

# Aula 37: A Calma na Tempestade – Triagem e Abordagem Inicial ao Paciente Crítico

Imagine a cena: a porta da clínica se abre com urgência. Um tutor, em pânico, entra carregando um cão que foi atropelado. Ele está sangrando, quieto demais, e o ar na sala de espera parece ficar mais denso. Na sua frente, há outros três pacientes aguardando consultas de rotina. Seu cérebro dispara em mil direções. O que você faz primeiro? Qual é a ação que, nos próximos 60 segundos, pode dobrar a chance de sobrevivência daquele animal?

Esta aula é sobre forjar a calma no centro dessa tempestade. O objetivo não é apenas aprender um protocolo, mas incorporar uma mentalidade que transforma o caos em uma sequência de ações lógicas e salvadoras. Ao final desta aula, você será capaz de olhar para uma emergência, identificar as ameaças imediatas à vida de forma sistemática e iniciar as manobras de estabilização cruciais, tudo isso antes mesmo de ter um diagnóstico definitivo.

Nossa jornada começará pelo fundamento de toda a medicina de emergência: a avaliação primária, ou o famoso **ABCDE**. Vamos desvendar cada letra não como um item em uma lista, mas como um capítulo de uma história de detetive onde as pistas são vitais e o tempo é o recurso mais escasso. Depois, mergulharemos no reconhecimento do choque – o "assassino silencioso" – e, por fim, aprenderemos a estabelecer o acesso venoso, a nossa via expressa para a recuperação do paciente. Este é o alicerce para a próxima aula, onde discutiremos a fluidoterapia. Preparado para se tornar o pilar de estabilidade que seus pacientes precisarão?

# O Alfabeto que Salva Vidas: Avaliação Primária (ABCDE)

📌 **Princípio Fundamental:** Trate primeiro o que mata primeiro

Diante de um paciente crítico, a nossa mente tende a pular para diagnósticos complexos: "Será que houve uma hemorragia interna? Uma fratura? Uma lesão neurológica?". Essas são perguntas importantes, mas não as primeiras a serem feitas. A medicina de emergência nos ensina uma lição de humildade e foco: **trate primeiro o que mata primeiro**. Antes de nos preocuparmos com um osso quebrado, precisamos garantir que o oxigênio está entrando no corpo e sendo entregue às células.

É aqui que entra o ABCDE. Pense nele não como um checklist, mas como a estrutura de uma casa. Sem uma fundação sólida (as vias aéreas e a respiração), as paredes (a circulação) e o teto (a função neurológica) inevitavelmente desabarão. Essa abordagem sistemática nos força a resolver os problemas mais letais de forma sequencial, garantindo que não sejamos distraídos por lesões visíveis, mas menos imediatas.

Essa jornada de avaliação, do "A" ao "E", geralmente acontece em menos de 60 segundos. É um processo dinâmico. Você não o faz uma vez e termina; você o repete continuamente, reavaliando o paciente a cada intervenção. É um ciclo de observação, intervenção e reobservação que forma o coração da estabilização inicial. Vamos começar pela porta de entrada de todo o sistema: a via aérea.

## A: Airway (Vias Aéreas) – A Porta de Entrada da Vida

Tudo começa com uma pergunta simples: o caminho para o ar entrar e sair dos pulmões está livre? Uma obstrução das vias aéreas pode levar à morte em menos de três minutos. É o problema mais urgente e absoluto de todos. Um paciente pode ter sangue, fluidos, um objeto estranho ou até mesmo o próprio posicionamento do pescoço bloqueando essa passagem vital. Ignorar o "A" é como tentar encher um pneu furado sem antes consertar o furo.

Imagine a via aérea como o principal túnel de acesso a uma grande cidade, que são os pulmões. Se esse túnel estiver bloqueado por um deslizamento de terra, não importa quantos carros (moléculas de oxigênio) estejam esperando para entrar; a cidade entrará em colapso por falta de suprimentos. Nossa primeira tarefa é garantir que o túnel esteja completamente desobstruído. Por exemplo, um bulldog braquicefálico que chega superaquecido pode ter um colapso de laringe; sua própria anatomia se torna a obstrução.

