



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

**MEDICINA**

## **INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

**DANIEL SARAIVA DE FREITAS**

Foz do Iguaçu  
2021

## **INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

**DANIEL SARAIVA DE FREITAS**

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

Professora: Dra. Flávia Julyana Pina Trench

DANIEL SARAIVA DE FREITAS

## INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

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


### BANCA EXAMINADORA

FLAVIA JULYANA  
PINA  
TRENCH:727254609  
30

Assinado de forma digital  
por FLAVIA JULYANA PINA  
TRENCH:72725460930  
Dados: 2021.04.09 16:29:11  
-03'00'

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA



---

Prof<sup>ª</sup>. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA



Luis Fernando Boff Zarpelon  
Docente UNILA  
SIAPE 2208580

---

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon  
UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de abril de 2021.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Daniel Saraiva de Freitas

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 08 / 04 / 2021

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

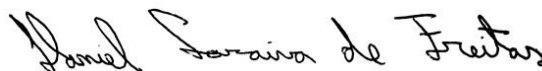
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

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, 08 de abril de 2021.



Assinatura do Responsável

SARAIVA DE FREITAS, Daniel. **Internato em Urgência e Emergência do SUS**. 63 páginas. Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## RESUMO

Este trabalho destina-se à apresentação das atividades desenvolvidas durante o Módulo de Urgência e Emergência do SUS. Descrevendo os diversos procedimentos realizados no âmbito da Urgência e Emergência, relacionando o conteúdo teórico com o observado no campo de prática. Também, narrando os acontecimentos vivenciados durante cada dia de prática e discutindo os casos e condutas adotadas pelos preceptores tendo como base a bibliografia básica e complementar do plano de ensino e também de material pessoal adquirido durante o curso. Ainda, expondo os aspectos éticos e legais observados nos atendimentos e confeccionando reflexões baseadas na minha experiência e na síntese dos casos, enfatizando o que preciso explorar para aprimorar minhas competências como aluno em formação. As atividades foram realizadas no período do dia 13 de janeiro de 2020 ao dia 24 de abril de 2020. Com escalas de plantões de 12 horas e carga horária de 40 horas semanais. Nos foram disponibilizados quatro campos de prática: o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), às UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) João Samek e Doutor Walter Cavalcante Barbosa e o PS (Pronto Socorro) do HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck). Quando tínhamos cumprido cerca da metade da carga horária do módulo iniciou a pandemia do coronavírus, com isso deixamos de ir para as unidades que estávamos acostumados a ir e passamos a frequentar as unidades específicas para o atendimento ao COVID-19. Assim, o Módulo de Urgência e Emergência do SUS é de grande importância para os acadêmicos em formação que aspiram uma boa abordagem aos usuários dos serviços de saúde, possibilitando aliar a teoria aprendida ao longo do curso com a prática real do campo de trabalho.

**Palavras-chave:** Coronavírus. Emergências. Serviços Médicos de Emergência. Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABD: Abdome

AC: Aparelho cardiovascular

AR: Aparelho respiratório

BEG: Bom estado geral

BPM: Batimentos por minuto

DM: Diabetes Mellitus

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

FC: Frequência cardíaca

FR: Frequência respiratória

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

HMCC: Hospital Ministro Costa Cavalcante

HMPGL: Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Hb: Hemoglobina

Ht: Hematócrito

IRPM: incursões respiratórias por minuto

IV: intravenoso

LOTE: lúcido e orientado em tempo e espaço

MID: membro inferior direito

MIE: membro inferior esquerdo

MMII: membros inferiores

PA: Pressão arterial

PAD: Pressão arterial diastólica

PAM: Pressão arterial média

PAS: Pressão arterial sistólica

PS: Pronto Socorro

RX: Raio x

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SG: Soro glicosado

SIC: Segundo informações colhidas

SRO: Soro de reidratação oral

SSF: Solução salina fisiológica

SSVV: Sinais vitais

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNILA: Universidade Federal da Integração Latino-Americana

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

USA: Unidade de Suporte Avançado

USB: Unidade de Suporte Básico

USG: Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>12</b>
2.1 DESCRIÇÃO SOBRE AS PRINCIPAIS VIVÊNCIAS NO MÓDULO.....	12
2.2 PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
2.2.1 Intubação de Sequência Rápida.....	18
2.2.1.1 Caso Clínico.....	18
2.2.1.2 Discussão Sobre o Tema.....	19
2.2.2 Acesso Venoso Central.....	22
2.2.2.1 Caso Clínico.....	22
2.2.2.2 Discussão Sobre o Tema.....	23
2.2.3 Cateterismo Vesical.....	27
2.2.3.1 Caso Clínico.....	27
2.2.3.2 Discussão Sobre o Tema.....	28
2.2.4 Sonda Nasogástrica/Nasoenteral.....	32
2.2.4.1 Caso Clínico.....	32
2.2.4.2 Discussão Sobre o Tema.....	33
2.3 CORONAVÍRUS.....	36
2.3.1 Discussão Sobre o Tema.....	36
2.3.2 Apresentação e Discussão Sobre o Caso Clínico.....	38
2.4 DENGUE.....	52
2.4.1 Caso Clínico.....	52
2.4.2 Discussão Sobre o Tema.....	53
2.4.3 Discussão Sobre o Caso.....	56
2.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	58
2.5.1 Caso Clínico.....	58
2.5.2 Discussão Sobre o Tema.....	58
2.5.3 Discussão Sobre o Caso.....	60
<b>3 CONCLUSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>



## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Relatar as atividades realizadas nos diversos ambientes da rede de Urgência e Emergência do SUS acompanhados durante o módulo, demonstrando as competências, habilidades e atitudes adquiridas.

### **ESPECÍFICOS**

Descrever os diversos procedimentos realizados no âmbito da Urgência e Emergência, relacionando o conteúdo teórico com o observado no campo de prática.

Narrar os acontecimentos vivenciados durante cada dia de prática.

Discutir os casos e condutas adotadas pelos preceptores tendo como base a bibliografia básica e complementar do plano de ensino e também de material pessoal adquirido durante o curso.

Expor os aspectos éticos e legais observados no atendimento da Urgência e Emergência.

Confeccionar reflexões baseadas na minha experiência e na síntese dos casos, enfatizando o que preciso explorar para aprimorar minhas competências como aluno em formação.

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho destina-se à apresentação das atividades desenvolvidas durante o Módulo de Urgência e Emergência do SUS nos diversos ambientes oferecidos. Com o intuito de demonstrar minha evolução como acadêmico em formação.

O mesmo seria realizado no período do dia 13 de janeiro de 2020 ao dia 24 de abril de 2020. Com escalas de plantões de 12 horas, dispostos em dois turnos, das 07:00 às 19:00 e das 19:00 às 07:00, alocados das segundas-feiras aos domingos. Com uma carga horária de 40 horas semanais, sendo cumpridas através de três plantões de 12 horas e mais quatro horas no Laboratório de Habilidades e de Simulação Realística da UNILA, participando de discussões teóricas e práticas para a consolidação dos conteúdos dos protocolos e discussão de casos clínicos junto à professora Flávia.

Nos foram disponibilizados quatro campos de prática: o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), às UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) João Samek e Doutor Walter Cavalcante Barbosa e o PS (Pronto Socorro) do HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck).

O SAMU é um tipo de atendimento que tem como objetivo chegar precocemente às vítimas após ter ocorrido uma situação de urgência ou emergência de risco à saúde. Essas ocorrências, se não tiverem uma abordagem o mais rápido possível podem levar o indivíduo a um grande sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte. A equipe do SAMU consiste em uma ambulância, que pode ser equipada com equipamentos de suporte básico ou avançado de vida, também conta com um motorista socorrista e um técnico de enfermagem, no caso da Unidade de Suporte Básico (USB), ou então um enfermeiro e um médico no local do técnico quando se trata de uma Unidade de Suporte Avançada (USA). Nós acadêmicos, podíamos acompanhar todas as ocorrências, tanto nas USB's como nas USA's.

Já as UPA's, também fazem parte da rede de atenção de Urgência e Emergência, elas têm o objetivo de concentrar os atendimentos de complexidade intermediária, integralizando a rede de atenção ao usuário do SUS junto à atenção primária, hospitalar e ao SAMU. As UPA's oferecem serviços como raio-X, eletrocardiograma e atendimento especializado como ortopedia e pediatria. Se necessário, os usuários podem ser encaminhados para um hospital de referência para a realização de procedimentos de alta complexidade, como o HMPGL e o HMCC.

Quando chegávamos aos locais do estágio, nos apresentávamos à equipe de trabalho e procurávamos o médico responsável pelo plantão para acompanhar as atividades exercidas por ele. O mesmo era o nosso preceptor naquele campo e, quando disponível, nos deixava realizar os procedimentos de responsabilidade técnica médica.

Nesta etapa do internado procurei desenvolver atitudes, conhecimentos e práticas para conseguir realizar uma abordagem adequada que contemple todos os princípios do SUS. Tendo como ênfase as doenças agudas e as crônicas agudizadas mais prevalentes no campo da Urgência e Emergência nos cenários pré-hospitalar, pronto atendimento e hospitalar. Utilizando como guia protocolos e diretrizes assistenciais base que norteiam o atendimento.

Também procurei reconhecer situações de emergência médica como o choque, a insuficiência respiratória aguda, parada cardiorrespiratória, crise hipertensiva, AVC, dentre outros. Sendo capaz de realizar o primeiro atendimento frente a estes pacientes.

No entanto, quando tínhamos cumprido cerca da metade da carga horária do módulo, nos deparamos com a pandemia do coronavírus. Nosso campo de prática mudou radicalmente, deixamos de ir para as unidades que estávamos acostumados a ir e passamos a frequentar as unidades específicas para o atendimento ao COVID-19.

Assim, todas as minhas vivências e conteúdo construído durante o módulo podem ser percebidos neste trabalho.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 DESCRIÇÃO SOBRE AS PRINCIPAIS VIVÊNCIAS NO MÓDULO**

No primeiro dia de internato em Urgência e Emergência pude notar a dinâmica da UPA no contexto estudado. A rotina dos profissionais no plantão noturno é bastante diferente do que eu estava acostumado. Nas primeiras horas a unidade estava com bastantes pacientes, porém mais ao final do plantão tudo ficou bem tranquilo. Durante esse momento pude acompanhar vários procedimentos importantes na prática do módulo.

Um fato interessante foi um paciente que precisou ser intubado devido uma pneumonia que evoluiu para sepse de foco pulmonar e, devido a sua superfície corporal muito grande, a quantidade da medicação utilizada foi muito grande. O paciente tomava altas doses de fentanil e midazolam, e mesmo assim, continuava a brigar com o tubo.

Também consegui perceber que devido o paciente não estar bem sedado, sua saturação não passava de 85%. Conversei com o médico responsável e ele me esclareceu que normalmente quando ocorre de o paciente não ser bem sedado a saturação de oxigênio não consegue aumentar muito. Olhando a administração das drogas percebi que ambas estavam sendo administradas pela mesma bomba de infusão e acredito que quando administradas separadamente o resultado da sedação é bem melhor. O paciente foi transferido para o Hospital Municipal e achei interessante o médico da unidade avançada do SAMU solicitar uma dose de 5 mL de midazolam para que o paciente relaxasse durante o transporte.

Na UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa pude realizar a minha primeira sutura em Urgência e Emergência. Uma mulher deixou cair sobre a mão uma jarra de vidro que provocou um corte corto contuso sobre o segundo quirodáctilo do membro superior esquerdo. Em primeiro momento limpei a ferida com bastante soro e olhei se não tinha vestígios de corpo estranho, depois fiz a anestesia e suturei. Tive bastante dificuldade em fazer esse procedimento, tremi bastante, mas aos poucos fui ficando menos nervoso e consegui terminar.

Definir quantos pontos fazer também foi complicado porque eu não queria fazer muitos para não dificultar a cicatrização e nem fazer poucos e ficar com a ferida aberta. Ao final, o médico de plantão analisou meu trabalho e me deu um feedback positivo quanto à minha sutura.

Acredito que com o passar do tempo e com a realização de várias suturas, praticarei bastante e conseguirei fazer boas suturas gastando o mínimo de tempo necessário.

No meu primeiro plantão em um final de semana fui para a UPA João Samek. Inicialmente, notei que a manhã de domingo estava bastante tranquila. Esta unidade dispõe de um espaço físico bem maior que a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, proporcionando uma maior humanização do atendimento aos usuários.

Aproveitei o momento de tranquilidade para conhecer a unidade e também a equipe de trabalho. Os pacientes daquela unidade são divididos entre a sala amarela, a vermelha e uma considerada verde (ortopedia e pediatria). A dinâmica desta unidade proporciona que o profissional consiga executar o seu trabalho com o menor estresse possível. Tive a oportunidade de realizar vários procedimentos, a equipe de enfermagem me apoiou bastante e pela primeira vez pude realizar uma passagem de sonda vesical de demora.

Em outra ocasião pude acompanhar e auxiliar o Dr. Sabbi em vários procedimentos como uma drenagem de um abscesso na região dos glúteos e também o atendimento à uma senhora vítima de trauma devido à queda de bicicleta.

