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

MEDICINA

RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

KARLIN ANDREA RAMÍREZ NARVÁEZ

Foz do Iguaçu
Ano 2023

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

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

MEDICINA

RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

KARLIN ANDREA RAMÍREZ NARVÁEZ

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

Orientador: Prof. Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2023

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

KARLIN ANDREA RAMÍREZ NARVÁEZ

RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU-PR.

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

BANCA EXAMINADORA

_____
Orientador: Profa. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

_____
Profa. Fabiana Aidar Fermino
UNILA

_____
Prof. Flávio Luiz Tavares
UNILA

Foz do Iguaçu,06 de Junho de 2023.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a):_____

_____

Curso: _____

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

Título do trabalho acadêmico: Relatório de Estágio: Internato em Urgência e Emergência do SUS em Foz do Iguaçu-PR

Nome do orientador(a): Rosana Alves 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

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Dedico este trabalho a todos os que estiveram,
estão e estarão fazendo parte
da minha história.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

AGRADECIMENTOS

Agradezco eternamente a mis padres por traerme al mundo, por brindarme todo su amor, por creer en mí, y por darme fuerza y las alas para volar y cumplir mis sueños. Este triunfo también es de ustedes.

A mis hermanos, por hacerme pensar en grande, por ser apoyo y consuelo, por ser papás y amigos y por darme el regalo mas lindo que son mis sobrinos por los que lucharé para verlos conseguir sus anhelos.

A Carolina H, por ponerme en este camino y enseñarme el verdadero valor de la medicina, por ser mi mano amiga y confidente, por verme crecer y apoyarme en mis decisiones, la vida te recompensará todo lo que haces por mi.

A Sara Aguirre, por estar presente incondicionalmente, por siempre hacerme más fuerte, por comprender mis altos y bajos, por alegrarme los días, por cuidar de grandão y pulga, ustedes son esa compañía que quiero para la vida.

A mis amigos, los que están cerca y los que están lejos, por el sustento de todos los momentos, por ser parte de mi historia, por sacarme las mejores sonrisas y atravesar conmigo las tempestades, ustedes estarán plasmados en los mejores recuerdos de esta aventura. Gracias por acogerme en sus familias y darme ese calorcito de casa que mejora cualquier día.

A mi dupla de internato, por estar, por ser paño de lágrimas y también de alegrías, por ser ese equipo que me motiva a siempre ser mejor, por ese pedacito de Venezuela que tengo cerca porque aparte de compartir una nacionalidad compartimos un sueño.

A mis profesores, por el esfuerzo y la empatía que tuvieron conmigo, por la atención brindada y por cultivar ese coraje de dar siempre lo mejor.

A la UNILA, por brindarme la oportunidad de estudiar, por mostrarme otras realidades, por hacerme replantear mis ideales, por hacerme más humana y por aumentar

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

mi amor por mi pueblo, ¡Que vivan los pueblos de América Latina!.

RESUMO

O presente relatório traz uma recopilação das vivências hospitalares no cenário na rede de atenção de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde na cidade de Foz do Iguaçu, PR, a mesma integrada por diferentes instituições de baixa, média e alta complexidade, ubicadas em pontos estratégicos e sua vez interligadas para oferecer um serviço digno e de qualidade. As atividades foram realizadas durante o ano 2021-2022 no internato do Curso de Medicina da UNILA, supervisionadas e guiadas por profissionais capacitados, que permitiram um processo de construção de raciocínio lógico e adequado à nossa realidade. O desenvolvimento do relatório baseia-se em vivências, revisões bibliográficas sobre as diversas situações clínicas, regulações nacionais da rede assim como do estudante de medicina; Também foi construída uma análise crítica que expõe pontos centrais do internato e as particularidades individuais que foram manifestadas durante o estágio.

Palavras-chave: vivências; redes; urgência; emergência; internato.

Situaciones clínicas, regulaciones nacionais da rede assim como do estudante de medicina

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

RESUMÉN

Este informe reúne una recopilación de experiencias hospitalarias en el contexto de la red de atención de urgencia y emergencia del Sistema Único de Salud de la ciudad de Foz do Iguaçu, PR, que está conformada por diferentes instituciones de baja, media y alta complejidad, ubicadas en puntos estratégicos ya su vez interconectadas para ofrecer un servicio digno y de calidad. Las actividades se realizaron durante el año 2021-2022 en el internado de la carrera de Medicina en la UNILA, supervisadas y guiadas por profesionales capacitados,lo que permitió un proceso de construcción de razonamiento lógico y adecuado a nuestra realidad. El desarrollo del informe se basa en experiencias, revisiones bibliográficas sobre las diferentes situaciones clínicas y normativas nacionales de la red y así como del estudiante de medicina, también fue construido un análisis crítico que expone puntos centrales del internado y las particularidades individuales que se manifestaron durante el mismo.

Palabras clave: experiencias; redes; urgencia; emergencia; internado.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

ABSTRACT

This report brings together a compilation of hospital experiences in the scenario of the urgent and emergency care network of the Unified Health System in the city of Foz do Iguaçu, PR, which is made up of different institutions of low, medium and high complexity, located at points strategic and in turn interconnected to offer a dignified and quality service. The activities were carried out during the year 2021-2022 at the UNILA Medical School boarding school, supervised and guided by trained professionals, which allowed for a process of building logical thinking appropriate to our reality. The development of the report was based on experiences, bibliographical reviews on the different clinical situations, national regulations of the network as well as of the medical student; A critical analysis was also built that exposes the central points of the internship and the individual particularities that were manifested during the internship.

Key words: experiences; nets; urgency; emergency; internal.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –Linha de tempo das principais portarias da regulação das RUE 15 00
Figura 2 – Sistema de Manchester de Classificação de Risco……18
Figura 3 –Mapa da cidade com unidades de moderada e alta complexidade……. 22
Figura 4– Radiografia abdominal……..……27
Figura 5– Estruturas abdominais no Rx……..……..27
Figura 6– Padrões de dor referida……...…..28
Figura 7– Classificação da icterícia devido à hiperbilirrubinemia conjugada e não conjugada……30
Figura 8– Fluxograma de avaliação e tratamento na suspeita de coledocolitíase.....31
Figura 9 –Avaliação do paciente apresentando sintomas agudos de possível AIT...36
Figura10 -Abordagem do paciente adulto com síncope no serviço de emergência …….....44
Figura 11 –Fluxograma tentativa de suicidio UPA JS …….…..49
Figura 12- Anatomia da pele: Celulite, erisipela e abscesso cutâneo…….…58
Figura 13 Rx. Derrame pleural à direita……... 60
Figura 14- Reação local picada de abelha…….…..64
Figura 15-–Avaliação de dor pélvica em mulheres não gestantes..…….……71
Figura Nº 16. Procedimento de Sutura ……82
Figura 16 –Fluxogramas da UPA João Samek-Tentativa de suicidio……..……..97
Figura 17–Fluxogramas da UPA João Samek -Gestante com quadro psiquiátrico ……..98
Figura 18 –Fluxogramas da UPA João Samek- Comportamento suicida…….……98
Figura 19 –Fluxogramas da UPA João Samek-Confusão mental…….……99
Figura 20 –Fluxogramas da UPA João Samek-Uso de drogas……..100
Figura 21 –Fluxogramas da UPA João Samek-Abstinência alcoólica……..……100

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Linha de cuidado cardiovascular em Foz do Iguaçu-PR…….….23
Quadro 2 – Linha de cuidado do trauma em Foz do Iguaçu-PR…….23
Quadro 3 – Linha de cuidado cerebrovascular em Foz do Iguaçu-PR…….…..24
Quadro 4 – Causas de dor abdominal no quadrante superior direito…….……29
Quadro 5 – Sintomas AIT……..…….……34
Quadro 6 – Alteração das SSVV no RNC…….…….41
Quadro 7 – Tipos de Sincope …….……..43
Quadro 8 – Indicações e Contraindicações da Lavagem gástrica…….……49
Quadro 9 – Linha de tempos dos episódios convulsivos da paciente n5……..53
Quadro 10 – Principais vírus que causam encefalite/meningite……..……...54
Quadro 11 – Principais achados no líquor…….……55
Quadro 12 – Escore de CURB 65……..…….……62
Quadro 13 – Criterios de Respuesta Anafiláctica …….……65
Quadro 14 – Estratificação de risco da exacerbação da DPOC……..…...75

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Lista de tabelas

Tabela 1 – Score de NIHSS…… 36
Tabela 2 - Lista quantitativa dos procedimentos realizados……..……86
Tabela 3 – Medicamentos do carrinho de emergência HPGL……...91
Tabela 4 – Medicamentos Do carrinho de emergência UPA Morumbi……...……...93
Tabela 5 – Medicamentos sujeitos ao controle especial ……94
Tabela 6–Medicamentos do carrinho de emergência SMI…….….95
Tabela 7 – Medicamentos do carrinho de emergências JS..…..……...96
Tabela 8 – Medicações preconizadas de acordo com o peso……...97

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA……...13

2.1 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE…….14

2.2 ATENÇÃO BÁSICA…….…..15

2.3 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H).....16

2.4 COMPONENTE HOSPITALAR…….…..18

2.4.1 Hospital Municipal Germano Lauck ……18

2.4.2 Hospital Municipal Costa Cavalcanti…….. 20

2.4.3 Hospital e maternidade, Hospital Cataratas e UNIMED……. 21

2.5 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU- SIATE)...……... 21

2.6 CENTRAL REGULADORA DO SAMU……...……. ...21

2.7 LINHAS DO CUIDADO…….…….…..22

2.7 .1 Linha de Cuidado Cardiovascular……..22

2.7 .2 Linha de Cuidado do Trauma……...……...23

2.7 .3 Linha de Cuidado do Cerebrovascular……..24

3. CASOS CLÍNICOS……24

3.1 CASO CLÍNICO 1…….……24

3.2 CASO CLÍNICO 2……..……..…32

3.3 CASO CLÍNICO 3……..……..…37

3.4 CASO CLÍNICO 4……..……...45

3.5 CASO CLÍNICO 5……...……..50

3.6 CASO CLÍNICO 6……...…….…56

3.7 CASO CLÍNICO 7 ……..……..60

3.8 CASO CLÍNICO 8……...……..63

3.9 CASO CLÍNICO 9……67

3.10 CASO CLÍNICO 10……..…73

4. RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL……...78

5. LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS……81

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

5.1 Sondagem vesical……..…81
5.2 Intubação orotraqueal…….……81
5.3 .ECG …….……82
5.4 SUTURAS……..…82
5.5 CURATIVOS……..…83
5.6 USG…….……84
5.7 CARDIOVERSÃO MECÂNICA…….……84
5.8 TREPANAÇÃO UNGUEAL…….……84
5.9 DRENOS……85
5.9.1 Dreno de abscesso mamário……85
5.9.2 Dreno de Abscesso axilar ……85
5.10 Cateter venoso central……..85
6 . QUESTÃO-PROBLEMA DO SETOR……..……..87
7. COMENTÁRIOS/CRÍTICOS DE UM ARTIGO DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA……..88
8.REFERÊNCIAS……102

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

1 INTRODUÇÃO

O internato é momento para a solidificação e consolidação de todo o conhecimento adquirido durante os primeiros 4 anos de formação. Este é o momento que o SUS proporciona aos estudantes a oportunidade de trabalhar no campo da saúde na continuidade do cuidado do paciente.

Este relatório está composto por casos clínicos, contextualização do funcionamento da rede, procedimentos e reflexões críticas realizadas durante o módulo de Urgência e Emergência do quinto ano de medicina, o objetivo do mesmo é a descrição das capacidades adquiridas na prática no cenário das Redes de Urgência e Emergência do SUS durante 13/04 /2022-20/07/2022 nos diferentes campos da cidade: 1) Hospital Municipal Padre Germano Lauck, 2) UPA João Samek, 3) UPA Walter Cavalcante Barbosa e 4) Hospital Municipal SMI. Foram no total 42 plantões, de 12 horas c/u no total de 36 horas semanais distribuídos entre os cenários.

No transcurso do módulo mediante a supervisão e tutoria dos profissionais na RUE fomos capacitados para resolver os problemas de saúde mais prevalentes, aperfeiçoando técnicas e habilidades necessárias na formação do médico, estimulando o estudo individual e ativo, a integração dos serviços assistenciais e conscientização da importância da educação permanente.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

2. A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atualmente a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS é uma estratégia que amplia o acesso, fortalece o cuidado continuado, integral, desfragmentando do serviço hegemônico fortemente instituído. Atendendo diversas condições que atentam contra a integridade física-mental do usuário, e para atender as necessidades da população e organizar o serviço , o Ministério de Saúde se baseia no perfil epidemiológico e demográfico da localidade. No Brasil existe uma prevalência de algumas situações que acometem a população entre elas é importante destacar:

- **Causas externas** (acidente de trânsito e violências).
- **Doenças crônicas não transmissíveis** (D. Cardíacas, Neoplasias, D. respiratórias, Diabetes mellitus).
- **Doenças infecciosas e parasitárias**

Assim, as redes de urgência e emergência **(RUE)** são indispensáveis no serviço, seu funcionamento integrado com os diversos níveis de atenção ampliam o acesso funcionando de acordo aos objetivos operacionais do SUS: universalidade, equidade e integralidade faz com que o serviço funcione de forma ágil e direcionada em contínua reformulação adequando o sistema às necessidades como por exemplo o que aconteceu a partir de 2020 com a pandemia de Covid-19.

Para sua viabilidade atual, as **RUE** são a materialização de reformulações de organização do serviço que começaram lá no 2002, com a **Portaria N.º 2048/GM:** onde estabeleceram a importância do componente na assistência à saúde, considerando as mudanças do perfil epidemiológico, social e demográfico da população, integrando as secretarias estaduais e municipais com o Ministério de Saúde para a consolidação de um serviço nacional unificado, hospitais de referência, centrais de regulação, serviço pré-hospitalar, capacitação profissional contínua em todos os níveis (médicos, enfermeiros, técnicos, gestores…), aperfeiçoamento de normas existentes, garantindo o acolhimento, atendimento e referência de acordo com a complexidade da urgência, integrando o médio privado e público.

Posteriormente no 2003 com as **Portarias A N.º 1863/GM/ Nº 1864/GM** se institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, e o serviço pré-hospitalar móvel implantado em todo o território brasileiro: **SAMU-192,** integrando as esferas

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

de gestão (estaduais, regionais e municipais) e distribuindo os recursos materiais - não materiais de forma equitativa de acordo as diversas exigências apresentadas nesse momento na história do País.

Assim, diversas portarias foram publicadas reestruturando o serviço, com o objetivo de melhorar cada vez mais, um desafio em grande proporção considerando a dimensão territorial e populacional do país. Assim na **Figura 1.** resumo numa linha de tempo as principais portarias da organização das RUE desde 2002 até 2012. A partir de todo este processo, com a necessidade de reformulações das redes, e necessidade da contínua revisão de protocolos de atendimentos, implementação de tecnologias, organizou-se uma rede que orienta aos profissionais no atendimento das diferentes situações segundo as complexidades de cada paciente. Na cidade de Foz de Iguaçu-PR a Rede de Urgência e Emergência funciona sinérgica e interativamente com os demais serviços de atenção. Seguindo os componentes da Rede:

2.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde: este componente tem como objetivo desenvolver ações que promovam a educação permanente profissional e da população, voltadas para a promoção e prevenção em saúde é importante destacar na realidade de Foz de iguaçu os grupos de hiperdia desenvolvidos nas UsF em conjunto com o NASF, a prevenção de acidentes e violências, e nos últimos tempos a vacinação tem sido um dos desafios e ganhos como prevenção de internamentos e agravos de pacientes contagiados do Covid-19, dita estratégia foi desenvolvida em todos os níveis de atenção incluindo a população como pilar determinante das estratégias a ser tomadas. Na cidade, a Secretaria de Vigilância em Saúde localizada na R. Francisco Guaraná de Menezes, 665 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR, 85853-490 é a encarregada de levantar dados sobre as principais causas de morbimortalidade da região, com o objetivo de eliminar, diminuir ou prevenir agravos à saúde.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura 1: Linha de tempo das principais portarias da regulação das RUE.

Fonte: Realizada pelo autor.

2.2 Atenção Básica em saúde : caracterizada por um conjunto de ações nas esferas coletivas e individuais com estratégias baseadas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Aqui em Foz de iguaçu contamos com 29 unidades básicas distribuídas por toda a cidade, encargadas de acolher, classificar segundo o risco e vulnerabilidade física e psicossocial situações de baixa complexidade, como

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

HAS sem complicações, hipoglicemia passagem de sondas (SVA,SNG,SVD), curativos, retirada de pontos, Dengue tipo A, descentralizando o serviço. Assim são a primeira opção de busca e no caso de alguma situação de moderada ou alta complexidade elas acolhem, encaminham e transferem pacientes a outros serviços segundo a necessidade. Uma das limitações de funcionamento deste componente nas RUE aqui em Foz, é que na maioria delas existe um horário predefinido, e é de segunda a sexta feira, e o que acontece é que muitas vezes os atendimentos que realizamos em unidades de pronto atendimento são demandas de baixa complexidade como curativos ou em pacientes que precisam passagem de sonda nasogástrica, dirigem-se neste local já que só alí tem RX que deve ser realizado após o procedimento e terminam criando longas filas de pacientes lotando o serviço. Em Foz contamos com uma (01) UBS 24H, UBS Padre ítalo que funciona as 24 horas todos os dias, localizada na R. Paulino Ferreira, 2-36 - Vila Boa Esperança, Foz do Iguaçu - PR, 85854-360 que consegue abarcar as demandas de baixa complexidade às 24h.

2.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h): é um serviço de moderada/intermedia complexidade, que funcionam as 24h/dia e todos os dias da semana, garantindo o acolhimento dos usuários, oferecem atendimento resolutivo e qualificado a situações agudas ou agudizadas, aqui em Foz temos duas Unidades de pronto atendimento: 1) UPA João Samek, ubicada na Rua Iacanga, 330 - Jardim das Palmeiras e a 2) Unidade de Pronto Atendimento Walter Cavalcanti Barbosa, ubicada na Avenida Mário Filho, 445 - Parque Res. Morumbi, estas unidades são um serviço de porta aberta, recebe vítimas de traumas leves seguido pelas regulações do SAMU ou SIATE, pacientes com ferimentos corto-contusos sem fratura aberta evidente, traumas leves de gestantes (sem trauma abdominal) sem sangramentos ou perdas de líquidos, descompensações de HAS, DM, DPOC, Asma, também realizam o tratamento profilático emergencial (tipo aplicação da vacina antitetânica - anti-rábica), Além disso eles conseguem atender intoxicações leves (etílicas e exógenas em geral) que não tenham um nível de alterações de consciência tão significativo e no caso de precisar de IOT eles realizam o procedimento e regulam por medio do SAMU a transferência para o hospital com maior infraestrutura no caso o HMPGL, a UPA JS consegue atender intoxicações etílicas graves com grande nível de alteração de consciência, da mesma forma como pacientes psiquiátricos

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

em surto com e sem risco de suicidio. Como também tem a capacidade profissional e estructural de atender outras demandas como : crise convulsivas, Sd. de abstinência, queimaduras de primeiro grau com menos do 10% da superfície corporal, gestantes no 1º trimestre + sangramento, realizam avaliação inicial de abdome agudo, metrorragia, lamentavelmente ainda não contam com equipe de US na unidade então em muitos dos casos não resolvidos com medidas iniciais precisam transferir a local de referência (HMCC), manejam o protocolo de dengue, e pacientes com covid-19 seguindo a orientação do comitê municipal de enfrentamento ao covid-19 , eles conseguem atender emergências pediátricas de baixa complexidade, mesmo sem especialista as 24 hr, os profissionais em sua "grande maioria" abordam estas situações, ainda que na minha vivencia este servicio durante os plantões noturnos é bastante descuidado por conta dos plantonistas que aguardam até o outro día para uma avaliação do pediatra. Assim como é importante destacar que ambas unidades são referência de pacientes suspeitos de: Febre amarela, H1N1 e malária. Na sua infraestrutura eles contam com: salas de observação, sala de epidemiologia, Sala vermelha, Sala de estabilização, Sala amarela, Salas de isolamento, consultórios, Sala de medicação, Sala de procedimentos, Sala de laboratório e RX, a UPA JS também conta com serviço odontológico para emergência disponível das 18h às 23h com agendamento prévio.

É evidente que estas unidades são indispensáveis na continuidade do cuidado da população, e enfrentam muitos desafios diários no seu funcionamento, em questões organizativas do serviço interno e com a população, são locais que na maior parte do tempo estão lotados de pessoas que precisam atendimento profissional, porém a classificação de risco de MANCHESTER auxilia na classificação das prioridades lembrando que uma ferramenta é útil quando o profissional tem um conhecimento e domínio sobre ela, o que acontece é muitas vezes as demandas são subestimadas, são classificadas erroneamente e acarreta uma série de consequências como por exemplo deixa de identificar situações que atentam contra a vida ou lotam o serviço com demandas que podem ser resolvidas na unidade de saúde, por tal motivo a educação continuada para a população e profissionais é de suma importância no processo de organização do serviço.

Outro fato importante a destacar é a falta de profissionais e insumos médicos (medicamentos, instrumentos de avaliação clínica como por exemplo termômetros,

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

otoscopio, fios de sutura), e têm ocorrido situações colaterais provocadas pela deterioração de alguns equipamentos (macas que não inclinam, sem barras, cadeiras de rodas em péssimas condições, ventiladores mecânicos com escapamentos de O2) e sim muitas vezes trabalhando como hospital de guerra. Contudo, comparando nossa realidade com nossos países vizinhos (Paraguai, Venezuela, Colômbia, Bolívia, Argentina) o SUS, é um sobrevivente em contínua adaptação e transformação. **VIVA O SUS.**

Figura 2. Sistema de Manchester de Classificação de Risco

PRIORIDADE 1: VERMELHO

O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção à saúde com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA. Dessa forma, o paciente que for atendido em uma Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família precisa ser referenciado para um pronto-socorro/UPA e removido de ambulância o mais rápido possível, após o primeiro atendimento.

PRIORIDADE 2: LARANJA

O usuário deve ser categorizado como caso "Muito Urgente", mas ainda não necessita de ressuscitação.

O atendimento médico é prioridade e os primeiros cuidados devem ser realizados em no máximo 10 minutos e o transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.

O acesso ao serviço deve ser imediato e o serviço de atenção com maior competência para o atendimento desses usuários é o pronto-socorro/UPA.

PRIORIDADE 3: AMARELO

O usuário deve ser categorizado como "Urgente".

O atendimento deve ser realizado com prioridade, respeitando a ordem dos casos classificados como vermelho ou laranja. O protocolo de Manchester recomenda que o atendimento médico deva ser realizado em no máximo 60 minutos.

O acesso ao serviço deve ser imediato, respeitando a classificação de risco.

PRIORIDADE 4: VERDE

O usuário deve ser categorizado como "Pouco Urgente".

O atendimento deve ser priorizado para o mesmo dia, após os primeiros cuidados.

PRIORIDADE 5: AZUL

O usuário deve ser categorizado como "Não Urgente", pois não apresenta sinais de alerta e trata-se, portanto, de um caso eletivo. Logo, pode-se agendar uma atividade na UBS (consulta de enfermagem ou médica, ou grupo ou visita domiciliar) ou realizar o atendimento imediatamente, caso haja necessidade e possibilidade.

