



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

**PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU**

HARVEY MAURICIO MEDINA VILLAMIZAR

Foz do Iguaçu

2021



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

**PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU**

HARVEY MAURICIO MEDINA VILLAMIZAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu

2021

HARVEY MAURICIO MEDINA VILLAMIZAR

PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CENÁRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Mestre Flávia Julyana Pina Trench

UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon

UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas

UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de junho de 2021

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Harvey Mauricio Medina Villamizar

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> especialização | <input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input type="checkbox"/> monografia |
| <input type="checkbox"/> doutorado | <input type="checkbox"/> dissertação |
| | <input type="checkbox"/> tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____. |

Título do trabalho acadêmico: Prática médica de um interno inserido na urgência e emergência.

Nome do orientador(a): Prof. Mestre Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/06/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino- Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública **Creative Commons Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, 10 de junho de 2021.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao meus pais,
irmãos, sobrinhos, avós, amigos e aos mestres
que tem contribuído no meu aprendizado,
durante meus anos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar a perseverança e vontade de cada dia, que me serviram na realização deste projeto, para poder culminar o curso de Medicina.

Aos meus pais Amparo e Álvaro, apoio incondicional que me ensinaram a alcançar as minhas metas, sempre estiveram ao meu lado me apoiando, mesmo na distância, ao longo desta trajetória e em cada um dos projetos que empreendo.

Sou grato aos meus irmãos Paola e Felipe pelo carinho e apoio que sempre me deram, mensagens de força que me ajudaram e pelos lindos sobrinhos que chegaram de presente, Joaquim, Julieta e os dois que vem em caminho.

Mostrou gratidão a minha família e amigos que sempre estiveram me apoiando, uma ligação, uma mensagem ou qualquer outro gesto que me ajudavam a manter o foco, em especial a Duvan sempre presente, grande amigo presente nos momentos difíceis sempre com uma palavra de incentivo.

Agradeço à minha orientadora desta monografia, Flávia que desde o primeiro semestre do curso, que com aquelas simples palavras me motivou, e pela dedicação dispensada neste trabalho para que o projeto fosse concluído, seus conhecimentos ajudaram no resultado final deste trabalho.

Ao Brasil, à UNILA, a alguns dos meus professores em especial ao Zarpelon e Rosana que sempre me proporcionaram um ensino de alta qualidade com foco na humanidade, transmitindo o saber com muito profissionalismo.

Aos meus colegas de curso pelas trocas de ideia e ajuda mútua, finalmente e muito importantes às pessoas que fizeram de paciente para poder construir meu conhecimento e o médico que vou ser.

A todos sempre grato!.

*Dentre tudo que escolhi
A Medicina me envolveu
e de tudo que aprendi
acho que nada se perdeu.*

*Com o cérebro, aprendi o que é pensar
que o bombear...
só cabia ao coração
mas no fundo percebi o grande amor
de receber e aceitar essa missão.*

*Já dizia Hipócrates, o pai da medicina
“cure algumas vezes, alivie quando possível, console sempre”
para que dentro de nossas mentes
aceitemos a nossa sina
ao fazermos nossa parte
aperfeiçoando essa bela arte
como artesãos guiados pela mão divina.*

*Certa vez li em algum lugar
que pensar, é uma capacidade tão humana
se formos parar pra entender
o que poderia ser mais bacana
que estudar esse nobre ser?*

Álvaro Andrade

MEDINA, Harvey Mauricio. **Prática médica de um interno inserido na urgência e emergência** - Cenários de urgência e emergência em Foz do Iguaçu. 2021. 69 páginas. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

A abordagem deste trabalho de conclusão de curso é relacionado à prática médica como interno do curso de Medicina e sobre algumas das situações vivenciadas na urgência e emergência em diferentes locais de estágio, como unidades de pronto atendimento, pronto socorro e devido à pandemia iniciada em 2019, causada pelo SARS-CoV-2, também são acrescentados espaços COVID, os anteriores situados em Foz do Iguaçu, Paraná; eventos ocorridos ao longo do segundo semestre do 2020 durante o cumprimento do estágio obrigatório do curso. Tendo como objetivo principal expor o desenvolvimento do raciocínio clínico adquirido até o momento, o manejo adequado para o paciente em base ao conhecimento prático e teórico aprendido durante o decorrer do curso, por meio de literatura proporcionada pelos livros, artigos científicos, aulas, medicina baseada em evidências e outras práticas, plasmando a experiência obtida; além de poder analisar o fluxo adequado do serviço de urgência e emergência na cidade, avaliando possíveis falhas; finalizando com o que é conhecido até então sobre a síndrome pós-covid. Trabalho realizado por meio de metodologia dedutivo-indutivo com ajuda de livros de referência na área, plataformas web como PUBMED, UpToDate e outros portais de evidência clínica. Tendo como resultado o aprimoramento dos conteúdos, da rede e do serviço, além de ajudar na construção do um médico emergencista.

Palavras chaves: Urgência. Emergência. COVID-19.

MEDINA, Harvey Mauricio. **Práctica médica de un interno dentro de urgencia y emergencia**- Escenarios de urgencia y emergencia en Foz de Iguazu. 2021. 69 páginas. Trabajo final de curso (Graduación en medicina) - Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz do Iguazu, 2021.

RESUMEN

En el presente trabajo final de grado se expone la práctica médica durante el internado de medicina y de algunas situaciones vivenciadas en el área de urgencia y emergencia, en diferentes locales de práctica, así como unidades de atención de urgencias, además de las situaciones de emergencia derivadas por el SARS-CoV-2 en los escenarios COVID, situados en Foz do Iguazu, Paraná; acontecimientos ocurridos a lo largo del segundo semestre del año 2020, durante las prácticas obligatorias del curso. Teniendo en cuenta el objetivo principal de mostrar el desarrollo del raciocinio clínico alcanzado hasta el momento, el manejo adecuado para cada paciente basado en el conocimiento práctico y teórico adquirido durante el curso, a través de la literatura proporcionada en libros, artículos científicos, clases, medicina basada en evidencia y otras prácticas, plasmando la experiencia alcanzada. A su vez, se busca realizar un análisis del funcionamiento del servicio de urgencia y emergencia en la ciudad, observando algunas oportunidades de mejora. Finalmente, el presente trabajo también plasma lo que se conoce hasta el momento sobre el síndrome post-covid. Trabajo realizado por medio de la metodología inductivo-deductivo con la ayuda de libros de referencia en el área, plataformas web como PUBMED, UpToDate entre otros portales de evidencia clínica. El fin último de este trabajo es generar optimización del aprendizaje, conocimiento de la red y del trabajo, además de ayudar en la construcción de un médico emergencista.

Palabras clave: Urgencia. Emergencia. COVID.

MEDINA, Harvey Mauricio. **Medical practice of an internship into the urgency and emergency**- Urgent and emergency scenarios in Foz do Iguaçu. **2021**. 69 pages. The final degree project (Medicine graduation)- Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

This final degree project is about the medical's practice like a medical internship and some urgency and emergency situations in different practice places like as emergency care units, and due to the pandemic that began in 2019, caused by SARS -CoV-2, the COVID scenarios are included, located in Foz do Iguaçu, Paraná; those events was happening during the second semester of 2020, in the course of the obligatory practices. The main objective is showing the development of clinical reasoning achieved so far, the appropriate management for each patient based on the practical and theoretical knowledge acquired during the medicine course, through the literature provided in books, scientific articles, classes, medicine based on evidence and other practices, reflecting the experience achieved, in addition analyze the functioning of the emergency service in the city, observing possible nonsuccess; and the final part is over the knowledge about the syndrome post-covid. This final paper used inductive-deductive methodology with reference books in the area, web platforms such as PUBMED, UpToDate, among other databases. Resulting in optimization knowledge of the network job, in addition to helping in the construction of an emergency doctor.

Keywords: Urgency. Emergency. COVID.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação e reposição volêmica em choque hipovolêmico.....	28
Tabela 2 – Escore de Glasgow Blatchford.....	29
Tabela 3 – Diferenças entre as VNI	43
Tabela 4 – Comparativo de Raio X, EAP.....	46

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.....	17
FIGURA 2 – Sangramento por varizes esofágicas.....	33
FIGURA 3 – Fluxograma de atendimento do EAP com ênfase no EAP cardiogênico.....	48

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caso clínico HDA	22
QUADRO 2 – Caso clínico suposta HDA	26
QUADRO 3 – Caso clínico EAP.....	34
QUADRO 4 – Caso clínico TRM.....	49
QUADRO 5 – Caso clínico COVID-19.....	59

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 1 – Raio X de Tórax, com EAP.....	46
IMAGEM 2 – Raio X de Tórax, sem alteração.....	46
IMAGEM 3 – Raio-X cervical, perfil.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Antiinflamatórios não esteróides
ATLS	Advanced Trauma Life Support
ASS	Aspirina
BNFRR	Bulhas Normo-fonéticas e Ritmo Regular
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EAP	Edema Agudo de pulmão
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
FC	Frecuencia Cardíaca
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	História da Doença Atual
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza Instituto
LOTE	Lúcido e Orientado em Tempo e Espaço
MMII	Membros Inferiores
MVUA	Murmurio Vesicular Universalmente Audível
REG	Regular Estado Geral
RHA	Ruidos Hidroaéreos
TRM	Trauma Raquimedular
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
U/E	Urgência e Emergência
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento a Trauma e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	18
3. CASOS CLÍNICOS.....	23
3.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA	23
3.2. EDEMA AGUDO DE PULMÃO	34
3.3. TRAUMA RAQUIMEDULAR.....	49
4. EM MEIO DA PANDEMIA!	58
4.1. SÍNDROME PÓS-COVID-19.....	63
5. CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso é realizado como parte do curso de medicina, sendo baseado no módulo em urgência e emergência, que faz parte do internato, na Universidade Federal da Integração Latino-Americana, UNILA.

Durante parte do segundo semestre do ano 2020, tive o privilégio de desenvolver atividades como interno de medicina em diferentes cenários, focados em urgência e emergência, gerando diferentes aprendizados, onde alguns destes serão expostos ao longo dos capítulos, demonstrando algumas das formas de estudo e revisão dos temas além de pensamentos, discussões e diferentes sensações vivenciadas durante o estágio, as quais marcaram um antes e um depois, permitindo-me adquirir diferentes habilidades úteis para minha atuação como médico.

As atividades foram desenvolvidas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck dentro de diferentes setores como o pronto socorro clínico, unidade de terapia de doenças infecciosas e em diferentes ações em combate à pandemia que estamos vivendo atualmente, o COVID-19, sendo assim acrescentados alguns cenários como a telemedicina, o plantão telefônico, a triagem respiratória, o pronto socorro respiratório, enfermaria, semi-intensiva e Unidade de Terapia Intensiva COVID, além destes lugares tivemos a oportunidade de trabalhar nas Unidades de Pronto Atendimento- 24 horas, todos localizados na cidade de Foz do iguaçu, PR.

Tendo como objetivo demonstrar meu desenvolvimento no raciocínio clínico, crescimento e aprendizado pessoal e acadêmico durante as práticas do módulo com foco na urgência e emergência (U/E).

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

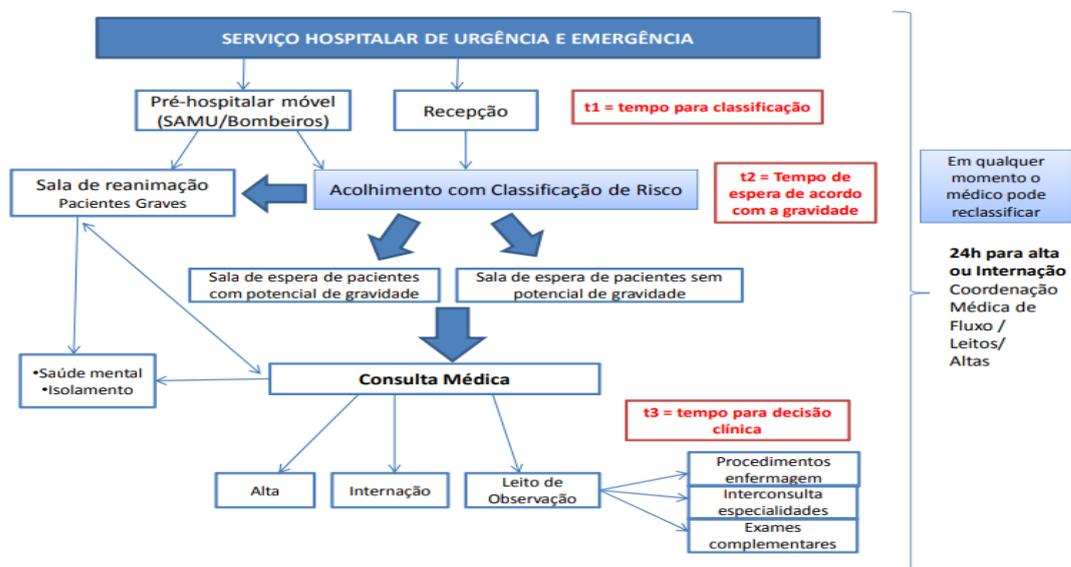
O módulo de urgência e emergência do SUS, nos dá a oportunidade de conhecer os diferentes cenários de estágio, podendo inserir-nos dentro dos diversos serviços, colocando em prática nosso aprendizado durante o curso, tendo a oportunidade de identificar e vivenciar os fluxos da rede, analisando e reconhecendo erros que podem ser melhorados e sobre todo tendo o domínio destes, porque em poucos meses seremos nós os que estaremos inseridos no serviço atuando como médicos e gestores de saúde, devendo colocar em prática tudo o que foi aprendido.

É importante, nós como futuros médicos, conhecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, dentro do sistema único de saúde do Brasil, já que este procura articular e integrar todos os equipamentos de saúde, em procura de um acesso humanizado e integral aos usuários em alguma situação de urgência e emergência. (Ministério da saúde, 2013)

Segundo a Resolução CFM 2077/14, no fluxo geral do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição:

1. pacientes graves;
2. pacientes com potencial de gravidade;
3. pacientes sem potencial de gravidade.

FIGURA 1 - Algoritmo de fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência



Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2014.

Neste tempo tive a experiência de passar pelo pronto socorro clínico, unidades de pronto atendimento (UPA), além de que foram acrescentados outros cenários para o combate à pandemia de COVID-19, e porém foram adicionados os cenários do plantão telefônico, a telemedicina, a triagem respiratória, o pronto socorro respiratório, a unidade de terapia de doenças infecciosas, a enfermaria covid, a unidade semi-intensiva e a unidade de terapia intensiva; durante a emergência sanitária pela qual estamos passando, passei por diferentes situações realizando diferentes tarefas como acolhimento, admissões, evoluções, procedimentos, avaliações médicas, realização de condutas e planos terapêuticos entre outras.

Antes de continuar com a descrição de cada cenário me parece interessante deixar alguns pontos claros, os quais são de grande importância. O acolhimento na U/E deve ser feito por médicos ou por enfermeiros capacitados, sendo que se é classificado por um enfermeiro o paciente não pode ser liberado ou encaminhado, sendo trabalho que teremos que realizar como médicos, porém precisamos de conhecer os serviços prestados na cidade e seus fluxos; o acolhimento e classificação de risco deve ser imediata, já o atendimento pelo emergencista, dependendo da classificação, deve ser realizado em menos de 120 minutos. (Resolução CFM no. 2077/14)

As UPAs 24 horas são as responsáveis pelos atendimentos de média complexidade, além da entrada a atendimentos de urgência e emergência; durante o estágio neste cenário, podemos conhecer a distribuição destas, tendo as salas de acolhimento por onde passam todos os pacientes que procuram o atendimento, e daí dependendo da necessidade são encaminhados aos consultórios, sala verde que é a sala de observação, sala amarela que é de apoio diagnóstico e terapêutico, sala vermelha que é de urgências e emergências, ortopedia ou sala de procedimentos, sendo que a maior parte do meus plantões ficava inserido dentro da sala vermelha a qual recebe pacientes diretamente das outras salas da UPA, ou trazidos de SAMU ou SIATE, sendo que em esta sala vermelha são aceitas as urgências e emergências que chegam na UPA, pacientes que precisam de estabilização, intubação, monitoramentos contínuos, e demais e uma vez estabilizados são transferidos à sala amarela e posteriormente à verde dependendo da complexidade, na maioria da chegada dos pacientes trabalhava auxiliando o médico, pegando "o jeito de trabalhar nas emergências" e em algumas ocasiões quando o médico estava com algum paciente e chegava algum outro eu podia receber o paciente e iniciando a estabilização deste, em caso de alguma dúvida corria perguntar para o médico, isto ocorreu duas vezes, sendo que a equipe de enfermagem ficava com receio de realizar o que eu solicitava, mas como o médico estava perto e escutava, ele dava o visto bom, sendo experiências muito

enriquecedoras que me ajudam no meu desenvolvimento; o médico da sala vermelha era o encarregado da sala de procedimentos, pelo qual quando não tínhamos pacientes na ala vermelha, estávamos realizando procedimentos, e novamente quando tínhamos pacientes em meio de algum procedimento e chegava paciente a vermelha, eu continuava sozinho no procedimento e o médico ia para a sala vermelha.

