


ANEXO I

Protocolos assistenciais



Até que o Instituto Alcance desenvolva o protocolos específicos para a UPA, adotará o procotolo de urgência e emergência disponibilizado pela SES/DF, e que está de acordo com as normas do Ministério da Saúde para unidades de urgência e emergência




SES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

**PROCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

1ª Edição
Revisada e Ampliada

BRASÍLIA-DF
2006

490

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the top right and another at the bottom left.

2006. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito.

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª. Ed. Revisada e ampliada – 1.000 exemplares.

Produção, distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde

SIA trecho I, lote 1730, bloco A/B térreo, sala 31

CEP 71200-010

Telefones - 61- 3403-2322;

Fax – 3403-2472

Endereço Eletrônico – www.saude.df.gov.br

Coordenadora da Comissão de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES/DF - Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim; Médica Neonatologista da SES/DF;

Revisão da 1ª edição - Osmar Willian Vieira e colaboradores

Paginação e Diagramação: Júlio César Trindade - Núcleo de Apoio Tecnologia e Informática - NATIN/HRAN/SES/DF

Capa: Ada Suene Pereira. Assessoria de Comunicação - ASCOM/SES/DF

Impresso no Brasil / printed in Brazil

Catálogo na fonte – Gráfica da SES/DF
Ficha Catalográfica

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF. 1ª. Ed. Revisada e ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006.

285 p.: il.

ISBN - 85-89439-39-9

1. Serviço Hospitalar de Emergência. 2. Protocolos de urgência e emergência. I. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Gráfica da SES/DF

SIA trecho I, SGAPS lote 06, bloco A/B térreo, sala 31.

CEP 71215-000

Telefone - 61- 33632231;

GOVERNADORA DO DISTRITO FEDERAL
Maria de Lourdes Abadia

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Dr. José Geraldo Maciel

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE
Dr. José Rubens Iglesias

SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE
Dr. Evandro Oliveira da Silva

SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE
Dr José Rubens Iglesias

SUBSECRETÁRIO DE APOIO OPERACIONAL
Dr. José Maria Freire

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
Dr. José Eduardo Pinheiro Guerra

DIRETOR DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Dr. José Ribamar Ribeiro Malheiros



1 - COLABORADORES**PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO DESTA OBRA****COMISSÃO DE REVISÃO E DISPOSIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS (CRDPC) DA SES/DF**

Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim – Médica Neonatologista, Coordenadora da CRDPC;
 Agnaldo Antonio Abdala – Médico, Membro titular e Chefe da UTI Pediátrica do HRT;
 Erivaldo Fernandes Lira – Médico, Membro titular e Coordenador de Colo-proctologia;
 Gleim Dias de Souza – Médico, Membro suplente e Coordenador de Radiologia;
 José Henrique L. Araújo - Médico, Membro suplente e Coordenador de Anestesiologia;
 Luciano Rocha – Médico, Membro titular e Chefe da Unidade de Clínicas Médicas do HRT;
 Marcos Belarmino da Silva – Médico cirurgião do HRT, Membro suplente;
 Mauro Birche de Carvalho – Médico, Membro titular e Coordenador de Gastroenterologia;
 Osmar Willian Vieira – Médico, Membro titular e Coordenador de Clínica Médica;
 Paulo Guilherme Carmo da Rocha -Membro suplente e Chefe da Unidade de Cardiologia do HRAN;
 Sergio Miyazaki – Médico cirurgião do HRG, Membro titular;
 Sérgio Tamura – Médico, Membro titular e Coordenador de Cirurgia Geral;
 Weldson Muniz Pereira – Médico Ortopedista do HRC, Membro suplente.

COORDENADORES DE ESPECIALIDADES E CHEFES DE NÚCLEO DA SES/DF

Antonio Leitão T. Araújo - Patologia Clínica;
 Avelar de Holanda Barbosa - Ginecologia Obstetrícia;
 Carlos André dos S. Lins - Emergência;
 Carlos Silvério de Almeida – Neurocirurgia;
 Didimo Carvalho Torres – Urologia;
 Divaldo Dias Mançano – Médico Homeopata – Chefe do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI;
 Gabriel Ângelo Barros - Medicina Física e Reabilitação;
 Gilmar Alves de Freitas – Otorrinolaringologia;
 Hermano Alves de Araújo – Cirurgia Vascular;
 José Eustáquio Carvalho – Cardiologia;
 M^a Marta Braúna Braga – Unidades de Terapia Intensiva- Adulta;
 Maria Clara M. do Vale – Pediatria;
 Maria Katalinne Alves Costa – Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
 Mario Sérgio S. Almeida – Endocrinologia;
 Mario Soares Ferreira – Reumatologia;
 Marly da Rocha Otero - Alergia/Imunologia;
 Marta de Fátima R.C.Guidacci - Programa de Atendimento ao Paciente Asmático;
 Mécia Maria Fernandes Lira - Unidades de Terapia Intensiva- Pediátrica;
 Paulo César da F. e Silva – Cirurgia Plástica;
 Paulo Henrique Ramos Feitosa – Pneumologia;
 Paulo Lobo Junior – Ortopedia;
 Ricardo Castanheira de Carvalho – Oftalmologia;
 Rosaly Rolli Costa – Reprodução Humana;
 Sandra Lúcia Andrade de Caldas Lins – Neonatologia;
 Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho - Anatomia Patológica;
 Sidney de Paula Silveira - Chefe da Unidade de Oftalmologia do HRT
 Simone Karst Passos Soares – Dermatologia.

OUTROS COLABORADORES

Adelson Guimarães da Costa – Enfermeiro da DIVEP;
 Ailton Domicio da Silva – Enfermeiro Chefe do Núcleo de Controle de Endemias/DIVEP;
 Andrea Amoras Magalhães – Médica Toxicologista Coordenadora do Centro De Informação e Assistência Toxicológica do DF – CIAT;
 Antonio Geraldo da Silva – Médico Psiquiatra;
 Ary Sílvio Fernandes dos Santos - Médico Chefe da Unidade de Neonatologia do HRG;
 Cláudia Castro Bernardes Magalhães – Odontóloga – Gerente do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do DF – CEREST/DISAT;
 Columbano Junqueira Neto – Médico Chefe da Gastroenterologia do Hospital de Base do DF;
 Cristiane Alves Costa – Médica do Instituto Médico Legal;

Disney Antezana – Médica Diretora Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/SVS;
Edna Maria Marques de Oliveira – Médica Cardiologista do HBDF
Eliziane Brandão Leite – Médica Endocrinologista – Gerente da Gerência de Recursos Médicos Assistenciais
Fábia Correia Sampalo – Médica Acupunturista da SES/DF;
Flávia Batista - Médica Psiquiatra da Coordenadoria De Saúde Mental
Georgeana e Silva Mazão – Psicóloga;
José Flávio Bezerra – Médico, Diretor do Instituto Médico Legal do Distrito Federal;
José Ribamar Malheiros – Médico Ginecologista – Diretor da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde;
Márcio Veloso – Médico da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Paranoá;
Maria Ângela da Silva – Médica Homeopata do NUMENATI;
Maria Aparecida Penso – Psicóloga;
Núbia Vanessa dos Anjos – Oftalmologista do HRT
Rita de Cássia Werneck Ejima – Médica Chefe da Unidade de Neonatologia do HRT;
Roseane P. de Deus – Médica Dermatologista SES/DF
Sandra Magnólia Oliveira – Médica do CIAT;
Sandra Maria Felipe Coelho Cortez – Enfermeira da DIVEP;
Wajih Nasser Ximenes – Médica Neurologista do HBDF
Zali Neves da Rocha – Médica, Gerente de Cuidados Paliativos;

2 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO E DISPOSIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA SES/DF

Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim – Médica, Coordenadora;
Agnaldo Antonio Abdala – Médico, Membro titular;
Edenildo Borges Tenório – Médico, Membro titular;
Erivaldo Fernandes Lira – Médico, Membro titular;
Luciano Rocha – Médico, Membro titular;
Osmar Willian Vieira – Médico, Membro titular;
Sergio Miyazaki – Médico, Membro titular;
Sérgio Tamura – Médico, Membro titular;
Gleim Dias de Souza – Médico, Membro suplente;
Hélio Buson Filho – Médico, Membro suplente;
José Henrique L. Araújo - Médico, Membro suplente;
Marcos Belarmino da Silva – Médico, Membro suplente;
Mauro Birche de Carvalho – Médico, Membro titular;
Paulo Guilherme Carmo da Rocha – Médico, Membro suplente;
Weldson Muniz Pereira – Médico, Membro suplente;
Maria Heloisa Elias Guerra, Agente Administrativo – Secretária.

APRESENTAÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de urgência e emergência, ambulatorial e internação na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas do Núcleo de Medicina Integrada, da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde e outros colaboradores de várias especialidades.

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – “Protocolos da Unidade de Emergência” que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pela SES/DF e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia como a violência contra a criança, a mulher e o idoso, bem como as responsabilidades referentes à Declaração de Óbito em diversas circunstâncias. Além disso, disponibilizamos o material em consulta pública para que pudesse ser uma construção coletiva, ampla e democrática, imbuída do espírito que várias cabeças pensam melhor.

Sabe-se da necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas, e, para isto, é preciso um envolvimento de todos os atores, desde os servidores das Unidades de Saúde até o Gestor maior. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde. Assim, é importante que cada elo desta cadeia cumpra sua parte da melhor forma.

Portanto, não basta apenas a publicação deste livro, mas ações continuadas para implementação e melhoria destas tecnologias bem como a participação efetiva desses atores para revisões e mudanças de posturas. É preciso que a SES/DF faça de forma consistente e periódica a discussão do papel da avaliação de tecnologias, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação de tecnologias de saúde.

A institucionalização desta obra na SES/DF torna responsáveis solidários por sua prática todos os gestores, sejam Diretores, Gerentes ou Chefes de Núcleos e Unidades, assim como os servidores, que passam a tê-la como norma técnica. Esperamos que uma política de implantação e implementação de protocolos represente um marco de extrema relevância na história da SES/DF, tendo em vista a ampliação e melhora do atendimento à população.

Temos a certeza que lançamos boa semente em solo fértil. A DIPAS estará aberta ao recebimento de sugestões de novos temas, aperfeiçoamento dos agora apresentados, com vistas a futuras edições. Este material ficará disponível no site da instituição – www.saude.df.gov.br - com a finalidade de ser difundido e aperfeiçoado, pois as sugestões de novos temas e modificações dos atuais protocolos poderão ser encaminhadas ao responsáveis para a tomada das devidas providências. Agradecemos o esforço de todos aqueles que se empenharam na elaboração dos protocolos.

Dr^a. CRISTINA LÚCIA R. C. ROLIM
Comissão de Revisão e Disposição
de Protocolos Clínicos
Coordenadora

Dr. JOSÉ RIBAMAR RIBEIRO MALHEIROS
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde
Diretor

PREFÁCIO

A Secretaria de Estado de Saúde do D.F, responsável pela assistência à saúde da população do Distrito Federal, tem buscado modernizar-se nos seus múltiplos aspectos, seja pela aquisição de novos equipamentos, reformas físicas, contratação de pessoal e cursos de capacitação, seja pela incorporação de novas tecnologias.

Uma questão fundamental é a normatização ampla e a padronização de condutas e procedimentos. Numa instituição tão grande e bem hierarquizada que presta atendimento, desde o básico até o de alta complexidade, é indispensável falar-se a mesma linguagem em todas as suas Unidades: da mais distante localizada na periferia até o Hospital de Base.

Por isto, criei a Comissão Especial de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES-DF que, com os coordenadores de especialidades e vários colaboradores, elaborou os Protocolos de Atendimento de Urgências e Emergências e vários protocolos ambulatoriais que agora publicamos.

Em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes, da violência urbana e da atual prática de assistência aos usuários da SES-DF, deu-se relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados. Procurou-se abordar os temas mais freqüentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Não é um trabalho final, mas sim uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida periodicamente com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando-se sua atualização até a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento.

Com esta publicação, queremos oferecer aos profissionais de saúde da SES-DF uma preciosa ferramenta de trabalho, cuja utilização resultará em melhoria na qualidade da assistência prestada aos nossos usuários, aumentando o número de pacientes internados com diagnóstico, diminuindo o tempo de permanência do paciente internado e racionalizando o emprego dos recursos disponíveis.

JOSÉ GERALDO MACIEL
Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUMÁRIO

1- ANESTESIA.	
ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA	15
2- POLITRAUMATISMO	
POLITRAUMATIZADO – I	18
POLITRAUMATIZADO – II	19
SCORE DE TRAUMA ADULTO	20
SCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO	20
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	21
POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA	22
CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO	23
- HIPOVOLÊMICO I	24
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE NO PACIENTE	
ADULTO	25
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA	26
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	27
- CHOQUE PERSISTENTE	28
TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)	29
RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO	30
TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA	30
TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES	32
TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)	33
TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)	34
TRAUMATISMO ABDOMINAL – AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL	35
TRAUMATISMO DE FACE – PARTES MOLES E FRATURA I	36
- RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE	38
TRAUMATISMO DE MÃO	38
PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR	39
ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES – NÍVEIS	40
SCORES DE TRAUMA	41
ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)	42
3- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)	
ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA	46
MONOARTRITE AGUDA	47
POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS	48
LOMBALGIA AGUDA	49
LOMBALGIA POSTURAL	50
REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS	51
LUXAÇÃO DO OMBRO	53
ENTORSE DO JOELHO	54
ENTORSE DE TORNOZELO	55
TORCICOLO	56
4- SISTEMA VASCULAR	
URGÊNCIAS VASCULARES	57
TRAUMAS VASCULARES	57
TROMBOEMBOLIA ARTERIAL	58
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)	59
PÉ DIABÉTICO	60
ANEURISMAS	61
5-SISTEMA CARDIOVASCULAR	
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	62
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM:	
ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO	63
ASSISTOLIA	64
BRADIARRITMIA	65
TAQUICARDIA VENTRICULAR	66
TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL	67
TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO	68
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO	74
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	76

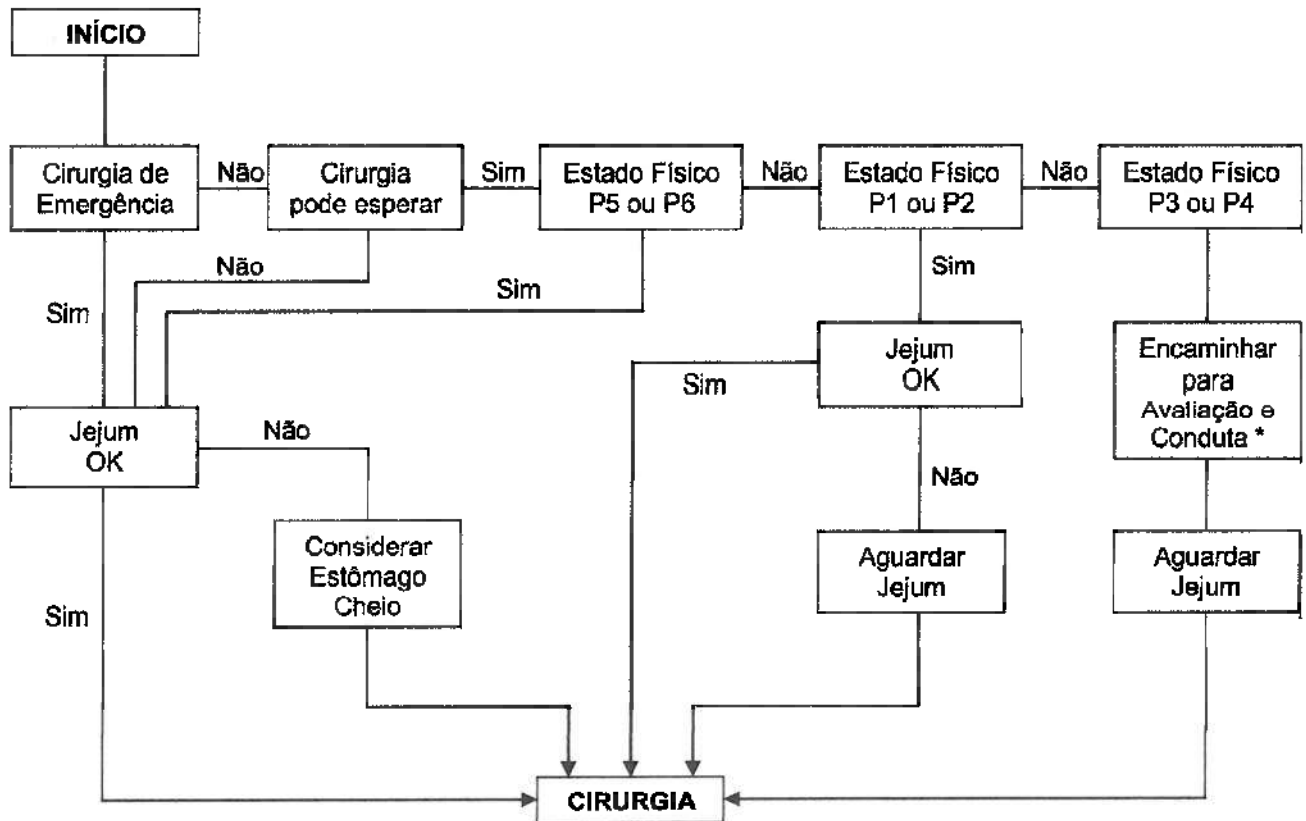
CRISE HIPERTENSIVA	77
6-SISTEMA RESPIRATÓRIO	
ANAFILAXIA	80
URTICÁRIA E ANGIOEDEMA	81
ASMA	82
ANGINAS	87
OTALGIAS	88
SINUSITE	89
SURDEZ SÚBITA	90
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	91
CORPO ESTRANHO	91
ROLHA CERUMINOSA	91
EPISTAXE	92
LABIRINTITE AGUDA	93
PNEUMONIAS	94
PNEUMONIAS I E II	95
PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES	96
PNEUMONIA HOSPITALAR	97
EMBOLIA PULMONAR:	98
- TERAPÊUTICA	99
MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA	100
ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO	101
7-ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA	
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO	102
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO	103
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA	104
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO	105
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSRUTIVA CRÔNICA	106
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO	107
LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA	108
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO	109
MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO	110
HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO	111
8-SISTEMA DIGESTÓRIO	
DOR ABDOMINAL AGUDA	112
CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA	113
ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA	114
OBSTRUÇÃO INTESTINAL	115
ABDOME AGUDO – DIAGNÓSTICOS	115
ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	116
PERITONITES	117
DIARRÉIA AGUDA	118
DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS	119
PANCREATITE AGUDA I E II	120
ICTERÍCIA	122
COLANGITE	123
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA	124
ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA	125
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III	126
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA	129
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA	130
HEMATOQUEZIA	131
MELENA	131
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO	132
INGESTÃO DE CÁUSTICOS	133
ASCITE NO PRONTO-SOCORRO	134

