



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

**INTERNATO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO
DURANTE A PANDEMIA COVID 19**

ALINI BOLDORI

Orientador: Dra. Flavia Julyana Pina Trench

**INTERNATO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO
DURANTE A PANDEMIA COVID 19**

ALINI BOLDORI

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 para obtenção do título de graduação em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Flávia Julyana Pina Trench

ALINI BOLDORI

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO DURANTE A PANDEMIA
COVID 19**

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

FLAVIA JULYANA Assinado de forma digital
por FLAVIA JULYANA
PINA PINA
TRENCH:7272546 TRENCH:72725460930
0930 Dados: 2021.05.18
13:36:53 -03'00'

Orientador: Prof. Dra. Flavia Julyana Pina Trench
UNILA

Luis Fernando Boff Zarpelon
Docente UNILA
SIAPE 2208560

Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Roberto de Almeida
Médico intensivista
Especialista em Medicina Intensiva pelo RMI/AMB
CRM 14437-DF

Prof. Dr. Roberto de Almeida
UNILA SIAPE 1193235

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Alini Boldori.
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 Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no internato durante a pandemia COVID 19.

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 19/05/2021

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 LatinoAmericana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, 19 de maio de 2021.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma me ajudaram ao longo desta caminhada, principalmente a minha família que sempre me apoiou acreditando em meus sonhos.

Agradecimentos

À Deus pelo dom da vida, que permitiu que tudo isso acontecesse, por todas as alegrias, pela saúde e pela força que me concedeu para que eu conseguisse chegar até aqui.

Aos meus pais pela vida, apoio, incentivo e força para vencer as dificuldades. Exemplos de seres humanos humildes, honestos e trabalhadores. Certamente sem a participação de vocês seria impossível vencer esta etapa.

Ao meu noivo Diogo Weirich, pela ajuda, paciência, compreensão, apoio e afeto. Por nunca me deixar sozinha naquelas horas mais difíceis, sempre me incentivando a continuar. Este mérito é seu também.

Aos meus sogros e aos meus cunhados Jaqueline e Charles agradeço imensamente por toda ajuda e apoio dado nesta minha caminhada, não tenho palavras para descrever minha gratidão, Deus abençoe a todos.

Aos meus irmão, sobrinhos, afilhados e amigos que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo nestes anos, sempre entenderam que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

À todos os professores da Universidade Federal da Integração Latino-Americana pela excelência da qualidade técnica de cada um, cuja dedicação e atenção foram essenciais para minha formação.

E em especial a minha orientadora Flavia Julyana Pina Trench por aceitar conduzir o meu trabalho, pela paciência e compreensão. Por compartilhar seus conhecimentos, contribuindo muito para a construção desta monografia. Agradeço imensamente.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, muito obrigada!

Alini Boldori

EPÍGRAFE

Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que
parecia impossível.

(Charles Chaplin)

BOLDORI, Alini. **Internato Urgência e Emergência no SUS**: Discussão de casos vivenciados no internato durante a pandemia Covid 19. 2021. Número de páginas P. 91. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

O presente relatório refere-se às atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado realizado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e nas Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Walter, sob supervisão de preceptores médicos, será descrito o processo de aprendizagem através da assistência e atendimento real aos pacientes. O objetivo do internato foi vivenciar as principais situações clínicas relacionadas à medicina de urgência e emergência que chegaram ao serviço assumindo a responsabilidade (com a supervisão do preceptor) do atendimento ao paciente agudo de forma global, desde a chegada até a estabilização do quadro, relacionamento com os familiares e planejamento de alta. A pandemia Covid 19 chegou de forma rápida e inesperada, exigindo dos profissionais celeridade adaptação à aprendizagem. O aprendizado se deu rapidamente por necessidade de atendimento de milhares de pessoas, que acionaram o serviço de saúde com diversas complicações de uma doença até então desconhecida no cotidiano dos profissionais. O esforço em se capacitar para atingir melhores ações de cuidado foi uma realidade. Isso deu a nós internos a oportunidade em crescer tanto de forma pessoal como profissional, foi e está sendo uma experiência que levaremos por toda a vida.

Palavras-chave: Covid 19. Pandemia. Urgência. Aprendizagem.

BOLDORI, Alini. **Internato Urgência e Emergência no SUS**: Discussão de casos vivenciados no internato durante a pandemia Covid 19. 2021. Número de páginas P.91. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

This report refers to the activities developed during the supervised internship carried out at the Municipal Hospital Padre Germano Lauck and in the Emergency Care Units João Samek and Walter, under the supervision of medical preceptors, the process of learning through assistance and real care will be described patients. The purpose of the internship was to experience the main clinical situations related to urgent and emergency medicine that arrived at the service, assuming the responsibility (with the supervision of the preceptor) to care for the acute patient globally, from the arrival to the stabilization of the condition, relationship with family members and discharge planning. The Covid 19 pandemic arrived quickly and unexpectedly, requiring professionals to adapt quickly to learning. The learning took place quickly due to the need to care for thousands of people, who called the health service with several complications of a disease hitherto unknown in the daily lives of professionals. The effort to train to achieve better care actions was a reality. This gave us interns the opportunity to grow both personally and professionally, it was and is being an experience that we will carry throughout our lives.

Keywords: Covid 19. Pandemic. Urgency. Learning.

BOLDORI, Alini. **Internato Urgência e Emergência no SUS**: Discussão de casos vivenciados no internato durante a pandemia Covid 19. 2021. Número de páginas P.91. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Este informe se refiere a las actividades realizadas durante la pasantía supervisada realizada en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck y en las Unidades de Atención de Emergencia João Samek y Walter, bajo la supervisión de los preceptores médicos, se describirá el proceso de aprendizaje a través de la asistencia y la atención real. a los pacientes. El propósito de la pasantía fue experimentar las principales situaciones clínicas relacionadas con la medicina de urgencias y emergencias que llegaron al servicio, asumiendo la responsabilidad (con la supervisión del preceptor) de atender al paciente agudo de manera global, desde la llegada hasta la estabilización de la afección, la relación con los miembros de la familia y la planificación del alta. La pandemia de Covid 19 llegó rápida e inesperadamente, lo que requirió que los profesionales se adaptaran rápidamente al aprendizaje. El aprendizaje se produjo rápidamente debido a la necesidad de atender a miles de personas, que llamaron al servicio de salud con varias complicaciones de una enfermedad hasta ahora desconocida en el día a día de los profesionales. El esfuerzo por capacitarse para lograr mejores acciones de cuidado fue una realidad. Esto nos brindó a los pasantes la oportunidad de crecer tanto personal como profesionalmente, fue y es una experiencia que llevaremos a lo largo de nuestras vidas.

Palabras clave: Covid 19. Pandemia. Urgencia. Aprendiendo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HPMGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CFM	Conselho Federal de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
UBS	Unidades Básicas de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel a Urgências
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HDA	História da doença Atual
HPP	História da Patologia Progressiva
HEV	Hábitos e Estilo de Vida
ATLS	Suporte Avançado de Vida no Trauma
FA	Fibrilação Atrial
ECG	Eletrocardiograma
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide
USP	Universidade de São Paulo
CPK	Creatinofosfoquinase
CKMB	Creatinofosfoquinase fração MB
AVC	Acidente Vascular Cerebral
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
PCR	Proteína C reativa
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
TC	Tomografia Computadorizada
EV	Endovenoso
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
4. METODOLOGIA	17
5. DESENVOLVIMENTO	18
5.1 A REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	18
5.2 INTERNATO X PANDEMIA	22
6. CASOS CLÍNICOS.....	25
6.1 CASO 1. FIBRILAÇÃO ATRIAL	25
6.2 CASO 2. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	34
6.3 CASO 3. HIPOGLICEMIA	42
6.4 CASO 4. TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA ESTIMULANTE...49	
6.5 CASO 5. SARS COV 2.....	57
6.6 CASO 6. LEISHMANIOSE.....	67
6.7 CASO 7. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	75
7. CONCLUSÃO.....	83
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

1. INTRODUÇÃO

O estágio curricular supervisionado em Urgência e Emergência foi desenvolvido pelo curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino Americana de Foz do Iguaçu- PR, sob a coordenação da Dra. Flavia Trench. O presente relatório refere-se às atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado realizado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e nas Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Morumbi, sob supervisão de preceptores conforme escala de plantão médico, onde se efetuaram várias atividades as quais estão descritas o decorrer deste relatório.

O curso de Medicina em Urgência e Emergência desenvolve no interno o conhecimento necessário do dia a dia de uma prática focada nos mais variados casos e intercorrências que possam vir a ocorrer na população, e o estágio é a melhor maneira de colocar em prática boa parte daquilo que nos foi oferecido durante as aulas teóricas. Neste relatório estão contidas as informações de como se desenvolvem essas atividades práticas, que possibilitam um amplo conhecimento por unir a teoria com a prática.

O internato em Urgência e Emergência da Unila visa ensinar os alunos a como atuar em um cenário de emergência, focando em saber reconhecer situações graves que necessitam de assistência imediata, proficiência em tomada rápida de decisões e com domínio dos protocolos de assistência. Adicionalmente, o internato propõe que o aluno desenvolva e compreenda os principais mecanismos fisiopatológicos relacionados às principais síndromes da Urgência e Emergência, e suas abordagens farmacológicas, bem como o trabalho em equipe, e como se portar quando inserido no serviço (UNILA, 2020).

A partir dos objetivos propostos pela disciplina, foram desenvolvidas atividades assistenciais que serão contempladas neste relatório, assim como a caracterização de campo de estágio.

A proposta de estágio era a sua realização durante um período de 15 semanas, do dia 13 de julho à 23 de outubro de 2020, porém estávamos em período de Pandemia pelo Covid-19 e devido à grande demanda de pacientes e indivíduos em busca de atendimento no HMPGL, resolvemos adiantar duas semanas para dar apoio aos demais internos que já estavam atuando na área, tendo início no dia 23 de junho de 2020.

Locais de atuação do internato de Urgência e Emergência:

- Figura 1: Hospital Municipal Padre Germano Lauck.
- Figura 2: Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Barbosa.
- Figura 3: Unidade de Pronto Atendimento João Samek.

Figura 1.



Fonte: HMPGL/Divulgação, 2019.

Figura 2.



Figura 3.



Fonte: Portal da cidade Foz, 2019.

Situações de emergência e de urgência são normalmente reconhecidas como aquelas em que a pronta atenção médica se faz necessária. A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) traz a definição de urgência e emergência sob a ótica deontológica, tendo como destinatário o prestador do atendimento em saúde: Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (MENA, PIACSEK, MOTTA, 2017).

A partir da definição acima, o objetivo do internato foi vivenciar as principais situações clínicas relacionadas à medicina de urgência e emergência que chegam ao Serviço do HMPGL assumindo a responsabilidade (com a supervisão do preceptor) do atendimento ao paciente agudo de forma global, desde a chegada até a estabilização do quadro, relacionamento com os familiares e planejamento de alta.

2. JUSTIFICATIVA

A justificativa para esta monografia se resume em dois importantes fatores, primeiro o internato de medicina na área de Urgência e Emergência no SUS e segundo, a situação preocupante em saúde enfrentada mundialmente nos últimos meses, a pandemia Covid 19. A pandemia trouxe preocupação mundial pela fácil disseminação do vírus e principalmente pelo grande índice de contaminados que evoluem com sintomas de gravidade, assim a superlotação de hospitais que era muito temida acaba se apresentando nos dias de hoje. Desta forma, houve-se a necessidade de muito mais profissionais trabalhando na linha de frente, e assim os internos de medicina também foram recrutados para esta função. A vivência na participação destas atividades foi de muito trabalho, aprendizado e experiências tanto pessoais quanto profissionais. A carga de conhecimento agregados neste período foi imensa, foi uma grande oportunidade para médicos em formação estarem preenchendo déficits que faltaram no decorrer do curso.

A partir disso, foi abordado nesta monografia casos clínicos reais de pacientes atendidos durante o internato que ocorreu em alguns meses da pandemia Covid 19, a fim de explicar e discutir pontos relevantes ao aprendizado da comunidade acadêmica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

- Fazer uma correlação documentada entre teoria e prática focado em vivências do internato de Urgência e Emergência do SUS.

3.2 Objetivos específicos

- Abordar casos clínicos reais vivenciados no internato durante a pandemia Covid 19.
- Expor e discutir pontos relevantes ao aprendizado para um médico em formação direcionado à casos clínicos.
- Registrar para conhecimento da comunidade acadêmica parte de vivências da pandemia Covid 19, através de relatos de casos, discussões e pontos de vista pessoais.

4. METODOLOGIA

O presente estudo de caráter qualitativo e descritivo utilizou casos clínicos reais de pacientes atendidos na rede de Urgência e Emergência do SUS da cidade de Foz do Iguaçu-PR, no intuito de realizar uma discussão de pontos mais relevantes ao aprendizado em cada caso relatado. A discussão se deu através do ponto de vista de uma acadêmica de medicina do 10º período.

O período de realização dos atendimentos aos pacientes ocorreu no ano de 2020, sob supervisão de médicos plantonistas durante o internato médico em Urgência e Emergência, período também que se deu início à pandemia Covid 19. Foram escolhidos sete atendimentos, que ao ponto de vista da autora seriam de grande importância à realização da discussão para o aprendizado acadêmico. Os casos clínicos abordados não foram focados somente em casos de Sars Cov 2, mas sim também em patologias prevalentes do dia a dia na rede do SUS.

A coleta de dados para realização dos relatos dos casos clínicos foi utilizada exclusivamente para fins de estudo, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, assim como preservar as informações que serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da monografia em questão, divulgando as informações somente de forma anônima, não sendo quaisquer indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa, segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 A REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, ocorreu a reformulação a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, desta forma buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A organização da RUE deve ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/ emergência nos serviços de saúde. A rede é composta por alguns serviços como descritos na figura 4. É imprescindível que todos esses serviços precisem funcionar em perfeita harmonia, dentro de um fluxo regulado e efetivo de atenção aos usuários (UNASUS, 2018).

Figura 4. Componentes da RUE



Fonte: UNASUS, 2018.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Figura 5. Componentes da RUE e suas interfaces.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

As seguintes estratégias citadas na Tabela 1 são destacadas como prioritárias na RUE:

Tabela 1. Estratégias destacadas como prioritárias na RUE:

<ul style="list-style-type: none">• Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE;• Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
<ul style="list-style-type: none">• Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
<ul style="list-style-type: none">• Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
<ul style="list-style-type: none">• Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
<ul style="list-style-type: none">• Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap);
<ul style="list-style-type: none">• Articulação entre os seus componentes.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

No município de Foz do Iguaçu - PR existem cinco portas de entrada para atendimento de urgência e emergência, sendo elas:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU);
- Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA João Samek e UPA Dr. Walter Cavalcante Basbosa);
- Hospitais (Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti; Hospital e Maternidade Cataratas).

Dependendo da clínica apresentada pelo paciente, o mesmo é atendido em um dos serviços de acesso da rede de Urgência e Emergência, e se necessário à equipe de regulação médica solicita transferência para serviço especializado de referência, para melhor acompanhamento e conduta frente ao caso. Em Foz do Iguaçu as especialidades são distribuídas em alguns serviços apresentandos na Tabela 2.

Especialidade de referência:	Local para encaminhamento:
Trauma	HMPGL; UPAS
Neurologia	HMPGL
Clínica Médica	HMPGL; UPAS
Pediatria	HMPGL; UPAS
Cardiologia	HMCC
Oncologia	HMCC
Psiquiatria	Hospital Cataratas
Ginecologia e Obstetrícia	Hospital Cataratas, HMPGL, UPAS

Fonte: Autora, 2021.

5.2 INTERNATO X PANDEMIA

RELATO E REFLEXÕES DO AUTOR SOBRE ESTA VIVÊNCIA

“Em 30 de janeiro quase dois meses após a China anunciar a descoberta do novo coronavírus, a Organização Mundial da Saúde declarou o vírus uma emergência de saúde pública a nível global. Esse termo só é usado pela OMS em casos raros em que existe a necessidade de uma reação mundial super rápida para tentar conter a disseminação. Ninguém imaginava que passaríamos por isso algum dia em nossas vidas, todos se perguntando o que era aquele vírus? de onde veio? foi algo que teve início natural? foi feito em laboratório propositalmente ou por acidente? será o fim da humanidade? Uma enxurrada de dúvidas e incertezas tomou conta do mundo todo, o medo e a angústia de ser contaminado, de perder um ente querido tomou conta de nossos dias.

Tínhamos esperanças do vírus não chegar ao nosso país, talvez não fosse tudo aquilo que a mídia falava diariamente, mas era... com um piscar de olhos o Brasil já tinha milhares de infectados e milhares de mortos. A doença aterrorizou o mundo. O colapso da saúde pública anunciado pelo Ministério da Saúde era um fato que infelizmente estava cada vez mais próximo de acontecer. Foi aí que deram início a várias estratégias de combate ao novo Coronavírus, estados e municípios tiveram que arregaçar as mangas, fizeram das tripas coração e se puseram em campo para tentar atender a crise da covid- 19, implantando hospitais de campanha, melhorado estruturas de hospitais já ativos, contratação de novos profissionais... todos sabíamos o que estava por vir e era preciso estar preparados caso fosse necessário.

