

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS:

PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada):

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva:

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral:

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.

Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea:

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmo cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta:

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)
Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora
Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.
Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA,
Furosemide 40 a 80 mg EV
Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.
Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.
Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIIS:

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

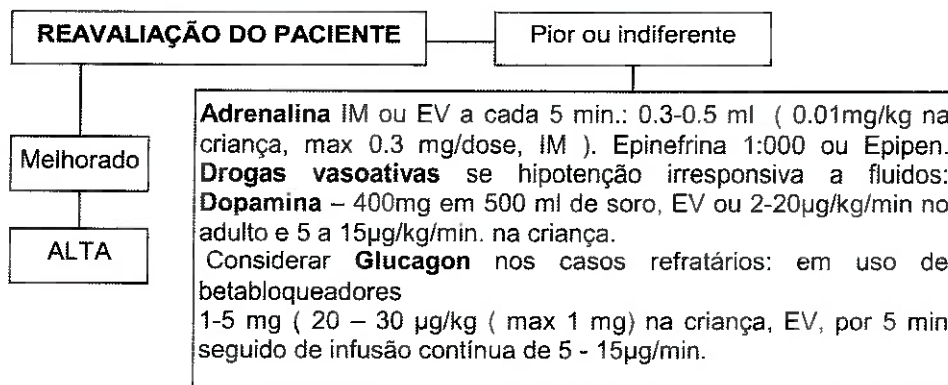
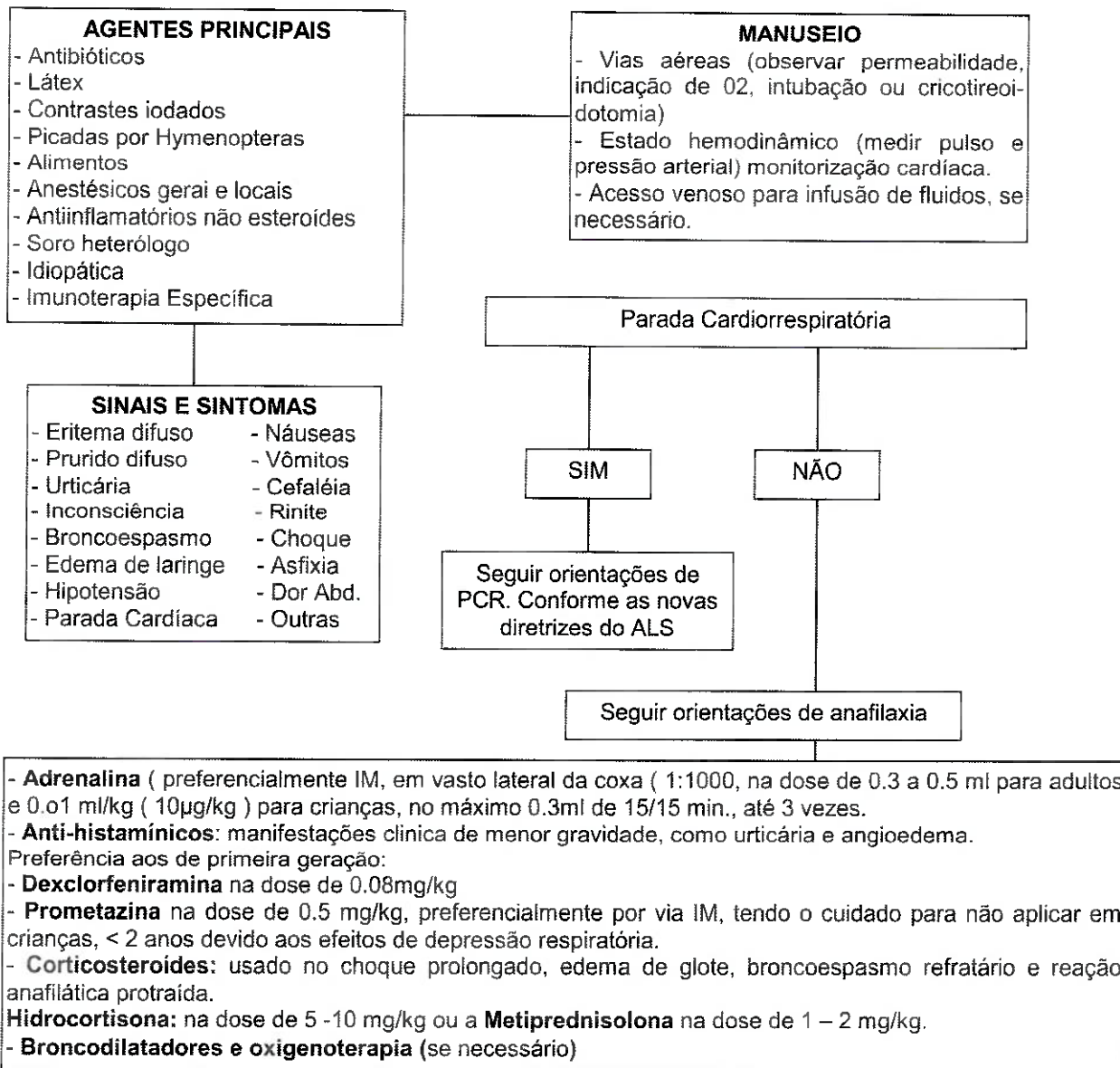
7) PERIOPERATÓRIO:

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

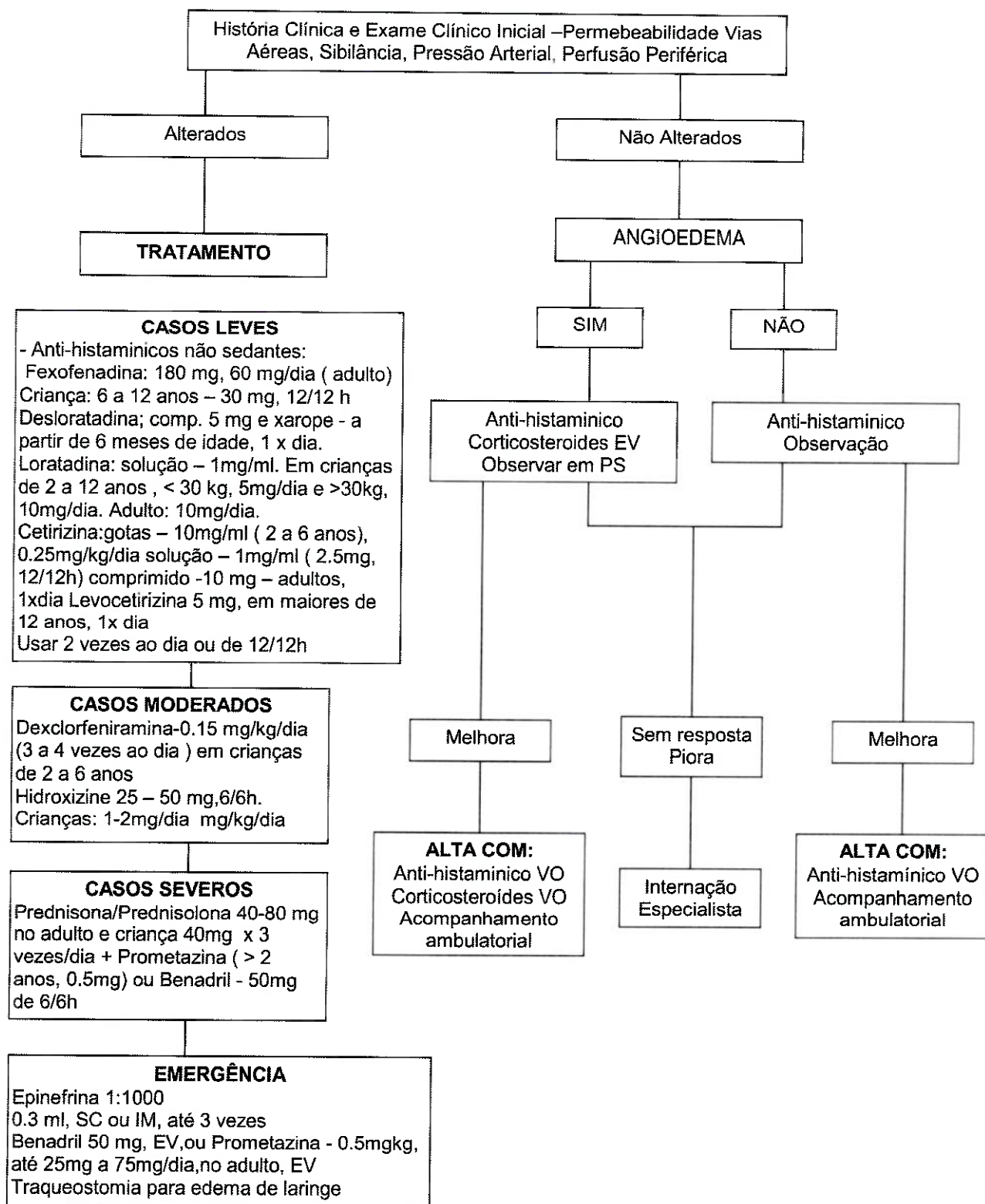
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.
Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO
Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA



URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



ASMA

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

| ACHADO * | LEVE/MODERADA | GRAVE | MUITO GRAVE |
|--|---|---|--|
| Pico de fluxo (% melhor ou previsto) | >50% | 30-50% | <30% |
| Gerais | Normais | Normais | Cianose, sudorese exaustão. |
| Dispnéia | Ausente/leve | Moderada | Grave |
| Fala | Frases completas | Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar | Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar |
| Estado mental | Normal | Normal | Agitação, confusão, sonolência. |
| Musculatura acessória | Retração intercostal ausente ou leve | Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas | Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão) |
| Sibilos | Ausentes com MV normal/localizados ou difusos | Localizados ou difusos | Ausentes com MV↓, localizados ou difusos. |
| Frequência Respiratória (irpm)** | Normal ou ↑ | ↑ | ↑ |
| Frequência Cardíaca (bpm) | ≤ 110 | 110-140 | >140 ou bradicardia |
| SaO₂ (ar ambiente) | > 95% | 91-95% | ≤ 90% |
| PaO₂ (ar ambiente) | Normal | 60 mmHg | < 60mmHg |
| PaCO₂ (ar ambiente) | < 40 mmHg | < 40 mmHg | >45 mmHg |

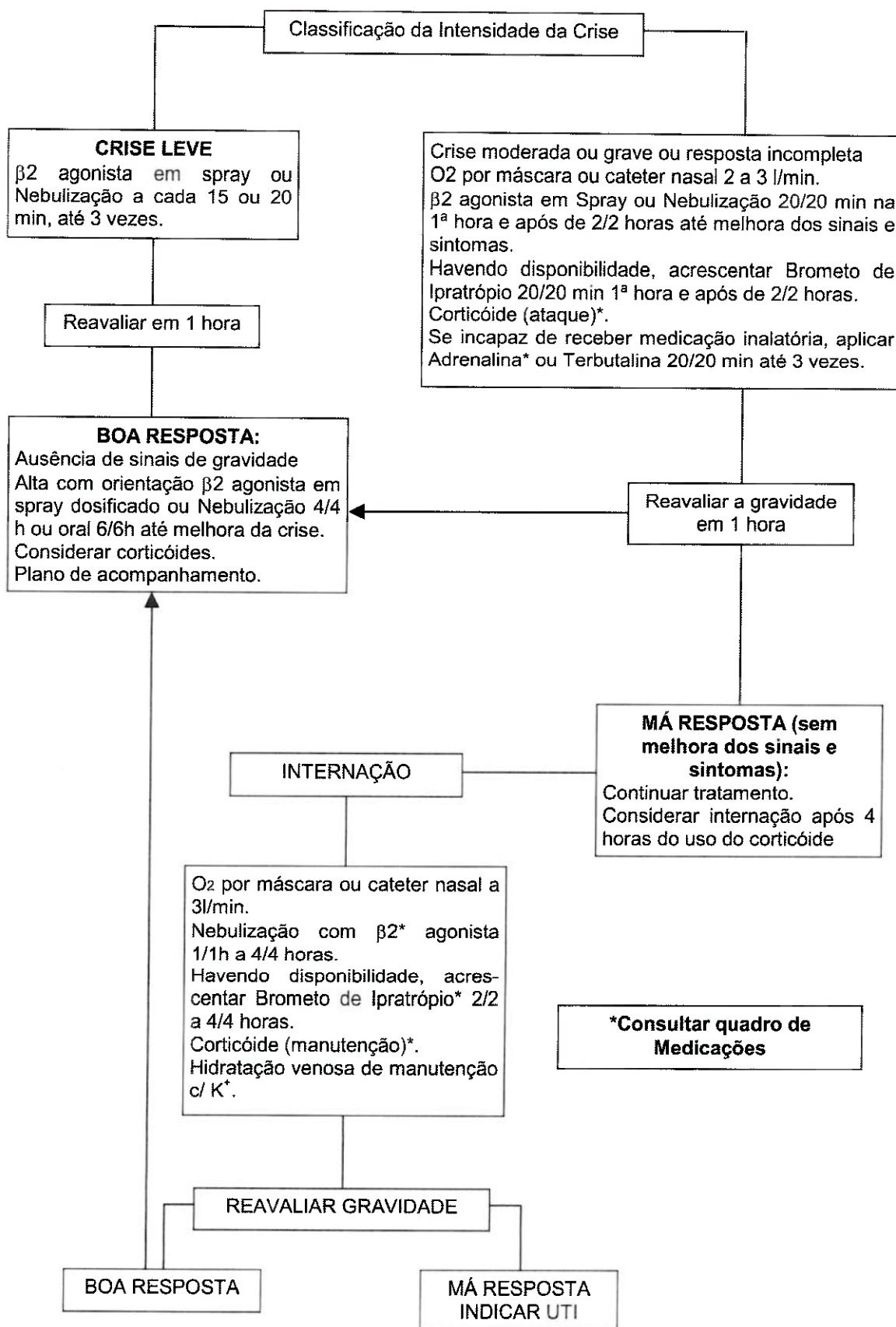
*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm
> 8 anos = adulto

Exames complementares:

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO₂ ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β₂ agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA



INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:

- PaCO₂ > 40 mmHg
- PO₂ < 60 mmHg
- Saturação O₂ < 90 mmHg em FiO₂ > 60 %
- Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência
- Pico de fluxo < 30% do basal
- Acidose metabólica
- Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)
- Pneumotórax/ Pneumomediastino
- Alteração do ECG

NA UTI:

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



Características de pacientes asmáticos de alto risco:

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;
 Uso frequente de corticosteróide sistêmico;
 Crise grave prévia, necessitando de intubação;
 Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês
 Problemas psicossociais (ex: depressão);
 Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;
 Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);
 Má percepção do grau de obstrução.

Recomendações Importantes:

Utilizar O₂ a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β_2 agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β_2 agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

MEDICAÇÕES DA ASMA:

| MEDICAMENTOS | CRIANÇAS | ADULTOS |
|--|--|---|
| β_2-agonista: Spray Dosimetrado | 200 a 300 μ g/dose, limite de dose: FC > 120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara. | 400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande |
| Nebulizador de jato: Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O ₂ 6 l/min, com máscara bem adaptada à face | 0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo: 5 mg/dose (20 gotas) | 2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose) |
| Solução | Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h). | |
| Comprimido | 0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose) | 1 cp (2mg) 6/6 horas |
| Endovenoso | Ataque: 10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min* | Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min** |
| Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio | 250-500mcg/dose (20 a 40 gotas) | 250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas) |

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES

| | | |
|---|--|--|
| Corticóides Sistêmicos Hidrocortisona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção | 20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h | 200 mg /dose 200 mg 6/6 h |
| Metilprednisolona EV Dose de Ataque Dose de Manutenção | 1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h | 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h |
| Prednisona ou Prednisolona Dose de Ataque Dose de Manutenção | 1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia | 1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia |
| Aminofilina (amp. 24mg/ml) Dose de Ataque Dose de Manutenção | Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h 10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h | 5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais). Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora |
| Adrenalina (1:1000) SC ou IM | 0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose) | |

*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO₂ (dose máxima 8 mcg/Kg/min).
Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO₂ > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão.
Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO₂ < 40 mmHg.
Reintroduzir β₂ agonista sob nebulização.

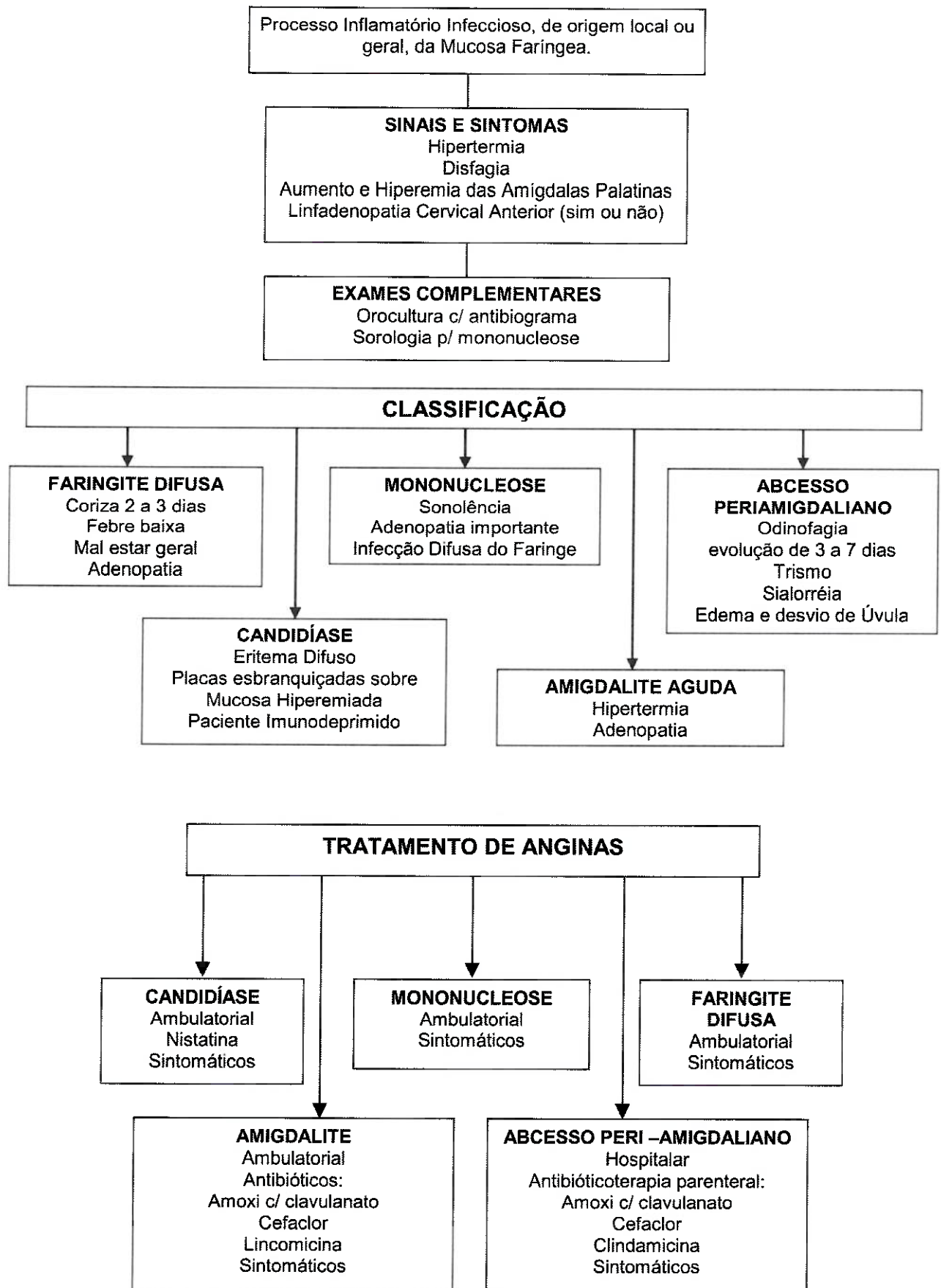
** Ajustar de acordo com a resposta e FC

Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

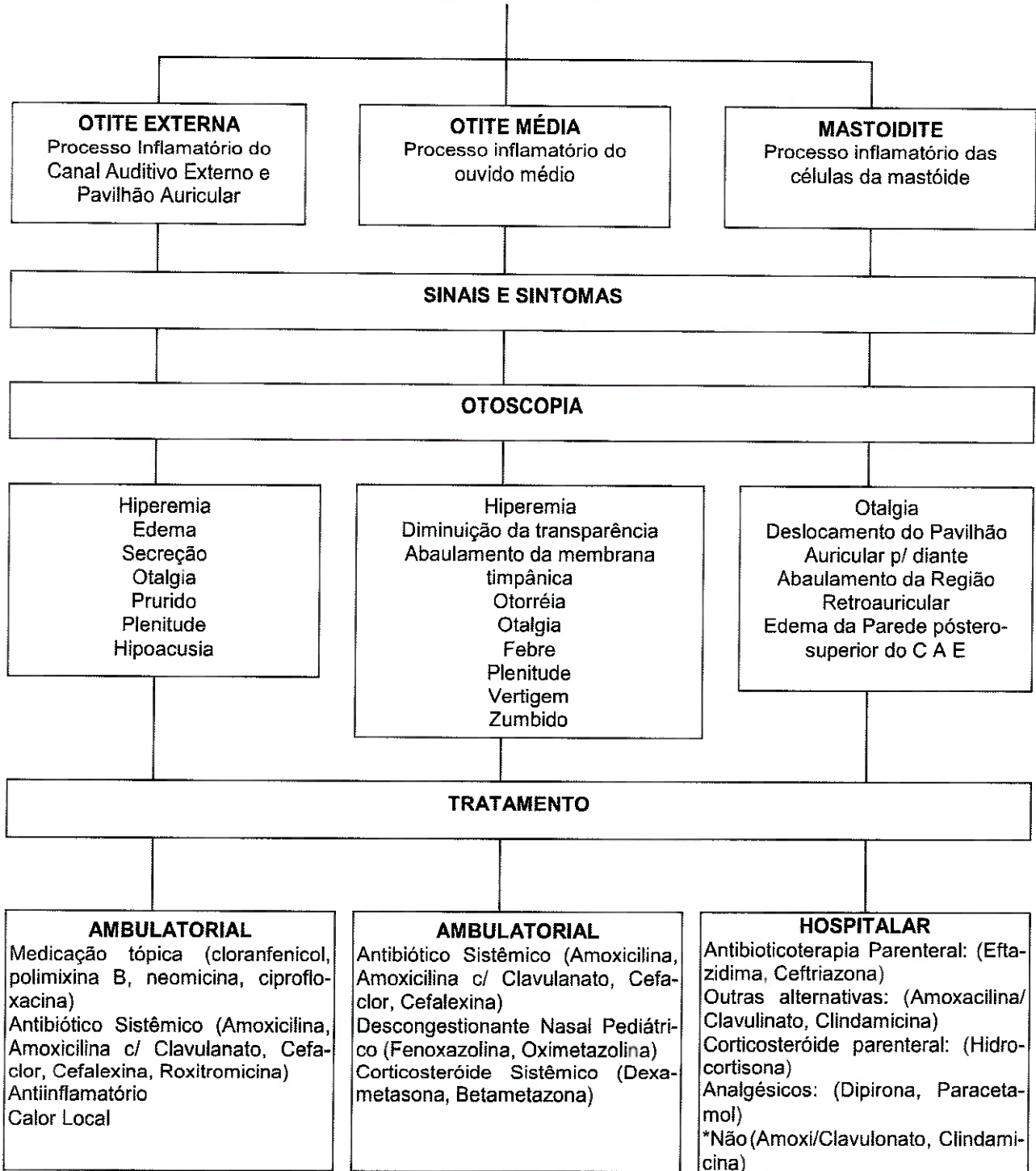
Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

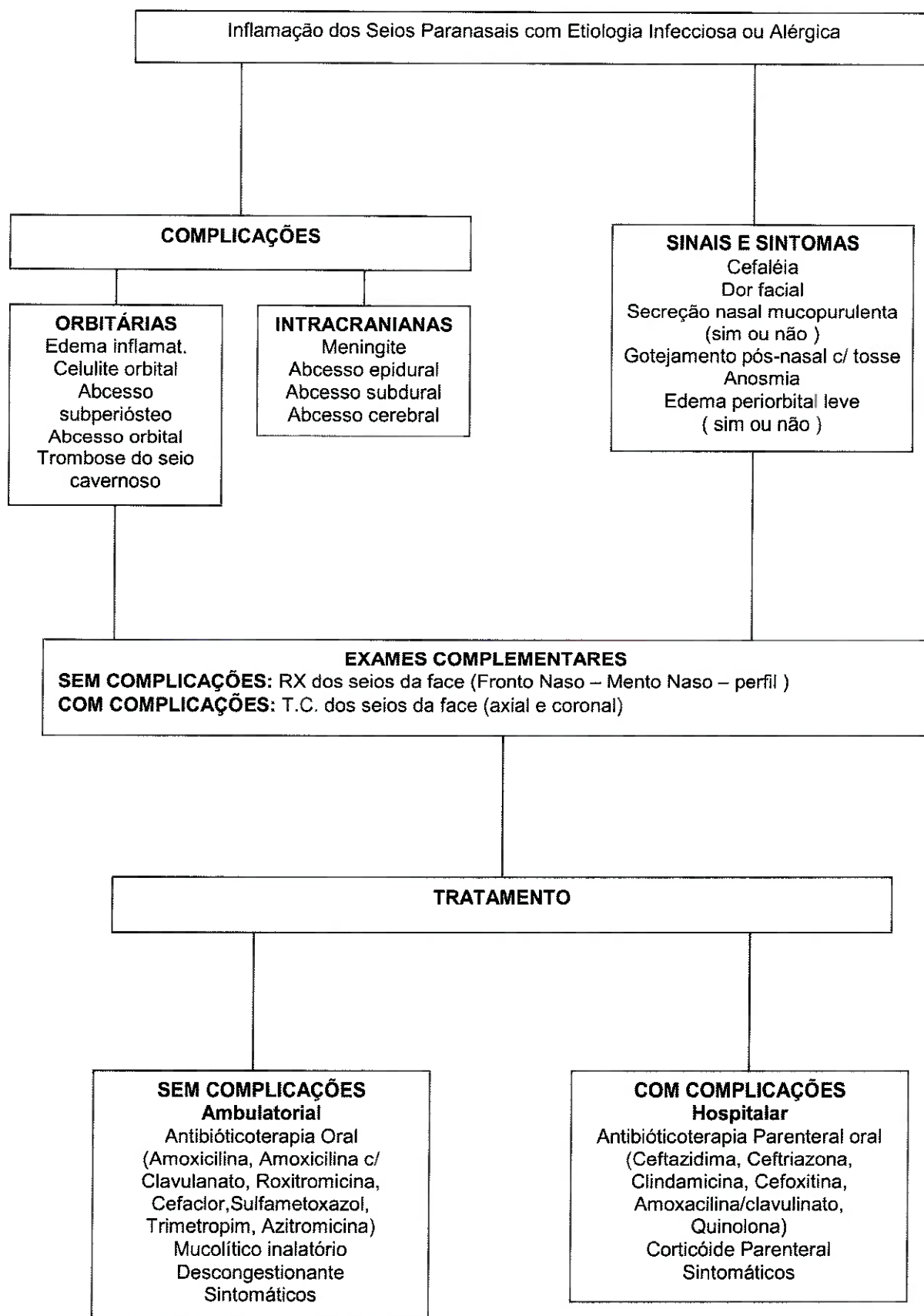
- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”

