



Universidade Federal da Integração Latino-
Americana | **UNILA**

Instituto Latino-Americano de Ciências da
Vida e da Natureza | **ILACVN**

Curso de Medicina

**VIVÊNCIA DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

FERNANDA TAKASHIMA FERNANDES

FOZ DO IGUAÇU - PR

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
CURSO DE MEDICINA

Fernanda Takashima Fernandes

**VIVÊNCIA DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

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

Orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

FOZ DO IGUAÇU

2022

FERNANDA TAKASHIMA FERNANDES



VIVÊNCIA DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Mestre Flávia Julyana Pina Trench

UNILA

Prof. Mestre Rosana Alvarez Callejas

UNILA

Prof. Doutora Carolina Leao Oderich

UNILA



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 2022.

Assinatura do Responsável

RESUMO

O presente trabalho refere-se ao período vivenciado, ainda em um contexto pandêmico frente ao SARS-CoV2, dentro do módulo de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), em Foz do Iguaçu-PR, no ano de 2021 – referente ao internato do curso de Medicina da Universidade da Integração Latino-Americano (UNILA). Consiste na apresentação de casos clínicos, com suas respectivas revisões bibliográficas, além da apresentação da rede de Urgência e Emergência do município e da prática de habilidade médicas, através dos procedimentos realizados no período pela discente. Visa-se estabelecer uma análise crítica dos casos selecionados, a fim de se consolidar conhecimento e ser um meio para avaliar o crescimento individual durante o período, mostrando as vivências, percepções e estudo da autora. Os casos foram selecionados conforme o grau de complexidade, prevalência e relevância temática. Para revisão da literatura foram usados livros bases além de pesquisa no PubMed, UpToDate, Scielo e Google Acadêmico. Ademais, dentro da rede de Urgência e Emergência do município, foi possível detectar pontos a serem melhorados, propôs-se, portanto, algumas intervenções a fim de ofertar um serviço de maior qualidade à população, visando contribuir para a sociedade por intermédio desse trabalho.

Palavras-chave: Medicina. Urgência. Emergência. Internato. Caso clínico.

RESUMEN

El presente trabajo se refiere al período vivido, aún en contexto de pandemia frente al SARS-CoV2, dentro del módulo de Urgencias y Emergencias en el Sistema Único de Salud (SUS), en Foz do Iguaçu-PR, en el año 2021 - refiriéndose a a la pasantía en la carrera de Medicina de la Universidad de la Integración Latinoamericana (UNILA). Consiste en la presentación de casos clínicos, con sus respectivas revisiones bibliográficas, además de la presentación de la red de Urgencias y Emergencias del municipio y la práctica de habilidades médicas, a través de los procedimientos realizados en el período por el estudiante. El objetivo es establecer un análisis crítico de los casos seleccionados, con el fin de consolidar el conocimiento y ser un medio de evaluación del crecimiento individual durante el período, mostrando las experiencias, percepciones y estudio del autor. Los casos fueron seleccionados de acuerdo al grado de complejidad, prevalencia y relevancia temática. Para la revisión bibliográfica se utilizaron libros base además de investigaciones en PubMed, UpToDate, Scielo y Google Scholar. Además, dentro de la red de Urgencias y Emergencias del municipio, se pudieron detectar puntos a mejorar, por lo que se propusieron algunas intervenciones con el fin de ofrecer un servicio de mayor calidad a la población, buscando contribuir a la sociedad a través de este trabajo.

Palabras clave: Medicina. Urgencia. Emergencia. Internado Caso clínico.

SUMMARY

The present work refers to the period experienced, still in a pandemic context in front of SARS-CoV2, within the Urgency and Emergency module in the Unified Health System (SUS), in Foz do Iguaçu-PR, in the year 2021 - referring to the internship in the Medicine course at the University of Latin American Integration (UNILA). It consists of the presentation of clinical cases, with their respective bibliographic reviews, in addition to the presentation of the Urgency and Emergency network of the municipality and the practice of medical skills, through the procedures performed in the period by the student. The aim is to establish a critical analysis of the selected cases, in order to consolidate knowledge and be a means of evaluating individual growth during the period, showing the author's experiences, perceptions and study. The cases were selected according to the degree of complexity, prevalence and thematic relevance. For literature review, base books were used in addition to research in PubMed, UpToDate, Scielo and Google Scholar. In addition, within the municipality's Urgency and Emergency network, it was possible to detect points to be improved, therefore, some interventions were proposed in order to offer a higher quality service to the population, aiming to contribute to society through this work.

Keywords: Medicine. Urgency. Emergency. Boarding school. Clinical case

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Perfis Hemodinâmicos em pacientes com insuficiência cardíaca aguda	28
Figura 2 - Diagnóstico diferencial nas elevações de pressão arterial	35
Figura 3 – Introdução de drogas anti-hipertensivas no departamento de emergência	37
Figura 4 – Seguimento na sepse	48
Figura 5 – Avaliação e manejo na pancitopenia	55
Figura 6 – Abordagem da vertigem na emergência	61
Figura 7 – Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo	62
Figura 8 – Indicações para administração inicial de carvão ativado 1 hora após a ingestão	67
Figura 9 – Manejo da dor abdominal	72
Figura 10 – Manejo da encefalopatia hepática	81

LISTA DE FOTOGRAFIA

Fotografia 1 – Realização de sutura em região frontal à esquerda após queda da própria altura de paciente idoso	98
Fotografia 2 – Procedimento de punção lombar	100
Fotografia 3 – Treino de acesso central em boneco de simulação	102
Fotografia 4 – Realização de acesso central em subclávia direita	102
Fotografia 5 – Realização de punção para gasometria arterial	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE	2
Quadro 2 – Tratamento da Insuficiência Cardíaca	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Exames Complementares caso clínico 1	11
Tabela 2 – Diagnósticos caso clínico 1	12
Tabela 3 – Causas de rebaixamento do nível de consciência e coma	15
Tabela 4 – Causas mais comuns de rebaixamento do nível de consciência em adulto (AEIOU-TIPS)	16
Tabela 5 – Estabilização inicial do paciente com rebaixamento agudo do nível de consciência	16
Tabela 6 – Diagnóstico/Classificação da CAD e EHH	20
Tabela 7 – Exames Complementares caso clínico 2	24
Tabela 8 – Diagnósticos caso clínico 2	24
Tabela 9 – Definição da classificação de NYHA	31
Tabela 10 – Emergências hipertensivas	34
Tabela 11 – Exames Complementares caso clínico 3 (04/10/2021).....	39
Tabela 12 – Exames Complementares caso clínico 3 (05/10/2021).....	39
Tabela 13 – Diagnósticos caso clínico 3	40
Tabela 14 – Escore SOFA	43
Tabela 15 – Mecanismos, fisiopatologia e exemplos	43
Tabela 16 – Sinais de choque	44
Tabela 17 – Exames laboratoriais para avaliação de disfunções orgânicas	44
Tabela 18 – Exames diagnósticos para elucidação de foco infeccioso de acordo com suspeita clínica	45
Tabela 19 – Objetivos de cuidado do paciente séptico	45
Tabela 20 – Antibióticos de escolha em pacientes sépticos com infecção de comunidade	46
Tabela 21 – Drogas vasoativas no choque séptico	47
Tabela 22 – Exames laboratoriais caso clínico 4	50
Tabela 23 – Diagnósticos caso clínico 4	51
Tabela 24 – Diagnósticos caso clínico 5	57
Tabela 25 – Características clínica de vertigem periférica versus central	60
Tabela 26 – Diagnósticos caso clínico 6	64
Tabela 27 – Avaliação clínica conforme sistemas	66
Tabela 28 – Manifestações clínicas da síndrome anticolinérgico	66

Tabela 29 – Diagnósticos caso clínico 7	68
Tabela 30 – Exames laboratoriais em pacientes com dor abdominal aguda	71
Tabela 31 – Diagnósticos caso clínico 8	73
Tabela 32 – Exames Complementares caso clínico 9	77
Tabela 33 – Diagnósticos caso clínico 9	77
Tabela 34 – Critérios de West-Haven para graduação da EH	80
Tabela 35 – Principais etiologias da hemorragia digestiva alta por ordem decrescente	82
Tabela 36 – Gerenciamento de emergência de sangramento gastrointestinal superior em adultos	84
Tabela 37 – Exames Complementares caso clínico 10	85
Tabela 38 – Diagnósticos caso clínico 10	86

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REDE DE ATENÇÃO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	2
3. DROGAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	7
3.1 Drogas para Intubação de Sequência Rápida (IOT).....	7
3.2 Drogas Disponíveis na Rede de Urgência e Emergência Foz do Iguaçu – PR.....	8
4. CASOS CLÍNICOS	9
4.1 CASO CLÍNICO 1 – HMGPL.....	9
4.2 CASO CLÍNICO 2 – UPA WALTER.....	22
4.3 CASO CLÍNICO 3 – HMPGL.....	37
4.4 CASO CLÍNICO 4 – HMPGL.....	48
4.5 CASO CLÍNICO 5 – UPA SAMEK.....	56
4.6 CASO CLÍNICO 6 – UPA WALTER.....	62
4.7 CASO CLÍNICO 7 – UPA WALTER.....	67
4.8 CASO CLÍNICO 8 – UPA SAMEK.....	72
4.9 CASO CLÍNICO 9 – HMPGL.....	75
4.10 CASO CLÍNICO 10 – HMPGL.....	84
5 VIVÊNCIA COVID.....	89
6 VIVÊNCIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	90
7 SOBRE A MORTE	92
8 PROCEDIMENTOS	96
8.1 Suturas.....	96
8.2 Drenagem de abscesso e cisto sebáceo	97
8.3 Paracentese.....	98
8.4 Punção Lombar.....	98
8.5 Acesso Central.....	100
8.6 Toracotomia com drenagem em selo d’água.....	102
8.7 Intubação Orotraqueal.....	102
8.8 Postotomia	104
8.9 Gasometria arterial	104
8.10 Cardioversão Elétrica	105
9 INTERVENÇÃO.....	107
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
11. REFERÊNCIAS	110

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é composto por vivências pessoais nos campos de prática durante o módulo de Urgência e Emergência e por relatos de casos que de alguma forma agregaram para o crescimento e conhecimento individual, no ano de 2021, em Foz do Iguaçu – PR.

Os campos de prática inserem-se num contexto ainda pandêmico, colhendo os frutos de tudo aquilo que vivenciamos pelo SARS-CoV2, apesar de termos um cenário menos caótico quando comparado ao início da pandemia, ainda percebemos os reflexos de tudo aquilo que vivenciamos, tanto na questão de insumos, quanto nas marcas emocionais e físicas que ficaram marcados em cada um.

Minha vivência baseou-se em três campos principais: Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Walter e João Samek; locais nos quais pude observar a dinâmica e funcionamento da rede de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS) e perceber seus pontos positivos e negativos; além de serem os locais que me permitiram crescer como ser humano e como médica.

Os casos clínicos apresentados aqui foram escolhidos pelo grau de dificuldade e pelas lacunas que percebi no meu conhecimento durante a prática ou pelo interesse despertado em mim através deles; com o objetivo de sanar minhas falhas e de me sentir mais segura e confiante para saber lidar com os casos quando me deparar com eles novamente, visando minimizar ao máximo as chances de erros de conduta e oferecer sempre o melhor atendimento que posso ofertar.

Espero que esse trabalho reflita minha evolução, meus estudos, meu crescimento pessoal e profissional, minhas vivências, dificuldades e desafios. E que ao final, possa perceber tanto minha evolução, mas também onde preciso me empenhar mais para ser uma profissional melhor e estar apta para exercer a medicina em sua plenitude.

2. REDE DE ATENÇÃO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Conforme a Nota Informativa Nº 9/2021-CGURG/DAHU/SAES/MS (2021), a rede de atenção às Urgências tem o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergências nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Ela é composta por três pilares fundamentais que se complementam: promoção, prevenção e vigilância em saúde. Sendo formada pela Atenção Primária à Saúde, SAMU 192 e suas Centrais de Regulação das Urgências, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, UPA 24h, Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Possui como principais diretrizes norteadoras os seguintes itens:

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Quadro 1: Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE (Ministério da Saúde, 2013)

Em Foz, durante a vivência no módulo, foi nítido que nem todas essas diretrizes eram seguidas completamente.

A começar quando se fala sobre a universalidade, equidade e integralidade, incluindo várias “especialidades” médicas. Infelizmente, na prática, isso não ocorre. Pode-se citar alguns motivos para isso: a falta de habilidade de alguns profissionais lidarem com certos perfis de pacientes; a falta de conhecimento sobre a conduta frente a determinados casos; o preconceito embutido na própria equipe de saúde, que julga e oprime certos usuários. Tudo isso contribui para um acesso que segrega e oprime. Ao invés de tratarem certos casos diferentes para então promoverem a igualdade, eles o tratam diferentes reproduzindo ainda mais desigualdade de atendimento. Ferindo, inclusive, outra diretriz: a da humanização da atenção.

Quanto à formação das relações horizontais, com a integração entre os pontos de atenção, é outra diretriz falha na prática. O que se percebe é que cada ponto de atenção trabalha por si só, praticamente. Ademais, é nítido uma certa hostilidade entre os profissionais de um ambiente para outro; encaminhamentos errôneos de paciente de um serviço de saúde a outro – o famoso “empurra, empurra”. Não obstante, pude verificar alguns episódios em que o profissional da UPA realizava conscientemente uma história clínica com elementos que gerassem o aceite dele hospitalar, sem necessidade de emergência. Tudo isso gera desconfiança e mal estar, a ponto de quem está no hospital não confiar sequer no exame físico e nos procedimentos realizados na UPA. Com isso perde-se tempo e quem perde é o paciente.

A classificação de risco é outro ponto falho, apesar de existir nos serviços, ela ainda não cumpre sua função plenamente. Nas UBS, por exemplo, não fazem uma triagem adequada, lotando os consultórios médicos e gerando filas e esperas intermináveis. Nas UPAs não são raros os casos em que o paciente merecia uma sala amarela/vermelha e o mandam para consultórios ou para procedimentos; ou ainda o inverso, pacientes que poderiam ser atendidos no consultório sendo atendidos com urgência. Já no hospital, o que pude vivenciar, foi uma falha de classificação no paciente já internado, ou seja, paciente que estava no pronto socorro, que tinha critério para UTI, a qual tinha vaga, permanecer no PS e ir à óbito.

A organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares ocorre, todavia, poderia ser ainda mais integrado e eficiente. Talvez o que falte seja uma maior articulação entre os profissionais e estabelecer

fluxos que otimizem o trabalho de todos os envolvidos em prol do melhor atendimento ao paciente.

A qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que visam a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, é outra diretriz que funciona pela metade, dado que a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ainda deixam a desejar, muito embora isso recaía na atenção primária em saúde, a qual tem pecado em estabelecer vínculos e uma relação de cuidado longitudinal, ainda sim constitui-se uma problemática da rede de urgência e emergência.

Ademais, não poderia deixar de mencionar a educação em saúde, a qual, infelizmente, ainda não se faz tão presente no município. Sendo, portanto, uma necessidade, com um adendo que não apenas para gestores e trabalhadores, mas também para a própria população.

Percebe-se que teoricamente, é uma rede bem estruturada e eficaz, porém que na prática ainda há vários pontos que cabem melhoria. Isso deveria ser verificado durante o monitoramento da rede, o qual não tive a oportunidade de participar e ver se realmente acontece, como ocorre e com qual periodicidade.

Quanto à estruturação, apesar do município conter todos os integrantes fundamentais, ainda falta maior integração entre eles e o cumprimento de todos os deveres pertinentes a cada serviço.

A atenção básica, por exemplo, deveria ser a porta de entrada e a base da rede, com descentralização e participação ativa do paciente na relação do cuidado. Porém, nem sempre é o que se visualiza na prática, havendo ainda uma relação muito centrada no médico e em uma medicina curativa, e não tanto preventiva. Ademais, falta resolubilidade, refletidos em filas imensas aos especialistas e encaminhamentos desnecessários para as UPAs. A Atenção Básica deveria estar mais próxima da população – é compreensível que a pandemia do SARS-CoV2 tenha prejudicado e interferido na continuidade dessa relação – entendendo quais são realmente suas demandas, e realizando ações voltadas ao seu público.

Quanto ao serviço de atendimento móvel às urgências, ele é composto pelo SAMU, esse conta com as mais diversas unidades móveis para cada tipo de atendimento específico, além da central de regulação médica das urgências – é ela quem classifica e prioriza as necessidades de assistência em urgência; além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de

Atenção à Saúde. Infelizmente, não pude ter a vivência dentro desse serviço, todavia, foi possível entender como ele funciona e ver sua resolubilidade e eficiência, dado que, durante os plantões em que estive, os pacientes encaminhados pelo serviço realmente tinham critério para estarem nos serviços encaminhados e já chegavam com as primeiras condutas feitas para estabilização. O ponto falho que pontuo é a legibilidade das fichas que eles entregam ao serviço, entendo que é feito de forma rápida e dentro de um automóvel, todavia alguns são realmente ilegíveis e dificulta o entendimento. Quanto aos profissionais, nunca tive nenhum problema, com todos eles passando e explicando o caso de maneira satisfatória. Porém faço uma ressalva, de que eles poderiam ser mais atuantes, não fazendo apenas o “meio campo” do transporte, e serem mais assertivos quanto a algumas práticas, cito aqui intubação orotraqueal de paciente sem critério.

Cita-se também o trabalho do SIATE, o qual, em Foz do Iguaçu, completou 25 anos de serviço integrado ao trauma e emergência na cidade, sendo um atendimento essencial no município, o qual reflete as transições econômicas e as complexidades da cidade; por exemplo, durante a pandemia do SARS-CoV 2 houve menor circulação de pessoas, a atividade econômica desacelerou, refletindo em menor número de atendimentos, os quais, antes da pandemia eram expressos por vítima de arma de fogo, arma branca, agressões e acidentes, por exemplo. Percebe-se, portanto, que é um trabalho que reflete o momento da cidade, possuindo um caráter de transitoriedade quanto aos perfis atendidos e sendo um trabalho essencial e imprescindível. Trabalho, o qual, infelizmente, não pudemos acompanhar e desfrutar da vivência.

A sala de estabilização é outro componente da RUE e diz respeito ao equipamento de saúde que atenda às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolados geograficamente, bem como aqueles de difícil acesso. Podendo estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte, em unidade básica de saúde e unidade mista. Deve ter garantidas as condições para funcionamento integral por 24 horas durante toda a semana.

As UPAs 24 horas são estruturas de complexidade intermediária, a qual deveria ter pactos e fluxos previamente definidos, sendo capaz de intervir em sua condição clínica e contrarreferênciá-los para os demais pontos de atenção da rede. Porém, o que percebi na prática é que faltam fluxos pré-estabelecidos, pode-se citar

o próprio atendimento em um paciente vítima de AVC, o qual acaba sendo negligenciado pelo sistema, muitas vezes mesmo estando dentro da janela terapêutica, falta diálogo entre os serviços, o que burocratiza e lentifica o atendimento.

Por fim, temos os hospitais, os quais são as estruturas de alta complexidade. Falta ainda agilidade, menos burocracia e melhor gestão no município. Digo isso, pois, infelizmente, um dos casos que mais me marcaram durante o módulo foi uma pancitopenia em que o desfecho foi o óbito, e eu realmente acredito que o desfecho poderia ter sido outro se não houvesse tanta burocracia, e isso me dói profundamente. Burocracias sem fim para solicitar exames que se fazem necessário, lentificando o processo. A gestão foi outro ponto que, ao meu ver, tem deixado a desejar, percebe-se isso pela insatisfação dos funcionários e pela falta de certos medicamentos.

É preciso pôr em prática o que se preconiza e realmente ofertar a população a promoção, prevenção e vigilância em saúde; e não somente um sistema de saúde curativo. Para tal, é preciso organização, melhor gestão, educação em saúde efetiva e profissionais aptos e almejantes de um sistema de saúde melhor.

3. DROGAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1 Drogas para Intubação de Sequência Rápida (IOT)

Droga	Vantagens	Desvantagens	Contraindicações	Precauções
Fentanil	Efeito rápido	Hipotensão, risco de rigidez muscular	Hipersensibilidade ao fentanil	Infundir em 1-2 min
Lidocaína	Propriedade de abolir os reflexos laríngeos e potencializar o efeito anestésico de outras drogas	Manifestações cardiovasculares	Hipersensibilidade ao fármaco; presença de bloqueios cardíacos	IV, 2 minutos antes da laringoscopia. Atentar para efeitos aditivos depressores no SNC com outros medicamentos
Etomidato	Efeito rápido e curto. Sem alteração hemodinâmica e sem depressão miocárdica	Diminui limiar convulsivo	Hipersensibilidade ao etomidato	Atentar para risco de insuficiência adrenal
Quetamina	Bom para instabilidade hemodinâmica. Efeito broncodilatador	Disforia e alucinação	Cardiopatia isquêmica; emergência hipertensiva; dissecação aguda de aorta; HIC	Infundir em 1 min
Propofol	Reduz a resistência das vias aéreas e pode ser um agente de indução útil para aqueles com broncoespasmos	Hipotensão e taquicardia	Hipersensibilidade ao fármaco; pressão intracraniana aumentada ou circulação cerebral prejudicada; anestesia obstétrica	Considerar a administração IV de um agente anticolinérgico; atentar para substâncias que podem aumentar os efeitos depressores no SNC
Midazolam	Início de ação lento	Depressão	Hipersensibilidade	Infundir em 30 s

	e curto. Não influencia a PIC. Efeito anticonvulsivante	respiratória e cardiovascular	ao midazolam. Hipotensão e depressão respiratória, insuficiência cardíaca	
Succinilcolina	Efeito rápido e curto	Fasciculações; risco de hipertermia maligna; trismo; risco de paralisia prolongada	Rabdomiólise; hipercalemia; insuficiência renal; HIC e HIO	Administrar sem diluição e em bolus
Rocurônio	Menor tempo de início e menor duração de ação quando comparado a outros agentes de sua classe	Função pulmonar diminuída, depressão respiratória, hipertensão pulmonar, doença cardíaca vascular	Hipersensibilidade ao rocurônio; via aérea difícil	Atentar-se à interações medicamentosas

3.2 Drogas Disponíveis na Rede de Urgência e Emergência Foz do Iguaçu – PR

Droga	Frasco
Lidocaína	2% sem vaso – frasco com 20 ml
Fentanil	0,05 mg/ml – ampola com 10 ml
Midazolam	5 mg/ml – ampola com 3 ml e com 10 ml
Succinilcolina	500mg/10ml

4. CASOS CLÍNICOS

4.1 CASO CLÍNICO 1 – HMGPL

ID: C.L.G, masculino, 61 anos, viúvo, 3 filhos, mora sozinho em Foz do Iguaçu.

HDA: Paciente trazido via SAMU, o qual refere que paciente reside sozinho, tendo sido encontrado em domicílio sem outra pessoa presente. DM, etilista, 61 anos, encontrado com rebaixamento do nível de consciência. SAMU foi acionado por vizinho e polícia, ao chegar, relatam encontrar o paciente ao chão, com cabeça virada para baixo, ao lado da cama, com presença de vômitos amarelados, fezes e urina no chão. Na chegada do SAMU, paciente desidratado, em más condições de higiene, com GCS 7, pupilas mióticas e arresposivas, HGT High, PA não aferível. Realizado, na hora, 1500 ml de SF em 20 min, apresentando melhora do nível de consciência, com presença de abertura ocular espontânea, todavia ainda sem interagir. Na chegada aos HMPGL o paciente estava em más condições de higiene, desidratado, desacordado, sem abertura ocular ao chamado, taquipneico, apresentando pés enrugados (presença de meias molhadas na chegada ao serviço), esbranquiçados, com lesões ulceradas apresentando secreção purulenta e fétida. Assimetria de tórax. Escoriação na região axilar e na região frontal à esquerda. Na conversa com familiar, a sobrinha (Ana) confirma que paciente mora sozinho e sem contato com familiares, tendo sido visto pela última vez por um vizinho no sábado (14/08/2021) em um churrasco onde fez uso de álcool. Após esse evento não foi mais visto.

HPP: HAS, DM tipo II há cerca de 10 anos, transtorno psiquiátrico (SIC), sem diagnóstico, desde a adolescência, não aderente ao tratamento.

HS: Sobrinha relata que o paciente usa álcool socialmente. Nega tabagismo e uso de drogas. Não sabe sobre alergias medicamentosas. A esposa do paciente faleceu há 2 anos e desde então ele apresenta piora do comportamento. Há cerca de 8 meses foi afastado dos filhos por negligência. Após isso duas tentativas de suicídio por enforcamento. Vizinho relata que ele estava bastante depressivo, com ideação suicida.

Exame Físico na Admissão:

MEG, hipocorado, desidratado +4/+4, taquipneico, afebril, anictérico, acianótico, desacordado. Extremidades frias. Escoriação na região axilar esquerda.

SV: PA 132/82; FC: 109 bpm; FR: 27 irpm; T: 34,6°C; SpO2: 95% AA; HGT: HI

ACV: BNF 2T, sem sopro audível. TEC < 3s

AP: MV +, sem RA. Taquipneico. Respiração de Kussmaul. Assimetria torácica.

ABD: plano. RHA reduzido. Percussão timpânica. Indolor à palpação superficial e profunda. Não palpo massas e outras visceromegalias. Hepatomegalia (?)

Membros: Pulsos radiais e pediosos simétricos e presentes, sem edema. Pés enrugados, esbranquiçados, com lesões ulcerosas nas plantas dos pés com secreção purulenta e fétida., Membrana interdigital sem lesões, unhas sujas. Presença de ulcera grande na região calcânea esquerda.

Neurológico: Pupilas isofotorreagentes, não apresenta abertura ocular ao chamado, ao toque nem ao estímulo doloroso, porém franziu a testa quando estímulo doloroso. Não contactante, porém tem momento em que emite gemidos. Glasgow 7/15.

Exames Complementares:

GASOMETRIA	HEMOGRAMA	EAS 1	BIOQUÍMICA	IMAGENS
pH 7,15	Hb 12,3	Cetonúria +	PCR 8,7	Radiografia
pO2 126	Ht 37,6	Glicose +++	Glicose 1170	de tórax:
pCO2 13	Leuc 36,760		Ur 156 / Cr 3	sem
HCO3 4,5	Metamielócito 3%		Na 152 / K 5,4	achados
EB -22,1	Plaq 503000		Cl 103 / P 8,9	significativos
Ca 1,15			Mg 3,6	
Lac 20			CPK 1350	
			TGP 35 / TGO 20	
			Bil Total 0,2	
			KPTT 27 / INR 1,14	

Tabela 1: Exames complementares do caso clínico 1 (17/08/2021).

Cálculo da Osmolaridade sérica: 436 mOsm/kg

Cálculo do Ânio-Gap: 49,9

Diagnósticos Síndrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Rebaixamento do nível de consciência	Estado Hiperosmolar	Encefalite
Distúrbios hidroeletrólíticos	Hiperglicêmico	Intoxicação Aguda
Distúrbios metabólicos	Cetoacidose Diabética Grave	Estado de Mal Epiléptico
Transtorno psiquiátrico	IRA pré-renal (secundário à sepse de foco cutâneo?)	
Insuficiência Renal Aguda	Acidose láctica (secundária à sepse? Secundária à deficiência de tiamina?)	
	Hipernatremia	

Tabela 2: Diagnósticos caso clínico 1

Conduta Médica:

Foi feito o suporte clínico, a solicitação de exames laboratoriais de admissão, radiografia de tórax e ECG, bem como cultura e testes rápidos, foi solicitado a passagem de SNE, iniciou-se a hidratação, e a antibioticoterapia com ceftriaxona e clindamicina pela suspeita de sepse de foco cutâneo. E deixou-se para reavaliar após os exames.

Discussão:

No caso apresentado temos além da condição clínica como um problema, o problema social desse paciente, o qual não tem familiares para lhe conferir suporte – fato que já dificulta adesão medicamentosa - não vive em boas condições de higiene, além do histórico relacionado à saúde mental dele, muitas vezes negligenciado em nosso meio, infelizmente. Associado ainda ao problema do etilismo em um paciente idoso com múltiplas comorbidades, não aderente aos tratamentos. A princípio, o principal objetivo era estabilizar o paciente e pensar em possíveis etiologias que estariam levando-o ao rebaixamento do nível de consciência.

Segundo revisão de literatura – descrita abaixo – há inúmeras condições que podem levar um paciente ao rebaixamento do nível de consciência, porém antes de deleitar-se sobre elas, nós – como médicos – temos o dever primordial de primeiramente estabilizar o paciente, ou seja, realizar o ABCD primário e secundário, garantir vias aéreas e oxigenação adequada, bem como estabilidade hemodinâmica.

A aferição da glicemia é essencial em todo paciente com RNC, nesse caso tínhamos um HGT HI – eliminado uma hipoglicemia como RNC e conduzindo o pensamento para uma CAD ou EHH – ou seja, dever-se-ia administrar insulina (dado que $K > 3,3$ mEq/L) 0,1 UI/kg bolus EV: solução de SF e insulina R (100 ml SF + 50 U insulina = 0,5 U/ml) e iniciar em bomba 0,1 UI/kg/h; sendo que o volume da infusão deveria ser ajustado conforme dextro de 1 em 1 hora, objetivando uma queda de 50-70 mg/dL nas dextros. Dado ser um paciente desidratado e etilista, a administração de tiamina IV (300 mg) também era preconizada. A obtenção de acesso venoso para coleta de exames, bem como para a conduta acima citada, deve ser feita de prontidão, bem como a monitorização desse paciente. A dieta desse paciente é jejum, até estado normalizado; a hidratação é feita na chegada com 1L SF 0,9% em 1h, depois 500 ml a cada 1h até exames; o tratamento é o citado acima; ademais, nesse caso, como $pH > 7$, não fazemos bicarbonato e como K estava entre 3,3 e 5,3, deveríamos repor 20-30 mEq/L de solução, objetivando um K sérico de 4-5 mEq/L e dosando esse eletrólito a cada 2-4 horas.

Quanto aos exames solicitados, eles convergiram com que preza a literatura, os exames da chegada englobaram glicemia, hemograma, marcadores bioquímicos, eletrólitos, gasometria, EAS 1, ECG e radiografia de tórax. Ademais, pensando em uma possível sepse foram solicitadas culturas; e para descartar um HIV e possíveis infecções oportunistas solicitaram os testes rápidos. Dado que não havia sinais que nos levassem a pensar em trauma, não solicitaria TC a princípio, e dado ECG normal e sem clínica que nos conduzisse a pensar em uma IAM, também não solicitaria as enzimas cardíacas. Vale ressaltar que não poderíamos descartar, em um primeiro momento, causa epiléptica (dado que não houve testemunhas e ele foi encontrado desacordado com liberação esfínterianas) e intoxicações, apesar da clínica do paciente nos conduzir mais aos diagnósticos já mencionados, diagnósticos não levantados pela equipe médica.

Confesso que esse caso foi um dos que me causaram certo desconforto, a princípio pela situação em que o paciente foi encontrado, essa negligência e falta de sensibilidade das pessoas ainda é algo que me incomoda, e pelo fato de uma das possíveis causas do rebaixamento do nível de consciência dele ser um dos meus desafios de aprendizado: EHH e CAD. Associado ainda, a uma sepse (qSOFA 2 / SOFA 5), que apesar de ser mais familiarizada, é um desencadeador de piora no prognóstico do paciente.

