



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

MEDICINA

**VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DA DISCUSSÃO DE CASOS À EXPERIÊNCIA**

MURILO PADUAN DE SOUZA

Foz do Iguaçu
2022

**VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DA DISCUSSÃO DE CASOS À EXPERIÊNCIA**

MURILO PADUAN DE SOUZA

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

Orientadora: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

MURILO PADUAN DE SOUZA

**VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DA DISCUSSÃO DE CASOS À EXPERIÊNCIA**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Profa. Dra. Fabiana Aidar Fermino
UNILA

Profa. Me. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de ____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Murilo Paduan de Souza

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Vivências do Internato em Urgência e Emergência do SUS: da discussão de casos à experiência

Nome da orientadora: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família, que com muito esforço contribuiu para que o meu sonho de ser médico fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha avó Lourdes Leopoldina Paduan, que do decorrer da vivência desse trabalho cumpriu sua Missão nesse plano. Ela, com toda a sua Fé, Alegria e Bondade, nunca desamparou os seus queridos em suas orações.

Aos meus pais Adriana Cristina Paduan de Souza e Sandro de Souza pela luta diária para que esse sonho pudesse se tornar realidade, e por todos esses anos me ensinarem valores que construíram o homem que eu sou.

Agradeço ao meu irmão Felipe Paduan de Souza por entender a situação de um estudante fora da sua cidade natal e ter aberto mão por diversas vezes de seus desejos em prol do investimento financeiro feito na minha formação.

Ao meu avô, aos meus tios e tias, pequenos primos e afilhada, por toda a ajuda quando precisei e por todo apoio que a jornada dessa formação exige.

A toda minha família, que me ensinou sobre amor, cuidado, trabalho e respeito ao próximo, valores que acredito serem mais que essenciais para o desenvolvimento dessa profissão.

Agradeço ao meu companheiro, que com paciência e amor me manteve firme na caminhada e com todo seu apoio não me deixou desistir.

Agradeço aos meus professores, que além de exemplos profissionais a serem seguidos, nos forneceram ensinamento e incentivo para que uma formação de qualidade fosse feita. Sempre atentos, nos abriam os caminhos do conhecimento para que pudéssemos por nós mesmos explorá-lo.

Agradeço a professora orientadora e a banca examinadora pela atenção, carinho, orientação e incentivo para a escrita desse trabalho. De pronto, aceitaram o convite e não abandonaram a árdua tarefa de me guiarem.

Por fim, agradeço aos meus amigos que se fizeram família e não deixaram por diversas vezes que eu derrubasse a peteca, e quando ela caiu, me ajudaram a pegá-la novamente.

*“O paciente é o centro do universo médico em torno do qual todos os nossos trabalhos giram e para o qual todos os nossos esforços se direccionam”
(John Benjamin Murphy)*

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo descrever e discutir objetivamente e subjetivamente as vivências realizadas durante o módulo do internato médico denominado Urgência e Emergência do SUS do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. São apontados casos clínicos mais relevantes e discutido sobre a rede de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu – PR. As atividades aconteceram durante o período de agosto a dezembro do ano de 2021 nos cenários de urgência e emergência do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, da UPA João Samek e da UPA Dr. Walter Cavalcanti no município de Foz do Iguaçu – PR. Os casos clínicos, procedimentos e discussão acerca da rede de urgência e emergência foram embasados teoricamente nas literaturas recentes disponíveis em aplicativos como WhiteBook®, e em bases de dados como UpToDate®, Best Practice Medicine do BMJ® e StatPearls®, além do livro Medicina de Emergência – Abordagem Prática da USP. A realização desse trabalho permitiu que os casos mais prevalentes de atendimento nos setores de urgência e emergência do município fossem revisados teoricamente e permitiu uma visão crítica a respeito dos fluxos de atendimento propostos, além de deixar registrado a vivência, tanto objetiva e subjetiva, de todo o processo dessa parte da formação médica.

Palavras-chave: medicina; internato; educação médica; urgência; emergência.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo describir y discutir objetiva y subjetivamente las experiencias realizadas durante el módulo de pasantía denominado Urgencia y Emergencia en el SUS de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana. Se señalan los casos clínicos más relevantes y se discute la red de urgencias y emergencias de la ciudad de Foz do Iguaçu - PR. Las actividades se realizaron durante el período de agosto a diciembre de 2021 en los escenarios de urgencia y emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA João Samek y UPA Dr. Walter Cavalcanti en Foz do Iguaçu - PR. Los casos clínicos, los procedimientos y la discusión sobre la red de urgencia y emergencia se basaron teóricamente en la literatura reciente disponible en aplicaciones como WhiteBook®, y bases de datos como UpToDate®, BMJ® Best Practice Medicine y StatPearls®, y el libro Emergency Medicine - Practical Approach de USP. La realización de este trabajo permitió que los casos más prevalentes de asistencia en los sectores de urgencia y emergencia de la ciudad fueran revisados teóricamente y permitieran una visión crítica respecto a los flujos asistenciales propuestos, además de dejar registrada la experiencia, tanto objetiva como subjetiva, de todo el proceso de esta parte de la formación médica.

Palabras clave: medicina; internado; educación médica; urgencia; emergencia;

ABSTRACT

This work aims to describe and discuss objectively and subjectively the experiences made during the internship module called Urgency and Emergency in SUS of the Federal University of Latin American Integration's Medical School. The most relevant clinical cases are pointed out and the urgency and emergency network of the city of Foz do Iguaçu - PR is discussed. The activities took place from August to December 2021 in the urgency and emergency settings of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital, UPA João Samek and UPA Dr. Walter Cavalcanti in Foz do Iguaçu - PR. The clinical cases, procedures and discussion about the urgency and emergency network were based theoretically on recent literature available in applications such as WhiteBook®, and databases such as UpToDate®, BMJ® Best Practice Medicine and StatPearls®, and the book Emergency Medicine - A Practical Approach from USP. This study allowed the most prevalent cases in the urgency and emergency sectors of the city to be theoretically reviewed and provided a critical view of the proposed care flows, as well as recording the experience, both objective and subjective, of the entire process of this part of medical training.

Key words: medicine; intership; medical education; urgency; emergency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	21
Figura 2 - Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester	22
Figura 3 - Exemplo de algoritmo para manejo de Estado de Mal Epilético	44
Figura 4 - Algoritmo do Suporte Avançado de Vida	71
Figura 5 - Algoritmo de avaliação da dor abdominal.....	82
Figura 6 - Critérios do escore SOFA.....	83
Figura 7 - Manejo da dispneia	92

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Tomografia computadorizada de crânio da paciente MCL	47
Imagem 2 - Tomografia da paciente JAV	56
Imagem 3 - Raio-X de tórax da paciente FBBN.....	67
Imagem 4 - Radiografias da paciente VTD	75
Imagem 5 - Localização e possíveis etiologias da dor abdominal	76
Imagem 6 - Print do prontuário eletrônico da paciente com registro da sua admissão em sala de observação	80
Imagem 7 - Raio-X de tórax da paciente L.R.....	87
Imagem 8 - Raio X da paciente MEFM.....	102
Imagem 9 - Primeiro ponto de sutura	116
Imagem 10 - Sutura em ponta de orelha	117
Imagem 11 - Autor suturando.....	118
Imagem 12 - Raio-x de posicionamento de sonda nasoentérica	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronograma de atividades/realização de plantões.....	19
Quadro 2 - Resumo do tratamento da anafilaxia	34
Quadro 3 - Definição de epilepsia segundo o International League Against Epilepsy - ILAE	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diferenças clínicas entre a síncope e crise epiléptica	42
Tabela 2 - Clínica apresentada em AVEi de acordo com território cerebrovascular acometido.....	58
Tabela 3 - Escala do NIHSS	60
Tabela 4 - Causas reversíveis de PCR e condutas a serem tomadas	72
Tabela 5 - Escala MRC para dispneia.....	90
Tabela 6 - Avaliação clínica por sistemas do paciente intoxicado	98
Tabela 7 - CURB-65: critérios gravidade pneumonia	105
Tabela 8 - Drogas no carrinho de parada.....	107
Tabela 9 - Medicações utilizadas na intubação orotraqueal.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ABD	Abdominal
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
ACM	A critério médico
ACV	Aparelho cardiovascular
AESP	Atividade elétrica sem pulso
AINEs	Anti-inflamatórios não esteroidais
AIT	Ataque isquêmico transitório
ALT	Alanina aminotransferase
AP	Aparelho pulmonar
AST	Aspartato aminotransferase
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
AVEh	Acidente vascular encefálico hemorrágico
AVEi	Acidente vascular isquêmico
BNP	Peptídeo natriurético tipo B
Bpm	Batimentos por minuto
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHCM	Concentração da hemoglobina corpuscular média
CIATOx	Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Paraná
CKMB	Creatinofosfoquinase fração MB
CPK	Creatinofosfoquinase
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EEG	Eletroencefalograma
EME	Estado de mal epilético
EMEC	Estado de mal epilético convulsivo
EMENC	Estado de mal epilético não convulsivo
FAL	Fosfatase alcalina
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
FV	Fibrilação ventricular
GGT	Gama-glutamil transpeptidase

Hb	Hemoglobina
HCM	Hemoglobina Corpuscular média
HDA	História da doença atual
HF	História familiar
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História patológica pregressa
Ht	Hematócrito
HV	Hábitos de vida
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ID	Identificação
IES	Instituições de Ensino Superior
ILAE	International League Against Epilepsy
IM	Intramuscular
INR	International normalized ratio
IOT	Intubação orotraqueal
lpm	incursões por minuto
IV	Intravenoso
LCR	Líquido cefalorraquidiano
LDH	Desidrogenase láctica
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
MAV	Má formação arteriovenosa
MM	Membros
MMII	Membros inferiores
MRC	Medical Research Council
NEURO	Neurológico
NIHSS	National Institute of Health
PA	Pressão arterial
PAC	Pneumonia adquirida na comunidade
PCR	Proteína C Reativa
QP	Queixa principal
RM	Ressonância magnética
RNC	Rebaixamento do nível de consciência
RUE	Rede de Atenção a Urgência e Emergência

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SatpO2	Saturação periférica de oxigênio
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SNC	Sistema nervoso central
SUS	Sistema Único de Saúde
SV	Sinais vitais
TAP	Tempo de ativação de protrombina
TC	Tomografia computadorizada
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TV	Taquicardia ventricular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Cuidados Progressivos
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançada
USB	Unidade de Suporte Básico
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de internação intensiva
VCM	Volume corpuscular médio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
2.1 VISÃO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU-PR	23
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ESTÁGIO....	25
2.3.1 Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL)	25
2.3.2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA Samek e UPA Morumbi.....	26
3 A “MÃO NA MASSA” NO CENÁRIO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – OS CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS	28
3.1 CASO CLÍNICO 1 – PICADA DE ABELHA E A REAÇÃO ANAFILÁTICA	30
3.1.1 Descrição do caso	30
3.1.2 Conduta adotada na sala de emergência:	31
3.1.3 Percepções e discussão do caso.....	31
3.2 CASO CLÍNICO 2 – PÓS-ICTAL!? O QUÊ É ISSO?	36
3.2.1 Descrição do caso	36
3.2.2 Conduta adotada na sala de emergência	38
3.2.3 Percepções e discussão do caso.....	38
3.3 CASO CLÍNICO 3 – O REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E SUAS DIVERSAS CAUSAS	46
3.3.1 Descrição do caso	46
3.3.2 Conduta adotada na sala de emergência	48
3.3.3 Percepções e discussão do caso.....	48
3.4 CASO CLÍNICO 4 – QUANDO FALTA OXIGÊNIO NO CÉREBRO – O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO	55
3.4.1 Descrição do caso	55
3.4.2 Conduta adotada na sala de emergência	57
3.4.3 Percepções e discussão do caso.....	57
3.5 CASO CLÍNICO 5 – “EM TEMPO”: A PRIMEIRA PARADA CARDÍACA E O PRIMEIRO ÓBITO NO PLANTÃO.....	66
3.5.1 Descrição do caso	66

3.5.2 Conduta adotada na sala de emergência	68
3.5.3 Percepções e discussão do caso.....	68
3.6 CASO CLÍNICO 6 – “DOUTOR”, VOCÊ PODE AVALIAR UMA PACIENTE AQUI NA AMARELA PARA MIM?!	74
3.6.1 Descrição do caso	74
3.6.2 Conduta adotada na sala de emergência	76
3.6.3 Percepções e discussão do caso.....	76
3.7 CASO CLÍNICO 7 – “RESPIRA PELA BOCA! CHORAR NÃO VAI MELHORAR SUA FALTA DE AR!”	86
3.7.1 Descrição do caso	86
3.7.2 Conduta adotada na sala de emergência	88
3.7.3 Percepções e discussão do caso.....	88
3.8 CASO CLÍNICO 8 – A INTOXICAÇÃO EXÓGENA NA SALA DE EMERGÊNCIA	94
3.8.1 Descrição do caso	94
3.8.2 Conduta adotada na sala de emergência	95
3.8.3 Percepções e discussão do caso.....	95
3.9 CASO CLÍNICO 9 – INFILTRADO PULMONAR E A PNEUMONIA	101
3.9.1 Descrição do caso	101
3.9.2 Conduta adotada na sala de emergência	103
3.9.3 Percepções e discussão do caso.....	103
3.10 DROGAS DO CARRINHO DE PARADA DO SERVIÇO	107
3.11 DROGAS UTILIZADAS NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	110
4 EXPERIÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19	113
5 PROCEDIMENTOS	116
5.1 SUTURAS.....	116
5.2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS	118
5.3 ACESSO VENOSO CENTRAL	119
5.4 SONDA NASOENTÉRICA	120
5.5 SONDAGEM VESICAL	121
5.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	122
5.7 TORACOCENTESE	123
5.8 PARACENTESE	124
5.9 GASOMETRIA ARTERIAL	124
6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS.....	125
6.1 A UNIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS NOS SERVIÇOS	125
6.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	126
6.3 TREINAMENTO DE EQUIPE PARA INTERCORRÊNCIAS.....	127

6.4 SALA DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS 127

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS 130

1 INTRODUÇÃO

“A parte mais essencial da instrução de um aluno é obtida, como acredito, não na sala de aula, mas à beira do leito.”
(Friederich Hoffman)

Sem dúvidas, os dois últimos anos do curso de Medicina, o chamado internato médico, é o momento mais esperado por todos os graduandos antes da formatura. É nessa ocasião onde se tem uma maior carga horária prática, em campo, em contato frente a frente com os pacientes e todas as suas necessidades. É toda a teoria adquirida através das horas e horas debruçadas em cima de livros e outros diversos materiais de estudo tornando-se realidade, criando vida, tomando forma e que permite que o acadêmico de Medicina fique mais preparado para o que escolheu.

A importância de se estar à beira do leito, como dito na frase acima, é acompanhar de perto o que acontece na vida real, muitas vezes fora dos livros. É entender que nem todo campo de atuação terá uma tomografia disponível, ou aquele célebre exame laboratorial padrão-ouro para o diagnóstico de determinada doença. É saber que a equipe que compõe um plantão ajuda muito na hora do sufoco e fora dele. É um momento onde se tem a possibilidade de formar bases para um futuro profissional que sabe lidar com a equipe e todos os conflitos que possa sair dela.

Esse momento do curso, para mim, mais do que nunca, é conseguir entender o doente como ser humano que é, independentemente do cenário em que se esteja e fornecer a assistência necessária a ele, respeitando-o de forma holística.

Desse modo, esse trabalho tem como objetivo descrever parte das atividades realizadas durante o estágio do internato no módulo de Urgência e Emergência do SUS ocorrido no período de 16/08/2021 a 29/12/2021 em três componentes da Rede de Atenção a Urgência e Emergência (RUE) do município de Foz do Iguaçu – PR. Os três componentes da RUE que fizeram parte das práticas de estágio foram o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Unidade de Pronto Atendimento João Samek (UPA Samek) e Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcante Barbosa (UPA Morumbi).

Foram realizados três plantões semanais de 12 horas distribuídos entre os três cenários totalizando 42 plantões, somados a mais um de 6 horas para completar a carga-horária necessária para conclusão do estágio.

Quadro 1 - Cronograma de atividades/realização de plantões

DIA	HORÁRIO	ESTABELECIMENTO
16/08/2021	7h-19h	UPA João Samek
17/08/2021	19h-7h	HMPGL
22/08/2021	7h-19h	UPA João Samek
04/10/2021	7h-19h	UPA João Samek
05/10/2021	19h-7h	UPA João Samek
07/10/2021	7h-19h	HMPGL
12/10/2021	7h-19h	UPA Morumbi
13/10/2021	19h-7h	UPA Morumbi
16/10/2021	7h-19h	HMPGL
18/10/2021	7h-19h	UPA Morumbi
20/10/2021	7h-19h	UPA Morumbi
24/10/2021	19h-7h	UPA João Samek
26/10/2021	7h-19h	UPA João Samek
28/10/2021	19h-7h	UPA Morumbi
31/10/2021	7h-19h	HMPGL
01/11/2021	7h-19h	UPA Morumbi
03/11/2021	19h-7h	UPA João Samek
06/11/2021	19h-7h	HMPGL
08/11/2021	19h-7h	HMPGL
10/11/2021	7h-19h	HMPGL
11/11/2021	19h-7h	UPA Morumbi
14/11/2021	19h-7h	UPA João Samek
16/11/2021	7h-19h	UPA João Samek
17/11/2021	7h-19h	HMPGL
18/11/2021	7h-19h	UPA João Samek
19/11/2021	19h-7h	UPA João Samek
22/11/2021	7h-19h	UPA João Samek
23/11/2021	19h-7h	UPA João Samek
26/11/2021	7h-19h	UPA João Samek
27/11/2021	7h-19h	UPA Morumbi
30/11/2021	7h-19h	UPA Morumbi

02/12/2021	19h-7h	HMPGL
04/12/2021	19h-7h	UPA Morumbi
06/12/2021	19h-7h	UPA João Samek
09/12/2021	19h-7h	UPA Morumbi
11/12/2021	19h-7h	UPA Morumbi
13/12/2021	19h-7h	HMPGL
15/12/2021	07h-19h	UPA Morumbi
17/12/2021	13h-19h	HMPGL
18/12/2021	7h-19h	HMPGL
19/12/2021	19h-7h	HMPGL
27/12/2021	7h-19h	UPA João Samek
28/12/2021	7h-19h	UPA João Samek

Fonte: autoria própria.

As atividades realizadas no estágio foram diversas e as principais foram a realização e acompanhamento de procedimentos, como suturas, lavagem de ouvidos e drenagem de abscessos; e também realizamos evolução e admissão de pacientes no hospital e nas Unidades de Pronto Atendimento bem como acompanhamento desses processos. Tudo isso realizado sob a tutela de um preceptor.

Além disso, o trabalho apresentado analisa criticamente nove casos clínicos apresentando as minhas percepções subjetivas diante das condutas tomadas perante eles e versa sobre o manejo e as drogas utilizadas na intubação orotraqueal.

2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

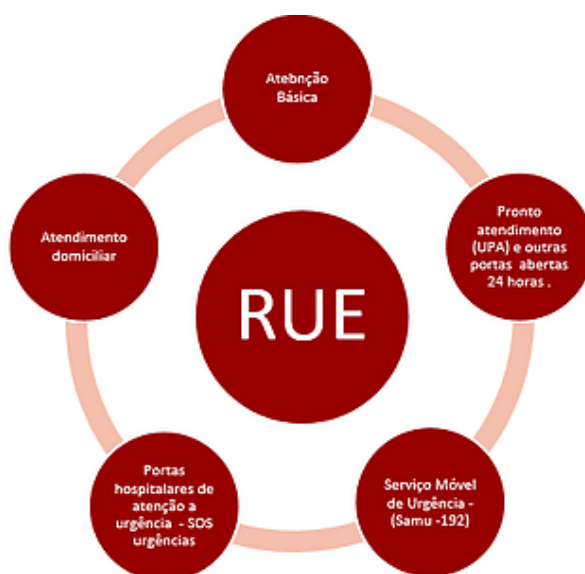
2.1 VISÃO GERAL DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Um dos papéis fundamentais do profissional médico é saber o quão urgente realmente são as urgências e emergências recebidas no serviço e, ainda, ter conhecimento do cenário onde está atuando e se ele é adequado e com instrumentos necessários para a resolução da demanda apresentada pelo paciente atendido. Um exemplo prático seria um paciente com necessidade iminente de uma intubação orotraqueal (IOT) com uma longa permanência em uma sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Diante disso, organizou-se uma rede de comunicação inter e intrasetorial que possibilita o auxílio aos profissionais do serviço a reconhecerem casos que necessitem de uma intervenção rápida para garantir a vida do paciente e diferenciá-los de possíveis situações menos fatais, a denominada Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE).

Desse modo, a RUE instituída pela Portaria Nº 1600, de 7 de julho de 2011, que também reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, visa a articulação e integração dos equipamentos de saúde, com objetivos de ampliação e qualificação do acesso de forma humanizada e integral aos indivíduos que se encontram em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna (UNASUS/UFMA, 2015). Para isso, os serviços devem ter uma organização horizontal e não verticalizada, o que possibilita uma melhor comunicação e maior resolutividade.

Figura 1- Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências



Fonte: UNASUS/UFMA

Outra resolução muito importante é a portaria 2048 de 5 de novembro de 2002, pois define princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como regras e critérios para o funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços e a construção de planos, o que permite que a rede de urgência e emergência seja estruturada a partir das necessidades epidemiológicas sociais.

Diante disso, as redes de urgência e emergência são divididas em níveis e a cada nível é dada uma atribuição, uma competência e suas limitações. Desse modo, caso a demanda de um indivíduo não seja possível de ser resolvida dentro de um nível, idealmente, ele será encaminhado para outro. Por exemplo, um paciente é admitido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sintomas e sinais sugestivos de um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Idealmente, seria solicitado uma tomografia computadorizada (TC) de crânio, exame o qual não é realizado dentro deste nível e que se comprovado pelo exame essa condição, o paciente não poderá permanecer nesse nível, já que nele não há o suporte necessário para a resolução do seu quadro.

Assim, considerando as diversas demandas de uma população, o Protocolo de Manchester é uma ferramenta muito importante e utilizada nos serviços para auxiliar na definição da estratificação de risco e estipular o tempo e o cenário em que determinada situação deverá ser atendida.

Figura 2 - Classificação de risco segundo Protocolo de Manchester



Fonte: RedeC, 2019. (http://redec.com.br/blog/classif_risco/importancia-do-protocolo-de-manchester/#)

Um dos serviços essenciais para o funcionamento dessa rede é Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Esses componentes da rede possuem a finalidade de atender a vítima de forma rápida, sendo que são os primeiros a chegarem para prestação de socorro ao paciente após ocorrências de agravos à saúde de qualquer natureza, seja ela uma questão cirúrgica, pediátrica, entre outras.

As situações de trauma, ficam mais a cargo do SIATE, que é um serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná, com o objetivo de dar assistência e suceder a regulação àqueles que são vítimas de traumas.

O SAMU fica responsável pelos atendimentos não traumáticos e ainda responsável pelo encaminhamento dos pacientes de um serviço de menor complexidade a outra de maior complexidade, isto é, ele realiza a transferência das pessoas entre os componentes da RUE.

Ainda, fato que me chamou muito a atenção foi alguns artigos contidos na resolução do CFM número 2.077/2014, onde se prevê entre outras coisas a obrigatoriedade da classificação de risco no acolhimento imediato, da passagem de plantão e do registro de atendimento. Essas situações nem sempre acontecem de forma ideal. Por exemplo, já presenciei médicos que vão embora antes do outro plantonista chegar e deixa para que o pessoal da enfermagem passe o plantão. Ademais, também já presenciei atendimento ser realizado e não ser descrito em prontuário. Coisas essenciais que não são levadas a sério.

2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU-PR

Na cidade de Foz do Iguaçu - PR há 5 portas de entradas para o atendimento às urgências e emergências, sendo estes o SAMU, o SIATE, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais, Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). Até meados de outubro de 2021, devido a reorganização do HMPGL pela pandemia, o Hospital Cataratas abrigou o setor dos internamentos da Psiquiatria, que já está novamente do espaço do HMPGL.

O SAMU, no município, é composto por sete ambulâncias. Duas são de modalidade avançada – Unidade de Suporte Avançado (USA), ficando responsável pela regulação de pacientes considerados mais graves; e cinco são consideradas básicas - Unidade de Suporte Básico (USB), responsável pelos pacientes menos graves e com

menor situação de risco. Ainda, a cidade possui duas motolâncias, em casos excepcionais, pela agilidade, a moto consegue chegar primeiro e dar um atendimento mais rápido ao doente. Já o SIATE, fica responsável pela regulação dos pacientes vítimas de trauma, que a depender da gravidade do doente este será regulado ou para uma UPA ou para o HMPGL. Esses serviços funcionam via telefone, e especialmente o SAMU, pelo número 192, possui um médico regulador capaz de realizar raciocínio clínico diante do caso para enviar um serviço móvel que atenda às necessidades do usuário que está solicitando o serviço.

Diante da condição clínica apresentada pelo paciente, ele será regulado e atendido para um local específico, o qual terá a capacidade de atendê-lo de forma efetiva. Assim, em Foz do Iguaçu, as especialidades atendidas no HMPGL são: trauma, neurologia, clínica médica, psiquiatria, pediatria e ginecologia, contendo algumas áreas cirúrgicas como neurologia e ortopedia. Já o HMCC, é responsável pelo atendimento em obstetrícia, neonatologia, oncologia e cardiologia. E as UPAs atendem as áreas de cardiologia, clínica médica, psiquiatria, neurologia, trauma, pediatria e ginecologia.

De um modo geral, acredito que o sistema de saúde e a rede constituída no município de Foz do Iguaçu funciona de modo adequado. Porém, alguns problemas acontecem, como erro na estratificação de risco na sala de acolhimento das UPAs e regulação de pacientes para outros setores com unidades móveis inadequadas a condição clínica do paciente sendo enviadas. Observo, de forma frequente, pacientes com elevação da pressão arterial (PA) sendo levados à sala de emergência sendo que estão assintomáticos, o que mostra equívoco tanto no manejo na condição clínica tanto na regulação do paciente. Outra coisa que acontece é paciente chegando traumatizado, com possível fratura de cervical, sendo colocado em cadeira de rodas e levado a sala de procedimentos para atendimento, o que é considerado um manejo extremamente errôneo.

Outro problema que encontro é em questão da permanência dos pacientes no serviço, principalmente nas UPAs, em que o adequado esses pacientes deveriam manter-se no estabelecimento por até 24 horas, sendo que após esse período ou ele recebe alta ou ele é encaminhado para um nível de maior complexidade para um tratamento mais adequado e maior esclarecimentos do quadro apresentado. Há pacientes que ficam mais de dois, três dias dentro de uma UPA e só após isso a vaga em um outro hospital é aceita. O processo de solicitação de vaga, por vezes, também é muito burocrático, além da demanda pelos leitos ser enorme, e acredito que isso se deva a inúmeros fatores e um deles é que os sistemas de anotação, prescrição, solicitação de exames, resultados de exames, etc., ou seja, o prontuário eletrônico não é unificado entre as instituições da rede.

Além disso, ao meu ver, alguns pacientes com determinados sintomas não deveriam chegar nem perto de uma Unidade de Pronto Atendimento, por exemplo os casos de AVE, que é considerado vaga zero dentro do HMPGL, e que diante suspeita clínica necessitará de uma TC de crânio para confirmação e diferenciação diagnóstica em tempo hábil, exame disponível somente em um hospital com nível de complexidade maior que uma UPA. Por vezes, até o paciente receber a solicitação do exame, ser aceita a sua vaga no hospital (já que esses procedimentos devem ser feitos juntos atualmente no município), até sua regulação para escolha do melhor meio de transporte para ele, perde-se muito tempo. E, sabemos, que tempo aqui é ouro, é vida.

Sendo assim, considero de extrema importância que a equipe multiprofissional atuante nesses cenários da Rede de Atenção de Urgência e Emergência seja treinada constantemente. Seja através de capacitações presenciais, cursos online via Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) ou por meio de conversas formais e/ou informais por meio das reuniões de equipe. Que sejam fornecidas ferramentas para os profissionais atuarem de forma hábil, humanizada unindo a técnica princípios que protejam a vida do doente.

Ainda, é importante notar que os sistemas de informações utilizados para comunicação entre os serviços, seja ele para solicitação de vaga, acionamento de transporte, seja mais direto e efetivo. Quero dizer com isso que, por exemplo, os prontuários poderiam ser unificados em um único sistema, comum a toda rede para que quem estivesse responsável pela análise da vaga no HMCC de um determinado paciente proveniente da UPA tivesse acesso de forma rápida e eficaz a história clínica, aos resultados de exames, etc., e que a partir do momento da admissão desse paciente na instituição todo o processo só seria continuado, evoluído.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ESTÁGIO

2.3.1 Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL)

O cenário do HMPGL, para mim, sempre foi o mais difícil de trabalhar. Primeiramente, porque considero que a equipe não nos recebe bem. Já ouvi nos corredores “sem querer” que os internos mais atrapalham do que ajudam. Isso, desde meu pré internato, criou barreiras emocionais que tive que quebrar dia a dia durante esse estágio para que eu conseguisse me sentir minimamente confortável nesse campo. Acredito que

os profissionais são menos propensos a ensinar e a competição devido à questão do hospital ter programa de residência médica é ainda mais acirrada – quem sabe mostrar mais conhecimento, ganha a confiança do preceptor. Além disso, internos não conseguem realizar muitos procedimentos nesse cenário, ficando muitas vezes somente na admissão e evolução dos pacientes.

Acredito que em alguns aspectos de organização a equipe poderia melhorar muito. Como mencionarei nas propostas de intervenção desse trabalho, a organização perante uma intercorrência, seja ela qual for, é um dos primeiros passos para que haja sucesso e a vida do doente em risco nessas situações seja preservada.

No que tange à estrutura física, acredito que o espaço é suficiente para atender a demanda da população que chega neste serviço, com os devidos setores separados, com as salas de isolamento e com equipe profissional que atende às necessidades solicitadas.

2.3.2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA Samek e UPA Morumbi

Trabalhar no cenário das UPAs foi para mim uma das melhores experiências.

Nesse cenário me senti parte da equipe. Foi muito importante ouvir de uma médica, em um dos plantões que chegamos após o horário devido à prática no laboratório, que ela estava nos esperando e que estávamos fazendo falta no serviço, pois conseguíamos ajuda-los a agilizar os atendimentos.

