



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

MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS – 2020.2

TERESA CHANG CHIEN

Foz do Iguaçu - PR

2021



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

MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS – 2020.2

TERESA CHANG CHIEN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina
Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu- PR

2021

TERESA CHANG CHIEN

Internato em Urgência e Emergência do SUS - 2020.2

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de junho de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Teresa Chang Chien

Curso: Medicina

Tipo de Documento:

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS - 2020.2

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: de maio de 2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, 10 de junho de 2021.

Assinatura do responsável

Dedico este trabalho aos professores, a
minha família, amigos e meus colegas
que sempre me ajudaram ao longo deste
trajeto.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus, pela vida e pela oportunidade de fazer o curso aqui no Brasil.

Aos meus pais pelo apoio incondicional sempre.

À minha professora orientadora, pela constante orientação neste trabalho.

Aos colegas de curso que sempre me ajudaram, incentivaram para concluir o curso. Muito obrigada a todos nesse trajeto.

Gratidão.

CHANG CHIEN, Teresa. **Internato em urgência e emergência do SUS – 2020.2**. 2021. 55 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de internato de Urgência e Emergência, sob orientação da professora Flávia Trench, aborda as práticas desenvolvidas durante a pandemia do coronavírus que tiveram início em julho e concluído em novembro do ano 2020. Neste trabalho serão apresentados e discutidos casos clínicos reais de pacientes que buscaram atendimento médico, além de teorias, análise da literatura e reflexões pessoais. Os casos clínicos expostos neste trabalho foram presenciados nos cenários: Pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e Unidade de Pronto atendimento João Samek e Walter Barbosa. O módulo foi de grande importância para os alunos conhecerem o fluxo e aplicarem na prática do dia a dia tudo o que havia sido aprendido durante os primeiros quatro anos de estudo no decorrer do curso, em um cenário de urgência e emergência, temas extremamente importantes que todo médico deve saber como base. Desta forma, nesta monografia demonstrará um pouco a vivência de um interno em formação médica.

Palavras-chave: Coronavírus. Urgência. Emergência. Casos clínicos. Fluxo.

CHANG CHIEN, Teresa. **Urgency and emergency Internship SUS–2020.2**. 2021. 55 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

This term paper that concludes Urgency and Emergency internship, under the guidance of Professor Flávia Trench, addresses the practices developed during the coronavirus pandemic that began in July and concluded in November of the year 2020. In this paper, real clinical cases of patients who sought medical care are revealed, in addition to theories, analysis of the literature and personal reflections. The clinical cases exposed in this paper were witnessed in the following scenarios: Emergency Care Unit at Padre Germano Lauck Municipal Hospital and Emergency Care Unit João Samek and Walter Barbosa. The subject was of great importance for the students to know the flowchart and to apply in practice with everything that the undergraduate learned during the first four years of the course, in a scenario of urgency and emergency, extremely important themes that all doctor should know as a basis. Thus, this monograph has the purpose to show a little of the experience of an intern in medical training.

Key words: Coronavirus. Urgency. Emergency. Clinical cases. Flowchart.

CHANG CHIEN, Teresa. **Internato en Urgencia y Emergencia del SUS – 2020.2. 2021.** 55 páginas. Trabajo de conclusión del curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión del internato de Urgencia y Emergencia, bajo la orientación de la profesora Flávia Trench, aborda las prácticas desarrolladas durante la pandemia del coronavirus que comenzó en julio y concluyó en noviembre del año 2020. En este trabajo, será presentado casos clínicos reales de pacientes que buscaron atención médica, además de teorías, análisis de la literatura y reflexiones personales. Los casos clínicos expuestos en este trabajo fueron presenciados en los siguientes escenarios: Primeros auxilios en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck y Unidad de Atención de Urgencias João Samek y Walter Barbosa. El módulo fue de gran importancia para que los estudiantes conocieran el flujo y aplicaran en la práctica del día todo lo aprendido durante los primeros cuatro años de estudio durante el curso, en un escenario de urgencia y emergencia, temas de suma importancia que todo médico debe saber como base. Así, en esta monografía se mostrará un poco la experiencia de un interno en la formación médica.

Palabras Clave: Coronavírus. Urgencia. Emergencia. Casos clínicos. Flujo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMPGL Hospital Municipal Padre Germano Lauck
UPA Unidade de Pronto Atendimento
SUS Sistema Único de Saúde
HDA História da Doença Atual
HPP História da Patologia Progressiva
FA Fibrilação Atrial
ECG Eletrocardiograma
CPK Creatinofosfoquinase
CKMB Creatinofosfoquinase fração MB
TEC Tempo de Enchimento Capilar
PCR Proteína C Reativa
TC Tomografia Computadorizada
EV Endovenoso
BRNF 2TSS Bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopro
DM Diabetes Mellitus
FC Frequência Cardíaca
FR Frequência Respiratória
RNC Rebaixamento do nível de consciência
DRC Doença renal crônica
MIE Membro Inferior esquerdo
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
REG Regular Estado Geral
LOTE Lúcido, Orientado Em Tempo e Espaço
AVC Acidente Vascular Cerebral
FA Fibrilação Atrial
TEP Tromboembolismo pulmonar
SCA Síndrome Coronariana Aguda
IAM Infarto Agudo do Miocárdio

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivos gerais:.....	13
2.2 Objetivos específicos:.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
4. DESENVOLVIMENTO.....	15
4.1 Rede de atenção às urgências e emergências.....	15
5. CASOS CLÍNICOS.....	19
5.1 Caso Celulite.....	19
5.2 Caso Fibrilação Atrial (FA).....	23
5.3 Caso Intoxicação por Crack.....	32
5.4 Caso Infarto com supra ST.....	37
5.5 Caso TEP.....	44
6. CONCLUSÃO.....	53
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1. INTRODUÇÃO

Sabemos que todas as situações de urgência e emergência necessitam de uma ação imediata; a diferença é que a primeira é entendida como uma situação sem risco de morte iminente, mas se não tratada, evolui para complicações mais graves, tornando-se emergente, muito embora ambos necessitem de atendimento imediato.

Para poder fazer as melhores decisões frente a condições emergentes, ter as informações essenciais e calma são os principais requisitos, uma vez que devemos ter a habilidade de cuidar de todo tipo de paciente, de qualquer idade, com ou sem comorbidades, em qualquer estágio da doença.

Assim como escrito no plano do ensino, esta etapa do internato tem como objetivo desenvolver atitudes, conhecimentos e práticas para uma abordagem adequada das principais doenças agudas e crônicas agudizadas prevalentes na Urgência e Emergência no contexto dos cenários Pré-hospitalar e de pronto atendimento em forma integral e do manejo inicial do pronto socorro.

Eu como aluna gostaria melhorar esses 3 aspectos, aumentar meu conhecimento, poder aplica-los nas práticas, desenvolver minhas habilidades e sempre ter essa atitude de almejar aprender mais.

Esta monografia apresenta as atividades práticas e os conhecimentos teóricos desenvolvidas no módulo de Urgência e Emergência do Internato I, iniciando da data 23/06/2020 até 03/10/2020, além de descrever as vivências nos diferentes cenários do módulo Urgência e Emergência no âmbito do SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais:

- Demonstrar cenários de prática do internato e discutir casos clínicos de pacientes atendidos no internato durante a pandemia no ano de 2020.

2.2 Objetivos específicos:

- Abordar os tópicos mais importantes vivenciados durante o internato de U/E.
- Fazer discussão de patologias apresentadas nos casos clínicos expostos nesta monografia.

3. METODOLOGIA

A acadêmica escolheu 5 casos clínicos que presenciou e chamaram mais atenção da mesma durante o internato de Urgência e Emergência na cidade Foz do Iguaçu no ano 2020, entre tantos que foram atendidos e a partir deles foi realizado uma discussão focando no diagnóstico, evolução dos casos e condutas. Fazendo observações críticas das condutas realizadas, associando com os protocolos mais atualizados.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Rede de atenção às urgências e emergências

A rede de atenção às urgências e emergências (RUE) é uma rede complexa e atende condições clínicas, cirúrgicas, saúde mental, traumatológicas, entre outras. Tem o intuito de acolher, informar e regular. Sendo ela composta por promoção e prevenção, sala de estabilização, Força nacional de saúde do SUS, SAMU 192, UPA 24H, atenção em hospital e atenção domiciliar (Ministério da Saúde, 2013).

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, constituem em *unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas*. É pertinente todo médico da cidade reconhecê-lo, visto que dependendo dos casos apresentados pelos pacientes, devemos regulá-los (Ministério da Saúde, 2013).

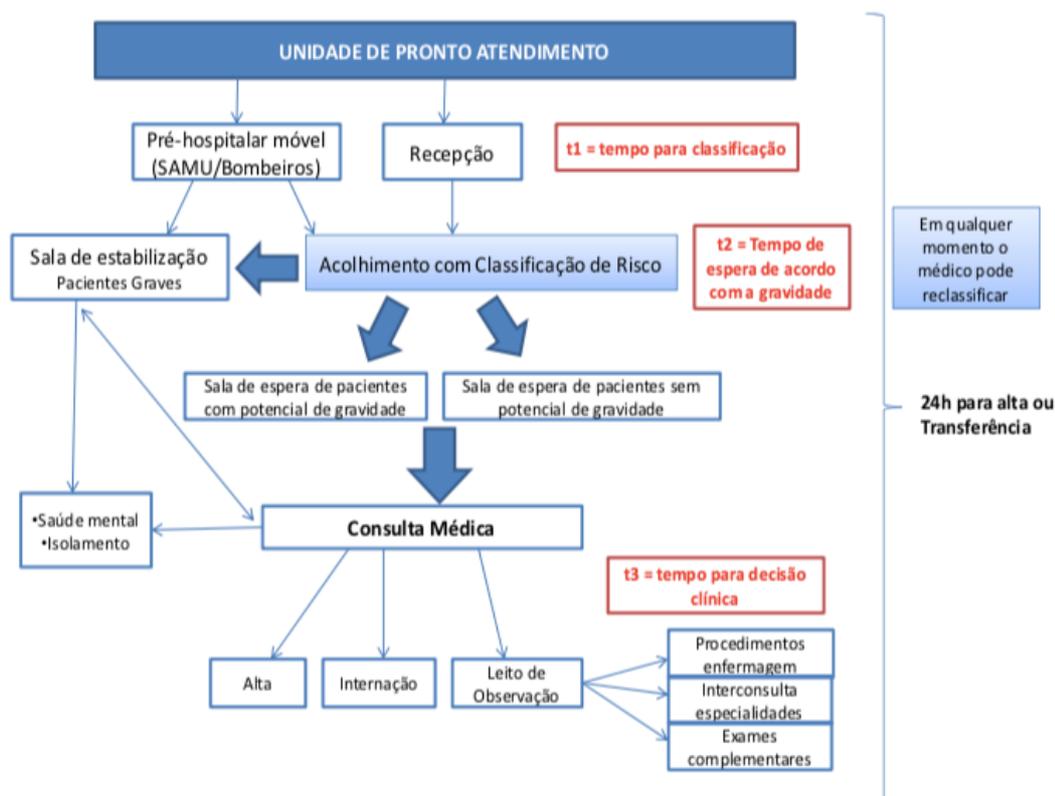
No município de Foz do Iguaçu, temos as seguintes portas de entradas da rede: SAMU/SIATE, demanda espontânea, UPA, UBS e Hospitais. E cada um referenciado para casos diferentes. Áreas de neonatologia, obstetrícia, cardiologia e oncologia são referenciadas para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC); Áreas de pediatria, clínica médica, neurologia, trauma, ginecologia e cirurgia para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

As unidades de pronto atendimento (UPA), são estabelecimentos de saúde onde fazem atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados por inúmeras causas e realizado investigação diagnóstica inicial e definindo se há necessidade ou não de encaminhar a serviço de referência (BRASIL, 2011b).