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA	135
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA	136
DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS	137
ABSCÉSSO ANORRETAL	137
DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA	138
FISSURA ANAL IDIOPÁTICA	138
HEMORRÓIDAS	139
FECALOMA	140
VOLVO	141
9-SISTEMA GENITOURINÁRIO	
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	142
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO	143
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO	144
CÓLICA URETERAL	145
HEMATÚRIA	146
HEMATÚRIA MACIÇA	147
ANÚRIA OBSTRUTIVA	147
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA	148
PRIAPISMO	149
PARAFIMOSE	150
ESCROTO AGUDO	151
TRAUMA RENAL	151
TRAUMA URETRAL	153
TRAUMA VESICAL	153
FRATURA PENIANA	154
TRAUMA GENITAL	154
FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS	155
TRAUMA DE TESTÍCULO	156
10-SAÚDE DA MULHER	
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE	157
CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO	158
ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	159
11-PARTO E NASCIMENTO	
GESTAÇÃO PROLONGADA	160
TRABALHO DE PARTO	161
CONDUTA NA AMNIOREXE PROLONGADA	162
PLACENTA PRÉVIA	163
PRÉ ECLÂMPSIA GRAVE	164
ECLÂMPSIA	165
ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO	166
DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN	167
12-SISTEMA NERVOSO	
DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA	168
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA	171
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA	172
ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME)	173
- TRATAMENTO	174
- ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO	175
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA.....	176
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	178
DROGAS	179
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE	180
DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	181
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	182
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA	184
ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	186
QUEIXA DE CEFALÉIA	187
INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO	188
FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA	190



13-SAÚDE MENTAL	
ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL	192
PACIENTE VIOLENTO	192
GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	195
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS	195
QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL	197
14-OLHO E ANEXOS	
TRAUMAS QUÍMICOS	199
LACERAÇÕES OCULARES	199
CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS	200
TRAUMA OCULAR	200
OLHO VERMELHO	201
UVEÍTES	202
DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA	202
ABRASÕES CORNEANAS	203
ÚLCERA DE CórNEA	203
GLAUCOMA	204
TUMOR PALPEBRAL	205
CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE)	205
CONJUNTIVITE BACTERIANA	206
CONJUNTIVITE VIRAL	206
CONJUNTIVITE POR HERPE SIMPLES	206
CONJUNTIVITE ALÉRGICA	207
CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA	207
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	207
HORDÉOLO / CALÁZIO	208
BLEFARITES E ESPISCLERITES	208
15-SISTEMA ENDÓCRINO	
HIPERCALCEMIA	209
CRISE TIREOTÓXICA	210
COMA MIXEDEMATOSO – ABORDAGEM E TRATAMENTO	211
HIPOGLICEMIA	212
CETOACIDOSE DIABÉTICA	213
ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO	214
INSUFICIÊNCIA ADRENAL	215
16- SISTEMA HEMATOLÓGICO	
CRISE FALCÊMICA	215
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA	216
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	217
TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)	218
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO	219
INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS	219
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	220
REAÇÕES FEBRIS	220
REAÇÃO ALÉRGICA	221
REAÇÕES HEMOLÍTICAS	221
NEUTROPENIA FEBRIL I	222
NEUTROPENIA FEBRIL II	223
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO	224
COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA	224
17-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS	
HIPONATREMIA – I E II	225
HIPOCALEMIA – I E II	227
HIPERCALEMIA – I E II E III	229
HIPERMAGNESEMIA	232
HIPOMAGNESEMIA	233
18-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN	
DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN	234
DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN	235

ROTINAS DE ANESTESIA



* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
 - PAS > 180 mmHg
 - PAD > 110 mmHg
 - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
 - 2) Infarto prévio do miocárdio
 - 3) ICC classe funcional II e III
 - 4) Angina
 - 5) Cardiopatia congênita
 - 6) Valvopatia grave
 - 7) Revascularização miocárdica
 - 8) Cirurgia cardíaca prévia
- ** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

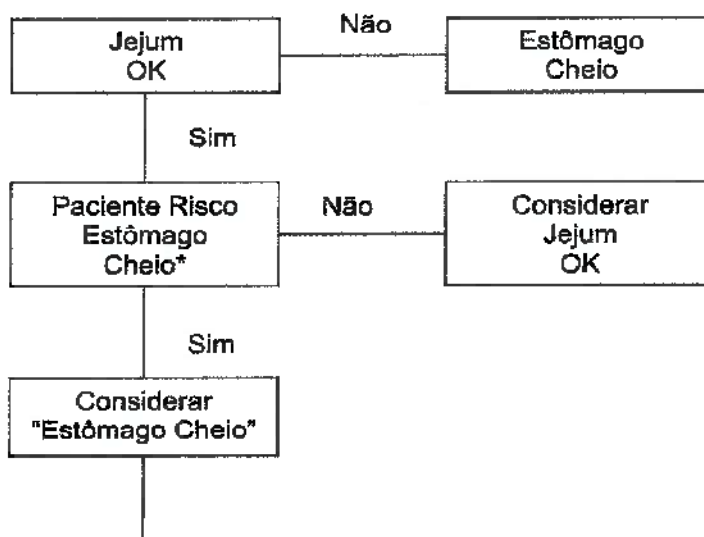
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

DIABETES MELLITUS

- a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

- Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação
- Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

- Suspender hipoglicemimimante
- Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

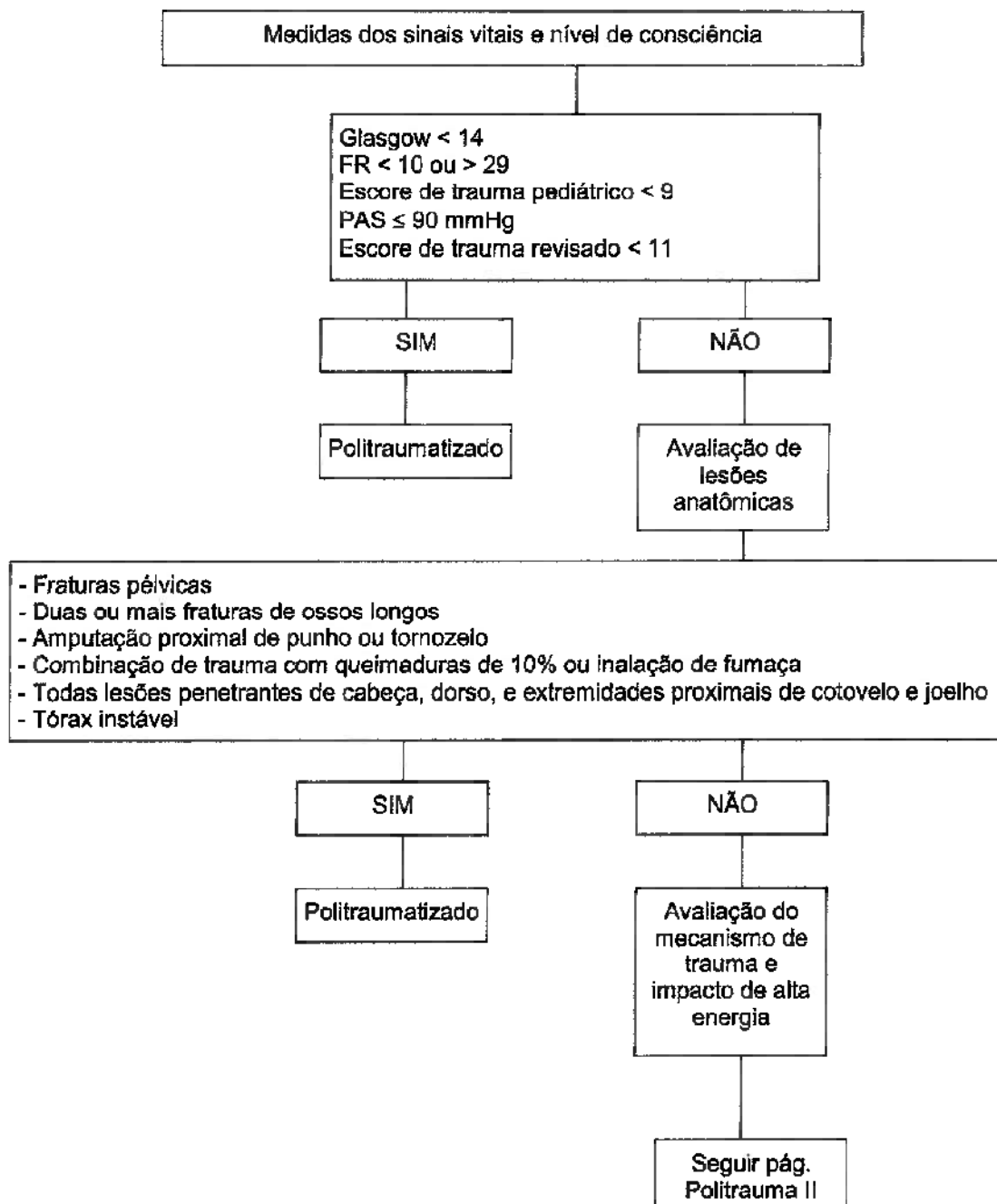
- Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.
- Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.
- Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fractionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

506

POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)

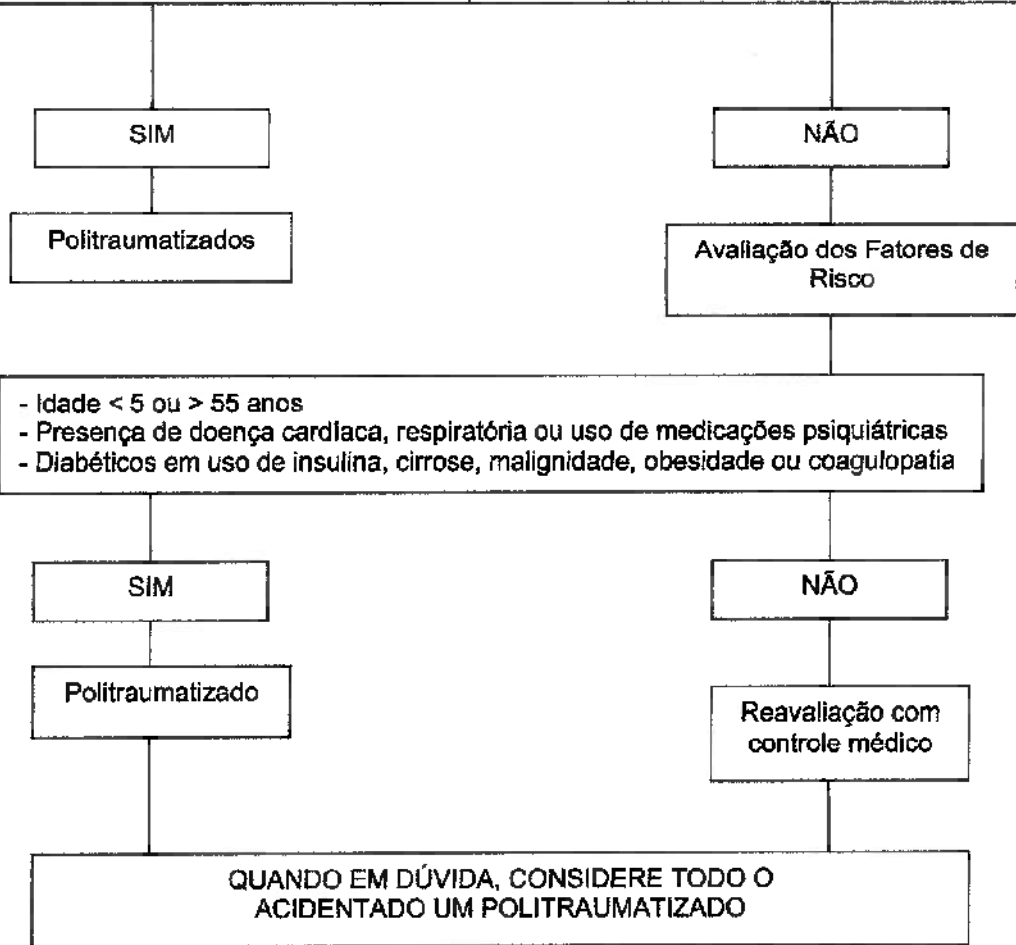


São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Frequência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none"> - Ejeção do automóvel - Morte no mesmo compartimento do passageiro - Atropelamento - Impacto de alta velocidade - Velocidade inicial > 64 Km/h - Mudança de velocidade > 32 Km/h - Maior deformidade > 50 cm - Intrusão no compartimento do passageiro > 30cm 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo resgate > 20min - Queda > 20 pés (± 6 metros) - Capotagem - Lesão do pedestre com impacto significativo > 8Km/h - Impacto de motocicleta > 32Km/h com separação da roda do guidão
--	---



ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

**PACIENTE POLITRAUMATIZADO
ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO**

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

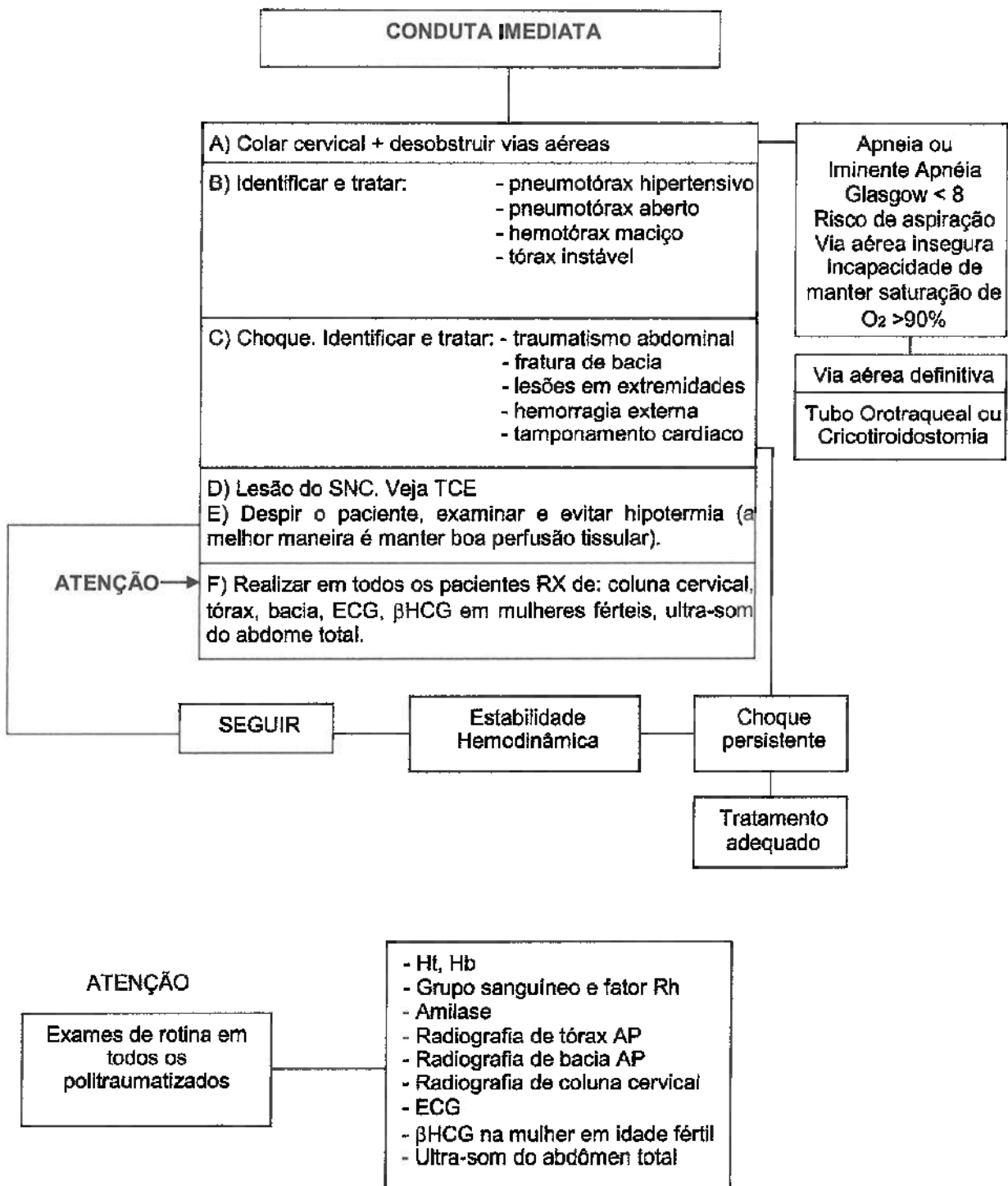
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