Acredito que a estrutura desses espaços também seja suficiente para o atendimento da população, somente a burocracia para uma rápida transferência dos doentes entre os serviços e para que os resultados de exames de imagem, por exemplo, fossem mais rápido, poderia ser “modificada”.

Quanto à equipe desses serviços, também acredito que consigam atender às necessidades solicitadas. Foi uma equipe que nos recebeu extremamente bem e teve vontade de ensinar e de deixar fazer.

Nesse cenário, talvez pela falta de residentes, tivemos a oportunidade de realizar mais procedimentos como simples suturas e passagens de sondas.

Tive a oportunidade de conhecer pessoas incríveis e exemplos

profissionais nos quais quero me espelhar.

3 A “MÃO NA MASSA” NO CENÁRIO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – OS CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS

Para que eu pudesse me organizar diante de tantos casos que vimos no período do estágio, fiz uma tabela com os locais dos plantões, identificando os nomes completos dos pacientes para que eu pudesse buscá-los no sistema posteriormente e até acompanhar a evolução destes, os itens a serem estudados (aquilo que mais me chamou atenção, que precisaria rever ou necessitaria estudar) e as hipóteses diagnósticas e/ou problemas associados que formulei diante do quadro clínico apresentado pelo paciente no momento da admissão.

Figura 3 – Exemplo da organização para estudo do estágio

22/08/2021
Dr. Juan

ATENDIMENTO	NOME DO PACIENTE	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	ITENS A ESTUDAR
RP		DPOC; Pneumonia; Alzheimer.	Oxigenação; SNE; Ventilação mecânica; Acesso venoso central; Intubação; Alzheimer; DPOC; Pneumonia; Uso de noradrenalina e PA.
RP		Exteriorização de SNE.	Sonda nasointestinal.
RP		Surto psicótico.	Surto psicótico.
RP		Trauma.	Trauma (medicamentos usados).
RP		Tentativa autoextermínio.	Tentativa autoextermínio.
RP		Trauma (lesão) – sutura.	Sutura.
RP		Sutura.	Sutura.
RP		AVC.	AVC.
RP		Tentativa de autoextermínio.	Tentativa de autoextermínio.
PROCED	-	Passagem de sonda NSE.	Passagem de sonda NSE.

Fonte: Autoria própria

Diante disso, para fundamentar teoricamente o que havia visto na prática, busquei referências as mais atualizadas possíveis, como a décima quarta edição do livro Medicina de Emergência – Abordagem Prática, da editora Manole, da Universidade de São Paulo (USP) publicado no ano de 2020; artigos clássicos e os mais recentes sobre o assunto estudado nas variadas bases de dados científicos; vídeos do YouTube, com o cuidado na seleção de “quem é que está falando” sobre o assunto e aplicativos de condutas médicas e medicina baseada em evidências como o WhiteBook®, UpToDate® e o Best Practice Medicina do BMJ®. Além dessas ferramentas, também utilizei o StatPearls® para

consultas rápidas, uma biblioteca virtual do NCBI apresentada por um “ex” exímio professor unileiro amante e estudioso da Medicina Baseada em Evidências.

Para compor o relatório, escolhi casos que ora mais me chamavam a atenção durante o atendimento ora me instigavam intelectualmente gerando o desconforto e a curiosidade de querer saber o que fazer diante daquela situação, além de ter tentado abordar condições que julguei frequentes dentro do departamento de emergência.

Dessa maneira, organizei a exposição dos casos clínicos da seguinte forma: primeiramente há a anamnese e exame físicos nos modelos tradicionais (identificação, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e hábitos de vida) seguidos do exame físico e exames complementares; ainda, exponho os diagnósticos sindrômicos e hipóteses diagnósticas para o caso; e por fim, trago a conduta realizada no momento da admissão do paciente, realizando uma análise crítica a respeito do que foi feito, apontando o que eu faria de forma semelhante e/ou diferente.

3.1 CASO CLÍNICO 1 – PICADA DE ABELHA E A REAÇÃO ANAFILÁTICA

3.1.1 Descrição do caso

Identificação (ID): EBM, masculino, 38 anos.

Queixa principal (QP): “uma abelha me picou”

História da doença atual (HDA): Paciente refere que há 30 minutos sofreu uma picada de abelha na região da boca e após isso evoluiu com dificuldades para falar e leve desconforto respiratório. Histórico conhecido de reação anafilática a picada de abelhas. No momento da anamnese, encontra-se com edema de língua e palato discreto, principalmente em região de orofaringe. Alérgico à dipirona.

História patológica pregressa (HPP): Refere internamento anterior há 1 ano devido a reação alérgica não especificada sem necessidade de IOT; nega outras comorbidades.

História familiar (HF): Nega.

Hábitos de vida (HV): Nega etilismo. Nega tabagismo.

Exame físico:

Sinais vitais (SV): Pressão arterial (PA): 140x90 | Frequência cardíaca (FC): 98 batimentos por minuto (bpm) | Saturação periférica de oxigênio (SatpO2): 97% | Frequência respiratória (FR): 18 incursões por minuto (ipm).

Regular estado geral, orientado, lúcido, orientado, comunicativo, dispneico, anictérico, acianótico, afebril, apresenta edema de língua e de palato discreto, com dificuldades na fala.

Aparelho pulmonar (AP): Murmúrios vesiculares presentes globalmente audíveis sem ruídos adventícios.

Aparelho cardio-vascular (ACV): Bulhas normofonéticas em ritmo regular de 2 tempos sem presença de sopro. Tempo de enchimento capilar (TEC) menor que 3 segundos.

Abdominal (ABD): Abdome inocente. Não palpo massas nem visceromegalias.

Neurológico (NEURO): Glasgow 15. Pupilas isofotorreagentes.

Membros (MM): Sem alterações.

Diagnóstico sintômico: Síndrome respiratória aguda. Síndrome do desconforto respiratório. Síndrome asmática.

Hipótese diagnóstica: Anafilaxia. Reação alérgica não especificada.

Diagnósticos diferenciais: Urticária generalizada aguda. Exacerbação asmática. Embolia pulmonar. Reação cutânea medicamentosa. Flushing associado a alimentos, álcool ou outras substâncias.

3.1.2 Conduta adotada na sala de emergência:

Para esse paciente foi realizada monitorização multimodal (oxigenação, saturação, frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial). Além disso, prescritos adrenalina 1mg/ml (ampola com 1ml) intramuscular (IM) em músculo vasto lateral da coxa com repetição da dose a critério médico (ACM); e 300mg de hidrocortisona (3 ampolas de 100mg). Ainda, registro da ponderação da necessidade da intubação orotraqueal se piora do acometimento de vias aéreas.

3.1.3 Percepções e discussão do caso

Diante do caso exposto, o meu raciocínio clínico caminhou para o que obviamente parecia uma reação anafilática em decorrência da picada de um inseto (abelha), contribuindo para o raciocínio o fato de que o paciente já tinha histórico conhecido com quadro semelhante vivido anteriormente.

A anafilaxia é definida como uma reação potencialmente fatal de hipersensibilidade sistêmica grave, que pode evoluir com hipotensão grave e/ou comprometimento das vias aéreas. É uma reação alérgica grave, de rápida instalação e com potencial de causar complicações graves podendo levar o indivíduo a morte. O paciente pode entrar em choque anafilático, devido a ineficiente entrega de oxigênio aos tecidos, gerando colapso cardiovascular e fluxo sanguíneo insuficiente.

Para o diagnóstico da anafilaxia, Sampson et al (2006), definiram alguns

critérios que deixo a seguir e no momento em que o paciente chegou na sala vermelha, eu desconhecia.

- Critério 1:
 - Início agudo de doença (minutos a hora) com envolvimento da pele ou mucosa ou ambas e pelo menos um dos seguintes:
 - Comprometimento respiratório: dispneia, broncoespasmo, estridor ou hipoxemia.
 - Hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo (hipotonia, síncope), incontinência.
- Critério 2:
 - Dois ou mais dos seguintes, que ocorrem agudamente (minutos a horas) após a exposição a provável alérgeno:
 - Envolvimento da mucosa ou pele (urticária, angioedema, prurido).
 - Comprometimento respiratório.
 - Hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo.
 - Sintomas gastrointestinais persistentes: dor abdominal e vômitos.
- Critério 3:
 - Hipotensão arterial após exposição a alérgeno conhecido (minutos a horas).
 - Crianças: pressão baixa de acordo com a idade ou queda de 30% da sistólica.
 - Adultos: sistólica abaixo de 90mmHg ou queda de 30% do basal do paciente.

Assim, o paciente em questão fechou o diagnóstico com o critério 2, já que possuía comprometimento respiratório causado pelo envolvimento da mucosa ou pele pelo angioedema – língua e palato com discreto edema, principalmente em região de orofaringe.

Uma coisa que me chamou muito atenção foi a tranquilidade com que o médico conduziu o caso. Como tinha sido a primeira vez que eu via uma reação anafilática talvez estivesse um pouco emocionado em demasia. Porém, como o paciente estava

estável, as condições apresentadas permitiram ao médico agir com mais calma.

Além disso, com a anamnese já se descarta uma gama de coisas que poderia gerar a reação anafilática, como o uso de algum tipo de medicamento ou consumo de algum alimento, por exemplo.

Fato importante de ser notado na história clínica desse paciente é o histórico dele já ter tido uma reação anafilática anterior pelo mesmo motivo – a picada de abelha. Esse histórico de anafilaxia e atopia são fatores que aumentam o risco do desenvolvimento de anafilaxia, sendo que para picadas de insetos, a taxa de recorrência é de 40 a 60%.

Alguns fatores são predisponentes para a anafilaxia: pacientes no extremos de idade, episódio de doença respiratória, comorbidades como asma, insuficiência respiratória crônica, doença cardiovascular, viagens, mastocitose e atopia grave, ingestão de álcool e uso de betabloqueadores, inibidores de enzima conversora de angiotensina e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Assim, ao observar o prontuário do paciente, noto repetidas entradas na Unidade de Pronto Atendimento devido a quadros de repetição de faringoamigdalites, que é doença respiratória e considerada como fator predisponente.

Mencionando um pouco sobre a clínica trazida pelo paciente, ele apresentou majoritariamente sintomas respiratórios e cutâneos e de mucosa, que ocorrem em 85 a 90% dos casos – dispneia, desconforto respiratório e edema de orofaringe.

Adentrando na conduta médica, pensei logo em algo para que pudesse “diminuir” o processo inflamatório vigente, de forma rápida e eficaz. Nesse caso, sem ter estudado anteriormente, pensei em algum glicocorticoide, já que possui um efeito anti-inflamatório importante. Ainda não havia pensado na administração da adrenalina. Agora, após ter estudado, vejo a importância da administração desse fármaco, que inclusive é a primeira escolha para o tratamento da reação aguda e não há contraindicações absolutas para o seu uso.

A adrenalina deve ser usada na dose de 0,5mg para o caso desse paciente e pode ser repetida duas vezes com intervalos de cinco a quinze minutos caso necessário. Nesse sentido, a dose utilizada e prescrita pelo médico está correta, tendo em vista que na prescrição ele deixou meia ampola para serem feitas em músculo vasto lateral da coxa, o que promove picos maiores e mais rápidos da concentração da adrenalina. Esse fármaco tem a capacidade tanto alfa quanto beta-agonista, causando vasoconstrição periférica, aumentando o ionotropismo e cronotropismo cardíaco, revertendo a broncoconstrição e

reduzindo a liberação dos mediadores inflamatórios, fatores “patogênicos” na reação anafilática.

Em se tratando do corticoide, que eu até então tratava como primeira linha de tratamento, consegui aprender que ele é uma terapia coadjuvante utilizado em casos de não melhora da anafilaxia com o uso da adrenalina. No caso, o médico deixou mais por “desencargo de consciência” do que por piora clínica do paciente, pois esse evoluiu muito bem. Mas será que teria evoluído bem sem o corticoide? A literatura diz que medicamentos de segunda linha apresentam pouco ou nenhum benefício no manejo, porém muitos médicos por não considerar alguns casos graves o bastante para o uso da adrenalina, acabam utilizando essas ferramentas. Desse modo, os glicocorticoides são controversamente indicados para as reações tardias. A escolha foi hidrocortisona 300mg, o que está de acordo com a literatura que recomenda 200 a 300mg.

No caso apresentado, o doente não necessitou de medidas de oxigenioterapia, nem uso de broncodilatadores com beta-agonistas e nem de reposição volêmica.

É interessante perceber como esse diagnóstico é eminentemente clínico, sendo desnecessária a solicitação de exames laboratoriais – o que atrasaria muito o tratamento da reação. Assim, o médico não teve conduta inadequada em não solicitar exames e eu não faria diferente. Reação anafilática de causa conhecida e devidamente tratada.

Desse modo, resumidamente tem-se que o tratamento da anafilaxia deve:

Quadro 2 - Resumo do tratamento da anafilaxia

1. Retirar fator precipitante (alérgeno)
2. Monitorização
3. O ₂ até SatO ₂ > 92%
4. Usar baixo limiar para indicação de via aérea definitiva
5. Adrenalina IM 0,5 mg, podendo ser repetida a cada 5 minutos de acordo com a resposta
6. Se hipotensão, reposição volêmica, 1-2 litros de solução cristaloide em 1 hora
7. Se não houver resposta à adrenalina IM: Adrenalina EV: <i>Bolus</i> : 0,1 mg
8. Manutenção: adrenalina colocando adrenalina 1 mg em 500 mL de solução fisiológica em uma infusão inicial de 0,5 a 2 mL/min, titulando-se a dose conforme o efeito
9. Considerar associação de vasopressores se choque refratário
10. Corticoide para evitar fase tardia: metilprednisolona 1-2 mg/kg em crianças, até dose máxima de 125 mg, ou hidrocortisona 200 a 300 mg por via intravenosa (5 a 10 mg/kg em crianças até dose máxima de 300 mg). Na alta (pacientes com manifestações cutâneas persistentes), manter prednisona 40 mg por 3 a 5 dias

11. Considerar: difenidramina 25 a 50 mg IV; ranitidina 50 mg IV
12. Se broncoespasmo: usar broncodilatadores como fenoterol 100-250 µg IN e ipratrópio 250-500 µg IN
13. Se broncoespasmo grave: sulfato de magnésio 2 g EV durante 20 a 30 minutos em adultos e 25 a 50 mg/kg em crianças
14. Se paciente faz uso de betabloqueadores, considerar o uso de glucagon 1 mg IV a cada 5 minutos, até que se resolva a hipotensão, seguido por uma infusão de 5 a 15 µg/min

Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020.

Esse caso clínico teve uma boa evolução, sendo o paciente deixado em observação por 6 horas e depois dado de alta – fato que eu faria diferente, tendo em vista que alguns pacientes possuem um curso bifásico, isto é, os sintomas desaparecem ou apresentam melhora parcial e dentro de uma hora a oito horas depois, retornam e podem se estender até 24 horas.

Nessa ocasião, seria importante também realizar ações de promoção em saúde com esse paciente e procurar elaborar um plano de ação para novos eventos, tendo em vista que estamos falando de um paciente com episódios recorrentes de anafilaxia. É importante orientá-lo sobre sinais e sintomas que podem aparecer em episódios de recorrência de uma reação anafilático. Ainda, é importante que indique que esse paciente evite exposição ao fator desencadeante da reação.

Ademais, esse paciente pode se beneficiar da aquisição da caneta autoinjutora de adrenalina em casos de um novo evento. Fica também com o médico a responsabilidade de ensiná-lo na utilização desse instrumento, onde o indivíduo irá colocar a caneta perpendicular a coxa com o lado da agulha em contato com a superfície da coxa, irá retirar a trava de segurança quando pronto para aplica-la e, desse modo, pressionar a caneta contra a coxa até ouvir um “click”, segurando-a por 10 segundos e após massageando o local para melhor efeito da droga.

Foi importante acompanhar esse caso pelos gatilhos que ele me gerou, como por exemplo do porquê utilizar adrenalina e não glicocorticoide, do porquê aplicar a medicação em músculo vasto-lateral da coxa, além de revisar a fisiopatologia da reação anafilática e toda a clínica, fatores de risco, etc, que permeavam a minha curiosidade antes mesmo de atender o paciente em questão.

3.2 CASO CLÍNICO 2 – PÓS-ICTAL!? O QUÊ É ISSO?

3.2.1 Descrição do caso

ID: MERC, feminina, 12 anos, 35kg

QP: “desmaiei”

HDA: Paciente dá entrada via SAMU com acompanhante (professora do colégio). A inspetora refere que a criança apresentou um episódio de desmaio durante a cerimônia do hino nacional do colégio há aproximadamente 1 hora associado a tremores tônico-clônicos, perda de consciência e cianose em membros periféricos. Relata que o episódio durou 20 minutos e que a paciente não revirou os olhos e nem teve liberação esfíncteriana. No momento, criança refere dores em ambos os membros inferiores (MMII) e hipomotilidade na região. Relata que no dia anterior teve episódio semelhante no culto da igreja, porém com menor duração. Ainda, diz que paciente tem se queixado frequentemente de cefaleia nos últimos meses. Nega vômitos, febre, diarreia, sintomas genito-urinários, respiratórios e demais sintomas. Nega alergias e medicações de uso contínuo.

HPP: Nega histórico patológico.

HF: Nega.

HV: Nega etilismo. Nega tabagismo. Nega utilização de outras drogas (inclusive, de forma acidental).

Exame físico:

SV: PA: 106/62mmHg | FC: 106 | SatpO2: 98% | FR: 16 | HGT: 85

Regular estado geral, desorientado, pouco comunicativa, pouco colaborativa, hipoativa, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, hipocorada, sem conseguir deambular, hidratada.

AP: Murmúrio vesiculares audíveis globalmente em todos os campos pulmonares. Sem presença de ruídos adventícios. Expansibilidade e elasticidade pulmonar preservada.

ACV: Bulhas normofonéticas e rítmicas regularmente em dois tempos e não ausculto sopros. TEC < 3 segundos.

ABD: Plano, depressível, indolor à palpação profunda e superficial, sem

sinais de peritonite e com ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes abdominais.

GTU: Diurese espontânea, presente.

NEURO: Glasgow 12 (paciente confusa). Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem sinais de meningismo. Kernig e Brudzinski negativos. Babinski negativo.

MM: Com dificuldades para deambular devido à força motora reduzida em ambos os membros inferiores.

Exames complementares:

Laboratoriais:

Hemácias (Erit): 5,13 // Hemoglobina (Hb): 13,9 // Hematócrito (Ht): 42,4 // Volume Corpuscular Médio (VCM): 82,65 // Hemoglobina Corpuscular Média (HCM): 27,10 // Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM): 32,78 // RDW: 12,4 // Leucócitos: 7.420 [Bastonetes 0 / Segmentados 57 / Neutrófilos 57 / Eosinófilos 2 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 34/ Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 7] // Plaquetas: 255.000 // Ureia: 30 // Sódio: 144 // Potássio: 4,4 // Proteína C Reativa Quantitativa (PCR): 0,6 // Urina: sem alterações, dentro da normalidade.

Imagem:

Tomografia computadorizada de crânio dentro da normalidade sem nenhuma alteração.

Diagnóstico sintomático: Crise convulsiva. Estado de mal epilético. Síndrome vascular cerebral. Infecção do sistema nervoso central. Neoplasia cerebral. Síncope a esclarecer. Doença degenerativa neurológica/muscular. Distúrbio metabólico. Distúrbio hidroeletrólítico.

Hipótese diagnóstica: Crise convulsiva? Estado de mal epilético? Epilepsia?

Diagnósticos diferenciais: Acidente vascular encefálico. Síncope e outras causas cardiológicas. Ataque isquêmico transitório. Ataques de pânico. Narcolepsia e distúrbios do sono. Amnésia global transitória.

3.2.2 Conduta adotada na sala de emergência

Paciente admitida em sala vermelha para monitorização. Administrado 1,5ml de Dipirona (500mg/ml – cada ampola contendo 2ml) e também deixada caso necessário. Solicitados exames laboratoriais (parcial de urina, hemograma completo, ureia, sódio, potássio, PCR). Solicitado TC de crânio.

3.2.3 Percepções e discussão do caso

Diante desse caso, algumas coisas me chamaram a atenção no quadro da paciente. Trata-se de uma criança, com recorrência de sintomatologia neurológica, com movimentos tônicos-clônicos, presença de dor em membros inferiores e ausência de uma causa aparentemente “específica” para gerar tal crise – por exemplo, sinais infecciosos, como febre. A presença de cianose durante o episódio e a perda da consciência, além de um período “neurológico” prejudicado também são importantes para o diagnóstico da paciente. E, também, o tempo de crise, que diferencia entre uma crise convulsiva e estado de mal epilético (EME).

Antes de tudo, quando comecei a frequentar o departamento de emergência dos campos de prática, muitos pacientes eram trazidos pelo SAMU devido a um quadro “de pós-ictal”. Eu não sabia do que se tratava, pois somente sabia da tal crise convulsiva. Foi então necessário pesquisar a respeito desse termo. E ao meu entendimento, *ictus*, do latim, significa bater, sendo que no contexto da área da saúde, trazemos o seu significado para a ocorrência do evento. Ou seja, o episódio de “convulsão” é o “ictus” do quadro. Já o pós-ictal, é a sintomatologia residual daquele quadro, onde os pacientes podem apresentar sonolência, confusão mental, algumas alterações psicomotoras, dentre outras alterações transitórias. Feito isso, partimos então para a discussão propriamente dita.

A principal hipótese diagnóstica para mim seria a de uma crise convulsiva, que é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas clínicos secundários a atividade neuronal anormal excessiva ou sincrônica, sendo que pode ocorrer de forma local (focal) ou difusa (generalizada) no cérebro. Desse modo, diante da história clínica da paciente, comecei o meu raciocínio por uma possível crise convulsiva generalizada, já que é bem frequente em crianças e a literatura do assunto traz que é a terceira causa mais comum de procura de atendimento ao pronto-socorro dentro das queixas neurológicas.

Aparentemente, pela história, essa paciente não teria uma crise provocada, aquela causada por disfunção aguda e eventualmente transitória cerebral, causando excitação neuronal devido a um fator não necessariamente neurológico, tendo em vista a ausência de sinais infecciosos, como presença de febre (meningite e crise febril). Pela ausência de uso de medicações diárias que podem reduzir o limiar convulsivo, desse modo propiciando a convulsões, como analgésicos potentes, antidepressivos, alguns broncodilatadores, alguns antibióticos, entre outras medicações que podem provocar tal efeito. Ademais, essa criança não tem histórico de uso de bebida alcoólica, tabagismo e outras drogas – isso elimina abstinência de drogas lícitas e ilícitas, assim como possíveis drogas causadoras de uma crise convulsiva. Coisas que poderiam ser perguntadas e não foram, é por exemplo, a respeito de privação de sono da paciente, quais atividades a paciente estava realizando no momento antes da crise, se teve cefaleia súbita em associação e/ou se estava em ambiente com estimulação luminosa ou intermitente, fatores que podem propiciar a uma crise.

Porém, para saber se uma crise é provocada ou não, devemos investiga-la mais a fundo e ir para onde “os olhos não podem ver”, recorrendo a ajuda dos exames complementares, iniciando-se pelos laboratoriais como glicemia, eletrólitos, hemograma, urina. Tudo isso também para descartar causas provocadas por hipoglicemia e hiperglicemia (HGT da paciente dentro da normalidade), alterações metabólicas, sepse ou infecções de focos não neurológicos, alterações eletrolíticas. Por isso, já mencionando a conduta médica adotada, concordo com os exames pedidos, acrescentando níveis séricos de cálcio, fósforo e magnésio, tendo em vista que esses eletrólitos estão ligados à função muscular e se alterados, seus efeitos tóxicos por exemplo, podem gerar quadros de tremores e fraqueza – compatível com o que a paciente apresenta. Porém, deve-se pensar também em relação da onde é que se estaria vindo uma quantidade exacerbada desses “íons” no organismo – é dieta? É medicamento? É degeneração? Ainda, pensaria solicitar as transaminases como aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), bilirrubinas, gama-glutamil transpeptidase (GGT), desidrogenase láctica (LDH) e fosfatase alcalina (FAL), pensando em alguma encefalopatia hepática, insuficiência hepática como causadora da crise. Talvez esses exames poderiam ficar para mais tarde, numa investigação mais profunda e longitudinal. Acredito que dentro de um contexto de emergência, a médica solicitou exames necessários de acordo com a prevalência e incidência das causas geradoras das crises. Pensaria também, se possível e tempo hábil, em pedir funções renais (creatinina, a qual a médica não pediu), gasometrias, sorologias e

pesquisas de doenças autoimunes (FAN, anticardiolipina, anticoagulante lúpico).

Já realizando comentário acerca dos exames laboratoriais desta paciente, nenhum dos solicitados vieram alterados, descartando assim, pela história e pelo laboratório, uma crise de causa provocada.

Outra pesquisa a ser realizada é a respeito de uma possível crise sintomática aguda, que acontece devido a lesão neurológica aguda, que ocorre nos primeiros 7 dias de instalação da afecção (exemplos: traumatismo cranioencefálico, hemorragias cerebrais, meningoencefalite, trombose venosa cerebral, etc.); ou uma crise sintomática remota, que é desencadeada devido a uma lesão cerebral antiga que leva a ocorrência de uma crise epiléptica tardiamente – após os primeiros 7 dias de lesão. Diante dos dados fornecidos e não tão confiáveis assim, já que quem forneceu dados da paciente foi a professora desta e não um familiar de parentesco próximo, a história clínica descrita em história patológica pregressa, principalmente, afasta essas possibilidades. Mas seria de suma importância maior busca de dados a respeito dessas dores de cabeça frequentes que a paciente refere, além de saber históricos de dias anteriores – houve queda de algum nível? Alteração comportamental? Abuso sexual e violência física? Tudo isso para tentar achar critérios de causas sintomáticas agudas ou remota.

Para determinadas alterações, principalmente nos critérios ditos acima, o exame de imagem é muito útil – reconhecer má formações arteriovenosas (MAV), reconhecimento de áreas de isquemias e hemorragias cerebrais, edemas, dentre outros. No caso, a médica solicitou a TC de crânio, o exame disponível que temos no serviço no município. No contexto desse caso, o exame de imagem solicitado veio com resultados dentro da normalidade, descartando o direcionamento para estas causas. Como o exame veio normal, a nível ambulatorial, uma ressonância magnética (RM) deveria ser pedida para uma investigação mais aprofundada.

Até aqui, nessa discussão, só foi possível excluir causas para a hipótese principal de crise convulsiva.

Adicionalmente, no critério de crise não provocada, há também a crise gerada pela epilepsia, uma doença cerebral de crises recorrentes devido a suscetibilidade genética ou a um processo patológico crônico (o que a modalidade de exame de imagem disponível na rede, a priori, descartou) que sustentam essa condição e também devido a consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais das crises. Porém, na literatura existem definições de epilepsia, que seguem um ou mais dos três critérios abaixo:

Quadro 3 - Definição de epilepsia segundo o International League Against Epilepsy - ILAE

▪ Ao menos duas crises epiléticas não provocadas (ou reflexas), ocorrendo em intervalo superior a 24 horas
▪ Uma crise não provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de crises subsequentes que seja semelhante ao risco geral de recorrência após duas crises não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos (pelo menos 60%)
▪ Diagnóstico de uma síndrome epilética conhecida

Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020

Posto isso, acredito que a paciente esteja desenvolvendo um quadro de epilepsia. No contexto, uma crise epilética gerada pela epilepsia.

Uma das coisas que me chamou atenção foi a menção da “probabilidade de crises subsequentes que seja semelhante ao risco geral de recorrência após duas crises não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos (pelo menos 60%) dos critérios acima. Schinard et al., em 1996, elaboraram um estudo estimando o risco de recorrência de crises de acordo com os principais preditores de recorrência, dentre alguns destes estão as lesões cerebrais prévias, o padrão do eletroencefalograma (EEG), as anormalidades em neuroimagem e se teve crise durante o sono. Ainda, há fatores associados a uma maior probabilidade de acontecer uma outra crise após a primeira, que nesta paciente, chamaria a atenção a história prévia de insulto ao SNC (supostamente a crise na igreja que foi relatada na história), exame neurológico anormal (paciente confusa, com motricidade reduzida em MMII), e história familiar de epilepsia (a qual deveríamos ter contato com familiar para maiores informações).

Dados da literatura apontam que depois de uma segunda crise não provocada, há uma elevação para 70 a 80% de uma nova crise, o que se dará, portanto, o diagnóstico de epilepsia.

Estudando, vi que um dos principais diagnósticos diferenciais para uma crise epilética são os episódios de síncope. Gostei muito de um quadro resumo que auxilia na diferenciação de aspectos clínicos trazido pelo Manual de Emergências da USP.

Tabela 1 - Diferenças clínicas entre a síncope e crise epiléptica

	Síncope	Crises tônico-clônicas generalizadas (TCG)
Ocorrência	Circunstanciais	Espontâneas
Duração*	< 30 seg	1-2 min
Evento precipitante	50% dos casos	Comum não haver nenhum
Queda	Flácida ou rígida	Rígida
Convulsões	80% são breves, arritmicas, multifocais ou generalizadas	2-3 min, rítmicas, generalizadas
Olhos	Abertos, desvio para cima ou para o lado transitório	Abertos, desvio sustentado por alguns segundos
Alucinações	Tardia	Pode preceder TCG (aura olfativa, gustativa, sensações psíquicas)
Cor da face	Pálida	Cianótica
Hipersalivação, sialorreia	Ausentes	Comuns
Incontinência	Comum	Comum
Mordedura de língua	Rara	Comum
Tempo para recuperação	< 30 seg, sem comprometimento da consciência após término	1-2 min, sendo comuns confusão e sonolência pós-ictal

Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020.

Diante desse quadro, percebemos que a clínica da paciente é mais compatível com uma crise tônico-clônica generalizada do que com uma síncope.

Outras condutas que poderiam ser adotadas caso o quadro clínico fosse diferente e eu tivesse recurso disponível, era a solicitação de um eletroencefalograma, a própria ressonância magnética, e se fosse primeira crise e com suspeita de infecção de sistema nervoso central, neoplasia ou imunossupressão causada pelo HIV, por pacientes com transplantes ou doentes autoimunes seria a coletado líquido cefalorraquidiano (LCR). Ainda pensando em exames a serem solicitados, eu fortemente fiquei tentado a pedir um LCR, pela suspeita de um Estado de Mal Epiléptico e pela literatura considera-lo em casos sem causas claras (discuto mais abaixo).

