



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM
2020

MARIANA NOLETO ARRUDA

Foz do Iguaçu
2021

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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM
2020**

MARIANA NOLETO ARRUDA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Me. Flavia Julyana Pina
Trench

Foz do Iguaçu

2021

MARIANA NOLETO ARRUDA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E EXPERIÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO EM 2020

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de ciências da natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flavia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Roberto de Almeida
UNILA

Foz do Iguaçu, 06 de junho de 2021

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Mariana Noletto Arruda

Curso: Medicina

Documento de identificação: CPF: 04027473132

E – mail: mariananoletto6@gmail.com

Fone: (63)992411902

Tipo de Documento:

(x) graduação (.....) artigo (.....) especialização (.....) trabalho de conclusão de curso (.....) mestrado
(x) monografia (.....) doutorado (.....) dissertação (.....) tese (.....) CD/DVD –obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência: discussão de casos clínicos e experiências durante o estágio em 2020.

Nome do orientador: Flavia Julyana Pina Trench Data da Defesa:10/06/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, 10 de Junho de 2021

Assinatura do Responsável

ARRUDA, Mariana Noletto. **Internato em urgência e emergência**: discussão de casos clínicos e experiências durante o em 2020. 2021. 49 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

O presente trabalho aborda as experiências da discente durante o internato em Urgência e Emergência realizado no ano de 2020. Durante esse período a acadêmica pôde participar, observar e praticar as atividades médicas diariamente, tendo a oportunidade de alinhar o conhecimento teórico adquirido nos anos anteriores à prática. O objetivo do trabalho é demonstrar o aprendizado através das vivências da discente, expondo as atividades realizadas e a construção do raciocínio clínico na investigação diagnóstica e manejo dos pacientes. Para isso, apresentará casos clínicos presenciados nos campos de urgência e emergência do SUS, associados à discussões baseadas em referências literárias atuais e da sua visão pessoal; discorrerá sobre as suas percepções como estudante nos diferentes campos de atuação durante o módulo. Observa-se que a experiência do internato possibilita o desenvolvimento do raciocínio clínico e habilidades médicas que capacitam o profissional para atuação futura. É necessário buscar atualizações em diretrizes e literaturas médicas para melhor assistência ao paciente, bem como o conhecimento das redes de fluxo e de legislação. As experiências da acadêmica no módulo de Urgência e Emergência foram fundamentais para seu desenvolvimento profissional.

Palavras-chave: Medicina. Internato. Urgência. Emergência.

ARRUDA, Mariana Noletto. **Internship in urgent and emergency**: discussion of clinical cases and experiences during 2020. 2021. 49 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

The present work addresses the experiences of the student during the internship in Urgency and Emergency realized in 2020. During this period the academic was able to participate, observe and practice medical activities daily, having the opportunity to align theoretical knowledge with practice. The objective of the work is to demonstrate learning through the student's experiences, exposing the activities carried out and the construction of clinical reasoning in the diagnostic investigation and management of patients. For that, it will present clinical cases witnessed in the fields of urgency and emergency of SUS, associated with discussions based on current literary references and personal view; will talk about the perceptions of the different fields of activity during the module. It is observed that the experience of the internship enables the development of clinical reasoning and medical skills that enable the professional for future performance. It is necessary to seek updates in medical guidelines and literature for better patient care, as well as knowledge of the flow networks of legislation. The academic's experiences in the Urgency and Emergency module were fundamental for his professional development.

Keywords: Medicine. Internship. Urgency. Emergency.

ARRUDA, Mariana Noletto. **Pasantía en Urgencia y Emergencia:** discusión de casos clínicos y experiencias durante 2020. 2021. 49 páginas. Trabajo de Conclusión del Curso (Graduación en Medicina) - Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACTO

El presente trabajo aborda las vivencias del estudiante durante la pasantía en Urgencia y Emergencia realizada en 2020. Durante este período el académico pudo participar, observar y practicar diariamente las actividades médicas, teniendo la oportunidad de alinear los conocimientos teóricos con la práctica. El objetivo del trabajo es demostrar aprendizajes a través de las experiencias del alumno, exponiendo las actividades realizadas y la construcción del razonamiento clínico en la investigación diagnóstica y manejo de pacientes. Para ello, presentará casos clínicos presentados en los campos de urgencia y emergencia del SUS, asociados a discusiones basadas en referencias literarias actuales y visión personal; hablará sobre las percepciones de los diferentes campos de actividad durante el módulo. Se observa que la experiencia de la pasantía posibilita el desarrollo de razonamientos clínicos y habilidades médicas que capacitan al profesional para el desempeño futuro. Es necesario buscar actualizaciones en las guías médicas y la literatura para una mejor atención al paciente, así como el conocimiento de las redes de flujo de la legislación. Las experiencias de la alumna en el módulo de Urgencia y Emergencia fueron fundamentales para su desarrollo profesional.

Palabras clave: Medicina. Internado. Urgencia. Emergencia.

Lista de abreviaturas e siglas

HMPGL- Hospital Municipal Padre Germano Lauck
SAMU- Serviço de atendimento móvel de urgência
SIATE- Serviço de atendimento ao Trauma em Emergência
SUS- Sistema Único de Saúde
UPA- Unidade pronto atendimento
UBS- Unidade Básica de Saúde
UE- Urgência e Emergência
PS- Pronto Socorro
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
PA- Pressão Arterial
IOT- Intubação orotraqueal
HDA- Hemorragia digestiva alta
BEG- Bom estado geral
MEG- Mal estado geral
MMII- Membros inferiores
RHA- Ruídos hidro-aéreos
ECG- Eletrocardiograma
TC- Tomografia Computadorizada
TVP- Trombose Venosa Profunda
DM- Diabetes Mellitus
DVA- Droga vasoativa
EAP- Edema agudo de pulmão
FC- Frequência cardíaca
IR- Insuficiência cardíaca
FA- Fibrilação atrial

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Organização da rede em Foz do Iguaçu.....	8
3. Os cenários.....	9
4. Procedimentos.....	11
5. Casos clínicos.....	14
5.1 Caso clínico 1	14
5.2 Caso clínico 2	21
5.3 Caso clínico 3	25
5.4 Caso clínico 4	31
5.5 Caso clínico 5	37
5.6 Caso clínico 6	41
6. Medicções do carrinho de parada- UPA.....	45
7. Considerações finais	46
8. Referências.....	48

1 INTRODUÇÃO

O estágio obrigatório realizado nos últimos dois anos do curso de medicina é um grande passo para o desenvolvimento profissional do acadêmico. Durante esse período, o conhecimento teórico adquirido anteriormente se alinha à prática, possibilitando que ao final da trajetória o estudante tenha capacidade e maturidade adequada para assumir a grande responsabilidade de ser médico.

O referido trabalho expõe o período de estágio em urgência e emergência do SUS realizado entre 23/06/2020 a 05/10/2020. As atividades foram desenvolvidas no Hospital municipal Padre Germano Lauck- HMPGL, UPA Walter e UPA João Samek, todos os dias, tendo carga horária de 40 horas semanais.

O cenário da urgência e emergência exige uma visão focada no reconhecimento e resolução de situações graves, e por isso, estar integrado diariamente na rotina do serviço é de extrema importância para a compreensão da atuação médica nestes casos. Durante o estágio espera-se que o aluno tenha experiências que consolide suas futuras condutas ao manejo do paciente grave.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo demonstrar as experiências e aprendizados da aluna ao longo do estágio de urgência e emergência do SUS. Serão abordados casos clínicos associados a discussões baseadas em referências literárias atuais e visão pessoal, assim como a percepção da acadêmica em cada cenário de atuação em Foz do Iguaçu.

3. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO EM FOZ DO IGUAÇU

A portaria 2048/2020 estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, bem como as normas e critérios de funcionamento, classificação/cadastramento de serviços e elaboração de planos, permitindo a estruturação do sistema de urgência/emergência dos estados a partir das suas necessidades sociais.

Em Foz do Iguaçu as portas de entradas para o acesso ao serviço de saúde de pacientes em situações de urgência e emergência são:

UBS; UPA; SAMU, SIATE; Pronto Socorro hospitalar- Demanda Espontânea.

A UBS atua como nível básico, UPAs como nível intermediário e hospitalar em nível terciário de média complexidade. O SAMU/SIATE, pode funcionar como primário, quando solicitado pelo paciente ou secundário, quando solicitado pelo serviço de saúde.

A rede também conta com o apoio do Hospital Costa Cavalcanti, um hospital terciário, que recebe os pacientes que precisam de especialistas da área de cardiologia (UTI coronária), serviço de obstetrícia, neonatologia e oncologia.

Cada nível tem suas atribuições dentro da rede, e se não for possível manter a vida ou aliviar o sofrimento em um nível, passa-se para outro. Para isso, utiliza-se a classificação de risco Manchester, que determina a área e tempo de atendimento, ampliando e qualificando o acesso à rede.

Um ponto bem estabelecido nesta portaria é em relação às atribuições do médico regulador, pois é ele quem controla todo o fluxo da rede. Atualmente aqui em Foz do Iguaçu, a regulação é feita pelo médico do SAMU.

Durante a pandemia pelo COVID-19, o fluxo da cidade mudou em alguns pontos para melhor fluxo de atendimento destes pacientes, com maior concentração no Hospital Municipal. Além disso, o serviço de psiquiatria foi transferido no Hospital Cataratas e o serviço de GO, cardiologia e oncologia permanecem no Hospital Costa Cavalcanti.

4. OS CENÁRIOS

Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Central telefônica COVID: Um setor com alta demanda e inúmeras ligações durante o dia. O principal ponto no atendimento é a resolutividade, onde o objetivo é fazer com que o paciente não saia de casa ou só saia com a devida necessidade, principalmente para a realização do exame com hora marcada.

