste cenário	14
2.2.3 Proatividade e procedimentos realizados.....	15
2.2.4 O caso clínico I	17
2.2.5 O caso clínico II	20
2.3 PS	22
2.3.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos	22
2.3.2 Competências do médico neste cenário	25
2.3.3 Proatividade e procedimentos realizados.....	26
2.3.4 O caso clínico I	29
2.3.5 O caso clínico II	34
2.4 UPAS JOÃO SAMEK E DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA	37
2.4.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos	37
2.4.2 Competências do médico neste cenário	40
2.4.3 Proatividade e procedimentos realizados.....	41
2.4.4 O caso clínico I	42
2.4.5 O caso clínico II	46
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

Este documento não consiste na mera apresentação de conteúdos maçantes de clínica médica para elucidar os casos clínicos que mais chamaram a atenção do acadêmico. Pelo contrário é uma ferramenta crítica de avaliação e julgamento dos cenários de UE em Foz do Iguaçu, bem como um descritivo das principais competências de execução do médico em cada nível de atenção.

E mais importante é por meio deste relatório que se é relatado as relações de trabalho com os profissionais de saúde envolvidos bem como as evoluções de procedimentos executados que o estagiário adquiriu durante a jornada.

É claro que no relatório não poderia faltar a presença de casos clínicos. Ao longo de cada plantão era praxis escolher um caso que mais chamava a atenção para estudar ao longo da semana. Como resultado aprecia-se o fato de ter um número considerável de casos no qual o interno admitiu, tomava a conduta e avaliava as evoluções.

O presente relatório é apresentado com pelo menos um caso clínico para cada cenário. A escolha do caso se baseia através das seguintes variáveis: prevalência e desafio diagnóstico-terapêutico. Em cada caso é exposto os comentários e as reflexões a fim de consolidar o processo de aprendizado prático-teórico.

Através de erros e acertos e a boa vontade do plantonista a autoavaliação se torna interessante pois foi possível cumprir com as expectativas almejadas. Hoje um mero plantão não é mais uma obrigação de comprimento de horas obrigatórias e sim uma satisfação imensa em poder ter a chance de executar a medicina na prática.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A realização do estágio se procedeu nos serviços que compõem a Rede de Atenção às urgências e emergências vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Foz do Iguaçu – PR, sendo estes: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Walter Cavalcante Barbosa e o Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

A rede também possui na sua composição o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), onde situa-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) coronariana e a unidade de atendimentos em obstetrícia, o Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) vinculado ao corpo de bombeiros e a APS. Lembrando que a Atenção Primária de Saúde (APS) também desempenha um papel importante como porta de entrada de agravos à saúde, sendo o ponto inicial de muitos fluxos de atendimento dentro da rede.

A rede de atenção às urgências tem como alvo ordenar a atenção em saúde da região, gerindo o acesso, estabelecendo a assistência e organizando o andamento do atendimento até a unidade e serviço de referência apropriado conforme as peculiaridades de cada caso e de cada usuário.

Antes de entrar no mérito de cada cenário aproveita-se para neste momento informar a descrição do funcionamento ideal de um serviço de urgência e emergência encontrada na resolução CFM nº 2.077/2014:

1. Art. 2 Obrigatoriedade de classificação de risco no acolhimento imediato;
2. Art. 3 Médico no atendimento e médico na alta ou encaminhamento;
3. Art. 8 Passagem do plantão é obrigatória;
4. Art. 9 Registrar a assistência na ficha e prontuário se identificando;
5. Art.14 O tempo máximo de permanência nos serviços de UE é de 24 horas;
6. Art. 17 O plantonista deve acionar o coordenador do fluxo se: há condições inadequadas/superlotação, falta de leito de UTI e entrada em vaga 0;
7. Paciente de alto risco não deve ficar mais que 4 horas na sala de reanimação;

8. A sala de reanimação deve seguir a proporção de 2 leitos para 1 médico,
9. A sala de observação deve disponibilizar no mínimo 1 médico para 8 leitos.

2.2 SAMU

2.2.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos

O SAMU consiste no modelo de atendimento móvel de urgência prestando serviço de socorro pré-hospitalar móvel, em que o usuário solicita atendimento por intermédio do acesso telefônico gratuito pelo número 192 (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O principal componente do SAMU é a Central Médica de Regulação responsável por realizar a coordenação do serviço. Os atendimentos realizados são registrados em um computador e salvos para posterior consulta. No primeiro contato o telefonista identifica o paciente e a localização da ocorrência. Em seguida o regulador médico realiza as devidas orientações de assistência ao paciente e ou familiares e em sequência ativa a base assistencial.

No componente assistencial há dois tipos de ambulâncias essenciais. A Unidade de Suporte Básica (USB) com técnico de enfermagem e motorista treinado para suporte. E a Unidade de Suporte Avançado (USA) que apresenta mais equipamentos, médico, enfermeiro e motorista. A frota poderá incluir também motolâncias, ambulanchas e serviço aeromédico à depender da necessidade regional. (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Em resumo o SAMU consiste do elemento organizador e porta de acesso aos serviços de urgência hospitalar e leito hospitalar, sendo essencial no fluxo e direcionamento de urgências, reduzindo a morbimortalidade global. Em Foz do Iguaçu o tempo de percorrimeto do atendimento do local até a referência da assistência não deve ultrapassar os 30 minutos.

Comentários

Conforme o inciso 3 da portaria 1864, as ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150 mil

habitantes e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400 a 450 mil habitantes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003). Segundo o artigo 5 da portaria 3388, há a necessidade mínima de 2 USA para 20 mil a 50 mil habitantes e 4 USA quando mais de 100 mil habitantes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

A população de Foz do Iguaçu no último censo de 2010 contava com cerca de 256 mil habitantes (IBGE 2010).

Críticas e reflexões

Em Foz do Iguaçu operam 2 USA e 4 USB. Se for pensar na portaria 1864 a cidade está de acordo com o número preconizado, entretanto de acordo com a portaria mais recente haveria a necessidade de pelos menos mais 2 USA (ou seja, um total de 4 USA).

No geral o número de ambulâncias consegue dar conta, e as avançadas estão bem equipadas e realmente funcionam como um serviço médico pré-hospitalar.

O que preocupa o estagiário são situações pontuais que poderiam provocar um desequilíbrio na frota, como foi o caso presenciado no dia 19 de Abril o qual presenciou um fato terrível em que um paciente em surto destruiu a USA-1. Apesar deste fato, assim que chegaram na base, com o apoio de uma USB, rapidamente foi feita a transferência dos equipamentos da USA destruída para esta USB afim de manter a frota de USA intacta.

2.2.2 Competências do médico neste cenário

Comentários

O médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição deve ser capaz de exercer a medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica e ou suporte avançado de vida e ou cenário pré-hospitalar e ou gerência de sistema. Além disso o profissional deve ter um equilíbrio emocional, autocontrole, capacidade física e mental e facilidade de trabalhar em equipe (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

Críticas e reflexões

Dos médicos que teve a chance de acompanhar nem todos possuem um perfil íntegro de emergencista pois apesar de conhecimento técnico e prático faltava-se a liderança. Inclusive muitas vezes era o próprio enfermeiro que ditava a ordem das condutas e até mesmo o interno. O aluno conclui que entre todos os campos de estágio o SAMU é o local que mais necessita de jogo de cintura para um bom equilíbrio de trabalho em grupo. E se sente apto para este tipo de cenário, por várias vezes ter participado e liderado em algumas das ações.

2.2.3 Proatividade e procedimentos realizados

- Cumprimentar a todos profissionais identificando-se ao início do plantão e despedindo após o mesmo.
- Priorizar pela organização dos equipamentos anteriormente e pela limpeza da ambulância após o atendimento.
- Proatividade
 - Ajudado a segurar os equipamentos;
 - Auxiliado a conter pacientes em surtos;
 - Realizado anamneses e exames físicos dirigidos;
 - Preenchido a entrevista na ficha do SAMU;
 - Repassado o caso para o regulador;
 - Orientado sobre a situação dos pacientes aos familiares;
 - Informado o caso completo para o médico ou enfermeiro responsável pelo paciente seja no PS ou nas UPAS.
- Procedimentos realizados
 - Distribuição de ordens para os profissionais e familiares à volta;
 - Obtenção de AVP;
 - Calculado as dosagens das drogas conforme peso estipulado sempre quando possível e o conhecimento da posologia era do alcance;
 - Colocação de cânula de guedel em 2 pacientes;

- Preparação do AMBU e ventilar o paciente;
- Reanimar o paciente com compressões bem executadas;
- Realização de 02 IOT.

Comentários

Em todos os plantões sempre o acadêmico insistia em não ir apenas na USA, e é agradecido à este fato pois aprendeu muito mais na USB. Tal fato, fez se sentir ser o médico na USB e isto dava mais confiança para prover condutas e realizar procedimentos. Portanto era muito comum o interno sair com as básicas para casos de surto e de hipoglicemia e com uma simples conversa conseguia reverter o quadro de ansiedade do paciente e com 10 ml de glicose 50 % a glicemia já tendia a se normalizar evitando assim deslocamentos desnecessários de apoio da USA.

Teve a experiência de realizar duas entubações orotraqueais em contextos totalmente diferentes. No primeiro era um paciente grande queimado com quase uns 2 metros que já estava na ambulância. A indicação da intubação era para proteção das vias áreas, neste caso a sequência da IOT foi totalmente obedecida com 1 ampola de Fentanil (10 ml) + 1 ampola de Midazolam (10 ml) + 1 ampola e meia de Succinilcolina (15 ml). Já no segundo (demonstrado em caso clínico II) era um paciente em parada cardiorrespiratória (PCR) em que a intubação foi às pressas, ou seja, sem medicação, seguindo o algoritmo crash.

