

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS E CLÍNICAS

30 de novembro de 2019

- Cuidados com o paciente em contenção mecânica
- Conceito de HAS e cifras normais de pressão arterial

Emergências Clínicas

<p>30/11/2019 13:00 às 18:00 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hemorragias internas e externas: conceito, características clínicas, sinais e sintomas, tratamento, métodos de contenção. Dr. Jose Verissimo ➤ Alterações cardíacas: ECG normal, ritmo sinusal, angina, alterações de ritmo, dor torácica e precordial, IAM. Dr. Robson
<p>07/12/2019 13:00 às 18:00 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acidente Vascular Encefálico: doença isquêmica transitória, AVE Isquêmico e Hemorrágico-Conceito, causas, fatores de risco, sinais, sintomas, complicações e tratamento. • Processo de e cuidados de enfermagem nas hemorragias; • Assistência de enfermagem frente ao paciente em emergências cardiovasculares- enf. Virgínia • Aspectos éticos e legais nas urgências e emergências.
<p>Dia 14/12/2019 13:00 às 17:00 h</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PCR, suporte básico e avançado de vida, ABCDE do trauma, Ventilação e Oxigenação, Reanimação cardiopulmonar. ➤ ÊNFASE NA PARTE PRÁTICA
<p>21/12/2019 17:00 às 18:00 h</p>	<p>Estudo da Morte. ENCERRAMENTO</p>

1. Conceito de Urgência e Emergência

Dr. Jose Verissimo Junior

2. Hemorragias Externas

Dr. Jose Verissimo Junior

2. Hemorragias Externas

a) Arteriais - Nas hemorragias arteriais, o sangue é vermelho vivo, e a perda é pulsátil, como se o sangue fosse ejetado com certa pressão, esse tipo é mais grave pela rapidez com que a perda de sangue se processa. O tratamento vai depender do local e intensidade da hemorragia.
Lembrar: só sangue repõe sangue

a) Venosas - Fazer compressão local por 10 minutos e aplicar gelo. Avaliar necessidades de outras condutas tais como suturas e/ou atendimentos especializados.

Nas hemorragias arteriais e venosas avaliar necessidade de remoção e reposição volêmica através dos parâmetros:

- ***Turgor da pele e mucosas;***
- ***Palpação de pulso, medida da frequência cardíaca (FC) e PA sistêmica;***
- ***Monitorização da FC, PA e saturação de O².***

A avaliação destes parâmetros levará a definição da necessidade de atendimento em Hospital Geral.

Para reposição volêmica são mais utilizados:

- ***Soro Fisiológico***
- ***Ringer Lactato.***

Após uma hora, apenas 20% permanecem no espaço intravascular o que obriga repor 3 a 4 vezes o volume perdido estimado.

O soro fisiológico, é mais eficiente, mas quando usado em grande quantidade leva à maior incidência de acidose metabólica por hipercloremia e hipernatremia, podendo ocorrer alterações da coagulação, o que não ocorre com o uso de Ringer Lactato fazendo com que, neste caso, seja preferível a utilização do Ringer.

Em casos de grandes perdas sanguíneas, após controle da hemorragia havendo redução de PA e saturação de oxigênio, podem ser usadas drogas vaso ativas: como a adrenalina.

