

Lista de abreviaturas

ALT – Alaninamino Transferase

AST – Aspartatamino Transferase

AVC – Acidente vascular cerebral

Bpm – batimentos por minuto

CK – Creatinaquinase

CK-MB – Creatinaquinase isoenzima MB

CPAP – *Continuous positive air pressure*

Cpm – ciclos por minuto

DIUTI – número de dias internado na UTI

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência Respiratória

GA – Gap aniônico

IRN – *International normalized ratio*

LDH – Lactato desidrogenase

PCR – Proteína C reativa

SVD – Sonda Vesical

TA – Tensão arterial

TTPA – Tempo de protrombina parcialmente ativada

UMA – Unidades maço/ano

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Introdução e enquadramento

O presente estágio extracurricular foi elaborado dentro do Plano de estudos do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina que realizei na Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro do Hospital de São Paulo – Escola Paulista de Medicina sito na cidade de São Paulo, Brasil. As razões que levaram-me a optar por este Hospital foi pelo fato que a Universidade Federal de São Paulo, universidade associada ao Hospital São Paulo, se enquadrar numa das melhores faculdades de medicina do mundo e aplicar uma conduta de aprendizagem prática associada ao uso da minha linguagem natal.

A escolha por esta unidade prende-se pela possibilidade de acompanhamento diário do paciente com a aquisição de conhecimentos e experiência associada a uma grande envolvimento e acompanhamento dos professores e consequentemente a possibilidade de uma aprendizagem sólida quer teórica quer prática.

A possibilidade de realizar este estágio, teve uma forte potencialidade de complementar as unidades curriculares previstas no Mestrado Integrado em Medicina.

Descrição das atividades desenvolvidas

Antes da realização do estágio na Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro (UTI-PS) e de modo a obter uma melhor preparação teórica para o estágio, frequentei o curso de introdução à Liga de Medicina de Urgência que visa o preparo dos alunos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) para lidar com as situações de urgência e emergência quer no contexto pré-hospitalar quer hospitalar.

Após a frequência deste curso, tive oportunidade de poder estagiar no referido serviço, também denominado de Reta Grave. Este serviço conta com 4 quartos, nenhum servido de isolamento, com 2 pacientes por quarto. Todos os pacientes são devidamente monitorizados e cada enfermeira é responsável por 2 doentes.

O corpo profissional da UTI-PS é composto pelos médicos seniores, denominados de perceptores, responsáveis por todas as decisões relativas aos pacientes além dos discentes. Os discentes são alunos do 6º ano da Licenciatura em Medicina da Unifesp – Escola Paulista de Medicina, alunos da Liga de Medicina de Urgência deste hospital no qual me incluo e residentes do tronco geral de Clínica Médica. Estes residentes do tronco geral da Clínica Médica são todos os residentes que, após a graduação em Medicina, optam por exercer qualquer especialidade médica.

O serviço conta também com um corpo de enfermeiros que garantem o acompanhamento permanente de cada paciente, fisioterapeutas que prestam auxílio sobretudo na assistência na ventilação quer por higienização brônquica quer por controlo do ventilador mecânico e na prevenção da Síndrome do Imobilismo nomeadamente das úlceras de pressão, nutricionistas que controlam o aporte nutricional ajustado a cada paciente e psicólogos que avaliam os pacientes e/ou seus familiares.

Cada turno era composto por um médico sénior e oito discentes, responsável por um paciente, excepto aos fins-de-semana no qual cada turno era composto por um médico sénior e dois ou três discentes, cada um responsável por no máximo 4 pacientes.

Cada discente torna-se responsável pela realização da evolução do paciente e informar o perceptor sobre a situação clínica do seu paciente. O discente é assim responsável pelo cumprimento de todas as decisões tomadas pelo médico sénior,

seja, por exemplo, pela requisição de exames ou pela comunicação aos enfermeiros das novas terapêuticas instituídas.

Assim, eu tinha como responsabilidade realizar a evolução noturna e informar o estado clínico dos pacientes a mim atribuídos, realizar eventuais procedimentos que me fossem pedidos, transcrever os dados presentes no sistema informático para o Prontuário do paciente, discutir com o médico sênior uma eventual mudança de terapêutica e sua comunicação aos enfermeiros e, após cada turno, fazer a “passagem de plantão” a fim de informar todos as mudanças realizadas, procedimentos efectuados, exames pendentes e outros ao médico sênior e discente responsável pelo paciente do turno seguinte.

Na realização da evolução noturna cada discente seguia um protocolo já preestabelecido do hospital presente em anexo 2.

Segue-se na discussão o relato de cada paciente que estive encarregado e suas evoluções noturnas diárias por mim realizadas. Nas conclusões, assinalarei todas as minhas vivências e conhecimentos adquiridos.

Caso 1

Identificação

D.D.P, 47 anos, sexo masculino, natural no estado de Minas gerais; Residente em São Paulo há 20 anos, vigia noturno, branco

História Clínica retirada do Prontuário

Paciente deu entrada no PS de cirurgia no dia 22/03/2011 com quadro de hematemese (4 episódios no total) em quantidade moderada, além de tontura e palidez. Em 2009 teve um episódio semelhante no qual fora diagnosticado esquistossomose. Apresenta também ascite, varizes esofágicas associado a cirrose hepática de etiologia etílica.

Durante o internamento atual foi revelada por angio-TC um aneurisma da artéria hepática de aproximadamente 7 cm e consequente risco de ruptura do aneurisma. Foi então abordado pela cirurgia vascular no dia 04/05/2011 para embolização do aneurisma. Procedimento realizado com o seguinte relato da gastrocirurgia:

- Paciente recebido nesta unidade aguardando ainda hoje intervenção cirúrgica pela gastrocirurgia para realizar esplenectomia devido à clínica de dor abdominal intensa no hipocôndrio esquerdo e esplenomegalia de grande monta.
- USG realizado hoje à tarde para confirmação de hipótese de enfarte esplênico (ainda sem relatório). Durante internamento recebeu diversas transfusão (concentrado de hemácias e plasma fresco congelado).

Nega alergias ou outras comorbidades. Ex-tabagista e ex-etilista de uma taça de vinho/dia.