Ademais, outro motivo que me motivou a coloca-lo em meu relatório foi pelo fato de não ter convergido a minha hipótese diagnóstica, com as dos médicos plantonistas. Dado que a primeira hipótese diagnóstica deles foi EHH (a qual permaneceu até alta do paciente), sendo que pela gasometria e laboratoriais eu havia pensado em uma CAD grave. Posteriormente fui estudar, e conforme revisão abaixo, mantive meu raciocínio de CAD grave ou então uma CAD grave com hiperosmolaridade (já que a osmolaridade dele era de 436 mOsm/kg), desencadeada pelo tratamento irregular e por infecção (sepse de foco cutâneo – pé diabético) dado que o paciente apresentava: glicemia alta, acidose metabólica (pH 7,15 e HCO₃ 4,5) – além de uma respiração de Kussmaul - ânion-gap elevado (49,9) e presença de cetonúria em EAS 1, além de leucocitose e lactato aumentando. O tratamento em si, não mudaria muito, todavia as metas terapêuticas sim.

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Estados alterados de consciência são comuns na clínica, havendo uma variedade considerável de etiologias, dessa forma, considera-se um diagnóstico sindrômico e não etiológico. Em geral, as principais etiologias são decorrentes de doenças ou síndromes clínicas (Tabela 3), sendo a anamnese e o exame físico fundamentais para determinar a causa do rebaixamento (VELASCO *et al*, 2020).

Geralmente, as doenças clínicas cursam com encefalopatias difusas, enquanto que doenças intracranianas, em sua maioria, cursam com encefalopatias focais (supratentoriais ou infratentoriais). Havendo, todavia, exceções para ambos os casos (VELASCO *et al*, 2020).

Quando se fala em consciência, deve-se atentar-se a dois componentes: o nível – sonolência, estupor, coma; relacionado ao grau de alerta do indivíduo e correlacionado com a formação reticular ativadora ascendente – e/ou o conteúdo (confusão, perseveração, alucinações), o qual se relaciona principalmente à função do córtex cerebral (VELASCO *et al*, 2020 e HARRISON, 2013).

Ressalta-se, portanto, que outro fator primordial é definir se a problemática do caso recai sobre a desorientação ou dificuldade de memória, o que sugere doença clínica e/ou neurológica ou sobre o conteúdo anormal do pensamento, o que sugere doença psiquiátrica (HUFF. JS, 2021).

Em geral, no adulto, as causas mais comuns de rebaixamento do nível de consciência são resumidas pelo mnemônico AEIOU-TIPS (Tabela 4), (Velasco *et al*, 2020).

Grupos ou condições	Etiologias	
1. Trauma cranioencefálico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão penetrante ▪ Contusão cerebral e/ou hemorragia intracerebral e/ou hemorragia subaracnóidea 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma epidural e/ou hematoma subdural ▪ Lesão axonal difusa com edema cerebral
2. Vasculares ou estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AVC isquêmico: de tronco, cerebelo ou hemisférico ▪ AVC hemorrágico: de tronco, cerebelo ou supratentorial extenso ▪ Hemorragia subaracnóidea ▪ Hematoma subdural ou epidural espontâneo (sem trauma conhecido) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidrocefalia aguda ▪ Trombose de seio venoso cerebral (trombose venosa central) ▪ Tumores supratentoriais com desvio de linha média ▪ Tumores de fossa posterior
3. Infecções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seps e choque séptico ▪ Meningites ▪ Encefalites ▪ Abscessos cerebrais ou empiema 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malária cerebral ▪ Infecções com acometimento de tronco cerebral ▪ Trombose séptica de seio venoso cerebral
4. Epiléptica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado epiléptico clássico (convulsivo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado epiléptico não convulsivo
5. Metabólicas, endócrinas ou sistêmicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choque de qualquer etiologia ▪ Hipoglicemia ou hiperglicemia ▪ Hipoxemia e/ou hipercapnia ▪ Uremia ▪ Hipercalcemia ▪ Hiponatremia ou hipernatremia ▪ Insuficiência adrenal aguda (crise addisoniana) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoplexia hipofisária ▪ Formas graves de hipotireoidismo ou hipertireoidismo ▪ Encefalopatia hepática ▪ Encefalopatia hipertensiva ▪ Eclâmpsia ▪ Púrpura trombocitopênica trombótica ▪ Porfíria
6. Intoxicações agudas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Álcoois tóxicos: metanol, etilenoglicol e paraldeído ▪ Anticolinérgicos ▪ Anticonvulsivantes ▪ Antidepressivos tricíclicos, serotoninérgicos ou inibidores da MAO ▪ Anti-histamínicos ▪ Antipsicóticos ▪ Benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas sedativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cianeto ▪ Cocaína, anfetaminas e derivados ▪ Etanol ▪ Lítio ▪ LSD ▪ Monóxido de carbono ▪ Opióides: morfina, heroína ▪ Organofosforados e carbamatos ▪ Salicilatos ▪ Teofilina e aminofilina
7. Outras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vasculites do SNC ▪ Encefalomielite disseminada aguda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotermia ▪ Síndromes hipertérmicas

Tabela 3: Causas de rebaixamento do nível de consciência e coma (VELASCO *et al*, 2020)

A	Álcool/acidose
E	Epilepsia/encefalopatia/eletrolitos/endócrino
I	Infecção (sepse, meningite)
O	Overdose (álcool, medicação)/opioides
U	Uremia
T	Trauma/toxicidade
I	Insulina (diabetes)
P	Psicose
S	Stroke (AVCi ou AVCh)

Tabela 4: Causas mais comuns de rebaixamento do nível de consciência em adulto (AEIOU-TIPS); (VELASCO *et al*, 2020)

Segundo Velasco *et al* (2020), o primeiro passo é a estabilização do paciente (Tabela 5), para posteriormente dar seguimento com avaliação neurológica, a qual pode ser dividida em seis partes: nível de consciência; pupilas e fundo de olho; motricidade ocular extrínseca; padrão respiratório; padrão motor; escala FOUR (*Full Outline of UnResponsiveness Score*).

<ul style="list-style-type: none"> ABCD primário e secundário são prioritários; garantir a patência das vias aéreas, oxigenação adequada e estabilidade hemodinâmica é fundamental
<ul style="list-style-type: none"> Realizar a glicemia imediatamente: 100 mL IV de G50% se hipoglicemia + tiamina IV (300 mg), se indicada
<ul style="list-style-type: none"> Administração de tiamina mesmo se normoglicêmico, nas seguintes situações: etilistas crônicos, desnutridos, indivíduos com dieta parenteral, indivíduos pós-cirurgia bariátrica, portadores de doenças gástricas, indivíduos com vômitos incoercíveis (incluindo hiperêmese gravídica), indivíduos com transtornos alimentares como anorexia nervosa
<ul style="list-style-type: none"> MOV: monitorização (PA não invasiva, oxímetro, cardioscópio), oxigênio e acesso venoso com coleta de exames laboratoriais; realizar exames POC na sala de emergência
<ul style="list-style-type: none"> Considere administrar naloxona (opioide) ou flumazenil (benzodiazepínico), se indício de intoxicação
<ul style="list-style-type: none"> IOT de rápida sequência se não houver uma causa reversível para o coma (p. ex., hipoglicemia, intoxicação por opioide ou benzodiazepínico, estado pós-ictal etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Iniciar medidas clínicas imediatamente se achados de hipertensão intracraniana (anisocoria, papiledema e ultrassom POC com nervo óptico > 5 mm etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Se história compatível com meningite, prescrever corticoide e antibióticos imediatamente (não esperar pela TC ou punção lombar)
<ul style="list-style-type: none"> Se trauma ou achados clínicos sugestivos de doença vascular ou estrutural, realizar TC imediatamente após a estabilização clínica (p. ex., intubação, volume etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Se crises epilêpticas precedendo o rebaixamento do nível de consciência ou presença de movimentos involuntários (mesmo que sutis), suspeitar de estado de mal não convulsivo e considerar a prescrição de fenitoína endovenosa

G: glicose; IOT: intubação orotraqueal; PA: pressão arterial; POC: *point-of-care*; TC: tomografia computadorizada.

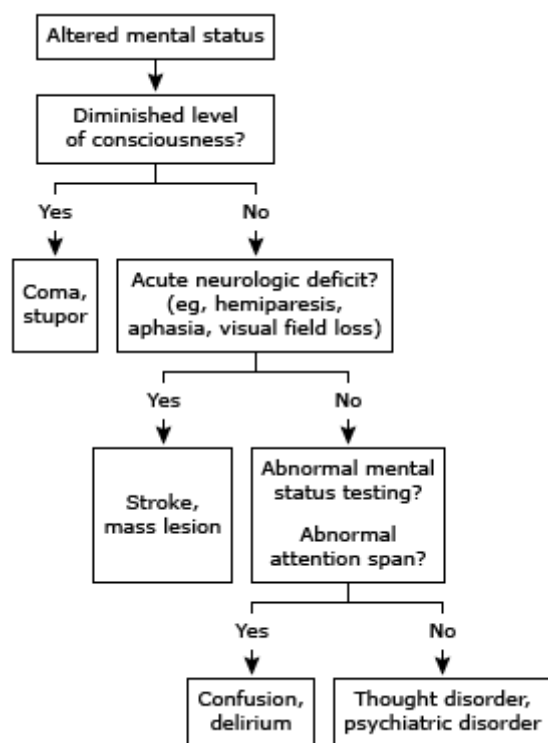
Tabela 5: Estabilização inicial do paciente com rebaixamento agudo do nível de consciência (VELASCO *et al*, 2020)

No exame físico, deve-se atentar aos sinais vitais – já podem auxiliar a distinguir condições médicas com causas psiquiátricas – a temperaturas anormais, a nistagmo, déficits neurológicos focais, sinais traumáticos. É preciso também estar vigilante quanto ao exame pulmonar e a necessidade de pedir-se exames de imagem, como uma radiografia de tórax, na suspeita de pneumonias, problemas cardíacos, por exemplo. É fundamental realizar o exame neurológico completo, se possível. Além disso, outros achados podem ajudar no pensamento clínico: sinais de trauma, presença de fístula arteriovenosa, asterixia, sopros cardíacos, ossos doloridos, presença de bócio, proptose, erupções cutâneas, petéquias, equimoses, entre outros (CIRILLI e WIENER, 2020).

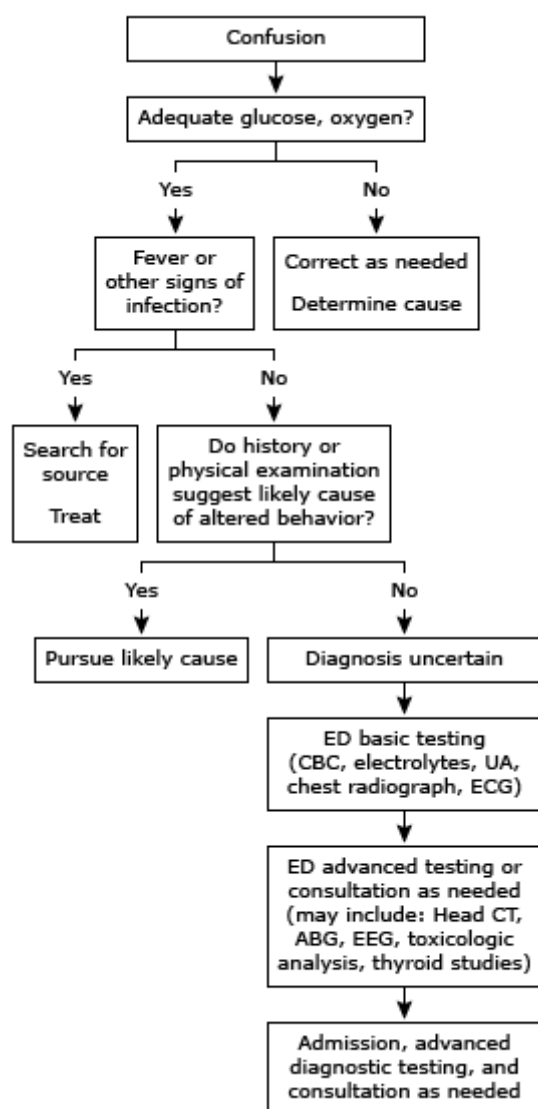
Após a estabilização do paciente e do exame físico, incluso o neurológico, feito, pode-se solicitar os exames complementares, os quais, de acordo com Velasco *et al* (2020), dividem-se em duas principais áreas:

1. Exames para causas tóxicas, metabólicas, infecciosas ou sistêmicas: hemograma, eletrólitos, gasometria arterial, função renal, função e enzimas hepáticas, glicemia, coagulograma, exame de urina e eletrocardiografia. Além de poder ser necessário hemoculturas, exames toxicológicos, dosagem de anticonvulsivantes, dosagem de hormônios tireoidianos, hormônios adrenais, etc.
2. Exames para investigação de causa primariamente neurológica: tomografia de crânio (TC) e, eventualmente, ressonância magnética (RM).

Huff (2021) fornece dois algoritmos importantes sobre a temática, um em que se mostra como abordar o paciente com estado mental alterado (Algoritmo 1), a fim de já conduzir o raciocínio para possíveis diagnósticos e condutas compatíveis à clínica, e outro (Algoritmo 2) direcionado para determinar as causas reversíveis e com risco de vida. Corroborando com Cirilli e Wiener (2020), os quais elucidam que o papel do departamento de emergência é estabilizar o paciente, tratar as causas rapidamente reversíveis e iniciar de prontidão os testes diagnósticos a fim de iniciar o tratamento para causas com risco de vida.



Algoritmo 1: Abordagem diagnóstica para o adulto com estado mental alterado (HUFF. JS, 2021).



Algoritmo 2: Abordagem de gestão para o paciente com confusão (HUFF. JS, 2021)

ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR (EEH) E CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

A cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico hiperosmolar são duas complicações agudas mais graves relacionadas ao diabetes melitos, sendo que ambas são importantes causas de internação e mortalidade. As duas patologias são distúrbios metabólicos agudos, as quais são caracterizadas por uma deficiência de insulina e hiperglicemia considerável – podendo os sintomas ser de apresentação inicial da doença ou ocorrer em pacientes já com diagnósticos (ZOPPI e SANTOS, 2018).

Como quadro clínico, de acordo com Zoppi e Santos (2018), tem-se:

- CAD: geralmente crianças e adultos jovens, instalação rápida (poucos dias a horas), hálito cetônico, respiração de kussmaul ($\text{pH} < 7,2$), náusea, vômitos, dor abdominal
- EHH: geralmente pacientes acima de 40 anos, instalação progressiva (vários dias), rebaixamento do nível de consciência e desidratação

Enquanto na CAD temos a ausência relativa de insulina, no EHH há uma diminuição importante, porém com produção suficiente para suprir a produção do glucagon, sendo assim, apesar de ambas gerarem alteração no metabolismo dos carboidratos, somente a CAD gera alteração no metabolismo de lipídios com geração de corpos cetônicos e acidose (VELASCO *et al*, 2020).

Os critérios diagnósticos e classificação (Tabela 6) são:

	CETOACIDOSE DIABÉTICA			ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR
	LEVE	MODERADA	GRAVE	
Glicemia (mg/dL)	> 250	> 250	> 250	> 600
pH	7,25 – 7,3	7,0 – 7,24	< 7,0	> 7,3
HCO ₃ (mEq/L)	15 - 18	10 – 14,99	< 10	> 18
Corpos cetônicos urinários e/ou séricos	+	++	+++	raro
Osmolaridade*	variável	variável	variável	> 320mOsm/kg
Ânion gap**	> 10	> 12	> 12	< 12
Sensório	Alerta	obnubilado	torporoso	Torpor/coma

* Osmolaridade = $2 \cdot [\text{Na medido em mEq/L}] + (\text{glicose em mg/dL})/18$ ---- normal 290 + ou - 5

** Ânion gap = $\text{Na} - \text{Cl} - \text{HCO}_3$ (em mEq/L) ----- normal 9-12

Tabela 6: Diagnóstico/Classificação da CAD e EHH (ZOPPI e SANTOS, 2018).

Todavia, vale ressaltar que pode ocorrer de um paciente apresentar simultaneamente CAD e EHH, sendo denominado com CAD com hiperosmolaridade (VELASCO *et al*, 2020) – situação do caso clínico apresentado.

Quando se pensa nessas emergências hiperglicêmicas o médico já deve levantar hipóteses e conduzir seu raciocínio para o possível fator precipitante, sendo a infecção a causa mais comum. Porém, não se pode esquecer de outros fatores como: tratamento inadequado, primeira descompensação diabética, quadros abdominais, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, tromboembolismo pulmonar, medicamentos e crise tireotóxica (VELASCO *et al*, 2020). No caso em questão, pode-se pensar em dois fatores precipitantes associados: a infecção –

sepsis de foco cutâneo (pé diabético), com score de SOFA 5 – e o tratamento inadequado.

Como exames complementares, deve-se solicitar: gasometria, glicemia, eletrólitos (potássio, sódio, fósforo, cloro), hemograma, urina tipo 1, cetonemia ou cetonúria – se disponíveis, eletrocardiograma, radiografia de tórax. E conforme necessidade e suspeita clínica outros exames podem ser solicitados (VELASCO *et al*, 2020 e ZOPPI e SANTOS, 2018). Essa conduta vai de encontro ao protocolo clínico do HMPGL sobre CAD e EHH, tendo a equipe médica seguido o que é preconizado.

Quanto ao tratamento (Fluxograma 1), pode-se dividir quanto à dieta, hidratação e medicação. A dieta deve ser jejum e somente reiniciada quanto CAD ou EHH resolvidos. A hidratação é de 1 L de SF 0,9% em 1h – na chegada – depois 500 mL a cada 1 hora até exames. Quanto aos medicamentos, a insulina só é iniciada de prontidão se não houve hipocalcemia, ou seja, se $K > 3,3$ inicia-se 0,1 UI/kg bolus EV de insulina, caso contrário é necessário correr 500-1000 ml de SF 0,9% (ou 0,45% se $Na > 135$ mEq/L) + 25mEq de K (10 ml de KCL 19,1%) em 1hr e reavaliar. Quanto à reposição de bicarbonato, apenas se faz caso $pH < 7,3$ e quanto à reposição de fosfato ela só é recomendada quando há disfunção cardíaca, anemia hemolítica, depressão respiratória e naqueles com fosfato sérico menor que 1,0 mg/dL (ZOPPI e SANTOS, 2018).

O tratamento visa à resolução das emergências hiperglicêmicas, as quais, segundo Zoppi e Santos (2018), dá-se quando:

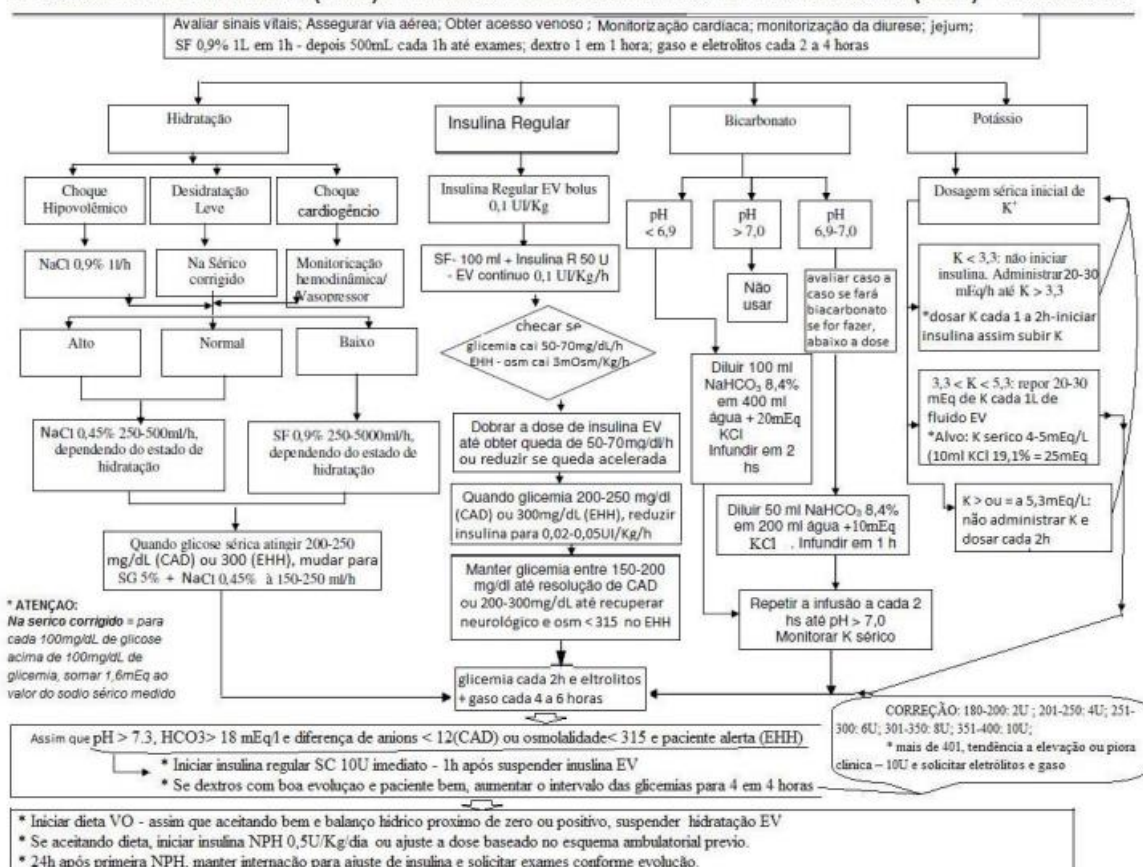
- CAD: $pH > 7,3$; $HCO_3 > 18$; ânion-gap < 12 ; melhora clínica e glicemia 150-200
- EHH: $osm < 315$, paciente alerta e glicemia 200-300.

O protocolo do HMPGL segue praticamente a mesma linha e traz os seguintes critérios de resolução das emergências hiperglicêmicas para suspensão da bomba de insulina e transição para subcutânea:

- CAD: $pH > 7,3$; $HCO_3 > 18$; ânion-gap < 10 ; glicemia < 200
- EHH: $pH > 7,3$; $HCO_3 > 15$; ânion-gap < 10 ; glicemia < 250 ; $osm < 315$

Como possíveis complicações do tratamento tem-se: hipoglicemia; alcalose metabólica paradoxal; edema cerebral; congestão pulmonar; dilatação gástrica; mucormicose; tromboembolismo pulmonar e arritmias cardíacas (VELASCO *et al*, 2020).

CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) e ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR (EHH) - tratamento



Fluxograma 1: Tratamento da cetoacidose diabética (CAD) e estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) (ZOPPI e SANTOS, 2018).

4.2 CASO CLÍNICO 2 – UPA WALTER

ID: N.C.R, masculino, 21 anos, residente em Foz do Iguaçu-Pr.

HDA: paciente jovem, 21 anos, trazido pelo SAMU por crise hipertensiva severa (PA: 200x120), sangramento nasal intenso e perda de aproximadamente 20 quilos em 30 dias. Paciente relata que há 1 mês iniciou quadro de tosse secretiva, associada à êmese (principalmente pós prandial); mialgia generalizada; febre; dor e perda da acuidade visual – refere hemorragia oftalmológica (sic); dispneia aos pequenos esforços; perda de 20 quilos em 30 dias, sem dieta e dor no peito irradiando para o abdômen, que nessa semana evolui com irradiação em membro superior esquerdo. Paciente nega hematêmese, nega disúria, nega hematúria, nega hematoquezia, nega outros sintomas. Diurese e evacuações preservadas.

HPP: hipercolesterolemia (?). Nega outros internamentos. Nega alergia medicamentosa.

MMC: Refere uso para tratamento de hipercolesterolemia, não sabe informar nome. Nega outros medicamentos

HF: pai HAS, mãe HAS e DM.

HV: uso de narguilé frequente; uso de bebida alcoólica e cocaína aos finais de semana há 4 anos.

Subjetivo: paciente refere estar bem, com dor no pescoço

Exame Físico:

BEG, LOTE, colaborativo, anictérico, acianótico, hipocorado ++/+4, eupneico em AA, hidratado, afebril. Glasgow 15

Sinais Vitais: PA163/89; FC 122 bpm; FR: 16 irpm; T: 36,2°C

Pescoço: tireóide palpável (2 polpas digitais), elástica, móvel e dolorosa à palpação

ACV: BNFT 2T, com sopros audíveis e ruídos de transmissão difusos. TEC < 3s

AR: MV+, roncos difusos. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório. Ausência de tiragens

ABD: globoso à custa de panículo adiposo. RHA +, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis, doloroso à palpação profunda em hipogástrico e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: panturrilhas livres, edema ++/+4

Exames Complementares

HEMOGRAMA	BIOQUÍMICA	MARCADORES CARDÍACOS
Hb 7 Ht 21,50 Leuc 17350 (1% bast, 78% seg) Plaq 331.000	Ur 246 / Cr 20,2 Na 140 / K 5,1 FA 117 TGO 20 / TGP 14 KPTT 35,5 / TAP 83,70 / INR 1,06	Troponina 151 CPK 492 CKMB 34 PROBNO 3000

Tabela 7: Exames complementares caso 2 (27/08/2021).

Avaliação: paciente ICC (NYHA 3) – por uso de cocaína(?), apresentando insuficiência renal aguda, anemia micro hipo com anisocitose, leucocitose a/e com aumento de eosinófilos (7%).

Diagnósticos Sindrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Crise hipertensiva Síndrome Consumptiva Síndrome febril Síndrome álgica torácica Síndrome dispneica Anemia micro hipo Epistaxe	Crise hipertensiva DRC agudizada Anemia ferropriva? Insuficiência Cardíaca Crônica (sec uso de cocaína?)	IAM Distúrbios que simulam ICC (bronquite crônica, enfisema e asma) Outras causas de edema periférico (doença hepática, veias varicosas, edema cíclico) Pseudocrise hipertensiva

Tabela 8: Diagnósticos caso clínico 2

Radiografia de Tórax (27/08/2021):



Conduta Médica: Foi solicitado novo ECG, hemograma, troponina, cpk e ckmb. Foi feito o pedido para controle hídrico. Ademais, iniciou-se o betabloqueador e foi instituído o desmame de nora conforme o tolerado. Solicitaram vaga no HMCC (referência de cardiologia) e deixaram o paciente monitorado e vigiando os padrões respiratórios e hemodinâmicos.

Discussão do Caso:

Esse foi um paciente em que não estava presente no momento da admissão, logo, o que sei das primeiras condutas foi mediante prontuário, todavia resolvi colocar ele em meu relatório por dois pontos principalmente: o primeiro deles foi por não ter ido na mesma linha de raciocínio dos médicos, pois enquanto eles conduziram o caso para um ICC secundário ao uso de cocaína, eu teria conduzido para uma SCA associada ao uso da droga; o segundo ponto foi pelo fato de ter sido eu a responsável por descobrir o uso abusivo da droga, pois até então ele omitia esse fato, mas dado o fato de estar uma história estranha e sem causas aparentes

para a clínica, resolvi desprender um pouco mais de tempo e tentei estabelecer confiança, a fim de questionar exatamente sobre o uso de drogas.

Inclusive, aponto aqui uma falha, pelo menos nos prontuários advindos da UPA, a conduta descrita, em sua maioria, é muito pobre de conteúdo, faltam muitas informações. Acredito que até para proteção médica a conduta deveria ser melhor descrita, entendo que há o outro lado, que é o lado médico de ter que resolver as pendências, estabilizar o paciente grave, mas não ter sequer descrito em prontuário “prescrevo sintomáticos”, “início antibiótico”, é difícil. Dito isso, esse foi um dos casos em que a falta de informação na conduta dificultou o entendimento daquilo que foi feito e diagnósticos pensado no primeiro momento.

No primeiro momento, foi administrado para esse paciente Clonidina 0,100 mg cp; Anlodipino 5mg cp; Enalapril 20 mg cp; Tramadol 100mg/2m; Diazepam 5 mg/ml e Ondansetrona 2mg/ml; e deixado à critério médico glicose 50% 10 ml ampola, se glicemia igual ou menor a 70 mg/dl, e a insulina NPH 100 UI/10 ml. Quanto à insulina fica complicado dar um parecer se não havia sequer um HGT descrito no prontuário e o paciente não era diabético. Como a glicemia está a critério médico e descrito a condição para uso, não me oponho, inclusive acho prudente já deixar prescrito a fim de se antecipar a possíveis desfechos. Quanto ao Diazepam, seria plausível nesse caso como uma forma de sedação, logo, dependendo de como o paciente se apresentava à admissão é compreensível que tenha sido prescrito. O Tramadol seria um dos medicamentos que eu também prescreveria, a fim de aliviar a dor intensa desse paciente, e concomitantemente a Ondansetrona, para evitar náuseas e êmese (efeito colateral do Tramadol). Quanto aos remédios anti-hipertensivos, foi prescrito a Clonidina, devido sua absorção ser mais rápida; o Enalapril – inibidor da enzima de conversão da angiotensina I – um fármaco de alta potência e tempo de ação prolongado, sendo recorrente sua associação com o Anlodipino – antagonista dos canais de cálcio – o qual tem início de ação gradual, atuando diretamente na musculatura lisa vascular, gerando diminuição da resistência vascular periférica e redução da PA. Apesar dos anti-hipertensivos achei coerente a conduta, e seria por esse caminho que prosseguiria, até porque, em pacientes com histórico de abuso de drogas, devemos evitar betabloqueadores – apesar de ter encontrado divergências na literatura sobre isso, na dúvida e na possibilidade de evitar, eu - como médica - evitaria. Ademias, fora essas condutas

eu teria feito um AAS – já que não havia contraindicações e eu suspeitaria de uma SCA na admissão do paciente.

Quanto aos exames solicitados, pelo que encontrei no sistema, foram coerentes e eu teria tido a mesma conduta, solicitando hemograma, coagulograma – principalmente pela epistaxe que ele apresentava – bioquímica para avaliação da função renal e hepática, eletrólitos, urina 1 e marcadores cardíacos, esses devendo ser seriados. Além disso, teria solicitado ECG – sendo esse repetido de 15-30 min se permanência da dor torácica - e uma radiografia de tórax.

Depois de estabilizado – principalmente quanto à crise hipertensiva, e excluído uma IAM – já feito acesso, monitorizado e prescrito. Poderíamos investigar mais o caso e realmente pensar em uma ICC, todavia, apesar da clínica ser compatível, dos laboratoriais e radiografia de tórax serem compatíveis ao diagnóstico, achei que faltou solicitar um ecocardiograma, até para avaliar a fração de ejeção, se estava preservada ou não. Porém, o que principalmente divergi foi querer correlacionar o uso da cocaína ao ICC do paciente, na revisão de literatura abaixo pontuo os motivos para tal. Quanto a conduta de solicitar vaga para a referência em cardiologia foi acertada e eu teria feito o mesmo.