Na prática, a avaliação do "A" é rápida: você observa o paciente. Ele está fazendo muito esforço para puxar o ar? Você ouve algum ruído, como um assobio (estridor) ou um ronco (estertor)? Abra a boca do paciente (com cuidado!) e inspecione visualmente. Puxe a língua para frente, remova qualquer excesso de saliva ou vômito. Muitas vezes, a simples extensão do pescoço para uma posição neutra é suficiente para alinhar a traqueia e liberar a passagem. Se o paciente estiver inconsciente, a intubação orotraqueal é a solução definitiva para garantir uma via aérea patente.

# B: Breathing (Respiração) – A Fábrica de Oxigênio Está Funcionando?

Com a via aérea livre, o caminho está aberto. Mas isso não é tudo. O oxigênio precisa ser ativamente puxado para dentro dos pulmões. A etapa "B" avalia exatamente isso: o trabalho da respiração. Um paciente pode ter uma via aérea perfeita, mas se seus músculos respiratórios estiverem paralisados ou se houver um grande buraco em seu tórax (pneumotórax aberto), a ventilação não ocorrerá.

Pense no sistema respiratório como um fole de lareira. O túnel (via aérea) pode estar desobstruído, mas se o fole estiver rasgado ou se quem o opera não tiver força para movê-lo, o ar não será bombeado para o fogo. Nossa missão aqui é avaliar a eficiência desse fole. Estamos observando a **frequência**, o **esforço** e o **padrão** respiratório. Uma respiração muito rápida e superficial pode ser tão ineficaz quanto uma respiração muito lenta.

01

---

## Observar movimento torácico

É simétrico? O abdômen está se movendo de forma exagerada?

02

---

## Auscultar ambos os lados

Sons pulmonares presentes, aumentados ou diminuídos?

03

---


## Avaliar com POCUS

Protocolo T-FAST para identificar ar ou líquido no tórax

Na prática, você vai observar o movimento da parede torácica. É simétrico? O abdômen está se movendo de forma exagerada (respiração abdominal)? Ausculte ambos os lados do tórax. Os sons pulmonares estão presentes, aumentados ou diminuídos? A ausência de som em um lado pode sugerir um pneumotórax ou uma hérnia diafragmática. Nesse momento, a suplementação de oxigênio é quase sempre uma boa ideia. Uma tendência de 2025 que se consolida aqui é o uso do **POCUS (Point-of-Care Ultrasound)**. Com o ultrassom, podemos identificar rapidamente a presença de ar ou líquido no tórax (protocolo T-FAST), o que muda completamente nossa abordagem terapêutica nos primeiros minutos. Por exemplo, um gato que chega com dificuldade respiratória pode ter líquido no tórax devido à insuficiência cardíaca, um diagnóstico rapidamente sugerido pelo POCUS, guiando uma toracentese de emergência.

# C: Circulation (Circulação) – A Entrega de Oxigênio para as Células

O oxigênio entrou pela via aérea ("A") e foi captado nos pulmões ("B"). Agora, ele precisa ser entregue a cada célula do corpo. Essa é a função do sistema circulatório, a nossa grande rede de distribuição. A etapa "C" avalia a eficácia dessa rede. Uma falha aqui resulta em **choque**, que é, em sua essência, uma falha na entrega de oxigênio aos tecidos, levando a uma crise energética celular.

 **Alerta Crítico:** O choque é um adversário traiçoeiro porque, em seus estágios iniciais (choque compensado), o corpo lança mão de mecanismos incríveis para manter a pressão arterial normal.

O choque é um adversário traiçoeiro porque, em seus estágios iniciais (choque compensado), o corpo lança mão de mecanismos incríveis para manter a pressão arterial normal. O coração bate mais rápido, os vasos sanguíneos periféricos se contraem. O paciente pode parecer "estável" para um olhar destreinado, mas na verdade está em uma corrida desesperada contra o tempo. Identificar o choque nesta fase é uma das habilidades mais importantes na emergência.



## Frequência Cardíaca

Avalie se está normal, aumentada ou diminuída para a espécie



## Qualidade do Pulso

Está cheio e forte ou fraco e fino?



## Cor das Mucosas

Rosadas, pálidas ou azuladas?



