

CAPÍTULO 25

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

1. Introdução

Este capítulo expõe noções básicas sobre algumas situações clínicas que mais freqüentemente podem ser encontradas na prática dos socorristas.

2. Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares ocupam a primeira causa geral de mortalidade em nosso meio. Mais de 250.000 brasileiros morrem por ano em decorrência principalmente do infarto agudo do miocárdio (IAM). Cinquenta por cento das vítimas morrem antes de chegar ao hospital, nas primeiras duas horas após o início dos sintomas. Assim, a morte súbita por ataque cardíaco (PCR – parada cardiorrespiratória) é a emergência clínica mais importante nos dias de hoje.

Não raro, o socorrista se depara com vítima de trauma que desencadeou quadro de insuficiência coronariana (angina ou IAM) durante o atendimento, ou atende caso de PCR de causa clínica. É fundamental saber identificar sinais e sintomas que possa, sugerir uma situação de emergência clínica e as medidas a serem tomadas.

2.1. Doença Coronariana

O coração tem seus próprios vasos sangüíneos para suprir a intimidade do músculo cardíaco de O₂ e nutrientes e remover CO₂ e outros detritos. É o sistema coronariano (artérias e veias coronárias). Denominamos o músculo cardíaco de miocárdio. Para que o miocárdio desempenhe de forma eficiente sua função de bomba, é fundamental que o sangue oxigenado alcance a intimidade do seu tecido.

Quando as artérias coronarianas estão prejudicadas na sua função de transportar sangue, o suprimento de O₂ para o miocárdio é reduzido; como conseqüência, sua função de bomba estará comprometida.

Ao processo lento e gradual de oclusão dos vasos sangüíneos chamamos aterosclerose (causa mais freqüente de angina). Na fase inicial da aterosclerose, ocorre deposição de gordura na parede dos vasos, estreitando sua luz. Conforme o tempo passa, um depósito de cálcio vai endurecendo a parede do vaso, e o fluxo de sangue no vaso fica reduzido. A irregularidade da superfície provoca adesão de plaquetas circulantes formando um trombo. Este pode alcançar tamanho tal que oclui completamente a luz do vaso, ou quebrar-se e transformar-se em êmbolo (trombo circulante), que causa a obstrução do

vaso mais à frente. Quando isso ocorre, os tecidos que dependem desse fluxo de sangue, privados de oxigênio, acabam morrendo. Quando esse processo ocorre nas artérias coronárias, chamamos de doença coronária, que se resume no baixo suprimento de sangue ao miocárdio. Inclui a angina de peito e o infarto agudo do miocárdio.

2.2. Angina de Peito

Situações de estresse emocional ou esforço físico fazem com que o coração trabalhe mais, exigindo maior fluxo de sangue pelas artérias coronárias para suprir o músculo cardíaco. Quando as artérias coronárias se estreitam pela aterosclerose, não são capazes de suprir o aumento da demanda de sangue pelo músculo cardíaco. O miocárdio, privado de oxigênio, faz o paciente sentir dor. É a angina pectoris ou dor no peito.

2.3. Sinais e Sintomas

- Dor torácica retroesternal ou precordial (às vezes, desconforto), desencadeada por esforço físico, estresse, refeição volumosa ou exposição a temperaturas muito frias.
- A dor pode irradiar-se para membros superiores, ombros, mandíbula e porção superior do abdome. Raramente ultrapassa dois a cinco minutos, desaparecendo com repouso e uso de vasodilatador sublingual.

2.4. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Confortar e acalmar o paciente;
- Mantê-lo em repouso, em posição confortável;
- Informar-se sobre o uso do vasodilatador sublingual e se o tem;
- Passar os dados clínicos para o médico e aguardar instruções;
- Se houver necessidade de transportá-lo, fazê-lo sem sirene, devagar e monitorando sinais vitais e se possível monitorização cardíaca.

3. Infarto Agudo do Miocárdio

Condição em que ocorre necrose (morte) de parte do miocárdio como resultado da falta de oxigênio. Isso acontece por estreitamento ou oclusão da artéria coronária que supre de sangue a região. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a causa mais freqüente de morte súbita (50% das mortes ocorrem nas primeiras horas); muitas dessas vítimas poderiam ser salvas com medidas prontas e relativamente fáceis (manobras de RCP). Daí a importância de identificar precocemente o infarto agudo do miocárdio.

A causa principal do IAM é a aterosclerose das coronárias, que pode ser desencadeada por esforço físico, situação de estresse, fadiga, mas também no repouso. A princi-

pal complicação do IAM é a alteração do ritmo cardíaco. Drogas, como a cocaína, podem provocar IAM por espasmo do vaso.