Em uso de:

1. Cefozina D15
2. Tramadol 50mg/ml
3. Espironolactona 25mg
4. Omeprazol 40mg 12/12 horas
5. Lactulose 15mg VO 8/8 horas
6. Vitamina K 10mg/dia

Exame Físico no Pronto Socorro:

PA: 120x50mmHg, FC: 95 bpm, FR: 18cpm, SatO₂ 93%

Paciente vígil, orientado, hipocorado 2+/4+, acianótico, anictérico, perfusão capilar periférica mantida. Eupnéico a 21% de FiO₂.

Ausculata Respiratória- Murmúrios vesiculares presentes e simétricos sem ruídos adventícios.

Ausculata Cardiovascular- Bulhas cardíacas regulares e normofonéticas a 2 tempos sem sopros.

Abdómen - globoso, com circulação colateral presente, fígado não palpável, esplenomegalia palpável na fossa ilíaca esquerda e doloroso à palpação superficial.

Extremidades- sem edemas, pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

Evolução 03/05/2011

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 2ml/h em Bomba Infusora contínua	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	6
Total	11T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	4
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial média	
Max	87 mmHg
Min	77 mmHg
FC	
Max	87
Min	59
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos sem sopros.
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes e simétricos sem ruídos adventícios
Ventilação	CPAP
Volume corrente	-
Frequência respiratória	15 cpm
FiO₂	21%
PEEP	6mmHg
Pressão de suporte	8

Gasimetria arterial	
pH	7,57
PO ₂	100
pCO ₂	22,7
HCO ₃	21
GA	-0,9
SaO ₂	99%

-Gastrointestinal

Jejum, Sem vômitos nem refluxo

Abdómen- globoso, flácido, sem massas palpáveis, sem visceromegalias palpáveis,
RHA + dreno-550ml

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	300ml
Balanço Hídrico	??ml

Glicemia	
Max	123 mg/dL
Min	121 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecio

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,7°C
Min	35,9°C

Intercorrências e condutas:

Paciente evolui com melhora hemodinâmica e sem sinais infecciosos. Mantido suporte hemodinâmico, intensivo e vigilância infecciosa.

Evolução 04/05/2011

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	6
Total	11T
Pupilas	PIFR
Ramsay	-
Sem analgesia	

- Cardiovascular

Estável	
PAM	
Max	96 mmHg
Min	74 mmHg
FC	
Max	79
Min	62
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base direita e com crepitações na base esquerda
Ventilação	CPAP
Volume corrente	-
Frequência respiratória	12
FiO₂	30%
PEEP	10
Pressão de suporte	-

-Gastrointestinal

Alimentação enteral, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- globoso, normotenso, sem massas palpáveis, sem visceromegalias palpáveis, RHA +, doloroso à palpação no Hipocôndrio esquerdo. RHA diminuídos.
Dreno-400ml

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	1200ml
Balanço Hídrico	+144ml

Glicemia	
Max	130 mg/dL
Min	109 mg/dL

Não dialisado.

-Hemato/Infecio

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,4°C
Min	36,3°C

Intercorrências e condutas:

Paciente evolui com melhora hemodinâmica e sem sinais infecciosos. Mantido suporte hemodinâmico e intensivo com vigilância infecciosa.

Desfecho

Devido ao fato de não poder acompanhar o doente nos dias subsequentes, este paciente ficou a cargo de outro colega da UTI.

Conclusão pessoal do Caso

O caso acima foi descrito foi o primeiro caso que pude intervir embora somente de forma tangencial, uma vez, que o residente de clínica médica que realizava a evolução matutina acompanhou desde o primeiro dia o caso deixando a meu cargo somente a evolução noturna e procedimentos associados.

No entanto, tive oportunidade de realizar a gasimetria arterial presente na minha evolução e discutir com o fisioterapeuta sobre os tipos de ventilação aplicadas neste doente, assim como todas as possibilidades oferecidas pelo ventilador mecânico assim como as situações que cada tipo de ventilação deveria ser aplicado.

Caso 2

Identificação

N.M.S., sexo masculino, 66 anos, branco, natural de Limoeiro estado de Pernambuco e residente atualmente em São Francisco estado de Minas Gerais.

História Clínica retirada do Prontuário

Paciente com diagnóstico de HIV+ há 2 anos e meio aguardando o resultado de CD4+ e carga viral, refere diarreia há 1 mês com fezes pastosas (7 a 8 dejeções diárias) com melhora há 2 semanas e piora significativa há 3 dias. Refere febre (não aferida), queda do estado geral, diminuição da força muscular nos membros inferiores que dificulta a deambulação, anorexia, icterícia e aumento do volume abdominal. Refere ainda dispneia progressiva há um mês e atualmente aos pequenos esforços e com ortopnéia associado a tosse seca.

Nega hipertensão sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia ou outras doenças crônicas. Sem hábitos tabágicos e etílicos.

Esplenectomia há 20 anos por trauma (acidente rodoviário). Nega outras cirurgias.

Exame físico no Pronto Socorro:

Mau estado geral, descorado 1+/4+, desidratado 1+/4+, ictérico, 3+/4+, acianótico e afebril (37,0 °C)

Ausculat Pulmonar- Murmúrio vesicular presente bilateralmente com crepitações na base esquerda.

Dispneico à conversação.

Ausculat cardíaca- Bulhas cardíacas regulares e normofonéticas a 2 tempos sem sopros

Frequência cardíaca: 80 bpm

Abdômen: globoso, cicatriz paramediana esquerda, ruídos hidroaéreos presentes, ascite com sinal de Piparote, maciez móvel presente, difícil palpação e herniação umbilical.

Extremidades: Edema+/- nos membros inferiores até ao tornozelo, lesão ulcerada próximo ao maléolo medial direito. Onicomicose nas mãos.

Neurológico: Colaborante e orientado no tempo e no espaço, pupilas isocóricas e fotorreativas.

Diminuição da força muscular proximal grau III, grau IV na força distal.