É importante também estar atualizado com as informações do COVID-19 e com os protocolos do município, pois muitos pacientes ligam para tirar dúvidas e precisam sentir segurança na informação para seguir as orientações.

Por mais que o atendimento seja por telefone há como colocar os conhecimentos em prática, como por exemplo, solicitar que o paciente leia uma frase de livro avaliar dispneia. Cada paciente é diferente e exige de nós atenção para que seja avaliado da melhor forma.

Fazer o atendimento dos pacientes via telefone e poder contribuir para organização do fluxo na cidade foi uma experiência única.

Triagem COVID: Os pacientes chegam à triagem por demanda espontânea, encaminhados da central telefônica ou pelo SAMU. É a porta de entrada dos pacientes com sintomas respiratórios.

A triagem é responsável pelos pacientes estáveis, sem sinais de gravidade, que possam aguardar para consulta. Nela, fazemos o atendimento e identificamos se há ou não necessidade de internação. Estar na linha de frente, organizando e lidando com tantas pessoas foi uma grande responsabilidade, exigindo adaptações e desenvolvimentos de habilidades técnicas, de comunicação e organizacionais ao longo do processo.

UTDI: Entrando no cenário de internação hospitalar modifica-se o contexto e a forma de atuação. O ambiente é estressante e exige mais atenção, pois apesar de menor quantidade de pacientes, são os mais graves. Geralmente o médico plantonista dá alguns pacientes para o interno evoluir, o que demanda tempo considerável, dependendo da gravidade. É um cenário onde precisa-se ter uma visão

mais crítica e clínica do paciente, tanto para evoluções quanto admissões. As admissões, em particular, é o momento mais concentração para alinhamento do raciocínio clínico sem viés do encaminhamento.

Um ponto positivo do setor é que os internos têm funções bem definidas, e estar em um ambiente controlado facilita raciocínio à beira do leito de pacientes críticos e intubados. Um ponto negativo é que devido a esta complexidade há um despendimento maior de tempo para realização das tarefas. Observou-se uma sobrecarga médica, prejudicando a qualidade, por isso, uma sugestão seria colocar como plantonista um médico titular em dupla com um médico não titular ou residente..

PS respiratório: O último cenário do módulo, sendo a porta de entrada para pacientes com critérios de gravidade, encaminhado de outros serviços, pelo SAMU ou por demanda espontânea, sem possibilidade de aguardar atendimento em triagem. Neste período a acadêmica teve a oportunidade de lidar com diferentes situações da UE, com raciocínio voltado a identificação rápida de situações de risco e manejo adequado através dos protocolos médicos. Além disso, vários procedimentos aconteceram, como IOT e acesso venoso central, inclusive com oportunidade de realização. Importante ressaltar a disponibilidade dos médicos em dar certa autonomia aos internos, sempre sob supervisão, permitindo assim a associação dos conhecimentos. O PS respiratório foi um excelente cenário de aprendizado em UE.

UPA João Samek e UPA Walter

São unidades de complexidade intermediária que compõem a rede da UE. Excelente cenário de aprendizado devido ao alto fluxo de pacientes e por ser o primeiro contato deste com o serviço. Acompanhou-se durante o módulo a sala vermelha e amarela, tendo a oportunidade de contato com várias situações, deste traumas até HDA e edema agudo de pulmão, alguns destes descritos subsequentemente. Observou-se a necessidade de atualização frequente dos protocolos e entendimento do fluxo da rede para encaminhar quando necessário. Importante saber também todos os recursos que o cenário dispõe para evitar encaminhamentos desnecessários e reduzir o tempo do paciente no serviço. Além disso, a equipe de enfermagem é

fundamental para que o atendimento seja efetivo, por isso, uma comunicação clara e desenvolvimento de liderança de equipe pelo médico também se faz necessário nesse setor.

4.PROCEDIMENTOS

4.1-Suturas com bloqueios anestésicos

- Sutura de couro cabeludo: paciente 29 anos, chega à UPA vítima de agressão durante briga em bar, com corte no couro cabeludo de cerca de 5 cm em região parietal esquerda. Utilizei para sutura nylon 2.0 com um ponto de aproximação em região medial tipo donnati e demais pontos tipo em X.
- Sutura em lábio: Paciente 65 anos, chega à UPA em pós-ictal de crise convulsiva, conhecida epilepsia, onde apresentou queda da própria altura com corte em lábio inferior de cerca de 1,5cm. Foi realizado 1 ponto simples invertido por ser mais estético e 2 pontos simples na parte de dentro com linha vichyl.4.0, mas o ideal é catgut simples (não tinha na upa), por ser reabsorvível.
- Sutura em mão: Paciente masculino, 45 anos, deu entrada em UPA relatando acidente doméstico com faca. Apresenta-se com corte de aproximadamente 5 cm em palma da mão direita. Foi realizada limpeza, sutura com pontos simples, linha nylon 2.0 e posterior realização de curativo.
- Sutura em dedo: Paciente comparece ao HMPGL por demanda espontânea vítima de trauma por esmagamento em segundo quirodáctilo da mão esquerda, apresentando corte de 2 cm em região de falange distal. Foi realizado raio x que identificou fratura de falange distal. Juntamente com o residente da ortopedia realizei lavagem abundante, bloqueio anestésico e sutura do ferimento, com prescrição de cefalexina por 7 dias e afastamento das atividades por 30 dias.

As UPAs foram um excelente cenário para aperfeiçoar as suturas. A principal dificuldade era escolher o tipo do ponto para cada região, mas com o estágio pode-se, além de fazer, acompanhar várias suturas por diferentes médicos, o que proporciona

mais segurança. O tipo da linha e bloqueio anestésico também foram outros pontos aprimorados pela prática.

4.2- Intubação endotraqueal: Realizei uma intubação na UPA Walter dia 30/07 (Descrição no caso clínico 1) e outra no dia 26/08 no PS respiratório.

A intubação é uma atribuição essencial na formação médica, sendo primordial para o garantir a sobrevivência do paciente. A cada tentativa falha eu volto na literatura e releio toda a técnica. Nesta primeira tentativa de intubação na UPA WALTER enquanto me paramentava revisei todos os passos na cabeça. Consegui visualizar a epiglote, mas não consegui visualizar a glote, com falha no procedimento. A segunda tentativa foi em um paciente no PS respiratório, de 80 anos, COVID-19 negativo, com via aérea difícil e êxito no procedimento..

4.3- Acesso venoso periférico: realizei acesso venoso em algumas oportunidades na UPA Walter e HMPGL. Com a ajuda das técnicas de enfermagem pude treinar acesso periférico e como já havia treinado no internato de APS, não tive tanta dificuldade. A escolha o acesso venoso é muito importante, principalmente em pacientes graves, onde o médicos deve estar apto a realizar acessos calibrosos.

4.4- Coleta de gasometria: realizei minha primeira coleta de gasometria dia 11/08 em um paciente na UTDI com suspeita de COVID-19. Quando fiz pela primeira vez não havia estudado a técnica correta, por isso tive dificuldade e não consegui. A partir daí, comecei a acompanhar de forma mais atenta toda coleta de gasometria pelas enfermeiras e revisar a técnica, o que me fez aprender melhor os passos. Realizei algumas outras tentativas, algumas com êxito, outras não, sendo elas na artéria radial e femoral.

4.5- Sonda nasoenteral: Realizei uma passagem de sonda nasoenteral no PS respiratório, logo após o paciente ter sido intubado. A execução foi realizada com ajuda do técnico de enfermagem, sem dificuldades e após o procedimento confirmada com raio-x para liberação de dieta. É importante saber as indicações e contra-indicações para indicar a SNE nos pacientes, neste caso, por exemplo, após a intubação sempre deve ser passada sonda nasogástrica e vesical pela sedação. Observei a realização do

procedimento em outras situações, e em pacientes acordados o procedimento é diferente, onde a posição é sentada, postura ereta, em posição do cheirador, induzindo o paciente à deglutição para facilitar a passagem para o esófago.

4.6- Acesso venoso central: Acompanhei alguns acessos no PS respiratório ao longo do módulo, onde pude observar atentamente os passos. Além disso, estudei toda a técnica, vi vídeos várias vezes e troquei experiência com os colegas que já tinham feito. No meu último plantão, tive a oportunidade de realizar um acesso venoso central em um paciente do PS respiratório.

Realizei o acesso em veia jugular esquerda por opção do médico. O paciente estava recém intubado.

4.7- Drenagem de abscesso e retirada de tecido infectado. Paciente com abscesso inguinal há 30 dias, com leve melhora após tratamento com antibiótico, porém continua com drenagem de pus. Foi realizada incisão com bisturi e retirada de tecido inflamado de aproximadamente 2cm de espessura e largura. sutura de subcutâneo com ponto jaquetão e sutura de pele com donatti. prescrito amoxicilina/clavulanato por 7 dias..

Este procedimento foi realizado na UPA João Samek e eu fiquei de auxiliar no médico, que era cirurgião geral.

7. Retirada de corpo estranho: em 2 episódios pacientes chegaram com queixa de irritação ocular após trabalho de serralheria. Foi aplicado anestésico ocular, retirada com cotonete do corpo estranho, lavagem com soro fisiológico e curativo com tampão ocular. Prescreveu-se dexametasona solução ocular 4/4h.

Muitos pacientes chegaram à UPA com presença de corpo estranho em olho. Foi acompanhar como fazer, quais medicamentos usar e prescrever, pois apesar de simples é muito comum.

5.CASOS CLÍNICOS

5.1- Caso Clínico: A primeira intubação

Cenário: UPA Walter

Identificação: L.P, 59 anos, moradora de Foz do Iguaçu, trazida por familiares em meios próprios até sala vermelha da UPA.

QP: Desmaio há 30 minutos.

HMA: Familiar relata paciente previamente hígida, apresentou quadro de vômitos e queda de estado geral de forma súbita, 30 minutos antes de adentrar na unidade.

