

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
CURSO DE MEDICINA - FOZ DO IGUAÇU - BACHARELADO - PRESENCIAL -
MTN**

NATALIA RIVERA MEDRANO

**INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DURANTE A PANDEMIA SARS-COV2**

Foz do Iguaçu

2021

NATALIA RIVERA MEDRANO

**INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DURANTE A PANDEMIA SARS-COV2**

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 Médico.

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2021

NATALIA RIVERA MEDRANO

INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DURANTE A PANDEMIA SARS-COV2

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 Médico.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. Tatiana Pinheiro Rocha De Souza Alves
UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de junho de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor/a: NATALIA RIVERA MEDRANO

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 |

Título do trabalho acadêmico: Internato de Urgência e Emergência do SUS em Foz do Iguaçu: Discussão de casos clínicos durante a pandemia sars-cov2

Nome do orientador: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/06/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

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 LatinoAmericana – 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 a todos meus preceptores que foram fundamentais e que contribuíram com minha formação e especialmente a familiares e amigos que sempre me ajudaram e apoiaram durante meu trajeto acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por me conceder essa oportunidade de poder ajudar aos doentes, de realizar meu sonho de ser médica, por me guiar e iluminar meu caminho.

A minha mãe Yency e irmã Yuricia pelo apoio diário, incentivo, suporte e carinho constante. Sem vocês, a realização do meu sonho não seria possível.

A meu namorado Samuel de Albuquerque, pela ajuda infinita, paciência, compressão, apoio e amor. Por nunca me deixar sozinha e sempre me incentivar a ser melhor.

A meus sogros Nalva e Moisés e à minha cunhada Mariana que são como minha família neste país, agradeço pelo apoio e carinho que me brindam, por sempre estar presentes com o coração e sentimentos apesar da distância.

A todos os professores que estiveram presente durante minha trajetória, obrigado pelos ensinamentos, dicas e correções. Em especial aos professores da banca que fizeram possível a conclusão deste trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Dra. Flávia pelo constante auxílio, pelo esforço e apoio que me deu durante todo meu internato, por ser mais que uma professora, agradeço por sempre poder contar com você. E por sua preocupação na nossa formação acadêmica.

Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

Albert Einstein

RIVERA MEDRANO, Natalia. **INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU: DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS DURANTE A PANDEMIA SARS-COV2.** 2021. P. 43. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso consiste em expor as atividades desenvolvidas pelo acadêmico durante a pandemia de covid-19 dentro dos cenários de prática de Urgência e Emergência em Foz do Iguaçu. Esse trabalho inicia seu desenvolvimento citando a importância de adquirir o raciocínio e habilidades visando melhorar a competência diante dos atendimentos a pacientes graves e fortalecer a mentalidade do acadêmico diante uma pandemia. Os casos clínicos escolhidos para discussão são exemplos de pacientes críticos em cada um dos cenários de prática vivenciados. Todos os casos trouxeram o contexto de cenário de atendimento, anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, condutas que foram realizadas pela equipe, além das considerações do acadêmico. Finalmente são abordadas as vivências, intercorrências, avaliações e perspectivas do acadêmico de medicina em situações de estresse durante o internato em meio de uma pandemia.

Palavras-chave: Covid-19. Pandemia. Internato. Urgência. Emergência. Medicina.

RIVERA MEDRANO, Natalia. **INTERNADO DE URGENCIA Y EMERGENCIA DEL SUS EN FOZ DE IGUAZU: DISCUSIONES DE CASOS CLÍNICOS DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV2.** 2021. P.43. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión de curso consiste en exponer las actividades desarrolladas por el académico durante la pandemia de covid-19, dentro de los escenarios de práctica de Urgencia y Emergencia en Foz de Iguazú. Este trabajo inicia su desarrollo citando la importancia de adquirir razonamientos y habilidades para mejorar la competencia en la atención de pacientes graves y fortalecer la mentalidad académica ante una pandemia. Los casos clínicos escogidos para la discusión son ejemplos de pacientes críticos en cada uno de los escenarios de práctica experimentados. Todos los casos trajeron el contexto del entorno asistencial, anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, hipótesis diagnósticas y conductas que fueron realizadas por el equipo, además, de las consideraciones del académico. Finalmente son abordadas las experiencias, irregularidades, evaluaciones y perspectivas del académico de medicina en situaciones de estrés durante el internado en medio de una pandemia.

Palabras-clave: Covid-19. Pandemia. Internado. Urgencia. Emergencia. Medicina.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Protocolo de Manchester.....	17
Figura 2. Escala de Coma de Glasgow	20
Figura 3. Escala de Wells	24
Figura 4. Tratamento da Hipercalemia.....	30
Figura 5. Tempo de Reperusão	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
RCR	Reanimação cardiorrespiratória
BLS	Basic Life Support
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel a Urgências
CFM	Conselho Federal de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
HDA	História da Doença Atual
HPP	História Patológica Progressiva
ID	Identificação
QP	Queixa Principal
HD	Hipótese Diagnóstica
RNC	Rebaixamento do Nível de Consciência
HIC	Hipertensão Intracraniana
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AAS	Ácido Acetilsalicílico
PA	Pressão Arterial
SVD	Sonda Vesical de Demora
SSVV	Sinais Vitais
MEG	Mau Estado Geral
REG	Regular Estado Geral
BEG	Bom Estado Geral
AC	Aparelho Cardíaco
AR	Aparelho Respiratório

BCNF	Bulhas Cardíacas Normo Fonéticas
MVP	Murmúrio Vesicular Presente
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
RR	Rítmicas Regulares
IOT	Intubação Orotraqueal
TC	Tomografia Computarizada
EV	Endovenosa
SF	Soro Fisiológico
IV	Intravenoso
ECG	Eletrocardiograma
SRIS	Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TVP	Trombose Venosa Profunda
RA	Ruídos Adventícios
RHA	Ruídos hidroaéreos
FA	Fibrilação Atrial
BRD	Bloqueio de Ramo Direito
BRE	Bloqueio de Ramo Esquerdo
CVF	Cardioversão Farmacológica
CVE	Cardioversão Elétrica
LOTE	Lúcido Orientado em Tempo e Espaço
MUC	Medicamentos de Uso Continuo
HGT	Hemoglicoteste
RL	Ringer Lactato
IRC	Insuficiência Renal Crônica
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante

SCA	Síndrome Coronariana Aguda
IC	Insuficiência cardíaca
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
VMG	Viceromegalias
AI	Angina Instável
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem ST
MSC	Morte Súbita Cardíaca
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
FCC	Ferimento Corto-Contuso
FAF	Ferimento Arma-Fogo
FAB	Ferimento Arma-Branca
ISR	Intubação de Sequência Rápida
UTI	Unidade Terapia Intensiva
UTDI	Unidade de Terapia de Doenças Infeciosas
PS	Pronto Socorro

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA	15
INTRODUÇÃO	16
CASO CLÍNICO I – REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (RNC)	18
CASO CLÍNICO II – TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	22
CASO CLÍNICO III – PANCREATITE?	25
CASO CLÍNICO IV – DIABETES DESCOMPENSADA MAIS HIPERCALEMIA	28
CASO CLÍNICO V – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)	31
PROCEDIMENTOS	35
VIVÊNCIAS DA PANDEMIA – COVID-19	38
CONCLUSÃO	41
FIGURAS – DURANTE O MÓDULO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	42
REFERÊNCIAS	43

JUSTIFICATIVA

De acordo com Melo e Silva (2011, p. 10) um dos objetivos dos profissionais de saúde é reconhecer e avaliar os sinais e sintomas de gravidade, de cada faixa etária. Esses, de forma eficiente, devem estar preparados para atuar rapidamente frente a qualquer instabilidade fisiológica do paciente, buscando sempre manter as funções vitais estáveis até definir o diagnóstico e propor um tratamento para corrigir o problema.

O relatório expõe a importância do módulo de urgência e emergência para a formação médica do acadêmico. O módulo pretende propiciar o desenvolvimento do raciocínio e a aquisição de habilidades, visando melhorar a competência diante do atendimento a pacientes graves ou na iminência de um evento agudo em qualquer faixa etária.