Fonte: Adaptado de Beveridge et al. (1999).

2.4 ATENÇÃO HOSPITALAR: Aqui na cidade existem 4 unidades hospitalares com a capacidade de atender situações de moderada e alta complexidade.

2.4.1 Hospital Municipal Germano Lauck: localizado na Rua Adoniran Barbosa, 370, Parque Monjolo, o único hospital completamente público, referência

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

de Cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular e complicações de pós cirúrgicas da mesma unidade. O serviço está subdividido em diferentes setores organizando os atendimento de acordo a suas especialidades :

1. **Pronto Socorro Hospital Municipal:** Funciona as 24 horas os 7 dias da semana é uma unidade de atendimento referenciado em situações de maior complexidade. Abordam situações clínicas como: Choque hemorrágico, queimaduras de 2do e 3ro grau, Abd. agudo cirúrgico (clínico /traumático), Ferimentos por arma branca e arma de fogo, atendimento ao politraumatizado, abordagem inicial das aneurismas (aorta descendente e abdominal).
2. **Ortopedia:** Abordam traumas ortopédicos moderados e graves encaminhados pelo SIATE, e demanda espontânea de fraturas e luxações assim como também aquelas situações reguladas pelo SAMU e SIATE.
3. **Emergência Clínica:** Ocupa-se de abordar: HAS severa complicada sem suspeita de IAM, ICC leve-moderada e com sinais de sepse, Hemorragias digestivas, Choque anafilático e séptico, Intoxicações exógenas graves, AVE (isquemico ou hemorragico), paciente vítima de acidentes com animais penhorentos com indicação de soroterapia, IRpA com necessidade de VM, Vítimas de afogamento e asfixia, Acidente com material biológico, pacientes com Rebaixamento do nível de consciência, hepatopatias crônicas com ascite e complicações clínicas, Pacientes pós parada atendidos dentro e fora do serviço, Renais crônicos com estado séptico relacionado ao cateter, edema agudo de pulmão, distúrbios hidroeletrolíticos graves, pacientes com pneumonia/ SRAG. Durante o estágio no HMPGL, nossa permanência na Emergência clínica foi proveitosa ao ponto de identificar pontos positivos e negativos do serviço, contudo fomos deixados de lado na maioria das situações (discussão de casos, condutas, abordagem inicial e continuado), e a lotação do setor e falta de comunicação entre os profissionais fazem acontecer certas situações desfavoráveis para o paciente que foi uma das coisas que mais me impactou, outro fator foi o fato de a equipe de enfermagem fazia check de mediações que não

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

estavam administrando por falta no Hospital o tomavam condutas como reduzir sedação sem comunicar ao médico, situações que mexeram com minha cabeça significativamente já que pensava no caso de ser um familiar, amigo ou qualquer paciente que tivesse a necessidade de internamento por alguma situação grave e seja negligenciado seu atendimento por esse tipo de situações, ironicamente no local idealizado para o cuidado.

4. **Neurocirurgia:** Atende TCE moderado /grave, e avaliação inicial de TRM para posteriormente segundo a necessidade transferir a unidade de referência regional, AVE hemorrágico. Um fato a destacar é o papel do neurocirurgião nessa área, já que muitas vezes são profissionais que estão sob aviso e avaliam só a imagem inicial sem tomar em conta a clínica e sua evolução, é claro que a experiência deve criar um banco de informações que já direcionam o raciocínio mas é importante relembrar que: a clínica é soberana.
5. **Oftalmologia:** Trauma ocular grave com necessidade cirúrgica, extração de corpo estranho impactado e complicado e suspeita de glaucoma agudo.
6. **Pediatria:** paciente com emergências cirúrgicas, realizam abordagem inicial e estabilização de que precisem internamentos prolongado ou que serão transferidos para a UPA
7. **Psiquiatria:** Abordam pacientes em surto psicóticos, ideação e tentativa suicida, intoxicação por álcool e outras substâncias psicoativas.
8. **Protocolo de Dengue (C e D)**

2.4.2 Pronto socorro e Centro de atenção à gestante (HMCC): Alocado na Av. Gramado, 580, funciona as 24 hr, recebe transferências do SAMU e SIATE, atendem situações de maior complexidade, são serviços de referências de cardiologia e cirurgia cardíaca (IAM, angina instável, SCA, Arritmias graves, bradiarritmias, taquiarritmias (FA com ARV e TV), descompensação grave de ICC até dezembro de 2022), Pós operatório de cirurgias cardíacas até 30 dias e pacientes com dissecção de aorta ascendente. Assim como também são referncia em obstetricia abordando situaçoes como Gestantes em Trabalho de Parto,

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

interecorrencias e urgencias relacionadas a gestação (Sangramento, aborto, eclampia, vitalidade feetal pós trauma com perd de liquido ou sangramento), Além disso eles contam com servicio de oncologia, nefrologia, neonatologia até 28 dias de vida, e pediatria (UTI pediatrica).

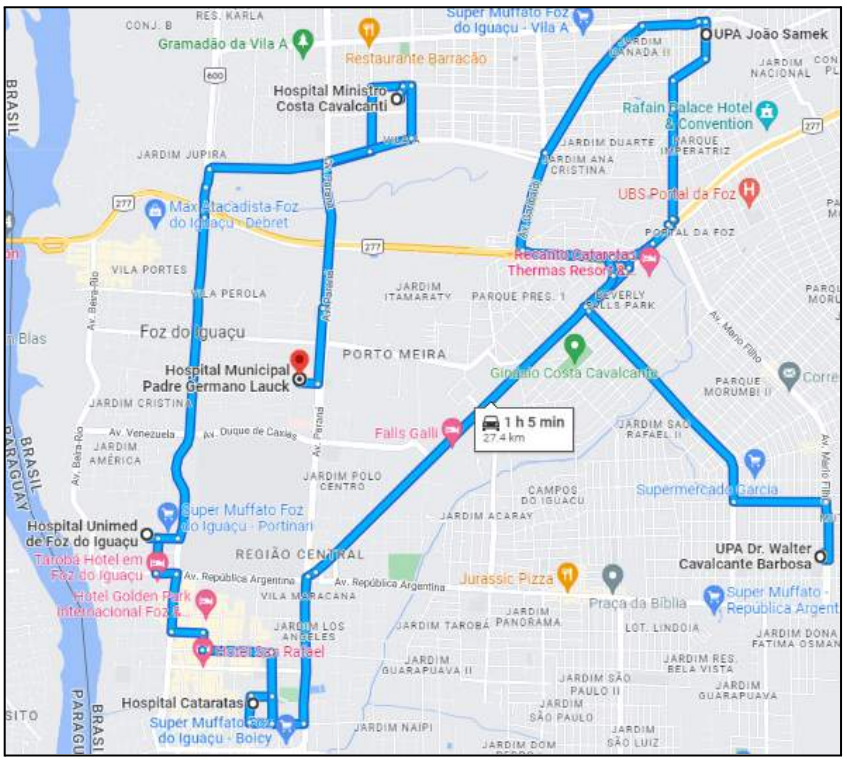
2.4.3 Hospital e maternidade, cataratas e UNIMED : São unidades privadas que oferecem o serviço a usuários conveniados e encargados de suas transferências. Não tenho muito do que dizer referente ao funcionamento deste serviço já que não fiquei nem acompanhei nenhum de seus processos.

2.5 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU- SIATE): Este componente da RUE, realiza a coordenação de fluxo de assistência, atendimento de forma ágil e eficaz, normalmente é o primeiro contato com pacientes com risco potencial de vida, sejam traumas que fica a responsabilidade do SIATE principalmente e não traumáticas onde o SAMU é encargado de realizar as transferências de serviços de pequena a maior complexidade ou vice-versa. O serviço do atendimento pré hospitalar do SAMU conta com 2 modalidades de ambulância: 1) Unidade de suporte avançado: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais (um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico) ; 2) Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) tripulada no mínimo 2 (dois) profissionais: um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

2.6 CENTRAL REGULADORA DO SAMU: É parte indispensável da rede já que está integrada a todos os serviços assistenciais do SUS, composta diversos tipos de profissionais (médicos, telefonistas, enfermeiros…) capacitados para realizar estratificação de risco e direcionar os fluxos de transferência e contransferência. Em muitas das situações a superlotação do serviço fez com este serviço se viesse perjudicado, muitas das situaçoes os pacientes aguardavam aceitamento de vaga, esclarecimentos de situações clínicas e quando era aceito para ser transferido já o lapso de tempo tinha sido ampliado a horas, dias ou semanas diminuindo as possibilidade de reversibilidade de quadros graves.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura 3. Mapa da cidade com unidades de moderada e alta complexidade.



Fonte: Extraída do google maps.

2.7. Linhas do cuidado:

2.7.1. Linha de cuidado cardiovascular: O hospital Municipal Costa Cavalcanti, já que conta com serviços especializados, capacitação profissional, métodos invasivos e não invasivos de Dx e tratamento como cateterismo percutâneo e cirúrgico. No meu analise fluxo de transferência inter hospitalar entre as UPAs, HMPGL, e o HMCC deve ser reforçado e adaptado à demanda em muitos casos pacientes com IAMSST demoravam horas para aceitar a transferência solicitaram realizar novos exames, percebido como RESISTÊNCIA por parte do local, tendo que acionar a vaga zero em muitos dos casos. Lembrando que **TIME IS LIFE.**

Quadro 1. Linha de cuidado cardiovascular em Foz do Iguaçu-PR.

1	2	3
CASA, UPA, RUA, UBS	SAMU	HMCC.

Fonte: Realizada pelo autor.

2.7.2 Linha de Cuidado do Trauma: Como foi descrito anteriormente o Hospital Municipal é a unidade de referência para trauma de moderado e grande porte, entretanto as UPA podem realizar avaliações iniciais em trauma de pequeno porte sem evidência de fratura exposta (primeiro contato com a vítima, RX, sintomáticos, evolução e a partir daí encaminhar ao serviço hospital ou tomar a conduta adequada para o caso, mas por exemplos nas UPAs não existe um médico designado permanente nesse setor, então muitas o profissional encarregado da sala vermelha realiza este tipo de atendimentos na sala de procedimentos de forma intermitente e limitada e os pacientes não são internados provocando um alto índice de evasão após a melhora sintomática. As transferências nessa linha são realizada pelo SIATE e corpo de bombeiros

Quadro N°2 Linha de cuidado do trauma em Foz do Iguaçu-PR.

1	2	3
CASA, UPA, RUA, UBS	SIATE	UPA/HMPGL

Fonte: Realizada pelo autor.

2.7.3 Linha de Cuidado do Cerebrovascular: O hospital municipal Padre Germano Lauck é a unidade de referência para esse serviço, realiza exames tecnologicamente mais avançados e de maior custo, realiza abordagem de integral em todo o curso do evento. Mas este recinto hospitalar não conta com um protocolo

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

modelo para atender aos paciente com suspeita de AVCi, e ainda que os médicos tenham a função de realizar terapia trombolítica nesses casos, por conta de insegurança ou medo na maioria dos casos não se faz, assim como o intervalo de tempo entre o evento e a chegada ao hospital é maior ao previsto para realizar esta abordagem.

Quadro 3. Linha de cuidado cerebrovascular em Foz do Iguaçu-PR

1	2	3
CASA, UPA, RUA, UBS	SAMU	HMPGL

Fonte: Realizada pelo autor.

3. CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS DURANTE O ESTÁGIO

3.1 CASO CLÍNICO Nº 1: DOR ABDOMINAL

Identificação: R.W.B. Feminina, 44 anos
QP : " Dor abdominal + Icterícia "
HDA: Paciente que comparece na UPA relatando que há 7 dias apresentou prurido (principalmente pés e mãos), mialgia. Posteriormente evoluiu com icterícia e vômito. Refere que hoje surgiu epigastralgia intensa contínua, associada a inapetência e acolia fecal. Nega febre. Nega diarréia.
HPP: Histórico de Colelitíase. HAS. DM. Nega alergias medicamentosas.
MUC: losartana 1-0-1; metformina 850 mg 1-0-1

HV: Nega tabagismo, nega etilismo

-EXAME FÍSICO:

SSVV: PA: 170 / 120 mmHg// **FR**: 20 ipm // **FC**: 120 bpm // **HGT** 182// **SpO2:** 98%
Ectoscopia : Bom estado geral, hidratado, normocorado, icterícia ++/4+, acianótico, afebril.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Neurológico : LOTE,sem sinais de irritação meníngea e déficits neurológicos
AR: MV+, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório
CV: RCR 2T BNF SS, TEC < 3 seg. Pulsos radiais palpáveis e simétricos.
ABD: globoso às custas de tecido adiposo, RHA +, doloroso à palpação em abdome superior à direita . Murphy + Giordano -
Extremidades : Ausência de edema em MMII; panturrilhas livres.

-Hipótese Diagnóstica:

Síndrome ictérica

sec a Dengue (?)

sec a coledocolitíase(?)

sec a hepatite (?)

-Hipótese Sindrômica

Insuficiência hepática

Sd Ictérico

Dor abdominal

-Conduta Inicial : Paciente foi transferida do consultório e admitida em sala amarela (observação). Prescrito sintomáticos (Bromoprida 5 mg/ML ampola 2 ml ; Escopolamina, butilbrometo 4 mg/mL + Dipirona sódica 500 mg/ml ampola 5 ml, dexclorfeniramina, maleato 2 mg 1 comprimido), Solicitado raio-x de abdome, USG de abdome e pelve. Solicitados exames laboratoriais exceto sorologias (indisponíveis na unidade), controle de sinais vitais, atentar padrão neurológico, hemodinâmico e respiratório.

-Discussão: Neste caso podemos observar dois (02) dos principais síndromes apresentados nas Salas de emergência (dor abdominal - icterícia), que são desafios diagnósticos para os médicos por sua variedade de etiologias e com grande potencial de erro no diagnóstico. A dor em si, é uma sensação subjetiva e multifatorial, que pode ser autolimitada ou sinal de alarme para situações com um risco potencial de vida com necessidade de tomar medidas rápidas. A dor

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

abdominal pode ser causada por doenças benignas como diarreia, gases ou dispepsia, assim como, pode surgir em eventos catastróficos como aneurismas, peritonite, pancreatite agudas graves.

Então aqui apresentamos uma paciente feminina de média idade, que chegou na Unidade referendo dor abdominal intensa na região epigástrica à direita, associado a vômitos, icterícia, hiporexia, e acolia, a mesma nego febre e diarreia. Além de relatar que está no 7mo día de acompanhamento da dengue. Somando essa série de características clínicas podemos abrir passo a inúmeras causas de dor abdominal e para organizar nosso pensamento as encaixamos em 3 grupos principais: visceral, somática ou referida e cada uma delas com mecanismos diferentes.

No momento que a médica do consultório estava passando o caso para médico plantonista da sala de observação me surgiram algumas incógnitas iniciais entre elas:

1) É uma causa isolada?
2) Está relacionado com a dengue?
3) É uma agudização de um quadro crônico ?
4) É uma causa aguda ?
5) É de origem hepática? pancreático ? esplênica? Biliar? ou Gastrointestinal ? ou todas juntas ?
6) Será necessário solicitar transferência urgente para o Municipal ? Mantemos em observação ?

A médica do consultório relatou que a paciente tinha dado entrada às : 22:10 pm sendo nesse momento às : 07:45 am do dia seguinte, que no momento referia melhora da dor com a medicação sintomática inicial, que a amostra do laboratório tinha sido coletada por segunda vez por hemólise da amostra e que aguardava os resultados, Também relatou que o RX de abdome não tinha evidência de abdome agudo e tinha solicitado US de abdome e pelve. Diante desses dados se abre uma gama de possibilidades diagnósticas já seja pelo mecanismo, localização topográfica e demais características. Assim que a história clínica detalhada é indispensável, na minha cabeça eu estabeleci uma mnemotecnia mental como base para não esquecer de datos relevantes: **ALICIA FREDUSA: A**parição, **L**ocalização,

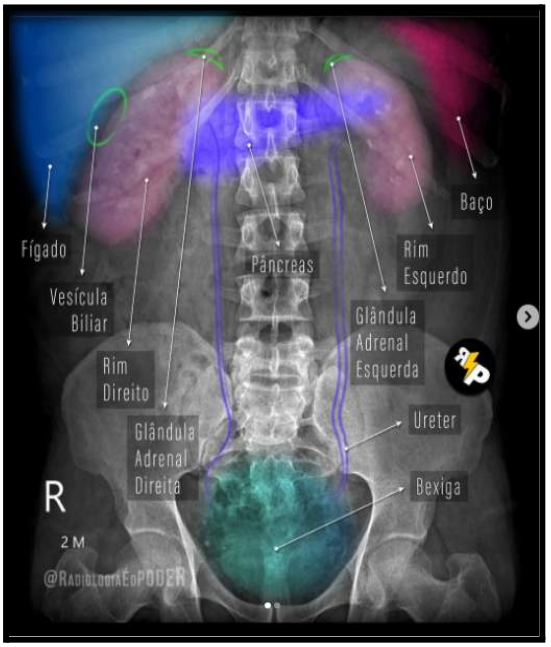
Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Irradiação, **C**aracterísticas, **I**ntensidade, **A**tenuantes, **F**requência, **D**uração e **S**intomas associados, algumas delas apresentadas na histórias e outras ignoradas ou pouco aprofundadas. O médico no momento, foi avaliar a paciente para coletar e reforçar algumas informações para direcionar melhor sua conduta: Inicialmente coletou a HDA, enfatizando em alguns pontos direccionais que nos brindou uma melhor claridade como: A dor tinha aparecido de forma súbita , pós prandial no dia anterior, na região epigástrica irradiando para o quadrante superior direito, intensa e de forma intermitente, que melhorava quando vomitava e piorava no esforço físico. A paciente no momento relatou que já tinha apresentado esse tipo de dor antes por cálculos biliares mas que tinha sido resolvido há 5 anos atrás aproximadamente. Negou febre e diarreia, mas relatou que as fezes estavam meio brancas desde dois dias atrás. No exame físico a paciente gritou de dor na palpação do quadrante superior direito (Murphy +) e apresentou defesa abdominal à palpação superficial local, direcionando meu raciocínio a processo inflamatório sec a obstrução (?), mas sem deixar de pensar em todo o quadro (dengue) , e os demais sistemas sem outras alterações;

Figura 4. Rx. de Abd. da paciente

Fonte : RP saúde, Rx da paciente

Figura 5. Estruturas abdominais no Rx.



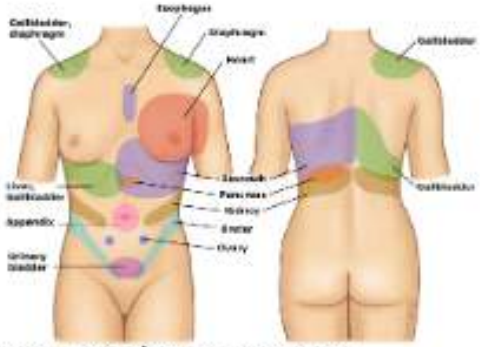
Fonte : Rx. Post de @radiologistafranklin

Referente ao exame físico podemos classificar a dor abdominal em 03 grandes grupos: 1) dor de tipo visceral que se relaciona com processos de

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

contração ou distensão da musculatura lisa que provoca uma estimulação das fibras nervosas não mielinizada locais e traduzindo centralmente como dor, assim a dor vai se relacionar com a víscera acometida; 2) dor de tipo somática que está relacionada com a irritação do peritônio parietal ativando vias nervosas mielinizadas e relaciona a dor com a área abdominal envolvida; 3) dor referida que pode acontecer pela aparição de sensação de dor num local diferente ao afetado já que envolve tanto processos intra e extra abdominais.

Figura 6 . Padrões de dor referida:



Fonte : Extraída de Uptodate

Posteriormente dessa primeira avaliação/classificação podemos ubicar-nos topograficamente na área acometida, nesse caso seriam dor no quadrante superior direito resumidas na seguinte tabela:

Quadro Nº4 Causas de dor abdominal no quadrante superior direito (RUQ)

	Características clínicas	Comentários
Biliar		
Cólica biliar	Desconforto intenso e maçante localizado no quadrante superior direito ou epigástrio. Associado a náuseas, vômitos e sudorese. Geralmente dura pelo menos 30 minutos, estabilizando em uma hora. Exame abdominal benigno.	Os pacientes geralmente apresentam boa aparência.
Colecistite aguda	Dor epigástrica ou epigástrica prolongada (> 4 a 6 horas), febre. Os pacientes terão defesa abdominal e sinal de Murphy.	
Colangite aguda	Febre, icterícia, dor RUQ.	Pode ter apresentação atípica em idosos ou pacientes imunossuprimidos.
Disfunção do esfíncter de Oddi	Dor RUQ semelhante a outras dores biliares.	Dor do tipo biliar sem outras causas aparentes.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Hepático		
Hepatite aguda	Dor no quadrante superior direito com fadiga, mal-estar, náuseas, vômitos e anorexia. Os pacientes também podem apresentar icterícia, urina escura e fezes claras.	Variedade de etiologias incluem hepatite A, álcool e induzida por drogas.
Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis)	Dor RUQ com um componente pleurítico, a dor às vezes é referida ao ombro direito.	As aminotransferases são geralmente normais ou apenas ligeiramente elevadas.
Abscesso hepático	Febre e dor abdominal são os sintomas mais comuns.	Os fatores de risco incluem diabetes, doença hepatobiliar ou pancreática subjacente ou transplante de fígado.
Síndrome de Budd-Chiari	Os sintomas incluem febre, dor abdominal, distensão abdominal (por ascite), edema de membros inferiores, icterícia, sangramento gastrointestinal e/ou encefalopatia hepática.	Variedade de causas.
Trombose da veia porta	Os sintomas incluem dor abdominal, dispepsia ou sangramento gastrointestinal.	Dependem da extensão da obstrução e da velocidade de desenvolvimento. Mais comumente associada à cirrose.

Fonte: Extraído Uptodate. Adaptado pela autora

Nesse momento só se tinha os dados clínicos, que indicavam um processo hepático/biliar, depois da avaliação clínica procedimos à revisão dos exames solicitados à paciente destaco a seguir os seguintes achados: Hemograma sem alterações, EAS apresentando uma (+) de hemoglobina sem leucocituria, podendo descartar causas infecciosas no início, ureia S/A,sem distúrbio eletrolítico, Lipase e amilase com valores preservados descartando causas pancreáticas,**TGP: 676 U/L, TGO: 278 U/L,** fortaleciendo nossa hipótese, **Gama GT: 1.929 U/L FA: 265 U/L, Bilirrubinas (T: 8,40 mg/dL D: 7,40 mg/dL I: 1,00 mg/dL)** esse aumento de enzimas hepáticas e a elevação desproporcional da fosfatase alcalina, gama-glutamil transferase e bilirrubina) nos indica um padrão colestático que seria confirmado com exames de imagem.

