



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

MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATOS DE CASOS
CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM 2019**

VERÓNICA ALMADA BENITEZ

FOZ DO IGUAÇU, PR

2020



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

MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATOS DE CASOS
CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM 2019**

VERÓNICA ALMADA BENITEZ

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 Médico.

Orientadora: Prof^ª. Flavia Juliana Pina Trench

FOZ DO IGUAÇU, PR

2020

VERÓNICA ALMADA BENITEZ

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATOS DE CASOS
CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM 2019**

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 Médico.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Cristiano Siqueira Ferrari
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz de Iguaçu, 05 de outubro de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: Veronica Almada Benitez

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 072.438.581-98

E-mail: veronicaalmada74@gmail.com Fone: 45 99950 8826

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experiencias durante o estágio em 2019.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/_____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(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.
- Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino- Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.
- Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.
- Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino- Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported.*

Foz do Iguaçu, 05 de outubro de 2020

Assinatura do Responsável

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que me ajudaram e motivaram ao longo desses 6 anos para finalmente alcançar meu objetivo de me tornar médica.

AGRADECIMENTOS

A meus Pais pelo acompanhamento dia a dia mesmo com a distância são fundamentais para o seguimento do curso.

A meus amigos e colegas de Faculdade Amparo, Dalila, João, Carlos. Aos professores Flavia e German pela vontade de ensinar e pela preocupação da nossa formação em sermos profissionais competentes.

A todos os profissionais de saúde que guiaram meu desempenho na prática, Dra. Keyla, Dr. Klayson, Dra. Bianca, Dr. Brun Felippi, Dr. André, Dr. Arnaldo, Dr. Mario, Dr. Thargo.

ALMADA BENITEZ, Veronica. Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experiências durante o estágio em 2019. 2020. 48 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O internato é o momento de inserção do acadêmico de medicina, na prática, nesse momento o aluno cumpre umas das atividades mais importantes para o aprendizado profissional que é a prática em campo com paciente principalmente na área de urgência e emergência. A grande abrangência do setor da UE levou a acadêmica observar as principais síndromes clínicas a organização e aplicação dos protocolos, manejo do paciente pré-hospitalar (SAMU) e dentro do serviço intra-hospitalar, sendo descrito neste trabalho em formato de casos clínicos seguindo com as discussões, avaliações e aprendizado, enfatizando os cenários de atenção no Município de Foz de Iguaçu seus potenciais e falências no serviço. Como objetivo desse trabalho é demonstrar a participação e o aprendizado da acadêmica durante as atividades em campo e o raciocínio clínico, maturidade e responsabilidade na abordagem dos pacientes com diferentes condições de saúde. O desconhecimento da população do local correto onde procurar atendimento de acordo o quadro clínico leva a superlotação do serviço. Aprecia-se uma grande oportunidade do aluno de medicina de ter um local de aprendizado amplo e diversos permitindo-lhe realizar abordagem do paciente anamnese e exame físico e procedimentos médicos, indispensáveis para a formação de um profissional competente.

Palavras-chaves: urgência, emergência, estágio, abordagem, tratamento.

ALMADA BENITEZ, Veronica. Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experiências durante o estágio em 2019. 2020. 48 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The internship is the moment of insertion of the medical student in practice, at that moment the student fulfills one of the most important activities for professional learning, which is practicing in the field with patients, mainly in the area of urgency and emergency. The wide scope of the EU sector led the academic to observe the main clinical syndromes, the organization and application of protocols, management of the pre-hospital patient (SAMU) and within the in-hospital service, being described in this work in the form of clinical cases following with the discussions, evaluations and learning, emphasizing the care scenarios in the Municipality of Foz de Iguaçu, its potentials and failures in the service. The objective of this work is to demonstrate the participation and learning of the academic during activities in the field and clinical reasoning and maturity and responsibility in approaching patients with different health conditions. The population's lack of knowledge of the correct place to seek care according to the clinical condition leads to overcrowding of the service. A great opportunity for the medical student to have a wide and diverse learning place is appreciated, allowing him to approach the patient's anamnesis and physical examination and medical procedures, which are essential for the training of a competent professional.

Key words: urgency, emergency, internship, approach, treatment.

ALMADA BENITEZ, Veronica. Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e experiências durante o estágio em 2019. 2020. 48 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

Resumen

El internado es el momento de inserción del estudiante de medicina en la práctica, en ese momento el estudiante cumple una de las actividades más importantes para el aprendizaje profesional, en el campo de práctica con pacientes, principalmente en el área de urgencia y emergencia. El amplio alcance del sector de la UE llevó al académico a observar los principales síndromes clínicos, la organización y aplicación de protocolos, el manejo del paciente prehospitalario (SAMU) y dentro del servicio intrahospitalario, siendo descritos en este trabajo de forma de casos clínicos siguiendo con las discusiones, evaluaciones y aprendizajes, enfatizando los escenarios de atención en el Municipio de Foz de Iguazú, sus potencialidades y fallas en el servicio. El objetivo de este trabajo es demostrar la participación académica y el aprendizaje durante las actividades de campo y el razonamiento clínico, madurez y responsabilidad en el abordaje de pacientes con diferentes condiciones de salud. El desconocimiento de la población sobre el lugar adecuado para buscar atención de acuerdo con la condición clínica conduce a la saturación del servicio. Se agradece una gran oportunidad para que el estudiante de medicina tenga un lugar de aprendizaje amplio y diverso, que le permita abordar la anamnesis y el examen físico y los procedimientos médicos del paciente, los cuales son indispensables para la formación de un profesional competente.

Palabras claves: urgencia, emergencia, pasantía, abordaje, tratamiento.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Acesso venoso subclávio	20
Figura 2. Abordagem da Hemoptise maciça	26
Figura 3. Escore Wells, probabilidade para TEP.	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comparações do manejo da PCR.....	27
Quadro 2. Abordagem inicial de um paciente crítico o que se fez correto e errado neste caso.....	33
Quadro 3. Fármacos utilizados na abordagem da paciente	33
Quadro 4. O procedimento de IOT	34
Quadro 5. Diagnostico diferenciais do caso.....	37
Quadro 6. Contraindicação para trombólise.....	38

LISTA DE ABREVIATURA E DE SIGLAS

AMBU	Unidade Manual De Respiração Artificial
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DEA	Desfibrilador externo automático
EU	Urgência e Emergência
HDA	História da Doença Atual
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica Progressa
IOT	Intubação Oro Traqueal
IM	Intramuscular
IV	Intravenosa
O2	Oxigênio
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PH	Pré-hospitalar
QP	Queixa Principal
RCE	Retorno da Circulação Espontânea
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RNC	Rebaixamento do nível de consciência.
RUE	Rede de Urgência e Emergência.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade Pronto Atendimento
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. DESENVOLVIMENTO.....	16
a. Fluxo de atendimento de EU no município de Foz do Iguaçu.....	16
Caso de Cetoacidose em UBS	16
SAMU.....	17
UPAs: João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa.....	18
Caso clínico e procedimentos realizadas pela Interna nas UPAs	19
Conduta.....	20
Hospital Municipal Padre Germano Lauck.....	22
Os procedimentos realizados no pronto socorro.....	22
Reflexão e aprendizado do procedimento	23
Sondagem vesical de demora	23
Sondagem nasogástrica.....	23
Reflexão.....	23
b. CASO CLÍNICO 1	23
Regulação	24
Discussão do caso	24
Hemoptise na Emergência, qual é o protocolo de atendimento, qual é o mecanismo fisiopatológico levando a PCR?	25
Hemoptise.....	25
Hemoptise e PCR	25
Qual é o ritmo mais provável de PCR em pacientes com hemoptise?	25
Entre os diagnósticos diferenciais de hemoptise estão	25
Protocolo de PCR foi cumprido, o que foi feito de errado ou correto?.....	26
PCR.....	26
Questionamento:.....	28
Se o ritmo encontrado fosse AESP, quais dos 5H e 5T poderia ser tratado como causa de PCR?	28
Hipóxia	28
Hipovolemia	28
Tamponamento cardíaco.....	28
Dificuldades.....	29
Reflexão:.....	29
c. Caso Clinico 2: UPA MORUMBI	29

Exame físico:	30
Abordagem	30
Pedido de exames laboratoriais	31
Diagnostico Sindrômico:	31
Hipótese diagnostica:	32
Discussão do caso:	32
O paciente é crítico?	32
No caso de essa paciente como é conduzido um caso de TEP?	36
d. Caso Clinico 3 Cenário UPA SAMECK.....	39
Reflexão.....	42
PROPOSTAS DE SOLUÇÕES AOS PROBLEMAS ENCONTRADAS	42
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE.....	46
APÊNDICE A: MANEJO DO PCR EM AESP: 5H E 5T	46

1. INTRODUÇÃO

O internato é o momento do curso de graduação em que o estudante de Medicina experimenta, de forma genuína, o saber fazer cotidiano da profissão. Além disso, a estrutura proposta de estágio teórico-prático nas grandes áreas básicas do conhecimento médico como na Urgência e Emergência é capaz de proporcionar ao aluno a possibilidade de um contato mais íntimo com diferentes campos do saber médico, favorecendo a construção de um horizonte mais amplo para o exercício da medicina, sob uma perspectiva de conhecimento e conduta das principais síndromes emergenciais.

