



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

CURSO DE MEDICINA

VIVÊNCIAS NO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

SANDI MICHIE TAKAHASHI FERNÁNDEZ

Foz do Iguaçu
2022

VIVÊNCIAS NO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

SANDI MICHIE TAKAHASHI FERNÁNDEZ

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.

Orientadora: Prof^a. Ma. Rosana Alvares Callejas

Foz do Iguaçu
2022

SANDI MICHIE TAKAHASHI FERNÁNDEZ

VIVÊNCIAS NO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

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

Orientadora: Prof^a. Ma. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof^a. Ma. Alessandra Pawelec da Silva
UNILA

Prof^a. Dr^a. Fabiana Aidar Fermino
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Sandi Michie Takahashi Fernández

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Vivências no Internato em Urgência e Emergência do SUS

Nome do orientador(a): Prof^a. Ma. Rosana Alvarez Callejas

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

AGRADECIMENTOS

Meu profundo agradecimento a meus pais que sempre me apoiaram em tudo desde o início, pelo incentivo e apoio incondicional, pelas noites inteiras sem dormir das preocupações, pelas risadas nos momentos mais angustiantes, pela frase '*Um dia você vai rir de tudo isso e será uma boa lembrança*', pelas lágrimas de compaixão e impotência, e mais importante ainda por acreditar em mim quando eu mesma deixei de acreditar em mim.

Ao Senhor, pela vida, por sempre estar presente, por ter me colocado em situações difíceis e conceder-me a força necessária para os obstáculos.

Agradeço a esta Universidade, ao corpo docente e coordenadores, por proporcionarem não somente um conteúdo programado no ensino, mas também o sentido de responsabilidade e humanização do cuidado dos pacientes. Aos professores, pelas constantes correções para meu melhor desempenho.

A todos os amigos que direta ou indiretamente participaram da minha experiência acadêmica, meu eterno agradecimento a todos pela ajuda.

RESUMO

As vivências nos cenários de urgência e emergência durante a formação médica são de extrema importância para qualificação do futuro profissional que, após formado, poderá se deparar com situações em que condutas eficazes e de qualidade determinarão o futuro do paciente. Diante disso, o presente relatório teve como principal objetivo reunir de maneira sistematizada as experiências obtidas durante o internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde. Para isso, dividiu-se em tópicos os assuntos pertinentes ao módulo. Antes de tudo, é fundamental compreender sobre a Rede de Atendimento de Urgência e Emergência do SUS, bem como sua legislação e sua composição. Motivo pelo qual se discutiu sobre isso no primeiro tópico. Em seguida, temos casos clínicos reais que são relatados de uma maneira reflexiva e técnica. Durante os plantões, procedimentos foram realizados e descritos, apontando técnicas e desafios enfrentados. Também foi possível detectar algumas problemáticas nos serviços que são apresentadas em tópico separado. Nele, também são sugeridas possíveis soluções. Por fim, temos relatos sobre as vivências desafiadoras durante a pandemia pela COVID-19.

Palavras-chave: Internato; Urgência e Emergência; SUS

RESUMEN

Las experiencias en escenarios de urgencia y emergencia durante la formación médica son de suma importancia para la calificación del futuro profesional que, luego de su graduación, podrá enfrentar situaciones en las que una conducta eficaz y de calidad determinará el futuro del paciente. Por lo tanto, el objetivo principal de este informe fue recopilar de forma sistemática las experiencias obtenidas durante el internado en urgencia y emergencia en el Sistema Único de Salud. Para ello, los temas relevantes del módulo se dividieron en temas. En primer lugar, es fundamental conocer la Red de Atención de Urgencias y Emergencias del SUS, así como su legislación y composición. Razón por la cual esto fue discutido en el primer tema. Luego tenemos casos clínicos reales que se relatan de manera reflexiva y técnica. Durante los turnos, se realizaron y describieron procedimientos, señalando técnicas y desafíos enfrentados. También fue posible detectar algunos problemas en los servicios que se presentan en un tema aparte. También sugiere posibles soluciones. Finalmente, tenemos informes sobre las experiencias desafiantes durante la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: Internado; Urgencia y Emergencia; SUS.

ABSTRACT

The experiences in urgency and emergency scenarios during medical training are extremely important for the qualification of the future professional who, after graduation, may face situations in which effective and quality conduct will determine the patient's future. Therefore, the main objective of this report was to gather in a systematic way the experiences obtained during the internship in urgency and emergency in the Unified Health System. For this, the subjects relevant to the module were divided into topics. First of all, it is essential to understand the SUS Urgent and Emergency Care Network, as well as its legislation and composition. Reason why this was discussed in the first topic. Then we have real clinical cases that are reported in a reflective and technical way. During shifts, procedures were performed and described, pointing out techniques and challenges faced. It was also possible to detect some problems in the services that are presented in a separate topic. It also suggests possible solutions. Finally, we have reports about the challenging experiences during the COVID-19 pandemic.

Key words: Internship; Urgency and Emergency; SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – 9ª Regional de Saúde.....	14
Figura 2 – Componentes e interface da RUE.....	15
Figura 3 – Objetivos da Classificação de Risco.....	19
Figura 4 – Acolhimento e Classificação de Risco nas UPAs.....	20
Figura 5 – Conduta tomada após RNC.....	23
Figura 6 – Escala de Coma de Glasgow.....	24
Figura 7 – Algoritmo TCE leve.....	25
Figura 8 – Escore ICH para Hemorragia Intracraniana – HIC.....	31
Figura 9 – Fluxograma de ITU.....	38
Figura 10 – Características da dor torácica no departamento de emergência.....	48
Figura 11 – Fluxograma de abordagem inicial de dor torácica aguda.....	49
Figura 12 – Elos da Cadeia de Sobrevivência.....	57
Figura 13 – Algoritmo de PCR em adultos.....	58
Figura 14 – Passos para IOT padrão.....	61
Figura 15 – Ponto simples.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de Risco.....	19
Quadro 2 – Fatores de Risco para AVC.....	29
Quadro 3 – Diagnóstico diferencial do AVCh intraparenquimatosa.....	30
Quadro 4 – Classificação da nefrite lúpica.....	35
Quadro 5 – Tratamento da Cistite não complicada.....	39
Quadro 6 – Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis.....	42
Quadro 7 – Tratamento de pielonefrite não complicada.....	55
Quadro 8 – Fios e suturas.....	64
Quadro 9 – Materiais de Sutura.....	65
Quadro 10 – Materiais para IOT.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Esquema básico para tratamento de tuberculose.....	43
Tabela 2 – Escore de Wells.....	46
Tabela 3 – Critérios de Light.....	52
Tabela 4 – Medicamentos para IOT no carrinho de emergência.....	59
Tabela 5 – Drogas para IOT.....	59
Tabela 6 – Fentanil e Lidocaína – doses e características na ISR.....	61
Tabela 7 – Doses dos agentes indutores na ISR.....	62
Tabela 8 – Tamanho de fio segundo estrutura.....	65
Tabela 9 – Procedimentos realizados.....	69
Tabela 10 – Volume das drogas em pessoas de 50 a 100 kg*.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
ATB	Antibiótico
BRNF	Bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas
BEG	Bom Estado Geral
BIC	Bomba de Infusão Contínua
Bpm	Batimentos por minuto
Ca	Calcio
CVC	Cateter venoso central
DM	Diabetes Mellitus
DVA	Droga vasoativa
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GSC	Escala de Coma de Glasgow
Hb	Hemoglobina
HCO ₃	Bicarbonato
HIC	Hipertensão intracraniana
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
Ht	Hematócrito
IAM	Infarto agudo de miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Crônica
Irpm	Incursões respiratórias por minuto
IOT	Intubação Orotraqueal
IRpA	Insuficiência respiratória aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
K	Potássio
LES	Lupus Eritematoso sistêmico
LOTE	Lúcido e orientado em tempo e espaço
MEG	Mau estado geral
Mg	Magnésio
MMII	Membros inferiores

MMSS	Membros superiores
MV	Murmúrio Vesicular
Na	Sódio
PA	Pressão arterial
PCR	Parada cardiorrespiratória
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Programa Nacional de Promoção em Saúde
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de atenção à saúde
RCP	Reanimação cardiopulmonar
REG	Regular estado geral
RHA	Ruídos hidroaéreos presentes
RNC	Rebaixamento do Nível de Consciência
RR	Ritmo Regular
RUE	Rede de atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SNE	Sonda Nasoenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda vesical de demora
TAP	Tempo de ativação de protrombina
TC	Tomografia computadorizada
TCE	Trauma crânio encefálico
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica
TEC	Tempo de enchimento capilar
TOT	Tubo orotraqueal
TQT	Traqueostomia
U/E	Urgência e Emergência
UCP	Unidade de Cuidados Progressivos
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO.....	14
2.1 REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS	14
2.2 CASOS CLÍNICOS	20
2.2.1 Caso Clínico 1	20
2.2.2 Caso Clínico 2	26
2.2.3 Caso Clínico 3	31
2.2.4 Caso Clínico 4	35
2.2.5 Caso Clínico 5	39
2.2.6 Caso Clínico 6	43
2.2.7 Caso Clínico 7	46
2.2.8 Caso Clínico 8	50
2.2.9 Caso Clínico 9	53
2.2.10 Caso Clínico 10	55
2.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	59
2.3.1 Intubação Orotraqueal	59
2.3.2 Sutura.....	63
2.3.3 Acesso Venoso Central.....	67
2.3.4 Sonda Vesical de Demora	67
2.3.5 Sonda Nasogástrica	68
2.3.6 Outros Procedimentos	69
2.4 QUESTÃO PROBLEMA	69
2.5 RELATO VIVENCIAL DA PANDEMIA	70
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS.....	73

1 INTRODUÇÃO

Durante nosso estágio vivenciando nos diferentes cenários foi possível observar e sentir uma realidade de sobressaturação nos serviços de urgência e emergência. Nas Unidades de Pronto Atendimento foi possível sentir com maior intensidade essa sobrecarga para a equipe de saúde, já que uma grande maioria das demandas diárias são devidos a situações facilmente resolvíveis nas Unidades Básicas de Saúde. O que faz pensar também em como será o atendimento nos Postos de Saúde e se também a demanda é maior do que eles podem resolver como equipe.

Apesar de existir uma classificação de risco nos serviços de urgência e emergência, é comum vivenciar a ocupação de todos os leitos nas salas de observação amarela, situação na qual a equipe de enfermagem e os médicos plantonistas tentam no máximo possível deixar leitos livres nas salas vermelhas para um caso de emergência.

A ignorância por partes dos pacientes sobre o uso correto das redes de atenção à saúde, a falta de mais ações de promoção de saúde para evitar patologias futuras, a demora no atendimento especializado, a qualidade de vida estressante e rápida das pessoas, a falta de atenção e importância à saúde mental e inúmeros casos já vistos durante o estágio, são algumas das causas da sobrecarga nos serviços de urgência e emergência.

Este módulo foi amplo tanto de estudo de casos clínicos assim como de observar e apreciar sobre como a Medicina de Urgência e Emergência é imprevisível e de natureza diversa no dia a dia. Embora existam protocolos, diretrizes e fluxos preconizados para cada tipo de patologia – especialmente as mais prevalentes – e cada situação, muitas vezes diante da dificuldade na aplicação de cada conduta é necessário pelo médico poder pensar em alternativas que visem a melhor atenção para cada paciente.

2 DESENVOLVIMENTO

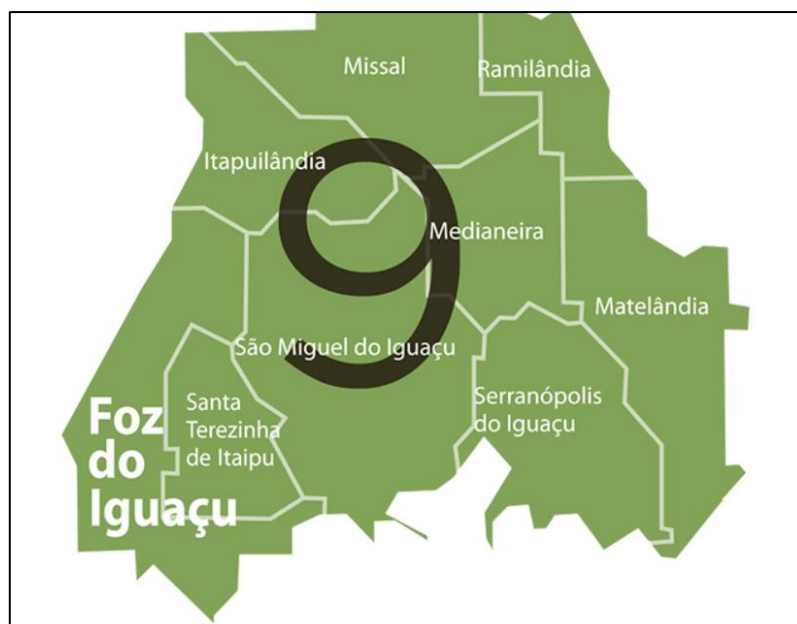
2.1 REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

Assim como inicia o texto sobre redes de atenção à saúde (UNA-SUS, 2015), um dos problemas frequentemente observados nos estágios são as portas de entrada de urgência e emergência nos distintos cenários, apresentando dificuldades pela grande demanda da população pela resolutividade rápida dos casos em qualquer horário ou pela desinformação de uma grande quantidade de pacientes sobre o uso correto das redes de atendimento.

Segundo o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual regulamenta a Lei nº8.808/1990, define que as regiões de saúde serão instituídas pelo Estado em articulação com os Município. Para ser instituída, Região de Saúde deve conter no mínimo de serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Em Foz do Iguaçu, a Região de Saúde pertence à 9ª Regional de Saúde, abrangendo os municípios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

Figura 1 – 9ª Regional de Saúde

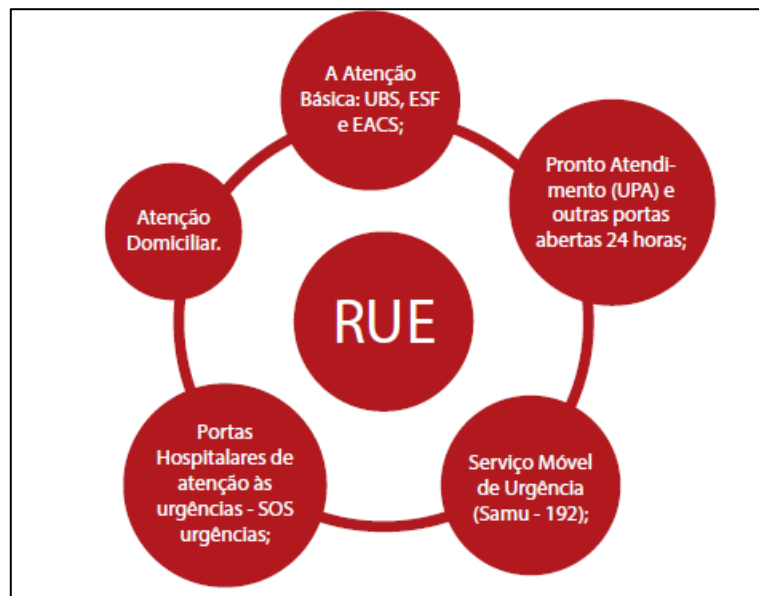


Fonte: Secretaria de Saúde, 2022.

A Resolução nº 1.451/95 define Urgência como ‘ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portado necessita de assistência médica imediata’. Emergência é definida pela mesma resolução como ‘constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato’ (CFM, 1995). Entende-se por esses conceitos que apesar ambas as situações precisem de um atendimento imediato, na Emergência por ter risco iminente de morte deve ser catalogado como prioridade absoluta.

A Rede de atenção em Urgência Emergência – RUE, tem diferentes pontos de atenção, como forma a dar conta de todas as ações necessárias para atendimento às situações de urgência.

Figura 2 – Componentes e interface da RUE



Fonte: UnA-SUS, 2015.

Todos os serviços que fazem parte da interface da RUE devem funcionar em harmonia, coisa que até agora enfrenta dificuldades. Cada um dos serviços deve estar em condições de infraestrutura mínima que possa garantir um funcionamento adequado.

Diante da alta demanda populacional para o serviço de urgência e emergência, o Ministério de Saúde considera estratégias para ações de promoção da saúde, para melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, prioriza, entre suas ações estratégicas, a redução da morbimortalidade em decorrência do

uso abusivo de álcool e outras drogas, por acidentes de trânsito e a prevenção da violência, além do estímulo à cultura de paz.

A Atenção Básica em Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Portaria MS/GM nº 2.488/2011). A atenção básica deve ser a base de todo cuidado, deve ser resolutiva identificando os riscos e demandas de saúde, coordenar o acompanhamento o cuidado em todos os pontos de atenção. Faz parte do componente pré-hospitalar e as demandas devem ser altamente resolutivas para prevenir uma sobre saturação dos outros níveis de atendimento.

O SAMU – Serviço de Atendimento Móvel Às Urgências –, ordena o fluxo assistencial e disponibiliza o atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo acessando o número ‘192’ e acionado por uma Central de Regulação das Urgências que deve ser regionalizada (Portaria MS/GM nº 1.010, 2012). Trata-se de um atendimento rápido e transporte de vítimas de intoxicações, queimaduras, violência, tentativas de suicídio, traumas, afogamentos, problemas cardiorrespiratórios, acidentes vasculares e muitos mais. Também está encarregado da transferência inter-hospitalar. As unidades móveis normalmente estão compostas por no mínimo de um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro como observamos frequentemente no nosso estágio.

Uma dificuldade que ainda presenciamos dentro do fluxo assistencial é sobre casos de origem cardíaco, o mais comum sendo o IAM – Infarto Agudo de Miocárdio – e ICC descompensada. Nos casos de IAM, o diagnóstico rápido em base na clínica pode salvar o tempo em que o tratamento seja iniciado para evitar desfechos negativos. Sendo o HMCC o hospital de referência para casos de índole cardíaca, a demora do deslocamento do paciente para o lugar correto atrapalha com seu tratamento adequado. Sendo levados primeiramente o paciente para as UPA ‘s ou até no HMPGL, onde logo deverá ocorrer a transferência inter-hospitalar perdendo ainda mais o tempo em que o paciente poderia estar no local correto desde o início para um tratamento mais resolutivo.

As UPA ‘s – Unidades de Pronto Atendimento – são estruturas de complexidade intermediária, devendo funcionar 24 hs por dia, todos os dias da semana e ter uma rede organizada de urgência e emergência. Deve dar continuidade do tratamento

referenciando para os demais pontos de atenção. Como foi observado no nosso estágio, tem uma alta demanda de atenção porque muitas pessoas não sabem da classificação de risco ou simplesmente comparecem pela alta resolutividade para casos simples. Por exemplo, nas últimas semanas de novembro observamos uma quantidade grande de paciente para fazer uma 'lavagem de ouvido', sendo que é parte de um procedimento que pertence à atenção primária nas unidades de saúde. A explicação da maioria dos pacientes do 'porque' buscar uma UPA para fazer o procedimento é pela rapidez com que se faz na UPA e sobre o atendimento 24hs que é mais acessível para pessoas que não podem faltar no trabalho em horário diurno.

