



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

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

SEBASTIAN SANTACRUZ MACORITTO

Foz do Iguaçu - PR

2022

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA

(ILACVN)

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

SEBASTIAN SANTACRUZ MACORITTO

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

Orientadora: Prof.^a Rosana Álvarez Callejas.

Foz do Iguaçu - PR

2022

SEBASTIAN SANTACRUZ MACORITTO

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Rosana Álvarez Callejas.

UNILA

Prof.^a Luiz Fernando Boff Zarpelon.

UNILA

Prof. Francisney Pinto Do Nascimento.

UNILA

Foz do Iguaçu, 16 de Dezembro de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Sebastián Santacruz Macoritto

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: Internato em Urgência e Emergência do SUS

Nome do orientador(a): Prof.ª Rosana Álvarez Callejas.

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.
- C. 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.
- D. 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, 16 de Dezembro de 2022 .

Assinatura do Responsável

MACORITTO, Sebastian Santacruz. **Internato em Urgência e Emergência do SUS**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

Os cenários de urgência e emergência são aqueles que exigem ações imediatas para salvar vidas e abrangem uma variedade de situações ameaçadoras à vida, este serviço desempenha um papel importante na redução de danos causados por estas situações e também na coordenação de outros serviços necessários para ajudar o paciente. Nesse trabalho apresentado se descrevem as atividades realizadas durante o Internato em Urgência e Emergência do SUS, do curso de Medicina, da Universidade Federal de Integração Latino-Americana e transcorreu no período do primeiro semestre do presente ano. Desta forma, envolvendo a complexidade das situações enfrentadas foi necessário enfrentar tais desafios mediante conhecimento teórico e habilidades na prática clínica, que foram sendo aprimoradas durante o transcurso do internato, para assim assegurar que pacientes estejam recebendo os cuidados adequados. No entanto, a formação acadêmica não deve limitar se somente a apenas possuir um alto nível de conhecimento e habilidades médicas, sendo também importante praticar uma comunicação empática com pacientes e colegas, a fim de criar relacionamentos confiáveis e duradouros, consciência social e senso humanitário. Desta forma, o objetivo deste trabalho consiste em demonstrar os desafios vivenciados e como estes foram conquistados durante o processo, através de reflexões acerca das diversas situações e contribuindo no âmbito social local.

Palavras-chave: Urgência e Emergência. Sistema Único de Saúde. Internato.

MACORITTO, Sebastian Santacruz. **Internship in Urgency and Emergency of the SUS**. 2022. Course Completion Paper (Graduate in Medicine) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

Urgent and emergency scenarios are those that require immediate action to save lives and cover a variety of life-threatening situations, this service plays an important role in reducing the damage caused by these situations and also in coordinating other services needed to help the patient. In this work presented, the activities carried out during the Internship in Urgency and Emergency of the SUS, of the Medicine course, of the Federal University of Latin American Integration and took place in the period of the first semester of the present year are described. In this way, involving the complexity of the situations faced, it was necessary to face such challenges through theoretical knowledge and skills in clinical practice, which were being improved during the course of the internship, in order to ensure that patients are receiving adequate care. However, academic training should not be limited to just having a high level of medical knowledge and skills, it is also important to practice empathic communication with patients and colleagues in order to create trusting and prolonged relationships, social awareness and humanitarian sense. In this way, the objective of this work is to demonstrate the challenges experienced and how they were conquered during the process, through reflections about the different situations and contributing to the local social scope.

Keywords: Urgency and Emergency. Health Unic System. Boarding school.

MACORITTO, Sebastian Santacruz. **Internado en Urgencias y Emergencias del SUS**. 2022. Trabajo de Conclusion de Curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMEN

Los escenarios de urgencia y de emergencia son aquellos que requieren una acción inmediata para salvar vidas y abarcan una variedad de situaciones que la amenazan. Este servicio juega un papel importante en la reducción del daño causado por tales situaciones y también en la coordinación de otros servicios necesarios para ayudar al paciente. En este trabajo presentado se describen las actividades realizadas durante el Internado en Urgencias y Emergencias del SUS, de la carrera de Medicina, de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana y que se desarrollaron en el período del primer semestre del presente año. De esta forma, involucrando la complejidad de las situaciones enfrentadas, fue necesario enfrentar dichos desafíos a través de conocimientos teóricos y habilidades en la práctica clínica, que fueron mejorando durante el transcurso del internado, con el fin de garantizar que los pacientes estén recibiendo una atención adecuada. Sin embargo, la formación académica no debe limitarse a tener un alto nivel de conocimientos y habilidades médicas, también es importante practicar la comunicación empática con pacientes y colegas para crear relaciones de confianza y duraderas, conciencia social y sentido humanitario. De esta forma, el objetivo de este trabajo es evidenciar los desafíos vividos y cómo fueron conquistados durante el proceso, a través de reflexiones sobre las diferentes situaciones y aportando al ámbito social local.

Palabras clave: Urgencia y Emergencia. Sistema único de Salud. Internado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIC	Bomba de infusão contínua
BLS	Suporte Básico de Vida
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DVAs	Drogas vasoativas
FAF	Ferimento por arma de fogo
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência respiratória
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDA	hemorragia digestiva alta
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IAMcST	IAM com supradesnivelamento do segmento ST
IAMsST	IAM sem supradesnivelamento de segmento ST
IOT	Intubação Orotraqueal
IRA	Insuficiência respiratória aguda
MOV	Monitorização, oxigênio e veia
PA	Pressão arterial
PCR	Parada cardiorrespiratória
PS	Pronto- socorro
RCP	Reanimação cardiopulmonar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPO2	Saturação de oxigênio
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde

SVD	Sonda Vesical de Demora
TAX	Temperatura axilar
UBS	Tomografia Computadorizada
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.	11
REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.	13
CASOS CLÍNICOS.	18
CASO CLÍNICO 1.	20
CASO CLÍNICO 2.	24
CASO CLÍNICO 3.	31
CASO CLÍNICO 4.	39
CASO CLÍNICO 5.	45
CASO CLÍNICO 6.	52
CASO CLÍNICO 7.	61
CASO CLÍNICO 8.	65
RELATO VIVENCIAL NOS CENÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.	68
PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS.	71
QUESTÃO PROBLEMA NAS ESTRUTURAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.	82
REFLEXÃO SOBRE O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.	84
REFERÊNCIAS	85

INTRODUÇÃO.

A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define *URGÊNCIA* como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. E *EMERGÊNCIA* como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (Conselho Federal de Medicina, 2015).

Com o processo de ensino-aprendizagem em saúde conforme o curso de Medicina da UNILA, são pautados nos preceitos da bioética, um profissional com formação científica, crítica, reflexiva e humanista, visando um perfil de egresso com responsabilidade e compromisso na gestão do cuidado de forma que possa gerar um impacto nas abordagens iniciais dos processos de saúde-doença no contexto das Urgências e Emergências (UE). Este relatório apresentado tem como objetivo incentivar, reconhecer, e preparar ao acadêmico de medicina em a dar os primeiro passos inserido na gestão do cuidado ao paciente grave em qualquer contexto de cenários pré-hospitalar e intra-hospitalar, assim como desenvolver competências com o intuito de reconhecer situações clínicas ameaçadoras à vida, pois a depender do estadiamento da condição ou situação do paciente, podem haver inúmeras condutas a serem adotadas, e como estas condutas se adequam aos protocolos e diretrizes vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS) aplicados ao Município de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu.

Desta maneira se abordam as temáticas vivenciadas nos capítulos seguintes durante os plantões semanais nas instituições que formam parte da rede de UE no âmbito do SUS: como eles estão aderidos a legislação vigente e como estas normas se aplicam nos respectivos casos clínicos, que, serão descritos posteriormente com argumentos baseados nas referências necessárias para compreender os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas síndromes prevalentes, com a finalidade de construir o raciocínio clínico justificado nas condutas, além de envolver por consequentemente questões éticas e morais que se denotam durante os atendimentos.

Os treinamentos de procedimentos invasivos nos laboratórios de simulação realística no prédio do campus da UNILA servem de estímulo para adquirir habilidades na prática médica, propiciando a segurança do paciente. O capítulo que abrange sobre

este, aborda os principais procedimentos realizados e assistidos, assim como as habilidades necessárias ao atendimento de um paciente em emergência, bem como a técnica adequada, as indicações, as contraindicações e as complicações de tais procedimentos, como corrigi-las, e como realizar o devido registro do mesmo no sistema da instituição. Cabe ressaltar que antes de estes procedimentos serem realizados foram previamente autorizados preceptores que atuam na rede médica dos locais no sistema único de saúde SUS, que são médicos, enfermeiros e técnicos designados para esta tarefa de acordo com as normas preestabelecidas nas instituições.

Finalmente se abordam as temáticas referentes ao Comitê de Ética do Estudante de Medicina é uma questão problema que ressalta em algum setor específico dentro do serviço de UE de maneira frequente para assim realizar propostas de medidas que poderiam ser adotadas ou reforçadas com a intenção de aportar na melhoria contínua do serviço, e finalmente dotar o papel do interno de medicina como partícipe durante as ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde dentro de suas próprias limitações de acordo com o marco legal vigente nos diferentes cenários de aprendizado.

REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

Os problemas de saúde podem ser crônicos ou uma condição aguda, esta última são características óbvias por eventos agudos, percebidos subjetivamente e/ou objetivamente, por outro lado, também podem ocorrer doenças crônicas que se apresentam certos estágios de eventos agudos causados por exacerbações, às vezes devido à má gestão dessas condições crônicas pelo sistema de saúde.

A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde em seu Artigo 2 refere que toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

Os usuários com quadros agudos devem ser garantidos por todas portas de atendimento médico no SUS, que permite a resolutividade de maneira integral da demanda ou transferência com responsabilidade, para um serviço mais complexo e hierarquizado, estruturado, e organizado em redes regionais de atenção às urgências assim como elas formam parte de uma rede de maior complexidade.

E, portanto, seguindo os fundamentos normativos do SUS e o referencial teórico que o embasa, a atenção às urgências deve estar organizada em redes: as Redes de Atenção à Saúde (RAS), vinculada a uma missão, com objetivos compartilhados, trabalho colaborativo e interdependência, que permite ao profissional ofertar uma atenção contínua e integrada para um grupo específico. (BRASIL, 2015)

No município de Foz do iguaçu está composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo estas estruturas de nível de complexidade menor que possui importante papel no atendimento inicial e regulação do paciente além de contar com salas de estabilização, enquanto o paciente aguarda pela transferência. a cargo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), exceto o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), corresponde a serviço de média complexidade e por último os níveis de maior complexidade sendo estes o Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e alguns setores do Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), entre eles as áreas de Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia e UTI neonatal.

No município de São Miguel do Iguçu os componentes no cenário de UE são contemplados as UBS e o complexo Hospitalar São Miguel Arcanjo, este último contando com o apoio do serviço de laboratório e imagem do Hospital Madre de Dio, conta com área de maternidade pediatria, cirurgia geral, ambulatório de ginecologia e obstetrícia. O sistema de atendimento no complexo hospitalar fica sobrecarregado devido a ser a única referência na cidade nos períodos de final de semana.

A Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011, do Ministério da Saúde, estabelece o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) como um componente assistencial móvel que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

A estrutura e a dinâmica do SAMU 192 como um projeto se iniciou em 2003 e que tem levado atendimento pré-hospitalar para a população. Entre as equipes do SAMU se destacam as unidades suporte básico (USB) e unidades de suporte avançado (USA), esta última consta como concorrentes socorrista, 1 médico e o enfermeiro.

Desta forma, se estabeleceram linhas de cuidado prioritárias reforçadas, sendo elas:

- Portaria MS/GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, com foco na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).
- Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, do Ministério da Saúde, com foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC).
- Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, com foco na atenção ao Politrauma

Estas portarias definem por tanto as estruturas de referência no município levando em consideração as linhas prioritárias atribuídas.

O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) atua de maneira similar ao SAMU, mas é um serviço gerenciado pelo Corpo de Bombeiros e tem como foco de atendimento às vítimas de trauma de vários níveis. e são encarregados pela chamada regulação médica, onde tem um médico nessa central de regulação e, obviamente, não está sozinho, é o responsável em fazer essa regulação, a classificação e a tomada de decisão técnica entre enviar a unidade de acordo ao caso, é chamada de regulação primária. Depois de que a equipe chega no local onde foi requisitada se corresponde a dar um feedback para a equipe do SAMU sobre o caso para que a equipe possa tomar a decisão de levar no hospital, na unidade de saúde mais adequada para o atendimento, isso é chamado de regulação secundária.

Em contrapartida, a situação normativa difere da realidade. O PS do HMPGL como as UPAs, devido a disponibilidade 24 horas são referência para as emergências de caráter clínico tanto como cirúrgico, além de ser a referência de duas das linhas prioritárias (trauma e AVC) independentemente da idade, mas sim dependente da complexidade da condição clínica do paciente, estas diferenças denotam como às vezes o fluxo de pacientes não é regulado de maneira correta derivando em problemas na comunicação quanto a regulação do fluxo da assistência, por exemplo em uma criança em estado grave sendo transferida para uma UPA do município, ao invés de ser transferida diretamente no HMPGL resultando num desfecho para o paciente.

Estar consciente das legislações é de suma importância para poder entender o fluxo da assistência e sua maneira de adaptá-lo a cada paciente levando em consideração as peculiaridades do local onde ele está inserido.

No transcurso dos plantões, estas irregularidades se encontram com frequência, situações como atraso na aceitação de vagas nos hospitais de referência, ou até pacientes referenciados das UBS sem necessidade.

Vale ressaltar que existe também a situação dos pacientes que acreditam que vão conseguir consulta mais rápida que na UBS de referência para prescindir do agendamento da consulta, sendo essa uma questão difícil de lidar pois a triagem nos serviços devem investigar corretamente os motivos das consultas e classificá las segundo o protocolo de manchester.

Este sistema de classificação possui vital importância devido a que evitar riscos para o paciente e também evita sobrecarregar o sistema desnecessariamente, diante disso foram percebidos vários casos nos quais as queixas poderiam ser atendidas de maneira ambulatorial nas UBS de referência do paciente. Este ponto é ainda mais notório nos dias de final de semana devido ao horário de atendimento na APS.

Mesmo assim, o fato do encaminhamento do paciente deve possuir alguns critérios para poder prestar uma atenção de acordo às necessidades. Considerando o exposto acima uma reunião Extraordinária do Comitê Municipal de Urgência e Emergência no dia 13 de Abril de 2022, elaborou uma revisão do protocolo de encaminhamentos. Este protocolo não se obedece em vários pontos especialmente e especialmente o SAMU e o SIATE devem ter bastante noção devido ao papel fundamental de reguladores.

Salientase que o papel do SAMU como regulador de estas queixas de caráter ambulatorial que às vezes não são corretamente abordadas na primeira porta de entrada do usuário, estes não são devidamente orientados constituindo um problema porque cria um fluxo que gera dificuldade às equipes de plantão para lidar com tais situações. A regulação deste serviço no componente do cenário de atendimento domiciliar às vezes também difere das legislações estipuladas porque existem situações clínicas em que um paciente (ou familiar do paciente) acredita que está em risco de vida, mas isso não está somente ligado ao atendimento domiciliar, os encaminhamentos desde a APS para serviços de maior complexidade às vezes não possui critérios de gravidade para tal encaminhamento. Em situações diante de um paciente grave pode se usar a “vaga zero”, cuja definição pelo Conselho Federal de Medicina o caracteriza como um “recurso” essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. Sendo alguns casos encaminhados como vaga zero sem necessidade.

Um fluxo de atenção não conseguirá ser conservado se a estrutura física mínima não cumpre com os requisitos para o manejo integral das demandas de urgência e emergência. A estrutura e apoio financeiro das RAS no Município de Foz do Iguaçu estão ligados ao Fundo Municipal de Saúde. Neste período do internato todas as estruturas estão com deficiências, envolvendo situações desde falta de

reagentes nos laboratórios, até falta de medicamentos em estoque. O município alberga um fluxo alto de turistas, então estas redes de atenção às UE ficam ainda mais sobrecarregadas, em particular com casos de trauma.

CASOS CLÍNICOS.

Os casos clínicos selecionados a seguir correspondem a grupo de patologias que se apresentam com frequência no pronto socorro. Alguns deles sendo muito prevalentes, especialmente focados no período pós pandemia COVID-19 onde os serviços de saúde estão apresentando uma diminuição destes casos em virtude da imunização da população, no entanto ainda são observados casos especialmente durante as temporadas frias. Os casos clínicos começam pela temática do trauma com o intuito de realizar ênfase no atendimento ao paciente grave e a abordagem inicial para construir um raciocínio de acordo paciente no cenário das urgências e emergências. Antes de abordar os casos, devemos levar em conta as bases que devem compor uma avaliação estruturada, rápida e concisa a modo de otimizar o tempo de atendimento inicial e reconhecer fatores que possam ameaçar a vida da pessoa. O paciente grave é definido pela disfunção em algum dos 3 grandes sistemas: cardiovascular, respiratório e sistema nervoso central. A sistematização do atendimento preconizadas pelo American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support (ATLS), constituindo uma ferramenta importante como a mnemotecnica ABCDE + MOV para uma identificação rápida de causas com rápida mortalidade e que podem ser rapidamente manejadas inicialmente, mesmo que ainda não possua um diagnóstico confirmado e evitando medidas diagnósticas e terapêuticas desnecessárias no momento para não promover ou piorar lesões já instaladas. Em via de regra, conhecer explicitamente cada um destes passos ajuda no sustento subsequente através das medidas terapêuticas pertinentes a cada passo, mas podemos avaliar de forma imediata perguntando o nome e os dados do acontecimento, avaliando os tipos de resposta. Se a resposta for apropriada (coerente, compreensível, audível) podemos dizer que as letras ABC estão preservadas. Se a resposta for inadequada (confusa, inaudível, sem resposta) provavelmente haja comprometimento do A, B, C e/ou D devendo pesquisar mais detalhadamente.