Albanese (2014) e Fernández (2017) dizem que a discussão de casos clínicos, constitui uma ferramenta pedagógica fundamental no ensino da medicina. Este método resulta de forma motivante e atrativo para os estudantes, visto que apresenta uma aproximação com o entorno real onde desenvolve-se sua vida profissional. Esse modo possibilita a treinar em situações que certamente se enfrentará uma vez formado.

INTRODUÇÃO

O módulo do internato de Urgência e Emergência tem como objetivo central explorar no âmbito laboral as habilidades do acadêmico para conhecer, avaliar e reforçar as virtudes e as imperfeições do estudante. Para execução do módulo, foi utilizando o modelo de experiências vividas associadas a estudos de casos individuais, os quais foram vistos nos cenários da Rede de Atenção às Urgências: Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Componente Hospitalar.

Dos conceitos da resolução CFM nº1.451 de 10 de março de 1995 sobre urgência e emergência: urgência é a ocorrência imprevista do agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata; já emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Para compreender o estado apresentado pelo paciente ao chegar no atendimento hospitalar, os serviços de saúde enquadram o usuário em uma classificação de risco, que de acordo com Melo (2011) e Brasil (2004), se caracteriza por ser um processo dinâmico para identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento. O objetivo em realizar tal classificação é melhorar o atendimento, determinando a prioridade e hierarquizar do serviço a ser prestado conforme a gravidade.

Martins, Neto e Velasco (2017) destacam que as afecções podem ocorrer em qualquer órgão de nosso organismo que podem implicar doenças graves. Porém, como regra geral, essas condições torna-se uma emergência quando repercutirem em um dos três grandes sistemas: cardiovascular, respiratório ou o sistema nervoso central, tornando esse paciente como prioridade de atendimento.

A identificação rápida do paciente crítico pode ser feita observando-se as repercussões nesses três sistemas. Alguns estudos demonstram diminuição das paradas cardiorrespiratórias simplesmente identificando e priorizando o atendimento do paciente potencialmente grave. (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017)

As diretrizes de 2010 da American Heart Association preconizam que a sequência de RCR deva ser C-A-B (compressão torácica/abrir vias aéreas ventilação/boa respiração), evitando-se o atraso na realização das compressões torácicas.

Conforme Martins, Neto e Velasco (2017) uma vez identificada a situação de potencial emergência, o primeiro passo é sempre pedir ajuda, preconizado pelo suporte básico (BLS) e avançado de vida (ACLS).

Sobre a realidade em Foz do Iguaçu-PR, o serviço de urgência e emergência dispõe de um trabalho altamente qualificado e de uma equipe multiprofissional, presencial 24 horas por dia, que tem como objetivo atender com agilidade e, sobretudo, acompanhar a melhora do paciente até o momento da liberação ou transferência para unidade de internação. Para que ocorra essa prestação de serviço de excelência, faz-se necessário que a equipe apresente conhecimentos, habilidades e atitudes com articulação própria para alcançar a finalidade do atendimento com um serviço de assistência multidisciplinar e seguro.

Desde o atendimento pré-hospitalar até chegada do paciente ao componente hospitalar, a cidade de Foz do Iguaçu dirige o primeiro atendimento através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a classificação de risco é primordial para o atendimento pré-hospitalar, segundo Vieira (2011, p. 13) a classificação de risco possui o objetivo de identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até observação médica. Por tanto os profissionais seguem o protocolo de Manchester que segue a seguinte escala de classificação.

Figura 1. Protocolo de Manchester



Fonte: extraída do sítio web redec.com.br, artigo “Importância do protocolo de Manchester”, 2019.

CASO CLÍNICO I – REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (RNC)

Estava de plantão na UPA Samek, no período da manhã. Plantão tranquilo, sem muita coisa para fazer até a chegada de um paciente do SAMU com um quadro de RNC importante. Segui acompanhando o caso.

ID: E.C., 67 anos, feminino.

QP: “Quieta”.

HDA: Paciente acompanhada de familiar, trazida pelo SAMU com quadro de RNC, Glasgow 9 (O4V1M4), apresentando hipoglicemia 51 mg/dl. Familiar relata que há 2 dias está sem alimentação, mas em uso correto de medicações. A mesma refere que dias anteriores a paciente conversava e andava. Nega febre, diarreia, distúrbios urinários e demais sintomas.

HPP: HAS, DM, sequela de AVC (cegueira) há 4 meses. Nega alergias medicamentosas, nega tabagismo e etilismo.

Medicações de uso contínuo: AAS, Sinvastatina, Omeprazol, Losartana (2xdia), Glibenclamida (3xdia) e Metformina 500 mg (3xdia).

Exame físico:

MEG, não responsivo, anictérica, acianótica, febril, hipocorada +/-, eupneica em O2 5L
SSVV: FC: 96 bpm, FR: 22 irpm, PA: 177/85 mmHg, T: 38,1°C, Sat: 95% em uso de O2 máscara de reservatório 5L

Neuro: Glasgow 9, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de lesão neurológica

AC: BCNF RR em 2 T com sopro

AR: MVP com roncos difusos e estertores crepitantes em bases

MEMBROS: Panturrilhas livres, sem sinal de empastamento e sem edema

Diagnostico sindrômico: síndrome da hipertensão intracraniana (HIC)

Hipóteses Diagnósticas:

- Abscesso cerebral?
- AVC?
- Covid-19?
- Sepse de foco pulmonar/urinário?

Primeira Conduta:

- Solicitação de Rx de tórax PA
- Solicitação de exames laboratoriais
- Correção glicêmica (Soro glicosado 5% + glicose 50%)
- SVD
- Prescrição de Diazepam + dipirona

Exames complementares:

- Rx tórax: Presença de infiltrado bilateral, predominante à direita.
- **Leucócitos:** 12.040 // **Plaquetas:** 306.000 // **Ureia:** 54 // **Creatinina:** 0.50 // **PCR:** 4,4
- Gasometria: alcalose metabólica
- Urina grumosa em sonda

Processo de IOT: Importante RNC, Glasgow 6 (O1V1M4)

- Saturação < 90% com O2
- Tubo 7,5
- Lidocaína 4,20 ml
- Succinilcolina 5 ml
- Amiodarona 3 ml
- Prótese dental retirado
- Coxim
- 1º tentativa: interna Natalia
- 2º tentativa: Dra. Rynna

Segunda Conduta:

- Solicitação de TC de tórax
- Solicitação de TC de crânio
- Hidratação EV com SF 0,9% 100 ml/h
- Início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro com ceftriaxona
- Mantenho paciente em leito
- Monitorização respiratório, hemodinâmico e neurológico

Discussão do caso clínico

O manejo empírico de um paciente comatoso começa imediatamente na chegada, antes de qualquer diagnóstico definitivo. Enquanto a avaliação é iniciada o manejo prioriza a oxigenação e a perfusão.

Todos os sinais vitais devem ser obtidos. Busca-se uma saturação de oxigênio de 96% para evitar que ocorra ambos extremos de hipóxia e hiperóxia. O acesso intravenoso (IV) é estabelecido e a monitorização cardíaca é iniciada. A rápida obtenção dos níveis de glicose à beira do leito é indicada e a hipoglicemia, se presente, deve ser tratada imediatamente (WALLS et al., 2019).

Se todas as medidas iniciais não resultarem em melhora imediata, deve-se reavaliar a capacidade do paciente de proteger e manter uma via aérea patente. Do contrário, a impossibilidade de oxigenar, ventilar e proteger as vias áreas são indicações de intubação. Lembrando que as recomendações para intubação endotraqueal são na maioria dos pacientes em coma com score ECG (figura 2) de 8 ou menos e para qualquer paciente que não seja capaz de sustentar a automanutenção e proteção das vias áreas.