Contudo, a autora tem uma crítica do suposto setor, visto que segundo o artigo 12 da RESOLUÇÃO CFM n° 2.079/14: O tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar.

Art. 15. É vedada a internação de pacientes em UPA.

Figura 1. Algoritmo de fluxo do paciente na UPA



Fonte: RESOLUÇÃO CFM N° 2.079/14.

Seguindo este algoritmo, que descreve o fluxo dos pacientes de acordo com a sua classificação, concluímos que o paciente é levado para sala vermelha, amarela ou verde, e após a consulta médica, o plantonista decide se o paciente irá receber alta na hora, observação por mais horas ou internação. Não obstante, pela falta de vaga em outras referências, a UPA interna o paciente por mais de 24 horas. A acadêmica presenciou pacientes internados na UPA por mais de 3 dias aguardando leito e então não respeitando esses dois artigos.

Por mais que seja uma situação difícil de resolver, a legislação deveria ser revista pelos profissionais de saúde e também pelos governantes municipais, dado que o médico plantonista também não pode solicitar a vaga zero pelo estado não grave do paciente, então algo deve ser organizado para que isso se resolva e não ocorra com tanta frequência.

Em um dos plantões noturnos que a autora estagiou, chegou uma paciente trazida pelo SAMU, proveniente da residência, porém sem contato via telefone prévio, e chega direto ao PS, sem nenhuma conduta feita no SAMU, e sem nenhum médico explicando a situação, no entanto aquela noite o PS respiratório estava lotado, sem vagas sobrando na sala de suspeita COVID, e na sala de estabilização tinha dois pacientes com KPC e outra intubada, o médico do plantão explicou e pediu para eles entrarem em contato com outro hospital, até vagar um leito, no qual ela poderia ser transferida. A equipe do SAMU insistiu e ficaram esperando na porta do hospital até o polícia e guarda municipal entrarem na nossa área de trabalho ameaçando a aceitação do paciente. O médico plantonista, por boa fé explicou novamente para o paciente, esclarecendo que caso ela entre, teria que ficar na mesma sala com os pacientes que tem a bactéria multirresistente. O filho aceitou, mesmo sabendo do risco. Ao exame físico paciente apresentava-se estável, somente a saturação 94%, que era o esperado em uma paciente com RT-PCR positivo para o covid-19. No dia seguinte, feito desmame de O2 e ganhado alta, pela ausência de alterações nos demais exames.

No caso desta paciente a autora presume que ambos lados em certos pontos estavam errados. Primeiro, pelo plantonista do PS respiratório, que não poderia ter rejeitado a paciente, porém ele também estava de mãos atadas devido ao fato de não ter leitos disponíveis, pois a vaga zero mesmo na situação em que inexistem leitos vagos para a internação dos pacientes, não pode ser rejeitada. E segundo, o médico regulador do SAMU que chegou sem aviso prévio, solicitando vaga zero, porém a paciente apresentava-se estável hemodinâmica e clinicamente, e não havia necessidade de solicitá-lo. E para piorar, a equipe de SAMU só fez a punção venosa após o plantonista reclamar, quer dizer, eles estavam apenas fazendo um serviço de transporte social e não o que o serviço de transporte de emergência deveria fazer.

Segundo a Resolução CFM N° 2.079/14

Art. 17. O médico plantonista da UPA deverá acionar imediatamente o diretor técnico da unidade quando:

§ 1o A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

§ 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento proveniente da UPA.

5. CASOS CLÍNICOS

5.1 Caso Celulite

Identificação: M.A., feminino, 88 anos.

Queixa Principal: “dor na perna”

HDA:

Paciente idosa acompanhada pela filha, comparece a unidade devido a surgimento de lesão cutânea doloroso em MIE com evolução de 30 dias. Refere que quadro iniciou com mancha purpúrica em panturrilha esquerda, evoluindo com aumento da extensão da mancha, e piora do edema em MIE. Há alguns dias observou orifício de drenagem de secreção sero-sanguinolenta e flictema de conteúdo escurecido em região medial do dorso do pé esquerdo. Refere que a lesão surgiu após trauma em pé esquerdo, com fratura de colo do 3° e 4° metatarso esquerdo. Nega febre e outras queixas. Última diálise no dia anterior.

HPP: DRC dialítica (não sabe a etiologia) e usa marca-passo há 4 anos. Nega HAS e DM. Nega alergias.

Exame Físico:

REG, LOTE, eupneica, corada, afebril, acianótica, anictérica

Extremidades: Edema +/4+ em MID e ++/4+ em MIE. Presença de lesão pupúrica de base eritematosa em panturrilha esquerda, drenando por orifício secreção hialina (no momento). Flictema de conteúdo escurecido em face medial do pé esquerdo.

SNC: Glasgow 15, sem déficit neurológico focal ou irritação meníngea

Cardiovascular: BRNF 2T SS

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, RHA +, indolor à palpação

Hipóteses Diagnósticas:

-TVP?

-Celulite em perna esquerda?

-Etiologia infecciosa? vascular? picada de inseto?

Conduta

- Foi solicitado USG Doppler colorido de vasos + exames laboratoriais: hemograma completo, ureia, sódio, potássio, creatinina, PCR
- Medicação: sintomáticos somente
- Controle de sinais vitais

Após umas horas (acompanhado o caso pelo prontuário) foi receitado

- Cefalotina sódica 1gr - ampola 6/6h
- Ceftriaxona 1g IM/IV
- Dipirona sódica 500mg/ml ampola

Exames laboratoriais: PCR 25,6// ureia 63// Cr 2,7// Na 137// K 4,2// Hb 11// Ht 33,9// leucócitos 20700 // plaquetas 165000

US Doppler: Aumento da ecogenicidade de partes moles da perna esquerda e dilatação dos vasos linfáticos - sugestivo de celulite.

Vasos arteriais do pé esquerdo apresentando calcificações em suas paredes, podendo corresponder a aterosclerose.

Lesão anecóica bolhosa na face medial do pé esquerdo.

Dilatações varicosas no membro inferior esquerdo.

Diagnósticos Diferenciais:

- Dermatite de estase venosa pela aparência semelhante (no entanto esta não é infecciosa) e se localiza acima do tornozelo. Quando acima do tornozelo e acompanhada por febre, uma celulite pode estar presente. E quando há inflamação próxima a uma articulação, temos diagnósticos diferenciais a gota, Cisto de Baker rompido, entre outros.

Contexto teórico:

A erisipela acomete a derme e rede linfática superficial, apresenta lesões que se elevam além do nível da pele, com uma clara linha de demarcação entre o tecido envolvido e o não envolvido. Manifestações sistêmicas mais pronunciadas, como

febre, calafrios. Em contra partida, a *celulite* acomete derme mais profunda e gordura subcutânea. A celulite pode ou não cursar com drenagem de secreção purulenta, o que não ocorre na erisipela (USP, 2019).

Ambas estão relacionadas a fatores de risco como obesidade, DM, doença venosa periférica, dentre outras condições que favoreçam a proliferação bacteriana por deficiência do sistema imune e, sobretudo, por formar portas de entrada ao organismo.

Em relação aos exames laboratoriais, usualmente não são necessários para o diagnóstico, pois é clínico. E exames complementares estão somente para auxiliar. Sendo que o PCR elevado é melhor indicador do que contagem de leucócitos elevadas para indicar a infecção bacteriana. O livro alega que não há necessidade de fazer outros exames complementares além desses citados acima, no entanto, se consideramos internar o paciente, é interessante solicitar função renal e eletrólitos. (USP, 2019)

Falando sobre a hemocultura, recomenda-se somente em paciente com sintomas da sepse e febre ($> 38^{\circ}\text{C}$) pelo custo-efetivo, em visto que menos de 4% são negativas. E o swab da ferida, explica-se que uns 85% dos casos eram positivos e 56% dos casos sendo *S.Aureus* e 21% pelo *Streptococcus*. E que somente solicitava-se em aqueles que têm secreção de bolhas ou de pus pois geralmente nesses que eram resistente à antibioticoterapia empírica inicial.

A paciente do caso apresentava flictema, ou seja, era interessante solicitar o swab, apesar disso, raramente vemos isso na prática.

E sobre exames de imagem, são úteis quando suspeitamos de abscesso subjacente associado a celulite e fascíte necrotizante, para logo ver se há ou não necessidade de fazer um procedimento invasivo. Ou quando o diagnóstico de celulite é duvidoso. Afirma que ultrassom de Doppler somente é útil para aqueles com fatores de risco para TVP. Eu solicitaria também o US DOPPLER pelo trauma e pela idade, que são fatores de risco para a TVP.

E quando internamos o paciente?

O mais difícil é pensar quando internar e quando não, para o paciente receber antibiótico parenteral.

A Classificação de Eron é uma classificação que ajuda a determinar a via da antibioticoterapia. E leva considerações a presença de toxicidade sistêmica e de comorbidades.

Tabela 1. Classificação de Eron

TABELA 1 Classificação de Eron

Classe	Toxicidade sistêmica	Comorbidades	Antibióticos orais vs. parenterais	Tratamento internado ou ambulatorial
I	Sem sinais	Nenhuma	Oral	Ambulatorial
II	Duvidoso	Doença vascular periférica, obesidade ou insuficiência venosa	Intravenoso	Internação por 48 horas com antibioticoterapia parenteral e alta com terapia parenteral ambulatorial
III	Toxicidade significativa: confusão, taquicardia, taquipneia ou hipotensão	Instáveis	Intravenoso	Hospitalar
IV	Sepse grave ou fascíte necrotizante	Instáveis	Intravenoso com possível debridamento cirúrgico	Hospitalar

Fonte: Capítulo 64, infecções cutâneas, Medicina de Emergência USP, 13a edição

Seguindo esta classificação, a paciente se enquadra na classe II, precisando de internamento e antibiótico parenteral.

Das opções de terapia por via oral, recomenda-se o uso de cefalosporinas de 1º geração, como clindamicina, amoxicilina+ clavulanato e tetraciclina. Em casos de maior gravidade, pode ser realizada a associação de ciprofloxacino com clindamicina. A duração do tratamento é individualizada, dependendo da resposta clínica. Mas em geral, 5 a 10 dias.

Se parenteral: oxacilina 1- 2 gramas a cada 4 a 6 horas. E se suspeitar de erisipela: cefalosporinas ou penicilina endovenosa.

Dependendo da etiologia, suspeitando do agente, podemos iniciar com antibiótico diferentes. Como a de mordeduras de cão responde bem a amoxicilina + clavulanato; a de pseudomonas responde bem a cefalosporina de 4º geração ou carbapenêmicos

Uma vez iniciado a antibioticoterapia, pacientes costumam a apresentar melhora em 24-48 horas, e algumas vezes visível apenas após 72 horas. Naqueles sem resposta, considera-se a possibilidade de agentes meticilino-resistentes (MRSA),

onde o nosso país apresenta-se níveis de resistência menor em comparação aos Estados Unidos, não obstante, é um problema em progressão e utiliza-se a vancomicina.