Ainda sendo assim, um dos maiores problemas do comparecimento deste tipo de casos que não são de urgentes é a sobrelotação na sala de espera aguardando o acolhimento o a triagem e classificação de risco é feita, muitos pacientes realmente graves tem que aguardar bastante tempo por este tipo de situação.

A porta hospitalar de entrada para casos de urgência e emergência dependerá do caso apresentado pelo paciente, normalmente é atribuído ao Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, referenciado para demandas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, assim como unidades de terapia intensiva. Durante a pandemia do COVID19 as demandas psiquiátricas foram referenciadas para o Hospital Cataratas pela reforma infraestrutura do HMPGL, mas na atualidade o mesmo está voltando a ser referência de novo para casos psiquiátricos. No caso das demandas obstétricas e cardiológicas o Hospital Ministro Costa Cavalcante serve como referência de porta de entrada, mas como conseguimos comprovar no estágio, muitas vezes por um erro no fluxo ou confusão de casos, até os mesmos pacientes ou a regulação do SAMU referência primeiro para as UPA 's.

Na pandemia do COVID19, ante o cálculo da alta demanda de necessidade e o déficit de leitos hospitalares, foram criadas instalações dentro do Hospital Municipal - HMPGL – para abastecer a alta percentagem de paciente infectados, assim como foi instalada além do PS geral, um Pronto Socorro Respiratório para dar acolhimento aos pacientes com sintomas respiratórios suspeitos de COVID19, o mencionado setor ainda está em funcionamento com uma demanda menor dos pacientes atualmente.

2.1.1 Vaga Zero

Ante as dificuldades de transferência, negativas de atendimento por

esgotamento da capacidade instalada, surge a Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde o qual regulamente o funcionamento das urgências no SUS. Na mesma portaria, descreve-se como cabe ao médico regulado 'julgar' o grau de urgência e prioridade de cada caso não aceitando a inexistência de leitos vagos e garantir o atendimento do paciente em caso de urgência, nesses casos foi criado o termo **vaga zero** para a internação dos mesmos.

Segundo a Resolução 2110/2014 estabelece em seu artigo 14:

Art. 14. Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

Ressalta-se em todo momento a importância da comunicação entre os diferentes pontos de atenção sobre a comunicação prévia da chegada de pacientes com vaga zero para evitar possíveis transtornos entre os setores.

No estágio, é parcialmente comum ver pacientes em Vaga Zero especialmente no Pronto Socorro do HMPGL, onde tem dois leitos disponíveis para emergência clínica e mais um leito no caso de isolamento. Às vezes diante a alta demanda de emergências clínicas, os três leitos de emergência de trauma são utilizados temporariamente como vaga zero.

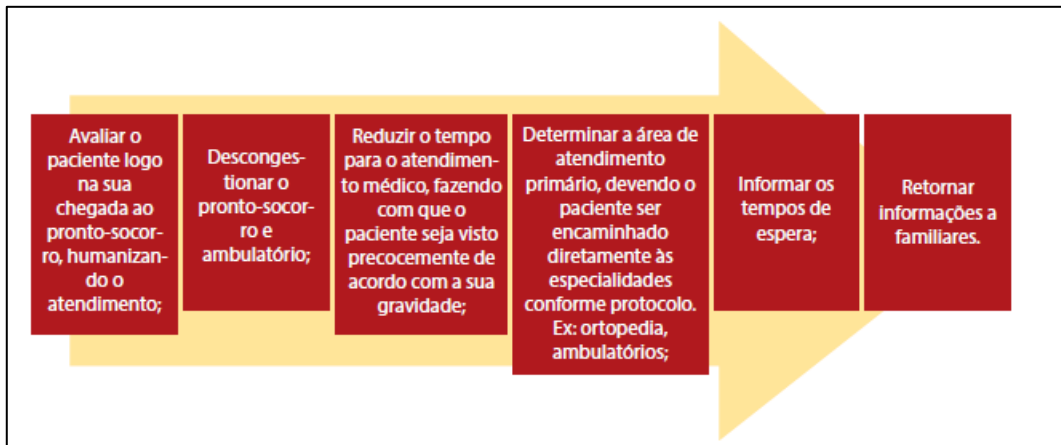
2.1.2 Humanização e Classificação de Risco

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, desde o ano 2013, apresentou ferramentas para melhor racionalização no atendimento na RUE, neste caso falamos do Acolhimento com classificação de risco o qual tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, para um atendimento agilizado e resolutivo (UNA-SUS, 2015).

A classificação de risco ajuda sobretudo no estadiamento da condição clínica do paciente e o tipo de conduta que será tomada.

O acolhimento com classificação de risco acontece normalmente nas Unidade de Pronto Atendimento, para dar um melhor fluxo e reduzir os tempos de espera para pacientes. No acolhimento os dados vitais e a queixa principal são tomados pela equipe de enfermagem presente, as condições clínicas vão depender do Enfermeiro e estão classificadas por cores.

Figura 3 – Objetivos da Classificação de Risco



Fonte: RUE, 2015

De maneira generalizada, podemos afirmar que a triagem de pacientes nas UPAs ocorre de maneira eficaz e sem muitas intercorrências, porém não podemos obviar a grande quantidade de pacientes com diversas queixas que devem ser triados em um breve período nas 24 horas do dia.

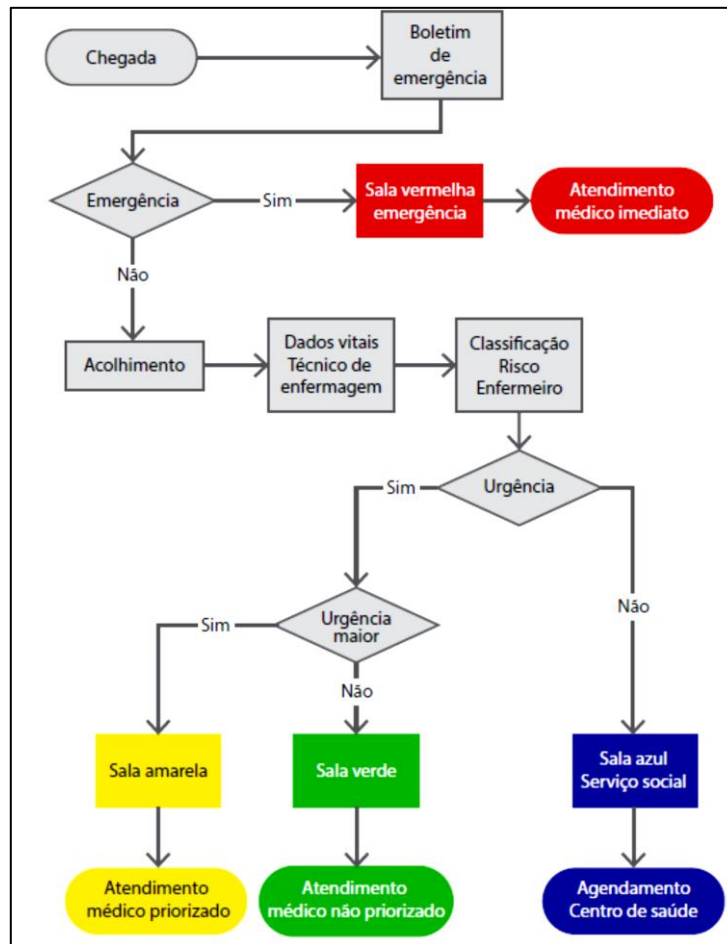
Quadro 1 – Classificação de Risco

Vermelho	Prioridade Zero: EMERGÊNCIA. Atendimento imediato.
Amarelo	Prioridade 1: URGÊNCIA. Atendimento no máximo de 15 minutos.
Verde	Prioridade 2: Não Urgente. Atendimento no máximo em 60 minutos.
Azul	Prioridade 3: Consultas. Atendimento de acordo com o horário de chegada, pode demorar até 4 horas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Logo de passar pelo acolhimento e triagem, os pacientes podem ser encaminhados dependendo da gravidade para as salas consulta médicas, salas verdes ou salas amarelas, onde serão avaliados pela equipe de saúde disponível no momento e serão tomadas condutas dependendo do caso clínico apresentado.

Figura 4 – Acolhimento e Classificação de Risco nas UPAs



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

2.2 CASOS CLÍNICOS

2.2.1 Caso Clínico 1

Plantão *diurno* UPA Walter Cavalcanti Barbosa.

IDENTIFICAÇÃO: A.B, masculino, 44 anos (Data de nascimento: 02/05/1977).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘fui vítima de agressão’

RESUMO DO CASO: Paciente trazido pelo SIATE sem colar cervical e sem uso de maca rígida, com relato de agressão física por terceiros (04 pessoas, familiares da esposa) após discussão e pedido de divórcio com a esposa, paciente relata ser golpeado repetidamente na cabeça com cabo de vassoura. No momento da admissão apresentando dor de forte intensidade e edema periorbital e orelha direita, com presença de otorragia no ouvido

direito, apresentado também dor escapular e costelas bilateralmente. Nega lombalgia ou esforço respiratório. Em um primeiro momento, foi realizado em sala de procedimentos uma sutura de um ponto simples atrás da orelha direita e curativo.

HMP: Nega comorbidades e medicações de uso contínuo. Nega alergias medicamentosas conhecidas. Histórico de tabagismo e etilismo social. Relata anterior cirurgia craniana após queda de moto anterior.

EXAME FÍSICO:

REG, anictérico, acianótico e afebril, LOTE, Glasgow 15/15, corado e hidratado.

SSVV: PA 120/80 mmHg / FR 18 lrpm / TAX 36,4°C / FC 120 bpm / SatO2 96% em AA,

CARDIOVASCULAR: Bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Presença de edema, escoriação e hematoma na região escapular e costelas do lado direito.

RESPIRATÓRIO: murmúrio vesicular presentes universalmente, sem ruídos adventícios

GASTROINTESTINAL: plano e depressível, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.

EXTREMIDADES: sem edema, pulsos presentes, sem sinais de empastamento de panturrilhas.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Crânio com presença de edema, escoriação e hematoma na região periorbital direita e orelha direita. Pupilas isocóricas e foto reativas. Sem déficits motores.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Traumatismo crânio encefálico.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Agressão por meio de força corporal.

Hemorragia extradural?

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Hemorragia subaracnóidea, hematoma subdural, encefalopatia hipertensiva, estado hiperosmolar hiperglicêmico, trombose venosa encefálica.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Raio X de crânio: Sem presença de fraturas.

Raio X de tórax (PA e Perfil): Fratura evidente em 8º e 9º arco costal à esquerda.

CONDUTA NA ADMISSÃO:

Prescrito sintomáticos: Diclofenaco sódico 75mg/ ml 1 ampola + Dipirona Sódica 500mg /ml 1 ampola. Solicitado Rx de Tórax, escápula e crânio. Reavaliação após.

DISCUSSÃO DO CASO:

Aproximadamente 75% dos pacientes com lesão cerebral que recebem atendimento médico são categorizados como lesões leves, 15% como moderado e só o 10% como grave. O 90% de mortes relacionadas com trauma pré-hospitalar implicam lesão cerebral (ATLS, 2018). As primeiras 48 horas são as mais críticas, sendo que o $\frac{3}{4}$ dos pacientes se deteriora nesse período. O objetivo principal baseasse em evitar uma lesão encefálica secundária, sendo a principal causa de óbito nestes casos a Hipertensão Intracraniana (HIC).

O primer erro que identifiquei foi no início, que apesar de ser um paciente com evidente edema de hemicrânio direito pelas lesões e golpes e presença de otorragia à direita além de várias partes do corpo, o SIATE não providenciou nenhum colar cervical para estabilização da coluna cervical e minimizar a extensão de possível piora do quadro.

Como o paciente estava estabilizado (ABC inicial), uma avaliação neurológica com a finalidade de checar em qual subgrupo clínico descrito ele se enquadra, pois esse é o primeiro passo para estabelecer um diagnóstico etiológico. O exame neurológico do paciente com alteração de consciência deve ser rápido e objetivo, levando a respostas imediatas quanto à necessidade ou não de investigação e quanto à conduta a ser tomada. Neste caso o paciente apresentando um ECG 15/15, sem déficits motores, pupilas isocóricas e foto reativas, sinais vitais estáveis e sem queixas associadas foi catalogado como TCE leve.

Após a decisão da plantonista em pedir um Raio X de crânio e constatar que não houve fraturas, eu decidi avaliar o paciente repetidamente o estado neurológico dele, pelo medo de um rebaixamento do nível de consciência. Meu maior medo nesse momento era um possível AVC hemorrágico, e sendo que em aulas anteriores sobre traumatismo diversos, foi discutido sempre sobre a importância de fazer em qualquer caso de trauma crânio encefálico uma tomografia de crânio para constatar um sangramento ativo no cérebro e avaliar a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Perguntei para a plantonista sobre a necessidade de solicitar uma TC de crânio em um primer momento diante a história e a clínica do paciente, por um possível sangramento interno do cérebro.

A plantonista respondeu que *não* era necessário porque o paciente nesse momento estava com Glasgow 15/15 e sem rebaixamento do nível de consciência. Após a resposta segura da plantonista, eu fiquei duvidosa sobre meus conhecimentos sobre o protocolo a seguir nesses casos.

Decidi que a melhor opção era ficar do lado do paciente e avaliar o nível de

consciência do mesmo repetidas vezes com o tempo para ver alguma possível alteração, sabendo a evolução rápida com que cursa os AVC hemorrágicos em caso de TCE. E tristemente assim aconteceu. O senhor A.B conversava normalmente comigo, me relatava sobre seus problemas pessoais e orientei para ele que qualquer ‘*queixa*’ que ele esteja sentindo poderia ser informado quando antes. Após 30 minutos de ficar na maca do corredor, ele me chamou para queixar-se de ‘*muito calor*’. Observei rapidamente que o paciente estava hipersudoreico e com a pele pegajosa, ainda consciente e orientado em espaço e tempo. Rapidamente informei para a plantonista e a enfermeira sobre o caso e decidiram trazer o paciente mais perto da linha de visão para melhorar a observação do paciente.

Fiz uma anamnese direcionada (ATLS, 2018) para o paciente em esse intervalo: Sobre uso de substâncias ilícitas em esse dia, uso de medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários, avaliação da memória anterógrada e retrógrada, avaliar a manutenção do nível de consciência, avaliação de algum comportamento anormal, perguntar sobre sintomas em esse momento.

No transcurso de 10 – 15 minutos mais aproximadamente, o paciente passou de estar sudoreico a sentir muito frio e com tremores corporais evidentes, foi colocado um cobertor e avaliei o nível de consciência do paciente, nesse momento identifiquei que ele estava levemente disártrico, com discreto rebaixamento do nível de consciência e com náuseas. Avisei rapidamente para a preceptora e a enfermagem. Decidiram levar rapidamente o paciente na sala de emergência, a plantonista decidiu pedir uma TC de crânio nesse momento e foi ponderado a realização de uma Intubação Orotraqueal diante o rápido deterioro do estado geral do paciente e necessidade de proteção das vias aéreas, ao mesmo tempo em que foi solicitado vaga no HMPGL para dar continuidade ao fluxo com neurologia e traumatologia.

Foi a primeira vez que vi um paciente chegar com Glasgow 15/15 na admissão e após 45 minutos aproximadamente, evoluir com Glasgow 9/15 (3O 2V 4M).

Figura 5 – Conduta tomada após RNC

<p>EM TEMPO</p> <p>Paciente evolui com RNC, decorticação, focalizando olhar à direita, glasgow 9 Optado por IOT para proteção de via aérea superior. Procedimento realizado sem intercorrências.</p>
--

Fonte: RP Saúde, 2021

Decidi dar continuidade do caso, logo da transferência do paciente para o HMPGL, foi realizado a TC de Crânio sem contraste apresentando o seguinte laudo:

Volumoso hematoma no espaço subdural fronto-temporo-parietal esquerdo, com espessura de até 2,8 cm, com efeito de massa sobre parênquima encefálico, sistema ventricular e sobre a linha média, desviando-a em 2,3 cm à direita. Apagamento do ventrículo lateral esquerdo e dilatação do direito com transudação ependimária. Hemorragia na foice e na tenda do cerebelo. Apagamento das cisternas da base com conseqüente hipertensão intracraniana. Fossa posterior evidenciando proeminência das folias cerebelares, inferindo redução volumétrica. Presença de trepanação prévia no osso frontal esquerdo. Sequela de fratura no arco zigomático direito e parede medial/lâmina papiráceas direitos. Clips metálicos cirúrgicos no tripé maxilar esquerdo. Lesão expansiva, arredondada, ocupando o interior do seio maxilar esquerdo, determinando abaulamento e espessamento ósseo das suas paredes, com densidade de líquido espesso, sem evidenciar a parede lateral e parede superior no assoalho da órbita. Espessamento do músculo reto orbitário inferior esquerdo, provavelmente por continuidade com a lesão. Obliteração da nasofaringe com conteúdo com densidade de líquido. Edema na região periorbitária/maxilar direita. Fragmentos de arma de fogo em tecido mole da região cervical esquerda. Sequela de trajeto de arma de fogo em corpo vertebral de C4, que apresenta artrodese com C5. Fragmentos metálicos no sentido látero-lateral, nas partes moles do pescoço.

Avaliado com o neurocirurgião o qual orientou cirurgia de urgência onde foi realizado uma craniotomia descompressiva, trepanação craniana para propedêutica, e tratamento cirúrgico de hematoma subdural agudo. Encaminhado logo para UTI onde ficou internado aproximadamente 25 dias sem melhora do quadro neurológico após intervenções cirúrgicas e uma piora infecciosa com suspeita de meningite pós-operatória. No dia 22/09 foi orientado pelo médico paciente viável para cuidados paliativos com prognóstico reservado e encaminhado para Unidade de Cuidados Infecciosos, onde fiz uma segunda visita e presenciei por primeira vez uma sensação de perda, fiquei me questionando até agora se fui a última pessoa com que esse paciente conversou. No dia 09/10/21 foi constatado o óbito do paciente após 32 dias de internação.