## Tempo de Preenchimento Capilar

TPC maior que 2 segundos indica problema

A avaliação da circulação é feita através dos parâmetros de perfusão. Não precisamos de um monitor caro para isso; nossas mãos e olhos são as melhores ferramentas. Avaliamos a **frequência cardíaca**, a **qualidade do pulso** (ele está cheio e forte ou fraco e fino?), a **cor das membranas mucosas** (estão rosadas, pálidas, azuladas?) e o **tempo de preenchimento capilar (TPC)**. Um TPC maior que 2 segundos, mucosas pálidas e um pulso fraco e rápido são os sinais clássicos de que a "rede de distribuição" está falhando. Um cão vítima de trauma com esses sinais, por exemplo, está nos dizendo que provavelmente está perdendo sangue em algum lugar, mesmo que não vejamos uma hemorragia externa. Nossa ação imediata será obter um acesso venoso e iniciar a reposição de volume, o que nos leva diretamente à próxima etapa da estabilização.

# Reconhecendo o Inimigo Oculto: O Choque

Já mencionamos o choque, mas vale a pena dedicar um momento para entendê-lo melhor. Muitos o associam apenas à perda de sangue, mas ele é mais complexo. O choque não é uma doença, mas uma síndrome – um estado de falência circulatória. Compreendê-lo é como entender o "porquê" por trás das alterações que vemos no "C".

Podemos pensar nos diferentes tipos de choque usando a analogia de um sistema de irrigação de uma fazenda. Para que as plantas (células) recebam água (sangue oxigenado), você precisa de três coisas: uma bomba funcionando (o coração), volume de água suficiente no reservatório (o volume de sangue) e canos intactos e com o diâmetro correto (os vasos sanguíneos).

## **Choque Hipovolêmico**

### **"Reservatório Vazio"**

Perda de sangue (hemorragia) ou fluidos (vômito, diarreia severa, queimaduras)

## **Choque Cardiogênico**

### **"Bomba com Defeito"**

O coração não consegue bombear sangue de forma eficaz, mesmo com volume normal

## **Choque Distributivo**

### **"Canos Dilatados"**

Vasodilatação súbita por todo o sistema. Acontece na sepse ou anafilaxia

## **Choque Obstrutivo**

### **"Cano Entupido"**

Bloqueio físico na tubulação, como coágulo ou pressão externa sobre o coração

A beleza da avaliação primária é que, embora não nos dê o diagnóstico final, os achados do A, B e C já nos dão pistas valiosas. Um paciente com histórico de trauma e mucosas pálidas nos direciona para o choque hipovolêmico. Um paciente com sopro cardíaco e crepitação pulmonar nos faz pensar em choque cardiogênico. Essa distinção inicial é crucial, pois o tratamento varia drasticamente.

# A Linha da Vida: Acesso Venoso e Coleta de Amostras

Você identificou um paciente com a circulação comprometida. Ele está em choque. A teoria é importante, mas agora a ação é fundamental. A manobra mais crítica para tratar a maioria dos tipos de choque é a administração de fluidos e medicamentos diretamente na corrente sanguínea. Para isso, precisamos de um **acesso intravenoso (IV)**.

📄 **Regra de Ouro:** Use o cateter de maior calibre que você conseguir inserir confortavelmente na veia. Pense nisso como abrir uma rodovia de quatro pistas em vez de uma estradinha de mão única.

Estabelecer um acesso venoso em um paciente em choque pode ser um desafio. Com a vasoconstrição periférica, as veias parecem "desaparecer". A pressão arterial baixa torna-as menos palpáveis. É um momento de alta pressão que exige técnica e calma. A regra de ouro na emergência é: use o cateter de maior calibre que você conseguir inserir confortavelmente na veia. Pense nisso como abrir uma rodovia de quatro pistas em vez de uma estradinha de mão única. Em uma crise, você quer a capacidade de administrar grandes volumes de fluido rapidamente.