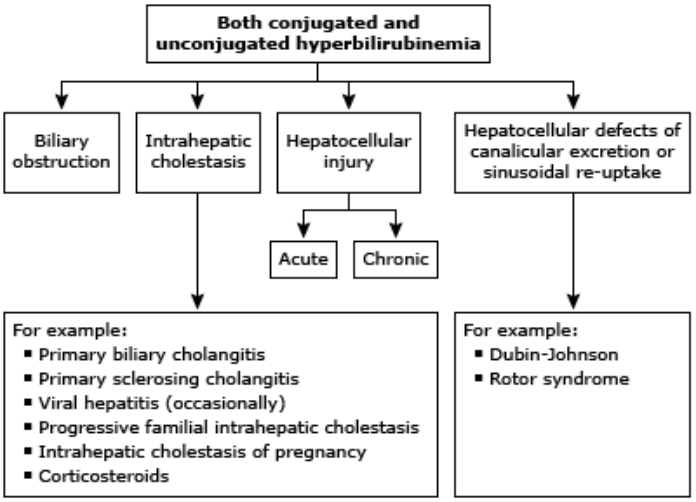
Posteriormente à realização da US obtivemos o laudo que apresentava : **Vesícula biliar distendida, com paredes finais, porém, contendo vários cálculos com dimensões variadas, os maiores com 0,9 cm, móveis. Dilatação do colédoco e das vias biliares intra-hepáticas, provavelmente por coledocolitíase. Pâncreas com tamanho usual, ecotextura homogênea. Ducto de Wirsung de calibre preservado. Não se observa líquido livre significativo**

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

nos recessos abdominal e pélvicos. Mediante esses achados foi solicitada a vaga no Hospital Municipal para avaliação da cirurgia geral.

A icterícia nesse quadro possivelmente surgiu da obstrução por cálculo no colédoco a nível da vesícula biliar mas também pode ser obstrução por Ca de pâncreas ou lesão intra hepáticos, existem inúmeras causas de icterícia, além da coledocolitíase. A coledocolitíase é diferenciada dessas outras condições pela presença de dor do tipo biliar e, às vezes, por um colédoco dilatado na imagem abdominal.

Figura Nº 7: Classificação da icterícia devido à hiperbilirrubinemia conjugada e não conjugada

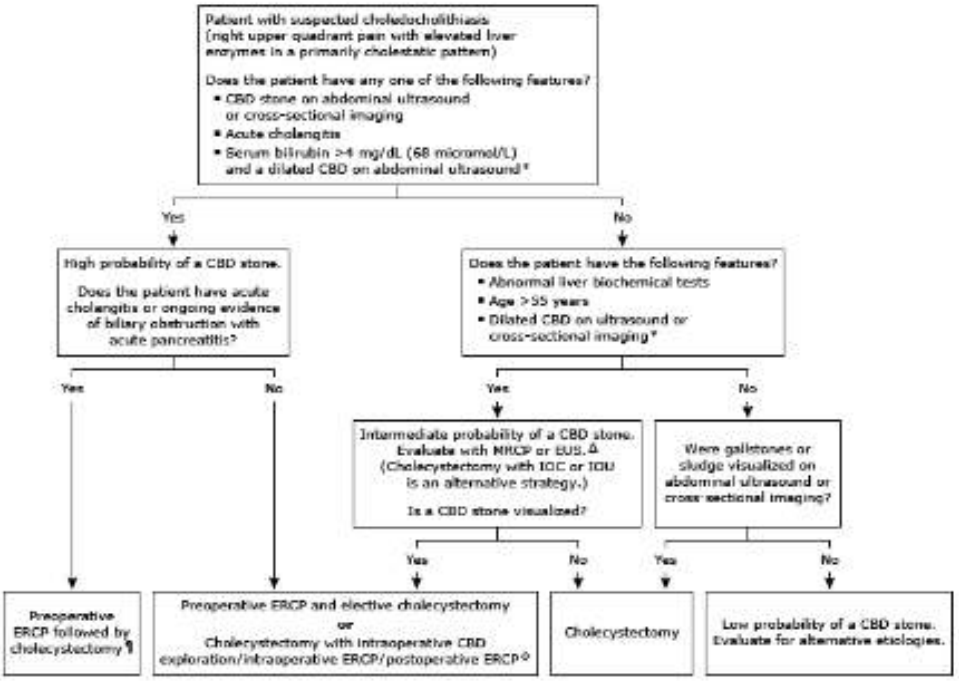


Fonte : Uptodate

Em pacientes com suspeita de coledocolitíase seu diagnóstico é baseado na combinação da clínica + exames laboratoriais e imagem sendo a US a primeira opção já que é o mais rápido,econômico e menos invasivo mas vale ressaltar que o padrão ouro é a colangiopancreatografia mas o serviço não conta com essa modalidade. Baseado nas diretrizes da sociedade Americana de Endoscopia 2020, Uptodate propõe um fluxograma de avaliação e tratamento na suspeita de coledocolitíase:

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura 8– Fluxograma de avaliação e tratamento na suspeita de coledocolitíase



Fonte: Uptodate

A conduta do médico plantonista foi moderadamente de acordo com a literatura, todavia pontos a melhorar ou ter em conta no futuro são aqueles relacionados à coleta das informações da paciente. Por exemplo histórico de câncer (?) numero de episodios com a mesma clinica, questionamente relacionados ao sexo, pensando em outras possibilidades da origem da dor abdominal cisto roto, torçao de ovario , gravidez ectopica) informaçoes importantes que podem ser coletadas no momento ou com a revisão do prontuario eletronico. Outro fato foi a demora no atendimento como relatei no início, são situações que podem atentar contra a vida da pessoa, não pode se aguardar a um resultado laboratorial para tomar conduta, uma aneurisma, úlcera perfurada, perfuração são situações catastróficas fatales em muitos casos.

3.2 CASO CLÍNICO Nº 2: AIT

Identificação : M.A.R. masculino 70 anos

QP: “ O braço parou de mexer ”.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

HDA: Paciente idoso, trazido pelo SAMU, com histórico de déficit neurológico focal em MSD. Segundo as informações do SAMU o paciente se encontrava calmo, vigil, não comunicativo, não respondendo a comandos, com resposta verbal desconexa, extensão ativa do MSD preservada, MMII sem alterações, apresentando tosse seca. No momento da admissão nesta unidade, o acompanhante refere que o quadro teve início hoje durante a manhã (22/05/2022) com agitação psicomotora, perda de força, em MSD e MID no momento o paciente se encontra em recuperação progressiva da mobilidade e força, colaborativo e sem alterações do nível de consciência.
HPP: DM II : insulino dependente , metformina + glibenclamida (o acompanhante não soube referir dosagens
HAS: enxofre (sic)
HV: ex- tabagista há 30 anos (fumou durante 30 anos) carga tabágica : não mensurável.

Exame físico:
Ectoscopia:BEG, afebril, corado, hidratado,anictérico, acianotico.
Neurológico: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea ou de lesão focal

AR: Eupneico, MV+, estertores crepitantes em base esquerda, SpO2: 98% em AA
ACV: BCNF2TRRSS, estável hemodinamicamente, sem DVA, TEC<3seg, pulsos simétricos
ABD: RH+, globoso a dispensa do tecido adiposo, flácido, indolor à palpação , sem visceromegalias
Extremidades: Edema 1+/4+, quente bem perfundidas, panturrilhas livres

Hipótese sindrômica:

Rebaixamento do nível de consciência
Sd. vascular cerebral
AIT

Hipótese diagnóstica:

Acidente vascular
sec AIT(?)

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

sec AVCi (?)

Diagnósticos secundários:

Pneumonia adquirida na comunidade

Diagnósticos diferenciais : crise convulsiva, distúrbio metabólico.

Avaliação e Conduta inicial : Foi avaliado pelo médico: literalmente foi digitado da seguinte forma:“ solicito exames de admissão (laboratoriais, ECG, RX, Gasometria), e avalio após, prescrever sintomáticos, antihipertensivos S/N, monitorizar hemodinamicamente multiparâmetro”.

Discussão: Os acidentes vasculares encefálicos podem ser originados por vários fatores: 1) um processo interno do vaso como aterosclerose, aneurisma ou trombose venosa, 2) por um processo externo como um êmbolo que viaja desde o corazón para o cérebro, 3) pela ruptura de um vaso que possa acometer o tecido cerebral e 4) pela hipoperfusão ou viscosidade sanguínea.

O acidente vascular isquêmico transitório é um episódio de alteração neurológica aguda que acomete um local cerebral pela inadequada suplementação de sangue normalmente é resolvido dentro das primeiras horas e não chega a causar infarto tecidual. Além de ter risco de apresentar episódios isquêmicos recorrentes.

As manifestações clínicas vão depender do local cerebral que foi acometido, no entanto comumente os pacientes podem apresentar Cegueira unilateral transitória, Afasia ou disartria, Hemianopsia e Hemiparesia e/ou perda hemissensorial, mencionando aqui uns dos sintomas apresentados pelo paciente.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Quadro N° 5 Sintomas de ataques isquêmicos transitórios e os territórios vasculares envolvidos:

Artéria	Carótida Interna e Cerebral média	Vertebral e Basilar	Cerebral posterior	Doença de pequenos vasos
Alt. visual	+++++	++	++	
Alt. Motora		+++++		+
Alt. Sensorial	++	++	++	++
Alt. Cognitiva	++++	+	+++	+
Sintomas do tronco cerebral e dos nervos cranianos	+	++++	++	

Fonte: uptodate. Adaptado pela autora.

A abordagem desse tipo de pacientes tem que ser rápida para a realização de diagnóstico e tratamento ou descarte das mesmas, proporcionando uma prevenção dos fatores de risco que pudessem desencadear um evento maior. Na avaliação inicial da suspeita de AIT inclui imagens cerebrais principalmente TC com e sem contraste ou RM, imagens vasculares (angioTC). A TC deve ser realizada em todos os pacientes que se suspeite de AIT, aspecto que de alguma forma foi negligenciado já que ele ficou aproximadamente um período de 6 hrs na Sala de observação sem a realização de nenhum exame de imagem por ser desconsiderado pelo médico a possibilidade de ter acontecido dito evento; avaliação cardíaca (ECG) deve-se monitorar continuamente para descartar a possibilidade de um evento causado por embolia e estudos laboratoriais básicos que são sugeridos pela história e exame físico. Testes laboratoriais são úteis para descartar causas metabólicas e hematológicas de sintomas neurológicos, incluindo hipoglicemia, hiponatremia e trombocitose que muitas vezes mimetizam os sintomas comuns do AIT.

O diagnóstico e a terapêutica de tal evento surge a partir de senso crítico do médico avaliando os sintomas, sua cronologia, e sua severidade que são apresentados pelo paciente já que nem sempre se mostra na imagem alguma lesão neuronal mas não deve ser desconsiderado. A prevenção secundária se baseia na descoberta do fator etiológico. A terapia antitrombótica é a terapia de eleição para AVCi ou AIT e os modificações do estilo de vida que consigam diminuir os fatores de risco que predisponham ao paciente tipo : hipertensão, redução do colesterol,

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

cessação do tabagismo, exercícios, baixo teor de sal, controle de peso e sem ou com limitação de álcool consumo.

Algumas ferramentas ajudam no diagnóstico, que no caso de nosso paciente não foram identificadas mas são úteis, podem ser acessadas desde o celular ou computador ou até mesmo um papel, a principal delas é a escala do NIHSS, ela pontua de forma numérica a gravidade do evento, além disso também é usada para ver a necessidade de tratamento de revascularização e assim dando um valor prognóstico para o paciente, ele avalia itens como consciência, ubicação temporal, linguagem, força, visão e sensibilidade.

Tabela Nº1 Score de NIHSS de evento isquêmico agudo

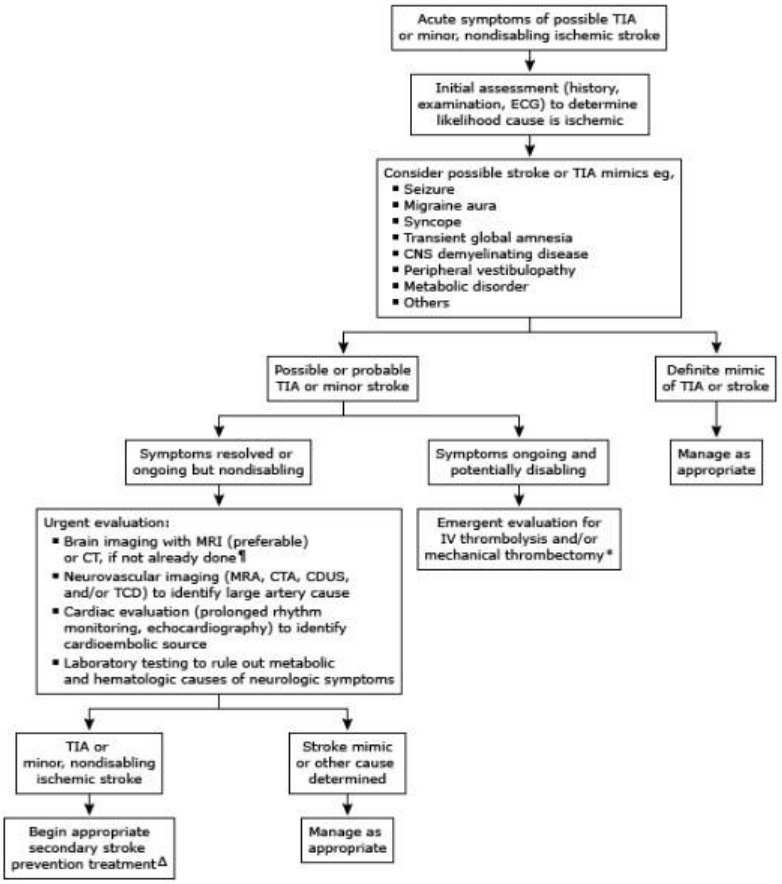
Escala NIHSS					
Variable	**Definición**	**Puntos**	**Variable**	**Definición**	**Puntos**
1A. Nivel de Conciencia	0 = Alerta 1 = Somnolencia 2 = Estupor 3 = Coma		**7. Motor MI-Der.**	0 = Normal 1 = Desviación del miembro 2 = Algún esfuerzo vs gravedad 3 = Sin esfuerzo vs gravedad 4 = Sin movimiento	
1B. Nivel de Conciencia (preguntas)	0 = Ambas Correctas 1 = Una Correcta 2 = Ambas Incorrectas (se pregunta el mes actual y la edad del paciente)		**8. Motor MI-Izq.**	Igual al anterior (Prueba con pierna extendida a 30° durante 5 segundos)	
1C. Nivel de Conciencia (órdenes)	0 = Responde ambas 1 = Responde una 2 = No responde (Ordenes: abrir y cerrar los ojos y empuñar la mano no parética)		**9. Ataxia**	0 = Ausente 1 = Presente en una extremidad 2 = Presente en 2 o más Extremidades	
2. Mirada Conjugada	0 = Normal 1 = Parálisis parcial 2 = Desviación forzada		**10.Sensibilidad**	0 = Normal 1 = Pérdida parcial, leve 2 = Pérdida densa	
3. Campos Visuales	0 = Normal 1 = Hemianopsia parcial 2 = Hemianopsia completa 3 = Hemianopsia bilateral		**11. Lenguaje**	0 = Normal 1 = Afasia leve a moderada 2 = Afasia severa 3 = Mutismo	
4. Paresia Facial	0 = Normal 1 = Asimetría menor 2 = Paresia parcial (central) 3 = Paresia Total		**12. Disartria**	0 = Articulación Normal 1 = Disartria leve a moderada 2 = Ininteligible	
5. Motor MS-Der.	0 = Normal 1 = Desviación del miembro 2 = Algún esfuerzo vs gravedad 3 = Sin esfuerzo vs gravedad 4 = Sin movimiento		**13. Extinción (Inatención) Negligencia**	0 = Ausente 1 = Parcial 2 = Completa	
6. Motor MS-Izq.	Igual al anterior (Prueba con brazos extendidos a 90° durante 10 segundos)		**PUNTUACIÓN TOTAL**		

Fonte: Revista Médica y de Enfermería Ocronos

No caso de identificar alguma outra patologia base ela deve ser tratada como aterosclerose com revascularização ou terapia antiplaquetária intensiva sempre que seja desconsiderada uma fonte cardioembólica

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura Nº9 Avaliação do paciente apresentando sintomas agudos de possível AIT



Fonte: uptodate

3.3 CASO CLÍNICO Nº 3: síncope

Identificação : Feminina, 85 anos, do Líbano.

QP: “ Desmaio **”**

HDA: Paciente transferida da UPA João Samek, história coletada com o filho da paciente, o mesmo relata que a mãe foi levada ao estabelecimento de saúde por ter apresentado um episódio de desmaio no domicílio o dia (05-06) com reversão gradual do quadro, durante o período da manhã quando realizava sua higiene matinal, concomitante apresentou um episódio diarreico de grande quantidade (não soube referir cor e textura) evoluindo com fraqueza, tontura e vômito. Durante o

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

internamento da UPA, paciente evoluiu com tosse produtiva, não associada a outros sintomas. No mesmo internamento a paciente sofreu uma queda (07/06) desde a maca batendo na região occipital gerando um hematoma local, sem outras alterações relacionadas a lesão neurológica.

HPP: HAS em uso de atenolol (01 cp/dia) // DM em uso de metformina (01 cp/dia)

Nega tabagismo. Nega etilismo. Nega outras comorbidades, cirurgias e internações prévias.

Exame físico:

Ectoscopia: Regular estado geral, comunicativa,eupneica, hipocorada +/4+, acianótica, afebril, anictérica.

Neurológico: LOTE, GW(15/15); pupilas isofotoreagentes, obedece comandos, sem sedação apresenta episódios de amnésia lacunar. apresenta hematoma em na região occipital.

AR: MV +; com sibilos no ápice pulmonar esquerdo + estertores difusos. Sem sinais de esforço respiratório. Expansibilidade torácica preservada.

ACV: bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular em 2 tempos, TEC <3seg, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios

ABD: Globoso a dispensa do tecido adiposo, distendido, simétrico, RH +, flácido, doloroso à palpação me mesogástrio e hipocôndrio direito, não palpo visceromegalias ou outras massas.

Extremidades: Edema em MMII +/4+, Equimose na região dorsal da mão do MSD adjacente ao local da punção (UPA)

Dispositivos:

- SVD 06-06
- CN 06-06

Antibióticos :

AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG COMP (Dia: 06-06-2022)

AZITROMICINA 500 MG COMP Di(06-06-2022)

FLUCONAZOL 150 MG

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Laboratorios (06-06-2022): -EAS: Leuco sup a 100/campo + Leveduras:++, presença de hifas.
-HEM: Hemácias 4 + Hb: 11 g/dL + Ht: 26,60% + Leuco 22.620/mm2 + Plaque: 105.000/mm2; BT: 0,40 BI 0,40 BD: 0,40; Amilase 60 ; Lipase : 48 // TGO: 32// TGP: 18// Na: 145; K: 4,0;
-Antígeno covid-19- teste rápido : não reagente
-Urocultura: não reagente

TC de crânio (07-06-2022) : Foco de hemorragia subcortical nas porções posteriores do giro temporal superior direito de 4cm + hematoma no tecido subcutâneo da região parietal direita

Avaliação : paciente femenino de 80 anos, em regular estado geral, refere dor na palpação superficial abdominal na região pélvica + hiporexia, em uso de Oxigenoterapia. Otimizo analgesia, solicitados exames de admissão .

Hipótese sindrômica: Síncope

Hipótese diagnóstica: Síncope
sec crise convulsiva (?)
sec DHE (?)
sec ITU (?)
sec Hipovolemia (?)
sec a Trauma (?)

Diagnósticos secundários:
Pneumonia nosocomial
Hemorragia subcortical

Conduta :
Solicitar vaga na enfermaria da clínica médica
Solicito exames de admissão
Solicitar urocultura para fungos e bactérias
Solicito avaliação do neuro

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Solito RX de tórax
Mantenho Antibiótico iniciado na UPA até avaliação da infectologista
Solicito Hemoculturas
Prescrever sintomáticos

Discussão: Neste caso é evidente a importância do emergencista identificar de forma imediata e avaliar se a etiologia causa algum tipo de risco de vida e se está presente saber manejar a conduta adequadamente. Na admissão com o SAMU as informações eram mínimas mesmo vindo de outra instituição, e eu fiquei inconformada com isso e fui conversar com a paciente que já estava alocada numa sala de observação de isolamento no PS, surpresa para mim foi que ela não entendia minha língua nem o portugues e eu fiquei bloqueada um minuto e pensei em quais eram minhas possibilidades: usar o tradutor de google ? não, não tinha internet no momento, tentar realizar o exame físico sem necessidade de falar ? Não era possível realizar avaliação neurológica, tinha que coletar certinha a história para ver se ela estava em seu estado basal, ou tinha apresentado consequências da queda na outra instituição, o quadro respiratório dela é crônico (?) Usa medicamentos (?) e bom pensei em uma e outra possibilidade de comunicar com ela até que entrou no quarto o filho e senti um alívio, ele no começo estava um pouco fechado pelo fato de eu ser estudante e não era médica formada, mas no transcurso da conversa com ele que fazia a função de tradutor foi se abrindo muito mais, me fornecendo informações relevantes o que me fez criar alguns questionamentos individuais:

1) Foi uma síncope mesmo ?
    a) As comorbidades prévias são sua possível etiologia ?
    b) O padrão infeccioso é a causa?
2) Sua alteração de nível de consciência é aguda ?
3) O quadro respiratório foi resultado de alguma infecção intra hospitalar ou na comunidade ?
4) Esse achado na TC foi produto da queda no domicílio ou na residência (?)
5) A falta de informações no prontuário é por conta de sua língua ?

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

A coleta de uma história médica completa e detalhada é o primeiro passo para identificar se foi ou não uma síncope, as informações fornecidas pelas testemunhas muitas vezes revelam as prováveis causas e fornecerá uma orientação para a conduta subsequente. Porém não sempre é possível obter uma história completa vai depender das habilidades do profissional e do tempo disponível, no PS muitas vezes limitado, mesmo em condições ideais a avaliação clínica detalhada e os exames laboratoriais direcionados são os que confirmaram o diagnóstico.

No exame físico a primeira coisa a ser considerada são as sinais vitais, normalmente na maioria dos síncopes às sinais vitais no momento da admissão são normais e sua alteração persistente pode indicar algum sinal de alarme:

Quadro Nº 6. Alteração das SSVV no RNC

SSVV	
Pulsos periféricos MMSS/ PA	A diferença entre os membros sugere dissecção de aorta e deve ser investigada
Saturação de oxigênio	Hiposaturação ou taquipnéia pode ser sinal de IC ou TEP.
FC/PA	Deve ser medida em duas posições (decúbito dorsal e em pé) quando é possível. Queda de 20mmhg na Pressão sistólica na segunda posição ou aparecimento de taquicardia sugere hipovolemia ou disfunção autonômica.

