

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

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO OBRIGATÓRIO DE URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Carlos Ariel Recalde Garay

Foz do Iguaçu 2020

Carlos Ariel Recalde Garay

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO OBRIGATÓRIO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Relatório de atividades práticas apresentado aos professores do módulo de Urgência e emergência do SUS do Curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como parte das exigências para obtenção de nota no módulo de Urgência e Emergência.

Orientação: Profa. Dra. Flavia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu

2020

CARLOS ARIEL RECALDE GARAY

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO OBRIGATÓRIO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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. Luis Fernando Boff Zarpelon

UNILA

Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

UNILA

Foz do Iguaçu, de outubro de 2020

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: Carlos Ariel Recalde Garay

Curso: Medicina

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico:

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: _____

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, ____ de ____ de _____

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho de conclusão especialmente aos meus familiares, equipe de mestres e preceptores, que foram fundamentais em minha trajetória acadêmica.

DEDICATÓRIA

A Deus, por permitir chegar a estas instâncias.

À minha mãe, ao meu pai e ao meus irmãos – meus pilares – suporte desde o Paraguai.

A todos professores e preceptores, incluindo profissionais pré-hospitalares (SAMU, Motoristas, técnicos de enfermagem), enfermeiros e equipe de enfermagem, e a todos aqueles que continuam nos apoiando e ensinando ao longo do caminho.

Agradecimentos especiais aos nossos Professores:

Prof. Dr German Andres Pignolo e Prof. Dra Flávia Trench por nos orientar, ensinar a ser bons médicos e organizar o curso, apesar dos obstáculos.

Aos preceptores:

Dra Susan Lorenzato, Dr Silvio Barbosa, Dr Eduardo Vera, Dr Clayson Pujol, Dra Keyla Klava, Dr Bruno Philippi, Dr Bruno Clavijo, Dr Juan Carlos Ortega, Dr Luis Felipe Felix, Dra Mirian Franco, Dr Erlan Campos.

Aos colegas e amigos, que me ajudaram no estudo: Hassan, Christian, Veronica, Gabriel.

RECALDE GARAY, Carlos Ariel. **Relatório de atividades do internato obrigatório de U/E do Sistema Único de Saúde**. 2020. 75 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 “Relatório de atividades do internato obrigatório de U/E do Sistema Único de Saúde’ aborda as vivências do internato no decorrer do ano de 2019, o acadêmico pôde explorar, observar e investigar acerca das experiências nos cenários de urgência e emergência. Essas percepções fazem parte do dia a dia das práticas consideradas obrigatórias através do internato, propiciando o enriquecimento e aplicabilidade de conceitos teóricos. Deste modo, a pesquisa objetiva elencar os casos clínicos vivenciados e acompanhados nos cenários de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, propriamente no Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Serviço de Atendimento Móvel Urgência (SAMU) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA´s) Walter Barbosa e João Samek. A base do presente estudo relatar as experiências pessoais que estiveram presentes nos atendimentos e puderam correlacionar a teoria com a prática, fundamentando cada protocolo de atendimento. Deste modo, considera-se de suma importância experimentar o internato com a finalidade de crescer profissionalmente.

Palavras-chave: Atendimento. Urgência. Emergência. Vivência.

ABSTRACT

This paper has as its theme "Report of activities of the mandatory internship of U / E of the Unified Health System 'addresses the internship experiences during the year 2019, the academic was able to explore, observe and investigate about the experiences in urgent and emergency. These perceptions are part of the day-to-day practices considered mandatory through the internship, providing the enrichment and applicability of theoretical concepts. Thus, the research aims to list the clinical cases experienced and followed up in the urgency and emergency scenarios of the city of Foz do Iguaçu, properly in the Emergency Room of the Municipal Hospital Padre Germano Lauck, Mobile Emergency Service (SAMU) and in the Emergency Units. Service (UPA's) Walter Barbosa and João Samek. The basis of this study is to report the personal experiences that were present in the visits and were able to correlate theory with practice, supporting each service protocol. Thus, it is considered extremely important to experience internship in order to grow professionally.

Keywords: Service. Urgency. Emergency. Experience.

ABREVIATURAS

U/E	Urgência e Emergência
PS	Pronto Socorro
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
USG	Ultrassonografia
AMBU	Unidade Manual de Respiração Artificial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
IOT	Intubação orotraqueal
SpO2	Saturação Periférica de Oxigênio
ACV	Aparelho cardiovascular
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
CD	Conduta
TAC	Tomografia Axial Computorizada
GCS	Escala de Coma de Glasgow
MMII	Membros Inferiores
SNC	Sistema nervoso central
USF	Unidade Saúde Familiar
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
AEH	Atendimento Extra Hospitalar.
EV	Endovenoso
VO	Via Oral

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Algoritmo de Urgência e Emergência.....	15
Figura 2: Protocolo de Manchester.....	17
Figura 3: Vascularização do Membro Superior.....	19
Figura 4: Principais medicamentos anti-hipertensivos.....	41
Figura 5: Placas ateroscleroticas.....	46
Figura 6: Contraindicações absolutas para trombolíticos.....	47
Figura 7: Contraindicações relativas para trombolíticos.....	47
Figura 8: Classificação de killip.....	48.
Figura 9: Escore TIMI.....	49
Figura 10: Sumula.....	54
Figura 11: Cadeia de sobrevivência PCR.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais complicações e abordagem.....	20
Tabela 2: Diferenças básicas entre sonda orogástrica e nasogástrica.....	21
Tabela 3: Aplicação do protocolo PCR na Prática.....	22
Tabela 4: Atribuições da regulação Médica das E/U.....	25
Tabela 5: Pontos positivos e negativos das USB.....	28
Tabela 6: Exclusão das hipóteses diagnósticas pela clínica.....	42
Tabela 7: Características farmacológicas do Midazolam.....	59
Tabela 8: Características farmacológicas da Adrenalina.....	66
Tabela 9: Cuidados pós parada.....	67

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	15
2.1.	HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK	16
2.1.2.	Procedimentos Realizados no Pronto socorro	18
2.1.3.	Reflexão Pessoal.....	24
2.2.	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)	24
2.2.1.	Regulação.....	25
2.2.2.	Comentários Pessoais.....	26
2.2.3.	Atividades no SAMU e experiências.....	27
2.2.4.	Reflexão Pessoal.....	29
2.3.	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) JOÃO SAMECK, WALTER BARBOSA	29
2.3.1	Procedimentos Realizados nas UPAs	30
2.3.2.	Primeira IOT.....	30
2.3.3.	Acesso venoso central.....	32
2.3.4.	Reflexão Pessoal.....	34
3.	CASOS CLÍNICOS	34
3.1.	Caso Clínico	34
3.1.1.	Discussão do Caso.....	38
3.1.2.	Conclusão e Comentários.....	50
3.2.	Caso Clínico	50
3.2.1.	Discussão do Caso.....	53
3.2.2.	Conclusão e Comentários.....	56
3.3.	Caso clínico.....	57
3.3.1.	Discussão do caso.....	59
3.3.2.	Conclusão e Comentários.....	61
3.4.	Caso Clínico	62
3.4.1.	Discussão do caso.....	64
3.4.2.	Conclusão e comentários	68
3.5.	CONCLUSÃO DO INTERNATO DO PRIMEIRO ANO.....	70
3.6.	PROPOSTAS E SUGESTÕES	70
3.6.1.	Para a rede de U/E.....	70
3.6.2.	Para o curso.....	71

REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS	73
ANEXO I - Anamnese e exame físico nos Prontos socorros	73

1. INTRODUÇÃO

A medicina é detalhista e subjetiva simultaneamente. Cada vez que se busca uma solução, há vários obstáculos a frente e nem todo diagnóstico feito por outros será o do paciente. Muitas vezes, haverá algo na história clínica que mudará completamente o diagnóstico. Essa habilidade de raciocínio clínico deve ser a ferramenta mais importante nesse momento.

Um dos pensamentos mais importantes que foi passado durante o internato em Urgência e emergência foi de advogar pelo paciente. Quando o cuidado de um paciente está em nossas mãos, o médico precisa defender perseverantemente seu paciente contra qualquer patógeno.

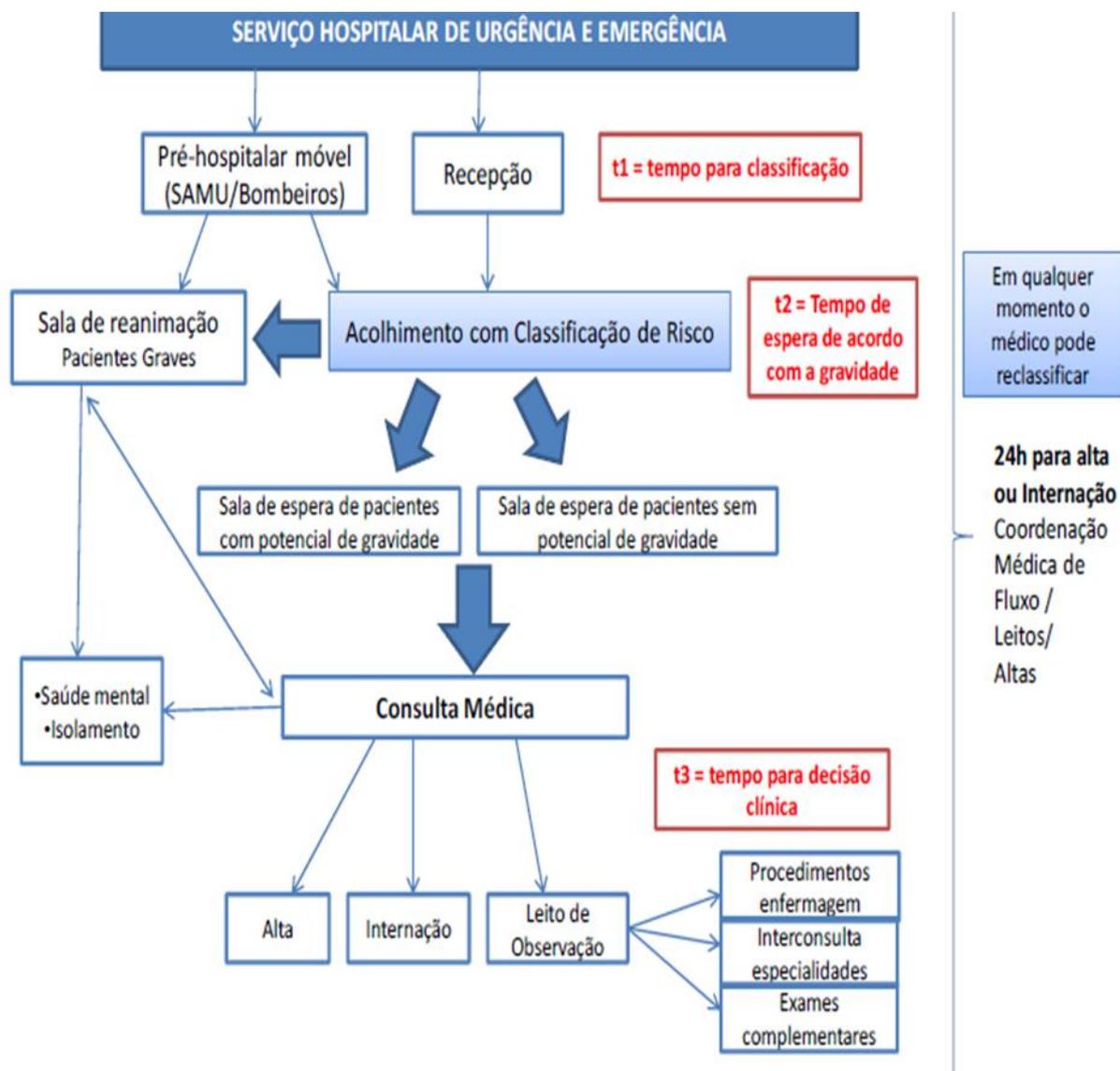
O relatório, elaborado para o módulo de Urgência e emergência do internato médico da UNILA, contribui para que o aluno a tenha uma boa formação e serve de documentação e avaliação das atividades realizadas anualmente.

Este trabalho aborda descrição do fluxo de atendimentos, relatos de atividades práticas, experiências vividas do meu internato em três cenários: *Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck – PS/PGL, Serviço de atendimento Móvel - SAMU e Unidade Pronto Atendimento-UPA*, como também, estudos de casos de pacientes críticos atendidos nos plantões.

2. FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

O algoritmo abaixo descreve o fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com sua classificação.

Figura 1: Algoritmo de Urgência e Emergência.



Fonte RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

Com base no fluxograma acima é feita a correlação entre o que é vivido nos três locais da prática - 1- HMPLG, 2- SAMU e 3-UPA. – e o que é disposto na **RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14** (Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de U/E, do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho) e **PORTARIA 2048/2002** (Regula a classificação e o regulamento técnico dos serviços de U/E)

2.1. HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

O Pronto Socorro (PS) representa um dos cenários principais do internato na área de U/E.

O PS possui duas salas vermelhas: uma para clínica, com dois leitos e outra para trauma, com três leitos, com os devidos suportes (Monitor, Sistema de oxigenação, ventilador mecânico, um carro de parada).A equipe é composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos e serviços gerais.

A entrada de paciente é feita basicamente por dois caminhos: demanda espontânea ou Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência - SAMU, SIATE e pré-hospitalar móvel privado - com base no artigo 2 da RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14.

A maioria dos pacientes acompanhados que foram trazidos pelo SAMU, entravam direto na sala vermelha já com a estratificação de risco. O médico ou enfermeiro do SAMU passava o caso clínico do paciente para o plantonista muito resumidamente, tanto nos prontuários quanto na conversa, destoando do artigo 9 da resolução acima que claramente expressa "**A obrigatoriedade do registro completo da assistência prestada à vítima na ficha de atendimento**". O desconhecimento da história do paciente dificulta a abordagem deste que, em muitos casos, apresentavam dificuldade de comunicação, por rebaixamento de consciência, intoxicações, etc.

A abordagem dos plantonistas aos pacientes era feita de maneira sistematizada aplicando protocolos. Muitos explicavam os procedimentos passo-a-passo, desde que o aluno demonstrasse empenho.

O paciente estabilizado tem três destinos: (1) ALTA, (2) INTERNAÇÃO e (3) LEITOS DE OBSERVAÇÃO, porém o que se observava era que vários pacientes ficavam horas e até dias na sala vermelha o que contradiz a resolução já mencionada, que diz que o paciente “**não deverá ficar mais de 4 horas na sala de reanimação**” e que 24 horas é a máxima permanência do paciente dentro do PS.

Apenas pequena parte dos pacientes da admitidos ocorre por demanda espontânea. Estes passavam por acolhimento (triagem), que pode ser feito pelo enfermeiro ou médico - **RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012, 11 de abril de 2012** - enfatizando a queixa principal e utilizando a escala de Manchester (na prática esses acolhimentos foram feitos pelos enfermeiros).

Figura 2: Protocolo de Manchester

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Fonte: Protocolo de classificação de risco Campinas, SP, Brasil, 2010.

Resumo do fluxo: O PS atualmente representa o atendimento das urgências de maior complexidade e é uma unidade fechada que recebe pacientes 24h. No momento vivemos a saturação dos Serviços de Emergência, muitas vezes por patologias banais. Uma vez que serviços de urgência urgente estão superlotados com situações que poderiam ser sido resolvidas na atenção primária, torna-se necessário estratificar os pacientes de acordo com suas necessidades, patologias e gravidade, determinando o tempo de espera a ser tratado.

2.1.1. Atividades no Pronto socorro (PS)

As atividades consistiram na realização de **admissões** de pacientes clínicos compostas de anamnese e Exame Físico (**Ver anamnese de U/E no apêndice I**) com o paciente e/ou com familiares. Primeiramente se fazia a estabilização, depois se colhia a história clínica e , por fim, tratamento. O acadêmico ajudava na prescrição e participava da discussão clínica (etiológica, diagnóstica e prognóstica) com os plantonistas.

Ao evoluir os pacientes era necessário fazer anamnese, exame físico dirigido e analisar os exames complementares (exames laboratoriais, radiografias, tomografia axial computadorizada, ultrassonografia) para o correto registro no prontuário.

E, no final de cada plantão, muitos médicos deixavam que o aluno passar plantão ao plantonista que chegava, *para isso, era necessário resumir verbalmente a história e relatar o que foi feito durante o plantão e comentar o então podia-se opinar sobre um possível fluxo para os pacientes.*

2.1.2. Procedimentos Realizados no Pronto socorro

- **Transporte interno de pacientes**
- **Curativos**
- **Higiene dos pacientes**

Depois de alguns plantões, descobre-se que as pequenas coisas abriam portas para coisas maiores, transportar paciente é considerado por muitos como trabalho não médico, mas no serviço é melhor trabalhar como equipe e ajudar um aos outros.

Ser educado, cumprimentar a outra as pessoas, oferecer ajuda não tira diminui ninguém, ao contrario, estreita laços da equipe.

Acesso periférico

Foi um dos procedimentos, mais realizados durante o ano. Em média dois por plantão.

Figura 3: Vascularização do membro superior

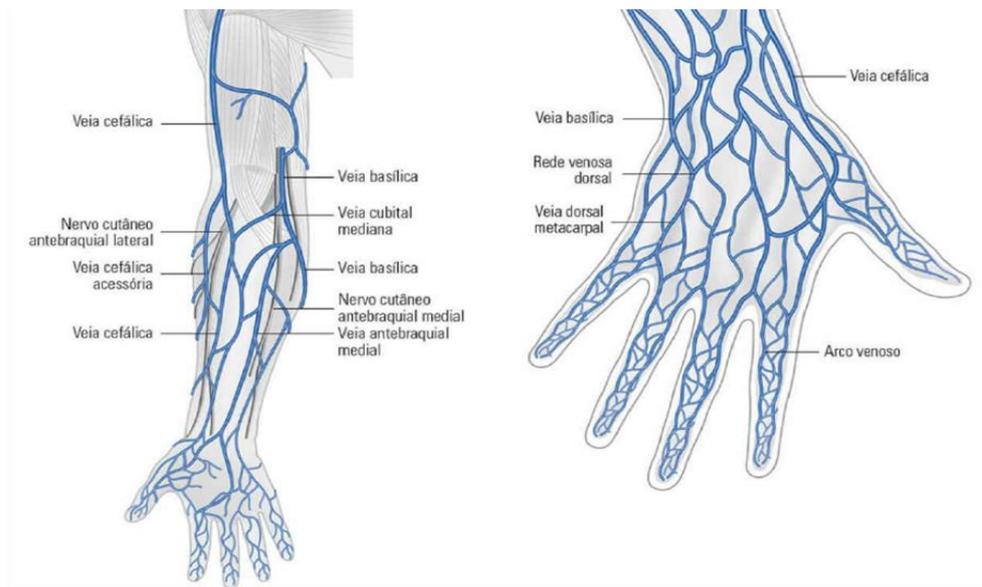


Figura do livro de procedimentos médicos USP-mostrando o acesso venoso periférico.

Indicações mais comuns: Administração de medicamentos, soluções, fluidos, hemocomponentes quando há necessidade de acesso rápido ao sistema circulatório.

Como escolher a veia: Preferencialmente de maior calibre, visibilidade, acessibilidade e distanciamento de articulações, menor quantidade de válvulas e ou risco de trombozes (MMSS), sem sinais infecciosos próximos ou uso recente do vaso.

Descrição: consiste na introdução de um dispositivo do tipo cateter na veia periférica. Procedimento que não requer preparo cirúrgico, exige técnica asséptica (lavar as mãos, manter a região da punção estéril).

Materiais: garrote (torniquete), dispositivos endovenosos, abocath- jelco 14 a 24G, seringas, conectores (tampinhas, polifit, equipes e ou torneirinha), esparadrapos comuns, hipoalérgicos e cirúrgicos, soluções antissépticas (alcoólicas), algodões, luva de procedimento, caixa para descarte de perfurocortantes.

Técnica: orientar paciente sobre o procedimento, lavar as mãos, calçar luvas, garrote a 15 a 20 cm proximal ao local da punção, posição ideal para distensão do sistema venoso e não arterial, se ocorrer o segundo, afrouxar. Escolher o

melhor sítio de punção, por visualização e palpação e o calibre do cateter adequado. Aplicar solução alcoólica sobre a pele. Puxar a pele abaixo do local da punção para fixar o vaso. Informar ao paciente que sentirá um desconforto. Inserir o cateter a 30 graus, bisel para cima e sentido do fluxo venoso. Quando houver fluxo, reduzir a 15 graus. Inserir parte flexível do cateter (todo), mantendo o mandril na mesma posição. Soltar o garrote. Aplicar pressão sobre a pele proximal a inserção do cateter para facilitar retirada sem sangramento do mesmo. Retirar mandril e conectar polifix, torneirinha ou conecto. Aspirar para ver refluxo do sangue e adequada posição dentro do vaso. Fazer curativo do cateter e identificar com a data, hora, número do dispositivo e o nome do profissional.

Tabela 1: Principais complicações e abordagem

Transfixação do vaso	Compressão com gazes 5 a 10 minutos
Extravasamento de soluções	Retirar o equipo, compressão local
Acidente material biológico	Encaminhar para sala vermelha

Fonte: O autor, 2020

Sonda Orogástrica/Nasogástrica

- Durante o ano foram realizadas 4 vezes (duas em cadáver).
- O terceiro paciente se encontrava no leito após IOT com indicação de esvaziamento gástrico, para diminuição da pressão intragástrica.
- O quarto na UPA, após intoxicação exógena.

Tabela 2: Diferenças básicas entre sonda Orogastrica e Nasogastrica

<i>Orogástrica</i>	<i>Nasogástrica</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes inconscientes, pelo efeito de induzir vômitos. <i>Indicação mais comum no OS:</i> IOT; • <i>Via oral:</i> do lobo inferior da orelha ao centro da boca até o apêndice xifóide + 20-30 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes acordados. Indicação mais comum no PS Lavagem gástrica. • <i>Via nasal:</i> distância do lobo inferior da orelha até a ponta do nariz ao apêndice xifóide + 20-30 cm.

Fonte: O autor, 2020

Procedimento não médico, de realização diária no PS, comumente feito pelo técnico de enfermagem, onde se acessa a posição gástrica, através de um cateter de poliuretano ou polivinil de calibre variado pela via nasal ou oral.

Indicações mais comuns: Lavagem gástrica, drenagem de conteúdo gástrico (avaliar volume e aspecto do conteúdo), infusão de nutrientes em forma de dietas.

Descrição: Separação de materiais (luvas, máscaras, cuba rim, mesa auxiliar, cateter entérico 12, lidocaína gel 2%, seringa de 20 ml, estetoscópio, gaze não estéril, esparadrapo.

Técnica: Lavagem das mãos, posicionamento a direita do paciente, avaliação da anatomia bucal, levantar cabeceira da cama (30-45 graus), escolha do cateter a ser introduzido a partir da distância do lobo inferior da orelha ao centro da boca até o apêndice xifóide, marcação com um pedaço de esparadrapo o cm a ser introduzido, anestesia com lidocaína gel 2% da orofaringe, introdução até o sinal, teste posição no estômago: injetar 20ml de ar e auscultar sobre epigástrico, deu positivo retiro o ar com a seringa acoplada, fixação do cateter, limpeza com álcool 70%, amarração sobre a marca, conexão do cateter ao coletor de sistema aberto estéril, abaixo do nível do leito e identificação do cateter com uma tira de esparadrapo.

Suturas: Pontos simples

A maioria das suturas foi feito na sala de trauma, as partes mais suturadas eram os MMII e MMSS.

Posso falar que graças ao internato perdemos o tremor das mãos que sempre tinha, e agora sei que esses tremores eram por insegurança.

Na sala vermelha clínica foi feito também algumas suturas basicamente para assegurar acesso central.

Manejo de paciente em PCR no PS

Durante o internato tive várias participações em Paradas cardiorrespiratórias (PCR). Durante o processo de reanimação foi aplicado o protocolo de parada.

Nos casos de PCR rapidamente se mobiliza as pessoas na sala vermelha, para suporte ao paciente.

Organização da equipe:

O médico fica na cabeça como líder cronometrando a hora, o enfermeiro fica na ventilação, o técnico fica na administração de medicamentos e eu e meu colega ficamos nas compressões.

