



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

**RELATÓRIO FOCADO NO INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE A PANDEMIA  
COVID 19**

**ANTHUANÉ CARRASCO**

**Orientador: Dra. Flavia Julyana Pina Trench**

FOZ DO IGUAÇU  
2021

**RELATÓRIO FOCADO NO INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE A PANDEMIA COVID 19

ANTHUANÉ MARISOL CARRASCO ZÁRATE

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 para obtenção do título de médico.

Orientador: Prof. Dra. Flávia Julyana Pina Trench

FOZ DO IGUAÇU

2021

**RELATÓRIO FOCADO NO INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE A PANDEMIA COVID 19**

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 para obtenção do título de Médico.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Flavia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Dra. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA

---

Prof. Dr. Bruno Costa Sicuro  
de Moraes  
UNILA

Foz do Iguaçu, de 30 de maio de 2021

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Anthuané Carrasco

Curso: Medicina

### Tipo de Documento

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

**Título do trabalho acadêmico:** Internato Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no internato durante a pandemia COVID 19.

Nome da orientadora: Prof. Flavia Julyana Pina Trench

Data de 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 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, 30 de maio de 2021.

---

Assinatura do Responsável

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente quero agradecer a Deus, porque sei que ainda tendo me afastado um pouco dele, ele nunca se esqueceu de mim, sobre tudo nos momentos que senti que não podia mais continuar, quero agradecer também ao meus pais, pelo grande esforço que fizeram por mim, por me motivarem a seguir continuando com meus planos quando estava perto de desistir. Por todo o apoio moral, económico e psicológico.

Agradeço à minha irmã e ao meu irmão porque ter tido contato com eles pelo telefone, seja para contar piadas ou para qualquer outra coisa, fazia com que me sinta feliz nos momentos tristes

Por último agradeço enormemente à professora Flavia Trench pela oportunidade de ter aceitado ser minha orientadora e pelo aprendizado no módulo Urgência/ Emergência.

CARRASCO ZÁRATE, Anthuané. **Relatório focado no internato de urgência e emergência: Análise de casos clínicos vivenciados durante a pandemia COVID 19.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## RESUMO

O presente trabalho reflete basicamente o trajeto pelo que o aluno teve que passar durante o internato em Urgência e Emergência para conseguir desenvolver um melhor raciocínio rápido e eficaz em circunstâncias que assim o demandem. Para que todo esse processo fosse realizado, o módulo mencionado teve como principais cenários o HMPGL, a UPA Walter e a UPA João Samek, sendo que cada setor de atuação tinha como preceptor um médico que orientava e direcionava ao aluno em cada passo subsequente. Em todo esse caminho foi importante entender o funcionamento da rede de urgência e emergência de Foz de Iguaçu, ademais de consolidar os protocolos de abordagem que teriam que ser aplicados em diferentes casos clínicos de pacientes que sejam categorizados como críticos. Para isso, a interação do estudante com a pessoa que requeria de atenção médica foi vital, a causa de que dessa forma poderia vê-lo como um todo e não simplesmente como uma doença. Por motivos da pandemia gerada pelo COVID 19 foi um pouco difícil para o interno interatuar em cada cenário, em razão de que teve que adaptar-se de uma maneira muito rápida e se mostrar competente frente a uma demanda espontânea muito grande que foi adquirindo a doença. Isso exigiu maiores capacidades do estudante que sem dúvida contribuíram na sua aprendizagem.

Palavras-chave: Covid 19. Internato. Urgência e Emergência

CARRASCO ZÁRATE, Anthuané. **Relatório focado no internato de urgência e emergência: Análise de casos clínicos vivenciados durante a pandemia COVID 19.** 2021.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## RESUMEN

El presente trabajo refleja básicamente el trayecto por el que el alumno tuvo que pasar durante el internado en Urgencia y Emergencia para conseguir desenvolver un mejor raciocinio clínico rápido y eficaz en circunstancias que así lo demanden. Para que todo ese proceso fuese realizado, el módulo mencionado tuvo como principales escenarios el HMPGL, la UPA Walter y la UPA João Samek, siendo que cada sector de actuación tenía como preceptor a un médico que orientaba y direccionaba al estudiante en cada paso subsecuente. En todo este camino se hizo importante entender el funcionamiento de la red de urgencia y emergencia de Foz de Iguaçu además de consolidar los protocolos de abordaje que tendrían que ser aplicados en diferentes casos clínicos de pacientes que sean categorizados como críticos. Para ello, la interacción del estudiante con la persona que requería de atención médica se hizo vital, pues de esa forma pudo verlo como un todo y no simplemente como una enfermedad. Por motivos de la pandemia ocasionada por el COVID 19 fue un poco difícil para el interno interactuar en cada escenario, pues tuvo que adaptarse de una manera muy rápida y mostrarse competente frente a una demanda espontánea muy grande que fue adquiriendo esta enfermedad. Esto exigió mayores capacidades del estudiante que sin duda contribuyeron en su aprendizaje.

Palavras llave: Covid 19. Internado. Urgencia y Emergencia

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia
DVA	Drogas Vasoativas
HDA	História da Doença Atual
TGO	Transaminase Glutâmico - oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico - Pirúvica
GGT	Gamaglutamiltransferase
FA	Fosfatase Alcalina
PCR	Proteína C- reativa
TC	Tomografia Computarizada
REG	Regular Estado Geral
LOTE	Lúcido e Orientado em Tempo e Espaço
SF	Soro Fisiológico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
BRNF	Bulhas Rítmicas Normofonéticas
CPK	Creatinofosfoquinase
CKMB	Creatinofosfoquinase MB
EAS	Elementos Anormais do Sedimento
TAP	Tempo de Protrombina Ativada
ITU	Infecção de Trato Urinário

DIP	Doença Inflamatória Pélvica
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
HPP	História Patológica Pgressa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ECG	Eletrocardiograma
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência
OMS	Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. DESENVOLVIMENTO</b> .....	2
<b>3. CASOS CLÍNICOS</b> .....	3
3.1 PANCREATITE AGUDA.....	3
3.1.1 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	6
3.2 PIELONEFRITE.....	13
3.2.1 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	14
3.3 SÍNDROME AGUDA AÓRTICA.....	20
3.3.1 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	22
3.4 PNEUMONIA POR COVID 19.....	30
3.4.1 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	31
<b>4. CONCLUSÕES</b> .....	36
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

O internato normalmente procura que o estudante consolide melhor seus conhecimentos e perceba que nem sempre o que está escrito no livro será igual à realidade. Contribui a que seu olhar seja mais amplo e veja que existe uma possibilidade infinita de possíveis etiologias de uma doença para um só paciente e que para isso terá que partir de diagnósticos sindrômicos e depois ir se focando no que é principal. Quer dizer, terá que aprender a ordenar suas ideias de modo eficiente e rápido para poder chegar a sua intenção final que é ajudar à pessoa que precisa de atenção médica

O seguinte relatório tem por objetivo dar a conhecer as vivências da discente involucrada nos diferentes cenários relacionados ao módulo Urgência/ Emergência localizados em Foz do Iguaçu- PR, com a intenção de sustentar que as experiências vividas foram de muita importância para seu aprendizado, devido a que além de ter estudado a teoria dos temas mais frequentes nesse contexto, os casos clínicos apresentados na vida real aportaram outro enfoque e ponto de vista na formação médica da aluna de Medicina

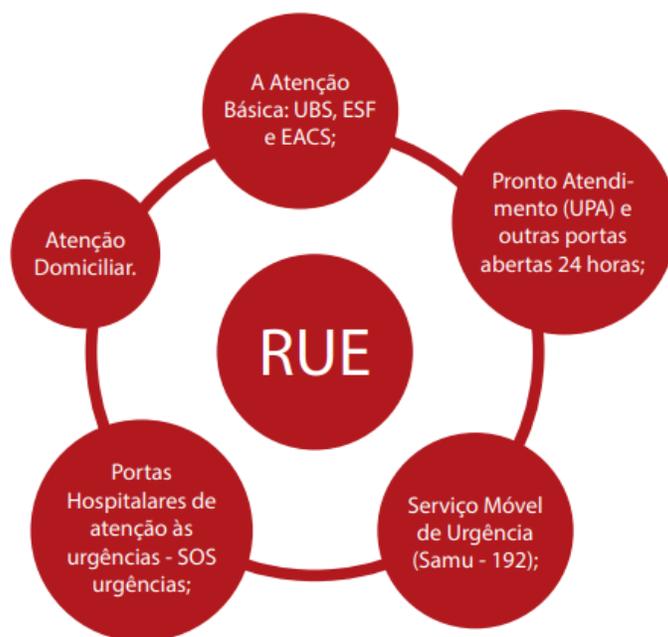
## 2. DESENVOLVIMENTO

Considerando que é relevante o estabelecimento de normas para uma melhor organização de serviços já seja privado ou público em relação à demanda exigida pela população brasileira de ser atendidos em situações de urgência, o Ministério de Saúde (2003) resolveu instituir uma Política Nacional de Atenção às Urgências, no qual desde aquele momento ela seria implantada em todas as unidades federais do país e que ademais teria a função de garantir equidade, integralidade e universalidade no atendimento das urgências, sendo que a partir desse contexto foi que se fez uma classificação e hierarquização de diferentes níveis de atenção tais como o atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento às urgências na UBS, Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – UPAs, Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

Segundo a Prefeitura Municipal de Saúde (2015) no ano 2011 foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências e foi instituído a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. A partir desse mesmo ano as Regiões de Saúde seriam instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, respeitando as diretrizes estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite

A rede de Atenção às Urgências (RUE) teria o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com a intenção de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral a usuários que se encontrem em situações urgente ou emergentes e para isso teria que existir uma harmonização de seus componentes (UNASUS, 2015)

Figura 1. Componentes da RUE



Fonte: UNASUS, 2015

Em Foz de Iguaçu atualmente existem 5 portas de entradas para que os atendimentos de urgência e emergência possam existir, entre elas se encontrariam as UBS, o SAMU, o SIATE, as UPAs e os hospitais, que dependendo da gravidade do quadro clínico do paciente será atendido por algum dos componentes mencionados.

### 3 CASOS CLÍNICOS

#### 3.1 PANCREATITE AGUDA

**Identificação:** C.A.A., sexo feminino, 51 anos

**HDA:** Paciente relata que no dia 30/08/20 começou a apresentar dor contínua do tipo latejante em faixa nos quadrantes superiores que irradiava para o dorso de início súbito, a mesma piorava aos poucos com uma escala de dor (0-10) de 8. Sem fator de melhora. Acompanhado de sudorese, vômitos (não soube especificar quantos episódios) e diarreia. Motivo pelo qual pediu consulta na UPA, sendo liberada no mesmo dia com buscopam e omeprazol. No passar dos dias manteve a dor na mesma localização de forma contínua, porém de intensidade leve, acompanhado de náuseas e diarreia de cor esverdeada, sem presença de pus ou sangue (5 episódios por dia).