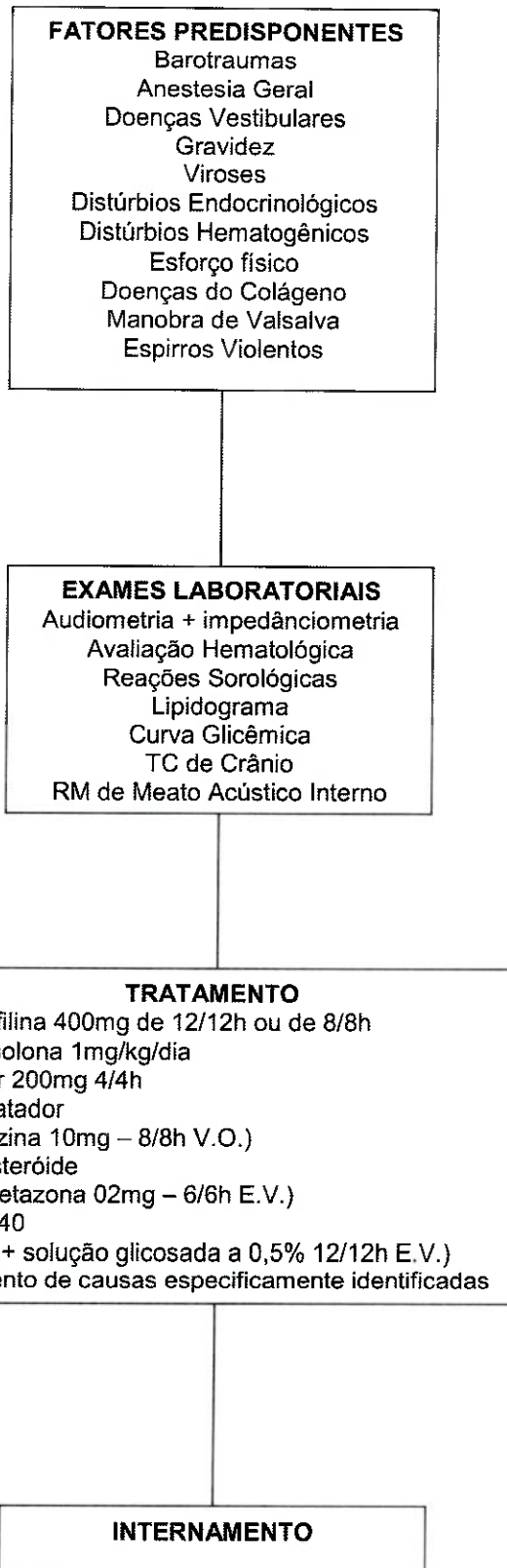
ANGINAS

OTALGIAS

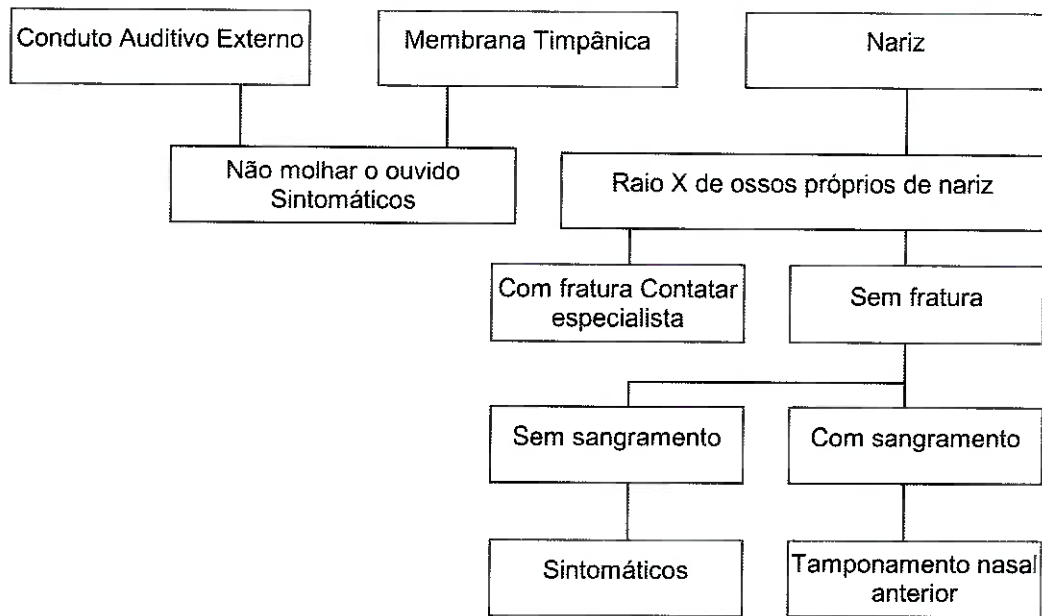


SINUSITE

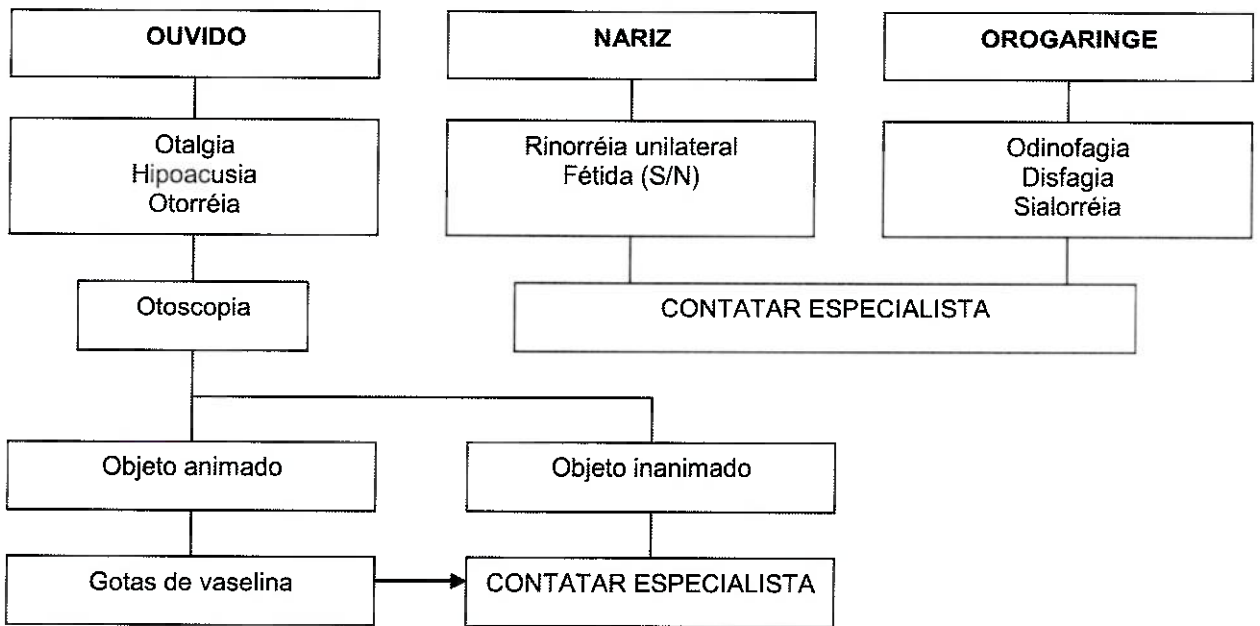
SURDEZ SÚBITA



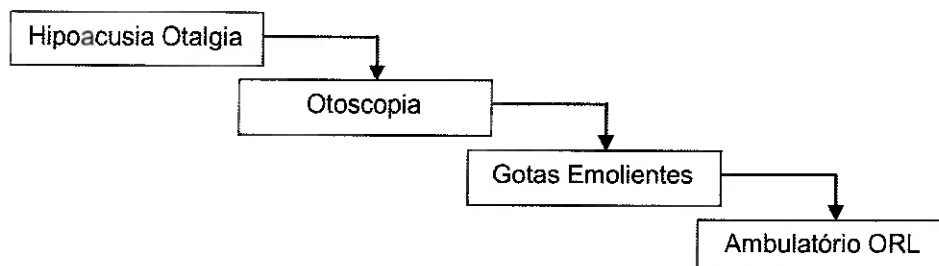
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



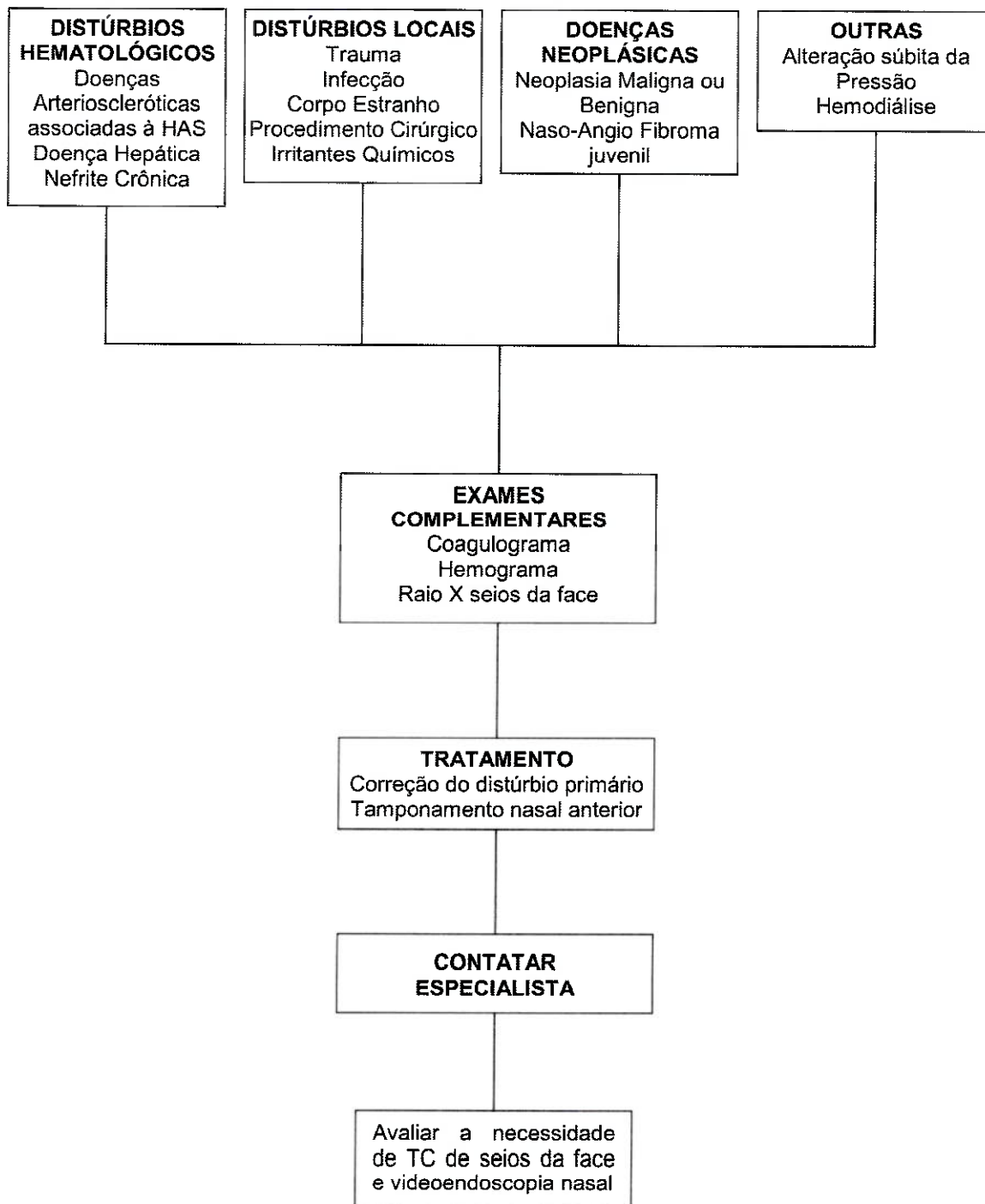
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



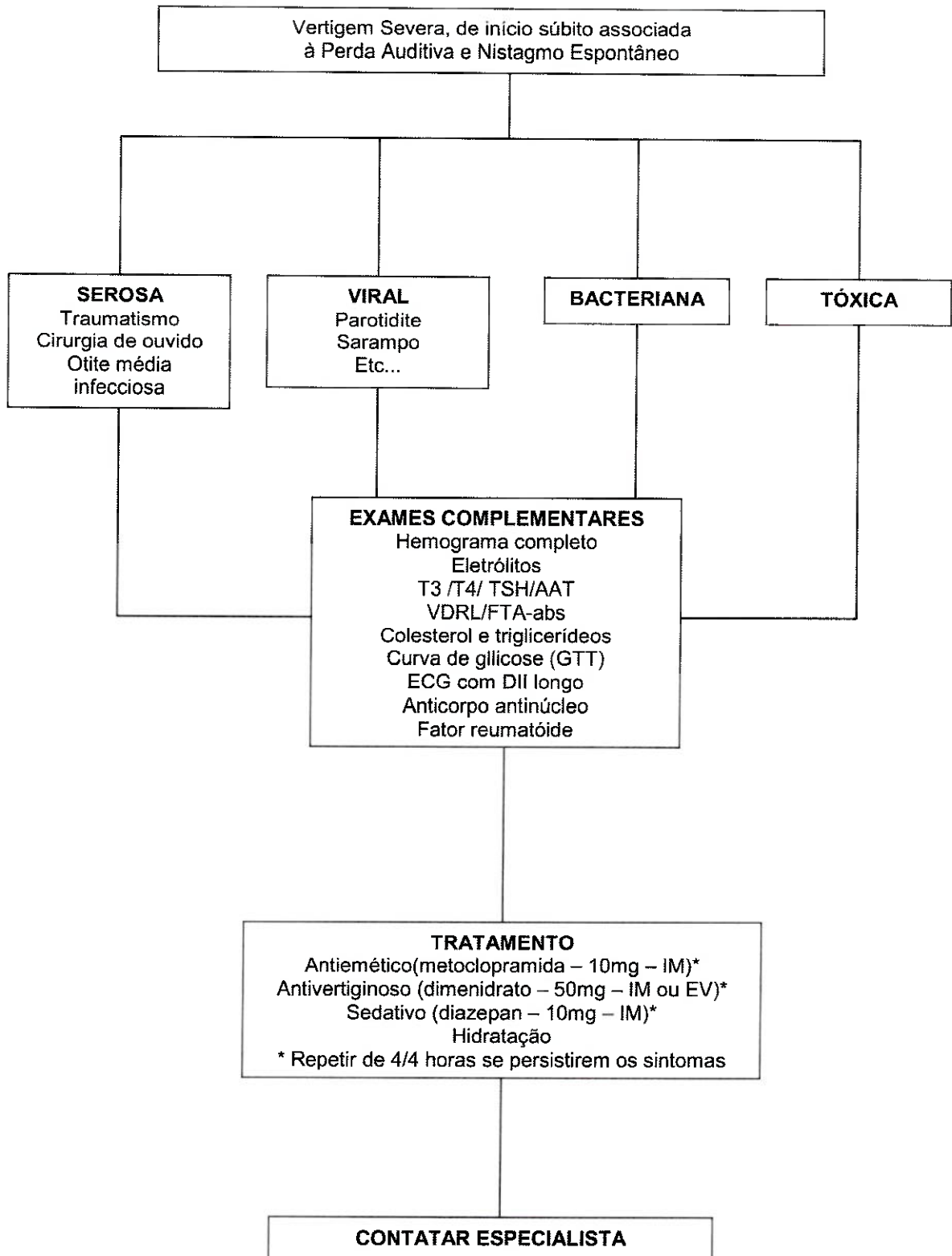
EPISTAXE



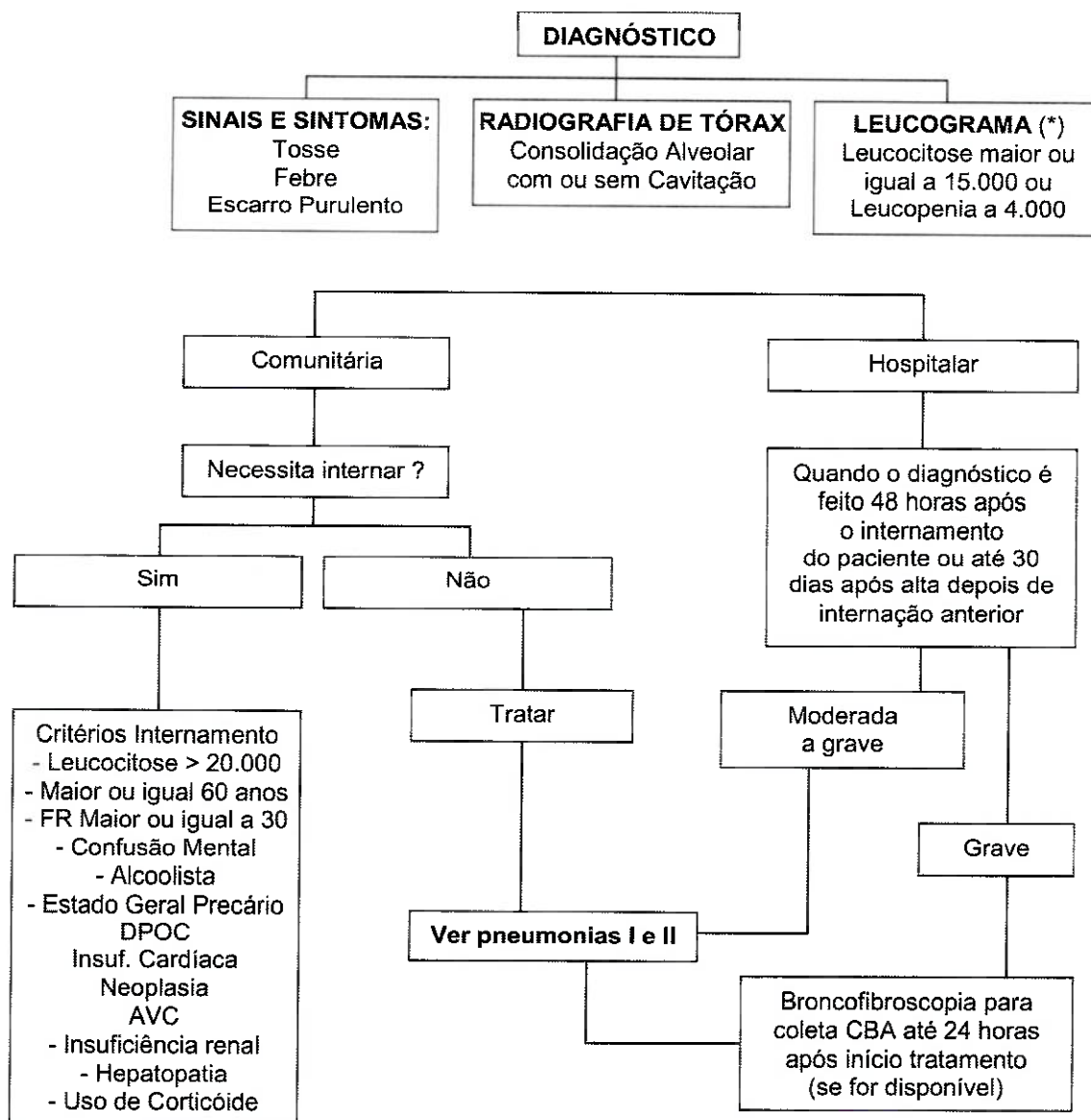
OBS.:
Tamponamento Nasal Anterior.
Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)
Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades - C. Cirúrgico)

LABIRINTITE AGUDA

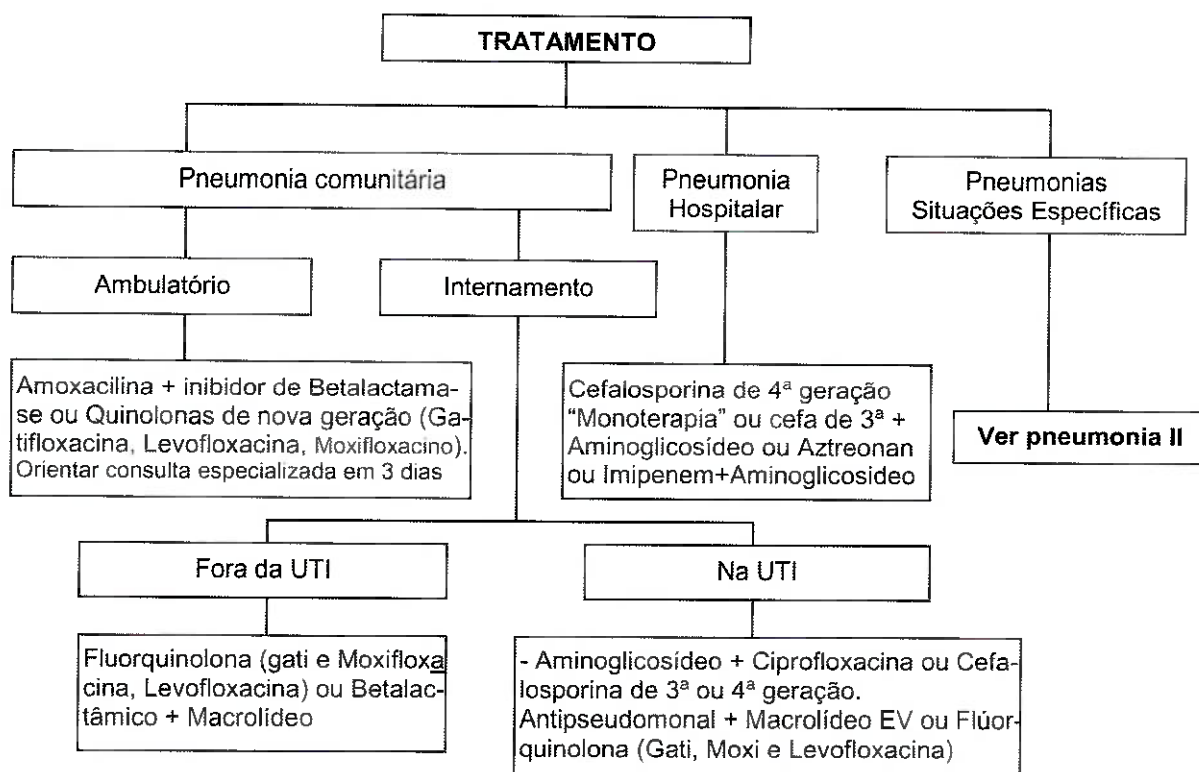
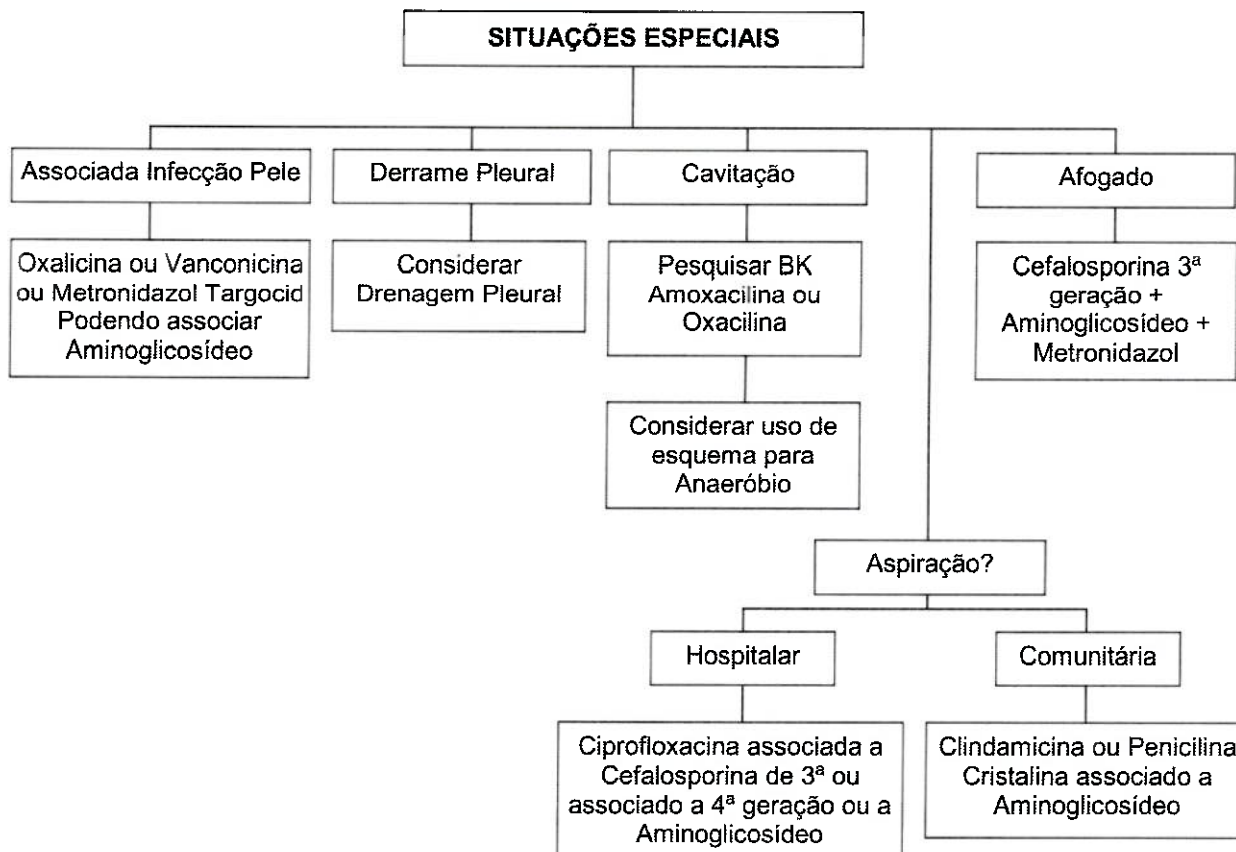


PNEUMONIAS (PN)

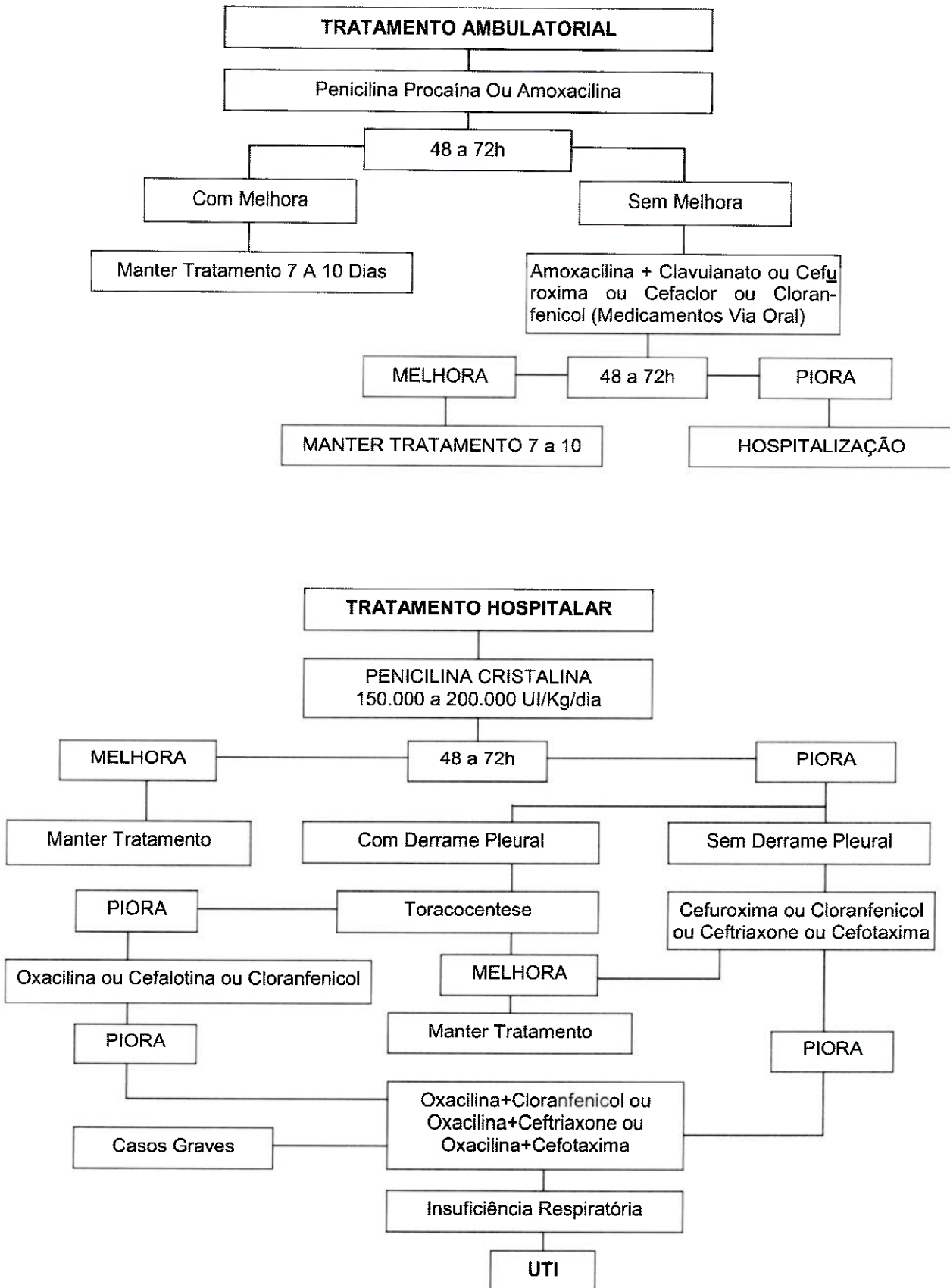


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

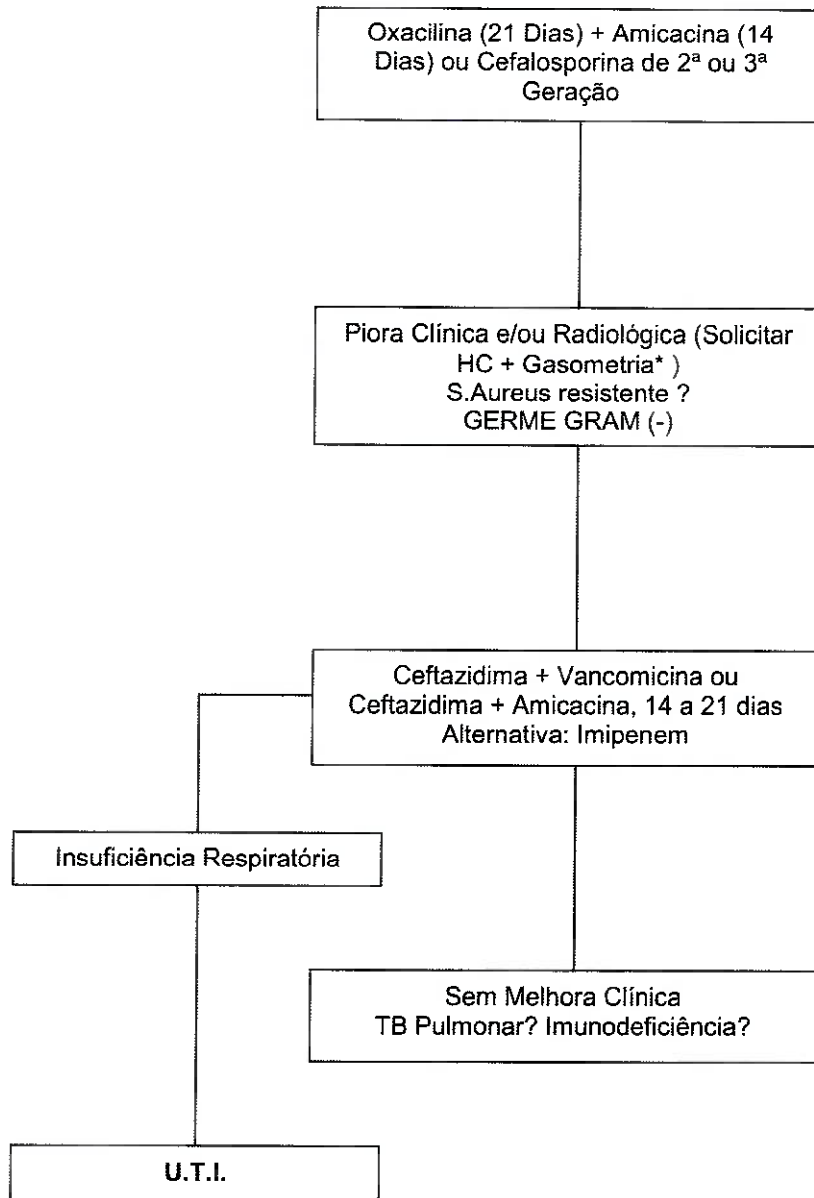
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