O protocolo nem sempre se aplica corretamente, como pode ser percebido abaixo:

Tabela 3: Aplicação do protocolo de PCR na pratica

Prática	Teoria
O primeiro ciclo é aplicado corretamente.	
O segundo ciclo: é administrado epinefrina 1 mg, sem os 10 ml se FS0,9% e sem levantar o braço.	O objetivo dos 20 ml de FS0,9% infundi-lo rapidamente (Flushing) e levantar o braço, evitar flebite e

	aumenta a velocidade de chegada do medicamento para o coração e distribuição sistêmica mais rápido.
Para acesso da VA avançada-IOT, sempre são interrompidas as compressões, discordando com o protocolo.	O ACLS menciona claramente que as compressões não podem ser interrompidas para acesso da VA avançada.
Terceiro ciclo e administrado 1a dose de amiodarona 300mg, sem os 10 ml se FS0,9% e sem levantar o braço.	O objetivo 20ml se FS0,9% infundi-lo rapidamente (Flushing) e levanta o braço, evitar flebite e aumentar a velocidade de chegada do medicamento para o coração.
Com cada choque (Desfibrilação) muitas vezes a equipe fica observando o monitor ou tentando sentir pulso.	Segundo a ACLS, menciona que depois de cada choque é necessário a realização de um ciclo pelo motivo do coração não gerar perfusão sistêmica adequada por isso as compressões de um ciclo e após checar carotídeo ou femoral (criança).
Uma coisa importante que nunca presenciei é uma auto avaliação da equipe de resposta.	Essa auto avaliação é de vital importância para discutir e prevenir erros supracitados acima, de fazer um melhor atendimento na próxima parada.
O protocolo vai até o retorno da circulação espontânea ou cessação das compressões.	

Fonte: O autor, 2020

2.1.3. Reflexão Pessoal

O Pronto socorro fez com que eu conseguisse desenvolver um perfil médico mais humanizado, nesse cenário aprendi a ter conduta mais reflexivas pensando não só no quadro clínico, como também dos aspectos influências externas da pessoa, tive que obrigar-me a ser mais racional em minhas ações dentro do PS, porque agora é o momento de aprender, errar os procedimentos, protocolos para, quando formado, ter uma conduta baseada na fisiopatologia e clínica.

Rapidamente me sentia mais confiante e pensava sobre minha função no serviço, percebendo a importância de interagir com os funcionários para me encaixar no serviço, aportando para equipe, mesmo que fosse preciso ajudar na higiene de pacientes, transporte destes, entre outras coisas, porque muitos dos procedimentos realizados foram graças a eles.

Os casos observados no ambiente hospitalar me motivaram a estudar e aplicar a teoria relacionando com o quadro do paciente e de agir como profissional competente, em caso de dúvidas, perguntava aos plantonistas e a maioria de estes devolvia a pergunta, e se eu respondesse, eles explicavam minha pergunta, isso também me motivou a estudar mais.

2.2. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. Urgências são situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

Desta forma, a **Rede de Urgência e Emergência** tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia,

cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção pré-hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção.

2.2.1. Regulação.

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Tabela 4: Atribuições da Regulação Médica das U/E

Sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso	Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis
Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado	Julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção.
A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato as	O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e

vítimas com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.	responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências.
---	--

Fonte RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14

2.2.2. Comentários Pessoais

Em muitos dos meus plantões era escutado críticas dos motoristas e da enfermagem pelo mau funcionamento da regulação, porque basicamente para cada chamado era deslocada uma viatura e esses casos eram presenciados em cada plantão, na chegada na casa da vítima encontrava-se uma queixa bem diferente como tosse, febre, dor lombar crônica, dor nas pernas, casos que não precisam de deslocamento da viatura.

A culpa é só da Regulação?

Não em todos os casos, por que muitas vezes, própria vítima *informa uma queixa irreal*, só para acessar a um serviço de saúde mais rápido, por que as vezes o encaminhamentos da USF demora pelo alto fluxo de paciente na frente.

Mas uma parte acontece também por falta de controle da seleção dos médicos para assumirem a responsabilidade estas pequenas irregularidades apresentam um peso muito alto no fluxo de atendimentos das vítimas graves, **desregulando a rede** de U/E, levando a atendimentos de vítimas sem prioridade e deixando os críticos.

Possíveis Soluções

Melhor seleção dos candidatos para médico regulador e que estes recebam treinamento prévio na área da regulação.

Como também orientar nas USF que são os primeiros pontos de início do fluxo, fazer entender que não tudo dor precisará do atendimento do SAMU.

Conscientizar o atendimento Humanizado e de uma escuta qualificada, para todas as vítimas.

2.2.3. Atividades no SAMU e experiências

Este cenário pré-hospitalar representou muitas experiências boas na minha formação médica, principalmente de conhecer os tipos de atendimentos dos diferentes cenários de foz de Iguaçu, de entender o fluxo das vítimas até chegada no hospital.

No começo do internato, as rotinas eram sair nas ambulâncias Unidades Suporte Básicas USB, Unidades suporte avançado USA, ainda não fazíamos o atendimento completo dos casos, por falta de confiança dos preceptores ou enfermeiros. Ao longo do tempo começamos fazendo aferição de sinais vitais e registro das histórias nos prontuários, passagem de caso na rádio para regulação para o transporte da vítima. Mais adiante, já tínhamos mais liberdade em fazer os atendimentos, nas vítimas, para isso é feito anamnese e exame físico bem dirigido. Ao longo do tempo o nosso raciocínio já continuava dinamizando. Sobre os casos vistos, se correlacionaram com os temas vistos ao longo das aulas teóricas.

Em cada plantão as saídas eram em maior número nas unidades de suporte básico, estavam equipados de oxigenação, materiais para primeiros auxílios, mochilas para o atendimento de traumas, grávidas.

Tabela 5: Pontos positivos e negativos nas Unidades Suporte Básico

<i>Pontos Positivos Unidades suporte Básico.</i>	<i>Pontos Negativos Unidades suporte Básico.</i>
Vítimas de diferentes faixas etárias, crianças, jovens, adultos e idosos.	Faltam de ferramentas como medicações, mas a lei brasileira não permite prescrição de medicamentos pelos enfermeiros o que dificulta o atendimento.
Trabalho em equipe.	Translado de pacientes desnecessários com tosse, febre, dor lombar crônica, dor nas pernas etc.
Abordagem de vítima poli-traumatizado no cenário pré-hospitalar. Priorizando controle cervical.	Pacientes agitados/violentos, bêbados.
Exigindo capacidade de classificar os pacientes,	Risco aumentado de contaminação por materiais biológicos.
Aprendizado com os casos com menor gravidade.	Muitas vezes em ambientes de chuva, muita dificuldade de acesso ao local.

Fonte: O autor, 2020

A saída da **Unidade suporte avançado (USA)** normalmente por motivo de Parada Cardiorrespiratório PCR a maioria causados por Paradas em AESP-ASSISTOLIA, e outros como agitação psicomotora, transferências de paciente crítico e obstétricos etc. A equipe integra-se: motorista, enfermeiros, médicos, o interno.

As atividades realizadas nas ambulâncias Avançadas, procedimentos que eu podia realizar nas saídas eram acesso periférico, titulação de drogas e escolhas de estes, ressuscitação cardiopulmonar etc. Além disso, teve que fazer a história, passagem do caso para na regulação para posterior transferência e conduta final.

2.2.4. Reflexão Pessoal

Experiência de fazer parte da equipe para compreender os principais protocolos de atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar, bem como a regulação dos pacientes pela rede, foi de suma importância para meu aprendizagem de entender o fluxo da vítima até o centro de referência. Aprendi a ser capaz conduzir os casos das principais queixas apresentados nos plantões.

2.3. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) JOÃO SAMECK, WALTER BARBOSA

Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) do município de Foz de Iguaçu, são consideradas unidades de complexidades intermediárias, faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

A UPA 24h oferece estrutura simplificada, com raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

A demanda de pacientes nesse cenário é muito alta a maioria dos pacientes procura a unidade para consultas clínicas por condições agudas não graves, enfermidades crônicas agudizadas, traumas leves, que conseguem ser dados de alta sem precisar de serviços com mais complexidade. Os que têm condição crítica geralmente chegam com SAMU/SIATE sendo já classificado pela equipe PH encaminhado ao setor amarelo ou vermelho para sua rápida estabilização.

2.3.1 Procedimentos Realizados nas UPAs

No primeiro dia de plantão que foi 10/08/2019, cheguei 19:00hs me apresentei para o Plantonista e falei o seguinte; que até agora lembro « *Doutor eu to aqui para ajudar o serviço e ele respondeu eu sei disso, você já é médico aqui tem o carimbo e em caso de dúvida me chama*»

Nesse dia o lugar estava lotado de pacientes, no primeiro momento fiquei com medo, mas rapidamente foi perdendo e pela volta da meia noite tocava serviço direto, me sentia muito bem, confiado, feliz, seguro, “ME SENTI MÉDICO”.

Procedimentos: Nesse mesmo dia fiz suturas a maioria por traumas contusos por acidentes de motos, logo prescrevia o tratamento para casa, também admissão de pacientes para isso fazia anamnese e exame físico, depois a prescrição para sintomas e investigação da doença através de exames complementares.

Outra atividade realizada é a evolução clínica e dependendo do caso dava alta por que, a maioria dos pacientes chegaram de manhã e foram deixados nas salas na sorte.

Reflexão: Sabemos que é ilegal, que um interno tenha o carimbo do outro. Mas no caso fiquei agradecido e consciente da responsabilidade e tinha o respaldo de solicitar ajuda nos casos que eu não conseguia conduzir.

Eu achei muito importante minha experiência, por que me fez madurar e vencer meus medos. Nos outros dias as rotinas eram parecidas, na diferença de cada consulta com a prescrição tinha que ter a avaliação do preceptor.

2.3.2. Primeira IOT

Pela volta da meia noite o interno evoluindo pacientes na sala amarela, um enfermeiro mencionou da programação de uma IOT, de uma paciente com Rebaixamento nível de consciência.

Foi na sala vermelha, solicitei autorização ao plantonista para a execução do procedimento. Perguntou eu sabia da teoria e pergunto dos 7p, falei para ele e só respondeu bom.

J.S.F Feminina 50 anos suspeita de AVCI, com disartria e hemiparesia do lado direito.

1 Preparação

Primeiramente lavei as mãos e examinei o paciente, paciente com MOV, avalio anatomia bucal, Mallampati; Classe 1.

Materiais: Laringo com lâmina curva testado a força e luz, Tubo 7.5, coxim, esteto, ventilador mecânico, Máscara bolsa ambú oxigênio 15 litros por minutos.

Obs: No momento a UPA não tinha aspirador.

Drogas: Aspiro 4 ml de fentanil em uma seringa de 10ml, aspiro uma ampola de 5 mg/ml de midazolam numa seringa de 10ml, e succinilcolina primeiro dilui com 10ml de SF e depois respirei tudo o frasco.

Solicitei EPs: Luvas número 8, avental, gorro, e matérias para antissepsia.

2 Pré oxigenação

Oxigeno com o AMBU usando a manobra (C e E) acoplado a O2 15 L/min por 5 minutos, paciente com saturação de O2 100%,

3 Pré tratamento: Mando realizar a técnica de enfermagem a colocar fentanil 50mcg/ml 4 ml IV.

4 Paralisia e indução: Mando realizar a técnica de enfermagem a colocar midazolam 5mg/ml 3ml, me paramentei lavei a mão coloquei a luva estéril, avental e a toca, pedi para o enfermeiro realizar a pré oxigenação, e seguida mandou colocar succinilcolina.

5 Posicionamento: Eu tudo paramentado solicitei ao técnico colocar coxim e colocar paciente mais Perto da cabeceira e alienar bem os três eixos (ORAL, FARINGE E LARINGO TRAQUEAL)

6 Passar o tubo e confirmar: Me posicionei na cabeça da paciente e solicitei laringoscópio peguei com a mano esquerda e comecei a laringoscopia introduzindo desde a rima bucal direita, afastando a língua para esquerda consegui observar a valécula e as cordas vocais seguidamente introduz o tubo oro traqueal solicitei ao enfermeiro insuflar o cuff com 20ml de ar, com a rápida acoplamento com o AMBU para testar

7 Pós IOT: O médico plantonista testou nos cinco campos confirmando a ausculta pulmonar, solicitei a fixação do tubo e acoplamento a ventilação mecânica, logo após retirei o equipamento lavei as mãos com ajuda do médico colocamos os parâmetros ventilatórios FR 18, PEEP 7, VM 9, após procedimento registrei no prontuário o procedimento e pedi uma radiografia de tórax, e gasometria e solicitando a monitorização hemodinâmica contínua, e solicitando vaga de UTI.

Reflexão: Para ser a primeira intubação da carreira a experiência foi muito bom, graças a deus consegui fazer sem complicações.

