



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

A PERCEPÇÃO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Danielle Letícia Smaniotto Talamini

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. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2020

DANIELLE LETÍCIA SMANIOTTO TALAMINI

A PERCEPÇÃO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

~~Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench~~
UNILA

~~Prof. German Andres Pignolo~~
UNILA

~~Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench~~
UNILA

Foz do Iguaçu, Julho de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Danielle Letícia Smaniotto Talamini

Curso: Medicina

	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: A percepção do internato em urgência e emergência.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: _____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho de conclusão especialmente aos meus familiares, equipe de mestres e preceptores, que foram fundamentais em minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho aos meus professores Dr. German Andres Pignolo e Dra. Flávia Julyana Pina Trench, por toda dedicação, incentivo e, principalmente, por terem visto a importância da Urgência/Emergência em nossa formação acadêmica. Tenho certeza do assertivo investimento e demasiada preocupação no processo de preparo para inserção no mercado de trabalho.

Às equipes dos ambientes de prática que se mostraram insistentemente motivadas em contribuir com as práticas e os serviços médicos que vêm desempenhando há anos.

Aos meus colegas, em especial Marcelo Lescano, com quem compartilhei numerosas horas de trabalho no plantão, discutindo casos clínicos e atendendo pacientes.

Por fim, gostaria de agradecer à minha família pela paciência, sobretudo pela disponibilidade em me auxiliar em diversos momentos, especialmente com meu pequeno filho Augusto.

SMANIOTTO TALAMINI, Danielle Letícia. **A percepção do internato em urgência e emergência.** 2020. 62 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso aborda as práticas desenvolvidas no decorrer do ano de 2019, cuja acadêmica pôde explorar, observar e investigar acerca das experiências nos cenários de urgência e emergência. Essas percepções acadêmicas fazem parte de práticas consideradas obrigatórias através do internato, propiciando ao aluno enriquecimento e aplicabilidade de conceitos teóricos. Deste modo, a presente pesquisa objetiva elencar os casos clínicos encarados nos cenários de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, propriamente no Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Serviço de Atendimento Móvel Urgência (SAMU) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) Walter Barbosa e João Samek. Faz-se possível enriquecer o presente estudo relatando as experiências pessoais que estiveram presentes nos atendimentos e puderam correlacionar a teoria com a prática, sempre fundamentando cada protocolo de atendimento. Deste modo, considera-se de suma importância experimentar o internato com a finalidade de crescer profissionalmente e alavancar as percepções acadêmicas.

Palavras-chave: Experiência. Urgência. Emergência. Percepção.

ABSTRACT

This term paper approaches the experiences developed during 2019, which the academic could explore, observe and investigate the experiences in the scenario of urgency and emergency. These academic perceptions belong practices considered allowed through internship, provide to the student to increase and to apply the theoretical concepts. Thereby, this research aims to list the clinical cases faced in emergency and urgency scenarios in Foz do Iguaçu, Padre Germano Lauck Emergency Hospital, *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)* and in *Unidade de Pronto Atendimento (UPA's)* Walter Barbosa and João Samek. It would be possible to enrich this work reporting the personal experiences that the students presented in the assistances and could correlate the theory with the practice, having as base each assistance protocol. In conclusion, it is considered very important to experiment the internship to increase professional and leverage the academic perceptions.

Key words: Experience. Urgency. Emergency. Perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Protocolo de Manchester	16
Figura 2: Acesso Intravenoso.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Complicações do acesso venoso.....	21
Tabela 2: Congestão x Perfusão	27
Tabela 3: Escore de Perc	45
Tabela 4: Critérios de Wells para TVP	46
Tabela 5: Critérios diagnósticos da CAD e EHH.....	54
Tabela 6: Diagnóstico diferencial da CAD e EHH.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15
3 EXPERIÊNCIA NA APLICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	18
3.1 Caso Clínico 01	19
3.1.1 Percepção Pessoal	19
3.1.2 Correlação Teórica: Acesso Venoso Central	20
3.2 Caso Clínico 02	24
3.2.1 Percepção Pessoal	24
3.2.2 Correlação Teórica: Manejo do Protocolo de Insuficiência Cardíaca Crônica	26
3.3 Caso Clínico 03	28
3.3.1 Percepção Pessoal	28
3.3.2 Correlação Teórica: Manejo de Via Aérea	29
3.4 Caso Clínico 04	31
3.4.1 Percepção Pessoal	32
3.4.2 Correlação Teórica: Sonda Nasogástrica	33
3.5 Caso Clínico 05	34
3.5.1 Percepção Pessoal	35
3.5.2 Correlação Teórica: Crise Hipertensiva	36
3.6 Caso Clínico 06	37
3.6.1 Percepção Pessoal	37
3.6.2 Correlação Teórica: Cólica Nefrética	39
3.7 Caso Clínico 07	41
3.7.1 Percepção Pessoal	42
3.7.2 Correlação Teórica: Tromboembolismo Pulmonar	43

3.8 Caso Clínico 08.....	46
3.8.1 Percepção Pessoal.....	47
3.8.2 Correlação Teórica: Acidente Vascular Hemorrágico.....	48
3.9 Caso Clínico 09.....	51
3.9.1 Percepção Pessoal.....	51
3.9.2 Correlação Teórica: Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico.....	52
3.10 Caso Clínico 10.....	57
3.10.1 Percepção Pessoal.....	57
3.10.2 Correlação Teórica: Dor Torácica.....	58
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
5 REFERÊNCIAS.....	62

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho visa apresentar através da descrição da experiência vivenciada, toda reflexão concedida nos cenários de estágio de urgência e emergência do Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, no Serviço de Atendimento Móvel Urgência (SAMU) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) Walter Barbosa e João Samek.

Nos dois primeiros semestres do internato foram desenvolvidas ações que assegurassem aos acadêmicos práticas reais, mas sobretudo embasadas e fundamentadas nos estudos teóricos. Deste modo o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na base de intervenção e as Unidades de Pronto Atendimento culminaram como localidades estabelecidas para a aplicabilidade de tais experiências.

Os cenários de urgência e emergência tem por finalidade proporcionar ao acadêmico a possibilidade de desenvolver habilidades ao que tange a abordagem de pacientes críticos, já que este ambiente é um dos primeiros cenários de trabalho do médico recém-graduado.

Determinado o ambiente laboral, o acadêmico era designado através do médico plantonista, para que desempenhasse algumas funções que competiam não tão somente ao setor médico, mas que também era responsabilidade do setor de enfermagem.

Deste modo, através das práticas e experiências observadas, e, considerando a quantidade de eventos traumáticos e a alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, pode-se afirmar que o módulo de urgência e emergência é de extrema importância, já que o médico emergencista deve atuar de forma rápida e resolutiva, garantindo um suporte de vida para a vítima e/ou paciente.

2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Com o intuito em compreender o funcionamento dos fluxos de urgência e emergência faz-se necessário o conhecimento sobre a rede e suas portas de entrada. Na cidade de Foz do Iguaçu têm-se cinco portas de entrada: Unidades básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (SAMU e SIATE) e demanda espontânea.

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) atende nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, neurologia, psiquiatria, ginecologia e trauma. O HMPGL é um hospital classificado como média complexidade tipo II (Porta fechada); já o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) é referência em oncologia, cardiologia, obstetrícia e neonatal.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). A UPA 24h oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Lembrando que os pacientes podem permanecer na UPA no máximo por 24h e após esse período, se necessário o paciente poderá receber alta ou ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de maior complexidade.

Torna-se imprescindível ater-se ao conhecimento sobre a legislação, principalmente a Portaria 2048/2002 que regulamenta a classificação, o regulamento técnico dos serviços de Urgência e Emergência e determina a função do médico regulador no cenário de urgência e emergência nas unidades básicas de saúde, nas unidades não hospitalares (UPA's) e no atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, SIATE).

Outra resolução importante é a de número 2077/2014, pois define os serviços hospitalares de urgência e emergência, pronto socorro e pronto atendimento hospitalar, e emergências de especialidades. Tal resolução prega sobre a importância e bom senso da vaga zero, que é utilizada em uma situação de exceção para pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso. Desta forma é responsabilidade e dever da regulação detalhar o quadro clínico e o

motivo pelo qual requer a utilização desta, e, em caso de superlotação, o diretor técnico do hospital deve notificar o Conselho Regional de Medicina e Ministério Público a respeito.

A regulação médica é o cenário que se caracteriza como um observatório dinâmico da saúde da população e da estruturação e funcionamento da rede assistencial locorregional. Desta forma os profissionais atuantes precisam ter qualificação técnica e gestora, além de saber julgar e discernir o grau de urgência de cada caso, enviando os recursos necessários para cada atendimento, com o intuito de avaliar a necessidade ou não de enviar unidades móveis para uso da vaga zero.

Diante das adversidades e numerosos casos epidemiológicos que buscam atendimento nos serviços de urgência e emergência, faz-se necessário que o Protocolo de Manchester aconteça de modo mais efetivo em todos os acolhimentos. Tal protocolo tem como objetivo primordial classificar os pacientes quanto ao grau de risco, determinando assim a prioridade clínica. Desta forma, faz-se possível otimizar o tempo de espera dos pacientes graves assegurando que o atendimento médico aconteça no tempo adequado.

Figura 1: Protocolo de Manchester



Fonte: Google, 2020

Diante do exposto, entende-se que mesmo diante de um cenário com inúmeras falhas e desgastes na saúde, é imprescindível o conhecimento sobre

legislação, pois esta colabora no entendimento sobre o funcionamento da rede e as demandas existentes no município.

3 EXPERIÊNCIA NA APLICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O primeiro dia de experiência num plantão hospitalar significa um marco introdutório no cotidiano acadêmico de um interno do curso de Medicina. É notável a ansiedade e nervosismo que permeiam o estado emocional dos alunos que iniciam uma nova trajetória num curso que requer precisão nas tomadas de decisões.

O medo é um dos sentimentos que circundam a mente dos acadêmicos que têm relatado que mesmo com inúmeras e diversas aulas teóricas sobre as mais variadas técnicas na área da medicina, é natural sentir-se angustiado pela possibilidade de não auscultar uma alteração pulmonar ou até mesmo saber se um ritmo cardíaco está regular ou não.

Iniciar a praticidade após anos de estudos teóricos é primordial e indispensável para a formação acadêmica, já que a responsabilidade pela vida está nas mãos daquele que está prestes a concluir uma graduação. É através do exercício que o interno desenvolve novas habilidades e a confiança necessária para as diversas situações, uma vez que cada plantão tem uma singularidade e traz um novo aprendizado.

Ativar as atividades desenvolvidas de maneira teórica através da prática vai além de vivenciar o manuseio técnico-formal, mas sim entender o processo de um aprendizado que traz em sua essência a coleta de histórias, a conversa com pacientes, o entendimento a respeito de procedimentos, diagnósticos e tratamentos.

Deste modo, é notável o engrandecimento e amadurecimento dos internos que são confrontados nos estágios, demonstrando novas habilidades e a confiança necessária para a correta tomada de decisão. Tais experiências corroboram com a formação de um futuro profissional que enxerga além dos protocolos epidemiológicos, visualizando que um ambiente hospitalar requer a integralidade de uma equipe técnica para alcançar o sucesso profissional.

3.1 Caso Clínico 01

Atendimento a paciente J.S., masculino, 73 anos, residente em Foz do Iguaçu, transferido da UPA pelo SAMU. Paciente instável, PA 180x110, saturando 82%, glasgow 7, sendo necessário realizar IOT ainda no trajeto para o hospital. Apresenta quadro de disartria, hemiparesia a esquerda e olhar conjugado a direita, com hipótese diagnóstica de Acidente Vascular Hemorrágico.

Apresenta como antecedentes patológicos pessoais hipertensão arterial de sistêmica (HAS), hepatopatia crônica e diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

3.1.1 Percepção Pessoal

Internado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck há dois dias, faz-se necessário o procedimento do acesso venoso central no paciente, principiando ao acadêmico a realização de tal método.

Dentre as indicações para realizar o procedimento, o paciente apresentava necessidade de drogas vasoativas, nutrição parenteral total, o tempo de internação já previsto como prolongado pela necessidade de vaga UTI, sendo considerado paciente grave.