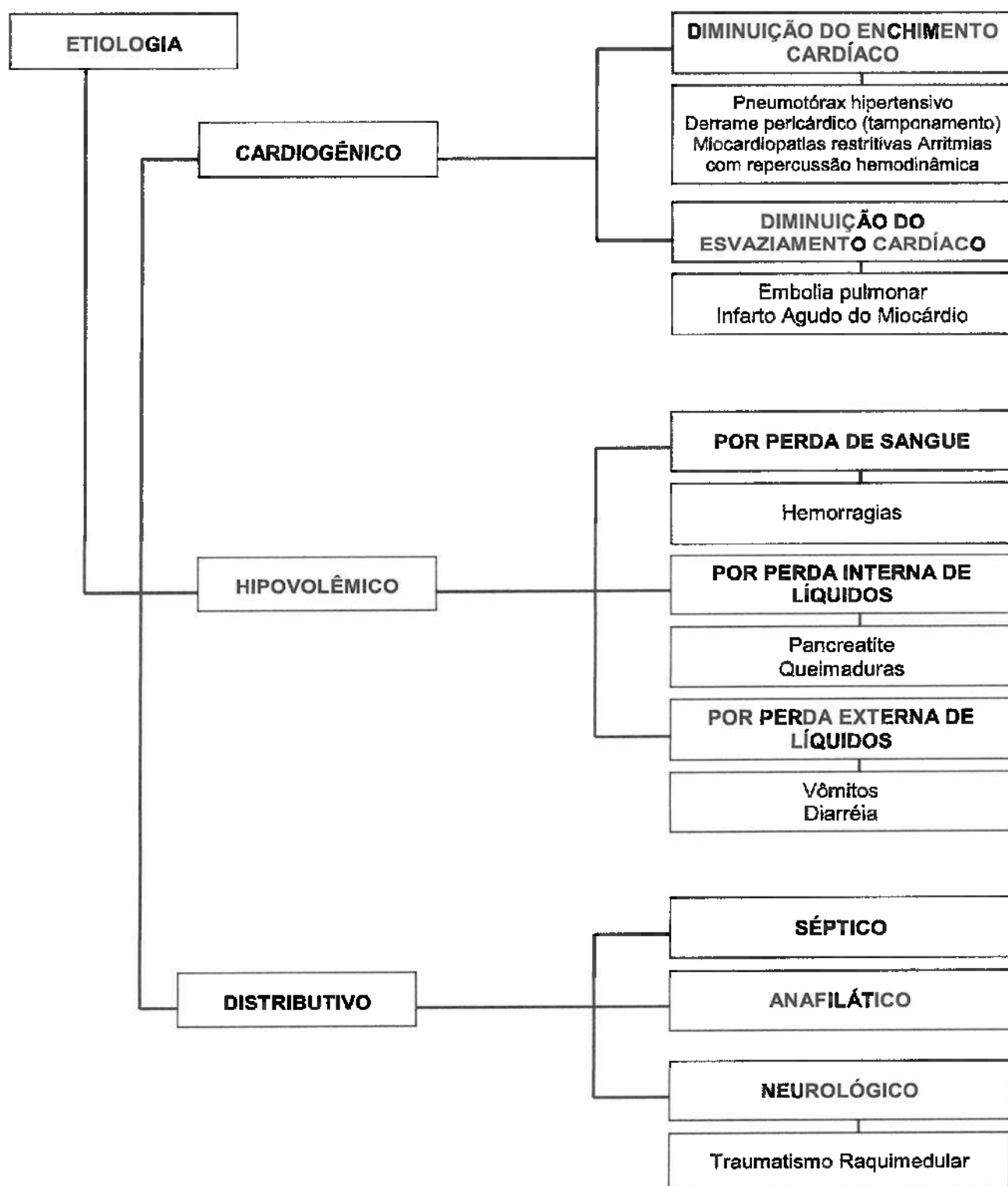
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

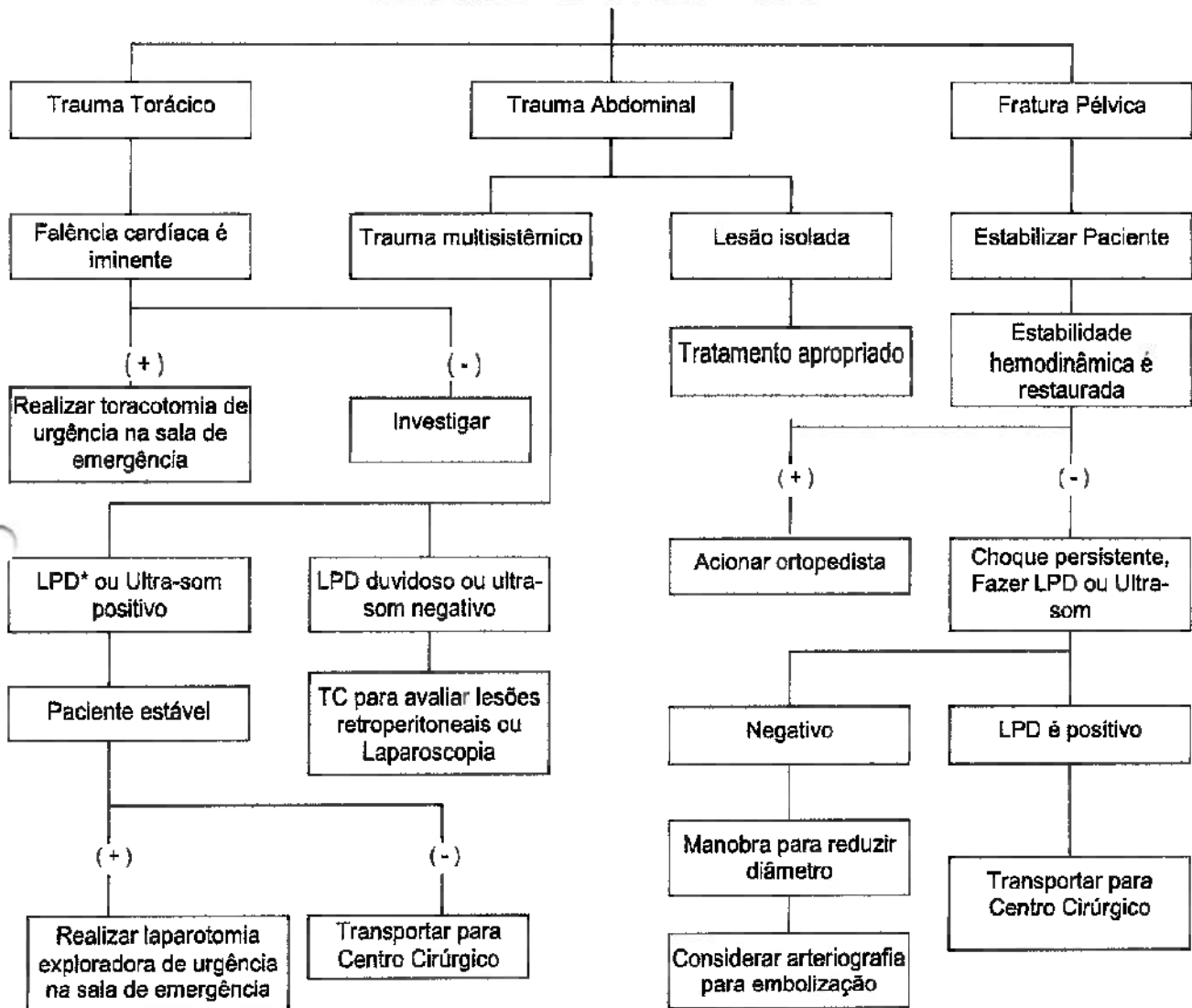
POLITRAUMATISMO



CHOQUE

DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO
EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



CHOQUE HIPOVOLÊMICO

(-) Não
(+) Sim

TRATAMENTO

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
 Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),
 Se necessário infundir mais 3.000ml.
 Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide
 Não melhorou, usar sangue

*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

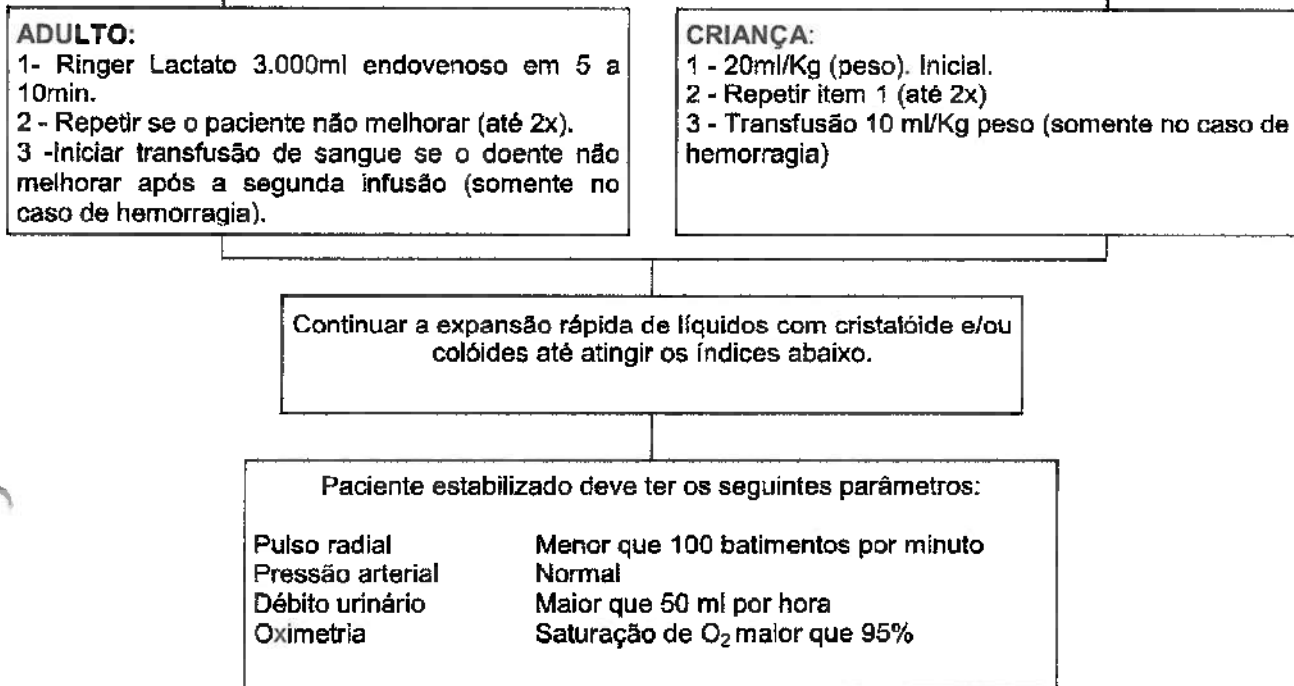
CHOQUE HIPOVOLÊMICO II**ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO**

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

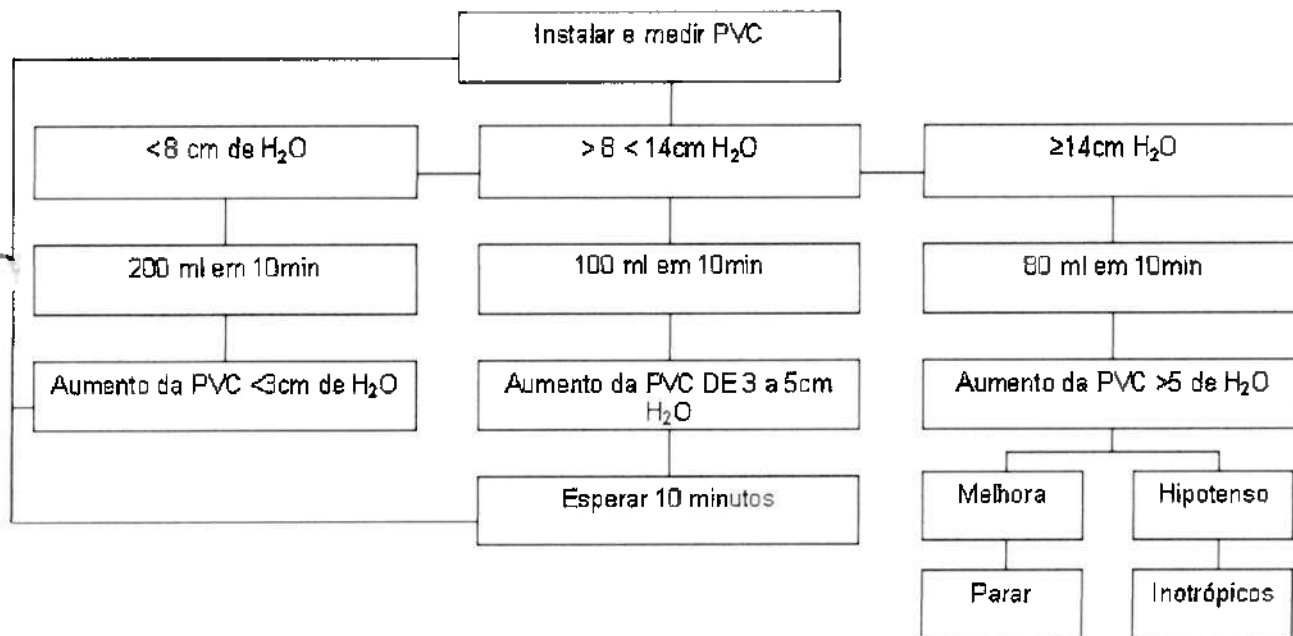
CHOQUE HIPOVOLÊMICO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

PRESSÃO COLOIDOSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL



ATENÇÃO:
OBSERVAR.