Fico agradecido para a equipe pela oportunidade e apoio durante o procedimento, identifico que ajuda muito fazer as práticas nos bonecos então é só reproduzir num paciente real e também o respeitando os passos dos 7p com as drogas com as doses ideais. No final recebi os parabéns do médico plantonista e me deixou muito feliz.

2.3.3. Acesso venoso central.

Durante o ano todo consegui executar 1 desde o começo e fim, as outras não conseguia achar a veia, plantonista auxiliava e depois para depois eu concluir.

Identificação

L.L.P masculino 55 anos,

Queixa principal: cansaço

História Mórbita Atual: internado no leito de observação há 1 dia, segundo a paciente relata que começou a apresentar falta de ar e fraqueza nos membros inferiores com edemas no final do dia.

História Patológica Progressiva: hipertenso com uso de Captopril 10mg (202) hidroclorotiazida 25mg (100) Propranolol 40 mg (101)

Hábitos sociais: Nada digno de nota.

Diagnóstico sindrômico: Insuficiência Cardíaca? Síndrome anêmica? Síndrome insuficiência respiratória? Síndrome de condensação inflamatória pulmonar?

Hipótese diagnóstica: Insuficiência Cardíaca Descompensada, anemia, insuficiência hepática, Hemorragias ocultas?

Sinais vitais: PA: 90/60, sat: 93% FR: 22. FC:55 bpm..

Trasladamos para sala vermelha para melhor monitorização ofertamos O2 com FiO2 50% com máscara facial de Venturi. Já foi passado volume cada 2 horas mas pouca resposta. Foi retirado betabloqueador pela Bradicardia e considerada drogas vaso ativas pela hipotensão.

Meu primer Acesso Venoso Periférico.

Optamos em fazer na jugular interna, solicito matérias kit de acesso venoso central, Eps e anti assepsias, e anestésicos

No momento paciente LOTE, expliquei o motivo do procedimento e que era necessário fazer para melhorar a saúde.

Lavei minhas mãos com a técnica asséptica adequada, me paramentei óculos, avental e as luvas estéreis.

Solicitei ao enfermeiro colocar na posição **Trendelenburg** o braço direito hiperextendido. Abro o Kit estéril e preparo as gazes e com ajuda do enfermeiro a solução.

Procedo fazer antissepsia da pele, fazendo a limpeza com movimentos circulares de dentro para fora desde o pescoço e todo o hemitórax direito.

Coloco campo estéril na região a puncionar reconhecendo os pontos anatômicos pelo triângulo formado pelas cabeças esternal e clavicular do músculo esternocleidomastoideo.

Aspiro Anestesia numa seringa de 10ml e coloquei na região com lidocaína 20mg/ml, 5ml.

Espero unos 30 segundos e procedo a puncionar 30 graus com agulha calibre 18 acoplado a uma seringa de 10 ml, direcionando a agulha ao mamilo ipsilateral. Após várias tentativas observei o retorno do sangue venoso, retirar a seringa, e **utilizo a técnica de seldinger** e coloco o fio guia e retirar a agulha, passo o dilatador sob o fio guia com movimentos repetitivos, retiro o dilatador. Coloquei o cateter até o fio guia sair pela extremidade distal e fui empurrando, retirei o fio guia, anestesiiei de novo e fixei o cateter suturando em quatro pontos e texto fluxo e refluxo com equipo de SF.

Procedo a realizar curativo, posicionei a paciente verifiquei sinais vitais, retirei a paramentação, descartei no descarpack os perfuro cortantes e higienizar as mãos, infusão em bomba com equipo fotossensível infusão contínua de Nora 10mcg/ml/hora.

Diluição: SG 5% 234ml +04 amp de noradrenalina.

Solicito Raios x para ver posição do acesso.

2.3.4. Reflexão Pessoal

Foi uma experiência boa, agradeço ao plantonista pela oportunidade, de fazer este procedimento tão importante que vai me ajudar toda a vida. Agora a missão é fazer mais o procedimento. Graças a deus não deu nenhuma complicação.

3. CASOS CLÍNICOS

3.1. Caso Clinico

IDENTIFICAÇÃO

M.C.L feminina 48 anos, residente de foz de Iguaçu. Hora chegada 23:31:38 am

QUEIXA PRINCIPAL.

DOR NO PEITO.

HISTÓRIA MÓRBIDA ATUAL.

Paciente chega na sala amarela da UPA, encaminhada do acolhimento em cadeira de rodas.

Relatando algia torácica de início súbito há aproximadamente 30 minutos, dor tipo aperto que irradia para o braço esquerdo e pescoço, piora com movimento e sem melhora em repouso.

Nega: febre, náuseas, vômitos, sudorese fria, dispneia, síncope, perda de peso.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA.

Ataque Isquêmico Transitório há 3 ANOS.

Hipertensão Arterial Sistêmica em uso Losartana 50 mg (101), hctz 25 mg (100) de uso irregular.

HISTÓRIA FAMILIAR.

Hipertensão (Pais) e irmã de 30 anos.

Hábitos de vida.

Nega tabagismo e álcool

Exame físico

Regular estado geral, confusa, orientada tempo espaço, normocorada, afebril, acianótica, anictérica.

Sinais vitais

Pressão Arterial:210/110 mmHg

Temperatura: 36,5 graus C

Frequência Respiratória: 24 ipm

Frequência Cardíaca: 111 bpm

Pulsos periféricos: Presentes e simétricos.

Saturação Periférica de Oxigênio: 96%

Aparelho Respiratório: Taquipneia em AA, MV universalmente audível, Sem Ruídos Adventícios.

Aparelho cardiovascular: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem Sopros.

Abdome: Globoso, sem dor a palpação superficial e profunda. Sem Visceromegalias. Murphy (-)

(-) Blumberg (-), sem sinais de peritonismo.

Exame Neurológico: CGS 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais meníngeos.

Membros: leve perca de força motora no membro superior esquerdo.

Diagnóstico Sindrômico

Síndromes Aórticas

Síndrome de Tako-Tsubo.

Síndromes pulmonares obstrutivas.

Síndrome coronariana aguda com hipertensão

Síndrome aórtica aguda (dissecção) com hipertensão

Síndrome Psiquiátrico.

Hipótese Diagnóstica

Dissecção de aorta.

Embolia pulmonar

Pneumotórax hipertensivo espontâneo.

Emergência Hipertensivas.

Urgência Hipertensiva.

Tamponamento cardíaco.

Mediastinite (ruptura esofágica).

Dor muscular.

Herpes-zóster

Intoxicação por cocaína

Ataques de pânico

Doença do refluxo gastroesofágico

Gastrite ou úlcera péptica.

Pancreatite

Colecistite

Embolia pulmonar

Câncer

Conduta:

Captopril 25 mg 1comp.

Ondansetrona, cloridrato 2 mg / ml ampola 2 ml

Ranitidina, cloridrato 50mg/2ml - 1 amp de 8/8hs.

Morfina, sulfato 10 mg / ml ampola 1 ml

Isossorbida, dinitrate 5 mg 1cp

AAS 100 mg 2 COMP VO Mastigar e engolir

Clopidogrel, bissulfato 75mg 4 comp

Complementares

Laboratório: Hemograma completo, ureia, creatinina, sódio, potássio, CKMB - creatinofosfoquinase fração mb, cpk - creatina fosfoquinase, PCR - Proteína c reativa quantitativa,

Eletrocardiograma.

Eletrocardiograma após 30 minutos: Inconclusivo Derivação v1 sem leitura, Avf sem leitura, e o aparelho com voltagem baixa.

Resultado de exames Laboratoriais após 4 horas

Hb: 12,80 g/dL, Ht: 38,60%, Leucocitos: 10.460/mm³, Bastonetes: 0%, Segmentados: 52%, Neutrófilos: 52%, Eosinófilos: 2%, Basófilos: 1%, Linfócitos típicos: 12%, Linfócitos atípicos: 39%, Plaquetas: 289.000/mm³ Uréia: 40 mg/dL, Creatinina: 0,90 mg/dL, Na+: 144 mmol/L, K+: 4,5 mEq/L,

CPK: 102 U/L, CKMB: 32 U/L PCR: Inferior a 0,5 mg/dL.

3.1.1. Discussão do Caso.

A estratificação de risco foi incorreta, a enfermeira classificou como amarela e no caso era obrigatório ser vermelha pelo motivo da queixa da dor torácica típica com uma emergência hipertensiva.

A paciente é crítico?

A nossa paciente é crítico pela instabilidade hemodinâmica PA: 210/110 mmHg. Frequência Respiratória: 24 ipm, e com sinais e sintomas de lesão de órgão alvo.

A abordagem do plantonista foi correto?

No caso o plantonista priorizou o protocolo da dor torácica de administrar AAS 100 mg 2 comp VO mastigado. (160 a 325 mg VO) Antagonista do ADP (antiplaquetário): Clopidogrel 75 mg 4 cp e manutenção 75 mg 24/24h EV. Isordil 5 mg SL ação anti-isquemia, vasodilatador, alívio imediato da dor anginosa. Uso de Morfina para aliviar dor e da ansiedade com redução da pré-carga, alívio da dispneia. Contraindicado em infarto de VD e bradicardia por isso e mais indicado começar com analgésicos comuns

É errado tratar a emergência hipertensiva na sala amarela com isossorbida 5mg 1c VO e Captopril 25 1cp VO e no caso a paciente já apresenta suspeita de lesão aguda no coração o que não foi investigado, foi esperado curva de cpk.

Também não foi solicitado Rx de tórax para descartar Dissecção de aorta e resultado de ECG foi inconclusivo para incluir ou excluir síndromes coronarianas e no caso o correto seria repetir ECG.

O que noz alunos faríamos?

Abordar na sala vermelha, com monitorização de sinais vitais, ecg contínuo, Solicitar Rx de tórax PA e Perfil, Ecg com 12 derivações em 10 minutos, laboratório: Hemograma completo, Sódio, Potássio, função renal, glicemia,

coagulograma, exame de urina, PCR ultra sensível e Marcadores cardíacos; O ideal seria topônima mas na UPA não tem, Solicito: Troponina: Se eleva entre 3-12 h, com pico de 24-48horas se normalizando em 5-10 dias sem trombólise;

Mais específica para o coração. troponina de alta sensibilidade (se estiver disponível):

Dosagem de troponina de alta sensibilidade deve ser realizada na chegada e depois de 1 hora (delta de troponina); Uma elevação de até 5 vezes o limite superior de normalidade tem valor preditivo de 90% de SCA.

CKMB: Se eleva entre 3-12 hrs, com pico de 20-24 hrs se normalizando em 48-72 hrs sem trombólise, Ideal para visualização de reinfartos, não é tão específica quanto as troponinas para o coração.

Analgésicos como dipirona EV para dor.

Reduziria a PA em questão de minutos a 1 hora na sala vermelha. Normalmente a redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PAM. Optaria por Nitroglicerina Ampola de 50 mg Diluído em 240 mL de SG 5%. E Infundir bomba de infusão contínua começando 10 mcg/min e aumentar cada 3-5 minutos, até a resposta desejada: ↓ PA ≤ 25% na 1ª hora; •↓ PA 160/100 – 110 mmHg: 2 – 6 horas; PA 135/85 mmHg: 24 – 48 horas.