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

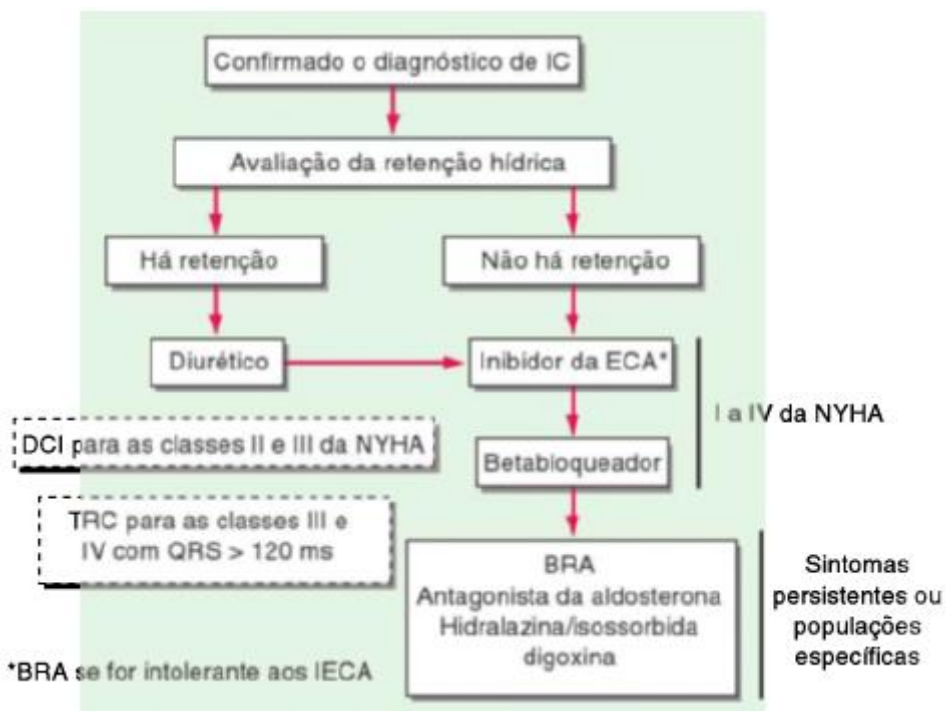
A insuficiência cardíaca congestiva, de acordo com Harrison (2013), é uma anormalidade da estrutura e/ou função cardíaca que resulta em sintomas (dispneia, fadiga) e sinais (edema, crepitações) clínicos, hospitalização, qualidade de vida ruim, além da redução da sobrevida. Dessa forma, é indispensável identificar a natureza subjacente da patologia bem como os fatores que precipitam a ICC aguda, essa classificada em quatro perfis de acordo com a hemodinâmica do paciente (Figura 1).

		Pressões de enchimento do VE elevadas?	
		Não	Sim
↓ DC? ↑ RVS?	Não	Perfil A "Quente e seco"	Perfil B "Quente e úmido"
	Sim	Perfil L "Frio e seco"	Perfil C "Frio e úmido"

Figura 1: Perfis hemodinâmicos em pacientes com insuficiência cardíaca aguda (HARRISON, 2013).

Como doenças cardíacas subjacentes pode-se ter desde estados que deprimem a função ventricular sistólica e a fração de ejeção, até estados de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (HARRISON, 2013). Enquanto que como fatores precipitantes agudos cita-se a ingesta excessiva de sódio; a não adesão medicamentosa à insuficiência cardíaca; IAM; exacerbação da HAS; arritmias agudas; infecções e/ou febre; embolia pulmonar; anemia; tireotoxicose; gravidez; miocardite aguda ou endocardite infecciosa e certos fármacos (HARRISON, 2013).

O tratamento, conforme Harrison (2013) consiste em aliviar os sintomas, prevenir a remodelagem cardíaca adversa e prolongar a sobrevida (Algoritmo 3 e Quadro 2).



Algoritmo 3: Tratamento da ICC (HARRISON, 2013)

-
1. Medidas gerais
 - a. Restringir a ingesta de sal
 - b. Evitar o uso de antiarrítmicos para as arritmias assintomáticas
 - c. Evitar AINEs
 - d. Vacinar contra influenza e pneumonia pneumocócica
 2. Diuréticos
 - a. Administrar a pacientes com sobrecarga de volume para normalizar a PVJ e aliviar o edema
 - b. Pesar o paciente diariamente para ajustar a dose
 - c. Em caso de resistência aos diuréticos, administrar por via IV ou usar 2 diuréticos em associação (p. ex., furosemida mais metolazona)
 - d. Dopamina em baixa dose para aumentar o fluxo renal
 3. Inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor da angiotensina
 - a. Para todos os pacientes com insuficiência cardíaca sistólica VE ou disfunção VE assintomática
 - b. Contraindicações: K^+ sérico $> 5,5$, insuficiência renal avançada (p. ex., nível de creatinina > 3 mg/dL), estenose bilateral da artéria renal e gravidez
 4. Betabloqueadores
 - a. Para pacientes com insuficiência cardíaca sintomática ou assintomática e FEVE $< 40\%$ em combinação com um inibidor da ECA e diuréticos
 - b. Contraindicações: broncoespasmo, bradicardia sintomática ou bloqueio atrioventricular avançado, insuficiência cardíaca instável
 5. Antagonistas da aldosterona
 - a. Considerar para insuficiência cardíaca classe III-IV e FEVE $< 35\%$
 - b. Evitar $K^+ > 5,0$ ou creatinina $> 2,5$ mg/dL
 6. Digitálicos
 - a. Para pacientes persistentemente sintomáticos com insuficiência cardíaca sistólica (em particular na presença de fibrilação atrial), acrescentando inibidores da ECA, diuréticos, betabloqueador
 7. Outras medidas
 - a. Considerar a associação de hidralazina com nitrato oral se o paciente não tolerar o inibidor da ECA/BRA
 - b. Considerar a ressincronização ventricular (marca-passo biventricular) em pacientes com insuficiência cardíaca das classes III ou IV, FEVE $< 35\%$ e QRS > 120 ms
 - c. Considerar o uso de cardioversor-desfibrilador implantável em pacientes com insuficiência cardíaca da classe II-III e fração de ejeção < 30 a 35%
-

Quadro 2: Tratamento da Insuficiência Cardíaca (HARRISON, 2013).

Percebe-se que o tratamento é influenciado pela classificação da New York Heart Association (NYHA) que consiste em um sistema que procura avaliar a

gravidade das limitações funcionais da condição da insuficiência cardíaca do paciente (Tabela 9) (Zhang *et al*, 2018).

NYHA Class	Patient Symptoms
I	No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, palpitation, dyspnea (shortness of breath).
II	Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest. Ordinary physical activity results in fatigue, palpitation, dyspnea (shortness of breath).
III	Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest. Less than ordinary activity causes fatigue, palpitation, or dyspnea.
IV	Unable to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of heart failure at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort increases.

Tabela 9: Definição da classificação de NYHA (Zhang *et al*, 2018).

No caso em questão, tem-se um paciente jovem com, pelo menos, três fatores precipitantes: exacerbação da HAS, infecção e anemia. Ademais, é um paciente que se pode suspeitar de uma hipertrofia ventricular esquerda pelo abuso de cocaína de longa data.

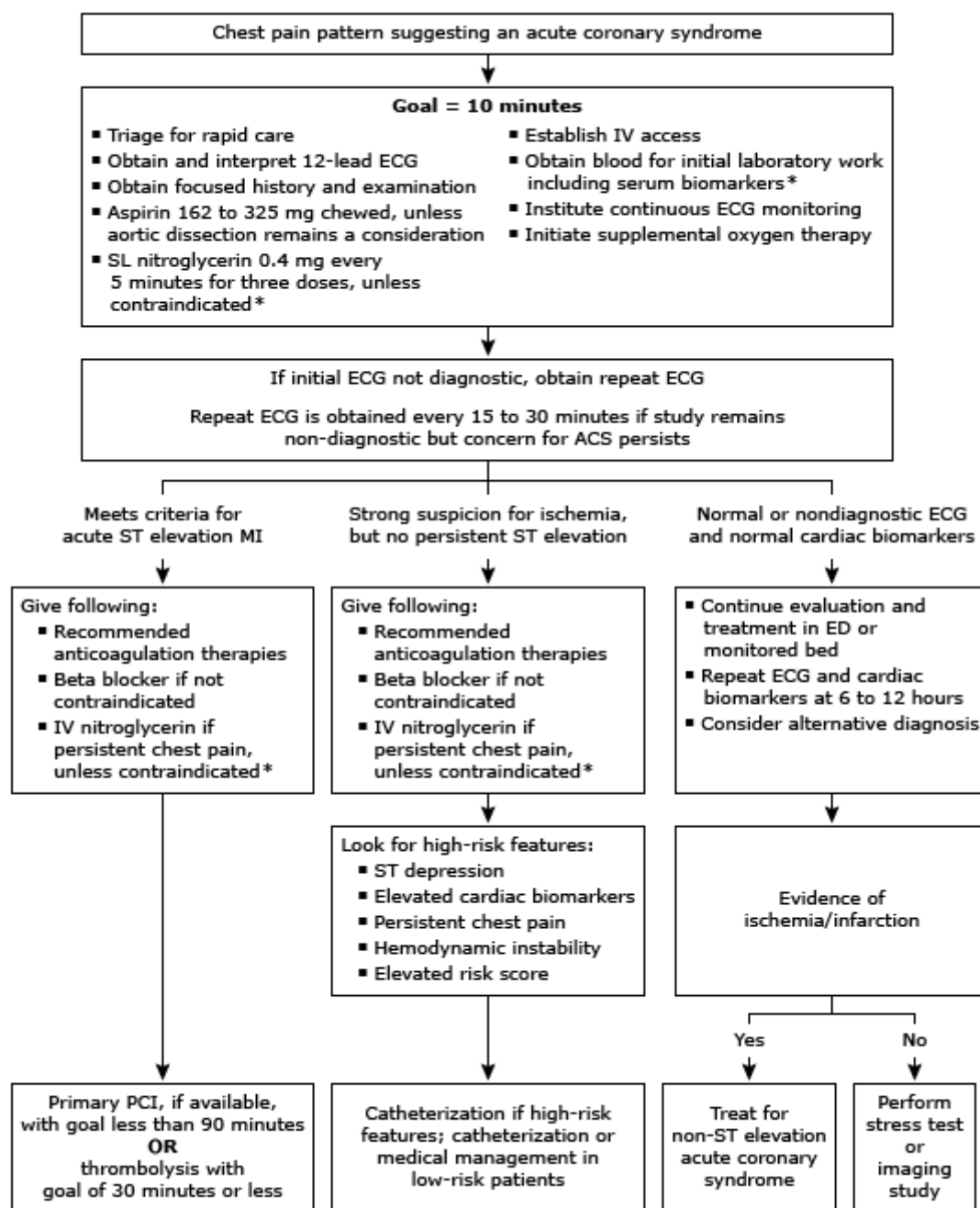
A cocaína pode gerar aumento significativo da frequência cardíaca, da pressão arterial e da resistência vascular sistêmica, ao bloquear a retirada de norepinefrina dos terminais pré-sinápticos (GAZONI *et al*, 2006); além de, segundo os autores, aumentar a contratilidade miocárdica pelo aumento da concentração de cálcio nos miócitos por estimulação dos receptores beta e alfa-adrenérgicos. Essa combinação de fatores gera um aumento considerável do consumo miocárdico de oxigênio, aquém da capacidade de suprimento pelas coronárias. Não obstante, o uso prolongado da droga, de acordo com o estudo citado, relaciona-se também a hipertrofia ventricular esquerda, a cardiomiopatia dilatada, a aterosclerose, a disritmias crônicas e a apoptose do cardiomiócito.

Morgan (2021) ainda destaca outros efeitos cardiovasculares da droga como a formação de trombos (via ativação plaquetárias, estimulação da agregabilidade plaquetária e potenciação da produção de tromboxano) e pró-arritmia. Segundo Morgan (2021) há três mecanismos propostos para a isquemia induzida por cocaína: aumento da demanda de oxigênio do miocárdio; vasoconstrição e espasmo da artéria coronária e trombose da artéria coronária.

Na prática, deve-se avaliar todo paciente com histórico de dor torácica e uso recente de cocaína para isquemia, infarto do miocárdio e dissecção aórtica (MORGAN, 2021). No caso em questão, fez-se e avaliou o ECG do paciente, condizendo com o que é preconizado, bem como foi solicitado os marcadores séricos em série, todavia, pela literatura, não seria muito coerente tentar associar uma ICC ao abuso de cocaína, dado que a síndrome coronariana aguda (SCA) é a condição mais comum associada a esse uso, independente da via de administração (MORGAN, 2021). Não havendo ainda, segundo o estudo citado, evidências que doenças cardiovasculares preexistentes ou outras anormalidades sejam pré-requisitos para o desenvolvimento de isquemia miocárdica relacionada ao uso da droga.

Ou seja, no paciente em questão, seria mais prudente pensar em uma SCA do que em ICC, dado a anamnese – em que se verificou o uso abusivo de cocaína – e a dor torácica. Para um paciente com esse perfil, Morgan (2021) propõe que seja feita uma história completa associada ao exame físico, o ECG de 12 derivações, estudos radiológicos e biomarcadores séricos em série – conduta que não difere muito de um paciente não usuário. O estudo ressalta que para os pacientes adictos pode ser útil ensaios de toxicologia.

Pensando na conduta no departamento de emergência para pacientes com dor torácica ou outra sintomatologia que podem ser decorrentes de uma SCA, Reeder *et al* (2021) apresentam como deve ser feita a avaliação inicial e as intervenções necessárias (Algoritmo 4). Aqui, faz-se um adendo sobre a particularidade no tratamento se o paciente tiver feito uso de cocaína, dado o fato que seu uso pode gerar uma maior ativação alfa-adrenérgica, com piora da hipertensão e conseqüentemente com piora da lesão do órgão-alvo, não se faz uso dos betabloqueadores, sendo eles uma contraindicação para esse público (VELASCO *et al*, 2020).



Algoritmo 4: Visão geral da abordagem para pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio no departamento de emergência (REEDER *et al*, 2021).

Todavia, vale salientar que os níveis anormais de marcadores bioquímicos, incluso as troponinas, não corresponde necessariamente ao diagnóstico de IAM, nem ao mecanismo de lesão miocárdica, dado que qualquer dano agudo ou crônico ao cardiomiócito pode levar a elevação de troponinas, logo, se a clínica não é típica de uma SCA, deve-se ser investigada outras causas de lesão cardíaca relacionadas com elevação de troponinas, como a própria insuficiência cardíaca, a embolia

pulmonar, insuficiência renal crônica ou sepse (FILHO *et al*, 2020). No caso elucidado, poder-se-ia pensar em uma ICC pelo quadro dispneico do paciente, pelo Pro BNP elevado, mas pouco provável que ele fosse decorrente do uso de cocaína, pela literatura consultada. Esse uso, como já mencionado, faria uma melhor correlação com uma SCA, a qual é compatível com a dor torácica que o paciente se queixava.

Crise Hipertensiva

A crise hipertensiva é uma das principais complicações oriundas da hipertensão arterial que levam à procura por um departamento de emergência. Ela é caracterizada por severa e abrupta elevação da pressão arterial (em geral, PD > 120 mmHg), sendo classificada como uma urgência quando não há lesão de órgão-alvo e em emergência quando há lesão de órgão-alvo levando a um risco de vida (Tabela 10), (PIERIN *et al*, 2019). Vale ressaltar que paciente com menor reserva funcional de determinados órgãos pode apresentar uma emergência hipertensiva com níveis pressóricos menores que 180x120 mmHg (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008).

Emergência hipertensiva	Achados mais comuns	Tratamento	Drogas de escolha para controle de PA
Encefalopatia hipertensiva	Confusão, letargia, alterações visuais, crises convulsivas, alteração no exame de fundo de olho, rebaixamento do nível de consciência	Suporte clínico, controle da PA, tratamento das convulsões	Nitroprussiato, labetalol
Acidente vascular encefálico	Déficit neurológico novo, alterações do nível de consciência	Trombólise, trombectomia mecânica, controle de PA (hemorrágico, HSA)	Nitroprussiato
Edema agudo de pulmão	Dispneia, expectoração rósea, ansiedade, sudorese, taquipneia, estertores no exame físico	Ventilação mecânica não invasiva, diuréticos, controle de PA, controle de fator desencadeante	Nitroglicerina, nitroprussiato
Síndrome coronariana aguda	Dor torácica, alterações de ECG	Intervenção coronariana percutânea ou trombólise	Esmolol, labetalol, nitroglicerina, metoprolol
Dissecção aguda de aorta	Dor torácica intensa de início súbito, sudorese, palidez, síncope, assimetria de PA e de pulso, novo sopro aórtico	Controle rápido da PA com alvo de PAS ≤ 120 mmHg e FC ≤ 60 bpm ou menor valor tolerável e analgesia	Esmolol, labetalol, metoprolol, nitroprussiato
Insuficiência renal aguda	Diminuição do débito urinário, edema, dispneia (congestão pulmonar)	Tratamento da congestão e distúrbios eletrolíticos, diálise, se necessário	Hidralazina, betabloqueadores em geral
Eclâmpsia/pré-eclâmpsia	Proteinúria, alterações visuais, crises convulsivas	Sulfato de magnésio, controle de PA	Hidralazina, labetalol
Uso de cocaína, anfetamina, inibidores da monoamina oxidase	Taquicardia, sudorese, sintomas adrenérgicos	Controle pressórico, evitar betabloqueadores	Clonidina, doxasozin, bloqueadores dos canais de cálcio e, se níveis muito elevados, nitroprussiato Fentolamina seria alternativa, se disponível

Tabela 10: Emergências hipertensivas (Adaptado de Velasco *et al*, 2020).

Além das duas classificações citadas, o médico deve ser apto a reconhecer também as pseudocrises hipertensivas (Figura 2), que são aquelas em que o aumento da PA é decorrente de eventos emocionais, dolorosos (PIERIN *et al*, 2019). Para esses pacientes, o tratamento é repouso, analgesia e/ou tranquilizantes (VELASCO *et al*, 2020).

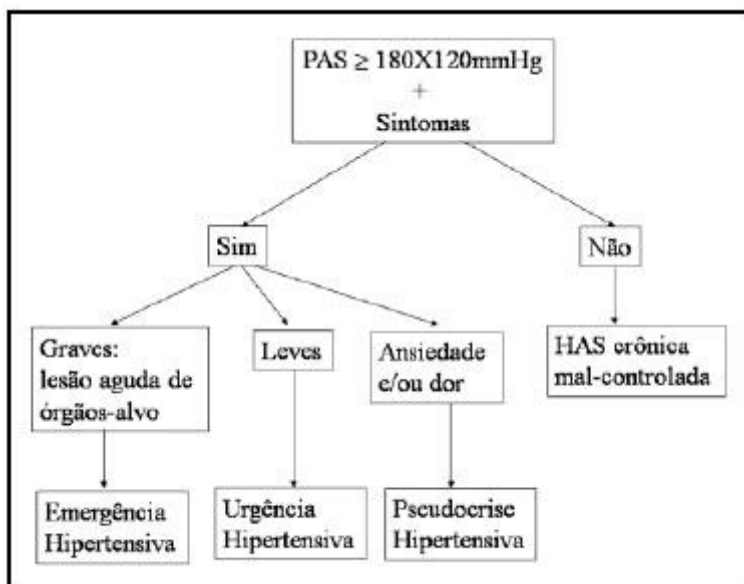


Figura 2: Diagnóstico diferencial nas elevações de pressão arterial (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008).

A fisiopatogênese da crise hipertensiva provém de um desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica, logo estão presentes um aumento desproporcional no volume intravascular e/ou na resistência vascular periférica (MARTIN *et al*, 2004). Nas crises, segundo esse estudo, os aumentos abruptos na resistência vascular sistêmica, oriundos de vasoconstritores liberados na circulação, geram aumento considerável da PA, levando à lesão endotelial e à necrose fibrinóide das arteríolas, sendo que a lesão leva à deposição de plaquetas e fibrina e quebra da autorregulação normal do fluxo sanguíneo. Ademais, a isquemia resultante estimularia a liberação de substâncias vasoativas, gerando, desse modo, um mecanismo que se retroalimenta (MARTIN *et al*, 2004).

Os pacientes com uma crise hipertensiva devem ter sua PA aferida em ambos os braços (pode ser necessário nos quatro membros, em alguns casos), até estabilização (mínimo de três aferições); ademais, deve-se coletar objetivamente informações a respeito da PA habitual desse paciente, bem como situações que

possam desencadear o seu aumento ou que possam aumentar a PA, além de questionar sobre o uso de drogas adrenérgicas, como a cocaína (VELASCO *et al*, 2020). O exame físico deve ser direcionado à pesquisa de acometimento do órgão-alvo, logo deve-se palpar todos os pulsos, fazer uma ausculta cardíaca para investigação de sopros e galopes, uma ausculta pulmonar pesquisando sinais de congestão, exame de fundo de olho (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008), Veslaco *et al* (2020) ainda menciona sobre o exame neurológico e um teste de reflexo para gestantes ou puérperas. Percebe-se que a avaliação inicial visa excluir lesão aguda, contínua e de órgão-alvo, o que levaria ao diagnóstico de emergência hipertensiva (VELASCO *et al*, 2020).

Quanto aos exames complementares, esses devem ser feitos conforme a suspeita diagnóstica. Nas emergências hipertensivas estão indicados: hemograma, ureia e creatinina, eletrólitos, urina tipo I, marcadores de hemólise (VELASCO *et al*, 2020). Feitosa-Filho *et al* (2008) ainda recomendam ser realizados, nesses pacientes, radiografia de tórax, eletrocardiograma e glicemia capilar. Outros exames, somente conforme a suspeita clínica.

O tratamento das urgências hipertensivas está sumarizado na Figura 3; enquanto que o tratamento das emergências hipertensivas depende do órgão-alvo acometido, porém, em suma, para esses pacientes deve-se solicitar vaga de UTI, monitorizar em multiparâmetros, associar fonte de oxigênio, além de se obter acessos venosos para administração de fármacos vasodilatadores, sempre atentando-se para não reduzir drasticamente a PA do paciente (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008). No Brasil, os principais fármacos disponíveis são o nitroprussiato de sódio, a nitroglicerina, os beta-bloqueadores e a hidralazina (FEITOSA-FILHO *et al*, 2008).

Nesse paciente, uma das hipóteses é pensar numa emergência hipertensiva causada por excesso de catecolaminas, cenário gerado pela cocaína, por exemplo. Para ele foi feita a monitorização multiparâmetro, foram realizados novos exames laboratoriais e ECG, conforme recomendado, além da prescrição de nitroprusseto de sódio, furosemida e carvedilol. Uma conduta que condiz com o que é orientado nesses casos.

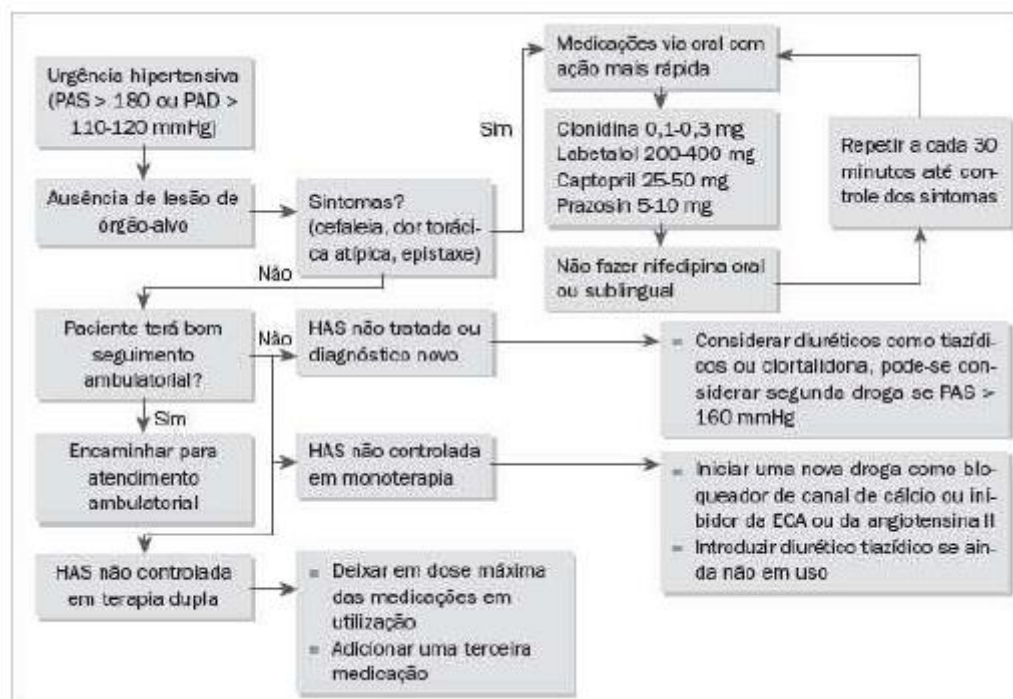


Figura 3: Introdução de drogas anti-hipertensivas no departamento de emergência (VELASCO *et al*, 2020).

4.3 CASO CLÍNICO 3 – HMPGL

ID: D.B.A. feminina, 74 anos, residente em Foz do Iguaçu - PR (invasão Bubas), casada (há 30 dias).

QP: "disenteria"

HDA: Paciente trazida a esse serviço encaminhada pela UPA Walter (paciente refere várias idas à UPA). Paciente refere que há 18 dias iniciou diarreia, frequência 10x/dia, de características líquidas e explosivas, com presença de raios de sangue vermelho vivo, nega pus e refere dor abdominal difusa à evacuação. Relata hábito intestinal prévio de frequência de 4 em 4 dias. Refere cessação do quadro há 1 dia. Paciente relata que há 13 dias iniciou disúria, urina de odor fétido, com alteração da coloração (amarelo escuro), nega hematúria. Refere episódios de confusão mental, associado à cefaleia, tontura, estocomas e visão escurecida, que levaram a 2 quedas da própria altura (a 1ª há 30 dias e a 2ª a aproximadamente 15 dias). Paciente relata, após as quedas, lombalgia e dor em membro superior direito. Paciente relata inapetência, xerostomia, fraqueza, dificuldade de deambulação, perda de peso percebida, sensação de corpo quente (temperatura não aferida), vômitos de aspecto bilioso (cor esverdeada e gosto amargo) e edema em membros inferiores. Paciente nega viagens recentes e alteração do hábito alimentar. Nega tratamento recente com antibióticos. Nega dispneia.

Encaminhada da UPA em uso de ciprofloxacino D1 e metronidazol D1

ATB em uso: ceftriaxona D1; metronidazol D2.

HMP: HAS tratamento irregular; arritmia sem tratamento há 8 anos. Nega outras comorbidades.

MUC: atenolol e losartana – tratamento irregular.

Alergias: nega

HV: nega uso de álcool e fumo.

EXAME FÍSICO NA ADMISSÃO

BEG, desorientada em tempo e espaço. Anictérica, acianótica, hipocorada ++/4+, desidratada ++/4+. Hemodinamicamente estável em uso de nora 12 ml/h.

Sinais Vitais: PA 133/75; FC 122 bpm; FR 18 irpm; T 35,1°C; HGT 130; SatO2 93%

Dispositivos: AVC em jugular direita; SVD

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.

ACV: bulhas normofonéticas, 2T em ritmo irregular, não ausculto sopros. TEC < 4s. Taquicárdica.

AR: MV +, com presença de creptos difusos bilateralmente.

ABD: globoso às custas de panículo adiposo, depressível. RHA diminuídos. Doloroso à palpação profunda em flancos direito e esquerdo. Não palpo massas ou visceromegalias. Sem peritonismo

Membros: panturrilhas livres e dolorosas à palpação. Extremidades com perfusão diminuída. Pulsos simétricos, palpáveis e finos. Ausência de edemas.

Exames Complementares

Hemograma	Bioquímica	Gasometria
Eritrograma sem alterações Leuc 16.990 (bast 6%, seg 79%) Plaq 224.000	Ur 130 Bil T 0,9 (Dir 0,6 / Ind 0,3) PCR 38,6 FA 131 / Amilase < 30 / Gama GT 49 TGO 34 / TGP 18 KPTT 57,1 Na 139 / K 3,8 Troponina I 12 CPK < 20 / CKMB < 3	pH 7,36 pCO2 30,50 pO2 75,40 HCO3 17,20 EB -6,80 CO2T 18,10 SatO2 93,40% Ca 1,07 Lac 19,50

Tabela 11: Exames complementares caso clínico 3 (04/10/2021)

Hemograma + EAS 1	Bioquímica	ECG	Radiografia Tórax
Eritrograma sem alterações Leuc 21.830 (bast 13% / seg 72%) Plaq 352.000 EAS: proteínas + / bilirrubina ++ / nitrito detectado / cel epiteliais 07/campo / leuc > 10/campo/ hem 05/campo / oxalato de cálcio + presença bactérias	Ur 131 / Cr 0,3 Alb 2,5 / Gama GT 53 TGO 31 / TGP 18 Amil < 30 / Lipase 10 Bil T 0,6 (Dir 0,5 / Ind 0,10) PCR 37,1 Troponina I 18 KPTT 59,6 / INR 3,24 Na 142 / K 3,7 / Mg 1,7 / Ca 1,01 Lac 14,10	Fibrilação atrial (presença de onda f, ausência de onda P e QRS de ritmo irregular	Apagamento do seio costofrênico direito; congestão bilateral mais acentuado à direita; aumento da trama broncoalveolar bilateralmente; presença de cardiomegalia.

Tabela 12: Exames complementares caso clínico 3 (05/10/2021)

AVALIAÇÃO: paciente estável hemodinamicamente em uso de DVA (nora 12 ml/h). Com cardiopatia prévia. Em internação por diarreia há 18 dias acompanhada de disúria e episódios de confusão mental. Apresenta leucocitose e acidose metabólica compensada pela respiração.

Diagnósticos Síndrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Síndrome diarreica Oscilação do estado de consciência Distúrbio urinários	Gastroenterite Infecção de Trato Urinário IRA? ICC descompensada Choque séptico (foco urinário? Gastrointestinal?) FAARV FA sem tratamento HAS com tratamento irregular	Intoxicação alimentar Doença Inflamatória Intestinal Doença Inflamatória Pélvica Distúrbios que simulam ICC (bronquite crônica, enfisema e asma)

Tabela 13: Diagnósticos caso clínico 3

Conduta Médica: foi mantido metronidazol, suspenso ciprofloxacino e iniciado ceftriaxona. Foi titulado Noradrenalina e suspenso hidratação. Solicitados exames de admissão, eletrólitos, urocultura, PROBNT, radiografia de tórax, ECO, USG de vias urinárias e USG de abdome total. Além de atentar-se à vigilância dos padrões hemodinâmicos.

Discussão:

O caso 3 foi escolhido para compor o relatório por tratar-se de um assunto muito prevalente na prática médica: sepse e choque. Assuntos, portanto, que devemos estar familiarizados.

No caso em questão, eu fui a responsável por fazer a admissão da paciente, e desde o princípio o choque séptico esteve presente na minha linha de raciocínio, dado que ela já veio da UPA com alguns exames que me indicavam processo infeccioso, encontrava-se taquicárdica, e estava em uso de DVA (nora 12 ml/h), com score SOFA 4. Todavia, era um caso confuso, dado que não se sabia se o foco

infeccioso era geniturinário ou gastrointestinal, era preciso, portanto, pensar no foco para direcionar melhor o tratamento e não ficar apenas “enxugando gelo” com antibióticos de amplo espectro, mas não tão específicos.