Este trabalho baseado no cenário prático em Urgência e Emergência apresenta as atividades que foram desenvolvidas desde março até dezembro de 2019, abordando principalmente o aprendizado nos plantões de 12 horas nos cenários de serviço de Atendimento a Urgência, UPA João Samek, UPA Walter Barbosa e HMPGL do município de Foz de Iguaçu, relata-se a passagem do aluno-interno nos cenários de aprendizado na rede de EU e o estudo, raciocínio clínico, reflexões a partir dos casos.

A grande abrangência das síndromes dentro da UE fez em que o aluno participe do reconhecimento da classificação de risco, identificação de paciente grave, diagnosticar, esclarecer etiologias e o fundamental: o aprendizado dos protocolos de abordagem inicial às emergências. O conteúdo do trabalho são os casos clínicos e as vivências em geral dentro do internato de UE-SUS, os protocolos das referências e reflexões e aprendizados da acadêmica. Assim também é relatada a organização e composição do fluxo de atendimento da rede de urgência e emergência no SUS no município de Foz de Iguaçu.

Vale salientar o comportamento e desenvolvimento do aluno no primeiro ano de internato, primeiro contato com situações crítica com risco alto de morte, a influência de vários fatores como medo, insegurança, serviço de saúde insuficiente, a demanda elevada, levam ao aluno num encontro de emoções e superações, todos esses relatos o leitor terá a oportunidade de apreciar nesse trabalho.

2. DESENVOLVIMENTO

a. Fluxo de atendimento de EU no município de Foz do Iguaçu

O município de Foz do Iguaçu conta as cinco portas de entrada estabelecidas para o atendimento do paciente em situação de urgência e emergência que são: UBS, UPA, SAMU/SIATE, Pronto Socorro e demanda espontânea.

UBS: é umas das primeiras instancias das portas de entradas da UE, tem uma grande responsabilidade de reconhecer o paciente grave através do acolhimento e classificação de risco sendo necessário o acionamento da central de regulação com o serviço de atendimento pré-hospitalar para encaminhamento do paciente ao local adequado segundo o quadro clínico. Os casos mais observados foram pacientes hipertensos crônicos com crises hipertensivas, diabéticos com hiperglicemias, que são encaminhados ou os mesmos pacientes procuram por demanda espontânea ao serviço de maior complexidade para estabilização clínica, no entanto a maioria dos casos poderia ser tratada na unidade básica evitando a superlotação das UPAs.

Porém a estagiaria participou de casos graves acolhidas e classificadas corretamente pela unidade básica, como exemplo se relata um caso presenciado no SAMU.

Caso de Cetoacidose em UBS: “Chamado por quadro de choque hipovolêmico” Descolocado a ambulância de suporte básica a UBS encontrando paciente feminino 22 anos. **Q.P:** Rebaixamento do nível de consciência há uma hora.

HDA: Mãe refere que há dois dias a paciente apresenta quadro de fraqueza, sonolência, dor abdominal e náuseas, evoluindo hoje com um episódio de lipotimia.

HPP: nega comorbidades e uso de medicações.

Exame Físico: Paciente prostrada, hiperglicêmica 350mg/dL, hipotensa 90/60mmHg, taquidispneica, hipócorada, com hálito cetônico.

Na Unidade Básica Saúde foi suspeitada cetoacidose começando o manejo com reposição volêmica rigorosa em dois acessos venosos periféricos, oferta de oxigênio com máscara facial com O₂ 10L/min. Com esse caso observou-se que a UBS utilizou os recursos disponíveis para estabilização da paciente e seu encaminhamento ao HMPGL para o seguimento do tratamento. Esse caso foi bem manejado seguindo os protocolos, motivou a estagiaria estudar sobre as causas, fisiopatologia da cetoacidose e o manejo do paciente grave em UBS.

SAMU: Componente secundária da porta de entrada do fluxo de UE. Foram realizados plantões noturnos de 12 horas, os primeiros plantões a acadêmica aproveitaram para reconhecimento dos materiais, os tipos de ambulâncias disponíveis que são tipo A, B e D e apresentação para a equipe plantonista. Nos plantões em que a estagiária participou a equipe do SAMU estava atuando com duas ambulâncias do tipo D e quatro ambulâncias do tipo B e uma tipo A, orientadas pela central de regulação que discerne os casos que devem ser atendidos pelas chamadas telefônicas que a população realiza a partir da sua necessidade.

A estagiária participou no atendimento inicial de casos nas ambulâncias de tipo B que em geral foram casos menos graves como cefaleias, vertigens sem déficit neurológico, crises de ansiedade, mas pelo contrário a maioria nos atendimentos das ambulâncias tipo D se tratava de síndromes com risco de vida como AVC, taquiarritmias, PCR, crise convulsiva, hipotensão e choques, transferências de pacientes intubados e sedados para hospital de referência. Os plantões foram realizados nas sextas feiras teve vários atendimentos a pacientes alcoolizados e intoxicados com substâncias ilícitas. Os menores atendimentos foram para pacientes pediátricos, solicitavam geralmente por quadros febris e convulsivos.

Surto psicótico: Uma grande porcentagem dos atendimentos do SAMU foram destinadas a pacientes em surto psicótico por uso substâncias químicas, transtornos mentais, depressivos e tentativas de suicídios, foram casos difíceis de manejar porque na maioria houve necessidade de acionar a Guarda Municipal para a contenção física e química dos pacientes em surto psicótico. Em muitas ocasiões não achei necessário o uso de benzodiazepínicos como o midazolam nos atendimentos, pelos efeitos de depressão respiratória levando ao paciente maior tempo para estabilizar e maior tempo de monitorização no pronto socorro retardando a transferência para o setor de psiquiatria. No atendimento a paciente psiquiátrico foi identificado pela estagiária a falta de atendimento mais humanizado, sendo que muitas vezes chegam à agressão física e se oferece atendimento menos qualificado. Psiquiátricos não são doentes?

Regulação: Foz do Iguaçu tem uma base reguladora do Sistema de UE no município, quem tem a autoridade máxima sobre o deslocamento e suporte que será ofertado aos pacientes. Poucos casos foram resolvidos no domicílio dos pacientes, não precisando ser removidos, logo os destinos para a maioria dos pacientes foram as UPAs.

Não existem leitos de retaguardas suficientes no hospital de referência para internamento de pacientes críticos estabilizados sendo que precisam ficar internados em unidades desprovidos de serviço de internamento descumprindo do regulamento exposto na Resolução CFM nº 2.077/14 quem define as características dos leitos de reta guarda.

Em várias situações as informações da regulação referente ao caso não concordavam com o encontrado no local, muitos pacientes mentem sintomas agravam situações para serem procurados pelo SAMU e acercados ao UPA. Sendo assim que muitos dos atendimentos não tenham critérios de gravidade para ser atendido pelo serviço móvel.

A acadêmica observou preenchimento inadequado da ficha de atendimento, falta de comunicação ao hospital de referência sobre o paciente encaminhado ao local e falta passagem de plantão ao médico no local de transferência, geralmente quem recebem os pacientes são os enfermeiros.

Procedimentos realizados no SAMU: Os profissionais do SAMU deram abertura para que a acadêmica realize anamnese e exame físico nos pacientes, levantar hipóteses diagnosticas, monitorização de paciente, aferição de sinais vitais, oxigenação por cateteres e mascarar, ventilação com AMBU, transporte de pacientes, passagem dos casos para a regulação com ajuda dos profissionais e administração de medicações IV e IM.

Reflexão: O aprendizado no atendimento pré-hospitalar foi devido a pró-atividade da estagiária, predisposição de sair nos atendimentos, a vontade dos profissionais de ensinar, também aos estudos e revisão de protocolos e medicações a partir dos casos.

UPAs: João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa

São consideradas unidades de complexidades intermediarias entre a UBS, SAMU e unidade hospitalar a fim de possibilitar o fluxo da RUE. As UPAs do município têm porte tipo II e III, é um dos componentes da porta de entrada de pacientes, tanto por demanda espontânea para ser acolhido e realizado a estratificação de risco quanto pela entrada com o SAMU/SIATE. É de suma importância a capacitação dos profissionais para o desempenho da classificação de risco.

A demanda nesse cenário é muito alta, a maioria dos pacientes procura a unidade para consultas clinicas, por condições agudas não graves, enfermidades crônicas agudizadas, traumas leves e que conseguem ser dados de alta sem precisar de serviços com

mais complexidade. Os que têm quadros clínicos críticos geralmente chegam com SAMU/SIATE sendo já classificado pela equipe PH encaminhado ao setor amarelo ou vermelho para sua rápida estabilização.

As salas vermelhas contam com dois leitos de reanimação, sendo vedada a permanência por mais de 4 horas do paciente após estabilização, no entanto é difícil esse cumprimento pela sobrecarga do sistema.

Em quanto ao internamento a Unidade por lei está vedada essa ação, mas acabam ficando internados os pacientes por mais de 24 horas aguardando vaga do hospital de referência e esperando resultados dos exames.

Quando há pedido de transferência os plantonistas não fazem diálogo com médico regulador ou com a instituição hospitalar. Assim há atrasos por faltas de dados e exames do paciente dificultando a rápida transferência no local adequado.

