



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

CURSO DE MEDICINA

FERNANDA BELEN ETCHEPARE

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Relatório de estágio**

**Foz do Iguaçu
2022**

FERNANDA BELEN ETCHEPARE

INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Relatório de estágio

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

Orientadora: Prof^ª. Me. Me. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2022

FERNANDA BELEN ETCHEPARE

INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Relatório de estágio

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

Orientadora: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Esp. Bruno Costa Sicuro de Moraes
UNILA

Foz do Iguaçu, ___ de dezembro de 2022

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Fernanda Belen Etchepare

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): G351099-U

E-mail: fer_etchepare2010@hotmail.com **Fone:** +54 9 375750-9765

Tipo de Documento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input checked="" type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Internato Médico em Urgência e Emergência do SUS: Relatório de estágio

Nome da orientadora: Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/12/2022

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 dezembro de 2022

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família e amigos, por cada ato realizado que me trouxe até aqui, fazer realidade o sonho de ser médica.

Fernanda Belen Etchepare

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a vida quem me deu a oportunidade de realizar este projeto de vida, agradecer por cada obstáculo presente durante todo o percorrido, já que foi o que permitiu que eu chegasse até aqui.

Minha mãe Paola, meu pai Alejandro, mia tia Claudia e Pepe, pilares indispensáveis, más desde muito antes de iniciar este curso, desde pequena, cada um de forma diferente, mas todos fundamentais para que eu persistisse em cada problema que foi se apresentado durante este caminho, obrigada por ser sustento, obrigado por acreditar.

Meu namorado Yves, quem talvez com meu Psicólogo William foi quem mais me viu chorar, agradecer aos dois por me mostrarem o lindo da vida e o valor da resiliência. O Yves obrigada por tantas gargalhadas e por fazer cada dia na faculdade mais leve por saber que tenho você do meu lado.

Meus irmãos, Luana, Candela, Camila, Bautista e Mateo, que ainda cada um deles sendo menor que eu, continuam ofertando muitas lições e consigo ver a fortaleza deles em cada logro obtido.

Minha tia Monica e minha avó Luísa, por cada gesto que vocês perceberam como mínimo, porem para mim foi tudo, desde pequena estiveram presentes para serem companheiras de filmes, defensoras de cada obstinação da minha cabeça e também quando necessário meu corretivo.

Meus amigos que devido a várias circunstâncias os encontros foram poucos ou até escassos, porem jamais foi julgado, ao contrário sempre me apoiando, obrigada pela compreensão. Os amigos que a faculdade me ofereceu, os quais dividimos estudos e lagrimas e multiplicamos a felicidade de cada matéria aprovada e cada elogio recebido.

Aos professores e preceptores que, durante estes 6 anos, me deram muito aprendizado, técnico, humano, ético e profissional, porque cada um deles inspirou o médico e a pessoa que pretendo ser e o tipo de medicina que quero fazer, obrigado por aqueles professores e preceptores que foram além de sua função, ajudando em assuntos pessoais e dando conselhos como pai/mãe.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

Frederick Herzberg

ETCHEPARE, F. B. **Internato Médico em Urgência e Emergência do SUS:** Relatório de estágio. 2022. 96. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O presente trabalho trata-se sobre o estudo e vivência no internato de urgência e emergência realizado no ano de 2022, as atividades foram feitas no cenário do SUS, sendo elas o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, e traz consigo definições, funcionamento e interligações da Rede de Urgência e Emergência, discussões éticas, sugestões de melhora para o sistema, experiência pessoais e também casos reais considerados de importância por trazer vários aprendizados, cada capítulo sendo abordado desde a perspectiva crítica, analítica e reflexiva do interno. Finalizando, salientando o destaque da importância do SUS, com a aplicação correta dos fluxos, portarias, regulações e o uso da medicina humanizada, para assim garantir a resolutividade das afecções da população que precisa da RUE.

Palavras-chave: SUS; Rede de Urgência e Emergência; Internato.

ETCHEPARE, F. B. **Internado Médico en Urgencias y Emergencias del SUS:** Informe de Internado. 2022. 96. Trabajo de Finalización de Curso de Medicina – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre el estudio y la experiencia en el internado de urgencia y emergencia realizado en el año 2022, las actividades se realizaron en el escenario del SUS, siendo el Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa y Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, y trae consigo definiciones, funcionamiento e interconexiones de la Red de Urgencias y Emergencias, discusiones éticas, sugerencias para mejorar el sistema, experiencias personales y también casos reales considerados de importancia para traer varios aprendizajes, cada capítulo siendo abordado desde la perspectiva crítica, analítica y reflexiva del pasante. Finalmente, destacando la importancia del SUS, con la correcta aplicación de los flujos, ordenanzas, reglamentos y el uso de la medicina humanizada, para garantizar la resolución de las condiciones de la población que necesita el RUE.

Palabras clave: SUS; Red de Urgencias y Emergencias; Internado.

ETCHEPARE, F. B. **Medical Internship in Urgency and Emergency of the SUS:** Internship report. 2022. 96. Medical Course Completion Work – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The present work is about the study and experience in the urgency and emergency boarding school carried out in the year 2022, the activities were carried out in the SUS scenario, being the Municipal Hospital Padre Germano Lauck, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa and Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, and brings with it definitions, operation and interconnections of the Urgency and Emergency Network, ethical discussions, suggestions for improving the system, personal experiences and also real cases considered of importance for bringing several lessons learned , each chapter being addressed from the critical, analytical and reflective perspective of the intern. Finally, highlighting the importance of the SUS, with the correct application of the flows, ordinances, regulations and the use of humanized medicine, in order to guarantee the resolution of the conditions of the population that needs the RUE.

Keywords: SUS; Urgency and Emergency Network; Boarding school.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABD	Abdômen
AIT	Acidente isquêmico transitório
AVC	Acesso venoso central
AVCi	Acidente vascular cerebral isquêmico
BEG	Bom Estado Geral
BNF	Bulhas Normofonéticas
BNM	Bloqueio Neuromuscular
BPM	Batimentos por Minuto
CP	Comprimido
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DVA	Droga Vaso Ativa
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ECG	Eletrocardiograma
FC	Frequência Cardíaca
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAD	História da Doença Atual
HC	Hospital Cataratas
HCTZ	Hidroclorotiazida
HF	História Familiar
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica Pgressa
HS	História Social
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corpora
IOT	Intubação Orotraqueal
IRPM	Incursões Respiratórias por Minuto
ITU	Infecção de Trato Urinário
LOTE	Lúcido, Orientado no Tempo e no Espaço
MMII	Membros Inferiores

MMSS	Membros Superiores
MV	Murmúrio Vesicular
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PIC	Pressão intracraniana
PNM	Pneumonia
PS	Pronto Socorro
QP	Queixa Principal
REG	Regular Estado Geral
RAU	Rede de Atenção a Urgência
RHA	Tupidos Hidroaéreos
RNC	Rebaixamento de nível de consciência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SNE	Sonda Nasoenteral
SVD	Sonda vesical de Demora
SMI	São Miguel de Iguaçu
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VA	Vias Aéreas
2T	Em dois tempos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Fluxo de atendimento de RUE.....	21
Ilustração 2. Classificação de risco.....	23
Ilustração 3. Radiografia de tórax em PA (Póstero-Anterior)	51
Ilustração 4. Radiografia de tórax perfil	51
Ilustração 5. Fluxograma de atendimento de taquiarritmia	57
Ilustração 6. TC de crânio do paciente	68
Ilustração 7. TC de crânio do paciente	69
Ilustração 8. Signos de Grey Turner e do Cullen	78
Ilustração 9. Antibioticoterapia para ITU	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Score CHA2DS2-VASc.....	59
Tabela 2. Sinais de alarme em pacientes com dor abdominal aguda.....	74
Tabela 3. Infecção aguda complicada do trato urinário	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Linha de tempo dos exames do 15/05 a 19/05.....	44
Quadro 2. Classificação da gravidade da Asma.....	63
Quadro 3. Score de Glasgow	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1.	AS REDES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	18
2.2.	MANEJO DOS PACIENTES EM TITULARIDADE ESTUDIANTE.....	29
2.2.1.	Caso 1 - antes do coração parar já estava morta.....	29
2.2.1.1.	Anamnese.....	29
2.2.1.2.	Exame físico.....	30
2.2.1.3.	Diagnóstico.....	30
2.2.1.4.	Exames Complementares.....	30
2.2.1.5.	Conduta inicial.....	31
2.2.1.6.	Discussão.....	32
2.2.2.	Nem todo edema é ICC.....	35
2.2.2.1.	Anamnese.....	35
2.2.2.2.	Exame físico.....	36
2.2.2.3.	Diagnósticos.....	36
2.2.2.4.	Exames complementares.....	36
2.2.2.5.	Conduta inicial.....	36
2.2.2.6.	Discussão.....	37
2.2.3.	Isso causa a dengue?.....	40
2.2.3.1.	Anamnese.....	40
2.2.3.2.	Exame físico.....	41
2.2.3.3.	Diagnósticos.....	41
2.2.3.4.	Exames complementares.....	41
2.2.3.5.	Conduta.....	42
2.2.3.6.	Discussão.....	42
2.2.4.	PNM ou ICC?.....	48
2.2.4.1.	Anamnese.....	48
2.2.4.2.	Exame físico.....	48
2.2.4.3.	Diagnósticos.....	49
2.2.4.4.	Exames complementares.....	49
2.2.4.5.	Conduta inicial.....	49
2.2.4.6.	Discussão.....	49

2.2.5. Meu coração está indo muito rápido.....	54
2.2.5.1. Anamnese	54
2.2.5.2. Exame físico	54
2.2.5.3. Diagnósticos	55
2.2.5.4. Exames complementares	55
2.2.5.5. Conduta inicial	55
2.2.5.6. Discussão	55
2.2.6. Ai meu DEUS! Me ajuda ai	59
2.2.6.1. Anamnese	59
2.2.6.2. Exame físico	60
2.2.6.3. Diagnósticos	60
2.2.6.4. Exames complementares	61
2.2.6.5. Conduta inicial	61
2.2.6.6. Discussão	61
2.2.7. Não sabemos que aconteceu	65
2.2.7.1. Anamnese	65
2.2.7.2. Exames físico	65
2.2.7.3. Diagnósticos	66
2.2.7.4. Conduta	66
2.2.7.5. Discussão	66
2.2.8. Ontem eu estava super bem	71
2.2.8.1. Anamnese	71
2.2.8.2. Exame físico	72
2.2.8.3. Diagnóstico	72
2.2.8.4. Exame complementares	72
2.2.8.5. Conduta inicial	72
2.2.8.6. Discussão	72
2.2.9. Isso não é pela tosse?	75
2.2.9.1. Anamnese	75
2.2.9.2. Exame físico	75
2.2.9.3. Diagnóstico	76
2.2.9.4. Exames complementares	76
2.2.9.5. Conduta inicial	76
2.2.9.6. Discussão	77

2.2.10. Muita ardência Dra!	81
2.2.10.1. Anamnese	81
2.2.10.2. Exame físico	81
2.2.10.3. Diagnóstico.....	81
2.2.10.4. Exames complementares	81
2.2.10.5. Conduta inicial	82
2.2.10.6. Discussão	82
2.3. RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL.....	84
2.4. SUGESTOES PARA MELHORA DO SISTEMA – OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL, UPA JOÃO SAMEK, UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA, PRONTO SOCORRO DE SÃO MIGUEL E SAMU FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL.....	90
2.5. CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA	91
REFERÊNCIAS.....	94

1 INTRODUÇÃO

Para iniciar este relato é necessário compreender os conceitos de urgência e emergência que, segundo o conceito formal do Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.451 (1995), temos que urgência é a ocorrência imprevista de um problema de saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessite de assistência médica imediata e a emergência é o achado médico de condições de saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, motivo pelo qual requerem tratamento médico imediato.

O objetivo deste trabalho é relatar as experiências vividas no módulo obrigatório de urgências e emergências do SUS durante o internato médico do quinto ano, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e as percepções sobre cada experiência durante o estágio realizado entre o município de São Miguel do Iguaçu e o município de Foz do Iguaçu e os quatro cenários de prática: Complexo Hospitalar Municipal Pronto Assistência 24H São Miguel de Iguaçu, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Durante este módulo foi possível realizar vários procedimentos médicos, acompanhar e orientar consultas, colocando todo o nosso conhecimento teórico e prático, tudo isto com a ajuda de profissionais médicos. Cada caso clínico proporcionou um gigantesco aprendizado para nossa formação como médicos.

O cenário de urgência e emergência tem maior demanda de atitudes, habilidades e competências, o que nos permite melhorar nosso desempenho, ser mais proativos e adquirir conhecimentos técnicos e práticos, permitindo desenvolver habilidades relacionadas ao nosso comportamento e postura no trabalho; como ter equilíbrio emocional para enfrentar as pressões e situações complicadas que enfrentamos todos os dias no pronto-socorro, como persistir além dos erros e aprender com eles, principalmente como se comunicar com os pacientes através da empatia que eles precisam em estado de vulnerabilidade.

O módulo inclui datas entre 13 de abril e 19 de julho deste ano. A carga horária obrigatória a ser cumprida durante a semana é de 36 horas, divididas em 3 plantões de 12 horas cada, totalizando 42 plantões durante os quatro meses.

Espero expor neste relato toda a minha experiência e aprendizado de qualidade, tanto experiências quanto casos clínicos e procedimentos realizados durante o módulo de urgências e emergências como internato médico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. AS REDES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Primeiramente gostaria de iniciar pelo básico, a definição, se estamos falando de rede, estamos falando de vários pontos que se interligam, e quais são eles? Então segundo meu entender, esta rede consta de promoção e prevenção, sala de estabilização, força nacional do sus, SAMU, UPA 24 HS, atenção hospitalar e atenção domiciliar, estes seriam os componentes "tangíveis", estes componentes devem funcionar de forma integrada, articulada e sinérgica e em cada desses componentes devem estar presentes o acolhimento, qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso.

Há alguns elementos que gostaria de expor, primeiramente a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que segundo o artigo 10 da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, podem ser definidas como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária interligando a UBS/USF e a rede hospitalar. devem proporcionar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes e realizar a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (BRASIL, 2011b). Seguidamente, a atenção hospitalar que conforme artigo 11, é constituída pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. Então, trazendo esses conceitos para a realidade, em Foz de Iguaçu, como atenção hospitalar temos o HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck), que consta de vários setores como unidade de cuidados intermediários (UCI), unidade de fluxo rápido (pacientes de ortopedia), unidade de internação cirúrgica, clínica médica, unidade de internação de ortopedia, unidade de internação pediátrica, unidade de internação psiquiátrica, unidade terapia intensiva (UTI) e a unidade de observação de PS geral, este último pode ser dividido em dois setores, sendo um deles a observação que seria o local destinado aos pacientes estáveis, e logo a parte de emergência que constitui o local para atender aos pacientes com um quadro que precisa monitorização contínua ou com chance de desestabilização mais rápida.

Também faz parte do componente hospitalar, o HMCC (Hospital Ministro Costa Cavalcanti), o qual é referência para os quadros clínicos associados a cardiologia, UTI pediátrica, oncologia, ginecologia e obstetrícia. Outro componente presente na RUE de Foz do Iguaçu é a UPA, o município de Foz do Iguaçu possui duas UPAs de funcionamento 24hs, ambas estão amplamente estruturadas e contém equipamentos para dar suporte e estabilização a pacientes que precisam de atenção imediata, dispõem de sala acolhimento, 6 consultórios destinados a atendimentos não urgentes, sala de medicação, sala de epidemiologia, sala amarela contendo 18 leitos fixos, sala de radiografia, sala de observação pediátrica e sala vermelha com 4 leitos para estabilização. Por último, mas não menos importante, o SAMU e o SIATE também conformam a RUE Foz do Iguaçu.

Em São Miguel do Iguaçu existem os mesmos componente que em Foz do Iguaçu, unicamente organizados de outra forma, encontra-se o complexo hospitalar, ele funciona como uma UPA mas também como Hospital, para entender melhor vou explicar a estrutura física do hospital, está dividido em setores, no primeiro piso temos os consultórios onde são atendidos os paciente classificados como não urgentes (azul), pouco urgentes (verde) e algumas vez os casos de urgência (amarelo), no segundo piso situam-se os pacientes internados e no terceiro piso está a sala de estabilização de urgência (laranja/vermelha), local por onde entram as ambulâncias do SAMU e SIATE. Também no subsolo encontra-se o centro cirúrgico e os pacientes pós-cirúrgicos.

Portanto, como não há outro local de atendimento de urgência e emergência, todas as intercorrências são reguladas para o complexo hospitalar, sem importar sua natureza, após a estabilização avalia-se se o paciente precisará passar a um nível de maior complexidade devido ao quadro clínico, falta de recursos ou devido a necessidade de avaliação de um especialista, o qual na maioria dos casos a referência é o HMPGL, a exceção de casos oncológicos que devem ser regulados para Cascavel. Então em SMI há um complexo que ao mesmo tempo funciona como UPA e também consta do SIATE e SAMU.

Em foz de Iguaçu e em SMI existe o serviço pré- hospitalar móvel, um de estes componentes é o SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência) ele é parte fundamental da RUE, este serviço não funciona em todo o Brasil, neste caso funciona através de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) e a

Prefeitura Municipal de Curitiba, com o objetivo de oferecer o serviço pré hospitalar a pacientes de trauma em emergência, o serviço tem um médico coordenador do SIATE, que junto com o Chefe de Operações do Corpo de Bombeiros, avaliam e decidem que medidas precisam ser adotada e se precisa o deslocamento do médico até o local. O SIATE é acionado através do número 193, e o médico regulador conforme o quadro clínico do paciente em conjunto com sinais vitais, deverá regular o paciente para o local mais adequado para realizar o tratamento. Eles atendem ocorrências como acidentes de trânsito, incêndios, afogamentos, vítimas por arma de fogo etc.

Também está o SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), o segundo serviço pré-hospitalar, este componente é um pouco mais complexo, já que pode ser dividido em duas partes conceitualmente falando, já que na realidade ambos elementos funcionam de forma articulada e inseparáveis, ainda assim a primeiro elemento menos tangível seriam as centrais de regulação medica de urgências e a segunda o elemento mais explícito que seriam as ambulâncias, que na verdade tem um processo mais complexo por trás, que um mero meio de transporte. Em relação a esta última, o objetivo é proporcionar um atendimento precoce e resolutivo ante agravos de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátricas mediante o fornecimento do transporte adequado, que podem ser Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB, transporte com no mínimo dois profissionais (condutor e téc. enfermagem), a Unidade de Suporte Avançado Terrestre (USA) composta por no mínimo 3 profissionais (condutor, enfermeiro e médico) e motolância (condutor que é tec de enfermagem ou enfermeiro) também existe equipe de aeromédico e equipe de embarcação que não conformam a rede de Foz. Em SMI no momento só se encontra funcionando a USB.

O SAMU pode ser acionado através do 192, linha telefônica gratuita, que pode ser acionada de vias públicas, domicílio ou desde um estabelecimento de saúde (UBS, UPAs e Hospitais), essa chamada tem um fluxo operacional, que passa por vários profissionais de acordo a necessidade do atendimento, o fluxo pode ser dividido em três etapas, na primeira é acionado o SAMU, o primeiro atendimento é realizado por um técnico auxiliar de regulação médica (TARM), quem incumbe colher a localização, saber o numero de vítimas, a natureza do agravo e também identificar se é uma demanda real, logo disso o TARM define o fim da chamada com as orientações adequadas ou se dá seguimento passando a segunda etapa, transferindo o

atendimento ao médico regulador (MR) quem realiza diagnóstico sintrômico e classificação de gravidade, em 4 níveis:

Nível 1 (vermelha) prioridade absoluta > USA

Nível 2 (Amarela) prioridade moderada > USA/ USB

Nível 3 (Verde) prioridade baixa > USB

Nível 4 (azul) prioridade mínima > USB

Em cada nível está indicado qual seria o transporte mais correto de acordo com a classificação, lembrando que em Foz de Iguaçu em horários de maior congestão das ruas, e/ou casos mais graves as motolâncias chegam primeiro e conseguem ser mais rápidos. Logo que a classificação é realizada compete ao rádio operador (RO) realizar a liberação das viaturas. Quando a equipe chega no local da ocorrência, eles passam as informações da forma mais completa possível para o MR que irá indicar o estabelecimento de saúde de referência para as vítimas, tanto o RO como o MR só dão por encerrado o atendimento quando os pacientes chegam no local e as viaturas são liberadas. A imagem a continuação simplifica de forma gráfica este fluxo, achei muito interessante, para conseguir entender o funcionamento de forma muito nítida.

Ilustração 1. Fluxo de atendimento de RUE



Fonte: ARATANI, 2016.

Conseqüentemente, o segundo elemento que seria a regulação, o princípio de esta é sustentar a vida da pessoa, portanto quando um paciente encontra-se em um local onde os recursos não são suficientes para sustentar a vida ou aliviar a queixa do pacientes, ele deve ser transferido a outro ponto da rede, e esta transferência é realizada pela central de regulação, que uma estrutura física onde se encontram vários profissionais capacitados para poder ordenar, orientar, classificar e priorizar a necessidades das pessoas e profissionais que as acionam.

Como mencionado acima a regulação deve ordenar e priorizar os atendimentos, por conseguinte os pacientes que não encontra-se com risco iminente

de morte, passam por um processo de regulação diferentes aos pacientes que são classificados com emergência, sendo assim os pacientes de menor risco de morte devem ser inseridos em uma plataforma chamada G-SUS, esta é a plataforma da macro regulação, em esta plataforma são colocados todos os dados da história clínica do paciente como anamnese, exame físico, exames laboratoriais, condutas adotadas e o local onde você deseja que ele seja transferido de acordo com o centro de referência, logo que o paciente é inserido, a central de regulação avalia o caso, e solicita a transferência para o local de referência de acordo aos dados que foram coletados, seguidamente o local de referência deve responder esta solicitação, muitas vezes eles solicitam uma informação a mais, ou algum exame complementar, e finalmente existem os dois extremos, o paciente é negado (com ou sem justificativa) ou o paciente é aceito (aguardando disponibilidade de vaga ou o paciente já pode ser encaminhado), compete a regulação conferir se realmente não há vagas, quando o paciente já foi aceito.

Outro ponto extremamente importante que deve ser destacado e consegui aprender durante o estágio, é a famosa “vaga zero”, consiste em uma ferramenta que o médico regulador pode fazer uso para assegurar o acesso do paciente ao serviço onde precisa ser referenciado, ainda que o local esteja superlotado de pacientes, parece a solução para a maioria dos problemas na regulação, porém ela tem “efeitos colaterais”, quando o paciente ingresa a um serviço que está superlotado, gera uma defasagem de atendimentos a todos os pacientes internados neste serviço, já que a quantidade de profissionais deveria ser planejada com base a quantidade de leitos disponíveis. Obviamente, ela tem condições, só deve ser utilizada quando o paciente se encontra em estado de extrema gravidade correndo perigo de vida e caso de ser utilizado deve existir comunicação direta do médico regulador com o médico recetor para conseguir se preparar da melhor forma com os recursos, e será aplicado quando o médico regulador achar necessário a utilização. É um recurso excelente, potente e efetivo, mas deve ser usado cuidadosamente, cumprindo o protocolo, ponderando os benefícios para o paciente e os malefícios para a rede.