Diante do pré-diagnóstico supracitado inicia-se a monitorização e estabilização do paciente, e posteriormente o pedido de tomografia do crânio. Sequencialmente o paciente é avaliado por um neurocirurgião que aponta e explica acerca de partes das hemorragias cerebrais constatadas através do exame. Conforme explicação do especialista neurocirurgião, cada região cerebral (tálamo, cápsula interna, putâmen) explica exatamente a apresentação clínica do paciente.

O paciente aqui relatado apresenta um corpo extremamente magro, que através de relato de familiares descobre-se que este possui um estado neurológico alterado basal.

Levantados os dados necessários para início de tratamento, este paciente necessita de uma vaga na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), o que no momento o hospital não disponibiliza. Assim, inicia-se a técnica aplicada *Seldinger* com utilização de fio-guia, objetivando realizar o acesso venoso

central, tendo a veia subclávia direita escolhida para o procedimento. Porém, diante de um paciente caquético, nota-se que o lado esquerdo apresenta maior facilidade para o sucesso neste processo.

Assim, para fazer a punção é preciso além de habilidade e técnica, utilizar-se de força, afinal não é um procedimento considerado muito simples. Em seguida, o cateter é fixado levando um tempo maior do que o esperado.

O paciente é atendido primeiramente pelo SAMU até chegar ao pronto socorro onde recebe o acesso venoso central. O atendimento é realizado de maneira eficaz, sendo monitorado de maneira efetiva e tendo uma evolução perceptível. Assim, até o término do plantão o paciente continua em situação de aguardo de vaga para transferência em UTI, lembrando que os pacientes devem permanecer por no máximo 24h no pronto-socorro.

Deste modo, o protocolo utilizado no acolhimento do paciente aqui referido demonstra contentamento e destreza mediante o caso apresentado.

3.1.2 Correlação Teórica: Acesso Venoso Central

O Acesso Venoso Central é assim classificado quando a ponta distal do cateter está localizada no terço inferior da veia cava superior ou no interior do átrio direito.

O posicionamento do cateter venoso central, tanto de seu trajeto como de sua extremidade distal, deve ser avaliado com radiografia simples de tórax, que também possibilita o diagnóstico de algumas complicações.

Os cateteres podem ser classificados de acordo com o número de via: mono, duplo ou triplo lúmen.

O procedimento supracitado é indicado de acordo com a necessidade do paciente que pode requerer o uso de medicamentos cáusticos hiperosmolares ou vasoconstritores, nutrição parenteral total, realização de hemodiálise ou aférese (plasmaférese ou leucoaférese), passagem de marca-passo transvenoso, cateterização de artéria pulmonar (passagem de cateter de artéria pulmonar), desempenho de monitorização hemodinâmica (como medida de pressão venosa central ou aquisição de saturação venosa central), prática da monitorização hemodinâmica (como medida de pressão venosa central ou aquisição de saturação venosa central), aplicação de procedimentos

radiológicos, preparo pré-cirúrgico de pacientes de alto risco e/ou cirurgia de alta complexidade, uso de drogas vasoativas, tempo de internação ou paciente de altíssima gravidade (MASSAIA, 2012).

O Acesso Venoso Central pode ser praticado somente por profissionais médicos habilitados pois trata-se de um procedimento extremamente invasivo e que pode ocasionar complicações que variam de acordo com os sítios de inserção. Tais complicações que comumente podem surgir são destacadas como: infecção (do cateter e de corrente sanguínea secundária ao cateter venoso central, endocardite e/ou tromboflebite séptica), embolia gasosa, trombose venosa, punção inadvertida de artéria, pseudoaneurisma, perfuração vascular e cardíaca, arritmias cardíacas, lesões de nervos, traqueia ou esôfago, hematoma ou sangramento, ruptura parcial ou completa do dispositivo, oclusão do cateter, fístulas arteriovenosas, hemotórax, quilotórax e/ou pneumotórax.

Tabela 1: Complicações do acesso venoso

Principais complicações do acesso venoso central de acordo com o sítio de inserção			
Complicação	Subclávia (%)	Jugular interna (%)	Femoral (%)
Punção arterial	3,1 a 4,9	6,3 a 9,4	9,0 a 15,0
Hematoma	1,2 a 2,1	<0,1 a 2,2	3,8 a 4,4
Hemotórax	0,4 a 0,6	Não aplicável	Não aplicável
Pneumotórax	1,5 a 3,1	<0,1 a 0,2	Não aplicável
Total	6,2 a 10,7	6,3 a 11,8	12,8 a 19,4

Fonte: A autora, 2020

Faz-se importante entender os precisos lugares que podem ser utilizados para inserção do cateter venoso central. Desta forma existem três locais para que a aplicação deste procedimento tenha sucesso: Veia Jugular Interna (VJI), Veia Subclávia (VCS) e Veia Femoral Comum (VFC).

A primeira localiza-se se anterolateralmente à artéria carótida interna e em sua porção distal no triângulo formado entre a clavícula e as porções clavicular e esternal do músculo esternocleidomastóideo.

A segunda localiza-se anterior e mais inferiormente à artéria subclávia, separada desta pelo músculo escaleno anterior. Na maior parte de seu percurso, a VSC encontra-se posteriormente à clavícula em sua borda inferior. A VJI une-

se à VSC intratorácica, formando a veia inominada, e a junção destas formam a veia cava superior.

A terceira e última está localizada no triângulo femoral (de Scarpa) formado pelo ligamento inguinal, o músculo sartório e o músculo adutor longo da coxa, e posiciona-se medialmente à artéria femoral comum. Esta deve ser puncionada sempre alguns centímetros distal ao ligamento inguinal.

Com o intuito de uma técnica correta e para garantir o sucesso na aplicabilidade, faz-se necessário o manuseio e utilização de uma sequência de materiais que possibilitem o desenvolvimento de um procedimento preciso e coeso. São eles: soluções degermantes, pinças para assepsia, catéteres venosos centrais, dilatador rígido do cateter venoso central correspondente, fio-guia metálico com extremidade em “J”, agulha metálica (18 G de 8 cm) e seringas, conectores (tampinhas e/ou equipos), soluções antissépticas (alcoólicas), anestésico local com xilocaína a 2% sem vasoconstritor, frascos com solução salina, fases estéreis, gorro e máscara, luvas e aventais estéreis, campos cirúrgicos estéreis, fios de sutura para fixação, material cirúrgico para fixação (porta-agulha, pinças e tesouras), esparadrapos comuns, hipoalérgicos e cirúrgicos, caixa para descarte de materiais perfurocortantes e, se possível, aparelho de ultrassonografia com transdutor linear de alta frequência.

Preparados os materiais da maneira exigida, a passagem do acesso venoso central deve ser obtida com paramentação cirúrgica, ou seja, lavagem das mãos, máscara, avental, gorro e luvas estéreis. Este procedimento acontece através da técnica de Seldinger (utilizando fio-guia) escolhida preferencialmente por apresentar menor risco de complicações, maior hemostasia e maior praticidade. Já o uso da ultrassonografia bidimensional é associado a uma maior taxa de sucesso, com menor número de tentativas de punção e complicações.

Assim sendo, inicia-se o procedimento posicionando o paciente em decúbito dorsal (podendo ser necessário posicioná-lo de acordo com o local de punção escolhido). Em seguida, é necessário verificar se a iluminação está adequada e logo proceder a paramentação cirúrgica, realizando a lavagem e escovação cirúrgica das mãos, e em seguida, colocando avental e luvas estéreis.

Logo, é necessário fazer a assepsia extensa do local de punção, colocando campos cirúrgicos estéreis para proteção da área do procedimento e vestindo uma camisa estéril no transdutor linear (alta frequência) do aparelho de

ultrassom. Em seguida, localiza-se a veia com o ultrassom, verificando se há colapsibilidade com a compressão suave, relatando assim a ausência de trombose. Assim, sucede-se a infiltração com anestésico local (xilocaína a 2%), preenchendo todas as vias do cateter com solução salina. Neste momento recomenda-se a localização da veia novamente com o ultrassom.

Caso a técnica transversa seja a opção é preciso manter a linha central do ultrassom perpendicular à veia, introduzindo a agulha pela pele a uma distância do transdutor igual à profundidade da região central da veia. Ao introduzir a agulha, o transdutor deve ser angulado de forma a acompanhar a ponta da agulha, objetivando a impossibilidade de perdê-la. Assim que consiga observar a introdução da agulha na veia, recomenda-se aspirar para confirmação da exatidão do procedimento.

Caso a opção seja a técnica longitudinal é necessário ter uma visualização longitudinal do vaso, inserindo a agulha aproximadamente um centímetro da lateral do transdutor, observando a agulha em sua trajetória até o vaso e, por último, aspirando para confirmar a penetração na veia.

Em conseqüente, realiza-se a punção venosa com agulha calibrosa conectada a seringa, não esquecendo de manter sempre uma pressão negativa com o êmbolo da seringa. Caso haja refluxo do sangue, é preciso manter a posição da agulha e desconectar a seringa.

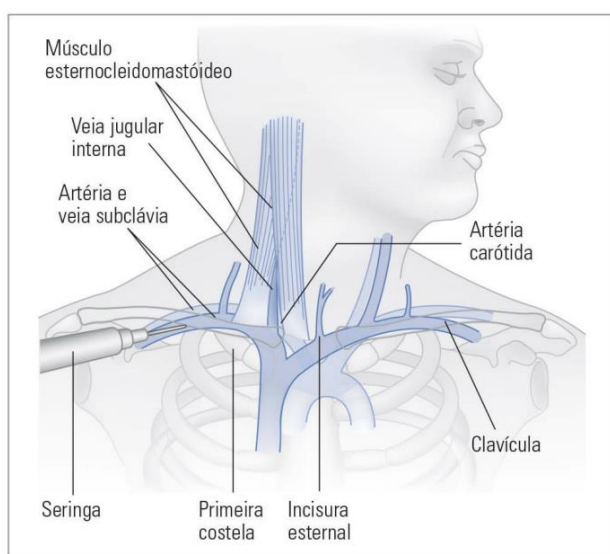
Assim, introduz-se o fio-guia metálico com extremidade em J aproximadamente a 20 cm, retirando a agulha calmamente. Em seguida, procede-se a dilatação da pele e ao trajeto até ao vaso com introdução do dilatador através do fio-guia (neste caso é possível ser necessária abertura da pele com lâmina de bisturi para introdução do instrumento). Mantendo o fio-guia na mesma posição, retira-se o dilatador, introduzindo o cateter definitivo cuidadosamente, sem que perca a extremidade distal do fio (MASSAIA, 2012).

Finalizando a técnica, retira-se o fio-guia e lava-se a via (distal) com solução salina, fechando o lúmen em seguida. Então, o cateter é fixado com pontos e o curativo oclusivo é realizado.

Por fim, faz-se preciso o descarte do material na caixa de perfurocortantes, confirmando através de exame radiológico a posição adequada do dispositivo.

Já a punção de VSC por acesso infraclavicular requer que o paciente fique com a cabeça em rotação lateral, colateral ao procedimento, e com coxim entre os ombros, facilitando a abertura das clavículas. Deste modo, a agulha é posicionada com bisel em direção ao tórax superior, puncionando na junção do terço proximal com o médio da clavícula. Assim, direciona-se a ponta da agulha para a fúrcula com angulação de 30° com o tórax, reduzindo para 15° após a passagem para a região posterior à clavícula. Por conseguinte, introduz-se lentamente a agulha mantendo o fio-guia em J direcionado para baixo, facilitando a penetração nas veias inonimada e cava superior (MASSAIA,2012).

Figura 2: Acesso Intravenoso



Fonte: Massaia, 2012

3.2 Caso Clínico 02

Atendimento realizado a vítima idosa C.S masculino, 73 anos, residente em Foz do Iguaçu apresentando quadro de dispneia, cianose, hipotensão e rebaixamento do nível de consciência. Apresentando os seguintes sinais vitais no momento do atendimento através do SAMU: PA 80x60, FC 127, FR 29, HGT 93, SPO2 55%, Glasgow 8.

Paciente possui nos antecedentes patológicos progresso história de Melanoma, DPOC e Insuficiência Cardíaca Crônica.