A- Airway: se refere a uma avaliação rápida para assegurar a permeabilidade das vias aéreas e identificar os sinais de obstrução (e corrigir) e realizar a imobilização cervical.

B- Breathing and ventilation: avaliar adequadamente a mecânica ventilatória, o pescoço e conferir o fluxo de ar nos pulmões.

C- Circulation with haemorrhage control: avaliar rapidamente focos ativos de sangramento externo e descartar sinais de choque circulatório (taquicardia, palidez cutânea, hipotensão, rebaixamento de nível de consciência)

D- Disability: avaliado mediante a Escala de Coma de Glasgow (GCS). Pacientes com GCS menor ou igual a 8, devem ser submetidos a uma via aérea definitiva.

E- Exposure and environmental control: deixar exposto ao paciente, e evitar a hipotermia e hipotensão.

O MOV corresponde a Monitoração, Oxigênio e acesso Venoso e se justifica como umas ações imediatas necessárias para proceder com a seguinte avaliação e ajudam na conduta terapêutica inicial de ressuscitação.

Uma vez realizado a avaliação primária nem sempre é possível realizar a avaliação secundária visando a coleta de dados importantes, sendo assim a mnemotecnica AMPLA (Alergias,Medicações, Passado-prenhez, Líquidos ou alimentos ingeridos , Ambiente-mecanismo do trauma).

CASO CLÍNICO 1.

Cenário: plantão na UPA SAMEK

Identificação: V.V, 26 anos, masculino, solteiro.

História da moléstia atual: paciente proveniente de Vila A, em maca rígida com colar cervical. O SIATE refere atropelamento por moto, com acometimento craniano, nega perda de consciência. Refere estar com cefaleia intensa, gemente.

História médica e social pregressa: Nega patologias prévias, internamentos ou cirurgias anteriores. Nega alergias.

Hábitos de vida: etilista, tabagista e usuário de maconha.

Exame físico:

Sinais Vitais (SSVV): PA 170/115mmHg, FC 110 bpm, HGT: 128mg/dL, Sat O2 98% em AA.

Ectoscopia: Regular estado geral, gemente, em más condições de higiene, anictérico, sudoreico, afebril, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente.

Neurológico: Glasgow 12, resposta verbal confusa, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais no momento, força muscular não testável devido a maca rígida e sensibilidade preservadas em membros superiores e membros inferiores, sem desvio de rima, sem nistagmo.

Cabeça e pescoço: ferida corto-contusa na região frontal esquerda. Sinal de Guaxinim ausente. Sinal de Battle ausente. Sem sinais de otorrêia ou otorragia. dor à palpação de coluna cervical e facie. Presença de sialorrêia

Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular, sem sopros audíveis. TEC <3s, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios;

Pulmonar: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, timpânico, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório, sem dor ou crepitação à palpação de arcos costais.

Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, plano, indolor a palpação superficial e profunda, visceromegalias não palpáveis, sem sinais de peritonismo.

Genito/urinário: diurese espontânea.

Extremidades: quentes e perfundidas, sem sinais de empastamento, com escoriações na região plantar e calcanhar em membro inferior esquerdo.

Hipóteses diagnósticas.

-Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) moderado

- TCE com fratura de base de crânio
- Atropelamento
- Rebaixamento de nível de consciência por etilismo.

Discussão de hipóteses diagnósticas.

O TCE pode ser dividido em relação a sua gravidade e quanto a sua morfologia. A gravidade do se classifica em TCE leve (GSC15-13), moderado (GSC 12-9) e grave com GSC menor a 8 sendo este um critério para proteger a via aérea). A classificação pela morfologia aborda duas categorias, as fraturas e as lesões intracranianas, sendo elas subdivididas. As fraturas se dividem em fratura de calota e fratura de base de crânio. As fraturas de calota, por exemplo, pode ser possível identificar uma depressão na cabeça durante o exame físico, a fraturas de base apresentam sinais específicos (sinal de guaxinim, sinal de battle) associado a rinorreia de liquor.

As lesões intracranianas por sua vez se dividem em lesão difusa e sinal focal. A lesão axonal difusa é decorrente de acidente de alto impacto ou desaceleração e corresponde a casos graves. A lesão focal por sua vez está dividida em hematoma epidural (raro, de forma biconvexa na TC), o hematoma subdural (mais comum aspecto de banana) e por último a contusão e hematoma intracerebral (20-30%)

A hipótese de RNC por álcool pode ser um diagnóstico diferencial, porém, velar pela segurança do paciente deve ser uma prioridade, descartar um potencial risco à saúde possui mais importância.

Conduta frente ao caso.

- Solicito Rx (crânio, coluna cervical, pelve e pés)
- Solicito exames de laboratorio (hemograma, PCR, KTTP)
- Curativo Sintomáticos
- Diazepam (ACM)
- Sonda vesical de demora (SVD)

Discussão de conduta inicial.

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de mortes e 12,5% do total de mortes por todas as causas e tem uma grande prevalência intra e extra hospitalar. O paciente neste caso foi erroneamente regulado, mesmo com ABCDE+MOV, um paciente apresentando aparente permeabilidade de vias aéreas porém com um GSC perto da normalidade com duvidosa resposta verbal, e a presença de PA elevada e discreta a taquicardia, sudorese, e gemência era

decorrente da dor de face. Muitos sinais de gravidade e sugestivos de um TCE. O exame físico, dificultado pela contenção na prancha rígida e colete cervical, mesmo assim deve ser focado em coletar dados de maneira rápida para evitar o desconforto, este paciente tinha grande quantidade de cabelo (rastas) e dificultava avaliar ferimentos do couro cabeludo. A prescrição foi realizada com ênfase no controle da PA, sintomáticos e profiláticos: como dipirona, metoclopramida, tramal, profilaxia gástrica com omeprazol e diazepam a critério médico (ACM) por se apresentar agitação por abstinência, os cuidados referentes a controle glicêmico e cuidados de monitoração de padrão neurológico para estimar a progressão da condição se constitui na avaliação secundária.

Ilustração 1: resultado da radiografia



Fonte: autor.

Após realizar as radiografias, se percebe uma fratura de crânio de grande extensão, sendo solicitada uma vaga no HMPGL e os médicos reguladores do SAMU solicitaram a proteção da via aérea já que o mesmo estava apresentando sinais de alarme como aparecimento de edema periorbital a esquerda. O paciente teve uma evolução desfavorável e cursava com flutuações do nível de consciência dentro do internamento. A abordagem da via aérea do paciente assisti e ajudei com a preparação e passagem dos materiais durante o procedimento, destacando que a sedoanalgesia fentanil e midazolam ajudando na discreta redução da PA, a presença

de sialorréia e condições de higiene limitam a visão na hora da laringoscopia, mas foi concluída com sucesso e devidamente registrada. Aproximadamente 4 horas após este paciente foi transferido para o HMPGL mesmo sem o resultado dos exames de laboratório. Momentos antes de trocar a cama do paciente, um membro da equipe decidiu aspirar o paciente introduzindo uma sonda nasogástrica para aspirar, sendo esta uma contraindicação e que se deve prestar muita atenção.

Ilustração 1 Escala de coma de Glasgow presente nas instituições.

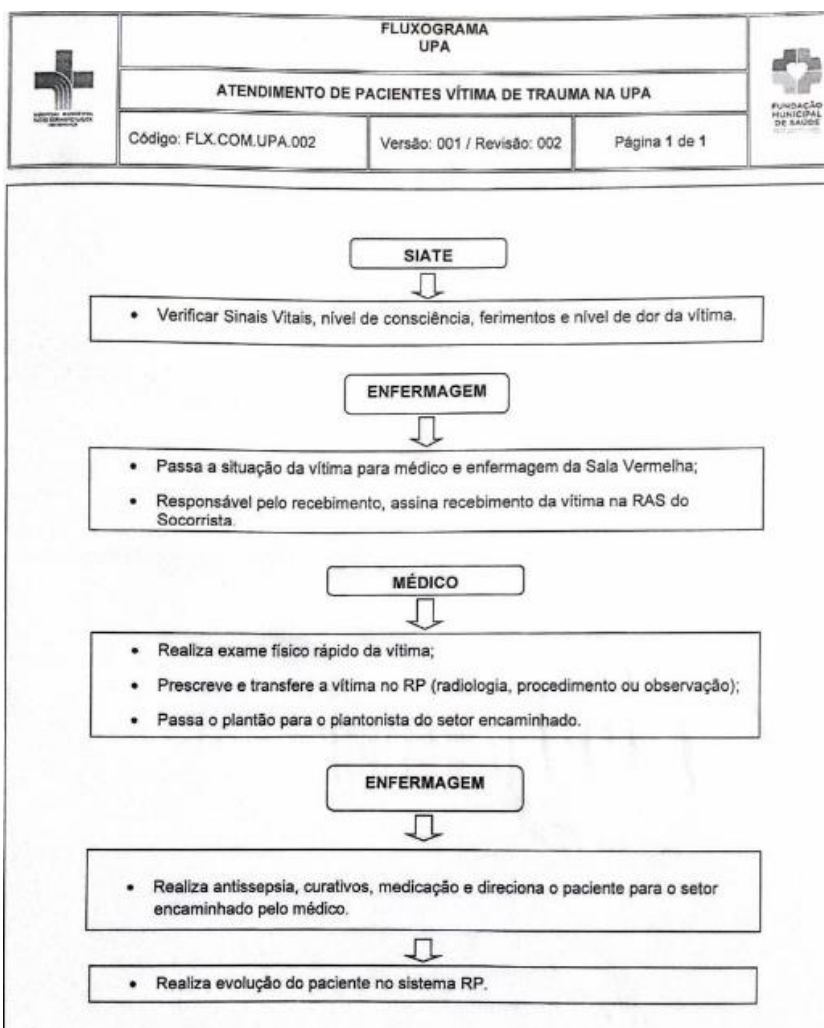
SALA DE EMERGÊNCIA ESCALA DE GLASGOW			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
ATIVIDADE	ESCORE	RESPOSTA (ADULTO/CRIANÇA)	RESPOSTA (LACTANTES)
Abertura ocular	4	Espontânea	Espontânea
	3	A voz	A voz
	2	A dor	A dor
	1	Sem resposta	Sem resposta
Resposta verbal	5	Orientada	Interage, balbucia, sorri com som
	4	Confusa	Choro consolável, interação adequada
	3	Palavras inapropriadas	Choro a dor, inquieto, inconsolável
	2	Sons incompreensíveis	Gemente
	1	Sem resposta	sem resposta
Resposta motora	6	Obedece a comandos	Obedece a comandos, interação normal
	5	Localiza a dor	Localiza a dor
	4	Flexão normal	Flexão normal
	3	Flexão anormal	Flexão anormal
	1	Sem resposta	Extensão anormal Sem resposta

Estágio supervisionado de Administração Académicos Curso Técnicos de Enfermagem: Cristiane Milla, Fabiana de Oliveira Lima, Mayra Vitória Aguilera, Maria Lúiza de Oliveira Gomes
Orientadoras: Isabel Faria Kelly, Cristina Borghelot

Fonte: autor.

Na admissão no HMPGL este paciente realizou a TC com o resultado mostrando hemorragia na fissura lateral direita, em parte da foice e na tenda do cerebelo, hemorragia nos espaços subaracnóides fronto-temporal-parietal direitos e parietal esquerdo com desvio de linha média 0,8cm, representando um potencial hérnia de uncus. A abordagem cirúrgica corresponde a craniectomia descompressiva, tal conduta não foi recomendada pela avaliação do serviço de neurologia devido a extensão da lesão e chances de sobrevivência, chegando até 60% de taxa de mortalidade por conta da lesão do parênquima adjacente. Desta forma conclui um caso importante que aborda uma das situações mais prevalentes nos serviços de UE, se reforçam novamente a importância do esquema de avaliação clínica para o devido referenciamento. O prognóstico do paciente é reservado.

Ilustração 2: Fluxograma de atendimento ao trauma nas UPAs.



Fonte: Autor.

Este caso acaba com a surpresa de que quando este paciente foi admitido no HMPGL e realizou uma TC com laudo constatando Ferimento de Arma de Fogo (FAF) na cabeça, denotando ainda mais a regulação errada deste paciente. Por isso o fluxo de atendimento é complexo e exige uma padronização para levar a cabo a assistência, estes fluxogramas presentes nas unidades deveriam ser mais expostas a fim de que a equipe possa lidar com essas situações de maneira eficiente e organizada.

CASO CLÍNICO 2.

Cenário de acontecimentos: UPA Morumbi.

Identificação: CDT, masculino, 59 anos, pardo, aposentado, oriundo de Rio de Janeiro, mora sozinho.

Queixa: dor na perna e falta de ar.

História da moléstia atual: paciente trazido pelo SAMU devido a quadro de dispneia. Paciente relata que veio de Rio de Janeiro de ônibus para visitar seus filhos, manifesta que iniciou com dor intensa em membro inferior direito (em úlcera em face posterior 1/3 inferior), evoluindo com palpitação e dispneia. À admissão apresentando-se taquicárdico, dispneico, saturando 80% em ar ambiente, FC 132 bpm PA: 90/60 mmHg. HGT 264.

História médica pregressa: HAS, DM. Ca de próstata. Nega alergias. Vacina Covid 19: 2 doses.

Medicamento de uso contínuo: hidroclorotiazida 25 mg , losartana 50mg, metformina 500mg, omeprazol 20mg, doxazosina 2mg sinvastatina 40mg.

Hábitos de vida: ex-tabagista (cessou há 12 anos).

Exame físico:

Regular Estado Geral, lúcido, orientado em tempo e espaço, corado e hidratado, taquipneico em uso de O2 02L/min com SPO2 95%, anictérico acianótico, afebril. Índice de masa corporal (IMC) 32 (obeso).

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem déficit focal no momento do exame, sem irritação meníngea.

Cardiovascular: BC rítmicas, normofonéticas, 2T, sem sopros audíveis, taquicárdico (FC 157 bpm).

Pulmonar: MV reduzido bilateralmente com crepitante em base e terço médio bilateral.

Abdome: globoso a expensas de panículo adiposo sem sinais de peritonismo, indolor.

Extremidades: membros inferiores com edema ++/4+, empastamento de panturrilhas, membro inferior direito com presença de 2 úlceras em 1/3 distal de perna, 1 posterior com pequena quantidade de fibrina, sem sinais flogísticos importantes e outra em face anterior, TEC <3s (normal), pulsos pedioso e tibial posterior presentes

Hipóteses diagnósticas:

- Insuficiência respiratória aguda (IRA)

- Insuficiência cardíaca aguda descompensada?
- Infarto agudo de miocárdio (IAM)?
- Pneumonia?
- Tromboembolia pulmonar?

Exames complementares solicitados na admissão:

Eletrocardiograma (ECG): sem alterações. Radiografia de tórax da admissão mostrando aumento da área cardíaca aumentada com discreto derrame pleural.

Exames de laboratório:

Função cardíaca: troponina I 15 / proBNP 13.700,00 / ckmb<3 / cpk 31

Gasometria arterial: PaO₂ 51 mmHg

Parcial de urina com proteinúria ++. hemograma com leucócitos 13010 e plaquetas 421.000. PCR 2,3, glicose 199

Função hepática (TGP, TGO, TAP KTTTP) preservada.

Função renal (uréia e creatinina): sem alterações.

Conduta frente ao caso:

- Solicitar exames de imagem radiografia de tórax
- Hidratação cautelosa
- Prescrever sintomáticos
- Reconciliação medicamentosa
- Iniciou antibioterapia empírica.
- Controle de sinais vitais
- Solicito troponina de controle.
- Cuidados clínicos necessários.
- Solicito vaga HMPGL

Discussão de caso:

Notase que este paciente, com comorbidades, polifarmácia, obeso, que iniciou como uma queixa isolada de dor em membro inferior devido a presença de ulceração de longa data com processo cicatrização prejudicado pela diabetes, e que após evoluiu com queixa de dispnéia com SPO₂ 80% na admissão, e uma FC de 132. As comorbidades apresentadas são indicadoras de prejuízos no sistema cardiopulmonar e insuficiência cardíaca instalada já apresentar ser um fator importante a considerar, a dispnéia pode ser derivada dos processos intrínsecos ao pulmão assim como pode

também ser uma causa aguda de descompensação cardiovascular. A presença de creptos em bases e terços médios pulmonares também sugere congestão levando em conta todos os medicamentos (e suspeitando da correta aderência). O edema de membros inferiores é comum neste tipo de pacientes.

O que faltou denotar no momento da admissão seria a presença de turgência jugular (mesmo que tenha edema de membros e crepitações) já que isso pode direcionar para um quadro descompensação cardíaca grave, mas mesmo assim não seria muito fácil de encontrar devido a obesidade e pescoço curto e priorizar os exames complementares não devem ser demorados, e tal sinal não está associado a uma única patologia.

Os diagnósticos sindrômicos correspondem a processos pelos quais o paciente já apresenta com as patologias de base, focando assim na avaliação primária para descartar uma exacerbação ou um evento novo. A pneumonia dificilmente seja a causa inicial devido a que este não referia expectoração e febre, no entanto, pode ser uma causa de exacerbação da cardiopatia devido a que este apresenta uma lesão ulcerativa decorrente da diabetes, sendo um foco infeccioso a considerar.