Em vários plantões nas UPAs a estagiária admitiu e avaliou pacientes que não tinham indicações para ficar por mais de 24 horas na unidade, como: casos de cólica por colelitíase em acompanhamento ambulatorial, crises hiperglicêmicas e hipertensivas estabilizadas sendo preciso fazer a referência com a UBS.

Caso clínico e procedimentos realizadas pela Interna nas UPAs

Identificação: Paciente feminino 65 anos procurou atendimento por demanda espontânea.

Queixa principal: “falta de ar com piora há uma hora”

História da doença atual: Refere que há cinco dias apresentou tosse com expectoração amarelada acompanhado de febre não aferida tratada com dipirona 500mg a cada 6 horas. Hoje evoluiu com a piora da tosse e da dispnéia aos pequenos esforços, procurando o serviço de saúde.

Histórico patológico progresso: Hipertensa em tratamento regular com losartan 50mg 12/12 horas e hidroclorotiazida 25mg 1 comprimido cada 24 horas e dispnéia aos pequenos esforços há mais de 3 anos.

Hábitos sociais: tabagista uma carteira por dia há 20 anos.

Diagnóstico sindrômico:

- Síndrome coronariana aguda?
- Síndrome obstrutiva pulmonar?
- Síndrome de condensação inflamatória pulmonar
- Síndrome aórtica aguda?

- Hipótese diagnóstica:
- Doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada.
- Pneumonia Comunitária
- Insuficiência Cardíaca Descompensada,
- Sepses de foco pulmonar.

Conduta: A paciente foi monitorizada, ofertado oxigênio com máscara de Venturi 50%. Evolui com PA de 150/90 mmHg, S02 85% e RNC com Glasgow 10/15, seguidamente realizado ISR pelo plantonista com sucesso, logo após paciente apresenta hipotensão com PA de 90/50mmHg sendo necessário o procedimento do acesso venoso central, procedimento realizado pela estagiária.

Um das indicações desse procedimento é a infusão de drogas vasopressoras que é a necessidade da paciente nesse momento. Foram checadadas todas as contra-indicações como a infecção do local de punção, ferimentos no local de punção e presença de trombos.

Foi optada a realização do acesso venoso subclávia direito.

Figura 1. Acesso venoso subclávio



Fonte. Livro de procedimentos médicos USP 2016.

Passos do procedimento:

Materiais: pedido o kit de acesso venoso central ao enfermeiro, contendo todos os materiais para o procedimento.

Precauções universais: a estagiária começou primeiramente com a higienização das mãos com a técnica asséptica adequada, proteção individual com a toca, óculos, avental cirúrgico e as luvas estéreis que são importantes para reduzir os riscos de complicações infecciosas.

Foi aberto o Kit estéril de acesso venoso central e realizado assepsia do local de punção com movimentos laterais desde o pescoço e todo o hemotórax direito.

Colocado o campo estéril na região a ser puncionado e reconhecido os pontos anatômicos conformados pelo triângulo deltopeitoral. Realizada anestesia regional com lidocaína 20mg/ml, 5ml.

Realizado a punção com agulha de grosso calibre número 18 e acoplado a uma seringa de 10ml, foi direcionado a agulha ao esterno esquerdo. Após de observar o sangue venoso refluir, foi retirado a seringa, colocado o fio guia e o dilatador sob o fio guia com movimentos repetitivos não sendo preciso realizar perfuração da pele com o bisturi. Colocado o cateter até o fio guia sair pela extremidade distal e suturado as mariposas de fixação em quatro pontos na pele da paciente.

Realizado curativo, verificado o monitor se não teve alguma modificação do ritmo cardíaco com o cateter inserido, administrado em bomba de infusão continua a noradrenalina 16mg/16ml diluído em 250ml de soro glicosado 15ml/h, e por último registrado no prontuário o procedimento realizado sem intercorrências.

Reflexão: Vimos um caso complexo, de evolução para piora clinica rápida que precisou ser entubada e realizada o acesso venoso central, como primeira experiência da estagiaria foi muito importante para o aprendizado.

Suturas: Nas UPAs a estagiaria teve oportunidade de realizar muitas suturas, os plantonistas com muita paciência ensinaram a técnica correta, os cuidados e os tipos de sutura que merece ser dada para feridas em diferentes regiões do corpo, por exemplo face, coro cabeludo. Nos primeiros tempos foi difícil para a acadêmica segurar a agulha com a porta agulha e utilização dos materiais, atualmente realiza as suturas sem supervisão e rapidez.

Conclusão: As UPAs foram bom lugar para aplicar os protocolos de manejo de pacientes críticos que se aprende na teoria, para realização dos procedimentos é um cenário de muita demanda. A acadêmica percebeu que nas UPAs falta muita organização, educação dos profissionais e a população sobre a verdadeira funcionalidade deste serviço de saúde.

Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Pertence ao tipo de município polo regional que tem como características de um hospital tipo II, central de regulação, e transporte interhospitalar garantido pelo SAMU para micro/macrorregião solicitante. Principal elo da porta de entrada da RUE, sendo encaminhado por SAMU/SIATE e por demanda espontânea. É referência para atendimento a pacientes com quadros: neurológicos, ginecológicos, pediátricos, trauma, clínico, psiquiátricos e UTI adulto. A organização do pronto socorro, conta com dois leitos na sala emergência clínica e três leitos na emergência de trauma além contam com 16 leitos de observação divididos em setor masculino e feminino, três quartos de para isolamento e cinco leitos de unidades de cuidados prolongados.

Nos primeiros plantões a estagiaria se familiarizou com a estrutura do hospital, com os profissionais, o funcionamento interno do hospital, locais dos materiais e o manejo do portuário eletrônico.

No PS o 90% dos pacientes são admitidas por meio do SAMU/SIATE em caminhadas por serviços de menor complexidade ou por transferência direta do atendimento inicial através da central de regulação.

A emergência clinica a maior porcentagem envolvia síndromes cerebrovasculares, sepses pulmonares, cutâneos, urinários, dengue e transtornos psicóticos. Na emergência de trauma as maiores porcentagens são por acidentes automobilísticos (motocicleta 90%) ferimentos por arma de fogo, queimaduras, violências interpessoais e quedas de grandes alturas.

Entre as atividades que a acadêmica realizou no PS se encontra as admissões de pacientes com a anamnese e exame físico, discussões de casos e exames laboratoriais e de imagem com os médicos plantonistas.

Os procedimentos realizados no pronto socorro:

Intubação de sequência rápida: (no apêndice está descrito os passos de IOT). A primeira intubação que a estagiaria realizou foi na Unidade de Cuidados Progressivos, em um paciente de 76 anos, admitido por suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico que evoluiu com RNC com Glasgow 9.

Primeiramente a acadêmica lavou as mãos, examinou o paciente vendo os parâmetros para identificar se era uma via área difícil e depois foram preparados e testados os materiais como o laringoscópio curvo número 3 e o cuff do tubo oro traqueal de 8cm, foi colocado o equipamento de proteção individual, realizado os sete passos da ISR que são: a preparação, pré-oxigenação, pré-tratamento, paralisia com indução, posicionamento, passagem de tubo e confirmação e a pós intubação, com ajuda da plantonista colocado os parâmetros ventilatórios, FR 16, PEEP 6, VM 8, após registrado no prontuário o procedimento e pedido uma radiografia de tórax, continuando a monitorização hemodinâmica, esperando vaga de UTI.

Reflexão e aprendizado do procedimento: O primeiro IOT que a acadêmica realizou estava de acordo com os protocolos atualizados sobre esse procedimento, verificado as indicações e contraindicações. Por outra parte os fármacos que foram utilizados não eram ideais para o paciente, mas no serviço não estão disponíveis os fármacos ideais para o uso em pacientes.

Sondagem vesical de demora: Realizado em uma paciente de 35 anos com fratura instável do quadril após de colisão moto-carro, monitorizada com estabilidade clínica. Utilizada as medidas de higienização e EPIs, o enfermeiro de plantão ajudou a estagiária para realizar o procedimento cuidando a assepsia da paciente até a introdução da sonda de Foley numerada 12.

Sondagem nasogástrica: Realizado o procedimento a um paciente com seqüelas de AVC com dificuldade para deglutição. É muito importante explicar ao paciente que sobre qualquer procedimento que vai ser realizado, nesse caso principalmente porque causa um grande desconforto. Também foram realizados pela estagiária o transporte de pacientes, curativos, medicação IV e acesso venoso periférico.

Reflexão: A unidade hospitalar ajudou a estagiária a raciocinar sobre os casos clínicos e pensar sempre nos diagnósticos sindrômicos, melhorou a compreensão das diferentes patologias, conheceu a assistência sendo que não sempre se segue os protocolos, são adequados segundo a estrutura e os recursos da instituição.

b. CASO CLÍNICO 1

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

CENÁRIO: SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Regulação: Paciente masculino de 82 anos com hemoptise em tratamento para câncer de pulmão.

Deslocado a Ambulância de Suporte Básico até domicílio tempo de chegada 15 minutos. No local o paciente sentado com apoio dos familiares sem sinais de respiração há 5 minutos (sic) com manchas de sangue pelo tórax.