A drenagem do abscesso inicialmente foi como as outras, mas me chamou a atenção quando ao final do procedimento o dreno utilizado tinha um tamanho pequeno. A partir daí pude observar como no cenário de prática é tão diferente da teoria. O profissional precisa se adaptar a utilizar o material que está disponível na unidade e tentar fazer o melhor serviço possível mesmo tendo as suas limitações.

No atendimento à senhora vítima de trauma, ela possuía um corte interno na boca e essa foi uma situação na qual eu me perguntava a todo momento como que seria a abordagem naquela região. Felizmente o profissional fez um ótimo trabalho e consegui ter uma base de como proceder quando eu me deparar com um caso parecido.

Conseguí participar ativamente de um caso que necessitava esclarecimento. Uma senhora de 73 anos foi trazida à UPA com queixa de fraqueza nas pernas. Ela referia uma história de queda de escada há 3 meses, mas esse fato não parecia explicar muito bem o caso dela. Quando cheguei, ela já estava em observação há umas 2 horas e o plantonista já tinha um exame laboratorial realizado que evidenciava uma hipercalemia. Ela possuía vários diagnósticos diferenciais, como insuficiência renal aguda, insuficiência renal crônica agudizada, hiperaldosteronismo e acidez tubular renal. Me propus a coletar a história dela e fazer o exame físico, com isso descobri que a paciente tinha hipertensão arterial sistêmica e utilizava alguns remédios para controle. Ao questionar sobre os medicamentos, ela me falou sobre o Diupress que é um diurético poupador de potássio, daí, a partir da retirada desse

medicamento e de medidas como a administração de gluconato de cálcio, a paciente reduziu a quantidade de potássio extracelular e conseqüentemente desapareceram as fraquezas musculares.

No Pronto Socorro do Hospital Municipal pude participar da avaliação e evolução de muitos pacientes. Como eu já tinha me acostumado com os softwares oferecidos nas UPA's tive bastante dificuldade em evoluir os pacientes no Tasy.

Os casos encontrados no PS são, em sua maioria, encaminhados de outras unidades, e há uma necessidade de investigação bem mais completa em torno dos pacientes. Percebo que nas UPA's a abordagem é do tipo, estabilização do paciente para posterior alta ou encaminhamento para uma unidade de referência e com suporte para casos mais complexos.

No PS, observo que o índice de resolução dos casos é muito maior que nas UPA's. No meu primeiro dia não consegui realizar nenhum procedimento invasivo, eu estava na expectativa de um acesso venoso central ou então uma intubação orotraqueal, mas no período que permaneci na ativa nenhum paciente necessitou destes procedimentos.

Na parte de fazer a admissão dos pacientes e sua evolução também pude perceber discrepâncias. Vi que no PS são realizadas anamneses mais completas para destrinchar a história do paciente e aumentar a resolutividade dos casos.

Fazer uma anamnese no esquema AMPLA não é muito importante no PS, mesmo sendo uma unidade de urgência e emergência.

Um caso me chamou a atenção no PS. Um paciente de 97 anos estava há 7 dias com queixa de hematúria e infecção do trato urinário, ele estava internado na UPA há 5 dias com esquema de antibiótico e foi transferido ao PS por piora do caso. Eu o admiti e no momento do exame físico percebi que ele estava com esforço respiratório e estertores crepitantes. Até então nenhuma medida de suporte ventilatório tinha sido adotada, na qual foram iniciadas após a minha comunicação à residente de plantão. Após a realização de um rx e exames de cultura, foi evidenciado que o senhor também estava evoluindo para uma pneumonia, provavelmente uma adquirida na unidade. Conseguir participar ativamente e trazer novos diagnósticos é muito importante para que eu possa crescer cada vez mais como interno em aprendizagem.

Pegar um plantão em pleno carnaval foi uma boa experiência para mim. Pude experimentar trabalhar tanto a noite como durante o dia. Notei que as pessoas procuram menos por atendimento durante o dia, mas as ocorrências da noite me pareceram ser mais complexas. Houve o atendimento de um adolescente vítima de colisão moto auto que veio transferido de Itaipulândia. A ocorrência do acidente foi em torno das quatro horas manhã, daí o paciente foi levado ao hospital e a equipe fez o sedativo, porém não conseguiram entubar, então ele ficou

até as oito da manhã sendo ambulado, quando a equipe do SAMU chegou e fez a intubação. Segundo o relato da equipe a médica não conseguiu realizar o procedimento e comprometeu o estado do paciente. É bastante importante dominar os procedimentos básicos da Urgência e Emergência porque quando nos formarmos seremos nós os responsáveis pelos cuidados dos pacientes e para que a nossa imperícia não mate ninguém temos que nos comprometer a praticar ao máximo enquanto temos preceptores para nos ajudar.

No meu primeiro plantão no SAMU não cheguei a acompanhar nenhum atendimento junta a unidade avançada, porém, saí algumas vezes com as unidades básicas, normalmente para encaminhamento de pacientes de uma unidade de pronto atendimento para o Hospital Municipal ou para o Costa Cavalcante.

Aproveitei meus momentos na base para explorar os equipamentos da unidade avançada e também os medicamentos disponíveis lá. Percebi que a unidade avançada conta com uma imensa gama de recursos, funcionando quase como uma UTI móvel.

Nos plantões noturnos no SAMU pude ver a dinâmica da equipe durante a noite. Percebi que o número de ocorrências é bem menor que durante o dia, porém existem dois ápices de chamadas, no início e no final do turno. Saber esse fluxo de chamadas permite ao profissional se preparar melhor para conseguir prestar um melhor atendimento.

Tive a oportunidade de sair com uma unidade avançada para atendimento à uma criança de 8 meses com queixa de engasgo e possível parada respiratória. A equipe se deslocou até o local com uma rapidez muito grande, só que quando chegamos o paciente já tinha desengasgado através das instruções do regulador. Vi nesse momento que o regulador não serve somente para intermediar o paciente e a equipe de salvamento, mas também tem a função de ajudar as pessoas dando informações para um primeiro atendimento.

Em outro momento, pude acompanhar uma transferência de um paciente com queixa de fibrilação atrial e edema agudo de pulmão. O paciente estava em São Miguel do Iguçu. Ao chegarmos lá, a equipe do hospital nos recebeu e nos passou o caso clínico do paciente. O médico de plantão do SAMU já tinha me dito que só poderíamos transportar o paciente quando o mesmo se encontrasse estável. Inclusive ele me explicou que existe a possibilidade da equipe do SAMU recusar o transporte se os mesmos julgarem que o paciente não tem condições apropriadas para aguentar até a chegada ao novo hospital.

Logo quando cheguei já fui realizar a ausculta pulmonar do paciente. O mesmo se encontrava com murmúrio vesicular preservado, sem a presença de nenhum ruído adventício. Me questionei sobre a existência do edema agudo, então solicitei a radiografia do paciente, a

mesma não evidenciava nenhum tipo de consolidação, ela continha bastante fibrose, fato que pode ser justificado devido o paciente ser tabagista há muitos anos e portador de DPOC.

Conversei com o médico do SAMU e então fomos olhar o ECG do paciente, o mesmo não tinha uma fibrilação atrial, mas continha uma taquicardia ventricular sustentada, fato bem demonstrado porque o paciente tinha várias ondas P em seu ECG.

Também o manejo dele estava incorreto. Ele estava intubado, porém a sedação não estava sendo suficiente e o mesmo estava brigando com o tubo, atingindo uma saturação de O<sub>2</sub> em torno de 87%. Sua PA estava baixa também, mantendo em torno de 90/70. Aumentamos a quantidade da sedação e conseguimos uma saturação de 96%, também iniciamos noradrenalina e sua PA subiu para 135/90. A partir destas medidas o paciente se encontrou em condições de ser transportado.

Pacientes mal manejados e com diagnósticos incorretos são bastantes comuns no serviço de saúde, estou aprendendo que não adianta criticar e nem questionar nossos colegas quanto a medidas mal tomadas. Vejo o quanto é importante manter a ética para conseguir um bom relacionamento entre nossos colegas de profissão. Estou comprometido em conseguir o maior conhecimento e prática possíveis para que eu possa fornecer aos meus pacientes o melhor atendimento possível.

O doutor Juan Carlos me ajudou bastante e me deixou fazer muitos procedimentos na UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Consegui fazer várias suturas e passar uma sonda nasogástrica sob orientação dele.

Durante sua supervisão me chamou a atenção um paciente que estava à espera de vaga no Hospital Municipal com suspeita de abdome agudo. A tomografia abdominal dele era bastante inespecífica e ele ainda estava com o diagnóstico etiológico a esclarecer. Conversei com o doutor e propus fazermos um raio x do abdome do paciente, porque no exame físico vi que o mesmo tinha bastante gases e na tomografia não o mostravam. Quando fizemos o raio x vimos que o paciente estava com um abdome agudo obstrutivo, o mesmo evidenciava o sinal do empilhamento de moedas, e com este diagnóstico conseguimos encaminhar o paciente quase que imediatamente para a clínica cirúrgica. Fazer um trabalho ativo é muito importante para o paciente, mas também para mim como acadêmico, conseguir desvendar e chegar a um diagnóstico preciso é quase que um troféu para mim. Fico muito satisfeito com essa conquista e ganhei muita força para conseguir estudar e aprender cada vez mais.

Na UPA João Samek tive a oportunidade de realizar pela primeira vez o procedimento de retirada de um fecaloma. Eu já tinha estudado esta técnica na teoria, mas na prática vi que o procedimento é totalmente diferente. Eu achava que seria bastante ruim realizar esse



procedimento por se tratar de fezes, mas vi que na hora da realização, o profissionalismo que está envolvido acaba que anulando a parte ruim e o fato de a gente saber que está proporcionando um alívio para o nosso paciente é bastante recompensador. Estive com profissionais que me ajudaram bastante no meu processo de aprendizagem, recebi dicas importantes que não estão contidas em livros, mas somente na vida prática do profissional de saúde.

Nesta mesma unidade uma paciente chegou com queixa de vômito e cefaleia. Com o exame físico percebi que o Giordano estava positivo em rim direito, daí solicitei um hemograma e um parcial de urina. O hemograma não tinha nenhuma alteração, porém o EAS estava com 80 leucócitos por campo. Acredito ser um achado importante no exame da paciente, apesar da queixa principal não ter nada a ver com o achado urinário, um bom exame físico pode nos ajudar a desvendar todos os problemas que os pacientes estão apresentando. Outro ponto peculiar nesse caso foi a conduta do médico. Ele prescreveu ciprofloxacino para a paciente, apesar de ser um bom antibiótico e de não ter sido solicitado uma urocultura com antibiograma, acredito que a resistência a esse medicamento já está bastante acentuada, então eu prescreveria para ela outro esquema antibiótico, como uma cefalexina por exemplo.

Com o passar dos plantões nas UPA's consegui perceber o quanto cresci como estudante. Em primeiro momento eu ia para a sala amarela e começava a admitir pacientes, pegando a história clínica e fazendo o exame físico. Depois eu passava o caso para o médico de plantão e discutíamos qual seria a conduta a ser tomada. Percebi a minha evolução quando eu prescrevia para os pacientes e o médico concordava com tudo o que eu dizia. Algumas coisas mais específicas eu ficava ainda na dúvida, porém eu já tinha bastante noção sobre a conduta a ser tomada.

## **2.2 PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

### **2.2.1 INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA**

#### **2.2.1.1 CASO CLÍNICO**

#S:

Identificação: Paciente, 14 anos, masculino, brasileiro, residente em Foz do Iguaçu.

QP: Atropelamento.

HDA: O paciente foi trazido ao PS pelo SIATE com queixa de colisão bicicleta x motocicleta há 20 minutos. Segundo relatos dos bombeiros o ciclista foi encontrado em via pública desacordado e com múltiplas fraturas.

HPP: Nega comorbidades, alergias e uso de medicamentos.

HF: Mão com DM, em tratamento com metformina.

HS: Nega etilismo, tabagismo e uso de substâncias ilícitas.

#O:

Geral: MEG, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em ar ambiente, normocárdico, normotenso, hemodinamicamente estável. Paciente encontra-se em prancha rígida e com colar cervical.

Cabeça e pescoço: ferimento contundente em região parietal direita.

AR: murmúrio vesicular universalmente audível, sem presença de ruídos adventícios.

AC: bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar < 2s. Pulsos cheios.

ABD: plano, timpânico, ruídos hidroaéreos normopresentes, indolor à palpação superficial e profunda sem presença de massas e/ou visceromegalias.

Membros: extremidades livres, sem edemas, pulsos presentes. Ferida incisiva em MSD.

Neurológico: Glasgow 07, pupilas isocóricas, fotorreagentes, reflexo fotomotor direto e consensual preservados.

SSVV: Temperatura 36,7°C/ FC 98 bpm/ FR 18 irpm/ PA 130/80 / O2 98 %.

#HD:

Politrauma

Traumatismo crânio encefálico?

#CONDUTA

Sinais vitais

Suporte Clínico

Realizada intubação orotraqueal

Solicito exames laboratoriais de admissão

Solicito rx de tórax e crânio

Solicito TC de crânio

Solicito avaliação da neurocirurgia

Solicito vaga de UTI

### **2.2.1.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA**

Os pacientes fisiologicamente difíceis para intubar são os hipotensos e os de difícil pré-oxigenação.

