



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

MARÍA XIMENA NINCO LIZCANO

Foz do Iguaçu
2022

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

MARÍA XIMENA NINCO LIZCANO

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

Orientadora: Prof^a. Ma. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

MARÍA XIMENA NINCO LIZCANO

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ma. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof^a. Ma. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof^a. Esp. Tatiana Pinheiro Rocha Souza Alves
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Maria Ximena Ninco Lizcano

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS

Nome do orientador(a): Prof^a. Ma. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____ / ____ / ____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio, amor e sacrifício e aos meus amigos que foram meus cúmplices durante todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

Principalmente a Deus por me dar forças para alcançar meus objetivos e ser meu guia neste difícil caminho.

Aos meus pais, Sonia e Armando, pela infinita ajuda, confiança, paciência e valores ensinados em casa.

À minha irmã, Diana, pelo apoio incondicional e aos meus irmãos Mónica e Sebastian, que me inspiram a ser melhor a cada dia.

À minha segunda mãe, Edith, por sempre me fazer sentir perto de casa, mesmo longe.

Ao meu cunhado, Miguel, que desde o início me incentivou a estudar medicina no Brasil.

À família Godoy Ñustes, pelo carinho e coragem dados durante todos esses anos.

Aos meus amigos por serem minha segunda família neste país estrangeiro.

À Universidade Federal da Integração Latino-Americana por me dar a oportunidade de me tornar uma profissional competente, bem como a todos os meus professores e profissionais de saúde que contribuíram para me proporcionar uma formação de qualidade.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso baseia-se nas experiências da discente durante o internato de Urgência e Emergência do SUS, no quinto ano, do curso de medicina, na cidade de Foz do Iguaçu. Os relatos de casos descritos correspondem aos atendimentos realizados no transcorrer do módulo nos diferentes setores das Unidades de Pronto Atendimento e no Hospital de média complexidade na região da tríplice fronteira. Durante a elaboração deste trabalho a acadêmica demonstra na prática, os conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento do raciocínio clínico, com resolutividade, aplicação de protocolos, assistência aos pacientes críticos e habilidades profissionais e humanas construídas ao longo do internato supervisionadas por médicos residentes, preceptores e orientadores do módulo. O objetivo principal é de expor a evolução da estudante na construção de reflexões e críticas das suas competências adquiridas ao longo do curso, além da capacidade de conhecer os manejos e fluxos de atendimentos, identificação e classificação dos possíveis casos que colocam em risco a vida dos pacientes.

Palavras-chave: Internato; Urgência e Emergência; SUS

RESUMEN

El presente trabajo de conclusión de curso, se basa en las experiencias de la estudiante durante el internado de Urgencia y Emergencia del SUS, del quinto año, de la carrera de Medicina, en la Ciudad de Foz de Iguazú. Los relatos de casos descritos corresponden a los atendimientos realizados en el transcurrir del módulo en los diferentes sectores de las Unidades de Atendimento y en el Hospital de media complejidad de la región de la Triple Frontera. Durante la elaboración de este trabajo la estudiante, demuestra en la práctica, los conocimientos y habilidades para el desarrollo del raciocinio clínico, con resolución, aplicación de protocolos, asistencia a pacientes críticos y habilidades profesionales y humanas construidas a lo largo del internado, supervisado por médicos residentes, preceptores y orientadores del módulo. El objetivo principal es exponer la evolución de la estudiante en la construcción de las reflexiones y críticas de sus competencias adquiridas a lo largo del curso, además de la capacidad de conocer el manejo, flujos de atención, identificación y clasificación de los posibles casos que colocan en riesgo la vida de los pacientes.

Palabras clave: Internado; Urgencia y Emergencia; SUS.

ABSTRACT

The current end of the course conclusion was based on the experiences of the student during the SUS Urgency and Emergency internship, during the fifth year of the medical course in the city of Foz do Iguaçu. The case reports described correspond to the service provided during the module in the different sectors of the Emergency Care Units and in the Medium Complexity Hospital in the triple border region. During the elaboration of this work, the student demonstrated in the practical side, the knowledge and skills for the development of clinical analysis, with resolution, protocol application, assistance to critical patients, and professional and human skills built during the internship and supervised by resident physicians, preceptors and module advisors. The main objective was to expose the progression of the student in the construction of reflections and judgements from the skills acquired throughout the course, in addition to the ability to learn the management and care assistance, identification and classification of potential cases that put the patient lives at risk.

Key words: Internship; Urgency and Emergency; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Classificação Child-Pugh, avaliação do prognóstico da doença Hepática Crônica.....	21
Figura 2. Critérios Wets Haven classific. da gravidade da Encefalopatia Hepática.	22
Figura 3. Escore Wells para Trombose Venosa Profunda.....	36
Figura 4. Fluxograma sintomas clínicos/Suspeita de Trombose Venosa Profunda..	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Manifestações clínicas e complicações da Intoxicação por Cocaína.....	46
Tabela 2. Procedimentos realizados.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Aparelho Cardiovascular
AR	Aparelho Respiratório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
BCNF	Bulhas Cardíacas Normofonéticas
BEG	Bom Estado Geral
DVA	Droga Vasoativa
EAS	Exame de Urina
ECG	Eletrocardiograma
EV	Endovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FCC	Ferimento Corto Contuso
FID	Fossa Ilíaca Direita
FR	Frequência Respiratória
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HGT	Hemoglicoteste
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HNF	Heparina Não-Fracionada
HPP	História Patológica Pgressa
ITU	Infecção de Trato Urinário
IOT	Intubação Orotraqueal
IRA	Insuficiência Renal Aguda
LOTE	Lúcido Orientado no Tempo e Espaço
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MOV	Monitorização, Oxigênio e Acesso venoso
PA	Pressão Arterial
PBE	Peritonite Bacteriana Espontânea
PCR	Proteína C Reativa
PS	Pronto Socorro
REG	Regular Estado Geral
RX	Radiografia

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIC	Segundo Informações Colhidas
SNC	Sistema Nervoso Central
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
TC	Tomografia Computadorizada
TVP	Trombose Venosa Profunda
UE	Urgência e Emergência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto atendimento
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DESENVOLVIMENTO.....	15
2.1 REDE DE UE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU.....	15
2.2 CASOS CLÍNICOS	18
2.2.1 Caso Clínico 1	18
2.2.2 Caso Clínico 2	23
2.2.3 Caso Clínico 3	26
2.2.4 Caso Clínico 4	30
2.2.5 Caso Clínico 5	33
2.2.6 Caso Clínico 6	37
2.2.7 Caso Clínico 7	40
2.2.8 Caso Clínico 8	44
2.2.9 Caso Clínico 9	47
2.3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	50
2.3.1 Intubação Orotraqueal	50
2.3.2 Sutura.....	51
2.3.3 Avaliação de corpo estranho no olho	52
2.3.4 Sonda Vesical de Demora	52
2.3.5 Curativos	52
2.3.6 Eletrocardiograma	53
2.4 QUESTÃO PROBLEMA	53
2.4.1 Resolução	54
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS.....	57

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho expõe as atividades, experiências e conhecimentos adquiridos em três diferentes campos da área médica de Foz do Iguaçu tais como Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Walter Barbosa, durante o módulo de Urgência e Emergência.

No transcurso do módulo fui orientada por diferentes profissionais como médicos, residentes, equipe de enfermagem e outros, tendo a oportunidade de conhecer o fluxo da rede e conseguir entender as condutas tomadas.

O objetivo principal é poder adquirir um bom raciocínio clínico através da aprendizagem por meio dos setores de prática (Hospital e UPAS), do estudo em casa e do apoio da nossa orientadora na resolução de dúvidas.

Este trabalho é um relatório conclusivo do módulo de Urgência e Emergência, do quinto ano, do curso de medicina, onde são expostos casos clínicos, procedimentos, algumas reflexões e críticas, mostrando a evolução como acadêmica durante esses meses.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REDE DE UE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

A rede de Urgência e Emergência do SUS é ampla e complexa, ela envolve vários cenários, e deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Para conseguir esse objetivo, foram criadas várias legislações que auxiliam esse processo, e regulam todos os componentes que fazem parte da rede.

Para entender melhor a organização, o regulamento e como funciona a rede, é importante conhecer as legislações com que foram sendo criados e melhorados os componentes.

A Portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme as orientações gerais previstas nesta Portaria.

Com a Portaria Nº 342, de 4 de março de 2013, foi possível a criação da Unidade de Pronto Atendimento 24h, ela redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária; aqui em Foz temos duas Unidades de Pronto Atendimento, a UPA João Samek, ubicada na Rua Jacanga, 330 - Jardim das Palmeiras e a Unidade de Pronto Atendimento Walter Cavalcanti Barbosa, ubicada na Avenida Mario Filho, 445 - Parque Res. Morumbina, elas estão articuladas com a Atenção Básica, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da rede de urgência da cidade. A Resolução do CFM 2.110/2014, fala da Vaga Zero como um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, e esta deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências; ela é responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências.

A Portaria N 2.395, de 11 de outubro de 2011, organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde, esta organização se dá por meio de uma ampliação e qualificação das portas de entrada hospitalares de Urgência, com isso dos outros setores como as enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e Terapia Intensiva, assim como a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular. Em representação destes locais, na cidade de Foz do Iguaçu existe o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, localizado na Rua Adoniran Barbosa, 370 - Parque Monjolo, referência para os serviços de Trauma, Neurologia, e os casos com problemas respiratórios. Outro representante é o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, localizado na Avenida Gramado, 580 - Vila A, serviço de referência para Obstetrícia, Oncologia e Cardiologia.

Uma Entrada Hospitalar é considerada qualificada quando ela tem protocolos de classificação de risco, protocolos assistenciais; um processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, priorizando pacientes que necessitem de tratamento imediato; articulação com SAMU, UPA e outros serviços da rede, construindo fluxos de referência e contrarreferência; submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência; equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; a organização do trabalho das equipes, utilizando-se prontuário único e compartilhado por toda a equipe; a implantação de mecanismos de gestão da clínica; garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região; garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e a realização de contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

Falando da rede de Urgência e Emergência aqui em Foz, no serviço que estamos inseridos como internos e mais ainda neste módulo dentro do curso, contamos com os serviços falados anteriormente. Essa rede tem o objetivo de reordenar a atenção à saúde, nos casos de urgência e emergência, de uma forma coordenada e organizada entre os diferentes componentes da complexa rede, para ofertar uma assistência organizada, criando e definindo fluxos, com as referências adequadas.

A complexidade da rede na cidade, radica na variedade de casos que passam por ela, e que temos a oportunidade de acompanhar no internato, uma população com necessidade de 24h de atendimento, com casos agudos ou crônicos agudizados, que variam de casos cirúrgicos, traumas, entre outras. Para que todo o serviço funcione corretamente, e a assistência seja qualificada, é necessário a integralidade dos componentes, assim também a qualificação dos profissionais, da informação e dos processos de acolhimento e regulação de acesso ao serviço.

Comentando um pouco o observado nos diferentes cenários de práticas, componentes da rede de Urgência e Emergência da cidade, durante estes meses no módulo de Urgência e Emergência, existem alguns fatores dentro que podem melhorar, para qualificar ainda mais o serviço e o atendimento da população.

O primeiro ponto que gostaria de melhorar, é a comunicação entre os diferentes serviços dentro da rede, a porta de entrada em muitos casos, é a esquecida Unidade Básica de Saúde, que também forma parte da rede; em muitas oportunidades os casos encaminhados dessas unidades, são minimizados por vierem da atenção primária, o que não deveria acontecer, e as referências encaminhadas muitas vezes nem são levadas em conta, e muito menos é encaminhada uma contra referência. Isso só repercute na saúde dos cidadãos, que são prejudicados por essas práticas.

Outra porta de entrada como é a Unidade de Pronto Atendimento, a principal função a melhorar, considero é a triagem realizada nos pacientes. Em muitas oportunidades acompanhei e observei como alguns casos eram minimizados como casos sem muita relevância clínica, sem ser realizada uma boa triagem, especialmente os casos que envolvem pacientes em tratamento psiquiátrico. Como internos, também passamos por situações dentro do serviço, em ocasiões não fomos bem recebidos por alguns membros das equipes, mesmo chegando e se apresentando com respeito para toda a equipe, fato que dificultava o trabalho e o nosso aprendizado. Outro acontecido também dentro desta unidade, observamos colegas estudantes de Medicina no Paraguai acompanhar as atividades e realizar procedimentos com permissão dos funcionários, mesmo sem eles ter um contrato assinado com a Prefeitura da cidade.