Vítima arresposivo, sem pulso, foi colocado no chão começando a manobra de ressuscitação cardiopulmonar, pedido a ajuda da Ambulância de Suporte Avançado (USA), feita 15 compressões com 2 ventilações com AMBU acoplado a oxigênio pelo profissional, observado que o tórax não expandiu, foi colocado a cânula Geddel, realizada hiperextensão da cabeça para abertura das VA observando sangue em excesso na cavidade oral. Completado 8 ciclos de RCP até a chegada da USA que demorou 10 minutos e um acesso venoso periférico com soro fisiológico 0.9% 500 ml. Médico checkou o pulso carotídeo, sem pulso, alterado para 30 compressões e 2 ventilações por dois minutos, administrado a primeira dose de adrenalina 1mg/1ml IV no segundo ciclo. No terceiro ciclo foi procedido para IOT com dificuldade pela quantidade de secreção de sangue que tinha nas vias aéreas. Foi continuado as 30 compreensões e 2 ventilações com a AMBU, realizado a segunda dose de adrenalina com checagem de pulso. Fez segunda tentativa de IOT com êxito. Foi checado o ritmo se constatando Assistolia checada o ganho máximo do aparelho. Foi feita a terceira dose de adrenalina. Depois foram feitos 3 ciclos com análise de ritmo com aplicação de mais duas doses de adrenalina. No final do sexto ciclo foi encerrado o protocolo de RCP, confirmando o horário de óbito. A equipe conversa com a família sobre a situação, cientes pelo quadro do paciente com câncer de pulmão em fase inicial de tratamento, preenchida a ficha do atendimento do SAMU e entregue para o familiar destinado ao serviço de verificação de óbito da cidade.

Discussão do caso:

Regulação fez uma estratificação de risco correto?

A estagiária observou que a regulação não fez uma estratificação de risco correta, porque o médico regulador não classificou o quadro de hemoptise volumoso como emergência sendo que mandou uma Unidade Básica para atendimento do paciente precipitando um atendimento mais demorado com menos qualidade e com atraso para ser tratada a condição encontrada. A central de regulação segundo o capítulo II da portaria 2048 é quem ordena e orienta o sistema Estadual de Urgência e Emergência, compete ao médico regulador

acolher a clientela discernir o grau de urgência e prioridade de cada caso para enviar o recurso necessário e encaminhar o paciente no nível de assistência adequado segundo a necessidade, não esquecendo que o médico regulador é uma das peças principais no funcionamento da rede de UE cobrindo várias outras responsabilidades por isso é essencial o cumprimento dos requisitos que regem na portaria para que o exercício como médico regulador, estimasse um profissional preparado e competente nesse labor.

Hemoptise na Emergência, qual é o protocolo de atendimento, qual é o mecanismo fisiopatológico levando a PCR?

Hemoptise é a eliminação de sangue do trato respiratório inferior (abaixo da fenda glótica) é considerada maciça quando o volume de sangue eliminado alcança 600 ml. O paciente apresentava um caso de hemoptise volumoso.

Para o entendimento da fisiopatologia da hemoptise temos que saber que a circulação pulmonar é composta pela circulação arterial pulmonar que é um sistema de alta complacência onde passa a maior parte do débito cardíaco no qual há troca gasosa é considerado de baixa pressão pelo tanto o rompimento dos vasos de artérias pulmonares têm menos chance de se tornar volumoso. Já a circulação da artéria brônquica passa uma pequena parte do débito cardíaco, mas sob altas pressões sistêmicas estando envolvidas em quase todas as hemoptises volumosas. No caso do tumor, leva a compressão crônica e lesão das artérias brônquicas sendo umas das causas principais de hematêmese volumosa.

Hemoptise e PCR: Hipoxemia decorrente da aspiração de sangue para áreas sadias dos pulmões. Hipovolemia por perda sanguínea na hemoptise maciça, asfixia levando a tamponamento cardíaco.

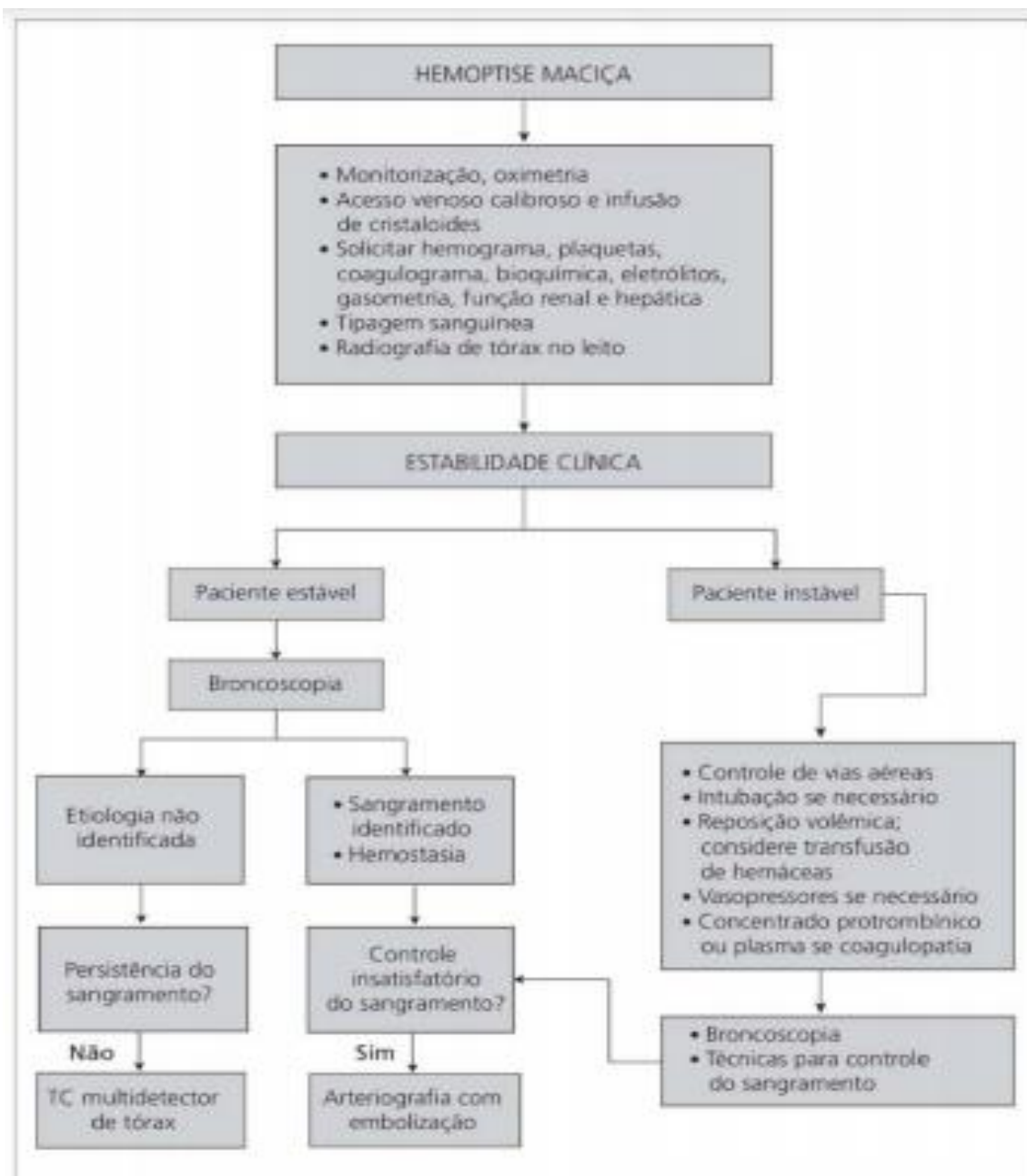
Qual é o ritmo mais provável de PCR em pacientes com hemoptise?

No caso tudo indica que o paciente iniciou a PCR com o ritmo AESP que evoluiu para Assistolia.

Entre os diagnósticos diferenciais de hemoptise estão:

- Hematêmese.
- Hipertensão portal
- Úlcera gástrica
- Trauma do trato gastrointestinal superior orofaringe e fossas nasais.
- Para diferenciar a origem: condição e antecedentes patológicos, tosse antes do sangramento, sangue com Ph alcalino, espumoso ou com presença de pus.

Figura 2. Abordagem da Hemoptise maciça



Fonte: Livro medicina de Emergência UPS 2019

Protocolo de PCR foi cumprido, o que foi feito de errado ou correto?

PCR: considerada maior emergência da medicina, condição de instalação aguda que impossibilita ao coração bombear sangue adequadamente para o corpo.

Quadro 1. Comparações do manejo da PCR.

