



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

MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGENCIA – RELATO DE UMA ESTUDANTE
SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU**

ALANA ANDRADE PACOVSKA

Foz do Iguaçu
2022

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RELATO DE UMA ESTUDANTE
SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU**

ALANA ANDRADE PACOVSKA

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

Orientador: Prof. Me Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

ALANA ANDRADE PACOVSKA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RELATO DE UMA ESTUDANTE
SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Dr Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. Me Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, 25 de julho de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Alana Andrade Pacovska

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência – Relato de uma estudante sobre o sistema de saúde em Foz do Iguaçu

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 09/08/2022

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, 25 de julho de 2022.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por não me deixar desistir e estar no meu caminho me dando a oportunidade de estar aqui e a minha família, que é meu maior apoio e incentivo, meu colo nos momentos difíceis e as pessoas mais importantes da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos meus professores ao longo dessa jornada, pelos ensinamentos passados e por serem minha inspiração para a futura profissão.

Aos colegas de curso, que estiveram comigo durante esses últimos anos e se transformaram em uma família longe de casa.

E a minha família e amigos, pela compreensão, paciência e apoio incondicionais.

“Todo mundo leva e deixa tatuagens na alma de quem toca.”

Victor Fernandes

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem principal temática a abordagem de descrição das experiências vivenciadas durante segundo semestre de 2021, no internato do módulo de Urgência e Emergência em diferentes cenários de prática, em Foz do Iguaçu. O objetivo desse trabalho se baseia na comparação da abordagem a alguns casos clínicos vivenciados na prática com o recomendado pela literatura e estudados durante os anos de graduação. Além disso, há abordagem técnicas de alguns dos principais e mais comuns procedimentos realizados durante o tempo de estágio.

Palavras-chave: urgência e emergência; Sistema Único de Saúde; casos clínicos.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión de curso tiene como tema principal el enfoque de describir las experiencias vividas durante El segundo semestre de 2021, en la pasantía del módulo de Urgencias y Emergencias en diferentes escenarios de práctica, en Foz del Iguazú. El objetivo de este trabajo se basa en la comparación del abordaje de algunos casos clínicos vividos en la práctica con lo recomendado por la literatura y estudiado durante los años de pregrado. Además, se realizan acercamientos técnicos a algunos de los principales y más comunes trámites que se realizan durante el tiempo de pasantía.

Palabras clave: urgencia y emergencia; sistema único de salud; casos clínicos.

ABSTRACT

This final paper has as main theme the approach of describing the experiences lived during the second semester of 2021, in the internship of the Urgency and Emergency module in different practice scenarios, in Foz do Iguaçu. The objective of this work is based on the comparison of the approach to some clinical cases experienced in practice and what is recommended by the literature and studied during the undergraduate years. In addition, there are technical approach to some of the main and most common procedures performed during the internship time.

Key words: urgency and emergency; Health Unic System; clinical cases.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

- Figura 1** – Carrinho de parada, desfibrilador - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa.52
- Figura 2** – 1ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa.....53
- Figura 3** – 2ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa53
- Figura 4** – 3ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa53
- Figura 5** – 4ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ID	Identificação
QP	Queixa principal
HDA	História da doença atual
MUC	Medicamentos de uso contínuo
HPP	História patológica pregressa
SSVV	Sinais vitais
BEG	Bom estado geral
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
CAPS	Centro de atenção psicossocial
PA	Pressão arterial
SatO2	Saturação de oxigênio
REG	Regular estado geral
GCS	Escala de coma de Glasgow
BNF	Bulhas normo-fonéticas
2T	Dois tempos
MVUA	Murmúrios vesiculares audíveis universalmente
RA	Ruídos adventícios
AVC	Acidente vascular cerebral
CAD	Cetoacidose diabética
EHH	Estado hiperglicêmico hiperosmolar
HGT HI	Glicemia acima do limite de aferição do aparelho
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
BNP	Peptídeo natriurético do tipo B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
3 CASOS CLÍNICOS	17
3.1 CRISE CONVULSIVA/PÓS-ICTAL	17
3.2 CETOACIDOSE DIABÉTICA.....	19
3.3 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA.....	23
3.4 ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	28
3.5 PARAFIMOSE.....	31
3.6 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	34
3.7 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.....	37
3.8 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	40
3.9 INTOXICAÇÃO EXÓGENA.....	44
4 EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	48
4.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	48
4.2 MORTE.....	49
5 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	50
5.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT).....	50
5.1.1 Drogas utilizadas e sua disponibilidade nos locais de estágio.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

Há muitos anos resolvi que queria tentar fazer faculdade de medicina. Eu pensava em “tentar” porque subestimava muito minha inteligência, foco e determinação e achei que seria algo impossível para mim. A área que mais me chamava atenção naquele momento e que me fazia ter vontade real de enfrentar esse desafio era a urgência e emergência. Conseguia me ver fazendo plantões durante a vida toda, enfrentando casos graves e agudos com tranquilidade e vivendo isso feliz. Claro que era o pensamento de uma menina imatura e sonhadora, que não sabia do que realmente aquilo se tratava, mas foi um empurrão importante para que eu fizesse o curso.

Durante o internato em urgência e emergência (U/E), fomos inseridos em 3 serviços da rede de saúde do município de Foz do Iguaçu: o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e duas Unidades de Pronto Atendimento (a UPA João Samek e a UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa). Já havia passado por experiência de plantões no HMPGL durante o pré-internato (a turma 4 foi a primeira a ter essa atividade nesse momento), então já conhecia algumas pessoas da equipe, o local e até um pouco do funcionamento das coisas por ali. No entanto, conhecia a UPA João Samek apenas como acompanhante de paciente e a UPA Dr Walter, nem conhecia.

Foi um desafio no início (no meio e no fim também, mas os desafios foram outros) em relação a adaptação e um pouco até a aceitação da nossa presença nos locais. Com o tempo, fomos nos habituando e acabamos realmente fazendo parte da equipe, fazendo alguns amigos e sendo vistos realmente como “colegas de trabalho”.

Nesses serviços, fizemos plantões de 12 horas diárias, por 3 ou 4 plantões semanais. Nossas atividades eram basicamente acompanhar o médico plantonista nesse período e auxiliar no que fosse possível, sob sua supervisão (além de estudar, é claro). Dentre elas está o atendimento aos pacientes e familiares, discussões de casos com os profissionais, procedimentos e até realização de intervenções. Também acompanhamos a equipe de enfermagem e auxiliamos em alguns procedimentos como sondas, acessos venosos periféricos etc.

Todas as oportunidades de atendimento e aprendizagem foram muito valiosas e pude perceber mais do que nunca a importância da prática no

desenvolvimento profissional do estudante, já que a fixação de conteúdo foi melhor e o desenvolvimento de raciocínio clínico nunca havia sido tanto. Essas oportunidades nem sempre foram apenas coisas boas, mas nos ajudam também a aprender a enfrentar alguns desafios da profissão.

Hoje, após anos de faculdade, experiências em outras áreas e especialmente após esse módulo, vejo que plantões são exaustivos e nada fáceis, que nem sempre os profissionais estarão felizes e realizados (mesmo gostando daquilo) e que muitas das minhas expectativas e pensamentos sobre a medicina de urgência e emergência eram diferentes da realidade. Mas apesar de tudo isso e de ter desenvolvido interesse em outras áreas, sigo com carinho especial por U/E.

2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em Foz do Iguaçu, os centros que participam da rede de Urgência e Emergência (RUE) são: Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Cataratas e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Além dos serviços que auxiliam no acesso e no atendimento pré-hospitalar: o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), que é um serviço hospitalar do qual antes tínhamos acesso a estágio, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Para entendermos como funcionam esses serviços, é necessário ainda que saibamos um pouco das normas técnicas e leis responsáveis por regular seu funcionamento. A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina define Urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; e Emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (PACHECO, 2015). A rede de U/E tem seu funcionamento dividido por meio da atuação de 8 componentes, estabelecidos na Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, são eles a Promoção, a Prevenção e Vigilância à Saúde; a Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento móvel e Centrais de Regulação médica; a Sala de Estabilização; a Força Nacional de Saúde do SUS; as Unidades de Pronto Atendimento; o componente hospitalar; e, por fim, a Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013). A Resolução 2077/2014 define os serviços hospitalares de U/E, o funcionamento do PS e do pronto atendimento hospitalares, e os atendimentos de especialidades no contexto da emergência. Já a Portaria 2048/2002, regula a classificação e regulamento técnico dos serviços de U/E em diferentes cenários e também define a função do médico regulador.

O médico regulador é responsável pelos encaminhamentos e direcionamentos de cada atendimento, assim como a liberação da “vaga-zero”, uma vaga especial para pacientes em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, uma situação de exceção em que o serviço deve aceitar o paciente. O médico regulador precisa justificar o encaminhamento da vaga-zero e em caso de lotação do hospital, cabe ao diretor técnico do local notificar os representantes do Ministério Público e do Conselho Regional de Medicina.

Já que a RUE é composta por diferentes pontos de atenção, é necessário que esses pontos satisfaçam as diversas ações necessárias ao atendimento emergencial. Para isso, é preciso que cada componente da rede atue de forma articulada e integrada, sempre respeitando os princípios do acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso.

Em relação às redes de U/E em Foz do Iguaçu, o SAMU tem como objetivo estabilizar os pacientes e fazer o transporte deles para as unidades de saúde indicadas para poder dar continuidade ao tratamento do paciente. O SAMU conta com atendimento com a USA (Unidade de Suporte Avançado), necessariamente com a presença do médico, para poder atender casos mais graves e poder realizar alguns procedimentos invasivos; e com a Unidade de Suporte Básico, que atende os casos de menor complexidade.

Outro componente da RUE, as UPA concentram atendimentos de complexidade intermediária, oferecendo uma estrutura mais simples que a de um hospital e mais complexas que a de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). De acordo com o artigo 12 da RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14, o tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar. Ainda segundo o artigo 15 da mesma resolução, é vedada a internação de pacientes em UPA. Todavia, durante o estágio percebemos que essa acaba não sendo uma realidade e por vezes, pacientes ficam mais de 4 dias em internação na UPA sem conseguir uma vaga para encaminhamento ao hospital. As UPA contam com sala de triagem, consultórios, sala de medicação, epidemiologia, administração, refeitório para funcionários, farmácia, sala de procedimento, sala de radiografia, emergência/trauma, sala de observação e isolamentos, observação pediátrica. A UPA João Samek é um pouco maior que a outra, tendo mais profissionais e contando com serviço de ortopedia (que antes era 24 horas por dia, mas atualmente com serviço das 07h00min às 19h00min. Já a UPA Walter conta com local de esterilização de materiais, enquanto a UPA João Samek, não.

