CAPÍTULO 1
ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE CRÍTICO

Fernando Goldoni

INTRODUÇÃO

O médico que atende emergências deve ter em mente a importância de estabelecer prioridades no atendimento. O conceito de prioridades envolve desde saber priorizar corretamente quem deve ser atendido primeiro, passando por quais dados de história e de exame físico devem ser procurados antes, até qual a conduta que deve ser feita inicialmente. Nessa abordagem inicial, identificar um paciente potencialmente grave, colher uma história direcionada e fazer um exame físico mínimo é decisivo para se obter um correto diagnóstico.

Alguns achados na história e no exame físico sugerem que um paciente apresenta uma potencial emergência e deve ter o seu atendimento priorizado, porém existem emergências que não apresentam necessariamente esses sinais, quais sejam:

A) Rebaixamento agudo do nível de consciência (queda na escala de coma de Glasgow > 2 pontos).

B) Alteração importante dos sinais vitais:
- Frequência respiratória (FR) > 26 ou < 8 ipm ou uso de musculatura acessória
- Saturação arterial de oxigênio (Sat O2) < 90%
- Frequência cardíaca (FC) > 130 ou < 40 bpm
- Pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg
- Enchimento capilar (EC) > 3 segundos

C) Pacientes com achados potencialmente emergenciais:
- Precordialgia ou dor torácica
- Febre com suspeita de neutropenia
- Suspeita de obstrução de vias aéreas
- Alterações neurológicas agudas - déficits motores, afasias, convulsões, *delirium*
- Intoxicações exógenas agudas
- Hematêmese, enterorragia ou hemoptise
- Dor intensa

ABORDAGEM INICIAL E ACHADOS CLÍNICOS

No ambiente hospitalar, uma vez identificada uma situação de potencial emergência, o primeiro passo é pedir ajuda, conforme preconizado pelo suporte avançado de viva (ACLS), que consiste em chamar pelo auxílio do enfermeiro e do desfibrilador. Nas enfermarias e nos andares, estes estão disponíveis nos carrinhos de parada. No pronto-socorro, o melhor a fazer é levar o paciente imediatamente à sala de emergência.

Uma vez desencadeada a solicitação de ajuda, o atendimento inicial deve seguir as mesmas recomendações do ACLS:

A) Checar e permeabilizar as vias aéreas
B) Checar respiração. Caso não haja respiração espontânea, fazer duas ventilações de resgate.

C) Checar pulso carotídeo. Caso não se constate pulso em no máximo 10 segundos, iniciar manobra de reanimação cardiopulmonar e seguir os protocolos estabelecidos pelo ACLS. Caso se constate a presença de pulso, proceder à sequência monitorização, oxigênio e veia "M.O.V.".

Nos pacientes que não estão em PCR, a primeira medida é realizar o MOV seguido das orientações abaixo:

1. Obtenha os sinais vitais (PA, FC, FR, Sat O_2, Temperatura) e glicemia capilar (dextro).
2. Esclareça a queixa e duração de forma objetiva; são dados fundamentais para a condução adequada de qualquer caso em pronto-socorro;
3. Pergunte, de forma breve e direta, por fatores associados, antecedentes, medicações em uso e resultados de exames complementares realizados anteriormente.
4. Realize o exame clínico dirigido para a queixa apresentada. Aprofunde o exame conforme as alterações encontradas:

- **Aspecto geral:** avaliação de mucosas, estado geral do paciente, procurando por sinais de desidratação, cianose, icterícia, petéquias ou palidez cutânea.
- **Neurológico:** escala de coma de Glasgow, presença de déficits motores, avaliação de pupilas e de sinais de meningismo.
- **Cardiovascular:** ausculta cardíaca (ritmo, sopros, B3), presença de estase jugular, perfusão periférica e pulsos periféricos (presença e simetria).
- **Pulmonar:** inspeção de uso de musculatura acessória e ausculta pulmonar (crepitações, sibilos, derrames, roncos).
- **Abdominal:** ruídos, sinais de peritonismo, dor e visceromegalias.
- **Membros:** edemas, sinais de empastamento de panturrilhas.

Afecções em praticamente qualquer órgão ou sistema de nosso organismo podem implicar doença grave, e estas condições se tornarão emergência quando em um dos três grandes sistemas: o cardiovascular, o respiratório ou o sistema nervoso central.