E se o paciente estiver 48 horas sem febre, com regressão da celulite, e com queda do PCR, é sugerido mudar para terapia oral se estivesse usando a parenteral.

Comentários:

Assim como descrito na celulite, a lesão da paciente não tinha clara linha de demarcação, e pela clínica já suspeitamos de celulite, por este ser diferenciado com a erisipela pelo acometimento da profundidade da camada da pele. Esta última geralmente não cursa com drenagem de secreção purulenta.

E seguindo o protocolo, entraria diretamente com o antibiótico empírico no primeiro momento, e não esperaria até o exame complementar sair. E como vimos no prontuário, somente umas horas após, foi prescrito cefalosporina da primeira geração associado à da terceira geração.

Seguindo a classificação do Eron, a paciente se enquadra na classe II, precisando de internamento e antibiótico parenteral, a qual estava com a conduta correta.

Uma das orientações que deveria ser orientadas para a paciente era fazer repouso, elevar, membros afetados e para acompanhar, marcar a área de celulite, fazendo avaliação diária, para constatar eficácia da antibioticoterapia.

5.2 Caso Fibrilação Atrial (FA)

ID: D.D.D.C, feminino, 62 anos.

QP: “dor no peito”

HDA: Paciente proveniente do consultório, referindo dor torácica de início súbito há uma hora. Nega dispneia e febre. Nega outras queixas. Refere que vem cursando com esse quadro há 6 meses, sempre com resolução espontânea. Porém desta vez não houve melhora após uma hora, motivo pelo qual incentivou a procura na unidade.

HPP: HAS e DM. Não soube referir medicações que utiliza. Negou ter conhecimento de cardiopatia ou arritmias prévias.

Exame Físico:

- Sinais vitais: PA 170/70 mmHg; FC 170bpm; FR 18ipm
- Geral: BEG, LOTE, eupneica, corada
- AR: Murmúrio vesicular sem ruídos adventícios
- ACV: Bulhas taquicárdicas, arrítmicas, sem sopros
- ABD: Flácido, timpânico, indolor, sem VCM.
- EXT: Sem edemas, panturrilhas livres
- SNC: Glasgow 15, sem irritação meníngea.

Hipóteses Diagnósticas:

- Angina
- Fibrilação atrial
- Flutter Atrial
- Infarto agudo do miocárdio

Conduta inicial

Foi Solicitado: hemograma completo, gasometria (pH, PCO₂, PO₂, ureia, sódio, potássio, CKMB, CPK, creatinina, PCR, TAP, TTP, Raio x (PA e perfil)

ECG: evidenciado FA de alta resposta, taquicardia supraventricular: complexos QRS espaçados de forma irregular; ausência de onda P

Medicação: Controle da FC com atenolol 50mg cp VO

10 minutos após a administração da medicação:

De 170/70mmHg ---> 130/78mmHg

FC: 148bpm -----> 58bpm

Como a paciente não soube dizer se a dor foi > 48 horas ou não, não foi prescrito amiodarona, com o receio dela fazer um trombo. E recebeu alta com: AAS 100MG comprimido

Contexto teórico:

Em um paciente instável, a dor torácica pode ser o sintoma cardinal. Eles devem ser atendidos na sala de emergência, monitorizados, obtido AVP, ECG e visto por um médico e avaliado em até 10 minutos de sua entrada. Simultaneamente, é realizado neles o exame físico, inspeção local, simetria do pulso, medir PA nos quatro membros, ausculta pulmonar e cardíaca, e pesquisa de sinais focais neurológicos. O caso da suposta paciente, foi confirmado a FA pelo ECG, o que é essencial para o diagnóstico do mesmo.

Segundo o livro USP 2019, a FA é uma arritmia supraventricular caracterizada eletrocardiograficamente por oscilações basais de baixa amplitude e ritmo ventricular irregularmente irregular.

Os fatores de risco clássico são: hipertensão, diabetes, doença valvar, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Outros fatores que também podem aumentar o risco de FA são: obesidade, apneia obstrutiva do sono, uso de bebidas alcoólicas, história familiar.

Segundo a sociedade brasileira de cardiologia, classifica-se a FA em: paroxística, persistente e permanente.

A paroxística é revertida espontaneamente ou com intervenção médica em até 7 dias de seu início. A persistente, tem os episódios com duração superior a 7 dias; esta pode ter uma duração superior a 1 ano, levando a terminologia “fibrilação atrial persistente de longa duração”. E a permanente, aquela que com as tentativas de reversão ao ritmo sinusal não são mais instituídas.

Estudos epidemiológicos demonstram uma associação alta entre o AVC e FA.

A FA, representa cerca de 45% dos casos de fonte emboligênica de origem cardíaca quando comparada com infarto do miocárdio, aneurismas ventriculares e doenças valvares. As causas da formação de trombos são multifatoriais, e tem relação com a tríade de Virchow, que consiste em: estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade.

Segundo a USP 2019, o diagnóstico é absolutamente necessário o ECG, na qual dois sinais principais para definição do ritmo: complexo QRS espaçado de forma irregular e ausência da onda P. E outros exames complementares, além dos básicos, como troponinas, BNP para descartar ou associar outras doenças.

Os sintomas da FA variam de nenhum a grave e funcionalmente incapacitante. Os sintomas mais comuns são: palpitações, fadiga, dispneia, intolerância ao esforço e tontura.

Tratamento e fluxograma da FA

O tripé de atuação no *tratamento da FA* é a redução da FC, o controle do ritmo (reversão da arritmia) e a anticoagulação de acordo com sua indicação.

Então, a FC é controlado para manter a resposta ventricular adequado associado a anticoagulação plena por tempo indeterminado e o controle de ritmo é a estratégia de reversão da FA ao ritmo sinusal, além de evitar a recidiva da arritmia.

Primeiramente, devemos categorizar os pacientes em estáveis e instáveis.

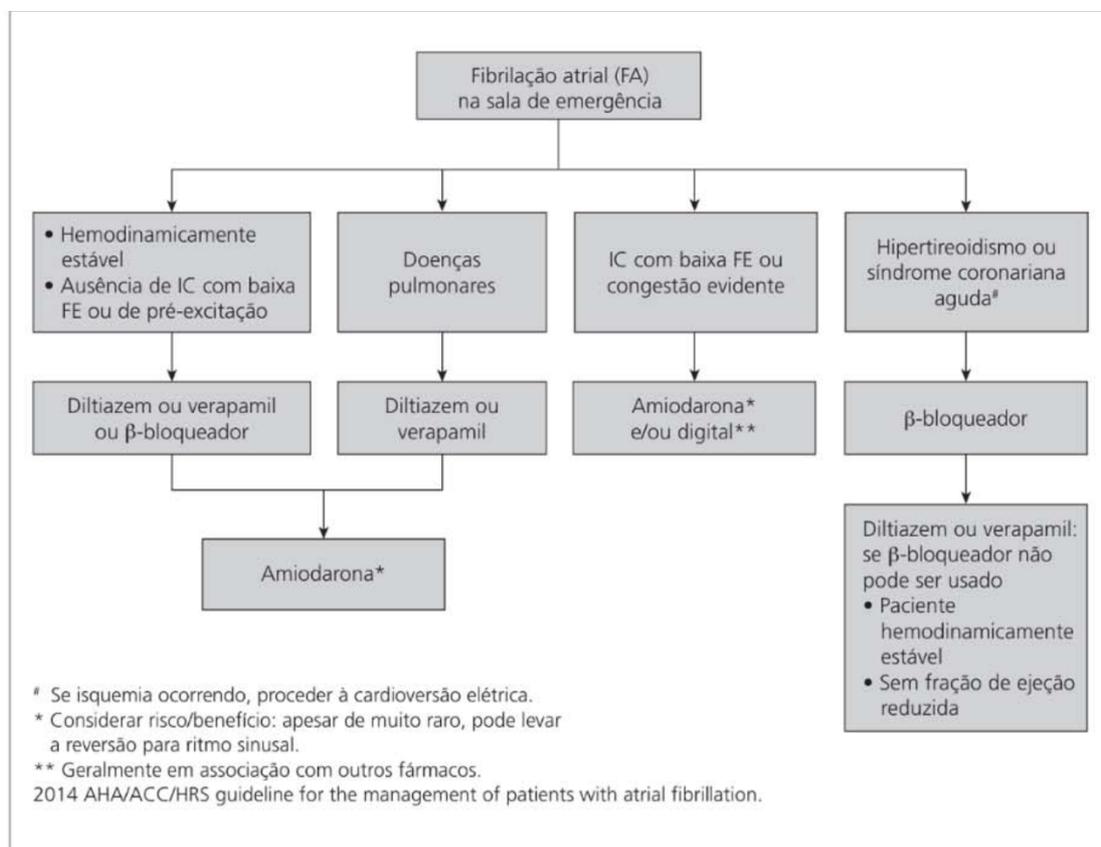
Se pacientes estiver com instabilidade clínica, que é definida por presença de isquemia coronariana secundária a FA, descompensação de insuficiência cardíaca com edema agudo de pulmão ou hipoperfusão tecidual; ele têm indicação urgente de cardioversão elétrica.

Caso o paciente estiver sem instabilidade hemodinâmica, definimos se a FA é aguda ou crônica, considerando o tempo do início dos sintomas, dentro de 48 horas ou mais, visto que passando as 48 horas, risco de trombo atrial é elevado, e este deve ser descartado, para iniciar o antiarrítmico. A definição da duração da FA é crucial para determinar o momento da cardioversão química e profilaxia antitrombótica periprocedimento.

O tratamento depende da circunstância do paciente. Podendo ser alocado na estratégia de controle do ritmo ou controle da frequência. Em casos agudos, privilegia-se o controle do ritmo. Nenhuma das estratégias é superior a outra, sendo individualizado em cada paciente.

O controle da frequência na FA, previne tanto sintomas como palpitações, cansaço quanto para redução da morbidade associada à doença.

Algoritmo 1 - Critério para seleção das drogas para controle de FC na emergência.



Fonte: Medicina de emergência – USP, 2018

Na FA de duração maior que 48 horas (ou de duração indeterminada) e estável, também se opta pelo controle da FC com Bloqueador de canal de cálcio (BCC): Verapamil/Diltiazem ou betabloqueadores e a anticoagulação com heparinização (HNI) + anticoagulação oral imediata (warfarina ou novos anticoagulantes orais).

Por último, é a decisão sobre a terapia antitrombótica diária para prevenir eventos tromboembólicos que é apropriada para todos os pacientes em tratamento de FA recorrente, seja persistente ou paroxística.

A escolha de se não realizar nenhuma terapia anticoagulante, uso de anticoagulante oral, uso de aspirina ou aspirina mais clopidogrel deve ser determinada pela análise dos fatores de risco.

Conforme os escores de risco, pode-se dividir os pacientes em risco baixo, moderado e alto para tromboembolismo. Esses escores de risco são importantes no manejo do paciente. Pois foi evidenciado que à medida que a pontuação aumentava, foi possível determinar que o risco de AVC também aumentava, e passou-se a indicar anticoagulação para pacientes com escore > 2.

Tabela 2- Escore de CHA₂DS₂-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial.