No dia 08/09/20 pela madrugada a intensidade da dor piorou e se apresentaram 5 episódios de vômitos de cor creme com espuma, sem sangue. Motivo pelo qual retornou para a UPA João Samek. Nega febre, cefaleia, colúria, acolia fecal, entre outros sintomas.

**HPP:** HAS, meningioma

Histerectomia há 3 anos

Hérnia na coluna vertebral

**Medicamentos em uso:** Losartana 50 mg (2 vezes por dia), clonazepam (1 vez por noite)

**História de vida:** Nega tabagismo, alcoolismo e alergias medicamentosas

**Exame físico:**

Sinais Vitais: FC: 98 bpm FR: 19 ipm Sat O2: 100% em AA T:37

Ectoscopia: REG, Lúcida e orientada em tempo e espaço, hidratada, corada, anictérica, acianótica, afebril

ACV: BRNF em 2 tempos, sem presença de sopros. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

AP: MV+, Roncos de transmissão nos ápices pulmonares do hemitórax direito e esquerdo.

Abdome: Globoso, RHA +, doloroso à palpação no hipocôndrio direito, epigástrico, hipocôndrio esquerdo e flanco direito, apresentando-se com defesa abdominal ao ser palpadas essas regiões. Murphy +, Blumberg –

Membros inferiores: Sem edemas, panturrilhas livres

**Exames:**

Exames laboratoriais 08/09: Hb 13,9/ Ht 40,5/ Leucócitos 14.430/ Bt 0%/ Linfócitos típicos 24% / Plaquetas 335.000 / PCR 1,8 / Ur 33 / Cr 0,6 / Na 142/ K 4,4 / Amilase 49 / Lipase 148/ Bilirrubina total 1,1 / Bilirrubina direta 0,8 / Bilirrubina indireta 0,3 / Fosfatase Alcalina 173/ GGT 160/ TGO 213 / TGP 128

Segundo pedido de exames laboratoriais 08/09: Amilase (2.982), Lipase (30. 837)

USG de abdome (08/09/20): Pâncreas com dimensões levemente aumentadas, dilatação do ducto de wirsung, vesícula biliar distendida com paredes lisas, porém contendo microcálculos com até 0,6 cm móveis. Dilatação do colédoco. Fígado de dimensões preservadas, apresentando contorno regulares e aumento difuso da ecotextura do parênquima, por provável esteatose hepática moderada, com áreas de preservação do parênquima perivesicular.

TC de abdome com contraste (08/09/20): Esteatose hepática. Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Vesícula biliar com microcálculos em seu interior, sem sinais inflamatórios. Pâncreas difusamente aumentado, com densificação difusa da gordura peripancreática e espessamento da fáscia retroperitoneal esquerda.

**Avaliação:** Paciente contactuante, colaborativa, hemodinamicamente estável sem uso de DVA, eupneica em ar ambiente. Com exames laboratoriais, quadro clínico e exames de imagem que confirmam o diagnóstico de pancreatite aguda.

**Diagnóstico Síndrômico:** Abdome agudo inflamatório

**Diagnósticos diferenciais** (sem considerar os exames de imagem): Pancreatite aguda, colelitíase, colecistite aguda, coledocolitíase

**Conduta:**

- Prescrevo SF 0,9% como parte da hidratação
- Continuo com a indicação de jejum na paciente
- Aguardo vaga no HMPGL para clínica médica

### **3.1.1 Discussão do caso clínico:**

Comentário: No primeiro dia da admissão foram prescritos sintomáticos e solicitados exames laboratoriais baixo a hipótese diagnóstica principal de colecistite aguda

Segundo o prontuário, no momento da admissão foi interrogado como hipótese diagnóstica principal colecistite aguda tendo como únicas informações a descrição do quadro algico e o exame físico da paciente. Essa hipótese colocada pelo médico tem sentido devido a que segundo o que foi escrito pelo profissional, a paciente tinha relatado uma dor súbita no hipocôndrio direito de forte intensidade e ao exame físico esteve presente Murphy positivo.

Agora, para poder entender o que é uma colecistite aguda é necessário entender também em que se diferencia de uma cólica biliar

Segundo Townsend et al. (2008) a obstrução do ducto cístico que promove a cólica biliar é um dos eventos iniciais para a existência da colecistite. A cólica biliar pode estar localizada no quadrante superior direito, caracterizada como uma dor constante que as vezes se irradia para a região dorsal, região interscapular ou ombro direito, porém, na ausência da doença da parede da vesícula ou obstrução do colédoco não deveriam estar presentes alterações nos exames laboratoriais. Por outro lado, a dor da colecistite também é localizada no quadrante superior direito e a intensidade da dor costuma ser semelhante à da cólica biliar, contudo ela costuma ser mais somática e exacerbada rapidamente pelo toque, sendo que ademais a mesma está acompanhada de febre e leucocitose.

Lembremos que no exame físico a paciente apresentou Murphy positivo, o qual faz pensar que o quadro dela estaria mais correlacionado a uma colecistite aguda do que simplesmente uma cólica biliar

Uma coledocolitíase tem como principal etiologia a migração de algum cálculo da vesícula biliar em direção ao ducto colédoco. Para poder suspeitar dela foram criados os “ fatores preditivos de coledocolitíase” os quais tem uma sensibilidade de 96 – 98%. Os mesmos consistem na associação de critérios clínicos, laboratoriais e de imagem. Dos critérios clínicos os que mais destacam são a presença de icterícia, dor no hipocôndrio direito, febre, colúria e acolia fecal (a paciente esteve anictérica e os demais

sintomas foram negados, exceto a dor no hipocôndrio direito). Sobre os laboratoriais seriam GGT, FA, TGO, TGP e bilirrubina total, os quais, ao estar elevados sugerem processo obstrutivo da via biliar. Como último critério seria o exame de imagem, no qual, a USG abdominal seria a mais indicada (MELO et al. 2017)

Pensando num quadro patológico onde os cálculos biliares são os principais protagonistas, alguma delas poderia ter migrado no ducto colédoco até se fixar na papila do duodeno, obstruindo assim o passo dos fluidos secretados pelo pâncreas através do ducto de Wirsung. Causando dessa forma uma pancreatite aguda

Segundo os sintomas relatados da paciente todo parecia ser sugestivo de pancreatite aguda, principalmente por ser caracterizada pela típica dor que ocorre no hipocôndrio direito irradiando-se para o dorso em forma de faixa, sendo de instalação súbita e de forte intensidade que pode ou não melhorar em posição genupeitoral (no caso da paciente, ao ser questionado, nada era fator de melhora) ademais de ser acompanhada de vários episódios de vômitos. (TOWNSEND et al., 2008).

Uma vez tendo em claro os quadros clínicos dos diagnósticos diferenciais. Exames laboratoriais e de imagem serão necessários como complemento para chegar a uma conclusão.

Quando saíram os primeiros exames laboratoriais deram como resultado hemograma sem alterações, leucocitose sem desvio. Função renal preservada, amilase e lipase dentro da normalidade. Bilirrubina direta levemente elevada com bilirrubina total normal. Fosfatase alcalina (173) e GGT (160) elevadas. TGO (213) e TGP (128) elevados. Nesse dia foi tomado como conduta otimização da analgesia (porque ainda apresentava dor) e solicitação do USG de abdome.

#### **Análise dos exames:**

Com primeira parte, ao observar o hemograma, uma das preocupações deveriam ser se existe aumento de hematócrito, hemoglobina, ureia nitrogenada sérica e creatinina por causa de que se uma das suspeitas é pancreatite aguda, temos que lembrar que ela pode induzir uma síndrome de ruptura capilar difusa que ao ser combinada com vômitos pode acarretar hipovolemia devido à perda de líquido ocasionando dessa forma essas alterações laboratoriais anteriormente mencionadas (TOWNSEND et al., 2008).

Normalmente a maioria das vezes vem a nossa cabeça que a presença de uma leucocitose com desvio está falando a favor de uma infecção bacteriana, mas nem sempre é assim e é aqui que temos que estar atentos pois na pancreatite isso não é critério de realizar antibioticoterapia em razão de que se poderia agravar o quadro clínico. No caso da paciente só se fez presente uma leucocitose, porém sem desvio. (WALLS et al., 2019)

Uma bilirrubina direta aumentada decorre de defeitos na excreção de bilirrubina por parte do fígado, ou seja, resulta das alterações ao nível hepatocelular como também a mesma pode se mostrar elevada por causa de uma obstrução biliar extra-hepática. Uma hiperbilirrubinemia, somado a um nível aumentado da fosfatase alcalina é patognomônico de obstrução do ducto biliar. (TOWNSEND et al., 2008).

Lembremos que quando observamos os níveis da FA devemos conferir se essa está elevada concomitantemente com o GGT (no caso da paciente ambas enzimas estão elevadas) para confirmar a origem colestática desse aumento devido a que se o FA está aumentado e o outro não, poderia ser mais sugestivo de uma doença óssea (GUERRA et al., 2014)

Os níveis séricos das transaminases também podem estar levemente elevados na doença do sistema biliar, na lesão direta do fígado adjacente a uma vesícula que está inflamada ou em uma sepse biliar (TOWNSEND et al., 2008).

Analisando os exames laboratoriais podemos notar que ela teve uma hiperbilirrubinemia leve e um aumento das enzimas fosfatase alcalina e GGT pelo qual tudo parece apontar a uma colestase e essas transaminases aumentadas ajudam em que a suspeita seja mais forte. Quer dizer, a possibilidade de que exista uma colecistite é muito grande

Com tudo, associando a clínica da paciente com os exames laboratoriais se pode dizer que tudo é mais sugestiva de uma pancreatite aguda, sendo de causa biliar que pode estar também acompanhada de uma coledocolitase.

Ao pensar numa pancreatite aguda temos que associar três critérios que seriam a clínica, exames laboratoriais (amilase e lipase) e exames de imagem (TC de abdome com contraste), porém serão só necessários dois deles para fechar o diagnóstico (WALLS et al., 2019). Então já temos a parte da clínica e os resultados dos exames

laboratoriais também saíram. Os que mais importariam aqui seriam a amilase e a lipase e pelo que dá para perceber ambos se mostraram dentro da normalidade.

Lembremos que a elevação das enzimas pancreáticas (amilase e lipase) acima de 3 vezes o valor de referência são indicativos de pancreatite (ROCHA et al., 2018). Então não faria sentido que ambas enzimas estejam normais. Porém é importante saber o que são essas enzimas e por quanto tempo normalmente elas estariam presentes.