Acompanhando a parte de complexidade, dentro do Hospital Municipal, especificamente no Pronto Socorro clínico, tivemos a oportunidade de observar um grande número e uma grande variedade de casos clínicos, por ser este componente uma das referências da região para vários serviços, além de ter uma oportunidade única de discutir os casos com diferentes profissionais, e médicos de diferentes especialidades, vivenciando

assim, um momento único na nossa formação como futuros médicos, que em um futuro estarão inseridos nos diferentes locais da rede. Os inconvenientes que se apresentaram no local, foram a pouca receptividade por alguns profissionais das diferentes equipes. Também considero importante falar sobre a estrutura física do local, que precisa de muitas modificações para conseguir oferecer um atendimento de qualidade para os usuários, e um local de trabalho adequado para todos os profissionais que formam parte das equipes. Principalmente, a criação de mais leitos de estabilização. Em muitas oportunidades é possível observar leitos e pacientes nos corredores.

2.2 CASOS CLÍNICOS

2.2.1 Caso Clínico 1

Anamnese:

- Identificação: VCB, masculino, 57 anos, branco, casado, natural e residente de Santa Terezinha.
- Queixa principal: “Xixi escuro”.
- História da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU, sem apoio médico, como vaga zero, com história de ascite volumosa e cirrose descompensado. Paciente refere que tudo iniciou há mais ou menos 30 dias, com colúria, motivo pelo qual procurou atendimento e recebeu alta após 3 dias em melhora do estado geral, porém refere que persistiu a colúria e acrescentou-se acolia, fraqueza e aumento do volume abdominal, além de perda ponderal e icterícia importante e progressiva, por causa disso procurou novamente atendimento na UPA de Santa terezinha e encaminhado ao nosso serviço para melhor investigação. Filho refere que o paciente teve 1 episódio de sangramento gengival e anal, em pouca quantidade. Nega febre e outras queixas.
- HPP: Nega comorbidades. Nega uso de medicação de uso contínuo. Nega alergias. Tabagista e etilista (1,5/litro de destilado/dia).

Exame físico:

- Ectoscopia: REG, acordado com períodos de confusão, eupneico em ar ambiente, ictérico +++/4+, acianótico, hipocorado +/4+, congesto, afebril.
- Neurológico: Glasgow 14 (RO:4, RV:4, RM:6) sem sinais meníngeos.

- AC: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopro audível, $tec < 3 \text{seg.}$
- AR: Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório.
- ABD: volumoso, distendido, com circulação colateral, ruídos hidroaéreos +, indolor a palpação. Presença de telangectasias em abdome superior.
- Extremidades: edemas em membros inferiores ++/4+.

Exames laboratoriais (07/09/21):

- Hemácias 3,83 Hto 39,70% Leucos:18,910 Bast:3% Seg:86% Neutro:89% Ureia:183 Cr:3,90 Na:128 BILLIRUBINA TOTAL: 24,70 BD:22,50 BI:2,20 GAMA GT:480 PCR:6,0 PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES: (Proteínas totais:6,50/Albumina: 2,50/Globulina:4,0/Relação A/G: 0,6). TGO:199 TGP:64 URINA I: pH:5,0 Glicose:+ Corpos Cet:+ Bilirrubina:+++ Urobilinogênio:+ Cel.Epiteliais:05/campo Cilindros: granulosos+++ Cristais:uratos amorfos+ KPTT:73,9 seg TAP: Tempo de protrombina: 23,60seg/ atividade: 24,10% INR:2,47. Rotina de líquido ascítico: Polimorfonucleares Neutrófilos: 74% Glicose:89 Proteínas totais:<2 LDH:68,00 Amilase: <30 Albumina:1,0 Bacterioscopia: Ausência de bactérias coráveis pelo Gram.

Exame de Imagem:

- TC abdome superior (07/09/21): Estudo tomográfico do abdome superior e pelve mostra achados compatíveis com hepatopatia crônica com sinais de hipertensão portal caracterizado por volumosa ascite.

Diagnósticos:

- Diagnóstico sindrômico: Insuficiência Hepática.
- Hipótese diagnóstica: Cirrose Hepática.
- Diagnóstico diferencial: Fibrose hepática congênita; Hipertensão portal idiopática; Trombose vascular; Neoplasias; Ascite nefrogênica; Insuficiência cardíaca direita; Equistossomose hepatoesplênica; Hiperplasia nodular regenerativa; Doença hepática policística.
- Diagnóstico secundários: Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) (Descartado, rotina de liq. neutrofilos 74%/ Bacterioscopia de rotina liq. ascítico: ausência de bactérias). Encefalopatia Hepática-grau 1 e 2. IRA aguda (Sd Hepato renal? - Aguardo USG de vias urinárias). Escalas/escore: CHILD:14- Child C. MELD:42 pontos Encefalopatia: Grau 1-2

Conduas: Suporte clínico; Checar medidas laxativas para evitar agravamento de encefalopatia; Manter antibioticoterapia; Manter medidas para abstinência alcoólica; Cinética do ferro+ Vitamina B12+ Vitamina D+ cortisol+ TIBC+ reticulócitos em andamento; Ponderar endoscopia (se exteriorização de sangramento); Controle pressórico- Titular DVA; Ponderar alíquota de volume + USG de vias urinárias; Solicitar ecocardio+ doppler; Solicitar sorologias; Foi realizado paracentese (Aguardo cultura); Suspende diurético; Trocar SVD hoje; Acompanhar diurese; Iniciar terlipressina 1mg EV 6/6h; Iniciar metronidazol (3-4dias); Suspende Diazepam; Prescrição haldol SN; Aguardar cultura bacteriológica, urocultura, hemocultura.

Discussão

No dia 07/09/21 estava no Pronto Socorro tive que realizar o atendimento de um paciente hepatopata crônico, crítico, pouco colaborativo devido confusão mental, utilizando cateter nasal de O2 a 1 litro/min, com exames laboratoriais de função hepática em piora. Descartado PBE em bacterioscopia de líquido ascítico. Escores de avaliação de gravidade de cirrose hepática demonstrando prognóstico reservado. Hemodinamicamente estável em uso de noradrenalina a 8 ml/h. Afebril nas últimas 24 horas. Sem exteriorização de sangramentos, com hemoglobina e hematócrito estáveis. Paciente provavelmente elegível para abordagem de cuidados paliativos.

O paciente realizou tomografia de abdome que demonstrou achados compatíveis com hepatopatia crônica com sinais de hipertensão portal caracterizado por volumosa ascite. Além do exame de imagem, o médico solicitou dosagem de algumas enzimas hepáticas, que se mostraram elevadas.

A albumina sérica mostrou-se reduzida com 2,50g/DI (Valor de referência: 3,5 a 5,5 g/DI). O edema de MMII que tem o paciente é causado pela diminuição dos níveis de albumina, que não está sendo produzida pelo fígado, devido à lesão crônica. A albumina tem função na pressão oncótica, à medida que os níveis vão reduzindo ocorre diminuição da pressão oncótica e a pressão hidrostática supera o gradiente, levando a um extravasamento de líquido dos vasos para o espaço intersticial.

Na ascite apresentada pelo paciente além desse mecanismo, mencionado acima, ocorre também aumento da pressão hidrostática devido ingurgitamento de vasos, que é causada pelo hipofluxo no fígado cirrótico. Esse mesmo mecanismo gera a circulação colateral no abdome.

A cirrose, diagnóstico dado para o paciente, é um termo genérico para a fase final da doença hepática crônica, caracterizada pela destruição dos hepatócitos e substituição da arquitetura hepática normal por tecido fibrótico e nódulos regenerativos.

Geralmente é considerado irreversível em seus estágios avançados, quando a única opção pode ser o transplante de fígado. Em estágios iniciais, os tratamentos específicos direcionados à causa subjacente da doença hepática podem melhorar ou até mesmo reverter a cirrose.

A hipótese diagnóstica estava certa, pois neste caso, o paciente apresentava a maioria de manifestações clínicas da cirrose como alguns sintomas inespecíficos (por exemplo, perda de peso, fraqueza, fadiga) e também alguns sinais e sintomas de descompensação hepática (icterícia, sinais de sangramento gastrointestinal superior, distensão abdominal por ascite, confusão devido a encefalopatia hepática, telangiectasias de aranha).

A escala de Classificação de Child-Tourcotte-Pugh, foi usada em nosso paciente, ela ajuda avaliar o prognóstico de pacientes com cirrose a partir de parâmetros clínicos e laboratoriais, calculando a sobrevida e a probabilidade de surgimento de complicações nos pacientes. O escore de Child-Pugh é calculado somando os pontos dos cinco fatores, e varia de 5 a 15. Por fim, o resultado encontrado pode enquadrar o paciente nas classes A (escore de 5 a 6), B (7 a 9), ou C (acima de 10).

Figura 1 - Classificação Child- Pugh, avaliação do prognóstico da doença Hepática Crônica

Escore de Child-Pugh:	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos
Bilirrubina (mg/dL)	< 2	2 - 3	> 3
Albumina (g/dL)	> 3.5	2.8 -3.5	< 2.8
INR	< 1.7	1,7 - 2,3	< 2,3
Ascite	Ausente	Discreta	Tensa
Encefalopatia	Ausente	I-II	II-IV
Classificação de Child Pugh: (A) 5 a 6 pontos, (B) 7 a 9 pontos, (C) 10 a 15 pontos.			

Fonte: Sociedade Brasileira de Hepatologia

O resultado no caso do paciente foi: bilirrubina total: 24,70 mg/dL (v.ref: 0-1 mg/dL), albumina:2,50 mg/dL (v.ref: 3,5-5,5 mg/dL), ascite tensa, encefalopatia grau 1-2 e prolongamento do tempo de protrombina com INR de 2,47. Sendo classificado como Child C, com uma pontuação de 14.

O doente foi submetido a paracentese diagnóstica, que excluiu o diagnóstico de Peritonite Bacteriana Espontânea e revelou um gradiente de albumina soro-ascite 1 g/dL, compatível com hipertensão portal.

Segundo meus estudos a Peritonite Bacteriana Espontânea é uma infecção bacteriana aguda do líquido ascítico nos pacientes com doença hepática, sem foco de infecção externo ou intra-abdominal aparente. Pode ocorrer em qualquer paciente com ascite.

O diagnóstico é estabelecido por uma cultura bacteriana do líquido ascítico positiva e / ou uma contagem absoluta de leucócitos polimorfonucleares elevada no líquido ascítico (≥ 250 células / mm). Motivo pelo qual foi descartado o diagnóstico de PBE no caso deste paciente.

Em relação à hipótese diagnóstica de Encefalopatia Hepática, ela é um estado clínico de alteração da função cerebral, resultante de falha do fígado em realizar adequadamente suas funções metabólicas normais.

As manifestações clínicas da EH podem variar desde um desempenho cognitivo próximo do normal (sendo as alterações geralmente só identificadas pelos familiares), até estados de confusão, estupor e coma. Os pacientes com EH podem apresentar sintomas e sinais como inversão do ciclo sono-vigília, desatenção, embotamento afetivo, comprometimento da memória, tremores, mioclonia e “flapping”. No caso do paciente o sintoma mais notável foi a confusão mental constante.

A tabela de West Haven foi usada para realizar a classificação da gravidade da encefalopatia hepática, O paciente foi enquadrado nos graus 1 e 2.

Figura 2 - Critérios Wets Haven Classificação da gravidade da Encefalopatia Hepática

Critérios de West Haven para alterações de estado mental em EH				
Grau	Consciência	Intelectuo/Comportamento	Achados neurológicos	EEG
0	Normal	Normal	Normal ou testes psicomotores alterados (daí encefalopatia hepática não evidente)	Normal
1	Déficit de atenção leve	Concentração prejudicada, confusão leve	Apraxia, asterixis leve ou tremor	Normal ou com achados iguais aos do Grau 2
2	Letargia	Desorientação, comportamento inadequado	Asterixis evidente; discurso lento e distorsido	Ondas trifásicas com atividade de onda lentificada (5 ciclos/segundo)
3	Sonolento mas responsável	Desorientação grave, agressividade	Asterixis +, Rigidez muscular e clonias; hiperreflexia, Babinski +	Ondas trifásicas com atividade de onda lentificada (5 ciclos/segundo)
4	Coma	Coma	Postura de descerebração, asterixis ausente, rigidez	Atividade Delta, padrão de onda muito lentificada (2-3 ciclos/s)

Tabela 1. Adaptado de *Pere Gine's et.al: Management of critically-ill cirrhotic patients. Journal of Hepatology 2012 | S13-S24*

Fonte: GOLDSCHMIDT *et., al* (2018)

Os tratamentos para encefalopatia hepática incluem tratar quaisquer condições predisponentes (por exemplo, infecção ou sangramento gastrointestinal), dissacarídeos sintéticos (por exemplo, lactulose) e antibióticos não absorvíveis (por exemplo, rifaximina).