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Pontuação
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (Idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

ICC: insuficiência cardíaca congênita; AVC: acidente vascular cerebral.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia – Fibrilação Atrial

O escore é considerado de:

- Alto risco: ≥2 pontos; anticoagular por pelo menos quatro semanas.
- Intermediário: 1 ponto, e usar o julgamento clínico e considerar um antiagregante (aspirina).
- Baixo risco: 0 ponto. Não anticoagula.

Na terapêutica com anticoagulantes, visa-se prevenir AVC, utilizando o escore CHA₂DS₂-VASc para avaliar o risco de tromboembolismo sistêmico e o escore HAS-BLED para risco de hemorragia.

Se FA > 48 horas, recomenda-se pelo menos três semanas de anticoagulação após cardioversão. Se FA < 48 horas, avalia-se o risco usando o escore CHA₂DS₂-VASc com as recomendações do HASBLED.

Tabela 3 – Variáveis clínicas empregadas para identificação de pacientes com risco de hemorragia pelos anticoagulantes orais incluídas no escore HAS-BLED

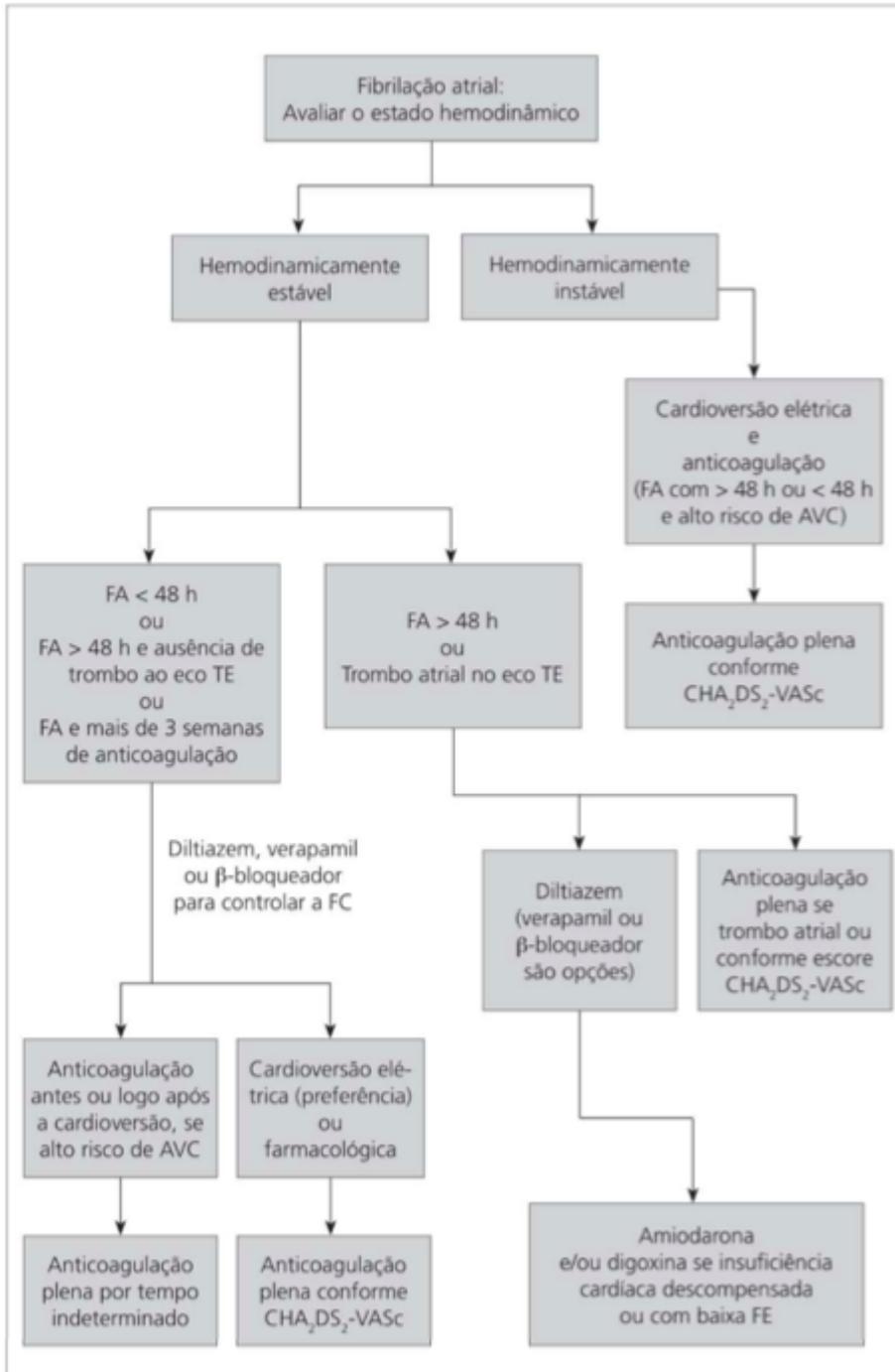
Risco HAS-BLED	Pontuação
<i>Hypertension</i> (hipertensão)	1
<i>Abnormal renal or liver function (1 point each)</i> (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
<i>Stroke</i> (AVC)	1
<i>Bleeding</i> (sangramento prévio)	1
<i>Labile INRs</i> (labilidade de RNI)	1
<i>Elderly</i> (e.g. age > 65 years) (idade avançada)	1
<i>Drugs or alcohol (1 point each)</i> (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

Fonte : Sociedade Brasileira de Cardiologia – Fibrilação Atrial

Escore >3 apresentam alto risco de sangramento, mas não significa que tenham contraindicação a anticoagulação, pois estes mesmos pacientes possuem também, na maioria das vezes, maior risco para eventos embólicos.

Algoritmo 2 - para tratamento de pacientes com FA na emergência



Fonte: Capítulo 50, página 888 Algoritmo 2 – Medicina Emergência USP, 12a edição

Comentários:

Segundo o protocolo da FA, trata-se de uma paciente hemodinamicamente estável devido a ausência de sinais de gravidade, desta forma não havia necessidade de fazer a cardioversão elétrica na mesma hora.

Com relação a solicitação de exames, além de todos os que foram pedidos, acho necessário solicitar também TSH, pois pela literatura do livro da USP 2019, tanto hipotireoidismo quanto o hipertireoidismo estão associados ao aumento do risco de FA, sendo a última mais frequente que a primeira citada.

E também pelo protocolo de dor torácica deveria ter solicitado troponina, que é o melhor marcador sensível do que o CKMB e CPK que foram solicitados, pela falta dela no estabelecimento, deste modo sendo que estes exames estando normais não descartam uma SCA.

E o primeiro passo segundo o protocolo era corrigir a FC com Inibidores do nóculo AV, desta forma temos as opções citadas abaixo, por ordem de preferência:

- Beta bloqueador: opção interessante pela meia vida curta, basta suspender a infusão se hemodinâmica do paciente responder adversamente. Porém, nos pacientes quem tem broncoespasmo ou asma não pode fazer o uso, porque essas medicações causam aumento da obstrução brônquica e da reatividade da via aérea além de diminuir efeito de beta-agonista inalatório se necessário utilizar essas medicações associados. (BVS, 2020)

- Bloqueador de canal de cálcio: verapamil
- Digitálicos

E assim como a plantonista disse, a amiodarona não é primeira opção pois pode fazer reversão do FA, sendo que antiarrítmicos é usado somente se FE < 40%, e só usamos para controle de FC, se houver uma refratariedade completo a combinação dos principais inibidores de nóculo AV. E neste caso usamos o deslanosídeo (digitais) que geralmente é indicado em pacientes com insuficiência cardíaca. E como foi um caso de início de tempo indeterminado, deveríamos descartar presença de trombo com eco transesofágico, e se ausência dele, anticoagular por 6 a 12 horas e cardioverter ou anticoagular por 3-4 semanas antes de cardioverter e manter anticoagulação por 4 semanas após reversão.

Porém, não foi feita a anticoagulação da paciente na hora, sendo que o CHA2DS2VASC dela deu 3: feminino, HAS e DM. Nesse caso ela devia ter usado por pelo menos 3-4 semanas. Enfim, somente foi prescrito antiagregante plaquetário.

Acompanhando o caso dela no prontuário no dia seguinte, observamos que ela recebeu alta sem receita do anticoagulante.

5.3 Caso Intoxicação por Crack

ID: F.J.A.M, feminino, 38 anos.

QP: ``ficou agressiva''

HDA: Mãe relata que a filha estava na rua há 6 dias, apareceu em casa agressiva, com alucinações vendo vultos e ouvindo vozes, por este motivo solicitou ajuda do SAMU, onde foi sedada com uma ampola de Midazolam pela agitação psicomotora.

HPP: Mãe nega que ela tenha outras comorbidades. E nunca fez tratamento psiquiátrico.

Histórico Social: tabagista, usuária de crack, desde os 25 anos, parou por 12 anos, e há cerca de 4 anos vem usando de novo. Tem 3 filhos (12, 10 e 7 anos)

Sinais vitais na chegada:

PA: 91/56mmHg; FC: 80bpm; FR: 18ipm; TAX 36°C; SPO2 99% em AA; HGT 132.

Conduta inicial:

- Solicitado exames de admissão (ECG, eletrólitos, hemograma completo, função renal e hepáticos + urina)
- Foi prescrito: Complexo B, Vitamina C e sulfato de magnésio diluídos em 1000ml de SF
- Solicitado a observar a paciente por 6-8 horas, e alta após resolução completa dos sintomas, e logo avaliar se há necessidade ou não de encaminhá-la para o hospital cataratas.

1 hora após,

SSVV

PA: 101/67mmHg; FC: 73bpm; FR: 16ipm; TAX 36.1°C; SPO2 96% em AA

Contexto teórico:

Segundo o Rosen, intoxicação exógena, suspeita ou confirmada, devem ser tratados como potencialmente graves, mesmo pacientes estando oligoassintomáticos inicialmente, pois pode acontecer uma deterioração clínica posterior.

Exposições podem ser por vias diferentes; inaladas, orais, cutâneas, intravenosas e pela mucosa.

Existem 5 tipos de toxíndrome, que consiste em conjunto de sinais e sintomas baseados em processos autonômicos e neuroquímicos, e a partir destas classificações sugerem uma classe particular de exposição e direciona o manejo e o tratamento: simpatomimético, anticolinérgicas, colinérgicas, sedativas/hipnóticas e opioides.

O manejo inicial seria estabilizá-los, seguindo a ordem ABCDE: airway, breathing, circulation, disability e exposure. E fazer uma avaliação com anamnese e exame físico conforme sistemas brevemente.

Caso paciente estiver com sinais de RNC, pensar a partir destas as hipóteses apresentadas no quadro:

Quadro 1 – Causas de rebaixamento do nível de consciência

AEIOU

Álcool/acidose
Encefalopatia/eletrólitos
Infecção
Opioides/overdose
Uremia

TIPS

Trauma
Insulina (hipoglicemia/hiperglicemia)
Psicose
Convulsão (Seizure)/acidente vascular cerebral (Stroke)

Fonte: Capítulo 139, Abordagem do paciente intoxicado, Rosen

Qualquer paciente que se apresente “intoxicado” no DE deve ter as causas reversíveis de RNC excluído como hipoglicemia e deficiências nutricionais.

A avaliação e a estabilização devem ocorrer de modo concomitante: monitorização, punção de acesso venoso, coleta de exames, ECG.