Seguindo o fluxo, dependendo da complexidade do paciente e do diagnóstico estes podem ser encaminhados para o hospital municipal, hospital cataratas, ou caso seja algum caso de obstetrícia, cardiologia ou oncologia são encaminhados ao Hospital Costa Cavalcanti o qual é referência nestes serviços.

Um dos problemas que encontrei nas UPAs é que muitos dos pacientes que estão aqui são encaminhados ao hospital municipal e alguns destes não precisando do encaminhamento, sendo que poderiam ser tratados dentro da UPA, más para que sejam aceitos é aumentado na gravidade do caso sendo uma costume da maioria das equipes, inclusive quando os médicos são novos no serviço a equipe fala sobre acrescentar coisas para serem aceitos rapidamente, sendo que este chega a sobrecarregar os serviços por momentos, outro problema é que quando o paciente precisa de procedimentos ou de ser levado para realizar um exame de imagem alguns preferem sempre deixar para o próximo plantão, com tudo isso o tempo de internação do paciente aumenta, gastando assim recursos econômicos, podendo ser melhorado com capacitações nos diferentes setores, deixando claro o trabalho de cada profissional, manejo dos fluxos, entre outros.

No hospital municipal são aceitos no pronto socorro clínico ou respiratório, dependendo do caso, nestes serviços também são aceitos pacientes de outros municípios da nona regional já que este é referência, enquanto há vagas, lembrando que sempre está a vaga zero sendo usada pelo médico regulador de emergência, os pacientes que chegam ao pronto socorro podem chegar de diferentes formas: Por busca espontânea, encaminhados das UBS, encaminhados das UPAs, trazidos de SAMU, SIATE, de referência do hospital costa cavalcanti, hospital cataratas e unimed, passando pela enfermagem e posteriormente avaliados pelo médico, realizando o tratamento inicial, solicitando exames complementares e quando necessário encaminhados às diferentes enfermarias dentro do hospital ou fora deste aos hospitais de referência. Neste setor fui encarregado de realizar várias admissões de pacientes sendo que desta dependia a conduta escolhida pelos médicos, evoluções tendo que procurar e analisar os exames laboratoriais e de imagem descartando assim algumas hipóteses diagnósticas e criando outras, aproveitei as visitas do médico titular do setor onde algumas vezes passei o caso do paciente, realizei e ajudei na realização de alguns procedimentos com o pessoal de enfermagem e médicos.

O tempo máximo para um paciente ficar em cenários de U/E é de 24 horas, após esse tempo deve ser dado algum fluxo a esse paciente, podendo ser alta hospitalar, transferido ou internado. (Resolução CFM no. 2077/14). Sendo que segundo esta resolução seria o ideal, em nosso serviço observamos que nas salas de U/E os pacientes após estabilizados passam a outras salas ou sala de observação podendo demorar até mais de 48 horas enquanto aguardam fluxo, e em ocasiões tendo os setores lotados, já seja pela falta de leitos nos internamentos, pela falta de conhecimento por parte dos profissionais que trabalham no setor tendo médicos que sempre deixam para o próximo plantonista escolher o fluxo do paciente, e até falta de informação de modificações nos documentos burocráticos, atrapalhando assim de forma geral o fluxo da cidade.

Já nas ações criadas para o combate ao COVID-19 aqui na nossa cidade, graças à coordenação da nossa professora do módulo de U/E estamos conseguindo contribuir nesta batalha, sendo parte da linha de frente do início ao fim, passando por cada um dos setores disponibilizados e assim conhecendo tudo o fluxo, trabalhar e contribuir em meio de uma pandemia tem sido um processo de nunca esquecer, acho que além de estar ajudando nestes setores estamos criando melhores laços entre a cidade e a nossa universidade e entre nosso curso de medicina e os cenários de prática em especial com o hospital municipal. No setor do plantão telefônico desenvolvi atividades de ajuda à população tirando dúvidas sobre o COVID-19 e diagnósticos diferenciais, identificação de casos suspeitos, notificação de COVID, informando resultados negativos e positivos, colocando em prática a notificação de notícias ruins, já que tinha pacientes que ao dar o informe de que o resultado era positivo iniciavam com quadros de ansiedade, chorosos, sensações de morte entre outras, nos quais eu tentava ajudar o paciente abordando as emoções e gerando tranquilidade; na triagem era algo similar só que atendimento presencial e tendo a oportunidade de realizar um exame físico focado quando necessário, tendo a função de acolhimento e encaminhando os pacientes a outros setores quando necessário; no pronto socorro respiratório tive a oportunidade de manejar vários pacientes e aprender a diferenciar alguns diagnósticos que podem ser semelhantes e que também poderiam se confundir com a infecção pelo Sars-CoV-2, realizando atendimentos em consultório, na beira do leito, aceitando pacientes vindos de SAMU ou sendo referenciados de outros serviços, algumas vezes ajudando a realizar as contra-referências por falta de sinais ou sintomas, neste caso respiratório; já na enfermaria covid além de tratar a infecção pelo coronavírus, podíamos estudar, aprender e tratar sobre outras doenças algumas exacerbadas e descompensadas pelo vírus podendo realizar vários procedimentos neste setor com a ajuda dos médicos, observando como os pacientes podiam ter uma piora rápida do quadro, a felicidade de outros serem dados de alta entre outras atividades; já na UTI covid um dos meus cenários

preferidos aprendi sobre o cuidado intensivo, aprendi sobre a ventilação mecânica com ajuda dos fisioterapeutas, realizando procedimentos nos pacientes em coma, a maioria induzido, aprendi sobre como realizar o desmame de drogas, dietas e medicamentos, realizando outro tipo de evolução neste setor, com mais detalhes, identificando quando que o paciente já pode deixar a UTI e ir para outro setor como semi- intensiva ou enfermaria, foram vários aprendizados gerados por estes setores.

Em foz do iguaçu com relação a outras grandes cidades os recursos brindados pelo governo para o combate ao COVID-19 têm sido utilizados em parte para a ampliação do hospital criando setores que após a pandemia continuarão sendo usados em outros serviços e não como em outras cidades que adotaram a criação de hospitais de campanha sendo que estes são desmontados após um tempo.

Outro ponto a favor de nossa cidade foi a criação do plantão telefônico coronavírus, já que permite à comunidade ter um acesso rápido, seguro e confiável nestes tempos o qual conseguiu com que muitos serviços não se sobrecarregarem como ocorreu em outras cidades sem este serviço e não só no Brasil, em outras cidades do mundo, permitindo nos aprender que por meio de pequenas ações podem-se gerar grandes cambios e contribuir grandemente.

3. CASOS CLÍNICOS

3.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Um dos casos mais prevalentes na U/E e de grande importância na abordagem inicial é a HDA, contextualizando um pouco sobre a experiência vivenciada, segue a continuação:

Ao chegar o paciente ao Pronto Socorro (PS) clínico, sou informado pelo médico de plantão que chegou um homem com hematêmese, o qual imediatamente abordei, realizando uma rápida anamnese seguidamente do exame físico direcionado; quando chega um paciente com esta queixa imediatamente imagino um quadro de hemorragia digestiva alta no qual frequentemente aparecem com hematêmese e melena, e que provavelmente o paciente poderia estar com um choque hipovolêmico ou com risco de desenvolver este quadro, porém o primeiro a ser realizado foi monitorização do paciente, sendo auxiliado pelo pessoal de enfermagem, ao mesmo tempo que colhia parte da história.

Após identificar que o paciente não encontrava-se em choque hipovolêmico (o qual seria uma emergência), por meio do seu estado geral, neurológico e sinais vitais, discutimos rapidamente com o médico e decidimos iniciar a monitorização e volume com 1000ml de Soro Fisiológico a 0,9% correndo rapidamente, enquanto terminava-se de colher a história clínica e realizávamos a prescrição.

QUADRO 1 - Caso clínico HDA

Caso clínico 1 - Hemorragia Digestiva Alta
<p>Identificação: J.E.D.S, masculino de 72 anos, pardo, casado, aposentado, natural e residente de Foz.</p> <p>Queixa principal: "Dor de barriga e vômito com sangue"</p> <p>História da doença atual: Paciente relata que há uma semana atrás iniciou com dor abdominal generalizada com piora progressiva, sem melhora com analgesicos, evoluindo há dois dias com dor epigástrica, tipo pontada, de intensidade 7/10 na escala da dor, com piora ao comer, sem irradiação, dor intermitente e aumento abdominal, um dia após ao início da dor epigástrica apresentou melena e no dia da internação dois episódios de hematêmese produtiva, porém decidiu procurar ajuda médica no HMPGL.</p>

Interrogatório sintomatológico: Nega febre, nega sintomas respiratórios, refere astenia, e anorexia com perda de peso de mais ou menos 3 kg no último mês.

História médica progressa: Nega HAS e DM2, nega hiperlipidemias, etilismo crônico (desde os 18 anos), tabagismo crônico (desde os 17 anos). História cirúrgica nos MMII por fratura aos 10 anos. Nega alergias.

História familiar: Não sabe relatar.

Hábitos de vida: Refeições diárias em horários não padronizados, nega prática de atividade física, etilista crônico (Cerveja e destilado) de volume variável até 5 vezes por semanas, tabagista de longa data de 1 maço por dia, nega uso de drogas ilícitas.

Exame Físico

Ectoscopia: REG, desidratado ++/4+, acianótico, hipocorado ++/4+, Ictérico +/4+, eupneico em AA, enchimento capilar em 2s.

Sinais Vitais: Normocardico, normotenso, saturação de 99%, Afebril.

Avaliação neurológica: LOTE, glasgow 15, tônus muscular e sensibilidade preservada, pupilas isocóricas isofotorreagentes.

Avaliação cardiovascular: BNFR em 2T, sem sopro audível, hemodinamicamente estável, pulsos periféricos presentes.

Avaliação pulmonar: Sem uso de musculatura acessória. MVUA presente, sem ruídos adventícios.

Avaliação abdominal: Abdome globoso e distendido, RHA presentes, doloroso à palpação profunda difusamente, com maior intensidade no hipogástrio, sem presença de circulação colateral, e sinal de piparote negativa.

Extremidades: Lesões descamativas nas mãos. Ausência de edema, panturrilhas livres, sinal de Homans, bandeira e bancroft negativas.

Avaliação: Paciente em regular estado geral, hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas, ex-etilista e ex-tabagista de longa data, com síndrome hemorrágica à investigar.

Hipoteses Diagnósticas: Hemorragia digestiva alta e síndrome ictérica.

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

Porque é importante saber se o paciente está hemodinamicamente estável e como posso identificar?

Por meio das sinais vitais especificamente a pressão arterial (sem estar hipotenso),

frequência cardíaca (bpm >50 e <100) e a perfusão capilar (vista por meio do enchimento capilar nas extremidades sendo <3s), podemos identificar se o paciente mantém uma estabilidade hemodinâmica; sendo uma avaliação importante de gravidade, já que nos permite obter informação sobre o funcionamento cardiovascular do paciente e na identificação da hipoperfusão tecidual, principalmente cerebral. (SEMIYUC, 2013)

Nos hábitos de vida identificamos alguns fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de uma HDA, como neste caso que o paciente tem história de ex-etilista e ex-tabagista sendo fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras gastrointestinais, aumento da pressão hepática que podem levar a desenvolver varizes de esôfago.

Após terminar de conversar com o paciente e ter minhas hipóteses diagnósticas, conversei com o médico explicando as minhas hipóteses e ele concordando, posteriormente perguntou para mim o tratamento que deveria de ser feito e juntos realizamos o seguinte plano:

Plano terapêutico:

1. Manter estabilização do paciente;
2. Iniciar Soro fisiológico 1000 ml em 1 hora;
3. Início omeprazol em dose de ataque 40 mg/dia, para proteção gástrica;
4. Início Terlipressina, caso sejam varizes do esôfago;
5. Início propranolol 40mg;
6. Vigiar sinais vitais a cada 2 horas;
7. Solicito Endoscopia digestiva alta;
8. Solicito exames laboratoriais, Rx e ECG de admissão;
9. Ponderar o início de profilaxia para peritonitis bacteriana espontânea.

Definição

A hemorragia digestiva alta (HDA) é quando há um sangramento intraluminal proximal ao ligamento de treitz (caso o sangramento seja de origem após este é considerada uma hemorragia digestiva baixa), ou seja o sangramento pode estar no duodeno, estômago ou esôfago.

É duas vezes mais prevalente em homens, aumentando o risco quando são usuários de aspirina (AAS) já que esta aumenta o risco de sangramento das úlceras péptica, sendo a principal causa de HDA, seguida das varizes esofágicas (estão presentes em 50% de

pacientes com cirrose hepática e sobretudo os pacientes com child-pugh B ou C), levando a 1 internação a cada 10,000 adultos ao ano.

Causas mais frequentes que geram sangramento de úlcera péptica: uso de AINES, infecções por *Helicobacter Pylori*, estresse, sepse.

Quando um paciente vomita repetitivamente e tem outros fatores de risco para HDA pode gerar a síndrome de Mallory-Weiss o qual é uma laceração do plexo venoso ou arterial esofágico, sendo mais frequente em gestantes e elitista sendo que cessa de forma espontânea. (Velasco, 2019)

Além do que a literatura fala que as HDA é um dos diagnósticos frequentes, durante os estágios realizados nos prontos socorros e UPAs, deu para notar a frequência destas, cada semana podia-se encontrar pacientes com este diagnóstico, sendo que algumas vezes nem se pensava nos diagnósticos diferenciais ou as etiologias.

Após ter revisado este tema e ter realizado esta parte do relatório, durante uma manhã no P.S clínico, o médico de plantão pediu para realizar algumas evoluções, dentro dessas encontrava-se um caso diagnosticado como HDA.

QUADRO 2 - Caso clínico suposta HDA

Apresentação do caso: Paciente feminina de 24 anos em procura espontânea no P.S clínico, com distúrbio de bulimia prévio, usuária diária de maconha e cigarro, com ingesta alimentar desordenada, etilista nos finais de semana, desidratada com dor epigástrica intensa evoluiu com um episódio de hematêmese, durante o internamento apresenta-se em BEG, ansiosa e sem novos episódios de hematêmese após dois dias de internamento exames laboratoriais normais, sem queda de Hemoglobina ou hematócrito.

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

No caso anterior a paciente estava com diagnóstico de HDA realizado pelos médicos do plantão anterior, sem investigações prévias e desde meu ponto de vista uma anamnese com falta de informações que poderiam ser de ajuda no diagnóstico; porém decidi falar novamente com a paciente e realizar minha própria anamnese e exame físico, identificando assim que a paciente tinha um distúrbio alimentar- bulimia, usuária de álcool durante os finais de semana, é muito importante é que o episódio de hematêmese foi após dois episódios de emese, desde então não tinha apresentado novos episódios; podendo identificar que a paciente apresenta alguns fatores de risco para desenvolver uma HDA, porém pode-se pensar no Síndrome de Mallory Weiss o qual é uma laceração do plexo

sanguíneo do esofago, apresentando-se com hematêmese sobre tudo em pacientes com emese recorrente, tabagistas entre outros fatores de risco e sendo que na maioria dos casos cessa espontaneamente, porém parte do tratamento é expectante. Após chegar nessa hipótese diagnóstica a qual era a possível etiologia desse sangramento, decidi falar com o médico sobre a possibilidade de pensar mais no diagnóstico desta síndrome, com base na nova anamnese realizada na paciente, para o qual o médico concordou plenamente no meu pensamento diagnóstico, porém tínhamos que esperar a EDA, a qual estava aguardando por problemas burocráticos, sendo que a paciente já estava quase 3 dias hospitalizada, sem nenhuma piora do quadro, e ao meu parecer podia ter tido alta desde o primeiro dia se fosse realizada a EDA.