Os exames de imagem solicitados para avaliar de forma imediata evidenciam doença sugestiva de lesão miocárdica (ECG) o Rx de tórax se solicitou diante da presença dos sinais e sintomas decorrentes da dispneia, além de avaliar uma possível presença de pneumotórax hipertensivo porém esse achado não se correlaciona muito devido a que a ausculta pulmonar sugere congestão, devemos procurar então presença de derrame pleural. A gasometria arterial evidencia distúrbio ventilação-perfusão e o principal mecanismo fisiopatológico da hipoxemia, já a alcalose respiratória é consequente da taquipneia (reflexo da estimulação dos receptores J alveolares em resposta aos mediadores inflamatórios liberados pela isquemia) e hipocapnia. Com relação aos marcadores de necrose miocárdica (CK-MB e troponina) e peptídeo natriurético tipo-B (BNP) para descartar eventos cardíacos agudos e avaliar presença de insuficiência cardíaca, note-se que na admissão a troponina estava discretamente elevada (normal <11), sendo já um marcador de isquemia miocárdica e um indicador de gravidade, porém este marcador deve ser seriado para que esta causa seja confirmada. O hemograma completo é necessário para uma avaliação prognóstica e de comorbidades, a presença de leucocitose com desvio à esquerda indica processo inflamatório suspeito da lesão ulcerativa de pele. A função

hepática e renal ajudam a descartar outros processos que possam estar desencadeando o quadro agudo, além da possibilidade de avaliar como este paciente poderia responder com a terapia medicamentosa, mas na abordagem inicial não se torna necessário.

Como o paciente apresenta sintomas respiratórios com comorbidades, apresenta um quadro onde devemos prestar atenção aos sinais de alerta. Neste caso o cenário era um serviço de média complexidade contando este unicamente com equipamento de Rx como método de imagem. Como abordagem inicial não devemos demorar a terapia para alívio dos sintomas e dor com medicamentos sintomáticos e o alívio da dispneia se justifica ofertando O₂ suplementar. O início da antibioticoterapia com ceftriaxona diante da leucocitose importante está de acordo e previamente foi solicitado a liberação deste medicamento ao plantonista de infectologia.

As trocas gasosas são reguladas pelos pulmões, que possuem como finalidade ofertar oxigênio ao sangue e conseqüentemente aos tecidos, e remover o CO₂ produzido por meio do metabolismo celular. A insuficiência respiratória aguda (IR_{RespA}) é uma síndrome definida pela incapacidade do organismo em realizar as trocas gasosas de forma adequada, de instalação aguda, decorrente da disfunção em um ou mais componentes do sistema respiratório: parede torácica, pleura e diafragma, vias aéreas, alvéolos, circulação pulmonar, sistema nervoso central e periférico. (Velasco, 2020). A gasometria arterial é o exame determinante para a classificação da insuficiência respiratória aguda (IR_{RespA}) em hipercápnica ou hipoxêmica como se da a ver neste caso.

A discussão desta conduta será focada no tromboembolismo pulmonar (TEP). A trombose venosa profunda (TVP) e o TEP fazem parte do espectro da mesma doença, que é o tromboembolismo venoso (TEV), sua apresentação clínica é variável e por vezes inespecífica, tornando o diagnóstico desafiador e a gravidade dos casos de TEP é dependente de sua apresentação hemodinâmica.

O TEP é definida como a obstrução da artéria pulmonar ou seus ramos pela impactação de um ou mais êmbolos e ocorre devido à presença de algum dos elementos descritos na tríade de Virchow, que inclui lesão endotelial, estase sanguínea e hipercoagulabilidade. No exame físico, achados de TVP como edema assimétrico de membros inferiores devem ser pesquisados. (Velasco, 2020). Como principais fatores de risco devemos suspeitar da viagem prolongada e da neoplasia

que este paciente apresenta. O primeiro passo para abordar a suspeita de TEP é aplicar um escore de predição de risco sem expor o paciente a riscos desnecessários. Neste caso, o escore de Wells foi usado e se mostra na tabela a seguir.

Tabela 1: Escore de Wells.

TVP ou TEP prévios	1,5 pontos
FC > 100 bpm	1,5 pontos
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5 pontos
Hemoptise	1 ponto
Neoplasia maligna ativa	1 ponto
Sinais clínicos de TVP	3 pontos
Diagnóstico alternativos menos provável que TEP	3 pontos
Probabilidade clínica	
Baixa	0-1 pontos
Intermediária	2-6 pontos
Alta	> 6 pontos
TEP improvável	0-4 pontos
TEP provável	> 4 pontos

Fonte: Konstantinides S.V. et al, adaptado pelo autor.

Este paciente foi considerado como alta probabilidade de estar desenvolvendo um TEP, e a seguir foi necessário realizar mais testes para confirmar o diagnóstico, já que durante o curso do internamento neste local os métodos diagnósticos definitivos para TEV seriam a ultrassonografia com doppler venoso de membros inferiores e angiotomografia de tórax, ambas, com alta sensibilidade e especificidade, sendo este último o método de diagnóstico já que contribuiu de forma significativa no diagnóstico das obstruções em artérias pulmonares segmentares e, especialmente, em ramos subsegmentares, sendo realizadas no HMPGL, assim justificando a solicitação de vaga.

O primeiro fator a ser analisado e grande divisor de planos é a instabilidade hemodinâmica. Pacientes instáveis têm risco de mortalidade alta (por isso,

estratificados como alto risco), chegando próximo a 15%, e são identificados pelo índice de gravidade da embolia pulmonar (PESI, Pulmonary Embolism Severity Index) devendo ser aplicado em todos os pacientes com diagnóstico de TEP (não foi realizado no primeiro atendimento devido a não estar com diagnóstico definitivo). No entanto, não foi adiada a conduta terapêutica, que se divide em três fases: o período inicial (primeiros cinco a dez dias), longa duração (do final da fase inicial até três a seis meses) e o prolongado (além dos três a seis meses). A abordagem inicial dos pacientes com suspeita de TEP deve se concentrar na estabilização do paciente, enquanto a avaliação clínica e os testes diagnósticos definitivos estão em andamento. Como este paciente apresentou hipotensão (ou seja, clinicamente instável), e levando em conta o cenário do acontecimento, foi iniciada uma hidratação cautelosa para tentar voltar a euvolemia, diante da baixa resposta foi necessário utilizar droga vasoativa (DVA) a noradrenalina com titulação segundo necessário até conseguir o transporte do paciente. A seguir foi iniciada profilaxia anticoagulante venosa com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), este fármaco é um inibidor do fator Xa, e apresentava-se disponível na farmácia do setor. Ademais a droga de escolha neste sentido (paciente instável) seria a terapia trombolítica sistêmica, a qual seria feita diante da confirmação diagnóstica. Este caso se torna interessante devido a seu polimorfismo clínico, devemos investigar sucintamente sobre o sintoma mais comum, a dispneia, sendo indagado sobre seu tempo de início (aguda ou crônica), seu caráter (sensação de aperto, sufocante), sua intensidade, fatores associados assim como fatores atenuantes ou piorantes, assim como realizar uma correta anamnese para tentar elucidar a origem da mesma e assim, construir o raciocínio clínico para tentar indagar nos diagnósticos sindrômicos, diagnósticos diferenciais e conduzir para a hipótese diagnóstica e diminuir o desfecho na abordagem terapêutica do paciente.

CASO CLÍNICO 3.

Cenário de acontecimentos: PS HMPGL.

Identificação: paciente feminino, 67 anos.

Queixa: cefaleia.

História da moléstia atual: paciente portadora de HAS, trazida do domicílio pelo SAMU (USA), é admitida após relato de cefaléia holocraniana, intensa, de instalação súbita associado a sensação de fraqueza e formigamento no hemicorpo direito, e 1 episódio de vômito, com início a 02 horas. familiares que acompanham referem que ela é muito ansiosa e que passou por um estresse muito grande no trabalho. Paciente no momento refere náuseas, nega quadro semelhante, nega alergias. Nega dorsalgia e febre. Nega dor precordial.

História patológica pregressa: HAS em uso irregular de Losartana 100mg/dia e Hidroclorotiazida 25mg/dia.

Hábitos de vida: tabagista 20 cigarros/dia. Nega etilismo e uso de drogas.

Exame físico

Sinais vitais: PA 220x150 mmHg FC: 114 bpm. Temperatura: 36 HGT: 128

Neurológico: desatenta, pouco sonolenta, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de nistagmo. Força muscular preservada à esquerda e sensibilidades superficiais e profundas preservadas à esquerda. Força muscular grau 3 em hemicorpo esquerdo, parestesia em hemicorpo esquerdo.

Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas em 2 tempos. Enchimento capilar <3 seg.

Pulmonar: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, plano, indolor a palpação, sem visceromegalias, sem peritonismo.

Discussão anamnese e exame físico:

Esta paciente primeiramente foi corretamente referenciada pelo SAMU e também a unidade que realizou a transferência, pois baseado na queixa principal que apresenta, a cefaleia. Embora esta queixa costuma ser comum tanto na APS como na UE, possui muitas causas, e para fundamentar o motivo do início do fluxo de atendimento inicial pelo SAMU, esta cefaleia deve ser devidamente reconhecida e

investigada, então se classifica como cefaleias primárias e cefaleias secundárias. As cefaleias primárias se relacionam mais com um processo disfuncional ainda pouco conhecido e as cefaleias secundárias se correlacionam com um processo subjacente que atinge estruturas extracranianas e intracranianas. Os pontos avaliados foram as características da dor, a forma de instalação e sintomas associados (náusea, e alterações motoras e sensitivas no hemicorpo), bem investigados pelo serviço do SAMU, disponibilizando uma unidade de suporte avançado (USA), realizando o correto fluxo de atendimento.

Como toda avaliação da dor em si, as características da dor, o histórico de HAS, e o tabagismo são fatores de risco importantes a considerar em conjunto com as queixas e se associa ao aumento da PA em virtude do uso irregular das medicações e os eventos de estresse, sendo este uma informação importante para o manejo inicial, mas não devemos focar somente nessa causas.

O histórico prévio de quadro semelhante não foi referido, sendo este uma informação importante em conjunto com exame físico neurológico alterado e se correlaciona com uma encefalopatia hipertensiva. A fisiopatologia a nível cerebrovascular decorrente aumento da PA, que, em resposta, se acompanhada por uma vasoconstrição das arteríolas do SNC. Esse método de autorregulação da pressão intracraniana (PIC) falha quando a PA ultrapassa determinados limites, ocorrendo extravasamento de plasma e material fibrinoide para a parede do vaso, tornando a luz mais estreita e, eventualmente, ocluída, derivando numa reação inflamatória e hipoperfusão cerebral. Diante destes conceitos e visando a necessidade de exames complementares para confirmar as hipóteses diagnósticas.

Hipóteses diagnósticas:

- emergência hipertensiva
- Encefalopatia hipertensiva?
- AVC? - isquêmico? Hemorrágico?

Conduta frente ao caso:

- Início nupride em BIC.---> atentar hipertensão permissiva
- Sintomáticos.
- Solicito TC de crânio + exames de laboratório.
- Pondero avaliação pela Neuro conforme resultado da TC.

-Atentar Sinais vitais e padrão neurológico + cabeceira elevada.

Discussão das hipóteses diagnósticas e a conduta inicial.

A urgência hipertensiva se define como a presença de uma pressão arterial (PA) significativamente elevada (pressão sistólica ≥ 180 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 120 mmHg) que *não* apresenta lesão de órgão-alvo de forma aguda ou progressiva, porém possui potencial para fazê-lo, e, quando se evidencia tal lesão, podemos dizer que se trata de uma emergência hipertensiva, que pode se manifestar como um evento cardiovascular, cerebrovascular, renal e com envolvimento de múltiplos órgãos ou também na forma de pré-eclâmpsia com sinal de gravidade/eclâmpsia. A pseudocrise hipertensiva, é uma entidade comumente vista nos setores de emergência e também não apresenta lesão de órgão alvo (Barroso et. al. 2020). As urgência hipertensivas são incomuns porque as na maioria das vezes são resolvidas na APS (sempre e quando sejam resolvidas), em contrapartida uma avaliação inicial compreende a coleta de uma história e o exame físico para determinar diante da suspeita de lesão aguda de órgão-alvo presente, sendo este caso então um critério de internamento para excluir tal possibilidade e consiste em categorizar as emergências hipertensivas pelo órgão-alvo que está sendo acometido, assim podemos identificar riscos, e, por tanto, direcionar o tratamento para o manejo de PA alvo e estimar a rapidez com que a meta de tratamento poderia ser alcançada.

A conduta inicial corresponde a terapia antihipertensiva EV em bomba de infusão contínua (BIC) com nitroprussiato de sódio visando uma diminuição da PA média (PAM) de até 15% na primeira hora e 25% nas primeiras 24 horas, para evitar uma hipoperfusão cerebral levando em conta este mecanismo de autorregulação da PIC para uma adequada pressão de perfusão cerebral (PPC). O tratamento sintomático é com dipirona e metoclopramida para o alívio dos sintomas e a proteção gástrica se inicia com o uso de omeprazol. Uma vez que o paciente apresente melhora dos sintomas após analgesia e diminuição da PA (que na maioria dos casos não está gravemente elevada), o diagnóstico de encefalopatia hipertensiva pode tornar mais peso de confirmação, porém serve unicamente como critério de exclusão em vista da lesão de órgão alvo em questão.

Tabela 2: Medicações nas emergências hipertensivas.

Medicação	Diluição	Dose	Classe	Contraindicação
Nitroprussiato de sódio	1 ampola (50 mg/2 mL) em 248 mL de SG 5%, protegido da luz – 200 µg/mL	0,25-10 µg/kg/min Obs.: deve ser realizada em equipo protegido da luz	Nitrato	Infarto agudo do miocárdio, gestante
Nitroglicerina	50 mg (10 mL da solução 5 mg/mL) em 240 mL de SG 5% ou SF – 0,2 mg/mL	5-100 µg/min	Nitrato	
Labetalol	-	Bolus de 20 mg, seguido de 20-80 mg a cada 10 min, com dose total de 300 mg	Alfa e betabloqueador	Asma, DPOC, insuficiência cardíaca, bradicardia, uso de cocaína
Esmolol	2.500 mg (10 mL da solução 250 mg/mL) em 240 mL de SG 5%, RL ou SF – 10 mg/mL	Dose de ataque de 0,5-1 µg/kg em 1 minuto seguida de manutenção de 50-200 µg/kg/min	Betabloqueador cardiosseletivo	Insuficiência cardíaca, uso de cocaína
Metoprolol	-	Bolus de 5 mg a 1-2 mg/min, podendo haver repetição a cada 5 min, com dose máxima de 20 mg	Betabloqueador beta-1 seletivo	
Hidralazina	-	Bolus de 10-20 mg – ação em 10-20 minutos	Vasodilatador arteriolar direto	
Nimodipino	-	60 mg de 4 em 4 horas	Bloqueador de canal de cálcio	
Nicardipina	-	20-40 mg 3 vezes/dia	Bloqueador de canal de cálcio	

Fonte: Velasco, 2020. Adaptado pelo autor.

► **TABELA 6** Metas pressóricas nas emergências hipertensivas

AVCi – candidatos a terapia fibrinolítica	Antes do trombolítico: < 185 mmHg de sistólica e < 110 mmHg de diastólica Após o trombolítico: < 180 mmHg de sistólica e < 105 mmHg de diastólica
AVCi – não candidatos a terapia fibrinolítica	< 220 mmHg de sistólica e < 120 mmHg de diastólica Exceção a casos com infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, dissecção de aorta ou encefalopatia hipertensiva (sugerida por náuseas, vômitos, cefaleia e agitação) associada.
AVCh	< 180 mmHg de sistólica e < 105 mmHg de diastólica Se PIC disponível, manter PPC > 70 mmHg < 140 x 90 mmHg, se < 6 horas do início dos sintomas
HSA	PAS < 160 mmHg
Dissecção de aorta	< 120 mmHg de sistólica e 60 mmHg de pressão arterial média
Crise de feocromocitoma	PAS < 140 mmHg na primeira hora
Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia	PAS < 140 mmHg na primeira hora
Infarto agudo do miocárdio e angina instável	140 mmHg de sistólica e 90 mmHg de diastólica
Nos demais casos, reduzir a pressão arterial sistólica em 20-25% de minutos a uma hora. Nas próximas 2 a 6 horas, reduzir para 160 mmHg de sistólica e 100 mmHg de diastólica. Nas próximas 24 a 48 horas, reduzir para níveis normais.	
AVCh: acidente vascular cerebral hemorrágico; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; HSA: hemorragia subaracnóidea; PAS: pressão arterial sistêmica; PIC: pressão intracraniana; PPC: pressão de perfusão cerebral.	

Fonte: Velasco, 2020.

Infelizmente, os sintomas neurológicos não se amenizam e a potencial presença de AVC continua vigente, a TC de crânio não se demora e se realiza, apresentando o laudo a seguir: Observa-se hemorragia intra-parenquimatosa no tálamo esquerdo. Proeminência de sulcos corticais fronto-temporais e fissuras laterais, por redução volumétrica encefálica supratentorial. Não há desvio da linha média. Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Cisternas da base preservadas. Fossa posterior, tronco cerebral e cerebelo sem anormalidades ostensivas detectáveis. Não se observa lesão óssea no neurocrânio.

A TC de crânio confirma então a hipótese de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Ilustração 3: Tomografia de crânio da admissão.



Fonte: autor.

AVC inclui fundamentalmente entender e classificar esta condição, estes se dividem em AVC isquêmico (AVCi) ou AVC hemorrágico (AVCh), este último se divide em hematoma epidural (HED), hemorragia subaracnóidea (HSA), hematoma subdural (HSD), e hemorragia intraparenquimatosa (HIP). A HIP de causa hipertensiva geralmente acomete a parede vascular das artérias penetrantes que surgem das artérias que conformam o polígono de Willis e no tálamo conforma uma das regiões típicas de sangramento.