Quanto aos exames solicitados eles vão de acordo com o que preza a literatura, foi solicitado laboratoriais que englobavam parte hematológica, metabólica, eletrólitos, função renal e hepática, bilirrubinas e gasometria, além de uma urocultura – já pensando em foco urinário e direcionando o tratamento para o foco infeccioso gerador do quadro; e um PROBNP pensando numa descompensação de IC, provavelmente por uma história clínica de perda de peso percebido associada a edema de membros inferiores, além de um histórico de FA sem tratamento e HAS com tratamento irregular. Acredito que apenas faltou uma hemocultura – a qual deve ser solicitada para todos pacientes com suspeita de choque séptico. Ademais, solicitaram radiografia de tórax – acredito que mais pelo fato de ser protocolo hospitalar do que pensando em um foco pulmonar, como pneumonia, por exemplo – ecocardio para avaliação da possível IC; USG de vias urinárias e USG de abdome total almejando maior detalhamento da topografia infecciosa e visando eliminar um possível abdome agudo inflamatório.

Quanto a suspensão da hidratação teria feito o mesmo, dado que a paciente já apresentava creptos na ausculta pulmonar. Em relação a titulação de nora também achei uma atitude acertada, dado que devemos tentar diminuir a DVA conforme aceitação do paciente.

Quanto a antibioticoterapia, tem-se aqui outro desafio de aprendizagem, pelo que estudei a decisão foi coerente, dado que o ciprofloxacino está apresentando taxas de resistências maiores do que a ceftriaxona. Ademais, está no Surviving Sepsis Campaign a recomendação de uma cefalosporina de 3ª geração para tratamento de sepse de foco urinário – englobando as gram negativas - e pensando numa sepse intra abdominal a associação com o metronidazol é preconizada, pensando numa DIP, por exemplo. Sem contar que é recomendando associar dois regimes de antimicrobianos a fim de cobrir todos os patógenos prováveis na antibioticoterapia empírica.

SEPSE E CHOQUE

A sepse é uma síndrome clínica caracterizada por inflamação sistêmica devido à infecção (SCHMIDT e MANDEL, 2021), a qual apresenta anormalidades fisiológicas, biológicas e bioquímicas geradas por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (NEVIERE, 2021). A sepse e o choque séptico são os principais problemas de saúde, afetando milhões de pessoas em todo o mundo a cada ano e matando entre uma em três e uma em seis das pessoas afetadas, logo, a identificação precoce e o manejo adequado nas primeiras horas após o desenvolvimento da sepse são fundamentais para melhor prognóstico (EVANS *et al*, 2021). Nesse caso, desde admissão da paciente ao PS foi suspeitado de choque séptico, portanto, a conduta inicial já foi pensando nesse diagnóstico.

Uma variedade de variáveis clínicas e ferramentas são usadas para a triagem de sepse, como critérios da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), sinais vitais, sinais de infecção, pontuação rápida de falha de órgão sequencial (qSOFA) ou critérios de avaliação de falha de órgão sequencial (SOFA), critérios nacionais pontuação de aviso prévio (NEWS) ou Pontuação de Aviso Prévio Modificado (MEWS), sendo que o último Guideline (2021) não recomenda mais o uso do qSOFA como única ferramenta de triagem para sepse ou choque séptico; corroborando com Neviere (2021), o qual alerta que o score não foi projetado com uma ferramenta diagnóstica, mas sim como uma ferramenta preditiva que calcula o risco de morte por sepse.

As definições de sepse e choque séptico evoluíram, e atualmente não se usa mais o termo sepse grave, além da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) não estar mais inclusa na definição, apesar de não ser um consenso (NEVIERE, 2021). Dado que, segundo o autor, a SIRS nem sempre é causada por infecção, ao contrário da sepse, que é um continuum de gravidade que varia de infecção e bacteremia a sepse e choque séptico, o qual pode levar à síndrome de disfunção de múltiplos órgãos.

A sepse em si, segundo Neviere (2021), pode ser definida como uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada da hospedeira à infecção, sendo a disfunção evidenciada por um aumento de dois ou mais pontos na pontuação SOFA (Tabela 14). Singer *et al* (2016), em Sepse 3.0, definem sepse como a presença ou suspeita de infecção, associada com elevação aguda do SOFA (de dois pontos ou mais).

Sistema	Escore				
	0	1	2	3	4
Respiratório PaO ₂ /FiO ₂ mmHg	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Hematológico Plaquetas/uL	≥ 150.000	< 150.000	< 100.000	< 50.000	< 20.000
Hepático Bilirubinas mg/dL	< 1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	> 12
Cardiovascular µg/kg/min	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina	Dopamina 5,1-15 ou noradrenalina ou adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou noradrenalina ou adrenalina > 0,1
Sistema nervoso central Escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina mg/dL Débito urinário mL/dia	< 1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 < 500	> 5,0 < 200

Tabela 14: Escore SOFA (VELASCO *et al*, 2020).

O choque, por sua vez, é a expressão clínica da hipoperfusão tecidual, gerado por incapacidade do sistema circulatório de suprir as demandas celulares de oxigênio, por oferta inadequada e/ou por demanda tecidual aumentada (VELASCO *et al*, 2020). Seu diagnóstico é por critérios clínicos, hemodinâmicos e laboratoriais, podendo ocorrer por mecanismos diversos (Tabela 15): distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e obstrutivo (VELASCO *et al*, 2020). Segundo os autores, uma vez estabelecido o choque, o corpo tenta compensar à princípio, todavia a hipoperfusão tecidual desencadeia uma disfunção orgânica a qual perpetua a resposta inflamatória, gerando mais disfunção orgânica, ou seja, cria-se um ciclo que culmina na síndrome de disfunções de múltiplos órgãos e sistemas.

Hipovolêmico	Redução do volume intravascular P. ex.: hemorragia ou perda de fluidos (diarreia, necrólise epidérmica tóxica, diurese osmótica)
Cardiogênico	Redução do débito cardíaco por falha da bomba cardíaca P. ex.: infarto agudo do miocárdio, cardiomiopatia em estágio final, doença cardíaca valvular avançada, miocardite ou arritmias cardíacas
Obstrutivo	Redução do débito cardíaco por causas extracardíacas, geralmente associada a falência de ventrículo direito P. ex.: embolia pulmonar, tamponamento cardíaco ou pneumotórax
Distributivo	Vasodilatação sistêmica P. ex.: sepse, anafilaxia, crise adrenal aguda, pancreatite

Tabela 15: Mecanismos, fisiopatologia e exemplos (VELASCO *et al*, 2020)

No caso do choque séptico, tem-se um choque vasodilatador ou distributivo, decorrente de uma sepse com anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas, associadas a um maior risco de mortalidade do que a sepse isolada (NEVIERE,

2021). Segundo o estudo, inclui aqueles com diagnóstico para sepse que, apesar da ressuscitação com fluidos adequada, requerem vasopressores para manter uma PAM \geq 65 mmHg e têm lactato $>$ 2 mmol/L ($>$ 18 mg/dL). Deve, portanto, ser identificado rapidamente – havendo alguns sinais indicativos do choque (Tabela 16) - e tratado de maneira agressiva, pela alta mortalidade atribuída ao processo.

■ Pele fria, pálida e pegajosa
■ Aumento do tempo de enchimento capilar
■ Livedo
■ Cianose de extremidades
■ Estado mental alterado
■ Redução do débito urinário
■ Hipotensão arterial

Tabela 16: Sinais de choque (VELASCO *et al*, 2020).

Quando nos vemos diante de uma paciente nesse estado, a primeira conduta é proteção de vias aéreas – caso indicada – correção da hipoxemia e o estabelecimento de acesso venoso para administração precoce de fluidos e antibióticos (SCHMIDT e MANDEL, 2021). Além de monitorizar esse paciente multiparâmetros. Os autores ainda abordam que durante a investigação inicial, deve-se fazer estudos laboratoriais (Tabela 17), incluso as culturas, e exames de imagem – a fim de encontrar pistas que direcionem o pensamento para o foco infeccioso e possíveis complicações (Tabela 18).

Respiratória	Gasometria arterial
Hepática	Bilirrubinas total e frações
Renal	Creatinina
Hematológica	Contagem de plaquetas
Metabólica	Lactato

Tabela 17: Exames laboratoriais para avaliação de disfunções orgânicas (VELASCO *et al*, 2020).

Todos	Hemocultura
Pneumonia	Radiografia de tórax PA e perfil
Abdome agudo inflamatório	Ultrassonografia de abdome
Infecção de trato urinário	Urina 1 e urinocultura
Infecção de cateteres	Cultura de ponta de cateter
Meningite	Liquor
Artrite séptica	Artrocentese
Endocardite	3 pares de hemoculturas/ecocardiograma

Tabela 18: Exames diagnósticos para elucidação de foco infeccioso de acordo com suspeita clínica (VELASCO *et al*, 2020).

O tratamento tem alguns objetivos iniciais (Tabela 19), sendo iniciado com a antibioticoterapia, essa deve ser precoce, se possível, em até 1 hora da apresentação do paciente no departamento de emergência, sendo a escolha do fármaco empírica e direcionada para o foco suspeito de infecção (Tabela 20), recomendando-se que a droga de escolha inicial seja uma de amplo espectro e que se leve em conta alguns aspectos como: foco de infecção, uso prévio de antibiótico, internação recente ou uso de serviços de saúde, comorbidades e imunodepressão, dispositivos invasivos e padrões de resistências locais (VELASCO *et al*, 2020). Os autores destacam que após isolamento dos patógenos e com as sensibilidades elucidadas, deve-se reduzir o espectro de antibióticos.

▪ Identificação de pacientes com sepse possível
▪ Diagnóstico precoce da sepse
▪ Coleta de culturas
▪ Antibioticoterapia precoce e adequada
▪ Suporte às disfunções
▪ Ressuscitação volêmica conforme necessidade
▪ Utilização de vasopressor conforme necessidade
▪ Transferência para unidade de internação ou unidade de terapia intensiva

Tabela 19: Objetivos de cuidado do paciente séptico (VELASCO *et al*, 2020).

Foco da infecção	Microrganismo suspeito	Esquema sugerido	Duração
Pneumonia adquirida na comunidade	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>atípicos</i>	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia + azitromicina 500 mg IV 1x/dia	5-7 dias
Abdome agudo inflamatório	<i>E. coli</i> , <i>enterobactérias</i>	Ceftriaxona 2 g IV 1x/dia + metronidazol 500 mg IV 8/8 h	Indicada interconsulta com cirurgião
Infecção de trato urinário	<i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i>	Ciprofloxacino 500 mg IV 12/12 h	5-7 dias
Meningite	<i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i>	Ceftriaxona 2 g IV 12/12 h +/- ampicilina 2 g IV 4/4 h	7-14 dias (a depende da etiologia)
Fasceíte necrotizante	Polimicrobiana	Meropenem 2 g IV 12/12 h + vancomicina 1 g IV 12/12 h	Indicada interconsulta com cirurgião
Infecção de cateter de diálise	<i>S. aureus</i> , <i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima 2 g IV 12/12 h + vancomicina 1 g IV 12/12 h	7-14 dias (a depende da etiologia)

Tabela 20: Antibióticos de escolha em pacientes sépticos com infecção de comunidade (VELASCO *et al*, 2020).

A terapia antifúngica empírica não é justificada em pacientes neutropênicos, devendo ser feita apenas naqueles com forte suspeita de *Candida* ou *Aspergillus* (VELASCO *et al*, 2020)

A ressuscitação volêmica é recomendada naqueles em que há sinais de má perfusão, devendo ser iniciado volume com 30 mL/kg de solução cristalóide nas primeiras horas, devendo ser administrada em *bolus* e em infusão rápida (VELASCO *et al*, 2020). Segundo os autores, deve-se avaliar se o paciente é fluidorrespondedor analisando se há aumento de 15% do débito cardíaco com a manobra de elevação passiva das pernas – medida que não foi realizada e a qual nunca vi – e na impossibilidade, deve-se avaliar se há resposta clínica-hemodinâmica e a presença ou ausência de congestão pulmonar antes e após cada *bolus*. Ressaltam que pelo custo-efetividade deve-se priorizar as soluções cristalóides como primeira escolha, e, se possível, optar pelo ringer lactato – dado que existem algumas evidências que sugerem que seu uso está associado à redução da incidência tanto de injúria renal quanto da necessidade de terapia renal substitutiva.

Ademais, os autores salientam que o médico deve estar atento ao lactato, que embora não seja um marcador direto de perfusão tecidual, tem sido útil como marcador de desfechos adversos. O que corrobora com Silva e Ribeiro (2020), os quais afirmam que o aumento da produção do lactato pode estar intimamente associado à gravidade da doença. Devendo ser, portanto, feito uma segunda

dosagem após 2-4 horas após o início da ressuscitação volêmica, naqueles casos em que na admissão ele já se encontra maior que 2 mmol/L.

As drogas vasoativas (Tabela 21) são necessárias em alguns pacientes em que se objetiva um alvo de pressão arterial média de 65 mmHg (nos hipertensos crônicos alvo de PAM 80-85 mmHg), sendo a noradrenalina a droga vasopressora preferencial (VELASCO *et al*, 2020). O uso dessas drogas aumenta a sobrevivência dos pacientes, melhora o perfil hemodinâmico e reduz a taxa de efeitos adversos, sendo um importante protetor da mortalidade (SILVA e RIBEIRO, 2020).

Noradrenalina	Dose: 0,05-2 µg/kg/min Diluição sugerida: bitartrato de norepinefrina (1 ampola = 4 mg/4 mL) ou hemitartrato de norepinefrina (1 ampola = 8 mg/4 mL) 4 ampolas + 234 mL SF 0,9% ou SG 5% – 1 mL/h corresponde a aproximadamente 1 µg/min
Adrenalina	Dose: 1-20 µg/min Diluição sugerida: adrenalina (1 ampola = 1 mg/1mL) 6 ampolas + 94 mL SF 0,9 – 1 mL/h corresponde a aproximadamente 1 µg/min
Vasopressina	Dose: 0,01-0,04 U/min Diluição sugerida: vasopressina (1 ampola: 20 U/1 mL) + 100 mL SF 0,9% – vazão 3-12 mL/h
Dobutamina	Dose: 2-20 µg/kg/min Diluição sugerida: dobutamina (1 ampola = 250 mg/20 mL) 4 ampolas + 170 mL SF 0,9% – 1 mL/h corresponde a aproximadamente 1 µg/kg/min em paciente de 60 kg

Tabela 21: Drogas vasoativas no choque séptico (VELASCO *et al*, 2020).

Quanto ao suporte adicional, conforme Veslasco *et al* (2020), o que se pode mencionar é que não há consenso ainda sobre o uso dos corticosteroides no choque séptico; quanto as transfusões de hemácias, elas ficam reservadas para aqueles com hemoglobina ≤ 7 g/dL, em sua maioria. Ademais, quando a IOT é necessária nesses pacientes, deve-se evitar as drogas cardiodepressoras ou hipotensoras (midazolam, fentanil, propofol). Os autores ainda mencionam que a terapia de substituição renal deve ser discutida com nefrologista e que a profilaxia de úlcera gástrica não deveria ter seu uso encorajado, dado que não reduzem sangramentos de trato gastrointestinal com indicação de terapia endoscópica e ainda aumentam a incidência de pneumonia hospitalar.

Ademais, dependendo da evolução do paciente deve-se discutir cuidados paliativos e encaminhá-lo para outros setores de internamento (Figura 4)

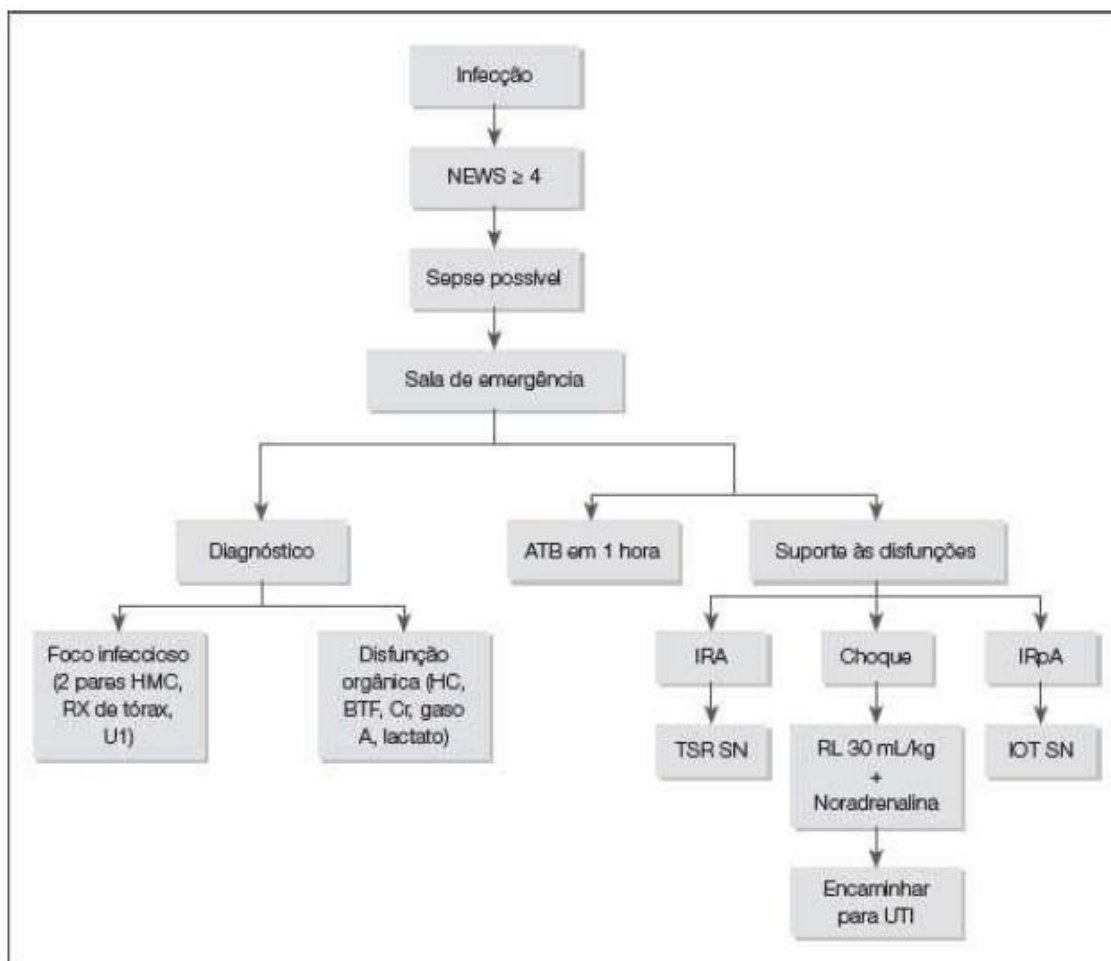


Figura 4: Seguimento na sepse (VELASCO *et al*, 2020).

4.4 CASO CLÍNICO 4 – HMPGL

ID: N.G.S.D, feminina, 43 anos, casada, residente e procedente de Foz do Iguaçu-PR.

QP: "muita fraqueza"

HDA: paciente, hipertensa, trazida a esse serviço pelo SAMU transferida da UPA Samek. Paciente refere que há 5 meses vem sentindo fadiga, com piora do quadro há 2 semanas, em que a fadiga se acentuou, associada a sudorese, fraqueza, dificuldade em realizar atividades cotidianas e um pico hipertensivo, o qual associou ao estresse. Refere ter procurado atendimento, sido medicada e conferido alta. Na sexta-feira (22/10) apresentou dois episódios de síncope e cansaço extremo aos pequenos esforços (incapacidade de alimentar-se e de ir ao banheiro). No dia 23/10 procurou atendimento na UPA onde ficou internada até a transferência a esse serviço, devido a quadro de anemia grave. Paciente refere ser o 1º episódio, nega alergias, nega sangramentos, nega dispareunia, nega queixas gastrointestinais, nega febre, nega dispneia, nega êmese, nega dispareunia, nega trauma. Na UPA apresentou episódios febris.

HPP: HAS + obesidade + Síndrome de Burnout

MUC: Enalapril 10mg (1-0-1), Desvenlafaxina (1x/dia)

Alergias: nega

HG: G1(C1)A0 - há 22 anos. Refere ciclos regulares de 28 dias, com duração de 4 dias, de fluxo regular. DUM 30/09/2021

HV: nega etilismo, nega fumo e nega vegetarianismo

HF: nega histórico de câncer

Exame Físico

REG, LOTE, acianótica, anictérica, hidratada, hipocorada +++/+4, taquipneica em AA, hemodinamicamente estável sem uso de DVA

SSVV: PA 140/70; FC 119 bpm; FR 23 irpm; T 36,8°C; HGT 120; SpO2 94% AA

ACV: BRNF, 2T, não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3s. Taquicárdica

AP: MV+ sem RA, expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório. Taquipneica

ABD: globoso às costas de panículo adiposo, flácido e depressível. RH +. Indolor à palpação superficial ou profunda. Ausência de irritação peritoneal. Não palpo massas ou visceromegalias.

Neuro: GLASGOW 15, pupilas isofotorreagentes

Membros: ausência de edemas, boa perfusão, panturrilhas livres.

Exames Complementares

HEMOGRAMA	EAS 1	BIOQUÍMICA
Hb 4,8 / Ht 14,8 VGM 88,1 / HGM 28,57 / CHGM 32,43 / RDW 18,8 Presença de "1" eritroblastos em 100 leucócitos contados / policromatofilia + e anisocitose ++ Leuc 2370 (bast 16%) Plaq 65000	pH 8 // proteínas + // urobilinogênio ++ // nitrito detectado // fosfato triplo amoníaco magnésiano ++ e presença de bactérias	Ureia 54 / Creat 0,8 TGO 77 / TGP 24 / Gama GT 36 / FA 66 Bil Total 2,6 (Dir 1,5 / Ind 1,10) Lipase 211 / Amilase 73 PCR 16,1 Trop I 5 / CKMB <3 / CPK 83 KPTT 28,7 / INR 1,09 Na 135 / K 4,6 / Ca 0,97

Tabela 22: Exames laboratoriais (24/10) caso clínico 4.

Exames de Imagem

USG ABD SUPERIOR (25/10): Vesícula biliar distendida, paredes finas, sem evidenciar cálculos, com pequena quantidade de barro biliar. Baço com tamanho aumentado (21,0 cm), com ecotextura homogênea (Esplenomegalia).

USG ABD PÉLVICA (25/10): Contínuo ou contíguo ao útero à esquerda, há formação nodular hipoecoica mede 6,3 x 4,8 x 4,5 cm de difícil caracterização (uterina? ovariana?). Sugiro correlação com Ecografia transvaginal.

AVALIAÇÃO: paciente obesa, hipertensa, com pancitopenia a/e.

Hemodinamicamente estável, apresentando astenia. Transferida a esse serviço pela UPA.

Diagnósticos Sindrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Distúrbios urinários	ITU	Neoplasias
Síndrome dispneica	Pancitopenia (secundário a dengue? Sangramento	Deficiência de B12, B9
Fadiga generalizada	oculto? Leucemia? Aplasia?)	Causas congênitas
Síndrome astênica		Anemias aplásticas
Síndrome osteomuscular		Dengue

Tabela 23: Diagnósticos caso clínico 4.

Conduta Médica: Foi mantido a antibioticoterapia proveniente da UPA (Ceftriaxona D1 23/10); bem como se prescreveu sintomáticos. Solicitaram exames de admissão, radiografia de tórax, ECG, cinética do ferro e TC de abdômen total. Deixaram a paciente em observação clínica e ponderaram transferência para emergência clínica.

Discussão:

Acredito que esse foi o caso que mais me abalou psicologicamente, pois me senti culpabilizada pelo desfecho da vítima e me vi numa situação de impotência dilacerante.

O caso em si, desde o começo me chamou a atenção, inclusive a admissão da paciente ao PS ficou sobre minha incumbência, e me assustei quando vi o hemograma dela, até então nunca havia visto uma pancitopenia tão grave. No mesmo momento, tentei me recordar das aulas de hematologia, as quais, inclusive, me apaixonei sem esperar, e logo me vieram algumas hipóteses diagnósticas, tais como aplasia, linfoma, leucemia – doenças com caráter de malignidade e que assustam, eu sei, mas que faziam parte de um diagnóstico diferencial, os quais eu havia deixado interrogado, porém que logo na evolução subsequente haviam excluídos todos.

Ao me deparar com aquele hemograma e com a história clínica da paciente muitas dúvidas surgiram, inclusive debatemos bastante entre nós sobre outros possíveis diagnósticos, porém parecia que estava tudo muito “cru”, que faltava uma pessoa de autoridade. Pois bem, me despi de qualquer vergonha e mandei mensagem pra Fabiana (hematologista), em pleno final de semana, para poder discutir melhor o caso, até porque aquilo estava me afligindo, pensar que poderia ser um diagnóstico extremamente sério.

Faço aqui um parêntese para elogiar incansavelmente a profissional, a qual eu já admirava antes, mas que a partir desse dia passei a admirar muito mais. Digo isso porque ela prontamente se pôs à disposição, e não só isso, ela me ligou para podermos discutir o caso, discussão, inclusive, riquíssima e que demandou aproximadamente 1 hora. Com direito a ela, como hematologista, me esclarecer todas as dúvidas e me dar um norte quanto a conduta daquela paciente. E com um adendo dela ter ficado acompanhando o caso à distância comigo, mostrando extremo comprometimento.

Naquele momento eu me sentia contente, confiante e realizada, pois tinha discutido incansavelmente o caso com a especialista, ela havia me dado a direção que seguir, e eu, inocentemente, achei que não haveriam entraves, pois qual não foi minha surpresa quando tudo deu errado?

Podemos começar pela solicitação do parecer da hematologia, o qual acreditava ser uma conduta simples, porém que não ocorreu dado, segundo os plantonistas, a falta da especialidade formalmente no Municipal. O fato é que eles tinham uma pessoa a quem recorrer, a quem pedir um parecer, independente dos problemas burocráticos da profissional para com a instituição, porém optaram por não o fazer enquanto não houvesse um compilado de exames. Conduta que reprovei veementemente, todavia, me via de mãos atadas.

Não obstante posso citar também a burocracia para realização de certos exames. Eu já havia conversado com uma especialista informalmente, ela havia me passado o parecer, dado que eles não queriam buscar a especialista do hospital no momento, poderiam então seguir o que a outra profissional havia recomendado. Mas não, por burocracia esses exames não foram feitos nunca nessa paciente, que foi à óbito sem um diagnóstico fechado. Isso porque, segundo os médicos plantonistas, não poderiam ser pedidos tais exames sem antes ter o teste negativo para outros exames de alto custo, o problema foi que esses resultados nunca chegaram, pelo menos não enquanto a paciente tinha vida. E nisso tudo ia perdendo-se tempo, um tempo que ela não tinha a perder.

Dito isso, ainda fica meu desapontamento comigo mesma que não fiz palpação de linfonodos nessa paciente, ao ler o prontuário percebi que ninguém se atentou a isso, todavia, isso não exime minha responsabilidade e culpa também. Porque sempre vem aquele “e se”; “e se eu tivesse palpado esses linfonodos? Será que os médicos não olhariam o caso dela com mais carinho?”. E é essa gama de

possibilidade que o “e se” traz consigo, mais o sentimento de impotência, associado ainda a uma revolta (revolta, pois não foram realizados os exames por pura burocracia, visto que envolvia dinheiro) que fizeram esse ser o caso mais marcante no internato para mim.

Eu gostaria de ter feito tanto por essa paciente, gostaria de ter mais voz ativa, mais autoridade, poder pra bater no peito e fazer os exames dos quais ela necessitada. Me dói porque ela não precisava ter o desfecho que teve, era uma paciente que poderia passar o natal com sua família, não falo aqui que seria um tratamento fácil, longe disso, mas ela poderia ter expectativa de vida, e isso foi ceifado dela, sem possibilidade de escolha.

Quanto à conduta, acredito ter ficado claro que não concordei com boa parte dela. Podemos começar pelo leito que essa paciente estava alocada, na observação. Visto ser uma paciente com pancitopenia, com sintomas de dispneia e neurológicos, poderia se ter uma maior atenção com ela e manter monitorizada em uma emergência clínica ou UCP, para poder melhor manejar em casos de intercorrências, todavia, não o foi feito, ou seja, nem monitorização multiparâmetros essa paciente tinha. Ademais, eu teria solicitado o parecer da hematologia sem sombras de dúvidas, até para poder dividir a carga de um diagnóstico desses e poder pensar no melhor pro paciente. Além disso, teria solicitado os exames (mielograma e biopsia de medula) – independente de burocracias, pois se eles negassem, ao menos estava lá a solicitação e eu ficaria com a consciência tranquila de ter tentado, além de respaldada juridicamente.

É um caso que faz pensar, pois além de todo o exposto, percebe-se uma situação de comodismo do corpo médico, no sentido de já estarem conformados que certas solicitações não serão atendidas, e isso está tão internalizado que eles ao menos tentam. De verdade, não sei como é o sistema realmente, não sei se estou sendo utópica, mas eu gostaria de ter feito a diferença.

Pancitopenia

A pacitopenia se caracteriza por uma redução dos eritrócitos, leucócitos e plaquetas no sangue periférico, sendo um achado hematológico comum na prática clínica e podendo ter diversas etiologias como desencadeantes, sendo seu

prognóstico e tratamento dependentes da etiologia (AGAMEZ *et al*, 2018). Devendo ser suspeitada quando paciente apresenta palidez, febre prolongada e tendência à sangramento (SANTRA e DAS, 2010).

De modo geral, há três mecanismos pelos quais ela pode ser desencadeada: infiltração, substituição da medula óssea – incluem malignidades hematológicas, mielofibrose, doenças infecciosas; aplasia da medula óssea – incluem distúrbios nutricionais, anemia aplástica, doenças infecciosas, medicamentos; e destruição ou sequestro de células sanguíneas – que são aqueles casos em que há destruição excessiva de células sanguíneas e/ou com sequestro excessivo como no caso de um hiperesplenismo (BERLINER, 2021).

Quando o médico se depara com um caso desses, ele deve fazer uma anamnese detalhada, um exame físico meticuloso e saber quais exames complementares solicitar, sendo a biópsia de medula óssea o exame mais útil para identificar a causa da pancitopenia (AGAMEZ *et al*, 2018). Inclusive, foi esse um dos exames que a hematologista com a qual conversei indicou fazermos, bem como um mielograma, todavia, esses exames não foram realizados.

Na avaliação imediata (Figura 5) o médico deve avaliar se há febre, comprometimento circulatório, existência de evidências de sangramento, existência de possíveis focos de infecção e avaliar quanto a linfadenopatia, esplenomegalia e hepatomegalia (HAY, 2017). O autor ainda sugere, como gestão imediata e investigação urgente, o parecer do hematologista, a aquisição de acessos venosos e obtenção de material para primeira investigação, reanimação com fluidos – se necessário, triagem séptica e tratamento com antibioticoterapia empírica de amplo espectro, após coleta de culturas - para aqueles pacientes com neutropenia febril. Em casos de hemorragia, o autor sugere dose terapêutica de plaquetas, glóbulos vermelhos compactados em casos de anemia sintomática, e em alguns casos, sugere crioprecipitado e plasma fresco congelado.