Uma vez que a via área tenha sido protegida, recomenda-se tratar empiricamente com ceftriaxona 2000 mg IV, antes da TC de crânio ou outros antibióticos como vancomicina se resistência ao pneumococo forem altas ou de algum patógeno adquirido no hospital. Se houver suspeita de encefalite, o aciclovir empírico, 800 mg IV, é recomendado. (WALLS et al., 2019)

Diagnósticos críticos

- Hipoglicemia: dentro dos achados clínicos comuns encontra-se diaforese, tremores, palpitações (Sistema Nervoso Autônomo) e fraqueza, cansaço, cefaleia, sonolência, dificuldade para falar, confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, convulsões e déficits neurológicos (Neuroglicopênicos). Tratamento com glicose 50%.
- Sepsis: Critérios de SRIS, perfusão periférica inadequada, delírio. Tratamento com solução isotônica, antibióticos adequados, controle da fonte infecciosa.

Observação: Embora exista mais diagnósticos críticos, menciono os que mais se adequam ao caso clínico.

Figura 2. Escala de Coma de Glasgow

PARÂMETRO	CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR		
Abertura ocular antes da estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular após comando de voz	Ao som	3
Abertura ocular após estimulação dolorosa	À dor	2
Em momento nenhum os olhos se abrem, sem fator de interferência	Sem resposta	1
Olhos fechados devido a fator local	Não testável (NT)	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL		
Responde corretamente o nome, local e data	Orientado	5
Desorientado, mas se comunica de forma coerente	Confuso	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras inapropriadas	3
Apenas gemidos ou grunhidos	Sons incompreensíveis	2
Ausência de resposta verbal, sem fator de interferência	Sem resposta	1
Fator que interfere na comunicação	NT	NT
MELHOR RESPOSTA MOTORA		
Obedece a ordens com 2 ações	Obedece a comandos	6
Move a mão pelo corpo ou acima do nível da clavícula em resposta ao estímulo	Localiza dor	5
Flexiona rapidamente o braço ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Retirada à dor	4
Flexiona o cotovelo com adução do antebraço sobre o braço, padrão predominante claramente anormal	Flexão em resposta à dor	3
Estende o cotovelo com abdução do antebraço	Extensão em resposta à dor	2
Ausência de movimentos nos braços ou pernas, sem fator de interferência	Sem resposta	1
Paralisado ou outro fator limitante	NT	NT

Modificado de Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 2:81-84, 1974.

Imagem extraída do livro de Rosen.pdf pág 333

Considerações do acadêmico: Acompanhei este caso pela importância de saber atuar e manejar um quadro de RNC, sepse e hipoglicemia. Quadros altamente relevantes e comuns na prática de emergência. Tive uma experiência gratificante com minha preceptora, a Dra. Rynna, plantonista do dia, devido a oportunidade que me deu com a primeira tentativa de intubação, procedimento explicado em seguida. Da minha perspectiva, por ser minha primeira tentativa, estava com medo e nervosa, porém a Dra. conseguiu transmitir uma ótima confiança, o que ajudou muito na ocasião.

CASO CLÍNICO II – TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Este foi um caso bastante difícil para identificar, pois o diagnóstico não foi tão óbvio. Pensei em muitos outros diagnósticos até chegar à conclusão do que se tratava. A princípio pensei em uma simples dispepsia ou um consumo de álcool. Cheguei a levantar também a hipótese que se tratava de um refluxo gastroesofágico até que concluí que o paciente estava passando por um infarto. Só pude chegar a esse diagnóstico após a chegada da tomografia. Devido a dificuldade que tive em diagnosticar, decido apresentar ele neste relatório.

Paciente deu entrada na UPA dia 10/08/2020, deixei de acompanhar ele até dia 12/08.

ID: A.I.H., masculino, 66 anos.

QP: “Dor de barriga e vômitos”

HDA: Paciente acompanhado da filha (L) relata que o mesmo apresenta tosse seca e “pigarro” há 10 dias aproximadamente, fazendo uso contínuo de xaropes (não sabe indicar o nome) com pouca melhora. Evolui no último dia com epigastria e êmese com piora na data de hoje. Nega outras queixas.

HPP: Nega comorbidades, nega alergias medicamentosas. Tabagista, refere cistectomia há 3 anos.

Exame Físico:

REG, hipocorado, taquicárdico, eupneico em AA, afebril.

AC: BCNF irregular em 2T, sem sopros. FC: 172 bpm

AR: MVP sem RA.

ABD: RHA+, timpânico, indolor à palpação.

Diagnóstico sintomático: síndrome arritmica

Hipóteses Diagnósticas:

-FA de alta resposta?

Conduta:

-Solicitação de exames laboratoriais + ECG

-Massagem vagal

-Início amiodarona

-Vigiar padrão respiratório, neurológico e hemodinâmico

Exames complementares:

-ECG: FA (fibrilação atrial) + BRD (bloqueio de ramo direito)

-Exames laboratoriais alterados: KPTT: 40 segundos, Plaquetas: 65.000, CPK: 32 u/l

-TC tórax: Falha de enchimento de ramo segmentar basal anterior direito, sugerindo sinais de tromboembolismo pulmonar. Estruturas vasculares mediastinais de calibre normal, e contornos regulares. Calcificações parietais no arco aórtico. Traqueia e brônquio principais permeáveis e de calibre normal. Brônquios lobares e segmentares de calibre normal. Aumento das dimensões das câmaras cardíacas. Pequeno derrame bilateral, com predominância na direita.

- Paciente tratado inicialmente com metoprolol, clonazepam, amiodarona, dipirona, SF 0,9%, bromoprida, omeprazol, foi iniciado anticoagulante enoxaparina.
- Sinais vitais dia 12/08: FC: 80 bpm, PA: 100/70 mmHg, FR: 27 irpm, Sat:97% com O₂ 3L/min, T:35,6°C // HGT: 73 mg/dl

O Paciente apresentou no dia 12/08 hipoglicemia com HGT de 54, realizou-se 3 ampolas de glicose 50%. A FA de alta resposta agora controlada e TEP. Solicitação de transferência para o HMPGL.

Discussão do caso clínico e considerações do acadêmico

Na maioria das vezes a principal causa de TEP é uma TVP, um coágulo de sangue na perna que se desprende e viaja pela torrente sanguínea aos pulmões. Em casos raros pode ser por bolhas de ar, fragmentos de gordura ou partes de um tumor que possa obstruir a artéria pulmonar e causar uma embolia pulmonar.

Nos livros de estudo nunca mostram uma TEP associada com alguma outra doença, mas isso não quer dizer que não aconteça. Por isso que este caso apresentou dificuldades e particularidades, além de estar em uma pandemia causada pelo novo Sars Cov-2 que se apresenta com sinais e sintomas semelhantes a uma possível insuficiência cardíaca ou que pode levar a uma insuficiência respiratória aguda, este paciente apresentava um problema cardíaco e uma embolia pulmonar. Depois de realizar a investigação direcionada a um foco cardíaco descobriu-se a TEP no exame complementar. Após o resultado da tomografia computadorizada de tórax e me baseando na escala de Wells modificada para TEP, o paciente apresentava um escore de 7,5 pontos, ou seja, risco elevado para TEP. É importante lembrar que uma das causas reversíveis da FA é a embolia pulmonar, entre outras.

Figura 3. Escala de Wells

Escala de Wells Modificada para Embolia Pulmonar	
Criterio	Calificación
Signos y síntomas clínicos de enfermedad tromboembólica venosa	3.0
Embolia pulmonar como diagnóstico más probable	3.0
Frecuencia cardíaca > 130 latidos/minuto	1.5
Inmovilización o cirugía en las 4 semanas previas	1.5
Embolia pulmonar o enfermedad tromboembólica venosa previas	1.5
Hemoptisis	1.0
Cáncer	1.0
Riesgo de Embolia pulmonar de acuerdo al puntaje obtenido	
<2.0 : Riesgo Bajo 2.0 – 6.0: Riesgo Moderado >6.0 : Riesgo Alto	

Escala extraída da página web arteriasyvenas.org

Tratamento: o uso de drogas antiarrítmicas para controle do ritmo é geralmente o tratamento de escolha para pacientes com FA, neste caso foi utilizada amiodarona. Sem esquecer que existe dois tipos de cardioversão, a cardioversão farmacológica (CVF) e a cardioversão elétrica (CVE). Recomenda-se a CVF na emergência (paciente estável) e a CVE na urgência (paciente instável). Sobre o tratamento da TEP o objetivo é romper os coágulos e evitar que se formem novos coágulos, com anticoagulação plena com heparina ou mais recentemente com anticoagulantes orais não dependentes de vitamina-K. Foi utilizado enoxaparina uma heparina de baixo peso molecular.