Figura 6 – Escala de Coma de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao chamado	3
	Ao estímulo algico	2
	Ausente	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso, desorientado	4
	Palavras desconexas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
Resposta motora (considerar a melhor)	Obedece ao comando motor	6
	Localizador	5
	Resposta inespecífica/retirada a dor	4
	Decoricação (flexão anormal)	3
	Descorebração (extensão anormal)	2
	Ausente	1

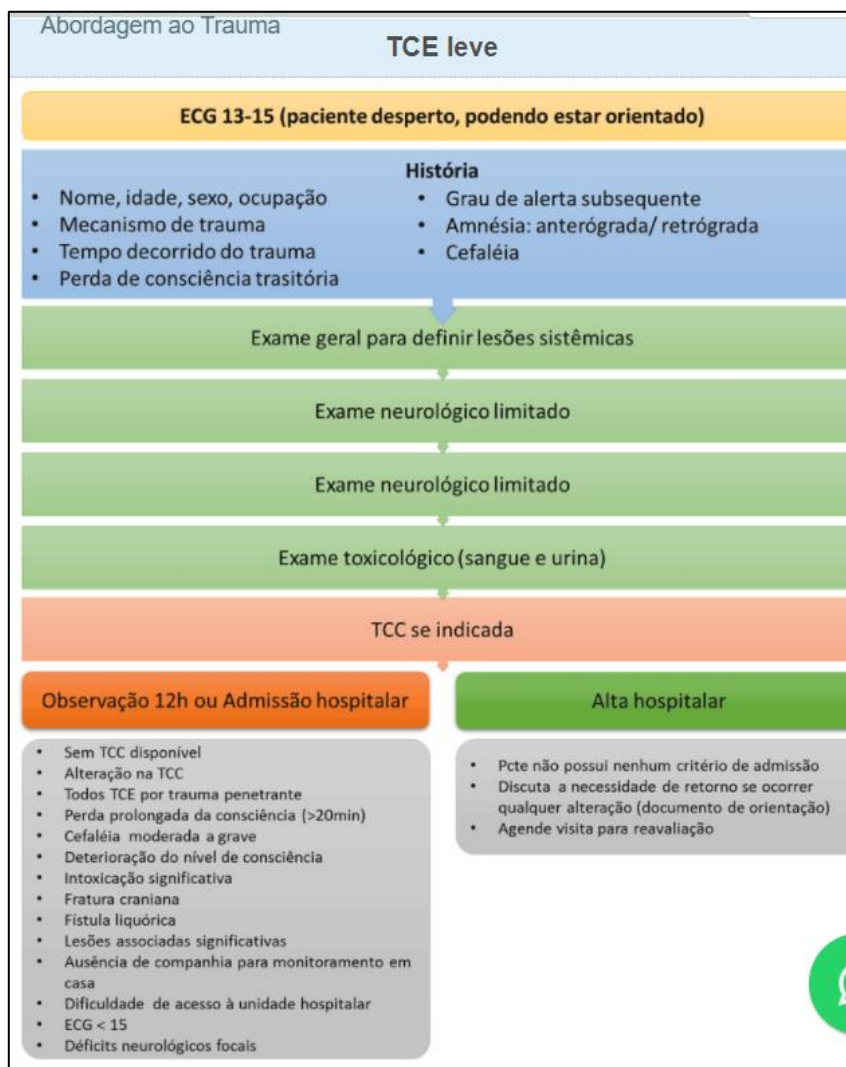
Fonte: ATLS, 2018

A Classificação de gravidade de TCE: Feito pela ECG, considerando a melhor resposta motora.

- a. TCE leve: ECG 15 – 13.
- b. TCE moderado: ECG 12 – 9.
- c. TCE grave: ECG 8 -3.

Diante esta classificação trazida pelo ATLS, podemos considerar este caso como TCE leve na chegada do paciente.

Figura 7 - Algoritmo TCE leve



Fonte: ATLS, 2018.

Segundo protocolo da ATLS, para o pedido de TC de crânio em casos de TCE leve deve ser considerado o nível de consciência do paciente, mecanismo de lesão, atentar a perda de consciência durante mais de 5 minutos, crises convulsivas,

determinação do nível de amnesia diante aos eventos (amnésia anterógrada e retrógrada durante mais de 30 minutos), cefaleia, coagulopatia ou déficit neurológico focal.

Neste caso, como o paciente chegou sem alteração neurológica perceptível no momento da admissão e sem queixas, podemos concluir que o protocolo foi aplicado corretamente, porém fica o questionamento sobre se realmente foi a decisão correta aguardar 45 minutos para a solicitação do TC de crânio ainda considerando a história do paciente.

Vale adicionar que também poderia ser utilizado neste a Escala de Coma FOUR, o qual visa corrigir falhas específicas de escala de coma de Glasgow e via classificar o nível de consciência do paciente. O escore varia de 0 a 16, quando mais próximo de 0 mais comatoso encontra-se o paciente. Neste caso o resultado para ESCORE FOUR seria 13.

2.2.2 Caso Clínico 2

Plantão diurno PS Clínico – HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: O.S, masculino, 71 anos (Data de nascimento:01/11/1950).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘perda de força em braço direito’

RESUMO DO CASO: Paciente trazido pelo SAMU como vaga 0, proveniente de Missal. História colhida com a filha do paciente (Elizete), a qual relata que ontem (07/12/21) por volta das 19hs o paciente apresentou perda de força motora súbita em MSD após tomar chimarrão com a esposa, foi caminhando até o quarto onde se deitou na cama em decúbito dorsal, nesse momento a filha constatou de que o paciente apresentava disartria, desvio de rima à esquerda e hemiparesia à direita não conseguindo se movimentar da cama. Foi acionado o SAMU imediatamente, na espera da unidade móvel o paciente começou a apresentar confusão acompanhada de liberação do esfíncter uretral. Filha relata que anteriormente a este quadro, o paciente era lúcido e independente no autocuidado e no tratamento medicamentoso. Nega histórico anterior de AVC ou quadro semelhante. Nega cefaleia, tontura, febre ou perda de consciência prévio ao aparecimento dos sintomas.

NIHSS de chegada: 13

HMP: Hipertensão arterial, diabetes (insulinodependente), hiperplasia prostática benigna. Nega outras comorbidades. Nega alergias medicamentosas. Nega tabagismo. Etilismo social.

Medicamentos de uso contínuo: AAS 100mg 0-0-1, Anlodipino 5mg 0-0-1, Ciprofibrato 100mg 0-0-1, Doxazosina 4mg 0-0-1, Hidroclorotiazida 25mg 1-0-0, Insulina NPH 100UI/ml (20UI de manhã, 20 UI antes da janta), Losartana 50mg 1-0-1, Metformina 500mg 2-0-2, Omeprazol 20 mg 1-0-0, Sinvastatina 20mg 0-0-1.

EXAME FÍSICO:

REG, disártrico, anictérico, acianótico, hidratado, hipocorado +/-, afebril nas últimas 12 hs.

SSVV na admissão: PA 160/80 mmHg / FR 20 lrpm / TAX 36°C / FC 82 bpm / SatO2 97% em AA, HGT 335 (realizado 08 UI para correção).

CARDIOVASCULAR: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, ritmo regular, não ausculto sopros no momento. Pulsos cheios e simétricos bilateralmente. TEC < 3 seg.

RESPIRATÓRIO: MV + sem presença de Ruídos Adventícios, sem sinais de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: globoso e rígido as costas de panículo adiposo, depressível, RH+, não doloroso a palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias, sem sinais de peritonite.

EXTREMIDADES: Aquecidas e sem edema, ausência de empastamento de panturrilhas, sem sinais de TVP. Sensibilidade preservada.

NEUROLÓGICO: GCS 14 (AO 4, RV 4, RM 6), pupilas isocóricas e fotorreagentes, força grau II em MMII bilateralmente. MSD força motora grau I. MSE força motora grau II. Sem desvio de rima. NIHSS atual 13.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Déficit motor agudo.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- AVC hemorrágico.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: AVC isquêmico, Emergências hipertensivas, estado hiperosmolar hiperglicêmico, tumor cerebral, infecção de SNC (encefalites ou meningoencefalites), distúrbios de sódio, ataque isquêmico transitório.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- **LABS 08/12:** Hb 15 / Ht 45% / Leuco 4.430 / Plaquetas 136.000 / Ureia 35 / Creatinina 0,80 / Na 143 / K 4,4 / Mg 1,8 / PCR <0,5 / KPTT 34,6 segs. / TAP 79% / INR 1,09 / Parcial de urina com pH 8 e presença de glicose +++.
- **TC DE CRÂNIO 07/12:** Presença de hemorragia intraparenquimatosa observada no tálamo esquerdo medindo 26mm. Demais estruturas dentro dos parâmetros da normalidade.

CONDUTA:

Prescrito sintomáticos e profilaxia gástrica. Prescrito Insulina NPH 22 de manhã e 11 a noite. Manter Nipride para controle de PA. Controle de PA - Meta PA sistólica: menor ou igual a 140 mmHg. Solicitação de exames laboratoriais de controle para o dia seguinte e realizar TC de crânio s/ contraste após 48 horas. Manter cabeceira elevada 30°. Liberado dieta VO pastosa e leve. Vigilância de padrão hemodinâmico, neurológico e respiratório.

DISCUSSÃO DO CASO:

Paciente idoso, previamente independente e sem déficits motores, em leito de emergência por quadro de possível AVC hemorrágico após TC de crânio 07/12 demonstrando hemorragia intraparenquimatosa no tálamo. Exames laboratoriais com hemograma sem alterações significativas, função renal preservada, eletrólitos sem alterações, parcial de urina com pH 8 e presença de glicosúria (possivelmente por uso de medicamentos para controle de diabetes).

A suspeita clínica de AVC hemorrágico deve acontecer em pacientes com queixa de cefaleia com sinais de alerta ou naqueles com alteração do nível de consciência. A confirmação diagnóstica se por meio da anamnese, exame físico e coleta de antecedentes, além de investigação laboratorial e de imagem. Causado por uma ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (intraparenquimatosa), sistema ventricular (intraventricular) e/ou no espaço subaracnóideo (subaracnóidea) – *FMUSP, 2017*.

A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para AVC hemorrágico, presente em 70 a 80% dos pacientes como neste caso.

Com a história clínica do paciente é possível confirmar que apresenta vários fatores de risco compatíveis com o AVC hemorrágico: idade >50 anos, masculino, HAS, uso de AAS, e uso de estatinas para controle de colesterol.

O AVC isquêmico é difícil de distinguir da apresentação do AVC hemorrágico pela semelhança entre os sintomas, necessitando sempre de exames de imagem para diagnóstico diferencial (*FMUSP, 2017*). No caso apresentado, foi solicitado TC de crânio na admissão + ECG + RX de tórax, solicitado exames laboratoriais, controle de PA, solicitado também avaliação de Neurocirurgia. Realizado também escore NIHSS que neste caso deu 13.

Quadro 2 – Fatores de Risco para AVC

Fatores de risco
Idade avançada >50 anos, raça negra, gênero masculino
Hipertensão Arterial Sistêmica
Angiopatia amiloide
Uso de anticoagulantes orais
Tabagismo e etilismo
Colesterol total, LDL e Triglicerídeos baixos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com a história clínica do paciente é possível confirmar que apresenta vários fatores de risco compatíveis com o AVC hemorrágico: idade >50 anos, masculino, HAS, uso de AAS, e uso de estatinas para controle de colesterol.

O AVC isquêmico é difícil de distinguir da apresentação do AVC hemorrágico pela semelhança entre os sintomas, necessitando sempre de exames de imagem para diagnóstico diferencial (FMUSP, 2017). No caso apresentado, foi solicitado TC de crânio na admissão + ECG + RX de tórax, solicitado exames laboratoriais, controle de PA, solicitado também avaliação de Neurocirurgia. Realizado também escore NIHSS que neste caso deu 13.

O escore NIHSS é utilizado para avaliar a gravidade do AVC isquêmico, neste caso na admissão foi realizado porque ainda não foi realizado TC de Crânio para confirmar o AVC hemorrágico. O TC de crânio permite definição das características do hematoma, localização, extensão, presença de edema ou efeito de massa e desvio de linha de média.

Uma vez confirmado o AVC hemorrágico, é importante o diagnóstico diferencial entre AVCh primário e secundário. Como neste caso ser mais compatível com AVC hemorrágico primário (80 – 85% dos casos) por ruptura de vasos cronicamente danificados pela hipertensão arterial sistêmica. O objetivo do tratamento baseasse no *Golden Hour*, sendo os seguintes aspectos fundamentais: Estabilização e reavaliação da via aérea do paciente, respiração e circulação (ABC); Diagnóstico rápido e preciso usando neuroimagem (TC de crânio preferencialmente); Avaliação orientada para potenciais intervenções precoces, incluindo: Controle da pressão arterial elevada (meta sistólica 140 -160 mmHg); correção de coagulopatia (INR < 1,4); necessidade de intervenção cirúrgica

precoce (evacuação de hematoma cirúrgico se indicado).

Quadro 3 – Diagnóstico diferencial do AVCh intraparenquimatosa

Primária
▶ Hipertensão arterial crônica
▶ Angiopatia amiloide cerebral
Secundária
▶ Malformações vasculares
> Malformação arteriovenosa
> Telangiectasia
> Angioma cavernoso
> Angioma venoso
▶ Aneurismas (vasculares, infecciosos, traumáticos, neoplásicos)
▶ Coagulopatias
> Coagulopatias primárias: hemofilia A e B, doença de von Willebrand, afibrinogenemia
> Coagulopatias secundárias: púrpura trombocitopênica idiopática, coagulação intravascular disseminada, púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome HELLP, trombocitopenia em síndromes mieloproliferativas, mieloma múltiplo
> Fármacos antitrombóticos: antiagregantes, anticoagulantes, trombolíticos
▶ Tumores cerebrais primários ou metastáticos
▶ Vasculopatias
> Vasculites sistêmicas
> Vasculite isolada do sistema nervoso central
> Outras: sarcoidose, doença de Behçet, doença de Moya-Moya, dissecação arterial, vasculite infecciosa, anemia falciforme
▶ Relacionadas a variações bruscas da pressão arterial ou do fluxo sanguíneo cerebral

Fonte: FMUSP, 2017.

Segundo protocolo, é preciso manter o PA sistólico < 140 mmHg nas primeiras horas após instalação da hemorragia. Diminuir 15% nas primeiras 24 hs, diminuir subitamente a PA pode piorar o quadro neurológico do paciente (FMUSP, 2017). A droga de escolha é o Nitroprussiato de Sódio – Nipride 50mg + SG 5% 250 mL IV em bomba de infusão (até 2 – 3 mcg /kg/ min): Solicitação de hemograma completo, KPTT, INR, TAP; Escala de coma de Glasgow; Calcular o ICH Score para avaliação da mortalidade do paciente; Neste caso o cálculo de ICH para este paciente foi de 1, com mortalidade estimada de 13%.

Outro ponto a ser observado a ter em consideração é a pressão de perfusão cerebral (PPC) > 60mmHg e monitorar sinais de hipertensão intracraniana: Tríade de

Cushing (bradicardia + arritmia respiratória + HAS). O objetivo em caso de Hipertensão intracraniana seria de manter uma PIC < 22 mmHg.

Figura 8 – Escore ICH para Hemorragia Intracraniana – HIC

DADO CLINICO	ACHADO	PONTOS	ESCORE ICH	MORTALIDADE EM 30 DIAS				
GLASGOW DA ADMISSÃO	3-4	2	0	0%				
	5-12	1						
	13-15	0						
IDADE	>= 80 ANOS	1			1	13%		
	< 80 ANOS	0						
LOCAL DO HEMATOMA	Infratentorial	1					2	26%
	Supratentorial	0						
VOLUME DO HEMATOMA	>= 30ml	1	3	72%				
	< 30ml	0						
HEMOVENTRÍCULO	SIM	1			4	97%		
	NAO	0						
ESCORE ICH		0 - 6 PONTOS					5	100%

Hemphill et al, Stroke 2001.

Fonte: Hemphill *et al*, Stroke 2001.

A dieta oral deve ser liberada pelo médico tendo em conta o nível de consciência e a avaliação do paciente por parte da equipe de fonoaudiologia. Como neste caso, o paciente foi avaliado e após o médico considerou viável a dieta oral pastosa e leve. Após ser avaliado o paciente pela neurocirurgia o qual orientou manter um controle pressórico adequado e sem condutas cirúrgicas.

Podemos concluir neste caso que foi aplicado o protocolo exitosamente nas primeiras horas do sangramento. Após 3 dias de internação, o paciente teve alta hospitalar com melhora gradual do quadro neurológico, levemente disártrico, com encaminhamento para ambulatório de Neurologia e Unidade Básica de Saúde.

2.2.3 Caso Clínico 3

Plantão noturno PS Geral - HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: D.R.J, masculino, 36 anos (Data de nascimento:16/08/1985).

QUEIXA PRINCIPAL: 'episódios de vômitos + exames alterados'.

RESUMO DO CASO: Paciente trazido da UPA Walter, com diagnóstico prévio de Lupus Eritematoso sistêmico, encaminhado pelo Posto de Saúde após apresentar exames

laboratoriais alterados. Relata episódios de êmese de início há duas semanas sem presença de sangue, acompanhado de dor lombar, mialgia generalizada e adinamia. Nega alterações na diurese ou nas evacuações.

HMP: Nega alergia medicamentosa conhecida. Histórico de Lupus eritematoso sistêmico com diagnóstico há 4 anos, sem acompanhamento médico por 2 anos, refere que parou tratamento devido diarreia e "inchaço" com o uso das medicações e por sentir-se bem sem a medicação. Segundo prontuário eletrônico: Paciente esteve internado em 2018 por quadro semelhante. Exames realizados: Anti-Ro/anti-La reagentes; FAN reagente, padrão nuclear pontilhado; P - ANCA reagente; Biópsia renal realizada no dia 25/04. Resultado em andamento. **Recebeu alta hospitalar com encaminhamento para ambulatório de Reumatologia e Nefrologia com prioridade. Iniciado prednisona 60mg/dia, hidroxiclороquina 400mg/dia. Orientado pela Reumatologista, ciclo mensal de ciclofosfamida por 6 meses.**

EXAME FÍSICO:

REG, LOTE, anictérico, acianótico, afebril, desidratado +/4+, hipocorado 3+/4+.

SSVV na admissão: PA 154/106 mmHg / FR 18 lrpm / TAX 36,7°C / FC 68 bpm / SatO2 97% em AA.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits motores.

CARDIOVASCULAR: BRNF, RR em 2T. Não ausculto sopros no momento. TEC > 4seg. Pulsos palpáveis e cheios.

RESPIRATÓRIO: MVUA, sem presença de RA. Sem sinais de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Abdome plano e depressível. RHA+. Doloroso à palpação profunda nas fossas ilíacas direita e esquerda. Sem sinal de peritonismo. Giordano + bilateralmente.

EXTREMIDADES: Sem edemas, panturrilhas livres e pulsos pediosos palpáveis e simétricos.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome anêmico. Hemorragia digestiva.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- Nefrite Lúpica? Glomerulonefrite?

LES não tratado por 2 anos.

- Anemia Grave.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Insuficiência renal aguda, vasculites de pequeno calibre, nefropatia membranosa, glomeruloesclerose segmentar e focal, glomerulopatias associadas a neoplasias.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- **LABS 04/12/21: Hb 5,2 / Ht 16,10%** / Leuco 6.080 / Plaqa 210.000/ Ureia 257/ Creatinina 21 / BT 0,30 / BD 0,30/ PCR 4,1 / TGO 18/ TGP 11/ Parcial de urina com proteinúria e glicosúria / KPTT 41.