Comentado a respeito do tratamento da crise epiléptica, encontrei diversos fluxogramas didáticos nas referências de estudo. Achei importante a monitorização dos sinais vitais da paciente, a avaliação da necessidade de oxigênio e a verificação da glicemia capilar e obtenção dos acessos venosos para infusão de medicamentos e coletas de exames. Considerando que a paciente se encontrava fora da crise quando chegou a sala de emergência, somente foi administrada a Dipirona para a queixa de dor em membros inferiores que ela estava sentindo. Essa conduta adotada é condizente com o que eu faria e é que está prescrito na literatura.

Porém, caso a paciente ainda estivesse em crise em sua chegada na

emergência, poderia ser administrado Diazepam intravenoso (IV) na dose de 0,15 a 0,2mg/kg/dose (nessa paciente, o total seria de 5,25mg a 7mg do medicamento – o que daria cerca de 1,5ml da ampola na apresentação 5mg/ml, cada ampola contendo 2ml). Esse medicamento poderá ser repetido em até duas vezes num período de uma hora.

Outra coisa que escutei muito nos meus plantões é o tal de “hidantalizar” paciente. Fui descobrir que a Fenitoína era na verdade o Hidantal e que essa verbalização correspondia a essa associação recentemente. As referências dizem que o paciente que será “hidantalizado” é os que possuem crises recorrentes ou que não apresentam recuperação de nível de consciência após uma crise (devido a alta suspeita de um estado de mal epilético não convulsivo).

Aprofundando mais os estudos e diante do fator “tempo é importante” aprendi que recentemente as definições de Estado de Mal Epilético (EME) mudaram. O EME é definido como uma crise convulsiva com duração maior de 5 minutos ou atividade convulsiva clínica e/ou eletroencefalográfica contínua ou recorrente sem recuperação entre as crises. Dessa definição, tiramos que a paciente do caso descrito teve um EME, pois sua crise durou mais que cinco minutos. Só não sabemos se a crise anterior foi somente uma crise ou foi um EME. Esse quadro tem importante urgência médica devido aos riscos de morte neuronal e alterações da rede comunicante neuronal a depender da duração da crise.

O EME pode ser classificado de acordo com manifestações motoras e alteração do nível de consciência em EME convulsivo (EMEC) e EME não convulsivo (EMENC). No caso da paciente, como teve movimentos tônico-clônicos generalizados, considera-se um EMEC.

Se esse fosse o caso da paciente, a conduta adotada em relação a exames complementares seria a mesma. O que mudaria seria o “algoritmo” seguido para abortar a crise. Porém, algumas coisas possuem indicações diferentes, por exemplo, o LCR é coletado obrigatoriamente em casos sem etiologia clara.

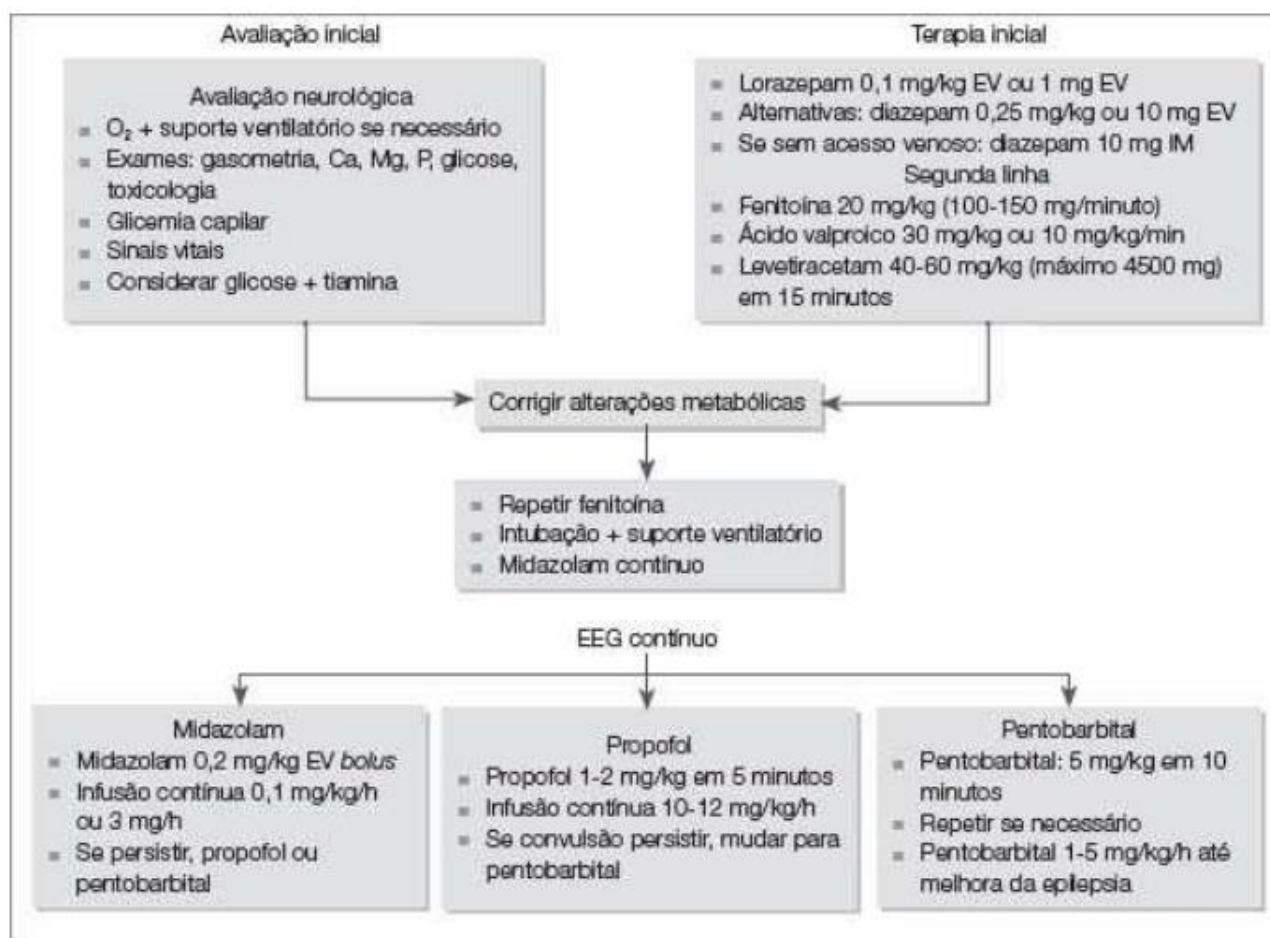
O tratamento do EME tem por objetivos cessar as crises, impedir lesões neuronais e tratar a etiologia da crise.

Nesse contexto, a monitorização do paciente, avaliação da necessidade de oxigênio e se as vias aéreas estão pervias, decúbito lateral, aferição de glicemia capilar e acesso venoso periférico são importantes.

Se a paciente chegasse em crise, decorridos já esses 20 minutos (lembrando que EME é crise maior que 5 minutos), recomenda-se o uso de

benzodiazepínico, podendo se realizar duas doses do medicamento. Se a crise ainda persistisse, iria tentar o uso do hidantal, terapia de segunda linha. Se ainda refratária, o tratamento agressivo é justificado devido ao potencial de lesão e plasticidade neuronal patológica, pode-se repetir as drogas de segunda linha, porém o mais recomendado é a infusão contínua de anestésico como o midazolam, medicamento de escolha inicial.

Figura 3 - Exemplo de algoritmo para manejo de Estado de Mal Epiléptico



Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020

Outro comentário que acho pertinente é a realização do exame físico dessa paciente. A médica realizou técnicas da semiologia que eu nunca havia visto ser realizada no serviço, além de eu ter que praticá-las, como o Babinski, procurando sinais de AVC, por exemplo, e possíveis alterações em reflexos, que podem ser causadas inclusive por distúrbios em eletrólitos.

Além disso, é necessário que essa paciente seja encaminhada urgentemente ao regime ambulatorial para investigação mais a fundo do seu caso e para

solicitações de exames complementares possíveis de serem pedidos naquele componente da rede. E se essa paciente já estivesse em uso de medicações antiepiléticas, ser considerada interrogações respeito do fármaco: como está sendo administrado, em qual dosagem, em qual período para as devidas readequações, já que subdosagens medicamentosas é a principal causa de crises epiléticas.

A evolução da paciente foi boa e ela permaneceu em observação na sala vermelha por uma hora sendo levada para amarela e lá ficando por mais duas horas, fato que eu tentaria intervir, deixando essa paciente em pelo menos seis horas de observação neurológica e, se possível, já sair com consulta “agendada” na Unidade Básica de Saúde, pelo menos.

A discussão desse caso ficou extensa, pois quis trabalhar um modo de raciocínio “excludente”, pois o caso prático com a teoria permitiu diferenciar bem as causas provocadas das não provocadas, além da ajuda dos exames complementares nessa situação.

O caso em si me motivou a estudar tanto a parte do manejo em adultos, como em crianças – algo já visto no módulo do pré-internato de Urgência e Emergência Adulto e também em Urgência e Emergência da Saúde da Criança, sendo que a discussão aqui feita só consolidou todo o arcabouço teórico adquirido tecendo conexões com a prática. Consegui entender de forma mais aprofundada o termo “pós-ictal” e também o “hidantalizar” pacientes, que anteriormente provocava curiosidade para saber do que se tratava e que anteriormente, devido à falta de prática pelo motivo da pandemia, eu não tinha escutado.

3.3 CASO CLÍNICO 3 – O REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E SUAS DIVERSAS CAUSAS

3.3.1 Descrição do caso

ID: MCL, feminina, 40 anos.

QP: “cai na rua”

HDA: Paciente dá entrada pelo SAMU encontrado em via pública desacordada, desacompanhada sendo SAMU acionado pelos populares. Na chegada ao serviço, encontrava-se suja de terra, com escoriações leves em joelho e face, serviço móvel suspeita de crise convulsiva, porém sem presenciar nenhum episódio. Na admissão, paciente apresta-se não comunicativa verbalmente, mas responde afirmando com a cabeça às perguntas indagadas, referindo cefaleia. Nega outros sintomas. Durante o internamento piorou o quadro neurológico, apresentando vômitos e pupilas não fotorreativas. Em conversa com marido, este relata que paciente ultimamente vinha se queixando de cefaleia intensa com aumento progressivo nos últimos meses.

HPP: Hipertensa, porém sem informações de qual remédio toma. Marido relata que tratamento é irregular.

HF: Irmã morreu com 25 anos devido à AVE hemorrágico, pai faleceu devido infarto agudo do miocárdio aos 70 anos.

HV: Marido relata tabagismo (1 maço/dia). Nega etilismo.

Exame físico:

SV: PA: 110x70 mmHg | FC: 90bpm | SatpO2: 97% em ar ambiente | FR: 18ipm | HGT: 104 | T: 36,3°C

Mau estado geral, desorientada, confusa, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, eupneica.

AP: Murmúrios vesiculares presentes universalmente em todos os focos de ausculta sem ruídos adventícios. Expansibilidade e elasticidade torácica preservadas.

ACV: Bulhas normofonéticas em dois tempos em ritmo regular sem presença de sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Pulsos periféricos simétricos, cheios e palpáveis.

ABD: Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes. Sem sinais de peritonite. Não palpo massas e nem visceromegalias.

NEURO: Glasgow 12 (abertura ocular à voz; resposta verbal confusa; resposta motora localizando a dor). Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Força muscular reduzida em todos os membros. Ausência de sinais meníngeos.

MM: Ausência de edemas, panturrilhas livres e sem sinais de empastamento.

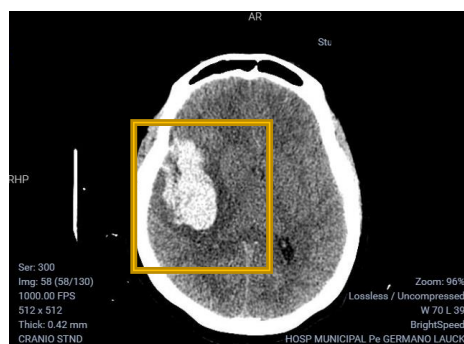
Exames complementares:

Laboratoriais: Erit: 4,95 // Hb: 14,3 // Ht: 42,7 // VCM: 86,26 // HCM: 28,89 // CHCM: 33,49 // RDW: 13,5 // Leucócitos: 10.060 [Bastonetes 3 / Segmentados 64 / Neutrófilos 67 / Eosinófilos 0 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 31/ Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 2] // Plaquetas: 225.000 // Ureia: 21 // Creatinina: 0,2 // Sódio: 146 // Potássio: 3,8 // PCR: 0,7 // Bilirrubinas: dentro da normalidade // Aspartato aminotransferase (TGO): 51 // Alanina aminotransferase (TGP): 41.

Imagem:

TC de crânio: Volumoso hematoma intraparenquimatoso centrado nos núcleos da base à direita medindo 5 x 6 cm, apresentando edema do parênquima adjacente, com efeito de massa local. Apagamento da cisterna supra-selar e compressão do ventrículo lateral direito / III ventrículo. Cisternas da base preservadas. Ausência de coleções intra ou extra-axiais. Em prontuário do HMPGL, TC com hemorragia lobar e hemorragia subaracnóidea proveniente de fissura silviana, sangramento sugestivo de aneurisma cerebral roto, desvio da linha média com cisternas ocupadas sugestivas de herniação de uncus.

Imagem 1 - Tomografia computadorizada de crânio da paciente MCL



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico Vivace/Tasy, HMPGL

Diagnóstico sintômico: Síndrome vascular cerebral. Rebaixamento do nível de consciência a esclarecer. Traumatismo crânio encefálico.

Hipótese diagnóstica: Acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh). Traumatismo cranioencefálico grave.

Diagnósticos diferenciais: Hipoglicemia. Sepses. Hiponatremia. Uremia. Encefalopatia hepática. Crise tireotóxica. Encefalites. Meningites. Intoxicações exógenas (álcool, benzodiazepínicos, etc). Dentre uma lista extensa de causas que podem cursar e causar com rebaixamento do nível de consciência.

3.3.2 Conduta adotada na sala de emergência

Realizada a monitorização da doente, verificada necessidade de oxigenação, obtidos acesso venoso e coletado os exames solicitados. Para essa paciente foram prescritos de medicações uma ampola Ondansetrona em dose única (2mg/ml – ampola de 2 ml) “agora” e Diazepan a critério médico. Solicitados exames de admissão – hemograma completo, ureia, TGO, TGP, sódio, potássio, creatinina, bilirrubina e frações e PCR. Ainda, mantida em observação neurológica e em sala vermelha para monitorização, aferição de sinais vitais de duas em duas horas e aguardar melhora neurológica para melhor avaliação da história clínica. Posteriormente, pedidos troponina, creatinofosfoquinase fração MB (CKMB) e creatinofosfoquinase (CPK) – não coletadas, pois a paciente foi regulada para realização da tomografia no HMPGL.

3.3.3 Percepções e discussão do caso

Esse caso foi um dos mais marcantes para mim. O primeiro motivo foi a ansiedade por saber o que estava acometendo a paciente e deixando-a com um rebaixamento do nível de consciência (RNC). O segundo motivo foi por se tratar de uma paciente extremamente jovem, que foge dos padrões em que se vê um diagnóstico de AVE, por exemplo. Fala-se de uma paciente de 40 anos de idade. E outro motivo foi pela evolução do caso e, claro, como se deram as condutas para que se chegasse até o desfecho.

Primeiramente, quando se fala em rebaixamento do nível de consciência, inúmeras causas podem estar presentes, dentre essas estão as causas de traumatismo cranioencefálico, as vasculares ou estruturais (onde entram os AVE isquêmico e hemorrágico e as demais hemorragias), as causas infecciosas, epiléticas, metabólicas, endócrinas ou sistêmicas, as causas de síndromes tóxicas, entre outras.

Quando essa paciente foi admitida no setor de emergência, meu raciocínio clínico foi para algo que mais me era óbvio – uma causa neurológica. Pensei em um acidente vascular encefálico e talvez uma má formação artério-venosa cerebral, além da crise convulsiva, que é comum dentro da sala de emergência. Porém, o AVE me deixou um pouco desconfiado pela idade da paciente.

Achei interessante que quando o SAMU a trouxe para o serviço, a primeira pergunta que o médico fez ao médico que estava passando o caso era o valor da glicemia capilar da paciente – isso foi de extrema importância para entender, mais uma vez, que a hipoglicemia pode causar rebaixamento do nível de consciência (alterações neurológicas) e até mesmo déficits musculares focais (tremores) e que por si só é uma causa metabólica que auxilia a diferenciar de tantas outras, algo já discutido no caso de crise convulsiva.

Em dado momento, a pressão arterial da paciente me chamou atenção, pois eu esperava que ela estivesse elevada, já que em casos clássicos de um possível, a PA está elevada e, no caso de hemorragias cerebrais, deve ser cautelosamente controlada devido ser fator para piora de sangramentos. Porém, estudando, vi que a literatura traz que a pressão do indivíduo acometido pode estar normal, baixa ou alta.

Para a avaliação de um paciente que chega com um quadro de RNC deve-se realizar o ABCDE do trauma. O plantonista explicou pra gente as maiores preocupações acerca de uma clínica do tipo e o que se avalia. Nesse momento, lembrei de alguns conceitos e conhecimentos do pré internato que me ajudaram na avaliação da paciente e na discussão com o médico. Para a paciente em questão, o ABCDE foi:

- A (*airway*): via aérea pérvia, sem lesão em cervical – chegou sem uso de colar na admissão.
- B (*breathing*): respiração regular, com expansibilidade torácica preservada, boa saturação periférica de oxigênio (97% em ar ambiente), eupneica.
- C (*circulation*): pulsos periféricos presentes, rítmicos e simétricos; tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos; bem perfundida; extremidades quentes; batimentos cardíacos dentro da normalidade; sem presença de cianose ou sangramentos

visíveis.

- D (*diability*): paciente confusa, falando palavras inapropriadas, pupilas isocóricas e fotorreagentes e força muscular reduzida.

- E (*expsosure*): sem sinais de fratura e/ou hemorragias.

Desse modo, já se tem o exame físico antes mesmo de se ter coletado uma história clínica dessa paciente. Como a paciente já chegou com um atendimento pré-hospitalar realizado, esses aspectos já foram avaliados pelo médico do SAMU.

Enquanto toda essa avaliação é feita, concomitantemente a equipe se move para realizar a monitorização contínua do doente, verificar a necessidade de oxigênio complementar, a obtenção dos acessos venosos para infusão de medicamentos e coleta de exames.

O exame das pupilas, do fundo de olho e da motricidade ocular extrínseca dessa paciente, também poderia trazer e descartar inúmeros dados. Por exemplo, as pupilas médias e fixas são padrão sugestivo de morte encefálica. Não sei o que aconteceu, mas nessa paciente, os médicos não tomaram muita conta a respeito de um movimento semelhante a um nistagmo lentificado unilateral esquerdo em diagonal que essa paciente fez por umas três vezes, o que poderia predizer uma lesão de intratranco ou nervo craniano que geram um olhar desconjugado.

Nesse contexto, o exame neurológico é de extrema importância e deve ser realizado de forma responsável e eficaz. Na admissão, o médico quem recebeu essa paciente a avaliou com um grau 12 na Escala de Coma de Glasgow, o que me deixou muito incômodo. Discutindo com a minha dupla de plantão, chegamos a conclusão de que nós daríamos pontuação menor para essa paciente. Para nós, ela pontuaria 9, sendo que a abertura ocular era à dor (2); a resposta verbal com palavras incompreensíveis (2) e a resposta motora com movimentos de retirada (4). Sendo assim, essa paciente estaria a beira de uma intubação orotraqueal – isso, se eu já não tivesse pensando em intubá-la antes para manter a via aérea. Fiquei pensando que o médico pode ser se confundido na pontuação também ao chamar a paciente e concomitantemente provocar dor nela.

Um outro ponto discutível foi que na admissão essa paciente ficou muito tempo com a cabeceira não elevada idealmente, o que nesse contexto futuramente provocou nela uma pneumonia broncoaspirativa. É importante notar que devemos estar atentos sempre as coisas mais básicas.

De fato, quando um paciente está rebaixado a atenção deve ser redobrada

e o tempo é um perigo. O paciente pode “afundar” de repente. E foi o que aconteceu com essa paciente – uma evolução não favorável muito rápida. Porém, ainda não entendo o porquê de três médicos avaliando o caso, trabalhando e se ajudando, deixarem certas coisas passarem.

Esse caso também me mostrou como é importante ter alguém conhecido na hora da admissão de uma situação similar. Para essa paciente certas informações seriam muito úteis, como o histórico patológico pregresso e a história familiar. Para o diagnóstico final que essa paciente recebeu, que foi o de acidente vascular hemorrágico – hemorragia subaracnóidea –, ela apresenta alguns fatores de risco: hipertensão e histórico familiar (irmã jovem que faleceu de AVEh) – estes são considerados fatores de risco fortes e ainda há o hábito do tabagismo.

Outra coisa a ser investigada melhor seria essas dores de cabeça contínuas e intensas com progressiva piora relatada pelo marido no momento da conversa com ele. Isso prediz um evento não súbito e sim gradual. Poderia ser uma hipertensão intracraniana, uma hidrocefalia, pensando em algo súbito. Além de saber se esse padrão doloroso aumentou naquele dia, nas últimas horas – o que fala a favor de evento agudo.

Quanto à conduta médica adotada, no que tange à prescrição de Ondasetrona, acredito que o médico inseriu esse medicamento como sintomático devido aos vômitos apresentados pela paciente na admissão – o que é considerado fator de risco para quadros neurológicos semelhantes, podendo sugerir um aumento da pressão intracraniana. Além disso, a prescrição de Diazepam, foi devido a suspeita médica do SAMU, devido as possíveis crises convulsivas, além de que algumas causas neurológicas podem precipitar crises epiléticas, desse modo, a critério médico, tem-se o controle das mesmas caso o evento ocorra.

Ainda a respeito de medicamentos, eu deixaria medidas de controle pressórico para essa paciente e também medidas de hiper/hipoglicemia. Outra coisa, também é atentar aos sinais neurológicos e hemodinâmicos dessa paciente.

Ainda sobre a monitorização dos sinais vitais da doente, acredito que a aferição destes de duas em duas horas é um período de tempo muito longo para pacientes que se encontram nessa situação, tendo em vista a velocidade em que podem rebaixar. Eu deixaria a aferição de sinais vitais em pelo menos de uma em uma hora se não até menos, 30 em 30 minutos, mesmo como monitor multimodal me mostrando a todo momento os dados vitais da paciente.

Discutindo os exames solicitados, concordo com a prescrição. Os exames foram adequadamente pensados para afastar diversas causas. O hemograma para afastar causas infecciosas; os eletrólitos para afastar causas metabólicas e eletrolíticas; função renal descartando causas renais como encefalopatias; perfil hepático e enzimas hepáticas para avaliação de encefalopatias e cirrose; o coagulograma, que foi solicitado, mas não coletado para avaliação de coagulopatias. Eu ainda completaria esses exames com um pedido de gasometria arterial, pois determinadas condições geram uma alcalose respiratória (por exemplo, encefalopatia hepática, hiperventilação central), acidose respiratória (DPOC avançada, intoxicação por drogas depressoras do SNC) ou acidose metabólica (cetoacidose diabética, uremia, acidose láctica de qualquer causa, entre outras) e também de um exame de urina para avaliar a presença de outro possível foco infeccioso.

Outro exame certo nesse momento, foi o pedido de uma tomografia computadorizada de crânio, para eventuais causas estruturais. Esse exame deve ser realizado o quanto antes possível, principalmente na suspeita de acidente vascular encefálico para que dê tempo de uma terapia efetiva (no caso de trombólise). Além disso, é o exame disponível na rede capaz de diferenciar um quadro cerebral isquêmico de um hemorrágico.

Todavia, ao abordar a realização desse exame, falo a respeito da regulação dessa paciente. Ao entrar no serviço, a doente estava classificada para ir para sala de observação amarela. Erro extremamente perigoso. Uma paciente, nesse nível, para mim, teria critérios para uma sala vermelha. Além disso, como já disse em outros momentos desse trabalho, um paciente que tem suspeitas de acidente vascular encefálico e é candidato a uma tomografia computadorizada, não deveria sequer passar na frente da porta de uma Unidade de Pronto Atendimento. O tempo de espera para a realização do exame solicitado da UPA pode ser bem maior do que se o doente chega direto no hospital de maior complexidade e com esse exame disponível.

Essa paciente do caso, ao ser regulada para a realização do exame de imagem, rebaixou ainda mais o nível de consciência sendo intubada no HMPGL antes mesmo de ir para a tomografia, exame o qual foi constatado um acidente vascular encefálico hemorrágico e a paciente já ficou nesse serviço de maior complexidade pelo critério de vaga zero.

Essa paciente passou pela avaliação da neurocirurgia, equipe que não deu possibilidades cirúrgicas a ela, sugerindo suspensão de sedação para abertura de protocolo

de morte encefálica, processo que pela instabilidade da paciente, não foi possível. Ainda, a paciente evoluiu com pupilas midriáticas e não fotorreativas – sugerindo fortemente o que já estava dito em evolução da neurocirurgia – a morte encefálica.

Mencionando um pouco sobre o diagnóstico final da paciente, o acidente vascular encefálico hemorrágico, esta paciente era hipertensa e essa condição corresponde pela grande maioria das hemorragias intracerebrais primárias. No caso dessa paciente, suspeito tratar-se de uma causa espontânea primária, sendo que não foi evidenciada nenhuma causa subjacente; ou uma causa secundária à hipertensão. Esse histórico patológico pregresso associado a história familiar de AVC hemorrágico aumenta muito as chances dessa paciente ter desenvolvido o evento.

No HMPGL, essa paciente recebeu os devidos cuidados, como a estabilização inicial e posicionamento, a avaliação da neurocirurgia (a maioria dos casos de AVEh são tratados cirurgicamente), manter a pressão intracraniana dentro da normalidade, manter precauções contra aspiração (a paciente foi intubada logo na entrada), manejo de convulsões, manejo da pressão arterial (que nesse caso, pode propiciar o sangramento), correção das coagulopatias (exames posteriores mostraram alargamento de TAP e INR), manejo da febre, controle da glicose e profilaxia para trombose venosa profunda.

Em passagem na UTI em um dia de plantão no Pronto Socorro do HPMGL, fui visitar o leito dessa paciente (tenho o costume de ir ver pacientes que atendi na UPA e que vão para UTI, além de acompanhar alguns casos “virtualmente” pelo prontuário eletrônico para saber da evolução e desfecho dos pacientes). Notei que a paciente estava com mãos e pés enfaixadas e perguntei ao médico plantonista do porquê daquilo. Ele me disse que ela estava com altas doses de noradrenalina e vasopressina, drogas vasoativas que causam vasopressão periférica e consequentemente necrosam o tecido, por isso, era necessária aquela proteção. Além disso, ele mencionou o fato dela ter desenvolvido uma pneumonia broncoaspirativa que poderia ter sido evitada se a paciente fosse intubada antes.

Infelizmente a evolução dessa paciente não foi favorável. Ela permaneceu por mais oito dias na UTI, vindo a óbito.

Trouxe esse caso por vários motivos, principalmente pelas falhas que deles decorreram. Se essa paciente tivesse sido regulada de forma diferente, o desfecho teria sido diferente? Quais aspectos na história dela iriam mudar se ao menos tivéssemos informações mais fidedignas das dores de cabeça dela? E a cabeceira, se ela estivesse

mais elevada? São vários aspectos e vários questionamentos que poderiam mudar a história dela. Além disso, a paciente era jovem demais. Ainda, tentar uma logicidade dentro de um rebaixamento do nível de consciência é um desafio médico intenso pelas múltiplas causas que a condição tem. Também a regulação da paciente e a questão do tempo em todo o processo foram coisas que me chamaram a atenção.

Esse caso me trouxe de lição buscar sempre se atentar às minúcias de um exame físico neurológico, respeitando os passos e observar sempre quem estou tratando. Permitiu reflexões acerca de sinais e sintomas, condições, que não devo deixar de ver, visualizando o que realmente é – uma sala vermelha é vermelha e não amarela. E, de novo, que o tempo vale muito.

3.4 CASO CLÍNICO 4 – QUANDO FALTA OXIGÊNIO NO CÉREBRO – O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

3.4.1 Descrição do caso

ID: JAV, feminina, 47 anos.

QP: “tontura”

HDA: Paciente dá entrada por demanda espontânea no serviço referindo tontura em domicílio no dia de hoje pela manhã com duração de poucos segundos. Após o evento, refere que teve episódio de êmese. Ainda, refere que vem evoluindo progressivamente com cefaleia em região occipital e nuchalgia há 10 dias com piora pela noite de ontem. No momento apresenta hemiparesia à esquerda. Nega febre e outros sintomas.

HPP: Insuficiência cardíaca de fração reduzida. Hipertensão. Em uso de Losartana 50mg (12/12h); Atenolol 50mg (12/12h) e Hidroclorotiazida 25mg (1x/dia).

HV: Tabagista de 2 maços cigarros/dia. Nega etilismo.

Exame físico:

SV: PA: 230x110 | FC: 98 | SatpO2: 98% em ar ambiente | FR: 16 | Tax: 37°C | HGT: 88

Regular estado geral, lúcida, orientada, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica.

AP: Murmúrios vesiculares globalmente audíveis em todos os focos de ausculta sem presença de ruídos adventícios. Expansibilidade e elasticidade torácica preservadas.

ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas em ritmo regular de dois tempos, não ausculto sopros. Pulsos periféricos simétricos e cheios. Tempo de enchimento capilar menor 3 segundos.

ABD: Flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite, ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes e não palpo massas e nem visceromegalias.

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, força muscular

preservada em hemicorpo direito e grau III (realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional) em hemicorpo esquerdo.

MM: Sem presença de edemas, panturrilhas livres e sem sinais de empastamento.