Conduta farmacológica:

1. Soro Fisiológico 0,9% - 1000ml
2. Ceftriaxona 2g IV
3. Claritromicina 500mg VO
4. Prednisolona 40 mg

Conduta

Solicita-se TC tórax, abdômen e pelve com contraste. Mudança de leito para sala de isolamento. Espera dos resultados dos exames já solicitados.

Em uso de:

1. Hidratação IV
2. Ceftriaxona+ claritromicina
3. Prednisolona
4. Bactrim®
5. Sedação

Evolução 06/05/2011

DIUTI- 1

D3

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 3ml/h em Bomba Infusora contínua	
Glasgow	
AO	-
RV	-
RM	-
Total	-
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	118 mmHg
Min	82 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	70 mmHg
Min	42 mmHg
FC	
Max	86
Min	68
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,15mcg/kg/min

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com crepitações na base esquerda
Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	400ml
Frequência respiratória	14 cpm
FiO₂	60%
PEEP	10
Pressão de suporte	16

-Gastrointestinal

Jejum, Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – globoso e distendido. Ruídos hidroaéreos presentes.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0(nulo)
Balanco Hídrico	+2000ml

Glicemia	
Max	120 mg/dL
Min	110

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	35,5°C
Min	33,1°C

Intercorrências e condutas:

Verificar nova concentração da hemoglobina e hematócrito e, se necessário, transfusão a critério.

Suspensão de propofol.

Evolução 07/05/2011

DIUTI- 2

D4

- Neurológico

Fentanyl a 3ml/h em Bomba de infusão Contínua	
<u>Glasgow</u>	
<u>AO</u>	-
<u>RV</u>	-
<u>RM</u>	-
<u>Total</u>	-
<u>Pupilas</u>	Pupilas midriáticas por uso de colírio midriáticos para realização de Fundo de olho.
<u>Ramsay</u>	5
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	133 mmHg
Min	95 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	83 mmHg
Min	57 mmHg
FC	
Max	91
Min	83
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,15mcg/kg/hora

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com crepitações finas na base esquerda.
--------------------	--

Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	400ml
Frequência respiratória	14 cpm
FiO₂	40%
PEEP	10
Pressão de suporte	16

-Gastrointestinal

Alimentação enteral; Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – globoso, normotenso, indolor à palpação. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0(nulo)
Balanço Hídrico	+958 ml

Glicemia	
Max	167 mg/dL
Min	136 mg/dL

Realizou hemodiálise sem comunicação do volume do Ultrafiltrado.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	38°C
Min	36,9°C

Intercorrências e condutas:

Ver hemograma. A família trouxe exames de há 3 semana: CD4+ 325; CD8+ 2048.
Sem carga Viral

Evolução 08/05/2011

DIUTI – 3

D4

- Neurológico

Não sedado – Fentanyl 3ml/h	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	3
Total	8T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreactivas.
Ramsay	-

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	135 mmHg
Min	100 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	77 mmHg
Min	62 mmHg
FC	
Max	96
Min	86
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,15mcg/kg/min

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente e simétricos sem ruídos adventícios.
Ventilação	Ventilação com Pressão controlada

Volume corrente	400ml
Frequência respiratória	14 cpm
FiO₂	40%
PEEP	10
Pressão de suporte	16
Gasimetria arterial	
pH	7,28
PO₂	104
pCO₂	30,7
HCO₃	14,2
GA	11
SaO₂	96,7%

-Gastrointestinal

Alimentação enteral; Sem vômitos nem refluxo

Abdômen – globoso e distendido com ruídos hidroaéreos presentes.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	50ml
Balanço Hídrico	+796ml

Glicemia	
Max	208 mg/dL
Min	148 mg/dL

Não realizou hemodiálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	36,4°C
Min	35,3°C

Intercorrências e condutas:

Paciente grave evolui com discreta melhora hemodinâmica e sem sinais infecciosos. Mantido suporte intensivo e vigilância infecciosa.

Desfecho

Paciente encaminhado para UTI do Serviço de Infectologia devido à requisição de vaga pelo Pronto Socorro do Hospital.

Conclusão pessoal do caso

Este foi o primeiro caso que pude acompanhar de perto todo o protocolo proposto pelo hospital de São Paulo da admissão na UTI-PS. Tive oportunidade de acompanhar o perceptor na discussão de caso no Pronto Socorro e inteirar-me de toda a rotina associada. Assim, como tive oportunidade de acompanhar a entrada do paciente na UTI-PS, também tive a responsabilidade de pedir a vaga na UTI do Serviço de Infectologia e conseqüentemente a tarefa de relatar o caso a este serviço.

Neste caso também tive a oportunidade de realizar a entubação e, juntamente com o fisioterapeuta, discutir qual o tipo de ventilação melhor ajustado a este doente.

Caso 3

Identificação

C.M., sexo feminino, 68 anos, natural de Ponte Nova estado de Minas Gerais e residente em São Paulo há cerca de 40 anos, pensionista, doméstica, negra.

História Clínica retirada do Prontuário

Deu entrada no Pronto Socorro em 07 de Maio acompanhada de uma filha, com queixas de dispneia aos médios esforços (“desde há vários dias” sic) e febre há 1 dia – 38,5°C (axilar). Refere ainda episódios de desmaio após crise de dispneia. Nega pré-cordialgia ou outros sintomas.

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial
- Fibrilação Auricular crónica
- Enfarte agudo do miocárdio há um ano com realização de cateterismo e colocação de “motorzinho” sic (*stent?*).
- AVC há 5 anos
- Insuficiência Cardíaca Congestiva com fração de ejeção de 41% em 2008
- Ex-tabagista recente

Sem saber especificar as doses faz uso de:

1. Enalapril
2. Carvedilol
3. Amiodarona
4. Hidroclorotiazida
5. Varfarina

Exame Físico no Pronto Socorro:

Mau estado geral, sonolenta, corada, desidratada 1+/4+.

Taquipnéica – FR 20cpm.

Auscultação pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes com roncos esparsos. Em uso de CPAP.

Ausculat cardíaca: Bulhas arrítmicas e hipofonéticas.

Abdômen globoso, normotenso, sem visceromegalias palpáveis, indolor à palpação. RHA presentes.

Extremidades sem edemas e com boa perfusão. Presença de turgescência jugular a 60°.