O dia 09/09/2021 foi realizada uma reunião com os familiares do paciente (dois filhos maiores), sendo atualizada a condição clínica do paciente com quadro de Cirrose Hepática avançada evoluindo com Hepatopatia Crônica Parenquimatosa do Fígado Agudizada desencadeando uma síndrome Hepato Renal grave e Encefalopatia Aguda, já em tratamento clínico otimizado. Após atualização do quadro clínico, ambos os filhos entenderam a gravidade da doença clínica e optaram por instituir Cuidados Paliativos Proporcionais de Cuidados clínicos para o paciente em estágio final de vida, deixando registrado o desejo de instituir medidas e cuidados de conforto e dignidade de final de vida.

O dia 11/09/2021 foi constado o óbito as 18:20h.

Esse caso foi muito complexo e tive que fazer uma ampla revisão de vários temas e em especial entender que é importante conhecer as escalas que muitas vezes minimizamos, porém que são extremamente necessárias para nos ajudar no prognóstico e nas condutas que devemos ter frente alguns casos.

2.2.2 Caso Clínico 2

Anamnese:

- Identificação: R.C, sexo feminino, 46 anos de idade, branca, casada, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- Queixa principal: “Sangramento vaginal que não para”
- História doença atual: Paciente com quadro de início há aproximadamente 30 dias com sangramento vaginal intenso, com coágulos, intermitente, associado a dor abdominal em hipogastro, de moderada intensidade, tipo cólica, nos últimos dias piorou sangramento e a dor e teve tontura e fraqueza, motivo pelo qual procurou atendimento, ultimo sangramento foi 30/09, nega outros sintomas
- HPP: Míomatose uterina com sangramento vaginal intermitente há 3 anos + Anemia crônica + HAS + DM + Ansiedade. Medicações de uso contínuo: losartana 50 mgr 12/12 hs + HCTZ 25 mgr/dia + metformina 850 mgr/dia + glibenclamida 5 mgr/dia + amitriptilina 50 mg à noite.

Exame físico:

- SSVV: T: 36 PA: 199/100 FC: 72 FR: 20 SAT: 99
- REG, LOTE, afebril, hipocorada +++/4+, eupneica em AA, hemodinamicamente estável sem DVA
- NEURO: Glasgow 15, pupilas isofotoreagentes
- AP: Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório.
- AC: BCNF, ritmo regular sem sopros, TEC < 3 seg
- ABD: Globoso, ruídos hidroaéreos +, doloroso a palpação em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal.

Diagnósticos:

- Diagnóstico sindrômico: Sangramento Uterino Anormal (SUA).
- Hipótese diagnóstica: Leiomioma; Anemia Grave; Hipertensão arterial.
- Diagnóstico diferencial: Gestação ectópica; Cisto ovariano hemorrágico; CA do aparelho reprodutor.

Exames complementares:

- Hb 5,6 / ECG e Raio-x sem alterações

Conduas:

- Prescrito sintomáticos, ácido tranexâmico; Prescrito anti-hipertensivo; Avaliação da ginecologia.

Análise do atendimento inicial

O caso em questão já chama atenção de início pela queixa da paciente - “sangramento vaginal que não para”. Os sintomas apontados posteriormente (dor abdominal tipo cólica de moderada intensidade em hipogástrio, e piora do sangramento nos últimos 30 dias, com surgimento de tontura e astenia), apontam que o sangramento é por provável distúrbio das geniturinárias, devido a correlação dos sintomas entre si como também com a área anatômica. A história patológica pregressa ajuda bastante no diagnóstico etiológico, uma vez que a paciente refere ter história de mioma uterino. É curioso o fato de referir diagnóstico de “mioma uterino sintomática há 3 anos e anemia crônica” sem tratamento medicamentoso para as devidas doenças, o que leva a entender que o quadro da urgência atual não é apenas pela evolução natural da doença, mas

também pela ausência do tratamento adequado. Outros agravantes à saúde da paciente é o histórico de ansiedade, DM2 e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

O exame físico reforça a hipótese de SUA por leiomioma, uma vez que além do sangramento vaginal há presença de dor à palpação em hipogástrio, provavelmente por irritação da parede uterina. Vale ressaltar que esses sintomas, também estão relacionados a outras etiologias, que serão discutidas num outro momento. Porém, nesse caso, a paciente refere diagnóstico prévio, o que aponta com maior probabilidade para leiomioma. A palidez de pele e astenia são indicativos do agravamento da anemia pelo SUA. Já a descompensação do estado normotenso pode ser explicada pela dor abdominal referida pela paciente.

A intervenção inicial realizada para estabilização da pressão arterial (PA) da paciente foi a prescrição de anti-hipertensivo e ácido tranexâmico para interromper o sangramento vaginal. Nesse caso, também seria necessário o uso de um opioide fraco como a codeína para alívio da dor e queda da PA, bem como a prescrição de um AINE (melhor o ibuprofeno nesse caso) como tratamento coadjuvante ao ácido tranexâmico para interrupção do sangramento uterino anormal.

Foram realizados inicialmente exames laboratoriais, ECG e Raio-x, sendo que estes últimos 2 exames não apresentavam indicação para as hipóteses apontadas tão pouco sinais de alteração. O resultado do hemograma confirma a anemia grave (Hb 5,6), já sendo por si só indicação para hemotransfusão de hemácias. Por isso, foram transfundidos 2 concentrados de hemácias, o suficiente para elevar a hemoglobina de 5,6 g/dl para 7,6 g/dl, conforme as Guia para uso de hemocomponentes do Ministério da Saúde (MS, 2010). Pontua que, uma vez que a principal hipótese diagnóstica seja leiomioma, é importante a confirmação diagnóstica com USG transvaginal para encaminhamento à especialidade adequada ou tratamento definitivo.

Foi solicitado avaliação ginecológica. Em seguida realizou-se USG transvaginal, apresentando o seguinte resultado: Miométrio uterino apresentando alteração textural difusa a custa de mioma na parede corporal anterior, mede 6,5 x 5,7 x 5,5 cm, intramural com componente subseroso e outro intramural com componente submucoso mede 2,7 x 2,4 cm. Ausência de líquido livre na cavidade abdominal.

Após o diagnóstico de leiomioma, foi indicada histerectomia de urgência. Porém, a paciente desistiu do procedimento após avaliação pré-cirúrgica. Sendo encaminhada para acompanhamento ginecológico e agendamento para histerectomia em 30 dias.

Análise crítica da patologia:

A presença de leiomioma é comum em 70-80% das mulheres entre a 3ª e 4ª décadas de vida como a paciente em questão, sendo que apresentam sintomas como o do caso: SUA, dor em baixo ventre, dismenorreia. Outros sinais e sintomas presentes podem ser: infertilidade com aborto de repetição, constipação, polaciúria, O leiomioma tem seu diagnóstico definitivo através do USG transvaginal, histeroscopia ou Ressonância Magnética (RM), sendo o último realizado quando há imprecisão diagnóstica ou suspeita de malignidade. Se não houver sintomas, a conduta é o acompanhamento. Caso a presença de leiomioma ocorra no período pós-menopausa é indicada a histerectomia, uma vez que existem altas chances de malignidade, pois é nessa fase que os leiomiomas regridem naturalmente pela queda dos hormônios femininos, e se não há regressão é importante a cirurgia preventiva. Quando o mioma é causador de dismenorreia, SUA, e dor o tratamento inicial é acompanhamento com USG e sintomático: AINES, ácido tranexâmico ou anticoncepcionais orais para o sangramento. Se o USG transvaginal constatar múltiplos miomas com complicações significativas com evolução desfavorável, pode ser indicada a histerectomia caso a paciente não tenha desejo de engravidar. Se houver o desejo de engravidar, pode ser indicada a miomectomia. A paciente do caso, tinha grandes miomas intramurais (> 3cm) com instabilidade do quadro, sem desejo de gestação. Por isso, foi indicada a histerectomia. Embora já houvesse o consentimento da paciente para a realização da histerectomia, a mesma desistiu de realizar o procedimento. Esse tipo de atitude no paciente pode surgir quando existe medo do paciente por desinformação médica sobre a segurança do procedimento ou as consequências do mesmo; quando não houve uma boa referência e contra-referência, afetadas não apenas pela personalidade da equipe para com o paciente como também pelo próprio ambiente hospitalar e receios do paciente para com a cirurgia, etc. Tudo isso pode ser amenizado e dar segurança ao paciente através da boa comunicação com o paciente e com seus familiares, que também podem auxiliar no processo. Ainda assim, vale ressaltar que a decisão final cabe ao paciente e seus cuidadores legais quando presentes.

2.2.3 Caso Clínico 3

Anamnese

- Identificação: M.O.S, 76 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Foz

do Iguaçu, casada, trabalhadora do lar, evangélica.

- Queixa principal: Desorientada há 1 hora.
- História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU desde o seu domicílio, com quadro de Rebaixamento do nível de consciência, acompanhado de vômitos, sendo encontrada andando pelo pátio da casa na madrugada e desorientada há 1 hora. A acompanhante a filha refere que por volta da 1 hora da madrugada a mãe levantou da cama e saiu andando pela casa e não respondia aos chamados, desorientada, depois começou apresentar vários episódios de vômitos de cor amarelada (ausência de sangue ou pus). Nega outros sintomas ou algum outro quadro semelhante. Refere que a mãe conseguia realizar os serviços de casa.
- História pregressa: HAS, dislipidemia, cardiopatia não esclarecida. Internada há 11 anos por Trombose em MIE. Foi indicado cirurgia de ponte de safena, porém optaram a não realizar esse procedimento devido a risco cirúrgico; atualmente não faz acompanhamento no HMCC segundo os familiares. Desconhece alergias medicamentosas. Nega tabagismo e etilismo. Medicações de uso contínuo: Losartana 50mg (1-0-1), Atrovastatina 40mg (0-0-1), AAS 100mg (0-1-0), Quetiapina 50mg (0-0-1), Atenolol.

Exame Físico:

- Ectoscopia: REG, desorientada, acianótica, anictérica, hipocorada 1+/4+, desidratada 2+/4+, afebril, normocardica, eupneia sem uso de musculatura acessória.
- SSVV: PA 150/80 mmHg// FC 85bpm// FR 20irpm// SatO2 95% em AA.
- Neurológico: Glasgow 10 (AO 3/RV 2/RM 5), pupilas isofotorreagentes. Diminuição da força em MMSS bilateralmente. Disartria. Sem desvio de rima, Sem sinais de irritação meníngea.
- AC: bulhas hipofonéticas, arrítmicas em 2 tempos sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos. Enchimento capilar <3 seg.
- AR: murmúrio universalmente audível presente sem ruídos adventícios.
- ABD: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.
- Genitourinário: Diurese em SVD com urina coloração amarelada (colada em upa)
- Extremidades: Quentes e profundidas. Panturrilhas livres. Sem edema em membros.

Diagnóstico:

- Diagnóstico sindrômico: Rebaixamento do nível de consciência?
- Diagnósticos diferenciais: Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico? Ataque isquêmico transitório? Hipoglicemia?

Conduatas:

- Prescrição de: Soro fisiológico 0,9% 1000ml, via endovenosa; Bromoprida 5mg/ml, via endovenosa, de 8/8h; Omeprazol 20mg, de 24/24h; Heparina sódica 5000 UI, via subcutânea, de 12/12 hs; Atrovastatina 40mg, via oral, de 24/24h; Ácido acetilsalicílico 100mg, via oral, 3 comprimidos, de 24/24h.

Exames Complementares:

- Exames laboratoriais: hemograma completo, ureia, creatinina, sódio, potássio.
- Exame de imagem: Tomografia computadorizada de crânio.