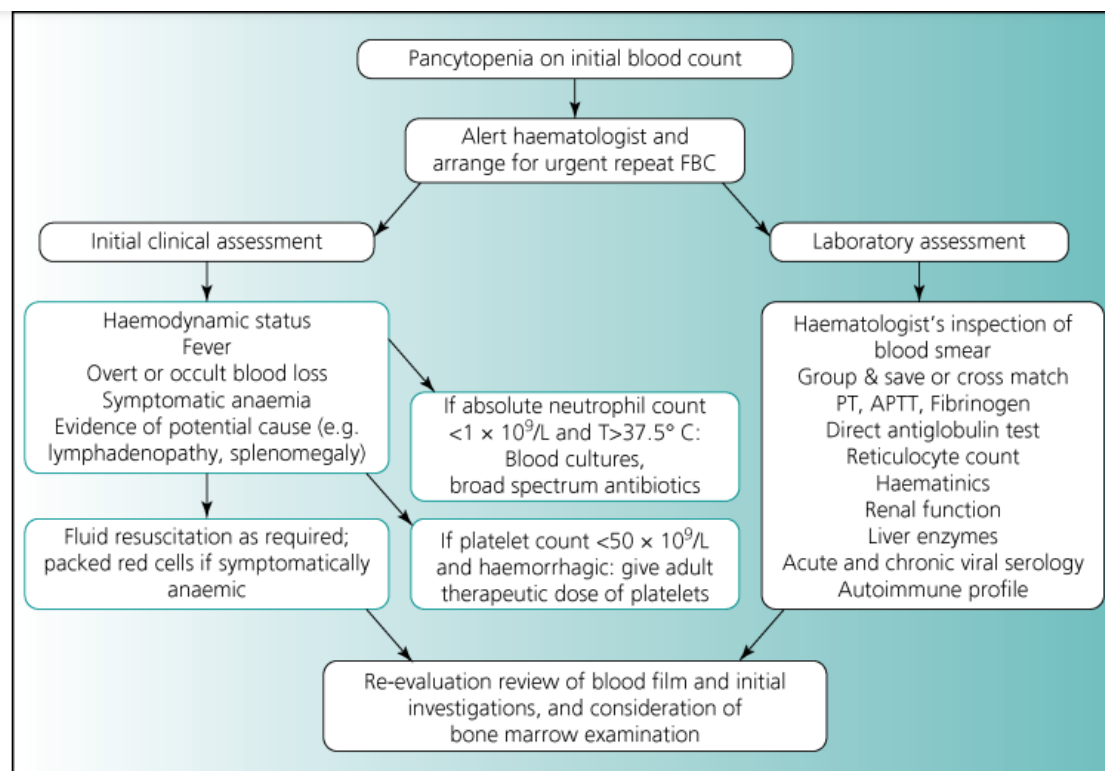


Figura 5: Avaliação e manejo na pancitopenia (HAY, 2017).

No caso em questão, houve a admissão da paciente em observação – ponto que considerei equivocada, dado ser uma paciente com pancitopenia com sinais neurológicos e respiratórios, logo necessitando de monitorização multiparâmetros – foi mantida a antibioticoterapia de amplo espectro enquanto aguardava-se culturas, conduta essa conforme literatura. Frente a anamnese, acredito que ela englobou todos os pontos fundamentais, todavia, não posso dizer o mesmo do exame físico, o qual ficou carecendo de palpação de linfonodos. Quanto aos exames complementares, apesar de eles terem englobado boa parte daqueles preconizados, faltou a contagem de reticulócitos, LDH e coombs, além de alguns de alto custo que poderiam ser úteis nesse caso e já discutido acima. Porém, aqueles que investigavam infecções, deficiência nutricional, as sorologias que poderiam gerar um caso assim, esses foram solicitados, bem como a TC de abdômen, fundamental nesse caso – dado que deveria ser investigado esplenomegalia e hepatomegalia. Poderiam, todavia, terem solicitado o mielograma, biópsia de medula e TC de cervical. Ademais, ficou faltando o encaminhamento ou o parecer do hematologista, indispensável nesse caso. E, ao meu ver, careceu de ao menos ponderar uma

transfusão, dado aquela hemoglobina menor de 5 que a paciente apresentava. Esse foi um caso em que, pela minha percepção, falhamos para com a paciente.

4.5 CASO CLÍNICO 5 – UPA SAMEK

ID: M.I.M, masculino, 42 anos, casado, residente em Foz do Iguaçu-PR.

QP: “muita tontura e vômito”

HDA: paciente admitido no serviço pelo SAMU, devido a tontura e vômitos pós prandiais. Refere que iniciou hoje quadro de tontura intensa, associado a vômitos pós prandiais, dificuldade de deambular e sudorese intensa. Nega vômito em jatos, hematêmese e febre aferida. Refere ser o segundo episódio do quadro. Nega hemiparesia e hemiplegia. Nega sintomas auditivos

HPP: nega

MUC: nega

Alergias: nega

HV: Tabagista

Exame Físico:

REG, LOTE, hipocorado ++/+4, acianótico, anictérico, eupneico em AA, vômitos incoercíveis e sudorese

SSVV: PA 100/60; FC 68 bpm; FR 19 irpm; HGT:135

Neuro: Glasgow 15. Pupilas isofotorreagentes; nistagmo oscilatório; dislalia; discreta perda de força em MSE; alterações de equilíbrio

ACV: BRNF, 2T, sem sopros. TEC < 3s

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: RH+. Flácido e depressível. Indolor à palpação superficial e profunda. Sem peritonismo

Avaliação: paciente encaminhado pelo SAMU com queixa de tontura e vômitos. Apresentando dislalia, palidez cutânea e sudorese intensa.

Diagnósticos Sindrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Síndrome vertiginosa Síndrome osteomuscular Hiperêmese	AVC cerebelar Síndrome de Menière	Neurite vestibular Vertigem Posicional Paroxística Benigna Herpes zoster oticus Concussão Labiríntica Síndrome de Deiscência de

		Cala Semicircular Superior (SDCSS)
--	--	------------------------------------

Tabela 24: Diagnósticos Caso Clínico 5

Conduta Médica: Foi solicitado exames laboratoriais, ECG e TC de crânio; orientações ao paciente quanto as condutas; ele foi mantido em observação e solicitou-se a presença de um familiar

Discussão:

Esse caso consta em meu relatório pois o diagnóstico de AVC é algo bem recorrente no nosso dia a dia, todavia, aquele em que ocorre em fossa posterior não é o mais corriqueiro, sendo que sua apresentação clínica foge daquela sintomática clássica de AVC.

Ademais, tive contanto com a patologia em duas situações diferentes, em dois campos de prática distintos na mesma semana. Contanto que a primeira vez que chegou um paciente com esse provável diagnóstico, a minha desenvoltura foi bem aquém de quando ocorreu esse caso, dado que já estava mais familiarizada com a temática.

A anamnese eu creio que acabou englobando todos os pontos mais importantes, pois desde o início tentei estabelecer se o quadro era realmente uma vertigem ou não, ademais, questionei sobre a cronologia dos acontecimentos, bem como fatores associados e de melhora ou piora; não obstante questionei também sobre sintomas auditivos, a fim de começar a guiar mais meu pensamento. Ressalto aqui que quando questionei sobre os sinais auditivos eu ainda não tinha o conhecimento de que essa informação pudesse me guiar na distinção entre etiologia central ou periférica, todavia, o fiz.

Frente ao exame físico realizei os testes dos quais lembrava, sendo que faltou ser realizado o desalinhamento vertical dos olhos, enquanto que o reflexo ocular apresentava-se alterado, bem como presença de nistagmo oscilatório. Essa tríade compõe o exame HINTS, e a presença de qualquer um dos três sinais clínicos já sugere vertigem central; caso, portanto, do paciente em questão.

Quanto aos exames solicitados, dentro do contexto de atendimento da UPA, eles foram de encontro ao que a literatura preza: hemograma, eletrólitos, função

renal, perfil de coagulação, ECG e TC de crânio, não havendo, dessa forma, nenhum outro exame a mais ao qual recorreria nesse caso. Fazendo um adendo que a TC seria um exame o qual poderíamos repetir após 48 horas, dado que nem sempre um AVC isquêmico se faz presente no primeiro momento no exame.

Quanto ao tratamento, esse depende dos resultados dos exames, portanto até lá se faz tratamento com sintomáticos, que foi a conduta da médica plantonista, a qual prescreveu dimenidrinato + piridoxina e cinarizina. Caso confirmado um AVC e não sendo hemorrágico, estando o paciente dentro da janela terapêutica e sem contraindicações, o trombolítico seria recomendado. Até lá, poder-se-ia ter solicitado uma avaliação do otorrino para excluir alguns possíveis diagnósticos – desde que essa conduta não comprometesse o fluxo de tratamento caso um AVCi – e de um neurologista caso exames sugestivos de AVC. Ademais, a solicitação de vaga para o HMPGL era mandatória nesse paciente.

Síndrome Vertiginosa Aguda

É muito comum, na prática médica, o paciente queixar-se de tontura, sendo um desafio médico saber diferenciar as causas potencialmente graves daquelas benignas (VELASCO *et al*, 2020). Portanto, é preciso esmiuçar a queixa do paciente, a fim de saber diferenciar entre: vertigem – tontura rotatória, na qual o paciente tem a sensação de que ele e/ou ambiente estão girando, podendo ser acompanhada de instabilidade, náuseas e vômitos – desequilíbrio; pré-síncope e tontura inespecífica (VELASCO *et al*, 2020).

É necessário, na anamnese, avaliar o curso de tempo, dado que aquela tontura constante que dura meses é geralmente psicogênica e não vestibular, por exemplo. Ademais, deve-se investigar se houve fatores provocadores, fatores agravantes, sinais e sintomas associados, presença ou ausência de nistagmo – esse, quando presente sugere que a tontura é de fato uma vertigem – presença de instabilidade postural, perda auditiva e sinais de tronco encefálico – a presença de sinais neurológicos adicionais falam mais a favor de uma lesão vestibular central (BRANCH *et al*, 2021).

A síndrome vestibular aguda pode ser de origem tanto periférica (ex. neurite vestibular) quanto central – ex: AVC de fossa posterior (Tabela 25), sendo que a

história clínica, o ritmo dos sintomas e os resultados de certos exames, auxiliam o médico a distinguir entre essas etiologias (FURMAN *et al*, 2021).

	Peripheral	Central
Nystagmus		
Features (direction and type)	Unidirectional, fast component toward the normal ear; never reverses direction Horizontal with a torsional component; never purely torsional or vertical	Sometimes reverses direction when patient looks in the direction of slow component Can be any direction; note that purely vertical or purely torsional nystagmus is a central sign
Effect of visual fixation	Suppressed	Not suppressed
Postural instability	Unidirectional instability, walking preserved	Severe instability, patient often falls when walking
Deafness or tinnitus	May be present	Usually absent
Other neurologic signs and symptoms	Absent	Often present (eg, diplopia, ataxia, dysarthria, dysphagia, focal or lateralized weakness)

Tabela 25: Características clínica de vertigem periférica versus central (FURMAN *et al*, 2021)

No caso em questão, o paciente apresentava uma síndrome vertiginosa aguda, com náuseas e vômitos associados, além de alterações neurológicas, levando nosso raciocínio a uma causa central e não de origem periférica. Sendo o AVC de fossa posterior (cerebelar), o diagnóstico que mais condizia com a clínica do paciente.

Quando se pensa em AVC o exame de escolha que automaticamente vem à mente é a tomografia de crânio, todavia ela tem baixa sensibilidade para isquemia na fossa posterior, sendo mais sensível quando se tem um AVC hemorrágico; não obstante até a ressonância nuclear magnética é falso-negativa em pouco mais de 10% dos casos de AVC isquêmico nas primeiras 48 horas de sintomas (VESLASCO *et al*, 2020). Dessa forma, os autores defendem que a atenta avaliação clínica é mais sensível na detecção das causas centrais de vertigem que os exames complementares disponíveis.

Vale ressaltar que isso não exclui a necessidade de realizar uma TC, pelo contrário, na suspeita de AVC ela é mandatória para ser realizada. Ademais, como exames complementares deve-se solicitar o ECG, a fim de se identificar arritmias causadoras de AVC, hemograma; tempo de protrombina com medida do RNI; tempo parcial de tromboplastina ativada; potássio; sódio; ureia e creatinina – exames os quais vão avaliar o grau de coagulabilidade e situações que possam mimetizar ou agravar um AVC em curso (Portaria GM/MS nº 664, 2021).

Dito isso, é notório a importância de um exame físico bem feito, principalmente o neurológico, sendo necessário avaliar déficits focais, avaliar motricidade ocular extrínseca, realizar o teste de reflexo vestibulo-ocular, detectar a direção do nistagmo – quando se tem um nistagmo de origem periférica não há alteração da direção conforme o olhar, já no central ele modifica-se, indo na direção para a qual o paciente olha – e analisar o desalinhamento vertical dos olhos (VELASCO *et al*, 2020). Desses exames, apenas o desalinhamento vertical dos olhos não foi realizado, confesso, inclusive, que aprendi sobre ele estudando esse caso, até então ele era desconhecido para mim.

A abordagem da vertigem na emergência (Figura 6) pretende guiar o raciocínio para a etiologia da vertigem, dado que o prognóstico e tratamento dependem disso.

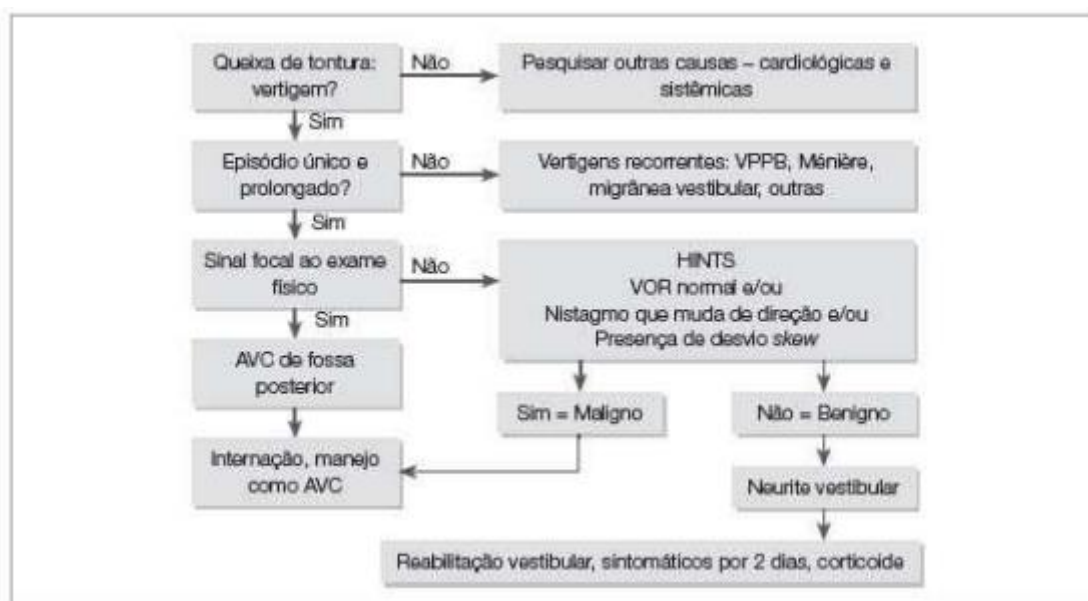


Figura 6: Abordagem da vertigem na emergência (VELASCO *et al*, 2020).

Quando o diagnóstico é de AVC de fossa posterior, a conduta é internação e manejo como AVC (Figura 7)

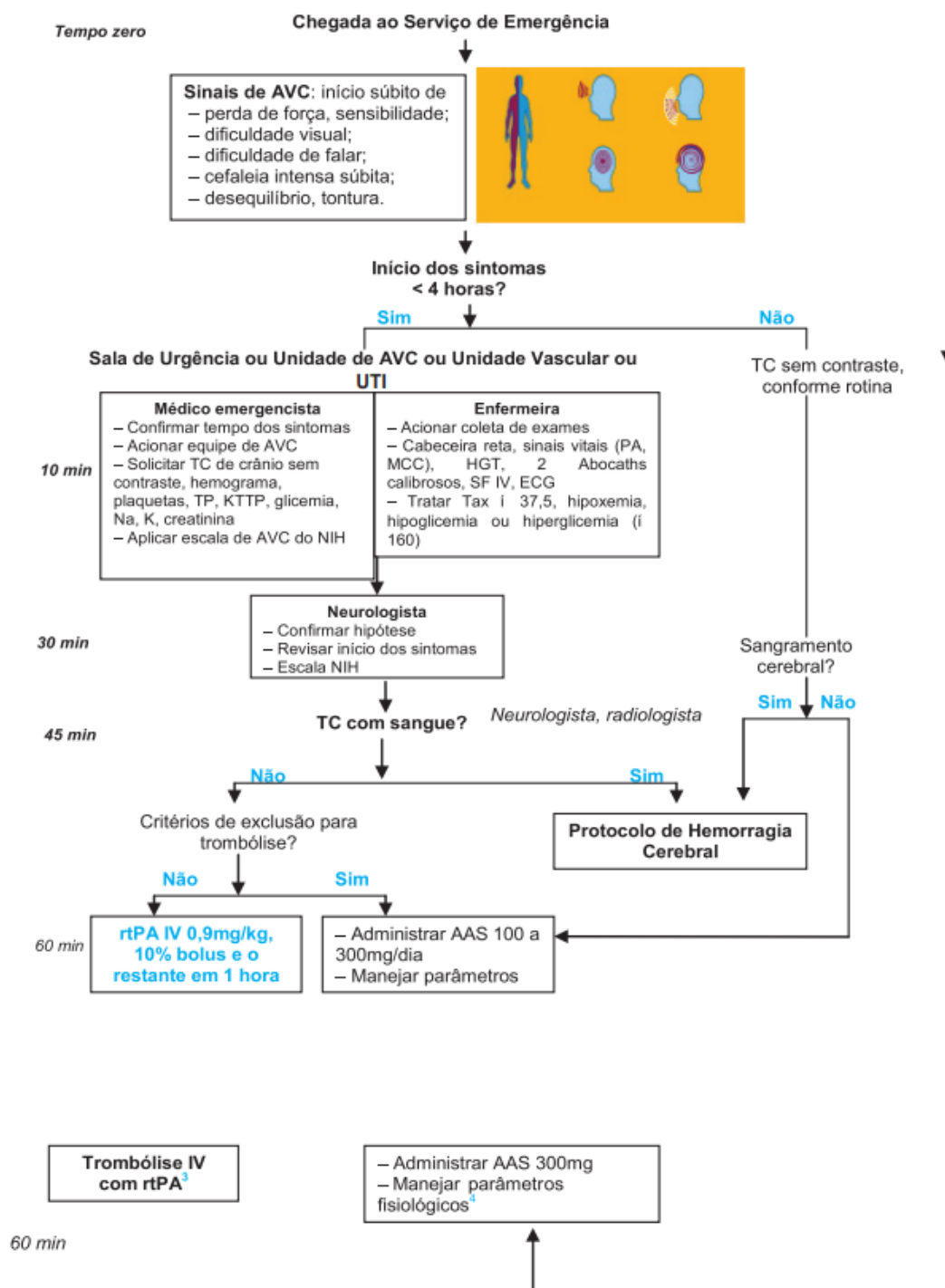


Figura 7: Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo (Ministério da Saúde, 2013).

4.6 CASO CLÍNICO 6 – UPA WALTER

ID: M.A.L, feminina, 16 anos, solteira, residente em Foz do Iguaçu – PR

QP: “tomei muito dramín”

HDA: paciente comparece ao serviço acompanhada da mãe após tentativa de autoextermínio, não planejada, ao fazer uso de uma cartela de dramín (10 unidades), há aproximadamente 1 hora. Paciente refere que não se automutila, que não tem planos suicidas, e que agiu hoje (2/12) de forma isolada, impulsiva e sem planejamento, nunca tendo atitudes autodestrutivas previamente. Refere que as brigas extraconjugais dos pais foram o estopim para a atitude impulsiva, a qual ela refere estar arrependida. Nega outros gatilhos, nega problemas escolares, em outros relacionamentos, nega ideação suicida futura. A acompanhante (mãe) – em conversa privativa – refere que além disso, há problemas com desempenho escolar e com relacionamento romântico afetivo da filha. Paciente sem acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

HPP: nega

MUC: nega

Alergias: nega

Exame Físico

BEG, LOTE, acianótica, anictérica, corada, hidratada, eupneica em AA, hemodinamicamente estável

SSVV: PA 110/60 / FC 58 bpm / FR 17 irpm / T 36,5°C

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes. Alerta, sem períodos de confusão ou sonolência

ACV: BCRNF, 2T, sem sopros ou extrassístoles. TEC < 3s

AP: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório

ABD: plano. RH +. Flácido, depressível. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Sem peritonismo

Membros: ausência de edemas. Panturrilhas livres

Avaliação: paciente adolescente, admitida no serviço após tentativa de autoextermínio por uso de medicamentos. Sem sinais de alarme ao exame.

Diagnósticos Síndrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Síndrome depressiva Comportamento suicida	Intoxicação exógena medicamentosa	Transtorno psiquiátrico

Tabela 26: Diagnósticos caso clínico 6

Conduta Médica: Foi entrado em contato com CEATOX para orientações de conduta, como não houve a ultrapassagem da dosagem máxima do medicamento, não foi necessário fazer lavagem, nem uso de carvão ativado. Foi solicitado exames laboratoriais e deixado a paciente em observação neurológica, enquanto aguardava vaga para HMPGL (psiquiatria).

Discussão:

Decidi elucidar o caso em questão visto que é grande o fluxo de atendimentos por essa queixa, não me recordo de um plantão na UPA que não chegasse um paciente por esse motivo.

A paciente em questão me sensibilizou pela idade principalmente, ademais, foi comigo que ela se abriu e conseguiu me contar motivações, angústias. Todavia, para isso não foi uma tarefa tão fácil. A princípio perguntei se ela ficaria mais confortável se a conversa fosse apenas comigo, já que a mãe estava ao lado; ela disse que sim e pedi autorização da mãe para tal, a qual cedeu sem nenhum problema – medida não realizada pelo médico de plantão. A partir daí sempre tentei deixar claro para ela que não faria julgamentos, que estava ali para ouvir e que a nossa conversa era só nossa, além de me sentar ao lado dela pra tentar colocar em prática o que aprendemos tanto sobre procurar estabelecer uma relação de equidade com o paciente, sem barreiras. Faço aqui um adendo, da falta de um espaço físico apropriado para conversar com esses pacientes, sendo um problema estrutural físico dos serviços, não ofertar esse espaço de escuta e de privacidade.

Com essa conduta, ela aos poucos foi confiando mais em mim e me contando o que precisávamos da história, questionei sobre automutilação, sobre planos de suicídio, quais motivações, se havia acompanhamento psicológico, enfim, tentei adentrar por todas as questões, disponibilizando meu tempo para isso e tentando entender que ela também tinha o tempo dela.

Após coleta de história clínica, exame físico, telefonei para o CEATOX a fim de ver quais condutas deveríamos ter com a paciente, nesse caso – como ela não havia atingido dose tóxica – a orientação foi monitorização apenas. Todavia, como o médico me deu certa autonomia, decidi pedir alguns exames laboratoriais com o aval dele, achei mais prudente, caso a paciente tivesse alguma descompensação. Ademais, orientei quanto a importância da saúde mental e de se procurar profissionais capacitados, isso tanto com a paciente quanto com a genitora. Além disso, em conversa particular com a mãe, precisei apontar algumas atitudes que ela deveria ter para não despertar tais gatilhos na filha.

Feito as primeiras medidas, solicitamos vaga no HMPGL para psiquiatria. Dessa forma, a paciente foi internada no serviço para aguardar transferência. Quanto a conduta médica achei coerente, o único ponto que considerei falho foi a anamnese, pois era um caso de tentativa de suicídio que merecia uma atenção maior, compreendo que o fluxo da UPA é dinâmico e que nem sempre o médico dispõe de muito tempo, todavia, era um caso que merecia um olhar especial, a qual não foi feita, talvez pela negligência ou pelo estereótipo que o paciente com tentativa de suicídio carrega consigo.

Intoxicação Exógena Medicamentosa

As intoxicações exógenas podem se apresentar ao departamento de urgência nos mais variados graus – estima-se que, ao ano, 2 milhões de pacientes sejam expostos a alguma substância - além de poderem ocorrer pelas mais diversas vias, sendo que a gravidade do caso varia conforme o tipo de contato, duração, dose/quantidade e letalidade da substância, sendo fundamental extrair essas informações na anamnese, seja pelo paciente, testemunhas ou paramédicos (VELASCO *et al*, 2020).

Segundo os autores, os pacientes admitidos por esse motivo devem ser levados à sala de emergência para estabilização – seguindo o ABCDE – avaliação (Tabela 27) e formulação da hipótese diagnóstica da síndrome tóxica correspondente e tratamento adequado.

Sistema	Avaliação
Estado geral	Temperatura: hipertermia ou hipotermia Odores característicos: exp.: intoxicação alcoólica, intoxicação por organofosforados (cheiro de alho) Estigmas clínicos de trauma
Sistema nervoso central	Rebaixamento do nível de consciência Avaliação pupilar: midríase? Miose? Fasciculações, movimentos anormais Convulsões, síncope
Cardiovascular	Avaliação da pressão arterial Avaliação da frequência cardíaca Ausculta: sopro novo ou presumivelmente novo?
Respiratório	Avaliação das narinas: exp.: lesão por inalação, cocaína Saturação de O ₂ : necessidade de oxigênio suplementar Frequência respiratória Ausculta pulmonar: presença de roncosp, crepitações
Gastrointestinal	Avaliação da cavidade oral: presença ainda de substância exógena? Lesão na cavidade oral (por ingestão de substâncias fortemente ácidas ou básicas) Avaliação da salivação: cavidade oral seca ou sialorreia Aumento ou redução dos ruídos hidroaéreos Avaliação de bexigoma
Pele	Presença ou não de sudorese: pele úmida e quente vs. pele seca e quente Presença de equimoses, escoriações, pontos de punção venosa prévia: atentar para sinais de trauma Avaliação de cianose

Tabela 27: Avaliação clínica conforme sistemas (VELASCO *et al*, 2020).

Há uma imensidão de formas e substâncias que geram intoxicação, por isso é mais viável classificar os pacientes em grupos de síndromes tóxicas, no caso da paciente acima tem-se uma síndrome anticolinérgica.

Conforme De la Calle *et al* (2018), os anticolinérgicos são antagonistas competitivos dos receptores de acetilcolina, portanto atuam inibindo as ações da acetilcolina devido a ativação desses receptores, podendo gerar efeitos desde nível periférico à nível central (Tabela 28), sendo que os efeitos adversos estão relacionados a ampla distribuição de subtipos de receptores muscarínicos no SNC e no resto do corpo. Como manifestação clínica, Velasco *et al* (2020), apontam que há tipicamente: agitação, hipertemia, alterações visuais, hiperemia e secura de mucosas.

Sistema nervioso central	Delirium, psicosis, convulsiones, alucinaciones, desorientación, intranquilidad, alteraciones en la memoria, somnolencia, fatiga y coma
Oftálmicas	Midriasis, visión borrosa, fotofobia, aumento de la presión intraocular
Óticas	Sordera o tinnitus
Cardiovasculares	Taquicardia, hipertensión, angor, fibrilación o flutter auricular, bloqueos AV, taquicardia supraventricular, prolongación del QT
Respiratorias	Taquipnea, hipoventilación y xerosis nasal
Gastrointestinales	Íleo, xerostomía y disfagia
Genitourinarias	Retención urinaria, incontinencia e impotencia, neuromusculares
Dermatológicas	Eccema, piel seca, hiperemia, anhidrosis
Neuromusculares	Temblores, clonus o rabdomiólisis

Tabela 28: Manifestações clínicas da síndrome anticolinérgico (CARRILO-ESPER e RAMÍREZ-ROSILO, 2012).

O tratamento, segundo VELASCO *et al* (2020), engloba medidas de suporte – realização do ABCDE – investigação, com solicitação de exames diagnósticos guiados pelos achados clínicos, pode-se solicitar hemograma, bioquímica sérica, função renal, função hepática, EAS, teste de gravidez – se apropriado, exame toxicológico na urina, gasometria arterial – quando acidose suspeitada, concentração sérica de álcool – se indicado, lactato sérico e glicemia capilar. Além do ECG se taquicardia, bradicardia ou se a ingesta for de agente cardiotoxico. E medidas de descontaminação, essa podendo ser por várias vias, além de poder-se realizar a lavagem gástrica em alguns casos e desde que chegada ao serviço em até 2 horas da contaminação, carvão ativado (Figura 8) e lavagem intestinal. Sendo o uso de antídotos reservados para situações selecionadas.

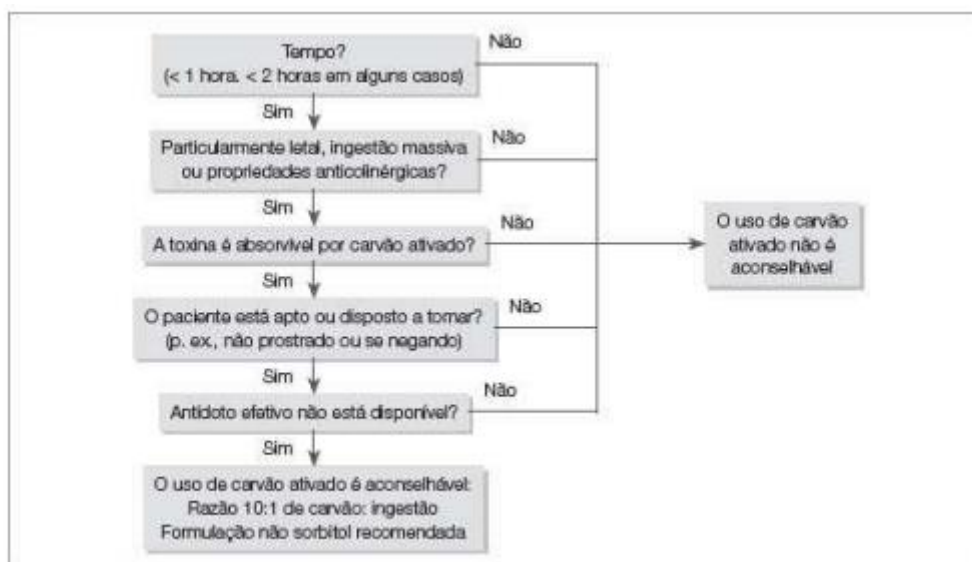


Figura 8: Indicações para administração inicial de carvão ativado 1 hora após a ingestão (VELASCO *et al*, 2020).

4.7 CASO CLÍNICO 7 – UPA WALTER

ID: E.A.T.G, masculino, 21 anos, residente em Foz do Iguaçu-PR

QP: muita dor na barriga

HDA: Paciente procura atendimento por dor de alta intensidade em quadrante superior direito, associado a náuseas e êmese, iniciado nessa tarde. Nega febre. Refere uso de anabolizantes há 2 semanas (testosterona 2 ml, 2x/semana), uso único de nandrolona 1 ml e uso de dianabol (metandienona) 10 mg de 8h/8h há 1 semana.