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com Jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

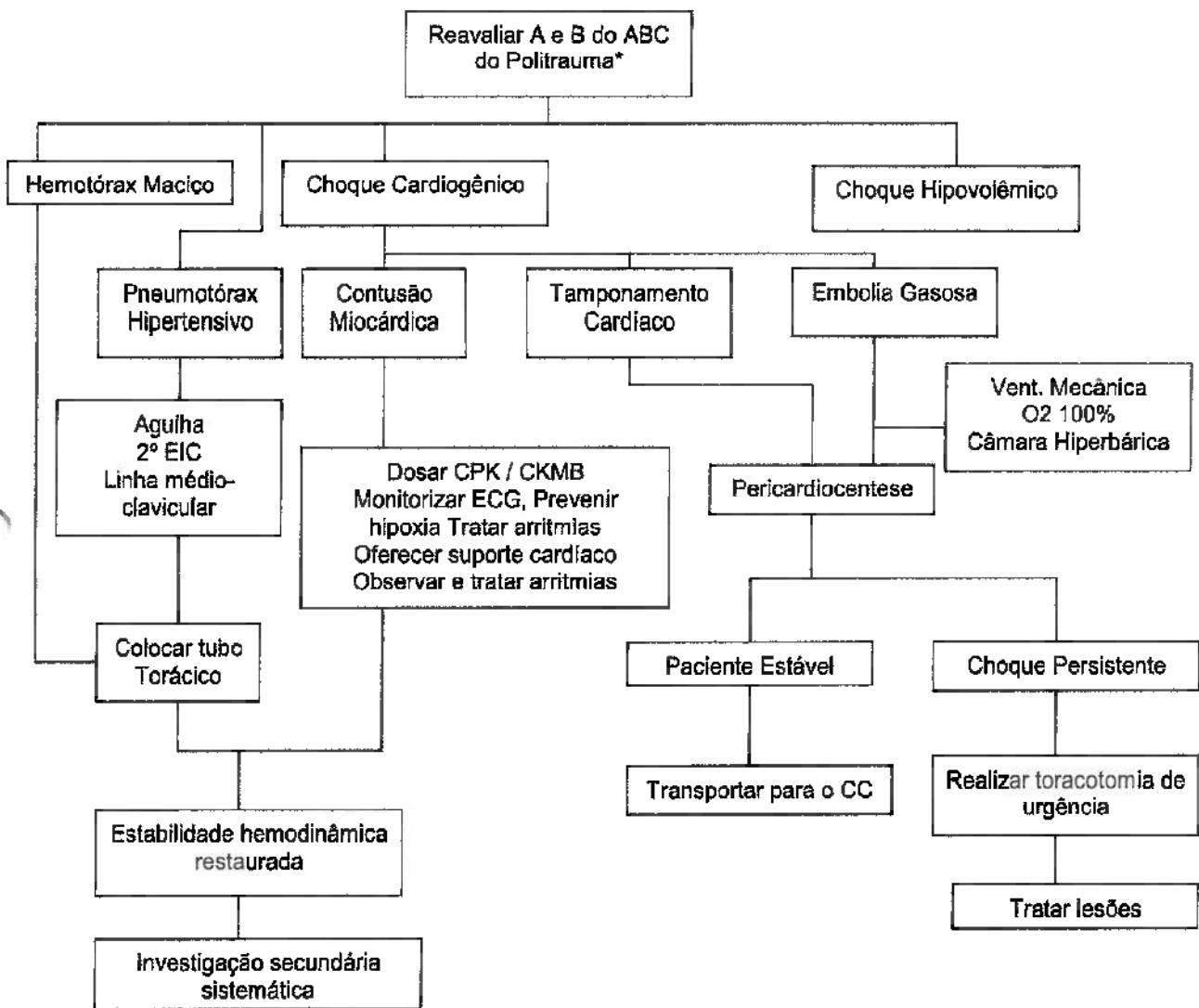
CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS**RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS**

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS

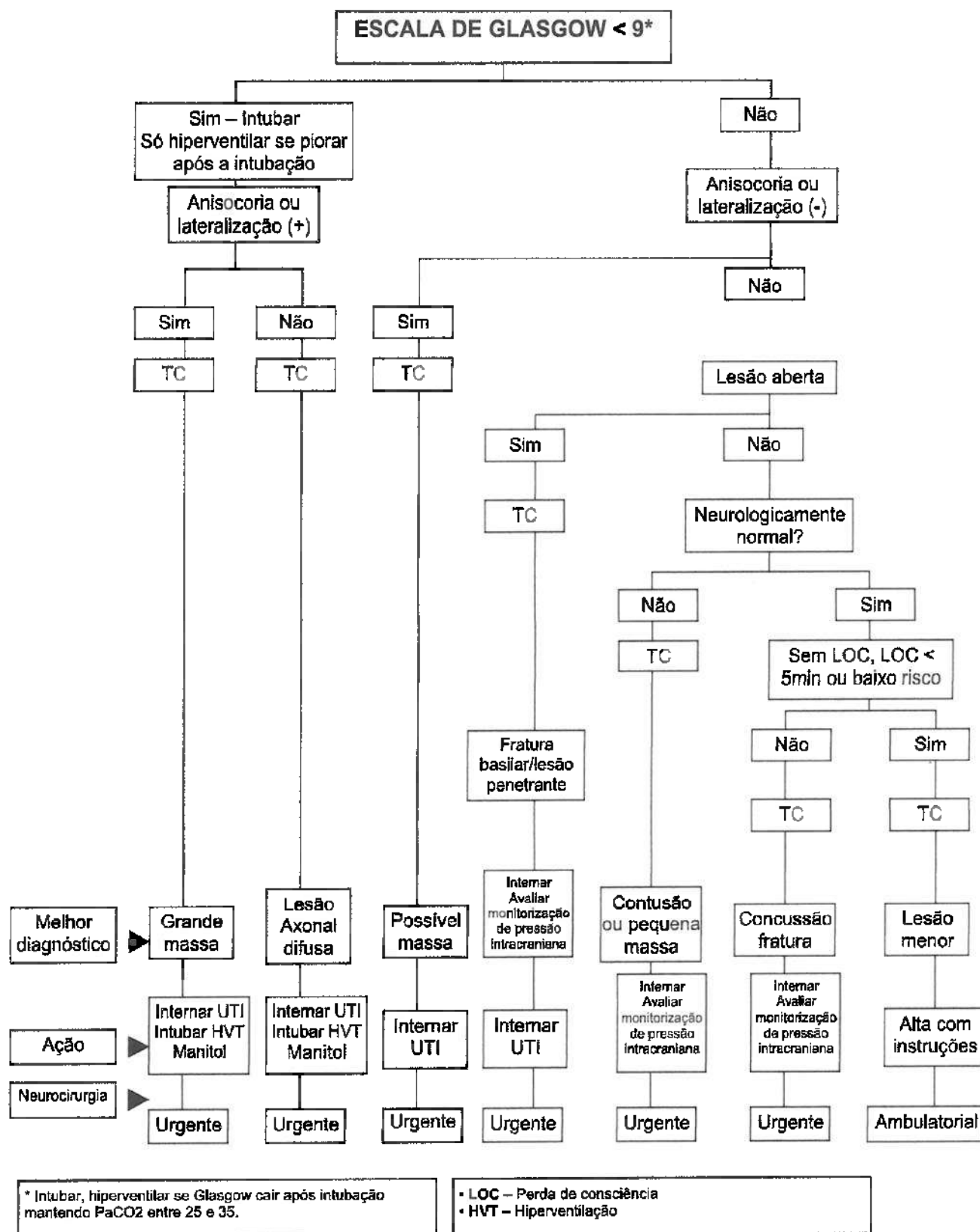
	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



*Abertura das vias aéreas com controle e estabilização da coluna cervical;
Boa ventilação e respiração que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controle da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;
Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;
Exposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

Controle da hipertensão intracraniana na admissão

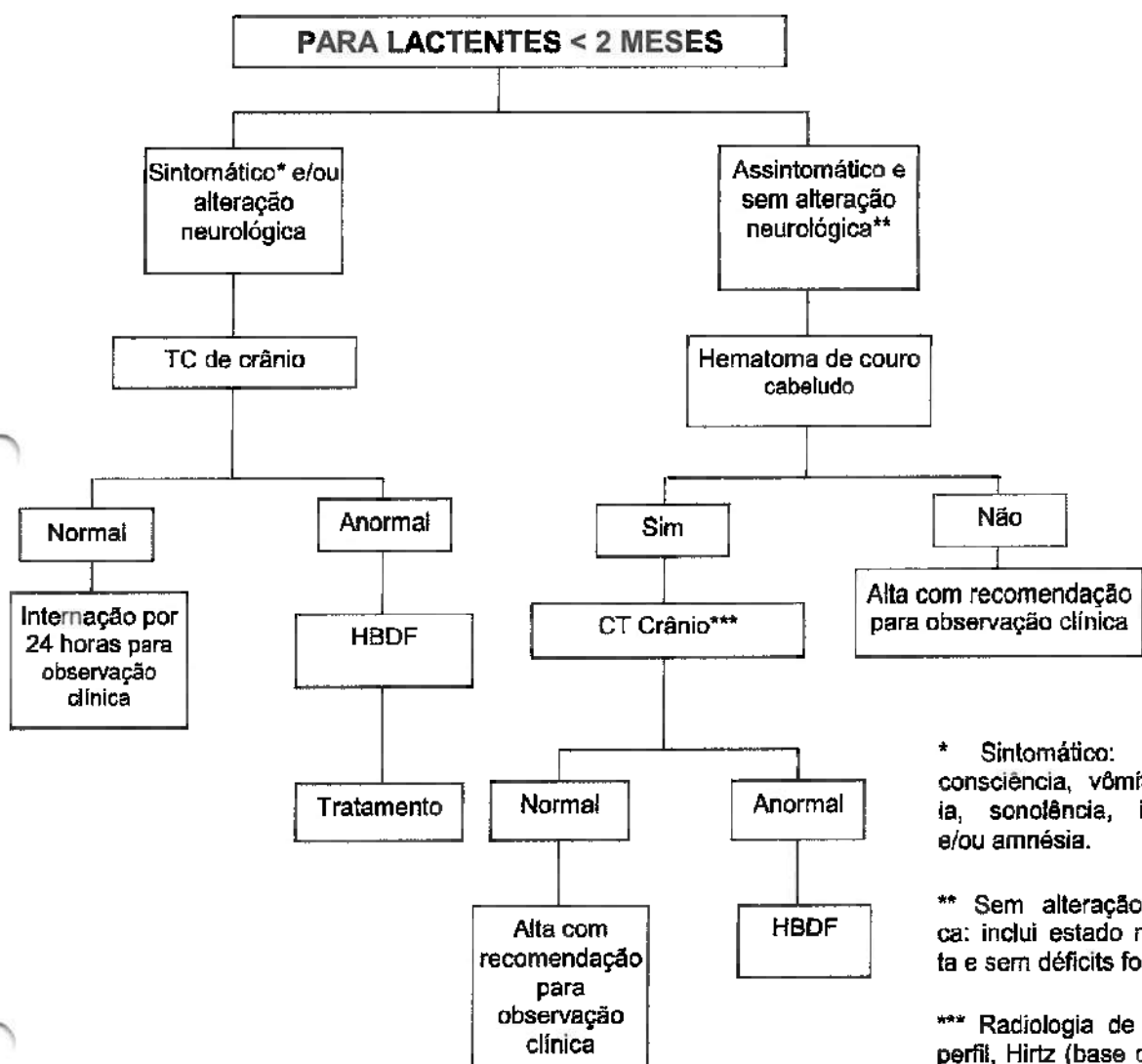
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

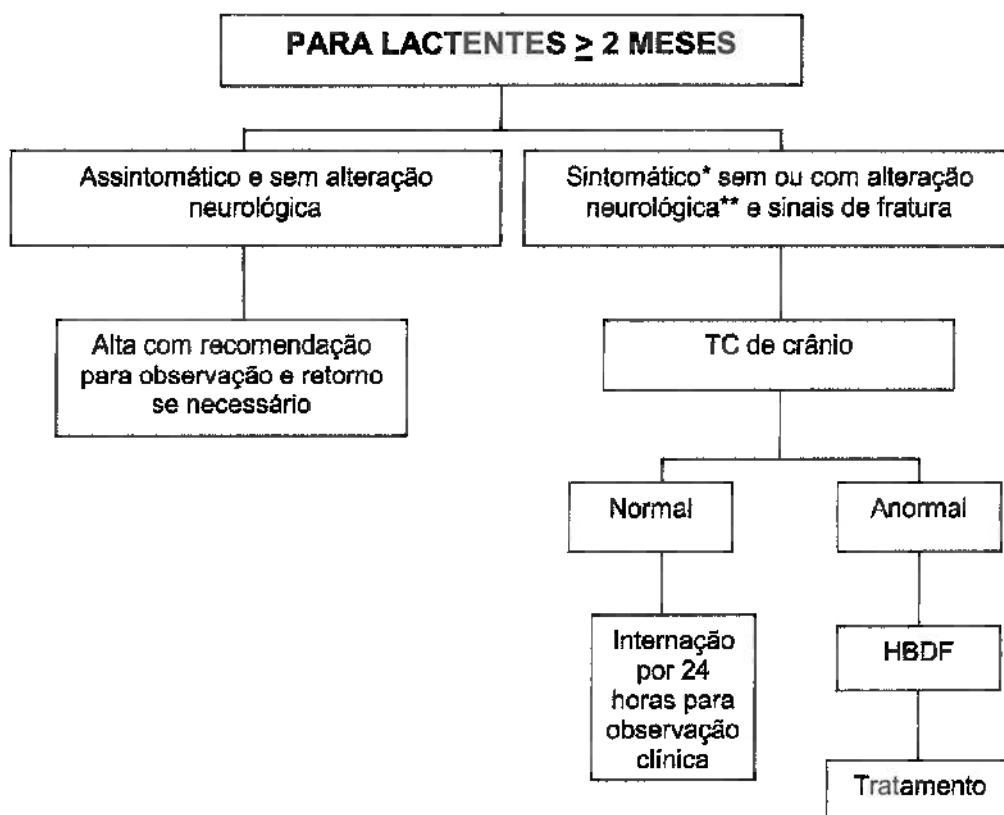
ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
Melhor resposta motora	Não responde	1
	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
Total		15

<p>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de trauma; • Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo; • Fontanela tensa e abaulada; • Amnésia prolongada; • Perda da consciência maior que 5 minutos; • Déficits neurológicos; • Vômitos incoercíveis; • Cefaléia intensa ou moderada; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária); • Rinorréia, otorréia e hemotímpano; • Alteração do diâmetro pupilar; • Suspeita de maus-tratos. <p>Observação Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	--

TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

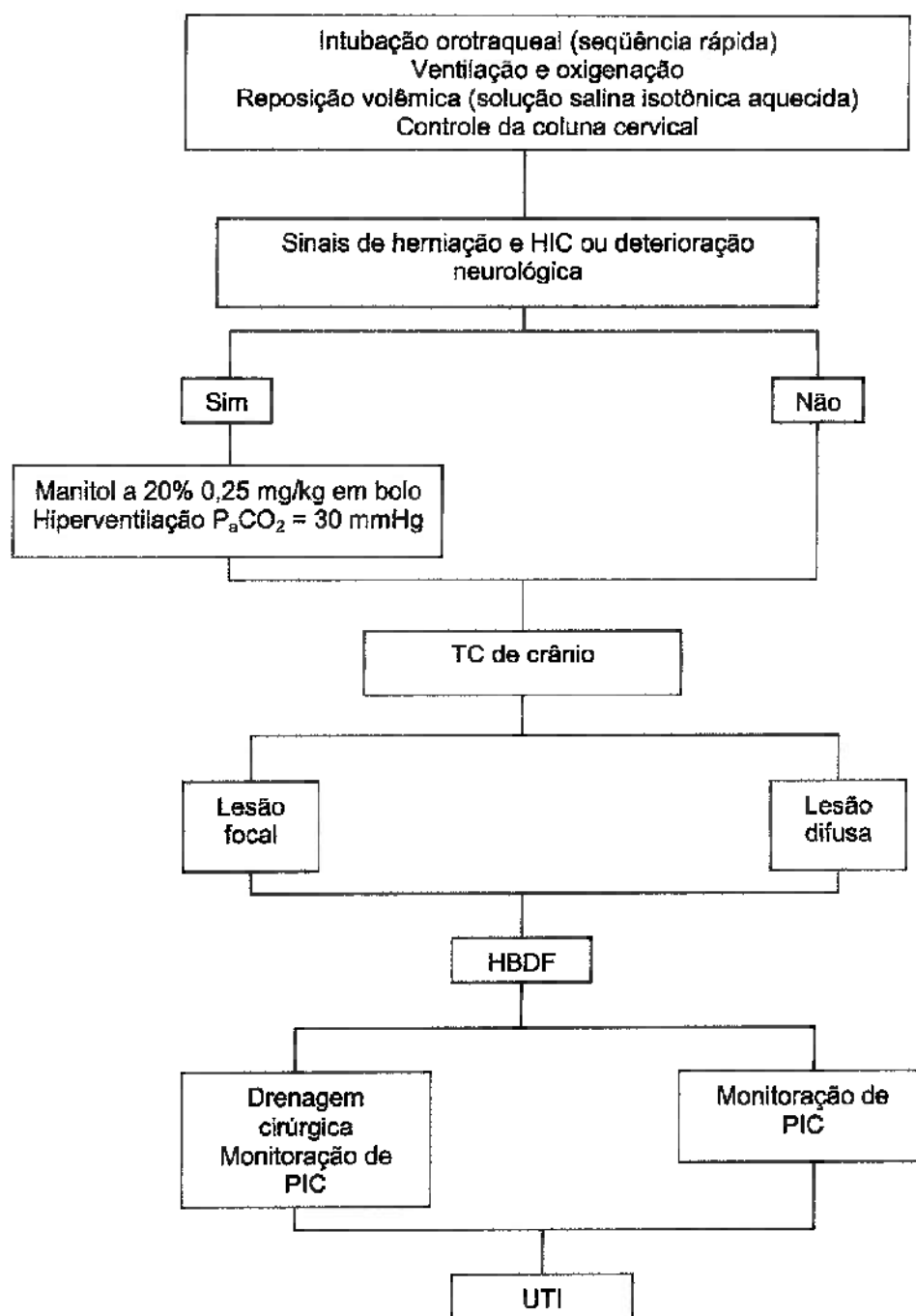
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