Figura 4: Principais medicamentos anti-hipertensivos

Fármacos	Modo de administração e dosagem	Início	Duração	Vantagens	Desvantagens
Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial e venoso)	Infusão contínua 0,5 – 10 µg/kg/min	Imediato	1 – 2 min	Titulação	Intoxicação por tiocianato, hipotensão, náuseas, vômitos e espasmo muscular
Esmolol* (β-bloqueador cardioseletivo)	Ataque: 500 µg/kg Infusão intermitente 25 – 50 µg/kg/min ↑ 25 µg/kg/min 10 – 20 min máximo 300 µg/kg/min	1 – 2 min	1 – 20 min	Dissecção de aorta	Náuseas, vômitos, BAV 1º grau, espasmo brônquico e hipotensão
Fentolamina (bloqueador α-adrenérgico)	Infusão contínua 1 – 5 mg máximo 15 mg	1 – 2 min	3 – 5 min	Excesso de catecolaminas	Taquicardia reflexa
Trimetafan (bloqueador ganglionar do SNS e SNPS)	Infusão contínua 0,5 – 1,0 mg/min aumento 0,5 mg/min até o máximo de 15 mg/min	1 – 5 min	10 min		Taquiflaxia
Nitroglicerina (vasodilatador arterial e venoso doador de óxido nítrico)	Infusão contínua 5 – 15 mg/h	2 – 5 min	3 – 5 min	Perfusão coronariana	Cefaleia, eficácia variável e taquiflaxia
Diazóxido (vasodilatador da musculatura lisa arteriolar)	Infusão 10 – 15 min 1 – 3 mg/kg (máximo 150 mg)	1 – 10 min	3 – 18 h		Retenção de sódio, água, hiperglicemia e hiperuricemia
Fenoldopam* (agonista dopaminérgico)	Infusão contínua 0,1 – 1,6 µg/kg/min	5 – 10 min	10 – 15 min	Perfusão renal	Cefaleia, náuseas e rubor
Nicardipina* (bloqueador dos canais de cálcio)	Infusão contínua 5 – 15 mg/h	5 – 10 min	1 – 4 h	Proteção SNC	Taquicardia reflexa, flebite; evitar em pacientes com ICC ou isquemia miocárdica

Fonte: SILVA; ARAÚJO; ALMEIDA. 2017

Uma vez controlada a PA, e tendo na mão resultado de ECG este confirmando ou não IAM o passo seria encaminhar o mais rápido possível Para o hospital de referência HMCC.

IAM pode ser confirmado a partir da clínica e do resultado de ECG independentemente do valor negativo de cpk e ckmb.

Raio X não foi pedido, mas é importante para afastar Síndromes Aórticas EF: sudorese profusa, assimetria de pulsos, sopro diastólico.

Tabela 6: Exclusão das Hipóteses Diagnosticas pela clínica na ausência de exames de imagem

Hipóteses	Exclusão
Dissecção de Aorta.	Clinicamente a nossa paciente não apresenta sinais de sudorese profusa, assimetria de pulsos, sopro diastólico do tipo aspirativo em foco aórtico e sintomas como Irradiação dorsal, Dor Muito intensa, Rx mostraria Alargamento de mediastino
Embolia pulmonar	Não apresentava dor tipo pleurítica sem piora à inspiração profunda. Sem dispneia de início súbito, e sem sinais de insuficiência cardíaca direita.
Dor muscular:	Sem antecedente de movimentos repetidos ou trauma de tórax, sem dor insidiosa e não melhora com analgesia.
Intoxicação por cocaína:	Sem história de uso.
DRGE Gastrite ou úlcera péptica.	Sem histórico prévio de odinofagia, dor epigástrico tipo queimação que piora com alimentos ou após deitar

Ataques de pânico	Paciente apresentasse calmo, colaborativo, sem história de ansiedade nem psiquiátrico na família.
Pancreatite	Sem dor epigástrica ou em andar superior abdominal (em faixa), sem Antecedente de alcoolismo, hipertrigliceridemia importante ou colelitíase
Colecistite:	No exame físico sem dor à palpação e descompressão de HD com suspensão do movimento respiratório (sinal de Murphy negativo).
Pneumotórax hipertensivo espontâneo	Sem dispneia intensa, sudorese, taquicardia, distensão jugular, No EF: SEM diminuição da ausculta pulmonar no hemitórax D/E sem hipertimpanismo à percussão, desvio contralateral da traqueia.
Pericardite	Sem febre, mialgia, mal-estar, EF: Sem atrito pericárdico, bulhas normofonéticas e sem sinais de inflamação nos exames.

Herpes Zoster	Sem sinais de acometimento de todo o dermatomo (sintomas em faixa), e de alterações cutâneas (eritema, rash, bolhas, vesículas)
Fibromialgia	Sem dor à palpação de articulações costoesternais (tender points).
Cardiomiopatia induzida por estresse (síndrome de Takotsubo)	Segundo a paciente a dor começou no repouso sem estresse prévio.
Câncer	Sem Tosse, dispneia, hemoptise e perda de peso costumam estar associadas.

Fonte: O autor, 2020

A hipótese diagnóstica ficou é a síndrome coronariana aguda não podendo diferenciar se com supra ou sem supra ST pela falta de repetição do eletrocardiograma e a curva de topônima.

Eu repetiria o Eletrocardiograma e encaminhar para HMCC para cateterismo, sem esperar curva de troponina que no caso não pode ser feito nas UPAs.

CONCLUINDO PARA MANEJO E TRATAMENTO DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA.

Todo o esforço deve ser realizado para diagnosticar ou afastar as patologias potencialmente fatais, em especial:

Síndrome Coronária Aguda.

Dissecção de aorta.

Embolia pulmonar.

Pericardite aguda.

Pneumotórax hipertensivo.

Mediastinite (ruptura esofágica).

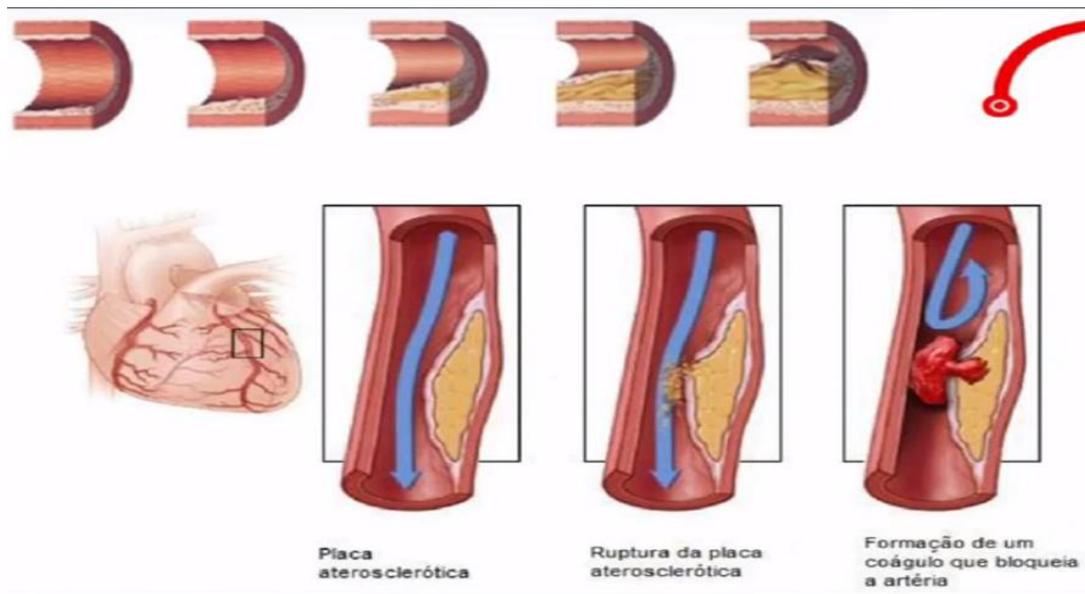
Como em toda investigação na Medicina, o ponto de partida deve ser a anamnese:

Abrangente o suficiente para encaminhar a um diagnóstico.

Concisa, evitando colocar em risco a vida do paciente diante de uma situação emergencial.

É conduzido como Síndrome Coronária Aguda com Supra ST.

O objetivo de nos médicos ante uma IAMCSST é fazer um diagnóstico e mandar o mais rápido possível para um centro de referência Possui uma **Fisiopatologia:** causada Pela alta pressão arterial gera estresse dentro dos vasos gerando ruptura da placa aterosclerótica existente, progredindo com adesão de agregados plaquetários e formação de um trombo oclusivo, gerando os sintomas apresentados pela paciente. *Representação esquemática.*

Figura 5: Placas ateroscleróticas

Fonte: Retirada do Google Imagens

O diagnóstico rápido é vital para uma reperfusão em centros com disponibilidade de hemodinâmica e dor menor que 12 horas.

Tempo porta-balão de 90 minutos.

Ácido Acetilsalicílico (160 a 325 mg VO)

Antagonista do ADP (antiplaquetário): Clopidogrel (dose de ataque de 600 mg e manutenção de 75 mg/dia IV);

Anticoagulante: heparina não fracionada (bolus de 100 U/kg);

Angiografia; Abrir a artéria + stent;

E nos casos que diagnosticamos e não temos disponibilidade de hemodinâmica e dor MENOR que 12 horas tratar com trombolíticos (se não tiver contraindicações) OU referenciar para centro com hemodinâmica (não pode demorar mais que 2 horas).

Tempo de chegada até início da trombólise de < 30 minutos

Ácido Acetilsalicílico (160 a 325 mg VO);

Clopidogrel (dose de ataque de 300 mg e manutenção de 75 mg/dia IV);

Enoxaparina (dose depende da idade, peso sexo e função renal);

Trombolítico – Alteplase (t-PA) (Bolus de 15 mg + 0,75 mg/kg em 30 min + 0,5 mg/kg em 60 min – dose máxima de 100 mg);

Figura 6: Contraindicações absolutas para trombolíticos

▶ Acidente vascular hemorrágico prévio
▶ AVCI nos últimos 3 meses, exceto se concomitante ao IAM e com início do AVC < 4,5 horas
▶ Presença de lesão estrutural do SNC (malformação vascular, câncer primário ou metastático)
▶ Cirurgia do SNC ou medular nos últimos 2 meses
▶ Suspeita de dissecação de aorta
▶ Diátese hemorrágica ou sangramento ativo (exceto menstruação)
▶ Trauma facial ou TCE grave nos últimos 3 meses
▶ Hipertensão arterial grave e não controlada no departamento de emergência
▶ Para estreptoquinase: história de grave alergia ou uso nos últimos 6 meses

* 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction.

Figura 7: Contraindicações relativas para trombolíticos

▶ AVC isquêmico com > 3 meses do evento
▶ Hipertensão arterial grave à chegada na emergência (PAS > 180 mmHg ou PAD > 110 mmHg)
▶ História de hipertensão grave e pouco controlada no ambulatório
▶ Uso atual de anticoagulantes orais (quanto maior o RNI, maior o risco)
▶ Ressuscitação cardiopulmonar prolongada (> 10 min) ou traumática
▶ Sangramento interno nas últimas 2 a 4 semanas, mas não atual
▶ Cirurgia de grande porte nas últimas 3 semanas
▶ Gravidez
▶ Úlcera péptica ativa
▶ Demência
▶ Doença do SNC não incluída nas contra-indicações absolutas
▶ Punção vascular em locais não compressíveis

* 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction.

Critérios de trombólises eficaz: alívio dos sintomas, manutenção ou restauração do equilíbrio elétrico e hemodinâmico, ECG após 60-90 minutos redução de mais 50% do tamanho do segmento ST;

Se a trombólise for ineficaz, com persistência dos sintomas isquêmicos ou ECG sem redução de mais 50% do tamanho do segmento ST -> tentar Intervenção Coronária Percutânea em centro especializado (ICP de resgate).

RISCO DE COMPLICAÇÕES FUTURAS.

Figura 8: Classificação de Killip

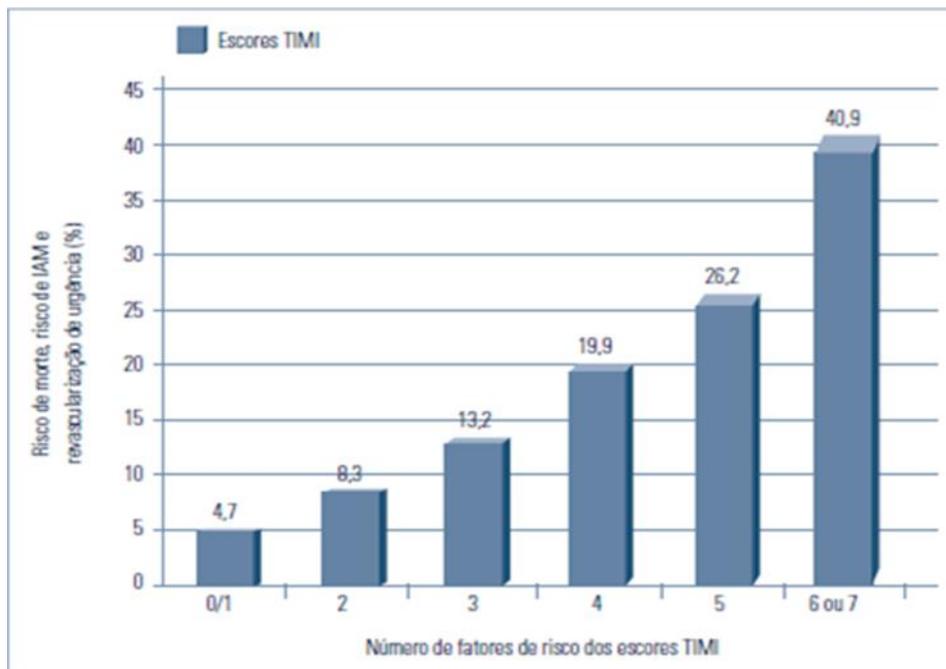
Estimativa clínica da gravidade do IAM	
I	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Não há IC ▶ Nenhum sinal de IC
II	<ul style="list-style-type: none"> ▶ IC presente ▶ Estertores (menos da metade do tórax), B3, turgência jugular
III	<ul style="list-style-type: none"> ▶ IC grave ▶ Edema pulmonar franco com crepitações em todo o tórax
IV	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Choque cardiogênico ▶ Hipotensão, oligúria, cianose e extremidades frias

Fonte: Fluxos e condutas de medicina interna

A paciente possui uma classificação 1 risco de gravidade baixo.

