



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

**MEDICINA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

**GUSTAVO DE ANDRADE AMORIM**

Foz do Iguaçu  
2022

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

**GUSTAVO DE ANDRADE AMORIM**

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.

Orientador: Dra. Flavia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu  
2022



GUSTAVO DE ANDRADE AMORIM

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Flavia Julyana Pina Trench  
DOCENTE - UNILA

---

Prof. Dr. Francisney Pinto do Nascimento  
UNILA

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Boff Zarpelon  
UNILA

Foz do Iguaçu, 01 de agosto de 2022.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Gustavo de Andrade Amorim

Curso: Medicina

		Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo	
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso	
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia	
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação	
	<input type="checkbox"/> tese	
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais	
	<input type="checkbox"/> _____	

Título do trabalho acadêmico: INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 01/08/2022

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, 01 de Agosto de 2022.

---

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao meu Pai Helio de Castro Amorim, que deixou saudades.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a minha professora orientadora não só pela constante orientação neste trabalho, mas também por todos os ensinamentos e apoio durante o internato em Urgência e Emergência do SUS.

Aos professores da banca pelas orientações, sugestões, correções que possibilitaram um grande aprendizado e evolução durante a construção desse trabalho de conclusão de curso.

Aos colegas de curso pelo apoio, amizade e compartilhamento de saberes.

Um agradecimento aos pacientes, que apesar do momento de doença, de angústia, de dor, ainda assim me receberam muitas das vezes com um sorriso de canto, para que eu pudesse aprender sobre a moléstia que o atingiam, para que eu pudesse compreender os sinais e sintomas que eles expressavam, e assim contribuíram muito para a minha formação médica.

Gostaria de finalizar a agradecer pelos grandes responsáveis por eu poder estar realizando esse sonho de ser Médico: minha família. Mãe, irmãs e meu grande Pai. Obrigado a vocês, sem vocês nada disso teria sentido. E Pai, embora já tenho dito isso em vida inúmeras vezes, reforço para que fique eternizado nesse trabalho, você sem dúvidas foi e é minha grande inspiração e responsável por hoje eu estar me formando como Médico. Obrigado.

Estudo sem pensamento é trabalho perdido, pensamento sem estudo é perigoso. Aquele que aprende, mas não pensa está perdido. Aquele que pensa, mas não aprende está em grande perigo.”

Confúcio

## **RESUMO**

O presente projeto de trabalho de conclusão de curso retrata um relato de experiência e vivências durante o estágio do Internato em Urgência e Emergência do SUS e tem como objetivo expor as atividades desenvolvidas pelo interno em seus campos de prática, argumentar sobre a Rede de Atenção de Urgência e Emergência do município, apresentar casos clínicos admitidos e evoluídos pelo discente durante suas práticas e também servir como referencial teórico para estudos futuros. O relatório possui uma estrutura dividida em cinco capítulos: 1) Rede de Atenção de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu; 2) Casos Clínicos; 3) Procedimentos invasivos; 4) Diagnóstico situacional; 5) Drogas para Intubação Orotraqueal;

**Palavras-chave: Urgência; Emergência; SUS;**



## **RESUMEN**

El presente proyecto de trabajo de conclusión de curso retrata un relato de experiencia y vivencias durante la pasantía de Urgencia y Emergencia del SUS y tiene como objetivo exponer las actividades desarrolladas por el pasante en sus campos de práctica, argumentar sobre la Red de Atención de Urgencia y Emergencia del municipio , presentar casos clínicos admitidos y evolucionados por el estudiante durante sus prácticas y también para servir como referencia teórica para futuros estudios. El informe tiene una estructura dividida en cinco capítulos: 1) Red de Atención de Urgencias y Emergencias de Foz do Iguaçu; 2) Casos Clínicos; 3) Procedimientos invasivos; 4) Diagnóstico situacional; 5) Medicamentos para la Intubación Orotraqueal

Palabras-llave: Urgencias. Emergencia; SUS.

## **SUMMARY**

The present course conclusion work project portrays an experience report and experiences during the internship of the SUS Urgency and Emergency Internship and aims to expose the activities developed by the intern in their fields of practice, argue about the Care Network of Urgency and Emergency of the municipality, to present clinical cases admitted and evolved by the student during their practices and also to serve as a theoretical reference for future studies. The report has a structure divided into five chapters: 1) Urgent and Emergency Care Network of Foz do Iguaçu; 2) Clinical Cases; 3) Invasive procedures; 4) Situational diagnosis; 5) Drugs for Orotracheal Intubation

Key words: Urgent; Emergency care; SUS;

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
SUS	Sistema Único de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CFM	Conselho Federal de Medicina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
RUE	Rede de Urgência e Emergência
CNE	Comissão Nacional de Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
USP	Universidade de São Paulo
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
MMSS	Membros superiores
TC	Tomografia Computadorizada
DA	Dissecção de aorta
FC	Frequência cardíaca
PA	Pressão arterial
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FR	Frequência respiratória

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1 – 9ª regional em saúde
- Figura 2 – Regionais em saúde do Paraná
- Figura 3 – Distritos Sanitários
- Figura 4 – Bairros de Foz do Iguaçu
- Figura 5 – Evolução Dosagem de CPK
- Figura 6 – Critérios Diagnósticos de Anafilaxia

## SUMÁRIO

<b>1. REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU .....</b>	<b>13</b>
<input type="checkbox"/> Conceitos – Definições De Urgência E Emergência .....	13
<input type="checkbox"/> O Município, Demandas E Serviços.....	13
<input type="checkbox"/> Legislação, Portarias E Normativas – Uma Análise Com Ênfase No Manual Instrutivo E Plano Municipal De Saúde.....	15
<b>2 CASOS CLÍNICOS.....</b>	<b>16</b>
<input type="checkbox"/> Metodologia De Seleção Dos Casos Clínicos.....	16
<input type="checkbox"/> Aspectos Éticos E Legais.....	16
<input type="checkbox"/> Estrutura De Apresentação Do Caso Clínico .....	16
<input type="checkbox"/> A Amostragem .....	18
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 01 – Emergência Cardiovascular.....	19
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 02 – Emergência Respiratória .....	24
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 03 – Emergência Infeciosa .....	29
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 04 – Emergência Neurológica .....	35
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 05 - Emergência Hepática E Gastrointestinal.....	40
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 06 – Emergência Nefrológica .....	46
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 07 – Emergência Metabólica .....	54
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 08 – Emergência Por Trauma .....	57
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 09 – Emergência Dermatológica .....	61
<input type="checkbox"/> Caso Clínico 10 – Emergência Por Causas Externas.....	66
<b>3 PROCEDIMENTOS INVASIVOS .....</b>	<b>70</b>
<input type="checkbox"/> Via aérea invasiva (intubação, máscara laríngea, cricotireoidostomia).....	70
<input type="checkbox"/> Acesso venoso central .....	71
<input type="checkbox"/> Sondas (sondagem nasogástrica, nasoenteral, sondagem vesical, punção venosa periférica, punção arterial) .....	72
<input type="checkbox"/> Drenos .....	72
<input type="checkbox"/> Suturas .....	73
<input type="checkbox"/> Pequenos procedimentos (Lavagem otológica, retirada de corpo estranho ocular, drenagem de abscessos). .....	74
<input type="checkbox"/> Outros procedimentos .....	74
<input type="checkbox"/> Reflexões sobre procedimentos – A teoria e a prática.....	74
<b>4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – AVALIANDO OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL. UPA JOÃO SAMEK E UPA MORUMBI. ....</b>	<b>76</b>
<input type="checkbox"/> As Questões Problemas.....	76
<input type="checkbox"/> As Soluções.....	77
<b>5 DROGAS PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAL MUNICIPAL .....</b>	<b>80</b>

## 1. REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU

- CONCEITOS – DEFINIÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Embora no cotidiano as palavras urgência e emergência sejam utilizadas como sinônimas, elas possuem algumas sutilezas que as distinguem. De acordo com o Dicionário Aurélio a palavra “Urgência” é definida como “qualidade do que é urgente, com necessidade imediata, ou seja, é expressa uma situação em que exige uma necessidade de ação rápida. Já a palavra “Emergência” é definida como o surgimento ou aparecimento de algo de forma repentina e inusitada (MENA, PIACSEK, MOTTA, 2017).

Na literatura médica a emergência é definida como uma situação em que há a necessidade de atenção imediata, casos em que existe perigo à vida do paciente, enquanto a urgência é deixada àqueles que requeriam atenção imediata, mas sem perigo à vida (MENA, PIACSEK, MOTTA, 2017).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 1.451 de 1995 traz a definição de Urgência e Emergência sob a ótica deontológica, e define como Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde **com ou sem** risco **potencial** de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. O conceito de Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em **risco iminente de vida** ou **sofrimento intenso**, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Evidencia-se nesse conceito, que é possível que se configure uma emergência médica sem a presença do perigo à vida, nos casos em que há sofrimento intenso pelo paciente.

- O MUNICÍPIO, DEMANDAS E SERVIÇOS

O município de Foz do Iguaçu, localizado no Oeste Paranaense possui segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 256.088 habitantes e é considerada a sétima cidade mais populosa do estado do Paraná. Através de critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais a nossa cidade integra a Macrorregional Oeste de Saúde do estado, que junto com Itaipulândia, Matelândia, Medianeira,

Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis formam a 9ª regional de Saúde.

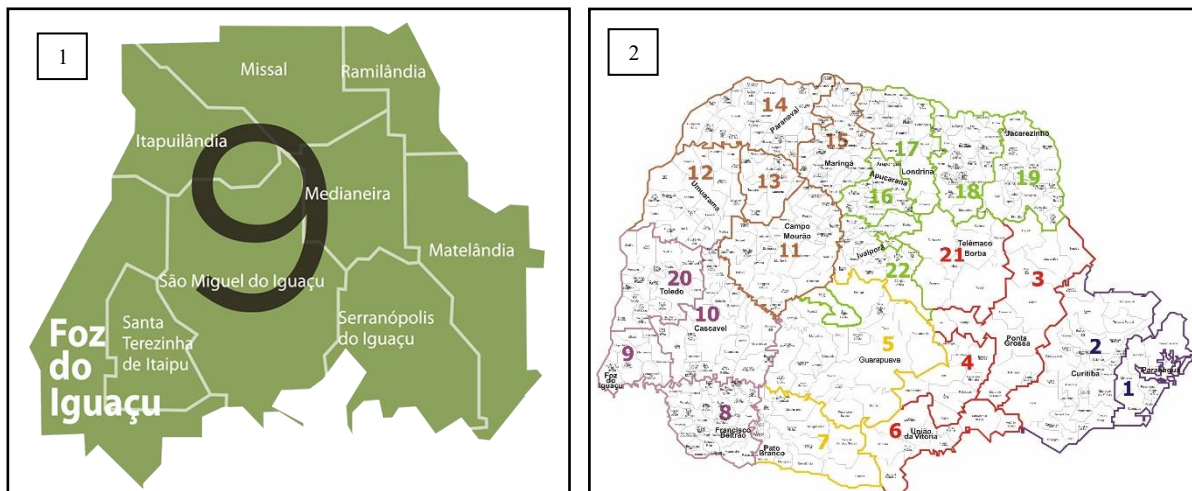


Figura 1 - 9ª Regional em Saúde – Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/3\\_mapas.htm](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/3_mapas.htm)  
Figura 2 – Regionais em Saúde - Disponível em [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/3\\_mapas.htm](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/rs/3_mapas.htm)

Atualmente, a cidade possui alguns serviços de referência para o atendimento da Rede de Urgência e Emergência, dentre eles o Hospital Municipal Padre Germano Lauck que é o hospital público do SUS e é referência para a 9ª Regional de Saúde do Paraná e um dos hospitais de referência da macrorregião de saúde oeste, compreendendo uma demanda de mais de 400 mil moradores, além de turistas e populações pendulares do Paraguai e Argentina.

Possuímos em nosso serviço duas Unidades de Pronto Atendimento, a UPA João Samek e a UPA Dr. Walter Cavalcanti. A UPA Dr. Walter Cavalcanti, também conhecida como a UPA do Morumbi, foi inaugurada no ano de 2017 e recebeu este nome em homenagem a um Médico Pediatra da cidade da década de 70. A UPA João Samek foi inaugurada no ano de 2010, e levou este nome em homenagem a um pioneiro da cidade, se localiza no Jardim das Palmeiras, Rua Içanga, 330

Para o atendimento de emergências obstétricas, cardiológicas, oncológicas a rede se estruturou com algumas particularidades. Para as Emergências Obstétricas (Abortamento, Síndrome de HELLP, Hemorragias,

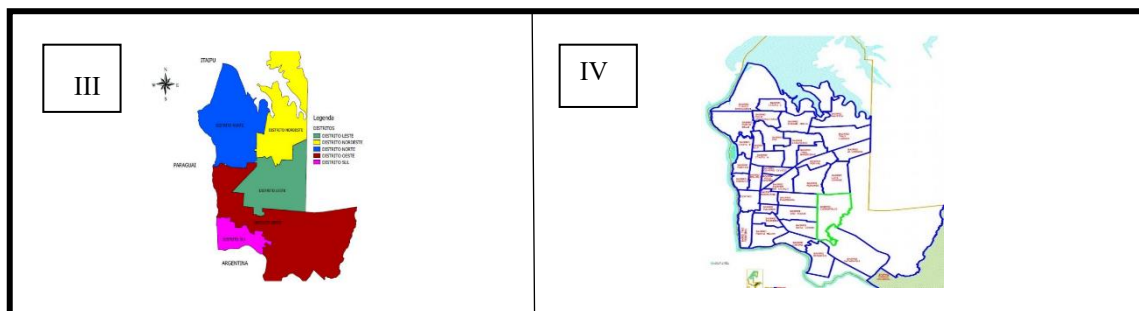
etc.), temos o Centro de Atendimento a Gestante do Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). O HMCC também é referência para o atendimento de emergências oncológicas (Síndrome de lise tumoral, Neutropenia febril, Síndrome de compressão medular, etc.) e cardiovasculares (Síndromes coronarianas, Síndromes aórticas agudas, etc.).

Em relação a rede de hospitais particulares que realizam o atendimento de Urgência e Emergência, contamos com o Hospital Unimed, Hospital Ministro Costa Cavalcanti e Hospital Cataratas.

- **LEGISLAÇÃO, PORTARIAS E NORMATIVAS – UMA ANÁLISE COM ÊNFASE NO MANUAL INSTRUTIVO E PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2013), os componentes da RUE (Rede de Urgência e Emergência) são: a) Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; b) Atenção Básica; c) Serviço de Atendimento Móvel às Urgências; d) Centrais de Regulação Médica de Urgências; e) Sala de Estabilização; f) Unidades de Pronto Atendimento e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; g) Componente da Atenção Hospitalar;

Com o objetivo operacional, e enquanto estratégia de construção dos serviços de saúde do SUS no município, também visando uma implementação eficiente e organizada, a cidade se dividiu através de distritos sanitários, que são unidades territoriais que comportam populações e os serviços e recursos de saúde para atende-las. Em Foz do Iguaçu, possuímos 5 distritos (figura 3): Distrito Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste.