PNEUMONIAS - I**PNEUMONIAS - II**

PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

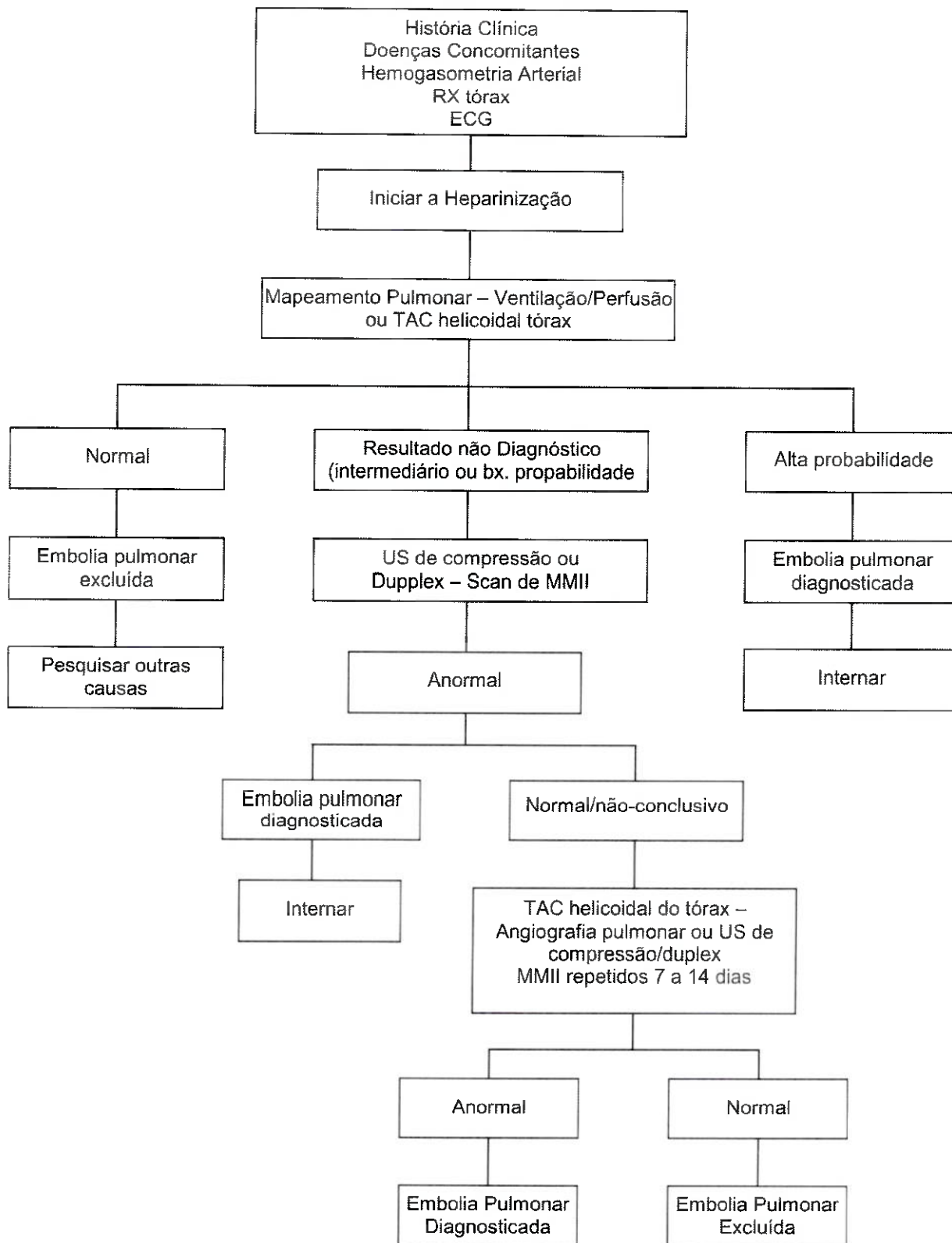


PNEUMONIA HOSPITALAR

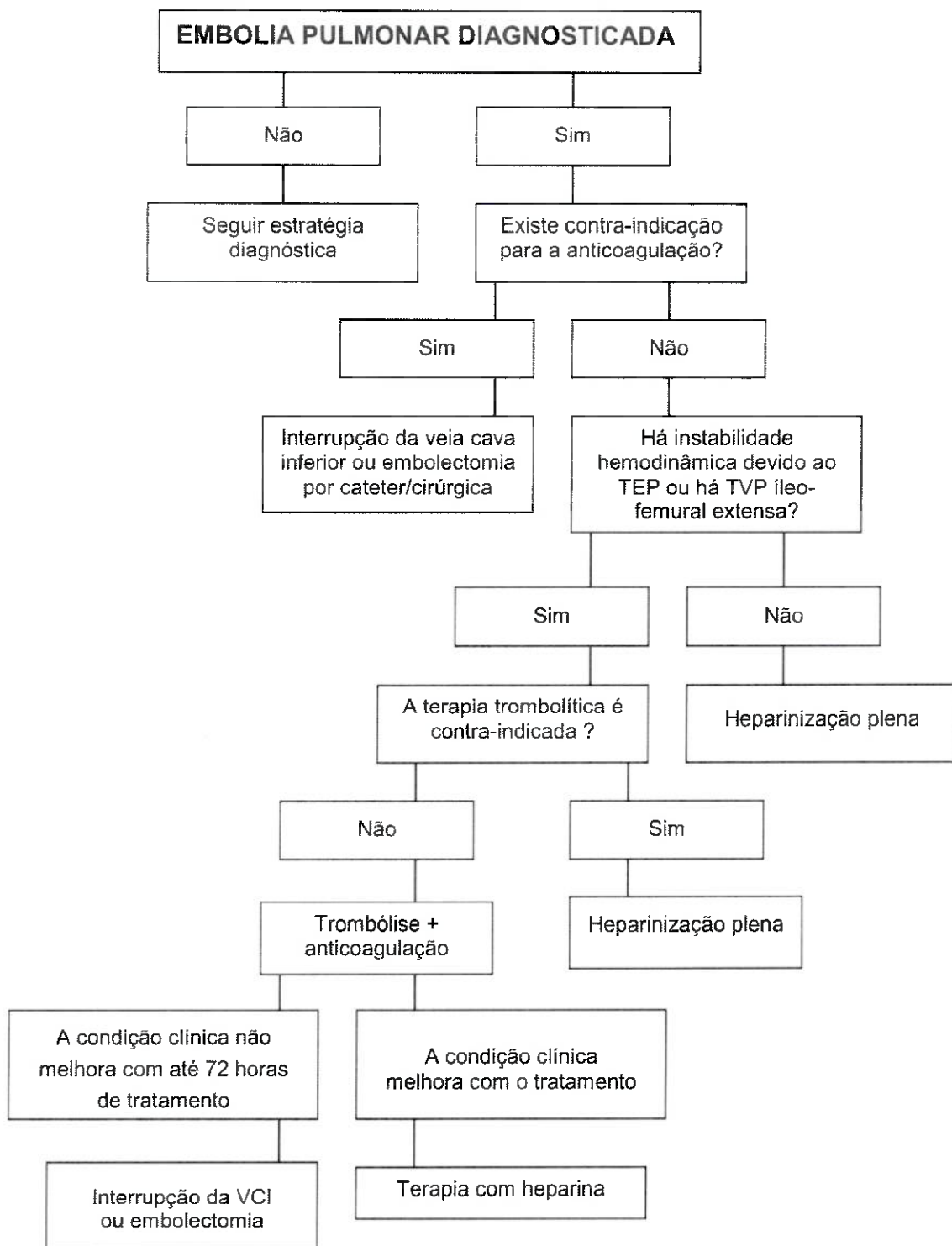


* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

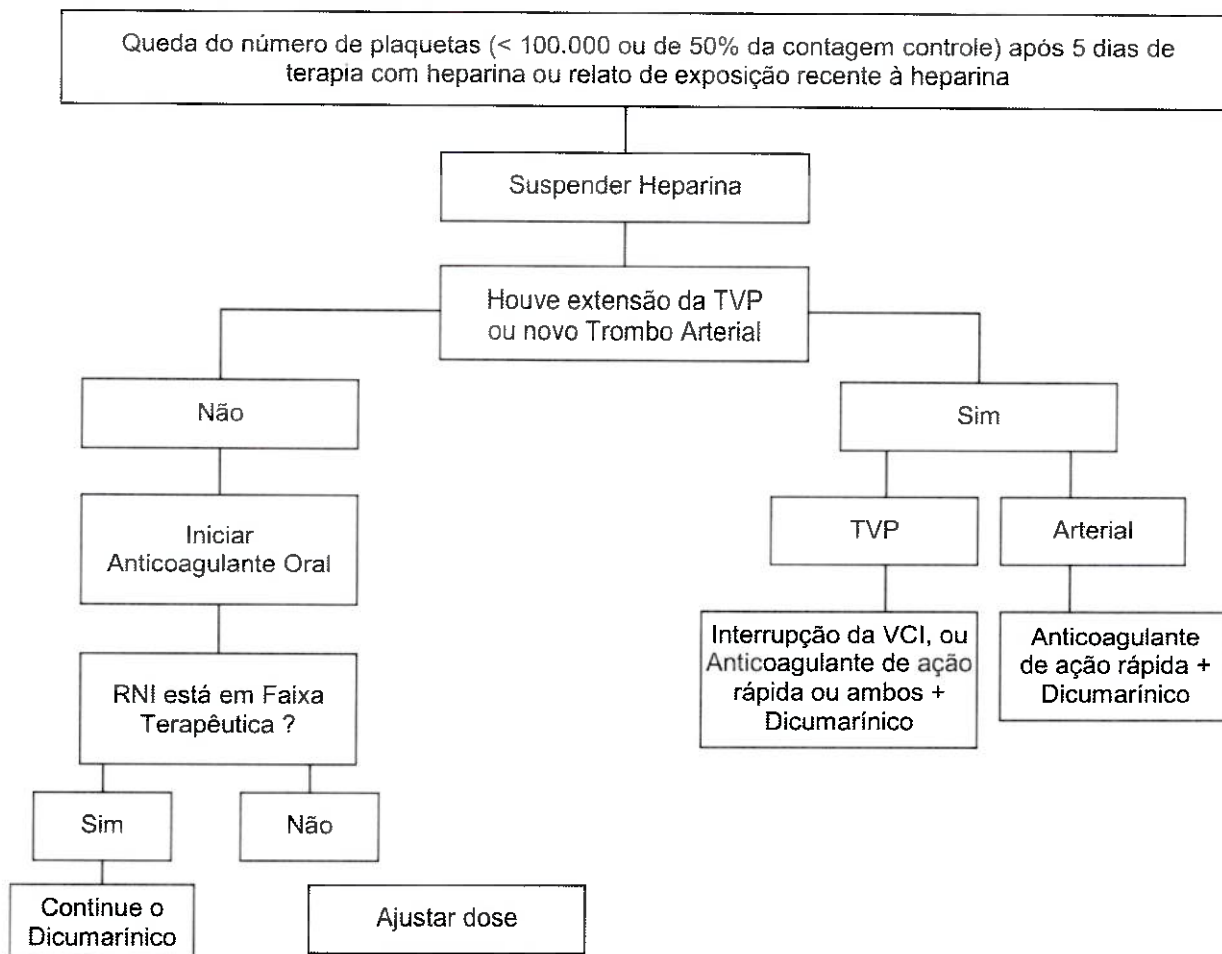
EMBOLIA PULMONAR SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

OBS.:

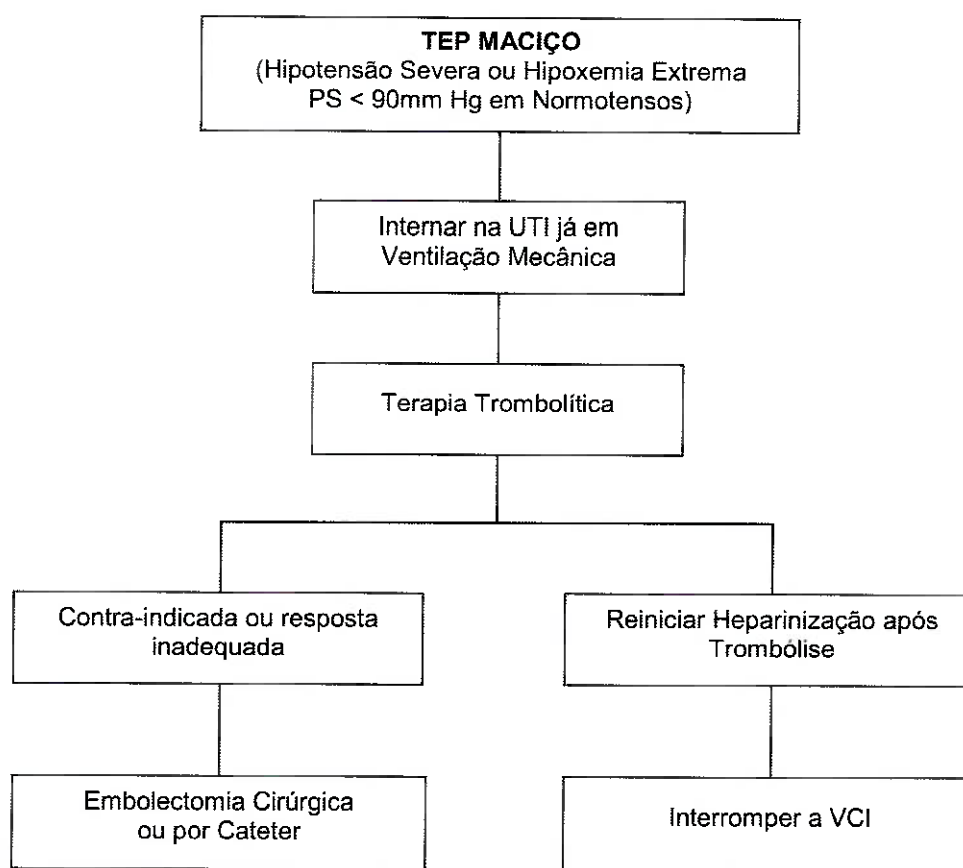
1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

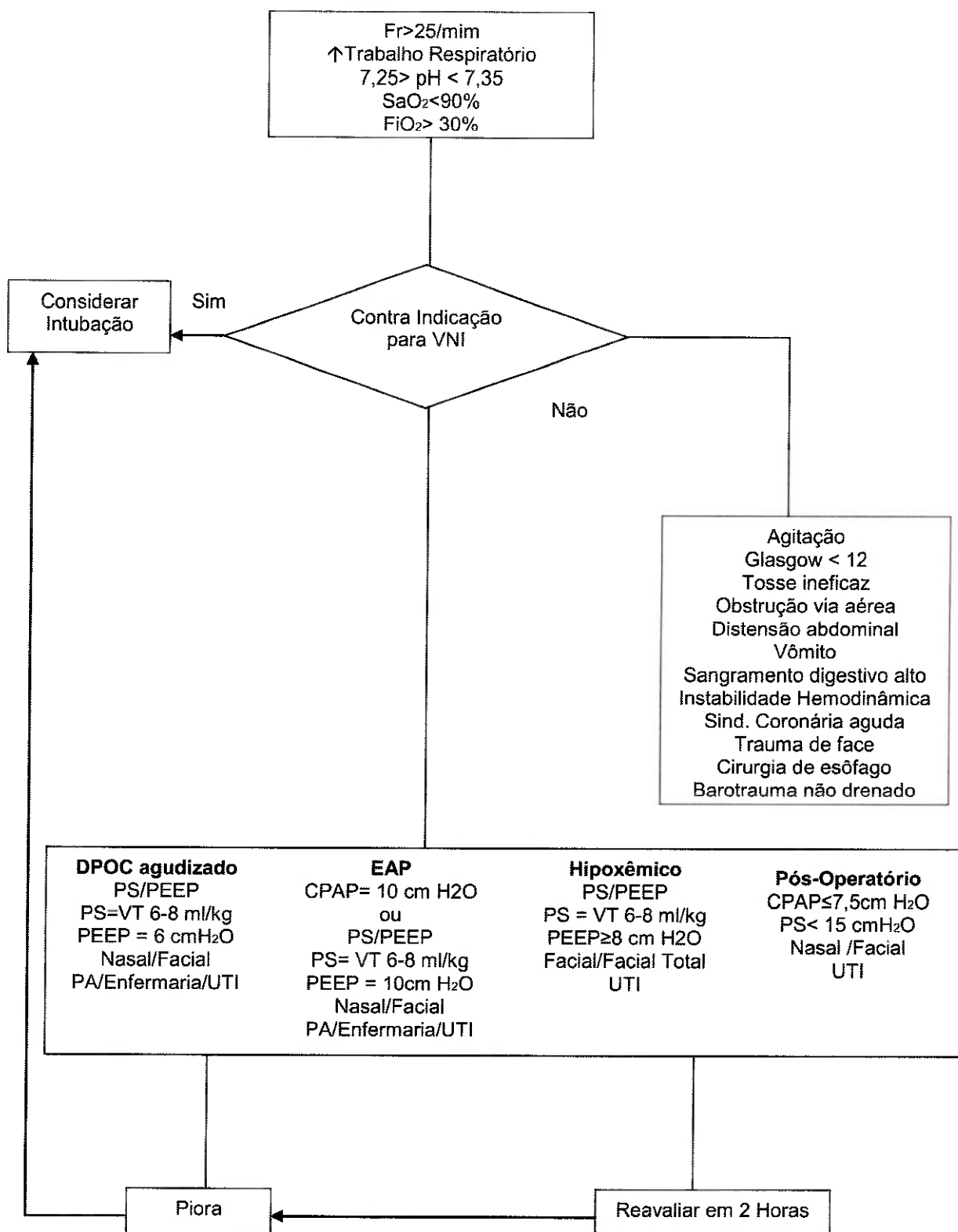
5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)**PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA**

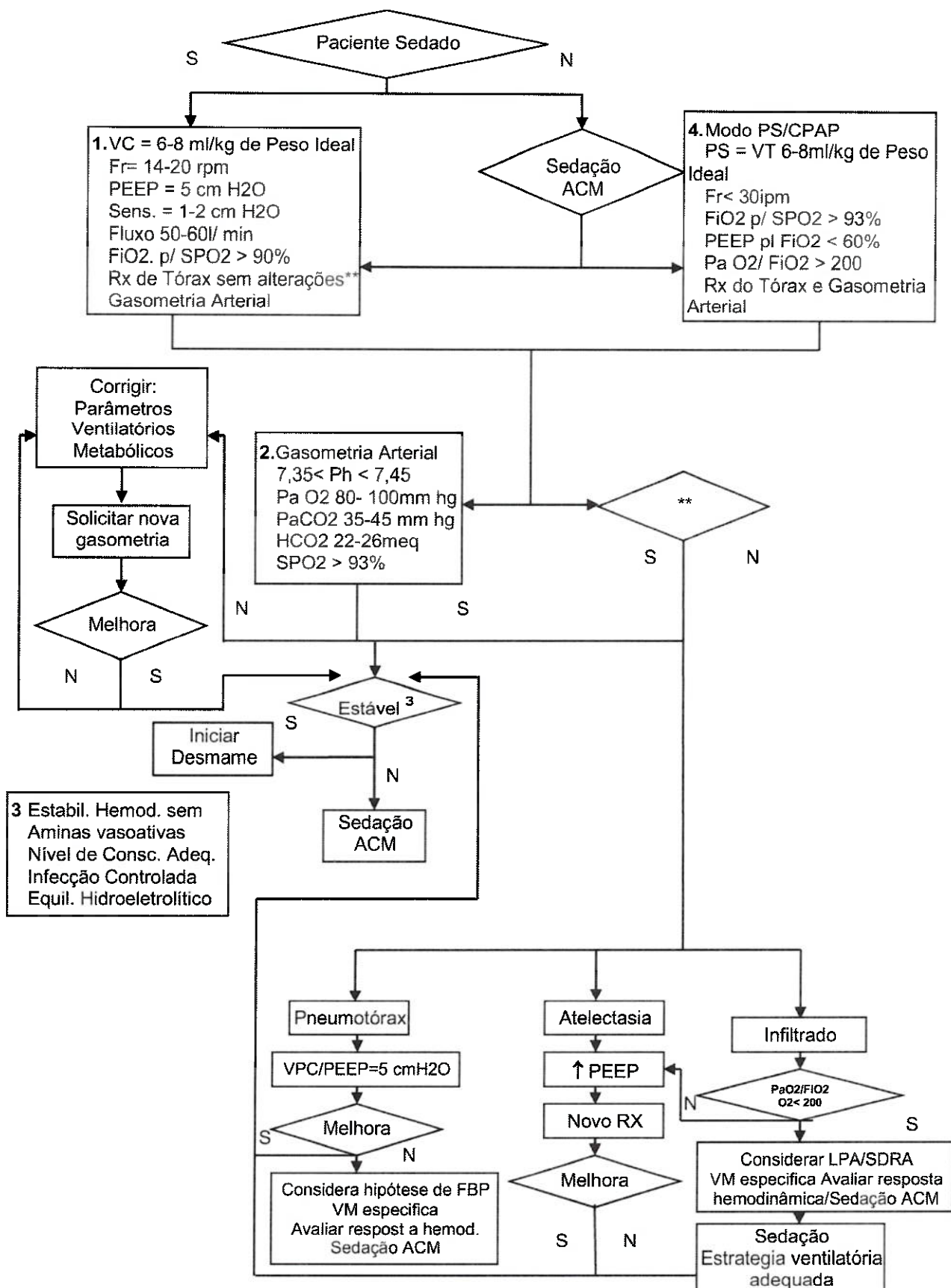
| TTPa | REPETIR BOLUS | PARAR INFUSÃO (Min) | VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h | PRÓXIMO TTPa |
|----------|---------------|---------------------|----------------------------|---------------|
| < 50 | 5.000 UI | 0 | 0 + 2 | 6h |
| 50 - 59 | 0 | 0 | 0 + 3 | 6h |
| 60 - 85 | 0 | 0 | 0 | Próxima manhã |
| 86 - 95 | 0 | 0 | 0 - 2 | Próxima manhã |
| 96 - 120 | 0 | 30 | 30 - 2 | 6h |
| > 120 | 0 | 60 | 60 - 4 | 6h |

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

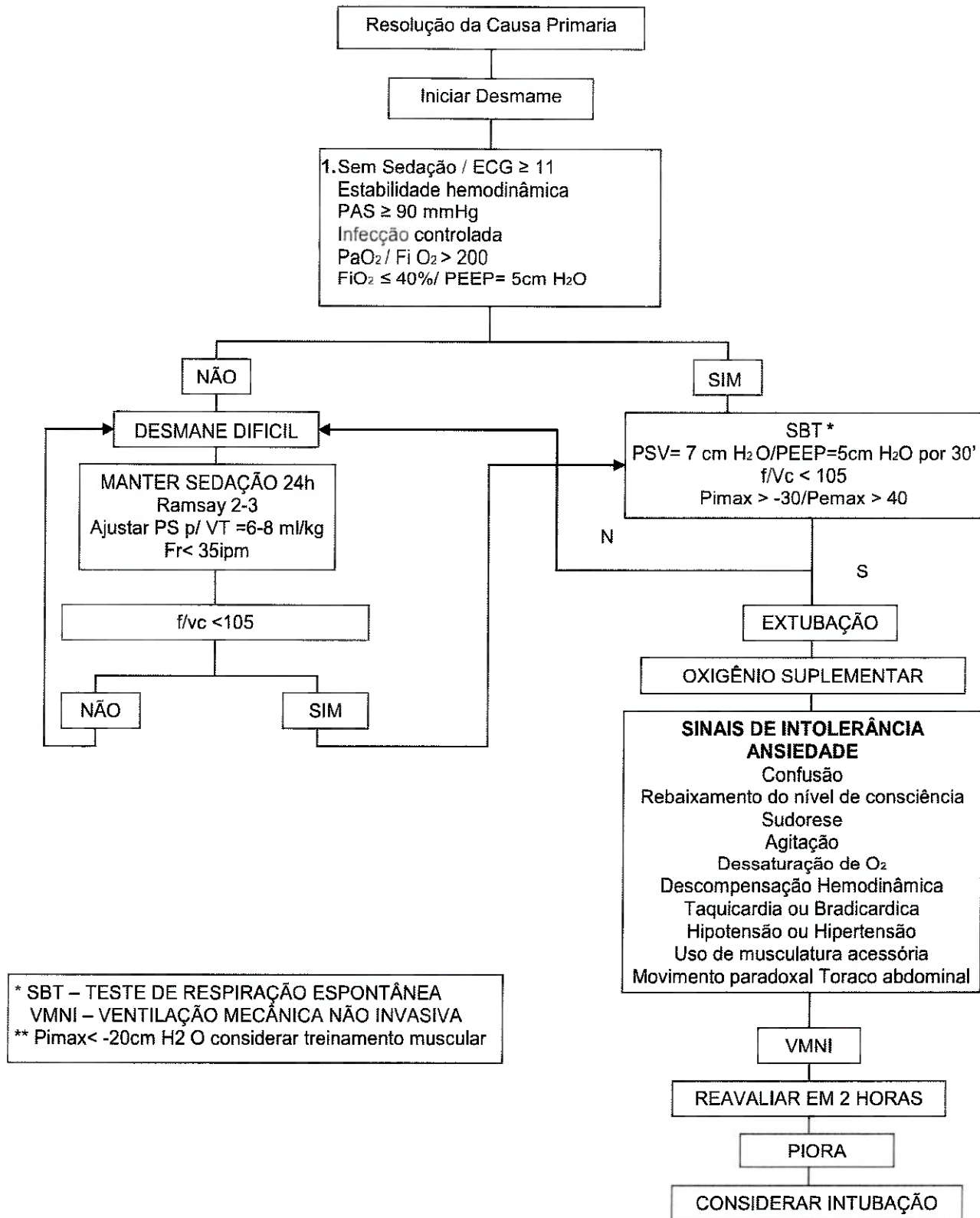
ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO

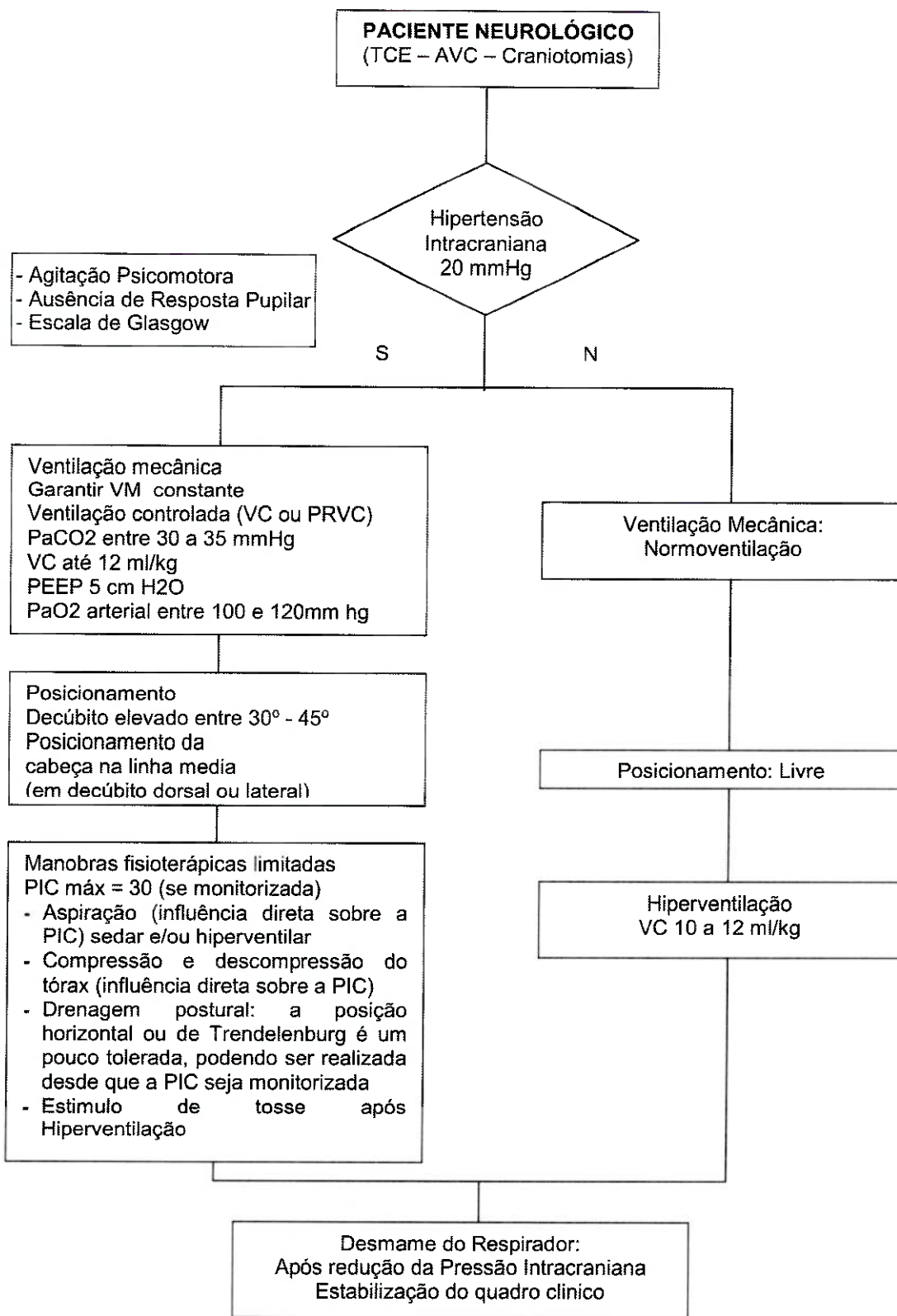


DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

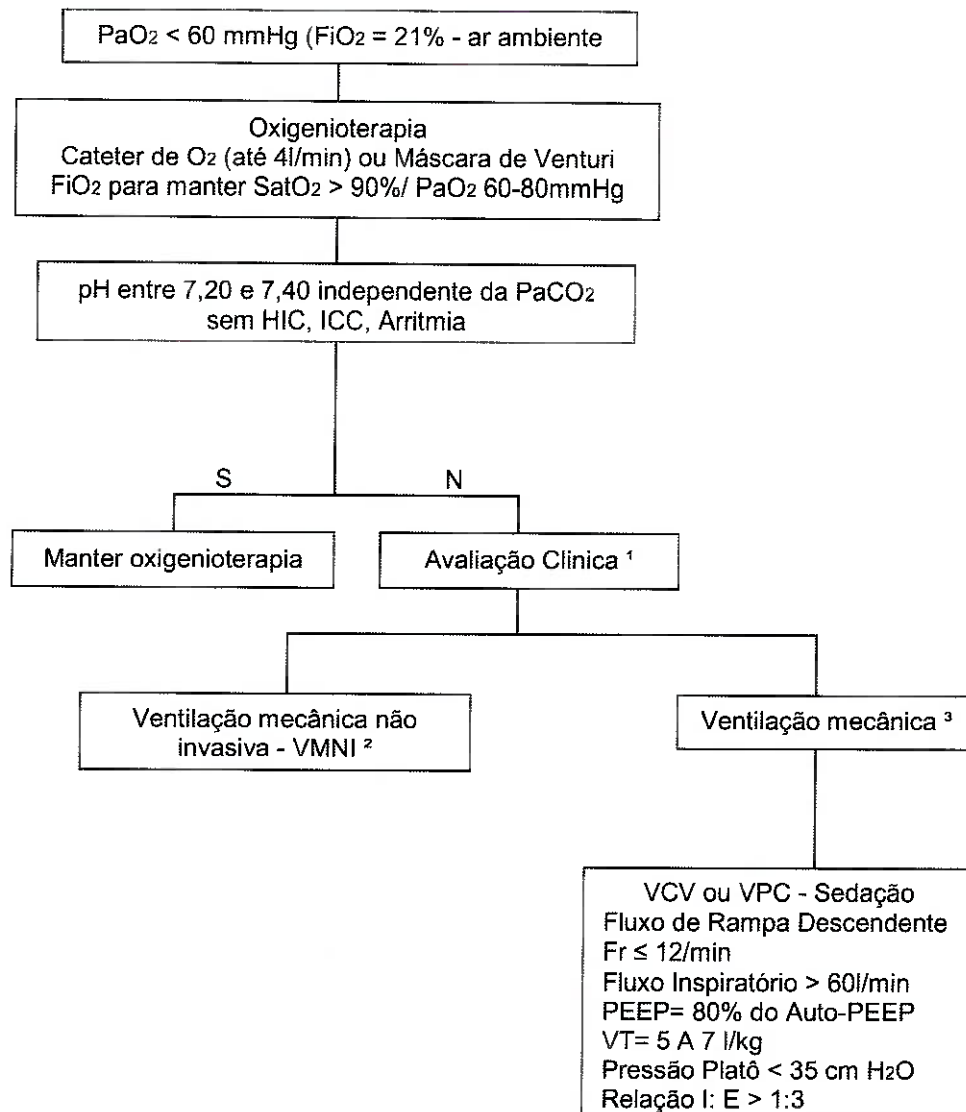


* SBT – TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
 VMNI – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA
 ** Pimax < -20cm H2O considerar treinamento muscular

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



¹ Avaliação Clínica

Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

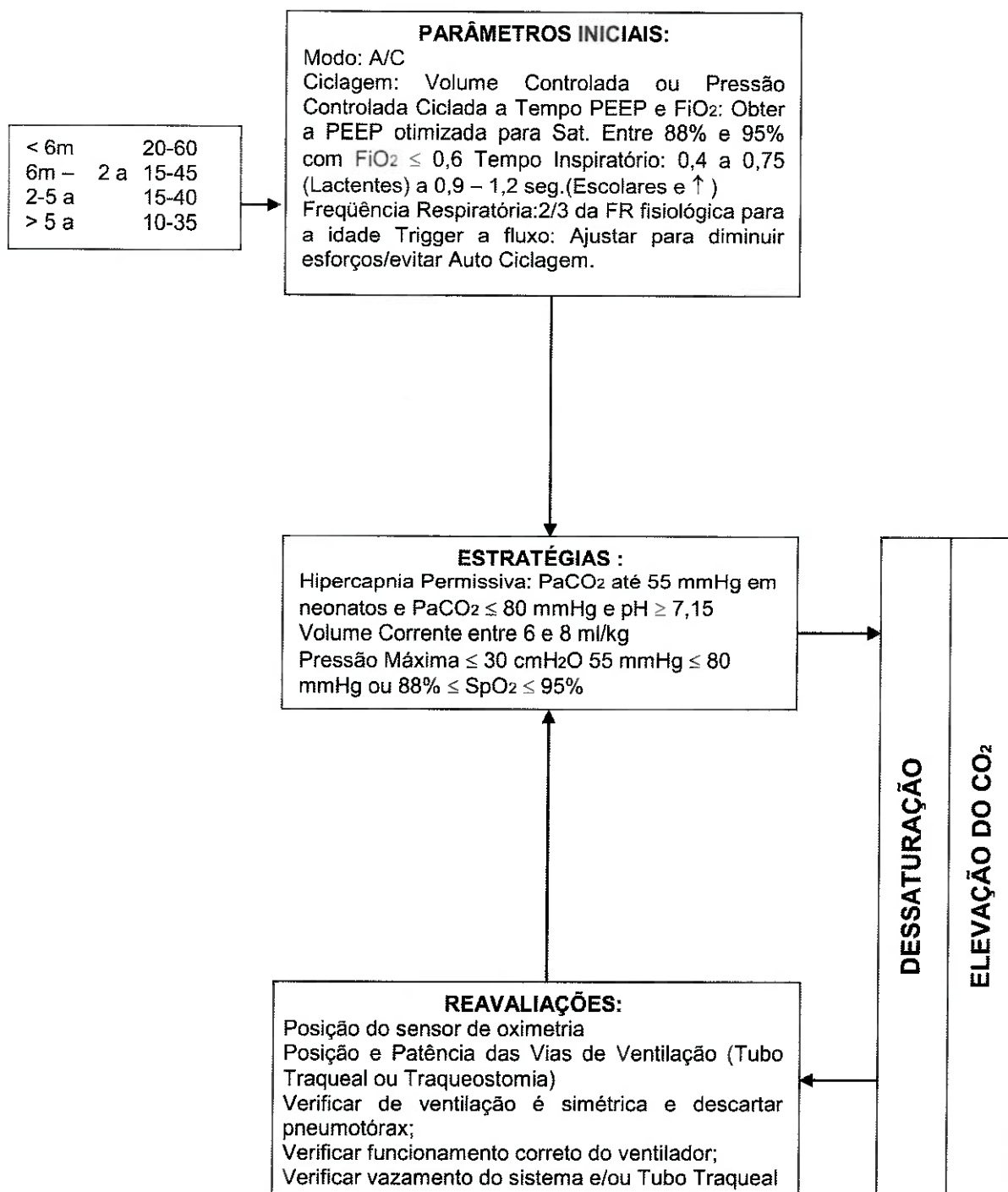
² Critérios para utilização de VMNI

Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispnéia moderada a severa / Fr < 35
Utilização de Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinâmica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

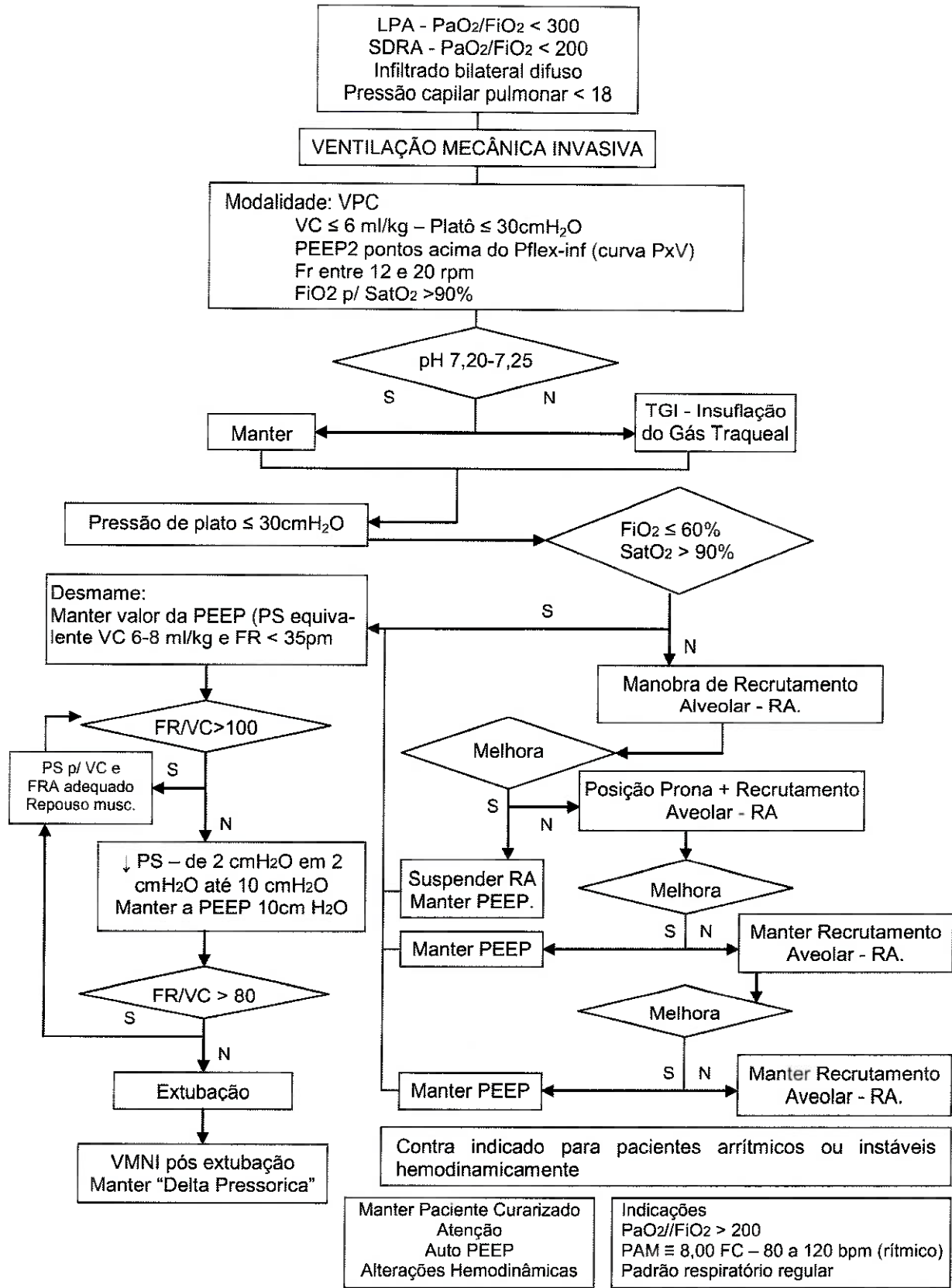
³ Critérios para IOT

Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

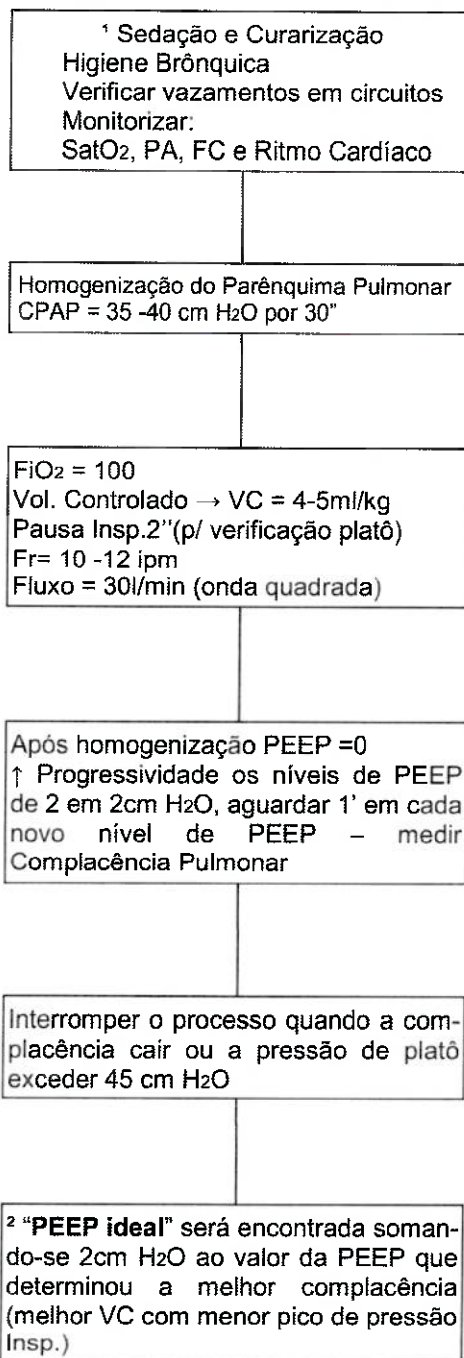
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



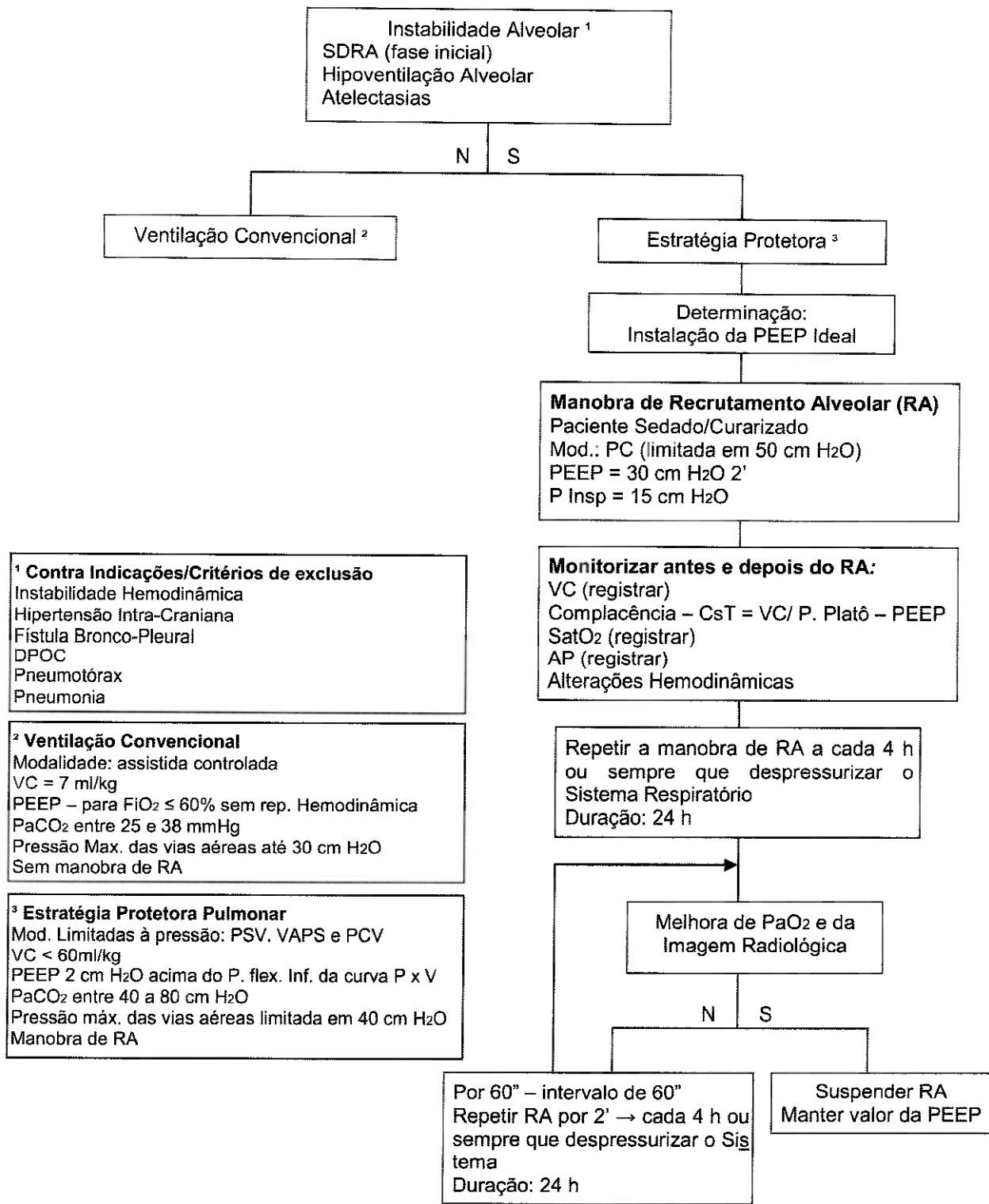
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



¹ Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)
Hipertensão Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

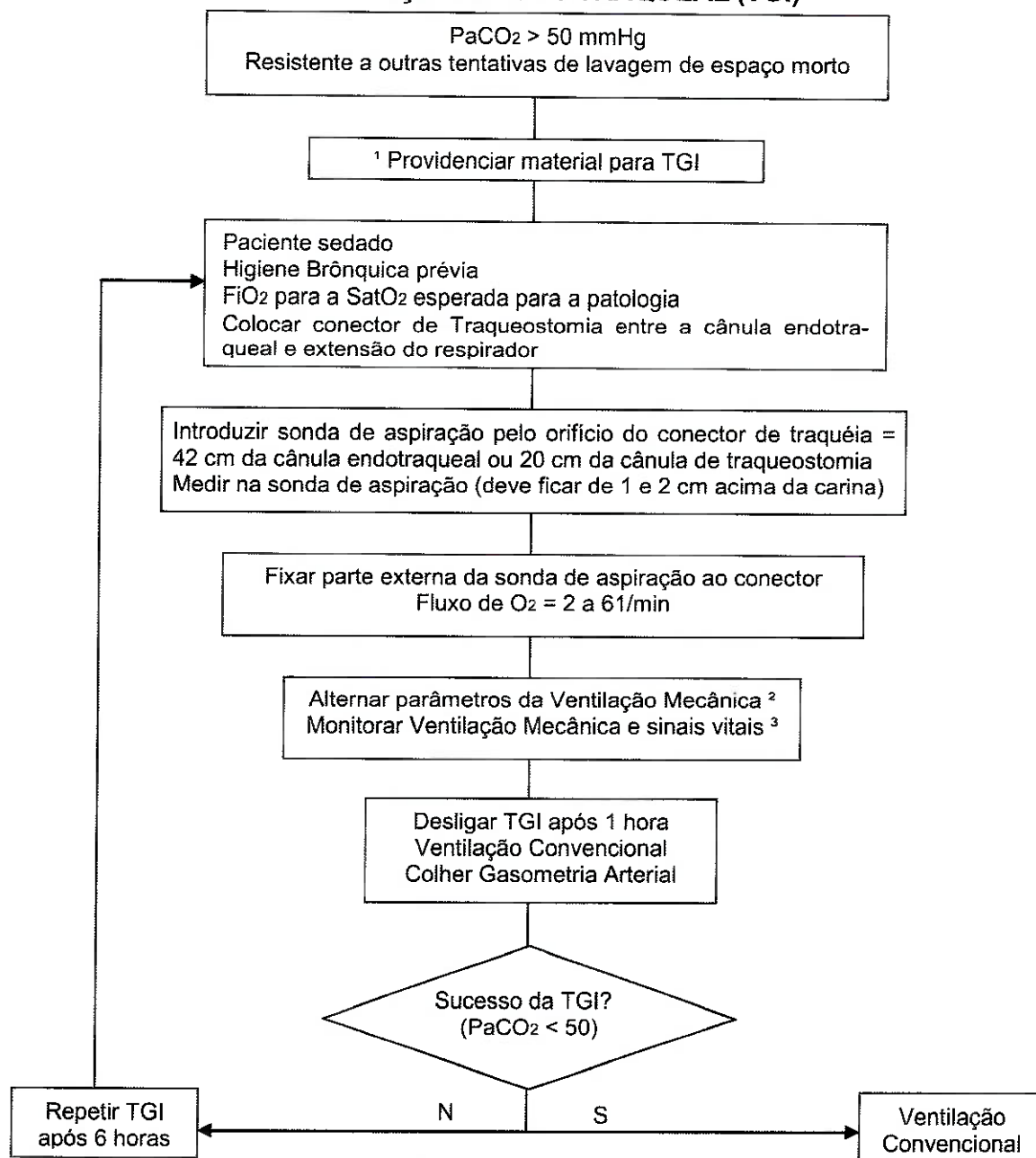
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)

**¹ Materiais Necessários**

Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
Esparradrapo ou similar
Cortiplast
Umidificador de parede + extensão
Água Destilada Estéril
Fluxômetro de O₂

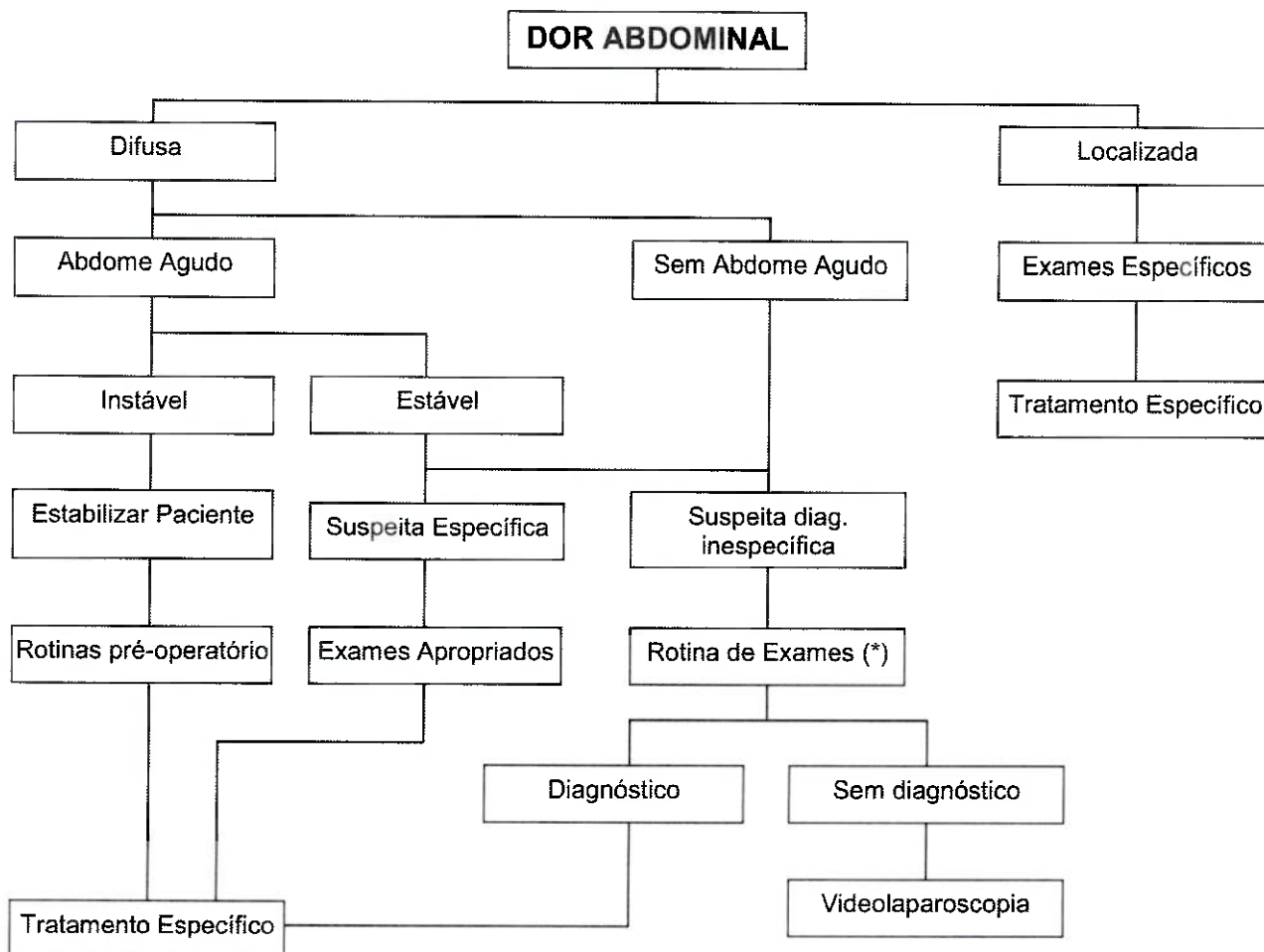
² Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)

Pinsp. Limitada a 35 cm H₂O
PEEP fisiológico
VC em torno de 5 ml/kg
FiO₂ < nível possível

³ Critérios de Interrupção:

Instabilidade Hemodinâmica (↑↓ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO₂)
Cuidados
Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional
Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

DOR ABDOMINAL AGUDA



DOR ABDOMINAL
 1 – Deite o paciente
 2 – Acalme
 3 – Anamnese e exame físico simultâneos
 4 – Sedação da dor: se dor forte

(*) Rotina de Exames

Homem:

Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

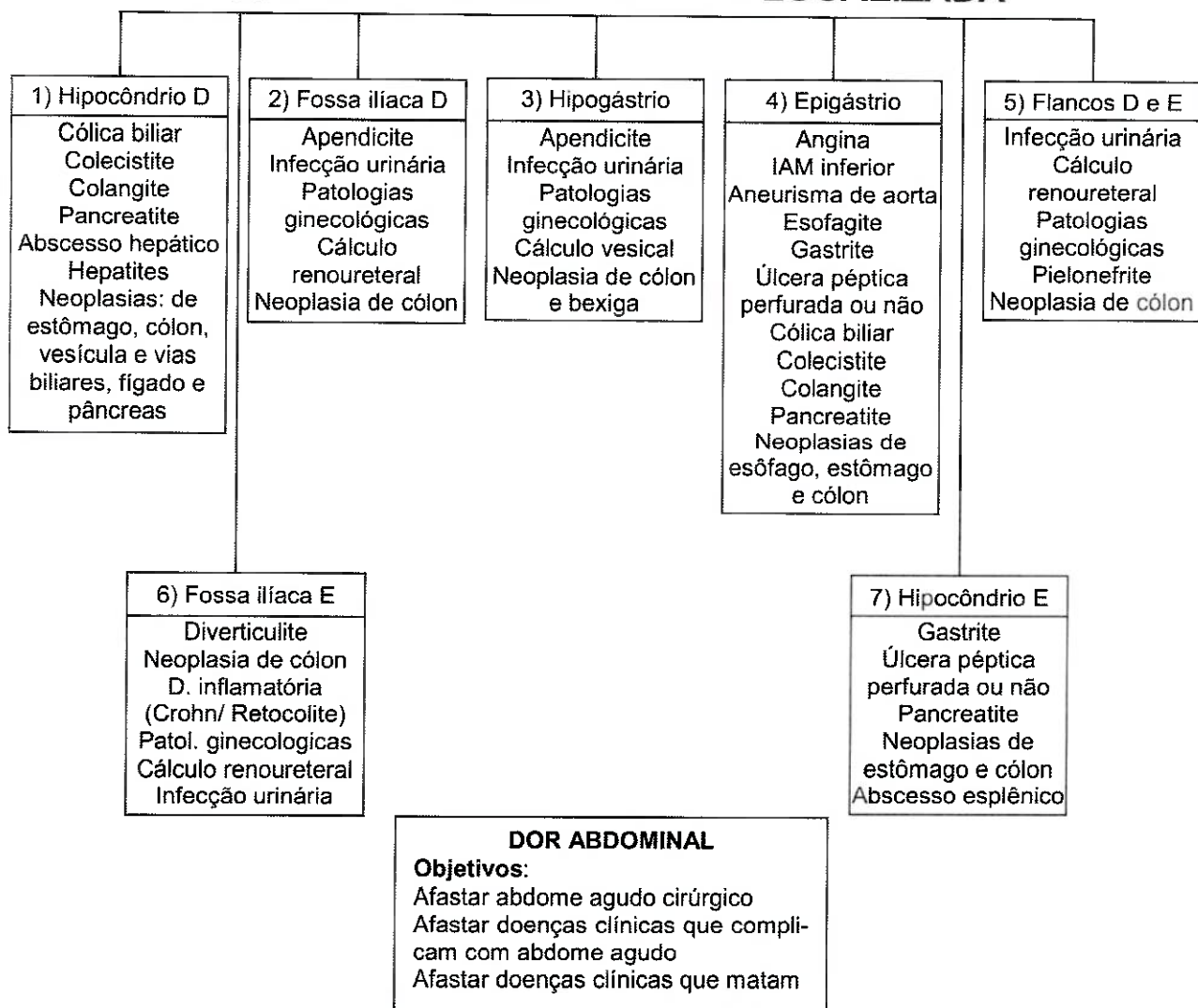
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