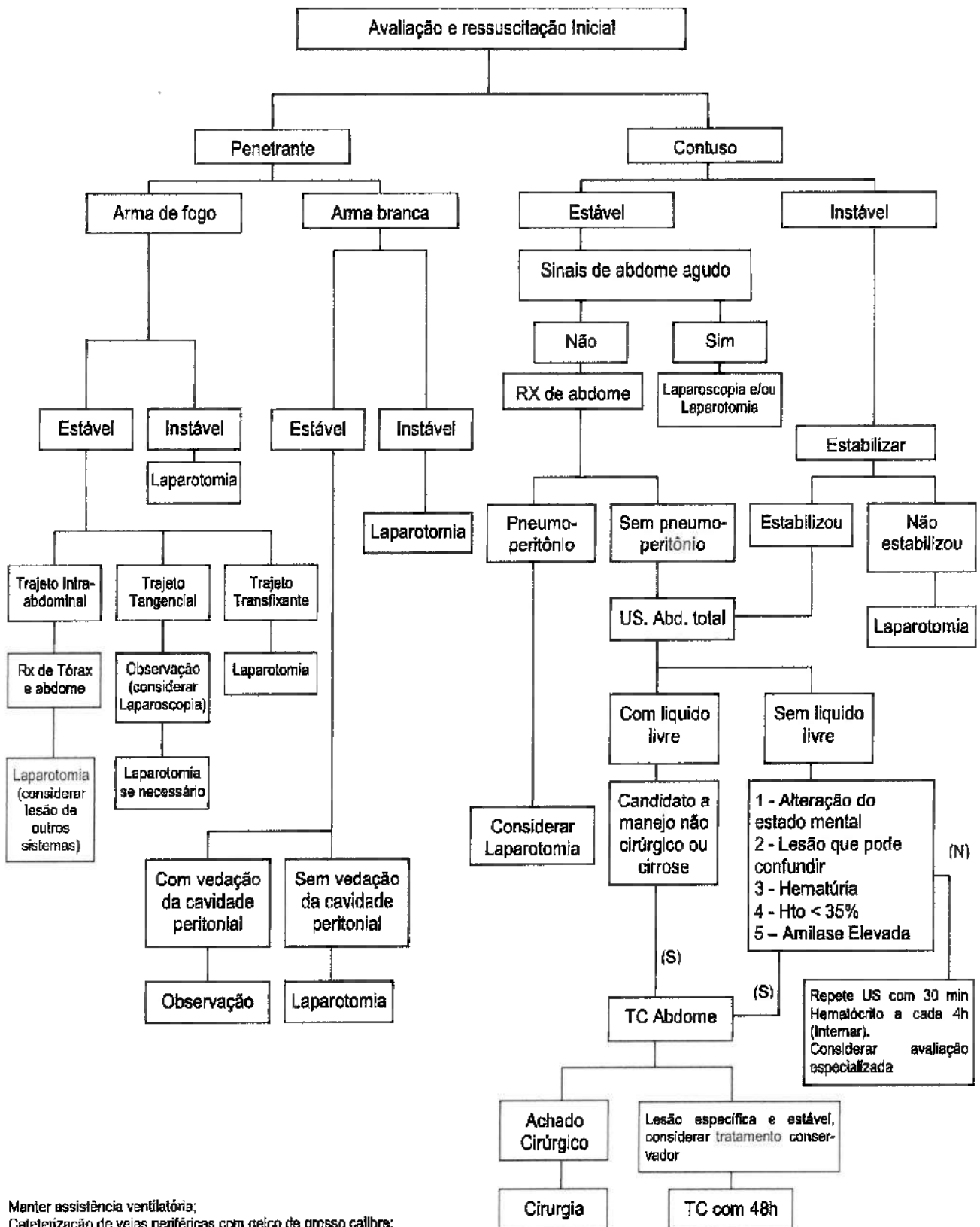
TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



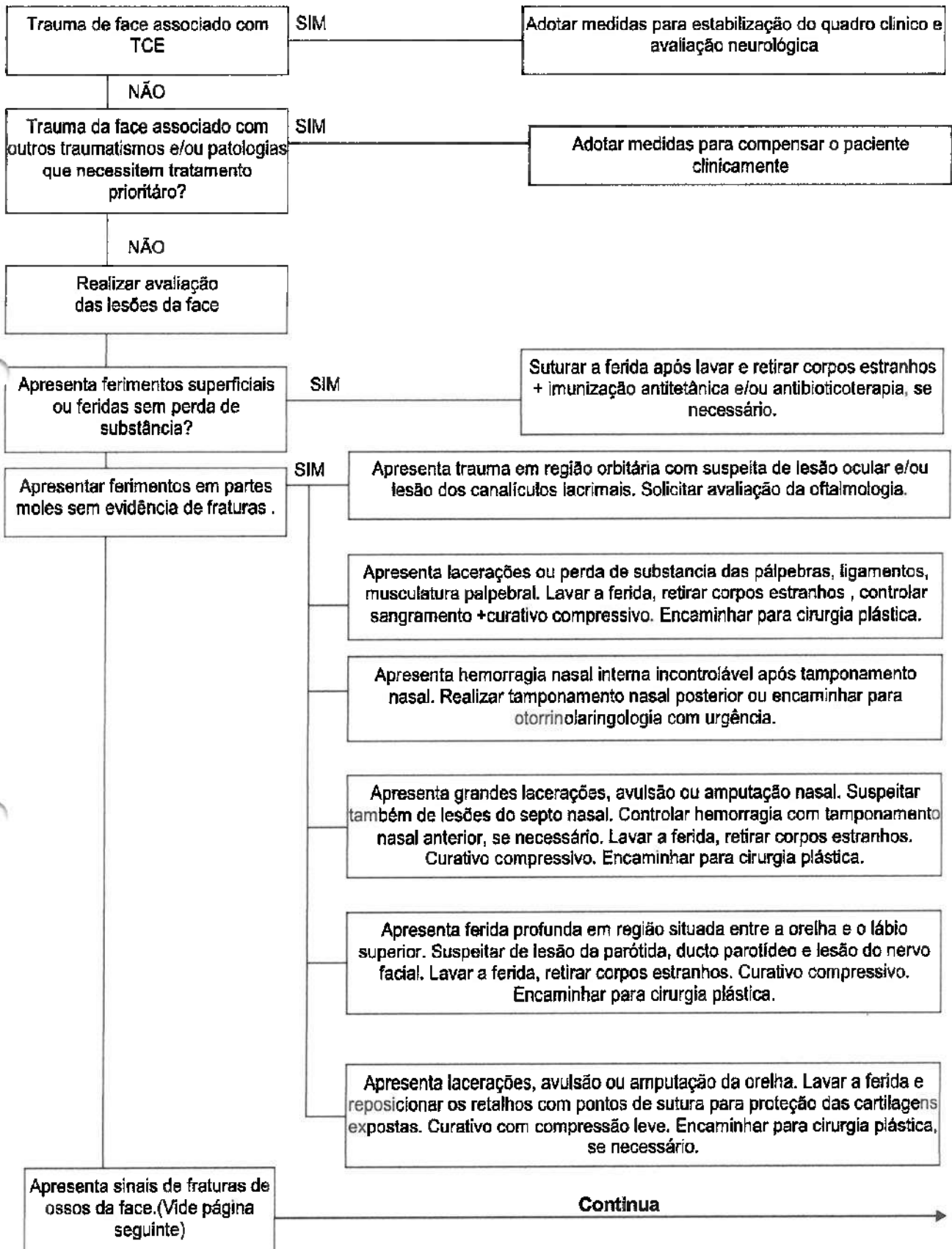
TRAUMATISMO ABDOMINAL



Mantém assistência ventilatória;
Cateterização de veias periféricas com gaúcho de grosso calibre;
Prevenir e tratar o choque;
Sondagem vesical de demora;
Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.
Observar contra-indicações para passagem de sonda vesical

TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)



Apresenta sinais de fraturas de ossos da face.

Suspeitar de fratura da mandíbula quando houver evidências de: impacto na região mandibular (edema, escoriação, ferida).

- Mal oclusão dentária
- crepitação, mobilidade de fragmentos ósseos,
- equimose no assoalho da boca,
- dormência no lábio inferior.

Confirmar com radiografias*.

Suspeitar de fratura do maxilar quando houver evidências de:

- impacto no terço médio da face
- mal oclusão dentária
- mobilidade de fragmentos ósseos da maxila
- rinorragia bilateral.
- edema, equimose ou hematóse em área periorbitária bilateral,
- hemorragia sub-conjuntival bilateral,
- face achatada por retrusão da maxila

Confirmar com radiografias*

Suspeitar de fratura do nariz quando houver evidências de:

- impacto na região nasal
- deformidade nasal (desvio, selamento)
- edema nasal
- hematoma periorbitário
- rinorragia
- crepitação óssea
- desvio ou hematoma de septo nasal

Confirmar com radiografias*

Suspeitar de fraturas na região orbitária quando houver evidências de:

- impacto na região orbitária
- edema e hematoma palpebral
- hemorragia sub-conjuntival
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior
- oftalmoplegia
- diplopia (visão dupla)
- quemose (edema conjuntival)
- distopia cantal interna e/ou externa.
- epicanto, estrabismo convergente

Confirmar com radiografias*

Suspeitar de fratura do zigoma quando houver evidências de:

- impacto na região malar
- edema órbita palpebral
- oclusão da rima palpebral
- hematoma periorbitário
- hemorragia subconjuntival
- aplainamento da hemiface por apagamento da eminência malar
- neuropraxia do nervo infraorbitário
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior ipsilateral
- dificuldade para abrir a boca por bloqueio da mandíbula pelo arco zigomático afundado

Confirmar com radiografias*

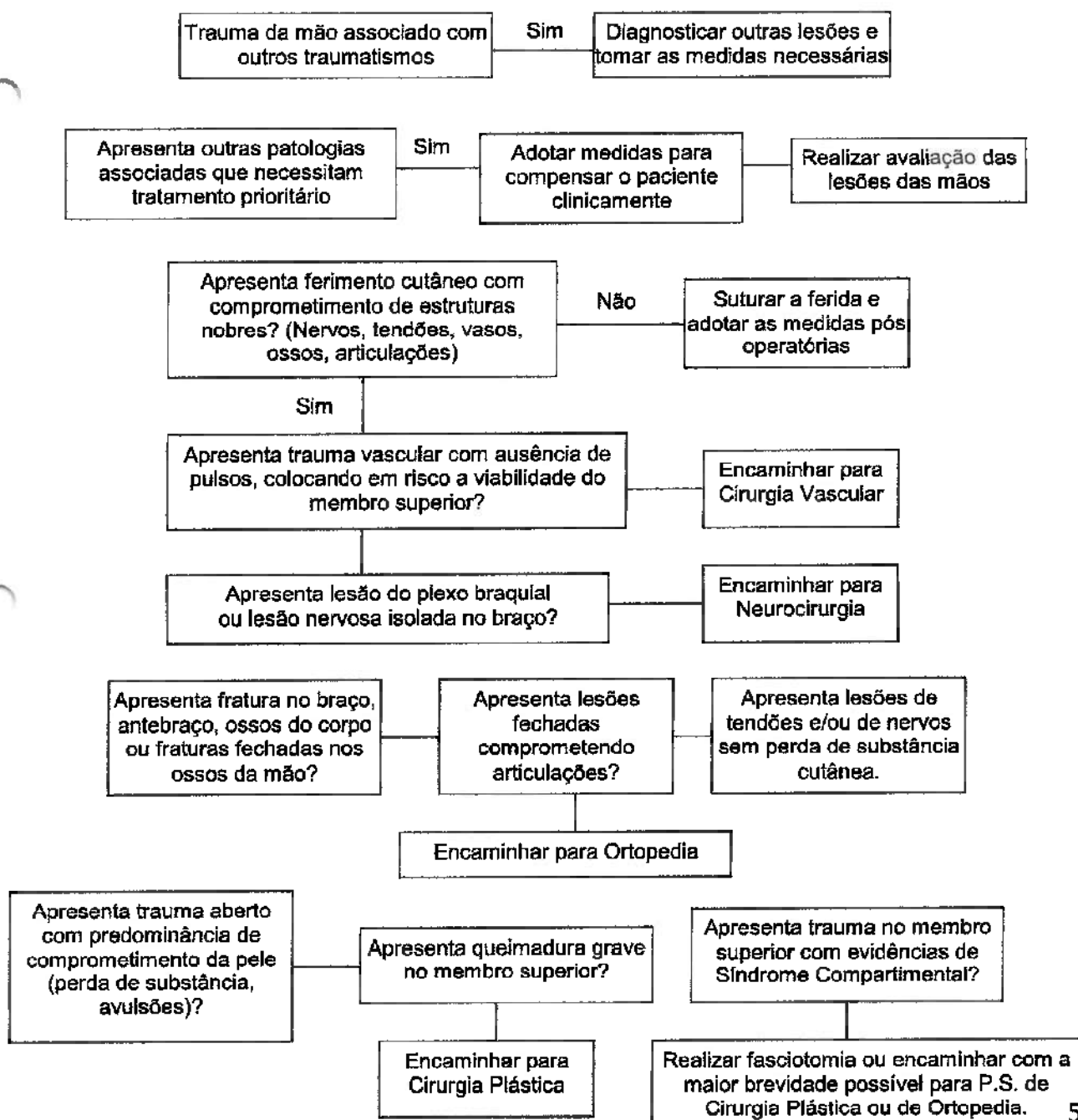
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zígomaxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomá-tica- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

TRAUMATISMO DE MÃO



PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

	(Máximo) (50)	(50)	(56) (56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque
	(Máximo)	(100)		(112)	(112)

 Contração voluntária anal (sim/não)

 Qualquer sensibilidade anal (sim/não)
MOTOR

- 0 – Paralisia total
- 1 – Contração visível ou palpável
- 2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
- 3 – Movimento ativo contra a força da gravidade
- 4 – Movimento ativo contra alguma resistência
- 5 – Movimento ativo contra grande resistência
- NT -- Não testável

SENSIBILIDADE

- 0 – Ausente
- 1 – Comprometido
- 2 – Normal
- NT – Não testável

ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES NÍVEIS**ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS**

NÍVEL: _____

A – Completa

Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta

Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta

Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal

As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis: 7 – Independência Total 6 – Independência Total Aparentada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)	Controle dos Esfíncteres Admissão Alta	Locomoção Admissão Alta	
	Controle vesical	<input type="checkbox"/>	Caminhar,
		Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>
	Controle esfíncter anal	Escada	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade Admissão Alta	Comunicação Admissão Alta	
	Transferência:	Compreensão	<input type="checkbox"/>
	Cama, Cadeira de rodas	Expressão	<input type="checkbox"/>
	Banheiro	Cognição social	<input type="checkbox"/>
	Banheira, Chuveiro	Interação social	<input type="checkbox"/>
		Solução problemas	<input type="checkbox"/>
		Memória	<input type="checkbox"/>
Cuidados Pessoais Admissão Alta			
Alimentação	<input type="checkbox"/>		
Cuidados com aparência	<input type="checkbox"/>		
Banhos	<input type="checkbox"/>		
Vestir parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>		
Vestir parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>		
Asseio	<input type="checkbox"/>		
	MIF TOTAL: _____		

ESCORES DE TRAUMA

Obs: Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:
$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$
Para um valor total máximo de 7,84

*GCS - Glasgow

*BPM - Batimentos por minuto

*FR = Frequência Respiratória

*ETR = Escore de Trauma Revisado

IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivência.