É importante ressaltar que a amilase não é somente secretada pelo pâncreas, também pelas glândulas salivares, assim como outros órgãos, pelo qual é possível encontrar ela aumentada em outras situações como em traumatismos, queimaduras, doenças de glândulas salivares, hepáticas, colecistite, entre outras. No caso da pancreatite a amilase sérica teria que elevar-se nas primeiras 3 a 6 horas do quadro e permanecer assim por 3-5 dias (WALLS et al., 2019).

A elevação de amilase sérica que persista após 1 semana dos sintomas normalmente sugere inflamação ou complicações como a presença de um pseudocisto, abscesso ou ascite pancreática. Níveis de amilase urinária podem permanecer elevados por mais de 7 dias sem ser necessariamente um sinal de alerta (TOWNSEND et al., 2008).

Respeito à lipase, esta costuma ser mais específica para a pancreatite, ela começa a aumentar ao mesmo tempo que o nível de amilase atingindo assim ao seu ápice mais rapidamente devido à reabsorção renal, se mantém assim por 2- 3 semanas (WALLS et al., 2019)

Com tudo isso, se a paciente ingressou à UPA com o quadro algico descrito no momento o mais lógico seria esperar uma elevação das enzimas pancreáticas, mas o fato de não existir esses incrementos nos exames laboratoriais só me faz pensar que teve algum erro no laboratório ou que a paciente esteja mentindo sobre a evolução do tempo do quadro clínico na última vez que foi para a Unidade de Saúde. Agora se pensarmos no anterior episódio similar a esse último que teve há 8 dias atrás contando desde a admissão, seria entendível encontrar a amilase sérica normal, mas o fato de não perceber um incremento de lipase sérica na paciente, não teria sentido.

O médico teria duas possibilidades, esperar o resultado da USG abdominal que foi solicitado ou realizar um novo pedido de enzimas pancreáticas

Pensando na USG de abdome, achei correta pois é o exame de escolha para uma colecistite, o que foi exatamente o que o médico teve como hipótese diagnóstica

Ao sair o ultrassom do dia 08/09/20 no mesmo dia pela noite, o médico que assumiu plantão toma como hipótese diagnóstica pancreatite aguda, ademais solicita TC de abdome com contraste e novamente enzimas pancreáticas. Ao olhar os exames laboratoriais no Concent percebi que 5 horas após do pedido já tinham saído os resultados da amilase (2.982 U/L) e da lipase sérica (30.837 U/L), os quais se encontravam em mais de três vezes os níveis normais

Segundo a USG de abdome o pâncreas parece estar edemaciado, se explica também que dentro da vesícula tem presença de microcálculos e pelo tamanho indicado dá para inferir que algum desses migrou para o ducto colédoco e ficou na ampola de Vater obstruindo assim o ingresso dos fluidos de ambos ductos (Colédoco e Wirsung) pois estão se apresentado praticamente edemaciados por causa da inflamação.

Se bem é certo, a USG estava sugerindo pancreatite, embora seja bem sabido que o exame de escolha é o TC de abdome com contraste. Por um lado, entendo que o médico tinha tido a curiosidade em saber se as quantidades da amilase e a lipase séricas anteriormente relatadas eram as corretas (o que posteriormente seriam percebidas como elevadas, inclusive mais de três vezes o valor de referência). Porém ao meu ponto de vista, encontro desnecessário pedir ambas coisas (TC de abdome com contraste e enzimas pancreáticas) ao mesmo tempo, sendo que só preciso de um desses critérios para fechar o diagnóstico

Respeito aos exames de imagem as radiografias de tórax e do abdome não são úteis no diagnóstico da pancreatite, mas podem revelar outras causas para os sintomas do paciente como atelectasias de bases e elevação do diafragma por restrição à respiração, ademais de derrame pleural, bolhas gasosas retroperitoniais indicando infecção com microrganismos formadores de gás (TOWNSEND et al., 2008).

A TC com contraste é recomendada para exclusão de outras patologias intra-abdominais como aneurisma de aorta, obstrução intestinal, entre outras como também para avaliar complicações em pacientes que não respondem à terapia realizada para a pancreatite aguda em 48 horas, embora seja mais recomendada ser feita ao menos depois de 3 a 7 dias de apresentação devido a que nos primeiros dias não identifica exatamente o grau de necrose (WALLS et al., 2019)

Ao dia seguinte ao ser interrogado o estado em que se encontrava à paciente, referiu dor refratária à analgesia de horário, inapetência e episódios de diarreia, porém se manteve afebril. No TC de abdome com contraste tinha saído que os achados eram compatíveis com pancreatite aguda edematosa, colelitíase, esteatose hepática. A conduta realizada foi hidratação, jejum e solicitação de vaga no HMPGL para clínica médica

Respeito à predição de gravidade da doença poderia se dizer que é meio difícil devido a que existem muitos sistemas de escore de gravidade que não são úteis na admissão do paciente no departamento de Emergência, entre eles está o Atlanta, Ranson, Apache, etc.

O tratamento para a pancreatite aguda é principalmente de suporte e é o que basicamente o médico fez para o paciente. Um dos pontos principais é a ressuscitação de volume IV, onde as primeiras 24 horas parecem ser mais importantes do que o volume total recebido em 48 horas. Dentro das opções estariam o ringer lactato ou o SF 0,9%. Sendo que o primeiro seria uma primeira opção pois o outro em muitas quantidades pode provocar acidose metabólica hiperclorêmica. A hidratação deve ser feita com taxa de 5-10 mL/Kg/h (WALLS et al., 2019).

Os objetivos nessas primeiras 24 horas seriam manter a FC < 120 bpm, PAM 65-85 mmHg, débito urinário > 0,5-1 mL/Kg/h e queda de hematócrito para 35-44% (MELLO, 2020). Já no caso da paciente, ela apresentou um hematócrito de 40% no primeiro exame laboratorial feito, pelo qual dava para inferir que estava dentro dos níveis ideais, porém não seria motivo de descartar a hidratação EV devido a que de alguma ou outra forma a paciente estava perdendo líquidos mesmo porque relatou episódios de emese

Pelo que vimos a paciente teve dor refratário à analgesia de horário e teria sentido pois o mais recomendado seria dar opióides na pancreatite devido a que intensidade dessa dor é forte. Uma delas poderia ser a morfina, porém existem controvérsias com isso pois na teoria ela causaria espasmos no esfíncter de Oddi e pioraria o quadro clínico, mas ainda assim não é contraindicado, já depende mais do critério de cada médico

Referente à dieta, a indicação seria deixar ao paciente em jejum e somente iniciar a dieta oral enquanto o paciente não tenha mais náuseas, vômitos ou dor. Se houver dificuldade de retorno por ingestão oral num prazo de 5-7 dias se deve considerar nutrição enteral. Tempos atrás era considerado que a nutrição seja por via oral ou enteral pioraria a pancreatite devido a que ao momento de o nutriente passar pelo duodeno estimula o pâncreas a liberar enzimas exócrinas que finalmente provocaria a autodigestão do mesmo, entretanto sabemos que isso não ocorre e que a privação do alimento causaria atrofia e aumento da permeabilidade da mucosa gastrointestinal, amplifica o crescimento bacteriano excessivo e a translocação intestinal. (WALLS et al., 2019)

Na atualidade já não é mais recomendado o uso de inibidores de protease da protease ou bloqueadores de H2 porque estudos não mostraram efeitos de resolução sobre o quadro (WALLS et al., 2019)

Já num futuro no hospital a recomendação seria uma colecistectomia ou uma CPRE se existir uma papilite.

### 3.2 PIELONEFRITE

**Identificação:** CFDSV, sexo feminino, 19 anos

**HDA:** Paciente relata que há 2 semanas (25/08/20) começou a apresentar dor lombar bilateral intensa irradiada para ambos flancos de cada lado respectivamente, contínua em forma de cólica que piorava aos poucos acompanhada de calafrios, sudorese, leve cefaleia, febre de 38 graus, disúria, polaciúria, urina de cor mel. Sendo assim tratada na UBS com norfloxacin por 7 dias. No decorrer do tempo sentiu um pouco de melhora, porém no dia 06/09/20 a mesma intensidade e localização do quadro álgico voltou acompanhado de urina de cor marrom e 3 episódios de hematúria (refere que não estava nos dias do seu período menstrual). Nega náuseas, vômitos. Nega ter tido relações sexuais com outra pessoa que não seja seu esposo

**HPP:** Nega comorbidades, nega cirurgias. Nega ter utilizado alguma vez sonda vesical de demora.

**História de vida:** Nega tabagismo e etilismo

#### **Exame físico:**

Sinais Vitais: FC: 80 bpm FR:18 ipm Sat O2:98% em AA T: 36,5

Ectoscopia: REG, LOTE, hidratada, corada, afebril, acianótico, anictérico

AP: Murmúrio vesicular fisiológico presente, sem ruídos adventícios

ACV: Bulhas rítmicas normofonéticas em e tempos, sem presença de sopros.

Abdome: flácido, RHA+, doloroso à palpação profunda no epigástrico, flanco direito e FID. Sem sinais de peritonismo. Giordano + à D.

Membros inferiores: Pulsos pediosos presentes e simétricos. TEC< 3sg. Sem presença de edemas nem empastamentos

#### **Exames:**

Exames laboratoriais (08/09/20): Hb 13 / Ht 37,9 / Leucócitos 20.240 / Bt 13% / Linfócitos típicos 7%/ Plaquetas 226.000 / PCR 5,3

Urina I 08/09/20: Proteínas +/- Hb +/- Nitrito detectado/ Leucócitos superior a 100 por campo / Presença de bactérias. Piúria maciça

Urocultura 08/09/20: Positiva para E. Coli resistente a quinolonas e ceftriaxona, porém sensível a amicacina, tazocin e clavulin.

Exames laboratoriais (09/09/20): Hb 9,8/ Ht 29,20/ VGM 82,72/ HGM 27,76/  
Leucócitos 13.340/ Bt 15%/ Linfócitos típicos 11%/ Plaquetas 143.000/ Ur 26/ Cr 0,4/  
Na 141 / K 4,2/ PCR 23,9 / Urina I (Leucócitos 30/ campo, pseudohifas 2+)

**Avaliação:** Paciente colaborativa e comunicativa. Hemodinamicamente estável sem uso de DVA. Eupneica em ar ambiente. Com quadro clínico e exames laboratoriais sugestivos de pielonefrite. Apresentando melhora de leucocitose, porém com leve aumento de desvio à esquerda, PCR em aumento, importante queda de Hb (9,80 g/dL) sem sangramento relatado pela paciente recentemente (erro de laboratório?), função renal preservada, EAS com pseudohifas ++, eletrólitos normais

**Diagnóstico sintomático:** Infecção de trato urinário

**Diagnósticos diferenciais:** Cistite, nefrolitíase, pielonefrite, DIP, dengue, apendicite

**Conduta:**

- Solicito mudança de ATB para gentamicina com possibilidade de nova troca para amoxicilina-clavulanato se houver melhora clínica e laboratorial em 48 horas.
- Prescrevo sintomáticos, profilaxia gástrica, hidratação, fluconazol devido ITU fúngica associada.
- Solicito Hb/Hto para melhor esclarecimento
- Solicito TC de abdome com contraste para avaliar possibilidade de ITU complicada
- Solicito exames laboratoriais para amanhã
- Demais condutas conforme intercorrências

### **3.2.1 Discussão do caso clínico:**

Pelos sintomas acima mencionados dá para pensar que tudo parece ser pielonefrite, mas pelo quadro clínico poderia ser uma cistite exceto que normalmente essa é caracterizada por dor supra púbica e não costuma estar acompanhada de febre, lombalgia e dor nos flancos, então o quadro é mais sugestivo de pielonefrite.