O vazamento de sangue diretamente no parênquima ou na circulação liquórica se evidencia na TC como foco hiperdenso (na forma aguda), justificando este o exame de primeira escolha. A avaliação da especialidade de neurologia compareceu para dar orientações a respeito do caso e avaliar possível abordagem cirúrgica sendo esta descartada na ausência de herniação. Os exames de laboratório iniciais foram hemograma, função renal, parcial de urina, eletrólitos e fatores de coagulação, e marcadores de necrose miocárdica, para adequar o suporte clínico e afastar as causas cardio-embólicas. A monitoração constante da paciente se registra no prontuário para atentar sinais que indicam hipertensão intracraniana (HIC). A PA elevada é necessária para manter a perfusão cerebral nas áreas de penumbra limítrofes, no entanto uma

PA severamente elevada pode piorar a HIC podendo se manifestar como a tríade de Cushing (bradipneia + bradicardia + hipertensão).

A titulação de nitroprussiato foi aumentada durante a primeira hora devido a manutenção da PA elevada (PA 205/130 mmHg) sendo que o alvo pressórico recomendado e de PA sistólica menor a 180 mmHg e diastólica menor que 105 mmHg. Por outro lado, a redução excessiva da PA pode diminuir muito a PPC e provocar piora do quadro.

A manutenção desta hipertensão permissiva por pelo menos 6-8 horas depois se poderá diminuir a PA sistólica menor a 140 e a PA diastólica menor a 90 mmHg. (Velasco, 2020)

Esta paciente evolui de maneira favorável, depois das primeiras 48 hs, o desmame do nitroprussiato demorou sendo titulada conforme a PA alvo até voltar a terapia antihipertensiva via oral. Os resultados de laboratório não apresentaram anomalias significativas e os testes de coagulação não tiveram alterações (INR <1,4). Os déficits neurológicos não progrediram e esta paciente não teve uma TC de controle, algo fundamental para avaliar progressão de sangramento mesmo que apresente SGC normal. A melhora da cefaléia foi progressiva e a terapia antihipertensiva VO foi restaurada no 3ro dia de internamento. A evolução foi favorável, tendo alta no 4to dia de internamento, se abordaram ações de prevenção e promoção da saúde, medidas não farmacológicas com orientações sobre a cessação do tabagismo, e acompanhamento fisioterápico. As medidas farmacológicas visam o ajuste dos medicamentos em dose máxima das mesmas e o encaminhamento ao cardiologista.

As condutas iniciais deste caso estão corretas na sua maioria, nas referências dentro da abordagem deste tipo de casos também devem ser realizados TC de controle nas 48-72 horas da admissão. Este exame é importante para avaliar se o paciente está com progressão de sangramento e se torna uma ferramenta útil para estimar o volume do sangramento e prognóstico. A prevenção de convulsões não foi realizada na conduta inicial e ficou prescrita (Fenitoína) ACM no plantão do dia seguinte, já que este risco potencial pode piorar o quadro e a correção na crise convulsiva pode piorar o nível de consciência.

Este caso me fez reforçar a importância de realizar um exame físico neurológico de forma direcionada, diferenciar as etiologias em suas formas clínicas, e até

compensar com os exames complementares. Tentar prever os fatores de potenciais complicações durante o internamento. Ressalta que atualmente no HMPGL no manejo do AVCi, a instituição não se considera mais referência para terapia de fibrinólise devido a questões de infraestrutura para monitoramento durante o procedimento.

CASO CLÍNICO 4.

Cenário de acontecimentos: UPA Morumbi

Identificação: paciente feminina, 65 anos.

Queixa principal: dor no peito

História da moléstia atual: Paciente dá entrada ao serviço trazido pelo SAMU referindo que hoje há 03 horas iniciou quadro clínico de dor precordial, de início súbito, com irradiação para o membro superior esquerdo e epigástrico. Refere que há 2 dias atrás estava com discreta dispnéia aos esforços. Relata piora progressiva da dispnéia até que foi acionado o SAMU trazendo para nosso serviço com O2 suplementar 3L/min. No momento com queixas de dor torácica e náuseas. Refere ser o 1º episódio e que está com muito medo. Sem outras queixas.

Diurese e evacuações presentes e fisiológicas, nega febre, vômitos, diarreia, sangramentos e sintomas respiratórios. Nega cefaleia, nucaalgia.

História patológica pregressa: Hipotireoidismo. Dislipidemia. Nega outras comorbidades e cirurgias prévias. Nega alergia medicamentosa.

Medicamentos de uso contínuo: Puran t4, sinvastatina.

Hábitos de vida: tabagista (2 cartela/dia) nega etilismo, sedentária.

Exame físico:

Sinais vitais: estáveis exceto PA 180/110 mmHg FR 26 FC 100 SPO2 96% com O2 3L/min.

Regular estado geral, anictérica acianótica afebril, traquipneica com O2 em cânula nasal, descorada +/4+ e hidratada;

Neurológico: Glasgow 14, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais e sem sinais de irritação meníngea, força muscular e sensibilidades preservadas em membros superiores e membros inferiores.

Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular, tempo de enchimento capilar menor a 3 segundos.

Pulmonar: murmúrio vesicular diminuído em bases, sem ruídos adventícios.

Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, globo a expensas de panículo adiposo, indolor a palpação, visceromegalias não palpáveis, sem peritonismo.

Genito-urinário: diurese espontânea.

Extremidades: ausência de edema, quentes e perfundidas, sem sinais de empastamento

Discussão de anamnese e exame físico:

A dor torácica é um sintoma de diferentes doenças que podem levar a desfechos adversos graves, se constitui como a segunda queixa mais comum pela qual o paciente procura atendimento no PS e na maioria dos casos cursam de forma benigna, no obstante as etiologias potencialmente letais, como por exemplo a síndrome coronariana aguda (SCA), dissecção aórtica (DA) e tromboembolismo pulmonar (TEP). A avaliação rápida da queixa da paciente com a sistematização do ABCDE + MOV discutido previamente. Este momento do caso poderia ser melhor priorizando uma descrição sucinta do tipo da dor e os sintomas associados, sem atrapalhar as medidas urgentes necessárias para excluir condições graves citadas previamente e buscar reunir evidências de que o quadro é isquêmico e sua instabilidade é decorrente da isquemia. Notese que a queixa apresenta sintomas típicos de SCA sendo esta a principal hipótese diagnóstica. Ressalta-se que a dor torácica também pode ter origem músculo esquelética, sendo por costochondrite, seguidos da esofagite de refluxo e da angina estável e a origem psicogênica (ansiedade). Palpar os pulsos nos quatro membros e realizar a aferição da PA, pelo menos, nos dois membros superiores para descartar a etiologia de dissecção aórtica aguda.

O médico que acompanhei referiu que as comorbidades também podem ter um papel da dor, a dosagem do TSH T4 não se torna primordial no momento e a disponibilidade da dosagem destes não se dá no cenário da UPA.

Hipóteses diagnósticas:

-Síndrome Coronariana Aguda - Angina instável?

Conduta frente ao caso:

-Início protocolo de dor torácica. Prescrevo:

-Isossorbida 5mg sublingual 01 comprimido.

-AAS 100mg 03 comprimidos agora.

-clopidogrel 75mg 04 comprimidos agora.

-omeprazol 40mg ev 01 ampola.

-carvedilol 3.125 mg 01 comprimido.

- heparina sódica 5000ui 0,25 ml subcutâneo 01 ampola.
- enalapril 10mg 01 comprimido
- sinvastatina 40mg comprimido
- morfina ACM
- Solicito exames de laboratório + Enzimas cardíacas + ECG + Rx de tórax
- Interno em sala vermelha.

Discussão das hipóteses diagnósticas e conduta inicial:

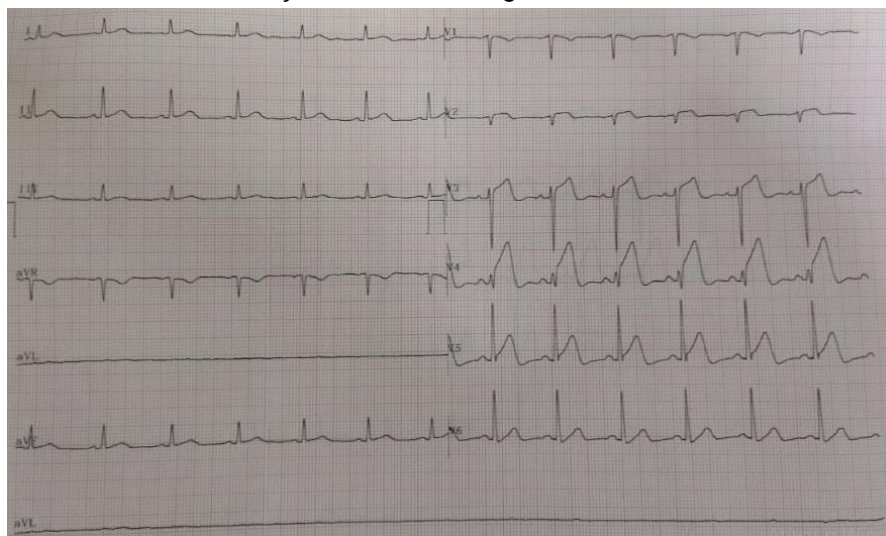
O registro no prontuário sobre o início do protocolo de dor torácica se dá diante do espectro de sinais e sintomas refletem sobre as muitas etiologias potenciais da dor torácica que representam uma ameaça imediata à vida, o quadro clínico apresentado por si só não exclui as outras etiologias. Diante dessa suspeita se justifica solicitar um Rx para descartar pneumotórax, pneumonia, entre outros. O ECG (idealmente, em até 10 minutos da admissão) foi acorde em relação a forte suspeita de SCA, pois constitui um espectro de diagnósticos de menor a maior risco, iniciando desde uma angina estável, progredindo por angina instável, e infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento de segmento ST (IAMsST) até o IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMcST). Este processo isquêmico se correlaciona fisiopatologicamente como evento principal a ruptura da placa aterosclerótica e formação de trombos através da adesão, ativação e agregação de plaquetas derivando em um fluxo sanguíneo coronário reduzido. A isquemia miocárdica se apresenta e o grau e duração desta oferta-demanda de O₂ determina se o paciente desenvolve isquemia miocárdica reversível sem lesão (angina instável) ou com lesão, ou seja IAMcST. As enzimas cardíacas visam corroborar mais evidências de isquemia, e a conduta é independente do resultado neste primeiro momento. No entanto se aguarda a os resultados a terapia rotineira para tratar os sintomas e retrassar o processo isquêmico consiste na prescrição de O₂ (mesmo que esteja fazendo uso se deve registrar no prontuário), constitui o suporte clínico oferecendo caso apresente hipoxemia (SPO₂ < 90%). A prescrição da morfina se justifica porque este medicamento pode ser de valor no alívio da dor isquêmica (inicial e recorrente) e efeito sedativo,mas deve ser atentado em certas situações, não sendo recomendada de rotina, explicando o ACM. O uso de Nitratos (isossorbida) também está associado ao alívio da dor, e deve se atentar da mesma forma que a morfina. A

terapia de dupla antiagregação (AAS+Clopidogrel) com doses de ataque 300mg para ambos sendo administrados o mais rápido possível, sendo este uma medida inicial com benefício comprovado. Anticoagulação plena com Heparina sódica com dose 5000 ui para profilaxias para TVP e TEP).

O Betabloqueador (carvedilol) é prescrito de preferência se não houver contraindicação, devendo ser especificada na prescrição. Estatina (sinvastatina) em dose alta deve ser iniciada o mais precoce possível e finalmente para diminuir o risco de sangramento a prescrição Inibidores da bomba de prótons (IBP) como Omeprazol também se justifica.

Após essa abordagem o resultados chegam:

Ilustração 3: Eletrocardiograma de admissão.



Fonte: Autor.

Perfil dos exames	Resultado na admissão
HEMOGRAMA	Normal / Plaquetas 348000
CARDÍACO	CPK 81 CKMB 17 / Troponina I 11 / ProBNP 274,00 ↓ TAP 88,20 % / KPTT 30,2
RENAL/ELETROLITOS	Ur 36 / Na 141 / K 4,6
INFECCIOSO	PCR 1,4 / Leuco 11000 / Bast 0% / Lactato 10. Covid-19 não reagente
ECG	ECG da admissão apresentando supra ST em V3 V4 V5, provável IAM antero-septal

Fonte: adaptado pelo autor.

Contraindicações absolutas	Contraindicações relativas
Qualquer sangramento intracraniano prévio	História de AVC isquêmico > 3 meses ou doenças intracranianas não listadas nas contra-indicações absolutas
AVC isquêmico nos últimos 3 meses (exceto se nas últimas 4,5 horas)	Gravidez
Neoplasia no sistema nervoso central ou lesão vascular	Uso atual de antagonistas da vitamina K: quanto maior o INR maior o risco de sangramento
Trauma significativo na cabeça ou rosto nos últimos 3 meses	Sangramento interno recente < 2 a 4 semanas
Sangramento ativo ou diátese hemorrágica (exceto menstruação)	Ressuscitação cardiopulmonar traumática e prolongada ou cirurgia de grande porte < 3 semanas
Dissecção aguda de aorta	Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 100 mmHg)
	História de hipertensão arterial crônica importante e não controlada
	Úlcera péptica ativa
	Exposição prévia a estreptoquinase (somente para estreptoquinase)

Contraindicações para o uso de fibrinolíticos (Velasco, 2020)

Conduta após resultados de exames:

Uma vez feito o diagnóstico de IAMcST se denota acometendo a artéria coronária descendente anterior que irriga a parede anterior, septal e ápice do ventrículo esquerdo. O manejo neste momento envolveu alcançar várias metas, incluindo alívio da dor, e estabilidade hemodinâmica. O início da terapia de reperfusão (angioplastia primária) é mais eficiente na reperfusão, tem melhor resultado e apresenta menor risco em comparação à terapia fibrinolítica mas possui janela de tempo comparado com a fibrinólise, estes procedimentos se darão no centro de referência. De forma que neste caso a conduta posterior foi solicitar a transferência da paciente para o HMCC. Este caso conclui com a melhora algica e consegui

descansar, a presença da curva de troponina I foi de 11 na admissão, 498 de 4 horas e 3200 após de 6 horas. O proBNP aumentado não especifica lesão miocárdica e se avalia para o quadro de uma insuficiência cardíaca estabelecida. A foi transferida ao centro de referência conforme o fluxo da regulação onde recebeu o tratamento. Atualmente não há um fluxograma deste fluxo atualizado, em conversa informal com o médico de plantão referiu que a atualização frente a estes casos, depende então, de uma conduta padronizada de cada médico na sua abordagem particular. Este fluxograma desatualizado na UPA não se levou em consideração porque data da época anterior da pandemia Covid-19.

Este caso corresponde a umas das situações nas emergências e requer muita atenção para a avaliação do ECG e condutas que são contra indicadas na presença de uma condição específica. Demanda uma correta avaliação dos sintomas que caracterizam a dor torácica assim como também a pesquisa e correta interpretação dos exames de laboratório.

Fluxograma para o manejo do IAMcST

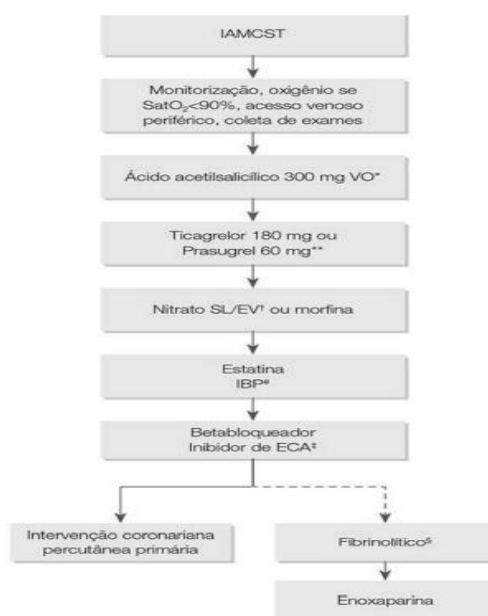


FIGURA 7

Fonte: Velasco, 2020

CASO CLÍNICO 5.

Cenário de acontecimentos: HMPGL - plantão diurno

Identificação: Paciente masculino, 60 anos, branco, oriundo de Medianeira

História da moléstia atual: Paciente dá entrada ao serviço trazido da UPA Medianeira pelo SAMU referindo que no dia 20/05 iniciou quadro clínico de astenia, mialgia, icterícia, dor abdominal difusa com piora progressiva, procurando atendimento em 26/05 sendo admitido com dispneia usando O₂ suplementar 02 L/min, foi diagnosticado como dengue do grupo C e ficando internado onde posteriormente (29/05) foi solicitado TC de abdome evidenciando esteatose hepática e colelitíase. No dia 30/05 apresentou hematêmese e melena. Veio transferido com diagnóstico de dengue + sepse de origem abdominal, associado a hemorragia digestiva alta (HDA), foi iniciado ATB de amplo espectro (Ceftriaxona Gentamicina Metronidazol). Quando questionado, o paciente nega sintomas compatíveis com dengue, porém veio ao serviço encaminhado como dengue.

História patológica pregressa: nega comorbidades

Medicamentos de uso contínuo: nega medicamentos de uso contínuo, nega alergias medicamentosas

Hábitos de vida: etista de longa data (1 cx de cerveja/dia), tabagista (1 maço/dia)

Exame físico:

Ectoscopia: REG, eupneico em AA, desidratado +14+ icterico ++/4+, afebril.

Sinais vitais FC 79 bpm/PA 120/80 mmHg/FR 17/SatO₂ 95% AA

Neurologico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais e sem sinais de irritação meníngea, força muscular e sensibilidade preservadas em membros superiores e membros inferiores, pares cranianos sem alterações:

Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular, sem sopros TEC<3s, pulsos periféricos presentes. Turgência jugular em 45 graus

Pulmonar: Pectus excavatum. MV +, sem ruídos adventícios, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: Distendido, ascítico, RHA +, presença de aranhas vasculares indolor a palpação superficial e profunda, visceromegalias não palpáveis, sem sinais de peritonismo. Submaciço, Piparote +

Genito/urinário: Diurese em SVD de aspecto turvo-eritrocromica.