Por fim, outro termo fundamental e sumamente necessário que precisa abordagem nesta discussão da RUE, é a classificação de risco e acolhimento, existem vários tipos de ferramentas para a classificação de risco, porém unicamente irei do sistema de Manchester, que é utilizada tanto no complexo hospitalar SMI como nas UPAS de Foz Iguaçu, pode se observar que são 5 categorias, e cada uma delas tem

um número, um nome, uma cor e um tempo aceitável para primeira avaliação médica. O objetivo da classificação de risco é definir uma prioridade de clínica, ordenar e organizar a fila de espera de acordo com a condição clínica, ainda assim é importante que seja feito em conjunto com o acolhimento, lembrando que o usuário está fragilizado ou em sofrimento, este acolhimento não é destinado unicamente a um setor, senão a uma atitude de toda a equipe e em todo momento.

Ilustração 2. Classificação de risco



Fonte: UNASUS, 2018

Para que discussão e o texto fique melhor organizado, decidi separar o que está escrito nas portarias e o que acontece na realidade, dividindo em cidades, por um lado Foz do Iguaçu e por outro São Miguel, ainda que elas acabam se conectando e muitas das suas falhas e acertos são compartilhados.

Na RUE em Foz do Iguaçu, Para começar, gostaria de iniciar pela dinâmica de funcionamento que consegui observar no HMPGL, quando estava fazendo os últimos plantões no HMPGL, estavam sendo aplicadas muitas mudanças no serviço,

como por exemplo a implementação de ser um serviço de portas abertas, quando previamente não era assim, anteriormente só conseguiam entrar os pacientes trazidos por viaturas do SIATE e SAMU, porém esta porta aberta não está sendo divulgada para a população, foi aberto uma sala de triagem com 3 leitos que possuem equipamentos para monitorização, nesse lugar também entram os pacientes que são trazidos da UPA e vão para observação, lembrando que anteriormente eles tinham acesso direto para o leito de emergência, agora aguardam na triagem até o médico avaliar a necessidade de internação ou até necessidade que seja encaminhado para parte de emergência. O fato de transformar o HMPGL portas abertas achei uma mudança que pode ser positiva para a população, porém que deve ser bem aplicada tendo em consideração o fluxo esperado de pacientes, se não logo se converteria em uma terceira UPA, também deve haver um fluxo de atendimento pré-estabelecido, porque quando iniciou-se este novo fluxo, o mesmo médico que atende a triagem é o médico que está encarregado dos pacientes da observação do PS, situando que em média são no mínimo 15 pacientes nos leitos de observação, se a triagem começa a ter demanda alta de pacientes um dos dois setores ficará desatendido, podendo trazer resultados trágicos.

Continuando a mesma lógica, um ponto extremamente a ser abordado e solucionado na rede de UE de Foz de Iguaçu é a superlotação, durante o estágio no HMPGL me deparei com cenários de filme de guerra, os corredores lotados de pacientes gritando de dor, técnicos e enfermeiros correndo pelos corredores em busca de materiais, pacientes extremamente grave precisando de intervenção médica imediata e médicos querendo escapar do plantão (de fato o Dr que estava na escala, chegou, mas logo viu o cenário conversou com outro médico, para realizar a troca). Infelizmente devo dizer que não foi a única vez que me deparei com uma situação tão triste assim, iniciando os estágios nas UPAs percebi que a mesma situação era repetida, todos os corredores cheios de pacientes, a rede de urgência e emergência de Foz está superlotada. Então qual é a parte que está falhando? É a pergunta que eu me fiz, portanto comecei a observar que para a maioria de esses pacientes internados na UPA, existia uma solicitação de transferência e a grande maioria para o HMPGL, ao mesmo tempo o Hospital encontrava-se sem vagas disponíveis, segundo o Conselho Federal de Medicina o tempo máximo de permanência dos pacientes nos serviços hospitalares de urgência e emergência, é no máximo de 24 horas, logo passado esse período o paciente deve ser internado ou transferido, e essa

transferência não está sendo possível, devido a que clínica médica, UCI e UTI não tem vaga para receber os pacientes.

Sendo assim, o problema parece ser a falta de leitos, porém há duas coisas a ressaltar, a primeira que dentro do hospital me deparei com setores com leitos vazios, setor que foi utilizado durante a pandemia, entendo que o problema não é estrutural, senão a falta de recursos humanos para readequar e equipar esse setor, é transformá-lo na especialidade que mais seja solicitada, assim conseguir um fluxo dinâmico no setor de urgência e emergência, e por conseguinte lograr esse mesmo mecanismo nas UPAs. Contudo, seguindo as determinações do Conselho Federal de Medicina, quando há superlotação é responsabilidade do diretor técnico do Hospital, prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes.

Da mesma forma que há superlotação nos serviço de atenção de urgência e emergência, há desfalque na atenção médica, como comentei acima, no setor de observação de urgência e emergência, acha-se em média uns 15 pacientes, e para todos eles só tem um médico responsável, considerando o que diz o CFM, se deve dispor de 1 médico para cada 8 leitos aproximadamente, então mesmo sem a superlotação, o médico já está atendendo mais pacientes do que deveria, e isso na parte de urgência ainda é pior porque na sala de reanimação de pacientes graves deveria existir 1 médica cada 2 leitos, e na realidade o médico plantonista é responsável por 4 leitos de reanimação e pelo menos uns 10 pacientes mais que precisam de monitorização contínua com risco de vida. É um triste panorama que a cidade de Foz de Iguaçu está atravessando, porque nessas circunstâncias o principal afetado é o paciente, o plantonista muitas vezes atende a todos os pacientes de forma mais superficial ou atende integralmente a metade dos internados.

Com relação ao fluxo de pacientes e a regulação nas UPAs, primeiramente os pacientes que precisam ser encaminhados para HMPGL, são colocados no RP-saúde (o sistema de prontuário eletrônico utilizada nas UPAs) e ali mesmo é solicitado a transferência, esse pedido chega diretamente a central de leitos do HMPGL, sem passar pela macro regulação, e como foi falado anteriormente, a função da UPA é estabilizar o paciente e avaliar a necessidade de atenção especializada num maior nível hospitalar, os casos mais comuns que são solicitado a transferência, são paciente em IOT, AVC, PNM e casos psiquiátricos, conversando com a enfermeira refere que a maioria das ocasiões o paciente melhora ou em casos mais grave o paciente vai a óbito e a vaga continua sem ser aceita, então ainda que a transferência

seja uma comunicação direta (já que não passa pela macro regulação), demora bastante tempo em ser transferido, já observei pacientes em IOT com drogas vasoativas aguardando vaga há mais de 5 dias. Contextualizando como essa situação atrapalha, a sala vermelha consta de 3 leitos e um quarto de isolamento, então se a transferência do paciente demora, resultará numa aglomeração de pacientes devido a indisponibilidade de leitos e os pacientes que chegarem deverão ficar em macas no corredor atrapalhando o funcionamento, sem mencionar de que não terão monitoramento por falta de recursos.

Seguidamente, os pacientes das UPA's que precisam regulação até o HMCC, precisam ser inseridos no sistema G-SUS, e ali sim passa pela macro regulação, onde o processo torna-se ainda mais lento, este Hospital é referência para os casos oncológicos, UTI pediátrica, cardíacos e ginecologia-obstetrícia, porém os pacientes que realmente precisam de ser trasladados são os cardiopatas, mas especificamente os pacientes com infarto. Acontece e provavelmente continuará passando que esses pacientes com sinais eletrocardiográficos que sugerem infarto são transferidos para a UPA/HMPGL para avaliar a curva e troponina, tendo muita demora então para iniciar o tratamento. Claro que essas alterações não são específicas para infarto, mas na minha visão, para agilizar o fluxo, então o HMCC deveria fazer a triagem inicial deste paciente e descartar a possibilidade de que seja um infarto e logo referenciar para UPA/Hospital. Em contrapartida, a realidade é a seguinte, o paciente apresenta dor torácica, associado a ECG sugestivo a infarto, o SAMU regula o paciente a UPA/Hospital, lá solicitam enzimas cardíacas, seguido da solicitação de vaga no HMCC, o paciente não é aceito até apresentar enzimas cardíacas elevadas. Isso acaba atrapalhando a situação do paciente, muitas vezes perdendo a janela para realizar a reperfusão coronariana, por causa de uma regulação errada, perdendo o famoso e conhecido, "o tempo é músculo".

Por último, existe uma regulação que é a exceção da UPA, a de ortopedia, ou seja, os pacientes que precisam de avaliação do especialista são inseridos no RP-saúde, e são aceitos em menos de uma hora, são transferidos pelo transporte da UPA (sempre que o paciente esteja estável), parece uma notícia boa, porém antes era ainda melhor, tinha o ortopedista na própria UPA, onde os pacientes precisavam aguardar ainda menos tempo, e o fluxo era bem rápido para conseguir transferir o paciente.

Por último, um ponto que considero que precisa ser melhorado é a capacitação de profissionais que realizam a classificação de risco e acolhimento, já que muitas vezes na sala vermelha da UPA, trazem um paciente classificado como vermelho, e avaliando o paciente essa classificação não é a adequada, o maior problema é quando a equipe está realizando procedimentos nos pacientes internados ou aconteceu uma intercorrência, e chega um paciente classificado erroneamente, aí o médico deve parar o procedimento para avaliar, e é constatado que não precisava avaliação imediata na sala vermelha, senão atendimento a amarela e às vezes até poderia ser atendido no consultório.

Na RUE em São Miguel de Iguaçu, a Rede de Atenção de Urgência e Emergência (RUE) contém diretrizes para assim conseguir orientar a sua implementação, das 16 mencionadas na bibliografia gostaria de dar atenção a algumas, como por exemplo "Formação De Relações horizontais, articulação integração entre os pontos atenção, tendo atenção básica como centro de comunicação" é um ponto que eu consegui observar nitidamente em São Miguel do Iguaçu (SMI), cada paciente que recebia alta hospitalar, levava consigo uma "cartinha" para o posto, onde era colocado os motivos pelos quais o paciente ficou internado, às condutas realizadas e também que gostaria de que fosse abordado na UBS, nenhum dos pacientes que acompanhe a alta saíram sem essa cartinha, acho importante porque quando realizei o estágio na Atenção básica o paciente não era encaminhado com um papel, só eram falas, e os pacientes não conseguiam transmitir o motivo da internação e muito menos o que foi realizado, gerando uma barreira com a urgência e emergência; Já no HMPGL até o momento não foi realizada nenhuma alta, devido a que os casos são mais graves e logo de ser estabilizados são transferidos para o setor específico como UTI, UCI, Clínica médica etc.

Outra diretriz a destacar é a classificação de risco, em SMI utilizam a classificação de Manchester, o qual me fez duvidar se está sendo utilizada da forma correta, já que me deparei com a seguinte situação um mulher de 40 anos, com todos os sinais vitais estáveis e o motivo da consulta é "dor em membros superiores há 3 meses" e foi classificada como pouco urgente (verde), nesse momento não fez diferença já que era a única paciente, porém se houvesse sido um dia com muitos pacientes e menos médicos? alguém que realmente deveria ser classificada como pouco urgente ia perder a vaga, quando na verdade está paciente deveria ser classificada como não urgente (azul), já que não apresentava nenhum sinal de

gravidade e sua queixa era de longa data, então existe uma classificação porém ela não está sendo bem utilizada, talvez fosse necessário um treinamento, ou adaptação, só que essa classificação errada me leva a pensar que os profissionais que a realizam não compreende da importância da correta utilização, e os profissionais que não a utilizam não entendem suas falhas, então esse é uma diretriz que deveria ser melhorada em SMI.

Na parte inicial deste capítulo, foi mencionado como funciona e para que serve a regulação, Em SMI não funciona de forma tão efetiva como deveria ser, visto que há pacientes instáveis, intubados, com droga vasoativa e outras condições que colocam em risco a vida do paciente, sendo classificado como urgência, nesse caso o plano seguir é entrar em contato com o 192, para realizar a regulação do paciente para um estabelecimento de maior complexidade, porém a central de regulação solicita que o paciente seja colocado no sistema de transferência G-SUS através da macro regulação. Este funcionamento da regulação ocasiona uma demora no atendimento e na resolutividade da urgência, muitas vezes o médico de SMI teve que ligar ao estabelecimento de referência e conversar diretamente com o médico plantonista para que o caso seja aceito, ou seja a regulação passa a ser feita pelos próprios plantonistas do setor, e não pela central, que deveria ser o correto, pessoalmente é um assunto que me preocupou muito, então conversando com os médicos perguntei se este problema aconteceu em outro estado ou cidade onde já trabalharam e eles relataram unanimemente que este falho na regulação acontece unicamente em Foz. Um ponto a salientar é que, ainda que nunca seja cumprido o protocolo para a regulação, os médicos de SMI continuam realizando os procedimentos corretos.

Apesar disso há falhas que provavelmente sejam solucionadas com capacitações aos médicos, quando estava realizando o estágio no HMPGL, deu entrada ao serviço um paciente proveniente de SMI, regulado como vaga zero, o paciente ingressou deambulando, estável, orientado e que após a avaliação do médico foi dado de alta no mesmo dia. Pode até ser uma falha na regulação, porém quem solicitou a transferência por vaga zero foi o Médico de SMI, então para que o médico regulador concordasse com a conduta, algum dado da história clínica foi passado errado. Também reparei que quando o paciente é regulado com vaga zero não é o médico regulador quem avisa ao médico recetor, se não o plantonista que

estava solicitando a transferência, quando essa tarefa é responsabilidade do médico regulador.

Considerando o complexo Hospitalar SMI e as UPAs, encontrei um problema em comum, há muitos pacientes que precisam ser transferidos para um nível de complexidade maior, já seja pela gravidade do quadro ou pela necessidade da avaliação de um especialista, por tanto são solicitadas as transferências, embora a minoria de essas solicitações são aceitas e tem disponibilidade de vaga dentro de um tempo oportuno, a maioria dos pacientes demoram em ser aceitos ou não conseguem receber o atendimento adequado, porque outras instituições se recusam a atendê-los. Além disso ocorreu que aceitam o paciente, porém informam não ter vaga, e ali onde entra a importância da regulação que foi conferir os leitos na tela, e tinha vaga restante e através de esse bom funcionamento o paciente conseguiu ser trasladado sem espera desnecessária, por causa de informações errôneas passadas pelos plantonistas.

Em conclusão talvez esses fatos são já são conhecidos e entendidos para um brasileiro, mas para mim que sou de outro país me fez entender melhor o funcionamento dos locais onde realizei o estágio, este assunto a maioria das vezes é considerado fastidioso e inclusive de pouca importância, embora durante a construção do relatório percebi a relevância dos tópicos abordados, é primordial dominar e ter atualizado estes assuntos para quem pretende trabalhar dentro da rede de urgência e emergência, devido a que é a única forma de brindar um atendimento de qualidade. Utilizarei as falas da professora Flavia para encerrar este capítulo, conhecer as regras, protocolos, direitos e obrigações dentro do serviço, é proteção para você e para seu paciente, para isso é necessário se manter atualizada através do estudo.

2.2. MANEJO DOS PACIENTES EM TITULARIDADE ESTUDANTIL

2.2.1. Caso 1 - antes do coração parar já estava morta

2.2.1.1. Anamnese

Identificação: S.L.A.G, 33 anos, advogada, solteira

Queixa Principal e Duração: Intoxicação medicamentosa

História da Moléstia Atual:

Paciente admitida no dia 31/05/2022 trazida pelo SAMU, em IOT, em uso de dobutamina. Socorristas relatam que a família a encontrou caída em domicílio, com a boca roxa. Foi acionado o SAMU, que constatou PCR na chegada ao domicílio, porém desconhecido o tempo total de parada. Foram realizados 24 minutos de reanimação, com RCE. Paciente apresentou bradicardia, chegando em uso de nora e dobuta. Familiares relatam que paciente fez ingestão de algo em torno de 20 comprimidos de diazepam e comprimidos de paracetamol (não quantificado).

História Médica e Social Progressa: familiares relatam fibromialgia e depressão. Histórico de 3 tentativas prévias de suicídio.

2.2.1.2. Exame físico

Ectoscopia: MEG, hidratada, hipocorada ++/4+, acianótica, anictérica, afebril

SSVV: PA: 120/60 mmHg, FC: 110, Temp: 35, sat 98%,

Neuro: RASS -5 sem sedação, pupilas midriáticas fotofixas, sem drive respiratório espontâneo.

Respiratório: MV + bilateralmente, com roncos difusos. Acoplada a VM PCV PEEP 7 FIO2 100%.

Cardíaco: Ritmo cardíaco irregular, TEC aumentado. Hemodinamicamente estabilizada com noradrenalina dobrada 90ml/h, dobutamina 30ml/h, vasopressina 12ml/h.

ECG: QRS alargado.

Abdominal: Flácido, depressível, sem VCM palpáveis.

Extremidades: Frias, má perfusão periférica, Mottling Grau V.

2.2.1.3. Diagnóstico

Diagnóstico Sindrômico:

Síndrome toxicologia

Cuidado pós parada cardiorrespiratória (ritmo desconhecido) Encefalopatia hipóxica

2.2.1.4. Exames Complementares

Exames de admissão 31/05: Hb 10,30, Ht 34,20, Leucócitos 8290, plaquetas 359.000

Gasometria: pH 7,24, pCO2 29,60, HCO3 12,40.

Outros: TGP 243, Na 153, PCR 0,7, K 5,3, amílase 66, Lípase 264, Lactato 240, GGT 39, Fosfatase alcalina 45, CPK 84, Cr 0,90, Bilirrubina total 0,50.

TC de crânio 01/06: Edema cerebral difuso com perda da interface substância branca e cinzenta, apagamento de sulcos, giros, redução da amplitude liquórica nas cisternas da base e de volume do sistema ventricular supra e infratentorial. Aspecto de Herniação de uncus. Hiperdensidade espontânea na tenda do cerebelo e foice sugerindo hemorragia e ou estase venosa.

Exames de Evolução 01/06: Hb 13,30, Ht 40,60, Leucócitos 29.130 com 9% de bastões, plaquetas 378.000

Gasometria: pH 7,31, pCO₂ 34,80, HCO₃ 17,40

Outros: Na 152, K 3,4, Mg 3,3, Cr 1

Evolução dia 06/06 em UTI:

Paciente gravíssima, pós PCR, com sinais de lesão hepática, lesão cerebral difusa de origem hipóxica. Hemodinamicamente tendendo a hipertensão. Iniciado tazocin devido ITU identificada em EAS. Aguarda urocultura. Função renal estável, apresentando hipernatremia e poliúria.

Iniciado protocolo de ME 05/06 pela noite. Primeiros 2 testes clínicos e apneia compatíveis com ME. Esta tarde serão realizados segundos testes clínicos, também compatíveis com ME. Cintilografia agendada para 07/06 pela manhã.

2.2.1.5. Conduta inicial

Início Flumazenil

Início Acetilcisteína (1a etapa -> 150mg/kg em 1 hora + já prescrita segunda etapa 50mg/kg em 4 horas), falta 3a etapa

Bicarbonato + gluconato de cálcio Expansão volêmica

Início DVAs e vasopressina

Passagem de AVC por técnica de seldinger sem intercorrência (em jugular D) Solicito exames de admissão

Monitorização multiparâmetros Cardioscopia contínua Reavaliação constante

Converso com a família, já cientes da extrema gravidade do caso.

Final: Dia 07/06 é confirmada morte encefálica, realizado captação de órgãos e liberado o corpo.

2.2.1.6. Discussão

Este caso é o pior dos desfechos quando falamos de pacientes psiquiátricos, acho importante colocar no relatório para compreender a abordagem inicial das intoxicações exógenas que infelizmente se está convertendo em casos comuns na cidade de Foz do Iguaçu. O paciente evoluiu a óbito, porém devido ao bom funcionamento da equipe médica de urgência e emergência, conseguiu salvar outras vidas, através da doação de órgãos. Eu não estava de plantão quando a paciente chegou, porém sempre ao iniciar o plantão acompanhamos a passagem de plantão dos médicos, e ali esse caso chamou minha atenção, uma pessoa muito jovem em situação gravíssima.

Inicialmente o paciente encontrava-se em parada cardiorrespiratória, então o SAMU realizou suporte avançado de vida, realizando RCP de alta qualidade, instalação de via aérea avançada garantindo a suplementação de oxigênio e acesso venoso periférico com infusão de drogas vasoativas e líquidos, conseguindo o retorno de circulação espontânea, os passos foram seguidos corretamente como aparecem no livro Urgência e emergência USP 2021, o único ponto que chamou minha atenção é sobre realizar ou parar a reanimação, já que como não era de conhecimento a quanto tempo que o paciente estava em parada, e no mesmo livro mencionava um pouco do assunto e está paciente cumpria com 2 de 4 requisitos para a finalização dos esforços, também o livro menciona que sem importar ajuda que os score trazem, é uma decisão muito difícil e varia de médico a médico, o fato de ser uma pessoa tão jovem acho o que foi que influenciou que a continuidade das massagens, pessoalmente acho que teria a mesma conduta. Também em no artigo de uptodate, mencionam que é possível sobrevivência neurológica intacta após mais de 60 minutos com massagem, e também correlacionaram caso não seja possível a recuperação neurológica, as pessoas jovens e previamente saudáveis são potenciais doadores, então a atitude dos socorristas acho a correta.

O tratamento inicial das intoxicações consiste em realizar o ABCDE adaptado:

- A estabilização de vias aéreas, realizado no SAMU, devido a hipoxia e proteção de vias aéreas.
- B respiração, no caso do paciente, já estava acoplada a VM.

- C circulação, estabilizar a hipotensão com infusão de cristalóide isotônico de 2 litros, seguido de infusão de norepinefrina. (observação em caso de pacientes envenenados, para obter resposta com os vasopressores é necessário uma dose muito maior).
- D incapacidade e estabilização neurológica, avaliar hipoglicemia e antídoto.
- E exposição e eliminação, tirar roupas e procurar indício do medicamento ingerido, tratar hipo ou hipertermia e avaliar se necessário algum método para eliminação de toxina.