Críticas e reflexões

Serve como crítica e reflexão do aprendizado para próximas oportunidades um melhor reconhecimento dos significados das siglas do código Q. Teve uma experiência de ter ido com a USB para um chamado inicial de síncope. Entretanto quando chegaram no local e foi feita a primeira avaliação, se depararam com uma situação em que a paciente estava inconsciente e sem pulso carotídeo após conferir por 10 segundos. Em seguida foi orientado ao técnico de enfermagem a iniciar as manobras de RCP enquanto que o acadêmico comunicaria e repassava a real situação da paciente. Porém quando o mesmo foi relatar o caso ao regulador não seguiu com os códigos da linguagem Q. Em resumo, além do

constrangimento passado ocasionou uma demora para o atendimento a paciente.

2.2.4 O caso clínico I

Identificação: G.P.O, 34 anos, masculino, mestre de obras.

HDA: Familiares referem que vítima é epilético em uso regular de valproato de sódio e carbamazepina. Relatam que há cerca de 40 minutos paciente passou a apresentar convulsão tônico-clônica generalizada, sem interrupção do estado ictal desde então. Acompanhante refere ter sido o terceiro episódio no dia, com períodos pós-ictais de confusão mental e liberação esfinteriana. Nega interrupção do tratamento, febre, sinais infecciosos, mudança de comportamento, etilismo, tabagismo, drogas ilícitas ou outros medicamentos.

HPP: Epilepsia há 19 anos em tratamento regular com valproato e carbamazepina.

Exame físico: irresponsivo, pulso carotídeo palpável, paciente em Regular Estado Geral (REG), Escala de Coma de Glasgow (ECG) 10, vias aéreas desprotegidas com presença de sialorreia importante, acianótico, respiração espontânea com taquipneia, frequência respiratória (FR) 26 irpm e saturação (SatO₂) de 91%, murmúrio vesicular (MV) com roncosp difusos, frequência cardíaca (FC) de 120 bpm, pressão arterial (PA) de 140x50, bulhas cardíacas normofonéticas regulares em dois tempos sem sopro (BCNFR2TSS), pulsosp periféricos rítmicos e cheios, tempo de enchimento capilar (TEC) menor que 3 segundos, pupilasp isofotorreagentes, clonia generalizada dos membros, sem diminuição de força muscular, hemoglicosp teste (HGT) de 94 mg/dl.

Conduta:

1. Colocado o paciente em posição de segurança.
2. Garantido a permeabilidade das vias aéreas através da colocação da cânula de guedel.
3. Obtenção de um acesso venoso periférico calibroso.
4. Administrado 1 ampola de 15 mg de midazolam EV.
5. Encaminhado o paciente para o HMPGL.

Evolução: Paciente apresentou reflexo de vômito na primeira tentativa da colocação de Guedel. Realizada uma ampola de midazolam em bolus para avaliação da resposta. Respondendo bem, com interrupção da clonia. Aceitando bem, posteriormente na segunda tentativa da colocação da cânula. Responde com diminuição da FR para 20 irpm e com

melhora da saturação (95%) e da FC em 99 bpm. Após primeiro atendimento pré-hospitalar, é levado para o PS do HMPGL onde é repassado o caso para a avaliação intra-hospitalar.

Comentários

A síndrome epilética com convulsões tônico-clônicas consiste de episódios repetitivos de irresponsividade e manifestação neurológica seguida de clonia generalizada. Enquanto que o estado de mal epilético se dá através da persistência da crise com mais de 30 minutos de duração.

Como diagnósticos diferenciais para o caso não se pode deixar de falar da situação de hipoglicemia que foi descartada através do HGT que obteve um resultado normal, além de situações de distúrbios hidroeletrólíticos como uma hiponatremia. Outras situações comuns que podem desenvolver quadros semelhantes é a abstinência medicamentosa, abstinência alcoólica, síncope, ataques de pânico, enxaqueca e crises de origem psicogênica. Situações como o AVC, meningite/encefalite, abscesso e ou tumores do SNC também podem apresentar-se com convulsões como sintoma da síndrome.

Críticas e reflexões

Por ser um caso extra-hospitalar, o objetivo é garantir a estabilidade do paciente potencialmente crítico para um centro intra-hospitalar onde será iniciado o manejo definitivo. Portanto trata-se de um paciente já epilético, cuja acompanhante refere manutenção integral do tratamento prévio, mas que ainda mantém a condição de manutenção da crise tônico-clônica por tempo prolongado – ou seja, estado de mal epilético.

A definição do estado de mal epilético ainda não é consenso na literatura. O que se sabe é que uma situação clínica em que uma crise persiste por tempo suficiente ou uma série de crises que ocorreram sem recuperação entre elas por um tempo suficiente. Classicamente assumiria-se esse tempo como 30 minutos (ALBUQUERQUE; CENDES, 2011).

Tanto a ILAE que é uma autoridade internacional quando se trata de epilepsia e a FMUSP já adotam como referência prática que uma crise contínua por mais de

5 minutos apresenta baixa chance de cessação espontânea e, logo, devem ser consideradas como estado de mal epiléptico. Entretanto também se considera estado de mal epiléptico a condição que mesmo após a cessação de sinais neurológicos ao exame clínico, continua havendo atividade elétrica epileptiforme ao EEG – o chamado estado mal epiléptico não convulsivo. Dessa maneira podemos considerar, já à chegada do atendimento extra-hospitalar, que o paciente se apresenta em estado de mal epiléptico – tanto pelo relato da mãe, que aponta que não recuperação há 40 minutos - quanto pela verificação objetiva da USB que chegou antes e que verificaram a generalização de movimentos clônicos por mais de 5 minutos. Como já colocado na sessão comentários, acima, este estado exige diversos diagnósticos diferenciais. Entretanto a primeira conduta é a garantia da estabilidade do paciente.

Uma vez detectado um paciente em estado de mal epiléptico a prioridade deve ser garantir as manobras de suporte avançado de vida. Nesse contexto, deve ser garantida a perviedade das vias aéreas. Realiza-se, se possível (ausência de evidência de TRM ou TCE), a hipertensão da cabeça ou as manobras de chin lift e jew thrust. Uma estratégia, intra ou extra hospitalar é a colocação de uma cânula orofaríngea (de Guedel) como no caso citado. Ela é utilizada para evitar o deslocamento posterior da base da língua e do palato mole sobre a glote nos pacientes com rebaixamento de nível de consciência. O tamanho deve ser escolhido a partir da estimativa da distância entre o ângulo da mandíbula e os incisivos superiores e a cânula deve ser introduzida com sua concavidade para o palato, sendo posteriormente girada em 180 graus. Obviamente está contraindicado seu uso no caso de pacientes com consciência preservada ou reatividade à sua colocação, devido ao risco iminente de broncoaspiração através da ativação do reflexo do vômito.

Se necessário por exemplo como acontece na PCR ou na fadiga da musculatura da musculatura respiratória deve ser realizada a intubação orotraqueal (IOT). Nesses casos ao se realizar a sequência rápida de intubação deve-se preferir por agentes bloqueadores neuromusculares com ação curta (succinilcolina, dose de 1.5 mg/kg em bolus) a fim de evitar confusão na avaliação neurológica. O controle da ventilação/respiração também deve seguir a mesma prioridade. Deve-se, ainda, iniciar a monitorização de PA e FC do paciente, realizando intervenções se necessário caso a caso. Imediatamente, deve ser coletado o HGT dos pacientes, considerando que a hipoglicemia é uma importante etiologia

das crises epiléticas. Caso o resultado do HGT for menor que 60 (70 em pacientes com DM) mg/dl, deve-se aplicar 40 a 100 ml de glicose 50% EV. O protocolo indica administração concomitante de tiamina 300 mg EV para pacientes desnutridos e ou etilistas para prevenção de Wernicke-Korsakoff, mas alguns serviços como o do HMPGL indicam sua administração a todos os pacientes com hipoglicemia à chegada no departamento de emergência devido ao desconhecimento de sua história pregressa.

Deve-se iniciar com diazepam 2 mg/min repetindo de 5 a 10 minutos (dose máxima de 20 mg) junto com infusão contínua de fenitoína em dose de 20 mg/kg IV sob a velocidade máxima de 50 mg/min. Caso não haja sucesso repete-se o mesmo esquema. Porém se mesmo assim não haver resposta realiza-se indução anestésica com midazolam 0.2 mg/kg IV em bolus com manutenção 2-5 mg/kg/h. Importante informar sobre a seguinte ressalva, segundo a (FMUSP), se o paciente haver abstinência alcoólica deve-se substituir a fenitoína por fenobarbital na dose de 20 mg/kg com velocidade de infusão de 50 mg/min.

O paciente do caso respondeu bem apenas com uma ampola de Midazolam EV. Não é a droga de escolha, mas é a única disponível na USA.

2.2.5 O caso clínico II

Identificação: J.L.M, 56 anos, masculino.

HDA: Familiar informa que há 02 horas paciente iniciou com quadro de náuseas, vômitos após o jantar, evoluindo de repente com falta de ar e dificuldade para respirar.

HPP: História prévia de DM2, hipertensão e cirurgia cardíaca não especificada.

Exame físico: MEG, irresponsivo, hipocorado, anictérico, cianótico, bradipneico (8 irpm), sat.O2 90%, bradicárdico (35 bpm), PA 90x70, marca de cicatriz de esternotomia na inspeção. MVUAD com redução de murmúrio com possível ruído adventício em base. Bulhas arrítmicas hipofonéticas. Pulsos diminuídos. Paciente com cianose distal e franca sudorese.

Conduta inicial:

1. Assumido como um caso de PCR.
 - a. Pois paciente estava irresponsivo;
 - b. E porque o pulso carotídeo era ausente em 10 segundos de aferição.
2. Iniciado as manobras de RCP.