Segurança do local	Sim, foi realizada.	O protocolo de BLS instrui sobre a certificação da segurança de local.
Checagem de responsividade e do pulso.	Sim, foi realizada/ a interna verificou, mas foi dificultada pelo nervosismo e pressão dos familiares na hora do atendimento.	O recomendado é a chamar o paciente e checar o pulso carotídeo em <10 segundos.
Chamada de ajuda e início da RCP	SVU acionou a central para chamar ajuda do suporte avançado. No início as compressões foram realizadas 15 com duas ventilações. Após de dois ciclos de dois minutos na troca dos socorristas realizei a sequência correta.	O protocolo recomenda a rápida identificação do PCR e iniciar o RCP imediatamente, 30 compressões e 2 ventilações com o AMBU acoplado a O2 com alto fluxo.
Serviço avançado chegou no local em tempo adequado.	Sim esteve no local em < 10 minutos.	O preconizado é a rápida chegada do serviço avançado pela possibilidade de reverter a PCR com a ACLS
O momento da Via Área avançada.	Realizada no segundo ciclo.	É preconizado a realização do IOT no segundo ciclo e após VA avançada oferecer 1 ventilação a cada 6 Segundos com o AMBU.
O momento do análise do ritmo no atendimento	Ritmo foi analisado após de 3 ciclos, após a IOT	Preconiza-se a importância da rápida desfibrilação aumentando a chance de RCE.
Como foi feita a administração de adrenalina?	Realizada a dose e frequência correta, 1mg/1ml cada 3 a 5 minutos IV, mas não administrada o soro fisiológico e elevação do membro após das infusões.	Adrenalina, vasoconstrictor periférica, agonista alfa e beta adrenérgico. Utilizada em PCR na dose de 1mg/1ml IV em bolos com 10ml de soro fisiológico com elevação do membro de 3 a 5 minutos.
Obstrução das VA e a realização de IOT, falta de aspirador, no caso.	Duas tentativas de IOT dificultada pelo sangramento extenso nas VAs, ausência de aspirador portátil para ser utilizado.	A portaria 2048 preconiza os materiais que devem ter as ambulâncias no capítulo VI, esse item não foi cumprido.
Ritmo encontrado assistolia	Atendimento adequado para o ritmo encontrado.	Importante lembrar sobre o protocolo da CADAGA.

<p>O momento de parar os esforços quais dos critérios foi considerado.</p>	<p>Foi considerado o tempo total de RCP > 30 minutos. Idade e comorbidade da vítima Tempo total de PCR sem e com RCP provavelmente 10 minutos Ritmo da parada, provável causa de PCR, Valores e desejo da família</p>	<p>A curva de CO₂ da capnografia ajuda para decisão, mas no local não teve disponibilidade de capnografo.</p>
---	--	--

Fonte: Própria

Questionamento:

Após as compressões o correto é desobstruir as VA com a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo. No manejo da vítima foi colocada a cânula orofaríngea de Guedel, no momento de ventilar com o AMBU acoplamento na forma de C e E da máscara foi dificultada pela ausência de dentes. Não foi observada a expansão do tórax por provável obstrução das VA pelo sangramento, mas de igual maneira foi feita as ventilações por ordem do profissional. Há evidências em que pacientes que receberam compressões isoladas em períodos curtos em até 15 minutos tiveram maior taxa de sobrevivência, com evolução neurológica favorável, em relação a nenhuma manobra de ressuscitação. Para a PCR prolongada (> 15 minutos), a realização de RCP convencional (compressões e ventilações) apresentou taxa significativamente mais alta de sobrevivência com resultado neurológico favorável, uma vez que o conteúdo arterial de oxigênio reduz, à medida que a PCR se prolonga, a partir disso já que as ventilações com AMBU não estava proporcionando nenhum benefício seria melhor a realização de compressões isoladas.

Se o ritmo encontrado fosse AESP, quais dos 5H e 5T poderia ser tratado como causa de PCR?

Hipóxia: Tratada com IOT

Hipovolemia: Reposição volêmica 30ml/kg/h Soro Fisiológico 0.9% e hemoderivados, no caso foi infundido 500ml em paciente com 50 kg em 15 minutos, ambulâncias não contam com hemoderivados.

Tamponamento cardíaco: Pericardiocentese, agulha 18, 1 cm em baixo do apêndice xifoide inclinada 15 a 30 graus a pele e direcionar para o ombro esquerdo.

O que teria que ser feito se encontrasse aos pacientes em situações especiais como:

- Paciente com pulso presente e respiração normal: monitorar até chegada da equipe APH.
- Pulso presente respiração anormal: oferecer uma ventilação de resgate cada 6 segundos, verificar pulso periférico cada 2 minutos.
- Pulso e respiração ausentes (ou respiração agônica, gasping) PCR: RCP.

Dificuldades: A estagiaria teve dificuldade para montar a Bolsa Válvula Máscara por não reconhecer quais eram as peças e suas junções, percebeu que essas dificuldades atrasam o suporte para o paciente foi um erro que serviu como aprendizado. Há dificuldades nos momentos em que o aluno orienta sobre procedimentos corretos aos profissionais eles não executam. Também foi difícil controlar o medo e emoção de se deparar com PCR.

Reflexão: A estagiaria se sentiu muito feliz nesse caso porque foi o primeiro PCR no atendimento PH, conseguiu dimensionar a complexidade do atendimento em um paciente em PCR envolvendo questões práticas, conhecimento e competência do profissional além os valores e a esperança dos familiares em espera da melhora do quadro. Também esse cenário fez refletir sobre o atendimento humanizado em acolher e entregar todo o conhecimento para salvar uma vida, não se deixando levar por experiências ou crenças pessoais mesmo com o desenlace ruim do paciente. Esse caso motivou a estagiária para estudar o protocolo de PCR, assistolia, AESP e suas causas reversíveis, estudo sobre hemoptise fisiopatologia, causas, diagnóstico diferenciais e manejo, além de maior interesse de procurar reconhecer e aprender os materiais utilizados na emergência.

c. Caso Clínico 2: UPA MORUMBI

Identificação: Paciente N.T.L 49 anos, feminina, busca espontânea acompanhada por filhos.

Queixa Principal: “falta de ar e dor no peito há uma hora”

História da Doença Atual: refere que há 5 horas começou apresentar dor precordial leve que foi se intensificando 8/10, nega irradiação para outras regiões, acompanhada tosse seca, de dispnéia intensa com sensação de asfixia e sudorese, nega sintomas como febre, expectoração e dor nas pernas.

HPP: Hipertensão Arterial Sistêmica não tratada. Uso de budesonida spray 1 puff cada 12 horas.

Histórico Social: Etilista social, tabagista 1 carteira por dia há 20 anos, nega uso de drogas.

Exame físico:

Mal estado geral, fácies de ansiedade, hipócorada ++/++++, desidratada ++/++++, sudorética, dispneica, cianose central e periférica, perfusão periférica > 3 segundos, Glasgow 12/15.

ACV: Ausculta bulhas hipofonéticas não se ausculta sopros, pulsos periféricos presentes simétricos, turgência jugular.

AR: Murmúrio vesicular diminuído universalmente com roncos difusos, Frequência respiratória 35 irpm, utilização da musculatura acessória.

Abdome: não examinada.

Neurológico: Sem presença de déficit focal MMII: edema +++/++++

Abordagem

*Realizada anamnese e exame físico direcionado pelo médico que estava aguardando plantonista chegar.

Prescrito: 2 ampolas de hidrocortisona 100mg 1frasco, em SF 0.9% 100ml IV e 2 ampolas Furosemida 10mg, 4ml.

Máscara facial baixo fluxo, acoplado O2 8L/min, um acesso periférico veia cubital esquerdo.

Nebulização com 10 gotas de fenoterol 5mg/ml e brometo de ipratrópio 0,5mg/ml 20 gotas. O plantonista da sala vermelha chega e assume o caso, prescrevendo 4 ampolas de 10ml de Sulfato de Magnésio (108mEq) em 100ml de SF doses seriadas, suspende furosemida que foi prescrito pelo outro médico.

Prescrito ácido acetilsalicílico 300 mg VO e clopidogrel 300mg VO. Paciente piora do quadro clínico com náuseas, com rebaixamento de nível de consciência. Realizada Monitorização PA 150/90, Sat 89%, FC 115 bpm, Glasgow 10 Prescrito 2 ampolas de Ondansetrona e 1 ampola de Terbutalina subcutânea.

Nesse momento foi preparada para IOT com Midazolam de 3 ml/15 mg – 1 ampola / Fentanil 50mcg/ml, 10ml, 2 ampolas 20ml. Realizei a pré-oxigenação na paciente com AMBU por 5 minutos (ventilação cada 2 segundos) técnica de C e E dificultada pela agitação da paciente, precisando fazer o procedimento com duas pessoas até a medicação sedativa fazer efeito. Para o bloqueio neuromuscular utilizado Suxametônio, cloreto 100

MG frasco -1 ampola, 6 ml. IOT falha na primeira tentativa, na segunda tentativa realizada com sucesso.

Acoplado ao ventilador, modo VCV, pressão positiva ao final da expiração 6, e FIO2 80 %. Sedação padrão 3 ampolas de midazolam 15ml/45mg e 2 ampolas de fentanil 100mcg/20ml. Solicitação de Eletrocardiograma, realizada aproximadamente 1 hora após da admissão/ Plantonista diagnostica IAM SST

Pedido de exames laboratoriais

Realizada sondagem vesical de demora e sondagem nasogástrica. Paciente referenciado para HMCC porque o plantonista diagnosticou infarto com supra ST, sendo negado e pedido de exames laboratoriais e radiografia de tórax pela instituição.

Exames laboratoriais após de 4 horas da admissão:

TGO 274	Ur 37
TGP 259	Cre 0,9 Na 139 K 3,2,
FA 79	GASO ph 7.3
GGT 108	POC2 41
PCR 4,4	PO2 83
TAP 1,06	HCO3 22,60
Hb 15,1	E.B -2,90, urina normal
Leuc 11810/1% 263000	

Radiografia de tórax com velamento a esquerda impossibilitando visualização de silhueta cardíaca (derrame consolidação? Atelectasia?)