Após ser realizado o exame de imagem o endoscopista descreveu: *-Esofago com calibre e distensibilidade das paredes normais contendo pequenas lacerações não penetrantes na região distal do esofago, estomago e duodeno sem alterações.-*

Ao receber o laudo conseguimos fechar o diagnóstico de síndrome de Mallory Weiss, podendo realizar um melhor tratamento. Após a EDA, exames laboratoriais sem alterações e já que a paciente encontra-se em bom estado geral, foi dada alta, recebendo encaminhamentos à UBS, psicologia e outros, para continuar com o tratamento.

Após ter re-diagnosticado a paciente corretamente, fiquei com uma satisfação enorme de poder perceber meu desenvolvimento durante o módulo e que graças ao relatório lembrei dos diagnósticos diferenciais nestes casos.

A paciente ficou internada por 3 dias, ocupando o leito por vários motivos como de não ter realizado a EDA em menos de 24h, por não ter investigado mais na hora da anamnese, gerando custos de internação ao hospital.

Dentro das principais etiologias mais frequentes de HDA temos: úlcera peptica, varizes esofagogastricas, síndrome de Mallory Weiss, úlceras de estresse, gastropatia portal hipertensiva, esofagite, entre outras.

Se a causa da HDA for varizes tem 60% de probabilidade de recorrência em um ano e a taxa de mortalidade varia de 0% (em child-pugh A) até 30% (child-pugh C). (Velasco, 2019)

No caso do paciente, foi evidenciado na EDA: varizes gastroesofágicas, as quais deve-se à hipertensão portal, sendo que o crescimento destas é influenciado pelo aumento da pressão e do fluxo da circulação portal, levando assim a maiores riscos de sangramento.

Achados Clínicos

Melena é o achado mais comum seguido de hematêmese e em alguns casos aparece hematoquezia (11% dos casos).

Já outros achados como linfonodos supraclaviculares sugerem neoplasias malignas, achados como telangiectasias ou circulação colateral sugerindo hipertensão portal, encefalopatia hepática entre outras. (Velasco, 2019)

O paciente acima apresentou dois sinais importantes que foram melena e hematêmese, sendo que devemos ter clara a diferença entre melena e hematoquezia, sendo que melena é sangue nas fezes tipo borra de café e com cheiro forte pelo processo de decomposição que passa a sangue no transcurso intestinal e a hematoquezia é sangue vivo nas fezes, mais comum em hemorragia digestivas baixas.

O lavado nasogástrico pode orientar a origem do sangramento, mas nem em todos os casos é recomendado, neste caso foi recomendado pelo endoscopista, já que na primeira HDA realizada estava com um lago hemático no estômago o qual dificultava a visão da região.

Ao chegar o paciente no setor de urgências é importante classificar a perda sanguínea para realizar a correta reposição volêmica, para isso podemos usar a classificação do ATLS. Nosso caso já que o paciente encontrava se normocardia, normotenso, e sem alteração do sistema nervoso central, podemos estimar uma perda sanguínea <750 ml, classificado como Grau I, pelo qual esta reposição pode ser realizada com cristaloides, sendo que o Soro fisiológico 0,9% escolhido é a opção indicada, caso não contemos com este em nosso serviço podemos usar o ringer lactato.

A queda de 10 mmHg na pressão sistólica e/ou aumento de pelo menos 10 bpm na FC quando a pessoa passa de posição de decúbito para ortostase indica uma perda sanguínea de pelo menos 1000 ml, como poderá ser observado na TABELA 1.

Continuando com a evolução do caso, aos exames laboratoriais de admissão: Hb: 6,6 g/dl, Ht:16%, leucócitos: 12.060, bastonetes: 1%, plaquetas 378.000, ureia: 53, creatinina: 1,8, GGT: 106, PCR: 5,2.

Após de mais de 24 horas do paciente estar internado, é realizada a EDA e com o seguinte laudo: *- Esofago sem alterações, estomago com lago hemático gástrico o qual impossibilita a visualização das diferentes estruturas, porém é recomendado a passagem de SNG 20, manter em drenagem e retirar a sonda em 48h, para repetir a EDA se não tiver sangramentos, manter omeprazol em dose plena-*

TABELA 1 - Classificação e reposição volêmica em choque hipovolêmico

	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
Perda de sangue	< 750 mL	750-1.500 mL	1.500-2.000 mL	> 2.000 mL
% Volemia	< 15%	15-30%	30-40%	> 40%
Frequência cardíaca	< 100 bpm	100-120 bpm	120-140 bpm	> 140 bpm
Diurese	> 30 mL/h	20-30 mL/h	5-15 ML/H	< 5 mL/h
SNC	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Confusão	Confusão ou letargia
Reposição volêmica	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides e sangue	Cristaloides e sangue

SNC: sistema nervoso central.

Fonte: Velasco, 2019.

Após a realização da drenagem gástrica o qual foi retirado 500 ml de líquido sanguinolento, é realizada a segunda EDA, laudo:

-Esofago sem alterações, estomago em moderadas condições para o exame, contendo coágulos hemáticos, sendo necessária a retirada dos coágulos, onde foi identificado sangramento ativo em jato de lesão ulcerada sobre varizes gástricas em corpo na pequena curvatura próxima ao fundo, realizado esclerose com Adrenalina e Ethamolin sendo efetiva a escleroterapia com parada do sangramento, duodeno normal; conclusão: Varizes gástricas (Forrest Ia) e gastrite erosiva leve de antro.-.

A EDA é o exame padrão ouro e deve de ser realizado idealmente nas primeiras 24 h, ajudando assim no diagnóstico e identificação da etiologia, evitando hospitalizações desnecessárias e mudanças de conduta quando necessário.

Em casos de pacientes onde a visibilidade esteja prejudicada, pode-se usar Eritromicina 3 mg/kg de 20 a 120 min antes da EDA para aumentar a motilidade gástrica e melhorar a visibilidade. (Velasco, 2019)

Caso a EDA não esteja disponível, pode-se pensar na realização da cintilografia com mapeamento de hemácias marcadas por tecnécio a qual detecta a etiologia em 45% dos casos em os quais a EDA não foi satisfatória, outro exame seria a arteriografia, que ajuda nos casos em que a EDA não visualizou nada, já outras opções são a enterografia ou cápsula endoscópica. (Velasco, 2019)

Exames laboratoriais solicitados que são de ajuda para o diagnóstico: Hemograma, coagulograma, função hepática, função renal e eletrólitos, sobretudo o Hb e Ht seriados. Fatores que predizem uma hemorragia grave são: Taquicardia, hipotensão, aspirado nasogástrico com sangue, Hb abaixo de 8g/dl.

Tabela 2 - Escore de Glasgow Blatchford

▪ Hb \geq 13 g/dL em homens e \geq 12 g/dL em mulheres
▪ PAS \geq 110 mmHg
▪ FC < 100 bpm
▪ Ureia < 30 mg/dL
▪ Sem melena ou síncope na apresentação
▪ Sem história de doença hepática ou cardíaca

FC: frequência cardíaca; Hb: hemoglobina; PAS: pressão arterial sistólica.

Tem escalas que podem ajudar na dúvida de se pedir ou não EDA, como por exemplo a escala de glasgow Blatchford, que só com um ponto já diz sobre a necessidade de EDA e de tratamento hospitalar, caso tenha 0 pode ser tratamento ambulatorial. (Velasco, 2019)

Fonte: Velasco,2019.

Existem outros escores que são de ajuda em outros casos, como o de Rockall que ajuda, para prever o risco de ressangramento, sendo realizado pré e pós endoscopia.

O maior diagnóstico diferencial são as hemorragias digestivas baixas, que também fazem parte das síndromes hemorrágicas, e deixando claro que é importante reconhecer a etiologia da hemorragia já seja alta ou baixa, já que desta depende parte do tratamento, com relação ao caso uma das formas de diferenciação entre os diagnósticos diferenciais, como já foi explicado anteriormente, é por meio dos sintomas mais comuns, quando são hemorragias digestivas baixas costuma aparecer hematoquezia (sangue ao vivo nas fezes) não é tão comum que apareça hematêmese e já para fechar o diagnóstico é necessário que não seja visto na EDA a etiologia do sangramento, para o qual seria necessário uma colonoscopia.

Tratamento

1. Pacientes com sangramento agudo devem de ser avaliados imediatamente, realizada ressuscitação se necessária, estabilizada a PA e volume intravascular.
2. Procurar sinais de choque (extremidades frias e úmidas, PAS<100 mmHg, FC>100 bpm) e por meio da tabela de perdas, realizar a reposição volêmica quando indicada. Quando necessidade de reposição volêmica deve-se realizar rapidamente, podendo ser utilizado dois acessos venosos periféricos de grande calibre, sendo colocado infusão cristalóide rápida (soro 0,9% ou ringer lactato), sendo que na maioria dos casos 1 ou 2 litros são suficientes, tendo como objetivo uma PAS>100mmHg. Importante lembrar que reposições acima de 3L nas primeiras 6 horas podem aumentar o risco de sangramento, porém não são recomendadas, o objetivo da reposição é ter uma PAS acima de 100 e uma FC abaixo de 100.

3. Pacientes que não respondem à medida anterior, deve-se realizar concentrado de hemácias, tendo a Hb acima de 7g/dl; pacientes coronariopatas com SCA podem ter um alvo de 10g/dl.
4. Concentrado de plaquetas deve-se realizar para pacientes com sangramento ativo, coagulopatia (tempo de protrombina aumentado ou INR>1,5) ou plaquetas inferior a 50.000/mm³.
5. Pacientes com HDA por úlcera péptica é recomendado o início de IBP por via IV, já que reduz a taxa de ressangramento.
6. A dose inicial de IBP é com OMEPRAZOL 80 mg, IV em bolus, seguida de 40mg, IV de 12 em 12 horas. Pode-se usar depois uma infusão contínua de omeprazol 8mg/h em pacientes que foram submetidos a hemostasia endoscópica com úlceras e com alto risco de ressangramento, já os pacientes com baixo risco e sem vasos notórios na EDA podem iniciar o IBP por via oral.
7. O tratamento realizado durante a EDA pode ser por injeção, térmicos e mecânicos. Com injeção é feito com adrenalina diluída, sendo que na maioria dos casos não é suficiente, porém deve-se realizar procedimento térmico ou com cliques hemostáticos. O uso de drogas antifibrinolíticas como o ácido tranexâmico ainda não é recomendado de rotina, já que diminui o risco de morte mas aumenta as taxas de complicações tromboembólicas.
8. Pacientes que fazem uso de drogas trombolíticas deve-se avaliar a suspensão destas para parar o sangramento.
9. Em pacientes que usam ASS tem se mostrado que se continua usando continuamente têm um risco de 2 vezes mais de ter uma hemorragia recorrentes mas também tem a chance de 10 vezes menos de evitar mortalidade por outras causas, o efeito antiplaquetário desta dura 5 dias e efeito de ressangramento é até 3 dias porém é bom para estar e reiniciar no 4 dias.
10. Pacientes que realizam duplo tratamento antiplaquetário devem ser melhor avaliadas as possibilidades de ressangramento e na maioria dos casos manter pelo menos 1 antiplaquetário.
11. Em pacientes com coagulopatias a aplicação IV de vitamina K (5-10 mg), irá inverter a coagulopatia, caso esta seja a causa.

(Velasco, 2019)

Abordagem no sangramento de varizes esofágicas:

1. A administração precoce de análogos da somatostatina ajuda temporariamente no sangramento, ajuda parar o sangramento enquanto é realizada a EDA, estabilização

do paciente e reduzir a necessidade transfusional do paciente, feita com: Terlipressina, octreotide e somatostatina.

Terlipressina é a droga de escolha, já que reduz a taxa de mortalidade e tem menos efeitos colaterais a dose é de 2-4 mg, IV em bolus, e depois 1-2 mg, de 4 em 4 por 5 dias. Caso não esteja, pode ser usada somatostatina em dose de 250 ug, seguida de infusão de 250/500 ug por hora.

2. O tratamento no momento da EDA pode ser com ligadura das varizes, esclerosante ou parches para parar o sangramento.
3. Quando o foco de sangramento é varizes gástricas é mais complicado que varizes de esôfago, tendo mais taxa de morte e o tratamento muda um pouco, sendo que em varizes gástricas primeiro é realizado com parches e não com ligaduras, dentro das gástricas a pior é o sangramento no fundo; para o sangramento gástrico também pode ser realizado tamponamento com balão, balão de sengstaken-blakemore, em casos que o sangramento seja maciço e não haja EDA.
4. Em caso de sangramento pode ser realizado o tamponamento com balão ou realizar TIPS.

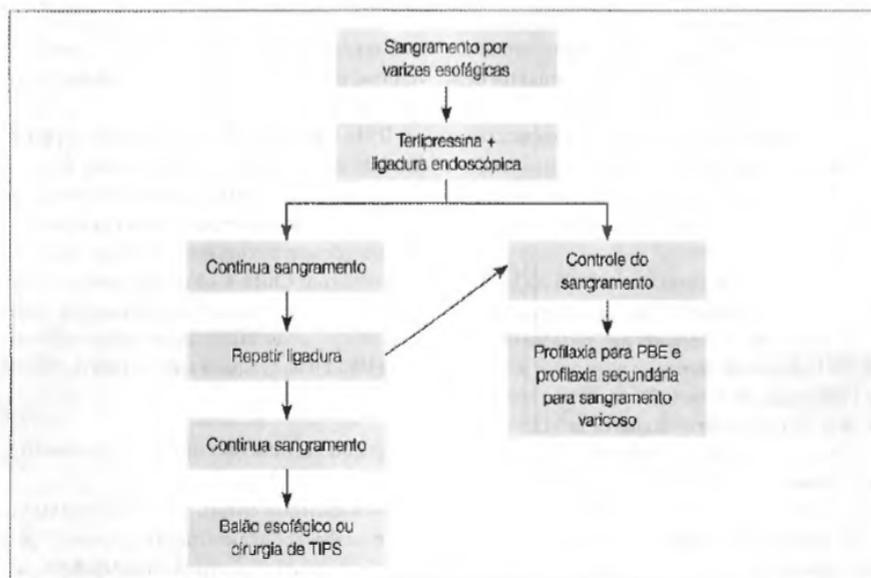
Os últimos estudos apontam que pacientes com Childs-pugh C devem de receber uma terapia mais agressiva como a passagem da derivação portossistêmica-TIPS, já os Childs-pugh A e B devem de iniciar com um vasoconstritor análogo da somatostatina de 2 a 5 dias, e a EDA que deve ser realizada em menos de 12h desde a admissão. (Velasco, 2019)

Prevenção

- Os pacientes devem ser testados para H. pylori e tratados se necessário.
- Prevenção de infecção após sangramento de varizes de esôfago: É realizada em todos os pacientes cirróticos com ascite e HDA, devem de receber antibioticoterapia para prevenir PBE: com norfloxacin 400mg, VO, de 12 em 12h, ou ciprofloxacino 500mg, EV, a cada 12h por 7 dias, ou ceftriaxona 1-2mg, EV por 7 dias.

Todos os pacientes com HDA tem indicação de internação hospitalar, só aqueles que têm escala de glasgow blatchford de 0, que não precisam. (Velasco, 2019)

Figura 2 - Sangramento por varizes esofágicas



Fonte: Velasco, 2019.

Como foi abordado o caso e como avalio minha conduta?

Este foi um dos casos que mais aproveitei durante o módulo de U/E, já que desde a entrada do paciente consegui acompanhar todo seu internamento, tendo autonomia para realizar a toda a conduta do caso, desde o começo conseguindo chegar ao diagnóstico, por meio da minhas hipóteses diagnósticas e não tendo o pensamento poluído por diagnósticos anteriores, podendo escolher os exames complementares necessários para fechar o diagnóstico.