- a. Sequência:
 - i. O técnico de enfermagem iniciou com as compressões cardíacas (compressão + ventilação) “30:2”;
 - ii. O médico fez a leitura do ritmo: “chocável” e deu o 1 choque;
 - iii. O técnico reiniciou a RCP por 2 minutos;
 - iv. Enquanto o enfermeiro estava responsável para pegar o AVP;
 - v. E o acadêmico preparou-se para realizar a IOT.
3. Após 2 minutos de RCP o médico analisou o ritmo novamente que persistia em FV/TV e aplicou o segundo choque. Em seguida ele ordenou ao acadêmico a fazer a IOT e ao enfermeiro a aplicar 1 mg de epinefrina que foi realizada em 20 ml de SF0.9% em bolus de 5 a 5 minutos.
4. Realizado a IOT sob o protocolo de algoritmo Crash após 2 choque.
 - a. Por quê foi feita a IOT? A IOT não restava dúvidas pois paciente estava em PCR. E a oferta de oxigênio poderia reverter a parada respiratória.
 - b. Por quê foi feita em algoritmo crash? Em Crash, ou seja, sem administração das drogas da SRI, pois paciente estava em franca PCR. Objetivando também não atrasar os passos da RCP.
5. Após 2 minutos de RCP o médico analisou o ritmo novamente e persistia chocável. Realizou-se terceiro choque e ele ordenou a reiniciar a RCP e fazer 300 mg de amiodarona. Após 5 choque foi feito mais 150 mg de amiodarona e continuado a epinefrina de 5 em 5 minutos.
6. Resumo
 - a. Tempo total de 40 minutos de RCP sem resposta do paciente que acabou indo à óbito.

Evolução: Paciente foi à óbito após 40 minutos de RCP.

Comentários

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida pela extinção da atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de sinais de circulação. Atender uma PCR em ambiente pré-hospitalar é um evento que apresenta diversas variáveis. No momento em

que uma equipe é acionada e se desloca para o local de atendimento, não se têm conhecimento dos possíveis intempéries os quais poderão ser encontrados durante o deslocamento da ambulância, no local e no atendimento.

Segundo as diretrizes da American Heart Association (AHA), o início de intervenções de RCP deve ser o mais precoce possível pois a cada 1 minuto em parada, perde-se grande chance de sobrevivência e aumenta-se o risco de sequelas. Além disso apenas metade dos eventos de parada tem retorno a circulação espontânea em adultos.

A RCP como uma manobra que resulta da tentativa de retornar a atividade cardíaca normal, a qual pode ser evidenciada por sinais de retorno de circulação como pulso palpável, pressão sanguínea mensurável é realizada por meio de compressões no centro do tórax de 5 a 6 cm de profundidade em um ritmo de 100-120 minutos (BRANDÃO – Medicina de emergência – 12 ed. USP 2017).

Críticas e reflexões

O protocolo CAB durante a RCP denota a importância do início precoce das compressões. Como a equipe estava em quatro pessoas o procedimento foi viável e a IOT foi feita já no 2º choque.

Entretanto o que o interno acredita que fez o paciente morrer foi a demora no atendimento do paciente. Visto que inicialmente a regulação transferiu uma UBS para o local pensando que fosse um caso de síncope com dispneia. Somente após a chegada da UBS após 20 minutos que os colegas identificaram que era na verdade uma alta probabilidade de PCR e assim foi feito a orientação de uma ambulância para apoio que só chegou após 20 minutos. Ou seja, houve 40 minutos de atraso no atendimento e isso talvez tenha antecipado o óbito.

2.3 PS

2.3.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), de Foz do Iguaçu, oeste do Paraná iniciou suas atividades em Setembro de 2006, período em que sua primeira

fase de construção foi concluída. Foi oficialmente inaugurado em 10 de Junho de 2011, viabilizado por meio de um projeto entre Município, Estado e União. Atualmente, o HMPGL está inserido na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sob gestão da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

A Instituição é a maior do extremo oeste do Paraná, atendendo os nove municípios da nona regional de saúde além de pacientes advindos da tríplice fronteira, respeitando assim a questão da regionalização do atendimento às urgências que está descrita na quarta diretriz do art.4 da portaria 2.395 (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011).

Atualmente dispõe de 212 leitos ativos e 172 credenciados no SUS, sendo referência loco-regional nas áreas de emergência médica, cirurgia geral, trauma, ortopedia, pediatria, nefrologia, neurologia e ginecologia recebendo pacientes oriundos do SAMU, SIATE, HMCC, UPA SAMEK, UPA MORUMBI, UBSs e entrada voluntária.

Importante notar que o PS apresenta a seguinte distribuição de leitos: sala vermelha (entrada do SAMU) 2 leitos, sala vermelha (entrada do SIATE) 3 leitos, sala amarela 4 leitos, sala de observação masculina e feminina 6 a 8 leitos.

Comentários

Conforme a portaria 2.949 que aprova a transferência de fundos aos complexos hospitalares que integram a rede de atenção às urgências emergências da macrorregião Oeste do Paraná, o HMPGL é a Instituição que apresenta o maior fundo anual dentre os estabelecimentos de gestão municipal com cerca de 2.149.864, 32 reais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2016).

Entretanto pela portaria 2.041 o HMPGL é considerado um serviço que recebe o fundo de repasse estadual e é classificado como um Hospital Geral e, portanto, recebe 100 mil reais de incentivos de custeio mensal. Para ter uma ideia se ele fosse um Hospital Especializado Tipo I - Tipo II receberia, respectivamente, 200 mil reais a 300 mil reais (BRASIL. Ministério da Saúde 2018).

A portaria 2.395 em seu art.3 informa que as atenções às urgências nos hospitais devem atender à demanda referenciada como também a demanda espontânea. E

informa em seu artigo 5 que as portas de entrada hospitalar de urgência devem prestar atendimento ininterrupto (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011).

Críticas e reflexões

O PS respeita em grande parte os pontos da resolução do CFM de 2.077, porém o que mais chamou a atenção durante o estágio é a questão do tempo do paciente na sala máxima de emergência que praticamente não era respeitada, ou seja, o paciente ficava mais que 4 horas. Outro ponto de crítica é a questão da vaga 0, pois poucos plantonistas respeitavam e alegavam alguma forma para não receber o paciente.

O HMPGL respeita o art.3 da portaria 2.395 pois atua recebendo pacientes referenciados de outros pontos da rede de UE (APS, UPA, Hospitais) como também atende pacientes à demanda espontânea. O PS também respeita o art.5 da mesma portaria pois é uma porta de entrada que atua por 24 horas.

A portaria 2041 classifica o HMPGL como um Hospital Geral e estadual, porém há de criticar esta classificação pois pela portaria 2.395 a cobertura de um Hospital Geral se dá para até 200 mil habitantes e só pela informação já descrita a cidade pelo censo de 2010 já constava com cerca de 256 mil pessoas. Além disso o hospital desempenha serviços de neurocirurgia, traumato-ortopedia e é a referência na pediatria que são características encontradas no Hospital Especializado Tipo I. Portanto o HMPGL deveria ser reclassificado em Hospital Especializado Tipo I e receber 200 mil reais de custeio mensal.

Pela portaria 2.395 pode-se afirmar que o HMPGL é corretamente considerado uma unidade hospitalar estratégica para a rede de atenção às urgências uma vez que obedece a todos os componentes do artigo 6 desta mesma portaria: ser referência regional realizando no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, ter no mínimo 100 leitos cadastrados e por estar habilitados em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado (cardiovascular – neurologia/neurocirurgia – pediatria – traumato/ortopedia).

Ainda pela mesma portaria acima há de se reconhecer que o PS é uma porta de entrada de urgência qualificada pois se adequa aos componentes do art. 10: possui protocolos internos, implementa a classificação de risco no acolhimento e prioriza o atendimento segundo o grau da urgência, articula com o SAMU/UPA e outros serviços da

rede de atenção construindo fluxos de referência e contra referência, mantém a universalidade – equidade – integralidade no atendimento.

2.3.2 Competências do médico neste cenário

Comentários

O médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição deve ser capaz de reconhecer e tratar as principais urgências cardiovasculares (síncope, crise hipertensiva, dor torácica, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, choque cardiogênico), respiratórias (edema agudo de pulmão, embolia pulmonar, asma, pneumonias), neuronais (cefaleia, infecções intracranianas, convulsões, acidente vascular cerebral, alterações comportamentais, estados confusionais agudos), genito-urinárias (dor pélvica, cólica renal, infecção urinária, insuficiência renal aguda), gastrointestinais (dor abdominal aguda, diarreia aguda, hemorragia digestiva alta e baixa, icterícia, insuficiência hepática, colangite, pancreatite aguda, ingestão de corpo estranho), endocrinológicas (diabetes descompensado, hipoglicemia, insuficiência supra-renal, alterações hematológicas graves, crise falcêmica), hematológicas (tromboembolismo arterial, rotura de aneurismas, trombose venosa profunda), vasculares (pé diabético), psiquiátricas (paciente agitado, violento, psicoses, depressões, suicídio), traumáticas (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011).

Críticas e reflexões

De maneira geral os plantonistas durante os estágios no PS são muito dependentes da avaliação das especialidades. E infelizmente ainda o HMPGL não consegue atender todos os tipos de protocolos das suas especialidades. É algo que atrasa o tratamento do paciente. Assim mais de uma vez entrava no PS clínico na sala vermelha um paciente com déficit neurológico maior que 15 min, porém com duração total menor que 4.5 horas, o protocolo era todo bem feito. Ou seja, reconhecia-se que se tratava de um caso de AVCi (por meio de TC sem presença de áreas hiperdensas) porém não tinha muito o que se fazer pois

por mais que existia a indicação de trombólise o hospital não possui este serviço de medicamento. Só para se ter uma ideia uma ampola de alteplase chega a custar 2 mil reais. Ainda sobre o mesmo quadro, falta a realização do protocolo de NIHSS pelo próprio plantonista que espera o neurologista de sobreaviso tomar a conduta de iniciar o protocolo.