Correção de hipocalemia com 3 ampolas de Cloruro de Potássio 19.1% 30ml em 170ml de Água destilada, 20 gotas por minutos.

HMCC nega solicitude, alegando que paciente não apresenta acometimento cardiológico aguda. Nova solicitação de referência para HMPGL sendo aceito na urgência clínica.

Traslado após de dois dias da admissão, internada na UTI com diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar no ramo lobar da artéria pulmonar direita e pneumonia no lobo inferior esquerdo.

Diagnostico Sindrômico:

— Síndromes coronarianas agudas.

- Síndrome de consolidação pulmonar.
- Síndromes brônquicas.
- Síndromes aórticas agudas.
- Síndrome desconforto respiratório agudo.
- Síndromes pulmonares obstrutivas.

Hipótese diagnóstica:

1. Insuficiência cardíaca descompensada
2. DPOC exacerbado
3. Tromboembolismo pulmonar
4. Edema agudo de pulmão cardiogênico

5. Pneumonia**Discussão do caso:**

Classificação de risco do paciente adequado pelo acolhimento do UPA porque foi encaminhada para a sala vermelha com risco eminente de vida.

O paciente é crítico?

Sim porque paciente crítico é todo paciente com afecções nos três grandes sistemas cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central e a paciente apresentava critérios como:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Alterações dos sinais vitais:
 - Frequência Respiratória 22 > irpm e uso de musculatura acessória.
 - Saturação arterial de oxigênio < 90%.
 - Frequência cardíaca >100 bpm.
- Precordialgia ou torácica.
- Suspeita de obstrução das VA

Quadro 2. Abordagem inicial de um paciente crítico o que se fez correto e errado neste caso.

Protocolo	Manejo do caso
1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente)	Foi checado sim, paciente entra na emergência deambulando com ajuda dos familiares.
2. Se responsivo, pulso e respiração presente realizar MOVE que consiste em realizar a monitorização cardíaca, de pressão arterial e de oximetria de pulso e ECG, também inclui a glicemia capilar.	No primeiro momento ofertado O2 com sistema de baixo fluxo máscara facial com 8L/min, realizada as medicações, não foi realizada o MOVE completo, faltou a monitorização, da pressão arterial, oximetria de pulso, eletrocardiograma e glicemia capilar. O eletrocardiograma foi realizado após de uma hora da admissão da paciente após da IOT e sedação.
3. Queixa e duração de forma objetiva, exame físico mínimo, avaliação geral, exame neurológico, exame cardiovascular, exame pulmonar, exame abdominal, membros e ultrassonografia à beira do leito. Pedido de exames laboratoriais, e exames guiados pela hipótese diagnóstica.	Foram feitas perguntas rápidas sobre a sintomatologia atual sendo dificultada pelo quadro da paciente, exame físico parcialmente cumprido feitos das regiões indicadas, não contamos com ultrassonografia à beira de leito. Pedido os exames de admissão eletrocardiograma e radiografia de tórax e não foram solicitados outros exames.

Fonte: Própria

Quadro 3. Fármacos utilizados na abordagem da paciente

Fármaco	Mecanismo de ação	Dose /indicações	No caso
Hidrocortisona	Potente anti-inflamatório sistêmico, diminuí as células imunes.	Pó para solução injetável 100mg Dose de 100 a 500mg IV cada 4 o 6 H Indicada para Asma, anafilaxia, insuficiência adrenal.	Ha estudos sobre o uso de hidrocortisona em IRpA mas não há consenso e não está incluso no protocolo.

Furosemida	Diurético de alça	Ampola de 2 ml, 10mg/ml. Edema pulmonar agudo cardiogênico. Edema cerebral Queimaduras.	Não tenha indicação no primeiro momento. O que era importante era realizar o MOVE completo.
Terbutalina	Bronco dilatador	Ampola de 1ml de 0.5mg/ml. Indicado para broncoespasmo grave, bronquite crônica.	Não é esta contraindicada nesse caso não fez diferença.
Sulfato de Magnésio	Eletrólito	100mg/ml 10% Ampola de 10ml Hipomagnesemia Torsades de Pointes	Não havia indicação no caso
Bromidrato de fenoterol.	Agonista B2 adrenérgico seletivo.	5mg/ml Dose de 2.5 a 5mg Asma DPOC	É indicado, mas neste caso não solucionaria o problema.
Brometo de Ipratropio	Anticolinérgico	0,25mg/ml Dose: 2ml, 0,5mg DPOC Crise asmática	É indicado, mas neste caso não solucionaria o problema.
Ácido acetilsalicílico	Anti-inflamatório não esteroideal.	100mg 1 comprimido Dose 500 a 1000mg 3 a 6 vezes ao dia. Analgesia Suspeita de IAM AVCi	Não tenha indicação para a paciente.
Clopidogrel	Antiplaquetário	75mg um comprimido Dose ataque 300mg AVCi IAM	Não estava indicado para este caso.
Ondansetrona	Antiemético	4mg/2ml 8mg IM ou IV Náuseas e vômitos.	Paciente com muitas medicações, nebulização lá levou a ter náuseas.

Fonte: Própria

Quadro 4. O procedimento de IOT

Procedimentos	Manejo de caso
Indicações de IOT são várias como: PCR, parada respiratória, RNC Glasgow < 9, IRa utilização da musculatura acessória, hipoxemia refratária, IRa e doenças neuromusculares, obstrução das VAs,	Desde o primeiro momento a paciente já tenha indicações para intubação pelo quadro de taquipneia intensa com uso de musculatura acessória e piora do nível de consciência.

<p>antecipação do curso clínico (queimaduras, trauma cervical, politraumatismo).</p>	
<p>Os passos da ISR são os 7 P, começando pela preparação do paciente monitorização, definir qual tipo de via área, dos materiais e medicações a serem utilizadas.</p>	<p>Na hora da intubação a paciente já estava monitorada, os materiais foram acerbados pela enfermagem não foi testada o laringoscópio e o caff, não foi checada se tratava de uma via área difícil.</p>
<p>Oxigenação é um momento para preparo de apneia durante a laringoscopia é recomendado a realização de 5 minutos com FiO2 100% com AMBU sem ventilação.</p>	<p>No momento da preparação foi feita a oxigenação com AMBU conectado a O2 15L/min FiO2 100% e ventilação da paciente cada 2 segundo por 5 minutos.</p> <p>Não há indicação de ventilar ao paciente pelo risco de bronca aspiração pela insuflação do estomago, mas o médico plantonista orientou fazer.</p>
<p>As drogas usadas para o pré-tratamento, São as hipnóticas e o bloqueador neuromuscular. As drogas tem sua indicação de acordo com seu alvo terapêutico e a condição clínica e as doses são calculadas pelo peso do paciente.</p>	<p>Foi administrada fentanil 50mcg/ml 2 ampolas de 10ml e Midazolam 5mg/ml 1 ampola de 3ml, foram administradas juntas sem uma pausa como recomendado no protocolo. A dosagem ideal para apaciente com 70kg era de fentanil é 3mcg/kg em paciente 80 kg a dose seria 5ml e midazolam 0,3mg/kg 4.8ml e succinilcolina foi utilizado 1 ampola diluída em 10ml de água destilada e administrada 8ml.</p>
<p>A drogas ideais segundo o quadro da paciente.</p>	<p>No pré-tratamento é mais recomendado o uso de Lidocaína por ação benéfica em casos de broncoespasmo. Para indução o Quetamina é mais indicado por ser útil em pacientes com broncoespasmo e pacientes com afecções cardiovasculares. Uso de fentanil não é recomendado porque piora o choque.</p>

Posicionamento da paciente	É realizado a hiperextensão da cabeça, mas não foi utilizado o coxim para a IOT.
Passagem do tubo e confirmação	Realizada a laringoscopia duas vezes com a técnica correta confirmando com ausculta nos 5 pontos. Uso do cadarço para fixação e acoplado com o respirador.
Pós intubação	Regulação do modo ventilatório: modo volume controlado, PEEP 7, FR 16, FIO2 80% Radiografia de tórax. Pedido de transferência ao hospital de referência. Sedação Padrão 2 ampolas de Fentanil e 3 ampolas de midazolam 40ml/H

Fonte: própria

No caso de essa paciente como é conduzido um caso de TEP?

Como sabemos que TEP ocorre a partir de fatores que favorecem a trombogênese conhecido como tríade de Virchow; estase venosa, lesão vascular e hipercoagulabilidade. O TEP é uma obstrução aguda da circulação arterial pulmonar por um trombo sanguíneo proveniente de uma veia sistêmica usualmente do sistema venoso profundo dos membros inferiores, passa pelas cavidades cardíacas e atinge um vaso arterial pulmonar. A TVP é aceita como condição básica e a TEP como a complicação. Mas tem outras fontes de êmbolos como veias pélvicas, renais, mesentéricas e trombos intracavitários dos átrios e ventrículo direitos.