Extremidades: membros inferiores com ausência de edema, quentes e profundidas, panturrilhas livres.

Pele: presença de equimoses em antebraços em membros superiores.

Exames complementares; Fonte: Adaptado pelo autor.

Perfil dos exames	Resultado na admissão 31/05 (UPA Medianeira)	Resultado na evolução
HEMOGRAMA	Hb 11,3 / Ht 33 / Pla 71000	
CARDÍACO	CPK 45,8	
RENAL/ELETROLITOS	Ur 18,7 / Cr 0,47	
INFECCIOSO	PCR 31 / Leuco 6300 / Bast 0%	PCR 4,4 / Leuco 10100 / Bast 3% / Lactato 91↑
HEPÁTICO/ PANCREÁTICO	Bi. total 9,40 / Bil 1,51 / Bi ind 7,89 / TGO 175 / TGP 40,8 / TAP 20s / INR 1,51 / Amilase 35,8	Bi total 6,6 / Bd 4,2/ Bi 2,4 / TGO 186 / GAMA-GT 273 / TGP 37 / FA 89 / Lipase 325 / Amilase 66
GASOMETRIA		pH 7,4/ pCO ₂ 30,50 / pO ₂ 63,9 / HCO ₃ 21 / Lac 11
TC, de abdome 29/05	Pequeno derrame pleural bilateral, apresentando espessura de até 1,2 cm. Discretas estrias fibroatelectásicas em bases pulmonares. Área cardíaca de dimensões aumentadas, segundo índice cardiorádico, discreto espessamento do saco pericárdico nos cortes obtidos medindo até 0,5 cm. Alterações degenerativas em coluna lombossacra apresentando espondilose intervertebral difusa. Artrose em articulações	
	coxofemorais. Fígado de volume aumentado, a custa do lobo direito o qual mede 17,1 cm (normal até 15 cm), apresentando bordas rombas com acentuada redução dos coeficientes de atenuação do seu parênquima compatível com esteatose hepática Vesícula biliar plena, com discreto espessamento de suas paredes, apresentando múltiplas imagens hiperdensas compatíveis com cálculos biliares. Pequena quantidade de líquido livre perihepático e em pelve, possivelmente relacionado a líquido ascítico. Hernia inguinal bilateral, maior a esquerda, apresentando líquido livre em seu interior. Discreta densificação difusa do tecido adiposo mesentérico. Linfonodo aumentado em cadeia mesentérica superior paracólica a esquerda medindo 1,5x0,8 cm nos maiores eixos. Flebolito pélvico a esquerda	

Conduta frente ao caso:

- Solicito exames de admissão para exames de Dengue NS1 Dengue IgM.
- Solicita endoscopia digestiva alta (EDA)
- Sintomáticos
- Profilaxia gástrica plena (omeprazol)
- Início terlipressina (não tem na farmácia)->início octreotide.
- Mantenho antibioticoterapia.
- Monitorar Sinais vitais balanço hídrico
- Solicito vaga enfermagem
- Parecer da cirurgia geral

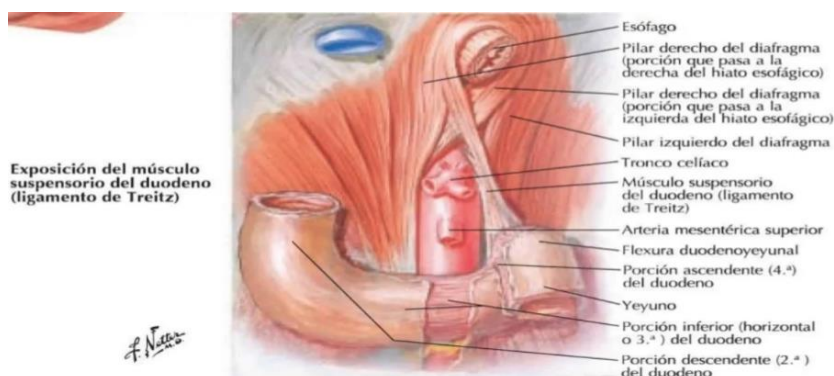
Discussão de caso

Discussão de anamnese e exame físico:

A hemorragia digestiva alta se considera seu origem acima do ângulo de Treitz, e as principais causas se deve doença ulcerosa péptica (até 60% dos casos) varizes esofágicas (25% dos casos) e a (Síndrome de Mallory-Weiss 6% dos casos). Este caso apresenta um perfil clínico típico relacionado aos hábitos de vida e está associado a HDA de origem varicosa de maneira geral sendo esta a principal hipótese diagnóstica. Focando nos dias iniciais do quadro clínico o mesmo manifestou astenia, mialgia, icterícia, dor abdominal difusa com piora progressiva, ou seja sintomas que podem também ser comuns nos quadros mais graves de Dengue (como se abordará posteriormente em outro caso), porém a dengue se caracteriza como uma síndrome febril! e quando foi perguntado ao paciente se este negou ter febre. Continuando com o exame físico se denotas achados clínicos compatíveis com presença de sinais de hipertensão portal (circulação colateral, aranha vascular) que progridem com distensão abdominal (ascite), icterícia, presença de circulação colateral, fraqueza, e eritema palmar evidenciada na TC. A fisiopatologia de estas manifestações estão relacionadas a hepatopatia crônica e sugere fortemente varizes esofágicas. A busca de atendimento no município de origem devido a piora do quadro e apresentação de dispneia, foi conduzida como dengue do grupo C onde após de 4 dias de internamento apresentou hematêmese e melena. Os exames de laboratórios de admissão mostram alterações principalmente na função hepática assim como de fatores da coagulação, a icterícia se manifesta em virtude bilirrubina total de 9 mas de predomínio de

bilirrubina indireta, sendo esta uma sugestão de alteração no conjugação da bilirrubina indireta para bilirrubina direta. A ascite e os achados da TC em relação a presença de líquido livre em cavidades (cavidade abdominal, saco pericárdico e espaço pleural podem desencadear dispneia se relacionam mediante baixa produção de albumina pelo fígado. Diante dos achados da TC de abdome (hipodensidade no mesentério) foi iniciado ATB por suspeita de sepse de foco abdominal. O episódio de hematêmese e melena tal vez foi relacionado na suspeita de dengue e a conduta inicial com expansão volêmica no possivelmente levou a um aumento na pressão portal e aparecimento das manifestações hemorrágicas, e posteriormente sendo derivado ao HMPGL, Esta avaliação inicial do paciente com HD envolve primeiramente uma avaliação da estabilidade hemodinâmica sendo sempre utilizado o ABCD + MOV e avaliar a necessidade de ressuscitação volêmica. Na admissão do hospital, frisando a gravidade do sangramento, o paciente apresentava Sinais vitais estáveis, sendo o próximo passo o exame físico. Identificar fontes potenciais e determinar se existem condições subjacentes que possam afetar o manejo. As manifestações hemorrágicas, como hematêmese e melena, sugerem HD proximal ao ligamento de Treitz e presença de hematoquezia geralmente ocorre devido a HD por baixo deste ponto de referência (imagem 4).

Ilustração 4: Localização do ligamento de Treitz.



Fonte: Netter, 2011.

No entanto, a ocorrência de uma HDA maciça pode denotar a hematoquezia. Discussão sobre hipóteses diagnóstica e conduta inicial

Seria interessante ressaltar que não foi feito o toque retal sendo este importante na avaliação e diferenciação das etiologias de HD alta ou baixa. A história patológica pregressa desde paciente conforme acima citado sugere o mecanismo da lesão, no entanto outras fontes potenciais se citam para denotar outros diagnósticos diferenciais que possam provocar a HDA de outras etiologias. A úlcera péptica por *H. pylori*, e uso crônico de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) constituem fatores de risco comuns presentes devido a lesão direta na mucosa do estômago assim como uso de AAS favorece sangramentos.

A investigação de fármacos que podem alterar a apresentação das fezes, como a suplementação de ferro, que podem escurecê-las, e ser confundida com episódio de melena, esta requer ser bem investigada e foi um aspecto que não foi perguntado na admissão.

Este paciente não referiu acompanhamento sobre seu quadro de saúde e os critérios de Child Pugh aplicados foram na categoria B. O nível inicial de hemoglobina pode estar na linha de base pela perda volêmica e também pelo etilismo crônico caracterizado nas anemias carenciais, mas pode que o nível diminuirá à medida que o sangue é diluído pela infusão de fluidos sendo individualizada com o objetivo visa manter a hemoglobina em um nível $\geq 7-8$ g/dL.

O uso de sonda nasogástrica não é recomendado na literatura, somente foi associada a um menor tempo de endoscopia, podendo ser usada para remover partículas, sangue fresco e coágulos do estômago para facilitar o procedimento da

EDA. Uma alternativa nesta situação é usar um procinético como eritromicina. A reposição de vitamina K foi prescrita neste paciente devido aos desfechos hepáticos que apresentava, mas não foi registrado na conduta.

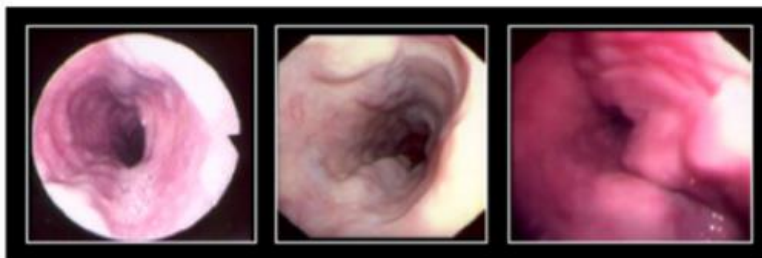
A modo de prevenir complicações, a profilaxia de peritonite bacteriana espontânea (PBE) antimicrobiana nos pacientes com esteatose/cirrose, especialmente antes da endoscopia, sendo assim justificada sua prescrição no sítio da admissão, além de que reduzem o risco de mortalidade e ressangramento, motivo pelo qual por mantida a conduta do uso de ATB. A profilaxia gástrica se dá no uso do omeprazol EV para prevenção de ressangamentos.

Finalmente a terapia farmacológica para sangramento, deve ser iniciada no momento da internação. A terlipressina é um análogo sintético da vasopressina que é liberada de forma lenta e sustentada, sendo administrada em uma dose inicial de 2 mg IV a cada quatro horas, este fármaco não tinha disponibilidade na farmácia, naquele dia, assim que por sua vez se escolheu o octreotide, um análogo de ação prolongada da somatostatina, é administrado em bolus de 50 mcg seguido por uma infusão contínua de 50 mcg/h por 3-5 dias, diminuindo o fluxo e pressões portal, resultando num fluxo ázigos e pressões intra varicosas que diminuem em segundos.

Endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência deve ser realizada dependendo da necessidade, pacientes graves precisam realizar EDA nas primeiras 12 horas após a fluidoterapia, este paciente não apresentava critério de gravidade no momento e foi ponderado para até nas 24 horas após a admissão segundo. A ligadura endoscópica de varizes e um tratamento endoscópico eficaz para erradicar varizes esofágicas com menos complicações e prevenir sangramentos, além de classificar o tamanho das varies, essa dupla função diagnóstica terapêutica não parece ser a realidade do paciente, devido a que o serviço está com um fluxo lentificado para esses procedimentos. Os sintomáticos como Dipirona e Metoclopramida não devem faltar, assim como os cuidados não farmacológicos (dieta zero, cabeceira elevada e O2 se necessário). O paciente em questão teve alta após de 4 dias de internamentos com encaminhamento respectivo para o município para realizar acompanhamento médico e foi orientado a cessação do álcool. A endoscopia confirma o diagnóstico de HDA de etiologia varicosa e sua classificação varia em torno da localização, calibre, e aparência (imagem 5). Durante os dias cursados não se registaram novos episódios de sangramento. Estes casos no contexto da UE durante o estágio foram

vistos contadas vezes, abordar a abstinência com medidas farmacológicas também podem ser necessários, e não foi prescrito de maneira inicial.

Ilustração 5: Classificação das varizes esofágicas.



O tamanho das varizes, conforme ilustrado nessas imagens endoscópicas, pode ser usado para estimar o risco de sangrame por varizes. O primeiro painel mostra pequenas varizes retas (F1) segundo painel mostra varizes tortuosas alargadas que ocupam menos de um terço do lúmen (F2), e o terceiro painel mostra grandes varizes em forma de espiral que ocupam mais de um terço do lúmen (F3).

Fonte: Goff et al, 2022

CASO CLÍNICO 6.

Cenário de acontecimentos: Hospital São Miguel do Iguaçu.

Identificação: paciente feminina de 29 anos, solteira, professora, natural de Maringá.

História da moléstia atual: Paciente refere há 15 dias inapetência, epigastralgia tipo queimação, edema em membros inferiores, vômitos diversos episódios e diarreia. Há 3 dias refere dor torácica tipo aperto em região retroesternal, piora ao caminhar, dispneia piora ao caminhar. Hoje refere piora dos sintomas. Diurese e fezes sem alterações.

História patológica pregressa: Cardiopatia - valvopatia sic (IC grave). Cirurgia cardíaca aos 2 anos. Colelitíase. Nega alergias medicamentosas

Medicamentos de uso contínuo: furosemida 40 mg 2 cp/dia; digoxina 1 cp/dia; AAS 100 mg 1 cp; carvedilol 25 mg 12/12h; espironolactona 25 mg 02 cp/dia; losartana 50 mg

Hábitos de vida: Nega tabagismo, nega etilismo

Exame físico:

Ectoscopia: REG, taquipneica, descorada ++/4+, sudoreica.

Sinais vitais : Sat 93% // FR 32 irpm // PA 160x96 // HGT 56 // FC 121 //

Pulmonar: MV +, com presença de creptos em bases sem sinais de esforço respiratório.

Cardiovascular: Bulhas hipofonéticas, ritmo regular, presença de S3. TEC < 3 seg. Pulsos radiais palpáveis e simétricos.

Abdome: globoso, RHA +, doloroso à palpação difusamente, Sem sinais de peritonite

Extremidades: edema em membros inferiores; panturrilhas livres.

Hipóteses diagnósticas:

- dor torácica a/e
- IC descompensada B (quente + úmido)
- Dor abdominal (colecistite)

Conduta frente ao caso:

- Suporte clínico

- Sintomáticos
- Solicito exames de laboratório: Radiografia + ECG + Tomografia de torax
- Mantenho em observação
- Furosemida 3 ampolas + Espironolactona agora
- Passagem de SVD

Exames complementares:

USG de abdome 01/04: vesícula espessada, apresentando múltiplas imagens calculosas

Tomografia de tórax 03/07: Estruturas vasculares mediastinais de calibre normal e contornos regulares. Traqueia e brônquios principais permeáveis e de calibre normal. Brônquios lobares e segmentares de calibre normal. Não há adenomegalias. Aumento da área cardíaca. Volumoso derrame pleural à direita. Atelectasia parcial do lobo médio e da base pulmonar direita.

Discussão do caso

Neste caso, primeiramente a paciente procurou o serviço por meios próprios, não sendo possível avaliar a regulação, as queixas correspondem a uma constelação comum de sintomas levando em conta as comorbidades e os medicamentos de uso contínuo que correspondem a uma síndrome clínica complexa e a fisiopatologia que se correlaciona com os sintomas apresentados pela paciente incluem aqueles decorrentes do acúmulo excessivo de líquidos (dispneia, ortopneia, edema de tornozelo, ascite) iniciada pela queda do débito cardíaco, levando a alterações na função renal, em parte devido à ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona retentor de sódio e do sistema nervoso simpático, e por trás destas, refletem que o coração não consegue bombear sangue para o corpo a uma taxa compatível com suas necessidades metabólicas, ou pode fazê-lo apenas ao custo de altas pressões de enchimento ventricular para realizar preenchimento tecidual adequada, assim, resultando numa diminuição da fração de ejeção (FE). A dor em queimação pode ser decorrente da quantidade de medicações de uso contínuo que já orientam de forma a possível causa destes sintomas agudos, e a dor abdominal pode refletir diante do caso de colelitíase ou presença de ascite.

O exame físico se enfoca na avaliação primária de sinais de alerta: hipoperfusão tecidual, a franca presença de taquidispneia se relaciona com congestão

pulmonar que se manifesta como presença de estertores. Avaliar a presença de turgência venosa jugular elevada sentado a 45 graus, e presença de S3 (terceira bulha cardíaca).

A hipótese diagnóstica de mais peso neste paciente levando em consideração as comorbidades, manifestações clínicas decorrentes de acometimento cardiovascular e acúmulo de líquidos correspondentes com uma IC descompensada (ICD). A abordagem inicial da paciente requer a identificação do fenótipo específico da IC, bem como as causas potenciais e precipitantes. A principal causa deste caso foi o estado cardiomiopatia preexistente secundário à doença valvar corrigida cirurgicamente a corta idade, e às refratariedades aos dos medicamentos que foram evidenciados mediante registros no prontuário e as internações prévias por quadro clínico similar. Podemos classificar a paciente mediante a Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) correspondendo como NYHA III (sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços). A outra classificação da American Heart Association (AHA) se aplica na suspeita de IC, não sendo de muita utilidade neste caso.

A apresentação da ICD de acordo com as características clínicas se classifica usando a ferramenta no quadro a seguir.

Imagem 6: Características clínicas na IC exacerbada;

	CONGESTION (-)	CONGESTION (+) Pulmonary edema Peripheral edema Jugular venous distension Hepatomegaly Ascites
HYPOPERFUSION (-)	Warm - Dry	Warm - Wet
HYPOPERFUSION (+) Cold sweaty extremities Oliguria Mental confusion Dizziness Diminished pulse pressure	Cold - Dry	Cold - Wet

Fonte: COLUCCI, 2020.