CASO CLÍNICO III – PANCREATITE?

Dentro dos casos mais prevalentes, além do covid-19, foi a pancreatite tanto no cenário das UPAS como no ambiente hospitalar. A maioria foi pancreatite aguda, mas tive a oportunidade de acompanhar um caso de pancreatite necrosante. Coloquei este caso porque no meu ponto de vista não era pancreatite ou talvez fosse um quadro atípico de pancreatite.

ID: M.H.P.P., feminino, 51 anos

Resumo do caso: Paciente ingressa na unidade dia 14/08/2020 com quadro de vômitos persistentes, poliúria, polidipsia, prostração, tontura, letargia e anorexia há 7 dias. Paciente relata que o quadro começou com o início da sinvastatina de 40 mg. Relata evacuações ausentes, boca amarga e inapetência há 4 dias. Nega outros sinais e sintomas.

HPP: Nega diabetes, nega alergias medicamentosas.

MUC: Sinvastatina, losartana, hidroclorotiazida, anlodipino e salbutamol.

Exame físico:

Paciente BEG, LOTE, comunicativa, normocorada, normotensa, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, eupneica em AA

SSVV: FC:116 bpm, FR: 18 irpm, PA: 110/80 mmHg, T:36°C, HGT: 364 mg/dl, Sat:96% em AA

Neuro: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes

AC: BCNF RR em 2T sem sopros. Pulsos cheios e simétricos.

AR: MVP sem RA. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório

Abd: Globoso, depressível, RHA diminuídos, indolor a palpação superficial e profunda. Sem VMG nem massas palpáveis.

Exames complementares:

Laboratório 16/08: Hb: 14,6 // Ht: 42,9 // Leuco: 11.620 // plaq: 176.000 // PCR: 3,4 // Ur: 76 // Cr: 0,70 // Na: 163 // K: 3,2 // Ca: 8,9 // TGO: 42 // TGP: 46 // Urina: proteinúria 3+/4+ // glicosúria: 3+/4+ // corpos cetônicos: 2+/4+ // Hb: +/4+ // Gasometria: pH: 7,43 // pCO₂: 42 // pO₂: 71 // HCO₃: 27,9 // Sat: 95%

TC abdômen total 15/08: redução difusa de atenuação hepática inferindo deposição gordurosa (esteatose).

Diagnóstico sintomático: Abdômen agudo inflamatório

Hipóteses Diagnósticas:

-Pancreatite

Medicações administradas:

-SF 0,9% // Cloreto de potássio 19,1%; 2 ampolas // insulina regular // captopril // dipirona // bromoprida // insulina NPH // hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio // omeprazol // água potável

Condutas:

- Manter hidratação com SF hipotônico
- Hidratação oral 250 ml 2/2 hrs
- Laboratório de rotina
- Simeticona 75 mg
- Lactulose 667 mg
- Furosemida 2 ampolas
- Aceito no HMPGL

Discussão do caso clínico e considerações do acadêmico

O que eu mudaria na conduta do médico com base na hipótese diagnóstica seria na investigação. Se for pancreatite o diagnóstico laboratorial geralmente baseia-se nos níveis séricos de amilase e lipase. Embora a amilase aumente na pancreatite também pode ser visto em muitas outras condições, como neoplasias malignas, queimaduras, traumas, colecistite etc. Níveis elevados de lipase podem também ser vistos em determinados processos de doença extra pancreáticos, mas são mais específicos para a pancreatite do que a amilase.

Na pancreatite aguda, o nível da amilase normalmente se eleva em 3 a 6 horas e permanece elevada por aproximadamente 3 a 5 dias. Embora o nível de lipase comece a aumentar ao mesmo tempo que o nível de amilase, ela atinge seu ápice mais rapidamente; devido à reabsorção renal, ao invés de excreção, mantém-se elevada por 1 a 2 semanas. (Walls et al., 2019)

Sobre a hipótese diagnóstica, eu pensei também em uma cetoacidose diabética pela apresentação clínica do paciente e os resultados dos exames laboratoriais. Também porque vários processos de doenças tem a capacidade de imitar a apresentação da pancreatite aguda e devem ser considerados no diagnóstico diferencial. A cetoacidose diabética é uma alteração sistêmica que, como falei anteriormente, seu processo de doença tem a capacidade de imitar o processo da pancreatite, porém eu teria pensado primeiro na cetoacidose diabética e depois na pancreatite. Além do mais, o diagnóstico da pancreatite aguda está embasado na presença de, ao menos, dois de três critérios: características clínicas, resultados de exames laboratoriais e imagem.

As características clínicas referem-se ao quadro clássico e aos achados no exame físico, geralmente dor constante na região epigástrica (com ou sem irradiação para as costas) e dor na palpação. E os outros dois critérios dependem de exames diagnósticos. Este paciente não apresenta nem um critério dos três, mas como dito anteriormente, pode ser um caso atípico.

Tratamento: Na pancreatite aguda o tratamento é principalmente de suporte. A reposição volêmica é importante porque os pacientes frequentemente estão desidratados, seja pela redução da ingestão oral, vômitos, diarreia ou outras causas. Se disponível, recomenda-se soro ringer lactato (RL) porque parece oferecer melhores resultados. Estar atentos com os níveis dos eletrólitos caso devam ser corrigidos e com o manejo da dor. Sobre a dieta, recomenda-se nutrição oral ou enteral já que pode ser terapêutico. E por último, os antibióticos não estão indicados para prevenção de seqüela infecciosa, mesmo nos casos graves. O uso deve ser limitado a pancreatite necrosante infectada ou infecções extra pancreáticas.

CASO CLÍNICO IV – DIABETES DESCOMPENSADA MAIS HIPERCALEMIA

Ao princípio não quis pegar esse caso para relatar. Não por não achar importante, pelo contrário, é sim um caso importante. Tive dúvidas em escolher devido a ser um caso muito comum. Porém, depois de pensar bastante, imaginei que sempre vai ter casos interessantes de aprender, mas se você não conhece o básico como correção da glicemia ou de um distúrbio metabólico, que também pode levar o paciente ao óbito, não tem sentido.

ID: L.G.S., masculino, 53 anos

P1- IRC hemodiálise

P2- DM insulínodépendente

P3- B24

Resumo do caso: Paciente conduzido pelo SAMU, apresenta uma dor em hemitórax esquerdo que irradia para região epigástrica com início há 1 dia. Acompanhado de sudorese, hiperglicemia. Diarreia intensa e fétida, palidez cutânea, hipotensão e dessaturação em AA. Paciente apresenta picos de hiperglicemia 380 HGT e hipoglicemia 54 mg/dl.

Primeiras medidas: Inicia-se com oxigenoterapia com máscara de reservatório a 3L/min chegando a uma saturação de 99%. Foram solicitados exames laboratoriais e eletrocardiograma.

Exame físico:

Paciente REG, LOTE, desidratado +/4+, hipocorado +/4+, anictérico, acianótico, afebril

Neuro: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes, sem sinais de lesão neurológica.

AR: MVP sem RA, ausência de esforço respiratório. Eupneico em O2

AC: BCNF RR em 2T, sem sopros audíveis. Pulsos cheios e simétricos com pulso radial.

Diagnóstico síndrômico: síndrome arritmica

Hipóteses Diagnósticas:

-Hipercalemia

-DM descompensada

Exames complementares

- Exames laboratoriais 18/08 3:55 hrs: Hemograma: hem 1,98 // Hb 7,30 // Ht: 22,10% // Leuco: 5.220 // Plaq: 229.000 // Ur: 82 // Cr: 7,40 // K: 6,2 // CPK: 44 // Fosfatase alcalina: 48 // Lac: 46 // Troponina I: 0,040
- Exames Laboratoriais 18/08 11:52 hrs: Ur: 92 // Cr: 7,90 // K: 6,5 // Ca: 11,3 // CPK:

- Exames laboratoriais 19/08: hem 1,76 // Hb: 6,70 // Ht: 19,30 // Leuco: 6.270 // Plaq: 147.000 // Ur: 101 // Cr: 9,90 // Na: 140 // K: 6,7 // CPK: 3,5 // Lact: 6,40 // CKMB: inferior 3 // PCR: 3,2 // TGO: 18 // TGP: 17 // Troponina I: 0,041
- Primeiro ECG: alteração da onda T com pico
- Segundo ECG: Ritmo sinusal normal, hipertrofia atrial esquerda. Inversão da onda T, possível isquemia do miocárdio.