A apresentação clínica da TEP é ampla, podendo se apresentar desde assintomática até morte súbita. No caso a paciente apresentou vários sintomas característicos mostrado no quadro, lembrando a importância do conhecimento e de aplicar diagnósticos diferenciais no momento da admissão na emergência. Este caso em particular é crítico podendo se tratar de vários quadros que ameaçam a vida e são fatais, se não são abordados de maneira eficiente.

Fatores de riscos para embolia pulmonar no caso da paciente estão: tabagismo, DPOC, hipertensão arterial sistema não tratada, contribuem para a hipercoagulabilidade, disfunção miocárdica formação de trombos.

Quadro 5. Diagnostico diferenciais do caso

IAM SST	Dissecção Aguda de Aorta	Pulmonares
A sintomatologia condisse com um quadro de IAM, mas foi descartado porque no ECG.	Não apresentou Lipotimia, pulsos	Pneumonia: Ausência de febre.
Trata-se de um bloqueio do ramo esquerdo por apresentar complexo QRS alargado, RSR em V1e V2 (orelhas de coelho) com depressão do segmento ST e inversão da T e alterações recíprocas em V5, V6, I e AVL. Choque cardiogênico: Quadro clinico compatível com diagnostico de falência miocárdica provavelmente consequente a TEP.	Assimétrico, hipotensão ou dor na região dorsal. O quadro poderia se tratar também de um DPOC exacerbado por pneumonia	Tosse e produtiva e radiografia. Pneumotórax hipertensivo: ausculta + em campos pulmonares e radiografia sem desvio das estruturas.

Fonte: Própria.

Figura 3. Escore Wells, probabilidade para TEP.

Critérios	Pontuação
Sinais objetivos de TVP (edema, dor à palpação)	3
Diagnóstico alternativo menos provável que TEP	3
Imobilização ≥ 3 dias consecutivos ou cirurgia nas últimas 4 semanas	1,5
TVP ou TEP prévios (com diagnóstico objetivo)	1,5
Taquicardia (FC > 100 bpm)	1,5
Hemoptise	1
Neoplasia maligna (ativa ou término de tratamento < 6 meses)	1

TVP: trombose venosa profunda; TEP: tromboembolismo pulmonar; FC: frequência cardíaca.

Fonte :Guia de medicina de urgência, tromboembolismo pulmonar, pág. 811. UNIFESP, São Paulo, 2013.

Os exames de imagem pedidos são para o caso: Exames laboratoriais, Radiografia de tórax e ECG.

O que deveria ser pedido: também para elucidação do diagnostico: enzimas cardíacas - D-Dímero - TC de tórax -Angiotomografia – Doppler em MMII – Arteriografia.

A solução do caso era a realização de ecocardiograma pela gravidade do caso, rápida de TC de tórax já que o D dímero não deve ser pedido em pacientes com alta probabilidade de TEP.

Lembrar sempre de checar responsividade, realizar o MOVEE, anticoagular o paciente e de acordo com a gravidade e usar o trombolítico ativador plasminogênio tecidual 100mg IV em 120 minutos se não apresentar contraindicações, se apresenta contraindicação embolectomia cirúrgica.

Segundo a gravidade clinica a paciente já tenha critérios para o uso de alteplase mesmo na ausência de instabilidade hemodinâmica apresentou hipoxemia grave.

Conduta ideal: Após de assegurar a via área deveria ser feita a rápida transferência ao hospital de referência, com a clínica e com o score de Wells anticoagular a paciente com Heparina de baixo peso molecular, enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas ou com Heparina comum não fraccionada 80u por kg realizar o exame confirmatório e pensar no caso da trombólise. Mas aqui no município não se faz trombólise por falta de centros especializados para o procedimento, em casos de TEP é realizado anticoagulação.

Quadro 6. Contraindicação para trombólise

ABSOLUTA	RELATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • AVC hemorrágico prévio. • AVCi nos último 6 meses. • Neoplasia ou lesão atual do SNC. • Politrauma TCE e cirurgia de grande porte nas últimas três semanas. • Sangramento digestivo nos último 30 dias. • Conhecida diástase hemorrágica. 	<ul style="list-style-type: none"> • AIT nos último 6 meses. • Uso atual de anticoagulante oral. • Gravidez ou menos de 1 semana do parto. • Punção em sitio vascular não compressível. • RCP traumática. • Doença hepática avançada. • Endocardite infecciosa. • Úlcera péptica ativa.

Fonte: Própria

Atividade da interna nesse caso: Reconhecimento da indicação de IOT, oxigenação da paciente, verificação do posicionamento do tubo oro traqueal, ventilação após do IOT, adequação do modo ventilatório, suspeita diagnostica do quadro apresentado.

Reflexão e aprendizado.

Casos de insuficiência respiratória aguda são freqüentes na emergência é necessária a realização de uma história clínica minuciosa após de estabilizar ao paciente em procura da etiologia. O manejo inicial do paciente foi feita de maneira correta já que a equipe tratou o quadro que estava colocando a paciente em risco, após da estabilização já vendo que não se tratava de um caso de Infarto agudo de Miocárdio, a estagiaria pensou na possibilidade de um quadro de TEP sugerindo ao plantonista quais exames poderiam ser feitos e sobre a aplicação do escore de Wells.

A acadêmica percebeu que é difícil acompanhar se o protocolo é cumprido pela simultaneidade em que se realizam os procedimentos. O atraso do plantonista teve conseqüências já que foram feitas prescrições diferentes e hipóteses diagnósticas diferentes no primeiro momento da abordagem do paciente.

É importante o médico liderar a equipe e ordenar os procedimentos a serem feitos pelos outros profissionais como de contabilizar as ampolas de medicações que são feitas, teve um momento que perderam a conta de quantos mililitros de midazolam foi administrada na paciente. Esse caso ajudou a acadêmica no estudo sobre TEP seus diagnósticos diferenciais, intubação de sequência rápida a administração das drogas em cada caso.

d. Caso Clínico 3 Cenário UPA SAMECK

Identificação: M.D.S 43 anos, feminino, demanda espontânea

Queixa Principal: manchas pelo corpo e inchaço

História da doença atual: Paciente refere que há uma hora começou a apresentar urticária e prurido generalizado acompanhado de edema em face e dispneia, nega conhecimento ao desencadeante, nega exposição a objetos, alimentos estranhos e uso de medicações.

História patológica pregressa: Nega comorbidades e uso de medicações, cirurgias e internamentos prévios. Há três anos teve o mesmo quadro clínico e que precisou de adrenalina.

Medicação administrada: Hidrocortisona 100 mg em 100ml de soro fisiológico 0,9%, prometazina 1 ampola 50mg 2ml pelo médico do consultório.

Paciente na sala de observação com mediação IV apresenta piora do quadro com cianose periférica, mudança do tono da voz, dispneica, sonolência, náuseas e edema em extremidades. (Nesse momento a estagiária conversa com o plantonista sobre a evolução do quadro da paciente, refere que é uma simples reação alérgica e mandou aumentar a dose a hidrocortisona e 1 ampola de dexametasona em soro fisiológico 0.9%.

Exame Físico: Regular estado geral, cianose em extremidades, sonolenta, vos nasal, hidratada, hipocorada ++/++++, dispneica, perfusão periférica <3segundos, urticária em todo o corpo, Glasgow 14.

Orofaringe: Lábios edemaciados, macroglosalgia.

AVC: Bulhas normofonéticas rítmicas sem sopros, pulsos periféricos simétricos. AR; MV+SRA.

Abdôme: plano, RHA +, sem dor a palpação.

Sinais Vitais: PA 110/70, FC110, FR 23, Sat O2 90% em ar ambiente.

A estagiária observou que a paciente estava grave, procurou ajuda do enfermeiro para levar a paciente na sala vermelha.

Abordagem em sala vermelha:

Realizado o MOV, ofertado O2 8L/min em máscara facial, soro fisiológico 0,9% 500ml IV, 0.5ml de noradrenalina IM no vasto lateral direito.

Monitorização por 2 horas na sala vermelha paciente com melhora total do quadro clínico, eupneica, sem urticaria, sem edema e melhora da fala. Encaminhada para sala amarela para observação por 6 horas.

Liberada com orientações sobre procurar a etiologia da reação alérgica. Medicação oral anti-histamínico-histamínico e corticoides por 5 dias. Dexclorfenamina 2mg cada 8 horas, prednisona 20mg cada 12.

Diagnostico sindrômico

- Síndromes exantemáticas febris
- Síndromes fragilidade capilar sistêmica
- Síndrome alérgica a comida e pólen.

- Síndrome de ativação mastocitária.
- Hipótese diagnóstica
- Anafilaxia.
- Choque anafilático

Diagnósticos diferenciais

- Reação anafilactoide
- Exacerbação de Asma
- Choques hipovolêmico, distributivo, cardiogênico e obstrutivo.
- Episódio psicótico.
- Acidente vascular encefálico.

Discussão do Caso:

A estagiária teve o interesse de relatar esse caso porque teve participação no manejo do quadro apresentado. Em primeiro lugar, não foi realizada uma estratificação de risco adequado para o paciente, encontrada no grupo laranja segundo o protocolo de Manchester onde o paciente precisa de atendimento médico em até 10 minutos com MOV continua.

Anafilaxia é um dos quadros com mais rápida evolução para piora clínica caracterizada por reação alérgica sistêmica mediada ou não por IgE. Os principais desencadeantes de anafilaxia são alimentos, medicamentos, venenos de cobras.