Resultados dos exames:

- Laboratoriais: Hemograma 12 g/dL/ Hematocrito 35/ Leucocitos 7,670/mm³/ Bastonetes 2 %/ Segmentados 65 %/ Neutrófilos 72%/ Plaquetas 151,000/mm³/ Ureia 30 mg/dL/ Creatinina 0,50 / Sódio 145 mmol/L/ Potássio 4, 2 mEq/L/ PCR <0,5 mg/dL.
- Tomografia de crânio do dia 03/09: Área de hipodensidade extensa, pareto-occipito-temporal à esquerda, em associação com apagamento de sulcos locorregionais, bem como efeito compressivo sobre o corno posterior do ventrículo lateral esquerdo. Estes achados podem estar relacionados a evento isquêmico agudo, não se podendo afastar outras etiologias, na dependência de correlação clínica. Focos de calcificação no lobo temporal direito, de aspecto sequelar. Sinais de microangiopatia supratentorial caracterizadas por hipodensidade de substância branca periventricular e do centro semi-oval de ambos hemisférios cerebrais.

Discussão de Caso

Todo paciente que procura atendimento no serviço de urgência e emergência, primeiramente deve receber MOV, o qual é a monitorização dos sinais vitais, oxigênio caso a saturação for <94% e obter um acesso venoso calibroso, para a coleta de exames e infusão de medicamentos. Isso deve ser feito de forma rápida.

Em qualquer paciente que apresenta déficit neurológico de início súbito deve ser levantada a suspeita de AVC, já que o quadro clínico é muito variável e dependente fundamentalmente da região do encéfalo acometida. Por isso a avaliação inicial requer uma avaliação rápida, sistematizada e objetiva, visando estratégias para conseguir uma

repercussão cerebral o mais rápido possível, para tentar salvar a área da penumbra cerebral, sem deixar de lado os pontos essenciais ao diagnóstico e os cuidados do paciente

Na avaliação inicial do paciente devemos de ter uma atenção especial às vias aéreas, respiração e circulação. Já que um paciente com diminuição do nível de consciência não vai ser capaz de proteger a via aérea, sendo necessária em alguns casos a intubação para restaurar a ventilação adequada e proteger as vias aéreas da aspiração. Devem receber oxigênio suplementar, Paciente com saturação < 94%, o oxigênio suplementar não deve ser administrado rotineiramente em pacientes não hipóxia os com AVCi agudo porque estudos não mostraram benefícios.

Ao mesmo tempo temos que colher a história, tendo alguns pontos principais a serem questionados, como quando que foi visto a última vez ao paciente assintomático, porque se for <4,5 hs o paciente pode ser candidato para receber a terapia de reperfusão encefálica,

Também é importante questionar se ele faz uso de anticoagulantes e se faz saber quando ele fez uso da última dose e avaliar a presença de contraindicações para trombólise endovenosa.

Depois disso devemos fazer a tomografia de crânio sem contraste para a exclusão dos diagnósticos diferenciais, como uma hemorragia intracraniana, este exame costuma ser de escolha devido a disponibilidade na maioria dos serviços e por ser de menor custo. Lembrando que em um AVCi agudo a TC pode ser normal, sendo às vezes necessária repetir o exame após 24hs.

Em relação ao tratamento a trombólise endovenosa com alteplase deve ser considerada em todo os pacientes com AVCi que preencham com os critérios já mencionados, lembrando que a pressão arterial deve estar <180x105 mmHg, caso seja maior que esses valores devem ser administrados labetalol ou nicardipina para chegar ao valor desejado. Se o paciente não cumprir com os critérios, pode se realizar a trombectomia mecânica o qual também é uma estratégia de reperfusão cerebral incluída nas recomendações de tratamento de AVCi.

Como nosso serviço da cidade não conta com rt-pa, se faz uso de AAS e em caso de alergia ao medicamento se faz com clopidogrel, lembrando que estos tipos de pacientes devem ser internados em UTI, porque precisam de um suporte clínico rigoroso, porque podem apresentar complicações como edema cerebral, hipertensão intracraniana entre outros

2.2.4 Caso Clínico 4

Anamnese

- Identificação: MRC, feminino, 77 anos, parda, casada, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- Queixa principal: “Diarreia que não para”.
- História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU encaminhada da UPA SAMEK, sequelada de AVCi há 3 meses, acamada, com plegia à direita e afásica. História coletada com a filha, Rosane. Relata que há aproximadamente 20 dias (início 08/09) paciente vem apresentando quadro de diarreia líquida, esverdeada/amarelada e com odor fétido, inúmeros episódios ao dia, acompanhada de inapetência e dor abdominal. Refere várias idas à UPA, tratada ambulatoriamente com antibiótico para a diarreia, porém, sem melhora dos sintomas e agora apresentando vômito em jato à noite após a última dieta
- HPP: AVCi há 3 meses, HAS. Nega alergias medicamentosas.
- MUC: Losartana 50mg 2x ao dia // Hidroclorotiazida 1x ao dia // Sinvastatina 2x ao dia // AAS 1x ao dia // Fluoxetina 1x ao dia.
- HV: Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico:

- REG, afásica, desidratada 2+/4+, hipocorada 2+/4+, afebril nas últimas 24 horas, eupneica com necessidade de CN a 2 L/min, anictérica, acianótica, hemodinamicamente estável.
- SSVV: T: 36,2° // PA: 183/92 // FC: 75 bpm // FR: 20 irpm // SAT: 99% com CN 2L/min.
- NEURO: Não contactua, abertura ocular espontânea, não obedece comandos, procura o chamado com os olhos, pupilas isofotorreagentes.
- AP: Murmúrio vesicular audível, sem ruídos adventícios, ausência de esforço respiratório.
- AC: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, não ouço sopros, TEC < 3 seg.
- ABD: Flácido, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem fácies de dor à palpação, sem massas ou vísceromegalias.
- EXT: Quentes, bem perfundidas, edema 1+/4+ em MMSS e MMII.

Diagnósticos:

- Diagnóstico sindrômico: Doença Diarreica Aguda
- Hipótese diagnóstica: Diarreia aguda por Infecção bacteriana? Diarreia aguda por Infecção parasitaria? Colite pseudomembranosa?
- Diagnósticos secundários: AVCi há 3 meses (plegia a direita e afasia); HAS; Depressão.

Conduta inicial:

- Solicitar exames laboratoriais (clostridium e coprocultura), hemocultura, RX de tórax e ECG; Prescrito ceftriaxone, metronidazol e ivermectina; Manter monitoramento de todos os parâmetros; Hidratação EV; Sintomáticos; Profilaxia.

Exames complementares 22/09/21:

- Hem 3,38; Hb 10,00; Htc 29,80; Leucócitos 4.210; Bastões 10%; Plaquetas 264.000. Ureia 29 mg/dL; Creatinina 0,20; Sódio 139; Potássio 3,7; Albumina 2,00; Bilirrubina total 0,20 - Direta 0,20; GGT 103; Magnésio 1,8; PCR 7,8; TGO 43; TGP 30; KPTT 27,9. Gasometria: pH 7,7; pCO2 40; pO2 123; Sat 99%; Lactato 12. Urina I sem alterações. Rotavírus não reagente.

Discussão

No dia 23/09/21 no Hospital Municipal Padre Germano Lacuk tive que realizar o atendimento de uma paciente idosa, acamada, com sequelas de AVC prévio (afásica e hemiplégica), internada devido a quadro diarreico e prostração que aguardava resultado de coprocultura.

A avaliação inicial de pacientes com diarreia inclui história e exame físico, buscando caracterizar o tipo de diarreia, a gravidade do quadro e a presença de hipovolemia.

O quadro clínico da diarreia se caracteriza pelo aumento do número de evacuações (> 3 episódios em 24 horas), com alterações na consistência das fezes, com possível presença de sangue ou muco e/ou ser acompanhada de dor abdominal, febre, náusea e vômitos. No caso a acompanhante da paciente não soube relatar a presença de sangue ou muco nas fezes, porém nego febre.

É importante caracterizar o tipo de diarreia e frequência evacuatória. A diarreia pode ser: Aquosa - disabsortiva: Sugere causas virais (rotavírus, adenovírus, norovírus), toxigênicas (E. coli, cólera, Klebsiella oxytoca) ou parasitária disabsortiva (giardíase); Inflamatória - disentérica (muco, pus ou sangue): Sugere causas bacterianas

invasivas (E.coli enteroinvasiva, Shigella, Salmonella, Campylobacter, Yersinia), toxinas (C. difficile) ou parasitas invasivos (Entamoeba).

A paciente apresentava alguns sinais de alarme como ser idosa > 70 anos de idade, uso recente de antibióticos, desidratação, dor abdominal intensa, > seis evacuações diárias e duração > 72 horas.

Colite pseudomembranosa? Um dos possíveis diagnósticos é a infecção por CD (Clostridioides difficile), que é uma bactéria anaeróbia gram-positiva formadora de esporos, produtora de toxinas e que causa colite associada a antibióticos, como a causa mais comum encontrada na diarreia hospitalar, sendo os principais fatores de risco o uso de antibióticos e ser idoso, componentes que encontramos em nossa paciente, pois como foi relatado anteriormente a paciente procurou atendimento várias vezes e recebeu antibióticos diferentes em todos os atendimentos.

Os antibióticos mais frequentemente implicados na predisposição para CD são fluoroquinolonas, clindamicina, cefalosporinas e penicilinas, embora virtualmente qualquer antibiótico possa predispor a CD.

Falando um pouco sobre a fisiopatologia, a infecção por C.difficile se inicia após desequilíbrio da microflora normal do cólon, geralmente causado por antibioterapia como relatei acima. Ao chegar ao intestino delgado, na presença de sais biliares, esporos de C. difficile começam a germinar, transformando-se em formas vegetativas; estas, ao chegarem ao cólon, encontrando condições favoráveis, colonizam a mucosa e produzem as toxinas A e B. Ocorre, então, produção de citocinas pró-inflamatórias e aumento da permeabilidade vascular, levando a um intenso processo inflamatório que destrói o epitélio intestinal e culmina no aparecimento de diarreia e toxemia sistêmica.

Segundo a literatura os sintomas de CD podem começar durante a terapia antibiótica e a maioria dos casos ocorre dentro de duas semanas de terapia antibiótica. Raramente, os sintomas se manifestam até 10 semanas após o término da antibioticoterapia.

Geralmente, a infecção se manifesta como diarreia aquosa, associada a dor abdominal, náusea e anorexia. Febre pode estar presente em até 15% dos casos, no caso da paciente a filha não relato episódios febris.

O diagnóstico é clínico-laboratorial. O uso de algoritmos diagnósticos deve ser preferido em relação a testes isolados (ex.: GDH + toxina A/B, seguido de NAAT se resultados discordantes; NAAT + toxina A/B). Se alta suspeição, pode-se utilizar o NAAT isoladamente. Pacientes assintomáticos não devem ser testados. Não se deve repetir

testes para diagnóstico de infecção por *C. difficile* nos primeiros 7 dias do mesmo episódio de diarreia. Não está indicada a realização de testes para controle de cura

A maioria das vezes se fala sobre os fatores de risco que predispõem uma doença, porém raramente são discutidos alguns prejuízos que pode trazer a mesma medicina. Hoje as negligências médicas são bem frequentes, desta forma é importante que seja analisada a problemática das iatrogenias, situações em que determinada intervenção médica, adequada ou não, traz consequências prejudiciais ao paciente. O caso apresentado demonstra como os serviços e profissionais da saúde podem falhar em seu cuidado.

A falta de conhecimento sobre o manejo e diagnóstico diferencial das diarreias infecciosas por parte dos médicos das UPAS onde a paciente foi atendida, bem como não considerá-la como um sintoma significativo, pode terminar em atraso no tratamento adequado e aumento da morbimortalidade do paciente.

2.2.5 Caso Clínico 5

Anamnese:

- Identificação: AUT, masculino, 35 anos, branco, solteiro, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- Queixa principal: "Dor forte perna direita"
- História doença atual: Paciente encaminhado da UPA Walter para o nosso serviço por apresentar há 1 semana dor em face medial do joelho direito, associado a edema, hiperemia e cefaleia na região occipital, refere que trabalha como recepcionista ficando muitas horas de pé, faz uso de meia de compressão e realizava acompanhamento com cirurgia vascular, além disso relata histórico de claudicação intermitente. Nega febre, nega outros sintomas. No momento, queixa-se de dor no MMII direito, relata que quando deambula aumenta a dor no local e a coloração passa a arroxeadada.
- HMP: Refere antecedentes de problemas vasculares (varizes) que iniciou há 3 anos, fez acompanhamento com o Dr. Godofredo que tinha recomendado cirurgia, porém devido a pandemia não foi possível realizar. Relata COVID em fevereiro de 2021. Alérgico a dipirona e penicilina. Nega outras comorbidades. MUC: Venaflon.
- HF: Pais e irmãos com problemas vasculares (varizes), avô paterno com TVP, falecido devido a complicações do TVP (não sabe referir exatamente qual).