Como disse o médico Nelson Rodrigues dos Santos, um dos criadores do SUS, "De março para cá, o Brasil inteiro olhou para o SUS de uma maneira que nunca tinha enxergado antes. Antes da pandemia, o SUS estava invisível e se tornou visível agora por causa dessa energia e da solidariedade dos profissionais de saúde. Quando a pandemia estiver mais controlada, é o momento de o SUS passar a ser muito mais respeitado pelas autoridades federais, e de o governo finalmente valorizar e colocar mais dinheiro no SUS..." e é realmente isso que estava acontecendo, em muitas regiões, por anos, a saúde pública do Brasil está esquecida com poucos recursos, poucos investimentos, a realidade destas regiões é de uma saúde precária, sem estrutura e mão de obra qualificada para dar a população o

suporte necessário de uma vida acompanhada dignamente. Muitas pessoas reclamam do sistema de saúde de nossa cidade, sabemos que não é perfeita, muita coisa teria que mudar, mas podemos ter certeza que aqui temos muito mais recursos do que vários outros locais do país.

Nesses últimos meses tivemos que enfrentar um inimigo fatal e invisível, e quem foi para linha de combate foram os médicos, enfermeiros e vários outros profissionais da saúde que arriscaram a vida e muitos à perderam para defender a população. E o mais engraçado é que a população vendo todo esse risco, sofrimento e exaustão que os profissionais da saúde vêm passando, mesmo assim alguns ainda não entenderam ou se fazem não entender, da gravidade do problema. Aglomerações de pessoas, resistência ao uso de máscaras, não seguimento de orientações de higiene e precauções, são coisas que lutamos todos os dias para que tomem conhecimento e sigam de forma correta, são medidas simples e que fazem muita diferença. Não digo só pelos profissionais da linha de frente, mas pelas pessoas que estão no grupo de risco de desenvolver gravidade, das pessoas mais vulneráveis as complicações do vírus, pensar em quem a gente ama, em nossos pais, nossos avós que estão em casa nos esperando todos os dias, esse cuidado é principalmente por eles. O mundo tem falta ainda de muita coisa e a empatia está no topo dessa lista, infelizmente.

O Hospital Municipal de nossa cidade chegou em períodos com picos de superlotação, momentos em que médicos precisavam tomar decisões importantes e muitas vezes dolorosas em definir quem era prioritário a transferências para setores com mais suporte e quem podia “esperar um pouco mais” a abertura de outra vaga. A medicina não é só flores e status como muitos pensam, a medicina é responsabilidade, é quem bate o martelo nas decisões, é quem precisa ter anos de estudos e conhecimento para saber a melhor conduta a cada paciente. É quem muitas vezes chora escondido, com sensação de impotência ao perder um paciente, sensação de que algo a mais poderia ser feito, mesmo sabendo que tudo o que estava ao alcance foi realizado ali. Então quem tem o pensamento de fazer medicina por status e dinheiro, eu oriento que escolha outra profissão, pois na realidade nada é assim, para ser médico precisa de muito dom e amor no que faz, senão a parte psicológica não aguenta.

Pude acompanhar muitos pacientes graves decorrentes de complicações pelo Covid19 e presenciar muitos óbitos também neste período, e isso me abalou muito psicologicamente, muitas vezes cheguei a exaustão pensando em desistir de tudo, porém chegou um momento em que tive que parar e pensar “no porquê eu estava ali”. E foi aí que consegui organizar minhas idéias e lembrar que a medicina faz parte de mim, a minha vida toda eu esperei por esse momento de poder estar em contato com os pacientes em poder ajuda-los com o que eu sei, com o que aprendi no decorrer destes anos e a partir daí aprendi a manejar melhor os meus sentimentos. Não que eu tenha me tornado uma pessoa insensível, muito pelo contrário, me tornei mais humana, focando na saúde do paciente com firmeza em minhas atitudes e condutas, nunca deixando de focar também no amor ao próximo. Pois é isso que faz toda diferença em um atendimento, amor pelo que faz.

Não temos tanta certeza de como será tudo depois da pandemia do novo coronavírus, mas uma coisa está bem clara, após isso nada será como antes. Novos estilos de vida, novos hábitos vão fazer parte de nossa rotina, o novo Coronavírus fez com que muita coisa mudasse rapidamente em nosso dia a dia, a pandemia tomou conta do mundo e fomos obrigados a encarar a nova realidade. Uma realidade que sabemos que não vai mudar tão cedo.

Podemos perceber que muitos valores mudaram nesse período de pandemia do novo coronavírus na vida pessoal de cada um. Acredito que depois que tudo isso acabar nada será como antes, a vida será valorizada muito mais. As pessoas irão valorizar ainda mais o bem-estar e as relações, a convivência familiar será mais frequente, pois a família terá mais valor. Isso é uma das coisas que venho sonhando, que espero que aconteça. Que a pandemia acabe e que nos deixe um belo aprendizado de valorização a vida em todos os sentidos.

6. CASOS CLÍNICOS

6.1 CASO 1 - FIBRILAÇÃO ATRIAL

Identificação

D.D.C., sexo feminino, 62 anos, catadora de papel.

Queixa principal

“Dor no peito”

HDA

Paciente encaminhada de UBS, referindo dor torácica de início súbito há 1 hora. Relata que vem cursando com esse quadro há aproximadamente 6 meses, sempre com resolução espontânea. Porém desta vez não apresentou melhora após 1 hora, fazendo a paciente buscar a unidade de saúde. Nega dispnéia, febre ou outras queixas.

HPP

Hipertensa e diabética, não soube referir medicações que utiliza. Nega conhecimento de cardiopatia ou arritmias prévias.

HEV

Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico

Sinais vitais: PA: 170/70mmhg Sat o2: 96% FC: 170bpm HGT: 402 Temp. axilar: 35.6°C. FR: 18rpm.

Ectoscopia: BEG, LOTE, corada, hidratada, eupneica.

Neuro: GSC 15, sem déficit neurológico focal ou irritação meníngea. Pupilas isocóricas fotorreagentes.

Cardio: Bulhas taquicáricas, arrítmicas, sem sopros.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório.

Abdome: Flácido, timpânico, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: sem edema, panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico:

Dor precordial

Hipóteses diagnósticas:

Infarto Agudo do Miocárdio

Angina instável

Fibrilação

Atrial Flutter Atrial

Conduta

Inicial:

Monitorização e realização de ECG Soro fisiológico 250ml

Atenolol 50mg, VO

Prescrição de exames: hemograma completo, gasometria, uréia, creatinina, sódio, potássio, CKMB, CPK e PCR.

Após 30min:

Deslanosídeo 04mg/2ml, 1 ampola, IV.

Discussão

Inicialmente foi avaliada a paciente de um modo geral. A partir dos sinais vitais e do quadro clínico pode-se observar que é um paciente Crítico devido à instabilidade hemodinâmica, apresentando frequência cardíaca >100bpm e dor intensa em região torácica por mais de 20 minutos, que segundo o ATLS são parâmetros de pacientes potencialmente emergências. Qualquer alteração que cause repercussão tanto no sistema cardiovascular, respiratório ou sistema nervoso central, deve ser abordada como prioridade de atendimento, é uma potencial emergência.

A paciente apresentava Glasgow 15, a partir disso se pode afirmar que a mesma não apresenta instabilidade neurológica, pois apresenta resposta verbal, motora e ocular sem alterações. Estava orientada, comunicativa, não apresentando rebaixamento de nível de consciência. Focando na questão pulmonar a frequência respiratória de 18rpm está dentro dos valores normais, não o apresentando esforço

respiratório nem uso de musculatura acessória, desta forma, não apresenta instabilidade respiratória. Segundo o protocolo da USP, 2017, o paciente deve ser identificado rapidamente avaliando se é um paciente crítico ou não, através de repercussões entre esses sistemas citados anteriormente, diminuindo assim o risco de intercorrências no atendimento.

Desta forma, abordando a instabilidade hemodinâmica pela pressão arterial e frequência cardíaca elevadas e também pela importante dor torácica referida pela paciente, afirma-se que é um paciente crítico e que necessita de monitorização, dois acessos venosos calibrosos já com coleta para exames e realização de ECG em menos de 10 minutos como aborda o protocolo da USP, 2020. A equipe da UPA, seguiu o protocolo inicialmente de forma correta, em menos de 10 minutos o eletrocardiograma já estava pronto, o qual foi verificado a presença de Fibrilação Atrial.

Antes de continuar a discussão será abordado este tema de forma mais detalhada.

Mas o que é a Fibrilação atrial?

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2209, a Fibrilação Atrial é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial. Essa desorganização elétrica é tamanha que inibe o nó sinusal enquanto a FA persistir.

Ao eletrocardiograma, a ausência de despolarização atrial organizada reflete-se com a substituição das ondas P, características do ritmo sinusal, por um tremor de alta frequência da linha de base do eletrocardiograma que varia em sua forma e amplitude. Normalmente, durante o episódio de FA, o nó atrioventricular é bombardeado por uma grande quantidade de estímulos elétricos que tentam passar aos ventrículos (SBC, 2009).

Como uma característica elétrica importante do nó atrioventricular é proteger os ventrículos de frequências atriais muito elevadas, apenas uma determinada quantidade de estímulos elétricos, que normalmente não são capazes de comprometer importante a função ventricular, atingirão os ventrículos. Esse controle da frequência cardíaca ventricular se faz de forma irregular, pois, durante a

FA, não há um ciclo que determine a chegada regular de estímulos ao nó atrioventricular. É a irregularidade da passagem dos estímulos, através do nódulo atrioventricular, que imprime ao ECG a irregularidade peculiar do ciclo de RR na FA (SBC, 2009).

Segundo a SBC, 2009, a fibrilação atrial é classificada em inicial, paroxística, persistente e permanente.

- Inicial ou novo diagnóstico refere-se à primeira vez em que é feito o diagnóstico ou ao diagnóstico de novos episódios.
- Paroxística é aquela que termina espontaneamente, sem ação de fármacos ou necessidade de cardioversão (CV) elétrica. Geralmente são episódios que duram menos de 7 dias, frequentemente menos que 24 horas, podendo ou não apresentar recorrências.
- Persistente é aquela que se instala e não se interrompe, a menos que seja realizada cardioversão elétrica ou com fármacos. Normalmente são episódios que duram mais de 7 dias e também podem ou não recorrer. Incluída nesta categoria é a FA com duração superior a 1 ano, chamada de FA persistente de longa duração.
- Permanente é aquela FA onde as tentativas de reversão falharam ou na qual se fez a opção por não tentar a reversão da arritmia.

Entretanto, apesar das três formas de FA serem distintas entre si, é possível que um paciente migre de uma forma para outra.

Etiologia

Pode estar associada a etiologias cardíacas e extracardíacas. Dentre as cardíacas mais frequentes temos doença cardíaca hipertensiva, doença coronariana, insuficiência cardíaca e valculopatias. Entre as causas extracardíacas as mais comumente relacionadas são obesidade, síndrome metabólica e doença renal crônica (SBC, 2009).

Diagnóstico

Segundo Velasco 2020, deve-se dar especial atenção a clínica do paciente, a fibrilação atrial pode apresentar palpitações cardíacas geralmente de início súbito acompanhado de mal estar, dor torácica. O ECG confirma o diagnóstico. O estado

fibrilatório dos átrios é traduzido pela ausência da onda P, tremor na linha de base e irregularidade do intervalo RR, geralmente estreito por se tratar de arritmia supraventricular. Os exames laboratoriais também são um complemento para estar verificando o estado do paciente e também a possível etiologia da fibrilação atrial. Os indicados seriam o Hemograma completo, exame de coagulação, troponina, creatinina, ecocardiograma e TSH.

Tratamento

Deve-se inicialmente saber se a arritmia apresenta fibrilação atrial de início recente (<48hs) ou permanente. Anamnese e exame físico detalhados são importantes para o diagnóstico do tempo de arritmia, comorbidades e possíveis causas. Avaliação com ECG e exames laboratoriais e de imagem devem ser individualizados e solicitados de acordo com suspeita clínica (SBC, 2009).

A conduta inicial segundo Velasco, 2020, se baseia em controle da frequência cardíaca ou controle do ritmo (cardioversão associada a terapia antiarrítmica), deve ser avaliado de forma individualizada cada paciente, seguindo alguns critérios:

Figura 6. Critérios para conduta inicial da FA

1. Controle do ritmo
▪ Instabilidade clínica ocasionada pela FA
▪ FA associada a pré-excitação (SWPW) ou em pacientes jovens com ablação da arritmia programada
▪ Cardiomiopatia induzida pela taquicardia
▪ Primeiro episódio de FA ou quando a sua etiologia é reversível
▪ Falha na estratégia de controle de FC ou quando o paciente persiste sintomático
2. Controle da frequência cardíaca
▪ Idosos oligo ou assintomáticos com múltiplas comorbidades
▪ Pacientes com doenças de prognóstico ruim, em que os riscos da cardioversão são maiores que os benefícios relacionados a manutenção do ritmo sinusal
▪ Baixa chance de reversão da FA ou alta probabilidade de recidiva da arritmia, tais como: FA de longa data ou aumento significativo de átrio esquerdo no paciente com cardiopatias

Medicina de emergência – USP, 2020

As drogas a serem utilizadas para regulação de frequência cardíaca devem ser individualizadas a cada paciente, avaliando quadro clínico e comorbidades. No quadro abaixo podemos observar as drogas mais indicadas, citadas no livro de Medicina de Emergência da USP, 2020.

Figura 7. Drogas utilizadas para regulação de frequência cardíaca.

β-bloqueadores	
Metoprolol	<ul style="list-style-type: none"> IV – 2,5 a 5,0 mg IV em 2 min. Repetir até 3 vezes Oral – 25 a 100 mg, de 12/12 horas; liberação prolongada: 50 a 200 mg, 1 x dia
Esmolol	<ul style="list-style-type: none"> 500 mcg/kg IV em <i>bolus</i> em 1 min; após 50-300 mcg/kg/min
Carvedilol	<ul style="list-style-type: none"> Oral – 3,125 a 25 mg, de 12/12 horas
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> IV – 1 mg IV em 1 min, até 3 doses em intervalos de 2 min Oral – 10 a 40 mg; 6/6 a 8/8 horas
Atenolol	<ul style="list-style-type: none"> Oral – 25 a 100 mg, 1 x dia
Bisoprolol	<ul style="list-style-type: none"> Oral – 2,5 a 10 mg, 1 x dia
Bloqueadores de canais do cálcio não diidropiridínicos	
Verapamil	<ul style="list-style-type: none"> IV – 5 a 10 mg em 2 minutos (0,075 a 0,15 mg/kg); 10 mg (0,15 mg/kg) após 30 minutos, se necessário; manutenção: 0,005 mg/kg/min Oral – 80 a 160 mg, 3 x dia; liberação prolongada: 120 a 360 mg, 1 x dia ou 240 mg, de 12/12 horas
Diltiazem	<ul style="list-style-type: none"> IV – 0,25 mg/kg IV em <i>bolus</i> por 2 min, seguido de 5-15 mg/h Oral – 60 a 120 mg, 3 x dia; liberação prolongada: 120 a 360 mg, 1 x dia
Digitálicos	
Digoxina	<ul style="list-style-type: none"> IV – 0,25 mg IV, podendo repetir a dose até no máximo 1,5 mg em 24 horas Oral – 0,125 a 0,25 mg, 1 x dia
Outros	
Amiodarona	<ul style="list-style-type: none"> IV – 300 mg IV em 1 hora, seguido de 10-50 mg/h em 24 horas Oral – 100 a 200 mg, 1 x dia
Procainamida	<ul style="list-style-type: none"> Ataque: 20 a 50 mg/min, até dose máxima de 17 mg/kg ou reversão da arritmia ou hipotensão ou QRS prolongar em mais de 50% Manutenção: 1 a 4 mg/minuto

Medicina de emergência – USP, 2020

A cardioversão pode ser feita de forma farmacológica ou elétrica. Paciente hemodinamicamente estável, com FA com menos de 48 hs, pode ser submetido a cardioversão, pois o risco de embolização é muito baixo.

Se o paciente for de risco para AVC embólico, a anticoagulação deve ser prescrita antes ou imediatamente após a reversão da arritmia.

Se FA por tempo >48hs ou indeterminado, no paciente estável, só faz cardioversão se o ecocardiograma transesofágico descarta trombo atrial ou se estiver em uso de anticoagulante por mais de 3 semanas.

Figura 8. Medicamentos usados na cardioversão elétrica

Drogas*	Características e informações relevantes
Amiodarona (IIa/A)	<ul style="list-style-type: none"> Único antiarrítmico disponível no Brasil que pode ser usado na insuficiência cardíaca Dose de ataque: 150 mg IV em 10 minutos Dose de manutenção: 1 mg/min nas primeiras 6 horas, seguido de 0,5 mg/min nas próximas 18 horas Eventos adversos: flebite, hipotensão, bradicardia, aumento do QT, <i>torsades de pointes</i> (raro), aumento do INR
Propafenona (IA)	<ul style="list-style-type: none"> Contraindicado em pacientes com doença arterial coronariana e doença estrutural cardíaca Dose única: 450 mg VO (massa > 70 kg) 600 mg VO (massa > 70 kg) Diltiazem, verapamil ou β-bloqueador devem ser prescritos \geq 30 minutos antes Eventos adversos: <i>flutter</i> atrial com condução AV 1:1, arritmias ventriculares, hipotensão

Medicina de emergência – USP, 2020.