No âmbito hospitalar, além do HMPGL, em Foz há o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, referência para os casos de urgência e emergência de origem cardiovascular, oncológica, neonatal e obstétrica. O HMPGL é referência para as seguintes especialidades: Psiquiatria; Cirurgia geral e suas especialidades (exceto

oncologia); Clínica médica e suas especialidades (exceto cardiologia); Ginecologia; Ortopedia e traumatologia; Pediatria (exceto UTI neonatal); Acidente com material biológico. Este é um ambiente de maior complexidade, que deve oferecer atendimento emergencial e internação, quando necessário. No HMPGL, ainda há um fluxo próprio dentro da U/E, com salas de estabilização e trauma (vermelhas) e a UCP ou sala amarela, para manter casos graves até o momento de determinar transferências para outros setores do hospital, como a UTI ou a Clínica Médica.

3 CASOS CLÍNICOS

3.1 CRISE CONVULSIVA/PÓS-ICTAL

ID: CRP, 42, masculino, branco, residente de Foz do Iguaçu.

Clóvis Roberto Pena

HDA: Paciente trazido pelo SAMU após populares chamarem por crise convulsiva em via pública, no entanto, quando o SAMU chegou, crise já havia parado. Paciente refere quimio dependência (faz uso de maconha, cocaína e crack) de longa data e fez uso de cocaína e álcool hoje.

MUC: Faz uso de carbamazepina, diazepam, ácido valpróico, levomepromazina e fluoxetina.

HPP: Em acompanhamento no CAPS. Alérgico a Haloperidol.

Exame físico:

SSVV: PA 126/84 mmHg // FC 109 bpm // FR 18 irpm // SatO2 94%

REG, confuso, hidratado, corado, anictérico e acianótico, eupneico em ar ambiente

Neurológico: GCS 14 (O4V4M6), pupilas isofotorreagentes

Cardíaco: BNF em 2T, sem sopro ou extrassístoles, ritmo regular, tempo de enchimento capilar < 3 seg

Respiratório: MVUA sem RA, sem sinais de esforço respiratório

Abdome: globoso às custas de panículo adiposo, flácido, depressível, não doloroso à palpação, sem sinais de peritonite

Extremidades: sem presença de edema, panturrilhas livres

Genito-urinário: diurese espontânea

Discussão de caso

A conduta feita pelo médico plantonista foi a de solicitação de uma radiografia de tórax, a prescrição de medicação sintomática e a hidantalização do paciente (Fenitoína).

O paciente em questão tem histórico de epilepsia em tratamento e ao chegar ao local, não apresentava mais a convulsão descrita pelo SAMU. Nesse caso, apenas com a descrição do ocorrido por civis, podemos ter como diagnósticos diferenciais qualquer situação que cause uma síndrome de rebaixamento do nível de consciência ou síndrome convulsiva. Dentre esses diagnósticos estão hipoglicemia ou hiperglicemia, intoxicação, distúrbios hidroeletrólíticos, síncope, acidente vascular transitório, ataque de pânico e crise de ansiedade generalizada, evento não epiléptico psicogênico (ENEP) e amnésia global transitória.

Pelo exame físico do paciente no momento da chegada a UPA e pela anamnese do paciente, a principal hipótese diagnóstica foi a de estado pós ictal, um período de transição do estado ictal de volta para o nível de consciência após o final de uma convulsão, retornando a função da linha de base da pré-convulsão.

As manifestações do período pós-ictal geralmente incluem confusão e alerta suprimido. Déficits neurológicos focais também podem estar presentes (paralisia de Todd ou paralisia pós-ictal). O exemplo clássico de paralisia pós-ictal é a fraqueza de uma mão, braço ou perna que aparece após uma crise motora focal envolvendo um lado do corpo. O grau de fraqueza geralmente é moderado, mas pode ser grave. Outros sintomas pós-ictais focais variam de acordo com a localização da convulsão e podem incluir afasia, hemianopsia ou dormência. O senhor CRP apresentava confusão mental e estado de alerta reduzido, contudo, havia feito uso de substâncias.

O estado pós-ictal pode durar de segundos a minutos a horas, dependendo de vários fatores, incluindo quais partes do cérebro foram afetadas pela convulsão; a duração da apreensão; medicamentos recebidos, como benzodiazepínicos; e idade. Embora haja uma ampla gama, a maioria dos pacientes começa a recuperar a responsividade e o estado de alerta dentro de 10 a 20 minutos após uma crise generalizada e mostra melhora gradual e consistente dos sintomas pós-ictais com o passar do tempo.

Em alguns casos, os sintomas pós-ictais podem ser o quadro clínico de apresentação, quando a crise em si é muito breve, não testemunhada ou ocorre durante o sono.

Nesse caso, o tratamento não é o mesmo que em uma crise convulsiva, afinal, o paciente não está mais em crise. Também não há necessidade de uso de Fenitoína, a não ser que haja iminência de nova crise (o que foi feito pelo

médico e vi ser feito algumas vezes em situações semelhantes, apenas alguns médicos respeitando a literatura nesse caso, acredito que como uma forma de “proteção” contra novos casos). A recomendação é de que a conduta seja direcionada para a identificação do fator desencadeante da crise e seu tratamento, como a má aderência terapêutica ou o abuso de substâncias/intoxicação. A profilaxia para uma nova crise deve ser ainda o ajuste da medicação, caso for necessário (THURMAN *et al*, 2018).

Em relação a esse e outros pacientes com quadro parecido em relação a abuso de substâncias (mais comum do que eu esperava para atendimento nas UPA, assim como outras queixas psiquiátricas), algo que me chamou muito a atenção foi o tratamento recebido por esse quadro. Muitos pacientes acabam sendo “deixados um pouco de lado” e tem suas queixas menosprezadas e são contidos quimicamente ou ao leito sem necessidade às vezes. Foi nítido que as equipes não estão bem preparadas para lidarem com essas situações.

3.2 CETOACIDOSE DIABÉTICA

ID: CMMC, 69, feminina, branca, residente de Foz do Iguaçu.

HDA: Paciente trazida pelo SAMU, proveniente de casa, converso com filho que relata, que por volta das 00:20 hrs do dia 22/11, chegou em sua residência e foi avisado pela sua esposa que a paciente se encontrava no banheiro há algum tempo (não sabe relatar quanto tempo), onde chamou a paciente para sair, a mesma segundo ele respondeu que já estava indo, porém com a demora o filho foi ajudá-la a sair pois a paciente não conseguia caminhar. Ao colocar na cama, realizou HGT onde apareceu HI, diante disso realizou 36 U de insulina NPH e também percebeu que a paciente não estava mexendo o lado esquerdo do corpo e não estava verbalizando. Comenta que quando saiu com sua família às 19 horas do dia 21/11, a mesma estava verbalizando e sem nenhum déficit de força. Paciente chega em maca pelo SAMU, sem AVP, sem oxigênio, com abertura ocular, não verbalizando sons, com espasmos em MIE.

HPP: Relata que paciente teve coma por cetoacidose diabética em 2001

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) em uso de losartana 50 mg // anlodipino 5 mg //
Hidroclorotiazida 25 mg

Diabetes Mellitus (DM) insulínodépendente 36 UI pela manhã + 16 UI a noite de
NPH

Sinvastatina + AAS

Nega alergias e outras comorbidades

Exame físico:

SSVV: PA 167x80 mmHg // FC 85 bpm// FR 20 irpm // SatO2 91% em AA // HGT HI

Neurológico: abertura ocular espontânea, não verbalizando, obedecendo a
comandos simples com membro superior direito, hemiplegia em membro superior
esquerdo e retirada a estímulo doloroso dos membros inferiores, pupilas isocóricas
fotorreativas, sem desvio de rima.

Cardíaco: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopro, ritmo regular, tempo de
enchimento capilar < 3 s

Respiratório: Murmúrios vesiculares universalmente audíveis sem ruídos
adventícios, sem sinais de esforço respiratório

Abdome: globoso, flácido, depressível, indolor à palpação, sem sinais de peritonite

Extremidades: Grau de força 0 em membro superior esquerdo, grau de força 3 em
membro superior direito, membros inferiores grau de força 2, sem alteração de
sensibilidade, sem presença de edema

Genito-urinário: diurese espontânea

Discussão de caso

De acordo com a história clínica podemos pensar em algumas hipóteses diagnósticas variadas, de diferentes sistemas. O estado de rebaixamento de nível de consciência e a hemiparesia que ela apresentou nos faz pensar em algum tipo de déficit neurológico, sendo o mais clássico e prevalente de apresentação desses sintomas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem pensado pelo médico plantonista, que solicitou uma tomografia computadorizada de crânio para a investigação do quadro.

Pelo histórico de Diabetes Mellitus com tratamento irregular, coma por cetoacidose diabética prévio e pelo HGT HI que a paciente permanecia

apresentando (pelo relatório do SAMU e pelo da chegada) e também pelo rebaixamento de nível de consciência, podemos pensar em alguma síndrome metabólica, como a cetoacidose diabética (CAD) ou o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH), que são duas das complicações agudas mais graves do diabetes.

A CAD é caracterizada por cetoacidose e hiperglicemia, enquanto EHH geralmente tem hiperglicemia mais grave, mas nenhuma cetoacidose. Um evento precipitante geralmente pode ser identificado em pacientes com CAD ou EHH. Os eventos mais comuns são infecção (geralmente pneumonia ou infecção do trato urinário) e descontinuação ou terapia com insulina inadequada. Outros fatores ainda podem ser doenças graves agudas, como infarto agudo do miocárdio, sepse ou acidente vascular cerebral (no caso, uma hipótese diagnóstica) (HIRSCH e EMMETT, 2021).

Quadro 1. Diferença entre CAD e EHH

	CAD	EHH
Glicose plasmática (mg/dL)	> 250	> 600
pH arterial	< 7,30	> 7,30
Bicarbonato sérico	< 18	> 18
Cetonas urinárias	positivas	raras
Cetonas séricas	positivas	raras
Ânion Gap	> 10	variável
Osmolaridade	variável	> 320 mOsm/kg
Alteração sensorial ou mental	alerta a coma	estupor/coma

Fonte: HIRSCH e EMMETT, 2021

Portanto, podemos dividir os diagnósticos possíveis da seguinte maneira:

Diagnósticos sindrômicos:

- Síndrome neurológica
 - síndrome de rebaixamento do nível de consciência
- Síndrome metabólica

Hipóteses diagnósticas etiológicas:

- Cetoacidose diabética
- Estado hiperglicêmico hiperosmolar
- Acidente vascular cerebral
- Distúrbios hidroeletrólíticos.

Após as hipóteses diagnósticas estabelecidas, exames foram solicitados (gasometria, para a investigação de CAD, hemograma, eletrólitos, tomografia computadorizada de crânio sem contraste para investigação de AVC, eletrocardiograma e radiografia de tórax) e a terapia foi iniciada (alíquotas de volume por HGT HI, pela suspeita de CAD, mais sintomáticos).