3.2.1 Percepção Pessoal

A vítima é levada até a ambulância do SAMU, executando o MOV (Monitorização, oxigênio e veia) iniciando também as medidas para estabilização do quadro como a intubação orotraqueal. A médica plantonista solicita material de intubação após constatação da necessidade de via aérea avançada permitindo a execução do procedimento através da acadêmica.

Inicia-se então a preparação dos materiais para a requerida intubação: testar a luz do laringoscópio, escolher o tamanho do tubo, passar o fio guia, testar o *cuff*, colocar as medicações nas seringas.

O paciente não é pré-oxigenado e também não é realizado o pré-tratamento com fentanil, apenas são administradas 2 ampolas de midazolam (15mg/3ml) e uma de succinilcolina (frasco-ampola 100 mg).

Dá-se início a laringoscopia através de uma via aérea de extrema dificuldade devido ao quadro de hipersecreção, o que impossibilita a visualização das estruturas anatômicas que precisam ser observadas durante a IOT (glote, epiglote, cordas vocais).

Mesmo diante de uma situação dificultosa a médica solicita que a interna passe o tubo pela primeira vez, que após duas tentativas consegue êxito. Em seguida, através da ausculta, nota-se que o tubo está presente no esôfago. Rapidamente, a médica plantonista extuba o paciente, assume a IOT e explica que a via aérea é muito difícil, devido a quantidade de secreções.

Diante do insucesso no procedimento da intubação da vítima, é natural sentir a frustração pela não conclusão de um procedimento. Porém, diante das diversas tentativas da médica durante a intubação, é notória que a falta de experiência não fora o motivo principal da não realização do procedimento.

É evidente que diante da situação descrita a equipe tenha mantido a vítima estabilizada impedindo a ocorrência de uma parada cardiorrespiratória no interior da ambulância, porém o caso clínico de número 03 aqui apresentado demonstra a falta da execução da técnica de intubação de sequência rápida completa, porém verifica-se o manejo inicial de uma vítima portadora de insuficiência cardíaca crônica com provável quadro de edema agudo de pulmão.

3.2.2 Correlação Teórica: Manejo do Protocolo de Insuficiência Cardíaca Crônica

O protocolo acerca de insuficiência cardíaca preconiza a solicitação de uma série de exames. São eles: exame físico, eletrocardiograma (ECG), radiografia de tórax, eletrólitos, função renal, troponinas, BNP/NT pró BNP.

Nos fatores relacionados aos antecedentes obtêm-se os seguintes fatores: insuficiência cardíaca, síndrome coronariana aguda, revascularização, angiografia, diabetes, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, acidente vascular isquêmico. Já nos fatores precipitantes apresentam-se: Anemia, infecção, tromboembolismo pulmonar, excesso de sal, excesso de ingestão hídrica e tratamento irregular.

Tabela 2: Congestão x Perfusão

Quente e seco	Quente e úmido
Perfundido e sem congestão; Paciente ambulatorial; Otimizar mediações para IC; Investigar fator desencadeante.	Perfundido e congesto; Furosemida 1mg/kg (1 e 2 amp); O2 se necessário; Ventilação não invasiva; Se PAM- Nitroglicerina IV 5mcg/kg/min, aumentar a cada 3-5 min. Até dose máxima 20 mcg/min; Se PAM - - Nitroprussiato IV 0.3-0.5 mcg/kg/ min, máx. 10 msg/min; Iniciar IECA se possível; Checar exames complementares; Sem melhora: Dobutamina IV 0.5- 1ncg/min, manutenção 2-20 mcg/kg/min.
Frio e úmido	Frio e seco
Mal perfundido e congesto; Pior prognóstico; Furosemida IV 1mg/kg (1 a 2amp); Se PAS <90 mmHg: Nora IV 8-12 mcg/min. Manutenção 2-4 mcg/min; Se PAS > 90mmHg: Dobutamina IV 0.5- 1mcg/min. Manutenção 2- 20mcg/kg/min; Reduzir dose do B bloqueador em 50%; Considerar vasodilatador parenteral quando PA elevada; Vaga de UTI.	Mal perfundido e sem congestão; Não dar diurético; 250 ml de SF 0,9% em 30 min; Se não melhora considerar vasodilatador com ou sem inotrópico; Se PAS <90mmHg: Nora IV 8-12 mcg/min. Manutenção 2-4 mcg/min.

Fonte: A autora, 2020

Em caso de suspeita de edema agudo de pulmão as suspeitas clínicas que surgem são: choque, hipoperfusão, insuficiência cardíaca.

O protocolo indicado segue da seguinte maneira: Furosemida EV 0,5-1mg/kg (geralmente 4 ampolas), morfina EV 2-4mg, nitroglicerina e nitroprussiato se PAS>140mmHg ou PAM>100mmHg, dobutamina se PAS 90-100 mmHg sem sinais e sintomas, noradrenalina se PAS<90mmHg e sinais de choque.

Nas situações que ocorre problema de volume: administra-se fluídos, transfusão de hemoderivados se sangramento por coagulopatia ou anemia grave, intervenções específicas, considerar vasopressores.

Quando existe problema de bomba: PAS<80-90 e sinais de choque utilizar noradrenalina, se PAS 80-90 sem sinais de choque utilizar dobutamina e se PAS>90-100 utilizar nitroglicerina ou nitroprussiato.

3.3 Caso Clínico 03

O caso clínico aqui apresentado é de um paciente B.P, sexo masculino, 27 anos, procedente e morador de Foz do Iguaçu que apresenta surto psicótico, alucinações, delírios, auto esfaqueado na região abdominal e exhibe evisceração. Os sinais vitais do paciente supracitado são: PA: 90x60, FC: 123, FR: 26, Glasgow: 13, HGT: 115.

3.3.1 Percepção Pessoal

O SAMU, juntamente com a equipe da viatura avançada, desloca-se para a residência da vítima com rapidez para realizar o atendimento. A vítima é levada para a ambulância e inicia-se o MOV, demonstrando em seguida sinais de dessaturação e rebaixamento do nível de consciência.

O médico intervencionista solicita que a interna proceda a IOT, já que o paciente tem indicação de intubação, iniciando então o preparo do material. Não é realizada a pré-oxigenação, assim como não é administrado o fentanil e a succinilcolina, apenas é realizada a administração de uma ampola (15mg/3ml) de midazolam para a sedação da vítima diante do quadro de surto psicótico.

Assim, a interna inicia o procedimento de intubação orotraqueal, e, a partir da laringoscopia o paciente começa a ter náuseas e vômitos, ocasionando o procedimento sem sucesso devido à falta de visibilidade das estruturas necessárias para a inserção do tubo.

Diante da gravidade do caso, o médico assume a IOT antes que a vítima dessaturasse mais, já que esta apresenta evisceração e precisa chegar ao pronto socorro rapidamente.

Durante o restante do trajeto a interna procede ventilando o paciente e refletindo acerca da experiência sem sucesso, mas de valioso aprendizado.

O caso clínico de número 04 aqui apresentado demonstra a execução da técnica de intubação de sequência rápida sendo realizada incompleta novamente. Tendo em vista que a vítima não apresenta estado de morte iminente, a técnica poderia ser executada da maneira correta. Porém, o atendimento mostra-se rápido e satisfatório na tomada de decisões, garantindo a proteção da via aérea avançada do paciente.

Ofertou-se todo suporte necessário para o paciente chegar estável no hospital, sendo transportado sem intercorrências.

3.3.2 Correlação Teórica: Manejo de Via Aérea

Faz-se necessário refletir acerca de alguns aspectos norteadores para a tomada de decisão correta: há dificuldade de manter a via aérea do paciente pérvia ou protegida? Há dificuldade em manter a ventilação ou oxigenação do paciente? Há algum sinal que indique um curso desfavorável para as vias aéreas?

A presente técnica é indicada quando o paciente apresenta: fadiga de musculatura, doença neuromuscular, drive ventilatório diminuído, obstrução de vias aéreas, diminuição do consumo de O₂, anormalidade da parede torácica, hipoxemia refratária, trabalho respiratório excessivo, diminuição da PIC, instabilidade hemodinâmica grave, proteção das vias aéreas.

Via aérea protegida é quando o paciente está engolindo e expelindo secreções. Não obstante, os pacientes que apresentam lesão cervical (tumor, hematoma), traumatizados, graves em transferência e queimaduras graves precisam de acompanhamento mais individualizado e maior atenção.

Deste modo a técnica supracitada inicia-se com a cabeça em hiperextensão com coxim, e a auxiliar abre a boca do paciente pelo lado direito. Então, coloca-se o laringoscópio com a mão esquerda, e a mão direita fica na região occipital segurando a cabeça e abrindo a boca.

Em seguida, introduz-se o laringoscópio ao longo da borda direita da língua até a introdução na valécula, tracionando o cabo do instrumento para cima e para frente num plano perpendicular a mandíbula.

Assim que observadas as cordas vocais o tubo deve ser introduzido na traqueia, e a borda proximal do balonete deve ultrapassar as cordas. É importante ressaltar que o balonete não deve ser enchido com pressão maior que 20 mmHg, confirmando IOT e fixação do tubo.

Com o intuito de confirmar que a IOT alcançou o sucesso almejado é necessário ver que o tubo passou pelas cordas vocais, ausculta dos 5 campos, começando pelo epigástrio, e, por fim, radiografia de tórax (posicionamento de 3 a 5 cm acima da Carina), além de diagnosticar complicações como pneumotórax.

Além do pneumotórax, muitas são as complicações que podem aparecer diante de uma técnica mal realizada. São elas: laceração labial, lesões dentárias e de partes moles, lesões esofagotraqueais, sangramentos em vias aéreas superiores, hipotensão, bradicardia, regurgitação de conteúdo gástrico, arritmias, edema de laringe, paralisia de cordas vocais.

Este procedimento é dividido em uma sequência de 7Ps que norteiam a rápida intubação para os pacientes que requerem em uma situação de emergência.

Preparação: monitorização do oxímetro de pulso, PA e monitorização cardíaca, 2 acessos venosos, drogas definidas e colocadas em seringas, verificação do funcionamento do laringoscópio (luz branca), testagem do tubo, aspirador preparado com sonda estéril e por fim, coxim na região occipital cabeça hiperestendida. O objetivo aqui é diminuir os efeitos indesejáveis da laringoscopia e intubação.

Pré-oxigenação: é a oferta de oxigênio (O₂) a 100%, sem ventilação. É preciso atentar-se que na pré-oxigenação é necessário reserva de O₂, tendo em vista que obesos, crianças e mulheres dessaturam mais rápido.

Pré-tratamento: Aplicação de drogas 3 minutos antes da intubação (Fentanil 1 a 3mg/kg (a cada 2-3 minutos) -> Em síndrome coronariana aguda, dissecação aorta, hipertensão intracraniana ou sangramento de SNC (Sistema nervoso central) e Lidocaína 1.5mg/kg (a cada 45-60s) -> Em broncoespasmo, hipertensão intracraniana ou sangramento SNC.

Paralisia com indução: Droga hipnótica seguida de bloqueador neuromuscular – em Bolus. Hipnóticos: Etomidato 0.3 mg/kg recomendado em pacientes com pressão intracraniana aumentada; Midazolam: 0.2 a 0.3 mg/kg pode fazer depressão miocárdica e respiratória; Propofol: 1.5 mg/kg utilizado em paciente estável e grávida; Quetamina 1.5 mg/kg usado em broncoespasmo, hipovolemia, e pacientes hemodinamicamente estáveis (Não usar em isquemia cardíaca, emergência hipertensiva, dissecação de aorta). Neuromusculares: Succinilcolina: 1.5mg/kg não usar em hipertensão maligna, hipercalemia, miopatia e esclerose, além do rocurônio: 1 mg/kg que também pode ser utilizado.

Posicionamento: Coxim na região occipital somado a hiperextensão da cabeça.

Placement: Colocação do tubo com confirmação, movimento flácido da mandíbula para verificar relaxamento (30 a 45s após a succinilcolina), seguido de intubação, inflação do balonete (*cuff*), verificação do posicionamento correto iniciando por epigástrico, bases e ápices pulmonares.

Pós-intubação: tubo fixado, radiografia de tórax, paciente em ventilação mecânica e monitorização. Caso haja hipotensão é necessário fazer a infusão de líquidos, já que é comum após a intubação.