3.1. Sinais e Sintomas

- Dor torácica de forte intensidade, prolongada (30 minutos a várias horas), que localiza atrás do esterno e irradia-se para o membro superior, ombro, pescoço, mandíbula, etc. Geralmente o repouso não alivia a dor;
- Falta de ar;
- Náusea, vômitos, sudorese fria;
- Vítima ansiosa, inquieta, com sensação de morte iminente;
- Alteração do ritmo cardíaco – bradicardia, taquicardia, assistolia, fibrilação ventricular;
- Na evolução, a vítima perde a consciência e desenvolve choque cardiogênico.

3.2. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Assegurar vias aéreas;
- Tranqüilizar a vítima – abordagem calma e segura (objetiva diminuir o trabalho do coração);
- Mantê-la confortável, em repouso absoluto. Não permitir seu deslocamento;
- Administrar oxigênio;
- Examinar sinais vitais com freqüência;
- Monitorização cardíaca;
- Saturação de oxigênio (oxímetro de pulso);
- Conservar o calor corporal;
- Se o médico não estiver presente, reporte ao médico coordenador a história com os dados vitais da vítima e aguarde instruções;
- Transporte imediatamente, de forma cuidadosa, calma, sem sirene, com o objetivo de não aumentar sua ansiedade, para hospital equipado com serviço coronariano previamente avisado da chegada da vítima;
- Em vítima inconsciente por parada cardiopulmonar, iniciar manobras de RCP e comunicar imediatamente o médico coordenador. Se desenvolver choque (hipotensão), aplicar os cuidados de emergência para choque cardiogênico (ver capítulo específico).

4. Dispneia

O termo dispneia significa respiração difícil. Não é uma doença primária, mas surge como consequência de condições ambientais, trauma e doenças clínicas, como, por exemplo, obstrução das vias aéreas por corpo estranho, doenças pulmonares (bronquite crônica e enfisema), condições cardíacas, reações alérgicas, pneumotórax, asma brônquica, etc.

Em qualquer das situações em que algo impeça o fluxo de ar pelas vias aéreas, o paciente aumenta a frequência e a profundidade da respiração. A dificuldade em suprir de oxigênio a circulação pulmonar desencadeia hipóxia. Logo, o paciente pode estar cianótico, forçando os músculos de pescoço, tórax e abdome (em criança observa-se batimento da asa do nariz). Conforme haja agravamento do quadro, o paciente desenvolve parada respiratória ou apnéia, inconsciência e parada cardíaca.

4.1. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

Quando não se trata de trauma, pode ser difícil para o socorrista identificar a causa exata do problema. Informe-se junto ao paciente, à família e observe o ambiente ao redor. Medicamentos utilizados são bons indícios para definir a causa. Repassar de imediato as informações ao médico.

- Mantenha a abertura das vias aéreas;
- Administre oxigênio com autorização médica, obedecendo à concentração indicada (oxigênio em alta concentração é prejudicial em doenças pulmonares crônicas);
- Transporte o paciente em posição confortável (preferencialmente cabeça elevada 45°) ao hospital.

5. Síncope ou Desmaio

Caracteriza-se por qualquer tipo de perda de consciência de curta duração que não necessite manobras específicas para a recuperação. O termo lipotimia tem sido utilizado para designar episódio de perda incompleta de consciência. A causa fundamental da síncope é a diminuição da atividade cerebral, podendo ser classificada em :

5.1. Síncope Vasogênica

Mais freqüente, acontece devido à queda súbita da PA, por causa emocional, dor súbita, esforço físico, ambiente lotado, cena de sangue, calor excessivo, etc.

- O episódio sincopal surge geralmente quando a vítima está em pé.

- O paciente pode apresentar-se pálido, frio, com respiração suspirosa; após alguns minutos, ocorre tontura, visão embaçada e súbita perda de consciência.

5.2. Síncope Metabólica

Quando a causa é por alteração metabólica, como diabete ou hipoglicemia.

5.3. Síncope Neurogênia

Agressão direta ao encéfalo, como em trauma, intoxicações exógenas, hipertensão intracraniana, etc.

5.4. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Mantê-lo deitado, preferencialmente com a cabeça abaixo do corpo; se estiver deitado, elevar-lhe os membros inferiores mais ou menos 20 cm; mantê-lo deitado por alguns minutos após recuperar-se.
- Se estiver em local mal ventilado ou ambientes lotados, providenciar a remoção para outro mais apropriado.
- Liberar vestimentas apertadas;
- Não dar nada para o paciente comer ou beber.
- Informar-se sobre a história da vítima (doenças, medicamentos utilizados, etc.), reporta-la ao médico e aguardar instruções.

