



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

CURSO GRADUAÇÃO DE MEDICINA

**MEMÓRIAS DE UMA INTERNA CENÁRIO CRISE SANITÁRIA E HUMANITÁRIA
COVID-19: NO CONTEXTO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR 2020**

MARÍA DE JESÚS FRANCO CÁCERES

FOZ DO IGUAÇU

2021



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

CURSO GRADUAÇÃO DE MEDICINA

**MEMÓRIAS DE UMA INTERNA CENÁRIO CRISE SANITÁRIA E HUMANITÁRIA
COVID-19: NO CONTEXTO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR 2020**

MARÍA DE JESÚS FRANCO CÁCERES

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

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

FOZ DO IGUAÇU

2021

MARIA DE JESÚS FRANCO CÀCERES

**MEMÓRIAS DE UMA INTERNA CENÁRIO CRISE SANITÁRIA E HUMANITÁRIA
COVID-19: NO CONTEXTO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR 2020**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench UNILA
UNILA

Prof. Seidel Guerra
UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz de Iguaçu, ___ de outubro de 2021

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: María De Jesús Franco Cáceres

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 072.140.481-24

E-mail: maechufranco.mf@gmail.com Fone: 45 991092381

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: **Memórias de uma interna cenário crise sanitária e humanitária covid-19: no contexto urgência e emergência hospitalar 2020.**

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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, ____ de outubro de 2021

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família meus maiores apoiadores, meus pais Graciela e Luis ambos professores os quais sempre acreditaram que a educação é o caminho e incentivaram o meu voo, meus irmãos Lourdes e Juan que ao longo dos anos não deixaram de acreditar no nosso sonho, minha sobrinha Ivanna que me fez crescer no amor e a minha eterna saudade avó *Wilma* nos anos de graduação não teve uma prova que eu tenha feito sem dar um recadinho pra ti olhando pro céu e como você tinha dito em uma das nossas ultimas conversas: "*Ejapo Ikatuhapeve*" (faça até onde você conseguir em guarani) avó estou cumprindo a promessa, por favor continue olhando para mim com carinho desde onde você estiver, te amo para sempre.

AGREDECIMENTOS

Aguije é a palavra guarani que expressa gratidão, estou aprendendo a dizer *aguije* para as coisas que deram certo e também para as que não, porque a vida é sobre agradecer por estar viva para vivenciar cada experiência. Olhando todos os momentos até agora agradeço a mim mesma por não desanimar de forma definitiva, por continuar quando me senti exausta física e mentalmente, de vez em quando tentando tirar forças do meu trecho favorito que aparece em um dos livros de Charles Bukowski: “Estava deitado na minha cama a noite e disse eu vou desistir, pro inferno com isso. E outra voz dizia não desista, salve uma pequena brasa, uma faísca. E nunca dê essa faísca, pois enquanto você a tiver, sempre poderá começar uma chama maior”. Essa brasa é a minha família, sendo franca sou realmente grata a minha estrela guia, minha avó Wilma que ficou doente no ano anterior ao ano em que fui aceita na UNILA, no hospital ela vivia falando para as enfermeiras e para os outros doentes com quem compartilhava quarto que eu um dia seria medica “há cheipohanota” que significa que eu iria curar ela, infelizmente não viveu para me ver vestindo o jaleco branco, não consegui correr até o seu colo e dizer que eu tinha dado o grande passo rumo a meta, ela será a minha eterna saudade, pelas longas ligações do meu pai querendo saber como estava, as fotos das plantinhas da minha mãe mostrando que a vida continuava florescendo mesmo em meio ao caos, o dinheiro extra que a minha irmã depositava para que tivesse a chance de me mimar com comidas gostosas e não me sentisse tão só, ao meu irmão taciturno que não falou mais de 10 palavras na última ligação, quantidade suficiente para garantir que estava saudável e a minha sobrinha que prometeu estudar enquanto eu não consigo voltar para a minha casa no interior do Paraguai, sem eles não estaria aqui.

Academicamente falando agradeço as experiências ruins, aos pacientes – não pacientes – que reclamavam que não estavam sendo atendidos – queixa, cefaleia – enquanto corríamos pelo pronto socorro respiratório procurando o médico porque o paciente entrou em parada cardiorrespiratória, as mãos de familiares que apertaram as minhas agradecendo por ter explicado o quadro do ente querido, os sorrisos de pessoas que já não lembro o nome quando receberam alta, ao motorista de caminhão que me falou que já iria desistir, que não aguentava mais minutos antes de entrar em parada cardiorrespiratória e infelizmente não voltar. Aos colegas que tiveram paciência para me ajudar, explicar e fazer a vida mais leve enquanto bebíamos café

na copa esperando o sol nascer, aos residentes que escutaram com atenção quando passava o caso e com tato corrigiram os meus erros e as vezes que acertava - porque não somente de erros vive o interno- me olhavam aos olhos e davam um olhar de “não desanime, continue firme” e a professora Flavia por sempre frisar que a nossa saúde é a prioridade e estar ao alcance de um telefonema/mensagem para que não nos sintamos tão perdidos em meio desta crise mundial, para ela não fui apenas “mão de obra barata”, eu tive nome e sobrenome. Definitivamente 2020 foi um ano onde eu escolhi agradecer por ter tido a chance de sobreviver e conseguir escrever este trabalho e por você que está entre os vivos lendo as memórias de uma interna no meio deste *unboxing* da caixa de pandora.

*No meio do inverno aprendi finalmente que havia em
mim um verão invencível.*

Albert Camus – “Retour a Tipasa” (1952)

FRANCO, María De Jesús. **Memórias de uma interna cenário crise sanitária e humanitária covid-19:** no contexto urgência e emergência hospitalar 2020. 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

A abordagem deste trabalho de conclusão do curso é relatar as memórias de uma interna no cenário de crise sanitária e humanitária COVID-19 que colocou a comunidade acadêmica da UNILA dentro de um grande desafio continuar com o ensino e participar da linha de frente ao combate do COVID-19 desde a central telefônica, passando pela triagem e o pronto socorro respiratório que mais parecia os corredores da faculdade de medicina, médicos que se formaram na turma um tendo como internos os alunos da turma dois e três, plantões de 12 horas, ponte da amizade fechada. O principal objetivo deste trabalho se baseia no desenvolvimento teórico pessoal do manejo de situações de urgência e emergência de uma médica em formação, com base na aprendizagem obtida mediante videoaulas, leitura de livros e artigos científicos, protocolos e discussão dos casos com os médicos plantonistas e levar este compilado de informações ao melhor cenário de prática o mundo real. Isto inclui críticas e avaliações do âmbito da saúde da cidade de Foz do Iguaçu, o manejo de situações jamais vivenciadas previamente inerentes ao período de pandemia.

Palavras-Chave: Emergência, COVID-19, Coronavírus, Pandemia.

FRANCO, María De Jesús. **Memórias de uma interna cenário crise sanitária e humanitária covid-19:** no contexto urgência e emergência hospitalar 2020. 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

El enfoque de este trabajo de fin de curso es relatar las memorias de un pasante en el escenario de la crisis sanitaria y humanitaria COVID-19 que colocó a la comunidad académica de la UNILA dentro de un gran desafío para continuar con la docencia y participar en la primera línea de combate de la COVID-19 desde el *call center*, pasando por el triage y la sala de emergencias respiratorias que parecían más bien los pasillos de la facultad de medicina, los médicos egresados de la clase uno teniendo como pasantes a los estudiantes de la clase dos y tres, turnos de 12 horas, puente de amistad cerrado. El objetivo principal de este trabajo se basa en el desarrollo teórico personal del manejo de las situaciones de urgencia y emergencia para un médico en formación, a partir del aprendizaje obtenido a través de videoclases, lectura de libros y artículos científicos, protocolos y discusión de casos con los médicos de guardia y llevando esta recopilación de información al escenario de la mejor práctica: el mundo real. Esto incluye la crítica y la evaluación del área de salud de la ciudad de Foz do Iguazú, la gestión de situaciones nunca antes experimentadas inherentes al período pandémico.

Palabras clave: Emergencia, COVID-19, Coronavirus, Pandemia.

FRANCO, María De Jesús. **Memórias de uma interna cenário crise sanitária e humanitária covid-19:** no contexto urgência e emergência hospitalar 2020. 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

The approach of this end-of-course paper is to relate the memories of an intern in the scenario of health and humanitarian crisis COVID-19 that placed the academic community of UNILA within a great challenge to continue with teaching and participate in the front line of the fight against COVID-19 from the call center, through triage and the respiratory emergency room that seemed more like the corridors of medical school, doctors who graduated in class one having as interns the students from class two and three, 12-hour shifts, closed friendship bridge. The main objective of this work is based on the personal theoretical development of the management of urgency and emergency situations for a doctor in training, based on the learning obtained through video classes, reading books and scientific articles, protocols and discussion of cases with the on-duty physicians and taking this compilation of information to the best practice scenario - the real world. This includes critiques and evaluations of the health field in the city of Foz do Iguaçu, the management of situations never previously experienced inherent to the pandemic period.

Key-words: Emergency, COVID-19, Coronavirus, Pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. <i>Fonte:</i> Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.	6
Figura 2. <i>Fonte:</i> Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.	11
Figura 3. <i>Fonte:</i> Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.	18
Figura 4. <i>Fonte:</i> Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.	19
Figura 5. Fluxograma criado pelo serviço de epidemiologia do HMPGL.	21
Figura 6. <i>Fonte:</i> própria.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACV	Aparato Cardiovascular
AP	Aparato Pulmonar
ATI	Acidente Transitório Isquêmico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BPM	Batimentos Por Minuto
ECG	Eletrocardiograma
FA	Fibrilação Atrial
HB	Hemoglobina
HDA	História Da Doença Atual
HF	Histórico Familiar
HGT	Hemogluco-teste
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica Pgressa
HS	Histórico Social
HT	Hematócrito
ID	Identificação
mmHg	Milímetros De Mercúrio
MMII	Membros Inferiores
NIHSS	National Institutes Of Health Stroke Scale
PA	Pressão Arterial
QP	Queixa Principal
RHA	Ruídos Hidroaéreos
SAMU	Serviço De Atendimento Móvel De Urgência
SAT	Saturação
SIATE	Serviço Integrado De Atendimento Ao Trauma Em Emergência
SIC	Segundo Informações Colhidas
SSVV	Sinais Vitais
TC	Tomografia Computorizada
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TRC	Tempo De Reenchimento Capilar

TVP Trombose Venosa Profunda
UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	CASOS CLINICOS.....	2
2. 1	Pronto Socorro Clinico – HMPGL.....	2
2. 2	Caso Clinico 1	3
2. 2. 1	Acidente Vascular Encefálico ou conhecido popularmente como Acidente vascular cerebral (AVC):	5
2. 2. 2	Os principais mecanismos do AVCI e do ATI são:	5
2. 2. 3	Seguindo o fluxo do algoritmo, foi feito o ABCD pelo serviço pré-hospitalar, o SAMU:.....	6
2. 2. 4	Sinais e Sintomas de AVC:	8
2. 2. 5	Onde está o problema?	9
2. 2. 6	A oclusão da artéria cerebral anterior	9
2. 2. 7	A oclusão da artéria cerebral média.....	9
2. 2. 8	A região posterior e o aumento na complexidade do diagnostico	10
2. 2. 9	Resultado de exames laboratoriais	10
2. 2. 10	Tratamento	10
	Trombólise.....	12
	Considerações	13
	Caso Clinico 2	15
	Pronto Socorro Geral	15
	Trombose Venosa em Membros Superiores.....	16
	Classificação	17
	Clinica	17
	Critérios de WELLS.....	18
	Auxilio no diagnóstico de TVP.....	19
	Tratamento	19
	Anticoagulante parenteral	20
	Trombólise.....	20
	Riscos	20
	Caso Clinico 3	21
	Resultado de Exames Laboratoriais:.....	23
	Considerações	23
	Suplementação de O2.....	23

Dexametasona	24
Estudo Recovery	24
Procedimentos realizados	24
Não irei à fonte com muita sede – Reanimação cardiopulmonar	25
Peppa Ping salvou o dia – Suturas	26
Não era o momento de morrer – Sonda Nasogástrica	27
Corredores do Hospital e os professores – Traqueostomia	28
Limpando as janelas da alma – remoção de corpo estranho do olho	28
Cenários frequentados	28
Triagem	28
PS GERAL	29
PS RESPIRATORIO	29
UTI COVID	29
Memórias de uma interna, versão pandemia	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	33
Anexo A.....	33

1 INTRODUÇÃO

Urgência e Emergência é o modulo que forma parte da malha curricular do Internato, foi criado de uma forma que consiga guiar o crescimento do acadêmico dentro da medicina de emergência, sendo assim esta etapa uma das mais decisivas dentro da formação médica, já que o estudante é inserido no melhor cenário de prática: o mundo real. Pelas particularidades inerentes a um período de crise humanitária e sanitária como é a pandemia dentro do trabalho é abordado o manejo de pacientes portadores do SARS COV-2. O início da nossa introdução na linha de frente ao combate do COVID-19 foi no atendimento na central telefônica, seguido pelo pronto socorro respiratório, a unidade de pronto socorro clinico e unidade de pronto atendimento Walter por um período de 15 semanas.

Com o objetivo descrito, neste relatório estarei plasmando minha passagem no modulo desde a aprendizagem teórico práticas até as experiências. Ineri alguns casos clínicos observados nos cenários de aprendizagem com a revisão de literatura correspondente.

Finalmente este copilado de páginas é um registro do das vivencias, o caminho trilhado durante um ano como o de 2020, a minha maturação dentro da área medica, as incertezas, a curiosidade pelo novo e o caminho da perseverança rumo a meta. Será no futuro um atalho ao passado, um momento onde eu escolhi ser parte junto aos meus colegas e professores do modulo da linha de frente, um ano que com certeza foi desafiador na vida de todos nós.

2 CASOS CLINICOS

2. 1 Pronto Socorro Clinico – HMPGL

O pronto socorro clinico, um local que foi aberto para os internos no transcurso do modulo de urgência e emergência, edição especial “pandemia”, um lugar com horário de funcionamento 24 horas é uma unidade de atendimento referenciado, regulado pelo SIATE e SAMU. Como a própria semântica no nome do estabelecimento faz inferir que o critério de encaminhamento é: Maior gravidade – situação que não necessariamente é respeitada, presenciei pacientes que estavam em ótimas condições chegando via SAMU com uma história florida totalmente maquiada que não condizia com a situação real do paciente, me deixando como ensinamento que antes de descer da ambulância em meu plantão o paciente será visto por mim - e os referenciados.

Mas quem pode ser encaminhado? A lista é ampla, não é referência à toa! De uma forma sucinta citando a informação do documento emitido pelo comitê Municipal de Urgência e Emergência 2020 na reformulação da rede de atenção as urgências conforme portaria do Ministério da Saúde Nº 1.600, de 07 de julho de 2011.

- Pacientes de cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilo, cirurgia vascular, complicações cirúrgicas do HMPGL, exemplo: Pacientes com choque hemorrágico, pacientes com queimaduras de segundo e terceiro grau com mais de 10% da superfície corporal;
- Pacientes de ortopedia exemplo: Traumas ortopédicos moderados e graves, fraturas e luxações;
- Pacientes de emergência clinica exemplo: Pacientes com suspeita de AVE (Isquêmico ou hemorrágico), intoxicações exógenas graves, paciente vítima de acidentes com animais peçonhentos com indicação de soroterapia;
- Pacientes da Neurocirurgia (adulto e pediátrico) exemplo: Traumatismos cranianos, AVE hemorrágico
- Pacientes de Oftalmologia exemplo: Trauma Ocular Grave – cirúrgico-, suspeita de glaucoma agudo.
- Pacientes de Psiquiatria exemplo: Pacientes em surto psicótico, suicidas, ideação suicida e tentativa de suicídio, além de intoxicação etílica grave.
- Incidentes com múltiplas vítimas – Plano de ação-.

Com uma ampla possibilidade de casos chegando, para treinar raciocínio clínico perto das 10:15 am, um dos residentes avisa aos internos que tem um caso interessante sendo referenciado pelo SAMU, o exame físico é mais detalhado e aconselhou que olhemos a escala de NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*).

2. 2 Caso Clínico 1

ID:

Adulta, feminina, branca, de 50 anos, natural de Foz do Iguaçu. Aposentada por valvulopatia? (SIC).

QP:

Fala enrolada e fraqueza do braço direito

HDA:

A paciente apresentou quadro súbito de disartria, sem pródromo, por volta das 08:00. Nega alterações visuais, tonturas, parestia, náusea, vômito, perda de equilíbrio, perda de consciência e trauma. Evoluiu com parestia do membro superior direito e dificuldade para deambular, com relato de fraqueza súbita dos membros, afasia de Broca? (“abolição da fala segundo o prontuário do SAMU”). Foi translada via SAMU para o nosso serviço com história de que a paciente estava consciente, orientada com hemiparesia a disartria e desvio da rima, eupneica, normocárdica, hipertensa (170/70 mmHg) com HGT 118 mg/dl. Nega AVC prévio, sendo este o primeiro episódio. Chega ao serviço de maca, porém mexendo os 4 membros.

HPP/ Comorbidades:

Arritmia (FA aos 28 anos). Troca de válvula mitral em 2019 por apresentar cansaço e tosse (SIC). Febre reumática, sem acometimento renal (descoberto aos 15 anos, uso benzetacil até 21-22 anos). Laquiadura (há 8 anos).

HF

Filho Diabetes mellitus;

Avô paterno faleceu por Acidente vascular encefálico.

HS

Nega uso de drogas, etilismo e tabagismo. Alergia a Plasil.

Exame Físico

REG, confusa, orientada em tempo e espaço. Afebril, normocorada, anictérica, acianótica, hidratada, eupneica em ar ambiente. Hirsutismo.

SSVV: 62 BPM, 139/81 mmHg, Sat O2 96%, 20 irpm, HGT: 101 mg/dL.

Neuro: GCS 13 (O3V4M6), NIHSS (15:25) 3 pontos. Pupilas isocóricas e isofotorregentes. Hipoestesia dos membros do hemicorpo D em comparação ao E. Sensibilidade tátil preservada. Reflexos patelares +2. Leve desvio de rima à E. MRC 5 nos membros superiores, inclusive as mãos. MRC 5 nos pés. MRC 3 nos dois MMII. Babinski ausente.

ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo regular, com presença de estalido? Em todos os focos. TREC < 3s.

AP: MV+, sem presença de ruídos adventícios, expansibilidade pulmonar preservada bilateralmente, sem sinais de esforço respiratório.

ABD: Globoso pela adiposidade, RHA+, percussão timpânica, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonismo.

MMII: Edema +/-4. Pulsos pediosos presentes, mas diminuído em MIE em comparação ao direito.

Diagnóstico Sindrômico

- Déficit motor a esclarecer.

Diagnóstico Diferencial

- Acidente Vascular encefálico de etiologia isquêmica;
- Acidente Vascular Encefálico de etiologia Hemorrágica;
- Acidente Isquêmico Transitório.

Conduta:

- Solicito exames de admissão + exames de rotina (exames laboratoriais, ECG e Rx de tórax Postero Anterior + Perfil);
- Solicito avaliação de neuro;
- Prescrevo clopidogrel 75 mg/dia + AAS 300 mg de ataque + Sinvastatina 40 mg/noite;
- Solicito Ecocardiograma, Eco carótidas e vertebrais, TC crânio;
- Liberar dieta se tolerar;
- Prescrevo sintomático;
- Profilaxia gástrica;
- Vigiar padrão respiratório, hemodinâmico e neurológico.
- Ponderar solicitar TC de controle as 48 horas, caso não exista melhora do déficit neurológico.

2. 2. 1 Acidente Vascular Encefálico ou conhecido popularmente como Acidente vascular cerebral (AVC):

É a primeira causa de morte no Brasil e a maior causa incapacitante em adultos, discreto predomínio em homens, 2/3 em maiores de 65 anos de idade. A epidemiologia não mente, foi um dos casos mais prevalentes que chegaram nos plantões que tive a chance de participar, a ação rápida dos familiares foi um dos favores primordiais para proceder com uma terapêutica ou outra.

Classicamente chamados os quadros de déficit neurológico de instalação súbita ou progressão acelerada, sem outra causa aparente que não vascular e que dure por mais de 24 horas com exceção nos casos de morte (HERTON *et al.* 2017). O tempo de permanência é delimitado por mais de 24 horas, para conseguir diferenciar os AVCs do ataque isquêmico transitório (AIT), que apresenta sintomas similares, porem em até 24 horas o quadro é revertido (ZIVIN, 2011).

2. 2. 2 Os principais mecanismos do AVCI e do ATI são:

- Trombose de grandes vasos: está especialmente relacionada à doença aterosclerótica. Isso ocorre principalmente em indivíduos com fatores de risco para aterosclerose, como hipertensão arterial, diabetes melito, dislipidemias e tabagismo.
- Cardioembolismo: miocardiopatias, valvopatias e arritmias, causando uma oclusão vascular súbita por embolia, de toda a mais frequente é a fibrilação auricular (possível mecanismo relacionado ao quadro).
- Trombose de pequenas artérias: relaciona-se a pequenos infartos na profundidade dos hemisférios cerebrais ou do tronco encefálico, causados por oclusão de uma pequena artéria perfurante. Ocorre mais comumente em doentes hipertensos e diabéticos. Nesses a cavitação resultante do infarto profundo recebe o nome de lacuna.
- Outros mecanismos: nesse grupo encontram-se causas menos frequentes como as arterites, os estados hipercoaguláveis (ou trombofilias), as dissecações arteriais cervicais e outras.

Aproximadamente 87% de todos os acidentes vasculares encefálicos são de origem isquêmica, causados pela oclusão de um vaso cerebral. Aproximadamente 13% deles são acidentes vasculares hemorrágicos, causados pela ruptura de um vaso sanguíneo no parênquima

do cérebro ou no espaço subaracnoide (WALL *et al.* 2019).

Todo déficit neurológico agudo deve ser visto como um ACVI até prova o contrário, ao chegar ao departamento de emergência imediatamente realizar uma glicemia capilar, colher os exames gerais e realizar uma TC de crânio urgente. (HERTON *et al.* 2017).

O livro Medicina de Emergência da USP, abordagem pratica na sua 12^o edição apresenta um algoritmo para ajudar a organizar o raciocínio no menor tempo possível, porque como já dizia o professor Elton alguns semestres atrás: em casos como este cérebro é tempo.

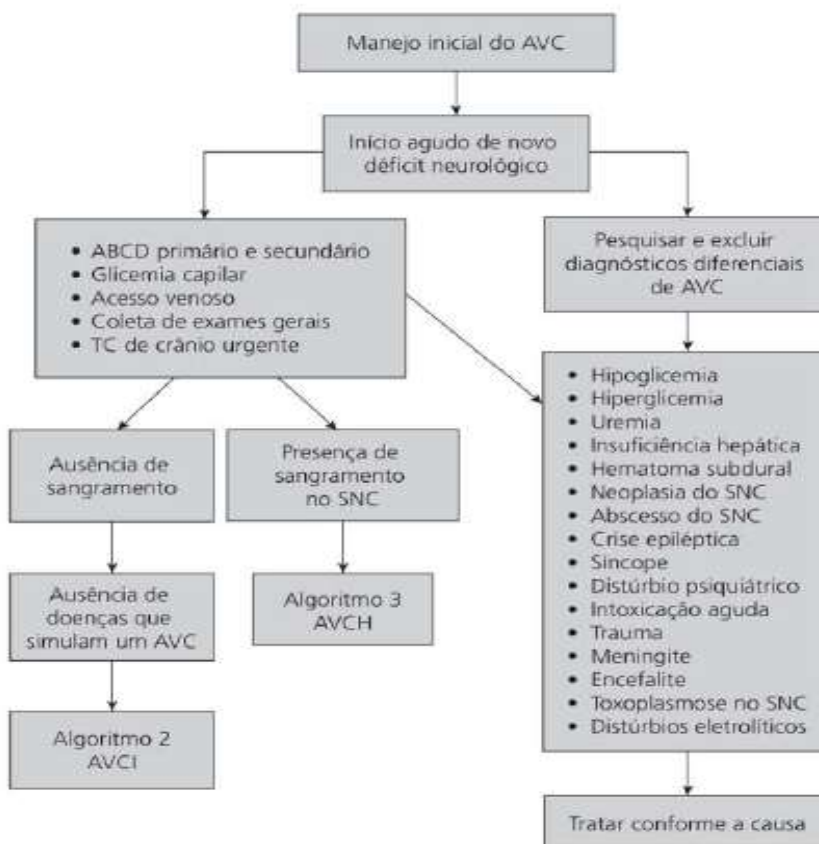


Figura 1. Fonte: Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12^o edição.

2. 2. 3 Seguindo o fluxo do algoritmo, foi feito o ABCD pelo serviço pré-hospitalar, o SAMU:

- **A** vias aéreas
- **B** Respiração

- **C** Circulação
- **D** Avaliação neurológica.

Como ganhamos cenários de prática, como o pronto socorro respiratório, infelizmente também perdemos cenários de prática, na vida é assim ganhamos e perdemos o motivo foi totalmente plausível, falta de Equipamento de proteção individual em meio a uma crise mundial sanitária e o curso de medicina sempre prezou acima de tudo a segurança dos alunos, para não perder a prática aproveitando que o livro traz este trecho, relembrar:

Em pacientes que são atendidos em local extra hospitalar é necessário avaliar a cena para afastar possíveis causas de risco. A segurança do socorrista e da equipe deve ser preservada – para trazer uma paciente com hemiparesia do domicílio é diferente que trazer um paciente vítima de acidente de trânsito jogado no meio da rua, porém como estou cada vez mais próxima do dia da formatura eu acredito que o “óbvio para muitos” pode ser esquecido e já que está sendo feita a revisão do algoritmo, é melhor fazer o exercício completo. Em momentos de CORONA a segurança da equipe é colocar máscara cirúrgica no paciente e conferir que todos os colegas da equipe utilizem de forma correta o equipamento de proteção individual. Uma vez que todos estão paramentados abordar a paciente que não tem histórico de trauma e não foi necessário estar preocupados pela cervical para uma possível estabilização, após a apresentação e o começo da anamnese ao formular as primeiras perguntas e está respondendo já sabemos que as vias aéreas encontram-se pervias e um examinador atento ao que faz já irá perceber o desvio da rima a esquerda. A respiração, realizar a inspeção, palpação, ausculta e percussão, nada digno de nota foi encontrado, segundo o prontuário fornecido pela equipe pré-hospitalar. Na circulação identificar um possível choque e manter a circulação avaliando 4 parâmetros: pele, pulso, perfusão e hemorragias (sangramentos externos, porque convenhamos que se fosse um AVC hemorrágico, sem a TC de crânio não iríamos saber). Os 4 parâmetros se apresentaram de forma inocente. Durante a avaliação neurológica na escala de coma de Glasgow no pré-hospitalar estava com 14 (Abertura ocular 4 – espontânea-, resposta verbal 4 – confusa – e a resposta motora 6), porém quando foi reavaliada dentro do HMPGL a encontramos com um Glasgow de 13 (Abertura ocular 3 -ao estímulo sonoro-, resposta verbal 4 – confusa- e a resposta

motora 6 – obedecendo comandos do lado do corpo que não se encontrada hemiparético).

Os colegas da enfermagem fizeram a coleta da glicemia capilar que estava 101mg/dL afastando os diagnósticos de hipoglicemia e hiperglicemia e enquanto o plantonista providenciava o necessário para que seja feita uma **tomografia de crânio computadorizada sem contraste de urgência, o laudo da imagem**: Sulcos e fissuras cerebrais sem anormalidades. Parênquima cerebral com morfologia e densidades habituais. Tronco cerebral e cerebelo sem alterações. Cisternas de base preservadas. Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Ausência de coleções intra ou extra-axiais. Estudo tomográfico do crânio sem alterações significativas, afastamos o diagnóstico de acidente vascular hemorrágico, do hematoma subdural que aliem de não apresentar imagem sugestiva nem clinica sugestiva ou da presença de alguma massa que faça efeito de massa e que relacionemos com alguma neoplasia do sistema nervoso central. A paciente não possui histórico de trauma, nem sintomas como febre, cefaleia, vômitos, rigidez de nuca, convulsões, petéquias, nem sinais de irritação das meninges: Kerning, Brudzinski ambos negativos nos afasta da hipótese de meningite.

2. 2. 4 Sinais e Sintomas de AVC:

Podem aparecer subitamente e sem aviso ou podem ter um início titubeante e insidioso. A interrupção do fluxo de um dos ramos vasculares mais importantes da circulação cerebral vai ocasionar alterações fisiológicas na área anatômica do cérebro suprida por esse vaso sanguíneo (ROSEN, 2019). O AVCi apresenta sinais e sintomas variados, de acordo com área afetada, sendo unilaterais e contralaterais a lesão. Podem estar presentes com (VERAS, 2014).

- Fraqueza muscular;
- Ataxia;
- Déficit Sensorial;
- Negligencia;
- Disartria;
- Hemianopsia;
- Desvio da rima bucal;
- Rebaixamento do nível de consciência.

Os acidentes vasculares encefálicos isquêmicos podem ser classificados como acidentes vasculares da circulação anterior ou da circulação posterior, dependendo dos vasos envolvidos. Além do suprimento envolvido, podem ser descritos pela escala temporal de manifestação de seus déficits neurológicos.

Em “evolução” se caracteriza pelo acidente vascular em que os déficits neurológicos focais se agravam no decorrer de um período de minutos a horas. Aproximadamente 20% da circulação anterior e 40% da posterior. Fato interessante os da circulação anterior podem evoluir até nas primeiras 24 horas, enquanto os posteriores podem progredir por até 3 dias – usando o macete para lembrar Anterior evolui Antes e Posterior Posteriormente-. Uma tentativa de explicar o motivo é um trombo que “caminha”, progride.

2. 2. 5 Onde está o problema?

O livro Rosen explica da seguinte maneira: Na circulação anterior, que envolve de forma variável e predominante a artéria carótida, a cerebral anterior e a cerebral media, o quadro clínico de forma inicial raramente inclui a perda total da consciência, a não ser que a lesão ocorra no hemisfério cerebral não afetado anteriormente de um paciente que já teve um acidente vascular encefálico contralateral.

2. 2. 6 A oclusão da artéria cerebral anterior

Afeta principalmente a função do lobo frontal. Apresenta alterações da atividade mental em associação a distúrbios do juízo crítico e da percepção, bem como a presença de reflexos primitivos de preensão e de sucção ao exame físico, incontinência intestinal e vesical podem ser características, paralisia e a hiperestesia do membro do lado oposto a lesão. A fraqueza da perna é mais acentuada que aquela do braço em acidentes vasculares na distribuição da artéria cerebral anterior. Podem-se notar apraxia ou marcha ceifante.

2. 2. 7 A oclusão da artéria cerebral média

Distúrbios motores e sensoriais acentuados são as características típicas da oclusão da artéria cerebral media. Eles ocorrem do lado do corpo contralateral ao lado da lesão e são geralmente piores no braço e na face que na perna. Esses distúrbios podem envolver apenas parte de um membro ou da face, mas se acompanham quase sempre de parestesia na mesma região da perda motora. Uma hemianopsia, ou amaurose em metade do campo visual, ocorre ipsilateralmente a lesão é comum as

agnosia, ou a incapacidade de reconhecer objetos anteriormente conhecidos e a afasia pode estar presente se a lesão se der no hemisferiodominante. Interessante e que com frequência os pacientes apresentam uma preferência em olhar em direção ao hemisfério afetado, devido a alteração dos centros corticais laterais do olhar. **Os sintomas que mais enquadram com os que achamos no caso clínico.**

2. 2. 8 A região posterior e o aumento na complexidade do diagnóstico

Os sintomas da região vertebrobasilar refletem déficits de nervos cranianos, cerebelar e de tratos neurossensoriais. O tronco encefálico contém igualmente o sistema reticular ativador ascendente que é responsável pela mediação da consciência e dos centros de vômito, podem ter perda da consciência e com frequência tem náuseas e vômitos. **A artéria cerebral posterior** supre partes dos lobos parietal e occipital, de modo que a visão e o processamento dos pensamentos se alteram.

Artéria vertebrovascular: Vertigem, síncope, diplopia, defeitos do campo visual, fraqueza, paralisia, disartria, disfagia, espasticidade, ataxia ou nistagmo.

2. 2. 9 Resultado de exames laboratoriais

KPTT: 29,6 **RNI: 2,00** Hb: 11,60 Ht: 34.80 Leuco:7.750 Batone: 0% Plaque: 255.000 Ureia: 35 Creatinina: 0.60 Na: 143 K: 4,8. Gasometria: Sem alterações. Glicose: 107 mg/dl, Magnésio: 2,0.

2. 2. 10 Tratamento

Suporte Clínico

- Garantir a permeabilidade das vias aéreas, a paciente do quadro apresentava vias aéreas pérvias. Sem necessidade de oxigênio suplementar – que deve ser usado nos doentes com hipoxemia, com saturação de O₂ abaixo de 95% na oximetria de pulso.
- Posicionamento do paciente, cabeceira 30 graus.
- Hidratação adequada.
- Correção de distúrbios metabólicos: Os exames laboratoriais não apontam a necessidade de correção de algum distúrbio metabólico na paciente do caso.
- Correção da hipertermia:

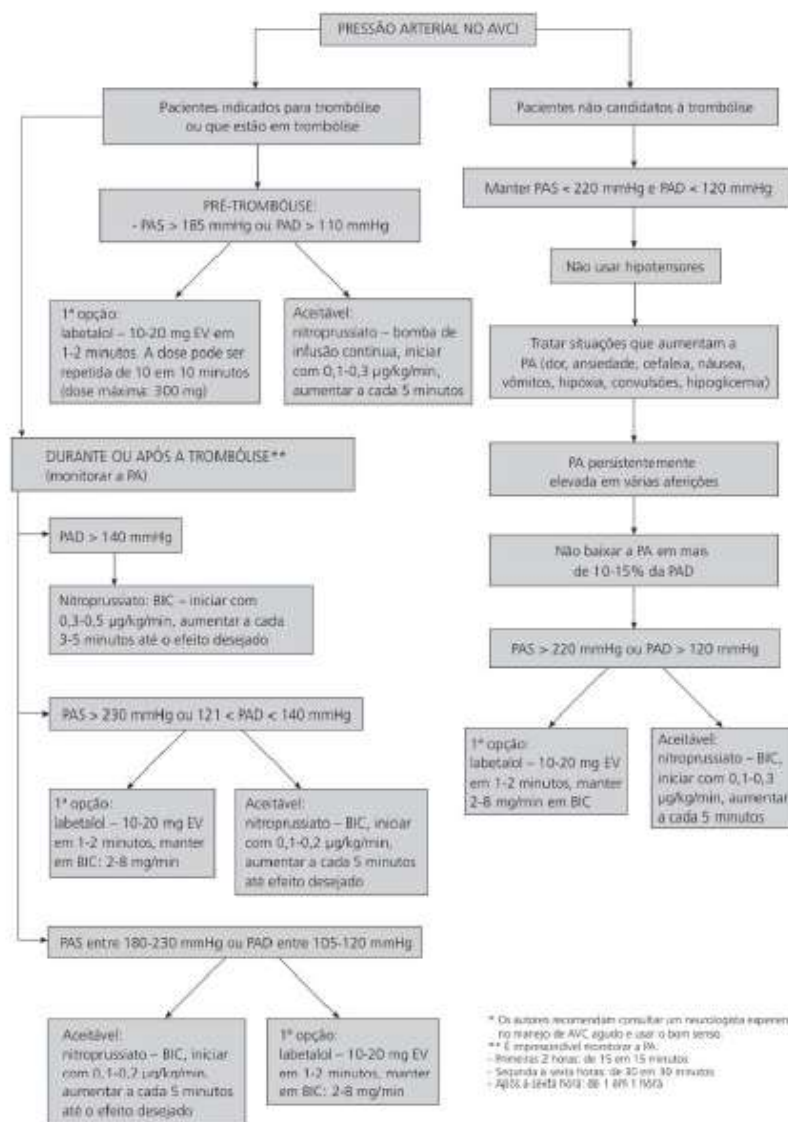


Figura 2. Fonte: Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12ª edição

Comentários: Na fase aguda do AVCi é frequente observar um aumento da pressão arterial em razão de uma reação endócrina desencadeada a partir do evento isquêmico, aumentam os níveis séricos de cortisol, ACTH e catecolaminas, isso se mantém por alguns dias após o ictus e de forma geral contribui para a manutenção de uma pressão de perfusão cerebral menos nociva a zona de penumbra. Na literatura a maioria dos autores recomenda que a pressão **não seja tratada exceto em situações extremas relacionadas a emergências hipertensivas, como encefalopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença renal, dissecação e nos pacientes com ACVI e pressão diastólica acima de 120 mmHg ou pressão sistólica acima de 220mmHg.** Temos que ficar atentos

na fase aguda da hipertensão os autores frisam o período durante e nas 24 hs imediatamente **após o tratamento trombolítico** (que veremos mais abaixo) neste caso **a PA deve ser mantida rigorosamente abaixo de 185/110 mmHg**. Deve haver preferência por agentes parenterais e que exerçam pouco efeito sobre os vasos cerebrais, **como os Bloqueadores**. Em situações críticas, pode ser usado o nitroprussiato de sódio – sem desconsiderar que pode levar ao aumento da pressão intracraniana-. Outros autores sugerem o metoprolol ou esmolol.

Segundo a literatura procurando ser prudentes, deixar os pacientes em jejum oral durante 24hs, especialmente em pacientes sonolentos, porem na pratica clínica, observei os médicos deixando os pacientes com dieta liberada sempre e quando era tolerada.

- Profilaxia de proteção gástrica: Ranitidina 50 mg inj (amp. c/ 2ml) – Aspirar 2 ml em 100 ml. Administrar 102 ml em 15 min 8/8 hs IV.

Trombólise

Uma vez feito o diagnóstico de AVCi, levantar o seguinte questionamento: **O paciente tem critério para receber tratamento trombolítico?**

A primeira palavra que irá a aflorar na mente será: **tempo**, se o tempo de evolução do quadro neurológico **não deve ultrapassar o limite de 4.5 horas até o início da infusão do agente.** Além disso mais pontos devem ser tidos em consideração antes para saber se o paciente é realmente candidato a fazer trombólise.

Crítérios de Inclusão para trombólise intravenosa;

- Idade acima de dezoito anos;
- Diagnostico clinico de AVCi;
- Déficit neurológico de intensidade significativa;
- Evolução menor que 4,5 horas antes do início da infusão do trombolítico;
- Tomografia de crânio sem evidencias de hemorragia.

Crítérios de Exclusão para trombólise intravenosa

- Anticoagulação oral e **tempo de protrombina maior a 15 segundos , INR maior a 1.7.**
- História ou sinais de hepatopatia e atividade de protrombina menor que 50%;
- Uso de heparina nas últimas 48 horas e tempo de trombolastina parcial prolongado;

- Contagem de plaquetas menor a 100.000/mm³;
- Apresentação clínica sugestiva de hemorragia subaracnóidea, mesmo com tomografia de crânio normal;
- Nos últimos três meses: cirurgia em sistema nervoso central, grave traumatismo crânio encefálico ou acidente vascular isquêmico transitório;
- Punção arterial recente (sete dias) em uma região não compressível;
- Punção líquórica recente (sete dias);
- Persistência de pressão arterial sistólica maior a 180 mmHg ou pressão arterial diastólica maior a 105mmHg, ou necessidade continuada de medidas agressivas para reduzir a pressão arterial;
- Melhora rápida dos sinais neurológicos (completa ou quase completa);
- Discretos sinais neurológicos isolados, como ataxia isolada, alteração sensitiva isolada, disartria isolada ou fraqueza mínima;
- Conhecida malformação vascular, aneurisma ou neoplasia do sistema nervoso central;
- Sangramento interno ativo (exceto menstruação);
- Sangramento urinário ou gastrointestinal nos últimos 21 dias (critério considerado relativo);
- Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias (critério considerado relativo);
- Infarto agudo do miocárdio nos últimos 3 meses (critério considerado relativo);
- Pericardite pós Infarto agudo do miocárdio;
- Glicemia capilar menor que 50 mg/dL ou maior que 400 mg/dL (critério considerado relativo);
- Crises convulsivas no início do AVCI (critério considerado relativo).

Considerações

Estar dentro da “janela de tempo” de 4,5 horas era apenas o início, infelizmente a nossa paciente cumpriu um dos critérios de exclusão para a trombólise intravenosa, o **RNI é maior a 1,7, tirando a chance de oferecermos está terapêutica.**

O que resta oferecer é o **antiagregante plaquetário**, a aspirina apresenta benefício na fase aguda do AVCI, quando usada nas primeiras 48 horas do evento. A **dose inicial recomendada é 325 mg/dia. Se hipoteticamente a paciente tivesse sido alérgica ao AAS podemos utilizar clopidogrel 75 mg/dia.**

Caso a paciente cumprisse os critérios necessários para a trombólise seria feito da seguinte maneira: a administração intravenosa do **RT- PA na dose de 0,9 mg/kg (dose máxima 90 mg) em período de 60 minutos, sendo 10% da dose administrada em bolus durante um minuto.**

Não devem ser administrados anticoagulantes ou antiagregantes nas primeiras 24 horas após o procedimento trombolítico. (IMPORTANTE). Toda a equipe deve estar atenta ao paciente, em razão de possíveis complicações hemorrágicas. As **convulsões** podem fazer ato de presença em aproximadamente 10%, não há indicação de uso profilático de anticonvulsivantes, **indicação em casos de tratamento preventivo da recorrência das crises.**

O **edema cerebral** pode atingir o seu auge entre o segundo e o quinto dia, tratamentos como hipertensão, uso de diuréticos osmóticos, manitol e barbitúricos ou o benefício da hipotermia induzida, não temos indicação para uso de corticoides. Craniectomia descompressiva pode ser indicada em casos extensos com desvio do IV ventrículo ou hidrocefalia obstrutiva e nos infartos hemisféricos com rebaixamento do nível de consciência antes de surgirem sinais incipientes de herniação transtentorial.

Transformação hemorrágica complicação frequente observada especialmente pela ressonância magnética, felizmente a minoria apresenta transformação hemorrágica sintomática ou grandes hematomas que requeiram mudança de condutas. O uso de trombolíticos aumenta significativamente a incidência de transformação hemorrágica, algumas vezes precisando de neurocirurgia de urgência.

Uma ferramenta indispensável à beira do leito, a escala de NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale Anexo A*)

Rápido, útil para quantificar os déficits neurológicos em pacientes apresentando um acidente vascular encefálico e pode ser utilizada para determinar opções de tratamento. É incrível como os escores de NIHSS se correlacionam bem com a quantidade de tecido infartado, podendo identificar pacientes que são candidatos apropriados a terapia fibrinolítica, assim como aqueles com risco aumentado de hemorragia, embora infelizmente seja possível que pacientes com escore zero apresentem acidentes vasculares encefálicos incapacitantes – ataxia do tronco grave.

O uso desta escala não se limita ao momento da primeira avaliação do paciente é utilizado para ajudar no prognóstico para a predição do desfecho do quadro.

Caso Clínico 2

Pronto Socorro Geral

Paciente que inicialmente procurou atendimento na UPA João Samek, estabelecimento que funciona 24 hs, local que presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando-os e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo em todos os casos a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade é o que consta no documento emitido pelo comitê Municipal de Urgência e Emergência 2020 na reformulação da rede de atenção às urgências conforme portaria do Ministério da Saúde Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Cumprindo essa normativa a UPA realizou a investigação e encaminhou para o HMPGL, tendo como objetivo a cirurgia vascular, local que é referência.

ID

Paciente do sexo feminino, 61 anos, brasileira, trabalhadora do lar.

QP

“Dor em Braço Esquerdo”.

HDA

Paciente relata que há 5 dias apresenta dor em membro superior esquerdo com piora progressiva alcançando intensidade 10/10 na escala de dor com quase nenhuma regressão após o uso de dipirona e mudança na coloração “ficando roxo” de ontem para hoje (SIC). Há 1 dia procurou atendimento na UPA João Samek onde ficou internada e hoje foi trazida a este estabelecimento via SAMU.

HPP

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Hipercolesterolemia;
- Neoplasia gástrica.

HF

Irmão com Hipertensão arterial sistêmica.

HS

Nega tabagismo;

Etilista social.

Medicações em Uso domiciliar

Losartana 50 mg 1 cp de 12/12 hs e Sinvastatina 25mg 1 cp a cada 24 hs. Nega alergia medicamentosa.

Objetivo

BEG, hidratada, anictérica, afebril, TREC maior a 3s.

SSVV: PA 120/60 mmHg, FC 78 Bpm, FR 20 Irpm, T 36 graus HGT 90 SatO2 97% em AA.

AR: Sem sinais de esforço respiratório, MVUA S RA.

ACV: RCR, BNF, sem sopros.

ABD: Globoso, depressível, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem presença de visceromegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal

MMSS e MMII: MSE frio, falanges cianóticas +++/++++, doloroso, edema depressível ++/++++, TEC > 3s.

MIE: frio, hallux cianótico +/-++++ TEC > 3s. MSD e MID nada digno de nota.

Neuro: Pupilas isocóricas, fotorreagentes, Glasgow 15, sem sinais focais, sem sinais de irritação das meninges.

Diagnostico Sindrômico

Vasculite?

Diagnostico Diferencial

- Trombose venosa profunda
- Hematomas
- Lesões musculares u osteomusculares
- Celulites
- Linfedema
- Gangrena.

Conduta

Solicito parecer do vascular.

Prescrevo Sintomáticos.

Solicito exames de admissão laboratoriais ECG e Rx de tórax PA e P.

Trombose Venosa em Membros Superiores

Corresponde aproximadamente a 10% de todas as trombozes venosas profundas (TVP) e se caracteriza pela aparição de um trombo em qualquer veia profunda no membro superior (Kucher N, 2011). A menor incidência de TVP dos membros superiores em relação à TVP dos membros inferiores estaria relacionada às poucas ou pequenas válvulas presentes em veias e maior mobilidade dos membros superiores, menor pressão hidrostática e aumento da atividade fibrinolítica no endotélio (Saseedharan S, 2012). As TVP dos membros superiores se localizam preferencialmente no membro superior esquerdo, provavelmente por motivos anatômicos (Engelbeferger R, 2012). **Coincidindo com membro acometido da paciente do caso.**

Classificação

Primarias: Correspondem a 20% do total e podem ser divididas em idiopáticas e síndrome de PAGET- SCHROETTER – Uma trombose primaria da veia subclávia na união subclávio-axilar, que se produz pela compressão da veia subclávia ao atravessar pelo triangulo formado pelo músculo escaleno anterior, a primeira costela o tendão e os músculos subclávios (VELASCO M, *et al.* 2012). 75% são jovens, do sexo masculino, tem antecedente de ter realizado força e abdução, causada por micro-traumas repetidos em veia subclávia e estruturas circundantes, produzindo inflamação, hiperplasia da intima venosa e fibrose.

Secundaria: Correspondem a 80% do total. Estão relacionadas a um fator predisponente - classificam-se pela sua localização em proximal (trombose da veia axilar) e distal (trombose da veia braquial ou veias profundas mais distais). Os fatores de risco: cateteres venosos centrais e periféricos, neoplasias (câncer de pulmão, por exemplo) e metástases de primitivo desconhecido, idade maior a 65 anos, história de TVP, quimioterapia, radioterapia torácica, nutrição parenteral, tempo de permanencia do cateter, diâmetro do cateter, número de lúmenes, imobilidade do membro superior, obesidade, gravidez, uso de anticonceptivos orais, hiperestimulação ovariana, trombofilia positiva (Schleyer A, *et al.* 2014).

Clinica

No livro Rosen menciona dor e edema depressível uniteral no membro acometido, frequentemente a TVP produz sintomas sutis e inespecíficos, como uma sensação leve de câimbra ou de plenitude. Quando falamos de forma quantitativa sobre a frequência de sinais e sintomas:

1. Distensão venosa (membro superior, pescoço e tórax) 100%;
2. **Tumefação/edema do membro superior 80-93%;**
3. **Cianose 77%;**
4. **Dor relacionada com a movimentação 30% – 66%**
5. Eritema 15% (Grant, J *et al.* 2012).

A paciente apresenta os sintomas 2, 3 e 4 citados anteriormente, porem os achados clínicos de forma isolada podem nos levar a suspeitar, mas não podemos fechar um diagnóstico.

Sobre o exame laboratorial que muitos confundem como padrão o Dímero D (DD) não é recomendado no estudo de pacientes com suspeita de TVPMS por apresentar frequentemente condições associadas a DD elevado (câncer, cateter venoso central etc) Sensibilidade 100%, especificidade 14%.

Uma ferramenta utilizada a beira do leito **são os critérios de WELLS** para TVP.

Critérios de WELLS

Achado clínico	Pontuação
▪ Neoplasia ativa	1
▪ Paresia ou imobilização de extremidades	1
▪ Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia há menos de 4 semanas	1
▪ Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
▪ Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
▪ Diâmetro da região das panturrilhas 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
▪ Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
▪ Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
▪ Diagnóstico alternativo mais provável	-2

0 ponto: baixa probabilidade; 1-2 pontos: probabilidade intermediária; 3 ou mais pontos: alta probabilidade.

Figura 3. Fonte: Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.

O critério de Wells está desenhado para membros inferiores, devido que o acometimento nesta região por TEP é maior, eu adaptei no momento de avaliar para o membro superior e a paciente preencheu o score 3, com probabilidade intermediária. Seguindo então para o algoritmo.

Auxílio no diagnóstico de TVP

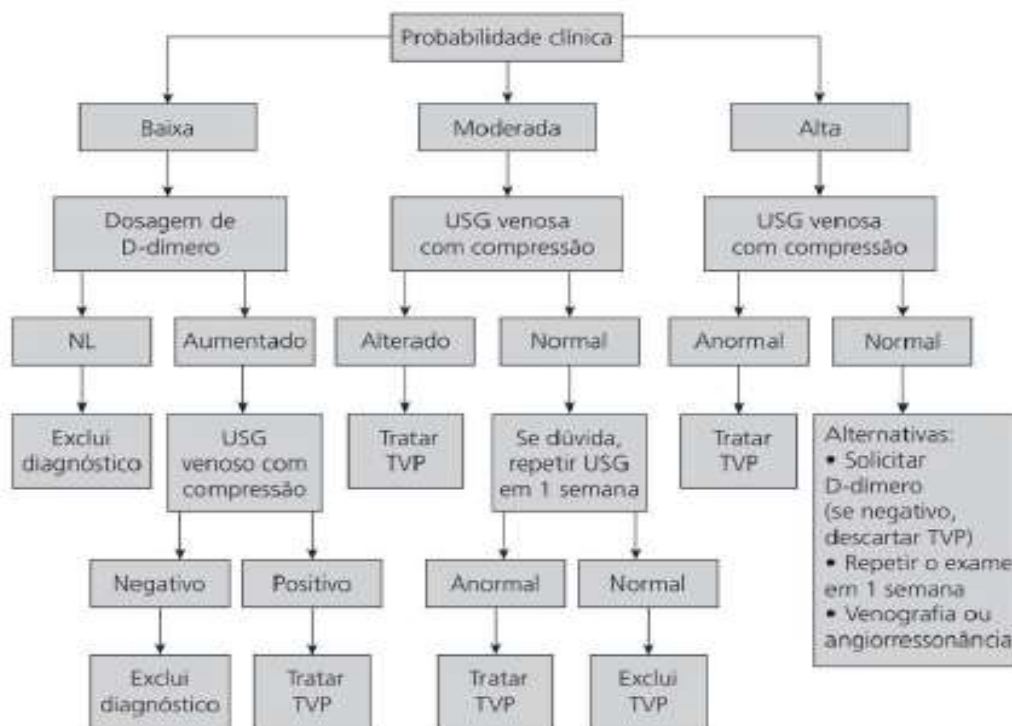


Figura 4. Fonte: Medicina de Emergência Abordagem Prática - 12º edição.

O próximo passo é proceder com uma **ultrassonografia com compressão venosa à beira do leito ou *point of care***, o achado foi a artéria ulnar que estava sem fluxo, apresentado trombo que se estendia por todo seu trajeto, desde a prega cubital até o nível da linha articular do punho.

Resultado de Exames de Admissão:

Rx de tórax sem anormalidades.

ECG Nada digno de nota.

Exames Laboratoriais: KPTT 24.3, RNI 1.03 Hb 13.70 Ht 38.90, Leucócitos 9.750, bastonete 0%, plaquetas 308.000, Ureia 36, creatinina 0.90 Na 140, K 4 TGO 23, TGP 23. (Resultado dentro dos parâmetros da Normalidade).

Tratamento

O objetivo da terapêutica é aliviar os sintomas, evitar a progressão e a recorrência trombótica a embolia pulmonar e prevenir complicações como síndrome pós-trombótica – se origina ao ano de um episódio de TVP e se caracteriza por edema, dor, ectasia venosa e pele endurecida uma sequela tardia da doença de TVP ocasionando insuficiência venosa crônica provocada por hipertensão venosa e por

sua vez originada por oclusão do sistema venoso, refluxo e incompetência vascular (SIERRA, M *et al.* 2010). As estratégias incluem: terapêutica anticoagulante, trombólise, intervenção mecânica com cateter, procedimentos cirúrgicos.

O vascular optou por tratamento cirúrgico imediato – pela disponibilidade em sua agenda e não por considerar uma emergência. Gosto de cirurgia, mas a técnica utilizada durante a intervenção não é o nosso foco, estudei, porém não me detive a descrever neste relatório. O que procurei transcrever são as medidas paralelas a cirurgia. A maioria dos trabalhos fala sobre TVP em membros inferiores, poucos trabalhos abordam sobre os membros superiores.

Anticoagulante parenteral

As recomendações tem como embasamento sobre evidencia indireta extrapolando os dados de estudos em membros inferiores. Não encontrei trabalhos randomizados que comparem heparina de baixo peso molecular vs heparina não fraccionada, em TVPMS. Em estudo observacional apontam o benefício do uso de **heparina de baixo peso molecular 1mg por kg a cada 12 horas**. E o tratamento a longo prazo e se por ventura apresenta insuficiência renal crônica severa (que não é o caso da paciente) após trombólise a preferência é heparina não fracionada dose 400 UI/Kg/dia endovenosa ajustado ao tempo de tromboplastina parcial ativado. O tempo mínimo de tratamento com heparinas recomendado é de 5dias.

Trombólise

Os dados são limitados, na hora de comparar o trombolítico vs a anticoagulação. Considerar utilizar quando:

- Pacientes jovens e saudáveis;
- Sintomas severos, extenso edema e dano funcional do membro superior;
- Baixo risco de sangrado;
- Trombose que afeta a veia subclávia e a veia axilar;
- Expectativa maior que 1 ano;

A administração do trombolítico pode ser direta via cateter é eficaz e segura dentro dos primeiros 10 dias utilizando r-tPA na dose de 10-20 mg/h até completar 100 mg em 2-3 hs, com uma taxa de recanalização parcial ou completa de 97%. (KUCHER N, 2011).

Riscos

Maior sangramento (9 -15%) e síndrome postrombótico (21%) (Sadeghi R, 2011).

Caso Clínico 3

Em tempos de COVID-19, pacientes como que será trazido neste caso clínico se transformaram no nosso dia a dia, seja na triagem, no telefone ou no pronto socorro respiratório. Não é à toa que estamos em uma pandemia, situações similares até em meus sonhos apareciam - não, não é brincadeira eu sonhava com os pacientes, respiradores desligando e eu sendo a única pessoa quem estava presente e precisava fazer alguma coisa, tinha dias eu acreditava que conseguiria lidar com tudo, outros eu queria que fosse 2030 e que seja apenas um passado distante.

A triagem do HMPGL se transformou no lugar onde a cidade inteira é atendida, era uma frase que repetíamos dia atrás dia para os pacientes estressados e apressados que chegavam até nos, para que as coisas funcionem (e funcionavam) foi criado um fluxograma pelo serviço de epidemiologia do HMPGL.

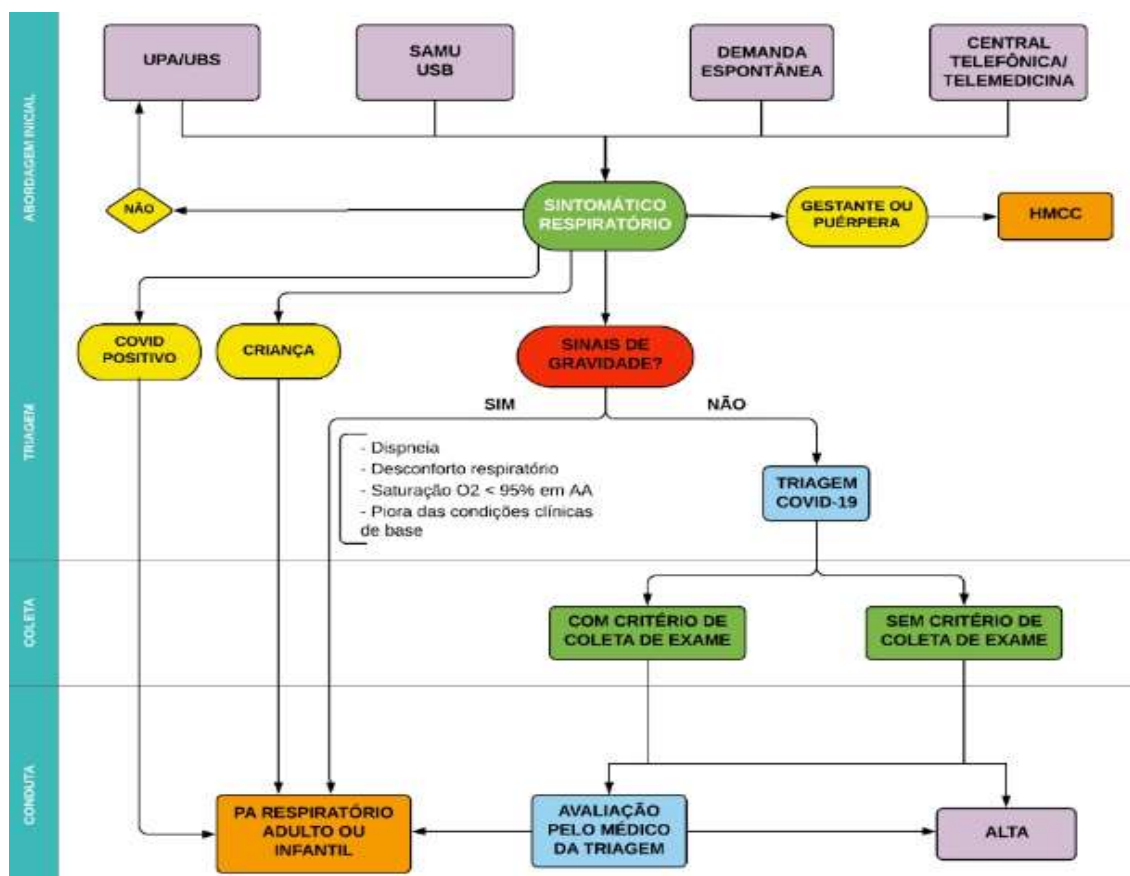


Figura 5. Fluxograma criado pelo serviço de epidemiologia do HMPGL.

O paciente do caso clínico é COVID positivo o qual foi atendido diretamente no Pronto Atendimento respiratório, um lugar que vi e me viu crescer, aprender e que nunca esquecerei.

ID

Paciente do sexo masculino, 34 anos, brasileiro, natural de foz do Iguaçu.

HDA

Paciente RT- PCR COVID-19 positivo detectado há 8 dias, trazido via SAMU de sua residência refere sintomas com início há 12 dias, relatando piora do quadro há cerca de 6 dias. Refere dispneia aos pequenos esforços e crises de tosse intensa, acompanhado de piora da dispneia, tremores e cefaleia, febre e calafrios desde o dia do primeiro sintoma. Afirma fezes diarreicas (3 episódios de consistência líquida) há uma semana. Fez uso de azitromicina por 5 dias (terminou no dia de ontem)

HPP

Nega comorbidades

Nega alergias Medicamentosas

Nega uso de medicamentos de uso contínuo

HF

Nega

HS

Nega Tabagismo

Nega etilismo Social

Exame Físico

REG, hipocorado +/-+++, sudoreico, hidratado, anictérico, acianótico, respiração toraco-abdominal.

SSVV: FC 98 Bpm FR 35 irpm PA 135/88 mmHg SpO2 88% em AA, TREC menor a 3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Murmúrio vesicular universalmente audível, diminuídos em bases bilateralmente, com estertores crepitantes em ápices e terços médios bilateralmente, expansibilidade da caixa torácica preservada bilateralmente.

Aparelho Cardiovascular: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, ritmo regular, sem sopros audíveis.

Abdome: Plano, depressíveis ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda, sem presença de massas palpáveis, sem sinais de peritonismo.

Neurológico: Pupilas fotorreagentes, isocórica, Glasgow 15/15, sem sinais focais, sem sinais de irritação meníngea.

Extremidades: Ausência de edemas, extremidades quentes, bem perfundidas, sem sinais de empastamento.

Diagnostico

- Pneumonia Viral por COVID-19?

Conduta

- Solicito exames de admissão (exames laboratoriais, TC de tórax sem contraste, ECG).
- Oxigênio suplementar via cateter nasal, 5l/min.
- Início dexametasona.

Resultado de Exames Laboratoriais:

ECG sem alterações.

TC sem contraste: 5 % do parênquima pulmonar apresenta característica de vidro fosco.

Exames Laboratoriais: Eritrograma sem alterações, leucograma sem alterações, gasometria: pH 7,3800 pCO₂ 80,00% Ca⁺⁺ 1,15 mmol/L Lactato 21,00mg/dL PCR: 5mg/dL.

Considerações

No 2020 será um ano lembrado pela ciência, quando desde o profissional da área da saúde mais renomado até o menos experiente estão aprendendo ao mesmo tempo sobre esta doença que está mudando as nossas vidas, ninguém até este momento possui as respostas, mas todos estamos cheios de perguntas.

Suplementação de O₂

O paciente chegou com saturação menor a 93% em AA cumprido um dos requisitos necessários para a internação. A associação brasileira de medicina de emergência recomenda manter a saturação de O₂ maior que 94% para maior segurança do paciente. A curva de dissociação da hemoglobina, demonstra relação entre a SaO₂ e a PaO₂ apresentando declínio exponencial da PaO₂ com saturações menores que 94%. Se hipoteticamente o paciente não apresentava hiposaturação este mesmo assim possui critério de suplementação de O₂ por apresentar uma frequência respiratória maior que 24 irpm. (35 irpm). Com o uso de cateter óculos

nasais se recomendam colocar por cima uma máscara cirúrgica como forma de evitar a aerolização. Quanto maior o fluxo, maior as chances de criar aerossóis e maior atenção as condições do paciente, pela possível necessidade de traslado a outro cenário intra-hospitalar. Aproximadamente FiO₂ somada ao ar ambiente entregue ao paciente do caso clínico é de 37-40%, felizmente foi suficiente para manter uma saturação de O₂ 97%.

Dexametasona

Um remédio barato e acessível, o estudo do Reino Unido encontrou evidências de este corticoide pode **evitar mortes** daqueles em ventilação mecânica ou que **necessitam de oxigênio fora da UTI** (Caso do nosso paciente do caso clínico). **No Brasil a Sociedade Brasileira de Infectologia reconheceu a sua eficácia sendo suficiente 6mg uma vez ao dia, durante 10 dias.**

Estudo Recovery

Ensaio Clínico realizado no Reino Unido a partir da base de dados com mais de 11 mil pacientes de 175 hospitais. Foram analisados 2.104 pacientes que foram selecionados de forma aleatória para receber a substância comparada com 4.321 pacientes que receberam os cuidados habituais contra o corona vírus. **Resultados:** redução da mortalidade entre os pacientes muito graves, numericamente pode evitar uma entre 8 mortes e 1 a cada 25 pacientes que recebem oxigênio. Infelizmente em pacientes com quadro mais leve não foi observado benefícios.

Procedimentos realizados

Foi uma caça ao tesouro, dias em que não parava de suturar e outros em fiquei observando enquanto o médico ou a medica fazia os procedimentos. Eu gosto de observar, desde criança tenho costume de prestar atenção no obvio e no não tão obvio, diferenças sutis realizando o mesmo procedimento, quando a experiência aflora o que levou várias repetições, erros e acertos para ser como é agora, então acredito que não perdi quando fiquei na plateia observando, tudo depende de como encaramos os eventos, vi erros que poderiam ter acontecido comigo, não me tornei familiar aos fatos precipitantes do desastre, mas mesmo que desde os bastidores e não como protagonista aguçou os sentidos, acredito que pelo menos onde o outro tropeçou pode ser que eu não tropece - ou tal vez sim? – as possibilidades são infinitas, mas quanto mais observo, percebo que menos sei e ai está o bom de olhar, porque quando

olhamos para fora ao mesmo tempo conseguimos olhar para dentro de nós mesmos e ver as nossas limitações, assim tentar aos poucos suprir as nossas faltas, um projeto de vida porque como dizia a minha professora de história do ensino médio: “somos seres imperfeitos, nunca alcançaremos a perfeição, mas podemos e devemos ser perfectíveis”.

Não irei à fonte com muita sede – Reanimação cardiopulmonar

Minha primeira noite na UTI COVID-19, nesse plantão de 6 horas eu cresci/ envelheci/ amadureci, (deixarei ao leitor escolher o adjetivo que acreditar que melhor cabe após ter finalizado a leitura deste relato) uns 5 anos, cenário novo geralmente irei tentar racionalizar a situação e enfrentar da forma mais calma possível, estava inquieta sabia que o meu primeiro plantão ia ser sozinha, nos deram um “manual” de sobrevivência na UTI, eu li, mas é claro que li esse setor me parecia desde os meus tempos de caloura um lugar para ser explorado, entender esses tututu que as máquinas emitem de forma intermitente, não vou negar eu gostaria de ter tido uma dupla todos foram designados com alguém naquela primeira semana, menos eu. Cheguei e me apresentei para a equipe, na minha inocência disse para a plantonista que gostaria de ver uma parada, ela que parecia uma mulher supersticiosa me olhou e disse: não vá a fonte com muita sede, não quero uma parada em meu plantão, serviço apenas estava começando. Entregou-me o caso de um paciente que tudo o que você pensasse o pobre homem provavelmente tinha, demorei um bom tempo para me compenetrar com a história, analisar a evolução e entender porque era um dos casos com maior tempo de internação, se a medica me designou o caso por pura coincidência ou para me manter ocupada longe dela, nunca saberei. Perto das 11 horas da noite eu estava me paramentando para ver outro paciente por pura curiosidade, o padrão respiratório do Sebastião me incomodava eu comentei com a doutora antes dela ir para o banheiro, me respondeu que esse era o basal dele e que não precisava me preocupar, enquanto eu colocava o segundo par de luvas tudo aconteceu muito rápido, a fisioterapeuta se atirou pra cima do doente começando as compressões gritando por ajuda o médico que estava cuidando dos demais pacientes internados se materializou a beira do leito e eu entrei, não porque iria assumir alguma função específica, mas sim por curiosidade, acredito que este seja um dos combustíveis mais importantes que nos movem para frente, no auge da agitação a medica chegou perguntando onde estava à interna – eu já estava na fila de pessoas

que iriam fazer massagem- uma enfermeira que ouviu a primeira troca de palavras entre a medica e eu disse: “está ai quem queria uma parada” eu só sorri diante da socialização para a equipe completa da minha conversa, estava nervosa, tinha feito massagem em bonecos, nunca em humanos e todos diziam que era diferente, mas eu não deixei transparecer, pedi para ser a próxima quando subi na escada para começar o processo de afundar o tórax do paciente contra a tabua que já foi colocada embaixo do corpo percebi que era verdade, a sensação entre um corpo humano era diferente de um boneco, ao lembrar o momento consigo perceber que esse instante de constatação não passou despercebido pela medica quem prontamente me guiou, quando felizmente o paciente parecia com o quadro revertido, a saturação de O2 não era alentadora, eu fiquei do lado dele, não podia abandonar o homem e quando ele se dignou em nos dar um sossego já era as 1:40 da manhã, ao conferir o grupo do transporte vi que o motorista tinha tentado me esperar, quando enviei uma mensagem explicando o que aconteceu ninguém mais viu, será que já estavam dormindo? Não importa, eu estava acordada e feliz, o meu primeiro paciente da UTI COVID sobreviveu e a medica me parabenizou pela qualidade da massagem, que imprimi o peso de forma correta sobre o peito do paciente e que não esqueci de descomprimir logo após permitindo o retorno completo do tórax, foi graças a guia que ela me brindou nessa madrugada de pandemia, o que mais poderia pedir uma interna novata.

Peppa Ping salvou o dia – Suturas

Suturei tudo, o que podia ser aproximado lá estava eu tentando aproximar. Os médicos deixavam que os internos atendessem os adultos e as crianças eram com eles, até que um dia um dos plantonistas com quem quase sempre a minha escala coincidia perguntou para uma colega e pra mim se estávamos dispostas a assumir a sala de procedimentos e que o procurássemos se tivéssemos dúvidas, respondemos que sim, se respondêssemos que não uma chance dessas não voltaria a cair no nosso colo. A primeira paciente que chegou era uma criança de uns 3 anos com um corte na região frontal, a paciente não tinha intenção de colaborar então antes de começar a mãe providenciou o episódio de Peppa Pig para que a menina se concentrasse e me deixa-se trabalhar. O corte era linear, de uns 7 cm com o em enfermeiro segurando a paciente coberta com uma manta para evitar que meche-se, o tecido e a pele de porco, matérias com os quais treinávamos na faculdade não precisavam ser cobertos antes de iniciar os procedimentos, mais um lembrete de que lá estava eu no palco da vida

real. Iniciei com anestesia local utilizando lidocaína 2% e agulha de insulina, “entrei” na ferida aspirei e quando tive certeza que não tinha sangue vindo injetei o anestésico, fiz o procedimento em vários pontos da ferida até ter certeza que consegui um bom botão anestésico e que não seria infringida dor durante a limpeza e sutura. A limpeza foi feita com soro fisiológico 0.9% sob pressão, logo na região da pele intacta que circundava a ferida apliquei clorex alcoólico para a antisepsia e o clorex aquoso dentro da ferida, agora estava tudo pronto para iniciar a sutura com a técnica simples separado. Foi finalizado sem intercorrências, não precisamos chamar o plantonista.

Não era o momento de morrer – Sonda Nasogástrica

Paciente consciente admitido na UPA por tentativa de suicídio será necessária a colocação de uma sonda nasogástrica o paciente encontrava-se colaborativo e compreendeu qual seria o procedimento a ser feito, expliquei que iria precisar que ele bebesse alguns goles de água mais tarde quando eu desse o comando, motivo pelo qual deixei a seu alcance um copo cheio do líquido vital, pedi para que ficasse em posição sentada, diminuindo assim o reflexo faríngeo e facilita a deglutição. Colocar luvas, determinar a longitude necessária da sonda medindo do orifício nasal até o lóbulo da orelha e deste ponto até o apêndice xifoide, que será o comprimento necessário para que chegue até o estômago, verificar a integridade da sonda de Levin, uma vez tendo certeza que a sonda é íntegra lubrificar o extremo distal da sonda para evitar a lesão ou a irritação da mucosa, aplicar lidocaína em spray na bucofaringe do paciente e agora finalmente selecionar a narina mais permeável - paciente não possui histórico de trauma – e inserir a sonda na narina do paciente, em um ângulo de 60 a 90 graus em relação ao plano da face seguindo o assoalho do nariz até chegar a parede da faringe –fazer da forma mais ágil possível – nesse instante pedi pro paciente flexionar a cabeça para adiante, apoiando o queixo sobre o manúbrio esterno, avançando com precisão o trajeto da sonda pedi para ele beber alguns goles d’água que tinha deixado ao seu alcance evitando assim a resistência que opõe o fechamento espástico do palato mole que exerce pressão contra o músculo constritor superior da faringe o que pode favorecer ao passo até a traqueia, continuei introduzindo até que a marca previamente estabelecida chegue até a fossa nasal e introduzir mais 20 a 30 cm para que fique realmente livre no estômago. Para verificar que tudo aconteceu sem nenhuma intercorrência auscultei a região do epigástrico ao mesmo tempo em que insuflei ar com uma seringa através do lume da sonda e ouvi o

som do fluxo de ar. Isso não teria sido possível sem a guia da enfermeira Claudia quem me auxiliou em todo momento, quando o procedimento acabou a cor já estava voltando as fazes do paciente me fazendo pensar que nesse dia não foi o momento de morrer.

Corredores do Hospital e os professores – Traqueostomia

Enquanto estava caminhando pelo corredor do hospital que levava até a UTI COVID ouvi que o professor Carlos Eduardo estava sendo chamado para realizar uma traqueostomia, pedi para o enfermeiro Alex me avisar por favor o momento que o Dr chegaria, apenas soube que ele chegou fui em disparada para pedir se me deixava que o acompanhasse e ele permitiu, me paramentei e a minha função foi segurar o afastador de farabeuf e afastar os tecidos para melhor visualização do campo operatório, permitiu que eu palpasse a cartilagem da traqueia e fez uma revisão da técnica, ensinando macetes.

Limpendo as janelas da alma – remoção de corpo estranho do olho

Eu gosto de poesia, quando um poema toca uma fibra sensível deixa a vida mais leve, em algum lugar tinha derrapado com “os olhos são a janela da alma”, aprendi nos meus dias de plantão que a cada instante chega alguém que de alguma forma enfiou desde vidro até uma espinha no globo ocular. Os corpos estranhos e as abrasões são as lesões mais comuns da conjuntiva e da córnea, dependendo do corpo estranho é escolhida a técnica. Os corpos estranhos de superfície se retiram com SF 0.9% e um aplicador com algodão umedecido (cotonete), casos mais complexos são encaminhados para o oftalmologista.

Cenários frequentados

Antes que realizar qualquer tipo de crítica, sugestões ou elogios, gostaria de deixar claro que a minha passagem por cada setor foi no meio de uma crise sanitária, cada um estava fazendo o seu melhor dentro das circunstâncias.

Triagem

Teve madrugadas que ficamos sem água, sem comida e com o lixo que não foi recolhido, precisávamos procurar pilha para o oxímetro até nas dependências da UTI COVID, com mudança ao novo local e a restrição de ausculta pulmonar e orofaringe exclusiva para o médico e não mais pelos internos trouxe um retrocesso

para um trabalho que já estava sendo feito. Enquanto um paciente meu aguardava ser avaliado pelo médico apresentou um franco esforço respiratório, eu não respeitei as regras peguei o meu estetoscópio, levei a pessoa até um corredor mais isolado e o examinei, presença de sibilos difusos e a SatO2 caiu para 86%, conversei com os colegas que estavam no PS respiratório e informei ao médico que o meu paciente não tinha condições de aguardar mais, se me arrependo? Não, teria feito tudo de novo.

PS GERAL

Durante o dia o horário é aproveitado de uma forma maravilhosa, nas madrugadas durante a semana eram praticamente nulos, acredito que seria mais proveitoso remanejar aos internos para outros horários onde o fluxo de pacientes seja maior. As discussões de casos clínicos com o Dr Guilherme devem continuar, ele faz você pensar além, expandindo o conhecimento. Os e as residentes em especial a Dra. Sarayanne quem sempre se prontificou para tirar dúvidas e ajudar a formar o raciocínio clínico, formaram uma parte importante do processo de aprendizagem, foi o local onde foi maior a variedade de casos para acompanhar.

PS RESPIRATORIO

Lugar do hospital onde a demanda é alta, quanto maior for a ajuda por parte dos acadêmicos, a população é quem acaba sendo beneficiada, as pessoas que formaram a T1 e atualmente já são formados tomaram a dianteira no plantão, sente-se que ainda estamos em algum evento da MEDUNILA, só que agora não são mais simulações, já é o mundo real. Tive a chance de repassar para os familiares a situação do ente querido, presenciar a comunicação de uma morte e contar para o filho que estive nos últimos momentos do pai. Um lugar que nasceu para atender as necessidades da população que guardarei na minha memória em tempos de interna.

UTI COVID

A maior movimentação acontece de segunda a sexta feira no horário da manhã, porque é o momento em que o professor Alessandro passa visita e as evoluções são feitas de forma mais completa. A presença de do Dr Vinicius, formado da T1 me ajudou bastante, ele sempre solicita para responder duvidas, discutir casos. Não é um lugar recomendável para escalas de 12 horas, as 3 horas da manhã nem o plantonista, nem a enfermagem está acordada. Passar 6 horas é mais que suficiente.

MEMÓRIAS DE UMA INTERNA, VERSÃO PANDEMIA



Figura 6. Fonte: própria

Em 2013 quando estava em Balneário Camboriú, na viagem de final do ensino médio fui visitar uma livraria e na porta colocaram uma caixa cheia de livros usados com uma plaquinha que dizia: livros a 1 real, pegue quantos quiser e lá estava o livro **memórias de um médico interno do Robin Cook**, contando a história do Dr Peters eu viajei tantas vezes por essas páginas imaginando como seria o momento em que a minha vez se chega, mas nunca imaginei que a minha vez chegaria em meio a uma pandemia. Quando li a introdução feita pelo autor dando as boas-vindas e fazia alusão sobre a necessidade de aprender a ser médico em situações extremas, que infelizmente não era comum o benefício de aprender as coisas lentamente em um cenário tranquilo, o que nem o Robin Cook imaginou quando criou o Dr Peters e eu quando tive o meu primeiro contato com a obra no final do ensino médio era que alguém passaria por maiores dificuldades as quais ele passou em meio ao desespero no hospital do Hawai onde foi o cenário fictício da obra, em pleno século XXI uma pandemia. Ao longo do semestre teve motoristas de aplicativos que negavam corrida porque sabiam que estava saindo/indo pro hospital, entrevista na rádio local da minha cidade, famílias que agradeceram a forma simples em que expliquei a situação do seu ente querido, os impacientes que me chamavam de “menina cadê o médico para me

avaliar” e era eu quem estava encarregada dessa tarefa. Hoje olhando para trás entendo que eu senti medo pela minha família, não por mim e que eu tentava ignorar esse fato me mantendo ocupada, prometi para os meus entes queridos que a minha professora iria fazer brotar da parede um ventilador se eu adoecesse.

Venci cheguei até aqui e finalizo este modulo com a frase que resume este instante da minha vida:

E quando a tempestade tiver passado, mal te lembraras de ter conseguido atravessa-la, de ter conseguido sobreviver, nem sequer terás certeza de a tempestade ter realmente chegado ao fim. Mas uma coisa é certa. Quando saíres da tempestade já não serás a mesma pessoa. Só assim as tempestades fazem sentido.

Haruki Muraki

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBATO, N *et al.* Reformulação da Rede de Atenção as Urgências conforme portaria do Ministério da Saúde Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Foz do Iguaçu 2020.

CONCEIÇÃO A, *et al.* Manual do serviço de epidemiologia e controle de infecção hospitalar. HMPGL 2020.

GUIMARAES H, *et al.* Recomendações sobre oxigenoterapia do departamento de emergência para pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. Associação Brasileira de medicina de Emergência. 2020.

HERLON, S. M *et al.* Medicina de Emergência Abordagem Prática. 12º edição. São Paulo: Manole. 2017.

HERLON, S. M *et al.* Medicina de Emergência Abordagem Prática. 12º edição. São Paulo: Manole. 2017.

Kucher N. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med* 2011; 364: 861-9.

RECOVERY. University of Oxford [Internet]. Low-cost dexamethasone reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19. 16 June 2020.

Sadeghi R, Safi M. Systemic thrombolysis in the upper extremity deep vein thrombosis. *ARYA Atherosclerosis* 2011; 7(1): 40-46.

Sierra M. Síndrome postrombótico. Panorama actual y revisión de la literatura. *Revista mexicana de angiología*. 2010.

Velasco M, *et al* Paget- Schroetter syndrome. *Sociedad Española de Cirugía* 2012.

WALLS, M. E, *et al.* Rosen medicina de Emergência conceitos e pratica medica. 9º ed. São Paulo: Elsevier. 2019.

WALLS, M. E, *et al.* Rosen medicina de Emergência conceitos e pratica medica. 9º ed. São Paulo: Elsevier. 2019.

ANEXOS

Anexo A

<i>Descrição</i>	<i>Respostas e escalas</i>
1A – Nível de consciência	0 – Alerta 1 – Sonolento 2 – Obnubilado 3 – Coma/não responsivo
1B – Perguntas de orientação (mês e idade)	0 – Responde ambas corretamente 1 – Responde uma corretamente 2 – Nenhuma resposta correta
1C – Resposta a comandos (abrir e fechar os olhos; depois, abrir e fechar a mão não parética)	0 – Executa ambas as tarefas corretamente 1 – Executa uma tarefa corretamente 2 – Não executa nenhuma tarefa
2 – Melhor olhar conjugado (somente movimentos oculares horizontais são testados)	0 – Normal 1 – Paralisia parcial do olhar 2 – Paralisia completa do olhar
4 – Paralisia facial (mostrar os dentes e fechar os olhos)	0 – Normal 1 – Paralisia facial leve 2 – Paralisia facial parcial (paralisia facial central: parte inferior da face) 3 – Paralisia facial unilateral completa (regiões superior e inferior da face)
5 – Função motora (braços) a. Esquerdo b. Direito Braços estendidos a 90° (sentado) ou 45° (deitado) com palmas para baixo por 10 segundos	0 – Sem queda 1 – Queda antes dos 10 segundos 2 – Algum esforço contra a gravidade 3 – Nenhum esforço contra a gravidade 4 – Nenhum movimento
6 – Função motora (pernas) a. Esquerda b. Direita Extensão a 30° na posição supina por cinco segundos	0 – Sem queda 1 – Queda antes dos 5 segundos 2 – Algum esforço contra a gravidade 3 – Nenhum esforço contra a gravidade 4 – Nenhum movimento

<p>7 – Ataxia dos membros Testes index-nariz e calcanhar-joelho</p>	<p>0 – Ausente 1 – Ataxia em um membro 2 – Ataxia nos dois membros</p>
<p>8 – Sensibilidade Avaliar mímica facial ao beliscar ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso (avaliar braços, pernas, tronco e face)</p>	<p>0 – Sem perda sensorial 1 – Perda sensorial leve a moderada 2 – Perda sensorial grave ou total</p>
<p>9 – Melhor linguagem (imagens e frases em lista anexa)</p>	<p>0 – Normal 1 – Afasia leve a moderada 2 – Afasia grave 3 – Mudo (afasia global)</p>
<p>10 – Disartria (palavras em lista anexa)</p>	<p>0 – Normal 1 – Disartria leve a moderada 2 – Disartria grave</p>
<p>11 – Extinção ou desatenção (anteriormente negligência) Informações obtidas nos testes anteriores</p>	<p>0 – Nenhuma anormalidade 1 – Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais 2 – Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade</p>

Nome do arquivo: TCC - Maria.docx
Diretório: C:\Users\Jhoan Rojas\OneDrive\Documentos\PORTFÓLIO\Casos\SP
WORD
Modelo: C:\Users\Jhoan
Rojas\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Título:
Assunto:
Autor: Jhoan Stiven Roja
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 03/10/2021 17:21:00
Número de alterações: 12
Última gravação: 03/10/2021 23:02:00
Salvo por: Jhoan Stiven Roja
Tempo total de edição: 245 Minutos
Última impressão: 03/10/2021 23:02:00
Como a última impressão
Número de páginas: 50
Número de palavras: 11.863 (aprox.)
Número de caracteres: 64.062 (aprox.)