Ao momento de chegar o paciente e após de identificar que se tratava de uma síndrome hemorrágica, o primeiro que pensei foi em estabilizar o paciente saber como se encontravam suas sinais vitais e estabilizar-lo, para depois seguir com a investigação; neste caso para estabilizar o paciente deve-se procurar se estava em choque hipovolêmico ou com risco de chegar a este, por perda sanguínea.

No tempo que passou internado o paciente, consegui colocar em prática o aprendizado sobre vários temas, sobre tudo, estabilização do paciente e evitar o choque, tendo a oportunidade de discutir com o médico de plantão cada uma das intervenções que foram realizadas.

No momento que chega um paciente durante meus plantões e eu assumo a responsabilidade deste, dou o melhor de mim para realizar a melhor anamnese possível, um exame físico claro que me ajude a identificar o diagnóstico ou pelo menos obter algumas hipóteses diagnósticas, para assim realizar uma boa avaliação e conduta necessária para a melhora do paciente, com ênfase na conduta a ser tomada imediatamente à chegada do paciente, sobretudo nos pacientes instáveis que precisam de ser abordados rapidamente, sendo um dos objetivos do módulo em U/E, preparando-nos para dar soluções rápidas e

eficazes no controle de diferentes casos nos quais vamos afrontar como futuros médicos; este conjunto de ações gera em mim uma sensação de autoconhecimento, porque sempre que chega um paciente para mim, eu intento realizar tudo o descrito anteriormente antes de passar o caso para o preceptor, para assim testar minha capacidade e conhecimentos, saber meus pontos bons e meus pontos fracos nos quais intento focar para melhorar meu desenvolvimento profissional e pessoal.

3.2. EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Durante a manhã de um plantão na UPA João Samek, junto com o médico estávamos terminando uma sutura na mão de uma paciente, quando chega a enfermeira junto com a médica do consultório procurando por nós, por causa de uma paciente que precisava de estabilização, no momento perguntei à médica sobre o caso a qual unicamente responde com os sintomas que a paciente se encontra, segundo ela não conseguiu fazer a anamnese, já que a paciente encontrava-se "ruim" precisando de estabilização, o médico plantonista com toda a calma pediu para nós terminar o procedimento rapidamente e poder ir na sala vermelha, pedimos para a enfermeira o favor de ir colocando a monitorização, ao chegar na sala vermelha percebemos que a paciente estava com taquipnéia, sudoreica e saturando 85%, pedimos para colocar máscara de O₂ com 5L/min, e ao mesmo tempo enquanto o médico realizava uma anamnese rápida eu realizava o exame físico:

QUADRO 3 - Caso clínico EAP

Caso clínico 2 - Edema agudo de pulmão
<p>Identificação: N.A.M. Feminino, 68 anos, branca, acompanhada pelo vizinho.</p> <p>Queixa Principal: "Passando mal"</p> <p>História da doença atual: Paciente chega à UPA JS por busca espontânea, procurando passar por consulta médica, no momento da consulta apresenta taquipnéia, sudorese e hiposaturando pelo qual a médica decide levar à sala vermelha, a paciente relata que o dia anterior estava sem sintoma nenhum, foi a dormir e após 2 horas de ter acordado iniciou subitamente a dispneia e algumas vezes tosse secretiva, evoluindo com enjoo pelo qual procurou atendimento médico.</p>

Interrogatório sintomatológico: Nega cefaléia, nega odinofagia, nega rinorreia, nega fraqueza ou mialgia, nega febre, nega náuseas e vômitos, nega contato com casos positivos para COVID-19.

História médica pregressa: HAS (Losartana 50mg, 1-0-1) algumas vezes esquece de tomar os medicamentos, DM2, hipercolesterolemia, nega alergias medicamentosas.

Antecedentes familiares: Pai falecido de problema cardíaco.

Hábitos de vida: Nega tabagismo, nega etilismo, sedentária.

Exame Físico

Ectoscopia: REG, acianótico, anictérica, hipocorado +/4+, hidratada, afebril, obesa, sudoreica, taquipneica em AA, enchimento capilar em 3s.

Sinais Vitais: Taquicárdica (120 bpm), taquipneica (26 irpm), hipertensa (200/120 mmHg), saturação de 85%, temperatura: 36,6.

Avaliação neurológica: LOTE, glasgow 15, tônus muscular e sensibilidade preservada, pupilas isocóricas isofotorreagentes.

Avaliação cardiovascular: BNFRR em 2T, sem sopro audível, hemodinamicamente estável, pulsos radiais presentes e simétricos.

Avaliação pulmonar: Com retração de fúrcula, sem uso de musculatura acessória. MVUA presente, com estertores crepitantes e bolhosos bilaterais.

Avaliação abdominal: Abdome globoso e flácido, RHA presentes, sem dor à palpação superficial e profunda.

Extremidades: Varizes em MID, edema bilateral em MMII ++/4+, panturrilhas livres, sinal de Homans, bandeira e bancroft negativas.

Avaliação: Paciente em regular estado, com crise hipertensiva, hemodinamicamente estável, com taquipneia e hiposaturação.

Hipóteses Diagnósticas: Exacerbação de DPOC?, crise asmática?, Edema agudo de pulmão?, IAM?, Infecção por COVID-19?

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

Ao momento de chegar e avaliar a paciente rapidamente e após realizar as medidas de controle necessárias para ajudar no quadro, é necessário pensar nas hipóteses diagnósticas do caso e ir descartando rapidamente com o que temos no momento, ou seja a anamnese e exame físico deixando para uma segunda instância os exames complementares, em várias doenças temos exames laboratoriais ou de imagem para ajudar

no diagnóstico, mas o primordial é chegar a um diagnóstico clínico se possível.

No momento de ver a paciente com as sinais e sintomas que estava apresentando, começo a pensar em alguns possíveis diagnósticos para o caso e primordialmente para realizar o tratamento mais adequado, durante a realização da anamnese fui descartando algumas das minhas hipóteses e depois com o exame físico consegui filtrar mais ainda, chegando assim a pensar que o diagnóstico mais provável desta paciente era o Edema agudo de pulmão.

Mas como chegar nessa hipótese?

- A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) acostuma a estar presente em pessoas idosas mas pode aparecer também em jovens, tabagistas após muitos anos, tabagistas passivos ou com outros hábitos de vida como o de cozinha a lenha, sendo que aparecem após atividades físicas ou de esforço para o paciente, e no exame físico normalmente apresentam tosse crônica, sibilos esparsos bilateralmente, queixas de chiado no peito são as sinais e sintomas mais comuns, já que esta paciente não tem história de DPOC, não apresentou início da dispneia súbito sem fator desencadeante como poderia ser atividade física, nega história de tabagismo e no exame físico não apresenta sibilos e se outro tipo de ruídos adventícios, podemos descartar a hipóteses de exacerbação de DPOC.
- A crise asmática é causada por inflamação dos brônquios, reduzindo assim a passagem de ar, aparecendo em pacientes previamente asmáticos, mais comum em crianças mas pode aparecer em adultos e idosos, apresentando dispneia, tosse seca, chiado e aperto no peito, sibilos à ausculta pulmonar, sendo que a crise é desencadeada por algum agente irritante, neste caso a paciente não era previamente asmática, a tosse era mais secretiva que seca, e sem sibilos na ausculta, porém foi outro diagnóstico que foi rapidamente descartado.
- O Infarto agudo do miocárdio, IAM, é um problema cardíaco que costuma aparecer em pacientes com fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes, idade avançada, hipercolesterolemias, coronariopatas, obesos, tabagistas, sedentários são os mais frequentes, tendo como sinais e sintomas: Dor torácica intensa, dor irradiada, falta de ar, suor frio, palidez cutânea, tontura, náuseas e/ou vômitos, neste caso a paciente apresenta vários fatores de risco para desencadear um IAM, já que é uma paciente idosa, com obesidade, hipertensa, diabética, sedentária, porém a paciente não apresentava dor nenhuma, o ECG foi realizado e encontrava-se sem alteração, assim que por enquanto foi uma hipóteses deixada do lado, mas não totalmente descartada, seria necessário realizar um novo ECG e alguns exames laboratoriais.

- Infecção por SARS-CoV 2, neste momento que estamos passando pela Pandemia do coronavírus, devemos de estar de olho sobre esta infecção, está pode ser assintomática e/ou apresentar alguns sintomas respiratórios como tosse, odinofagia, rinorreia, falta de ar, coriza, pode aparecer com febre, cefaleia, cansaço, fraqueza, mialgia entre outros, mas no caso da paciente não apresentou febre, nega odinofagia, nega outros sintomas que possam ser associados ao COVID-19, além disso a paciente nega contato com casos suspeitos ou confirmados, não podemos descartar está infecção sem ter a prova de RT-PCR negativa para covid, porém tratamos outros diagnósticos e depois descartamos totalmente este.

Finalmente temos o Edema agudo de pulmão, sendo uma síndrome respiratória aguda, de início rápido sendo desencadeada por vários fatores que a paciente do caso apresenta e que posteriormente será melhor explicado, esta síndrome costuma aparecer com dispneia súbita, tosse com expectoração, taquipnéia, sudorese e com ausculta pulmonar com ruídos adventícios como estertores, assim que no momento foi a hipóteses diagnóstica com mais probabilidade e por onde foi o tratamento.

Plano terapêutico e conduta:

1. M.O.V.E. foi realizada oxigenação com máscara com O₂, 5 L/min, pegado acesso venoso periférico, e realizado um eletrocardiograma.
2. Soro glicosado 5%- 500 ml, IV, agora.
3. Furosemida 10 mg/ ml, Ampola com 2 ml, Administrar 8 ampolas: 160 mg, IV, dose única.
4. Isossorbida, dinidrato 5 mg- comprimido, 1 comprimido, Sublingual, dose única.
5. Morfina, sulfato 10 mg/ml, ampola com 1 ml, Diluir 1 ampola com 10 ml de água destilada, correr 4 ml rapidamente.
6. Atenolol 50 mg, comprimido, administrar 1 comprimido, VO, dosis única, agora.
7. Enalapril, maleato 20 mg, comprimido, administrar 1 comprimido, VO, dosis única, agora.
8. Ondansetrona, cloridrato 2 mg/ml, ampola com 2 ml, administrar 1 ampola: 4 mg diluída em 10 ml de água destilada, agora.
9. Elevação de cabeceira a 45 graus.
10. Sonda vesical, e realizar débito cardíaco.
11. Solicitados hemograma, troponinas, função renal e hepática, eletrólitos, EAS 1.
12. Cuidados clínicos gerais.

O plano e conduta terapêutica anterior foi o prescrito pelo médico de plantão, mas com alguns erros na hora de digitar a prescrição, deixando em dúvida algumas formas de uso dos fármacos, que no momento não fazia diferença já que a equipe de enfermagem que iria colocar em prática era uma equipe com bastante experiência e na maioria dos casos já sabem as diluições certas que são realizadas com cada medicamento, as formas de aplicação e uso. Mas é sempre bom colocar tudo da melhor forma possível, seguindo o uso correto da prescrição, quando necessário deixar a forma de diluição e administração da melhor maneira possível, porque podemos estar em algum momento com alguma equipe que não tenha muita experiência e deixamos uma brecha onde podem ocorrer erros que podem ser fatais para os pacientes.

Após ter estudado novamente o tema e o tratamento, será explicado cada item do plano terapêutico que foi realizado na paciente.

Iniciando pela monitorização do paciente no qual são colocados os eletrodos, termômetro, oxímetro, e esfigmomanômetro, para ter as sinais vitais deste e poder identificar rapidamente algum distúrbio destes, no caso especialmente para controlar a frequência cardíaca, hipertensão e hipossaturação que a paciente estava apresentando, também foi iniciado o uso de máscara de O₂ a 5 l/min, já que a paciente estava com uma dispneia moderada e hipossaturando a primeira opção para quando irá ser realizado O₂ complementar seria com cânula nasal, mas está é de baixo fluxo e pelo quadro da paciente não seria de muita ajuda, porém foi decidido iniciar com máscara a qual ia oferecer uma maior quantidade de O₂ para a paciente, imediatamente é realizado o acesso venoso periférico para infundir medicamentos via IV os quais vão ajudar mais rápido que se administrados VO, entre outras utilidades, o eletrocardiograma é realizado após, para ver se trata-se de algum evento cardíaco que originou o quadro da paciente e poder identificar e realizar a conduta adequada, caso fosse um IAM poderia aparecer um supra ST, um desnivelamento de ST, bloqueios de ramos entre outras alterações.

O soro glicosado a 5% é um cristalóide que pode ser usado no caso para administrar as doses de medicamentos IV, sendo que para diluir medicamentos também pode ser usado o soro fisiológico 0,9%, mas neste caso não seria uma boa opção usar soro fisiológico a 0,9% já que este contém cloreto de sódio o qual não deve de ser usado quando o paciente está retendo líquidos como é no caso do edema agudo de pulmão, atrapalhando a excreção de líquidos, não deve de ser usado também em pacientes com hipernatremia, por isto que a seleção foi de soro glicosado o qual é composto de glicose + água.

A furosemida é um diurético de alça espoliador de K, que intensifica a excreção de urina e sódio do organismo ajudando assim nos edemas, é o fármaco de escolha para o tratamento de EAP, sendo que inicia sua ação minutos após de ser administrado por via IV, com uma duração média de 2 horas, este fármaco também pode ser usado por via oral, via

intramuscular, via IV direta ou em diluição, quando é IV de forma direta deve ser administrado 20mg/2ml no tempo de 1-2 minutos, já se é em forma de diluição este deve de ser administrado no máximo 4 mg/min, podendo ser diluído em soro glicosado ou soro fisiológico ao 09%. (MedicinaNet, 2015)

A isossorbida é um vasodilatador, o qual tem apresentação de comprimido, o qual pode ser ingerido para uma ação mais prolongada ou de forma sublingual para ação mais rápida, sendo que a dose deste é de 2,5mg a 5mg, a cada 2-3 horas, enquanto necessário, este fármaco ajuda no caso para ajudar a diminuir a pressão arterial da paciente evitar consequências devido à crise hipertensiva. (MedicinaNet, 2014)

A morfina, é um analgesico opioide o qual ajuda na anestesia da dor intensa, também tem ação hipotensora dependente da vasodilatação periférica graças ao efeito secundário da liberação de histaminas, sendo assim útil no EAP impedindo a progressão do edema no espaço intersticial pulmonar, a morfina é um fármaco que tem também apresentação de comprimido e solução, podendo ser usado via oral, intramuscular e intravenoso, quando é V.O doses de 30-60 mg a cada 4 horas pode ser usado, já quando é IM é 0,2 mg/ml, e na forma intravenoso pode ser dado diretamente o qual deve ser de administração lentamente ou já diluído com soro fisiológico ou soro glicosado, podendo estar em BIC, a dose de IV é de 4-15mg em adultos, é indicado correr este fármaco lentamente para evitar uma depressão respiratória, náuseas ou vômitos, e no caso foi infundido em bolus, então é algo a sempre ter presente. (MedicinaNet, 2015)

O atenolol e enalapril são dois fármacos anti hipertensivos da família dos betabloqueadores e IECA respectivamente os quais vão ajudar na diminuição da PA no crise hipertensiva da paciente, são usados por via oral, eu no meu caso não houvesse usado estes medicamentos, preferiria continuar com medicamentos IV, por causa de uma rápida ação e já que a paciente pode apresentar náuseas ou vômitos e estes ser eliminados.

A ondansetrona é um antiemético que tem apresentação em comprimido e solução, na solução pode ser por via IM e IV, podendo ser diluída com soro glicosado 5% ou soro fisiológico 0,9%, infundido de 3-5 minutos.

Como vimos com os fármacos anteriores que na sua maioria são realizados por via IV, temos muitos mais fármacos e em outros casos onde precisamos de mais medicamentos, que alguns deles precisam de uma infusão mais lenta para evitar efeitos colaterais, por isso se chega a ser necessário pode ser realizados dois acessos venosos para infundir fármacos concomitantemente.

Cabeceira a 45 graus, ajuda para evitar pneumonias por broncoaspiração, ajuda na mecânica de ventilação do paciente, primordialmente, sonda vesical, ajuda para quantificar a diurese do paciente após medidas de diureses.