Fica estranho falar então que o PS é a referência para neurologia se primeiro somente há neurocirurgião de sobreaviso, segundo não há tratamento com alteplase e terceiro o plantonista não realiza o NIHSS sozinho. Infelizmente o serviço da janela da alteplase no município é ainda apenas ofertado no HMCC que nem seria a referência para a neurologia, porém consegue oferecer esse serviço para os conveniados.

Outra crítica que não pode ser esquecida, foi a realização da alta indireta de pacientes por parte de alguns médicos. Ou seja, o médico não realizava a consulta e apenas com o relato no acolhimento do enfermeiro decidia-se de dar alta. Isso é totalmente errado, pois se um paciente instruído quiser processar o médico por não ter assistido o acolhimento diretamente eles têm total respaldo, uma vez que o artigo 3 da resolução 2.077 diz o seguinte: “Todo paciente que tiver acesso ao serviço hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico”.

2.3.3 Proatividade e procedimentos realizados

- Cumprimentar a todos profissionais identificando-se ao início do plantão e despedindo após o mesmo.
- Acompanhamento da passagem do início do plantão anotando os principais casos e tirando às dúvidas com o plantonista que estava passando o plantão. Ao término do mesmo o acadêmico passava os casos para o próximo interno.
- Proatividade
 - Auxiliado a conter pacientes em surtos;
 - Realizado anamneses e exames físicos dirigidos;
 - Feito a classificação de risco junto com o enfermeiro e repassado as informações para o plantonista;

- Orientado sobre a situação dos pacientes aos familiares;
- Repassado o caso completo para o médico plantonista, especialista, sobreaviso.
- Procedimentos realizados
 - Obtenção de AVP;
 - Realização de HGT nos pacientes;
 - Colocação de 3 sondas nasogástricas;
 - Obtenção de 1 sonda nasoenteral;
 - Colocação de 2 sondas vesicais;
 - Realização de 5 suturas;
 - Calculado as dosagens das drogas conforme peso estipulado sempre quando possível e o conhecimento da posologia era do alcance;
 - Realizado a colocação de cânula de guedel em 2 pacientes;
 - Preparação do AMBU;
 - Ventilar o paciente;
 - Reanimar o paciente com compressões bem executadas;
 - Realização de 1 IOT;
 - Contribuído na realização de 02 AVC;
 - Acompanhar a passagem de dreno de tórax.

Comentários

Se têm algum lugar para fazer qualquer coisa esse lugar é o PS do HMPGL, porém a disputa para a realização de procedimentos médicos é acirrada visto que há mais de um interno por vez da turma, internos da T1 e médicos residentes. De qualquer forma nunca o acadêmico deixou de mostrar interesse e sempre soube que uma hora ou outra algum procedimento médico iria realizar.

A grande sacada nesse cenário de estágio é obter a confiança da equipe de enfermagem que inclusive era composta por sua grande maioria por estudantes de medicina no Paraguai. Inicialmente realizado procedimentos simples como a aferição da pressão arterial, obtenção do HGT e medição da temperatura corporal. Em seguida, passou a

puncionar acessos venosos periféricos e realizar outros procedimentos. Ao primeiro momento do estágio ainda não tinha passado nenhuma sonda até então e foi cauteloso para observar e pegar as dicas dos técnicos de enfermagem. Em seguida nas primeiras tentativas foi auxiliado e quando finalmente sentiu destreza para realizar tais procedimentos começou a passar sozinho sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais.

Tal fato juntamente com a realização da admissão dos pacientes no PS clínico ao longo do estágio abriu confiança aos plantonistas que passaram a dar uma chance que até antes não tinha. Passou a realizar suturas simples nos pacientes que entravam no trauma, teve a experiência de auxiliar um médico plantonista à realizar um acesso venoso central jugular e de contribuir um médico residente à realizar um acesso venoso central subclavicular. Somado a chance de tentar intubar no terceiro mês de estágio - porém não conseguiu proceder com a técnica e o plantonista pegou o seu lugar e ensinou a melhor forma de segurar o laringoscópio. Sabendo da necessidade de melhorar a técnica começou a frequentar o centro cirúrgico nas horas vagas para acompanhar os anestesiologistas, após o aval do Dr. Cornelius. E lá em um ambiente mais favorável para conseguir se desenvolver, conseguiu realizar 3 intubações.

Críticas e reflexões

O que consegue levar para a vida a partir do estágio no PS é que para o interno conseguir obter a confiança dos profissionais num ambiente de emergência ele deve ser paciente e valorizar cada oportunidade e não se negar e nem se esconder. Mais importante, ser humilde em reconhecer que antes de intubar ou passar um acesso venoso central ele deve mostrar proatividade realizando procedimentos de complexidade crescente e observar cada detalhe que o mais experiente têm para passar.

Não é vergonha errar, porém é errado não tentar. Essa frase estimulou a vencer a dificuldade inicial nas primeiras tentativas e conseguir aprender a intubar. Segundo, acompanhar e não realizar um procedimento não é uma derrota, pelo contrário ainda é sim um aprendizado.

Estar presente no PS é também mostrar conhecimento como lembrar o colega de pedir uma radiografia de tórax após realização de um AVC ou de atualizar o

profissional caso ele não esteja atualizado à respeito de certa conduta. Como certa vez na qual uma paciente entrou no PS clínico por ter tido uma mordedura de um gato, na discussão de qual antibiótico deveria ser prescrito para alta - o colega insistia na cefalexina. Sabendo que neste caso o antibiótico padrão se trataria da amoxicilina clavulanato, com todo respeito foi orientado ao doutor para reavaliar a conduta. Inicialmente ele ainda estava convicto de sua primeira decisão. Porém após verificar no BMJ ele reconheceu a conduta recomendada, e agradeceu pela segunda opinião.

2.3.4 O caso clínico I

Identificação: Z.F.C, 84 anos, feminino.

HDA: Paciente trazida pelo SAMU, procedente da UPA, devido a quadro de suposto abdômen agudo. Paciente admitida no PS do HMPGL com quadro de aproximadamente 30 dias de dor em cólica no abdômen superior sem irradiações de intensidade moderada com piora pós-prandial associada a fezes escuras. Acompanhante informa que há uma semana evoluiu com piora da dor e aumento de frequência e volume de melena, e início de hematêmese de pequena monta a 3 dias. Uso de AINEs, nega tabagismo e febre. Sem sangramento ativo no momento. Refere internação por quadro semelhante há cerca de 02 anos.

HPP: Cardiopata com fibrilação atrial crônica, DM insulinizada e histórico de linfoma superado, em uso de carvedilol 3.125 mg 8-0-8, enalapril 5 mg 1-0-1, furosemida 40 mg 1-0-0, eliquis 5 mg 1-0-0 e insulina NPH 26 UI de 08 em 08 horas.

Exame físico: responsiva, REG, ECG 15, orientada, acamada, desidratada +1/4, hipocorada +1/4, afebril, acianótica, dispneica em ar ambiente e estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas. FR 28 irpm, SatO2 de 95%, murmúrio vesicular presente universalmente audível sem ruídos adventícios. FC de 130 bpm, PA de 140x80, bulhas cardíacas hipofonéticas regulares em dois tempos sem sopro, pulsos periféricos simétricos rítmicos e cheios, TEC menor que 5 segundos. Abdômen globoso com cicatriz ulcerosa circular em hemiflanco esquerdo com ruídos hidroaéreos positivos e dor a palpação em epigástrio e hipocôndrio direito. MMII sem edema e sem empastamento de panturrilhas e sem diminuição de força muscular. Pupilas isofotorreagentes.

Conduta inicial:

1. Solicitado exames de admissão;
2. Solicitado Rx de tórax e ECG;
3. Solicitado Tc de abdômen;
4. Omeprazol em dose plena (profilaxia para úlcera péptica);
5. 2L de SF0.9% (NÃO ATRASAR RESSUSCITAÇÃO PARA FAZER EDA);
6. Pró-cinéticos;
7. Reavaliação após resultados dos exames.

Evolução: Paciente mantém-se estável com hidratação de volume de 2L de SF0.9%. Apresenta os seguintes resultados dos exames laboratoriais: (25-08-19, às 22:50) = KPPT: 29.8 s (VR de 24.3 a 35 segundos), TAP: 15 s com INR de 1.31 (VR de até 1.5 segundos). Hemácias: 3.68 milhões (VR de 4.5 a 6 milhões), Hemoglobina: 10.20 (VR de 13.5 a 17.5), VGM: 85.85 FI (VR 80 a 100), HGM: 30.40 PG (VR 26 a 34), RDW 16,60% (VR 11.60 a 14). Leucócitos totais: 8.960/mm cúbicos (VR de 5 a 10 mil/mm cúbicos), bastonetes: 0 mm cúbicos (VR de 1.500 a 8 mil/mm cúbicos), segmentados: 4.790,50/mm cúbicos (VR de 0 a 8 mil/mm cúbicos), neutrófilos: 4.790,50/mm cúbicos (VR de 1.600 a 8 mil/mm cúbicos), eosinófilos: 695.20/mm cúbicos (VR de 0 a 200 mil/mm cúbicos), linfócitos típicos: 2.259,40/mm cúbicos (VR de 600 a 3.400 mil/mm cúbicos), linfócitos atípicos: 0 e monócitos: 869/mm cúbicos (VR de 300 a 1.400/mm cúbicos). Plaquetas: 292 mil/mm cúbicos (VR de 14 a 400 mil/mm cúbicos). Ureia: 32 mg/dl (VR 19 a 43 mg/dl) e creatinina: 0.80 mg/dl (VR 0.6 a 1.25 mg/dl). Sódio: 141 mmol/l (VR de 137 a 145 mmol/l) e potássio de 4.4 mEq/l (VR de 3.5 a 5.1 mEq/l). PCR: 1.6 mg/dl (VR inferior a 1mg/dl). Glicose: 142 mg/dl (VR de 70 a 99 mg/dl). Lactato: 12.30 mg/dl (VR de 6.3 a 18.9 mg/dl). Gasometria com Ph: 7.46 (VR de 7.35 a 7.45), pCO₂: 34 mmHg (VR de 35 a 48 mmHg), Po₂: 83 mmHg (VR de 83 a 108 mmHg), HCO₃: 24.20 mmol/l (VR de 18 a 23 mmol/l) e satO₂: 97% (VR: 95 a 98%). RX de tórax e ECG sem alterações.