- HV: Nega tabagismo e etilismo.

Exame Físico:

- Sinais vitais: T 36°C / FC 74bpm / FR 19irpm / PA 150x100mmHg / SO2 98% AA/ HGT 86.
- Ectoscopia: BEG, hipocorado ++/4+, hidratado, acianótico, anictérico, afebril.
- Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes. Escala de coma de Glasgow 15. Lúcido e orientado em tempo e espaço. Sem sinais de irritação meníngea. Ausência de déficits focais.
- Respiratório: MV+ bilateralmente sem RA. Expansibilidade torácica simétrica. Eupneico em ar ambiente.
- Cardiovascular: RCR, BNF 2T sem sopros audíveis. TEC<3s.
- Abdome: flácido, depressível, indolor a palpação, ruídos hidroaéreos +, sem sinais de peritonite.
- Extremidades: MMII direita varizes de pequeno, médio e grande calibre, sinais de inflamação, região endurecida, lado interno da coxa, dor intensa local, panturrilhas livres.

Ecodoppler venoso membro inferior 30/09:

- Presença de trombo na veia poplítea direita e na veia safena externa. Nota-se ainda material ecogênico em veias varicosas na extremidade distal e medial da coxa e da perna direita- sugestivas de trombo e em porção da veia safena magna.

Diagnósticos

- Diagnóstico sindrômico: Insuficiência Venosa
- Hipótese diagnóstica: Trombose Venosa Profunda em MID
- Diagnóstico diferencial: Trauma do membro inferior; Edema por imobilização do membro; Tromboflebite superficial; Celulite.

Conduas:

- Prescrever analgesia e sintomáticos; Iniciar anticoagulação com Rivaroxabana 15mg de 12/12h com dose de ataque (perguntar o paciente condições de comprar após, se não mudar para warfarina); Solicitar exames de admissão+ ECG+ RX de tórax; Solicitar avaliação da vascular.

Discussão

O paciente atendido estava no leito, ativo e colaborativo, com sinais vitais estáveis, tendo apresentado um episódio hipertensivo nas últimas 12h, eupneico em AA. Paciente com antecedentes de problemas vasculares, anticoagulado com xarelto devido com ecodoppler venoso de membro inferior direito evidenciando trombos na veia poplitea direita e na veia safena externa, e material ecogenico sugestivas de trombo em veias varicosas e em porção da veia safena magna.

A Trombose Venosa Profunda é uma síndrome clínica caracterizada pela formação de trombos em veias profundas dos membros inferiores. Em conjunto com a embolia pulmonar (sua principal complicação) determina a doença venosa tromboembólica.

A fisiopatologia está relacionada com a tríade de Virchow, que está composta por: Estase sanguínea, Lesão endotelial, Estado de hipercoagulabilidade. Ou seja, dependendo do fator desencadeador da trombose (imobilização de membro, neoplasia ativa, trombofilias, entre outras), alguns destes mecanismos é alterado aumentando a probabilidade de formar um trombo dentro dos vasos.

Segundo WALLS (2019), os sinais clínicos de TVP variam e podem incluir edema, eritema e calor na extremidade afetada, dor à palpação ao longo da distribuição do sistema venoso profundo, dilatação das veias colaterais superficiais e um cordão varicoso palpável.

Se o paciente tivesse apresentado febre poderíamos pensar em um diagnóstico alternativo, como celulite. Falando nisso alguns dos diagnósticos diferenciais para trombose venosa profunda além da celulite, são a flegmasia cerulea dolens, ruptura do cisto de Baker, flebites, linfedema e insuficiência venosa crônica.

O diagnóstico de TVP é realizado a partir da anamnese, exame físico, junto com exames laboratoriais e exames de imagem. Também existe um modelo que calcula a probabilidade de TVP chamado Escore de Wells, este classifica o paciente em alta (> 2 pontos), moderada (2 pontos) ou baixa (< 2 pontos) probabilidade de o paciente ter trombose venosa profunda. A partir da probabilidade pré-teste calculada, procede-se a exames complementares.

Se baixa probabilidade solicitar D-dímero, que é o produto da degradação da fibrina. Ele não é um marcador específico, mas quando tem o seu resultado inferior ao valor de referência, podemos excluir o diagnóstico de TVP. Costuma ser considerado negativo com valores abaixo de 500 nanogramas/mL. Nos exames de imagem, o Eco Doppler colorido (EDC) é o principal método utilizado para diagnóstico. A venografia com

contraste, apesar de ser considerada padrão-ouro, é feita somente quando os outros testes são inconclusivos.

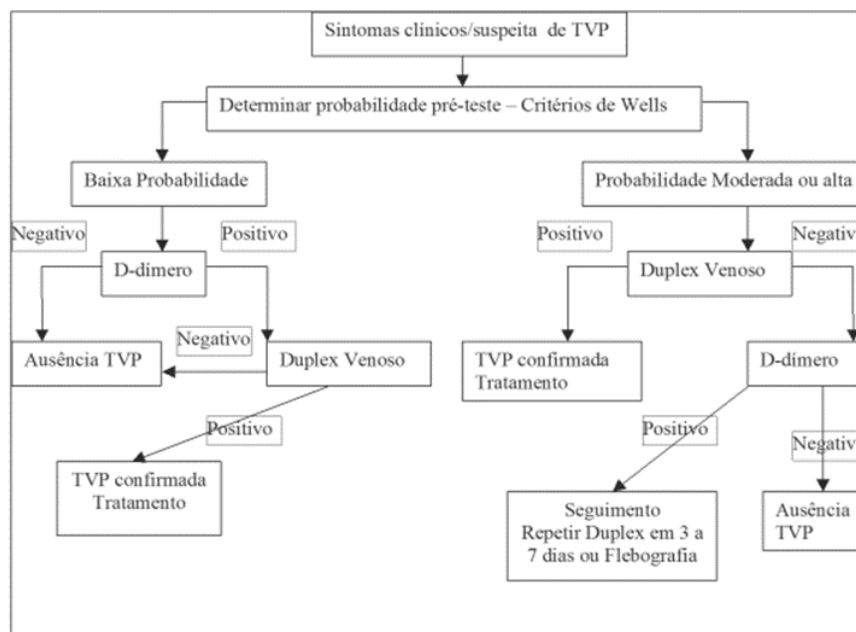
Figura 3 - Escore Wells para Trombose Venosa Profunda

Escore de Wells para a Trombose Venosa Profunda	
CARACTERÍSTICA CLÍNICA	ESCORE*
Câncer ativo (tratado até 6 meses antes ou recebendo atualmente tratamento paliativo)	1
Paralisia, parestesia ou imobilização gessada recente dos membros inferiores	1
Recentemente acamado por 3 dias ou mais ou cirurgia importante em até 12 semanas, exigindo anestesia geral ou regional	1
Dor localizada ao longo da distribuição do sistema venoso profundo	1
Perna inteira edemaciada	1
Edema da panturrilha pelo menos 3 cm maior do que o lado assintomático (medido 10 cm abaixo da tuberosidade tibial)	1
Edema compressível confinado à perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Trombose venosa profunda documentada previamente	1
Diagnóstico alternativo pelo menos tão provável quanto o de trombose venosa profunda	-2

* Um escore < 2 indica que a probabilidade de trombose venosa profunda é baixa.

Fonte: WALLS *et al.*, 2019.

Figura 4 - Fluxograma sintomas clínicos/ Suspeita de Trombose Venosa Profunda



Fonte: SANARMED.

Analisando o caso do paciente AUT, posso chegar a pensar que a trombose apresentada por ele foi desencadeada pelo trabalho que ele possui, já que relata que tem que ficar muitas horas de pé, ficando os membros em um estado de repouso intenso e além disso a falta de acompanhamento prejudicou ainda mais seu quadro clínico, fato que pode

ser grave pois pode modificando alguns dos fatores da tríade de Virchow e, conseqüentemente, aumentar a chance de evento trombótico.

O tratamento da TVP é medicamentoso e outro não medicamentoso. Referente à parte medicamentosa, em pacientes com alta suspeita clínica de TVP é recomendável iniciar o tratamento enquanto aguarda a confirmação do diagnóstico, desde que o paciente não tenha nenhuma contraindicação (por exemplo sangramento ativo, trombocitopenia, trauma importante, cirurgia recente, hipertensão grave).

O tratamento inicial pode ser feito com Heparina não-fracionada (HNF), heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou com fondaparinux por pelo menos cinco dias, em associação com antagonista de vitamina K (Varfarina) até que os valores de RNI estejam na faixa da normalidade por dois dias seguidos. Com os valores normais de RNI, é seguro a suspensão das drogas parenterais e o início do tratamento anticoagulante oral prolongado. No caso do paciente foi iniciado anticoagulação com Rivaroxabana 15mg de 12/12h com dose de ataque.

Referente à abordagem não medicamentosa pode ser usado meias elásticas de compressão (o paciente relata que já tem) e o estímulo à deambulação precoce.

2.2.6 Caso Clínico 6

Anamnese:

- Identificação: BFA, feminino, 66 anos, branca, casada, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- QP: “Dor no estomago e costas”
- HDA: Paciente encaminhada da UBS refere que há 5 dias iniciou com febre 38,9°C, dor abdominal tipo cólica com irradiação para a região lombar, cefaleia de leve intensidade, inapetência e fraqueza. Nega sintomas respiratórios, vômito, diarreia e outros sintomas associados. Refere que está fazendo uso dipirona, paracetamol, soro caseiro, ciclobenzaprina para o quadro apresentado sem melhora dos sintomas. Refere que fez teste para covid sendo ele negativo e prova do laço negativo.
- HPP: Refere histórico de hérnia de disco. Cistite há 5 meses. Relata uso contínuo de fluoxetina e clonazepam. Nega alergia a medicações.

Exame Físico:

- REG, LOTE, anictérica, acianótica, afebril, corada, hidratada, hipertensa, taquicardica, eupneica em AA;
- NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais meníngeos;
- AP: MVUA+ sem RA. Sem sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
- ACV: BCRNF 2T, sem sopros audíveis. Pulsos periféricos presentes e simétricos. TEC < 3 segundos;
- ABD: Globoso às expensas de tecido adiposo, ruídos hidroaéreos +, flácido, depressível, indolor a palpação superficial e profunda, Giordano +, sem sinais de irritação peritoneal ou massas à palpação;
- MEMBROS: Sem edemas ou sinais de empastamento.

Conduatas:

- Manter em observação; Acesso venoso + hidratação endovenosa; Solicito exames laboratoriais; Prescrevo sintomáticos; Reavaliar após.

Exames Laboratoriais:

- 08/12/21 HEM: sem leucocitose, neutrófilos 84%, bastões: 7% // PCR: 26, 8 mg/dL EAS: Presença de Bactérias, Hemoglobina+++, Nitrito positivo, Leucócitos: 20/campo (até 5 por campo), Hemácias: 10/campo (até 5 por campo). Urocultura em andamento.

Diagnósticos:

- Diagnóstico sindrômico: Infecção do Trato Urinário.
- Hipótese diagnóstica: Pielonefrite Aguda.
- Diagnóstico diferencial: Cistite; Uretrite; Nefrolitíase; Doença inflamatória pélvica.

Conduta após:

- Internação. Prescrito: Ceftriaxona, Escopolamina, butilbrometo 4mg/ml + dipirona sódica 500 mg/ml ampola 5 ml, Bromoprida. Solicitação vaga HMPGL. Orientações gerais à paciente e equipe. Exames controle.

Discussão

A infecção de trato urinário (ITU) se define pela presença de patógenos microbianos no trato urinário, já que se considera que a urina normal é estéril. A classificação da ITU geralmente é baseada em seu sítio: Bexiga: cistite. Rim: pielonefrite. Urina: bacteriúria. Pode ser sintomática ou assintomática e raramente causa sepse e morte.

A patogênese da ITU geralmente decorre da colonização da uretra por uropatógenos da microbiota fecal, seguida da ascensão via uretra, atingindo a bexiga (cistite) ou os rins e ureteres (pielonefrite). Outra forma de infecção local ocorre pela via hematogênica.