**FIGURA 3 – DISTRITOS SANITÁRIOS** <Disponível em: STRADA, Cinthya de Fátima Oliveira. Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina): uma análise da política. 2018. Dissertação de Mestrado>

**FIGURA 4 – BAIRROS DE FOZ DO IGUAÇU** <Disponível em: <https://www.clickfozdoiguacu.com.br/lei-altera-nomes-de-bairros-de-foz-do-iguacu/>>.

## **2 CASOS CLÍNICOS**

- **METODOLOGIA DE SELEÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS**

Os casos foram selecionados não-aleatoriamente durante todo o estágio do internato, nos três campos de prática: UPA Morumbi, UPA João Samek e Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

No início do internato optei pelo objetivo de selecionar 1 (um) caso clínico de cada uma das seguintes urgências e emergências: emergências cardiovasculares, respiratórias, infecciosas, neurológicas, relacionadas ao trauma, hepáticas e gastrointestinais, nefrológicas, metabólicas, hematológicas e por causas externas.

- **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Durante todo o processo de elaboração desse relatório serão respeitados os aspectos estabelecidos na resolução N<sup>o</sup> 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética (CNE) em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ao Código de Ética do Estudante de Medicina.

- **ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Todos os casos apresentados abaixo apresentarão uma mesma estrutura de descrição, serão compostos pelos seguintes itens:

1. Identificação;
2. Queixa principal;
3. História da doença atual;
4. Exame físico;
5. História patológica pregressa;
6. Medicamentos de uso contínuo e habitual;
7. Hábitos de vida;
8. História Fisiológico, Psicossocial e Familiar;
9. Diagnósticos sindrômico;
10. Diagnósticos diferenciais;



11. Exames complementares;
12. Conduta adotada;
13. Discussão crítica;

O tópico 12 de “Discussão crítica” por sua vez terá algumas particularidades, e abordará os seguintes itens:

- a) **Fundamentação teórica:** Será a parte responsável pela **síntese** das evidências mais atualizadas do diagnóstico, manejo e tratamento da afecção apresentada. Sua construção se dará através da busca em Diretrizes nacionais e internacionais, Protocolos, artigos (com alto nível de evidência – ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises), também será utilizado o livro Medicina de Emergência – Uma Abordagem Prática, da disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- b) **Identificação da etiologia da afecção do paciente** – Aplicar o conteúdo da fundamentação teórica ao caso, identificar a etiologia/causa da doença do paciente.
- c) **Reflexões sobre o diagnóstico** – Neste item abordaremos uma comparação entre os sintomas apresentados pelo paciente dos descritos na literatura. Será um tópico para compreender a variedade de apresentações clínicas de uma doença.
- d) **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**  
– Neste tópico buscaremos entender a racionalidade da solicitação de exames para o caso, sempre realizando uma comparação do que foi utilizado na conduta com o que a fundamentação teórica nos apresentou.
- e) **Tratamento – o realizado versus o preconizado na literatura** – Abordar e descrever o tratamento realizado e comparar com o que é preconizado nas diretrizes e protocolos.
- f) **Prevenção** – Descrever com base em evidências, as principais recomendações de prevenção para a doença apresentada.
- g) **Desfecho do caso** – Relatar a evolução do paciente, se recebeu alta melhorado, ou foi a óbito.
- h) **Referências** – Literatura utilizada para o caso.

- A AMOSTRAGEM

ÁREA DA EMERGÊNCIA	IDENTIFICAÇÃO DO CASO CLÍNICO
Emergência Cardiovascular	Caso 01 – Dissecção de Aorta
Emergência Respiratória	Caso 02 – PAC
Emergência Infecciosa	Caso 03 – Sepsis
Emergência Neurológica	Caso 04 - AVC
Emergência Hepática e Gastrointestinal	Caso 05 – Pancreatite Aguda
Emergência Nefrológica	Caso 06 – Rabdomiólise
Emergência Metabólica	Caso 07- Hipoglicemia
Emergência por Trauma	Caso 08 – Mordedura por animal
Emergência Dermatológica	Caso 09 – Anafilaxia
Emergência por Causas Externas	Caso 10 – Síndrome de Abstinência Alcoólica

- CASO CLÍNICO 01 – EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR

## **IDENTIFICAÇÃO**

L.B.J, 64 anos, sexo masculino, Paraguaio, sem plano de saúde, morador de Ciudad del Este.

## **QUEIXA PRINCIPAL**

“Dor no peito e tosse”

## **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

Paciente idoso vem ao serviço com queixa de dor torácica associada a mialgia, tosse seca, cervicalgia, insônia e inapetência. Residente no Paraguay, apenas buscou o atendimento após 15 dias do início dos sintomas. Nega irradiação da dor, nega síncope. Admitido no serviço em sala amarela para observação e investigação. No dia seguinte da admissão realizou tomografia de tórax evidenciado alterações. É evidenciado aneurisma de aorta torácica e dissecação da aorta torácica com início de arco aórtico, progredindo até às porções visualizáveis da aorta abdominal. Paciente estava na sala amarela e foi prontamente transferido para sala vermelha. Seguindo o protocolo de atendimento às emergências cardiovasculares, foi solicitado vaga no HMCC com prioridade.

## **EXAME FÍSICO**

Alterações:

Pressão sistólica em MMSS direito: 140/80 / Pressão sistólica em MMSS esquerdo: 160/80. Pulso radial e braquial direito filiforme e irregulares.

## **HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA**

Paciente com Mieloma múltiplo em tratamento – Não soube informar.

Insuficiência Cardíaca Congestiva

Aneurisma de aorta

Hipertensão Arterial Sistêmica

## **MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO E HABITUAL**

Anlodipino

Carvedilol

## **HÁBITOS DE VIDA**

Nega tabagismo. Nega etilismo.

## **DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICO**

Síndrome aórtica aguda.

## **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

Isquemia miocárdica. Insuficiência cardíaca. Embolia pulmonar. Pericardite.

## **EXAMES COMPLEMENTARES**

### **TC DE TÓRAX:**

Aneurisma da aorta torácica, localizada na região do arco aórtico medindo 6,5 cm, Dissecção de aorta torácica com início no arco aórtico progredindo até as porções visualizáveis da aorta abdominal. Múltiplas lesões apresentam altura da cortical são observadas nos diversos arcos costais e no esqueleto axial analisado altamente suspeitos para disseminação metastática

### **CONDUTA ADOTADA**

Observação e monitorização em sala vermelha. Para controle da dor dipirona e tramadol se necessário. O controle da frequência cardíaca não estava sendo feito. O da pressão arterial contava com uma prescrição de captopril se necessário. Solicitado encaminhamento para o HMPGL.

### **DISCUSSÃO CRÍTICA**

<b>TÓPICOS ESTUDADOS NO CASO N°1</b>	
<b>EMERGÊNCIA CARDIOVASCULAR</b>	
<b>DIAGNÓSTICO/SINAIS E SINTOMAS</b>	✓ Revisão sobre os achados clínicos típicos e atípicos, e revisão sobre as apresentações de natureza crônica.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprendi a utilizar escores de risco para a detecção de dissecção de aorta, como o escore ADD-RS do estudo ADVISED.</li> <li>✓ Estudei sobre a classificação de Stanford.</li> </ul>
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Busquei compreender quais exames necessários para o diagnóstico.</li> </ul> <p>Estudei sobre os principais achados no raio-x de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia de tórax e angiotomografia de aorta.</p>
<b>TRATAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilização dos opioides no controle da dor – Uso da morfina.</li> <li>✓ Manejo do quadro hipertensivo – Uso do nitroprussiato de sódio e da nitroglicerina.</li> <li>✓ Controle da frequência cardíaca com o uso de betabloqueadores – Uso do esmolol.</li> </ul>

#### ✓ **Fundamentação teórica**

As síndromes aórticas agudas tratam-se de um conjunto de condições raras, mas com evolução rápida e fatal e que se apresentam com características clínicas semelhantes que incluem: hematoma intramural, úlcera aterosclerótica penetrante, trauma de aorta com laceração e dissecção de aorta.

Os fatores de risco incluem: hipertensão arterial crônica, tabagismo, trauma torácico (em especial de alta energia com desaceleração importante) e doenças aórticas (coarctação de aorta, marfan, Ehlers-Danlos, vasculite aórtica), entre outras condições.

A suspeita diagnóstica é realizada pela presença de fatores de risco associada com sintomas característicos como dor torácica, diaforese e outras condições. A angiotomografia é o exame ideal para avaliação, inclusive para planejamento cirúrgico, mas em pacientes instáveis o ecocardiograma transesofágico é possível.

A presença de lesões na aorta ascendente (Stanford tipo A) tem mortalidade 1-2% por hora, atingindo 50% nas primeiras 48 horas. Dissecção de aorta ascendente tem indicação de cirurgia de emergência. Deve-se controlar agressivamente a frequência cardíaca com betabloqueadores e, para controle pressórico, se necessário, são utilizados vasodilatadores como o nitroprussiato de sódio.

As dissecções Stanford tipo B (aorta descendente) tem indicação cirúrgica se: isquemia de órgãos ou membros, progressão da dissecção, sinais de ruptura iminente, dor refratária e hipertensão refratária.

#### ✓ **Identificação da etiologia da afecção do paciente**

Sabe-se que o paciente possuía alguns fatores de risco para o desenvolvimento de dissecção de aorta, dentre eles: hipertensão arterial sistêmica – que é o fator de risco mais comum associado à DA e é encontrada em mais de 70% dos pacientes; também apresentava outra doença aórtica (aneurisma); Pensando na fisiopatologia da doença, a própria idade do paciente contribuiu para o desenvolvimento desta afecção (em conjunto com os outros fatores citados acima), pois a degeneração da camada média pode ocorrer com o envelhecimento normal.

Um outro ponto a se levar em consideração, embora não tenhamos esta informação disponível, é levantar a hipótese da influência do tratamento do mieloma múltiplo e desenvolvimento da DA, pois sabe-se que a cardiotoxicidade é um efeito adverso comum no tratamento oncológico, e já temos casos descritos na literatura de dissecção de aorta causado por quimioterápicos. Na Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia de 2020, mostram relatos que terapia com inibidores de VEGF (fator de crescimento endotelial vascular) resulta em eventos vasculares adversos, como dissecção de aorta, acidente vascular cerebral e trombose arterial e venosa

#### ✓ **Reflexões sobre o diagnóstico**

Se estou em um pronto-socorro, e me chega um paciente com fatores de risco, sintomas e exame físico característico pensarei em uma síndrome aórtica

aguda. A dor é o sintoma mais comum, e a instalação abrupta ocorre em 85% dos casos. Porém no paciente deste caso, a apresentação não foi abrupta.

Utilizaria alguns escores de risco para detectar se o meu paciente estaria com uma DA, sendo ele o ADD-RS, do estudo ADvISED, que avalia os antecedentes, características da história e exame físico. Realizei a aplicação deste escore em uma das minhas evoluções e ele pontuou 3 pontos, sendo eles: aneurisma de aorta torácica conhecido, dor intensa torácica, dorsal ou abdominal, e déficit de pulso ou diferencial de pressão sistólica.

#### ✓ **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Os principais exames complementares utilizados são o dímero-D e exames de imagem. O ECG não apresenta nenhuma alteração específica para DA, salvo quando houver dissecção próximo ao óstio das coronárias, levando à obstrução ao fluxo coronariano.

O raio-x de tórax de rotina são anormais em até 90% dos pacientes, mas anormalidades são inespecíficas e raramente diagnosticadas. O alargamento mediastinal está presente em apenas metade dos casos.

A angiotomografia de aorta é o teste diagnóstico de escolha. E a tomografia computadorizada de tórax pode ser usada para protocolo de triagem tripla para síndrome coronariana aguda, embolia pulmonar e dissecção de aorta.

Para estes casos além dos exames de sangue de admissão, ecg, raio-x de tórax também foi solicitado uma TC de tórax. Como discutido acima, em um cenário de UPA, foi realizado o necessário quanto a solicitação de exames complementares para o diagnóstico. O dímero D não foi solicitado, pois auxilia na diferenciação de detecção de pacientes de baixo risco para DA, e o mesmo apresentava alto risco.

#### ✓ **Tratamento – o realizado versus o preconizado na literatura**

**Essa parte foi a mais falha de todo o atendimento a este paciente.** O tratamento precoce é fundamental e deve ser iniciado antes da confirmação do diagnóstico. O tratamento é baseado no controle da dor, diminuição da P e controle do pulso arterial, tudo isso com um objetivo: atenuar as forças de cisalhamento contra o vaso.

Mesmo após a confirmação diagnóstica, o paciente encontrava-se constantemente hipertenso, com níveis de PA sistólica acima de 140, taquicárdico >60bpm, e com níveis moderados de dor.

Como médico plantonista, eu teria feito uma analgesia adequada para controlar a dor e diminuir o tônus simpático. Para controle da FC, almejando uma FC<60bpm, utilizaria betabloqueadores como o esmolol. E para controle pressórico, almejava um alvo de PA sistólica de 100 a 120 mmHg, utilizando vasodilatadores como o nitroprussiato de sódio.

✓ **Desfecho do caso**

Encaminhado ao HMPGL.

✓ **Referências**

DINATO, Fabrício José; DIAS, Ricardo Ribeiro; HAJJAR, Ludhmila Abrahão. Dissecção da aorta: manejo clínico e cirúrgico. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, 2018.

HAJJAR, Ludhmila Abrahão et al. Diretriz brasileira de cardio-oncologia–2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 1006-1043, 2020.

• **CASO CLÍNICO 02 – EMERGÊNCIA RESPIRATÓRIA**

• **Identificação**

J.F.G, 77 anos, aposentado, não possui plano de saúde.

• **Queixa principal**

“Tosse”

• **História da doença atual**

Paciente dá entrada nesta unidade acompanhado de familiar (filha), que relata que iniciou com febre há 2 dias junto com uma tosse secretiva. No momento apresenta-se febril, taquipneico e com tosse produtiva. Sem outras queixas.



- **Exame físico**

Alterações em exame físico: Taquicárdico (80bpm), Taquipneico (26irpm), estertores em hemitórax esquerdo e diminuição de murmúrio vesicular em ápice pulmonar direito. Com febre de 38°graus.

- **História patológica progressa**

Paciente é diabético, insulínodpendente. Hipertenso. AVCi prévio – com sequelas motoras.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

AAS. Losartana. Insulina NPH e regular.

- **Hábitos de vida**

Sedentário. Tabagista.

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Paciente com apoio familiar fraco, sem muito envolvimento no cuidado. Em vulnerabilidade social.

- **Diagnóstico sindrômico.**

Síndrome respiratória infecciosa.

- **Diagnóstico diferencial.**

Insuficiência cardíaca agudizada. Exacerbação aguda de DPOC. Gripe por influenza. Covid-19. Asma.

- **Exames complementares**

No momento da admissão foram solicitados raio-x de tórax, hemograma, eletrólitos, parcial de urina, proteína c reativa, hemocultura, teste de sensibilidade de antibióticos e um eletrocardiograma. E também um teste rápido para covid-19.