Conduta:

-Solicitação de vaga no HMPGL

Discussão do caso clínico e considerações do acadêmico

Vale lembrar que a hipercalemia é o distúrbio eletrolítico mais perigoso, podendo causar arritmias graves e morte. Geralmente é assintomático e a ocorrência de parada cardíaca pode ser seu primeiro “sintoma”. (Walls et al., 2019)

A concentração sérica do potássio é rigorosamente regulada pelos rins. A hipercalemia geralmente se desenvolve a partir de excreção renal inadequada ou liberação excessiva de potássio pelas células. No entanto, na ocasião de doença renal crônica avançada ou doença renal dialítica, a ingestão dietética de potássio pode ser um fator significativo para o surgimento da hipercalemia. (Walls et al., 2019)

Segundo Walls (2019), quase qualquer tipo de arritmia cardíaca pode ser visto como uma hipercalemia, incluindo bloqueios cardíacos, bradiarritmias, pseudoinfartos, padrão clássico de “onda senoidal” ou padrão de Brugada. Com o avanço da hipercalemia no paciente o resultado é uma parada cardíaca. Em termos de quantidade sérica de potássio, uma concentração de 10 mEq/L geralmente é fatal, porém descompensação e morte pode ocorrer em qualquer concentração acima de 7 a 8 mEq/L.

Dentro das classificações estão: leve (K 5,5 a 6,0), moderada (K 6,1 a 6,9) ou grave (K > 7,0). Pacientes com hipercalemia moderada a grave podem apresentar problemas gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreia, condições que são comumente atribuídas às suas doenças de base. (Walls et al., 2019)

O diagnóstico de hipercalemia pode ser feito com o ECG que é útil em pacientes instáveis que precisam tratamento imediato. O eletrocardiograma mostra várias alterações que sugerem hipercalemia, mas se tratando deste caso clínico em específico vou mencionar

somente a onda T apiculada no primeiro ECG realizado, que aparece com concentrações séricas de potássio superiores a 5,5 a 6,5 mEq/L.

Tratamento: o tratamento deve ser guiado pelo cenário clínico, o ECG e a concentração sérica de potássio, que consiste em três etapas principais: (1) estabilização da membrana cardíaca, (2) deslocamento de potássio para dentro das células e (3) remoção de potássio do corpo. (Walls et al., 2019)

Figura 4. Tratamento da Hipercalemia

Tratamento da Hipercalemia

TRATAMENTO	MEDICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Estabilizar a membrana cardíaca	Cloreto de cálcio (10 mL, máximo de 20 mL) ou gluconato de cálcio (10 a 30 mL), bólus EV	Para o QRS largo, restaura o gradiente elétrico; não diminui potássio sérico Início em minutos; dura de 30 a 60 minutos
Deslocar o potássio para o meio intracelular	Insulina, 10 unidades, bólus EV, combinado com 100 mL de glicose a 50%, bólus EV Salbutamol inalado, em alta dose, por máscara facial (15 a 25 mg por inalação contínua) Bicarbonato 50 a 100 mL Salina a 0,9% 100 a 250 mL	Insulina: início em < 15 minutos; efeito máximo em 30 a 60 minutos (redução de ~ 0,6 mEq/L) Salbutamol inalado: Início em < 15 minutos (redução de 0,5 a 1 mEq/L) Se estiver com acidose grave Em conjunto com o nefrologista, se dialítico
Remover o potássio do corpo	Hemodiálise Solução salina a 0,9% e furosemida Resina de troca iônica	Emergencialmente em parada cardíaca, urgentemente em insuficiência renal; pode ser postergada se a função renal estiver normal Em pacientes com rabdomiólise ou síndrome de lise tumoral com produção inalterada de urina, não efetiva na forma aguda

EV, Endovenosa.

Imagem extraída do livro Medicina de Emergência- Rosen.pdf pág 2674

O paciente foi tratado com gluconato de cálcio, insulina e furosemida segundo o prontuário, foi solicitada a transferência devido a necessidade de transfusão de hemácias; última hemoglobina de 6,70 no exame do dia 19/08.

CASO CLÍNICO V – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

Algo bastante típico em urgência e emergência é a dor torácica. É muito importante identificar os sinais e sintomas do paciente para descartar uma SCA. Ao chegar o paciente que apresentava as características que irei detalhar em seguida, quis acompanhar e decidi relatar aqui.

ID: F.C.S.C., masculino, 65 anos.

QP: “Falta de ar”

HDA: Paciente trazido pelo SAMU da UPA Samek, com queixa de dispneia moderada, palpitações aceleradas e dor torácica tipo aperto de início há 4 horas. Relata que começou uma discussão com sua nora que desencadeou a dor no peito. Refere constipação crônica e faz uso de laxantes. Nega tosse, febre, odinofagia, náuseas, vômitos, distúrbios urinários e demais sintomas.

HPP: HAS, DM tipo II, Asma e um problema no coração (não sabe indicar qual) Ex-tabagista cessou há 25 anos e fumou por mais de 35 anos. Nega alergias medicamentosas.

MUC: paciente não sabe indicar os nomes dos medicamentos.

Exame físico:

Paciente REG, LOTE, anictérico, acianótico, afebril, hipocorado +/4+, hidratado, eupneico em AA

SSVV: FC: 58 bpm, FR: 20 irpm, PA: 160/100 mmHg, T: 35,6°C, HGT: 148 mg/dl, Sat:97% em AA

Neuro: Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes, sem sinais de lesão neurológica

AC: BChP RR em 2T, sem sopros audíveis. Pulsos cheios e simétricos com pulso radial.

AR: MVP com crepitações difusos, ausência de esforço respiratório.

ABD: Plano, depressível, RHA+, indolor à palpação superficial e profunda, sem VMG nem massas palpáveis.

Membros: Quentes, sem edema, panturrilhas livres.

Diagnostico sindrômico: síndrome coronariana

HD:

- Covid-19?
- SCA?
- IC?
- BRE
- DPOC exacerbado

1º Conduta:

- Solicitação exames laboratoriais + enzimas cardíacas + gasometria arterial
- Solicitação de Rx de tórax + ECG
- Medidas broncodilatadoras
- Prescrição de sintomáticos
- Reavaliar após

Exames complementares:

Lab: Hb 12,9 // Ht 37,10 // leuco: 10.920 // basto : 4% // segm: 88% // neutro: 92% // plaq: 219.000 // Ur: 83 // Cr: 2,10 // Na: 139 // K: 5,9 // CPK: 141 // CKMB: 169 // PCR: 0,5 // Troponina I: 0,536 // Gasometria: pH 7,37 // pCO2 42 // pO2 84 // HCO3 24,30 // Sat: 96%
ECG: bloqueio de ramo esquerdo (BRE)

2º Conduta:

- Início do protocolo SCA: Clopidogrel + AAS
- Solicitação de vaga no HMCC

Discussão do caso clínico e considerações do acadêmico

Segundo o Walls (2019) a síndrome coronariana aguda (SCA) refere-se a um espectro de doenças que ocorrem como resultado de uma isquemia miocárdica aguda. SCA inclui desde uma angina instável (AI) até um infarto agudo do miocárdio (IAM). Sendo a morte súbita cardíaca (MSC) a forma mais extrema da síndrome coronariana aguda.

Segundo o protocolo de SAC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2018), a dor torácica é o principal sintoma da SCA. Uma dor que é tipicamente anginosa é precordial ou retroesternal, tipo aperto ou queimação, de início súbito e que irradia para o dorso, membros inferiores, cervical ou epigástrico. Porém, a isquemia pode-se apresentar como um equivalente anginoso: dor epigástrica, dispepsia, dispneia, náuseas, vômitos, sudorese, hipotensão e síncope. Três grupos de pacientes podem apresentar mais comumente o equivalente anginoso: idosos >75 anos, grávidas e portadores de Diabetes, doença renal crônica ou demência.