HPP: Nega

MUC: Nega

Alergias: nega

Exame Físico

REG, LOTE, acianótico, anictérico, sudoreico, eupneico em AA, hemodinamicamente estável

SSVV: PA 120/80 / FC 110 / FR 20 irpm / T 36,8°C / SpO2 98% AA

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes

ACV: BCRNF, 2T, SS. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada

ABD: plano, depressível. RH +. doloroso à palpação superficial em fossa ilíaca esquerda e em fossa ilíaca direita, doloroso à palpação profunda em quadrante superior direito. Blumberg +

MEMBROS: Pulsos cheios e simétricos. Panturrilhas livres

AVALIAÇÃO: Paciente em REG, sudoreico, com dificuldade de se comunicar devido à algia de alta intensidade abdominal. Apresentando discreta leucocitose, marcadores hepáticos dentro da normalidade.

Diagnósticos Sindrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Dor abdominal aguda	Abdômen agudo (apendicite? Perfurativo?)	Pancreatite aguda Gastroenterite aguda

Tabela 29: Diagnósticos caso clínico 7.

Conduta Médica: Foram solicitados exames laboratoriais, ECG, marcadores cardíacos, radiografia e tc de abdômen agudo. Foram prescritos sintomáticos e profilaxias e mantido paciente em observação para reavaliação após.

Discussão:

Esse foi um caso em que decidi colocar porque fiquei realmente orgulhosa de mim durante a abordagem do caso. O caso veio até mim através do enfermeiro, que veio me apresentar o caso com um preconceito já embutido na fala pelo fato do paciente fazer uso de anabolizante e já querendo me induzir que seria um problema hepático. Prontamente assumi o caso e fui fazer a admissão do paciente.

Durante a anamnese comecei a indagar sobre a dor – fazendo bem igual aprendemos no Porto o decálogo da dor – até criar a confiança dele pra perguntar sobre o uso de esteroides anabolizantes, o qual ainda é um assunto tabu, todavia, o paciente prontamente me respondeu. Porém, conforme ele ia me contando o que usava, como usava e há quanto tempo, eu comecei a desconfiar que o quadro dele não fosse decorrente do uso: primeiro pela dose dele não estar absurdamente alta, segundo porque ele estava fazendo uso há um tempo muito recente, o qual não condizia com o quadro que ele apresentava.

Ao exame físico ele tinha bastante dor à palpação abdominal, sendo que o exame chegou a ser comprometido devido à dor que esse paciente sentia, comecei a achar muito inespecífica a dor, porque daria para se pensar em uma apendicite, dado o Blumberg + (não é patognomônico), porém ele tinha outras dores durante o exame que não se explicavam apenas por uma apendicite, por isso pensei em um abdômen agudo perfurativo também, sendo essas as minhas hipóteses diagnósticas quando passei o caso para o médico plantonista.

Confesso que fiquei um pouco insegura do médico achar que eu estava exagerando e que aquela dor não era um abdômen agudo, porém me mantive firme em explicar o porquê dessas minhas hipóteses. O médico deixou que eu assumisse as condutas, então solicitei os exames laboratoriais, marcadores cardíacos e ECG para excluir uma SCA (pensando em diagnóstico diferencial), além dos exames de imagem: radiografia de tórax e TC de abdome agudo. Ademais, devido ao quadro de

algia intensa que ele estava associado à êmese, prescrevi sintomáticos e o mantive em observação para reavaliar após.

O meu contato com ele foi esse, dado que quando sai do plantão ele ainda não havia saído para fazer a TC, todavia, por ser um caso em que fiquei interessada, fui acompanhando de longe, e de fato, eu havia acertado o diagnóstico: abdome agudo perfurativo. Confesso que fiquei contente por ter sido tão certa no diagnóstico e com um sentimento de “sou capaz”, foram um daqueles dias em que a gente sente que está no caminho certo. Além de que fica o aprendizado que não podemos estereotipar o paciente, muito menos tentar enquadrar o quadro dele em uma patologia ou apresentação que nós queremos que seja.

Abdômen Agudo

A dor abdominal é uma causa extremamente comum que levam os pacientes a procurarem o departamento de emergência, sendo um desafio médico, visto que há várias condições que geram tal queixa, desde causas benignas até potencialmente fatais, ademais os sintomas associados geralmente não possuem especificidade e as apresentações atípicas de doenças comuns são corriqueiras (KENDAL e MOREIRA, 2021).

Na abordagem geral em uma sala de emergência o objetivo além de estabilizar é diagnosticar ou descartar causas que podem ser abdome agudo, casos em que o quadro de dor necessita de definição diagnóstica e condutas imediatas (VELASCO *et al*, 2020).

No abdômen agudo o quadro clínico é caracterizado por dor, de início súbito ou de evolução progressiva, que necessita de definição diagnóstica e de conduta terapêutica imediata, sendo que o atraso da terapêutica afeta o prognóstico (FERES e PARRA, 2008). Pode-se dividir o abdome agudo em causas inflamatórias, perfurativas, obstrutivas, vasculares e hemorrágicas.

No caso em questão, o abdome agudo perfurativo foi o diagnóstico final, apresentando-se com um quadro algico intenso, de início súbito, localização difusa, que pode ou não estar associado a sinais de septicemia e/ou choque; havendo uma vasta etiologia (FRAZÃO *et al*, 2019).

Na conduta de abdome agudo deve-se fazer uma boa anamnese, questionando sobre dor, sua localização, duração, início, características, tipo e

evolução, além dos sintomas associados (FERES e PARRA, 2008). Enquanto que no exame físico deve-se observar o aspecto geral desses pacientes, atentando-se desde a inspeção – na procura de cicatrizes, hérnias, distensão – até palpação, não se esquecendo da ausculta e percussão, além disso, os autores ainda discorrem sobre a necessidade de se realizar o toque retal nos pacientes com dor abdominal aguda à procura de sangramento, massas ou dor e de se realizar o exame pélvico bimanual em mulheres em idade fértil à procura de massas ou sensibilidade uterina ou anexial.

Quanto aos exames complementares (Tabela 30), Velasco *et al* (2020) elucidam que eles apresentam limitações significativas na utilidade, dado que não conseguem descartar diagnósticos potencialmente graves se o paciente tem alta probabilidade diagnóstica antes da realização do exame. Os autores falam que pode solicitar para esses casos hemograma, eletrólitos, função renal, lactato, EAS, amilase, lipase, LDH, ECG, enzimas cardíacas (casos selecionados) e beta-HCG em mulheres em idade fértil para descartar gestação ectópica. Como exames de imagem, pode-se requisitar radiografia simples de abdome, ultrassonografia simples de abdome e tomografia computadorizada de abdome – sendo esse um exame com alta sensibilidade e especificidade, apresentando, entretanto, algumas limitações no diagnóstico diferencial (VELASCO *et al*, 2020). No caso do perfurativo, o diagnóstico se baseia em imagens que demonstram gás fora do trato gastrointestinal no abdômen ou mediastino, ou complicações associadas à perfuração (ODOM, 2021).

Exame laboratorial	Suspeita diagnóstica
Lipase e amilase	Pancreatite (lipase preferível à amilase)
BHCG	Gestação, prenhez ectópica, mola hidatiforme
Hemoglobina (Hb)	Hb alterada na hemorragia digestiva e sangramento intracavitário (normal na fase inicial)
Leucograma	Pode estar elevado em patologias inflamatórias e infecciosas. Valor normal não exclui essas condições!
Plaquetas	Podem estar diminuídas no sangramento agudo
Excesso de base (gasometria)	Pode estar diminuído em fase precoce de sangramento agudo relacionado a má perfusão
Coagulograma	Coagulopatia, hepatopatia, hemorragia digestiva
Marcadores de função e lesão hepática	Hepatites, colecistite, colangite
Glicemia	Cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, pancreatite
Lactato	Isquemia mesentérica
Urina 1	ITU, nefrolitíase
ECG	SCA

Tabela 30: Exames laboratoriais em pacientes com dor abdominal aguda (VELASCO *et al*, 2020).

O tratamento depende da etiologia da dor abdominal (Figura 9), no caso de um abdome agudo perfurativo, o manejo inicial inclui terapia com fluidos intravenoso, interrupção da ingesta oral e antibióticos de amplo espectro, sendo necessário monitoramento multiparâmetros em UTI, alguns pacientes não necessitam de cirurgia imediata, porém são raros os casos (ODOM, 2021). Segundo o autor, muitos pacientes requerem a intervenção cirúrgica para limitar a contaminação em curso e controlar o local perfurado, sendo orientado fazê-la sempre que a perfuração for confirmada.

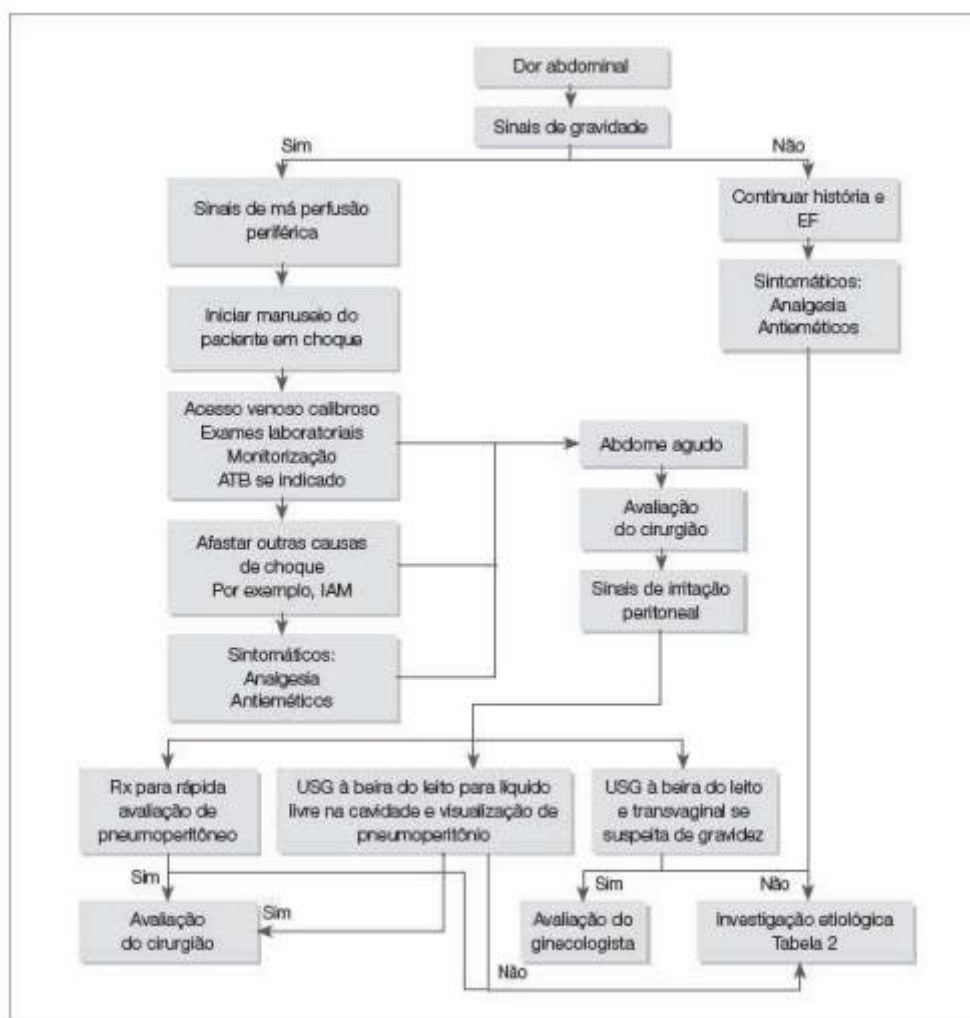


Figura 9: Manejo da dor abdominal (VELASCO *et al*, 2020).

4.8 CASO CLÍNICO 8 – UPA SAMEK

ID: C.M.B, masculino, 66 anos, casado, residente em Foz do Iguaçu-PR.

QP: “picada de escorpião”

HDA: paciente relata que há 1 hora da admissão sofreu picadura de escorpião em supercílio esquerdo (paciente trouxe o animal – coloração amarelada), apresenta hiperemia, edema leve e algia local, referindo ardência. Nega diminuição da acuidade visual. Nega febre, sudorese, taquipneia, taquicardia, náuseas, êmese, parestesia. Nega qualquer outra queixa.

HPP: nega

MUC: nega

Alergias: nega

Exame Físico

BEG, LOTE, anictérico, acianótico, hidratado, eupneico em AA, hemodinamicamente estável. Apresenta hiperemia e edema local em supercílio esquerdo, sem sinais de necrose.

SSVV: PA 115/75; FC 88 bpm; FR 18 irpm; SpO2 97% AA; T 36,8°C

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes

ACV: BCRNF, 2T, sem sopros ou extra-sístoles. TEC <3s

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório

ABD: flácido, depressível. RH +. Indolor à palpação superficial e profunda. Não palpo ou massas ou visceromegalias. Sem peritonismo.

Avaliação: paciente admitido por picada de escorpião, apresentando-se hemodinamicamente estável, sem alterações cardíacas e neurológicas ao exame físico.

Diagnósticos Sindrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Síndrome algica	Picadura de escorpião	Escorpionismo moderado Picadura de aranha (se não identificado animal)

Tabela 31: Diagnósticos caso clínico 8

Conduta Médica: Foi mantido o paciente na observação, ligado para CEATOX, solicitado assepsia do local, prescrito sintomáticos e profiláticos, solicitado exames laboratoriais e encaminhado peçonhento para epidemiologia. Paciente para ser reavaliado após

Discussão:

Esse caso consta no relatório mais pela prevalência de sua ocorrência do que por ser um grande desafio médico, apesar de ser uma conduta “simples”, lidamos bastante com casos desse tipo, então é preciso que saibamos como agir.

No caso em questão o paciente já veio com o animal para que pudéssemos descartar alguns outros diagnósticos diferenciais, sendo o da picadura de aranha do gênero *Phoneutria* o mais comum deles.

Como todos os casos assim, primeiro fui avaliar se o paciente estava estável, colhi a história, realizei o exame físico, colhi o animal – para encaminhar para epidemiologia para notificação - e já entrei em contato com CEATOX para ver quais medidas deveríamos tomar no caso em questão.

Nesse paciente fizemos a assepsia do local da ferida, a fim de evitar possível foco infeccioso, fornecemos sintomático, encaminhamos para epidemiologia tanto para vacinação antitetânica quanto para notificação de acidente com animal peçonhento, solicitamos exames laboratoriais, mantivemos em observação para seguimento do caso e possíveis descompensações e depois o paciente – como não teve intercorrências – foi liberado com alta médica com sintomáticos e orientações.

A conduta vai de acordo com o fluxo do município, toda a conduta em si foi coerente com o que é preconizado, ademais, paciente tinha um caso leve apenas com dor e sinais locais, sem necessidade aplicação de soro antiescorpiônico.

Percebe-se, em casos assim, que não é necessário saber todos os antídotos, condutas específicas para cada caso, o que é necessário nesses casos é saber estabilizar o paciente, e saber onde e como pedir a ajuda, além de saber o fluxo do município.

ACIDENTES RELACIONADOS A ANIMAIS PEÇONHENTOS

No Brasil, durante o ano de 2018, foram notificados 173630 casos de acidentes por animais peçonhentos, sendo o escorpiônico responsável pela maioria deles – 52,6%, sendo de maior importância médica as espécies *Tityus serrulatus* e *T. bahiensis* (VELASCO *et al*, 2020).

A toxina atua em sítios específicos dos canais de sódio, gerando despolarização das terminações nervosas pós-ganglionares dos sistemas simpático, parassimpático e da medula da suprarrenal, desencadeando liberação de adrenalina, noradrenalina e acetilcolina, sendo que o quadro clínico vai depender da predominância dos efeitos ora colinérgicos ora adrenérgicos (CUPO *et al*, 2003).

Os sintomas podem surgir em intervalo de minutos até duas horas, podendo apresentar em sintomas digestivos – náuseas, sialorreia – cardiovasculares – arritmias cardíacas, hipertensão ou hipotensão – respiratórias – arritmias respiratórias, edema agudo – neurológicas – agitação, sonolência, confusão mental (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001). Inclusive, para efeitos de classificação quanto à gravidade, divide-se as manifestações em locais e sistêmicas, o que vai definir o escorpionismo como leve, moderado ou grave (CUPO *et al*, 2003).

A principal manifestação local consiste em dor a qual se instala quase que imediatamente, podendo ser associada com parestesia, eritema e sudorese ao redor da picada (VELASCO *et al*, 2020). Já nos acidentes moderados, segundo os autores, há uma dor intensa local associada a sudorese, náusea, vômitos, taquicardia, taquipneia e hipertensão; enquanto que nos graves, além desses sintomas, há também as manifestações neurológicas.

Como exames complementares, deve-se solicitar hemograma, glicemia, potássio, sódio, amilase, creatinoquinase e ECG. Nos casos graves, além desses, deve-se requisitar troponina e ecocardiograma (VELASCO *et al*, 2020).

Já o tratamento depende da classificação do acidente, nos casos leves pode-se tratar o paciente com anestesia local e lidocaína, deixando-o em observação por 4-6 horas; enquanto que nos casos moderados têm-se a indicação de 2-3 ampolas de soro antiveneno e no graves indicação de 4-6 ampolas, sendo que em ambos deve-se fazer monitorização por 24-48 horas (VELASCO *et al*, 2020).

4.9 CASO CLÍNICO 9 – HMPGL

ID: J.A.N, masculino, 44 anos, residente em Foz do Iguaçu – PR.

QP: "Vômitos e fezes com sangue"

HDA: paciente, etilista pesado (há 33 anos faz uso de, em média, 1L de destilado/dia), refere que há 5 dias iniciou quadro de hematêmese incoercível, com piora pós prandial, associado à hematoquezia, febre não aferida, astenia, dor abdominal e inapetência. Paciente relata que a hematêmese perdurou por apenas 3 dias, enquanto que a hematoquezia persiste. Refere ser o 1º episódio, nega perda de peso percebido, nega melena.

HPP: HAS não tratada. Nega outras comorbidades

MUC: nega

Alergias: nega

HV: etilista pesado (há 33 anos faz uso de, em média, 1L de destilado/dia); tabagista (16,5 maço-ano). Nega uso de outras drogas

HF: pai etilista. Nega histórico de CA

EXAME FÍSICO

REG, desorientado em tempo e espaço, colaborativo, icterico +3/+4, acianótico, desidratado +/-4, apresenta telangiectasias, eupneico em AA, hemodinamicamente estável

SSVV: PA 99/66; FC 74 bpm; FR 18 irpm; T 36,2°C; HGT 132; SpO2 97%AA

NEURO: Glasgow 14 (AO4 RV4 RM6), pupilas isofotorreagentes. Letárgico.

Flapping

ACV: BCRNF, 2T, não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC <3s

AP: MV+, sem RA. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório

ABD: globoso, distendido, ascite. RH +. Doloroso à palpação superficial em epigástrico e mesogástrico e doloroso à palpação profunda em todo abdômen. Não palpo massas ou visceromegalias. Sem peritonismo. Evacuação essa manhã com melena e sangue.

Membros: Panturrilhas livres. Edema em MMII +/-4

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma	Bioquímica
Hb 9,4 / Ht 27 / RDW 19,20% Policromatofilia +; policitose (codócitos +) Leuc 13000 (bast 5% / neutr 90%)	Bil Total 21,3 (BD 19,3 / BI 2) TGO 219 / TGP 54 Cr 0,5 / Ur 28 / Alb 2,9 KPTT 60,4 / INR 2,29

Tabela 32: Exames complementares (11/11/2021) caso clínico 9.

Avaliação: paciente etilista crônico, hipertenso sem tratamento, confuso, letárgico e icterico, admitido nesse serviço por quadro sugestivo de hepatopatia alcoólica, apresentando uma encefalopatia hepática grau 2. Laboratoriais evidenciando anemia normo normo, leucocitose neutrofilica, hiperbilirrubinemia e alterações hepáticas e hemostáticas.

Diagnósticos Síndrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Síndrome astênica Síndrome emética Síndrome hemorrágica	Hepatopatia alcoólica (cirrose) Encefalopatia hepática HDA (sec varizes esofágicas?)	Hepatites virais Medicamentos (isoniazida, AINES) HDA (sec úlcera péptica?)

Tabela 33: Diagnósticos caso clínico 9

Diagnósticos Secundários

P0. Etilista + HAS não tratada

Conduta Médica: Foi solicitado para esse paciente FA, albumina e exames de rotina. Como exames de imagem solicitaram USG de abdômen e uma EDA. Realizou-se uma paracentese e foi iniciado corticoterapia, vitamina K e plasma. Solicito FA, albumina e exame de rotina

Discussão:

O caso em questão encontra-se descrito nesse relatório dada a alta prevalência de casos similares que me deparei durante uma semana específica do módulo, esse paciente, inclusive, foi um dos quatro casos de hepatite alcoólica que

atendi no mesmo dia – sendo que foi nesse dia que pude realizar minha primeira paracentese, porém em outro caso de hepatite de etiologia não especificada.

O caso me chamou a atenção porque depois que você atende 1 caso desse todos os outros são muito similares: história de abuso de álcool, paciente icterico, com ascite, apresentando tremores, telangectasias, presença de Flapping. Sendo que esse caso ainda apresentava uma particularidade – recorrente em casos assim – que era a hemorragia digestiva alta, essa, em geral, é decorrente de úlceras pépticas, todavia, em um paciente assim essa não deve ser nossa primeira hipótese para etiologia do sangramento e sim uma hemorragia decorrente de varizes esofágicas, dado a história de abuso de álcool.

Nesse paciente, portanto, em um primeiro momento era necessário garantir a estabilização e monitorização contínua, prescrever os sintomáticos e atentar-se para a particularidade do etilismo, ou seja, deveria ser prescrito medicações para ajudar na abstinência, de preferência um benzodiazepínico – Diazepam – tiamina, vitaminas, lactulona – para encefalopatia hepática – e atentar-se tanto a hidratação quanto a dieta desse paciente, nesse caso deveria ser feita uma dieta hiperproteica, todavia não via oral, dado a história de HDA. Além disso, solicitar os exames de rotina, bem como realizar uma paracentese que serviria tanto de alívio como diagnóstica, e uma endoscopia digestiva alta, a qual poderia ser tanto diagnóstica quanto terapêutica. Ademais, nesse caso, a transfusão de plasma era recomendada, dado que o paciente apresentava uma coagulopatia, com INR 2,29. A transfusão sanguínea não era ainda recomendada a esse paciente. Outra conduta que poderia e foi tomada, foi a administração de corticoides para esse paciente, por tratar-se de uma hepatite alcoólica grave, todavia, não há consenso na literatura sobre tal prática.

Quanto aos escores, esse paciente possuía os seguintes: MELD 27, GASA 1,9 – GASA > 1,1 é consistente de hipertensão portal – Maddrey 59 (esse com estimação prejudicada, dado que falta no exame laboratorial um valor de TAP de controle, inclusive menciono aqui uma possível intervenção no laboratório do hospital, fornecer esse valor para que possamos calcular tal escore de modo mais fidedigno) e Child-Pugh C – classificação que infere um fator preditivo razoavelmente confiável de sobrevida de várias doenças hepáticas e que antecipa a probabilidade de complicações importantes da cirrose.

Percebe-se, portanto, que era um paciente grave, etilista, com uma hipertensão arterial sem tratamento adequado, associado a um quadro de hepatite alcoólica grave com encefalopatia grau 2, pelos critérios de West-Haven e ACLF grau 1, com uma hemorragia digestiva alta, provavelmente por varizes esofágicas. Quadro decorrente do uso abusivo de álcool, possivelmente, o qual levou ao quadro de hepatite alcoólica, já com quadro de cirrose, que desencadeia uma hipertensão portal, expressa tanto pela telangectasias da pele, quanto pelo sangramento das varizes esofágicas, traduzindo o quadro da HDA que ele apresentava na admissão.

Quanto a conduta médica, achei coerente e de acordo com a literatura consultada, eu teria seguido pelo menos caminho e feito as mesmas condutas, acrescentaria, entretanto, o antibiótico de amplo espectro (ceftriaxona), se confirmado a HDA por varizes esofágicas.

Hepatopatia Alcoólica e Encefalopatia Hepática

O consumo abusivo de álcool relaciona-se a uma enfermidade de manifestações hepáticas, impactando significativamente a saúde global; sendo que as manifestações incluem doença hepática gordurosa alcoólica, hepatite alcoólica e cirrose (FRIEDMAN, 2020).

A esteatose hepática alcoólica é o primeiro estágio da doença, caracterizada pelo acúmulo de triglicerídeos nos hepatócitos, podendo levar ao desenvolvimento de lesões mais graves (esteato-hepatite alcoólica e cirrose alcoólica), já a hepatite alcoólica é caracterizada pelos hepatócitos lesionados por causa da degeneração em balão, necrose irregular, infiltrado de polimorfonucleares e fibrose nos espaços de Disse, sendo conhecida como um precursor da cirrose – caracterizada por desenvolvimento de fibrose que leva à formação de nódulos de regeneração, quando já há distorção arquitetônica do fígado (ROCHA *et al*, 2018).

As manifestações clínicas da hepatite alcoólica incluem icterícia, anorexia, febre, hepatomegalia, além de poderem apresentar dor em quadrante superior direito, epigastria, distensão abdominal devido à ascite, fraqueza muscular, encefalopatia hepática e sinais de desnutrição; enquanto laboratoriais podem apresentar-se com transaminases elevadas, com proporção AST:ALT ≥ 2 , hiperbilirrubinemia, GGT elevado, leucocitose com predominância de neutrófilos e INR elevado (FRIEDMAN, 2020).

No caso em questão, o paciente possuía uma icterícia considerável, anorexia, hepatomegalia, distensão abdominal por causa de ascite, fraqueza muscular e encefalopatia hepática, enquanto aos exames laboratoriais basicamente gabaritava tudo o que foi mencionado acima, sendo um caso clássico de hepatite alcoólica.

Para avaliar a gravidade da doença há alguns modelos e escores, sendo que os mais utilizados na prática são a função discriminante de Maddrey – calcula gravidade e o risco de mortalidade – e o escore do Modelo para Doença Hepática em Estágio Final (MELD): prediz a sobrevida em pacientes com cirrose, usado também para prever mortalidade em pacientes hospitalizados por hepatite alcoólica (FRIEDMAN, 2020).

No paciente do caso, tínhamos um escore de MELD 27, um GASA 1,9 – GASA > 1,1 é consistente de hipertensão portal – já o Maddrey não foi possível calcular corretamente, dado que não há no exame laboratorial um valor de TAP de controle, todavia, usando um valor padrão encontrado em internet, poderia inferir um Maddrey de 59 para esse paciente e um Child C.

A encefalopatia hepática, por sua vez, consiste em uma disfunção cerebral difusa gerada por uma insuficiência hepática e/ou shunt porto-sistêmico que se expressa por amplo espectro de manifestações neurológicas ou psiquiátricas desde alterações subclínicas até coma, sendo uma complicação frequente na doença hepática crônica, cuja classificação é feita pelos critérios de West Haven (Tabela 34) (SILVA e SCHIAVON, 2017).

Ausente	Nenhuma anormalidade detectada
Mínima	Alterações nos testes psicométricos ou neurofisiológicos
Grau 1	Falta de atenção, euforia, ansiedade, desempenho prejudicado, distúrbios do sono
Grau 2	Flapping; letargia, desorientação leve tempo e espaço, mudança súbita personalidade
Grau 3	Flapping; sonolento, mas responsivo a estímulos, confusão e desorientação importante, comportamento bizarro
Grau 4	coma

Tabela 34: Critérios de West-Haven para graduação da EH (SILVA e SCHIAVON, 2017).

O manejo com pacientes assim consiste em tratar a abstinência alcoólica e fornecer o suporte hemodinâmico e nutricional; sendo os benzodiazepínicos a droga de escolha para esses pacientes, visto que apresentam melhor efeito protetor contra sintomas da abstinência alcoólica; ademais, deve-se atentar a desnutrição calórico-proteico e a deficiência de vitaminas e minerais nesses pacientes, sendo necessário suprir essas carências; além disso intervenções psicossociais auxiliam e muito no tratamento desses pacientes (BARBOSA *et al*, 2019). Vale ressaltar que nos pacientes com hepatite alcoólica grave, os pacientes podem se beneficiar do uso de glicocorticoides (40 mg/dia), geralmente prednisolona, não havendo, todavia, consenso para tal recomendação (FRIEDMAN, 2020). Já o tratamento específico da encefalopatia hepática (Figura 10) consiste em manter uma ingesta proteica de 1,2 g/kg/dia de proteína e 35-40 kcal/kg/dia e a administração de lactulose, sendo que aqueles com encefalopatia persistentes candidatos ao transplante hepático (SILVA e SCHIAVON, 2017).

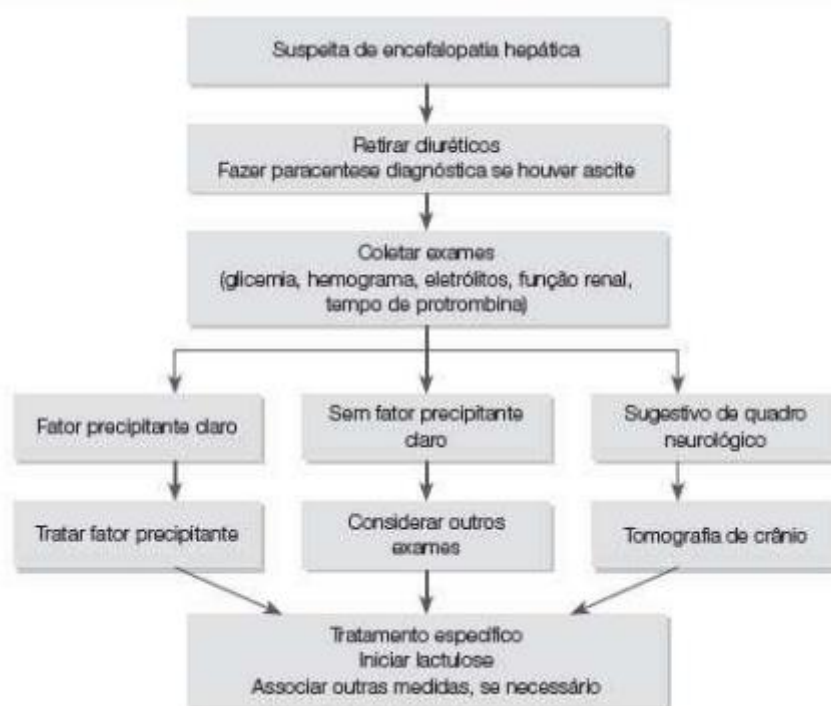


Figura 10: Manejo da encefalopatia hepática (VELASCO *et al*, 2020).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como qualquer sangramento do tubo digestivo que se origina proximal ao ligamento de Treitz, com apresentação

clínica variável (CABEZAS *et al*, 2019), mas que, em geral, apresenta-se com vômitos com laivos de sangue ou “em borra de café”, hematêmese franca ou melena, sendo o sangramento de úlceras pépticas a etiologia mais comum (VELASCO *et al*, 2020).

As principais etiologias estão resumidas na Tabela 35, sendo que, no caso em questão, a principal hipótese seria uma HDA por varizes esofágicas, dado o histórico de etilismo crônico e a hepatopatia alcoólica, o que predispõem as varizes e seu rompimento.