- **Condutas adotadas**

Paciente encaminhado de consulta em sala verde para internamento em sala amarela, devido ao quadro clínico, comorbidades e vulnerabilidade social. Foi colocado em isolamento devido à suspeita de covid-19.

- **Discussão crítica**

<b>TÓPICOS ESTUDADOS NO CASO Nº2 EMERGÊNCIA RESPIRATÓRIA – PAC</b>	
<b>DIAGNÓSTICO/SINAIS E SINTOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diagnóstico de Pneumonia</li> <li>✓ Epidemiologia dos principais agentes etiológicos</li> <li>✓ Uso dos escores: PSI, CURB-65, IDSA/ATS, SMART-COP, REA-ICU</li> </ul>
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manifestações radiológicas e especificidades de acordo com diferentes agentes etiológicos</li> <li>✓ Pesquisa microbiológicas – diferentes testes (gram e cultura de escarro, hemocultura, pesquisa de antígeno urinário)</li> </ul>
<b>TRATAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicações de isolamento respiratório.</li> <li>✓ Diferenças no tratamento ambulatorial e de internação</li> </ul>

- **Fundamentação teórica**

A pneumonia é definida como infecção do trato respiratório inferior por um ou mais patógenos que é adquirida fora do contexto hospitalar. Cerca de 50% dos pacientes ficam sem diagnóstico etiológico, mas os principais agentes são pneumococo, H. influenzae, Moraxella catarrhalis e agentes atípicos como Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae, além dos vírus.

A radiografia de tórax é indicada em todos os pacientes com suspeita de PAC. Devem ser utilizadas ferramentas como PSI e CURB-65 para ajudar na decisão de internação hospitalar. Outras ferramentas como as variáveis IDSA/ATS e o score SMART-COP são úteis para decidir a internação em UTI.

Exames complementares devem ser realizados para avaliar gravidade e complicações como para tentar elucidar a etiologia em pacientes com PAC internados. A terapia antibiótica em pacientes ambulatoriais é realizada com amoxicilina ou macrolídeo. Com pacientes internados, na maioria das vezes, é

utilizada terapia dupla com um agente betalactâmico e outro agente como um macrolídeo. O uso de glicocorticoides deve ser considerado em PAC grave.

- **Identificação da etiologia**

Epidemiologicamente, sabe-se que os principais agentes etiológicos são o pneumoco, H.influenzae e Moraxella catarrhalis. Para identificação da etiologia da infecção foi solicitado apenas uma hemocultura, sem resultado até o momento. Não foram solicitados gram e cultura do escarro, pesquisa de antígenos urinários e tampouco ensaios de PCR.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

O diagnóstico da pneumonia pode ser mais difícil do que se parece, em especial na população que este paciente pertence, a população geriátrica que pode acabar não exibindo alguns sinais e sintomas clássicos deste tipo de infecção. Sabe-se que os idosos podem apresentar uma clínica atípica, sem tosse, sem expectoração, com contagem normal de leucócitos e aproximadamente 30% deles podem estar afebris na apresentação. Ele possuía alguns sintomas que aumentavam a probabilidade do diagnóstico de PAC, que eram a FR aumentada, taquicardia, a febre persistente e a presença de estertores na ausculta respiratória.

O diagnóstico da pneumonia é clínico-radiológico, e neste caso em especial ele teve um achado que nos levou a pensar em concomitância de infecção viral com bacteriana, por um achado de infiltrado bilateral, pensando na infecção por influenza. Até verificamos se ele tinha vacinado e não encontramos registro em prontuário.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

As UPAs assim como o hospital tem um protocolo de solicitação de alguns exames laboratoriais de admissão quando o paciente vai ficar internado, sendo eles o raiox, o teste rápido para covid, hemograma, função renal, eletrólitos, proteína c reativa, e outros a direcionar para o caso.

O hemograma é bem importante na investigação de processos infecciosos, e neste caso foi evidenciado uma leucocitose importante (23.000 leucócitos) com desvio à esquerda (12% bastonetes).

O raio x também mostrou consolidação pulmonar em ambos hemitórax.

Ao realizar evolução deste paciente, decidi consultar no prontuário RP-Saúde sobre o histórico dele nos atendimentos e embora não relatado na avaliação inicial por familiares ele apresentava há mais de 4 meses uma série de idas à unidade de saúde com queixa de tosse, aonde era medicado com xaropes e dado alta para casa. Fui e comentei esta informação com a Médica plantonista e decidimos pedir investigação também para tuberculose, visto que no Brasil apresenta alta incidência e todo paciente com tosses prolongadas devemos pensar em TB.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

Ao meu ver o principal ponto no manejo da pneumonia não é nem a indicação da antibioticoterapia, e sim a indicação da realização do tratamento com internação ou ambulatorial. Eu sempre gosto de realizar na prática no uso de algumas ferramentas para a avaliação da gravidade, como o *Pneumonia Severity Index (PSI)*, que é um escore preditor da gravidade em PAC, e dá uma média de mortalidade de cada caso. Outro escore que utilizei neste caso foi o CURB-65, que orienta se realizamos o tratamento de forma ambulatorial ou hospitalar dependendo da pontuação, neste caso ele pontou 3 pontos, que indicou necessidade de hospitalização urgente.

Para o tratamento foi utilizado ceftriaxone 1g de 12/12h e sintomáticos, além de suporte com O<sub>2</sub> em alguns episódios hipossaturação e esforço respiratório. Na literatura em pacientes internados com pneumonia não considerada grave orienta o uso com terapia dupla ou monoterapia. Para monoterapia orienta-se o uso de quinolona respiratório como levofloxacina 750 mg ao dia, e terapia dupla o uso de ceftriaxone ou ampicilina/sulbactam com azitromicina ou claritromicina.

- **Prevenção**

Vacinação pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13), polissacarídica 23-valente (VPP23) e vacina da gripe.

- **Desfecho do caso**

Alta melhorado.

- **CASO CLÍNICO 03 – EMERGÊNCIA INFECCIOSA**

- **Identificação**

M.A.P, 54 anos, negra, comerciante, sem plano de saúde, moradora de Foz do Iguaçu

- **Queixa principal**

“Tosse, febre e diarreia”

- **História da doença atual**

Paciente deu entrada na UPA SAMEK, com quadro de tosse, febre e diarreia. Referiu cerca de 10 episódios de diarreia por dia, de curso crônico, a mais de 3 meses. Apresentou também tosse produtiva, com hemoptise, nos últimos 2 meses. Relatou episódios de febre, acompanhada de astenia e anorexia. Referiu ainda emagrecimento com perda de 40 kgs nos últimos 6 meses. Paciente vem procurando o serviço de atenção primária e unidades de pronto atendimento nos últimos 3 meses corriqueiramente.

Nesta admissão, apresentava tosse, com sinais de esforço respiratório, hipotensão e febre. Devido a insuficiência respiratória aguda durante internação foi intubada. Necessitou realização de passagem de acesso venoso central para a administração de drogas vasoativas devido a choque séptico.

- **Exame físico**

Alterados: Neurológico: sedada, RASS-5, pupilas mióticas; Respiratório: Ventilação mecânica, em modo volume controlado, 18 irmp, FIO2 80%, PEEP7. Cardiovascular: PA 91/58, FC 110, bulhas normofonéticas, sem sopros. TEC>3segundos.

- **História patológica pregressa**

Paciente portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Não faz.

- **Hábitos de vida**

Tabagista (Cessou uso há 40 dias).

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Paciente com rede familiar de apoio presente. Em prontuário apresenta observação de profissional que relata que familiares procuraram medidas legais contra o serviço de saúde que paciente buscou inúmeros atendimentos prévio a esta internação.

- **Diagnóstico sindrômico.**

Síndrome infecciosa.

- **Diagnóstico diferencial.**

Tuberculose. Infecções oportunistas. Câncer de intestino.

- **Exames complementares**

Durante internação na UPA foi solicitado testes rápidos para HIV, com resultados positivos. Também durante a internação foi realizado hemograma evidenciando presença de estruturas compatíveis com histoplasma capsulatum no citoplasma de alguns neutrófilos. O hemograma mostrou uma anemia microcítica hipocrômica com anisocitose e policromatofilia; também mostrou uma leucopenia.

Também foi realizado uma tomografia de abdome previamente a internação evidenciando: Espessamento circunferencial da parede do cólon sigmóide, medindo até 12 mm de espessura mural de aspecto neoproliferativo primário a esclarecer. Gordura perivisceral livre. Esteatose hepática difusa. Ateromatose da aorta abdominal e das ilíacas.

- **Condutas adotadas**

Na internação no HMPGL o plano terapêutico elaborado foi:

1. Coleta de novo teste de HIV, coleta de CD4 e carga viral.
2. Solicitar exames de tuberculose – Escarro.
3. Exames para micoses sistêmicas.
4. Sorologia para Citomegalovírus e toxoplasmose
5. Solicitar parecer da Hematologia – para coleta de medula óssea, investigação de fungos, leishmaniose e TB óssea.
6. Antibioticoterapia: Ceftriaxona e Metronidazol.
7. Medicação antifúngica: Anfotericina B
8. Medidas de suporte
9. Manter em ventilação mecânica e drogas vasoativas.

- **Discussão crítica**

<b>TÓPICOS ESTUDADOS NO CASO N°3</b>	
<b>EMERGÊNCIA INFECCIOSA</b>	
<b>DIAGNÓSTICO/SINAIS E SINTOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diagnóstico de HIV e Tuberculose.</li> <li>✓ Infecções oportunistas em pacientes imunocomprometidos.</li> <li>✓ Causas de diarreia crônica e tosse persistente.</li> <li>✓ Diagnóstico da Sepse e choque séptico</li> <li>✓ Uso do qSOFA, SIRS, NEWS e MEWS</li> </ul>
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Investigação laboratorial de infecções oportunistas.</li> </ul>
<b>TRATAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicações de isolamento respiratório.</li> <li>✓ Tratamento do HIV, Histoplasmoses, candidemia, tuberculose.</li> <li>✓ Guidelines do Surviving Sepsis Campaign 2021.</li> <li>✓ Compreender as profilaxias primárias a serem realizadas no departamento de emergência ao diagnosticar o HIV.</li> </ul>

✓ **Fundamentação teórica**

Sepse é definida como uma disfunção orgânica com perigo a vida causada por uma resposta desregulada à infecção. Choque séptico é o agravamento da sepse, com importantes anormalidades circulatórias e metabólicas/células suficientes para aumentar substancialmente a mortalidade.

Os critérios clínicos para o diagnóstico de sepse é uma infecção suspeitada ou documentada, acompanhada de um aumento agudo de 2 ou mais pontos no escore SOFA. O choque séptico é a sepse com necessidade de

tratamento vasopressor para a manutenção de pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg e lactato maior que 2 mmol/L, mesmo após a adequada reposição volêmica.

- **Identificação da etiologia**

A paciente estava em choque séptico, e possuía o diagnóstico documentado de alguns focos e agentes infecciosos:

1

### EXAME MICROSCÓPICO

Cel. Epiteliais.....: 15/CAMPO  
Leucócitos.....: 05/CAMPO  
Hemácias.....: 10/CAMPO  
Leveduras.....: +++ Pseudohifas +++  
Cristais.....: URATOS AMORFOS +

2

### TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS

Material: SANGUE 3ª AMOSTRA Coletado MATERIAL ENVIADO AO LABORATORIO em: 01/11/2021 11:35

Bactéria.....: *Candida albicans*

ANTIBIÓTICOS	MIC (µg/mL)
Anfotericina B.....	1 SENSÍVEL
Caspofungina.....	<=0,12 SENSÍVEL
Fluconazol.....	<=0,5 SENSÍVEL
Micafungina.....	<=0,06 SENSÍVEL

NOTA: Metodologias baseadas nas recomendações do Brazilian Committee on Antifungal Testing.

Liberado Eletronicamente em:02/11/2021 14:30 por DRA. LAMONIERI S. DEFENDI - CREM/PR 199

### HEMOCULTURA 1ª AMOSTRA

Material: SANGUE 1ª AMOSTRA Coletado MATERIAL ENVIADO AO LABORATORIO em: 29/10/2021 23:55

Resultado.....: Positivo  
Microorganismo.....: *Staphylococcus coagulase negativa*

Observação.....: Coleta: 29/10/2021  
Positivou: 30/10/2021 16:00h

3

### HEMOCULTURA 3ª AMOSTRA

Material: SANGUE 3ª AMOSTRA Coletado MATERIAL ENVIADO AO LABORATORIO em: 29/10/2021 23:55

Resultado.....: Positivo  
BACTÉRIA.....: *Candida albicans*  
Observação.....: Coleta: 29/10/2021 MSE 23:55  
Positivou: 31/10/2021 05:50

Liberado Eletronicamente em:02/11/2021 14:31 por DRA. LAMONIERI S. DEFENDI - CREM/PR 199

### UROCULTURA

Material: URINA JATO MEDIO Coletado MATERIAL ENVIADO AO LABORATORIO em: 29/10/2021 23:55

Resultado.....: Positivo  
MICROORGANISMO.....: *Candida albicans*

CONTAGEM DE COLÔNIAS: Superior a 100.000 UFC/mL

Nota.....: Metodologias baseadas nas recomendações do Brazilian Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing.

4

### PLAQUETOGRAMA

Plaquetas.....: 303.000 /mm<sup>3</sup> (140.000 a 400.000 /mm<sup>3</sup>)  
VPM.....: 9,2 fL (8 a 12,5 fL)  
Descrição.....: PRESENÇA DE ESTRUTURAS COMPATÍVEIS COM HISTOPLASMA CAPSULATUM NO CITOPLASMA DE ALGUNS NEUTRÓFILOS.  
PRESENÇA DE GRANULAÇÕES TÓXICAS E VACUOLIZAÇÕES CITOPLASMÁTICAS EM ALGUNS NEUTRÓFILOS.  
OS LEUCÓCITOS FORAM CORRIGIDOS DEVIDO A PRESENÇA DE ERITROBLASTOS.

Figura 1 – Presença de pseudohifas no exame parcial de urina.  
Figura 2 – Teste de sensibilidade de antifúngicos para *C. albicans*.  
Figura 3 – Resultado da Amostra de Hemocultura e Urocultura  
Figura 4 – Pesquisa de Paracoccidiodomicose.



- **Reflexões sobre o diagnóstico**

Na minha percepção, a partir do momento que ela foi admitida na sua última internação na UPA, o diagnóstico foi se encaminhando com uma suspeição clínica acertada, desde o momento em que foi solicitado a sorologia para o HIV até o rastreio das infecções oportunistas.