Conduta no Pronto Socorro:

1. Ácido Acetilsalicílico 300mg
2. Soro Fisiológico 0,9% 500ml
3. Rocefan® 2g
4. Claritromicina 500mg
5. Atrovent® 40mcg
6. Infusão Amiodarona (dose??)

Evolução 09/05/2011

DIUTI – 1

D3

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Sem analgesia	

- Cardiovascular

Instável	
PAM	
Max	117 mmHg
Min	75 mmHg
FC	
Max	173
Min	132
Auscultação	Bulhas disrítmicas hipofonéticas
Vasopressores	Norepinefrina a 3ml/hora

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes com crepitações nos 2/3 inferiores do hemitorax direitos. Sibilos difusos.
Ventilação	Ventilação não invasiva com máscara de Venturini a 15l/min de O ₂
Gasimetria arterial	
pH	7,4

pO₂	56
pCO₂	40,1
HCO₃	25
GA	-0,9
SaO₂	Não informado

-Gastrointestinal

Alimentação enteral, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- Globoso, flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias palpáveis.
Ruidos hidroaéreos presentes.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	25ml
Balanço Hídrico	+330ml

Glicemia	
Max	119 mg/dL
Min	70 mg/dL

Diálise com balanço hídrico de 2000ml. Cateter de Shiley na veia femoral direita.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Enoxaparina 20mg/dia SC

Temperatura	
Max	37,8°C
Min	36,3°C

Intercorrências e condutas:

Suporte intensivo e vigilância infecciosa. Solicitado exames de urina: Urina tipo 1 e FeNa⁺; Ultrassonografia de rins e vias urinárias. Suspensão de enoxaparina e introdução de Ranitidina.

Evolução 10/05/2011

DIUTI – 2

D4

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

- Cardiovascular

Instável	
PAM	
Max	114 mmHg
Min	72 mmHg
FC	
Max	142
Min	105
Auscultação	Bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos sem sopros
Vasopressores	Sem fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes com roncos esparsos
Ventilação	Ventilação não invasiva com máscara de Venturini a 15l/min de O ₂
Gasimetria arterial	
pH	7,31
pO₂	57
pCO₂	34

HCO₃	19
GA	-5,5
SaO₂	87%
FR	13 cpm

-Gastrointestinal

Jejum, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- Globoso, flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias palpáveis.
Ruídos hidroaéreos presentes.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	150ml
Balanço Hídrico	+215ml

Glicemia	
Max	136 mg/dL
Min	122 mg/dL

Sem diálise

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	36,2°C
Min	35,4°C

Intercorrências e condutas:

Paciente hemodinamicamente estável com padrão ventilatório estável. Manutenção de suporte intensivo.

Hipóteses de diagnóstico colocadas durante internamento na UTI do PS:

1. Sepsis grave de foco pulmonar
2. Edema agudo do pulmão/ Insuficiência cardíaca descompensada por sepsis
3. Fibrilação auricular crónica/ Fibrilação de alta resposta ventricular secundária a sepsis; hipoxia; broncospasmo.
4. Insuficiência cardíaca – Hipocinecia infero-medial-basaal no ecocardiograma transesofágico de 2008.
5. Anúria (IRA secundaria a sepsis?)
6. Hipertensão arterial
7. Rabdomiólise (CK aumentado)

Evolução 11/05/2011

DIUTI - 3

D5

- Neurológico

Sem sedação	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial média	
Max	104 mmHg
Min	70 mmHg
FC	
Max	143
Min	89
Auscultação	Bulhas cardíacas disrítmicas hipofonéticas sem sopros
Vasopressores	Sem fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com sibilos expiratórios difusos.
Ventilação	Máscara 15l/min
Gasimetria arterial	
pH	7,36

pO₂	51,1
pCO₂	39,9
HCO₃	22,3
GA	-2,3
SaO₂	84,4

-Gastrointestinal

Jejum, Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – globoso, normotenso, indolor à palpação. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0(nulo)
Balanço Hídrico	+889ml

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,1°C
Min	36,2°C

Intercorrências e condutas:

Abertura do protocolo de Sepsis do Hospital de São Paulo para sepsis grave, nomeadamente troca de Rocefin e Claritromicina por Imipenemo e Vancomicina.

Paciente com evolução hemodinamicamente estável e sem sinais de piora infecciosa.

Manutenção de suporte intensivo e vigilância infecciosa.

Evolução 12/05/2011

DIUTI - 4

D6

- Neurológico

Sem sedação	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	118 mmHg
Min	95 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	71 mmHg
Min	51 mmHg
Pressão arterial média	
Max	104 mmHg
Min	70 mmHg
FC	
Max	147
Min	98
Auscultação	Bulhas cardíacas disrítmicas hipofonéticas sem sopros
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes com sibilos de predominância expiratória.
Ventilação	Máscara a 15l/min de O ₂

-Gastrointestinal

Alimentação Enteral; Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – Globos, normotenso, indolor à palpação. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	544 mL
Balanço Hídrico	+348 mL

Glicemia	
Max	-
Min	-

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37°C
Min	36,3°C

Intercorrências e condutas:

Paciente mantém boa estabilidade hemodinâmica e sem sinais de piora infecciosa.

Reporta-se que faz grande esforço na ventilação.

Mantém-se o suporte intensivo e vigilância infecciosa.

Desfecho:

Paciente encaminhada para UTI do serviço de cardiologia com as seguintes condutas sugeridas:

1. Medidas para Edema agudo do pulmão- Morfina I.V., furosemida 1mg/kg I.V., O₂ por ventilação não invasiva e nitroglicerina I.V.
2. Solicitar avaliação de nefrologia para possível tratamento dialítico de emergência.
3. Acesso venoso central para medição da Pressão Venosa Central e saturação venosa central.
4. Solicitação de novo raio-x de tórax, novo eletrocardiograma e nova gasimetria arterial.
5. Observação do nível de consciência, vigilância infecciosa (curva térmica) e hemodinâmica.
6. Evitar hidratação I.V.
7. Controle adequado da frequência cardíaca e da fibrilação auricular.
8. Solicitar hemoglobina glicosilada
9. Solicitar Hormona tireoestimulante, T3 e T4 livre.