Este ABCDE encontrei em um artigo de up to date de 2021, achei muito interessante e bem objetivo sobre as condutas a serem adotadas com sua respectiva prioridade. Uma parte do artigo que gostaria de ressaltar é sobre o "coquetel de coma" que anteriormente era muito usado para reverter o estado neurológico dos intoxicados, este continha dextrose, tiamina e naloxona empiricamente, a naloxona sempre se encontra nas literaturas de EUA devido a que o índice de intoxicação com opioides é muito alto lá é bastante comum, já em Brasil não é o mais comum. Este "coquetel" é recomendado seu uso, porém quando indicado e não mais de forma empírica, a exceção da tiamina que pode ser utilizada com segurança, porém pouco provável que reverta o coma.

Um ponto interessante deste caso que presentemente trata-se de uma intoxicação por benzodiazepínico e paracetamol, os benzodiazepínicos são seguros, ou seja, requer uma dose extremamente alta para causar depressão respiratória, porém quando é ingerido em combinação com por exemplo etanol ou algum antidepressivo (também pode ser cocaína, ecstasy ou outra droga ilícita), aumenta exponencialmente a gravidade, então provavelmente haja ingerido outra substância, só que não foi encontrada.

Em relação aos antídotos, primeiramente para o benzodiazepínico existe um antídoto, o flumazenil, porém deve ser utilizado criteriosamente, já que sua utilização traz seus riscos, há duas indicações, e ele se enquadra em uma que é parada cardiorrespiratória presumivelmente devido a benzodiazepínicos, a dose recomendada é 0,1 a 0,2 mg EV em bolus, podendo ser repetida até dose máxima de 1 mg. Para o paracetamol também existe antídoto, que a N-acetilcisteína, para seu uso ideal seria necessário o nível sérico do paracetamol, e logo sabendo esses valores é avaliado se é necessário realizar ou não prescrição, porém como esse não foi realizado, é indicado a prescrição se a dose foi maior que 150 mg/kg ou maior a 12

gramos, no caso do paciente não foi quantificado, e tratava-se de caso grave foi realizada a prescrição, a dose EV é, dose de ataque 150 mg/kg em 1 hora diluídos em 200-300ml de SF ou SG 5% + manutenção de 12,5 mg/kg por 4 horas, seguido de 6,25 mg/kg/h por 16 horas.

Sobre a lavagem gástrica e carvão ativado tanto na intoxicação por benzodiazepínicos como na intoxicação por paracetamol, não é recomendado realizá-lo devido ao risco de broncoaspiração, também é contraindicado formalmente quando há hemorragia digestiva, trauma crânio faciais, não proteção de via aérea e recusa do paciente em cooperar.

Quando procurei o prontuário dela no sistema RP-saúde, criei uma hipótese pessoal, há aproximadamente dois meses atras, ela tinha consultado na UBS é foi receitado Levomepromazina, um antipsicótico, e quando estava lendo sobre o manejo de intoxicações, encontrei a associação de intoxicação de benzodiazepínicos com antipsicóticos, podem causar um quadro clínico como o da paciente, e também no prontuário constava que anteriormente já fez uso de cocaína e ecstasy. Ainda assim o tratamento foi feito corretamente, como a literatura recomenda, independente das possíveis combinações, não encontrei nenhuma coisa que pudesse ter sido de forma diferente.

Também gostaria de comentar que pouco depois das 24 horas do ingresso dela no serviço, a quantidade de vasopressor diminuiu muito, passou de 90 ml/hora de nora dobrada (8 amp) a 6 ml/hora de nora simple (4 amp), bem como a literatura explicava que os pacientes que estão intoxicados precisam valores de vasopressores muito mais elevados que os pacientes que não estão intoxicados.

Então concluindo, coloquei este título tão sombrio ao caso devido a que como ela já teve 2 tentativas de suicídio, e vendo o prontuário dela os últimos meses de vida dela continuava com problemas emocionais, e pensar ao ponto de sofrimento e desesperação que tem que chegar um ser humano para cometer suicídio, talvez ela já estava morta antes de colocar esses comprimidos na boca. Em este caso há duas coisas que me reconforta a primeira é saber que apesar que em na atenção básica ela não conseguiu alívio da dor e sofrimento, ela conseguiu ajudar a outras pessoas que se encontrava na borda da morte ou na espera de um milagre, e em segundo lugar que tanto o tratamento pré- hospitalar como hospitalar estiveram corretos, e foi feito todo que estava foi possível em base a literatura.

Ainda assim como proposta de melhora, considero que existem condutas diferentes que poderiam ter sido abordadas na consulta na UBS, o médico percebeu e colocou no prontuário que ela encontrava-se ansiosa, que ela chorou durante a consulta, que estava com problemas familiares que estavam perturbando-lha e também que anteriormente já fez tratamento para depressão e parou por conta própria, e conduta dele foi receitar antipsicóticos com antidepressivo, uma bateria de exames laboratoriais incluídos exames de transmissão sexual e retornar com os resultados, a paciente procurou atendimento por cefaleia e terminou chorando pela mãe, e saiu com resultado reagente para sífilis, uma grande quantidade de exames laboratoriais para realizar e sem apoio psicológico. No prontuário não há registro se perguntou a paciente se apresentava ideias suicidas, e se a resposta fosse sim a paciente poderia ter sido encaminhado para o CAPS, talvez ali receber apoio psicológico, a cidade de Foz encontra-se com uma grande quantidade de casos de origem psiquiátricos, tal vez seria interessante iniciar desde a base com capacitação dos profissionais para atendimento de este tipo de pacientes.

2.2.2. Nem todo edema é ICC

2.2.2.1. Anamnese

Identificação: A.G.T, 68 anos, feminina, branca, pensionista, moradora do bairro 3 Lagoas.

Queixa Principal e Duração: Náuseas há 3 dias

História da Moléstia Atual: Paciente proveniente dos consultórios da entrada na emergência devido a aparente desmaio, no momento apresentava hipotensão (90/60), realizado volume com soro fisiológico com melhora da hipotensão. Refere náuseas, dor estômago, fraqueza, astenia, mal-estar geral de início há 3 dias, associado à evacuação de cor preta e 2 episódios de síncope na manhã de hoje (19/06). Informa que há cerca de um mês sintomas se intensificaram e apresenta episódios recorrentes de hipotensão postural e melena. Nega uso crônico de AINES. Nega uso de álcool ou tabaco. Nega histórico de H. pilory.

História Médica e Social Progressiva: HAS (em acompanhamento com cardiologista). Histórico de colelitíase (aguardando cirurgia) e esteatose hepática.

Antecedentes Pessoais e Familiares: NDN

2.2.2.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, Hipocorada ++++/4+, desidratada ++/4+, acianótica, afebril

SSVV: PA 90/60 mmHg, FR 18 irpm, FC 110 bpm, SatO2 98%

Neuro: LOTE, Glasgow 12/15, sem sinais de irritação meníngea

Respiratório: MV+ sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório.

Cardíaco: RCR BNF 2 T não ausculto sopro, hemodinamicamente instável, hipotensa.

Abdominal: Flácido, timpânico, sem visceromegalia, RHA +, sem dor a palpação profunda e superficial. Toque retal com fezes escurecidas em ponta de luva.

Extremidades: Frias e bem perfundidas, pulsos periféricos presentes, presença de edema ++/4+ em pernas.

2.2.2.3. Diagnósticos

Diagnóstico Síndrômico:

Síndrome anêmica. Síndrome hemorrágica. Hemorragia digestiva alta

Diagnósticos Diferenciais:

Hemorragia digestiva baixa

2.2.2.4. Exames complementares

Exames de admissão 19/06: Hb 5, Ht 16,10, Leucócitos 11200, plaquetas 257.000

Outros: Albumina 3, Ur 57, Cr 0,5, TGP 11, TGO 19, Na 138, K 3,4, amílase 36, Lípase 71, bilirrubina total 0,40

Parcial de urina: Glicose +, Corpos cetônicos +

Exames de Evolução HMPG:

Labs (20/06): Hb 6,9 // Ht 21,9 // leuco 8.140 (0% B) // plaq 201.000

Exames de Alta HMPGL:

Labs (21/06): Hb 8, Leuco 7.800 sem desvio.

2.2.2.5. Conduta inicial

Solicito exame laboratoriais.

Início hidratação vigorosa.

Prescrevo Noripurum 3 ampolas

Prescrevo vitamina K, ácido tranexâmico e omeprazol EV

Solicito vaga para o HMPGL

2.2.2.6. Discussão

Este caso trouxe muito conhecimento e experiência para mim, era um de esses plantões tranquilos, estranhos, nem pacientes para realizar sutura vieram, eram as 10 da manhã aproximadamente, estava na sala amarela, quando apareceu uma técnica que trouxe a paciente a sala vermelha em cadeiras de roda, a paciente encontrava-se mole, flácida, totalmente postrada e bem pálida, todos demos um pulo em cima da paciente, o plantonista acho que se tratava de uma parada, a técnica começou a levar o carrinho de parada, e perguntamos para a técnica que aconteceu, e ela falou que estava levando o paciente para realizar ECG e que desmaio. O médico constatou o pulso e começou a avaliar o Glasgow para saber a necessidade de uma via aérea avançada, logo o paciente começou a conversar e todos ficamos um pouco mais tranquilos. Colocamos os elementos para a monitorização, e vimos que apresentava hipotensão, o médico solicitou que coloquem um litro de soro fisiológico rápido EV, no exame físico a paciente apresentava edema em membros inferiores.

Diante desse edema o médico pensou em insuficiência cardíaca congestiva, então solicitou Radiografia de tórax, como a paciente já tinha sido atendida nos consultórios a médica do consultório havia solicita exames laboratoriais e ECG, médico da vermelha manteve esses exames e contínuo com a hidratação. O mais curioso foi que o médico falou menos de 1 minuto com a paciente, não fez anamnese, ele viu o edema, perguntou se tomava remédio para a pressão e se tinha algum problema no coração, unicamente isso, aí os internos de curiosos fomos conversar com a senhorinha, e ali percebemos que tinha muitas coisas da história do quadro que desconhecíamos, a mais importante que apresentou evacuações com fezes escurecidas, que tinha histórico de anemia e que ela nunca foi tão branca, que percebeu isso há uns 3 dias. Também descobrimos que o edema nos membros inferiores é crônico, desde criança, também relatou que toma um diurético, mas que não lembrava o nome.

Realmente não sei qual é a parte mais triste da história, se é o médico que não faz anamnese, e realiza as condutas com base em um único achado, ou a outra parte onde não conversa com o paciente, não explica o que está acontecendo, e o

paciente fica no leito sozinho sem saber que estão colocando na veia dele e qual é o seguinte passo.

Logo depois que eu e minha dupla realizamos a anamnese e exame físico da paciente, fomos conversar com o médico, e passamos todas as informações, fizemos ênfase nas fezes escurecidas e na extrema palidez, o médico foi receptivo e nos escutou. Então chamou ao familiar da paciente explicou que estava suspeitando de uma anemia, porém que os exames iam demorar, que ele queria por enquanto passar uma medicação, só que eles deviam comprar, perguntou se tinham as condições, a nora da paciente falou que sim, o médico receitou 3 ampolas de noripurum, e em menos de meia hora já conseguiram a medicação.

Outra parte que interfere no caso, é que os exames laboratoriais não iam a estar prontos até pelo menos umas 9 horas, essa demora principalmente pela logística que há nas UPAs, a pessoa que recolhe as mostras e leva no hospital que é o local onde são analisadas, têm horários específicos, e a coleta da paciente foi realizada uns 10 minutos após esse horário, o bom é que a pessoa encarregada de transportar as mostra chegou mais tarde, é assim foi possível agilizar os resultados.

As fezes escurecidas encontradas no dedo da luva, orientou o raciocínio clínico estaria apresentando melena, provavelmente por uma hemorragia digestiva alta, segundo a literatura a perda sanguínea por melena não é tão excessiva (50ml), porém a apresentação clínica da paciente sugeria o contrário, já que inicialmente apresentava FC > 100 bpm, PAS <100, tontura e estava letárgica. Segundo a literatura o primeiro passo é iniciar a ressuscitação hemodinâmica, ou seja, normalizar a PA e FC, a maioria dos pacientes respondem bem com 2 litros de cristaloides, para isso é necessário a obtenção de acessos calibrosos, que no presente caso foi realizado pela equipe de enfermagem assim que a paciente ingressou ao serviço.

Como houve normalização da PA e FC após a infusão de 2 litros de soro fisiológico, e sem sangramento ativo, a literatura indica aguardar o resultado da hemoglobina para avaliar a necessidade de transfusão sanguínea. Outras das condutas do médico foi administração de vitamina K, a qual não está errada, porém pode demorar até 24 horas para fazer efeito. A prescrição de ácido tranexâmico para estes casos é controversa, há vários estudos que não encontraram benefício. É por último o uso de omeprazol a dose de ataque recomendada é de 40 - 80 mg em bolus EV, no caso o médico prescreveu 40 mg, é utilizado quando há suspeita de úlcera péptica e para a preparação do paciente para realizar a endoscopia digestiva.

A endoscopia digestiva alta é o exame diagnóstico de escolha para sangramento agudo de trato gastrointestinal superior, possui alta sensibilidade e especificidade para detetar lesões hemorrágicas no trato gastrointestinal. O ideal é que seja realizada dentro das primeiras 24 horas da hemorragia, o que se chama de endoscopia precoce, porém ainda mais importante é a estabilização hemodinâmica do paciente antes da realização, as endoscopias de emergências (antes das 6 horas) sem estabilização adequada está associada a resultados desfavoráveis, com aumento da mortalidade.

Recapitulando, após o manejo inicial a paciente continuou estável, e após algumas horas saíram os exames laboratoriais. Apresentava hemoglobina de 5, valor muito inferior ao normal, associado a vômito de aspeto escurecido, por causa de isso o plantonista solicitou vaga zero para o HMPGL, já que unicamente lá ia conseguir realizar endoscopia digestiva alta e receber transfusão sanguínea. Fora da série vermelha do hemograma a paciente não apresentou outras alterações nos exames laboratoriais, a exceção do exame de urina que apresentava corpos cetônicos e glicose uma cruz, tal vez isso tenha relação com que a paciente esses dias não se alimentou bem e ficou em jejum, tanto que quando deu entrada ao serviço apresentou hipoglicemia, que foi corrigido com soro glicosado.

Já no HMPGL foi realizada transfusão de 2 concentrados de hemoglobina, em relação a transfusão de este paciente, que encontra-se hemodinamicamente estável (PA 130/60), e sem sangramentos volumosos, e como apresentava hemoglobina de 5, há indicação de transfusão sanguínea, o alvo da hemoglobina é maior a 7, este alvo varia de acordo com as comorbidades, no caso da paciente que não apresentava alguma doença que altera-se esse alvo, logo feito a transfusão foi solicitado novamente. No dia seguinte apresentou hemoglobina de 6,9, mediante isso foi solicitado a transfusão de 1 concentrado de hemácias, com indicado na literatura.

Após 24 horas foi realizado endoscopia digestiva alta, que constatou gastrite enantematosa leve de corpo e antro, infelizmente por falta de material no Hospital não foi possível realizar biópsia para H. Pylori. Em total a paciente permaneceu 48 horas no HMPGL, até receber alta com hemoglobina de 8 e sinais vitais estáveis. Nesse momento meus estágios eram na UPA, então não acompanhei a alta, mas no prontuário consta que foi referenciada ambulatorial de CM, também receita de omeprazol e orientações de dieta para úlcera gástrica. O ideal seria repetir

essa endoscopia para realizar a biópsia, já que a gastrite que foi evidenciada um dos motivos pode ser H. Pylori.

Como falei ao princípio este caso me trouxe muitos aprendizados, tanto na parte técnica como na parte humana, as condutas que o médico implementou são respaldadas pela literatura e isso refletiu na estabilização do paciente, porém faltou a parte do atendimento humanizado, parece que erroneamente se instaurou o conceito que médico de emergência não deve ser interessado pelos paciente, senão pela condição de saúde, esquecendo que quem está em frente é uma pessoa.

Ainda que o paciente foi presuntamente orientado a continuar atendimento em ambulatório, atualmente no prontuário não há registro de outro atendimento, então a parte da prevenção aparentemente foi cumprida por parte da rede de UE, mas ainda assim a paciente não foi dar seguimento ao caso, é possível que a paciente não haja entendido a importância da continuidade no atendimento, sempre lembrando que nos casos de hemorragia digestiva sempre há uma possibilidade de repetição do quadro.

2.2.3. Isso causa a dengue?

2.2.3.1. Anamnese

Identificação: N.D.O, 62 anos, parda, feminina.

Queixa Principal e Duração: Debilidade

História da Moléstia Atual: Paciente admitida no dia 17/05/2022, trazida pelo Samu proveniente do HMCC, devido a quadro de mal estar, mialgia, febre referida e dor abdominal nos quadrantes superiores de início dia 11/05, com piora progressiva, dia 15/05 foi na UPA Samek devido a debilidade nas pernas, sudorese, cefaleia retro orbitária e mialgia, onde a PA estava 70/50, realizado hidratação com melhora hemodinâmica, nos exames laboratoriais apresentou hipercalemia, hemoconcentração e função renal tocada. No dia 16/05 foi coletado NS1 com resultado reagente, durante a noite iniciou com esforço respiratório, foi realizado O2 em MR e medidas broncodilatadoras, logo durante a madrugada paciente evolui com hipossaturação, hipotensão e rebaixamento do nível de consciência, realizado IOT e CVC na UPA, logo durante a manhã apresenta PCR (não aparece ritmo) com sucesso na reanimação no 1º ciclo, Realizado ECG com supra em DI, DII, infra em AV1, supra em V4, V5 e V6 (não anexado no prontuário), solicitada vaga e transferida para HMCC

no dia 17/05, foi realizado ECG com ritmo sinusal e solicitado vaga e para emergência HMPGL. Recebo paciente no leito, sedada, intubada e anúrica.

História Médica e Social Progressa: Obesidade, DM, HAS, hipercolesterolemia e esteatose hepática, SIC.

HV: Ex tabagista 30 anos-maço.

2.2.3.2. Exame físico

Ectoscopia: MEG, desidratada +/4+, corada, anictérica, afebril, sem cianose central.

SSVV: FC 145 bpm, PA: 113/71 mmHg, Sat: 96% spo2

Neurológico: Paciente sedado com sedação padrão 25ml, RASS -5, Pupilas isofotorreagentes.

Cardíaco: Bulhas hipofonéticas em 2T, não auscultado sopro, hemodinamicamente instável com nora dobrada 40ml/h, TEC >3 segs. Taquicardia com ritmo sinusal no ECG. Em uso de dobuta 10 ml/h. vasopressina 10 ml/hora.

Respiratório: MV diminuído globalmente, em VM por TOT modo VCV Peep 8, Fio2 100%.

Abdominal: Globoso à custa de tecido adiposo, depressível, com aumento do fígado de 3 cm do rebordo costal.

Extremidades: Frias e mal perfundidas, com cianose em extremidades inferiores, com perfusão muito lentificada, TEC >3 segs.

2.2.3.3. Diagnósticos

Diagnóstico Sindrômico:

Dengue de manifestação D.

Insuficiência Respiratória Aguda.

Insuficiência Renal Aguda

Síndrome do choque da dengue

Choque distributivo

2.2.3.4. Exames complementares

Lab 16/05: Hb 15,90, leuco 9.650, HT 50,60; plaqueta 140.00, ureia 129, Cr 2,80, N 145; K 6,1; CPK 150; CKMB 14; PCR 2,2; troponina 3.367. TGO 116;

Gasos 17/05: Ph7,14; Pco2 46; Po2 103, Hco3 15,50

Ecocardiograma 16/05: VE com hipertrofia discreta e função sistólica normal, disfunção diastólica grau I. AE normal.

2.2.3.5. Conduta

Inicial: Atentar padrões respiratórios, hemodinâmicos e infeccioso.

Solicito exames de ingresso, Radiografia e ECG

Hidratação.

Prescrevo medicações de suporte.

Realizo profilaxia gástrica.

Reavaliação após resultado de exames.

2.2.3.6. Discussão

Escolhi este caso porque me impressionou a gravidade da paciente quando ingressou ao hospital, era quase o final do plantão diurno, quando chegou esta paciente ao serviço trazida pelo SAMU, o médico plantonista me pediu que conversasse com a família para fazer a admissão, e me pediu que primeiro conversasse com os familiares, e logo olhasse o prontuário e examina-se a paciente. Ao sair na sala de espera, acha-se três familiares, dois filhos e o esposo, eles me comentaram que a senhora N.S.O era uma pessoa muito ativa, que trabalhava na sua Chácara no sol todos os dias e que ela não tinha doenças. Diante dessas respostas perguntei sobre o uso de medicamentos e a frequência na qual acudia ao médico na UBS, aí eles começaram a falar que tomava medicamentos para hipertensão, diabetes e colesterol e que um dos últimos exames tinha dado “gordura no fígado” o qual eu assumi que fosse esteatose hepática.

Eles expressaram que há uma semana mais ou menos ela tinha iniciado com um quadro de cefaleia, dor no corpo, febre que não mediram e dor abdominal, porém que tomou dipirona e continuo trabalhando, logo teve uma piora abrupta deixando-a prostrada e que nem conseguia caminhar, momento em que levaram ela na UPA. Durante sua permanência lá ela sofreu uma “parada” e que não sabiam que acontece com ela, porque na UPA, nem no HMCC informaram sobre o quadro dela, e que a única coisa que informaram é que ela precisava fazer um TC de crânio e que por isso foi para o HMCC, e que gostariam de saber resultado teve. Além disso, eles perguntaram se ela estava acordada e se já iam retirar o tubo, questão que me

preocupou porque foi ali que consegui compreender o nível de desinformação que os familiares manejaram devido a que os médicos das outras instituições não informaram.

Eles me perguntaram “foi a dengue que causou isso?”, e nesse momento sem olhar o prontuário, sem ver a paciente não consegui responder essa pergunta, e também como estudante de medicina é complicado passar alguma informação aos familiares sem a indicação do médico plantonista, ainda assim tentei explicar a eles como funcionava a intubação, que a maioria das vezes leva vários dias para conseguir retirar, então que amanhã quando viessem na visita se preparem para encontrar ela entubada, mas que isso era o melhor para ela nesse momento. Essa família que inicialmente eram 3, acabaram chegando umas 4 pessoas mais na roda, todos me olhando e prestando atenção, cheio de dúvidas e angústias, que eu não consegui resolver. A última coisa que eles me falaram antes de eu entrar foi -“cuida bem dela por favor”, nesse momento tive que respirar fundo, e responder com clareza, - "será feito tudo o que esteja ao alcance".