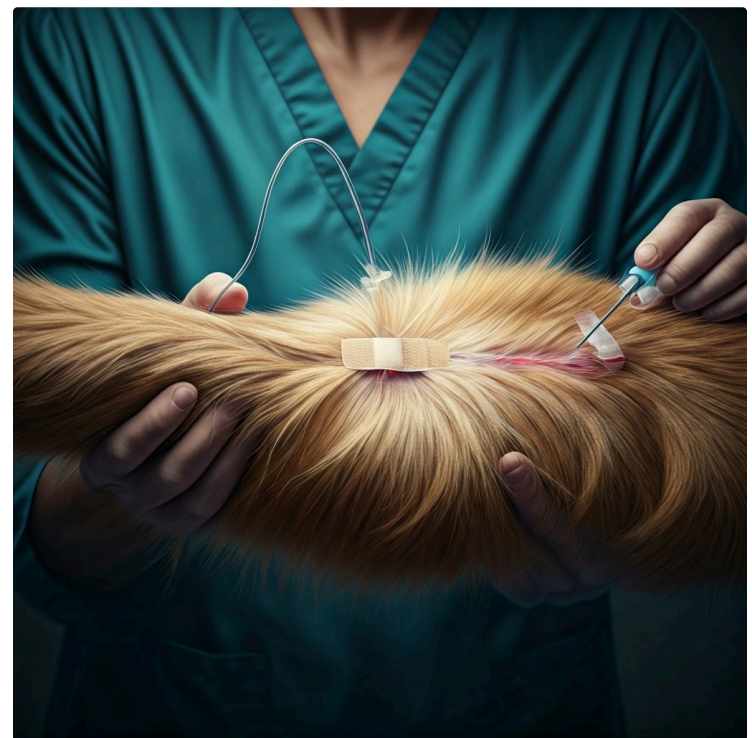
## Locais Preferenciais para Acesso Venoso

- **Veias cefálicas** (membros anteriores) - primeira escolha
- **Veias safenas laterais** (membros posteriores) - excelente alternativa
- Especialmente úteis em cães de grande porte
- Alternativa se houver trauma nos membros torácicos

## Passo Crucial: Coleta de Sangue

Antes de conectar o equipo e abrir o fluido, **colete amostras de sangue**. O sangue que você colhe *antes* de iniciar a fluidoterapia é a sua fonte de informação mais pura. Ele lhe dará os valores basais de hematócrito, proteínas, glicose e lactato.

As veias cefálicas (nos membros anteriores) são geralmente a primeira escolha, mas as veias safenas laterais (nos membros posteriores) são uma excelente alternativa, especialmente em cães de grande porte ou se houver trauma nos membros torácicos. A técnica precisa ser assertiva e eficiente. Mas antes de conectar o equipo e abrir o fluido, há um passo crucial que a medicina baseada em evidências nos ensina: **colete amostras de sangue**. O sangue que você colhe *antes* de iniciar a fluidoterapia é a sua fonte de informação mais pura. Ele lhe dará os valores basais de hematócrito, proteínas, glicose e lactato, que são fundamentais para guiar a terapia e monitorar a resposta do paciente. Uma vez que os fluidos começam a entrar, esses valores serão diluídos e a interpretação se tornará mais difícil.



# D: Disability (Disfunção Neurológica) – Verificando o Painel de Controle

Após termos garantido que o oxigênio está entrando, sendo absorvido e circulando, voltamos nossa atenção para o sistema que comanda tudo: o sistema nervoso central. A avaliação "D" é uma triagem neurológica rápida para avaliar disfunções cerebrais graves que podem ser uma ameaça iminente à vida.

Não estamos procurando por déficits sutis aqui. O objetivo é responder a perguntas diretas: O paciente está consciente? Ele responde a estímulos? Há evidências de uma lesão cerebral traumática grave? Pense nisso como verificar se o piloto do avião está acordado no cockpit. Se o piloto estiver inconsciente, o avião inteiro está em risco, não importa o quão bem os motores estejam funcionando.



---

## Escala ACVPU

**A**lerta, **C**onfuso, **V**ocaliza/responde à voz,  
**P**ain/responde à dor, **U**nresponsive/não responde



---

## Avaliação Pupilar

Tamanho das pupilas e reação à luz. Anisocoria ou ausência de reflexo são sinais de alerta

Para padronizar essa avaliação, usamos uma escala de nível de consciência. A mais simples e eficaz na emergência é a escala **ACVPU**: **A**lerta, **C**onfuso, **V**ocaliza/responde à voz, **P**ain/responde à dor, **U**nresponsive/não responde. Um paciente alerta que olha para você quando você se aproxima está em uma categoria muito diferente de um paciente que só responde a um estímulo doloroso ou que não responde a nada. Além do nível de consciência, avaliamos o **tamanho das pupilas** e sua **reação à luz**. Pupilas de tamanhos diferentes (anisocoria) ou que não reagem à luz após um trauma craniano são sinais de alerta para aumento da pressão intracraniana, uma emergência crítica. Um cão que chega após uma convulsão, por exemplo, pode estar "confuso" ou "vocalizando", o que nos ajuda a localizar o problema primário no sistema nervoso.