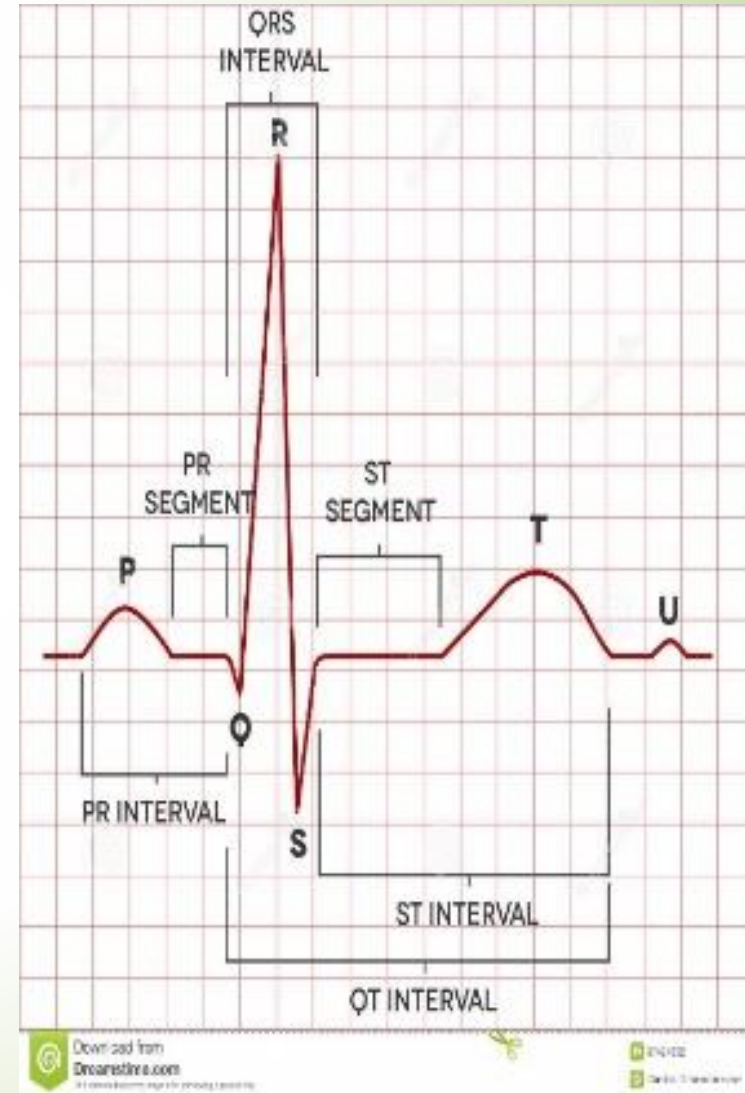
2. ECG – Conceitos Básicos

Dr. Robson Pimentel

ECG basal de repouso deve ser realizado em condições de conforto em ambiente silencioso.

O gráfico mostra um ECG normal onde:

- A onda P corresponde a despolarização Atrial (sístole);**
- O complexo QRS a depolarização ventricular (sístole);**
- A repolarização atrial (diástole) não tem representatividade eletrocardiográfica por ocorrer simultaneamente com a sístole ventricular;**
- A onda T corresponde a repolarização ventricular (diástole).**



Ritmo Sinusal (RS)

É o ritmo fisiológico do coração que se origina no átrio direito, observado no ECG pela presença de ondas P positivas nas derivações D1, D2 e AVF que possui, normalmente, amplitude máxima de 2,5 mm e duração igual ou inferior a 110 ms.

Frequência fica entre 50 a 100bpm.

Taquicardia-ritmo mais acelerado do que 100/min.

Bradicardia-ritmo mais lento que 60/min.

4. Alterações do ritmo do Coração

Arritmias são alterações no ritmo cardíaco normal.

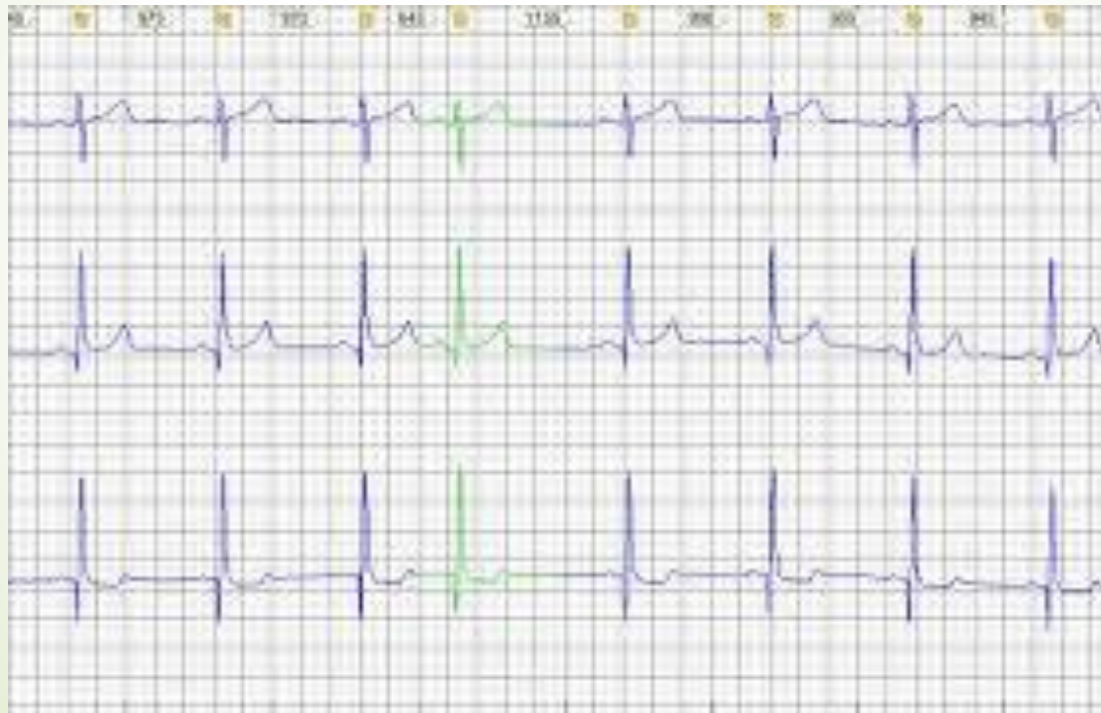
Na maioria das pessoas os batimentos cardíacos giram em torno de 60 a 100 batimentos por minuto, variando quando em repouso ou esforços físicos.