Geralmente quando pensamos em ITUs (infecções de trato urinário), a maioria que são adquiridas na comunidade resultam de colonização da urina por bactérias fecais de crescimento aeróbico, uma delas é a famosa E. Coli.

Uma pielonefrite deverá ser considerada não complicada se a mesma fosse causada por um patógeno, típico em paciente imunocompetente, que não tenha algum distúrbio renal ou malformação no trato urinário (ARAUJO et al., 2008)

Pacientes com pielonefrite leve a moderada, sem apresentar complicações associadas podem ser tratados de forma ambulatorial desde que a dor do paciente esteja controlada e não dependa da presença de alguém para cuidar dele. Nesse caso as fluoroquinolonas são a principal escolha como parte do tratamento (WALLS et al., 2019)

Como foi narrado, a paciente já foi tratada com norfloxacino, que como bem é sabido, é parte das fluoroquinolonas, então se poderia dizer que essa conduta foi correta por ter sido uma situação aparentemente mais moderada

Uma infecção urinária recorrente é definida pela International Continence/ International Urogynecology Association como o diagnóstico de três episódios no período de 1 ano, ou a ocorrência de dois episódios em seis meses, sendo que houve resolução de cada um dos episódios relatados pela paciente após o tratamento médico ( HAYLEN et al., 2010)

Focando no caso clínico temos um dado interessante, a paciente já fez tratamento com um antibiótico, então é muito provável que seja um ITU de repetição, em razão de que este poderia ser o segundo episódio presente num período menor de 6 meses. Pelo qual provavelmente essa bactéria seria mais resistente aos antibióticos da primeira linha e quem sabe, poderia estar correlacionada a alguma obstrução no trato urinário. Para conseguir descobrir se estaríamos frente a uma ITU complicada ou não teríamos que avaliar a evolução clínica e laboratorial da paciente e assim saber como enfrentá-la

Quando procurei o prontuário da paciente vi que tinham colocado como conduta desde a admissão a prescrição de sintomáticos, solicitação de coleta de hemograma, PCR, urina I e no período da tarde solicitação de urocultura e TSA com prescrição de ceftriaxona EV depois de ter sido recolhido a mostra de urina.

Respeito aos exames solicitados o hemograma pode nos mostrar se a leucocitose se encontra presente como também se houve perda de Hb importante na urina devido a que relatou episódios de hematúria. O PCR normalmente teria que se

encontrar aumentado mas lembremos que não é sensível só para pielonefrite, porém pode nos dar um norte de se está ocorrendo alguma lesão importante. Por outro lado, o exame de urina I poderia revelar uma leucocitúria, presença de cilindros, hematúria, nitritos, ou algum outro sinal que seja sugestivo de infecção nos rins.

Referente à presença dos nitritos no EAS é necessário entender primeiro como eles são produzidos. Existem bactérias que fazem metabolização do nitrato em nitrito e esses são os gram negativos, exceto a *P. aeruginosa*. Então se os nitritos são detectados no exame de urina I o mais possível é que se trate de uma infecção urinária causada por bactérias especialmente gram negativas. Atualmente existe também o teste de nitrito, que trata basicamente de uma fita que demonstra a presença de nitrito na urina, porém sua sensibilidade é baixa (50%), pelo tanto não seria muito confiável (GOLDMAN; SCHAFER, 2014)

Agora como foi dito, recém no período da tarde solicitaram urocultura e TSA, não tinha entendido bem porque o médico não pediu todos eles juntos e pensei que possivelmente era assim o fluxo para confirmar o diagnóstico ou que simplesmente esqueceu de pedir eles e lembrou recém na tarde. Ao procurar nos livros ou artigos, a maioria das literaturas colocavam como critérios de diagnóstico para a pielonefrite, a clínica e a avaliação laboratorial (EAS e uma urocultura positiva)

A IDSA considera que o diagnóstico da pielonefrite é feito quando a urocultura apresenta pelo menos 100.000 CFU/mm<sup>3</sup> em doentes com sintomatologia sugestiva, não mencionando assim a necessidade de outros exames para fechar o diagnóstico (ROQUE, 2011).

Ao ter toda essa informação, minha conduta como médica teria sido pedir todo junto no mesmo momento (PCR, hemograma, EAS e uma urocultura) sobretudo porque a chance da paciente ter uma ITU de repetição era muito grande, motivo pelo qual também pediria um antibiograma junto.

Ao sair os exames (eritrograma sem alterações, leucocitose com desvio à esquerda, EAS com piúria maciça, PCR baixo) se tomou como conduta manter o antibiótico prescrito na admissão (ceftriaxona) plano D10 até a espera da UCT,

realizar exames laboratoriais de controle, realizar profilaxia gástrica, prescrever sintomáticos e solicitar vaga no HMGL

Com respeito à decisão de hospitalização, ela é absoluta quando existe má evolução de uma ITU prévia não complicada, vômito persistente, incerteza de diagnóstico, suspeita de septicemia, obstrução de trato urinário (ARAUJO et al., 2008)

Como a paciente parece estar apresentando uma má evolução de uma ITU prévia já tratada, e digo parece porque pela burocracia seria necessário ter o resultado da urocultura, encontrei válida a decisão que o médico tomou em pedir vaga hospitalar devido a que além disso ele já estava suspeitando de que poderia estar correlacionado a alguma obstrução urinária que esteja complicando o quadro.

Referente aos últimos exames laboratoriais e a conduta colocada focada nesta última avaliação da paciente, o que é relevante notar aqui, é aquela queda de Hb, o médico achou estranho um dia estar normal e ao dia seguinte estar mais baixo, se bem é certo a paciente tinha relatado episódios de hematúria antes de vir para a UPA, porém o doutor explicou que seria melhor avaliar de novo a hemoglobina e hematócrito porque provavelmente poderia estar existindo alguma hemorragia aguda e recente dentro dela, já que não seria muito lógico não ter se mostrado essa queda de Hb no dia anterior, então, pedindo de novo a dosagem deles poderíamos também descartar se foi ou não um erro de laboratório.

A presença de pseudohifas na urina já sugere a presença de fungos no trato urinário e no caso de fungúria o tratamento sugerido por Goldman e Schafer (2014, p. 5982) seria fluconazol 400 mg, dose única, seguido por 200 mg (1 vez por dia por um período de 7 a 14 dias), o que de fato foi prescrito pelo médico.

Agora é que podemos ter certeza que estamos frente a um ITU de repetição graças ao resultado da urocultura que só saiu no dia 10/09 e pelo visto se trataria de uma resistência antibacteriana, motivo pelo qual foi correta a conduta do profissional ao ter mudado a ceftriaxona por gentamicina devido a que segundo o TSA o primeiro medicamento mencionado não faria o efeito desejado sobre o E. coli.

A transição da antibioticoterapia para VO deve ser feita assim que o paciente apresente melhora clínica em um período de 24-48 horas, essa transição não precisa ser o mesmo antibiótico que era administrado por via parenteral (ARAUJO et al, 2008).

Motivo pelo qual encontrei certo considerar a troca de gentamicina para amoxicilina mais clavulonato se existisse melhora

Temos que considerar que o acompanhamento evolutivo requer a realização de uma urocultura desde que a paciente se encontre no quinto ou até o sétimo dia de terapia sem uma boa evolução clínica. Para confirmar a erradicação da infecção urinária, uma urocultura deve também ser feita após 10- 14 dias e 4 -6 semanas de ter concluído a antibioticoterapia (ARAUJO et al., 2008)

Houve uma coisa que me deixou com muita dúvida e era se realmente os exames de imagem eram necessários, quer dizer, não é necessário para fechar o diagnóstico pelo que tinha entendido, mas queria entender sua utilidade e vi que esses eram recomendados principalmente para os que requerem internação hospitalar em razão de que não eram úteis na fase aguda de uma suspeita de pielonefrite a não ser que haja suspeita de bloqueio do fluxo urinário, devido a que poderia indicar alguma formação de abscesso renal. Os exames imagiológicos eram recomendados também quando o caso se tratava de alguma infecção recorrente (para poder excluir fatores complicadores) ou de uma doença severa /complicada na qual não existe resposta à terapêutica nas primeiras 72 horas ademais poderia ter sido solicitado em doentes de risco como os idosos, diabéticos, imunocomprometidos, transplantados. (ROQUE, 2011; WALLS et al., 2019)

Agora entre os exames de imagem recomendados estavam o US e pielografia mas entendo que o médico preferiu o TC porque na verdade é um melhor exame para avaliar se está existindo alguma anormalidade dentro do sistema urinário. Finalmente para melhor entendimento do protocolo sobre o que se teria que ser feito frente uma situação de provável pielonefrite deixo a seguinte imagem