No meu ver o ponto crítico da história desta paciente foi a busca inúmeras vezes em atendimentos de atenção primária e unidades de pronto atendimento, com queixa de diarreia crônica e tosse por mais de 3 semanas em que não foi pesquisado tuberculose e outras doenças infecciosas. Quem sabe se o HIV dela fosse diagnosticado mais precocemente, o nível de imunocomprometimento da mesma não estaria tão afetado.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Pensando na fisiopatologia desta afecção, eu tenho que solicitar exames para identificar o foco da infecção, então direcionar o tratamento para tal. Além de identificar a infecção, devo solicitar exames para avaliar a gravidade das disfunções orgânicas já instaladas, no âmbito respiratório com gasometria arterial, hepático com bilirrubinas e TGO/TGP, renal com creatinina e ureia, hematológico com plaqueta e metabólica com lactato. Todos estes exames foram solicitados neste caso. A hemocultura (e outras culturas) são pontos chave no manejo da sepse, e devem ser coletados antes do início da antibioticoterapia.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

Diante da enormidade de problemas clínicos desta paciente, enfoco essa discussão no que pode matar ela já no pronto-socorro, que é o quadro séptico, e eu como futuro médico devo saber manejar. Esse manejo se baseia em alguns pilares que são a estabilização do paciente crítico, a identificação de pacientes com sepse, diagnóstico precoce, a coleta de culturas, a antibioticoterapia precoce e adequada, o suporte às disfunções orgânicas e a transferência para unidade de internação ou unidade de terapia intensiva.

Um ponto importante no manejo desta paciente, foi o atraso do envio da mesma à um leito de Unidade de Terapia Intensiva, pois sabe-se que os desfechos desses pacientes graves pioram a cada hora de atraso na transferência do paciente do departamento de emergência à UTI, e as recomendações de 2021 dizem que para pacientes adultos com sepse e choque séptico, com necessidade de UTI, a admissão deve ocorrer dentro de 6 horas da admissão hospitalar. A paciente ficou mais de 48 horas no departamento de emergência do hospital. A falta de leito de UTI e o impacto nos pacientes da emergência é um tópico a ser discutido nos próximos capítulos deste relatório.

### ✓ **Prevenção**

Para este caso poderíamos discutir dois tipos de prevenção, uma sobre a prevenção do HIV, através das intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. E outra, a prevenção de piores desfechos e óbito nos pacientes com sepse e choque séptico, em que poderíamos discutir as recomendações quanto a screening, ressuscitação volêmica, antibioticoterapia e uso de drogas vasoativas.

### **Desfecho do caso**

Óbito.

#### • **Referencias**

PINTO, Lauro Ferreira da Silva et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

VARANO, Nathália et al. Infecções por Candida spp em pacientes imunodeprimidos. **Journal of Infection Control**, v. 8, n. 1, 2019.

FERREIRA, Marcelo Simão; BORGES, Aécio Sebastião. Histoplasmose. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, p. 192-198, 2009.

SILVA, Rodney Frare. Capítulo 8-Infecções fúngicas em imunocomprometidos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, p. 142-147, 2010.

- **CASO CLÍNICO 04 – EMERGÊNCIA NEUROLÓGICA**

- **Identificação**

V.T., 72 anos, aposentado, viúvo, sem plano de saúde, morador da cidade de Foz do Iguaçu.

- **Queixa principal**

“Fraqueza e formigamento no lado esquerdo”

- **História da doença atual**

Paciente apresentou quadro de déficit neurológico focal abrupto pela manhã, representado pelos sintomas de adinamia, parestesia e hemiparesia no lado esquerdo, em membros superiores e inferiores. Nega cefaleia, perda de consciência e vômitos. Procurou atendimento na UPA no mesmo dia, sendo admitido e internado para avaliação. No dia seguinte foi realizado uma Tomografia Computadorizada de crânio evidenciando uma hemorragia intraparequimatosa. Encaminhado para o HMPGL para avaliação e tratamento.

- **Exame físico**

Hemiparesia à esquerda.

- **História patológica pregressa**

Acidente Vascular Encefálico Isquêmico prévio – 12 anos atrás.

Hipertensão Arterial Sistêmica

Diabetes mellitus – Não insulino dependente.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Esomeprazol magnésico 40 mg 1-0-0

Hidroclorotiazida 25 mg

Maleato de enalapril 10 mg 1-0-1

Dicloridrato de betaistina 24 mg - 1-0-1

Cloridrato de metformina 850 mg 1-1-1

Pregabalina 150 mg 1-0-0

AAS 100 mg

- **Hábitos de vida**

Nega etilismo. Nega tabagismo. Sedentário.

- **Diagnóstico sindrômico**

Síndrome neurológica aguda.

- **Diagnóstico diferencial**

Aneurismas cerebrais. Meningites. Neoplasias intracranianas.

- **Exames complementares**

Foi solicitado uma tomografia computadorizada do crânio sem o uso de contraste iodado endovenoso.

Sulcos e fissuras cerebrais sem anormalidades. Pequeno foco de hemorragia intraparenquimatosa observada no tálamo esquerdo medindo 7 mm. Tronco cerebral e cerebelo sem alterações. Cisternas da base preservadas. Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Ausência de coleções intra ou extra-axiais. Estudo tomográfico do crânio mostrando pequeno foco de hemorragia intraparenquimatosa no tálamo esquerdo.

- **Condutas adotadas**

Para a dieta do paciente durante a internação foi optado por uma dieta para pacientes diabéticos e hipossódica devido a hipertensão. Também foi optado por uma dieta pastosa.

De medicamentos, apenas sintomáticos (bromoprida, dipirona, omeprazol).

E recomendações de cuidado foram sinais vitais de 2/2h, cabeceira elevada em 45° grau e fisioterapia motora e respiratória.

- **Discussão crítica**

- ✓ **Fundamentação teórica**

A hemorragia intracraniana parenquimatosa (HIP) é uma forma grave de sangramento intracraniano não traumático, no qual o sangramento ocorre dentro do parênquima cerebral. A HIP é uma emergência médica e representa de 10 a 15% de todos os acidentes vasculares. Fatores de risco incluem hipertensão arterial sistêmica, idade >55 anos, uso excessivo de álcool, colesterol total <160 mg/dL e angiopatia amiloide cerebral.

Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, a presença de vômitos, pressão arterial sistólica >220 mmHg, cefaleia grave, coma ou diminuição do nível de consciência, bem como a progressão dos sintomas ao longo de minutos ou horas, sugerem o diagnóstico de HIP. Escores como o ICH (*Intracerebral Hemorrhage*) devem ser usados para avaliar estes pacientes.

A neuroimagem é mandatória na avaliação destes pacientes: TC de crânio ou ressonância magnética são opções razoáveis. A TC é muito sensível e considerada exame de escolha. Os pacientes com hemorragia cerebelar que apresentam deterioração neurológica ou que têm compressão do tronco cerebral e/ou hidrocefalia por obstrução ventricular devem ser submetidos à remoção cirúrgica da hemorragia. Em pacientes com ECG menor que 9 e hematoma maior que 60 mL, a mortalidade é maior que 90%.

- ✓ **Identificação da etiologia da afecção do paciente**

Um dos pontos importantes no diagnóstico da HIP, é identificar a etiologia desta. Sendo as duas maiores causas a arteriopatia por hipertensão arterial e angiopatia amiloide. A hipertensão arterial sistêmica aumenta 9 vezes o risco para HIP. Medicamentos antiagregantes plaquetárias e anticoagulantes aumentam o risco de HIP espontânea.

O paciente em questão possuía alguns fatores de risco para HIP, dentre eles a idade >55 anos e a hipertensão arterial sistêmica.

### ✓ **Reflexões sobre o diagnóstico**

O paciente não apresentou a clássica apresentação da HIP, pois não teve aparecimento repentino de cefaleia e vômitos junto com déficits neurológicos focais. Entretanto apresentou déficits focais neurológicos, aonde dentro dos diagnósticos diferenciais solicitaria assim uma tomografia de crânio, que então evidenciaria uma HIP.

A parte aonde sangrou no parênquima foi o tálamo, sendo esta região afetada em cerca de 15 a 31%.

### ✓ **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

As recomendações orientam que todos os pacientes devem ser submetidos a exames laboratoriais que incluem função renal, eletrólitos, hemograma, coagulograma e glicemia. Além de eletrocardiograma. Outros exames dependem da história clínica do paciente, sendo eles a troponina, exame toxicológico, exame de urina e urocultura bem como teste de gravidez em mulheres com idade fértil.

Exames de imagem são obrigatórios em todos os pacientes, sendo recomendado a tomografia computadorizada de crânio. A TC é muito sensível para a identificação de hemorragia aguda e é considerada o padrão ouro.

Todos os exames acima foram solicitados, exceto a troponina, exame toxicológico e os recomendados para pacientes femininas.

### ✓ **Tratamento – o realizado versus o preconizado na literatura**

O paciente inicialmente admitido em sala vermelha de unidade de pronto atendimento foi encaminhado ao Hospital Municipal, e admitido em leito de unidade de cuidados prolongados, com monitorização de parâmetros vitais contínuos. O paciente previamente não recebia terapia anticoagulatória com heparina, caso fosse o caso poderíamos estar utilizando sulfato de protamina para a reversão. Tampouco era anticoagulado com antagonistas da vitamina K, caso fosse deveríamos fazer a descontinuação e administrar vitamina K endovenosa. Ele fazia o uso de antiagregantes plaquetários, o que foram descontinuados na fase aguda da HIP.

Outros cuidados importantes que teria com este paciente, seria o controle da hipertensão, da hiperglicemia e da febre. A meta pressórica de pressão arterial sistólica é entre 140 e 160 mmHg, ele estava hipertenso mantendo níveis pressóricos sistólicos acima de 200 mmHg em UPA, porém no hospital apresentava-se normotenso às custas de terapia com infusão intravenosa contínua de nitroprussiato. É indicado um alvo de PAS entre 140 e 160 mmHg. A glicemia aumentada é associada com elevação do risco de mortalidade e pior prognóstico em pacientes com HIP, devendo evitar episódios de hiper e hipoglicemia. O paciente apresentou um controle inadequado da glicemia, fazendo constantes episódios de hiperglicemia, lembrando que o paciente é diabético. A manutenção da normotermia em paciente com HIP é duvidosa, sem muitas evidências, porém é recomendada. O paciente não apresentou hipertermia em nenhum momento.

Devido ao volume e a área afetada, assim como as manifestações clínicas e pronta recuperação do paciente, não foi necessária uma abordagem cirúrgica.

#### ✓ **Prevenção**

Controle dos níveis pressóricos, evitar o consumo excessivo de álcool, evitar tabagismo e uso de cocaína.

#### ✓ **Desfecho do caso**

Alta melhorado.

#### ✓ **Referências**

PONTES-NETO, Octávio M. et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, p. 940-950, 2009.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 72 – Hemorragias intracranianas parenquimatosas. Medicina de emergência: abordagem prática** [15.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

- **CASO CLÍNICO 05 - EMERGÊNCIA HEPÁTICA E GASTROINTESTINAL**

- ✓ **Identificação**

D.S.A, 18 anos, solteira, estudante, não possui planos de saúde.

**Queixa principal**

“Dor forte na barriga”

- ✓ **História da doença atual**

Paciente iniciou quadro de dor abdominal há 4 dias, de início súbito após alimentar-se. Dor de forte intensidade, difusa em todo o abdome, associada a náuseas e vômitos, no evento estava em trabalho sendo socorrida por serviço de atendimento móvel. No momento apresenta dor em mesogástrio e flanco direito. Nega outras queixas.

- ✓ **Exame físico**

Alterações:

Abdome globoso, DOLOROSO à palpação superficial e profunda em todo o abdome, bem reativo em mesogástrio e flanco direito. Sinal de Murphy positivo. Sinal de Blumberg negativo. Sem sinais de ascite, visceromegalias ou circulação colateral. Não palpo útero gravídico.

- ✓ **História patológica pregressa**

Paciente não apresenta comorbidade. Porém foi admitida nesta mesma unidade a 45 dias atrás com quadro de dor abdominal em faixa, náuseas e vômitos. Apresentou funções pancreáticas alteradas (amilase 2278 e lipase de 758) e hepáticas (TGO 153 / TGP 58). Na data desta internação evadiu-se.

- ✓ **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Não faz uso. Cessou o uso de anticoncepcional injetável mensal 3 meses atrás.

- ✓ **Hábitos de vida**

Sedentária. Etilista. Usuária de drogas (maconha).

- ✓ **Diagnóstico sindrômico.**

Síndrome abdominal dolorosa.



✓ **Diagnóstico diferencial.**

Os diagnósticos diferenciais levantados pela Médica plantonista foram: colelitíase, pancreatite, abdome agudo e gravidez ectópica.

Deve-se levar em consideração como diagnóstico diferencial todas as causas de dor em abdome superior.

✓ **Exames complementares**

No momento da admissão foram solicitados tomografia computadorizada de abdome superior sem contraste, determinação quantitativa de proteína c reativa, amilase, bilirrubina total e frações, creatinina, fosfatase alcalina, lactato, lipase, potássio, sódio, TGO, TGP, ureia, hemograma completo, urina e RT-PCR para Sars-COV-2.

Durante a avaliação no dia seguinte, também foi solicitada dosagem de B-HCG.

Em sua internação no HMPGL, foi solicitado uma colangiressonância.

<b>RESULTADO EXAMES COMPLEMENTARES</b>		
<b>EXAME</b>	<b>DIA</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>HEMOGRAMA</b>	17/10	HB:14,3/ Leucócitos 13.070/mm <sup>3</sup> / Bastonetes 5%
	18/10	Leucócitos 15.240 mm <sup>3</sup> / Bastonetes 7%
<b>AMILASE</b>	17/10	4.434 U/L
<b>LIPASE</b>	17/10	39.133 U/L
<b>FOSFATASE ALCALINA</b>	18/10	147 U/L
<b>BETA HCG</b>	17/10	Inferior a 25 / Negativo

**CONDUTAS ADOTADAS**

A conduta inicial foi metronidazol 5mg/ml bolsa de 100ml, dipirona sódica 500 mg ampola de 2ml, cetoprofeno 100 mg frasco-ampola, bromoprida 5mg ml ampola 2ml, tramadol 100 mg 2ml e jejum.

A paciente foi encaminhada para o HMPGL, no qual foi solicitada uma colangioressonância aonde de fato teve diagnóstico de coledocolitíase e pancreatite biliar e então submetida a uma cirurgia de Colecistectomia.

- **DISCUSSÃO CRÍTICA**

<b>TÓPICOS ESTUDADOS NO CASO N°1</b> <b>EMERGÊNCIA GASTROINTESTINAL</b>	
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aplicação do Consenso de Atlanta</li><li>✓ Saber identificar as principais complicações da pancreatite (coleções, abscesso de pâncreas, ascite pancreática, choque hipovolêmico/séptico)</li><li>✓ Determinação da etiologia com base na história, teste hepáticos, triglicérides, cálculo sérico e USG de abdome.</li><li>✓ Saber indicar quando um paciente com pancreatite aguda deve ir para leito de terapia intensiva.</li></ul>
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Entender a sensibilidade e especificidade da dosagem de amilase e lipase no diagnóstico de pancreatite.</li><li>✓ Buscar qual o exame de imagem mais adequado p/o diagnóstico – avaliando complicações e sensibilidade pensando nas principais causas da doença.</li><li>✓ O papel e os principais achados dos seguintes exames: US de abdome e tc de abdome com contraste</li><li>✓ Indicações da colangiopancreatografia (CPRE) em casos de obstrução do colédoco.</li></ul>
<b>TRATAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Tratamento de suporte – monitorização, dieta, hidratação, analgesia, antibióticos e cirurgia.</li><li>✓ Identificar possíveis complicações da pancreatite e seu manejo – necrose infectada.</li></ul>

- **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

- **Etiologia e fisiopatologia**

As principais causas envolvidas na patogênese da pancreatite aguda envolvem os cálculos biliares e o consumo de álcool (correspondem a aproximadamente 80% dos casos). Os cálculos biliares são mais comuns em mulheres e a incidência aumenta com a idade. Os pacientes com pancreatite biliar podem apresentar recorrência dos episódios inflamatórios caso não seja realizada a abordagem cirúrgica. A pancreatite ocorre quando o cálculo passa pelo ducto biliar e fica preso no esfíncter de Oddi, interrompendo o fluxo pancreático. Com essa obstrução continuada da passagem desse líquido ocorre a ativação dessas enzimas, causando um intenso processo inflamatório pancreático.