As arritmias podem originar-se:

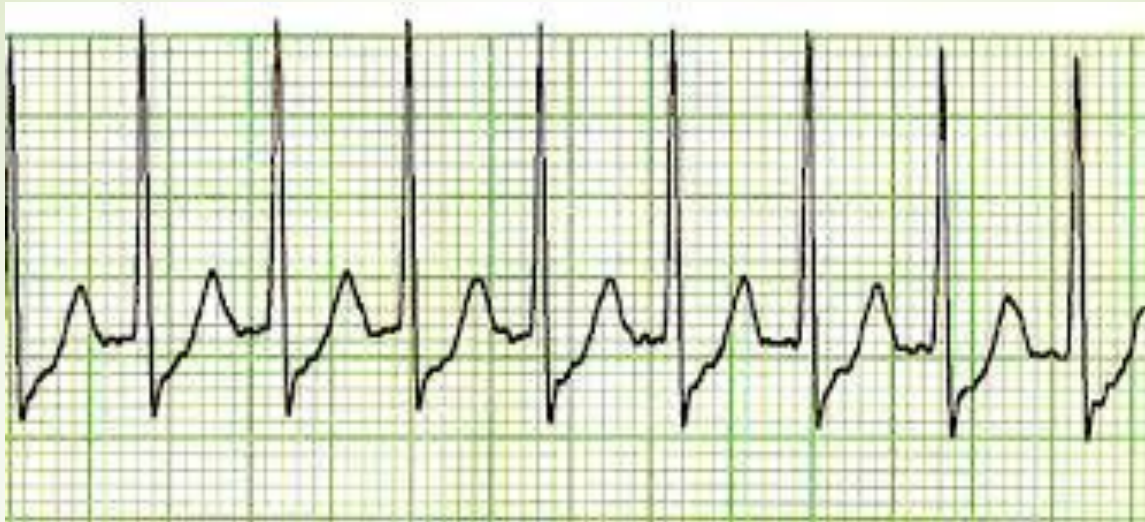
- na parte superior do coração (átrios) – supraventriculares**
- na parte inferior (ventrículos) – ventriculares.**