Ao iniciar a ler o prontuário, comecei a me preocupar porque haviam vários elementos alterados nos exames de sangue e no atendimento médico, primeiramente a paciente ingressou pela manhã, e durante a tarde os exames laboratoriais já tinham sido liberados, aí a paciente apresentava hipercalemia, ureia elevada, creatinina elevada e hemoconcentração, unicamente após 6 horas do resultado aproximadamente, o médico prescreve medidas para a correção de hipercalemia, porém não prescrição nem evolução sobre hidratação, provavelmente foi realizada, mas se não está no prontuário, não existe. Também no prontuário aparece a evolução de um enfermeiro dizendo que desde o início do plantão, ou seja 19 horas a paciente já estava apresentando esforço respiratório, e que não foram feitas medidas broncodilatadoras o tomada alguma conduta, que inclusive foi necessário chamar o médico da sala amarela e o médico coordenador da UPA, foi necessário que a paciente evoluiu-se com hipossaturação e rebaixamento do nível de consciência para que seja tomado alguma conduta, e tal vez já foi tarde, porque a paciente só teve piora do quadro respiratório sendo necessário a instalação de uma via aérea avançada, que talvez poderia ter sido evitada.

É triste saber que tem médicos inaptos na frente de uma sala vermelha, eu não estava na UPA para saber se estava cheio de pacientes que por isso a demora na atenção, mas desconforto respiratório associado a hipercalemia com função renal

alterada com certeza é uma prioridade, talvez a paciente tinha como evitar a intubação, se o manejo era rápido, efetivo e certo, mas serão especulações porque não há como saber. É evidente que não foi feito todo o possível para estabilizar a paciente, já seja por profissionais incompetentes, superlotação ou falta de recursos, a rede de urgência e emergência falhou com esta paciente.

Então a paciente deu entrada na UPA, com um quadro sugestivo a dengue visto que apresentou cefaleia retro orbitária, mialgia, febre, dor abdominal e hipotensão, este conjunto de sintomas podem caracterizar uma dengue de grupo D, devido a presença de sinal de alerta (dor abdominal) e a hipotensão. Para cada classificação de dengue segundo a literatura existem alterações esperadas, neste caso:

- TGO e TGP aumentado → Aconteceu TGO 116 U/l e TGP 72;
- Diminuição de albumina → Aconteceu 2,30 (solicitado dia 18);
- Aumento de TP, TTPA e TT → Não aconteceu TTPA 100%, KPTT 36,3 segs., TT não solicitado;
- Plaquetopenia grave → Não teve no início do internamento;
- Hemoconcentração → Houve aumento de 40% do hematócrito, 62,10; e
- Prova do laço positivo → Não há registro no prontuário que foi realizado.

Quando iniciei este caso senti a necessidade de realizar uma tabela com os exames laboratoriais da paciente (segue quadro abaixo), devido a que mostram a gravidade do quadro clínico, incluso antes de precisar ser entubada, inicialmente já apresentava hemoconcentração, transaminases elevadas, função renal alterada e distúrbio eletrolítico com importante aumento de potássio, que como falei anteriormente os médicos demoraram em avaliar estes exames e iniciar a correção de hipercalemia.

Quadro 1. Linha de tempo dos exames do 15/05 a 19/05

Data	Hb	Ht	Plaq	Leuco	PCR	TGP	TGO	Na	K	Ur	Cr	Lact.	Alb.
15/mai	19,8	62,1	185000	7880 s/des	3,4	72	116	138	7,3	91	2	-	-
16/mai	15,9	50,6	140000	9650	2,2	-	-	145	6,1	129	2,8	-	-
17/mai	15,3	47,2	127000	11280 c/des	13,9	-	-	142	5,6	175	4,4	26,6	-
18/mai	11,9	38,5	95000	9590 c/des	14,7	136	164	143	5,5	173	-	-	2,3
19/fev	10,8	35	49000	1300	-	154	-	144	-	192	5,6	-	-

Fonte: Autora.

Obs. Hb: Hemoglobina, Ht: Hematócritos, Pla: Plaquetas; Leuco: Leucócitos; S/des: sem desvio; c/des: Com desvio; PCR: Proteína C reativa; TGP: Transaminase Glutâmico Pirúvica; TGO: Transaminase glutâmico oxalacética; NA: Sódio; K: potássio; Ur: ureia; Cr: Creatinina; Lact.: Lactato; Alb.: Albumina.

A dengue não tem tratamento específico, e o manejo é de acordo com a classificação, neste caso a abordagem inicial é solicitar os exames laboratoriais, como conduta imediata infusão de cristaloides EV, a dose é calculada com o peso do paciente, 20ml/kg em 20 minutos, após esta infusão rápida deve ser realizado uma reavaliação, se não houve melhor da hipotensão e perfusão, pode ser repetido a mesma dose até 3 vezes, mas sempre reavaliando o paciente. Em conjunto se necessário deve ser ofertado oxigênio e sintomáticos, inicialmente não foi prescrito nada, apesar de que no prontuário consta que a paciente ingressou com cefaleia, e segundo prontuário no momento do ingresso não apresentava hipossaturação ou esforço respiratório, então não foi necessário o oxigênio.

No prontuário não foi possível saber quanto tempo após o ingresso iniciaram a hidratação e também não foi possível saber o soro utilizado e a quantidade, unicamente foi possível saber que foi realizado hidratação devido que ao dia seguinte 16/05, quando solicitaram a vaga colocaram hipotensão com resposta a hidratação. Mas não foi possível saber maiores detalhes de essa hidratação, no dia 16/05 consta no prontuário uma PA de 150/90, perfusão preservada, leve queda do hematócrito e sem dor palpação abdominal, ou seja, aparente melhora do choque, porém já em uso de oxigênio em 3L para manter saturação de 98% e cancelaram a solicitação de vaga para o HMPGL.

Durante a madrugada do dia 16/05 aparece a evolução da enfermeira, que relata que a paciente iniciou com esforço respiratório e devido a isso foi colocado máscara reinalante a 3L/min de O₂, logo informa “diurese em pouca quantidade, mesmo após realização de furosemida”, furosemida que não há em nenhuma prescrição médica, suponho que foi a indicação do médico, mas como é possível retirar um medicamento da farmácia sem a prescrição e como essas condutas não estão no prontuário, obviamente partindo do pressuposto que foram medidas adotadas por ordem médica como o SUS paga os medicamentos que não são registrados o seu uso? Não há forma de manter um orçamento dessa maneira, assim como também não há forma de entender o curso de um caso clínico, este caso apresenta muitas falhas na logística e atuação médica na UPA.

E se isso não fosse suficiente a enfermeira finaliza a sua evolução dizendo “paciente com desconforto respiratório intenso desde o início do plantão, comunicado por diversas vezes ao MP, que não toma nenhuma medida. faço contato com médico da observação 1 e comunico do quadro da paciente, comunico também ao coordenador médico sobre a situação. paciente evolui com piora do quadro, rebaixando o nível de consciência e hipossaturando. iniciado resgate inalatório e EV e correção do potássio” e novamente essas medidas de resgate inalatório EV não estavam prescritas.

Fora todas as irregularidades que há por trás deste gravíssimo caso, meu raciocínio clínico foi choque distributivo por sepse, devido ao vírus da dengue com a possibilidade de associação com uma bateria, “choque é a expressão clínica da hipoxia celular, tecidual e orgânica. Choque é uma emergência médica potencialmente ameaçadora à vida,” (Velasco, 2021), então quando há hipoxia tecidual inicialmente esta é reversível, porém é possível que em pouco tempo torne-se irreversível, trazendo como resultado em síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. Existem 4 mecanismos de choque, distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e obstrutivo, porém entre eles compartilham várias similitudes, inclusive o mecanismo e também os pacientes podem apresentar mais de uma forma de choque.

As 7:00 da manhã do dia 16/05 encontra-se uma prescrição do Dr de midazolam, fentanil e suxametônio, porém segundo o capítulo de choque do livro da USP, recomenda que quando for necessário intubar o paciente primeiramente sejam iniciadas as medidas para estabilização hemodinâmica, devido que há uma queda na pressão arterial após intubação orotraqueal, também é recomendado o uso de etomidato ou quetamina, porque o propofol e midazolam potencializam a hipotensão. Ainda no sentido de evitar a hipotensão é indicado a dose dos indutores deve ser reduzida, porque piora o choque e aumento na dose do bloqueador neuromuscular , então a dose sugerida pela literatura são:

- Etomidato e 0,2 mg/Kg;
- Quetamina e 1 - 1,5 mg/Kg;
- Succinilcolina e 2 mg/Kg.

Então essa falha na escolha das drogas para indução podem ter piorado o quadro do paciente, novamente o aprendizado, quando o paciente precisa uma via aérea avançada, é necessário saber muito mais que paga correta do laringoscópio e posicionamento correto do tubo, se não há muitos conhecimentos por trás que devem ser aprendidos e atualizados em todo momento, para realizar o procedimento da forma na qual não piore a condição clínica do paciente.

Mais tarde a paciente apresentou uma parada cardiorrespiratória, onde teve retorno da circulação espontânea no primeiro ciclo de reanimação, nesse momento foi solicitado um ECG que segundo prontuário mostrou supra em DI, DII, infra em AV1, supra em V4, V5 e V6, associado a troponina de 3.367, o que provavelmente levantou a hipótese de choque obstrutivo por tamponamento cardíaco, então a solicitação de vaga foi mudada para o HMCC que é referência para casos cardíacos, lá foi possível descartar algum acometimento a nível cardíaco e por isso foi referência para o HMPGL novamente.

Acredito que também há condutas que poderiam ter sido diferentes na admissão no hospital, como por exemplo a solicitação de culturas, discutir caso com infectologista para avaliar a necessidade de introduzir ATB e solicitar a avaliação da nefrologia devido a insuficiência renal aguda que apresentava.

Considero este caso muito complexo, dentro de ele há muito conteúdo para ser abordado, encontra-se muitas atitudes que podem ser abordadas, estudadas e até questionadas, tanto a nível técnico, profissional, humanístico e logístico, mas se deveria abordar cada parte de este caso clínico precisaria muitas páginas mais e pela frente tem mais casos para serem desenvolvidos, porém pessoalmente gostaria de destacar duas coisas, a primeira que me senti um pouco melhor quando soube que no dia seguinte o médico plantonista do HMPGL, agendou uma reunião com os familiares para explicar a gravidade do caso e liberou a visita de mais quantidade para que conseguissem despedir. Em segundo lugar, quando realizei a admissão dela senti falta de maior conhecimento prévio sobre choque e choque por dengue, o qual me obrigou a reforçar esses conteúdos, e melhorar minha preparação.

Com reflexão final gostaria de complementar que como mencionei em minhas reflexões entendo que muitas vezes o trauma ou a condição clínica é tão grave, que sem importar que as medidas sejam realizadas como a literatura indicam não são suficientes para evitar a morte, porém, tal vez em este caso as falhas foram de preenchimento de prontuário e que na realidade as medidas foram realizadas

corretamente, como indica a literatura, e a paciente por ser portadora de várias comorbidade prévias complicou o quadro clínico, o que acarretou na morte, mas ainda assim há falhas a serem solucionadas, assim seja preenchimento adequado de prontuário, o que eu traduzo como aprendizado para meu futuro.

Final: Dia 19/05 às 15:30 aproximadamente paciente em UTI, com DMOS com DVA em doses máximas, já midriática desde o início da manhã, evoluindo com hipotensão refratária às medidas adotadas, evolui para óbito.

2.2.4. PNM ou ICC?

2.2.4.1. Anamnese

Identificação: J.M.S.S, 66 anos, feminino.

Queixa Principal e Duração: Estou passando mal

História da Moléstia Atual: Paciente admitida no serviço dia 22/06, trazida pelo SAMU com quadro de tosse seca, cefaleia, calafrios, vômitos (4 vezes hoje) e sonolência excessiva de início há aproximadamente uma semana associado a edema nas pernas com saída de líquido transparente há 7 meses.

História Médica e Social Progressa: HAS, DM, Cardiopata. Nega tabagismo.

MUC: Carvedilol, Furosemida, Enalapril, espironolactona ,insulina NPH (32UI + 40UI +30UI)

Antecedentes Pessoais e Familiares: NDN

2.2.4.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, anictérica, acianótica, afebril, hipocorada +/4+, desidratada +/4+

SSVV: PA: 140/70 mm Hg, FC:73 bpm, Sat: 98%, HGT: 107, Tem: 37

Neuro: LOTE, Glasgow 12/15, sem sinais de irritação meníngea, sem sinais focais

Cardíaco: RCR BNF 2T não ausculto sopro, hemodinamicamente estável.

Respiratório: Eupneica em uso de cateter nasal 2 l/min, MV + com roncos e crepitanes em bases, sem sinais de esforço respiratório.

Abdômen: globoso a custas de tecido adiposo, RHA +, dor moderada a palpação profunda em mesogástrico, sem visceromegalia. Blumberg negativo.

Extremidades: Quentes, bem perfundidas, pulsos periféricos presentes, MMII: presença de edema bilateral 3+/4+ com dor local.

2.2.4.3. Diagnósticos

Diagnóstico Síndrômico:

Síndrome de insuficiência cardíaca

Diagnósticos Diferenciais:

Pneumonia

Gastroenterite

Hipoglicemia

2.2.4.4. Exames complementares

Exames de admissão:

Lab 23/06: Hb 10,10// Ht 35,30// Leuco 9510 sem desvio// plaquetas 242000// Ure 112// Cr 2,10// Na 144// K 6,9// PCR: 0,4// Pro-BNP 2170.

Parcial de urina: Proteínas ++, cel. epiteliais 10/ campo, leucócitos 8/ campo, demais itens sem alterações.

Exames de evolução:

Lab 24/06: NA: 151 // K:7,9 // Hb: 10,8// Ht: 38,00// Leuc: 8320// plaquetas: 250.000

Exames de Alta:

Lab 25/06: Na: 148 // K: 4,2// Hb: 10,6// Ht: 37,3// Leuc: 9640// Ur: 97

2.2.4.5. Conduta inicial

Prescrevo hidratação

Coloco furosemida de horário

Prescrevo antiemético e sintomáticos se necessário

Correção de HGT se necessário

Solicito exames laboratoriais

Terapia broncodilatadora

Reavaliar após

2.2.4.6. Discussão

Escolhi colocar este caso devido à alta quantidade de pacientes internados tanto de insuficiência cardíaca como por pneumonia, todos os dias há uma suspeita ou caso com alguma de estas síndromes, são casos corriqueiro do dia a dia da rede

de urgência e emergência, pelo tanto ali que radica sua importância, é necessário saber identificar e diferenciar os sinais e sintomas de cada caso, para um posterior atendimento correto.

A paciente ingressou no serviço pela noite e devido ao clássico edema de membros inferiores, o paciente já é sentenciado a uma descompensação da insuficiência cardíaca, sem considerar que o paciente em questão está com tosse, febre, vômitos e sonolência. A paciente ingressou com quadro de hipossaturação 93% por isso como primeira medida foi colocado cateter nasal. Também foi iniciado hidratação com soro fisiológico 250 ml para não congestão o pulmão, mas como apresentava vários episódios de vômitos encontrava-se levemente desidratada necessitando de hidratação, associado a antiemético.

Uma das condutas do medica plantonista foi solicitar exames laboratoriais como hemograma, EAS, ureia, creatinina, potássio, sódio e PCR, os quais são indicados, quando há insuficiência cardíaca ou suspeita deve ser procurado o motivo da descompensação, que na maioria dos casos trata-se de uma infecção, com estes exames conseguimos perceber se há sinal de infecção e podemos descartar alguns focos. Porém já que a suspeita era insuficiência cardíaca, poderia ter solicitado proBNP que colabora muito no diagnóstico desta doença, este exame deve ser avaliado de acordo com a idade, em este caso valores acima de 900 pg/ml tornam o diagnóstico de IC provável, o resultado do exame dela solicitado ao dia seguinte de dar entrada só serviço foi de 2170 pg/ml.

Com relação ao resultado dos outros exames laboratoriais sobre o foco infeccioso fica complicado descartar infecção, porém os exames sempre deve ser acompanhado da clínica do paciente, então o hemograma na série branca não mostra alterações, ou seja sem leucocitose e sem desvio, logo a PCR que é um marcador inflamatório não mostrou elevação e por último no foco urinário o parcial de urina mostrou algumas alterações, como proteinúria que pode ser devido a mal controle de diabetes, e também há 8 leucócitos por campo que é maior que do que indica a referência do laboratório, porém a paciente nega sintomas urinários.

Junto com os exames laboratoriais foi solicitado RX de tórax, a continuação segue a imagem, que é possível observar sinais de congestão pulmonar com aumento da área cardíaca, também observa-se infiltrados predominante a esquerda, inicialmente suspeitamos de derrame pleural devido ao apagamento do seio costofrênico esquerdo, por isso ao dia seguinte foi solicitado outro rx de tórax.

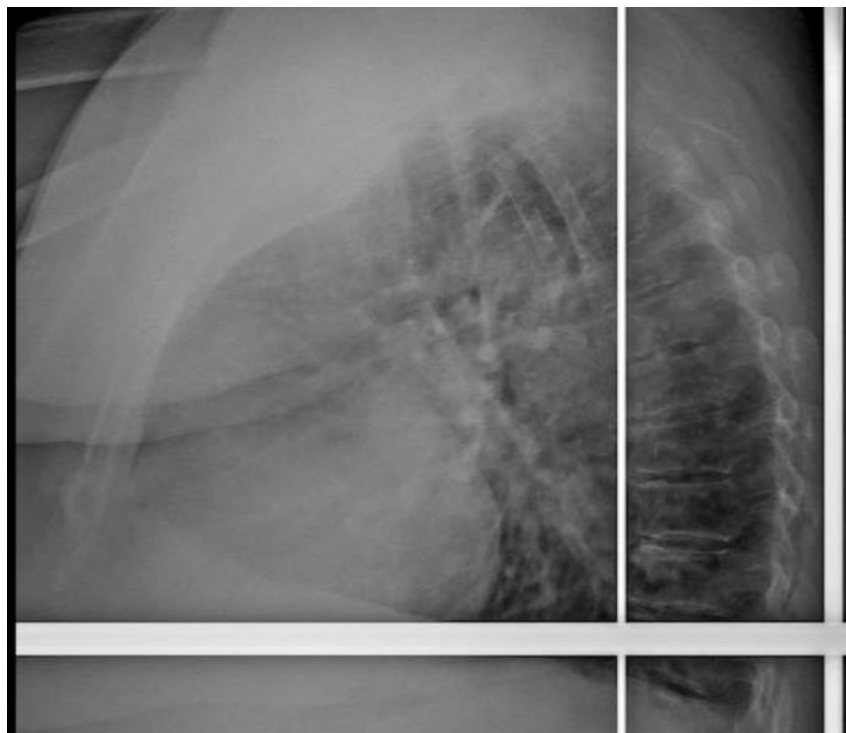
Também olhando a imagem rapidamente há desvio da traquéia, porém está relacionado a uma rotação da paciente no momento foi realizado. Com estas imagens é difícil dizer que não há infecção a nível pulmonar, porém devido à ausência de febre, tosse produtiva, foi decidido aguardar para iniciar com antibióticos.

Ilustração 3. Radiografia de tórax em PA (Pósterio-Anterior)



Fonte: Rp-saúde prontuário eletrônico da paciente

Ilustração 4. Radiografia de tórax perfil



Fonte: Rp-saúde prontuário eletrônico da paciente

Inicialmente quando há suspeita de Insuficiência cardíaca aguda descompensada deve ser procurado a etiologia da descompensação, que muitas vezes acaba sendo a solução, também devemos considerar o tratamento de acordo com o grau de congestão e grau de perfusão tecidual:

- Perfil A → Sem congestão em repouso e sem sinais de má perfusão tecidual (quente seco);
- Perfil B → Congestão em repouso e sem sinais de má perfusão tecidual (quente e úmido);
- Perfil C → Congestão em repouso e sinais de má perfusão tecidual (frio e úmido);
- Perfil L → Sem Congestão em repouso e má perfusão tecidual (frio e seco)

Cada perfil tem seu nível de gravidade e medicamentos sugeridos para resolver os sintomas, no caso da paciente poderíamos pensar que trata-se de um perfil B, os diuréticos de alça melhoram a congestão e a dispneia, a dose sugerida pela literatura é de 0,5 - 1,0 mg/kg/dose, sendo no máximo 240 mg/dia. Podendo ser associado à espironolactona se não houver resposta satisfatória. A paciente não foi pensada, então o peso deve ser presumido, e como ela apresenta obesidade, minimamente tem 60 quilos, então a dose de furosemida (diurético de alça escolhido) deve ser no mínimo de 30 mg como dose inicial, podendo ser repetido em intervalos de 2 horas, de 20mg/dose até obter o resultado desejado, em contrapartida a dose inicial de furosemida foi de 20 mg, uma dose menor ao que indica a literatura.

Pelas condutas adotadas do médico, entendo que suspeitou que a dispneia tinha associação com pneumonia ou asma descompensada, então início terapia broncodilatadora, com salbutamol, hidrocortisona e fornecimento de oxigênio, quando consultei na literatura me encontrei com um fato que desconhecia sobre oxigênio, a literatura diz que ele não é indicado para paciente hipoxêmicos, devido a que causa vasoconstrição e diminuição de débito cardíaco, então a oxigenoterapia é indicada quando a saturação for menor que 90%, no caso do paciente poderia ter segurado um pouco mais o oxigênio, e observar se há melhora com furosemida. No caso de que a saturação for menor que 90% deve ser ofertado oxigênio, porém com precaução de não gerar hiperoxia, porém esses cuidados não foram tidos em consideração já que a gasometria deu hiperoxia (Po₂: 110,60) e o oxigênio continuou sendo ofertado.

Concomitantemente a paciente apresentou hipercalemia (6,9), na literatura há várias controvérsias de quando corrigir e quando não, a primeira medida a ser tomada é a solicitação de ECG para avaliar se há alteração cardíaca em conjunto com a clínica do paciente, se não alteração cardíaca tem literaturas que indicam uma correção mais lentas, porém tem casos que o paciente não apresenta alteração cardíaca e tem associado potássio > 6,5, neste caso precisa de correção rápida, ainda sem alteração em ECG. A primeira medida para correção é o gliconato de cálcio de 10 ml de uma solução de 10%, infundida de 2 a 3 minutos, medida que foi realizada no presente caso. A paciente não apresentou alteração no ECG, porém se apresenta se deveria repetir ECG e se continuasse com as alterações a dose pode ser repetida.

As medidas adotada estão de acordo com a literatura, porém não foi suficiente para a paciente, já que no dia seguinte apresentou potássio de 7,8, devido a isso a médica plantonista decidiu adotar todas as medidas juntas, sendo elas gliconato de cálcio, cloreto de cálcio e insulina regular, esta última é a mais complicada de utilizar devido que deve ser associada com glicose, se a glicemia do paciente encontra-se controlada, que o caso a paciente estava com uma glicemia média de 90, a plantonista início com a insulina associa a 5 ampolas de glicose 50% diluída em soro fisiológico, também deve ser associado com controle rigoroso de HGT cada uma hora. Estas medidas baixaram o potássio a 6,5, porém tiveram que ser repetidas ao dia seguinte porque ainda não estavam na faixa da normalidade.