▪ Úlcera péptica
▪ Gastrite ou duodenite erosivas
▪ Esofagite
▪ Varizes esofagogástricas
▪ Gastropatia portal hipertensiva
▪ Angiodisplasias e teleangiectasias
▪ Mallory-Weiss (laceração da mucosa de esôfago pelo esforço ao vomitar)
▪ Úlceras de estresse
▪ Lesão de Dieulafoy
▪ Ectasia vascular gástrica
▪ Fístula aortoentérica
▪ Doença de Chron

Tabela 35: Principais etiologias da hemorragia digestiva alta por ordem decrescente (VELASCO *et al*, 2020).

Os achados clínicos podem ser na forma de hematêmese, melena, hematoquezia, sendo o lavado com sonda nasogástrica uma opção para orientar na busca da origem do sangramento, todavia, o exame de escolha recai sobre a endoscopia digestiva alta (EDA), o qual pode ser tanto diagnóstico quanto terapêutico (VELASCO *et al*, 2020). Fora a EDA, como exames complementares pode-se solicitar tipagem sanguínea, hemoglobina, hematócrito, plaquetas, estudos de coagulação, enzimas hepáticas, albumina, ureia e creatinina (VELASCO *et al*, 2020).

Todavia, antes de recorrer aos exames complementares, é necessário realizar uma boa anamnese e exame físico, questionar infecções, uso de álcool,

AINES, atentar-se para achados como telangectasias, hepatomegalia, esplenomegalia e realizar o toque retal (exame não realizado em nosso paciente), ajudam a guiar o raciocínio clínico (VELASCO *et al*, 2020).

Nessa avaliação inicial, portanto, deve-se objetivar identificar as fontes potenciais do sangramento, determinar se há condições que podem afetar o manejo e determinar a gravidade do sangramento (SALTZMAN, 2021). Ademais, em geral, dada a alta mortalidade associada, a grande parte desses pacientes devem ser hospitalizados para monitorização hemodinâmica e tratamento adequado (CABEZAS *et al*, 2019). Tendo em mente que o principal diagnóstico diferencial recai sobre uma hemorragia digestiva baixa (HDB) (VELASCO *et al*, 2020).

O manejo desses pacientes na emergência está sumarizado na tabela 36. Naqueles hemodinamicamente instáveis, deve-se realizar o acesso intravenoso e a reanimação com fluidos, sendo a transfusão resguardada para aqueles com hemoglobina abaixo de 7g/dL com hemorragia aguda resultando em hipovolemia (SALTZMAN, 2021), ou ainda para pacientes com hemoglobina < 9 g/dL, porém de alto risco, evitando ainda fazer uma transfusão excessiva com possível sangramento por varizes (VELASCO *et al*, 2020). A administração de plasma fresco congelado para coagulopatia (INR > 1,5) é preconizada, bem como a administração de plaquetas para trombocitopenia (plaquetas < 50000) (VELASCO *et al*, 2020). A abordagem medicamentosa e a submissão a uma EDA, são o próximo passo após a estabilização, segundo Saltzman (2021), bem como um suporte geral – oferta de oxigênio suplementar, se necessário, e jejum via oral. Devendo-se considerar administrar eritromicina 250 mg EV 20-120 minutos antes da EDA (VELASCO *et al*, 2020).

A terapia medicamentosa recai sobre os anticoagulantes e agentes antiplaquetários, sendo que a administração deles depende dos medicamentos usados, indicações, gravidade do sangramento e da rapidez com que a reversão da anticoagulação é necessária, sendo que a EDA não deve ser atrasada para administração desses (SALTZMAN, 2021). Ademais, conforme o autor, deve-se administrar um inibidor da bomba de prótons. Outras terapias acabam sendo específicas conforme a etiologia do sangramento, devendo ser individualizadas para cada caso, sendo que na suspeita de varizes esofágicas – caso em questão – a administração de um antibiótico IV é recomendado, bem como a terlipressina 2mg EV 4/4 horas (VELASCO *et al*, 2020).

Principais causas *
Úlcera péptica, varizes esofagogástricas, malformação arteriovenosa, tumor, laceração esofágica (Mallory-Weiss)
Características clínicas
História
Uso de: AINES, aspirina, anticoagulantes, agentes antiplaquetários
Abuso de álcool, sangramento gastrointestinal anterior, doença hepática, coagulopatia
Sintomas e sinais: dor abdominal, hematêmese ou êmese "molda de café", evacuação de fezes melena / alcatrão (as fezes podem estar francamente com sangue ou marrom com hemorragia digestiva alta intensa ou intensa)
Exame
Taquicardia; as alterações da pressão arterial ortostática sugerem perda de sangue moderada a grave; hipotensão sugere perda de sangue com risco de vida (hipotensão pode ser descoberta tardiamente em adultos mais jovens saudáveis)
O exame retal é realizado para avaliar a cor das fezes (melena versus hematoquezia versus marrom)
Sensibilidade abdominal significativa acompanhada por sinais de irritação peritoneal (por exemplo, proteção involuntária) sugere perfuração
Teste de diagnóstico
Obtenha o tipo e a prova cruzada para instabilidade hemodinâmica, sangramento grave ou paciente de alto risco; obter tipo e triagem para paciente hemodinamicamente estável sem sinais de sangramento grave
Obtenha a concentração de hemoglobina (observe que a medição pode ser imprecisa com hemorragia aguda grave), contagem de plaquetas, estudos de coagulação (tempo de protrombina com INR), enzimas hepáticas (AST, ALT), albumina, BUN e creatinina
A lavagem nasogástrica pode ser útil se a origem do sangramento não for clara (trato gastrointestinal superior ou inferior) ou para limpar o estômago antes da endoscopia
Tratamento
Monitore de perto as vias aéreas, estado clínico, sinais vitais, ritmo cardíaco, débito urinário, débito nasogástrico (se o tubo nasogástrico estiver instalado)
Você não dá nada paciente por via oral
Estabeleça duas linhas IV de furo grande (calibre 16 ou maior)
Forneça oxigênio suplementar (meta de saturação de oxigênio $\geq 94\%$ para pacientes sem DPOC)
Trate a hipotensão inicialmente com infusões rápidas em bolus de cristalóide isotônico (por exemplo, 500 a 1000 mL por bolus; use bolus menores e volumes totais mais baixos para pacientes com função cardíaca comprometida)
Transfusão:
Para sangramento contínuo e grave, transfunda imediatamente produtos sanguíneos em uma razão 1: 1: 1 de hemácias, plasma e plaquetas, como para pacientes com trauma
Para instabilidade hemodinâmica, apesar da ressuscitação com cristalóides, transfundir 1 a 2 unidades de hemácias
Para hemoglobina < 8 g / dL (80 g / L) em pacientes de alto risco (por exemplo, idoso, doença arterial coronariana), transfunda 1 unidade de hemácias e reavalie a condição clínica do paciente
Para hemoglobina < 7 g / dL (70 g / L) em pacientes de baixo risco, transfundir 1 unidade de hemácias e reavaliar a condição clínica do paciente
Evite transfusão excessiva com possível sangramento por varizes
Administre plasma para coagulopatia ou após transfundir quatro unidades de hemácias; administre plaquetas para trombocitopenia (plaquetas < 50.000) ou disfunção plaquetária (por exemplo, terapia crônica com aspirina) ou após a transfusão de quatro unidades de hemácias
Obtenha consulta imediata com gastroenterologista; obter consulta de radiologia cirúrgica e intervencionista para qualquer sangramento em grande escala ¹
Farmacoterapia para todos os pacientes com sangramento grave suspeito ou conhecido:

Tabela 36: Gerenciamento de emergência de sangramento gastrointestinal superior em adultos

4.10 CASO CLÍNICO 10 – HMPGL

ID: T.V.M, masculino, 2 anos, residente em Foz do Iguaçu - PR

QP: "meu filho começou a se esticar todo"

HDA: Informante (mãe - Valentina) refere que o paciente apresentou febre não aferida durante toda a manhã, medicando-o com paracetamol 11 gotas. À noite, sem resolução do quadro, medicou novamente, não obtendo sucesso e paciente evoluindo com uma crise convulsiva (eversão ocular, apresentou movimento tônico de membros e babou) por aproximadamente 3 minutos. Ao chegarem a esse serviço (após aproximadamente 5 minutos do início do quadro), por busca espontânea, o paciente apresentava-se hipoativo, febril e sonolento. Informante relata ser o primeiro episódio do quadro e nega infecções prévias.

HPP: Nega. Nega alergias medicamentosas.

MUC: Nega.

HObst: Nascimento: 39 semanas, parto normal, sem intercorrência, alta junto com a mãe. Vacinação em dia (sic).

EXAME FÍSICO

SSVV: T 38,8°C; HGT 156;

BEG, sonolento, choroso, anictérico, acianótico, corado, hidratado, eupneico em AA, hemodinamicamente estável.

NEURO: Pupilas isofotorreagentes, com abertura espontânea.

ACV: BRNF 2T, sem sopros ou extrasístoles. TEC < 3s

AP: Tórax simétrico. MV +, sem RA. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório

ABD: flácido, depressível. RH+. Não palpo massas ou visceromegalias. Sem evacuação no momento. Diurese presente

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma + EAS	Bioquímica
Sem alterações	Ur 31 / Cr 0,2 / PCR 3,2 Na 138 / K 3,5

Tabela 37: Exames complementares caso clínico 10 (18/10/2021).

AVALIAÇÃO: paciente lactente admitido nesse serviço após crise convulsiva febril a esclarecer. Hemodinamicamente estável. Aguardando exames para reavaliação

Diagnósticos Síndrômicos	Diagnósticos Etiológicos	Diagnósticos Diferenciais
Crise convulsiva Síndrome febril	Crise convulsiva febril	Infecção do SNC Meningite Encefalite Viremia Bacteremia

Tabela 38: Diagnósticos caso clínico 10

Conduta Médica: foram solicitados exames laboratoriais, avaliação da pediatria, na qual compareceu o pediatra que auxiliou no manejo, orientando frente a prescrição (sintomáticos e profiláticos). Ademais, deixou-se a criança em observação, com vigilância neurológica, para reavaliar após exames.

Discussão:

Resolvi colocar o caso acima devido a ser uma apresentação comum nessa faixa etária, e ser um desafio para nós, que, geralmente, não atendemos essas demandas. Ademais, convulsão foi uma apresentação comum nos campos de prática.

O paciente do caso era um lactente, que apresentava classicamente uma crise convulsiva febril. Durante a anamnese tentei extrair ao máximo da informante, questionei sobre sintomas gripais, queixas gastrointestinais, sintomas associados, infecções prévias, tudo a fim de encontrar uma etiologia para o quadro febril dele. Todavia, ela me negou tudo. Posteriormente, vi que em alguma abordagem médica ela admitiu sintomas gripais (rinorreia e coriza). Inclusive, faço aqui uma crítica a mim mesma, que deveria ter voltado em um outro momento para coletar a história com aquela mãe, que estava visivelmente nervosa e abalada e pode ter se esquecido de fato desses sintomas e não agido de má fé. Ademais, questionei todos os fatores de risco que me recordava, questionei sobre histórico vacinal, sobre a história obstétrica dela, enfim, tudo. E aparentemente, o paciente não tinha um fator de risco sequer.

Além da preocupação dos pais com a situação atual do quadro do filho deles, outro ponto que os afligia era saber se o filho teria epilepsia. Procurei, portanto, tranquilizá-los e explicar que a chance de uma recorrência havia, porém que não significava um diagnóstico de epilepsia, e que aquele episódio em si não poderia prever nada.

Na sala de emergência clínica, onde o paciente foi estabilizado, as primeiras condutas foram de suporte e monitorização, além de aferição de temperatura e sinais vitais. Como o paciente já estava em pós-ictal e não apresentava a convulsão naquele momento, a conduta foi aquela preconizada: antitérmicos. Não se iniciou benzodiazepínicos e nem quaisquer outras drogas. Solicitaram exames laboratoriais, a fim de procurar algum foco infeccioso ou distúrbios hidroeletrólíticos – os quais poderiam justificar uma crise convulsiva também. E solicitou-se o parecer da pediatria, conduta que também teria se fosse a médica responsável. Mantendo o paciente monitorado até resultados de exame e estabilização.

Como paciente evolui bem, não teve recorrência, apresentava exames satisfatórios, ele teve alta com orientações nos dias subsequentes. Sem maiores implicações neurológicas e com um bom prognóstico.

Crise Convulsiva Febril

A crise febril, geralmente, ocorre em associação com infecções virais das vias aéreas superiores, pulmonares, intestinais e do trato urinário, assim como associada à febre decorrente de vacinação; ocorrendo, em geral, nas primeiras 24 horas do episódio febril, podendo ser classificadas em simples – apresentação generalizada, com duração menor a 15 minutos e não recorrente em 24 horas, com exame neurológico pós-ictal normal – e complexas: duração superior a 15 minutos e/ou com recorrência nas 24 horas, podendo iniciar-se como focal e/ou apresentar exame neurológico pós-ictal alterado. Sendo que o risco dessa criança desenvolver epilepsia é de 2-7% maior que na população em geral (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017).

Como fatores de risco, tem-se a história de crise febril em parentes de 1º e 2º graus, internação hospitalar no período neonatal, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, atendimento frequente em hospital-dia (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017).

Tendo isso em mente, ao fazer a anamnese do caso em questão, tentei questionar sobre possíveis infecções, a fim de estabelecer a etiologia da febre, todavia, a mãe negava qualquer sintoma, desde gripais até gastrointestinais. Posteriormente vi que ela alegou rinorreia para uma das médicas, ou seja, eu deveria ter abordado essa mãe novamente, após estabilização do quadro e ela estar mais calma, pois provavelmente ela negou a informação previamente por estar nervosa. Ademais, questionei sobre todos os fatores de risco mencionados acima, pois me recordava das aulas de pediatria, no entanto, sem qualquer um deles presente no caso.

O diagnóstico é predominantemente clínico, sendo necessário distinguir o caso de etiologias mais graves, porém, em geral, a anamnese e exame físico conseguem fazer esse trabalho, todavia, em alguns casos faz-se necessário uma neuroimagem e punção lombar (MILLICHAP, 2021). De acordo com o Tratado de Pediatria (2017) os casos em que análise de líquido cefalorraquidiano estaria indicado seriam: menores de 6 meses de idade; sintomatologia de infecção do SNC; recuperação letá ou alteração neurológica pós-ictal e uso de antibióticos, tendo em vista que os sintomas de meningite poderiam estar sendo mascarados. No caso em questão, a criança não preenchia nenhum desses critérios, não necessitando, portanto, de exames adicionais.

Em geral, a maioria das convulsões febris termina espontaneamente, como foi durante o decorrer desse caso clínico, com a criança retomando rapidamente a uma linha basal normal, nesses casos, portanto, o tratamento com benzodiazepínicos não é preconizado e a febre deve ser tratada com antipiréticos (MILLICHAP, 2021). Ressaltasse que no momento da admissão da criança do pronto socorro deve-se aferir a temperatura dela, sendo indicado controle da febre por meios físicos e com antipiréticos (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017).

Todavia, caso a convulsão febril perdure por mais de 5 minutos, deve ser tratada, sendo o uso de benzodiazepínicos IV (Diazepam, lorazepam) eficazes no tratamento; se, entretanto, a convulsão persistir, deve-se administrar outra dose adicional do fármaco, atentando-se sempre ao padrão respiratório e circulatório (MILLICHAP, 2021). Ademais, caso ocorra recorrência da convulsão febril, o uso de benzodiazepínicos também é recomendado durante o episódio febril (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017).

O tratamento, em suma, de acordo com o Tratado de Pediatria (2017), resume-se em três pilares: tratamento da fase aguda – já mencionado acima; profilaxia da recorrência de crises – geralmente recomendada em casos particulares, naqueles com crise complexa, prolongada ou focal; e orientação familiar, dado que crianças que apresentam uma convulsão febril tem aproximadamente 30-35% de chance de ter outra convulsão (WILFONG, 2021).

5 VIVÊNCIA COVID

A pandemia pelo SARS-CoV 2 veio para abalar o mundo e mudar nossas percepções. Como profissional de saúde, basicamente não tive vivências diretas no começo da pandemia, dado que optei por ficar com minha família, a qual são do Norte do Paraná. Cheguei a me candidatar pelo Brasil Conta Comigo, para atuar no meu município, todavia não fui convocada.

Porém, não ter atuado na linha de frente não me isentou de viver essa loucura que foi a pandemia. Infelizmente, tive óbito na família de pessoas queridas pelo vírus, dentro do núcleo familiar tive que lidar com os negacionistas também.

Nesse tempo, a minha atuação foi tentar repassar o máximo de informação confiável que eu tinha acesso, e tentar mudar, de algum modo, a percepção de certas pessoas dessa forma.

Na segunda metade do ano de 2020 pude ter mais contato com o vírus ao voltarmos às práticas no Hospital Municipal, lembro de viver na incerteza e no medo de contrair o vírus, dado que, naquele momento, não era raro fazermos toda admissão de um paciente que estava no PS com os demais, para quando vinha o teste da covid aparecer “detectado”.

Ademias, durante o módulo de cuidados paliativos pude vivenciar o drama dos familiares daqueles que precisavam ser paliativados após a doença. Era nítido como era diferente a abordagem de um paciente para cuidados paliativos quando esse já se encontrava debilitado, para quando era um paciente hígido que decaía após a doença.

Confesso que gostaria de ter sido mais atuante durante a pandemia, mas ao mesmo tempo queria ficar próximo dos meus num momento tão obscuro como era no início.

6 VIVÊNCIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O módulo de UE me permitiu viver mais intensamente o que é o SUS na cidade de Foz do Iguaçu, desde as partes boas até as ruins. Como ponto positivo eu elenco o acesso a saúde de forma ampla e universal, todavia, já faço aqui uma ressalva que muito me entristeceu durante o módulo: o preconceito.

Apesar de o SUS ter como pilares a universalidade e equidade de atendimento, infelizmente, ele não ocorre em sua maioria. Não é raro vermos descaso com alguns estereótipos de pacientes: alcoolizado/etilista, psiquiátrico e detento. E o que mais me entristeceu foi a minha posição de convivência, pois por mais que eu não concordasse com o que era dito, eu não tinha coragem de rebater ou falar nada, então foram situações que me deixavam duplamente mal, por um lado pela conduta da equipe e por aquilo que era proferido sobre eles e por outro por não ser alguém atuante para combater o fato.

Ademais, principalmente sobre os psiquiátricos é nítido que os médicos, em sua maioria, não sabem lidar com eles, então vão pelo caminho mais fácil: negligenciar, sedar e amarrar ao leito. Triste e desumano. Além de fazerem de tudo para evitar o contato com esse perfil de paciente. Dentro desse grupo, ainda tem um subgrupo que são dos pacientes depressivos e/ou com tentativa de autoextermínio, os quais, não raramente, vi levarem “sermões” sobre aceitar Deus na vida deles, como se o problema deles não fosse uma patologia já esclarecida, mas sim falta de Deus. Me entristeceu e revoltou presenciar essas cenas, em que se tentava impor a fé do médico para o paciente e colocar toda a problemática da situação no âmbito espiritual.

Dentre condutas que considerei erradas, outro caso que me marcou negativamente foi uma omissão de agressão conjugal. Me senti impotente em não poder fazer nada além do que já havia tentado, que foi conversar com os dois médicos plantonistas sobre a possibilidade de prestar queixas na polícia. Mas, infelizmente, mesmo cientes das agressões (relatada por um familiar que trabalhava no local), eles preferiram ser omissos e sequer relatar em prontuário e buscar amparo legal para a mulher vítima de violência doméstica.

Além desses casos pontuados, percebi muita diferença no meu aprendizado de acordo com o médico e equipe plantonista. Há profissionais ótimos em todos os lugares, dispostos a cooperar e estabelecer uma relação de mão dupla de ensino-aprendizagem. Todavia, há profissionais que sequer escondem a insatisfação de nos terem nos campos de prática, pessoas que não se dispõem a responder um “bom dia”, a responder uma pergunta que seja, e que ainda falam em alto e bom som (in)diretas para nós. São com esses profissionais que o plantão de 12 horas parece durar 48 horas e em que saímos esgotados física e emocionalmente.

Quanto aos profissionais, tive a oportunidade de passar por vários perfis. O que foi bom, pois enquanto tem alguns em que quero me espelhar, que possuem relação humanizada, que são humildes em admitir – até para o paciente – quando

não sabem algo, que conseguem pedir ajuda, e que estão constantemente estudando, há outros em que sei as características que não quero perpetuar.

Ponto nesse prontuário também duas situações de PCR em que presenciei no mesmo local (UPA Samek) e a completa desorganização em que ocorrem. Em uma delas cheguei no meio da RCP e fiquei até o êxito do processo, porém qual não foi minha surpresa ao perceber que não havia ninguém cronometrando, contando os ciclos. Ao final, os profissionais que ali estavam (que não eram poucos), não sabia sequer quanto tempo tinham passado ali e por quantos ciclos a criança havia passado. No segundo evento, eu estava na sala quando o paciente parou e presenciei o caos do começo ao fim, e aqui ressalto a importância do médico saber conduzir, falar em alça fechada, delegar as funções e se manter calmo. Foi literalmente uma loucura, com cada um falando uma coisa, o médico sem voz ativa alguma – ele ficou sem reação – e uma desorganização sem fim. Felizmente o paciente teve um desfecho favorável.

Foram meses intensos, de grande aprendizagem, de criar novos laços, solidificar conhecimentos – mas confesso que também foi um período em que cada vez que estudava, parecia que eu sabia menos. Como se tudo aquilo que eu deveria conhecer fosse um oceano e eu só soubesse uma gota. De um lado isso é bom, pois motiva o estudo contínuo, por outro lado é um sentimento gerador de inseguranças também. Pude nesse período perceber também as minhas próprias vulnerabilidades, aquilo que me tira do eixo e me entristece. Percebi o quanto o sentimento de impotência me deixa mal (seja por uma paciente em que eu acho que poderia ter sido feito mais, porém que não o foi por burocracias, seja por um tratamento inadequado que presencio, seja por omissão, enfim) e o quanto preciso trabalhar nisso, pois sou ciente que há coisas que fogem ao nosso controle e que cabe a nós sabermos lidar com isso.

7 SOBRE A MORTE

Escrevo esse tópico após minha última semana de práticas, confesso que já não esperava mais grandes emoções após 3 meses intensos de internato, mas estava completamente enganada. Confesso que fiquei refletindo se expunha aqui essa minha vivência, pois me questionava no quê isso iria agregar ao relatório aqui exposto, mas percebi uma necessidade pessoal de externalizar o que foi essa última semana.

Meus dois últimos plantões foram marcados por óbito, e cada um mexeu comigo de uma forma diferente. O primeiro ocorreu na UPA Walter, era um paciente etilista, que batia ponto toda semana nas UPAs, e que sempre evadia e dava trabalho pra toda equipe, não era um paciente fácil, eu confesso, e muito menos uso esse espaço para santifica-lo após a morte, longe disso, todavia, por trás de todo o exposto aqui, havia um ser humano, uma pessoa em situação de vulnerabilidade, um morador de rua, cujo o qual a família não se importava – inclusive após comunicação do óbito – e que foi se consumindo diariamente pelos malefícios do álcool.

O paciente estava desde às 7 da manhã consumindo álcool em frente a unidade, todos já o haviam visto, com o acesso venoso do dia anterior pendurado na lixeira ao lado, enquanto bebia como se não houvesse amanhã, todavia, já era um retrato corriqueiro, portanto nenhuma intervenção ocorreu no primeiro momento. Entretanto, por volta das 8:15 vieram até a sala de emergência comunicar que ele “não parecia bem”, a princípio acharam que era o mesmo caso se repetindo, de novo, mesmo assim a equipe foi ver como ele estava, e qual não foi a surpresa de quando chegaram até ele, ele já estar em parada?

Pois então ele foi rapidamente transportado até a sala vermelha, onde iniciaram-se todas as medidas possíveis para tentar salvar a vida dele. Faço aqui um elogio à médica plantonista, a qual manteve a calma durante todo o processo, delegou funções clara e objetivamente, refletindo na calma de toda a equipe que se encontrava numa situação crítica – conduta completamente diferente da que eu havia presenciado até então.

Prontamente me voluntariei pra realizar as compressões e aqueles 2 minutos pareciam uma eternidade, eu me perguntava internamente se estava fazendo correto, ao mesmo tempo em que olhava pro monitor a fim de ver se as minhas compressões eram efetivas, convicta ainda de que salvaríamos a vida dele.

Todavia, o paciente ficou em todo momento em assistolia, mesmo com as manobras, drogas, ele não respondia do jeito que queríamos. Nesse tempo o paciente foi intubado também, inclusive, uma intubação difícil, dado que ele estava muito secretivo, com sangue em vias aéreas – provavelmente uma HDA decorrente do etilismo. Foram ao todo quase 10 minutos em que todos estavam voltados para ajuda-lo, porém chegou um momento em que a médica pediu para que todos parassem, como um ato de misericórdia, pois estávamos ali nos desprendendo, nos esforçando para trazê-lo de volta, mas a troco do que? Que vida esse paciente tinha? Qual seria o prognóstico dele se tivesse o retorno?

Nesse momento todos pararam, e não houve sequer uma pessoa que questionasse, pois todos ali tinham o mesmo pensamento. Inclusive, após a cessação de todo o ato, uma das enfermeiras pediu para todos se reunirem para poder falar que não era sobre desistir de um paciente, e sim de ter a humildade de deixa-lo descansar, e aceitar também os desígnios da vida. Achei tudo aquilo de uma sensibilidade ímpar, mas nada me impediu de sentir tristeza também.

Fiquei abalada, isso é fato. Independente de ser um paciente difícil, sem bom prognóstico, sentia uma sensação de tristeza pela forma como ele havia partido, pelo fato de ter 49 anos, pelo fato também de não ter podido viver de forma digna enquanto esteve presente nesse plano, por não ter ninguém que fosse sentir falta da presença dele, fiquei triste por todas as oportunidades que ele deve ter tido e que deixou passar. Mas confesso que fiquei num dilema, pois de um lado estava triste pelo sentimento de impotência, de não termos conseguido salvar a vida dele, mas por outro lado eu pensava que aquilo realmente havia sido o melhor, pois que vida ele tinha?

Me recordei inclusive da Ana Claudia Quintana Arantes – inclusive médica e autora maravilhosa – que em um de seus livros fala que “As pessoas morrem como viveram. Se nunca viveram com sentido, dificilmente terão a chance de viver a morte com sentido”.

O segundo episódio de óbito foi no Hospital Municipal, de uma paciente que já chegou em parada após acidente, recebendo as primeiras medidas da equipe do SAMU, porém não estava na sala no momento em que ela adentrou, quando cheguei na sala vermelha, a paciente já se encontrava lá em assistolia recebendo as manobras de RCP. Ou seja, colhi a história por cima “trauma auto-moto”, mas o que mais me chamou a atenção foi escutar “provavelmente gestante, vamos ter que fazer a cesárea aqui”. Não sei nem explicar o que senti aqui, só de lembrar me arrepio toda.

Nesse momento a equipe estava concentrada em manter as compressões, realizar a ultrassonografia a beira leito, pois de fato a paciente tinha um útero gravídico, todavia não palpado pelo médico, a fim de ver se a cesárea seria ou não necessária.

Nesse meio tempo, havia outro paciente em rebaixamento do nível de consciência precisando urgentemente de um acesso central e uma sala de emergência congestionada. Enquanto auxiliava o médico no central, eu só pensava na mulher ao lado, e pensava até então na criança – a qual não sabia se nasceria viva, se teria chances de vida, e se tivesse, como seria a vida dela sem uma mãe? Agora escrevendo o relatório, me dou conta do quanto me deixo levar pela emoção também.

Acesso feito. Todas as atenções voltadas para o leito ao lado. Ultrassonografia: é líquido na cavidade, não há gestação. Nesse momento, solicitam que se encerre as manobras de RCP, dado ser um quadro irreversível. As medidas param, as fichas para notificação de óbito chegam, o saco chega logo em seguida, e fica ali um vazio de mais uma vida que se esvai. E me pego pensando o quão fugaz nossa vida é.

Segundo dia seguido com óbito, mas um caso completamente diferente, uma mulher jovem, saudável – aparentemente, que teve sua vida interrompida abruptamente por um acidente. Era uma família que teria toda a dor de um luto, família essa que já estava concentrada na porta do hospital angustiada aguardando notícias. Era a mãe de alguém, filha de alguém, esposa de alguém, era uma pessoa que tinha seus laços, cuja falta seria sentida por muitos e por muito tempo.

Fiquei abalada novamente, mas de uma forma totalmente diferente da do dia anterior. Pois eram situações diferentes, pacientes distintos. Sendo que a dessa mulher me fez pensar na minha própria vida – principalmente após as adversidades de saúde que passei recente, que resumidamente foram de “você tem epilepsia e um adenoma hipofisário” para “você tem predisposição a ter convulsões, mas não tem epilepsia e você não tem um adenoma hipofisário”.

Tudo isso nos faz refletir sobre como levamos nossa própria vida, se estamos vivendo de um modo que quando chegar o dia final estaremos felizes com o que desfrutamos, se estamos cultivando laços significativos, se conseguiremos ir sem “pendências”. Enfim, foi um dia em que fiquei reflexiva e que mexeu comigo de “n” formas, e que a frase da Ana Claudia Quintana Arantes nunca fez tanto sentido: “A morte é um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida”.

8 PROCEDIMENTOS

8.1 Suturas

De longe, esse foi o procedimento que mais realizei ao longo do módulo, confesso que comecei com pouca destreza, até em relação sobre como fazer analgesia, mas com ajuda da equipe e de colegas, fui treinando, estudando e aprendendo melhor como prosseguir.

Algumas me marcaram: como a primeira sutura com catgut, na qual não me lembrava sequer que era apenas um nó, ao contrário do nylon em que damos duas voltas para a confecção dele. As suturas em criança, em geral, ainda são um desafio, devido à grande agitação delas e a necessidade de realizar rapidamente o procedimento. E uma outra que me marcou foi uma que não consegui realizar, era entre o 3º e 4º pododáctilo esquerdo, associado a uma má formação do paciente, o qual possuía dedos em garra e sobreposição desses, dificultando mais ainda o procedimento. Foi nesse caso, inclusive, que compreendi que nem sempre dá para ficar “perfeito”, em certos casos, o perfeito é aquilo que dá para ser feito.

Ao final, já percebo uma evolução, de saber escolher com mais sabedoria o fio, como aplicar a analgesia, qual ponto optar e o porquê. Desse procedimento, o ponto negativo que destaco é para o fato de a antibioticoterapia ser ofertada para qualquer tipo de sutura, sendo limpa ou não, mais superficial ou profunda. Conduta, é claro, que varia de acordo com o profissional, mas que quando aplicada me causava grande desconforto, por não achar que todas as suturas necessitassem de antibiótico.



Fotografia 1: Realização de sutura em região frontal à esquerda após queda da própria altura de paciente idoso.

8.2 Drenagem de abscesso e cisto sebáceo

A primeira drenagem que fiz foi na UPA Samek, em um paciente presidiário que apresentava um abscesso em área axilar direita, de aproximadamente 5 cm de diâmetro, doloroso e com flutuação.

Confesso que não estava muito confiante, dado o fato que nunca havia realizado o procedimento, ciente disso, comuniquei a equipe e pedi auxílio durante o procedimento. Eis aqui um aprendizado: saber reconhecer quando você se encontra diante de algo que não domina e ser humilde de pedir ajuda àqueles que detém mais conhecimento e/ou experiência.