Já após estabilização da paciente, podem ser colhidos os tubos de sangue para exames laboratoriais, o hemograma além de deixar ver se há alguma anemia, nos permite ter ideia de alguma infecção que o paciente pode estar apresentando, as troponinas para descartar se foi um IAM, função renal e hepática, já que podem ser fatores que desencadeiam o quadro da paciente como por exemplo uma função renal alterada, alterações de eletrólitos que podem levar a sérios problemas como PCR, entre outras.

No momento da realização do plano terapêutico, realizada pelo Médico, eu acompanhei a realização deste, o qual antes dele realizar eu tinha pensado como que eu trataria está paciente se estivesse sozinho nesse momento.

Eu pensei em colocar só o diurético para baixar a PA da paciente ou seja a furosemida e por enquanto não realizar nenhuma medicação por via oral, além de que nos exames solicitados além desses solicitaria uma gasometria arterial.

Definição

O edema agudo do pulmão (EAP) é prevalente nas urgências e emergência de cada hospital, por causa da dispneia, sendo uma síndrome respiratória aguda hipoxêmica causada pelo extravasamento de líquido nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, por causa de distúrbio nos mecanismos de Starling. O EAP pode ser cardiogênico e não cardiogênico.

Neste caso é o EAP cardiogênico, o qual se dá pelo desacoplamento entre o volume sistólico do ventrículo direito e o ventrículo esquerdo, ou seja tendo um aumento da elevação hidrostática, ultrapassando assim a capacidade de drenagem dos vasos linfáticos e sanguíneos, tendo como resultado a transudação de líquido para o interstício pulmonar, a PA pode estar baixa e indica EAP secundário a choque cardiogênico e nos casos de PA elevada indica EAP hipertensivo. (Danesi, 2018)

Já para diferenciar do EAP não cardiogênico, este ocorre pela inflamação e aumento da permeabilidade capilar com exsudação de líquido para o interstício pulmonar. (Velasco, 2019)

Manifestações clínicas

Dispneia súbita ou de progressão rápida, tosse seca, expectoração rósea, taquipneia, esforço respiratório, agitado e sudorese fria, à ausculta pulmonar pode ter estertores crepitantes bilaterais e algumas vezes sibilos. Se tem acometimento cardíaco pode ter dor paroxística noturna, edema em MMII, sinais de congestão hepática, estase jugular, presença de bulhas B3/B4 e até sopros. (Danesi *et al*, 2018)

Se o paciente que está com EAP demora em ser atendido, pode evoluir com cianose, somnolência e bradipneia tendo grande risco de uma parada cardiorrespiratória.

A pressão arterial (PA) deste paciente pode estar elevada mas nem sempre é porque seja de causa hipertensiva o EAP, também pode estar elevada a PA pela descarga adrenérgica.

Como poderíamos diferenciar rapidamente um EAP de um IAM?

No primeiro contato com a paciente a minha primeira hipóteses diagnóstica foi a de síndrome coronariana aguda, pela apresentação dos sintomas da paciente mesmo sem estar apresentando os sintomas típicos como dor no tórax especialmente do lado esquerdo com irradiação para as costas e braço esquerdo acompanhado da sensação de peso no tórax, sendo que as minhas primeiras perguntas da anamnese foram mais direcionada aos fatores de risco, sinais e sintomas do IAM, pelo qual posteriormente acrescentei o EAP.

O EAP e o IAM são duas doenças que tem alguns sinais e sintomas semelhantes na prática, como o são a estranha sensação torácica, dispneia e sudorese primordialmente por isso no começo podem ser confundidas porém acho importante realizar o diagnóstico diferencial destas só com as sinais e sintomas já que ambas são uma emergência médica, então neste caso consegui escolher o EAP como hipóteses principal por causa de que a paciente não estava apresentando uma dor intensa torácica, não tinha irradiação de dor alguma, e sim estava apresentando uma tosse seca, além dos estertores bolhosos durante a ausculta no exame físico, por isso que é tão importante correlacionar tudo.

Já após as medidas iniciais e ter a paciente estável, podemos solicitar exames complementares que poderão deixar mais claro o diagnóstico, dentro destes na ordem: ECG, Raios X e laboratorial.

Aliás, tendo em conta as diferentes percepções das quais já vivenciei durante este módulo e em outras práticas, quando o paciente aparece com um IAM da a notar aquela sensação de dor torácica no peito, a diferença do EAP que dá para perceber a sensação de que o paciente pede oxigênio a gritos.

Diagnóstico

O diagnóstico do EAP é principalmente clínico, mas podem ser solicitados alguns exames complementares tanto de laboratório como de imagem.

Exames complementares:

- Bioquímicos: Hemograma, eletrólitos, função renal e hepática, gasometria arterial, lactato, troponina, BNP (Só nos casos de duvidar de dispneia não cardiogênica), mioglobina, CK-MB, em casos de dúvida com TEV pode-se solicitar D-dímero, já em casos de suspeita de doença pulmonar pode-se solicitar Peptídeo natriuretico-BNP (BNP < 100 pg/mL) sobre tudo em pacientes DPOC. (Velasco, 2019)

- ECG: Avaliar distúrbios da condução, isquemias, sobrecargas ou outros.

- Raio X de tórax: Achados que sejam de congestão pulmonar como consolidação alveolar (sobretudo peri-hilar e bases), linhas B de Kerley, cardiomegalia. E ajuda no diagnóstico diferencial com DPOC (principalmente se tiver padrão enfisematoso)

- Ecocardiograma: Para avaliar possíveis etiologias de EAP como alterações nas válvulas. (Velasco, 2019)

Tratamento

1. M.O.V.E → Monitorização, suporte de oxigênio, iniciar com máscara com 5L/min ou com máscara de Venturi a 50%, acesso venoso periférico, ECG e elevação da cabeceira a 30-45 graus.

2. Em alguns casos é necessário Ventilação não invasiva (VNI) em modo CPAP ou BiPAP, dependendo da necessidade, isto é, quando o paciente não responde ao suporte de O₂ com máscara.

Contraindicações de VNI: Não colaboração do paciente, instabilidade hemodinâmica, parada respiratória franca ou iminente, rebaixamento do nível de consciência, instabilidade de proteção da via aérea, trauma das vias ou obstrução.

Após iniciar VNI, avaliar o paciente em meia de 1 hora após, junto com gasometria, caso não tenha melhora ou piora, deve-se considerar a IOT.

3. Tratamento farmacológico:

- Diuréticos: Furosemida, EV, 0,5 - 1,0 mg/kg, é um dos pilares no tratamento do EAP, a

dose inicial é 20 a 40 mg (uma a duas ampolas) de furosemida endovenosas. Podendo fazer novamente a dose em até 10 minutos caso não haja resposta terapêutica. O paciente com insuficiência renal oligoanúrica poderá receber doses muito maiores até 100 a 200 mg lentamente. A furosemida tem efeito benéfico imediato de vasodilatação, seguida de estímulo à diurese com redução da congestão pulmonar.

- Vasodilatadores: Nitroglicerina, IV, 5-200 ug/min, diluir em soro fisiológico, (É a droga de escolha na SCA) ou Nitroprussiato 0,5-10 ug/kg/min, diluir em soro glicosado 5%, sendo a melhor opção em EAP hipertensivo, ou Morfina, EV, 1-3 mg tendo ação de reduzir a pré-carga, diluição de 10 mg (1 mL na ampola) em 9 mL de solução salina e infundir de 1 a 3 mg a cada 5 minutos. Reduz o retorno venoso e a hiperreatividade adrenérgica, com melhora da ansiedade e sensação de morte iminente comum no edema agudo pulmonar. Devemos ter cuidado com hipotensão, náuseas/vômitos e depressão respiratória.

Mas de forma mais prática, pode-se iniciar administrando 5 mg de dinitrato de isossorbida, repetindo a dose a cada 5 minutos até a dose de 15 mg ou ocorrer efeito colateral (principalmente hipotensão, queda da PA sistólica abaixo de 90mmHg). Logo que possível, instalar nitroglicerina endovenosa (nitroglicerina 50mg diluída em 500 mL de SF 0,9% ou SG 5%) na dose inicial de 5 mcg/min (em geral, 5 mL/min em bomba de infusão e aumentamos 3 a 5 mL a cada 5 minutos até haver melhora clínica ou queda da pressão sistólica até 90 mmHg).

4. Por último, deve-se tratar a causa de etiologia da EAP, dentro das mais comuns encontramos a SCA, emergência hipertensiva, miocardiopatias e valvulopatias, arritmias e outras. Já o tratamento específico para cada etiologia de EAP deverá ser tratado, como por exemplo quando foi secundário a um IAM, deverá o paciente ser submetido a uma coronariografia com angioplastia para o vaso afetado, no caso de uma crise hipertensiva deve de ser usado nitroprussiato de sódio já que é mais potente vasodilatador que a nitroglicerina, A dose é de 50 mg diluídos em 250 mL de SF 0,9%. Iniciamos com 0,25 a 0,50 mcg/kg/min, com aumentos gradativos de 5 mcg/min a cada 5 minutos ou até estabilização do quadro. (Zancaner, 2017)

Além do tratamento anterior para EAP, caso este seja de origem cardiogênico é similar ao tratamento para IAM, acrescentando o ASS, o qual deve ser administrado em todos os pacientes com suspeita de IAM, como etiologia do EAP, já que reduz a taxa de mortalidade.

Ao discutir o caso com o médico e ele falar sobre a opção de realizar VNI, lembrei

que já tinha lido sobre o assunto em alguma prática anterior, mas em aquele preciso momento falar de VNI para mim era algo meio confuso, já que não entendia a diferença entre estes, não conhecia as indicações e contraindicações, não sabia como que eram realizados, sentindo-me ruim, já que tem várias assuntos que a gente estuda e no seguinte dia esquece, por isso que é tão importante a dica de muitos professores de estudar “acima do paciente” e não sempre temas aleatórios, tudo torna-se mais fácil e o aprendizado fica na memória de longo prazo quando relacionamos a teoria com a prática imediatamente, porém após esse sentimento que me abarcou nesse instante e como em muitos outros, comecei a realizar com mais constância a procura de temas relacionados com o paciente, enriquecendo meu aprendizado e desfrutando os estágios.

Devemos tomar cuidado com pacientes apresentando hipotensão excessiva, principalmente em pacientes idosos, ou com PA sistólica inicial mais elevada, pelo risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico. A nitroglicerina é um vasodilatador venoso preferencial, mas, também, melhora a perfusão coronariana e reduz a congestão pulmonar.

TABELA 3 - Diferenças entre as VNI

<p>Modos de ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlado: A FR do paciente é controlada pelo respirador. - Assistida: A FR do paciente é controlada por ele mesmo. - SIMV: A FR é controlada pelos dois, o paciente e o respirador. - Espontânea: A FR é definida de início e fim pelo paciente. 	
<p>Diferenças entre VNI, CPAP e BiPAP</p>	
<p>CPAP</p>	<p>BiPAP</p>
<ul style="list-style-type: none"> + Pode ser usado tanto na ventilação invasiva como não invasiva. + Esta só tem uma pressão exercida sobre o paciente, quer dizer que a pressão realizada durante a inspiração é a mesma da expiração. + Neste modo manuseamos apenas a PEEP do paciente que é de 5-8, a sensibilidade do ventilador e a FiO2 	<ul style="list-style-type: none"> - É utilizado na ventilação não invasiva, que vem sendo muito similar ao modo de pressão na ventilação invasiva. - Há duas pressões diferentes que são executadas, a pressão de inspiração é maior que a pressão expiratória. - Aqui além da PEEP (5-8), temos uma pressão de suporte de 6/8ml/kg, sensibilidade, e a FiO2 que sempre

<p>que sempre será a menor para uma melhor saturação.</p> <p>+ Devemos controlar: O volume corrente, o volume minuto e a frequência respiratória.</p> <p>+ É mais utilizado nos pacientes com hipoxemia.</p>	<p>será a menor para uma melhor saturação.</p> <p>- Devemos controlar: O volume corrente, o volume minuto e a frequência respiratória.</p> <p>- É mais utilizado nos pacientes com hipercapnia.</p>
--	---

Fonte: ICUadvantage, 2020; Thiemy, 2018. Realizada por: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

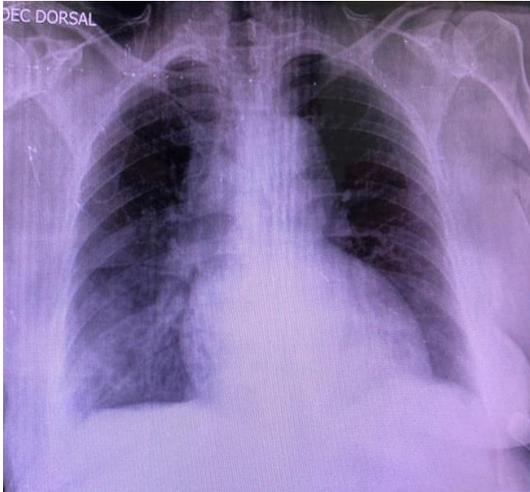
Continuando o caso após realizar a estabilização da paciente, é realizado o ECG o qual mostrou uma hipertrofia atrial à direita, com ritmo regular e sinusal, eixo dentro da normalidade, sem sobrecargas, sem bloqueios e o que mais esperávamos sem presença de isquemias.

Neste momento solicitei ao médico que passássemos a sonda vesical de demora, para certificarmos e quantificar a excreção de urina, o qual seria de grande ajuda no quadro da paciente, ao qual aceitei, e junto com a equipe de enfermagem realizamos o procedimento sem intercorrências.

Posteriormente após as medidas iniciais que foram medidas vasodilatadoras e diuréticas, a paciente apresenta uma melhora e é encaminhada a realizar o Rx de tórax, com incidência pósterio-anterior (PA) na paciente, para descartar outras causas, a continuação estarão expostos dois raio x, o número 1 que é o alterado e o número 2 que é sem alterações, para entender melhor as sinais que podem ser encontrados no EAP.

Mais ou menos 3 horas após, a paciente encontra-se em bom estado geral, normocardica, normotensa, eupneica em AA, MVUA sem ruídos adventícios, sem mal estar ou tontura e nega precordialgia, referindo estar tranquila, diurese de 480 ml em 3 horas, em meia de 2ml/kg/h, está perda de fluidos é o que gera a melhora no desconforto da paciente.

TABELA 4 - Comparativo de Raio X, EAP

Alterações no Raio X de tórax no EAP	
<p style="text-align: center;">IMAGEM 1 - Raio X de Tórax, com EAP</p>  <p>Fonte: Harvey Medina, 2020 ¹.</p>	<p style="text-align: center;">IMAGEM 2 - Raio X de Tórax, sem alteração</p>  <p>Fonte: Harvey Medina, 2020 ¹.</p>
<p>O raio-X no. 1, (AP) é da paciente com EAP, onde podemos observar congestão nas bases pulmonares bilaterais, peri-hilares e nas regiões periféricas, diferenciando os ápices pulmonares que se encontram com radiopacidade normal, são vistas algumas linhas B de Kerley bilaterais as quais denotam septos interlobulares com edema e além de isso podemos observar cardiomegalia, já que a área cardíaca ocupa em média 61% da torax.</p> <p>Os achados anteriores são sinais que podemos encontrar no EAP.</p>	<p>O raio-X no. 2, (AP) observamos que tem dose de radiação adequada com inspiração adequada e imagem centrada, estruturas ósseas íntegras, tecidos moles sem anormalidades e as transparências pulmonares sem alterações, seios costofrênicos livres, aorta torácica com aspecto normal e a área cardíaca menor de 50%.</p>

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

¹ Imagens liberadas e autorizadas pela paciente, para este fim acadêmico e respeitando o sigilo.

Os exames laboratoriais da paciente mostraram uma leve leucocitose sem desvio, função renal e hepática sem alteração, enzimas cardíacas dentro da normalidade, gasometria sem alteração, EAS tipo 1 com glicose em ++, coagulograma normal. A leve leucocitose é de 11,300 e a paciente está sem febre e sem nenhum foco infeccioso

identificado porém não é relevante pelo momento, e a glicose na urina na urina de ++, provavelmente é por causa da DM2 da paciente, durante o tempo internada o HGT se manteve dentro dos valores da normalidade.