# E: Exposure / Environment (Exposição e Ambiente) – A Busca Final por Pistas

Finalmente, chegamos à última letra do nosso alfabeto de emergência. Depois de estabilizar as funções vitais mais imediatas (A, B, C, D), é hora de fazer uma avaliação completa do corpo do paciente. A etapa "E" nos lembra de expor o paciente, ou seja, examiná-lo da ponta do nariz à ponta da cauda, procurando por lesões ou problemas que não eram aparentes à primeira vista.

Esta é a fase do "detetive". O paciente pode ter chegado por uma queixa principal, como dificuldade respiratória, mas uma avaliação completa pode revelar uma ferida perfurante escondida sob o pelo, um abdômen distendido e doloroso sugerindo hemorragia, ou uma fratura instável. Pense em um iceberg: o problema inicial que o tutor relatou é apenas a ponta visível, e a etapa "E" é o nosso esforço para ver o que está sob a superfície da água.



## Controle de Temperatura

Pacientes em choque perdem calor rapidamente (hipotermia) ou podem estar hipertérmicos (convulsões, insolação)



## Manejo Fear Free

Mesmo na emergência, manuseio gentil minimiza estresse e melhora os resultados




## Exame Completo

Busca por lesões ocultas, feridas perfurantes, fraturas ou distensão abdominal

Parte crucial do "E" é o controle da **temperatura** e do **ambiente**. Pacientes em choque, especialmente os pequenos e os gatos, perdem calor corporal rapidamente, caindo em hipotermia, o que piora a coagulação e a função cardíaca. Por outro lado, pacientes com convulsões ou insolação podem estar perigosamente hipertérmicos. A etapa "E" envolve medir a temperatura retal e iniciar medidas de aquecimento (mantas térmicas, fluidos aquecidos) ou resfriamento ativo, conforme necessário. Além disso, a integração de práticas de manejo **Fear Free** é fundamental aqui; mesmo em uma emergência, devemos manusear o paciente de forma gentil e segura para minimizar o estresse, que pode agravar o choque e a dor. Cobrir o paciente com uma manta aquecida não só trata a hipotermia, mas também oferece conforto e segurança.

# Juntando as Peças: O ABCDE na Prática

Agora que dissecamos cada letra, vamos juntá-las em um fluxo de trabalho coeso. O ABCDE não é uma lista de tarefas a serem marcadas em sequência. É um ciclo contínuo, uma dança entre avaliação e intervenção. Você pode estar avaliando o "C" e, ao mesmo tempo, notar que o padrão respiratório do paciente ("B") mudou, forçando-o a reavaliar e intervir novamente.

 **Caso Prático:** Gato que caiu de uma janela - vamos aplicar o ABCDE passo a passo

Imagine um gato que caiu de uma janela. Ele chega em seus braços, miando fracamente.



## A (Airway)

Você abre a boca dele. Está limpa, sem sangue ou saliva. A via aérea está patente. ✓



## B (Breathing)

Respiração rápida e abdominal. Sons pulmonares abafados do lado esquerdo. **Intervenção:** Gaiola de oxigênio + POCUS



## C (Circulation)

Mucosas pálidas, TPC 3s, pulso fraco e rápido. Está em choque. **Intervenção:** Cateter IV + fluidos



## D (Disability)

Quieto mas alerta. Pupilas normais e reativas. Sem sinais de trauma craniano grave



## E (Exposure)

Escoriações + dor abdominal à palpação. Possível hemorragia interna

Em menos de dois minutos, você tem um plano: o paciente tem provável pneumotórax ou hemotórax ("B"), está em choque hipovolêmico ("C") e pode ter uma hemorragia abdominal ("E"). Suas prioridades são claras: oxigenoterapia, toracentese se o POCUS confirmar o problema no tórax, acesso venoso para iniciar a fluidoterapia e analgesia. O ABCDE não deu o diagnóstico final, mas criou um roteiro claro para salvar a vida daquele paciente.

# A Teoria na Linha de Frente: Um Microcaso Clínico

Vamos solidificar tudo com um cenário que você certamente encontrará. Chega à clínica um Labrador de 8 anos chamado Max. O tutor relata que ele "inchou de repente" e está muito quieto há uma hora. Max está em pé, mas balança ligeiramente.