Com o auxílio de toda equipe, mantive calma e tranquilidade para realizar o procedimento, que apesar de simples, era um desafio naquele momento para mim. Infelizmente não me recordei de registrar o momento em fotos, mas ele está nas minhas memórias.

Ademais, um outro fator que me marcou nesse caso, foi pensar que aquele abscesso só ficou daquele jeito devido as más condições de higiene que aquele preso era submetido e a uma negligência da própria penitenciária de providenciar atendimento antes.

Quanto à drenagem do cisto sebáceo, realizei apenas uma vez, em região dorsal e apresentando área de flutuação também. Confesso que nesse procedimento fiquei um pouco frustrada, pois sabia que era necessário retirar a cápsula, todavia, o médico plantonista não tinha interesse em realizar o procedimento, quem dirá me ensinar. Então, mesmo sabendo que não resolveria permanentemente o problema do paciente, fiz o que estava ao meu alcance, sem causar dano a ele, e orientei quanto a procura de um dermatologista (o qual ele já fazia acompanhamento) para retirada da cápsula.

8.3 Paracentese

A paracentese era um procedimento que eu almeja fazer e achava que não teria a oportunidade nesse momento. Porém, durante um plantão diurno no HMPGL deu entrada uma jovem, feminina, com quadro sugestivo de síndrome hepatorenal, sepse de foco urinário (SOFA 5) e aparente encefalopatia hepática, apresentando ascite evidente.

Como havia acompanhado a paciente desde a admissão, o médico me questionou se eu não gostaria de realizar o procedimento, o que era evidente que sim, inclusive tendo estendido o horário do meu plantão para poder realizá-lo. Fizemos a USG à beira leito, onde evidenciamos grande quantidade de líquido na cavidade

Era a minha primeira vez realizando o procedimento, fiz tudo aquilo que o médico me orientou, porém já havia inserido toda a agulha e nada de líquido. Nesse caso, o que me deixou mais reconfortada, foi que o médico fez o mesmo que eu, com a diferença que ele introduziu ainda mais da agulha (ato que eu estava receosa de fazer, principalmente por ser a primeira vez), e obteve sucesso. Fiquei contente pela experiência e pelo feedback médico de que havia feito tudo corretamente, desde angulação da agulha, a inserção, que somente precisava ter introduzido mais.

8.4 Punção Lombar

Esse foi um procedimento que por duas vezes tentei realizar na UPA Samek, na primeira vez era um caso de suspeita de neurosífilis, por isso a coleta de líquido

fazia-se necessária, todavia era um paciente idoso, muito desidratado, e infelizmente, mesmo com o médico ao meu lado, não conseguia extrair o líquido. Confesso que fiquei bem frustrada, pois havia estudado o procedimento e estava com expectativa de conseguir naquela tentativa.

Quando o médico assumiu o procedimento, fiquei me sentindo decepcionada comigo mesmo. Sentimento que só foi se esvaindo um pouco, quando até o próprio médico encontrou dificuldade para coleta do material biológico, inclusive quase tendo desistido do procedimento.

Na segunda tentativa, o médico confiou a mim o procedimento, procurei aplicar tudo aquilo que já havia tentado antes. Localizei o ponto, palpei, marquei, fiz toda a assepsia, coloquei os campos, fiz a anestesia e fui introduzir a agulha, qual não foi minha frustração quando a resistência que eu havia encontrado era óssea (ao menos dessa vez já sabia que aquela resistência era óssea e não do ligamento amarelo). Consegui realizar o procedimento, todavia, com a ajuda médica, sem ela não teria obtido sucesso novamente.

Agora estou ansiosa para uma terceira tentativa, na qual quero ter sucesso realizando sozinha todo o procedimento.



Fotografia 2: Procedimento de punção lombar

8.5 Acesso Central

Esse foi um procedimento que já havia conseguido realizar no pré-internato, em um paciente com RNC – fato que com certeza me deixou mais calma para realizar o procedimento, por saber que o paciente não estava sentindo dor – em jugular direita. No dia, o médico me sugeriu fazer em subclávia, todavia estava muito receosa em fazer pneumotórax e para sentir mais segurança optei pela jugular. Felizmente, tive sucesso no procedimento, mas ainda me lembro de orar antes de realiza-lo para manter a calma e conseguir lembrar o passo a passo. Nesse dia, o preceptor foi fundamental também, manteve-se calmo e com paciência para me auxiliar em todo o procedimento, inclusive sou grata a ele.

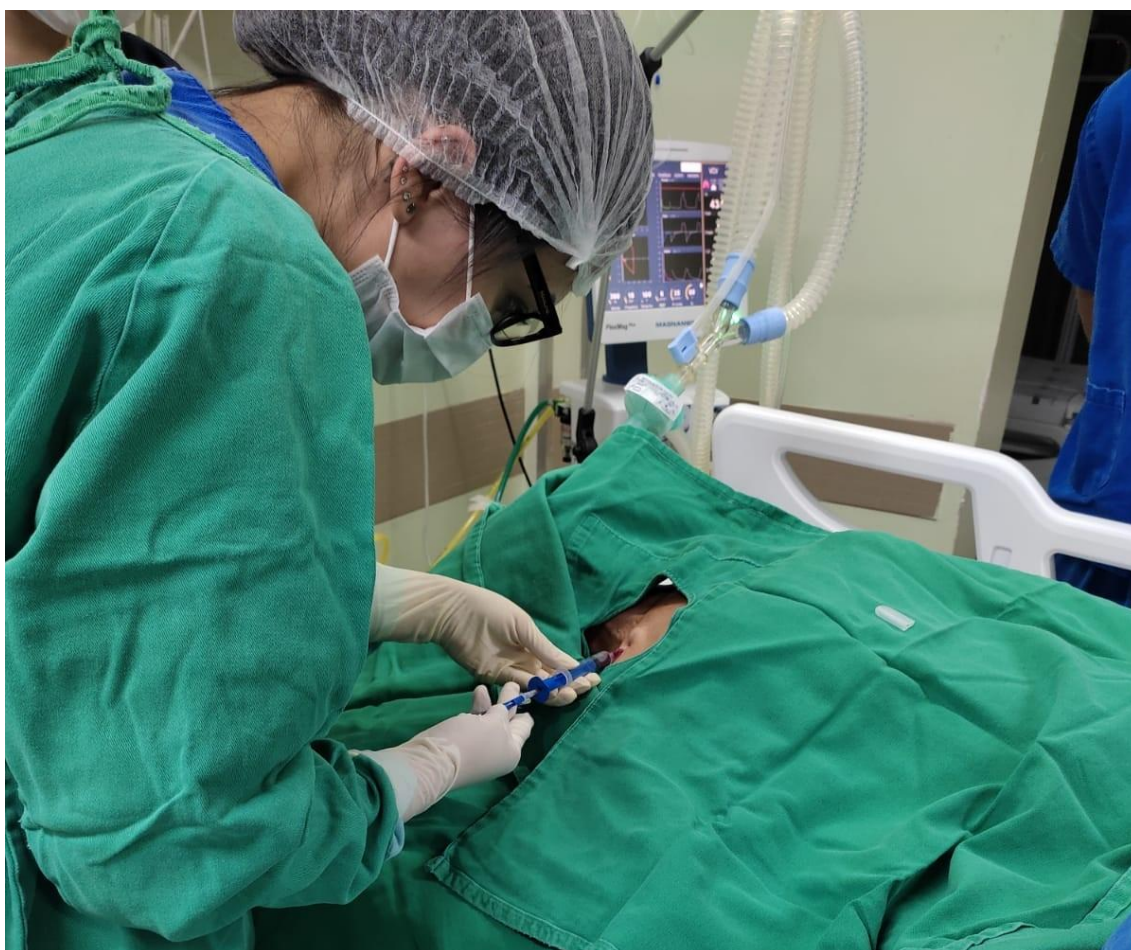
No internato, tive a oportunidade de treinar nos bonecos, o que não se compara ao tentar no paciente, mas já vale para relembrarmos os passos a passos e deixar o processo mais medular. Ademais, tive a oportunidade de realizar um acesso central em subclávia, na verdade, a intenção era fazer jugular, todavia, quando fui me paramentar para fazer o procedimento, havia um aviso em cabeceira avisando que em caso de acesso central não realizar na jugular direita. Confesso que fiquei um pouco nervosa, pois ainda não tinha segurança de realizar em subclávia, mas mesmo assim repassei os passos na minha cabeça e estava determinada a tentar.

A preceptora nesse dia foi excepcional também, inclusive antes de me “passar o bastão” para fazer o procedimento, ela queria ver se realmente sabia fazer, pois então repassei as indicações, passo a passo, possíveis complicações e como prosseguir caso alguma delas ocorresse.

Durante o procedimento fiquei um pouco nervosa, todavia, qual não foi a minha surpresa em acertar logo de primeira? Fiquei contente demais e muito surpresa, dado que achei mais fácil realizar em subclávia do que em jugular, sendo que morria de medo de fazer subclávia. Foi uma sensação ímpar, de dever cumprido e de sucesso. Que me auxiliou a ganhar mais confiança e serviu para me mostrar que sim, sou capaz.



Fotograifa 3: Treino de acesso central em boneco de simulação



Fotograifa 4: Realização de acesso central em subclávia direita

8.6 Toracotomia com drenagem em selo d'água

Esse foi um procedimento que não participei ativamente, mas decidi descrever aqui porque foi um procedimento que me marcou positivamente. O paciente em questão era um paciente transferido de outra cidade, jovem e grave, após tentativa de autoextermínio (jogou-se em frente a um caminhão), foi admitido com múltiplas lesões, encurtamento de MIE – com fratura de fêmur – em IOT, com sedação padrão (RASS -5). Por precaução foi solicitado um TC de tórax e abdômen para esse paciente, onde evidenciou-se um derrame pleural e a necessidade do procedimento.

Até então nunca havia sequer visto o procedimento, ciente da necessidade do procedimento, fiquei literalmente ao lado do paciente esperando o médico responsável. Quando o cirurgião chegou, me apresentei, revelei que nunca havia o procedimento e questionei se poderia acompanhar como era feito; ele prontamente me autorizou e me solicitou que me paramentasse também.

Aqui fica meu muito obrigada a ele, que se mostrou solícito e prestativo em querer me ensinar, desde indicações, a como era feito o procedimento e possíveis complicações. Ele me explicou o passo a passo e ainda me deixou participar do modo que dava. Me fez palpar o paciente para entender onde deveria ser feita a incisão e introdução do dreno, após feita a incisão e divulsão, me permitiu literalmente colocar o dedo dentro da incisão para sentir como eram, além de me permitir adentrar o espaço pleural e realizar as suturas finais para fixação.

Ao final, eu estava radiante, me lembrei até da época de caloura em que me empolgava com tudo. Tudo isso porque pude participar dessa forma de um procedimento corriqueiro para ele. Mas nada descreve poder sentir os órgãos por dentro do paciente, desde pulmão, diafragma e o coração pulsando.

Foi um dia que sai realizada e empolgada do plantão. Um daqueles dias que você pensa “valeu a pena”.

8.7 Intubação Orotraqueal

Eis um procedimento que infelizmente nunca consegui realizar. Confesso que fiquei um pouco frustrada por não ter tido a oportunidade, pois é um “peso” que gostaria de tirar das costas: saber que sou apta e capaz de fazer o procedimento.

Todavia, pude acompanhar quatro vezes o procedimento. Duas no trauma do PS no municipal, uma na UCP do hospital e outra na vermelha da UPA Walter. A primeira vez não houve tempo hábil para muita explicação, a paciente estava com abdômen agudo e entrando em franca insuficiência respiratória, para proteger vias aéreas o médico prontamente já se dispôs a realizar o procedimento. Inclusive, desse profissional, fica o aprendizado de manter a calma, repassar todos os passos e passar confiança e clareza para a equipe, a qual se manteve calma e organizada durante todo o processo, que não era em uma paciente tão fácil, dado o fato de ser obesa, o que dificultava a visualização.

A segunda oportunidade foi em um paciente idoso (101 anos e sem comorbidades, precisava pontuar isso) que teve uma queda de própria altura com possível TCE e que foi admitido com Glasgow 6. A fim de proteger vias aéreas também foi realizado o procedimento, dessa vez, como o paciente estava aparentemente estável, o médico se propôs a nos explicar o passo a passo, e nos posicionou de forma que também visualizamos quando ele introduzisse o laringoscópio. Todavia, assim que a sedação fez efeito esse paciente começou a dessaturar muito rapidamente, muito provavelmente por ser um paciente idoso com pouca reserva, o que exigiu do médico uma ação rápida. De toda forma, foi uma experiência de franca aprendizagem, em que, mais uma vez, percebi o papel fundamental do médico, de se manter calmo e passar confiança independente da situação.

A terceira vez, apesar de estarmos num ambiente controlado – UCP, a médica – recém formada – quis realizar o procedimento, dado que ainda não tinha confiança de delegar tal procedimento aos internos. Ela foi ótima, inclusive, repassou todo o procedimento conosco, além de trazer literatura recente e atualizada sobre o procedimento, mostrando conhecimento e firmeza em suas decisões – dado que a equipe questionou algumas condutas, todavia, ela estava respaldada pela literatura médica e se manteve firme com muita naturalidade. Fiquei positivamente surpresa, dado ser uma médica mulher, recém formada, firmando-se e conquistando seu espaço num ambiente que cá entre nós, é machista e, de certo modo, opressor também.

A quarta oportunidade que tive de acompanhar o procedimento, foi uma emergência na sala vermelha da UPA Walter, de um paciente etilista, que já adentrou a sala em parada cardiorrespiratória e com sangramento de vias aéreas. A

médica plantonista mostrou-se calma, tinha todo o controle da sala, foi delegando as funções e prontamente realizou a IOT, não tendo, todavia, atrasado a RCP a fim de fazer o procedimento. Desse dia, ficou o aprendizado de manter-se calmo, saber falar em alça fechada, e saber conduzir e delegar funções num cenário caótico como foi esse dia.

8.8 Postotomia

Esse foi outro procedimento em que participei apenas como espectadora, todavia não podia deixar de descrever aqui, dado que foi algo incomum de ocorrer e eu nunca havia visto ele de fato.

O paciente em questão era um senhor que no dia anterior eu havia atendido na UPA Walter com queixa de dificuldade miccional e ITU de repetição. A princípio havia pensado que o quadro dele pudesse ser por uma hiperplasia prostática, mas, na verdade, a clínica dele era decorrente de uma fimose grau I. O prepúcio dele estava completamente fechado, incapacitando a visualização do meato uretral.

Foi solicitado, portanto, a avaliação da urologia, a qual decidiu realizar a postotomia com anestesia local, porém, devido ao processo inflamatório, não foi possível realizar e o paciente teve que aguardar a cirurgia de postectomia para o dia seguinte.

O procedimento me chamou atenção em si, primeiro porque desconhecia como era feito o procedimento, segundo pelo fato de ser consideravelmente raro encontrar um homem de 52 anos com fimose. Ademais, não poderia deixar de mencionar o desconforto evidente nos homens da equipe, que se contorciam e sequer conseguiam esconder a cara de angústia e aflição, inclusive, aqui faço um adendo, que apesar de o paciente – aparentemente – ter ficado tranquilo com essa postura, nós, como profissionais da saúde, deveríamos tentar demonstrar mais compassividade, a fim de evitar desconforto ao paciente, o qual deve ser sempre nossa prioridade.

8.9 Gasometria arterial

Esse era um dos procedimentos corriqueiros nos serviços, porém que eu nunca havia praticado, portanto, em um dos dias de prática me voluntariei e pedi ajuda a equipe de enfermagem para que me ensinassem e eu pudesse coletar.

A equipe foi excelente, super receptiva e solícita, me ensinando com paciência, me dando dicas, e os macetes que eles já dominam. Consegui realizar a punção e fiquei feliz tanto pelo êxito quanto pela receptividade e acolhimento da equipe.



Fotografia 5: Realização de punção para gasometria arterial.

8.10 Cardioversão Elétrica

Esse foi um procedimento que tive a oportunidade de acompanhar em dois episódios: um enquanto pré interna e outro durante o internato. Dessa vez, ao

menos já tinha conhecimento sobre o que era o procedimento, bem como suas indicações.

No caso em questão, tínhamos um paciente que adentrou ao HMPGL por uma queixa gastrointestinal, mas que ao ECG de admissão apresentava uma FA, ou seja, uma arritmia descoberta ao acaso e sem qualquer relação com a queixa que o levou ao nosocômio. Inclusive, aqui fica um ponto positivo de termos alguns exames como padrão ao fazer uma admissão de paciente, dado que se não fosse esse protocolo, provavelmente esse paciente teria tido alta sem o devido tratamento para a arritmia.

Optou-se por realizar a cardioversão elétrica nele dado que, mesmo com a cardioversão química ele apresentava-se instável hemodinamicamente, apresentava dispneia e esforço respiratório mesmo com uso de cateter nasal, havia, ao exame físico, turgência jugular patológica, além de sinais vitais alterados, com hipotensão e taquicardia mesmo em uso de betabloqueador.

Realizou-se, portanto, o procedimento, o qual antes de realizado foi devidamente explicado ao paciente – o qual apresentava-se apreensivo – foi preparado todo o material, bem como a equipe. Não houve intercorrências durante o processo e logo que feito, foi possível acompanhar pelo monitor o sucesso dele.

Confesso que assim foi feita a sedação, eu também me encontrei um pouco apreensiva, sentimento que só cessou após o choque e a visualização do ritmo regular no monitor. No caso citado, solicitaram ainda avaliação da cardiologia após, para ponderar uso de amiodarona e anticoagulação – condutas discutidas a fio pelos médicos plantonistas e residentes, mas sem consenso.

9 INTERVENÇÃO

Durante o módulo, pude perceber alguns pontos falhos dentro da rede de Urgência e Emergência, sendo que o atendimento a certos grupos específicos, deixou bastante a desejar. Cito aqui os pacientes psiquiátricos, principalmente.

São pacientes que desde a entrada ao serviço são estereotipados e negligenciados. Falta um espaço físico adequado para atender essa população, bem como uma equipe melhor treinada e preparada. Portanto, para resolução dessa problemática, faz-se necessário a abertura de um espaço físico adequado, para conferir privacidade e melhor acolhimento para atender esses pacientes, para que eles se sintam seguros, numa relação horizontalizada com os médicos, sem sentir-se julgados ou tendo que falar de feridas profundas em corredores e salas cheias de estranhos lançando olhares de recriminação. Todavia, só a abertura de um espaço adequado não resolve toda a problemática, faz-se necessário uma educação permanente para a equipe de saúde, desde médicos até técnicos de enfermagem, a fim de que se realize um tratamento humanizado. É preciso que os profissionais entendem que aquelas são dores reais, com implicações e consequências reais, não é “chilique”, não é “piti”, é doença e precisa ser tratada como tal, e não com desdém e negligência.

Nesse quesito poder-se-ia fazer uma interface com outras áreas como a psicologia e psiquiatria, a fim de que ambas as áreas contribuam para melhor manejo desses pacientes. A fim de que se acabe com a cultura de medicar, amarrar ao leito e simplesmente transferir para a referência psiquiátrica. Não é sobre “tocar o serviço”, é sobre saber enxergar no outro uma pessoa com problemas verdadeiros que precisa da nossa ajuda profissional.

Outro ponto fundamental seria realizar uma unificação de sistemas, visto que não raras vezes tive que dispor o meu tasy para profissionais da UPA, a fim de se cruzar e obter informações. Ou seja, se o sistema fosse unificado, além de termos todas as informações centralizadas, os próprios profissionais teriam melhor desenvoltura para manusear os sistemas. Dessa forma, economiza-se tempo, agiliza o trabalho e confere maior veracidade e praticidade ao serviço.

Além disso, ter em um único lugar todos os atendimentos, auxilia o médico no raciocínio clínico e a ter uma visão global e longitudinal do paciente, conferindo até um maior vínculo com o usuário, de certa forma. Impactando diretamente no serviço

ofertado ao paciente. Não consigo, portanto, encontrar objeções claras que iriam contra essa proposta de unificação, dada que é a mesma Rede de Urgência e Emergência que atua no município, necessitando dessa troca de mão dupla.

Ademais, poderia ser útil produzir alguns padrões de registro em prontuário médico, e essa unificação de sistema poderia auxiliar nesse processo. Dado que é nítido a diferença de anotações, em geral, quando se compara aquelas feitas pelo sistema do hospital e aquelas feitas no sistema da UPA. É claro que não podemos generalizar, nem pro lado bom nem pro ruim, havendo exceções em ambos os lados, todavia, é necessário maior clareza e descrição daquilo que é feito e pensado para cada paciente, até para o colega entender o porquê de certos manejos e poder dar continuidade, até para se respaldar juridicamente, caso necessário. Até porque o prontuário do paciente acaba sendo nossa proteção perante a lei, portanto, devemos saber usar da maneira correta.

Além disso, essa unificação de sistema e padronização de registros poderia gerar maior confiança no trabalho realizado por cada serviço, visto que ainda há desconfiança das condutas e procedimentos realizados nas UPAs, desconfiança essa, muitas vezes justificada. É compreensível que a demanda nas UPAs é grande, que o fluxo de paciente é intenso, todavia, poderia ser feito um trabalho mais atencioso e respaldado.

Fora os pontos mencionados, outro ponto que seria de grande valor à Rede de Urgência e Emergência seria um SAMU mais atuante de forma assertiva. Infelizmente, presenciei alguns eventos que não concordei, cita-se como exemplo a IOT de paciente em pós-ictal, logo é evidente que é preciso melhor treinamento e preparo desses profissionais.

Ademais, poder-se-iam ser mais atuantes. Ou seja, dependendo da queixa do paciente, já realizar ECG na vítima, bem como iniciar medidas necessárias, e não servir apenas como um meio de transporte monitorizado até a chegada aos serviços de referência. Eles poderiam, de fato, fazer a diferença no prognóstico de muitos pacientes, se assim o quisessem. Ou seja, é preciso preparo, educação em saúde e disponibilização de um arsenal para que eles possam, de fato, ser mais atuantes na rede.

Acredito que esses são pontos importantes no qual caberiam as intervenções citadas e que impactariam diretamente na qualidade do serviço prestado à sociedade.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internato em Urgência e Emergência é um verdadeiro divisor de águas dentro da graduação em Medicina. Para nós, em especial, foi um módulo desafiador, pois além de ter dado início ao internato, ainda vivíamos na incerteza e desafios causados pela pandemia.

Dentro do módulo foi possível crescer tanto pessoalmente quanto profissionalmente. Tornou-se claro que não é suficiente saber apenas a teoria, mas que é preciso também saber manter boas relações interpessoais, desde com o paciente até para com a equipe. Foi evidente também que o médico deve e precisa estar sempre se atualizando, ou seja, que o conhecimento é uma espiral e que o aprendizado um processo contínuo, logo é preciso ter humildade para reconhecer as lacunas e limitações e estar sempre disposto a aprender, seja com materiais didáticos, atualizações de protocolos, seja com outros profissionais.

Em termos acadêmicos, foi desafiador no sentido de termos que aprender a fazer conexões da teoria dos conteúdos estudados anteriormente com aquilo que vivenciávamos na prática e, principalmente, ver que nem sempre o paciente é a caricatura do que se lê nos livros, ou seja, que às vezes é preciso “pensar fora da caixa”. Buscar materiais para discutir casos foi um processo enriquecedor. Bem como poder treinar as habilidades médicas. Percebe-se, portanto, a importância acadêmica do internato médico dentro da graduação, podendo o aluno ser inserido efetivamente no serviço, sendo apto a criar pensamento crítico, treinar habilidades (técnicas e sociais), realizar trocas interpessoais/multiprofissionais, além de poder avaliar quais as falhas do serviço e traçar possíveis planos de mudança que beneficiariam toda uma população.

11. REFERÊNCIAS

1. AGAMEZ, Carlos Regino. Enfoque del paciente con pancitopenia. Tese de Doutorado. Departamento de Hematología, Facultad de Medicina, **Universidad de Antioquia**. 2018.
2. AMMAR et al. Sedatio, Analgesia, and Paralysis in COVID-19 Patients in the Setting or Frug Shortages. **Journal of Int Care Med**, 2021.
3. BARBOSA, Camila N. et al. USO DE FÁRMACOS NA TERAPÊUTICA DE HEPATOPATIAS ALCOÓLICAS. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2019.
4. BERLINER, Nancy. Approach to the adult with pancytopenia. **UpToDate**. 2021.
5. BRANCH, W. T.; BARTON, J. J. Approach to the patient with dizziness. **UpToDate**, 2021.
6. BRASIL, M. S. Manual de rotinas para atenção ao AVC. **Brasília, DF.: Editora MS**, 2013.
7. BRASIL, M. S. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Brasília, DF.: Editora MS**, 2013.
8. CABEZAS, Guillermo et al. Hemorragia digestiva alta. **ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas**, v. 44, n. 3, p. 24-34, 2019.
9. CARO, David et al. Induction agents for rapid sequence intubation in adults outside the operating room. **UpToDate**, v. 29, 2021.
10. CARO, David. Pretreatment medications for rapid sequence intubation in adults outside the operating room. **UpToDate**. v. 9, 2021.
11. CARRILLO-ESPER, Raúl et al. Síndrome anticolinérgico. **Médica Sur**, v. 19, n. 4, p. 244-249, 2012.
12. CIRILLI, Angela; WIENER, Brian; WINOGRAD, Steven M. Evaluation and Treatment of Altered Mental Status in the Emergency Department. **Emergency Medicine Reports**, v. 41, n. 10, 2020.
13. COMBAT, Anamaria Ruiz; CESAR¹, Thobias Zapaterra; CESAR, Thulio Zapaterra. Lidocaína: análise do uso intravenoso para atenuar os reflexos cardiovasculares da laringoscopia e intubação traqueal. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. Supl 4, p. S17-S20, 2015.
14. CUPO, Palmira; AZEVEDO-MARQUES, Marisa M.; HERING, Sylvia Evelyn. Acidentes por animais peçonhentos: escorpiões e aranhas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 36, n. 2/4, p. 490-497, 2003.
15. DE LA CALLE. R *et al.* "CARGA ANTICOLINÉRGICA": ASPECTOS A CONSIDERAR. **SESCAM**. 2018.
16. EVANS, Laura et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. **Intensive care medicine**, v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2021.
17. FEITOSA-FILHO, Gilson Soares et al. Emergências hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 3. 2008.
18. FERES O, Parra RS. ABDÔMEN AGUDO. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 30 de dezembro de 2008.
19. FILHO, Laerte de Paiva Viana et al. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) associada ao abuso de cocaína: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11180-11197, 2020.
20. FRAZÃO, VHA, Martins BLS, Castro LO, Frazão FNS, Santos RAP, Costa BJS, Zanona L, Santos OJ. Abdome agudo perfurativo no Hospital Municipal Djalma Marques: perfil do paciente cirúrgico. **Revista de Patologia do Tocantins**, 2019.
21. FRIEDMAN, Scott L. Alcoholic 90epatites: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**. 2020.
22. FRIEDMAN, Scott L. Management and prognosis of alcoholic hepatitis. **UpToDate**. 2020.
23. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Manual de diagnóstico e tratamento de animais peçonhentos. **Brasília: Funasa**, 2001.
24. FURMAN, Joseph M.; BARTON, Jason JS. Evaluation of the patient with vertigo. **UpToDate**, 2021.
25. GAZONI, Fernanda Martins et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, p. 427-432, 2006.
26. HARRISON. **Medicina Interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013.
27. HAY, Deborah. Pancytopenia and febrile neutropenia. **Acute Medicine: A Practical Guide to the Management of Medical Emergencies**, p. 577-583, 2017.
28. HUFF, J. S. Evaluation of abnormal behavior in the emergency department. **UpToDate**. 2021.

29. KENDALL, John L.; MOREIRA, Maria E. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. **UpToDate**. 2021.
30. MARTIN, José FV; LOUREIRO, Afonso AC; CIPULLO, José P. Crise hipertensiva: atualização clínico-terapêutica. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 4, p. 253-61, 2004.
31. MILLICHAP, John J. et al. Treatment and prognosis of febrile seizures. **UpToDate**. 2021.
32. MORGAN, James P.; TRAUB, Stephen J. Clinical manifestations, diagnosis, and management of the cardiovascular complications of cocaine abuse. **UpToDate**. **Mckenna WJ, Traub SJ (Eds.)**, 2021.
33. NEVIERE, Remi; PARSONS, Polly E.; FINLAY, Geraldine. Sepsis syndromes in adults: Epidemiology, definitions, clinical presentation, diagnosis, and prognosis. **Monografia**. **Wolters Kluwer: UpToDate**, 2021.
34. ODOM, Stephen R.; RAGHAVENDRAN, Krishnan. Overview of gastrointestinal tract perforation. **UpToDate**. 2021.
35. PIERIN, Angela Maria Geraldo, Flório, Carime Farah e Santos, Juliano dosHypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4. 2019.
36. PORTARIA GM/MS n 664, de 12 de abril de 2012. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. 2012.
37. PROTOCOLO MÉDICO DE CETOACIDOSE DIABÉTICA E ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR. Protocolo Clínico – Urgência e Emergência. **HMPGL**.
38. REEDER, Guy S.; AWTRY, Eric; MAHLER, Simon A. Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome (myocardial infarction, unstable angina) in the emergency department. **UpToDate**. 2021.
39. ROCHA, Arthur S. et al. DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA NO BRASIL, UMA VISÃO EPIDEMIOLÓGICA. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 1, n. 1, 2018.
40. SALTZMAN, John R.; FELDMAN, M.; TRAVIS, A. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. **Up-ToDate**. 2021.
41. SANTRA, G. et al. A cross-sectional study of the clinical profile and aetiological spectrum of pancytopenia in a tertiary care centre. **Singapore medical journal**, v. 51, n. 10, p. 806, 2010.
42. SBP - **Tratado de Pediatria** - 4ª Ed - vol2. Seção 17. Cap3. 2017.
43. SBRAFH - Orientações sobre o manejo de medicamentos analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares para intubação traqueal, manutenção de pacientes em ventilação mecânica e anestesia em situações de escassez no contexto da pandemia Covid-19.
44. SCHMIDT, Gregory A. et al. Evaluation and management of suspected sepsis and septic shock in adults. **Uptodate Online**, p. 1-29, 2021.
45. SILVA, Telma E.;SCHIAVON, Leonardo. PROTOCOLO ENCEFALOPATIA HEPATICA HU-UFSC. 2017.
46. SILVA, Viviane Brasileiro; RIBEIRO, Alessa Castro. Relação PaO2/FiO2, volume corrente, lactato e prognóstico em sepsis. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 22, n. 4, p. 137-146, 2020.
47. VELASCO IT, Brandão Neto RA, et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 14ª edição. FMUSP, Editora Manole. São Paulo, 2020.
48. ZHANG, R., Ma, S., Shanahan, L. et al. Discovering and identifying New York heart association classification from electronic health records. **BMC Med Inform Decis Mak** 18, 48. 2018.
49. ZOPPI, D; Santos, JC. Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH) e Cetoacidose Diabética (CAD) na Sala de Urgência. **Revista Qualidade HC – FMRP/USP**. 2018.
50. WILFONG, Angus. Seizures and epilepsy in children: Initial treatment and monitoring. **UpToDate**. v. 9, p. 23, 2021.