Exames complementares:

Laboratoriais:

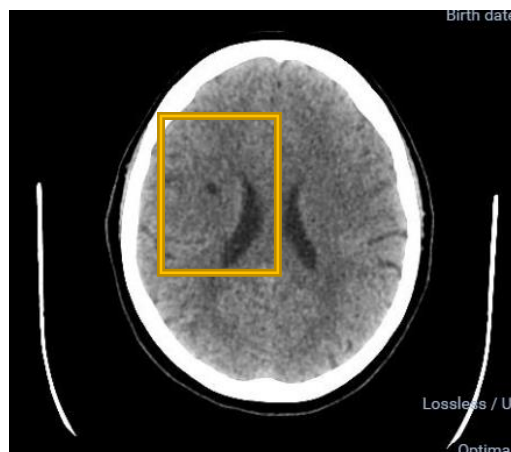
Erit: 5,29 // Hb: 15,3 // Ht: 46,1 // VCM: 87,15 // HCM: 28,92 // CHCM: 33,19 // RDW: 13,2 // Leucócitos: 8.270 [Bastonetes 0 / Segmentados 75 / Neutrófilos 75 / Eosinófilos 1 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 20/ Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 4] // Plaquetas: 261.000 // Ureia: 29 // Creatinina: 0,70 // Sódio: 142 // Potássio: 4,7 // Cloro: 111 // CPK: 75 // Fósforo: 2,4 // Glicose: 95 // Magnésio: 2,0 // PCR: 1,2 // TGO: 21 // TGP: 18 // KPTT: 27,2 // TAP:100% // INR: 1 // Gasometria – pH: 7,4 // pCO₂: 34,70 // pO₂: 91,40 // HCO₃: 22,90 // SatO₂: 97,20% // Lactato: 7,90.

Imagem:

ECG de entrada: ritmo sinusal, com sinais de hipertrofia de VE.

TC de Crânio: Infarto lacunar na coroa radiada direita. Pequenos focos esparsos de hipodensidade na substância branca dos lobos frontais porção superior e média e lobos parietais, com aspecto de microangiopatias. Infarto lacunar na cápsula externa esquerda e no lobo da insula ipsilateral. Ateromatose calcificada nas carótidas internas, porção cavernosa. Rolha de cerume bilateralmente.

Imagem 2 - Tomografia da paciente JAV



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico Vivace/Tasy, HMPGL

Diagnóstico sindrômico: Síndrome vascular cerebral. Hipoglicemia.

Hipótese diagnóstica: Acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi).

Diagnósticos diferenciais: Ataque isquêmico transitório (AIT). Síncope. Crise epiléptica. Hipoglicemia. Hemorragia subdural crônica agudizada. Tumor cerebral. Aura da enxaqueca.

3.4.2 Conduta adotada na sala de emergência

Monitorização hemodinâmica. Solicitada tomografia computadorizada de crânio e eletrocardiograma. Medidas para acidente vascular encefálico isquêmico. Prescrito sintomáticos (Dipirona 1g – ampola 2ml, Omeprazol 20mg, Ondansetrona 4mg ampola 2ml). Medidas para hipertensão (prescrito Anlodipino 5mg, Carvedilol 3,125mg e Enalapril 10mg). Solicitados exames de admissão (cloro, creatinina, creatina fosfoquinase, fósforo, gasometria arterial, glicose, hemograma, magnésio, potássio, PCR, sódio, TAP, KPTT, TGO, TGP e ureia. Ainda, prescritos ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg e Sinvastatina 20mg (2cp/dia). Hidratação com Soro fisiológico 1000ml, Ringer Lactato 500ml. Soro glicosado 5% 250ml. Prescrita dieta hipossódica – para hipertenso.

3.4.3 Percepções e discussão do caso

Diante de uma clínica semelhante a apresentada acima, o óbvio a se pensar, levando em consideração os aspectos epidemiológicos (prevalência e incidência) contidos na história clínica do doente, é em uma síndrome vascular cerebral, mais propriamente o acidente vascular isquêmico. Isso porque esse evento representa 85% dos acidentes vasculares encefálicos e é a principal causa de morbidade e mortalidade.

Quando essa paciente deu entrada no serviço, logo suspeitei de um possível AVE isquêmico, porém enquanto ouvia sua história fiquei atento a respeito da duração dos eventos. Caso alguma sintomatologia estivesse há mais que vinte e quatro horas de evolução, por exemplo essa hemiparesia apresentada, poderia se falar em AVE isquêmico. Caso contrário, poderia também se falar em um ataque isquêmico transitório, que é um diagnóstico diferencial para o AVEi.

A fisiopatologia do AVEi é explicada quando é causada uma redução crítica transitória ou permanente no fluxo sanguíneo cerebral decorrente de estenose ou oclusão arterial.

No contexto apresentado, em que foi identificado presença de AVE lacunar, geralmente é causado por oclusão trombótica de uma pequena artéria penetrante afetada por lipo-hialinose, que é uma condição onde ocorre acúmulo de lipídeos em decorrência do envelhecimento e da hipertensão, resultando em infarto <1,5cm no território de perfusão do pequeno vaso afetado. Nota-se que essa paciente apresenta um fator de risco importante para o desenvolvimento dessa lipo-hialinose que é a hipertensão.

Além disso, o AVEi pode ser causado por uma cardioembolia, no qual há uma formação de um trombo no coração, que emboliza para circulação intracraniana e é associado a doenças cardíacas, em especial com a fibrilação atrial, além dela uma placa aterosclerótica aórtica é outra fonte potencial de formação de trombo com embolização. Mais uma vez, a paciente apresenta um fator de risco para essa cardioembolização, que é a insuficiência cardíaca.

A depender do território cerebral acometido, os pacientes poderão apresentar uma sintomatologia mais específica. O quadro abaixo resume o território cerebrovascular acometido e apresenta os principais déficits neurológicos que podem ser encontrados em decorrência desse acometimento.

Tabela 2 - Clínica apresentada em AVEi de acordo com território cerebrovascular acometido

Território cerebrovascular	Principais déficits neurológicos que podem ser encontrados
Artéria cerebral média direita	Hemiparesia esquerda, paralisia facial central esquerda, hemi-hipostesia esquerda, heminegligência esquerda
Artéria cerebral média esquerda	Hemiparesia direita, paralisia facial central direita, hemi-hipostesia direita, afasia
Artéria cerebral anterior	Paresia e/ou hipostesia de membro inferior contralateral, rebaixamento do nível de consciência (especialmente se bilateral), incontinência urinária
Artéria cerebral posterior	Hemianopsia homônima contralateral, hemi-hipostesia contralateral
Artéria carótida interna	Mesmos déficits encontrados para a artéria cerebral média e artéria cerebral anterior, amaurose do olho ipsilateral
Artérias do sistema vertebrobasilar	Vertigem, alteração de nervos cranianos (com exceção do nervo óptico e do nervo olfatório), hemiparesia e/ou hemi-hipostesia contralateral, paralisia facial central contralateral, ataxia cerebelar

Fonte: Medicina de Emergência, USP – 2020.

Conversando com o caso, a paciente apresentou hemiparesia à esquerda com redução da força motora, o que é compatível com a descrição do achado diagnóstico

da sua tomografia, região onde se localiza a artéria cerebral média direita (lobos frontais, médios e parietais) e a artéria cerebral anterior.

Os sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes são: perda parcial ou total de força em membros superiores e/ou inferiores; disfunção na linguagem expressiva e/ou receptiva; perda sensorial em membros superiores e/ou inferiores; perda de campo visual; fala indistinta ou dificuldade na coordenação motora fina e na marcha; perda do equilíbrio; vertigem com ou sem sintomas neurológicos adicionais/ e diplopia binocular. Na maioria dos casos, os sintomas aparecem rapidamente, em segundos ou minutos, em um só lado e podem ser precedidos por um ou mais ataques isquêmicos transitórios.

Considerando a história clínica dessa paciente, esta apresentou principalmente tonturas e hemiparesia de início súbito, condição que está fortemente associada à AVEs lacunares, que foi laudado na tomografia dela. Já as vertigens e tonturas que essa paciente pode ter sentido, é incomum nos quadros de AVEs e refletem sintomas de isquemia da circulação posterior cerebral. Ademais, essa paciente também possui fatores de riscos importantes que contribuem para o desenvolvimento do evento – a hipertensão, que pode contribuir para metade dos AVEs isquêmicos; e o tabagismo, que está fortemente associado ao aumento da incidência de AVE isquêmico, mesmo que o consumo do tabaco seja baixo, além disso, a insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida.

Na admissão dessa paciente, foi realizada a estabilização clínica, seguindo os parâmetros do ABCDE; enquanto se fazia a monitorização, verificação da necessidade de oxigênio, a obtenção dos acessos venosos e a coleta dos exames já solicitados pelo médico; e ao mesmo tempo a obtenção da história e a realização do exame físico da paciente. Nesse momento, já se espera realizar a exclusão de doenças ou situações que podem simular um AVE.

Espera-se que o exame neurológico em pacientes que apresentem sintomatologia semelhante, seja realizado de forma cautelosa e eficiente, tendo em vista também que deve ser o mais completo possível. Infelizmente, durante o estágio, mesmo com todas as ferramentas disponíveis na atualidade, vi que os profissionais pecam muito na realização do exame físico neurológico. Há exames, às vezes, em que a descrição só contém a pontuação obtida na Escala de Coma de Glasgow.

Uma abordagem ideal de AVEi tem por objetivos a identificação da síndrome cerebrovascular, a garantia de estabilidade clínica para o doente, a realização de

um exame neurológico abreviado (por exemplo, a escala de AVE do National Institute of Health [NIHSS], e o transporte ágil e rápido do paciente para a realização do exame de imagem – no caso do serviço, a tomografia computadorizada de crânio. Obviamente, que certas fases de um processo de anamnese e exame físico poderão e deverão ficar para depois, visto que o fator tempo, aqui, significa cérebro e o quanto antes termos o resultado da tomografia poderemos estabelecer a terapêutica, como por exemplo, iniciar a trombólise para o paciente, salvando a área de penumbra adjacente ao tecido infartado se a perfusão tecidual for recuperada.

O NIHSS é uma ferramenta excelente e muito útil para a avaliação do paciente, que nesse caso não foi utilizada. Inclusive, existem aplicativos que a contém e celular é algo que pode ser útil à beira leito hoje em dia. Ter um papel impresso com a escala também pode facilitar e muito a vida do exame físico neurológico, tendo em vista que essa ferramenta aborda vários aspectos necessários para um exame neurológico eficiente.

Tabela 3 - Escala do NIHSS

ITEM PESQUISADO	DEFINIÇÕES
1a Nível de consciência Escolher uma alternativa mesmo se avaliação estiver prejudicada por tubo endotraqueal, linguagem ou trauma. Dar 3 somente se não for obtida resposta aos estímulos dolorosos.	0 = alerta 1 = desperta com estímulo verbal 2 = desperta somente com estímulo doloroso 3 = respostas reflexas ou ausência de resposta aos estímulos dolorosos
1b Orientação (idade/mês) Resposta tem de ser correta, não há nota parcial. Pacientes com afasia ou com alteração do nível de consciência, que não compreendem as perguntas, receberão 2. Pacientes com intubação endotraqueal, trauma, disartria grave ou qualquer problema não secundário a afasia, receberão 1.	0 = ambas corretas 1 = uma questão correta 2 = ambas incorretas
1c Comando (abrir e fechar olhos e apertar e soltar a mão) Realizar com a mão não parética. Substituir por outro comando se as mãos não puderem ser utilizadas. Crédito se a tentativa for realizada, mas não completada devido ao déficit neurológico. Se não responder ao comando, devem ser utilizados gestos.	0 = ambas corretas 1 = uma questão correta 2 = ambas incorretas
2 Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca) Somente o olhar horizontal é testado. Se há paresia do III, IV ou VI nervo isolada, marque 1. Testar em pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular ou alteração dos campos visuais devem ser testados com movimentos reflexos. Todos os pacientes devem ser testados.	0 = normal 1 = paresia do olhar conjugado 2 = desvio conjugado do olhar
3 Campos visuais Se houver cegueira monocular, os campos visuais do outro olho devem ser considerados. Se o paciente for cego por qualquer outra causa, marque 3. Extinção: o paciente recebe 1 e os resultados são utilizados para responder a questão 11.	0 = normal 1 = hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção 2 = hemianopsia completa 3 = cegueira cortical
4 Paresia facial Considere simetria da contração facial em respostas aos estímulos dolorosos nos pacientes com alteração do nível de consciência.	0 = normal 1 = paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico) 2 = paresia/segmento inferior da face 3 = paresia/segmento superior e inferior da face

5 Motor membro superior Braços estendidos a 90° (sentado) ou a 45° (deitado) por 10 segundos. Iniciar com o lado não parético. Paciente afásico, utilizar gestos e não utilizar estímulos dolorosos.	0 = sem queda	E
	1 = queda, mas não atinge o leito	D
	2 = força contra a gravidade, mas não sustenta	
	3 = sem força contra a gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta	
	4 = sem movimento	
6 Motor membro inferior O paciente deitado deve elevar a perna a 30° por 5 segundos.	0 = sem queda	E
	1 = queda, mas não atinge o leito	D
	2 = força contra a gravidade, mas não sustenta	
	3 = sem força contra a gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta	
	4 = sem movimento	
7 Ataxia apendicular Faça os testes index-nariz, calcanhar-jelho com os olhos abertos, em ambos os lados. Ataxia é considerada somente se presente. Se o paciente estiver afásico ou plégico, não considerar.	0 = sem ataxia (ou afásico, hemiplégico)	
	1 = ataxia presente em um membro	
	2 = ataxia presente em dois membros	
8 Sensibilidade dolorosa Paciente afásico ou com rebaixamento de consciência = 0 ou 1. AVC de tronco com déficit bilateral = 2. Se o paciente não responder ou estiver tetraplégico, marque 2. Pacientes em coma devem receber 2.	0 = normal	
	1 = déficit unilateral, mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso)	
	2 = paciente não reconhecer o estímulo ou coma ou déficit bilateral	
9 Linguagem Pedir para descrever o que está acontecendo na figura, nomear os anexos e ler as frases. Paciente intubado deve ser solicitado para descrever uma frase. O paciente em coma recebe 3. Paciente em mutismo que não consegue realizar nenhum comando = 3.	0 = normal	
	1 = afasia leve a moderada (compreensível)	
	2 = afasia severa (quase sem troca de informações)	
	3 = mudo, afasia global, coma	
10 Disartria Paciente deve ler as palavras apresentadas no cartão.	0 = normal	
	1 = leve a moderada	
	2 = severa, inteligível ou mudo	
	x = intubado	
11 Extinção/negligência Se houver grave déficit visual e os estímulos sensitivos normais, devem ser considerados normais. Se paciente afásico, mas percebe ambos os lados, é considerado normal. A negligência deve ser considerada somente quando presente.	0 = normal	
	1 = negligência ou extinção em uma modalidade sensorial	
	2 = negligência em mais de uma modalidade sensorial	
TOTAL DE PONTOS		

Fonte: Atualização Terapêutica de Prado – Urgências e Emergências – Prado, 2014

Dados importantes para essa história seria a coleta assertiva do horário de início de toda a sintomatologia. Faz exatamente “X” horas que os sintomas começaram. Porém, esse início nem sempre é fácil de se precisar, principalmente devido ao fato de que o paciente não está comunicativo, os sintomas podem surgir de forma leve e não identificáveis imediatamente, ou o comportamento dos sintomas pode ser flutuante, ainda, também, o paciente pode estar desacompanhado não havendo testemunhas da sintomatologia. O último momento em que o paciente foi visto bem também é importante. Tudo isso, devido ao fato já mencionado de que é tempo é cérebro e a terapia trombolítica pode salvar o paciente se dentro da janela específica (4,5 horas) e pode decidir sobre as terapias de reperfusão cerebral. Ademais, as perguntas sobre o histórico patológico

pregresso auxiliam e norteiam o examinador para causas e diagnósticos diferenciais que podem estar acometendo o indivíduo, principalmente se ela havia usado anticoagulantes recentemente.

Acredito que a história dessa paciente poderia ter sido mais completa, como a obtenção de dados da história familiar, que poderia ser realizado posteriormente (e não foi), que poderiam favorecer muito ao diagnóstico de AVE. Além disso, o exame físico neurológico realizado no momento da admissão, para mim, foi pobre, podendo este ser mais eficiente.

Enquanto os dados são colhidos, a doente deverá ser monitorizada, deverá ser realizada a coleta da glicemia capilar (descarte do diagnóstico diferencial de hipoglicemia) e o exame neurológico realizado.

O livro de Medicina de Emergência da USP trás algumas metas a serem realizadas com o paciente, onde da admissão até a realização do exame de imagem espera-se que o processo leve menos que 20 minutos sendo que a interpretação do exame deverá ser feita em menos de 25 minutos. Fiquei feliz com esse caso pois a paciente foi levada logo para a tomografia, porém, já se tinham passado quatro horas e meia do início dos sintomas dela, dispensando o critério para trombólise. Além disso, essa paciente não esteve em uma Unidade de Pronto Atendimento para consulta, o que permitiu um tempo mais ágil na realização do exame de imagem. E, se essa paciente tivesse ido dentro da janela para trombólise, o processo seria mais fácil e sem muita burocracia.

Um dos tratamentos para o AVEi são as terapias de reperfusão cerebral. Porém, essas terapias são muito criteriosas para que possam ser realizadas, a começar pelo tempo de evolução do quadro. O mais específico é a trombólise endovenosa, que é capaz de diminuir a incapacidade funcional do indivíduo quando comparada com o placebo. O medicamento de escolha para essa terapia é a alteplase intravenosa, sendo administrada 0,9mg/kg, com uma dose máxima de 90mg. Os primeiros 10% da dose são administrados no primeiro minuto em bolus e o restante da dose nos 60 minutos seguintes. Porém, essa paciente já entra em critério de exclusão para essa terapia simplesmente por ter uma evolução de sintomas maior do que quatro horas e meia.

A trombólise possui muitos critérios de inclusão e diversos critérios de exclusão – as listas são imensas. Cabe ao médico, diante da história clínica e exame físico de seus pacientes, abrir um livro, uma página de fonte confiável na internet para rever tais critérios e ter mais certeza do que está fazendo, para não cometer erros que podem levar a iatrogenias. Ainda, cuidados deverão ser tomados diante das medicações que essa

paciente toma ou já tomou, ou se já foi realizada a terapia antiplaquetária com o AAS, tendo em vista que se para iniciar a trombólise, a doente deverá ficar 24 horas sem tomar este medicamento devido ao aumento do risco de sangramento. Outras terapias que são possíveis são a trombectomia mecânica, que é uma estratégia utilizada em pacientes com oclusão de grandes vasos que possuem contraindicação ou que não respondem à trombólise endovenosa, e esta terapia pode ser utilizada até oito horas do início dos sintomas apresentados pelo doente; e a já citada terapia antiplaquetária, que discutirei mais adiante.

Na prática, só vi uma vez a trombólise sendo realizada no HMPGL. Fora que, como a maioria dos casos vão para a UPA antes e já possuem um tempo de evolução, as chances de se chegar no hospital um paciente dentro da janela para a trombólise é rara. Esses dias, houve uma discussão dentro do hospital acerca de uma paciente que chegou dentro da janela para a trombólise, porém esta terapia não foi realizada, e a justificativa dada quando o preceptor indagou aos colegas residentes foi que a idade da paciente era critério de exclusão. O preceptor explicou que não era. Por isso, da importância de se consultar em ferramentas práticas, úteis e confiáveis, coisas simples, dúvidas, ou até mesmo reafirmar conhecimentos que já temos, para garantir a melhor conduta ao paciente em níveis excelentes de cientificidade.

Visando os objetivos do tratamento do AVEi que são: restaurar o fluxo sanguíneo cerebral; suportar o metabolismo energético no tecido isquêmico; tratar as complicações do edema relacionado ao AVE e prevenir complicações médicas agudas comuns, acredito que a conduta tomada foi adequada.

Quanto à conduta tomada pelo médico, acredito que ele contemplou boa parte das coisas que eu também solicitaria. Foi contemplado no escopo de exames laboratoriais os eletrólitos séricos para descartar distúrbios eletrolíticos, como hiper ou hipernatremia ou distúrbios relacionados ao potássio; foi pedido ureia e creatinina séricos para exclusão de insuficiência renal e possíveis encefalopatias; foi solicitado hemograma completo para descarte de anemia, trombocitopenia ou policitemia (pode detectar condições que podem ser contraindicações potenciais para alguns tratamentos e intervenções no AVE agudo); foram pedidas provas de coagulação em busca de alguma coagulopatia; além da função hepática que também foi solicitada. Eu acharia interessante pedir enzimas cardíacas também, já que o AVE pode estar associado a infarto do miocárdio de forma concomitante, principalmente a troponina. Ainda, o eletrocardiograma, exame de

entrada no hospital, também faz parte do que eu pediria na busca de arritmias ou isquemia cardíaca, relativamente comuns no AVE isquêmico.

Ademais, os cuidados deixados para essa paciente também foram excelentes. As medidas para AVC contemplaram ações que podem retardar a evolução ou prevenir a extensão do AVE ao otimizar a oferta de substratos energéticos e o metabolismo energético dos tecidos. Entre essas medidas está suporte a oxigenação sanguínea (se necessário, máscara de oxigênio); suporte a pressão arterial sistêmica, e esta deverá ser mantida em níveis elevados e não deverá ser reduzida abruptamente pelo risco da extensão da área isquêmica (recomenda-se reduzir 15% nas primeiras 24 horas da PA – e os pacientes que são candidatos a alteplase devem manter uma PA de 180x105mmHg); normalizar nível glicêmico, tendo em vista que a hipoglicemia pode causar lesão cerebral e deve ser evitada, além de estar associada a desfechos desfavoráveis; e redução da febre, pela associação a piores desfechos em pacientes vítimas de AVEs.

Para essa paciente, foi ofertado o antiagregante plaquetário AAS e também realizado o uso das estatinas, tendo em vista que não era candidata à trombólise. Eu ainda acrescentaria a dupla antiagregação com doses de clopidogrel, fazendo um ataque de 300mg no primeiro dia e em seqüidas 75mg/dia por 21 dias. Já o AAS pode ser realizado em dose de 75mg/dia durante 21 dias. Há autores que recomendam o tratamento através da pontuação no NIHSS, sendo que pontuações maiores que 3 devem receber monoterapia com AAS de 75-300mg/dia; e pontuação maior menor ou igual a 3 devem receber a dupla antiagregação plaquetária (aspirina 75-300mg/dia + clopidogrel 300-600mg/dia). A terapia com estatina está indicada para pacientes com 75 anos ou menos, o que indicaria essa paciente na tomada do medicamento. Ainda, seria necessário a profilaxia para trombose venosa profunda – utilização de heparina de baixo peso molecular mostrou-se eficiente para prevenção de TVP.

Um outro fato importante é a necessidade de se ter unidades especializadas no manejo do AVE, sendo que baseado em evidências, há melhora do desfecho funcional do AVE e da sobrevida dos pacientes. Essas unidades devem ter equipes multidisciplinares que incluam médicos, equipe de enfermagem e profissionais de reabilitação, especializados do tema AVE. É devido aos melhores cuidados de suporte, de evitar complicações, como infecção, e iniciar terapia de reabilitação mais precocemente que fazem as unidades de AVE terem melhores desfechos. Não é algo que disponível no HMPGL, já que os pacientes dão entrada pelo pronto-socorro, são encaminhados à

Unidade de Cuidados Progressivos (UCP) e depois tomam destinos nos diferentes setores do hospital – podem ir para a clínica médica, cirurgia ou UTI.

Também é necessário medidas para que o AVE não recorra, com tratamento adequado, em doses adequadas e ações como as já citadas, além também de evitar a possibilidade de uma transformação hemorrágica do evento. Caso o paciente apresente, por exemplo, uma hipertensão intracraniana devido ao edema cerebral (que atingirá seu pico 3 a 4 dias após o ictus), deve-se realizar as medidas clássicas como uso de soluções osmóticas (manitol, por exemplo) ou salinas hipertônicas, elevação da cabeceira de 20 a 30° e evitar o uso de soluções hipotônicas.

Esse caso de AVE foi interessante pela idade da paciente novamente (ainda assim, considero uma paciente nova) e pela evolução: o AVE dela, dias após sair da UCP, recorreu e foi mais agressivo que o primeiro, fazendo com que a paciente perdesse muito a sua funcionalidade diária, ficando acamada e necessitando de sonda para alimentação. Há registros no RP Saúde, das solicitações que a família fez ao serviço quanto a fraldas, dietas enterais e as visitas no serviço psicológico para melhor lidar com a situação.

Esse caso me motivou a estudar a clínica do AVE isquêmico, bem como seu manejo e cuidados durante a sua avaliação. Mostrou a importância de um exame neurológico simples, mas completo e da necessidade de atenção e de se mostrar humilde quando precisar e ir buscar respostas em ferramentas que estão disponíveis. Outra coisa é a necessidade de um ambiente especial, uma unidade de tratamento específico para os casos de AVE, que se existisse poderiam ser encaminhados diretamente para lá pacientes com suspeita clínica do evento, não sendo necessário que esses pacientes chegassem à UPA, fato que para mim atrasa o diagnóstico, tratamento e aumenta chances de mau prognóstico do doente.

3.5 CASO CLÍNICO 5 – “EM TEMPO”: A PRIMEIRA PARADA CARDÍACA E O PRIMEIRO ÓBITO NO PLANTÃO

3.5.1 Descrição do caso

ID: FBBN, feminina, 22 anos.

QP: “minha traqueia está sangrando”

HDA: Paciente dá entrada pelo acolhimento do pronto-socorro encaminhada da UPA para a realização de tomografia computadorizada de tórax sem contraste. Na justificativa consta que paciente iniciou há uma semana quadro de sangramento pela traqueostomia associado a surtos de tosse. Traqueostomia realizada em outubro de 2020 devido a internamento em UTI por quadro de sepse de foco abdominal, apresentando ontem visita à UPA por episódio semelhante não resolvido.

HPP: Lúpus eritematoso sistêmico (LES) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

HV: Nega tabagismo. Nega etilismo.

Exame físico:

SV: PA: 110x70 mmHg | FC: 76 | SatpO2: 95% em ar ambiente | FR: 22 | Tax: 36.3 | HGT: 106

Mau estado geral, orientada, lúcida, taquipneica, anictérica, acianótica, afebril, apresentando sangramento intenso e contínuo em orifício de traqueostomia, principalmente nos surtos de tosse.

AP: Murmúrios vesiculares reduzidos em bases pulmonares e presença de roncos de transmissão difusos. Crepitações em base.

ACV: Bulhas normofonéticas em dois tempos em ritmo regular. Tempo de enchimento capilar menor que três segundos.

ABD: Plano, ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Força motora preservada.

MM: Ausência de edema, sem sinais de empastamento, panturrilhas livres.

Exames complementares:

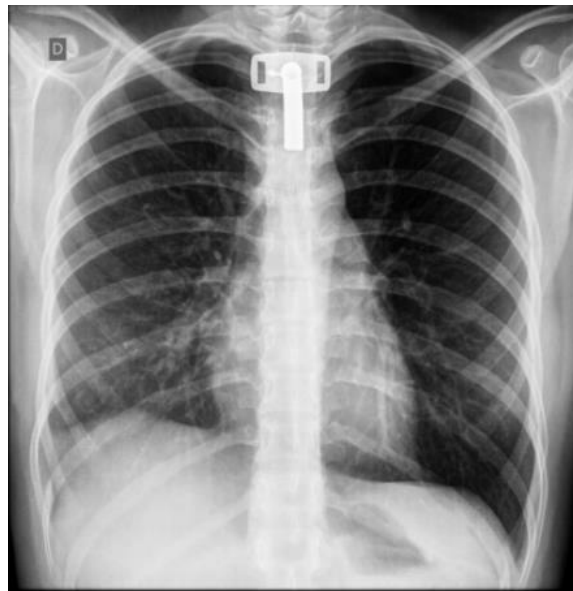
Laboratoriais:

(UPA): Ureia: 30 // Creatinina: 0.5 // PCR: 1,7 // TGO: 17 // TGP: 23 // KPTT: 28,9 // TAP: 94,2% e INR: 1,02.

Imagem:

Raio-X (UPA): Infiltrado brônquico para hilar e de base direita, cânula de traqueostomia bem posicionada.

Imagem 3 - Raio-X de tórax da paciente FBBN



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico RP Saúde

Diagnóstico sintomático: Síndrome pulmonar hemorrágica. Hemoptise maciça a esclarecer.

Hipótese diagnóstica: Hemorragia alveolar secundária ao Lupus?

Diagnósticos diferenciais: Tuberculose. Trombocitopenia. Síndrome de Goodpasture. Doença de von Willebrand. Coagulopatia. Fibrose pulmonar. Doença autoimune (doença celíaca).

3.5.2 Conduta adotada na sala de emergência

Realizada expansão volêmica agressiva. Realizado protocolo de ressuscitação cardiorrespiratória segundo ACLS.

3.5.3 Percepções e discussão do caso

Esse caso indubitavelmente foi o de maior impacto para mim. Não estava esperando que a primeira parada cardíaca que eu iria acompanhar, seguido do óbito da paciente, seria de uma pessoa tão jovem, mais jovem que muitos colegas de curso. E outra coisa que foi marcante na história, foi o modo o qual essa paciente chegou na sala de emergência. Literalmente, parecia um filme de terror. A traqueostomia dela, estava sangrando demais. Muito mesmo.

Resolvi trazer a escrita desse caso obviamente pelo impacto que causou em mim e também pela forma a qual foi conduzida as medidas realizadas para o Suporte Avançado de Vida dela. O foco do caso será a Parada Cardiorrespiratória e o manejo desta no pronto socorro, tendo em vista que acredito que o diagnóstico final, ou o fato que gerou essa hemorragia na doente, ainda é desconhecido. Porém, farei pinceladas do que acredito que a tenha acometido.

A paciente chegou com o transporte social proveniente da UPA para a realização de uma tomografia computadorizada de tórax no HMPGL, afim de elucidar melhor o quadro de um sangramento pela traqueostomia, procedimento realizado em internamento anterior em passagem pela UTI devido a quadro de sepse de foco abdominal. Ao que conta a história, durante o trajeto, a quantidade de sangue exteriorizada se tornou muito intensa, profusa, fazendo com que a paciente tivesse mais episódios de tosse e dispneia.