4.1. Arritmias supraventriculares mais frequentes:

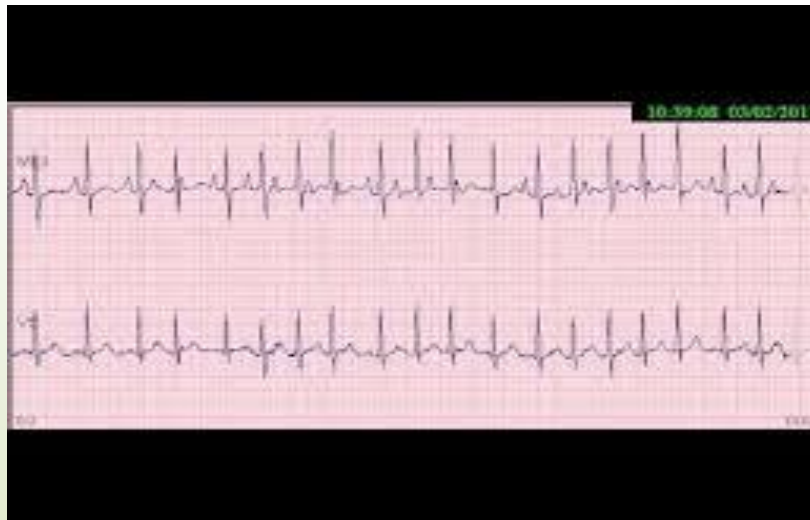
a) Extra-sístole atrial



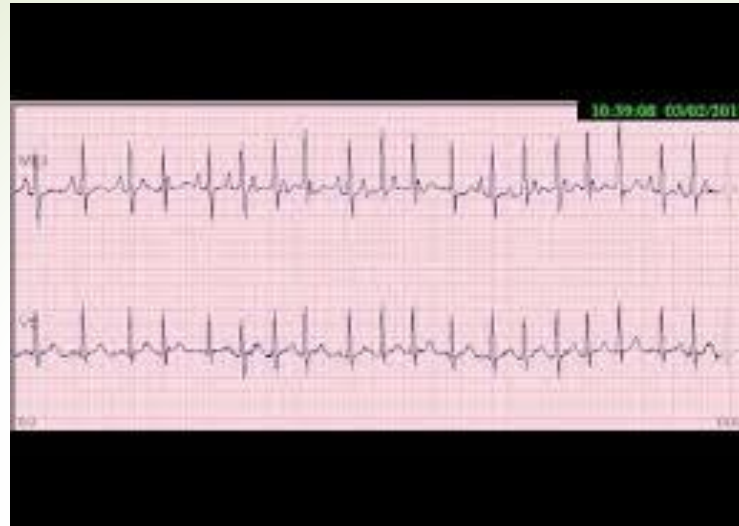
b) Taquicardia paroxística atrial



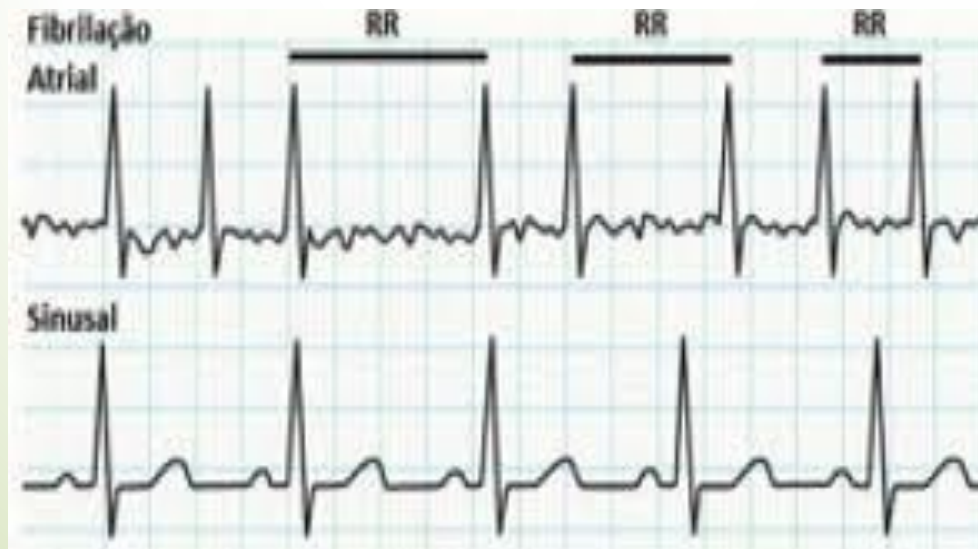
c) Taquicardia atrial



d) Flutter

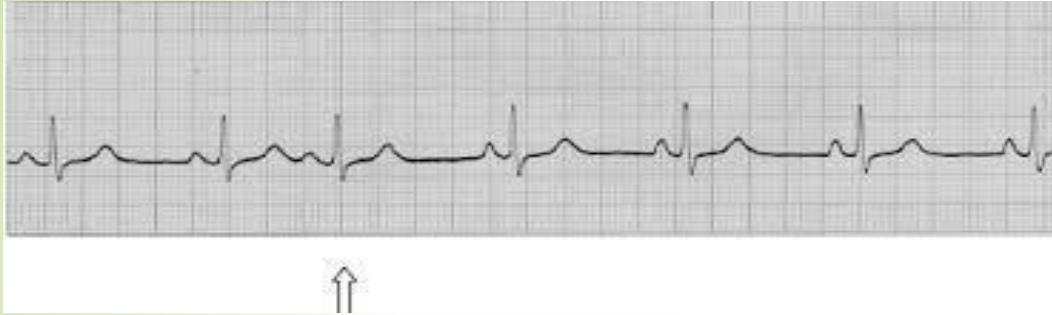


e) Fibrilação atrial (frequente na prática clínica)



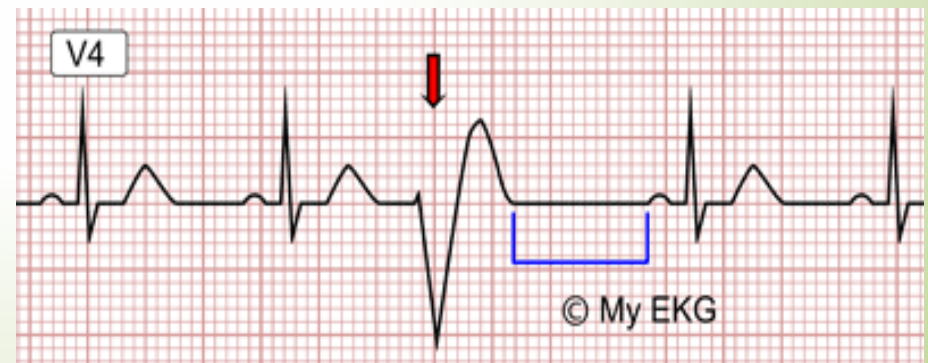
4.2. Arritmias ventriculares

a) Extrassístole é a arritmia mais frequente

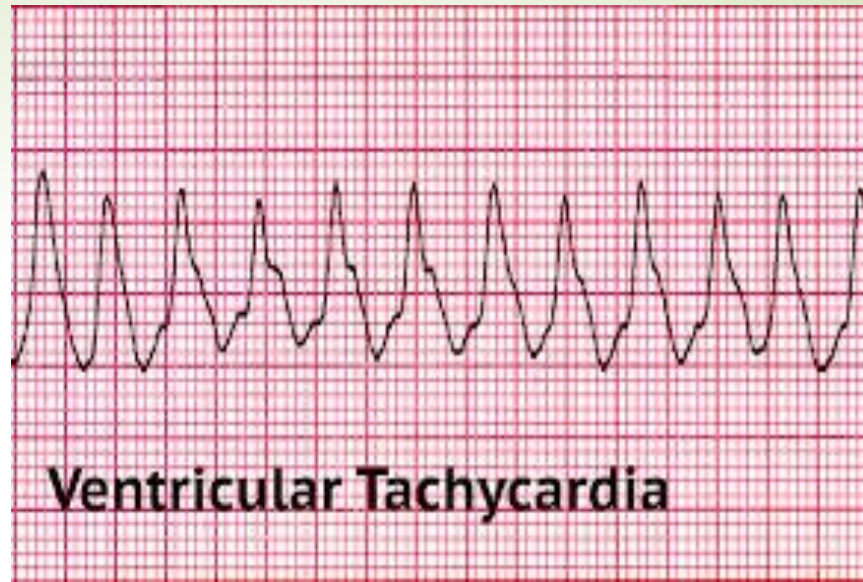


b) A **extrassístole ventricular** é um batimento cardíaco extra produzido pela ativação elétrica dos ventrículos antes de um batimento cardíaco normal.

Se os batimentos ectópicos forem frequentes ou produzirem palpitações intoleráveis, podem ser prescritos betabloqueadores.



c) Taquicardia: em casos extremos pode levar à ***parada cardíaca e morte.***



d) Fibrilação Ventricular - os ventrículos *vibram em vez de se contraírem* de forma coordenada. *Como o coração deixa de bombear sangue, a fibrilação ventricular é uma forma de parada cardíaca* e como tal deve ser tratada.