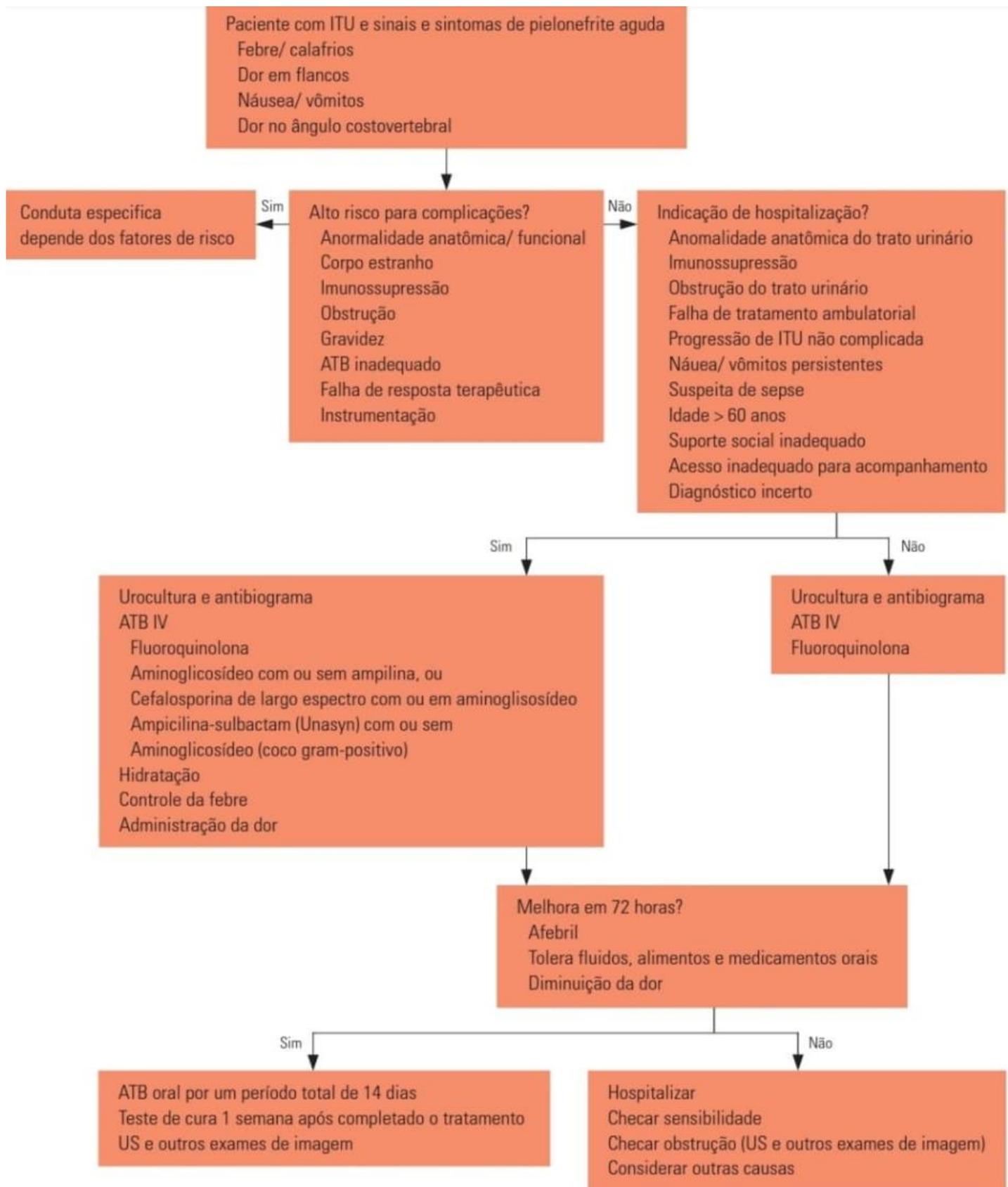


Figura 02: Tabela extraída de ARAUJO et al., 2008

### 3.3 SÍNDROME AGUDA AÓRTICA

**Identificação:** NZ, sexo masculino, 64 anos

**HDA:** Paciente no segundo dia de internação no PS clínico narra que na data 07/09/20 acordou com uma dor súbita no hipocôndrio esquerdo que irradiava para a região torácica posterior esquerda do tipo latejante com uma escala de dor (0-10) de 10, onde melhorava em posição genupeitoral algumas vezes, tendo uma duração de aproximadamente 40 minutos. Nega emese, cefaleia, febre, síncope, perda de consciência, dispneia, alterações nas evacuações e na diurese

**História Progressa:** Nega comorbidades. Refere laparotomia há 20 anos por causa de ter recebido balas na região abdominal. Nega outras cirurgias

**História familiar:** Nega presença de HAS ou qualquer tipo de episódios diagnosticados como síndrome aguda aórtica, dissecção aórtica, hematoma intramural, úlcera aórtica na família

**História de vida:** Refere ter sido tabagista há 22 anos (2 carteiras por dia). Nega etilismo

#### **Exame físico:**

Sinais Vitais: FC:69bpm FR:18ipm Sat O2:98% em AA PA: 115/80 mmHg  
T:35,8

Anotação: Queria medir a pressão arterial em cada braço mais a médica me sugeriu que não toque muito ao paciente em razão de que poderia fazer com que a pressão arterial dele aumente, o qual daria problemas ao ser trasladado para Curitiba (para a realização de procedimentos de alta complexidade)

Ectoscopia: REG, LOTE, hidratado, corado, anictérico, acianótico, afebril

ACV: Bulhas rítmicas, normofonéticas em 2 tempos. Sem presença de sopros

AP: Murmúrio vesicular fisiológico presente, sem ruídos adventícios

Abdome: Flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonismo

Membros superiores: pulso radial esquerdo filiforme e pulso radial direito cheio.

Membros inferiores: Pulso pedioso esquerdo filiforme e pulso pedioso direito cheio. Sem presença de edemas nem empastamentos.

**Exames:**

Exames laboratoriais (07/09/20): CPK 60/ CKMB Inferior a 3 / Troponina I inferior a 0,012

Exames laboratoriais (08/09/20): Hb 15 / Ht 43,70 / Leucócitos 14.720 / Bt 5% / Plaquetas 138.000 / Ur 43 / Cr 0,7 / Na 140 / 4,7 / TGO 24 / TGP 19

Exames laboratoriais 11/09/20: Hb 15 / Ht 43,5 / Leucócitos 7.790 / Bt 2% / Plaquetas 131.000 / KPTT 24, 3 / TAP 11,5 (INR 1) / Ur 42/ Cr 0,9/ Na 140 / K 4,3 / CKP 33 / Bilirrubina total 1 / Bilirrubina direta 0,6/ Bilirrubina indireta 0,4 / CKMB 4 / Mg 2,5 / PCR 6,2 / TGO 22 / TGP 19

Tomografia Computadorizada de Abdome Superior (08/09/20): Estudo tomográfico de abdome superior e da pelve com dissecção nas porções visualizadas da aorta torácica e de toda a aorta abdominal prosseguindo até à artéria ilíaca comum esquerda

AngioTC tórax com contraste (09/09/20): Dissecção da aorta torácica com início após emergência da artéria subclávia esquerda estendendo-se pelo trajeto da aorta torácica descendente até à aorta abdominal

**Avaliação:** Paciente em REG, comunicativo e colaborativo. Eupneico em ar ambiente. Sem queixas no momento e sem alterações nos exames laboratoriais solicitados no dia anterior.

**Diagnóstico sindrômico:** Síndrome agudo aórtico

**Diagnósticos principal:** Dissecção aórtica tipo B

**Diagnósticos diferenciais** (sem considerar os exames de imagem): IAM, Pancreatite aguda, dissecção aguda aórtica, hematoma intramural, úlcera aórtica, pericardite aguda, insuficiência aórtica, ruptura de esófago

**Conduta:**

-Manter pressão arterial sistólica menor ou igual a 110 mmHg

-Manter frequência cardíaca em torno de 60 bpm

- Prescrevo Analgesia
- Solicito radiografia de tórax de controle
- Aguardo transferência para UTI
- Demais condutas conforme intercorrências

### **3.3.1 Discussão do caso clínico:**

Para começar queria explicar passo a passo todo o panorama geral desde que foi admitido numa unidade de saúde até que foi transferido ao HMPGL devido a que teve avaliações de diversos plantonistas que me chamaram a atenção ademais de que considero importante saber os sinais vitais de admissão em razão de que a conduta do médico frente a isso pode mudar muito

No dia 07/09 o paciente tinha ingressado por demanda espontânea à UPA do Padre Ítalo (ao revisar o prontuário, não consegui encontrar a admissão com os sinais vitais) e no mesmo dia foi transferido para a UPA Walter.

Na admissão da UPA Walter, o paciente apresentou uma pressão arterial de 150/90 mmHg, FC:64 bpm, 96% de saturação em AA e GCS de 15. Respeito ao exame físico, o abdome se encontrava doloroso à palpação profunda no hipocôndrio esquerdo, mas sem sinais de peritonismo e sem alterações no aparelho cardiopulmonar e nos membros inferiores.

Um Detalhe importante é que no prontuário da UPA o médico colocou como parte do HDA que o paciente tinha relatado dor súbita no hipocôndrio esquerdo com irradiação para as costas. Motivo pelo qual o profissional decidiu entrar com a hipótese diagnóstica principal de pancreatite aguda pedindo assim exames laboratoriais gerais, amilase e lipase. Prescreveu também sintomáticos.

Por um lado, entendo o raciocínio do médico pois até parece um pouco com o quadro clínico da pancreatite aguda devido a que o paciente referiu uma dor de instalação rápida e de forte intensidade no hipocôndrio esquerdo sendo irradiado aos lados. Se bem é certo para o médico foi descrito uma irradiação nas costas, porém achei muito genérico e inespecífico devido a que pode se referir de uma dor na região torácica posterior ou a uma dor lombar. Como para mim foi descrito que foi irradiado para a região torácica posterior até dá para desconfiar um pouco se é que realmente

se trata de uma pancreatite por causa de que alguns textos que tinha lido referiam que essa dor podia irradiar até na região Inter escapular, porém nunca encontrei que poderia irradiar na região anteriormente mencionada. Embora essa descrição de alguma forma me faz considera-lo como possível irradiação numa pancreatite pois nem sempre todos os pacientes têm o mesmo quadro clínico e nem sempre a teoria é a mesma que a prática na vida real.

Como para mim tinha descrito essa dor torácica posterior, eu teria feito um ECG só por descargo de consciência, pois quem sabe poderia ser algum IAM com clínica atípica e na verdade até tivesse pensado em abrir o protocolo de síndrome coronário agudo.

Se bem é certo o paciente não narrou episódios de náuseas ou vômitos que são sintomas muito clássicos na pancreatite aguda, porém não necessariamente tem que se encontrar presentes

Quando fiz a palpação superficial e profunda do abdome, ele só sentiu dor no hipocôndrio esquerdo então se fosse pensar em pancreatite aguda normalmente queria ter encontrado um sinal de Murphy positivo para imaginar que talvez estaria relacionado a algum cálculo biliar devido a que essa é a causa mais comum, porém sabia que essa doença não tem só isso como causa, então não descartaria nada.