Relata última alimentação há 3 horas (almoço)

HPP: DM II, HAS, IAM há 8 anos. Nega alergias a medicamentos.

HS: Tabagismo de longa data (não sabe quanto). Nega etilismo.

(obs: anamnese e exame físico direcionados)

Exame Físico:

Sinais vitais: PA: 200/100 mmHg, FC: 120 bpm, SatO₂: 60% em AA, TAX: 36.5 C

MEG, palidez ++/4+, acianótico, anictérico, afebril.

AP: murmúrio vesicular preservado com presença de estertores crepitantes difusos bilaterais.

AC: Ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

Extremidades: edema +/4+ em MMII, sem sinal de empastamento de panturrilhas.

Neurológico: Glasgow 3.

Diagnóstico Sindrômico:

Insuficiência Respiratória Aguda

Rebaixamento do nível de consciência

Diagnósticos Diferenciais: Edema agudo de pulmão

Etiologias: Infarto agudo do miocárdio? Pneumonia?

ECG do momento: taquicardia sinusal, eixo normal, IAM anteroseptal (sequela?).

CONDUTA:

Cabeceira elevada

Isolamento respiratório

Intubação orotraqueal por sequência rápida com sedação padrão

Solicito exames laboratoriais e raio X de tórax.

Prescrição:

Sedação padrão: SF 0,9% 250ml + fentanil 2 ampolas de 10 ml + midazolam 3 ampolas, correr 20ml/h.

Nifedipino 10 mg ACM; heparina subcutânea 5000UI 0,25ml SC ACM, Dipirona 1g SN, Omeprazol 20mg pela manhã.

ANÁLISE DO CASO

Atender pacientes em situações de emergência requer calma, conhecimento, treinamento e experiência¹

O primeiro passo em uma sala de emergência é classificar o paciente como crítico ou não, e, para isso, é preciso ter em mente os 3 grandes sistemas: SNC, sistema respiratório e sistema cardiovascular. Quando há repercussão em algum destes, o paciente é considerado grave.

O paciente do caso é considerado crítico? Sim.

Ao admitir a paciente na sala vermelha notou-se o rebaixamento de nível de consciência (glasgow 3), classificando-a como paciente grave. Havia pulso carotídeo, então procedeu-se com o "MOV" (monitorização, acesso venoso e oxigenioterapia), enquanto o médico realizava anamnese e exame físico direcionados. Nesse momento a prioridade era garantir a sobrevivência da paciente através da intubação.

A monitorização revelou SatO₂: 60%, FC: 130 bpm, PA: 220/110 mmHg, associado aos sinais de hipoxemia (palidez cutânea) do exame físico.

Essa paciente tem critérios para IOT? Sim.

A partir daí, o médico solicitou a elevação da cabeceira até o preparo do material de intubação, pois a paciente tinha critérios para tal, com falha da oxigenação, sem proteção de via aérea, provável curso clínico desfavorável e glasgow < 9. A tabela 2 mostra as indicações de intubação.

Tabela 1 : Indicações de intubação orotraqueal

TABELA 2 Indicações de intubação orotraqueal

▪ Parada cardiorrespiratória	▪ Hipoxemia grave e refratária ao tratamento com medidas menos invasivas
▪ Parada respiratória ou significativa hipoventilação	▪ Trabalho respiratório excessivo
▪ IRpA que evolui com fadiga da musculatura respiratória	▪ Redução da pressão intracraniana
▪ IRpA associada a doenças neuromusculares	▪ Instabilidade hemodinâmica grave
▪ Obstrução de vias aéreas	▪ Necessidade de "proteção" de vias aéreas

Fonte: Medicina de emergencia da USP

Garantindo a via aérea da paciente, os parâmetros colocados na ventilação mecânica foram: Ventilação controlada por volume, VC: 490ml (8ml/kg ideal), PEEP: 7, FiO₂ 100%, FC: 18rpm, I:E 1:1.8. Como a paciente estava com um possível edema agudo de pulmão, o ideal no VC é 4-6ml/kg. FiO₂ mantida 100% até o resultado da primeira gasometria, a PEEP pode ser 7 para mais recrutamento alveolar.

Via aérea garantida...

Quais foram as hipóteses para essa paciente?

O diagnóstico sindrômico é de insuficiência respiratória aguda e rebaixamento de nível de consciência. O edema agudo de pulmão é outra hipótese sindrômica a se considerar, que precisaria ser investigada quanto etiologia cardiogênica ou não cardiogênica, através de exames complementares. Quanto às hipóteses etiológicas: IAM? Pneumonia? IC agudizada?

A insuficiência respiratória aguda é uma síndrome relacionada à incapacidade do sistema respiratório em manter níveis adequados de oxigenação e gás

carbônico². Há 2 tipos de IR, tipo I (hipoxêmica) e Tipo II (hipercápnica), que são confirmadas através dos parâmetros da gasometria, mas uma indicação rápida seria a Saturação de oxigênio, que inferior de 90% é forte indicativa do diagnóstico.

Dentro da fisiopatologia da IR, é importante pensar na fisiologia pulmonar das trocas de gases: ventilação, perfusão, relação ventilação/perfusão, difusão, e então os possíveis mecanismos associados ao quadro do paciente. Os pacientes com IR tipo 2, ocorre elevação dos níveis de gás carbônico por falência ventilatória, já os do tipo I, a ventilação está mantida, mas o gradiente alvéolo-capilar está alterado. **Esta paciente é classificada como IR tipo I**, pois há nitidamente um comprometimento intersticial pela presença de creptos do ápice à base.

Como havia 30 minutos de evolução, a hipoxemia já se manifestava de forma neurológica, com rebaixamento do nível de consciência e estado comatoso. As manifestações cardiovasculares encontradas, possivelmente tem relação com a descarga adrenérgica inicial, que aumenta FC (120 bpm na paciente) e PA está muito elevada (200/100 mmHg), podendo até ser o fator desencadeador.

Em relação à suspeita de edema agudo de pulmão, de acordo com o artigo de CASTRO RBP, 2003³, o diagnóstico é essencialmente clínico. Os exames complementares não devem adiar o início das medidas e, paralelamente ao diagnóstico e tratamento, faz-se urgente a elucidação da etiologia para aumentar as chances de sucesso na terapia.

A origem mais comum de EAP é cardiogênica, sendo as principais causas: infarto miocárdico agudo ou exacerbação isquêmica de disfunção ventricular pré-existente, sobrecargas agudas de volume para o ventrículo esquerdo (insuficiências valvares, rotura do septo interventricular) e a estenose mitral¹.

O ECG do momento mostrou taquicardia sinusal, eixo normal, IAM anteroseptal (possível sequela), com algumas extrassístoles, mas sem sinais de isquemia consideráveis. Isso me fez pensar a favor de um EAP por causa cardiogênica. Será uma exacerbação isquêmica? Solicitaria então enzimas e marcadores cardíaco e pró-BNP.

Segundo o artigo da USP³, na suspeita de EAP, deve-se iniciar as medidas para tal. E quais são essas medidas?

Após o manejo adequado da IRA, a primeira medida é a posição sentada do paciente a fim de diminuir o retorno venoso e o aumento da capacidade vital. O segundo passo é a suplementação de O₂ de acordo com a necessidade do paciente.

Outra peça fundamental é a Furosemida, com ação vasodilatação imediata e consequente aumento da capacitância venosa (nos primeiros 5 min), seguida de diurese, com pico de efeito 30 e 60 min ³.

Os vasodilatadores como nitroglicerina tem sido considerada a droga mais efetiva no edema pulmonar cardiogênico; a vasodilatação e consequente redução da pré-carga do ventrículo esquerdo bem como a redução da resistência vascular sistêmica (pós-carga) são a base de sua utilização³, porém devendo se atentar às suas contra-indicações. A morfina, inotrópicos e trombolíticos são outros recursos terapêuticos que devem ser ponderados caso a caso.

A conduta da médica seguiu os protocolos? Parcialmente.

Analisando a conduta do médico com o protocolo descrito acima, percebe-se que o protocolo não foi cumprido corretamente. A posição sentada inicial foi realizada, a IOT também, porém a prescrição dos medicamentos não é compatível com o recomendado. Não foi prescrito furosemida, nitroglicerina e nenhum outro do protocolo. Todos os medicamentos estavam à critério médico e não eram os mais recomendados (nifedipino e heparina).

Como médica, após ter estudado sobre o tema, a conduta inicial seria com furosemida e depois avaliaria a necessidade de associar outros medicamentos de acordo com a resposta da paciente.

Não acompanhei a evolução dessa paciente pois houve troca de plantão.

Pontos de aprendizado: Aprofundamento sobre estudo do paciente grave. Raciocínio clínico sobre possíveis diagnósticos diferenciais. Drogas e manejo de paciente crítico. Realização de IOT.

Passos da Intubação Orotraqueal realizada nesta paciente:

Intubação de sequência rápida.