O eletrocardiograma fornece pistas para identificar alterações isquêmicas que sugerem infarto oclusivo ou não oclusivo. A principal alteração que sugere um infarto oclusivo é o supradesnivelamento de segmento ST.

O eletrocardiograma pode mostrar sinais isquêmicos como alteração do segmento ST e onda T, bloqueio atrioventricular, alterações dinâmicas entre ECGs. Pacientes com ECG completamente normal ainda tem uma possibilidade de 2% de apresentarem uma SCA. Já aqueles pacientes com alterações inespecíficas tem uma possibilidade de 9% de apresentarem uma SCA. (FMUSP, 2018)

No IAMSST (não oclusivo) ou angina instável, a isquemia leve pode se manifestar como ondas T alta e apiculadas, que é conhecido classicamente como isquemia subendocárdica. E por último, o grau maior de isquemia leva a infradesnívelamento de segmento ST chamada de lesão subendocárdica. A troponina T ou I de alta sensibilidade complementa a avaliação clínica e o ECG no diagnóstico, na estratificação de risco e no tratamento da SCA.

Antes de falar do tratamento, quero ressaltar que segundo o Walls (2019) a patência precoce resultante no salvamento miocárdico é o principal benefício da terapia de reperfusão de emergência, com o uso de fibrinólise ou intervenção coronariana percutânea. Reconhece que o tratamento oportuno nas primeiras horas após as manifestações dos sintomas pode resultar no salvamento quase ou total do miocárdio. Se prestado depois entre 2 a 12 horas mais tarde, o tratamento pode resultar em um benefício mais modesto, porém significativo.

Estabeleceu-se que a função preservada do ventrículo esquerdo e a mortalidade depois de 24 horas e de 30 dias estão diretamente relacionadas com a patência angiográfica aos 90 minutos. (Walls, 2019). A relação entre a rápida vascularização e a mortalidade foi demonstrada, mostrando que a cada 30 minutos de atraso para intervenção coronariana percutânea, o risco relativo de mortalidade depois de 12 meses aumenta em 7,5%.

Figura 5. Tempo de Reperusão

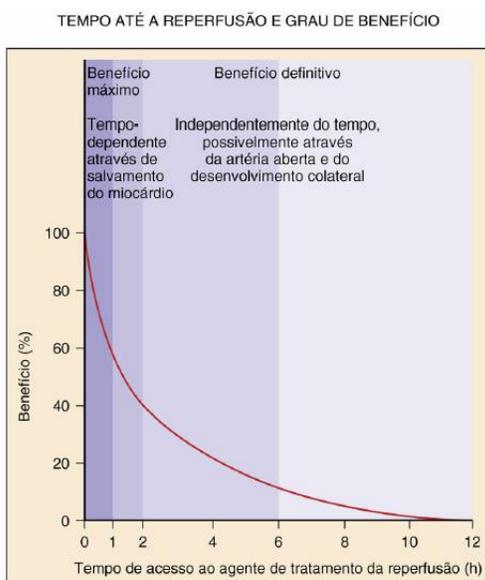


FIG. 68-25 Relação entre o tempo até a reperfusão e o benefício no STEMI. Essa figura descreve os dados humanos e animais combinados e representa o benefício tempo-dependente previsto, dependendo da duração do intervalo entre a oclusão da artéria coronária e a reperfusão. (Adaptado a partir de Tiefenbrunn AJ, Sobel BE. Timing of coronary recanalization: Paradigms, paradoxes, and pertinence. *Circulation* 85:2311, 1992; e de U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute [NIH Publication No. 93-3278], September 1993, p 8. Copyright © 1992 American Heart Association.)

Figurada extraída do livro de Medicina de Emergência- Rosen.pdf pág 1407

O emergencista deve buscar imediatamente a pronta recanalização da artéria obstruída, seja pelo uso de fibrinolíticos ou pela intervenção coronariana percutânea (ICP). Centros sem disponibilidade de hemodinâmica devem transferir o paciente com a meta porta-balão < 120 minutos. Coisa que não ocorreu com este paciente, pois o médico mentiu sobre o quadro clínico do paciente, retrasando o tratamento adequado. De forma resumida, um paciente com quadro IAM de tipo oclusivo o tratamento vai ser dividido em dois, dependendo do tempo de início dos sintomas: tempo porta-agulha é menor ou igual a 30 minutos, já se for menor ou igual a 90 minutos é porta-balão, embora este último pode se estender até 120 minutos.

Se o centro for intervencionista, a terapia antitrombótica na ICP primária é: aspirina 160 a 325 mg via oral; antagonista do ADP (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) e; anticoagulante (heparina não fraccionada ou bivalirudina). Nos centros não intervencionistas a terapia antitrombótica adjuvante é: aspirina 160 a 325 mg via oral, antagonista do ADP - apenas clopidogrel deve ser usado na trombólise farmacológica e se der anticoagulante usar preferencialmente a enoxaparina.

No pronto-socorro respiratório do Hospital Municipal tentou-se diminuir os riscos e mortalidade do caso clínico acima. É um exemplo de que em situações extremas e graves, as quais podem colocar a vida do paciente em risco, os profissionais têm que atuar rápido e proporcionar a melhor conduta para o bem-estar do paciente. Este caso foi um pouco desmotivador, primeiro porque atravessamos um momento crítico proporcionado pela pandemia, segundo devido a outros problemas banais, como por exemplo o fato do médico ter mentido sobre o quadro, o que proporcionou atraso no tratamento do paciente e o prejudicando.

PROCEDIMENTOS

FCC= Ferimento corto-contuso

FAF= Ferimento arma-fogo

FAB= Ferimento arma-branca

Suturas: Tive a oportunidade de realizar mais de 20 suturas ao longo do módulo, a maioria realizadas na UPA Walter. Coloquei as primeiras que realizei, para não ficar tão repetitivo. Em alguns dias, o médico colocava o fio e outros dias deixa por minha responsabilidade. Tive a iniciativa de trocar de fio de Nylon 2.0 para o Nylon 5.0 por ser na região da face em paciente jovem. Também tive a oportunidade em dois ocasiões de realizar suturas de planos profundos em mão esquerda e a outra na perna direita.

06/08/2020:

- Sutura de dois pontos no 4º quirodáctilo em paciente masculino, com ferimento corto-contuso na UPA Samek. Uso fio Nylon 3.0
- Sutura de três pontos no crânio na região do lobo parietal em criança de 11 anos, acompanhado do pai. FCC de 3 cm de diâmetro. Na UPA Samek. Uso fio de Nylon 2.0

08/08/2020:

- Sutura na UPA Walter de dois pontos no 2º quirodáctilo da mão esquerda, paciente Masculino. FCC realizada com fio Nylon 3.0
- Sutura na UPA Walter de três pontos na mão direita, paciente masculino. FCC, sutura realizada com fio de Nylon 3.0
- Sutura na UPA Walter de três pontos, paciente masculino, no braço direito, FCC. Sutura realizada com fio Nylon 3.0
- Sutura na UPA Walter de três pontos, paciente feminino, na mão direita, FCC. Sutura realizada com fio de Nylon 3.0

10/08/2020:

- Sutura na UPA Samek, de dois pontos no 2º quirodáctilo e 4º quirodáctilo da mão esquerda. FCC, sutura realizada com fio Nylon 3.0

12/08/2020:

- Sutura na UPA Samek, de dois pontos no lábio superior, paciente feminino. FCC, sutura realizada com fio Nylon 4.0

Avaliação de corpo estranho no olho

06/08/2020: paciente masculino, com sensação de corpo estranho no olho direito, relata que no trabalho caiu um pedaço de vidro no olho. Sendo avaliado o ocular, mostrando importante vermelhidão com lesão de córnea. Sem visualização do objeto. Encaminhamento do paciente para consulta de oftalmologia no HMPGL. Não foi aceito e foi redirecionado à clínica do Dr.Marcos.