Para realizar a intubação podemos seguir sete passos conhecidos como os 7 P's (preparação, pré-oxigenação, pré-tratamento, paralisia com indução, posicionamento, passagem do tubo e pós-intubação) ou então o mnemônico TOPZERA (tudo pronto, oxigena, primeiro otimiza, zero consciência/reflexos, eixos alinhados, rápida introdução e avaliação pós-tubo).

Na primeira letra devemos escolher o material adequado, acesso, aspirador, tamanho do tubo e laringo. Esses passos correspondem à preparação nos P's.

O oxigena ou pré-oxigenação evita broncoaspiração por evitar ventilação por pressão positiva que enche o estômago provocando vômito. Também hipersatura o pct. Uma saturação < 90% aumenta o risco de morbimortalidade, tempo de internamento e complicações. Deve-se

utilizar o Ambu com O<sub>2</sub> a 100% com vazão de 15 L/min por 3 min ou 8 respirações com capacidade vital com oferta de O<sub>2</sub> de maneira semelhante se não puder ficar os 3 min.

O Primeiro otimiza garante uma PAS>90 e O<sub>2</sub>>90%. A resposta simpática ao laringo aumenta a FC, a PAS e a PIC. A droga utilizada pode ser o fentanil, infusão lenta, em 1 min, 3 min antes da laringoscopia. Utilizar medicamento para reduzir essa resposta não é obrigatório, não há evidência para analgesia em ISR e é contraindicado em hemodinamicamente instáveis.

É importante corrigir a hipotensão antes de intubar porque geralmente ocorre hipotensão após o início da ventilação mecânica. Para evitar hipóxia, se a pré-oxigenação não for eficiente se pode utilizar BiPAP ou CPAP (pressões positivas contínuas ou em dois níveis).

Para realizar a paralisia com indução ou o zero consciência/reflexos podemos utilizar um hipnótico e um relaxante muscular. Os hipnóticos mais utilizados são a quetamina, o etomidato, o midazolam e o propofol. A quetamina estimula a liberação de catecolaminas, aumenta FC e a PA e broncodilata o paciente, ela é a droga de escolha para pacientes hipovolêmicos, hipotensos e hemodinamicamente instáveis e sépticos. O etomidato diminui a PIC e não libera histaminas. O propofol não libera histamina, leva à hipotensão, tem ação broncodilatadora e anticonvulsivante, pode se infundi-lo com lidocaína na proporção 10:1 por ser uma droga dolorosa. O midazolam é um ruim indutor, é a última opção de escolha, ele é hipotensor e deprime diretamente o miocárdio, não é recomendado em pacientes instáveis. Os principais relaxantes musculares são a succinilcolina e o rocurônio. A succinilcolina é um relaxante despolarizante, ela é contraindicada em história de hipertermia maligna e miopatias hereditárias, aumenta a PIC e provoca hipercalemia. O rocurônio é um não despolarizante, possui alto custo e necessita de resfriamento, ele é indicado quando a succinilcolina é contraindicada.

### **2.2.1.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

Devido ao estado crítico do paciente e a possível realização de uma neurocirurgia, o doutor de plantão decidiu fazer a intubação orotraqueal, pude ver pela primeira vez como seria intubar uma criança em uma situação de emergência.

As drogas utilizadas não foram as melhores, o paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, então o fentanil pode ser utilizado. Para fazer a indução foi

utilizado o midazolam, mesmo não sendo a primeira escolha para intubação, mas era o medicamento que estava disponível.

A equipe teve um pouco de dificuldade em eleger o tamanho do tubo a ser utilizado, conversei com o médico sobre a possibilidade de fazer a medição com relação ao quinto quirodáctilo, mas ele me explicou que esse tipo de comparação não é muito fidedigno, daí se escolheu o tubo número 6.

Levamos o paciente para fazer uma tomografia, a mesma constatou um hematoma na região parietal direita, o doutor Elton foi acionado e o mesmo levou o paciente para o centro cirúrgico.

## 2.2.2 ACESSO VENOSO CENTRAL

### 2.2.2.1 CASO CLÍNICO

#S:

Identificação: Paciente, 74 anos, masculino, casado, brasileiro, residente em Foz do Iguaçu.

QP: Tremedeira e enrolamento da língua.

HDA: O paciente foi trazido pelo SAMU com queixa de crise convulsiva. Segundo familiares há 3 horas o paciente iniciou uma crise convulsiva de aproximadamente 10 minutos após ser colocado em uma cadeira de rodas, os mesmos então ligaram para o serviço de atendimento móvel de urgência.

HPP: Nega alergia a medicamentos, trauma anterior à crise, febre, vômito, diarreia e queixas urinárias. Paciente acamado, com hemiplegia total esquerda, histórico de AVCh há 1 ano e 8 meses, com 3 meses de internação em UTI. HAS há 10 anos e hiperplasia prostática benigna. Em uso de hidroclorotiazida 25 mg 1 CP/dia, losartana 50 mg 3 CP/dia, AAS 100 mg 1 CP/dia, doxazosina 2 mg 2 CP/dia, omeprazol 20 mg 2 CP/dia, cefalexina 500 mg 1 CP/dia e fenitoína 500 mg 2 CP/dia. A família relato 1 episódio convulsivo 1 mês após sair da UTI.

HF: Nega doenças na família.

HS: Nega etilismo, tabagismo e uso de substâncias ilícitas.

#O:

Geral: REG, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em ar ambiente, normocárdico, normotenso, hemodinamicamente estável. Paciente acamado e com hemiparesia total esquerda.

AR: murmúrio vesicular universalmente audível, sem presença de ruídos adventícios.

AC: bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar < 2s. Pulsos cheios.

ABD: plano, timpânico, ruídos hidroaéreos normopresentes, indolor à palpação superficial e profunda sem presença de massas e/ou visceromegalias.

Membros: extremidades livres, sem edemas, pulsos presentes.

Neurológico: Glasgow 10, pupilas isocóricas, fotorreagentes, reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Sensibilidade preservada. Força diminuída em hemicorpo esquerdo. SSVV: Temperatura 36,5°C/ FC 92 bpm/ FR 16 irpm/ PA 138/80 / O2 96 %.

#HD:

Crise convulsiva

Epilepsia?

Traumatismo crânio encefálico?

AVC?

#CONDUTA

Sinais vitais

Suporte Clínico

Realizado acesso venoso central em jugular esquerda

Solicito exames laboratoriais de admissão

Solicito rx de tórax e crânio

Solicito TC de crânio

Solicito avaliação da neurocirurgia

## **2.2.2.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA**

Entendemos como cateter venoso central quando a ponta do cateter está localizada no terço inferior da veia cava superior ou no átrio direito. Os locais preferenciais para inserção desses cateteres são as veias jugular interna direita, subclávia direita e femorais. Após a sua colocação, sua posição deve ser avaliada com um rx simples de tórax.

É muito importante saber a localização das veias que serão acessadas. A veia jugular interna está anterolateralmente à carótida comum. A subclávia fica anterior e mais inferior que a artéria, separadas pelo músculo escaleno anterior. A femoral comum localiza-se no triângulo de Scarpa, formado pelo ligamento inguinal, músculo sartório e o músculo adutor longo, mais medial à artéria.

Este procedimento pode gerar várias complicações, dentre eles posso destacar o risco de infecção, provocando endocardite e/ou tromboflebite séptica, risco de embolia gasosa, trombose venosa, punção de artéria, pseudoaneurisma, perfuração vascular e cardíaca, arritmias cardíacas, lesão de nervos, traqueia e esôfago, hematoma, sangramento, ruptura parcial ou completa do dispositivo, oclusão do cateter, fístulas arteriovenosas, hemotórax, quilotórax e/ou pneumotórax.

Este cateter possui várias indicações, como o uso de medicamentos cáusticos, hiperosmolares ou vasoconstrictores, a necessidade de nutrição parenteral total, a realização de hemólise ou aféreses, passagem de marcapasso transcutâneo, cateterização de artéria pulmonar, realização de monitorização hemodinâmica central, realização de procedimentos radiológicos, preparo pré-cirúrgico de pacientes de alto risco e/ou cirurgia de alta complexidade e acesso venoso geral em pacientes com impossibilidade de um periférico.

A técnica mais utilizada é a de Seldinger, que consiste na utilização de um fio guia. Para ela é necessária a paramentação completa com toca, lavagem das mãos, máscara, avental e luva estéreo. Ela proporciona menor risco de complicações, maior hemostasia e maior praticidade. O uso de USG está associado a uma maior taxa de sucesso com menor complicação.

O paciente deve estar em decúbito dorsal, preferencialmente em Trendelenburg 15° para possibilitar ingurgitamento e evitar o risco de embolia gasosa, também com a cabeça em rotação lateral contralateral ao procedimento e com coxim sobre os ombros, facilitando hiperextensão do pescoço. Para realizar este procedimento devemos fazer a paramentação completa e a escovação asséptica bem realizada. Importante não se esquecer da assepsia extensa do local de punção, de preferência em círculos de dentro pra fora. Tomar muito cuidado na colocação dos campos cirúrgicos para evitar contaminação.

Para a realização do procedimento em veia subclávia devemos localizar o local da punção, infiltrar lidocaína a 1% sem vasoconstrictor superficial e profundamente. Devemos puncionar no ápice do triângulo de Sedillot, formado pela clavícula e porção clavicular e esternal do esternocleidomastoideo. Direcionar a ponta da agulha para o mamilo ipsilateral com angulação de 30-45° e introduzir lentamente e aspirando a agulha. Após o acesso à veia, desconectamos a seringa e tampamos a agulha com o dedo para diminuir o risco de embolia gasosa. O fio guia é introduzido por dentro da agulha até a marcação. Depois retiramos a agulha e introduzir o dilatador seguido da colocação do cateter. Após, lavamos a via distal do cateter com solução salina e fixamos o cateter com pontos e curativo oclusivo.

Sempre é de extrema importância se confirmar a posição do cateter através de um rx simples de tórax.



Para o acesso em subclávia, se punciona na junção do terço proximal com o médio da clavícula, no triângulo do peitoral maior e clavícula, direcionando a agulha para a fúrcula esternal com angulação de 30°, reduzindo para 15 após a passagem para região posterior à clavícula. E para o acesso em femoral se entra a 1-2 cm distal ao ligamento inguinal e 1,5 cm medialmente à artéria, direcionando a agulha com angulação 30-45° para a cabeça do paciente, mantendo a agulha paralela ao plano frontal.

Este procedimento deve ser evitado se houver lesão distal ao vaso a ser canulado, ferimentos diretamente sobre o local da canulação, infecção ou celulite sobrejacente à área em torno a ser canulada ou presença de trombo no vaso a ser canulado.

O cateter deve ser removido o mais breve possível. Na remoção, devemos usar gaze e aplicar com pressão sobre o local da punção por pelo menos 1 minuto ou mais se houver sangramento, puxar suavemente e fazer um curativo com gaze seca e estéril. Puxar o cateter em expiração ou valsalva proporciona uma pressão intratorácica mais positiva e reduz o risco de embolia gasosa. Se houver suspeita clínica de infecção se deve retirar o cateter de forma estéril e enviá-lo para cultura.

### **2.2.2.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

O paciente foi admitido no Pronto Socorro do Hospital Municipal com queixa de crise convulsiva em casa, após ser internado ocorreu uma nova crise logo depois que ele foi admitido.

O quadro clínico dele declinou bastante e no momento pós-ictal ele estava com esforço respiratório excessivo, sendo uma das indicações de intubação orotraqueal.

Após o paciente ser intubado, o mesmo cursou com hipotensão severa e necessitou de drogas vasoativas, sendo também uma indicação de acesso venoso central.

Conversei com o médico de plantão e pedi para eu realizar o procedimento, o mesmo concordou logo depois que citei todo passo-a-passo do procedimento para ele, demonstrando que eu tinha conhecimento sobre o que eu ia fazer.

Conseguí realizar todo o procedimento igual como eu tinha estudado, somente no momento da verificação, na qual o soro é colocado em nível abaixo do acesso o mesmo não refluiu, então retirei o equipo e aspirei uma seringa de sangue para verificar se o mesmo estava endovenoso, o sangue encheu a seringa, então tornei a colocar o soro em nível abaixo e o mesmo

continuou a não refluir, aspirei mais uma seringa de sangue e após isso o sangue refluíu para o soro.

Em conversa com o médico o mesmo me explicou que algumas vezes pode ocorrer de conter uma bolha de ar dentro do cateter e o sangue não refluir. Indaguei a ele sobre a possível complicação de embolia gasosa, mas o mesmo explicou que isso só ocorre quando há uma quantidade muito grande de ar.

Logo após a realização do procedimento, solicitei um raio x para comprovar a localização do cateter, o mesmo se encontrava no terço inferior da veia cava superior, próximo à entrada da veia no átrio direito. Conforme demonstrado na Figura 1 abaixo.

Fiquei muito feliz em conseguir realizar este procedimento na minha primeira tentativa, fiquei bastante ansioso antes de começar, porém durante a realização fui me acalmando e vendo que quando se tem uma boa teoria, a questão prática fica bem mais fácil e que um procedimento minimizado de complicações e com uma taxa de acertos bem próxima de 100% se consegue somente ao longo do tempo com a realização deste por várias vezes.