📌 **Alerta Diagnóstico:** "Inchaço" súbito em cão de raça grande = suspeita de Dilatação Vólvulo-Gástrica (DVG)

## Contexto

Apresentação aguda + "inchaço" em cão grande = **DVG**

## Problema

Como confirmar e estabilizar antes do choque irreversível?

## Aplicação do ABCDE:

- **A:** Pescoço estendido, salivação excessiva, via aérea livre
- **B:** Taquipneia, respiração superficial, distensão limitando diafragma → *Oxigênio por máscara*
- **C:** Mucosas pálidas, TPC 4s, pulso fraco 180bpm = **choque obstrutivo** → *DOIS acessos venosos calibrosos*
- **D:** Deprimido, responde ao nome ("Confuso" na ACVPU)
- **E:** Abdômen tenso e timpanizado, temperatura normal

01

### Oxigenoterapia

Máscara facial para compensar a restrição diafragmática

02

### Descompressão Gástrica

Sonda orogástrica ou trocarer para aliviar a pressão

03

### Ressuscitação Volêmica

Fluidos agressivos através dos dois acessos calibrosos

**Solução Imediata:** Baseado na sua avaliação de 90 segundos, o plano é: oxigenoterapia, descompressão gástrica (seja por sonda ou trocarer) e, o mais importante, uma agressiva ressuscitação volêmica através dos dois acessos venosos para combater o choque antes da cirurgia de emergência.

Este caso ilustra perfeitamente como a estrutura do ABCDE permite que você construa um plano de estabilização robusto, abordando as ameaças à vida na ordem correta, mesmo antes da confirmação diagnóstica definitiva pelo raio-X.

# O Estresse como Fator: A Importância do "Fear Free"

Pode parecer contraintuitivo falar sobre bem-estar e redução do estresse no meio de uma emergência caótica, mas as evidências mostram que isso é crucial. Um paciente assustado e estressado libera catecolaminas (como adrenalina), o que aumenta a frequência cardíaca, o consumo de oxigênio e pode piorar o choque.

A abordagem **"Fear Free" (Livre de Medo)** não é sobre ser lento, mas sobre ser inteligente e eficiente. Significa usar técnicas de contenção que sejam seguras e que minimizem o pânico. Por exemplo, em vez de lutar com um gato dispneico para colocá-lo em uma máscara de oxigênio, podemos colocá-lo em um ambiente fechado e enriquecido com oxigênio (câmara de oxigênio ou até mesmo um aquário adaptado). Ao abordar um cão em dor, nos movemos de forma calma e previsível, falando em um tom suave.



## ✘ Abordagem Tradicional

Contenção forçada aumenta estresse e consumo de oxigênio



## ✔ Abordagem Fear Free

Ambiente enriquecido com oxigênio reduz estresse e melhora oxigenação

O manejo gentil durante a avaliação e a obtenção do acesso venoso não é um luxo, é uma parte da terapia. Um paciente mais calmo é um paciente mais fácil de avaliar e tratar. Reduzir o estresse pode, literalmente, diminuir a demanda metabólica do corpo, dando-nos uma janela de tempo maior para que nossas intervenções funcionem. Incorporar esses princípios, mesmo na emergência, reflete o mais alto padrão de cuidado veterinário em 2025.

# Distinções Cruciais: Tipos de Choque na Abordagem Inicial

Como vimos, identificar o tipo de choque o mais cedo possível pode refinar nossa terapia. Embora o tratamento inicial para a maioria dos choques envolva fluidos, a abordagem pode variar significativamente. Por exemplo, administrar grandes volumes de fluidos a um paciente em choque cardiogênico pode ser fatal. Após a sua avaliação narrativa inicial, um quadro comparativo pode ajudar a organizar esses conceitos.