Outras causas envolvem a hipertrigliceridemia, hipercalcemia, causas autoimunes, causada por medicamentos (imunossupressores, antirretrovirais, diuréticos, medicações neuropsiquiátricas e agonistas de GLP-1) e também agentes infecciosos (rubéola, Epstein-Barr, vírus das hepatites, etc).

- **Achados clínicos**

Dor abdominal é a queixa principal e faz parte dos critérios diagnósticos. A dor geralmente é em abdome superior, de forte intensidade, e pode irradiar para ambos os hipocôndrios e para o dorso. É incomum que a pancreatite ocorra sem dor abdominal (apenas 5% dos casos). Náuseas e vômitos acompanham a dor abdominal em 90% das vezes.

- **Diagnóstico**

O diagnóstico de pancreatite aguda se faz preenchendo dois de três critérios:

1. Dor abdominal em porção superior de abdome.
2. Aumento de enzimas pancreáticas séricas (>3 vezes o limite superior da normalidade).
3. Exame de imagem evidenciando alterações sugestivas de pancreatite aguda.

- **Identificação da etiologia**

De acordo com a história da paciente e resultado dos exames de imagem (US de abdome e TC de abdome), sugere-se que a pancreatite seja de origem biliar.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

A paciente apresentava três dos três critérios diagnósticos necessários para o diagnóstico de pancreatite. Na admissão apresentava dor abdominal em porção superior de abdome, apresentava elevação de enzimas pancreáticas mais de três vezes o limite superior da normalidade e apresentava alterações sugestivas de pancreatite aguda na tomografia de abdome, representada pela descrição de *“Presença de líquido livre na cavidade abdominal do abdômen superior, pâncreas com aumento das dimensões, densidade difusamente heterogênea. Borramento e líquido circunjacente a gordura peri-pancreática, no espaço pancreato-duodenal. Edema na parede de segmentos do duodeno 2ª, 3ª e 4ª porções e jejuno proximal. Vesícula biliar distendida, conteúdo heterogêneo e líquido pericolecístico. Há dilatação do colédoco”*. O diagnóstico foi preciso, direcionado e rápido. Os sinais e sintomas eram clássicos de pancreatite.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Para o diagnóstico é necessário a dosagem das enzimas pancreáticas séricas e exames de imagem que evidenciem alterações sugestivas de pancreatite.

A combinação da dosagem de amilase e de lipase tem acurácia ligeiramente superior a cada uma delas isolada. A ultrassonografia é recomendada como o exame de avaliação inicial, porém se existe dúvida diagnóstica, suspeita de necrose ou deterioração clínica, a TC passa a ser mandatória. O ultrassom endoscópico é excelente para avaliar coledocolitíase associada, com sensibilidade de 90% e especificidade próxima a 100%.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

O tratamento da pancreatite é de suporte. Obviamente a causa da pancreatite deve ser levada em consideração. Neste caso, sabe-se que foi de causa biliar, então além do tratamento de suporte, foi indicado uma

colecistectomia e colangiopancreatografia endoscópica retrógrafa (devido a coledocolitíase), correspondendo assim as indicações da Diretriz da *American Gastroenterology Association* de 2018.

A coledocolitíase tem como principais complicações a pancreatite aguda biliar que afetou a paciente deste caso, e também a colangite. Felizmente a paciente não apresentou um quadro de colangite, que é a infecção bacteriana da árvore biliar obstruída, representada pelo quadro clínico da tríade de Charcot (dor em hipocôndrio direito, febre com calafrios e icterícia) ou pêntade de Reynolds (tríade de Charcot + hipotensão arterial e confusão mental). Na colangite é necessária antibioticoterapia.

Na pancreatite não se recomenda o uso profilático de antibiótico. Quando em que há evidência de infecção sobreposta, infecção de necrose, pode-se utilizar antibióticos que façam cobertura para gram negativas, como carbapenêmicos. Na tomografia de abdome não se evidenciou área necrosada ou a presença de gases (que virtualmente diagnostica infecção). Entretanto, na UPA foi um antibiótico da classe dos nitroimidazólicos, o metronidazol.

- **Prevenção**

Para o caso dessa paciente, a causa da pancreatite foi removida (vesícula).

- **Desfecho do caso**

Paciente foi para o Hospital Municipal, realizou CPRE e colecistectomia. Sem intercorrências. Alta melhorado.

- **Referencias**

LEPPÄNIEMI, Ari et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. **World journal of emergency surgery**, v. 14, n. 1, p. 1-20, 2019.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). CAPÍTULO 90 – PANCREATITE. **Medicina de emergência: abordagem prática** [15.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

WILLIAMS, Earl et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). **Gut**, v. 66, n. 5, p. 765-782, 2017.

- **CASO CLÍNICO 06 – EMERGÊNCIA NEFROLÓGICA**

- **Identificação**

G.V.R.J, 23 anos, solteiro, estudante de medicina do Paraguai, não possui plano de saúde, residente em Foz do Iguaçu.

- **Queixa Principal**

“Urina escura e dor muscular”

- **História da Doença Atual**

Paciente iniciou com quadro de mialgia associado a urina escurecida no dia 11/09, se automedicou com analgésicos e anti-inflamatórios, e somente buscou atendimento dois dias após o início do quadro. Na data de admissão na UPA seguia com a mialgia, urina escurecida e também tinha fraqueza muscular. A mialgia era generalizada, porém paciente queixa-se principalmente da musculatura de membros inferiores, de coxa e panturrilha. No dia anterior de início dos sintomas paciente havia participado de uma aula experimental de crossfit pela manhã e pela tarde foi para a academia realizar musculação – relatou ter feito treinos extenuantes. Negava outros sintomas.

- **História Patológica Progressiva**

Asma – em tratamento.

- **Medicações de Uso Contínuo e Habitual**

Sulfato de salbutamol.

- **Hábitos de vida**

Etilista social. Nega tabagismo. Nega uso de drogas.

- **Diagnósticos sindrômico**

Síndrome mialgica. Síndrome renal.

- **Diagnósticos diferenciais**

Outras patologias que curse com alterações que simulam mioglobínúria entram necessariamente no diagnóstico diferencial. Essas alterações incluem: hemoglobínúria paroxística noturna, hemólises intravasculares, porfiria intermitente aguda, doença hepática com colúria e infecções.

- **Exames complementares**

No momento da admissão ainda em Unidade de Pronto Atendimento foram solicitados: parcial de urina, hemograma completo, dosagem de ureia, dosagem de sódio e potássio, dosagem de creatinofosquinase, dosagem de creatinina, dosagem de bilirrubina total e frações e determinação de proteína c reativa.

RESULTADO EXAMES COMPLEMENTARES		
EXAME	DIA	RESULTADO
HEMOGRAMA	13/09	HB:17,70 / Leucócitos 9.780/mm <sup>3</sup> / Bastonetes 0%
	14/09	HB: 15,8 / Leucócitos 7.660 / Bastonetes 0%

Evolução de valores da Creatinofosfoquinase (CPK)



Figura 5 – Evolução Dosagem de CPK

- **Conduta adotada**

✓ Conduta adotada no primeiro e segundo dia da internação.

**#PLANO**

1. Hidratação E.V. 4L / 24hs
2. Controle da CPK diário.
3. Vigiar função renal.
4. Aguarda vaga para Clínica Médica. Paciente hemodinamicamente estável, estando apto à internação em leito comum.
5. Tentando a hipertensão arterial, atentar para níveis pressóricos.
6. Na alta encaminhar ao UBS para controle pressórico após estabilização durante internação clínica.
7. Suporte clínico.

✓ Conduta adotada no terceiro e quarto dia.

**#PLANO**

1. Mantenho hidratação E.V. 3L / 24hs
2. Controle da CPK diário.
3. Vigiar função renal.
4. Fisioterapia motora

✓ Conduta adotada no quinto e último dia de internação.

A A / B / U | 

**#PLANO**

1. Diminuo hidratação E.V. 2L / 24hs
2. Controle da CPK diário.
3. Vigiar função renal.
4. Fisioterapia motora

- **Discussão crítica**

<b>TÓPICOS ESTUDADOS NO CASO N°6</b>	
<b>EMERGÊNCIA NEFROLÓGICA</b>	
<b>DIAGNÓSTICO</b>	✓ Revisei os sinais e sintomas de apresentação da rabdomiólise
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>	✓ Estudei sobre o exame de CPK, sua utilização para o diagnóstico e a lógica fisiopatológica que explica sua utilização.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estudei sobre os exames necessários para pacientes com suspeita de rabdomiólise.</li> <li>✓ Estudei sobre os exames necessários para avaliar as consequências da lesão muscular e prevenir mais danos – eletrólitos e creatinina;</li> </ul>
<b>TRATAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estudei sobre as metas de hidratação no paciente com rabdomiólise.</li> <li>✓ Estudei sobre o manejo dos distúrbios hidroeletrólíticos da doença: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hipercalcemia – Uso do Gluconato de cálcio, da solução de Insulina + Glicose, do Salbutamol, do Bicarbonato e da Furosemida.</li> <li>▪ Hipocalcemia (início) – Uso do Gluconato de cálcio 10% e Cloreto de cálcio</li> <li>▪ Hipercalcemia(posteriormente) – Uso do SF, Furosemida, Pamidronato, Ácido Zoledrônico, Corticoesteroides e Calcitonina.</li> </ul> </li> </ul>

### ✓ **Fundamentação teórica**

Rabdomiólise é uma condição médica ocasionada devido à destruição muscular e pode levar a complicações graves precoces e tardias, como distúrbios hidroeletrólíticos (hipercalcemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia), acidose metabólica, hipovolemia, lesão renal aguda, síndrome compartimental e coagulação intravascular disseminada.

As causas incluem condições traumáticas, medicações e doenças clínicas. O achado laboratorial clássico envolve a elevação de creatinofosfoquinase (CPK) com seu posterior declínio após 3 a 5 dias de cessação do estímulo miotóxico. A coloração avermelhada da urina secundária à presença de mioglobina é um achado característico, porém frequentemente ausente pelo rápido clearance urinário dessa enzima.

Ressucitação volêmica vigorosa e precoce é a principal medida a fim de se evitar a evolução para lesão renal aguda (LRA).

### ✓ **Identificando a causa da Rabdomiólise do paciente**

Sabe-se que a maioria dos pacientes, cerca de 60%, possuem mais de 1 fato etiológico para o quadro. Embora em menos de 10% dos casos nenhum fator é identificado. As principais causas são trauma, imobilização, sepse, cirurgia vascular e cirurgia cardíaca. E os quatro mecanismos responsáveis por essas causas são: trauma ou injúria direta, excesso de atividade muscular, defeitos enzimáticos hereditários e outras causas clínicas.

Sabe-se que esse paciente relatou no dia anterior ao início dos sintomas a realização de dois episódios de exercício físico extenuante, uma aula inaugural de cross-fit e musculação. NEGOU qualquer tipo de trauma, condições genéticas na família, qualquer tipo de cirurgia nesse período, exposição a drogas e toxinas e infecções virais ou bacterianas (tampouco evidenciada em investigação laboratorial).

A principal hipótese da causa da rabdomiólise do paciente G.V.R.J é o excesso de atividade muscular, associada aos esforços físicos intensos realizados no dia anterior ao início dos sintomas

### ✓ **Suspeição diagnóstica – O quadro clínico do G.V.R.J era compatível com a clínica desta condição? Reflexões sobre o diagnóstico.**

A tríade clássica característica da rabdomiólise é composta pela mialgia, fraqueza muscular e urina escurecida. Podem ocorrer ainda sintomas sistêmicos como mal-estar, febre, dor abdominal. Náuseas e vômitos. Geralmente a primeira pista diagnóstica é a mudança de coloração da urina. O diagnóstico é clínico laboratorial, sendo a dosagem de fosfocreatinoquinase (CPK) o principal parâmetro para o diagnóstico.

Analisando o caso, o paciente possuía os principais sintomas descritos na literatura, e já na primeira dosagem de CPK apresentou alterações significativa e preditoras para o diagnóstico desta afecção.

É válido lembrar que alguns autores consideram como critério diagnóstico de rabdomiólise a presença de lesão de órgão-alvo, como lesão renal. E outros determinam um nível de CPK maior que 1000 U/L.

✓ **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Para este paciente foi solicitado dosagem de CPK, CKMB, Hemograma, eletrólitos (Na, K), EAS, creatinina e ureia. Também foi solicitado um eletrocardiograma.

Me vendo atuando como um Médico de Pronto-Socorro certamente eu realizaria a solicitação de dosagem de potássio, pois pensando na fisiopatologia desta doença, este íon é liberado na corrente sanguínea pelo músculo que recebeu um dano/trauma/lesão. Podendo assim ocorrer rápidas elevações nos níveis séricos deste eletrólito. A presença dessa elevação causa complicações, como LRA oligúrica e alterações de condução cardíaca.

A lesão renal aguda é uma das alterações fisiopatológicas mais importantes desta doença, o que justifica a solicitação de creatinina, ureia e parcial de urina (EAS). Embora vale a pena lembrar que algumas literaturas relatam que disfunção renal não ocorre usualmente em paciente com rabdomiólise secundária a atividade física, exceto quando o paciente apresenta concomitantemente depleção de volume e injúria renal aguda prévia.

✓ **Tratamento: o realizado versus o preconizado pela literatura.**

Este paciente recebeu tratamento clínico durante a internação basicamente com os cuidados de: hidratação vigorosa, vigilância de função de função renal através do monitoramento da diurese e dosagem de creatinina e ureia, e controle diário de CPK.

A hidratação foi feita com 4L/dia nas primeiras 48 horas de internação, depois 3L/dia, e por último 2L/dia. A hidratação foi feita com uma solução cristalóide isotônico do tipo ringer lactato.

Uma revisão narrativa baseada em evidências publicada em 2019 no *American Journal of Emergency Medicine*, expõe as principais recomendações sobre a avaliação e manejo da Rabdomiólise no departamento de Urgência e Emergência. Para esta revisão foram selecionados 82 artigos pesquisados nas principais plataformas de publicação científica. Realizarei a discussão do tratamento do paciente G.V.R.J com base nessas recomendações.

Recomendação nº1 para o tratamento – Identificar a causa

Foi identificado a causa já no primeiro atendimento, atribuindo a atividade muscular extenuante realizada pelo paciente. Recomendou-se a cessação de atividade física durante as duas primeiras semanas de alta, e após iniciar aos poucos. O tratamento deve ser direcionado a causa.