Laudos de TC: aerobilia nas vias biliares intra-hepáticas e extra-hepáticas com moderada quantidade de líquido livre peri-hepático, edema de gordura adjacente ao fígado e ao hilo hepático. Média quantidade de líquido localizado anterior a ambos espaços pararenais.

Conduta após reavaliação e estabilidade da paciente:

1. Solicitado EDA;

2. SNG;
3. Ponderado IOT se hematêmese intensa ou Glasgow < 9.

EDA: Esôfago com erosões distais. Los Angeles B. Estômago com pangastrite enantematosa leve, com sinais de pontos de sangramento recente na pequena curvatura do antro.

Comentários

Os principais diagnósticos sindrômicos para este caso consistem nos seguintes: abdômen agudo, hemorragia digestiva alta e síndrome de hipertensão portal.

O abdômen agudo foi descartado pois a paciente não se apresentava com dor abdominal com piora aguda e nem dor intensa. E para considerar uma síndrome de hipertensão portal se esperaria achados de hipertensão portal como ascite e edema de MMII.

Há de se pensar que a hemorragia digestiva alta foi sim a principal hipótese já que é uma dor abdominal intermitente, visto que ela já foi internada anteriormente pela mesma queixa, com presença de melena e hematêmese e anemia pelo exame laboratorial. Engana-se quem pensa que hematoquezia é apenas encontrada na hemorragia digestiva baixa, pois 10% dos casos de hematoquezia está relacionada com HDA. Uma dica é que uma hematoquezia com instabilidade hemodinâmica importante – faz pensar em HDA!

A HDA consiste no sangramento intraluminal de qualquer localização situada entre o esôfago superior e o ligamento de Treitz e é dividida em forma não varicosa e varicosa. Na primeira há lesão da mucosa com ulceração ou erosão de um vaso subjacente, enquanto que a forma varicosa consiste na ruptura dos vasos. De qualquer forma a HDA é mais comum no homem, sendo que o risco é maior com o aumento da idade (HARRISON, 2013).

Entre os diagnósticos diferenciais para a HDA deve-se sempre pensar nas três etiologias mais comuns que seriam doença ulcerosa péptica (DUP), Mallory-Wess e varizes esofágicas. Outras formas menos comuns a se pensar seriam colecistite, dengue hemorrágica, pancreatite, isquemia mesentérica, discrasias sanguíneas, cirrose e câncer de fígado.

Independentemente se a HDA é de causa varicosa ou não varicosa o objetivo é prover a estabilidade do paciente sempre pensando no ABCDE. Na franca aparição de hipovolemia com PAS > 100 mmHg não custa nada realizar 1 a 2L de solução de SF0.9%. Qualquer momento que a Hb cair de 7 não perca tempo, faça terapia com transfusão de hemoconcentrado (CH: concentrado de hemácias). Se plaquetopenia menor que 50 mil, administre plaquetas. Se presença de sangramento ativo e coagulopatia importante com INR maior que 2 e mais de uso de 6CH, administre plasma fresco congelado. E em risco de sangramento (paciente com mais de 65 anos, em choque, Hb < 10, sangue ativo), pondere por uma IOT (DWORZYNSKI *et al.*, 2012).

Críticas e reflexões

Três sintomas se destacaram neste caso: dor abdominal recorrente em fase de piora, melena e hematêmese. A dor a palpação de abdômen superior (principalmente em epigástrio e hipocôndrio direito) com ausência de peritonismo reforçou ainda mais ao diagnóstico de HDA. A linha de raciocínio clínica também se construiu pelos achados no exame físico geral de hipocoração e desidratação. Condizentes com os marcadores de valores de anemia na avaliação dos exames laboratoriais solicitados.

Porém o que leva de reflexão e uma crítica para o desenvolvimento de nós médicos é somente firmar o martelo para uma hipótese após pensar e descartar outras semelhantes. Assim pela localização da dor e também pela piora da dor após se alimentar foi pensado em colecistite, porém com um achado de Murphy negativo e ausência de febre e um TC sem detecção de alteração na via biliar esta hipótese foi deixada de lado. O mesmo se vale para a pancreatite pois apesar da localização da dor da paciente ser a mesma, paciente negou a irradiação da dor nas costas, e não cursou com febre. A pneumonia pode até cursar com dor referida, entretanto a ausência de quadro pulmonar e com a radiografia de tórax normal certamente a possibilidade desta hipótese é diminuída.

Um detalhe importante, entretanto, para estar sempre na carta da manga é lembrar de pensar em isquemia miocárdica, pois por mais que não curse com melena ou hematêmese, o fato da paciente ser mulher e por ser diabética e cardiopata, uma apresentação

de dor torácica atípica nesse grupo de pacientes poderia ser bem sugestivo, entretanto o ECG não se apresentava com alterações focais agudas.

Com mais cara para hemorragia digestiva alta, basta pensar agora qual etiologia é a mais provável de ter causado. Bom a DUP, foi a primeira hipótese a ser pensada, visto que há uma clínica crônica agudizada compatível e pelo consumo frequente de AINEs e anemia crônica. Apesar de ser frequente, a síndrome de Mallory Weiss, não chamou tanto a atenção já que por mais que teve hematêmese de pequena quantidade não há história de exposição a múltiplos vômitos e nem episódio súbito de aumento de pressão intrabdominal. Foi afastado também a doença varicosa do esôfago por dois motivos, primeiro se fosse a paciente estaria super instável, enquanto que a paciente não tinha sinais de sangramento abundante ativo. E segundo mais do que isso esta situação de evolução crônica de 30 dias e quadro anterior há dois anos não fala a favor de varizes esofágicas.

Dessa maneira, o principal diagnóstico ao ver ficaria para uma HDA por DUP. E para tanto foi solicitado uma EDA para confirmar o diagnóstico.

Sabe-se que na EDA, atualmente a primeira escolha para o tratamento da forma não varicosa, deve ser realizada idealmente nas primeiras 24 horas. Porém caso o paciente apresentar um escore de Blatchford > 12 o mesmo procedimento deve ser realizado em 3 horas pois há um risco elevado de vida. Afim de se conseguir visualizar o vaso deve ser feito previamente ao procedimento a infusão de eritromicina endovenosa, idealmente 1 hora antes do exame, a justificativa é que por mais antibiótico que seja a eritromicina, ela é também uma droga capaz de fazer pró-motilidade.

Através da da escala de Forrest, que varia de 1 a 3, podemos classificar o tipo de DUP. De maneira bem resumida a DUP de classe 1 consiste de uma úlcera sangrante ativa enquanto que a de classe 3 se trata de uma úlcera com base limpa. Outros exames diagnósticos-terapêuticos que podemos comentar consiste na cintilografia e arteriografia. Atualmente a sondagem gástrica para diagnóstico é controverso.

A injeção endoscópica com adrenalina é a terapia padrão sendo realizada quando o Forrest for Ia ou Ib ou IIa ou IIb com vaso visto. Em caso de uma persistência de instabilidade hemodinâmica mesmo com infusão de mais de 6 U de concentrado de hemácias e ou falência de terapia por EDA e ou choque importante associado ao ressangramento a

indicação de cirurgia é inquestionável. O tratamento da varicosa varia da possibilidade de escleroterapia, ligadura elástica e balão esofágico, porém não será discutido por aqui.

Por fim algo que ocorreu durante esta admissão foi a conduta de pedir SNG para esta paciente. Entretanto o plantonista não quis fazer o pedido, alegando que é contraindicado. Foi tentado explicar e informá-lo que a paciente estava estável e tinha janela de tempo suficiente para realizar a EDA, mas não adiantou. Pelo menos o restante das condutas ele manteve, assim a paciente em questão aguardava uma EDA, monitorizada, após estabilização com 2L de SF0.9% e em infusão de omeprazol e eritromicina em dose plena.

2.3.5 O caso clínico II

Identificação: O.L.M. 60 anos, masculino.

HDA: Paciente refere que iniciou há 4 horas com vertigem, hemiplegia à direita e desvio de rima ipsilateral, com discreta disartria. Nega confusão mental, síncope e episódios prévios semelhantes. Relata que interrompeu o uso de apixabana há cerca de 20 dias, realizando substituição por warfarina por conta própria não realizando INR no período.

HPP: Paciente acamado por hemiplegia à esquerda por AVC há 06 meses com história de valvulopatia mitral com troca valvar há cerca de 4 anos, realizando anticoagulação desde então. Não sabe indicar qual era a valvulopatia. Hipertensa em uso de losartana de 2cp ao dia e HCTZ de 25 mg ao dia. Nega diabetes, comorbidades, cirurgia prévias e alergias.

Exame físico: BEG, LOTE, ativo, Glasgow 15, anictérico, acianótico, hidratado, corado, eupneico em ar ambiente. FC de 90 bpm, PA 155x90 sem DVA, TEC < 3 segundos, sem ingurgitamento jugular, sem sopros carotídeos audíveis, BCNFR2T com sopro diastólico $\frac{3}{4}$ em foco mitral e estenose mitral com estalido, ictus cordis não palpável, pulsos periféricos cheios – palpáveis e simétricos. Expansibilidade pulmonar preservada, som claro pulmonar, MV+ sem RA. Abdômen plano, depressível, RHA +, sem dores ou visceromegalias à palpação. Pupila isofotomiorreagentes direta e consensualmente, desvio de rima para a esquerda, discreta disartria. Hemiplegia em hemicorpo direito, reflexo patelar aumentado, Babinski + em membro distal D.