Quadro 2 - Achados no Exame Físico do Abuso de Substâncias, os Agentes Predominantemente Envolvidos e o Mecanismo Proposto.

ACHADOS NO EXAME FÍSICO DO ABUSO DE SUBSTÂNCIA	SUBSTÂNCIA ENVOLVIDA	MECANISMO PROPOSTO
Cárie dentária e doença das gengivas	Derivados de anfetaminas, predominantemente metanfetamina	Desconhecido, possivelmente fraca higiene oral devido à falta de atenção
Abscessos na pele	Abuso intravenoso e "skin popping" (uso subcutâneo de narcóticos) por metanfetamina, heroína	Injeção de drogas com técnica não estéril, introduzindo bactérias na pele
Sopro cardíaco	Heroína intravenosa	Introdução de bactérias na corrente sanguínea através de técnica não estéril que emboliza no coração e adere nas válvulas, levando a vegetações
Tremor, ataxia	Todos os simpatomiméticos, como a metanfetamina e cocaína; retirada do etanol, benzodiazepínicos e outros sedativos; N ₂ O; tolueno	Estimulação excessiva de receptores das catecolaminas no SNC com simpatomiméticos e síndromes de abstinência; deficiência funcional de vitamina B12 com N ₂ O, dano cerebelar com tolueno
Embolia séptica, artrite séptica, osteomielite, abscesso espinhal epidural	Qualquer droga intravenosa, mas predominantemente heroína	Introdução de bactérias na corrente sanguínea através de técnica não estéril com semeadura resultante de vários tecidos
Acidente vascular encefálico	Agentes simpatomiméticos, predominantemente metanfetamina ou cocaína, ou heroína injetada por via intravenosa	Vasoconstrição de vasos cerebrais, ou embolização de medula particulada
Arritmias cardíacas	Predominantemente cocaína, mas também metanfetamina e derivados; a metadona pode causar prolongamento do intervalo QT	A cocaína bloqueia os canais de sódio cardíacos levando a uma duração prolongada do QRS e arritmias ventriculares; a metanfetamina pode hiperestimular os receptores beta nas células musculares coração; a metadona afeta a repolarização de miócitos cardíacos
Convulsões	Todos os simpatomiméticos, bupropiona, hipoxia relacionada a sedativos ou opioides; difenidramina, antidepressivos tricíclicos e outros agentes antimuscarínicos; retirada de álcool e outros sedativos	Vasoconstrição, liberação excessiva de catecolaminas cerebrais; hipertermia relacionada à anidrose antimuscarínica ou bloqueio dos canais de sódio no SNC; estimulação excessiva do SNC por catecolaminas e alterações do receptor GABA
Coma	Simpatomiméticos, etanol, opioides, todos os sedativos	Esgotamento de catecolaminas cerebrais, estimulação excessiva de receptores GABA no SNC
Comportamento violento e paranoico	Simpatomiméticos, especialmente metanfetamina e derivados, cocaína, PCP e canabinoides sintéticos	Estimulação excessiva de dopamina ou serotonina no SNC; os receptores NMDA também podem estar envolvidos
Depressão	Predominantemente retirada dos simpatomiméticos	Possível depleção de catecolaminas do SNC ou regulação positiva dos receptores
Psicose	Todos os simpatomiméticos, canabinoides sintéticos	Estimulação excessiva de dopamina ou serotonina no SNC

SNC, sistema nervoso central; GABA, ácido gama-aminobutírico; N₂O, óxido nitroso; NMDA, N-metil-D-aspartato; PCP, fenciclidina.

Fonte: capítulo 140- Abuso de Substâncias - pág 3030 Rosen

Dependendo do qual toxíndrome o nosso paciente pertencer, a partir da hipótese que formulamos, fornecemos cuidados e suporte adequados, ou realizamos descontaminação ou aumentamos a eliminação, ou decidimos fornecer antídoto,

dependendo da etiologia. Protegendo sempre as vias aéreas e adequação da ventilação, mantendo estado circulatório com ressuscitação hídrica e suporte vasopressor caso necessário.

Se paciente estiver com agitação e violento, que geralmente acontece nos toxíndromes por anticolinérgicos (anti-histamínicos, atropinas, anti-parkinsonianos, ciclobenzaprina, tricíclicos), simpaticomiméticos (cocaína, anfetamina, cafeína, teofilina, efedrina), serotoninérgica (tricíclicos, inibidores da MAO), SEDAÇÃO rápida é necessária.

Faz-se o uso do Diazepam 5-10mg IV, ou Lorazepam 1 a 2 mg IV a cada 5 minutos e repetir se necessário, e quando a agitação induzida por drogas não responde ao que o clínico acredita ser uma dose adequada de benzodiazepínico, então adiciona-se um medicamento psicótico: Haloperidol 2-5mg IM repetir cada 20-30 minutos, se necessário. (Segundo o livro do ROSEN). No entanto, no livro da USP 2019, não se recomenda o uso de neurolépticos (haloperidol, clorpromazina), pois reduzem o limiar convulsivo e podem piorar os efeitos cardíacos e a hipertermia. E este último indica o uso de fenobarbital se convulsão refratária mesmo após uso de benzodiazepínicos.

Dependendo da etiologia, temos as medidas de descontaminação, que são: descontaminação cutânea, descontaminação ocular, descontaminação gástrica, lavagem gástrica, carvão ativado e lavagem intestinal. Ou por medidas de eliminações que são pela urina ou por hemodiálise

O **crack**, cocaína fumada, pertence ao toxíndrome simpatomimética: que causam estimulação do SNC e uma cascata de efeitos fisiológicos adrenérgicos, reação de "luta ou fuga", nesta toxíndrome, pacientes estão frequentemente alterados e podem estar delirantes.

Sinais vitais tipicamente elevados e apresentam: hipertensão, taquicardia e taquipneia. Podem também estar hipertérmicos como consequência da elevação da taxa metabólica. Midríase e diaforese também podem estar presentes.

Sinais dos intoxicados por Simpatomimético:

- Hipertérmico
- Ruborizado
- Diaforético

- Midriático
- Agitado
- Taquicárdico
- Convulsões

Dos **diagnósticos diferenciais** após avaliação completa do estado mental, sinais vitais e exame físico, pode-se pensar em:

- Tireotoxicose, toxicidade do lítio, outras toxinas (anfetaminas) e infecção do SNC, como meningite: pelo delírio
- E como a paciente também tinha alucinações auditivas, pode se pensar em esquizofrenia, episódio de mania nos bipolares
- E se tivesse taquicardia importante: hipercalemia, bloqueio do canal de sódio e isquemia

Exames que devem ser solicitados:

Hemograma completo, função renal, hepática, eletrólitos, triagem toxicológica de urina (é apenas qualitativo, indica se paciente usou ou não), lactato sérico, glicemia, ECG (pode dar intervalo QRS prolongado pelo bloqueio de canais de Na, que então retarda a despolarização e então taquicardia de complexo largo) e CPK que pode indicar rabdomiólise.

E dependendo do que o paciente sentir, como dor torácica, solicitamos troponina, se sintomas neurológicos persistir, solicitamos TC de crânio.

O uso de cocaína pode aumentar a pressão e causar sérios danos aos sistemas cardiovascular e nervoso central, com complicações com dissecação aórtica, EAP, isquemia miocárdica, infarto, etc.

Então caso a paciente estivesse hipertensa, tratar de forma habitual, acrescentando-se sempre Diazepam. Lembrando que o beta bloqueador é contraindicado devido à piora da vasoconstrição porque este aumenta o PA e piora da isquemia coronária, pelo efeito rebote.

Se taquiarritmia, fazer bicarbonato de sódio em bolus, 1-2mEq/kg.

Comentários:

Nas intoxicações exógenas, cocaína/crack no caso, a conduta seria exatamente o que foi presenciado no departamento de emergência, a estabilização do paciente, com: expansão volêmica, drogas vasoativas, oxigênio, e IOT no último caso.

Os benzodiazepínicos são importantes em visto que ajudam a controlar agitação, nos sintomas adrenérgicos (taquicardia, hipertensão), na hipertermia, na rabdomiólise e convulsões.

Como a paciente estava bem sedada na chegada da UPA, não havia mais necessidade de dar mais benzodiazepínicos, e o que sobrava era suporte.

E após a primeira expansão volêmica, a pressão da mesma melhorou, não havendo necessidade de drogas vasoativas (onde é preferido o uso da dopamina caso não haja resposta com NA).

E como a paciente estava hemodinamicamente estável e de intoxicação de espectro leve, pela ausência de arritmias cardíacas, hipotensão, dispneia, emergências hipertensivas, convulsões, coma e PCR, a última conduta era manter em observação por 6-8 horas, e alta após resolução dos sintomas e ponderar encaminhar para centros de apoio a usuário de drogas.

Um dos exames que a autora poderia ter realizado era: exame dos olhos da paciente, as narinas, pois o crack pode levar a queimaduras de faringe devido à alta temperatura necessária para a combustão e observar pontas dos dedos. E um dos exames que faltou solicitar era CPK.

Uma vez que as drogas de uso indevido ou abuso mais comumente envolvido em mortes são: cocaína, opioide, antidepressivos, benzodiazepínicos, estimulantes e club drugs, a autora decidiu relatar um pouco do tema.

5.4 Caso Infarto com supra ST

ID: V.G, masculino, 63 anos.

QP: ``dor no peito``

HDA: paciente trazido pelo SAMU, chegou ao redor das 14:20 relata dor precordial do tipo queimação que irradia para MSE de início súbito há 20 minutos durante atividade habitual em casa.

HPP: Hipertenso, em uso de losartana, tabagista desde os 11 anos mais de uma carteira por dia, cirurgia há 120 dias devido aneurisma da aorta abdominal.

Exame Físico

MEG, LOTE, AAA, eupneico em ar ambiente, Sat 98%, normocárdico.

SSVV: FC 90bpm, PA 180x124mmHg FR:14ipm SpO2: 98%

ACV: bulhas hipofonéticas, pulso radial cheio, ritmo regular, TEC < 3s

AP: MV+ universalmente diminuído

ABDOMEN: normotenso, levemente doloroso à palpação em epigástrico e mesogástrico

EXTREMIDADES: bem perfundidas, sem edemas, panturrilhas livres

HD: Angina instável, IAM com supra, IAM sem supra

Conduta inicial:

Foi feito o MOVE no primeiro momento, ECG em menos de 10 minutos desde a entrada do paciente, solicitado enzimas cardíacas e medicado.

ECG do paciente: observou-se V2, V3, V4, V5 V6 com supra ST, sugestivo de infarto da parede anterior. E também nos derivados: DII, DIII e aVF. Deve-se descartar o VD, para poder fazer o uso de nitrato e morfina.