Mulher fora da idade fértil

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

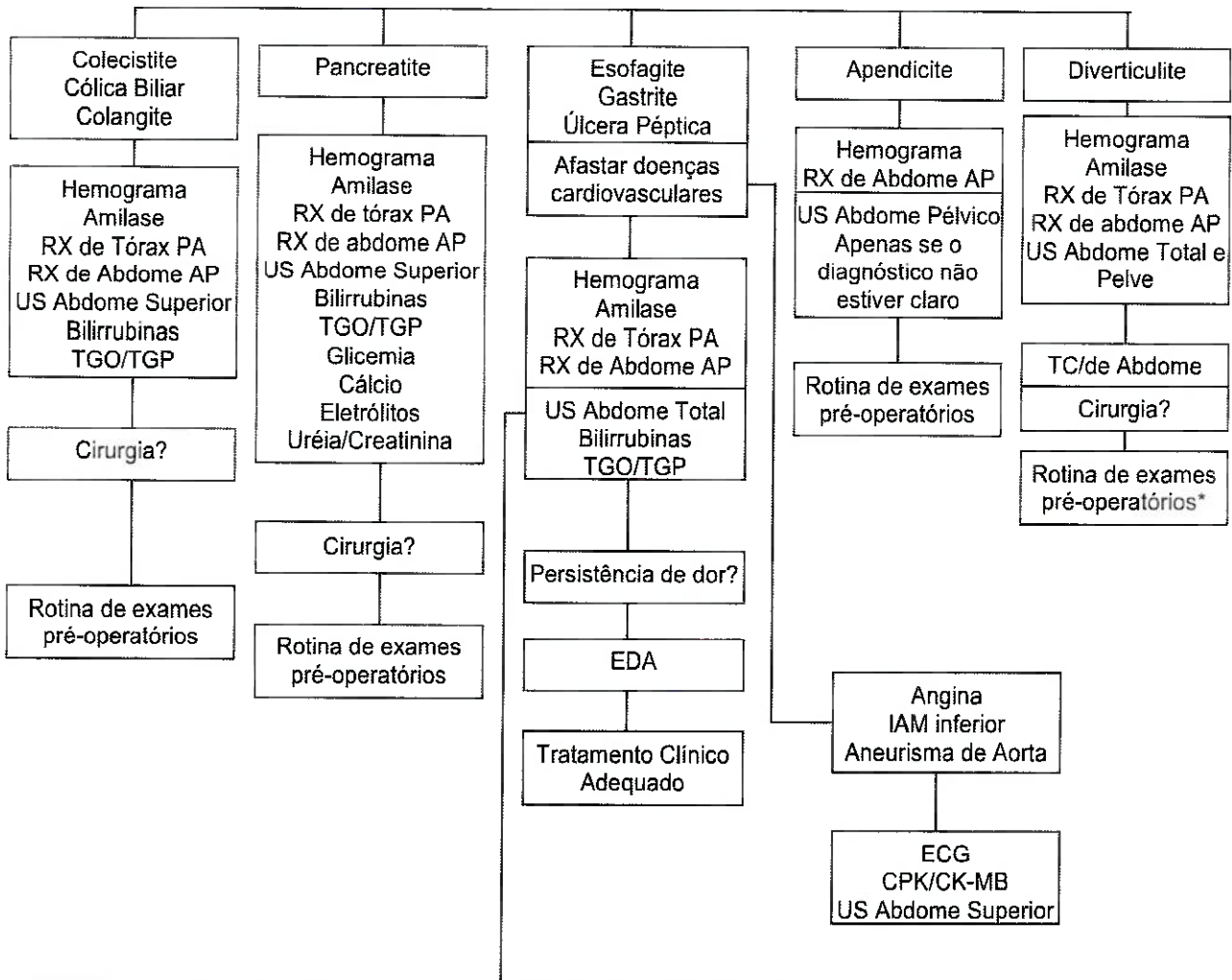
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial

DOR ABDOMINAL

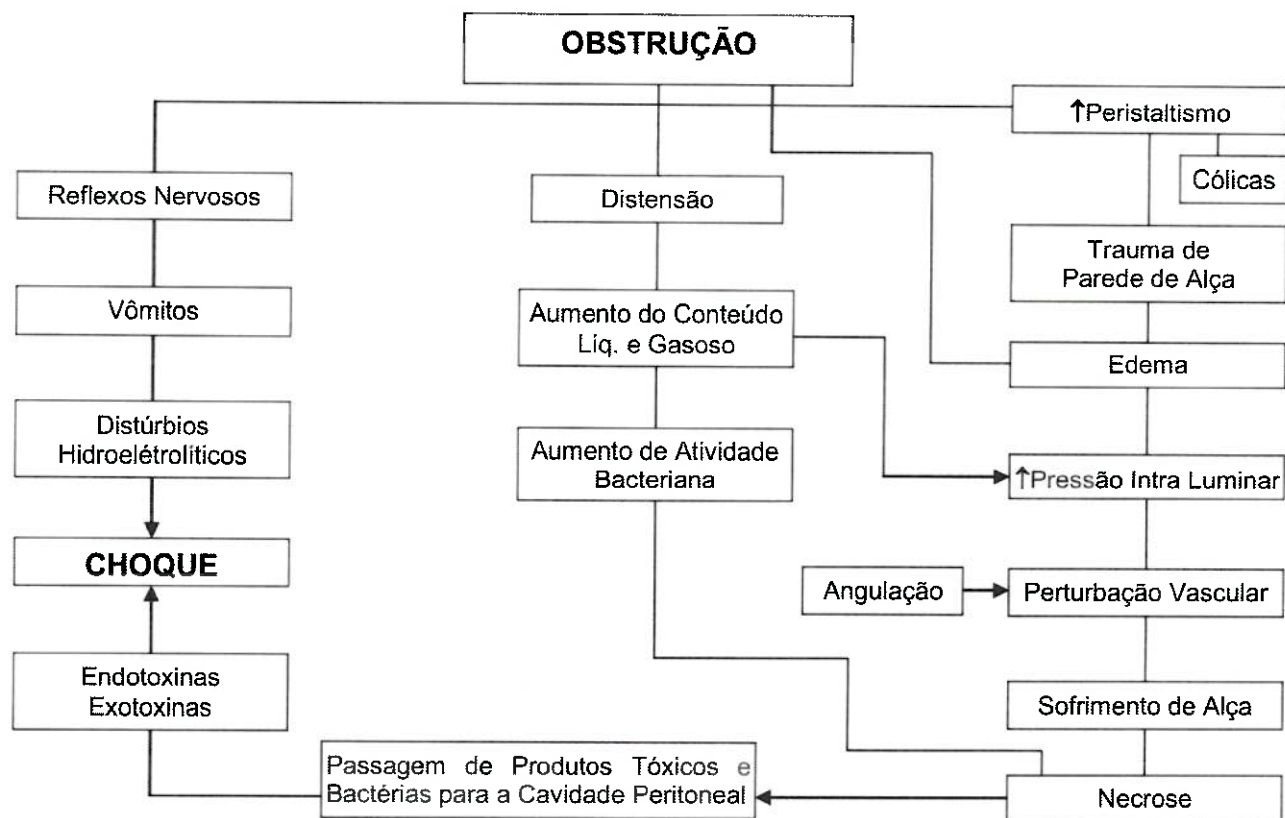
Objetivos:

Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
Afastar doenças clínicas que matam.

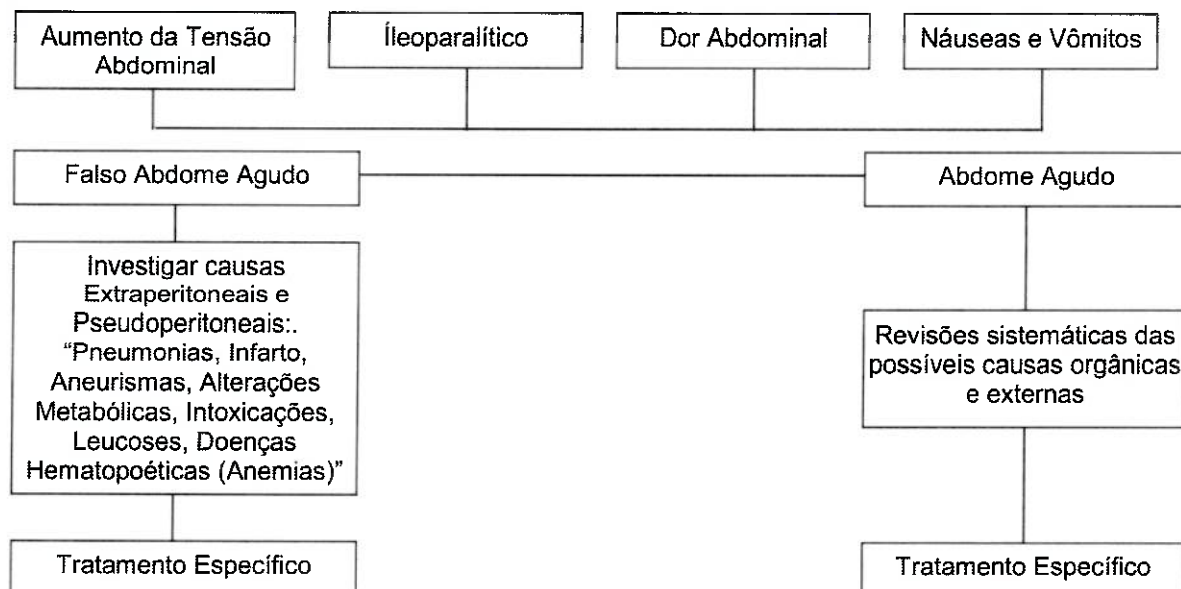
ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

Hemograma Completo
Glicemia
Creatinina
Coagulograma.
EAS
Ecografia Abdominal Superior ou Total.
Parecer Cardiológico

OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS

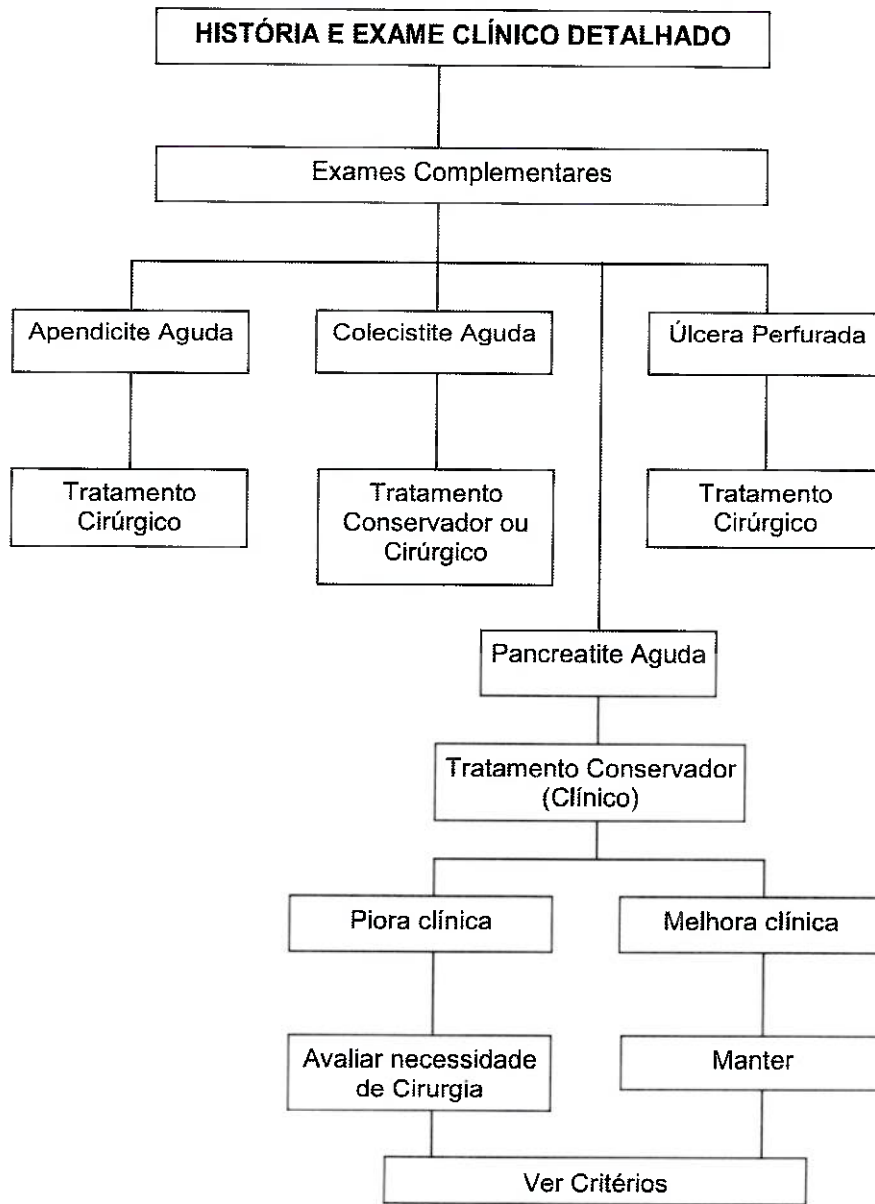


OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;
Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

ABDOMEN AGUDO INFLAMATÓRIO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

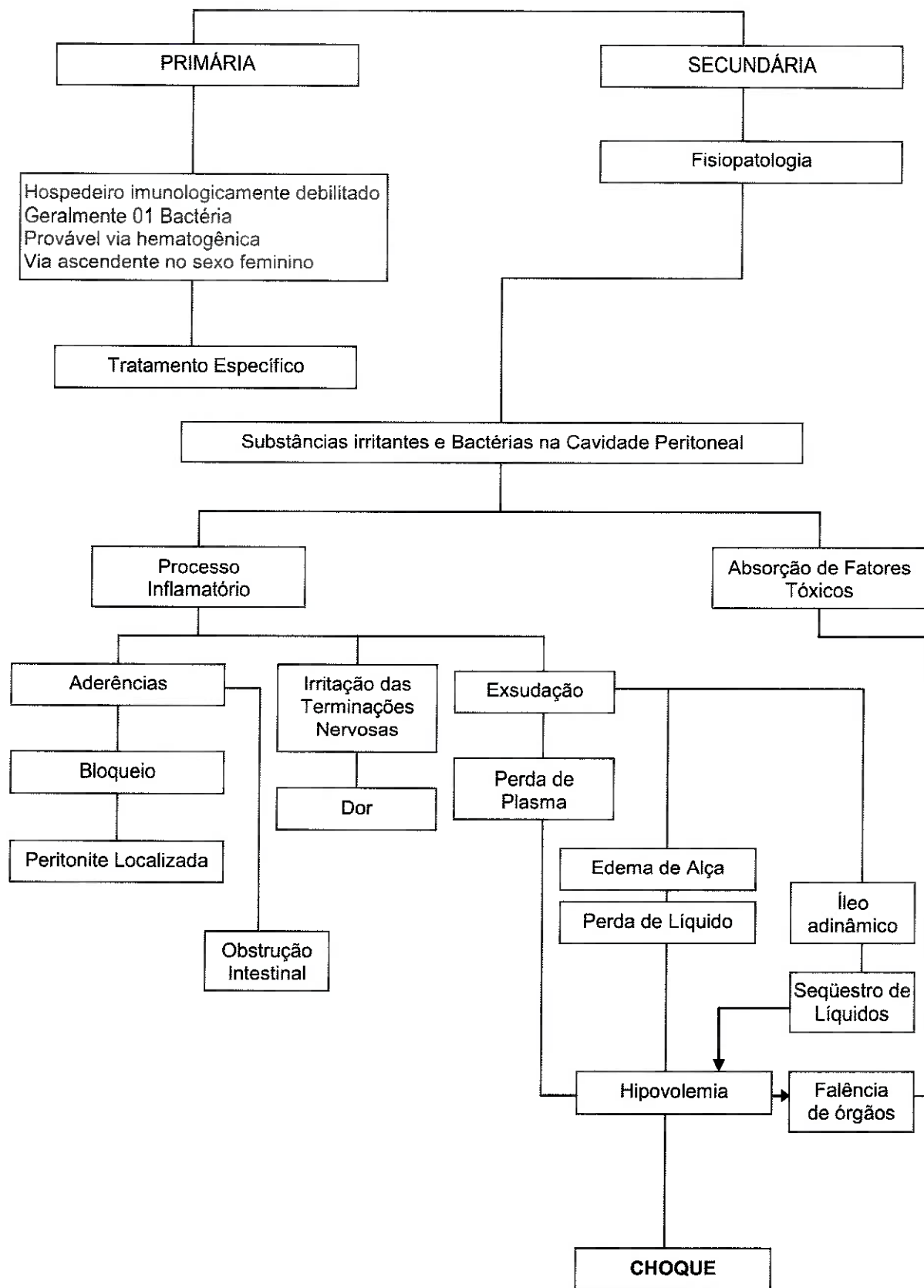


OBS:

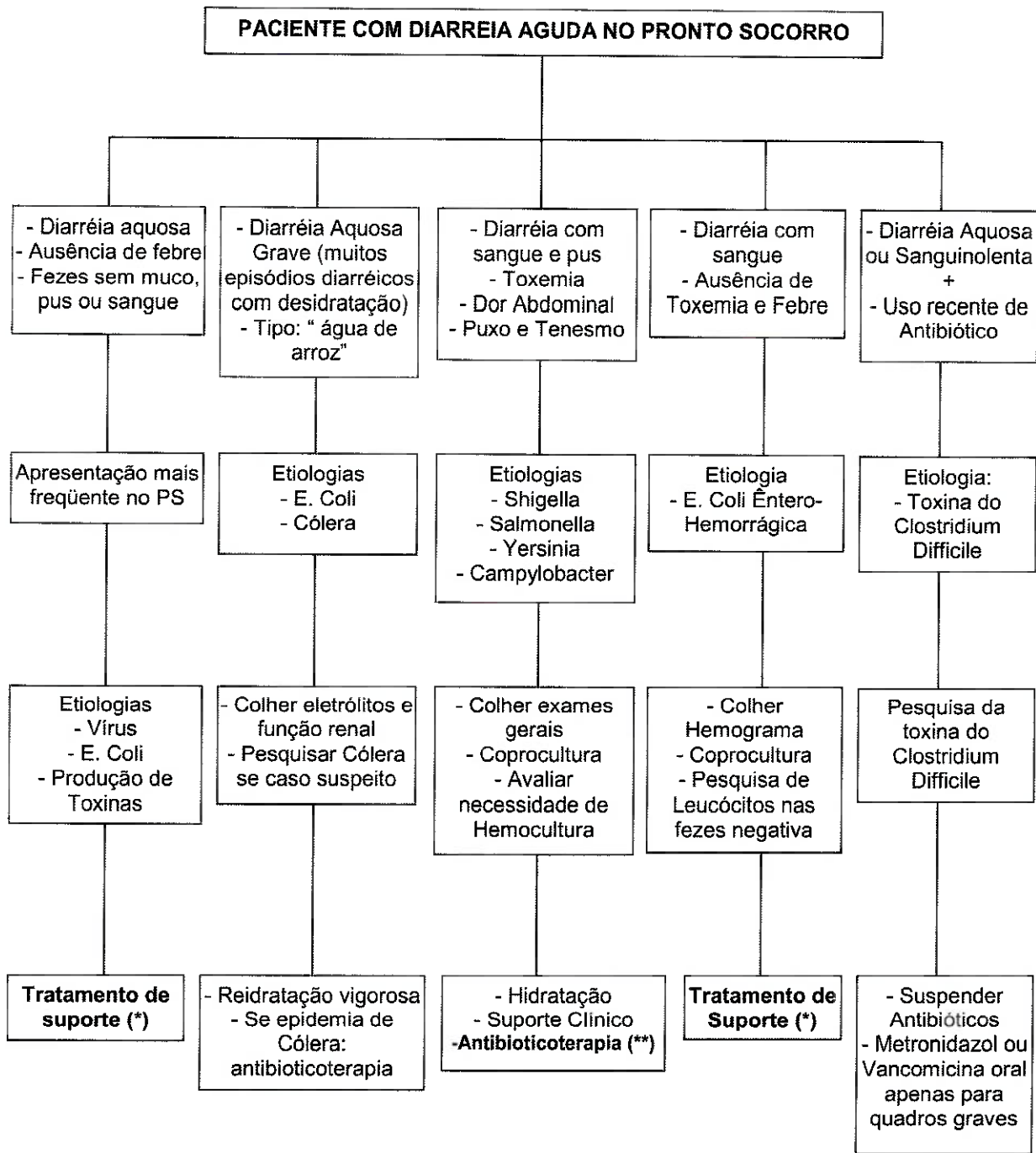
Prevenir o choque

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PERITONITES



DIARRÉIA AGUDA

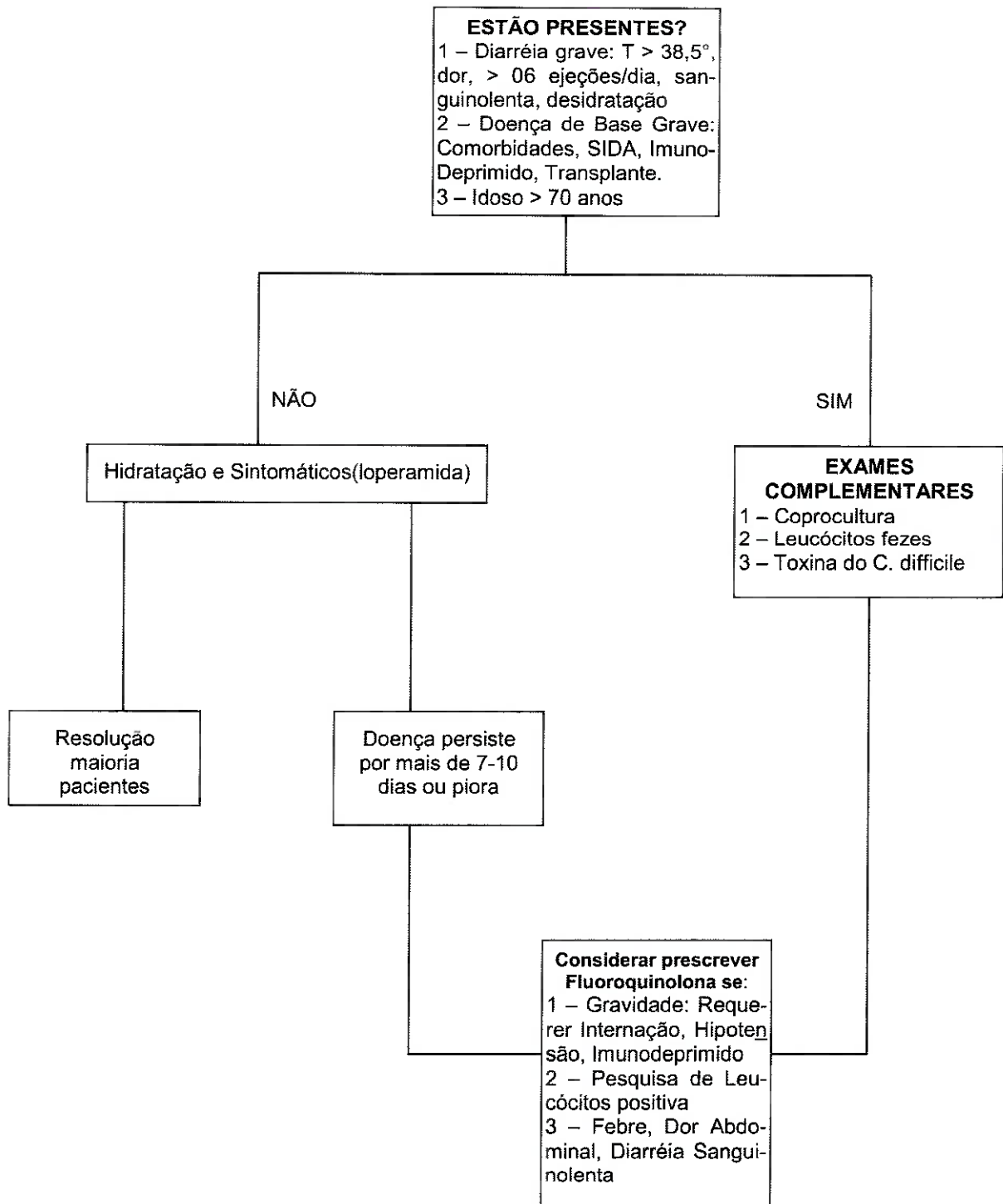


(*) - Tratamento de Suporte
 1 - Dieta sem leite ou derivados
 2 - Soro Oral
 3 - Hioscina 20 mg/ml

() – Antibióticoterapia Oral**
 1 – Sulfametoxazol +Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h
 2 – Tetraciclina 250mg – 2 comprimidos 6/6h
 3 – Ciprofloxacina 500mg – 1 comprimido 12/12h
 4 – Metronidazol 250mg – 8/8h
 5 – Vancomicina 200mg – 8/8h



DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

| EXAMES | TRATAMENTO |
|----------------------------|--|
| Hemograma | Repouso absoluto |
| Uréia/Creatinina | Dieta zero |
| Sódio/Potássio | Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos |
| Glicemia | Sedar a dor |
| Transaminases | Tratamento de alterações hidroeletrolíticas |
| Fosfatase alcalina | Inibidores da bomba de prótons |
| Cálcio | Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides |
| Proteínas totais e frações | Observar débito urinário e PVC |
| LDH | Identificar e tratar a hipovolemia |
| Amilase | Identificar e tratar a oligúria |
| Gasometria arterial | Antibióticos* |

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

| PANCREATITE NÃO-BILIAR | PANCREATITE BILIAR |
|---|---|
| À admissão | À admissão |
| 1. Idade > 55 anos | 1. Idade > 70 anos |
| 2. Número de leucócitos > 16.000mm ³ | 2. Número de leucócitos > 18.000mm ³ |
| 3. Glicose > 200mg/dl | 3. Glicose > 220mg/dl |
| 4. TGO > 250UI/L | 4. TGO > 250UI/L |
| 5. LDH > 350UI/L | 5. LDH > 250UI/L |
| Durante as 48 horas iniciais | Durante as 48 horas iniciais |
| 6. Queda maior que 10% no hematócrito | 6. Queda maior que 10% no hematócrito |
| 7. Aumento no BUN > 5mg/dl | 7. Aumento da uréia > 2mg/dl |
| 8. Cálcio sérico < 8mg/dl | 8. Cálcio sérico < 8mg/dl |
| 9. PaO ₂ < 60mmHg | 9. Déficit de base > 5mEq/L |
| 10. Déficit de base > 4mEq | 10. Sequestração hídrica > 4 litros |
| 11. Sequestração hídrica > 6 litros | |

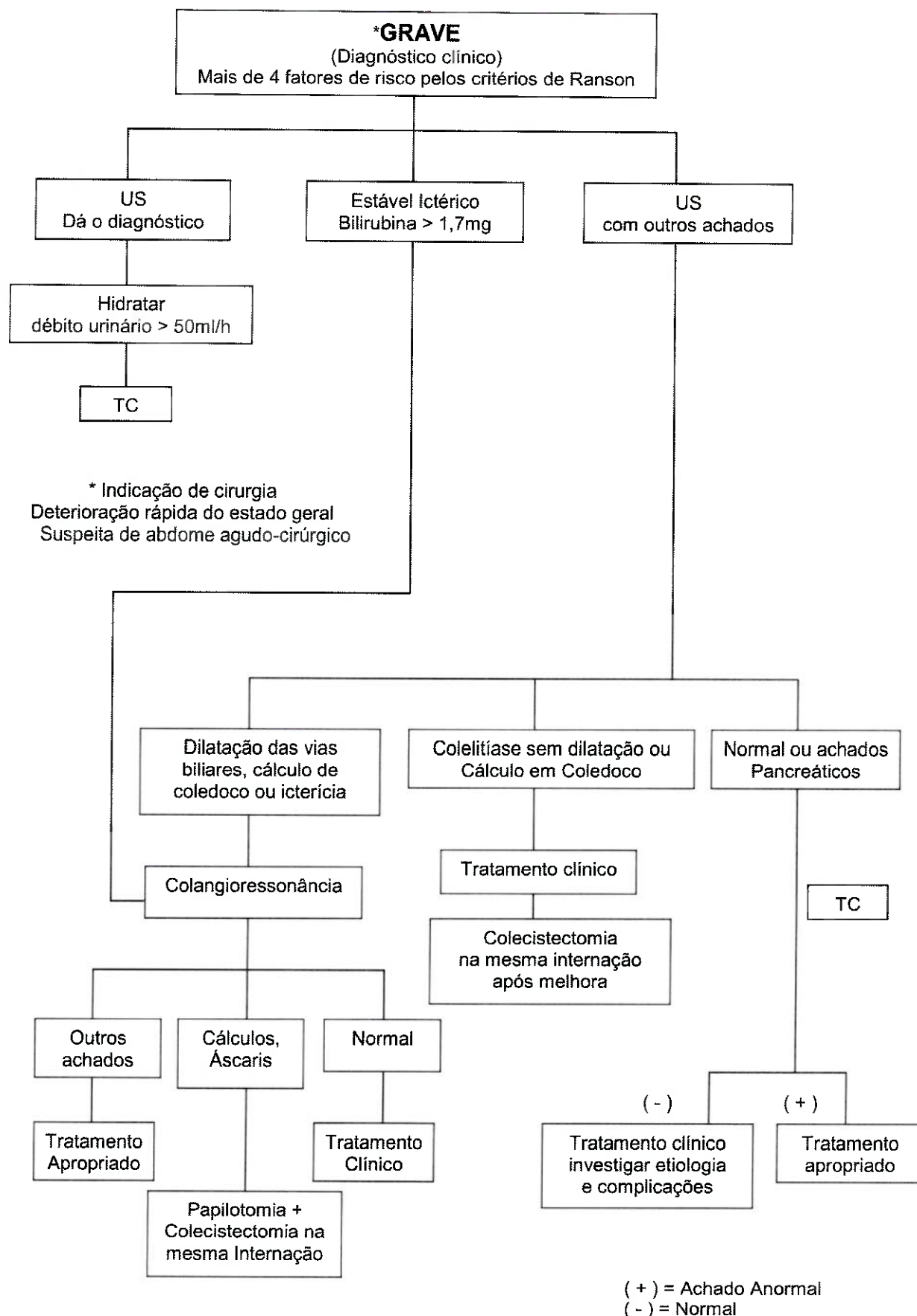
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