Após 4 horas da paciente estar na sala vermelha, esta é encaminhada para a sala amarela na UPA, para deixar em observação por algumas horas mais, passei o caso para a médica de plantão da sala amarela, referindo o tratamento feito para o EAP.

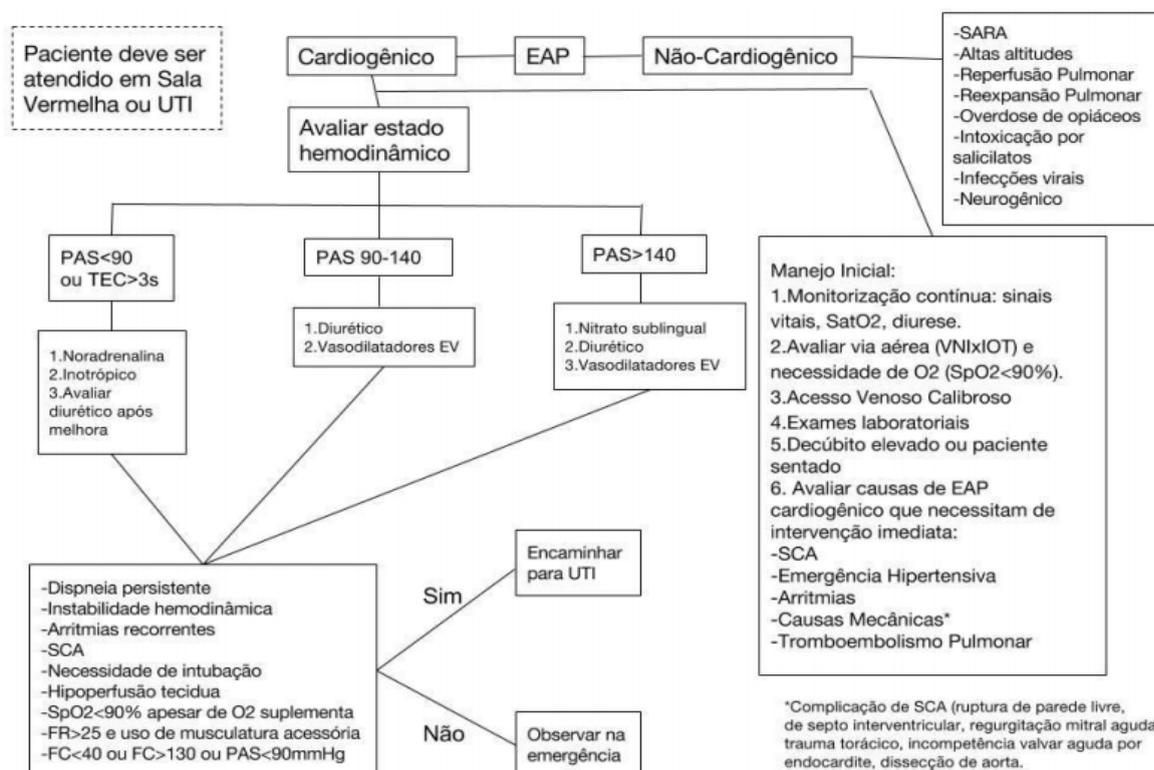
Decidi trazer este caso para discussão já que foi muito interessante e recorrente no âmbito de urgência/emergência, visto em mais de dois plantões e discutido com colegas, que tiveram que se deparar com casos semelhantes, sendo marcante para mim.

Podemos concluir o importante que é o diagnóstico de um EAP, já que tem um tratamento efetivo e rápido, que reflete na sobrevida dos pacientes, sendo que pessoalmente ao início do caso não foi fácil para mim chegar neste diagnóstico, mas após o estudo deste caso dentro do relatório, consegui aprender pontos-chaves para a diferenciação com outros diagnósticos e o tratamento efetivo, inclusive semanas após este caso, durante um plantão no pronto socorro respiratório, chegou um paciente trazido pelo SAMU com suspeita de COVID, onde ao chegar consegui identificar que além da suspeita de COVID o paciente estava com EAP cardiogênico, sendo mais fácil a identificação deste, podendo atuar rapidamente e ajudando a médica, que no momento encontrava-se com outro paciente crítico, conseguindo realizar a estabilização do paciente trazido com EAP.

Segundo os estudos realizados, o tratamento realizado na paciente segue os protocolos de tratamento, sendo tratada da forma adequada, mas teve uma variação em quanto ao uso dos anti-hipertensivos, a furosemida é indicada para iniciar em doses de 20-40mg e repetir a dose se necessário a cada 10 minutos, o médico optou por realizar a doses de 160 mg imediatamente, é uma dose adequada caso a paciente seja oligoanúrica, mas não era o caso, sendo que nesta paciente não houve hipotensão mas em outros pacientes com o uso desta dose pode ocorrer uma baixa rápida da PA e levar a hipotensão por isso acho melhor realizar a furosemida por etapas na doses de 20-40mg e repeti-la até controlar a pressão, outra opção escolhida pelo médico foi a de usar um IECA e B-bloqueador para diminuir a PA, além da Isossorbida 5mg, sendo que o indicado seria repetir a dose da isossorbida a cada 5 minutos até 3 vezes se necessário, e não usar os outros anti-hipertensivos; acho que o médico tratou de uma forma mais agressiva para tirar a paciente da crise rapidamente, sendo adequado no cenário de urgências/emergência.

Um ponto a ser destacado foi a relação e comunicação com a equipe de enfermagem, a qual foi ótima, realizando os procedimentos solicitados rapidamente e até mais, mesmo sem ser solicitados e posteriormente nos cuidados da paciente, estando atentos ao fluxo da sala vermelha, sendo sugerido por eles que já que a paciente encontrava-se estável fosse transferida para sala de observação.

FIGURA 3 - Fluxograma de atendimento do EAP com ênfase no EAP cardiogênico



Fonte: Machado et al, 2018.

3.3. TRAUMA RAQUIMEDULAR

Durante uma tarde num dos plantões na UPA, enquanto estávamos no quarto de isolamento da sala vermelha com um paciente suspeita de COVID-19, o qual tinha iniciado com esforço respiratório, ansioso, taquicárdico e com oscilações de saturação, mesmo com máscara não reinalante com alto fluxo de O₂, após de observar o paciente por um tempo a médica decidiu que era necessário realizar a intubação, porém enquanto a equipe de enfermagem preparava tudo, chegou um paciente trazido pelo SIATE, precisando de ser avaliado com urgência, simultaneamente enquanto observamos a evolução do paciente suspeito de COVID-19, aceitamos o caso novo.

Segundo o socorrista médico, ao chegar na residência do paciente, este parecia confuso, negando-se a receber atendimento, pelo qual ficou agitado, e para contê-lo foi realizado: Midazolam 15 mg, IV. e posteriormente encaminhado à UPA.

O paciente estava sem acompanhante, porém a seguinte anamnese foi colhida com as informações do pessoal do SIATE:

QUADRO 4 - Caso clínico TRM

Caso clínico 3- Trauma Raquimedular
<p>Avaliação primária: A: Paciente em uso de prancha rígida sem colar cervical, porém sem proteção adequada das vias aéreas, vias aéreas pérvias. B: Apresenta bom padrão respiratório e ventilatório. C: Sem hemorragias externas e hemodinamicamente instável. D: Paciente sedado dificultando a avaliação neurológica, pupilas mióticas. E: Temperatura corporal adequada e lesões hiperemiadas ao redor do pescoço.</p> <p>Avaliação secundária:</p> <p>Identificação: L.S.Z, 22 anos, masculino, branco.</p> <p>Queixa Principal: “Enforcamento” (Queixa da mãe do paciente)</p> <p>História da doença atual: Paciente trazido pelo SIATE, accionado pela mãe do paciente, segundo informações do médico do SIATE, o paciente foi encontrado às 14:00 enforcando-se com uma corda, segundo a mãe no momento que foi encontrado o paciente “ainda estava consciente”.</p> <p>Historia Médica Progressa: Nada relatado.</p> <p>História familiar: Irmão mais velho foi assassinado de 26 facadas há pouco tempo.</p> <p>Hábitos de vida: Mãe refere que o paciente é usuário de drogas.</p>

Exame Físico

Ectoscopia: MEG, acianótico, anictérico, desidratado +/4+, normocorado, eupneico em AA, enchimento capilar em 3s. Marcas de enforcamento e hiperemia no pescoço.

Sinais Vitais: FC: 60 bpm, Saturação de O₂:98%, FR: 17 irpm, PA:100/60 mmhg, T: 36,0

Avaliação Neurológica: Paciente sedado, glasgow não avaliado pelo estado, pupilas mióticas bilateralmente.

Avaliação Cardiovascular: BNFRR em 2T, sem sopro audível, hemodinamicamente instável, pulsos periféricos presentes.

Avaliação Pulmonar: MVUA presente, sem ruídos adventícios.

Avaliação Abdominal: Abdome plano e flácido, RHA presentes, palpação sem anormalidade.

Extremidades: Lesões cicatrizadas em membros superiores e pequenas lacerações em mãos. Ausência de edema, panturrilhas livres.

Avaliação: Paciente trazido pelo SIATE, após tentativa de suicídio por enforcamento, no momento sedado, hemodinamicamente instável sem uso de drogas vasoativas.

Hipóteses Diagnósticas: Trauma raquimedular, choque - Intoxicação exógena.

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

Quando um paciente chega no cenário de U/E, e este se encontra em uma situação de potencial emergência, sobretudo em pacientes politraumatizados, para um melhor desenvolvimento, este deve ser avaliado em dois momentos, na primeira avaliação envolve as condições que colocam a vida do paciente em risco imediatamente, sendo que está pode-se avaliar com o mnemônico ABCDE (Airway, breathing, circulation, disability, exposure) tendo como prioridade as vias aéreas, estabilização da coluna cervical e controle de hemorragias externas, na primeira A-airway faz parte o uso de prancheta rígida e colar cervical que faltou no manejo do SIATE, após revisar cada um destes e tudo estiver controlado, pode-se passar a avaliação secundária sendo que esta pode ser mais detalhada, é realizar as demais condutas necessária no caso, como exames complementares. (ATLS, 2018)

Conduta inicial realizada:

1. Ao chegar foi realizado M.O.V. Sendo colocado o monitor para controle de sinais vitais, O2 suplementar em máscara a 5 L/m, já o acesso venoso periférico foi realizado pelo SIATE.
2. Administrar Soro fisiológico 0,9%, 1000 mL, IV, agora.
3. Naloxona, cloridrato 0,4 mg/ml, ampola de 1ml, IV, diluir 1 ampola em 10 ml de água destilada, e realizar 1 ml em intervalos a critério médico.
4. Flumazenil 0,1 mg / ml, ampola de 5 ml, IV, diluir em 100ml de soro fisiológico a 0,9% e iniciar em BIC.

Com relação à conduta do médico do SIATE, ao chegar o paciente ao serviço este encontrava-se sem colar cervical, este é indicado após um trauma nesta região, como forma de proteção e para evitar complicações, sendo que foi um erro por parte do SIATE trazer e deixar o paciente sem colar, sem saber se apresentou alguma lesão cervical, a qual pode acontecer nos casos de enforcamento, sendo denominada a “fratura do enforcado”.

Fratura de Hangman, é a fratura do enforcado, por avulsão/fratura dos elementos posteriores de C2, sendo que 80% dos óbitos por lesão traumática de coluna deve-se a luxações do atlas-occipital e fraturas de C1-C2. (ATLS, 2018)

O uso do Midazolam 15 mg, IV, por causa da suposta agitação do paciente foi uma dose muito elevada (A ampola mais comum é de 3 ml, onde cada ml tem 5 mg de midazolam), a dose de sedação consciente é de 2-2.5 mg, sendo 0,5 ml da ampola de 5 mg/ml, caso seja necessário podem ser administradas doses adicionais de 1 mg, sendo que na maioria dos casos uma dose de 5mg não é necessária, ou a dose mais alta que pode ser usada é de 0,35 mg/kg, via IV, aguardando em meia de 2 minutos para efeito, em casos resistentes pode ser doses de 0,6 mg/kg, só que doses tão altas podem prolongar o tempo de recuperação, este tem uma meia vida de 2 horas, más o uso de Midazolam deve ser avaliado para cada paciente; no caso anterior o médico poderia ter realizado uma dose de 2,5 mg e observar, caso não nota-se efeito, poderia realizar mais 1 mg e observar novamente, e não iniciar com uma dose tão elevada, já que este benzodiazepínico pode causar efeitos adversos como: Bradipnéia, diminuição do volume corrente e hipotensão sendo as reações mais comuns.

O uso deste benzodiazepínico numa dose tão alta foi o provável causante da sedação profunda do paciente, da hipotensão do paciente e da mioses, chegando a ser confundido com um choque raquimedular. (Albert Einstein, 2018)

Já que o paciente estava em um estado de sedação profundo por causa da dose de Midazolam, e estava hipotenso foram iniciadas medidas de volume com 1 litro de soro

fisiológico 0,9%, sendo infundido rapidamente e ao mesmo tempo iniciado o Flumazenil e a Naloxona, a qual foi diluída, 1 ampola em 10 ml de água destilada e realizado 1 ml observando a mioses bilateral do paciente e percebendo se a pupila aumentava de tamanho, após 3 minutos de não obter resposta realizado mais 1 ml, e assim sendo necessárias sequencialmente 5 ml para que as pupilas estiverem isocóricas, ao mesmo tempo foi realizado o Flumazenil no paciente, a naloxona foi iniciada porque causa de que a médica suspeito de intoxicação com opioides, sendo que após mais ou menos 20 minutos o paciente começou sair da sedação.

Para a reversão dos efeitos ou intoxicação do Midazolam e outros benzodiazepínicos, é usado o Flumazenil, ampola de 0,5mg/5ml, podendo ser diluído com cloreto de sódio 0,9% ou soro glicosado 5%, sendo uma dose de 0,2 mg em 15 segundos, caso não seja obtido o estado de consciência em 60 segundos pode-se realizar doses subsequentes de 0,1 mg, podendo ser realizada uma dose cumulativa de 1 mg. (Albert Einstein, 2018)

A Naloxona é indicada em superdose de opioides, sendo recomendada uma dose de 0,4 a 2 mg, IV, SC ou IM, podendo ser repetida a cada 3 minutos, podendo desenvolver efeitos adversos como hipotensão, taquicardia, parada cardíaca, fibrilação ventricular entre outras. (Albert Einstein, 2018)

Enquanto o paciente estava sendo monitorado percebemos que a pressão arterial estava baixa, e continuava diminuindo ao mesmo tempo que eram realizados os antídotos para benzodiazepínicos e opióides, chegando até 70/30 mmHg e iniciada taquipneia, com queda da saturação até 90%, pelo qual foi iniciado:

1. Adrenalina 1 mg/ ml, ampola de 1 ml, IV, a criterio médico.

A noradrenalina e adrenalina são aminas vasoativas, a noradrenalina usada em casos de hipotensão/choque em dose de 8-12 mcg/min, IV, em BIC, ajustando a velocidade de administração de acordo com a pressão arterial desejada, e a adrenalina usada mais em casos de parada cardíaca, anafilaxia e choque, em dose de 0,1 a 0,5 mcg/kg/min, IV. (Albert Einstein, 2018)

Já que o paciente estava apresentando hipotensão, taquipneia, queda da saturação foi pensado em realizar a Intubação de sequência rápida, mas após iniciada a adrenalina 1 mg/ml sendo diluído 1 ml da ampola em 9 ml de soro glicosado 5%, tendo a dose de 0,1 mg/ml, e realizando 2ml, IV após 3 minutos do início deste a pressão aumentou para 190/80

mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm, a frequência pulmonar se normalizou e a saturação aumentou, por enquanto parecia estar estabilizado o paciente, ela foi realizar a intubação do paciente da sala de observação, deixando-me encarregado do paciente, 10-12 minutos após a dose de adrenalina a pressão arterial começa de novo cair até chegar em 90/35 mmHg, e já que eu estava encarregado do paciente fiquei com anseio, pensando o que podia realizar enquanto a médica conseguiu voltar, solicitei deixar correr mais um soro fisiológico a 0,9%, com leve melhora ao qual solicitei à médica o início de noradrenalina, e dessa forma sendo iniciado:

2. Noradrenalina 2 mg/ ml, ampola de 4 ml, IV, diluído em 250ml de soro glicosado a 5%, colocado em BIC, e iniciado 8 ml/h.