Como diagnóstico diferencial posso considerar também uma síndrome aguda aórtica (SAA) devido a que essa dor tal qual foi descrita pelo paciente, parece também ser um quadro clínico clássico dessa síndrome. É importante lembrar que ela pode estar localizada no tórax, no abdome ou no tórax com sinais associadas como a assimetria de pulsos, diferença de pressão arterial sistêmica de um membro do corpo comparado com o contralateral maior de 20 mmHg, déficit neurológico, sopros, hipertensão, hipotensão, entre outros sinais pois varia muito de qual parte da aorta foi afetada (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017; SOCESP, 2018)

Se existir ausência de pulsos nas extremidades superiores, isso poderia sugerir uma dissecação de aorta do tipo A, a qual faz parte de uma síndrome aórtica aguda, e a redução de pulsos nas extremidades inferiores indicaria uma dissecação do tipo B (BANDEIRA et al., 2017)

Temos que lembrar que é muito importante pensar em diagnósticos diferenciais e não só centrarmos em uma doença como possível porque se não for assim o diagnóstico poderia ser dado em um estágio tardio da enfermidade onde a chance de morte seria muito grande

Ao ser reavaliado pelo seguinte médico de plantão na UPA, o paciente referiu dor torácico e dor no hipocôndrio esquerdo, porém se mantendo com boas sinais vitais (teve uma PA de 130/80), sem alterações no exame físico do aparelho neurológico, cardiovascular e pulmonar. Referente ao exame físico de abdome apresentava dor na palpação profunda no hipocôndrio esquerdo. Não apresentou alterações nos exames laboratoriais. O médico solicitou ECG e RX de abdome (3 incidências) e o ECG mostrava HVE. Solicitou enzimas cardíacas

Na minha opinião, o médico teria solicitado RX de abdome porque o paciente referiu uma história de ter recebido balas ao nível do abdômen e queria ver se isso poderia estar relacionado com a queixa principal do paciente. Devido a que se o pensamento clínico era mais focado na pancreatite eu teria pedido uma TC de abdome com contraste e não aquele exame de imagem solicitado pelo profissional

Respeito ao ECG essa HVE que deu só me faz pensar em que o paciente poderia ter tido HAS durante muitos anos e nunca percebeu e que foi assim como provocou isso no coração, mas também poderia estar com algum evento agudo correlacionado, pelo qual achei certa a conduta de pedir enzimas cardíacas, só que eu tivesse pedido também D-dímero e vou explicar o porquê.

Um valor acima de 500 ng/mL no D- Dímero possui alto valor preditivo para a confirmação de diagnóstico de uma dissecação aórtica. A sensibilidade desse exame seria de 95,2% e a especificidade de 60,4%. Com esses valores mencionados dá para inferir que a probabilidade de ter falsos negativos é mínima, porém a chance de ser um falso positivo é grande. (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017)

Segundo o prontuário nessa reavaliação, os exames físicos do aparelho cardiovascular e pulmonar estavam sem alterações, porém para ser sincera, eu acho que o médico não prestou atenção na diferença dos pulsos pelo menos nos braços e nem aferiu a pressão arterial em cada um. Penso assim porque em nenhum momento foi colocado como hipóteses diagnóstica a síndrome aguda aórtica e se realmente

fosse isso. Uma pressão arterial de 130/80mmHg não seria tão aceitável na dissecação aórtica por exemplo, devido a que existem metas pressóricas abaixo disso no tratamento e ele teria que ter tomado alguma conduta frente a isso

Ao sair os resultados da radiografia de abdômen deu alterado pois estava sugerindo presença de corpo estranho na região do hipocôndrio esquerdo (projétil?), motivo pelo qual solicitou TC de abdômen para esclarecer.

A TC de abdome evidenciou dissecação de algumas porções de aorta torácica e de toda a aorta abdominal prosseguindo até a artéria ilíaca comum esquerda. Ao ser reavaliado, segundo o prontuário o paciente não apresentou alterações no exame físico. Então o médico coloca como diagnóstico Dissecação de aorta, solicita angio TC tórax, controle efetivo de PA e FC, analgesia e vaga no HMPGL para clínica médica. Ademais prescreveu, propranolol, enalapril por dois dias na UPA

Como podemos notar foi uma TC de abdômen que fez pensar ao médico em uma dissecação de aorta. Acho que se não fosse pela história do projétil nem tivesse pedido esse exame de imagem e houvessem dado ao paciente de alta com analgesia prescrita.

Existem 2 fatores etiopatogênicos para que a dissecação aórtica exista. O primeiro teria que ver com a fraqueza da camada íntima da aorta por causa da aterosclerose ou com a fraqueza da média provocada por uma necrose cística hereditária. O segundo fator seria a existência de uma alta força provocada por uma certa quantidade de sangue que foi ejetado contra a parede da aorta devido à contração ventricular sistólica. Há uma teoria que vem sendo bastante aceita no qual trata de que a hemorragia na camada média seria originada na vasa vasorum, esses sangramentos aumentariam o estresse mecânico na íntima sendo favorecedor para a existência da delaminação e criação de um falso lume (BANDEIRA et al., 2017; GANDOLFI; GOLDANI; SANTOS, 2015)

A dissecação de aorta (DA) é definida como aguda quando o período de início de dor for menor ou igual a 14 dias, se o tempo passar dessa quantidade de dias é chamada de DA crônica, sendo que as complicações ocorrem com maior frequência nas primeiras horas ou nos primeiros dias (GANDOLFI; GOLDANI; SANTOS, 2015). No caso do paciente nos encontramos em uma dissecação aórtica aguda

Rogers e col. propuseram um escore de risco (Aortic Dissection Risk Score: ADD-RS) de alta sensibilidade para a identificação da doença, esse escore consiste em 3 grupos, os quais seriam: condições de alto risco, sintomas de alto risco, exame físico compatível com sinais de DA. A presença de um ou mais marcadores dentro de um grupo fornece um escore de 1, é importante mencionar que a máxima pontuação é de 3 quando há pelo menos um marcador em cada grupo (SOCESP,2018)

A continuação existe um fluxograma que explica melhor como abordar um paciente com possível dissecação de aorta e quais diagnósticos diferenciais no momento seria importante identificar

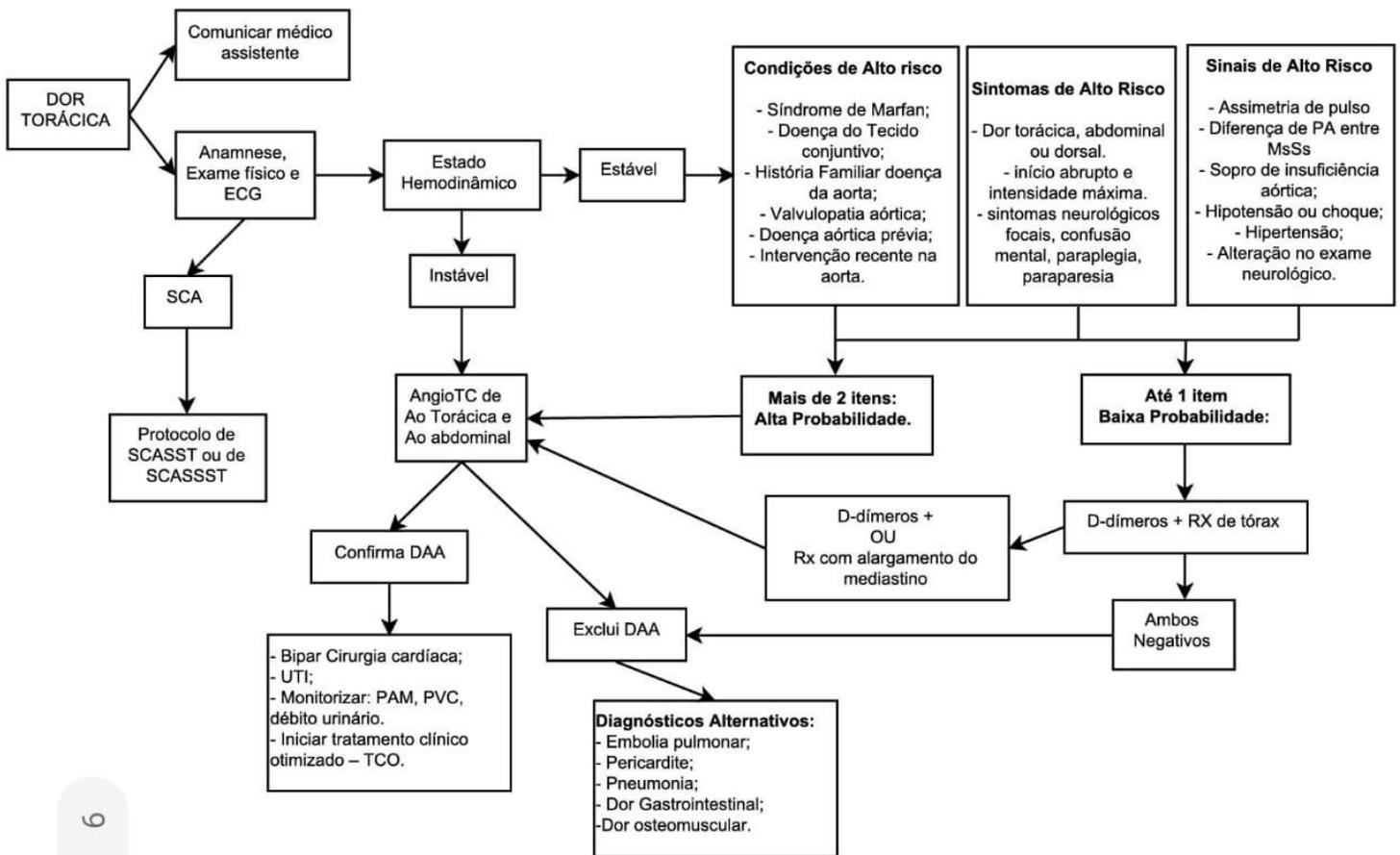


Figura 03: Tabela extraída de BANDEIRA et al., 2017

Respeito ao Raio X do tórax, ele pode mostrar alargamento do mediastino, alargamento da silhueta aórtica, separação da calcificação intimal em mais de 1 cm

do contorno externo aórtico, sinais de derrame pleural, derrame pericárdico, os quais poderiam estar correlacionadas com a dissecção aórtica (BANDEIRA et al., 2017)

A seguinte radiografia de tórax (figura 03) feita no primeiro dia de admissão no HMPGL mostra alterações tais como alargamento do mediastino superior, área cardíaca aumentada e botão aórtico proeminente com calcificações parietais

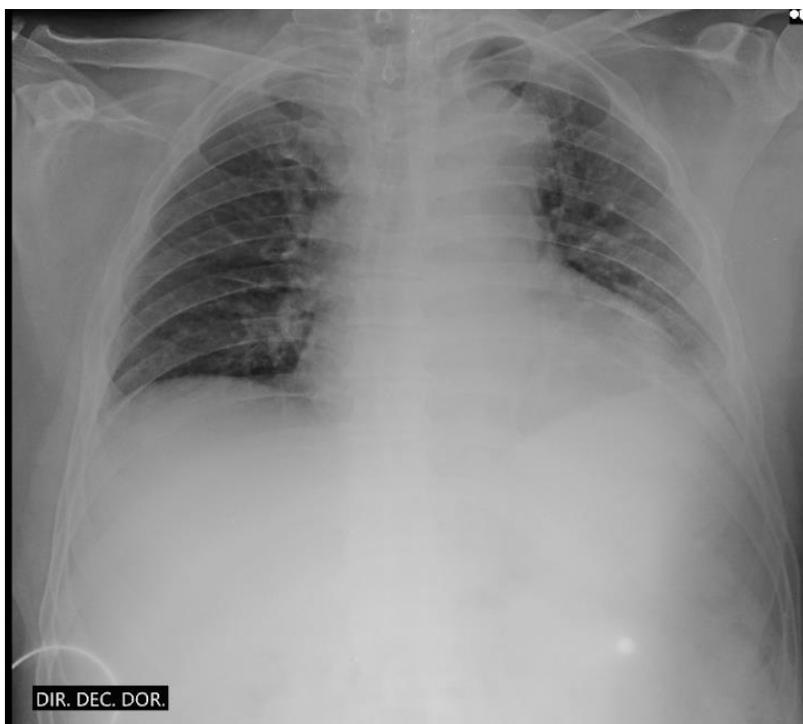


Figura 04: Radiografia de tórax do paciente N.Z.