Tratamento das Arritmias

O paciente, quando não revela ser portador de arritmia já investigada e em tratamento deverá ser levado aos cuidados especializados.

A fibrilação atrial é a arritmia mais frequente.

5. Dor Torácica e Infarto Agudo do Miocárdio

A dor torácica na emergência representa grande desafio médico, sendo essencial o pronto reconhecimento das condições ameaçadoras à vida.

As síndromes coronarianas agudas (SCA) representam menos de 20% destes atendimentos. Devem ser pensadas causas:

- musculoesqueléticas,*
- gastrintestinais,*
- cardíacas,*
- Psiquiátricas, e*
- pulmonares.*

A solicitação de atendimento em Hospital Geral deve ser feita tão logo seja feita a suspeita consistente.

A ausência do supra ou infra desnível do segmento ST, embora raro, não afasta o diagnóstico.

5.1. Infarto Agudo Do Miocárdio

O sintoma mais comum é a dor torácica aguda.

Formas atípicas de apresentação:

- dor nas costas,***
- vômitos,***
- dores em membros superiores,***
- hipotensão sem causas aparentes,***
- desmaios, etc.***

Sempre devem ser lembrados especialmente em pacientes com antecedentes cardíacos, fumantes, obesos, idosos, sexo feminino, pacientes diabéticos, insuficiência cardíaca e marca-passo instalado).

Todo ser humano pode infartar!!!

São importantes:

- o momento do início dos sintomas,***
- o tempo de duração,***
- a intensidade,***
- a relação com esforço e repouso e***
- antecedentes de doença coronariana estabelecida.***

A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença - 40 a 65% na 1ª hora e 80% nas primeiras 24 horas.

Assim, a maioria morre fora do ambiente hospitalar.

A importância do tratamento imediato:

Podemos intervir na **Fibrilação Ventricular (FV)**, mecanismo mais frequente de morte.

Apenas 20% dos pacientes chegam ao setor de emergência com até 2 horas após o início dos sintomas.

No IAM com Elevação do Segmento ST o tempo ocorrido entre o início dos sintomas até a instituição do tratamento é diretamente proporcional à ocorrência de eventos clinicamente relevantes.

- ❖ ***Fibrinólise pré-hospitalar*** – Sua eficácia é comparável a ICP (intervenção coronária percutânea).
- ❖ ***Oxigênio*** - Indicada quando a saturação for menor que 94%, congestão pulmonar ou na presença e desconforto respiratório. A administração desnecessária ou por tempo prolongado pode causar vaso constricção sistêmica com aumento da pressão arterial reduzindo o débito cardíaco.

Administração de oxigênio a 3 L/min a 100% por meio de cateter nasal.

Durante todo o momento de suplementação de O₂, a equipe deve monitorar a saturação de oxigênio do paciente, bem como identificar e corrigir hipóxia e hiperóxia.

A prescrição de suplementação O₂ é uma competência médica.

Tratamento da dor

- ❑ **Sulfato de morfina endovenosa** (diluir 1 ampola em 10ml de água destilada e fazer 3ml lentamente, como monitoração de PA, ou sulfato de meperidina em dose de 20 a 50mg. Não utilizar AINES.

- ❑ **Mononitrato ou binitrato de isosorbida** para redução da dor ou eventual espasmo (não utilizar quando houver hipotensão (PAS menor que 90).

- ❑ **AAS - 160 a 325mg antes da realização do ECG utilizados de forma mastigável. É a medicação mais importante e por onde iniciamos. Na dúvida de diagnóstico mesmo assim deve ser usado.**

- ❑ **Clopidroguel - Dose inicial de 300mg.**

- ❑ **Enoxaparina - 40 mg SC.**

- **Betabloqueadores** - Na ausência de contra indicações recomenda-se a utilização nas primeiras 24hs para levar os batimentos até 60/min.

Nos pacientes em que seja constatada parada cardíaca, deverão ser aplicados as medidas pertinentes à parada cardíaca e nos casos de Fibrilação a desfibrilação.

6. Assistência de enfermagem frente ao paciente em emergências cardiovasculares

**Enf.^a Virginia Xavier Pereira da
Silva**

Obrigado