**PANCREATITE AGUDA GRAVE
(Insuficiência de Órgãos e Sistemas)**

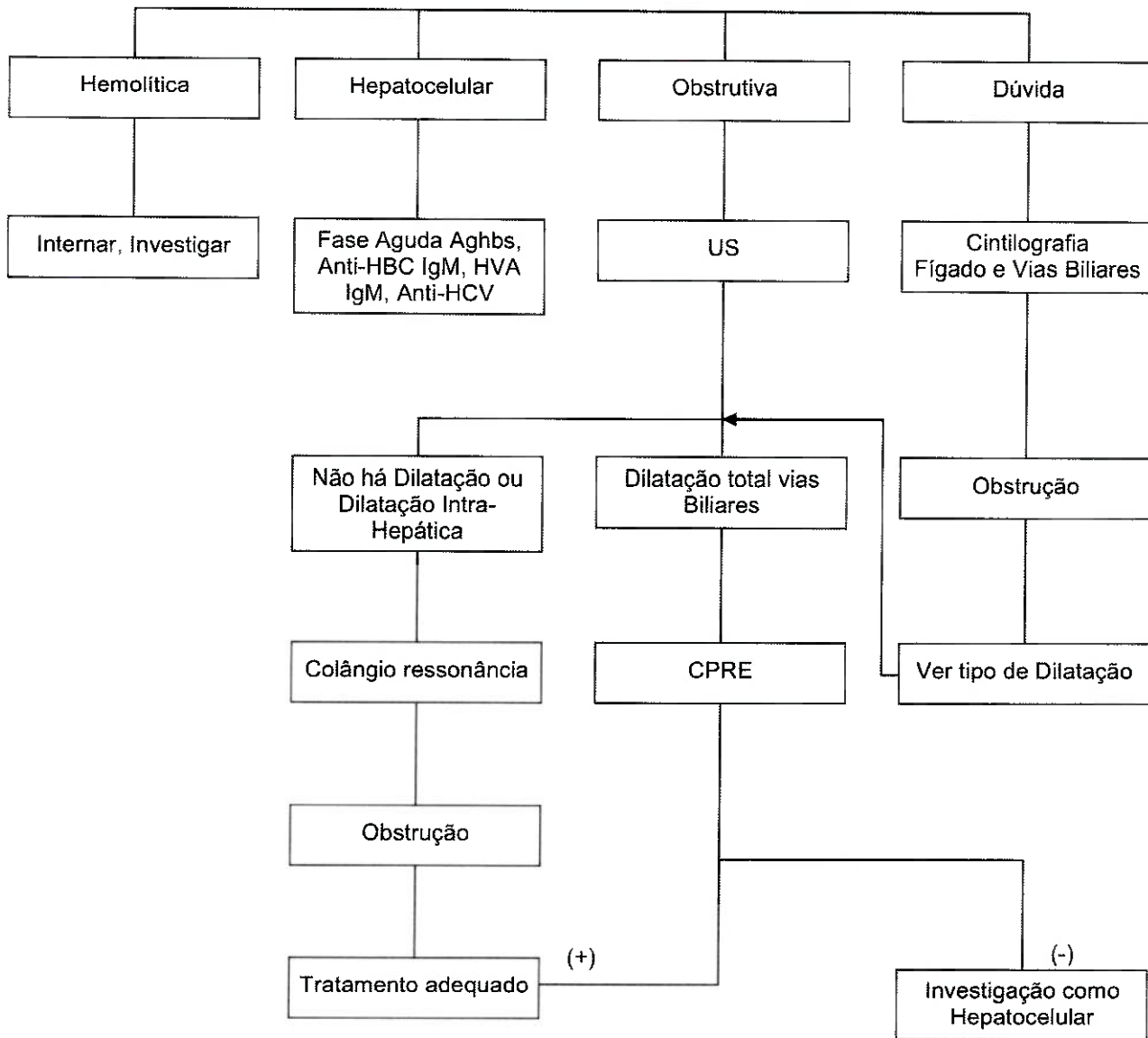
| ÓRGÃOS/SISTEMAS | DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA |
|------------------|---|
| Cardiovascular | PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM. |
| Pulmonar | Ventilação mecânica > 3 dias com FIO ₂ > 40% e/ou PEEP > 5cm H ₂ O. |
| Renal | Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração. |
| Neurológico | Glasgow < 6 (sem sedação). |
| Hematológico | Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000. |
| Hepático | CIVD. |
| Gastrointestinal | BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais. |

ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (*) Suspeita de Infecções. (*) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II



ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal
 (-) = Normal

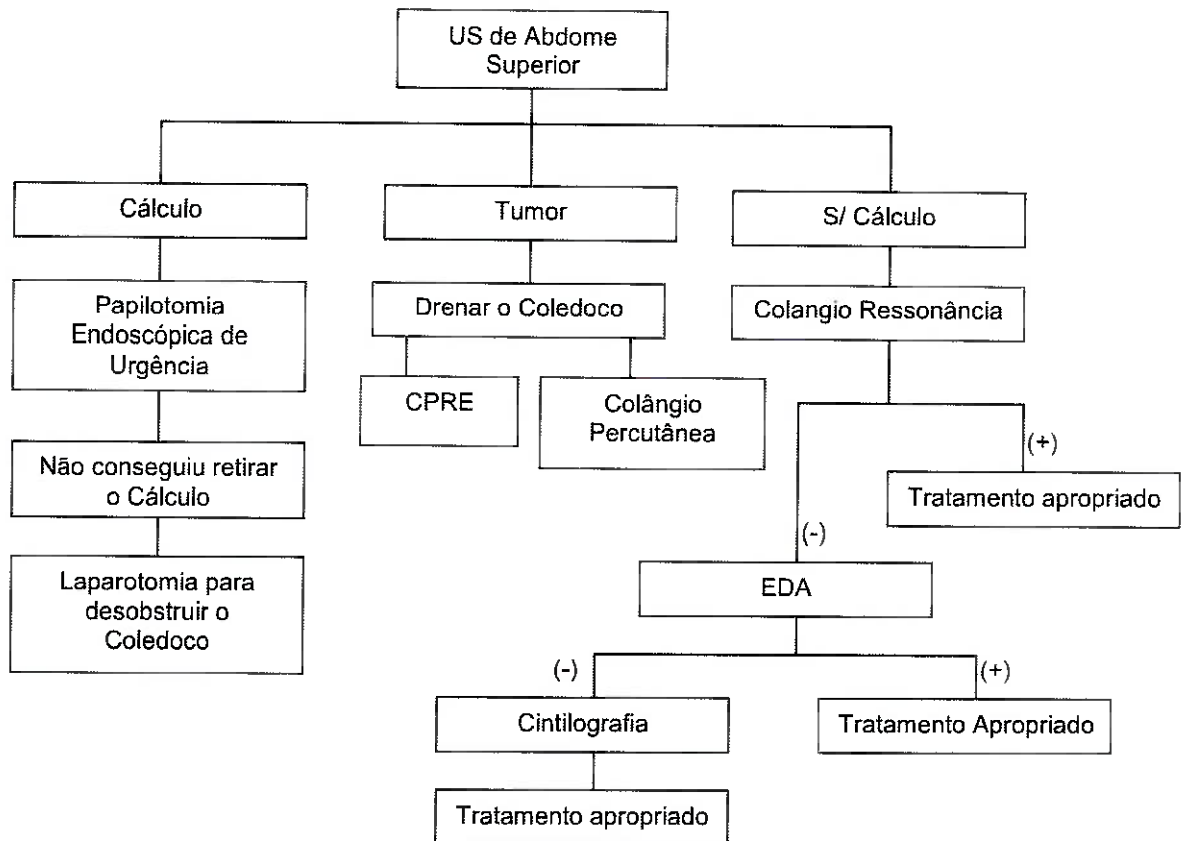
EXAMES

Hemograma/plaquetas
 Sumário de urina
 Amilase
 Tempo de Protrombina
 Transaminases, Gama GT

MEDIDAS GERAIS

Venóclise
 Sintomáticos
 Vitamina K 10mg/ dia



COLANGITE

- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético)Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3,5

PaO2 > 70

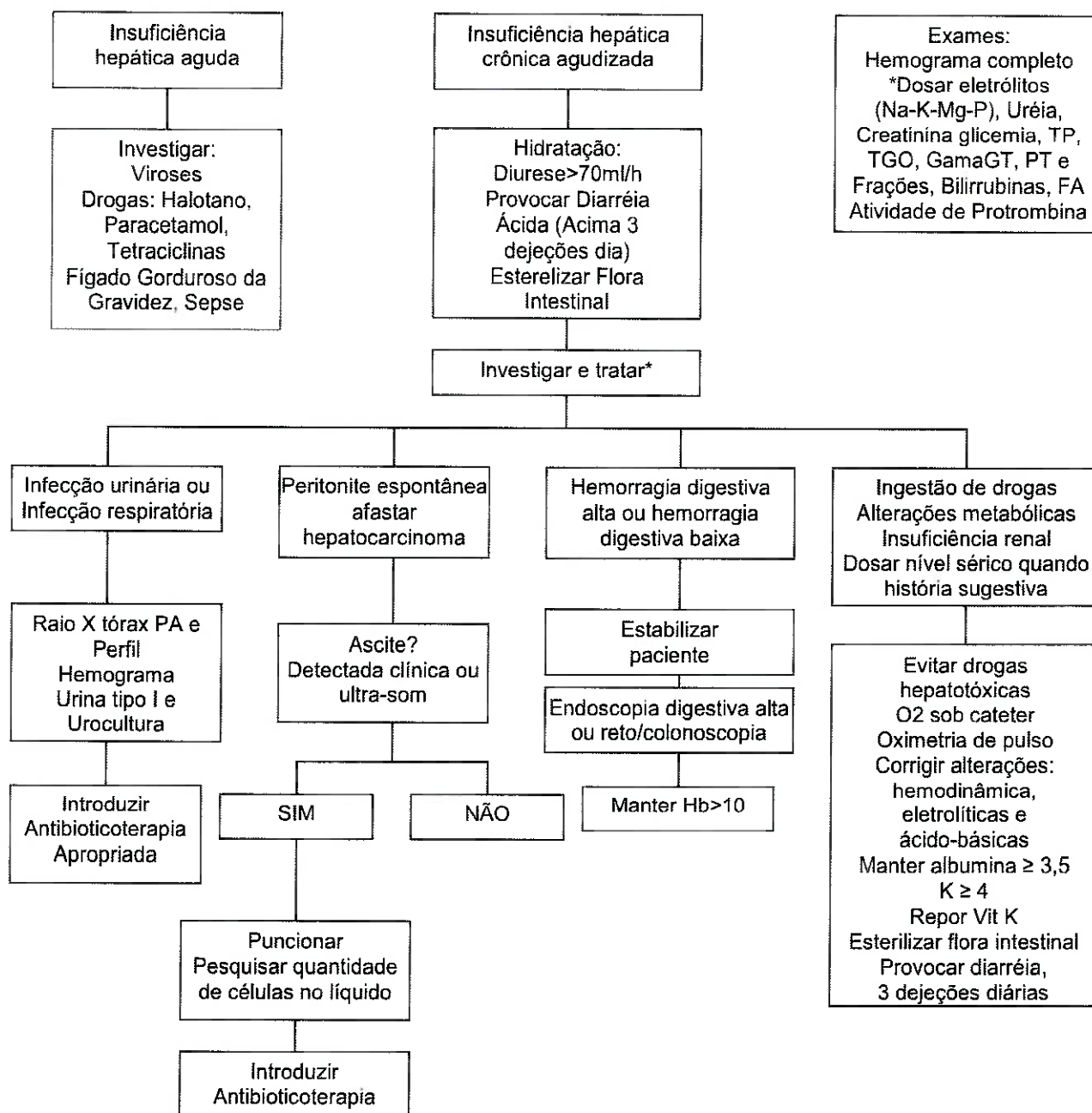
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

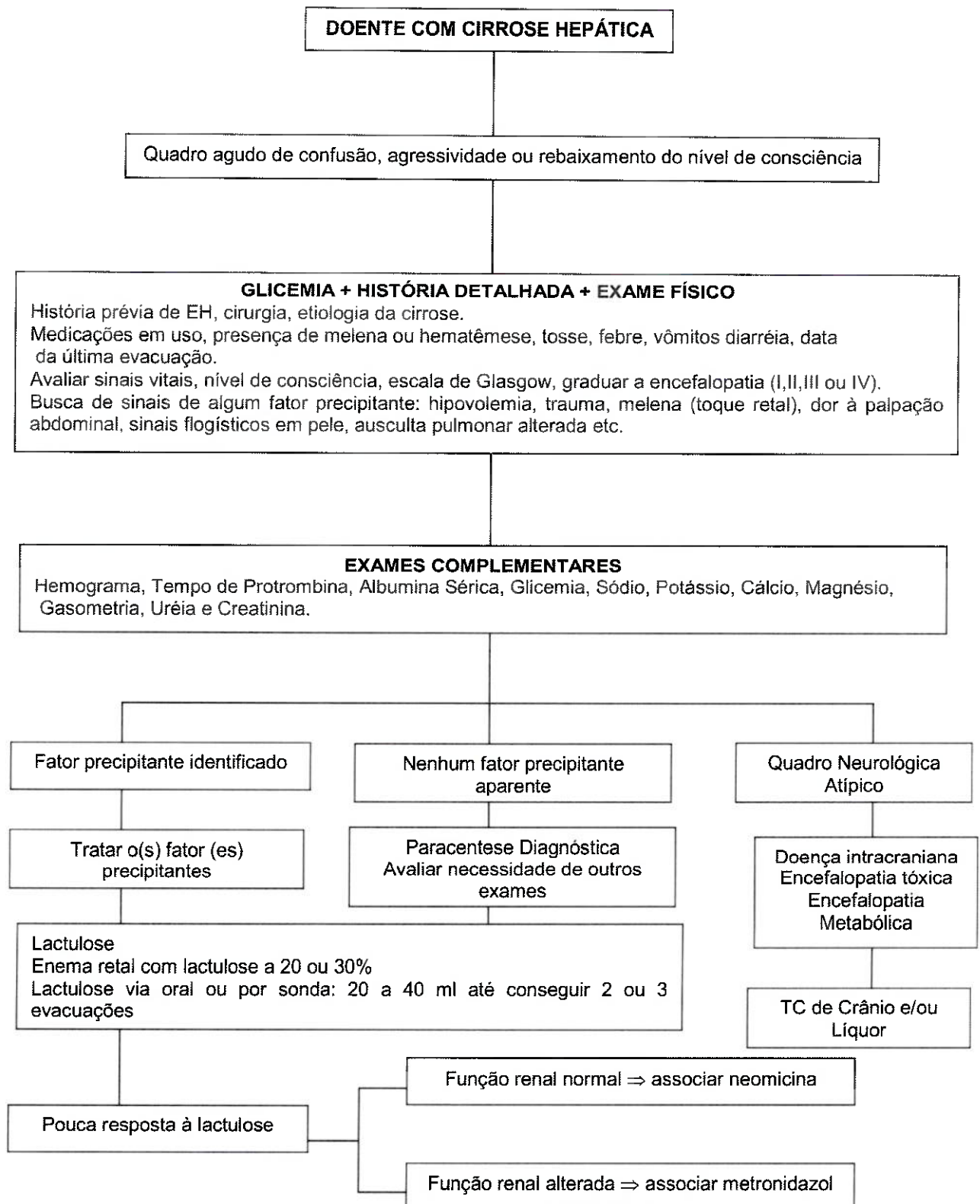


Exames:
Hemograma completo
*Dosar eletrólitos
(Na-K-Mg-P), Uréia,
Creatinina glicemia, TP,
TGO, GamaGT, PT e
Frações, Bilirrubinas, FA
Atividade de Protrombina

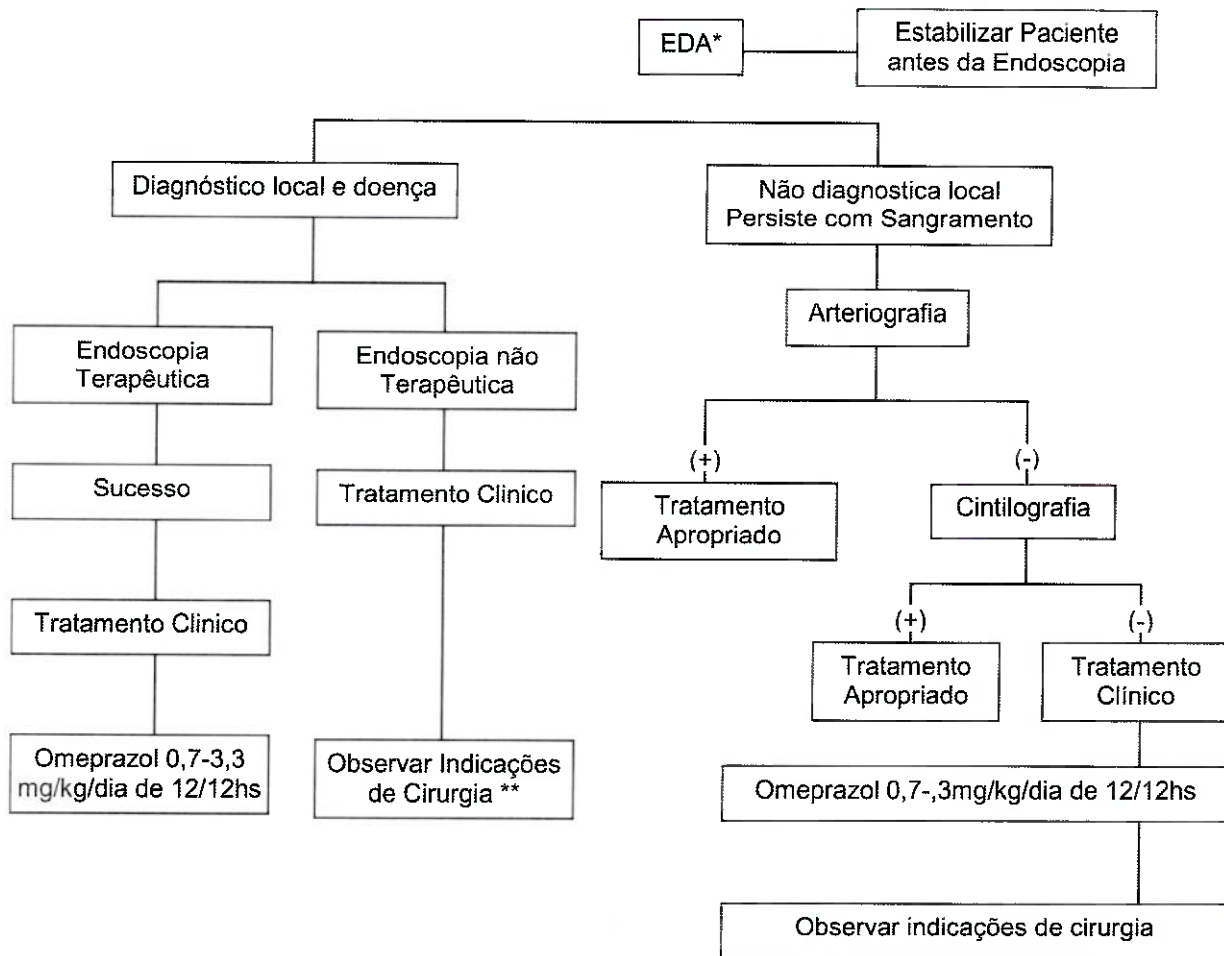
| CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE | | | |
|---------------------------------|-------|------------------------|---------------------|
| GRUPOS: | A | B | C |
| Bilirrubinas (mg/dl) | < 2.0 | 2.0 - 3.0 | > 3.0 |
| Albumina (g/dl) | > 3.5 | 3.0 - 3.5 | < 3.0 |
| Ascite | Não | Facilmente controlável | De difícil controle |
| Alterações neurológicas | Não | Leves | Acentuadas |
| Estado nutricional | Bom | Regular | Mal |

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



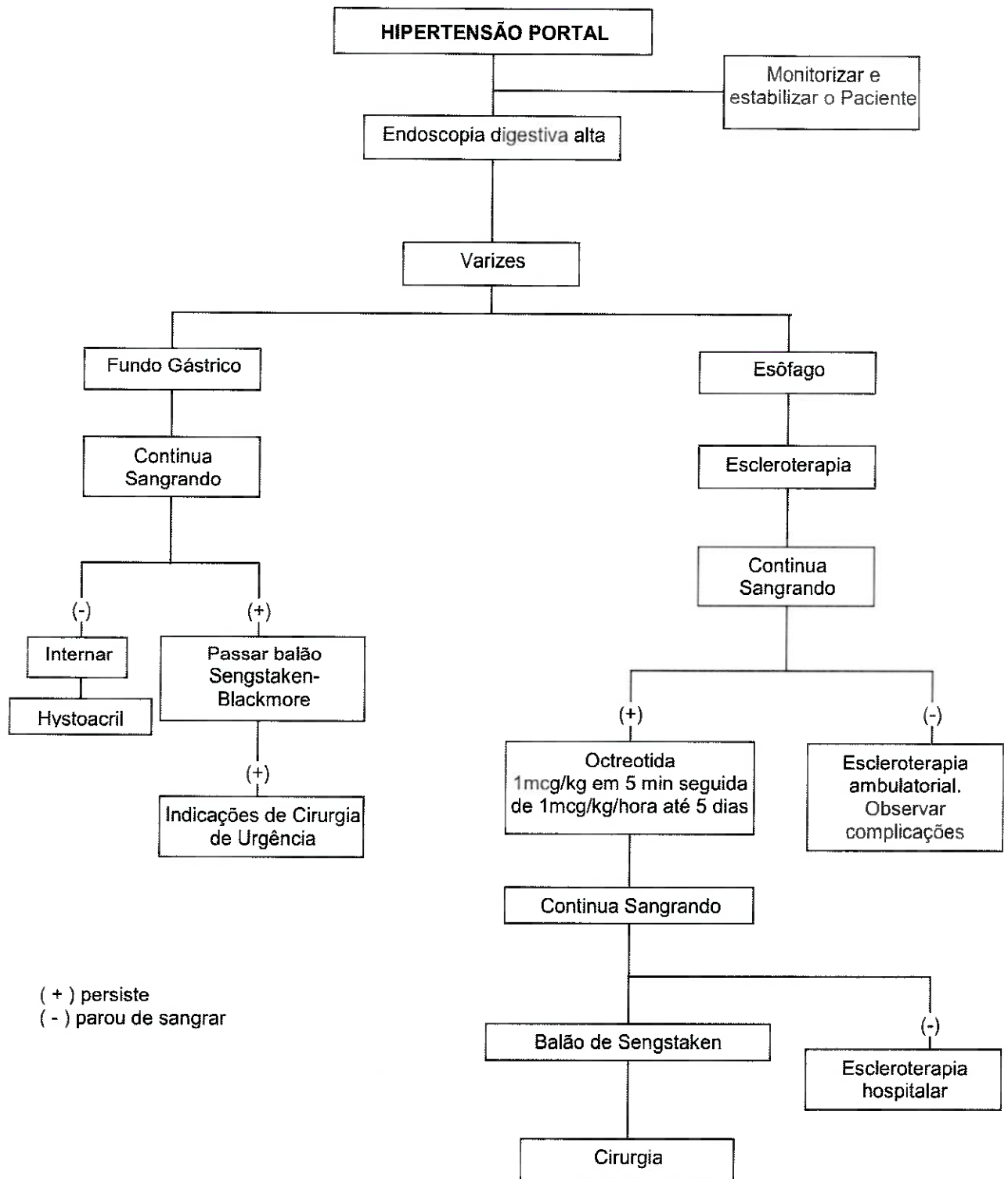
**** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:**

- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

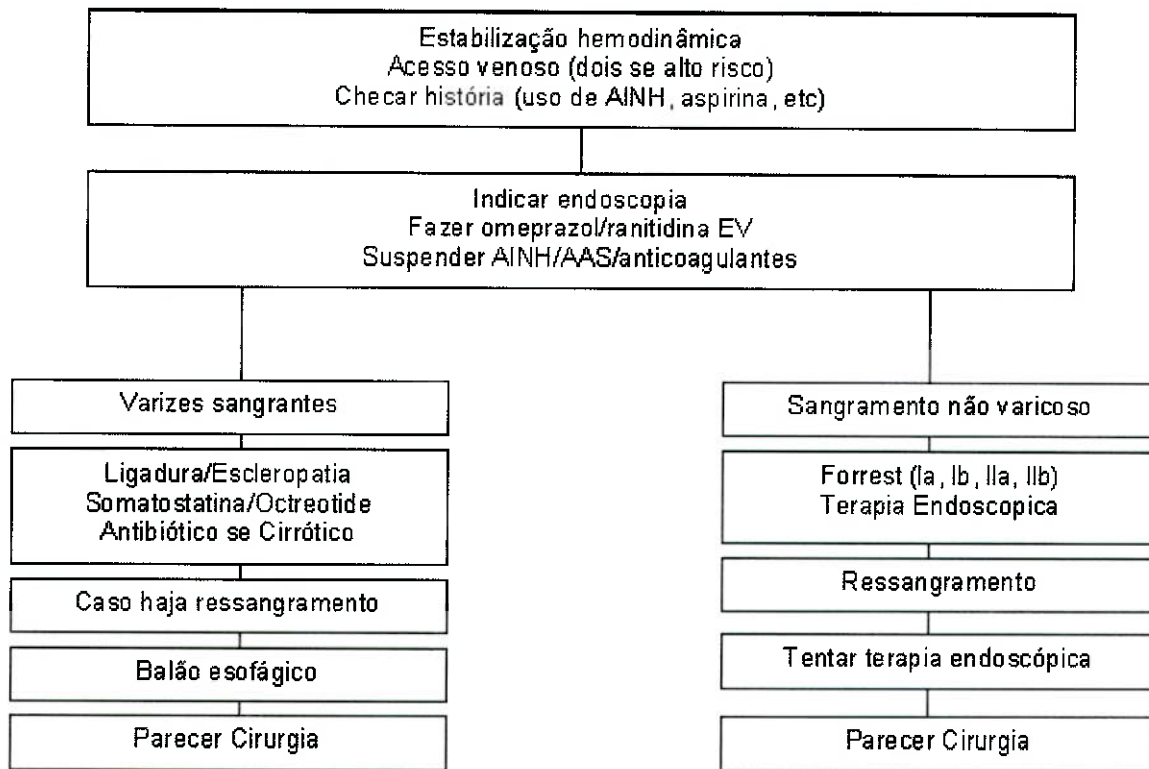
Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local
 (-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