Sueyoshi et al (2013 apud SOCESP,2018) relataram que a angiotomografia de tórax deve ser o exame de escolha para os pacientes hemodinamicamente estáveis. Onde o diagnóstico é demonstrado por um flap no vaso, que separaria a luz verdadeira da falsa. Por essa razão acredito que a opção mais sensata para um paciente instável seria um ecocardiograma transtorácica mais um ecocardiograma transesofágica como se encontra descrito no seguinte fluxograma

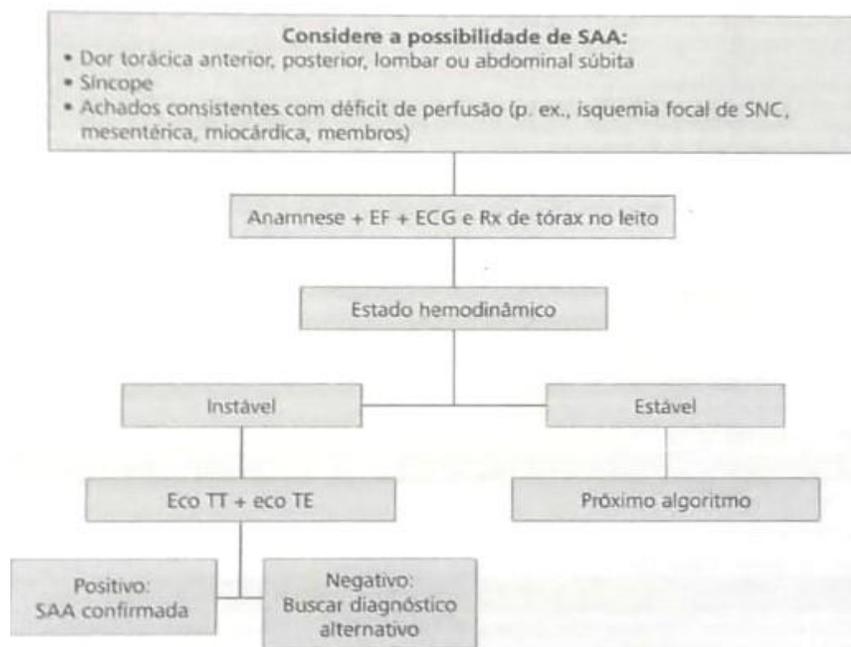


Figura 05: Tabela extraída de MARTINS; NETO; VELASCO, 2017

Porém o médico me explicou que esses exames que acabei de mencionar não eram realizados normalmente na UPA nem no HMPGL, mas sim no Hospital Costa Cavalcante

Referente ao manejo clínico, este seria baseado no controle da dor, pressão arterial (PAS menor ou igual 120 mmHg) e frequência cardíaca (em torno de 60 bpm), devido a que fazendo isso podemos diminuir a velocidade de contração ventricular e o stress na parede da aorta, minimizando assim a tendência de propagação da dissecção. Como primeira opção para o controle da pressão arterial estão os betabloqueadores por via intravenosa seguida por vasodilatadores se for necessário como o nitroprussiato de sódio, porém devemos ter cuidados com esse último pois se a FC não estiver controlada, a vasodilatação que será provocada isoladamente por esse vasodilatador poderia causar ativação reflexa do sistema nervoso simpático piorando assim o quadro clínico (SOCESP, 2018)

Antagonistas dos canais de cálcio poderão ser usados por via IV se não forem utilizados os betabloqueadores ou o nitroprussiato de sódio. Também se pode

considerar o acréscimo de um inibidor de ECA ao betabloqueador (SANTOS; GANDOLFI; GOLDANI, 2015)

A prescrição do médico foi justamente um betabloqueador IV (propranolol), adicionado a um inibidor de ECA (enalapril) o qual é totalmente válido e correto.

Por outro lado, temos que lembrar que a Angio TC tórax do paciente (09/09/20) apresentou dissecção da aorta torácica descendente até a aorta abdominal, ou seja, DA do tipo B segundo a classificação de Stanford. Faço essa anotação porque dependendo do tipo de dissecção os seguintes passos de manejo podem variar

Ao ser admitido no HMPGL se manteve propranolol 40 mg 12/12h, nipride para controle pressórico, tendo como meta PAS < 120 mmHg. Como o paciente foi classificado como um caso de dissecção de aorta de tipo B, se solicitou vaga na UTI até conseguir ser transferido para Curitiba devido a que o paciente teria que ser submetido a um procedimento de alta complexidade

A continuação deixo o seguinte fluxograma colocado na figura 05 para explicar de um jeito mais didático sobre o que seria feito num caso de dissecção aórtica de tipo B

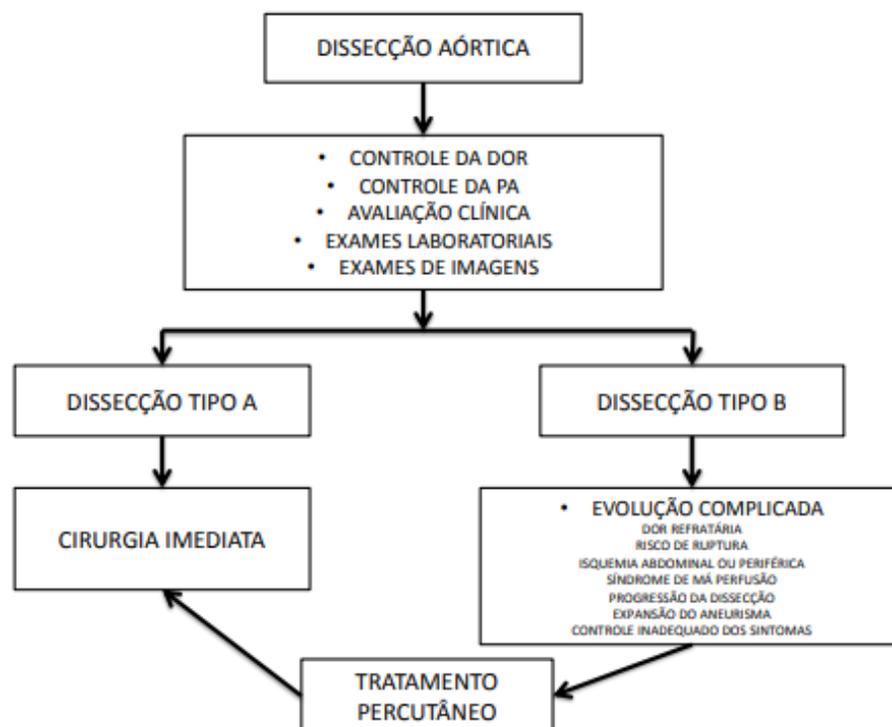


Figura 06: Tabela extraída de SANTOS; GANDOLFI; GOLDANI, 2015

### **3.4 PNEUMONIA POR COVID-19**

**Identificação:** GAOA, sexo feminino, 54 anos

**QP:** Falta de ar

**HDA:** Paciente recentemente transferida no dia de hoje do Pronto Socorro respiratório para o setor da Enfermaria relata que no dia 17/08/20 vem apresentando dispneia aos mínimos esforços, odinofagia, mialgia, tosse seca, cefaleia, calafrios, febre aferida (38,9°C) e 4 episódios de diarreia sem presença de muco, pus ou sangue e que no dia 19/08/20 começou apresentar dor ventilatório dependente de forma contínua localizada na região retroesternal e na região torácica posterior, sendo manifestada com uma escala de dor (0-10) de 8. Conta que há 1 dia esteve apresentando urina cor âmbar acompanhado de ardência ao urinar. Nega outras queixas. Evacuações atualmente sem alterações

**HPP:** HAS em uso de enalapril e furosemida. Histórico de diverticulite e pneumonia nosocomial há 2 anos. Nega outras comorbidades.

**HV:** Obesidade. Nega tabagismo. Nega etilismo. Refere alergia à dipirona

#### **Exame físico:**

Sinais Vitais: PA: 130/70 FC:96 bpm FR:29 rpm SpO2: 96% em uso de CN 3L/min, hipossaturando aos movimentos 93%

Ectoscopia: REG, LOTE, anictérica, acianótica, febril (38,3), corada, hidratada

ACV: Bulhas normofonéticas 2T, ritmo regular, sem sopros, pulso radial MSD não foi possível palpar devido a curativo, MSE, cheio. TEC<3sg

AP: Murmúrio vesicular presentes e diminuídos difusamente, presença de crepitantes em bases bilateralmente, ausência de esforço respiratório

Abdome: Presença de cicatriz em região mediana devido a laparotomia, RHA+, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal

MMII: Ausência de edema, panturrilhas livres, pulsos pediosos palpáveis, cheios e simétricos

Teste molecular (RT – PCR) para SARS COV 2 25/08/20: Detectado

Exames laboratoriais 19/08/20: Hb 12,6 / Ht 36,5% / Leucócitos 6.640 / Bt 4% / linfócitos típicos 13% / plaquetas 246.000 / Ur 26 / Cr 0,5 / PCR 8,5

Gasometria 25/08/20: PH 7,45 / PCO<sub>2</sub> 37 mmHg / PO<sub>2</sub> 64 / HCO<sub>3</sub> 25,7 / Sat O<sub>2</sub> 93%

TC de tórax sem contraste (25/08/20): Focos com atenuação em vidro fosco são observados distribuídas difusamente pelo parênquima pulmonar ocupando entre 5 e 25% do parênquima analisado, compatível com pneumonite viral (CORADS 5).

**Avaliação:** Paciente em REG, comunicativa e colaborativa. Hemodinamicamente estável sem uso de DVA. Taquipneica em uso de CN 3 L/min. Febril, prescrito paracetamol.