No primeiro dia de admissão do paciente ela apresentou vários sintomas, sendo dispneia, tosse excessiva associado a vômito pela própria tosse, e muitos exames laboratoriais alterados, com hipercalemia, ureia elevada, creatinina elevada e Rx com sinais de congestão pulmonar, por tal motivo foi solicitado a vaga do paciente no HMPGL, a paciente foi aceita, porém eles estavam sem vaga, a paciente teve que aguardar na UPA. Uma situação em específico me causou muita impotência foi saber que a paciente estava com vômitos pela tosse e na UPA não havia nenhum antialérgico para ajudar com esse sintoma.

No livro de emergência, o capítulo de insuficiência cardíaca, traz consigo indicações para alta, dentro de eles o que mais me chamou a atenção foi o passo de diurético EV para oral de pelos menos 24 horas, assim é possível saber se o paciente não vai retornar a UPA pela mesma descompensação, infelizmente na realidade não foi feito assim já que a paciente continuou em uso de furosemida EV e horas depois recebeu alta, sem saber se houve adequação com a dose oral receitada para casa.

Também momentos antes da alta a paciente estava com CN em 4l/min, e a médica colocou no prontuário que o basal de saturação dela é de 89% - 90%, então não vejo o motivo para que continuasse dando durante a internação.

A parte boa é que a médica que deu de alta, realizou um encaminhamento bem detalhado para a UBS, explicando tudo o que aconteceu durante a internação. Achei muito bom já que esse mesmo encaminhamento permanece no prontuário, então se o paciente perder, o médico pode conferir no sistema, e também saber que medidas precisam ser ajustadas na medicação de uso contínuo. Utilizando a UBS como base para evitar futuras descompensações.

Finalizando a principal causa de descompensação de insuficiência cardíaca é a falta de aderência medicamentosa e a segunda infecção, no caso da paciente acho que foi as duas, devido a que ela estava bem confusa sobre a dose e frequência das medicações e também acho que houve alguma infecção devidos aos sintomas apresentados na admissão, tal vez influenza abarcando mais as vias aéreas superiores. Por isso achei fundamental o encaminhamento detalhado à UBS para reajustar as medicações.

2.2.5. Meu coração está indo muito rápido

2.2.5.1. Anamnese

Identificação: S.A.V, 74 anos, feminina, branca, moradora do bairro Portal da Foz.

Queixa Principal e Duração: Aperto no peito há 1 hora

História da Moléstia Atual: Paciente trazida pelo médico da triagem da UPA, refere desconforto torácico difuso e palpitação associada a náusea (sem vômito), de início há cerca de 1 hora. Nega episódios anteriores. Nega uso de tabaco, substâncias ilícitas e álcool no momento. Refere alergia a ATB, não sabe especificar qual.

História Médica e Social Progressa: Diabetes mellitus, Hipertensão arterial sistêmica.

Medicamentos de uso contínuo: Losartana, Atenolol, HCTZ, AAS, Metformina.

Antecedentes Pessoais e Familiares: Tio faleceu por evento cardíaco.

2.2.5.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, hidratada, corada, anictérica, afebril.

SSVV de admissão: FC: 199, PA: 82/52 mmHg, Sat: 96%, HGT:134

Neuro: LOTE, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea e sem sinais focais, Glasgow 15/15.

Respiratório: Eupneica, MV + sem R/A, sem sinais de esforço respiratório em AA.

Cardíaco: RCR BNF 2T sincrônico com pulso não ausculto sopros, hipotensa, taquicardia. PA arterial sem divergência importante entre os braços.

Abdômen: Globoso a custa de tecido adiposo, depressível, sem visceromegalia, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas, sem edema, panturrilhas livres, TEC < 3 segs.

2.2.5.3. Diagnósticos

Diagnóstico Síndrômico:

Taquiarritmias

Diagnósticos Diferenciais:

Infarto agudo do miocárdio, taquicardia por reentrada nodal (TRN), taquicardia por reentrada atrioventricular (TAV), flutter atrial, taquicardia atrial (TA) e fibrilação atrial (FA).

2.2.5.4. Exames complementares

Exames de Alta: Hb 12,8// Ht 40// leuco 11440// pla 372000// K 4,9//CPK 69// CKMB 10// Troponina 2// TGO 22// TGP 17// ureia 39// PCR 0,8.

2.2.5.5. Conduta inicial

Realizo hidratação

Realizada Manobra de valsalva sem sucesso

Realizado Adenosina sem sucesso

Início Amiodarona em dose de ataque

2.2.5.6. Discussão

Este caso me chamou muito a atenção, porque como descrito na anamnese nunca teve um episódio similar, e com início abrupto, diante da descrição do paciente

deve iniciar-se o atendimento como desconforto torácico, por isso deve ser iniciado a abordagem MOV (monitorização, oxigenoterapia sem saturação menor a 90% e acesso venoso periférico), medidas que foram realizadas, a paciente estava saturando 96% então não foi preciso oxigenoterapia. Apesar de que a paciente não estava bem, ela não referia muita dor e conseguia se comunicar tranquilamente, dentro da dor torácica existem doenças muito graves, que a conduta muda totalmente o desfecho do paciente. Para isso, durante o exame físico devemos procurar sinais que indiquem ou afastem certas hipóteses. Um ponto importante mencionado pela literatura, que sempre deve ser levado em consideração quando trata-se de desconforto torácico, não devemos ter ou tratar o paciente com uma única possibilidade diagnóstica, esquecendo os diagnósticos diferenciais. As doenças ameaçadoras de vida que se apresentam com dor torácica são: síndrome aórtica, síndrome coronariana aguda, tromboembolismo pulmonar, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e rotura esofágica.

Após realizado o exame físico tínhamos uma taquicardia importante, desconforto torácico relatado pela paciente e uma hipotensão em melhora (iniciado hidratação), foi solicitado ECG onde não tinha elevação de segmento ST, afastando a possibilidade de isquemia coronariana, outro exame disponível na UPA que segundo a literatura ajuda a determinar a etiologia ou afastar certas hipóteses diagnósticas é um rx de tórax, porém ele não foi solicitado pelo médico, este exame mostraria se há pneumotórax, pneumonia (causa da descompensação) e alargamento de mediastino.

Foram solicitados os exames laboratoriais hemograma, PCR, creatinina, ureia, K, Na, troponina, TGO, TGP, CPK e CKMB. Dentro dos exames laboratoriais, a literatura sugere a solicitação de Dímero- D, associado a TEP. Como a paciente encontrava-se estável, com baixo nível de dor e o ECG diminui a possibilidade de uma síndrome coronariana aguda, enquanto aguardava exames laboratoriais foi reclassificada com taquiarritmia.

A avaliação do ECG nas taquiarritmias embasa-se pelas ondas QRS, cada apresentação sugere certos diagnóstico:

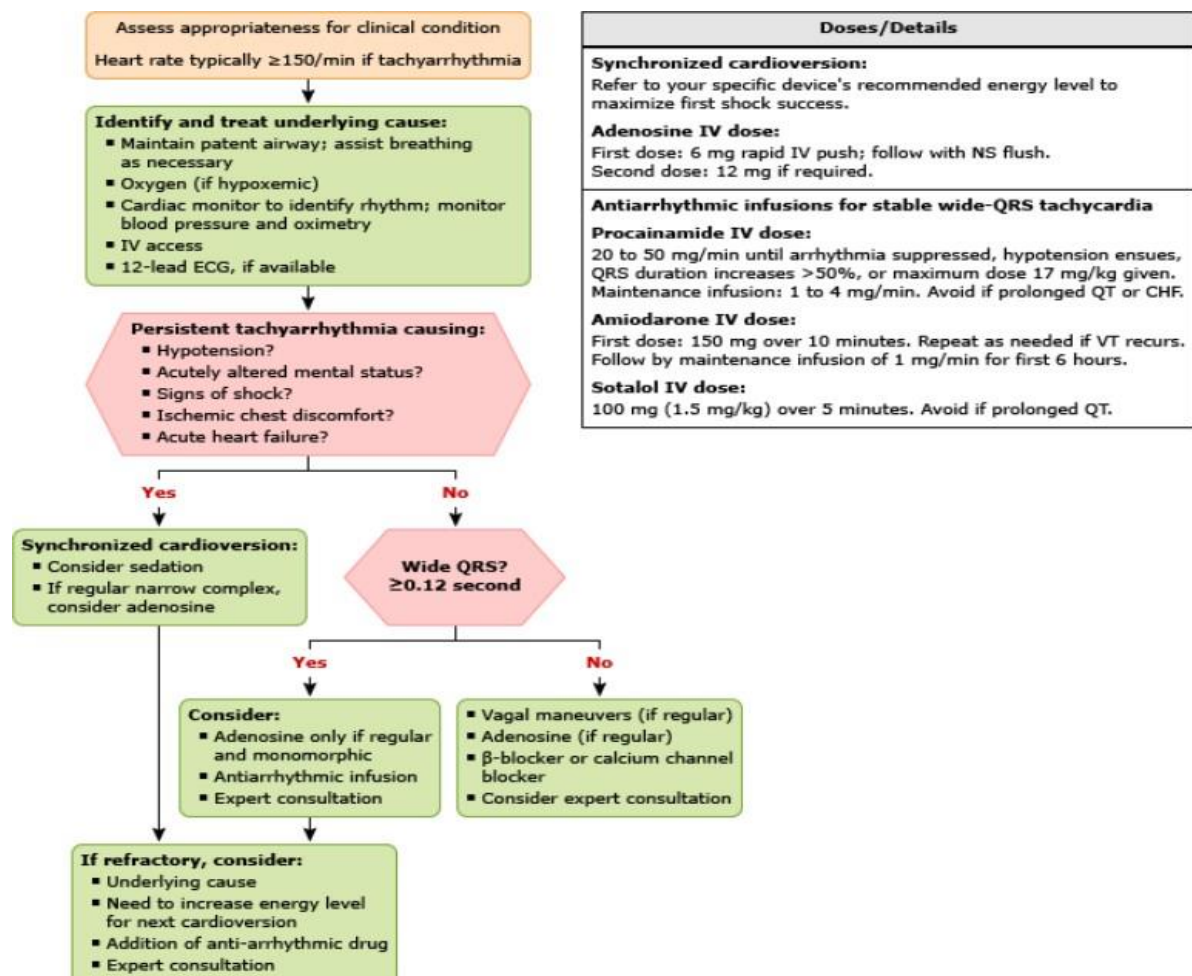
1. QRS estreito (< 0,12 ms):
 - a. R-R irregular = fibrilação atrial (FA), flutter atrial e taquicardia atrial multifocal;
 - b. R-R regular = taquicardia por reentrada nodal (TRN), taquicardia atrial, flutter atrial e taquicardia por reentrada atrioventricular (TRAV)

2. QRS alargado ($\geq 0,12$ ms):

- a. R-R regular = TV monomórfica, ou taquicardia supraventricular com condução aberrante;
- b. R-R irregular = TV polimórfica, torsades de pointes, fibrilação atrial associada com préexcitação ventricular.

Também gostaria de adicionar um fluxograma para o atendimento de todas as taquiarritmias:

Ilustração 5. Fluxograma de atendimento de taquiarritmia



Fonte: Knigh Uptodate, 2020.

É importante observar que dentro deste fluxograma já contempla o atendimento inicial e a estabilidade do paciente para considerar as outras medidas.

Pelas características do ECG que infelizmente não consegui colocar aqui, suspeitamos de uma taquicardia por reentrada nodal, esta é uma taquicardia supraventricular, ela pode ocorrer espontaneamente ou por ingestão de chás, café

drogas ou por realização de exercício físico. Tipicamente no ECG é possível observar FC entre 150 - 250 bpm, ausência de onda P precedendo o QRS, QRS estreito e RR regular.

Por causa disso o médico optou pela cardioversão, no caso da paciente tinha hipotensão porém sem rebaixamento do nível de consciência, então foi possível optar por iniciar com manobras vagais, especificamente falando da manobra de valsalva modificada, para isso é necessário que o paciente este semi reclinada na maca, e o paciente deve soprar uma seringa durante 10 ou 15 segundos, e logo retorna a posição decúbito dorsal e ao mesmo tempo elevação passiva das pernas em um ângulo de 45 graus, todo o procedimento deve ser monitorizado para saber se a manobra foi bem-sucedida. No caso, não foi suficiente para restabelecer o ritmo cardíaco.

Caso não haja reversão para o ritmo sinusal com a manobra valsalva, pode-se fazer uso de adenosina, a dose segundo a literatura é de 6 mg diluído em 10-20 ml de soro fisiológico, ele deve ser administrado em bolus rápido, já que a meia vida é muito curta. Quando não há sucesso pode ser repetido até duas vezes, com dose de 12mg e 18 mg respectivamente. Em este caso foi feito duas doses, a primeira de 6 mg sem sucesso e a segunda de 12 mg sem sucesso também, porém como diz a literatura ainda poderia ser repetido uma terceira dose de adenosina de 18 mg, mas o médico escolheu não fazer. Quando falamos da administração de adenosina é muito importante conversar com o paciente e explicar sobre o que ele vai sentir a literatura descreve como "sensação de morte iminente", anteriormente já tinha visto uma cardioversão com adenosina em SMI e o médico tinha explicado para a paciente o que ia sentir independente de já era a segunda vez que acontecia isso com ela, e quando acabou o procedimento e paciente já estava bem fui conversar com ela, para que me explicasse o que foi que sentiu, ela diz "sinto choque no peito, aperto muito forte, uma sensação muito ruim", apesar de nestes casos nem sempre há tempo de sobra para conversar com o paciente, explicar isto não leva mais de 3 minutos, senão o paciente acha que está morrendo pelo medicamento. Infelizmente em este caso não foi advertido.

Como não teve sucesso com a adenosina, o novo médico que assumiu o plantão reavaliou o ECG e reclassificou a paciente com Fibrilação atrial, por isso iniciou com amiodarona 150mg EV em 20 minutos, período no qual a paciente começou a apresentar diminuição paulatina da FC, com alívio dos sintomas. Após 6 horas em

observação chegaram os resultados dos exames laboratoriais com resultados normais, associado a FC de 104-110, pelo qual o médico responsável optou pela alta.

Foi dada de alta com carvedilol 25mg 12/12h para controlar a frequência cardíaca e varfarina 2,5 mg 24/24h para anticoagulação, quando a FA é menor a 48h, deve se avaliar a necessidade de anticoagulação pelo escore cha2ds2-vasc, quando maior a 3 pontos em mulheres é indicado a anticoagulação por pelos menos 4 semanas após cardioversão, a continuação segue o escore:

Tabela 1. Score CHA2DS2-VASc

CHA2DS2-VASc		
	Descrição	Pontos
C	Insuficiência Cardíaca	1
H	Hipertensão	1
A2	Idade (≥ 75 anos)	2
D	Diabetes Mellitus	1
S2	AIT ou AVC prévio	2
V	Doença Vascular (IAM prévio, Doença Arterial periférica ou placa aórtica)	1
A	Idade (65 – 74 anos)	1
Sc	Sexo (se feminino)	1

Fonte: Velaco, 2021

No caso da paciente ela teve 6 pontos, então está indicado o uso de anticoagulantes, o médico escolheu iniciar pela menor dose que é de 2,50 mg a cada 24 horas, associado a isso oriento procurar a UBS e realizar controles laboratoriais cada 3 semanas, senti falta de uma referência, detalhada, para que o médico pudesse ajustar os medicamentos o se necessário transferir para o especialista.

Neste caso é importantíssimo a interpretação correta do ECG, já que em estes casos é a base para o tratamento, o paciente foi submetido a cardioversão com adenosina duas vezes de forma desnecessária, já que quando se trata de uma FA a adenosina não é indicada.

2.2.6. Ai meu DEUS! Me ajuda ai

2.2.6.1. Anamnese

Identificação: M. D. A. D. S, 77 anos, feminina, parda.

Queixa Principal e Duração: Insuficiência respiratória aguda

História da Moléstia Atual: Paciente trazida pelo SAMU (básica) apresentando quadro de dispneia aguda importante, hiposaturando (menor a 80%), impossibilidade de falar devido ao quadro (respiração agônica), iniciado medidas de resgate sem resposta adequada, optado por IOT + VM.

A filha informa que há 4 dias a paciente iniciou com quadro gripal leve, com tosse seca leve e febre referida, e hoje iniciou com dispneia em repouso motivo pelo qual acionou SAMU, porém a chegada da equipe a paciente estava conversando saturando 90%, e durante o transporte a paciente apresentou piora do quadro. Alérgica a dipirona e paracetamol.

História Médica e Social Progressa: cardiopata com histórico de cirurgia cardíaca não especificada, valvulopatia e HAS.

Antecedentes Pessoais e Familiares: Nega

2.2.6.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, hipocorada +/4+, desidratada 2+/4+, acianótica, afebril, acianótica.

SSVV: PA 110/60, FC 60, Sat:95%

Neuro: Sedada (midazolam / fentanil solução 40 ml/h, rocurônio 10 ml/h), RASS -5, pupilas isomioticas reagentes, sem sinais de meningismo.

Cardíaco: Bulhas hipofonéticas RCR 2T, não ausculto sopros, hemodinamicamente estabilizada com noradrenalina 40 ml/h.

Respiratório: MV + com crepitações em ambas bases, VM acoplada a modo VCV, FIO2 100%, PEEP 10, FR 21.

Abdominal: Flácido, RHA +, presença de hérnia umbilical extrusa.

Extremidades: Quentes, bem perfundidas, sem edema, panturrilhas livres, TEC < 3 segs.

2.2.6.3. Diagnósticos

Diagnóstico Sindrômico:

Insuficiência respiratória aguda

Diagnósticos Diferenciais:

Exacerbação de asma

PNM bacteriana

PNM viral

Pneumotórax

2.2.6.4. Exames complementares

Exames de admissão:

Gasometria: Ph 7,41// pCO₂ 31,9// Po₂ 192// Hco₃ 20,20 // Kptt 39,2// TAP 54,20%
//fosfatase alcalina 122// Albumina 3,70// Amílase 2400// Bilirrubinas: BT 2,30// BD
0,60// BI 1,70//K 3,7// TGO 1093// TGP 741// Ureia 34// Hemograma: Hb 14,9// Ht
46,20// leucócitos 10160// plaquetas 150000

2.2.6.5. Conduta inicial

Medidas de resgate broncodilatadoras

IOT + VM

infusão de noradrenalina

Acesso venoso central (subclávia)

2.2.6.6. Discussão

Escolhi este caso porque durante as coisas foram aconteceram muitos pontos me chamaram a atenção, é parte da profissão se tornar alguém crítico e reflexivo para a melhoria do SUS, então inicialmente a paciente entrou com um quadro de dispneia intensa súbita, já tinha visto vários casos de insuficiência respiratórias porém nenhum de forma tão abrupta, ao entrar na sala vermelha a paciente apresentava com perfusão periférica lentificada, extremidades frias, gaspeando, saturando entre 70% e 50%, o médico solicitou a enfermeira e técnico, terbutalina, hidrocortisona, salbutamol inalatório e sulfato de magnésio. A paciente chegou no horário do almoço, então na sala vermelha encontrava-se um técnico de enfermagem e a enfermeira, a outra técnica estava no horário do almoço. Desde o momento que a paciente ingressou no serviço a enfermeira estava muito alterada, nervosa, e não conseguia encontrar os elementos para preparar e colocar a medicação. Solicitava todo o tempo o apoio do técnico, está enfermeira não era da equipe de sempre, ela estava cobrindo a folga da outra enfermeira, porém ainda assim deveria ter observado

anteriormente o local (quando não tinha pacientes) em procura dos materiais de uso rotineira, já que durante toda a manhã não chegaram pacientes.

Quando o médico, eu e meu colega percebemos o tamanho do problema começamos a preparar as medicações, para tentar agilizar um pouco, mas o atendimento, a paciente encontrava-se em uso de máscara reinalante em 15 lts/min sendo o máximo possível, com sinais de esforço respiratório e a saturação continuava em baixa.

Quando um paciente apresentasse com insuficiência respiratória aguda, deve-se iniciar medidas broncodilatadoras, sendo elas:

- Salbutamol de 4 -8 jatos (de 20 em 20 minutos na primeira hora, e logo a cada 1 ou 4 horas);
- Anticolinérgico que neste caso o mais utilizado é o ipratrópio 2 - 3 puff (de 3 a 8 horas);
- Corticoides indicados para pacientes sem melhora rápida, (prednisona, metilprednisolona e hidrocortisona) a dose inicial de hidrocortisona é de 200 a 300 mg EV ao dia, seguida por 100 mg EV 8/8h ou 6/6;
- Sulfato de magnésio, a dose é de 1,2 a 2 g, diluídos em solução fisiológica de 100 - 500 ml, EV em 20 minutos.

Existem outras medicações que podem ser utilizadas, porém não há evidências sólidas, sendo elas: epinefrina e metilxantinas, como rotineiramente não são as mais utilizadas não colocaria na discussão.

Acima vemos as medidas e doses indicadas para realizar as medidas de resgate, segundo a literatura, comparadas com a realidade há algumas que estão afastadas em comparação com o que indica a literatura, por exemplo o salbutamol o medico início com a dose mínima quando a paciente estava com insuficiência respiratória grave e deveria ser iniciado pela dose máxima, também não associou ao salbutamol e ipratrópio. Logo a dose de hidrocortisona foi de 100 mg, que corresponde a dose de manutenção e não de ataque, em contrapartida com o sulfato de magnésio solicitou uma dose maior do que é indicado, ele colocou 2,5g.

No momento que os pacientes se apresentam com insuficiência respiratória aguda, devemos classificar a gravidade da exacerbação aguda de asma, para considerar as medidas a serem adotadas, a continuação o quadro, como descrito na anamnese e exame físico, a paciente preenchia vario dos critérios de parada

respiratória iminente, então todas as literaturas indicam a preparação para realizar IOT de sequência rápida. Apesar de ter tentado um resgate rápido, a falta de assertividade nas doses, atuação rápida da equipe de enfermagem ou a gravidade do quadro não permitiu melhora no quadro clínico.

Quadro 2. Classificação da gravidade da Asma

Estratificação	Parada respiratória iminente	Grave	Moderada	Leve
Dispneia	-	Em repouso	Ao falar	Ao deambular
Capacidade de falar	Incapaz de falar	Palavras	Frases	Sentenças
Posição corporal	Incapaz de deitar	Incapaz de deitar	Prefere ficar sentado	Capaz de deitar
Frequência respiratória	-	> 30 irpm	Aumentada	Aumentada
Musculatura acessória	Respiração paradoxal (tóraco-abdominal)	Comumente usa	Comumente usa	Normalmente não usa
Ausculta	Tórax silencioso	Síbilos difusos inspiratórios e expiratórios	Síbilos expiratórios difusos	Síbilos expiratórios moderados
Frequência cardíaca	Bradicardia relativa	> 120 bpm	100 – 120 bpm	< 100 bpm
Pulso paradoxal	-	Frequentemente presente > 25 mmHg	Pode estar presente 10 – 25 mmHg	Ausente < 10 mmHg
Estado mental	Confusão ou sonolência	Geralmente agitado	Geralmente agitado	Agitado ou sem alterações
PFE (pico de fluxo expiratório) após broncodilatador inicial: % do previsto ou % do melhor valor pessoal	-	< 50% ou resposta à terapia com duração inferior a 2 horas	50 – 80%	> 80%
SaO ₂ (ar ambiente)	< 91%	< 91%	91 – 95%	> 95%
PaO ₂	-	< 60 mmHg Possivelmente apresenta cianose	> 60 mmHg	Normal Este teste, nesse grupo, geralmente não é necessário
PaCO ₂ (ar ambiente)	-	> 45 mmHg	< 45 mmHg	< 45 mmHg

Fonte: HYZY, 2022.