Escore TIMI.

Figura 9: Escore de timi



Escores TIMI e prognóstico em 14 dias.

Escores TIMI	
▶ Idade \geq 65 anos	▶ Dois ou mais episódios anginosos em 24 horas
▶ Três ou mais fatores de risco tradicionais	▶ Uso de aspirina nos últimos 7 dias
▶ CATE com estenose \geq 50%	▶ Aumento de biomarcadores de necrose do miocárdio
▶ Desvio do segmento ST \geq 0,5 mm	

Fonte: Fluxos e condutas de medicina interna

A nossa paciente apresentou pontuação 1 com porcentagem de morte dentro dos 14 dias 4,7%.

Prognóstico

Clássicas: óbito, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Respiratória Aguda, Acidente Vascular Cerebral Isquêmica.

Insuficiência mitral aguda: morte de músculo papilar.

Ruptura do septo: comunicação interventricular com diminuição do débito do Ventrículo Esquerdo.

Ruptura da parede livre: extravasamento para o pericárdio.

Aneurisma de Ventrículo Esquerdo.

3.1.2. Conclusão e Comentários.

A urgência e emergência e uma área onde nós médicos precisamos ter preparação teórica e prática com objeto de descartar as principais síndromes que matam a paciente. Como vimos no caso e que acontecem dia a dia, onde os plantonistas não fazem uma boa anamnese e exame físico, muitos solicitam exames complementares diretos sem saber o motivo, e outros como aconteceu no caso nem solicitam.

O caso acima precisava repetir um eletrocardiograma junto com clínica mandar para HMCC para reperfusão.

Ao terminar este caso me sinto capaz de reconhecer um paciente crítico e de fazer aplicar os protocolos para priorizar o atendimento.

3.2. Caso Clínico

Identificação

Paciente masculino, 27 anos, trazido pelo SIATE as 5 da madrugada. Natural Foz do Iguaçu, descendência árabe.

QUEIXA PRINCIPAL.

Queda de escada.

HISTORIA DOENÇA ATUAL

Vítima de queda desde altura, aproximadamente 2 metros. O paciente não lembra o acontecido. Fases ensanguentadas. A comunicação é dificultosa porque não domina bem o português.

Exame físico

LOTE, REG, palidez cutânea, sudorese, tempo de enchimento capilar normal. Eupneico em AA.

Sinais vitais

PA: 132/84 mmHg

FC: 110bpm

SatO₂: 98%

FR:20 ipm

T: 36,9 C

Face: Ferida profunda de uns 6 cm de longitude em região inferior de sobrancelha esquerda, hematoma periorbitário do olho esquerdo com enfisema subcutâneo em párpado inferior. Contusão nasal com deformidade e crepitações, resto de sangue em ambas fossas nasais.

Aparelho respiratório: Tórax normal, MVUA, sem ruídos adventícios.

ACV: BRNF 2T, sem sopros. Ictus visível, pulsos normais.

ABD: Plano, flácido, RHA +, sem dor nem defesa. Palpação indolor.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes com mobilidade ocular extrínseca normal.

Coluna cervical e dorso lombar: sem dor, mobilidade e sensibilidade conservadas.

Pelve estável.

Membros: sensibilidade, motricidade normal, sem dor nem edemas.

Diagnóstico sintomático.

Politraumatismo

Hipóteses Diagnóstica

Traumatismo Crânio Encefálico.

Traumatismo Raqui Medular.

Fratura de Base de crânio.

Fratura de cotovelo.

CONDUTA:

Analgesia: Morfina IV 10mg, cetoprofeno IV

Cura e sutura da ferida.

Vacina Anti tetânica.

Bandagem compressiva e frio local.

Exames complementares

Rx de coluna cervical, Rx de tórax AP, Rx de Pelve AP: sem alterações.

ECG e laboratoriais de admissão: sem alterações.

TAC de crânio

Fratura de base de crânio afetando o corpo do esfenoídes em ambos lados.

Fraturas orbitárias esquerdas: parede medial, externa e inferior. Enfisema periorbitário esquerdo.

Pneumoencéfalo bilateral com pequenas bolhas de ar em área selar, área de cisura de Silvio direita, terceiro ventrículo e lobo temporal esquerdo.

Hematoma subdural com pequena quantidade de sangue em polo inferior do lobo temporal esquerdo sem outros signos de sangramento intracraniano nem desvio da linha média.

Ocupação do seio esfenoidal, seio maxilar esquerdo.

Fratura de ossos próprios.

Após o controle da dor, o paciente se mantém estável, Glasgow 15/15 e sinais vitais normais.

Avaliação da Neurocirurgia

TCE com amnésia do episódio, sem focalidade neurológica, consciente e orientado. Na TC se observa pneumoencéfalo por fraturas faciais sem evidência de sangrado intracraniano. Se recomenda controle de consciência e analgesia.

Evolução

Quando foi internado, 10 horas após a admissão ao pronto-socorro, no dia seguinte acorda com mal-estar geral, dor de cabeça intensa e vômitos repetidos. Constantes mantidas. Ele recebe Ondansetron IV

Foi repetida a TAC de crânio

Hematoma intraparenquimatoso ao nível do parieto-occipital direito que determina efeito de massa com deslocamento da linha média de 5-6 mm.

Foi encaminhado com urgência para craniectomia e drenagem do hematoma.

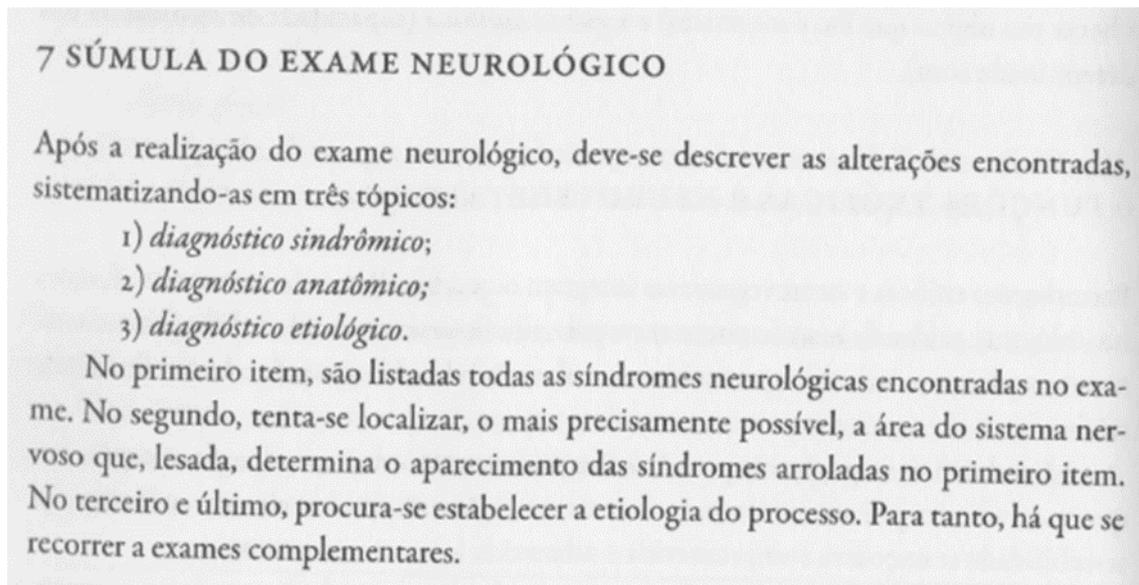
3.2.1. Discussão do Caso.

Fluxo do Paciente foi correto?

Sim, O paciente chegou no PS via SIATE, classificada como vermelha, com acesso venoso com Infusão de 1000ml de SF 0,9%, este entrou direto na sala vermelha com colar cervical cumprindo o com o APH, foi passado o caso e junto já fazíamos MOV.

Paciente e crítico?

Sim, segundo o ATLS, todo paciente politraumatizado é considerado crítico, até demonstrar o contrário.

Figura 10: Sumula

Fonte livro *semiotécnica jadete*

Na abordagem ao traumatismo cranioencefálico, o primeiro passo no atendimento é o ABCD primário no qual A Airway Proteção (Estabilização, controle cervical) da Coluna Cervical e avaliação das Vias Aéreas B Breathing Respiração e Ventilação C Circulation Circulação com Controle da Hemorragia D Disability Incapacidade, Estado Neurológico E Exposition Exposição e Controle do Ambiente (Prevenção da Hipotermia). Como o paciente não apresentava alterações no ABC, o estudo do D foi abordado com mais detalhes.

A Escala de Coma de Glasgow (GCS) é usada como uma medida clínica objetiva da lesão cerebral.

Um GCS com uma pontuação de 8 ou menos se tornou a definição geralmente aceita de coma ou lesão cerebral grave.

Pacientes com traumatismo cranioencefálico e com uma ECG de 9 a 12 são classificados como "moderados" e aqueles com uma pontuação de 13 a 15 são classificados como "leves". Ao avaliar a GCS, deve-se considerar que, quando há assimetria direita / esquerda, ou assimetria superior / inferior, é importante utilizar a melhor resposta motora no cálculo do escore, pois isso proporciona um prognóstico mais confiável da evolução.

MORFOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Fraturas da base do crânio: geralmente passam despercebidas no exame radiológico, sendo seu diagnóstico clínico feito através da presença de fístula líquórica através do nariz (rinorréia) ou do ouvido (otorreia); equimoses na região mastoidea ou pré-auricular (sinal de Battle); e equimoses periorbitárias (sinal do guaxinim) que resultam de fraturas da lâmina crivosa. Podem ser observadas lesões do VII e VIII pares cranianos provocando paralisia facial e perda da audição, respectivamente. As manifestações clínicas do envolvimento dos pares cranianos podem ocorrer logo após o trauma ou surgirem após alguns dias

CONDUTA

SF 0,9% 500ml + 500 ml

Analgesia: Morfina IV 10mg, cetoprofeno IV

Cura e sutura da ferida.

Vacina Anti tetânica.

Bandagem compressiva e frio local.

Exames complementares

Rx de coluna cervical, Rx de tórax AP, Rx de Pelve AP: sem alterações.

ECG e laboratoriais de admissão: sem alterações.

Manejo do Trauma Cerebral Traumático grave (GCS 13-15) e também pela morfologia da lesão cerebral.

A tomografia computadorizada deve ser feita em todos os pacientes com suspeita de lesão cerebral em quem uma fratura exposta do crânio é clinicamente suspeita, ou qualquer sinal de uma fratura na base do crânio, ou mais de dois episódios de vômitos, e naqueles com mais de 65 anos de idade.

A consulta do neurocirurgião sobre um paciente com TCE, as seguintes informações são relevantes:

1. Idade do paciente
2. Mecanismo e tempo de lesão

3. Estado respiratório e cardiovascular (particularmente pressão arterial e saturação de oxigênio)
4. Resultados dos testes neurológicos, incluindo o escore da escala de coma de Glasgow (com ênfase especial na resposta motora), tamanho e reação pupilar à luz
5. Déficits Neurológicos Focais
6. Presença e tipo de lesões associadas
7. Resultado de estudos diagnósticos, particularmente tomografia computadorizada de crânio (se disponível)
8. Tratamiento de la hipotensión o de la hipoxia.

O Prognóstico do caso.

Até a consulta do neurocirurgião, todos os pacientes devem ser tratados intensivamente.

Especialmente crianças que têm uma grande capacidade de recuperação, mesmo em casos de lesões aparentemente devastadoras.

Contusões e Hematomas Intracerebrais.