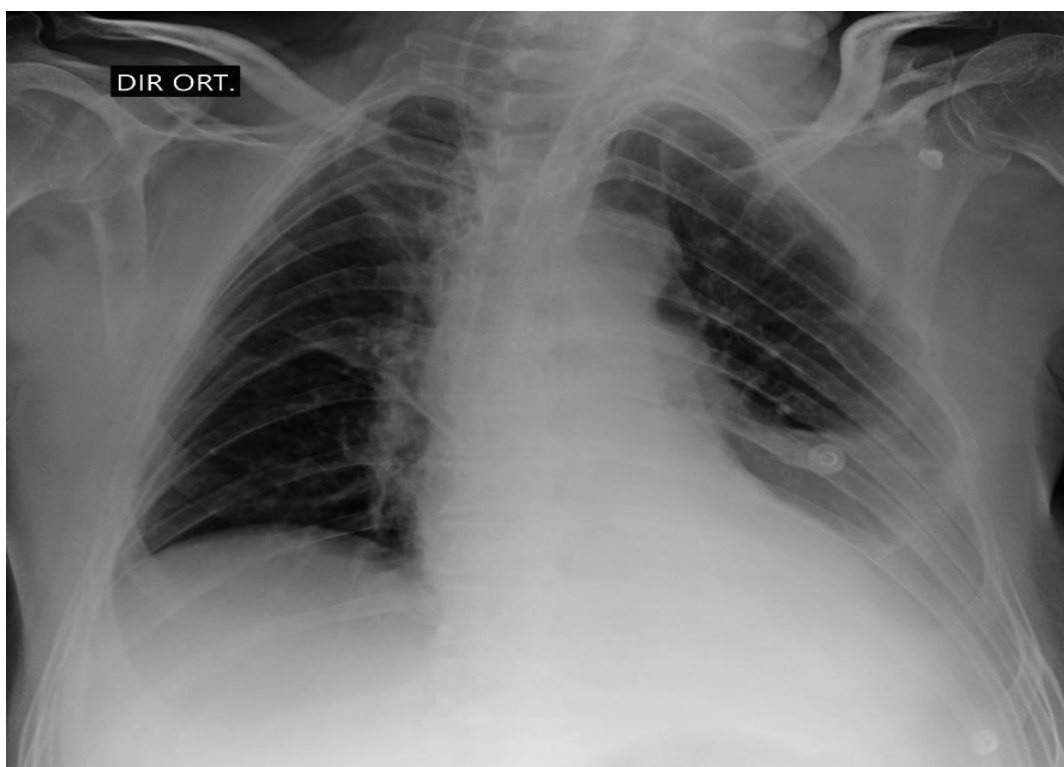


Figura 1: Radiografia demonstrando posição do CVC.

## 2.2.3 CATETERISMO VESICAL

### 2.2.3.1 CASO CLÍNICO

#S:

Identificação: Paciente, 62 anos, feminina, brasileira, residente em Foz do Iguaçu.

QP: tosse seca associada a dor em arco costal direito.

HDA: A paciente foi trazida PS Clínico proveniente da UPA Morumbi pelo SAMU com queixa de derrame pleural. Relata que há 11 dias iniciou com tosse seca, não produtiva e falta de ar a grandes esforços. Há 7 dias procurou atendimento na UBS Morumbi, foi informada de uma possível pneumonia e iniciou o tratamento com amoxicilina em uso domiciliar. Há 1 dia evoluiu com falta de ar em repouso e procurou atendimento na UPA Morumbi, ficou internada com diagnóstico de arritmia cardíaca (não soube informar qual) e derrame pleural. Foi retirado 600 ml de líquido com leve melhora da dispneia.

HPP: HAS há 3 anos, em uso de losartana, hidroclorotiazida e anlodipino. Amaurose total em olho esquerdo há 10 anos devido quadro de glaucoma. Nega alergias, febre, vômitos, diarreia e queixas urinárias.

HF: Há 6 meses o genro foi diagnosticado com tuberculose, fez o tratamento total. Neto em terceiro mês de tratamento para tuberculose pulmonar.

#O:

Geral: BEG, LOTE, colaborativa, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em ar ambiente, taquicárdica e hipertensa.

AR: murmúrio vesicular abolido em base pulmonar direita.

AC: bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar < 2s. Pulsos cheios.

ABD: globoso, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos normopresentes, indolor à palpação superficial e profunda sem presença de massas e/ou visceromegalias.

Membros: extremidades livres, edema +/4+ em MMII, pulsos presentes.

Neurológico: Glasgow 15, pupila isocórica, fotorreagente, reflexo fotomotor direto preservado.

Força e sensibilidades preservadas.

SSVV: Temperatura 36°C/ FC 104 bpm/ FR 18 irpm/ PA 150x90 / O2 93 %.

### #HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Derrame pleural A/E

Pneumonia?

Tuberculose pulmonar?

Insuficiência Cardíaca?

### #CONDUTA

Sinais vitais

Suporte Clínico

Solicito exames laboratoriais de admissão

Solicito rx de tórax e ECG

Realizado cateterismo vesical de demora

Avaliação da cirurgia torácica

Mantenho antibiótico (ceftriaxona iniciado na UPA, paciente com quadro de tosse e derrame pleural unilateral)

## 2.2.3.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA

Entendemos como cateterismo a inserção de um cateter, tubo ou sonda nas cavidades corporais com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

As complicações mais comuns deste procedimento são a bacteremia, episódios febris, cálculos vesicais, formação de fístula, erosão da uretra, epididermite, inflamação renal crônica e pielonefrite. O principal fator de risco para infecção é o uso prolongado.

Existem dois tipos de cateter, o de Nélaton, utilizado para o alívio vesical e, o de Foley, também conhecido como de demora, por ser deixado por um número grande de dias, normalmente 7 dias.

Normalmente o cateter de Nélaton é indicado para o alívio da retenção urinária aguda, determinação do resíduo urinário, obtenção de uma amostra de urina para exame laboratorial, instilação intravesical de medicamentos e exploração da uretra. Já o de Foley utilizamos para

drenagem vesical por obstrução aguda ou crônica, disfunção vesical como a bexiga neurogênica, irritação vesical, drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas, monitoramento do volume urinário em pacientes graves, incontinência urinária e assegurar a higiene e a integridade da pele em região perineal.

A técnica utilizada para inserção destes cateteres inicia-se com a preparação do material a ser utilizado. Certificamos a identificação do paciente para evitar que o procedimento seja realizado em um outro paciente sem necessidade.

A orientação e explicação do procedimento é muito importante para que o mesmo não fique desconfortável durante e após a colocação da sonda. No último cateterismo vesical que realizei, o paciente não se sentiu bem com a colocação do cateter, ele ficou bastante ansioso e decidi, juntamente com o médico, a retirar o cateter de Foley.

Após a orientação do paciente, devemos fazer a higienização e assepsia da região perianal e genital do paciente a fim de evitar ao máximo a possibilidade de ocorrerem infecções.

A paramentação básica para este procedimento consiste em luva estéril.

O paciente masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal, com os membros inferiores afastados. Já a feminina, deve estar em posição de litotomia, em decúbito dorsal, as pernas afastadas, os joelhos fletidos e os pés apoiados sobre a cama.

É importante sempre quando se tratar de uma sonda de Foley se testar o cuff antes da inserção do cateter para evitar que, após a colocação do mesmo, um balonete defeituoso faça com que o cateter saia do paciente.

Sempre devemos ter duas seringas de 20 ml, uma para a locação do anestésico no canal da uretra e outra com água destilada para a insuflação do cuff.

Após a assepsia da região perianal e genital com clorexidina, devemos fazer a introdução do anestésico local no canal da uretra e logo após, fazer a inserção do cateter.

No homem, o cateter deve ser colocado até a junção em Y para se evitar que o cuff ainda permaneça na uretra e, ao insuflá-lo, provoque um trauma de uretra. Na mulher, podemos colocar 3 a 4 cm a mais após a urina começar a fluir para a bolsa coletora.

Após a sonda inserida, ela deve ser conectada à bolsa coletora, que deve conter a data e horário do procedimento, o nome da pessoa que realizou o procedimento, o tamanho e tipo do cateter utilizado e a quantidade de água destilada colocada dentro do cuff.

O cateter deve ser fixado na coxa do paciente, e a bolsa coletora deve ser fixada na lateral da cama, em um nível abaixo do paciente.

A escolha do tipo de cateter depende de fatores como o calibre da uretra, finalidade do procedimento, tempo de uso, doenças urológicas associadas, etc.

Os calibres mais comuns são o 16 a 18 french.

A higiene perineal com água e sabão, incluindo a junção cateter/meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia e após evacuações reduz a incidência de infecções urinárias.

A diferença do cateter de alívio para o de demora é que o de alívio não possui cuff e não necessita de bolsa coletora, mantem-se esse cateter somente enquanto houver drenagem de urina.

O cateterismo de alívio deve ser realizado com uma frequência suficiente para evitar a distensão vesical, além de 300 a 350 ml de urina. Este procedimento tem resultado em taxas mais baixas de bacteriúria.

### **2.2.3.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

Este procedimento que realizei foi acompanhado da supervisão do enfermeiro responsável, o mesmo ficou me orientando durante todo o processo.

Houve alguns momentos em que o procedimento que o enfermeiro me instruía fazer divergia da técnica que eu tinha estudado em casa, daí abríamos uma discussão sobre o assunto, enriquecendo o meu aprendizado e fazendo com que eu encarasse com um olhar mais crítico para que eu possa me adaptar e fazer uma maneira na qual fique melhor para mim e ao mesmo tempo fique uma técnica correta.

Vi que o profissional pode adaptar a técnica para que ela fique de uma maneira na qual o mesmo consiga realiza-la da melhor maneira possível.

Um ponto divergente foi a necessidade de injeção de lidocaína na uretra feminina. Segundo uma técnica estudada por mim, pode ser utilizada uma quantidade aproximada de 4 ml de lidocaína em gel para facilitar a passagem do tubo e proporcionar um maior conforto para a paciente, porém, segundo o enfermeiro, devido a uretra feminina ser menor do que a do homem, não há a necessidade da colocação do anestésico dentro do canal da uretra e somente um envolvimento da substância sobre o tubo já seria o necessário, conforme eu havia estudado em outras literaturas também.

Um ponto que me marcou foi o fato de eu esquecer de identificar a bolsa coletora com as informações necessárias. O enfermeiro me mostrou esta falha e eu me atentei ao fato de ter efetuado todo o procedimento sem nenhuma dificuldade e no final esquecer essa identificação.

Quando se erra uma coisa tão óbvia, abre uma reflexão em minha cabeça e me faz com que eu preste mais atenção na realização dos procedimentos para que eu os realize sem cometer nenhum erro.

## 2.2.4 SONDA NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL

### 2.2.4.1 CASO CLÍNICO

#S: Resumo do Caso: paciente, feminina, 18 anos, vem trazida pelo SAMU procedente da residência com quadro de surto psicótico. Relatado pelo técnico do SAMU que a paciente ingeriu um copo cheio de comprimidos e desinfetante. Segundo relatos da paciente entre os medicamentos tinham sulfato ferroso e paracetamol, foram ingeridos em torno de 6 cartelas. A mesma faz acompanhamento na psiquiatria e nega alergias, uso de medicamentos e comorbidades. Deu entrada com Glasgow 15, consciente, orientada, pupilas isocóricas, fotorreagentes, sem déficits motores aparentes, eupneica em ar ambiente, normotensa, normocárdica, afebril e com diurese espontânea. Foi realizada lavagem gástrica com carvão ativado.

#O: REG, LOTE, colaborativa, hidratada, corada, anictérica, acianótica, afebril, normocárdica, eupneica em ar ambiente, em uso de sonda nasogástrica com secreção de aspecto escuro.

Sinais vitais: T 36,3 °C, FC: 71 bpm, FR: 18 irpm, PA: 86/47, O2: 95% em ar ambiente.

AR: tórax atípico, murmúrio vesicular preservado sem ruídos adventícios.

AC: Bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar <2s. Pulsos cheios.

ABD: plano, flácido, ruído hidroaéreos preservados, timpânico, indolor palpação superficial, doloroso universalmente à palpação profunda e mais acentuada em região epigástrica, sem sinais de peritonismo.

Membros: extremidades livres e sem edemas.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes, reflexo fotomotor direto e consensual preservados, força e sensibilidade preservadas.

### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Surto psicótico?

### #CONDUTA



Monitoramento

Sinais vitais

Suporte clínico

Aguardo internação na clínica psiquiátrica

#### **2.2.4.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA**

Existem dois tipos diferentes de sonda, uma de PVC siliconado conhecida como Sonda de Levin, utilizada como nasogástrica e outra conhecida como Sonda de Dobhoff, utilizada como nasoenteral de jejunostomia.

As principais indicações dessas sondas são para propiciar alimentação gástrica ou enteral em pacientes com alterações de deglutição ou neurológicas, administrar medicamentos por via oral para tratamento ou diagnóstico, obter amostras de secreções para testes diagnósticos, remover substâncias tóxicas (lavagem) e promover decompressão gástrica.