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISS INJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Cálculo do ISS = $4 + 4 + 4$? ISS = $16 + 16 + 16 = 48$? ISS = 48

LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0/0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quanto do trauma. Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

530

ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados		3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados		3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Qualquer localização	1
	Laceração	Pele e subcutâneo	1
	Fratura	Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
		Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rotura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rotura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
		Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Couinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma Laceração	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
		Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão	3
4	Laceração	Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
		Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração Vascular	Destruição total do baço	5
		Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão Hematoma	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
		Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma Laceração	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
		Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração Vascular	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
		Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração Vascular	Destruição renal total	5
		Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemiações Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transseção total incontinida da aorta torácica Transseção total incontinida do hilo pulmonar	5 4

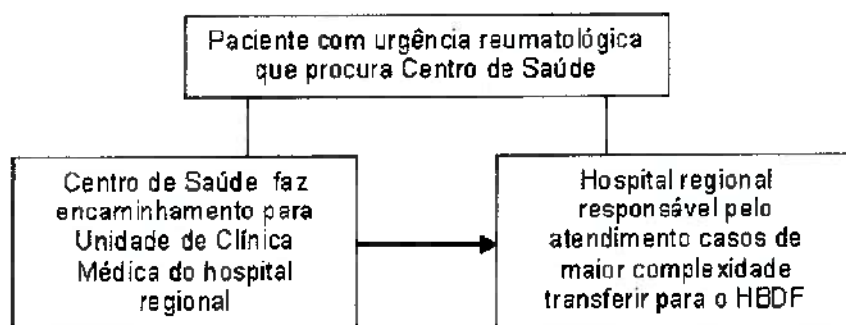
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

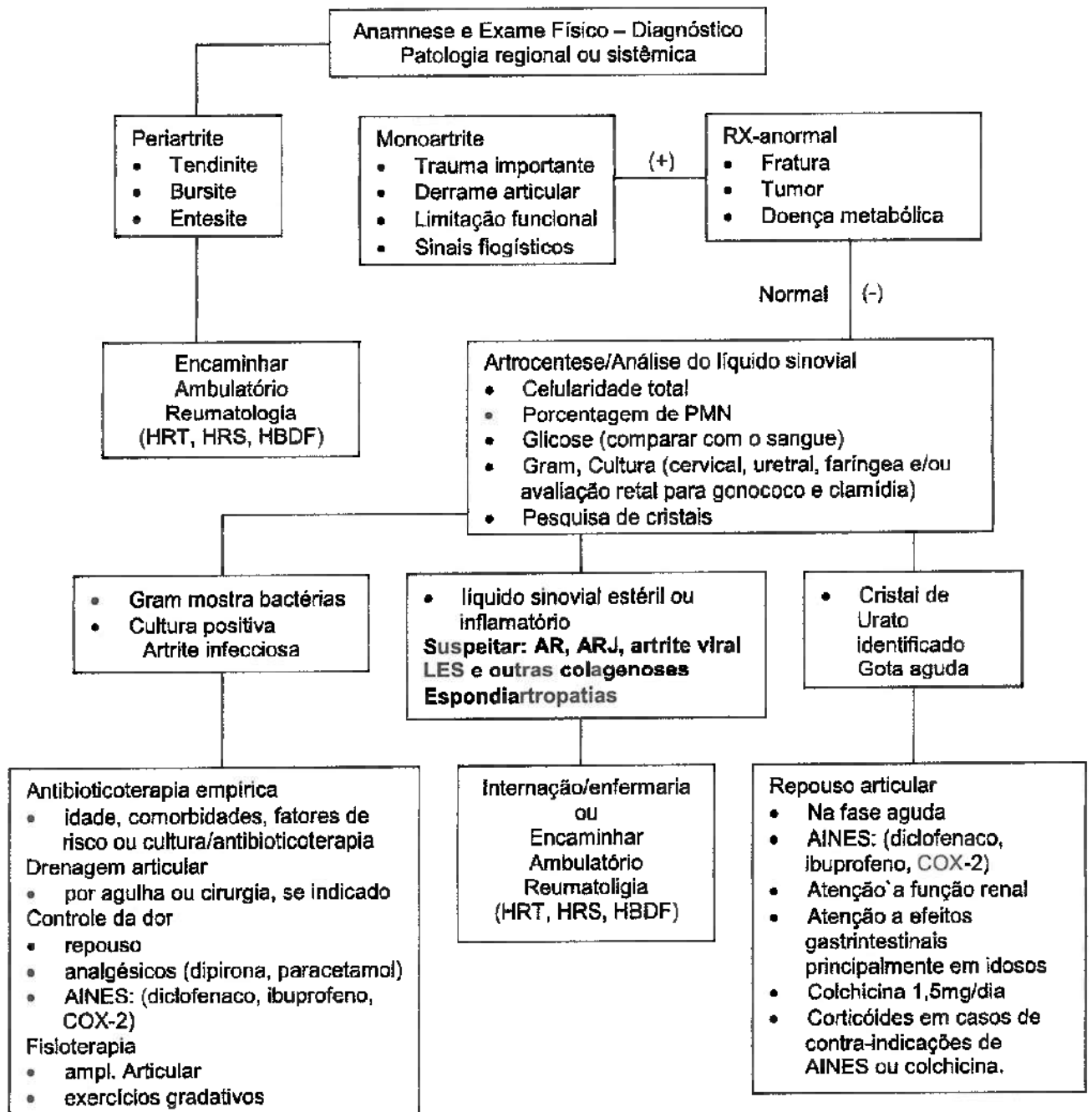
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

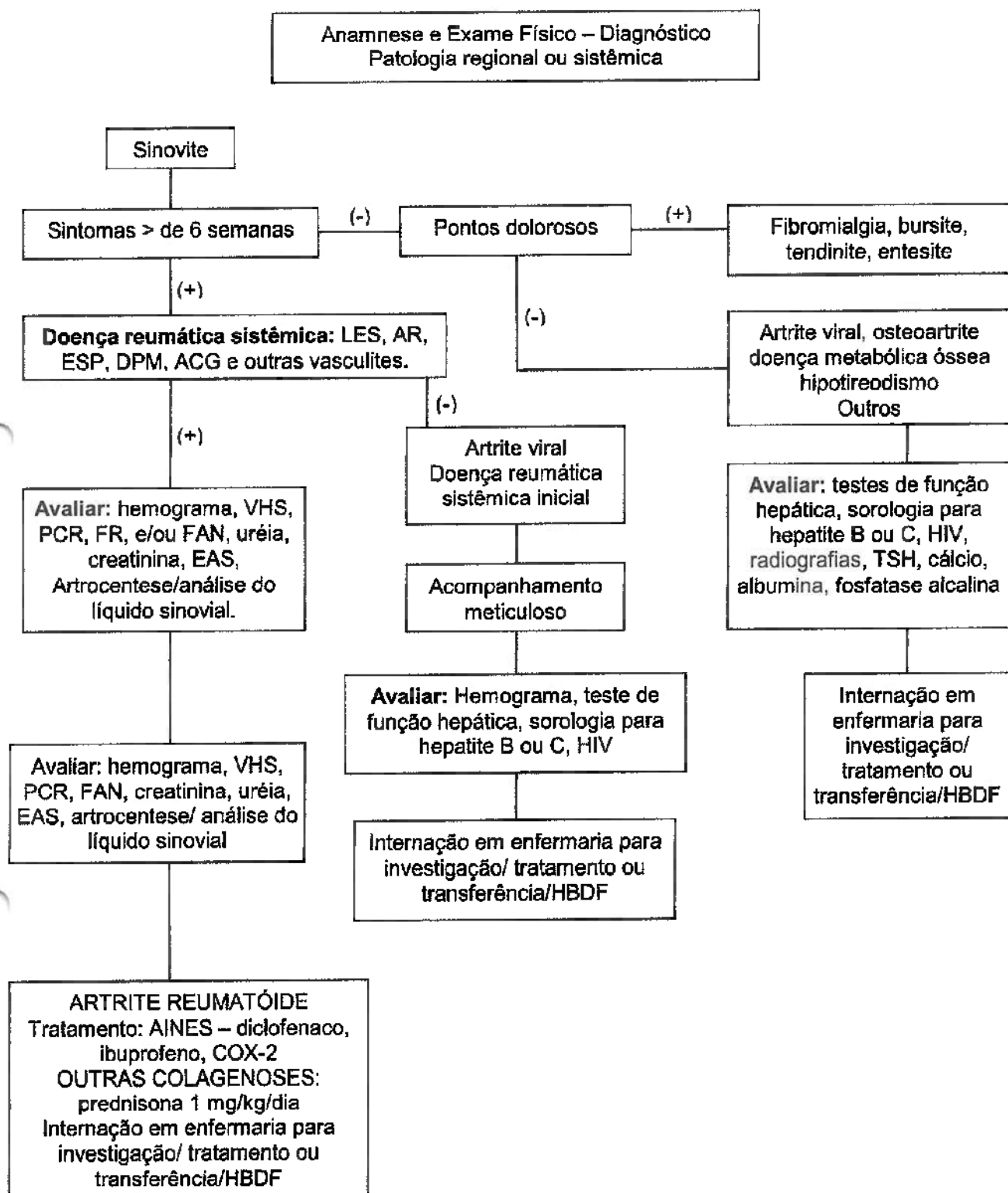


ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil). • Análise do líquido sinovial + cultura. • Relatar exames anteriores.
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar. • Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> • Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.

MONOARTRITE AGUDA



POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda equina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infecção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

TRATAMENTO:

Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

Aplicação de compressas frias ou quentes

Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

Relaxantes musculares

Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatômos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso:
Hemograma completo e cultura de secreções

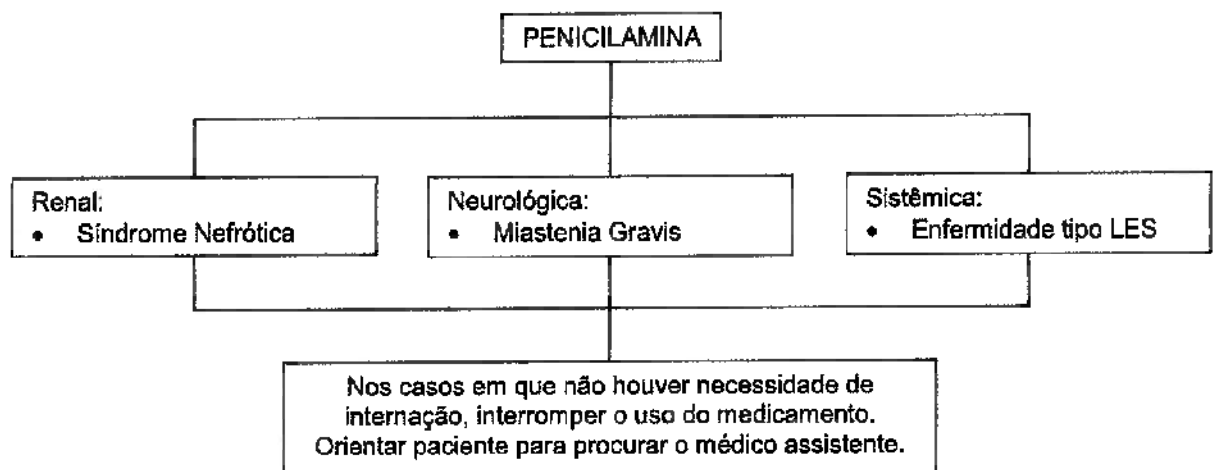
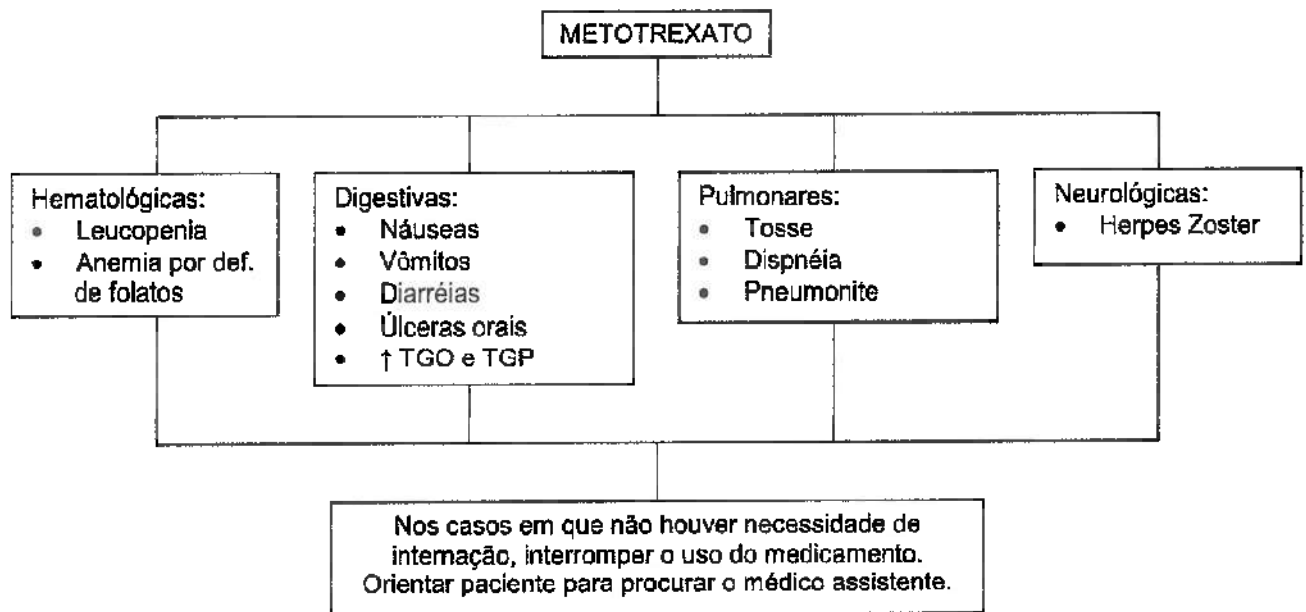
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

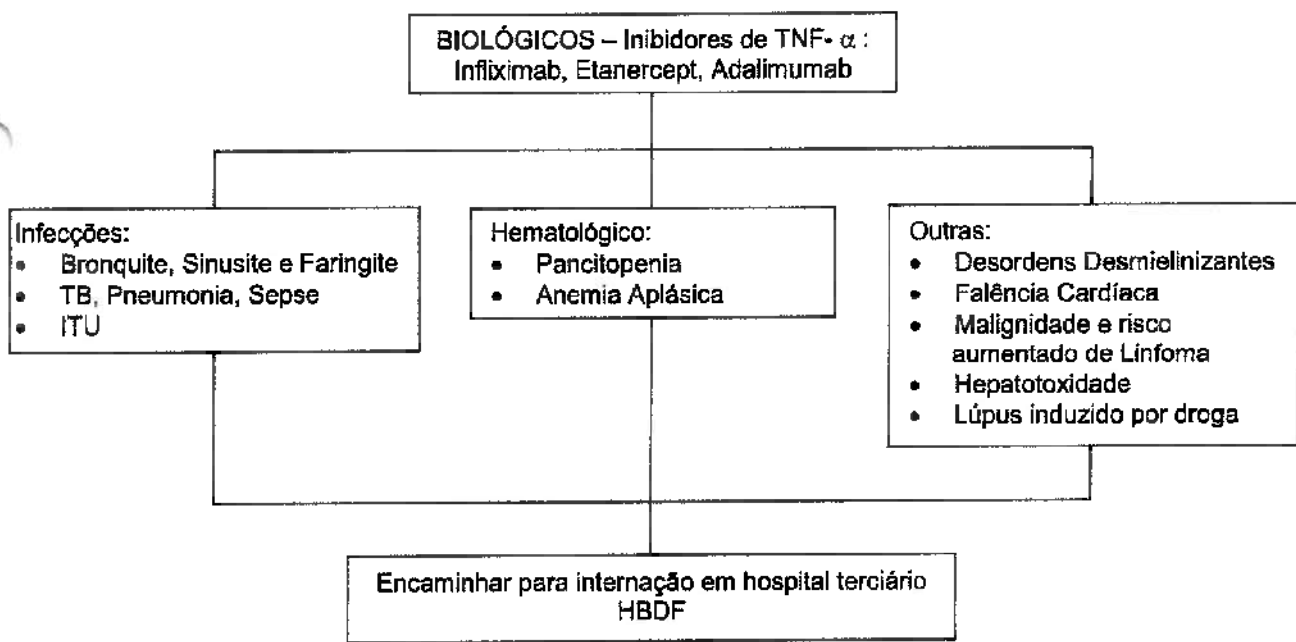
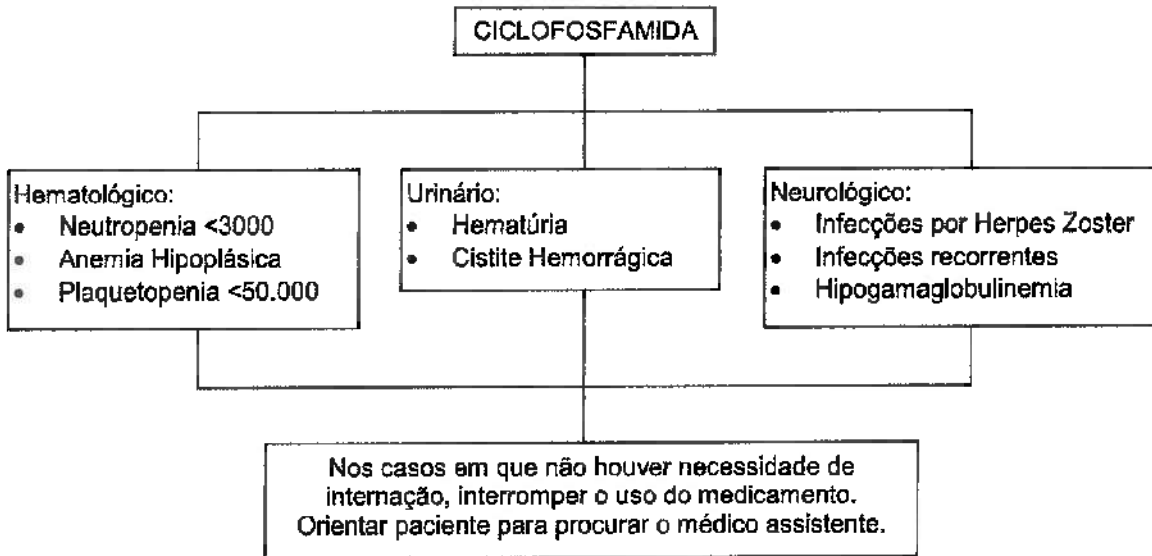
Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