16/08/2020: paciente masculino, com sensação de corpo estranho no olho direito, relata que estava cortando a grama, quando sentiu entrar alguma coisa no olho. Foi colocado o anestésico gotas, lavagem do ocular com SF 0,9% e com conote procura do objeto. Sem visualização do objeto. Foi colocado regemil e curativo oclusivo. Dado de alta com sintomáticos e orientações.

Sonda Nasoenteral

12/08/2020: paciente feminino, 30 anos aproximadamente, com tentativa de suicídio por intoxicação exógena, realizado SNE para lavagem gástrica. Na UPA Samek.

17/08/2020: paciente jovem, sexo feminino, 17 anos. Tentativa de suicídio por intoxicação exógena, realizado SNE para lavagem gástrica. Na UPA Walter.

Sonda Vesical de Demora

16/08/2020: paciente masculino, 50-60 anos. Realização de troca de SVD.

19/08/2020: paciente feminino, 70 anos. Controle da diurese.

Gasometria arterial

20/07/2020: tentativa de coleta de sangue arterial em paciente masculino de 50 anos que deu entrada por um quadro de dispneia severa. Paciente acordado em uso de oxigenoterapia. Tentei duas vezes, porém sem sucesso. Assim, deixei para a enfermeira fazer.

06/08/2020: tentativa de coleta de sangue arterial em paciente feminino de 67 anos, entrou com quadro de rebaixamento do nível de consciência e hipoglicemia. Realizei quatro tentativas sem sucesso em ambos membros superiores. Coleta realizada pela enfermeira que também teve bastante dificuldade, onde realizou outras quatro tentativas.

17/08/2020: tentativa de coleta de sangue arterial em paciente feminino de 72 anos que deu entrada por um quadro de dispneia e hipoglicemia. Realizada com sucesso.

Acesso venoso periférico

12/08/2020: paciente jovem que chega na unidade via SIATE, acidente carro-moto. Realizei

o acesso com instruções da técnica para administração de medicamentos analgésicos.

19/08/2020: paciente feminino de 70 anos, com necessidade de acesso para analgésicos, correção da glicemia e hidratação.

Intubação orotraqueal

06/08/2020: paciente feminino de 67 anos, incapacidade para proteger e manter uma via aérea patente, com necessidade de ventilação.

Procedimento de intubação de sequência rápida (ISR):

O ensino clássico da ISR se dá na divisão dos processos em 7 passos, denominados 7Ps, listados a seguir:

- 1 – Preparação
- 2 – Pré-oxigenação
- 3 – Pré-intubação (otimização)
- 4 – Paralisia com indução
- 5 – Posicionamento
- 6 – Posicionamento com comprovação
- 7 – Pós-intubação

Foi reunido e preparado todo o equipamento para intubação, solicitado tubo 7,5 e testado balonete, retirada da dentadura da paciente e visualizado grau 1 de Mallampati. A paciente foi colocada em posição com melhor alinhamento dos eixos, com ajuda de um coxim. A paciente foi pré-oxigenada com FiO₂ 100%, em seguida foi administrado a lidocaína depois de 3 minutos foi administrado succinilcolina. Depois, com ajuda da mão direita em forma de “C” para visualizar as pregas vocais e com a mão esquerda procedo para inserir a ponta da lâmina entre a língua e a superfície lingual dos dentes da mandíbula direita, com a língua deslocada para esquerda. Mantenho uma força suave para “cima e para fora” sobre o cabo e observo as pregas vocais. Com a mão direita peguei o tubo e quando estava no momento de colocar a luz do laringoscópio o aparelho desligou. Diante da situação, a doutora Rynna teve que proceder e terminar a intubação, pois a paciente estava hipossaturando. Intubação sem intercorrências.

Realizei a ausculta pulmonar e epigástrica para verificação do posicionamento do tubo, se realizou a fixação do tubo e a médica depois solicitou um raio x de tórax.

Observação: foi trocada a pilha do laringoscópio.

VIVÊNCIAS DA PANDEMIA – COVID-19

Quando a pandemia começou eu estava no cenário de Atenção Primária à Saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) do jardim São Paulo II. Iniciei as práticas em janeiro, juntamente com o início do internato. Ao iniciar o internato nesse período, a cidade já vinha enfrente uma grave problemática proporcionada pelos diversos casos de dengue, caracterizando um cenário de epidemia. Ao passar dos meses, o covid-19 logo foi ganhando território na nossa região e a demanda espontânea nas UBS foram diminuindo devido as pessoas começarem a ficar com medo de sair de casa, ficando apenas a população de grávidas e os casos suspeito de dengue se apresentando na unidade. Foi um cenário muito atípico, visto que toda a cidade teve seus hábitos modificados: ocorreu fechamento dos comércios, dos bares, restaurantes, escolas e da nossa própria universidade e das demais, entre outros exemplos. Devido a situação, os estagiários alocados nos postos de saúde foram realocados na vigilância de saúde da cidade para realizarem a busca ativa dos pacientes sintomáticos e seus contatos.

Com isso, durante quatro meses acompanhei o crescimento de casos em Foz do Iguaçu, desde a UBS e da secretaria de saúde. Após um tempo comecei a prestar serviços no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) nos setores de triagem, PS respiratório, UTI covid, UTDI, PS geral, plantão covid e enfermaria covid.

No HMPGL tive uma experiência enriquecedora. Passei por frustrações e cansaço, tive que lidar com pessoas bastantes complicadas, tanto da população como também dos próprios servidores do hospital. Logo no início, já tinha pessoal do hospital falando mal de alunos da nova turma que substituiria a turma de alunos anterior.

Como experiência pessoal, quando entrei no setor da triagem, não tinha ninguém que ensinasse o funcionamento do programa Tassy. Demorei dois dias para memorizar cada lugar onde tinha que entrar no programa para fazer o cadastro do paciente e o atendimento. Em contrapartida, tive a preocupação de explicar passo a passo para meus colegas que ficaram no meu lugar. Teria achando muito bom se alguém tivesse tido essa preocupação comigo, mas ficou como experiência de que em nenhum lugar e dificilmente alguma pessoa vai facilitar nada, mesmo que precisem da eficácia do serviço. Posso dizer que nesse momento vi como o trabalho em equipe eficaz, com um compartilhamento de informação, dificilmente existe.

Encontrei na triagem um cenário de fortaleza mental e emocional. Os acadêmicos da linha de frente do hospital sofrem humilhações, sede e fome. Realmente parecia uma batalha onde os internos de medicina colocariam a prova sua capacidade de resistência contra os pacientes mal-educados e por parte de alguns profissionais do hospital que muitas vezes pareciam que não estavam satisfeitos com nossa contribuição. Se caracterizou mais desafiador ainda, pois como interna e futura médica, eu tinha e tenho que prestar um serviço de qualidade.

A única coisa que me reconfortava era as motivações da professora coordenadora do módulo de urgência e emergência e dos colegas que estavam e passaram pela mesma situação. Depois que mudei de lugar, as coisas foram melhorando. No pronto socorro respiratório desenvolvi minha capacidade de avaliar um paciente com sintomas leves, intermédios e graves. Cada dia cresci em rapidez e destreza, porém sem perder o enfoque médico que é a qualidade do serviço prestado.

Na Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas (UTDI) - inaugurada diante do cenário de pandemia, o pronto socorro respiratório e o pronto socorro geral foram meus cenários favoritos de atendimento, desde o ponto de vista acadêmico. Foram nesses locais que aprendi e vivenciei diferentes casos, e como atua o covid-19 desde o início e suas manifestações até o pior dos casos, os quais precisavam de suporte de oxigênio por ventilação mecânica. Cabe ressaltar que o pronto socorro geral foi o último setor de aprendizagem do módulo e abordou temas diferentes além do coronavírus.

Para finalizar quero agradecer a minha professora de Urgência e Emergência, a Dr^a Flávia. Mulher firme e com muita paciência para enfrentar todos os desafios. Uma professora exemplo que sempre esteve conosco, que lutou conosco e por nós. Realmente sou totalmente agradecida por ela e também por cada dia nos brindar com palavras de encorajamento para seguir diante das situações, sempre nos preparando para o futuro. Quando lembro dela é como se viesse aquela famosa frase de Aristóteles “Não existe um grande gênio sem uma pitada de loucura” e é o que ela demonstrou ser, uma grande profissional, uma grande pessoa, uma profissional com um estilo ímpar para desafiar e vencer os problemas. De coração, muito obrigada professora.