Quando chegou ao HMPGL, a paciente foi levada para a sala da enfermagem, que é utilizada para o acolhimento das demandas espontâneas que eventualmente chegam lá, e logo o médico foi acionado para realizar a avaliação da doente. A quantidade de sangramento era intensa e a paciente estava sufocada com aquela quantidade de sangue. O médico decidiu ir buscar ajuda da equipe da cirurgia. Quando ele se virou para ir ao estar dos médicos cirurgiões, a paciente arrancou a traqueostomia, fato que piorou ainda mais o sangramento dela. Nesse momento, eu que estava do lado e vi

aquela quantidade maciça de sangue sendo jorrada buraco da traqueostomia a baixo, pensei no possível choque hipovolêmico que essa paciente poderia entrar, além de tudo, da possível hipoxia que ela poderia fazer. Esses dois fatores, contemplam duas causas de parada cardiorrespiratória, que citarei mais adiante.

Nesses casos, é nítido que a questão tempo é fator importante. Lembrei-me, no momento, de um paciente que estava acompanhando no pré-internato de Urgência e Emergência e este fez um choque hipovolêmico – a rapidez com que a clínica e os sinais foram aparecendo foi semelhante. Nesses casos, a coloração do paciente muda em milésimos de segundo, a pressão começa a cair, o paciente começa a rebaixar. As medidas devem ser rápidas. E com essa paciente não foi diferente. Ela começou a ficar cianótica, começou a ficar confusa, rebaixada, pálida. E, com isso, medidas precisavam ser tomadas.

A paciente foi levada para a sala de trauma para junto com a equipe de cirurgia, o médico plantonista do pronto socorro começar a agir. Nesse momento, enquanto a equipe de cirurgia tentava uma intubação orotraqueal, ele já havia pedido para realizar expansão volêmica agressiva, para monitorizar a paciente e para aspirarem o conteúdo sanguíneo exteriorizado, quando perceberam que a paciente já se encontrava em parada cardiorrespiratória menos de dois minutos de sangramento intenso.

O momento em que foi percebido a parada foi um pouco tenso. Houve uma certa demora para que confirmassem essa parada. Uma das médicas da cirurgia atentou para a parada e mencionou a possibilidade do evento. O colega cirurgião conferiu e confirmou. Para só depois o médico plantonista também confirmar e iniciarem o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar. Isso me parece uma certa fixação em que naquele plantão nenhuma intercorrência pode acontecer, ou que nada de mais grave pode ocorrer com pacientes que estão sob meus cuidados. Até porque qualquer falha, dependendo do médico e com a pressão social que os profissionais de saúde sofrem, é fatal e pode ser considerada um fracasso.

O carrinho de parada foi preparado. O médico já solicitou que se pegassem acessos para as medicações e que estas já fossem preparadas. Principalmente, adrenalina 1mg de forma endovenosa seguida de *flush* de 20ml de soro fisiológico. Nesse caso, a ampola desse medicamento tem 1ml, com apresentação de 1mg/ml, sendo realizado uma ampola a cada aplicação. Caso necessário, e a depender do ritmo, se chocável ou não chocável, amiodarona na dose de 300mg endovenosa (na primeira aplicação se ritmo chocável, seguidas de 150 mg, se necessário) também foi preparada. Para a amiodarona, foram preparadas duas ampolas, tendo em vista que a apresentação da amiodarona é de

50mg/ml e cada ampola tem 3ml, totalizando 300mg. E, após, já deixado preparadas seringas com uma ampola, ou seja, 150mg. Todas as medicações são seguidas de *flushs* de 20ml de soro fisiológico e elevação do membro.

É importante notar que, em um suporte avançado de vida e em protocolo de parada cardiorrespiratória estão envolvidos a ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade; desfibrilação; dispositivo de via aérea avançada e oxigênio; acesso venoso e drogas e, se disponível, dispositivo de compressão mecânica e de oxigenação por membrana extracorpórea – estes dois últimos fogem da realidade vivida nos serviços iguaçuenses. Adiciono, nesse momento, que considero importante a preparação da equipe também. Naquele momento deviam ter ficado claros os papéis que cada profissional iria desempenhar – quem ficaria na compressão (ou revezamento), na ventilação, na medicação, etc. O médico se colocou como líder, porém não delegou funções, ficando o restante da equipe responsável por “combinar” o que cada um faria. Acho isso errado, e às vezes pode até perder tempo diante da intercorrência. Eu sugiro que em cada início de plantão, por mais calmo que esteja, essas funções já serem delegas – o líder chegar e dizer que, supondo haja determinada intercorrência a função de cada um será tal.

Houve um certo problema na hora da administração das drogas, pois, em dado momento uma das profissionais que havia se disposto a ficar na medicação, saiu de cena entregando as seringas para outra pessoa, a qual não sabia mais quantas doses de adrenalina haviam sido feitas para a paciente.

Iniciadas as compressões, foi realizado o primeiro ciclo de dois minutos de massagem cardíaca de alta qualidade e, logo após isso, verificado o ritmo e o pulso. Aqui, foi identificado que a paciente se encontrava em atividade elétrica sem pulso (AESP), condição onde há atividade elétrica cardíaca organizada, porém o paciente se apresenta sem pulso. Nessas situações, o ACLS já recomenda que se entre com a adrenalina e por se tratar de um ritmo não chocável, pois há atividade elétrica organizada, não há indicação para o choque.

Com tudo isso sendo realizado, a equipe de cirurgia tentava garantir a via aérea dessa paciente. A intubação orotraqueal não foi possível, devido a uma estenose de traqueia que a paciente apresentava. Desse modo, a equipe de cirurgia tentou a inserção de uma nova cânula de traqueostomia, porém sem sucesso pelo mesmo motivo. Assim, a equipe cirúrgica realizou uma nova incisão para o aumento de orifício com uma nova cânula plástica sendo passada com sucesso.

No contexto apresentado, acredito que o médico realizou o protocolo segundo o ACLS de forma eficiente. A cada ciclo de massagem cardíaca ele verificava o pulso e o traçado cardíaco no desfibrilador, para verificar a possibilidade de choque. Não foi realizado nenhum choque na paciente devido ao fato desta se encontrar em ritmo não chocável, no caso AESP. Nesse sentido, o médico entrou com dose de adrenalina o mais precoce possível, logo após o primeiro ciclo.

Ainda, é muito importante que seja avaliado as causas que levaram à parada cardiorrespiratória. No caso dessa paciente pode ter havido dois fatores desencadeantes do evento: a hipóxia, causada pela asfixia devido ao sangramento volumoso e também a própria hemorragia, causando hipovolemia na paciente. Diante da causa identificável, deve-se, então, realizar a correção do distúrbio/condição na esperança de organismo voltar à circulação espontânea. Para ajudar, há uma espécie de mnemônico que auxilia na lembrança dessas causas – os cinco H's e os cinco T's.

Tabela 4 - Causas reversíveis de PCR e condutas a serem tomadas

CAUSA	INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES
H	Hipovolemia	Reposição volêmica
	Hipoxia	Fornecer O ₂
	Hiper/hipocalemia	Bicarbonato de sódio (50 mEq em 5 min) na hipercalemia
	Acidose metabólica	Bicarbonato de sódio (1 mEq/kg)
	Hipotermia	Aquecimento, se possível com métodos centrais
T	Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese (punção de Marfan)
	Tromboembolismo pulmonar	Trombólise
	Infarto agudo do miocárdio (IAM)	Trombólise
	Pneumotórax	Toracocentese
	Toxinas	Antídotos

Fonte: Atualização Terapêutica de Prado – Urgências e Emergências – Prado, 2014

Com isso, as causas de parada cardiorrespiratória dessa paciente já estavam em tentativa de ser resolvida. Estava sendo realizada a expansão volêmica agressiva para o choque hipovolêmico apresentado pela paciente devido ao sangramento maciço, além da tentativa de se desobstruir a via aérea dessa paciente e fornecer a ela oxigênio complementar.

O exame físico descrito na parte da descrição do caso clínico, se resume nos aspectos abordados na UPA, tendo em vista que não houve tempo hábil para a realização de um exame físico minucioso na entrada paciente no HMPGL, devido ao estado ao qual esta se encontrava. Além disso, os exames também descritos são pedidos de exames da UPA, que ou não foram todos coletados ou não foram liberados. Seria muito importante saber a respeito do hemograma dessa paciente, se ela possui anemia, se está com um quadro infeccioso (o que é provável) e também se há alguma coagulopatia de base ou até mesmo uso de anticoagulantes recentes. Talvez, mesmo que a literatura diga que exames laboratoriais e de imagem sejam inespecíficos, eles poderiam dar auxílio. Uma tríade clássica em adultos descrita em textos médicos é a de anemia ferropriva, hemoptise e sombreamento difuso do parênquima na imagem do tórax.

Em discussão com o médico plantonista após o evento, achamos que ela poderia ter feito uma hemorragia bronquioalveolar, considerando que pacientes com lúpus são mais propícios a ter sangramentos.

Acompanhei a notícia aos familiares, por querer experienciar esse momento e árdua tarefa clínica.

Foi um caso instigador pelas inúmeras causas que poderiam ter gerado essa hemorragia alveolar ou hemoptise, e pela curiosidade de se saber tal fator. Essa paciente poderia ter tido diagnóstico de hemorragia alveolar idiopática ou de fístula traqueo-arterial, além de outras como até mesmo sangramento gastrointestinal.

Ainda, por ser a primeira parada cardíaca e respiratória seguida de óbito, foi um momento muito interessante.

3.6 CASO CLÍNICO 6 – “DOUTOR”, VOCÊ PODE AVALIAR UMA PACIENTE AQUI NA AMARELA PARA MIM?!

3.6.1 Descrição do caso

ID: VTD, feminina, 53 anos.

QP: “dor na barriga”

HDA: Paciente encaminhada pelo acolhimento devido a queixa de dor abdominal em parte inferior de moderada intensidade, de início súbito, associada a náuseas. Refere ainda hábito intestinal constipado. Nega alterações urinárias, sintomas respiratórios e febre.

HPP: Hipertensão. Hipotireoidismo. Diverticulite. Fibromialgia. Em uso de Losartana 50, Hidroclorotiazida 25, Puran 25, Anlodipino 5 e Prednisona 5.

HF: Sem informações.

HV: Nega etilismo e nega tabagismo.

Exame físico:

SV: PA: 135x89 | FC: 109 | SatpO2: 98% em ar ambiente | FR: 18 ipm | HGT: 110 | Tax: 37°C

Regular estado geral, orientada, lúcida, comunicativa, eupneica, anictérica, acianótica, afebril.

AP: Murmúrios vesiculares presentes e audíveis em todos os focos de ausculta, sem ruídos adventícios. Expansibilidade torácica e elasticidade preservadas.

ACV: Bulhas normofonéticas em ritmo regular de dois tempos sem ausculta de sopros. Tempo de enchimento capilar menor que três segundos e pulsos periféricos cheios, simétricos, palpáveis e com boa amplitude.

ABD: Ruídos hidroaéreos diminuídos. Defesa à palpação em abdome inferior. Não palpo massas nem visceromegalias. Sem dor à retirada brusca (Blumberg negativo).

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreativas. Força motora preservada.

MM: Sem presença de edemas. Panturrilhas livres e sem sinais de

empastamento. Periferia quente e bem perfundida.

Exames complementares:

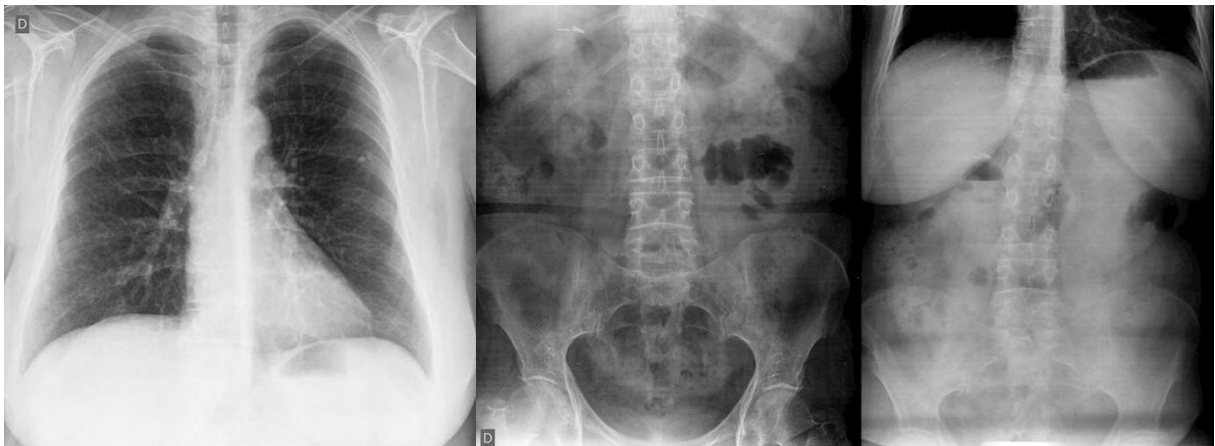
Laboratoriais:

Erit: 4,38 // Hb: 13,8 // Ht: 41 // VCM: 93,1 // HCM: 31,51 // CHCM: 33,66 // RDW: 13,5 // Leucócitos: [Metamielócitos 1 / Bastonetes 2 / Segmentados 70 / Neutrófilos 72 / Eosinófilos 1 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 20 / Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 6] // Plaquetas: 324.000 // Ureia: 71 // Creatinina: 1,10 // Sódio: 142 // Potássio: 3,4 // PCR: 1,8 // TGO: 16 // TGP: 14 // Urina – Cor: amarelo ouro // Presença de uma cruz (+) de proteínas e bilirrubinas // Presença de nitrito e leucocitose de 30 leucócitos por campo.

Imagem:

Raio-X:

Imagem 4 - Radiografias da paciente VTD



Fonte: Sistemas de informações e prontuário eletrônico RP Saúde

Diagnóstico sindrômico: Dor abdominal a esclarecer.

Hipótese diagnóstica: Diverticulite complicada (fístula). Infecção do trato urinário?

Diagnósticos diferenciais: Infecção do trato urinário. Colecistite. Nefrolitíase. Doença inflamatória pélvica. Apendicite. Pancreatite aguda. Diverticulite aguda. Pielonefrite.

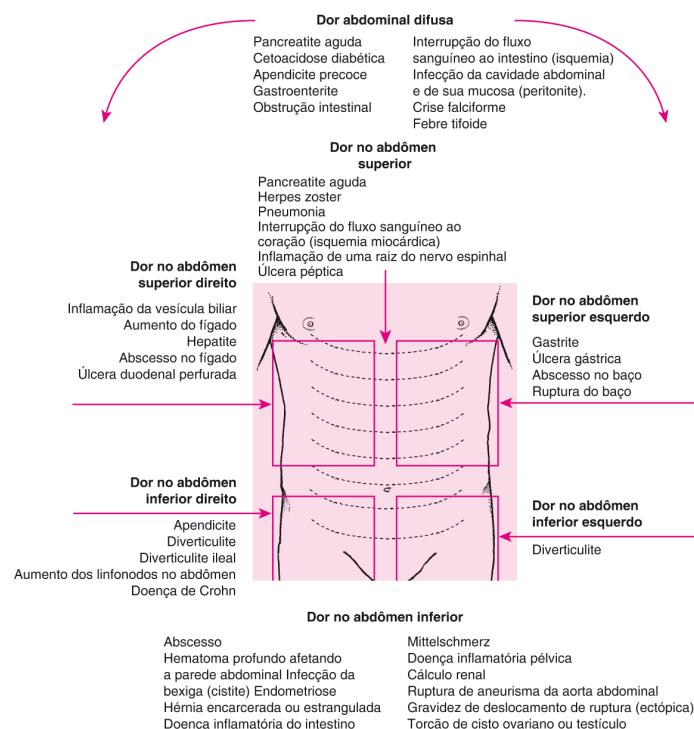
3.6.2 Conduta adotada na sala de emergência

Paciente admitida em sala amarela (observação). Solicitado raio-x de abdome. Solicitado exame parcial de urina, hemograma completo, dosagem de ureia, TGO e TGP, sódio, potássio, creatinina e PCR. Controle de sinais vitais de 4 em 4 horas e HGT de 6 em 6 horas. Jejum contínuo.

3.6.3 Percepções e discussão do caso

A inserção desse caso clínico nesse trabalho se dá pela gama de possibilidades e o evidente desafio médico que é a avaliação de uma dor abdominal. É uma das procuras no departamento de emergência mais comum e uma das entidades com maior desafio diagnóstico devido as variadas formas de apresentação, o número de diferenciais da dor, quadro clínico variável a depender de gênero e idade, entre outros fatores. A etiologia pode ir de causas autolimitas até à doenças potencialmente de risco à vida.

Imagem 5 - Localização e possíveis etiologias da dor abdominal



Fonte: MSD Manuals, página na internet.

Nessa situação apresentada, temos uma mulher que refere dor abdominal, o que amplia ainda mais as possibilidades de diagnósticos diferenciais, tendo em vista que em mulheres devemos levar em conta as condições que envolvem o trato reprodutivo e os órgãos pélvicos, além da possibilidade de doenças associadas à gestação. Mesmo que nesse caso estejamos falando de uma paciente com 53 anos, há possibilidade de gravidez, já que não sabemos e o médico que a avaliou não perguntou sobre questões menstruais, climatério, menopausa, entre outras coisas.

Diante disso e das diversas possibilidades etiológicas, no departamento de emergência, o médico deverá diagnosticar ou excluir hipóteses e diagnósticos que refletem um abdome agudo, ou seja, causas que provocam maiores possibilidades de morte, necessitando o quadro doloroso de definição diagnóstica e conduta imediatas.

Para que haja uma avaliação eficiente da dor abdominal a história clínica deve ser o mais completa possível, mesmo que na cabeça da maioria dos profissionais, na emergência só tem espaço para histórias curtas e rápidas, devido a iminência da morte em determinados casos.

Essas avaliações podem ajudar na determinação do processo que está ocorrendo no abdome, isto é, se é inflamatório, perfurativo, obstrutivo ou vascular.

O abdome inflamatório possui algumas características, entre elas:

- Dor é preponderante;
- Posição antálgica é adotada pelo paciente;
- Ruídos hidroaéreos estão diminuídos ou ausentes;
- Percussão e palpação com muita dor localizada se houver sinais de irritação peritoneal;
- E o toque retal ou genital pode ser extremamente doloroso.
- Exemplos: apendicite, colecistite, diverticulite, pancreatite aguda.

O abdome perfurativo tem como características:

- Dor de início súbito e intensa;
- Náuseas e vômitos reflexos podem ocorrer;
- Distensão abdominal pode ocorrer de forma tardia;
- Febre é tardia;
- Ruídos hidroaéreos estão diminuídos ou ausentes;
- Exemplos: úlcera péptica, câncer gastrointestinal, corpo estranho, Síndrome de Boerhaave.

- Complicações: divertículos de cólons, perfuração do apêndice, perfuração da vesícula biliar;
- O raio-x nesses casos é muito importante.

Já o abdome obstrutivo possui:

- Dor do tipo cólica;
- Náuseas e vômitos, que dependem do ponto de obstrução, dependendo pode haver vômitos fecaloides;
- Parada de eliminação de gases e fezes;
- Distensão abdominal, que também é dependente do ponto de obstrução;
- Se a distensão for mais distal – grande distensão abdominal e vômitos tardios de caráter fecaloide pode acontecer;
- O paciente pode possuir antecedentes pessoais como cirurgias, neoplasias, hábito intestinal diminuído e doença de Chagas e hérnias;
- O paciente se apresenta afebril, desidratado, pode ter cicatrizes cirúrgicas, ruídos hidroaéreos de luta (metálico) no início, com distensão abdominal, timpanismo acentuado;
- Nessas situações o toque retal é obrigatório;
- Deve-se pesquisar sinais de sofrimento de alça: leucocitose, temperatura, frequência cardíaca acima de 90bpm, defesa abdominal e peritonite, hemorragia digestiva e amilaseemia crescente;
- Exemplos: aderências ou bridas, hérnia inguinal, neoplasias abdominais, obstrução pilórica, entre outras.

Enquanto as causas vasculares:

- Possuem dor súbita e intensa difusa;
- Dor mantida;
- Náusea e vômito reflexo ou fecaloide;
- Parada de eliminação de gases e fezes;
- Distensão abdominal progressiva;
- Desidratação importante;
- Dor desproporcional ao exame;
- Ruídos hidroaéreos diminuídos;

- Pode gerar catástrofes abdominais;
- Exemplos: isquemia mesentérica não oclusiva, trombose mesentérica arterial ou venosa, embolia mesentérica (sendo as embolias mais frequentes que a trombose); torção do grande omento, do pedículo de cisto ovariano e infarto esplênico.

É importante notar que a história descrita acima é um compilado das outras histórias provenientes do prontuário eletrônico desta paciente e que há críticas a respeito de como a médica avaliadora conduziu sua entrevista, seu exame físico e também o registro dessas informações em prontuário.

Desse modo, informações a respeito do famoso decálogo da dor aprendido nas aulas iniciais de Semiologia Médica é importantíssimo para os diferenciais diagnóstico. Todas as informações ajudarão a caracterizar a dor em visceral, somática ou referida e auxiliará na investigação. Saber a respeito da localização, como já visto na imagem acima, é importante para formamos hipóteses de possíveis órgãos que possam estar acometido. Além disso, se a dor irradia, como é a dor, realizar uma graduação dela, há quanto tempo ela está presente, se iniciou de forma súbita ou gradual e se melhorou ou piorou desde o início, se tem relação com hábitos fisiológicos e outras funções orgânicas, o que faz com que a dor piore ou melhore e se teve manifestações concomitantes como febre, náuseas, vômitos, entre outras. Por exemplo, uma dor abdominal aguda, de início súbito, pode nos levar a pensar sobre uma catástrofe intra-abdominal, como isquemia mesentérica, aneurisma roto de aorta abdominal ou dissecação aórtica. Também considero importante saber a respeito de episódios prévios de dor abdominal ou sintomatologia semelhante, para investigação de causas não usuais como porfiria.

Ainda na avaliação, é muito importante ter em conta a história mórbida pregressa do paciente e cirurgias já realizadas, pois ela pode ter uma doença de base que possa estar se agudizando e/ou complicando e/ou complicações de cirurgias recentes, como obstrução intestinal. Também perguntar a respeito de medicações usadas recentemente como anti-inflamatórios (devido ao fato de úlcera péptica) e antibióticos (colite pseudomembranosa).

Outro processo importante na avaliação da dor abdominal é o exame físico, que deve ser o mais completo possível. Avaliar aparência do paciente, a análise de seus sinais vitais, que podem mostrar taquicardia e hipertensão, que indicam desidratação geradas por vômitos e diarreias, por exemplo, também sepse ou choque cardiogênico; verificar presença de febre, entre outros. O paciente está em posição antálgica? Está

suando? Ictérica?. Dentre a avaliação minuciosa dos outros sistemas, como o cardíaco e o pulmonar que podem estar alterados e ajudar na investigação com diagnósticos como pneumonia, pleurite, embolização arterial para vasos mesentéricos, a avaliação abdominal deve ser avaliada de forma detalhada – buscar os sinais presentes em quadros de apendicite, colecistite, coledocolitíase, pancreatite, etc.

Desse modo, considero que a avaliação da médica plantonista foi inadequada, tendo em vista que na história deixou de coletar informações importantes a respeito da dor abdominal, além de não ter questionado sobre o histórico patológico pregresso dela e sequer a respeito de alergias, coisa que é considerada básica numa anamnese. Também não perguntou a respeito dos hábitos de vida dessa paciente.

Imagem 6 - Print do prontuário eletrônico da paciente com registro da sua admissão em sala de observação

Admissão

P1 - Dor abdominal AE

Resumo: Pcte encaminhada pelo acolhimento, devido dor abdominal em parte inferior, de moderada intensidade, de início súbito, associado a náuseas. Refere ainda hábito intestinal constipado. Nega alterações urinárias, sintomas resp e febre.

AO EF:

REG. MCHAA. ORIENTADA. MV+ SRA EUPNEICO. BRNF EM 2T TEC<3S. ABDOME DOLORIDO EM PARTE INFERIOR. DB NEGATIVO

CD:

Laboratorial

Prescrito

Fonte: Sistema de prontuário eletrônico RP Saúde

É evidente que informações foram escassas e que essa história foi mal coletada. Lembrando que uma informação fidedigna com a melhor caracterização possível da dor abdominal também ajuda nos fatores de risco dessa dor, ou melhor, a definir sinais e sintomas que predizem uma gravidade maior do quadro. Dentre essas estão: sinais de má perfusão periférica ou instabilidade hemodinâmica; início súbito de intensidade máxima desde o início; febre. Idade acima de 65 anos; pacientes imunodeprimidos; histórico de doença cardiovascular; etilismo; cirurgia abdominal recente; início da gravidez; vômitos associados; sinais de irritação peritoneal; instrumentação recente (colonoscopia com biópsia, por exemplo); entre outras. No caso dessa paciente, ela é mulher, e com histórico de colonoscopia e biópsia anal (por lesão elevada da mucosa a 30cm da borda anal) realizada há 7 meses dessa internação. Ainda, apresentando pólipos hiperplásicos fragmentados (negativo para malignidade e para neoplasia intraepitelial).

As informações do histórico patológico pregresso estão contidas no prontuário dessa paciente, o mesmo prontuário em que a médica em questão inseriu a admissão da sala de observação.

Desse modo, fica a “re”sugestão de profissionais de saúde sempre e incansavelmente buscar informações de consultas anteriores no prontuário do paciente quando possível. Lá, com toda certeza, terá informações muitas vezes cruciais para as investigações.

Outra crítica a se fazer é que essa paciente não recebeu nenhuma prescrição para a dor que sentia. Não foi perguntado o que ela já havia tomado para dor, se resolveu, se não resolveu. E, na prescrição interna da UPA, não foi realizado nada. Essa paciente foi receber uma prescrição de medicamentos às 21 horas, sendo que deu entrada no serviço às 14. Nessa prescrição, continham: Metoclopramida (1 ampola = 10mg); Dipirona (1 ampola = 1g); Ceftriaxona 1g IM; Glicose 50% 10ml ampola (se glicemia inferior a 70mg/dl); e insulina regular segundo protocolo de hipoglicemia, além dos cuidados de cabeceira elevada, controle de sinais vitais e realização de HGT. Uma observação feita aqui é que o início da antibioticoterapia se deu pelos resultados de exame de urina da paciente, o qual veio apresentando a presença de bactérias, nitritos e 30 leucócitos por campo analisados.

No que diz respeito aos exames solicitados para o caso dessa paciente, eu acrescentaria o pedido de amilase e lipase, pensando numa possível pancreatite; bilirrubinas também poderiam ser pedidas. Acredito que eu também solicitaria um BHCG, mesmo que seja uma paciente com 53 anos – não se tem história ginecológica e nem obstétrica dela (poderia ser uma gravidez ectópica rota). Ainda, seria possível realizar a solicitação de lactato arterial e DHL, indicadores que podem estar aumentado na isquemia mesentérica.

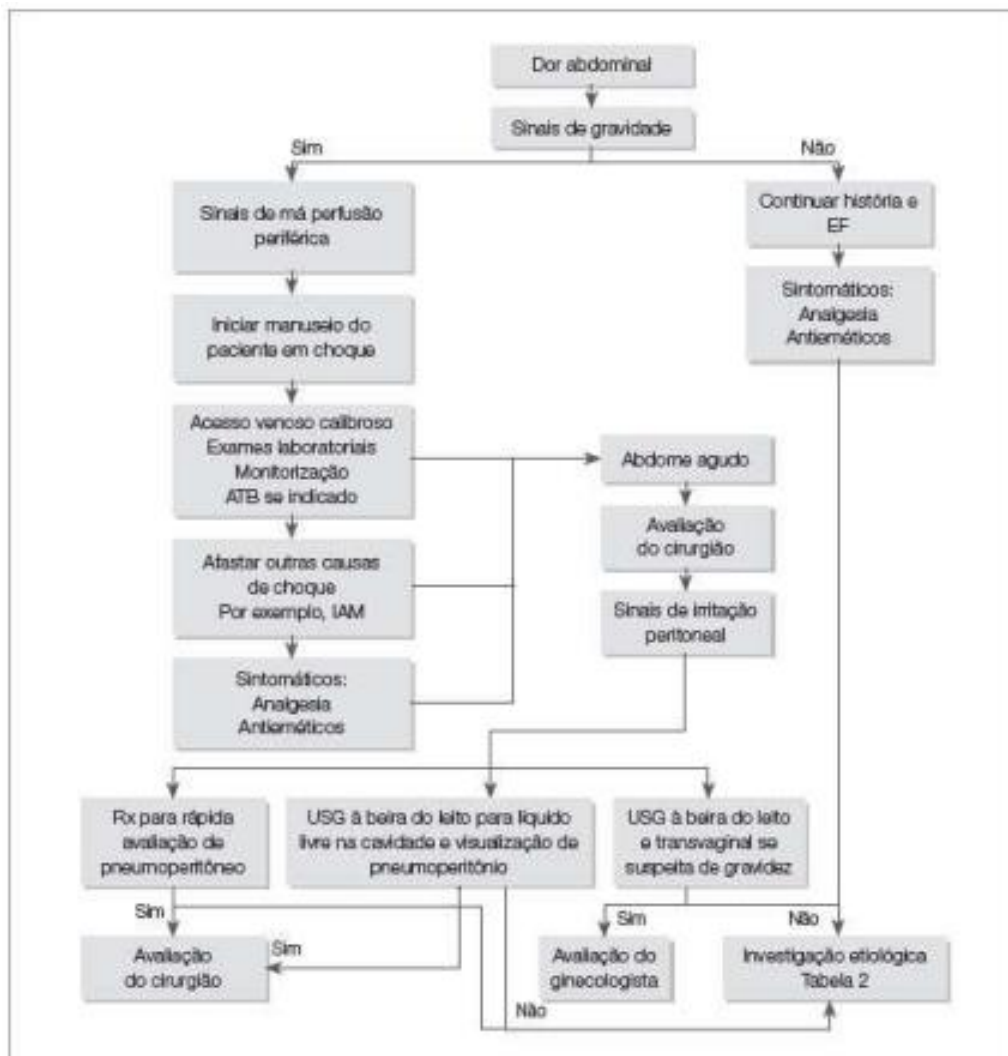
Acerca do exame de imagem solicitado, acredito que a médica teve conduta adequada. O primeiro exame a ser pedido é a radiografia de abdome, e diante de outras causas e diante de outras suspeitas, a solicitação de outro como a ultrassonografia e a tomografia poderia ser indicada. Por exemplo, os cálculos são muito melhor avaliados por um ultrassom, assim como a vesícula biliar (coisa que o prontuário também conta que a paciente não tinha, pois já havia realizado uma colecistectomia).