Exames laboratoriais de chegada (22/11 - 04:38):

- gasometria: pH 7,246 // HCO₃ 17,10 // lac 20,80
- hemograma: hemoglobina 12,10 // leucócitos 10660 (segmentados e neutrófilos a 91%) // plaquetas 417.000
- outros: sódio 123 // potássio 4,7 // magnésio 1,8 // ureia 129

Tomografia computadorizada de crânio da chegada (22/11): sem sinais de isquemia

Eletrocardiograma da chegada: Presença de fibrilação atrial

Radiografia de tórax: sem alterações importantes

Após os exames, pode-se confirmar a hipótese diagnóstica de cetoacidose diabética (acidose metabólica presente na gasometria). Entretanto, ainda não podemos excluir a hipótese de AVC pela tomografia, já que a área de isquemia pode aparecer horas depois ainda no exame de imagem, por exemplo.

O tratamento de CAD tinha sido iniciado corretamente, porque inclui a correção das anormalidades hídricas e eletrolíticas que estão tipicamente presentes (hiperosmolalidade, hipovolemia, acidose metabólica e depleção de potássio) e a administração de insulina. Foi feita, além da hidratação, reposição de potássio, que deve ser iniciada imediatamente se o potássio sérico for <5,3 mEq/L, desde que haja débito urinário adequado (aproximadamente > 50 mL/hora), que era o caso de CMMC. O potássio deve ser administrado KCl intravenoso (IV) (20 a 30 mEq) adicionado a cada litro de fluido de reposição (HIRSCH e EMMETT, 2021).

Essa era uma paciente bastante difícil de lidar, pelos distúrbios eletrolíticos e CAD que foi diagnosticada, mas também porque ela era geniosa, teimosa e até um pouco grosseira com a equipe.

Segundo a American Diabetes Association (2021), a terapia requer monitoramento clínico e laboratorial frequente e a identificação e tratamento de quaisquer eventos precipitantes, incluindo infecção. Os exames laboratoriais devem ser solicitados a cada duas a quatro horas e a glicose sérica a cada hora até sua estabilização. Os exames seguintes vieram com os seguintes resultados:

- HGT HI
- Exames laboratoriais (22/11 - 08:35):
 - Gasometria: pH 7,283 // HCO₃ 14,30
 - sódio 128
 - cloro 99 => Ânion-gap: 15

Em seguida, as medidas para manejo do caso foram mantidas já que o quadro ainda persistia. Durante a discussão e passagem do caso com o médico diarista do Pronto Socorro, foi recomendado o início de insulina em bomba (em CAD moderada a grave, o tratamento pode ser iniciado com um bolus IV de insulina regular (0,1 unidades/kg de peso corporal) seguido dentro de cinco minutos por uma infusão contínua de insulina regular de 0,1 unidades/kg por hora) (HIRSCH e EMMETT, 2021) e algumas dúvidas foram tiradas, especialmente em relação a fibrilação atrial presente no ECG, entretanto, o manejo foi de monitoramento e solicitação de um ecocardiograma, já que possivelmente era uma caso paroxístico.

Exames laboratoriais (22/11 - 14:40):

- Gasometria: pH 7,382 // HCO₃ 16,30
- sódio 140 // potássio 4,0 // fósforo 2,4 // glicose 169 // magnésio 1,8

Ecocardi (22/11): Ventrículo esquerdo com leve remodelamento concêntrico e função sistólica global conservada. Arritmia.

Durante a tarde, após o terceiro exame laboratorial, houve uma melhora no pH da gasometria arterial, entretanto, os níveis de potássio foram menores, sendo feita novamente a reposição. A paciente permaneceu em melhora clínica, teve nova TC em 24 ainda sem sinais de isquemia e próximo ECG com ritmo sinusal. Acabou recebendo alta após 3 dias.

3.3 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

ID: PDBM, 54 anos, pardo, mora sozinho, residente de Foz do Iguaçu

QP: desmaio

HDA: paciente encaminhado da UPA Morumbi. Paciente refere perda de consciência no dia 05/10/2021 retomando a consciência apenas na UPA, onde ficou internado até aceite nesse serviço. Paciente refere dispnéia aos pequenos esforços de longa data, tosse seca, coriza, perda de peso (7 kg em 6 meses), edema em membros inferiores, nega febre. Refere ser o 2º episódio do quadro, necessitando de internação prévia há menos de 1 ano. Relata necessidade de 2 travesseiros para poder dormir. Fumante 34 anos-maço. Nega outros sintomas. Nega alergias. Refere estar vacinado com 2 doses da vacina SARS-CoV2.

HMP: DPOC; HAS; nega DM. Refere alteração cardíaca, não sabe dizer qual.

MUC: Atenolol

HV:fumante 34 anos-maço. Consome bebida alcoólica regularmente.

Exame físico:

SSVV: PA 183/110 mmHg // FC 101 bpm // FR 27 irpm // SatO2 97% // Tax 35,6 °C

BEG, orientado em lugar, desorientado em tempo, anictérico, acianótico, desidratado ++/4+, hipocorado ++/4, hemodinamicamente estável

Neurológico: GCS 15, pupilas isofotorreagentes

Cardíaco: bulhas hipofonéticas devido aos ruídos de transmissão, em 2 tempos, não ausculto sopro ou extrassístoles, ritmo regular, tempo de enchimento capilar < 3 seg

Respiratório: tórax em tonel. MVUA, com presença de sibilos e crepitações bilaterais.

Retração de fúrcula. Dispneico em AA. Respiração abdominal.

Abdome: globoso às custas de panículo adiposo, flácido, depressível, não doloroso à palpação, sem sinais de peritonite, não palpo massas ou visceromegalias. Diurese e evacuações presentes

Extremidades: pulsos simétricos e cheios, panturrilhas livres e extremidades bem perfundidas. Edema em ambos os pés, com sinal de cacifo.

Discussão de caso

A queixa principal do paciente foi sua perda de consciência. Porém, depois de anamnese e exame físico detalhado, podemos perceber que o sintoma mais significativo para nos levar a pensar em hipóteses diagnósticas era a dispneia e suas características.

O sintoma mais comum e característico da ICC descompensada, por exemplo, é a dispneia. Tal achado, entretanto, é pouco específico, podendo ser encontrado em outras condições clínicas. O mesmo vale para a presença de tosse noturna, edema de membros inferiores, sibilos ou estertores pulmonares. Por outro lado, ortopneia, dispneia paroxística noturna e terceira bulha, apesar de não serem patognomônicas, são sinais e sintomas bastante específicos de ICC, presentes no paciente.

Um diagnóstico diferencial importante para esse paciente é a exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), já que o paciente já possuía o histórico de tabagismo pesado e a doença.

Outra causa comum de dispneia e dos sinais apresentados pelo paciente e um importante diagnóstico diferencial de DPOC é pneumonia adquirida na comunidade.

Sendo assim, podemos dividir as hipóteses diagnósticas em:

Diagnósticos sindrômicos:

- síndrome dispneica
- síndrome de insuficiência cardíaca
- síndrome de insuficiência respiratória

Hipóteses diagnósticas etiológicas:

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- DPOC exacerbada
- Pneumonia

Pensando nisso, alguns exames complementares foram solicitados:

Exames laboratoriais da admissão (06/10/2021):

- Gasometria: pH 7,34 // pCO₂ 35 // pO₂ 70,30 // HCO₃ 18,80 // EB -6,10 // CO₂T 19,8 // Sat O₂ 91,90% // CA++ 1,10 // LAC 38,70
- Outros: hemograma sem alterações; sódio 147 mmol/L; uréia, creatinina, potássio, TGO e TGP dentro da normalidade; lactato 29,10 mg/dL; PCR 1 mg/dL
- NT-proBNP II: 1.110,00 pg/MI

- TC de tórax da admissão (06/10/2021): Pulmões pouco expandidos. Moderado derrame pleural à esquerda. Atelectasia completa do lobo inferior esquerdo e atelectasia restritiva parcial do segmento ápico-posterior do lobo superior esquerdo. Presença de pseudo-lobo da Ázigos. Linfonomegalia mediastinais: pré-traqueal inferior, subaórticas, subcarinal. Coração com índice cardiotorácico aumentado. Presença de calcificação em folheto de valva mitral. Aorta torácica ascendente ectásica. Estruturas da parede torácica com alterações degenerativas na coluna torácica.

Inúmeros biomarcadores têm sido pesquisados e os peptídeos natriuréticos, BNP e NT-ProBNP, são os mais extensamente utilizados e estabelecidos na prática clínica. São produzidos principalmente pelos ventrículos, mediante aumento de tensão das paredes ventriculares. São indicados para o diagnóstico diferencial de dispneia na sala de emergência. Em pacientes com mais de 50 anos, valores acima de 900 pg/ml indicam ICC, como no caso do senhor PDBM. Por essa hipótese, o plantonista preferiu deixar o paciente sem hidratação e prescreveu furosemida a critério médico, em função do edema apresentado pelo paciente. Além disso, solicitou eletrocardiograma e ecocardiograma.

Para a classificação de ICC, segundo o algoritmo desenvolvido por Stevenson (NOHRIA *et al*, 2003), os pacientes que apresentam congestão são classificados como “úmidos”, enquanto pacientes sem congestão são chamados “secos”. Pacientes com perfusão inadequada são classificados como “frios”, ao passo que pacientes com boa perfusão são classificados como “quentes”. Sendo assim, são definidos quatro perfis clínico-hemodinâmico: categoria A - “quente e seco”; categoria B - “quente e úmido”; categoria C - “frio e úmido”; categoria L - “frio e seco”. Nesse caso, podemos enquadrar o paciente como categoria B, já que esta congesto, mas bem perfundido.

A Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD), um relatório produzido pelo Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue (NHLBI) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), define uma exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) como "um evento agudo caracterizado por uma piora dos sintomas respiratórios do paciente que está além das variações normais do dia-a-dia e leva a uma mudança na medicação". Isso geralmente inclui uma mudança aguda em um ou mais dos seguintes sintomas cardinais:

- A tosse aumenta em frequência e gravidade

- A produção de expectoração aumenta em volume e/ou muda de caráter
- Aumento da dispneia

No caso do paciente, apesar de referir tosse e dispneia, enquadrou a tosse como não secretiva, sem presença de expectoração, o que pode diminuir as chances de ser um quadro de exacerbação da DPOC. De qualquer maneira, foram prescrito broncodilatadores para ele, já que os principais componentes do departamento de emergência ou manejo intra-hospitalar das exacerbações da DPOC incluem reverter a limitação do fluxo de ar com broncodilatadores de curta ação inalados e glicocorticóides sistêmicos, tratar infecções, garantir oxigenação adequada e evitar intubação e ventilação mecânica. Deve ser ofertado oxigênio para o paciente caso necessário, para manter a saturação entre 88 e 92 % para minimizar o risco de agravamento da hipercapnia com excesso de oxigênio suplementar, o que às vezes acaba sendo feito de maneira incorreta, especialmente por técnicos de enfermagem que acham que o valor está abaixo do ideal e aumentam a oferta de oxigênio, algumas vezes sendo necessário fazer placas informativas que proibissem que isso ocorresse. Além disso, foi prescrito antibioticoterapia para ele por essa suspeita, porque a maioria das diretrizes de prática clínica recomenda antibióticos para pacientes com exacerbação moderada a grave da DPOC que requer hospitalização, já que a maioria das exacerbações da DPOC é causada por infecção do trato respiratório (STOLLER, 2021).