Neste caso os 7 passos para seguir a intubação de sequência rápida foi realizada em conjunto, pela gravidade do quadro era necessária maior rapidez, eu no caso fiquei encarregada da pré- oxigenação, conectei o ambu ao oxigênio para conseguir ofertar maior pressão, e assim subir pelo menor a 80% a saturação, foi possível essa meta através de essa técnica, realizando a vedação correta da máscara. Meu colega encontrava-se testando os dispositivos, testando os tubos, laringoscópios com as suas respectivas lâminas e configurando a VM.

Logo a enfermeira e o técnico de enfermagem estavam preparando as medicações solicitadas pelo médico para realizar a intubação, porém a enfermeira a única coisa que falava era "aí meu Deus, me ajuda aí fulano" (fulano para não expor o nome do técnico), perguntava onde estavam os materiais, não encontrava as drogas, era um ambiente muito caótico e o técnico não conseguia realizar suas tarefas porque tinha que ajudar a enfermeira. Quando tudo estava pronto, o médico posicionou a paciente, e solicitou que primeiramente realizasse a administração do bloqueador neuromuscular, sem antes ter colocado o analgésico e sedativo. Precisou de duas tentativas, pois na primeira não conseguiu visualização devido a que a maca encontrava-se muito baixa, na segunda conseguiu com sucesso, ele mesmo conferiu os campos pulmonares e epigástrico, assegurando a inserção correta.

O médico escolheu como droga sedativa o midazolam, o qual me chamou muito a atenção já que a paciente estava com broncodilatação, a droga mais indicada é a quetamina, porém ele nem perguntou sobre quetamina, muitos médicos fazem em automatismo e esquecem que para cada situação e características dos pacientes há preferência diferenciada, também perguntei ao plantonista porque ele seguiu essa ordem, ele informou que foi devido a gravidade que por isso escolheu primeiro bloquear assim já conseguia entubar mais rápido, apesar da justificativa não encontro lógica porque primeiramente a paciente está acordada, sentindo dor o qual pode piorar o quadro e segundo quando utilizado o ambu a saturação chegou a 90% então havia opção de utilizar um minuto a mais para primeiramente realizar a sedação com indicado.

Logo de estabilizado as vias aéreas da paciente, início com hipotensão como ainda não tinha acesso venoso central, foi iniciado em acesso venoso periférico, o médico solicitou os materiais e realizo o acesso central em subclávia direita sem intercorrência e iniciado noradrenalina 20 ml/h, após isso o médico solicitou RX de tórax, ECG de admissão, exames laboratoriais (inclusive hemocultura e urocultura),

gasometria e teste rápido de covid. De todos eles o primeiro em sair foi o teste rápido, que deu reagente, apesar de não ter sido um quadro broncoespasmo por asma, as medidas são semelhantes na abordagem inicial, e o importante em urgência e emergência não é o diagnóstico precoce, senão a estabilização que apesar das irregularidades foi conseguido.

Devido a paciente estar com covid foi necessário colocar a paciente no quarto de isolamento, achei importante a solicitação de hemocultura e urocultura, já que muitas vezes pode haver uma Pneumonia bacteriana associada a PNM por covid, conjuntamente com isso foi solicitado a vaga no HMPGL, devido a que o local ideal para a paciente é a UTI, hoje passaram 2 dias e ainda não há vaga para que seja trasladada, no decorrer do plantão a paciente iniciou com febre, então após a coleta de hemocultura e urocultura, foi iniciado ATB empírico por suspeita de PNM bacteriana. Finalizando assim o atendimento inicial da insuficiência respiratória aguda grave.

2.2.7. Não sabemos que aconteceu

2.2.7.1. Anamnese

Identificação: N. D. A. B, 61 anos, masculino, branco

História da Moléstia Atual: Paciente trazido pelo SAMU em maca rígida com colar cervical, encontrado em via pública com ferimento corto-contuso em região parietal, sialorreia, com hálito etílico.

História Médica e Social Progressiva: Não foi possível coletar história. (paciente desorientado).

2.2.7.2. Exames físico

A – VAS pérvias, verbalizando.

B – MV+, bilateral, sem RA. Sat O2 98%.

C – RCR 2T, PA 140 X 100, FC 89. Pulsos presentes.

D – Confuso, desorientado, falando palavras incompreensíveis, Glasgow 13/15, pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores aparentes.

E –

Cabeça / pescoço:

Apresenta ferimento corto contuso superficial em crânio na região parietal, com bordas irregulares, presença de edema com hematomas, sem crepitações, aparente afundamento de crânio.

Coluna:

Sem dor a palpação.

Tórax / dorso:

Sem dor ou crepitação à palpação de arcos costais. Sem escoriações, presença de hematomas dispersos pelo tórax.

Abdome / pelve:

Abdome flácido, indolor. Sem escoriações ou equimoses.

Pelve: estável.

Membros:

Sem lesões ou escoriações aparentes, pulsos distais presentes, amplos e cheios.

2.2.7.3. Diagnósticos

Diagnóstico Sindrômico:

Trauma

Diagnósticos Diferenciais:

TCE moderado

2.2.7.4. Conduta

Avaliação médica

Realizo Tricotomia para observação de corte, sem necessidade de sutura, realizo limpeza e curativo.

Realizo hidratação

Prescrevo Fenitoina, Dipirona e Dexametasona.

Solicito TC de crânio devido a ferimento de crânio e confusão

Mantenho em observação por 6 horas

Reavaliação posterior

2.2.7.5. Discussão

O atendimento inicial de um paciente vítima de trauma é iniciado pela avaliação primária, o que seria uma sistematização da investigação diagnóstica de

lesões imediatamente ameaçadoras à vida, com uma ordem padronizada de prioridades (Velasco, 2021). A ordem da avaliação primária sugerida pelo ATLS é a seguinte:

A → Avaliação de vias aéreas com restrição da mobilidade da coluna cervical.

B → Ventilação e respiração.

C → Circulação com controle da hemorragia.

D → Avaliação neurológica.

E → Exposição e controle do ambiente.

Como descrito acima esta ferramenta foi utilizada na avaliação do paciente com suspeita de trauma, a maior alteração encontra-se na avaliação neurológica, apresentando um Glasgow 13/15, devido a resposta verbal com palavras soltas, algumas entendíveis e outras não, a escala de coma de Glasgow foi desenvolvida para a utilização no trauma, porém é muito utilizada em todos os casos de emergência, a continuação coloco o quadro com os pontos que corresponde cada resposta.

Quadro 3. Score de Glasgow

Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontanea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Velasco, 2021

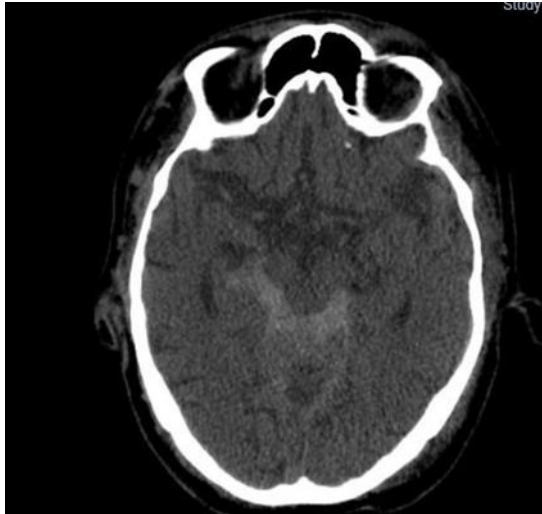
A segunda alteração importante que apresenta este paciente é a lesão corto contusa em região parietal, como o paciente já passou pela avaliação primária, agora ele deve ser tratado como Traumatismo cranioencefálico (TCE), o TCE é definido como: “qualquer lesão de etiologia traumática que afete o parênquima cerebral ou

estruturas adjacentes, como meninges, os vasos, calota craniana e couro cabeludo” (Velasco, 2021). O TCE pode ser dividido por gravidade, uns dos critérios utilizados é a escala de Glasgow, de 13 - 15 são considerados leves, de 9- 12 são considerados moderados e de 8 ou menos são considerados graves. Sendo assim o paciente estaria com um TCE leve, segundo a literatura a maioria dos pacientes apresentam boa recuperação neurológica, porém até 3% de esses traumas evoluem com disfunção neurológica grave. Então em cada caso deve ser considerada a necessidade de solicitação de internação e de solicitação de exames de imagem.

Este caso era um pouco mais complexo devido a que desconhecemos a cinemática do trauma, e o paciente parecia estar baixo os efeitos do álcool pela presença de hálito etílico, isso interfere na avaliação neurológica, também no ferimento existe sinais de uma lesão importante, devido ao hematoma e edema, e sinais de afundamento de crânio. Devido a somatória de esses acontecimentos o médico responsável optou por solicitar diretamente uma TC de crânio. Seguindo a literatura existem 3 critérios clínicos que são validados para decidir sobre a necessidade de solicitação de TC de crânio, elas são: a regra canadense de tomografia computadorizada (CCTC), os critérios de Nova Orleans (CNO) e os critérios de National Emergency X-Radiography Utilization Study II (NEXUS II), o paciente tinha indicação de TC nos três critérios clínicos, então a conduta do médico foi excelente, muitos médicos primeiramente solicitam Rx crânio e logo TC de crânio, quando o Rx é indicado para fraturas, mas fica impossibilitado de avaliar lesões intracranianas, de esta forma faz perder tempo de atendimento ao paciente, que pode ser traduzido a maiores sequelas neurológicas.

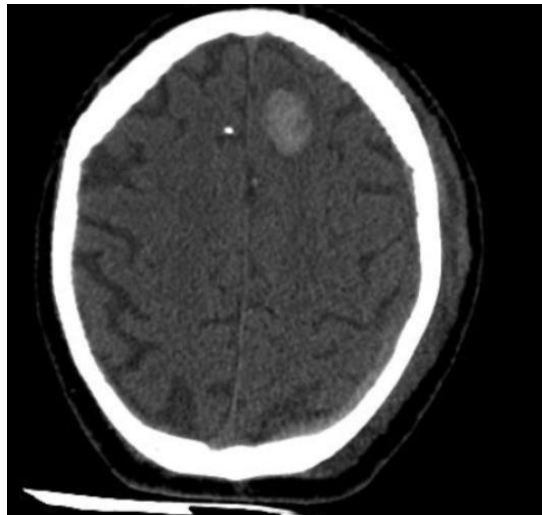
A continuação as imagens da TC de crânio, que mostraram: "Áreas de hemorragia intraparenquimatosa, em reabsorção, são observadas nas porções anterior e superiores do lobo frontal esquerdo, a maior medindo 19 cm. Grande quantidade de sangue é observado na região do aqueduto cerebral, não determinando dilatação significativa do sistema ventricular a montante. Tronco cerebral e cerebelo sem alterações. Cisternas da base preservadas. Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Ausência de coleções intra ou extra-axiais”.

Ilustração 6. TC de crânio do paciente



Fonte: Vivace conect

Ilustração 7. TC de crânio do paciente



Fonte: Vivace conect

Antes do paciente realizar a TC, que normalmente demora um pouco até conseguir transporte e chegar lá, o médico responsável prescreveu fenitoína como profilaxia para as convulsões, uma conduta que não tinha visto anteriormente por parte dos médicos plantonistas senão por parte dos especialistas como os neurólogos. Consultando a literatura encontrei que a conduta dele foi muito boa, já que há evidências científicas que apoiam o uso de anticonvulsivante de forma profilática, este ajuda tanto para não piorar o quadro atual com a presença de convulsões precoces pós-traumática (devido à maior consumo de glicose, diminuindo assim o aporte ao cérebro) como também para evitar epilepsia no futuro, cabe ressaltar que ajuda a prevenir epilepsia no futuro devido a ausência de convulsões no período atual, não como uma medida no futuro, ou seja "pacientes com convulsões precoces correm maior risco de desenvolver epilepsia pós-traumática em comparação com aqueles que

não apresentam convulsões precoces” (Evans, 2020). A dose sugerida para este caso é de uma dose de ataque EV de 7 a 20 mg/kg a uma taxa ≤ 50 mg/minuto; dose máxima: 2 g, após 8 a 12 horas da dose de ataque pode ser iniciada a dose de manutenção.

Dose de manutenção: IV, Oral: 100 mg a cada 8 horas ou 5 mg/kg/dia (arredondado para o 100mg mais próximo) dividido a cada 8 horas.

O paciente pesa pelo menos 70 kg, então iniciando pela dose mínima sugerida seria 7 X 70 kg: 490 mg, porém no paciente foi administrado unicamente 100mg, então a ideia estava certa faltou acertar a dose certinha por kg, coisa que aparentemente em linha geral os médicos não gostam de fazer.

Outro ponto que encontrei na literatura e acho pertinente discutir é o uso de antifibrinolítico, na literatura é recomendado para TCE moderados com glasgow de 8 a 13 dentro das 3 horas após a lesão, está associado a diminuição de mortalidade, e também há estudos que comprovam redução significativa da mortalidade em paciente com TCE de leve a moderado, então nesse caso ainda antes de ter a TC poderia ter sido utilizado o ácido tranexâmico 1 g infundido em 10 minutos, seguida por infusão intravenosa de 1 g em 8 horas. (Velasco, 2021).

Outros cuidados que precisam ser ofertados para estes pacientes são monitorização otimizando ventilação, pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg (para este paciente), fluidoterapia com solução fisiológica, controle de glicemia e controle de temperatura. Cada um destes pontos traz consigo complicações que se não são controladas podem agravar o quadro do paciente. Quando estava por sair do plantão passei as informações para meus colegas que iam ficar na noite, para observar o paciente, após duas horas que fui embora o paciente iniciou com hipertensão e hiperglicemia, mantendo alteração neurológica sem obedecer aos comandos.

Este caso me obriga a ressaltar vários pontos, o primeiro ponto é que a maioria dos internos coincidem que quando iniciamos o estágio na UPA a maioria dos médicos delegam a sala de procedimento, deixando a cargo dos internos o pacientes com ferimentos, corpos estranhos e os pacientes trazido pelo SIATE com glasgow acima de 8, muitas vezes o protocolo se torna corriqueiro, só procurar a lesão, suturar se é necessário e se não realizar curativo, porém nos pacientes de trauma ainda que permaneçam com glasgow de 15, SEMPRE deve ser realizado a avaliação primária completa, já que podem haver complicações ocultas. Ficar a cargo de estes pacientes

ainda que o médico está a disposição para resolver as dúvidas, nos obriga a realizar uma abordagem completa, para assim identificar possíveis sinais que chamam a atenção para solicitar apoio do médico, se não só estaremos repetindo erros ou liberando pacientes avaliando unicamente o que está à vista de todo o mundo, deixando o paciente exposto a piorar.

O segundo ponto é sobre a necessidade de implementação de uma sala para receber os pacientes trazido pelo SIATE com um glasgow superior a 8 (os que têm menor que isso são levados a sala vermelha diretamente), já que os pacientes que vem trazido por eles (na UPA Morumbi), ficam no corredor, sem monitores, muitas vezes os pacientes rebaixam subitamente e se ninguém estiver por perto para ver isso o paciente fica sem suporte.

Finalmente o terceiro ponto é a deficiência do protocolo de atendimento, porque o paciente realizou um TC com um profissional capacitado para identificar alterações, e ainda o paciente apresentando não fez uma intervenção para que o paciente ficasse, sendo que necessariamente ia ser necessário a transferência para o HMPGL. Há uma grande necessidade de estabelecer fluxogramas para estes casos, já vi casos anteriores que o paciente apresentou alteração no exame de imagem e já permaneceu no HMPGL. No caso do paciente teve que voltar até a UPA, o médico avaliou a imagem e logo solicitou a regulação do SAMU para que seja transferido como vaga zero, para finalmente obter atendimento com o especialista.

2.2.8. Ontem eu estava super bem

2.2.8.1. Anamnese

Identificação: J. M. S. B, masculino, 13 anos, pardo

Queixa Principal e Duração: muita dor na barriga e vômitos há 12 horas.

História da Moléstia Atual: Paciente admitido em sala amarela, trazido pelo SAMU da UBS Padre Ítalo, por apresentar dor abdominal de forte intensidade, além de náusea, com um episódio de vômito (durante o transporte). Início dos sintomas há cerca de 12 horas. Também informa disúria e febre não aferida há 2 dias. Nega alergia medicamentosa.

História Médica e Social Progressa: Nega comorbidades.

2.2.8.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, acianotico, anictérico, afebril, corado, hidratado.

Neuro: LOTE, glasgow 15/15, sem sinais de irritação meníngea, sem sinais focais.

Respiratório: Eupneica em AA, MV + sem RA, sem sinais de esforço respiratório.

Cardíaco: RCR BNF 2T não ausculto sopro, hemodinamicamente estável

Abdômen: Plano, flácido, RHA+, doloroso à palpação superficial e profunda em fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão brusca, Giordano negativo.

Extremidades: Quentes, bem perfundidas, sem edema e sem sinais de empastamento, pulsos presentes.

2.2.8.3. Diagnóstico

Diagnóstico Síndrômico:

Dor abdominal

Diagnósticos Diferenciais:

GECA, apendicite, pancreatite, ITU.

2.2.8.4. Exame complementares

Amílase 41//TGP 19// PCR 3// TGO 22// Ureia 20// K 4,8// Hb 12,40// Ht 38,4// leuco 10620 sem desvio// Plaqueta 346000

Parcial de urina sem alterações.

2.2.8.5. Conduta inicial

Sintomáticos

Observação

Solicito exames lab + urina I

Pondero TC do abdome contraste

2.2.8.6. Discussão

A dor abdominal representa um dos grandes desafios para os médicos no serviço de emergência, devido a que os sintomas são inespecíficos dificultando a diferenciação da etiologia e dentro de eles há doenças clínicas, cirúrgicas, intra-

abdominal e intra abdominal, ou seja, dentro de este sintoma existem doenças totalmente benignas e outras potencialmente fatal.

Porém como tudo em medicina a guia é o paciente, a clínica, o paciente estava referindo dor abdominal intensa, porém eram dores intermitentes, e que pioravam a palpação, ainda assim apesar de essa dor o paciente apresentava todos os sinais vitais estáveis, não descarta as doenças mais graves, porém diminui a possibilidade de que seja uma doença potencialmente grave.

Muitas vezes por se tratar de um sintoma tão comum ele é menosprezado, neste desde a consulta na UBS Padre Ítalo o quadro clínico do paciente foi valorado, sendo trazido até a UPA para melhor investigação, durante o transporte apresentou o primeiro episódio de vômito, novamente outro sintoma inespecífico, porém poderia tratar-se de uma piora no quadro. O primeiro passo do médico foi colocar medicamentos para a dor, neste caso foi dipirona e escopolamina, e também adicionou um antiemético, bromoprida, para assim oferecer conforto ao paciente. Erro muito comum é adiar o uso de analgésicos para aliviar a dor já que podem mascarar a doença, mas isso não é correto.

Como em este caso o paciente apresentou sinais vitais estáveis não foi necessária uma estabilização, então foi coletado a história clínica e feito o exame físico, o qual me chamou a atenção porque segundo o prontuário, o médico que encaminhou o paciente, ele apresentava giordano positivo e dor à descompressão brusca, questão que não foi possível observar no exame físico de admissão. Foi questionado ao paciente sobre sintomas urinários quem referiu disúria leve há 2 dias e febre referida, na admissão o paciente estava com temperatura de 37,2, não é febre claro, mas é uma temperatura mais alta, do que normalmente apresentam os pacientes, durante o internamento não apresentou febre, porém estava em uso de dipirona que além de ter efeito analgésico é antipirético.

Na literatura encontrei uma tabela que acho importante a sua utilização, já que o primeiro desafio na apresentação de dor abdominal é descartar os casos mais graves, então esta tabela traz os sinais que o paciente pode apresentar ou possuir para chamar a atenção quando atender um paciente com este sintoma. observando a tabela a continuação podemos analisar que dentro dos sinais, o único que apresentou o paciente foi vômito (1 episódio), então o paciente não seria dos casos mais graves, ainda que não descarte totalmente as outras hipóteses, mas inicialmente pode se

dizer que não é uma caso de apresentação grave, ainda precisando maior investigação.

Tabela 2. Sinais de alarme em pacientes com dor abdominal aguda

Sinais de alarme	Justificativa
Sinais de má perfusão periférica ou instabilidade hemodinâmica	Instabilidade hemodinâmica, aumenta a probabilidade de diagnósticos graves com isquemia mesentérica e dissecação de aorta
Febre	Aumenta probabilidade de abdome agudo inflamatório
Início súbito de intensidade máxima desde o início	Aumenta probabilidade de patologias graves
Idade acima de 65 anos	Sintomas frustrados, vagos, apresentações atípicas e tardias e manutenção
Imunossupressão	Sintomas frustrados, vagos, apresentações atípicas e tardias
Etilismo	Aumenta o risco de pancreatite, hepatite, cirrose
Doença cardiovascular	Pode indicar comprometimento arterial, em artérias mesentéricas ou aneurisma de aorta
Cirurgia abdominal recente	Risco de perfuração ou obstrução
Início da gravidez	Risco de gravidez ectópica
Vômito associados	Risco de patologias como colecistite, obstrução intestinal, gestação ectópica etc.
Sinais de irritação peritoneal (DB +)	Associados a abdome agudo inflamatório ou por outras causas.

Fonte: Velasco, 2021

O paciente permaneceu em monitoramento em uso de analgésicos, o médico solicitou todos os exames que a literatura indica, a exceção dos exames para avaliar a função hepática, ou seja o coagulograma, unicamente solicitou os exames de lesão hepática, TGO e TGP, e a princípio não solicitou nenhum exame de imagem. Durante o estágio vi muitos pacientes com suspeita de apendicite, e na maioria o médico inicialmente solicitava Rx de abdome agudo, porém segundo a literatura poucas imagens mostram anormalidades, o rx é mais útil para avaliar obstrução intestinal, perfuração intestinal ou corpo estranho radiopaco.