A contusão cerebral, um comprometimento da superfície do cérebro (córtex e subcórtex), consiste em graus variados de hemorragia petequial, edema e destruição tecidual. Costuma ser ocasionada por um fenômeno de desaceleração que o encéfalo sofre no crânio. Uma complicação tardia das contusões é a formação de cicatrizes corticais, que favorecem o aparecimento de epilepsia pós-traumática. Nesses casos, deterioração neurológica e aumentos súbitos e inesperados da PIC são observados. O efeito de massa pode requerer evacuação cirúrgica. Por esta razão, todos os pacientes com contusão cerebral devem ter sua TAC de crânio repetida em 24 horas, para que seja identificada uma possível mudança no padrão do exame.

3.2.2. Conclusão e Comentários.

Tudo esforço deve ser feito para melhorar a perfusão cerebral e o fluxo sanguíneo, reduzindo a pressão intracraniana elevada, mantendo o volume

intravascular normal, mantendo a pressão arterial média (PAM) normal e restaurando a oxigenação normal e a normocapnia. Hematomas e outras lesões que aumentam o volume intracraniano devem ser evacuados precocemente no caso desde o primeiro momento o paciente já tenha indicação.

Como observamos neste caso, paciente com amnésia do episódio, e com sinais de fratura de base de crânio, e elegível a ser um paciente foi submetido a observação e solicitado TAC de crânio e vários de Raios X, pelo motivo de que teve presença de sinal de fratura de base de crânio, perda da consciência, mecanismo perigoso de trauma (queda de mais de 2 metros),

Como o paciente teve alterações na TAC e persistência dos sintomas requereu da avaliação por um neurocirurgião. Sendo assim, paciente deve permanecer no hospital. Na evolução, ele acorda ao amanhecer com mal-estar geral, dor de cabeça intensa e vômitos repetidos. Foi repetido TAC de crânio onde evidenciou Hematoma intraparenquimatoso ao nível do parieto-occipital direito que determina efeito de massa com deslocamento da linha média de 5-6 mm. O Paciente tinha indicação de encaminhamento com urgência para craniotomia e drenagem do hematoma.

3.3. Caso clínico

Agitação Psicomotora

Identificação

Vítima Masculino 55 anos, solicitando assistência da USA.

Queixa Principal

Agitação e violência.

História Mórbida Atual

Vítima encontrasse sem roupa, referindo estar bem. No momento da abordagem a vítima ficou agressivo negando atendimento, alegando que estava bem, respeitando a segurança do local foi acionada Guarda Municipal.

Com a chegada da guarda, vítima foi reduzida com contenção física, e foi aplicado via endovenosa 15mg/3ml de midazolam, logo encaminhado para o HMPGL.

História Patológica Pgressa

Vítima mora sozinho, sem familiares para coleta de informações.

Diagnóstico Sindrômico.

Síndrome afetiva ansiosa.

Síndrome Psicótica.

Síndrome de agitação e lentificação psicomotora

Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas.

Hipótese Diagnóstica.

Transtornos de humor.

Transtornos de ansiedade.

Transtornos psicóticos.

Transtorno esquizoafetivo

Intoxicação por drogas.

Exame físico

Ectoscopia: Regular estado geral (REG), confuso, sonolento, hipocorado, afebril, acianótico, anictérico, Hidratado, sonolento. Pressão Arterial: 150/90 mmHg. Temperatura: 36,5 graus C. Frequência Respiratória: 17 ipm Frequência Cardíaca: 135bpm Saturação Periférica de Oxigênio: 95%

Aparelho Respiratório: Eupneico, MV universalmente audível, Sem Ruídos Adventícios.

Aparelho cardiovascular Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem Sopros.

Abdome: Globoso, sem alterações

Exame Neurológico: pupilas isofotorreagentes, sem sinais meníngeos.

Membros: sem edemas. Panturrilhas livres

3.3.1. Discussão do caso

A regulação atuou correto?

Sim, por que segundo a PORTARIA 2048/2002 no Cap. 2 Determina a função do médico regulador e um das funções se aplica no caso de julgar o grau de emergência e de enviar os recursos necessários para atendimento no caso a assistência da USA.

Também o fluxo foi respeitado no caso, já que o paciente foi transportado para o hospital de referência que seria o HMPLG para avaliação psiquiátrica.

A abordagem médica foi correto?

No caso relatado sim, por que;

A chegada da viatura respeito o horário de chegada dentro do estipulado que seria 10min.

A segurança do local foi respeitado, foi tentado conversar com a vítima, respeitando a abordagem de estes tipos de vítimas; Que não tem que ser afrontado, pelo efeito de eles ficarem mais heteroagressivos ou auto agressivos, mas no caso não foi conseguido a abordagem, por isso foi acionado a guarda Municipal e uso de contenção química.

- Foi usado Midazolam 15mg/3ml uma ampola via EV pelo motivo da ação rápida de 60 segundo meia vida de 90 minutos.

Tabela 7: Características farmacológicas do Midazolam

Mecanismo de ação:	E um benzodiazepínico, potencializa o efeito inibitório de GABA, aumenta afinidade de Gaba com os próprios receptores alfa.
--------------------	---

	<i>Representa um recurso de tratamento a curto prazo.</i> Gerando efeito ansiolítico, sedação.
Dose/ Vias de administração.	A dose recomendada pela AHA é de 1 mg, endovenoso a cada 3 a 5 minutos
Reação adversa	Como foi observado os sinais vitais da vítima, eram os esperados a depressão respiratória. Por isso e normalmente orientada a vítima de não esquecer de respirar.
Antídoto	Flumazenil: Amp 0,5mg/5ml IM. Até 3mg

E Haloperidol ,5mg/1ml? Não foi usado pelo motivo da ação lenta 20 minutos após aplicação IM. Mas seria uma opção se não disponível midazolam.

Mecanismo de ação:	Bloqueador potente dos receptores dopaminérgicos centrais.
Dose/ Vias de administração.	2 a 5mg IM-VO.

Fonte: O autor, 2020

Qual é o mecanismo fisiopatológico e diagnóstico diferencial do Surto Psicótico?

Para falar de Surto psicótico temos entender que a vítima tem um rompimento com a realidade, a pessoa não consegue diferenciar do mundo real do mundo imaginário e que representa a nos médicos como uma de EMERGÊNCIA MÉDICA OU PSIQUIÁTRICA.

Principais sintomas são desorganização do comportamento, no pensamento (Delírios a pessoa começa a acreditar em coisas irreais junto a este se apresenta as alucinações que são basicamente alteração que envolve nossos sentidos Ex: Enxerga, ouve, sente ou cheiram coisas só que ela vê)

Não devemos pressupor o diagnóstico correto para uma vítima com agitação psicomotora, mesmo um fator psicossocial precipitante claro seja identificado, pois esse fator pode ser uma simples coincidência.

Inicialmente o diagnóstico deve ser sindrômico, sendo a sua confirmação dependente da exclusão de condições clínicas médicas gerais. Incluindo-se causas orgânicas (quadros neurológicos e infecções) e quadro induzido por uso de substâncias (drogas e medicamentos). Excluindo-se uma dessas causas, dentre os distúrbios psiquiátricos que causam sintomas psicóticos estão: os transtornos de humor, os transtornos de ansiedade, os transtornos psicóticos e outros transtornos.

3.3.2. Conclusão e Comentários

Minha participação: Acompanhei a saída da viatura, registrei na folha de atendimento a hora da saída e os nomes dos integrantes da viatura, chegamos ao local, conversamos com a vítima e este negou. O médico solicitou a preparação do melhor fármaco para o paciente e eu optei por midazolam pelo efeito rápido e também a vítima não apresentava aparentemente sinais de insuficiência respiratória.

Aspirei uma ampola completa e esperei chegada da GM, uma vez imobilizado, o enfermeiro fez acesso venoso periférico com jelco Borboletinha, apliquei Endovenoso vem lento e rapidamente o paciente ficou mais passivo.

De ai na ambulância monitorar sinais vitais com o médico plantonista, e passo o caso para regulação para posterior transporte.

Reflexão Pessoal.

Em muitas ocasiões não achei necessária o uso de hipnóticos nos atendimentos porque precipitam que o paciente tenha depressão respiratória precise de uso de O2 e maior tempo de monitorização no PS retardando a transferência para o setor de psiquiatria. Percebi falta de atendimento mais

humanizado aos pacientes psiquiátricos, muitas vezes chegam até agressão física e se oferece atendimento menos qualificado.

Esse caso me motivou estudar sobre os fármacos e aprofundar sobre os protocolos de atendimento a doenças psiquiátricas.

3.4. Caso Clínico

Identificação.

As 20:00 hs passaram na rádio, Vítima masculino P.B 65 anos, solicitando assistência da USA.

Queixa Principal.

Parada.

História Mórbida Atual.

Foi deslocado USA 1, no local encontramos vítima na cama rodeado por 5 familiares.

Chamei paciente não respondeu, sem pulso. Constatamos PCR, Colocamos vítima no chão, compressões 30/2 ventilações. Enfermeiro abrindo a via aérea com a manobra ("head tilt-chin lift"). Acoplado usando máscara bolsa sem oxigênio com a manobra (C e E)

Primeiro ciclo: Compressões e ventilações

Segundo Ciclo: Médico analisa ritmo com o desfibrilador, constatando AESP, motorista continua compressões, foi realizado acesso venoso periférico, aplicado 1mg de adrenalina, levanto membro após 2 minutos foi verificado ritmo e ainda em AESP.

Recebo orientação do médico para abordagem de VA avançada, Proceder a intubação sem complicações.

Terceiro ciclo: Após 2 minutos aplicado segunda dose de adrenalina 1mg ev, levantando membro, pensamos em 5H e 5T, Hipoxemia foi corrigida com O2 15

litros por minutos, reposição volêmica com infusão rápida de SF 0,9%. Pensando nas outras causas.

Após 2 minutos foi analisado ritmo, e ainda AESP, contínuo compressões 100/6 ventilações por minutos.

Quarto ciclo: Após 2 minutos foi analisado ritmo, e este apresentava ritmo sinusal e pulso carotídeo presente.

História Patológica Progressiva.

Vítima sequelado de AVEI há 3 anos.

HAS em uso de losartana 50mg (111) Hidroclorotiazida 25mg (100)

Relata diarreia de 15 dias, associado a relato de perda peso não quantificada.

Nega alergias, nega internações prévias.

Exame físico após retorno da circulação espontânea.

Ectoscopia: Paciente irresponsivo, afebril, anictérico, olhos afundados, cianótico, hipocorado +++ 4+ TEC maior que 3 seg. Sinais vitais:

Pressão Arterial:60;30.

Temperatura: 35,5 graus C

Frequência Respiratória: 16 ipm com ambu

Frequência Cardíaca: 112 bpm

Glicemia capilar: 90

Saturação Periférica de Oxigênio: 96%

Aparelho Respiratório: Eupneico acoplado ao bolsa máscara Ambu, MV universalmente audível, Sem Ruídos AdventíciAs.

Aparelho cardiovascular: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem Sopros.

Abdome: Globoso, sem alterações

Exame Neurológico, pupilas isofotorreagentes.

Membros: sem edemas. Panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico.

Síndrome insuficiência respiratório agudo.

Síndromes coronarianas agudas.

Síndrome de distúrbios hidroeletrólítico.

Síndrome Diarreica.

Hipóteses Diagnóstica.

Hipovolemia por desidratação.

Distúrbios Hidro eletrólíticos.

Eletrocardiograma com 12 derivações aparentemente sem alterações

3.4.1. Discussão do caso.**Definição:****Parada cardiorrespiratória.**

Parada cardiorrespiratória (PCR) consiste na cessação de atividades do coração, da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de pulso ou sinais de circulação, estando o paciente inconsciente (SILVA; ARAÚJO; ALMEIDA. 2017).

Ressuscitação cardiorrespiratória

A reanimação cardiopulmonar (RCP) é definida como o conjunto de manobras realizadas após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (RCE) (NASSER E BARBIERI, 2015)

A regulação atuou correto?

Sim, por que segundo a PORTARIA 2048/2002 no Cap. 2 Determina a função do médico regulador e um das funções se aplica no caso de julgar o grau de emergência e de enviar os recursos necessários para atendimento no caso a assistência da USA.

Também o fluxo foi respeitado no caso, já que o paciente foi transportado para o hospital de referência que seria o HMPLG para avaliação e controle clínica.

A abordagem médica foi correto?

Sim.

-A chegada da viatura respeitou o horário de chegada dentro do estipulado na janela de 10min.

Figura 11: Cadeia de supervivência PCR



Baseada e modificada da cadeia de sobrevivência para PCR extra-hospitalar (⁸2015 American Heart Association[®])*.