**Diagnóstico sintomático:** Insuficiência respiratória aguda

**Diagnósticos diferenciais:** Pneumonia por SARS-COV2, Pneumonia bacteriana, Pneumonia viral (outros tipos de vírus)

**Conduta:**

Cuidados gerais

Atentar padrão hemodinâmico, respiratório, curva térmica e sinais infecciosas

Mantenho antibióticos (Ceftriaxona + Azitromicina)

Mantenho oseltamivir

Mantenho profilaxia para TVP e gástrica

### 3.4.1 Discussão do caso:

Se bem é certo tendo em conta o panorama geral, estaríamos frente a uma insuficiência respiratória aguda por motivo de ter referido falta de ar quando ligou para o SAMU. No momento que a paciente chegou para PS fizeram monitorização nela (Pressão arterial, oxigenaria de pulso, FC, FR), sendo que todas essas sinais vitais

foram informadas para a médica, foi aí que ela decidiu colocar um cateter nasal de 2L/min devido a que a paciente tinha chegado hipossaturando (92% em AA) e solicitou uma gasometria arterial, o qual tem muito sentido porque com isso poderemos saber se a paciente se encontrava com algum início de alcalose ou acidose respiratória por exemplo e dá um valor mais específico da saturação de oxigênio da sangue arterial, devido a que um pulsímetro não mostra as vezes um valor verídico pelo fato de existir interferências como o paciente apresentar extremidades frias ou se encontrar com esmalte de unhas

Ao sair a gasometria solicitada na admissão, os resultados foram hipoxemia, acompanhada de hiposaturação (93%), com uma relação de  $PaO_2 / Fi O_2$  de 304. Para Velasco et al. (2020) valores entre 300 – 500 na relação da  $PaO_2 / Fi O_2$  são considerados normais. Já se os valores forem menores que 300 podemos considerar que o paciente esteja apresentando algum distúrbio nas trocas gasosas. Pelo tanto a relação apresentada na gasometria da paciente se encontraria dentro dos parâmetros normais.

Lembremos que o fato de investigar nossa hipótese de pneumonia não descarta tratar ela o mais rápido possível, o ideal seria iniciar uma antibioticoterapia em até quatro horas da chegada ao setor de serviço (MS,2020; MARTINS; NETO; VELASCO, 2017)

Como provavelmente nos encontramos frente a uma Pneumonia adquirida na Comunidade, a prescrição de ceftriaxona e azitromicina seria correta, ademais de que faz parte do manejo clínico das diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID 19 (MS,2020; WALLS et al., 2019)

Agora se nos enfocamos no quadro clínico da paciente, lembremos que ela apresentou tosse (produtiva e seca), dispneia, febre e crepitações nas bases bilateralmente. Todo isso parece sugerir a ocorrência de pneumonia e para poder saber aquilo precisaríamos pedir uma radiografia de tórax, porém a médica solicitou uma TC de tórax, o qual tampouco estaria mal devido a que com esse exame de imagem conseguiríamos ter uma melhor visão das alterações nos pulmões, além de que o mesmo, pode nos mostrar também a presença de vidros foscos, que são muito característicos no coronavírus.

De acordo com Meirelles (2020) a TC de tórax é o exame de imagem de escolha na suspeita da existência do COVID 19, sendo que os principais achados seriam as opacidades em vidros foscos geralmente bilaterais, presentes em 57 - 98% dos doentes, essencialmente no estágio inicial. É importante também mencionar que Kim et al. (2020) citado por Meirelles (2020) ressalta que a TC de tórax apresenta uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 37%, o que significaria que o exame mencionado poderia estar associado a um número alto de falsos positivos.

Na tomografia de tórax da paciente foi detectado o padrão de vidros foscos distribuídas difusamente, ocupando entre 5 e 25% do parênquima pulmonar total. Pelo qual associado à clínica e ao RT PCR SARS COV 2 detectado podemos dizer que nos encontramos frente a um caso de pneumonia causado por COVID 19.

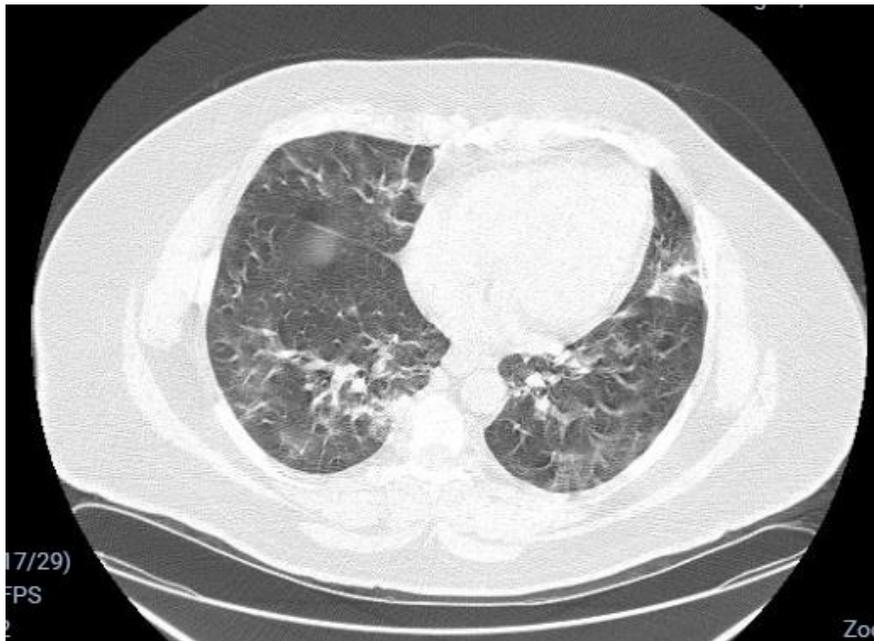




Figura 07: Cortes da Tomografia Computorizada da paciente GAOA

Retomando a prescrição que foi colocada pelo médico, um dos medicamentos foi o oseltamivir.

Sanders et al. (2020) refere que o oseltamivir, inibidor de neuraminidasa, foi aprovada atualmente para o tratamento da gripe, embora não tenha tido atividade documentada in vitro contra o SARSCoV-2, explica ademais que vários dos ensaios clínicos atuais incluem o medicamento mencionado em grupos comparativos, mas não a propõem como intervenção terapêutica. Dito isso, o Ministério de Saúde (2020) ainda indica o uso de oseltamivir em até 48 horas após ter iniciado os sintomas relacionados à síndrome gripal, sobre todo nos pacientes que tenham situações de risco de complicações. Sendo que essa recomendação é independente da situação vacinal

Segundo a OMS (2020), o novo coronavírus apresenta diversas implicações cardiovasculares e pacientes com doença cardiovascular prévia apresentam maior risco de evoluir com algum evento trombótico. No caso da paciente é necessário prestar muita atenção nela pelo fato de padecer hipertensão arterial

Níveis séricos de D-dímero representam um achado muito comum em pacientes com COVID 19, mas não é recomendado a investigação de rotina de tromboembolismo venoso na ausência de manifestações clínicas (ROBERTO et al., 2020)

Atualmente é recomendado por parte do MS (2020) a profilaxia de TEV/TEP em relação ao coronavírus pelas razões já citadas com HPBM - Enoxaparina 40mg/dia SC e como foi visto o médico decidiu manter a prescrição profilática com enoxaparina na dose recomendada.

#### **4 CONCLUSÕES:**

Se bem é certo 2020 não foi um ano fácil para ninguém depois do aparecimento do coronavírus e sem dúvida alguma muitos dos internos pensaram que iria a piorar o processo do aprendizado, mas posso dizer que a maioria conseguimos aprender coisas novas que provavelmente não seriam ensinadas num “ano normal”, logicamente a timidez teve que ser perdida e em vários casos teve que aflorar mais a proatividade.

Este trabalho tratou basicamente de descrever casos clínicos vivenciados nos diferentes tipos de setores, no qual o próprio autor conseguiu perceber que seu olhar clínico evoluiu grandemente desde seu ingresso. Antes todos os tipos das doenças estavam descritos num livro e agora foi diferente para o aluno porque conseguiu vigiar de mais de perto as condições em que se encontrava o paciente que poderia ou não se encontrar num momento crítico com alguma exacerbação de uma das suas comorbidades

O aluno conseguiu se fazer responsável pelos seus atos diante do médico e ademais conseguiu entender que sem uma boa comunicação entre os profissionais ou um bom trabalho em equipo o paciente poderia ir ao óbito por negligencia médica

## 5 REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SIRIA. **O impacto do coronavírus nas doenças cardiovasculares**. Disponível em: < <https://www.hcor.com.br/imprensa/noticias/o-impacto-do-coronavirus-nas-doencas-cardiovasculares/> > Acesso em: 03 set. 2020

FITIPALDO LAGO. **Pancreatite aguda**. Disponível em: < <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-estadual-de-montes-claros/gastroenterologia/trabalho-de-tutoria/pancreatite-aguda/7916552/view> > Acesso em: 04 set. 2020

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, D.A. (Ed.). **Tratado de Medicina**. 23ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

GONÇALVES, M. M. et al. **Classificação de Atlanta revisada das pancreatites agudas: a sistematização do diagnóstico radiológico da pancreatite**. Disponível em: < [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879629/classificacao-de-atlanta-revisada-das-pancreatites-agudas-a-sis\\_EUR4SMW.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879629/classificacao-de-atlanta-revisada-das-pancreatites-agudas-a-sis_EUR4SMW.pdf) > Acesso em 04 set. 2020

MINISTERIO DE SAUDE. **Portaria nº 457, de 16 de abril de 2003**. Abr. 2003. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0457\\_16\\_04\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0457_16_04_2003.html) > Acesso em: 05 set. 2020

MINISTERIO DE SAUDE. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf> > Acesso em: 05 set. 2020  
<file:///C:/Users/anthuane/AppData/Local/Temp/256-Texto%20do%20Artigo-824-2-10-20200724.pdf>

MINISTERIO DE SAUDE. **Protocolo de manejo clínico para o Novo Coronavírus**. Disponível em: <

[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/protocolo\\_manejo\\_coronavirus\\_ms.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/protocolo_manejo_coronavirus_ms.pdf) > Acesso em: 07 set. 2020

ROCHA, N. D. et al. **Manejo da pancreatite biliar aguda**. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880715/manejo-da-pancreatite-biliar-aguda.pdf> > Acesso em: 09 set. 2020

SANDERS, J.M. et al. **Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Disponível em: < <https://scihub.do/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282022/> > Acesso em: 10 set. 2020

SOCESP. DINATO, F. J; DIAS, R. R; HAJJAR. L. A. **Dissecção da aorta: manejo clínico e cirúrgico**. Disponível em: < [http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/10168161311539115001pdfenDISS-EC%C3%87%C3%83O%20DA%20AORTA%20-%20MANEJO%20CL%C3%8DNICO%20E%20CIR%C3%9ARGICO\\_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf](http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/10168161311539115001pdfenDISS-EC%C3%87%C3%83O%20DA%20AORTA%20-%20MANEJO%20CL%C3%8DNICO%20E%20CIR%C3%9ARGICO_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf) > Acesso em: 15 set 2020

TOWSEND, C. M. et al. **Tratado de Cirurgia: A base Biológica da Prática Cirúrgica** Moderna. Elsevier, 2008