Tipo de Choque	Causa Central	Achados Chave no ABC	Exemplo Clínico Comum
<b>Hipovolêmico</b> "Reservatório Vazio"	Perda de volume	Mucosas pálidas, TPC aumentado, pulso fraco e rápido, taquipneia	Paciente atropelado com hemorragia interna; filhote com parvovirose
<b>Cardiogênico</b> "Bomba Quebrada"	Falha cardíaca	Mucosas pálidas ou cianóticas, pulso fraco, sopro cardíaco, crepitação pulmonar	Cão com doença valvar degenerativa; gato com cardiomiopatia
<b>Distributivo</b> "Canos Dilatados"	Vasodilatação	Mucosas congestas (vermelho-tijolo), TPC < 1s, pulsos "saltitantes", febre	Paciente com sepse (piometra); reação anafilática
<b>Obstrutivo</b> "Cano Entupido"	Bloqueio físico	Similar ao hipovolêmico + achados específicos (abdômen distendido, jugulares ingurgitadas)	Cão com DVG; gato com tromboembolismo aórtico

Este quadro não é para diagnóstico definitivo, mas para guiar seu raciocínio inicial. A suspeita de choque cardiogênico, por exemplo, fará com que você seja muito mais cauteloso com a fluidoterapia e priorize exames como o POCUS (protocolo T-FAST e VetBLUE) e um eletrocardiograma.

# Legislação e Ética na Emergência

Mesmo na pressa de uma situação de emergência, nossa prática é regida por princípios éticos e legais. O Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) estabelece diretrizes claras sobre a responsabilidade do profissional, o registro em prontuário e a comunicação com o tutor.

## Documentação Obrigatória

Toda avaliação, intervenção e medicamento administrado durante a triagem deve ser registrado no prontuário, mesmo que resumidamente no início

## Comunicação com o Tutor


Ser claro e honesto sobre a gravidade da situação e custos estimados, obtendo consentimento para o tratamento

## Ética do Triage

Decisões baseadas em critérios médicos objetivos quando múltiplos pacientes críticos chegam simultaneamente

Toda avaliação, intervenção e medicamento administrado durante a triagem e estabilização devem ser meticulosamente registrados no prontuário do paciente, mesmo que de forma resumida inicialmente e detalhada posteriormente. Este documento é a sua proteção legal e uma ferramenta essencial para a continuidade do tratamento pela equipe. A comunicação com o tutor também é fundamental. É preciso ser claro e honesto sobre a gravidade da situação e sobre os custos estimados dos procedimentos de emergência, obtendo o consentimento para o tratamento.

A ética do triage também envolve decisões difíceis. Se dois pacientes críticos chegam ao mesmo tempo, a avaliação primária rápida é o que permite decidir qual deles tem a necessidade mais imediata ou a maior chance de sobrevivência com intervenção imediata. Agir de acordo com um protocolo sistemático como o ABCDE garante que essas decisões sejam baseadas em critérios médicos objetivos, e não em pânico ou subjetividade.

 **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais do CFMV para verificar alterações.

# Síntese e Próximos Passos

Chegamos ao final da nossa jornada inicial pelo mundo da emergência. Vimos que a triagem, ou *triage*, é muito mais do que uma simples avaliação. É uma filosofia de trabalho que impõe ordem ao caos. A sequência ABCDE é a sua bússola, garantindo que você sempre navegue na direção de "tratar primeiro o que mata primeiro". Aprendemos a desconfiar da falsa estabilidade, reconhecendo os sinais sutis do choque antes que ele se torne catastrófico, e a estabelecer a linha da vida com um acesso venoso eficiente.

Lembre-se da analogia da casa: sem a fundação do **A** (via aérea) e do **B** (respiração), as paredes do **C** (circulação) não se sustentam. Sem uma estrutura sólida, o painel de controle do **D** (disfunção neurológica) e a inspeção final do **E** (exposição) perdem o sentido. Este método não é apenas para especialistas em emergência; é uma ferramenta fundamental para todo clínico.

**Ao receber um paciente de emergência, sua primeira ação é sempre avaliar a patência da via aérea**

**Confie nos seus sentidos: a cor da mucosa, o tempo de preenchimento capilar e a qualidade do pulso são seus melhores monitores iniciais**

**Em um paciente em choque, lute por um acesso venoso calibroso e sempre colete sangue antes de iniciar os fluidos**

**O ABCDE não é um evento único, mas um ciclo. Reavalie constantemente, especialmente após cada intervenção**

Agora que dominamos a identificação do problema e a criação de uma via para a solução (o acesso venoso), a pergunta natural é: o que vamos infundir por essa via? Qual fluido? Em que velocidade? Em que quantidade? A resposta a essas perguntas é a arte e a ciência da fluidoterapia de emergência, o pilar da ressuscitação. E é exatamente esse o tema da nossa próxima aula.