O diagnóstico de DPOC, no entanto, foi excluído por outro médico pela espirometria (um dos testes de função pulmonar (TFP), que são a pedra angular da avaliação diagnóstica de pacientes com suspeita de DPOC) e por não haver sinais clínicos, assim como o diagnóstico de pneumonia, já que não havia sinais infecciosos.

Em função do derrame pleural que o paciente apresentava, foi realizada toracocentese diagnóstica e de alívio, com presença de secreção serosa. Líquido pleural transudato, provavelmente devido à ICC, pois a bacterioscopia do líquido teve como resultado a ausência de bactérias.

Dito isso, o paciente foi diagnosticado com insuficiência cardíaca, fazendo uso de medicação sintomática. A melhora dos sintomas pode ser alcançada por diuréticos, bloqueadores beta, inibidor do sistema renina-angiotensina, hidralazina mais nitrato, digoxina e antagonista do receptor de mineralocorticóide.

3.4 ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

ID: EBS, 52 anos, masculino, branco, procedente e residente de Foz do Iguaçu

QP: confuso

HDA: paciente confuso e sem acompanhantes, história retirada do prontuário da UPA. Paciente encaminhado da UPA Samek, onde deu entrada no dia 15/10/21 por quando de inapetência e hiporexia desde o dia 12/10/21, acompanhada de calafrios, náusea, vômitos e diarreia desde o dia 13/10/21. Nega febre, nega hematoquezia ou melena. Referia dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito, dor no corpo, dor em região mandibular e disúria.

HPP: nega comorbidades e alergias medicamentosas. Refere trauma devido à queda de telhado há alguns anos, com fratura de fêmur e de mandíbula com necessidade de intervenção cirúrgica; cx de fêmur há 1 ano.

HV: etilista crônico há mais de 20 anos com piora há 4 anos (ingestão diária de vodka ao acordar); tabagista há mais de 30 anos 1 maço/ano.

Exame físico:

SSVV: PA 100x50 // FR 20 irpm // FC 112 // Tax 36,5 °C

REG, confuso, acianótico, anictérico, desidratado +/4+, corado, eupneico em AA, estável hemodinamicamente

Neurológico: Glasgow 14 (AO 4, RV 4, RM 6), pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Cardiológico: BNF em 2T, sem sopros audíveis, tec < 4 s. Precordionormodinâmico.

Respiratório: MV +, com presença de estertores e sibilos expiratórios bilateralmente. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: flácido, RH presentes, sem dor a palpação e sem sinais de peritonites. Ausência de massas e visceromegalias palpáveis.

Membros: sem sinais de TVP.

Discussão de caso

O paciente estava apresentando confusão mental e queixas gastrointestinais, estava hipotenso e taquicárdico. Desse modo, a primeira hipótese diagnóstica levantada foi a de um quadro de sepse de foco abdominal. Sepse é uma síndrome clínica que apresenta anormalidades fisiológicas, biológicas e bioquímicas causadas por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. A sepse e a resposta inflamatória que se segue podem levar à síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e à morte.

Um importante diagnóstico diferencial nesse caso é o de encefalopatia hepática, já que se tratava de um paciente etilista de longa data. A encefalopatia hepática descreve um espectro de anormalidades neuropsiquiátricas potencialmente reversíveis observadas em pacientes com disfunção hepática e/ou desvio portossistêmico. A encefalopatia hepática descreve um espectro de anormalidades neuropsiquiátricas potencialmente reversíveis observadas em pacientes com disfunção hepática e/ou desvio portossistêmico (FERENCI, 2021).

O paciente também apresentava, além das queixas gastrointestinais, disúria. Esse é um importante achado clínico para a hipótese diagnóstica de infecção do trato urinário.

Desse modo, temos:

Diagnósticos sindrômicos:

- síndrome infecciosa;
- síndrome de confusão mental;
- síndrome de epigastralgia
- síndrome disúrica.

Hipóteses diagnósticas:

- sepse
 - de foco abdominal
 - de foco urinário
- encefalopatia hepática
- infecção do trato urinário

Segundo o Surviving Sepsis Campaign (2021), em caso de possível sepse, é preferível obter rapidamente (dentro de 45 minutos após a apresentação), mas não deve atrasar a administração de fluidos e antibióticos, exames laboratoriais (os resultados desses estudos podem apoiar o diagnóstico, indicar a gravidade da sepse e fornecer a linha de base para acompanhar a resposta terapêutica), lactato

sérico (pode indicar a gravidade da sepse e é usado para acompanhar a resposta terapêutica), culturas de sangue periférico, gasometria arterial e exames de imagem direcionadas ao local suspeito da infecção.

O paciente EBS já estava em uso de antibiótico da UPA, então foi iniciada hidratação, medidas para broncoespasmo com beta-2-agonistas (pelo exame físico) e medidas para etilismo (tiamina, vitamina B12 e diazepam), e foram solicitados exames laboratoriais, radiografia de tórax e tomografia de abdome com contraste.

Na UPA, na suspeita de sepse, já devia ter sido coletada hemocultura em duas amostras. No entanto, no caso de outros pacientes com suspeita de sepse que presenciei, não há frascos para hemocultura disponíveis sempre. É necessária a solicitação feita pelo médico e avaliação da necessidade pelo laboratório, o que atrasa o diagnóstico e início do tratamento adequado.

A hidratação, além da administração de antibióticos, é importante para restauração da perfusão tecidual. Deve ser feita pela administração agressiva de fluidos intravenosos (FIV), geralmente cristaloides (cristaloides balanceados ou solução salina normal) administrados a 30 mL/kg (peso corporal real).

Exames complementares da admissão:

Exames laboratoriais: Hb 7,2 // Ht 20,6 // VCM 115,08 // leuco 3870 // bast 1% // plaquetas 38000 // sódio 149 // bilirrubinas totais 1,4; ind 0,2; dir 1,2 // gasometria pH 7,51; pCO₂ 32,9; HCO₃ 25,7; lactato 16,5 // creatinina 0,5 // potássio 2,7 // albumina 2,3 // fosfatase alcalina 204 // TGO 84 // TGP 30 // troponina 12 // EAS com glicosúria

Tomografia de abdome: Estudo tomográfico do abdome superior e da pelve mostra pequeno derrame pleural bilateral. Importante esteatose hepática com aumento de volume do fígado. Edema da parede do cólon ascendente. Pequena quantidade de líquido livre na pelve

Segundo os resultados dos exames, o paciente tinha 5 pontos na escala SOFA (falência de órgãos), o que confirma diagnóstico de sepse. O tratamento adequado estava sendo feito e dependia da resposta do paciente à administração de fluidos e de antibióticos.

Com o passar da internação, o paciente teve melhora do quadro infeccioso e SOFA < 2. Entretanto, apresentou rebaixamento do nível de consciência e precisou de intubação orotraqueal. Em função disso, o diagnóstico mais provável

para o quadro era de encefalopatia hepática grau III (onfusão acentuada (estupor), fala incoerente, sono, mas desperto) por hepatopatia crônica de causa alcoólica.

Nesse momento, a segunda etapa no tratamento da encefalopatia hepática é o início de medidas para diminuir as concentrações de amônia no sangue (estejam os valores francamente elevados ou não) com medicamentos como lactulose, lactitol ou rifaximina. Foi então administrada lactulose para o paciente. A primeira etapa no tratamento é a identificação e correção das causas precipitantes, que nesse caso poderia ser a infecção que o paciente apresentava e que estava resolvida.

O paciente evoluiu com melhora clínica do quadro e teve alta após quase 1 mês de internamento, recebendo encaminhamento ao CAPS e ao atendimento ambulatorial do caso.

3.5 PARAFIMOSE

ID: PDP, 52 anos, masculino, branco, procedente e residente de Foz do Iguaçu

QP: "muita dor pra fazer xixi"

HDA: paciente proveniente da UPA Walter por queixa de disúria, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, noctúria, dificuldade miccional (refere que para urinar precisa pressionar o pênis para conseguir o mínimo de diurese) há 25 dias, além de febre (não aferida) e calafrios eventuais. Procurou diversos serviços tendo feito uso de urovit, ciprofloxacino e norfloxacino, sem melhora dos sintomas e persistência da febre. Em internação anterior em 27/10, na UPA Walter, apresentava parcial de urina com bactérias, porém urocultura e hemocultura negativas, fez uso de ceftriaxona na internação e alta com ciprofloxacino, no entanto voltou a ter sintomas. Dá entrada na UPA novamente em 19/11 com os mesmos sintomas e com febre de 38,2, onde ficou internado até transferência a esse nosocômio.

HPP: DM. Nega outras comorbidades

MUC: metformina (1-0-1)

Alergia: nega

ATB: ceftriaxona

Antifúngico: fluconazol 150 mg

Exame físico:

SSVV: PA 148/98; FC 80 bpm; FR 20 irpm; T 35,8°C; SpO2 99%; HGT 245

BEG, LOTE, hidratado, corado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em AA, hemodinamicamente estável

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes

ACV: BCRNF, 2T, SS. 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.

Geniturinário: Diurese e evacuação preservadas.

Membros: panturrilhas livres, sem sinais de TVP

Discussão de caso

Por se tratar de uma queixa urinária com disúria, polaciúria, noctúria, dificuldade miccional, a principal hipótese diagnóstica era a de uma infecção do trato urinário. As infecções do trato urinário (ITUs) incluem cistite (infecção da bexiga / trato urinário inferior) e pielonefrite (infecção do rim / trato urinário superior). A patogênese da ITU começa com a colonização do meato uretral por uropatógenos da flora fecal, seguida pela ascensão pela uretra até a bexiga. A pielonefrite se desenvolve quando os patógenos sobem para os rins através dos ureteres. A pielonefrite também pode ser causada pela disseminação dos rins por bacteremia. Nesse caso, o quadro do paciente se enquadra em:

- síndrome de retenção urinária
- síndrome infecciosa

Porém, a questão importante nesse caso é o fato de o paciente ter procurado diversos serviços e feito tratamento para a infecção, sem melhora completa e ocorrendo repetição recorrente. Por esse motivo, além de exames laboratoriais de admissão, foi solicitado um ultrassom de vias urinárias, um parcial de urina e hemocultura.