As vias aéreas podem ser consideradas difíceis quando a extensão do pescoço do paciente é limitada a menos de 35 graus, o índice de Mallampati está em 3 e 4, a distância interincisivo é menor que 3.5 cm, distância tireomentoniana é menor que 6.5 cm e, por fim, a distância esternomentoniana é menor que 12.5 cm.

A via aérea é chamada de falha quando um profissional experiente não conseguir intubar o paciente após 3 tentativas ou este não mantém saturação adequada com bolsa-máscara-válvula.

A via aérea é conhecida como *crash* quando o paciente chega ao pronto-socorro em morte iminente ou arresposivo.

3.4 Caso Clínico 04

O caso clínico aqui apresentado refere-se a paciente E.D, sexo feminino, 76 anos de idade, moradora de Foz do Iguaçu. A paciente se encontra em estado

grave e indicativo do uso de sonda nasogástrica para administração de fármacos, líquidos e dieta, já que a mesma não tolera o recebimento via oral.

A equipe do hospital decide, então, colocar uma sonda nasoenteral para garantir que ela não fique desnutrida e que seu tratamento dê os melhores resultados possíveis.

3.4.1 Percepção Pessoal

A cateterização requerida na paciente supracitada é um procedimento no qual a equipe técnica solicita a interna auxílio, objetivando praticar os conhecimentos teóricos de maneira concreta. As técnicas do setor de enfermagem demonstram aptidão e paciência na explicação, orientando a graduanda acerca da realização da técnica.

Ao final da aplicabilidade do processo, confirma-se através da ausculta, os ruídos hidroaéreos com 20 ml de ar no estômago, certificando-se do correto posicionamento da sonda.

É gratificante executar uma nova técnica vista apenas em momentos teóricos, e sentir-se compreendida diante de um cenário integrado por diferentes indivíduos, mas que todos se respeitam e auxiliam uns aos outros no processo de aprendizagem.

Uma das falhas percebidas durante a realização da técnica foi a falta de aplicabilidade da assepsia para um procedimento que requer um ambiente estéril.

Sabe-se que a assepsia é considerado um processo significativo no desenvolvimento e aplicação da técnica nasogástrica. O Objetivo deste método é evitar contaminações ou possíveis complicações na execução deste procedimento, a fim de não acarretar consequências irreversíveis.

Assim, nota-se que os profissionais da área da saúde, em especial nos cenários supracitados nesta pesquisa, têm apresentado falta de interesse na aplicabilidade da assepsia. Tal fato é considerada uma falha de altíssima periculosidade, já que expõe o paciente a um risco desnecessário.

3.4.2 Correlação Teórica: Sonda Nasogástrica

A cateterização nasogástrica, ou sondagem, como é conhecida por alguns, consiste na inserção de um cateter que chega até o estômago através das vias aéreas superiores e esôfago.

Este procedimento é indicado em pacientes que necessitam administração de fármacos, líquidos e dieta, que não toleram ao recebimento via oral. Outras indicações referem-se a pacientes que apresentam descompressão do trato gastrointestinal com obstrução, hemorragia digestiva alta, prevenção de broncoaspiração em pacientes intubados e lavagem gástrica em casos de intoxicação (MASSAIA, 2012).

Esta cateterização é contraindicada para pacientes que possuem um quadro de trauma maxilofacial extenso, em especial aqueles com fratura de base do crânio, coagulopatia grave, anormalidades esofagianas (ingestão recente de substância cáustica, estenoses, divertículos), rebaixamento de consciência em pacientes não intubados, podendo precipitar vômitos e broncoaspiração.

Algumas complicações podem surgir na aplicação deste procedimento, como: o surgimento de sinusite, epistaxe, dor ou desconforto referido na orofaringe (complicações menores); ou situações mais graves, consideradas raras como perfuração esofagiana, inserção traqueal, pneumotórax, inserção intracraniana (caso de fratura da base do crânio).

Com intuito de realizar tal procedimento alguns materiais são necessários: máscara e capote para proteção, luvas de procedimento, copo com água, cateter nasogástrico (ex:Levine) de 12 a 20 F, anestésico tópico em forma de spray e gel, solução de oximetazolina ou fenilefrina, gaze, seringa de 20 ml, estetoscópio, esparadrapo ou fita adesiva para fixação e frasco coletor universal (para sifonagem).

Este procedimento inicia-se a partir do consentimento do paciente. Em seguida, deve-se elevar a cabeceira da cama a 45° (posição semi-sentada de Fowler), limpando as narinas e a testa do doente com gaze. Assim, meça o comprimento do CNG a ser inserido, que é a distância da ponta do nariz até o ângulo da mandíbula e então até a base do apêndice xifoide. Em seguida marca-se o comprimento com esparadrapo ou fita adesiva.

Logo, as luvas são calçadas, e caso tenha disponível, aplica-se solução de oximetazolina ou fenilefrina na narina do paciente, reduzindo assim o risco de epistaxe. Em seguida, coloque tópico em spray na orofaringe, diminuindo o risco do vômito, e anestésico tópico em gel na narina e na extremidade do cateter a ser inserido.

Desta forma, insira o cateter lentamente em uma das narinas, solicitando ao paciente que degluta durante a passagem pela faringe. Tal processo induz ao fechamento da epiglote e reduz o risco de introdução traqueal. Esta ação de inserção do cateter deve durar até que a marcação feita atinja a narina.

Deve-se observar alguns cuidados durante o procedimento e recuar em caso de tosse intensa, dispneia ou cianose, provavelmente desencadeados devido a provável localização do CNG na traqueia.

Como forma de confirmação do posicionamento do instrumento, é preciso inserir a extremidade do cateter em copo com água, e caso haja borbulhamento significa que o cateter nasogástrico está na traqueia. Outra maneira é injetar 20 ml de ar no cateter com a seringa e auscultar o epigástrico, confirmando assim a presença de ruídos hidroaéreos. Se mesmo assim haja o surgimento de dúvidas, pode-se realizar a radiografia de tórax que deverá mostrar a extremidade do cateter sob o diafragma.

3.5 Caso Clínico 05

O caso aqui relatado refere-se a um paciente J.F, sexo masculino, 54 anos, pedreiro, morador de Foz do Iguaçu, com queixa principal de tontura por aproximadamente 15 horas, afirmando não possuir sintomas associados, tão pouco apresentar esse sintoma em outra ocasião. O paciente nega histórico de hipertensão e diabetes, tabagismo e/ou uso de drogas ilícitas e etilismo social.

Deste modo o paciente é transferido para a sala amarela por apresentar sinais vitais alterados: PA: 230/140, FC: 98, FR: 17, *Glasgow*: 15, temperatura: 36,7; no exame físico constata-se: PA em ambos os braços, direito 220/130, esquerdo 210/130; aferição de PA com paciente em pé: 220/130, e não obtêm-se aferição com o paciente deitado devido a ausência de maca. Paciente apresenta BEG (bom estado geral), corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em ar ambiente. No aparelho cardíaco apresenta ritmo cardíaco

regular em 2 tempos, com bolhas normofonéticas, sem sopros; realizada ausculta pulmonar que apresenta murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Na área neurológica: lúcido, orientado em tempo e espaço, sem sinais de irritação, meníngea *Glasgow*: 15, pupilas isocóricas e isofotorreagentes; nas extremidades há ausência de edemas.

3.5.1 Percepção Pessoal

O médico plantonista solicita reavaliação do paciente, que relata estar assintomático e com melhora na queixa acerca da tontura. Através de diálogo, buscam-se as respostas para as causas que desencadearam o aumento da pressão arterial, porém segundo relato do paciente, o trabalho de pedreiro tem afetado sua qualidade de vida. O mesmo prossegue afirmando ingesta adequada de sal e bom consumo de água, negando enfermidades, mas declarando a falta de assiduidade na unidade básica de saúde e na realização de exames laboratoriais.

Há exatamente 15 horas o paciente espera o diagnóstico acerca de sua patologia, sendo refeita a aferição da pressão arterial. O exame é realizado novamente apresentando uma pressão de 220/130 num braço e 210/130 no outro, levando a interna a reflexão a respeito de um possível quadro de dissecação de aorta que pode ser uma das complicações diante de uma ocorrência hipertensiva.

Opta-se pela administração de algumas medicações como captopril 25mg, furosemida (1 ampola) e dipirona (1 ampola), porém não obtêm sucesso na melhora da pressão arterial. É notável que mesmo com a pressão significativamente alta, o enfermo não demonstra nenhum sintoma, porém faz-se de modo coerente a investigação do caso.

Solicita-se ao médico então os meios investigativos para a continuidade do diagnóstico, porém o mesmo declara que com a ausência de lesão dos órgãos alvos (rim, cérebro e coração), o caso pode ser manejado ambulatorialmente, liberando assim o paciente.

Pode-se refletir acerca de algumas incertezas a respeito da preservação e vitalidade dos órgãos-alvo, já que nenhum exame fora realizado. Como

presume-se a ausência de lesão sem a solicitação de nenhum exame de imagem ou laboratorial?

Desta forma fica a indagação se esta prática é comum no cenário hospitalar, afinal liberar um paciente requer certeza no diagnóstico, impedindo que este retorne a unidade ou tenha maiores complicações futuras.

Assim, desperta-se a busca por resultados que respondam as aflições a respeito da inexatidão do caso clínico aqui apresentado. Faz-se leitura e pesquisa sobre crise hipertensiva, e checagem do livro de emergências clínicas da USP, objetivando maior entendimento e melhor conduta do paciente em questão.

Desta forma, conclui-se como necessária a solicitação de exames como, eletrocardiograma, função renal, marcadores de necrose miocárdica, hemograma, glicemia, exame de imagem neurológica; ou também a administração de 4 gotas de clonazepam devido ao relato de stress do paciente, haja visto que muitos pacientes com pressão arterial elevada não possuem órgãos-alvo comprometidos mas fatores associados a descarga adrenérgica.

3.5.2 Correlação Teórica: Crise Hipertensiva

A expressão “pressão arterial (PA) acentuadamente elevada” deve ser utilizada para os pacientes que chegam ao pronto-socorro (PS) com PA muito alta, e que não apresentam riscos de eventos cardiovasculares em curto prazo, muito maiores do que hipertensos não controlados acompanhados ambulatorialmente.

Alguns autores consideram um nível de PA diastólica maior que 120 mmHg como parte da definição, entretanto, o nível da PA tem importância secundária, uma vez que pode-se apresentar lesão aguda de órgãos-alvo com pressões diastólicas menores que 120 mmHg, particularmente nos indivíduos que não são hipertensos crônicos, como na eclâmpsia e nas glomerulonefrites agudas. Hipertensos crônicos não tratados, por sua vez, podem apresentar pressões diastólicas maiores que 120 mmHg sem nenhum sintoma ou evidência de lesão aguda em órgãos-alvo (MARTINS, 2017).

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucintos. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial deve-se dar prioridade a

uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem das emergências hipertensivas podem ser realizados uma vez que o paciente esteja estável.

Deste modo, a história deve incluir a duração e gravidade da hipertensão previamente existente, presença de lesão prévia de órgão-alvo (insuficiência cardíaca, doença coronariana, insuficiência renal, doença cerebrovascular), uso de medicações anti-hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA, uso de outras substâncias, como simpaticomiméticos ou drogas ilícitas, presença de sintomas específicos sugerindo comprometimento de órgãos-alvo como dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecção de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecção de aorta), dispneia (insuficiência cardíaca), sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

3.6 Caso Clínico 06

O relato do caso clínico é representado por um paciente do sexo masculino, 36 anos, residente e procedente de Foz do Iguaçu, que relata dor intensa em região lombar esquerda, irradiando em direção a fossa ilíaca esquerda. O desconforto iniciou há aproximadamente 12 horas, seguindo com episódios de náuseas e vômitos.

O paciente declara pouca ingestão hídrica, negando possuir alergia de medicamentos e uso contínuo de remédios. Os sinais vitais apresentam: PA: 130x80, FC: 102, FR: 20, *Glasgow*: 15, temperatura: 36,9.