**Próxima Aula:** Aula 38 – Fluidoterapia na Emergência (120 min, 20 páginas). Vamos explorar os diferentes tipos de fluidos, calcular taxas de infusão para diferentes tipos de choque e aprender a monitorar a resposta do nosso paciente.

# Consolidação do Conhecimento

## Autoavaliação

### Questões Objetivas:

#### 1. (Nível Básico)

Durante a avaliação primária de um paciente politraumatizado, qual dos seguintes achados exige a intervenção mais imediata?

- a) Uma fratura exposta no membro pélvico
- b) Mucosas pálidas e TPC de 3 segundos
- c) Ausência de resposta a estímulos dolorosos
- d) Ruídos respiratórios ruidosos (estertor) e esforço inspiratório

#### 2. (Nível Intermediário)

Você está avaliando um cão com suspeita de choque. Qual dos seguintes conjuntos de parâmetros é mais consistente com um choque distributivo em fase inicial (hiperdinâmico), como o observado na sepse?

- a) Mucosas pálidas, TPC > 2s, pulsos fracos, extremidades frias
- b) Mucosas congestas (vermelho-tijolo), TPC < 1s, pulsos "saltitantes", febre
- c) Mucosas cianóticas, jugulares ingurgitadas, crepitação pulmonar
- d) Mucosas rosadas, TPC de 1,5s, pulso forte e rítmico

#### 3. (Nível Avançado - Estilo Concurso)

De acordo com as práticas atuais em medicina veterinária de emergência, a utilização do ultrassom point-of-care (POCUS) na avaliação do "B" (Breathing) é mais útil para o diagnóstico rápido e não invasivo de:

- a) Bronquite crônica e colapso de traqueia
- b) Edema pulmonar cardiogênico e pneumonia bacteriana
- c) Hérnia diafragmática e fraturas de costela
- d) Pneumotórax e efusão pleural

#### 4. (Nível Especialista)

Ao estabelecer um acesso venoso em um cão de 50 kg em choque hipovolêmico severo, qual é a conduta mais apropriada para maximizar a capacidade de ressuscitação volêmica?

- a) Utilizar um cateter 22G na veia cefálica para minimizar o trauma vascular
- b) Tentar o acesso na veia safena medial, pois geralmente é mais visível
- c) Utilizar o cateter de maior calibre possível (ex: 16G ou 18G), preferencialmente em duas veias periféricas
- d) Priorizar a coleta de sangue para um hemograma completo antes de qualquer tentativa de cateterização

### Questão Discursiva:

Descreva, em 3 a 5 linhas, por que a coleta de uma amostra de sangue (mínimo de hematócrito/proteínas totais, glicose e lactato) é um passo crítico a ser realizado *antes* da administração de fluidos intravenosos em um paciente em choque.

# Gabarito

## 1. Resposta: d)

A obstrução ou comprometimento das vias aéreas (A) e da respiração (B) leva à morte mais rapidamente do que o choque (C) ou a disfunção neurológica (D).

## 2. Resposta: b)

O choque distributivo em sua fase inicial é caracterizado por vasodilatação, resultando em mucosas hiperêmicas e pulsos fortes, apesar da má perfusão tecidual.


## 3. Resposta: d)

O protocolo T-FAST (Thoracic Focused Assessment with Sonography for Trauma) do POCUS é extremamente sensível para detectar a ausência do "sinal de deslizamento" (indicativo de pneumotórax) e a presença de líquido livre (efusão pleural).

## 4. Resposta: c)

A lei de Poiseuille dita que o fluxo é proporcional ao raio do cateter elevado à quarta potência. Portanto, usar o maior calibre possível é essencial para a administração rápida de grandes volumes. O acesso duplo aumenta ainda mais essa capacidade.

## Resposta à Questão Discursiva:

 **Resposta Modelo:** A coleta de sangue pré-fluidoterapia fornece valores basais essenciais e não diluídos. O hematócrito/proteínas totais ajudam a avaliar a desidratação ou hemorragia, a glicose é vital em pacientes pediátricos ou sépticos, e o lactato é um marcador crucial da perfusão tecidual (choque). Esses resultados iniciais guiam a terapia e servem como uma referência para avaliar a resposta do paciente à estabilização.