Cadeia de suporte básico de vida não foi cumprida o itens 2, da realização de compressões até chegada da DEA. O que é um problema comum nos atendimentos APH, por falta de programas de capacitação de leigos.

-Segurança do local foi respeitada mesmo com os terceiros no lugar.

-Abordagem no domicílio, com terceiros no lugar. Segundo PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Nº. 18, a vítima pode ser atendido direto no lugar da cena ou ser levado na viatura. No caso não foi levado a viatura pelo motivo da PCR.

-O protocolo foi aplicado sem intercorrências do ciclo.

-A constatação do ritmo pelo desfibrilador, foi priorizada respeitando o protocolo. Não teve indicação de choque.

-O uso precoce da adrenalina no caso foi indicado pelo motivo do AESP.

Tabela 8: Características farmacológicas da Adrenalina.

Indicação no caso.	<i>Foi indicado adrenalina, pelo efeito inotrópico positivo: ação β 1 e efeito cronotrópico positivo: ação β1, Também faz constrição das arteríolas da pele, das mucosas, e vísceras (efeitos α 1), aumentando a irrigação de órgãos nobres.</i>
Dose	1mg cada 3 a 5 minutos.

Fonte: O autor, 2020

Causas da Parada?

A atividade elétrica sem pulso é um ritmo de bom prognóstico se a causa subjacente for encontrada, que no caso foi a hipovolemia.

Neste caso pensamos rapidamente nos 5H e 5T, corrigindo hipóxia com 15 litros de oxigênios com bolsa mascara Ambu, na hipovolemia correlacionando com a história da diarreia de 15 dias, associado a relato de perda peso não quantificada e no exames físico; hipocorado +++ 4+, TEC maior que 3 seg, olhos afundados de Corrigimos Hipovolemia com Reposição volêmica 30ml/kg/h de Soro Fisiológico 0.9% o que levou um rápida retorno da circulação espontânea.

Exclusão das outras causas

Tabela 9: Cuidados pós parada

Na teoria.	Na Prática.	Comentário.
Levantar cabeceira 30 30°	Normalmente vítima fica decúbito dorsal.	É importante para proteger de bronco aspiração
Estabilização hemodinâmica: PAS maior que 100mmHg, FiO2 100%, Sat maior que 94%,	Foi respeitada, Mantendo assim uma boa perfusão cerebral	O ACLS preconiza o bom controle da hemodinâmica da vítima após PCR, já que são fundamentais para o bom prognóstico. Hipotensão causa lesão secundária.
Temperatura de 32 a 36° e HGT de 100.	Na viatura foi difícil o controle da temperatura pela falta de equipamentos, mas o HGT foi respeitado.	A hipotermia e importante manter pelo menos 24hs para o diminuição do consumo de oxigênio.
Tratar causa da PCR.	No momento foi tratada com a infusão de líquidos e pensamos em utilizar noradrenalina se o paciente descompensar.	É fundamental reverter o mais possível a causa da PCR, para evitar um segundo episódio e salvaguardar a integridade dos órgãos vitais.
Sedação Padrão 3 midazolam e 2 fentanil	Aqui no município foz é usado em todos os centros hospitalares e pré-hospitalares.	Para fazer uma boa sedação temos que usar: SF0,9% 230ML + 2 AMP DE FENTANIL 10

		ML + 3 MIDAZOLAN 10ML EM BIC. Começar com 10mcg/ml/hora. e dependendo da aderência vamos aumentando ou diminuindo.
<u>Midazolam</u> Apresentação 5mg /ml. Ampola 10ml e 3 ml.	Classe/Mecanismo de ação /Alvo terapêutico.	Benzodiazepínico, potencializa o efeito inibitório de GABA, aumenta afinidade de Gaba com os próprios receptores alfa, usado para sedação e amnésia.
<u>Fentanil.</u> Apresentação 50mcg /ml. Ampola 10ml	Classe/Mecanismo de ação /Alvo terapêutico	Opioide, rápida ação, curta duração e elevada potência (100 vezes maior do que a da morfina) usado para analgesia,
Raios x, Gasometria.	Não foram feitos	No AEH e difícil de realizar esses exames, pela falta de matérias.
Unidade de terapia Intensiva.	Transportamos a vítima o mais rápido possível ao centro de referência	A rápida entrada na UTI leva a melhor prognóstico.

Fonte: ACLS, 2018

3.4.2. Conclusão e comentários

Acompanhei a saída da viatura, registrei na folha de atendimento a hora da saída e os nomes dos integrantes da viatura, chegamos no local.

Fiz segurança local, deixamos a presença dos terceiros, o plantonista comentou que eles não podem filmar atendimento.

Chamei paciente, sem resposta, sem pulso, iniciei rapidamente compressões, até o motorista trazer o desfibrilador, chegou desfibrilador o médico verificou ritmo AESP, motorista reinício compressões, enfermeiro pegando acesso periférico e eu montando matérias para IOT.

Procedimento de Intubação.

Verifiquei matérias, coloquei luvas, posicionei paciente usei como coxins um frasco de um SF 0,9%, verifiquei anatomia, tirei dentadura, peguei laringo com lâmina curva encaixada com luz ligado, me posicionei na cabeça do paciente, o médico fixou para mim a cabeça da vítima, introduzi de direita para esquerda fazendo uma força para cima e para frente, graças a deus visualizei abertura glótica na primeira tentativa, solicitei tubo, passei, enfermeiro insufla cuff. Eu fiquei assegurando o tubo acoplamos mascara bolsa ambu e o médico confirmou intubação 1- Visualizei passagem do tubo. 2- visualizamos expansão bilateral do tórax 3- Ausculta presente nos 5 campos. Fixo tubo.

Experiências.

Primeiramente fiquei nervoso, mas depois fiquei mais tranquilo, lembrei do meus outros procedimentos anteriores e tentar recriá-los, também a boa conversa do médico ajudou bastante. Fico agradecido ao equipe do dia pela liberdade de aplicar estes procedimentos, que ajudaram na minha vida médica.

3.5. CONCLUSÃO DO INTERNATO DO PRIMEIRO ANO.

Durante este ano passei por muitas coisas boas e outras não, desde o começo do curso tive obstáculos como idioma, tive que aprender o espanhol e o português basicamente juntos, por isso, agora estou feliz por essa auto superação e de chegar nestas instâncias que como todos sabemos que não é fácil para ninguém.

Hoje posso falar que conclui meu primeiro ano de internato na área de Urgências e emergências, com muito esforço e dedicação para ser um bom médico para o dia de amanhã fazer uma consulta humanizada a meus pacientes.

Entrei com muitas irregularidades e inseguridades no Internato, mas aprendi sair para frente sendo em todo momento humilde e estudando os conteúdos dados em aulas e dos casos clínicos dos plantões.

Graças a esses três cenários consegui reconhecer minhas lacunas para isso voltava nos livros para curar essas faltas o que me deu capacidade de raciocinar a história clínica, física do paciente e com os exames complementares solicitados voltado nas causas.

Também conclui fazendo procedimentos médicos como Acesso Venoso Central, Intubação Oro traqueal e muitos outros procedimentos básicos.

3.6. PROPOSTAS E SUGESTÕES

3.6.1. Para a rede de U/E.

- Melhorando o fluxo, automaticamente melhoramos o acesso de mais pacientes nas redes, para isso seria bom:
- Controle das contratações dos médicos da regulação, receber capacitação e treino na área.
- Controlar mais as atividades dos Plantonistas das UPAs.

- Fomentar mais a aplicação de um bom anamnese e exame físico nos atendimentos.
- Aplicar os protocolos e diretrizes priorizando os pacientes críticos.

3.6.2. Para o curso

- Mais avaliações do transcurso do ano e com pesos iguais.
- Fazer atividades avaliativas nas salas de simulação da faculdade.
- Usar uma roupa especial para o ambiente extra hospitalar.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO NETO, Rodrigo Antônio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 13º Ed. [S.l: s.n.], 2019

- COMITÊ DE TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES; Advanced Trauma Life Support (ATLS), 9ª Ed 2014.

- Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.079/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres.

- Lara DR, Abreu PB. Psicoses agudas e crônicas agudizadas. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2017.

- MOURA, C.G.G.; OLIVEIRA, C.Q.; SOUZA, M.M.C.. Yellowbook: fluxos e condutas de medicina in- terna. Salvador: Editora Sanar, 2017.

- NACER, Daiana Terra e BARBIERI, Ana Rita. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. v.17, n. 3, jul./set. 2015.

- SILVA, Karla Rona da; ARAÚJO, Sibeles Aparecida SANTOS Tomás e ALMEIDA, Wander Soares de. Parada Cardiorrespiratória e o Suporte Básico de Vida no Ambiente Pré-Hospitalar: Revista O Saber Acadêmico. Santa Maria, v. 43, n.1, p.53-59, jan./abr. 2017.

- Orientação semiótica para exame clínico Jadete Barbosa Lampert-2da edição-Santa Maria: Ed. Da UFSM, 2010.

- Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte avançado à vida. / Claus Robert Zeefried. -- São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2018.

ANEXOS

ANEXO I - Anamnese e exame físico nos Prontos socorros

Anamnese.	Exames Físico.
<p>1 Avaliação de sinais vitais em qualquer Pronto Atendimento.</p> <p>Independente da doença em causa o exame no PS deverá esclarecer se tem ou não comprometimento do SNC, SCV e SR.</p>	<p>Cabeça: Procurar Sinais de traumatismo, observar olhos pupila, reflexos ocular motor e orofaringe.</p>
<p>1.1 Função Cerebral Procuramos:</p> <p>Nível de consciência com a finalidade de avaliar o grau de intensidade do Distúrbio da Consciência, lançasse mão de estímulos acústicos e dolorosos. Avaliar função motora observando assimetria de movimentos e na pesquisa de reflexos.</p>	<p>Pescoço: Sinais externos de traumatismos, congestão venosa, enfisema subcutâneo e em acidentados verificar trauma cervical.</p> <p>Nos Pacientes inconscientes devemos de evitar qualquer movimento do pescoço até descartar lesão cervical</p>
<p>1.2 Função Respiratória: Verificar se nosso paciente respira espontaneamente e com Frequência normal, ou se existe distúrbio Resp. Depois Observar se há Ventilação e simétrica, Observar o hálito, e logo auscultar os campos pulmonares.</p>	<p>Tórax: Inspeção pesquisamos sinais de contusão.</p> <p>Palpação: afastar crepitações devido a fraturas ou enfisemas e verificar assimetria respiratória em ambos hemitorax</p> <p>Ausculta: Procurar sinais de derrame pleural, pneumotórax e descartar IR, cujos sinais clínicos são dispneia e agitação motora.</p>

	Ausculta Cardíaca: Nos 4 focos, Combinada com a avaliação dos pulsos periféricos
<p>1.3 Função Circulatória: Primeiro passo descartar choque.</p> <p>Avaliamos Palidez, sudorese, cianose, taquipnéia, agitação, ansiedade, pulso fino e Hipotensão Arterial.</p> <p><i>Nós Médicos temos que registrar tudo no prontuário. As informações mais urgentes que precisamos é a PRIORIZAÇÃO DA AMPLA.</i></p> <p>A- Alergias.</p> <p>M- Medicações.</p> <p>P- Patologias Anterior</p> <p>L- Última refeição</p> <p>A- Acometimentos que precederam a urgências.</p>	<p>Abdômen: Abd agudo e observado com frequência nos OS, para o objetivo presente agrupamos em três categorias:</p> <p>1 Hemorragia Intra Abdominal: Qualquer paciente com trauma e considerado como tendo traumatismo abdominal até provar o contrário e buscar a causa.</p> <p>2 Obstrução Intestinal: Com o avanço da idade aumenta chance de ter aderências e hérnias, íleo paralítico simula a obstrução intestinal mecânica e pode ser difícil diferenciar os dois casos.</p> <p>3 Peritonite: Pode ser causada por infecção, perfuração, necrose, e de vital importância controlar a infecção para prevenir choque séptico.</p>
	Membros: Remover roupas e descartar ferimentos, deformidades, verificar circulação sanguínea

No final da anamnese e EF, o perigo clínico que ameaçava a vida do paciente deve ter sido ultrapassado. Para iniciar a segunda etapa.

Que o diagnóstico específico: É a etapa dos exames laboratoriais e radiológicos para melhor definir do quadro clínico do paciente de urgências e para o planejamento do tratamento subsequente.