Exames Complementares de admissão:

- Exames laboratoriais: eritrograma e leucograma sem alterações. Plaquetas 121.000
- Parcial de urina: proteínas +, hemoglobina ++, leucócitos superior 100/campo, hemácias 29/campo, leveduras ++++
- USG de vias urinárias: Bexiga apresentando divertículos em sua parede, com espessamento do revestimento mucoso e ecos refringentes em suspensão - bexiga de esforço associada a I.T.U.? Próstata aumentada de volume com peso estimado em 32,4 gramas.
- Hemocultura 1ª amostra: bactéria Candidaglabrata

A adesão bacteriana às células da mucosa ou urotelial é um fenômeno importante na determinação da virulência bacteriana. A infecção no trato urinário está relacionada em parte à capacidade da bactéria de aderir e colonizar o intestino, períneo, uretra, bexiga, sistema pélvico-renal renal e interstício renal. A adesão é particularmente importante quando a infecção ocorre em um trato urinário anatomicamente normal, mas também é importante na cistite recorrente e infecção que complica cateteres vesicais de demora (HOOTON, GUPTA, 2021). Nesse caso, o início da investigação deve ser em relação anatômica, para excluir essa causa.

Quando feito exame físico urológico, percebeu-se presença de fimose no paciente. Fimose é definida como um prepúcio apertado que não pode ser retraído para expor a glândula. Em crianças pequenas, a fimose é normal ou fisiológica. Em pacientes mais velhos, infecções como balanopostite ou outras condições inflamatórias resultam em cicatrizes e fimose patológica que requer encaminhamento urológico. O pênis no homem não circuncidado consiste na haste do pênis, na glândula do pênis com o sulco coronal (borda da glândula) e no prepúcio. O prepúcio é uma cobertura fisiológica da glândula. As funções do prepúcio são proteger física e imunologicamente a glândula do pênis e o orifício uretral externo.

Esta acaba sendo um local importante de acúmulo de bactérias e pode, também, a depender do caso, ser responsável por dificuldade urinária, podendo até acontecer obstrução urinária completa.

Dentre os principais diagnósticos diferenciais, temos:

- parafimose
- balanopostite

O tratamento primário da parafimose consiste na redução oportuna do prepúcio de volta sobre a glândula do pênis e requer controle da dor, redução manual

que pode ser facilitada por métodos para reduzir o inchaço se o tempo permitir e pode ser feita pelo médico emergencista, uso de técnicas mais invasivas, normalmente por um urologista, se a redução manual não for bem-sucedida (.

No caso de PDP, não houve a tentativa de redução manual e foi solicitada a avaliação do urologista assim que diagnosticado. Assim que o urologista fez a avaliação, resolveu tentar uma postectomia (retirada do prepúcio) na sala de emergência, para a tentativa de “encontrar” a uretra que estava toda coberta. Nunca havia visto procedimento semelhante e confesso que fiquei um tanto assustada. Mesmo após a tentativa de uma abertura considerável do prepúcio, não houve sucesso. Como o paciente, apesar de necessitar de muita força, conseguia urinar um pouco, não havia presença de bexigoma. Desse modo, a conduta do urologista foi de encaminhar o paciente à cirurgia, para retirada total do prepúcio. Os antifúngicos e antibióticos foram mantidos para a resolução da ITU. Após a cirurgia, o paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial.

3.6 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ID: TB, 69 anos, feminina, parda, residente de Foz do Iguaçu

QP: dor no peito

HDA: paciente trazida pelo SAMU à UPA por queixa de dor no peito em aperto, náuseas e dispneia, que iniciou há aproximadamente 1 hora. Paciente nega vômitos, nega irradiação da dor, nega febre e outros sintomas álgicos. Nega histórico de quadro semelhante.

HPP: hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipotireoidismo

Medicamentos de uso contínuo: Losartana, Anlodipino, AAS, Metformina, Levotiroxina

Alergias: nega

Exame físico:

SSVV: PA 220x100 // FR 22 irpm // FC 103 bpm // Tax 36,5 °C // SpO2 96%

REG, LOTE, fácies de dor, anictérica, acianótica, hipocorada +/4+, desidratada 2+/4+

Neuro: GCS 15, pupilas isofotorreagentes

Cardíaco: bulhas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos. Não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3 segundos

Pulmonar: murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios. Sem esforço respiratório

Abdome: flácido, globoso as costas de panículo adiposo, RH +, não palpo massas ou visceromegalias, sem sinais de peritonismo

Membros: sem edemas, sem empastamento de panturrilhas

Discussão de caso

Precordialgia aguda é uma queixa importante dentro das emergências clínicas e é, muitas vezes, a apresentação clínica da isquemia miocárdica. O objetivo da avaliação do departamento de emergência é determinar a causa de tal desconforto ou outros sintomas relacionados (por exemplo, dispneia, fraqueza) e iniciar a terapia apropriada imediatamente. É essencial que a avaliação inicial e o manejo sejam rápidos, mas metódicos e baseados em evidências.

Nesse caso, temos:

Diagnósticos sindrômicos:

- síndrome anginosa
- síndrome hipertensiva
- síndrome coronariana aguda

É importante ainda distinguirmos as diferentes causas de dor torácica: dor torácica não isquêmica, incluindo condições potencialmente fatais, como dissecação aórtica, embolia pulmonar e ruptura esofágica, dor torácica por crise ansiosa etc.

Em função da característica da dor, história patológica pregressa e hipertensão que a paciente apresentava, podemos pensar, como principais hipóteses em:

Hipóteses diagnósticas:

- emergência hipertensiva
- angina instável
- infarto agudo do miocárdio

Durante a fase de avaliação inicial, as seguintes etapas devem ser realizadas para qualquer paciente com risco significativo de síndrome coronariana aguda (SCA) (REEDER, AWTRY e MAHLER, 2021), como é o caso:

- Vias aéreas, respiração e circulação avaliadas
- História preliminar e exame obtido
- Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG) interpretado
- Equipamento de reanimação levado para a cabeceira
- Monitor cardíaco conectado ao paciente
- Oxigênio fornecido conforme necessário
- Acesso intravenoso (IV) e hemograma (incluindo troponina de alta sensibilidade, se disponível) obtidos
- AAS de 162 a 325 mg administrado
- Nitratos administrados

A SCA pode ser categorizada em três variantes: angina instável, infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST e sem supradesnivelamento. Para se caracterizar como angina instável, a dor deve ser por mais de 20 minutos, os marcadores de necrose miocárdica não podem ser alterados e o ECG não deve evidenciar elevação do segmento ST. O IAM sem supra ST deve necessariamente ter alteração dos níveis dos marcadores de necrose miocárdica, sem elevação do segmento ST. Já o IAM com supra ST, deve ter alteração dos marcadores e elevação do segmento ST.

A paciente foi avaliada, monitorizada, foi solicitado eletrocardiograma e exames de sangue (com troponina), foi administrado AAS, Clopidogrel (dupla antiagreganteplaquetária), Morfina, Sinvastatina e Nitroprussiato de sódio (um potente vasodilatador, com efeito sob a pressão arterial da paciente também). Em conformidade com a recomendação. Morfina só deve ser administrada em pacientes com nível inaceitável de dor.

O eletrocardiograma da paciente apresentou supradesnivelamento do segmento ST, foi feito, então, o pedido de encaminhamento imediato para o serviço de referência em cardiologia de Foz do Iguaçu, o Hospital Costa Cavalcanti. No entanto, eles responderam com negativa ao pedido de transferência em função dos resultados de exames laboratoriais ainda não terem chegado.

A paciente continuou a ser manejada na emergência da UPA e seus resultados de marcadores de necrose miocárdica não vieram alterados:

Exames complementares da admissão:

- Exames laboratoriais: Hb 11,4 // Ht 37,3 // Leuco 7500 // plaquetas 398000 // troponina 42 ng/L // CKMB 4,0 ng/mL // CPK 105

A elevação nos biomarcadores séricos pode não ser detectável por duas a quatro horas após um infarto do miocárdio com ensaios contemporâneos de troponina e uma a três horas com ensaios de alta sensibilidade, e pelo menos 12 horas são necessárias para detectar elevações em todos os pacientes.

Após os resultados dos exames, o hospital aceitou o encaminhamento da paciente, que mesmo assim ainda demorou quase 2 horas para a transferência. A restauração imediata do fluxo sanguíneo do miocárdio é essencial para otimizar o salvamento do miocárdio e reduzir a mortalidade, o que não ocorreu. Deve-se decidir o mais rápido possível se a reperfusão será alcançada com agentes fibrinolíticos ou por intervenção coronária percutânea primária (direta). Após a transferência, não temos mais acesso aos prontuários e não sei qual foi a conduta feita pelo médico.

3.7 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ID: MARC, 87 anos, feminina, residente de Foz do Iguaçu

HDA: História coletada com a neta. Paciente proveniente da UPA João Samek, já teve internação prévia nesse hospital por anemia grave a esclarecer, mas solicitou alta no dia 18/12/21 a pedido dos familiares. Segundo neta, há 15 dias a avó apresenta sonolência, astenia, tontura, fraqueza. Refere que possui seletividade alimentar (preferência por frutas) e diante do quadro de queda do estado geral iniciaram polivitamínicos e suplemento alimentar. Como a paciente não apresentou melhora, fizeram um hemograma em laboratório particular com Hb 6,8, que os motivou a procurar atendimento médico. Deu entrada novamente na UPA no dia 21/12 por quadro de hematoquezia volumosa (sic) associada a diarreia, astenia, boca seca, sudorese e hipotensão, com boa resposta a volume. Refere fezes enegrecidas e fétidas no dia 13/12 e diz que avó é obstipada. Nega perda de peso, febre, vômito, ou sintomas urinários.

HMP: DM, HAS, dislipidemia, hipertireodismo, asma, anemia leve há 2 anos (sic), arritmia e doença de Chagas, histórico de AVC em 2010. Nega alergias.

MUC: Carvedilol 6,25 (1-0-1), Tapazol 5 mg 1/0/0, Furosemida 40 mg (1-0-0), Losartana 50 mg (1-0-1), Sinvastatina (0-0-1), Omeprazol (1-0-+0), AAS 100 mg (0-1-0), Alenia 12/400 (0-0-1)

HV: Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico:

SSVV: PA 103/54 mmHg // FC 87 bpm // FR 23 // Temp. 36°C // Sat. 96% em AA // HGT 105

Ectoscopia: MEG, desorientada em tempo, acianótica, anictérica, hidratada, hipocorada (3+/4+), eupneica em ar ambiente

Neurológico: ECG 14, pupilas isocóricas fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Cardiovascular: Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. TEC < 3s. Pulsos periféricos simétricos e cheios

Respiratório: MV reduzido em bases, sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: globoso às costas de panículo adiposo, depressível, timpânico, RHA+, doloroso à palpação profunda difusamente. Sem visceromegalias palpáveis.