Neste caso, foi inicialmente suspeitado de pielonefrite pelas manifestações clínicas apresentadas pela paciente como febre, Giordano +, lombalgia e queda do estado geral (inapetência, astenia) e para confirmar o diagnóstico foi solicitado exame de urina e urocultura, cujos resultados concordaram com o diagnóstico inicial.

O diagnóstico diferencial mais provável foi cistite complicada, entretanto, a presença de sinal de Giordano positivo, febre e rebaixamento no estado geral da paciente foram indicativos de pielonefrite aguda. Devem ainda ser consideradas causas infecciosas como infecções sexualmente transmissíveis, vulvovaginites, porém a paciente não mantém uma vida sexual ativa e causas não infecciosas como malformações anatômicas.

Para continuar com a abordagem diagnóstica foi solicitado hemograma completo, bioquímica sérica, PCR, sumário de urina (EAS ou urina tipo 1), urinocultura. O hemograma não deu leucocitose, porém desvio à esquerda (7% de bastões) e 84% de neutrófilos, PCR aumentada pela infecção, no sumário de urina (EAS ou urina tipo 1) deu nitrito +, presença de bactérias, hemoglobina, leucócitos e hemácias. A urocultura continuava em andamento, é o exame definitivo para o diagnóstico de ITU que deve ser colhida antes da introdução de antibióticos. Segundo a literatura o melhor espécime para urocultura é a urina de jato médio após higiene íntima.

A maioria dos pacientes com pielonefrite aguda não necessita de exames de imagem de emergência, são reservados para pacientes com suspeita clínica de anormalidades estruturais subjacentes ou fatores complicadores, como abscesso, urolitíase ou pielonefrite enfisematosa. Pacientes com pielonefrite que estão graves ou que apresentam piora ou febre persistente de 48 a 72 horas após o início do tratamento antibióticos corretos devem ser submetidos a exames de imagem para excluir nefrolitíase, abscessos ou obstrução

A ultrassonografia pode se visualizar o tamanho do rim e áreas de aumento de ecogenicidade, também complicações como hidronefrose, obstrução de vias urinárias e abscessos. A vantagem deste exame é que não precisa de contraste, rápido e fácil de aplicar.

A TC com contraste do abdome é o exame inicial mais abrangente para a avaliação de rins, ureteres e bexiga. Possui alta sensibilidade e é recomendada para

pacientes com pielonefrite e com anormalidades funcionais ou anatômicas conhecidas, instrumentação recente, imunossupressão ou suspeita de obstrução

O tratamento inicial deve ser empírico oral ou parenteral, as opções são: Ciprofloxacina: 400 mg IV ou 500 mg VO de 12/12 horas. Ceftriaxone: 1 a 2 g IM/IV, uma vez ao dia. Aminoglicosídeo via intramuscular ou endovenosa em dose única diária: amicacina 15 mg/kg ou gentamicina 5 mg/kg. A duração total do tratamento será de 7 a 14 dias, podendo ser substituído da via parenteral para a oral conforme haja melhora do quadro geral e alta do setor de saúde.

No caso da paciente após confirmado o diagnóstico, o tratamento inicial foi Ceftriaxona, acompanhado de Escopolamina, butilbrometo 4mg/ml + dipirona sódica 500 mg/ml ampola 5 ml, Bromoprida.

A abordagem dada para a paciente foi adequada, já que além de apresentar uma boa assistência clínica para ela, foi rápida e não ignorada, pois mesmo que a ITU seja muito frequente no serviço, especialmente no sexo feminino, deve ser enfrentada com responsabilidade e seriedade pelas possíveis consequências que provoca. Desta forma o acompanhamento médico junto com conhecimento de critérios diagnósticos, ajuda a que o tratamento com antibióticos para ITU em este caso de pielonefrite, possa ser oferecido de maneira racional.

2.2.7 Caso Clínico 7

Anamnese:

- Identificação: TP, masculino, 63 anos, branco, casado, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- QP: “Lesão no pé”
- HDA: Paciente proveniente da UPA João Samek com lesão necrótica no 5º pododáctilo ocorrida há cerca de 15 dias após trauma na região. Buscou atendimento médico cerca de 4 dias após a lesão inicial, tendo sido prescrito Amoxicilina e pomada de sulfato de neomicina + bacitracina, iniciou, tendo sido o D7 há 1 dia (18/08/21), momento em que a lesão evoluiu enegrecida com drenagem de secreção purulenta e febre (aferida de 38°C), com apetite preservado, vômitos pós alimentação, diurese e evacuação preservadas sem alterações.
- HPP: DM2, HAS, histórico de 2 AVCs com sequela de hemiparesia à direita, sendo necessário uso de cadeira de rodas, Além de afasia. Alérgico à penicilina, Faz uso

de Atenolol, Losartana, HCTZ, Fenitoína, Fenobarbital, Amitriptilina e Insulina NPH (25 um pela manhã + 10 um à noite).

- Nega alergias medicamentosas, nega etilismo e tabagismo.

Exame Físico

- SSVV: PA:150/100 HGT: 275 T: 37 FR:15 FC:73 SatO2: 98%.
- BEG, LOTE, anictérico, acianótico, afebril, corado, hidratado.
- NEURO: Glasgow 15, hemiparesia à direita, Afasia.
- ACV: BCRNF 2T, sem sopros audíveis. Pulsos periféricos presentes e simétricos. TEC < 3 segundos.
- AP: MVUA+ sem RA. Sem sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória.
- ABD: Flácido, globoso às expensas de tecido adiposo, ruídos hidroaéreos +, depressível, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal ou massas à palpação.
- MMII: Área de necrose em 5º pododáctilo do pé direito, com secreção purulenta, sinais flogísticos e diminuição da sensibilidade. Dor a elevação do MID.

Exames laboratoriais 19/08/21:

- Hb: 12,50 Ht:36,90 Leuco:14,770; Basto: 5% Seg: 78% Neu:83% PCR: 22,6.

Diagnósticos:

- Diagnóstico sindrômico: Neuropatia diabética, Insuficiência venosa
- Hipótese diagnóstica: Pé Diabético (Vascular).
- Diagnóstico diferencial: Estase venenosa; Trombose venosa profunda; Artrite associada a cristais; Fratura e outras lesões associadas a traumas; Artropatia de Charcot.

Conduitas:

- Observação clínica; Aguardar avaliação da Cirurgia Vascular; Manter Ceftriaxona + Clindamicina; Manter sintomáticos; Reconciliação medicamentosa; Solicitar exames de rotina; Manter hidratação venosa; Profilaxia gástrica; Atentar para nível neurológico e piora infecciosa; Solicitar doppler.

Discussão

Este caso trata-se de um paciente com afasia pós AVC motivo que dificultou a coleta da história, afirma dor em pé direito gesticulando com a cabeça; nega outras

queixas. Apresenta Necrose do 5º pododáctilo do pé direito com lesão úmida. Função renal preservada, sem distúrbios hidroeletrólíticos.

A infecção em Pé Diabético, é a infecção de partes moles decorrente de trauma, favorecido pela neuropatia diabética, pela deformidade do pé diabético e por sua difícil cicatrização.

Fatores de risco importantes para o desenvolvimento de infecções do pé diabético incluem neuropatia, doença vascular periférica e controle glicêmico deficiente. Em relação à neuropatia sensorial, há diminuição da percepção da dor e da temperatura, por isso vários pacientes demoram a reconhecer a presença de uma lesão nos pés. Referente à neuropatia autonômica pode causar diminuição da secreção de suor, resultando em pele seca e rachada que facilita a entrada de microorganismos nas estruturas mais profundas da pele. Além disso, a neuropatia motora pode causar deformidades nos pés, que levam a danos nos tecidos moles induzidos por pressão. A doença arterial periférica pode prejudicar o fluxo sanguíneo necessário para a cura de úlceras e infecções. A hiperglicemia prejudica a função dos neutrófilos e reduz as defesas do hospedeiro.

A maioria das infecções em pé diabético é caracteristicamente polimicrobiana, com até 5 a 7 diferentes microrganismos envolvidos, e a variabilidade depende da extensão da lesão.

A avaliação de um paciente com suspeita de infecção do pé diabético envolve três etapas principais: 1) determinação da extensão e gravidade da infecção, 2) identificação dos fatores subjacentes que predisõem e promovem a infecção e 3) avaliação da etiologia microbiana.

A histórica clínica do paciente foi focada em detalhes do trauma, duração da lesão, associação com outros sintomas sistêmicos, os tratamentos anteriores e ao histórico de controle glicêmico, alguns dados o paciente nem o acompanhante não souberam responder.

No exame físico do doente, foi observado a localização da lesão, a extensão da infecção e se o osso era visível ou palpável, também foi avaliado a parte neurológica dos membros inferiores para saber a extensão da perda sensorial, assim como a avaliação vascular da presença e gravidade da insuficiência arterial e/ou venosa.

O pé diabético de acordo com a etiopatogenia pode ser classificado em: Neuropático; Vascular (ou isquêmico); Misto (neurovascular ou neuroisquêmico).

No caso do paciente apresentado foi classificado em vascular já que teve manifestação de dor à elevação do membro. No exame físico, também foi observado hiperemia postural do pé e palidez quando fiz a elevação do membro inferior. O pé se apresenta frio, porém não apresenta ausência de pulsos pedioso dorsal nem tibial posterior.

As infecções no pé diabético tipicamente se manifestam como celulite, infecção profunda de tecidos moles, osteomielite aguda ou osteomielite crônica.

O paciente TP era mais característico de uma infecção profunda de tecidos moles já que apresentava necrose, acometendo o compartimento profundo do pé, acompanhada de dor intensa à palpação das partes moles e secreção purulenta.

Em quanto à avaliação laboratorial deve ser solicitado hemograma completo para avaliar a leucocitose, que no caso do paciente apresentava Leucos de 14,770 com desvio à esquerda de Bastonetes: 5%. Da mesma forma foi pedido glicemia, eletrólitos e função renal, para avaliar e monitorar o controle glicêmico e o estado ácido-básico. Assim como também o marcador inflamatório, a proteína C reativa (PCR), para monitorar a resposta à terapia.

Referente ao diagnóstico Diferencial: Estase venenosa, Trombose venosa profunda, Artrite associada a cristais, Fratura e outras lesões associadas a traumas, Artropatia de Charcot. Podem ser diferenciados de infecção com base na história clínica, exame físico e achados de imagem. No entanto, a infecção pode coexistir com outros processos, e a terapia antimicrobiana empírica pode ser necessária em alguns casos quando o diagnóstico é incerto.

O tratamento do paciente foi cuidar bem a ferida, terapia antimicrobiana, controle glicêmico e equilíbrio de fluidos e eletrólitos. Os cuidados locais dados para o paciente foram desbridamento do tecido necrótico, limpeza da ferida e alívio da pressão sobre a úlcera. Sem esquecer que foi solicitado uma consulta com cirurgião vascular com objetivo de ter uma melhor avaliação. O desbridamento cirúrgico imediato é crítico para a cura de infecções complicadas por abscesso, extenso envolvimento ósseo ou articular, crepitação, necrose, gangrena ou fascíte necrosante e é importante para o controle da origem em pacientes com sepse grave.

Partindo desse caso clínico podemos entender a importância do acompanhamento e do autocuidado tendo um controle adequado da glicemia para evitar complicações graves associados à doença como a amputação. Sabemos que as amputações na maioria das vezes ocorrem antes de lesões cutâneas, úlceras que podem expandir-se á tecidos profundos ocorrendo à perda de sensibilidade, como aconteceu com

nosso paciente. Por isso ressalto uma vez mais a importância durante a prestação da assistência primária para os portadores de Diabetes Mellitus assim como também que eles sejam responsáveis com seu tratamento.

2.2.8 Caso Clínico 8

Anamnese:

- Identificação: EJR, masculino, 30 anos, branco, casado, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- QP: “ficou agressivo”.
- HDA: Paciente foi trazido pelo SAMU, acompanhado pela mãe, a mesma relata que há 1 semana o filho se encontrava na rua, aparecendo há 2 dias no domicílio com mal aspecto, lesões, agitado e agressivo, além disso refere que o filho apresentava alucinações auditivas e visuais, motivo pelo qual procuro ajuda do SAMU, durante o atendimento prestado foi colocado uma ampola de Midazolam pela agitação psicomotora.
- HPP: Nega alergias medicamentosas, comorbidades e tratamento psiquiátrico.
- Histórico Social: Nega etilismo, tabagista, usuário de crack, desde os 19 anos.