#### Recomendação nº2 para o tratamento – Hidratação

O tratamento inicial requer hidratação com fluidos intravenosos, com meta de diurese de 300 ml/h, o que requer uma infusão de cerca de 1,5L/h de fluidos intravenosos. A escolha do fluido pode ser tanto SF0,9% como ringer lactato. Um estudo não achou diferença significativa nos níveis séricos de potássio com a utilização das duas soluções.

Nota-se que no primeiro dia foi realizado hidratação de 4L/dia, o que dá aproximadamente 50 ml/kg/dia pelo peso do paciente e 166 ml/h de hidratação. A diurese somente foi controlada se presente ou não, não quantifica e registrada em prontuário. Não existem ensaios clínicos randomizados que apresentem evidências de benefício de uso de bicarbonato para facilitar excreção renal de mioglobina e reduzir acidose urinária.

Pelas recomendações o paciente recebeu menos hidratação do que a recomendada. No estudo citado não havia recomendação de seriar a dosagem de CPK para avaliação do tratamento.

#### ✓ **Prevenção da Rabdomiólise**

Pensando no caso em questão, na alta hospitalar seria recomendado orientar o paciente sobre algumas medidas de prevenção de rabdomiólise induzida por exercícios físicos, visto que a causa deste foi essa.

Uma revisão de literatura denominada "*Exercise-induced rhabdomyolysis mechanisms and prevention: A literature review*" publicada no *Journal of Sport and Health Science* em 2016 estabeleceu algumas recomendações de prevenção. Orientar que já está constatado que exercícios de alta intensidade, longa duração e com levantamento de peso (contração excêntrica) são os principais responsáveis pelo aumento de CPK em homens que apresentam rabdomiólise induzida por exercício. Assim o tipo e a intensidade do exercício devem ser considerados com prudência.

Alertar sobre as medidas de cuidado com os fatores ambientais ao realizar exercícios em ambientes abertos, em especial com o controle da temperatura corporal e hidratação. Orientar sobre o tipo de roupa que facilite a dissipação de calor e que forneçam um mecanismo de resfriamento.

✓ **Desfecho do caso**

Alta melhorado.

• **Referências**

LONG, Brit; KOYFMAN, Alex; GOTTLIEB, Michael. An evidence-based narrative review of the emergency department evaluation and management of rhabdomyolysis. **The American journal of emergency medicine**, v. 37, n. 3, p. 518-523, 2019.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 92 – RABDOMIÓLISE. Medicina de emergência: abordagem prática** [15.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

KIM, Jooyoung et al. Exercise-induced rhabdomyolysis mechanisms and prevention: A literature review. **Journal of sport and health science**, v. 5, n. 3, p. 324-333, 2016.

- **CASO CLÍNICO 07 – EMERGÊNCIA METABÓLICA – HIPOGLICEMIA**

- **Identificação**

R.G.S, 63 anos, aposentada, moradora de Foz do Iguaçu, possui planos de saúde.

- **Queixa principal**

“Ficou tonta e confusa”

- **História da doença atual**

Paciente admitida nesta unidade trazida pela filha por demanda espontânea, relata que paciente pela manhã após acordar ficou sonolenta e com tontura, também apresentou alguns episódios de confuso mental. Foi admitida nesta unidade em cadeira de rodas em rebaixamento do nível de consciência. Ao realizar HGT observou-se glicometria de 40.

- **Exame físico**

Alterações: paciente desorientada, com pensamento lentificado, sonolenta e queixando-se de tontura. Sem outras alterações dignas de nota. Sinais vitais estáveis.

- **História patológica pregressa**

Diabetes mellitus tipo 2

Insuficiência Cardíaca

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Carvedilol 25 VO 25/24h

Metformina 500 mg 1cp 12/12h

Glibenclamida 5mg 1cp 8/8h

- **Hábitos de vida**

Ativa. Nega etilismo ou tabagismo.

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Apoio e suporte familiar presente. Conhece todo seu processo de adoecimento, realiza controle com Endocrinologista e Cardiologista periodicamente, inclusive foi alertada pelo Endocrino sobre o risco de hipoglicemia diante do aumento da dose de glibenclamida.

- **Diagnóstico sindrômico.**

Rebaixamento de nível de consciência.

- **Diagnóstico diferencial.**

AVC. Outras causas de rebaixamento de nível de consciência (infecções, trauma, psiquiátricas.).

- **Exames complementares**

Para esta paciente, no momento da admissão foi realizado um teste de glicose com o glicosímetro. Após verificação da hipoglicemia, instalado o tratamento com melhora quase que espontânea. Com a coleta da história com familiar e logo após com a paciente, verificou-se claramente a causa do episódio de glicemia e então foi dado alta com orientações para retorno no Endocrinologista para ajuste da terapia com hipoglicemiantes orais.

- **Condutas adotadas**

Foi realizado 1 ampola de Glicose 50%, e verificação de glicemia capilar de 30 em 30 minutos durante 2 horas.

- **Discussão crítica**

- **Fundamentação teórica**

Hipoglicemia é definida pela tríade de Whipple: valor da glicemia diminuído (<45 mg/dL), sintomas adrenérgicos (palpitação, tremor, sudorese, parestesias, fome, taquicardia, ansiedade) ou sintomas neuroglicopênicos (cefaleia, tontura, ataxia, astenia, dificuldade de concentração, lentificação, confusão mental, irritabilidade, distúrbios do comportamento, déficits neurológicos focais, sonolência, convulsões e coma), resolução dos sintomas com correção da hipoglicemia.

Hipoglicemia é um evento raro, exceto em pacientes com diabetes mellitus. Em pacientes diabéticos com hipoglicemia, quando não houver causa definida, deve-se considerar colher função renal, eletrólitos e considerar outros exames a depender do quadro clínico. Em pacientes com hipoglicemia sintomática deve-se infundir 20g de glicose (considerar infusão de 60-100 mL de glicose a 50%). Em pacientes sem acesso venoso, pode-se utilizar glucagon IM 1-2 mg.

Em pacientes desnutridos, hepatopatas ou etilistas, deve-se prescrever tiamina 100mg IV ou IM junto com a glicose para prevenir encefalopatia de Wernicke Korsakoff. Pacientes diabéticos com alto risco de novos episódios de hipoglicemia (portadores de insuficiência renal crônica) devem ser mantidos em observação por 12 a 24 horas com glicemia capilar 1/1 hora.

- **Identificação da etiologia**

Aumento de dose de glibenclamida.

É um hipoglicemiante oral da classe das sulfonilureias que causa hipoglicemia. Não é seguro para idosos. Foi uma hipoglicemia induzida por drogas.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

Em um paciente diabético como esta senhora, que faz uso de um hipoglicemiante oral que farmacologicamente sabe-se que pode causar hipoglicemia, é muito fácil o diagnóstico. Para mim, o desafio está em diagnosticar hipoglicemia em pacientes não diabéticos, aparentemente saudáveis, que podem ter hipoglicemia por inúmeras causas desde quadros psiquiátricos como a hipoglicemia factícia até quadro originados por tumores como insulinomas.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Para pacientes aparentemente saudáveis não diabéticos quando apresentam episódio de hipoglicemia para investigação diagnóstica. E para diabéticos com alto risco de desenvolver novos episódios de hipoglicemia. Para esta paciente, como era bem orientada, tinha fácil acesso ao serviço de saúde, e tinha uma causa clara do evento hipoglicêmico, não foram necessários mais exames além da glicemia capilar.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

O tratamento para hipoglicemia realizado foi a infusão de glicose, com melhora instantânea no quadro. Como ela era muito sintomático e já estava com um acesso, foi optado por glicose EV. Também temos a opção de glucagon IM em pacientes sem acesso. Para uma paciente que chegasse pouco sintomático



e fosse constatada uma hipoglicemia leve, poderiam ser utilizados glicose via oral ou alimentação com carboidratos.

- **Prevenção**

Evitar o uso de sulfonilureias em idosos. Realizar instrução correta de uso de insulina em pacientes insulino dependentes.

- **Desfecho do caso**

Alta melhorada com orientações.

- **Referencias**

PEREIRA, Maria Isabel; AMATO, Angélica Amorim; CASULARI, Luiz Augusto. Tratamento do diabetes melito tipo 2: ainda existe lugar para as sulfonilureias. **Brasília Méd**, v. 51, n. 3.4, p. 291-5, 2014.

HOLSTEIN, Andreas et al. Severe sulfonylurea-induced hypoglycemia: a problem of uncritical prescription and deficiencies of diabetes care in geriatric patients. **Expert opinion on drug safety**, v. 9, n. 5, p. 675-681, 2010.

- **CASO CLÍNICO 08 – EMERGÊNCIA POR TRAUMA - MORDEDURA**

- **Identificação**

H.C.A, 17 anos, não possui planos de saúde.

- **Queixa principal**

“Cachorro me mordeu”

- **História da doença atual**

Paciente dá entrada neste serviço com múltiplas lesões em face, pescoço e mãos, causada por mordedura e arranhadura de animal doméstico (cão).

Evento agudo, restrito à lesão de pele, sem lesões em nervos ou estruturas ósseas. Força motora e sensibilidade preservadas. Paciente buscou atendimento 2 horas após o trauma.

- **Exame físico**

Múltiplas lesões em face, pescoço e mão.

Lesões profundas em face, localizadas em região infraorbital e glabella.

Lesão superficial em face anterior do pescoço.

Lesão superficial em mão, localizada em eminência tenar e 2° quirodáctilo.

- **História patológica pregressa**

Sem comorbidades.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Nega. Nega alergias.

- **Hábitos de vida**

Informação não coletada.

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Informação não coletada.

- **Diagnóstico sindrômico.**

Mordedura por animal.

- **Diagnóstico diferencial.**

Mordedura por animal.

- **Exames complementares**

Não necessários. Evento agudo. Sem complicações neuromotoras.

- **Condutas adotadas**

Foi feita uma avaliação rápida, em sala de procedimentos de Unidade de Pronto Atendimento, questionando sobre algumas características do trauma, características do animal (se doméstico ou silvestre, observável ou não), histórico vacinal do animal e do paciente. Também foi realizado exame físico das feridas, lavagem da mesma, curativo e prescrição com sintomático, antibioticoprofilaxia e encaminhamento para epidemiologia para avaliação de profilaxia antitetânica e para a raiva humana.

- **Discussão crítica**

- **Fundamentação teórica**

Mordeduras, tanto animais quanto humanas, são tipos de trauma, devendo então serem manejadas dentro do protocolo do ATLS, através da avaliação primária com o ABCDE. Com atenção às mordeduras de animais

maiores, como cães de grande porte ou animais silvestres, envolvendo face e pescoço pelo grande risco de comprometimento de vias aéreas e vasos calibrosos.

Após estabilizar o paciente devemos fazer a avaliação da ferida. Analisar o formato, extensão e profundidade do ferimento. Avaliar se há tecido desvitalizado ou debris em seu interior. É o momento também de investigar a origem do trauma – se foi provocado por mordedura de animais domésticos (cães, gatos, coelhos), silvestres (gambás, guaxinins, gatos do mato, macaco) ou humanos.

Mordeduras são ferimentos contaminados, então a higienização é fundamental para evitar complicações. Deve-se lavar abundantemente a ferida, irrigando com solução salina. A utilização de solução iodada ou degermantes tópicos para auxiliar na lavagem da ferida é fortemente recomendada.

Após a higienização, deve-realizar o desbridamento e exploração da ferida. A eliminação de quaisquer debris que não foram retirados com a lavagem, de tecido desvitalizados, reduz os riscos de complicações infecciosas e melhoramos o processo cicatricial. A exploração digital é necessária para buscar o indício de fratura, rupturas completas ou parciais de tendões, lesão de cápsula articular, presença de restos dentários e ósseos, impurezas e, dependendo do tempo de ferida, até mesmo coleções de pus ou abscessos.

Após avaliação inicial, estabilização, higienização, desbridamento e exploração da ferida devemos avaliar se fecharemos o ferimento ou deixaremos cicatrizar por segunda intenção. Tradicionalmente, as recomendações para o tratamento de feridas por mordedura são descritas com a não realização de suturas, por se tratarem de feridas com alto grau de contaminação.

Em uma revisão da American Academy of Family Physicians, denominada *Dog and Cat Bites* publicada em 2014, revisou alguns estudos clínicos randomizados, meta análises e Guidelines e estabeleceu algumas recomendações práticas sobre o manejo de feridas causadas por mordeduras. Dentre elas, de nível de evidência B recomenda de feridas podem ser fechadas por suturas caso haja desejo de melhor resultado estético, entretanto feridas com alto risco de infecção deve ser deixadas abertas.

Alguns fatores aumentam o risco de infecção por mordedura animal dentre eles mordedura em extremidades com comprometimento vascular ou linfático subjacente, mordedura envolvendo mãos, mordeduras próximas ou sobrejacente a próteses articulares, mordeduras de gato, lesões com esmagamento, acesso tardio ao serviço de saúde (maior que 6 a 12h para mordeduras em braços e pernas, maior que 12h para mordeduras na face), feridas puntiformes, portadores de diabetes mellitus, imunossuprimidos e mordeduras humanas.

- **Identificação da etiologia**

Mordedura por animal de médio porte.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

Não tem segredos. O paciente já chega contanto o diagnóstico. É válido algumas perguntas que irão definir conduta, quando se trata de mordedura de animais é necessário perguntar: se o animal é observável, se é doméstico ou silvestre e a quanto tempo foi o incidente. No exame físico é importantíssimo avaliar a gravidade do acidente em leve ou grave, de acordo com a extensão, profundidade, quantidade e local da lesão.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Dependendo da gravidade do trauma a investigação será direcionada, por exemplo caso suspeita de lesões ósseas, pode-se proceder a investigação com exames de imagem.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

As questões que levam mais questionamento no manejo de mordeduras por animais no pronto socorro são a realização ou não de sutura, a utilização de antibioticoprofilaxia e as profilaxias antitetânicas e antirrábica.

No caso deste paciente foi receitado cefalexina 500 mg de 6/6h por 7 dias, não foi realizado sutura apenas curativo com aproximação de bordas e encaminhado para sala da epidemiologia para verificação de status vacinal antitetânico e profilaxia antirrábica.

A revisão da AAFP indica o uso de antibióticos profiláticos a nível de recomendação B em todas as feridas de alto risco e avaliada a necessidade nas feridas de médio risco. A indicação de primeira linha de uso é a amoxicilina/Ácido clavulânico 500mg/125 mg 8/8h, em nenhum momento a cefalexina foi indicada nem como alternativas.

Todos os animais mamíferos são suscetíveis a contrair e transmitir raiva. Diante disso, como o animal que atacou o paciente acima era doméstico, da própria família, e observável, a conduta foi conservadora, realizando a observação do animal por 10 dias para assim decidir a realização da vacinação ou sorovacinação.

Como o paciente possuía vacinação completa há menos de 5 anos para tétano não foi realizado nova vacinação.

- **Prevenção**

Cuidados ao contato com animais domésticos e silvestres.