O perfil clínico "quente e úmido" neste caso corresponde a combinação mais comum na ICD (mais de 70%), geralmente apresenta PAS normal ou acentuadamente

elevada, e apresentam, em grande parte, sobrecarga de volume significativa com congestão pulmonar e periférica (tipo cardíaca).

Como sempre, o ABCD+MOV é de primeira linha e o tratamento sintomático não foi adiado enquanto se espera pelos resultados dos exames laboratoriais. O suporte inicial foram medidas de resgate para melhorar a dispneia, tanto farmacológicas e não farmacológicas, cabeceira elevada, controle de Sinais vitais e de realização de HGT para correção segundo necessidade. O ECG não demonstrou alterações particulares de infarto agudo ou prévio do miocárdio ou isquemia aguda devido a que os sintomas de dispneia são semelhantes e também pode causar ou exacerbar a IC.

Os exames de imagem solicitados durante a admissão:

Rx de tórax da admissão:



Fonte: autor.

Resultados na admissão:

- Hemograma: Normal
- Cardíaco CPK 467 CKMB 22 / Troponina I 6 / ProBNP > 35.000
- Renal/eletrólitos Urina 1 leucócitos 10/campo Ur 95 / Na 137K 5
- Infeccioso PCR 22 / Leuco 10100 / Bast 3% / Covid não reagente
- Hepático/pancreático: Bili total 2,1 / Bili dir 1,5 / Bili indir 0,60 / TGO 227 / TGP 63 / GAMA GT 102 / FA 132 / KPTT 32 / Lipase 96 / Amilase 61

Os níveis de peptídeo natriurético (proBNP) elevado descreve a presença de IC e Troponina I se justifica para descartar IAM ser preconizada diante da dor torácica assim como os níveis de CKMB e CPK podem estar aumentados em outras doenças. Com relação aos eletrólitos a hiponatremia geralmente indica IC grave, mesmo que a alteração seja discreta deve ser mencionada essa possibilidade, além de que esta avaliação também é necessária ao iniciar a terapia com diuréticos e/ou IECA. A função hepática está relacionada ao nível de congestão hepática além da evidência de achados de litíase biliar.

O caso evolui com o internamento e a abordagem inicial de suporte ventilatório e uso de diuréticos (furosemida+espironolactona) para diminuir a dispneia, registrar a diurese do paciente se torna importante, para diminuir a congestão e ter uma melhora da dispneia. Uma vez com a melhora gradual da SPO2% e dos sintomas a paciente foi prescrita de rotina do esquema de medicamentos de uso contínuo e O2 suplementar e trasladada na sala de observação. Após 03 dias devido a não conseguir realizar desmame de O2, no período da madrugada a paciente encontra-se hipotensa, hipocorada, apresentando cianose central, e edema em membros inferiores, paciente relatando dor no pulmão. Sendo comunicado o médico, o mesmo avaliou a paciente e prescreveu medicação porém o paciente sem melhora do quadro, relatando aumento da dor e mal estar. Apresentando hipotensão PA 77/50 mmHg, sudoreica, com hipotermia (T:34), e palidez, bradicárdica SPO2 87%.

Notese como na classificação funcional esta paciente evoluiu para o perfil clínico "frio e úmido" que inclui a maioria dos pacientes com choque cardiogênico e síndrome de débito. Às 02:10hr. paciente em Parada cardiorrespiratória PCR, encaminhada para sala de emergência. para manobras de ressuscitação + IOT porem paciente apresenta-se arresponsiva. Infelizmente, este caso conclui de uma forma que deixa em evidência a gravidade do quadro considerando os fatores exacerbantes desta doença. Sendo assim, devemos manter um objetivo da avaliação determinando o estado cardiopulmonar, incluindo a gravidade da dispneia, estado hemodinâmico e frequência e ritmo cardíacos de forma contínua, já que este tipo de pacientes estão em risco de instabilidade hemodinâmica e arritmias justificando um monitoramento rigoroso, esta paciente deve ser admitida na sala de emergência durante

descompensação do quadro ou não deveria ter saído do setor de emergências, e não esperar que esta evolui para uma PCR.

Segundo Velasco, para o correto diagnóstico da PCR, se verifica primeiramente ausência de resposta após chamado e toque vigoroso nos dois ombros, a seguir se verifica ausência de respiração ou respiração irregular (gasping, que pode durar vários minutos), e por último verificar ausência de pulso central checando o pulso carotídeo ou femoral. Assim, se o pulso não for detectado em até 10 segundos, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) deverá ser iniciada.

Como neste caso, já se sabia a causa da PCR, aqui descreveremos brevemente para utilizar a corrente de sobrevivida na população em geral, sendo a BLS que contém o alicerce de conhecimentos necessários para salvar vidas, sendo esta uma informação importante resumida nas imagens para saber que não deve ficar restrito aos profissionais da saúde.

Conduta diante de um paciente em PCR-ExH (“corrente de sobrevivência”)



Fonte: Velasco, 2020

Porem existe também a situação onde se da (como no caso descrito) dentro do serviço de saude, sendo esta conduta um pouco diferente como descrita na imagen anterior.

Condução diante de um paciente em PCR Intra Hospitalar

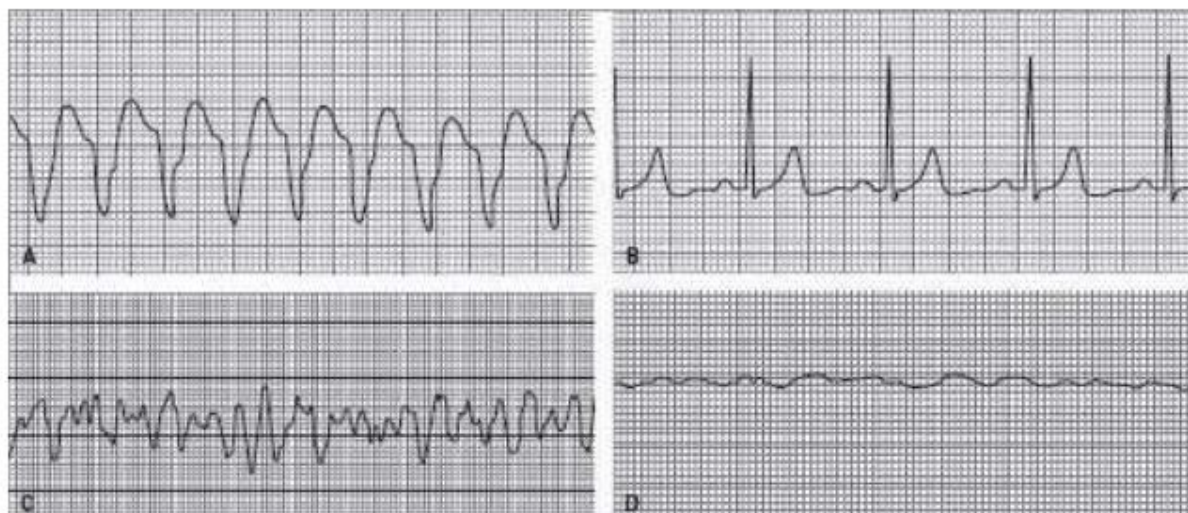


Fonte: Velasco, 2020

A Parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação súbita da função mecânica cardíaca com consequente colapso hemodinâmico e se utiliza o termo para aqueles eventos que foram rapidamente detectados, enquanto ainda há possibilidade de retorno da circulação espontânea por meio de ressuscitação cardiopulmonar (Velasco, 2020).

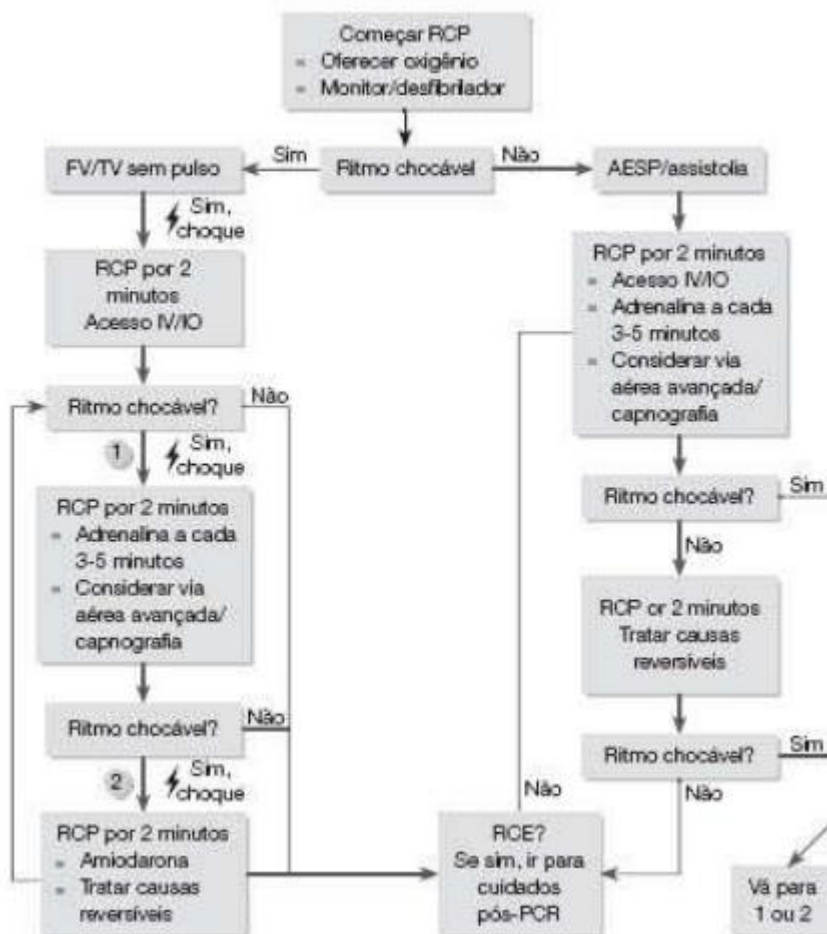
A Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia preconizam que uma RCP de alta qualidade seja feita a fim de gerar no máximo um terço do débito cardíaco fisiológico, necessário para perfusão adequada de coração, rins e cérebro e a das checagens de pulso, de ritmo chocável (FV ou TVsp) e a desfibrilação devem ser realizadas o mais brevemente possível. A avaliação das vias aéreas requer primeiro uma manobra que abra adequadamente as vias aéreas, pois a obstrução destas é uma causa comum de PCR, caso em que a remoção do fator obstrutivo torna-se imperativa, assim como as técnicas de ventilação disponíveis como ventilação boca a boca/boca a máscara; Ventilação boca a nariz; Ventilação pela traqueostomia; Ventilação por bolsa-válvula-máscara.

Ritmos cardíacos encontrados em pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR).



(A) Taquicardia ventricular sem pulso - TVsp. (B) Atividade elétrica sem pulso - AESP. (C) Fibrilação ventricular - FV. (D) Assistolia. (Velasco, 2020)

Posteriormente a BLS, segue o suporte avançado de vida (ACLS), sendo estes um conjunto de habilidades e conhecimentos que são aplicados sequencialmente orientados segundo a American Heart Association (AHA) considera o algoritmo a seguir sendo uma maneira didática e sistemática de abordar o atendimento à PCR.



Fonte: Velasco, adaptado de 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

CASO CLÍNICO 7.

Cenário dos acontecimentos: UPA Morumbi

Identificação: Paciente de sexo feminino de 21 anos.

Queixa principal: "febre e fraqueza".

História da moléstia atual: Paciente dá entrada ao serviço refere ter iniciado quadro clínico de diarreia aquosa com duração de 72 horas associado a febre de 39 graus, cefaléia, dor retro-ocular, mialgia, astenia, artralgia. Também refere presença de manchas pelos membros inferiores: quentes sem edema. Prova do laço com resultado negativo. Refere estar com dor abdominal e náuseas. Fez uso de ibuprofeno, porém sem melhora. Nega sangramentos e sintomas respiratórios.

História patológica pregressa: Nega comorbidades e cirurgias prévias. Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e uso de álcool.

Exame físico:

Ectoscopia REG, gemente, anictérica, acianótica, afebril, eupneica, descorada e desidratada;

Sinais vitais: FC 130 bpm / FR 26 ipm / PA 90/65 mmHg / SatO2 98 % AA / Tax 38,5°C;

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais e sem sinais de irritação meníngea, força muscular e sensibilidade preservadas em membros superiores e membros inferiores, pares cranianos sem alterações.

Cardiovascular: bulhas normofonéticas, 2 tempos, ritmo regular, sem sopros audíveis. TEC <3s, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios, taquicardica.

Pulmonar: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, timpânico, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório;

Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, plano, doloroso a palpação profunda em epigástrico, visceromegalias não palpáveis, sem sinais de peritonismo. Normotimpanico, Blumberg -, Murphy -.

Extremidades: Ausência de edema, quentes e profundidas, presença de exantema máculo papulares associado a prurido.

Hipóteses diagnósticas:

- Dengue do grupo C
- Chikungunya?
- Zika?

Conduta frente ao caso:

- Início fase de expansão volêmica
- Solicito exames de admissão + Dengue NS1 + IgM
- Solicito Rx de tórax
- Prescrevo sintomáticos
- Dieta livre
- Controle de Sinais vitais + balanço hídrico
- Notifico
- Solicito vaga HMPGL

Os exames complementares da admissão: Ht: 31,6%, Leuc 7.840/mm³ (Neutrófilos 18%, Linfo 60%, Mono18%), com linfócitos medianos, plaquetas 70.000 mm³, urea 76.4 mg/dL, creatinina de 5.2 mg/dL.

Discussão de caso.

As queixas desta paciente de forma geral se submetem a uma forma clínica de infecção inaparente, que evolui para manifestações clínicas notariais denotando uma síndrome febril com um período de incubação característica. Os achados de rash cutâneo também se encaixam muito com a Dengue, sendo praticamente está a uma hipótese diagnóstica no caso e as manifestações clínicas que apresentou também se encaixam com a fase crítica da doença mas não devemos deixar de lado outras patologias como Chikungunya e Zika.

No entanto, devemos salientar que não é a única doença que causa essas manifestações clínicas devendo ser confirmada por exames de laboratório, sua infecção aguda produz a elevação na titulação dos anticorpos IgM.

Na abordagem inicial (ABCD+MOV) se denota diagnóstico local do município também favorece a suspeita diagnóstica de dengue, esta é uma arbovirose e esta se

valores de plaquetas superior a 150.000 foi alcançado no 5 dia de internação e após foi dada de alta no 8vo dia dias após estando assintomática.

CASO CLÍNICO 8.

Cenário de acontecimentos: Hospital SMI.

Identificação: BAS, masculino, 65 anos, aposentado.

Queixa principal: dor nas costas.

História da moléstia atual: Paciente dá entrada ao serviço com queixas de dor lombar com irradiação para o flanco direito e baixo ventre intensa de início há 9 dias associado a febre, refere estar com disúria, polaciúria, urgência miccional e jato fraco. O mesmo refere ter problemas na próstata, não soube referir o nome. Nega sintomas gastrointestinais e nega sintomas respiratórios. Refere ser o 3º episódio do ano. Aguarda consulta com urologista em 2 semanas.

História patológica: hiperplasia prostática benigna (HPB). HAS. Nega alergias

Medicamentos de uso contínuo: doxazosina 0-0-1

Exame físico:

BEG lúcido orientado, eupneico, com facie de dor, hipocorado

Sinais vitais: FC 85 / FR .19/ PA 150/90 / SatO2 98 % / HGT 112 / Tax 38°C;

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

Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas¹, 2 tempos, ritmo regular, sem sopros audíveis. TEC <3s, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios;

Pulmonar: MV+, sem ruídos adventícios, timpânico, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório;

Abdome: RHA+ , plano, doloroso a palpação profunda em flanco direito, visceromegalias não palpáveis, sem sinais de peritonismo. Normotímpanico, Blumberg -, Murphy -, Giordano positivo.

Hipóteses diagnósticas

- Infecção do trato urinário (ITU)

- Pielonefrite

Conduta frente ao caso:

- Analgesia endovenosa

- Solicito hemograma + hemocultura + EAS

- Entro em contato com plantão da infecto para prescrever ATB – Orientam uso de ceftriaxona.

- Pondero alta após melhora.

Discussão de caso

A lombalgia é definida como dor, sensação de tensão muscular ou rigidez que ocorre abaixo da margem costal, mas acima da região glútea. É definida como aguda se sua duração for inferior a 12 semanas (Velasco, 2020). Entre as etiologias mais comuns se destacam as causas neuromusculares sendo estas evidenciadas com piora durante a atividade físicas. Já nas lombalgias com caráter de irradiação ou referidas podem ser associadas a processos inflamatórios e geralmente apresentam piora até em estado de repouso, como se apresenta neste caso, um paciente que pertence ao grupo de risco devido a comorbidade associada e idade que apresenta.

A ITU se define pela presença de patógenos microbianos no trato urinário, já que se considera que a urina normal é estéril e se classifica baseada em seu sítio, se o acometimento apenas a urina, podemos chamá-lo de bacteriúria, se abrange até a bexiga, se chama de cistite e se acomete até o rim se chama de pielonefrite, é o diagnóstico geralmente é baseado em dados clínicos, os exames complementares não são necessários em casos de ITU não complicada.