Conclusão pessoal do Caso

Neste caso, tive a colaboração de um aluno do 6º ano de Medicina da Unifesp na evolução noturna. Discutimos com o perceptor sobre o Protocolo de Sepsis do hospital e inteirarmo-nos das nossas tarefas e conduta neste tipo de casos. Esta conduta incluía uma maior vigilância de todo o serviço nomeadamente um enfermeiro e um discente responsáveis só por este paciente. Aqui, tanto eu como o aluno ficamos responsáveis por este caso.

As gasimetrias, o exame físico, a responsabilidade de relatar o caso ao próximo perceptor e discente eram realizados alternadamente entre o aluno da Unifesp e eu.

Caso 4

Identificação

J.C.C., sexo masculino, 46 anos, natural e residente em São Paulo capital

História Clínica retirada do Prontuário

Informação colhida com familiares – irmão e filha.

Familiares referem início de dispnéia em repouso há 3 dias e tosse produtiva há 7 dias. Nega febre ou outros comemorativos. Paciente encaminhado do PA da pneumo após constatação de hiperglicemia

Antecedentes Pessoais:

- Tabagista 90 anos maço
- Esquizofrenia (uso prévio de diazepam ½ cp a noite)
- Nega HAS, DM e etilismo.

Exame físico na admissão:

Desidratado 2+/4+

PA 100x60 mmHg

Hálito cetônico; Cetonúria 2+/4+

Gasimetria: pH 7,1; HCO₃ - 7,8

Hiperglicemia (Valores??)

Raio X com consolidação em base direita.

Hipóteses de Diagnóstico:

- Cetoacidose diabética
- Pneumonia adquirida na comunidade

Evolução 16/05/2011

DIUTI- 1

D2

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 3ml/h; Midazolam 3ml/h;	
Glasgow	
AO	2
RV	1T
RM	5
Total	8T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	4
Sem analgesia.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	122 mmHg
Min	81 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	72 mmHg
Min	51 mmHg
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	95
Min	63
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempo. Sopro sistólico em foco Pulmonar 3/6
Vasopressores	

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com sibilos expiratórios difusos.
Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	270ml
Frequência respiratória	14 cpm
FiO₂	30%
PEEP	8
Pressão de suporte	12

-Gastrointestinal

Jejum, Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, normotenso, indolor à palpação. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0(nulo)
Balanço Hídrico	+958

Glicemia	
Max	419 mg/dL
Min	233 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37 °C
Min	36,3 °C

Intercorrências e condutas:

Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência – Intubação OroTraqueal.
Realizou Hidratação 1000ml soro fisiológico 0,9%. Iniciou Bomba Infusora Contínua de Insulina.

Iniciado antibioterapia com Rocefim® + claritromicina

Colheita de uro e hemoculturas.

Evolução 17/05/2011

DIUTI- 2

D3

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 4ml/h; Midazolam 4ml/h;	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	6
Total	11T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	4
Analgesia: Tramal 50mg 8/8horas.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	150 mmHg
Min	88 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	113 mmHg
Min	57 mmHg
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	104
Min	69
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempo. Sopro sistólico em foco Pulmonar 3/6
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base do hemitórax direito
Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	568ml
Frequência respiratória	10cpm
FiO₂	40%
PEEP	8
Pressão de suporte	8

-Gastrointestinal

Alimentação Enteral, Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	2100 ml
Balanço Hídrico	+357ml

Glicemia	
Max	119 mg/dL
Min	69 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,3°C
Min	36,1°C

Intercorrências e condutas:

Pelo fato das glicemias estarem melhor controladas (inclusive com períodos de hipoglicemia) optou-se por desligar a bomba infusora contínua de insulina e iniciado insulina NPH – 9 unidades de manhã e 4 unidades à noite.

Evolução 18/05/2011

DIUTI- 3

D4

- Neurológico

Sedação: Propofol 3ml/h	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	6
Total	11T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	4
Analgesia: Tramadol 50mg 6/6horas.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	149 mmHg
Min	109 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	83
Min	71
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	108
Min	71
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos. Sem sopros.
Vasopressores	Em uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base do hemitórax direito
Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	?ml
Frequência respiratória	15cpm
FiO₂	30%
PEEP	12
Pressão de suporte	8

-Gastrointestinal

Alimentação Enteral 100 ml 3/3 horas., Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	300 ml
Balanço Hídrico	-1064 ml

Glicemia	
Max	261 mg/dL
Min	132 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	38°C - Febre
Min	37,1°C

Intercorrências e condutas:

Obstrução da SVD por presença de secreções purulentas.

Trocado SVD. Coletado Uroculturas e exame de urina tipo 1.

Iniciado desmame da sedação.

Evolução 19/05/2011

DIUTI- 4

D5

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 8ml/h; Propofol 3ml/h	
Glasgow	
AO	4
RV	1T
RM	6
Total	11T
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	4
Analgesia: Tramal 100mg 6/6horas.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	149 mmHg
Min	109 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	83 mmHg
Min	71 mmHg
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	102
Min	62
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos. Sem sopros.
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base do hemitórax direito
Ventilação	Ventilação por Pressão de Suporte
Volume corrente	495ml
Frequência respiratória	12cpm
FiO₂	30%
PEEP	8
Pressão de suporte	8

-Gastrointestinal

Alimentação Enteral 100 ml 3/3 horas., Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	1450 ml
Balanço Hídrico	+323ml

Glicemia	
Max	151 mg/dL
Min	129 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,3°C
Min	36,1°C

Intercorrências e condutas:

Paciente evoluiu com agitação ao desmame do midazolam e fentanyl.

Culturas da admissão negativas.

Durante a madrugada há relato de extubação. Optou-se por manter paciente extubado.

Introduzido diazepam por suspeita de abstinência em usuário crônico.