- **05/12: Hb 6,4 // Ht 19,90%** // leuc 7200 //plaquetas 245,000 // pH 7,19 // pO2 112,20 // pCO2 27,63 // HCO3 9,80 // Eletrólitos: Na 132,7 // K 5,1 // Ca 0,82 // Cl 107 // Glicose 90 // LCTto 8,60 // **Ur 279** // Cr 21 // K 5,8 // **Amilase 185** // Lipase 241 // PCR 4,1 // KPTT 40,7// TAP 10,60

CONDUTA:

Suporte clínico + sintomáticos e profilaxia gástrica. Iniciado Ceftriaxona. Prescrito 02 CH. Solicitados exames laboratoriais de admissão + culturas (05/12) + US do aparelho urinário. Solicitado RX de tórax + ECG. Solicitada avaliação da nefrologia. Manter paciente em leito de UCP.

DISCUSSÃO DO CASO:

Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual (MS, 2013). A doença pode cursar com sintomas constitucionais, artrite, serosite, nefrite, vasculite, miosite, manifestações mucocutâneas, hemocitopenias imunológicas, diversos quadros neuropsiquiátricos, hiperatividade reticulo endotelial e pneumonite.

A fadiga, alteração no peso, febre, artralgia são os sintomas mais conhecidos desta doença. Entre as manifestações mais comuns desta doença prevalece a nefrite lúpica, tanto por sua frequência como por sua gravidade. Pode afetar glomérulos (prioritariamente), túbulos, interstício e vasos.

Selecionei este caso porque foi a primeira vez que conheci um paciente jovem com LES e ainda mais, com possível nefrite lúpica. Além do básico, não conhecia nada sobre a doença, e fez me questionar sobre a conduta apropriada.

Um 50% dos pacientes terão manifestações renais, sendo hematúria e proteinúria mais observados. A nefrite lúpica pode cursar com síndrome nefrítica ou nefrótica. (MS, 2013). A gravidade do comprometimento renal é variável e tem influência no tratamento a ser utilizado.

Segundo o protocolo, é importante o acompanhamento laboratorial regular

para saber sobre a função renal (creatinina e ureia), EAS e proteinúria. Neste caso, no primer exame laboratorial o paciente apresentou anemia grave (Hb 5,2 / Ht 16%) com hipóteses distintas, podendo ser secundário a LES não tratado ou devido a perda sanguínea por uma Hemorragia Digestiva. O cálculo de injúria renal crônica agudizada nesse paciente foi CICr 4,13 mL/min.

O acometimento glomerular da nefrite lúpica apresenta como manifestação laboratorial mais característica a proteinúria, como apresentado no caso. Além disso, dosagens seriadas de C3, C4 e anti-dsDNA devem ser realizadas a cada três meses. Esses exames auxiliam a monitorização da atividade da doença e na inferência de classe histológica. proteinúria persistente >1 g/24 horas; proteinúria > 500 mg/24 horas associada à hematúria dismórfica glomerular, cilindúria e/ou leucocitúria; e elevações de creatinina não explicadas.

Na admissão diante da anemia severa foi realizado hemotransfusão de 2 hemocomponente e logo no período da manhã foi realizado outros 4 hemocomponentes por dois episódios de hematoquezia acompanhada de fezes escuras e fétidas, e pedido vaga na UTI em caráter de urgência (ponto de diálise).

A biópsia renal ajuda no diagnóstico e na avaliação da gravidade, está indicada em: Proteinúria persistente >1 g/24 horas; Proteinúria > 500 mg/24 horas associada à hematúria dismórfica glomerular, cilindúria e/ou leucocitúria; Elevações de creatinina não explicadas.

Com relação aos demais exames, pode haver anemia da inflamação observada neste caso, leucopenia, linfopenia, plaquetopenia, VHS elevado (PCR, geralmente, está pouco elevado na atividade do LES), C3 e C4 consumidos (principalmente nas classes proliferativas) e anti-dsDNA positivo (principalmente nas classes proliferativas). Como neste caso clínico, não possível encontrar o laudo da biópsia renal, a classificação da nefrite lúpica segunda histologia ISN/RPS 2003 não foi possível de determinar. Segundo classificação I e II, habitualmente não tem indicação de biópsia renal e não necessitam tratamento imunossupressor.

Em Classes III e IV é indicado pulsoterapia com Metilprednisona 500 – 1000 mg/ dia EV em 250 ML de SF 0,9% associada a imunossupressores (Ciclofosfamida, micofelonato, rituximabe). Antes da pulsoterapia, sempre fazer a dose profilática de Ivermectina 200 mcg/kg em dose única. Após pulsoterapia, Prednisona VO 0,5 – a mg/kg/dia deve ser iniciada e mantida por 2 a 4 semanas, seguida de desmame até 5 – 10 mg/dia, em 6 meses de tratamento.

Quadro 4 – Classificação da nefrite lúpica

<p>Classe I – NL mesangial mínima Glomérulos normais à microscopia ótica (MO), mas com depósitos imunes à imunofluorescência (IF).</p> <p>Classe II – NL mesangial proliferativa Hiperplasia mesangial pura em qualquer grau ou expansão da matriz mesangial pela MO com depósitos imunes no mesângio. Pode haver poucos e isolados depósitos subepiteliais ou subendoteliais visíveis à IF ou à microscopia eletrônica (ME), mas não à MO.</p> <p>Classe III – NL focal Glomerulonefrite (GN) focal ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extracapilar envolvendo < 50% de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É ainda classificada em: A, ativa; A/C, ativa/crônica; C, crônica inativa.</p> <p>Classe IV – NL difusa GN difusa ativa ou inativa, segmentar ou global, endo ou extra capilar envolvendo ≥ 50% de todos os glomérulos, tipicamente com depósitos imunes subendoteliais com ou sem alterações mesangiais. É dividida em difusa segmentar (IV-S) na qual ≥ 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões segmentares (que envolvem menos da metade do tufo) e difusa global (IV-G) na qual ≥ 50% dos glomérulos envolvidos apresentam lesões globais (que envolve mais que a metade do tufo). Essa classe inclui casos com depósitos difusos em alça de arame com pouca ou nenhuma proliferação glomerular. É ainda classificada em: A, ativa; A/C, ativa/crônica; C, crônica inativa.</p> <p>Classe V – NL membranosa Depósitos imunes subepiteliais globais ou segmentares ou suas sequelas morfológicas à MO e IF ou ME, com ou sem alterações mesangiais. Pode ocorrer em combinação com as classes III ou IV.</p> <p>Classe VI – esclerose avançada Esclerose glomerular global em ≥ 90% sem atividade residual.</p>
<p>AC, anticorpo; GN, glomerulonefrite; IF, imunofluorescência; ME, microscopia eletrônica; MO, microscopia ótica; NL, nefrite lúpica. Adaptado de Weening et al., 2004 [24,25].</p>

Fonte: Revista Brasileira de Reumatologia, 2015.

Após 13 dias de internação no HMPGL, o paciente foi dado de alta pela nefrologia e encaminhado para tratamento ambulatorial na nefroclínica. Desmame de corticoide: prednisona 15 mg dia por 5 dias, redução para 10 mg dia no sexto dia, redução para 5 mg dia no décimo primeiro dia e manter por mais 5 dias.

Neste caso, fiquei preocupada sobre meus conhecimentos sobre nefrologia e reumatologia, a nefrite lúpica aborda tantos aspectos e são múltiplos. O estudo da doença especializada foi amplo e agoniante. Aprendi que apesar de não conhecer muito sobre uma doença, na sala de emergência prevalece a estabilização do paciente ante todo.

2.2.4 Caso Clínico 4

Plantão diurno PS Geral – HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: M. V, feminino, 44 anos (Data de nascimento:13/05/1977).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘dor de estômago’

RESUMO DO CASO: Paciente refere que no dia 21/11 iniciou com epigastralgia no período da manhã após ingestão do café da manhã, relata dor tipo cólica, que foi intensificando-se progressivamente. Fez uso de ibuprofeno e omeprazol sem melhora da dor, referindo flexão abdominal com posição antálgica. Pela piora progressiva da dor, paciente se colocava em decúbito lateral direito. O quadro álgico teve duração aproximada de 9 dias de evolução até

medicação na UPA no dia 30/11. Relata quadro similar anterior após comer pastel há 6 anos. A epigastralgia foi acompanhada de diarreia, de coloração escura, fétida, recorrente durante todo o dia do início do sintoma, acompanhada de urgência evacuatória, persistindo a dor abdominal. Fez uso de amido de milho e Coca-Cola + limão às 13:00hs com piora da epigastralgia e irradiação da dor para o hipocôndrio direito. Relata que o quadro diarreico cessou espontaneamente no dia 28/11. Refere sensação febril não graduada após cessa da diarreia, com predomínio de calafrios e tremores, de 3 dias de duração, cedendo parcialmente com uso de paracetamol. Relata também episódios de vômitos após ingestão de líquidos ou alimentos desde o dia 27/11. Também relata disúria com alteração da coloração da urina e dor supra púbica de leve intensidade 2 dias antes da internação na UPA, com melhora espontânea do quadro após internação.

HMP: Diagnóstico prévio de epilepsia (tratamento irregular, última consulta com neurologista há 2 anos, última crise convulsiva no ano passado). Alergia: Penicilina. Nega outras comorbidades. Nega tabagismo ou etilismo. G4P4A0 - Histerectomia após último filho. Medicamentos de uso contínuo: fenobarbital 1-0-1, diazepam 10 mg.

EXAME FÍSICO:

Regular estado geral, LOTE, desidratada +/4+, eupneica em AA, anictérica, acianótica, normocorada, normotensa. Afebril nas últimas 12hs.

SSVV na admissão: PA 100/50 mmHg / FR 20 lpm / TAX 36,6°C / FC 73 bpm / SatO2 96% em AA / HGT 96.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits motores. Sem irritação meníngea

CARDIOVASCULAR: Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 Tempos, não ausculto sopros no momento. TEC > 3s. Pulsos cheios e simétricos bilateralmente.

RESPIRATÓRIO: Tórax atípico, expansibilidade torácica preservada, MV+, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Abdome flácido e depressível, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, Sinal de Murphy +. Sem massas e visceromegalias. Ruídos hidroaéreos presentes.

EXTREMIDADES: Aquecidas e sem edema, panturrilhas livres.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome de dor abdominal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ITU? Cólica biliar?

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Doença inflamatória pélvica, Nefrolitíase, síndrome de bexiga neurológica, bacteriúria assintomática.

EXAMES COMPLEMENTARES:

>01/12: hem: 4,11 // hb: 12,5 // ht: 37,3 // VGM: 91,73 // HGM: 30,41 // Leuco: 19.140 // bast 8% // segm 88% // neutro 96% // plaq: 198.000 // PCR: 27,2 // EAS: ptn + ; leuco: 20/campo; nitrito positivo ; ureia 23 // Crea 0,6 // Na 142 // K 3,9 // Amilase 43 // Bilirr Total: 0,60 // Bilirr D: 0,20 // Bilirr Ind: 0,4 // Gama GT 46 // lipase 40 //

> 05/12: hem: 3,86 // hb: 11,7 // ht: 34,7 // VGM: 89,9 // HGM: 30,31 // Leuco: 8.020 // plaq: 259.000 // ureia: 11// Crea: 0,4 // Na: 144 // K: 3,9// amilase 48 // Bilirr Total: 0,50 // Bilirr D: 0,30 // Bilirr Ind: 0,2 // Fosf alc 141// Gama GT: 220 // LDH 296 // lipase 104 // Mg: 2,1 // PCR: 23,5 // TGP: 38 //

> 01/12/2021 - US DO ABDOME TOTAL: A vesícula biliar tem paredes lisas e regulares, contendo cálculo no seu interior, medindo 2,5 cm (colelitíase). Demais resultados dentro dos parâmetros da normalidade.

CONDUTA:

Mantenho sintomaticos e ATBterapia (Ciprofloxacino D2/D7); Mantenho em jejum até avaliação de clínica cirúrgica; Aguardando avaliação de clínica cirúrgica devido à colecistopatia.

DISCUSSÃO DO CASO:

Escolhi este caso porque a diferença de outros, é bastante comum nas salas de urgências as queixas de epigastralgia, oligúria, disúria, febre que na maioria das pessoas não é aferida com termómetro.

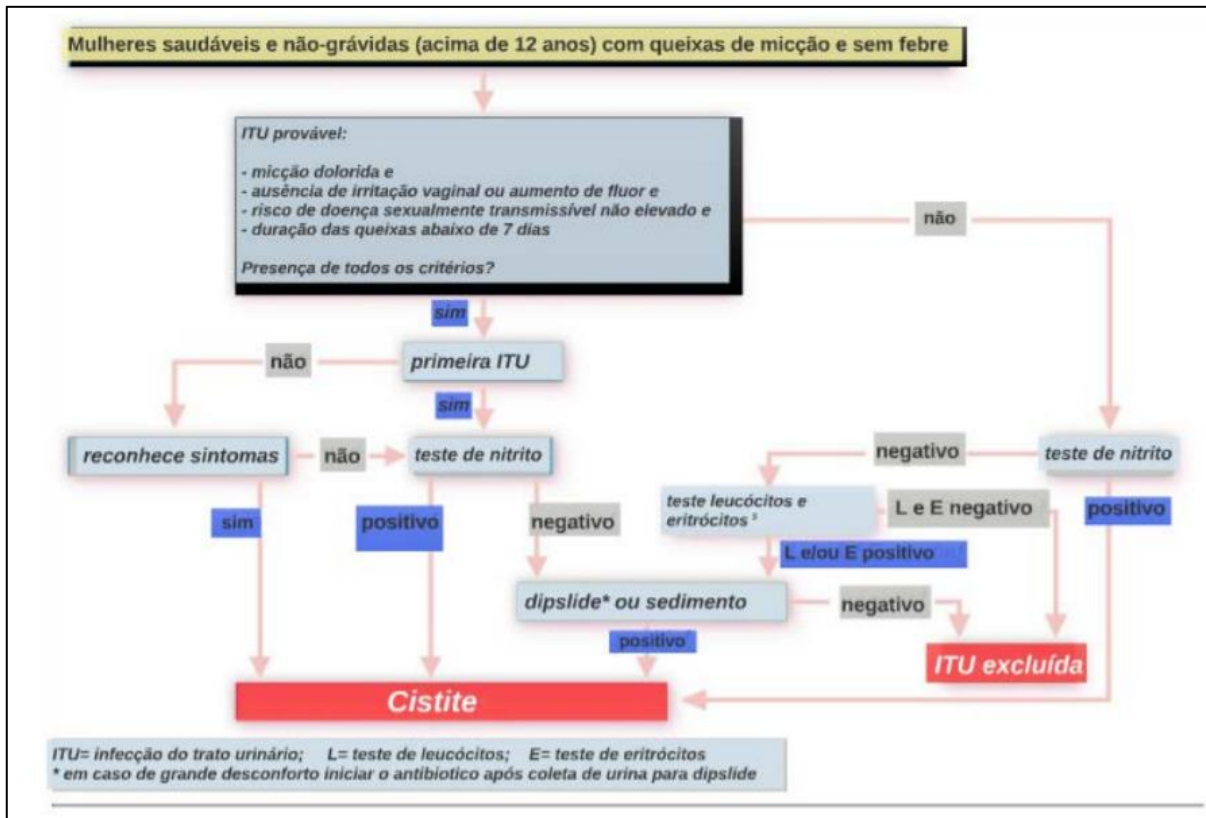
A patogênese da ITU, segundo Gusso 2014, geralmente decorre da colonização da uretra por uropatógenos da microbiota fecal, seguida da ascensão via uretra, atingindo a bexiga (cistite) ou os rins e ureteres (pielonefrite). A ITU aguda complicada pode ser definida pela apresentação de sinais ou sintomas que sugerem extensão da infecção além da bexiga, como: febre > 37,7°C, calafrios, tremores, fadiga ou mal-estar intensos, lombalgia, sensibilidade no ângulo costovertebral ou dor pélvica ou perineal em homens.

Sendo o patógeno mais frequente a *E. coli*. Padrão ouro em todos os casos é a realização de uma boa anamnese para poder raciocinar sobre os diagnósticos diferenciais possíveis.

Neste caos como o teste de nitrito deu positivo em um primer momento e seguindo o fluxograma, podemos suspeitar de uma possível Cistite, a qual é comum, não

contagiosa, onde a recuperação acostuma ser espontânea. Antibioticoterapia é normalmente prescrito, utilizado como 1ª opção a Nitrofurantoína 100 mg VO 6/6 hs durante 7 a 10 dias. Ou também é utilizado Sulfatoxazol + Trimetoprima (800+160 mg/cp) VO de 12/12 hs por 3 dias.

Figura 9 – Fluxograma de ITU



Fonte: Gusso, 2014.

Neste caso como o teste de nitrito deu positivo em um primeiro momento e seguindo o fluxograma, podemos suspeitar de uma possível Cistite, a qual é comum, não contagiosa, onde a recuperação acostuma ser espontânea. Antibioticoterapia é normalmente prescrito, utilizado como 1ª opção a Nitrofurantoína 100 mg VO 6/6 hs durante 7 a 10 dias. Ou também é utilizado Sulfatoxazol + Trimetoprima (800+160 mg/cp) VO de 12/12 hs por 3 dias.

Observação: Amoxicilina e ampicilina não são recomendados para tratamento de cistite, exceto quando isolados enterococos, estreptococos beta-hemolíticos do grupo B ou durante gestação.

Entre as orientações gerais que foram dadas para a paciente sobre aumento de ingestão hídrica (mínimo de 2L por dia), urinar antes e após o coito, urinar

sempre que houver vontade, evitar diafragma e espermicidas.

Quadro 5 – Tratamento da Cistite não complicada

Primeira linha de tratamento:
▶ Fosfomicina 3 g, VO, em dose única
▶ Nitrofurantoína 100 mg, VO, a cada 6 h por 5 dias
▶ Sulfametoxazol-trimetoprim 160/800 mg, VO, a cada 12 h por 3 dias*
Segunda linha de tratamento:
▶ Norfloxacino 400 mg, VO, a cada 12 h por 3 dias
▶ Ciprofloxacino 250 mg (500 mg), VO, a cada 12 h por 3 dias
▶ Levofloxacino 500 mg (250 mg), VO, em dose única diária por 3 dias
▶ Betalactâmicos por 3 a 7 dias**

Fonte: FMUSP, 2017.

2.2.5 Caso Clínico 5

Plantão diurno PS Geral – HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: J.R.M.P, masculino, 20 anos (Data de nascimento:09/03/2001).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘febre e fraqueza’

RESUMO DO CASO: Paciente privado de liberdade, encaminhado da UPA onde receberam atendimento devido a episódios de febre aferida (38,2°C) nos dias 25 e 26 de novembro, associados com astenia. No dia 27 de novembro, apresentou 3 episódios diarreicos, de aspecto marrom, aquoso e volumoso. Também informa ter tido 1 episódio de fezes escurecidas de coloração preta. Refere também que a urina ficou mais escura e com odor fétido no dia 26 de novembro e tosse seca de início há 19 dias. Recentemente paciente foi diagnosticado com síndrome da imunodeficiência adquirida, realizando tratamento correto segundo paciente. Paciente nega alergias medicamentosas conhecidas.