Fonte : Realizada pelo autor

Enfatizei nos achados anormais dos sinais vitais, já que a maioria dos médicos são seletivos no exame físico e não fazem avaliação detalhada dessas discrepâncias ou se limitam aos dados do monitor. Na ausculta pulmonar a paciente apresentava uma série de ruídos adventícios: sibilos no ápice pulmonar esquerdo +

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

estertores difusos consistentes com insuficiência cardíaca ou outra patologia (por exemplo, embolia pulmonar, isquemia cardíaca). No exame neurológico que seria um dos mais importantes no caso já que apresentava episódios de amnésia lacunar, deveria ser detalhado o máximo possível, a continuação faço uma lista dos dados que não podem faltar:

A. Estado mental: Nível de alerta, **Idioma:** (Fluência, Compreensão, Repetição, Nomeação, Leitura, Escrita); **Memória:**(Imediato, Curto prazo e Longo prazo consciência do eu recente (incluindo orientação de lugar e tempo);**Cálculo; Construção; Abstração.**

B. Pares cranianos: olfatório (I), Visual (II) : campo, acuidade e fundoscopia, Reflexo pupilar à luz (II e III), Movimentos oculares (III, IV, VI) e sensibilidade facial (V), **Força facial :** Músculos da mastigação (V); Músculos da expressão facial (VII); Função auditiva e vestibular (VIII) ; Função auditiva e vestibular (VIII); Movimento palatal (IX, X); Disartria (IX, X, XII); Rotação da cabeça (XI); Elevação do ombro (NC XI); Movimentos da língua (CN XII)

C. Motor: Marcha, Coordenação, Movimentos involuntários, Desvio do pronador Músculos individuais (Força, Volume, Tom (resistência à manipulação passiva)

D. Reflexos: Reflexos tendinosos, Respostas plantares, Reflexos superficiais e Reflexos "primitivos"

E. Sensorial (Toque leve, Dor/temperatura, Sentido de posição conjunta, Vibração, Estimulação simultânea dupla, Grafestesia e Estereognosia)

Duas horas após a internação, o neurologista de plantão desceu para avaliar a paciente, considerando que não apresentava alterações significativas no momento, orientou a realizar TC de controle até 72 horas e deu alta por parte dele, fato que me impressionou visto que nesse momento estava o resultado da TC evidenciando a hemorragia subcortical de 4cm e não foi tomada nenhuma conduta relacionada e até não receber laboratoriais o médico plantonista manteve ela em observação e fez solicitação de vaga na clínica médica para melhor avaliação.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Quando há um hipofluxo cerebral independente de sua causa nos referimos a esse quadro como síncope, esta pode ser reflexa resultante de uma mediação neural para superestimulação do reflexo vagal (emocional ou ortostática) ou situacional (tosse, estimulação gastrointestinal ou vesical). Mas nessa paciente podemos considerar que a causa poderia ser por vários fatores de risco devido a seu histórico (HAS, DM, iTU Idade…). Mas a princípio o mais importante na abordagem inicial seria descartar patologias potencialmente fatais e relacionadas ao caso encontramos:

Quadro 7. Tipos de Síncope.

Potencialmente fatais:	**Mais comuns**
Síncope sec á doença cardíaca: Arritmia, isquemia, anormalidades estruturais/valvares (comum na 3era Idade).	Síncope vasovagal
Síncope secundária hemorragia aguda grave	Hipersensibilidade do seio carotídeo
Embolia pulmonar	Ortostase
Hemorragia subaracnóidea.	Síncope neurocardiogênica
Outras	Relacionada à medicação
Metabólica	

Fonte: Realizada pela Autora

A idade da paciente poderia considerarse como direccional para pensar em doenças cardíacas hipertróficas no entanto um gatilhos que nos falaria de doenças não fatais seriam: evolução de 5 dias, sem sinais de isquemia, arritmia, ou outras aletaroçoes de condução ou de disturbio eletrolitico no ECG da admissão (UPA-HMPGL), além negou queixas de dor precordial, falta de ar, e não se

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

apresento hipoxica, pensando relacionadas em hemorragia grave abdominal, na maioria dos casos as pacientes queixam de dor abdominal ou lombar e apresentam sinais de choque, além de apresentar a serie vermelha alterada em descenso não sempre mais sim na maioria das vezes, uma US na beira do leito fosse sido relevante para descartar algum sangramento grastrointestinal oculto que não foi realizada nem na UPA nem na admissão, disfunção anatômica, ortostase e progressão da DM estariam mais a favor do quadro, além de ter predisposição a quedas e alterações do nível de consciência não podemos tomar a idade como um fator determinante da causa mas sim relacionado, é importante destacar que durante a conversa com o filho o mesmo relatou que quando ele tinha entrado no banheiro após escutar o tombo a mãe estava no chão, consciente porém relatando tontura e fraqueza ou que nos diz que foi um evento relativamente rápido menor a 2 minutos e foi o primeiro episódio na vida da paciente, quando é um único episódio sugere uma etiologia benigna. Os medicamentos também podem ser gatilho para síncope entre eles os betabloqueadores (atenolol) as lesões neurologicas associadas também devem ser considerados entre eles destaco a hemorragia subcortical apresentada na TC dado importantisimo!! Foi causa ou consequência (?)

Porém determinar a causa no PS se ela for benigna pode ser difícil, porém na coleta de uma história cuidadosa, exame físico e um ECG, juntamente com laboratórios direcionados aos achados clínicos existe uma grande possibilidade de diagnosticar ou evitar internamentos desnecessários. Em vista das grandes possibilidades etiológicas da sincope é recomendável possuir um Fluxograma de condutas baseado em evidencias e que se adeque ao sistema de saude no qual estamos inseridos, que auxilie na conduta no PS, é claro sem deixar seu juízo clínico de lado e individualizando a cada paciente com seu atual e sua história, estratificando os fatores de risco, comorbidades previas com e sem tratamento, idade e sexo. Uptodate recomenda associar as directrizes do Colégio Americano de Médicos Emergencistas com o fluxograma proposto por eles para o gerenciamento no PS que anexo aqui abaixo.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

FIGURA Nº 10. Abordagem do paciente adulto com síncope no serviço de emergência

Fonte: uptodate

3.4 CASO CLÍNICO Nº 4 : TENTATIVA DE SUICIDIO

Identificação :G.H.G.S. 17/12/2006 (15 anos e 6 meses)

QP: "TENTATIVA DE SUICIDIO"

HDA: Paciente proveniente da triagem, devido tentativa de suicídio com ingesta de 30 cp de 50mg de sertralina, cerca de 20 minutos antes. Paciente relata manter ideação suicida. Chega na emergência com náuseas, sinais vitais estáveis. Entro em contato com Ciatox Londrina

HPP: Nega alergias. Em acompanhamento com psiquiatra há 2 semanas - sem diagnóstico fechado

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

MUC: sertralina 50 mg há 15 dias

Exame físico:

Ectoscopia: REG, anictérico, acianótico, afebril, normocorado, hidratado.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de meningismo

AR: MV + sem RA, eupneico em AA

ACV: RR 2T BCNF sem sopros, hemodinámicamente estabilizado sem DVA .Perfusão periférica mantida, TEC < 3 seg

ABD: plano, flácido, RHA +, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis, sem peritonismo.

Renal: diurese ausente no momento Extremidades sudoreicas, bem perfundidas

Extremidades: S/A

AVALIAÇÃO : paciente grave, tentativa de suicídio com ingesta de 30 comprimidos de sertralina de 50 mg há cerca de 20 min. Entro em contato com Ciatox Londrina, orientado a lavagem gástrica seguida de carvão ativado e observação por 6 horas

Dispositivos: 01/07 - SNG

Hipótese sindrômica:

-Intoxicação exógena

-Sd serotoninergia

Hipótese diagnóstica: Tentativa de suicídio

Conduta :

Vigiar padrão neurológico, hemodinâmico,respiratório continuamente

Passar SNG

Realizar lavagem gástrica com carvão ativado 50g

Solicito laboratoriais

Contínuo em acompanhamento com ceatox

Solicito vaga HMPGL (serviço psiqui):

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Discussão : Anteriormente ao meu contato direto com o âmbito hospitalar, considerava que as ideação e tentativas suicidio na população adolescente e pediátrica eram casos isolados não comuns, porém é muito mais comum do que a gente pensa, e precisa ser falado devido a seu impacto social, assim como profissionais mesmo estando por fora da especialidade de saúde mental necessitam dominar a abordagem e estabilização inicial evitando ao máximo possível acarretar com sequelas ou até o óbito.

A forma como você aborda essas situações inicialmente vai repercutir positiva ou negativamente na continuidade do atendimento ao paciente e sua família. O setor do PS e todos seus profissionais devem adequar o tipo de atendimento, desenvolvendo planos que treinem a importância da saúde mental nesta população.

A história e exame físico vai direcionar ao reconhecer o tipo de intoxicação e identificar o tóxico, e quando é necessário saber qual antídoto usar. O médico em primeiro lugar deve achar respostas a algumas perguntas iniciais quando o paciente está estável assim tenha alteração de nível de consciência a obtenção de ditas informações são parte da prioridade e devem ser confirmada posteriormente entre elas:

- Qual/ Quais substâncias foram ingeridas incluindo:
    - Posologia
    - Tempo de liberação
    - Apresentação
- Qual foi a quantidade (?)
- Via de administração (?)
- Foi acidental ou intencional (?)

Informações adicionais de seu diagnóstico pregresso devem ser coletadas como comorbidades com o sem tratamento devem ser solicitadas aos testemunhas, familiares ou amigos. Inicialmente nosso paciente foi trazido pelo SAMU desde seu domicílio acompanhado de sua mãe, no momento da admissão entre os documentos se encontrava a caixa de medicamentos, histórico de um atendimento com psiquiatra há 15 dias sem diagnóstico fechado mas com prescrição, sem

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

acompanhamento psicológico, devido a longa fila do serviço no SUS, e no momento sem condições financeiras para levar ele num particular, a mesma relata que foi a primeira vez que aconteceu, que essa caixa de medicamentos era a segunda caixa de tratamento e que seu filho tinha ingerido todos os comprimidos quando ela estava preparando o almoço (20 minutos antes da admissão).

O exame físico se iniciou adequadamente com a avaliação das: **A** vias aéreas, **B** respiração **e C** circulação no momento estável, lúcido, consciente, ansioso, eupneico e sem alterações cardiovasculares . No segundo passo a gente tentou identificar se estava ou não encaixado dentro da síndrome serotoninérgica e sua gravidade, lembrando que os efeitos tóxicos dos ISRS podem incluir : confusão, agitação e até coma, midríase, hipertermia, taquicardia, HAS, taquipnéia, tremores, mioclonia, hiperreflexia, clônus, diaforese, rubor, trismo, rigidez e diarreia, no caso o paciente ainda não apresentava nenhum sinal nem sintoma de gravidade, só uma pequena ansiedade então procedemos a evitar eventos posteriores.

No Brasil, ainda não há literatura o suficientemente sólida e confiável para tomar decisiones no geral das intoxicações exógenas, assim que tendo em conta o fluxograma da unidade coletamos exames laboratoriais e nos contactamos com Ciatox de Londrina (+554396019491) o qual nos foi guiando nos próximos passos. Posteriormente ao contato com eles, realizamos passagem de SNG para realização de lavagem gástrica, o paciente pelo tempo de ingesta e da entrada na UPA se enquadrava nos critérios de lavagem gástrica e seu objetivo era evitar uma maior absorção de medicamento, foi passado um total de 1500 ml de SF0,9% em pequenos volumes e foi retornado o conteúdo gástrico apresentando grande quantidade de comprimidos em processo de dissolução.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Quadro Nº 8. Indicações e Contraindicações da Lavagem gástrica.

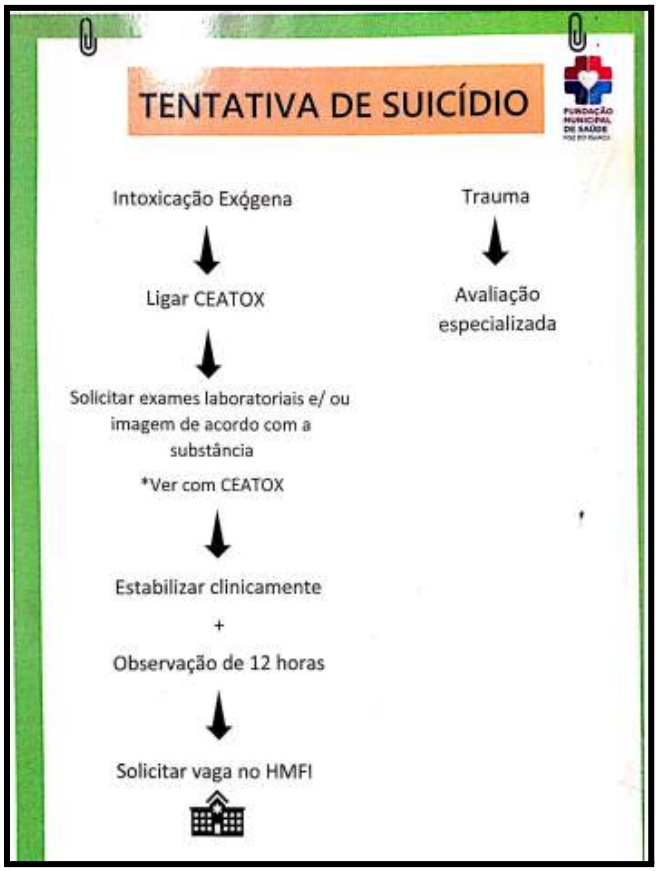
Indicações de Lavagem gástrica:	Contra Indicações de lavagem gástrica:
Tempo de ingestão menor que uma hora	Rebaixamento do nível de consciência com perda dos reflexos de proteção das vias aéreas. Nesse caso primeiro IOT e depois a lavagem
Substância potencialmente tóxica ou desconhecida	Ingestão de substâncias corrosivas ou hidrocarbonetos
Sem contraindicações à lavagem gástrica	Risco de hemorragia ou perfuração do TGI.

Fonte : Realizada pela autora

Posteriormente para evitar uma absorção sistêmica seguindo orientações realizamos a administração pela SNG de 1g/kg carvão ativado (50g) diluído em 8 ml de SF 0,9%, avaliando continuamente ao paciente o qual se encontrava hemodinamicamente estável até o final do plantão e realizamos a solicitação de vaga para atenção especializada no caso seria no HMPGL que se encontra o serviço de psiquiatria da região para uma melhor avaliação e continuidade do tratamento.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

FIGURA Nº 11. Fluxograma tentativa de suicidio.



Fonte: UPA João Samek

Para concluir a discussão, existem estudos científicos que avaliam a associação do uso de IRSR e sucidio entre crianças e adolescentes, sem embargo ainda nada o suficientemente sólido para relatar dita associação. Porém a Food and Drug Administration (FDA) orientou aos fabricantes incluir o aumento de risco de suicidio nessa população, sendo obrigação do médico um controle por perto, iniciar com doses baixas e ir aumentando conforme a avaliação e tolerabilidade, assim como informar a sus familiares sobre as chances para tomar as precauções necessárias.

3.5 CASO CLÍNICO Nº 5:Crise convulsiva

Identificação : D. T. K. Fem, 24 anos

QP: “Crise convulsiva”

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

HDA: Paciente chega ao serviço via ALFA SAMU, encaminhada da UPA Walter Cavalcanti para realização de tomografia de crânio. Segundo o prontuário da paciente e informações coletadas com o esposo, o quadro teve início há 06 dias (05/06) com sintomas gripais e cefaleia nucal importante, medicada com sintomáticos (PARACETAMOL 500 MG, CLORETO DE BENZALCÔNIO + CLORETO DE SÓDIO 0,1 + 9 MG/ML - DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2 MG, IBUPROFENO 600 MG, DIPIRONA SÓDICA 500 MG) manteve sintomas e evoluiu com fadiga e sonolência constante. Há 02 dias (09-06-2022) durante as compras no supermercado, apresentou o primeiro episódio de crise convulsiva, com retorno espontâneo, sendo encaminhada a Upa 24, durante o atendimento na UPA apresentou três (03) CRISES CONVULSIVAS sendo: :

07:20hs - 4ª Crise desde a entrada nesta unidade; MCPM (diazepam EV 01 AMP);

08:40hs - 5ª Crise mantendo uso de fenitoína de horário

09:30hs - 6ª Crise mantendo uso de fenitoína de horário;

10:40hs - 7ª mantendo uso de fenitoína de horário +MCPM (diazepam EV 01 AMP) solicitado pelo médico do SAMU. Foi transferida para realização de TC de crânio e durante o exame apresentou crise convulsiva tônico- clônica associada a cianose, hipossaturação e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário proceder a intubação orotraqueal.

HPP: Nega comorbidades (sic esposo), Nega alergias, nega medicamentos de uso contínuo (sic esposo)

Exame físico:

Ectoscopia:REG, RASS-5, sedada e bloqueada, anictérica,acianótica

AR: MV +, uniformemente distribuídos sem ruídos adventícios. Ventilação mecânica (modo VCV, VC: 380,PEEP: 5, FR : 16, Fluxo 20, fiO2:25%

ACV: precórdio calmo, sem abaulamentos, retrações e deformidades . Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular, não ausculto sopros. TEC<3 segundos. Hemodinamicamente estável com noradrenalina 4 ml

ABD: Globoso a dispensa do tecido adiposo, ausência de lesões de pele, cicatrizes, circulação colateral, retrações ou abaulamentos, RH + em todos os quadrantes.

Extremidades: membros de coloração normal, frias. Pulsos periféricos presentes e filiformes, panturrilhas livres, sem edemas.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Dispositivos :

Tubo orotraqueal (11-06-2022)
SVD (11-06-2022)
SNE (11-06-2022)
CNC (11-06-2022)

Antibióticos :
Aciclovir 250 mg (Dia : 12/06// Ceftriaxona (Di: 11/06)// Clindamicina (Di: 11/06)

URINA I 12/06/2022 12:53: Proteínas: ++//Nitrito: Detectado// Cel Epiteliais : 05/campo//Leucócitos: 60/CAMPO + Bactérias.

KPTT 12/06/2022 12:53: 25,0 Segundos // **Cr:** 0,40//**Glicose :** 162 mg/dL// **Mg**: 2,3 mg/dL//**K**: 3,7 mmol/L// **Na+:** 150 mmol/L //**Ur:** 18 mg/dL //

HEMOGRAMA 12/06/2022 12:53: Hb: 11,70 g/dL // **Ht:** 35,60%// TAP : 12,10 Seg// BETA HCG: INFERIOR A 25 mIU/mL//KPTT: 25,0 Segundos

CULTURA BACTERIOLÓGICA/ SECREÇÃO TRAQUEAL 11/06/2022 17:06: Presença de bactérias da microbiota do trato respiratório superior sem valor diagnóstico.

Avaliação : Paciente grave, com suspeita de encefalite viral (herpética ?), hemodinamicamente estável em DVA em baixa vazão em desmame, em VM em baixos parâmetros, sinais vitais estáveis, laboratoriais identificando leucocitose e desvio esquerda. aguardo laboratoriais e avaliação do neuro .

Hipótese sindrômica:
Crise convulsiva
Rebaixamento do nível de consciência
Hipótese diagnóstica:
Encefalite viral (?)
Meningite viral (?)
Conduta :

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Mantenho antibiótico iniciado na UPA

Início Aciclovir + dexametasona conforme infecto

Solicito exames de admissão

Solicito Avaliação do neuro

Solicito Culturas

Solicito Coleta de líquor

Solicito sorologias

Solicito vaga UTI

Discussão: Atualmente no cenário de Foz de Iguaçu os casos de infecções neurológicas em todas as populações estão em ascenso, surgindo como uma necessidade de conhecimento técnico - teórico para abordar ditas situações. Mediante um cenário de rebaixamento de nível de consciência e episódios convulsões na chegada ao hospital o mais importante é a realização do ABCDE; garantir as vias aéreas pérvias, oxigenação adequada e estabilidade hemodinâmica é fundamental, a paciente foi admitida na Unidade, por ter apresentado 4 episódios convulsivos no últimos 4 dias associado a leucocitose e histórico de sintomas gripais

Quadro Nº9: **Linha de tempos dos episódios convulsivos da paciente N5**

DIA 0	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 7
S/A	Sintomas gripais, cefaleia e dor nucal importante	Sintomas dia 1 + sonolência, letargia e fadiga	Primeiro dia de crise convulsiva	UPA: (03) crises convulsivas refractarias	RNC +hiporexia ,cianose com necessidade de IOT

Fonte: autora

Durante a realização da TC a paciente apresentou convulsões evoluindo com RNC, após a realização do ABCDE + MOV, evidenciando que não respondia a medidas iniciais foi necessário proceder a IOT. Foram coletados os exames laboratoriais + ECG + gasometria, solicitado avaliação do neurologista e coleta de líquor. Posteriormente fomos a realizar exame físico a mesma se encontrava sem alterações respiratórias ou cardiovasculares, no momento só apresentava

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

hipertermia, logo coletamos e confirmamos algumas informações com o esposo referente a dados importantes para a abordagem diagnóstica, entre elas:

- Evento neurológico anterior?
- Comorbidades?
- Dor de cabeça, rigidez nucal e vômitos ?
- Quais medicamentos/ drogas em uso?
- Sintomas focais ?

Baseado na clínica, nas informações coletadas, laboratórios da UPA evidenciando leucocitose, nossa principal hipótese para o RNC sugere uma causa infecciosa do sistema nervoso central : meningite (?) encefalite (?) ou outra (?). Uma variedade de vírus pode infectar o sistema nervoso central (SNC) e causar tanto encefalite como meningite, assim como outras afecções podem ter semelhança no quadro clínico e é importante que o médico pense nelas relacionando a epidemiologia local e demais dados individuais, entre os principais vírus que causam encefalite e meningite temos :

Quadro Nº10 Principais vírus que causam encefalite/meningite

época de pico do ano	Meningite asséptica	Encefalite viral
Verão/outono	▪ Enterovírus: • Coxsackie • Ecovírus • Poliovírus	▪ Vírus do Nilo Ocidental ▪ Vírus da encefalite de St Louis ▪ Vírus da encefalite equina oriental ▪ Vírus da encefalite da Califórnia ▪ Vírus da encefalite equina ocidental ▪ Vírus Powassan
Inverno Primavera	▪ Caxumba ▪ Vírus da coriomeningite linfocítica	▪ Sarampo ▪ Caxumba
Qualquer temporada	▪ Herpes simplex vírus tipo 2 ▪ infecção pelo HIV	▪ Vírus herpes simples tipo 1 ▪ infecção pelo HIV

fonte: uptodate.

Alguns exames são necessários para respaldar a hipótese diagnóstica, como principal a coleta de líquido cefalorraquídeo onde deve ser analisar a quantidade de proteínas, glicose, quantidade de células, sorologias por PCR para vírus comuns e principalmente para herpes simplex (HSV)-1, HSV-2, VZV e enterovírus. **Entre os principais achados no líquor e sua significância temos :**

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Quadro Nº 11 Principais achados no líquor.

	Glicose (mg/dL)		Proteína (mg/dL)		Contagem total de glóbulos brancos (células/microL)		
	< 10¶	10 a 40 Δ	100 a 500 ◇	50 a 300 §	>1000	100 a 1000	5 a 100
Mais comum	Meningite bacteriana	Meningite bacteriana	Meningite bacteriana	Meningite viral Doença de Lyme do sistema nervoso (neuroborreliose) Encefalite Neurossífilis Meningite tuberculosa ¥	Meningite bacteriana	Meningite bacteriana ou viral meningite tuberculosa	Meningite bacteriana precoce Meningite viral Neurossífilis meningite tuberculosa
Menos comum	meningite tuberculosa Meningite fúngica	Neurossífilis Algumas infecções virais (como caxumba e LCMV)		Meningite bacteriana precoce	Alguns casos de caxumba e LCMV	Encefalite	Encefalite

Fonte: uptodate

A rotina de liquor evidenciou : Proteínas: 83 mg/dL//glicose :75 mg/dL // Ausência de estruturas compatíveis com Crypto//Ausência de bactérias coradas pelo gram. Os achados podem classificarse como dissociação citoproteica + hiperproteinorraquia sugestivo de processo viral. Avaliado pelo neuro, TC sem alterações e iniciado tratamento empírico para encefalite herpética : Aciclovir 250 mg + dexametasona e se aguarda pelas culturas. As imagens podem não apresentar alterações mas pode descartar outras patologias que estejam gerando o quadro como por exemplo o efeito de massa que gera um tumor, no caso da paciente a primeira TC não apresentava alterações.