Evolução 20/05/2011

DIUTI- 5

D6

- Neurológico

Sedação: Fentanyl 1ml/h	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Analgesia: Dipirona se necessário.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	160 mmHg
Min	97 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	82 mmHg
Min	50 mmHg
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	78
Min	58
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos. Sem sopros.
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base do hemitórax direito
Ventilação	Cateter nasal 2l/min

-Gastrointestinal

Alimentação Enteral 150 ml 3/3 horas., Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	2100 ml
Balanço Hídrico	+1684ml

Glicemia	
Max	210 mg/dl
Min	147 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,8°C
Min	36,7°C

Intercorrências e condutas:

Paciente dessaturava em ar ambiente, tolerando parcialmente a VNI.

Clinicamente apresentava sibilos inspiratórios colocando-se a hipótese de obstrução alta.

Retirou-se o cateter central para cultura. Além da cultura da ponta do catéter também colheram-se uro e hemoculturas. Tentou-se cultura do aspirado traqueal mas não foi feito por quantidade insuficiente.

Aumentado a dose Insulina NPH para 12 unidades de manhã e 9 unidades à noite.

Evolução 21/05/2011

DIUTI- 6

D7

- Neurológico

Sem sedação	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-
Analgesia: Dipirona se necessário.	

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	159 mmHg
Min	96 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	111 mmHg
Min	54 mmHg
Pressão arterial média	
Max	
Min	
FC	
Max	115
Min	92
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas a 2 tempos. Sem sopros.
Vasopressores	Sem uso de fármacos vasopressores

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes mas diminuídos na base do hemitórax direito
Ventilação	-
Volume corrente	-
Frequência respiratória	-
FiO₂	21%
PEEP	-
Pressão de suporte	-

-Gastrointestinal

Jejum. Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen – plano, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação e sem visceromegalias palpáveis.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	2600
Balanço Hídrico	+405ml

Glicemia	
Max	282 mg/dL
Min	147 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Heparina de Baixo Peso Molecular 40mg SC

Temperatura	
Max	37,4°C
Min	36,2°C

Desfecho:

Transferência para semi-UTI de modo a abrir vaga para paciente em pior estado clínico.

Conclusão pessoal do caso

Neste caso tive a oportunidade de seguir desde a entrada até à transferência do doente para a unidade semi-intensiva. Pude discutir com o perceptor qual a terapêutica instituída assim como os cuidados futuros numa cetoacidose diabética.

Apercebi-me neste caso na grande dificuldade de comunicação neste hospital entre os diversos serviços. Aquando da entrada não se conseguiu comunicar com o médico do Pronto Socorro que atendeu este paciente com prejuízo para o doente pois ficamos confinados à informação presente no Prontuário para instituir a terapêutica.

Mais uma vez, pude colher todas as gasimetrias descritas na evolução assim como proceder ao ajuste da insulinoterapia proposto pelo perceptor na bomba infusora.

Excepcionalmente tive oportunidade de acompanhar a evolução matutina e fui com o discente responsável pelo caso no horário da tarde falar com os familiares do doente.

Neste episódio apercebi-me das profundas carências que grande parte da população paulistana padece nomeadamente na não possibilidade de compra de fármacos, neste caso, psicoterapêuticos mesmo que estes fossem, em larga medida, comparticipados pelo governo federal e estadual.

Caso 5

Identificação

A.B., sexo masculino, 65 anos, natural e residente em São Paulo capital.

História Clínica retirada do Prontuário

Informação colhida com a filha.

Paciente apresenta tosse de longa data e desde há uma semana começou a apresentar secreções pulmonares, de novo, com coloração amarelada. Há uma semana apresentou um episódio de náuseas associadas a vômitos. Desde há 4 dias apresenta rinorreia hialina, congestão nasal.

Nega cefaleias, dispneia, toracalgia ou outros. Febre não aferida.

Antecedentes pessoais:

- 1º Acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico em 2010. 2º AVC isquêmico em 2006. *Stent* carotídeo nas duas carótidas internas.
- Insuficiência renal crônica tipo IV em hemodiálise desde há 3 anos
- Hipertensão arterial
- Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado há 5 anos.
- Tabagista 50 Unidades (UMA).
- Dislipidemia
- Estenose das Carótidas interna direita e interna esquerda entre 50 a 69%.

Em uso de:

1. Captopril 25mg/dia
2. Ácido acetilsalicílico 100mg/dia
3. Metoprolol 25mg 1 comprimido/dia
4. Furosemida 40mg 1 comprimido/dia
5. Sinvastatina 20mg
6. Insulina NPH de ação intermediária 10 unidades à noite
7. Vitaminas do complexo B
8. Ácido Fólico 5mg/dia
9. Omeprazol 20mg/dia

Hipóteses de diagnóstico discutidas:

- Hipertensão arterial

- Diabetes mellitus tipo 2
- AVC em 2001 e 2006 com *stent* carotídeo
- Tabagista de 50 UMA

Exame físico de entrada na UTI-PS realizado em conjunto com perceptor:

Bom estado geral, eupnéico, hidratado, orientado no tempo e no espaço, vígil, consciente.

Ausculata cardíaca: Bulhas cardíacas regulares normofonéticas a 2 tempos sem sopros.

Ausculata pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, bilaterais, simétricos, sem ruídos adventícios.

Extremidades: pulsos simétricos, bem profundidas. Tempo de preenchimento capilar de 3 segundos. Sem edemas.

Conduta realizada com perceptor:

1. Nova solução de soro fisiológico 0,9% 1000ml I.V.
2. Aguardar as enzimas cardíacas/marcadores
3. Novo eletrocardiograma
4. Gasometria arterial colhida.
5. Exames de rotina.

Admissão na UTI do PS em 23/05

Transcrição do novo ECG da Semi-UTI do PS:

- Realizado ECG onde foi visualizado infrassegmento ST em parede inferior e inversão da onda T assimétrico em derivações precordiais V₄ a V₆.

Realizado novo ECG e colheita de enzimas/marcadores de necrose do miocárdio:

- Alteração dinâmica com infra-ST em D2, AVf e achatamento em D3.

	10/05 às 12h	11/05 às 7h	11/05 às 23h	12/05 às 7h
Troponina	1,71	2,38	2,91	3,85
CK	164	380	372	320
CK-MB	14	22	27	17

Evolução 24/05/2011

DIUTI -2

D3

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

- Cardiovascular

Instável	
Pressão arterial sistólica	
Max	112 mmHg
Min	71mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	82 mmHg
Min	50 mmHg
Pressão arterial média	
Max	-
Min	-
FC	
Max	126
Min	103
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,1mcg/kg/min.