Conduta inicial:

1. Suporte com monitorização clínica.

- a. Manter acesso venoso pérvio. Porquê? Infusão de soro e ou medicamentos.
 - b. Monitorização de sinais vitais.
 - i. Glasgow. Porquê? Em qualquer momento pode rebaixar. Indicação absoluta de IOT com Glasgow < 9.
 - ii. PA e FC. Porquê? Pensando em um processo de acidente vascular cerebral em instalação, deve-se manter a PA no limiar de 220-120 (PAS-PAD) para salvar áreas de penumbra. Por quê não na meta de 185-110? Pois no serviço esta seria a meta quando há indicativo de trombólise, porém atualmente está em falta a alteplase no serviço.
 - iii. Saturação. Porquê? Se saturação for menor que 95% o paciente pode indicar hipoxemia beneficiando de tratamento de reposição de oxigênio de baixo ou alto fluxo.
 - iv. Glicemia capilar. Porquê? Pois hipoglicemia é importante causa de rebaixamento de nível de consciência.
 1. Se consciente e HGT menor de 70 mg/dl entrar com 20 g de glicose.
 2. Se por ventura ele ficar inconsciente. Iniciar glucagon 1mL de 15 em 15 min SN. Porquê glucagon? Pois o glucagon promove glicogenólise, ou seja tira o glicogênio do músculo e transfere em glicose para o sangue.
2. Jejum por 24 horas.
 - a. Porquê? Pois a dieta oral pode provocar broncoaspiração visto pensar em paciente com possível AVC.
 3. Solicitação de TC de crânio sem contraste.
 - a. Porquê? Principal objetivo descartar AVEh. Sabe-se que na fisiopatologia da forma hemorrágica a área sangrante é hiperdensa e é visto rapidamente já nas primeiras horas do evento. Em contraste com a forma isquêmica que leva até 72 horas para o aparecimento das primeiras alterações no exame de imagem.
 4. Solicitação de hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, glicemia, coagulograma, ECG e Rx de tórax.
 - a. Porquê? Descartar diagnósticos diferenciais e corrigir eventuais alterações.

5. Nitroprussiato se PA > 220/120

- a. Porquê? O nitroprussiato é uma droga que temos no serviço. Além do mais é um excelente hipotensor, visto ser um vasodilatador importante.

Evolução: TC com laudo após 2 horas evidenciando áreas hipodensa em região frontal inclusive em área de Broca.

Conduta após resultado de TC:

1. Orientado necessidade de vaga de UTI.
 - a. Por quê? Por se tratar de um paciente que necessitaria de monitorização constante.
2. Aspirina.
 - a. Por quê? Para prevenção de novos episódios, uma vez que a aspirina em uma de suas contribuições, é um anticoagulante. A dose de 100 a 300 mg dia é uma dose recomendada.
3. Heparina.
 - a. Por quê? Para profilaxia de TVP.
4. Avaliação do neuro.

Comentários

A principal etiologia de disfunção neurológica aguda no departamento de emergência é o acidente vascular cerebral (AVC). E todos os casos com essas características devem ser considerados AVCs até que se prove o contrário. Apesar de o diagnóstico etiológico necessitar de exames complementares para certeza, pode-se levantar algumas hipóteses. O paciente já apresenta diagnóstico de valvulopatia e já teve tratamento cirúrgico para tal. Além disso apresentou sopro de estenose com estalido e sabe-se que esta afecção pode ser um grande sugestivo de AVC de origem cardioembólica. Outro comentário fundamental foi a troca da droga indevida. A Rivaroxabana é um novo anticoagulante oral inibidor do fator Xa e têm por característica não precisar de controle de INR. Já a warfarina devidos aos seus efeitos colaterais importantes precisa de valores de INR idealmente a cada mês pelo menos. No caso o paciente não fez. Por fim o prognóstico da doença é muito

dependente tanto que a chance de recorrência em média é de 10 a 20% e o paciente se encontra nesse grupo uma vez que já teve um episódio prévio (HANKEY,2017).

Críticas e reflexões

As principais críticas para o caso é o fato do paciente ter realizado a troca da medicação o que sugere que durante a prescrição do medicamento ele não foi reforçado que isto não pode ser feito. Ademais havia indicação de trombólise devido ao tempo do início dos sintomas, porém não foi feito, pela ausência de alteplase. E assim fica a reflexão porquê então somos a referência em neurologia se não temos suporte para seguir todo o fluxo de tratamento que seria mais conveniente? De qualquer forma o principal diagnóstico sindrômico para o caso consiste da síndrome do moto neurônio superior. Porquê foi pensado nisso? Pois o paciente apresenta achados da síndrome piramidal como:

1. Déficit de força muscular: representada pela hemiplegia.
 - a. Pois a informação do primeiro neurônio de movimentação é ausente e assim a região terminal que é o músculo não é exigida.
2. Hiperreflexia patelar:
 - a. Pois como a retroalimentação ficou bloqueada o segundo neurônio não é mais inibido pelo primeiro neurônio.
3. Babinski +:
 - a. Pelo bloqueio da retroalimentação neuronal.

Entre os diagnósticos diferenciais para esta grande síndrome temos o AVCi aterosclerótico, o AVCi cardioembólico, o AVCh, AIT. Menos prováveis estaria o grupo de infecções do SNC (meningite, encefalite) e tumor do sistema nervoso central.

2.4 UPAS JOÃO SAMEK E DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA

2.4.1 Estrutura e logística do funcionamento de fluxos

As UPAs João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa consistem nas duas unidades de pronto atendimento que prestam serviço para os aproximadamente 256 mil

habitantes do município além dos turistas e habitantes das cidades vizinhas.

Tais estabelecimentos possuem como função primordial servir de elo de comunicação entre a atenção primária em saúde com a atenção especializada terciária onde se localiza o HMPGL que é a nossa referência e também o HMCC.

Devida a grande procura pelos serviços, mesmo em situações onde não existe urgência, há em certos momentos uma função de poliambulatório no ambiente das UPAs - principalmente à noite já que em tese as unidades básicas de saúde já se encontrariam fechadas.

O SAMU e o SIATE são os serviços que trazem os pacientes de menor urgência e emergência para as UPAs e ao mesmo tempo contrarreferem pacientes de maior complexidade para os serviços dos hospitais HMPGL e HMCC.

Por conta de tudo que já foi falado, há a grande expectativa da aprovação de mais uma unidade de pronto atendimento na cidade a ser localizado no distrito de Porto Meira o que em tese seria ótimo para desobstruir a superlotação das outras duas unidades.

Comentários

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências e com a portaria 1.020 do Ministério da Saúde, as unidades de pronto atendimento (UPAs) se caracterizam por consistirem de um componente pré-hospitalar fixo, o qual tem como objetivo à organização de redes de atenção regionais de atenção integral às urgências como estabelecimento de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde da família e a rede hospitalar. Como parte da rede de UE as UPAs têm a finalidade de melhorar a disposição da assistência, articular os serviços e definir os fluxos e referências de maneira resolutive. Essas unidades funcionam 24 horas por dia em todos os dias da semana, tem como objetivo acolher os usuários sempre que buscarem por atendimento por meio do acolhimento com classificação de risco, de maneira a situar o possível risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento, sistemático e a gravidade do caso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Estas unidades devem funcionar de maneira aparada a outros elementos, como SAMU, unidades de saúde da família, centros de especialidades, atenção hospitalar entre outros, de maneira a ordenar os fluxos coerentemente com mecanismos efetivos de

referência e contra referência junto com as centrais de regulação médica e a equipe multidisciplinar, visando um atendimento resolutivo. Devem dispor de exames diagnósticos básicos como raios-x, exames laboratoriais, ECG. As UPAs podem ser classificadas com a população abrangida, cobertura, capacidade e área física/leitos disponíveis, recursos humanos e fluxo de atendimento médio (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

A elevada demanda dos usuários nos serviços intermediários de urgência e emergência hospitalar é explicada em sua maior parte por acolhimentos de demandas, decorrentes de problemas de saúde que poderiam ser resolvidos em serviços de atenção primária em saúde (APS) ou atenção secundária (ambulatórios especializados). Isso demonstra que há uma grande demanda reprimida e que existe ainda uma distribuição ineficiente de serviços de atenção primária em grande parte dos municípios, motivos pelos quais levam o usuário com demandas básicas a procurar a UPA.

Apesar de queixas sobre o atendimento impessoal e superlotação das UPAS, o paciente busca este serviço por acreditar que há uma resolutividade maior do quadro. O que leva ao usuário a ideia de que um atendimento em APS é ineficaz (ACOSTA; LIMA; ALICE; 2013).

Críticas e reflexões

De acordo com o documento Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e o Desempenho das Unidades de Ponto Atendimento do Conass na página 316, as UPAS de Foz do Iguaçu são consideradas de porte tipo III (BRASIL. CONASS, 2009).

A portaria 461 é muito interessante ao especificar sobre os tipos de pronto atendimento. Sabe-se que um pronto atendimento geral é um estabelecimento que possui apenas leitos de observação, não se admitindo internação. Já a unidade de pronto atendimento ou UPA consiste em um espaço que permite a internação de até 24 horas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

As devidas UPAS respeitam de fato as características de porte III colocadas na portaria 2048, pois atendem para uma população de 250 mil habitantes e há sempre ao mínimo 3 médicos clínicos no plantão e há 18 leitos de observação dos pacientes. O único,

porém, é que a quantidade de atendimento ao dia ultrapassa os 450 pacientes e nem sempre os 3 pediatras também se encontram (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002).

Outro empecilho é a questão de tempo de internação que é maior que 24 horas na grande maioria das vezes e há muitas altas sem a resolução de um problema.