Ao exame físico constata-se: BEG, hidratado, hipercorado, acianótico, anictérico, afebril. No aparelho cardiovascular apresenta ritmo cardíaco regular, em 2T, sem sopros. Na ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Abdome globoso, flácido, doloroso a palpação de flanco e fossa ilíaca esquerda; sem sinais de peritonismo; timpanismo a percussão; RHA presentes. Giordano positivo. Blumberg negativo. Murphy negativo. No exame neurológico: *Glasgow* 15. Pupilas isocóricas e isoforreagentes. Extremidades com ausência de edema e panturrilhas livres.

3.6.1 Percepção Pessoal

Através de solicitação do médico plantonista o paciente é reavaliado com o intuito de aprofundar o diagnóstico prévio da principal hipótese patológica: Cólica Nefrética. Iniciam-se então os questionamentos que objetivam observar se os sinais e sintomas condizem com a suspeita primária acerca do desconforto.

O paciente descreve dor em região lombar de forte intensidade, caráter contínuo, expandindo para fossa ilíaca ipsilateral e região inguinal, náuseas, vômitos, disúria, colúria e oligúria. Logo, conclui-se o diagnóstico apenas com anamnese e exame físico, tendo em vista que o hemograma mostra-se normal, porém o exame de urina apresenta hemoglobina e hemácias, além de leucócitos aumentados, neste caso o médico resolve não solicitar exames de imagem.

Atendendo à indagação do plantonista responsável sobre a conduta, a interna relata a possível condução para o caso, indicando ultrassonografia de aparelho urinário e mencionando que além deste exame, faz-se importante a prescrição de analgésico associado a anti-inflamatório, bem como indicação de um opioide caso a dor seja refratária. Ademais, a importância da prescrição de Tansulosina, (Bloqueador alfa-1 adrenérgico para relaxamento da musculatura do trato urinário) que dependendo do resultado da ultrassonografia, pode ser um facilitador na eliminação caso confirmação de cálculo.

Vale ressaltar que a não prescrição de escopolamina deve-se ao fato de que este contribui com a permanência do cálculo de maneira inerte, despertando no paciente um quadro de dor mais intensa.

O paciente do presente caso clínico é liberado pelo médico responsável, tendo a escopolamina prescrita na alta e recomendação para marcação de um exame de imagem.

Nota-se a contradição observada entre o médico responsável e a interna, já que o primeiro prescreve o que a segunda diz que não é recomendado, argumentando sobre a alteração presente no exame de urina do paciente, motivo este para a sugestão negativa da alta.

Assim, surgem as indagações reflexivas acerca do internamento do paciente, com o intuito de investigar a respeito da possível ou não obstrução do canal, haja visto que este apresenta-se oligúrico e com sinais e sintomas urinários.

É difícil a concordância com o manejo de pacientes que procuram as UPA's apresentando um quadro de cólica nefrética e argumentando sobre a

confirmação de um provável quadro nefrolitíase ou urolitíase sem a solicitação de um exame de imagem. Tal exame pode focalizar nas principais complicações do doente, assegurando a tomada de decisão assertiva.

O presente caso se não diagnosticado com precisão e seriedade pode converter-se em uma injúria renal aguda ou uma pielonefrite, visto que o exame apresenta leucocitúria.

Em análise sobre esta situação é possível sugerir meios que possam amenizar a patologia e o sofrimento do paciente, impedindo o surgimento de complicações mais graves. Assim, sugere-se a solicitação de um exame de imagem e uma tomografia de abdome. Por conseguinte, a requisição de novos exames laboratoriais como hemograma, EAS, urocultura e função renal, acompanhando sempre os sinais vitais haja vista a presença de ITU concomitante.

Deste modo, como proceder diante de um cenário caótico, onde encontra-se dificuldade na requisição de um exame de imagem? É possível desempenhar satisfatoriamente as atividades laborais que permeiam a vida dos indivíduos, de modo que estes não retornem com complicações graves ou persistindo com queixas dolorosas?

Assim sendo, percebe-se a importância de um bom atendimento nos cenários hospitalares, levando-se em consideração a necessidade que um indivíduo requer nos esclarecimentos dos casos. É dever do médico a explicação minuciosa de um quadro, explicitando as possíveis complicações, informando a respeito dos sinais de alarme, instigando em nova procura em caso de dor, e, por fim, transmitindo segurança para o paciente.

3.6.2 Correlação Teórica: Cólica Nefrética

Os cálculos urinários são formados pela agregação de cristais com uma proteína não cristalina. Esses cristais se agregam para formar um cálculo, e quando atingem um determinado tamanho, eles podem migrar pelo ureter causando dor em forma de cólica durante o trajeto. Oitenta por cento dos cálculos contêm cálcio, sendo a maioria geralmente sob a forma de oxalato de cálcio (60%). O fosfato de cálcio, por sua vez, é responsável por cerca de 20% dos cálculos urinários. Já os cálculos de ácido úrico correspondem a cerca de

7%, e outros 7% são secundários a quadro infeccioso e formados por fosfato de magnésio amoniano.

A cólica nefrética ocorre por conta da obstrução do ureter através do cálculo. Portanto, o termo cólica ureteral é mais adequado.

A dor é causada pelo espasmo do ureter, ocorrendo ainda obstrução, distensão e cápsula renal.

A apresentação clínica é na forma de uma dor aguda, em cólica localizada na região lombar abaixo da décima segunda costela, com irradiação para a virilha ou para as gônadas genitais.

Inicialmente, o quadro doloroso pode ser mal localizado em região abdominal, e em algumas horas em geral ele é detectado. Posteriormente, a dor pode modificar sua posição conforme a trajetória de descenso do cálculo indo para a região abdominal sobre o cálculo ou genitais.

Náuseas e vômitos são ocorrências comuns associadas nesses pacientes. Os episódios de dor são intensos, mas apresentam períodos de acalmia, em que o paciente pode se encontrar completamente sem dor, seguidos de novos períodos de exacerbação com duração de 20 a 60 minutos.

Ao exame físico, o paciente apresenta-se ansioso, com dificuldade em achar posição confortável, podendo ainda ocorrer hipersensibilidade à percussão lombar ou sinal de Giordano positivo.

Hematúria macroscópica ou microscópica ocorre em 90% dos casos, assim a ausência de hematúria não exclui o diagnóstico de cólica nefrética.

Em homens é interessante avaliar testículos, pois patologias escrotais podem cursar com dor abdominal e mimetizar cólica nefrética.

Tradicionalmente, o exame ideal para confirmação diagnóstica é a tomografia computadorizada (TC) helicoidal sem contraste, com sensibilidade de 96%. Este pode ser complementado com radiografia de abdome, ultrassonografia de aparelho urinário e, em caso de suspeita de infecção, hemograma completo, urina 1 e função renal (MARTINS, 2017).

Apesar de a tomografia helicoidal ser um exame de melhor desempenho no diagnóstico, a abordagem com ultrassonografia com exame inicial parece ser tão eficaz quanto e com custos menores.

Outras causas de dor lombar devem ser consideradas, em particular o aneurisma de aorta abdominal em pacientes com mais de 60 anos de idade, sobretudo se apresentam vasculopatia associada.

A Pielonefrite pode causar quadro doloroso semelhante quando usualmente associado com quadro febril, e é um diagnóstico diferencial com complicação possível de litíase ureteral.

Outros diagnósticos a serem considerados em mulheres são a torção de cisto ovariano e a dismenorreia.

Diante de um diagnóstico exato, o tratamento recomendado é através da prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais e inibidores da cicloxigenase-2 (COX-2) como ceterolaco ou diclofenaco. Os opioides são atualmente uma segunda linha terapêutica para estes pacientes, lembrando que os sintomáticos são sempre indicados, ou seja, fazem parte do tratamento (MARTINS, 2017).

Se necessário os ureterodilatadores são receitados e também avaliada a indicação de litotripsia percutânea, exigindo do profissional a realização de procedimento de antibioticoterapia antes do processo.

Relacionado aos cuidados de modo geral, a dieta e hidratação são preconizadas, mas em caso de vômito e náusea, a dieta passa a ser zerada.

Enfim, vale ressaltar e reafirmar que a prescrição de antiespasmódicos, como a escopolamina, não é recomendada nesses casos, pois tal medicamento tende a prejudicar o caso citado.

3.7 Caso Clínico 07

Neste caso clínico a paciente M.F, sexo feminino, 49 anos, moradora e procedente de Foz do Iguaçu, relata ter realizado cirurgia de varizes em membros inferiores bilaterais no HMPGL há 15 dias, porém há 4 dias tem sentido dor na região lombar direita, ombro direito e membro inferior direito. Segundo a doente, o desconforto melhora com repouso, mas piora com a movimentação e também a inspiração. A mulher declara ser hipertensa, apresentar também episódios de tontura e vômitos, negando febre, diabetes e alergias.

A paciente apresenta bom estado geral, lúcida, orientada em tempo e espaço, hidratada, normocorada, anictérica e acianótica, eupneica em ar ambiente, saturando 99%, afebril. No aparelho cardiovascular apresenta ritmo

cardíaco regular em 2 tempos com bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis. Murmúrio vesicular diminuídos em base direita, sem ruídos adventícios; abdome globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, ausência de massas palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal; ruídos hidroaéreos presentes. Nos membros inferiores as panturrilhas estão livres e sem sinais de empastamento, com dor leve à palpação de panturrilha esquerda. Neurológico: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e isofotorreagentes.

Realiza-se então exame de imagem através da tomografia de tórax que evidencia alteração no parênquima pulmonar do segmento basal posterior do lobo inferior direito. A hipótese de infarto pulmonar a ser considerada, sugerindo TEP (Tromboembolismo Pulmonar).

Prescreve-se então os fármacos seguintes: Enoxaparina 40mg – injetável: 0,4ml, adm 0,8ml (12/12h subcutânea), Clonidina: 0,100mg Cp, Losartana: 50mg 1cp de 12/12h, Hidroclorotiazida: 25mg 1cp 12/12h, Nifedipino 10mg 1cp 12/12h, Tramadol 100mg (2ml), Ranitidina 150mg 1cp 12/12h VO, Metoclopramida 10mg IV 8/8h.

Solicitam-se também alguns exames laboratoriais como: hemograma, gasometria arterial, magnésio, PCR, KPTT, tempo de protrombina, K/Na, e outro exame de imagem Ultrassonografia Ecocardiográfica transtorácica. (Bidimensional c/ ou s/ doppler).

3.7.1 Percepção Pessoal

É comum a chegada de pacientes nos departamentos de emergência com casos de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Porém, o presente quadro clínico desperta a atenção dos profissionais de saúde responsáveis, pois a paciente é levada para a Unidade de Cuidados Progressivos (UCP) apresentando bom estado geral, lucidez, consciência, e ausência de instabilidade hemodinâmica. Tais características colaboram para a coleta anamnese e a compreensão do desenvolvimento do quadro durante toda a evolução.

Os sinais e sintomas declarados neste caso são típicos do quadro de TEP, associados a imobilização da paciente em consequência de uma cirurgia de médio porte ocorrida há 15 dias.

A partir da coleta da história, do exame físico e do apalpamento das panturrilhas pode-se compreender o motivo pelo qual a paciente está na UCP, pois mesmo diante de aparente bom estado geral, a mesma precisa ser estudada.

Assim, lê-se o prontuário a fim de entender a evolução do caso, a prescrição dos medicamentos e, em seguida raciocinar acerca dos dados coletados até o presente.

Sendo assim, diante da declaração da paciente em relação à cirurgia, a dificuldade em respirar e a menção sobre correção de varizes de membros inferiores, é possível deduzir que a dor da mulher está relacionada ao trombo.

Então, com o intuito de levantar dados mais precisos acerca do caso, nota-se alterações do parênquima pulmonar com possível hipótese de infarto pulmonar, constatados através de tomografia de tórax. Logo, justifica-se portanto o fato da paciente ter sido enviada para a UCP, haja vista a gravidade que a embolia pulmonar representa.

Sabe-se que pacientes que apresentam quadros com TEP requerem agilidade no atendimento, desde os trâmites hospitalares quanto a prescrição médica, afinal é um caso que evolui para um estado grave rapidamente.

Outra reflexão acerca do presente caso é quanto a prescrição, pois conforme protocolo a Warfarina é a medicação indicada perante o fato, porém o prescrito para a paciente fora apenas enoxaparina (1mg/kg de 12/12h).