- De acordo com o Protocolo de Via Aérea na Emergência – HCFMUSP – 2019⁹, a identificação de VA difícil relacionada à laringoscopia se dá pelo mnemônico LEMON (Look Externally; Evaluate, Mallampati, Obstruction, Neck mobility).
 - No caso dessa paciente, classifico-a como via aérea da paciente fácil.
1. Preparo do material: Foi realizada pela enfermagem. Escolhido tubo 8, sendo o indicada para mulheres 7,5 e 8,0. A lâmina usada foi de tamanho 4, curva, mais recomendada para adultos maiores de 1,60cm.
 2. Pré-oxigenação: Não foi realizada. O ideal seria a máscara facial com reservatório a 100% de O₂, com 15L, de acordo com a nova orientação COVID.
 3. Pré-tratamento: O fentanil é a droga de escolha para pré-tratamento. Ele é um analgésico potente, utilizado para minimizar as descargas adrenérgicas da laringoscopia. A dose é (1-3µg/kg EV) de peso magro⁹, deve ser infundido em 30s, tem ação em 2 min e duração de 30 a 60min. Outra opção de droga é a lidocaína, principalmente em caso em broncoespasmo. Neste caso, o pré-tratamento não foi realizado. No protocolo está como opcional. Eu como médica faria o pré-tratamento com fentanil.
 4. Paralisia com indução: A medicação utilizada para indução foi Midazolam 15mg. São 4 drogas disponíveis para esse passo: quetamina, midazolam, etomidato e propofol. Já é reconhecido o etomidato (0,2-0,4mg/kg EV) como melhor estabilidade cardíaca e respiratória, não causa vasodilatação ou depressão miocárdica principalmente para pacientes graves, porém, o seu alto custo impossibilita o uso rotineiro no SUS. Após esperar a ação do midazolam, utilizou-se para paralisção succinilcolina. Eu como médica, se tivesse a disponibilidade de etomidato, escolheria-o para intubação.
 5. Posicionamento: a posição ideal é a hiperextensão da cabeça com um coxim suboccipital para alinhamento dos eixos. Não foi realizada.

6. Passar o tubo: entrar com o laringoscópio pela borda lateral direita da língua, até a visualização da epiglote. Realizar força para cima e para frente até visualização de cordas vocais. Passar o tubo até cerca de 22 cm.
7. Pós-intubação: iniciado pesquisa etiológica para otimização do tratamento.

5.2 Caso Clínico

Cenário: PA RESPIRATÓRIO- HMPGL

Identificação: G.S, 30 anos, morador de Foz do Iguaçu.

QP: Dor nas costas há 12 dias

HMA: Paciente refere que há 12 dias iniciou com quadro de tosse seca que evoluiu há 3 dias com febre não aferida, náuseas, cefaléia holocraniana e dor torácica ventilatório-dependente que piora ao tossir, sem fator de melhora. Procurou atendimento em UPA há 4 dias, onde foi iniciado tratamento para PAC com azitromicina e acetilcisteína, porém, relata que hoje começou a apresentar dispneia ao repouso, dor tipo pontada em hemitórax esquerdo, dependente da inspiração, hemoptise e persistência da tosse seca. Mantém quadro febril após 72h de início de antibioticoterapia.

HPP: Nega cirurgias, nega comorbidades. Nega traumas ou imobilização recente. Nega alergias a medicamentos.

HS: Nega etilismo e tabagismo.

HP: Refere familiares com "problemas no coração". Pai com HAS e DM. Mãe com HAS. Nega histórico familiar de trombose.

Exame físico:

SSVV: TAX 37,9 SatO2 97% em AA FC 99bpm, PA 137/65mmHg

REG, desidratado +/4+, corado, sudoreico, acianótico, febril.

AP: tórax simétrico, expansibilidade preservada, MV preservado globalmente, sem RA.
Sem uso de musculatura acessória.

AC: Bulhas rítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. TEC<3s. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

ABD: plano, flácido, RHA+, indolor à palpação, sem visceromegalias ou sinais de peritonismo.

EXTREMIDADES: sem edemas, panturrilhas livres.

Diagnóstico sindrômico: Síndrome respiratória aguda grave

Hipótesis diagnósticas: Pneumonia por COVID-19? Pneumonia bacteriana adquirida na comunidade?

Diagnósticos diferenciais: Tromboembolismo pulmonar- TEP?

CONDUTA:

-Solicito exames laboratoriais admissionais

-Solicito RT-PCR COVID-19 e sorologia

-Solicito TC de tórax

-Prescrevo sintomáticos

-Monitorização respiratória.

EVOLUÇÃO:

Exames laboratoriais: Hb 14,50 Ht 42,40% Leuco 18.470/mm³ bast 2% neutrófilo 75% segmentados 73% plaquetas 174000 ureia 32 creatinina 1,00 Na 138 K 3,9 Lactato 21,30 PCR 5,6

TC de tórax: Estudo tomográfico do tórax mostra alterações da periferia do segmento apical do lobo inferior direito, segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo e segmento anterior do lobo inferior esquerdo sugestivas para infartos pulmonares, a

critério clínico sugerimos angiotomografia das artérias pulmonares para avaliação de tromboembolismo pulmonar.

ANÁLISE DO CASO:

Este paciente chegou no PS respiratório com o quadro clínico respiratório de 12 dias de evolução, estável, eupneico em ar ambiente, porém com dor torácica ventilatório-dependente intensa e febril. Como não era um paciente crítico, a conduta no PS foi solicitar os exames laboratoriais admissionais, TC de tórax, RT-PCR COVID-19 e ANTI-SARS-COVID-19..

Antes dos resultados dos exames, minhas hipóteses diagnósticas foram pneumonia com origem a esclarecer, se COVID ou bacteriana. Os exames laboratoriais ficaram prontos primeiro e o resultado foi uma leucocitose, sem desvio, PCR de 5.6.e sorologia para COVID-19 não reagente, aguardando RT-PCR, o que pra mim falava a favor de uma PAC complicada ou resistente aos antibióticos usados. Por fim, saiu o resultado da TC de tórax, mostrando imagem sugestiva de infartos pulmonares, com critério para angioTC das artérias pulmonares para avaliação de TEP.

Este caso demonstrou a importância de se fazer diagnósticos diferenciais, pois até o laudo da TC sair o último diagnóstico pensado era de pneumonia, principalmente bacteriana. Ao estudar o quadro clínico de TEP, nota-se que o paciente tinha um quadro clínico clássico, com todos os sintomas e evolução compatível.

Como este paciente deve ser abordado?

A embolia pulmonar é frequente na emergência, pode simular várias doenças e, não raramente, seu diagnóstico passa despercebido ¹. Foi justamente o que aconteceu neste caso. Há 12 dias o paciente estava assintomático, procurando o serviço de saúde, mas a suspeita era de PAC, sendo prescrito antibiótico. Somente com a evolução do quadro e depois de um exame complexo, que é a TC, descobriram do que se tratava.

Quanto aos fatores de risco ou predisponentes, o TEP é considerada provocado quando existe algum fator causal nas últimas 12 semanas, como traumas,

cirurgias, imobilizações e etc.; e considerada não provocada ou idiopática quando não existe nenhum fator causal, o que inclui estados de hipercoagulabilidade, doenças autoimunes, trombofilias entre outros. **Este paciente seria enquadrado em TEP não provocada ou idiopática, pois negou todos os possíveis fatores de riscos.**

Em relação ao quadro clínico, este paciente chegou ao serviço com a **tríade clássica: Dor pleurítica, taquipneia e hemoptise¹**, associado a dispnéia, taquicardia, febre, porém, com o COVID-19, a suspeita foi mais direcionada para tal.

Todos os pacientes com suspeita de TEP são avaliados com escores de probabilidade antes de solicitar os exames, para refinar a suspeita. Os dois escores disponíveis para isso são ESCORE DE WELLS e ESCORE DE GENEBRA MODIFICADO, podendo ser feito um ou outro. **O escore de wells para esse paciente foi de 5,5 (média probabilidade) e o de genebra modificado 7 (média probabilidade).**

O escore de wells ou de genebra foi aplicado para esse paciente?

Não, pois ninguém suspeitou de TEP.

Somente após o diagnóstico por imagem que o de genebra foi feito. O protocolo do livro de Medicina de emergência da USP¹, baseia o diagnóstico dos pacientes de acordo com o nível de probabilidade de TEP.

Para este paciente, por exemplo, que é média probabilidade, o orientado seria escalonando os exames complementares, dos mais simples para mais complexos (raio-x, d-dímero, TC de tórax, angio-TC), mas como ele foi atendido em um hospital terciário, e o fluxo pelo COVID-19 está sendo TC de tórax de admissão, a conduta foi encaminhar o paciente o quanto antes.

Com o laudo da TC sugestivo para TEP, a conduta foi encaminhá-lo para angio-TC, que por muito tempo foi considerada o padrão-ouro para diagnóstico, mas é um exame muito invasivo, que traz riscos. Como era um recurso disponível no hospital, o paciente foi encaminhado, porém, pela TC já ser sugestiva, o tratamento já foi iniciado.

Após o diagnóstico, deve-se avaliar a gravidade através do **índice de gravidade da embolia pulmonar (PESI)**, sendo esse paciente **Classe 1 (mortalidade em 30 dias muito baixa: 0 a 1,6%)**, podendo considerar até mesmo tratamento ambulatorial e sem necessidade de rotina de troponina ou BNP. Revisando o prontuário, esse escore não foi realizado.

Como foi realizado o tratamento?

Após o laudo da TC sugestivo de TEP, já iniciou-se anticoagulação plena com enoxaparina na dose de 1,0 mg/kg (90 mg), 12/12h ao dia, associado a warfarina 5 mg, com o objetivo de RNI entre 2-3.

Essa conduta foi correta? Sim!

De acordo com o livro de emergências clínicas da USP, em pacientes estável, sem disfunção de VD e/ou biomarcadores elevados, recomenda-se HBPM SC ou fondaparinux associado a warfarina sódica oral: iniciar a warfarina concomitantemente ao anticoagulante parenteral. Suspender o anticoagulante parenteral se RNI entre 2 e 3 durante dois dias seguidos, geralmente após 5 a 10 dias.

Como o paciente tem escore de PESI baixo, após 7 dias de internação foi dado alta com Xarelto por 3 meses, mas com necessidade de avaliação ambulatorial para necessidade de postergar.

Pontos de aprendizado: Diagnóstico e manejo de TEP. Desenvolvimento de raciocínio clínico e diagnósticos diferenciais. Uso de exames complementares para diagnóstico. Início rápido do tratamento reduz consideravelmente a mortalidade.

5.3-Caso clínico

Cenário: UPA Walter

IDENTIFICAÇÃO: A.M.F.H, 63 anos, institucionalizada (lar dos velhinhos).