HMP: Paciente B24. Etilismo. Dependência química.

EXAME FÍSICO:

REG, LOTE, hidratado, hipocorado 4+/4+, afebril, eupneico em AA, normotenso sem DVA, acianótico e anictérico.

SSVV na admissão: PA 100/70 mmHg / FR 20 lrpm / TAX 35,9°C / FC 93 bpm / SatO2 99% em AA / HGT 89.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits

motores.

CARDIOVASCULAR: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, ritmo regular, sem sopros, TEC < 3s, pulsos periféricos presentes e simétricos.

RESPIRATÓRIO: Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios. Sem sinal de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, não palpo visceromegalias, não doloroso à palpação superficial e profunda. Evacuação presente.

EXTREMIDADES: MMII com edema 4+/4+ (bilateral), sinal de cacifo +, sem empastamento de panturrilhas.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome anêmico. Síndrome da imunodeficiência. Infecção pulmonar.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- Tuberculose pulmonar.
- Anemia de etiologia de doença inflamatória.
- ITU?

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Infecção por outras bactérias, Infecções fúngicas, câncer de pulmão, embolia séptica pulmonar, abscesso pulmonar.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- LABS 08/12: Hb 6,6 / Ht 20,80% / Leuco 7.510 / Plaq 144.000 / Ur 29/ Cr 0,5 / Na 132 / K 4,2/ PCR 7,8 / BT 3,63 / BD 2,98/ BI 0,65 / Glicose 56 / Mg 1,8 / TAP 37% / INR 1,73 / KPTT 65 seg.

- LAB 06/12: Colesterol Total 59 // Triglicerídeos 74 // LDL-C 36 // HDL-C 8 // ureia 29 // creat 0,6 // Na 131 // K 3,4 // Cloro 104 // amilase 83 // BT 2,3 / BD 1,7 / BI 0,6 // Ca 1,03 // FA 287 // Ferro serico 29 // P 3,7 // GGT 148 // glicemia 74 // LDH 200 // lipase 149 // Mg 1,7 // PCR 16,8 // Proteínas Totais 4,80 / Albumina 1,80 / Globulinas 3,00 / Relação A/G 0,6 // TGP 18

- LAB (05/12): potássio 3,4 // PCR 14,2 // sódio 131 // KPTT 43,5

- Urocultura (05/12): Não houve desenvolvimento de microrganismos na amostra analisada.- Laboratório: Hb: 8,2 // Ht: 25,2 // RDW: 21,4 // Metamielócitos: 1% // plaquetas: 91000 // ANISOCITOSE +++ POLICROMATOFILIA ++ PECILOCITOSE (ELIPTÓCITOS +++)

TIBC (02/12): 148mcg/dL

Reticulócitos (02/12): 6%

- TC de Tórax sem contraste em 29/11/2021: Mínimo derrame pleural à esquerda, achados compatíveis com anemia e edema de tecido subcutâneo do tórax.

- ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR (06/12/2021)

Fígado de contornos regulares, bordos rombos, dimensões aumentadas. Vesícula biliar distendida, de paredes espessas, porém sem líquido pericolecístico ou conteúdo patológico. Não se observa dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Pâncreas com tamanho aumentado, ecotextura heterogênea. Ducto de Wirsung de calibre preservado. Baço com tamanho aumentado (Esplenomegalia), com ecotextura heterogênea a custa de pequenos nódulos hipocogênicos. Rins de aspecto morfológico habitual. Não se evidenciam cálculos renais. Rins apresentando dilatação pielocalicial bilateral, que pode ser associada a estase ureteral inflamatória e/ou atonia uretero-pélvica metabólica.

Presença de algumas linfonomegalias retroperitoneais. Moderado meteorismo intestinal colônico sobrepõem algumas porções do abdômen.

- ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDOMEN INFERIOR

Bexiga com pouca distensão líquida, com líquido contendo alguns sedimentos que podem corresponder a conteúdo hemático ou infeccioso. Presença de pequena quantidade de líquido livre distribuído pelos espaços subfrênico direito, hepatorenal, nas goteiras paracólicas e na escavação pélvica (ascite).

- Avaliação da urologia (06/12/2021): orientado aumento da ingesta hídrica. Sugerido fenazopiridina 200 mg 8/8 horas durante 3 dias para disúria. Caso mantenha queixa e tiver seguido as orientações anteriores, recoletar exame de urina.

CONDUTA:

Suspensão cloreto de potássio pela normalização do nível de eletrólito. Prescrevo Omeprazol dose plena. Hemotransfusão - Prescrevo 1 bolsa de CH. Aguardando internamento em Clínica Médica. Mantenho demais condutas iniciadas. Discutir com infectologista sobre esquema terapêutico da TB.

DISCUSSÃO DO CASO:

Doença infecciosa causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis* que pode acometer vários órgãos. A forma pulmonar é a mais frequente e mais relevante, já que é a responsável pela cadeia de transmissão na população.

Além de ser um caso interessante e bastante complexo, decidi que deveria discutir este caso porque recentemente realizei estágio no ambulatório de tuberculose e mal de Hansen, onde comprovamos que uma grande parte dos pacientes infectados por

Tuberculose também estão coinfetados com HIV, como apresentado neste caso.

Segundo o Ministério de Saúde, a probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos. Entre eles, pode-se citar a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente compartilhado. (MS, 2019) Uma pessoa com baciloscopia positiva tem probabilidade de infectar de 10 a 15 pessoas em média.

Quadro 6 – Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	RISCO DE ADOECIMENTO POR TB
Pessoas vivendo em situação de rua ¹	56 X maior
Pessoas vivendo com o HIV ²	28 X maior
Pessoas privadas de liberdade ²	28 X maior
Indígenas**	3 X maior

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

O maior risco de adoecimento para a TB descrito é a infecção pelo HIV. Dentre outros fatores conhecidos, destacam-se o tempo decorrido da infecção ao desenvolvimento de TB ativa (maior risco de adoecimento nos primeiros dois anos após exposição), a idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e a presença de determinadas condições clínicas (doenças e/ou tratamentos imunossupressores).

Os sintomas clássicos, como tosse persistente (>15 dias) seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer em qualquer estágio da doença. A tuberculose miliar é uma forma mais grave da doença com múltiplos focos granulomatosos pulmonares, mais comum em pacientes HIV-positivos e com quadro mais agudo.

Um problema identificado neste paciente foi que ele já havia realizado o tratamento com Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol, mas diante da avaliação clínica do paciente e queda do Hb 6,6 e Ht 20,80%, foi discutido pelo médico plantonista sobre uma avaliação do esquema terapêutico a seguir. No final, foi decidido que deveria ser mantido o tratamento para TB e iniciado uma investigação sobre Tb extrapulmonar.

Após alguns dias de internação, o paciente foi encaminhado para UTI pelo deterioro do estado geral do paciente. O COXIP iniciado no dia 30/11 foi suspenso no 10/12 após insuficiência hepática, interrogado se foi secundária ao RIFE. Também foi levantado

outras hipóteses em torno a hepatoesplenomegalia, sendo uma infecção oportunista devido a HIV a maior hipótese para isso.

Tabela 1 – Esquema básico para tratamento de tuberculose

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: MS, 2019.

Atualmente, este paciente que tem várias doenças coexistentes em um corpo, leva 24 dias de internação, ainda em espera de melhora do caso clínico, de alguma maneira deixando a TB como secundário entre todos os problemas clínicos apresentados.

2.2.6 Caso Clínico 6

Plantão noturno PS Geral - HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: E.R.V, feminino, 39 anos (Data de nascimento:22/03/1982).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘dor em membro inferior direito’

RESUMO DO CASO: Paciente encaminhada da UPA, refere que em 18/08 iniciou com quadro de dor em queimação em raiz de coxa D com hiperemia na região inguinal. No final do mesmo dia percebeu que o edema se estendeu para todo o MID associado a dor a movimentação passiva e ativa, procurando atendimento na UPA, por esse quadro. Comenta que realizou doppler de MID, onde foi relatado a presença de trombose venosa, sendo

encaminhada para nosso PS clínico.

HMP: HAS- início tratamento há 6 meses. Nega alergias medicamentosas Nega outras comorbidades. AGO G3 P2 C0 A01 / Início uso de ACO combinado há 6 meses. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Medicamentos de uso contínuo: Enalapril 20 mg 1-1-0.

EXAME FÍSICO:

Paciente no leito, eupneica em AA, afebril ao toque, acianótica e anictérica, com presença de edemas +4/+4 em MID até a altura da coxa, com queixa de dor a movimentação passiva e ativa.

SSVV: PA 120/80 mmHg / FR 19 lrpm / TAX 36,3°C / FC 91 bpm / SatO2 97% em AA.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits motores.

CARDIOVASCULAR: BCNF 2T, sem sopros, ritmo regular, pulsos em MID de difícil palpação por conta do edema +4/+4, TREC < 3 segs.

RESPIRATÓRIO: MV +, sem presença de RA. Sem sinais de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Abdome globoso a expensa de TCS, RHA+, flácido, depressível, indolor a palpação. Evacuação presente.

EXTREMIDADES: Edema em MID +4/+4. Empastamento da panturrilha direita.

GENITOURINÁRIO: Diurese espontânea presente. SVD com diurese amarelo ouro.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome algica. Distúrbio de coagulação.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- TVP não provocado em MID extensa.

 Uso de ACO combinado à 6 meses.

 DASH 1 ponto.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Celulite, insuficiência venosa crônica, tromboflebite superficial, linfedema, tumores de tecidos brandos e ósseos.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- ECODOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO 20/08

PROFUNDO:

Visualizadas veias femorais (comum, profunda e superficial), poplítea, tibiais, fibulares e gastrocnêmias:

Presença de Trombo hipocócico distendendo e preenchendo as veias femoral comum, femoral em toda extensão, poplítea e tibiais posteriores, bem como nas veias musculares da panturrilha, relacionado a trombose recente.

SUPERFICIAL:

Veia safena interna (magna): com extensão do trombo na sua porção proximal na coxa. Demais porções pérvias, porém incompetente, refluxiva, associadas a perfurantes insuficientes no terço médio da face medial da perna.

Veia safena externa (parva): pérvia e competente. OBS: Presença de linfodema no tecido subcutâneo da coxa, joelho e perna.

Lab 23/08: INR 1,71

Lab 22/08: Hb 10; Ht 31; Leuco 5.930; Bastonetes 1%; Plaquetas 153.000; Ureia 11; Cr 0,5; NA 141; K 4.3; Mg 2; PCR 19.3. KPTT 26,5 INR 1

Lab 20/08: D-dímero 23.870

CONDUTA:

Mantenho a dose de varfarina 2 cp e mantenho enoxaparina; Mantenho sintomáticos; Mantenho profilaxia gástrica; Vigiar padrão resp., hemodinâmico e neurológico; Aguarda vaga na CM.

DISCUSSÃO DO CASO:

A paciente foi encaminhada da UPA, com histórico de dor intensa em MID, de início súbito, relatou que usa anticoncepcivo oral há 06 meses. Foi perguntado para ela se tinha conhecimento de algum histórico de coagulopatia na família ou na paciente mesma, ela negou para ambas as perguntas.

A tríade clássica de Virchow para quadros de trombose incluem estase sanguínea, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade. Assim com na paciente, o quadro clássico inicia com dor intensa e súbita, vermelhidão e inchaço unilateral do membro acometido.

Os fatores de risco para esta são o uso de anticoncepcional oral, sobrepeso e sedentarismo. Os quais podem precipitar a formação de trombos nas veias. Além da presença de panturrilha empastada em membro inferior direito, o sinal de Homans estava presente (Dor referida na panturrilha desencadeada pela flexão dorsal do pé ipsilateral).

A abordagem diagnóstica inicia com o cálculo pelo Escore de Wells. Aplicada na paciente na admissão, o escore calculado foi de 3 pontos, indicando uma probabilidade intermediária de probabilidade de pré-teste para a realização de subsequentes exames complementares.

Como a probabilidade é média, deve ser solicitado o D-dímero. No hospital

pelo acesso mais rápido, é solicitado a ultrassonografia com doppler do membro inferior. Além disso, foi pedido hemograma completo, eletrólitos, função renal, hepática, coagulograma – TAP e KPTT.

Tabela 2 – Escore de Wells

Escore de Wells	Pontos
TVP ou TEP Prévios	+ 1,5
Frequência Cardíaca > 100/min	+ 1,5
Cirurgia Recente ou Imobilização	+ 1,5
Sinais Clínicos de TVP	+ 3
Diagnóstico Alternativo Menos Provável que TEP	+ 3
Hemoptise	+ 1
Câncer	+ 1
Baixa Probabilidade	0-1
Intermediária Probabilidade	2-6
Alta Probabilidade	>7

Fonte: Sanar Saúde, 2020.

Já confirmado pelo Doppler, a paciente iniciou o anticoagulação imediata por 10 dias para prevenção de trombose recorrente. Logo vem a fase de manutenção, por 3 meses, podendo estender-se até 6 e 12 meses. A anticoagulação escolhida foi com Enoxaparina 1 mg/kg SC de 12/12 horas. Também pode ser utilizada Heparina não fracionada (25000 unidades/5mL) + SF 0,9% 245mL, dose de ataque de 80 unidades /kg EV. Após alta médica, a heparina se mantém por mínimo de 5 – 10 dias.

2.2.7 Caso Clínico 7

Plantão noturno UPA Morumbi – Sala vermelha.

IDENTIFICAÇÃO: M.B.N, feminino, 53 anos (Data de nascimento:28/10/1968).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘dor no peito e cansaço’

RESUMO DO CASO: Paciente procura atendimento por quadro de dor torácica tipo queimação sem irradiação com evolução de 6hrs aproximadamente, e formigamento no MSE, associado a dispneia leve, e dor lombar de longa data.

HMP: Hipertensa em uso de anlodipino 5mg 1-0-0; losartana 50mg 1-0-1, nega DM.

Cardiopata em uso de carvedilol 25mg 1-0-1; espironolactona 25mg 1-0-0; furosemida 40mg 1-0-0; Sinvastatina 40mg 0-0-1. Paciente com bronquite asmática sem tratamento. Nega alergias medicamentosas. HS: Nega tabagismo, etilista social.

EXAME FÍSICO:

Paciente no leito, eupneica em AA, afebril ao toque, acianótica e anictérica, com presença de edemas +4/+4 em MID até a altura da coxa, com queixa de dor a movimentação passiva e ativa.

SSVV: PA 150/100 mmHg / FR 18 lrpm / TAX 35,9°C / FC 82 bpm / SatO2 97% em AA.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits motores.

CARDIOVASCULAR: BCNF 2T, sem sopros, ritmo regular, TREC < 3 segs.

RESPIRATÓRIO: MV +, sem presença de RA. Sem sinais de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Abdome globoso, RHA+, flácido, depressível, indolor a palpação.

EXTREMIDADES: Sem presença de edema e panturrilhas livres.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Desconforto torácico.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- Dor torácica a esclarecer.

IAM? ICC descompensada?

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Dissecção da aorta, síndrome coronariana aguda, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, ruptura esofágica.

EXAMES COMPLEMENTARES:**CONDUTA:**

Prescrevo sintomáticos; Prescrevo ASS 300mg - clopidrogel 300mg; Solicito exames laboratoriais e enzimas cardíacas; Solicito radiografia de tórax + ECG; Mantenho em observação.

DISCUSSÃO DO CASO:

Paciente veio por busca espontânea passando primeiro por triagem e seguidamente de atendimento no consultório, onde o médico avaliou e prescreveu sintomáticos e iniciou o protocolo de dor torácica, junto com os pedidos de exames laboratoriais + RX de tórax + ECG.

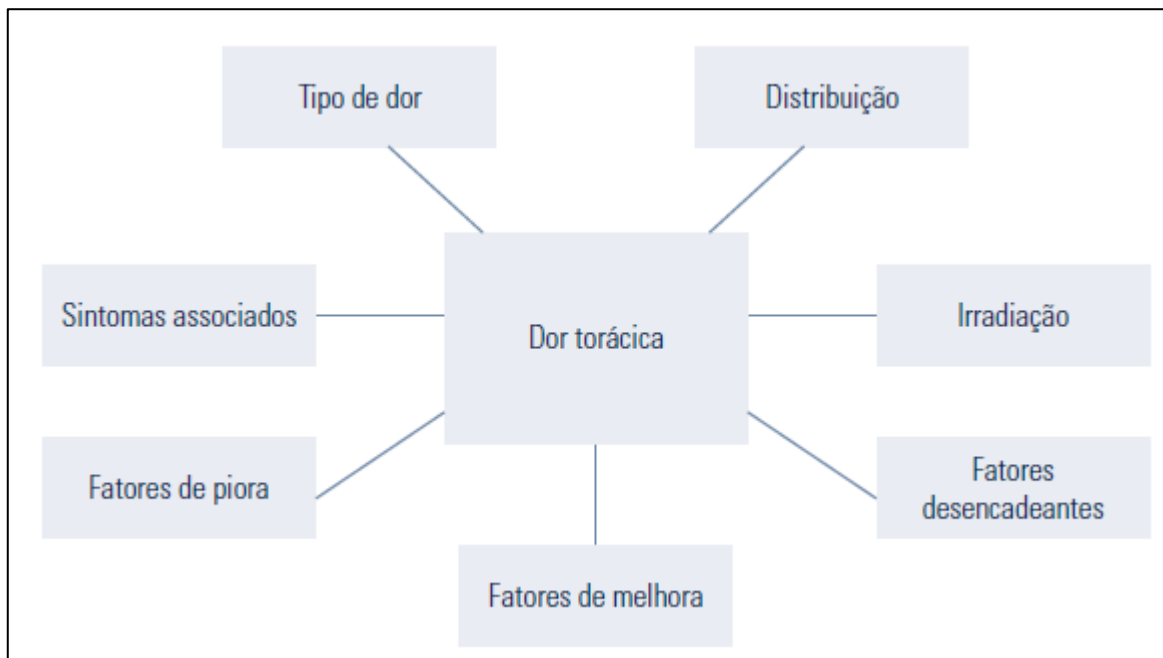
Foi encaminhada para sala amarela às 23:30 hs aproximadamente e passado o caso para plantonista do setor de observação. Com os leitos ocupados, foi

decidido colocar a paciente em uma poltrona para observação.

Após rotação de médicos plantonistas, as 4:00 hs da madrugada a plantonista desse horário foi avisada pelo enfermeiro para solicitar a coleta da segunda troponina como indicado o protocolo. Nesse momento, constatou-se de que apesar de ter os pedidos de exames, não foi realizado o ECG que deveria ser pedido no início do plantão, assim como também não foi enviando até esse momento para o laboratório a primeira troponina!

Rapidamente a plantonista avaliou a paciente nesse horário a qual estava ainda referindo dor torácica em queimação e sensação de formigamento em MSE. Foi realizado rapidamente o ECG o qual demonstrou presença de supra ST em três derivações. Solicitado de urgência vaga para HMCC, referência para emergências cardiológicas.