Após iniciada a Noradrenalina deve-se ajustar de acordo à pressão arterial do paciente, foram iniciados 8ml/h e após 7 minutos o paciente não apresentou melhora foi dobrada a dose para 16ml/h e posteriormente para 20 ml/h, obtendo uma pressão arterial de 110/60 mmHg.

Definição

O trauma raquimedular (TRM) é a lesão da coluna cervical e/ou da medula espinhal decorrentes do trauma, podendo ser a lesão da medula completa ou incompleta, sendo que a apresentação é dada pela localização da lesão por meio dos dermatômos.

Cerca de 1/3 dos pacientes com traumas cervicais morrem na hora do trauma em decorrência de apneia provocada por perda da inervação central dos nervos frênicos, isto resulta pela lesão da medula no nível C1. (ATLS, 2018)

Nos casos de traumas na coluna e se o paciente está com choque é importante diferenciar se é choque neurogênico ou choque medular, o choque medular ocorre com perda do tônus muscular e perda de reflexos, após lesão na medula, tendo uma duração variável e possibilidade de recuperação do quadro, já o choque neurogênico é mais comum em lesões cervicais ou torácica alta sendo lesadas as vias descendentes do sistema simpático da medula espinhal levando a perda do tônus vasomotor e perda da inervação simpática do coração, tendo repercussão hemodinâmica, apresentando hipotensão com bradicardia. (ATLS, 2018)

Desde a entrada do paciente e o uso dos diferentes fármacos passaram 40 minutos, para conseguir a estabilização do paciente, sendo que para mim tudo ocorreu em 5 minutos, imagino que pela emoção, ansiedade e medo que foi gerado.

O paciente encontrava-se acordado e lúcido, com pupilas isocóricas, fotorreagentes, normocardico e normotenso. (PA: 110/60 mmHg e FC: 86).

Devido à emergência pela qual o paciente estava no momento da chegada e a história do médico do SIATE, a médica aceitou ele na sala vermelha, enquanto a médica dava a conduta o enfermeiro do setor começou brigar porque supostamente o paciente não devia ser aceito na UPA, segundo ele os casos de enforcamento são diretamente ao hospital municipal, gerando assim um ambiente de trabalho ruim entre a equipe, estressando a médica, ao mesmo tempo que todos estávamos baixo tensão devido ao dois pacientes que se encontravam na sala, precisando de estabilização.

Ao meu parecer o enfermeiro podia estar certo, e o fluxo correto era levar esse paciente ao hospital, mas não aconteceu assim, e ao chegar o paciente à UPA este precisava de ser atendido já que sua vida estava em risco, sendo que este tinha que ser aceito e após estabilização, podia ser redireccionado e encaminhado ao hospital; o momento que o enfermeiro começou reclamar, não era o adequado, já que estávamos num ambiente tenso, precisando de focar nos pacientes, o enfermeiro podia ter aguardado após a estabilização dos pacientes para resolver o direcionamento certo do paciente, sendo que sua atitude não ajudou no momento e sim deixando um ambiente ruim de trabalho.

Conduta terapêutica no trauma raquimedular: (ATLS, 2018)

1. Imobilização, em posição neutra sem rotação nem arqueamentos da coluna, uso de colar cervical.
2. Se precisar de algum fármaco para analgesia, sedação ou outros é recomendado fármacos de curta ação.
3. Fluidos endovenosos, caso precise de reanimação, se não foi encontrada uma hemorragia e há hipotensão recomendado é usar 2 litros de cristalóide por I.V, se não apresenta melhora pensar no choque neurogênico.
4. Caso seja necessário o uso de drogas vasopressoras, pode ser usado: hidrocloreto de fenilefrina, dopamina ou norepinefrina.
5. Transferência rápida ao especialista, para realização de tratamento definitivo.

Comparando a conduta do ATLS com a que foi realizada no caso, o único que não foi realizado da forma correta foi a imobilização do paciente, sendo um erro grave, sendo vital deixar até ter certeza que não houve fratura ou lesão cervical ou medular, podendo ser usado os 3 critérios para retirada de colar cervical ou se necessário um exame de imagem.

Duas horas após que o paciente estava na sala vermelha, já estabilizado falei com ele sobre o ocorrido, querendo tirar mais informação da causa que levou ao intento de suicídio, o paciente estava consciente do ocorrido, mas não queria falar no momento, mesmo assim falei para ele que quando estivesse preparado para falar sobre o ocorrido, poderia me chamar. Tempo depois o paciente refere que quer ir embora, já que encontrava-se bem, desejando ir para casa, nesse momento a equipe de enfermagem foi falar com ele, realizando algumas perguntas como: "Por que que você tentou se suicidar", "você não deve de fazer isso novamente", "Você não deve de consumir drogas", "Quando eu era nova, nunca tentei fazer isso", questionamentos que deixaram o paciente irritado, após elas saírem de perto, eu falei novamente com ele, tentando acalmar ele, e falando da importância dele continuar no serviço para conseguir a transferência, tendo a aceitação dele.

O fato de que parte da equipe fosse interrogar o paciente não foi o adequado, sobretudo com o tipo de perguntas que abordaram ele, é muito importante entender por que ele está buscando a morte, mas cada pessoa tem um trabalho a ser realizado e não era o trabalho delas, podendo gerar nos pacientes ansiedade, estresse e até fazendo com que o paciente queira desistir de realizar um tratamento ou sintá-se incomodado e o desejo de ir embora.

Seria diferente se fosse só uma pessoa que tentasse falar com ele e deixando que o paciente acompanhe o ritmo da conversa e não ao contrário, procurando sempre uma relação de confiança paciente-enfermeiro ou paciente-médico.

A médica plantonista estava escutando quando as enfermeiras abordaram o paciente, sendo que a médica também não abordou o paciente, falando que era o trabalho do psiquiatra, como sugestão sobre o acontecido, a médica poderia ter falado com a equipe para ter cuidado na forma como abordam os paciente, e no meu caso, estudar mais sobre a abordagem de intentos de suicídios, para que num futuro não seja eu quem não aborde o paciente, deixando de lado a saúde mental.

Conduta após estabilização:

1. Solicitado encaminhamento ao hospital cataratas, onde se encontra a ala de psiquiatria por enquanto, para avaliação do paciente.
2. Vigiar sinais vitais e comportamento do paciente.

3. 1000 ml de soro fisiológico ao 0,9%, IV, correndo lentamente.
4. Retirada a Naloxona e iniciado o desmame de noradrenalina.
5. Solicitados raios-X cervical e torácico e solicitado hemograma, função renal e hepática, lactato, e eletrólitos.

O paciente manteve-se estável, sendo retirada a noradrenalina com êxito, mantendo-se hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. O encaminhamento à ala de psiquiatria foi recusado por parte do médico psiquiatra, referendo que o mesmo devia de ser encaminhado ao Hospital municipal por causa da hipóteses diagnóstica que a médica tinha descrito que era o trauma raquimedular, mas está hipóteses já tinha sido descartada, e teve que ser solicitado novamente transferência preenchendo novamente os documentos burocráticos para nova vaga.

Os critérios para retirada do colar cervical são: Paciente não deve apresentar dor, estado neurológico adequado do paciente e não estar sob efeito do álcool ou drogas, se o paciente não preenche todos os critérios anteriores, deve-se solicitar um Rx e o ideal seria revisar de C1 até T1. (ATLS, 2018)

IMAGEM 3 - Raio-X cervical, perfil



No raio-x da região cervical, com incidência de perfil, mostrando a região cervical da coluna com estruturas ósseas integras e alinhadas, com ausência de sinais de fratura, exame dentro dos limites da normalidade.

Caso o paciente tivesse a fratura do enforcado, seria percebida uma fratura no axis que é a vértebra C2.

Exames laboratoriais sem alterações, tudo dentro da normalidade.

Fonte: Harvey Medina, 2020¹.

¹ Imagem liberada e autorizada pelo paciente, para este fim acadêmico e respeitando o sigilo.

Caso não seja visto C1-C2 no raio x de uma forma adequada a melhor forma é realizar uma radiografia transoral.(ATLS, 2018)

Enquanto o paciente esperava a transferência, o pai do paciente chegou na UPA, solicitando a liberação do filho, ao qual a médica explicou claramente sobre a necessidade de internamento e avaliação psiquiátrica, ao qual os pais e o paciente se recusam, e levado para casa sobre a responsabilidade deles.

4. EM MEIO DA PANDEMIA!

A peste negra que acometeu Europa entre os anos de 1346-1353, a gripe espanhola que ocorreu entre os anos 1918-1920 infectando uma estimativa de $\frac{1}{4}$ da população mundial na época e a gripe suína (H1N1) que surgiu em 2009 são algumas das pandemias na história pelas quais o ser humano tem passado, e atualmente passando pela Pandemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19), que desde 2019 até Maio de 2021 tem infectado mais de 154 milhões de indivíduos no mundo e no Brasil cerca de 16 milhões, e continuam aumentando os casos (Ministério de saúde, 2021)

Nunca imaginei que durante meu internato do curso de Medicina ia estar na linha de frente contra uma nova pandemia, o COVID-19, enquanto em algum momento se estudava a história sobre as anteriores pandemias, só de ler sobre estas, causava em mim calafrios, de pensar o tanto de pessoas acometidas durante cada pandemia e o número de mortes causadas por estas além das mudanças que foram geradas, inclusive durante o surto de infecções pelo H1N1, eu era um estudante de ensino médio e nunca pensei que durante o 2020 estaria na linha de frente em combate contra uma das maiores pandemias da história da humanidade e sobretudo NA LINHA DE FRENTE!, tendo uma mistura de sensações principalmente de incerteza e medo de saber que em algum momento eu e meus seres queridos podemos estar infectados, ou que em algum momento poderia levar o vírus até eles, mas não posso deixar de lado a emoção, alegria e esperanças que também tenho sentido durante esta pandemia, o saber que posso ajudar e contribuir de boa forma contra esta batalha, pela qual ainda estamos lutando.

No decorrer deste capítulo estarão algumas das experiências vivenciadas durante a pandemia até o momento, nos diferentes cenários de prática do módulo em U/E, e nada mais enriquecedor do que trabalhar durante o transcurso desta emergência sanitária.

Devido à pandemia, vários setores foram criados graças à coordenação de alguns de nossos professores, nossa coordenadora do módulo de U/E, diretivos da cidade e colegas, tendo a colaboração fundamental de nossa universidade, conseguindo assim uma boa estrutura para a luta contra o COVID-19 em Foz do iguaçu, passando por cada um destes setores, a continuação um relato nos cenários de prática e aprendizado durante o tempo desta pandemia.

Ao longo do módulo, graças à coordenação da nossa professora do módulo de U/E, conseguimos desenvolver nossas atividades, contribuindo nesta batalha, simultaneamente, sendo parte da linha de frente do início ao fim. Inicialmente fui alocado na central

coronavírus, iniciando no plantão telefônico, um serviço que já estava totalmente constituído, sendo de grande ajuda para evitar o caos da pandemia na nossa cidade, durante meus plantões neste, recebia ligações de todo tipo de pacientes, o paciente hipocondríaco, o sabe tudo, o exigente, o desatento, o inseguro, e fragilizado, o amável, e compreensivo, entre outros, em procura de diferentes ajudas, alguns doentes precisando de marcar o teste, alguns com medo de pegar o vírus, gerando crises de ansiedade, aclarando dúvidas sobre a infecção e sintomatologia, dando a notificação aos casos positivos, tendo uma estratégia para lidar com as diferentes reações que os pacientes podiam ter, aprendendo lidar com todo tipo de pessoas; são um monte de sensações que recebemos no dia a dia, sendo de algum modo uma forma de preparação para quando estemos sozinhos atendendo, ao igual que pelo telefone chegaram todo tipo de pacientes e em diferentes cenários, quando não conseguimos ajudar totalmente os pacientes por via telefônica, estes podiam ser encaminhados a outros serviços como a telemedicina onde são transferidos os acompanhamentos de COVID ou os pacientes com outros sintomas e que podiam ser atendidos por via telefônica ou inclusive videochamada, encaminhando estes para os médicos mas antes de isso colhendo toda a história clínica do paciente para agilizar o trabalho, isto nos permitia praticar as condutas e seleção de medicamentos a ser passados, por mais de que era o médico que no final realizava isso, nós podiamos comparar depois a conduta deles com a conduta que eu tivesse tomado.

Um dos casos que ocorreu no meu serviço foi que durante um plantão no qual fiquei informando aos pacientes sobre os resultados dos casos positivos, liguei para a minha primeira paciente:

QUADRO 5 - Caso clínico COVID-19

Apresentação de caso, COVID-19
M.G.E, feminino de 48 anos, previamente hígida, há 3 dias tinha iniciado com tosse seca, odinofagia, cefaleia e mialgia pelo qual entrou em contato com o plantão coronavírus, sendo marcado e coletado o teste RT-PCR, onde o resultado veio positivo, porém, liguei para a paciente e antes de dar a notícia sobre o resultado, falei um pouco com ela, fiz algumas perguntas, de como que estava e como se sentia, se os sintomas continuavam ou tinham passado, se tinha alguém mais em casa com sintomas, entre outras perguntas, percebendo como que a paciente se encontrava no momento, convidando a ter um diálogo que ajuda-se a estabelecer uma boa relação, à paciente segundo o relatado já estava sem sintomas, encontrando-se “muito bem”, porém um pouco ansiosa em saber o resultado, após eu transmitir o resultado a paciente fica mais

ansiosa, chorosa e com muito medo de morrer, começa falar da sua filha pequena e como que ela vai cuidar agora dela entre outras emoções que foram desencadeadas pelo resultado, após deixar a paciente um pouco tranquila, falava sobre as estratégias e conduta que teríamos para frente, tirando as dúvidas geradas pela paciente, após de mais ou menos 30 minutos de ligação, ficou marcado que o médico entraria em contato com ela nos próximos dias para avaliar sua evolução ao que a paciente parecia entender, foi encerrada a ligação, 1 hora após recebemos uma ligação de uma mulher querendo falar novamente comigo, era a dona M.G.E. a qual percebo que estava bastante angustiada, querendo tirar dúvidas sobre o uso de vários fármacos que até então não tem evidência científica para serem recomendados, explicando tudo para ela, várias vezes, mesmo assim ela queria fazer uso de esses medicamentos já que o presidente tinha dado a recomendação, ao mesmo tempo a paciente falou que tinha chiado no peito e falta de ar (sintomas que tinha negado uma hora atrás), tentei deixar a paciente menos preocupada, já que pelo que estávamos falando e algumas coisas que pedi para ela fazer, esses sintomas pareciam ser gerados pelo medo e ansiedade da paciente, porém falei para ela que se chegasse a apresentar alguma piora dos sintomas podia entrar em contato novamente com nós via telefone, poderia contatar o SAMU ou realizar busca espontânea na triagem. No dia seguinte, à noite, eu tinha plantão no Pronto Socorro respiratório, onde por surpresa encontrei a mesma senhora, querendo avaliação presencial do médico, já que segundo ela estava com “falta de ar”, junto com o médico avaliamos a paciente, realizado exame físico que no momento estava sem alterações, porém bastante ansiosa, mesmo falando com a paciente sobre seu estado, está queria que fossem realizados exames sanguíneos e de imagem ao que o médico aceitou e deixou em sala de observação até os resultados, sendo prescrito unicamente um Diazepam 5 mg, após 3 horas de espera a paciente já queria ir para casa, relatando melhoras sem querer aguardar os resultados, porém pedimos para aguardar, um tempo depois re-avaliamos a paciente junto com os resultados dos exames os quais estavam sem alterações a paciente ficou mais calma, conseguindo ir tranquila para casa.

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

Durante o caso anterior foi claro, pelo qual muitos pacientes passam, e são quadros de ansiedade por medo da infecção pelo coronavírus, já seja por tantas notícias que são passadas pela TV, internet e amigos gerando afecções na saúde mental dos pacientes, assim como este me deparei com outros casos ou emoções similares, sendo importante ajudar o paciente realizando nossa função como futuros médicos, porque não só com fármacos que os pacientes melhoram, muitas vezes o simple fato de escutar o paciente ajuda mais que outros caminhos.