Após 3 horas da admissão do paciente teve melhora da dor em descanso, porém a dor a palpação superficial e profunda continuava presente, motivo pelo qual o médico responsável optou pela solicitação de TC de abdome. O qual é o exame de

imagem de escolha para avaliação de dor abdominal indiferenciada. Na UPA este exame demora, porque primeiramente precisa do transporte até o HMPGL, logo devem aguardar a fila para realizar o exames e finalmente os médicos não olham a imagem sem o laudo, e neste caso o paciente realizou o exame durante a noite e até o outro dia às 7, ainda não tinha laudo. Nesta questão há dois erros: primeiro que sempre há uma pessoa de plantão laudando, fato que não aconteceu e segundo o médico que tem medo de avaliar as imagens sem laudo.

Antes de sair o laudo da TC de abdome, saíram os resultados de exames laboratoriais, que como foram colocados acima todos dentro da faixa da normalidade, associado a isso o laudo da TC concluiu: “Estudo tomográfico do abdome superior e da pelve sem significativas alterações”, então no dia seguinte quando o novo plantonista reavaliou o paciente e os exames estavam dentro da normalidade, o paciente não referia mais dor, vômito ou algum sintoma, optou-se pela alta médica com receita de sintomáticos orais e um encaminhamento para a UBS para investigação do quadro, também foram orientados os sinais de alarme caso aconteçam deveria procurar a UPA novamente. A literatura diz que mais ou menos 40% dos quadros de dor abdominal não é encontrado o diagnóstico, mas o médico ainda assim encaminhou o paciente, gostei muito de essa conduta.

2.2.9. Isso não é pela tosse?

2.2.9.1. Anamnese

Identificação: J. O, Masculino, 82 anos, pardo, morador de Foz do Iguaçu.

Queixa Principal e Duração: Dor abdominal há 2 dias.

História da Moléstia Atual: Paciente admitido em sala amarela devido a dor abdominal importante de início há dois dias, com piora da algia desde ontem. Nega sangramentos, vômitos, diarreias e outros sintomas associados. Nega alergias medicamentosas

História Médica e Social Progressa: Cardiopatia e CA de próstata.

Medicamentos de uso contínuo: olmesartana 29 mg 1x/dia, furosemida 40 mg 1x/dia, quetiapina 25 mg /noite, espironolactona 25 mg/manhã, eliquis 2,5mg 12/12h, carvedilol 25mg 12/12h.

2.2.9.2. Exame físico

Ectoscopia: BEG, acianótico, anictérico, afebril, hipocorado +/4+, desidratado +/+4.

SSVV: PA: 120/70 mmHg, FC: 72, Sat: 98%, Temp: 36,2.

Neuro: LOTE, glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de meningismo e sem sinais focais.

Respiratório: Eupneico, MV +, sem RA, expansibilidade preservada, sem sinais de esforço respiratório.

Cardíaco: RCR 2T BNF S/ sopros - Hemodinamicamente estável s/ DVA - TEC < 3 seg.

Abdômen: Globoso, RHA +, depressível à palpação, dor na palpação superficial e profunda difusamente. Sem sinais de peritonismo

Extremidades: Quentes, bem perfundidas, sem edema, sem empastamento, pulsos presentes.

2.2.9.3. Diagnóstico

Diagnóstico Síndrômico:

Dor abdominal.

Diagnósticos Diferenciais:

Pancreatite, ITU, apendicite, doença de vias biliares, hemorragia digestiva.

2.2.9.4. Exames complementares

Exames de admissão:

Amílase 688// lípase 2634// Bilirrubina total 1,60// BD 0,90// BI 0,70//fosfatase alcalina 218// K 5,3// TGO 51// TGP 60// ureia 31// PCR 16// Cálcio iônico 1,04

Parcial de urina: proteínas +, bilirrubina ++, urobilinogênio +, nitrito detectado, leucócitos 10/campo, presença de bactérias.

Hemograma: Hb 13,20// Ht 41,80// Leuco 14920// plaquetas 316000

Exames de Evolução (dia seguinte a admissão):

Amílase 279// lípase 544// potássio 5,2// PCR 20// Parcial de urina: sem alterações.

2.2.9.5. Conduta inicial

Prescrevo sintomáticos e hidratação

Solicito labs de rotina

Reavaliação posterior

2.2.9.6. Discussão

Devido a que o caso anterior comentei sobre o tratamento de dor abdominal, ou seja, o diagnóstico sindrômico, em este vou aprofundar mais sobre os diagnósticos diferenciais de acordo com o quadro clínico deste paciente. Então o paciente dá entrada ao serviço unicamente por dor abdominal sem outro sintoma associado, mantendo sinais vitais estáveis, a conduta do médico responsável é solicitar exames laboratoriais e sintomáticos que em este caso foram omeprazol, dexametasona, metoclopramida e tramadol, conduta pela qual não há muita evidência científica, não encontrei na literatura um fundamento para o uso de corticoide.

Outro fato interessante observado na maioria dos casos para o controle da dor, a falta do uso do controle da dor escalonado, o médico iniciou com tramadol, quando poderia ter colocado primeiramente dipirona (até duas ampolas) associado a escopolamina, porém ele pulou essas etapas e se o paciente continuar com dor deverá utilizar diretamente morfina, é muito importante controlar e aliviar a dor do paciente, porém deve ser feito como corresponde, escalonando os medicamentos.

Conforme o quadro do paciente e associado a literatura da epidemiologia de dor abdominal uma das primeiras hipóteses diagnósticas para este paciente seria hemorragia digestiva, sendo por úlcera péptica, gastrite ou varizes esofágicas, porém o paciente a acompanhante nega sangramentos, após o resultado do exame o hemograma não mostra hemoglobina baixa, não descarta já que muitas vezes pode demorar em baixar a hemoglobina, ainda assim o exame físico não mostra sinais de gravidade se for o caso de hemorragia digestiva.

Dentro dos exames com resultados laboratoriais alterados temos o parcial de urina, que deve ser considerado já que a ITU é um diagnóstico diferencial de dor abdominal, ainda assim dentro das alterações temos nitrito positivo, que indica que o exame está contaminado, sendo um resultado duvidoso, e também o paciente nega sintomas urinários como disúria, polaciúria, urgência miccional ou dor lombar, por causa de esses fatores o médico escolheu aguardar e solicitar novamente o parcial de urina, antes de iniciar um ATB, acho correto porque o uso indiscriminado de antibióticos tem consequências e o quadro do paciente não indicava declínio nem sinais de piora, podendo aguardar uma nova coleta.

Dentro dos exames laboratoriais impossível não dar atenção a elevação da lipase e amilase, os quais encontram se bem elevados, maior a 3 vezes o limite superior, o qual indica acurácia um pouco maior a 90% para diagnosticar pancreatite aguda segundo a literatura indica, devido a esses resultados laboratoriais a principal hipótese diagnóstica é pancreatite aguda.

Sendo assim a pancreatite aguda segundo o exame físico pode ser dividida em dois:

- Pancreatite aguda leve: desconforto abdominal à palpação, porém sem sinais de distensão abdominal ou instabilidade hemodinâmica.
- Pancreatite aguda grave: abdome doloroso e distendido com sinal de irritação peritoneal, podendo apresentar íleo adinâmico, sinais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica e alteração do nível de consciência.

Tendo em consideração estas especificações o paciente enquadra se dentro da pancreatite aguda leve, durante o exame físico também procurei sinal de grey-turner e cullen (imagem exemplificando) , que refletem hemorragia intra abdominal e está associado a pior prognóstico, porém o paciente não apresentava nenhum deles.

Ilustração 8. Signos de Grey Turner e do Cullen



Fonte: UptoDate, 2022.

Além do aumento da enzimas pancreáticas há outros exames laboratoriais que indicam a causa ou pior prognóstico da doença, dentro de eles dosagem de triglicerídeos o qual não foi solicitado, seria necessário um valor acima de 1000 para considerar hipertrigliceridemia como a causa de pancreatite. Quando a proteína C está

acima de 150 mg/dL, sugere doença mais grave, paciente com PCR de 20, também aumento de hematócrito e alterações na dosagem de ureia podem indicar maior gravidade do quadro, o paciente não apresenta nenhum deles alterados, porém o laboratório encontrava-se sem reagente para creatinina, e segundo a literatura apresenta correlação com desenvolvimento de necrose pancreática, porém perante a falta é impossível avaliar este item. O cálcio é outro marcador de gravidade, tanto hipercalcemia como hipocalcemia podem ser os causantes de pancreatite aguda, no paciente apresentava-se dentro dos limites da normalidade.

Sobre os exames de imagem o tempo ideal para a avaliação é após pelo menos 72 horas da apresentação, então o primeiro médico em avaliar o paciente fez certo, já que primeiramente solicitar os exames laboratoriais, o contraste da TC pode ser potencialmente diagnóstico, então o ultrassom permanece como exame de imagem inicial, porém quando há dúvida diagnosticado, suspeita de necrose ou deterioração clínica, a TC é mandatória, como o paciente já tem histórico de CA, idade avançada e um parcial de urina alterada, concordo com a conduta da médica responsável a solicitar TC de abdome com contraste para avaliação.

Dentro da avaliação prognóstica há vários critérios clínicos para predizer a gravidade da pancreatite aguda, considerando a clínica, idade, exames laboratoriais e TC de abdome, porém em nenhum deles o paciente enquadra-se dentro do grupo de gravidade, o principal fator de gravidade presente é a idade avançada, porém não apresentou descompensação hemodinâmica, sem confusão mental, função renal preservada, leucocitose leve, sem febre, melhora da algia, isso caracteriza ao paciente como um quadro leve.

O laudo da TC concluiu: “Estudo tomográfico do abdome superior e da pelve mostra colelitíase. Diverticulose nos cólons. Imagem cística, bem delimitada, é observada adjacente à parede lateral do cólon sigmóide, na fossa ilíaca direita, características benignas, devendo corresponder a cisto mesentérico”. Indicando assim que a provável causa é a mais comum deva-se a colelitíase, que segundo a literatura indica como parte do tratamento a colecistectomia.

O tratamento para a pancreatite aguda é de suporte, já que nenhuma medicação mostrou-se efetiva para cessar a inflamação do pâncreas, dentro dos pilares do tratamento temos a dieta, que a literatura recomenda que seja por via oral, tão logo o paciente apresente melhora da dor abdominal, porém deve ser um dieta pobre em gorduras para menor estimulação pancreática, em contrapartida quando a

médica viu a lipase e amilase aumentada solicitou jejum para o paciente, porém a literatura não fundamenta isso, pelo contrário quanto mais precoce é feita a realimentação pode diminuir tempo de internação, infecção de tecido necrótico e em alguns estudos demonstrou redução de disfunções orgânicas e na mortalidade geral.

Outro ponto que parece evidente, porém que é fundamental para o tratamento é a hidratação que o primeiro médico em avaliar o paciente colocou no prontuário, achei ótimo já que o prontuário deve ser bem descrito e registrado, a hidratação 5 - 10 ml/KG/ hora é indicada em todos os paciente com pancreatite aguda internados. Também como parte do tratamento é a analgesia, que acima já foi um pouco discutida, gostaria de salientar que não há contraindicações de uso de análogos de morfina, porém sempre sendo escalonado o uso de analgésicos, fato que a princípio não aconteceu, outro médico plantonista mudou essa prescrição pela dipirona, a qual foi totalmente efetiva para diminuir a dor do paciente.

“O uso de antibióticos de forma profilática para pacientes com necrose pancreática não é recomendado” (Velasco, 2021), o antibiótico é utilizado quando há suspeita de infecção sobreposta, e preferencialmente após coleta do líquido para guiar o uso de antibiótico. E como foi colocado acima outro componente do tratamento da pancreatite quando necessário claro, é a colecistectomia, devido a isso apesar da melhora do quadro clínico e as enzimas pancreáticas continuarem em baixa foi solicitada a vaga no HMPGL, inicialmente para atendimento clínico, mas apenas foi admitido lá a médica já solicitou o parecer da cirurgia, a cirurgia aceito o paciente e o interno.

Finalmente duas coisas que queria ressaltar, a primeira sobre essa suspeita de ITU, que avaliando o primeiro parcial de urina, muitos médicos já iriam prescrever ATB, porém o médico optou por aguardar devido a que a clínica não acompanhava esse exame, questão que é fundamental, porque o exame é justamente isso, um exame, não é o paciente. Então ter avaliado o cenário de forma ampla, foi fundamental para não ter utilizado um ATB de forma desnecessária. O segundo ponto é sobre o título de este caso, ele se deve a que há uns dias atrás o paciente apresentou um quadro gripal com tosse, e desde que ele foi admitido no serviço passaram pouca informação a tal ponto que quando fui a reavaliá-lo, ele pensou que estava com dor abdominal devido ao esforço por tanta tosse, achei triste o nível de desinformação que manejava o paciente, porque como já coloquei várias vezes em este relatório, não leva muito tempo nem trabalho, falar 5 minutinhos com o paciente e explicar o caso.

2.2.10. Muita ardência Dra!

2.2.10.1. Anamnese

Identificação: L.P. M, 42 anos, branca.

Queixa Principal e Duração: “Ardência no xixi há 3 dias”

História da Moléstia Atual: Paciente refere tosse, febre referida, disúria, dor lombar, dor abdominal e vômitos (3X) há 3 dias. Nega sangramentos. Nega alergia medicamentosa.

História Médica e Social Progressa: Nega comorbidades e medicamentos de uso contínuo.

2.2.10.2. Exame físico

Ectoscopia: REG, anictérica, acianótica, afebril, corada, hidratada

SSVV de entrada: PA 99/69 mmHg, FC 102, sat 96%, temp 35

Neuro: LOTE, glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de meningismo e sem sinais focais.

Respiratório: Eupneico, MV +, sem RA, expansibilidade preservada, sem sinais de esforço respiratório.

Cardíaco: RCR 2T BNF S/ sopros - Hemodinamicamente estável s/ DVA - TEC < 3 seg.

Abdominal: Flácido, depressível, RHA+, doloroso a palpação profunda em quadrante inferior, sem sinais de irritação peritoneal, blumberg negativo, giordano positivo.

Extremidades: Quentes, bem perfundidas, sem edema, sem empastamento, pulsos presentes.

2.2.10.3. Diagnóstico

Diagnóstico Síndrômico:

Infeção do trato urinário

Diagnósticos Diferenciais:

Vaginite, pielonefrite, sepse.

2.2.10.4. Exames complementares

Exames de admissão: Hb 12,10// Ht 38,3// Leuco 26690 com 17% de desvio Bastonete// Plaquetas 281000// PCR 41,5// ureia 34.

Parcial de urina: proteína ++// hemoglobina ++/ urobilinogênio +// nitrito detectado// células epiteliaes 10/campo// leuco superior a 100 por campo// hemacias 20/campo// presença de bactérias Cultura: positivo para E. coly.

2.2.10.5. Conduta inicial

Prescrevo sintomáticos

Solicito exames laboratoriais

2.2.10.6. Discussão

Incorporei este caso ao relatório, devido que dentro do que consegui observar nos estágio é um quadro bastante comum, e a princípio não imaginei que isso fosse motivo de internação do paciente em urgência e emergência, porém há muitos casos, ainda que a maioria dos pacientes possuem alguns fatores de predisposição.

Em este caso a principal hipótese é uma infecção do trato urinário, devido a queixa principal da paciente que é disúria, além disso a paciente apresentava outros sintomas associados o que fez necessário a internação da paciente, para a solicitação de exames laboratoriais e prescrição de sintomáticos que em este caso foi dipirona + escopolamina e bromoprida para evitar novos vômitos. No exame físico é percebido dor em região púbica e giordano positivo bilateral. Estes achados no paciente, segundo a literatura, definem o caso como: infecção aguda complicada do trato urinário.

Tabela 3. Infecção aguda complicada do trato urinário

Ciste simples aguda	<ul style="list-style-type: none"> • ITU aguda que se presume estar à bexiga • Não há sinais ou sintomas que sugiram uma infecção do trato superior ou sistêmico.
ITU complicada aguda	<p>ITU aguda acompanhada de sinais ou sintomas que sugerem extensão da infecção além da bexiga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre (37,7 °C) • Calafrios, fadiga significativa ou mal-estar além da linha de base, ou outras características de doença sistêmica • Dor no flanco

	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade do ângulo costovertebral • Dor pélvica ou perineal em homens
População especiais com considerações de gerenciamento exclusivas	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres grávidas • Receptores de transplante renal

Fonte: Hooton Uptodate, 2022

“A patogênese da ITU começa com a colonização do intróito vaginal ou meato uretral por uropatógenos da flora fecal, seguida de ascensão via uretra para a bexiga” (Hooton, 2022), devido a essa explicação o agente mais comum nas infecções agudas complicadas do trato urinário é o E. coli. Seguindo o que a literatura indica, nos casos onde a infecção urinária não é recorrente, e quando não há sinais de sepse não é necessário a solicitação de exames laboratoriais, situação que foi seguida na realidade, unicamente foram solicitados os exames laboratoriais, dentro de eles o parcial de urina e cultura.

A literatura indica que, para realizar o diagnóstico de pielonefrite, deve haver presença de dor no flanco e/ou sensibilidade no ângulo costovertebral associado a bacteriúria e piúria, o qual tanto o exame físico como os exames laboratoriais o confirmam. Para iniciar o tratamento empírico, já que as culturas demoram muito tempo, há certas preferências de acordo com as características dos pacientes. Porém, primeiramente deve ser debatido os critérios de internamento, o principal motivo é um paciente com sepse, pacientes com suspeita de obstrução do trato urinário, febre persistente, dor persistente ou incapacidade para manter hidratação oral. Dentro destas indicações a paciente apresentava persistência da dor.

Para a escolha do ATB empírico quando o paciente está internado, devemos perguntar se nos últimos meses já fez uso del algum, se já esteve internado e alergias, dentro da literatura consultada há um quadro com sugerencias interessantes de acordo com estas características, a continuação coloco as opções no caso dela.

Ilustração 9. Antibioticoterapia para ITU

- Ceftriaxona 1 g IV uma vez ao dia **ou**
- Piperacilina-tazobactam 3,375 g IV a cada 6 horas **ou**
- Alternativas:
 - Levofloxacin 750 mg IV ou oral diariamente
 - Ciprofloxacina 400 mg IV duas vezes ao dia
 - Ciprofloxacina 500 mg por via oral duas vezes ao dia
 - Ciprofloxacina de liberação prolongada 1000 mg por via oral uma vez ao dia

Fonte: Hooton Uptodate, 2022

Porém a paciente recebeu no UPA uma única dose de amicacina, porém nas literaturas consultadas não apareceu este antibiótico como opção para tratamento, tmm o médico responsável solicitou vaga para o HMPGL, eu não estava quando solicitaram a vaga, mas não consigo encontrar motivo para encaminhar a paciente, já que se iniciado o ATB e aumentado os analgésicos a paciente teria melhora clínica, e no dia seguinte já poderia ter critérios de alta.

Devido a esse mal manejo, a paciente aguardou um dia mais na UPA, onde consta no prontuário melhora da dor, porém continuava com febrícula ainda com uso de antipiréticos, a vaga foi aceita e a paciente foi encaminhada para o HMPGL, onde realizaram uma dose de Ciprofloxacino 400 mg EV, e logo recebeu alta, com receita de Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido cada 12 horas, durante 7 dias. Tal como indica a literatura, a paciente poderia ter ganhado alta antes, se o atendimento na UPA tivesse sido o correto, sem esperas desnecessárias. A paciente tmm foi encaminhada para ambulatorial de clínica médica em 7 dias, porém no prontuário não houve registro do retorno, assumo que tudo deu certo apesar de alguns erros, tmm a cultura deu positivo para E. coli, então o ATB empírico foi bem indicado.

2.3. RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL

Para começar, no início do módulo me senti um pouco nervosa, achando que não ia dar conta dos plantões, que não seria capaz de realizar os procedimentos, talvez tenha relação com que eu estava saindo do módulo de APS 1 do internato, um ambiente onde a maioria das vezes, existe mais tempo para tomar as condutas e onde quase não há necessidade de realizar procedimentos, então durante a primeira reunião antes de iniciar o módulo, onde tivemos uma conversa com a professora

Flávia, devo confessar que meu coração disparou, ao princípio me gerou muita ansiedade, felizmente quando iniciei o primeiro plantão que foi em SMI essa sensação de medo deixou de existir, e nasceu a necessidade de estudar, aprender e conhecer uma área nova.

Antes de iniciar o módulo de UE, me propus sanar as dúvidas e reafirmar os conteúdos dados em UE do pré-internato, hoje a poucos plantões de finalizar a parte prática do módulo, percebo uma grande evolução, lembro que no pré-internato observava muitas condutas, prescrições e procedimentos, mas poucas delas compreendia o porquê de fazer-lhes, me sinto muito orgulhosa da evolução e crescimento que adquiri desde o início do módulo até hoje, sinto que as peças do quebra cabeça vão se encaixando, ou seja, todos os conteúdos estudados durante os anos do curso se juntaram e finalmente fazem sentido, finalmente consigo perceber o errado e o certo nas condutas dos profissionais. Ainda há muito conteúdo por aprender, mas sinto que estes 4 meses de UE, trouxe muito aprendizado consigo, e a base para o estudo dos módulos seguintes.

Entretanto, senti falta de realizar mais procedimentos, principalmente intubação e acesso venoso central, no cenário que mais vezes se apresentou a necessidade de realizar-lhos foi no HMPGL, o local que é mais selado para permitir que os estudantes façam, devido a intercorrências que aconteceram recentemente que involucram a um interno, nos outros campos de estágio é mais alcançável que nos permitam realizar-lhos, unicamente que no meu caso foram poucas vezes que um paciente precisou de estes procedimentos e a maioria dos pacientes que precisaram, tratava-se de casos mais complicados. Também percebi que os preceptores achavam ou entendiam que não é atribuição do interno realizar estes procedimentos, senti a necessidade de maior abertura para ensinar sobre estes procedimentos, ainda assim apesar de essa “falta” me sinto segura para realizá-los e ainda há um ano de internato pela frente, onde há a possibilidade de que realize mais deles.

Apesar de que não realizei várias intubações e acessos venosos central, observei várias, algumas mais fácil e outras mais complicadas, e acho que a experiência de ter observados em várias ocasiões procedimentos invasivos gerou a perda do nervosismo e conseqüentemente quando fui realizar o meu primeiro acesso central, logrei manejar minhas emoções e realizei o procedimento sem intercorrências, foi um momento de aprendizado, onde me sentia preparada devido ao estudo e a observação prévia, claro que não foi um momento de paz plena, mas minhas

“inseguridades” não falaram mais forte que eu, e fui capaz de realizá-lo com sucesso. Sobre IOT, treinei muito nos bonecos, estudei muito a técnica e as drogas utilizadas no procedimento, e consegui entubar (um paciente que foi a óbito). Mediante isso, atualmente, me sinto preparada para realizá-lo. Este assunto é de importância para mim devido a que senti um crescimento técnico e prático, porque compreendi que o principal motivo pelo qual não queria realizá-los, era a minha falta de segurança, a falta de compreensão sobre como, quando e porque proceder com esses procedimentos.

