A VIDA DE UM MÉDICO DE UTI

Memórias e Inovações

Afonso José Celente Soares

ATHENEU EDITORA CULTURAL

A Vida de um Médico de UTI

Memórias e Inovações



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

A Vida de um Médico de UTI

Memórias e Inovações

Afonso José Celente Soares

ATHENEU EDITORA CULTURAL

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Maria Paula, 123 – 18° andar* *Tel.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: MWS Design

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S652v

Soares, Afonso José Celente
A vida de um médico de UTI : memórias e inovações / Afonso José Celente Soares. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
: il. ; 21 cm.

ISBN 978-65-5586-680-3

1. Unidade de tratamento intensivo. 2. Tratamento intensivo. I. Título.

23-83234

CDD: 616.028
CDU: 616-083.98

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

29/03/2023 03/04/2023

Soares AJC
A Vida de um Médico de UTI – Memórias e Inovações

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — Rio de Janeiro, São Paulo, 2023

SOBRE O AUTOR



Afonso José Celente Soares, brasileiro, 69 anos, masculino, natural do Rio de Janeiro, casado com Lilian, cinco filhos (Flávia, Mariana, Clara, Débora, Afonso), seis netos (Pedro, Vitória, Ana, Júlia, Joana e Gabriel) e mais um(a) neto(a) a caminho, da Clara. Relata que, ao olhar seu bloco de notas recentemente, encontrou uma lista de um pouco mais de dez inovações em medicina que propôs durante os seus quase 46 anos de formado e trabalhando em UTI. Junto com suas histórias de vida, resolveu contá-las neste livro e, sinceramente, espera que possam gostar. Antes de tudo, o autor, relata que é uma pessoa normal, como qualquer uma que venha a ler este livro.



Essa é minha família. Foto do meu aniversário em 2021. Todos vacinados.

Fonte: Acervo pessoal.

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus, antes de tudo, por estar vivo depois da pandemia de Covid-19.

Aos meus pais, Fortunato e Mercedes, que o tempo todo procuraram mostrar, a mim e aos meus irmãos, que a educação seria a única via para poder ter uma vida digna. Percebi, posteriormente, que meus pais já delineavam, quando na indicação para fazer Medicina, o quanto esperavam de mim.

À minha esposa, Lilian, e aos meus filhos, Flávia, Mariana, Clara, Débora e Afonso. Meus netos, Pedro, Vitória, Ana, Júlia, Joana e Gabriel. Além das palavras já ditas no corpo do livro, faço aqui questão de enfatizar. Sem o amor e a convivência com vocês eu jamais seria capaz de fazer qualquer coisa na vida.

Tenho que agradecer muito a oportunidade que a vida me proporcionou de poder ajudar as pessoas. Aos inúmeros

pacientes que permitiram que eu pudesse atuar como médico no momento crítico das suas vidas.

Agradecer ao HFAG, que permitiu que eu trabalhasse por 42 anos em sua UTI. Aos infindáveis colegas de profissão com quem também convivi nos outros vários locais onde trabalhei. Cito-os, com nomes fictícios, no livro. Tudo o que fiz aprendi com vocês. Obrigado por me aturarem anos e anos a fio. Muitos se tornaram amigos. E eu sei o quanto sou chato.

E, para finalizar, dedico este livro ao médico plantonista de UTI. Que a leitura possa trazer a mensagem que considero principal: faça tudo o que for possível pelo paciente grave. O seu comprometimento com o caso é o que vai fazer com que o resultado possa ser favorável a ele, o paciente. E, quem sabe, a sua dedicação pode, e eu explico no livro, trazer inovações que podem fazer a diferença no atendimento ao paciente grave.