6. Coma

As alterações do nível de consciência variam de uma confusão mental até coma profundo. Na prática, é útil classificar em subcategorias pacientes com alteração do nível de consciência de acordo com o estágio em que ele se encontre, sendo importante registrar as respostas do paciente aos vários estímulos realizados. As subcategorias de alteração do nível de consciência são:

- Confusão – incapacidade de manter uma linha de pensamento ou ação coerente com desorientação no tempo e no espaço.
- Sonolência – dificuldade de se manter em alerta.
- Estupor – dificuldade de despertar, resposta incompleta aos estímulos dolorosos e verbais. Com respostas motoras adequadas.
- Coma superficial – respostas motoras desorganizadas aos estímulos dolorosos, não apresenta resposta de despertar.
- Coma profundo – completa falta de resposta a quaisquer estímulo.

As principais causas de alteração de consciência são divididas em :

- Primárias do cérebro
 - Trauma;
 - Doença cerebrovascular – AVC;
 - Infecções (meningites, encefalites, etc.);
 - Neoplasias;
 - Convulsões.
- Sistêmicas ou secundárias
 - Metabólicas (hipoglicemia, cetoacidose diabética, distúrbio do cálcio, etc.);
 - Encefalopatias hipóxicas (insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva, etc.);
 - Intoxicações (drogas, álcool, monóxido de carbono, etc.);
 - Causas físicas (insolação, hipotermia);
 - Estados carenciais.

No atendimento a uma vítima inconsciente o socorrista deve proceder de forma ordenada e sistemática monitorando os sinais vitais no sentido de impedir a progressão da lesão neurológica.

- Colher uma história rápida – doenças prévias, medicações, alcoolismo, uso de drogas, trauma, etc.
- Realizar exame físico com atenção especial aos seguintes aspectos:
- Sinais vitais:
 - pele – sinais de trauma, de picadas de agulha, insuficiência vascular
 - cabeça – sinais de trauma craniano, rigidez de nuca
 - hálito – alcoólico, diabético, etc.
- Exame neurológico – avaliar nível de consciência, pupilas, escala de coma de Glasgow.

6.1. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Manter vias aéreas pérvias – cânula de guedel;

- Mantê-la confortável, em repouso absoluto;
- Conservar o calor corporal;
- Se o médico não estiver presente, reporte ao médico coordenador a história com os dados vitais da vítima e aguarde instruções;
- Transporte imediatamente, de forma cuidadosa, ao hospital previamente avisado da chegada da vítima. Se não houver evidência de trauma, transportar a vítima em decúbito lateral.

7. Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC)

AVC é uma desordem do sistema cardiovascular, causada por oclusão ou ruptura de um dos vasos que suprem o cérebro de sangue. Embora ocorram predominantemente nas pessoas mais idosas, freqüentemente surpreendem jovens, comprometendo sua capacidade laborativa.

7.1. Acidente Vascular Isquêmico

O vaso pode ser obstruído por trombo ou êmbolo, ou sua luz comprimida por tumor ou trauma. Como resultado, a função de parte do cérebro que depende do sangue oxigenado será afetada. A causa mais freqüente é a aterosclerose cerebral.

7.2. Acidente Vascular Hemorrágico

Ruptura da parede de um vaso sangüíneo provocando hemorragia cerebral. Parte do cérebro ficará comprometida pela falta de oxigênio e poderá haver aumento da pressão intracraniana. Essa situação é de maior gravidade pelo risco de compressão de áreas cerebrais responsáveis pelas funções vitais.

7.3. Sinais e Sintomas

Dependem do vaso lesado e da importância funcional da área cerebral envolvida. Podem surgir:

- cefaléia, tontura, confusão mental;
- perda de função ou paralisia de extremidades (geralmente de um lado do corpo);
- paralisia facial (perda de expressão, geralmente de um lado da face, com defeito na fala);
- anisocoria, pulso rápido, respiração difícil, convulsão, coma.

Os casos podem ser súbitos e fugazes (recuperação espontânea) ou mais graves, confirmando a extensão do comprometimento cerebral.

7.4. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Assegurar abertura e manutenção de vias aéreas;
- Tranqüilizar o paciente e mantê-lo em repouso;
- Monitorar sinais vitais;
- Reavaliar nível de consciência e escala de Glasgow;
- Não administrar nada via oral;
- Mantê-lo aquecido;
- Administrar O2;
- Aguardar orientações médicas;
- Transportar ao hospital.