QP: Surto psicótico há 1 dia.

HMA: Paciente trazida pelo SAMU, com relato de início há 1 dia de agressividade, pouca comunicação e gritos. Chega a unidade agitada, pouco comunicativa, aos gritos. Refere dor em fossa ilíaca esquerda há 1 dia, sendo a última evacuação neste mesmo período e última refeição há cerca de 18 horas. Nega disúria e sintomas respiratórios.

HPP: Esquizofrenia, em uso de Biperideno 2 mg + Fluoxetina 20 mg + Clorpromazina 25 mg + Enalapril 10 mg + Risperidona 1 mg + Quetiapina 100mg. Sem histórico de febre ou sintomas gripais. Sem outras comorbidades. (SIC, relato lar dos velinhos).

Sinais Vitais:

PA: 140/60 mmHg, FC: 64 bpm, SatO₂: 99%, FR: 14 rpm, HGT: 166.

Exame Físico:

REG, lúcida, desorientada em tempo e espaço, corada, eupnéica (aos gritos), anictérica, acianótica, desidratada +/4+.

AC: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros (BN2TSS)

AP: Murmúrio Vesicular preservado globalmente.

ABD: Ruídos Hidroaéreos positivos, flácido, doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca esquerda, com presença de massa palpável na mesma região.

Extremidades: MMII sem edema.

Diagnóstico sindrômico: Síndrome maníaca

Hipótese diagnóstica :

- 1.Desidratação leve
- 2.Exacerbação do transtorno esquizofrênico?
- 3.Síndrome do abdome agudo (obstrutivo?)

CONDUTA:

- Solicito exames laboratoriais: K⁺, Na, Ca, Ur, HC, Cr, PCR. (resultado na discussão)

- Solicito Raio x ABD ortostase e decúbito.
- Prescrevo antipsicótico (haldol 5mg + prometazina 25mg) a critério médico.
- Prescrevo SF 0,9% 1000 ml.

ANÁLISE DO CASO

A paciente chegou na UPA WALTER por volta das 10h da manhã, trazida pelo SAMU do lar dos velinhos, aos gritos, agitada e irritada. Procedeu-se com a admissão, sob supervisão do médico plantonista. A princípio, a paciente sem nenhuma comunicação, apenas gritos e movimentação excessiva de membros inferiores. Já conhecido transtorno esquizofrênico e as medicações em uso.

A aproximação inicial necessitou de acolhimento com palavras de conforto. A partir daí, a paciente começou a responder algumas perguntas, onde notou-se perceber que estava lúcida, porém desorientada em tempo e espaço. Queixou-se de dor abdominal, apontando para fossa ilíaca esquerda, mas não conseguiu dar mais informações sobre a dor ao ser questionada.

Ao exame físico, os sinais vitais encontravam-se estáveis, com desidratação leve e abdome doloroso à palpação profunda de fossa ilíaca esquerda, com presença de massa palpável na mesma região. **Esta paciente , portanto, não é crítica.**

O primeiro diagnóstico sindrômico que pensei para essa paciente foi síndrome maníaca com agitação psicomotora. A partir daí, iniciou-se a investigação para excluir as principais causas que podem estar gerando esse agitação, já que está em uso regular da medicação segundo lar dos velinhos. Como a paciente está desidratada e com abdome agudo a esclarecer, a investigação foi orientada para estes achados através dos exames complementares. Questionei abdome agudo obstrutivo? E pensei na provável etiologia de fecaloma, que é comum nos idosos. A desidratação também poderia ser a causa da agitação, inclusive com algum distúrbio eletrolítico associado. Outra hipótese que pensei durante a anamnese foi infecção do trato urinário, mas a paciente negou disúria, por isso exclui da investigação.

A partir daí, como conduzir um quadro de agitação psicomotora?

Dentro das emergências psiquiátricas, a agitação psicomotora compõe uma das principais causas de atendimento médico e durante o estágio pode acompanhar alguns casos além deste. Ela define-se como estado de agitação física e psíquica, com inquietação, movimentação excessiva, reatividade aumentada a estímulos externos e por vezes agressividade verbal ou física¹. A paciente do caso se enquadra dentro desta definição, visto que, o quadro de alteração do estado mental teve início há 1 dia e estava progredindo mal.

As causas são diversas, sendo que a diferenciação normalmente é simples com a avaliação clínica. O objetivo sempre é manter a segurança da equipe e do paciente.

Vieta et al. BMC Psychiatry (2017) estabelece que o primeiro passo é a tentativa do manejo verbal, com uma postura calma, evitando movimentos bruscos, utilizando frases curtas e simples, mantendo distância física, mas olhando diretamente para o paciente, buscando estabelecer uma relação de confiança com o paciente.

Caso o manejo verbal seja ineficaz, avalia-se a necessidade de manejo físico ou farmacológico. Pacientes com elevado potencial de agressividade devem ser prontamente restritos, antes mesmo do exame, por questões de segurança¹.

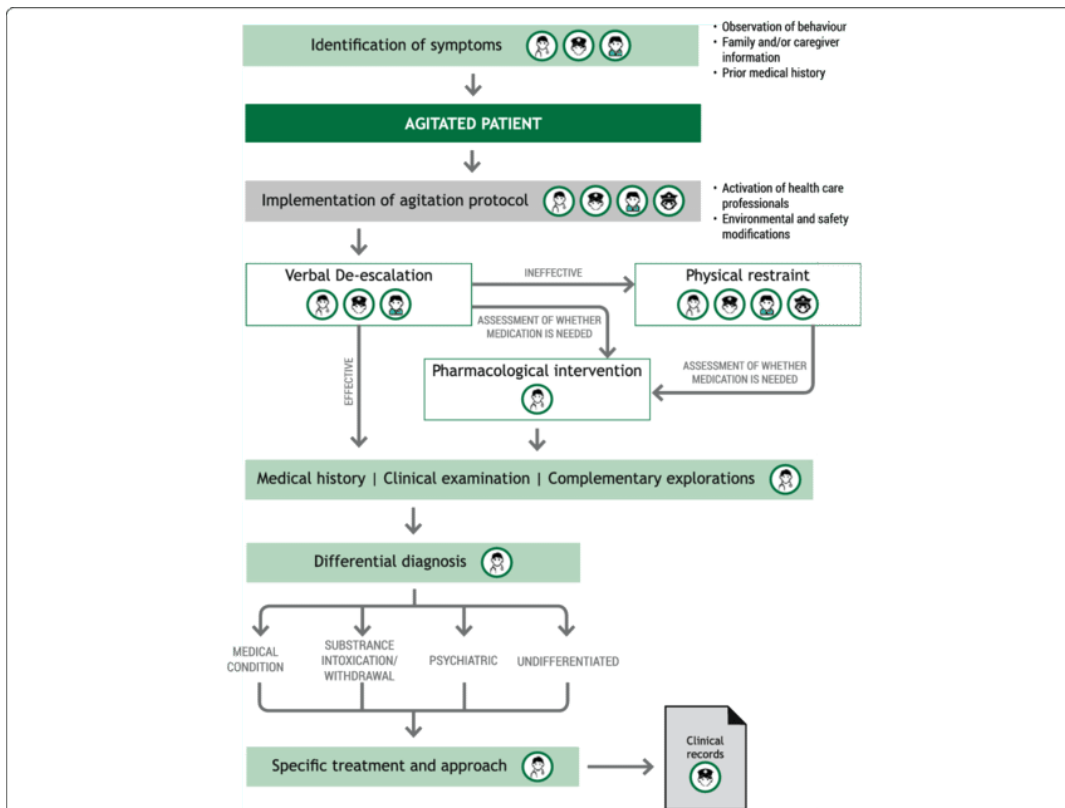
Quanto ao manejo farmacológico, a via de administração deve ser a mais facilitada, sendo a principal escolha via IM, se sem acesso, EV se com acesso ou VO se paciente cooperativo. As principais medicações são antipsicóticos típicos de alta potência (haloperidol), antialérgico com propriedades sedativas (prometazina), benzodiazepínicos (midazolam ou diazepam) e antipsicóticos atípico (se conhecida causa psicótica).

Cada uma dessas medicações têm suas doses, indicações e contraindicações específicas. **Para esta paciente, diagnosticada com doença psicótica, o mais indicado é o haldol, com a dose de 5 mg, de 30 em 30 min até controlados os sintomas, sendo dose máxima 30 mg.**

A partir daí, com o paciente contido, há agora a possibilidade de se obter mais dados da história com anamnese, exame físico e exames complementares, a fim da elucidação do caso, excluir diagnósticos diferenciais e fazer uma abordagem e tratamento específico.

Os diagnósticos diferenciais devem compreender tanto os transtornos psiquiátricos primários (ec. episódios de esquizofrenia, mania), quanto condições clínicas gerais, neurológicas e de substâncias psicoativas.

Figura 1- resumo do manejo dos casos de agitação psicomotora.



Fonte: Vieta E. et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry., 2017;17.

E então, o médico seguiu o protocolo corretamente?

Sim!

A paciente teve uma alteração aguda do estado mental, com agitação psíquica, inquietação e movimentação excessiva, se enquadrando em agitação

psicomotora. Estudando o protocolo, todos os passos foram seguidos corretamente durante o atendimento. Todos os profissionais do cenário sabiam perfeitamente como conduzir o caso e pude aprender muito com todos.

O manejo verbal foi eficaz e essencial. Se a técnica não tivesse me ajudado, provavelmente utilizamos a abordagem farmacológica, porém, não houve necessidade de progredir no protocolo.

As informações obtidas pelo SAMU e com a própria paciente nortearam a investigação da causa da agitação, através dos exames complementares específicos

No caso dessa paciente, as condições clínicas presentes apontavam para desidratação leve e obstrução intestinal (interrogado fecaloma), que por mais que a paciente referia evacuação há 1 dia, o senso crítico dela estava limitado para avaliar a quantidade da evacuação.