3.7.2 Correlação Teórica: Tromboembolismo Pulmonar

Existem muitos fatores de risco ou predisponentes para TVP/EP (provocados), embora muitos ainda não sejam completamente conhecidos (não provocados ou “idiopáticos”).

A tromboembolia venosa é considerada uma consequência da interação entre fatores de risco do paciente (usualmente permanentes) e determinadas ocorrências ou eventos, demasiadamente temporários.

Ela é considerada como provocada quando existe um fator causal nas últimas 6 a 12 semanas, como: cirurgia, trauma, imobilização, internação por doenças agudas, entre outros.

Por outro lado, quando não existe um fator causal conhecido, ela é denominada “não provocada”. Isso inclui os estados de hipercoagulabilidade (fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, deficiência de antitrombina, defeitos na fibrinólise, função plaquetária alterada etc.), doenças autoimunes, síndrome do anticorpo antifosfolípide e trombocitopenia induzida pela heparina.

Deste modo o tromboembolismo pulmonar deve seguir um protocolo de aplicabilidade que pode ser descrito da seguinte maneira: Em casos de suspeita de TEP: avaliação complementar obrigatória, radiografia de Tórax, gasometria arterial, ECG, ECO-TT; Probabilidade Pré-Clínica: uso da tabela de escore de Wells para trombose venosa profunda. Em caso de média ou alta probabilidade iniciar anticoagulação com enoxaparina 1 mg/kg SC de 12/12h, warfarina: 5mg VO 1x/dia (até o RNI ficar entre 2-3). Exames: Angiotomografia ou tomografia de tórax com protocolo para TEP (Se exame negativo, porém alta probabilidade de TEP ou dúvida deve-se manter o tratamento, solicitar doppler de MMII e considerar arteriografia). Na avaliação hemodinâmica, se estável, manter apenas anticoagulação; se instável, avaliar trombolítico (T-pa 100mg EV em 2h); nos casos de baixa probabilidade solicitar D-dímero (positivo deve-se iniciar tratamento com anticoagulante e negativo afastar a possibilidade de TEP).

A apresentação clínica pode variar desde pacientes oligoassintomáticos ou com queixas inespecíficas, até pacientes graves com instabilidade hemodinâmica ou em parada cardiorrespiratória. A tríade clássica de dor pleurítica, taquipneia e hemoptise é raramente encontrada. Assim, embolia pulmonar deve entrar no diagnóstico diferencial de pacientes que se apresentam com histórico de dor torácica (pleurítica ou não), dispneia sem explicação, síncope, tosse (com ou sem hemoptise ou hemoptise), ansiedade intensa ou inexplicável; ou apresentar sinais de taquipneia (principalmente com oxímetro demonstrando queda na SatO₂), taquicardia, edema assimétrico de membro inferior, distensão venosa jugular, achados sugestivos de hipertensão pulmonar (B2 hiperfonética ou mesmo palpável, sopro tricúspide), hipotensão ou choque.

Em grandes estudos, 97% dos pacientes tiveram dispneia ou taquipneia ou dor torácica, com as seguintes características: dor torácica (com ou sem dispneia): um dos mais frequentes sintomas. Ela é pleurítica quando o êmbolo é periférico e próximo à pleura (justificando a irritação pleural). Entretanto,

especialmente com êmbolos maiores, a dor é sub-esternal e pode simular uma síndrome coronariana aguda, geralmente por isquemia do ventrículo direito (MARTINS, 2017).

Quanto a taquipneia e dispneia, a dispneia pode ser súbita ou pode piorar durante horas ou vários dias. O diagnóstico é mais difícil em pacientes com insuficiência ou doença pulmonar obstrutiva crônica, e uma embolia pulmonar deve sempre entrar no diagnóstico diferencial desses pacientes com descompensação dessas patologias no departamento de emergência.

As contraindicações a anticoagulação são sangramento ativo, diátese hemorrágica, plaquetas < 50.000, necessidade de cirurgia de emergência, história de hemorragia intracraniana, incapacidade de dosagem crônica de periódica do RNI.

As contraindicações aos trombolíticos (Absolutas) são AVC hemorrágico, neoplasia intracraniana ou intraespinhal, neurocirurgia ou TCE, sangramento interno nos últimos 6 meses ou dissecação de aorta.

Tabela 3: Identifica pacientes com baixíssimo risco para TEP

Escore Perc (<i>Pulmonary Embolism Rule-out Criteria</i>)
Idade >50 anos?
Hemoptise?
História de cirurgia ou traumas recentes necessitando intubação nas últimas 4 semanas?
TVP ou EP prévios?
Uso de estrógeno?
Pulso 100 >bpm
Oximetria de pulso <95% em ar ambiente?
Edema unilateral de perna?

Fonte: A autora, 2020

Tabela 4: Critérios de Wells para TVP

Critérios de wells para TVP	
Achado clínico	Pontuação
Neoplasia ativa	1
Paresia ou imobilização de extremidades	1
Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia a menos de 4 semanas	1
Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
Diâmetro da região das panturrilhas 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
Veias superficiais, colaterais (não varicosas)	1
Diagnóstico alternativo mais provável	2
0 ponto: baixa probabilidade, 1-2 pontos: probabilidade intermediária; 3 ou mais pontos: alta probabilidade	

Fonte: A autora, 2020

3.8 Caso Clínico 08

Paciente A.S masculino, 76 anos, residente do município de Foz do Iguaçu, chega ao Hospital Municipal Padre Germano Lauck transferido da Upa João Samek através do Samu, cujo acionamento ocorre devido a episódios de tontura e tremores de membros, levando, por conseguinte, a queda da própria altura. O paciente citado apresenta piora aguda na fala, além de disfasia (sic) desenvolvida aproximadamente há cinco meses.

Na admissão o paciente apresenta *Glasgow* de 12, pupilas isofotorreagentes, olhar conjugado à direita e hemiparesia à esquerda, tendo identificado AVCh em tomografia realizada pelo órgão HMPGL.

Nos antecedentes patológicos progressos o paciente relata cirurgia por úlcera péptica há aproximadamente 40 anos, HAS em uso de captopril, nega diabetes, e afirma ser ex-etilista com afinco, consumindo destilados diariamente e cessando há aproximadamente 5 anos, além de ser tabagista desde os 15 anos de idade.

Em Exame Físico nota-se: REG, desidratado (+++/4+), hipocorado (++)/4+), anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente (SPO2 100%), afebril. Na avaliação cardiovascular confere-se com PA: 204x99mmHg estável sem drogas vasoativas, ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas

normofonéticas, sem sopros, pulsos periféricos presentes. No aparelho pulmonar apresenta-se com murmúrio vesicular globalmente diminuídos, sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, cicatriz trófica de aproximadamente 10cm desde o apêndice xifóide até o umbigo. Neurológico com *glasgow* 12 (O4 V2 M6), pupilas isocóricas e isofotorreagentes, olhar conjugado à direita e hemiparesia à esquerda. Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres. Força e movimento preservados em membro superior e inferior direito.

No exame de imagem o laudo da tomografia de crânio sem contraste, realizado na data de 16 de novembro de 2019 traz as seguintes informações: Hemorragia intraparenquimatosa na região dos gânglios da base à direita medindo cerca de 55 x 45 mm em seus maiores eixos com sinais de inundação ventricular (hemoventrículo), dilatação dos ventrículos laterais e do III ventrículo, IV ventrículo com dimensões normais, acentuação dos sulcos corticais, fissuras e cisternas da base, focos hipodensos na substância branca subcortical centrosssemiovais e periventriculares, de aspecto inespecífico, mas que podem estar relacionadas a doença de pequenos vasos. tendo ausência de coleções extra-axiais, e hipótese diagnóstica de AVCh.

Nos exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados: KPTT: 32,8, TAP: 18s, atividade: 47,42, INR: 1,59, hemograma: Hb 13,50, Ht: 39,20, Plaq: 159.000, Leucócitos: 7.220, segmentados: 81%, neutrófilos: 88%, bastões: 7%, ureia: 55, creatinina: 0,50, sódio: 139, potássio: 3,5, lactato: 12, albumina: 3,20, TGO: 66, TGP: 19, bilirrubina total: 1,99, direta: 0,27, indireta: 1,72, cálcio iônico: 1,15, fosfatase alcalina: 70, gama GT: 28, glicose: 99, magnésio: 2,2, gasometria arterial pH: 7,46, pCO₂: 29, pO₂: 76, HCO₃: 20,60, E.B: -2,20%, CO₂T: 21,50 SPO₂: 96%. No exame de urina 01: Proteínas: Presentes (++) Corpos cetônicos: Presentes (+) Hemoglobina: Presentes (+++) Leucócitos: > 100/campo Hemácias > 100/campo, observando a presença de bactérias.

3.8.1 Percepção Pessoal

Um dos casos mais instigantes do internato de urgência e emergência, pois a interna pôde acompanhar assiduamente este paciente trazido através do SAMU desde o início da monitorização, estabilização da vítima, até a avaliação

do neurocirurgião em relação a tomografia do crânio. Este caso propicia à acadêmica a participação das práticas que tornam-se valiosas no processo de aprendizagem de modo mais concreto.

É visível e instigante o modo como o cérebro funciona, e a maneira cujo neurocirurgião explicita cada parte dele, fazendo com que anatomia, fisiologia e fisiopatologia tornem-se uma manifestação lógica e facilmente compreendida.

O médico especialista em neurocirurgia consegue surpreender gradativamente os internos, explicando minuciosamente e de maneira detalhada acerca das partes do cérebro, incitando positivamente a reflexão sobre o caso.

O médico plantonista no caso de número 08 permite que os acadêmicos participem de maneira ativa, desde a admissão do paciente, o suporte inicial e efetivo na realização do AVCh, a execução do acesso venoso, as avaliações e reavaliações, a evolução do quadro do doente, e, por fim, a solicitação de envio do paciente para a UTI (sem sucesso devido a ausência de vaga).

3.8.3 Correlação Teórica: AVCh

Protocolo de atendimento e manejo de vítima com suspeita de Acidente Vascular Cerebral: vítima ou alguém percebe início súbito de déficit neurológico e aciona o SAMU no 192 que envia uma ambulância de suporte avançado. Na USA são iniciadas condutas como o MOV, Hgt. Se glicose < 60mg/dl (avalia-se a necessidade de glicose hipertônica 50% + 300mg de tiamina). Realiza-se Escala de Cincinatti.

Chegando ao hospital de referência, refaz-se MOV (Monitorização, oxigênio e veia), repetindo Hgt. Inicia-se a Escala de NIHSS pelo emergencista. Na coleta de exames faz-se necessário: hemograma, ureia, creatinina, sódio, cálcio, potássio, exames de coagulação, eletrocardiograma, radiografia de tórax, tomografia de crânio laudada (não coletando gasometria). Nota-se que 10 minutos gastos desde o acolhimento do paciente até o presente momento.

Na avaliação neurológica constata-se o requerimento de tomografia de crânio e a solicitação de um novo NIHSS. Assim, conclui-se a presença de sangramento no SNC, protocolo AVCh, solicitando vaga de UTI, terapia de suporte e neurocirurgia, dieta zero, mantendo glicemia capilar < 180mg/dl, cabeceira 30-45 graus, cabeça em posição neutra, hidratação basal 24/24h,

mantendo T < 37,8 graus, repouso absoluto, analgesia fixa, uso de laxante. Se AVE cortical extenso (Fisher 3 e 4): Fenitoína 250mg IV h/h (4 ampolas). Se HIC: Manitol 250ml IV, mantendo 100ml 3/3h. Se Hemorragia Subaracnóide: Nimodipino 60mg 4/4h por 21 dias, controle pressórico, objetivando PAM < 130mmHg e PAS < 180mmHg, evitando PAM < 60mmHg.

Faz-se uso de Nitroprussiato de sódio solução padrão (0,3 – 0,5 ug/kg/min) podendo ser titulado em 0,5ug/kg/min até um máximo de 10ug/kg/min) ou noradrenalina (inicial de 8-12 mcg/min e manutenção 2-4mcg/min) de acordo com a necessidade de adequação da PA. Em distúrbio de coagulação, objetivar RNI < 1,7 e plaquetas > 100mil/mm³, vitamina K 10mg IM 3x ao dia e plasma fresco 15ml/kg/dia.