Descreveremos a abordagem das principais síndromes em emergência:

- **Insuficiência respiratória aguda (IRpA)**
- **Choque**
- **Rebaixamento do nível de consciência (RNC)**

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

São basicamente de 2 tipos:

Tipo I ou hipoxêmica (pO_2 < 60 mmHg): a principal fisiopatogenia está relacionada a um distúrbio entre a relação ventilação/perfusão (V/Q). O mais frequente é o distúrbio do tipo *shunt*, quando o alvéolo está preenchido por transudato (edema pulmonar), exsudato (pneumonia) ou sangue (infarto pulmonar, hemorragia).
Tipo II ou hipercápnica (pCO_2 > 50 mmHg): o distúrbio principal envolvido é a hipoventilação alveolar. Pode ocorrer pela diminuição da FR, do volume corrente ou pelo aumento do espaço-morto. Dependendo do grau, pode levar à hipoxemia associada,

mas, nessa situação, o gradiente alvéolo-arterial permanecerá normal. Nesses casos, salienta-se a fadiga respiratória, que cursa com exaustão da musculatura respiratória, diminuição do volume corrente e hipoventilação alveolar, com consequente retenção de CO_2. Clinicamente, são pacientes que se apresentam taquipneicos, com uso da musculatura acessória, muitas vezes sonolentos (pela retenção de CO_2 ou por encefalopatias tóxico-metabólicas diversas associadas). Necessitam de intervenção imediata, pois podem evoluir para parada respiratória.

A abordagem do paciente com insuficiência respiratória aguda está na figura 1.1.

CHOQUE

Choque é caracterizado por má perfusão. Caracterizar má perfusão é muito mais do que caracterizar hipotensão. Assim, uma vez realizados os passos iniciais para o atendimento ao paciente potencialmente grave conforme descrito previamente, o paciente com suspeita de choque deve ser avaliado especificamente para se obter o diagnóstico preciso, ao mesmo tempo em que recebe as primeiras medidas terapêuticas.

Deve-se procurar por sinais indicativos de estados de má perfusão, em geral associados com disfunção orgânica aguda:

- **Sistema cardiovascular:** hipotensão e taquicardia, e/ou acidose metabólica com aumento de lactato arterial;
- **Sistema respiratório:** sinais de insuficiência respiratória conforme descrito previamente;
- **Sistema nervoso central:** rebaixamento do nível de consciência e delirium;
- **Sistema urinário:** oligúria aguda e aumento de escórias nitrogenadas;
- **Sistema digestório:** aumento de bilirrubinas (colestase transinfecciosa) e íleo paralítico metabólico;
- **Sistema hematológico:** coagulação intravascular disseminada.

A gasometria e o lactato arteriais são essenciais para a correta avaliação do paciente. A acidose metabólica pode aparecer antes da hipotensão, indicando que o paciente é grave. Uma vez caracterizado o estado de má perfusão, deve-se então tentar esclarecer e etiologia do choque, a saber:

- **Choque hipovolêmico;**
- **Choque distributivo;**
- **Choque cardiogênico;**
- **Choque obstrutivo.**

Sinais como enchimento capilar lentificado, extremidades frias, pulso fino, estase jugular, abafamento de bulhas cardíacas, diferença de ausculta entre hemitórax, febre, entre outros, devem ser cuidadosamente avaliados.
A abordagem do paciente com choque está na figura 1.2.

REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

O nível de consciência pode variar desde o indivíduo alerta, consciente e orientado até o coma, passando por confusão, letargia e estupor.

Quadros agudos de confusão com distúrbio de atenção, associado e flutuação durante o dia caracterizam o *delirium*.

Coma é o estado em que o indivíduo apresenta diminuição do nível de consciência, não responsivo a estímulos internos e externos e com os olhos fechados.
Lesões focais supratentoriais somente levam ao coma caso levem à compressão do hemisfério contralateral ou de estruturas nobres de tronco cerebral.
Já encefalopatias tóxico-metabólicas podem levar mais frequentemente ao coma ou *delirium*, especialmente em indivíduos com reserva orgânica diminuída, como os idosos, por exemplo. Em casos de RNC, devem-se distinguir os pacientes com suspeita de lesão supra-tentorial daqueles com suspeita de encefalopatias tóxico-metabólicas.