Elas são contraindicadas se o paciente tiver estenose esofágica, varizes esofágicas, diátese hemorrágica e fratura de base de crânio ou facial.

Em termos mais simplificados, o principal objetivo dessas sondas é a infusão ou esvaziamento de soluções no trato gastrointestinal.

As principais complicações ligadas ao uso dessas sondas é a criação de falso trajeto na mucosa nasofaríngea, perfuração esofágica, intubação broncopulmonar, pneumotórax, hidrotórax, empiema e pneumonia.

Para se colocar essa sonda é importante sempre explicar antecipadamente ao paciente sobre o procedimento que será realizado, a passagem da mesma provoca bastante desconforto para ele, e a sua ajuda facilita bastante durante sua colocação.

Como paramentação somente as luvas de procedimento são necessárias. Devemos posicionar o paciente sentado ou na posição de Fowler. Antes de fazer a inserção da sonda é importante verificar a integridade das fossas nasais, uma fossa bastante edemaciada inviabiliza o procedimento por exemplo.

A sonda deve ser medida a quantidade do material que vai entrar dentro do paciente. Essa medição é realizada através da distância entre a ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste

ponto até o apêndice xifoide, acrescentando em torno de 2 cm nas nasogástricas e cerca de 20 cm nas nasoenterais. Essa distância deve ser marcada com uma fita.

A ponta da sonda deve ser lubrificada com anestésico em gel tópico para diminuir um pouco da dor durante a passagem.

A sonda deve ser introduzida levemente em uma das narinas sem fazer muita força. Pode-se fletir a cabeça do paciente quando a sonda ultrapassar a parede nasofaríngea. Solicitar que o paciente faça movimentos de deglutição enquanto a sonda é introduzida facilita com que a mesma atinja a marca estipulada.

Após a passagem, deve-se verificar o seu posicionamento por meio da aspiração do suco gástrico ou da introdução de ar em bolus e auscultar simultaneamente com um estetoscópio os ruídos hidroaéreos logo abaixo do apêndice xifoide.

A fixação deve ser realizada com esparadrapo ou fita micropore para evitar deslocamentos, garantindo posicionamento e atentando para não pressionar a sonda contra as narinas, o que pode provocar ulceração ou necrose.

A nasoenteral possui um fio guia que ajuda na passagem dessa sonda por ela ser mais comprida que a nasogástrica, o mesmo deve ser retirado logo após a realização do procedimento. Nesta sonda também, devemos encaminhar o paciente para controle radiológico após duas horas da sondagem, e só devemos liberar sua utilização após o resultado da radiografia vier confirmando que a mesma se encontra no trato gastrointestinal.

A sonda de Levin deve ser utilizada sobretudo para esvaziamento e lavagem gástrica. Quando a finalidade for alimentação a sonda enteral deve ser preferida porque ela pode ser utilizada por mais tempo, normalmente entre 3 e 4 semanas.

Durante a administração da dieta a cabeceira deve ser mantida a 30°. As sondas devem ser irrigadas com 20 a 30 ml de água filtrada antes e após cada alimentação intermitente ou administração de medicamentos, e a cada 4 a 6 horas quando for infusão contínua.

Para realizar a desobstrução da sonda podemos utilizar água morna, refrigerante a base de cola, vitamina C ou bicarbonato de sódio em pequenas quantidades.

### **2.2.4.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

A paciente foi admitida após fazer a ingesta de uma grande quantidade de medicamentos

em casa. O médico plantonista decidiu que devido o tempo decorrido entre a ingestão e a admissão da mesma a lavagem estomacal poderia ser realizada. Entrando como uma das indicações da mesma que é a remoção de substâncias tóxicas.

Tive um pouco de dificuldade em realizar este procedimento. Como a paciente não estava se apresentando muito colaborativa, a passagem da mesma não foi realizada com muita facilidade. A mesma encontrava resistência e quando eu verificava, ela se encontrava dentro da boca da paciente.

Então a enfermeira me ajudou com uma dica bem relevante. Pegamos um copo de água, falamos para a paciente que era um medicamento, e quando a mesma fazia a ingestão da água aproveitei e fui empurrando a sonda bem levemente. Ao final da passagem, a mesma já estava refluido o suco gástrico, e a verificação através da ingestão em bolus de ar nem precisou ser realizada.

## 2.3 CORONAVÍRUS

### 2.3.1 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA

No decorrer do nosso módulo em Urgência e Emergência nos deparamos com o atual surto de Coronavírus (SARS-CoV-2) causador da COVID-19. Desde o surgimento desta doença houve muita preocupação sobre sua velocidade de infecção sobre as pessoas em todas as regiões do mundo, impactando variavelmente em cada nação acometida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no início do mês de março os casos confirmados já passavam de 200 mil em todos os países. Até então, não havia planejamento estratégico já confeccionado para ser colocado em prática para combater essa pandemia que nos pegou de surpresa.

Devido a semelhança clínica entre a COVID-19 e os vários outros vírus respiratórios que circulam atualmente em nosso meio, o Ministério da Saúde sugeriu o seguimento dos planos estabelecidos para o enfrentamento do vírus da influenza, assim como o manejo clínico específico para pacientes com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), tendo manejos diferentes de acordo com a gravidade clínica de cada paciente.

Sabemos que a letalidade desse vírus é afetada por diferentes fatores, sendo o desconhecimento sobre a doença um dos mais importantes. Também podemos destacar que a capacidade diagnóstica e a superlotação hospitalar são um dos problemas que mais nos assombra neste cenário atual.

Indicadores mais recentes mostram que a COVID-19 é uma doença altamente transmissível e de alta gravidade. Embora existam discrepâncias no tamanho da gravidade desta doença, essa pandemia pode ser comparada com várias outras pandemias ocorridas na história.

A COVID-19 mostra-se como uma enfermidade de alta transmissibilidade e gravidade clínica, de acordo temos visto através de sua letalidade em países como Estados Unidos, Espanha e Itália.

Um problema que temos que evitar ao máximo é o adoecimento dos profissionais da linha de frente do combate ao coronavírus, principalmente os profissionais de saúde. O Grupo Itália para Medicina de Evidência (Italy Group for Evidence Medicine) reportou que 8,3% do total de casos da Covid-19 registrados na Itália ocorreram em profissionais de saúde, o dobro

do reportado na China (3,8%). Para diminuir ao máximo essa incidência entre os profissionais de saúde é importante que todos usem corretamente o equipamento de proteção individual (EPI). Porém, o déficit de disponibilidade destes equipamentos nos serviços de saúde, além do grande número de casos confirmados dificulta bastante para que os profissionais de saúde estejam protegidos quando estiverem prestando os cuidados necessários aos seus pacientes. Quanto mais pessoas procuram os serviços de saúde, mais aumenta a demanda por esse material.

Para tentar diminuir esse problema o Ministério da Saúde autorizou o uso da Telemedicina entre os médicos do Brasil. Outros países criaram unidades para a avaliação clínica dos pacientes de média e baixa gravidade, tendo a possibilidade de concentrar um maior número de investimentos em equipamentos e a liberação dos fluxos dos pacientes de outras áreas para unidades de maior complexidade, de acordo a gravidade dos casos. Em Foz do Iguaçu, o Hospital Municipal está se mobilizando para conseguir o maior número de leitos possíveis para disponibilizar para os pacientes contraídos com a COVID-19. As alas da clínica cirúrgica, psiquiatria e da dengue por exemplo, foram remanejadas para outras unidades de saúde da cidade. Os pacientes da clínica psiquiátrica foram realocados para o Hospital Cataratas, enquanto que os pacientes diagnosticados com dengue tipo C e D estão sendo manejados nas Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Além disso, todas as atividades eletivas foram canceladas temporariamente.

Foram criadas várias alas de atendimento. Atualmente estamos contando com equipes que trabalham no plantão de atendimento telefônico, na porta de entrada do atendimento conhecida como Triagem COVID-19, uma Unidade de Observação denominada PA Respiratório SRAG, uma Enfermaria COVID-19 e uma UTI COVID-19.

Apesar de todos os esforços, é importante considerarmos a heterogeneidade desta doença em todas as regiões do mundo. A COVID-19 varia bastante de acordo as ações estabelecidas, as rotinas dos diferentes locais, a disponibilidade de recursos e estrutura dos serviços de vigilância epidemiológica e de saúde, e também questões políticas e religiosas não podem ser deixadas de lado.

A COVID-19 é um vírus respiratório diferente de todos os outros que circulam em nosso meio, seu comportamento ainda não foi bem esclarecido, o seguimento de ações nos contextos epidemiológico, social e político de outras nações pode nos levar a resultados bastante diferentes dos encontrados em outros lugares. Portanto devemos nos concentrar em traçarmos uma linha de enfrentamento que contemple a nossa realidade, definindo ações que possam ser realmente efetuadas dentro dos recursos que nos são disponibilizados.

Estamos passando por um período muito dinâmico de informações. Os estudos e protocolos estão sendo atualizados a todo momento a fim de melhorar ao máximo as ações prestadas. Novos medicamentos e vacinas podem aparecer a qualquer momento. Minha análise em torno desse assunto pode ser modificada toda vez que sair novas informações.

Assim, fico extremamente empolgado em poder participar ativamente no enfrentamento a este vírus. Como todos, também tenho medo de estar exposto e na linha de frente de trabalho, mas com muita cautela e cuidado, sei que daqui alguns meses estaremos comemorando o resultado positivo que vamos conseguir alcançar ao longo desse árduo período que está por vir.

### **2.3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO SOBRE O CASO CLÍNICO**

**DIA (25/03/2020)**

#### **Admissão no PA Respiratório Não COVID-19**

**#1º DIH**

**Diagnósticos Principais:**

**P1- Síndrome Febril A/E**

**Diagnósticos Secundários:**

**P2- DM tipo II (Em uso de metformina 850 mg 2x/dia e Insulina NPH)**

**#S:**

**Identificação:** José Antônio de Souza.

**QP:** Febre.

**HDA:** Paciente veio direcionado da UPA com relato de 1 episódio de febre há 4 dias associado a perda do apetite, o mesmo trouxe em mãos uma radiografia com possível diagnóstico de pneumonia. Nega outras queixas. Nega queixas no momento.

**HPP:** DM tipo II. Em tratamento com metformina 850 mg 2x/dia e Insulina NPH.

**#O:**

**Geral:** BEG, LOTE, corado, hidratado, acianótico, afebril ao toque, anictérico, eupneico, eucárdico.

**AR:** MVUA sem RA.

**AC:** RCR2T BNF.

**ABD:** Sem alteração.

**# Avaliação:**

Pneumonia?

**#Plano:**

Solicito novo raio x de tórax

### **ORIENTAÇÕES DE ALTA HOSPITALAR**

**Diagnósticos:**

Astenia/Inapetência

**Comorbidades:**

DM II

HAS

**Resumo do Caso:**

Paciente relata 1 episódio de febre há 4 dias, perda do apetite. Nega outras queixas. Nega queixas no momento.

**Medicamentos prescritos para uso pós alta:**

Omeprazol 20mg, 15 cp, 1 cp pela manhã.

Hidróxido de alumínio 6%, 1 frasco, tomar 10ml 8/8hrs.

**Encaminhamentos fornecidos:**

Para acompanhamento em Unidade Básica de Saúde.

**Avaliação**

Paciente nega queixas respiratórias, refere inapetência/astenia, apresenta HGT 342.

RX tórax sem achados de valor.

### **Orientações:**

Oriento paciente também a fazer uso correto das medicações prescritas em receituário. Isolamento domiciliar.

## **DISCUSSÃO SOBRE O PRIMEIRO ATENDIMENTO**

Percebe-se através das informações colhidas em prontuário eletrônico que ocorreram várias falhas neste primeiro atendimento.

Inicialmente, a anamnese se mostra bastante pobre em informações importantíssimas para o correto manejo do paciente. Na identificação do paciente o único dado que temos é o nome do paciente. Segundo o Porto (2014) a identificação é o perfil sociodemográfico do paciente que permite a interpretação de dados individuais e coletivos do mesmo, sendo estes fundamentais, e além do interesse clínico, também dos pontos de vista pericial, sanitário e médico-trabalhista, esses são dados de grande relevância para o médico.

Além disso, ainda faltaram muitos dados importantes na história da doença atual. O profissional que o atendeu poderia ter explorado mais a queixa febril do paciente. Também não existe nenhuma informação sobre o histórico familiar e social do paciente.

A maior falha ocorrida na anamnese é o fato de não constar nenhuma informação que possa ter encaixado o paciente como caso suspeito de COVID-19. Para o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2020) na época que o paciente deu entrada nos serviços de saúde existiam 4 tipos específicos de suspeitos para a COVID-19, estes eram pessoas que tinham realizado uma viagem internacional ou para as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte ou Distrito Federal nos últimos 14 dias e que tinham apresentado febre acima de 37,8 °C e sintomas respiratórios, também pessoas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado de coronavírus ou que trabalham na linha de frente ao enfrentamento nas áreas da saúde ou da segurança pública e que apresentaram febre acima de 37,8°C ou algum dos sintomas respiratórios como tosse, falta de ar, coriza, dor de garganta, entre outros.