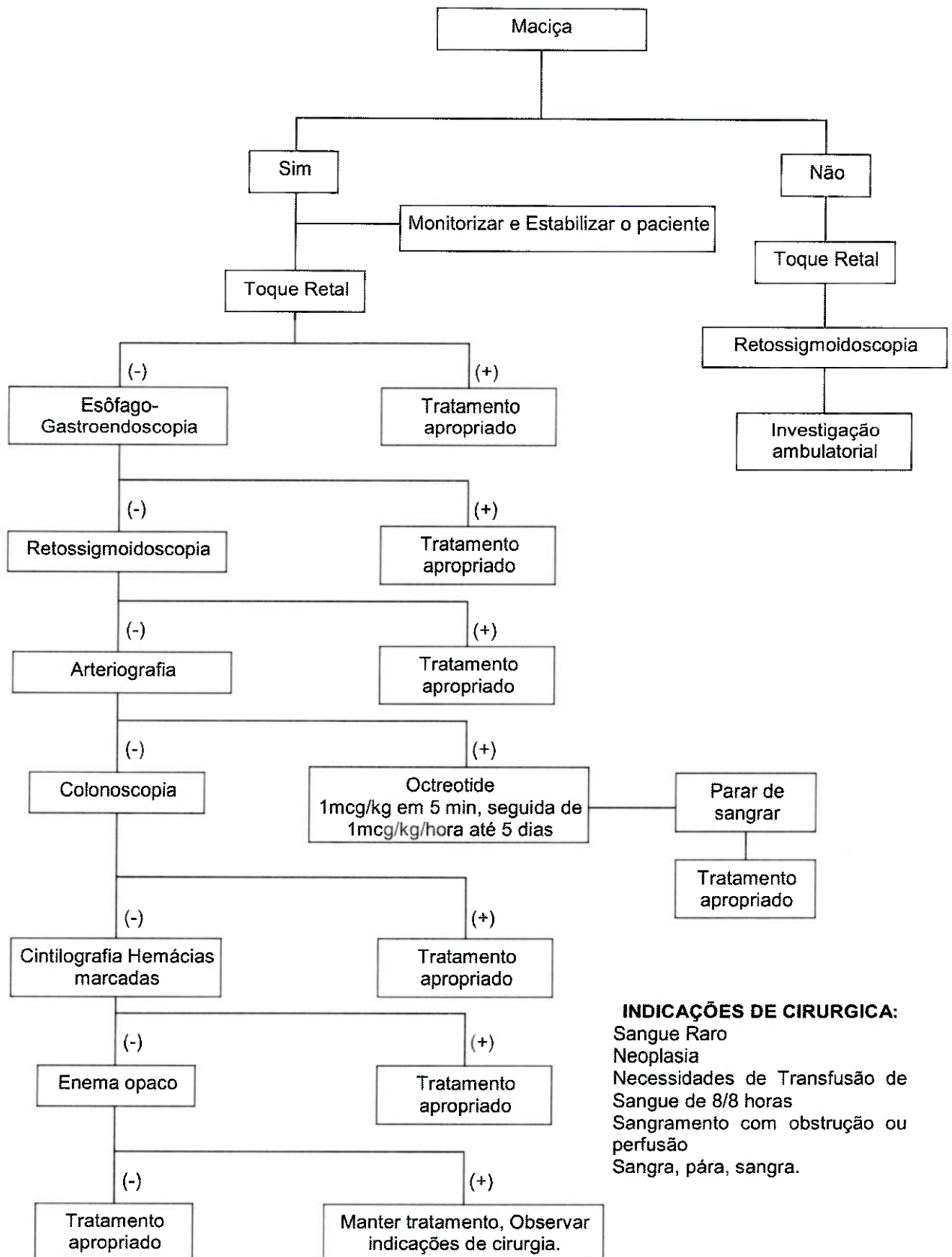
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III



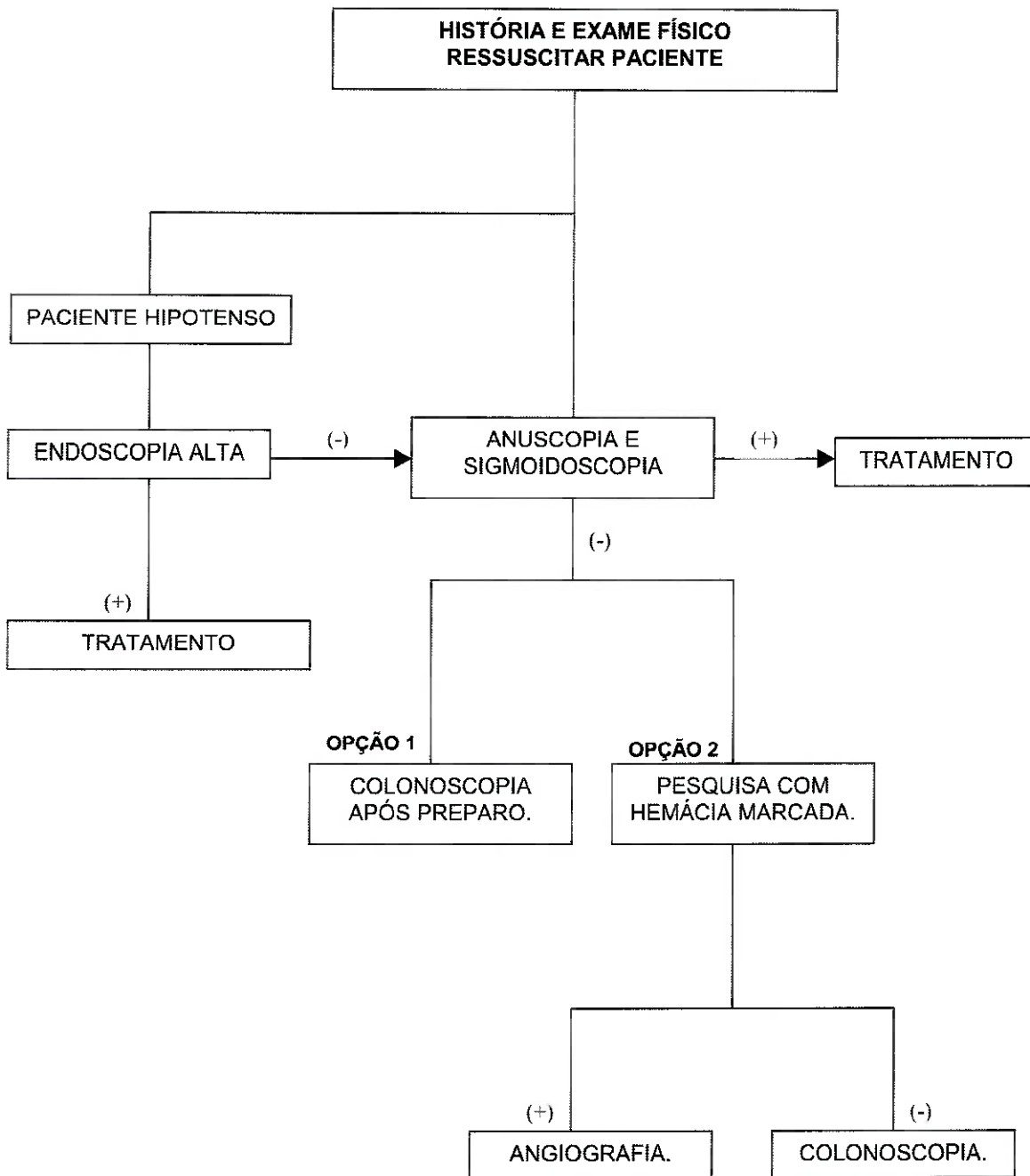
| TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM |
|---|
| Idoso (>60 anos) Comorbidades Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia) Hipotensão ou choque Transusão = unidades Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa |

| TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA | |
|--|---|
| Estigmas (Class. Forrest) | Risco de ressangramento sem terapia endoscópica |
| Sangramento arterial ativo (spurting) F-I | Aproximadamente 100% |
| Vaso visível não sangrante F – Iia | Até 50% |
| Coágulo aderente, não sangrante F – IIa | 30 – 35% |
| Úlcera (sem outros estigmas) F # C | 10 – 27% |
| Úlcera base limpa / F – III | <3% |

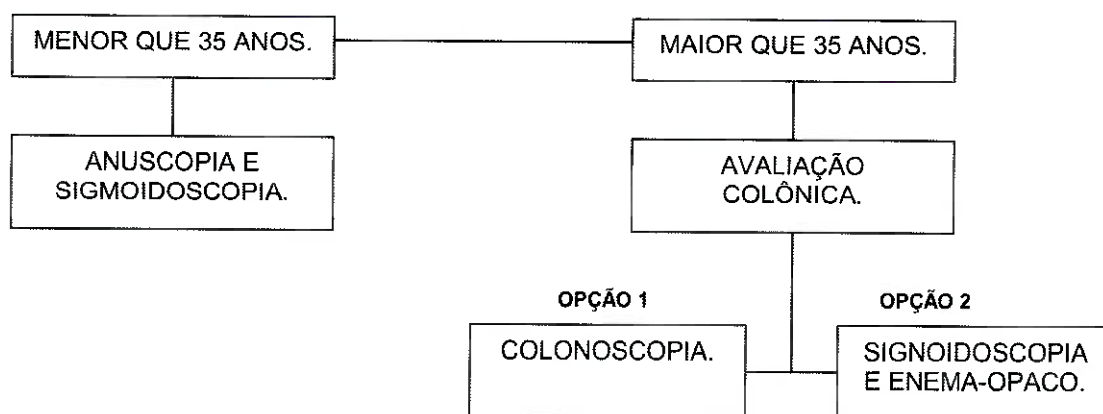
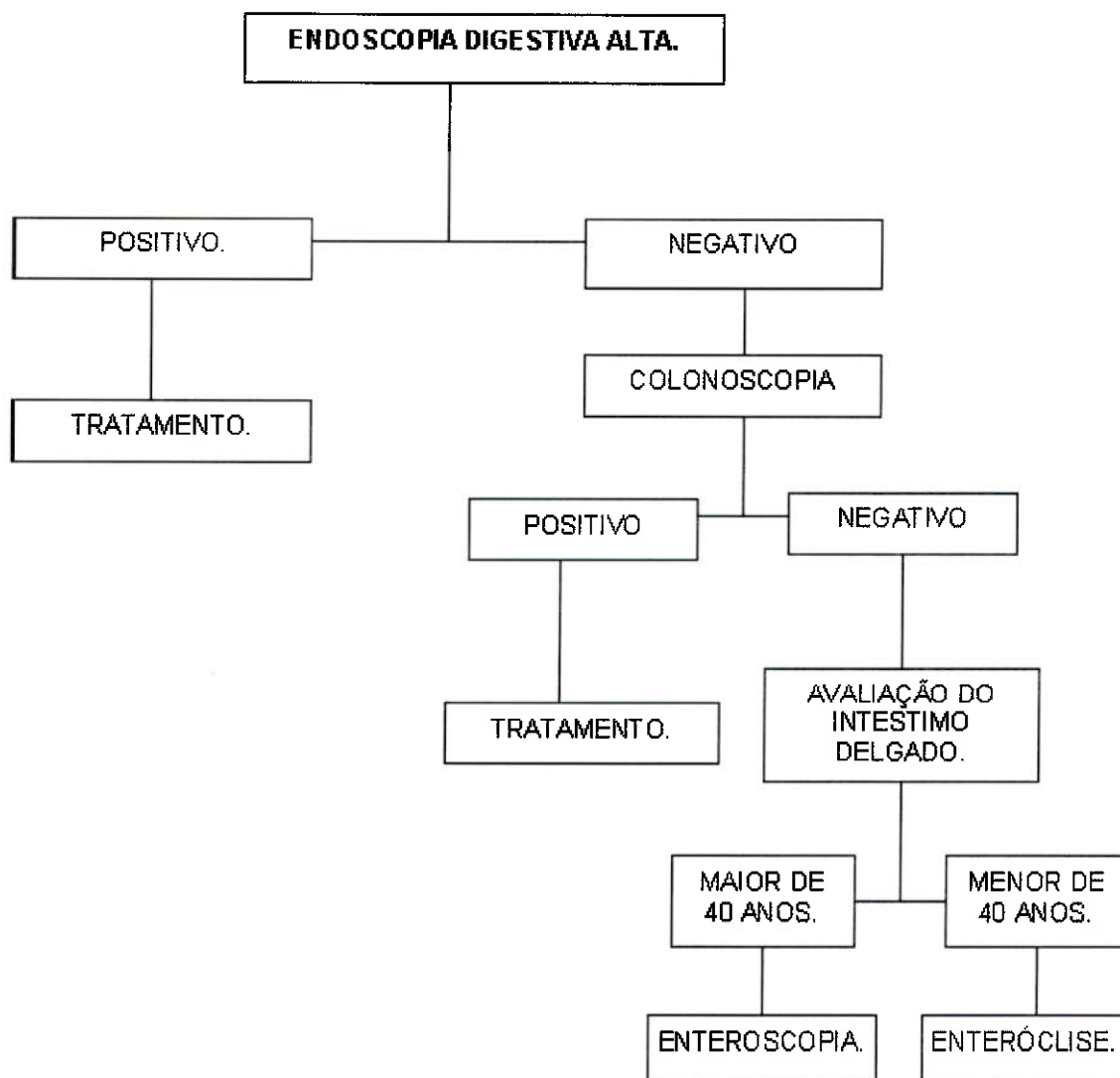
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



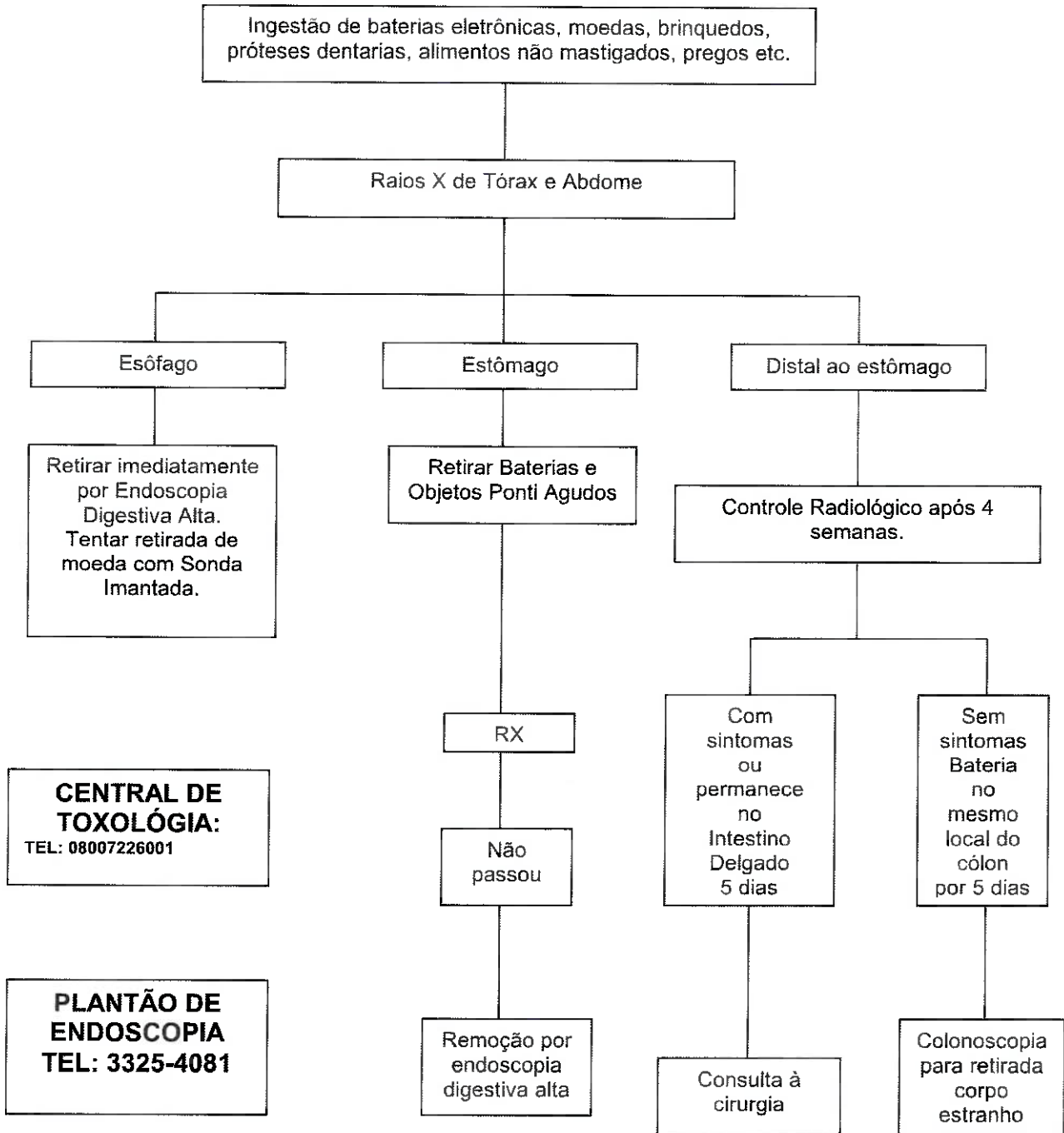
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



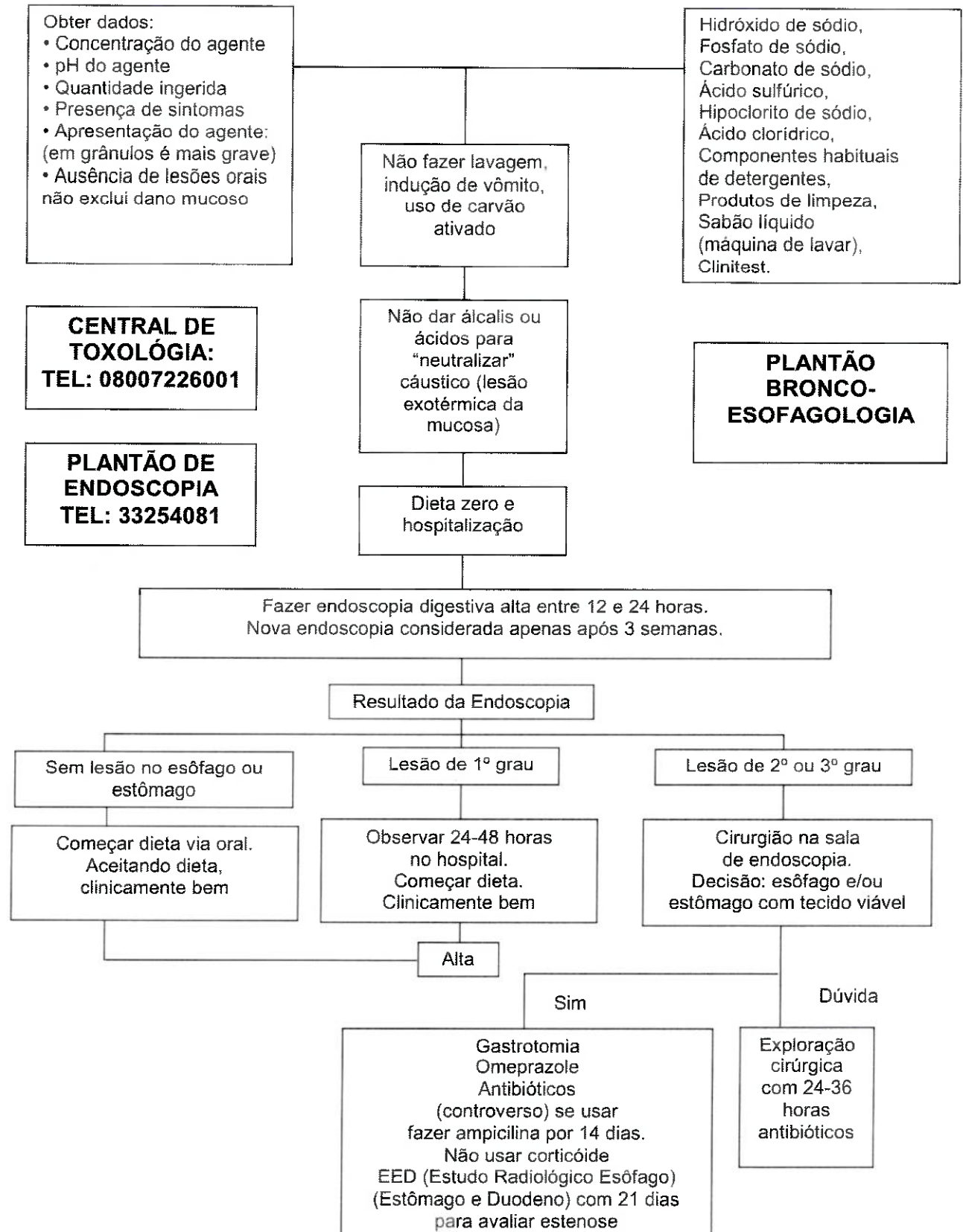
* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

HEMATOQUEZIA**MELENA**

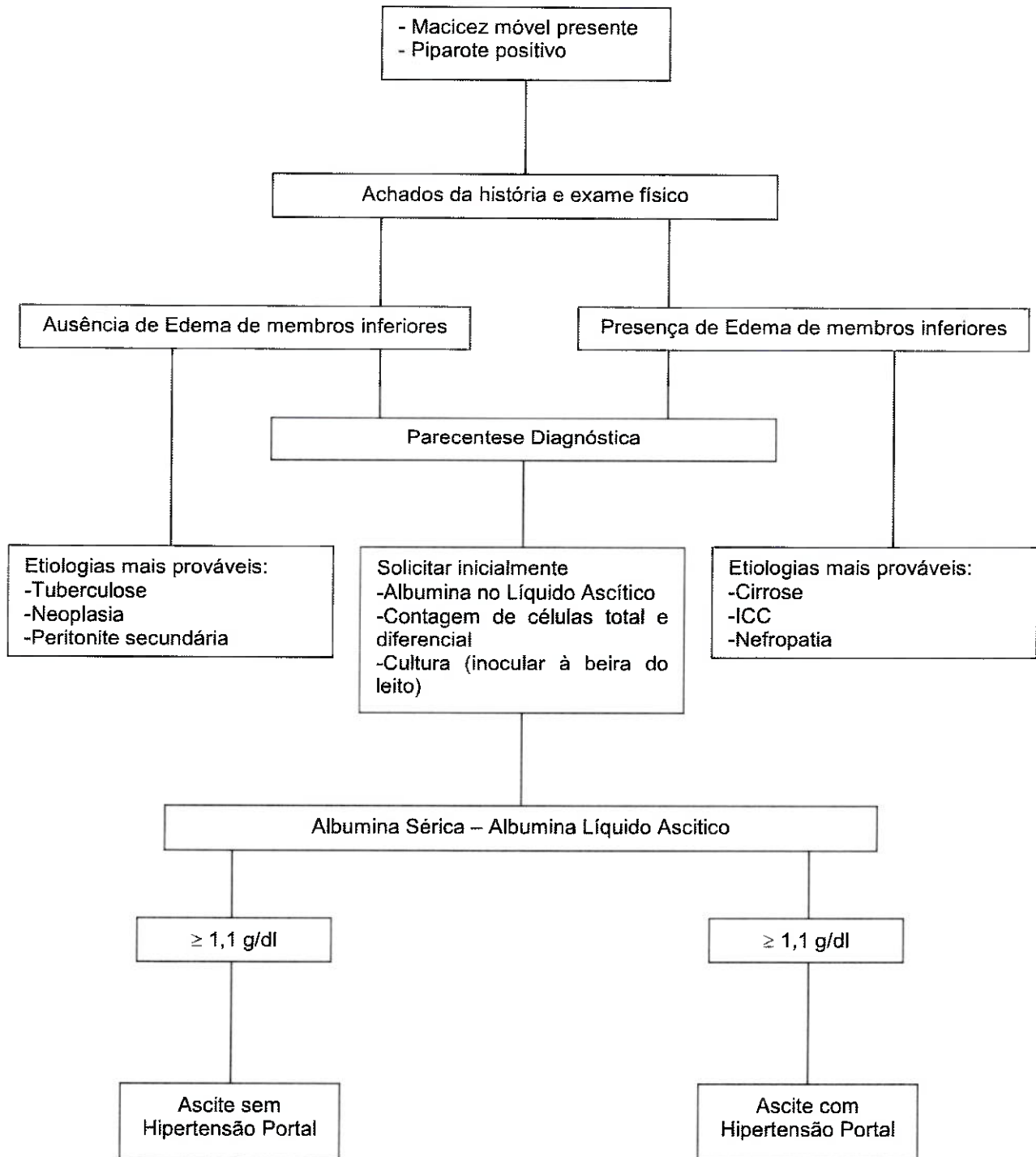
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



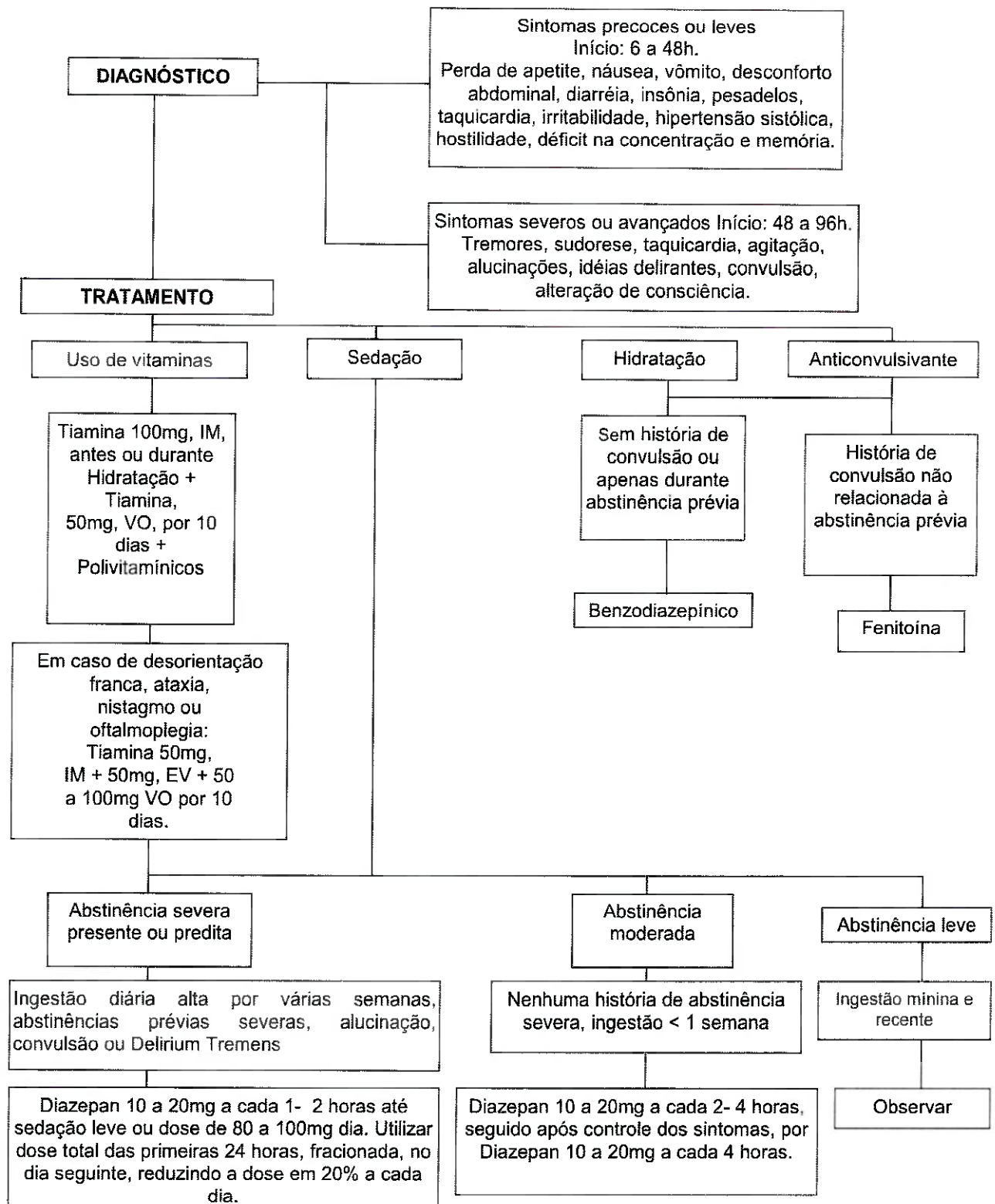
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



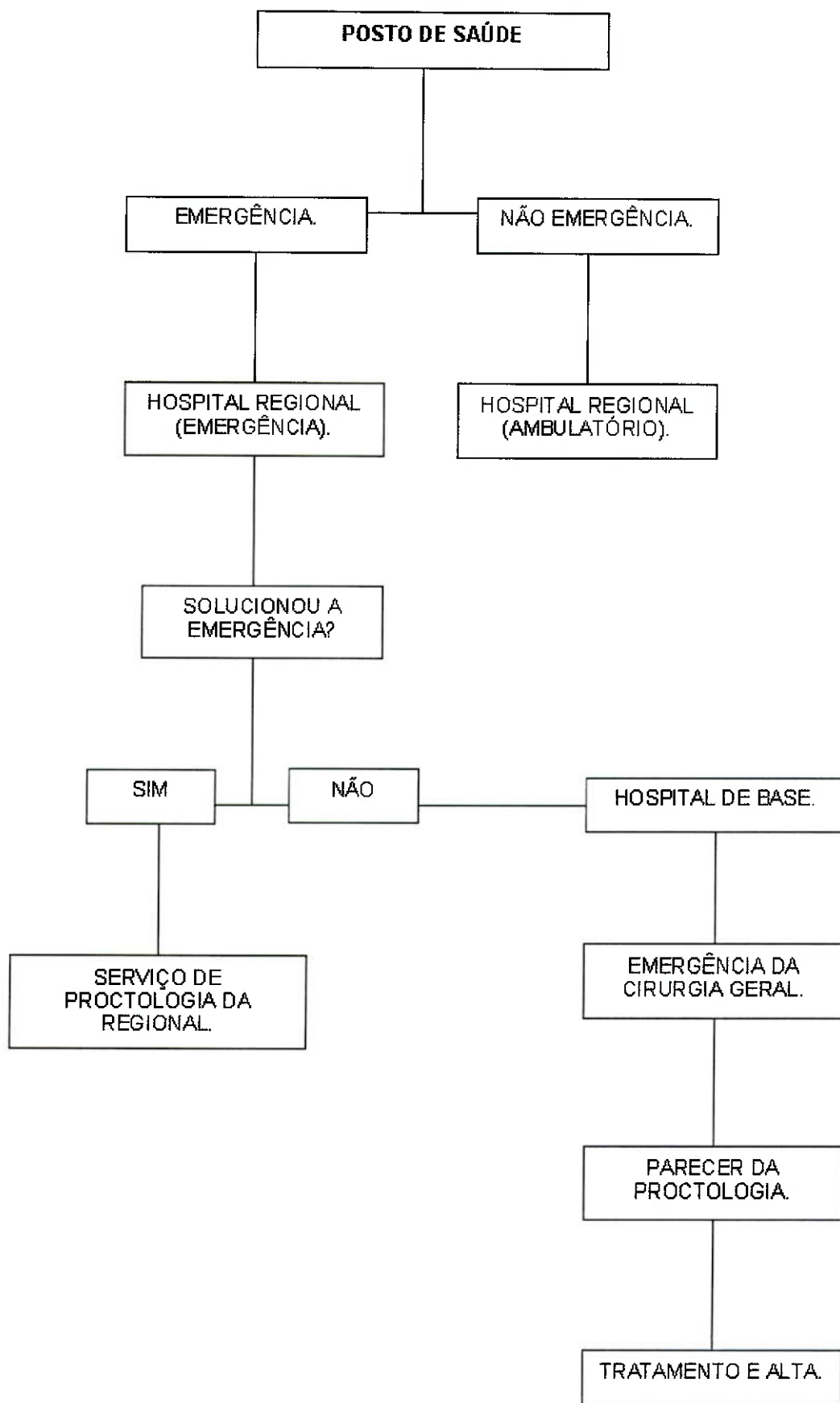
TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