Figura 9. Anticoagulantes usados na FA

Anticoagulante	Dose
Heparina não fracionada	<ul style="list-style-type: none"> Dose de ataque: 60-70 U/kg (máximo de 4.000 U) Dose de manutenção: manter HNF até TTPa > 1,5 a 2,0
Enoxaparina	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 mg/kg de peso, subcutânea, 1 x/dia; ou 1 mg/kg, de 12/12 h Evite usar se CICr < 30 mL/min, peso < 40 kg e > 120 kg
Dabigatрана	<ul style="list-style-type: none"> CICr > 30 mL/min – 150 mg; 12/12 h CICr 15-30 mL/min – 75 mg; 12/12 h CICr < 15 mL/min – contraindicada
Rivaroxabana	<ul style="list-style-type: none"> CICr > 50 mL/min – 20 mg; 1 x/dia CICr 15-50 mL/min – 15 mg; 1 x/dia CICr < 15 mL/min – contraindicada
Apixabana	<ul style="list-style-type: none"> 2,5 ou 5 mg; 12/12 h Se 2 dos 3 fatores a seguir presentes, usar a dose de 2,5 mg: <ul style="list-style-type: none"> Idade \geq 80 anos Cr \geq 1,5 mg/dL Peso \leq 60 kg CICr < 30 mL/min – contraindicada
Edoxabana	<ul style="list-style-type: none"> CICr > 50 mL/min – 60 mg; 1 x/dia CICr 30- 50 mL/min – 30 mg; 1 x/dia CICr 15-30 mL/min – 15 mg; 1 x/dia CICr < 15 mL/min – contraindicada

Medicina de emergência – USP, 2020.

Retomando a discussão

Continuando com o caso da paciente...

Através do ECG chegou-se ao diagnóstico de fibrilação atrial, a paciente apresentava-se taquicárdica e com a pressão arterial elevada.

Foi iniciado um SF 0,9% lento, e feito uso de Atenolol 50mg, via oral. Segundo protocolo elaborado pela USP em Medicina de Emergência a primeira opção para este caso seria o controle da frequência cardíaca com uso beta bloqueador aplicado via endovenosa, mais especificamente o Metoprolol, pois não sabemos com clareza qual o período de início da arritmia, se seria < 48 hs ou mais, porém a UPA não tinha disponível este tipo de medicação, por isso optou-se por Atenolol. Devido ao caso crítico da paciente não se teve sucesso no tratamento ofertado, permanecendo a frequência cardíaca elevada, com presença de FA no traçado de ECG.

Durante o período do internato na UPA observou-se a falta de várias medicações necessárias em protocolos básicos e isso faz com que dificulte a conduta do médico tendo que optar por outras medicações, fora do que traz os protocolos. Isso muitas vezes não acaba no resultado esperado, retardando o tratamento eficaz para o paciente.

A paciente permanecia taquicárdica. A frequência cardíaca precisava ser diminuída e melhorada a contratilidade cardíaca para que tivesse um aumento do débito cardíaco, pois a arritmia faz com que o coração vibre e não apresente de forma precisa a pressão diastólica, tendo uma diminuição na fração de ejeção, prejudicando os órgãos nobres com o decorrer das horas.

A segunda opção após os betabloqueadores pelo protocolo já citado, seriam bloqueadores de canais de cálcio endovenoso, porém na falta destes optou-se por um digitálico, foi utilizado o Deslanosídeo que apresenta efeito semelhante a Digoxina (incluída no protocolo), com efeito inotrópico, melhorando a contratilidade cardíaca e diminuindo a frequência cardíaca. Foi inicialmente usado meio ampola, observando-se melhora na frequência cardíaca, foi utilizado o restante da ampola.

A melhora foi momentânea, a frequência cardíaca teve uma queda significativa em poucos minutos, chegando a 96bpm e ocorreu reversão da FA, após confirmação com ECG.

No dia seguinte foi solicitado Radiografia de tórax, TAP e TTP ativada apresentando resultados normais, iniciado ácido acetilsalicílico 100mg.

Também repetidos exames de CPK e CKMB, apresentando resultados normais. Desta forma, foi dado alta a paciente.

A conduta médica desde o início se mantinha seguindo o protocolo, porém algumas vezes as medicações eram substituídas por outras devido à sua falta na farmácia da UPA. Pode-se observar através deste caso que o médico precisa ter conhecimento da patologia e de suas possíveis complicações, ter em mente alternativas de condutas, caso a inicial não apresente o resultado esperado ou caso tenha que escolher outras opções por falta das indicadas. Isso faz parte da realidade do profissional médico.

Neste caso, a conduta foi correta, mesmo tendo que manejar o caso utilizando as medicações que tinham disponíveis na rede, o médico escolheu o melhor para a situação. Porém, com relação à alta da paciente o correto seria uma melhor avaliação do caso anterior a essa conduta, mesmo que as enzimas estavam apresentando-se normais não tendo presença de infarto e a paciente já estava estabilizada com reversão da FA, não se sabia corretamente o tempo de permanência da arritmia, uma das complicações mais temíveis seria a formação de trombos atriais com posterior embolia cerebral ou de outros órgãos. Segundo médico plantonista, por protocolo do município, na UPA não deve iniciar heparinização antes de se ter confirmação de leito em serviço de referência. O médico prescreveu AAS que segundo a literatura apresenta efeito somativo, mas não existe consenso sobre isso. Neste caso, pelo protocolo teria dois caminhos a seguir: fazer um pedido de transferência para HMPGL e início de anticoagulação heparina fracionada ou solicitar a realização de ecocardiografia para avaliar a presença de trombos nos átrios.

Por mais que a paciente apresentava ritmo sinusal no ECG no momento da alta, a questão de formação de trombos deveria ser descartada de alguma forma antes de liberar a paciente. O médico deve estar seguro no momento da alta do paciente, sabendo que está liberando para casa com uma grande diminuição do risco de estar tendo tardiamente um AVC ou outra complicação ocasionada pela formação de trombos.

6.2 CASO 2

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

Identificação

M.F.M., sexo feminino, 71 anos, aposentada.

Queixa principal

Falta de ar há mais de um mês.

HDA

Paciente acompanhada da filha relata dor torácica, tosse seca, dispnéia a médios esforços e edema de membros inferiores há mais de um mês. Não buscou atendimento inicialmente devido aos sintomas serem brandos, porém apresentaram-se com maior intensidade nos últimos dias. Nega febre.

HPP

Cardiopata, HAS, DM e hipotireoidismo, em uso de metformina, inalapril, hidroclorotiazida, sinvastatina e Puran.

HEV

Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico

Sinais vitais: PA: 160/70mmhg Sat o2: 97% FC: 114bpm HGT: 180 Temp. axilar: 35.7°C. FR: 19rpm.

Ectoscopia: BEG, LOTE, corada, hidratada, eupneica.

Neuro: GSC 15, sem déficit neurológico focal ou irritação meníngea. Pupilas isocóricas fotorreagentes.

Cardio: Bulhas rítmicas normofonéticas, 2T, sem sopros.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, presença de estertores crepitantes em bases. Ausência de esforço respiratório.

Abdome: Flácido, timpânico, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: edema em MMII 3+/4+. TEC <2seg.

Diagnóstico Sindrômico:

Insuficiência cardíaca

Insuficiência respiratória

Alteração na hematose

Hipóteses diagnósticas:

Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada

Edema pulmonar

DPOC

Infarto do miocárdio

Conduta

- **Medicações:**

Furosemida 10mg/ml ampola 2ml – 2 ampolas 1x

Captopril 25mg comp. – 1 comp. s/n

- Insulina regular 100UI/10ml frasco s/n
- HGT <60: 4 ampolas de glicose 60%
- HGT 151 – 200 2UI
- 201-250 4UI
- 251-300 6UI
- 301-350 8UI
- 351-450 10UI

Clopidogrel 75mg VO 3 comp. 1x

Ácido Acetilsalicílico 100mg comp. VO 3comp. 1x

Dipirona sódica 500mg/ml ampola 2ml 1 amp. Diluir em 10ml de água destilada.

- **Solicitado exames laboratoriais e de imagem:**

Hemograma: Hm: 3.58, Hb: 10.10 Leuc e plaquetas normais.

Ureia 45mg/dl, creatinina 1,60

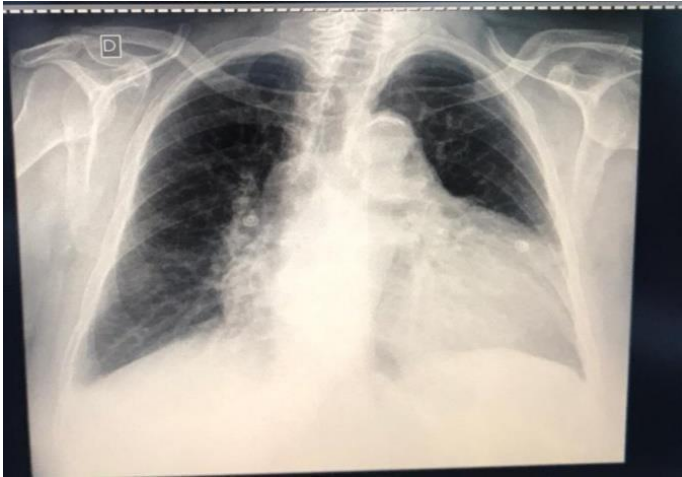
Sódio 139mmol/L, potássio 5.9mEq/L

CPK, CKMB e PCR – sem alterações.

ECG: Ritmo sinusal, hipertrofia de ventrículo esquerdo.

Radiografia de Tórax: Presença de cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar.

Figura 10. Radiografia de Tórax



Fonte: Imagem Rx de tórax da paciente*

*Respeitando toda a ética médica, imagem utilizada somente para estudo neste relatório.

Discussão

Inicialmente será avaliado o histórico de patologias progressivas da paciente. É uma paciente cardiopata já com diagnóstico de aumento ventricular esquerdo, diabetes mellitus e hipertensão crônica não tratada corretamente, faz uso de inalapril e hidroclorotiazida, porém filha relata níveis pressóricos elevados na maioria dos dias, com resistência da paciente a buscar atendimento médico para reavaliação de medicações. A pressão arterial elevada a longo prazo traz prejuízos cardíacos devido ao maior trabalho que o coração precisa fazer para manter a força de ejeção e débito cardíaco, essa força aumentada faz com que se tenha hipertrofia de células musculares, causando aumento de ventrículo esquerdo, diminuindo a capacidade de enchimento sistólico e como consequência diminuindo o débito cardíaco.

Outra questão importante é a diabetes que junto com a hipertensão arterial é uma das principais causas de insuficiência cardíaca. A hiperglicemia e hiperinsulinemia aceleram muito o processo da aterosclerose via proliferação de células musculares lisas vasculares e inflamação.

Analisando o histórico da paciente e a clínica presente no momento da admissão a principal hipótese seria Insuficiência Cardíaca Descompensada. Ao

exame físico foi observado dispnéia aos médios esforços e edema de membros inferiores, níveis pressóricos e HGT acima do normal. A frequência cardíaca e saturação de oxigênio apresentavam-se normais no momento da avaliação, demonstrando boa oxigenação pulmonar, porém a paciente relata fadiga e cansaço, associando com edema de membros inferiores levando a pensar em congestão pulmonar pela ICC.

Neste momento será abordado mais sobre este assunto e depois será dado continuidade com a discussão da paciente.

O que é Insuficiência Cardíaca Congestiva?

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica definida como alteração funcional e estrutural cardíaca que ocasiona suprimento sanguíneo inadequado para atender as necessidades metabólicas do organismo ou o faz às custas de altas pressões de enchimento cardíaco (VELASCO, et.al, 2020)

As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na insuficiência cardíaca envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. De início o débito cardíaco se manifesta durante o esforço, e com a progressão da doença ele diminui até ser observada sua redução em repouso (VELASCO, et.al, 2020).

A IC pode ser vista como um distúrbio progressivo que se inicia quando um evento-índice lesa o músculo cardíaco, o que resulta em perda da função dos miócitos cardíacos (como no infarto agudo do miocárdio) ou, alternativamente, diminuição da capacidade do miocárdio de gerar força, impedindo, assim, que o coração se contraia normalmente (como nas miocardiopatias) e tendo um declínio na capacidade de bombeamento do coração. Na maioria dos casos, os pacientes mantêm-se assintomáticos ou minimamente sintomáticos após o declínio inicial na sua capacidade de bombear, ou desenvolvem sintomas apenas algum tempo após a instalação da disfunção (HARRINSON, 2017).

Na insuficiência cardíaca diastólica há um baixo débito cardíaco resultado de um ventrículo espessado e rígido, com tempo de relaxamento reduzido e com uma cavidade ventricular pequena. O ventrículo esquerdo com disfunção diastólica oferece maior resistência ao enchimento e aumento das pressões diastólicas que é transmitido retrogradamente (VELASCO, et.al, 2020).

Diagnóstico

Geralmente os pacientes apresentam-se com alguma combinação de sintomas como dispneia, fadiga, sobrecarga de volume, hipotensão e disfunção de órgãos alvo. A ortopnéia e dispneia paroxística noturna são achados mais específicos. Ao exame físico estertores crepitantes são frequentes sugerindo congestão, podem apresentar sibilância devido a edema peribronquiolar. Presença de B3 ou B4. Edema de membros inferiores e estase venosa jugular. Em casos extremos pode haver hipotensão e má perfusão e órgãos alvo (VELASCO, et.al, 2020).

Podemos usar dois critérios diagnósticos para diagnóstico de insuficiência cardíaca:

- Critérios de Framingham: são necessários dois maiores OU um maior e dois menores para o diagnóstico.

Figura 11. Critérios de Framingham.

TABELA 4 Critérios de Framingham	
Critérios maiores	Critérios menores
■ Dispneia paroxística noturna	■ Edema bilateral de membros inferiores
■ Distensão jugular venosa	■ Tosse noturna
■ Crepitações	■ Dispneia ao esforço
■ Cardiomegalia em radiografia de tórax	■ Hepatomegalia
■ Edema agudo de pulmão	■ Derrame pleural
■ Terceira bulha	■ Frequência cardíaca > 120 bpm
■ Pressão venosa central > 16 cmH ₂ O	
■ Refluxo hepatojugular	
■ Perda de peso > 4,5 kg em 5 dias com resposta ao tratamento	

Fonte: Velasco, 2020.

- Critérios de Boston:
diagnóstico definitivo de ICC: 8 a 12 pontos
diagnóstico possível de ICC: 5 a 7 pontos
diagnóstico improvável de ICC: 4 ou menos pontos.

Figura 12. Critérios de Boston

Achado	Pontos
Dispneia ao repouso	4
Ortopneia	4
Dispneia paroxística noturna	3
Dispneia ao andar plano	2
Dispneia ao subir escadas	1
Frequência cardíaca entre 91-110 bpm	1
Frequência cardíaca > 110 bpm	2
Elevação da pressão venosa	2
Edema de membros inferiores com outros sinais de elevação de pressão venosa	3
Crepitações pulmonares bibasais	1
Crepitações envolvendo campos médios pulmonares	2
Presença de terceira bulha	3
Sibilos	3
Edema alveolar em radiografia	4
Edema intersticial em radiografia	3
Derrame pleural bilateral em radiografia	3

Fonte: Velasco, 2020

Alguns exames devem ser solicitados para confirmação de diagnóstico e avaliação do estado do paciente: Hemograma, função renal (ureia e creatinina), eletrólitos (sódio, potássio), gasometria, PCR, Urina 1, ECG, raio x de tórax. Os exames séricos de maior valor para IC são peptídeo natriurético cerebral (BNP) e N terminal pró-BNP.

Tratamento

Segundo Velasco, 2020, a abordagem inicial é a classificação do paciente:

- Perfil A: sem congestão e sem má perfusão tecidual (quente e seco)

Geralmente não precisam de internação; se necessário correção de distúrbios hidroeletrólíticos; digoxina em caso de FA: dose de 0,25 a 0,5mg EV.

- Perfil B: congestão e boa perfusão (quente e úmido)

Observação ou internamento em casos graves são recomendados.

Uso de diuréticos para congestão pulmonar: Diuréticos de alça - Furosemida 0,5-1,0mg/kg/dose ou 1- 2,5mg a dose habitual.max. 240mg/dia. Podendo ser associada a diurético tiazídico como hidroclorotiazida 25-100mg Vo 1-2 vezes ao dia ou espironolactona caso resposta insatisfatória.

Vasodilatadores podem ser usados conforme valores de pressão arterial, diminuindo pré e pós-carga: Nitroprussiato 0,3mcg/kg/min ou Nitroglicerina 10mcg/min – 200mcg/min.

- Perfil C: congestão e má perfusão (frio e úmido)

Diuréticos de alça, em caso de choque cardiogênico ou hipoperfusão tecidual como oligúria, alterações de consciência, pode-se usar inotrópicos, por curto prazo como dobutamina 2-20mcg/kg/min.

Se normotenso ou hipertenso: vasodilatadores intravenosos- nitroglicerina/nitroprussiato

Se choque cardiogênico com hipotensão: vasopressor- noradrenalina- 0,2 a 1,0mcg/kg/min

Iniciar monitorização de PA invasiva – PAM alvo 65mmhg

- Perfil D: sem congestão, com má perfusão (frio e seco).

A maioria neste caso encontra-se hipovolêmico por abuso de diuréticos, repor volemia geralmente é suficiente para o tratamento. Inotrópico conforme necessidade.

Em caso de choque cardiogênico o paciente pode apresentar hipotensão associada a hipoperfusão tecidual como oligúria, alterações da consciência, extremidades frias e mal perfundidas.

Nesses pacientes deve-se avaliar a volemia com solução isotônica de 250ml, tendo cautela em caso de congestão pulmonar.

Acesso venoso central

Oxigenação e proteção de vias aéreas, cateterismo vesical, monitorização.

Reposição de eletrólitos

Analgesia com morfina reduz ansiedade e consumo de oxigênio Avaliar critérios de internação.

Retomando a discussão

Voltado a paciente, agora que já foi estudado fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, será analisado se a conduta da UPA foi correta, frente ao caso exposto.

Através da avaliação da paciente pode-se classificar a mesma em Perfil B, onde apresenta estertores crepitantes em bases pulmonares, edema de membros inferiores, porém apresenta extremidades quentes, com tempo de enchimento capilar preservado menos de 2 segundos, na classificação a paciente é Quente e Úmida. Desta forma, a conduta é tratar a congestão pulmonar para melhorar a hematose e o desconforto respiratório relatado pela paciente, desta forma, a medicação de escolha foi diuréticos de alça, a Furosemida que pelo protocolo é a primeira opção neste caso.

Devido ao aumento da pressão arterial e da glicemia também foi utilizado medicações para diminuir os valores de ambos.

A paciente apresenta leve hipercalemia que foi tratada com nebulização com Berotec, que é uma ótima opção quando não se tem alterações no ECG, pois ativam a bomba sódio-potássio, deslocando o potássio para o meio intracelular, caso tivesse alterações eletrocardiográficas poderia optar por estar usando como forma de emergência o Gluconato de Calcio 10% em 100ml de solução glicosada 5% IV em 2-3 minutos, ele não altera os níveis de potássio, ele atua na membrana do miocárdio diminuindo a excitação e prevenindo arritmias, mas como não é o caso, somente a nebulização já foi suficiente.

No dia seguinte após estabilização do quadro e melhora da ausculta pulmonar a paciente recebeu alta médica, com prescrição de furosemida 40 mg por 10 dias (substituir pela hidroclorotiazida neste período) e Carvedilol 25mg por ser vasodilatador e hipotensor arterial vai auxiliar no tratamento da paciente.

Foi orientado uso correto de medicações para Diabetes e a importância de manter a glicose em níveis normais, segundo Okoshi, 2006, os distúrbios metabólicos causados pela diabetes como hiperinsulinemia, hiperglicemia e hiperlipidemia induzem alterações na ativação de fatores de transcrição celular de miócitos cardíacos que resultam em modificação da expressão genica e na utilização miocárdica de substratos, crescimento do miocárdio, disfunção endotelial e aumento da rigidez miocárdica. Foi encaminhado referência para UBS para que tenha avaliação e acompanhamento de cardiologista.

6.3 CASO 3

HIPOGLICEMIA

Identificação

M.I.P., sexo feminino, 86 anos, aposentada.

Queixa principal

“Estava desacordada” (relatado pela neta).

HDA

Neta relata que paciente mora sozinha e foi encontrada por volta das 11 horas desacordada, com pouco estímulo ao chamado. Trazida pelo SAMU até a sala vermelha da UPA, segundo SAMU paciente encontrava-se hipoglicêmica (HGT:35), administraram 4 ampolas de glicose a 5%, apresentando melhora no HGT: 184, porém permanecendo com afasia, mal estar e dificuldade de manter o equilíbrio. Paciente havia procurado atendimento médico no dia 16/07 na UPA devido a perda de força muscular em MSD e MID, onde foi realizado TC com resultado sem alterações significativas.

HPP

HAS, DM. Em uso de Hidroclorotiazida 25mg, captopril 25mg, metformina 850mg, glibenclamida 5mg, ciprofibrato 100mg.

HEV

Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico

Sinais vitais: PA: 190/80mmhg Sat O2: 97% FC: 90bpm HGT: 100 Temp. axilar: 35.8°C. FR: 16rpm.

Ectoscopia: REG, corada, desidratada, eupneica.

Neuro: GSC 11. Pupilas isocóricas fotorreagentes.

Cardio: Bulhas rítmicas normofonéticas, 2T, sem sopros.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Ausência de edema em membros inferiores. TEC 5seg. Pele fria, com sinais de desidratação.

Diagnóstico Sindrômico:

Síndrome isquêmica

Síndrome hipoglicêmica

Hipóteses diagnósticas:

AVC isquêmico

AVC hemorrágico

Hipoglicemia

Desidratação

Conduta Medicamentos:

Soro glicosado 5% - 500ml EV Glicose 50% 4 ampolas EV s/n

Exames laboratoriais e de imagem:

RX de tórax – sem alterações significativas

TC de crânio- sem alterações significativas

Hemograma completo (Hm: 3.85, Hb: 10,7, leuco:11.100), TAP (INR 1,0), KPTT (28),CPK (93), CKMB (9), Urina I (sem alterações), PCR (0.5), TGO (31), TGP (19) Bilirrubina total e frações (0.50, 0.20, 0,30), sódio (142MMol/L), potássio (5.1), Uréia (25MG/DL), creatinina (0.80), lactato (12.8).

Cuidados:

Controle de diurese – sonda vesical 6/6hs Controle de sinais vitais 6/6hs

Realização de HGT 4/4hs

Discussão:

Inicialmente será avaliado o caso da paciente com relação a critérios de gravidade. A mesma no momento da admissão apresentava-se com rebaixamento do nível de consciência, pouco responsiva ao chamado, disartria, afasia, desorientada em tempo e espaço, glasgow 11. Pode-se observar nesta descrição um paciente crítico devido à sua instabilidade neurológica. Demais sinais vitais dentro da normalidade com exceção da pressão arterial elevada 190/80mmhg, apresentado instabilidade hemodinâmica. Frequência respiratória e saturação com parâmetros normais, não apresentado esforço respiratório, ausência de instabilidade respiratória.

Pelo prontuário da paciente foi verificado que havia procurado atendimento médico na UPA há uma semana, devido à perda de força muscular em membro superior direito e inferior direito, onde foi realizado Tomografia de crânio com resultado sem alterações. Analisando as evoluções da consulta anterior no prontuário, foi verificado que os sintomas apresentaram remissão em menos de 24 horas, e uma semana após apresentando o mesmo quadro clínico, porém com maior intensidade da sintomatologia. Desta forma, não se pode descartar um possível Ataque Isquêmico transitório inicialmente, que evoluiu uma semana depois para Acidente Vascular Encefálico. Essa questão deve ser investigada através da realização de TC de crânio, após estabilização da paciente, por mais que se tenha relato do SAMU de hipoglicemia, um possível AVC não pode ser descartado antes de melhor investigação.

Paciente idosa, mora sozinha, não tem auxílio de familiares para tomada de medicações em horários e dosagens corretas, o uso de Sulfonilureias (Glibenclamida), que atuam sobre as células beta do pâncreas estimulando a produção de insulina, tendo efeito hipoglicemiante de até 24 hs, se tem uma possível hipótese diagnóstica de uso incorreto da medicação em dosagens maiores da prescrita, causando a hipoglicemia. Faz uso de Metformina também, porém essa não explicaria o efeito hipoglicemiante devido atuar melhorando a resistência periférica à insulina e não estimulando a produção de insulina.

Na admissão na UPA a paciente apresentava-se com HGT de 100, havia sido corrigida pelo SAMU na residência, com quadro de desidratação que foi iniciada correção com uso de soro glicosado 5% 500ml e prescrito glicose 50%

caso necessário dependendo do valor da glicemia nas próximas horas. Após 40 minutos do uso da medicação prescrita e monitorização, paciente apresenta melhora na resposta ao chamado, se comunicando com algumas palavras. Encaminhada para realização da TC, demonstrado estudo tomográfico do crânio sem alterações significativas. Como fazia menos de 24 horas do início dos sintomas ainda não se pode descartar AVC, devido as alterações tomográficas geralmente se apresentarem após esse período. Porém, após infusão de glicose e soro glicosado a melhora foi significativa, dando ênfase maior a hipótese de hipoglicemia. Agora será abordado mais sobre esse assunto e depois será dada continuidade com a discussão do paciente.

Mas o que é hipoglicemia?

Segundo Velasco 2020, a hipoglicemia é definida pela tríade de Whipple:

- Valor de glicemia diminuído (<45 e em diabéticos considerar <70mg/dl)
- Sintomas adrenérgicos (palpitação, tremor, sudorese, parestesias, taquicardia, ansiedade) ou neuroglicopênicos (cefaléia, tontura, ataxia, astenia, confusão mental, irritabilidade, déficit neurológico focal, sonolência, coma)
- Resolução dos sintomas com correção da hipoglicemia.

A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição). De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicêmica (VALE, 2010).

Também podem contribuir para o aparecimento da hipoglicemia vários defeitos ao nível dos mecanismos de regulação hormonal (excesso de insulina ou deficiência em glucagon ou adrenalina), defeitos enzimáticos ou deficiências de substrato gliconeogénico (VALE, 2010). A grande maioria dos episódios de hipoglicemia ocorre em pacientes diabéticos na sequência da utilização de fármacos como a insulina, as sulfonilureias e outros secretogogos, ou então na sequência da utilização de álcool. A combinação destes dois últimos factores pode

ser devastante (VALE, 2010).

Diagnóstico

- Sintomas Neuroglicopénicos: Sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida, cefaléia, tontura, ataxia, astenia, confusão mental, irritabilidade, déficit neurológico focal, sonolência, coma).
- Sintomas Autonómicos: Sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo.

A história clínica, achados físicos e medicações utilizadas pelo paciente podem ajudar no diagnóstico etiológico da hipoglicemia. Dessa forma, em pacientes com doença psiquiátrica deve-se levantar a hipótese de hipoglicemia factícia. Medicamentos como quimio e intoxicação aguda por salicilatos podem causar hipoglicemia (VELASCO, 2020).

Nos pacientes que chegam a emergência é importante estabelecer o fator causal da hipoglicemia, os exames complementares são muito úteis nesses casos para avaliar função renal, eletrólitos e considerar outros exames dependendo da suspeita diagnóstica (VELASCO,2020).

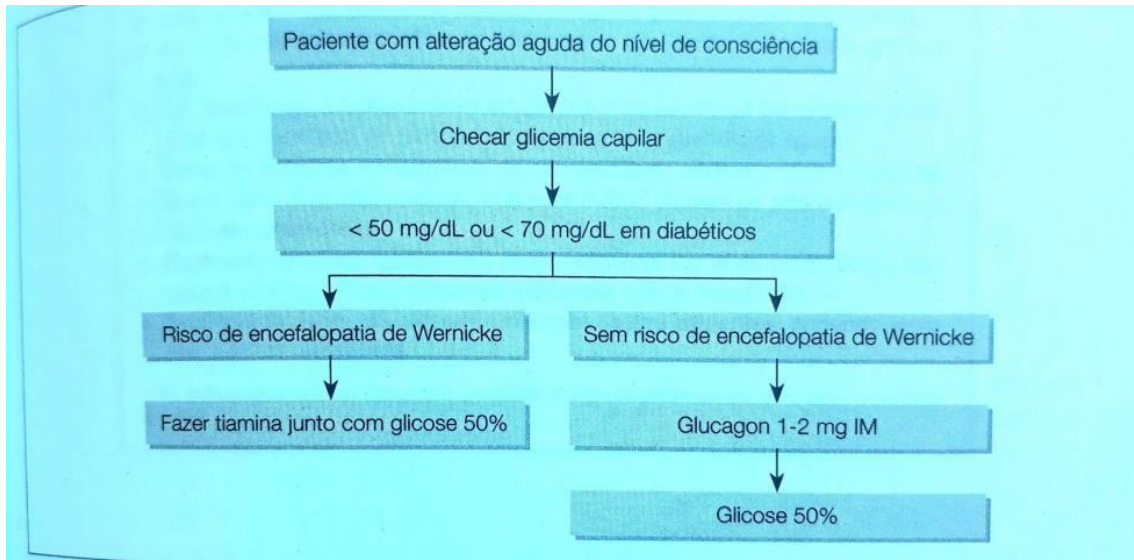
Tratamento

O tratamento da hipoglicemia na emergência visa restaurar os níveis de glicose sérica, aliviando os sintomas clínicos e prevenindo complicações. O paciente diabético, principalmente em insulinoterapia ou em uso de sulfoniluréia, deve ser orientado sobre o risco de hipoglicemia, como reconhecer os sintomas e como proceder na crise (CUNHA, LUCAS, ZANELLA, 2019).

- Segundo Velasco, 2020, na emergência as opções de tratamento incluem em pacientes sintomáticos com hipoglicemia confirmada Solução EV de glicose hipertônica: 25g de glicose (dextrose) a 50%, seguida de uma infusão contínua de SG 5%.
- Em pacientes sem acesso deve-se utilizar glucagon IM1 a 2 mg, uma única dose, devido utilizar todos os estoques hepáticos.

- Em pacientes desnutridos, etilistas ou hepatopatas deve-se utilizar tiamina 100 a 300mg junto com a glicose para prevenir encefalopatia de Wernick-Korsakoff.

Figura 13. Conduta frente à hipoglicemia



Fonte: Velasco, 2020.

Critérios de internamento

Pacientes diabéticos com alto risco de desenvolver novos episódios de hipoglicemia, devem ser observados por 12 a 24 horas com glicemia capilar 1/1 horas, e regime de insulina ou medicações hipoglicemiantes ajustadas para evitar novos episódios de hipoglicemia.

Retomando a discussão

Após observação e reavaliação em 12 horas, a paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico. Na anamnese e exame físico de reavaliação estava lúcida, orientada, comunicativa, com melhora da força muscular. Alimentou-se. Refere que fez uso da medicação da diabetes duas vezes no período da manhã, por confusão na hora da ingestão, minutos após sentiu-se fraca e foi se deitar, não se lembrando de mais nada após, tendo conhecimento e consciência de que estava no hospital somente após melhora do quadro.

Exames laboratoriais com resultados normais, exceto uma leve anemia no hemograma, feito infusão de complexo B em 1000ml de soro fisiológico.

Paciente recebe alta após 24 horas de internamento.

A conduta do médico foi correta, seguindo o protocolo. A realização de TC foi essencialmente útil, pois um quadro de hipoglicemia inicialmente simula um AVC, nos levando a pensar também nesta hipótese. Após uso de glicose e soro glicosado a paciente apresentou melhora total dos sintomas, confirmando a hipótese de hipoglicemia.

O protocolo traz uso de glucagon intramuscular em caso do paciente não ter acesso venoso, nas upas pode-se observar que não é utilizado na rotina de condutas de hipoglicemia, uma vez que todos os pacientes ao chegar na unidade já em primeiro momento se pega um acesso calibroso. E o glucagon IM não tem disponível nas farmácias das upas. Porém, seria somente uma opção a mais de tratamento, pois se manejado de forma correta o uso de glicose 50% resolve praticamente todos os casos de hipoglicemia.

6.4 CASO 4

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA ESTIMULANTE

Identificação

G.L.M., sexo masculino, 18 anos, estudante.

Queixa principal

“Coração disparado”.

HDA

Encaminhado pelo SAMU devido a quadro de agitação psicomotora. Paciente relata palpitações. Refere pensamentos suicidas que vem desde alguns dias até o presente momento. Afirma estar vendo policiais atrás da porta da sala, que estão o observando e apontando uma arma para matar ele (no momento não tinha policiais na UPA).

HPP

Nega doenças crônicas ou alergias a medicações.

HEV

Faz uso de maconha e cocaína. Faz uso de bebida alcoólica nos finais de semana.

Exame físico

Sinais vitais: PA: 160/80mmhg Sat O2: 98% FC: 132bpm HGT: 111
Temp. axilar: 36.7°C. FR: 20rpm.

Ectoscopia: REG, corado, hidratado, eupneico.

Neuro: GSC 15. Pupilas mióticas.

Cardio: Bulhas rítmicas normofonéticas, 2T, sem sopros.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Ausência de edema em membros inferiores. TEC <2 seg. Sem sinais de desidratação.

Psicológico: Refere pensamentos suicidas que vem desde alguns dias até o

presente momento. Afirma estar vendo policiais atrás da porta da sala, que estão o observando e apontando uma arma para matar ele (no momento não tinha policiais na UPA). Em alguns momentos da anamnese apresentava perspectivas para o futuro, que queria fazer a carteira de habilitação e trabalhar como taxista. Relata que fazia acompanhamento no Caps infantil, porém há alguns dias completou 18 anos, sendo encaminhado para o Caps adulto, diz não ser obrigado mais a frequentar devido ser maior de idade, que a droga traz um bem estar e prazer que nenhuma outra coisa o proporciona, admite ser usuário, mas não viciado, diz que faz uso para relaxar e rir, que sua vida é de muito stress. Já fez uso de medicações no Caps (não soube especificar quais medicações), mas que o deixavam triste, que atrapalhou muito sua vida e não quer mais fazer uso.

Diagnóstico Sindrômico:

Quadro psiquiátrico a esclarecer.

Intoxicação exógena.

Hipóteses diagnósticas:

Intoxicação por drogas ilícitas.

Esquizofrenia.

Depressão maior.

Conduta Medicamentos:

Sedação leve com Haloperidol 5mg/ml ampola 1 ampola IM

Soro fisiológico 0,9% - 100 ml

diazepan 5mg – 1 ampola EV Soro glicosado 5% - 500ml EV

Nifedipino 10mg comp. – s/n VO

Dipirona sódica 500mg/ml 1 ampola 6/6hs EV

Metoclopramida 5mg 1amp 8/8hs EV em 10ml de água destilada.

Omeprazol 20mg cap. 1 cap/dia. em jejum VO

Propranolol 40mg 1comp 1x.

Exames laboratoriais e de imagem:

ECG

Hemograma completo

Urina I

Cuidados:

Monitorização

Controle de sinais vitais

Discussão:

A discussão será iniciada avaliando os sinais vitais do paciente. O mesmo apresenta-se taquicárdico com pressão arterial elevada, é um paciente crítico devido à instabilidade hemodinâmica. Agitação psicomotora com alucinações são sinais e sintomas em que pode-se ter o diagnóstico direcionado para dois caminhos, ou o paciente tem alteração psiquiátrica/neurológica ou fez uso de alguma substância, essas são as primeiras hipóteses que foram abordadas. Porém, precisa de mais dados, tentar conversar com paciente e familiares, buscar saber sua história. Quanto mais informações se tem em uma anamnese detalhada melhor direcionamento terá para um diagnóstico correto e uma conduta mais precisa.

Na tentativa de coletar informações o paciente relata que fez uso de grande quantidade de cocaína e bebida alcóolica (destilado e cerveja), sendo confirmado posteriormente pela mãe que ele é usuário de drogas ilícitas há alguns anos e que até o momento não apresenta nenhuma patologia psiquiátrica ou neurológica.

A partir disso será abordado um pouco a parte teórica relacionada ao uso de cocaína e crack, que são substâncias estimulantes que levam a uma síndrome adrenérgica e sintomas semelhantes aos que o paciente apresentava. Posteriormente, será dada continuidade com a discussão do caso.

Transtorno por uso de substância estimulante

O que é?

A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância (DSM V, 2014).

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da *Erythroxylum coca*, utilizado

antigamente como anestésico e hoje como droga de abuso. As primeiras fases da extração de cocaína são obtidas a pasta de coca que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração de cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico, etc. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros. A cocaína é considerada uma droga de alto custo, pode ser usada de diferentes formas: ingerida, ser aspirada ou dissolvido em água para uso intravenoso (DENARC, 2019).

O crack é um subproduto da pasta da cocaína, droga extraída por meio de processos químicos, das folhas da coca. Para o consumo inalatório da droga, são utilizados cachimbos elaborados pelos próprios usuários, geralmente de alumínio e compartilhados entre o grupo de uso. Também tem sido comum o consumo de cigarros comuns ou de maconha com fragmentos de pedras de crack (DENARC, 2019).

Segundo o DMS V, 2014, os critérios diagnósticos se baseiam em:

A. Uso recente de uma substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante.

B. Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (p. ex., euforia ou embotamento afetivo; alterações na sociabilidade; hipervigilância; sensibilidade interpessoal; ansiedade, tensão ou raiva; comportamentos estereotipados; julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de um estimulante.

C. Dois (ou mais) dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de estimulantes.

1. Taquicardia ou bradicardia.
2. Dilatação pupilar.
3. Pressão arterial elevada ou diminuída.
4. Transpiração ou calafrios.
5. Náusea ou vômito.
6. Evidências de perda de peso.
7. Agitação ou retardo psicomotor.
8. Fraqueza muscular, depressão respiratória, dor torácica ou arritmias

cardíacas.

9. Confusão, convulsões, discinesias, distonias ou coma.

D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância

Os transtornos por uso de substâncias ocorrem em uma ampla gama de gravidade, desde leve até grave, a qual se baseia na quantidade de critérios de sintomas confirmados. Em uma estimativa geral de gravidade, um transtorno por uso de substância leve é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; moderado, por quatro ou cinco sintomas; e grave, por seis ou mais sintomas (DSM V, 2014).

É um agente simpatomimético indireto, bloqueando a recaptção de catecolaminas (dopamina, adrenalina e noradrenalina) e estimulando os receptores alfa-1, alfa -2, beta-1 e beta-2 adrenérgicos. Bloqueia também os canais de sódio aumentando a concentração de glutamato e aspartato (aminoácidos excitatórios) no sistema nervoso central, bloqueia a recaptção de serotonina, aumenta a produção de endotelina e diminui a produção de óxido nítrico (VELASCO,2020).

Diagnóstico

Existe ativação adrenérgica (agitação, midríase não fotorreagente, sudorese, taquicardia, hipertensão).

Está associado a vasoconstrição e formação de trombos, pode apresentar arritmias.

O uso do crack pode ter queimaduras da faringe e lesão renal por rabdomiólise ou vasoconstrição renal.

Em todo paciente com síndrome adrenérgica deve-se suspeitar de uso de cocaína ou crack. Deve-se realizar exames: hemograma, função renal e eletrólitos, CPK, ECG, gasometria com lactato. Em caso de dor precordial faz troponina.

Manejo

Segundo Velasco, 2020, pelo protocolo da USP:

- Estabilizar o paciente: expansão volêmica e drogas vasoativas se hipotensão. Oxigênio suplementar se necessário ou intubação orotraqueal conforme a necessidade.

- Benzodiazepínicos são importantes no manejo para controle da agitação. Diazepan 5 a 10mg EV a cada 5 a 10 minutos. Se não tiver acesso usa-se Midazolan intramuscular.

- Haloperidol e clorpromazina devem ser evitados devidos diminuir o limiar convulsivo. Em caso de convulsão usar benzodiazepínicos se refratário fenobarbital.

- Beta bloqueadores é contra indicado em razão d piora da vasoconstrição devido ao aumento do efeito alfa adrenérgico por bloqueio dos receptores beta. Em caso de emergências hipertensivas deve-se utilizar nitroprussiato ou nitroglicerina.

- Taquiarritmias usar bolus 1 a 2 mEq/kg de bicarbonato de sódio, pois esta relacionada a bloqueio desses canais.

- Observação de 6 a 8 horas em casos agudos leves e moderados. E caso de dor torácica observar por 8 a 12 horas avaliando marcadores de necrose miocárdica seriados.

Enfim, o tratamento é de suporte, através de monitorização e estabilização do paciente, orientando a conduta conforme a clínica que o paciente apresenta.

Retomando a discussão

Agora que foi abordado sobre diagnóstico e conduta frente a um paciente em uso de substâncias estimulantes, será retomada a discussão.

Ao exame físico se pode observar que o paciente apresenta sintomas relacionados à ativação adrenérgica como agitação, sudorese, taquicardia e hipertensão. Como observado no estudo, o tratamento em caso de uso de drogas ilícitas estimulantes, como no caso a cocaína, a conduta é de suporte sintomático, e conforme a clínica do paciente foi o que orientou em que condutas deveriam ser

tomadas.

Inicialmente a conduta médica foi correta em fazer monitorização e estabilização do paciente com uso de Soro fisiológico 0,9% - 100 ml e diazepam 5mg – 1 ampola EV, e posteriormente soro glicosado 5% - 500ml, esta conduta faz hidratação do paciente sem expansão volêmica, não tendo risco de sobrecarregar ainda mais o sistema cardíaco e o benzodiazepínico ajuda no controle da agitação, melhorando a taquicardia e a hipertensão. O uso de sintomáticos como a Dipirona sódica 500mg/ml, Metoclopramida 5mg e Omeprazol 20mg, deu suporte melhorado os sintomas de náuseas e dor abdominal relatada pelo paciente.

A realização de eletrocardiograma foi super correto, é essencial nesses casos para estar avaliando se existe alteração elétrica causada pelo efeito da droga, uma vez que em seu uso existe um grande risco de complicações cardíacas como infarto agudo do miocárdio, pois faz com que se tenha um aumento da frequência cardíaca e força de contração necessitando de uma demanda maior de oxigênio para o miocárdio, e ao mesmo tempo causa vasoconstrição coronariana tendo risco grande de isquemia miocárdica.

Posteriormente foi feita uma sedação leve com Haloperidol 5mg/ml ampola 1 ampola - IM devido a agitação psicomotora e as alucinações, esta medicação tem um efeito maravilhoso nestes sintomas, porém seguindo o protocolo da USP, o uso de neurolépticos deve ser evitado nesses pacientes pois seu sistema cardíaco e neurológico já estão comprometidos devido ao uso de grande quantidade da cocaína associada com bebida alcoólica, assim a medicação reduz ainda mais o limiar convulsivo e também pode piorar os efeitos cardíacos levando a taquicardia, hipotensão e arritmias, então nesse caso melhor evitar seu uso.

O uso de Propanolol 40mg também não foi uma boa escolha para este paciente, pois o uso de betabloqueadores acaba aumentando o efeito alfa adrenérgico (efeito comum que ocorre com uso de cocaína), devido ao bloqueio dos receptores beta, conseqüentemente causando vasoconstrição de artérias coronárias e de veias, podendo causar isquemia e aumento da pressão arterial.

O uso de Nifedipino 10mg foi utilizado devido ao aumento da pressão arterial, pelo protocolo não tem contraindicações. Enfim, concluí-se que a conduta médica em partes foi correta e em outras não, mesmo que o paciente foi estabilizado não tendo maiores complicações, o uso de medicações contraindicadas pelo protocolo são um risco grande de piorar o quadro do paciente. Sabe-se que com o tempo de

trabalho e experiência profissional o médico acaba sabendo manejar os casos avaliando risco/benefício, porém se puder seguir o protocolo à risca terá uma melhor segurança frente a possíveis complicações que possam ocorrer.

6.5 CASO 5

SARS COV 2

Identificação

G.C.L, 55 anos, do lar

Queixa principal

Tosse com sangue.

HDA

Paciente refere odinofagia, cefaléia, mialgia, dispnéia aos médios esforços, febre aferida (38°C), associado a tosse seca que evoluiu para produtiva e hemoptise há 15 dias, com perda ponderal de 4kg no período.

HPP

HAS E DM em tratamento. Nega alergias a medicações.

HEV

Nega uso de drogas lícitas, ilícitas ou bebidas alcóolicas.

Exame físico

Sinais vitais: PA: 120/90mmhg Sat O2: 92% FC: 100bpm Temp. axilar: 38.3°C. FR: 19rpm.

Ectoscopia: BEG, normocorada, normohidratada, eupneica.

Neuro: GSC 15. Pupilas isofotoreagentes.

Cardio: Bulhas rítmicas normofonéticas, 2T, sem sopros.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, com presença roncos e crepitações em região de terço médio e bases pulmonares.

Abdome: Flácido, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Ausência de edema em membros inferiores. TEC <2 seg. Sem sinais de desidratação.

Diagnóstico Sindrômico:

Infecção de via aérea.

Hipóteses diagnósticas:

Covid?

Pneumonia viral por Covid?

Tuberculose?

Conduta

Dieta livre

Proteção gástrica com Omeprazol 20mg 1x ao dia, em jejum. Proteção de TEP com Enoxaparina

Dipirona Salbutamol spray Metaclopramida Ceftriaxona Azitromicina

Exames laboratoriais:

Hemograma completo Hm 4,71 Hb 14,30 Ht 41,70 Leuc. 8.070

Gasometria Ph 7,33 pCO2 37,00mmhg pO2 70 HCO3 19,50 Sat 92%

Lact 35

PCR 5,0 mg/dl

Troponina I inferior a 0,012ng/ml CPK 26U/L CPMB 12U/L Lactato 10,40mg/dl

Uréia 44mg/dl Creatinina 0,80

Sódio 141

Potássio 5,4

TAP INR 1,00

RT-PCR Covid – Detectado. Escarro para TB ??

Tomografia Computadorizada de tórax sem contraste: Opacidades pulmonares multifocais com atenuação em vidro fosco esparsas bilateralmente com algumas áreas retráteis de perimeio com extensão estimada em torno de 30% achados altamente sugestivos de pneumonia viral atípica (CORADS 5).

Cuidados:

Monitorização

Controle de sinais vitais

Discussão:

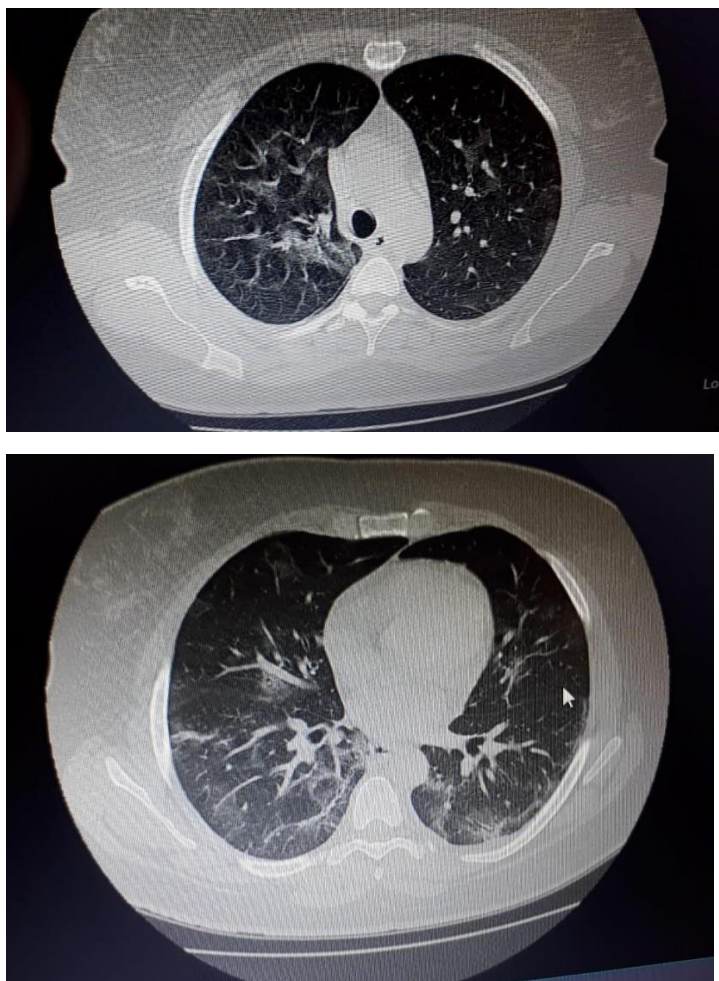
Será dado início a discussão avaliando a paciente de uma forma geral focando nas hipóteses diagnósticas a partir do quadro clínico. Pela anamnese pode-se observar um quadro com sintomatologias arrastadas que vem evoluindo com o decorrer dos dias, a tosse que antes era seca e pouco frequente evoluiu para secreção consistente e amarelada associada à hemoptise. Associando a febre pode-se pensar em um quadro inflamatório e/ou infeccioso de origem pulmonar. A perda de peso em poucos dias sem mudança dos hábitos alimentares é algo que deixa um alerta por ser uma manifestação inespecífica que abrange diversas causas, porém quando associada a outras condições relatadas pelo paciente pode encaminhar corretamente a possíveis diagnósticos e no caso do paciente, associando a tosse persistente e febre se pode pensar em um possível quadro de Síndrome Tuberculosa. Porém, como no período está ocorrendo a pandemia não se poderia inicialmente descartar uma pneumonia viral por Covid 19, que foi uma das principais hipóteses para investigação.

Pelo exame físico observa-se uma paciente estável, porém com uma diminuição da saturação corrigida inicialmente com cateter nasal 2L/min, quadro febril e demais sinais vitais apresentam-se normais no momento da admissão. À ausculta pulmonar observou-se presença de roncos e crepitações em região de terço médio e bases pulmonares o que dá um alerta para presença de secreções em regiões de brônquios. Demais exame físico sem alterações. A partir da anamnese e exame físico concluí-se que o principal problema no momento realmente é pulmonar, precisando focar a investigação neste sistema.

Então foi solicitado uma TC de tórax, exames laboratoriais e coleta de RT-PCR Covid e escarro para investigação tuberculose. O exame de tuberculose é realizado através de três coletas de escarro em dias consecutivos, o qual não teve sucesso na sua realização devido o paciente não conseguir escarrar material. Era de extrema importância que fosse coletado, até foi sugerido ao médico plantonista a indução do escarro a partir da nebulização com solução salina hipertônica, que pela literatura seria uma opção nesses casos, porém ele achou melhor aguardar, pois a nebulização em pacientes confirmados ou com suspeita de Covid é contraindicada por protocolo devido o risco de dispersar o vírus no ar ao redor.

Na tomografia observou-se alteração de parênquima pulmonar em “vidro fosco”, uma característica típica de infecção viral neste momento de pandemia, “onde temos um aumento da atenuação dos pulmões, mas sem apagar as marcas broncopulmonares, etiologicamente podendo ser espessamento de interstício, preenchimento parcial de espaços aéreos, colapso parcial de alvéolos, aumento do volume capilar ou uma associação destes mecanismos” (SANTOS, 2003). Como se pode observar o padrão de vidro fosco na tomografia é muito inespecífico podendo ter várias causas, porém sempre de origem viral. Correlacionando com exames laboratoriais observou-se aumento de PCR demonstrando um quadro inflamatório e/ou infeccioso, porém com hemograma normal o que não esclarece a origem de tal dado.

Figura 14. TC de Tórax



Fonte: Imagem TC de tórax da paciente*

* Respeitando toda a ética médica, imagem utilizada somente para estudo neste relatório.

Na gasometria observou-se uma discreta acidose com diminuição de pO₂, consequentemente devido a alteração na oferta e/ou captação de oxigênio ocorreu aumento do lactato sanguíneo. São alterações leves típicas de um quadro inicial de alteração pulmonar, mas devido ao aumento do lactato observou-se que existe alteração na hematose, seja por alteração na oferta ou captação de oxigênio, é um dado muito importante que precisa de uma super atenção para conduta adequada, evitando evolução do quadro e piora da situação do paciente. O exame de RT-PCR deu Detectado para Covid. A principal hipótese etiológica foi confirmada.

Agora será abordado um pouco deste tema e depois será dada continuidade a discussão com a conduta para o paciente.

Covid 19, o que se sabe até o momento:

Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae. Esta é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O SARS-CoV-2, um novo coronavírus descrito no final de 2019 após casos registrados na China, provoca a doença chamada de COVID-19 (LIMA, 2020).

A disseminação ocorre principalmente por gotículas respiratória. O vírus liberado nas secreções respiratórias quando uma pessoa com infecção tosse, espirra ou fala pode infectar outra pessoa se entrar em contato direto com as membranas mucosas. Pode ocorrer também em contato com superfícies contaminadas e depois encostar nos olhos, boca ou nariz e por aerossóis após intubação orotraqueal ou nebulização (VELASCO, 2020).

A disseminação da SARS-CoV-2 ocorre com maior frequência em indivíduos sintomáticos ou assintomáticos leves/moderados, que podem transmitir o vírus sem conhecimento. Uma proporção menor de pacientes infectados tem uma apresentação grave de COVID-19, mas nessa população a mortalidade é maior do que nos pacientes clinicamente mais leves (SILVA, et al, 2020).

A fisiopatologia ainda é mal definida, com genona sendo determinado apenas em fevereiro de 2020, com poucos estudos ainda sobre alterações histopatológicas nesses pacientes, mas seu comportamento evolutivo se assemelha aos dos pacientes com infecção pelo vírus da influenza (VELASCO,

2020).

Achados clínicos

A infecção com SARS-CoV-2 pode se apresentar clinicamente em uma destas três principais condições: portadores assintomáticos, indivíduos com doença respiratória aguda (DRA) ou pacientes com pneumonia em diferentes graus de gravidade (SILVA, et al, 2020).

Os registros clínicos dos pacientes no início da infecção indicam que os sintomas mais comuns são febre, tosse, mialgia e fadiga, e também podem ser acompanhados por secreção respiratória, dor de cabeça, hemoptise e diarreia. Dispneia e febre alta são sintomas que definem a principal diferença clínica entre a COVID-19 e o resfriado comum, que é acompanhado de congestão nasal, lacrimejamento, espirros e coriza, inicialmente hialina, mas que ao longo dos dias se torna amarelo-esverdeada (SILVA, et al, 2020).

O tempo de início dos sintomas até o aparecimento de manifestações graves que indicam internação é de 5 a 7 dias. Alguns fatores são associados a pior evolução, como idade maior que 65 anos, hipertensão arterial e diabetes mellitus, podendo apresentar complicações da infecção que podem levar a SRAG e lesão cardíaca ou renal, infecção secundária e choque (VELASCO, 2020).

Figura 15. Principais sintomas apresentados pelo Covid e sua incidência de acometimento.

▷ TABELA 4 Características clínicas e tratamento de pacientes com pneumonia COVID-19

Febre: 83%
Tosse: 82%
Dispneia: 31%
Mialgias: 11%
Confusão mental: 9%
Cefaleia: 8%
Dor de garganta: 5%
Rinorreia: 4%
Dor torácica: 2%
Diarreia: 2%
Náusea e vômito: 1%
Pneumonia unilateral: 25%
Pneumonia bilateral: 75%
Opacidades e infiltrado em vidro fosco: 14%

FONTE: VELASCO, 2020.

Diagnóstico

O diagnóstico definitivo do novo coronavírus é feito com a coleta de aspiração de vias aéreas ou indução de escarro. O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus é realizado por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Orienta-se a coleta de aspirado de nasofaringe ou swabs combinado (nasal/oral) ou também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar) (LIMA, 2020). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que a técnica de RT-PCR seja realizada entre o terceiro e o nono dia após o início dos sintomas, pois, nessa fase, é possível encontrar maior carga viral. Entretanto, a coleta de amostras pode ser aceitável se realizada até o décimo dia (SILVA, et al, 2020).

As alterações laboratoriais mais frequentes em pacientes com COVID-19 são aumento de 75%-93% da proteína C reativa (PCR) com diminuição da albumina sérica em 50%-98% e contagem total de leucócitos com considerável variação, conforme relatos na literatura, por vezes aparecendo alta ou diminuída, mas com evidente presença de linfopenia (35%-75%). Os valores dos biomarcadores relacionados com infecção, incluindo PCR, procalcitonina (PCT) e VHS, aumentam gradualmente à medida que o estado clínico se deteriora, além de dímero-D, creatina quinase (CK), fração MB da creatina quinase (CK-MB), LDH, ALT, AST, ureia, creatinina, troponina cardíaca e proteína amiloide sérica A(SILVA, et al, 2020).

Por fazer parte da cascata inflamatória envolvida na patogênese da COVID-19, a interleucina-6 sérica (IL-6) também aumenta de acordo com a progressão da SARS. Na primeira semana, a doença pode evoluir para pneumonia, doença respiratória e até morte. Essa progressão está associada ao aumento extremo de citocinas inflamatórias, incluindo interleucinas 2, 7 e 10 (SILVA, et al, 2020).

Exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax também são úteis para avaliação do quadro, o achado mais precoce na TC é a presença de vidro fosco. Outros achados são infiltrados e espessamento de septos interlobulares e consolidação (VELASCO, 2020).

Tratamento

A conduta se baseia em medidas de suporte e tratamento de complicações. Saber reconhecer os pacientes que apresentam quadros potencialmente sérios como a síndrome respiratória aguda grave é de extrema importância para saber manejar a situação.

O tratamento sintomático compreende opções para o controle da febre, dor, tosse seca e náusea. Dessa forma, sugere-se a utilização de antipiréticos, analgésicos, antitussígenos/expectorantes e antieméticos, sempre que haja indicação clínica, respeitando o quadro do paciente e as contraindicações adjacentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo Velasco, 2020, algumas recomendações devem ser seguidas:

- Em pacientes com SRAG utilizar oxigenioterapia imediatamente ou com dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque, o alvo é maior ou igual a 90% em adultos e crianças maior ou igual a 94%.
- Reposição volêmica deve ser cautelosa pois pode piorar a oxigenação;
- Iniciar antibióticos empíricos;
- No momento nenhuma terapia específica pode ser recomendada nesses pacientes;
- Não é recomendado usar antiinflamatórios por piora de prognóstico;

Dentre as modalidades de terapia de suporte empregadas, os antibióticos estão presentes com certa frequência nos regimes terapêuticos testados em pacientes com COVID-19. Alguns exemplos são a azitromicina, vancomicina, ceftriaxona, cefepima e levofloxacino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

RETOMANDO A DISCUSSÃO

Como se pode observar no estudo o padrão ouro para diagnóstico de Covid 19, é o exame RT-PCR realizado através de secreções da naso e orofaringe. Também pode-se utilizar exames complementares laboratoriais e de imagem para avaliar a situação que o paciente se encontra e patologias associadas. E foi inicialmente a conduta do médico plantonista no caso da paciente, seguindo corretamente as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao diagnóstico.

Com relação ao tratamento medicamentoso, como se observou no estudo não existe um tratamento específico ainda para Covid 19, se resume basicamente em

tratamento de suporte e de possíveis complicações que possam ocorrer. A prescrição para pacientes internados deve ser feita inicialmente focando em proteção gástrica pelo uso de grande quantidade de medicamentos por período prolongado e profilaxia de tromboembolismo pulmonar, já que tem estudos que demonstram evidências de um maior risco de formação de coágulos em pacientes com infecção pela Covid-19 por alteração nos fatores de coagulação e outras células sanguíneas. Desta forma, para a paciente em questão foi prescrito Omeprazol e Enoxaparina. Existe evidência que a heparina de baixo peso molecular tenha propriedades anti-inflamatórias que podem conferir um benefício adicional na Covid-19, uma vez que várias citocinas pró- inflamatórias estão elevadas.

Como a paciente tem mais de 50 anos e apresenta comorbidades são fatores que aumentam muito o risco de desfechos desfavoráveis, por isso o uso de antibioticoterapia empírica deve ser iniciada precocemente assim que suspeita clínica de pneumonia, foi iniciado terapia dupla devido a seu quadro ser considerado moderado tanto pela hemoptise, ausculta pulmonar e sintomas apresentados, quanto por sua idade e doenças crônicas em tratamento.

A saturação foi corrigida com cateter nasal 2L/min, chegando a 98% não necessitando de outras medidas até o momento. É de extrema importância a realização de gasometria arterial a cada 6 horas para avaliação de possível alteração do Ph por retenção de pCO₂, devido ao comprometimento pulmonar por edema e muco que resulta em comprometimento de trocas gasosas, deve-se ficar de olho em possíveis alterações neste exame.

A conduta médica e da equipe seguiu os protocolos e recomendações do Ministério da Saúde. Porém, seria interessante a realização de um antibiograma, mesmo que a antibioticoterapia utilizada é de grande espectro ela é um tratamento empírico, e a análise das bactérias presentes permitirá a identificação do antibiótico mais adequado para o tratamento da infecção apresentada pelo paciente. Sobre a questão da realização do exame para avaliar possível tuberculose associada, a nebulização com solução hipertônica seria uma ótima opção, pois o paciente mesmo após hidratação não conseguiu escarrar, e ele estava em quarto isolado e a equipe tem todos os equipamentos de proteção necessários, então não teria problema em estar realizando tal conduta, pois pelo quadro do paciente poderia sim ter uma TB associada e seu diagnóstico seria de extrema importância para início do tratamento e assim melhora do prognóstico.

6.6 CASO 6

LEISHMANIOSE

Identificação

A. A. J. sexo masculino, 45 anos, motorista de máquinas pesadas.

Q.P.:

"Cansaço"

HDA:

Paciente procedente do Paraguai trazido pelo SAMU ao nosso serviço. Relata que há 4 meses iniciou um quadro de tosse seca, astenia e dispnéia aos médios esforços, evoluindo há um mês com dispnéia aos pequenos esforços, acompanhado de icterícia conjuntival. Relata piora da intensidade dos sintomas há 2 dias. Refere que fazia tratamento para “amarelão” no Paraguai com a “garrafada” que consiste em tratamento caseiro com ervas. Nega febre, dor de garganta, coriza, congestão nasal, anosmia, diarreia, náusea, vomito e disgeusia.

HPP:

Nega doenças crônicas e uso contínuo de medicações. Refere apenas episódios de asma na infância. Refere que fazia tratamento para “amarelão” no Paraguai com a “garrafada” que consiste em tratamento caseiro com ervas.

HV:

Ex-tabagista - fumou por 28 anos 1,5 maços por dia, parou há 5 meses.

Ex-etilista- consumiu 5 caixas de latas de cerveja por dia (sic), por 1 ano e parou há 4 meses.

Nega alergias.

Exame Físico Ectocopia:

REG, GCS 15, LOTE, icterico ++++/4+, acianótico, febril, hipocorado, hidratado com tremor fino em MMSS em repouso.

SSVV: Temp 38,5 C; FC 125; FR 20 rpm, PA 129/78mmHg, HGT 75, SatO2 100%.

AP: Eupneico em ar em ambiente, sem sinais de esforço respiratório. MV presentes, reduzidos em bases, apresentado estertores crepitantes em bases.

ACV: RR, taquicárdico, BNF, em 2T, sem sopros.

Abdome: Abdome globoso, flácido, sem sinais de circulação colateral, indolor a palpação superficial e profunda. Hepatimetria 3 dedos abaixo do rebordo costal. Baço palpável. Espaço de Traube ocupado.

Membros: Pulsos periféricos cheios e simétricos. Presença de tremor e flapping em MMSS> MMII com edema +/4+ com extensão até joelhos.

Diagnóstico Sindrômico:

Icterícia e tosse a esclarecer.

Hipóteses diagnósticas:

PNM viral/bacteriana?

COVID-19?

Síndrome icterica à esclarecer (Hepatopatia viral?/ alcoólica)

Conduta

Solicitado exames laboratoriais

Solicitado TC de tórax

Profilaxia de TEP/proteção gástrica

Tratamento de abstinência alcóolica – Tiamina e Diazepan

Sintomáticos

Aguarda exames para reavaliação

Cuidados:

Monitorização

Controle de sinais vitais

Resultado de exames de admissão:

KPTT 97.9// INR 1,59// Hb 7,5 Ht 20,40 Leuco 780 Bast 0% Plaq.7.000// Ur. 32 Creat. 0.70// Na 133//K 4,7// Lact. 87.10// Billi.total 1,60 dir. 0,70 ind. 0,90//cálcio iônico 1,26// glicose 77// Urina I sem alterações significativas //Urocultura negativa Hemocultura 1° e 2° amostras negativas// **TGO 152 TGP 53 Gama Gt 115//**

fosfatase alc. 157//

RT-PCR Covid negativo.

Teste rápido Sífilis: não reagente

Teste rápido Leishmaniose Visceral Humana: não reagente Anti HCV: não reagente

HBsAg: não reagente

Resultado dos exames na minha última avaliação ao paciente:

Hb 5,90 Ht 17 Leuco 390 Plaq. 10.000// Ur 312 Creat. 1,50// Na 156 K 2,9// CPK 24// Bill total 12 Dir. 10,30 Ind 1.70//CKMB 7// Fósf. 5,6// Mg. 3,0//TGO 316 TGP 44// PCR 3,8.

Medicações após avaliação de exames:

Antimoniato de glucantime 3 ampolas+SG5% Ev 1 x dia em 3horas, por 20 dias.

Resumo da evolução do Caso: Durante internamento paciente apresentou quadro de pancitopenia grave com necessidade de hemotransfusões constantes, com respostas parciais. Iniciado investigação pela hematologista levantado hipótese de Leucemia aguda, aguardando biópsia de medula óssea. Além disso, apresentou rebaixamento do nível de consciência, de causa provável metabólica por distúrbios em eletrólitos e quadro de delirium tremens devido a abstinência alcóolica. Devido a piora do quadro paciente em acompanhamento com infectologista, levantada hipótese de Leishmaniose visceral – tentando iniciar tratamento com antimoniato de meglumina, porém devido uso inadequado do remédio, suspenso e iniciado Anfotericina B. Paciente grave, com descompensações constantes, sem diagnóstico, fazendo tratamentos empíricos, com respostas parciais. Dias após paciente evoluiu com insuficiência respiratória grave sendo necessário IOT, sendo solicitado leito de UTI geral. Paciente evoluiu muito rapidamente para gravidade e sem um diagnóstico confirmado. Após 15 dias de internamento evoluiu com queda importante da pressão arterial apesar do uso de nora e vasopressina dobrada, hipossaturando, bradicárdico associado à midríase bilateral. ECG sem atividade elétrica. Declarado óbito.

Discussão:

Avaliando o paciente na chegada ao serviço de atendimento, podem-se

observar os sinais vitais sem alterações significativas, apenas um tanto taquicárdico, porém, apresentando temperatura corporal elevada (febre alta). Eupneico em ar ambiente, saturando normalmente.

Ao exame físico, paciente se apresenta bastante icterico, hipocorado, com tremores finos. Na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes em bases. Outra coisa que chama muito a atenção é a palpação abdominal com presença de visceromegalias, baço palpável até a cicatriz umbilical e fígado 3 dedos abaixo do rebordo costal.

Pela anamnese sabe-se que paciente é etilista, fazendo uso de grande quantidade de bebida alcóolica diária, o que poderia explicar parte de seu quadro, como a icterícia a hepatomegalia e os tremores no momento pela abstinência. O álcool faz com que se tenha alteração na produção de enzimas hepáticas, levando a um processo inflamatório podendo evoluir para cirrose, e isso explicaria a alteração da hepatimetria. Porém, o baço é outro órgão que se apresenta com tamanho muito maior que o normal e o álcool inicialmente não se encaixaria na etiologia, porém poderíamos pensar em uma congestão esplênica por consequência da cirrose, não deixa de ser uma hipótese. Esse aumento esplênico pode ter várias outras causas como um quadro ocasionado por doenças infecciosas como leishmaniose visceral ou malária, doenças mioproliferativas por alteração na medula óssea como a Leucemia, por exemplo. É um caso que se deve investigar mais profundamente.

Paciente apresenta também quadro respiratório que vem evoluindo progressivamente. Pelo exame físico pulmonar com febre associada, tem também uma hipótese de Pneumonia, como o momento é de pandemia por Covid19, se faz necessário investigar uma pneumonia viral por Sars Cov2 ou também de etiologia bacteriana.

Avaliando os exames laboratoriais da admissão se pode observar alteração significativa nas células sanguíneas, diminuição importante de plaquetas, hemáceas e leucócitos. Comparando com o exame feito há alguns dias depois, essa diminuição se apresentou mais ainda significativa, onde se observa um quadro de pancitopenia. Os exames de Covid, sífilis, leishmaniose e hepatites se apresentaram todos negativos. Porém, devido à alteração hematológica que vem apresentando, esses exames de teste rápido podem ter um resultado falso negativo, segundo discussão com médico plantonista.

Sem diagnóstico e evoluindo progressivamente para gravidade após discussão com hematologista e infectologista, foi iniciado hemotransfusão e tratamento empírico com antibióticos para provável pneumonia e também tratamento para leishmaniose visceral, mesmo não tendo confirmação de diagnóstico era a hipótese mais provável até o momento e algo deveria ser feito para tentar reverter o quadro do paciente.

Mas porque pensar em Leishmaniose visceral? O que fez chegar a esta hipótese diagnóstica? Será abordado um pouquinho sobre o assunto e após será retornado com a discussão.

Leishmaniose

A leishmaniose visceral (LV), ou calazar, é uma doença crônica grave, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade pode alcançar 10% quando não se institui o tratamento adequado. No Brasil, o agente etiológico é a *L. chagasi* (GONTIJO, MELLO, 2004).

Etiologia

As promastigotas *Leishmania* são transmitidas por mosquitos-pólvora (*Phlebotomus* sp e *Lutzomyia* sp) a hospedeiros vertebrados. Os mosquitos vetores se infectam ao picarem seres humanos ou animais infectados. Reservatórios animais variam com as espécies de *Leishmania* e localização geográfica, e incluem cães, outros caninos, roedores, seres humanos e outros animais. A infecção raramente se dissemina por meio de transfusão de sangue, agulhas compartilhadas, por via congênita, ou sexualmente (PEARSON, 2017).

Na leishmaniose visceral os parasitas se disseminam do local da picada na pele para linfonodos, baço, fígado e medula óssea, causando sintomas. Infecções subclínicas são comuns, somente uma minoria de pessoas infectadas desenvolve doença visceral progressiva. A leishmaniose visceral é uma infecção oportunista em pacientes com AIDS ou outros com comprometimento imunitário (PEARSON, 2017).

Diagnóstico

Segundo Pierson, 2017, podemos investigar leishmaniose por:

- Microscopia óptica de amostras de tecidos, preparações ou aspirados; quando disponíveis, ensaios baseados em PCR
- Para leishmaniose visceral, títulos de anticorpos
- Para leishmaniose cutânea e da mucosa, testes cutâneos
- Cultura (meios especiais necessários)

Fazer o diagnóstico definitivo da leishmaniose por meio de:

- Demonstração dos microrganismos em esfregaços corados por Giemsa
- Isolamento da *Leishmania* em culturas
- Exames de PCR dos aspirados da medula óssea, baço ou linfonodos de pacientes com leishmaniose visceral, ou por biópsia, aspirados, ou imprint das bordas de uma lesão cutânea.

A demonstração do parasito pode ser feita em material de biópsia ou punção aspirativa do baço, fígado, medula óssea ou linfonodos. O material obtido é utilizado para a confecção de esfregaço ou impressão em lâminas, histologia, isolamento em meios de cultura. A especificidade destes métodos é de 100%, mas a sensibilidade é muito variável, pois a distribuição dos parasitas não é homogênea no mesmo tecido. A sensibilidade mais alta (98%) é alcançada quando se utiliza aspirado do baço (GONTIJO, MELLO, 2004).

Testes sorológicos podem ajudar a diagnosticar leishmaniose visceral; títulos altos de anticorpos contra um antígeno recombinante leishmanial estão presentes em pacientes imunocompetentes com leishmaniose visceral. Contudo os autoanticorpos podem estar ausentes nos pacientes com AIDS ou doenças com comprometimento imunitário (GONTIJO, MELLO, 2004).

Sinais e sintomas

Segundo Souza et.al, 2012:

- O primeiro sintoma é uma febre baixa recorrente, frequentemente, com dois ou três picos diários que persistem com remissões durante todo o curso da infecção da doença. A febre é o sintoma mais notável devido a sua característica irregular ou remitente.

- A segunda manifestação, em importância, no desenvolvimento do quadro é a esplenomegalia, que costuma ser em maior escala que a hepatomegalia, a qual, por sua vez, também persiste nos achados clínicos.
- A micropoliadenia (aumento generalizado dos linfonodos), além de uma série de eventos que se iniciam à medida que os órgãos são acometidos, desencadeando alterações de ordem fisiológica e histopatológica, as quais se agravam com o decorrer da doença.
- De um modo geral, os principais órgãos acometidos pela são: baço, fígado, tecido hemocitopoético, pulmões e rins. Apesar de todas as modificações, a esplenomegalia é o achado mais importante e destacado no calazar. Têm-se, ainda, as alterações hepáticas, que levam a uma severa desproteinemia e, conseqüentemente, a baixos níveis de albumina sérica, que, quando associados aos fatores vasculares locais, podem levar à formação de edema nos membros inferiores. No tocante às alterações do tecido hemocitopoético, ocorre uma desregulação na sua função, levando a uma diminuição da produção celular, com reflexos no quadro hematológico.
- Dentre esses reflexos, uma das mais importantes e constantes alterações hematológicas é a anemia, que se deve, também, à destruição dos eritrócitos no baço. Ocorre, ainda, leucopenia, e as plaquetas também estão diminuídas.
- Quanto às alterações pulmonares, a principal representação é a tosse, que ocorre entre 72% e 81% dos pacientes. É decorrente, principalmente, da presença de material antigênico de *Leishmania* nos septos alveolares.
- Já nos rins, a principal manifestação evidente ocorre devido à presença de imunocomplexos circulantes, os quais podem levar a quadros de glomerulonefrite proliferativa e de nefrite intersticial.
- Em pacientes não tratados, a doença progride e pode atingir altos níveis de mortalidade: cerca de 90%. A doença crônica é marcada pelo progressivo emagrecimento e enfraquecimento geral, com aumento da suscetibilidade às infecções secundárias. A evolução pode ser rápida, levando o paciente à caquexia e à morte dentro de algumas semanas ou alguns meses, ou pode assumir caráter crônico. Embora as alterações provocadas pelo parasito possam, por si só, determinar a morte dos pacientes, frequentemente, ela é atribuída a infecções secundárias.

Retomando a discussão

Após o estudo observa-se que a evolução clínica e laboratorial do paciente se encaixa perfeitamente ao quadro de leishmaniose visceral. A alteração de células vermelhas levando a anemia, alteração da função renal já mostra o acometimento da patologia nos rins, função hepática tanto pela alteração das enzimas quanto pelo exame físico observando hepatomegalia, alteração esplênica, emagrecimento, fraqueza e evolução rápida e progressiva do quadro do paciente em poucos dias.

Foz do Iguaçu é considerada uma cidade endêmica para leishmaniose canina visceral e isto associado com o quadro do paciente reforça a hipótese principal, porém não tinha confirmação diagnóstica, apenas era uma suspeita, devido ao teste rápido ter resultado negativo, mas como já citado anteriormente, pelas alterações celulares laboratoriais esses testes rápidos podem estar se apresentando como falso negativo.

No período de acompanhamento do paciente observou-se que faltou um certo grau de atenção ao caso dele, pois após orientação da hemato e da infecto em estar iniciando a medicação para leishmaniose, o tratamento teria que ser feito por 20 dias frisando que teria que ser administrado corretamente, porém não foi o que aconteceu. Paciente recebeu as duas primeiras doses e após isso um dia recebia outro dia não, não se sabe por que motivo, mas na troca de plantonistas um sempre acabava esquecendo de verificar a medicação. E isso resultando em um tratamento errado e ineficaz, mesmo a infecto 'batendo o martelo' dizendo que teria que ser tratado corretamente, isso não aconteceu.

Outra questão que poderia ter sido vista era sobre o diagnóstico, como estudado anteriormente existe a possibilidade de estar fazendo biópsia esplênica para avaliar a presença do parasita no tecido. Sabemos que o paciente estava com diminuição importante de plaquetas e o risco de sangramento era grande, mas estava em acompanhamento com a hemato, fazendo hemotransfusões conforme necessário, e mesmo assim a hipótese de estar realizando biópsia para diagnóstico nem foi comentada.

Outro ponto importante era a realização de mielograma com intuito de verificar a presença de alterações que explicasse a pancitopenia, como por exemplo, a presença de células leucêmicas, pois a leucemia também era uma das

hipóteses diagnósticas, havia sido solicitado este exame no início do internamento, a coleta foi realizada, porém segundo médico plantonista a amostra não foi satisfatória para avaliação, tendo resultado inconclusivo. Desta forma a coleta deveria ser realizada logo, porém só foi realizada aproximadamente 10 dias após. Enfim, paciente sem diagnóstico e dia por dia evoluindo para maior gravidade.

Devido a minha mudança de setor, a partir daí o paciente foi acompanhado pelas evoluções e algumas avaliações durante as próximas semanas. Pelas evoluções havia sido solicitado também parecer da cirurgia geral para linfadenectomia, pensado em provável doença linfoproliferativa. Porém, não tem nada evoluído sobre essa avaliação com este parecer, então provavelmente não foi realizado.

Após 15 dias de internamento paciente evoluiu para queda importante da pressão arterial apesar do uso de nora e vasopressina dobrada, hipossaturando, bradicárdico associado à midríase bilateral. ECG sem atividade elétrica. Declarado óbito.

Após isso, pode-se observar que paciente evoluiu muito rapidamente para gravidade e sem diagnóstico confirmado. Sabe-se que a etiologia do quadro era algo muito agressivo, porém ficou sem descoberta.

Pode-se observar alguns pontos negativos nas condutas, coisas que poderiam ser realizadas totalmente diferente, principalmente em questão do uso correto das medicações. Era um paciente que precisava de atenção dobrada, pois sem diagnóstico era preciso fazer tudo o que estava ao alcance mesmo que fosse empírico algo deveria ser feito. Não afirmando que seriam condutas que salvariam a vida do paciente que isso mudaria totalmente a evolução do quadro, mas quem sabe através disso uma luz apareceria no final do túnel.

6.7 CASO 7

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

ID:

M.P.E, sexo feminino, parda, natural de Foz do Iguaçu. Mora com a filha.

QP:

“Perda da força do lado esquerdo”

HDA:

Paciente com histórico de AVC prévio há aproximadamente um ano, sem sequelas, além de "olho vermelho pela hemorragia" (sic). Relata que há 1 dia às 18:30h, enquanto comia apresentou cefaleia súbita intensa no lado D em forma latejante, de intensidade 10/10, seguido por escurecimento da visão, hemiplegia à esquerda, o que levou a queda da própria altura batendo a região frontal da cabeça no chão (sic). Chamou ao marido para que a ajudasse, apresentando naquele momento desvio de rima. Buscou atendimento por meio próprio para UPA Samek. Transferido para nosso serviço para realização de TC de Crânio.

HPP:

Cirurgia por nódulo da mama D (há 37 anos -sic), AVC (2019), Gota, HAS, Arritmia, Sinusite

HF:

Pai Chagas, Mãe DM e cardiopata.

HS:

Tabagista 1-2 cigarro/dia, nega etilismo e uso de drogas ilícitas.

Medicações em uso: Omeprazol 20mg jejum, Anlodipino 5mg 1x, Prednisona não sabe dose, Sinvastatina 40mg 1x, Histamin.

Hipóteses diagnósticas:

AVC isquêmico

AVC Hemorrágico

Hipoglicemia

Tumor cerebral

Exame físico na admissão:

MEG, hipocorado +/-, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Sonolenta, mas orientada em tempo e espaço.

SVVV: FC 68bpm, PA 157/89mmHg, Sat 98%, FR 13 irpm,

ACV: Bulhas cardíacas rítmicas normofonéticas, em 2T, sem sopro audível. TEC < 3s.

AP: MV presentes, ausência de ruídos adventícios.

ABD: globoso pela adiposidade, flácido, depressível, indolor à palpação. Lesões hiperocrômicas disperso no abdome.

MMII: panturrilhas livres, sem edemas. Lesões hiperocrômicas dispersas nos membros.

Neuro: pupilas isocóricas e isofotorreagentes, glasgow 14 (O3 V5 M6). Hemiparesia à esquerda com sensibilidade preservada. Reflexos patelares presentes. Babinski presente no MIE, não foi possível testar no MID, paciente mexe e não colabora. Sensibilidade dolorosa preservada nos membros.

NIHSS 18 pontos

Conduta na admissão:

Solicitado Laboratoriais de admissão Solicitado avaliação do neuro de urgência

Solicitado RX torax e ECG

Solicitado ECO cardio e doppler de carótidas Solicitado passagem de SNE com RX abdominal após Solicitado passagem de SVD

Monitorização multiparamétrica

Observação neurológica intensa- RISCO DE REBAIXAMENTO Omeprazol profilático

Mantido sem profilaxia para TEP e sem AAS devido possibilidade de sangramento

Prescrito Fenitoína de horário

Mantido sem antihipertensivo de horário- manter PA mais elevada Sintomáticos

Internamento na emergência

Solicitado vaga de UTI e preenchido SESA

Exames realizados:

Exames laboratoriais de admissão mostram ausência de infecção, sem anemia, função renal conservada, tendência a alcalose metabólica, hipercolesterolemia e enzimas hepáticas dentro da normalidade.

RX abdome: sem alterações, SNE posicionada em cavidade gástrica

ECG sem alterações

RT-PCR Covid Negativo

TC de crânio na admissão: Estudo tomográfico crânio sem alterações significativas.

TC de crânio 24hs após admissão: extensa área isquêmica aguda no território da artéria cerebral média direita ocupando grande parte do lobo frontal direito e grande parte das porções anteriores do lobo temporal direito.

TC de crânio 36hs após a admissão: comparado estudo anterior observa-se surgimento de extensa área isquêmica aguda no território da artéria cerebral média direita ocupando grande parte do lobo frontal direito e grande parte das porções anteriores do lobo temporal direito, apresentando discreto aumento das suas dimensões quando comparado a estudo anterior. Compressão do ventrículo lateral direito, sem desvio da linha média.

Resumo do andamento do caso:

- Reavaliado paciente monitorizada em sala do trauma após meia hora da admissão com sinais vitais estáveis. Mantém em vigilância neurológica continua de pupilas, Pupilas fotorreagentes D mais reagente que E. Glasgow 14. NIH 16. Ainda não liberado dieta devido quadro neurológico- risco de rebaixamento e craniectomia; mantém SVD e monitorização de diurese.

- Reavaliação Plantão Noturno do mesmo dia da admissão: Paciente em sala de UCP, monitorizada com sinais vitais estáveis, sem necessidade de DVA. Pouco contactante, não interactua.

- Parecer do neuro: Paciente com rebaixamento de nível de consciência, pupilas assimétricas discretamente E > D, confusão mental, sonolência, isofotorreagentes, hemiplegia esquerda, GCS 9. Solicito cirurgia e iniciar manitol 100ml 6/6h.

Realizado IOT e acesso venoso central. Realizado Craniectomia Descompressiva e internamento em UTI.

Discussão:

Avaliando paciente desde o ocorrido em seu domicílio, o mesmo apresentava-se normal, fazendo suas atividades rotineiras e subitamente teve início de cefaléia de intensidade muito alta, “relatando como a pior dor que já havia sentido”, seguido de escurecimento da visão, desvio de rima, hemiplegia à esquerda e perda da força muscular levando-a ter uma queda ao chão. Primeira coisa que vem à mente no momento em que se ouve esse relato é um provável Acidente Vascular Encefálico (AVE) podendo ser isquêmico ou hemorrágico, porém vários outros diagnósticos diferenciais devem ser investigados como uma crise epiléptica, hipoglicemia, tumor cerebral.... enfim, existe uma infinidade de patologias que podem inicialmente serem confundidas com um acidente encefálico.

É neste momento que se deve colocar o protocolo em prática. Conversando com familiar o mesmo relata que levou por meios próprios a paciente até a UPA em busca de atendimento. A maioria das pessoas é leiga em assuntos básicos de atendimento e não é obrigação que saibam como deveriam proceder, porém o correto seria ter chamado o SAMU, o qual avalia no momento o estado geral do paciente, a responsividade, aplicando escala de Cincinnati para suspeita de possível AVC e verifica HGT e em caso de hipoglicemia já se trata em domicílio com aplicação de glicose. Então muita coisa já se pode resolver precocemente caso acione serviço de emergência, pois pelo protocolo devem chegar no máximo em 10 minutos para iniciar o atendimento e esse atendimento precoce faz muita diferença tanto no tratamento quanto prognóstico do paciente.

Não se sabe o motivo, porém o paciente só foi transferido para o hospital no dia seguinte para realização de TC de Crânio, este é outro ponto que chama a atenção, porque por mais que se sabe que algumas lesões no AVC só aparecem 24 hs após o início do quadro, existe a necessidade de uma tomografia inicial para estudo comparativo após e por protocolo deve ser realizada a TC de crânio sem contraste em 25 minutos da chegada do paciente e interpretada em até 45 minutos do atendimento inicial. Desta forma, a tomografia é uma das primeiras etapas do protocolo que devem ser seguidas corretamente pois servem tanto de diagnóstico para o AVE quanto para excluir diagnósticos diferenciais, identificar complicações...

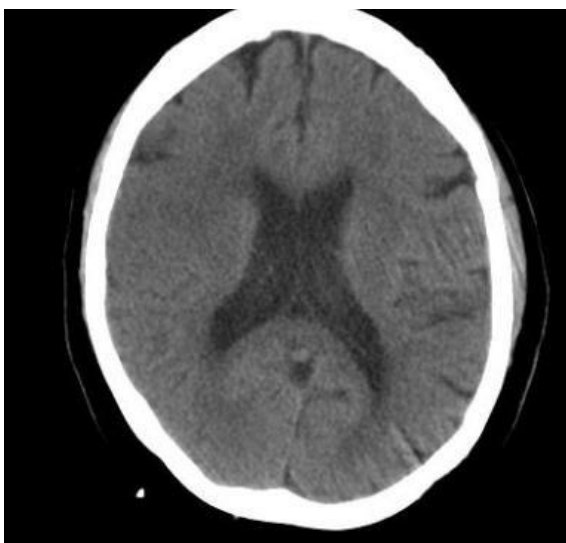
Na UPA não é possível ter avaliação de um neurologista, assim a paciente deveria ter sido encaminhada rapidamente para o hospital de referência para que o

neuro pudesse avaliar e dar seu parecer, sua conduta. Pois em caso de diagnóstico de AVE isquêmico tem apenas 4:30 horas desde quando estava assintomático pela última vez para realizar a trombólise e para isso é necessário anteriormente avaliação de médico especialista. Então pode-se observar através deste caso que nem sempre é seguido à risca o que se diz no protocolo e isso muitas vezes dificulta que se tenha um diagnóstico precoce, conseqüentemente prorrogando a conduta e tratamento mais correto para o paciente.

Uma coisa que se lamenta muito é a questão de ter disponível em nossa rede às medicações para realizar trombólise em casos de AVE isquêmico, porém não existe um protocolo hospitalar para sua utilização, é por conta e risco do médico plantonista em estar usando ou não, assim na maioria dos casos não é prescrito por medo de complicações que possam estar ocorrendo e devido não ter um protocolo a fim de orientar a sua utilização, isso é muito triste, pois o uso destas medicações reduziria muito o tempo de recuperação do paciente. Desta forma, na maioria dos casos apenas é mantido tratamento de suporte, AAS ou clopidogrel, acompanhamento até que estabilize e alta após.

Na chegada do paciente ao hospital, o médico plantonista corretamente solicitou exames laboratoriais de admissão e a tomografia de crânio sem contraste que rapidamente foi realizada. O resultado da TC apresentou-se sem alterações, nada se apresentava anormal, porém o quadro clínico da paciente era muito sugestivo de acidente vascular encefálico devido à hemiplegia, desvio de rima e certo grau de afasia. Foi comunicado o neurologista sobre o caso, para que realizasse a avaliação do paciente e do exame, o qual também aplicou a escala de NIHSS, com resultado 18. Pelo protocolo a escala de NIHSS é de obrigatória aplicação, pois através disso podemos efetuar uma avaliação dos déficits neurológicos relacionados com o AVC, através do resultado temos uma noção da gravidade da disfunção neurológica no momento do acontecido e também para avaliar sua evolução com o passar dos dias. Segundo a sociedade brasileira de doenças cerebrovasculares a pontuação de 18, como no caso de nossa paciente, é indicativo de um déficit neurológico grave necessitando de muita atenção em sua evolução. A conduta do neuro foi seguida conforme a hipótese diagnóstica de AVE isquêmico, pois sabe-se que alterações cerebrais podem se apresentar no exame de imagem somente após 24 horas do início do quadro. Abaixo segue imagem da primeira Tomografia do paciente, não apresentando alterações:

Figura 16. TC de Crânio.

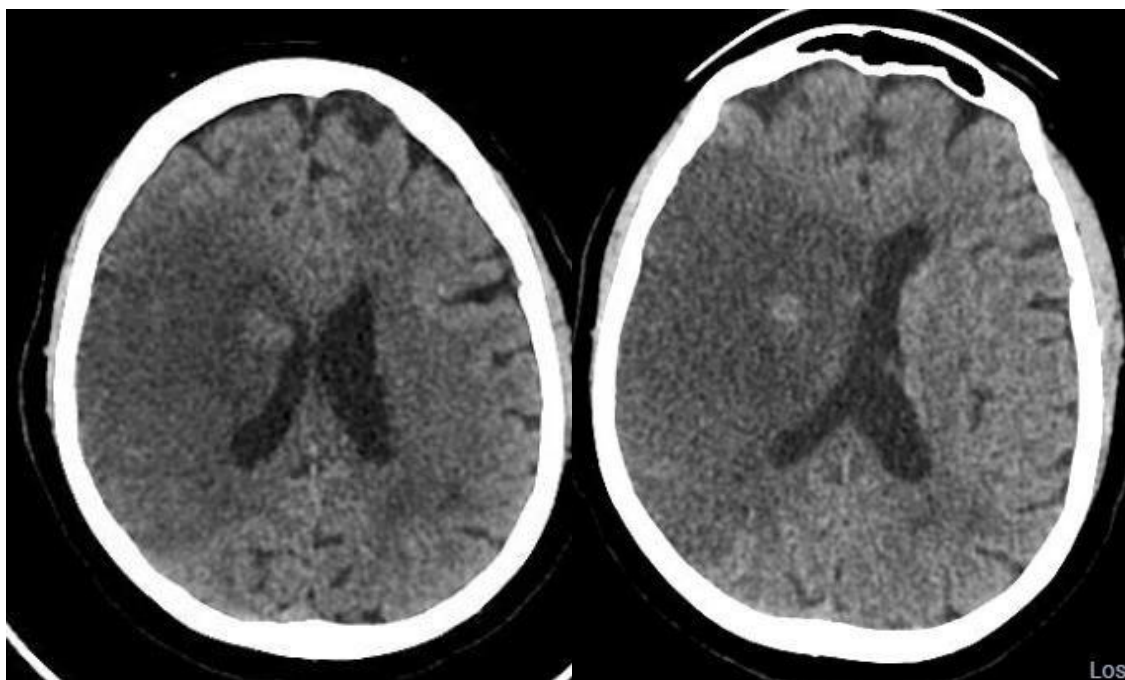


Fonte: Imagem TC de tórax da paciente*

* Respeitando toda a ética médica, imagem utilizada somente para estudo neste relatório.

Após 24 horas, como fala o protocolo, foi realizada outra tomografia a qual apresentou extensa área de isquemia em hemisfério cerebral direito, como pode-se observar nas imagens abaixo. Novamente foi chamado o neuro para reavaliação da paciente e da nova tomografia. Em comparação com o exame de admissão a alteração é muito nítida e como havia sido pensando realmente era um quadro de AVE isquêmico. Porém, algo chamou a atenção, pois além da extensa área isquêmica havia uma área hemorrágica em progressão em hemisfério cerebral direito.

Figuras 17 e 18. TC de Crânio.



Fonte: Imagem TC de Crânio da paciente*

* Respeitando toda a ética médica, imagem utilizada somente para estudo neste relatório.

A paciente é uma paciente crítica devido à instabilidade neurológica. No momento em que chegou ao serviço estava comunicativa e orientada, porém no decorrer das horas era nítido o quadro progressivo de desorientação até o momento de rebaixamento do nível de consciência, onde teve que ser intubada. A conduta inicial do médico do hospital foi correta em manter tratamento de suporte após análise da primeira TC e também devido já ter passado o tempo da janela para realização de trombólise. O não uso de anti-hipertensivos foi correto também, pois inicialmente em quadro de isquemia deve-se manter a pressão arterial em um alvo de <math><220/110\text{mmHg}</math> para manter uma melhor perfusão cerebral, manter a área de penumbra perfundida e a paciente estava com a PA dentro desses valores. Ao mesmo passo deve-se ter muita cautela, pois pressões muito elevadas podem gerar transformação hemorrágica, podendo ser uma hipótese do que aconteceu com a paciente, por mais que os níveis não estivessem tão elevados, a PA aumentada poderia ter sido a etiologia do sangramento.

Segundo o protocolo da USP, 2020, a pressão alvo para pacientes com AVE isquêmico seria:

- Pacientes candidatos à trombólise: manter PA menor que 180x110 mmHg.
- Pacientes não candidatos à trombólise: manter PA menor que 220x120 mmHg.

Alguns anti-hipertensivos são preferenciais no manejo da PA. É importantíssimo que o paciente esteja monitorizado ao se usar esses medicamentos, a fim de não diminuir muito a pressão. Pelo protocolo da USP, as medicações referenciais seriam o Labetalol e a Nicardipina, porém outras opções podem ser utilizadas.

Figura 19. Opções de antihipertensivos no AVCi.

OPÇÕES DE ANTIHIPERTENSIVOS NO AVCi
Labetalol 10-20mg IV em bolus, podendo repetir a cada 10min
Nitroprussiato IV em BIC
Hidralazina 10-20mg IV a cada 4-6h
Nicardipina 5mg/h (podendo aumentar 2,5mg/h a cada 5-15min)
Clevidipine 1-2mg/h IV (max. 32mg/h)

Fonte: Velasco, 2020.

Após o resultado da segunda TC com apresentação hemorrágica a conduta mudou totalmente, atentando para possíveis episódios de convulsão devido a hemorragia cerebral sendo usado como profilaxia a Fenitoína. Também foi usado o Manitol diurético que ajuda diminuir o edema cerebral. Como outros pontos importantes como monitorização da glicemia mantendo entre 80-120, controle de temperatura, cabeceira no máximo a 30°. Atentando para piora do quadro com rebaixamento do nível de consciência e reavaliação do neuro para possível craniectomia.

Através desse caso clínico observou-se novamente que muitas vezes o protocolo não é seguido corretamente. E mais uma vez pode-se levar como aprendizado a importância do seguimento correto do que está escrito na literatura, pois cada minuto que passa o risco de complicações e evoluções piores pode ocorrer.

Outra coisa importante seria a introdução de um protocolo no hospital para realização de trombólise, isso ajudaria muito na recuperação mais rápida do paciente, minimizando muito a possibilidade de sequelas, pois o objetivo principal do trombolítico é a desobstrução da artéria antes que haja lesão tecidual

irreversível. Mesmo que tenha a medicação disponível no hospital o uso ainda é muito restrito devido à falta desse protocolo a fim de orientar os profissionais sobre seu uso.

E por fim, outro ponto que chama a atenção é que não existe a realização de referência para serviço de fisioterapia ou acompanhamento na UBS desses pacientes após alta hospitalar. Os pacientes deveriam ser encaminhados e orientados sobre a importância da fisioterapia e do acompanhamento de um fonoaudiólogo, a fim de estimular a movimentação motora e a fala para uma recuperação mais rápida e satisfatória.

7. CONCLUSÃO

O objetivo da realização desta monografia foi de abordar de forma global o internato em Urgência e Emergência. Através da descrição das vivências em diversos cenários de prática, discussão de casos clínicos e vários outros tópicos, este relatório visa demonstrar de forma clara e detalhada todo o aprendizado obtido nestes meses no serviço de urgência e emergência.

Inicialmente, certo grau de preocupação tomou conta dos internos, pois devido à ocorrência da pandemia a maioria dos cenários do internato seriam focados ao Covid, pois a cidade estava passando por uma situação difícil e toda ajuda possível naquele momento era bem vinda. Porém, foi buscado aproveitar e aprender ao máximo com essa experiência e ao contrário do que foi pensado inicialmente, o Covid não interferiu no aprendizado em U/E, teve-se muito mais oportunidades em realização de atendimentos e procedimentos devido ao grande fluxo de pacientes em busca de atendimento hospitalar neste tempo. E além do Covid muitos pacientes procuravam o serviço por vários outros motivos patológicos associados, então isso deu a chance de acompanhar os mais diversos casos.

Ao término deste módulo e descrição desta monografia pode-se dizer que foi suprido às expectativas e cumprido os objetivos impostos ao início do semestre. Foi possível a realização de vários procedimentos, trabalhar aplicando a teoria na prática, associando o quadro clínico dos pacientes aos protocolos. Inicialmente não foi muito fácil, pois era a transição de uma fase da faculdade totalmente diferente do que se estava iniciando naquele momento, anteriormente era focado apenas na teoria no que dizia a literatura sobre condutas e protocolos e agora isso era aplicado na vida real, porém, nem sempre tudo é como se apresenta nos livros, muitas vezes o quadro clínico se apresenta de algumas formas diferentes, com falta de sintomas ou alguns sintomas diferentes associados e isso confunde muito, trazendo muita dúvida sobre diagnóstico e conduta do paciente. Foi necessário trabalhar muito o raciocínio clínico, rever a fisiopatologia e os protocolos e assim após muito estudo e trabalho na prática o resultado foi de uma boa melhora na resolução dos casos.

Aprendemos neste período que em situações de emergência a equipe e principalmente o médico devem manter a calma. Na verdade, para trabalhar nestes locais o profissional precisa ter perfil, pois são setores com pacientes muito graves que evoluem para muitas complicações e isso gera stress, angústia e medo de tomar decisões erradas e o médico precisa estar calmo neste momento para não realizar condutas precipitadas. O tempo é sagrado, cada segundo que passa é uma chance a menos que o paciente tem, então calma e conhecimento profissional nesta hora fazem toda a diferença.

Foi muito interessante a proposta de realização deste relatório, pois permitiu escrever de forma clara e detalhada tudo o que foi aprendido, o que foi sentido e vivenciado. O estudo dos casos clínicos foi de muito aprendizado, pois ao mesmo tempo em que se relatava o que estava acontecendo com o paciente, foi estudado tirando dúvidas sobre fisiopatologia, farmacologia, sobre os protocolos em si. Foi algo que ajudou muito no aprendizado, pois havia um certo déficit de conhecimento em alguns pontos de algumas patologias, e isso motivou a estudar mais. Logicamente durante os meses de internato foi visto uma infinidade de casos aos quais foi aprofundado, porém não tinha como descrever-los todos no relatório. Mas foi muito interessante a realização do mesmo, é uma forma do acadêmico poder expressar tudo o que aprendeu, de que forma aprendeu e também relatar sua vivência do dia a dia nesse período.

Dentre alguns pontos negativos já descritos no decorrer de alguns casos, tivemos vários pontos positivos durante o módulo sobrepassando o que foi insatisfatório e isto resultou em algo de completa harmonia, de muito aprendizado, de muita experiência. Após o internato e também devido a pandemia, pode-se dizer que hoje já não somos os mesmos, esses meses nos fizeram crescer muito profissionalmente, ampliando muito a visão e conhecimento na medicina focada em Urgência e Emergência.

Esta monografia foi de grande importância para demonstrar todo empenho, esforço e atuação em todos os cenários frequentados durante o internato de Urgência e Emergência. Foi um estágio de muito empenho, muito estudo e conhecimento novo.

A partir disso, deixo meus agradecimentos especialmente a Dra. Flavia por me orientar para a realização deste trabalho, pela organização do módulo, pela passagem de confiança, pelos incentivos, isso fez toda a diferença para que seguíssemos com o objetivo, mesmo estando muitas vezes frente a várias dificuldades levantamos a

cabeça e continuamos. Obrigada a todos que fizeram parte disso, foram essenciais para esta nossa caminhada na Medicina.

8. REFERÊNCIAS

Mena. H; Piacsek. G.V.M; Motta M.V. **Urgência e Emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica, 2017.** Disponível em: [file:///C:/Users/alini/Downloads/144375-Texto%20do%20artigo-309259-1-10-20180902%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/alini/Downloads/144375-Texto%20do%20artigo-309259-1-10-20180902%20(1).pdf). Acesso em: 27 jun. 2020.

Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial, 2009. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf. Acesso em 17 jul.2020.

Vale. B. M. **Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica, 2010.** Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CUNHA. B. S; LUCAS. L.Z; ZANELLA. M.J.B. **Emergências glicêmicas, 2019.** Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882997/05-emergencias-glicemicas.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

DENARC- **Cocaína, 2019.** Disponível em: <http://www.denarc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=34>. Acesso em: 28 jul. 2020.

VELASCO, I. T, et al. **Medicina de Emergência: Abordagem prática, 2020, 14º ed.**

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. **DSM-5** / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

SANTOS M. L. **Padrão em vidro fosco nas doenças pulmonares difusas. Correlação da tomografia computadorizada de alta resolução com a anatomopatologia, 2003.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842002000300016#:~:text=O%20padr%C3%A3o%20em%20vidro%20fosco,entanto%2C%20apagar%20as%20marcas%20broncovasculares. Acesso em 09 ago. 2020.

LIMA, C.M.A.O. **Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19)** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842020000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 09 ago.2020.

SILVA. J.S. **COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus, 2020.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442020000100302&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 07 ago.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COVID-19, 2020.** Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/ddt-covid-19-200407.pdf>. Acesso em: 09 ago.2020.

PEARSON. R. D. **Leishmaniose. Manual MSD, 2017.** Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/protozo%C3%A1rios-extraintestinais/leishmaniose>. Acesso em: 14 ago.2020.

GONTIJO. C. M. F; MELO. M. N. **Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas, 2004.** Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2004.v7n3/338-349/pt/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 03 mai. 2021.

UNASUS. **Redes de Atenção á saúde. Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde, 2018.** Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes05.pdf. Acesso em 03 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), 2013.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 03 mai. 2021.