Exame físico:

- SSVV: PA: 120/70mmHg; FC: 100bpm; FR: 19ipm; TAX 36,3°C; SPO2 99% em AA; HGT 120;
- BEG, LOTE, anictérico, acianótico, afebril, corado, hidratado, eupneico em AA;
- NEURO: Glasgow 15. Pupilas midriáticas e não fotorreagentes, sem déficit neurológico;
- AP: MVUA+ sem RA. Sem sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
- ACV: BCRNF 2T, sem sopros audíveis. Pulsos periféricos presentes e simétricos. TEC < 3 segundos;
- ABD: Plano, ruídos hidroaéreos +, flácido, depressível, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal ou massas à palpação.

Diagnósticos

- Diagnóstico sindrômico: Intoxicações por álcoois e drogas de abuso/ Intoxicação exógena.

- Hipótese diagnóstica: Intoxicação por crack.
- Diagnóstico diferencial: Abuso de anfetaminas; Hipoglicemia; Hipóxia; Síndromes de abstinência de álcool e sedativo-hipnótico; Tireotoxicose; Síndrome da serotonina; Síndrome neuroléptica; Infecções do sistema nervoso central; Convulsões; Várias doenças psiquiátricas.

Conduatas:

- Solicitados exames de admissão (ECG, eletrólitos, hemograma completo, função renal e hepáticos + urina); Foi prescrito: Complexo B, Vitamina C e sulfato de magnésio diluídos em 1000ml de SF; Solicitado a observar a paciente por 6-8 horas, e alta após resolução completa dos sintomas, e logo avaliar se há necessidade ou não de encaminhá-la para o Hospital Municipal.

Discussão

Este caso foi minha primeira experiência com um caso de intoxicação por drogas, o paciente era pouco colaborativo, motivo que dificultou um pouco a entrevista, tendo então que coletar a história com acompanhante presente (mãe).

Para o atendimento neste tipo de pacientes é fundamental seguir os os “ABCs” básicos da ressuscitação iniciando com a proteção das vias aéreas, adequação da ventilação, mantendo o estado circulatório do paciente com ressuscitação hídrica e suporte vasopressor. Seguidamente continuar com a história clínica e exame físico do paciente.

Devido a que este paciente chegou a nosso serviço por conta de uma intoxicação o correto é excluir outras causas de rebaixamento do nível de consciência como por exemplo hipoglicemia e deficiências nutricionais antes de começar o tratamento toxicológico.

Da mesma maneira é importante a realização da descontaminação e ofertar tratamento com antídoto específico quando houver disponibilidade e indicação. Depois que o paciente estiver estabilizado deve ser realizada monitorização, punção de acesso venoso, coleta de exames, ECG.

Segundo Velasco (2019) A cocaína é um alcaloide extraído das folhas da *Erithroxylum coca*, utilizado antigamente como anestésico e hoje como droga de abuso. Pode ser consumida por: via nasal, oral, injetável ou fumo (crack – mistura de cloridrato de cocaína com bicarbonato ou hidróxido de sódio; merla – pasta de cocaína – ambos 40 a 71% do alcaloide).

A cocaína age no sistema nervoso central (SNC), bloqueando canais de sódio e provocando inibição da recaptação pré-sináptica de catecolaminas. Sua maior ação é sobre a inibição da recaptação de dopamina, apesar de também inibir, em menor grau, a recaptação de norepinefrina e serotonina.

As manifestações clínicas da intoxicação por cocaína são decorrentes principalmente da hiperatividade noradrenérgica e dopaminérgica, que afetam vários órgãos e sistemas.

Tabela 1 - Manifestações clínicas e complicações da Intoxicação por Cocaína

Sistema	Manifestações	Complicações
SNC	Cefaleia, crise convulsiva, confusão mental, <i>delirium</i> e agitação psicomotora	Hemorragias no SNC, AVE isquêmico por vasoespasmo, trombose ou embolia
Olhos e nariz	Midríase bilateral não fotorreagente e epistaxe	Úlcera de córnea, perfuração do septo nasal
Pulmonar	Broncoespasmos, infarto pulmonar	Pneumotórax/pneumomediastino/pneumopericárdio (associado ao ato inalatório – barotrauma); pulmão de crack (SDRA + hemoptise + febre + infiltrado alveolar ou intersticial) e embolia pulmonar
Metabólicos	Rabdomiólise, hipertermia	Injúria renal aguda, desidratação
Cardiovascular	Dor torácica, arritmias, hipertensão	Síndrome coronariana aguda, dissecção aórtica, edema agudo de pulmão hipertensivo e oclusão arterial aguda
Obstétrico	Insuficiência placentária	Pré-eclâmpsia e sofrimento fetal; uso crônico está associado a malformações e retardo do desenvolvimento em fetos
Trato gastrointestinal	Abdome agudo	Úlcera péptica perfurada, colite isquêmica

AVE: acidente vascular encefálico; SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo; SNC: sistema nervoso central.

Fonte: VELASCO *et. al*, 2019.

Referente ao diagnóstico deve ser realizado hemograma completo, bioquímica sérica com função renal, provas de função hepática, exame de urina, triagem toxicológica de urina, lactato sérico e glicemia. Também pode ser observado pó nas narinas, lesões de mucosa nasal, queimadura em pontas de dedos.

Os benzodiazepínicos são usados no manejo de intoxicação aguda por cocaína, já que ajudam no controle da agitação, nos sintomas adrenérgicos (taquicardia, hipertensão), na hipertermia, rabdomiólise e nas convulsões.

Normalmente é usado diazepam 5 a 10 mg a cada 5 a 10 minutos, sendo repetidose necessário. Se não houver acesso venoso, pode ser usado midazolam intramuscular.

O uso de neurolépticos (haloperidol, clorpromazina) deve ser evitado, pois reduzem o limiar convulsivo e podem piorar os efeitos cardíacos e a hipertermia.

Com relação ao diagnóstico diferencial a maioria desses diagnósticos é determinada a partir do histórico médico do paciente. Uma revisão dos medicamentos do paciente e um relato detalhado de suas preferências de abuso de substâncias por meio de familiares, amigos e socorristas podem fornecer pistas valiosas. O teste de diagnóstico pode incluir tomografia computadorizada (TC) da cabeça e punção lombar, conforme apropriado.

Outras possibilidades diagnósticas incluem doenças cardiopulmonares, como síndrome coronariana aguda, embolia pulmonar, dissecação aórtica e pneumotórax. Esses diagnósticos são geralmente identificados por meio de testes padrão, como eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiografia, tomografia computadorizada de tórax ou biomarcadores cardíacos.

No caso do paciente pode-se pensar em: Tireotoxicose, toxicidade do lítio, outras toxinas (anfetaminas) e infecção do SNC, como meningite: pelo delírio; E como a paciente também tinha alucinações auditivas, pode se pensar em esquizofrenia, episódio de mania nos bipolares; Neste caso o médico responsável não avalio as narinas, lembrando que o crack pode levar a queimaduras de faringe devido à alta temperatura necessária para a combustão e observar pontas dos dedos.

2.2.9 Caso Clínico 9

Anamnese:

- Identificação: KAR, feminino, 23 anos, branca, solteira, natural e residente de Foz do Iguaçu.
- QP: “Dor no estomago”.
- HDA: Paciente encaminhada do padre Ítalo por quadro de dor abdominal. Refere que a dor começou há 18 horas aproximadamente tipo cólica, inicialmente na região epigástrica e irradiando para a região umbilical e se localizando na fossa ilíaca direita (FID) com maior intensidade, associada a náuseas, 1 episódios de vômito, febre aferida (38° C) e calafrios nega diarreia, nega disúria/hematúria ou alguma outra alteração do hábito urinário e intestinal.
- HPP: Nega alergias medicamentosas, comorbidades, cirurgias e internações prévias.
- MUC: Nega
- DUM: 16/08/21

- HS: Nega tabagismo, etilista social.

Exame Físico:

- BEG, LOTE, anictérica, acianótica, afebril, corada, hidratada;
- NEURO: Glasgow 15. Pupilas midriáticas e não fotorreagentes, sem déficit neurológico;
- AP: MVUA+ sem RA. Sem sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória;
- ACV: BCRNF 2T, sem sopros audíveis. Pulsos periféricos presentes e simétricos. TEC < 3 segundos. Hemodinamicamente estável sem DVA;
- ABD: Plano, ruídos hidroaéreos diminuídos, flácido, depressível, doloroso à palpação profunda na FID, sinal de Blumberg positivo, sinal de rovsing, dunphy, martorelly, obturador e psoas positivas, apresenta plastrão em FID, timpânico à percussão;

TC abdome e pelve 02/09/21:

- Espessamento parietal, aumento de tamanho e realce heterogêneo de meio contraste em paredes de ceco e apêndice vermiforme, com pequena coleção bloqueada perilesional em FID, compatível com processo inflamatório nesta topografia.

Diagnósticos

- Diagnóstico sindrômico: Abdome agudo inflamatório.
- Hipótese diagnóstica: Apendicite Aguda?
- Diagnostico diferenciais: Obstrução intestinal; Diverticulite; Gastroenterite; Infarto omental; Uremia aguda; Pielonefrite.

Conduas:

- Prescrito sintomáticos e profilaxia gástrica; Solicito labs de rotina; Solicito vaga no HMPGL para avaliação da clínica cirúrgica.

Discussão

Comecei avaliando a paciente, se encontrava no leito, hemodinamicamente estável, afebril há 24h, sem antibioticoterapia, refere manter dor em FID mesmo sob analgesia, sem outras queixas no momento.

Após a coleta da história clínica do paciente e o exame físico, pode-se chegar à hipótese diagnóstica principal de apendicite. Tendo em consideração as

características de maior incidência, tais como idade e descrição da dor típica neste diagnóstico, sendo de início agudo na região umbilical que irradia para a FID, evoluindo com episódios de vômitos, anorexia e febre, sendo identificada a sequência de Murphy, que serve como elemento clínico para o diagnóstico, além de foram encontrados mais de duas sinais para apendicite, principalmente sinal de Blumberg positivo, posteriormente na imagem solicitada será confirmando o diagnóstico. (TOWNSEND, 2015).

Pacientes com abdome agudo, leva a pensar em várias hipóteses diagnósticas, que por meio da anamnese, exame físico e exames complementares vão se afastando, chegando assim a um único diagnóstico. Com relação ao caso anterior consegui afastar várias hipóteses com a história clínica complementando com os exames laboratoriais e de imagem. Em uma obstrução intestinal os RHA estarão diminuídos ou ausentes como no caso, mas na obstrução intestinal os pacientes apresentam comumente história de constipação, sem ter eliminação de gases intestinais e no exame de imagem sinais como níveis hidroaéreos, alças distendidas, sinal de empilhamento de moedas, entre outras podem ser encontradas; no caso da diverticulite que aparece com dor abdominal, náuseas, febre como na apendicite, mas nos exames de imagem são identificados divertículos, no caso do paciente na tomografia computadorizada (TC) não foram encontrados podendo descartar esta hipótese; com relação à gastroenterites sintomas como vômitos, diarreia, dor abdominal não localizada são mais frequentes aparecendo os sintomas em uma sequência diferente que na apendicite; no infarto omental dependendo do ponto de início pode causar uma dor semelhante com a localização da apendicite só que na TC será observadas as sinais de isquemia; na uremia aguda será encontrada aumento de ureia na sangue por meio do exame laboratorial, sendo que no paciente encontrava-se sem alteração; na pielonefrite além da dor abdominal que pode aparecer e aumento dos leucócitos podem apresentar queixas como cistite, disúria, dor á punho percussão nos flancos e EAS 1 com presença de bactérias.

Referente à conduta foram iniciados os cuidados clínicos gerais, prescrito analgesia-antieméticos, solicitado tomografia computadorizada abdominal sem contraste e exames laboratoriais (importantes na apendicite e para diagnósticos diferenciais: EAS 1, Hemograma completo, eletrólitos, PCR, ureia, creatinina); solicitado internação para cirurgia geral.