Quero terminar com a frase do filósofo René Descartes “não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis”. Acredito que em meio da pandemia, do internato, da

população e do pessoal do hospital, aprendi e cresci como pessoa. Cresci emocionalmente e profissionalmente. Então é verdade, não existe métodos ou caminhos fáceis para chegar na vitória, mas quando o objetivo final é realizar um sonho, qualquer obstáculo gigante se torna pequeno diante da vontade de vencer.

CONCLUSÃO

O módulo de urgência e emergência apresenta uma metodologia que estimula a metacognição, que substitui o excesso de conteúdo pelo “aprender a aprender”, ajuda com a formação dos acadêmicos para construir ativamente seu conhecimento e capacidades para refletir sobre a própria prática. O ensino de emergências em cenários reais é insubstituível, integra o saber fazer, aliados ao desenvolvimento de habilidades. Sem esquecer a segurança do paciente.

Durante o módulo refleti sobre a prática como metodologia de aprendizado, além da vivência em ambientes de prática real e como isso ajudou a crescer meu conhecimento e me preparar para atender determinadas necessidades do sistema de saúde.

Em síntese, este módulo é fundamental na formação de médicos. Os acadêmicos estudam o caso com o preceptor, tomam decisões com o preceptor e atuam no bem-estar do paciente, tudo integrado na equipe. Foram realizados diferentes procedimentos enriquecedores na prática que evidencia um dia “normal” na urgência e emergência. Pelo que é fundamental ser apto e capacitado nesse âmbito e não aguardar ser recém-formado para aprender.

Quero ressaltar que no longo do módulo aprendi e presenciei muitos casos e procedimentos importantes que contribuíram no meu desenvolvimento acadêmico, cabe dizer que em vários cenários não tive muita oportunidade de realizar os procedimentos que eu queria. Como por exemplo com a intubação, já que devido ao protocolo de que esse procedimento, devido a pandemia, deve ser realizado por um médico experiente ou por se tratar de uma via aérea difícil. Porém, realmente aproveitei e gostei das práticas e dos conhecimentos fortalecidos e adquiridos.

Quero terminar com um provérbio chinês que me motivou quando senti que muitas vezes não sabia a resposta, quando fui aprendendo de pouco em pouco e agora sei aquilo que não sabia: “não tenha medo de crescer lentamente. Tenha medo apenas de ficar parado”.

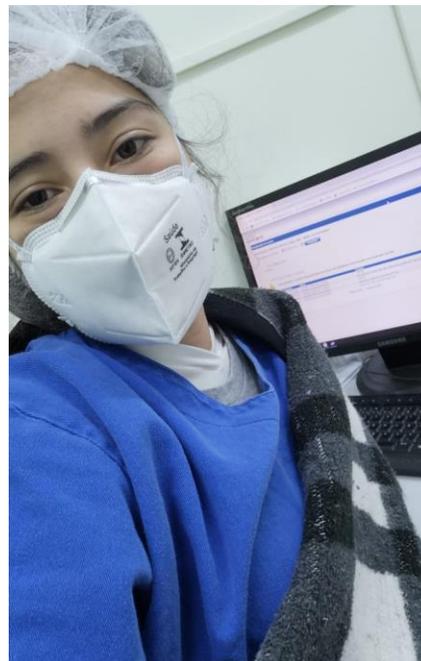
FIGURAS – DURANTE O MÓDULO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Figura 1 – Atendimento triagem



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 2 – Plantão Pronto Socorro Respiratório



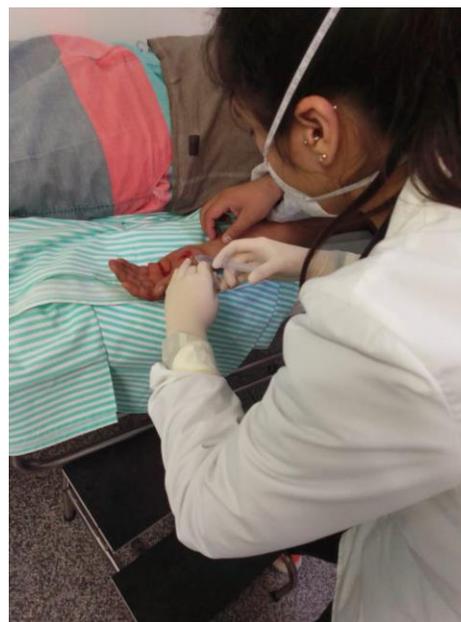
Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 3 – Suturas



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 4 – Suturas



Fonte: Elaborada pelo autor.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION 2010. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE: ECC Guideline Highlights.** [S. l.]: Mary Fran Hazinsk, 2010. 32 p. Disponível em: https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf. Acesso em: 1 set. 2020.

BOK YOO, Hugo Hyung. **TROMBOEMBOLIA PULMONAR.** [S. l.]: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 6 jun. 2018. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/tromboembolia-pulmonar/>. Acesso em: 25 set. 2020.

EMBOLIA pulmonar. [S. l.]: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 5 set. 2019. Disponível em: <https://medlineplus.gov/spanish/pulmonaryembolism.html>. Acesso em: 27 set. 2020.

FERNANDES, Cláudia Regina *et al.* Ensino de Emergências na Graduação com Participação Ativa do Estudante. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. 261-268, 10 jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a13v38n2.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

FMUSP, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (org.). **PROTOCOLO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: DIVISÃO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS.** São Paulo: FMUSP, 11 nov. 2018. Disponível em: <https://www.emergenciausp.com.br/wp-content/uploads/2019/02/Protocolo-de-SCA-09-11-18.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

FRANCO FILHO, Eugênio Santana; FRANCO, Apoema Rodrigues de Araújo. **Intubação de Sequência Rápida: Aprenda como fazer.** [S. l.]: Editora Sanar Ltda, 2019. ISBN 978-85-5462-167-4.

GÁMEZ, Nilvia Serrano *et al.* Utilidad de la discusión de casos clínicos en la enseñanza de pregrado de los estudiantes de medicina. **Revista Cubana de Reumatología**, La Habana, v. 19, ed. 1, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000400013#:~:text=Las%20discusiones%20de%20casos%20cl%C3%ADnicos%20constituyen%20una%20herramienta%20pedag%C3%B3gica%20fundamental,situaciones%20a%20las%20que%20seguramente%20. Acesso em: 15 ago. 2020.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2011. 132 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MEDICINA DE EMERGÊNCIA. **Medicina de Emergência:** para um paciente na emergência, um médico especialista. [S. l.], 2020. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/>. Acesso em: 1 set. 2020.

MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antonio Brandão; VELASCO, Ireneu Tadeu. **Medicina de Emergência**: Abordagem prática. 12. ed. rev. atual. e aum. Brasil: Manole, 2017. 1580 p. ISBN 9788520452981.

MAYEAUX.JR., E.J. **Guia ilustrado de procedimentos médicos**. [S. l.]: Artmed, 2012. 1007 p. ISBN 978-85-363-2676-4.

RODAS, Alejandro Enrique Barba; DE BARBA, Diana Fontes. As qualificações profissionais para o exercício da medicina no Brasil à luz da Constituição Federal. **Revista Jus Navigandi**, [S. l.], p. 1-4, 1 jan. 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/78831/as-qualificacoes-profissionais-para-o-exercicio-da-medicina-no-brasil-a-luz-da-constituicao-federal/4>. Acesso em: 25 set. 2020.

VIEIRA, C.A.S *et al.* **Abordagem ao Paciente Politraumatizado**: Protocolos Clínicos. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <https://www.sausedireta.com.br/docsupload/1344951314ProtocolotraumaMG.pdf>. Acesso em: 7 out. 2020.

WALLS, Ron M. *et al.* **Rosen Medicina de Emergência**: Conceitos e Prática Médica. 9. ed. [S. l.]: Elsevier, 2019. ISBN 9788535291131.

ZIMERMAN, LI *et al.* Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**: Arq Bras Cardiol, [s. l.], v. 92, n. 6, ed. 1, p. 1-39, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.