Educação continuada para profissionais de saúde para atualização das condutas diante a mordedura com animais, em especial as indicações de suturas, antibioticoprofilaxias e profilaxia antirrábica e antitetânica.

- **Desfecho do caso**

Alta melhorado com sintomáticos e antibioticoterapia.

- **Referencias**

Haddad, V.Jr.; Neto, M.F.C.; Mendes, A.L. Mordeduras de animais (selvagens e domésticos) e humanas. **Rev Patol Trop** 2013 Vol. 42 (1): 13-19.

Ellis, R. e Ellis, C. Dog and Cat Bites. **Am Fam Physician**. 2014;90(4):239-243

- **CASO CLÍNICO 09 – EMERGÊNCIA DERMATOLÓGICA**

- **Identificação**

F.R.E, 33 anos, solteira, residente de Foz do Iguaçu, não possui planos de saúde.

- **Queixa principal**

“Pescoço começou a fechar”

- **História da doença atual**

Paciente vem por demanda espontânea a UPA por urticária, dispneia e dor abdominal de início agudo há 40 minutos atrás. Relata que após tomar injeção de Penicilina G Benzatina em farmácia iniciou com um prurido no local da injeção que logo se espalhou para todo o corpo e evoluiu com angioedema periorbitário e rubor facial importante. Foi medicada por farmacêutico com antialérgico e corticóide (não soube informar qual). No caminho para casa paciente iniciou com quadro dispnéia e dor abdominal. Nega outras queixas.

- **Exame físico**

Alterações:

Prurido em todo o corpo. Angioedema periorbitário. Rubor facial. Edema de língua. Dispneica. Dor abdominal difusa. Durante avaliação níveis pressóricos tenderam a hipotensão.

- **História patológica pregressa**

Intolerante a lactose.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Lactase.

- **Hábitos de vida**

Sedentária. Nega tabagismo.

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Refere episódios prévios de alergias (lactose, poeira, ácaros).

- **Diagnóstico sindrômico.**

Síndrome anafilactóide.

- **Diagnóstico diferencial.**

Urticária generalizada aguda. Exacerbação de asma. Embolia pulmonar. Ansiedade/Ataques de Pânico. Tireotoxicose.

- **Exames complementares**

No momento da admissão em sala vermelha foram solicitados os exames de admissão (hemograma, EAS, PCR, Na, K, Ca, eletrocardiograma). Durante a avaliação secundária foi solicitado um raiox de tórax e de abdome.

- **Condutas adotadas**

Adrenalina IM. Prometazina IM.

- **Discussão crítica**

- **Fundamentação teórica**

A anafilaxia é uma condição que pode se apresentar de forma rápida, grave e dramática, com, por exemplo, choque e obstrução de vias aéreas. Os agentes desencadeantes principais são medicações e alimentos. Após o contato com o agente, a anafilaxia pode evoluir para evento fatal em 5 minutos após medicação EV. O tratamento que é a injeção intramuscular de adrenalina deve ser instituído prontamente.

Alguns parâmetros são preditores de anafilaxia grave, dentre eles o atraso na administração de adrenalina, o uso de betabloqueadores e inibidores de

**Quadro 1 – Critérios para o diagnóstico de anafilaxia.**

1. Início agudo de doença (minutos ou horas) com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou eritema facial, edema lábios-língua-úvula).

E pelo menos um dos seguintes itens:

- a) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- b) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].

2. Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição a um alérgeno provável para o paciente (minutos a horas)

- a) Envolvimento de pele-mucosas (por exemplo, urticária generalizada, prurido-eritema facial, edema lábios-língua-úvula).
- b) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).
- c) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].
- d) Sintomas gastrointestinais persistentes (por exemplo, cólica abdominal persistente, vômitos).

3. Queda da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente (minutos a horas):

- a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica baixa (idade específica) ou uma queda na pressão arterial sistólica > 30%.
- b) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda > 30% na pressão arterial sistólica basal.

**Figura 6 – Critérios diagnósticos de Anafilaxia**

DI GESU, G. M. S. et al. Anafilaxia: Diagnóstico.

enzima conversora de angiotensina, anti-inflamatórios e doença cardiovascular. Casos graves de anafilaxia vão responder mal ao tratamento sendo necessários doses adicionais de adrenalina e até adrenalina endovenosa contínua.

A anafilaxia pode se apresentar de forma bifásica. A reação bifásica pode ocorrer de 18 a 72 horas depois da exposição, mas na maioria das vezes ocorre em 8 horas. É uma reação potencialmente fata e exige atendimento de forma rápida.

- **Identificação da etiologia**

Analisando o relato da paciente, e o tempo entre o contato com único agente de uso não-habitual do dia, concluímos que a reação de anafilaxia foi pelo antibiótico administrado em farmácia do bairro.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

Foi feito rapidamente, sem atrasar a terapêutica. O diagnóstico é clínico.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Exceto pela razão de “protocolo” do atendimento do local, não havia nenhuma justificativa para a solicitação de exames complementares. O quadro de anafilaxia da paciente estava claro, e dificilmente teria outro diagnóstico diferencial diante de tais sinais e sintomas. O diagnóstico de anafilaxia é CLÍNICO, utilizando alguns critérios já citados na fundamentação teórica. Além disso é uma emergência que demanda de um atendimento de forma rápida para evitar sua manifestação mais grave como um choque ou obstrução de via aérea, podendo evoluir para o óbito devido ao próprio choque ou parada respiratória.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

O primeiro passo no tratamento é a identificação do que levou ao quadro anafilactóide, que foi identificado como a injeção intramuscular de penicilina. Ao ser admitida já foi acoplada a monitorização multiparâmetros de sinais vitais, com um acesso periférico calibroso, ofertado oxigênio em cânula nasal com 2L/min e realizado adrenalina intramuscular 0,5 ml. Também foi iniciado hidratação com SF0,9%. Foi administrado também uma ampola de prometazina IM. Além disso foram feitos sintomáticos para náuseas e vômitos e analgésicos para dor abdominal.

O tratamento foi condizente com o que é proposto na literatura quanto ao uso das medicações. Uma falha identificada foi a demora entre a triagem e o encaminhamento a sala vermelha para estabilização, contrariando as principais recomendações de que o aspecto crucial para o manejo correto da anafilaxia é o pronto reconhecimento da afecção e o início da terapia imediatamente.

A paciente teve oferta de O2 suplementar, e baixo fluxo, é recomendado que forneça altos fluxos de 8-10 litros. O elemento mais importante do tratamento



da anafilaxia é a adrenalina, e foi feita logo no início do atendimento. A paciente respondeu bem a adrenalina IM, caso fosse refratária poderíamos ter diluído em soro fisiológico na solução de 1:1000. A paciente não estava apresentando broncoespasmos, a dispneia possivelmente era pelo edema da língua e glote. O uso de corticóides e anti-histamínicos tem benefício questionável na literatura, sendo mais recomendados para prevenir as reações bifásicas da anafilaxia.

- **Prevenção**

Orientar a paciente para reconhecer os sintomas de recorrência. Orientar a paciente quanto a alergia a antibióticos betalactâmicos (referir os principais nomes). Anotar em prontuário sobre alergia da paciente.

- **Desfecho do caso**

Alta melhorado.

- **Referencias**

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 12- ANAFILAXIA E OUTRAS ALERGIAS. Medicina de emergência: abordagem prática** [15.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

Di Gesu, G. M. S., Rosário Filho, N., Tebyriça, J. N., Solé, D., Bernd, L. A. G., Spindola, M. A. C., & Simões, R. Anafilaxia: Diagnóstico.

- **CASO CLÍNICO 10 – EMERGÊNCIA POR CAUSAS EXTERNAS**

- **Identificação**

W.R.J, 44 anos, casado, residente em Foz do Iguaçu, não possui planos de saúde.

- **Queixa principal**

“Acidente de carro”

- **História da doença atual**

Paciente deu entrada nesta unidade devido a acidente automobilístico auto x auto, e durante seu terceiro dia internação vem apresentando taquicardia, sudorese, hipertensão, tremores, alucinações visuais e auditivas, ansiedade e agitação psicomotora. Evoluiu com desorientação e confusão mental, extrema agitação motora sendo necessário contenção mecânica ao leito e tremores grosseiros.

*Observação:*

*A história clínica principal deste paciente é o episódio do trauma (acidente auto x auto), e que durante a internação apresentou Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA).*

*O caso clínico não será discutido enfocando o trauma e sim o diagnóstico e manejo da SAA.*

- **Exame físico**

No leito com contenção mecânica, desorientado em tempo e espaço, apresentando tremores grosseiros em membros superiores, sudorese intensa além de taquicardia e níveis pressóricos elevados (PAS >160).

- **História patológica pregressa**

Paciente etilista pesado, refere ingerir mais de 1 litro de bebidas alcoólicas destiladas por dia. Nega outras comorbidades.

- **Medicamentos de uso contínuo/habitual**

Nega.

- **Hábitos de vida**

Etilista.

- **História fisiológica, psicossocial e familiar.**

Informações não coletadas.

- **Diagnóstico sindrômico.**

Alteração do estado mental. Agitação psicomotora. Síndrome de Abstinência Alcoólica.

- **Diagnóstico diferencial.**

TCE. Acidentes vasculares cerebrais. Hipoglicemia.

- **Exames complementares**

Para o episódio específico de Síndrome de Abstinência Alcoólica não foram exames, exceto um HGT feito na hora que estava sendo feita a avaliação. Os exames solicitados para este caso foram relativos ao manejo do trauma.

- **Conduas adotadas**

Foi realizada a profilaxia com tiamina IM, 300 mg. E prescrito Diazepam 5 a 10 mg via oral a cada 6/6 horas. Também foi prescrita hidratação com um soro ringer lactato para correr em 4 horas.

- **Discussão crítica**

- **Fundamentação teórica**

A Síndrome de Abstinência Alcoólica é o conjunto de sinais e sintomas específicos causados pela suspensão abrupta do consumo de álcool em pacientes usuários crônicos. Com o uso crônico do álcool, ocorrem alterações no número e na função dos receptores como uma resposta compensatória aos efeitos depressivos do álcool. A interrupção abrupta ou diminuição significativa do uso de álcool desencadeia a síndrome de hiperexcitabilidade que caracteriza a síndrome de abstinência alcoólica.

- **Identificação da etiologia**

De acordo com a história coletada com o próprio paciente no momento de admissão, e também com familiares o mesmo era etilista pesado há muitos anos, e que com a internação, e conseqüente retirada abrupta da ingestão de álcool, teria ocasionado a Síndrome de Abstinência Alcoólica.

- **Reflexões sobre o diagnóstico**

O diagnóstico de SAA deve incluir outros quadros que podem cursar com agitação psicomotora e alteração do estado mental, como quadros de delirium e seus potenciais fatores precipitantes, como infecções e alterações metabólicas.

- **Quando e porque solicitar exames complementares para este caso?**

Neste caso foram solicitados no momento do início da agitação e tremores hemograma, glicemia, eletrólitos e um eletrocardiograma. Esses exames são necessários para auxiliar nos diagnósticos diferenciais de SAA.

No caso dele, como foi admitido por um trauma, seria prudente a solicitação de uma TC de crânio, pois tem indicação apenas em pacientes confusos, com convulsões parciais ou convulsões generalizadas, história de TCE, déficit neurológico focal no exame físico ou primeiro episódio convulsivo. Outros exames como líquor, têm indicação conforme a apresentação clínica.

- **Tratamento: o realizado versus o preconizado na literatura.**

Ao meu ver analisando a literatura, essa foi a parte mais falha no tratamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica deste paciente. E não só neste paciente, vi inúmeros casos durante o internato e pré-internato em emergência que não receberam o tratamento adequado.

O uso de escalas para direcionar o tratamento não foi utilizado, embora não seja obrigatória auxilia na definição das metas terapêuticas. Uma delas é a escala CIWA-Ar, que foi desenvolvida para avaliar e monitorar a terapêutica dirigida por sintomas nesses pacientes. Eu realizei a aplicação desta escala, e o resultado foi que ela estava em uma abstinência grave, que exigia

benzodiazepínicos via parenteral, e o utilizado foi via oral e contenção mecânica por tempo prolongado.

- **Prevenção**

A principal prevenção a ser discutida aqui não é nem a prevenção do alcoolismo, pois essa intervenção seria muito mais apropriada para um cenário de atenção básica. A prevenção ideal a ser discutida aqui é a prevenção da Encefalopatia de Wernicke com a profilaxia com tiamina, e a prevenção da manifestação mais grave da Síndrome de Abstinência Alcoólica que é o delirium tremens através do correto uso de benzodiazepínicos.

- **Desfecho do caso**

Alta melhorado.

- **Referencias**

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 62-71, 2000.

LUIS, Margarita Antonia Villar; LUNETTA, Ana Carolina Fuza; FERREIRA, Paulo Sérgio. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2008.

#### 4 PROCEDIMENTOS INVASIVOS

➤ Via aérea invasiva (intubação, máscara laríngea, cricotireoidostomia)

##### PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES

##### VIA AÉREA INVASIVA

LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
UPA MORUMBI	(X) SIM – IOT de uma paciente que chegou em plena insuficiência respiratória aguda.  ( ) NÃO	( ) SIM
UPA SAMEK	(X) SIM – Intubação de uma paciente que apresentou um rebaixamento do nível de consciência.  ( ) NÃO	
HMPGL	(X) SIM – Intubação de alguns pacientes na sala de trauma.  ( ) NÃO	( ) SIM

➤ Acesso venoso central

<b>PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES</b>		
<b>ACESSO VENOSO CENTRAL</b>		
<b>LOCAL</b>	<b>PRESENCIEI PROCEDIMENTO</b>	<b>REALIZEI PROCEDIMENTO</b>
UPA MORUMBI	( X ) SIM Localização: Femoral (1) ( ) NÃO	( X ) SIM Em jugular direita ( ) NÃO
UPA SAMEK	( X ) SIM Subclávia direita ( ) NÃO	
HMPGL	( X ) SIM Acompanhei a inserção de um ACV em jugular guiado por ultrassom.	( X ) SIM – Realizei a inserção de 5 (cinco) acessos venosos centrais guiados por ultrassom. ( ) NÃO

- Sondas (sondagem nasogástrica, nasoenteral, sondagem vesical, punção venosa periférica, punção arterial)

<b>PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES</b>	
<b>SONDAS E PUNÇÕES</b>	
<b>LOCAL</b>	<b>REALIZEI PROCEDIMENTO</b>
UPA MORUMBI	(X) SIM – Sondagem nasogástrica (1);
UPA SAMEK	(X) SIM – Sondagem vesical (2) – Masculino e feminina; Punção Arterial (5); Punção Venosa Periférica (7);
HMPGL	(X) SIM – Sondagem nasoenteral (1)

- Drenos

<b>PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES</b>	
<b>DRENOS</b>	
<b>LOCAL</b>	<b>REALIZEI PROCEDIMENTO</b>
UPA MORUMBI	(X) NÃO
UPA SAMEK	(X) SIM – Dreno de penrose (1). Drenagem pleural – Observei o diarista realizando a drenagem de um derrame pleural em pulmão direito (1).