INTRODUÇÃO

Bem, vamos começar. Se você quer evitar o óbito com a medicina, existe espaço para a inovação? A primeira resposta seria não. Porém, como tudo o que fazemos é derivado de publicações científicas, se você tem ideias e elas se mostram úteis para o atendimento ao paciente grave, essa "inovação" pode e deve ser mostrada aos seus pares e talvez venha a ser agregada ao raciocínio de todos diante de um paciente grave e fazer a diferença.

A dificuldade pessoal pode, com muito esforço e dedicação, transformar-se em avanços. O que vou tentar mostrar para vocês são algumas pequenas "inovações" e como e por que isso pôde ocorrer na minha vida.

Vou tentar explicar no livro e, junto, vou contar para vocês várias histórias da minha vida profissional, estejam elas relacionadas ou não às inovações.

Primeiro e o mais importante: já com quase 46 anos de formado, expresso meu profundo respeito pelos pacientes que tive a oportunidade de tratar na minha vida como intensivista. Na verdade, devo tudo aos pacientes, razão maior da minha profissão.

Quando estamos nós e o paciente, vemos o quanto o ser humano é frágil. A única diferença entre os dois, eu, médico, e o paciente, deitado na minha frente, é que a vida me permitiu ser treinado para ajudá-lo. Apenas isso.

Quando um paciente se torna grave, ele não escolhe o médico que vai tratá-lo. Vi várias vidas sendo colocadas na minha frente. Sob meus cuidados. Muita responsabilidade. Procurei sempre acertar, embora possa ter cometido erros. Muito difícil. Acho que deveria ter sido melhor. Tenho meus limites.

Como inovar diante da morte? Vou tentar mostrar no livro que a verdadeira razão das "inovações" é "como tratar melhor os pacientes".

Tenho uma infinidade de pessoas que tiveram uma importância imensa na minha vida pessoal e profissional. Usarei sempre nomes fictícios. Terei que, naturalmente, voltar ao passado e contar muitos casos vividos. Por razões óbvias não colocarei nomes de pacientes. Não vou me ater aos aspectos médicos e técnicos. Aliás, vou evitá-los. Prefiro comentar outros pontos relacionados aos fatos, mais suaves, na maioria das vezes que irei descrevê-los. Sempre trazendo um pouco das minhas dificuldades e de como as resolvia.

> *Não é o que eu lembro. É o que eu nunca vou esquecer.”*

Também sempre vou escrever na primeira pessoa, “relatando o meu caso”. Quando, no texto, me referir a “ele” ou “você”, também sou eu. Quando aparecer “nós”, também sou eu. Na maioria das vezes. Erros e acertos citados são de minha inteira responsabilidade.

No livro, terei que, inúmeras vezes, ir e voltar no tempo para explicar as “inovações”, e vou procurar assinalar isso no texto. Vou ter que contar várias histórias. Da minha vida. Quem me conhece sabe que algumas vezes repito uma história contada. E durante um bom tempo fiquei preocupado com isso. Sou um chato.

Mas, depois que li o que o gênio Nelson Rodrigues escreveu sobre tal fato na obra *O Reacionário*, livro de memórias e confissões publicado em 1977. Disse o gênio: “Eu não existiria, sem as minhas repetições”. Fiquei mais calmo. Não é o que eu lembro. É o que eu nunca vou esquecer.

Na verdade, nesses quase 46 anos, o tempo todo foi trabalhando dentro de UTIs. A principal, onde tenho 42 anos de atuação, é a do HFAG. Nesta, todas as funções possíveis, plantonista, rotina, chefia, coordenação técnica. Ao ler os casos, vocês podem ter a impressão de “alguma moleza” na minha vida. Jamais. Anos e anos com três, às vezes quatro plantões semanais, mais a rotina.

Vamos a um exemplo de um dia de plantão. Casos hipotéticos. UTI com dez leitos.