Figura 10 – Características da dor torácica no departamento de emergência.



Fonte: FMUSP, 2017.

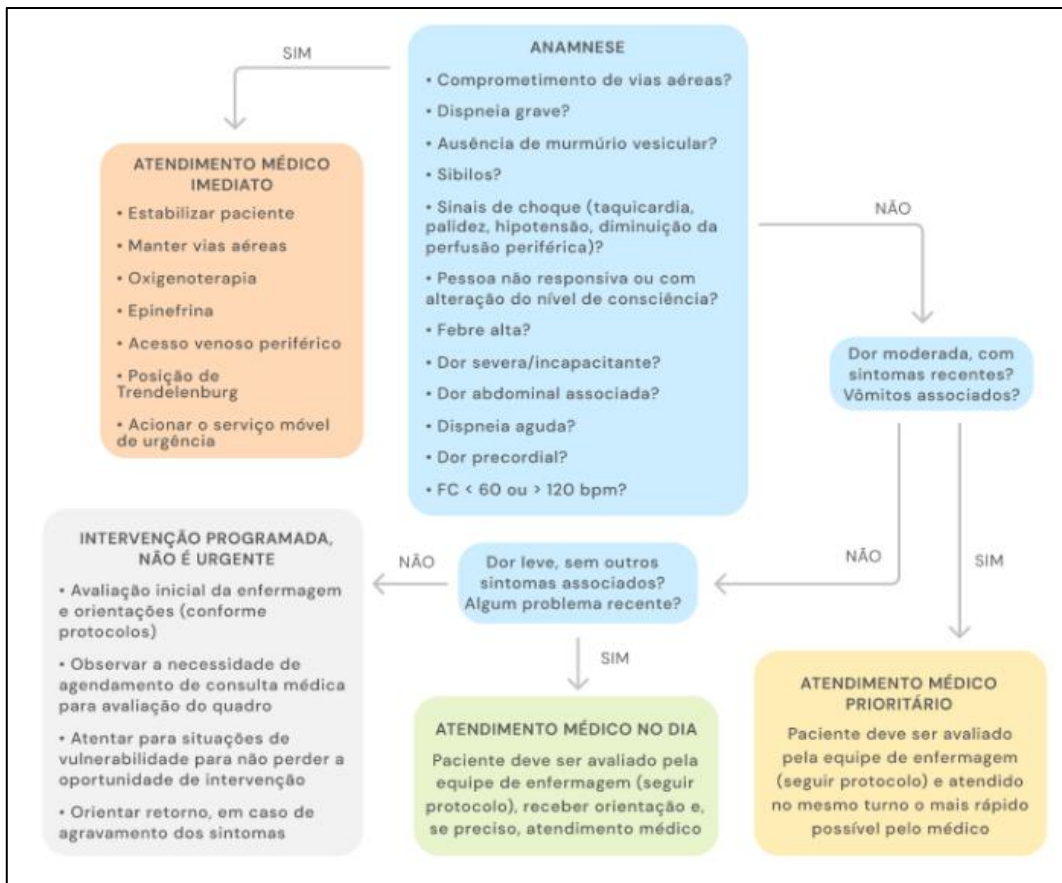
Segundo o Manual de Emergências (FMUSP, 2017) a avaliação clínica inicial da dor torácica é fundamental. Além disso, é realizado sistematicamente um exame físico dando especial atenção à palpação dos pulsos nos quatro membros e aferição da PA. A combinação de dor torácica + assimetria de pulso ou PA + Rx com alargamento de mediastino é sugestivo de dissecção aórtica aguda.

O erro mais evidente deste caso foi a demora na realização do ECG, sendo que o protocolo preconiza a realização dele dentro dos primeiros 10 minutos de chegada

do paciente para o serviço de emergência.

Os marcadores (CK-MB e troponina) devem ser solicitados na admissão, 6 e 12 horas após a admissão para estabelecer a curva de biomarcadores. Ensaios mais sensíveis de troponina tendem a positivar mais rapidamente, entretanto a interpretação de curva em ascensão é fundamental para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda.

Figura 11 – Fluxograma de abordagem inicial de dor torácica aguda.



Fonte: ESC Guidelines, 2014.

Neste caso, consegui identificar dos erros graves que até a médica plantonista assegurou de que foi uma falta importante para o sistema e causa de muitos processos se for levado frente à justiça. Afortunadamente, após a constatação dos erros cometidos a equipe médica tentou repor o tempo perdido e foi encaminhada de maneira rápida para o hospital de referência.

2.2.8 Caso Clínico 8

Plantão diurno PS clínico – HMPGL.

IDENTIFICAÇÃO: A.S.B, feminino, 81 anos (Data de nascimento:15/07/1940).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘falta de ar’

RESUMO DO CASO: Paciente procedente de Matelândia, por quadro de dispneia aos pequenos esforços há cerca de dez dias (25/11), acompanhada de tosse seca, febre aferida de 37,8° e dor em região de transição toraco-abdominal direita. Há dois dias evoluiu com piora da dispneia, procurando novamente atendimento, tendo sido internada em Matelândia e posteriormente referenciada a este serviço.

HMP: Paciente hipertensa, com histórico de Herpes Zoster há 4 meses. Nega outras comorbidades. Nega tabagismo. Nega etilismo. Nega alergias conhecidas. Medicamentos de uso contínuo: Enalapril, hidroclorotiazida, anlodipino.

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, afebril, acianótica, comunicativa e colaborativa, desidratada +1/4+, hipocorada +1/4+.

SSVV: PA 158/87 mmHg / FR 21 lpm / TAX 36,4°C / FC 111 bpm / SatO2 93% em CN 2L/min / HGT 169.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Abertura ocular espontânea. Pupilas isocóricas, isofotorreagentes. Comunicativa, orientada. Sem déficits motores.

CARDIOVASCULAR: Bulhas rítmicas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular. Não ausculto sopros no momento. Pulsos palpáveis e simétricos. TEC < 3s.

RESPIRATÓRIO: Expansibilidade pulmonar preservado. Murmúrio vesicular audível, discretamente reduzido em base direita, presença de crepitações esparças na base do pulmão esquerdo. Sem sinal de esforço respiratório.

GASTROINTESTINAL: Flácido e depressível. Ruídos hidroaéreos audíveis. Presença de lesões avermelhadas em flanco direito. Ausência de dor à palpação, sem sinais de peritonismo, não palpo massas ou visceromegalias.

EXTREMIDADES: Sem edemas e bem perfundidos, panturrilhas livres. Pulsos pediais cheios e palpáveis.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome de Insuficiência Respiratória Aguda.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- Pneumonia Adquirida na Comunidade

Derrame Pleural

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Bronquite, abscesso pulmonar, atelectasia, corpo estranho, doença pulmonar obstrutiva crônica, covid 19.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Lab (03/12; de Matelandia): Hb 10,1 // Ht 30,7 // VCM 87,22 // Leucócitos 20.620 // plaq 481000 // creatinina 0,68 // fosfatase alcalina 100,1 // gama GT 81,6 // proteína C reativa 85,9 // potássio 3,4 // TGO 14,4 // TGP 19,3 // sódio 121,5 // ureia 38,7

Lab (04/12): Hb 11,7 // Hmt 35,40 // Leucócitos 23.710, Bastões 1%, Seg 92%, Neutro 93% // Plaquetas 553.000// Ureia 33 // Creatinina 0,40 // Sódio 146 // Potássio 4,3 // PCR 27,8 // I.N.R 1,03

TC de Tórax 04/12: Proximais com moderado derrame pleural loculado à direita, determinando atelectasia subtotal do lobo inferior direito e parcial do lobo médio

CONDUTA:

Suporte clínico; Mantenho em leito de UCP; Mantenho Atb; Sintomáticos e profilaxias; Aguarda culturas (04/12); Vigiar padrão hemodinâmico, respiratório e neurológico; Aguardando avaliação da cirurgia torácica para toracocentese/drenagem pleural; Demais condutas mantidas.

DISCUSSÃO DO CASO:

Paciente idosa, hipertensa, avalei em leito de emergência por quadro sugestivo de pneumonia, no momento da avaliação sem esforço respiratório e hemodinamicamente estável, com exames de imagem provenientes de Matelândia evidenciando derrame pleural à direita e consolidações em base direita.

Um quadro atípico de Pneumonia Comunitária pode cursar com febre baixa (<39°C) de evolução subaguda, na paciente iniciou 10 dias antes de sua internação, sendo uma sensação febril de 37,8 °C, a qual relatou que estava acompanhada de calafrios e tremores. Outro sintoma importante na anamnese é a tosse, dispneia e dor pleurítica relatado pela paciente.

A pneumonia é causada por vírus, bactérias ou fungos. A pneumonia comunitária, ou também denominada pneumonia adquirida na comunidade (PAC), corresponde à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 horas da admissão à unidade.

Os fatores de risco para Pneumonia Comunitária são muitos, mas

moradores de casas de repouso e asilo tem um risco aumentado de pneumonia por gram-negativos e anaeróbios (Gusso, 2019). Os critérios de gravidade a ter em conta são alteração de nível de consciência, taquipneia (>30 irpm), hipotensão, utilização de musculatura acessória, hipotermia (< 35°C) ou febre (>40°C).

Neste caso na admissão foi continuado o tratamento já iniciado com Ceftriaxona + Azitromicina, solicitado exames de admissão + ECG + TC de tórax, foi programado também a realização de toracocentese para avaliação do derrame pleural.

Além dos exames laboratoriais de admissão, achei estranho que não foi solicitado gasometria arterial sendo que na admissão a paciente estava saturando 90% em ar ambiente. Também não foi solicitado Rx de tórax, mas como optou se por pedir a TC de tórax o qual segundo várias fontes, é método mais sensível na identificação de acometimento de parênquima pulmonar.

No resultado do primer exame laboratorial teve leucocitose com desvio à esquerda (sugestivo do quadro clínico). Também a hiponatremia apresentada (Na 121) pode indicar uma desidratação grave ou uma associação com infecção por outro agente. O PCR de 85 também é indicativo da vigência da infecção ou uma inflamação sistêmica.

A toracocentese deve ser indicada em presença de derrame pleural (GUSSO, 2019), a análise do líquido pleural determina se o derrame se caracteriza como não complicado, complicado ou empiema, o qual indicaria a necessidade ou não de uma drenagem pleural. Solicitar pH, LDH, proteína, glicose, celularidade, gram e cultura para poder estabelecer os critérios de Light.

Tabela 3 – Critérios de Light.

Critérios de Light (presença de qualquer critério caracteriza o líquido como exsudato)	
Critério	Positivo
Proteína pleural/proteína sérica	> 0,5
LDH pleural/LDH sérico	> 0,6
LDH pleural	> 2/3 o limite da normalidade do LDH sérico

Fonte: Whitebook, 2021.

O tratamento empírico hospitalar pode ser me monoterapia ou em associação (betalactâmico + macrolídeo). Neste caso foi optado pelo uso de Ceftriaxona 1g EV de 12/12 hs + Azitromicina 500mg EV de 24/24hs.

2.2.9 Caso Clínico 9

Plantão diurno UPA Samek – Sala de observação.

IDENTIFICAÇÃO: M.R.V.A, masculino, 46 anos (Data de nascimento:21/09/1974).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘dor nas costas e problemas para urinar’.

RESUMO DO CASO: Paciente refere há 2 anos uso de cateter duplo J em rim direito. Refere ainda, há 2 meses, dor em flanco direito, com piora há 3 dias, associado a disuria, polaciúria, febre não aferida.

HMP: DM não tratado; nega alergias medicamentosas; Nega tabagismo, etilista socialmente.

EXAME FÍSICO:

Paciente no leito, eupneica em AA, afebril ao toque, acianótica e anictérica, com presença de edemas +4/+4 em MID até a altura da coxa, com queixa de dor a movimentação passiva e ativa.

SSVV: PA 110/60 mmHg / FR 20 lrpm / TAX 35,7°C / FC 75 bpm / SatO2 98% em AA/ HGT 177.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficits motores.

CARDIOVASCULAR: BCNF 2T, sem sopros, ritmo regular, TREC < 3 segs. Pulsos simétricos, rítmicos e cheios.

RESPIRATÓRIO: MV +, sem presença de RA. Sem sinais de esforço respiratório. Eupneico em AA.

GASTROINTESTINAL: Abdome plano, depressível. Doloroso à palpação profunda no epigástrio com irradiação na região lombar. Giordano + à direita. Evacuação presente.

EXTREMIDADES: Quentes e perfundidas. Sem sinais de edema e panturrilhas livres. Força motora preservada.

GENITOURINÁRIO: Diurese presente.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Disfunção do trato urinário. Insuficiência renal crônica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- ITU?

Pielonefrite complicada com Cateter Duplo J

IRC agudizada

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Cistite, pielonefrose,

EXAMES COMPLEMENTARES:**LABORATORIAL**

- 25/08: Hb 11,60 // Ht 36,60 // Leucócitos: 10.200 (bast: 15%) // Ureia: 123 // Cr: 2,5 // PCR: 22,7 // EAS: leucócitos: superior a 100/campo com Piúria Maciça // Eletrolitos dentro dos parâmetros da normalidade.

- 24/08: hb 13,6 // ht 41,5 // leuco 12810 (10 % bastões) // K 5,8 // Cr 3,6 // Ureia 125 // Na 136 // pcr 20,2 // Urina leucocitúria superior a 100/campo // hemácias 10/campo // piuria maciça // Gaso: Ph: 7,26 - BIC: 18,8 - Lac: 28

CONDUTA:

Atualização do quadro e HD; Urocultura em andamento (após início do ATB); Prescrito - Manter ATB e hidratação 500ml a cada 6 horas; Sintomáticos S/N; Laboratoriais para controle – reavaliar; Orientações a pcte; Vigilância em padrão urinário, neurológico e hemodinâmico; Aguardando vaga para HMPGL para seguimento do fluxo.

DISCUSSÃO DO CASO:

No dia em que conheci o Senhor M, referia dor de moderada intensidade com irradiação lombar, dificultando ficar deitado em uma posição cômoda por muito tempo. Relatou também um episódio de hematoquezia no dia (25/08) e constipação. Perguntei sobre alguma alteração no momento de urinar, e comentou-me que não estava doendo para urinar.

As infecções do são comuns e recorrentes, sendo um dos principais motivos de procura ao departamento de emergência. As infecções urinarias tem apresentação clínica variável, desde assintomáticas até choque séptico e falência de múltiplos órgãos. (FMUSP, 2017)

Nos exames laboratoriais do dia, estava com discreta diminuição de leucócitos, aumento de PCR (22,7), função renal alterada (Ur 123 // Cr 2,5), persistência da leucocitúria e piúria maciça.

A pielonefrite normalmente cursa febre alta (> 38°C) com calafrios, lombalgia, queda do estado geral, náuseas e vômitos. Para o homem, o espectro clínico de ITU inclui prostatite, naqueles com sintomas de cistite recorrentes e dor pélvica ou perineal associada.

Os fatores de risco para este paciente eram vários, a diabetes não tratada sendo a principal (na admissão, o paciente chegou com HGT de 551!), insuficiência renal

crônica e o uso do cateter duplo J.

No exame físico, a dor à palpação profunda nos quadrantes do abdome não foram muito intensos. Mas quando foi feito punho percussão, o sinal de Giordano era evidente à direita.

A antibioticoterapia oral nestes casos varia, no Senhor M foi iniciado Ceftriaxona 1G IM de 24/24hs no dia 24/08.

Quadro 7 – Tratamento de pielonefrite não complicada.

Se a prevalência de resistência às fluorquinolonas for < 10%:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ciprofloxacino 500 mg, VO, a cada 12 h por 7 dias ou ▶ Levofloxacino 750 mg, VO, 1 vez/dia por 5 a 7 dias ▶ (com ou sem 1 dose inicial de 1 g, IV, de ceftriaxona ou 1 dose IV de aminoglicosídeo)
Se a prevalência de resistência à fluorquinolona for ≥ 10%:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ciprofloxacino 500 mg, VO, a cada 12 h por 7 dias mais uma dose inicial de 1 g, IV, de ceftriaxona ou 1 dose IV de aminoglicosídeo ou ▶ Levofloxacino 750 mg, VO, 1 vez/dia por 5 a 7 dias, mais uma dose inicial de 1 g, IV, de ceftriaxona ou 1 dose IV de aminoglicosídeo

Fonte: FMUSP, 2017.

2.2.10 Caso Clínico 10

Plantão diurno UPA Morumbi – Sala vermelha.

IDENTIFICAÇÃO: A.S, feminino, 81 anos (Data de nascimento:10/05/1940).

QUEIXA PRINCIPAL: ‘falta de ar e desmaio em duas ocasiões’

RESUMO DO CASO: Paciente trazida pelo SAMU após apresentar síncope em duas oportunidades, na admissão entrou hipossaturando 79%, dispneica, com tosse, interativa, administra-se suporte com oxigenoterapia e solicita-se Raio X. Raio X compatível com processo respiratório de etiologia viral (padrão reticular). Administra-se medicação de resgate respiratória e mantenho em observação.

HMP: Paciente obesa, cardiopata, HAS em tratamento. Nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO:

Paciente no leito, eupneica em AA, afebril ao toque, acianótica e anictérica, com presença de edemas +4/+4 em MID até a altura da coxa, com queixa de dor a movimentação passiva

e ativa.

SSVV: PA 90/60 mmHg / FR 42 lrpm / TAX 36,2°C / FC 145 bpm / SatO2 79% em AA.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CARDIOVASCULAR: BCNF 2T, sem sopros, ritmo regular, TREC < 3 segs.

RESPIRATÓRIO: MV diminuídos globalmente, presença de roncos e estertores espaços nos campos meios e bases. Com esforço respiratório evidente.

GASTROINTESTINAL: Abdome globoso, RHA+, não doloroso a palpação.

EXTREMIDADES: Aquecidas e pulsos conservados.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome de insuficiência respiratória.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Pneumonia bacteriana? Pneumonia viral?

COVID 19?

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Asma, atelectasia, bronquite, broncoaspiração, doença pulmonar obstrutiva crônica.

CONDUTA:

Prescrevo sintomáticos; Solicitado RX de tórax + exames laboratoriais de; admissão + gasometria arterial; Iniciado Ceftriaxona; Solicitada pesquisa de Sars-Cov-2 por; RT-PCR.

DISCUSSÃO DO CASO:

No início do plantão, conversei com a paciente e fiz um exame físico, no momento a mesma encontrava-se saturando 80% com oxigenoterapia, dispneica, padrão respiratório atípico e taquicardica. Nível de consciência normal, Glasgow 15/15. Conforme passou uma hora aproximadamente, a paciente apresentou piora do padrão respiratório e da saturação, sofrendo uma Parada Cardiorrespiratória e necessitando realizar IOT.

Foi realizado primeiro a Intubação pelo residente presente, diante da paciente ser obesa e ter um pescoço que dificultava ver as cordas vocais, a intubação demorou mais do esperado.

As chances de sobrevivência dependem do rápido reconhecimento e do início imediato de manobras adequadas de RCP. TEMPO É VIDA.