É necessário que o médico tenha uma ampla visão das causas ao focar se para avaliar o paciente suspeito de um quadro de encefalites já que nem todas as causas de convulsão são infecciosas nem todas as infecções são virais. Deve-se questionar aos testemunhas sobre histórico de viagens, exposição a tóxicos, medicações, comorbidades e a cronologia dos acontecimentos se possível. A terapia empírica com aciclovir está indicada em pacientes com achados sugestivos de encefalite até que se comprove o contrário nas culturas, a recomendação é o uso de 10mg/kg 3x dia até confirmação. Além do aciclovir o uso de outros antivirais são usados conforme ao vírus que se suspeita por exemplo: Citomegalovírus : Ganciclovir +foscarnet, Vírus Herpes B: Valganciclovir, Herpesvírus humano 6:

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Ganciclovir ou foscarnet, Sarampo: Ribavirina e assim outras terapias direcionadas também quando a suspeita de infecção é bacteriana, fúngica ou parasitária.

Segundo as informações do prontuário da paciente as culturas de líquor e sangue foram negativas e a urocultura evidenciou contaminação por E.coli sensível à ceftriaxona e foi resolvida mas ainda até o dia da escrita deste caso a paciente ainda continua con IOT e internada na UTI do hospital para cuidados críticos e investigação com maior aprofundamento.

3.6 CASO CLÍNICO Nº 6: CELULITE EM MEMBRO INFERIOR

Identificação : H.O.M. Masc. 89 anos.

QP: "Sepse foco cutâneo segundo o prontuário do SAMU"

HDA: Paciente trazido pelo SAMU proveniente da UPA acompanhado de filho, relata que há 20 dias apresenta edema do membro inferior direito, sem sinais inflamatórios ou outros sintomas. Nega trauma ou picada de insetos em membro. Há 04 dias passou por consulta (sic) foi medicado com cefalexina VO + benzetacil IM + PACO por quadro de erisipela. Há 02 dias apresenta-se com confusão mental. Ao dar entrada neste serviço o paciente encontrava gementes, hipertenso(170/113), relatando dor importante, o filho do paciente relata dispneia durante o período noturno a longa data.

HPP: Hipotireoidismo em tratamento. (não soube referir o tto)

ICCFep (não soube referir o tto)

Cx de ponte de safena (2004)

Prótese biológica em posição aórtica calcificada com estenose moderada

Alergia medicamentosa: nega

HV: Não tabagista ou etilista.

MUC: Não soube informar.

ATB EM USO: CEFTRIAXONA: Di 05/06

Exame físico:

Ectoscopia: REG, anictérico, acianótico, eupneico em uso de o2 suplementar por MR 6Lt/min (Spo2:97%), hipocorado 2/4+, desidratado +/4+

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Neurológico: Pupilas isofotorreagentes, GW:14, desorientado em tempo de espaço, sem déficit focal no momento/ do exame, sem irritação meníngea

AR: MV + bilateral sem RA. leve de esforço respiratório

ACV: BCRNF, arritmicas, sopro sistólico, TEC <3seg, sem DVA

ABD: flácido, não doloroso à palpação superficial nem profunda, sem irritação peritoneal. Sem massas palpáveis. Blumberg negativo.

Extremidades: .

MID: Presença de edema 3+/4+,cacifo +, , hiperemia até o joelho quente, com lesão ulcerativa na região do maléolo medial direito com bordes purulentos e sinais flogísticos.+ lesões na face lateral da porção proximal da panturrilhas com secreção purulenta, TEC=5 seg

MIE: sem edema, panturrilha livre tec<3seg

Avaliação : Paciente cardiopata com alteração do estado mental, em tratamento para sepse de foco cutâneo. Apresenta alteração da função renal comparada ao dia anterior. Em acidose metabólica, sem controle de diurese no momento

Exames na admissão :

05/06/2022 TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS: CULTURA NEGATIVA

ALBUMINA :2,80 g/dL//**TGP:** 16 U/L **TGO :**25 U/L//**Na**:146 mmol/L // **K:**5,7 mmol/L // **CK MB**: 6 U/L// **CPK :** 67 U/L// **Cr:** 2,50// Ur

HEMOGRAMA: Hemácias: 3,36 /mm³// **Hemoglobina**:8,90 g/dL //**Hematocrito**:29,10 //**Leucocitos.**18.310 /mm³// **Bastonetes**:2% //**Plaquetas**: 323.000 /mm³

Hipótese sindrômica: Septicemia

sec à celutile (?)

Hipótese diagnóstica:

Celulite Infecciosa em MIE

Diagnóstico secundário:

Insuficiência renal aguda

Diagnósticos diferenciais :

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Erisipela
Trombosis venosa profunda

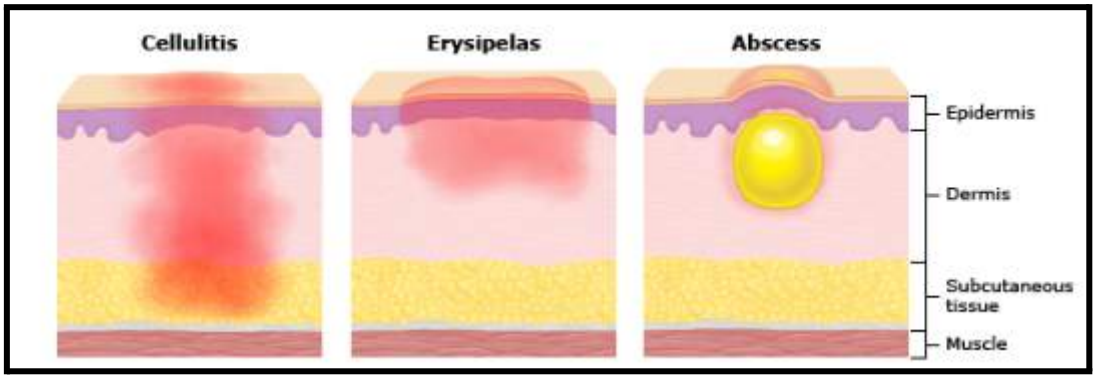
Conduta :

- Solicito exámenes labs + ECG + Rx de tórax + gaso
-Início Tazocin + Linezolida
- Pondero TC de tórax com contraste (descartar TEP por TVP)
- Atentar SSVV
-Controle de diurese
-solicito avaliação do vascular
- O acompanhante compreende orientações e está de acordo com a conduta.

Discussão: A Celulite infecciosa é um dos desafios diagnósticos mais comum no âmbito ambulatorial, caracterizada como uma área edemaciada, eritema, hiperemia desenvolvido pela entrada de uma bateria através da pele colonizando os tecidos moles e muitas vezes causando distúrbios sistêmicos. Ela pode evoluir como abscesso cutaneo criando uma coleção de material purulento na derme e no espaço subcutâneo, muitas das vezes os pacientes têm comorbidades que predispõem um estado de inmunodeficiencia ou favorecem o estabelecimento de patógenos como : ruptura da barreira da pele devido a trauma (como abrasão, ferida penetrante, úlcera por pressão, úlcera venosa de perna, picada de inseto, uso de drogas injetáveis), inflamação ou infecção pré-existente da pele (como eczema, radioterapia, psoríase), edema devido à drenagem linfática prejudicada, edema por insuficiência venosa, obesidade, diabetes ou infecção por HIV, Extração prévia de veia safena para cirurgia de revascularização do miocárdio, ressaltando esta última devido ao histórico cirúrgico do paciente ainda que foi a mais de 14 anos pode ter prejudicado a drenagem linfática local predispondo à infecção (?). As lesões da Erisipela se caracterizam por ser bem demarcadas e elevadas em comparação à pele, já o abscesso cutâneo se caracteriza pela formação de um nódulo com sinais flogísticos e doloroso.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura -12 Anatomia da pele: Celulite, erisipela e abscesso cutâneo.



Fonte: Uptodate

A etiologia mais comum é o estreptococo beta-hemolítico (grupos A,B,C,G,F), Streptococcus do grupo A ou Streptococcus Pyogenes e S . Aureus. Febre e outras manifestações sistêmicas de infecção podem estar presentes, são quase sempre unilaterais, e as extremidades inferiores são o local mais comum de envolvimento. A celulite pode se manifestar com ou sem purulência, porém a erisipela não. As complicações da celulite e abscesso incluem bacteremia, endocardite, artrite séptica ou osteomielite, infecção metastática, sepse e síndrome do choque séptico.

O diagnósticos dessas três patologias é clínico os achados laboratoriais são inespecíficos e podem incluir leucocitose e marcadores inflamatórios elevados, como velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR); As culturas são necessárias de grande extensão os sintomas sistêmicos de infecção. Uma US pode ser útil para identificar a presença de abscesso e de TVP que pode estar presente concomitante.

A terapêutica de uso de antibióticos se baseia na existência ou não de sinais de infecção sistêmica, assim como na existência ou não de abscesso, o qual precisa ser drenado e muitas vezes desbridado. Ademais a escolha do antibiótico e a dose deve ser devidamente calculada devido a que uma subdosagem é muito comum e leva a prolongação do processo de cura ou na evolução a um estado séptico como foi o que possivelmente estava acontecendo com nosso paciente. Na presença de secreção purulenta podemos escolher entre terapia oral e enteral e seus principais agentes são: clindamicina e TMP-SMX ou (linezolida ou tedizolida), delafloxacina e omadaciclina quando os de primeira linha não estão disponíveis e a duração de tratamento depende do grau de infeção e a via de administração, via enteral

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

normalmente de 5-14 dias e oral 5 dias para infecções leves ou até 14 dias para estados com maior grau de infeção.

As possíveis complicações que poderia apresentar nosso paciente seriam estado séptico, choque, TVP e consequentemente TEP. Nosso paciente teve uma boa resposta inicial, sendo tirado de estado de possível sepse e estabilizado um antibioticoterapia de amplo espectro, sendo drenado e desbridada a lesão assim como transferido para a clínica médica para o cuidado continuado .

3.7 CASO CLÍNICO Nº 7: PNEUMONÍA COMPLICADA

Identificação: M.S.R, 30 anos, fem.

QP: "Tosse"

HDA: Paciente relata apresentar tosse seca com início há 20 dias aproximadamente, evoluindo há 3 dias com maior presença de catarro associado a vômitos catarrentos. Além disso, refere dispnéia leve e dor ventilatório dependente. Refere febre não aferida, em uso de dipirona sem melhora do quadro. Nega outros sintomas associados. Vacinado com duas doses para Covid. Desconhece contato com caso confirmado. Nega alergia medicamentosa.

HPP: Nega comorbidades. Nega tabagismo.

Exame Físico:

Ectoscopia: BEG; LOTE; anictérica; acianótico; corado; hidratado;eupneico;

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea ou sinais focais.

AP: Tórax atípico; som claro pulmonar à percussão; MV +, presença de crepitantes bolhosos em ápice bilateralmente. Sat 94% em uso de O2

AC: BCNFRR2T sem sopros/estalidos; FC 153 bpm

Abdome: plano; RHA+; timpânico à percussão; depressível; sem dor ou visceromegalias às palpações superficiais e profundas; sem sinais de peritonismo. Giordano negativo. Blumberg negativo. Murphy negativo

Avaliação: Paciente febril (37,4), apresentando tosse produtiva e expectorante, associado a vômitos, dispnéia leve e dor ventilatórios dependente, sugestivo de Pneumonia bacteriana

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Conduta:

Prescrevo sintomáticos.

Solicito Rx de tórax

Início antibiótico Cefepime + Vancomicina

Solicito vaga no HMPGL

Exames complementares:

Figura 13 . Rx. Derrame pleural à direita.

FONTE: RP saúde

Lab 01/07 : hb 42,10 // gasometria normal // hb 9,90 // ht 32,10 // Leuco 10,200 // bastões 8% // plaquetas 496000 // k 4,2 // na 144 // PCR 22,7 // Uréia : 50. EAS sem alterações.

TC DE TÓRAX 30/06: estruturas vasculares mediastinais de calibre normal e contornos regulares.Traqueia e brônquios principais permeáveis e de calibre normal. Brônquios lobares e segmentares de calibre normal. Não há adenomegalias. Coração de morfologia e dimensões normais. Hilos pulmonares de configuração e dimensões normais. volumosa coleção fluida heterogênea, apresentando gás no seu interior e observada no espaço pleural direito, medindo 11 x 8 x 17 cm, determinando compressão com atelectasia completa do lobo médio do lobo inferior à direita e parcial do lobo superior direito.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Hipótese diagnóstica : Pneumonia complicada

Diagnósticos secundários: Derrame pleural

Discussão: A pneumonia adquirida (PAC) na comunidade é uma infecção do parênquima pulmonar adquirida fora do hospital, é comum e pode evoluir em casos realmente graves. Pode ser tratada ambulatorialmente ou em casos graves deve ser optar por internamento hospitalar e essa eleição se baseia principalmente na gravidade do caso, e para tomar dita decisão é importante algumas ferramentas que avaliem a gravidade e a mortalidade da pneumonia. A principal delas é mais usada ao redor do mundo é o **CURB-65:**

Quadro Nº12 Score de CURB65

Confusão **(1 ponto)**
Uréia > 20 mg/dL (7 mmol/L) **(1 ponto)**
Frequência respiratória ≥30 respirações por minuto (1 ponto)
Baixa pressão arterial sistólica (<90 mmHg) ou diastólica (≤60 mmHg) B (1 ponto)
Idade ≥ 65 anos **(1 ponto)**

0-1 pontos	**Baixa gravidade(risco de morte< 3%)**
2 pontos	**Moderada gravidade (9% risco de morte)**
3-5 pontos	**Alta gravidade (15-40 %riscos de morte)**

Fonte: uptodate

Nesta paciente a pontuação do CURB 65 foi de 1 ponto com menos de 3% de mortalidade tendo necessidade de avaliar a necessidade de internamento.

A pneumonia pode ser causada por vírus, fungos e bactérias, nesse ponto os profissionais são direcionados a tratar o patógeno mais comum segundo a prevalência segundo o grupo etário e estado de comorbilidade da pessoa. Os

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

patógenos bacterianos mais comuns são: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Chlamydophila pneumoniae ou Mycoplasma pneumoniae; assim como os vírus mais prevalente que causam PAC em ordem de maior prevalência atual : SARS-CoV-2,Vírus sincicial respiratório (VSR), Adenovírus, Vírus da influenza, Metapneumovírus, Vírus parainfluenza e vírus Epstein-Barr.

O diagnóstico da PAC consiste numa avaliação clínica completa (ausculta pulmonar não pode faltar) e geralmente se disponível um RX de tórax pode evidenciar o acometimento do parênquima pulmonar.O tratamento geralmente é o padrão para a maioria das PAC e não precisa de realização de exames laboratoriais porém alguns exames conseguem dar um impressão da resposta do organismo ao hospedeiro, e são usadas em causas crônicos, e /ou graves, são feitas culturas de diversos materiais (urina, escarro, saliva e até fezes).

O tratamento inicial de nossa paciente foi Azitromicina 500mg 1cp 24/24 AMPICILINA SÓDICA 1G FRASCO -01 ampola, porém foi trocado em vista da piora do RX, sob a orientação da infecto foi suspendido o primeiro atb e adicionado :CEFEPIMA 1 G FRASCO-AMPOLA 24/24h e VANCOMICINA 500 MG FRASCO-AMPOLA 24/24h + sintomáticos. Porém seu quadro evoluiu em piora causando um derrame pleural que posteriormente teve que ser drenado no HMPGL.

Optei por esse caso, para enfatizar que o cuidado é completamente individual e por mais parecido ao comum, ou por mais que não tivesse mostrado um score elevado na escala, pode evoluir com prognósticos indesejadas tendo que tomar medidas invasivas como a toracocentese ou internação prolongada.

3.8 CASO CLÍNICO Nº 8: ANAFILAXIA

Identificação : M. J. P, 70 anos, Masculino

QP: "múltiplas picadas de abelha”

HDA: Paciente trazido pelo SAMU, desde sua residência, relatando que hoje durante a manhã sofreu múltiplas picadas de abelhas em face,pescoço, MMSS, tórax e abdome, apresentando lesões locais com edema +/4+,hiperemia e diversos . Sem outros dados.

HPP: Alzheimer

HV: agricultor

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

MUC: sem informações

Exame físico:

SSVV: FR: 22 ipm **// FC:** 90bpm**// HGT:**110**// Tº:** 36,5 // **PA** 100/70

Ectoscopia: BEG, corado,hidratado, anictérico, acianótico e afebril.

Neurológico: Desorientado em tempo e espaço sec a Doença de Alzheimer (?), pupilas isofoterates, sem sinais irritação meníngea

AR: MV+, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório

CV: RCR 2T BNF SS, TEC < 3 seg. Pulsos radiais palpáveis e simétricos.

ABD: Inocente, RH +, nega dor, não apresentam retrações ou abaulamentos secundários a visceromegalias.

Extremidades: MMSS apresentando edemas e hiperemia nas regiões das picadas

Avaliação : Paciente estável, em bom estado geral, nega queixas no momento. Apresenta reação local às picadas. prescrevo corticoterapia, anti histamina e analgesia. Solicito vaga na sala de observação e monitorizar continuamente. Atentar às SSVV.

Hipótese sindrômica:

Anafilaxia

Hipótese diagnóstica:

Acidente com animal peçonhento

Conduta :

Retirar ferrões

Prescrevo corticoterapia, sintomáticos e Anti Histamínicos

Avalio após

Discussão: Os himenópteros que picam humanos incluem: abelhas, vespas, e algumas espécies de formiga. Na sua grande maioria dos casos suas vítimas só desenvolvem reações locais mas porém existem casos de resposta exacerbada causada por uma resposta anafilática em paciente alérgicos a suas toxinas. Entre as reações não complicadas podemos evidenciar vermelhidão + edema local doloroso,

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

que dá início posteriormente à picada e desaparece em algumas horas normalmente.

Figura 14- Reação local picada de abelha

Fonte: uptodate .

Todavia podem existir as reações locais maiores em uma pequena parte da população prolongando a duração da resposta imunoinflamatória. No paciente admitido na Sala de Vermelha a resposta local era leve limitando-se a 1-2 cm de diâmetro cada lesão e sem outras alterações hemodinâmicas, afastando a probabilidade de resposta anafilática no momento.

Quadro Nº13 Critérios de Resposta Anafilática.

A anafilaxia é altamente provável quando qualquer um dos três critérios a seguir é preenchido:
1. Início agudo de uma doença (minutos a várias horas) com envolvimento da pele, tecido mucoso ou ambos
E PELO MENOS UM DOS SEGUINTES:
A. Comprometimento respiratório (por exemplo, dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, hipoxemia)
B. PA reduzida* ou sintomas associados de disfunção de órgãos-alvo (por exemplo, hipotonia, colapso, síncope, incontinência)
2. DOIS OU MAIS DOS SEGUINTES que ocorrem rapidamente após a exposição a um

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

alérgeno PROVÁVEL para aquele paciente (minutos a várias horas):
A. Envolvimento do tecido da mucosa da pele (por exemplo, urticária generalizada, prurido-rubor, lábios inchados-língua-úvula)
B. Comprometimento respiratório (por exemplo, dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, hipoxemia)
C. PA reduzida* ou sintomas associados (por exemplo, hipotonia, colapso, síncope, incontinência)
D. Sintomas gastrintestinais persistentes (por exemplo, cólicas abdominais, vômitos)
3. PA reduzida* após exposição a um alérgeno CONHECIDO para aquele paciente (minutos a várias horas):
A. Lactentes e crianças - PA sistólica baixa (específica da idade)* ou queda maior que 30% na PA sistólica
B. Adultos - PA sistólica inferior a 90 mmHg ou queda superior a 30% em relação à linha de base dessa pessoa

Fonte: Uptodate. Adaptado pela autora.

Em vista que o quadro possivelmente seria benéfico realizaram administração de corticóide EV dose única, uma ampola de prometazina e analgesia, mantendo ele em monitorização na sala de observação procedemos a retirar os ferrões e trocamos a roupa do paciente para assim evitar a probabilidade de picadas por presença de insetos no tecido. Normalmente as picadas dos membros da família Hymenoptera (abelhas, vespas amarelas e vermelhas e formigas) não causam resposta alérgica exacerbada e não requerem tratamento intrahospital, sendo prescrito para tratamento domiciliar um corticoide (prednisona de 20-60 mg dose única), um AINES, compressas frias para aliviar o inchaço e alguns caso um anti histamínico para tratar o prurido causado por algumas espécies, No entanto tem pacientes que evoluem após contato com o veneno com uma resposta à grande escala precisando de outras medidas a fim de evitar um prognóstico ruim, mesmo sendo escassa anafilaxia por este tipo de insetos, quando ocorre pode ser mortal, precisando uma avaliação e resposta rápida.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

A evolução da resposta sistêmica costumam evoluir em poucos minutos, a maioria dos casos apresentam urticária generalizada, angioedema, rubor, prurido, alguns pacientes evoluem com desconforto respiratório, vômitos, dor abdominal, hipotensão sendo estas sinais comuns na anafilaxia. A abordagem aguda no PS em caso de anafilaxia o mais importante é a administração de epinefrina IM de 0,3 -0,5 mg e pode ser repetida a cada 15 minutos conforme à resposta, posteriormente assegurar as vias aéreas e evitar hiposaturação as medidas a ser tomadas podem ir desde oxigenoterapia suplementar até IOT, em pacientes resistes a epinefrina evoluindo com broncoespasmo alguns broncodilatadores inalatórios são recomendáveis, além de ser recomendável o uso de anti histamínicos H1 - H2 e glicocorticóides ou inmunoterapia dirigida.

3.9 CASO CLÍNICO Nº 9: DOR ABDOMINAL

Identificação :S.R.G.F; fem; 29 anos;
QP: " Dor pélvico-abdominal **"**
HDA: Paciente admitida no Pronto atendimento nesta unidade proveniente de uma transferência interna do consultório médico, referendo dor de tipo cólica, em Baixo-ventre, que começou a dois dias, de intensidade 8/10, concomitante apresentou inapetência, náuseas, leucorreia com odor fétido, de cor esbranquiçada, com grumos, pruriginosa, ainda refere disapeuria . Nega sangramentos vaginais, nega alteração no ciclo menstrual, nega alteração no hábito urinário e gastrointestinal. Nega HAS - DM; Nega febre. Nega alergias.
HPP GINECOLÓGICA: G3(P1C1A1); em uso de anticoncepcional injetável trimestral. Nega acompanhamento ginecológico.
MUC: sem medicações de uso contínuo (sic)

Exame físico:
Ectoscopia:BEG; anictérica, acianótica, normo hidratada, corada, eupneica em AA, Afebril no momento.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Neurológico: LOTE; GCS 15/15; pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem acometimento de pares cranianos.
AR: Eupneica em Ar ambiente, Murmúrio vesicular presente bilateralmente , sem ruídos adventícios.
ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, em 2 tempos, em ritmo regular, sem sopros audíveis. Tec < 3seg, pulsos periféricos presentes, cheios, simétricos.
ABD: Plano, ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, timpânico a percussão, refere dor na palpação superficial e profunda em baixo ventre, predominante em Fossa ilíaca direita. **Murphy (-); Rovsing (-); Blumberg (-); Sinal De Obturador (-).**

Extremidades: sem edemas, panturrilhas livres

Laboratoriais: Hemograma com leucocitose com desvio à esquerda, EAS sem alterações, BHCG (-), PCR aumentado , demais laboratórios sem alterações

Tomografia computadorizada de abdome total 18/05: Cisto ovariano à esquerda + Pequena quantidade de líquido livre no fundo do saco posterior.