Extremidades: edema maleolar +/+4. Panturrilhas livres, sem sinais de empastamento. Presença de lesões hiperocrômicas bilateralmente em dorso das mãos e antebraços. Telangiectasias bilateralmente em pés.

Discussão de caso

A paciente estava apresentando externalização de sangramento digestivo, através das fezes. O sangramento digestivo pode ser dividido entre alto ou baixo, de acordo com a localização. Pacientes com hemorragia digestiva alta (HDA) aguda comumente apresentam hematêmese (vômito de sangue ou material semelhante a pó de café) e/ou melena (fezes pretas e alcatroadas). Já pacientes com hemorragia digestiva baixa (HDB), costumam apresentar hematoquezia.

Hematêmese (sangue vermelho ou vômito com pó de café) sugere sangramento próximo ao ligamento de Treitz. A presença de êmese com sangue sugere sangramento moderado a grave que pode estar em curso, enquanto a êmese com pó de café sugere sangramento mais limitado.

A maioria da melena (fezes pretas e fétidas) origina-se próxima ao ligamento de Treitz (90%), embora também possa originar-se da orofaringe ou nasofaringe, intestino delgado ou cólon. A hematoquezia (sangue vermelho ou marrom nas fezes) geralmente é causada por sangramento gastrointestinal inferior. No entanto, pode ocorrer com hemorragia digestiva alta maciça, que normalmente está associada à hipotensão ortostática.

Temos:

Diagnóstico sindrômico:

- Síndrome anêmica
- Síndrome de sangramento gastrointestinal

Hipóteses diagnósticas:

- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia digestiva baixa
- Anemia grave secundária à hemorragia

O fato de a paciente ter apresentado melena nos leva a acreditar que essa seja a principal hipótese diagnóstica.

A avaliação inicial de pacientes com sangramento gastrointestinal superior agudo envolve uma avaliação da estabilidade hemodinâmica e ressuscitação, se necessário. Seguem-se estudos diagnósticos (geralmente endoscopia), com os objetivos do diagnóstico e, quando possível, do tratamento do distúrbio específico.

Foram solicitados alguns exames:

- Exames laboratoriais da admissão: Hb 6,40 // Ht 21,9 // VCM 73,49 // leucócitos 6.970 // plaq 208000 // ur 111 // cr 1,30

Em função do valor de hemoglobina e da hipotensão que a paciente vinha apresentando, além da medicação sintomática, foi prescrito um concentrado de hemácias. Para pacientes com sangramento ativo / intenso e hipovolemia, a transfusão deve ser guiada por parâmetros hemodinâmicos (por exemplo, pulso e pressão arterial), ritmo do sangramento, estimativa de perda de sangue e capacidade de parar o sangramento, em vez de séries medições de hemoglobina. Se o nível inicial de hemoglobina for baixo (<7 g/dL), as transfusões devem ser iniciadas. Em um paciente com hemorragia aguda, entretanto, o suporte transfusional não deve ser adiado enquanto se espera os resultados dos exames laboratoriais:

- Exames laboratoriais após transfusão: Hb 8,2 // Ht 27,5 // pH 7,28 // HCO₃ 17,2

Além disso, para melhor investigação diagnóstica, foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia, que foram marcadas para a manhã seguinte a admissão.

Em relação ao tratamento, os pacientes internados no hospital com sangramento gastrointestinal superior agudo são geralmente tratados com um inibidor da bomba de prótons (IBP) em dose de 40 mg a cada 12 horas e esse foi o prescrito pelo médico, de acordo com as diretrizes.

No dia seguinte a paciente realizou a endoscopia. A endoscopia alta é a modalidade diagnóstica de escolha para hemorragia digestiva alta. Ela tem alta sensibilidade e especificidade para localizar e identificar lesões hemorrágicas no trato gastrointestinal superior. Além disso, uma vez que uma lesão sangrante foi identificada, a endoscopia terapêutica pode atingir hemostasia aguda e prevenir sangramento recorrente na maioria dos pacientes.

Os achados endoscópicos em pacientes com úlceras pépticas com sangramento são descritos usando a classificação de Forrest modificada. Os resultados incluem hemorragia (classe Ia), hemorragia exsudativa (classe Ib), um vaso visível sem sangramento (classe IIa), um coágulo aderente (classe IIb), uma mancha pigmentada plana (classe IIc), e uma base de úlcera limpa (classe III). A aparência endoscópica ajuda a determinar quais lesões requerem terapia endoscópica.

O resultado da EDA de dona MA foi:

- estômago: presença de cardia alargada e mucosa de fundo normal, observação de uma úlcera péptica ativa Sakita A1, anterior pilórica de grandedimensão, realizada biópsia. Durante procedimento, foi realizada clipagem.

Após isso, paciente evoluiu bem e recebeu alta médica.

3.8 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ID: MLSS, 72 anos, feminina, branca, residente de Foz do Iguaçu

QP: acordou mal

HDA: Paciente idosa, acompanhada da filha Elza, que referiu que mãe acordou confusa, disártrica e com hemiparesia à esquerda. Refere não perceber desvio de rima e nega sintomas no momento que mãe se deitou. Nega febre, queixa de cefaleia, vômitos, uso de substâncias ou medicações além das usuais.

Nega alergias medicamentosas.

HMP: histórico de cirurgia oftalmológica e perda parcial da visão, cirurgia do útero (não sabe referir qual), hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilação atrial

Medicamentos de uso contínuo: Varfarina 4x/semana; levotiroxina 75mg; Metformina 1-1-0; glibenclamida ½-0-0; losartana 1-1-0; formoterol 1x/dia; amiodarona ½-0-0

Ex Físico:

SSVV: PA 160x80 // FC 90 bpm // FR 22 irpm // T 36,6°C // HGT 137

REG, desorientada, confusa, colaborativa, acianótica, anictérica, desidratada +++/4+,

Neuro: Glasgow 14. Pupilas isocóricas pouco reativas, presença de hemiparesia a esquerda, disártrica, desvio de rima a direita. Escala NIHSS 15

ACV: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 4s

AR: MV +, com presença de creptos inspiratórios em base direita e sibilos expiratórios em bases bilateralmente. Expansibilidade preservada. Sem sinais de esforço respiratório

ABD: globoso às costas de panículo adiposo, depressível. RH +. Não doloroso à palpação.

Membros: pulsos cheios e simétricos, bem perfundidos, panturrilhas livres. Redução de força em MMSS esquerdo e MMII esquerdo.

Discussão de caso

O paciente apresentava um quadro clássico de uma isquemia cerebral. Os sintomas de isquemia cerebral podem ser transitórios, durando de segundos a minutos, ou podem persistir por períodos mais longos. Os sintomas e sinais permanecem indefinidamente se o cérebro sofrer danos irreversíveis e ocorrer infarto.

Podemos separar o quadro em:

- síndrome vascular cerebral
- síndrome de confusão mental

Hipóteses diagnósticas:

- acidente vascular cerebral isquêmico
- acidente vascular cerebral hemorrágico

Existem, ainda, três subtipos de isquemia cerebral: por trombose, por embolia e por hipoperfusão sistêmica. No caso da paciente, por já ter histórico de fibrilação atrial, podemos acreditar que se trata de um caso provavelmente embólico. Embolia se refere a partículas de detritos originadas em outro lugar que bloqueiam o acesso arterial a uma determinada região do cérebro. Como o processo não é local (como na trombose), a terapia local resolve o problema apenas temporariamente, outros eventos podem ocorrer se a fonte de embolia não for identificada e tratada.

No AVC, a avaliação inicial requer agilidade, mas deve ser ampla. Os objetivos nesta fase inicial incluem:

- Garantindo estabilidade médica
- Reverter rapidamente quaisquer condições que estejam contribuindo para o problema do paciente
- Movendo-se para descobrir a base fisiopatológica dos sintomas neurológicos do paciente.

Diagnosticar uma hemorragia intracerebral ou subaracnóide o mais rápido possível pode salvar vidas e prevenir ou minimizar o dano neurológico permanente. A história pode fornecer pistas para esses diagnósticos, mas a triagem precoce do paciente para tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) é crítica. No entanto, é importante avaliar e otimizar a função fisiológica vital antes de enviar o paciente para um estudo de imagem.

No HMPGL, possuímos o exame de tomografia computadorizada, que logo foi solicitado pelo médico responsável. A TC é altamente sensível para o diagnóstico de hemorragia no quadro agudo. Além disso, foram solicitados exames laboratoriais, radiografia de tórax, ecocardiograma e eletrocardiograma.

Exames complementares da admissão:

- Exames laboratoriais: Hb 12 // leuco 6530 -3%B // plaquetas 180.000 // Ur 56 // Cr 1,8 // Na 137 // K+ 4,4 // Albumina 4,1 // BT 0,4 -BI 0,2 -BD 0,2 // Mg 1,2 // PCR 0,5 // KPTT 29,5 segundos // INR 1,10

- TC de crânio: Leve hipodensidade no lobo da insula esquerdo por provável isquemia prévia. Não evidencio sinais de evento isquêmico recente agudo constituído ou hiperdensidade espontânea sugerindo hemorragia. Extensa ateromatose calcificada nas carótidas internas, porção cavernosa e nas vertebrais.

A ressonância magnética é mais sensível que a TC para o diagnóstico precoce de infarto cerebral, embora a TC possa identificar indicadores sutis de infarto dentro de seis horas do início do AVC em um número significativo de pacientes. Em pacientes com isquemia que ainda não tiveram infarto cerebral, a TC e a RNM podem ser normais. Portanto, o fato de não ter sido evidenciado sinal de isquemia, não exclui o diagnóstico de AVC isquêmico, mas exclui o diagnóstico de AVC hemorrágico.

A restauração oportuna do fluxo sanguíneo é a manobra mais eficaz para salvar o tecido cerebral isquêmico que ainda não está infartado. A remoção de trombos intracranianos oclusivos deve ser realizada rapidamente, uma vez que o benefício da terapia de reperfusão para acidente vascular cerebral isquêmico diminui de forma contínua ao longo do tempo.