HMPGL	(X) NÃO – Apenas <b>visualizei</b> a inserção de quatro drenos de tórax durante os plantões. Acompanhei também a realização de uma toracocentese em uma paciente com derrame pleural;
-------	---

➤ Suturas

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES	
SUTURAS	
LOCAL	REALIZEI PROCEDIMENTO
UPA MORUMBI	(X) SIM – Suturas (5)
UPA SAMEK	(X) SIM – Suturas (estimativa: ~30 suturas) <i>Número de suturas estimado, apenas uma estimativa subestimada. A demanda por suturas nessa unidade é demasiadamente alta, dificultando a contagem por plantão.</i>
HMPGL	(X) SIM – (3) Suturas na sala de Trauma

- Pequenos procedimentos (Lavagem otológica, retirada de corpo estranho ocular, drenagem de abscessos).

<b>PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES</b>	
<b>PEQUENOS PROCEDIMENTOS</b>	
<b>LOCAL</b>	<b>REALIZEI PROCEDIMENTO</b>
<b>UPA MORUMBI</b>	(X) SIM – Lavagem otológica (3); Retirada de corpo estranho ocular (6); Drenagem de abscesso cutâneo (1) – Realizei a drenagem de um abscesso em MMSS direito.
<b>UPA SAMEK</b>	(X) SIM – Drenagem de abscesso de glândula de Bartholin (4): Realizei 4 drenagem de abscesso de glândula de Bartholin;
<b>HMPGL</b>	(X) NÃO

- Outros procedimentos

Não visualizei a inserção de marca-passo transcutâneos e acessos intraósseos.

- Reflexões sobre procedimentos – A teoria e a prática.

Em relação às minhas práticas nos procedimentos, posso separar em dois momentos: os procedimentos simples e os procedimentos complexos/invasivos. As sondagens nasogástrica, nasoentérica, vesical foram de dificuldade moderada, porém o que me chamou atenção sobre a utilização destes dispositivos não foram em si o procedimento, e sim as indicações e contra-indicações de cada um deles na literatura e como era na prática. Notei uma certa banalização no uso destes dispositivos, nos âmbitos intra-hospitalar o uso indevido e em excesso das sondas vesicais, em pacientes que poderiam utilizar fraldas, ou até mesmo que tinham controle adequado da micção e não

precisavam de controle do débito urinário, podendo utilizar dispositivos como o papagaio.

Para as sondas nasogástricas/enterais observei mais nos cenários de UPAs, em paciente que faziam o uso domiciliar e vinham trocar. Em um dos pacientes que vieram tivemos muita dificuldade na inserção, e uma Enfermeira me comentou a seguinte frase “Tá vendo porque vocês Médicos devem saber passar sonda? Em casos como este, depois da Enfermagem, que sabe mais no serviço são vocês, e buscaremos ajuda de vocês nestes casos”. Um dos casos me tocou muito, uma paciente em acompanhamento pós-AVCi que estava em uso de sonda em casa a 2 meses, relatou a demora pós-alta hospitalar da avaliação da Fonoaudióloga da rede, permanecendo em uso da sonda desde então.

Para as suturas, este internato foi super oportuno para o treinamento das habilidades manuais. Desde a paramentação, a assepsia da lesão, escolha do fio, técnica de anestesia local, tipo de ponto, hemostasia da ferida, curativos e cuidados pós-sutura (higiene, prescrição de antibioticoprofilaxia e sintomáticos).

Sobre os acessos, os periféricos e gasometrias arteriais são simples e fáceis de fazer. Já os acessos venosos centrais, tive maior dificuldade de realizar, dificuldade pessoal, de que embora haver estudado e ter treinado em bonecos de simulação, não me sentia preparado e seguro em realizar em um paciente. Pois pensava o seguinte, o paciente já está grave, daí vou eu e faço um acesso errado, com alguma complicação e pioro a situação do paciente. Somente no final do internato em UE, após ter presenciado vários acessos, revisto a teoria inúmeras vezes, estar presente em uma situação com um bom médico na sala vermelha que tive a coragem então de realizar um AVC em jugular, o acesso foi um sucesso, de primeira tentativa, sem complicações hemorrágicas, pulmonares ou infecciosas (pois acompanhei ele no hospital nos dias seguintes). Após essa primeira realização, me senti mais seguro, e pude realizar outros acessos centrais durante as práticas, a maioria inclusive utilizando a recomendação feita em grandes instituições, que é a realização de acesso guiado por ultrassom.

## **5 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL – AVALIANDO OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL. UPA JOÃO SAMEK E UPA MORUMBI.**

### **➤ AS QUESTÕES PROBLEMAS**

Durante o internato em Urgência e Emergência do SUS, com os mais de 42 plantões, diurnos e noturnos, nos três principais cenários de atendimento às emergências da nossa cidade e de alguns locais da 9ª. Regional em saúde, pude analisar bem de perto alguns “sinais e sintomas” que o serviço expressava, expondo algumas fragilidades, déficits e falhas, seja na própria assistência ou na ordenação dos fluxos de atendimento de algumas emergências.

O primeiro ponto que claramente é percebível a nós diretamente envolvidos na assistência, aos pacientes, aos meios de comunicação e a toda a sociedade: a superlotação dos serviços de emergência. Essa não é uma particularidade somente da nossa cidade, e sim de todo o Brasil e quiçá do mundo. É claro, evidente e desafortunado que os serviços, em especial as Unidades de Pronto Atendimento, devido à sua característica de ser porta aberta, estarem sempre cheios, muitas das vezes por queixas que poderiam ser resolvidos na atenção primária à saúde.

O segundo ponto, que é o atendimento às urgências e emergências cardiovasculares, é considerado por profissionais da rede uma das principais questões-problema da rede. Hoje, as emergências cardiovasculares são enviadas ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti, que conforme previsto em lei, em instituições sem fins lucrativos é permitido convênios com o SUS, e então é o serviço responsável por uma das principais emergências da medicina.

A principal queixa sobre esse segundo ponto é a dificuldade de envio de pacientes para a instituição, com inúmeras barreiras de acesso, contrariando protocolos nacionais e internacionais de atendimento de algumas emergências cardiovasculares (IAM, dissecação aguda de aorta, etc). Inúmeras vezes já presenciei queixas sobre a falta transparência sobre os critérios de admissão.

Até o momento vimos dois pontos: um sobre a gestão do serviço (superlotação) e outro sobre a organização dos fluxos e coordenação do cuidado

(encaminhamento para serviço de atendimento às emergências cardiovasculares). Agora, para o terceiro ponto, exponho um item relacionado à própria assistência, que é algo corriqueiro nas UPAs, o atendimento aos ferimentos traumáticos da pele e subcutâneo. Seja o atendimento aos ferimentos traumáticos causados por acidentes ou por mordedura de animais. É algo simples, que na minha observação e prática pude perceber que gera um espectro amplo de condutas diferentes, tanto dos médicos quanto dos próprios internos, em especial aos seguintes pontos:

- 1 Feridas traumáticas por acidentes
  - a. Janela terapêutica de possibilidade de uso de sutura para fechamento da ferida.
  - b. Indicação clara de quais feridas deve-se usar antibioticoprofilaxia – tempo de uso, dose, classe.
- 2 Feridas por mordedura de animais
  - a. Indicações de profilaxia antirrábica – soro e vacina.
  - b. Indicações de profilaxia antitetânica.
  - c. Tipo de antibiótico que deve-se utilizar – dose, tempo, classe.
  - d. Utilização de sutura ou curativos.

## ➤ AS SOLUÇÕES

Sabe-se que 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos sem a necessidade de ir a um serviço de emergência ou pronto socorro, sendo as unidades básicas de saúde capazes de dar solução à maioria dos casos. Já temos dados nacionais que indicam que cerca de 80% dos pacientes que buscam um pronto-socorro são classificados como verde e azul, ou seja, sem gravidade. Como gestão, deveriam focar em ampliar o acesso aos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, para diminuir a superlotação dos serviços de emergência, assim como ampliar a qualidade destes serviços para o melhor controle dos agravos e doenças crônicas não-transmissíveis que comumente agudizam e vão parar no pronto-socorro. Com essas duas soluções o primeiro tópico levantado por este diagnóstico situacional teria uma resolução aos poucos.

Em relação ao atendimento de urgências e emergências cardiovasculares do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, seria necessária uma maior transparência quanto aos fluxos e critérios de admissão do hospital, que se adequem as melhores evidências de atendimento destas afecções, e que ampliem e facilitem as admissões. Outras soluções, já levantadas por Médicos do serviço, é a transferência do atendimento destas emergências para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, passando além de ser referência do trauma para a 9ª. regional, seria também referência do atendimento cardiovascular.

Em relação ao ponto abordado das assistências as feridas de pele traumáticas, sugiro a educação continuada como a solução para estas situações. Um curso de atualização para estes profissionais seria adequado, proporcionando então uma melhor qualidade na assistência, uma melhor produtividade e também um uso mais seguro dos antibióticos.

**QUESTÕES PROBLEMAS**

**EIXOS**

**GESTÃO**

**SUPERLOTAÇÃO**

**FLUXOS**

**ATENDIMENTO  
EMERGÊNCIAS  
CARDIOVASCULARES**

**ASSISTÊNCIA**

**FERIDAS  
TRAUMÁTICAS  
PELE/SUBCUTÂNEO**



**1.AMPLIAR ACESSO  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**1.TRANSPARÊNCIA  
2.PROTOCOLOS  
3.TRANSFERÊNCIA  
PARA O HMPGL**

**1.EDUCAÇÃO  
CONTINUADA**

**6 DROGAS PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E HOSPITAL MUNICIPAL**

<b>MEDICAMENTOS – IOT</b>		
<b>MEDICAMENTO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
Cetamina	500mg/mL frasco 10ml	R\$85,21
Etomidato	2mg/ml ampola 10 ml	R\$19,56
Fentanil	0,05 mg/ml ampola 5ml	R\$5,13
Fentanil	0,05mg/ml ampola 10 ml	R\$6,49
Lidocaína	2% frasco 20 ml	R\$3,97
Midazolam	5mg/ml ampola 3ml	R\$8,84
Midazolam	5mg/ml ampola 10ml	R\$16,17
Rocurônio	10mg/ml ampola 5ml	R\$31,27
Suxametônio	100 mg frasco	R\$19,08

<b>UPA MORUMBI / UPA SAMEK / HMPGL - CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b>			
<b>DROGA</b>	<b>DOSAGEM</b>	<b>INDICAÇÕES</b>	<b>CONTRAINDICAÇÕES</b>
SUXAMETÔNIO	100 mg	Efeito rápido e curto.	Queimaduras graves; História pessoal ou familiar de hipertermia maligna;



FENTANIL	0,05mg/mL ampola com 10 ml	Efeito rápido.  Ocorre menos disforia	Classe C na gestação
CLORIDRATO DE DEXTROCETAMINA	50 mg/ML  Ampola com 10 ml	IOT  Não precisa diluir, é despolarizante.	Efeitos adversos: fasciculações, hipercalemia, arritmias e rabdomiólise.
MIDAZOLAM	5mg/ml ampola com 3 ml	Início de ação lento e curto.  Efeito anticonvulsivante.  Não influencia na PIC.	Efeitos adversos: Hipotensão arterial, taquicardia ou bradicardia. Eventualmente agitação paradoxal.
PRECEDEX (Cloridrato de dexmedetomidina)	100mcg/ml	Além de útil na IOT, é indicado nas primeiras 24 horas de pós operatório como medicação adjuvante para poupar doses de opioides.	Efeitos adversos: Isquemia miocárdica, hipotensão, bradicardia, febre e hipertermia maligna.

## 7 REFERÊNCIAS

Di Gesu, G. M. S., Rosário Filho, N., Tebyriça, J. N., Solé, D., Bernd, L. A. G., Spindola, M. A. C., & Simões, R. Anafilaxia: Diagnóstico.

DINATO, Fabrício José; DIAS, Ricardo Ribeiro; HAJJAR, Ludhmila Abrahão. Dissecção da aorta: manejo clínico e cirúrgico. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo, 2018.

Ellis, R. e Ellis, C. Dog and Cat Bites. **Am Fam Physician.** 2014;90(4):239-243

FERREIRA, Marcelo Simão; BORGES, Aécio Sebastião. Histoplasmore. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, p. 192-198, 2009.

Haddad, V.Jr.; Neto, M.F.C.; Mendes, A.L. Mordeduras de animais (selvagens e domésticos) e humanas. **Rev Patol Trop** 2013 Vol. 42 (1): 13-19.

HAJJAR, Ludhmila Abrahão et al. Diretriz brasileira de cardio-oncologia–2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 1006-1043, 2020.

HOLSTEIN, Andreas et al. Severe sulfonyleurea-induced hypoglycemia: a problem of uncritical prescription and deficiencies of diabetes care in geriatric patients. **Expert opinion on drug safety**, v. 9, n. 5, p. 675-681, 2010.

KIM, Jooyoung et al. Exercise-induced rhabdomyolysis mechanisms and prevention: A literature review. **Journal of sport and health science**, v. 5, n. 3, p. 324-333, 2016.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 62-71, 2000.

LEPPÄNIEMI, Ari et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. **World journal of emergency surgery**, v. 14, n. 1, p. 1-20, 2019.

LONG, Brit; KOYFMAN, Alex; GOTTLIEB, Michael. An evidence-based narrative review of the emergency department evaluation and management of rhabdomyolysis. **The American journal of emergency medicine**, v. 37, n. 3, p. 518-523, 2019.

LUIS, Margarita Antonia Villar; LUNETTA, Ana Carolina Fuza; FERREIRA, Paulo Sérgio. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2008.

PEREIRA, Maria Isabel; AMATO, Angélica Amorim; CASULARI, Luiz Augusto. Tratamento do diabetes melito tipo 2: ainda existe lugar para as sulfonilureias. **Brasília Méd**, v. 51, n. 3.4, p. 291-5, 2014.

PINTO, Lauro Ferreira da Silva et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

PONTES-NETO, Octávio M. et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, p. 940-950, 2009.

SILVA, Rodney Frare. Capítulo 8-Infecções fúngicas em imunocomprometidos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, p. 142-147, 2010.

VARANO, Nathália et al. Infecções por Candida spp em pacientes imunodeprimidos. **Journal of Infection Control**, v. 8, n. 1, 2019.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 72 – Hemorragias intracranianas parenquimatosas. Medicina de emergência: abordagem prática [15.ed.]**. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 90 – PANCREATITE. Medicina de emergência: abordagem prática [15.ed.]**. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 92 – RABDOMIÓLISE. Medicina de emergência: abordagem prática [15.ed.]**. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

Velasco, Irineu Tadeu; Brandão Neto, Rodrigo Antonio; Souza, Heraldo Possolo de; Marino, Lucas Oliveira; Marchini, Julio Flávio Meirelles; Alencar, Júlio César Garcia de (eds). **CAPÍTULO 12- ANAFILAXIA E OUTRAS ALERGIAS. Medicina de emergência: abordagem prática** [15.ed.]. BARUERI: Manole, 2019. 1304p.

WILLIAMS, Earl et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). **Gut**, v. 66, n. 5, p. 765-782, 2017.