Avaliação : Paciente estável hemodinamicamente, apresentando dor na palpação abdominal intensa, otimizo analgesia, avalio após.

Hipótese sindrômica:

Abd agudo (?)

Hipótese diagnóstica:

DIP (?)
Cisto ovariano (?)

Diagnósticos diferencial

- Gravidez ectópica(?)
- Torção de ovário (?)
- Cisto ovariano (?)
- ITU (?)

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

- Endometriose (?)

Conduta :

- Solicitar USG de abdome total
- Exames laboratoriais
- Solicito avaliação da ginecologia
- Início Atb (ceftriaxona 1g 12/12h (Di: 18-05/DF : 25-05)
- Início Metronidazol (Di: 18-05/DF : 25-05) Fluconazol 150mg 24/24h) x 3 dias
- Sintomáticos

Discussão : A eleição de esse caso se baseou no fato de evidenciar a limitação de um profissional de sexo masculino na avaliar queixa ginecologica de forma integral. Inicialmente a história foi coletada por um médico que avaliou a paciente fez a admissão e só deixou sintomáticos alegando que o quadro estava relacionado a uma vaginose. Nesse dia estava tranquilo o plantao então decidi ir e recoletar toda a história e avaliar mais de perto a paciente.

A avaliação da dor pélvica pode ser considerada como inespecífica, local ou difusa, com ou sem irradiação, além disso pode ser aguda ou crônica. Normalmente a queixa resulta de alguma alterção do sistema :

- Gastrointestinal
- Ginecológico
- Urológico

Suas causas podem ser classificadas como comuns ou fatais, os quais devem ser diagnosticados e tratados de forma rápida. Entre as causas de dor pélvica de origem ginecológica estão: gravidez ectópica rompida, cisto ovariano rompido (qualquer tipo), torção ovariana, doença inflamatória pélvica (DIP), abscesso tubo-ovariano. As duas primeiras são de suma importância, sua abordagem deve ser precoce devido às chances de hemorragia intraperitoneal de difícil controle. Em idade reprodutiva a fertilidade joga um papel importante na vida da maioria das mulheres uma torção ovariana ou uma DIP podem influenciar negativamente nesse aspecto ou até correr algum tipo de risco de vida por uma sepse. As causas comuns

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

de dor em baixo ventre de origem gastrointestinal estão apendicite e diverticulite evoluindo em perfuração e resultar em sepse e entres as causas urológicas podem surgir de obstrução ureteral e infecções complicadas do trato urinário (ITUs) podendo resultar em dano renal (ambos) e sepse (ITU complicada) se não diagnosticadas e tratadas. Embora a dor pélvica aguda seja um sintoma de inespecífico de distúrbios ginecológicos, gastrointestinais e do trato urinário comuns, as causas comuns de dor pélvica aguda também incluem os sistemas musculoesquelético, vascular e neurológico, já que a dor pode ser resultar de processo inflamatório, distensão, isquemia, ou perfuração, enviam sinais por meio de sua inervação e ou irrigação ao SNC e vascular.

Numa abordagem na sala de emergência deveria-se descartar aquelas causas que emitem risco de vida, ditas causas vão refletir no estado geral da paciente, na alteração dos sinais vitais (PA - Tº) ou sinais de irritação peritoneal. Posteriormente ao descarte de risco de vida se procede à coleta de informações, é importante questionar além da dor, dados de sua história ginecológica (DUM, ciclo menstrual, gestações, partos, cirurgias, internações, método anticonceptivo e hábito sexual). Dados que não constavam na história até eu ir atrás e refazer a admissão. As causas de dor pélvica potencialmente fatal são resumidas na tabela Nº dos anexos.

Determinar a existência de gravidez é um passo crítico no manejo, ele dierecciona sua conduta tanto para avaliar vitalidade fetal, como aborto em processo e gravidez ectopica, assim a coleta do BHCG no primeiro momento é importante, no entando em locais onde não é possivel o teste a USG na beira de leito e a palpação transabdominal do fundo uterino pode identificar gravidez avançada. Depois de descartar a gravidez, o exame ginecológico é necessário, inspeção local, exame especular; Lembrando que todas as informações coletadas e os testes solicitados tem que se correlacionar com o contexto de cada mulher.

Na história é importante caracterizar a dor, outro caso onde a mnemotecnia de **ALICIA FREDUSA** volta ser util, enfatizando em dados como presença de febre e calafrios, náuseas e vômitos, disúria, sangramentos, corrimentos, constipação, DUM e possibilidade gravidez, abortos previos, historico sexual (disapenuria, multiplos parceiros, até abuso) e medicamentos. Já no exame físico inclui SSVV, inspeção pélvica, genital externa, exame especular e toque bimanual de útero, em alguns casos também é importante toque retal . Em processos infecciosos podem

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

existir lesões sugestivos de DST, ou dermatológicas, assim como podem apresentar abscessos vulvares (glândulas de bartholin) ou prolapso uterovaginal que são processos que estão acompanhados de dor pélvica. A presença de corrimento vaginal ou cervical anormal pode ser visto em várias condições, incluindo cervicite, endometrite, DIP ou vaginite, sangramento e abertual incompleta do colo do útero pode resultar de um aborto. A dor ao movimento cervical pode sugerir DIP refletindo da irritação de estruturas adjacentes. A presença de massas anexiais dolorosas podem indicar gravidez ectópica, abscesso tubo-ovariano, cisto ovariano ou torção ovariana até DIP. Sendo que muitas vezes a história preliminar e o exame físico podem não levar a um diagnóstico conclusivo, mas sim descartar o risco de morte imediata.

A paciente apresentava dor de tipo cólica, em baixo-ventre, que começou há dois dias, de intensidade 8/10, concomitante apresentou inapetência, náuseas, leucorreia com odor fétido, de cor esbranquiçada, com grumos, pruriginosa, ainda refere disapeuria . Nega sangramentos vaginais, nega alteração no ciclo menstrual, nega alteração no hábito urinário e gastrointestinal. Informações sugestivas de infecção secundária ao que (?) esse seria nosso trabalho investigar por meio de testes laboratoriais relacionados ao nosso raciocínio.

Entre os principais testes estão:

- **Laboratoriais** (teste de gravidez, urinálise, hemograma, citopatológico)
- **Imagem** (USG como primeira opção). Mas nesse caso, em vez de realizar USG foi realizado uma TC de abdome e pelve, justificativa (?) não sei, o fato é que a paciente foi fazer a TC rapidamente depois da admissão antes de tão siquera ser coletada uma história completa dando como resultado:

Laudo: Cisto ovariano à esquerda + Pequena quantidade de líquido livre no fundo do saco posterior.

Correlacionando a clínica com os achados dos testes (laboratoriais e de imagem) podemos reduzir nossas hipóteses a:

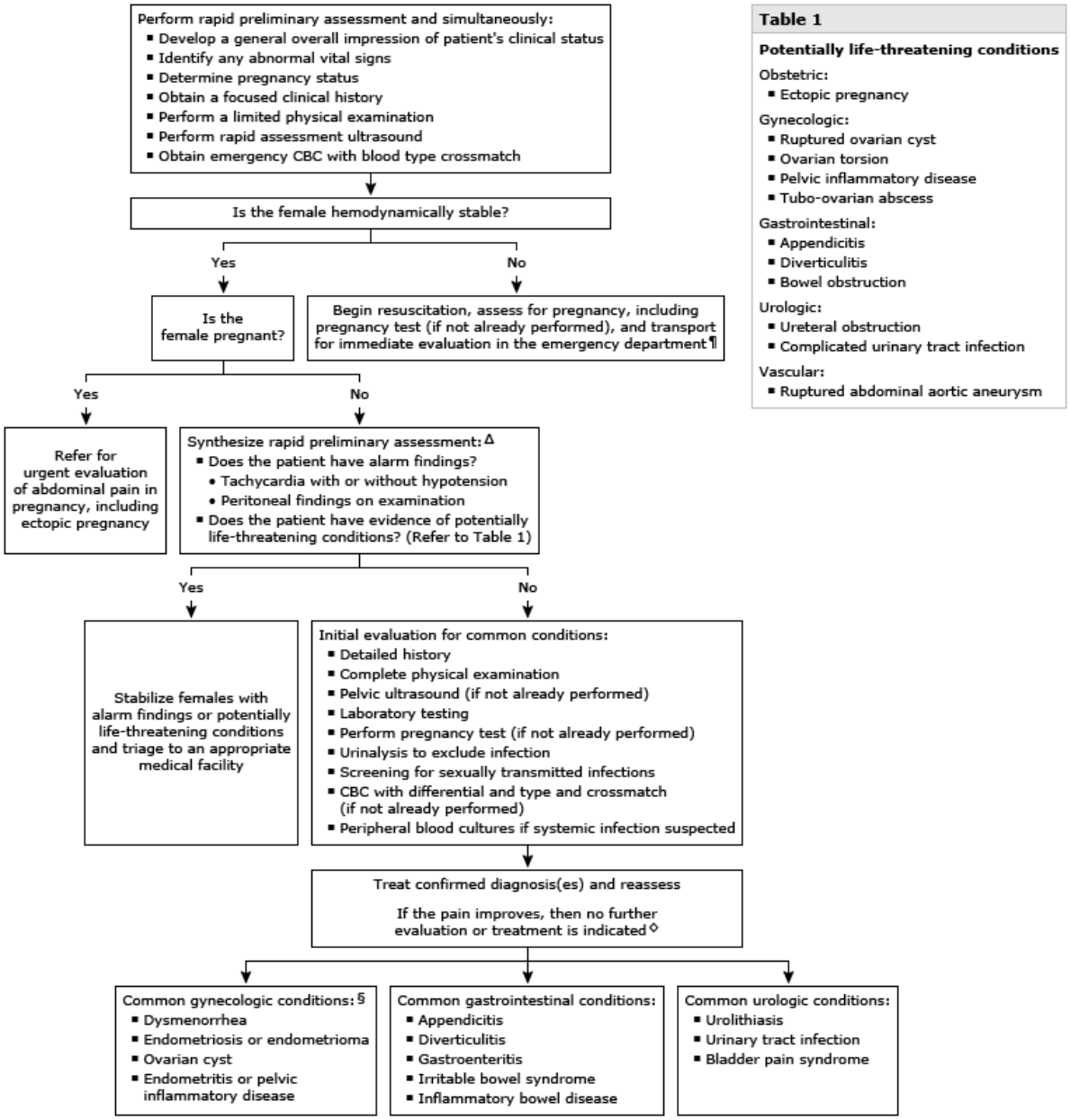
- Ruptura de cisto ovariano

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

- DIP

Sendo solicitado USG e iniciado com esquema antibiótico e antifúngico, e avaliação por parte da ginecologia. A paciente após avaliação se encontrava mais tranquila, com diminuição da dor à palpação. Foi recomendado avisar ao seu parceiro atual para realizar atendimento médico pensando no caso de uma DIP por clamídia ou gonococo, ainda que esteja assintomático como relatou a paciente e aguardava na sala de observação.

Figura Nº 15 Avaliação da dor pélvica aguda* em mulheres adultas não grávidas



fonte: uptodate

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

3.10 CASO CLÍNICO Nº 10: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Identificação : F.A.R. 60 anos, masculino

QP: " Dispneia**"**

HDA: Paciente sem acompanhante transferido da UBS24h, Padre Ítalo SAMU, por apresentar piora da dispneia nas últimas 2 semanas em uso de o2 3Lt/min SpO2: 95%, sonolência, tosse produtiva, esforço respiratório e fraqueza. Esposa com Teste de Rt-PCR covid-19: Positivo (sem data) porém paciente realizou teste o dia 01- 06 na UBS com resultado não reagente. Paciente hipoacusia com dificuldade na comunicação.

HPP: HAS: Losartana 50mg(0-1-0), DPOC

HV: Tabagista há 40 anos de 2 maços/dia, reduzindo para 1 maço/dia há 1 ano.

Exame físico:

SSVV: PA:99/67 **FC:**71 **FR:**18 **HGT:**145

Ectoscopia: REG, desidratado 2+/4+, normocorado, anictérico, afebril.

Neurológico: LOTE, GW(15/15), pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

AR: Tórax com expansibilidade diminuída, MV diminuído em base esquerda, sibilos difusos, SpO2: 97%, Dispneico em uso de MR 2lt/min c/ esforço respiratório importante.

ACV: Bulhas cardíaca hipofonéticas, ritmico, s/s audiveris, sem TJP, pulsos periféricos finos e simétricos

ABD: Plano, RHA +, timpânico, indolor a palpação

Extremidades: sem edemas, frias sem sinais de empastamento.

Dispositivos:

CN

SVD

Avaliação : Paciente idoso, hipertenso, com histórico de DPOC com quadro de broncoespasmo com etiologia a esclarecer em uso de CN3 lt/min,

Hipótese sindrômica: Síndrome de desconforto respiratório (?)

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Hipótese diagnóstica:

Exacerbação da DPOC (?)

sec PMN(?)

Conduta :

- Suporte clínico
- Solicitar Tc de tórax
- Solicito gaso + labs + ECG
- Solicito Monitorização multiparâmetro constante
- Inicio medidas Broncodilatadoras
- Inicio medidas para controle pressórico
- Monitorar Diurese
- Manter SpO2 acima de 88 % < 92%

Discussão: Antes de começar a discutir sobre o caso é importante ressaltar que a DPOC é a terceira causa de morte no mundo, sua alta prevalência e cronicidade faz com que seja é uma das principais causas de utilização de recursos médicos com consultas frequentes no posto de saúde, hospitalizações devido a exacerbações agudas e necessidade de terapia de por vida (ex. oxigenoterapia suplementar, e medicação domiciliar).

Segundo a OMS: “A DPOC é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo devido a anormalidades nas vias aéreas e/ou alveolares, geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos e influenciada por fatores do hospedeiro, incluindo desenvolvimento pulmonar anormal. Comorbidades significativas podem ter impacto na morbidade e mortalidade."

Tanto o manejo domiciliar como hospital decorre na reversão do fluxo aéreo já seja com broncodilatadores IN, corticoides EV, tratamento da causa da exacerbação, e manutenção adequada de oxigênio no organismo para evitar medidas invasivas como IOT. Mediante o caso apresentado na abordagem inicial é importante se questionar pontos:

O que está causando a exacerbação (?)

Qual é seu estado basal (?)

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Faz tratamento em casa (?)

Para considerar que há uma exacerbação de DPOC você deve ter uns pontos cardinais : 1) piora da dispneia, 2) aumento na produção do catarro 3) Mudança das características do catarro. À medida que a idade avança, a doença também progride e porem as internações são mais frequentes considerando seus cuidados como paliativos para melhorar a qualidade de vida. No PS você deve estadiar a exacerbação em base aos achados clínicos:

Quadro Nº14 Estratificação de risco da exacerbação da DPOC

a) Sem IRpa: **FR: 20-30 ipm** **Sem alteração do estado mental** **Spo2: 88-92% com MF**	**b) IRpa sem risco de morte** **FR: >30 ipm** **Sem alteração do estado mental** **Spo2: 88-92% com MF**	**c) IRpa com risco de morte** **FR: >30 ipm** **Alteração do estado mental** **Sinais de esforço respiratório** **Acidose associada**

Fonte : autora

No manejo do paciente no Pronto Socorro durante sua avaliação devemos estar realizando o MOV para evitar as chances de uma intubação. Um dos parâmetros mais importantes seria o fornecimento de O2 adequado, devido a que os pacientes tendem a ter hipoxemia pela capacidade disfuncional da captação de o2 pela membrana alveolocapilar decorrente de um processo inflamatório crônico.

O exame físico inicial deve ser direcionado, temos que realizar uma avaliação do estado geral mucosas (desidratação), cianose, icterícia, petéquias ou palidez cutânea. No aparelho cardiovascular (Ritmo , presença de sopros ou B3), turgência jugular, pulsos e enchimento capilar periférico; No aparelho respiratório uso de musculatura acessória, murmúrios vesicular (ausência ou presença de ruídos adventícios) e perifericamente avaliamos as extremidades se há presença de edema ou empastamento e por último na avaliação inicial devemos realizar uma mínima avaliação do estado mental (escala de glasgow) já que as principais alterações causadas por hipoxemia são refletidas principalmente nesses sistemas.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

As alterações principais vistas no caso do paciente:

- Desidratação 2+/4+
- Enchimento capilar alargado
- Sibilos difusos
- MV diminuído em base esquerda
- En uso de musculatura acessória
- Ansiedade

Pelo histórico do paciente, consideramos que sua patologia base é a doença pulmonar obstrutiva crônica, mas qual é a causa de sua piora (?). Nesse momento além na avaliação e abordagem inicial com o objetivo de evitar que o paciente evolua para parada cardiorrespiratória. Posteriormente mantendo uma Spo2 >90% -95 % procedemos a realizar os exames complementares específicos:

- ECG (descartar ICC)
- RX de Tórax (Descartar edema, infecção (PNM))
- Gasometria (Avaliação da oxigenação, ventilação e quadro metabólico)

A oxigenoterapia é um componente principal no paciente crítico, deve manter uma saturação de 88-92% inicialmente e após ter o resultado da gasometria você deve manter uma Pao2 de 60-70 mmHg para evitar hipercapnia. Existen varios dispositivos para oferecer O2 entre eles :

- Máscaras de Venturi
- Cateter nasal até 6 L/min
- Máscaras faciais 6 a 10 L/min ((indicada para descompensação de DPOC mostrando bons resultados)

Algumas das características da Hipoxemia são : Diaforese, Ansiedade, Taquicardia e arritmias, Taquipneia, Confusão, rebaixamento do nível de consciência , convulsões, hipotensão ou hipertensão.

Chegando ao ponto da terapia farmacológica devemos pensar que são órgãos danificados e então não podemos pretender que sua resposta seja a reversão completa do quadro.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

A recomendação inicial é usar um agonistas beta-adrenérgico imediatamente na entrada de ação curta Albuterol, levalbuterol internacionalmente mas aqui no Brasil Os SABAs maiormente usado é o (?) Além que este fármaco pode-se juntar com um antagonista muscarínico (ipratrópio) sem causar nenhuma interação mas sim funcionan sinergicamente para reduzir o broncoespasmo. A forma de uso neste local é 2,5 mg (em 3 ml de soro fisiológico NBZ de 2 a 4 inalações a cada hora até 3 vezes e em pacientes graves com grande risco de evoluir em PCR até 8 inalações podem ser usadas . Posteriormente entramos nos broncodilatadores de longa ação os LABAs entre eles (?) para a continuidade do tratamento. Outros dos medicamentos usados são os glicocorticóides sistêmicos, em pacientes que não tem risco de broncoaspiração podem ser administrados oralmente porém pode ser usados EV segundo o caso, o mais usado é a Prednisona 1x dia em doses de 30-60 mg dia mas pode se usar metilprednisolona de 60-125mg de 2-4 vezes ao dia dependendo da gravidade do quadro.

Das principais etiologias de exacerbação do DPOC é a infecciosa e seu tratamento vai se basear na suspeita clínica, fatores de risco, perfil epidemiológico para tratar patógenos específicos e dos resultados laboratoriais e de imagem. Comumente é usada a Ceftriaxona 1 a 2 gramas IV, ou cefotaxima 1 a 2 gramas IV, ou levofloxacina 500 mg IV ou oral, ou moxifloxacina 400 mg IV ou oral. Se há fatores risco para patógenos específicos tipo Pseudomonas é usado: Piperacilina-tazobactam 4,5 gramas IV, ou cefepime 2 gramas IV, ou ceftazidima 2 ramas IV e sua suspeita é de vírus (influenza) pode se usar algum antiviral Oseltamivir 75 mg por via oral a cada 12 horas ou peramivir 600 mg IV uma vez (para pacientes incapazes de tomar medicação oral).

A partir desse momento deve-se monitorar ativamente todos os parâmetros para identificar uma causa subjacente e que precisem de terapias mais invasivas tipos arritmias, insuficiência renal ou cardíaca.

No nosso paciente a terapia empírica e as medidas broncodilatadoras foram suficientes para abordar a situação, sem embargo o prognóstico do paciente é bem pobre, já que pelo menos nos últimos 4 meses foi internado repetitivamente pela mesma clínica o que reflete que os cuidados ambulatórios ou domésticos estão sendo negligenciados de alguma forma.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

4. RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NO INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

No Início do internato a responsabilidade pela qualidade de seus conhecimentos individuais fica muito clara por se basear na vivência do que você deve ter aprendido durante esses 4 anos de estudo. Antes de começar o módulo de Urgência e emergência o insight que tinha era que o mesmo seria caótico, eterno, sofrido, além de antecipar sensações de inseguridad ao me posicionar baseando me no meu raciocínio já que o módulo no pré internato tinha me deixado com uma percepção que faltava muito conhecimento para me enfrentar ao dia-dia de um pronto socorro. Além que no pré-internato é mais uma atividade de observação e acompanhamento do serviço sem muita prática nem colaboração com o funcionamento e para evitar atrasos no trabalho dos servidores nem nos atendimentos.

No início do módulo esperava ter uma metodologia de estudo que conseguisse juntar meus conhecimentos prévios, e novos com a realidade da prática no Pronto Atendimento e conseguir formar bases que me ajudassem a ter um sistema de raciocínio rápido e eficaz. Minha expectativa no começo era ser capaz de reconhecer os principais síndromes clínicos que dão entrada no Pronto Atendimento, assim como os principais mecanismos de estabilização dos pacientes que têm risco de vida ou de ficar com sequelas irreversíveis.

Neste serviço é preciso desenvolver o mindset do emergencista, você deve encaminhar seu raciocínio de uma forma sistemática, direcionada e individualizada por mais comum que seja a queixa, como diz um do meus grandes professores pode ter cara de gato, corpo de gato, rabo de gato e ser cachorro" é muito comum que o paciente que chega até você tenha segundo as informações um quadro similar a muitos outros dos internados, mas mesmo assim tem que se individualizar, caracterizar, analisar os diferentes contextos socioeconômicos, estilos de vida e comorbidades o qual vai direcionar seu raciocínio.

Na minha consideração meu performance durante o módulo foi satisfactorio, a principal meta que tinha era ser capaz de ter juízo crítico frente às diversas situações que se apresenta nesse entorno, referente ao conhecimento teórico esteve razoavelmente acordo as demandas exigidas, é claro que é preciso em

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

algumas situações rever certos temas abrir o livro, ler o capitulo, voltar a anatomia, semiologia, escutar podcast sobre manejo de algumas patologias que não são tão comuns porque de alguma forma é necessário se manter produtivo e não se conformar com o previamente aprendido já que no âmbito que nós nos desenvolvemos que se atualiza continuamente os profissionais tem que que ter em foco que sua prática gere melhores resultados baseados em evidências científicas. Durante o módulo claro que fui adquirindo outras metas individuais, relacionadas ao meu desempenho, por exemplo no início ficava divagando no atendimento inicial do paciente rebaixado e/ou politraumatizado e ao cabo de alguns dias, notei que mantendo um fluxograma mental, manejando os pontos centrais, eles irão me guiar na conduta assertiva e consegui evoluir nesse aspecto,

No sentido da relação interprofissional, foi de grande enriquecimento compartilhar plantões com médicos, enfermeiros , técnicos e todos os profissionais que se dispuseram a compartilhar seus conhecimentos de tal forma que compreendiam nosso objetivo nesta etapa, consegui criar vínculos em todos os estabelecimentos que fizeram grande diferença na minha construção como profissional, compreendendo o papel que cada um cumple na dinamica do serviço. Como também vivenciei situações não confortáveis com alguns servidores onde e assim não tenha levado ao pessoal conseguiram me fazer sentir frustrada, um estorvo, culpável por meu lugar de enunciação mas me fizeram mais forte, e identificar o tipo humano que eu jamais serei.