O objetivo da avaliação na sala de emergência é descartar quadros que sejam emergenciais ao paciente e medidas de suporte precisam ser tomadas.

Tudo indicava para mim que essa paciente poderia ter uma infecção urinária ou até mesmo uma pielonefrite (porém, a paciente não teve febre e está em uso de prednisona), tendo em vista as alterações laboratoriais; ou alguma complicação a respeito da diverticulite, afecção que aparecia como notificação ao abrir o prontuário da paciente – e a médica sequer anotou no seu registro.

Um algoritmo que o livro de Medicina de Emergências da USP trouxe traz como deve ser realizada a avaliação e manejo de uma dor abdominal na sala de emergência.

Figura 5 - Algoritmo de avaliação da dor abdominal



Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020

Enquanto estava avaliando e reavaliando os pacientes para a preceptora e aguardando os resultados de exames saírem para novas condutas serem tomadas com os

casos clínicos que estávamos atendendo no dia, um dos enfermeiros do plantão me interrompeu e pediu:

- Doutor, você pode avaliar uma paciente aqui na amarela para mim?

Perguntei ao enfermeiro o quadro atual da paciente e o porquê da reavaliação, e ele me disse que a paciente referiu não estar apresentando diurese no período, estava taquipneica, taquicárdica, hipossaturando e fazendo hipotensão. Os dados vitais no momento eram PA: 68x43mmHg; SatO₂: 94% em ar ambiente; FR: 25 ipm e FC: 122 bpm. Com esses dados e diante da clínica dessa paciente, já podíamos, então, dizer que esta apresentava-se com um quadro de sepse.

Cheguei a essa conclusão pois lembrei-me de que a sepse é definida por uma resposta inflamatória sistêmica causada por uma infecção somado a disfunção orgânica, isso segundo a definição antiga dessa condição. Fui rapidamente pesquisar os novos critérios de sepse enquanto os técnicos e enfermeiros passam uma sonda vesical na paciente e monitorizavam-na e vi que atualmente a sepse é a infecção suspeita ou confirmada associada com elevação aguda no escore SOFA de 2 pontos ou mais.

Figura 6 - Critérios do escore SOFA

SOFA	ESCORE	0	1	2	3	4
	PaO ₂ / FiO ₂	≥400	<400	<300	<200 com suporte ventilatório	<100 com suporte ventilatório
	Plaquetas (10 ³)	≥150	<150	<100	<50	<20
	Bilirrubina	<1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	≥12
	Cardiovascular	PAM ≥70	PAM <70	Dopamina <5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina (5,1-15) ou adrenalina ≤0,1 ou nora-drenalina ≤0,1	Dopamina >15 ou adrenalina >0,1 ou nora-drenalina >0,1
	Glasgow	15	14-13	12-10	9-6	<6
	Creatinina ou Débito urinário (mL/dia)	<1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou DU <500	>5 ou DU <200

Fonte: Sanar, página da internet

Ao avaliar a paciente, ela já se encontrava um pouco mais confusa, obtendo menor pontuação na Escala de Coma de Glasgow, além da pressão arterial média dela estar menor que 70, isto é, já pontuava 2 no escore SOFA. Além disso, a creatinina ou

débito urinário dessa paciente em mL/dia já estava prejudicado, tendo em vista que ela estava anúrica por um período longo e também creatinina estava no limite para pontuar mais um no score. Claro que, o limite não deve ser levado em conta, fora que a paciente poderia estar desidratada, mas é um fator. Ainda, no exame físico a paciente já tinha alguns sinais de choque, como aumento do tempo de enchimento capilar, pele fria, pálida e pegajosa, redução do débito urinário e hipotensão arterial.

Fui falar com a preceptora a respeito do caso e decidimos trazer a paciente para a sala vermelha, fornecer oxigênio em máscara reinalante em 8L/min e monitorizá-la, além de coletar mais exames laboratoriais como urina, hemograma, gasometria arterial, dosagem de ureia e creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, PCR e urocultura. Ainda, já teve início a expansão volêmica dessa paciente, visando ao tratamento da sepse dela e para que ela pudesse melhorar seus valores pressóricos e sua perfusão. Também foi passada sonda vesical de demora número 16 com paciente ainda mantendo-se anúrica. Observado aumento do tempo de enchimento capilar.

No tratamento da sepse, os objetivos são: 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 e transferência do paciente para unidade de internação ou unidade de terapia intensiva.

A expansão volêmica recomendada é com cristaloides balanceados (por exemplo, soro ringer lactato) na dosagem de 30mL/kg. Essa paciente deveria receber em torno de 2.400mL de soro e só foram prescritos 1.000mL. Pode ser que a médica estivesse realizando a expansão aos poucos. Ainda, a antibioticoterapia é recomendada ser iniciada em até uma hora da apresentação do paciente na emergência, tendo em vista que o atraso do seu início aumenta a mortalidade do paciente, fato que demorou a ser iniciado na paciente, a qual ficou sem prescrição por um longo período de tempo. Além disso, a antibioticoterapia deve ser guiada para o foco infeccioso. A literatura recomenda que para foco abdominal o esquema seja Ceftriaxona 2g IV 1x/dia e Metronidazol 500mg IV de 8 em 8 horas. Já para o foco de trato urinário, a escolha é Ciprofloxacino 500mg IV de 12 em 12 horas. Essa paciente já havia recebido a prescrição de Ceftriaxona 1g IV, não sendo registrado a quantidade de dias e intervalo de horários que deveria ser administrado.

Um ponto importante a se fazer nota é que a paciente já estava em uso de antibiótico e a urocultura foi pedida após o seu início. Também pensei sobre a necessidade de se avaliar a solicitação de hemocultura.

Passado duas horas do início dessas medidas, a paciente não respondeu ao volume realizado, e a médica decidiu por passar o acesso venoso central para iniciar Noradrenalina 15mL/h. Além disso, decidiu administrar Furosemida, por considerar que a paciente estava crepitando, isto é, “encharcada”. Essa conduta me fez refletir na real necessidade, já que paciente ainda se encontrava hipotensa e agora com ajuda de droga vasoativa.

Acompanhei a evolução do caso seguindo os registros em prontuário eletrônico e desfecho dele infelizmente não foi bom.

No plantão seguinte ao meu, o médico plantonista solicitou vaga com urgência no HMPGL, instituição a qual a paciente logo foi transferida. Lá, a condição clínica dela teve progressiva piora, necessitando de intubação orotraqueal, elevações das doses de droga vasoativa e na avaliação da neurocirurgia houve parecer de que na tomografia computadorizada de abdome, não houve achados que indicassem patologia com necessidade cirúrgica. A paciente ficou em sala vermelha por um dia, aguardando vaga e condições clínicas estáveis para transporte à UTI, porém não foi responsiva as medidas adotadas e veio a óbito.

O motivo da escolha desse caso, além do já descrito desafio diagnóstico, foi para apontar a necessidade de uma avaliação completa, perguntando eficientemente sobre sinais e sintomas surgidos no decorrer da evolução e ser incisivo e persistente nas perguntas. Por exemplo, na evolução posterior a dos dois médicos que acompanhei, a paciente referiu febre persistente por dois dias, porém não teve febre na admissão. Além disso, também sugerir que se visite o prontuário quantas vezes forem necessárias para descobrir informações adicionais do paciente, mesmo estando em uma sala de emergência. Outro motivo que me impulsionou na escrita desse caso, foi a importância de se reconhecer e tratar precocemente a sepse, evitando piores desfechos clínicos aos doentes.

3.7 CASO CLÍNICO 7 – “RESPIRA PELA BOCA! CHORAR NÃO VAI MELHORAR SUA FALTA DE AR!”

3.7.1 Descrição do caso

ID: LR, feminina, 94 anos.

QP: “falta de ar”

HDA: História coletada com a sobrinha da paciente. Esta relata que paciente veio visitar família, procedente de Cascavel-PR. Paciente é trazida pelos familiares apresentando dispneia e tosse seca com 2 dias de evolução. No momento, saturação de 92% em ar ambiente e pressão arterial de 220/90 com sinais de esforço respiratório e cianose. Nega coriza. Nega dor de garganta. Nega febre.

HPP: Acompanhante não sabe especificar morbididades de base por não conviver com a paciente, porém paciente é obesa mórbida (IMC 60), hipertensa e cardiopata de longa data. Referem que paciente também sofre de síndrome de ansiedade.

HF: Não coletado.

HV: Nega etilismo e nega tabagismo.

Exame físico:

SV: PA: 220x90 mmHg | FC: 76 bpm | SatpO2: 92% em ar ambiente | FR: 34 ipm | Tax: 36,7°C | HGT: 180

Regular estado geral, orientada, lúcida, dispneica, cianótica, anictérica, afebril, hidratada, apresentando sinais de esforço respiratório, chorosa.

AP: Murmúrios vesiculares audíveis com presença de sibilos bilaterais disseminados e presença de estertores crepitante mais a direita, em máscara de oxigênio a 3L/min, saturando 98%.

ACV: Bulhas normofonéticas em ritmo regular de dois tempos. Sem presença de sopros. Tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos.

ABD: Globoso em avental a custas de tecido adiposo, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda, não palpo massas e nem visceromegalias. Sem sinais de peritonite.

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Força motora

preservada. Sem sinais de meningismo.

MM: Panturrilhas livres e sem sinais de empastamento. Presença de cianose central. Apresenta redução de mobilidade, família diz que é devido ao peso (obesidade mórbida) e também devido a idade.

Exames complementares:

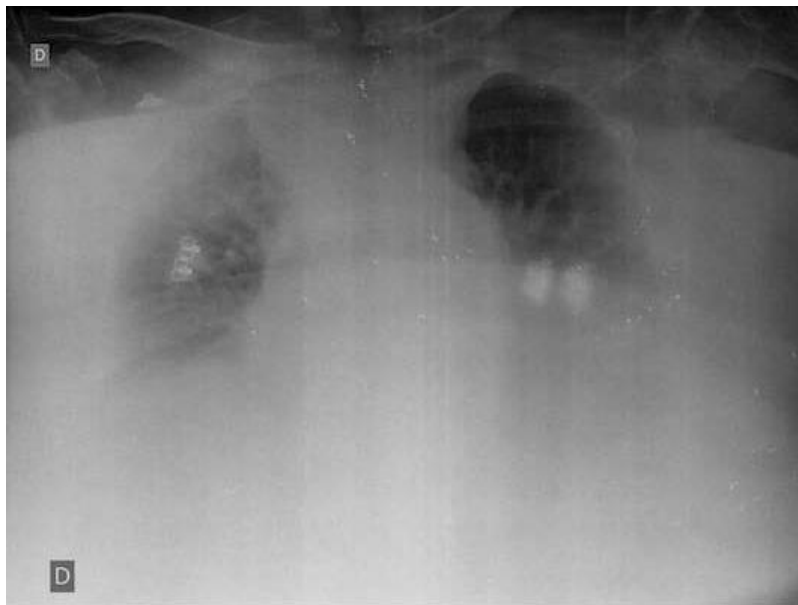
Laboratoriais:

Erit: 4,39 // Hb: 12,60 // Ht: 40,20 // VCM: 91,57 // HCM: 28,70 // CHCM: 31,34 // RDW: 14,4 // Leucócitos: 10.730 [Bastonetes 1 / Segmentados 71 / Neutrófilos 72 / Eosinófilos 5 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 17 / Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 6] // Plaquetas: 196.000 // Ureia: 62 // Creatinina: 1,1 // Sódio: 144 // Potássio: 6,1 // Lactato: 18,10 // PCR: 1,5 // Troponina de alta sensibilidade: 3ng/L // Urina: sem alterações, dentro da normalidade. // TAP: dentro da normalidade // NT – proBNTP II: 428 // Gasometria arterial – pH: 7,2 // pCO₂: 59,40 // pO₂: 173 // HCO₃: 25,20 // SatO₂: 99,50 // Lactato: 13,8.

Imagem:

Raio-X de tórax:

Imagem 7 - Raio-X de tórax da paciente L.R.



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico RP Saúde

Diagnóstico sindrômico: Insuficiência respiratória a esclarecer.

Hipótese diagnóstica: Pneumonia. Edema agudo de pulmão?

Diagnósticos diferenciais: Insuficiência cardíaca congestiva. Derrame pleural. Embolia pulmonar. Pneumotórax. DPOC exacerbada. Asma exacerbada.

3.7.2 Conduta adotada na sala de emergência

Paciente encaminhada do acolhimento para sala vermelha. Monitorização multimodal da paciente, fornecimento de 3L de oxigênio por minuto por máscara simples não reinalante, obtido acessos venoso periféricos. Solicitados exames parcial de urina; hemograma completo; dosagem de ureia, creatinina, troponina, sódio, potássio, lactato e PCR. TAP e gasometria arterial; dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (próBNP ou BNP). Prescritos Terbutalina 0.5mg (ampola com 1mL) – realizado 1ampola; Salbutamol 100mcg (frasco com 200 doses) – realizar 3 puffs a cada 4 horas; Hidrocortisona 500mg (ampola) realizada uma. Controle de sinais vitais 4x ao dia e HGT 4x ao dia. Passado sonda vesical de demora número 18, com apresentação de bom débito urinário. Solicitado raio-x de tórax e solicitado eletrocardiografia.

3.7.3 Percepções e discussão do caso

A escrita desse caso se deu por vários motivos, mas o principal deles é o tratamento que essa paciente recebeu dentro da sala de emergência de um dos técnicos de enfermagem. Ainda, foi uma paciente que me lembrou a minha avó.

Ao técnico de enfermagem que deu “assistência” a essa senhora: que ele nunca precise de um profissional que o trate como ele tratou essa doente.

Assim como dor abdominal e dor torácica, a dispneia é uma queixa principal muito comum no departamento de emergência e requer uma cautela na sua avaliação, já que muitas vezes, o paciente se apresentará ansioso pela dificuldade respiratória. Ainda, também representa um desafio diagnóstico, porque a investigação deve ser realizada exaustivamente para encontrar a causa base, já que a dispneia é um sintoma gerado por uma doença de base normalmente.

Dentre inúmeras doenças que se pode gerar uma dispneia, estão a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a asma, as pneumopatias, insuficiência cardíaca, arritmias, causas neuromusculares e até mesmo psicogênicas.

Quando essa paciente deu entrada na sala vermelha, ao ouvir a passagem de caso para o médico plantonista, fiquei atento aos sintomas que ela apresentava, ao qual se associava a tosse. Logo pensei que a origem dessa dispneia fosse pulmonar. Claro, as doenças de base dessa paciente eram bastantes, inclusive a obesidade, o que instiga uma investigação mais eficiente e precisa.

No caso descrito, tem-se uma dispneia aguda e que necessita de avaliação imediata no departamento de emergência, já que a paciente tem uma frequência respiratória aumentada, uma saturação baixa, está em uso de musculatura acessória ou com sinais de esforço respiratório e há presença de cianose.

A abordagem de uma dispneia aguda, primeiramente, deve conter o ABCDE. Nesse caso, com o exame físico tradicional descrito, teríamos:

A – vias aéreas pervias

B – Taquipneica, presença de sibilos bilaterais disseminados e presença de estertores crepitantes a direita. Em máscara de oxigênio não reinalante a 3L/min saturando 98%.

C – presença de cianose, taquicárdica, tempo de enchimento capilar alargado.

D – sem alteração do estado mental.

E – nada digno de nota.

Enquanto isso, é importante a realização da monitorização, da oxigenação e da obtenção dos acessos venosos periféricos para coleta de drogas e a obtenção de sangue para coleta de exames.

Esse processo inicial é importante para que, se instável, haja possibilidade de se deixar o paciente estável.

Na história clínica de um quadro de dispneia, é importante que se avalie o curso temporal, tendo em vista que uma dispneia aguda pode indicar condições agudas graves que podem apresentar risco de vida e a recorrência desta pode indicar taquicardias paroxísticas ou bloqueio atrioventricular total intermitente.

É importante pesquisar o grau de gravidade da dispneia, se é aguda, se está mais crônica, se está impedindo as atividades de vida do paciente. Para graduar a gravidade da dispneia, muitos autores elaboraram escores para pontuações dessa

gravidade, porém na prática clínica o uso dessas escalas são limitadas. Uma das escalas mais utilizadas é a classificação funcional da New York Heart Association e a escala de dispneia do Medical Research Council.

Tabela 5 - Escala MRC para dispneia

Pontuação	Atividade
0	Dispneia a exercícios intensos
1	Dispneia andando rápido no plano ou subindo aclives leves
2	Andar mais lentamente que pessoas da mesma idade devido a dispneia ou parar para respirar andando normalmente no plano
3	Parar para respirar após caminhar uma quadra (90 ou 120 metros) ou após poucos minutos no plano
4	Não sair de casa devido à dispneia ou dispneico ao se vestir

Fonte: Sanar, site eletrônico.

No caso dessa paciente, a pontuação dela é 4. E isso indica gravidade e que ela deve ter atendimento imediato.

O descarte da possibilidade de trauma, também é muito importante, pois a paciente poderia estar fazendo um pneumotórax.

Ainda, devemos pesquisar a respeito de sintomas associados, como tosse, dor torácica, palpitações, febre, síncope, sudorese noturna, sibilância, hemoptise, dentre inúmeros outros sintomas. A pesquisa desses sintomas pode auxiliar no diagnóstico de uma pneumonia, de uma tuberculose, de uma exacerbação de DPOC, dentre outras diversas causas. Na situação descrita, o sintoma de tosse poderia nos indicar a causa de origem pulmonar, cursando com possibilidades de pneumonia, exacerbação de asma ou DPOC. Tentaria pesquisar mais a respeito da febre na situação, mesmo sabendo que idoso é comum não fazer febre.

Deve-se estar atento ao padrão de posicionalidade (ortopneia, trepopneia, platipneia, dispneia paroxística noturna) do paciente, se ele prefere ficar em alguma posição pois de alguma forma ela melhora a sua falta de ar. No caso clínico descrito, a paciente não tinha posição específica adotada que melhorasse a sua falta de ar.

O padrão da dispneia, se é contínuo ou não, pode indicar exposição ao trabalho, relacionada a exposição a frio, animais, exercícios ou irritantes inespecíficos. Deve-se conter na anamnese e não ficou claro essa pesquisa da história coletada.

Sempre é importante perguntar a respeito das comorbidades do paciente, tendo em vista que essa dispneia poderia ser gerada por uma descompensação de doença de base, como insuficiência cardíaca congestiva ou DPOC.

O histórico de medicamentos, como uso de betabloqueadores, o histórico social sobre tabagismo, uso de fogão a lenha, ou de viagens podem indicar piora de DPOC e asma, lesão pulmonar, tuberculose, e até transmissão comunitária de COVID19.

O exame físico do paciente em dispneia deve ser meticulosamente realizado pesquisando sinais de esforço respiratório, cianose, uso de musculatura acessória, dentre outros sinais que possam indicar uma insuficiência respiratória aguda. No caso da paciente, a hipossaturação, a presença de cianose e o uso de musculatura acessória, já indicam essa condição e gravidade. Além disso, a presença de sibilos e crepitações nos pulmões, indicam estreitamento das vias aéreas e possível processo infeccioso ocorrendo. Uma das coisas que fiquei curioso também, pela mobilidade reduzida dessa paciente, é se ela não poderia estar fazendo um tromboembolismo pulmonar (TEP), já que a redução da mobilidade pode gerar um trombo e este se deslocar para as vias aéreas, mas algumas literaturas recomendam o cálculo de escores que predizem as chances do desenvolvimento de um TEP. Porém, como a paciente não apresentou edema das extremidades inferiores, nem sinais flogísticos na região de panturrilha, por exemplo, comecei a desconsiderar essa causa. Entretanto, a cianose de extremidades já é algo muito chamativo de atenção.

Do exame físico da paciente, como ela apresentou crepitação, poderia indicar uma congestão pulmonar, devido a uma pneumonia, ou processo infeccioso. A presença de sibilos, indica a obstrução de via aérea, como acontece na DPOC ou na asma. Ainda, é importante já correlacionar essa parte com os achados do exame de imagem da paciente – onde se vê uma área extensa de consolidações, que pode ser sugestivo de uma pneumonia.

Quanto à conduta adotada pelo médico, acredito que esta foi eficaz. O médico realizou prescrições para tentar aliviar a respiração da paciente, na tentativa de relaxar a musculatura da via aérea (com uso de broncodilatadores e beta-2-agonistas) e também já realizou prescrição de um corticoide, que ajudaria na resposta inflamatória da

paciente. Desse modo, poderia esperar os resultados dos exames dando suporte clínico para a paciente.

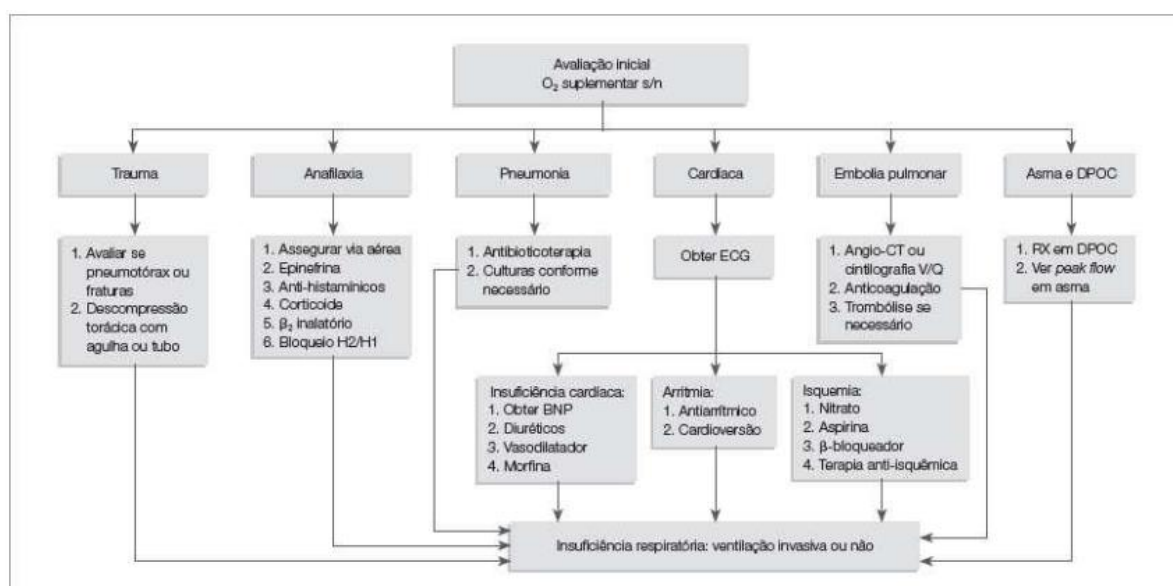
Ademais, quanto aos exames solicitados, acredito que ele fez boa escolha. Dosou marcadores inflamatórios, que vieram aumentados e podem indicar uma pneumonia. Pediu exames marcadores de insuficiência cardíaca para realizar a diferenciação diagnóstica, como o pro-BNP. Além de ter pedido os exames básicos. A ureia e a creatinina da paciente, aumentadas, indicam um prognóstico desfavorável para a mesma no caso de uma pneumonia, que é o diagnóstico mais provável. Ainda, a gasometria arterial, nesse momento, é de muita ajuda para averiguar a hipóxia, acidose da paciente e o tipo de insuficiência respiratória que ela poderia estar fazendo. Na situação, pela gasometria, a paciente se apresenta em insuficiência respiratória aguda do tipo II, ou hipercapnica, e apresenta uma hiperóxia, talvez devido ao fornecimento de oxigênio à paciente.

Além disso, como já citado, há alterações sugestivas de pneumonia no raio-x da paciente e a eletrocardiografia desta veio sem alterações, auxiliando desse modo, o descarte de causas cardiológicas.

O que eu faria de diferente nesse caso, talvez fosse entrar com um antibiótico de amplo espectro, como a Ceftriaxona, e coletado a cultura, ante o resultado desses exames apresentados, que suponho eu que o médico faria depois.

Um algoritmo sugerido pelo livro de Medicina de Emergência é excelente para dar um “norte” no manejo.

Figura 7 - Manejo da dispneia



Fonte: Medicina de Emergência, USP - 2020

A senhora L.R. após a imposição dessas condutas, teve relativa melhora, porém evolui com piora durante o outro plantão, necessitando de intubação orotraqueal e medidas mais intensivas. Foi transferida para o HMPGL para a UTI, onde permaneceu por 55 dias, sendo então transferida para o setor de clínica médica da instituição, onde permanece até o momento da escrita desse caso.

Esse caso me motivou a escrevê-lo devido ao fato de a paciente me despertar muitos gatilhos, principalmente pelo modo o qual ela foi tratada, fato já mencionado no começo da discussão. Além disso, é importante saber avaliar uma dispneia, diante de tantas causas possíveis que também existem que a originam. Fato curioso, que já sabia, mas acho importante deixar registrado, é que as causas psicogênicas devem ser diagnósticos de exclusão, isto é, aqueles em que se deve pensar por último, a depender da história clínica do paciente. E isso é muito importante de ser dito, já que pacientes recebem o diagnóstico de ansiedade, transtorno do pânico, sendo que estão sendo acometidos por outras doenças. Esses dias mesmo, uma paciente havia dando entrada na UPA por cinco ocasiões com a mesma queixa de dispneia, sendo tratada como ansiedade, transtorno do pânico. A paciente chegou no HMPGL intubada, proveniente do HMCC com dois trombos nas duas artérias pulmonares – um TEP maciço.

3.8 CASO CLÍNICO 8 – A INTOXICAÇÃO EXÓGENA NA SALA DE EMERGÊNCIA

3.8.1 Descrição do caso

ID: LMM, feminina, 34 anos.

QP: “tomei veneno de rato”

HDA: Ingeriu veneno de rato (rodenticida) com intenção de tentativa de suicídio.

HPP: Nega comorbidades.

HV: Nega etilismo e nega tabagismo.

Exame físico:

SV: PA: 100x60 | FC: 65 | SatpO2: 98% | FR: 16 | Tax: 37°C | HGT: 94

Regular estado geral, orientada, lúcida, comunicativa, colaborativa ao exame, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, hidratada, normocorada, chorosa ao exame, apresentando-se ansiosa.

AP: Murmúrios vesiculares presentes em toda a extensão pulmonar, sem ruídos adventícios. Expansibilidade e elasticidade torácica preservada.

ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas em ritmo regular de dois tempos, sem presença de sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Pulsos periféricos simétricos, cheios e palpáveis.

ABD: Plano, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos presentes, não palpo massas nem visceromegalias, normotimpânico.

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Força motora preservada em todos os membros.

MM: Panturrilhas livres e sem sinais de empastamento. Não noto sinais de automutilação.

Exames complementares:

Laboratoriais: Não solicitado.

Imagem: Não solicitado.

Diagnóstico sindrômico: Intoxicação exógena.

Hipótese diagnóstica: Intoxicação exógena por raticida. Ideação suicida.

Diagnósticos diferenciais: Transtorno depressivo maior. Transtorno psicótico breve. Transtorno esquizofrênico. Hipercalemia. Hiponatremia. Uremia.

3.8.2 Conduta adotada na sala de emergência

Paciente monitorizada em sala vermelha. Passado sonda nasogástrica para lavagem gástrica, após carvão ativado. Prescritos: Bromoprima 5mg/ml (ampola com 2ml), sendo realizado 1 ampola; Clonazepam 2mg (1 comprimido); e realizado lavagem gástrica e carvão ativado 50g.

3.8.3 Percepções e discussão do caso

Acredito que pela quantidade de casos semelhantes que chegam no departamento de emergência, não poderia deixar de citar algum caso sobre intoxicação exógena nesse trabalho.

Escolhi esse caso por considerar que houve falhas na coleta da história dessa paciente, a qual foi coletada pelo médico plantonista, e também falhas da equipe em relação ao tratamento dela na sala vermelha, coisa que é recorrente entre as equipes diante as situações psiquiátricas.

Uma das coisas que me marcou nesse estágio diante dessas situações é a quantidade de pessoas jovens que possuem comportamentos suicidas. Já atendi paciente de 13 anos com intoxicação por Fenobarbital devido a problemas familiares.

É interessante os dados que apontam que homens cometem mais suicídio, porém as mulheres possuem a maior porcentagem em tentativas, chegando a 69% segundo dados do Ministério da Saúde. Ainda, a mortalidade é maior com o crescimento da faixa etária, tendo em vista que as tentativas são mais letais nos idosos acima de 80 anos. Já jovens e adultos, possuem um maior número de tentativas.

A abordagem de uma tentativa de suicídio assim como outras queixas psiquiátricas, para mim, é muito delicada. Não só pelo fato de estar lidando com íntimo do

íntimo de um paciente, mas também porque considero que a estrutura dos serviços componentes da rede não está preparada para o recebimento dessas situações clínicas.

Há um desrespeito muito grande por esses pacientes. Uma das coisas que a professora orientadora desse módulo nos disse e eu concordo, é que situações assim são reflexos dos pensamentos dos profissionais de saúde – assustador, mas verdadeiro. Desse modo, muitas vezes, os pacientes com quadros de ideação suicida e tentativa de suicídio são negligenciados pela equipe e pelo médico, que não coleta uma história fidedigna ou deixa passar informações que são importantes para o conhecimento do “mundo” daquele paciente – que é o que acontece exatamente nesse caso, basta olhar a pobreza da história que foi coletada.

Por isso, uma das propostas de melhorias para o serviço é que os profissionais de saúde da rede sejam capacitados frequentemente a respeito dessas condições clínicas. Como, onde e quando abordar esses pacientes, o que perguntar, como perguntar, como se comportar diante da situação de vulnerabilidade que esse paciente se encontra. Como manejá-lo de forma digna e HUMANA.

Nesta situação, há uma pobreza tamanha na história coletada pelo médico plantonista. Nesse sentido, eu teria explorado mais os antecedentes pessoais dessa paciente: se já houve tentativas de suicídio prévias, se há ideação suicida, se tem internações em setor de psiquiatria anteriores, se possui alguém transtorno psiquiátrico atual, históricos de abusos e doenças crônicas. Ainda, deve-se estar preparado para a realização de uma anamnese e exame psíquico como questionar a respeito das ideias e/ou planejamento da tentativa atual, sentimentos de desesperança, falta de ambivalência e internalização. É importante também que a história seja coletada com um indivíduo próximo a esse paciente, seja familiar, amigo, vizinho, para tentar analisar objetivamente os fatos apresentados, pois muitas vezes o paciente pode esconder deliberadamente certas informações.