A correção da desidratação foi feita com 1L de SF 0,9%. Foi deixado prescrito Haldol 5mg + Prometazina 25mg ACM, em caso de necessidade de contenção química, porém, não se fez necessário.

A conduta foi correta. Para a desidratação, deve-se infundir 10-20ml/kg na primeira hora, e , apesar de conhecido que ringer lactato é melhor que SF 0,9%, é a opção mais usada devido preço barato. A discussão sobre distúrbios hidroeletrólíticos merece um capítulo especial.

Após 4 horas em observação, a paciente se encontrava mais calma, porém inquieta no leito, sem necessidade de contenção física ou química. Teve diurese durante esse período. Os resultados dos exames laboratoriais revelaram: Hb: 13g/dl; Leuco: 5000; K+: 5,3 ; Na: 143; Ca: 10, PCR: 0,5; Ur: 40; Cr: 1,00, descartando infecções e distúrbios metabólicos. O Raio X revelou imagem na ampola retal em formato de massa de pão e fecaloma em fossa ilíaca esquerda.

O médico plantonista prescreveu mais 1L de SF 0,9% justificando correção da desidratação, mas agora para ser infundido em 6 horas e Fleet enema (fosfato monossódico di-hidratado e fosfato dissódico). O plantão acabou e ela ainda estava na observação até resolver o fecaloma.

Conclusão: Durante os estágios presenciei alguns casos de urgências psiquiátricas e todos foram bem controlados na UPA. Acompanhar esses casos me fez crescer como profissional, exigindo uma atitude mais humana. Além disso, não se pode negligenciar esses pacientes, pois outras doenças podem vir mascaradas de transtornos psiquiátricos.

Pontos de aprendizado: Aproximação no paciente agitado; Diagnósticos diferenciais; Manejo do paciente agitado na emergência; Manejo farmacológico do paciente agitado.

5.4- Caso Clínico

Cenário: UPA Walter

Identificação: A.P.M, 84 anos, acompanhado pelo neto.

QP: Pressão alta há 2 horas.

HMA: Paciente idoso, acompanhado pelo neto, trazido pelo SAMU. Refere há 2 horas elevação da pressão arterial após aferição habitual. Nega sintomas. Refere estar com a PA descontrolada há mais de 2 semanas, com aferições em casa maior que 160/100 mmHg. Fez uso de losartana 50mg 1cp e carvedilol 1cp há 1 hora, sem redução da PA.

HPP: HAS, Cardiopata. Histórico de IAM e prostatectomia há 6 anos. Faz uso de losartana 50 mg + carvedilol 6,25 mg + HCTZ 25 mg. Nega alergias a medicamentos.

HS: Nega etilismo e tabagismo.

Exame Físico:

PA: 220/120 mmHg, SatO₂: 94% em ar ambiente, FC: variando de 67 a 130 bpm, TAX: 35,5`c, HGT: 112, FR: 16rpm

BEG, LOTE, corado, hidratado, acianótico, anictérico, taquicardia.

AC: Bulhas normofonéticas, ritmo irregular, sem sopros. Pulsos palpáveis e simétricos.

AP: Estertores crepitantes em bases pulmonares bilaterais.

Extremidades: sem edemas de MMII

Diagnóstico sindrômico:

1. Crise hipertensiva
2. Taquiarritmia cardíaca?

Diagnósticos diferenciais:

3. Edema agudo de pulmão hipertensivo?

Exames complementares iniciais:

-ECG: Fibrilação atrial

CONDUTA:

Captopril 25mg + propranolol 40mg+ clonazepam 2mg + AAS 100mg, VO, agora.

Furosemida 10mg/2ml,

Solicito exames laboratoriais

Observação clínica e acompanhamento.

REAVLIAÇÃO

Paciente evoluiu assintomático.

PA: 140/90 mmHg, SatO₂: 93%, FC; 97bpm, TAX: 35,5, HGT: 112.

BEG, LOTE, corado, hidratado, acianótico, anictérico, taquicardia.

AC: Bulhas normofonéticas, ritmo irregular, sem sopros. Pulsos palpáveis e simétricos.

AP: Estertores crepitantes em bases pulmonares bilaterais.

Extremidades: sem edemas de MMII

Exames Complementares:

Segundo ECG: Fibrilação Atrial

Resultados dos exames laboratoriais: Hb: 15,10; Ht: 44,8; Leuco: 6.340; Plaquetas: 183.000; CPK: 106, CKMB: 32, Cr: 1,3; Ur: 50; Na: 143; Ca: 9,3; K: 4,7; PCR: inferior a 0,5. Troponina: inferior a 0,012.

Raio X: Área cardíaca normal. Leve infiltrado em bases pulmonares direita e esquerda.

Diagnóstico sindrômico:

Hipótese diagnóstica:

1. Crise hipertensiva
2. Fibrilação atrial crônica?

CONDUTA:

Alta com orientações.

ANÁLISE DO CASO

As elevações da pressão arterial são comuns na emergência. Durante o estágio da UPA, tive a oportunidade de acompanhar o manejo desses pacientes em algumas oportunidades. Este em especial, foi um caso que me chamou atenção e serviu como ponto de partida para meu estudo sobre o tema, já que além da crise hipertensiva, foi a primeira vez que vi um ECG de fibrilação atrial.

Paciente idoso deu entrada assintomático, com pressão arterial elevada, histórico de comorbidades, já mencionadas. Ao exame físico arritmia cardíaca e creptos em bases pulmonares. Minhas suspeitas foram: urgência hipertensiva? Taquiarritmia cardíaca? Edema pulmonar hipertensivo?

A primeira dúvida foi a respeito dos conceitos.

Afinal, é urgência ou emergência hipertensiva?

Estudando a respeito do tema, a elevação acentuada da PA, segundo Rosen, é definida como maior que 180/100 mmHg. Utiliza-se o termo crise hipertensiva, e dentro dela existem 3 subgrupos que devem ser entendido para o pronto-socorro, são eles:

1. Emergência hipertensiva – um estado definido por LOA (lesão de órgão-alvo) agudo, que se manifesta como sequelas clínicas de desenvolvimento recente ou anomalias em exames diagnósticos⁵.

2. Urgências hipertensivas são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgãos-alvo, como em pacientes que já apresentam alguma lesão prévia de órgão-alvo¹.

3. Pseudocrise hipertensiva: situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por outros fatores¹.

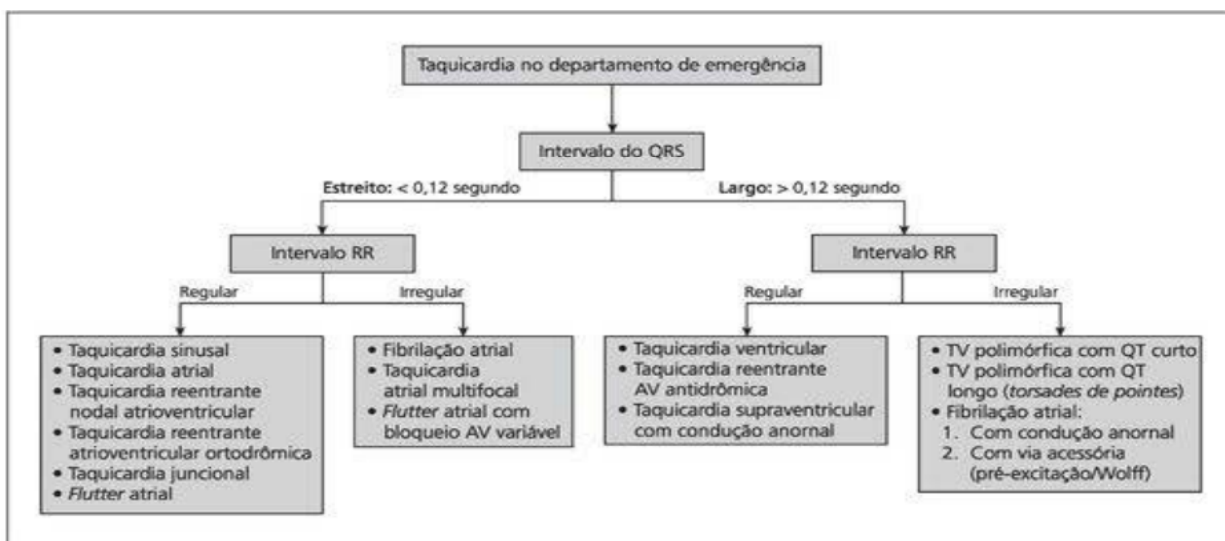
No caso desse paciente, seria classificado como urgência hipertensiva, visto que, apesar de assintomático, tem alterações no exame físico e histórico de LOA (infarto do miocárdio) que orientam para um risco potencial de complicação.

A partir daí, foram solicitados exames complementares para excluir diagnósticos diferenciais, entre eles, ECG, exames laboratoriais gerais incluindo marcadores e enzimas cardíacas e raio x.

ECG pronto! E agora, como interpretar?

Outro ponto de estudo foi a avaliação do ECG, pois no momento do atendimento eu não soube interpretar. O algoritmo abaixo, retirado do livro “medicina de emergência” da USP, facilitou o meu entendimento e servirá para minhas consultas futuras. O jeito simples de interpretar taquiarritmias é olhar primeiro o QRS, se alargado ou estreito, depois se RR regular ou irregular e dentro de cada subgrupo saber pelo menos o mais frequente, como fibrilação atrial, taquicardia ventricular e etc.

Figura 2: Identificação da taquicardia pelo intervalo QRS e intervalo RR



Fonte: MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016.

O paciente do caso apresenta-se com uma fibrilação atrial, que é a arritmia mais frequente, principalmente em idosos, se caracterizando por ECG não sinusal, RR irregular e ausência de onda p.. Há diversas causas de FA, porém, quando é um paciente idoso, não buscamos as causas, porque o fator é o envelhecimento das artérias e do sistema condutor do coração. Além disso, o paciente em questão não tem sinais clínicos de gravidade, se enquadrando em taquiarritmia estável.