Desde que começaram minhas práticas compreender o processo da doença, entender a cura que gera a escuta fez me centrar no paciente com um todo, tentei sempre dar o melhor que estava nas minhas capacidades técnicas, éticas e morais, Porém me topei com situações onde era evidente a intolerância na sociedade na qual estamos inseridos, a estigmatização, preconceito, xenofobismo, homônimos e desigualdades, que nos rodean.

Minha dupla e eu no início ficávamos juntos o tempo tempo, para falar com o médico, com a enfermeira, para avaliar um paciente, para redactar uma admissão, de repente com o passar dos dias cada um foi desenvolvendo sua independência e suas próprias técnicas, ele cumplio papel de equipe, companhia, exemplo, e muitas vezes de pano de lágrimas das minhas frustrações, contar com ele para discutir condutas, esclarecer dúvidas, compartilhar risadas e noites sem dormir foi importante demais no meu processo, contar com essa mão amiga fez a diferença.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Aliás a gente ainda não tenha a função ética de comunicar notícias difíceis, acompanhar ao médico na avaliação diária à pacientes prognóstico reservado, conversas com as famílias, fez me analisar a importância de informar as condutas a ser tomadas aos pacientes, informar as indicações e riscos de cada procedimento que se realiza, respeitar a integridade do paciente como um todo faz completamente a diferença na sua atuação.

Não há dúvidas que os plantões noturnos conseguem fazer uma “desconfiguração significativa” no nosso ciclo circadiano, no meu caso estar acordada e ativa durante os plantões não foi tão difícil, consegui aproveitar para estudar casos, realizar procedimentos, admitir, avaliar pacientes quando era permitido; mas no início, os dias pós plantão noturno eram devastadores, sentia como mal estar geral sem estar doente, com a necessidade de descansar todo o dia , mas o passar dos dias consegui me adaptar melhor fazer mais produtivo esses dias, consegui estabelecer rotinas adequadas a minha capacidade física e mental. Na maioria dos locais não contam com um espaço de descanso para os internos que muitas vezes ficam sentados na cadeira às 12h, é um aspecto que deveria ser considerado para as próximas turmas.

Finalmente entre os 4 escenarios nos quais fomos inseridos (UPA João Samek, UPA Morumbi, HMPGL, HSMI) há que ressaltar que o Hospital de São Miguel de Iguaçu, seu pessoal, o acolhimento que tiveram com nós, o respeito, a confiança o que nos Incentivou a brindar nosso melhor performance na nossa estadia lá. Nessa fase de minha graduação há 1 ano aproximadamente de me formar, pode ser que continue nessa direção para minha especialização.

5. LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS PELO ALUNO AO LONGO DO MÓDULO COM RESPECTIVO QUANTITATIVO E DESCRITIVO DA REALIZAÇÃO DOS MESMOS

5.1 SVD Realice um procedimento de colocação de uma Sonda vesical de demora em uma paciente crítica que tinha dado entrada no serviço por rebaixamento de nível de consciência A/E a paciente se encontrava na sala vermelha do Hospital

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

de São Miguel, dito procedimento foi realizado com as orientações da Enfermeira do setor que estava de plantão nesse dia, o procedimento foi indicado pela instabilidade hemodinâmica para manter um cálculo do débito urinário além disso era preciso coletar uma amostra de urina para realizar exames de admissão e investigação secundária do quadro, no momento já estava pronto o kit de sondagem ao lado da paciente a enfermeira me perguntou se tinha decorada a técnica e eu posteriormente afirme e comece o procedimento, em ordem os passos que eu segui foram: verificar se todos os materiais estavam e funcionavam , posteriormente com ajuda da enfermeira prosseguí com a assepsia e antissepsia do local, com a colocação do cateter mantendo as técnicas e normas de biossegurança exigidas, após verificamos o fluxo de urina e contamos com a bolsa coletora e fixação do tubo para evitar trações e/ou remoção acidental-traumática do mesmo.

Durante o estágio observe várias colocações de sondas vesicais, principalmente por enfermeiras, com e sem resultado satisfatório, é importante sempre lembrar dos detalhes como verificação da indicação, alterações anatômicas, funcionalidade dos materiais e o registro do procedimento com suas intercorrências e resultados.

5.2 IOT 01: No hospital de São Miguel de Iguaçu, chegou ao serviço, um paciente dispneico a dispensa da DPOC é cardiopata, no início realizamos a avaliação inicial e o paciente o paciente apresentava uma hiposaturação importante, é claro que pelo DPOC seu estado basal tenderia a hiposaturar mas apesar de estar com Máscara facial 15lt/min o paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica grave com indicação de intubação. O procedimento foi realizado em acompanhamento da equipe do setor, estagiários de enfermaria e outro médico, cada um de nós com uma função. Na chegada do paciente eu fiz um comentário para meu colega: referente às vias aéreas difíceis relacionando com o paciente que era obesso com pescoço curto. Minha função nesse instante foi realizar a IOT, o médico plantonista fez as medicações e me orientou passo a passo, eu com miles de sensações em encoraje e comecei o processo, posicionei o paciente o melhor possível com um coxim tras do pescoço, consegui ver as estruturas faríngeas com sucesso, mas no momento da passagem do tubo , a enfermeira que estava me auxiliando com a distensão do cervical tentou realizar sem me informar a manobra

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

de Sellik que consiste resumidamente na pressão da cricóide, destacando que não é mais recomendada, é bom isso estava bloqueando o passo do tubo no paciente, eu fiquei com muito medo pelo tempo sem perceber o que era que estava me dificultando finalizar o processo, o médico fez o pedido para ela de tirar a pressão exercida e o tubo passou livremente, auscultamos para verificar se tinha se desviado, neste caso não, assim que insufle o cuff , e conectamos o VM.

5.3 ECG Durante o passo pela UPA de morumbi em um dos dias mais colapsado com vários pacientes em estado crítico dando entrada na UPA, nossa função foi ficar além da sala vermelha a cargo da sala de procedimento onde também se realizam os ECG em pacientes estáveis, em um dos momentos após a realização de sutura num paciente vendo a necessidade da nossa ajuda no momento, conversamos com a enfermeira e nos pusimos a disposição para realizar os ECG do momento, o primeiro foi realizado com ela, para lembrar do posicionamento dos eletrodos “direita corinthians- esquerda Brasil”, dos cuidados com as interferências e já os proximos a gente conseguiu realizar sozinhos, outro fato para ressaltar de SMI é que tecnologia do ECG lá dá muitas vantagens já que cada ecg realizado é guardado automaticamente na nuvem onde em um prazo menor a 30 minutos é avaliado e laudado por especialistas da área, que muitas vezes esclarece dúvidas e ou ajuda direcionar o raciocínio.

5.4 SUTURAS: Na nossa estadia durante o módulo a gente teve que auxiliar ao serviço de inúmeras formas ficar na sala de procedimentos foi uma delas já que na maioria dos casos só tinha um médico na sala vermelha que era encarregado de realizar esse tipo de atendimentos Além disso tinha momentos onde havia nenhuma emergência clínica e pôr a superlotação das unidades a gente ajudava nesse tipo de procedimentos baseado na minha percepção para mim realizar o procedimentos é uma das minhas coisas favoritas e observar a evolução no meu perfeccionamiento da minhas técnicas e sumamente enriquecedor nessa semana consegui fazer variadas tipos de suturas em locais diferentes como cabeça mãos antebraços, pé, couro cabeludo e

Assim como eu também nos questionamos sobre as certas condutas tomadas e discutimos sobre as propedêuticas de alguns médicos por exemplo o uso de

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

antibiótico na sutura profilaxia como vacinação antitetânica intervalo de tempo segundo a estrutura para realizar sutura tipo de anestesia domínio dos equipamentos e uma delas das coisas que a maioria das pessoas têm de terror é de atender crianças nesse tipo de procedimento mas na minha vivência falar com a verdade e informar como vai acontecendo as coisas foi vantajoso independente da idade

Figura Nº 16. Procedimento de Sutura

Fonte : autor

5.5 CURATIVOS: Na maioria das vezes este é um procedimento realizado nos postos de saúde e esta função fica designada ao pessoal de enfermaria, mas em algumas situações onde era necessário conseguir acompanhar e posteriormente realizar curativos simples, como por exemplo em feridas por pressão, cortes sem necessidade de sutura, cicatrizes de segunda intenção.

5.6 USG: No hospital de SMI pela sua infraestrutura e sua pequena demanda conseguimos acompanhar e realizar 2 USG numa a gente conseguiu ver os cálculos biliares e na outra a gente avaliou a vitalidade fetal numa gestante em primeras fases de trabalho de parte, são coisas talvez inaportantes para alguns profissionais mas saber o funcionamento desse tipo de equipes médico, e conseguir manejar eles de auxilia em muitas situações que precisam atuar rápido ainda sem técnico ou especialista.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

5.7 CARDIOVERSÃO MECÂNICA : A indicação do procedimento foi a necessidade de restaurar o ritmo sinusal em um paciente com FA persistente, o procedimento foi realizado com monitorização multiparâmetro continua, com 2 médicos plantonistas, a equipe de enfermagem, técnicos e estagiários, com oxigênio suplementar, com sedação e analgesia. O monitor do DEA foi configurado pelo médico plantonista o qual me solicito que pegasse as palas de descarga colocasse gel e posiciona se, realice de acordo as orientações, informamos o procedimento, afastamos o pessoal, pressione os botões e deu o CHOQUE, é o próximo que quase chocou foi meu coração da impressão da força da descarga elétrica. Com sorte foi satisfatório o resultado da reversão do ritmo.

5.8 TREPANAÇÃO UNGUEAL: No primeiro plantão noturno UPA João Samek fomos designados a fazer-nós cargo da sala de procedimentos, em um dos procedimentos foi um paciente masculino que tinha sofrido um trauma na unha do hálux do MIE, o mesmo se encontrava edemaciado, com hematoma subungueal em toda a extensão da unha, doloroso de tipo de pressão, no qual foi orientado segundo o médico a realizar drenagem do hematoma que até esse momento não tinha realizado, e bom, com orientação do técnico comenzamos a realizar assepsia e antissepsia local com clorexidina, realice bloqueio anestésico, e durante a anestesia pelo local de punção começou a drenar secreção sanguinolento em grande quantidade e imediatamente o paciente referiu sentir alívio e a mudou a coloração do complexo ungueal , e realizamos uma perfuração com uma agulha N° na região central da unha e realizamos pressão contínua para drenar todo o conteúdo, posteriormente realizamos limpeza e curativo, orientamos e damos alta com sintomáticos e antibiótico.

5.9 DRENO DE ABSCESSO MAMÁRIO: O procedimento foi feito com ajuda do médico plantonista, avaliamos uma puérpera de 45 dias, com mastites de repetição bilateralmente, porém nesse momento com evolução de abscesso no qual o drenagem seria o mais indicado.

Avaliamos as mamas, palpamos , informamos o procedimento, posicionamos ao paciente de decúbito semilateral à esquerda, realizamos assepsia e antissepsia do local, anestesia, e realizamos um corte de 1 cm aproximadamente na região da

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

aréola mamária e procedimentos a drenar o líquido sanguinolento o máximo possível, posteriormente introduzimos um dreno laminar e fixamos com um fio de sutura de modo que se mantivesse como sistema de dreno aberto (laminar) nos próximos 3 dias, orientamos as medidas de higiene necessárias, prescrevemos Atb (amoxicilina + clavulanato), metronidazol 500mg + anti inflamatório, orientamos voltar no nosso serviço se sinais de alarme.

5.10 DRENO DE ABSCESSO AXILAR : O procedimento foi indicado já que a paciente tinha um período maior a 3 dias, em uso de compressas quentes e com ponto de flutuação, esta vez foi realizado sem acompanhamento do médico plantonista só contava com o enfermeiro, realize a assepsia+anti sepsia, Anestesia com lidocaína sem vaso no local, posteriormente realizei uma incisão horizontal sobre o abscesso, de 1,5 cm aproximadamente, e comprimento levemente com ajuda de um chumaço estéril fui drenando o pus depois e o enfermeiro realizou o curativo final com uma gaze seca e adesivo. Ela estava já em uso de Antibiótico, então no caso, prescrevemos sintomáticos e realizamos as orientações.

5.11 CATETER VENOSO CENTRAL : realizei um CVC no último campo de estágio UPA JS, foi em um paciente com IRap e hipotenso (80*50) com necessidade de DVA segundo as indicações ele se enquadrava e foi o sugerido pelo médico plantonista realizar o procedimento junto com ele. Nesse momento tive um flashback de minha primeira monitoria de AVC no pré-internato, lembrei de quase todos meus apuntes sobre a técnica, mas para ser sincera só externamente parecia tranquila porque internamente estava com uma liberação de adrenalina a mil, e bom avaliei anatomia local do paciente, laterelizei a cabeça para o lado esquerdo, a maca no momento não era reclinável então não consegui inclinar, me paramentei, fiz assepsia e antissepsia local, coloquei os campos estéreis, verifique de novo a anatomia e a presença de pulso no caso a o local seria a yugular interna, realizei anestesia local com lidocaína sem vaso, puncionei lentamente com pressão negativa até chegar o refluxo de sangue venosa, agora com o novo kit de CVC não é necessário mais retirar a seringa para passar o fio guia, então por meio do êmbolo passei o fio guia, retirei a seringa, procedi a dilatar, retirei o dilatador, e induz o CVC concomitante retirado o fio guia para evitar riscos, realizei flesh de solução salina e tudo certo, fixei e o enfermeiro procedió a realizar o curativo e solicitamos o Rx pós procedimento;

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Foi gratificante ter realizado com sucesso dito procedimento já que vivencie varias consequencias da realização do CVC como: pnmeumotorax, infiltração dermica de DVA, evoluindo com necorse tecidual então é importante voçe criar e treinar habilidades que ajudem no seu processo e reduzam os danos.

Tabela Nº2 Lista quantitativa dos procedimentos realizados.

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
SNE	01
SVD	01
USG	02
IOT	01
CATETER VENOSO CENTRAL	01
CURATIVOS	15
SUTURAS	30
DRENO DE ABSCESSO	02
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO	10
CARDIOVERSÃO MECÂNICA	01
ECG	02

Fonte: realizada pelo autor.

6. QUESTÃO-PROBLEMA DO SETOR:

INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE REGISTRO DE PRONTUÁRIOS:

O atendimento nos locais inseridos na Rede de urgência e emergência tem que ser eficaz e de qualidade, considerando que é uma situação que atenta com a vida do paciente e sua conduta pode ser o fator determinante no prognóstico do socorrido. Durante a avaliação inicial na admissão do paciente nos locais de porta aberta é preciso informações relevantes à saúde do indivíduo pregressa e atual (

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

idade, peso, comorbidades com e sem tratamentos, histórico de internações, cirurgias, curso da doença) muitas vezes são pacientes desorientados, sem acompanhantes, sem muitas informações do quadro clínico que dificulta ou limita em certo modo o atendimento e em unidades de referência muitas vezes não se tem informações das condutas iniciais em outras instituições, como: dia do esquema de antibioticoterapia e corticoterapia, ou intercorrências durante a internação prévia, as folhas de transferências muitas vezes não são preenchidos nem o 50% dela, os resultados de exames laboratoriais, de imagem, evoluções e demais dados por ser físicos não são preenchidos da mesma forma, na mesma estrutura, ou com critérios de legibilidade mínimos que sejam úteis no momento.

De tal modo que um sistema integrado de prontuários unificado para todas as instituições médicas da região seria uma ferramenta útil que traria vantagens no atendimento como: segurança dos dados evitando documentos extraviados nas internações e transferências, otimizaria o atendimento, brindaria maior acessibilidade a dados como rx, laboratório, TC, RNM ,US), impactaria positivamente na centralização e integração de informações por exemplo de atendimentos domiciliares, na unidade básica, no centro de especialidades, nas UPA´s…)

Atualmente as Unidades de baixa/moderada complexidade funcionam com o RP saúde que é uma plataforma relativamente fácil de manejar, habilitada para a maioria dos profissionais de saúde desse setores, mas não tem integração com os hospitais de referência, que usam o Tasy no caso do HMPGL e HMCC, alguns profissionais que laboram em ambos setores conseguem desde o Municipal acessar ao RP e ver as condutas previamente tomadas ou informações de prontuários, mas não todos eles têm o acesso habilitado, ou em SMI que os prontuários são realizados em documentos Word e armazenados no disco local, ou as prescrições são manuscritas a mão e não se consegue tem um correto cuidado continuado em caso de transferências, me topei com histórias de folhas de prontuários perdidas, ou eliminadas do computador, folhas de prescrições de pacientes trocadas ou não identificadas.

A integração dos sistemas pode tomar tempo, precisaria de logística, burocracia, orçamentos, comitês de avaliação e reavaliações contínuas, capacitação

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

profissional em todos níveis, mas ajudaria em grande dimensão. Assim, proponho que por meio do curso de saúde coletiva da UNILA, os comitês de Tecnologias de informação e comunicação, secretaria de saúde, e os demais setores das RUE, se avalie a possibilidade da unificação de prontuários eletrônicos que ajudem a melhorar o atendimento.

7. COMENTÁRIOS/ CRÍTICOS DE UM ARTIGO DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

O artigo III do código de ética do estudante de medicina expõe : " A escolha pela medicina exige compromissos humanísticos e humanitários, com promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e da coletividade." Brasília, 2018**.** A Partir desse escrito faço minha análise crítica focando na importância e o compromisso de humanidade no cuidado do paciente, não é segredo que a imposição de etiquetas prejudica o atendimento, o fato de compreender e respeitar a humano e seu entorno é parte fundamental de nossa formação, independentemente se é uma mulher vítima de violência, um paciente em surto psiquiátrico, uma usuária de drogas, polícia, ladrão temos que entender seu sofrimento, temos respeitar sua integridade em todos os âmbitos, temos que brindar desde acolhimento, tratamento, acompanhamento e reabilitação independente quem seja, durante meu passo no módulo consegui vivenciar muitas situações irregulares nesse sentido, subdiagnosticados, negligências e escutar miles de comentários pejorativos. Um médico em formação precisa um conhecimento multidisciplinar para conseguir agir marcando a diferença e impactar positivamente na relação com o paciente e mais no contexto de uma tríplice fronteira e numa faculdade de Integração Latinoamericana onde muitos dos pacientes estrangeiros são atendidos de uma forma diferenciada pela não compreensão da língua e do contexto onde eles nasceram, cresceram e se desenvolveram, vivencie situações onde um paciente foi classificado como não colaborativo pela sua nacionalidade, e o mais triste é que não é a primeira vez. Também na comunicação interprofissional com médicos, enfermeiros e técnicos em várias situações independente do contexto foi apontado de forma negativa o fato de estrangeiros estivessem numa federal fazendo medicina sem se importar pelo nosso processo até hoje, os desafios que a gente vive, ou nossa vontade de aprender e ser melhores.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Assim como o conhecimento técnico é necessário e deve ser superado continuamente a humanidade é um potencial que deve ser trabalhado, o estresse, impotência, tristeza e raiva que surge em muita situações no nosso mecanicismo de trabalho pode ser aliviado se trabalhamos com respeito, confiança, relacionamento saudável e cada dia podemos aprender e ensinar um pouco, lembrar que cada um maneja suas emoções de uma forma diferente e atuar com inteligência emocional pode trazer inúmeros benefícios ao seu dia - dia. A cura da escuta qualificada em todos os níveis de atenção permite garantir uma abordagem integral a suas necessidades, ampliando a efetividade, segurança, vínculo e avaliação de vulnerabilidade.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

ANEXOS

Cronograma de atividades de Plantões

	DATA	HORÁRIO	LOCAL
01	14/04/2022	Noturno	UPA W.
02	16/04/2022	Diurno	UPA W.
03	17/04/2022	Noturno	UPA W.
04	20/04/2022	Diurno	UPA W.
05	21/04/2022	Noturno	UPA W.
06	24/04/2022	Diurno	UPA W.
07	28/04/2022	Noturno	UPA W.
08	30/04/2022	Noturno	UPA W.
09	01/05/2022	Noturno	UPA W.
10	04/05/2022	Diurno	UPA W.
11	06/05/2022	Diurno	UPA W.
12	11/05/2022	Noturno	HSMI
13	13/05/2022	Diurno	HSMI
14	14/05/2022	Noturno	HSMI
15	17/05/2022	Noturno	HSMI
16	19/05/2022	Diurno	HSMI
17	20/05/2022	Noturno	HSMI
18	24/05/2022	Diurno	HSMI
19	25/05/2022	Diurno	HSMI
20	27/05/2022	Noturno	HSMI
21	29/05/2022	Noturno	HSMI
22	02/06/2022	Diurno	HSMI
23	04/06/2022	Diurno	HMPGL
24	08/06/2022	Diurno	HMPGL

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

25	**10/06/2022**	**Noturno**	**HMPGL**
26	**11/06/2022**	**Noturno**	**HMPGL**
27	**12/06/2022**	**Noturno**	**HMPGL**
28	**14/06/2022**	**Diurno**	**HMPGL**
29	**17/06/2022**	**Noturno**	**HMPGL**
30	**22/06/2022**	**Diurno**	**HMPGL**
31	**23/06/2022**	**Noturno**	**HMPGL**
32	**25/06/2022**	**Diurno**	**HMPGL**
33	**28/06/2022**	**Noturno**	**UPA João Samek**
34	**30/06/2022**	**Diurno**	**UPA João Samek**
35	**01/07/2022**	**Diurno**	**UPA João Samek**
36	**03/07/2022**	**Diurno**	**UPA João Samek**
37	**06/07/2022**	**Diurno**	**UPA João Samek**
38	**07/07/2022**	**Noturno**	**UPA João Samek**
39	**10/07/2022**	**Noturno**	**UPA João Samek**
40	**14/07/2022**	**Noturno**	**UPA João Samek**
41	**16/07/2022**	**Diurno**	**UPA João Samek**
42	**19/07/2022**	**Noturno**	**UPA João Samek**

Tabela Nº3 Medicamentos do carrinho de emergência HMPGL

Medicamentos	**Apresentação**
Adenosina 6mg/2ml	Ampola
Água destilada 10ml	Ampola
Água destilada 1000ml	Frasco
Aminofilina 250mg/5ml	Ampola
Amiodarona 150mg/3ml	Ampola

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Atropina 0,5mg/ml	Ampola
Adrenalina(epinefrina 1mg/1ml)	Ampola
Bicarbonato de cálcio 8,4% / 10ml	Ampola
Dopamina 50mg/10ml	Ampola
Dobutamina 250mg/20ml	Ampola
Glicose hipertônica 50%/10ml	Ampola
Gluconato de cálcio 10% 10ml	Ampola
Hidrocortisona 500mg	Ampola/ frasco
Furosemida	Ampola
Nitroprusseto de sodio 50mg	Ampola/ frasco
Noradrenalina 4mg/4ml	Ampola
Metilprednisolona 125mg	Ampola
Cloreto de potássio 19,1% 10 ml	Ampola
Cloreto de sódio 20% 10 ml	Ampola
Cloreto de sódio 0,9%10 ml	Ampola
Nitroglicerina	Ampola
Deslanosideo 0,2mg/ml	Ampola
Terbutalina 0,5 mg/ ml	Ampola