Deste modo, os critérios para a cirurgia devem ser seguidos quando houver hemorragia cerebelar > 3cm de diâmetro, deteriorização neurológica por compressão do tronco cefálico (anisocoria, diminuição da FR, taquicardia), hidrocefalia secundária a obstrução ventricular, hemorragia lobar com deterioração neurológica em paciente jovem.

Todo e qualquer déficit neurológico agudo deve ser visto como um AVCi até que os laudos assegurem ao contrário. Ele geralmente é focal, de instalação súbita e de rápida evolução.

O Isquêmico acomete 85% dos pacientes, região de infarto cerebral com dano irreversível e uma outra região funcionalmente comprometida, porém estruturalmente viável conhecida como área de penumbra.

As medidas terapêuticas visam a área de penumbra pois apesar de fluxo sanguíneo reduzido, é suficiente para manter a viabilidade celular.

Mecanismos: Doença aterosclerótica causando trombose de grandes vasos. No cardioembolismo a mais frequente é a fibrilação atrial, e a trombose de pequenas artérias são infartos de pouca intensidade causados por oclusão de uma pequena artéria perforante.

Os fatores de risco que acometem pacientes com esta enfermidade são: Hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, cardiopatias, tabagismo, anticoncepcionais, drogas.

Os AVCh (hemorrágicos) podem ser divididos em Hemorragia intraparenquimatosa e Hemorragia subaracnóide. A causa mais comum que desencadeia a problemática é a hipertensão arterial, pois conseqüentemente,

originam os aneurismas de charcot-bouchard, tendo a aparição do HIP (Hemorragia Intraparenquimatosa) diante da ruptura destes.

As localidades mais frequentes do aparecimento da patologia são núcleos da base (putamên e tálamo), ponte, cerebelo, substância branca dos diversos lobos cerebrais.

As consequências após a hemorragia são o aparecimento de edema em torno de lesão, organização do coágulo e compressão dos tecidos adjacentes. Outras causas incluem as malformações arteriovenosas, aneurismas saculares, distúrbios da coagulação, sangramento de tumores cerebrais, arterites e drogas. Porém a principal causa é a ruptura de aneurisma sacular que ocorre mais no polígono de willis (MARTINS, 2017).

Deste modo entende-se como AIT (Acidente Isquêmico Transitório) sinais e sintomas que regridem em até 24 horas.

Hemorragia Intraparenquimatosa apresenta-se com cefaleia, náuseas, vômitos, redução do nível de consciência, níveis pressóricos bastante elevados, bem como crises convulsivas em hemorragias lobares.

Hemorragia Subaracnóide revela-se com cefaleia súbita, geralmente intensa, e holocraniana é a mais frequente, com a presença de náuseas, vômitos, tonturas e sinais de irritação meníngea. Pode ocorrer perda da consciência, déficits motores, sensitivos, distúrbios de linguagem, crises convulsivas, alterações dos nervos cranianos.

Os exames complementares que comprovam maior eficácia no diagnóstico são:

- Hemograma, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, exames de coagulação, ECG, radiografia de tórax.
- Tomografia de crânio sem contraste (sem contraste pois é mais indicado para visualização de sangramento). No AVCi aparece como área hipoatenuante, observando que caso solicitada nas primeiras 24h pode permanecer negativa em 50% dos casos.
- Em caso de AVCi, discretas alterações tomográficas, como um leve apagamento de sulcos cerebrais, uma tênue hipoatenuação nos núcleos da base e o sinal da artéria cerebral média hiperdensa podem ser observadas nas primeiras horas.

- A HIP apresenta-se com imagem hiperatenuante dentro do parênquima encefálico, com eventuais complicações como inundação ventricular, hidrocefalia, edema cerebral, desvios hemisféricos e herniação.
- Na Hemorragia Subaracnóide demonstrando imagem hiperatenuante, ocupando as cisternas e os sulcos cerebrais.
- Na punção de liquor, em caso de suspeita de hemorragia subaracnóide, mostra-se xantocromia.

Com o objetivo em obter um diagnóstico final ou uma certeza é importante atentar para fatores como as crises epiléticas, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipóxia, encefalopatia hepática, infecções sistêmicas (acontecidas na maioria em idosos), infecção de SNC e neoplasias.

Ao que tange o tratamento da pressão arterial, é frequente o aumento da PA em razão de uma reação endócrina desencadeada a partir do evento isquêmico, com aumento dos níveis séricos de cortisol, ACTH e catecolaminas. Tais fatores contribuem para a manutenção de uma pressão de perfusão cerebral (PPC) menos nociva a zona de penumbra.

Deste modo recomenda-se que a PA não seja tratada, exceto em situações extremas como IAM, insuficiência cardíaca, renal, dissecação aórtica, dando preferência para os beta-bloqueadores, e o uso de nitroprussiato de sódio em situações críticas.

3.9 Caso Clínico 09

O presente caso relata vítima com provável quadro de Coma Hiperglicêmico Hiperosmolar, atendido pelo Samu na data de 17 de novembro de 2019. Vítima P.M, masculino 69 anos, diabético, não aderente ao tratamento, encontrado desmaiado e com vômitos na residência.

Os sinais vitais do paciente demonstram PA: 180x120; Hgt: Hi (acima do limite de detecção do aparelho); SPO2: 95%; *Glasgow*: 12.

3.9.1 Percepção Pessoal

O caso é relatado pelo filho que afirma que o idoso mora sozinho, e que em visita ao mesmo teria encontrado a vítima caída no chão da copa, deparando-

se com inúmeros episódios de vômito. Este último relato, um detalhe importante a fim de refletir acerca do diagnóstico.

Sendo assim, a vítima é levada para ambulância e inicia-se a hidratação com 1000 ml de SF 0,9%, e a conversa com o filho perdura acerca de relatos dos poucos cuidados da vítima com a patologia que lhe acomete.

O intervencionista da USA cogita a possibilidade de o paciente estar em um estado de coma hiperglicêmico hiperosmolar, baseado nos fatos relatados até o momento. Porém, mesmo diante da dificuldade de um diagnóstico no pré-hospitalar, é gratificante a partilha do intervencionista com a interna, demonstrando assim não apenas preocupação acerca do manejo inicial, mas também levar à reflexão a respeito deste caso em outro cenário.

A conduta no interior da ambulância acontece através de monitorização cardioscópica da PA, oximetria de pulso e prontamente pegar o acesso venoso periférico para iniciar volume (1000ml de SF0,9%) e hidratar a vítima.

O atendimento da equipe acontece de maneira coerente, tendo o protocolo de suporte avançado de atendimento acontecendo na sequência correta e todas as medidas de suporte realizadas com sucesso. Assim, contata-se a central de regulação e a vítima é encaminhada ao HMPGL.

Estabilizada a vítima, o transporte segue ao HMPGL, porém mesmo com rebaixamento do nível de consciência, apresenta um episódio de vômito volumoso no trajeto, trazendo a responsabilidade da colocação da vítima em posição de segurança para que não broncoaspirasse.

3.9.3 Correlação Teórica: Cetoacidose Diabética e Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico

Trata-se de um protocolo de coma hiperglicêmico hiperosmolar/cetoacidose diabética que requer exames que assegurem um diagnóstico e tratamento corretos.

Verifica-se algo que descompense a diabetes: hiperglicemia e medicações de uso; pacientes jovens entre 20-30 anos, realizando a avaliação completa, incluindo história, exame físico, não obstante a identificação da respiração kussmaull, hálito cetônico, hipovolemia e se os sintomas foram abruptos, como náuseas, vômito, taquipneia.

Assim, solicita-se Na, K, Cl, Ur, Cr, hemograma, glicemia, gasometria arterial, urina, radiografia de tórax, ECG. Por conseguinte, prescrição de soro fisiológico 0,9% 1-1,5l na primeira hora. (15-20ml/kg), fluídos IV à Grau de hidratação à Choque hipovolêmico à Manter 1l/h até estabilização (podendo alternar 1l de SF 0,9% e 1l de ringer lactato). Em caso de choque Cardiogênico, vaga de UTI e cateter de Swan-Ganz.

Em caso de hipotensão leve corrigir o sódio de acordo com o protocolo seguinte:

- Sódio corrigido > ou igual a 135 mEq/l: Soro a 0,45% 250 – 500 ml/kg/h (4-14 ml/kg/h);
- Sódio corrigido < 135 mEq/l: Soro a 0,9% 250-500ml/h (4-14ml/kg/h);
- Quando a glicemia chegar a 250mg/dl trocar para soro Nacl 0,45 % com 5% de glicose e manter 150-250ml/h. Nesse momento pode-se reduzir a dose de insulina IV para 0,5 u/kg/h objetivando preservar a glicemia entre 150-200mg/dl;
- Checagem de eletrólitos, função renal e glicose de 2/2h a 4/4h até o paciente apresentar-se estável.
- Após resolução de CAD, prescreve-se dieta via oral, dando continuidade com insulina IV e adicionando insulina regular subcutânea conforme glicemia.
- Após 24h pode-se prescrever insulina NPH 0,5 – 0,8 u/kg divididos em 2 doses ou 2/3 do total de insulina utilizado as últimas 24h.
- Apenas desligar a bomba de insulina após 1-2h da aplicação de insulina regular SC.
- Inicia-se esquema de insulina com múltiplas doses (regular ou espro ou asparg e NPH ou glargina.
- Se paciente encontra-se estável, este é enviado à enfermaria.

De acordo com a avaliação da necessidade de bicarbonato é preciso seguir o seguinte protocolo: pH < ou igual 6,9 à Bicarbonato indicado, à pH < 6,9 à Bomba de infusão: 100 mEq de BIC + 400ml de água IV. Após 2 horas inicia-se nova gasometria, repetindo BIC até que esteja pH > 7,0. Se pH > 7 monitora-se, pois tem grande chance de entrar em AESP (Atividade elétrica sem pulso), onde deverão ser tratados os 5H/5T.

No caso da insulina segue-se à Insulina regular bolus de 0,15kg/IV, insulina regular em BI IV 0,10/kg/h, à glicemia capilar verificada a cada 1h, à glicemia capilar deve cair 10%/h, se cair menos administrar bolus de 0,15/kg seguindo com o protocolo da borda.

Ao que tange o potássio se < 3,3 mEq/L não dar insulina K (20-30 mEq) IV em 1h e medição após infusão. Se >5,2 mEq/L dar insulina (Não dar K) e medir 2/2h. K entre 3,3 – 5,5mEq/L dar insulina se ainda não prescrita. K (20-30mEq) em cada litro de soro infundido a fim de manter entre 4-5mEq/L, checando K 2/2h a 4/4h.

A CAD (Cetoacidose Diabética e o EHH (Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico) são duas complicações graves associadas a diabetes, cuja tabela explicitada a seguir exibi os critérios diagnósticos de ambas.

Tabela 5: Critérios diagnósticos da CAD e EHH

Parâmetros	Leve Moderada		Grave	Estado hiperosmolar hiperglicêmico
	Glicemia (mg/dl)	>250	>250	
pH arterial	7,25-7,30	7,00-7,24	<7,00	>7,3
Bicarbonato Sérico (mEq/L)	15-18	10-14,9	<10	>15
Cetonúria	Positiva	Positiva	Positiva	Fracamente positiva
Cetonemia	Positiva	Positiva	Positiva	Fracamente positiva
Osmodalidade efetiva (mOsm/kg)*	Variável	Variável	Variável	>320
Ânion gap ¹	> 10	>12	>12	Variável
Nível de consciência	Alerta	Alerta ou sonolento	Estupor ou coma	Estupor ou coma
*Osmodalidade efetiva: $2x (\text{Na}^+ \text{ medido}) + \text{glicemia (mg/dl)}/18$				
¹ ânion gap: $(\text{Na}^+ \text{ medido}) - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$				

Fonte: A autora, 2020

Em pacientes do diabetes melito tipo 1, a cetoacidose é o sintoma de apresentação em 20 a 30% das crianças e adolescentes e cerca de 17% dos adultos. Em pacientes com EHH, a faixa etária costuma ser muito maior, em geral acima dos 50 anos.