A partir daí, como conduzir este caso?

Seguindo o protocolo de urgência hipertensiva do livro de medicina de emergência da USP, a redução da PA pode ser feita de 24h até 48h. Os medicamentos são anti-hipertensivos VO, evitando-se o uso EV. A redução da PA não pode ultrapassar 25% em 3 horas, por isso é importante iniciar com baixa dose e ir avaliando a necessidade de aumento ou associação de outros medicamentos.

Um medicamento muito recomendado em todos os protocolos é o captopril 25mg. Outros anti-hipertensivos usados também são: clonidina, nifedipino, furosemida, propranolol, anlodipino. Quanto passei pelos setores do hospital municipal, percebi que os médicos costumam prescrever clonidina se PA > 160/100 mmHg. Lendo mais

Quanto à fibrilação atrial, segundo diretriz brasileira de cardiologia, 8% da população total com mais de 80 anos vai ter essa arritmia. O risco mais temido é o AVC, pois há uma grande predisposição a desenvolvimento de trombos, por isso, em um paciente idoso, estável, o objetivo é o controle da frequência, já que a tentativa de reversão do ritmo nesses pacientes aumenta a chance de embolia.

A primeira escolha para controle da frequência na fibrilação atrial, conforme a diretriz, é o beta bloqueador, evitando-se o uso de carvedilol (efeito alfa e beta). A segunda escolha é verapamil ou diltiazem, seguido de digoxina, amiodarona e até implantação de marca-passo, mas isso deve ser avaliado caso a caso, com as indicações e contra indicações.

Para esse paciente, foi prescrito inicialmente captopril 25mg, propranolol 40mg, clonazepam 2mg. Além disso, foi prescrito AAS 100 mg e furosemida 20mg. O clonazepam justificado para tranquilizar o paciente que estava um pouco ansioso.

O paciente estava com estertores crepitantes em bases, raio x com leve infiltrado em bases, negando sintomas respiratórios e com exames laboratoriais não sugestivos de infecção. A provável etiologia que eu pensei foi uma congestão pulmonar leve devido à crise hipertensiva. Por isso justifica-se o uso de furosemida.

Quando reavaliado, já apresentava melhora da pressão arterial. No segundo ECG se manteve FA, sem outras alterações. A conduta então foi alta com orientação para acompanhamento ambulatorial.

Então, o protocolo foi seguido corretamente pelo médico?

Sim!

Fazendo uma comparação com o protocolo descrito acima, demonstra-se que a conduta do médico seguiu as recomendações da literatura.

Conclusão: Este caso serviu de ponto de partida para o estudo das taquiarritmias. Ao longo do estágio pude acompanhar outros pacientes com fibrilação atrial, inclusive uma cardioversão de uma paciente instável..

Pontos de aprendizados: Manejo da urgência hipertensiva; Como interpretar uma taquiarritmia no ECG; Conduta das taquiarritmias.

5.5-Caso Clínico 5

Cenário: UPA João Samek

Identificação: D.S.F, 81 anos, negro, morador de Foz do iguaçu, comparece à UPA em meios próprios.

QP: falta de ar que piorou hoje.

HMA: Paciente acompanhado pela filha, refere que há um bom tempo, desde o infarto há 8 anos vem apresentando dispneia paroxística noturna, edema de MMII e fadiga. Há 2 dias procurou esta UPA com as mesmas queixas, associado a dor torácica, "chiado no peito", sensação de "água no pulmão" (sic) e tosse seca. Ficou internado, tendo recebido alta há 12h com amoxicilina e orientado a procurar a triagem do COVID, porém, retorna agora a UPA pela piora desses sintomas. Nega febre e outros sintomas respiratórios.

HPP: Paciente refere HAS, insuficiência cardíaca e IAM (último há 8 anos, com CATE). Nega alergia a medicamentos. Faz uso de Losartana 50mg, Carvedilol 25mg, Espinorolactona 25 mg, Furosemida 40 mg, Anlodipino 5mg.

HS:Nega tabagismo. Ex-etilista por 60 anos (destilados), parou há 8 anos.

Exame físico:

Sinais Vitais: PA: 150/90 mmHg, FC: 75 bpm, FR:22 rpm, TAX: 36.4C, sat O2: 78%, HGT: 166

REG, estável hemodinamicamente, lúcido, orientado em tempo e espaço, afebril, acianótico, dispneico em AA, com presença de respiração abdominal;

AC: Bulhas hipofonéticas em 2 tempos, sem sopros, pulsos cheios e simétricos.

AP: estertores crepitantes em bases pulmonares bilaterais.

Extremidades: Edema de MMII +++/4+

Pele quente e congesta

Exames complementares:

RX: realizado ontem: área cardíaca aumentada, coração em bota, infiltrado bibasal e retificação dos arcos costais.

Exames laboratoriais da internação anterior: CKMB: 13, PCR: 1,8, CPK: 111,

Lactato:22,5, K:4,8.

Hipóteses sindrômicas:

ICC descompensada

Diagnóstico diferencial:

Pneumonia viral por COVID?

Conduta:

-Solicito vaga em HMPGL

-Suporte ventilatório com máscara de venturi 6l/min

-Prescrevo furosemida 40 mg EV

-Morfina na dose de 2mg EV

-Início antibiótico empírico (ceftriaxona)

ANÁLISE DO CASO

O primeiro passo em todo atendimento de urgência/emergência em pacientes responsivos é realizar o MOV (monitorar, O2 suplementar sn e acesso). O paciente em questão chegou saturando 73%, mas sem sinais de hipoxemia, por isso foi instituído 6L/min de O2 suplementar em máscara de venturi, com melhora da saturação para 98%.

Após anamnese e exame físico, a hipótese levantada foi de insuficiência cardíaca descompensada, sendo a clínica compatível, com vários dos critérios maiores

e menores de Framingham presentes. O paciente apresentava dispneia, congestão pulmonar, dispneia paroxística noturna, fadiga, edema de membros inferiores e de acordo com a classificação de NYHA, seria classe II.

A presença do histórico e internamento prévio também tornou a minha hipótese bastante provável, porém, como esses sintomas também podem ser observados em outras afecções, como doenças pulmonares, pneumonia, há a necessidade de exames complementares, principalmente para exclusão de COVID, que pode ser um fator desencadeante e por isso, entrou como diagnóstico diferencial.

No cenário da urgência e emergência, os exames complementares não podem atrasar as medidas iniciais, porém, é importante que sejam solicitados corretamente. Como o paciente estava na UPA, a vaga para o HMPGL liberada e somente aguardando a transferência, o único exame solicitado foi ECG, realizado avaliação dos exames da internação passada.

Se estivéssemos, por exemplo, no PS respiratório do HMPGL, os exames que são importantes na condução da IC e deveriam ser solicitados são: exames gerais, ECG, raio x de tórax, gasometria, enzimas cardíacas, BNP, ecocardio, além do RT-PCR COVID-19.

A conduta médica foi correta?

Parcialmente! Vamos analisar o porquê...

Seguindo o protocolo da USP, quando se fala em IC descompensada, a identificação do perfil clínico-hemodinâmico na admissão tem grande importância, não somente na determinação da estratégia terapêutica, como também para valor prognóstico. A estimativa se faz através da avaliação de sinais e sintomas de congestão e perfusão.

O paciente deste caso chegou quente e úmido (congesto e bem perfundido). A partir daí, iniciou-se as medidas de suporte, sendo as medidas gerais: elevação da cabeceira e O2 suplementar. Como dito anteriormente, o O2 foi instituído corretamente, porém, a elevação da cabeceira não foi realizada e isso pode ter contribuído para a evolução desfavorável.

Quanto ao manejo específico do paciente quente e úmido, há necessidade de introdução ou aumento das doses de diuréticos, assumindo-se que já estejam usando IECA. O diurético recomendado é a furosemida com dose igual ou maior àquela que o paciente faz uso cronicamente, por via intravenosa (geralmente, entre 0,5 a 1 mg/kg)¹. Neste atendimento, o médico fez uma dose de furosemida de 80mg, até a chegada do SAMU, seguindo o protocolo correto.

Se necessário, o recomendado para controle da pressão arterial é a associação de vasodilatadores parenterais (nitroglicerina) e/ou nitroprussiato. Para este paciente não foi necessário.

Os inotrópicos também servem de opção em pacientes com falha na bomba, manifestada com redução da PA ou FC. Se a PA sistólica for menor que 110 mmHg, pode-se associar a dobutamina e se PA sistólica > 120 mmHg, associar a nitroglicerina ou nitroprussiato, sempre ponderando essas medidas.

A morfina é outro medicamento usado há bastante tempo, com benefícios de diminuição da pré-carga, pós-carga, frequência cardíaca, o que diminui a sensação de dispneia e a ativação do sistema nervoso simpático. Ela pode causar hipotensão, mas como o paciente estava com a PA elevada, se beneficiaria da medicação. Foi prescrito morfina na dose de 2mg EV, e esta conduta está certa, pois a dose é de 2 a 5mg.

Após 1 hora de observação, o paciente evoluiu com hipotensão (PA: 84/60 mmHg), onde o médico iniciou Dobutamina 30 ml/h. Após 20 min, apresentou pico hipertensivo de 180/100 mmHg, onde foi reduzido a dobuta para 20 ml/h e estabilização da PA com 130/70 mmHg, até chegada do SAMU para transferência.

Uma falha que identifiquei foi a respeito da titulação, onde o médico já iniciou com 30ml/h, resultando em pico hipertensivo. Como médica, iniciaria com 10mh/kg, que é a dose mais baixa, e observaria a necessidade de titulação ao longo da observação.