O exame físico do paciente também mostra um grande déficit. O que foi registrado no prontuário não contempla nem o básico necessário para uma boa propedêutica, acarretando em dificuldade de interpretação dos resultados dos exames solicitados e hipóteses diagnósticas



falhas.

De acordo o relatório de alta confeccionado pelo profissional de saúde e interpretando a prescrição, acredito que o paciente foi manejado como uma possível queixa gastrointestinal. Diagnóstico bastante diferente do que vamos discutir mais adiante.

A única conduta correta que consegui encontrar neste primeiro manejo foi a orientação de isolamento domiciliar.

### **DIA (27/03/2020)**

#### **Admissão no PA Respiratório Não COVID-19**

**#1° DIH**

**Diagnósticos Principais:**

**P1- Dispneia A/E**

**P2- Pneumonia Comunitária?**

**Diagnósticos Secundários:**

**P3- DM tipo II (Em uso de metformina 850 mg 2x/dia e Insulina NPH)**

**#S:**

**Identificação:** José Antônio de Souza. Trabalha como vendedor.

**QP:** Febre, tosse, inapetência e cansaço aos pequenos esforços.

**HDA:** Paciente veio ao PA Respiratório dia 25/03, refere tosse, inapetência e cansaço aos pequenos esforços há 6 dias, apresentou febre não aferida, relata inchaço no MID há muito tempo, nega febre, nega alergia medicamentosa, nega sintomas urinários e nega perda de peso. Refere que há 2 meses foi a São Paulo.

**HPP:** DM tipo II. Em tratamento com metformina 850 mg 2x/dia e Insulina NPH.

**#O:**

**Geral:** REG, LOTE, dispneico, saturação de 90%, normotenso e normocorado, hemodinamicamente estável, Glasgow 15.

**AR:** MV+ SRA.

**AC:** RCR 2T SS, taquicárdico.

**ABD:** SP.

**SSVV:** PA 133x85 mmHg / FR 20 iRPM / FC 100 bpm / O2 90% / T 36,6°C.

**Radiografia do dia 25/03:** Apresentando condensação à esquerda, e infiltrado peri-hilar à direita.

**# Avaliação:**

Pneumonia?

**#Plano:**

Solicito raio x de tórax + exames de laboratório

Prescrevo hidratação venosa + complexo B EV agora, correr em 2 horas + dieta leve e sintomáticos

O2 cateter nasal 2L/min e avaliar saturação após

Reavaliação após

## **DISCUSSÃO SOBRE O SEGUNDO ATENDIMENTO**

O paciente tornou procurar atendimento nos serviços de saúde 2 dias após ganhar alta no mesmo estabelecimento. Neste segundo atendimento vemos que o profissional se atentou em realizar uma anamnese mais detalhada, mas com muitas informações negligenciadas ainda.

Vemos que meio que misteriosamente apareceram sintomas que o paciente relatou que já haviam há muito tempo como o inchaço no membro inferior direito. Esse tipo de informação é muito importante para o profissional de saúde porque ele proporciona vincular a queixa de dispneia com uma insuficiência cardíaca.

Uma falha grave em cima da anamnese e também da confecção da hipótese diagnóstica é o fato de não constar se o paciente teve contato com caso suspeito ou confirmado de coronavírus. Neste novo atendimento já apareceu o relato de viagem para áreas de grande infecção pelo vírus, e como o paciente tinha apresentado febre e dispneia, seu diagnóstico já podia ser interrogado de coronavírus.

Um ponto forte nesse atendimento foi o fato do profissional que o atendeu deixá-lo em observação e fazer o pedido para a realização de exames mais detalhados antes de liberá-lo para casa.

EM TEMPO:

O profissional foi chamado pelo plantão da enfermagem com relato de descompensação do quadro respiratório. Paciente apresentou piora do padrão respiratório associado a dessaturação (86%) após deambular até o banheiro. Ao exame estava ansiosa, dispneico, hidratado, corado, anictérico e acianótico.

**ACV:** RCR 2T BNF SS.

**AR:** MVUA com estertoração bibasal.

**Conduta:** Solicito SVD para quantificar diurese, interrompo soroterapia, oriento posição sentado no leito, início O2 em venturi, faço furosemida e morfina. Mantenho paciente em observação.

EM TEMPO:

Paciente evolui com agitação devido ao uso da sonda vesical de demora, inclusive ameaçando retirar a mesma.

**Conduta:** Retiro Sonda vesical de demora pelo risco de trauma de uretra. Peço verificação e anotação da urina sem SVD.

Este foi o meu primeiro contato com este paciente. Neste dia eu estava escalado para o PA não COVID-19.

Ao chegar neste plantão me deparei com o paciente ansioso e bastante dispneico no leito. Logo iniciei uma conversa com o mesmo para tentar entender o seu caso clínico. O mesmo me falou sobre as suas viagens e que viajava com frequência para a cidade de São Paulo.

Ao examiná-lo percebi que o mesmo tinha bastante alteração em sua ausculta pulmonar. A presença de estertores bolhosos me ascendeu a hipótese de que o paciente poderia estar apresentando um edema agudo de pulmão por causa cardiogênica.

Em conversa com a plantonista, sugeri que poderíamos iniciar um diurético e fazer o cateterismo vesical para quantificarmos a diurese do paciente. Também, afim de proporcionar um maior conforto respiratório, sugeri que poderíamos iniciar com a morfina e avaliarmos o seu quadro após o efeito dos medicamentos.

Infelizmente, neste momento eu ainda não tinha uma senha no sistema TASY para poder realizar minhas próprias evoluções, então não pude contribuir para realizar uma coleta de informações mais completa possível e poder registrar o meu exame físico por completo.

Ao final do plantão, o paciente evolui com bastante agitação e estava muito incomodado com a presença da sonda vesical. O médico de plantão decidiu retirá-la e continuar fazendo o controle de diurese através do papagaio deixado no quarto.

#### **DIA (28/03/2020)**

No segundo dia de internação o paciente permanecia com diagnóstico de pneumonia comunitária. Durante conversa com algum profissional médico o mesmo referiu que fazia uso de anlodipino 5 mg/dia. Informações sobre os medicamentos em uso devem ser coletadas em sua integralidade de preferência no momento da admissão do paciente.

A nova radiografia de tórax apresentou piora das consolidações difusas, foi iniciado ceftriaxona como esquema antibiótico, solicitado vaga na Clínica Médica e avaliação da nefrologia devido função renal alterada. Até então o paciente apresentava-se com melhora da dispneia, porém saturando 86% e taquicárdico. Foi solicitado para mesmo a utilização da máscara de venturi 50%, subindo sua saturação para 96%.

Os exames laboratoriais demonstraram um hemograma com anemia de 2 pontos em Hb, uma leucocitose de 14.520 e uma função renal bastante alterada com ureia de 150 e creatinina de 4,2. Foi iniciado reposição de Sulfato ferroso via oral e solicitado vaga na Clínica Médica.

A avaliação da Nefrologia solicitou USG de vias urinárias e solicitou exames nefrológicos. O paciente não autorizou a contabilização de diurese nem uso de MV.

Ao final desse dia o paciente apresentou-se hipertenso, foi corrigido com clonidina. Também um HGT de 224 que foi corrigido com 4 unidades de insulina. Com uma saturação de 90%, o oxigênio na máscara de venturi subiu de 3 para 12 litros, com melhora da saturação para 96%.

Ao final deste dia foi solicitado uma tomografia de tórax e o paciente tinha sido aceito na clínica médica após estabilização do quadro.

#### **DIA (29/03/2020)**

Neste dia saiu o laudo da tomografia realizada no dia 28/03/2020 às 22:20 demonstrando

padrão de vidro fosco difusamente e bilateral.

O padrão em vidro fosco não é patognômico de coronavírus, este é um padrão visto frequentemente em tomografias e se caracteriza pela intensificação do coeficiente de atenuação pulmonar sem que ocorra o apagamento das marcas broncovasculares. O corresponder pelo comprometimento intersticial ou alveolar, agudo ou crônico, de enfermidades inflamatórias, infecciosas ou tumorais dos pulmões. Este achado é bastante inespecífico e por isso deve-se associa-lo com outros achados radiológicos, anatomopatológicos e clínicos para se chegar ao diagnóstico correto de uma doença (SANTOS, 2002).

O paciente foi encaminhado para o PA Respiratório COVID, continuando o esquema antibiótico de ceftriaxona e adicionado azitromicina por suspeita de pneumonia comunitária. Exames laboratoriais evidenciaram função renal alterada. Foi iniciado Oseltamivir, solicitado o rastreio para COVID-19, tuberculose e sorologia para HIV.

Persistindo o quadro de dispneia e referindo quadro de pressão no peito, o paciente evoluiu durante a admissão com necessidade de intubação orotraqueal sistema fechado de aspiração no modo A/C, FiO<sub>2</sub> de 100%, PEEP de 10, frequência respiratória de 18 e noradrenalina 6 mL/h. Também foi realizado o procedimento de acesso venoso central em veia subclávia direita. Após a estabilização o mesmo apresentou normalização do padrão respiratório. Somente neste momento o paciente foi notificado como caso suspeito de COVID-19.

O paciente foi transferido para a UTI COVID aguardando o resultado do exame de COVID-19 e a avaliação da nefrologia devido o quadro de doença renal crônica agudizada. O USG de vias urinárias era sugestivo de nefropatia parenquimatosa crônica. Neste momento ele estava se apresentando afebril nas últimas 24 horas e sedado com RASS -5.

A sorologia para anti-HCV, VDRL e HBsAg vieram não reagentes, descartando estas possíveis patologias como comorbidades.

Neste dia o paciente também estava apresentando uma acidose mista, sendo efetuado como tentativa de correção do pH a otimização do padrão respiratório no ventilador e solicitado nova gasometria para acompanhamento.

O ponto chave deste dia foi a introdução da hidroxiquina na prescrição dos medicamentos utilizados pelo paciente.

“A Hidroxiquina é um imunomodulador implicado na inibição da ativação lisossômica de células dendríticas apresentadoras de antígenos e supressão da ligação de receptores TLR, atenuando secreção IL-1, IFN-1 e TNF. Esta primeira ação

diminuiria a secreção excessiva de citocinas, retardando a superativação imune desencadeada pela doença. Além deste papel na modulação imune, ela também inibe a ligação ao receptor e a fusão da membrana, duas etapas principais que são necessárias para a entrada de células pelos coronavírus: interferindo na glicosilação da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) (o receptor celular da SARS-CoV) e bloqueando a fusão do vírus com a célula hospedeira. Ademais, elevam significativamente o pH endossomal, interrompendo ação das proteases e ativação do endossoma para endocitose do vírus” (CESPEDES, SOUZA, 2020).

#### **DIA (30/03/2020)**

A nefrologia avaliou o paciente e orientou a introdução de Sorcal pela sonda, iniciar dobutamina e medidas laxativas. A hidratação para o paciente conforme a tolerância e necessidade para euvolemia em alíquotas e observando a função renal. Também foram solicitados exames nefrológicos e reavaliação para ponderando o melhor momento para iniciar uma diálise.

#### **DIA (31/03/2020)**

O paciente apresentou um pico hipertensivo seguido de dessaturação no momento do banho do leito, houve melhora após a manobra de aspiração traqueal.

Uma radiografia de tórax realizada neste dia evidenciou pulmões hipoinflados, consolidações alveolares a esquerda, opacidades alveolares esparsas a direita e seios costofrênicos apagados.

Os resultados da urocultura, VHB, VHC, Sífilis e HIV vieram com resultado negativo.

Também o laudo do ecocardio evidenciou um coração com contratilidade biventricular conservada, com fração de ejeção de 57%.

#### **DIA (01/04/2020)**

Foi modificado o esquema antibiótico substituindo a ceftriaxona por tazocin 4,5g de 12 em 12 horas devido a função renal prejudicada, gravidade clínica do paciente, evoluindo com grumos em diurese e piora radiológica.

O paciente apresentou sangue e coágulos em moderada quantidade na cavidade oral, sendo suspenso a heparina e prescrito transamin, protamina e vitamina K.

#### **DIA (02/04/2020)**

Foi realizado o procedimento de implantação de cateter duplo na IRA (inclui cateter). Foi puncionada a femoral direita, passagem de cateter de hemodiálise por técnica de Seldinger.

As hemoculturas coletadas no dia 27/03/2020 obtiveram resultado negativo para crescimento bacteriano.

#### **DIA (03/04/2020)**

Em avaliação pela nefrologia o paciente evoluiu com piora da função renal, evidenciado pelo ultrassom com alterações, mantendo altos parâmetros na ventilação mecânica em sistema fechado e melhora da diurese. O nefrologista orientou então a realização de hemodiálise para estabilização do paciente. Após o início da hemodiálise o paciente apresentou hipotensão sendo necessário iniciar com noradrenalina.

Um dos pontos mais críticos e desafiantes deste atendimento foi no momento que chegou o resultado do exame para COVID-19. O exame de pesquisa de vírus respiratório (SRAG) realizado pelo Lacen/PR coletado no dia 29/03/2020 demonstrou resultado positivo para o Coronavírus SARS-CoV2.