O fato do médico ceder ao que a paciente quer nem sempre é o correto, a paciente queria que fossem realizados exames complementares como o foi os exames laboratoriais e a tomografia computadorizada, sendo que a solicitação de exames complementares é decisão do médico, neste caso foi mais que tudo para a tranquilidade da paciente, mas estas decisões assim como neste caso, são tomadas em vários serviços, gerando muitas vezes gastos desnecessários, expondo aos pacientes a radiações desnecessárias e em outros casos a excesso de uso de medicamentos.

Ao dar a notícia para os pacientes usava o protocolo SPIKE o qual ajuda a transmitir más notícias, sendo composto por 5 itens claros e rápidos, permitindo abordar o paciente da melhor forma.

Os pacientes podiam ser encaminhados à triagem onde recebiam atendimento físico com o médico e também onde era realizado a coleta podendo realizar um exame físico rápido e focado, neste lugar se lida com pacientes histéricos querendo ser atendidos rapidamente sem se importar pelos demais, atendi vários pacientes que geraram em mim a vontade de sair correndo do serviço, mas depois pensava nos pacientes que reconhecem nosso trabalho e voltavam as minhas forças de continuar na linha de frente, me deparei com vários tipos de casos desde uns leves querendo realizar coleta sem sintomas até outros com pacientes psiquiátricos de difícil controle, pacientes precisando de ajuda de emergência vivendo pele a pele a urgência e emergência, tendo o trabalho de identificar quando precisavam de ser encaminhados rapidamente.

Após de que os pacientes passam pela triagem algum destes poderiam ser encaminhados ao pronto socorro respiratório, alguns poucos ao pronto socorro clínico quando não apresentam nenhum sintoma respiratório, e também poderiam chegar de SAMU ou SIATE, aqui os pacientes são estabilizados brindando a primeira ajuda a estes em pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, sendo ao meu parecer o setor que mais precisa de internos, sendo essencial nossa presença neste serviço, tendo muitos médicos novos que não sabem o fluxo deste e nós como acadêmicos ajudamos que este funcione. Neste setor para mim o aprendizado foi grande, especialmente nos problemas respiratórios, adquirindo confiança e seguridade nas minhas avaliações, identificando alterações nos exames de imagem, observando melhoras e pioras dos pacientes e realizando minha conduta sobre estes, algumas vezes tive a oportunidade de que o preceptor me deixasse sozinho, avaliando os pacientes, solicitando os exames complementares que eu achasse necessárias e realizando a prescrição, claramente que quando tinha alguma dúvida, era

necessário discutir com o preceptor, sendo que estes momentos de liberdade permite-me avaliar meus conhecimentos e falências às quais devo melhorar.

Caso os pacientes positivos para COVID-19 precisem de internação estes podem ser transferidos à enfermaria covid, ou à unidade de terapia de doenças infecciosas caso sejam suspeitos até ter o resultado do seu exame, e assim ser encaminhados à enfermaria covid ou a outra enfermaria, aqui foi onde consegui realizar mais procedimentos já que são pacientes internados que precisam de ser avaliados continuamente, precisando de novos procedimentos já seja para estabilização destes, manejo dos diagnósticos ou descarte de diagnósticos diferenciais, neste setor ao igual que outros onde os pacientes estão em observação, monitorados podem apresentar em qualquer momento um evento que coloque em risco a vida do paciente, como foi o caso de paradas cardiorrespiratórias, dispneia intensas, rebaixamento súbito do nível de consciência, arritmias cardíacas, surtos psicóticos, tromboembolismo pulmonar, entre outros, sendo eventos que precisam de um atendimento de urgência ou emergência, aprendendo a manejar estes, colocando em prática protocolos; e dependendo das condições do paciente podiam ser transferidos à unidade de terapia intensiva onde todos os pacientes chegam intubados, muitos precisando de drogas vasoativas, com sepse, SARA grave, distúrbios eletrolíticos, entre outros, neste setor consegui acompanhar e passar os casos nas visitas com o médico intensivista discutindo os casos, decisão de antibioticoterapias, uso de doses corretas, profilaxias e outros tratamentos, acompanhei as visitas do estudo telescope, e acompanhei casos de pacientes durante vários dias, podendo observar a melhora ou piora destes, podendo desenvolver um olhar minucioso e detalhista, já que na UTI pequenas observações são as que vão ajudar ao paciente a melhorar e sair de cuidados intensivos.

4.1. SÍNDROME PÓS-COVID-19

Enquanto foram aparecendo os primeiros casos da infecção viral causada pelo SARS-Cov-2 (COVID-19), não imaginávamos que está geraria a pandemia atual, a qual tem infectado a mais de 159 milhões de humanos e mais de 3.29 milhões de mortes até maio do 2021, gerando grande medo à maioria dos seres humanos, populações, cidades, estados, países e aos governos, sendo um forte terremoto para as organizações e sistemas de saúde do mundo, podendo enxergar as diferentes e verdadeiras falências que cada um destes apresenta ou apresentava, falhas como a falta de medicamentos, materiais e sobretudo falta de pessoal da saúde, dentro destas os maus tratos e falta de garantias que muitos destes recebem no cotidiano.

Até o momento os recursos que cada governo tem dado para o combate à pandemia têm sido direcionados para diminuir a taxa de mortalidade gerada até então, mas além das mortes vem aparecendo as consequências que o vírus causa no nosso corpo, sequelas que aparecem após a infecção pelo COVID-19, sequelas físicas e emocionais que alteram a saúde do ser humano, sintomas e sinais que os pacientes pos-covid vem apresentando, sendo algumas mais frequentes que outras, as quais serão abordadas a continuação. (MOLINA, 2020)

O conjunto de sinais e sintomas que se mantém ou aparecem nas pessoas após o tempo de infecção pelo COVID-19, tem gerado o denominado Síndrome pós-covid-19, sendo estudado a partir dos relatos dos pacientes que já se recuperaram da infecção, mas como dito anteriormente mantém alguns sintomas por mais do tempo esperado, alguns autores tem sugeridos que este síndrome dura um pouco mais de doze semanas, mas ainda não se sabe exatamente qual é o tempo certo de duração, e segundo a epidemiologia coletada até o momento acomete mais o sexo feminino que o masculino.

Os mecanismo do síndrome pós-covid-19 ainda não são totalmente conhecidos, devido a que trata-se de uma síndrome nova para todos os cientistas, más algumas hipóteses têm aparecido, tais como que os sinais e sintomas da síndrome se mantém devido à inflamação prolongada causada pelo sars-cov-2 em nosso corpo; outra das hipóteses levantadas é que poucos anticorpos respondem contra a infecção, ou hipóteses de até de reinfeções.

O estudo e conhecimento desta síndrome, nos leva a que podemos reconhecer a síndrome, tratar os pacientes e sobretudo a ter uma maior prevenção e reconhecimentos de possíveis complicações. (AL- JAHDHAMI; AL-NAAMANI; AL-MAWALI, 2021)

Os sistemas que encontram-se mais acometidos após a infecção pelo COVID-19, são os sistemas respiratório, cardiovascular, renal e neurológico.

Um estudo interessante em relação ao síndrome pós-covid, evidencia que:

Em um estudo publicado em JAMA, 143 pacientes foram avaliados seguidamente durante 60 dias após a alta hospitalar, dos quais 12.6% informaram ausência de sintomas após a infecção pelo COVID-19, 32% dos pacientes apresentaram um ou dois sintomas e 55% apresentou três ou mais sintomas. PÊGO; WASUM (2021)

Além de que os pacientes que foram submetidos a intubação e uso de ventilação mecânica, apresentam algum grau de cansaço por cerca de 50 dias após a alta, acometendo a mais da metade destes. (PÊGO; WASUM, 2021)

As sequelas do sistema respiratório, são causadas pelo dano ao parênquima pulmonar, anteriormente se conheciam outras classes de vírus da SARS que geram ao longo prazo uma série de danos parenquimatosos pulmonares, sendo que no COVID-19 não difere muito, sabe-se que em um terço dos pacientes infectados sofrem de SDRA, sendo que isto piora o quadro respiratório, produzindo complicações e lesões pulmonares que em os adultos jovens os danos pulmonares na maioria são reparados rapidamente , já nos adultos maiores em uma parte destes as lesões cicatrizam de forma diferente e deixam fibroses pulmonares. (MOLINA, 2020)

Os eventos trombóticos associados ao COVID-19 são prevalentes, especialmente em os pacientes que encontra-se em UTI ou após saída destas, e este efeito pró-coagulável é devido a vários fatores como as cascatas celulares induzidas traz a inoculação viral celular e a afecção proliferativa do endotélio vascular, além disso há outros fatores que intervêm, como os dias de internação, sendo que há um 11% mais de probabilidade em 7 dias de internação, 23% em 14 dias, tendo clara a importância da profilaxia. (MOLINA, 2020)

O fato de que uma maior idade e existência de doenças pulmonares prévias são consideradas fatores de mau prognóstico em pacientes que se infectam pelo COVID-19, é devido que a senescência é uma característica do envelhecimento biológico e que a replicação viral é maior em células senescentes, ao mesmo tempo que acontece uma inadequada reparação das sequelas pulmonares associadas. (MOLINA, 2020)

Alguns dos sintomas mais prevalentes que foram relatados por pacientes na síndrome pós-covid, encontram-se na seguinte tabela.

TABELA 3 - Sinais e sintomas da síndrome pós-covid

Sistema	Sinais e Sintomas
Respiratorio	Anosmia Ageusia Tosse Dispnea Secreção mucosa Dor torácica
Cardiovascular	Tromboembolismos Insuficiência cardíaca Palpitações Sudorese noturna
Osteomuscular	Dor/molestias musculares fadiga Intolerância á atividade física Edema em MMII Artralgia
Neurocognitivo	Ansiedade Depressão Falta de atención Peda de memoria Mala qualidade do sono Insomnio Cefaleia

Fonte: Harvey Medina, 6º ano de Medicina, UNILA, harveimedina@gmail.com.

Já os tratamentos para cada um destes sintomas e sinais são diferentes, sendo que alguns destes são autolimitados, já outros precisam de acompanhamento e tratamentos não somente medicamentosos, também com auxílio de fisioterapia e outros profissionais; os pacientes com estes sintomas deveriam de ser melhor acompanhados e avaliados com a finalidade de melhora desta síndrome.

A pandemia ainda não tem terminado, o dano real que está deixando mais para frente é muito maior do que se pensava inicialmente, por isso é que é realmente importante preparar o pessoal médico para tratar os pacientes com esta síndrome a ajudar a ter uma melhor vida. (PÊGO; WASUM, 2021)

5. CONCLUSÃO

Logo após a finalização desta escrita, o desenvolvimento da monografia possibilitou dar uma concepção das práticas e trabalho realizados durante o período cursado de urgências e emergência, permitindo dar uma visão de cada cenário e como cada um destes acrescenta à carreira profissional de um futuro médico. Além disso, também permitiu observar o desempenho durante as diferentes atividades, evidenciando o crescimento que vem adquirindo-se ao longo dos anos anteriores, sendo que o internato é a parte que muitos acadêmicos aguardamos com medo, ânsias e grandes expectativas, sendo um desafio que ao longo do tempo vai se superando e gerando maior motivação.

Levando-se em consideração esses aspectos o trabalho intenso, o companheirismo com os demais profissionais, o aprendizado mútuo com as diferentes equipes faz com que o crescimento seja cada vez maior, formando profissionais capazes de atuar em qualquer cenário, e dando o melhor.

Por esses aspectos o acadêmico percebeu que progrediu com relação à prática médica, como realizar uma história clínica com dados relevantes que ajudem no diagnóstico, passando e excluindo outros possíveis diagnósticos diferenciais, decidindo os exames complementares necessários em cada caso, e ao final escolhendo a melhor conduta terapêutica, sem deixar de lado as discussões com os demais profissionais não somente médicos, acrescentado de forma ativa no processo de formação e no raciocínio médico.

A partir da observação introspectiva, gerada durante a realização deste, consiga-se ver o crescimento de como o acadêmico estava no início do internato e o resultado no final deste, tendo a sensação de um salto realizado, de um passo mais cerca de ser médico, superando medos e indecisões do começo, notando a evolução obtida, sendo parte de um crescimento profissional que deve de continuar ao longo da vida.

Levando-se em conta e em virtude da importância que apresenta a pandemia gerada pelo COVID-19, torna-se necessário conhecer a síndrome pós-covid, podendo como profissionais de saúde adquirir novo conhecimento dia a dia, com a finalidade de tratar melhor a nossa sociedade, a través de alguns artigos verificou-se as sinais e sintomas mais prevalentes, como são mostrados na tabela 3, sendo identificados nas práticas e cenários COVID.

Além disso, após analisar os fluxos do serviço de UE em Foz do Iguaçu, observamos algumas falências dentro deste, sendo relatadas ao longo dos capítulos e gerando algumas possíveis soluções para estas.

Dado o exposto, ao longo do trabalho de conclusão de curso, vale ressaltar que a realização desta em base em urgência e emergência, tendo em conta as práticas, ética médica, fluxos, funcionamentos e rede do sistema, favoreceu de forma extraordinária na formação acadêmica, atribuindo grande conhecimento, e contribuindo na vida profissional.

REFERÊNCIAS

ATLS. American College of Surgeons. Committee on Trauma. 10 edition. United States:2018. **Advanced trauma life support program for doctors**. American college of surgeons.

AL- JAHDHAMI; AL-NAAMANI; AL-MAWALI. The post-acute COVID-19 syndrome (long covid). **Oman Medical Journal**, Oman. 2021. Disponível em: [http://www.omjournal.org/PDF/ED-OMJ-D-20-00216%20\(05C\)_Final.pdf](http://www.omjournal.org/PDF/ED-OMJ-D-20-00216%20(05C)_Final.pdf). Acesso em: 24 de Abril. 2021.

ALBERT EINSTEIN (Brasil) (org.). **Manual farmacêutico: midazolam**. 2018. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/RelacaoMedicamentos.aspx?tipo=&filtro=M&busca=%22%22&itemID=MIDAZOLAM>. Acesso em: 01 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14. Brasil:2014. 20 p. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

CPAP vs BiPAP - Non-Invasive Ventilation EXPLAINED. Estados Unidos: Icu Advantage, 2020. (15 min.), P&B. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Te0WLR71HwA>. Acesso em: 21 set. 2020.

DANESI, Giuliano Machado *et al.* **Edema agudo de pulmão**. Brasil: Bvsalud, 2018. 6 p. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882994/13-edema-aguda-de-pulmao.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.

MAYEAUX JUNIOR, E.J.. **Guia ilustrado de procedimentos médicos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1007 p.

Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasil: Ministério da Saúde, 2013. 86 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

MOLINA., Maria M. Secuelas y consecuencias de la COVID-19. Medicina respiratoria. Barcelona, Espanha. 2020. Disponível em: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>. Acesso em: 22 de Abril. 2021.

PÊGO; WASUM. Life post-COVID-19: symptoms and chronic complications. Editorial Fernandez PMP, São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/spmj/v139n1/1806-9460-spmj-139-01-1.pdf>. Acesso em: 25 de Abril. 2021.

VELASCO, Iríneu Tadeu. **Medicina de Emergência**: abordagem prática. 13. ed. São Paulo: Manole, 2019. 1304 p.

VENTILAÇÃO Mecânica: Modos CPAP e BiPAP. Brasil: Cadenas Med Habilidades Médicas, 2018. (5 min.), P&B. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3XfnG3ILOZY>. Acesso em: 25 set. 2020.

WALLS, Ron M. *et al* (ed.). **Rosen Medicina de Emergência**: conceitos e prática médica. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2019. 1576 p.

ZANCANER., Leonardo F.; CATTO., Luiz Fernando B.. Edema Agudo de Pulmão na Sala de Urgência. **Revista Qualidadehc**, Riberão Preto, 24 jul. 2017. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/173/173.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

ZOPPI, Daniel. Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH) e Cetoacidose Diabética (CAD) na Sala de Urgência. **Revista Qualidadehc**, Riberão. 2017. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/181/181.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.