Para pacientes que são incapazes de fornecer um tempo de início confiável, o início dos sintomas é definido como o tempo em que o paciente ficou normal pela última vez ou no estado neurológico basal, no caso, na noite passada. Às vezes, informações de familiares podem estabelecer a última hora em que o paciente foi considerado normal. Para pacientes que se apresentam dentro da janela terapêutica para trombólise intravenosa (menos de 4,5 horas do início dos sintomas) ou trombectomia mecânica (menos de 24 horas do início dos sintomas), a história precisa ser precisa, mas rápida; as contra-indicações ao tratamento trombolítico também devem ser avaliadas. No caso da dona MLSS, o tempo ultrapassa essa janela terapêutica, não sendo mais recomendada a trombólise.

Critérios de exclusão para uso de terapia fibrinolítica:

- AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos três meses
- Hemorragia intracraniana anterior
- Neoplasia intracraniana intra-axial
- Malignidade gastrointestinal
- Hemorragia gastrointestinal nos 21 dias anteriores

- Cirurgia intracraniana ou intraespinhal nos três meses anteriores
- Elevação persistente da pressão arterial (sistólica ≥ 185 mmHg ou diastólica ≥ 110 mmHg)
- Hemorragia interna ativa
- Apresentação consistente com endocardite infecciosa
- AVC conhecido ou suspeito de estar associado à dissecação do arco aórtico
- Contagem de plaquetas $< 100.000 / \text{mm}^3$
- Uso atual de anticoagulante com $\text{INR} > 1,7$ ou $\text{PT} > 15$ segundos ou $\text{aPTT} > 40$ segundos
- Doses terapêuticas de heparina de baixo peso molecular recebidas em 24 horas
- Evidência de hemorragia
- Extensas regiões de hipodensidade óbvia consistente com lesão irreversível

O tratamento, nesse caso, é conservador, utilizando medicações sintomáticas e para reversão da causa do AVC (AAS, estatinas, mudanças do estilo de vida, controle da pressão arterial, controle da fibrilação atrial). O paciente deve ter acompanhamento multiprofissional, com fisioterapia, fonoaudiologia etc, para possível retorno das funções físicas da paciente (OLIVEIRA-FILHO, MULLEN, 2021).

Uma segunda TC de crânio foi solicitada em 24 horas com presença de calcificações parietais vasculares intracerebrais e de isquemia cerebral em região de artéria cerebral média.

A paciente evoluiu com redução da escala NIHSS e estabilidade clínica, sendo transferida para clínica médica após 4 dias e recebendo alta, dois dias após.

3.9 INTOXICAÇÃO EXÓGENA

ID: LAP, 27 anos, feminina, branca, residente de Foz do Iguaçu

QP: tomou muito remédio

HDA: paciente trazida pelo SAMU após ingestão de aproximadamente 20 comprimidos de clonazepam de 0,5 mg, há aproximadamente 3 horas. Paciente foi encontrada desacordada pela mãe, no banheiro de casa. Paciente refere que tomou medicação como tentativa de suicídio. Nega alucinações ou delírio.

HPP: Paciente com histórico de transtorno depressivo, fazia tratamento, mas parou sozinha medicação há aproximadamente 4 meses. Mãe nega tentativas prévias de suicídio. Tabagista há 5 anos.

Alergias: nega

Exame físico:

SSVV: PA 124/89 // FR 16 irpm // FC 86 bpm // SpO2 98% // HGT 91

REG, confusa, sonolenta, anictérica, acianótica, hidratada, corada

Cardíaco: bulhas normofonéticas em 2 tempos, ritmo regular, TEC < 3s

Pulmonar: murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios

Abdome: plano, flácido, ruídos hidroaéreos positivos, não palpo massas ou visceromegalias, não doloroso à palpação

Membros: sem edema, sem sinais de TVP

Discussão de caso

Os médicos que tratam de pacientes intoxicados devem ter uma abordagem sistemática e consistente para avaliação e tratamento. É importante observar que a intoxicação por drogas pode produzir uma ampla gama de sintomas e achados clínicos e pode ocorrer isoladamente ou com outra patologia (por exemplo, trauma, infecção). A apresentação depende do agente ingerido, se a ingestão é aguda ou crônica, medicamentos prescritos de base que um paciente pode estar tomando, estado de saúde do paciente (por exemplo, doença hepática ou renal) e se a ingestão envolve um único medicamento ou mais. O gerenciamento inicial é focado no reconhecimento de padrões e estabilização aguda. Uma história detalhada e um exame físico são de grande importância para reconhecer que ocorreu intoxicação e determinar o tipo. O manejo é direcionado ao fornecimento de cuidados de suporte, prevenção da absorção de venenos e, quando aplicável, o uso de antídotos e técnicas aprimoradas de eliminação. O cuidado de suporte meticuloso é fundamental.

A paciente estava com fala confusa no momento da chegada, então a anamnese psiquiátrica acabou ficando “pobre” em relação a motivação do uso da superdosagem da medicação.

A conduta inicial foi a de avaliar a paciente e ligar para o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATOX), para que eles instruissem sobre o caso. A recomendação deles foi a de monitorizar a paciente, solicitar alguns exames laboratoriais, eletrocardiograma e

O clonazepam é da classe dos benzodiazepínicos que tem uma meia-vida de ação longa (> 24 horas). Entretanto, a dose máxima diária de um adulto é de 20 mg, ou seja, a paciente, mesmo fazendo uso de aproximadamente 20 comprimidos, não atingiu a dose tóxica. Nesse caso, o CIATOX não recomendou uso de carvão ativado ou Flumazenil (antagonista de benzodiazepínicos recomendado apenas em casos de intoxicação grave ou depressão respiratória). Sua recomendação foi a de observação clínica por pelo menos 6 horas e de solicitação dos exames, que já havia sido feito.

O maior problema, então, estava na intenção da paciente ao tomar a medicação. Temos:

Diagnósticos sindrômicos:

- Síndrome toxicológica
- Síndrome depressiva

Hipóteses diagnósticas:

- Intoxicação exógena
- Tentativa de suicídio

Todo paciente com intenção suicida deve ser monitorado 24h por dia e, caso

isso não seja possível, a internação se faz necessária. Desse modo, foi solicitada vaga no HMPGL para transferência da paciente para ala psiquiátrica.

O manejo do indivíduo suicida deve incluir:

- Estabilização médica
- Reduzindo o risco imediato e o planejamento do tratamento
- Gerenciando fatores subjacentes e transtornos psiquiátricos
- Monitoramento e acompanhamento

Enquanto aguardam a internação psiquiátrica, os pacientes devem ser mantidos em uma sala com todas as fontes de dano potencial removidas e um membro da equipe deve ser designado para fornecer observação constante. Os pertences do paciente devem ser armazenados separadamente ou revistados em busca de métodos potenciais de automutilação. Membros cooperativos da família podem estar presentes se o paciente desejar. Pode ser necessária uma equipe de segurança para deter os pacientes que insistem em sair. Se os pacientes não concordarem com os planos de hospitalização, a hospitalização involuntária pode ser necessária.

Esse foi o caso de LAP. Além de não haver equipe de segurança nem ambiente adequado, após algumas horas de internação, a paciente começou a ficar agitada e a querer sair, recusando-se de ficar internada. Apesar de muita conversa, o médico decidiu por fazer contenção mecânica na paciente, já que ela ainda estava sob efeito do benzodiazepínico e ele acreditou que a contenção química não seria suficiente. A paciente foi ficando cada vez mais agitada e até agressiva com a equipe, pedindo para sair do local. Conversei com a mãe da paciente que acabou se responsabilizando por ela e por sua saída dali, como evasão. Expliquei sobre o perigo de uma nova tentativa de suicídio que a filha poderia fazer e sobre sua responsabilidade em relação a isso, mas ela acabou cedendo a vontade da paciente.

Casos como esse foram muito mais comuns do que eu imaginava nas UPA, inclusive de pessoas muito jovens. Ficou claro como a equipe, apesar o grande número de atendimentos desse tipo, não sabe lidar com a situação e acaba escolhendo sempre por contenção do paciente. O ambiente também não é adequado para conversa nem para manter esse tipo de paciente, sendo que esses ficam em leitos normais com pessoas com diferentes queixas, ou até, em poltronas no corredor.

4 EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Logo no início da faculdade aprendemos a avaliar responsividade, perceber a possibilidade de uma parada cardiorrespiratória (PCR), iniciar as compressões torácicas o mais rápido possível, fazer compressões de qualidade e a usar um desfibrilador externo automático (DEA) ainda como suporte básico de vida em ambiente pré-hospitalar. Mais tarde um pouco, aprendemos como deve ser o atendimento a esse problema em ambiente hospitalar: como deve ser a organização do trabalho, compressões, ventilação, tempo, drogas, ritmos cardíacos, desfibrilação.

Na teoria, tudo parece mais fácil, claro, inclusive o atendimento de uma PCR, mas imaginava que na prática não seria bem assim, afinal, é uma situação crítica e de extrema gravidade. É ainda pior do que imaginava! Pelo menos foi na minha primeira experiência real de atendimento a uma PCR. No dia 09 de setembro de 2021, durante o procedimento de colocação de um catéter venoso central (CVC) pelo plantonista da sala vermelha da UPA João Samek, a paciente Fátima Tezza teve uma Parada Cardiorrespiratória. Eu estava exatamente ao lado dela naquele momento, pois estava ajudando a segurar a paciente, já que ela estava confusa e muito agitada (já havia tirado o CVC que tinha antes), então assim que a técnica de enfermagem que estava ali abaixou a cabeceira da cama, eu comecei as compressões torácicas. Fiquei feliz com o quanto fui rápida em relação a isso, afinal, foi um susto, e até fui parabenizada pelo plantonista por manter a calma, mas por dentro estava gritando.

Apesar disso e do sucesso do procedimento, já que a paciente se manteve viva e seu ritmo cardíaco ter voltado, achei tudo muito bagunçado. Espera-se alguém comandando todo o processo, dando ordens e organizando tudo. Não teve. Muitos técnicos começaram a pegar as drogas, ambu e outros materiais, inclusive se batendo no caminho. Ninguém marcou o tempo no começo, quando deram a primeira dose de droga e fizemos a troca de quem estava nas compressões, eu assumi a responsabilidade de marcar o tempo, que nem foi respeitada no fim das contas e a segunda dose foi dada antes dos dois minutos se passarem. A paciente estava em AESP, então não foi feito choque, então foi tratada

a causa reversível que provavelmente havia causado a parada: a hipóxia, através da intubação da paciente. A desorganização daquele momento me deixou assustada e me fez pensar no quanto a equipe precisa de um novo treinamento.

4.2 MORTE

“Acho que morrer é assim:

- Deus, me passa no pontilhão?
- A pé ou no colo?
- No colo.

Você fecha os olhos e quando abre já passou.

Não doeu nada.”

Adélia Prado

Dia 01 de novembro de 2021, dia que antecede o dia de Finados no Brasil, uma segunda-feira esse ano. Foi o dia em que presenciei a primeira morte de um paciente: Maria, 58 anos, sepse de foco abdominal e HIV sem tratamento.