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes, com crepitações nos 2/3 inferiores
--------------------	---

	do tórax.
Ventilação	Cateter a 2l/min

-Gastrointestinal

Alimentação enteral; Sem vômitos nem refluxo.

Abdômen- plano, normotenso, indolor à palpação profunda. Fígado palpável a 3 cm da grade costal direita. Sopro sistólico em topografia da aorta.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	20 ml
Balanço Hídrico	+330 ml

Glicemia	
Max	186 mg/dL
Min	60 mg/dL

Sem diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Não administrado.

Temperatura	
Max	37 °C
Min	35,4 °C

Intercorrências e condutas:

Paciente evoluiu com hipotensão durante a hemodiálise com necessidade de fármaco vasopressor. Introdução de norepinefrina a 0,1mcg/kg/min (9ml/h) com boa resposta.

Manter vigilância infecciosa e monitorização intensiva.

Evolução 25/05/2011

DIUTI - 3

D4

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

- Cardiovascular

Instável	
Pressão arterial sistólica	
Max	123 mmHg
Min	92 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	80 mmHg
Min	52 mmHg
Pressão arterial média	
Max	-
Min	-
FC	
Max	124
Min	104
Auscultação	Bulhas regulares normofonéticas em 2 tempos. Sopro sistólico em foco aórtico com irradiação para as carótidas.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,25mcg/kg/min + Dobutamina a 5,33mcg/kg/min.

-Respiratório

Auscultação	Murmúrio vesicular diminuído nas bases com roncos difusos.
Ventilação	Máscara de Venturini FiO ₂ a 28%

-Gastrointestinal

Jejum, 2 episódios de vômitos durante a manhã.

Abdômen- plano, normotenso, indolor à palpação, fígado palpável a 3 cm da grade costal direita. Sopros acompanhando a tipografia da aorta.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	++ (não mensurado)
Balanço Hídrico	??

Glicemia	
Max	183 mg/dL
Min	140 mg/dL

Sem Diálise .

-Hemato/Infecioso

Heparina: Enoxaparina 20 mg/dia SC

Temperatura	
Max	36,4°C
Min	36°C

Intercorrências e condutas:

Paciente necessitou de ressuscitação cardiorrespiratória com necessidade de incremento da Norepinefrina a 0,25 mcg/kg/min e adição de Dobutamina a 5,33 mcg/kg/min. Realizou TC do crânio evidenciando áreas de AVC prévio.

Manter vigilância infecciosa e monitorização intensiva.

Evolução 26/05/2011

DIUTI – 4

D5

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

-Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	107 mmHg
Min	90 mmHg
Pressão arterial diastólica	
Max	70 mmHg
Min	56 mmHg
FC	
Max	131
Min	113
Auscultação	Bulhas regulares, normofonéticas, em 2 tempos. Sopro 3/6 em região aórtica com irradiação carotídea.
Vasopressores	Norepinefrina a 0,4 mcg/kg/min; Dobutamina 5 mcg/kg/min.

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes, simétricos, sem ruídos adventícios.
Ventilação	Cateter a 2 l/min

-Gastrointestinal

Alimentação enteral, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- plano, flácido, indolor à palpação. Fígado palpável a 2cm da grade costal.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	400 ml
Balanço Hídrico	+815 ml

Glicemia	
Max	172 mg/dL
Min	160 mg/dL

Não fez Diálise.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Enoxaparina 20mg/dia SC

Temperatura	
Max	36,2°C
Min	35,4°C

Intercorrências e condutas:

Sem intercorrência a registrar.

Seriar TTPA de 6/6 horas para desmame dos fármacos vasopressores.

Evolução 27/05/2011

DIUTI - 5

D6

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	-
Min	-
Pressão arterial diastólica	
Max	-
Min	-
Pressão arterial média	
Max	-
Min	-
FC	
Max	-
Min	-
Auscultação	Bulhas regulares, normofonéticas, em 2 tempos. Sopro 3/6 em região aórtica com irradiação carotídea
Vasopressores	Sem fármacos vasoativos.

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes, simétricos
Ventilação	Ar ambiente

-Gastrointestinal

Alimentação enteral, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- plano, normotenso, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0 (nulo)
Balanço Hídrico	+305 ml

Glicemia	
Max	186 mg/dL
Min	60 mg/dL

Realizou hemodiálise. Cateter de Shiley na veia femoral direita. Ultrafiltrado – não foi comunicado a tempo.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Enoxaparina 20mg/dia SC

Temperatura	
Max	36,3°C
Min	35,4°C

Intercorrências e condutas:

Sem intercorrências. Pedido de vaga na semi-UTI.

Evolução 28/05/2011

DIUTI - 6

D7

- Neurológico

Não sedado	
Glasgow	
AO	4
RV	5
RM	6
Total	15
Pupilas	Pupilas isocóricas e fotorreativas
Ramsay	-

- Cardiovascular

Estável	
Pressão arterial sistólica	
Max	-
Min	-
Pressão arterial diastólica	
Max	-
Min	-
Pressão arterial média	
Max	109 mmHg
Min	89 mmHg
FC	
Max	98 mmHg
Min	82 mmHg
Auscultação	Bulhas regulares, normofonéticas, em 2 tempos. Sopro 3/6 em região aórtica com irradiação carotídea
Vasopressores	Sem fármacos vasoativos.

-Respiratório

Auscultação	Murmúrios vesiculares presentes, simétricos, sem ruídos adventícios.
Ventilação	Ar ambiente

-Gastrointestinal

Alimentação jejum, Sem vômitos nem refluxo

Abdômen- plano, flácido, indolor à palpação. Fígado palpável a 2 cm da grade costal direita.

- Renal/ Metabólico

Diurese em 12 horas	0 (nulo)
Balanço Hídrico	+105ml

Glicemia	
Max	137 mg/dL
Min	91 mg/dL

Diálise - Cateter de Shiley na veia femoral direita.