Apesar de que neste caso era necessário a realização de uma via aérea avançada – IOT, acho que foi um erro a demora em iniciar o RCP de qualidade. A diretriz

do AHA – 2020, prioriza as compressões cardíacas (RCP), a colocação de uma Via Aérea avançada NÃO pode retardar o RCP nem a desfibrilação (caso seja indicado).

Figura 12 – Elos da Cadeia de Sobrevivência.



Fonte: FMUSP, 2017.

Apesar de que neste caso era necessário a realização de uma via aérea avançada – IOT, acho que foi um erro a demora em iniciar o RCP de qualidade. A diretriz do AHA – 2020, prioriza as compressões cardíacas (RCP), a colocação de uma Via Aérea avançada NÃO pode retardar o RCP nem a desfibrilação (caso seja indicado).

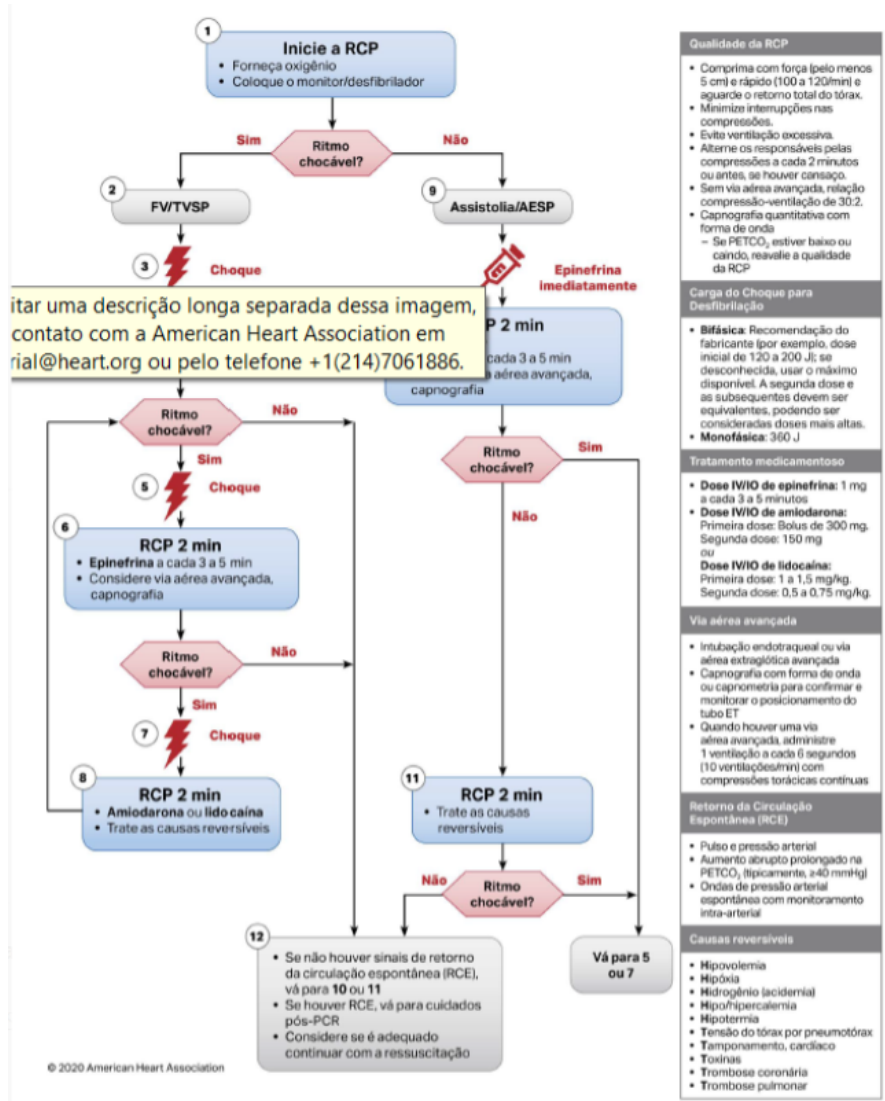
RCP DE ALTA QUALIDADE:

- Comprimir com força (pelo menos 5 cm) e rapidez (100 a 120 compressões por minuto), aguardando o retorno total do tórax.
- Minimizar interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alternar os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- *Sem via aérea avançada*, relação compressão-ventilação de 30:2.
- *Com via aérea avançada*, 1 ventilação a cada 6 segundos com compressões torácicas contínuas.

Objetivo da compressão torácica: Aumentar a pressão intratorácica para que o mediastino comprima o coração e segurar a circulação e fluxo sistêmico contínuo.

Pode ser causada por quatro ritmos: FV, TVsp, AESP e Assistolia. A sobrevida do paciente depende da integração do Suporte básico de vida, Suporte avançado de vida e dos cuidados pós-parada.

Figura 13 – Algoritmo de PCR em adultos



Fonte: AHA, 2020.

Pode ser causada por quatro ritmos: FV, TVsp, AESP e Assistolia. A sobrevida do paciente depende da integração do Suporte básico de vida, Suporte avançado de vida e dos cuidados pós-parada.

Para vítimas de FV/TVSP, a realização de RCP e desfibrilação precoce tem demonstrado aumento significativo da sobrevida. Pior prognóstico: atraso na instalação de uma via aérea e na administração de vasopressores nos primeiros 5 minutos.

(*comprometimento de isquemia).

Nesse cenário, eu realizei 02 ciclos de RCP. Outro erro identificável neste caso, foi a identificação do ritmo chocável. Em cada ciclo só foi avaliado o ciclo e visto no monitor da Unidade o tipo de ritmo. Achei um erro, porque pelo que tinha entendido até este momento, o ritmo deveria ser lido pelo monitor do desfibrilador pela maior acurácia. Foi uma dúvida que até agora não consegui entender.

Tristemente após aproximadamente 06 ciclos de RCP sem resposta, a paciente evoluiu para óbito. Solicitado pelo plantonista ECG para constatação da ausência de ritmo cardíaco e comunicado logo para os familiares da situação.

Tabela 4 – Medicamentos para IOT no carrinho de emergência.

Medicamentos para IOT no carrinho de parada em emergência		
Fentanil	0,05MG/ML AMPOLA 5 ML	R\$5,13
Fentanil	0,05MG/ML FR/AMP 10 ML	R\$6,49
Lidocaína	2% FRASCO 20 ML	R\$3,97
Midazolam	5 MG/ML AMPOLA 3 ML	R\$8,84
Midazolam	5 MG/ML AMPOLA 10 ML	R\$16,17
Succinilcolina	100MG FRASCO	R\$19,08

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 5 – Drogas para IOT

Drogas para IOT (doses em mL - ampolas)					
	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
Fentanil 0,05 mg/ml Ampola	3,5	4	4,5	5,5	6
Midazolam 5 mg/ml Ampola	3,5	4	5	5,5	6
Succinilcolina 100mg	60 mg/ 6 mL	70 mg/ 7 mL	80 mg/ 8 mL	90 mg/ 9 mL	100 mg/ 10 mL
Lidocaína 2% frasco	90 mg/ 4,5 mL	105 mg /5.3 mL	120 mg/ 6mL	135 mg/ 6,8mL	150 mg/ 7.5 mL

Fonte: Elaborada pela autora.

2. 3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

2.3.1 Intubação Orotraqueal

Realizado 0 vezes e presenciado várias no estágio de U/E. Treinado em laboratório de habilidades. Indicado para várias circunstâncias clínicas, é um procedimento realizado em muitas emergências, que visa à colocação de uma cânula no interior da

traqueia com o auxílio de acessórios específicos para assegurar um suporte ventilatório eficiente e seguro.

Para uma intubação de qualidade, é importante conhecer as principais estruturas que compõem as vias aéreas e suas relações entre si: a cavidade oral, língua, valécula, epiglote e cordas vocais, além do reconhecimento das cartilagens tireóidea, cricóidea e a membrana cricotireóidea. As cordas vocais ficam na porção média da cartilagem tireóidea, sendo inferiores e posteriores à epiglote. Deve-se sempre procurar a visualização da epiglote para chegar às cordas vocais. É importante ressaltar que a base da língua pode bloquear o acesso à fenda glótica, podendo dificultar a intubação.

Indicações para IOT: Rebaixamento do nível de consciência (ECG menor ou igual a 8), Insuficiência respiratória aguda, trauma de face, edema de glote, para facilitar aspiração traqueal, presença de corpo estranho, risco de broncoaspiração.

Materiais necessários:

- Dispositivo Bolsa – Valva – Máscara (AMBU).
- Cânula IOT com cuff (principalmente utilizado 7,5 – 8 em mulheres, 8 – 9 em homens, crianças acostuma usar se o diâmetro do 5º quirodáctilo).
- Luvas estéreis.
- Fio guia.
- Laringoscópio Nº 3 (mulheres e homens de contextura pequenos) e Nº 4 (Homens)
- Seringa 20 mL.
- Drogas a serem usadas: A lidocaína está indicada em IOT em pacientes com broncoespasmo ou hipertensão intracraniana, o objetivo sendo atenuar a hiper-reatividade das vias aéreas associada à laringoscopia + passagem do tubo. Fentanil atenua a descarga adrenérgica e é indicada em SCA, dissecação de aorta, AVC hemorrágico.

Etapas: Preparação: Monitorizar o paciente, obtenção de acesso venoso, testar o ventilado, laringoscópio, AMBU, tubo orotraqueal. Deixar materiais e drogas de choque, arritmias ou PCR disponíveis. Pre-oxigenação: Ofertar O₂ a 100% ao paciente, sem realizar ventilação, com o objetivo de estabelecer uma reserva de oxigênio. Pré-tratamento: Administração de drogas para diminuir os efeitos indesejáveis da laringoscopia e intubação. Lembrando sempre que as drogas devem ser administradas em bolus de forma rápida. Sequência: 1º Hipnótico. 2º em seguida o bloqueador neuromuscular.

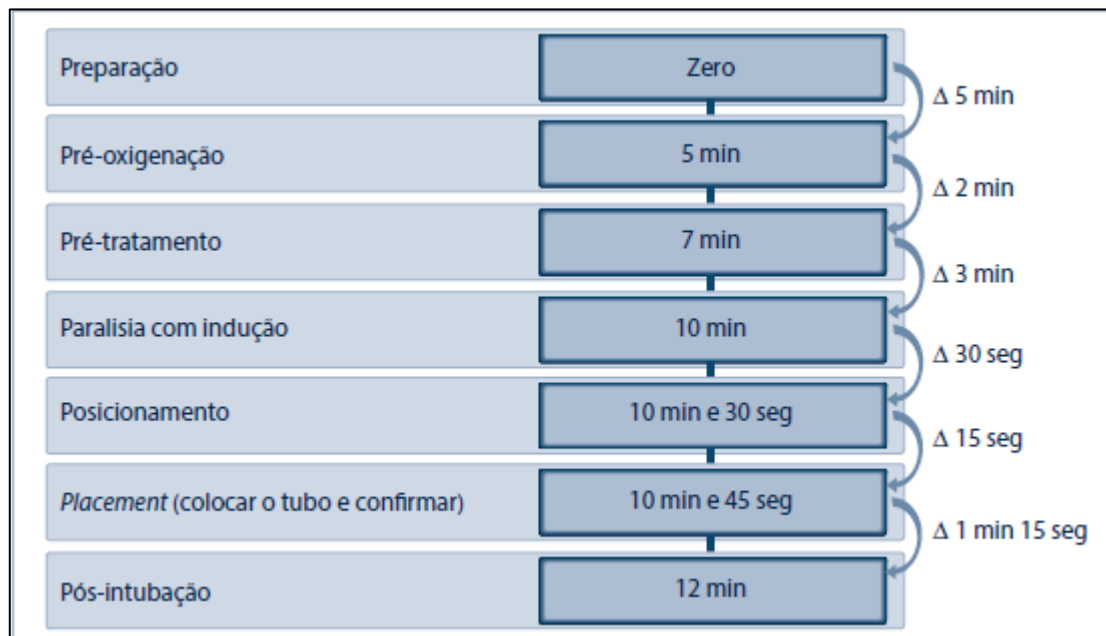
Tabela 6 – Fentanil e Lidocaína – doses e características na ISR

Variáveis	Fentanil	Lidocaína
Dose	3 mcg/kg – peso magro*	1,5 mg/kg – peso ideal**
Infusão	Em 30 a 60 seg	Em 1 a 2 min (50 mg/min)
Início de ação	< 1 a 2 min	45 a 60 seg
Duração	30 a 60 min	10 a 20 min
Metabolismo	Hepático (90%)	Hepático (90%)

* Peso magro: peso ideal + 30% do excesso de peso (peso total – peso ideal). ** Peso ideal: (a) homem: altura (cm) – 100; (b) mulher: altura (cm) – 105.

Fonte: FMUSP, 2017.

Figura 14 – Passos para IOT padrão.



Fonte: FMUSP, 2017.

Preparação: Monitorizar o paciente, obtenção de acesso venoso, testar o ventilado, laringoscópio, AMBU, tubo orotraqueal. Deixar materiais e drogas de choque, arritmias ou PCR disponíveis.

Pré-oxigenação: Ofertar O₂ a 100% ao paciente, sem realizar ventilação, com o objetivo de estabelecer uma reserva de oxigênio.

Pré-tratamento: Administração de drogas para diminuir os efeitos indesejáveis da

laringoscopia e intubação. Lembrando sempre que as drogas devem ser administradas em bolus de forma rápida. Sequência: 1º Hipnótico. 2º em seguida o bloqueador neuromuscular.

A sedação ocorre normalmente com uso Midazolam (5mg/mL) fazendo 0,1 a 0,2 mg/kg/dose EV, o tempo para o efeito da droga é de 30 a 60 segundos, e tem uma duração aproximada de 15 a 30 minutos.

Entre os bloqueadores neuromusculares, a Succinilcolina (1,5 mg/kg) é a droga de escolha, de baixo custo e amplamente disponível. O Rocurônio também pode ser utilizado, mas normalmente não tem disponibilidade.

Tabela 7 – Doses dos agentes indutores na ISR.

Droga	Dose/peso considerado*	Tempo para efeito	Duração
Etomidato	0,3 mg/kg – peso magro	15-30 seg	3-12 min
Quetamina	1,5 mg/kg – peso ideal	30-45 seg	10-20 min
Propofol	1,5 mg/kg – peso magro	15-45 seg	3-10 min
Midazolam	0,2 a 0,3 mg/kg – peso ideal	30-60 seg	15-30 min

* Peso ideal: (a) homem: altura (cm) – 100; (b) mulher: altura (cm) – 105. Peso magro: peso ideal + 30% do excesso de peso (peso total – peso ideal).

Fonte: FMUSP, 2017.

Procedimento:

- Posicionamento do paciente: Hiperextensão cervical, colocação de coxim na região occipital. (Sempre estar atentos a possível trauma cervical)
- Introdução lenta do laringoscópio com a mão esquerda, deslocando a língua para a esquerda até visualização da epiglote.
- Posicionar o laringoscópio na valécula, elevar a valécula até visualização das cordas vocais.
- Introdução do tubo orotraqueal até 20 – 22cm aproximadamente. Verificar dependendo do caso.
- Insuflar o cuff.
- Conectar e insuflar o dispositivo AMBU para observar expansão torácica simétrica.
- Auscultar epigástrio, hemitórax esquerdo e direito.
- Realizar RX de tórax para controle de possível pneumotórax de e capnografia.

Pós – intubação.

- Fixação do tubo, iniciar ventilação mecânica.
 - **DICA:** A manobra deve durar em torno a 30 minutos!

Possíveis complicações são a queda de saturação por mal posicionamento do tubo endotraqueal, laceração de cordas vocais, bradicardia, intubação acidental em esôfago, lesão na traqueia, fratura dental, parada cardiorrespiratória.

2.3.2 Sutura

Durante o módulo não saberia identificar quantos procedimentos de sutura realizei. Estou mais que segura de que consegui fazer mais de 30 suturas, na maioria dos casos nos plantões os fins de semana em que quedas de motos e acidentes com makitas são comuns. Tem dias em que não tem nenhum procedimento ou o plantonista gosta de fazer pessoalmente a sutura. Outros dias dependendo do plantonista do dia, deixa exclusivamente ao interno realizar as suturas pela alta demanda de pacientes na sala vermelha.

A maioria dos procedimentos de sutura realizei nas Unidades de Pronto Atendimento, onde a demanda é maior e quase diariamente tem 1 a 3 casos por dia. Nos fins de semanas ou feriados a demanda pode aumentar a 20 procedimentos de sutura.

O único procedimento de sutura que consegui realizar no HMPGL foi na sala de emergência para trauma. Paciente utilizado por colisão moto x moto, com queda e golpe na região occipital do crânio. Após realizar uma TC de crânio sem contraste e confirmar a ausência de hemorragia interna no cérebro, o médico plantonista de trauma me incentivou a realização de uma sutura de pontos simples em região parietal à direita, uma ferida profunda de aproximadamente 10 - 12 cm. Após antissepsia e assepsia do local, foi realizado aproximadamente 15 pontos simples no paciente e colocado curativo.

Princípios fundamentais

Para que uma sutura seja perfeita e esse possa obter uma cicatrização adequada, ela deverá reunir as seguintes condições:

- Antissepsia e assepsia rigorosa;
- Hemostasia perfeita;
- Abolição dos espaços mortos (aproximação do tecido celular subcutâneo);

- Bordas das feridas limpas e sem anfractuosidades (bordas regulares);
- Ausência de corpos estranhos e tecidos mortos (tecido necrosado ou gangrenado, pus, etc.);
- Posição anatômica correta (a sutura deve ser feita plano a plano);
- Tração moderada sobre o fio de sutura, de tal forma a obter-se adequada justaposição das bordas, sem submeter os tecidos a uma tensão exagerada. Tração moderada dos nós.
- Anestesia local ou regional: normalmente com Lidocaína, respeitando a dose máxima de 4,5 mg/kg - 300 mg (sem vasoconstritor).
- Escolha corretas dos instrumentos e materiais de sutura.

Importante lembrar que a maioria das feridas devem ser fechadas em até 6 horas. Sempre segurando ausência de corpo estranho ou isquemia local.

Quadro 8 – Fios e suturas

Classificação	Tipos			
	Profundidade	Superficial		Profunda
Planos anatômicos	Por planos	Em massa	Mista	
Fio usado	Absorvível		Inabsorvível	
Tipo de ponto	Simples		Especial	
Finalidade	Hemostática	Aproximação	Sustentação	Estética
Espessura do tecido	Perfurante total		Perfurante parcial	
Seqüência de pontos	Separados		Contínuos	
Posição das bordas	Confrontamento	Invaginante	Eversão	

Fonte: Tratado de cirurgia CBC, 2009.

Porta agulha: instrumento especial usado para prender as agulhas, facilitando a entrada desta nos tecidos, durante a execução da sutura. Existem porta agulhas especiais com encaixe para agulhas, como os de Hermolds e Richter.