UTI 01

- LV, 78 anos, fem, 11 dias de int
- Trauma, fratura de arcos costais, demência, após alguns dias de internação, febre, infiltrado pneumônico no RX, IRpA
- Cardiopata
- VM, desmame difícil
- Nova infecção dentro do setor
- Fará broncoscopia amanhã
- Desnutrição, SNE dieta enteral pouco volume

UTI 02

- AS, 88 anos, masc, 22 dias de int
- IAM inferior, CAT, angioplastia + stent
- Congestão pulmonar, SS ++/6+ FM, ECO sem IM
- VM prolongada, traqueostomizada, PSV
- Pneumonia por pseudomonas, uso de polimixina
- FA aguda, amiodarona bolus + dripping
- Em suporte dialítico

UTI 03

- GAA, 85 anos, masc, 9 dias de int
- EAP – IRA – CHOQUE
- SCA afastada, TEP idem, ECO TT IM, disfunção VE severa, interrogado vegetação
- Vasopressores
- ICSRC, cultura gram +, Uso de ATBs
- VM – PSV, falhou desmame hoje
- Novas culturas leveduras??

UTI 04

- MJAL, 85 anos, fem, 2 dias de int
- TOT, VM, SNG, SV, PAM, PVJID, PIC-DVE
- Cefaleia, TC, HSA
- PO de derivação ventricular ext a E e clipagem de aneurisma artéria cerebral média (Fisher IV/Hunt-Hess III (cirurgia feita com 48h de evolução)
- HAS, nipride, VM mantida, fechado sedação, nimodipina
- Broncoespasmo, NBZ, secreção purulenta em TOT, colhido culturas
- Nova TCC, quando??

UTI 05

- JPS, 83 anos, masc, 7 dias de int
- PO neuro – drenagem de HSD crônico, demência prévia
- Broncoaspiração – uso de PIP/TAZO
- Fechado sedação, acordou, procedido desmame com sucesso
- Dieta enteral fechada

UTI 06

- JS, 70 anos, 20 dias de int
- PO peritonite fecal por tumor de sigmoide perfurado, implantes em cavidade
- Resposta ruim inicial, revisão da cirurgia, troca de ATBs para imipenem
- SARA, Irenal, HD, melhora evolutiva
- Traqueostomizado, desmamado há 48h
- Suspenso HD, alta UTI planejada para amanhã

UTI 07

- GBFAB, 82 anos, fem, 5 dias de int
- PO ressecção de tumor de sigmoide + nódulos hepáticos
- Febre, acidose metabólica, leucocitose
- PCR alta, queda $SvcO_2$, sódio baixo
- Evolução arrastada, TC de abdome com líquido livre na cavidade
- Chamado cirurgião para reavaliar

UTI 08

- RFSC, 56 anos, masc, 45 dias de int
- Doença mental, visita a cavernas, pneumonia bilateral sem resposta ao tto, tratado como histoplasmose (Anfo B), colhidos exames, biópsia
- VM prolongada, derrame pleural a D septados (RX + TC + US), discussão com cir tórax sobre pleuroscopia
- Piora da função renal, entrou em HD

UTI 09

- CA, 66 anos, masc, 3 dias de UTI
- SCA, IAMs/SST
- DM, HAS, DPOC
- Fez EAP na noite anterior
- VNI todo o período
- Hoje CAT, cirúrgico, lesão de tronco

UTI 10

- Paciente idoso, com cardiopatia isquêmica em fase dilatada, admitido na UTI com insuficiência respiratória aguda, após febre alta e tosse produtiva por 48 horas.
- Na admissão sinais de choque, sem responder a volume.
- ECG da admissão com ritmo sinusal, sem distúrbios de condução, evoluiu com BAVT após 6 horas no setor.
- Diurese de 100 ml nas 12 horas iniciais de internação no setor.