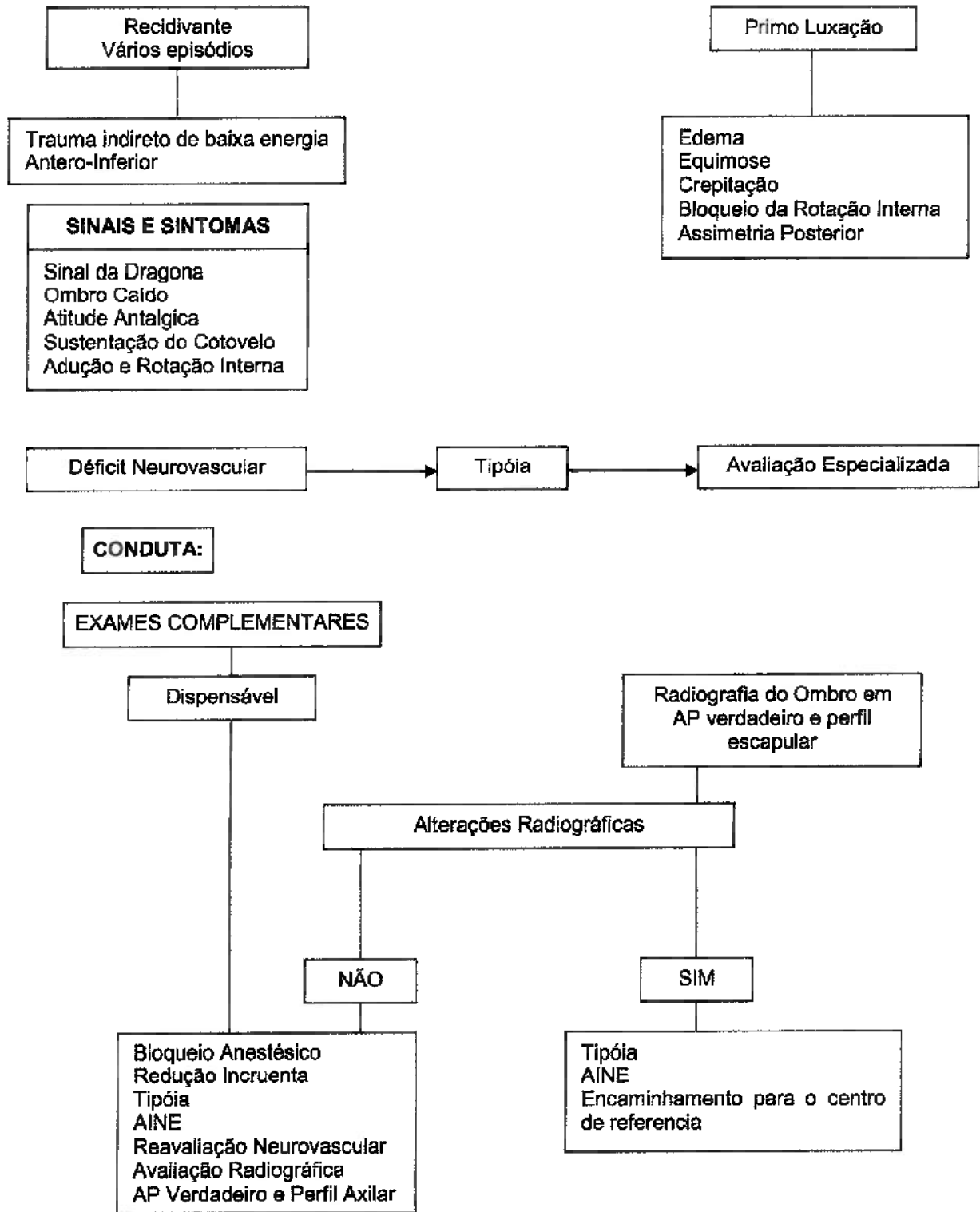
Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS





LUXAÇÃO DO OMBRO



ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO
Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

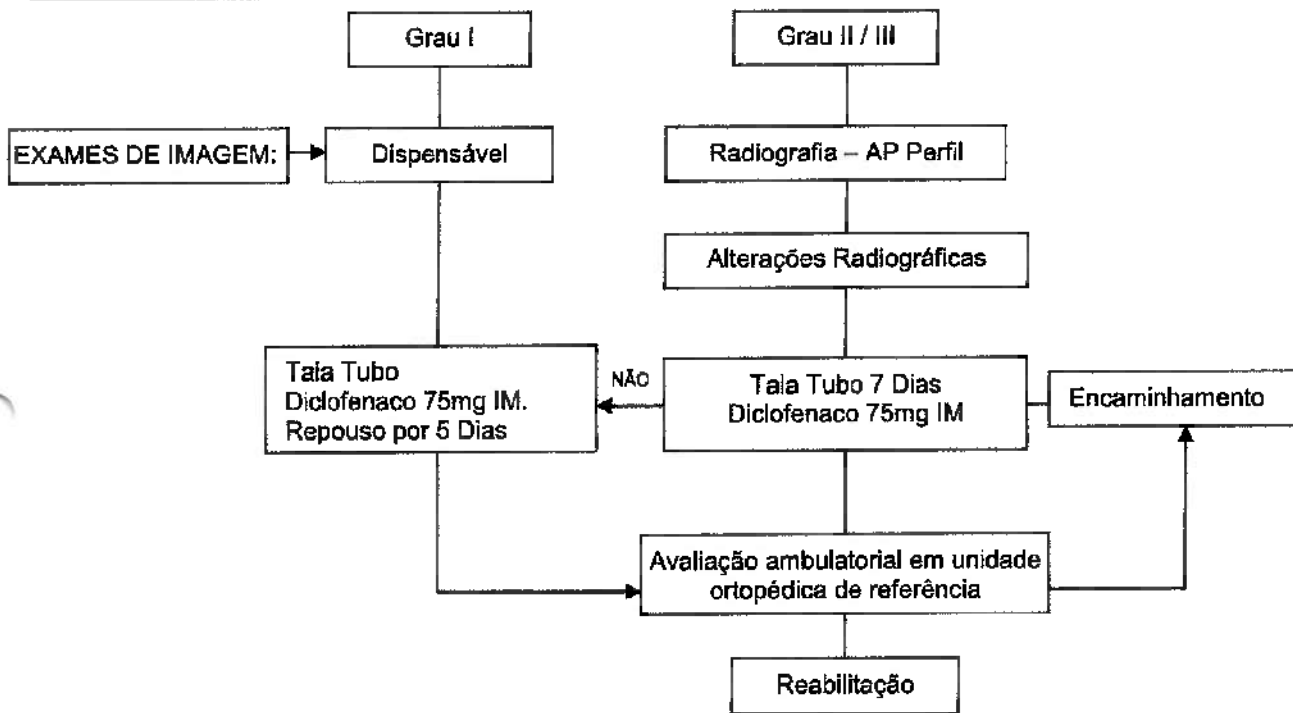
AVALIAÇÃO

Grau I – Leve: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – Moderado: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – Grave: Não suporta carga; Sensação de "Estalido". Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



ENTORSE DO TORNOZELO

LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

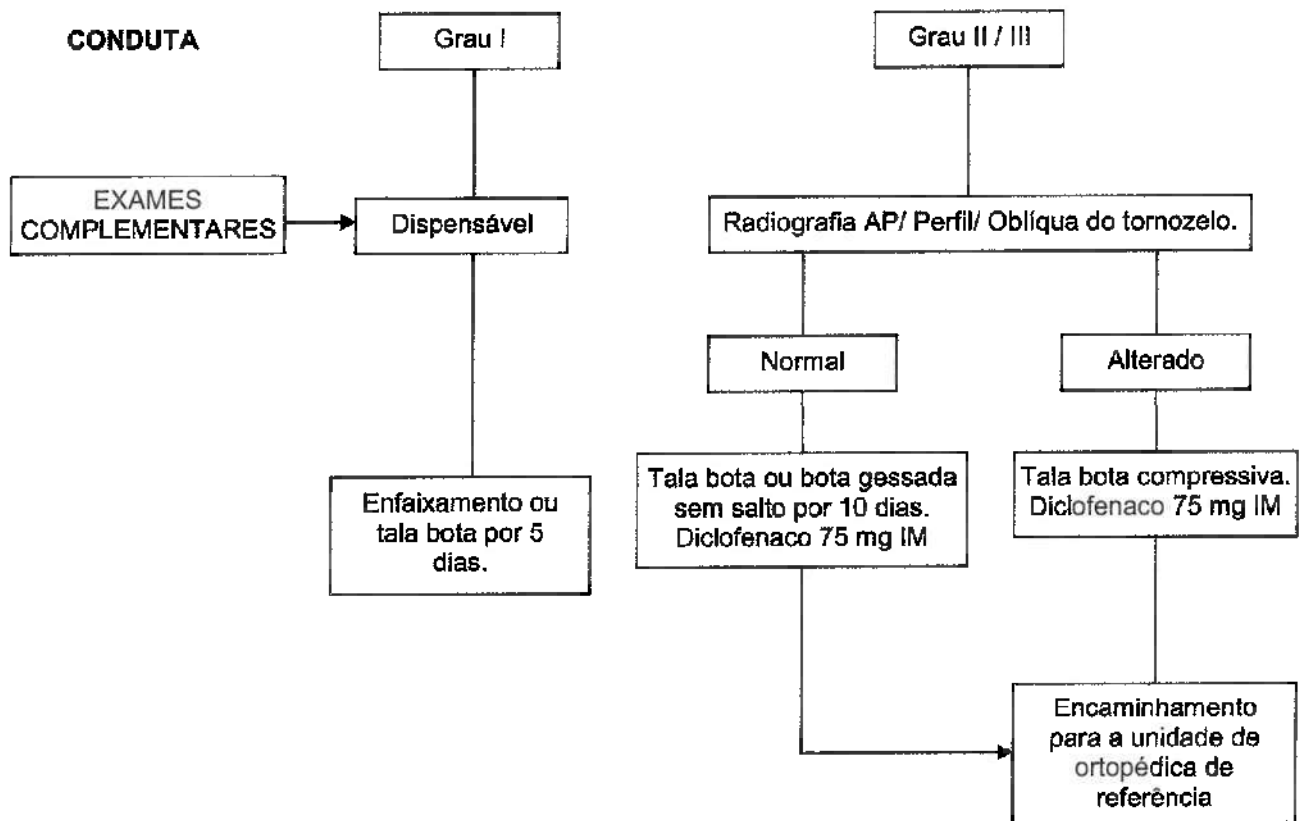
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas

CONDUTA



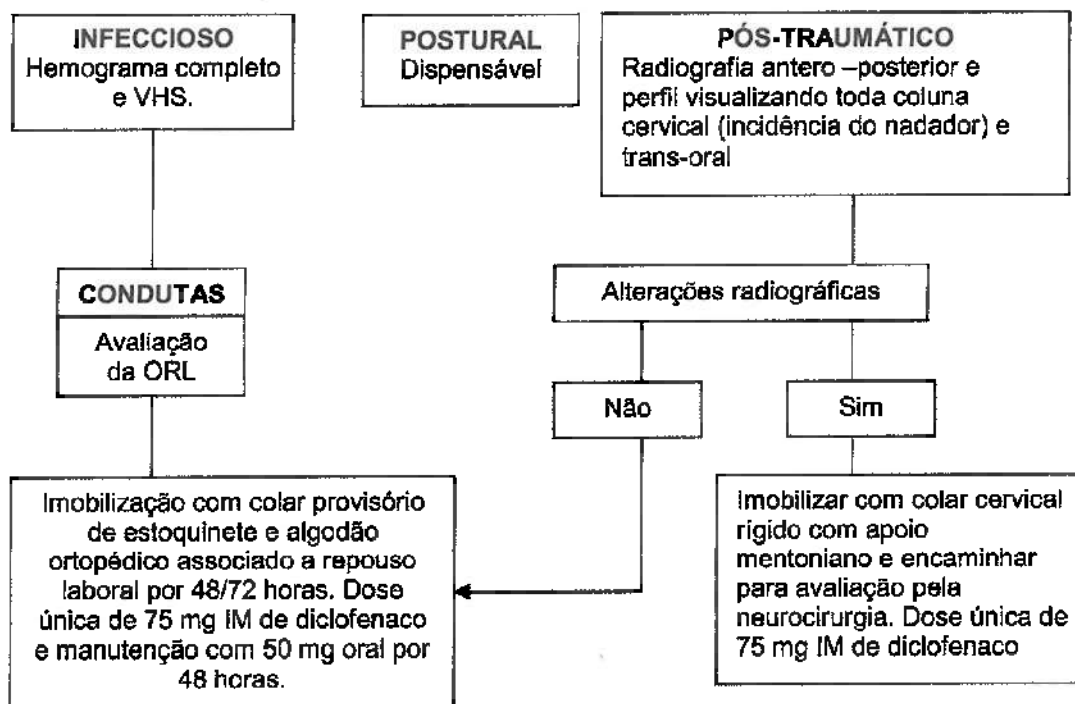
TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

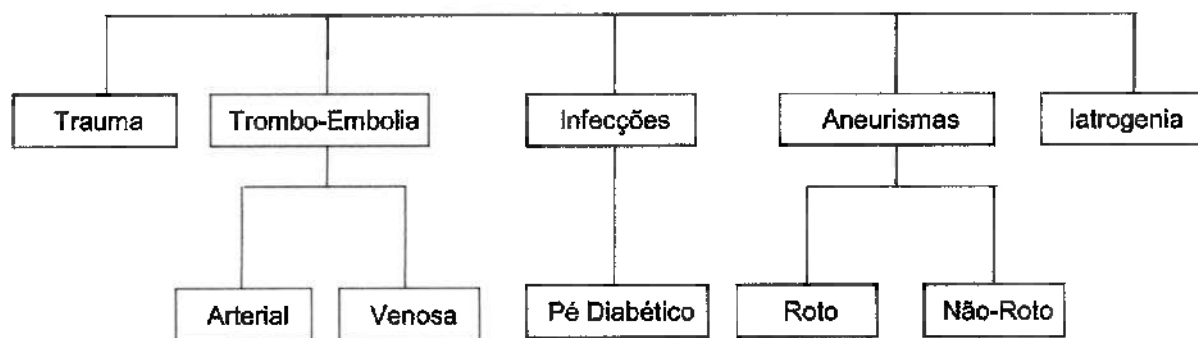
SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpção na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faringeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES



URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:

HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;