8. Crise Convulsiva

A convulsão é uma desordem cerebral. Durante breve período de tempo, o cérebro deixa de funcionar normalmente e passa a enviar estímulos desordenados ao resto do corpo, iniciando as crises convulsivas, também conhecidas por ataques.

A convulsão é um sintoma comum em uma população em geral e em países em desenvolvimento pode chegar a 50 casos a cada 1.000 habitantes.

Ela é mais comum na infância, quando é maior a vulnerabilidade a infecções do sistema nervoso central (meningite), acidentes (traumatismos do crânio) e doenças como sarampo, varicela e caxumba, cujas complicações podem causar crises epiléticas.

Traumatismo cranioencefálico, infecções, parasitoses (principalmente neurocisticercose), mal formações e tumores cerebrais e abuso de drogas e álcool são as causas mais comuns de convulsão em adultos.

Quando a vítima apresenta crises convulsivas repetidas ao longo de sua vida caracteriza-se então uma doença denominada epilepsia, que não é contagiosa.

Às vezes, a pessoa com epilepsia perde a consciência, mas outras experimenta apenas pequenos movimentos corporais ou sentimentos estranhos. Se as alterações epiléticas ficam restritas a uma parte do cérebro, a crise chama-se parcial; se o cérebro inteiro está envolvido, chama-se generalizada.

8.1. Manifestações Clínicas

Existem várias formas de manifestações clínicas das crises convulsivas e a mais importante no aspecto de atendimento de emergência são as crises generalizadas tônico-clônicas.

A convulsão pode ou não ser precedida de algum sintoma que avisa que ela está se iniciando. Logo a seguir, a crise se inicia com um grito que precede a perda súbita de consciência e enrijecimento (fase tônica) do corpo seguido por movimentos tipo abalos (fase clônica) das quatro extremidades, face e cabeça. Durante a crise a vítima pode apresentar queda e se ferir, morder a língua ou ter perda de urina. A convulsão demora em média três a cinco minutos e é seguida por um período de inconsciência. A consciência é recuperada aos poucos e o paciente pode apresentar dor de cabeça, vômitos e confusão mental.

Outro tipo comum de epilepsia é o “pequeno mal” ou “crise de ausência”, quando a pessoa fica com o olhar fixo por alguns instantes, sem se lembrar depois daquele desligamento. Existem vários outros tipos de crise mas sem importância no atendimento pré-hospitalar.

Se as crises duram muito tempo (crises prolongadas, ou crises seguidas sem recuperação de consciência) com duração igual ou superior a 30 minutos, se caracterizam uma emergência clínica podendo nesse caso haver risco de morte e a vítima deverá ser encaminhada ao hospital pois poderá ocorrer dano ao cérebro; são as chamadas crises subentrantes ou estado de mal epilético. Porém, a maioria das crises não provoca dano algum, pois são de curta duração e autolimitadas.

8.2. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Manter-se calmo e procurar acalmar os demais;
- Colocar algo macio sob a cabeça da vítima protegendo-a;
- Remover da área objetos que possam causar-lhe ferimento;
- Afrouxar gravata ou colarinho de camisa, deixando o pescoço livre de qualquer coisa que o incomode;
- Girar-lhe a cabeça para o lado. Visando a que a saliva não dificulte sua respiração – desde que não haja qualquer suspeita de trauma raquimedylar;
- Não introduzir nada pela boca, não prender sua língua com colher ou outro objeto (não existe perigo algum de o paciente engolir a própria língua);
- Não tentar fazê-lo voltar a si, lançando-lhe água ou obrigando-o a tomá-la;
- Não o agarre na tentativa de mantê-lo quieto. Não se oponha aos seus movimentos apenas o proteja de traumatismos.
- Ficar ao seu lado até que a respiração volte ao normal ele se levante;
- Se a pessoa for diabética, estiver grávida, machucar-se ou estiver doente durante o ataque, transporte ao hospital.

8.3. Falsas Crises e Crises Provocadas por Modificações Fisiológicas

Todas as pessoas podem apresentar crises que se assemelham às descritas anteriormente mas que não têm nada a ver com convulsões.

O socorrista deve estar atento a essas pseudocrises que têm uma origem em alterações emocionais e são desencadeadas por um desejo consciente ou inconsciente de mais atenção e cuidados. Quando se analisa com cuidado o passado recente e remoto dessas pessoas (incluindo crianças), freqüentemente existe história de abuso, negligência ou conflitos muito intensos nas relações interpessoais. Muitas vezes, essas falsas crises são muito parecidas com crises verdadeiramente epiléticas e é necessário o atendimento por um especialista para fazer um diagnóstico certo.