Já havia visto antes, em cuidados paliativos, por exemplo, mas nunca desse jeito, nunca em uma emergência, ajudando no protocolo de Suporte Avançado de Vida (segundo que ajudei). O coração da Dona Maria parou exatamente às 07h33min da manhã, um começo de plantão no Hospital Municipal. As compressões, drogas e esforços foram até 07h52min, após 7 ciclos. Sei bem porque fui eu quem ficou responsável por marcar o tempo. Sei bem porque acho que nunca mais vou esquecer.

Foram 19 minutos de foco e prestando atenção em tudo que podia para ajudar e pra aprender. Depois mais 40 minutos com dor abdominal, náuseas, dispneia e tontura. Essa seria minha anamnese naquele momento.

A equipe foi organizada, eficiente e competente e isso tudo me deixa aliviada, saber que o melhor foi feito naquele momento. A hora da Maria partir tinha chegado, eu acredito nisso. Mesmo assim não foi fácil, mas passou.

Pra romancista Adélia Prado morrer não deve doer nada. Acho e espero que pra dona Maria também não tenha doído. Mas pra mim doeu.

5 PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CENÁRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

Uma das primeiras tarefas de qualquer médico que trata de um paciente agudamente instável em uma emergência é proteger as vias aéreas. Na maioria das circunstâncias, o profissional usa a intubação orotraqueal de sequência rápida para realizar essa tarefa. Esse procedimento envolve a administração de um agente de indução seguido rapidamente por um agente de bloqueio neuromuscular para criar condições ideais de intubação e minimizar o tempo que as vias aéreas ficam desprotegidas. Durante o estágio, assisti quatro intubações (a mais recente no dia 03/12, em um paciente de 101 anos que sofreu um TCE, mas era hígido até então).

Indicações do procedimento:

- insuficiência respiratória aguda
- ventilação ou oxigenação inadequada
- proteção de vias aéreas em pacientes com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow < 8)

Contraindicação:

- Doenças que acometem a glote ou a região supraglótica e que impeçam ou dificultem o posicionamento correto do tubo endotraqueal ou que podem piorar após a colocação.

Procedimento – 7 “p” (mnemônico que descreve as principais etapas do planejamento e desempenho da IOT):

- Preparação: A preparação inclui a avaliação das vias aéreas do paciente quanto a possíveis dificuldades, o desenvolvimento de um plano de gerenciamento das vias aéreas e a montagem de todo o pessoal, equipamento e medicamentos necessários.
- Pré-oxigenação: e idealmente deve ser pré-oxigenado por um mínimo de três minutos usando oxigênio fornecido na maior taxa de fluxo disponível. A pré-oxigenação substitui o nitrogênio nas porções de troca gasosa do pulmão por oxigênio, criando assim um grande reservatório de oxigênio.

- Pré-tratamento: espécie de otimização fisiológica, feita com lidocaína ou fentanil, não é mais considerada uma etapa obrigatória, sendo atualmente chamada de otimização da pré-intubação.
- Paralisia com indução: O agente de indução ideal atua rapidamente para proporcionar um estado profundo de inconsciência e analgesia sem causar efeitos colaterais hemodinâmicos. Nenhum agente disponível atende a todos os critérios. Os medicamentos atualmente disponíveis incluem etomidato , cetamina , midazolam e propofol. Os paralíticos não fornecem analgesia ou sedação. Apenas dois agentes têm tempos de início curtos o suficiente para serem usados para IOT de sequência rápida: succinilcolina e rocurônio.
- Posicionamento: A clássica posição de "cheirar" (extensão atlanto-occipital com elevação da cabeça de 3 a 7 cm) é adequada, mas uma elevação adicional quase sempre melhora a exposição glótica. Um ponto de referência útil para determinar a elevação adequada da cabeça é o alinhamento da orelha do paciente (meato acústico externo) ao nível da fúrcula esternal quando vista de lado. Esse posicionamento pode ser obtido usando lençóis ou dispositivos ou camas especialmente projetados para criar uma rampa.
- Por o tubo: Depois de alcançado o relaxamento neuromuscular, avaliado pelo tônus do músculo masseter (ou seja, frouxidão da mandíbula sem resistência à abertura da boca), a laringoscopia pode ser realizada. O objetivo da laringoscopia é a visualização clara da abertura glótica. Uma vez que a glote é visualizada, o médico coloca o tubo endotraqueal (TET) entre as cordas vocais, infla o manguito, retira o estilete e confirma a colocação.
- Pós-intubação: fixação do tubo, radiografia de tórax e ventilação mecânica.

5.1.1 Drogas utilizadas e sua disponibilidade nos locais de estágio

Os carrinhos de parada das UPA e do HMPGL são semelhantes em sua organização, no entanto, pude perceber que o manejo do carrinho feito pelo farmacêutico do local é melhor realizado na UPA Dr Walter Cavalcanti em

comparação com os demais, já que no HMPGL, por exemplo, em algumas oportunidades procurei pela lista de medicação disponível e conversei com a farmacêutica que também não sabia da lista, por exemplo.

A cada 15 dias deve ser feita a supervisão do carrinho e conferência da medicação, o que nem sempre acontece. O carrinho também deve ser conferido pelo responsável cada vez que for aberto e alguma medicação for utilizada (já que ele é lacrado).

Um dos grandes e principais problemas dos carrinhos é o fato de algumas medicações estarem em subdoses algumas vezes, o que impediria o tratamento ou procedimento adequado.

De modo geral, os carrinhos são divididos em algumas medicações diversas na 1ª gaveta (amiodarona, furosemida, dobutamina, nipride, tridil, atropid, hidrocortisona, salbutamol, metoprolol, sulfato de magnésio, carvão ativado etc) e com medicações psicotrópicas na 2ª gaveta (midazolam, fentanil, fenitoína, diazepam, haloperidol, succinilcolinaetc). Na 3ª e 4ª há alguns materiais como laringoscópios, lâminas, manguitos etc.

Figura 1. Carrinho de parada, desfibrilador – UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa



Fonte: a autora, 2021.

Figura 2. 1ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa



Fonte: a autora, 2021.

Figura 3. 2ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa



Fonte: a autora, 2021.

Figura 4. 3ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa



Fonte: a autora, 2021.

Figura 5. 4ª gaveta carrinho de parada - UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa



Fonte: a autora, 2021.

Em caso de necessidade de IOT, a medicação padrão nos campos de estágio é feita com 2 ampolas de fentanil + 3 ampolas de midazolam + succinilcolina.

Como dito anteriormente, nenhum agente disponível atende a todos os critérios e podem ser considerados como droga ideal. A escolha da medicação deve respeitar a condição clínica do paciente, idealmente. O fentanil pode causar hipotensão e oferece risco de rigidez muscular, no entanto, tem efeito extremamente rápido como vantagem. O midazolam tem início de ação lenta e curta, não influencia na pressão intracraniana e possui efeito anticonvulsivante, mas pode causar depressão respiratória e cardiovascular. A quetamina é boa para instabilidade hemodinâmica e possui efeito broncodilatador, todavia, pode causar disforia e alucinações. O etomidato possui efeito rápido e curto, não tem influência hemodinâmica e não causa depressão miocárdica, porém é contraindicado em casos de choque séptico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois do tempo passado nos locais de prática, das experiências vividas e do exposto neste trabalho, percebem-se algumas questões que precisam ser melhoradas ou poderiam ser alteradas. No HMPGL a qualidade de atendimento e embasamento nas literaturas mais atualizadas e o comprometimento em se manter ativo nos estudos é maior do que nos outros cenários, onde foi possível observar maior desconhecimento e despreparo para lidar com algumas situações críticas (como PCR) e os atendimentos acabam sendo mais estereotipados e automatizados. Sendo necessária uma capacitação de profissionais para conseguirem lidar melhor com o ambiente de U/E, como uma espécie de ATLS para todos os profissionais.

Além disso, em função da grande demanda de pacientes psiquiátricos nas UPA, seria muito importante um ambiente propício para esse atendimento, já que esses pacientes têm, muitas vezes, dificuldades em falar e acabam omitindo a verdade para a equipe. Em relação a esses pacientes, ainda seria importante uma capacitação da equipe para tratamento adequado, já que muitos deles acabam sendo hipermedicados para ficarem desacordados ou contidos no leito mesmo sem necessidade.

Outra situação que poderia ser melhorada, é o uso de um único sistema em todos os locais de estágio e de saúde de Foz do Iguaçu ou até do Estado. As UPA utilizam o sistema RP Saúde, assim como ambulatórios e UBS. Já o HMPGL utiliza o Tasy. A unificação desses sistemas poderia entender melhor o paciente e suas necessidades, seu histórico médico, suas medicações em uso etc.

É importante, ainda, uma regulação mais criteriosa e bem definida, já que não há completa uniformidade entre a regulação de transferência. Isso também é um problema pela falta de leitos disponíveis para transferência para o HMPGL, fazendo com que muitos pacientes acabem passando dias internados nas UPA.

As horas em atividades práticas mudam a visão do aluno em relação ao que é real e ao que é preconizado, estimulando o pensamento crítico. Ademais, dessa maneira é possível colocar em prática todo o conteúdo visto na teoria, reforçando o conhecimento.

REFERÊNCIAS

HIRSCH, Irl B; EMMET, Michael. Diabeticketoacidosisandhyperosmolarhyperglycemicstate in adults: Treatment.UpToDate. Set, 2021.

HIRSCH, Irl B; EMMET, Michael. Diabeticketoacidosisandhyperosmolarhyperglycemicstate in adults: Clinicalfeatures, evaluation, anddiagnosis.UpToDate. Set, 2021.

Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, Jmary; MULLEN, Michael T. Initial assessment and management ofacute stroke. UpToDate, mar,2021

PACHECO, Marcos Antônio. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE (Org.). – São Luís, 2015. UNASUS

RUNYON, Bruce A. Diagnosticandtherapeutic abdominal paracentesis. UpToDate. Nov, 2021.

REEDER, Guy S; AWTRY, Eric; MAHLER, Simon A. Initialevaluationand management ofsuspectedacute coronary syndrome (myocardialinfarction, unstable angina) in theemergencydepartment. UpToDate, ago, 2021.

SALTZMAN, John R; Approach toacuteupper gastrointestinal bleeding in adults. UpToDate, out, 2021.

STOLLER, James K. COPD exacerbations: Management. UpToDate, 2021.

THURMAN DJ, et al. The primarypreventionofepilepsy: A reportofthePreventionTask Force oftheInternational League AgainstEpilepsy. Epilepsia 2018; 59:905.

THEODORE, Arthur C. Arterial blood gases. UpToDate. Nov, 2021.

YOUNES, Houssam K; LU, Tony. Vascular complicationsof central venous Access and the is management. UpToDate. Nov, 2021.