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Tabela Nº 3 : MEDICAMENTOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA MORUMBI

Medicamentos	Apresentação
Adenosina 3mg/2ml	Ampola
Água destilada 10ml	Ampola
Aminofilina 24mg/5ml	Ampola 10ml
Amiodarona 50mg/3ml	Ampola
Atropina 0,5mg/ml	Ampola
Adrenalina(epinefrina 1mg/1ml)	Ampola
Bicarbonato de sódio 8,4% / 250ml	frasco
Bicarbonato de sódio 8,4% / 10ml	ampola
Cloreto de potássio 19,1% / 10 ml	Ampola
Cloreto de sódio 20% / 10 ml	Ampola
Cloreto de sódio 0,9% / 10 ml	Ampola
Deslanosideo 0,2mg/ml	Ampola 2 ml
Dopamina 5mg/ml	Ampola 10ml
Dobutamina 12,5mg/20ml	Ampola 20 ml
Glicose 50%/10ml	Ampola
Gliconato de cálcio 10% 10ml	Ampola
Hidrocortisona 100mg	Ampola/ frasco
Hidrocortisona 500mg	Ampola/ frasco
Furosemida 20mg/ml	Ampola 2ml
Nitroprusseto de sodio 50mg	Ampola/ frasco

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Noradrenalina 4mg/4ml	Ampola
Metilprednisolona 125mg	Ampola
Lidocaína 2% SEM VASO	Frasco 20ml
Lidocaína 2% COM vaso	Frasco 20ml
Lidocaina 20 mg /ml GEL	bisnaga 30 g
Metoprolol 1 mg / ml	Ampola 5ml
Noradrenalina 2 mg/ml	Ampola 4ml
Nitroglicerina 5mg/ml	Ampola 10ml
Nitrupusseto 25 ml/mg	Ampola 10ml
Salbutamol 0,5mg/ml	Ampola 10 ml
Salbutamol 100mcg/dose	Frasco
Sulfato de magnésio 10%	Ampola 10 ml
Terbutalina 0,5 mg/ ml	Ampola

Tabela Nº 4: MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL

Clorpromazina 25mg (5mg/ml)	Ampola 5ml
Diazepam 5mg/ml	Ampola 2ml
Fenitoina 50 mg/ml	Ampola 5ml
Fentanila 0,05mg/ml	Ampola 10ml
Flumazenil 0,5 mg/ml	Ampola 5ml
Haloperidol 5mg/ml	Ampola 1ml
Midazolam 5mg/ml	Ampola 10ml
Midazolam 5 mg/ml	Ampola 3ml

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Naloxona 0,4mg/ml	Ampola 1ml

Tabela Nº 6: MEDICAMENTOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA SMI

Fentanila 50 mcg/ml	Ampola
Midazolam 5mg/ml	Ampola
Suxametônio 100mg	Ampola
Etomidato 2mg/ml	Ampola
Propofol 200 mg/ml	Ampola
Diazepam 10 mg/ml	Ampola
Metoprolol 5 mg/ml	ampola
Epinefrina 1 mg/ml	Ampola
Norepinefrina 4 ml	Ampola
Nitroprussiato	Ampola
Dobutamina 250mg/20ml	Ampola
Hidralazina 20 mg/ml	Ampola
Clonidina 150mcg/ml	Ampola
Dopamina 5mg/20ml	Ampola
Adenosina 3 mg/20 ml	Ampola
Amiodarona 50mg/20ml	Ampola
Atropina 0,50/0,25 mg	Ampola
Furosemida 10 mg/ml	Ampola
Acido tranexamico	Ampola
Aminofilina 24mg/ml	Ampola

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Deslanosideo 0,2 mg/ml	Ampola
Fenitoina 50 mg/ml	Ampola
Haloperidol 5mg/ml	Ampola
Naloxona 0,4 mg/ml	Ampola
Clorpromazina 5 mg/ml	Ampola
Flumazenil 0,1 mg/ml	Ampola
Prometazina	Ampola
Hidrocortisona 100/500mg	Ampola
Fenobarbital 200 mg	Ampola
Tramadol	Ampola
Morfina 10 mg/ml	Ampola

Tabela Nº7: MEDICAMENTOS CARRINHOS DE EMERGÊNCIA JS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
Adenosina 6mg/2 ml	**Ampola**
Água destilada 10 ml	**Ampola**
Amiodarona 150mg/3 ml	**Ampola**
Aminofilina 24mg/ml c/10 ml	**Ampola**
Atropina 0,5mg /1ml	**Ampola**
Adrenalina (Epinefrina 1mg/1 ml)	**Ampola**
Bicarbonato de sódio 8,4% /10 ml	**Ampola**
Bicarbonato de sódio 8,4% / 250 ml	**Ampola**
Deslanosideo 0,2mg /dL c /2ml	**Ampola**

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Dopamina 5mg/ml	**Ampola**
Dobutamina 250mg	**Ampola**
Furosemida 20mg/ml	**Ampola**
Glicose hipertônica 50%/ 10ml	**Ampola**
Gluconato de cálcio 10% 10 ml	**Ampola**
Hidrocortisona 500mg	**Ampola**
Nitropusseto 4mg/4ml	**Ampola**
Nitroglicerina 50mg/ 10ml	**Ampola**
Sulfato de magnésio 50%	**Ampola**
Suxametônio 100mg	**Ampola**
Terbutalina 0,5mg / 1ml	**Ampola**
MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS	
Fentanil 0,05mg c/10ml	**Ampola**
Midazolam 5mg/ml c/3ml	**Ampola**
Midazolam 5mg/ml c/10mL	**Ampola**
Morfina 10 mg/ml	**Ampola**

TABELA Nº 8 MEDICAÇÕES PRECONIZADAS DE ACORDO COM O PESO

PESO KG	LIDOCAÍNA	CETAMINA	ROCURÔNIO	SUCCINILCOLINA				
50 KG	75 mg	3,8mL	100mg	2ml	60mg	6 mL	50 mg	5 mL
60 KG	90 mg	4,5 mL	120mg	2,4 mL	72mg	7,2 mL	60mg	6 mL

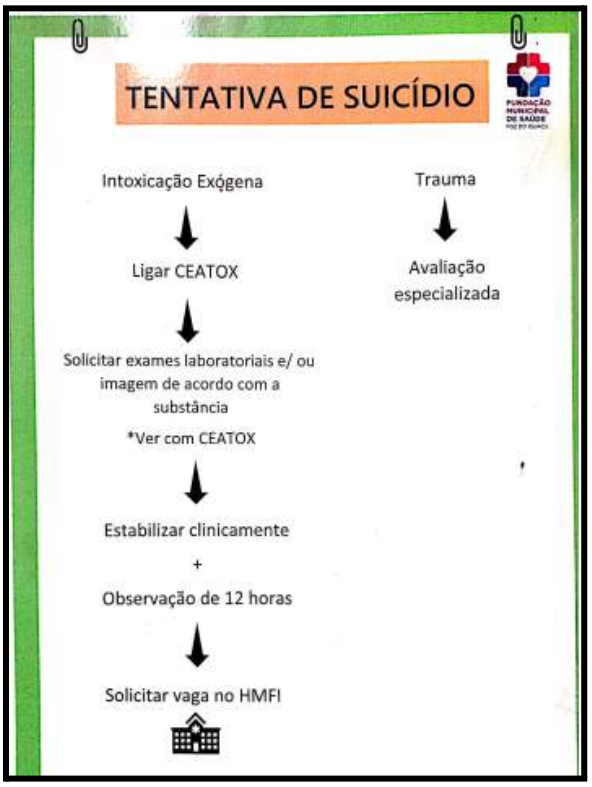
Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

70 KG	105 mg	5,3 mL	140mg	2,8 mL	84mg	8,4 mL	70mg	7 mL
80 KG	120 mg	6 mL	160mg	3,2 mL	96mg	9,6 mL	80mg	8 mL
90 KG	135 mg	6,8 mL	180mg	3,6 mL	108mg	10,8mL	90mg	9 mL
100 KG	150 mg	7,5 mL	200mg	4 mL	120mg	12 mL	100mg	10 mL
110 KG	165 mg	8,3 mL	220mg	4,4 mL	132mg	13,2mL	110mg	11 mL
120 KG	180 mh	9 mL	240mg	4,8 mL	144mg	14,4mL	120mg	12 mL

Fonte : UPA joao samek. Adaptado pelo autor.

Fluxogramas da UPA João Samek

Figura 16. Fluxogramas da UPA João Samek- **Tentativa de suicidio**



Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura Nº17 Fluxogramas da UPA João Samek-**Gestante com quadro psiquiátrico**

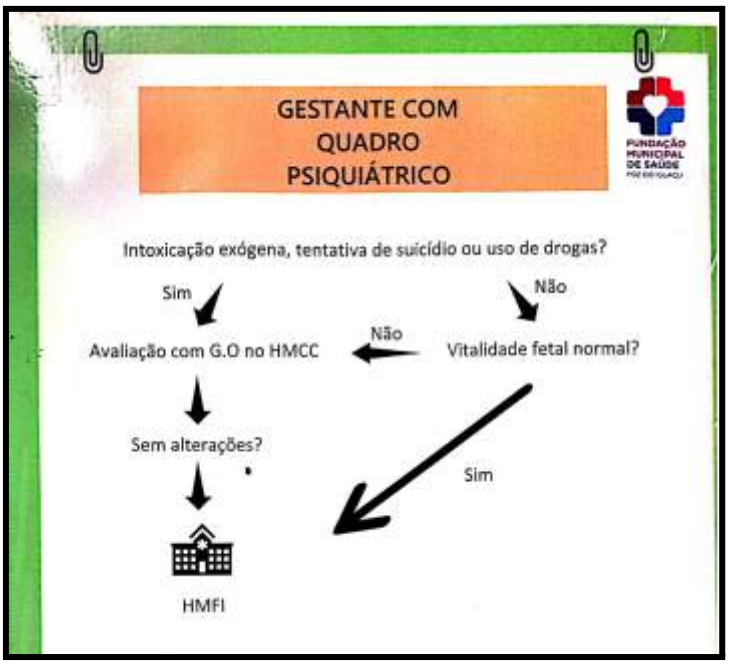
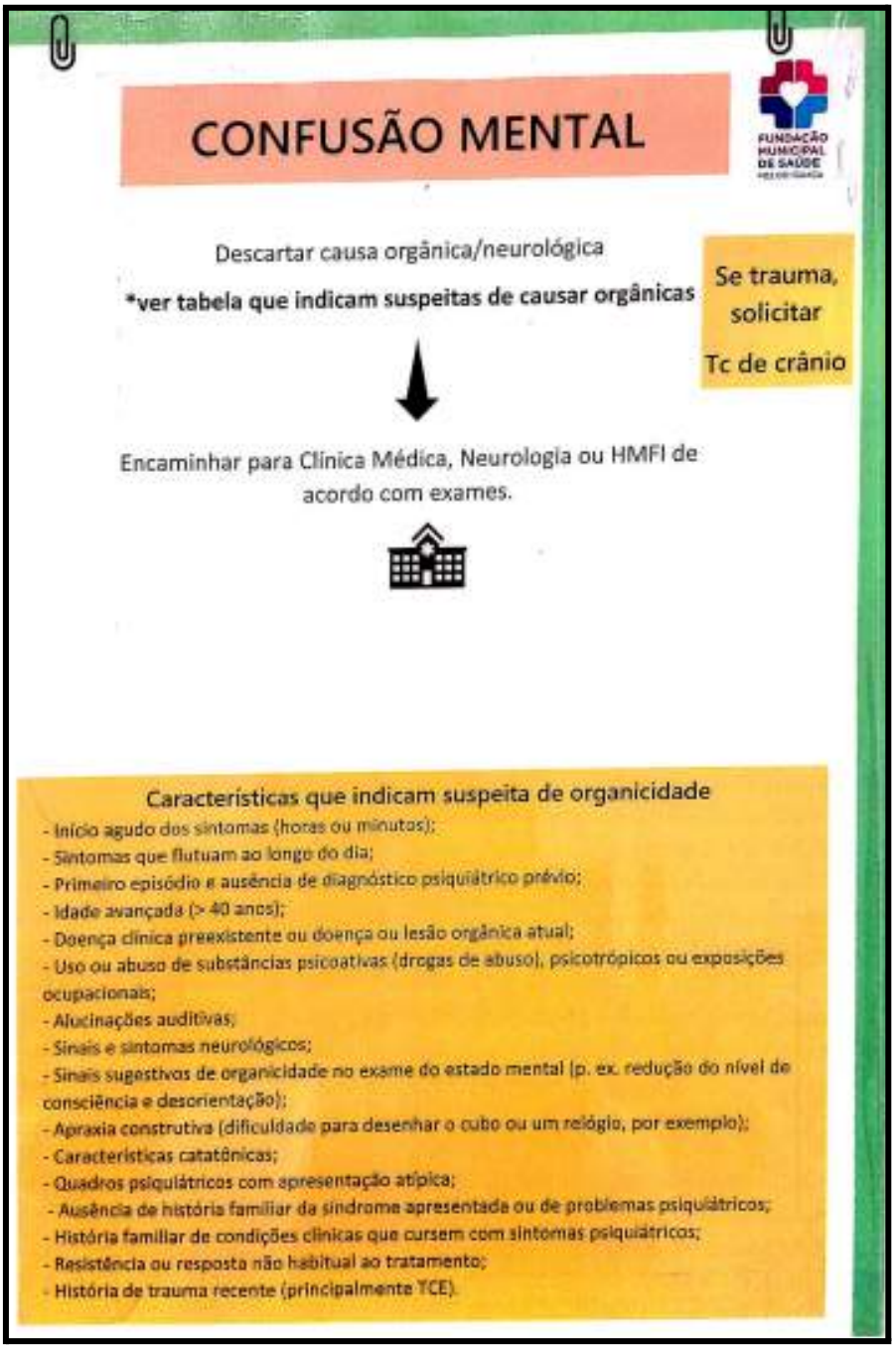


Figura Nº18 Fluxogramas da UPA João Samek- **Comportamento suicida**

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

Figura Nº19 Fluxogramas da UPA João Samek-**Confusão mental**



CONFUSÃO MENTAL

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Descartar causa orgânica/neurológica

***ver tabela que indicam suspeitas de causar orgânicas**

Se trauma, solicitar Tc de crânio

Encaminhar para Clínica Médica, Neurologia ou HMFI de acordo com exames.

Características que indicam suspeita de organicidade

- Início agudo dos sintomas (horas ou minutos);
- Sintomas que flutuam ao longo do dia;
- Primeiro episódio e ausência de diagnóstico psiquiátrico prévio;
- Idade avançada (> 40 anos);
- Doença clínica preexistente ou doença ou lesão orgânica atual;
- Uso ou abuso de substâncias psicoativas (drogas de abuso), psicotrópicos ou exposições ocupacionais;
- Alucinações auditivas;
- Sinais e sintomas neurológicos;
- Sinais sugestivos de organicidade no exame do estado mental (p. ex. redução do nível de consciência e desorientação);
- Apraxia construtiva (dificuldade para desenhar o cubo ou um relógio, por exemplo);
- Características catatônicas;
- Quadros psiquiátricos com apresentação atípica;
- Ausência de história familiar da síndrome apresentada ou de problemas psiquiátricos;
- História familiar de condições clínicas que cursem com sintomas psiquiátricos;
- Resistência ou resposta não habitual ao tratamento;
- História de trauma recente (principalmente TCE).

Figura Nº20 Fluxogramas da UPA João Samek- **Uso de drogas**

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

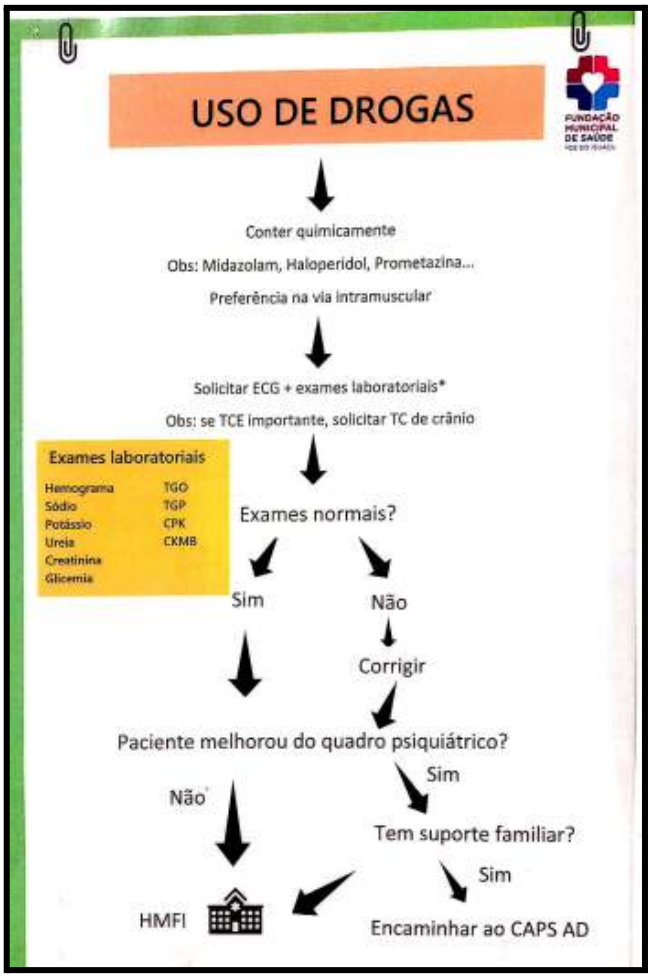
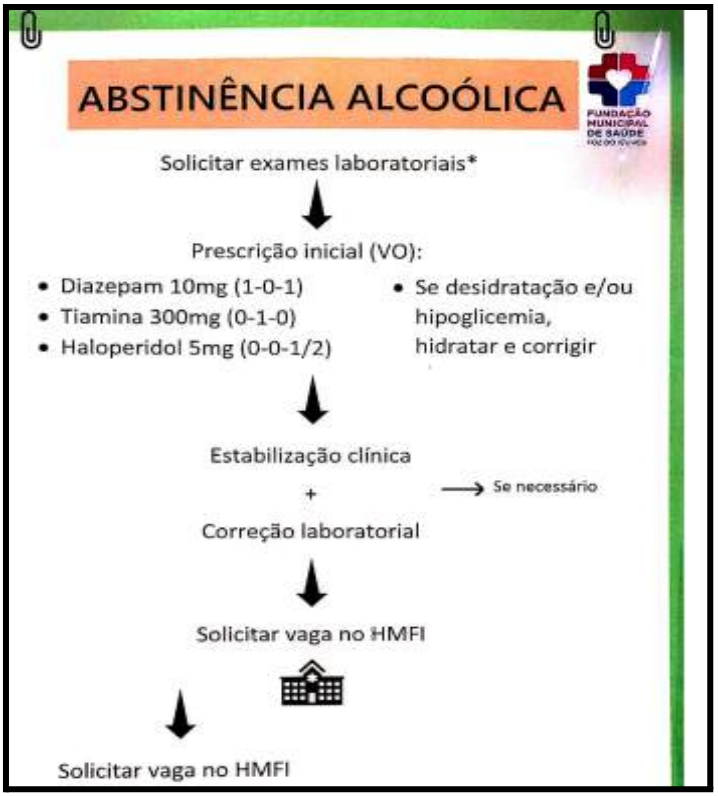


Figura Nº 21 Abstinência alcoólica



Approach to the adult patient with syncope in the emergency department - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-patient-with-syncope-in-the-emergency-department?search=sincope%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H14>. Acesso em: 10 jul. 2022.

Brasil. Ministerio da saude. Secretaria de atenção a saude. Departamento de atenção especializada. Manual instrutivo da rede de atenção às Urgências e Emergências no sistemas de Saúde(SUS)/Ministério da saúde/ Secretaria de atenção à saúde , departamento de Atenção especializada.-Brasilia: Editora do ministério da saúde , 2003.

Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulite%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3941476348>. Acesso em: 12 jul. 2022.

Celulite - Distúrbios dermatológicos. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-dermatol%C3%B3gicos/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-da-pele/celulite>. Acesso em: 17 jul. 2022.

Choledocholithiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=calculos%20biliares&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=5#H972627867>. Acesso em: 15 jul. 2022.

Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definition-clinical-manifestations-diagnosis-and-staging?search=DPOC%20epidemiologica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H263049240>. Acesso em: 19 jul. 2022.

COPD exacerbations: Management - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/copd-exacerbations-management?search

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

=dpoc%20exacerba%C3%A7%C3%A3o%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H542687361>. Acesso em: 12 jul. 2022.

Diagnostic approach to the adult with jaundice or asymptomatic hyperbilirubinemia - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-the-adult-with-jaundice-or-asymptomatic-hyperbilirubinemia?sectionName=CAUSES%20OF%20HYPERBILIRUBINEMIA&search=calculos%20biliares&topicRef=13922&anchor=H58686867&source=see_link#H58687258>. Acesso em: 11 jul. 2022.

Effect of antidepressants on suicide risk in children and adolescents - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/effect-of-antidepressants-on-suicide-risk-in-children-and-adolescents?search=tentativa%20de%20su%C3%ADcidio&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8#H14>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Evaluation of acute pelvic pain in nonpregnant adult women - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-women?search=doen%C3%A7a%20inflamat%C3%B3ria%20p%C3%A9lvica%20urge&topicRef=7581&source=see_link#H1475032012>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Initial evaluation and management of transient ischemic attack and minor ischemic stroke - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-transient-ischemic-attack-and-minor-ischemic-stroke?search=Defini%C3%A7%C3%A3o,%20etiologia%20e%20manifesta%C3%A7%C3%B5es%20cl%C3%ADnicas%20do%20ataque%20isqu%C3%AAmico%20transit%C3%B3rio&topicRef=1088&source=see_link#H2542157935>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=doen%C3%A7a%20inflamat%C3%B3ria%20p%C3%A9lvica%20urge&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H854376044>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20

PORTO, Celmo Celeno. Clínica Médica na Prática diária. 1 ed. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2016.

Rapid overview severe COPD exacerbation - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=EM%2F65420&topicKey=PULM%2F1461&search=dpoc%20exacerba%C3%A7%C3%A3o%20&rank=1~150&source=see_link>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Selective serotonin reuptake inhibitor poisoning - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitor-poisoning?search=ENVENENAMENTO%20POR%20ISRS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H29>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Syncope in adults: Epidemiology, pathogenesis, and etiologies - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-etiologies?sectionName=CAUSES%20OF%20SYNCOPE&search=syncope%20&topicRef=293&anchor=H4&source=see_link#H4>. Acesso em: 19 jul. 2022.

Triage of patients presenting with COPD exacerbation - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PULM%2F114160&topicKey=PULM%2F1461&search=dpoc%20exacerba%C3%A7%C3%A3o%20&rank=1~150&source=see_link>. Acesso em: 19 jul. 2022.

VELASCO, I.t. et al. Medicina de emergência: abordagem prática.14. ed. Barueri[SP]: Manoele,2020.

Versão Final Homologada
17/06/2023 11:20