A dor lombar com irradiação característica para o flanco, isto associada a sinais e sintomas de doença sistêmica (febre) é sinal de Giordano positivo, são dados clínicos suficientes que indicam pielonefrite e apresenta critério de internamento. Em relação aos patógenos, a *E. Coli* é a mais comum, mas também outros patógenos como bacilos gram-negativos (incluindo *Pseudomonas aeruginosa*), e candida podem estar presentes. Durante uma avaliação para este tipo de pacientes com suspeita de ITU com complicações agudas, necessitamos realizar análise de urina (EAS) quanto à cultura com antibiograma para a elucidação do patógeno e definir a escolha de ATB adequado, porém nestes cenários o exame demora certo tempo e deve ser iniciado ATB empírico como a Ceftriaxona em dose 1 a 2 g IM ou EV, uma vez ao dia em cujo caso se justifica até sair os resultados. Ressalta-se que nos casos de pielonefrite o tempo de tratamento deve ser por um período de 7 a 14 dias, podendo haver a passagem da via parenteral para a oral conforme haja melhora do quadro geral e alta hospitalar. A imagem é geralmente reservada na suspeita de obstrução do trato urinário, ou com persistência de sintomas após 48 a 72 horas de terapia antimicrobiana apropriada, ou têm sintomas recorrentes. Neste caso foi ponderar a internação para o controle algico e após ser encaminhado para o atendimento

ambulatorial com resultados da urocultura levando em conta a consulta próxima com urologista. Os resultados do EAS demonstraram presença de bactérias, leucócitos aumentos 42 por campo e urocultura evidenciou presença de E.coli, o antibiograma demonstrou sensibilidade ao antibiótico empírico orientado pela infectologista.

RELATO VIVENCIAL NOS CENÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.

O internato no serviço é uma oportunidade educacional importante e intensa onde é possível relacionar-se com a realidade com temas previamente concebidos apenas de maneira teórica ou assistindo, sendo assim um importante passo na formação acadêmica levando a ser mais proativo e estar mais envolvidos nos casos que se apresentavam de maneira rotineira, desenvolver, técnicas e habilidades foram desenvolvidas e aprimoradas durante os plantões, sendo muito proveitoso e conseguir dar um olhar novo como profissional a ser construído, lembrando que a teoria nem sempre se manifesta corretamente na prática, isso aplica tanto para os processos fisiopatológicos que progrediram conforme ao caso específico.

A convivência com os membros das equipes melhoraram à medida que se compartilhavam mais plantões. Houveram situações em que não me senti bem recebido, e situações que os membros da equipe foram muito gentis comigo. Algumas vezes é difícil devido a ser uma área com muito trabalho para ser realizado, problemas de comunicação com relação com cuidados de paciente derivam em discussões que no final, prejudicam o paciente. Dada a região fronteiriça, existem muitos funcionários nas instituições que realizam o curso de medicina no Paraguai, existem situações nas quais os mesmos realizaram comentários desnecessários até podendo chegar em discutir as condutas médicas tomadas pelos médicos plantonistas os quais acompanhei. O relacionamento com os pacientes e seus familiares se torna importante para criar aquela relação médico-paciente, onde envolve muito mais além da anamnese, envolve empatia, envolve compreensão, e por sobre tudo envolve uma comunicação assertiva para poder informá-los e atualizá-los sobre o quadro clínico naquele momento.

Situações marcantes também foram percebidas, familiares dos pacientes acompanhados devem ser tratados com respeito e tolerância, pois a preocupação deles também é válida. Neste âmbito, também foi preciso desenvolver uma postura para comunicar notícias difíceis, por exemplo, comunicar ao familiar do paciente sobre um procedimento invasivo enquanto ele está acompanhando o processo de deterioração clínica.

Os plantões noturnos foram um desafio marcante devido ao impacto no ciclo do sono que apresenta, nos plantões noturnos de final de semanas o fluxo de pessoas aumentava consideravelmente, porém este tipo de experiências são necessárias para

adentrarmos nos diferentes cenários, existem vezes onde não tem certos serviços durante esses horários.

Os cenários das UPAs, além da sala vermelha, na sala amarela, são cenários onde pessoalmente tive maior aprendizado devido acompanhamento do paciente, se torna interessante de focar à evolução clínica que se apresenta, casos onde não existiam diagnósticos estabelecidos estimulam uma investigação e estudo mais profundo sobre estes.

Obstáculos estiveram presentes em várias ocasiões, desde a realização de algum procedimento pela primeira vez, até algumas situações de casos graves, onde o paciente não estava sendo bem cuidado. Casos de maus cuidados, até suspeita de violência doméstica, ficam em incógnita de ser acionado o serviço de assistência social. É fato ver condutas realizadas que não estão acordes aos protocolos preestabelecidos, alguns pacientes acabam ficando mais tempo de internamento devido a esperar um procedimento.

Este módulo apresentou muitas experiências da rotina diária do setor, o fluxo de atendimentos, e também os protocolos que são aplicados nos diferentes níveis de complexidade dentro das redes de atenção na UE. Situações "peculiares" se apresentaram de forma rotineira demonstrando as fragilidades das RAS, por exemplo o uso do recurso "vaga zero" algumas vezes não são bem sustentadas e a regulação sendo da maneira incorreta. A possibilidade de realizar acompanhamentos em outras áreas dos componentes da UE poderiam ser também mais aproveitados, como realizar plantões no SAMU.

Estes estágios foram vivenciados práticas e situações que exigem atenção imediata, conhecimento teórico sólido, com raciocínio clínico rápido e bem organizado, para reconhecer sinais de gravidade, realizando e seguindo protocolos sistemáticos, além de desenvolver capacidade de resiliência para enfrentar situações de perigo. Tudo isso exige tomar a iniciativa, ser proativo, e especialmente, ser humano, conseguir aliviar todas as formas de sofrimento da pessoa.

Os plantões no hospital de São Miguel foram proveitosos devido a ser em outra cidade, o fluxo de pacientes era relativamente menor porém nos finais de semana o fluxo de pessoas era alto. Alguns casos ressaltaram mais que outros devido a complexidade e manejo clínico no hospital que não sempre conta com todos os recursos, sendo estes referenciados ao HMPGL. Por outro lado, conseguimos

habilidades com os recursos presentes como o USG FAST, para realizar uma abordagem mais integral ao paciente mesmo que não tivesse necessidade do procedimento a modo de desenvolver caráter avaliativo e identificar estruturas anatômicas durante o procedimento.

Os plantões no HMPGL foram de grande importância para aprender a gestão do paciente de maneira intra-hospitalar. As discussões com os médicos de plantão no local às vezes era postergado devido a alta demanda de pacientes, porém conseguia tirar as dúvidas específicas de cada paciente, realizando no momento revisões de literatura em conjunto com o médico de plantão.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS.

Todos estes procedimentos foram previamente conversados com o preceptor no plantão presente e discutidos teoricamente como se comenta a forma de cerciorar-se e autorizar o procedimento. Todos os pacientes foram previamente esclarecidos sobre o procedimento e riscos, assim como o consentimento prévio que não deve faltar. Tive a oportunidade de acompanhar alguns, que também são comentados , percebi que tive um crescimento para a realização destes procedimentos, assim como a importância de manter em constante prática estas habilidades usando os laboratórios presentes na Universidade. Realizar o procedimento não era unicamente da vontade ou manifestação de interesse ou estudo prévio, pois dependiam da vontade da equipe e dos médicos, assim como a gravidade do paciente, local onde se estava inserido e outros fatores que poderiam ser capazes de influir na técnica adequada de procedimento.

ACESSO VENOSO CENTRAL

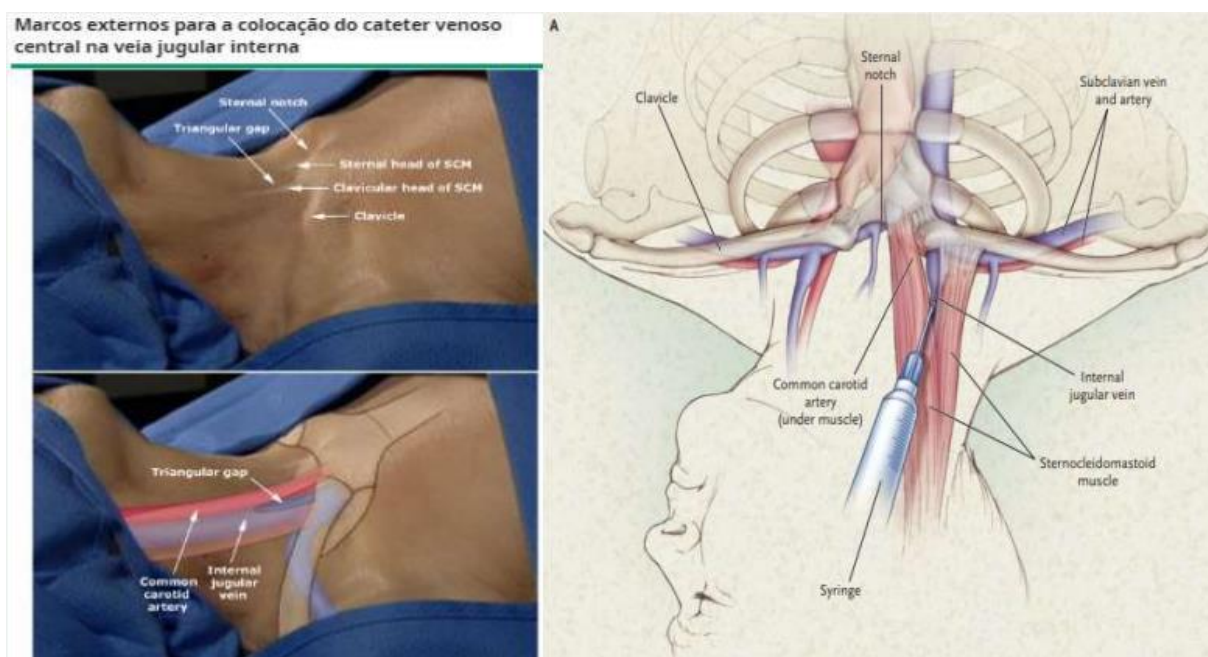
Se define como colocação de um cateter com a sua extremidade posicionada na veia cava superior, cava inferior ou no átrio direito. Possuem diversas funções no manejo do paciente grave, tanto para diagnósticos quanto para tratamentos especializados, fornecem acesso intravenoso confiável, permitem monitoramento hemodinâmico e amostragem de sangue, é normalmente obtido em diferentes sítios anatômicos por punção com ou sem orientação de ultrassom.

As indicações geralmente são:

- 1 . Incapacidade de obter um acesso venoso periférico
- 2 . Monitoramento hemodinâmica
- 3 . Administração de soluções hipertônicas ou irritantes.
- 4 . Suporte para infusão rápida de fluidos durante a reanimação
- 5 . Hemodialise
- 6 . Intervenções venosas

Os sítios de punção tem como variáveis o conhecimento de diferentes abordagens anatômicas e experiência, além da possibilidade de uso de ultrassonografia (USG) para determinar alterações anatômicas, podendo resultar numa melhor taxa de sucesso e menor taxa de complicações.

Referencias anatômicas para acesso venoso central jugular (Araujo, S., 2021)



Paciente em questão deu entrada ao serviço devido a uma DPOC descompensada grave, que evoluiu para uma PCR, sendo necessário este procedimento nos cuidados pos-PCR, optou-se por punccionar a veia jugular interna (VJI), sendo de preferência no lado direito, pois está associado a uma baixa taxa de mau posicionamento do cateter, além de ser comumente usado em situações que requerem um posicionamento confiável para uso imediato na administração de medicamentos e fluidoterapia, isto se deve a rota direta da VJI direita para a veia cava superior. Ressalta se que durante a PCR o sítio de punção de preferencia

Vantagens desta abordagem enraíza no menor risco de complicação e o fácil acesso, porém as dificuldades se apresentam em certas condições onde a anatomia de superfície se altera (pacientes com pescoço curto e obesos), e condições clínicas (na hipovolemia a VJI tende a colabar). A anatomia da subclávia direita apresenta a vantagem teórica de menor risco de pneumotórax devido ao ápice pleural inferior e à ausência do ducto torácico.

Apos a escolha do local, devemos realizar passos importantes como todo procedimento, que envolve o posicionamento do paciente em Trendelenburg, com a face voltada para o lado oposto ao da punção, e Realizar a antisepsia da pele e colocação de campos cirúrgicos, deixando expostos para visualização e palpação a

mastoide carótida, clavícula, fúrcula esternal e borda lateral do musculo esternocleidomastoideo.

A técnica de Seldinger é a mais comumente utilizada. Se coloca solução anestésica, adequadamente e profunda, porém evitando ‘apagar’ os pontos de referências anatômicas com volumes importantes de lidocaína, a seguir , com uma agulha 18G adaptada à seringa contendo solução salina fisiológica, sempre se aplicando uma leve força de aspiração, avançar, num ângulo inclinado de 30 graus em relação à pele, apontando-a para o mamilo ipsilateral. A VJI se encontra a 2-3 cm da pele, O sangue deve fluir fácil e livremente para dentro da seringa, e depois reduzir o ângulo de inclinação da agulha em relação à pele para mantê-la mais alinhada com a veia. Desconectar a seringa e observar se não há fluxo sanguíneo pulsátil. A seguir devemos inserir o fio-guia suavemente para dentro do vaso, que deve progredir sem nenhuma resistência e posteriormente retirar a agulha.

Vestir o fio-guia com o dilatador e empurrar o conjunto todo para dentro da veia, em seguida, remover o dilatador, mantendo o fio-guia em posição, lembrando de comprimir o orifício de entrada na pele para evitar sangramentos desnecessários. Vestir o fio-guia com o cateter e introduzir o conjunto todo para dentro do vaso. Em seguida, retirar o fio-guia.

Finalmente, realizar o teste do refluxo de sangue através dos lúmens do cateter, que deve ser livre e fácil. Posteriormente devemos fixar o cateter à pele com vários pontos de sutura. Aplicar o curativo apropriado. Solicitar RX de tórax para corroborar a correta localização do cateter e registrar no prontuário devidamente o procedimento.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

A intubação orotraqueal de sequência rápida corresponde à administração virtualmente simultânea de um agente de indução e um agente de bloqueio neuromuscular para induzir inconsciência e paralisia para facilitar a passagem do tubo endotraqueal. A técnica foi projetada com o intuito de maximizar a probabilidade de intubação bem-sucedida e minimizar o risco de aspiração. (BROWN, 2015).

Este procedimento requer uma execução hábil, e, para isso, devemos ter uma boa compreensão de como identificar a intubação potencialmente difícil, os medicamentos mais adequados para o manejo das vias aéreas em diferentes cenários clínicos e o gerenciamento das vias aéreas difíceis ou fracassadas, para assim adquirir a melhor experiência possível diante dos procedimentos deste tipo. Este procedimento unicamente foi assistido, em várias ocasiões.

A decisão de entubar pode ser óbvia e exigir pouca deliberação, como com o paciente com na cabeça que necessita de intubação imediata. Entre estes estão certos casos de manejo das vias aéreas em que a necessidade de intubação pode não ser aparente. Para lidar com tais situações, devemos considerar vários fatores ao decidir se a intubação é necessária, incluindo o estado respiratório do paciente, o curso da doença e o potencial de deterioração. Um outro modo de racionalizar as indicações de intubação é de acordo com as 6 indicações do ABCDEG das vias aéreas (Protocolo de Via Aérea na Emergência – HCFMUSP – 2019):

A – Air / Via Aérea: Há obstrução de via aérea? Estática ou dinâmica?

B – Breathing (Respiração): Há falha na ventilação ou oxigenação?

C – Circulação: O paciente dá indícios de fadiga da musculatura respiratória por estar no limite de sua resposta metabólica e hemodinâmica?

D – Deficiência: Há falha em manter a via aérea protegida/pérvia?

E – sequência Esperada: Há necessidade de se antecipar a um possível desfecho clínico desfavorável?

G – Geral: O paciente está muito agitado e somente com estabelecimento de via aérea avançada suas doenças serão tratadas da melhor maneira possível?.

As contraindicações e precauções são relativas, e o mais importante para a IOT é prever oxigenação difíceis ou impossíveis. Os medicamentos de indução e bloqueio neuromusculares devem ser escolhidos para atingir o objetivo de gestão das vias

aéreas e minimizar os efeitos adversos. Determinar a presença de uma via aérea anatômica difícil é um passo importante na determinação do melhor método de intubação, se o paciente não tiver vias aéreas acidentária, o próximo passo é determinar se o paciente tem uma via aérea anatomicamente difícil.

Para identificar uma via aérea anatomicamente difícil foi preconizado a mnemotecnica ``LEMON`` que utiliza uma série de avaliações físicas para determinar se a difícil laringoscopia e intubação deve ser antecipada.

Uma vez identificada uma via aérea difícil, devemos avaliar se requer a determinação do potencial de dificuldade com ventilação de máscara, laringoscopia e intubação. O procedimento segue a regra dos 7P, que descreve os principais passos do planejamento e desempenho na IOT de sequência rápida (Velasco, 2020):

Preparação: montar todo o pessoal, equipamento e medicamentos necessários.

Pré-Oxigenação: por um mínimo de três minutos usando oxigênio fornecido na maior vazão disponível (atrasa a saturação de oxigênio durante a apnéia, independentemente da condição do paciente, idade e habito corporal)

Posicionamento: maximiza as chances de sucesso para laringoscopia e proteção contra aspiração antes da passagem do tubo. Em casos de possível lesão de coluna cervical, deve ser ajustado para proteger a medula espinhal. A posição clássica de “cheirador” (extensão occipital com altura da cabeça de 3 a 7 cm)

Pré-medicação: com maior ênfase a desarranjos fisiológicos que complicam o manejo das vias aéreas, como hipotensão e hipoxemia devem ser corrigidos com o uso de adrenalina.

Paralisia com indução: a seleção do medicamento de acordo ao paciente, neste procedimento acompanhado os medicamentos disponibilizados nos locais de plantão estão na ilustração obtida nos protocolos da UPA.

Medicamentos preconizados de acordo com o peso.