A partir deste momento, tivemos o primeiro paciente positivado para COVID-19 internado em nossa UTI COVID. Com essa informação, todos os funcionários do setor ficaram apreensivos e com medo de contaminação mesmo sendo tomadas todas as recomendações de contato.

**DIA (04/04/2020)**

Realizado procedimento de hemodiálise sem intercorrências. Foi suspenso a dobutamina, a vitamina K e o Sorcal após discussão com o nefrologista. Foi prescrito heparina não fracionada e nitroprussiato. O nitroprussiato foi suspenso no dia 05/04/2020 após queda muito grande pressão arterial.

**DIA (06/04/2020)**

A estabilização da pressão arterial do paciente estava bastante complexa, foi suspenso a losartana que o paciente fazia uso contínuo e foi orientado a troca pelo nifedipino ou anlodipino. Esta tentativa deveria ter sido executada antes de ter iniciado com o nitroprussiato, esta droga deve ser utilizada somente quando a pressão arterial está muito elevada e o paciente encontra-se em emergência hipertensiva. Talvez devido o quadro bastante grave do paciente, a equipe pode ter entendido que a PA elevada dele estava causando uma lesão de órgão-alvo, justificando o uso de anti-hipertensivo endovenoso.

No final deste dia o paciente recebeu hidralazina endovenosa, evoluindo com hipertensão e sendo necessária a administração de noradrenalina para estabilização da pressão e mantendo-se hipertenso. Foi optado nova coleta de hemoculturas e iniciar antibioticoterapia com linezolida.

**DIA (07/04/2020)**

Realizada transfusão de uma bolsa de concentrado de hemácias. Também foi executado neste dia a passagem de cateter de pressão arterial média em artéria radial esquerda.

Como o paciente ainda estava apresentando insuficiência renal agudizada o nefrologista optou por realizar a quarta sessão de hemodiálise, com infiltrado de 3.500 ml. A quinta sessão



de hemodiálise foi realizada no dia 09/04/2020.

#### **DIA (10/04/2020)**

O paciente evoluiu com bastante piora do quadro clínico, apresentando evidências de um choque séptico. Com esta nova hipótese a equipe solicitou então hemoculturas e escalonou os antibióticos meropenem e teicoplanina para dose full e com orientações para corrigir para função renal após 24 horas.

Neste dia também foi realizada a sexta sessão de hemodiálise e a punção da artéria radial direita para controle de pressão arterial invasiva.

#### **DIA (11/04/2020)**

Este dia foi bastante tenso para manejar a situação clínica do paciente. O mesmo evoluiu com febre persistente, sendo medidas temperaturas próximas de 40,7°C, piora infecciosa e instabilidade hemodinâmica mesmo em uso de drogas vasoativas. Quando cheguei neste plantão, percebi a administração de 100 ml/h de noradrenalina e 12 ml/h de vasopressina para manter a pressão arterial média acima de 65 mmHg. Também fizeram a transfusão de 7 bolsas de plasma fresco.

Foi solicitado que a cirurgia torácica trocasse a cateter de dialise. Foi drenado grande volume de conteúdo gástrico em borra de café via sonda. Também foi realizada a troca do acesso venoso central da veia subclávia e solicitado cultura da ponta do cateter.

Diante do quadro clínico, a equipe entrou em contato telefônico com a familiares do paciente e esclareceram sobre a gravidade do quadro e do prognóstico reservado. Também foi conversado questões relativas sobre que, em caso de óbito, um familiar deveria estar presente para fazer a liberação do corpo.

#### **DIA (12/04/2020)**

Neste dia o paciente evoluiu com alterações cardiovasculares. Apareceu uma frequência cardíaca de 146 bpm, com ritmo de Flutter Atrial. Sendo feita cardioversão elétrica sincronizada de 100 J, com retorno para o ritmo sinusal, mantendo amiodarona em manutenção de 13 ml/h. Mantendo extremidades quentes, tempo de enchimento capilar menor de 2 segundos e lactato normal.

O paciente vinha com febre persistente e após a retirada do cateter de diálise evoluiu com melhora do quadro febril. Com a melhora do quadro febril após a retirada desse cateter, optou-se pela não substituição do cateter venoso central e observar a curva térmica.

#### **DIA (13/04/2020)**

Ocorreu evacuação diarreica em grande quantidade pela manhã após o início da dieta enteral. O paciente ainda estava apresentando uma taquicardia leve mesmo com o uso da amiodarona, demonstrando uma piora da ventilação por possível congestão.

Foi realizada nova transfusão de uma bolsa de concentrado de hemácias e realizado implante de novo cateter de diálise com posterior sétima sessão de hemodiálise.

#### **DIA (14/04/2020)**

O paciente realizou a oitava sessão de hemodiálise e saíram os resultados das hemoculturas realizadas no dia 10/04/2020.

As hemoculturas demonstraram crescimento da bactéria KPC resistente a todos os antibióticos testados. Essa é uma informação que agrava bastante o prognóstico do nosso paciente. A ocorrência de bactérias multirresistentes é bastante comum em ambientes de UTI, e como ele já estava a bastante tempo internado neste leito e fazendo uso de vários tipos de antibióticos diferentes essa infecção recrudescer bastante o agravamento da sua clínica.

Ele já tinha feito os esquemas de antibióticos azitromicina 10 dias, ceftriaxona 6 dias, tazocin 8 dias e linezolida 4 dias. Agora está em uso atual de meropenem e teicoplanina e segundo o resultado das hemoculturas positivas para KPC foram adicionadas a Amicacina e

Polimixina B.

Durante este décimo sétimo dia de internação o paciente encontrava-se sem condições clínicas para realizar uma traqueostomia devido o risco aumentado de sangramentos, sendo orientado que se houver melhora clínica a realização do procedimento seria mais benéfica do que maléfica para o paciente.

Ao final deste dia, o paciente fez uma PCR, ficando em assistolia e sendo reanimado por 15 ciclos de 2 minutos. Após o décimo quinto ciclo o plantonista decidiu cessar os esforços e declarou o óbito do paciente às 22:15 do dia 14/04/2020.

## 2.4 DENGUE

### 2.4.1 CASO CLÍNICO

#S:

IDENTIFICAÇÃO: Paciente, feminina, 64 anos, viúva, aposentada, brasileira, residente em Foz do Iguaçu.

QP: Mal-estar e dor na região do abdome.

HDA: Relata que há 6 dias iniciou com mal-estar geral, dor abdominal e febre (não aferida). Há 5 dias procurou atendimento na UPA Morumbi, foi interrogado o diagnóstico de dengue, coletado exames e liberada para casa com sintomáticos, hidratação oral e retornar se sinais de piora do quadro. Há 1 dia evoluiu com aumento da intensidade da mialgia, dor articular, dor abdominal e enjoo. Voltou à UPA e ficou internada até ser transferida para o Hospital Municipal. Nega diarreia, queixas urinárias, vômitos, sangramento espontâneo, manchas pelo corpo e alergia a medicamentos.

HPP: Informa ser diabética e hipertensa. Não soube informar as medicações.

HF: Pai, mãe, 1 irmão e 3 irmãs com histórico de HAS.

HS: Nega etilismo, tabagismo e uso de substâncias ilícitas.

#O:

Geral: BEG, LOTE, acianótica, corada, hidratada, anictérica, afebril, eupneica em ar ambiente, normocárdica, hipertensa.

AR: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

AC: Bulhas rítmicas, normofonéticas, em dois tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar < 2s. Pulsos cheios.

ABD: Globoso, flácido, hipertimpânico, indolor à palpação superficial e profunda, sem presença de massas e/ou visceromegalias.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes, reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Força e sensibilidade preservadas.

Extremidades: livres, pulsos presentes, sinal da bandeira negativo, edema de MMII +/4+, MIE com diâmetro menor que o MID ("devido cirurgia vascular", SIC).

SSVV: Temperatura 36,3°C / FC 91 bpm / FR 18 irpm / PA 160/100 / O2 97%.

Exames Laboratoriais (08/02, 05:54): Hb 13,90, Ht 41,6%, plaquetas 48.000, Leuco 11640.

#### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Dengue Tipo C

#### #CONDUTA

Sinais vitais

Hidratação

Suporte Clínico

Solicito exames Laboratoriais de admissão

Solicito internação na Ala da Dengue

Solicito USG de Abdome, Rx de Tórax e ECG.

Solicito informação de acompanhantes sobre quais medicamentos ela toma e suas concentrações.

### 2.4.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA

Deve-se suspeitar de dengue quando um paciente tiver febre entre 2 a 7 dias e dois ou mais dos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia.

Ela possui um período de incubação em torno de 14 dias, por isso é importante indagar o paciente se o mesmo foi a áreas epidêmicas durante esse período.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado. Seu período mais perigoso é do terceiro ao sexto dia, normalmente quando diminui a fase febril.

Existem três fases: febril, crítica e de recuperação.

A fase febril normalmente tem duração de 2 a 7 dias, caracterizada por febre alta (acima de 39°C). Episódios de diarreia costumam estar presente.

A fase crítica tem início normalmente após o desaparecimento da febre e vem acompanhada dos sinais de alarme.

Na fase de recuperação ocorre progressiva melhora clínica do paciente. É importante

nos atentar quanto a hiper-hidratação, pode ocorrer bradicardia e alterações no ECG e também podem ocorrer infecções bacterianas nesta fase.

A confirmação do diagnóstico de dengue ocorre através de exames laboratoriais. Os mais utilizados são a sorologia IgM, NS1 (teste rápido), isolamento viral, PCR e imunohistoquímica. O NS1 deve ser realizado idealmente do primeiro ao terceiro dia, seu resultado positivo confirma o diagnóstico, porém se ele der negativo a dengue não pode ser descartada. A partir do quinto dia se aconselha fazer o teste do IgM.

O paciente pode ser classificado em quatro grupos: A, B, C e D.

O grupo A é composto pelos indivíduos que não se encaixam nos grupos B, C e D. Eles possuem acompanhamento ambulatorial e a realização de exames complementares fica a critério do médico. A conduta gira em torno de hidratação, repouso e sintomáticos.

A hidratação para o grupo A deve ser oral. Em adultos deve ser 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e 2/3 com ingestão de líquidos caseiros. Em crianças menores de 13 anos se recomenda utilizar o esquema de Holliday Segar, que é 130 ml/kg/dia para crianças de até 10 quilos, 100 ml para crianças de 10 a 20 quilos e 80 ml para crianças acima de 20 quilos. Pode se utilizar paracetamol ou dipirona para controle da dor e febre. Os pacientes desse grupo devem ser informados para voltar à unidade de saúde se aparecer algum dos sinais de alarme e a manter a hidratação por até 24/48 horas da defervescência da febre. Os pacientes devem retorna à unidade no dia da melhora da febre ou no quinto dia de doença para reavaliação clínica e/ou laboratorial.

O grupo B é composto pelos pacientes que apresentam petéquias ou prova do laço positiva, condições clínicas especiais, risco social e/ou comorbidades.

As condições clínicas especiais e/ou risco social e comorbidades são os pacientes lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com HAS ou outras doenças cardiovasculares graves, DM, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença acidopéptica e doenças autoimunes.

A prova do laço é realizada verificando a PA do paciente, calculando-se o valor médio  $[(PAS + PAD)/2]$ , se insufla novamente o manguito até o valor médio e mantem-se por 5 minutos em adultos (3 em crianças) ou até aparecerem micro petéquias ou equimoses, desenha-se um quadrado de 2,5 x 2,5 cm (ou uma área da falange distal do polegar) no antebraço. A prova do laço é positiva se houver 20 ou mais petéquias dentro do quadrado em adultos e 10 ou mais em crianças.

Os pacientes do grupo B devem permanecer em observação até os resultados dos

exames, em hidratação oral conforme o grupo A e reavaliação clínica. O hemograma completo é obrigatório.

Se o Ht vier normal, deve-se realizar tratamento ambulatorial com reavaliação clínica e laboratorial diária até 48 horas após a queda da febre. Manter hidratação oral e sintomáticos conforme o grupo A. Preencher o cartão de dengue e orientar sobre os sinais de alarme.

Se Ht aumentado ou surgimento de sinais de alarme, deve-se conduzir o paciente como grupo C.

Os pacientes do grupo C são aqueles que apresentam os sinais de alarme. Os sinais de alarme são a dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua, vômitos persistentes, acúmulos de líquidos (ascite, derrame pleural ou pericárdico), hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior que 2 cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, queda abrupta de plaquetas e aumento progressivo do Ht.

Eles devem permanecer em leito de internação até estabilização do quadro, com um mínimo de 48 horas.

Os exames obrigatórios são o hemograma completo, a dosagem de albumina sérica e transaminases. Os recomendados são o rx de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e USG de abdome. Glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAE e ecocardiograma podem ser realizados conforme a necessidade. Os exames específicos para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais par conduta clínica.

A hidratação inicia-se com 10 ml/kg/h de SSF, IV, com reavaliação clínica após 1 hora. Reavalia-se os SSVV, PA e diurese desejável (1 ml/kg/h). Mantem-se hidratação IV 10 ml/kg por mais uma hora, até avaliação do Ht, que deverá ocorrer em até duas horas da reposição volêmica.