2.4.2 Competências do médico neste cenário

Comentários

O médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição deve ser capaz de reconhecer e tratar as principais urgências cardiovasculares (síncope, crise hipertensiva, dor torácica, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, choque cardiogênico), respiratórias (edema agudo de pulmão, embolia pulmonar, asma, pneumonias), neuronais (cefaleia, infecções intracranianas, convulsões, acidente vascular cerebral, alterações comportamentais, estados confusionais agudos), genito-urinárias (dor pélvica, cólica renal, infecção urinária, insuficiência renal aguda), gastrointestinais (dor abdominal aguda, diarreia aguda, hemorragia digestiva alta e baixa, icterícia, insuficiência hepática, colangite, pancreatite aguda, ingestão de corpo estranho), endocrinológicas (diabetes descompensado, hipoglicemia, insuficiência suprarrenal, alterações hematológicas graves, crise falcêmica), hematológicas (tromboembolismo arterial, rotura de aneurismas, trombose venosa profunda), vasculares (pé diabético), psiquiátricas (paciente agitado, violento, psicoses, depressões, suicídio), traumáticas (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011).

Críticas e reflexões

O atendimento nas UPAs exige muito do profissional médico fisicamente e psicologicamente. Ele deve reconhecer que muitas queixas que ele irá atender, poderiam ter sido resolvidas pela atenção primária. Entretanto ao mesmo tempo deve ser capaz de estar apto quando casos urgentes dão entrada ao serviço.

2.4.3 Proatividade e procedimentos realizados

- Cumprimentar a todos profissionais identificando ao início do plantão e despedindo após o mesmo.
- Acompanhamento da passagem do plantão anotando os principais casos e tirando às dúvidas com o plantonista que estava passando o plantão.
- Proatividade
 - Auxiliado a conter pacientes em surtos;
 - Realizado anamneses e exames físicos dirigidos;
 - Feito a classificação de risco junto com o enfermeiro;
 - Orientado sobre a situação dos pacientes acompanhados aos familiares;
 - Repassado o caso completo para o médico plantonista, especialista, sobreaviso.
- Procedimentos realizados
 - Obtenção de AVP;
 - Auxiliado a enfermagem com o cuidado dos pacientes;
 - Acompanhamento de consultas;
 - Aferição da PA;
 - Realização de HGT nos pacientes;
 - Colocação de 2 sondas nasogástricas;
 - Aplicação de 1 sonda nasoenteral;
 - Colocação de 3 sondas vesicais;
 - Realização de 10 suturas;
 - Calculado as dosagens das drogas conforme peso estipulado sempre quando possível e o conhecimento da posologia era do alcance;
 - Colocação de cânula de guedel em 3 pacientes;
 - Realizado entrevistas clínicas concisas;
 - Feito exame físico direcionado;
 - Preparação do AMBU;
 - Ventilar o paciente;

- Compressões torácicas durante reanimação cardíaca;
- Realização de 2 IOT;
- Realização de 1 AVC.

Comentários

Certamente o local mais proveitoso, sem sombra de dúvidas, para realização de procedimentos foi as UPAs. Primeiramente não havia residentes e nem um grande de volumes de interno para competir por procedimento.

Em segundo o volume de pacientes neste cenário de estágio é muito maior. Tanto que era muito comum que o acadêmico e o seu colega de plantão assumirem a sala de procedimentos para realizar suturas uma atrás da outra.

Críticas e reflexões

“Não faz quem não quê”. Isso resume o cenário de estágio das UPAs. Há muito para se fazer, os pacientes entendiam bem a situação de aprendizes e nunca houve um problema ao realizar uma sutura ou um acesso venoso periférico por exemplo.

E para a sorte tive sempre a chance de acompanhar o Dr. Erlan que facilitava demais no processo prático de aprendizagem. Sempre estava disposto a ensinar. Foi lá que o interno concebeu por exemplo duas intubações oro traqueais e um acesso venoso central subclavicular para executar.

Procedimentos mais complexos como a de toracocentese, drenagem de tórax foram poucas vezes que aconteceu durante a estadia na UPA, visto ser um procedimento mais complexo e que geralmente era realizado no PS do municipal.

2.4.4 O caso clínico I

Identificação: E.A.D.S, feminino, 22 anos, trabalha como empacotadora no Atacadão.

Queixa principal: Dor em baixo ventre.

HDA: Paciente refere dor em cólica em baixo ventre de início há dois dias com irradiação ao dorso. Escala da avaliação da dor (7/10). Quadro acompanhado de hematúria, disúria e polaciúria. Nega corrimento vaginal atualmente. Há uma semana informa vômitos constantes em média de duas vezes ao dia. Informa dois resultados de BHC-G negativos. Início de febre há um dia de 38.5 graus.

HPP e Revisão dos sintomas: Tratou para ITU há 03 semanas. Há 03 semanas informa um corrimento de baixo volume, sem sensação de prurido e sem odor fétido, com dor na relação sexual. Última menstruação: 14/09/2019, regular. Informa ganho de peso há 01 mês de cerca de 02 kg.

Exame físico: BEG, LOTE, TEC < 2s, PA 120x85, FC 76, FR 14, Tax. 38.3, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica, eupneica em ar ambiente e SatO₂ 99%. Sem alterações ao exame da cabeça e pescoço. BCNR2TSS. MVUAD sem ruídos adventícios. Abdômen plano, depressível, RHA+, doloroso a palpação superficial e profunda em flanco esquerdo e direito, ausência de sinais peritoneais e de visceromegalias. Giordano positivo, Blumberg ausente e Taube livre. Sem outros achados ao exame físico.

Conduta inicial:

1. Solicitado exames de admissão, Rx de tórax e ECG;
2. Hidratação com SF0,9% 500 ml lento afim de manter acesso pérvio;
3. 1 ampola de Dipirona + 1 ampola de Escopolamina e repetir a cada 06 horas SN;
4. Início da ceftriaxona.

Evolução (2 horas após a admissão): Paciente refere melhora da dor. Apresentando os seguintes resultados de exames laboratoriais: (20/10/2019) = Hb: 13, Ht: 35,8. Leucócitos totais: 15.140, bastonetes: 10%. Plaquetas: 285 mil. Pcr: 0.5. EQU: proteínas +, hemoglobina +++, nitrito +, leucócitos de 10 por campo, hemácias 75 por campo.

Evolução (12 horas após admissão): Paciente evolui com melhora sintomática após uso de ATB. Afebril. Refere melhora de disúria. EQU: proteína +, hemoglobina ++ e nitrito NR.

Comentários

O principal diagnóstico sindrômico para o caso é com certeza a síndrome infecciosa de vias urinárias. Pois a paciente apresenta febre, disúria, hematúria, leucocitúria,

polaciúria, vômitos, dor abdominal irradiada para dorso, Giordano +, nitrito na urina e leucocitose com desvio à esquerda.

E entre os diagnósticos diferenciais para tal síndrome a de mais relevância para ser a hipótese diagnóstica é a pielonefrite aguda.

Menos prováveis seriam a vaginite, uma vez que ela nega secreção vaginal, Litíase ureteral pois a dor no caso da paciente é bilateral. E gravidez já que BHC-G deu negativo.

Críticas e reflexões

Não houve grande desafio diagnóstico para este caso. O quadro de dor dorsal irradiada para o abdômen, associado a disúria, polaciúria e hematúria deve levantar imediatamente a hipótese diagnóstica de ITU. Porém fica fácil evidenciar que não é apenas uma ITU e sim uma manifestação de pielonefrite, pois a presença de febre, vômitos, náuseas norteiam para tal hipótese.

E epidemiologicamente o quadro também é clássico por ela ser uma mulher jovem de 22 anos.

Aventa-se, porém, os diagnósticos diferenciais: litíase ureteral, improvável devido à característica bilateral e pouco localizada da dor mesmo após dias do início do quadro e febre moderada; cistite, como diferencial de ITU, mas a presença de quadro urinário alto e importante acometimento sistêmico não sugerem cistite; uretrites, cuja presença é afastada devido ao quadro agudo e intenso (geralmente, a dor da uretrite é arrastada e leve); vaginites, afastada devido à ausência de sintomas ginecológicos (dispareunia, corrimento vaginal, disúria sem polaciúria); e pielonefrite crônica, afastada devido à falta de história de infecções recorrentes ou fatores de risco (obstrução renal por cálculo ou refluxo vesico ureteral).

O diagnóstico da ITU é clínico-laboratorial. Entretanto, o laboratório não obrigatoriamente é esperado para iniciar a ATBterapia – inclusive, pode não ser solicitado em alguns casos (como comentado abaixo). A urina I tem elementos que sugerem as ITUs leucocitúria, com contagem > 10 leucócitos/mL (a ausência sugere fortemente etiologia não-infecciosa) e nitritos. Ph urinário entre 8.5 e 9 sugere microorganismos como *Proteus*,

Klebsiella ou Ureaplasma urealyticum. A hematúria é bom indicador para diagnóstico diferencial entre ITU e uretrite/vaginite, sendo mais comum no primeiro.

O padrão-ouro para diagnóstico da ITU é a urocultura, que deve ser solicitado nas suspeitas de: pielonefrite aguda; homens; sintomas atípicos; gravidez; não-resolução dos sintomas; recorrência em 4 semanas após tratamento; 3 dias após troca de cateter no caso de infecção por Cândida relacionada a sondagem vesical. Considera-se positiva quando contagem de unidades formadoras de colônia for > que 100 mil em amostras coletadas por jato e/ou > 100 em amostras de cateter.

Dado o diagnóstico, os passos subsequentes relacionam-se à classificação em ITU complicada e ITU não-complicada. ITUs não-complicadas são as que ocorrem em mulheres jovens, em BEG, não toxêmicas, não-gestantes e sem alterações do TGU. Complicadas são todas as outras – ou seja, pacientes em que a ITU se relaciona com alteração morfofisiológica do TGU ou que apresenta potencial de complicação, incluindo todos os homens, crianças e gestantes. A referência brasileira diferencia-se de referência inglesa, que inclui a pielonefrite como ITU complicada. Em ITUs não-complicadas, não é necessária a realização de exames laboratoriais. No caso da paciente, considerando a literatura brasileira, conclui-se que se trata de uma infecção do trato urinário não-complicada.