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

TABELA DE MEDICAÇÕES PRECONIZADAS DE ACORDO COM O PESO								
PESO kg	LIDOCAINA		CETAMINA		ROCURONIO		SUCCINILCOLINA	
50kg	75mg	3,8mL	100mg	2mL	60mg	6mL	50mg	5mL
60Kg	90mg	4,5mL	120mg	2,4mL	72mg	7,2mL	60mg	6mL
70kg	105mg	5,3mL	140mg	2,8mL	84mg	8,4mL	70mg	7mL
80kg	120mg	6mL	160mg	3,2mL	96mg	9,6mL	80mg	8mL
90kg	135mg	6,8mL	180mg	3,6mL	108mg	10,8mL	90mg	9mL
100kg	150mg	7,5mL	200mg	4mL	120mg	12mL	100mg	9mL
110kg	165mg	8,3mL	220mg	4,4mL	132mg	13,2mL	110mg	11mL
120kg	180mg	9mL	240mg	4,8mL	144mg	14,4mL	120mg	12mL

Adaptado do protocolo sugerido pelas associações de Terapia Intensiva - AMIB e Medicina de Emergência - ABRAMEDE

Fonte: autor.

Passagem do tubo: já com bloqueio neuromuscular alcançado, avaliado pelo tônus muscular do masseter se procede a realizar a laringoscopia, o tempo de relaxamento muscular vai variar dependendo do fármaco e da dosagem. Após uma visualização clara da realizamos a passagem do tubo endotraqueal entre as cordas vocais e insuflar o cuff..

Pos-intubação: tomamos as medidas para confirmar a correta colocação do tubo com a ventilação e auscultação. Devemos solicitar um RX e realizar o correto registo no prontuário.

SUTURAS.

A sutura é um dos métodos utilizados para a síntese, em que as bordas de uma ferida requer aproximação adequada dos tecidos com mínima interferência no processo de cicatrização natural, sendo apropriadas para uso para o fechamento primário de lacerações cutâneas quando esta se estende através da derme e é provável que cause cicatrizes excessivas se as bordas da ferida não forem adequadamente aproximadas. Este procedimento foi realizado em mais de 15 ocasiões, requer habilidade prática motora e também boa avaliação da ferida para definir o tipo de sutura que deverá ser realizada, a técnica de ponto simples e donatti foram as mais utilizadas. A adequação do fechamento primário com suturas também é determinada pela idade da ferida, localização da ferida e fatores do paciente que impactam o risco de infecção da ferida.

As contraindicações são atrações para as quais a sutura aumentará ativamente o risco de infecção por feridas ou feridas grosseiramente contaminadas, a mordedura de cão também é uma contraindicação.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (SVD)

O cateterismo das vias urinárias é indicado sobretudo para o esvaziamento da bexiga, podendo ser de forma intermitente (cateterismo de alívio) ou para longa permanência (cateter de demora). Este procedimento foi realizado 3 vezes no hospital de São Miguel do Iguçu.

O cateterismo vesical de demora é realizado com o cateter de Foley. As indicações basicamente derivam em drenagem vesical por obstrução aguda ou crônica, disfunção vesical (bexiga neurogênica) e irrigação vesical. Também serve para drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas. Sua principal indicação na emergência para o monitoramento do volume urinário em pacientes graves. Contraindicações relativas ao cateterismo uretral incluem restrição uretral e cirurgia recente do trato urinário. A única contraindicação absoluta à colocação de um cateter uretral é a presença de lesão uretral, que normalmente está associada ao trauma pélvico. A técnica varia para cada sexo, devido a comprimento da uretra, porém realizar a antisepsia e do meato uretral para a periferia e principal em ambos. Aplicar o lubrificante/anestésico lentamente, através do meato uretral com auxílio da seringa e aguardar alguns segundos para o início da ação do lubrificante/anestésico e a seguir introduzir o cateter vesical até encontrar resistência, uma vez insuflado o balão com a quantidade de água destilada se tracionar o cateter delicadamente até encontrar resistência, indicando ancoragem do balão no trígono vesical e por último se realiza a fixação cateter na face interna da coxa do paciente. Este deve ser registrado no prontuário, anotando data e hora do cateterismo, tipo e calibre do cateter, volume de água do balão, quantidade, coloração e características da urina. Geralmente é um procedimento realizado pelo serviço de enfermagem, os quais foram muito receptivos e profissionais na hora de me acompanhar quando realizei este procedimento.

A SVD, possibilita a invasão da bexiga pelas bactérias que colonizam a uretra. A infecção urinária é mais frequente em mulheres do que em homens, por causa da pequena extensão da uretra feminina e da disposição anatômica de sua genitália externa.

PARACENTESE.

A paracentese é um procedimento médico que tem como objetivo drenar o líquido ascítico da cavidade peritoneal, sua implementação é simples, na maioria das vezes é ambulatorial, suas indicações, que também residem nessas duas finalidades, são dois principais motivos para a realização: o auxílio diagnóstico (coleta de material), e esvaziamento de ascites tensas que causem restrição tóraco abdominal, ou seja, que estejam causando desconforto abdominal ou prejuízo respiratório. (RYNION 2021).

As contraindicações e precauções incluem pacientes gestantes, paciente com visceromegalia, obstrução intestinal, história prévia de bridas abdominais ou retenção vesical sem esvaziamento recente, nesses casos podemos previamente avaliar o sítio de punção com USG.

A paracentese é feita na parede abdominal anterior, de preferência é a lateral ao músculo reto abdominal e inferior à cicatriz umbilical, para evitar lesões dos vasos epigástricos inferiores, que passam abaixo do referido músculo. A região do quadrante inferior esquerdo apresenta parede abdominal mais fina e um bolsão de ascite mais profundo que o lado direito. Uma vez contando com todos os materiais e realizado se posiciona o paciente em posição supina, com a cabeça levemente elevada a fim de promover um esvaziamento do volume da ascite para a região inferior do abdome. Após a antisepsia se anestesia o local de punção com lidocaína. Ao anestesiá-lo o peritônio, posicionamos a agulha perpendicular ao plano da pele para usar a técnica Z para reduzir a chance de vazamento de líquido ascítico após o procedimento, a seringa deve proceder na inserção no trajeto anestesiado previamente, sempre aspirando continuamente a até encontrar líquido ascítico, que uma vez aspirado, interrompa a inserção da agulha e avance apenas a parte plástica do cateter, a seguir se conecta o conjunto seringa-torneirinha ao cateter de acesso venoso periférico se for necessária avaliação diagnóstica se coleta 50 ml do líquido. Finalmente após a drenagem desejada, se retira o cateter e realiza um curativo. O uso de albumina como expansor plasmático após paracentes e terapêutica de grande volume (mais que cinco litros de ascite retirada) é sugerido por muitos especialistas e liberado pela Anvisa. Sendo a dose de albumina de 6 a 8 g por litro de fluido removido após o procedimento. Essa questão deriva em que a drenagem máxima seja de 4,5L no paciente na

instituição, coisa que às vezes não ajuda muito aos pacientes pois alguns casos foram ascites de grande volume, devendo este retornar em um período de tempo curto.

As complicações são incomuns e envolvem hemorragia ou punção de víscera abdominal, e a técnica se torna importante para diminuir o risco de contaminação da amostra e as complicações supracitadas.

INTERCORRÊNCIAS

Todo procedimento possui seus principais riscos de complicações como citado previamente neste capítulo, por conta disso, existem protocolos definidos em casos de acidentes de trabalho. Na ilustração a seguir se apresenta o fluxograma que o acidentado deve seguir a forma de prevenir desfecho a sua saúde.

QUESTÃO PROBLEMA NAS ESTRUTURAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

As redes em concordar que a sistema no setor das UPAs tem diversas cenários que embora estejam organizados para receber pacientes, a própria gestão interna não se encontra intimamente coordenada, programas de práticas poderiam ser elaboradas segundo a especialidade esteja presente (ortopedia, clínica, pediatria e serviços de enfermagem) para os restantes membros da equipe. A inserção e discussão de pelo menos mensal de cada um dos temas relacionados a urgência e situações específicas de cada setor. Acredita-se que a fluidez e capacidade de uma equipe poderia integrar-se mediante estas medidas.

Com o intuito de melhorar o fluxo de regulação dos pacientes, em especial os que admitidos que possuem doenças psiquiátricas no final de semana, devido a que isso gera um duplo fluxo entres as UPAs e o serviço de referência no HMPGL.

e desde os anos iniciais da graduação em graus crescentes de complexidade pode ajudar na aquisição de competências, assim como a avaliação prática nos diferentes cenários de atuação, de forma sistematizada para evitar a repetição excessiva dos temas abordados. A falta de salas para descanso e computadores também poderia ser uma questão a ser relatada. A impossibilidade de acompanhar alguns casos, com atendimento qualificado desde nas etapas iniciais das situações de urgência emergência se traduz numa diminuição da mortalidade e das sequelas ao paciente, e uma diminuição da sobrecarga dos serviços de nível terciário. Em contraste ocorre uma grande população que poderia ter realizado atendimento na UBS e comparece nos serviços citados, perdendo assim a resolutividade e o devido seguimento do paciente. O correto fluxo de referência e contrarreferência deve ser otimizado a fim de diminuir desfechos ao paciente, pois é o único em questão que acaba prejudicado.

REFLEXÃO SOBRE O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.

Eixo 6. Relação do estudante com a equipe multiprofissional.

Artículo 45: O estudante de medicina deve entender a importância de participar de atividades multiprofissionais e reconhecer suas próprias limitações.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no município devido a sua localização estratégica na tríplice fronteira, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada sendo esta um objetivo fundamental pautado na formação acadêmica no curso de medicina na UNILA. Durante o processo de cuidado do paciente no ambiente de urgência e emergência se dá de forma interligada e coordenada, devendo esta ser lograda desenvolvendo adotando atitudes e desenvolvendo habilidades para interagir com os diferentes profissionais e sendo mais comprometido com a ética e com o atendimento humanizado de qualidade ao paciente, mostrando empatia, resiliência e solidariedade. Enfatiza-se que, a importância e os benefícios de desenvolver relações integradas com estudantes de outros campos, por esse motivo, aprender o papel de cada especialista em seu equipamento multidisciplinar e local de trabalho, compreendendo suas próprias limitações diante de cada cenário. A função de cada um se mostra como uma oportunidade de compreender de forma prática e de maneira abrangente com base teórica acorde ao caso, além de valorizar o trabalho específico, gerando aceitação pela equipe, estimulando sentimentos de plenitude durante o trabalho multidisciplinar, ou seja, um trabalho em equipe consolidado pelas habilidades dos membros dos grupos de trabalho, mas também em cima de metodologias, com o auxílio de protocolos com as rotinas de trabalho bem definidas, tendo como resultado a colaboração, o bom desempenho sob pressão, bom relacionamento interpessoal e promover uma formação profissional comprometido com a ética e humanização do cuidado que garante a esses pacientes um olhar diversificado sobre uma mesma situação, a fim de buscar uma solução que se enquadre no contexto sociocultural em que aqueles indivíduos estão inseridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O internato em UE conclui com muitas expectativas sobre o processo de abordagem ao paciente grave, além do estímulo de identificar situações que possam ter risco à vida. Fui ganhando meu espaço durante os plantões, demonstrando interesse, proatividade, e realizando consulta prévia da teoria tanto no setor dos procedimentos e no setor da sala de emergências, aprendi que o médico possui muitos recursos que pode utilizar a seu favor, comportar se como uma equipe requer de diálogo, muitas vezes estas sendo pouco concretadas. Devido a isso acredito que os plantões de 12 horas são importantes para acompanhar a evolução, pois tem vezes que alguns pacientes têm várias condutas médicas diferentes. Também foi frequente ver pacientes que não foram reavaliados e isso prejudica muito o paciente tanto o serviço. A importância da construção de um enfoque interdisciplinar no trabalho de uma equipe de saúde gera uma reflexão acerca dos modelos assistenciais nos diferentes níveis de complexidade que conformam a RAS, e essa rede de cuidados que vai cada vez mais funcionar como agregador das diferenças.

Em relação aos procedimentos, destaco que a prática faz a diferença, a possibilidade destes aumenta a confiança para a realização com sucesso, algo que se torna sumamente importante para a segurança do paciente e além disso não ocorrer casos de imperícia. O acompanhamento dos preceptores no decorrer do tempo foi gerando mais construção de raciocínio clínico para poder ir adaptando a cada situação da gestão do cuidado.

Sensação de gratidão temos que ressaltar devido às inúmeras situações disparadoras que ajudam a manter a curiosidade por aquele processo saúde-doença sem descuidar os aspectos emocionais do paciente, independentemente do agravo, e como os protocolos são aplicados na prática de acordo à situação local que se encontra.

Quanto aos pontos de melhoria, ressalto que seremos perfeitos, porque há sempre outra coisa que você pode aprender ou atualizar por conta própria, mesmo em coisas onde é um grande desafio, sempre querendo melhorar. Acelerando meu pensamento clínico e diagnóstico e tomando decisões mais rápidas, tenho mais medo diante de um paciente sério ou politraumatizado que é capaz de trabalhar sob pressão.

REFERÊNCIAS

1. Araujo, S., 2021. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos - Aspectos Técnicos e Práticos . [online] amib. Disponível em: <http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010629165427.pdf> [Acesso em 13/06/2022].
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS, 2015. Acesso em: 5 mai. 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família.
4. BAJAJ, Jasmohan S. et al. Methods to achieve hemostasis in patients with acute variceal hemorrhage. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/methods-to-achieve-hemostasis-in-patients-with-acute-variceal-hemorrhage?sectionName=Endoscopic#H1>. Acesso em: 15 jun. 2022.
5. BROWN, Calvin A. The decision to intubate. [S. l.], abril 2015. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/the-decision-to-intubate>. Acesso em: 31 maio 2022.
6. BROWN, Calvin A. et al. Rapid sequence intubation for adults outside the operating room. [S. l.], julho 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-for-adults-outside-the-operating-room>. Acesso em: 30 maio 2022.
7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Rede de Atenção as Urgências e Emergências. Paraná, 1995. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Conferencias/10%20CES/Teses/Rede_de_Atencao_as_Urgencias_e_Emergencias.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.
8. COMITÊ DE TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES; Advanced Trauma Life Support (ATLS), 9ª Ed 2014. MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. Pronto Socorro: Medicina de emergência; 3ª Ed. São Paulo: Manole, 2012.

9. CARO, David. Neuromuscular blocking agents (NMBAs) for rapid sequence intubation in adults outside of the operating room. [S. I.], fev. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/neuromuscular-blocking-agents-nmbas-for-rapid-sequence-intubation-in-adults-outside-of-the-operating-room>. Acesso em: 2 jun. 2022.
10. CAPLAN, Louis R. et al. Overview of the evaluation of stroke. [S. I.], 2022. Disponível em: UpToDate. Acesso em: 10 maio 2022.
11. COLUCCI, Wilson S. Treatment of acute decompensated heart failure: General considerations. [S. I.], 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-decompensated-heart-failure-general-considerations?>. Acesso em: 3 jun. 2022.
12. COLUCCI, Wilson S. et al. Heart failure: Clinical manifestations and diagnosis in adults. [S. I.], 2022. Disponível em: www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults?. Acesso em: 3 jun. 2022.
13. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):436-539.
14. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. : Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).
15. GOFF, John S. et al. Endoscopic variceal ligation. [S. I.], 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-variceal-ligation?search=sangramento#H1>. Acesso em: 13 jun. 2022.
16. HOLLANDER, Judd E. et al. Evaluation of the adult with chest pain in the emergency department. [S. I.], 2022. Disponível em: UpToDate. Acesso em: 3 jun. 2022.
17. Konstantinides, S. V. et al. ESC Scientific Document Group (2020). ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). European heart journal, 41(4), 543–603.
18. MEYER, Theo E. Approach to diagnosis and evaluation of acute decompensated heart failure in adults. [S. I.], 2022. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diagnosis-and-evaluation-of-acute-decompensated-heart-failure-in-adults?>. Acesso em: 5 jun. 2022.→ (MEYER, 2022).

19. OLIVEIRA FILHO, Jamary et al. Initial assessment and management of acute stroke. [S. l.], 2022. Disponível em: UpToDate . Acesso em: 31 maio 2022.

20. Raja, A. e Zane, R., 2020. UpToDate . [online] Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=trauma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4268553657. Acessado em 25/05/2022].

21. RUNYON, Bruce A. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. [S. l.], out. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-and-therapeutic-abdominal-paracentesis>. Acesso em: 18 jun. 2022.

22. RORDORF, Guy et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage: Acute treatment and prognosis. [S. l.], 2022. Disponível em: UpToDate. Acesso em: 15 jun. 2022.

23. SANYAL, Arun J. et al. Primary and pre-primary prophylaxis against variceal hemorrhage in patients with cirrhosis. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-and-pre-primary-prophylaxis-against-variceal-hemorrhage-in-patients-with-cirrhosis?search=sangramento#H1>. Acesso em: 14 jun. 2022.

24. SANYAL, Arun J. et al. Overview of the management of patients with variceal bleeding. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-patients-with-variceal-bleeding>. Acesso em: 14 jun. 2022.

25. RUNYON, Bruce A. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. [S. l.], out. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-and-therapeutic-abdominal-paracentesis>. Acesso em: 18 jun. 2022.

26. REEDER, Guy . et al. Overview of the acute management of ST elevation myocardial infarction. [S. l.], 2021. Disponível em: UpToDate. Acesso em: 7 jun. 2022.

27. SCHAEFFER, Anthony J. Placement and management of urinary bladder catheters in adults. [S. l.], mar. 2021. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/placement-and-management-of-urinary-bladder-catheters-in-adults>. Acesso em: 11 jun. 2022.

28. SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier

29. THOMAS, Stephen J. et al. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?>. Acesso em: 9 jun. 2022.

30. VELASCO, et al., 2020. MEDICINA DE EMERGÊNCIA; abordagem prática. 14^a ed. Rodrigo Antonio Brandão Neto.