Uma das coisas que aprendemos durante o curso e também no módulo do pré-internato é a realização da súmula psicopatológica para o paciente, que é capaz de avaliar de uma forma um pouco mais global a situação psíquica atual do paciente, analisando aspectos da sua identidade, dos seus pensamentos para o futuro, da sua forma de pensar, de se comunicar, dos seus sentimentos, do seu pragmatismo e outros aspectos avaliados com essa ferramenta.

Ainda, também já é importante avaliar a necessidade de internação de um paciente em risco de suicídio no setor de psiquiatria. O livro de Medicina de Emergência da

USP traz uma tabela adaptada de Kaplan e Sadock (2014), que traz alguns critérios, dentre eles:

- Ideação suicida e/ou planejamento suicida;
- Transtorno psiquiátrico grave: paciente psicótico, depressão grave, transtorno de ansiedade grave;
- Baixo suporte social;
- Tentativa violenta, quase fatal ou premeditada, com precauções de resgate. Se o sofrimento aumentar ou o paciente se arrepender de ter sobrevivido;
- Paciente do sexo masculino, acima de 45 anos, especialmente com início recente de doença psiquiátrica ou pensamento suicida;
- Comportamento impulsivo atual, agitação grave, crítica comprometida ou recusa de ajuda evidentes;
- Se o paciente tiver mudança do estado mental com uma etiologia metabólica, tóxica, infecciosa ou de outra natureza que exige mais exames em instalações estruturadas.

É importante lembrar que cada transtorno terá seu tratamento de base com medicações específicas ao quadro apresentado pelo paciente.

Dito isso, percebe-se que houveram no manejo inicial dessa paciente, referente a questões da sua tentativa de suicídio, falhas na história coletada.

Primeiramente, quando o paciente intoxicado chega na sala de emergência, deverá ser avaliado segundo ABCDE e monitorizado. Se necessitar de oxigênio, este deverá ser ofertado. Se necessitar de IOT, também deverá ser realizado o procedimento. No caso apresentado, a paciente estava estável hemodinamicamente e sua avaliação primária não tinha nenhuma alteração.

Enquanto a estabilização é realizada, faz-se a avaliação da paciente e já ir coletando a história clínica dele.

Além disso, como se trata de uma intoxicação exógena intencional, vários dados também faltaram na coleta da história. Deve-se perguntar objetivamente sobre a intenção da intoxicação, a substância ingerida, a dose ingerida (quantidade, apresentação), duração da exposição e o tempo entre a exposição e o atendimento médico-hospitalar, visto que por intoxicação exógena entende-se que é um efeito dose-dependente que pode ocorrer após a exposição a agentes tóxicos ao organismo e o fator tempo a depender da substância pode ser crucial. Considero importante também questionar a via de exposição

e se houve coingestão, ou seja, se houve somente exposição àquele agente ou outro também foi ingerido.

Mais uma vez, como esses pacientes não são colaborativos e muitas vezes chegam com pensamento lentificados, ou confusos, é importante considerar a cena em que o paciente foi encontrado e questionar a quem estava próximo dele sobre isso, para saber sobre os frascos de medicamentos, remédios que paciente usa de forma prescrita, se houve situações anteriores semelhantes.

Os dados do exame físico, difícil de ser realizado devido a possível não colaboração do paciente, deverá ser obtido pelo monitor e observado a todo momento.

Tabela 6 - Avaliação clínica por sistemas do paciente intoxicado

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 roncos, 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

Fonte: Medicina de Emergência – USP, 2020

Os pacientes intoxicados podem apresentar toxísíndromes como a síndrome anticolinérgica, colinérgica, simpatomimética, serotoninérgica, sedativa-hipnótica, opioide e alucinogênica a depender da substância ingerida, quantidade e mecanismo de ação desta. Para essa paciente, não consegui encaixá-la em uma dessas síndromes específicas. Essa paciente poderia ter apresentado hipotensão, sinal causado pelo tipo de veneno que havia tomado – rodenticida.

Como manejo dessa paciente, o proposto da literatura é a realização da lavagem gástrica seguida da administração de carvão ativado se a paciente tiver ingerido em menos de uma hora, além da solicitação de exames de prova de coagulação, tendo em

vista que esse veneno é capaz de alterar o TP/INR, sendo assim, esse exame deve ser solicitado. Se este vier alterado, realiza-se a administração de vitamina K de 10 a 20mg intramuscular ou endovenoso em adultos e 0,3 a 0,6 mg/kg em crianças (1mg/min em ambos) de 8 em 8 horas ou 12 em 12 horas até que a coagulação se normalize. A vitamina K de forma profilática não é indicada, pois pode mascarar a intoxicação. Se sangramento grave, é necessário transfusão de plasma fresco congelado, além da vitamina K endovenosa.

Ainda, como preconizado, deve-se notificar a intoxicação confirmada por rodenticidas.

Dessa forma, é necessário iniciar medidas de descontaminação como a lavagem gástrica, tomando em conta as indicações e contraindicações desse procedimento (nesse procedimento é injetado uma quantidade de soro fisiológico até a quantidade adequada ou retorno de líquido límpido pela passagem de uma sonda); e após isso, realizar a passagem do carvão ativado, que pode ser passado de forma única ou de forma seriada também levando em conta as indicações e contraindicações do procedimento. Há divergências na literatura acerca do tempo de realização dos procedimentos citados, porém, considero o tempo menor que duas horas uma margem de maior segurança e mais citado.

O carvão ativado é administrado em uma dose inicial de 50g, podendo ser realizado doses subsequentes de 25g de 2 em 2 horas ou 50g de 4 em 4 horas ou 12 a 24 horas. Ainda, é importante que o paciente esteja com via aérea garantida, assim como na lavagem gástrica.

Quando a enfermeira foi realizar a passagem de sonda nasogástrica nessa paciente, um procedimento desconfortável e que pode ser doloroso, ela foi muito desrespeitosa com a paciente, dizendo que a paciente deveria suportar o procedimento já que havia tentado suicídio, em alto e bom tom para que a paciente escutasse.

Diante do exposto, é notável que o médico pecou em não ter solicitado nenhum tipo de exame para essa paciente, muito menos ter solicitado sua vaga na referência para Psiquiatria, procedimentos os quais eu teria realizado: solicitado exames laboratoriais, principalmente provas de coagulação e a solicitação da vaga para a paciente.

Outro ponto importante na discussão desse caso é a possibilidade de ter informações sobre a intoxicação ligando para o CIATox (Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Paraná), uma central que funciona 24 horas e dá informações relevantes para leigos e profissionais da saúde.

Essa situação clínica está nesse trabalho para mostrar um pouco do descaso e da falta de “recursos humanos” e estruturais para o atendimento de situações clínicas de vulnerabilidade socioemocional como estas. Além, de claro, ser uma situação corriqueira nos prontos socorros dos serviços utilizados como campo de prática do estágio.

3.9 CASO CLÍNICO 9 – INFILTRADO PULMONAR E A PNEUMONIA

3.9.1 Descrição do caso

ID: MEFM, feminina, 76 anos

QP: “tosse”

HDA: Paciente proveniente de São Paulo para um casamento de família. Trazida da UPA via SAMU apresentando quadro de febre de início há 4 dias associada a ageusia. Há 3 dias refere evolução com tosse produtiva de caráter amarelo associado a broncoespasmo (chiado no peito – SIC). Nega cefaleia, mialgia, diarreia e sintomas urinários.

HPP: Paciente hipertensa, diabética, asmática e com hipotireoidismo. Em uso de Ômega 3, Puran 75, Metformina 850 (12-12h); Levociterizina; Hidroclorotiazida; Venaflon; Sinvastatina; Betastina; Losartana 50 (12-12h); Spiriva; Alenia; Calcinol; Omeprazol e Aerolin.

HV: Fumou três cigarros palheiro por dia durante 50 anos, cessando tabagismo há 20 anos. Utilização de fogão a lenha. Nega etilismo. Nega alergias medicamentosas.

Exame físico:

SV: PA: 167/72mmHg | FC: 65 | SatpO2: 94% em cânula nasal de 1L/min | FR: 17 | HGT: 183 | Tax: 36

Bom estado geral, orientada, lúcida, comunicativa, eupneica, anictérica, acianótica, afebril, desidratada +/4+ e hipocorada +/4+.

AP: Roncos e sibilos expiratórios difusos em toda extensão pulmonar; crepitações em base pulmonar direita. Expansibilidade e elasticidade torácicas preservadas.

ACV: Bulhas normofonéticas em ritmo regular de dois tempos, sem presença de sorpos, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, pulsos presentes, simétricos e cheios.

ABD: Abdome globoso a custas de tecido adiposo, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda; normotimpânico; não palpo massas nem visceromegalias.

NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Força motora preservada.

MM: Panturrilhas livres e sem sinais de empastamento. Sem edema.

Exames complementares:

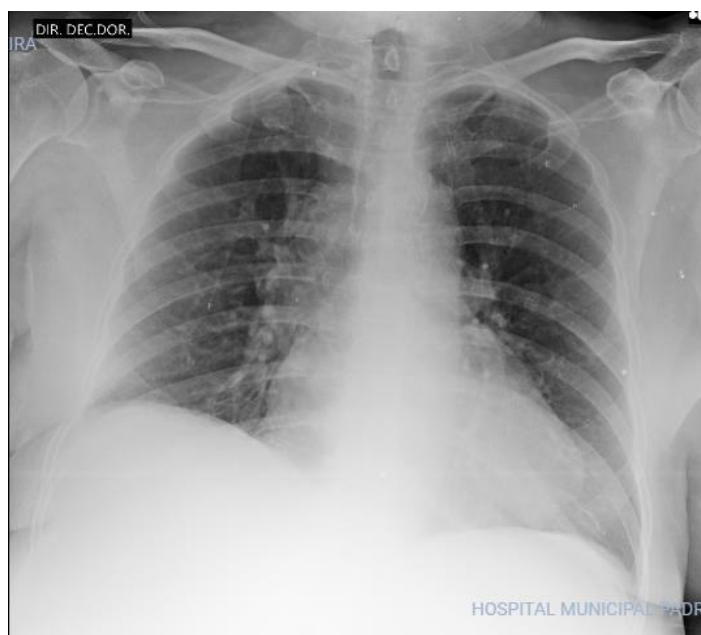
Laboratoriais:

Erit: 3,20 // Hb: 9,50 // Ht: 30,40 // VCM: 95 // HCM: 29,69 // CHCM: 31,25 // RDW: 14,2 // Leucócitos: 14.510 [Bastonetes 1 / Segmentados 73 / Neutrófilos 74 / Eosinófilos 0 / Basófilos 0 / Linfócitos Típicos 22/ Linfócitos Atípicos 0 / Monócitos 4] // Plaquetas: 211.000 // Ureia: 50 // Creatinina: 0,70 // Sódio: 145 // Potássio: 4,0 // Magnésio: 1,5 // PCR: 17 // Urina: sem alterações, dentro da normalidade. // Hemocultura: não houve crescimento de microrganismos patogênicos em 5 dias // Urocultura: sem crescimento de microrganismos // KPTT: 26,4 segundos // TAP/INR: 10,6/1 // Gasometria – pH: 7,34 / pCO₂: 39,90 / pO₂: 111.70 // HCO₃: 21,50 // Lactato: 20

Imagem:

Raio-X: presença de infiltrado bilateral e opacidade no pulmão direito. Presença de microcalcificações difusas em ambos hemitórax. Cardiomegalia visível.

Imagem 8 - Raio X da paciente MEFM



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico Vivave

Diagnóstico sindrômico: Síndrome respiratória aguda. Síndrome febril.

Hipótese diagnóstica: Pneumonia.

Diagnósticos diferenciais: DPOC exacerbada. Asma exacerbada. Tuberculose. Bronquite aguda. Insuficiência cardíaca congestiva. COVID-19.

3.9.2 Conduta adotada na sala de emergência

Monitorização da paciente. Suporte clínico. Solicito exames de admissão, raio-x e ECG. Solicito hemocultura. Medidas broncodilatadoras. Mantenho antibioticoterapia iniciada na UPA e realizo reconciliação medicamentosa.

3.9.3 Percepções e discussão do caso

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é tipicamente caracterizada por um novo infiltrado pulmonar à radiografia torácica, juntamente com um ou mais dos seguintes sintomas: febre, calafrios, tosse, produção de escarro, dispneia, mialgia, artralgia e dor pleurítica.

Por definição a PAC é definida como pneumonia adquirida fora do hospital ou de unidades de saúde. O diagnóstico baseia-se em um grupo de sinais e sintomas que se relacionam com a infecção do trato respiratório inferior com presença de febre maior que 38°C, tosse, expectoração, dor torácica, dispneia e sinais de invasão do espaço alveolar. No entanto, alguns grupos de pacientes como os idosos, frequentemente são afebris e podem apresentar sintomas como confusão mental e agravos das doenças subjacentes.

O patógeno mais comum de desenvolver uma pneumonia é o pneumococo (*Streptococcus pneumoniae*) e este pode causar diversos níveis de gravidade e acometer diferentes faixas etárias de paciente.

Também existem as bactérias atípicas que causam pneumonia, com menor frequência, por exemplo *Mycoplasma pneumoniae* e *Chlamydia pneumoniae*.

Ainda, há também as etiologias virais, causadas por vírus respiratórios como o vírus da gripe A/B, o vírus sincicial respiratório, o adenovírus, o rinovírus e o vírus parainfluenza.

A abordagem de uma pneumonia consiste na realização de uma história clínica bem coletada, de um exame físico bem feito e da solicitação de um exame de imagem, o raio-x, que demonstre um novo infiltrado.

Na história clínica o objetivo é detectar sintomas consistentes com PAC, defeitos imunológicos e os possíveis riscos de exposição a patógenos específicos.

Alguns achados diagnósticos são associados com aumento da probabilidade do diagnóstico de uma pneumonia: febre persistente, frequência respiratória maior que 25, presença de estertores na ausculta respiratória; frequência cardíaca maior que 100 batimentos por minuto; diminuição dos sons respiratórios; mialgia e sudorese noturna.

Essa paciente possui alguns fatores de risco para o desenvolvimento de PAC, dentre eles a idade maior que 65 anos, exposição à fumaça de cigarro, contato com crianças devido ao casamento em que a senhora foi, é uma paciente que já possui DPOC de base e, além disso, também possui comorbidades como a diabetes mellitus que tem sido associada à PAC.

Ainda, essa paciente apresentou ao exame físico sinais de infecção como febre, e seus exames mostraram também um padrão infeccioso. Ademais, apresentou tosse com aumento da produção do escarro e expectoração. Esses sinais clínicos também ajudam na investigação diagnóstica de uma PAC. Entretanto, deve-se ter cuidado, pois, como já dito, pacientes idosos, com doenças crônicas, ou imunocomprometidos, os sinais e sintomas podem ser menos intensos e a pneumonia pode não ser detectada devido à presença de sintomas não respiratórios.

Diante do exame físico dessa paciente, a qual estava apresentando sibilos, roncos e crepitações esparsas, fica evidente que há alterações pulmonares que associados ao quadro apresentado nos levam a pensar em uma pneumonia.

A respeito da condutada tomada pelo médico no hospital, acredito que esta tenha sido eficaz. Ele solicitou um raio-x para confirmação de infiltrado pulmonar, além de medicações necessárias para aliviar a respiração da paciente e também combater a infecção, tendo em vista que utilizou de medidas broncodilatadoras e também continuou com a antibioticoterapia iniciada na UPA, as quais eram Ceftriaxona 1g EV e Azitromicina 500mg.

Também achei importante a solicitação das culturas, para determinar a etiologia microbiana, reduzindo desse modo o uso indevido de antibióticos de amplo espectro e ajudando na garantia de uma antibioticoterapia adequada, com um efeito

importante na redução da mortalidade. Também, indica patógenos resistentes e patógenos que podem ter consequências sobre a saúde pública.

Ademais, os exames laboratoriais solicitados, como hemograma, PCR, eletrólitos, ureia e outros são importantes para a detecção da infecção. Por exemplo, biomarcadores como PCR são úteis para prever a resposta inadequada do hospedeiro e auxilia no manejo dos casos. No caso da nossa paciente, os leucócitos e o PCR estavam em queda quando comparados a exames anteriores realizados na UPA.

Um outro fator de risco importante é que a paciente realizou uma viagem, que em tempos de COVID, é fator epidemiológico importante a ser investigado.

Uma coisa que fiquei curioso é porque essa paciente estava no ambiente hospitalar. Aí, um dos médicos explicou que existem critérios para decidir onde esse paciente será tratado, auxiliando ainda na escolha de antibióticos e também em decisões a serem tomadas. O índice mais utilizado e que vejo na prática é o CURB-65, que utiliza 5 variáveis para calcular a gravidade do caso do paciente.

Tabela 7 - CURB-65: critérios gravidade pneumonia

CURB-65	Clinical Feature	Points
C	Confusion	1
U	Urea > 7 mmol/L	1
R	RR ≥ 30	1
B	SBP ≤ 90 mm Hg OR DBP ≤ 60 mm Hg	1
65	Age ≥ 65	1

CURB-65 Score	Risk group	30-day mortality	Management
0–1	1	1.5%	Low risk, consider home treatment
2	2	9.2%	Probably admission vs close outpatient management
3–5	3	22%	Admission, manage as severe

Fonte: MedWay, página na internet

No caso dessa tabela a Ureia fica acima >50mg/dL.

O tratamento ambulatorial poderá ser realizado se a paciente pontuar 0 ou 1; se pontuar 2, a internação deverá ser considerada; já, se a pontuação estiver entre 3 e

5, deve-se internar a paciente, sendo que se pontuar 4 ou 5, a internação em unidade de terapia intensiva deverá ser considerada.

No caso dessa paciente, realizando o cálculo, ela pontuou 2, sendo que a internação desta deveria ser considerada, fato que ocorreu.

E, no caso do tratamento com antibiótico, o médico também foi certo, na escolha de dois antibióticos de amplo espectro para combater a infecção, até que a cultura saia.

Essa paciente recebeu alta logo do ambiente hospitalar, realizando tratamento ambulatorial com Amoxicilina e Clavulanato.

Trouxe esse caso, pois a pneumonia é algo recorrente dentro dos setores de emergência do serviço, e saber analisá-los e também entender que existem critérios que ajudam na decisão a respeito de onde se deve tratar o paciente e o risco de sua mortalidade.

3.10 DROGAS DO CARRINHO DE PARADA DO SERVIÇO

Quando se está em um serviço, é muito importante conhece-lo de ponta a ponta para que você evite erros que poderiam não acontecer. Desse modo, um dos passos é tomar conhecimento das drogas disponíveis no serviço onde você está atuando em diversas situações, seja para receituário de um antibiótico para tratamento domiciliar, seja para o uso dessas medicações em situações de intercorrência. Nas Unidades de Pronto Atendimento de Foz do Iguaçu, junto dos carrinhos de parada, existe uma lista com as medicações, apresentação destas, quantidade em cada ampola e a quantidade do medicamento. No HMPGL não encontrei essa informação. E há poucas mudanças de uma UPA para outra. Desse modo, deixo a tabela abaixo com as drogas do carrinho de parada.

Tabela 8 - Drogas no carrinho de parada

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE DE ML OU MG NA AMPOLA	QUANTIDADE DE AMPOLAS
ADENOSINA	3mg/ml	2ml	3
ADRENALINA	1mg/ml	1ml	10
ÁGUA DESTILADA	-	10ml	10
AMINOFILINA	24mg/ml	10ml	2
AMIODARONA	50mg/ml	3ml	6
ATROPINA	0,5mg/ml	1ml	10
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%	8,4%	250ml	2
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%	8,4%	10ml	5
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%	19,1%	-	5
CLORETO DE SÓDIO 0,9%	0,9%	-	10
CLORETO DE SÓDIO 0,20%	0,20%	-	10

DESLANOSÍDEO	0,2mg/ml	2ml	2
DOBUTAMINA	12,5mg/ml	20ml	2
DOPAMINA	5mg/ml	10ml	5
FUROSEMIDA	10mg/ml	10ml	10
GLUCONATO DE CÁLCIO	10%	10ml	5
GLICOSE 50%	50%	10ml	10
HIDROCORTISONA 100MG	100mg	-	5
HIDROCORTISONA 500MG	500mg	-	5
LIDOCAINA 2% SEM VASOCONSTRITOR	2%	20ml	5
LIDOCAINA 2% COM VASOCONSTRITOR	2%	20ml	2
LIDOCAÍNA	20mg/g	-	2
METOPROLOL	1mg/ml	5ml	2
NORADRENALINA	2mg/ml	4ml	12
NITROGLICERINA	5mg/ml	10ml	2
NITROPRUSSETO	25mg/ml	2ml	5
SALBUTAMOL	0,5mg/ml	-	10
SALBUTAMOL 100MCG/DOSE	100mcg/dose	-	1
SULFATO DE MAGNÉSIO 50%	50%	10ml	10
SUXAMETÔNIO 100MG	100mg	-	2
TERBUTALINA	0,5mg/ml	1ml	10
DIAZEPAM	5mg/ml	2ml	5
FENITONÍTA	50mg/ml	5ml	0
FENTANIL	0,05/ml	10ml	6

FLUMAZENIL	0,5mg/5ml	5ml	2
HALOPERIDOL	5mg/ml	1ml	5
MIDAZOLAM	5mg/ml	10ml	8
MIDAZOLAM	5mg/ml	3ml	4
NALOXONA	0,4mg/ml	1ml	2

Fonte: carrinho de parada da UPA Walter (UPA Morumbi), conferido pela última vez em setembro/2021

3.11 DROGAS UTILIZADAS NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Durante o módulo tivemos uma prática em laboratório a respeito de alguns procedimentos invasivos, dentre eles acesso venoso central, intubação orotraqueal e sondagens nasogástrica, nasoentérica e vesical.

Nesse contexto, a orientadora desse estágio pediu para que elaborássemos uma tabela e inserisse no relatório com as drogas disponíveis no serviço, as indicações e contraindicações dos medicamentos utilizados no procedimento de intubação orotraqueal.

As medicações utilizadas no procedimento da IOT contemplam medicações analgésicas, que servem além do paciente não sentir dor, também para evitar respostas fisiológicas indesejáveis nas etapas do processo; hipnóticos sedativos, para que o paciente perca a consciência e seja mais fácil de realizar a intubação; e bloqueadores neuromusculares para a paralisação do paciente, um relaxamento maior que permitirá a manipulação do paciente para que o procedimento seja realizado com sucesso.

A combinação da administração de um sedativo com uma gente bloqueador neuromuscular deixa o paciente inconsciente e induz paralisia flácida para facilitar a colocação de um tubo endotraqueal nas vias aéreas e também minimiza o risco de aspiração.

Nas instituições de serviço da rede em Foz do Iguaçu, as medicações mais disponíveis e utilizadas são o Fentanil para a analgesia, o Midazolam para a sedação e a Succinilcolina para o bloqueio neuromuscular. Essas medicações são as disponíveis no carrinho de parada das instituições. As doses recomendadas de cada droga são:

- Fentanil – 3mcg/kg
- Midazolam – 0,3mg/kg
- Succinilcolina – 1,5mg/kg

Saber as medicações disponíveis no serviço é extremamente importante para a preparação do paciente e do profissional a realizar o procedimento. Também ter estudado acerca das indicações e contra indicações de determinada medicação para cada caso é consideravelmente relevante para a aquisição de um melhor sucesso sem complicações durante e após a realização do procedimento, tendo em vista que certos agentes de indução e drogas paráliticas podem ser mais benéficos do que outros em certas

situações clínicas.

O Fentanil é importante em pacientes hipertensos e em pacientes com sangramento intracraniano em atividade, hipertensão intracraniana ou com dissecção aórtica. Ele é um opioide que possui efeito cardiovascular depressor importante.

Para a realização da indução do paciente, há diversas drogas que podem ser utilizadas, sendo as principais o Etomidato, Quetamina, Propofol e Midazolam.

O Etomidato é uma medicação que não possui efeito cardiovascular importante, tem um início rápido de ação e uma curta meia-vida, sendo medicamento de escolha no departamento de emergência, porém em muitos locais ainda não é amplamente disponível. Já a Quetamina, possui um efeito broncodilatador e muito utilizada em pacientes nos casos de pacientes com broncoespasmo, quando sem contraindicações ao uso dessa medicação. O Propofol tem efeitos vasodilatores e cardiodepressores, que também resulta em redução da pressão arterial, além disso também apresenta um efeito broncodilatador tímido, não tão importante quanto a Quetamina. Já o Midazolam tem indicações de não ser utilizados, salvo em casos quando não há outro medicamento disponível, que é o que acontece em Foz do Iguaçu. Esse medicamento possui um longo tempo de início de ação, apresenta hipotensão moderada e é intensificado com a utilização de opioides como o Fentanil.

Para o bloqueio neuromuscular os medicamentos mais utilizados são a Succinilcolina e o Rocurônio. A Succinilcolina é um bloqueador despolarizante, que inicialmente levará a fasciculação muscular seguida rapidamente de paralisia flácida por causa da despolarização persistente que esgota a capacidade de resposta do receptor. Esse medicamento deve ser cuidadosamente utilizado pelos riscos de hipertermia maligna, em casos de miopatias, lesão ou desnervação muscular aguda, em casos neuromusculares progressivas e hipercalemia. Já o rocurônio é o medicamento de escolha em cirurgias por possuir um antídoto – o sugammadex. Esse medicamento, ainda, possui como indicações as contraindicações da succinilcolina.

Também é importante notar que algumas medicações só não se encontram dentro do carrinho de parada, mas quando solicitada na farmácia desses serviços, há disponibilidade. Cabe ao médico conferir o que se tem disponível para ter eficácia no procedimento. Já acompanhei indução realizada com o Etomidato, pois havia disponível na UPA.

Para uma melhor fixação e aprendizado das doses recomendadas,

apresentação dos medicamentos e ampolas, elaborei a tabela abaixo.

Nessa tabela, apresento a quantidade a ser administrada em pacientes com aproximadamente 60kg, 70kg, 80kg, 90kg e 100kg, tanto em ml quanto número aproximado de ampolas a serem administradas. Inclusive, essa tabela elaborei para levar comigo nos plantões.

Escolhi a apresentação em que a ampola de Midazolam contém 10ml do medicamento para elaboração da tabela.

Tabela 9 - Medicações utilizadas na intubação orotraqueal

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	AMPOLA	DOSE RECOMENDADA POR Kg	QUANTIDADE ESTIMADA EM ML PARA					
					60kg	70kg	80kg	90kg	100kg
FENTANIL	50mcg/ml	10ml	3mcg/kg	ML	3,5ml	4ml	4,5ml	5,5ml	6ml
ETOMIDATO	2mg/ml	10ml	0,3mg/kg	ML	9ml	10ml	12ml	13,5ml	15ml
QUETAMINA	50mg/ml	10ml	2mg/kg	ML	2,5ml	3ml	3,5ml	3,6ml	4ml
PROPOFOL	10mg/ml	10ml	2mg/kg	ML	12ml	14ml	16ml	18ml	20ml
MIDAZOLAM	5mg/ml	10ml	0,3mg/kg	ML	3,5ml	4ml	5ml	5,5ml	6ml
SUCCINILCOLINA	10mg/ml	10ml	1,5mg/kg	ML	9ml	10,5ml	12ml	13,3ml	15ml
ROCURÔNIO	10mg/ml	5ml	1mg/kg	ML	6ml	7ml	8ml	9ml	10ml

Fonte: autoria própria.

Acredito até que essa tabela possa ser impressa e colada nos cenários de prática a fim de que facilite o trabalho de cálculo dos médicos e dos profissionais de saúde.

4 EXPERIÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

As medidas urgentes diante da pandemia do COVID-19 como o fechamento das Instituições de Ensino Superior (IES) com as paralisações das aulas por tempo indeterminado, o isolamento social em conjunto com a “quarentena”, dentre outras em meados de março de 2020, foi um período de difícil adaptação.

Diante de tal cenário, a minha turma que estava no limbo do curso de Medicina da UNILA, isto é, no pré-internato, onde não estamos totalmente no serviço em prática, e não temos a maioria da carga horária de aulas teóricas, sofreu muito. Uma pela ansiedade de chegarmos no período atual, o famigerado e tão esperado internato, outra pelo desejo de estar em prática aprendendo com o que escolhemos fazer durante a vida. Foram longos quase oito meses de espera para pensarmos em retornar com as nossas atividades.

Durante esse período de espera, Foz do Iguaçu começou a se organizar para a contenção do vírus e para seguir as medidas exigidas pelas autoridades nacionais, mundiais competentes. Foram criadas no município barreiras sanitárias nas regiões aduaneiras e foi criado um sistema de atendimento via Telemedicina para desafogar a demanda em Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.

Tive a escolha de retornar para minha cidade, Ibiporã-PR, e passar esse período pandêmico ao lado da minha família, mas diante da situação e da oportunidade proposta de atuar como voluntário na “linha de frente”, escolhi ficar em Foz e iniciei os trabalhos permanecendo por uma semana na Aduana Argentina, realizando uma espécie de triagem com as pessoas que passavam por lá.

Logo depois, muitos colegas e eu fomos recrutados e tivemos a oportunidade de trabalhar na Central Telefônica do COVID-19, sistema criado em Foz do Iguaçu – PR, com acessos por meio telefone fixo, celular e WhatsApp, como ferramenta para tirar dúvidas da população a respeito dessa nova doença, do vírus, das formas de transmissão, de alguns decretos propostos pelo município; fornecer atendimento clínico por meio da Telemedicina; agendar coleta de exames para COVID-19 e ser notificado a respeito do resultado destes; além de muitas vezes, orientarmos o paciente com quadro agudo grave respiratório (dispneia, desconforto respiratório, saturação de oxigênio menor que 95% ou exacerbação de comorbidades) a buscarem a Triagem Respiratória no Pronto Socorro Respiratório, local estabelecido no município para atendimento de casos de urgência e emergências respiratórias.

Esse período de atendimento à população no telefone foi muito importante para mim por perceber a necessidade de uma boa anamnese e também da importância do toque, do exame físico, de auscultar um pulmão que possa estar comprometido e, por isso, gerando uma dispneia no paciente que, naquele momento, se encontrava do outro lado de um telefone ou de uma tela. Também foi um desafio saber lidar com o paciente que está diante de uma situação de extrema ansiedade e preocupação; com seus familiares; com as angústias levantadas pela incerteza de um diagnóstico que poderia ser fatal diante de toda a falta de conhecimento técnico perante o vírus, do alto índice de mortalidade e das sequelas que a infecção pelo COVID poderia gerar.