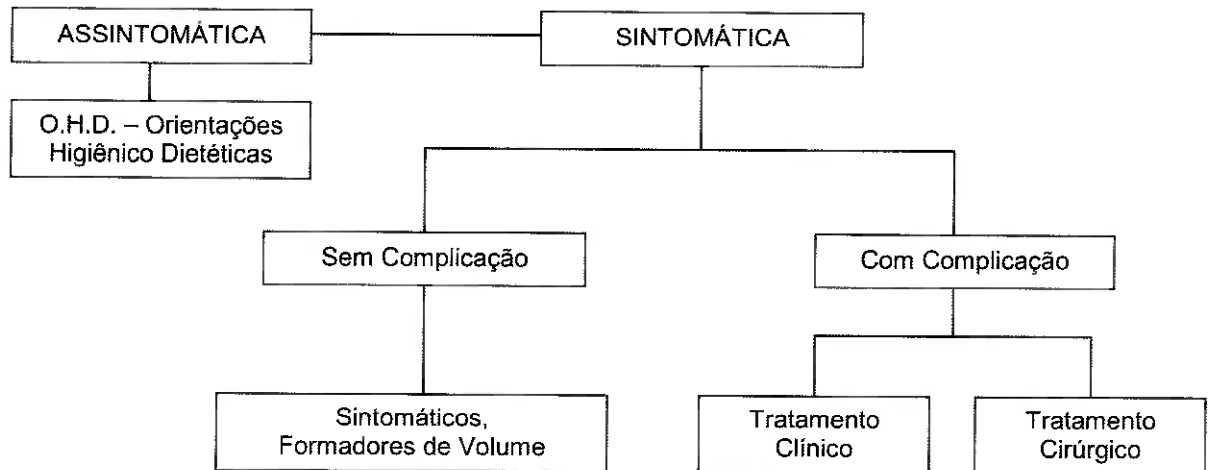
OBS.:

1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

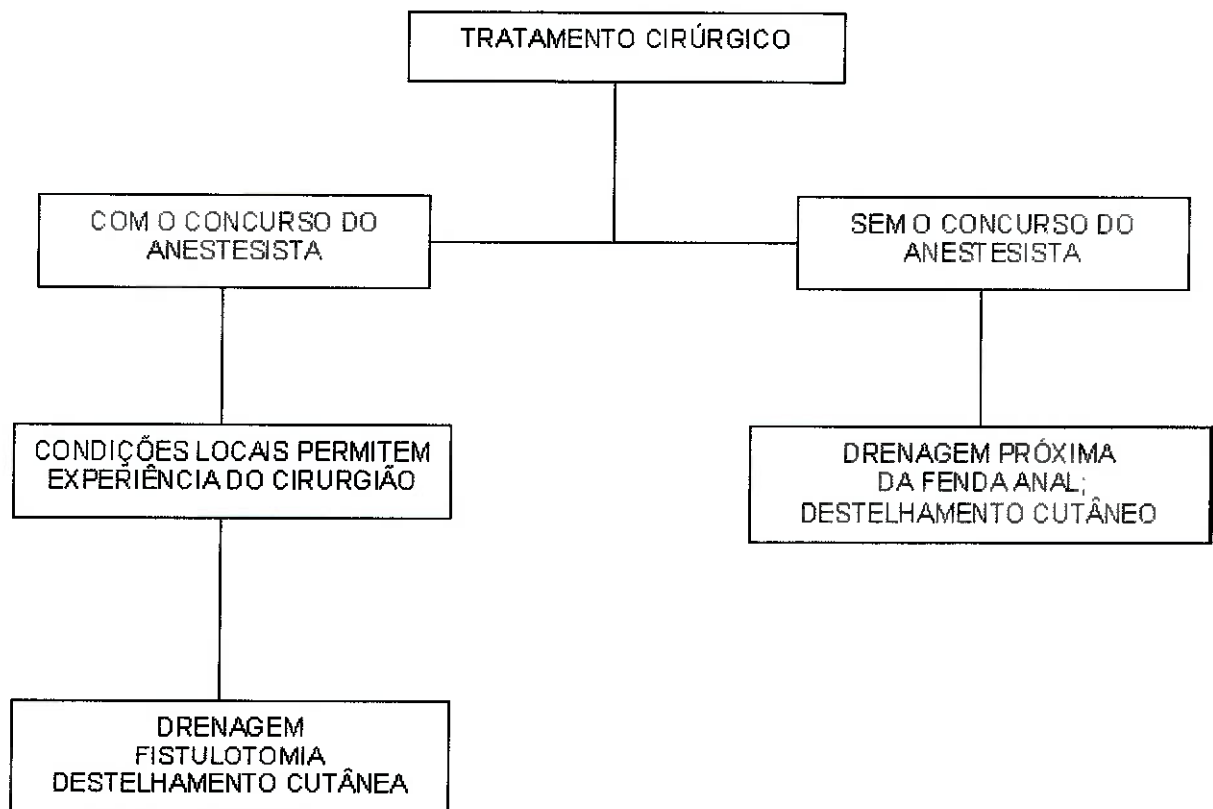
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



ABCESSO ANORRETAL

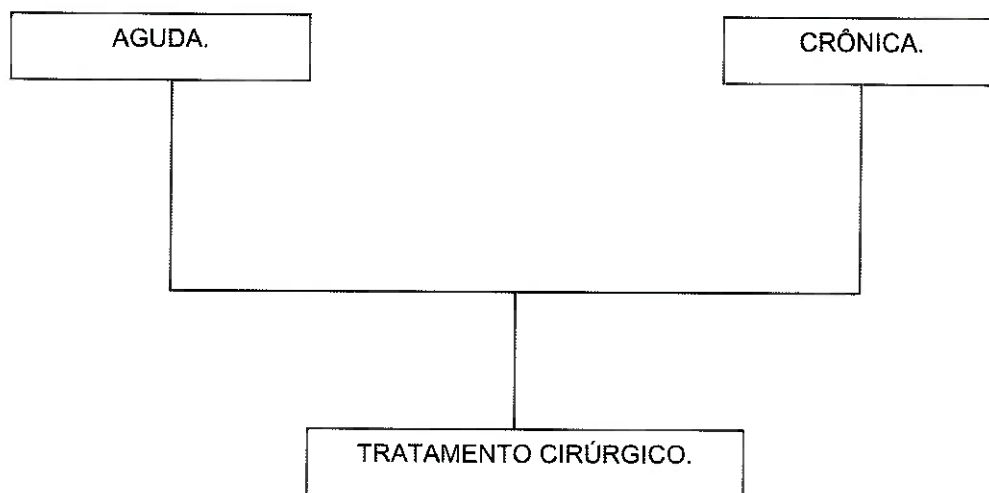


*** USO DO ANTIBIÓTICO:**

- a) Manifestações sistêmicas;
- b) Imunodeprimidos;
- c) Celulite associada.

* ANTIBIÓTICO DE 1ª LINHA.
ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO.

DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

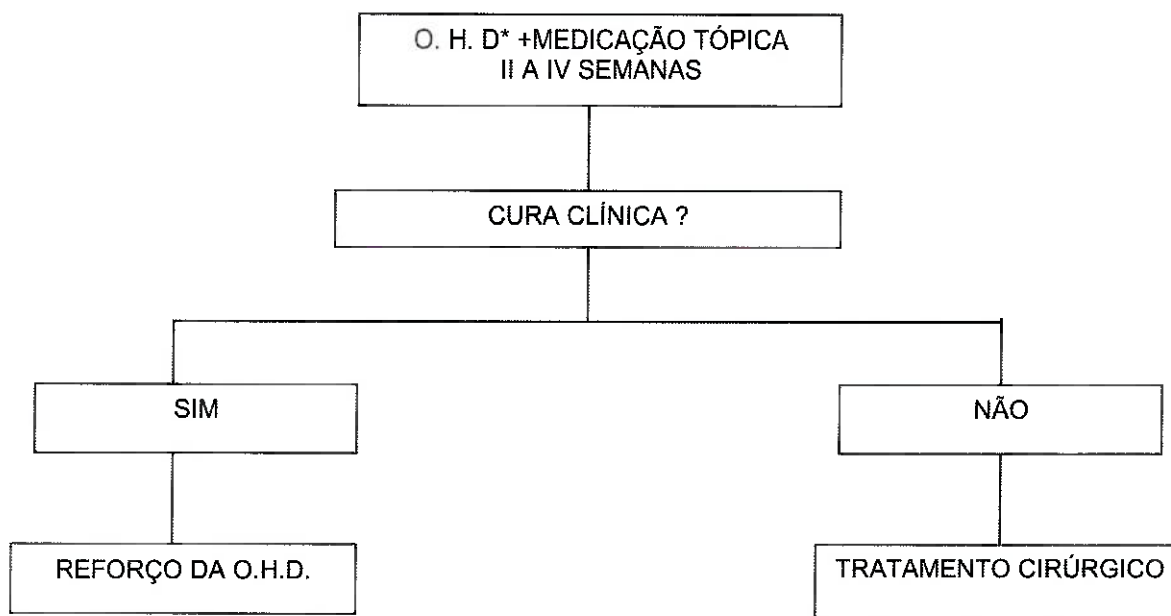


SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Incisão e Curetagem ou Marsupialização.

Anestesia – Local ou Bloqueio Raqui-Medular.

FISSURA ANAL IDIOPÁTICA



MANOMETRIA – Antes e após tratamento

MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide

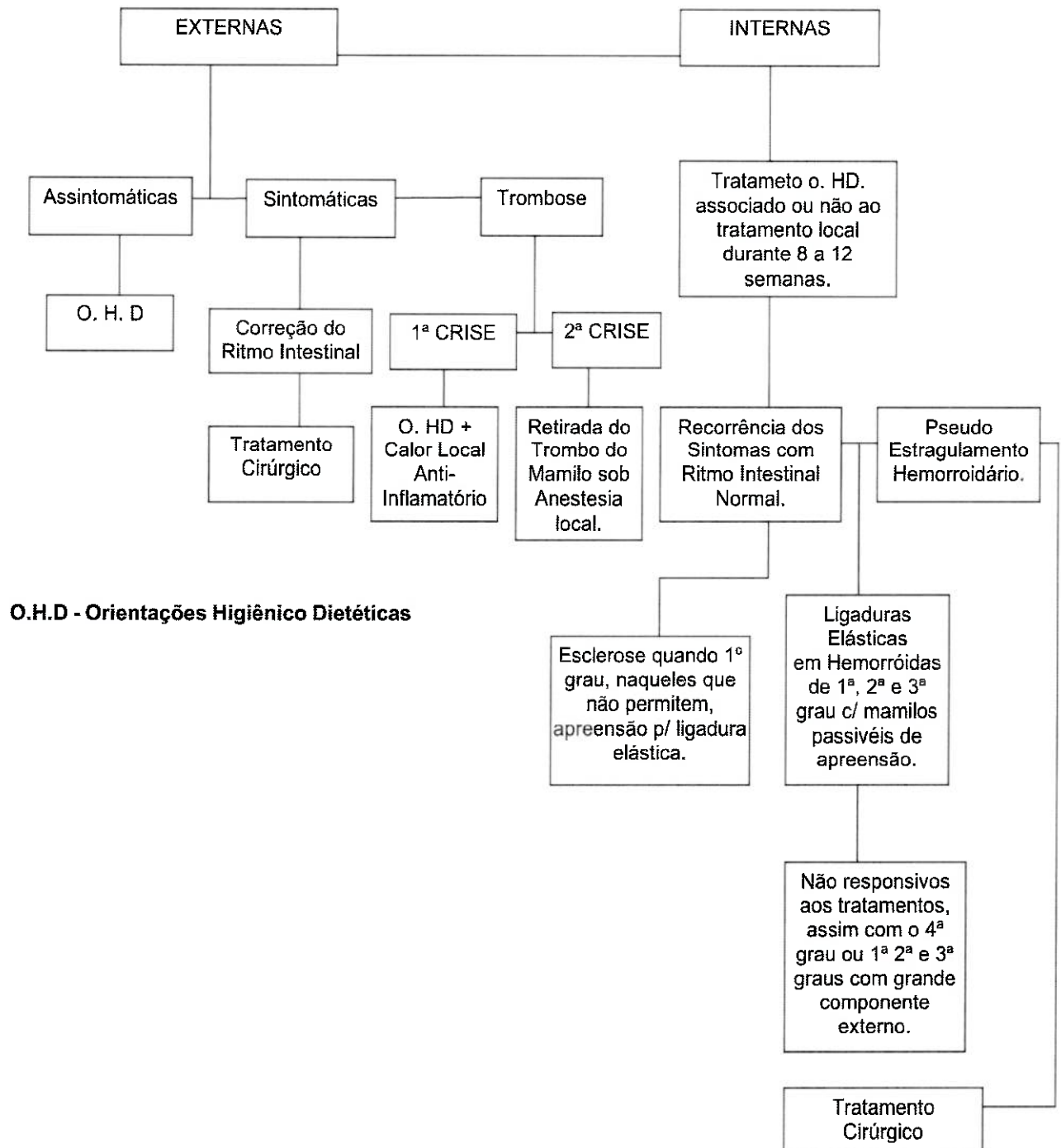
“ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

EXERESE DE PLICOMA E DA PÁPILA HIPERTRÓFICA - Dependem do tamanho e dos sintomas que apresentem.

Enviar material para estudo Histopatológico.

O.H.D. – orientações higiênico-dietéticas.

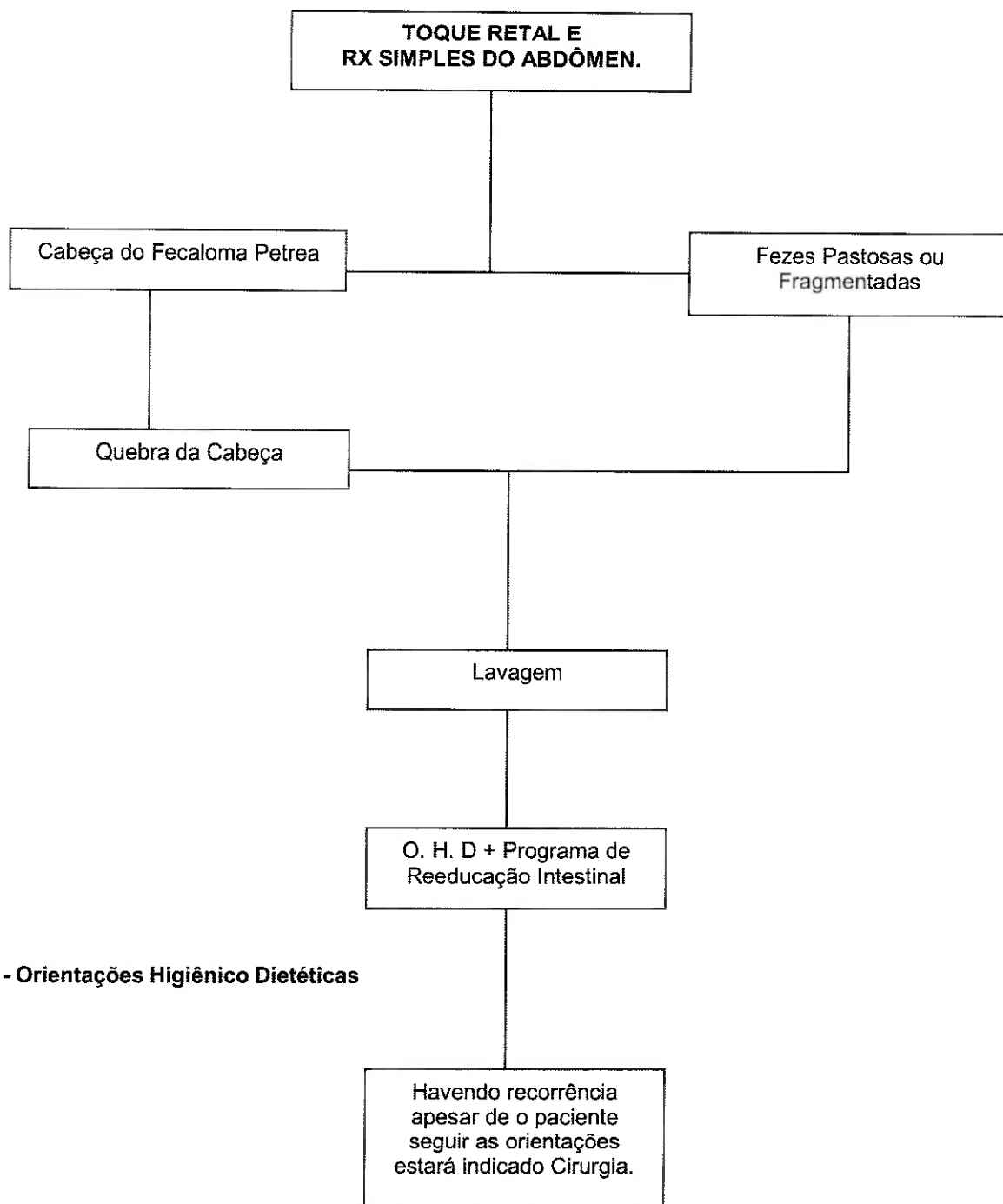
HEMORRÓIDAS



PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

As peças cirúrgicas deverão de rotina ser estudadas histologicamente (mamilos).
Curativos semanais até cicatrização total das feridas.

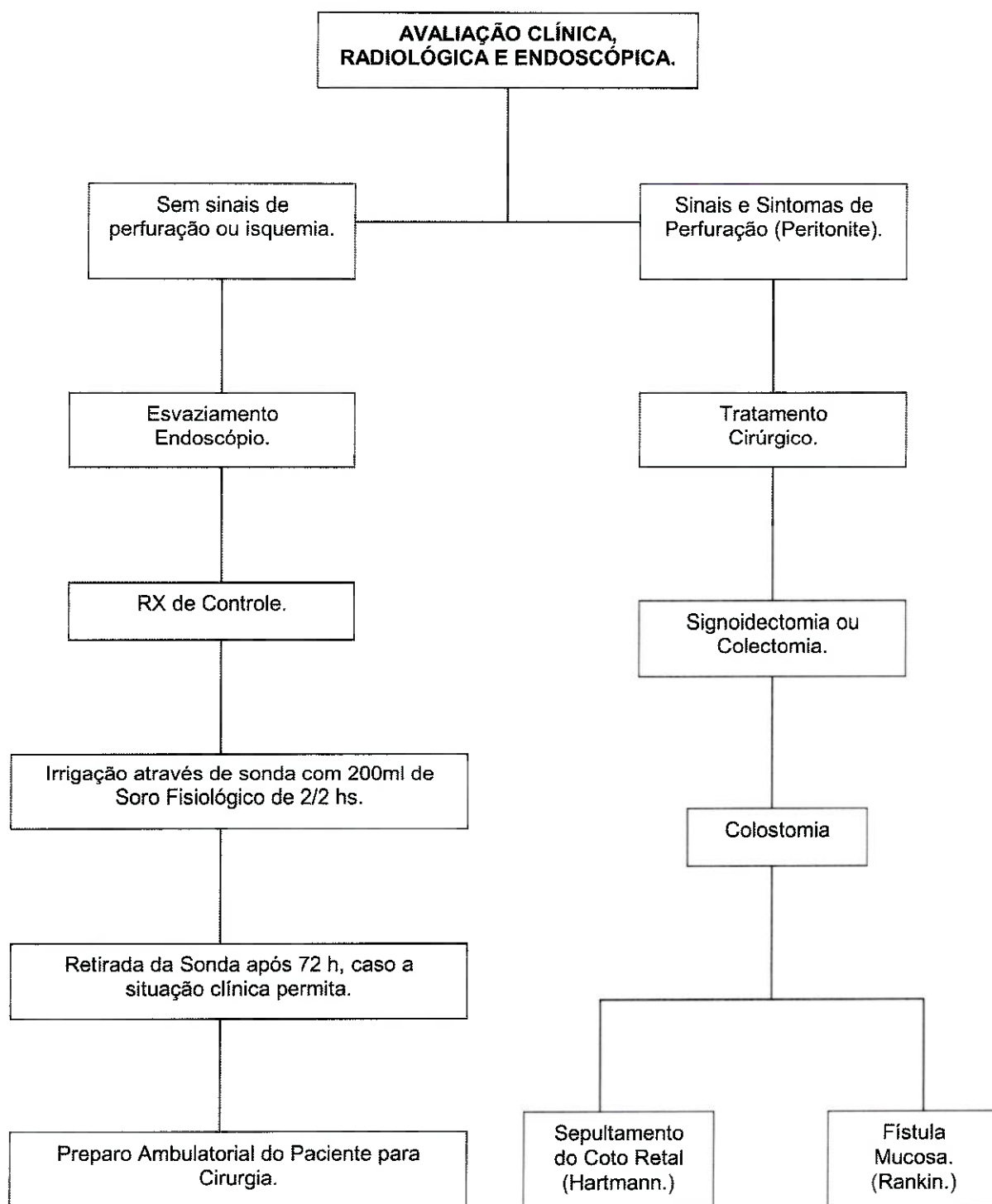
FECALOMA



O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

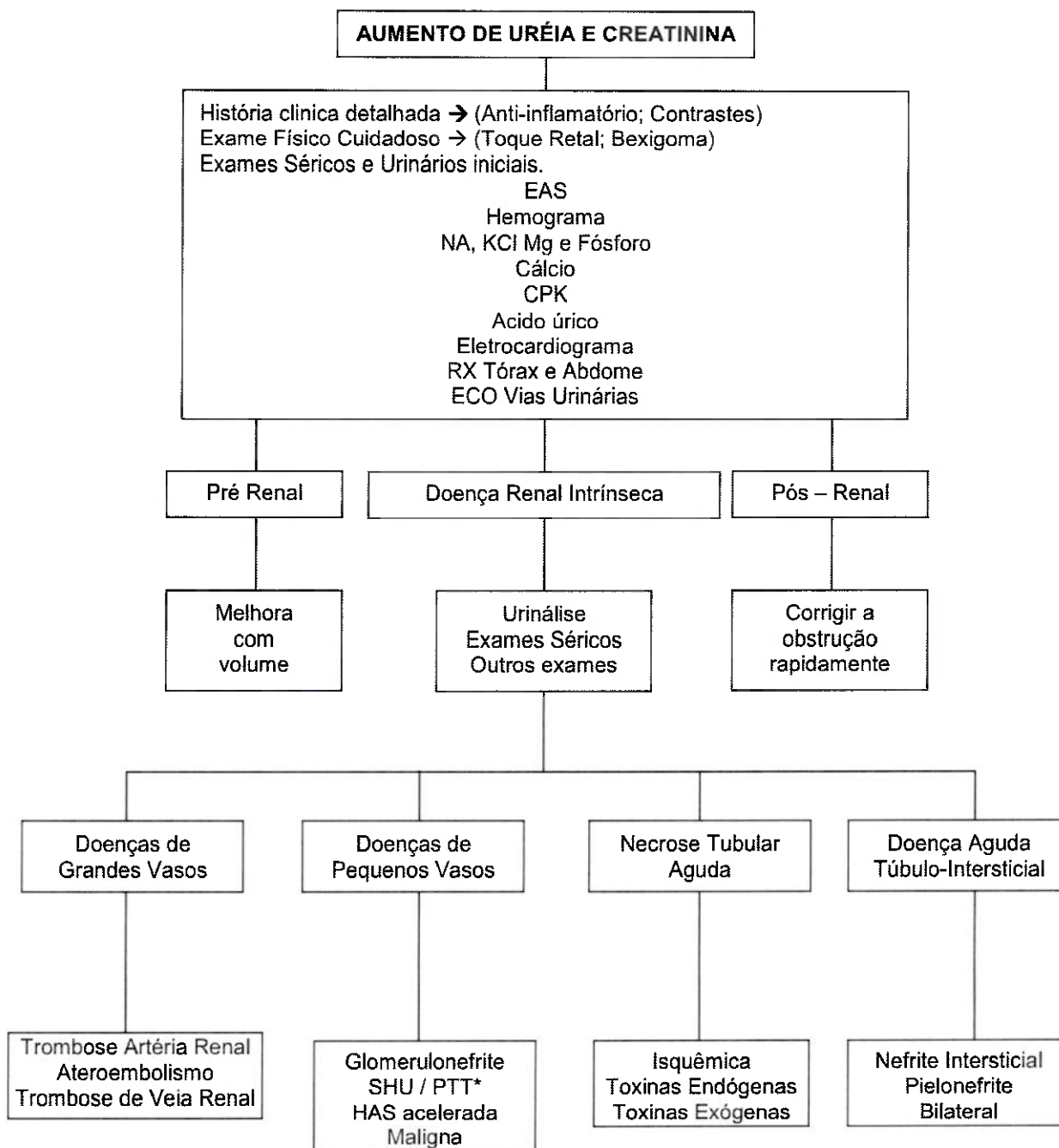
* A Cirurgia será aquela em que o serviço tenha maior experiência.



VOLVO

Colonoscopia pode ser tentada para volvo alto; fora do alcance do retossigmoidoscopia.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



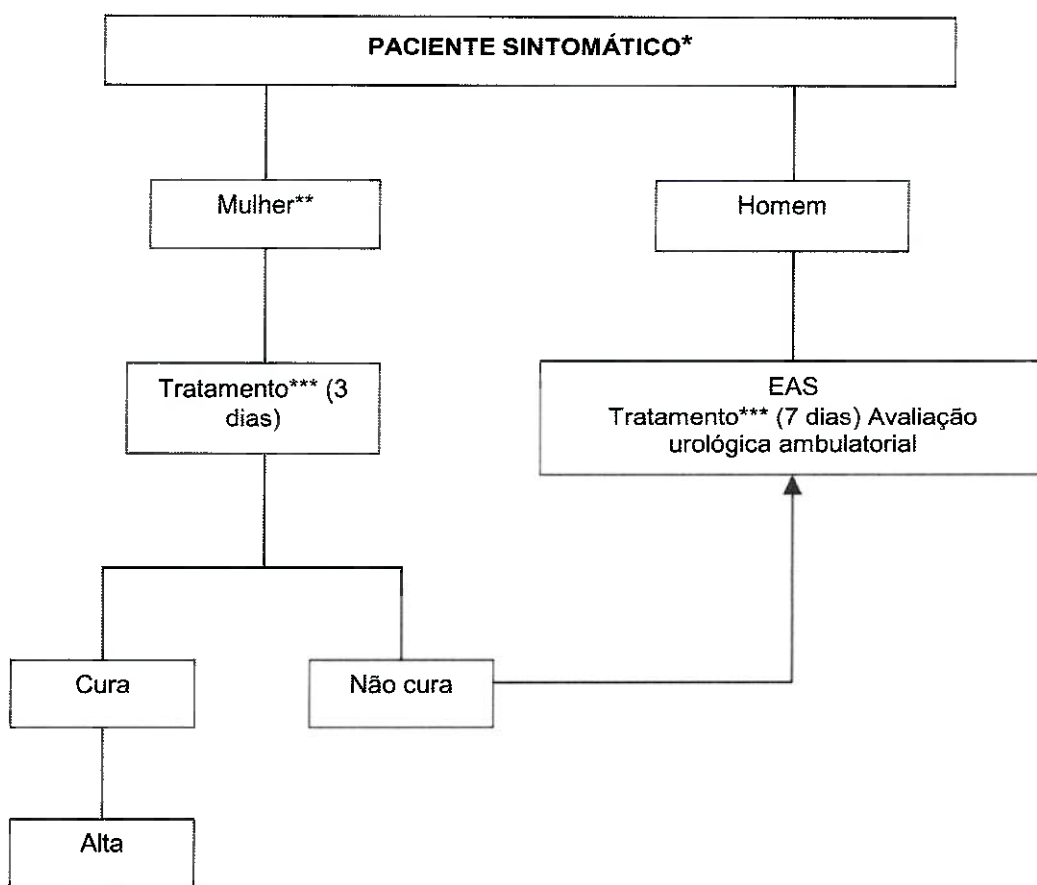
*SHU: (Síndrome Hemolítico - Urêmica)

*PTT: (Púrpura Trombocitopênica Trombótica)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clínico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



* Sintomas: disúria, Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica

**Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urologia ambulatorial.

***Quinolomas, fluorquinolonas e sulfa - trimetoprim.

Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. diabetes, Imunossupressão)