Se Ht normal, inicia-se a fase de manutenção da hidratação. Primeira fase de manutenção: 25 ml/kg em 6 h, se houver melhora iniciar a segunda fase. Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com SSF e 2/3 com SG.

Após a segunda fase de manutenção se avalia os critérios de alta. O paciente deve preenche todos os seis critérios a seguir: estabilização hemodinâmica durante 48 h, ausência de febre por 48 h, melhora clínica, Ht normal e estável por 24 h e plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm<sup>3</sup>.

Preenchidos todos os critérios, o paciente é remanejado conforme o grupo B.

Se Ht ainda alterado ou sem melhoras dos sinais hemodinâmicos, deve-se repetir a fase de expansão (por até 3 vezes), manter reavaliação clínica após 1 horas e de Ht em 2 horas (após conclusão de cada etapa) e se ainda não tiver melhora clínica e laboratorial, deve-se conduzir o

paciente para o grupo D.

O grupo D é composto pelos pacientes com dengue grave, apresentando-se com choque, sangramento grave e comprometimento grave de órgãos.

O choque ocorre por extravasamento grave de plasma e o paciente pode apresentar-se hipotenso, taquicárdico, taquipnéico, com diurese  $< 1,5 \text{ ml/kg/h}$ , TEC  $> 2\text{s}$ , extremidades distais frias e pulso fraco e filiforme.

A hipotensão pode ser percebida nos pacientes com PAS  $< 90 \text{ mmHg}$ , PAM  $< 70 \text{ mmHg}$ , queda da PAM maior que 40 ou maior que 2 desvio-padrão e com pressão de pulso menor ou igual a 20.

Os pacientes desse grupo devem ficar em leito de UTI até estabilização do quadro, com um mínimo de 48 horas. Os exames complementares são conforme o grupo C e a hidratação inicia-se com  $20 \text{ ml/kg}$  em até 20 minutos. O paciente desse grupo deve ser tratado até sair do choque e com melhora do quadro clínico e laboratorial, a partir daí ele é remanejado para o grupo C.

### **2.4.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

Inicialmente a paciente apresentava-se no primeiro dia dos sintomas de mal-estar geral, dor abdominal e relato de febre não aferida. Conforme os sintomas relatados, suspeitou-se de quadro de Dengue.

Como a dor abdominal não era intensa e nem contínua e a paciente tinha comorbidades, ela foi classificada como grupo B. Foram coletados exames e a paciente ganhou alta com sintomáticos, orientação sobre hidratação oral conforme o grupo A e retorno se sinais de alarme.

Percebo aí um erro no manejo da paciente. Conforme o protocolo preconiza, a paciente deveria fazer um retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial até 48 horas após a queda da febre e não somente se aparecessem os sinais de alarme ou piora do quadro.

A paciente então evoluiu com aumento da intensidade da mialgia, dor articular, dor abdominal e enjoo e mesma retorno à unidade de saúde.

Esses sintomas não a caracterizam como grupo C, porém o exame laboratorial mostrou uma queda importante das plaquetas, encaixando-a no grupo C com o quesito queda abrupta de plaquetas.



Os pacientes do grupo C em Foz do Iguaçu, devem ser encaminhados para internamento no HMPGL e manejados de acordo sua classificação.

A conduta para a paciente foi realizada corretamente. A hidratação estava sendo obedecida conforme a fase de manutenção. Os exames solicitados contemplavam os obrigatórios e os sugeridos. E a paciente encontrava-se estável até preencher os critérios de alta e seguir com o tratamento conforme o grupo B.

Percebo que com o conhecimento aprendido durante o módulo, consigo fazer corretamente o diagnóstico e o manejo clínico dos pacientes com Dengue. É muito importante para mim, porque estamos em uma área de epidemia e o número de casos de dengue está aumentando cada vez mais. Por outro lado, como tenho conhecimento sobre a forma correta de manejo, consigo perceber como muitos outros profissionais agem incorretamente por desconhecerem os protocolos de assistência. Daí, consigo com muita cautela, após conversa com esses profissionais, intervir em algumas condutas e proporcionar um melhor manejo para esses pacientes.

## 2.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

### 2.5.1 CASO CLÍNICO

#S: paciente trazido pelo SAMU por conta de crise hipertensiva e cervicalgia. Nega história pregressa patológica. Esposa relata que o paciente não realiza tratamento e nem acompanhamento médico. Pressão arterial em tempo de 200/110. Nega alergias.

#O:

Geral: LOTE, BEG, afebril, anictérico, acianótico, hipocorado 2+/4+, Glasgow 15, sudoreico. Apresenta massa palpável protrusa em região torácica à esquerda, sugestiva de lipoma.

AC: ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhar normofonéticas.

AR: murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

ABD: flácido, globoso, sem sinais de peritonite.

MMII: sem sinais de TVP.

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

HAS não tratada?

#CONDUTA

Estabilização

Radiografia

Exames Laboratoriais

### 2.5.2 DISCUSSÃO SOBRE O TEMA

O manejo do paciente com crise hipertensiva é bastante comum nos serviços de atendimento de Urgência e Emergência. É muito importante se ter em mente que tratar números pode causar mais malefícios que benefícios.

Quando a PA estiver muito elevada se deve sempre buscar acometimento agudo de órgãos-alvo devido ao risco iminente de morte. Por isso, sempre devemos indagar o paciente sobre antecedentes de doença coronariana, insuficiência cardíaca, AVC ou doenças renais crônicas.

Mesmo que a PA estiver muito elevada, só devemos utilizar medicamentos parenterais ou sublinguais quando houver lesão aguda de órgãos-alvo. Também é importante não reduzir agudamente/significativamente a PA para se diminuir o risco de isquemia no SNC, hipotensão sintomática e/ou hipoperfusão em órgãos-alvo. O ideal é se reduzir no máximo 20-25% da PAM.

Existe uma classificação do paciente que nos ajuda no momento da conduta. Ela divide o paciente em grupos de: PA muito elevada, urgência hipertensiva e em emergência hipertensiva.

Os pacientes com PA muito elevada são aqueles que não apresentam risco de eventos cardiovasculares em curto prazo maiores do que hipertensos não controlados ambulatoriamente. Normalmente eles apresentam a PA entre 180/120 a 220/130. Neles não há lesão aguda em órgãos-alvo e suas principais queixas são cefaleia, fraqueza, mal-estar, ansiedade e tontura. Deve-se reduzir no máximo 25% da PAM e usar anti-hipertensivos orais para esses pacientes.

Já na urgência hipertensiva, estão os pacientes sem lesão aguda de órgãos-alvo, mas com PA acima de 220/130. Esses pacientes devem ser manejados conforme o grupo dos com PA muito elevada.

Na emergência hipertensiva a PA está elevada e existe uma evidente lesão aguda em órgãos-alvo com risco iminente de morte. Somente para estes pacientes o uso de anti-hipertensivos parenterais é indicado.

As principais lesões agudas em órgãos-alvo são no cérebro durante o AVC, no coração em uma SCA, no pulmão como um EAP, nos rins como uma glomerulonefrite aguda e nos olhos como uma retinopatia.

As lesões começam a aparecer quando a PAM aumenta além da capacidade de autorregulação (+140), provocando hiperfluxo e edema cerebral. É importante saber que pacientes hipertensos crônicos têm maior tolerância.

Pacientes que chegam apresentando dor, condições psiquiátricas como crises de pânico ou ansiedade ou que passaram por ambiente estressante que podem elevar a PA devem receber tratamento sintomático.

Na anamnese é importante se obter a duração e a gravidade da pressão, também pesquisar sobre a presença de lesão de órgãos-alvo, uso de medicações anti-hipertensivas, grau

de aderência ao tratamento, uso de outras substâncias e a presença de sintomas como dor torácica, lombalgia, dispneia, sintomas neurológicos focais, cefaleia, convulsões e alterações do nível de consciência.

No exame físico se deve aferir a PA nos dois braços, deitado e em pé se possível, também verificar pulsos, sinais de insuficiência cardíaca e dissecção de aorta. O exame neurológico também é muito importante para se verificar o nível de consciência e orientação, presença de sinais meníngeos, campo visual, sinais neurológicos focais e exame de fundo de olho.

A utilização de exames complementares fica a critério médico e de acordo a clínica do paciente.

Quando o paciente chegar com a PA muito elevada se pesquisa lesão aguda em órgãos alvo. Se tiver evidência de lesão se deve levar o paciente para a sala de emergência e iniciar com medicamento parenteral de acordo com a etiologia.

Se não tiver evidência de lesão, se pesquisa antecedentes de IC, doença coronariana, AVC ou DRC. Pacientes sem antecedentes devem receber tratamento sintomático e monitorização. Já para pacientes com antecedentes se deve fazer uma avaliação clínica mais detalhada e cuidadosa.

### **2.5.3 DISCUSSÃO SOBRE O CASO**

Esse paciente já se encontrava internado na sala vermelha quando cheguei no plantão. Ao pegar o seu prontuário percebi que a história clínica registrada continha várias falhas e a mesma não nos proporcionava colocar o protocolo em prática, proporcionando somente tratar o paciente quanto a números e deixando-o exposto a um grande número de risco que pudessem vim a ocorrer.

Na ficha do SAMU a PA que estava registrada era de 200/110, colocando nosso paciente no grupo de PA muito elevada e com uma PAM de 140, podendo ser reduzida a no máximo 105.

Em conversa com o paciente tentei procurar o acometimento de órgãos-alvo, os quais não tinham nenhuma evidência de aparecimento.

Verificando a ficha de prescrição vi que estava sendo administrado um diurético e captopril sublingual. A via sublingual não está indicada para pacientes com PA muito alta, o

medicamento deveria ter sido ingerido pela via enteral. Também o diurético normalmente pode ser utilizado como terapia para tentar diminuir a pressão.

O paciente estava mantendo a mesma PA, então começamos a pensar em outras causas para o aumento da pressão. Não conseguimos encontrar nenhuma outra causa que poderia justificar o aumento, então conversei com a médica de plantão para trocarmos o captopril pelo nifedipino via oral.

A partir da mudança do medicamento a PA do paciente caiu para 140/100, com uma redução da PAM em torno de 18,5%. No final desse plantão o paciente já tinha sido encaminhado para a sala de observação amarela e com orientações para controle e acompanhamento via UBS.

### 3 CONCLUSÃO

O Módulo de Urgência e Emergência do SUS é de grande importância para os acadêmicos em formação que aspiram uma boa abordagem aos usuários dos serviços de saúde. Possibilitando aliar a teoria aprendida ao longo do curso com a prática real do campo de trabalho.

Apesar de não termos completado em sua integralidade as atividades propostas no início do módulo, fomos proporcionados a participar da linha de frente ao enfrentamento ao COVID-19. A participação de um acadêmico em formação em uma pandemia proporciona que seu processo de construção de aprendizado seja único, e essa oportunidade deve ser muito valorizada quando estivermos inseridos no mercado de trabalho colocando em prática tudo o que pudemos aprender enquanto estávamos colaborando para salvar o máximo de vidas possíveis.

Concluo este trabalho certo de ter acrescentado conteúdos teóricos e práticos que me acompanharão por toda a minha vida como profissional médico. Buscarei sempre agir com honradez, ética e dedicação, com o intuito de resguardar a integridade física e mental de todos os pacientes que passarem por meus cuidados.

#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, DF, 2020.

**Cecil medicina** / editado por Lee Goldman, Andrew I. Schafer ; tradução Angela Freitas, Cyro Festa Neto, Fábio Fernandes Morato Castro. - 24. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention. **Pandemic preparedness resources** [Internet]. Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention; 2020 [cited 2020 Mar 3]. Available from: Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/pandemic-preparedness-resources.html>

Cespedes, Mateus da Silveira. Souza, José Carlos Rosa Pires de. **SARS-CoV-2: uma revisão para o clínico**. SCIELO, 2020.  
Acessado em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/26/41/35>. Abril, 2020.

David Szpilman & diretoria Sobrasa 2018-22. **Afogamento – Boletim epidemiológico no Brasil 2019**. Sociedade Brasileira de Salvamento Aquático SOBRASA - Publicado on-line em <http://www.sobrasa.org>, Agosto 2019.

Franco, Apoema. Franco, Eugênio. **Intubação de Sequência Rápida: Aprenda como fazer**. Salvador: Sanar, 2019. E-book.

Gusso, Gustavo. Ceratti Lopes, José Mauro. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre : Artmed, 2012. 1v.

**Medicina Interna de Harrison** / Kasper et al.; tradução: Ademar Valadares Fonseca et al. ; revisão técnica: Alessandro Finkelszajn et al. – 19. ed. – Porto Alegre : AMGH, 2017.

**PHTLS Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado**. 8ª ed. Jones & Bartlett Learning, 2017.

Santos, M.L.O. **Padrão em vidro fosco nas doenças pulmonares difusas. Correlação da tomografia computadorizada de alta resolução com a anatomopatologia**. Tese de Doutorado. UFRJ, 2002.

**Semiologia Médica** - Celmo Celeno Porto - 7ª Edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2014.

Velasco, Irineu Tadeu, *et al.* **Medicina de emergência: abordagem prática**. 13. ed., ver., atual. e ampl. – Barueri [SP] : Manole, 2019.

**World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 3]. Available from: Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>