Acerca do relacionamento com os colegas, o trabalho em equipe é complicado devido a que cada pessoa tem uma forma de ser diferente, isso exige muita flexibilidade e compromisso de todas as partes para que funcione da forma certa, na minha experiência tenho dos fatos para ressaltar, a primeira é sobre a passagem de plantão entre internos, principalmente em SMI como não havia um encontro no hospital (devido a logística do transporte) foi criado um grupo de WhatsApp para a passagem do plantão, sem embargo, isso não funcionou, poucas vezes os colegas realizaram a passagem de plantão, questão fundamental, porque a passagem de plantão é obrigação do médico, e seria necessário colocar em prática, assim melhorar a nossa capacidade no futuro, e poder desenvolver esta tarefa sem dificuldade. Outro ponto essencial é o respeito com toda a equipe, como regra básica, infelizmente não todos utilizam esse princípio, já que durante o estágio um funcionário da equipe de saúde, comentou que um de nossos colegas desrespeitou ele, reclamou que ele levantou o tom da voz dando uma ordem, na frente do paciente, e pessoalmente considero totalmente indevido dirigir-se assim com as pessoas, pior ainda considerando que existe um código de ética dos estudantes de medicina que fala claramente sobre esse ponto.

Na sequência, a respeito do relacionamento com a equipe de saúde, ao contrário das experiências vivenciadas no pré-internato, o estágio da UE no internato foi muito bom e proveitoso. Para descrever um pouco mais o relacionamento com os profissionais de saúde, é necessário dividir os campos de estágio em cidades, SMI e Foz do Iguaçu. Em SMI a equipe inteira é muito receptiva e acolhedora, percebem ao interno como parte da equipe de saúde, sempre estão dispostos a ensinar, não há momentos vazios, já que sempre alguém te chama para ensinar alguma coisa, ou seja, em conclusão, funcionam como um Hospital escola. Em contrapartida em Foz do Iguaçu, apesar dos internos estarem sempre atuando no hospital há mais de 5

anos, não parecem ser incluídos como parte da equipe, embora eu nunca tenha recebido maus tratos ou ofensas. O papel do interno no ambiente hospitalar às vezes tem algumas dificuldades, pois tem muitos funcionários que não querem se relacionar e muitas vezes ignoram totalmente os internos, isso acaba atrapalhando o nosso serviço dentro do Hospital, perante a esse ambiente mais fechado precisei desenvolver mais ferramentas para me adaptar, lidar com essas situações nos ajudam a melhorar, porque com certeza ao longo da vida profissional vamos nos encontrar com situações desse tipo, então acredito lidar com esse tipo de situações no estágio tem as suas vantagens, toda experiência é aprendizado, e a resiliência é fundamental em todo aspecto da vida. No entanto, me deparei com funcionários que deram origem a novas amizades. Em síntese a base de tudo é o respeito, humildade e estar disposto aprender em todos os ambientes.

A respeito do relacionamento com paciente e os familiares, foi um assunto que me gerou um pouco de conflito, porque precisei identificar a barreira entre um bom médico, um médico humano e um médico que é afetado pelo paciente, ou seja, meu maior sonho é me tornar uma médica humana, uma médica biopsicossocial, mas muitas vezes me imerso tanto no paciente, que o sofrimento dele é meu, e acredito que isso está errado, inclusive este assunto necessitei discutir muitas vezes na minha sessão de psicoterapia, e em conjunto com as experiências que teve, consegui entender que meu papel não é sentir e chorar com o paciente/familiar, senão intervir na saúde do paciente, aliviando a dor ou tentando resolver o quadro clínico. Atualmente sinto que melhorei, consigo ajudar o paciente, sem a necessidade de absorver a dor dele.

A comunicação é uma ferramenta poderosa e necessária, que ajuda ao médico e ao paciente/familiar na construção da confiança, que se torna fundamental para o bom desempenho do médico. Uma anamnese objetiva e bem detalhada é base para o raciocínio clínico, que vai derivar nas condutas adotadas. Percebi que na maioria das vezes o paciente não é informado sobre sua condição, ou sobre o tratamento, o paciente permanece perdido, acho que é necessário a comunicação do médico tanto com os familiares e o paciente, explicar ao paciente sobre o seu quadro clínico e posterior tratamento irá trazer clareza e tranquilidade para o mesmo.

Durante o módulo um fato que me impactou muito, foi a morte, especialmente aqueles pacientes jovens que sofreram algum trauma, e logo evoluíram a morte. Há vezes que mesmo que as condutas realizadas sejam as melhores o

paciente não sobrevive, o trauma é maior que a medicina. Comecei a refletir sobre a necessidade de sempre estar estudando e se atualizando, isso é necessário para fazer as condutas corretas e saber que foi feito tudo o que está escrito na literatura, e que não fique esse peso na consciência de que poderia ser feita alguma coisa diferente. Talvez seja um assunto difícil de lidar, porque um tio meu, faleceu em um acidente de trânsito, até hoje não sabemos se houve falhas na atenção médica ou era uma situação irreparável onde as condutas não mudariam o resultado trágico, o que se sabe e se sente é o impacto de ter perdido uma pessoa que há menos de um dia estava jantando com nós, então essas emoções vieram na minha cabeça quando um paciente jovem caiu de um terceiro andar quando estava trabalhando e apesar de todo esforço da equipe foi a óbito. Então é fundamental processar as emoções para que não afetem o meu desempenho médico no futuro, e pode ser atingido através de uma constante atualização para dominar as ocorrências mais comuns no departamento de emergência.

Acerca dos plantões noturnos, no princípio foi mais difícil, mais complicado não bater a cabeça sobre o balcão, logo com o passar dos plantões foi mais tranquilo, mas há dois pontos em específico que mais me incomodaram, primeiramente, que em linha geral de noite quase não há demanda de pacientes, os internados estão estável e praticamente não ingressam novos pacientes, os médicos conseguem dormir e devemos utilizar o tempo ocioso, para isso começamos a assistir vídeo-aulas dos casos dos pacientes internados ou ajudar na sala amarela (quando estava na UPA). O segundo ponto é que logo após um plantão noturno a recuperação é difícil, acordo às 16 horas, já perdi o dia e apesar de ter dormido, me sinto muito cansada, um plantão noturno é o dobro de desgastante que um plantão diurno, apesar que a demanda seja muito mais baixa (na maioria das vezes).

Com relação ao campo de estágio que mais aprendizado tive, é difícil determinar um único local, já que cada lugar tem suas características, por exemplo nas UPAs há uma alta demanda de pacientes de traumas leve e moderados e casos clínicos desde o início, então o estágio nas UPAs me levaram a desenvolver raciocínio clínico, realizar anamneses objetivas, aprender a referenciar o paciente e aplicar medidas iniciais para estabilização, também nos casos de trauma, aprendi a realizar muitas suturas, avaliar inteiramente o paciente (não só o local onde dói) e muito aprendizado sobre radiografias. Logo no complexo hospitalar de SMI que é local onde a equipe mais estava disposta a ensinar, foi o primeiro local de estágio então ali

aprendi muitas coisas que me serviram para utilizá-las nos outros campos, porém a demanda foi muito menor que nos outros campos, mas justamente por ser uma demanda menor, conseguimos acompanhar todos os pacientes internados, e assim focar no estudo de cada caso vivenciado. Durante meu estágio, poucos dos pacientes que foram trazidos pelo SIATE e SAMU eram classificação como caso de emergência, de fato somente um paciente foi classificado como vermelho, o restante foi laranja ou amarelo, sendo assim em SMI focamos mais em pacientes classificados como amarelo/laranja e atendimento inicial ao trauma. Na sequência no HMPGL focamos mais em pacientes de maior gravidade, tanto o atendimento inicial como a manutenção, até serem transferidos a UTI, aprendi a interpretação de exames de maior complexidade, titulação de medicamentos e passagem de caso a familiares durante a visita. Ou seja, cada campo teve suas particularidades e em cada um deles houve muito aprendizado.

Esta vez o módulo incrementou uma mudança muito positiva, trata-se de realizar os estágios nos campos em ordem, isto gera continuidade para acompanhar os pacientes, conhecer a dinâmica do local e conhecer a equipe. O fato de realizar os plantões em dupla pessoalmente foi muito proveitoso, conseguimos trocar ideias, estudar juntos quando durante os plantões noturnos e discutir casos clínicos. O que gostaria é que colocassem algum local dentro do HMPGL para conseguir comer e ter um lugar para sentar, já que as copas do HMPGL não são de todos, há copas de médicos e copa da enfermagem, e nos internos ficamos fora das duas distinções.

Resumindo este capítulo, o módulo de UE me ensinou muito, aprendi muitas coisas, me deu segurança, me mostrou minhas dificuldades, que aprendi e estou aprendendo a melhorá-las, consegui perceber quais são os erros dos outros profissionais que não quero repetir e quais são as qualidades que quero aplicar no meu desempenho. Consegui integrar os conhecimentos adquiridos anteriormente e colocá-los em prática, e por sobre tudo me senti mais perto da rotina do medica. Sobre o meu interesse na especialidade de urgência e emergência, posso falar que antes de iniciar o módulo teria jurado que na minha vida aí querer ser emergência, hoje após ter transcorrido quase todo o módulo, descobri que não é uma área que desgostei, pelo contrário aproveitei e desfrutei cada plantão, não sei se seria a minha especialidade, acho bastante desgastante e estressante, porém ainda falta um ano de curso pela frente, onde posso mudar de ideia.

2.4. SUGESTOES PARA MELHORA DO SISTEMA – OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL, UPA JOÃO SAMEK, UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA, PRONTO SOCORRO DE SÃO MIGUEL E SAMU FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL

Este capítulo tem como objetivo a identificação de uma situação problema em conjunto com os profissionais do HMPGL, UPA Morumbi, UPA Samek e complexo hospitalar São Miguel, e ao mesmo tempo propor uma solução, sendo quase o final do relatório, talvez o leitor já conseguiu perceber vários erros na rede de urgência e emergência do SUS. Os pontos que eu e os profissionais indicaram como “falhas” no setor, basicamente são solucionados com recurso extra, em outras palavras com maior ingresso de dinheiro ou com capacitações.

Dentro dos problemas podemos citar, falta de medicamentos, materiais de qualidade baixa (abocath e agulhas), superlotação de leitos, regulação deficiente, falta de protocolo unificados entre todas as unidades, falta de profissionais, profissionais sem preparação para o setor e falta de ética dos profissionais. Pessoalmente acho todas extremamente importantes para o funcionamento correto do setor, porém gostaria de focar em uma em particular: a falta de capacitação dos profissionais para o setor onde se encontram.

Este problema consegui observar nas duas UPA's e em SMI, no HMPGL não foi assim, talvez porque muitos dos médicos que trabalham no PS são residentes, ou porque o Hospital conta com maior quantidade de profissionais então entre eles conseguem ajudar e essa irregularidade não fica tão exposta ou porque há maior controle por parte dos supervisores. Porém nos outros serviços é possível perceber nitidamente, desde os recepcionistas até os médicos, há vezes que não por falta de estudo que não estão preparados, senão que a sala de urgência e emergência não é para eles, ficam nervosos, alterados, não conseguem pensar com clareza, e na urgência e emergência não há tempo para nos acalmar e logo atender o paciente.

Como solução a este problema, sugiro a implementação de cursos de especialização de urgência e emergência para os profissionais, onde sejam avaliados com provas teóricas e práticas, e observado seu desenvolvimento no atendimento no dia a dia, considerando todas as características que estes profissionais devem desenvolver incluído a ética, a implementação de este curso acho fundamental já que a maioria dos recém formados são quem ficam a cargo das salas vermelhas, ainda

que nos campos onde estagiei não foi a maioria e a maioria dos erros presenciados foi por profissionais com muito anos de experiência na profissão.

Desta forma consegue valorar-se os profissionais que se capacitam, porque anteriormente existia falta de médico no país, então não existia uma seleção, atualmente há uma grande quantidade de médicos esperando por plantões, então se este curso é implementado para todos os profissionais a prioridade será para quem realize o curso, dando assim importância a atualização e especialização.

Durante os plantões consegui entender o que demanda dos profissionais o ambiente de trabalho de urgência e emergência, as condições de trabalho: ambiente insalubre, extremamente estressante, estrutura física inadequada, superlotação de pacientes, falta de segurança, jornada de trabalho massacrante, falta de medicações básicas e se colocar em risco constantemente por demandas éticas, legais e judiciais, devido a esses e mais questões considero necessário a implementação de um salário diferenciado, com um ampla diferença em relação aos outros setores, claro está que realizamos a profissão por vocação, por amor, mas financeiramente conseguir premiar a dedicação e esforço de cada um, diante de estas situações acho sumamente necessário a modificação do salário de todos os profissionais, não unicamente os médicos, porque um médico sozinho em um ambiente assim também não daria conta.

Estas ideias e propostas parecem muito idealistas, para um mundo perfeito, porém considero que é primordial para realizar a abordagem correta em cada paciente, foi muito triste presenciar situações onde a falta de preparação dos profissionais expõe o paciente à beira da morte, por falta de treinamentos, em cada faculdade a preparação é diferente, então deve haver uma unificação de conteúdo prático e teórico minimizando as mortes e os erros.

2.5. CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

A ética pode ser definida como um conjunto de princípios, valores e normas morais e de conduta de um indivíduo ou de grupo social. O código de ética do estudante de medicina, é um documento com a descrição detalhada das normas básicas que devemos desenvolver, durante todo o curso de medicina. A aplicação e noção de estas normas se iniciam desde pequenos, desde nossos lares e na escola. Embora muitos indivíduos comportam-se de forma indevida, desrespeitando o senso comum, devido a esses motivos entende que a existência deste documento é

essencial para que todos cumpram, e exista um comportamento adequado durante todo o curso, com os colegas, pacientes e funcionários, para posteriormente aplicá-lo na sua atuação profissional.

Depois de ler todo o código de ética é difícil escolher unicamente um artigo, já que todos são essenciais, alguns até absurdo que precise estar escrito em um papel para que as pessoas cumpram ou pior ainda, estando escrito que não conseguem cumprir. Ainda assim, o artigo que escolhi para falar foi o número 30: “o estudante de medicina deve garantir que o paciente alcance o nível necessário de compreensão das informações comunicadas, mitigando dificuldades como regionalismo da língua, baixa acuidade auditiva, nível de escolaridade e doenças incapacitantes”. Escolhi este artigo porque como mencionei no terceiro capítulo a comunicação é uma ferramenta muito necessária, muito poderosa e base para o início do atendimento ao paciente.

Durante o estágio observei várias situações tristes, onde o paciente não era orientado sobre sua condição clínica, tratamento e muito menos a gravidade, acho totalmente desnecessário colocar ao paciente em essa situação, não é difícil fornecer umas palavras ao paciente para explicar a situação, não é difícil se apresentar ao paciente. Temos que considerar que cada pessoa que está em um ambiente de saúde está fragilizado pela dor ou problema que o levou até lá, então devemos ser humanizados, sensíveis e serenos, para garantir uma comunicação com o paciente.

Um paciente procurou atendimento na UPA devido a um trauma na mão, quando perguntamos se possuía uma comorbidade, respondeu que estava com prurido na zona púbica a bastante tempo e ainda não sabia o que era, indagando mais a hipótese diagnóstica foi escabiose, olhando o prontuário dele um médico já tinha prescrito ivermectina, porém o paciente falou que tomou uma única vez, e não repetiu a segunda dose aos 7 dias, devido a esse prurido estava dormindo no sofá porque tinha medo de contagiar a esposa dele, se o médico que prescreveu a ivermectina inicialmente tivesse colocado mais atenção que o paciente entenda o tratamento, o paciente já estaria curado e dormindo na cama, é ali o fundamental da comunicação, sempre devemos certificar se tudo o que falamos é compreendido.

Este artigo também é de suma importância para os estrangeiros, entendo que a faculdade é bilíngue, mais não todos os pacientes compreendem espanhol, cabe a nós estrangeiros redobrar os esforços para conseguir entender o que escutamos e que os demais consigam entender o que queremos comunicar, a variedade de sotaques e gírias existentes em Brasil dificulta o entendimento muitas

vezes, mas isso não deve ser motivo para nos envergonhar, expressar ao paciente que não estou entendendo não está errado, o que está errado e consentir a frases que não estamos assimilando.

Este princípio também se aplica ao momento de realizar um documento para o paciente, seja atestado, receita ou encaminhamento, este deve ser com letra clara e legível, a maioria dos médicos com o passar do tempo a letra torna-se incompreensível e também utilizam muito abreviaturas, que no ambiente médico até podem ser comuns, mas não devemos esquecer que as orientações são para o paciente, as receitas não devem ser uma adivinhação, colocamos em risco a vida do paciente de essa forma.

REFERÊNCIAS

ANEJA, R., 2021. Síndrome de vazamento capilar sistêmico idiopático. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Idiopathic systemic capillary leak syndrome - UpToDate](#)>. Acesso em: 30 maio 2022.

ARATANI, N., 2016. Avaliação do SAMU na atenção às urgências e emergências em Campo Grande. [online] Repositorio.ufms.br. Disponível em: <<https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/2815/1/Nathan%20Aratani.pdf>>. Acesso em: 17 Jun 2022.

BRASIL, Unasus, 2018. Redes de Atenção à Saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 7 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2011. Portaria Nº 1.600. [online] Bvsmms.saude.gov.br. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 7 Jul 2022

BRASIL. Ministério da Saúde, 2013. PORTARIA Nº 2.363. [online] As.saude.ms.gov.br. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-2.363-DE-10-DE-OUTUBRO-DE-2013-NAQH.pdf>>. Acesso em: 7 Jun 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção às Urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria da Saúde, n.d. Acionar serviços de emergência - SAMU e SIATE | Secretaria da Saúde. [online] Saude.pr.gov.br. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/servicos/Servicos/Apoio-ao-turista/Acionar-servicos-de-emergencia-Samu-e-Siate-JGoMvN0e>. Acesso em: 7 Jun 2022.

BRASIL. Subsecretaria de Saúde, 2020. O conceito de “vaga zero” na rede de atenção às urgências e emergências do SUS. [online] Docs.bvsalud.org. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140814/vaga-zero.pdf>>. Acesso em: 15 Jun 2022

CARSON, J.; KLEINMAN, S., 2022. Indicações e limiares de hemoglobina para transfusão de hemácias no adulto. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Indications and hemoglobin thresholds for red blood cell transfusion in the adult - UpToDate](#)>. Acesso em: 1 Jun 2022.

CERON, M., n.d. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. [online] Unasus.unifesp.br. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>. Acesso em: 1 Jun 2022

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014. Resolução CFM Nº 2.077/14. [online] Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2022.

EVANS, R.; SCHACHTER, S., 2020. Convulsões pós-traumáticas e epilepsia. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Posttraumatic seizures and epilepsy - UpToDate](#)>. Acesso em: 6 jul 2022.

EVANS, R.; WHITLOW, C., 2022. Lesão cerebral traumática leve aguda (concussão) em adultos. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Acute mild traumatic brain injury \(concussion\) in adults - UpToDate](#)>. Acesso em: 4 jun 2022.

FRISCH, D.; ZIMETBAUM, M., 2021. Manobras vagais. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Vagal maneuvers - UpToDate](#)>. Acesso em: 17 jul 2022.

GAIESKI, D; MIKKELSEN, M., 2022. Avaliação e abordagem inicial do paciente adulto com hipotensão indifferenciada e choque. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Evaluation of and initial approach to the adult patient with undifferentiated hypotension and shock - UpToDate](#)>. Acesso em: 25 Jun 2022.

HEARD, K; DART, R., 2022. Intoxicação por acetaminofeno (paracetamol) em adultos: tratamento. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Envenenamento por paracetamol \(paracetamol\) em adultos: Tratamento - UpToDate](#)> Acesso em: 25 Jun 2022.

HOOTON, T. ; GUPTA, K., 2022. Infecção aguda do trato urinário (incluindo pielonefrite) em adultos. [online] Uptodate. com. Disponível em: <[Acute complicated urinary tract infection \(including pyelonephritis\) in adults - UpToDate](#)>. Acesso em: 18 jun 2022.

HOWARD; G, M. *et al.*, 2020. Intoxicação e abstinência por benzodiazepínicos. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Benzodiazepine poisoning and withdrawal - UpToDate](#)>. Acesso em: 1 Jun 2022

HYZY, R.; MCSPARRON, M., 2022. Ventilação não invasiva em adultos com insuficiência respiratória aguda: benefícios e contra-indicações. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Noninvasive ventilation in adults with acute respiratory failure: Benefits and contraindications - UpToDate](#)>. Acesso em: 17 jul 2022.

KENDALL, J.; KHURANA, B., 2022. Avaliação do adulto com dor abdominal no serviço de urgência. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department - UpToDate](#)>. Acesso em: 17 jun 2022.

KNIGH, B., 2022. Taquicardia por reentrada nodal atrioventricular. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Atrioventricular nodal reentrant tachycardia - UpToDate](#)>. Acesso em: 30 maio 2022.

MOUNT, D., 2022. Tratamento e prevenção da hipercalemia em adultos. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Treatment and prevention of hyperkalemia in adults - UpToDate](#)>.

RAJAJEE, V., 2022. Tratamento da lesão cerebral traumática aguda moderada e grave. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Management of acute moderate and severe traumatic brain injury - UpToDate](#)>. Acesso em: 5 jul 2022.

SALTZMAN, J., 2021. Abordagem da hemorragia digestiva alta aguda em adultos. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate](#)>. Acesso em: 10 Jun 2022.

SCHACHTER, S. C., *et al.*, 2022. Fenitoína: Informações sobre medicamentos. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Antiseizure medications: Mechanism of action, pharmacology, and adverse effects - UpToDate](#)>. Acesso em: 2 jul 2022.

SIVILOTTI, M., 2021. Manejo inicial do adulto criticamente doente com overdose desconhecida. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Initial management of the critically ill adult with an unknown overdose - UpToDate](#)>. Acesso em: 19 Jun 2022

SWAROOP; V. S., 2022. Manifestações clínicas e diagnóstico de pancreatite aguda. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate](#)>. Acesso em: 5 jul 2022.

THOMAS, S. *et al.*, 2021. Infecção pelo vírus da dengue: manifestações clínicas e diagnóstico. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate](#)>. Acesso em: 10 Jun 2022.

Uptodate. 2022. Taquicardia adulta com atualização do algoritmo de pulso 2020. [online] Uptodate.com. Disponível em: <[Adult tachycardia with a pulse algorithm 2020 update - UpToDate](#)>. Acesso em: 17 jul 2022.

VELASCO; I. T, *et al.* Manual de Medicina de Emergência. Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP. 2. Manole. 2021.