- Em vista do supra ST no ECG, foi seguido o protocolo MONABICHE:

Morfina 10mg/ml; AAS, 100mg - mastigar; Clopidogrel 75mg; Heparina 5000 UI - subcutâneo

Sinvastatina 40mg; Captopril 25mg e Nifedipino 10mg, se PA > 160x100mmHg

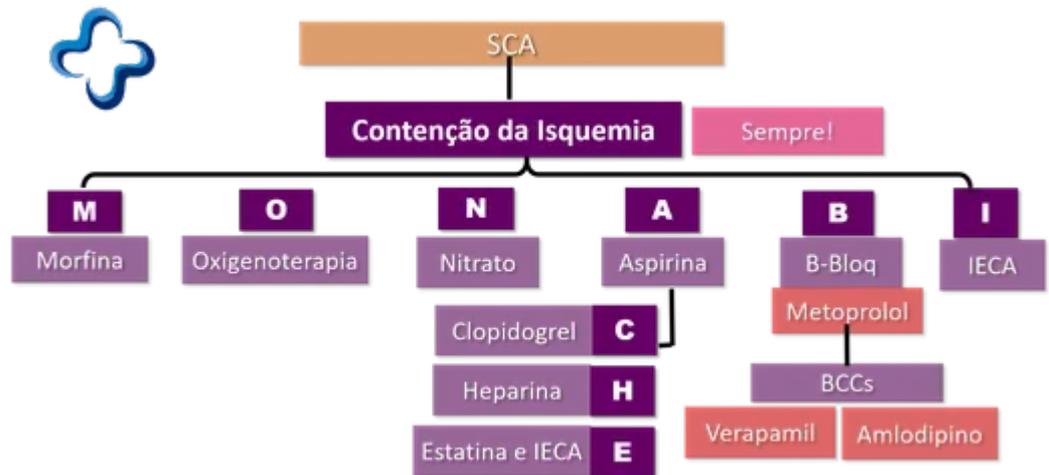
Exames laboratoriais solicitados: hemograma completo, CPK, CKMB, K, Na, e troponina.

Pouco tempo depois, a plantonista se comunicou com o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, foi enviado o ECG e solicitado transferência.

Após meia hora, paciente referiu persistência da dor, sendo titulado e repetido alguns medicamentos para o conforto do paciente: Morfina 10mg/ml; Dipirona 500mg/ml; Heparina 5000 UI; Ondansetrona 2mg/ml; Captopril 25mg; Nifedipino 10mg; Atenolol 50mg; Dexametasona 4mg/ml EV; Ondansetrona 2mg/ml.

Várias horas se passaram para o SAMU vir e transferir o paciente para o hospital de referência.

Figura 2 – MONABICHE



Fonte: site MedicPlus

Contexto Teórico :

Segundo o protocolo da dor torácica, uma vez que o paciente chega por demanda espontânea ou trazido pela equipe de saúde com esses sintomas, é realizado no paciente monitorização, oxigenioterapia (se saturação < 90%) e obter acesso venoso periférico (MOV), a continuação, o médico deve coletar a história suscintamente e avaliar o ECG, e solicitar exames para descartar outras hipóteses, todos em menos de 10 minutos. Em casos de suspeita para SCA, deve ser solicitada CPK, CK-MB, troponina 1, e outros exames complementares.

Encarando a dor torácica, devem ser pensados outros diagnósticos diferenciais que são ameaçadores à vida, podendo ser do mesmo e de outros sistemas: cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, cardíaca, e, psicogênica.

As terapias na fase pré-hospitalar são todas empíricas, administrando oxigênio, tratamento da dor. O alívio da dor é de soma importância, não apenas pelo conforto, mas também pelo fato da dor se associar a ativação do sistema nervoso simpático, que causa vasoconstrição e aumenta a atividade do coração. Opioides EV são os analgésicos mais usados, no entanto, esta tem uma ação mais demorada:

- Sulfato de morfina EV 2,0-8,0mg, esta pode ser repetida em intervalos de 5-15 minutos, até alívio da dor.

- Nitratos: as de formulação sublingual (nitroglicerina 0,4mg; mononitrato de isossorbida 5,0mg ou dinitrato de isossorbida 5,0) para reversão de eventual espasmo ou para alívio da dor anginosa. Se hipotensão, é contraindicada o uso. 3 doses no máximo, separadas por intervalos de 5 minutos.

- Ácido Acetilsalicílico (AAS): 160-325mg/dia, de forma mastigável quando a chegada ao hospital, ainda antes da realização de ECG.

- Clopidogrel: uso combinado ao AAS em pacientes com terapia trombolítica inicial. 600mg mais eficaz, porém, nos < 75 anos, a dose de ataque: 300mg, e a manutenção é de 75mg/dia.

Uma vez obtido o resultado ECG, classificamos em: com supra ST e sem supra ST. Sem supra pode sugerir angina instável ou IAM sem supra ST, e se diferenciam pela presença ou não de elevação de marcadores como a troponina I, CPK e CKMB.

E quando considerar supra no ECG?

Supra ST > 1mm em duas derivações contíguas: V2 V3 -

>1,5 mm mulheres

> 2 mm homens

>2.5mm se homens < 45 anos.

Sobre os marcadores bioquímicos...

IAM – morte celular secundária à isquemia miocárdica, e libera macromoléculas intracelulares e proteínas estruturais no interstício cardíaco.

A creatinaquinase total (CK- total) é importante enzima nos tecidos contráteis, é sensível, porém não específica para lesão miocárdica.

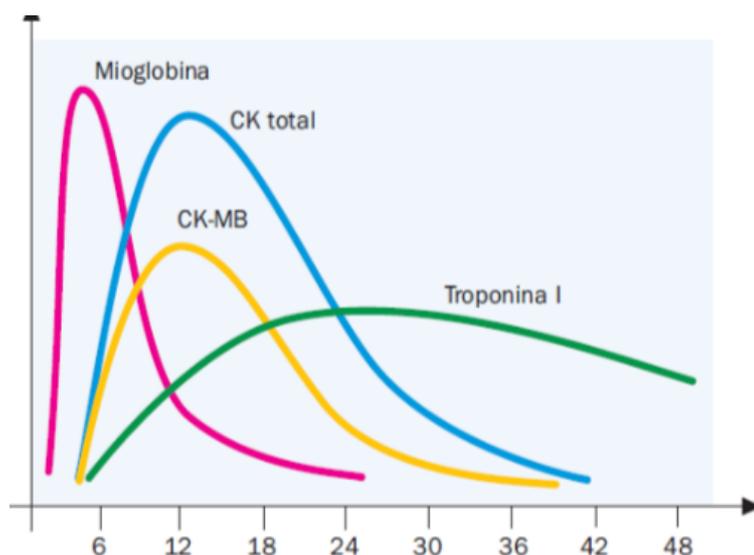
A CK-MB eleva-se em 4-6 horas após o início dos sintomas, com pico entorno de 18 horas, e normaliza-se entre 48-72 horas. É pouco sensível nas primeiras 6 horas de evolução; o decaimento é bem mais rápido, utilizado para associação com reinfarto.

As troponinas se-elevam entre 4-8 horas após o início dos sintomas, com pico entre 36-72 horas e normalização entre 5-14 dias.

Os marcadores se elevam após o tempo ideal de reperfusão, e não são essenciais para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, e devem ser iniciados rapidamente a estratégia sem aguardar os seus resultados.

Os marcadores então são úteis para estimar a extensão do infarto, prognóstico, de reperfusão coronária e para o diagnóstico de reinfarto.

Figura 3 – Marcadores de necrose miocárdica.



Fonte: Sanarflix – Apostila SCA

No livro da USP, vemos que as dores prolongadas (atípicas) normalmente não são anginosas e quando típicas (>20mins) → sugerem angina instável ou IAM. A localização geralmente é retroesternal, difusa, tendo irradiação para o braço, pescoço, mandíbula, e epigástrico são bem comuns. No entanto a clínica poderia ser diversa em diferentes pacientes.

E lembrando que a dor da SCA: dor tipo anginosa, precordial, podendo ter irradiação, e melhora com nitrato.

Se apresentar sintomas típicos + supra do segmento ST no ECG, não há necessidade de esperar o valor da troponina, e faz o tratamento direto, em visto que muitas vezes os marcadores só aumentam 3 horas após.

Tratamento - objetivos: com supra ST.

- Estabilizar hemodinamicamente
- Analgesia imediata
- Interromper isquemia: Aspirina 325mg VO mastigar.
Antagonista ADP: Clopidogrel 300mg, VO
Anticoagulante: Enoxaparina 1mg/kg, SC 12/12h
- E angioplastia, porta balão se < 90 minutos ou Porta agulha: trombolítico
< 120 minutos
Trombolítico (rT-PA alteplase) 15mg em bolus
50mg em 30 minutos
35 mg em 60 minutos
- Prevenção de novos eventos coronarianos
- Profilaxia para TEP e TVP

Tabela 4 – Escore TIM para estratificação de risco no IAMCST

IAM com supradesnível ST	Pontos
- Idade:	
• ≥ 75 anos	3
• 65-74 anos	2
- História de diabetes, hipertensão ou angina	1
- Exame físico:	
• PAS < 100 mmHg	3
• FC > 100 bpm/min	2
• Classe Killip II-IV	2
• Peso < 67 kg	1
- Supradesnível do segmento ST anterior ou BCRE	1
- Tempo para terapia de reperfusão > 4 horas	1
Total	14

IAM – infarto agudo do miocárdio; PAS – pressão arterial sistólica; FC – frequência cardíaca; BCRE = bloqueio completo de ramo esquerdo.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2009

O Escore TIMI (Thrombolysis in Myocardial infarction) tem validade em pacientes submetidos à terapia de reperfusão. Naqueles pacientes com escore < 2, mortalidade hospitalar é inferior a 2%, com escore > 8, mortalidade é > 20%.

Diagnósticos Diferenciais

- Pericardite: supra em todas as derivações + clínica diferente
- Angina estável
- Dissecção de aorta
- Transtorno de ansiedade

Comentários:

Suspeitamos de SCA, IAM, porque ocorreu em repouso em duração > 20 minutos.

Então, como no protocolo, iniciamos com a estabilização, um controle da dor, que poderia ser feito com nitrato, morfina ou beta-bloqueador, neste caso usamos morfina, pelo acesso mais fácil e menos contraindicações, no entanto, é priorizado o uso de nitrato caso a morfina não amenize a dor, pelo fato deste último diminuir a secreção e motilidade intestinal, reduzindo assim a absorção e biodisponibilidade do clopidogrel, logo a aspirina, que sempre deve ser oferecida, porém a acadêmica não lembra do porque da plantonista não prescrever 325mg, como dose inicial e sim o de 100mg, a dose de manutenção, sendo que a dose máxima deste poderia ser 4gr/dia. E prevenção de novos eventos coronarianos, anticoagulante, que geralmente é usado a enoxaparina 1mg/kg (de baixo peso molecular), neste caso foi utilizada a não fracionada, heparina 5000UI, que seria mais difícil de usar pelo fato dele ser usado na bomba de infusão.

A angioplastia primária, que seria a primeira opção, oferece melhor desfecho e menos risco de reinfarto ou isquemia, sem dúvida, essa não é nossa realidade. Então priorizamos a segunda opção, que seria fibrinolítico, onde esta tem um maior benefício se realizado em menos de 2 horas desde o início do quadro, porém, o nosso paciente chegou a ficar > 2 horas na UPA, isto significa que ele perdeu o tempo ouro lá, o tempo de porta balão, porque neste contexto, tempo = músculo.

A acadêmica acreditou ser interessante solicitar ECG 30 minutos, e 6 horas após o ictus, onde iríamos ver onda T apiculada inicialmente e após elevação do ponto J.

Por último, era importante também fazer a escala de Killip, que estratifica e estima a gravidade da SCA.