9. Diabetes Mellitus

Todas as células do organismo necessitam de glicose (açúcar) para a produção de energia. A circulação sanguínea distribui esse açúcar para as células, entretanto, para que possa entrar no interior da célula é necessária a presença de insulina.

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas cuja principal função é permitir a entrada de glicose na célula. Caso este hormônio esteja ausente, a glicose se acumula na circulação e a célula sem seu “combustível”, rapidamente sofre danos irreversíveis. As células do sistema nervoso (neurônios) são muito sensíveis à falta de glicose e as primeiras a sofrer danos com sua ausência.

9.1. Definição

Diabete é uma doença de evolução crônica em que o organismo é incapaz de utilizar a glicose para produção de energia por diminuição ou ausência de insulina. Sem a insulina, a glicose não entra na célula, se acumulando na circulação e, como consequência, ocorre um aumento do volume urinário na tentativa de eliminar o excesso de açúcar da corrente sanguínea. Esta reação é a principal responsável pelos sintomas principais do diabete, a saber: polidipsia (sede intensa), poliúria (aumento do volume de urina) e fadiga facial com diminuição de capacidade de trabalho.

Entre as complicações do diabete, a acidose, o coma diabético e a hipoglicemia-choque insulínico constituem as mais graves, requerendo tratamento imediato e geralmente caracterizam o descontrole da doença em sua expressão máxima.

9.2. Acidose e Coma Diabético

Uma vez que a célula não pode utilizar a glicose para produção de energia, ela busca outra fonte de energia – a gordura. Entretanto, esta não é tão eficiente quanto a glicose, além de produzir resíduos ácidos. Essa situação de acidose orgânica, caso não corrigida de imediato, leva ao coma diabético – situação grave que necessita de atendimento de emergência.

9.3. Sinais e Sintomas

Geralmente de evolução lenta (até dias), iniciando por polidipsia, poliúria, vômito, dor abdominal, respiração rápida e profunda, pulso rápido e fraco, alteração da consciência iniciando por confusão, estupor até coma.

9.4. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Obter informações da história clínica da vítima e repassar informações ao médico:
 - se é portador de diabetes;
 - se usa insulina e se o faz corretamente;
 - condições alimentares;
 - uso de álcool;
 - infecção recente, etc.
- Administrar oxigênio em altas concentrações.
- No caso de vômitos, transportar a vítima em decúbito lateral esquerdo.
- Transporte imediato ao hospital.

9.5. Hipoglicemia – Choque Insulínico

Ocorre quando o nível de glicose no sangue está muito baixo. Rapidamente o açúcar circulante entra nas células e não existe glicose suficiente para manter o suprimento constante das células cerebrais. Sobrevém a inconsciência em questão de minutos.

Entre as causas principais, o paciente diabético que usou a insulina em dose maior do que a desejada ou que não se alimentou adequadamente ou aquele que praticou exercício físico em excesso.

9.6. Sinais e Sintomas

São de início rápido (minutos), com tontura, cefaléia, confusão mental e evoluindo para convulsão e coma,

9.7. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Obter informações da história clínica da vítima.
- Vítimas conscientes – administrar açúcar (suco ou água com açúcar).
- Vítimas com alteração da consciência ou inconscientes – não fornecer nada via oral.
- Administrar oxigênio.

- Decúbito lateral no caso de vômito.
- Transporte imediato para o hospital.

10. Abdome Agudo

Doença de elevada incidência que, às vezes, acarreta problemas e dificuldades sérios com relação ao diagnóstico e ao tratamento, pondo em risco a vida do doente. Isso ocorre porque as causas são múltiplas, muitas até graves. Entre elas, apendicite, obstrução intestinal, hérnia estrangulada, úlcera perforada, gravidez ectópica, inflamação da membrana da cavidade abdominal (peritonite). Pode ser acompanhada de náuseas, vômitos, diarreia, pulso rápido, febre, distensão abdominal, rigidez à palpação do abdome, sinais de choque, etc.

10.1. Atendimento de Emergência no Pré-hospitalar

- Colha informações sobre as características da dor (tipo, intensidade, localização, tempo de início) e dos sintomas associados (febre, vômito, diarreia, etc.), repassando ao médico;
- Mantenha a abertura das vias aéreas e esteja alerta para vômitos;
- Administre oxigênio;
- Se necessário, aplique medidas anti-choque;
- Não administre nada via oral;
- Transporte ao hospital conforme orientação médica.