Os critérios diagnósticos são o início agudo dos sintomas (minutos a várias horas) com envolvimento da pele, mucosa e pelo menos um dos seguintes: comprometimento respiratório e redução da PAS <90 associada a disfunção orgânica a paciente encontrava-se numa situação clara de anafilaxia.

O quadro clínico estava evoluindo para um choque anafilático, existe uma classificação da reação sistêmica que no caso da paciente encontrasse no grau três já que envolve o sistema respiratório e esses casos devem ser manejados numa sala vermelha para monitorização contínua, não em uma sala de medicação entre muitos pacientes sendo minimizados os cuidados.

Não há indicação de exames laboratoriais ou de imagem adicionais para confirmação diagnóstica de anafilaxia, o diagnóstico é clínico.

Ao examinar a paciente a estagiária reconheceu a gravidade do caso e encaminhou a paciente para a sala vermelha e com ajuda da equipe da enfermagem foram realizados o MOV e a administração de adrenalina. Adrenalina é usada para aumentar a resistência vascular periférica nos casos de anafilaxia porque ocorre uma diminuição da RVP em um quadro anafilaxia. A paciente ainda não se encontrava em choque anafilático porque não apresentou hipotensão após de expansão volêmica e não fez 3 doses de 0.5mg de adrenalina. Além foi administrado a prometazina um anti-histamínico 1 ampola e um corticóides que é a hidrocortisona, no protocolo é recomendada a difenidramina 25 a 50mg IV 6/6h e a metilprednisona 40mg IV 12/12horas sendo similares aos que foram indicadas. Não foi preciso inalação com B2 agonistas porque com a oferta de O2 em máscara a paciente aumentou a saturação de forma favorável.

Paciente não chegou a ter critérios para IOT mas se fosse preciso tinha disponibilidade da droga de escolha que seria no pré-tratamento a lidocaína e na indução a quetamina.

Após da melhora do quadro a acadêmica orientou a paciente sobre o risco de apresentar outras reações em locais sem acesso hospitalar de urgência e a importância de esclarecer o fator desencadeante para tratá-lo e evita-lo. Medição oral na alta segundo o protocolo com anti-histamínico e corticoides sendo Dexclorfenamina 2mg cada 8 por 5 dias e prednisona 20mg cada 12 horas por 5 dias, retorno se aparecer qualquer sintomas semelhante nas próximas horas, é prescrito um corticóide nesse caso porque é um anti-inflamatório de rápida ação, suprime a reação do sistema imune sendo uma profilaxia da reação bifásica da anafilaxia, os anti-histamínicos antagoniza o efeito da histamina no endotélio melhorando a vasodilatação e cascata de inflamatória.

Reflexão: Esse caso ajudou a estagiária para não desvalorizar a sintomatologia dos pacientes, não esquecer do valor da anamnese e exame físico para descartar um paciente em risco de vida.

PROPOSTAS DE SOLUÇÕES AOS PROBLEMAS ENCONTRADAS

Buscando uma solução para a superlotação dos UPAs a acadêmica acredita que falta uma divulgação para a população sobre o funcionamento de cada setor de saúde, quais casos deveriam ser destinados para cada local ou a criação de regras para que os

pacientes que não tem critérios para o atendimento em serviços mais complexos sejam encaminhados na UBS.

Para evitar o contato persistente dos pacientes em observação nas UPAs deveriam criar uma estrutura para que fiquem separados dos profissionais, porque com a situação atual é difícil se concentrar e até escrever os casos no prontuário porque os pacientes irritados ficam reclamando ao lado.

A participação dos professores do modulo pelo menos em um dos plantões seria muito mais aproveitado e daria mais segurança aos internos.

CONCLUSÃO

Durante todo esse período de atividade em prática os professores do curso e os preceptores do serviço foram fundamentais no desenvolvimento acadêmico, técnico e profissional da estagiária para que ela conseguisse atingir todos os objetivos propostos de maneira satisfatória em todos os cenários de atividade prática e fomentaram o estudo e raciocínio clínico com o treinamento rigoroso da anamnese e exame físico que são pilares para o manejo adequado dos pacientes em situações de urgência e emergência.

A grande porcentagem dos aprendizados e vivências é devido à pro-atividade, demonstração de interesse em aprender em todos os cenários, respeito pelos profissionais da rede, comportamento com responsabilidade e a correção dos erros ou carências de conhecimento acadêmico levaram a um maior aproveitamento do estágio. Ademais, as provas orais e de simulação propostas pelos professores do módulo foram o elo principal para a fixação de todos os protocolos das síndromes dentro da urgência e emergência.

O internato atingiu as expectativas que a acadêmica tinha pela urgência e emergência como no setor do SAMU e Hospital que foram os melhores cenários possíveis para o aprendizado.

Existem falhas na organização e estruturação do serviço na RUE, portanto há necessidade de o cumprimento rigoroso das regras, protocolos e das teorias médicas.

De forma geral, a estagiária se sente satisfeita por todas as atividades que conseguiu realizar durante esse período. Admite que precisa crescer como profissional, estudar muito mais para ser competente no atendimento de paciente que confiarão no meu desempenho médico.

REFERÊNCIAS

1. FARESIN, et al, Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da EPM-UNIFESP 2º edição, são Paulo 2014, cap. 4, pág. 413.
2. CORDOVILLA et al, Diagnóstico y tratamiento de hemoptisis. España 2015.
3. MARTINS *et al.* Medicina de Emergência de Abordagem Pratica 12 edição, São Paulo 2017.
4. MOREIRA, MONTENEGRO, PAOLA, Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2da edição, São Paulo 2015, seção 31, pág. 1896.
5. PEREIRA, HOLANDA, Medicina respiratória vol. 2, editora Ateneu, São Paulo 2014, cap. 144, pág. 1267.
6. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.079/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres.
7. HIGA, E,M,S, *etal*, Medicina de Urgência: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar 3.ª edição, Barueri, SP: Manole, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A: MANEJO DO PCR EM AESP: 5H E 5T

<p>Hipovolemia: Reposição volêmica 30 ml/kg/h Soro Fisiológico 0.9</p>	<p>Tamponamento cardíaco; Pericardiocentese, agulha 18,1 cm em baixo do apêndice xifoide inclinada 15 a 30 graus a pele e direcionar para o ombro esquerdo.</p>
<p>Hipóxia: É tratada com a Intubação Oro Traqueal.</p>	<p>Tromboembolismo Pulmonar: Trombólise com Rtpa 100mg BIC em 2 horas Embolectomia cirúrgica.</p>
<p>Hipotermia: Técnicas de aquecimento externo e interna, cristaloides aquecidos, lavagem peritoneal. RCP por médio de circulação extracorpórea</p>	<p>Trombose coronariana Intervenção coronariana percutânea. Trombólise: RtpA 15mg em bolos 50mg em 30mns 35mg em 60mns</p>
<p>Acidose metabólica: PH < 7,3 BNA 8.4% 1ML/KG metade da dose em 10 a 15 minutos se não reverte.</p>	<p>Pneumotórax Toracocentese de emergência 2 do espaço intercostal linha hemiclavicular agulha 14 Drenagem com selo de água 5 a 6 EIC na linha axilar anterior ou medial.</p>
<p>Hipocalemia: Cloruro de Potássio 19.1% , 2meq/mns. Ampola: 10ml 2mEq/min por 10mns (8ml) Pode ser administrada 2 a 4 ml em 10ms se PCR segue.</p> <p>Hipercalemia: Gluconato de cálcio 10%, 10 a 20 ml de GC em 100ml de SF IV em bolos em 2 a 5</p>	<p>Tóxicos: Emulsão lipídica para intoxicação por anestésicos, triciclos e betabloqueadores. IV a 20% 1,5ml/kg em 1 minuto, outros dois bolos com intervalo de 5 minutos podem ser feitos, 15 ml/kg/hora.</p> <p>Opioides: Naloxona 0.4 a 2mg IV ou IO cada 2 a 3 minutos</p>

<p>minutos</p> <p>BNA 8.4% 1ML/KG . Max 100ml de 4 em 4 horas</p> <p>Glicose 10% 500ml +IR 10U Furosemida 1mg/kg até 4 horas</p> <p>Dialise</p> <p>Inalação com beta agonista, salbutamol e fenoterol.</p> <p>Sorcal age principalmente no intestino grosso liberando parcialmente o cálcio e recebendo o potássio que, então, é eliminado juntamente com as fezes.</p> <p>Hipomagneseemia;</p> <p>Sulfato de Magnésio 2 g IV 1 a 2 mns/ Se necessário manter 0.5 a 2g/hora</p> <p>Hipocalcemia:</p> <p>Gluconato de cálcio 10%, 10 a 20 ml de GC em 100ml de SF IV em bolos em 2 a 5 minutos.</p>	<p>Antidepressivos tricíclicos: BNA 8.4% 1ML/KG metade da dose em 10 a 15 minutos se não reverte.</p> <p>Benzodiazepínico: Flumazenil 0,1MG IV em um minuto repetir até efeito desejado não ultrapassar 3mg</p> <p>Órgãos fosforados: Atropina 1-2mg IV leves 2-5 MG IV em graves</p>
---	---