Tabela 5 – Classificação de Killip e Forrester

KILLIP	FORRESTER
Estimativa clínica da gravidade do IAM	Estimativa clínica e hemodinâmica do IAM
I <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há IC ▪ Nenhum sinal de IC 	1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusão* normal ▪ Pressão capilar pulmonar (<i>wedge</i>) normal**
II <ul style="list-style-type: none"> ▪ IC presente ▪ Estertores (menos da metade do tórax), B3, turgência jugular 	2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusão* ruim ▪ Pressão capilar pulmonar (<i>wedge</i>) normal** ▪ Paciente hipovolêmico
III <ul style="list-style-type: none"> ▪ IC grave ▪ Edema pulmonar franco com crepitações em todo o tórax 	3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusão* praticamente normal ▪ Pressão capilar pulmonar (<i>wedge</i>) aumentada** ▪ Paciente com congestão pulmonar
IV <ul style="list-style-type: none"> ▪ Choque cardiogênico ▪ Hipotensão, oligúria, cianose e extremidades frias 	4 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfusão* ruim ▪ Pressão capilar pulmonar (<i>wedge</i>) aumentada** ▪ Choque cardiogênico

Fonte: Martins, 2018

5.5 Caso TEP

ID: G.S. 30 anos, masculino, cozinheiro

QP: “falta de ar e dor ao tossir“

HDA: Paciente refere que há 12 dias iniciou com quadro de tosse seca e há 3 dias iniciou com febre, náuseas, cefaléia e dor torácica ventilatório-dependente que piora ao tossir. O mesmo refere procurado atendimento há 3 dias sendo receitado azitromicina e acetilcisteína, feito Raio X, diagnosticado como PAC e liberado para casa. E há 2 dias, devido à não melhora, persistência da tosse seca e hemoptise, procurou novamente atendimento aqui no nosso serviço. Hoje apresenta dispnéia, dor ventilatório dependente tipo pontada em base do hemitórax esquerdo, além da persistência da tosse seca. Mantém quadro de febre após 72hs de início de antibiótico.

HPP: nega alergia medicamentosa, cirurgia prévia, perda ponderal, medicamento de uso contínuo e outras comorbidades.

HF: Pai HAS e DM, falecido por IAM - Mãe HAS, e muitos familiares com “problemas do coração”. Nega histórico de trombose.

HS: nega etilismo, nega tabagismo.

Exame Físico:

SSVV: FC 120bpm; TAX 38°C; SAT 97% em AA.

Geral: REG, afebril, eupneico em ar ambiente, taquicárdico

Cardiovascular: BRNF 2T SS

Pulmonar: Murmúrio vesicular sem ruídos adventícios, porém diminuído globalmente, expansibilidade preservada, e sem uso de musculatura acessória.

Extremidades: Sem edema

SNC: Glasgow 15, sem sinais de irritação meníngea.

Abdome: flácido, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal.

Conduta inicial:

- Foi solicitado exames de rotina de admissão do pronto atendimento respiratório, como todo paciente com suspeita de COVID, que incluía hemograma completo, função renal, RT-PCR e TC Tórax

- Iniciado dose de ataque de ceftriaxona e de azitromicina.

Hipótese Diagnóstica:

- Pneumonia atípica

- Pneumonia viral por Covid-19

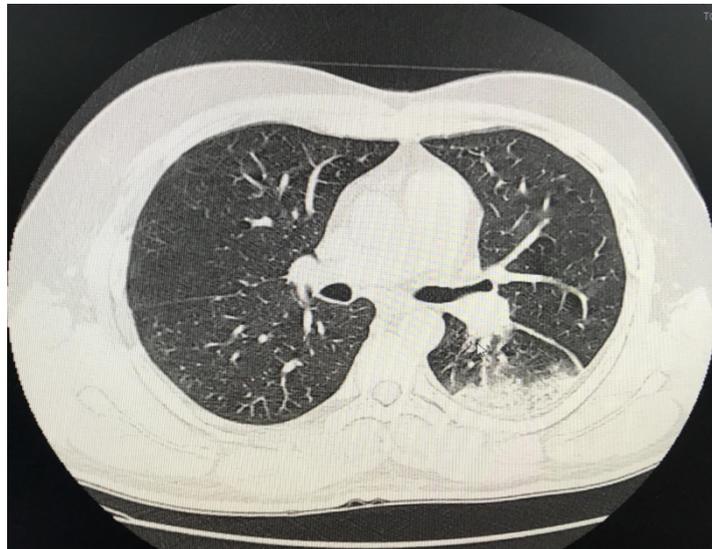
- Tromboembolismo pulmonar (TEP)

Após umas horas, na reavaliação, paciente referia persistência da dor ventilatório-dependente tipo pontada em base pulmonar esquerda, tosse seca e febre, de sinais: levemente sudoreico, febril e pouco desidratado +/-; FC diminuído para 99bpm.

Exames laboratoriais: leucocitose sem desvio à esquerda, PCR 5,6.

TC tórax: 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 foi sugerido angiotomografia das artérias pulmonares para avaliação de TEP.

Figura 4. TC tórax – corte transversal



Fonte: Concent **

** mantenho sigilo pelo código de ética, imagem utilizada somente para estudos deste relatório.

Após laudo da TC sem contraste, sugerindo presença de trombo, foi solicitado angiotomografia, internamento, exames de rotina – coagulograma e iniciado anticoagulação plena – enoxaparina, e mantido a antibioticoterapia.

Diagnósticos diferenciais:

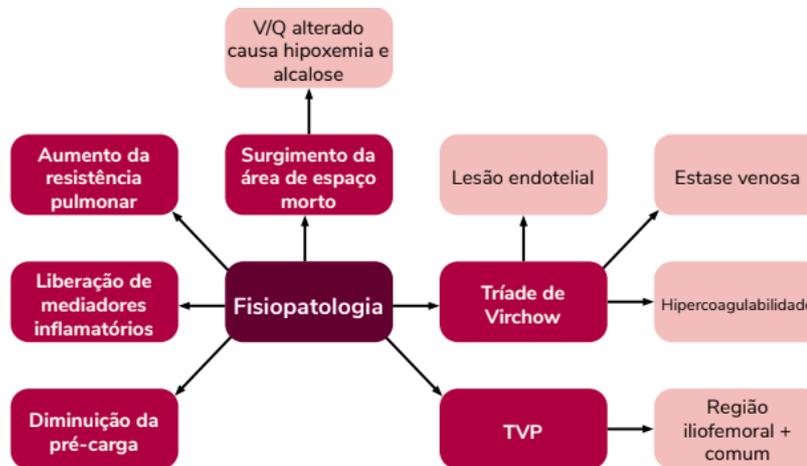
- Pneumonia
- Neoplasia maligna

Contexto teórico:

O tromboembolismo pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda (TVP) fazem parte do espectro do tromboembolismo venoso (TEV).

Segundo a USP 2019, TEP é a terceira causa de morte cardiovascular. O sítio venoso mais envolvido no TEP, é a região iliofemoral, ou seja, acima da poplítea, principalmente na região da pelve.

Figura 5. Fisiopatologia TEP



Fonte: Sanarflix

É uma doença de difícil diagnóstico clínico, pois pode apresentar desde com o achado de exame assintomático até com parada cardiorrespiratória (PCR). Os fatores de risco da TEP podem ser provocados ou não provocados, sendo a primeira por fatores como cirurgia, imobilidade temporária, neoplasia, infecção, doença crônica, uso de estrogênio, gravidez, fase puerperal inicial e a última, que geralmente é associada a trombofilia.

Embolia pulmonar agudo, interfere na circulação e em troca gasosa. Uma das principais causas de morte em TEP severo é pela falha do ventrículo direito desencadeado pelo aumento da pressão arterial pulmonar e da resistência vascular pulmonar.

Classifica-se os pacientes, em instáveis ou estáveis hemodinamicamente. Instável ou maciço, é apresentada pela hipotensão arterial (PAS <90mmHg ou queda abrupta da PAS em mais de 40mmHg do basal por um tempo maior que 15 minutos, e submaciça aquela que não se enquadra nos critérios do instável.

A tríade clássica do TEP: dispneia, dor torácica pleurítica e hemoptise. O principal sintoma é a dispneia e o principal sinal, taquipneia. dor torácica está presente em mais da metade dos pacientes. E a hemoptise está presente em cerca de 10% dos pacientes somente.

Edema assimétrico deve ser procurado, pois pode estar com achados de trombose venosa profunda. Sinais vitais como taquicardia, taquipneia, pulso fino, baixa saturação, podem ser observados.

Diagnóstico

Um paciente apresentando dispneia e dor torácica, já deve-se pensar em diagnósticos diferenciais e investigar TEP.

O critério do WELLS serve para determinar a probabilidade clínica do paciente realmente apresentar TEP.

Uma vez suspeitada a TEP, deve ser solicitado gasometria arterial, ECG: esta pode mostrar taquicardia e inversão de onda T em V1 e alterações se segmento ST em V1 a V4. Raio X tórax pode demonstrar anormalidades incluindo cardiomegalia, atelectasia basal, e infiltrado ou derrame pleural, oligoemia pulmonar, o Sinal de Westermark que é a obstrução completa da artéria lobar ou o Sinal de Hampton: opacidade em cunha, que corresponde a área de infarto. Porém todos são inespecíficos para TEP.

D-dímero é o principal exame para excluir TEV, pela alta sensibilidade e baixa especificidade para o diagnóstico. Eleva-se muitas vezes por neoplasias, necrose cutânea, queimadura, hematoma, insuficiência renal, hepática, entre outros.

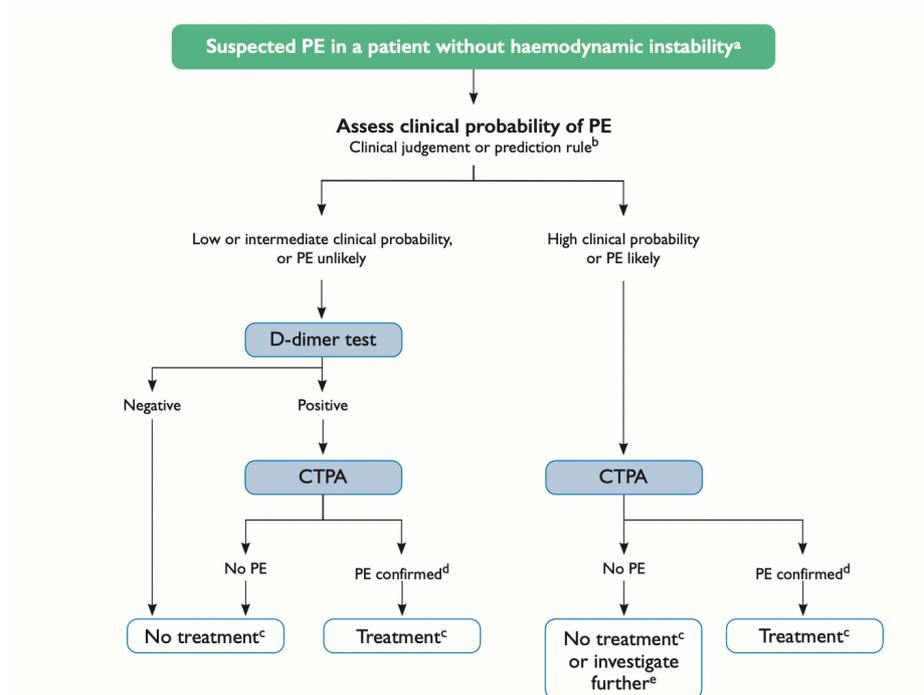
Angio TC é o exame padrão ouro para diagnosticar TEP, tem uma sensibilidade e especificidade > 90%.

Tabela 6– Probabilidade pré-teste conforme o escore de Wells.

Escore de Wells	Pontos
TVP ou TEP Prévios	+ 1,5
Frequência Cardíaca > 100/min	+ 1,5
Cirurgia Recente ou Imobilização	+ 1,5
Sinais Clínicos de TVP	+ 3
Diagnóstico Alternativo Menos Provável que TEP	+ 3
Hemoptise	+ 1
Câncer	+ 1
Baixa Probabilidade	0-1
Intermediária Probabilidade	2-6
Alta Probabilidade	>7

Fonte: Capítulo 57, Medicina de Emergência USP, 12a edição

Figura 6. Algoritmo para pacientes com suspeita de TEP sem instabilidade hemodinâmica.



CTPA= Angio TC ; PE = embolia pulmonar

Fonte: ESC guidelines, 2019

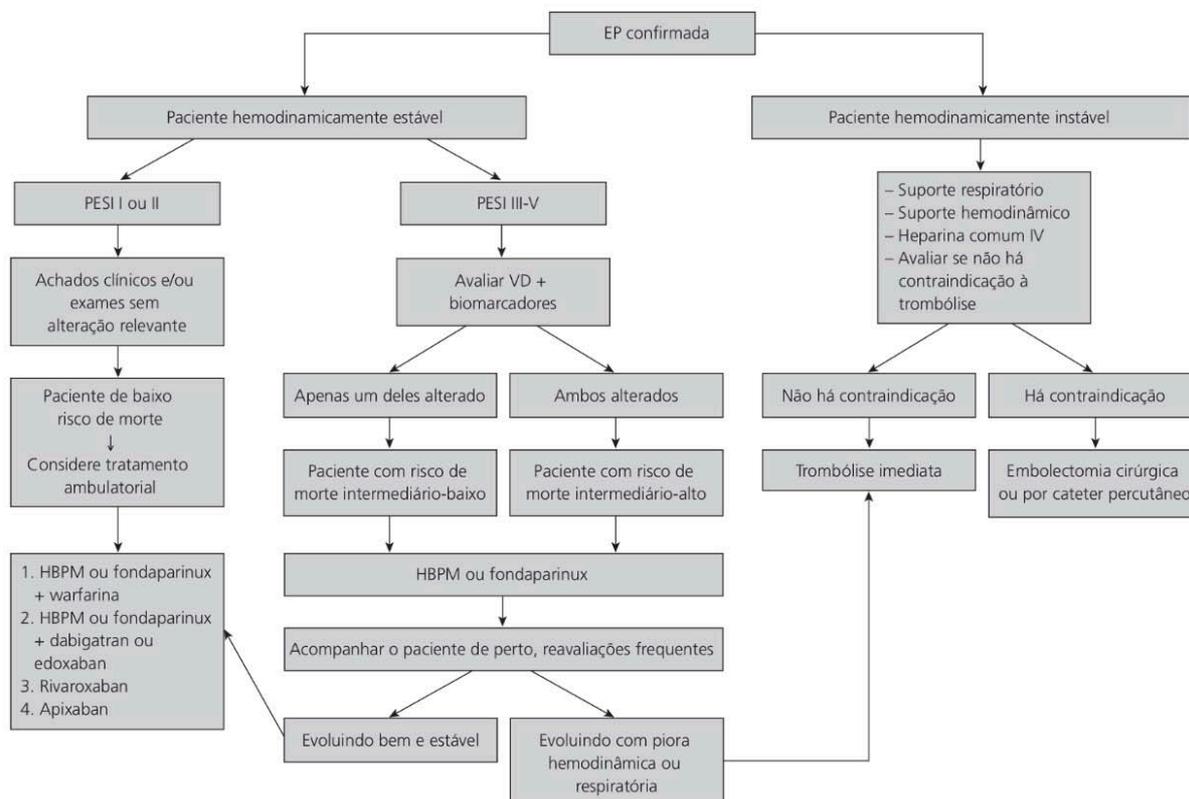
Tratamento

Uma vez diagnosticada o TEP, os pacientes são avaliados quanto à gravidade do evento. Utiliza-se o PESI (Pulmonary Embolism Severity Index), que ajuda a definir se paciente interna ou trata ambulatorialmente.

As primeiras medidas da TEP, é assegurar o suporte hemodinâmico e respiratório.

Heparina em dose plena é o tratamento padrão para TEP, embora anticoagulantes orais também estejam aprovados.

Figura 7. Fluxograma – Estratificação de risco e tratamento



Fonte: Medicina de Emergência USP, 12a edição

Heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou fondaparinux é o tratamento recomendado na maioria dos pacientes.

Dependendo da etiologia, anticoagula por períodos diferentes. Sendo a não provocada “idiopática” no mínimo por três meses e logo avaliar risco-benefício da anticoagulação.

A anticoagulação deve ser imediata nos classificados como intermediária ou de alta probabilidade clínica de TEP, pelo Wells ou Genebra, mesmo antes da confirmação do diagnóstico.

Tabela 7. Anticoagulação na embolia pulmonar

Tratamento tradicional	
▪ Heparina de baixo peso molecular SC ou fondaparinux SC por no mínimo 5 dias	
▪ Warfarina oral: iniciar junto com o anticoagulante parenteral	
▪ Suspende o anticoagulante parenteral se RNI entre 2 e 3 durante dois dias seguidos	
Anticoagulação parenteral + dabigatran	
▪ HBPM SC ou fondaparinux SC por 5 a 7 dias	▪ Suspende o anticoagulante SC e iniciar o dabigatran 2 h antes do que seria a próxima dose dele
	▪ Dabigatran: 150 mg, VO, 12-12 h
	▪ Não usar se ClCr* < 30 mL/min

Fonte: USP 2018

Comentários:

O presente paciente apresentou a tríade clássica do TEP: dispneia, dor torácica pleurítica e hemoptise, na qual ocorre na minoria dos casos. A autora desprezou a hipótese de TEP até ver o laudo do TC, que sugeria a causa. Também pela falta de fatores de risco, ele não era tabagista, não tinha feito nenhuma cirurgia prévia e não usava medicamento contínuo, somente sobrepeso, que não era muito importante.

Pelo protocolo, uma vez que suspeitamos o TEP, devia ser solicitado o D-dímero para excluí-lo, pela alta sensibilidade, porém como já foi realizado o TC, visto que nesta pandemia, com qualquer sintoma respiratório já solicitamos o TC de tórax, foi sugerido pelo radiologista tomografar com contraste diretamente, que é o método padrão ouro para o diagnóstico da, porque D-dímero demora 6 horas para dar resultado. Sem dúvidas, foi um gasto a mais, no entanto, todo mundo é suspeito de pneumonia viral por COVID neste momento.

Paciente apronta para 2,5 pontos na escala WELLS para TEP, sugerindo uma intermediária probabilidade.

Dado que ele era um paciente estável, TEP submaciço, a primeira conduta era o descrito acima, dar suporte hemodinâmico e respiratório, na qual ele não teve necessidade de drogas vasoativas nem administração de O₂, somente a heparina em dose plena. E logo buscar as possíveis causas uma vez estabilizado.

É frustrante a situação, onde a pessoa por ter um mínimo de sintoma respiratório ser enquadrado em COVID, e ser tratado como se tivesse o esse diagnóstico e poderia ter ido ao óbito.

Calculado o PESI do paciente, deu 30, ou seja, sugestivo de tratamento ambulatorial, porém ficou internado.

6. CONCLUSÃO

O internato, é uma fase do curso de medicina em que aplica-se a parte teórica na prática, e é de suma importância na formação de um médico generalista. A proatividade por uma parte define o tipo de formação do graduando.

A autora, como todos, não esperava ter o internato em uma pandemia, uma vez que só focávamos nas doenças respiratórias e partes burocráticas como no setor do telefone e da triagem. Logo depois por mérito da professora, nossos cenários foram bem diversificados, conseguimos ir para vários setores do hospital e voltarmos para UPAS.

O módulo nos deu muitas oportunidades de ter contato direto com as pessoas, desde a triagem até a UTI.

Através dos estágios, posso testemunhar quanto o trabalho do emergencista não é fácil, este aborda todas as áreas da emergência, desde cuidados agudos graves até cuidados de pacientes leve moderado, inclusive a parte burocrática.

Percebi que ainda tenho uma pequena dificuldade na hora de pensar em algumas condutas e as doses dos medicamentos, contudo notei a diferença de aprendizado desde o primeiro dia, e ainda penso que poderiam ser mais semanas de internato neste módulo, pois estas 15 semanas passaram voando.

É uma honra minha poder participar neste combate ao COVID-19, dar o meu contributo nessa cidade Foz que amo muito. E uma vez mais, o SUS, mostrando o poderoso que ele é, e que deve ser melhor valorizado por todos. Cada dia vou me surpreendo com o que SUS é e pode fazer. A rede bem estruturada é essencial para atender todas as outras demandas. Viva o SUS!!

Agradeço a universidade pela oportunidade, a professora orientando e nos respaldando em todo momento, a equipe por nos acolher e ensinar passo a passo a realização de muitos procedimentos. Enfim, muito grata pois não perdi o ano, mas sim ganhei o ano com muitos novos conhecimentos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VELASCO, I.T; Medicina de emergência: Abordagem Prática USP; 13ra edição; Tamboré: Editora Manole, 2019

MARTINS, H.S; Medicina de emergência: Abordagem Prática USP; 12da edição; Tamboré: Editora Manole, 2018

WALLS, R.M; Hockberger, R.S; Gausche-Hill M; Rosen Medicina de Emergência - Conceitos e Prática Médica. 9na edição. Editora GEN Guanabara Koogan, 2019; Cap 129: infecções cutâneas - Daniel J. Pallin

WALLS, R.M; Hockberger, R.S; Gausche-Hill M; Rosen Medicina de Emergência - Conceitos e Prática Médica. 9na edição. Editora GEN Guanabara Koogan, 2019; Cap 139: Abordagem do paciente intoxicado - Timothy J.Meehan

WALLS, R.M; Hockberger, R.S; Gausche-Hill M; Rosen Medicina de Emergência - Conceitos e Prática Médica. 9na edição. Editora GEN Guanabara Koogan, 2019; Cocaína e outros simpaticomiméticos - Rama B.Rao; Robert S. Hoffman ; Timothy B. Erickson

NETO A.S; Dias R.D; Velasco I.T; Procedimentos em emergências; 2da edição; Tamboré: Editora Manole, 2016

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias .pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 18 maio. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, II Diretriz Brasileiras De Fibrilação Atrial, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v106n4s2/0066-782X-abc-106-04-s2-0001.pdf> Acesso em: 13 maio. 2021

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2019 ESC guideline for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): the task force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European society of cardiology (ESC), 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/4/543/5556136> Acesso em: 18 maio. 2021.

IV diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST, 2009. Disponível em: <https://sanar-courses-platform-files.s3.sa-east->

1.amazonaws.com/IVDiretrizdaSociedadeBrasileiradeCardiologiasobreIAMcomSST-1524315989300-1577364497.pdf?pid=explorer Acesso em: 15 maio. 2021