Na CAD a mortalidade é pequena e depende muito da causa precipitante, sendo que no EHH a mortalidade é ainda maior.

Em ambos o risco de morte é maior nos extremos de idade, na presença de coma, nos pacientes com hipotensão ou choque, variando de acordo com a gravidade do fator precipitante.

Ao que tange a etiologia e patologia do caso, tanto CAD quanto EHH, ocorre redução da secreção de insulina como mecanismo central. Na CAD, além da diminuição da insulina ocorre um aumento dos hormônios contrarreguladores (glucagon, cortisol, catecolaminas, gh), alterando o equilíbrio de vários órgãos e sistemas. Já no EHH há uma produção suficiente de insulina que objetiva suprimir a produção de glucagon, impedindo o surgimento de corpos cetônicos.

O início dos achados clínicos pode ser abrupto, como apresentar pródromos com poliúria, polidipsia, polifagia e mal-estar indefinido, podendo perdurar durante dias.

Os sinais e sintomas da acidose podem aparecer com taquipneia, respiração de Kussmaull (ph menor que 7,2) e hálito cetônico; em casos de pacientes com cetoacidose surge sintoma de dor abdominal. Já em casos de infecção, pode haver o surgimento de febre, requerendo a descompensação; e, em situação de presença de hiperosmolaridade origina-se o rebaixamento do nível de consciência no EHH (MARTINS, 2017).

Nos exames laboratoriais do presente caso solicita-se exames laboratoriais para a investigação patológica. São eles: gasometria arterial, eletrólitos, hemograma, Urina 1, cetonúria (dosagem de cetoácidos, se possível), ECG, radiografia de tórax, entre outros exames que podem ser requeridos de acordo com a suspeita clínica.

Os fatores precipitantes que corroboram com o caso são infecções (pneumonia, ITU e sepse), tratamento irregular, pancreatite, colecistite, apendicite, IAM, medicações e drogas, gestação, cirurgia e trauma.

Tabela 6: Diagnóstico diferencial da CAD e EHH

Característica	Diferencial	Diferenças
Cetoacidose	Cetoacidose de inanição Cetoacidose alcoólica	História Glicemias normais ou baixas
Acidose com ânion GAP elevado	Acidose láctica, intoxicação por metanol, paraldeído, salicilato e etilenoglicol	História Glicemias normais
Dor abdominal	Doenças intra-abdominais Exames de imagem-laboratoriais	História
Alteração do nível de consciência	AVC, meningite, trauma	Exames de imagem e-ou líquido

Fonte: A autora, 2020

O tratamento desta enfermidade pode acontecer através da hidratação que objetiva a expansão extracelular, restauração do volume intravascular e melhora da perfusão tecidual com consequente diminuição dos níveis de hormônios contrarreguladores e da glicemia.

A reposição do potássio é outra necessidade no tratamento deste caso pois habitualmente o potássio sérico inicial é normal ou aumentado (raramente estará baixo), mas nesta situação o déficit corporal de potássio é grande, aproximadamente 3 a 6 mEq/kg de peso. Deste modo, com a hidratação, reposição de insulina, correção de acidose e da hipovolemia, ocasionará a diminuição extrema do potássio sérico. Assim, este deve ser dosado com frequência de 2/2h a 4/4h, sendo repostado de modo intenso.

Ao que diz respeito ao bicarbonato de sódio, sabe-se que raramente é necessária a reposição apenas em casos quando o pH apresentar-se menor que 7,0.

A reposição de fósforo está condicionada em situações específicas como arritmias, disfunção ventricular esquerda, insuficiência cardíaca e níveis menores que 1 mg/dl.

3.10 Caso Clínico 10

Atendimento a vítima do sexo masculino com idade de 71 anos, idoso, previamente hipertenso e tabagista, queixando-se de dor torácica com irradiação para membro superior esquerdo, iniciada no período matutino.

Os sinais vitais apresentam-se desta maneira: FR: 18, FC: 67, PA: 180/120, SPO2: B.P.P, *Glasgow*: 15, Hgt: 200, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A vítima é levada para ambulância e iniciada a monitorização cardioscópica, da pressão arterial, porém oximetria de pulso não realizada pois o aparelho encontra-se quebrado. Realiza-se eletrocardiograma no qual evidencia-se área inativa de parede anterior e Infarto Agudo do Miocárdio com supra st.

3.10.1 Percepção Pessoal

O presente caso é algo esperado com ansiedade no período do internato, e ao chegar na residência do vitimado, este encontrava-se sentado no sofá, conversando naturalmente, relatando dor no peito há mais de 12 horas, com irradiação para membro superior esquerdo.

Os sinais vitais são aferidos na sala domiciliar, e em seguida o paciente é levado para a ambulância do SAMU, a fim de realizar o ECG, que por fim aponta área inativa de parede anterior e elevação de supra st. Então, medica-se o paciente com 2 comprimidos de AAS 100 mg, solicitando que seja mastigado e engolido, e 1 comprimido de Isordil 5 mg.

Sem possibilidade de realização de oxigenoterapia, o transporte segue sem intercorrências para o hospital de referência Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

Acredita-se que a organização e cuidado do ambiente laboral é algo imprescindível durante a troca de plantões. No caso supracitado, o aferimento dos sinais vitais não acontece devido a falta do equipamento na ambulância, gerando assim uma ausência grave principalmente no que diz respeito a dor torácica.

Reflete-se também acerca da dosagem referente ao AAS, que ao invés de 300 mg conforme protocolo, administra-se 200 mg. Segundo o médico plantonista afirma que a dose a ser administrada de AAS é ato decisivo de cada médico de plantão, porém o protocolo preconiza de 160 a 325 mg. Outra situação é a falta da administração do medicamento clopidogrel que pode-se perceber a ausência de tal medicação na viatura.

Por fim, outro apontamento durante este atendimento é a ausência de perguntas sobre discrasias sanguíneas, fator este importante para o diagnóstico seguro e administração correta dos medicamentos.

Mesmo diante de tais reflexões, o protocolo aplica-se de modo coerente e o médico plantonista explica toda a progressão do atendimento.

3.10.2 Correlação Teórica

A dor ou desconforto torácico é uma queixa frequente nos serviços de urgência e emergência, compreende uma variedade de causas, com ampla gama de implicações clínicas, algumas potencialmente fatais se não prontamente reconhecidas. Por isso, o diagnóstico deve ser rápido e preciso, objetivando primordialmente o reconhecimento e o tratamento das condições que oferecem risco de morte ao paciente.

Se faz necessário lembrar dos diagnósticos diferenciais de dor torácica revendo as suas principais causas, dentre essas existem as causas musculoesqueléticas, gastroesofágicas, psiquiátricas, pulmonares, vasculares, entre outras.

A Dor ou desconforto é descrita como queimação ou sensação opressiva localizada em região precordial ou retroesternal, que pode irradiar para ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, palpitações, náuseas, vômitos ou dispneia, ou dor em aperto, pressão, queimação, desencadeada por estresse físico ou emocional, aliviada com repouso.

Lembrado que Síndrome Coronariana Aguda com sintomas atípicos ocorre em até 30% dos homens e 40% das mulheres e pode ter como sintoma apenas desconforto torácico, dor epigástrica, dispneia, confusão, vômitos,

diaforese, arritmias, hipotensão e dispneia. Ocorre mais frequentemente em idosos e diabéticos (MARTINS, 2017).

Existem os fatores de risco clássicos que devem ser investigados como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, HDL baixo, LDL aumentado, história familiar positiva para doença cardíaca prematura, doença cardíaca em parentes homens (de 1º grau) < 55 anos, doença cardíaca em parentes mulheres (de 1º grau) < 65 anos, idade: homens > 45 anos e mulheres > 55 anos, obesidade (IMC > 30 kg/m²), e sedentarismo.

Quanto ao protocolo de atendimento móvel com o suporte avançado de vida suspeitar ou critérios de inclusão:

- Dor prolongada, localizada nas regiões retroesternal, epigástrica, abdominal alta ou precordial, com irradiação para dorso, pescoço, ombro, mandíbula ou membros superiores, principalmente o esquerdo.

- Características da dor: opressiva, “em aperto”, contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente, ansiedade; desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante exercício leve.

- ECG com alterações sugestivas (elevação do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo, depressão do segmento ST ou inversão dinâmica de onda T).

- História anterior de angina e/ou Infarto Agudo do Miocárdio ou uso de medicamentos anti-anginosos.

Conduta:

1. Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:
 - Manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
2. Oferecer O₂ com fluxo de 4 l/min apenas se houver evidência de desconforto respiratório ou se oximetria de pulso < 94%.
3. Avaliação secundária (Protocolo AC2) com ênfase para:
 - Monitorar sinais vitais;
 - Manter monitorização cardíaca; e
 - Entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação, etc.).

4. Realizar ECG de 12 derivações.
5. Considerar ECG de 2ª. opinião/Telecárdio.
6. Instalar acesso venoso periférico.
7. Realizar abordagem medicamentosa:

- Administrar AAS 300 mg VO macerado precocemente (solicitar que o paciente mastigue); (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave.)

- Administrar Clopidogrel 300mg VO para pacientes com idade \leq 75 anos. Para aqueles com mais de 75 anos administrar 75 mg VO; (Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, sangramento patológico ativo, intolerância a galactose.)

- Administrar Dinitrato de Isossorbida 5 mg SL. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses. Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Controlar PA e FC; (Contraindicações: PAS $<$ 90 mmHg, FC 100bpm , em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD; se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5: Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra, Vivanza ou Lodenafil (Heleva) nas últimas 24 horas ou de Tadalafil (Cialis) nas últimas 48 horas; ou ainda de outros medicamentos para disfunção erétil, como Alprostadil (Aplicav, Caverget), Fentolamina (Herivyl), Ioimbina (Yomax) nas últimas 24 horas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internato de urgência e emergência no ano letivo de 2019 é marcado por muito aprendizado e vivências práticas que seguem subsidiando a formação médica.

Os diferentes e mais variados cenários hospitalares ofertados no período de 01 ano, instiga o acadêmico a sentir de maneira concreta o funcionamento do serviço de urgência e emergência na cidade de Foz do Iguaçu. Atuar na aplicabilidade de conceitos teóricos ade modo real, é também entender como é o trabalho em equipe, como acontece o funcionamento da rede, e também oferece a experiência efetiva em plantões de 12 horas.

A prática do internato é essencial, pois possibilita a aquisição de habilidades na abordagem de pacientes em situações críticas, sendo assim um grande desafio para grande parte dos acadêmicos. Tais desafios exigem do futuro médico a agilidade e o estabelecimento de um raciocínio clínico rápido em meio a instabilidade aguda que coloca em risco a vida do paciente. Deste modo, é imprescindível que a avaliação seja realizada em segundos, tendo domínio dos protocolos para o manejo efetivo e coerente dos pacientes.

Desta forma, acredita-se que o investimento em formar acadêmicos preparados em atuar nas redes de urgência e emergência é essencialmente importante, já que grande parte dos médicos recém-formados são absorvidos para estes locais de trabalho. Mesmo que diversos profissionais não encorajem ao aprimoramento nessa especialidade, sabe-se que é neste ambiente que pode-se deparar com infinidades de diagnósticos e práticas relevantes para a formação.

Sendo assim, conclui-se que o internato é algo intenso e demasiadamente aprendizado, pois colabora para a segurança e capacita os acadêmicos com experiências avassaladoras para prosseguir as próximas etapas, instigando-o a integrar-se no serviço e ter perspectivas que promovam mudanças no ambiente onde está inserido.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

GOOGLE IMAGENS. Disponível em
<https://enfermagemilustrada.com/2017/02/27/o-tecnico-de-enfermagem-pode-realizar-a-classificacao-de-risco/>

MARTINS, Herlon Saraiva et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 12. ed. São Paulo: Manole, 2017.

MASSAIA, Irineu Francisco Delfino Silva et. al. **Procedimentos de internato à residência**. São Paulo: Atheneu, 2012.

NETO, Augusto Scalabrini; DIAS, Roger Daglius; VELASCO, Irineu Tadeu. **Procedimentos em emergências**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2016.

NETO, Antônio Brandão; VELASCO, Irineu Tadeu. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 13. ed. São Paulo: Manole, 2019.