Assim, identificado o paciente potencialmente grave, realizado o atendimento inicial na sala de emergência e diagnosticado um RNC, algumas perguntas devem ser respondidas para que se possa conduzir adequadamente o caso. São elas:

- A via aérea está protegida?
- A oxigenação e a perfusão sistêmica estão garantidas?
- Foi realizada uma glicemia capilar (dextro)?
- Qual a causa do RNC?

A abordagem do paciente com rebaixamento do nível de consciência está na figura 1.3.

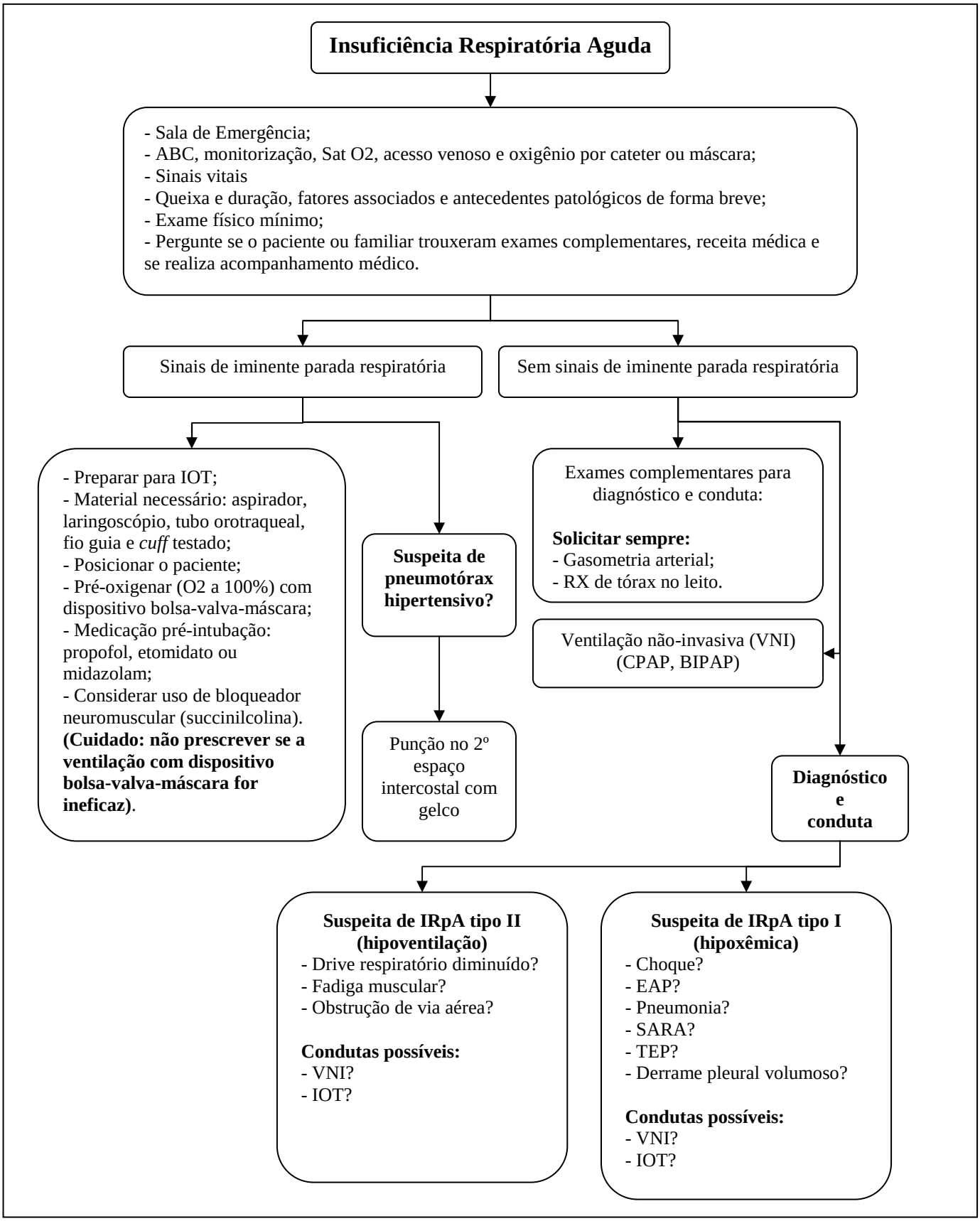

Figura 1.1: Abordagem no paciente com insuficiência respiratória aguda

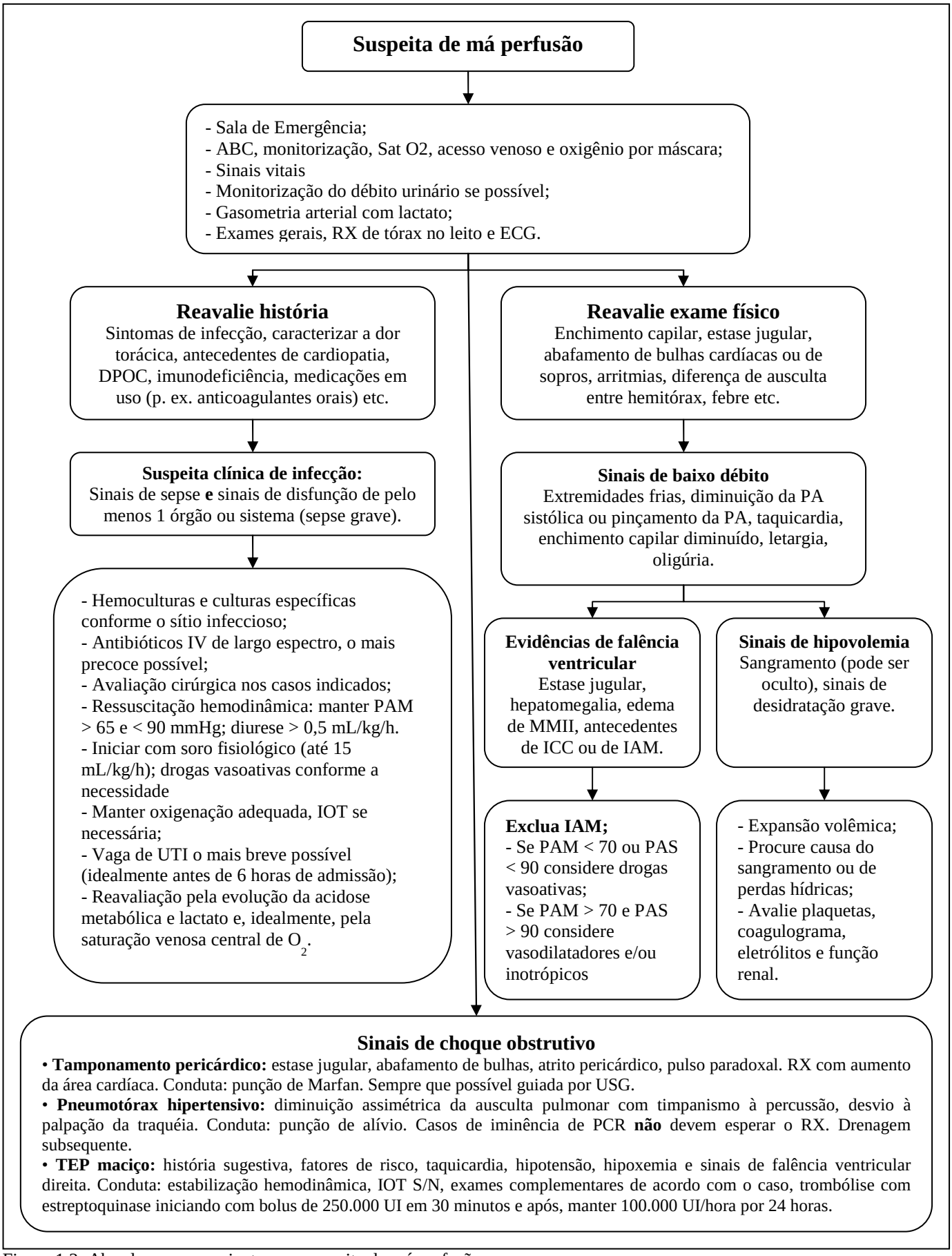

Figura 1.2: Abordagem no paciente com suspeita de má perfusão

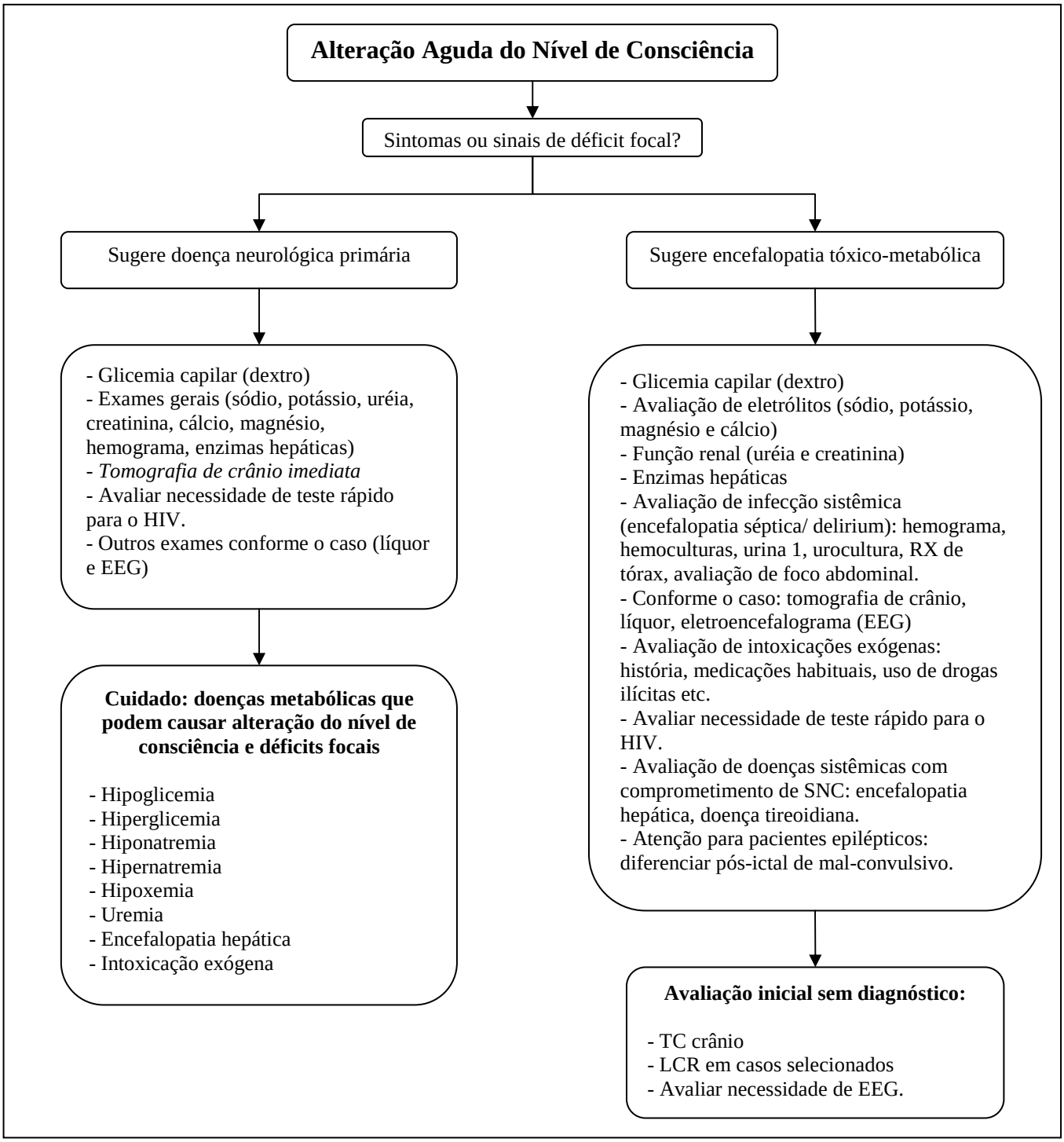

Figura 1.3: Abordagem no paciente com alteração aguda do nível de consciência

REFERÊNCIAS

1. Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Manual para provedores. American Heart Association, 2004

2. Suporte Avançado de Vida no Trauma. American College of Surgeons. 7º ed. Brasil, 2005.

3. Sepse: Manual. Instituto Latino-Americano para o Estudo da sepse – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

4. Emergências clínicas: Abordagem prática / Herlon Saraiva Martins, *et.al*. 3. ed. Ampl. e rev. Barueri, SP: Manole, 2007.

5. Galvão-Alves, José (ed.) Emergências clínicas – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.