O diagnóstico foi adequado com Urina I. Entretanto, seria necessário solicitar urocultura, tratando-se de pielonefrite aguda.

O tratamento da pielonefrite tem as seguintes opções: Ciprofloxacino 400mg IV 12/12h ou 500mg VO 12/12h por 7 dias; Ceftriaxona 1-2g IM ou IV, 1x/dia por 7 dias; Amicacina 15mg/kg ou gentamicina 5mg/kg IM ou EV 1x/dia por 7 dias. Em Foz do Iguaçu, há preferência por ceftriaxona ou amicacina/gentamicina. Caso não haja melhora em até 2 dias, há necessidade de pesquisar complicações (como abscessos) por exames de imagem. No caso descrito, a ceftriaxona, então, foi uma escolha adequada.

Aproveitando o tema de ITUs, o tratamento de cistites não complicadas pode ser realizado empiricamente com: Nitrofurantoína 100mg 12/12h por 5 dias; Sulfametaxazol-trimepropin 160-800mg por 3 dias; Fosfomicina 3g DU (atenção: menos eficácia). No caso de gestantes, o tratamento deve ser com cefadroxil, cefalexina ou amoxicilina por 7 dias, sendo alterado caso urocultura mostre resistência.

Em idosos, o tratamento deve ser realizado nos casos de comorbidades e em regimes mais longos: 7-10 dias para mulheres e 14-28 dias para homens (28 dias caso prostatite).

No caso de infecções relacionadas a cateter, a antibioticoterapia é guiada pelas culturas. Se não há gram-positivos, utiliza-se ceftriaxona 2g/dia ou ciprofloxacino 400mg EV 12/12h. Caso *Pseudomonas*, ceftazidima 2g 8/8h (inclusive, nesse caso, pode-se tratar empiricamente). Caso enterococos, ampicilina e vancomicina são de escolha, sendo este último também de escolha para estafilococos coagulase-negativos (*S. saprophyticus*, p. ex.). Os critérios para alta e finalização de tratamento em meio intra-hospitalar são melhora do estado geral e do quadro clínico.

2.4.5 O caso clínico II

Identificação: O.P.K. 58 anos. Masculino.

HDA: Paciente hipertenso refere ter apresentado, nesta madrugada, despertar noturno com sensação de ansiedade e “pensamento acelerado”. Minutos após, aferiu PA em casa e estava com 220x175 mmHg. Relata que no período apresentou episódio agudo de cefaleia crônica intermitente frontal bilateral irradiada para nuca de leve intensidade, sem sintomas neurológicos associados. Fez uso de 1cp de propranolol e 1cp de losartana imediatamente. Nega dispneia, dor torácica/abdominal, alterações de sensibilidade e fraqueza.

HPP: hipertenso em uso de propranolol 40 mg de 12 em 12 horas e losartana 50 mg ao dia. Diabético em uso irregular de metformina 850 mg 2x dia. Acompanhante confirma nunca ter feito avaliação psiquiátrica. Nega tabagismo, internações e outros antecedentes patológicos. Na história familiar têm duas filhas com transtorno bipolar e filho com transtorno depressivo.

Exame físico: Paciente agitado, taquilálico, BEG, anictérico, acianótico, normocorado, hidratado, saturação de 97% em ar ambiente, FC de 45 bpm, PA de 180x110 mmHg, TEC menor que 3 segundos, FR de 15 irpm em uso de máscara de oxigênio, eupneico em ar ambiente sem uso de musculatura acessória, afebril, sem alterações cutâneas. Bulhas cardíacas hipofonéticas rítmicas em dois tempos, pulsos periféricos cheios e simétricos sem estase jugular. Murmúrio vesicular audível em ambos hemitórax. Abdômen plano e depressível, RHA+, timpânico a percussão, sem visceromegalias palpáveis, sem sinais de

peritonismo, pupilas isofotomiorreagentes. Sem alterações de funções motoras e sensitiva. Sem sinais de meningismo.

Conduta inicial:

1. Solicitado um ECG + troponinas e Rx de tórax.
 - a. Por quê? Para descartar uma possível SCA (IAM) e verificar se há alterações ou não no ritmo. Visto queixa apresentada de ansiedade e pensamento acelerado.
2. Prescrito um clonazepam de 2 mg.
 - a. Por quê? O paciente estava agitado, e com taquialia. O clonazepam por se tratar de um benzodiazepínico consegue efetivar efeito relaxante por meio de relaxamento muscular e certa sedação!
 - b. Por quê não foi optado por Haldol e Prometazina? Pois o paciente apesar de agitado não estava agressivo e nem em surto.
3. Prescrito dipirona EV, 5 ml para correr lento.
 - a. Por quê? O analgésico tem poder de diminuir a dor e a ansiedade.
4. Reavaliação da paciente após meia hora.

Evolução: após uso do clonazepam, paciente se encontrava calmo e com melhora clínica dos sinais vitais. Troponinas sem elevação, bradicardia atrial estável e radiografia normal.

Comentários

Os principais diagnósticos sindrômicos para este caso na opinião do interno seriam a síndrome hipertensiva, a síndrome da bradicardia atrial estável e a síndrome da pseudocrise hipertensiva.

Primeiramente sempre que a PA for maior que 120-180 sempre se deve pensar em síndrome hipertensiva, e relembramos que o paciente estava com 220x175 ao início do quadro. Segundo a bradicardia atrial estável pode ser um achado, pois o paciente se encontrava com uma FC menor de 50 bpm sem outras evidências de colapso cardiovascular, alteração aguda do nível de consciência, angina ou dispneia.

Por fim a pseudocrise hipertensiva que é o principal diagnóstico diferencial para as emergências hipertensivas, segundo FMUSP, também não pode ser descartada visto

que o paciente se encontrava agitado, ansioso, taquilálico e com aceleração de pensamento. E mais do que isso a evolução de melhora dos sintomas após o uso de clonazepam suporta ainda mais esse diagnóstico, visto que na pseudocrise hipertensiva os sintomas melhoram com simples repouso e tranquilizantes e não com uso de anti-hipertensivo.

Críticas e reflexões

Como demonstrado o paciente apresentou-se com mais indicativo de uma pseudocrise hipertensiva. Pois não havia sinais de alteração no exame físico que sugerissem lesão de órgão alvo para se pensar em emergência hipertensiva. Reforça-se esta hipótese o fato do ECG não mostrar alterações agudas de IAM e o Raio x de tórax não evidenciar alteração. Sendo assim como a ansiedade é causa de hipertensão (e não o contrário) o controle de PA por via oral é suficiente e muitas vezes nem é necessário. Pois como vimos o paciente teve seus sintomas de ansiedade e valor de PA diminuídos com simples uso de um ansiolítico.

A crítica é que em situações como esta é comum o médico só focar na doença se esquecendo que em uma simples conversa ele consegue direcionar o seu pensamento para uma situação de alteração não patológica mas sim comportamental.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o desempenho de qualquer atividade profissional é necessário reconhecer os pontos positivos e negativos intrínsecos para o desenvolvimento das habilidades pessoais e crescimento profissional. Além da competência técnica e habilidade de relacionamento interpessoal, também são importantes para a prática médica saber lidar com uma equipe multiprofissional afim de ganhar adaptabilidade e continuidade para o melhor tratamento do paciente.

O acadêmico acredita que o seu desempenho no estágio foi melhorando conforme a inserção e o tempo. Principalmente ao longo das interações interpessoais com os outros profissionais, momento pelo qual conseguiu obter a confiança deles. Aponta que é necessário ter um bom relacionamento com qualquer um independentemente do cenário pois o respeito e a proatividade seriam o segredo para o ganho da relação da confiança.

Inicialmente teve muito medo de realizar procedimentos, principalmente pela insegurança e por ter acompanhado poucos, durante os períodos anteriores. Porém através do estudo e observação se sentiu cada vez mais capacitado em realizar os procedimentos quando eram lhe permitidos e do seu alcance.

Durante a prática foi possível sedimentar ainda mais os conhecimentos adquiridos ao longo do curso. Aprender a manejar os casos mais prevalentes no cenário de UE foi com certeza um grande ganho.

Em resumo acredita que a experiência prática no cenário de urgência foi essencial para o desenvolvimento das habilidades médicas necessárias para o exercício da profissão dos mais diversos cenários. E se sente muito mais apto e confiante em exercer a medicina de urgência do que antes. Conclui com satisfação e com o total agradecimento à todos que estiveram em sua jornada.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M.; ALICE, M.; LIMA, S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. 2013.

ALBUQUERQUE, M.; CENDES, F. Estado de Mal Epiléptico em Adultos: Revisão e proposta Protocolo. J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS. Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das unidades de pronto atendimento (UPAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. CFM nº 2.077 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 461, 11 de junho de 2014. Define os tipos de estabelecimentos de pronto atendimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1864, 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.395, 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.949, 27 de dezembro de 2016. Aprova o componente de transferências de fundos anuais aos componentes hospitalares da macrorregião Oeste do Paraná. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.388, 12 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a aplicação de recursos para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de veículos ambulância tipo A pelos entes Municipais, Estaduais e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2041, 17 de julho de 2018. Altera a Portaria nº 621/GM/MS, de 16 de março de 2018, que atualiza os registros das Portas de Entrada Hospitalar de Urgência da Rede de Atenção às Urgências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2018.

DWORZYNSI, K.; POLLIT, V.; KELSEY, A.; HIGGINS, B.; PALMER, K. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. Summary. **NICE guidance – BMJ**. 2012.

HARRISON, TR. Medicina interna de Harrison. RJ. McGraw Hill Artmed, 2013.

HANKEY, G.J. Stroke. The lancet. 2017

IBGE. Censo (2010). Disponível em:< <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad Saúde Pública**. Brasil, v.24, p.1877-1886, 2008.