O fio ideal deve ter boa segurança no nó, adequada resistência tênsil, de fácil manuseio, baixa reação tecidual, não provocar nem manter infecção, deve manter as bordas das feridas aproximadas até a fase proliferativa da cicatrização, ser resistente ao meio no qual atua, de esterilização fácil e calibre fino e regular. A numeração é progressivamente decrescente até o número 1, a partir do qual o fio é designado por 0, 2.0, 3.0 e assim por diante até 12.0, que é o mais fino.

Quadro 9 – Materiais de Sutura

Materiais

- Pacote de gaze;
- Campos estéreis;
- Equipamento de proteção individual (EPI): luvas estéreis, gorro, máscara;
- Solução degermante e antisséptica;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Anestésico local (Lidocaína 1% a 2%);
- Seringas (10 mL e 20 mL);
- Agulhas (13 x 0.45, 30 x 0.7);
- Materiais cirúrgicos: porta agulha, pinça dente de rato, pinça anatômica, tesoura;
- Fio de sutura cirúrgica;
- Material para curativo.

Fonte: Whitebook, 2021.

Porta agulha: instrumento especial usado para prender as agulhas, facilitando a entrada desta nos tecidos, durante a execução da sutura. Existem porta agulhas especiais com encaixe para agulhas, como os de Hermolds e Richter.

O fio ideal deve ter boa segurança no nó, adequada resistência tênsil, de fácil manuseio, baixa reação tecidual, não provocar nem manter infecção, deve manter as bordas das feridas aproximadas até a fase proliferativa da cicatrização, ser resistente ao meio no qual atua, de esterilização fácil e calibre fino e regular. A numeração é progressivamente decrescente até o número 1, a partir do qual o fio é designado por 0, 2.0, 3.0 e assim por diante até 12.0, que é o mais fino.

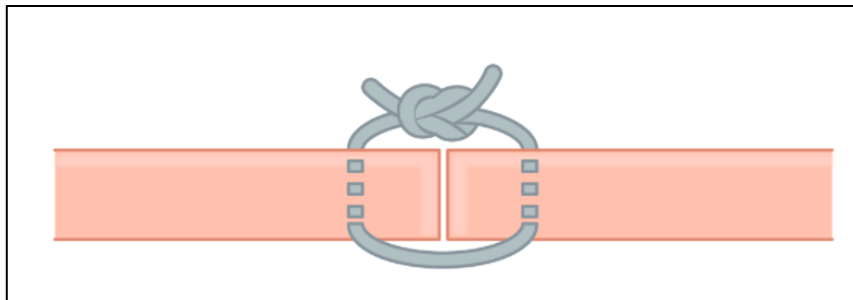
Tabela 8 – Tamanho de fio segundo estrutura.

Estrutura	Tamanho
Couro cabeludo, faces plantar/palmar	2-0
Grande parte das suturas	3-0
Extremidades	4-0
Face, supercílio, pálpebra	5-0 e 6-0

Fonte: Trott, 2005.

A sutura mais utilizada diariamente é a sutura simples interrompida: O fio forma uma única alça dentro do tecido. Inicia-se na borda distal (melhor visualização), introduzindo a agulha de fora para dentro; puxa-se o fio com auxílio de uma pinça de dissecação e depois se transfixa a borda proximal (de dentro para fora) na mesma direção. Posteriormente é feita a confecção do nó, permanecendo as pontas do fio para fora. Este tipo de ponto oferece bom confrontamento das camadas superficiais e profundas. Pode ser utilizado em praticamente todos os tipos de tecidos, sendo muito utilizados em suturas de pele e em vasos. Para a retirada deste tipo de ponto basta seccionar o fio, na altura do nó, bem rente à pele e puxar a porção do fio interiorizada com o auxílio de uma pinça anatômica.

Figura 15 – Ponto simples.



Fonte: Whitebook, 2021.

Orientações de cuidado:

- Curativo: manter curativo oclusivo por 24 a 48 horas, com troca diária e limpeza da região com água e sabão antisséptico;
- Analgesia ambulatorial VO por no mínimo 3 dias;
- Profilaxia para o tétano, se necessária e não realizada no atendimento inicial;
- Atentar para complicações incluindo infecção local, ressangramento, hematoma, seroma, deiscência;
- Orientar retorno aos serviços médicos em caso de dúvidas ou complicações;
- Cuidados com a cicatrização, incluindo proteção contra radiação solar com uso de protetor solar no local por 3-6 meses.

Antibioticoterapia está indicada em feridas infectadas, nas demais feridas deverá ser avaliado as indicações e contraindicações.

2.3.3 Acesso Venoso Central

Realizado baixo supervisão do preceptor uma vez durante todo o módulo. O cateter é considerado central quando sua ponta está localizada na veia cava inferior ou superior, próximo ao átrio direito. O acesso central pode ser de curta duração (até cerca de um mês) ou de longa permanência, ou totalmente implantados (de 6 meses até cerca de 2 anos).

Indicação: monitorização hemodinâmica, administração de nutrição parenteral total, de antibioticoterapia prolongada e de quimioterapia, estudos hemodinâmicos e hemodiálise. Locais: Veia jugular interna, Veia subclávia (risco aumentado de pneumotórax), veia femoral (maior risco de infecção). Ter em consideração a anatomia do paciente, preferencialmente puncionar do lado direito pois a cúpula pleural direita é mais baixa, há melhor posicionamento do cateter e menor risco de quilotórax. Materiais: Anestésico local (normalmente usados Lidocaína sem vasoconstritor), equipo de soro, campo estéril, gazes, luvas estéreis, bisturi, Kit de cateter central (calibre G 18 ou 16) + fio guia + dilatador + cateter intravenoso.

Passagem de AVC: Posicionar o paciente em Trendelemburg, com a face voltada para o lado oposto ao da punção, para diminuir risco de embolia e visualizar melhor as veias do pescoço. Selecionar o local mais apropriado para a punção e realizar antisepsia deste. Colocados campos cirúrgicos, infiltro a pele do local selecionado com solução anestésica. Punciono a veia subclávia direita, introduzindo a agulha em um ângulo de 30°, direcionada ao mamilo ipsilateral, enquanto mantenho pressão negativa sobre o êmbolo. Desacoplo seringa, após refluir sangue para dentro desta, não evidenciando fluxo sanguíneo pulsátil (arterial) pela agulha. Insiro o fio-guia suavemente para dentro do vaso, que progride sem resistência de 10 a 15cm e retiro a agulha. Insiro dilatador através do fio guia, cerca de 2 cm, e retiro de forma a manter o fio-guia no local. Introduzo o dilatador, o qual deve girar no mais de uma vez, pelo fio guia, para facilitar a passagem do cateter. Introduzo o cateter duplo-lúmen ao fio-guia, concomitantemente retirando este de dentro do vaso. Feito teste do refluxo de sangue através dos lúmens do cateter, que ocorre de maneira livre e fácil, indicando correta localização do cateter. Fixo cateter à pele através de pontos simples no dispositivo destinado para tal. Curativo estéril com gazes. Sem intercorrências durante o procedimento. Solicitar raio-X de tórax de controle, após procedimento invasivo.

2.3.4 Sonda Vesical de Demora

Realizado duas vezes durante o internato em U/E, um procedimento em paciente masculino e outro em feminino. O procedimento consiste em esvaziar diretamente o conteúdo da bexiga através de um cateter. Pode ser de alívio (intermitente) ou de demora (longa permanência). As indicações incluem drenagem vesical por obstrução aguda ou crônica, bexiga neurogênica, irrigação vesical, drenagem vesical após cirurgias urológicas ou pélvicas, monitoramento de volume urinário. Contraindicado em casos de ITU, trauma uretral, cirurgia vesical.

Materiais a ser usados: Luvas de procedimento, clorexidina, gazes, cateter vesical de Foley (mais utilizado de duplo lúmen, 12 a 16 Fr para adultos), bolsa coletora de urina de sistema fechado, 02 seringas de 20 mL, água destilada ou SF 0,9%, anestésico em gel (Cloridrato de lidocaína 20mg/g), kit de sondagem vesical (cuba rim, cúpula, pinça cheron, campo estéril. Na paciente feminino, após colocar luva de procedimento se realiza a antissepsia correta utilizando a cuba. Testar o balão e a válvula do cateter de Foley para observar possíveis falhas no sistema. Colocar por fora do cateter boa quantidade de anestésico em gel, e inserir no orifício uretral da paciente. Insuflar o balão com água destilada, tracionar delicadamente até encontrar uma resistência. Colocar uma boa fixação da sonda. *DICA*: Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

2.3.5 Sonda Nasogástrica

Realizei uma vez em acompanhamento com equipe de enfermagem em paciente feminino. Os materiais a ser usados são: Sonda de Levine (mais utilizada, única luz, em mulheres normalmente usados nº 14 – 16, homens nº 16 - 18), seringa de 20mL, gaze, xilocaína gel, estetoscópio e luvas de procedimento.

Após colocar o paciente na posição de Fowler (cabeceira de 45°), proteger o tórax do paciente com toalha e limpar as narinas das pacientes com gazes. Inicialmente, tem que ser medido a sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, e desde o lóbulo da orelha até o localização aproximada do estômago (processo xifoide + 15 cm).

Lubrificar a sonda com xilocaína gel para que a passagem da sonda seja menos incômoda. Seguidamente, pede-se ao paciente que degluta e nesse momento introduzir a sonda até a marca feita na medicação. Já introduzido a sonda, injetar 20mL de ar de forma rápida, e auscultar com estetoscópio na base do apêndice xifoide. Se a introdução foi correta, deveria ser ouvido o ar entrando dentro do estômago. Também pode

ser aspirado com a seringa e ver o suco gástrico. Após o procedimento, pede-se Raio X de controle para verificar se está na porção pré ou pós pilórica.

2.3.6 Outros Procedimentos

Tabela 9 – Procedimentos realizados

Procedimento	Quantidade realizada
Debridação de queimadura	3
Cantoplastia	3
Drenagem de abscesso cutâneo	2
Lavagem de Ouvido	4
Remoção de corpo estranho no ouvido	1

Fonte: Elaborado pela autora.

2.4 QUESTÃO PROBLEMA

Com o passar dos plantões conseguimos identificar alguns problemas nos fluxos ou organização geral da equipe médica sobre diversas causas. Um problema que consegui visualizar e de fácil resolução é sobre o uso de drogas disponíveis no procedimento de Intubação Orotraqueal.

Comumente esse procedimento é realizado baixo um período curto e com grande estresse, apesar de existir aplicativos no celular que ajudem a calcular a dose exata de cada droga usada na IOT de acordo com o peso do paciente, acho que seria muito útil tanto para os médicos que baixo a rotina e o estresse poderiam esquecer dos cálculos corretos e assim também para a equipe de enfermagem, que a maioria das vezes o pessoal tem horários rotatórios ou simplesmente entre tantas coisas também esquecem das doses e os medicamentos disponíveis.

Acho uma boa ideia colocar papéis com materiais a serem usados e drogas utilizadas no processo em algum lugar nas paredes, para lembrar sobre elas e ver continuamente. Seria um problema de fácil resolução e sem pressuposto elevado.

Quadro 10 – Materiais para IOT

MATERIAIS PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
LARINGOSCÓPIO: Nº 3 ou 4.
TUBO ENDOTRAQUEAL – 7,5 padrão
MÁSCARA FACIAL BOLSA – VALVULA (AMBU)
SERINGA
MONITOR CARDIORESPIRATÓRIO/ OXÍMETRO DE PULSO
CADARÇO
ESTETOCÓPIO
**DROGAS A SER UTILIZADAS: SEDAÇÃO, HIPNÓTICO + BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES.

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 10 – Volume das drogas em pessoas de 50 a 100 kg*

Droga	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
Lidocaína 2%**	3,7 mL	4,5 mL	5,2 mL	6 mL	6,7 mL	7,5 mL
Fentanil	3 mL	3,6 mL	4,2 mL	4,8 mL	5,4 mL	6 mL
Etomidato	7,5 mL	9 mL	10,5 mL	12 mL	13,5 mL	15 mL
Quetamina	1,5 mL	1,8 mL	2,1 mL	2,4 mL	2,7 mL	3 mL
Propofol	7,5 mL	9 mL	10,5 mL	12 mL	13,5 mL	15 mL
Midazolam	3 mL	3,6 mL	4,2 mL	4,8 mL	5,4 mL	6 mL
Succinilcolina	7,5 mL	9 mL	10,5 mL	12 mL	13,5 mL	15 mL
Rocurônio	5 mL	6 mL	7 mL	8 mL	9 mL	10 mL

* Seguindo o padrão de ampolas sugeridas. ** Sem vasoconstritor.

Fonte: FMUSP, 2017.

2.5 RELATO VIVENCIAL DA PANDEMIA

No dia, uma hora antes do fechamento da ponte da amizade eu voltei para Paraguai, sem saber quando seria a volta as aulas, medo de estar longe dos meus pais, abatida em saber que isso atrasaria minha formação como médica, com incerteza sobre se

poderia sobreviver a uma pandemia.

Em casa, na empresa do meu pai foi estipulado que todos teriam que trabalhar desde casa como medida de segurança. Por um lado, foi um alívio saber que eu, meu pai e minha mãe ficaríamos na casa sem contato com o mundo exterior. Mas pronto comecei a notar a gravidade da questão. Ficamos 6 meses totalmente isolados de todo ser vivente, meus pais são muito sobre protetivos e exagerados, então fazíamos as compras do supermercado uma vez cada 2 semanas por delivery. Com cada chegada de compras, vestíamos com EPI e saíamos a desinfetar cada produto.

Parece até leve, pero morar entre três pessoas numa casa, sem sair da casa, sem contato com outro ser humano, assistindo os noticiários na TV sobre como não havia leitos de internação no Paraguai, falta de lugares nos cemitérios, aumento rápido de mortes ao nível internacional, foi estressante e pouco favorável ao nível psicológico. Acho que pessoalmente fiquei abatida e ansiosa sobre o quando acabaria o isolamento e quando voltariam as aulas. Não havia uma previsão de tempo. Poderia estender-se anos!

Mensagem entre colegas não ajudava, alguns ficaram no Brasil e conseguiram realizar horas extracurriculares no Brasil Conta Comigo. Outros igual que meu caso, ficamos nos nossos países sem saber muito sobre a volta a aulas. Quando meu pai após 6 meses de trabalho desde casa falou que poderia voltar na empresa em grupos rotatórios, acho que surtei um pouco. Meu pai, 63 anos, hipertenso e diabético, com um amplo histórico de doenças, exposto a terceiros que poderiam estar infectados pelo COVID19. Me recusei, mas ele tomou todas as medidas (até a colocação de um chuveiro fora da casa para tomar banho antes de ingressar nela).

Agora que estou reflexionando sobre a situação, posso admitir que fomos afortunados de não ficar doentes pelo vírus em nenhum momento. Mas no nível psicológico foi muito extenuante acordar com a contagem de mortes subindo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente vou iniciar com meu agradecimento aos preceptores e para equipe de enfermagem, de maneira pessoal e geral posso dizer que fui muito bem acolhida por todos, sempre dispostos e esclarecer dúvidas e oferecendo realização de procedimentos em pacientes baixo supervisão e aconselhando sempre em base sobre o que seria melhor para o paciente em todo momento baixo qualquer circunstância. Foi agradável compartilhar e me sentir parte útil de uma equipe rotatória, em todo momento

foram muitos receptivos comigo e não posso falar sobre nenhum caso ofensivo para mim.

Já no nível pessoal, achei desafiante e alentador no início porque foi nesse momento em que entendi como a teoria se misturava com a prática, lembro que nos primeiros meses antes da pausa para realizar o módulo de APS II, dedicava quase todo meu tempo livre em estudar os casos nas semanas. Às vezes sentia frustração por não ter suficiente tempo para ler e saber tudo de memória: escores, protocolos, diretrizes atualizadas, artigos novos.... uma infinidade de coisas por saber.

Mas vou ser sincera, no nível familiar minha situação foi piorando. Comecei a perguntar-me como os médicos conseguem estar presentes em todo momento para os pacientes sem sentir que a outra 'parte' fica perdida no meio do caos. Em um momento realmente achei que com minha saúde mental não poderia cumprir com todos. E senti medo de decepcionar a todos e decepcionar-me eu mesma por não ter cumprido com minhas metas enquanto ao estudo. Com tudo isso, fiz este relatório lentamente, palavra a palavra. Estava (estou) sobrecarregada ainda de emoções. Acho que um resumo do que foi esta experiência no módulo de urgência e emergência e que sentia que todos estavam puxando uma parte de mim, e eu surpreendentemente ainda podia dar alguma coisa de mim para todos.

Este capítulo final não deveria ser triste, um final de módulo com as Festas de Natal e Ano Novo não deveria sentir-se tão infeliz. No meu caso posso dizer que estou acabando este módulo com uma sensação de conhecimento bastante superior, mas com uma sensação de vazio no pessoal, incerteza do futuro e com Fé de que talvez seja um caso transitório.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Comitê de Trauma. **Suporte avançado de vida no Trauma ATLS**. 2018. 10ª Edição. Chicago, ISBN 13:978-1-880696-02-6.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. JN- 1088. **Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association**. 2020.
- BERNOCHE C, TIMERMAN S, POLASTRI TF, GIANETTI NS, SIQUEIRA AWS, PISCOPO A, et al. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia** – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84p. ISBN: 978-85-334-1997-1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 100p. ISBN 978-85-334-1939-1.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451/1995. São Paulo – SP, 10 de março de 1995.
- ERBEL R, et al. **ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases**. Eur Heart J 2014; 35:2873-926.
- EVANDRO MENDES KLUMB et.al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico, manejo e tratamento da nefrite lúpica, **Revista Brasileira de Reumatologia**, Volume 55, Issue 1, 2015, ISSN 0482-5004. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.09.008>.
- GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2ª edição. Editora Artmed, 2019.
- HERLON S. M; SANTOS R. A; BRANDÃO NETO R. A; ARNAUD F. Medicina de emergência: revisão rápida. FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole, 2017. ISBN 978-85-204-3307-2.
- MELO, M. C. B. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon / UFMG, 2011. 132 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: Lupus Eritematoso Sistêmico. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria Nº 100/SAS/MS, 7 de fevereiro de 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças**

Transmissíveis. 2ª edição atualizada. 2019.

PACHECO M.B. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE. UNASUS / UFMA. São Luís, 2015. CDU 614.2.

SANTOS FILHO A; DOURADO P; LIMA A. O conceito de ‘vaga zero’ na rede de atenção às urgências e emergências do SUS. Subsecretaria de Saúde. **Gerência de Informações Estratégicas em Saúde.** CONECTA-SUS. 20 de novembro de 2020.

SANTOS CER, BARBOSA CA, RODRIGUES DB. Fios e Suturas. In: Saad-Junior R, Tratado de cirurgia do CBC. 1a ed. São Paulo: Atheneu. 2009, 15: 198-213.

TROTT A. Wounds and lacerations: emergency care and closure. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.

VAN PINXTEREN B et. Al. Infecção do Trato Urinário. Resumo de diretriz NHG M05. 3ª revisão. Autorizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC.