



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

GRADUAÇÃO MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
RELATOS DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DENTRO DA PANDEMIA EM 2020**

LOURDES CAMILA SOSA ENCISO

Foz do Iguaçu – Paraná

2021



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

GRADUAÇÃO MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DENTRO DA PANDEMIA EM 2020

LOURDES CAMILA SOSA ENCISO

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

Orientadora: Prof^a. Me. Flavia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu – Paraná

2021

LOURDES CAMILA SOSA ENCISO

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELATOS DE CASOS CLÍNICOS E
VIVÊNCIAS DENTRO DA PANDEMIA EM 2020.**

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

BANCA EXAMINADORA

**Orientadora: Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA**

**Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA**

**Prof^a. Rosana Alvarez Callejas
UNILA**

Foz de Iguaçu, 21 de maio de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: Lourdes Camila Sosa Enciso

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 072.389.891-07

E-mail: lourdes.sosaenciso@gmail.com Fone: 45 99104 2599

Tipo de Documento

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> especialização | <input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input checked="" 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 em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e vivências dentro da pandemia em 2020.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____ / ____ / _____

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.

c) 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.

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

Foz do Iguaçu, 21 de maio de 2021

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos pacientes que tive a oportunidade de atender e aos preceptores que ensinam diariamente a arte da medicina. Sem vocês nenhum aprendizado seria possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida que ele me concedeu, porque sem ele não seria possível.

Agradeço aos meus pais por todo o esforço investido na minha educação.

Aos meus irmãos, familiares e meu namorado que sempre estiveram em todo momento do meu lado durante o meu percurso acadêmico.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica, cuja dedicação e atenção foram essenciais para que este trabalho fosse concluído satisfatoriamente.

Aos meus colegas da faculdade que compartilharam inúmeros desafios junto comigo, sempre com espírito colaborativo.

A todos os profissionais de saúde que guiaram e ensinaram muito nas práticas e nos distintos momentos de estágio.

Aos meus amigos do colégio, que ao longo desta etapa me encorajaram e me apoiaram, fazendo com que esta fosse uma das melhores fases da minha vida.

SOSA ENCISO, Lourdes Camila. **Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e vivências dentro da pandemia em 2020**. 38 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

No período do internato é o momento onde o futuro profissional médico encontra-se mais submerso as práticas e tem que colocar todos os conhecimentos aprendidos anos anteriores nos casos clínicos assim como procedimentos médicos, de maneira especial nos locais de urgência e emergência. A medicina de emergência constitui uma fascinação imediata e um complexo desafio pois dá a possibilidade de atuar de forma decisiva e definitiva na vida de um paciente e não está presente de forma tão óbvia como em qualquer outra área de saúde. Os distintos setores dentro da urgência e emergência levou para a acadêmica primeiramente observar os casos clínicos, a estruturação dos setores, manejo do paciente seja no ambiente pré-hospitalar e intra-hospitalar. Em este presente trabalho está descrito casos clínicos com sus respectivas discussões e as vivencias durante a pandemia. Como objetivo deste trabalho é ajudar ao aprendizado da acadêmica durante a atuação na pratica e desenvolver o raciocínio clinico assim como também tenha capacidade de resolver qualquer situação apresentada mediante uma boa abordagem para cada caso.

Palavras-chaves: urgência, emergência, medicina, abordagem.

SOSA ENCISO, Lourdes Camila. **Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e vivências dentro da pandemia em 2020**. 38 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

The internship period is the time when the future medical professional is more immersed in the practices and has to put all the knowledge learned in previous years in clinical cases as well as medical procedures, especially in urgent and emergency places. Emergency medicine is an immediate fascination and a complex challenge because it gives the possibility to act decisively and definitively in the life of a patient and is not present as obviously as in any other area of health. The different sectors within the urgency and emergency led the academic to first observe the clinical cases, the structuring of the sectors, patient management both in the pre-hospital and in-hospital environment. This paper describes clinical cases with their respective discussions and experiences during the pandemic. The objective of this work is to help the academic learning while acting in practice and to develop clinical reasoning as well as being able to solve any situation presented through a good approach for each case.

Key words: urgency, emergency, medicine, approach.

SOSA ENCISO, Lourdes Camila. **Internato em urgência e emergência: relatos de casos clínicos e vivências dentro da pandemia em 2020**. 38 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

En el período de internado es el momento donde el futuro profesional se encuentra sumergido en las prácticas y tiene que colocar todos los conocimientos aprendidos en años anteriores en los casos clínicos, así como procedimientos médicos, de manera especial en los locales de urgencia y emergencia. La medicina de emergencia constituye una fascinación inmediata y un complejo desafío pues da la posibilidad de actuar de forma decisiva y definitiva en la vida de un paciente y que no está presente de forma tan obvia como en cualquier otra área de salud. Los distintos sectores dentro de la urgencia y emergencia llevaron a que la interna primeramente pueda observar los casos clínicos, la estructura de los sectores, manejo del paciente sea no ambiente prehospitalaria e intrahospitalaria. En este presente trabajo está descrito casos clínicos con sus respectivas discusiones y las vivencias durante la pandemia. Como objetivo de este trabajo es ayudar al aprendizaje de la interna durante la actuación en la práctica y desarrollar el raciocinio clínico, así como también que tenga la capacidad de resolver cualquier situación presentada mediante un amplio abordaje para cada caso.

Palabras claves: urgencia, emergencia, medicina, abordaje.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPM: Batimentos Por Minuto
DM: Diabetes Mellitus
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
CVC: Cateter Venoso Central
FC: Frequência Cardíaca
FR: Frequência Respiratória
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
HD: Hipótese Diagnóstica
HMPGL: Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP: História Patológica Progressiva
IAM: Infarto Agudo de Miocárdio
IOT: Intubação Orotraqueal
IRA: Insuficiência Respiratória Aguda
MEG: Mal Estado Geral
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRAG: Síndrome Respiratório Agudo
SIC: Segundo informações colhidas
SUS: Sistema Único de Saúde
PA: Pressão Arterial
PS: Pronto Socorro
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
USF: Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Manejo do paciente com dor torácica de origens não miocárdicas.	22
Figura 2 – Causas de dor torácica que são catastróficas.	23
Figura 3 – Extraída do material de Triagem Covid	29
Figura 4 - Tratamento da anafilaxia.	32
Figura 5 - Doses das medicações para o tratamento da anafilaxia	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU	14
3	DESCRIÇÃO SOBRE AS PRINCIPAIS VIVÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA .	16
3.3	3.1 Vivências no setor de plantão telefônico	16
3.4	3.2 Caso clínico na triagem – COVID.....	16
3.5	Vivência nas UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e UPA João Samek	17
3.6	Vivência no Pronto Socorro Geral (HMPGL).....	18
3.8	Caso Clínico e discussão do caso: “Dor torácica” – UPA Dr. Walter	19
3.7	Discussão do tema e do caso clínico	21
3.8	Caso Clínico – Abordagem do paciente crítico; Intubação Orotraqueal; Insuficiência Respiratória Aguda – Pronto Socorro Respiratório	25
3.9	Discussão sobre o tema e caso clínico	26
3.10	Quem é o paciente crítico? Quais são os critérios?	27
3.11	Caso clínico – Anafilaxia – UPA João Samek.....	29
3.12	Discussão sobre o tema e sobre o caso clínico	30
3.13	Pontos a melhorar do caso de anafilaxia	33
3.14	Caso clínico: acesso venoso central – Pronto Socorro HMPGL	34
3.15	Discussão sobre o tema e caso clínico	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

A escalas de plantões foram de 12 horas, os estagiários foram alocados em qualquer dia da semana, algumas vezes também plantões de seis horas principalmente no setor do plantão telefônico já que o estágio estava sendo realizado em plena pandemia do coronavírus então foram alocados os estagiários também neste setor para enriquecer os conhecimentos e aprimorar vários deles. Em vários plantões foram dadas também discussões para consolidar melhor os grandes conteúdos, os protocolos e a discussão dos distintos casos vivenciados nos vários setores tanto do Hospital como das UPAs.

Nesse sentido foram disponibilizados os campos de prática: Pronto Socorro Respiratório, Triagem Covid-19, UTDI (Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas), Plantão Telefônico Corona vírus, UTI-Covid (Unidade de Terapia Intensiva Covid19, UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) Doutor Walter Cavalcante Barbosa e João Samek, PS (Pronto Socorro) do HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck). Neste período do internato foi dada ao estagiário todas as ferramentas para desenvolver as atitudes e conhecimentos através das vivências e das práticas que seja contemplada dentro de todos os princípios do SUS.

Foi disponibilizada os protocolos e as diretrizes para orientar os distintos atendimentos. Por outro lado, reconhecer quando é uma situação de emergência médica como insuficiência respiratória, parada cardiorrespiratória, AVC, choque, entre outros, para poder ser capaz de realizar o primeiro atendimento frente a estes tipos de pacientes.

Dessa maneira serão apresentados os casos clínicos vivenciados nos distintos setores do hospital e nas UPAs, também os procedimentos realizados neste período, as vivências e os conteúdos construídos durante o estágio.

2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU

O fluxo de atendimento na urgência e emergência baseia-se na necessidade de garantir a sustentação da vida no local ou em outro nível de atendimento, com condições de dar continuidade a assistência já que muitas vezes não é possível manter a vida ou aliviar o sofrimento em um só nível. Este fluxo é realizado pelo médico regulador que tem como função de discernir o grau de urgência de cada caso, ver a necessidade ou não de mandar unidades para fazer uso da “vaga zero”. Se o paciente estiver em risco de morte ou sofrimento intenso é necessário detalhar o quadro clínico e relatar o motivo pelo qual é solicitada a vaga zero.

É importante conhecer os componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), SAMU, UPA e o Pronto Socorro do HMPGL. Além disso, conta com outros componentes da RUE, encontramos como exemplo o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), referência para casos de urgência e emergência que tenham origem oncológica, cardiovascular e gestantes. O Hospital Cataratas para os casos psiquiátricos, muito comuns na atualidade. A Atenção Básica em Saúde às vezes joga um papel muito importante dentro da RUE porque em muitos casos são encaminhados desde este setor.

Um dos componentes é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem como objetivo estabilizar aos pacientes e fazer o transporte deles para as unidades de saúde indicadas para poder dar continuidade ao tratamento do paciente. O serviço do SAMU, por exemplo, consta de atendimento como a USA (unidade de Suporte Avançado) que era neste caso com a presença do médico, para poder atender casos mais graves e poder realizar alguns procedimentos invasivos. Por outra parte conta com a ambulância Básica (Unidade de Suporte Básico), que atendem os casos de menor complexidade.

Encontramos as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), como o terceiro componente dentro da RUE, já são estruturas para a complexidade de nível intermediário, funcionando as 24 horas e todos os dias da semana. Na cidade de Foz do Iguaçu conta com a UPA João Samek e UPA Walter. A estagiária encontrou um maior fluxo de atendimentos na UPA João Samek. Desta maneira, as UPAs foram locais de grande aprendizado para a acadêmica para poder determinar quais casos poderiam ser dados de alta e quais casos deveriam ser encaminhados para os outros níveis de atendimento.

O outro é o Pronto Socorro do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, que corresponde a outro componente que realiza os atendimentos das urgências e emergências de maior complexidade. Funciona as 24 horas do dia e todos os dias. Recebe pacientes encaminhados das UPAs na maioria das vezes. A demanda espontânea está restrita somente para casos específicos.

3 DESCRIÇÃO SOBRE AS PRINCIPAIS VIVÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA

A continuação será apresentada as principais vivências durante o módulo separado em setores onde foram realizados os estágios durante estes meses.

3.3 3.1 Vivências no setor de plantão telefônico

No setor do plantão telefônico os primeiros dias foram no telefone, basicamente a estagiaria tinha que responder as mensagens do WhatsApp e também em cadastrar no Tasy (sistema utilizado dentro do hospital), desde preencher os dados, cadastrar ao paciente, fazer a notificação, emitir atestado tanto para o paciente como para os demais familiares que moram na mesma casa.

Neste setor era utilizado um protocolo para poder dar um seguimento aos pacientes que ligavam para poder dar a conduta certa, para ir ao local seguindo este protocolo para dar bons resultados e assim evitar ao máximo possível expor aos pacientes a sair de casa.

3.4 3.2 Caso clínico na triagem – COVID

O setor da triagem é a porta de entrada dos casos respiratórios, neste setor é primordial agir de maneira rápida, com eficácia e eficiência para ver se a paciente precisa ou não de um atendimento rápido ou não.

Identificação: Paciente, A.D.F., 75 anos, paciente idoso, foi encaminhado da UPA JOÃO SAMEK, acompanhada da filha, relata que há seis meses apresenta Dispneia Paroxística Noturna e edema nos membros inferiores frequentemente, porém há oito dias apresenta piora da dispneia noturna e edema em membros inferiores. Nega febre e outros sintomas respiratórios, nega contato com caso suspeito/ confirmado do Covid. Nega viagens nos últimos 14 dias.

História Patológica Progressiva: Ex-tabagista, 2 cigarros/dia durante 40 anos, em abstinência há 30 anos. DM, em uso de gliclazida 2 comprimidos/dia, metformina 850mg. 2 comprimidos/dia, insulina NPH 10 UI manhã e 10 UI de noite. HAS, em uso de losartana 50 mg., 2 cp/dia, HCTZ 1cp/dia e propranolol 40 mg. 1cp/dia. Em uso de omeprazol 20 mg., 1cp/ dia e diosmin 1 comprimido/dia. Nega alergias medicamentosas.

No exame físico: REG, acianótico, anictérico, eupneico em AA, hidratado.

Sinais Vitais: SatO₂: 97%, FC: 137 bpm, Temp.: 35,6.

Aparelho Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas em dois tempos, sem sopros audíveis, Tempo de enchimento capilar < 3 seg. MMII: Edema bilateralmente ++/++++++.

Hipóteses Diagnósticas: Síndrome gripal? Insuficiência Cardíaca Congestiva Descompensada?

Este caso apresentado foi de muito aprendizado já que levou a uma discussão sobre os critérios que são necessários para ser admitido no setor, seja no setor do pronto socorro respiratório ou no setor do pronto socorro clínico. Este caso não apresenta critérios de admissão para nenhum destes setores.

Cabe ressaltar a importância de trabalhar em conjunto com outros profissionais ou colegas, para assim dar o melhor diagnóstico possível para o paciente. Foi realizado o encaminhamento do caso para UBS de referência no caso a UBS AKLP e dessa maneira ajudar ao paciente. Foi orientado também a suspensão do propranolol 40 mg/dia. Foi prescrito furosemida 20 mg a cada 12 horas por cinco dias e, após, 1cp/dia. Carvedilol 125 mg 1cp/dia cada 12 horas. No final, cabe destacar o encaminhamento e o bom trabalho de poder trabalhar bem articulado sabendo que cada estamento seja do hospital, na UPA ou na UBS tem que sempre estar trabalhando para atender da melhor maneira possível ao paciente.

Com respeito às comorbidades do paciente neste caso é importante a determinação dos fatores de risco e que no setor da triagem, como é a porta de entrada era o local para ver para onde o paciente deveria ser encaminhado.

Foram mudados alguns medicamentos com muita cautela já que por isso foi orientado e realizado o encaminhamento para a UBS para um melhor acompanhamento, já que o acompanhamento na UBS seria a conduta mais adequada possível para ver se requer ou não o tratamento.

A continuação pode ser observada como era o fluxo dos pacientes que acudiam na triagem e como é a “porta de entrada” tem várias maneiras de chegar como, por exemplo, das UPAS/UBS, SAMU, demanda espontânea e orientados seja da central telefônica ou da telemedicina. E dependendo do caso era encaminhado também de forma direta para o pronto socorro respiratório, se apresentava alguns dos sinais de gravidade tinha que ser levado direto para o PS Respiratório ou às vezes também eram encaminhados pacientes gestantes ao HMCC.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas classificadas como complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a Unidade Hospitalar, a rede organizada de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), como já foi citado compõem a uma parte da rede e atuam como componente pré-hospitalar fixo tendo como objetivo realizar atendimentos durante as 24 horas, todos os dias, inclusive nos finais de semana aos pacientes que apresentem, por exemplo, quadros de pequena ou de mediana complexidade. O trabalho é realizado conjuntamente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na sua grande maioria.

Tem como finalidade atender aos pacientes que procuram o serviço por demanda espontânea ou referenciada pela Atenção Básica. Prestando atendimentos resolutivos aos pacientes acometidos por quadros sejam agudos ou crônicos e sejam de caráter cirúrgico ou não. Começando pela investigação e começar a definir os casos que necessitam de serviços de maior complexidade os quais vão precisar de encaminhamentos.

3.6 Vivência no Pronto Socorro Geral (HMPGL)

O hospital corresponde a uma das frentes da atenção às urgências no SUS realizando o atendimento das urgências de maior complexidade, funciona todos os dias, às 24 horas do dia. Recebe pacientes encaminhados das UPAs na sua grande maioria. Às vezes também há casos de demanda espontânea como casos de PCR, acidente de trânsito grave com escala de coma de Glasgow <12, traumatismos de abdômen, tórax, e outros, já que estes casos precisam de atendimento imediato.

3.7 Caso clínico na sala de trauma do Pronto Socorro Clínico (HMPGL)

Um paciente de 34 anos paciente trazido do Paraguai sem contato prévio da parte do hospital estrangeiro, em maca rígida e colar cervical, vítima de capotamento com ejeção veicular há 13 horas, sendo atendido inicialmente no hospital estrangeiro onde foi realizada drenagem torácica bilateral e exames.

No exame físico:

- As Vias Aéreas pérvias, verbalizando.
- Murmúrios vesiculares presentes à direita e diminuído a direita.

- PA 120/70 / F.C. 70 bpm / Pulsos presentes.
- Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, plégico em MMI, sensibilidade mantida até joelhos.
- Cabeça / pescoço: sem lesões ou escoriações aparentes.
- Coluna: sem dor a palpação muscular ou de articulações. Escoriações.
- Abdome/pelve: abdome flácido, indolor à palpação. Sem equimoses ou escoriações.
- Pelve: estável.
- Membros: Sem dor a palpação muscular ou de articulações. Escoriações.
- TC: fratura de T12 com listese posterior / Pneumotórax E/ Derrame pleural D /drenos torácicos bilaterais mal inseridos.

Avaliação: Trauma

Plano:

- Analgesia.
- Limpeza e curativo de ferimentos.
- Vacina antitetânica em dia, segundo o paciente.
- Avaliação da cirurgia geral e neurocirurgia.
- Nova drenagem torácica bilateral.

Neste caso, por exemplo, uma conduta importante é de acompanhar a nova drenagem de tórax bilateral, já que no exame de imagem evidenciava o mau posicionamento dos drenos torácicos. Com aprendizados significativos já que o paciente foi atendido já antes em outro serviço, só que não fizeram da forma mais apropriada possível o procedimento.

3.8 Caso Clínico e discussão do caso: “Dor torácica” – UPA Dr. Walter

Identificação: Paciente D.B.M. 74 anos de idade, residente em Foz do Iguaçu, aposentado.

Queixa principal: “Dor no peito”

História da Moléstia Atual: Paciente deu entrada por busca espontânea, às 07h50min da manhã, relatando que há 2 horas começou com quadro de dor torácica, em queimação na região esternal e no hemitórax esquerdo com dispneia leve. Relata que todos os sintomas começaram quando estava dormindo e que a causa da dor

teve que acordar. Relata que no dia anterior estava fazendo dentro da casa algumas tarefas com muito esforço físico. Refere histórico de fratura bilateral há dois meses. Nega diminuição do apetite, febre, tosse produtiva e outros sintomas.

História Patológica Progressiva: Nega HAS, DM, hipercolesterolêmica e uso de medicamentos de uso contínuo. Nega antecedentes anteriores como o quadro apresentado no momento. Relata ter uma vez arritmia há dois anos aproximadamente acompanhada de náuseas e perda da força no membro superior do lado direito.

História Familiar: Histórico de IAM na família.

Exame físico:

Ectoscopia: Bom estado geral, anictérico, acianótico, hipocorado, desidratado ++/++++, comunicativo, colaborativo, leve ofegante.

Sinais Vitais: F.R.: 21 irpm. / P.A.: 119/60 mmHg. / Temperatura Axilar: 36,5. / F.C.: 66 bpm. /SatO2: 99% em uso de cateter nasal.

Ap. Cardiovascular: Bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros audíveis.

Ap. Pulmonar: Murmúrio vesicular presente, levemente diminuído em base bilateral. Sem ruídos adventícios.

Abdome: Ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes. Sem visceromegalias.

Neurológico: pupilas fotoreagentes, escala de Glasgow 15/15.

Extremidades: pulsos periféricos preservados, sem sinais de empastamento das panturrilhas.

Exames complementares:

ECG: sem sinais de supra ou infra desnivelamento do segmento ST. Presença de bloqueio atrioventricular presente.

Radiografia de tórax: sem alterações.

Exames laboratoriais: Na 143 mEq/L; Ureia 44; Creatinina 1.10; CPK 107; CKMB 4, PCR 1.4; TGO 23, TGP 21; K 3.3 mEq/L

Diagnóstico sindrômico: Síndrome Coronariana Aguda? Angina estável?

Diagnósticos diferenciais: Infarto do miocárdio? Angina instável? Dissecção Aórtica? Tromboembolismo pulmonar? Pneumotórax? Pericardite?

Condutas: Suporte medicamentoso: Ranitidina 50 MG/2 ml; Metoclopramida 5 mg/ml; Clopidogrel 75 mg= 4 comprimidos; isossorbida 5 mg= 1 comprimido, Soro fisiológico a 0.9% 250 ml; Sinvastatina 40 mg= 4 comprimidos, ácido acetil salicílico 100 mg= 2 comprimidos. Oferta de oxigênio cânula nasal 4L/min. Após resultados dos exames

complementares avaliar novamente.

3.7 Discussão do tema e do caso clínico

Inicialmente o paciente encontrava-se com quadro de dor torácica, em queimação na região esternal e no hemitórax esquerdo com dispneia leve. Conforme o sintoma relatado suspeitou-se de várias causas da dor torácica que poderia ser.

Quando aparecer algum paciente com desconforto torácico é importante suspeitar e pensar nas várias causas e levar em consideração os grandes grupos anatômicos no sistema cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético, neurológico. É importante perguntar sobre as características da dor, se for a aperto, em pressão, se a dor for à pontada ou em queimação.

Outro dado importante obtido na anamnese e que é muito importante é sobre ter informações sobre as atividades realizadas pelo paciente quando a dor se iniciou, ou se foi antes. Assim já podemos ver se a dor se dá no momento do esforço físico vai sugerir síndrome coronariana isquêmica ou se a dor piora de forma progressiva igualmente em repouso vai sugerir mais Infarto Agudo de Miocárdio. Se a dor for de início súbito tem mais relação com aorta, TEP ou pneumotórax. Se a dor for depois das refeições sugere mais alguma causa gastrointestinal.

Outra questão importante a ser perguntada também se tem irradiação ou não, questão que foi perguntada também dentro da anamnese.

Um grande desafio dentro do serviço de Urgência e Emergência é abordar ao paciente de maneira rápida, com qualidade de cuidados e mais ainda quando se apresenta um caso de dor torácica. Pensar numa queixa do paciente como a dor torácica, que tem inúmeras possibilidades de diagnóstico então a complexidade vem junto, porém é necessário conhecer todas as possibilidades com respeito às etiologias que em alguns casos poderiam ser até fatais se no momento do atendimento não são reconhecidas.

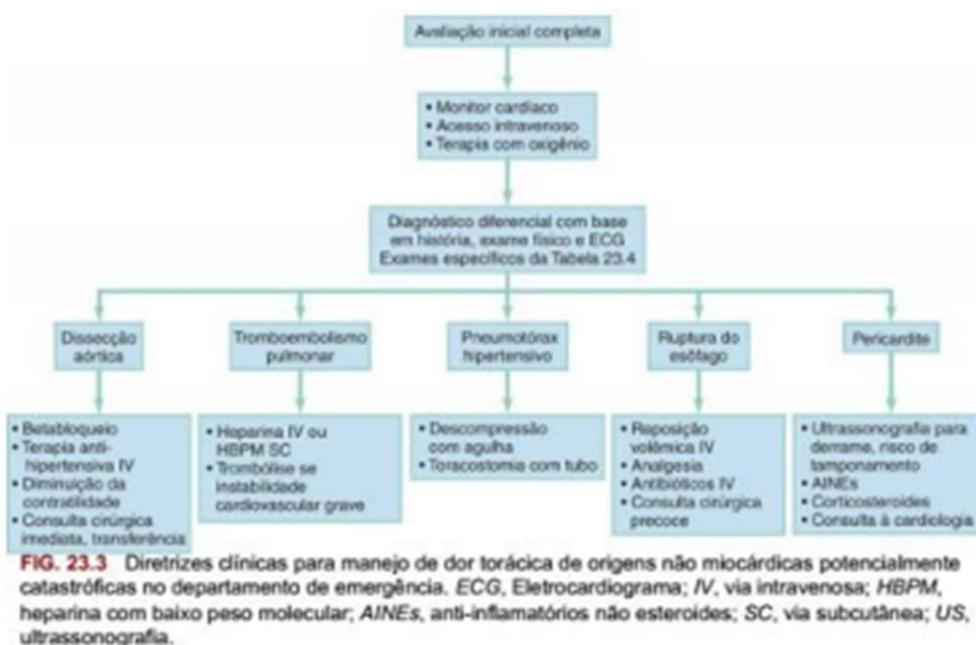
Pensando nas possibilidades estão as síndromes coronarianas agudas (Infarto Agudo do Miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, IAM sem supra ST e angina instável), embolia pulmonar, pneumonias, esofagite, fraturas costais, costochondrite, entre outros.

Outra questão importante e que não pode faltar no momento da anamnese é perguntar sobre os fatores de risco como idade, comorbidades, hábitos de vida como tabagismo ou uso abusivo de alguma droga ilícita.

No momento de abordar ao paciente com dor torácica é importante que seja realizado o eletrocardiograma em especial aqueles pacientes que tem como sua queixa principal a dor torácica. É relevante mencionar que um resultado sem alterações de um eletrocardiograma não descarta que seja uma síndrome coronariana aguda. E com respeito ao caso, o paciente não apresentou sinais de isquemia aguda no ECG. O ECG deve ser realizado em até 10 minutos da chegada do paciente, que no caso não foi realizado nesse período. Às vezes é um pouco difícil cumprir com essa questão por diversas causas como, por exemplo, a grande demanda de pacientes ou a demora do paciente em acudir a algum serviço de saúde para procurar atendimento, entre outras.

A continuação apresenta-se o algoritmo sobre como tem que ser o manejo do paciente para dor torácica em caso de ser não miocárdica:

Figura 1 – Manejo do paciente com dor torácica de origens não miocárdicas.



Fonte: Livro Rosen - Medicina de Emergência 2019

Segundo o protocolo da figura 01, primeiramente devemos fazer uma avaliação bem completa que inclui o exame físico bem direcionado e completo, depois colocar o monitor cardíaco, fazer o acesso intravenoso e terapia de oxigênio.

Outra questão importante foi que já foi pedido o ECG, enzimas miocárdicas mais no caso por não contar no local foram pedidos outros exames laboratoriais e radiografia de tórax para posteriormente poder fazer o diagnóstico diferencial.

A continuação também pode ser visto aqueles de dor torácicas potencialmente graves na figura 02:

Figura 2 – Causas de dor torácica que são catastróficas.

ALGORITMO 1 DOR TORÁCICA POTENCIALMENTE CATASTRÓFICA

	Dor torácica potencialmente catastrófica				
	SAA (dissecção)	EP	Pneumotórax	Pericardite	Ruptura de esôfago
História típica	• Dor intensa	• Dor pleurítica	• Dor aguda e intensa	• Dor profunda e piora à inspiração	• Dor persistente, com piora progressiva
Sintomas associados	• Neurológicos • Perda de pulsos • Tetraplegia • Paraplegia	• Dispneia • Taquipneia • Hemoptise • Sintomas anginosos	• Confusão • Hipotensão • Dispneia	• Dispneia • Diaforese	• Dispneia • Diaforese • Choque é tardio
Exame físico	• Elevada PA • Pulsos assimétricos • Sopro de I. Ao. • Isquemia em órgãos	• Taquipneia • Taquicardia • P ₂ ↑ • Cianose • Ultrassom POC	• ↓ M. V. • ↑ Turgência jugular • Ultrassom POC	• Atrito pericárdico • Bulhas hipofonéticas • Ultrassom POC	• Sinais de consolidação pulmonar • Enfisema de subcutâneo
Cuidado: achados típicos da doença	• Pode mimetizar IAM (dissecção de CD) • Pode mimetizar AVCI	• Pode mimetizar ansiedade • Pode aparecer no DE apenas como piora da doença de base (ex.: DPOC, IC)	• Pode mimetizar uma piora de uma doença de base (ex.: DPOC, asma)	• Pode simular taquiaritmias, pneumonia ou IVAS	• Pode simular dispepsia e evoluir com choque
Exames úteis	• TC multidetector (paciente estável) ou eco transesofágico na sala de emergência	• D-dímero • Ultrassom venoso • TC multidetector • Mapeamento V/Q	• Rx tórax • TC tórax	• Ecocardiograma	• Rx tórax • TC tórax • EDA
Tratamento inicial	• β-bloqueador e nitroprussiato	• Anticoagulação	• Observação ou drenagem	• AINH ou corticoide	• Cirurgia precoce

Fonte: Livro Medicina de Emergência USP 2019

No momento de fazer uma história clínica bem completa auxilia no diagnóstico certo então também foi citado no momento do acompanhamento do caso os prováveis diagnósticos e o que fazer em cada caso tendo em conta os sintomas, os achados no exame físico como poderia ser os cuidados, os exames a serem solicitados assim como finalmente o tratamento. Mas no caso apresentado não abrange estas características apresentadas no quadro.

Outro elemento que poderia ajudar no caso foi de aplicar o TIMI score para conhecer qual era o risco que o paciente esteja com uma síndrome coronariana aguda, os elementos do TIMI score compreendem: idade >65 anos, três ou mais fatores de risco tradicionais (hipercolesterolemia, tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus): CATE com estenose >50% desvio do segmento ST >0,5mm: dois ou mais episódios anginosos em 24 horas; uso de aspirina nos últimos 7 dias; aumento de biomarcadores de necrose do miocárdio. No caso do paciente ele atingia somente um dos itens do TIMI score que é a idade de >65 anos, totalizando uma pontuação de +1 (5% em 14 dias). Embora todo paciente com suspeita de uma Síndrome Coronariana

Aguda deva ser avaliado pelos escores clínicos, sendo o escore TIMI aceitável o mais ideal é usar o modelo de GRACE, que prediz o risco de morte ou de IAM não fatal durante a internação. O modelo inclui as seguintes variáveis: idade, frequência cardíaca, pressão sistólica, classificação de Killip, troponina, alteração do segmento ST, creatinina e se houve parada cardiorrespiratória à admissão. Resultando para o paciente uma pontuação de 123 que determina 8% de probabilidade de morte desde admissão até 6 meses.

Entre as condutas foram realizadas corretamente em solicitar radiografia de tórax, útil para fazer o diagnóstico diferencial que não seja de origem isquêmica como alguma afecção pulmonar, derrame pleural ou alguma fratura, que poderia ser pensado no caso já que o paciente menciona que estava realizando atividades físicas pesadas.

Outra questão importante é sobre os marcadores bioquímicos, para complementar com a avaliação clínica e o ECG para o diagnóstico do IAM, é realizada dosagem da troponina cardíaca T ou I, que é importante para o diagnóstico considerar o aumento da troponina e a taxa de elevação ou queda em dosagens bem seriadas. A troponina < percentil 99 é considerada alterada. A elevação é o resultado do estado hipoxêmico do músculo cardíaco, secundário a uma obstrução da artéria coronária. O ideal para o serviço de emergência é a Troponina I de alta sensibilidade, que é coletada à chegada e uma segunda vez após uma hora ou após três horas. Mas no caso foram solicitadas as enzimas "CPK" e o "CK-MB". Porque este local não tem possibilidade de testar os outros. Assim, na UPA os valores que sejam alterados das enzimas CPK e CK-MB podem levar a suspeitar de um IAM.

Os resultados dos exames laboratoriais: Na 143 mEq/L; Ureia 44; Creatinina 1.10; CPK 107; CKMB 4, PCR 1.4; TGO 23, TGP 21; K 3.3 mEq/L.

Foi importante pedir os exames laboratoriais os quais foram solicitados já no início das condutas. Como por exemplo, a CPK (Creatina Fosfoquinase) quando se eleva a partir do primeiro exame, em geral indica que houve lesão do coração ou de outros músculos, por vezes pode indicar o uso intenso do músculo. O CKMB é uma das formas da enzima creatinoquinase, uma isoenzima que se eleva quando ocorre alguma isquemia em uma determinada região do músculo cardíaco.

Depois da medicação o paciente relatou melhora da sintomatologia, os exames laboratoriais sem alterações, os posteriores ECG não manifestou presença de sofra ou de infra desnivelamento do segmento ST. Diante disso foi dado de alta pelo motivo

da melhora clínica do paciente e foi orientado a procurar se piorar o quadro ou acontecer alguma coisa parecida como o que ele passou.

A última conduta é muito importante orientar ao paciente melhor sobre quais poderiam ser os sinais de alarme para ele retornar ao serviço no caso do aparecimento de alguns deles, como o retorno do desconforto torácico, de início súbito, que piora quando realiza alguma atividade física, dispneia intensa.

As condutas de maneira geral para o paciente foram realizadas corretamente. Os exames solicitados contemplavam com os obrigatórios e os sugeridos. A dor torácica é causada por várias doenças potencialmente letais, assim como doenças sem risco para a vida e tem amplo diagnóstico diferencial. Este é complicado pela frequente falta de associação entre a intensidade dos sintomas e sinais e a gravidade da patologia subjacente.

3.8 Caso Clínico – Abordagem do paciente crítico; Intubação Orotraqueal; Insuficiência Respiratória Aguda – Pronto Socorro Respiratório

Identificação: Paciente L.G, 70 anos de idade, masculino, residente em Foz do Iguaçu.

Queixa principal e duração: “Falta de ar” há 1 dia.

História da Moléstia Atual: Paciente masculino trazido pelo SAMU, segundo o filho (psiquiátrico?) refere dispnéia moderada há 1 dia, evoluindo com piora progressiva, calafrios, sinais de esforço respiratório e um episódio de vômito pós-prandial (após jantar). Nega febre. coriza, 2 episódios de diarreia, sem sangue e sem muco, não souberam mais detalhes. Nega contato com caso suspeito/confirmado da covid. Nega viagens recentes.

Sinais Vitais: SatO₂: 99% / F.R.: 22 irpm/ F.C.: 47 bpm / PA: 140/90 mmHg.

História Patológica Progressiva e Familiar: Histórico de bronquite. Em uso de bombinha (não soube informar medicamentos) Cardiopata? Histórico de cirurgia de Ponte Safena há 4 anos. Filho não soube informar mais detalhes. Nega alergias medicamentosas. Ex-tabagista, fumou por 15 anos, em abstinência há 5 anos. Paciente ansioso, com dificuldade para responder verbalmente por esforço respiratório, sem outras queixas.

Ao exame físico: MEG, taquicárdico, hipocorado ++/++++, cianótico +/++++, desidratado, taquipneico em AA. TEC> 3 segs.

Sinais Vitais: Temp.: 36,6 /SatO₂ 89% / F.C. 135bpm / F.R. 32 irpm

Ap. Pulmonar: Murmúrios vesiculares diminuídos globalmente, com sinais de esforço respiratório, com uso de musculatura acessória.

Ap. Cardiovascular: Bulha hipofonéticas, não ausculta sopros.

Membros Inferiores e Superiores: sem edemas.

Neurológico: pupilas isofotorreagentes.

Diagnóstico Síndrômico: Insuficiência Respiratória Aguda?

Diagnósticos Diferenciais: COVID? DPOC exacerbado? Insuficiência Cardíaca descompensada? IAM?

Conduta:

- Medidas broncas dilatadoras.
- Oxigenoterapia.
- Monitorização.
- Coleta do exame do COVID.

3.9 Discussão sobre o tema e caso clínico

Como sabemos a PCR é considerada uma emergência dentro da medicina, condição de instalação aguda que impossibilita ao coração bombear sangue adequadamente para o corpo.

Manejo do paciente em PCR, em 3 fases:

1. BLS, que envolve os cuidados iniciais com abertura das vias aéreas, respiração, e suporte circulatório que inclui compressões (RCP de alta qualidade), ventilação e o uso de desfibrilador externo automático (DEA).
2. ACLS envolve RCP de alta qualidade, aplicação de manobras mais complexas como Intubação Orotraqueal (IOT), acesso venoso, utilização de drogas, dispositivos de compressão mecânica e de oxigenação de membrana extracorpórea (ECPR).
3. Cuidados Pós-parada: Cuidados após retorno da circulação espontânea. Segundo o protocolo de ACLS, os aspectos principais a serem observados nas compressões torácicas são frequência, profundidade, retorno do tórax a cada compressão e interrupção mínima. As ventilações são aplicadas após 30 compressões torácicas durante a RCP, seguindo a sequência C. A-B. Se dá prioridade à compressão torácica deve-se ao fato da necessidade

em gerar fluxo de sangue e também evitar os atrasos práticos inerentes às tentativas de ventilações.

3.10 Quem é o paciente crítico? Quais são os critérios?

Todo paciente com afecções nos 3 grandes sistemas cardiovasculares, respiratórias e do sistema nervoso central.

- ✓ Rebaixamento do nível de consciência;
- ✓ Alterações dos sinais vitais:
 - Frequência respiratória > 30 ou 8 irpm ou uso de musculatura acessória.
 - Saturação arterial de oxigênio <90%.
 - Frequência cardíaca >100 bpm ou <50 bpm.
 - Pressão Arterial Sistólica <90mmHg.
 - Tempo de enchimento capilar >4,5 segs.
 - Assim podemos ver que segundo os critérios citados acima o paciente cumpria com rebaixamento do nível de consciência, com frequência respiratória >30 irpm, em uso de musculatura acessória e frequência cardíaca de 135 bpm então devia ser já considerado como paciente crítico e ser abordado como tal.

Comentando um pouco melhor sobre este caso este paciente venho direto da triagem covid dessaturando e com notável esforço respiratório onde rapidamente foram aferidos aos sinais vitais e colocado à máscara laríngea na sala da estabilização onde estava com bradicardia, foi medicado e continuava hipotenso ao qual eu estava muito confundida mais tinha que atuar era o momento de ser ativa. A estagiaria participou de maneira ativa e ajudou no procedimento da intubação de sequência rápida.

Os pacientes que são fisiologicamente muito difíceis de intubar são aqueles hipotensos ou de difícil pré-oxigenação. (Então para realizar podemos seguir os sete passos conhecidos como os “7 P’s” como a preparação, pré-oxigenação, pré tratamento, paralisia com indução, posicionamento, passagem do tubo e pós intubação) ou também a TOPZERA como tudo pronto, oxigena, primeiro otimiza, zero consciência e reflexos, eixos alinhados, rápida introdução e avaliação pós-tubo. Na primeira letra devemos escolher o material adequado, acesso, aspirador, tamanho do tubo e laringoscópio. Esses passos correspondem à preparação dos 7 P's. O oxigena ou pré-oxigenação evitará assim a bronca aspiração dos pacientes por evitar a

ventilação por pressão positiva que enche o estômago provocando vômito. A saturação menor a 90% aumenta o risco de morbimortalidade, e as complicações, que no caso apresentava o paciente, o qual era de 89%. Utilizar AMBU com O₂ a 100% com vazão de 15L/min de 3 minutos ou umas 8 respirações com capacidade vital com oferta de O₂ de maneira parecida. A droga utilizada pode ser fentanil, em infusão lenta em 1 minuto e uns 3 minutos antes da laringoscopia. Muito importante corrigir hipotensão antes de intubar. Para logo realizar a paralisia de forma induzida ou zero de consciência e reflexos utilizar um hipnótico e um relaxante muscular. Hipnóticos mais utilizados são quetamina, etomidato, midazolam e propofol.

Devido ao estado crítico do paciente o médico do plantão decidiu fazer a intubação orotraqueal, pude ver pela primeira vez como seria e mais ainda em uma situação de emergência.

Ao fim também foi realizado RCP provavelmente por insuficiência respiratória. Seguindo o protocolo imediatamente da parada, nesse momento acionei o computador, coloquei o cronômetro para verificar os minutos e avisei-o para o médico plantonista. Foram realizados 15 ciclos de RCP e 9 ampolas de adrenalina, onde o paciente não evolui para RCE. Após confirmação de ausência de pulso foi realizado novamente o ECG sem atividade elétrica. Depois foi decidido não realizar manobras. Critérios para parar os esforços:

- Tempo total de PCR.
- Tempo total de PCR sem e com RCP.
- Idade, comorbidades da vítima.
- Ritmo da parada.
- Provável causa de PCR.
- Valores e desejo de família.
- Capnografia, incapacidade de se obter valores de CO₂ acima de 10mmHg após 20 minutos de RCP.

No caso apresentado podemos ver que foram utilizados os critérios para poder parar com os esforços aplicando-se de forma correta o estabelecido nas referências como tempo total de PCR, a idade, as comorbidades que o paciente tinha, tempo total de PCR com RCP.

O paciente foi trazido pelo SAMU, apresentando o caso na triagem e observando a instabilidade do paciente como outra colega que o trouxe para passar o

caso onde a estagiária junto com os profissionais de enfermagem deveriam fazer os cuidados do primeiro momento já que o médico plantonista não estava presente no local. Segundo o protocolo já estabelecido, pacientes com sintomas respiratórios e que tenham alguma presença de sinal de alarme devem ser levados direto ao Pronto Socorro Respiratório.

Na triagem covid-19 que chegam pacientes sintomáticos respiratórios que são encaminhados das redes de atenção como UPA, UBS/USF, levados pelo SAMU, encaminhados pela Central Telefônica/Telemedicina, por demanda espontânea.

Figura 3 – Extraída do material de Triagem Covid



Fonte: Extraída do material de Triagem Covid (HMPGL)

Para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, é a referência para o atendimento de sintomáticos respiratórios. Em distintos casos, por exemplo, havia paciente gestante ou puérpera sintomática que chegaram à sua grande maioria por demanda espontânea.

Assim pacientes com sintomas respiratórios, desde que sejam casos leves, o atendimento era realizado na Triagem e os casos moderados ou graves no atendimento no Pronto Atendimento (PA) Respiratório, dependendo do caso às vezes já eram dirigidos direto para a sala de estabilização do PA respiratório.

3.11 Caso clínico – Anafilaxia – UPA João Samek

Identificação: Paciente J.M.A., masculino, 26 anos de idade.

Queixa principal e duração: “Reação alérgica”

História da moléstia Atual: Paciente procura atendimento por demanda espontânea na sala vermelha sem capacidade de deambular apresentando quadro de falta de ar

de forma progressiva de início há 1 dia, sendo auxiliado pelo acompanhante o qual relatou que o mesmo tem alergia à penicilina. Relata que no dia do aparecimento do quadro fez uso da medicação de amoxicilina 500 mg, 2 comprimidos devido a que iniciou tratamento para Infecção das Vias Aéreas Superiores, de início há 1 dia pelo qual procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde no mesmo dia e posterior da consulta médica começou com quadro de dispneia leve que se intensificou após uso da segunda dose do mesmo medicamento acompanhado de edema palpebral e língua. Além do uso da amoxicilina, relata que foi prescrito dexclorfeniramina 2 mg (1cp a cada 8 horas) e paracetamol 500mg (1cp a cada 6 horas). O paciente relata não ter conhecimento de alergias medicamentosas e negou episódios prévios.

História Patológica Progressiva: Nega comorbidades e outras alergias. Tabagismo há 8 anos, 8 cigarros por dia.

História familiar: HAS E DM pai.

Exame físico:

Ectoscopia: REG, leve cianose labial, anictérico, afebril, edema labial, conseguindo se comunicar.

Sinais Vitais: F.C. 122 bpm / F.R. 24 irpm / P.A. 135/80 mmHg / SatO₂: 94%

Ap. Cardiovascular: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, taquicárdico, sem sopros audíveis.

Ap. Pulmonar: Murmúrio Vesicular presente, presença de sibilos globalmente audíveis, predominantemente em ápice terço medial bilateralmente.

Abdome: Ruídos Hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes

Neurológico: Pupilas fotorreagentes. Escala de Glasgow 14/15

Diagnóstico Síndrômico: Insuficiência Respiratória?

Diagnósticos Diferenciais: Anafilaxia? Urticária Aguda Generalizada? Síncope? Reação Medicamentosa cutânea adversa? Ataques de ansiedade/pânico? Exacerbação da Asma?

Condutas:

- Suplemento de oxigênio;
- Prescrevo prometazina, adrenalina intramuscular e hidrocortisona 60 mg
- Solicito radiografia de tórax.
- Observação e reavaliação após medicação.

3.12 Discussão sobre o tema e sobre o caso clínico

A anafilaxia se refere às manifestações clínicas sistêmicas características potencialmente graves, que são desencadeadas por reações mediadas pelas imunoglobulinas E (IgE), após exposição a um antígeno em indivíduos previamente sensibilizados o diagnóstico é “clínico”. Causas dela pode ser por alguns alimentos, veneno de insetos, medicamentos, exercícios, imunoterapia, látex ou idiopática.

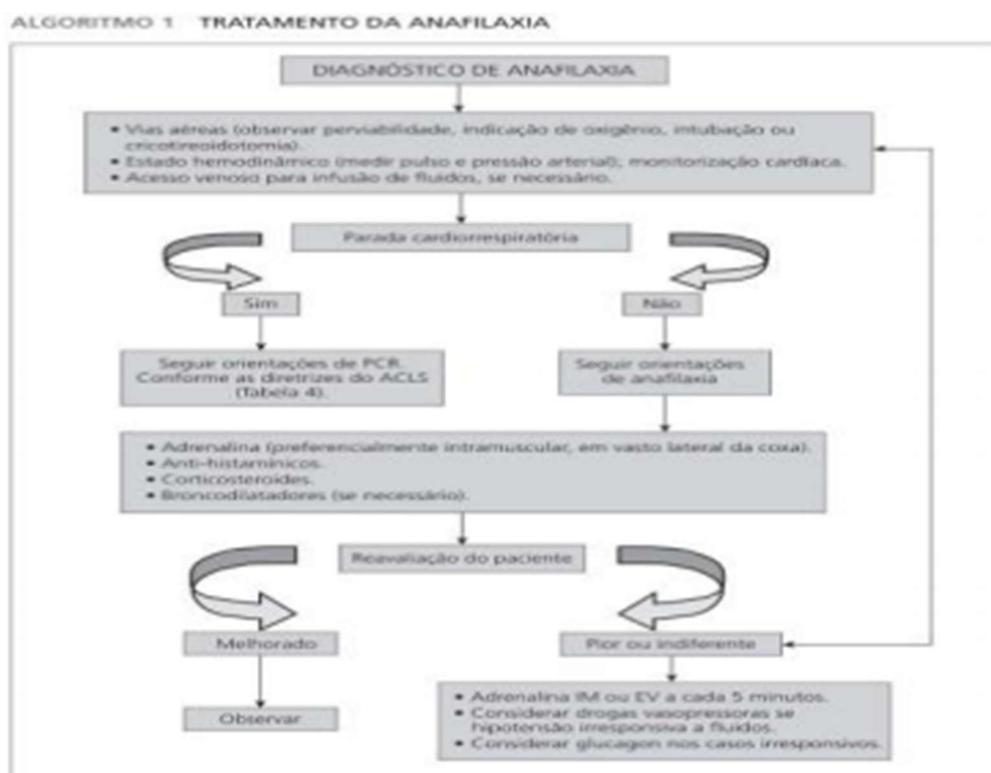
Lembrando que a anafilaxia é um processo alérgico, portanto existe e é mediado pela IgE que está ligada a receptores específicos, de alta afinidade nos basófilos e mastócitos. Quando o alérgeno liga-se em uma ou duas IgE próximas desencadeia-se uma série de reações o que culmina com a liberação de mediadores pré-formados como: histamina, triptase, quimase, heparina, fator liberador de histamina, citocinas, prostaglandinas D2 e leucotrienos. Essa reação manifesta-se com sinais cutâneos como eritema, urticária, angioedema, prurido; sinais respiratórios rinorreia, congestão nasal, prurido nasal, disfonia, estridor, rouquidão, dispneia, tosse, broncoespasmo, cianose, parada cardíaca; sinais neurológicos: ansiedade, apreensão, sensação de morte iminente, convulsões, dor de cabeça, confusão.

Os antibióticos, agentes quimioterápicos, AINE's e imunomoduladores são os gatilhos mais comumente relatados, e os medicamentos enquanto classe representa a terceira causa mais frequente de reação anafilática. A penicilina, por exemplo, é a causa mais comum dentro da anafilaxia por medicamento. Embora pacientes normalmente relatem histórico de alergia a penicilina, isso pode não resistir a uma análise mais aprofundada. Estudos demonstraram que até 90% das pessoas com histórico relatado de alergia a penicilina pode usar penicilina ou deixam de ser alérgicas após anos evitando se expuser à substância. A penicilina administrada por via parenteral é responsável pela maioria dessas reações anafiláticas.

Na maioria dos casos da anafilaxia podem variar na duração e na intensidade, mas é bom lembrar que as manifestações ocorrem rapidamente e às vezes podem resultar em casos fatais e os sintomas podem ocorrer desde minutos após a exposição ou depois dependendo do agente desencadeador.

No caso apresentado trata-se de uma anafilaxia medicamentosa, devido a que a paciente iniciou com o quadro posterior a administração do antibiótico no caso a amoxicilina.

No momento da chegada à sala vermelha, foi realizado o MOV (monitorização, oferta de oxigênio e acesso venoso periférico). A continuação será apresentada o algoritmo para o tratamento da anafilaxia.

Figura 4 - Tratamento da anafilaxia.

Fonte: Livro Medicina de Emergência USP 2019

Assim descrito como é importante fazer o MOV, remover o agente causal se o paciente estiver exposto a ele, e se tiver diagnóstico de anafilaxia já começar com a colocação de epinefrina e manter ao paciente sob monitorização. Se houver estridor ou sinais de insuficiência respiratória fazer a intubação orotraqueal. Se tiver edema de língua e face solicitar o material da IOT perto do leito.

Os medicamentos utilizados neste atendimento foram baseados no protocolo de anafilaxia. Em casos de anafilaxia não deve esperar-se para o uso de epinefrina de forma intramuscular, quanto mais rápido seja oferecido, melhor o prognóstico do paciente. A epinefrina é a droga de escolha na anafilaxia devido a seu potente efeito beta-1 e beta-2 -adrenérgico moderado, resultando em relaxamento do músculo liso brônquico. O uso da prometazina é adequado neste tipo de quadro devido a que este medicamento age bloqueando os receptores H1. O corticoide utilizado neste caso foi à hidrocortisona a qual atua como estimulador da ação mineralocorticoide, e moderado efeito anti-inflamatório.

Além da medicação oferecida e pelos sibilos na ausculta pulmonar, poderia ser utilizado um beta agonista inalatório como, por exemplo, administrando 10 gotas de salbutamol, devido a seu efeito broncodilatador, no momento do caso não foi prescrito

e este medicamento está também dentro do protocolo da anafilaxia o qual poderia ser utilizado.

A continuação apresentação das medicações que podem ser usadas no tratamento da anafilaxia, na figura 05.

Figura 5 - Doses das medicações para o tratamento da anafilaxia

TABELA 7 Doses das medicações usadas no tratamento da anafilaxia	
Adrenalina IM	<ul style="list-style-type: none"> Concentração: 1:1.000 (ampola padrão de 1 mL) Dose: 0,3 a 0,5 mL (0,3 a 0,5 mg) Repetir a cada 5 a 15 minutos
Adrenalina IV (choque anafilático)	<ul style="list-style-type: none"> Diluição: 4 µg/mL (0,004 mg/mL) 1 mg (1.000 µg) em SG 5% 250 mL 2 a 10 µg/min em BIC
Vasopressina	<ul style="list-style-type: none"> Sugestão: 2 UI IV em bolus Infusão contínua de manutenção: 0,01 a 0,04 unidades/minuto
Glucagon	<ul style="list-style-type: none"> 1 a 5 mg IV em 5min Em BIC: 5-15 mg/hora
Anti-histamínicos	<ul style="list-style-type: none"> Bloqueador H1: difenidramina 25 a 50 mg + SF 100 mL (máximo 400 mg em 24 h) Bloqueador H2: ranitidina 50 mg IV + 20 mL SG5% (máximo 150 mg em 24 h) Após estabilidade clínica, deixar ambos VO
Corticosteroides	<ul style="list-style-type: none"> Metilprednisolona: 40 a 60 mg, IV, de 12/12 h Prednisona: 40 a 60 mg, VO, após estabilidade clínica
β-2-agonistas inalatórios	<ul style="list-style-type: none"> Usar doses usuais de broncoespasmo

Fonte: Livro Medicina de Emergência USP 2019

O paciente foi deixado em observação na sala vermelha, com melhora da sintomatologia posterior a medicação, pelo que foi transferido na sala amarela estando em constante avaliação.

Posteriormente ao uso da medicação o paciente encontrava-se com melhora do quadro geral, sem esforço respiratório, sem sinais de cianose e conseguindo se comunicar com maior facilidade. Devido à melhora clínica o paciente foi dado de alta hospitalar, com prescrição de prednisona e orientação de voltar para atendimento em caso de alguns sinais de alarme ou um quadro parecido.

3.13 Pontos a melhorar do caso de anafilaxia

Agora um aprendizado importante questionado no caso pela estagiaria foi sobre os sinais de alarme da anafilaxia, que são:

1. Rápida progressão de sintomas
2. Estridor e dificuldade respiratória.
3. Tórax silente.
4. Hipotensão ou choque.

5. Necessidade de drogas vasoativas.
6. Arritmias malignas.
7. Náuseas e vômitos persistentes.

O fator de risco para anafilaxia e evolução para anafilaxia grave pode dar-se no caso dos medicamentos, o uso de betabloqueadores que favorece a anafilaxia grave, pois prejudica a ação plena da adrenalina.

Concluindo assim com este caso é importante que o profissional de saúde deve estar sempre atento aos sintomas clínicos e instituir o tratamento o mais precoce possível com adrenalina intramuscular. Aguardar os sintomas de colapso circulatório para aplicar a adrenalina é um erro e que muitas vezes pode até ser fatal.

3.14 Caso clínico: acesso venoso central – Pronto Socorro HMPGL

Identificação: Paciente, D.V., 64 anos de idade, masculino, casado, residente em Foz do Iguaçu.

Queixa Principal e duração: “Enrolamento da língua”.

História da Moléstia Atual: Paciente foi trazido pelo SAMU com crise convulsiva. Segundo a esposa há 4 horas iniciou a crise convulsiva de uns 10 minutos, momento depois eles ligaram para o Samu o qual trasladou o paciente para o nosso serviço.

História patológica pregressa: Paciente acamado, histórico de AVC hemorrágico há 3 anos, internado na UTI durante 2 meses. Tabagista durante 40 anos, 10 cigarros/dia. HAS há 15 anos em uso de losartana 50 mg 3 cps/dia, hidroclorotiazida 25 mg 1cp/dia. Fenitoína 500mg 2 cps/dia.

Nega etilismo e alergias medicamentosas.

História familiar: Nega doenças na família.

Ectoscopia: REG, corado, hidratado, acianótico, afebril, eupneico em ar ambiente, normocardico, normotenso, hemodinamicamente estável.

Ap. Respiratório: Murmúrio vesicular universalmente audível, sem presença de ruídos adventícios.

Ap. Cardiovascular: bulhas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos e sem sopros. Tempo de enchimento capilar <2s. Pulsos cheios.

Abdome: plano, timpânico, ruídos hidroaéreos normais presentes, indolor a palpação superficial e profunda sem presença de massas e/ou visceromegalias.

Membros: extremidades livres, sem edemas.

Neurológico: Escala de Glasgow 10, pupilas isocóricas, foto reagentes, reflexo foto

motor direto e consensual preservados. Sensibilidade preservada. Força diminuída em hemicorpo do lado esquerdo.

Sinais Vitais: Temperatura 36,6 / FC 88 bpm / F.R. 18 / PA 140/80 mmHg / O2 95%

Hipóteses diagnósticas: Insuficiência respiratória aguda? AVC? Crise convulsiva?

Conduta:

- Sinais Vitais
- Suporte Clínico
- Realizado acesso venoso central em jugular esquerda.
- Solicito exames de admissão
- Solicito RX de tórax e crânio
- Solicito TC de crânio
- Solicito avaliação da neurocirurgia

3.15 Discussão sobre o tema e caso clínico

O cateter venoso central quando a ponta do cateter está localizada no terço inferior da veia cava superior ou no átrio direito. Os locais preferenciais para inserção desses cateteres são as veias jugular interna direita, subclávia direita e femoral.

Após sua colocação, sua posição deve ser avaliada com uma radiografia de tórax. Muito importante saber a localização das veias. Primeiramente a veia jugular interna está anterolateral mente à carótida comum. A subclávia fica anterior e mais inferior que a artéria, separadas pelo músculo escaleno anterior. Femoral comum localiza-se no triângulo de Scarpa, formado pelo ligamento inguinal, músculo sartório e músculo adutor longo, mais medial à artéria.

O procedimento pode gerar várias complicações, dentre eles posso destacar o risco de infecção, provocando endocardite, risco de embolia gasosa, punção da artéria, hematoma, sangramento, ruptura parcial, hemotórax, quilotórax e/ou pneumotórax.

Este cateter possui várias indicações, como o uso de medicamentos cáusticos, hiperosmolares, realização de procedimentos radiológicos, e acesso venoso geral em pacientes com impossibilidade de um periférico.

Técnica mais utilizada é “Seldinger”, onde se utiliza um fio guia. Primeiro é necessário a paramentação, lavagem das mãos, máscara, avental e luva. Esta técnica proporciona menor risco de complicações, maior hemostasia e maior praticidade.

O paciente deve estar em decúbito dorsal, preferencialmente em “Trendelenburg” 15° para possibilitar ingurgitamento e evitar o risco de embolia gasosa, também com a cabeça em rotação lateral e contralateral ao procedimento e com coxim sobre os ombros, facilitando hiperextensão do pescoço. Para poder realizar este procedimento é importante não se esquecer de fazer a paramentação e assepsia. Ter cuidado em especial no momento de colocar os campos cirúrgicos para evitar a contaminação.

Para poder realizar este procedimento na Veia Subclávia devemos localizar o local da punção, colocar lidocaína a 1% (sem vasoconstritor) de forma superficial e profunda.

Puncionar na região do ápice do triângulo de Sedillot, formado pela clavícula e porção esternal do esternocleidomastoideo. Direcionar ponta da agulha para o mamilo ipsilateral com ângulo entre 30-45° e introduzir lento e aspirar a agulha. Depois de realizado o acesso na veia, desconectamos a seringa e fazemos uma tampa na agulha com o dedo para tentar diminuir algum risco de embolia gasosa. O fio guia é introduzido por dentro da agulha até a marcação. Depois retiramos a agulha e introduzimos e colocamos o cateter. Depois, lavar a parte distal do cateter com solução salina e hora de fixar o cateter com os pontos e depois fazer o curativo oclusivo. Não podemos esquecer que para confirmar se o cateter está ou não na posição certa é mandatório solicitar uma radiografia de tórax.

Este procedimento deve ser evitado se houver lesão distal ao vaso a ser canulado, ferimentos diretamente, infecção ou celulite sobrejacente à área em torno a ser canulada ou presença de trombo no vaso a ser canulado.

No caso apresentado o paciente foi admitido no setor do Pronto Socorro do HMPGL por apresentar a crise convulsiva.

Este paciente foi piorando a apresentação do quadro e encontrava-se com esforço respiratório, que como bem sabemos também já é uma indicação para uma intubação orotraqueal.

Posteriormente o paciente foi entubado, mas começou com hipotensão e devendo ser administradas as drogas vasoativas, que é uma indicação de acesso venoso central.

Depois de acabar todo o procedimento é importante solicitar uma radiografia para ver a localização do cateter.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internato em Urgência e Emergência do SUS é de grande importância para todos os acadêmicos em formação que aspiram a ter uma boa abordagem acerca dos usuários dos distintos serviços de saúde. Dessa forma a estagiaria refere que acrescentou a juntar a teoria muitas vezes já aprendida ao longo dos anos com a prática real do campo de trabalho.

Apesar de novamente participar nos distintos locais a participar da linha de frente ao enfrentamento ao COVID-19 ela destaca que ajudou para ver como cada profissional tentava se ajustar ao que tinha. Também que a participação de um acadêmico em formação dentro do contexto de uma pandemia proporciona para ele que o processo da construção de aprendizado seja único, e assim essa oportunidade deve ser muito valorizada para no futuro ajudar a ser um profissional competente, para poder colocar tudo na prática e para conseguir salvar o número máximo de vidas.

Finalmente, a estagiaria encontra-se satisfeita por todas as atividades que conseguiu ao longo dos meses. Refere que vai procurar buscar sempre poder agir com dedicação e afirma que vai colocar o nível máximo dela para poder salvaguardar aos pacientes na sua integridade total a todos que passarem pelos cuidados dela, assim como deixará pegadas e boas lembranças por qualquer local onde passar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, R.T. ANAFILAXIA NA SALA DE EMERGÊNCIA. Revista de Pediatria SOPERJ, v. 17, supl.1, p.12-21, dez. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2021 março]. 56 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

Especializada. Manual instrutivo da rede da atenção às urgências e emergências no Franco, Apoema. Franco, Eugênio. Intubação de Sequência Rápida: Aprenda como fazer. Salvador: Sanar, 2019. E-book. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MARTINS H.S.; NETO R.A; VELASCO I.T. Medicina de Emergência Abordagem Prática HIC USP 12a edição. 2017

Medicina Interna de Harrison / Kasper et al.; tradução: Ademar Valadares Fonseca *et al.*; revisão técnica: Alessandro Finkelsztejn et al. – 19. ed. – Porto Alegre: AMGH, 2017.

ROSEN. Medicina de Emergência. Conceitos e Prática Médica. 9. ed. 2019

Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 acessos em 2020 set. 86 p. Disponível em:

Velasco, Irineu Tadeu, et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 13. ed., ver., atual. e ampl. – Barueri [SP] : Manole, 2019.