O Raio-x (Rx) permitiria afastar alguns diagnósticos diferenciais, como a obstrução intestinal com alguns sinais já relatadas anteriormente, mas o Rx mostra achados pouco específicos de apendicite quando comparado com a TC, também foi escolhido a TC

(acurácia: 96%) devido á uma maior acurácia quando comparado com o RX ou USG (acurácia: 70-93%). (MONTEIRO et al, 2009) Neste caso foi solicitado a TC sem contraste, já que muitas causas habituais de abdome agudo são prontamente identificadas ou descartadas pela TC, bem como as complicações, no caso da TC para investigação de apendicite como diagnóstico principal poderia ser executada a TC com contraste, caso seja usado contraste por 3 vias (oral, retal e IV) está seria bastante precisa para avaliação da apendicite, já que permitiria ver melhor as estruturas abdominais; importante ter em conta as contraindicações do uso do contraste, tais como que o paciente não tenha alergias a substâncias usadas, hipertireoidismo manifesto e insuficiência renal. Os exames laboratoriais solicitados são os necessários na rotina de abdome agudo e relacionando a história clínica do paciente e as hipóteses a serem descartadas. (TOWNSEND, 2015)

O uso de antibioticoterapia profilática na apendicite aguda complicada deve ser iniciada tão logo se tenha o diagnóstico presuntivo, as bactérias mais comumente encontradas na vigência de abdome agudo são micro-organismos entéricos Gram-negativos e anaeróbios.

2. 3 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

2.3.1 Intubação Orotraqueal

Lembro que era uma segunda-feira de manhã na UPA Walter e o médico encarregado da sala vermelha era o Doutor Nicolas, estávamos com um paciente do sexo masculino de 65 anos, que havia chegado por causa de uma queda do estado geral, evoluindo com rebaixamento do nível de consciência, mesmo com suplementação de O₂, Glasgow 7, motivos pelos quais o médico decidiu intubar.

Naquele momento ele me perguntou se eu já tinha intubado e minha resposta efetivamente foi que não, então ele me respondeu "a partir de hoje essa resposta vai mudar" Tive muito medo, pois claro que eu já tinha praticado, mas sempre foi nos bonecos simuladores da faculdade, mas agora estávamos falando de uma VIDA!

Antes de iniciar o procedimento, ele me fez várias perguntas para ter certeza de que pelo menos a teoria estava clara, ele me perguntou sobre os passos para fazer a intubação, então falei sobre a técnica do "7ps" (Preparação, Pré-oxigenação, Pré-intubação (otimização), Paralisia com indução, Posicionamento, Passagem e posicionamento do tubo, Pós-intubação).

Seguidamente começamos a preparar os materiais, a testar a funcionalidade de cada um, além disso a monitorização cardíaca, oximetria de pulso, acesso venoso e avaliar a via aérea do paciente (foi usada a classificação de Mallampati, neste caso foi classe 2) para garantir que o procedimento fosse um êxito.

Depois o paciente foi pré-oxigenado com FiO₂ 100%, foi realizada sedação, o mesmo estava em decúbito dorsal com 30° de inclinação no dorso e um coxim na região occipital, posteriormente segurarei o tubo com a mão direita e laringoscópio com a mão esquerda, coloquei a lamina do laringoscópio no lado direito da boca do paciente e desloquei a língua para esquerda e tentei intubar, mas o tubo foi para o esôfago e não para a traqueia, então o doutor Nicolas teve que intervir e depois de um tempo ele conseguiu realizar a intubação com sucesso.

Apesar de não ter conseguido terminar o procedimento, esta oportunidade dada pelo médico fez-me ter a minha primeira experiência com a intubação, algo tão importante e necessário para salvar uma vida e claro necessário para minha formação como médica, só tenho palavras de agradecimento para o Dr Nicolás pela confiança e à equipe de profissionais que me ajudaram neste dia.

2.3.2 Sutura

Depois de muitas práticas em peitos de frango, havia chegado a hora de fazer uma sutura em um paciente, pois já no meu primeiro plantão na UPA Walter essa oportunidade tão esperada e desejada se apresentou.

No dia 18/08/21 tive que fazer minha primeira sutura em um paciente de 25 anos com uma ferida por objeto perfuro cortante na mão direita devido ao uso de faca quando cozinhava, o paciente chegou por demanda espontânea, sendo transferido para sala de procedimentos, depois de ver a ferida junto com o médico responsável, ele me disse que eu deveria limpar, suturar e fazer o curativo do paciente.

Comecei a organizar todos os materiais necessários, depois me dediquei à assepsia do local, parte muito importante do procedimento, pois evita a presença de infecções e favorece o processo de cicatrização, com clorexidina sabão ao 2% e soro fisiológico. A seguir fiz a anestesia local com lidocaína droga de escolha, depois fiz a sutura em ponto simples não contínuo e por fim fiz o curativo.

Além disso em caso de acidentes com ferimentos a profilaxia contra o tétano, deve ser orientada segundo a história pregressa de vacinação antitetânica relatada

pelo paciente, por exemplo quando o mesmo não lembra de ter feito a imunização ou em casos que tenha mais de 5-10 anos desde a última vacina.

Depois de relatar minha primeira experiência com a sutura, consegui realizar mais de 30 suturas e não só na UPAS, também tive uma oportunidade no hospital.

Sendo mais específica no dia 13/11/21 às 4h chegou um paciente trazido pelo SAMU sem maca rígida e sem colar cervical, vítima de suposta agressão física (SIC SAMU), apresentava sinais de ingesta alcoólica. Tinha diversas escoriações em face, com FCC em região nasal, apresentava hematoma e lesão em avulsão em olho esquerdo e perda dentária com FCC em lábio superior.

Quando fiz a sutura no nariz fiquei com um pouco de medo, pois tinha vários médicos me observando, o paciente reclamava e a lesão era muito chocante para mim, porém conforme eu estava fazendo o procedimento fiquei cheia de confiança, sendo essa uma experiência mais como interna de medicina.

2.3.3 Avaliação de corpo estranho no olho

Paciente de sexo masculino, em acidente de trabalho em construção, mesmo usando EPI teve olho esquerdo apresentando corpo estranho arraigado em córnea esquerda às 13h com halo opacificado perilesional. A conduta que realizei sob supervisão da Dra Liliane foi analgesia com colírio anestésico, lavagem exaustiva com soro fisiológico 0,9%, curativo oclusivo com epitezan, seguidamente foi solicitado avaliação e conduta do oftalmologista.

2.3.4 Sonda Vesical de Demora

Na UPA Walter foi o setor onde consegui realizar este procedimento, tendo a oportunidade de praticá-lo mais em pacientes do sexo masculino, na maioria das vezes para monitorar o débito urinário em quadros clínicos críticos e alguns casos de retenção urinária, deve-se ter muito cuidado com as complicações que este procedimento acarreta como por exemplo infecção urinária, hematúria ou trauma uretral.

2.3.5 Curativos

Os curativos eram um dos procedimentos que fazia quase todos os dias quando tinha estágio nas UPAS, embora pareça simples, alguns cuidados devem ser tomados para não desenvolver problemas futuros. O que eu fazia inicialmente era usar luvas para examinar a ferida, sua extensão, se havia secreção ou sangramento, higienizava a ferida até a retirar a sujeira e quando necessário colocava gaze, atadura e esparadrapo.

2.3.6 Eletrocardiograma

Durante meus plantões quase sempre eram pedidos eletrocardiogramas, mas não era eu quem realizava esse procedimento, até que na UPA SAMEK tive a oportunidade graças ao médico Eduardo, que além de me ensinar as partes do material, os lugares onde tinha que ser colocado e suas derivações, teve a paciência de me mostrar como era feito o laudo.

Tabela 2 – Procedimentos realizados

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE
Intubação Orotraqueal	1
Suturas	38
Avaliação de corpo estranho no olho	20
Sonda Vesical de Demora	4
Curativos	40
Coleta de Amostra para exames	1
Eletrocardiograma	2

Fonte: Elaborado pela autora.

2.4 QUESTÃO PROBLEMA

São vários os setores que como internos conhecemos e temos como cenários de prática ao longo do módulo e do Internato, observando e conversando com os diferentes profissionais das equipes, concordei com um dos médicos preceptores na UPA. Problema: Triagem inadequada nas UPAs.

O que consegui observar neste período na UPA, e confirmar com o médico, é que acontecem muitos erros na triagem dos pacientes que procuram atendimento no serviço; em muitos casos podemos ver casos de pacientes com casos clínicos leves, sem

nenhum sinal de complicação ou agravamento. Assim como esses casos, também acontecem de forma contrária, casos que são mais graves, e que merecem de ser atendidos com prioridade por causa do quadro clínico, são mal classificados e enviados a aguardar longos períodos de tempo, ao ser classificados como pacientes sem prioridade. Isso faz com que vários casos se compliquem e cheguem, ou os pacientes sofram clinicamente. Com esse erro que pode ser resolvido facilmente, o serviço fica congestionado, mais ainda do que fica normalmente.

Relembrando que a Portearia fala sobre o acolhimento e classificação no seu Artigo 10, no critério II sobre as Portas de Entradas Qualificadas “Implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato”. E na prática os erros nesse acolhimento são visíveis, especialmente no sofrimento dos pacientes.

2.4.1 Resolução

Ao falar sobre o acolhimento, ela parece ser um processo simples, sem muitas complicações, mas na verdade não é assim. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975).

O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Ética, pelo compromisso no reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, modo de viver. Estética, ela traz para as relações a invenção de estratégias para contribuir na dignificação da vida e do viver, a construção da nossa própria humanidade. Política, porque implica o compromisso coletivo de envolver-se no “estar com”.

Para a resolução do problema, o primeiro passo seria o diálogo com os profissionais encarregados de tão importante trabalho, indagar sobre as dúvidas e as complicações que surgem no momento do acolhimento.

Com as respostas coletadas de todos os profissionais, levantaria as mais frequentes, e realizaria com isso uma capacitação dos profissionais, preparando uma palestra, e posteriormente um debate sobre os temas, esclarecendo as dúvidas que ainda não fiquem contempladas.

1. Conversa com os profissionais de saúde.
2. Levantamento de dúvidas mais frequentes na hora do acolhimento.

3. Estudo dos temas.
4. Preparação da palestra.
5. Apresentação/Palestra para os profissionais de saúde.
6. Nova reunião para discutir dos resultados no cotidiano.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início desse módulo foi muito difícil, além de ter ficado um ano sem atividades acadêmicas, estaria com uma turma nova, de pessoas que não conhecia e entraria no setor de Urgência e Emergência cheia de angústia, insegurança e medo de não conseguir um bom desempenho durante o módulo.

Nos primeiros dias fiquei um pouco perdida, não sabia usar o tasy, tive que aprender a fazer admissões, evoluções, prescrições e alta dos pacientes, com o passar do tempo pude perceber que estava melhorando, pois estava mais segura, mais independente e com muita mais confiança para tomar as diferentes decisões.

O modulo de Urgência e Emergência foi um grande desafio para mim, não só pelas atividades realizadas nos plantões, porém também por ter que lidar com as oscilações de humor dos profissionais de saúde.

Ao longo do tempo pude perceber que tive uma grande evolução na hora de fazer a anamnese, exame físico, possíveis diagnósticos, escolha terapêutica, solicitação de exames, fato que sem ajuda de alguns médicos, residentes e enfermeiros, junto com a prática e estudo em casa não teria tido sucesso.

Esses meses foram bastante enriquecedores para mim, não só no que diz respeito às condutas médicas, mas também quanto à relação médico-paciente e todos os aspectos éticos que isso implica. Só posso concluir que este módulo contribuiu fortemente na minha formação médica.

REFERÊNCIAS

MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antonio Brandão; VELASCO, Ireneu Tadeu. **Medicina de Emergência: Abordagem prática**. 12. ed. rev. atual. e aum. Brasil: Manole, 2017. 1580 p. ISBN 9788520452981.

VELASCO, I.T; **Medicina de emergência: Abordagem Prática USP**; 13ra edição; Tamboré: Editora Manole, 2019

WALLS, Ron M. et al. Rosen; **Medicina de Emergência: Conceitos e Prática Médica**. 9. ed. [S. l.]: Elsevier, 2019. ISBN 9788535291131.

Rotinas em ginecologia / Organizadores, Eduardo Pandolfi Passos ... [et al.] – 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 140 p.

Kaplan & Sadock. **Compêndio de Psiquiatria**, 11^a ed. Editora Artmed. 2.

NETO A.S; Dias R.D; Velasco I.T; **Procedimentos em emergências**; 2da edição; Tamboré: Editora Manole, 2016

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias .pd](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf) f. Acesso em: 20 novembro. 2021.

WALLS, Ron M. et al (ed.). Rosen; **Medicina de Emergência: conceitos e prática médica**. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2019.