Quanto à antibioticoterapia, foi iniciado a ceftriaxona. Os exames laboratoriais passados não eram sugestivos de infecção, porém, ele apresentava um infiltrado bibasal do raio x.

.O cenário da UPA foi enriquecedor, pois tive os primeiros contatos com os casos e a partir daí iniciei os estudos sobre os temas, em especial este sobre insuficiência cardíaca descompensada.

5.6-Caso clínico 6

Cenário: UPA João Samek

Identificação: Paciente M.A.S, feminina, 61 anos, moradora de Foz do Iguaçu.

QP:” Vômitos com sangue”

HMA: Paciente trazida da sala amarela para a sala vermelha com hematêmese de cerca de 500 ml. Relatou na entrada um episódio de náuseas, 2 episódios de vômitos, mialgia e melena há 2 dias. Diz ter quadro arrastado de melena, já realizou endoscopia prévia, mas não sabe esclarecer diagnóstico. Nega febre e sintomas respiratórios.

HPP: Foi elitista por 30 anos, nega tabagismo. É hipertensa e diabética, não sabe os medicamentos que faz uso. Refere doença no fígado (SIC), não sabendo esclarecer qual.

Exame físico:

SSVV: PA: 124/66 mmHg, FC: 80 bpm, glicemia: 333, TAX: 37,1C

REG, lúcida, orientada em tempo e espaço, acianótica, anictérica, afebril, hipocorada ++/4+, hidratada, eupneica em AA, normocárdica.

AC: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. TEC: 2s

AP: Murmúrio vesicular preservado globalmente, sem ruídos adventícios

ABD: RHA+, abd flácido, levemente doloroso à palpação difusa.

Extremidades: sem edema. Sem sinal de empastamento da panturrilha.

Exames laboratoriais: hb: 9, leuco 7000, plaquetas 47000 (não anotei os outros, porém dentro da normalidade)

Diagnósticos Síndromica: 1. Hemorragia digestiva alta

Diagnósticos diferenciais:

2. Dengue classe C

3. Hipertensão portal intra-hepática?

Conduta:

Cuidados semi-intensivos

Solicito transferência para HMPGL

Ácido tranexâmico 250 mg, diluir em 100 ml de SF 0,9% m de 8/8h

Octreotide subcutâneo 0,25mg 8/8h

Omeprazol 40 mg ex 2 ampola 12/12h

Análise do caso:

A paciente estava em observação para investigação do seu quadro da sala amarela da UPA João Samek quando foi transferida para estabilização em sala vermelha.

No período da observação apresentou um episódio de hematêmese de cerca de 500ml, motivo pelo qual foi encaminhada para sala vermelha. Chegou estável, normotensa, referindo fraqueza e dor abdominal difusa à palpação profunda. Sem sinais de ascite e peritonismo.

O plantonista da sala amarela nos passou o caso sendo a hipótese principal de Dengue classe C, aguardando o resultado do NS1. Questionei a paciente sobre etilismo, onde ela falou histórico de consumo de destilados por 30 anos, tendo

parado há 5 anos. Referiu também “melena crônico e doença no fígado” que não sabe esclarecer há quanto tempo.

Avaliando os exames admissionais, eles mostraram uma plaquetopenia e anemia normocítica e normocrômica. A conduta da médica foi logo fazer a prescrição para iniciar o protocolo de hemorragia digestiva alta.

Como a paciente encontrava-se estável, associando a anamnese e exame físico, minhas hipóteses iniciais de causas da hemorragia digestiva alta foram: ruptura de varizes esofágicas? gastropatia por hipertensão portal? Dengue associada a hipertensão portal?

Seguindo o protocolo do livro de Emergências clínicas da USP, ao identificar um quadro de HDA, a prioridade é a estabilização clínica, com MOV (monitorização, O2 suplementar s/n, acesso venoso) e coleta de exames. A médica plantonista prescreveu: omeprazol EV 80 mg 12/12h, Transamin 250 mg diluído em 100ml SF 0,9% de 8/8h, octreotide subcutâneo 0,25mg de 8/8h e solicitou endoscopia digestiva alta (EDA).

A conduta da médica seguiu os protocolos?

Sim.

Na suspeita de varizes esofágicas, a administração precoce de terapia farmacológica tem sido descrita como útil na parada temporária de sangramento, em facilitar a execução do exame endoscópico e em reduzir o índice de falha de tratamento, não se devendo esperar a confirmação diagnóstica para a sua introdução¹.

Os medicamentos disponíveis com essa ação na redução do fluxo esplâncnico são: terlipressina, somatostatina, octreotide e vasopressina. A terlipressina tem se mostrado superior, com efeitos mais duradouros e maior chance de controle do sangramento ¹. Porém, somente o octreotide estava disponível no serviço.

Como a paciente estava com plaquetopenia, prescreveu-se também o transamin, que é um antifibrinolítico e reduz o risco de sangramento.

Em relação a EDA, Todos os pacientes com suspeita de sangramento varicoso devem ser submetidos a endoscopia de emergência (dentro das primeiras 24

horas) após o hemodinamicamente estável, pois outras causas de sangramento devem ser consideradas.

O principal também nesses casos é avaliar se a paciente tem sinais de hipovolemia e monitorar continuamente, e se necessário, iniciar reposição volêmica, pois o risco de ressangramento é alto, podendo evoluir mal.

Na evolução deste caso, enquanto as primeiras medidas foram tomadas e aguardando o octreotida chegar da farmácia, o resultado do NS1 chegou e deu reagente. A paciente então não recebeu a medicação, pela provável causa do sangramento ser pela dengue e então foi encaminhada para o HMPGL.

Conclusão: Analisando as condutas feitas para a paciente enquanto aguardava a transferência para o hospital municipal, pode-se demonstrar que as medidas foram feitas corretamente, corroborando com o aprendizado do protocolo correto de manejo de HDA e colocando em prática a teoria estudada anteriormente..

6. Medicções do carrinho de parada-UPA

MEDICAMENTO	AMPOLA
Fentanil	50 mcg/mL, ampola com 10 ml
Midazolam	15 mg/3ml
Dopamina	5mg/ml, ampola com 10 ml
Dobutamina	12,5 mg/ml, ampola com 20ml
Sulfato de Mg	100mg/ml, ampola com 10 ml
Furosemida	10 mg/ml, ampola com 2 ml
Nitroprussiato de sódio	25 mg/ml, ampola com 2 ml
Flumazenil	0,1 mg/ml, ampola com 5ml
Succinilcolina	100mg/10ml, pó de reconstituição para 10 ml
Dexametasona	2mg/ml
Nitroglicerina	5mg/ml, ampola com 10 ml
Terbutalina	0,5mg/ml, ampola com 1ml
Hidrocortisona	100mg/ml, ampola com 1ml
Adenosina	3mg/ml
Glicose 50% e Glicose 25%	Ampolas com 10ml
Kcl 10%	Ampolas com 10 ml
NaCl 20%	Ampolas com 10ml
Noradrenalina	2mg/ml , ampola com 4ml

7. Considerações finais

O estágio obrigatório realizado na rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu proporcionou muitas experiências que influenciarão toda trajetória profissional da acadêmica como futura médica. Estar integrada diariamente no serviço, com oportunidade de contato com o paciente à beira do leito, associado às discussões de caso com preceptores é fundamental para o aprendizado.

O paciente grave exige um raciocínio clínico rápido, resolutivo e eficaz. Neste período, em especial, a acadêmica vivenciou o manejo dos pacientes acometidos pela pneumonia viral de por SARS-COV 2, onde pode desenvolver sobretudo essas características.

Os casos clínicos percorridos ao longo do trabalho expuseram as dificuldades e análises da acadêmica, que utilizou como fontes as diretrizes e referências literárias médicas mais atuais. Além disso, como relatado, houve oportunidade de realizar alguns dos principais procedimentos médicos, tanto em consultório, quanto em salas de trauma e enfermarias, cada qual com seu grau de complexidade. A acadêmica notou ao longo do processo grande evolução nestas habilidades médicas. Observou-se as UPAS como ótimo cenário para contato inicial com o paciente, sem viés de referência médica, e o hospital municipal como serviço de média complexidade, com possibilidade de acompanhamento dos pacientes e disponibilização de mais recursos.

De modo geral, evidencia-se a importância do internato para o médico em formação. O conhecimento dos fluxos de atenção e legislação é essencial para uma assistência de qualidade; bem como a capacitação continuada dos profissionais com as atualizações de protocolos e revisão constante de literatura para respaldo no manejo dos pacientes. As experiências individuais do acadêmico aprimoram as técnicas e habilidades.

REFERÊNCIAS

1. MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016.
2. PÁDUA AI; ALVARES F & MARTINEZ JAB. Insuficiência respiratória. Medicina, Ribeirão Preto. 36 205-213, abr./dez. 2003.
3. CASTRO, Renato Barroso Pereira de. Edema agudo de pulmão. Medicina, Ribeirão Preto, 26: 200-204, abr./dez. 2003.
4. Alvares F, Pádua A, Terra Filho J. Tromboembolismo pulmonar. Medicina (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 30dez.2003 [citado 6 set.2020];36(2/4):214-40. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/550>
5. VIEIRA, Oswaldo; NETO, Miguel. Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 325-337, abr./dez. 2003.
6. WALLS, R., HOCKBERGER, R., GAUSCHE-HILL, M. Rosen Medicina de Emergência: Conceitos e Prática Médica. GEN Guanabara Koogan. 2019.
7. Neto, Augusto Scalabrini - Velasco, Irineu Tadeu - Dias, Roger Daglius. Procedimentos Em Emergências - 2ª Ed. MANOLE. 2016.
8. Vieta E. et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry., 2017;17.
9. Protocolo de Via Aérea na Emergência – HCFMUSP – 2019
10. Linhares, Alna O M et. al. .Manual de atendimento pré-hospitalar. Editora Sanar.2018.