-Hemato/Infecioso

Heparina: Enoxaparina 20mg/dia SC

Temperatura	
Max	36,3°C
Min	35,3°C

Intercorrências e condutas:

Sem intercorrências. Em espera de vaga para semi-UTI do PS.

Desfecho

Devido ao fato de não poder acompanhar o doente nos dias subsequentes, este paciente ficou a cargo de outro colega da UTI.

Conclusão pessoal do caso

Na evolução deste caso tive a oportunidade de, juntamente com o perceptor, poder discutir com a interconsulta do Serviço de Cardiologia do hospital sobre a melhor conduta neste paciente.

Todas as gasimetrias descritas na evolução foram realizadas por mim e pude participar na colocação de um cateter de Shiley na paciente para proceder à hemodiálise.

Durante o internamento, o paciente teve um abaixamento súbito da consciência pelo qual fui instruído a entubar o doente no momento. O perceptor decidiu incrementar a dose de norepinefrina quando a PAM invasiva registava valores de 40 mmHg.

Ao fim de cerca de 7 minutos após o aumento do suporte hemodinâmico e ventilatório, os valores tensionais normalizaram e no turno seguinte procedeu-se à extubação.

Neste episódio senti verdadeiramente a responsabilidade que acarreta estar numa unidade de cuidados intensivos em que o tempo é precioso numa situação tão crítica. Em reflexão posterior apercebi-me que a rapidez de tomada de decisões advém sobretudo do conhecimento teórico e competência assimilados durante o aprendizado na faculdade e hospitalar quer em contexto académico quer profissional.

Este estágio teve como grande mérito, incutir este pensamento da importância da aquisição de conhecimento e competências que tomam grande valor em situações críticas como a que tive a oportunidade de presenciar neste último de caso.

Considerações finais

A frequência deste estágio revelou-se ser extremamente positivo e recompensador visto os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos. Considero este desenvolvimento de competências extremamente positivo para o futuro profissional que se augura.

Houve momentos negativos, intrínsecos ao hospital que estagiei, nomeadamente a falta de comunicação entre os diversos serviços do hospital com um claro prejuízo para o doente e mesmo para a satisfação do corpo médico. Outro ponto que realço como negativo, é o não cumprimento de normas básicas de higiene, como por exemplo, a não existência de soluções alcoólicas no espaço de cada doente, estando colocados na entrada da UTI sendo especialmente preponderante quando os doentes internados são considerados graves.

No entanto, realço um saldo extremamente positivo pois estive inserido numa equipa de discentes da UTI com as mesmas responsabilidades e deveres que os outros discentes e conseqüente realização de turnos noturnos e a realização de turnos de 12 horas aos sábados. Considero também importante que, com este estágio, adquiri a capacidade do “saber fazer” de diversos procedimentos de rotina numa unidade de cuidados intensivos.

Considero portanto esta opção da possibilidade de realização de um estágio extracurricular uma mais valia para a formação de um futuro profissional médico visando uma transição na vida profissional mais célere com marcadas vantagens para este novo profissional quer para o ambiente de trabalho em que este se encontra inserido.

Bibliografia

Suemitsu Higa, Elisa. Medicina de Urgência 2ª edição. Barueri, São Paulo: Manole, 2008 (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp – EPM.

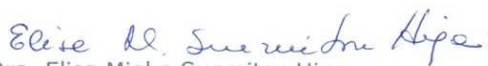
Anexos

Anexo 1
(Declaração de realização do Estágio)

DECLARAÇÃO

Declaro que Carlos Jorge Brandão Neiva de Oliveira atualmente cursando o 6º Ano de Medicina na Universidade do Porto estagiou na UTI do Pronto Socorro de Clínica do Hospital São Paulo, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, no período de 02 a 28 de Maio de 2011, á noite e aos sábados perfazendo um total de 80 horas.

São Paulo, 26 de Maio de 2011.


Dra. Elisa Mieko Suemitsu Higa
Profa. Associada da Disciplina de Medicina de Urgência e
de Medicina Baseada em Evidências
Pesquisadora da Disciplina de Nefrologia

Anexo 2
(Ficha do Protocolo de Evolução noturna)



Hospital São Paulo
UNIFESP - Escola Paulista de Medicina



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - PS ADULTO
EVOLUÇÃO CLÍNICA NOTURNA

/ /
DIH

Paciente: _____
RG: _____ Idade: _____
Leito: _____

NEUROLÓGICO Glasgow: AO ____ RV ____ RM ____ Total: ____
Pupilas: ____
Sedação: Sim ____ Não ____ Ramsay: ____

CARDIOVASCULAR Estável ____ Instável ____
PAS: Máx ____ Mín ____ PAD: Máx ____ Mín ____ PAM: Máx ____ Mín ____ FC: Máx ____ Mín ____ PVC: Máx ____ Mín ____
Ausculta: ____
Droga Vasoativa: Dopa: ____ mcg/kg/min Nora: ____ mcg/kg/min
Dobuta: ____ mcg/kg/min Outras: ____

RESPIRATÓRIO
Ausculta: ____
Gasometria Arterial: pH ____ pCO2 ____ BE ____ FR: Máx ____ Mín ____
pO2 ____ HCO3 ____ SO2 ____
Ventilação: ____
Ar Ambiente: ____ Máscara: ____ Cateter: ____
VNI: CPAP: PEEP ____ BIPAP: PEEP ____ PS ____
Ventilação Invasiva: A/C ____ SIMV ____ PSV ____ Ciclando a: Volume ____ Pressão ____
VC ____ PEEP ____ PS ____ FIO2 ____ FR ____ SO2 ____
Ppico ____ Platô ____ Fluxo ____ Tinsp ____ I:E ____

GASTROINTESTINAL Jejum ____ VO ____ Enteral ____ NPT ____
Vômito: ____ Refluxo: ____
Abdome: ____

RENAL / METABÓLICO
Diurese em 12h: ____ BH: ____ Diálise: ____
Dextro: Máx ____ Mín ____ Insulina: NPH ____ R ____

HEMATOLÓGICO/INFECCIOSO
Febre: ____ Temp: Máx ____ Mín ____
Sangramentos: ____ Heparina: ____

INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS