



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

MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - DISCUSSÃO DE CASOS  
CLÍNICOS E AS VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

DALILA BARRIOS BENITEZ

FOZ DO IGUAÇU

2020

DALILA BARRIOS BENITEZ

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - DISCUSSÃO DE CASOS  
CLÍNICOS E AS VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

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.

FOZ DO IGUAÇU

2020

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - DISCUSSÃO DE CASOS  
CLÍNICOS E AS VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

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

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Cristiano Siqueira Ferrari  
UNILA

---

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon  
UNILA

Foz de Iguaçu, 20 de outubro de 2020.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: Dalila Barrios Benitez

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 071.892.681-11

E-mail: [dalila.barrios.db@gmail.com](mailto:dalila.barrios.db@gmail.com) Fone: 45 998374958

### Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E AS VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

- Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- 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, 20 de outubro de 2020

---

Assinatura do Responsável

BARRIOS BENITEZ, Dalila. **Internato em Urgência e Emergência do SUS - Discussão de Casos clínicos e as vivências na prática clínica**. 2020, 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

## **RESUMO**

Este trabalho de conclusão de curso aborda as experiências, vivências e práticas desenvolvidas no decorrer do módulo de Urgência e Emergência do SUS no ano de 2020, onde a discente teve a oportunidade observar, praticar ativamente o manejo e investigar acerca dos casos clínicos nos cenários de urgência e emergência; sendo descrito nesta apresentação de trabalho em formato de casos clínicos com suas discussões e percepções correspondentes nos cenários de atenção de urgência e emergência no Município de Foz de Iguaçu. O objetivo do presente trabalho é expor e demonstrar o aprendizado e experiências de forma sintética as atividades realizadas e sobretudo o raciocínio utilizado nos casos clínicos mais chamativos vivenciados pela acadêmica durante o estágio. Em vista disso, considera-se de suma importância experimentar o internato de urgência e emergência do SUS com a finalidade de desenvolver profissionalmente e fomentar as percepções acadêmicas.

**Palavras-chaves:** urgência, emergência, estágio, abordagem, experiência.

BARRIOS BENITEZ, Dalila. **SUS Internship in Urgency and Emergency - Discussion of clinical cases and experiences in clinical practice**. 2020, 50 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2020.

### **ABSTRACT**

This course conclusion paper addresses the experiences, experiences and practices developed during the Urgency and Emergency module of SUS in 2020, where the student had the opportunity to observe, actively practice the management and investigate clinical cases in urgency and emergency; being described in this presentation of work in the format of clinical cases with its discussions and corresponding perceptions in the scenarios of urgency and emergency care in the city of Foz de Iguaçu. The objective of the present work is to expose and demonstrate the learning and experiences in a synthetic way the activities carried out and above all the reasoning used in the most striking clinical cases experienced by the academic during the internship. In view of this, it is considered extremely important to try SUS urgency and emergency internship in order to professionally develop and foster academic perceptions.

**Keywords:** urgency, emergency, internship, approach, experience.

BARRIOS BENITEZ, Dalila. **Pasantía en Urgencias y Emergencias en el SUS - Discusión de casos clínicos y experiencias en la práctica clínica.** 2020, 50 páginas. Trabajo de Conclusión del Curso (Graduación en Medicina) Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2020.

## **RESUMEN**

Este documento de conclusión del curso aborda las experiencias, vivencias y prácticas desarrolladas durante el módulo de Urgencia y Emergencia del SUS en 2020, donde LA alumna tuvo la oportunidad de observar, practicar activamente el manejo e investigación casos clínicos en urgencia y emergencia; siendo descritas en esta presentación de trabajo en formato de casos clínicos con sus discusiones y todo el razonamiento utilizado en los casos clínicos más llamativos , con la percepciones correspondientes en los escenarios de atención de urgencia y emergencia en la ciudad de Foz de Iguaçu. El objetivo del presente trabajo es exponer y demostrar los aprendizajes y vivencias de manera sintética las actividades realizadas vividos por la académica durante la pasantía. Ante esto, se considera de suma importancia experimentar las prácticas de urgencia y emergencia del SUS para el desarrollo profesional y fomentar la percepción académica.

**Palabras clave:** urgencia, emergencia, pasantía, abordaje, experiencia.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus sobre tudo.

Aos meus professores, preceptores de cada estágio, colegas profissionais de saúde e colegas de curso, pela sua ajuda, orientação, dedicação e disponibilidade de tempo no decorrer do curso.

A toda a minha família e amigos, especialmente aos meus pais e a minha irmã, pelo suporte que sempre me deram em todo o meu percurso académico.

E não menos importante, a todos os pacientes que de forma direta e indireta ajudaram a formar meu aprendizado, raciocínio clínico, me questionar, pesquisar e forjar meu conhecimento.



## LISTA DE ABREVIATURAS

ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BD	bilirrubina direta
BI	bilirrubina indireta
BT	bilirrubina total
DA	Dissecção aórtica
DVA	droga vasoativa
EV	endovenosa
HBPM	heparina de baixo peso molecular
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HNF	Heparina não fracionada
PCR	Parada cardiorespiratoria
RCE	Retorno da circulação espontânea
RNI	Relação de Normatização Internacional
RUE	Redes de Urgencia e Emergencia
SAMU	Serviço de Atendimento Movel de Urgencia
SC	subcutânea
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombose venosa profunda
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-americana
UE	Urgencia e Emergencia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. EXPERIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA.....	15
3. CASOS CLÍNICOS.....	18
3.1. PACIENTE GRANDE QUEIMADO.....	18
3.2. DISSECÇÃO DE AORTA.....	23
3.3. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.....	30
3.4. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA.....	39
4. PROCEDIMENTOS .....	46
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
6. REFERÊNCIAS .....	49

## 1. INTRODUÇÃO

O presente texto tem como objetivo relatar sinteticamente partes das experiências nas vivências e na prática clínica no internato em urgência e emergência no SUS, de medicina da UNILA. O estágio ocorreu em sistemas de plantões de 6 e 12 horas, alternando entre os setores do Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu, e nas Unidades de Pronto Atendimento. As atividades foram supervisionadas pelos médicos plantonistas, preceptores, residentes, enfermeiros, e demais componentes das equipes dos locais em questão.

O conteúdo utilizado como referência para consultas na construção do conhecimento é citado no final do trabalho, sendo relatados os casos principais e dos plantões, assim como algumas conexões encontradas ao longo do estudo. Além de casos estão presentes algumas descrições de situações vivenciadas durante o estágio. Como bibliografia principal de referência foi utilizado o livro de: Medicina de Emergência, abordagem prática, da FMUSP, 13ª edição de 2019; e outras bibliografias auxiliares como protocolos e artigos científicos.

Para contextualizar o funcionamento da rede de Urgência e Emergência, e compara-lo com a nossa realidade de Foz do Iguaçu, temos o Manual da Rede de Urgência e Emergência do SUS (2013); a rede de urgência e emergência (RUE), que nos explica que é complexa e atende diferentes condições (clínica, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental e mais), sendo composta por diversos pontos de atenção, que deve dar conta das necessidades de situações de urgência. Sendo os componentes da RUE: Promoção, prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU; Central de Regulação Médica); Sala de estabilização; Unidades de Pronto Atendimento.

Segundo a Política Nacional de Atenção a Urgências, dentre os componentes, encontra-se o SAMU, não sendo “ambulâncias à deriva”, buscando onde “deixar pacientes, dores, sofrimentos”. O Samu 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades da população, oferecendo a melhor resposta de

pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador orienta as transferências, as medidas e cuidados se necessário, se é preciso deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI(Unidade de Suporte Avançada), cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente.

O Serviço de urgência e emergência do município conta com o SAMU, onde seu objetivo é chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequelas ou até mesmo a morte, sendo necessário garantir o seu primeiro atendimentos, estabilização a medida do possível e posteriormente transporte para um serviço de saúde devidamente referenciado e integrado ao SUS(RUE, 2013).

- A primeira frente consiste na Atenção Básica, composta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS); elas têm como objetivo acolher as urgências de menor complexidade.
- A segunda frente é composta pelo SAMU, que tem por objetivo fazer a estabilização e tratamento inicial dos pacientes e transportá-los para as unidades de saúde mais indicadas para dar continuidade ao tratamento do usuário.
- A terceira frente é composta pelas UPAs que atuam como um componente pré-hospitalar fixo e têm como objetivo realizar atendimentos de 24 horas (todos os dias, inclusive finais de semana) a pacientes que apresentem quadros de pequena e média complexidade. Seu trabalho é realizado conjuntamente com o SAMU e com as urgências dos hospitais públicos.
- Por fim, a quarta frente é composta pelo setor de urgência dos hospitais públicos, que realizam o atendimento das urgências de maior complexidade(Brasil, 2009).

O hospital onde acolhe os acadêmicos de Medicina da UNILA para realização das práticas do internato é o Hospital Municipal Padre Germano Lauck(HMPGL), sendo referência regional para várias especialidades: Cirurgia Geral; Clínica Médica Ortopedia/Traumatologia; Neurologia\Neurocirurgia; Pediatria; Cirurgia Vascular; Cirurgia Plástica Reparadora; Cirurgia Bucomaxilofacial; Cirurgia Pediátrica; Infectologia; Urologia; Cirurgia Torácica; Politraumatizados; Unidade de Terapia Intensiva(UTI) Geral; UTI de Trauma, e cabe destacar que desde este ano também é referência para atendimento de casos suspeitos e confirmados de Coronavírus; nos diferentes setores, como: triagem respiratória, pronto socorro respiratório, Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas;

Pronto Atendimento Infantil, Enfermaria COVID, Unidade semi-intensiva COVID e UTI COVID.

Os pacientes ingressado no Pronto Socorro do HMPGL são em sua maioria encaminhados das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), admitidos por intermédio da regulação do SAMU , também há situações onde os próprios plantonista comunicam-se via telefônica para solicitar parecer ou solicitando suporte, e posteriormente encaminhados mediante equipe de SAMU, e além de receber pacientes por demanda espontânea, porém o hospital não é atendimento porta aberta. Também o hospital recebe pacientes trazidos pelo SIATE(Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma) tanto como trazidos pelo SAMU, estes já receberam o primeiro atendimento nos domicílios, via pública ou cenários de ocorrências.

Ao longo desta apresentação será exposta parte das vivências, experiências e casos mais relevantes durante o internato de Urgência e Emergência do SUS.

## 2. EXPERIÊNCIAS NO INTERNATO DURANTE A PANDEMIA.

As atividades práticas foram realizadas nas dependências do Central Telefônica-Plantão Telefônico COVID; Unidade de Terapias de Doenças Infecciosas; Pronto Socorro Respiratório, Enfermaria COVID, Unidade de Terapia Intensiva COVID, Pronto Socorro do Hospital Municipal e Unidades de Pronto Atendimentos. Foram feitas atendimentos telefônicos, orientações de isolamento, elaboração de atestados\termos de isolamento, prescrições de medicamentos, teleatendimento; passagem de casos de uma unidade de saúde para outra, comunicação de casos para o SAMU, admissões, evoluções, interpretação de exame, exames físicos, prescrições, eletrocardiogramas, procedimentos tanto como acessos venosos periféricos; aspirações; suturas; passagem de sonda nasogástrica, sonda vesical de demora, intubação. A interna esteve com a presença e\ou observação dos médicos plantonistas, preceptores, residentes assim como dos enfermeiros e demais componentes da equipe.

A interna nunca imaginou que o mundo atravessaria por esta situação, menos ainda durante a sua formação.

Para muitos internos, em outras universidades o impacto principalmente foi a suspensão das suas atividades, e a acadêmica, como interna teve e tem ainda a oportunidade de fazer parte da linha de frente ao combate ao COVID-19, além de continuar aprendendo nos cenários de prática médica com os pacientes ingressados aos hospital.

As partidas aos plantões começaram a transladar-se para os setores “COVID” e fizeram parte das cargas horária a serem cumpridas dos módulos no internato.

A interna viu colegas do internato, colegas de outras turmas, colegas de trabalho, professores, preceptores e os demais profissionais de saúde adoecerem, pois é mais impactante quando os pacientes já são próximos ou conhecidos. Presenciou óbito de pacientes; viu pacientes se recuperarem e retornarem para suas casas, todas essas situações desenvolveu a capacidade de lidar com os pacientes, com as emoções deles e da mesma interna, com familiares, com colegas e profissionais de saúde.

Alguns dos cenários de prática foram comprometidos pela pandemia, impossibilitando o acesso a esses serviços para evitar aglomerações e cuidados com paciente, porém também houve cenários novos, onde desenvolvendo habilidades novas, que seguidamente descreve sinteticamente no relatório.

Na Central Telefônica-Plantão Coronavirus, a experiência de poder acolher o paciente, ter o primeiro contato do paciente com o serviço geralmente foi por via telefônica, onde coletava a história clínica e manejava de acordo com a situação atual. Aqui eu gerava um atendimento, fazia a notificação de COVID, prescrevia uma coleta de RT-PCR COVID, gerava um atestado e termo de isolamento para o paciente e a familiares/amigos quem residia no domicílio, orientava a importância do isolamento domiciliar e as penalidades cabíveis nesta, orientava sobre uso de sintomáticos e orientava os principais sinais de alarme (insuficiência respiratória, hipotensão arterial, síncope, febre sem melhora com tratamento medicamentoso, e outros), onde se apresentavam podia ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (192) ou trazer o doente para a triagem COVID do hospital. Também orientava sobre os cuidados de higiene; como ter cuidados quando há uma pessoa com o vírus e outros; além de orientar sobre atendimento psicológico.

Fazer parte da Telemedicina, passagens e discussão de casos para o médico plantonista. Este recurso permitiu o compartilhamento de informações e pareceres médicos com os plantonistas sobre hipóteses diagnósticas, condutas, recomendações. Várias vezes discordei com algumas condutas e questionei sobre alguns medicamentos, por exemplo, muitas das vezes eram prescritos antibioticoterapia, ao meu ver, eu aguardava evolução do quadro e ligar novamente no dia seguinte para avaliar a necessidade. Refletir sobre este método de prática médica não implica a desvalorização das demais especialidades, ao contrário, oferece novas temáticas de trabalho, pode ajudar numa atuação integrada para a busca do melhor resultado para os pacientes.

Supervisão do atendimento telefônico, no início, os alunos de do sexto ano do curso eram os supervisores onde por um período a interna este com supervisora, manejava os casos mais complexos, dúvidas dos demais atendentes, passagem de casos para a triagem ou para o SAMU, comunicações com os demais serviços de saúde do município. Esta experiência desenvolveu a habilidade de comunicação com demais serviços como responsável \encarregada de um setor, é não somente como uma acadêmica,

Fazer parte da triagem Covid-19 do Hospital, sendo parte da equipe que na classificação os pacientes que chegavam encaminhados da UPA's, UBS's, SAMU, da central telefônica, e demanda espontânea também, identificando sinais de gravidade (desconforto respiratório, hipossaturação, piora das condições de base e outros

sinais) para encaminhá-lo ao Pronto Socorro Respiratório adulto ou infantil, sem sinais de alarme para consulta médica e/ou coleta de exame.

Passar pela Unidade de terapia de doenças infecciosas, na nova ala instalada do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, com 12 leitos com quarto privativo, onde são admitidos pacientes com suspeitas e doenças infecciosas, e especialmente tive experiência de ver pacientes com quadros de tuberculose, paracoccidiodiomiose, quadro de infecção por vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outras. Presenciar os pacientes ansiosos do por que estar num quarto privativo sem acompanhantes, sendo atendidos por profissionais com os respectivos equipos de proteção individuais, explicar para os pacientes o setor, a necessidade do seu atendimento nesse setor e a razão de não ter acompanhante nesse setor.

O medo e a ansiedade durante estes meses fizeram a acadêmica refletir sobre o valor que atribuímos às coisas materiais. Esta situação a ensinou a buscar outras formas, não convencionais (presenciais, que requerem contato físico, aglomerações, etc) de ajudar uns aos outros e de contribuir de forma positiva nas vidas das pessoas com quem ela trabalha e convive no dia a dia; apesar das restrições pela situação “pandêmica” não esquecer que as demais doenças não aguardaram que o protagonismo do CORONAVIRUS passe para eles comecem a se apresentar.



### 3. CASOS CLÍNICOS

#### I - Paciente grande queimado

**Cenário:** Pronto Socorro - Trauma

Identificação: BS, feminina, 42 anos, auxiliar de cozinha, natural de Foz do Iguaçu.

Queixa principal: “me queimei”

História da doença atual: paciente trazida pelo SAMU, proveniente da UPA Walter, com história de crise epilética enquanto manuseava óleo quente, nega ingestão alcoólica ou drogas ilícitas. Refere que estava usando medicamentos corretamente, mas que ultimamente está tendo crises epiléticas.

Historia Patológica Progressiva: história de epilepsia desde a infância, em uso de Carbamazepina 200mg (2-2-2) e Fenobarbital 100mg (1-0-1); Hipertensão arterial em uso de Losartana 50mg (1-0-1). Nega cirurgias prévias e outras patologias.

Nega alergias medicamentosas, nega tabagismo e etilismo.

Admissão do trauma: ABCDE do trauma

**A** – Vias aéreas pervias, verbalizando,

**B** – Murmúlo vesicular presente globalmente, sem ruídos adventícias; Saturação de O<sub>2</sub> 98% em ar ambiente.

**C** – Ruídos cardíacos rítmicos, em dos tempos, sem sopros. PA 125\70mmHg; FC 78 bpm; Pulsos presentes em extremidades.

**D** – ECG 15\15; pupilas isofotoreagentes, sem déficit motores aparentes, movimentando os quatro membros.

**E** – Queimadura de 1°, 2° e 3° graus com óleo quente em região abdominal baixa, genitália, coxas e porções de membros superiores, totalizando aproximadamente 30% da superfície corporal.

- **Cabeça\pescoço:** sem lesões ou escoriações aparentes
- **Coluna:** sem dor a palpação de coluna cervical, torácica ou lombossacra.
- **Tórax:** sem dor ou crepitações a palpação de arcos costais, sem escoriações ou equimoses
- **Abdome:** flácido. Queimadura de 1° e 2° graus no abdome inferior e pelve
- **Pelve:** estável.

- **Membros:** queimaduras de 1° e 2° graus em coxas e Membros superior esquerdo

Sinais vitais na admissão: temperatura 36°; FC 88 bpm; FR 20 ipm; HGT 108mg\dl; PA 125\70mmHg; Sat O2 97% em ar ambiente.

Exames laboratoriais: creatinina 0,3; Ureia 25; Mg 1,8 Na 141; K 3,9; CPK 140; Lactato 39; Urina I – sem alterações; KTTTP 24,3; INR 1,04; Hemacias 450000; Hb 13,6; Ht 40.70; Leuco 11590, bastões 1%; plaquetas 258000; PCR 1,2.

Avaliação: Paciente grande queimado. Probabilidade de uso inadequado de medicação para tratamento de epilepsia. Tolerância de medicação para tratamento de epilepsia.

Hipóteses diagnósticas na admissão: Paciente grande queimada.

Plano terapêutico na admissão: Limpeza e curativos dos ferimentos; Hidratação; Aplicação de vacina antitetânica; Observação e monitorização; Solicitação de avaliação pela cirurgia plástica.

- Avaliação pela Cirurgia Plástica: Paciente com queimadura de 20% Superfície corporal queimada, queimadura de 2° profunda e 3° graus em abdome e região inguinal esquerda, e porções de membros inferiores e membros superiores.

Conduta: Internação para o serviço; Debridamento de bolhas e curativo com sulfadiazina de prata; Avaliação do neurologista para avaliação de medicações adequada para tratamento de Epilepsia (onde o serviço de Neurologia aprimorou as medicações em Carbamazepina 200mg (3-2-3) Fenobarbital 100mg(0-0-1)); Solicitação de transferência para centro de queimados (SESA preenchido, central de leitos) ; Analgesia (Tramadol 100mg 8\8hs)

### Discussão:

Segundo o ATLS (Suporte Avançado de Atendimento Médico em trauma) todas as lesões térmicas necessitam de identificação e tratamentos das lesões mecânicas associadas e da manutenção da normalidade hemodinâmica com reposição volêmica.

As prioridades no manejo do doente queimado são:

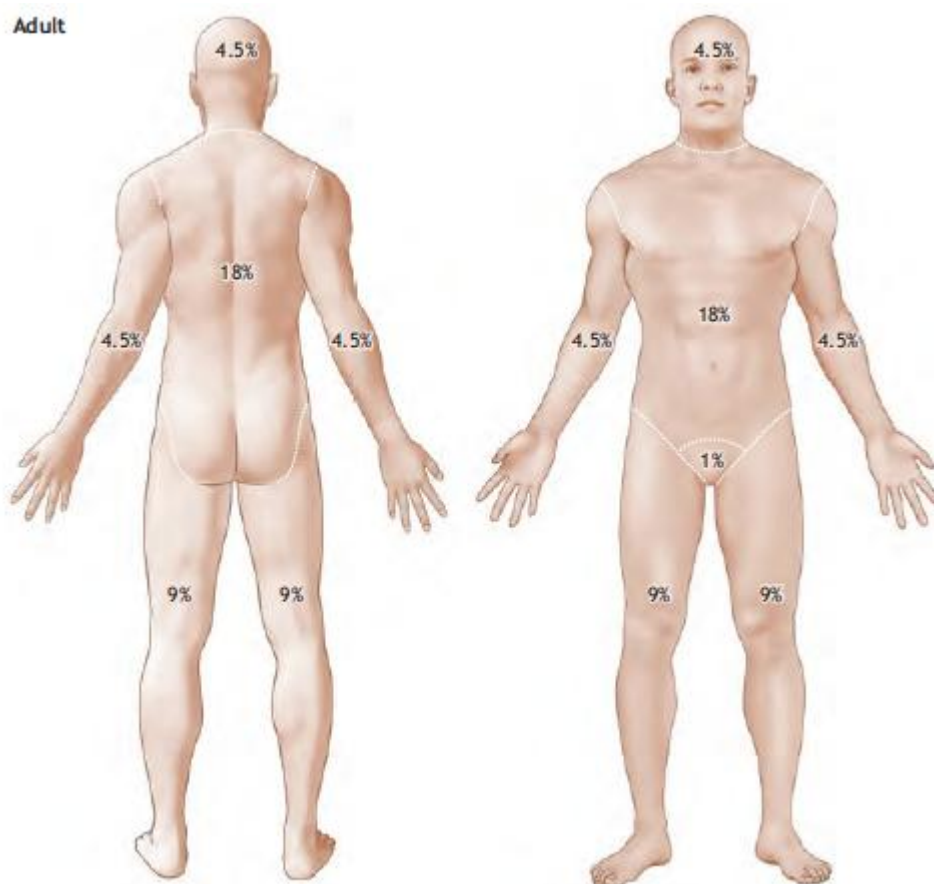
- Controle da Via aérea: as queimaduras podem gerar grande edema, podendo obstruir a mesma, a identificação de sinais de obstrução ou lesões por inalação (Queimaduras cervicais-faciais; chamuscamento de cílios e vibrassas nasais; Depósitos de carbono e alterações inflamatórias agudas na orofaringe ; Escarro carbonado; Obstrução de VA(Ronquidão\estridor); História de confusão mental ou confinamento no local de incêndio; História de explosão com queimadura de cabeça e tronco) mas como neste caso em particular não houve comprometimento de vias aéreas, não houve necessidade de manejo de via aérea com a intubação oro-traqueal, mas se tivesse algum desses sinais citados anteriormente, seria necessário.

· Interromper o processo de queimadura: retira roupas, joias, etc. pois isso dá continuidade com a lesão térmica, mais ainda se há solução química no meio, se há substância seca, deve ser retirada com escova delicadamente evitando o contato do profissional com este, e posteriormente enxaguada com água corrente e cobrir com lençóis limpos e secos para evitar a hipotermia. Neste caso a paciente já estava com curativos nas lesões sendo feitos os primeiros cuidados no pré-hospitalar e no serviço da Unidade de Pronto Atendimento.

· Obter um acesso venoso: qualquer doente com queimaduras que acometem mais de 20 % da superfície corporal necessita reposição de volume. Se a extensão da queimadura não permitir a introdução do cateter (16-18-20G) através de pele íntegra, isso não deve impedir a punção de veia acessível através da pele queimada. Nesta paciente houve possibilidade de acesso venoso periférico em membro superior não afetada pela queimadura. Mas o que há por destacar que, no momento da admissão da paciente, não foi feita a hidratação necessária, sendo que na admissão foi quantificada aproximadamente 30% de superfície corporal queimada, e não foi feita o cálculo de reposição volêmica que o ATLS preconiza que seria com mais universalmente aceita, a fórmula de Parkland: 4 ml de Ringer lactato por Kg de peso por área percentual corporal queimada, durante as primeiras 24h. 50% é administrado nas primeiras 8 horas, sendo o 50% restante, deveriam ser infundidos nas 16 horas seguintes. Após esta infusão, o volume de líquido oferecido deve ser ajustado com base ao débito urinário de 0,5ml/kg/h em adultos, quantificando com sondagem vesical para controle de diurese, questão que não foi abordada no atendimento, a pesar da discussão com o plantonista, somente prescrevendo uma hidratação de 1000ml, e sem sondagem vesical, sendo que a paciente necessitaria de aproximadamente 8400ml em 24 horas(4200ml nas 8 horas e os seguintes 4200ml nas 16 horas para completar 24 horas)

Na avaliação do cirurgião plástico houve a quantificação de superfície corporal queimada real, que foram 20%, e a tomada de cuidados da paciente, como a hidratação adequada que foi 5600ml (total), 2800ml em 8 horas e o restante nas próximas 16 horas. Solicitando vaga para o Centro de Tratamento de Queimados; Indicou Cirurgia para debridamento de lesões se não conseguir transferência em 24 horas.

Figura 1 - Regra dos Nove. Essa regra prática é utilizada na avaliação da gravidade das queimaduras e na determinação da reposição hídrica. O corpo do adulto é dividido em áreas cuja extensão corresponde a aproximadamente 9% da superfície corporal e/ou frações ou múltiplos de 9%



Fonte: ATLS, 2018.

Foi utilizado a "Regra dos Nove", regra prática e útil para determinar a extensão da queimadura, sendo que o corpo de um adulto é dividido em regiões anatômicas que representam 9%, ou múltiplos de 9%, da superfície corporal total. A palma da mão do doente (incluindo os dedos) representa aproximadamente 1 % de sua superfície corporal. A Regra dos Nove ajuda a avaliar a extensão das queimaduras com distribuição irregular e é a ferramenta preferencial para calcular e documentar a extensão da queimadura. Onde após avaliação da paciente foi quantificada 20% de superfície corporal queimada, com queimadura de 2º profunda e 3º grau em abdome e região inguinal esquerda, e porções de membros inferiores e membro superior.

Há possibilidade e utilização da ketamina nesta paciente como agente indutor como agente sedativo e analgésico, sendo ideal para procedimentos pouco prolongados, troca de curativos, pequeno-medios debridamentos. Além de ter a vantagem de aumentar a resistência vascular sistêmica (reduz a perdas sanguíneas durante a excisões de lesões), preservação dos reflexos protetores das vias aéreas. Como alternativa ha anestesia geral, temos a possibilidade da anestesia regional - além de promover anestesia cirúrgica -

melhora analgésica pós-operatória e facilita o processo de reabilitação. Os bloqueios periféricos e do neuroeixo, usadas como técnicas isoladas são aplicáveis normalmente para procedimentos de extremidades e região perianal-genital. Sendo que para a paciente esta alternativa seria viável. Sem esquecer o manejo da dor na recuperação e no manejo clínico em vistas para a recuperação da paciente, desde analgésicos não opioides, analgésicos opioides e adjuvantes se necessário (Anestesiologia SAESP, 2018)

A técnica cirúrgica segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras no Desbridamento Cirúrgico está indicado praticamente em todos os casos de queimaduras de segundo e terceiro grau. Deve ser realizado no centro cirúrgico, sob anestesia, como o cirurgião plástico indicou para esta paciente, (além de solicitar uma vaga ao Centro de Tratamento de Queimados na cidade de Londrina já que é o hospital de referência para estes pacientes), mas como houve uma rápida resposta de tal hospital, suspenderam o procedimento no serviço do Hospital Municipal e a paciente foi transferida para Londrina. Igualmente é ressaltado que o procedimento a ser realizado envolve a retirada mecânica de todo o tecido necrótico (epiderme/derme), além da remoção de secreções e de contaminantes, como restos de roupa, medicamentos caseiros, etc, com o objetivo de se obter a limpeza meticulosa da ferida queimada.

Os medicamentos tópicos para as feridas mais utilizadas é a sulfadiazina de prata, estão também a sulfadiazina de zinco, salicilato de sódio e enzimas (colagenases). Podendo ser feitos: curativo aberto, aplicando-se este medicamento diretamente na lesão, ou; curativo fechado, após a aplicação do medicamento tópico, a área da ferida é coberta por um curativo. Estes curativos tem intervalos de 12hs até 24-36h, dependendo da extensão e da gravidade da lesão. Há possibilidade da excisão também, sendo indicada nas lesões de terceiro grau ou queimaduras de segundo grau profundo que evoluíram para terceiro grau ou com sinais de infecção, aqui é removido o tecido queimado, até que se atinja tecido viável, permitindo que aquela área seja enxertada (coberta), obtendo a cura (ou “fechamento”) das lesões das queimaduras. É geralmente realizada em etapas de 10% a 15% da área corporal, iniciando-se 48-72h após a queimadura, após o controle agudo do paciente, onde possivelmente foi feita esta abordagem na paciente segundo discutido com o especialista da cirurgia plástica condizente com a bibliografia da Sociedade Brasileira de Queimaduras.

## II- Dissecção aórtica

### **Cenário: Pronto Socorro Clinico**

Identificação: NZ, 65 anos, masculino, idoso, pardo, previamente hígido, natural de Fortaleza, residente de Foz do Iguaçu.

Queixa Principal: Dor debaixo da costela esquerda que vai para o dorso

História da doença atual: Paciente transferido da UPA Walter via SAMU para o Hospital Municipal, por apresentar dor de início abrupto de forte intensidade, em forma lancinante no hipocôndrio esquerdo com irradiação para o dorso homolateral que o fez despertar do sono, sem fator de alívio, sem febre, diarreia, algia ou trauma previo, tosse e nega síncope, dispneia e fraqueza, essa dor teve início em 07/09 onde procurou ajuda no mesmo dia na UPA Padre Italo, na qual decidiram transferir ele para UPA Walter, sendo realizado TC de abdome (08/09) evidenciando dissecção de aorta torácica e de toda a aorta abdominal, que progride até a artéria ilíaca comum esquerda, no dia 09/09, realizado Angiotomografia de tórax mostrando dissecção da aorta torácica com início após emergência da artéria subclávia esquerda estendendo-se pelo trajeto da aorta torácica descendente até à aorta abdominal. Refere que a dor apenas aliviou com a administração de medicamentos na UPA, no entanto, no dia da avaliação no hospital(10\09) essa dor alivia no decúbito lateral e piora no decúbito dorsal, sem outras queixas.

História patológica pregressa: Nega comorbidades, nega hipertensão arterial sistólica e uso de medicações de uso contínuo. Alergia ao produto de lavagem de carro, sem outras alergias. Apendicectomia (1967), FAF (1990) com persistência parcial do projétil na área dorsal esquerda.

História Social: nega tabagismo e uso de drogas. Etilista social. Refere sedentarismo

### Exame Físico:

BEG, lúcido e orientado, hipocorado +/4, anictérico, acianótico, hidratado, afebril e eupneico em ar ambiente

Neurologico: Escala de coma de Glasgow 15\15, pupilas isocóricas e isofotorreagentes. Forças musculares preservadas, sem déficits neurológicos.

Aparelho cardiovascular: Bulhas hipofonéticas em 2T, RR, sem sopro. TREC <3s e extremidades quentes. Pulso radial esquerdo levemente diminuído em relação ao direito. restante de pulsos presentes, firmes e simétricos.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente globalmente, diminuído em base pulmonar Esquerda, sem ruídos adventícios

Abdome: Globoso a extensas de panículo adiposo, com presença de cicatrizes de FAF em região mediana, cicatriz no ponto de Mc Burney pela apendicectomia. ruídos hidroaereos presentes globalmente, indolor à palpação e sem visceromegalias palpaveis

Extremidades: sem edemas, panturrilhas livres, sem empastamento.

Exames Complementares:

TC de abdome superior e da pelve (08/09): dissecação nas porções visualizadas da aorta torácica ede toda a aorta abdominal prosseguindo até à artéria ilíaca comum esquerda.

AngioTC de tórax (09/09): dissecação da aorta torácica com início após emergência da artéria subclávia esquerda estendendo-se pelo trajeto da aorta torácica descendente até à aorta abdominal.

Radiografia de Tórax(10\09): alargamento de mediastino importante, restante de estruturas sem alterações aparentes.

Laboratório 11/09: KPTT 24,3; TAP 11,5 ; INR 1,00; Hemácias 3,90 milhões; Hb 15,0, Ht 43,5; Leucocitos 7790; Bastões 2%; Segmentados 75%; Plaquetas 131000; Ureia 42; Creatinina 0,9; Na 140; CPK 33; CKMB 4; Bilirrubinas totais 1,0; Bilirrubinas direitas 0,6; Bilirrubinas indiretas 0,4; Mg 2,5; TGO 22; TGP 19.

Avaliação: Paciente transferido por apresentar quadro de dissecação aórtica importante, apresenta-se estável clinicamente no momento, consciente e orientado, eupneico em ar ambiente, sem déficits neurológicos. Queixa-se apenas de dor ao permanecer em decúbito dorsal. Monitorado continuamente, aguarda vaga de UTI em serviço especializado para tratamento definitivo, tratamento cirúrgico.

Hipótese Diagnóstica:

Dissecção aórtica

Diagnósticos diferenciais: Tromboembolismo pulmonar; Crise hipertensiva

Conduta:

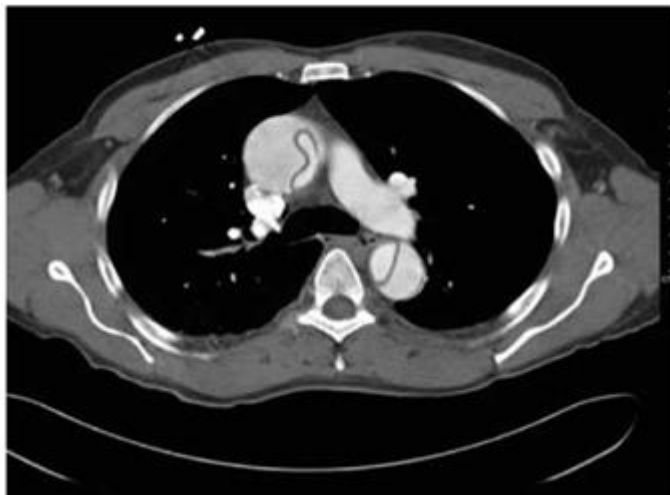
- Suporte clínico e monitorização contínua.
- Analgesia fixa
- Prescrição betabloqueador Propranolol 40 mg 12/12h
- Hidratação com soro fisiológico 0,9% 1000ml de 8\8hs
- Solicitação de exames laboratoriais
- Prescrição de Nipride para controle pressórico, tendo com meta pressórica PAS < 120 mmHg, Se PA 90/60 mmHg, vigiar se apresenta alguma queixa ou alteração do quadro, alertar ao plantonista
- Discutido o caso com o especialista da cirurgia vascular, e solicita-se transferência de alta complexidade.
- Prescrição de profilaxia gástrica
- Solicitação de vaga em UTI, preenchimento de SESA e laudo SUS
- Reavaliação clínica

**Discussão:**

As síndromes aórticas agudas englobam um conjunto de condições raras, mas com evolução rápida e fatal, que se apresentam com características clínicas semelhantes, entre elas encontramos o Hematoma intramural; úlceras ateroscleróticas e a dissecção aórtica, sendo esta última a principal emergência relacionada á aorta. A dissecção de aorta é uma lesão de camada muscular média da aorta, isto cria uma infiltração entre a camada média e íntima, gerando uma coluna de sangue dissecante, estabelecendo um flap intraluminal separando o lumen verdadeiro circunferenciado por camada íntima, do lumen falso, entre a íntima e a média.



Figura 2 - Angiotomografia da aorta torácica demonstrando flap de dissecção na aorta ascendente e descendente



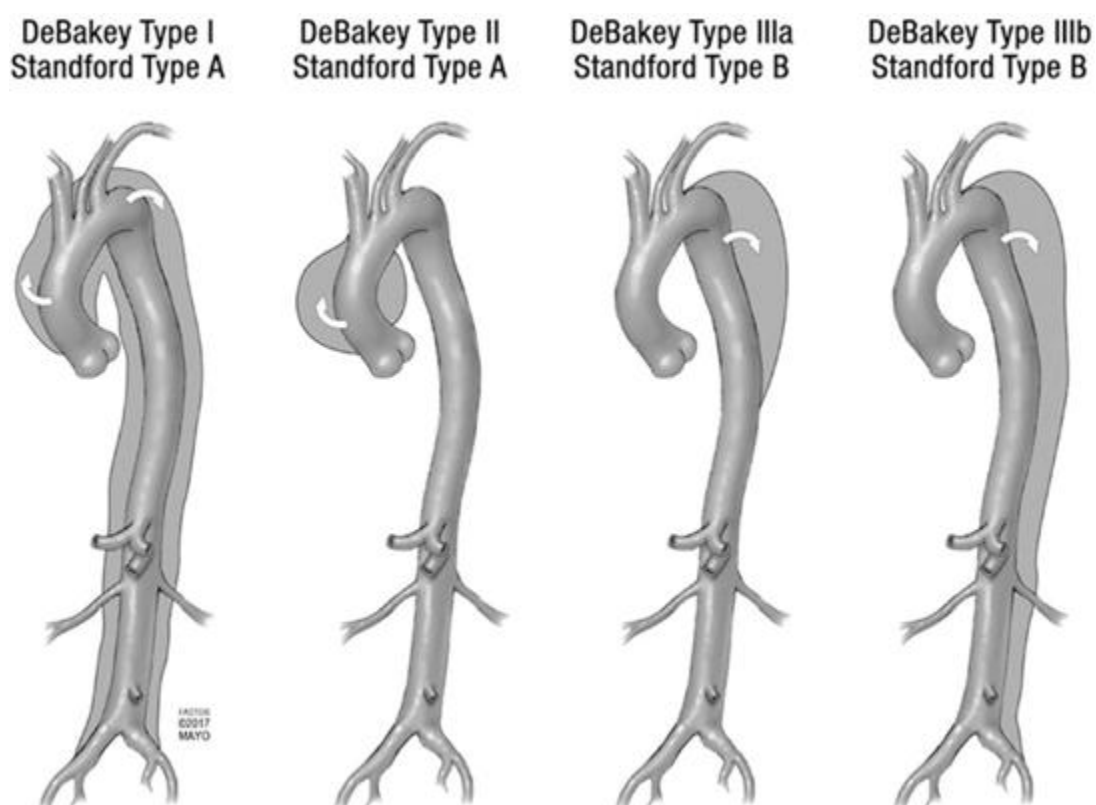
Fonte: DINATO, DIAS, HAJJAR, 2018.

Tendo em conta a fisiopatologia da dissecção aórtica, com cada contração, o coração simultaneamente torce e balança de lado a lado, a chamada dextrorrotação, resultando em flexão da aorta ascendente e aorta descendente. Lembrando que no indivíduo, em média há 70 batimentos por minuto e com sequência 37 milhões de vezes ao ano, isto vai causando estresse repetitivo na aorta. A princípio dissecção ocorre através de uma degeneração da camada média, somado a exposição ao estresse. A degeneração de camada média pode ocorrer com o envelhecimento normal, a hipertensão arterial prolongada que intensifica as forças hidrodinâmicas e juntos resultam num aumento na degeneração da camada medial.

O fator mais importante que favorece a esta doença é o grau de elevado da pressão sanguínea. Neste paciente, segundo seu relato, não possui doenças prévias, nega hipertensão arterial, porém refere que há muitos anos não realiza consultas médicas, ou nega procura atendimento médico nos últimos anos ou nega que realizou recentemente aferição de pressão arterial; isto direciona a pensar que há possibilidade de que o paciente tenha uma história de hipertensão arterial previa pelos fatores de risco que já possui para esta doença, sendo idoso, sedentário, consumo de bebidas alcoólicas.

Segundo o laudo das tomografias computadorizadas, a dissecção aórtica do paciente é classificado como Standford tipo B e classificação de DeBakey IIIB, para dimensionar anatomicamente como seria a dissecção, considerar a seguinte figura.

Figura 3 - Classificações de DeBakey e Stanford para dissecções de aorta



Fonte: Helder e Bacharach, 2018.

Tendo a confirmação do diagnóstico com angiotomografia, pois este é o exame de escolha, demonstrando o duplo lúmen da aorta, além de proporcionar avaliação da extensão e diferenciando as classificações já discutidos acima.

Após a confirmação diagnóstica deve ser seguida o protocolo de manejo, e segundo o Posicionamento Brasileiro de Emergências Hipertensivas, o manejo inicial de uma dissecção aórtica envolve:

- Como em toda suspeita de paciente crítico, monitorização contínua, oxigenioterapia se necessária, acesso venoso periférico, eletrocardiograma.
- O controle de dor, geralmente com opioides, devem ser administradas em doses adequadas para controlar a dor e tônus simpático, neste caso foi prescrito Tramadol 100mg endovenosa lento de 8\8 horas.
- Controle estrito de frequência cardíaca, com alvo de 60 batimentos por minuto, devem-se administrar betabloqueadores por via endovenosa (metoprolol, esmolol ou labetalol) para reduzir o estresse na parede, diminuindo a frequência cardíaca e a pressão arterial, mantendo a perfusão cerebral, coronariana e renal adequadas. Como no serviço não há disponibilidade de betabloqueadores endovenosos, optou-se por comprimido via oral, o Propranolol de 40mg 1 comprimido de 12\12 horas. A administração de betabloqueadores deve ser completada antes da diminuição da pressão arterial com agentes redutores de pós-carga.
- Controle da pressão arterial sistólica para 100 a 120 mmHg, administrando o nitroprussiato de sódio, e pode ser usado após betabloqueio, pois em monoterapia pode aumentar o estresse de cisalhamento da parede aórtica, resultando em progressão da dissecção, dando efeito de taquicardia reflexa como monoterapia.

Segundo o livro de Medicina de Emergência abordagem prática, o nitroprussiato de sódio pode ser utilizada em bomba de infusão contínua, com dose inicial de 0,5 a 3 mcg/kg\min, podendo ser ajustada para alcançar objetivos; no paciente relatado no caso clínico foi utilizada 5 ml\h em bomba de infusão contínua, adaptando-se adequadamente desde o início da infusão, sem ter que alterar a dosagem.

As medidas de grande importância que devem ser tomadas, monitorização contínua, cuidados em unidade de terapia intensiva e tratamento definitivo, sendo esta a cirurgia de reparo de uma dissecção do tipo B aguda. O implante de stent endovascular em este tipo de dissecções apresenta melhores resultados clínicos do que o tratamento médico clínico isoladamente, provavelmente isto deve-se à remodelação e às mudanças volumétricas que acontecem depois que um stent é implantado(Helder e Bacharach, 2018).

No entanto, o manejo inicial, a identificação e o diagnóstico do quadro é o fator mais relevante para o melhor desfecho para o paciente, pois identificar, estabilizar inicialmente num setor de urgência e emergência, e com rapidez solicitar unidade de terapia intensiva, pois todos pacientes com síndrome aórticas agudas têm indicação, além de solicitar transferência para um centro de referência para o tratamento definitivo ou o serviço possuir serviço de alta complexidade, acionar os profissionais especializados.

Claramente a mortalidade no centro cirúrgico é um fator importante, porém ressalta-se que o bom manejo do paciente com esta patologia brinda possibilidade de um bom desfecho, considerando as complicações mais temidas no âmbito da dissecação aórtica, além da ruptura da aorta, inclui-se é a dissecação de ramos da aorta, ocasionando isquemia cerebral, coronária, renal, mesentérica espinhal ou de membros (VELASCO, NETO, SOUZA, 2019).

### III- Síndrome de Abstinência

Cenário: Pronto Socorro Respiratorio

Identificação: VND, masculino, 51 anos. Natural de Mora em Foz do Iguaçu com a filha e neto

Queixa principal: “desmaiei e não lembro de nada”

História da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU na madrugada do dia 14/08/2020 ao Pronto Socorro respiratório do Hospital Municipal, proveniente da UPA João Samek, Paciente confuso, desorientado, agitado não colaborativo, sudoreico, febril ao toque, no momento da avaliação apresentou alucinações, referiu ter ” muitas pessoas no quarto”, “isto é uma cadeia”, “o que vocês querem fazer comigo?”, sendo que somente a examinadora e paciente estavam no quarto. Paciente não sabe relatar queixas e não é possível coletar história clínica, procura-se então no prontuário, também sem muita informação, neste é relatado que paciente foi encontrado em via pública no dia anterior, etilizado, socorrido pelo SAMU e sendo levado para UPA sem história clínica, segundo a passagem de plantão o técnico de enfermagem do SAMU paciente é morador de rua, etilista e tabagista, e durante o transporte para o hospital apresentava tosse produtiva. Ao procurar internações anteriores no sistema, encontrado que o mesmo teve último internamento no ano de 2014, onde consta etilismo crônico e tabagista, internado por alteração do nível de consciência e manteve desorientação sendo acompanhado pela psiquiatria até sua alta nesse então.

Exame Físico:

Sinais Vitais na admissão: PA: 150\87 mmHg; Temp 38 °; FC 115 bpm; FR: 20 irpm, SatO2 97% em ar ambiente; HGT: 60 mg\dl

Ectoscopia: regular estado geral , agitado, confuso, não colaborativo, anictérico, acianótico, desidratado+\+4, febril ao toque, sudoreico, normocorado, taquipneico em ar ambiente

Respiratorio: Tórax escavado. Expansibilidade torácica bilateral, som claro pulmonar à percussão, murmurio vesicular presentes globalmente, com presença de estertores crepitantes em base direita.

Cardiovascular: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, pulsos centrais e periféricos presentes e simétricos, jugulares sem estase. Tempo de enchimento capilar < 3 seg

Abdome: abdome escavado, compatível com emagrecimento, Ruidos hidroaéreos preservados, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, e timpânico à percussão, sem visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos periféricos presentes e simétricos, ausência de edema, panturrilhas livres. Tremor fino em membros superiores e inferiores.

Neurológico: Glasgow 13(AO4,RV4,RM5), pupilas isofotorreagentes. Tônus, trofismo e força preservados. Movimentação ocular sem alterações, ausência de nistagmo. Marcha, equilíbrio estático não avaliada pela situação de contenção do paciente.

Súmula psicopatológica: Aparência: descuidado; Atitude: não colaborativa, hostil.; Consciência: confusão; Consciência do eu: sem alteração; Atenção: hipervigil e hipotenaz. Orientação: orientação autopsíquica e alopsicamente; Fala: disartrica pela ausência de prótese dentária. Pensamento: curso lento, forma e conteúdo normal. Humor: irritado. Afeto: eutímico; Vontade: hiperbólico. Pragmatismo: alterado; Inteligência: preservada. Memória: Imediata: alterada; Curto-prazo: alterada; Longo-prazo: normal. Sensopercepção: alucinações visuais Psicomotricidade: agitação; Noção de morbidade: ausente; Planos para o futuro: presentes

#### Hipóteses diagnóstica:

Rebaixamento do nível de consciência a esclarecer

Pneumonia viral por Sars-cov 19?

#### Diagnósticos diferenciais:

Síndrome de Abstinência?

Hipoglicemia?

#### Plano Terapêutico:

Monitorização e suporte clínico

Hidratação padrão

Solicito exames laboratorial de admissão + radiografia de tórax

Coletar RT-PCR COVID

Notificação de COVID

Reavaliação após

Cenário: Unidade Terapia de Doenças Infecciosas (dia 15\08\20)

Subjetivo: Relata desconhecer o motivo da internação no serviço, sendo que ao acordar no dia 15 \08 encontrava-se no leito, explica que não lembra dos últimos acontecimentos da sua vida (últimos dias) antes de acordar no hospital, não sabe informar, local onde se encontrava antes da internação, com quem estava, se teve sintomas no dias anteriores. No momento da avaliação nega queixas.

Historia Patologia Progressiva: Hipertensão Arterial Sistêmica, sem tratamento. Etilismo há 30 anos, Relata etilismo há 30 anos, e ultimamente consome “2 a 3 doses”(copo americano=190ml) de pinga ao dia, e nos fins de semana além disso consome 1 ou 2 litros de cerveja. Tabagismo 1\2 carteira\dia há 30 anos aproximadamente. Nega uso de outras drogas. Sem outras comorbidades(sic);nega alergias a medicamentos.

No exame físico:

Ectoscopia: bom estado geral, lucido, orientado em tempo e espaço, colaborativo, anictérico, acianótico, desidratado+\+4, afebril ao toque, normocorado, eupneico em ar ambiente

Respiratorio: Tórax escavado. Expansibilidade torácica bilateral, som claro pulmonar à percussão, murmúrio vesicular presentes globalmente, persistência de estertores crepitantes em base direita.

Cardiovascular: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, pulsos centrais e periféricos presentes e simétricos, jugulares sem estase. Tempo de enchimento capilar < 3 seg

Abdome: abdome escavado, compatível com emagrescimento, Ruidos hidroaéreos preservados, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, e timpânico à percussão, sem visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos periféricos presentes e simétricos, ausência de edema, panturrilhas livres. Persistência de tremor fino em membros superiores e inferiores.

Neurológico: Glasgow 15(AO4,RV4,RM6), pupilas isofotorreagentes. Tônus, trofismo e força preservados. Movimentação ocular sem alterações, ausência de nistagmo.

Exames complementares:

Laboratórios: RT-PCR COVID(14\08): detectado

Hb11,10/ Ht32,20/ Leuco 12650 / Bastonetes12%/ Plaquetas 155000/ Ureia18/ Creatinina 0,60/ Na139/ K 3,5/ CPK 311 (55-170 U\L)/ Lactato 25,9/ BT 0,70; D 0,3; BI 0,40/ CKMB 30/ FosfataseAlcalina 71/ GamaGT109(15-75 U\L)/ TGO 168(17-59 U\L)/ TGP 51 (<50U\L)

\* Testes rápidos de HIV, Hepatite B e Sífilis : não reagentes.

Tomografia de Tórax(15/08) Áreas de opacidades pulmonares focais em vidro fosco nos segmentos superior e posterior do lobo inferior direito e no segmento posterior do lobo inferior esquerdo com algumas áreas retráteis de permeio, achado compatível com pneumopatia viral atípica acometendo em torno de 20% do parênquima.(CORADS 6)

Tomografia de crânio(15/08) Calcificações na foice. Cisternas e sulcos corticais discretamente proeminentes. Parênquima cerebral com morfologia e densidades habituais. Ausência de sinais de isquemia e hemorragias. Tronco cerebral e cerebelo sem alterações. Cisternas da base preservadas. Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Ausência de coleções intra ou extra-axiais.

### Diagnósticos Principais

1. Pneumonia viral por Sars-cov 19
2. Síndrome de Abstinência Alcoólica
3. Rebaixamento do nível de consciência a esclarecer?



#### 4. Hipoglicemia?

##### Plano Terapêutico:

Suporte clínico e manter monitorização

Dieta branda pela falta de dentição do paciente

Início dexametazona 6mg VO e Oseltamivir 75 mg VO

Início Profilaxia para TEV e gastrica

Início Diazepam 5mg VO de 8\8 hs

Início Tiamina

Início antibioticoterapia VO

Avaliação do setor da psiquiatria

##### **Discussão:**

O livro de Medicina de Emergência, abordagem prática, recomenda que assim que um paciente com alteração de nível de consciência chega ao departamento de emergência, como todo paciente crítico, deve-se monitorar, oferecer oxigenoterapia se necessário, e obter acesso venoso periférico, além de realizar uma glicemia capilar, se houver hipoglicemia (<60mg/dl) administrar rapidamente de 60-100 ml de glicose a 50% via endovenosa concomitante a tiamina (300 mg endovenosa), se indicada, e neste paciente teria indicação, pois há histórico de etilismo. Caso a glicemia capilar estiver normal, deve-se questionar outras etiologias neurológicas de rebaixamento de nível de consciência, abrir um leque de diagnósticos prováveis como acidente vascular cerebral, encefalopatias, intoxicações agudas e outras. Ter que conta que as principais causas de rebaixamento de nível de consciência são ocasionadas por doenças ou síndromes clínicas. Sendo as etiologias mais comuns são reversíveis. Independente da etiologia a presença de alteração de consciência é sempre indicativa de gravidade, pois traduz uma falência dos mecanismos de manutenção da consciência.

O manejo do inicial paciente já monitorado e estabilizado inicialmente, deve-se coletar as informações na anamnese e exame físico direcionado, neste caso houve pouca

colaboração do paciente, porém os achados do exame físico indicaram agitação psicomotora, tosse produtiva, tremores finos em membros, hipertensão, taquicardia, febre, taquipneia, sudorese, desidratação leve, crepitações em base direita, e todo o conjunto de dados de história mais exame físico proporcionou várias hipóteses diagnósticas já citadas acima; sendo que alguns já confirmamos com os dados clínicos com a síndrome de abstinência de álcool, porém é necessário alguns exames complementares para auxiliar na continuidade de manejo para alguns dos quadros, especialmente num contexto de pandemia de COVID-19, o que ocorreu com este paciente, onde no RT-PCR foi detectado o vírus e com imagem tomográfica sugestiva de pneumonia viral por SARS-COV, e sem perder o contexto do paciente como um todo com as outras exacerbações de doenças de base.

Nesta discussão do quadro clínico será explorado especialmente uma das doenças de base e sua exacerbação pois não praticada clinicamente é observado que o manejo por vezes é negligenciado ou abordado de forma parcial somente.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, a característica da abstinência de álcool é presença de uma síndrome de abstinência característica que ocorre no período de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool, neste caso o paciente elitista pesado, não há conhecimento de quanto foi o período de tempo interrupção do álcool, porém apresentava alguns dos sintomas clássicos. Estes sinais e sintomas geralmente iniciam quando as concentrações de álcool na corrente sanguínea diminuem abruptamente, em 4 a 12 horas, após que o consumo de álcool foi interrompido ou reduzido.

Os sinais e sintomas típicos são: tremores em membros superiores e inferiores; sudorese; náusea e/ou vômitos; taquicardia; agitação; mal estar; cefaleia; ansiedade; hipertensão.

O sistema nervoso central funciona de maneira equilibrada, por padrões genéticos e pelo desenvolvimento neuropsicomotor de cada indivíduo. A presença constante e prolongada do álcool afeta o tal equilíbrio, gerando que o sistema nervoso central crie mecanismos de neuroadaptação para restabelecer a homeostase; a presença constante da substância contribui com que esta seja habitual. A síndrome de abstinência de álcool é resultado deste processo neuroadaptativo; então o paciente não bebe para ficar bêbado, mas para obter a dose necessária para manter equilíbrio e ser capaz de realizar as tarefas

cotidianas, sendo que esta neuroadaptação a presença do álcool torna o sistema nervoso central mais sensível a redução ou ausência do mesmo; assim causa os sinais e sintomas de desconforto físico, mental frente a falta do álcool. (MELEIRO, 2018).

Deve-se lembrar que estes pacientes podem ter quadros de desidratação, distúrbios hidroeletrólitos associados devido a agitação e descarga adrenérgica, assim grande parte dos paciente devem ser hidratados vigorosamente, atentando com as comorbidades já existentes, esse distúrbios devem ser corrigidos em concomitância ao tratamento.

Temos a classificação de CIWA-Ar(Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale), desenvolvida para avaliar, monitorar e auxiliar no

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?	<input type="checkbox"/>	2. Leve	6. Extremamente graves
0 Não		3. Moderado	7. Continua
1 Náusea leve e sem vômito			
4 Náusea recorrente com ânsia de vômito			
7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito			
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:	<input type="checkbox"/>	7. Você se sente nervoso (a)? (observação)	<input type="checkbox"/>
0 Não		0 Não	
1 Não visível, mas sente		1 Muito leve	
4 Moderado, com os braços estendidos		4 Leve	
7 Severo, mesmo com os braços estendidos		7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	
3. Sudorese:	<input type="checkbox"/>	8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?	<input type="checkbox"/>
0 Não		0 Não	
4 Facial		1 Muito leve	4 Moderado / grave
7 Profusa		2 Leve	5 Grave
		3 Moderado	6 Muito grave
			7 Extremamente grave
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?	<input type="checkbox"/>	9. Agitação: (observação)	<input type="checkbox"/>
Código da questão 8		0 Normal	
		1 Um pouco mais que a atividade normal	
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8	<input type="checkbox"/>	4 Moderadamente	
		7 Constante	
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?	<input type="checkbox"/>	10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)	<input type="checkbox"/>
0 Não		0 Orientado	
1 Muito leve	4 Alucinações moderadas	1 Incerto sobre a data, não responde seguramente	
	5 Alucinações graves	2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias	
		3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias	
		4 Desorientado com o lugar e pessoa	
		Escore _____	

tratamento.

Fonte: Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool e seu tratamento(2000) e citado no livro de Medicina de Emergência, abordagem pratica(2019).

Sendo classificado síndrome de abstinência alcoólica como: Leve: <15 pontos; Moderado: 16-20 pontos; e Grave: > 20 pontos.

Em todo paciente com suspeita de síndrome de abstinência alcoólica, deve-se repor Tiamina, sua importância consiste na oxidação dos carboidratos, o metabolismo da glicose nos neurônios depende de enzimas cujo cofator enzimático é a tiamina pirofosfato, esta é resultado da fosforilação da tiamina pela enzima tiamina fosfoquinase; e o consumo crônico de álcool interfere no metabolismo da tiamina, diminuindo o aporte energético, prejudica a absorção, o armazenamento e a ação das enzimas tiamino-dependentes, até aumenta a metabolização destas, resultado em redução do consumo de glicose pelos neurônios em até 60%, e estes trabalham no limite energético, sem reservas, e ao ter uma redução do aporte energético, as células neuronais entram em sofrimento, em lesão e finalmente em morte celular, sendo explicado a reposição de tiamina nos paciente com histórico de etilismo para prevenção da síndrome de Wernicke-Korsakoff (MELEIRO, 2018).

O pilar do tratamento são os benzodiazepínicos, com o objetivo é deixar o paciente calmo, evitando deixa-lo rebaixado, pois aumenta vários riscos como broncoaspiração. Geralmente o benzodiazepínico de escolha é o Diazepam 5 a 10 miligramas via oral de cada 6\6 ou 8\8 horas para pacientes classificados leves a moderados. Em pacientes classificados com graves, a via de escolha para os benzodiazepínicos é a endovenosa com doses iniciais de Diazepam de 5-10 miligramas endovenoso lento, e dependendo da resposta clínica, podendo repetir várias vezes de 15\15 ou 30\30 minutos, até acalmar o paciente, sem deixa-lo rebaixado. O Diazepam é a melhor escolha pela meia vida prolongada, comparada com midazolam, por exemplo; porém há outra alternativa, o Lorazepam que pode ser utilizado endovenoso, com a dose de 2-4 miligramas repetido a cada 15-20 min conforme a necessidade, outra razão porque usar o lorazepam é quando o paciente possui insuficiência hepática.

Nesta situação o livro de Medicina de Emergências, traz uma consideração, onde é utilizado benzodiazepínicos repetidas vezes, pode ocorrer a intoxicação por este, onde devemos identifica-lo e trata-lo, com suporte de monitorização, suporte de oxigênio, hidratação adequada e sobretudo não postergar a intubação se houver rebaixamento de nível de consciência importante e incapacidade de proteger as vias aéreas. Se apresentar-se a sedação por benzodiazepínicos ao fazer o tratamento para síndrome de abstinência deve-se ponderar o uso de seu antidoto, o flumazenil, com a dose de 0,1-0,2 miligramas endovenoso em bolus, podendo repetir-se até dose máxima de 1 miligrama, sendo que seu efeito inicia em 2 a 3 minutos.

Delirium tremens é uma das manifestações mais graves da síndrome, é apresentado com desorientação e confusão mental importante, extrema agitação, necessitando contenção mecânica, tremores grosseiros, instabilidade autonômica com alterações hidroeletrólíticas importantes, ideação paranoide, acentuada resposta a estímulos externos, alucinações táteis e visuais. Podendo ocorrer dentro das 48 a 96 horas após a última ingesta de álcool, geralmente dura 3 dias mas podendo durar até 14 dias. Este paciente não entrou no critério para delirium tremens pelo início rápido do benzodiazepínico, mas se houvesse atraso na terapia com benzodiazepínicos há possibilidade que evoluiu-se para esta complicação.

Segundo o Caderno Ambulatorial de Síndrome de Abstinência orienta que os pacientes devem ser alocados em local tranquilo com pouco barulho, com pouca estimulação e luz e som. Porém nesta situação, num cenário de pandemia não foi possível alocar o paciente em quarto privativo com tranquilidade, por vários motivos: sendo um paciente com comprometimento pulmonar pelo vírus foi alocado em enfermaria COVID onde tem demanda grande de pacientes com este vírus teve que compartilhar o quarto com outros pacientes; além de necessitar estar monitorado continuamente com aparelhos de monitorização para avaliar o quadro hemodinâmico, identificar quadros de insuficiência respiratória por exemplo, identificar complicações de síndrome de abstinência e outras.

## IV -Trombose venosa profunda

**Cenário:** Pronto Socorro Clinico - Unidade de Cuidados Progressivos

Identificação: SC, 86 anos, idoso, masculino, aposentado, morador de Foz do Iguaçu

História da Doença atual: familiares relatam que o paciente idoso teve queda de própria altura há 4 dias (17\09), com queixa de dor no membro inferior esquerdo, o que os levou a procurar atendimento na UPA onde foi medicado com sintomáticos e dado de alta, porém referem que o paciente persistia com a dor e que desde então impossibilitou a deambulação, no dia seguinte evoluiu com edema no membro afetado com piora gradativa, mantendo-se deitado desde então, até que no dia 20\09 apresentou cianose em pé esquerdo, fraqueza e confusão mental o que os levou a procurar novamente a UPA, onde após exames evidenciado fratura de colo de fêmur esquerdo, sendo posteriormente encaminhado ao nosso serviço.

História Patológica Progressiva: Hipertensão Arterial Sistólica em uso de Captopril 25 mg 8/8 hs; Hidroclorotiazida 25 mg/dia; Diabetes não insulínica em uso de Metformina 500 mg/dia; Furosemida 40 mg/dia; espironolactona 25 mg/dia. História de trombose venosa profunda em Membro inferior direito há 3 meses

Hábitos de vida: Ex-Tabagista pesado ( 70 maços/ano ), cessou há 5 anos.

Subjetivo: paciente confuso no leito, com tentativas de retirar os acessos venosos e sonda, paciente refere dor em membro inferior esquerdo

Exame Físico:

Sinais vitais: PA 127\89 mmHg; FC 100 bpm; FR 18 irpm; Temp 36,9; SatO2 96% em ar ambiente

Paciente em regular estado geral, confuso, pouco colaborativo porém responde a comandos, eupneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, afebril ao toque, hemodinamicamente estável sem DVA sem suporte de O2

Respiratorio: murmurio vesicular presentes globalmente porém diminuídos globalmente, sem ruidos adventícios

Cardiovascular: Bulhas normofonéticas, ritmo regular, sem sopros audíveis

Abdome: Globoso, Ruídos hidroaéreos presentes globalmente, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonismo, sem visceromegalias palpáveis

Membros: membro inferior esquerdo com presença de equimoses em todo o membro, frio ao toque, com edema +2\+4 até joelho, pé cianótico, pulso tibial posterior não palpável,

pulso pedioso palpável porém fraco, lesão bolhosa no dorso do pé secretiva de líquido claro. Diâmetro de membro inferior esquerdo 32 cm; membros inferior direito 27 cm

Neurológico: Glasgow 14 (RO4 RV4 RM6), pupilas isofotoreagentes, sem sinais meníngeos. Força muscular preservada, exceto no membro inferior esquerdo que não foi avaliada.

Exames complementares:

Laboratório(21\09): KPTT 25 sg; TAP 13,3 sg, INR 1,16; Hemácias 4,65 milhões; Hb 13,9; Ht 40,20; leucocitos 22770, metamielocitos 1%, bastonetes 8%, segmentados 75%; Plaquetas 143000; Ureia 125; Creatinina 1,40; Na 142; K 6,4; BT 0,5; BD 0,30; BI 0,20; Gasometria pH 7,38; pCO<sub>2</sub> 34; pO<sub>2</sub> 109; HCO<sub>3</sub> 20,10; EB -2,4; CO<sub>2</sub>T 21,10; Mg 1,9; PCR 19,4; proBNP II 860,00; Troponina I 0,064

Angiotomografia de tórax (21\09): não demonstra achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar.

**Ecodoppler venoso de membro inferior esquerdo(21/09):** Presença de Trombo hipoeocóico distendendo e preenchendo as veias femoral comum, femoral em toda extensão, poplítea e tibiais posteriores, bem como nas gastrocnêmias, relacionado a trombose subaguda: Veia safena interna (Magna): com trombo hipoeocóico na região proximal; Veia safena externa (Parva): pérvias, sem evidenciar tromboflebite.

**Ecografia doppler de Veia Cava interior e ilíacas(21/09):** Veia cava inferior evidenciada apenas na sua porção intra-hepática, sem possibilidade de acessar devido sobreposição de gás em alças intestinais. Veia ilíaca externa esquerda com trombo hipoeocóico. Veia ilíaca externa direita com trombo parcial na porção distal.

Avaliação: Paciente com diagnóstico de Trombose venosa profunda em membro inferior pós fratura de fêmur, encontra-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável sem DVA e sem suporte de oxigenoterapia. Exames laboratoriais com leucocitose com desvio importante, função renal alterada; hipercalemia e PCR aumentado. Sem imagem sugestiva de Tromboembolismo pulmonar, já avaliado pela cirurgia vascular onde orienta anticoagulação, manter membro afetado aquecido em trendelemburg, avaliado também pela ortopedia onde aguarda melhora clínica para posterior intervenção de correção de fratura.

Hipóteses diagnósticas:

Trombose venosa profunda

Fractura de codo de fêmur izquierdo

Diagnósticos diferenciais: Oclusão arterial ? ;Insuficiência arterial? Tromboembolismo pulmonar

Plano Terapeutico:

Suporte intensivo

Mantenho Hidratação 1000ml de 8\8 hs

Aguardo RT-PCR COVID

Solicito exames laboratoriais

Solicito 2 hemoculturas e urocultura

Prescrevo Cefazolina por leucocitose com desvío ate metamielocitos

Mantenho enoxaparina dose plena

Prescrevo solução polarizante para correção de hipercalcemia

Atentar a níveis de potassio

Solicito D-dimero

**Discussão:**

Na trombose venosa profunda(TVP) encontra-se a formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão total. a radia adoção de rastreio diagnósticos e tratamento é importantíssimo para evitar complicações, que mais adiante serão discutidas.

A tríade de Virchow, composta por a estase sanguínea, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade, estão ligados aos principais fatores de risco para trombose venosa profunda: imobilidade, idade avançada, traumas, grandes cirurgias, neoplasia maligna, gravidez, grandes cirurgias, condição médica aguda(principalmente infecções) (SBACV, 2015).

A classificação de TVP, é simplificada em:

TVP proximal: acomete veias poplíteas, femorais ou ilíacas.

TVP distal: acomete vasos distais ás veias popliteas

Segundo o livro de Medicina de Emergência, os achados clínicos que ajudam a pensar e suspeitar, são pacientes com dor ou edema em membros inferiores, principalmente se é unilateral e assimétrico. quando a diferença de diâmetro entre as duas panturrilhas é maior que do que 3 centímetros, a probabilidade de TVP aumenta significativamente (no momento de mensuração deve ser realizada 10 cm abaixo da tuberosidade tibial). Sempre



relacionar os achados clínicos com os fatores de risco presentes, exemplificando este paciente, idoso que teve uma queda de própria altura que resultou em uma fratura de fêmur, o que levou a sua imobilidade por vários dias até apresentar sinais e sintomas clínicos de TVP.

Porém, segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, nenhuma avaliação clínica é suficiente para diagnosticar ou descartar a TVP, pois estes achados se relacionam apenas em 50% dos casos com a doença. Tem um modelo de predição clínica, os Critério de Wells, baseado em sinais e sintomas, fatores de risco e diagnósticos alternativos, que ajudam a estimar a probabilidade pré-teste para TVP, e mostrou utilidade na abordagem inicial dos paciente com suspeita desta doença.

Critérios de Wells para Trombose venosa profunda

<b>Achado Clínico</b>	<b>Pontuação</b>
Neoplasia ativa	1
Paresia ou imobilidade 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 em todo o membro inferior	1
Diâmetro na região das panturrilhas 3 cm maior em um membro quando comparado com o outro	1
Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
Veias superficiais colaterais(não varicosas)	1
Diagnostico alternativos mais provavel	-2
0 ponto : baixa probabilidade 1-2 pontos: probabilidade intermediaria 3 ou mais pontos: alta probabilidade	

Fonte: Medicina de Emergência: abordagem prática, (2019).

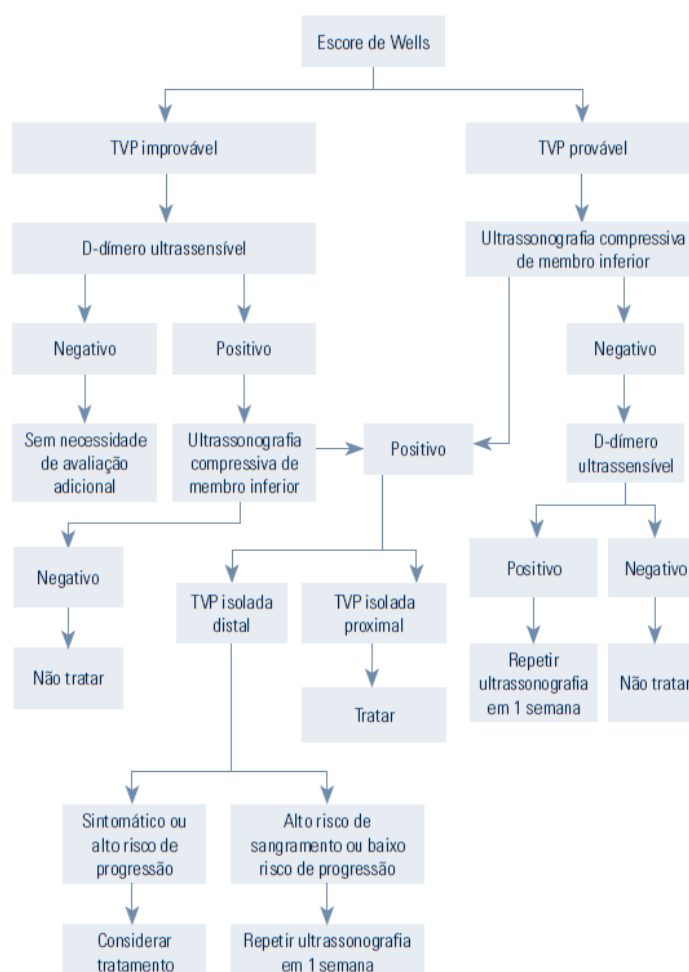
Ao aplicar a escala de Wells no contexto do paciente, pontuou 4 pontos, predizendo alta probabilidade para TVP, e seguindo o algoritmo para seguimento desta suspeita diagnóstica, primeiramente deve-se solicitar uma ultrassonografia de membros inferiores e a partir disso, continuar o manejo, se há imagem positiva, dependendo se é TVP proximal ou distal, deve-se tratar com anticoagulação de acordo com suas indicações. Porém no

manejo houve solicitação de D-Dímero na primeira conduta, pois não foi utilizada como guia o Escore de Wells.

D-dímero, um dos produtos da degradação da fibrina, está presente em qualquer situação na qual haja formação e degradação de um trombo, não sendo, portanto, um marcador específico de TVP. Apresenta alta sensibilidade, mas pouca especificidade para o diagnóstico da TVP. Sendo que a dosagem do D-dímero deve ser utilizada apenas em pacientes de baixa probabilidade clínica (Medicina de Emergência, 2019).

A importância de saber as indicações de exames complementares e suas utilidades em casos suspeitos, neste caso clínico, no primeiro momento não era indicado solicitar o D-Dímero e sim a Ultrassonografia, pois com os dados já tinha uma alta probabilidade de confirmar o diagnóstico, sendo o D-Dímero ajuda a excluir o diagnóstico pela sua alta sensibilidade e baixa especificidade para o diagnóstico de TVP. Pode ser utilizado após realização de imagem e que não tenha imagem sugestiva de doença para realmente afastar o diagnóstico segundo o algoritmo de TVP do livro de Medicina de Emergência.

#### Algoritmo de Trombose Venosa Profunda



Fonte: Medicina de Emergência: abordagem prática, (2019).

Segundo o livro de Medicina de Emergência, o objetivo do tratamento é prevenir a extensão do trombo, prevenir a ocorrência de tromboembolismo pulmonar e impedir a recorrência da TVP, sendo que na maioria dos casos podem ser tratados de forma ambulatorial, desde que sejam nestas condições: paciente hemodinamicamente estável; ausência de alto risco de sangramento; ausência de insuficiência renal grave; capacidade de administrar medicação possibilidade monitorar laboratorialmente.

Posteriormente com o diagnóstico feito, deve-se iniciar o tratamento, e segundo as Diretrizes Brasileiras de Angiologia e Cirurgia Vascular não há anticoagulante totalmente seguro no que diz respeito a hemorragias, porém na prática clínica, o risco de hemorragia deve ser avaliado no tratamento anticoagulante do TEV no contexto de cada paciente com suas respectivas patologias ou comorbidades prévias.

A anticoagulação inicial para TVP aguda de membros inferiores é iniciado com: Heparina de baixo peso molecular(HBPM) subcutânea (SC), Heparina não fracionada(HNF) endovenosa (EV) ou SC monitorizada, dose fixa de HNF SC, ou fondaparinux , seguida de anticoagulantes orais a longo prazo.

- Duração: recomenda-se a duração do tratamento inicial (HNF, HBPM ou fondaparinux) por pelo menos cinco dias, associado aos antagonistas da vitamina K desde o primeiro dia de tratamento, até que o RNI (relação de normatização internacional) esteja no nível terapêutico, entre 2 e 3, por dois dias consecutivos, sendo que desde momento, as drogas parenterais podem ser suspensas com segurança. (SBACV, 2015).

No paciente foi utilizado HBPM em bomba de infusão contínua pelo padrão renal dele, além de ser recomendado pelo serviço de cirurgia vascular, monitorando KPTT de 4\4 horas para atingir alvos de coagulabilidade, tabela em anexo abaixo ilustrando como foi manejado.

<b>KPTT</b>	<b>BOLUS</b>	<b>INTERRUPÇÃO</b>	<b>MUDANÇA DE INFUSÃO</b>
<35	80U\Kg	0	aumentar 4U\kg\h
35-45	40U\kG	0	aumentar 3U\kg\h
46-60	40U\Kg	0	aumentar 2U\kg\h
61-85	0	0	manter a infusão
86-110	0	0	reduzir 2U\kg\h
>110	0	60 minutos	reduzir 4U\kg\h

Fonte: Protocolo orientado pelo especialista de cirurgia vascular, 2020.

Neste paciente a trombose foi extensa, acometendo desde veia ilíacas até veias poplíteas e pediosas, como comprometimento do membro, assim a avaliação da perfusão do membro é fundamental nesses pacientes, é justamente o paciente compriu critério de flegmasia alba dolens, que é uma forma de TVP extensa, sem isquemia arterial e a aparência da pele do território envolvido é pálida, sem necrose ou gangrena aparente. A mais temível complicação da TVP é a flegmasia cerulea dolens, que ocorre em trombose ileofemorais extensas e apresenta grande morbimortalidade. sinais e sintomas sugestivos de seu diagnóstico incluem dor intensa, edema significativo, cianose, gangrena venosa, e pode evoluir com síndrome compartimental e comprometimento arterial, frequentemente acompanhado de colapso hemodinâmico e choque((VELASCO, NETO, SOUZA, 2019).

O caso clínico deste paciente proporcionou uma reflexão importante, além de todo o conhecimento que trouxe estudar e discutir sobre a doença que o levou ao internamento no hospital, que foi o seguinte, pode-se ter evitado esse desfecho no paciente, desde a primeira procura do paciente ao atendimento médico, pois a maioria das quedas em idosos ocasiona fraturas uma queda no paciente idoso(CARVALHO, ANDRADE, 2019).

A história de queda em idosos deve-se investigar trauma crânio encefálico, fraturas, e outras lesões no contexto de trauma, ainda que a queixa do paciente era dor em membro inferior, pensar em fratura e solicitar um exame como uma radiografia de membro afetado poderia ter diagnosticado a fratura e iniciar a anticoagulação profilática para tromboembolismo venoso, o que poderia evitar a trombose venosa profunda do paciente, evitando o declínio de saúde em decorrência a patologias.

#### 4. PROCEDIMENTOS :

A acadêmica descreve em forma de tabela os procedimentos realizados, observados e auxiliados ao longo dos plantões do módulo de Urgência de Emergência do SUS, sempre com orientação e supervisão de dos plantonistas, residentes enfermeiros ou técnicos

	<b>Realizados</b>	<b>Observados</b>	<b>Auxiliados</b>
Acceso venoso central	x	xxx	xxx
Intubação orotraqueal	x	xx	xxxxx
Sonda nasoentérica	x		xxx
Sonda vesical de demora	xx	xx	xxx
PAM		x	xx
Suturas	xxx	xxxx	xx
Coleta de exames complementares, gasometria arterial	xx	x	xx
Traqueostomia		xx	x
Suporte de VNI	x	x	
Endoscopia digestiva alta		x	x
Drenagem de tórax		xx	x

Fonte: autora.

Observação: cada “x” quantifica com 1.

A acadêmica sentiu-se com mais confiança ao realizar os procedimentos comparadas com os períodos anteriores, pois teve mais tempo de estudo, mais oportunidades de realização neste módulo; maior abertura e confiança dos preceptores que auxiliaram e encorajaram a realizá-los. Pela falta de experiência prática o medo de realizar complicações nos procedimentos invasivos é maior porém não houve complicações relacionadas a tais procedimentos; hoje a acadêmica percebe que amadureceu no sentido

sobre medo dos procedimentos invasivos, pois conhecendo os passos a passos dos procedimentos, indicações e contraindicações, estudando as técnicas, as chances de ter um desfecho positivo é grande.

Houve situações onde a teoria dispersou-se um pouco da prática, com um exemplo: medicações indicadas de intubação de sequência rápida onde na escolha do hipnótico, onde o plantonista, somente era familiarizado com o midazolam, sendo que o paciente necessitava de um hipnótico que não tenha tanto efeitos cardiovasculares significativos pois estava instável hemodinamicamente (hipotenso, bradicardia), onde seria indicado o fármaco etomidato. Discutido com o plantonista sobre os efeitos hipotensores do midazolam igualmente escolhendo o midazolam em lugar do etomidato(disponível na farmácia); ocorrendo piora da instabilidade do paciente. contemplado o contexto geral do paciente, já estando instável, houve piora do quadro hemodinâmico. Outra situação exemplificando; que após passagem de sonda nasogástrica não foi feita radiografia de tórax no paciente, para verificar o posicionamento correto da sonda. e já liberada dieta rapidamente, nesse paciente não houve complicações pois realmente estava bem posicionada, porém deve ser feito para certificação como protocolo, pois caso contrário poderia ocasionar alguma complicação caso tenha sido sondada a via aérea.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências dos atendimentos sendo via telefônica como de forma presencial, realizados no período do internato em Urgência e Emergência do SUS, que estão no presente relatório possibilitaram sedimentar os conhecimentos já construídos até períodos acadêmicos anteriores, especialmente em relação aos manejos de pacientes críticos, prescrições e em fim, enfrentar o atendimento aos pacientes

Em cada assistência aos pacientes possibilitaram a conjugação dos conhecimentos consolidados até o período, em especial nos manejos de pacientes em estado crítico, e pacientes de todas as classificações de gravidade por pneumonia viral de por SARS-COV2. ao longo do módulo houve possibilidade de discussões sobre casos clínicos com os plantonistas, e cabe ressaltar que foi enriquecedor o período de passagens de visitas clínicas do preceptor em cada setor como pronto socorro clínico, enfermaria COVID, UTI COVID, permitiu corrigir condutas, ajudar no raciocínio clínico das doenças e contexto geral dos pacientes, além de induzir a procurar outros protocolos ou diretrizes para adaptar a nossa realidade do dia a dia na cidade de Foz do Iguaçu.

A experiência de realizar o módulo de de urgência e emergência em período de pandemia trouxe algumas desvantagens como impossibilitou reuniões presenciais para discussões de caso ou aulas, porém de alguma forma foram supridas em forma de discussões de caso com os plantonistas, residentes e preceptores no dia a dia dos plantões, o que propiciou ajustar ou liquidar algumas lacunas que apareceram durante os períodos anteriores. A oportunidade de permanecer por semanas no mesmo local, no mesmo hospital, permitiu acompanhar o desfecho do paciente, a passagem por vários setores e suas rotinas particulares. Rodar pelos distintos setores descritos no relatório foi de muita relevância para a experiência e vivência, pois propiciou o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais com relação à assistência médica, com esta particularidade de “pandemia” que ficará marcada ao longo de toda a vida.

## 6. REFERÊNCIAS

VELASCO, T I; NETO, R A; SOUZA H P et al. Medicina de Emergências: abordagem pratica. 13º edição, Editora Manole, 2019.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Suporte avançado de vida no trauma ATLS: programa para médicos. 10 edição, 2018

ANESTESIOLOGIA SAESP (Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo) - Anestesia no queimado – Capítulo nº 76. Artmed. 2018.

Sociedade Brasileira de Queimaduras e o Capítulo de Queimaduras da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Tratamento da lesão parte II - 2008

Vilela-Martin JF, Yugar-Toledo JC, Rodrigues MC, Barroso WKS, Carvalho LCBS, González FJT et al. Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas – 2020. Arq Bras Cardiol.

Meghana RK Helder e J. Michael Bacharach. Tecnologias em evolução para o tratamento de dissecções aórticas do tipo B - um relato de caso e revisão da literatura. Journal of the Minneapolis Heart Institute Foundation: Spring / Summer 2018,

Dinato, FJ; Dias, RR; Hajjar, LA. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, 2018.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Psiquiatria : estudos fundamentais. 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LARANAJEIRAS, R; RIBEIRO, M. Caderno de Ambulatórios, suplemento especial Síndrome de Abstinência e Delirium tremens. UNIFESP, 2009.

Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento Ronaldo Laranjeira (SP), Sérgio Nicastrí (SP), Claudio Jerônimo (SP), Ana C Marques (SP) e equipe\* Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria 2000.



Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Diagnóstico e Tratamento de Trombose Venosa Profunda. 2015.

Carvalho GF, Andrade EGS. A osteoporose: um dos principais fatores responsáveis de fraturas em idosos e sua relevância. Rev Inic Cient Ext. 2019