Um outro ponto muito importante que a experiência de se trabalhar durante a pandemia me trouxe é a necessidade de um bom relacionamento com a equipe de trabalho. Na Central Telefônica realizamos as atividades ao lado de diversos colegas de cursos, das turmas mais avançadas e turmas mais novas, além de compartilharmos espaço com voluntários de outros cursos da área da saúde da UNILA – saúde coletiva e biotecnologia, além dos estudantes do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Desde à equipe da limpeza, do zelo com o espaço onde trabalhávamos, até os médicos que atuavam no atendimento clínico remoto, acredito que fiz bons amigos e tive mantive uma relação saudável com meus companheiros.

Medo de contrair o vírus e desenvolver a doença? Talvez não muito. Mas a preocupação era grande com meus familiares, em especial a minha avó que é idosa, hipertensa, diabética, tem insuficiência cardíaca e necessita de diálise, procedimento para o qual tem que pegar ônibus da prefeitura da cidade três vezes na semana para ir a uma clínica do município vizinho. Com o tempo e o agravamento da situação da pandemia no cenário nacional, talvez eu tenha ficado mais depressivo e potencializado os sintomas da ansiedade.

Em meados de outubro de 2020 conseguimos retornar às aulas, retomando o pré-internato com o módulo de Urgência e Emergência. Como eu estava emocionalmente conturbado, foi muito difícil me adaptar ao ensino híbrido – algumas aulas teóricas online, outras presenciais e as práticas no Pronto Socorro do HMPGL. Lá, um fator ainda mais complicado, foi lidar com pacientes graves gravíssimos em que não estava tão preparado psicologicamente para isso. Sinto falta de algumas aulas que eu poderia ter aproveitado melhor, mas a emoção do momento não me permitiu. Hoje, porém, essa situação já está resolvida e consigo lidar muito bem com pacientes graves e algumas outras situações. Estou melhor emocionalmente falando também. E, também, corri atrás do prejuízo gerado

pela falta de alguns conteúdos quando fui devidamente cobrado a respeito deles – como por exemplo, potencializar a prática da visualização de exames de imagem, seja um eletrocardiograma, seja uma radiografia de tórax.

Depois desse retorno, nossas aulas se tornaram praticamente normais e nós conseguimos nos adaptar muito bem a essa condição imposta pela pandemia. Talvez nós, alunos do curso de Medicina da UNILA, pela questão da metodologia que usamos no curso, fomos os menos impactados pelo ensino remoto, fora que estamos indo aos campos para realização das práticas de estágio.

Assim, a pandemia me trouxe alguns prejuízos psicológicos e emocionais, contudo um aprendizado enorme em diversas áreas da vida, tanto na construção profissional do “quem é que eu quero ser” quanto na minha vida pessoal.

5 PROCEDIMENTOS

Acredito que a parte dos procedimentos no internato é a mais almejada de ser realizada ou vista pelo interno. Foram inúmeros procedimentos que eu acompanhei e consegui realizar, principalmente suturas e acessos venosos periféricos. Alguns mais invasivos não foram possíveis a realização, uma por estar no HMPGL e a preferência ser dos residentes e outra porque alguns médicos não “arriscavam” de deixar os internos realizarem. E eu ainda estou aprendendo a ser “entrão” e pedir para que eu faça determinados procedimentos. Porém, eu amei ver os procedimentos e entender o que se é feito na prática e o que a teoria propõe.

5.1 SUTURAS

O procedimento mais executado pelos internos durante o estágio foi sem sombra de dúvidas a realização de suturas diversas. Os médicos confiaram muito em nós e na nossa capacidade de auxiliar no serviço ao permitirem que realizássemos esse procedimento.

Uma das coisas que eu achei muito engraçado é que a minha primeira sutura, ou melhor dizendo, o primeiro ponto que eu dei foi, literalmente, um “pontinho”.

Imagem 9 - Primeiro ponto de sutura



Fonte: autoria própria

No começo, eu ficava extremamente nervoso e com medo de errar na sutura, de o paciente não estar bem anestesiado e, principalmente, do julgamento alheio dos colegas de curso e também da equipe profissional (coisa que tenho que melhorar e muito para meu desenvolvimento ser melhor e eu realmente desenrolar todo o potencial que tenho). Porém, com uma ou duas suturas já realizadas, já não tremo mais, e o desafio tornou-se suturar crianças. E, outro desafio vencido. O problema às vezes é que em determinados locais, é necessário que se contenha a criança com o uso de força intensa, e dependendo de quem estiver ajudando a contê-la, isso não será um processo eficiente.

A sutura mais difícil que fiz foi uma localizada na ponta da orelha, em que o papagaio havia bicado a orelha do dono, que iria limpar a gaiola do animal necessitando tirá-lo de lá. Nessa ocasião, até brinquei com a médica plantonista sobre eu ter feito quase uma cirurgia plástica!

Imagem 10 - Sutura em ponta de orelha



Fonte: autoria própria

Hoje, indubitavelmente, sou preparado para a realização de sutura em qualquer lugar. Tivemos muita prática disso e esse período foi importantíssimo para nosso treinamento, evolução e aperfeiçoamento das técnicas de sutura.

Ainda, vejo alguns desafios para a equipe e para os médicos que atuam nos procedimentos: o registro do procedimento de forma correta nos prontuários

eletrônicos; correto procedimento de assepsia e particularidades e aspectos estéreis a serem respeitados e também questões de assepsia dos locais a serem suturados.

Imagem 11 - Autor suturando



Fonte: autoria própria

5.2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

No pronto-socorro o que se mais tem é a obtenção de acessos venosos periféricos, seja para administração de alíquotas de volume, seja para obtenção de sangue para exames laboratoriais. É ideal que algumas medicações sejam aplicadas via endovenosa devido ao seu rápido efeito, o que economiza tempo em determinadas situações críticas. Além disso, é um sistema que pode ficar por vários dias, caso seja necessário, evitando que a agulha seja inserida repetidamente no paciente se o tratamento necessitar de continuidade.

Alguns cuidados, no meu ponto de vista, devem ser cautelosamente respeitados para evitar possíveis complicações, como tromboflebites. Por exemplo, a escolha do sítio de punção é preferencialmente no hemicorpo não dominante, por causa do conforto e também do menor deslocamento dessa parte do corpo.

Deve-se sempre analisar as contra indicações desse procedimento, como coagulopatias, presença de infecção local, queimaduras ou pele comprometida no local da inserção pretendido, depuração nodal linfática anterior e formação de fístula arteriovenosa ou trombose venosa profunda no membro afetado.

Nesse sentido, a técnica realizada pelos técnicos em enfermagem sempre foram corretas ao meu ver, respeitando sempre os passos da realização do procedimento. O que mais pecavam na realização, no meu ponto de vista, eram questões de assepsia do local a ser puncionado e também utilização de equipamentos de proteção individual.

Tive a oportunidade de realizar diversas punções durante os plantões, todos sob supervisões dos enfermeiros, os quais que me propuseram que eu realizasse o procedimento, me auxiliaram muito bem.

5.3 ACESSO VENOSO CENTRAL

Os acessos venosos centrais são indicados para quando não se é possível a obtenção de veias periféricas, quando há necessidade de medicamentos vasoativos e agentes que são irritativos aos sítios venosos periféricos conhecidos, e também podem ser usados para a realização de diálise ou plasmaférese, ou também para guia na inserção de dispositivos adicionais para procedimentos mais complexos, como a colocação de marcapasso transvenoso.

O local normalmente escolhido toma como base o tipo de necessidade do acesso, a capacidade de manutenção e a duração da necessidade. Embora qualquer local de punção possa ser viável, se houver opção, uma abordagem subclávia ou jugular deve ser escolhida em vez da abordagem femoral com base nas evidências atuais, tendo em vista que o risco de infecção na femoral é geralmente maior do que em outros sítios.

O lado direito é escolha de preferência, quando se opta pela punção da veia jugular interna ou veia subclávia, devido ao fato de que a cúpula pleural é mais baixa, reduzindo desse modo as chances de pneumotórax. Além disso, também há o fato do ducto torácico desembocar na veia subclávia esquerda, ocorrendo menos risco de quilotórax.

Durante o período do internato, acompanhei aproximadamente 10 passagens de acessos venosos centrais, a maioria deles nas UPA's e a indicação do acesso era para administração de droga vasoativa (normalmente, noradrenalina). O que mais me chamou a atenção é que na teoria o procedimento é para ser estéril e alguns médicos não respeitam essas recomendações.

Um fato que me chocou muito foi que durante uma dessas passagens o sítio de escolha do médico foi a subclávia esquerda, sendo que há recomendações para

ser na direita, e a paciente puncionada não tinha acometimentos no pulmão esquerdo (escolhe-se sempre o lado pulmonar afetado). O médico tentou várias e várias vezes, furou e furou, não conseguiu. Foi e tentou puncionar a subclávia esquerda. Novamente, após várias e várias tentativas, não obteve sucesso. Um dos médicos da sala amarela estava passando pela vermelha e pediu ao médico que o deixasse passar o acesso, pois havia tempo que não passava um. O médico deixou e após várias outras tentativas o médico obteve sucesso. Porém, não sei como não houve uma complicação.

A técnica de Seldinger, onde há passagem de um fio guia, antes da inserção do cateter, sempre foi respeitada e eu acho que ela é de grande auxílio para os médicos.

Uma coisa que facilita muito, mas as vezes não é possível em decorrência das macas na rede, é a posição de Trendelenburg, em que a cabeça fica um nível mais abaixo que as pernas, para que o retorno venoso aumente e as veias fiquem mais proeminentes.

Acredito que os acessos venosos centrais que acompanhei me permitiram boa reflexão acerca do que fazer e do que não fazer, seguindo os passos teóricos da técnica e também passos importantes de biossegurança para preocupações do paciente e do próprio profissional realizador do procedimento.

5.4 SONDA NASOENTÉRICA

Em um dos meus primeiros plantões, havia uma enfermeira recém-formada muito bacana que propôs com que eu realizasse esse procedimento.

A indicação de uma sonda nutricional para um paciente se dá por, normalmente, descompressão do estômago em casos de obstrução intestinal ou íleo, mas também pode ser indicada para administração de medicamentos e também para a própria nutrição do paciente, quando este não tolera a ingesta oral ou esta apresenta risco para ele (por exemplo, maiores chances de broncoaspiração).

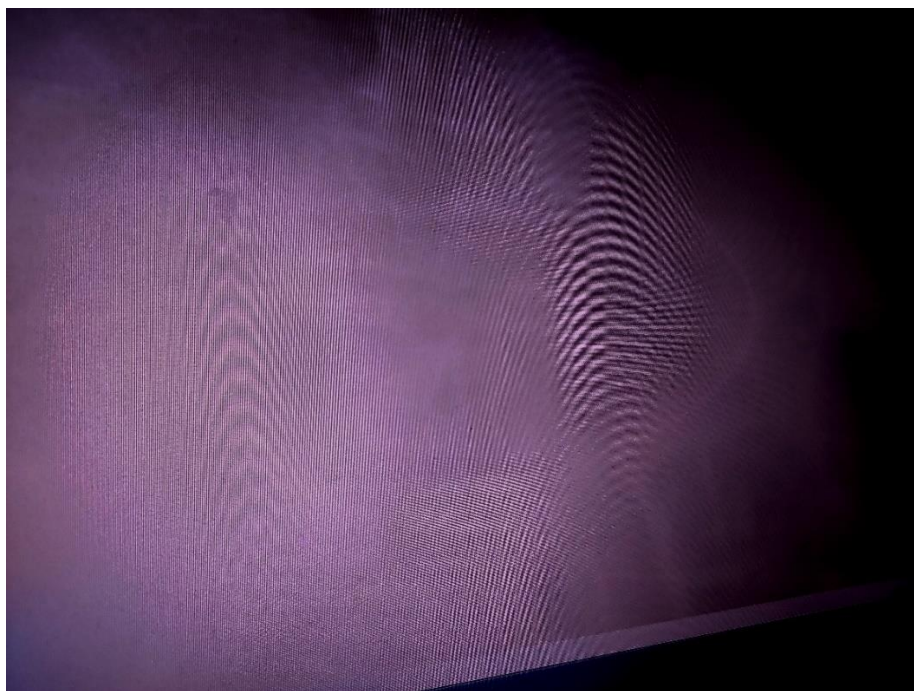
No caso desse paciente em que inseri a sonda, as indicações para ele era o risco maior de broncoaspiração e de desnutrição, pois se tratava de um paciente idoso, com comorbidades como Alzheimer avançada que impedem ele de se alimentar corretamente. Além disso, ele se encontrava incapaz de ingerir qualquer nutrição calórica adequada por via oral, o que poderia gerar desnutrição grave e, conseqüentemente, inibir

a cura e contribuir para outras doenças críticas.

Assim, a enfermeira me auxiliou no procedimento. Uma das coisas que notei, foi que na hora de passar a xilocaína em gel no tubo para melhor passagem e maior conforto do paciente, a equipe tem o costume de passar na luva, sendo que o recomendado é manter “o mais estéril” possível, mesmo que o procedimento em si só não seja tão estéril. Então, é melhor aplicar dentro do local onde vem o cateter/sonda, por exemplo e ali passar a sonda.

Fiquei bem feliz com o procedimento sendo realizado com sucesso, que pedi ao médico para que eu pudesse registrar o raio-x da confirmação de posicionamento da sonda.

Imagem 12 - Raio-x de posicionamento de sonda nasoentérica



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico RP Saúde

5.5 SONDAGEM VESICAL

A sondagem vesical é um procedimento indicado nos casos de retenção urinária, quadro gerado por processos obstrutivos, como hiperplasia benigna prostrática, casos infecciosos e inflamatórios, farmacológicos, neurológicos e outros, como trauma psicogênico. Também é realizado em casos perioperatórios e há indicações para a inserção de sonda vesical em casos de disfunção neurogênica da bexiga, incontinência urinária,

razões sociais e de higiene, paciente com doenças agudas que requerem medição aproximada do débito urinário, administração de drogas quimioterápicas e irrigação de bexiga.

Além das indicações terapêuticas, há indicações diagnósticas como medição da urodinâmica, coleta de amostra para análise de urina e estudos radiográficos, como cistograma.

Durante o internato em urgência e emergência vi várias passagens de sondas, principalmente na sala vermelha, para medição do débito urinário do paciente, além de quando o paciente se encontrava sedado e a sonda era passada. Em um desses pacientes, tive a oportunidade de realizar a passagem da sonda. Mais uma vez, o enfermeiro me auxiliou e, de novo, fiquei observando as técnicas e os procedimentos principalmente no que tange à biossegurança, que em sua maioria não é seguido. Teve até casos em que não se foi usada luva estéril para a passagem da sonda. Outra coisa é que nem sempre os equipamentos são testados de forma correta, podendo gerar complicações após a inserção dos mesmos.

5.6 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

O período do internato me proporcionou a visualização de aproximadamente 5 intubações orotraqueais por sequência rápida. Foi importante a observação desse procedimento para, mais uma vez, analisar o que é correto e o que não é, além de ver com os próprios olhos o que destoa da teoria que estudamos incansavelmente, como os 7P's da intubação orotraqueal (IOT).

A intubação orotraqueal é um procedimento indicado para um paciente com insuficiência respiratória aguda devido à oxigenação ou ventilação inadequada e para proteção das vias aéreas em um paciente com um estado mental alterado. Desse modo, conseguimos ver na prática quem vai receber o procedimento, ou quem não. Uma coisa que me marca muito, é que assisti a uma paciente que necessitava de intubação devido a um estado mental alterado – rebaixamento do nível de consciência, porém não foi realizada e devido a isso, ela desenvolveu uma pneumonia broncoaspirativa. São situações delicadas e que devemos analisa-las meticulosamente para que evitemos falhas terapêuticas.

É interessante notar que quando o médico decide pela IOT, a partir do

momento que pede para equipe preparar o material necessário para o procedimento, a minha cabeça já fica repassando os 7P's da IOT: preparação, pré-oxigenação, pré-tratamento, paralisia com indução, posicionamento, passagem do tubo e pós-intubação. Ademais, também é importante notar que minha cabeça já pensa nas dosagens das drogas, pelo peso estimado do paciente. Quantas ampolas de midazolam, sedação mais disponível no serviço, será realizada para esse paciente que pesa aproximadamente Xkg?

A maioria das IOT's eu acompanhei na UPA, e lá senti que os médicos são mais abertos para discutir as necessidades da IOT, explicar as etapas do procedimento e até mesmo deixar os alunos realizarem o procedimento. Infelizmente, não tive a sorte de fazer uma IOT, mas espero ansiosamente para esse dia.

5.7 TORACOCENTESE

As indicações para a realização da toracocentese, que é um procedimento que remove líquido da cavidade pleural, são amplas e incluem tratamento clínico diagnóstico e terapêutico.

O excesso de líquido nessa cavidade é patológico. O volume de fluido excessivo, a taxa de acúmulo, o conteúdo celular do fluido e a composição química dele são usados para orientar o manejo e o diagnóstico diferencial da etiologia subjacente.

O procedimento é feito na posição supina ou com o paciente sentado, a depender do conforto e possibilidades do paciente, condição subjacente e indicação clínica do procedimento.

Foi muito interessante acompanhar esse procedimento, no caso de um paciente que coletou para análise laboratorial, pela técnica que ele envolve e pelo procedimento ser guiado pelo ultrassom. A única coisa, é que não estávamos numa sala adequada para o procedimento, com movimentação intensa da equipe entrando e saindo da sala. A médica que estava realizando o procedimento explicou passo a passo e dicas para os internos presentes e para o residente.

5.8 PARACENTESE

A paracentese é um procedimento realizado para obtenção de amostra ou drenagem de líquido ascético com finalidades diagnósticas ou terapêuticas. Uma agulha ou cateter é inserido na cavidade peritoneal e o líquido ascético é removido. O fluido pode ser usado para determinar a etiologia da ascite e avaliar presença de câncer ou infecção.

O procedimento que acompanhei foi realizado para aliviar a pressão abdominal causada do paciente pelo líquido hepático e também para coleta de material para análise e identificação de causas de doenças hepáticas, já que o paciente estava muito ictérico.

Foi muito interessante o uso do ultrassom para a realização do procedimento e eu gosto muito de no hospital ter um aparelho disponível a beira leito, tendo em vista que isso aumenta a probabilidade de um procedimento ser bem-sucedido.

No hospital, pelo procedimento ter sido realizado por um residente, os procedimentos de biossegurança foram seguidos corretamente, e o residente que estava realizando o procedimento foi explicando passo a passo para que entendêssemos tudo o que vemos na teoria.

5.9 GASOMETRIA ARTERIAL

A gasometria arterial é uma ferramenta utilizada no diagnóstico de algumas doenças capaz de identificar as pressões parciais dos gases presentes no sangue e o conteúdo ácido-base. Essas análises permitem que interpretemos distúrbios respiratórios, circulatórios e metabólicos.

Realizei aproximadamente umas 5 coletas de gasometria arterial sob supervisão dos enfermeiros do serviço. Esses foram muito solícitos e ficaram lado a lado explicando, principalmente, a localização anatômica. Um procedimento que deve ser cuidadoso, pois é doloroso ao paciente, muitas vezes.

Acredito que todas as recomendações estudadas para a realização do procedimento foram seguidas e fiquei feliz em ver que a teoria, nesse caso, se aproxima da prática.

6 PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS

6.1 A UNIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS NOS SERVIÇOS

Acredito que a utilização de um mesmo sistema para o prontuário eletrônico entre as instituições que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Foz do Iguaçu – PR seja uma proposta de intervenção muito interessante para agilizar, principalmente, os procedimentos de solicitação de vaga para os pacientes. Desse modo, ficaria mais fácil a obtenção da história clínica e dose exames complementares da condição clínica do paciente.

Outro ponto muito importante é que para a solicitação de vaga, os enfermeiros, que são os responsáveis por essa função, utilizam dois sistemas para a solicitação de vaga. Um sistema é referente à solicitação propriamente dita, e o outro é o responsável pelas informações da regulação. Caso todos os processos também fossem realizados em único sistema, facilitaria a vida de todos, os profissionais e pacientes e, na minha visão, ocorreriam menos erros e “descuidos” como acabar “não vendo” uma pendência de solicitação de vaga, ou até mesmo verificar que a vaga foi aceita depois que já foi passado algum tempo – o que atrasa o encaminhamento do paciente e a depender do caso pode piorar o prognóstico deste.

A utilização de um sistema comum também tem suas vantagens em saber a respeito das comorbidades do usuário. Por exemplo, se ao abrir um prontuário, em uma aba específica que poderia até se chamar “comorbidades”, nela aparecer tudo que o paciente tem. Isso nos ajudaria muito quando recebemos um paciente confuso, com um grau de Escala de Coma de Glasgow mais baixo, sequelados de AVEs ou em surto psicótico, principalmente em momentos que não temos familiares para retirar a história do paciente. Já que no mundo ideal esse paciente teria um acompanhamento longitudinal na Unidade Básica de Saúde, lá o sistema seria alimentado com o passar da vida dele, e assim, caso precisasse de uma UPA ou do HMPGL ou do HMCC, já que todos estariam utilizando o mesmo sistema, o profissional atuante nesses setores de nível de complexidade maior já teria maiores informações a respeito do usuário, melhorando tratamento, cuidado e, quem sabe, prognóstico.

6.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Sinceramente, este é um ponto que tenho vergonha de tocar. Acredito que os profissionais de saúde deveriam sempre tratar o outro como ser humano que é. Entre miúdos, tratar o outro como a gente quer ser tratado. Deve ser horrível, já em um momento de vulnerabilidade como no caso de dor, sofrer algum desrespeito por parte de quem acreditamos que está ali para nos “curar”.

Durante o estágio, tristemente acompanhei diversas situações de desrespeito com os pacientes, majoritariamente em situação de tentativa de autoextermínio. Para chegar a esse ponto, é muito possível que o paciente já se sinta só, e de nada contribui para ele os comentários desagradáveis do tipo: “não presta nem pra se matar”, “tem que estudar pra saber o que está fazendo”, “não tentou se matar? Agora vai ter que aguentar a sonda”, dentre diversos outros comentários além da violência física que esses pacientes sofrem para que sejam contidos no leito. Há técnicos de enfermagem que imobilizam os pacientes colocando um lençol no pescoço e quando o paciente reage puxam o lençol para baixo causando no paciente uma espécie de enforcamento. Necessário conter o paciente? Sim, porque precisamos realizar procedimentos em que este deve ser colaborativo. Exagerar na dose de contenção? Para quê?

Além dos casos de tentativa de autoextermínio, pacientes que possuem identidade sexual e orientação sexual divergente do padrão sofrem comentários violentos e demasiadamente desrespeitosos. “É “o travesti” do leito 11, na UPA”. “É aquele “boiolinha” que o SAMU trouxe”. Deixo claro aqui que estas são algumas frases que ouvi durante o período do estágio que me deixaram inconformado, já que estamos em pleno século XXI.

Pacientes obesos também são motivo de chacota para equipe multidisciplinar atuante nesses cenários, principalmente nas UPAs. Um dos casos que mais me marcou foi de uma senhora de 94 anos, que deu entrada na UPA devido a um quadro de dispneia, associada a tosse. Ela estava hipossaturando, necessitando de oxigenioterapia. Estava gemente, chorosa, desesperada pois estava sem ar. O técnico, enquanto coletava os exames solicitados, gritava com ela, ordenando que ela respirasse pelo nariz e parasse de chorar e gemer que de nada adiantaria para o caso dela, que a saturação dela só iria subir se ela parasse de gemer. Quando foram passar a sonda vesical de demora, houve uma brincadeira da enfermeira, dizendo que ela estava “entrando em uma caverna” no procedimento devido ao peso da paciente. Isso me revoltou muito.

Diante desses quadros, considero muito importante que a equipe tenha treinamentos e sejam realmente cobradas nesses aspectos, sendo até mesmo punida quando necessário.

Cursos que envolvam a temática, treinamentos e orientações firmes a respeito são necessárias.

6.3 TREINAMENTO DE EQUIPE PARA INTERCORRÊNCIAS

Uma outra sugestão é que as equipes sejam treinadas para lidar com as intercorrências. Diversas vezes me deparei com situação de equipe “estabanada” e desorganizada. Em uma parada cardiorrespiratória no pronto socorro do HMPGL, em dado momento a técnica que estava responsável pelas medicações passou estas para outra profissional por que necessitava buscar algo na farmácia. Em seguida, não sabíamos mais quantas seringas de adrenalina foram feitas. Isso mostrou o despreparo diante de uma situação que necessita ser minuciosamente tratada com cuidado e atenção.

Sendo assim, a promoção de oficinas, workshops, cursos que envolvam o treinamento e capacitação de TODOS os profissionais, inclusive médicos, são extremamente necessários para não complicar a vida do paciente – causando iatrogenias, piorando o quadro clínico do paciente ou fazendo com que ele evolua mal sem nenhuma necessidade. Além de que, cada equipe, deveria ter “sua” formação para essas intercorrências. Já se deixar registrado “quem é quem” diante de uma intercorrência e qual função exercerá nela.

Promoção de educação permanente é o caminho.

6.4 SALA DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Acredito que os aspectos que envolvam as doenças psiquiátricas, como por exemplo uma tentativa de suicídio em um paciente sem demais comorbidades psiquiátricas que alterem a sua sensopercepção, deva ser tratado com muita cautela. É muito difícil e desconfortável para um paciente dizer sobre sua ideação, sobre sua tentativa, sobre seus porquês diante de 10 pessoas tomando medicação, ou um “curioso” na maca ao lado. Exceto em caso de pacientes que vão para a sala vermelha, acredito que dentro das

unidades de atendimento deveria existir uma sala de atendimento voltada para esses casos, para uma maior privacidade do paciente. Isso também ajudaria na criação de um vínculo mínimo que essas situações exigem para que o paciente se abra e conte uma história a mais verdadeira e fidedigna possível do que ocorreu com ele, e com isso possamos trata-lo da melhor forma possível.

Além disso, acredito que os profissionais deveriam receber treinamentos para atendimento dessas demandas, visto que não considero a equipe sensibilizada para essas queixas, devido a inúmeros motivos já citados no desenvolver desse trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero essa etapa da passagem nos cenários de Urgência e Emergência do SUS no município de Foz do Iguaçu uma das mais importantes durante a minha formação, não só por colocar em prática e acrescentar ainda mais a todo um arcabouço teórico, mas por conhecer o serviço, como ele funciona, a estrutura disponível no trabalho, o que é feito e o que não é feito diante de uma situação vista anteriormente nas páginas de um livro, além de claro, ter em mente os profissionais espelhos.

Foi de extrema importância analisar todo o manejo de diversas afecções que chegam para atendimento nas instituições em que realizamos as práticas, além de termos a possibilidade de discutir os casos e situações clínicas com os preceptores do serviço, o que contribui ainda mais para a nossa formação.

A confecção desse trabalho com as análises críticas e reflexivas acerca das condutas tomadas pelos médicos plantonistas e dos procedimentos vistos e realizados permitem com que consolidemos ainda mais nossa teoria, além de conseguir detectar falhas em todo o processo de atendimento, realização de procedimentos, etc.

Ainda, estar de forma ativa na rede possibilita que detectemos problemas que impedem um melhor funcionamento do serviço, por exemplo, como citado no trabalho, um sistema de prontuário eletrônico que não é unificado e deixa alguns processos ainda mais burocráticos.

Assim, o estágio do internato em Urgência e Emergência do SUS foi um período que muito acrescentou na minha formação profissional, possibilitando uma visão ampla, mais global, dos aspectos clínicos e estruturais do processo de formação médica, permitindo que eu me construa um médico melhor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. 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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

CAMPBELL, Margaret L. Dyspnea. **Critical Care Nursing Clinics Of North America**, S.I., v. 29, n. 4, p. 461-470, 2017.

CEM. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

FONT, Michael D *et al.* Sepsis and Septic Shock - Basics of diagnosis, pathophysiology and clinical decision making. **He Medical Clinics Of North America**, S.I., v. 104, n. 4, p. 573-585, 2020.

GOLIN, Valdir. **Procedimentos do internato à residência médica/gestor**. São Paulo: Atheneu, 2012

GONÇALVES, B. M, et al. ANAFILAXIA NA EMERGÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, [S. l.], v. 2, n. 6, p. e26453, 2021.

LINHARES, Alna O M et. al.. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Editora Sanar, 2018.

MARTINS, Herlon ...[et al.]. **Medicina de emergência : revisão rápida** / Barueri, SP: Manole, 2017.

PARANÁ, Corpo de Bombeiros do. **Como funciona o SIATE**. Disponível em: <https://www.bombeiros.pr.gov.br/Pagina/Como-funciona-o-SIATE>. Acesso em: 05 nov. 2021.

PHTLS: **Atendimento Pré hospitalar no trauma**, Copyright 2017, National Association of Emergency Medical Technicians, 8ªed. Universidade Federal do Maranhão. UMA SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

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

PUTAALA, Jukka. Ischemic Stroke in Young Adults. **Continuum (Minneapolis, Minn.)**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 386-414, abr. 2020.

SATO, E. I. (Coord.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: urgências e emergências. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018

SAUDE, Ministério da. **Portaria nº 1.010**. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 02 nov. 2021.

SAUDE, Ministério da. **Portaria nº 342**. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

SAUDE, Ministério da. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**: saúde toda hora. Saúde toda Hora. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpstrasredeemergencia>. Acesso em: 07 nov. 2021.

SCALABRINI NETO, Augusto; DIAS, Roger Daglius; VELASCO, Irineu Tadeu. **Procedimentos em emergências**. [S.l.: s.n.], 2016.

SHELLHAAS, Renée A. Seizure classification, etiology, and management. **Handbook Of Clinical Neurology**, S.l, v. 162, n. S.l. , p. 347-361.

UNNITHAN, Ajaya Kumar A.; MEHTA, Parth. Hemorrhagic Stroke. **Statpearls [Internet]**, 2021.

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; SOUZA, Heraldo Possolo de; *et al.* **Medicina de emergência: abordagem prática**. 14 ed. São Paulo: Manole, 2020.

WALLS, R., HOCKBERGER, R., GAUSCHE-HILL, M. **Rosen Medicina de Emergência: Conceitos e Prática Médica**. GEN Guanabara Koogan. 2019.