Procedimentos (hipotéticos) que poderiam ser utilizados neste paciente, um dos 10 leitos, na UTI, nas primeiras 24 horas de internação

- Sedação + EOT (fixação TOT) + VM (filtros, sistema de aspiração fechado) + sedação e analgesia, solução padrão do setor.
- Uso de jelco colocado no PS para infusão de fluidos.
- Passagem de cateter vesical, diurese horária.
- Passagem de SNE.
- Punção e cateterismo de VJID com US, desafio com fluidos inicialmente, avaliação sequencial do $SvcO_2$, lactato.
- Nora e dobuta em BI, solução padrão.
- Punção de artéria radial E, canal de pressão invasiva, montagem, abertura kit monitorização, soro, heparina, bolsa pressórica, transdutor de membrana, zeragem do sistema, fixação, curativo, gasometrias.
- RX após punção, Pneumonia/SARA/Derrame pleural D.
- Coleta de culturas, avaliação para BAL (imediato), início de ATBs, diurese baixa, nora alta, lactato alto.
- Punção e cateterismo de VJIE com US, colocação de introdutor, fixação, canal de pressão invasiva, montagem, abertura kit monitorização, soro, heparina, bolsa pressórica, transdutor de membrana, zeragem, camisinha, passagem de cateter de CAP "volumétrico", reconhecimento da curva, instalado monitor próprio, curativos.
- Novo desafio com fluidos, após avaliação da FEVD, relação P/F 120.
- Manobra de recrutamento na TC, transporte, ventilador, O_2, monitor, BIs, maca, visto extenso derrame pleural a D.
- Toracocentese diagnóstica (material próprio), saída de pus, colocado dreno de tórax (material próprio), saída de 600 ml de líquido purulento inicialmente, dreno oscila, sem fuga aérea.
- Variáveis hemodinâmicas/oximetabólicas obtidas sequencialmente, planilha aberta, dados obtidos e intervenções realizadas.
- Colocação de PACE externo com captura, punção de cateterismo de VSCD + colocação de PACE provisório, fonte com bateria, fixação, curativos.
- Punção e cateterismo de VFD com US + implante de cateter de HD, fixação, curativo, instalado HD contínua.
- Indicação de drotrecogina, relatório para convênio, farmácia entrega, início da infusão BI.
- HBPM, inibidores da bomba de prótons, antitérmicos.
- Protocolo para controle estrito da glicemia, avaliação das glicemias.
- Higiene corporal, mudança de decúbito, cabeceira elevada.
- Melhora hemodinâmica após 18 horas, início de dieta enteral.

(refere-se a um paciente dos dez leitos do setor)

Apresentei esses *slides* em uma aula para mostrar como o intensivista tem que trabalhar no plantão para atender seus pacientes. E detalho no último *slide* todo o trabalho necessário que foi feito em apenas um dos pacientes. Normal. Foi para isso que fomos treinados.

Só no HFAG, se fizermos as contas de que no início internávamos 400 pacientes anualmente. Depois, passamos a internar em média 600. Mais adiante, nossa média anual passou a ser entre 900-1.000. Se, então, adotarmos um número intermediário entre 400 e 1.000, pode ser de 700 pacientes internados por ano, na UTI do HFAG, chegamos a um número de quase 30 mil pacientes internados e tratados nesses 42 anos. Por toda a equipe multidisciplinar competente do setor. Também, que de uma forma ou de outra, mais no passado e menos hoje, tiveram, um pouco, um pouquinho, pode ser até nada, da minha interferência como médico nos processos decisórios.

Nossa mortalidade sempre foi em torno de 15%. Então, nesses 42 anos, perdemos 4.500 vidas na UTI. É muito. Pode ser que falhamos. Fizemos todo o possível. O intensivista convive o tempo todo com o óbito e a sua possibilidade. Muito respeito aos pacientes. Muita responsabilidade. Muito difícil.

Para tornar o livro mais didático, vou dividi-lo em dois capítulos: o primeiro refere-se à minha vida, desde a formatura até me tornar intensivista; o segundo aborda as minhas (poucas) inovações.

SUMÁRIO

1 A minha vida como intensivista, 1

2 As (poucas) inovações, 93

Glossário, 175