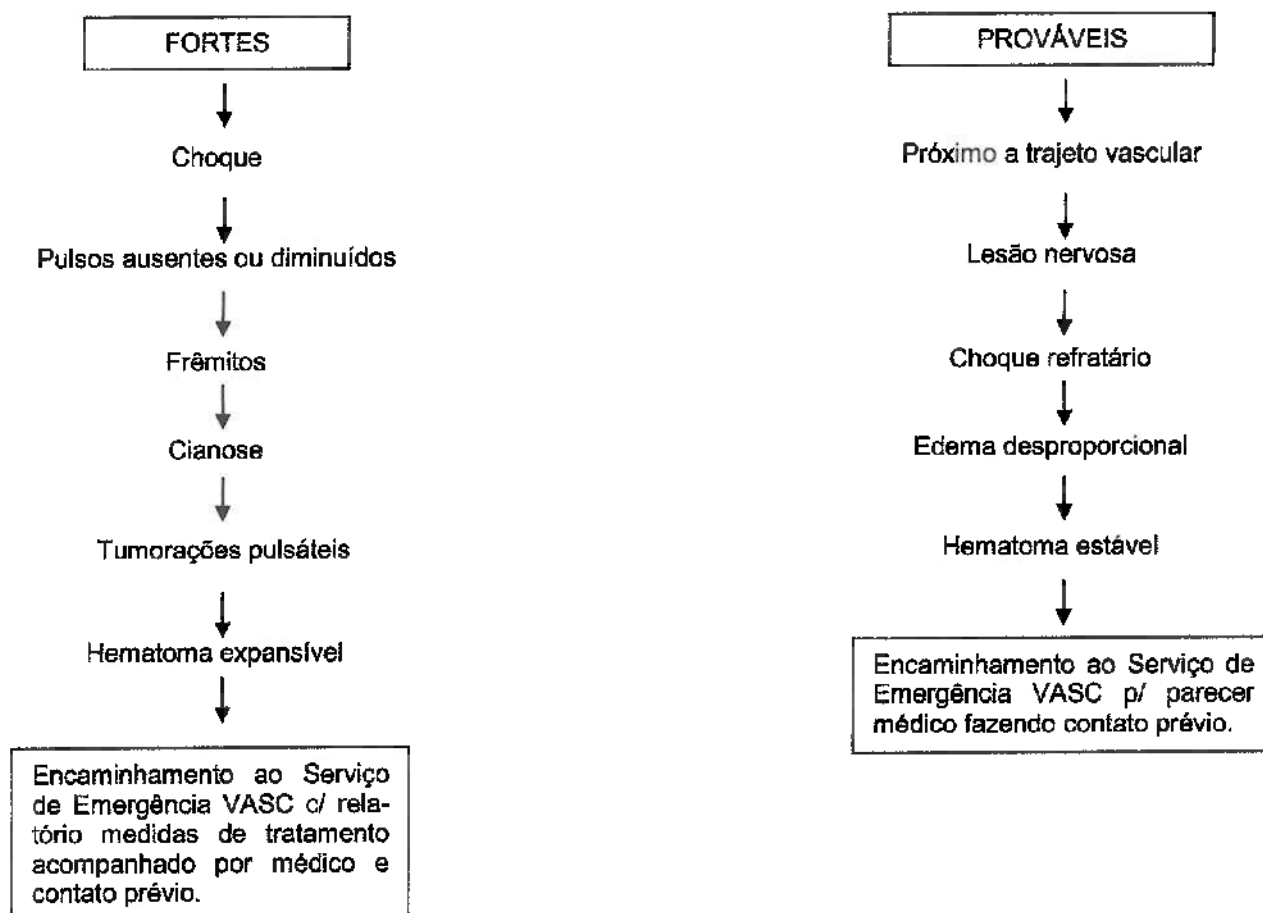
HRT – Ambulatório (Pareceres);

HRC – Ambulatório (Pareceres);

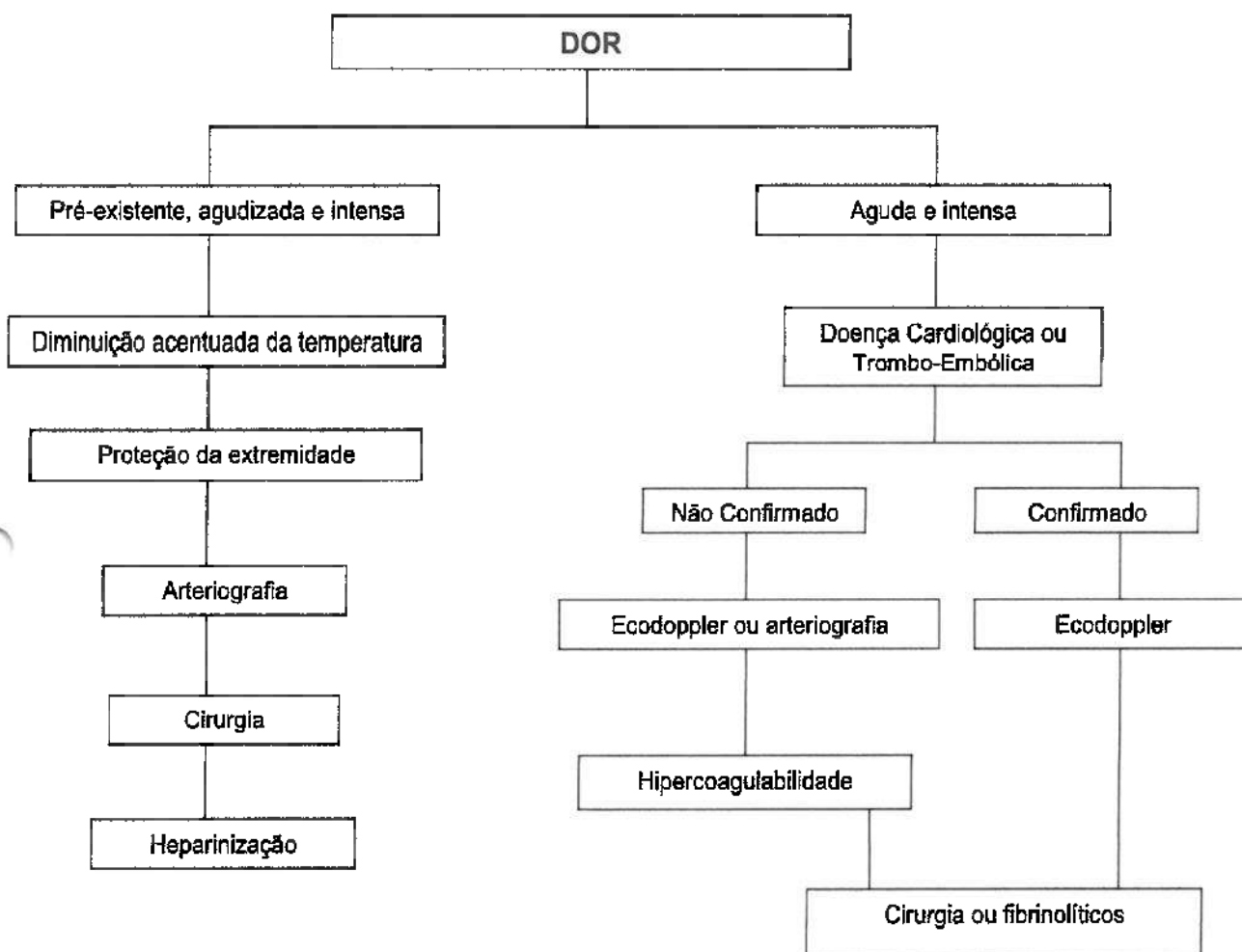
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

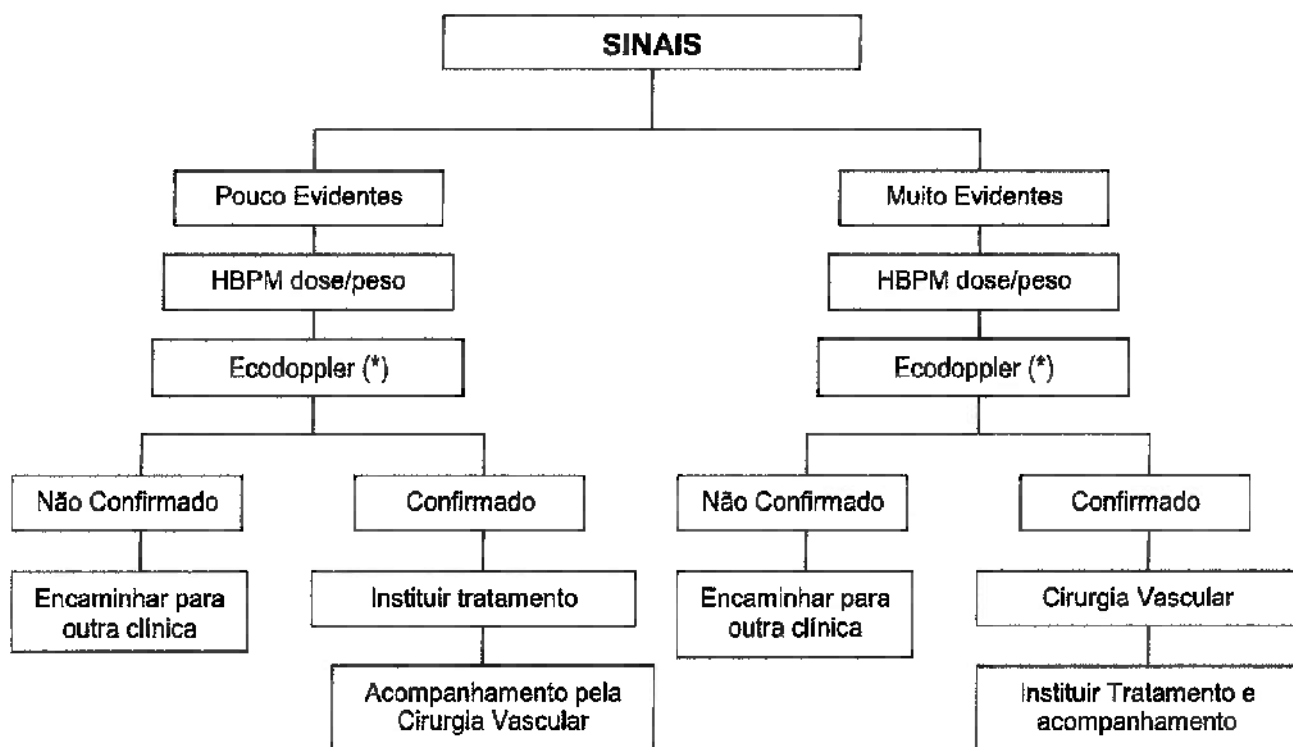


SINAISE E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS:

(*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

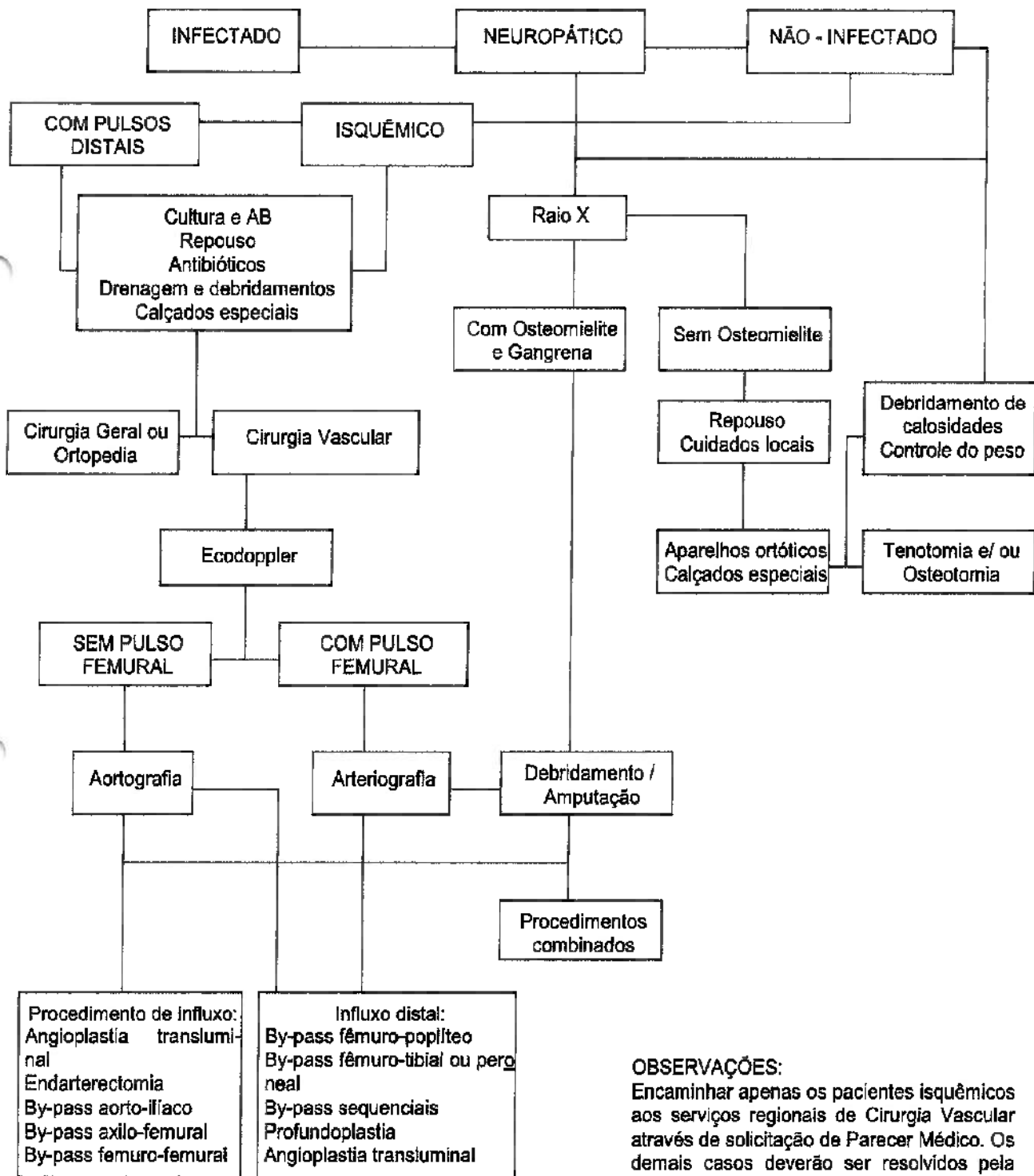
1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

PÉ DIABÉTICO

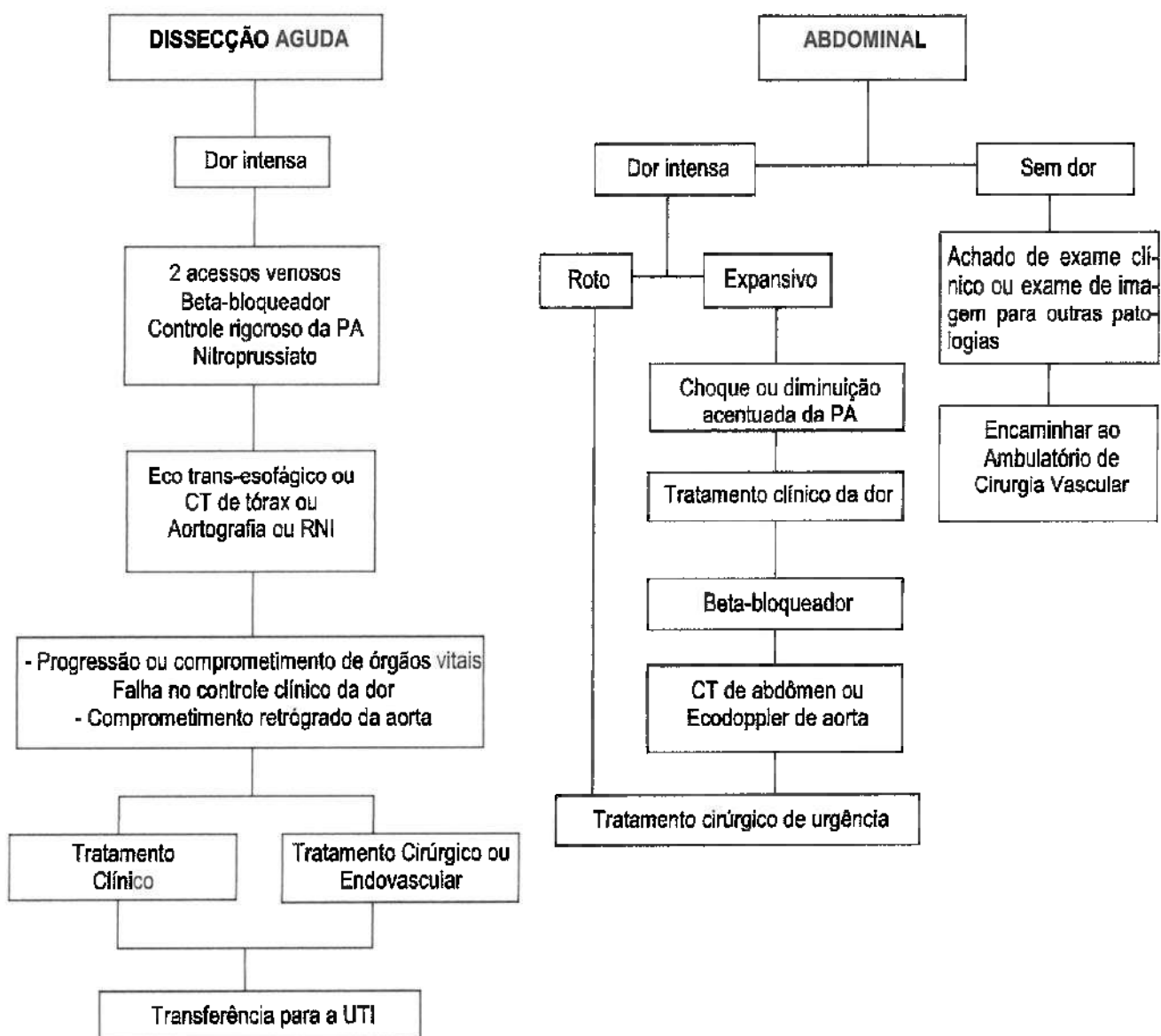
PRINCIPAIS QUEIXAS
 Dor
 Dormência
 Úlceras
 Ferimentos

PRINCIPAIS SINAIS DE COMPLICAÇÕES
 Palidez
 Cianose
 Diminuição de temperatura
 Ausência ou diminuição de pulsos

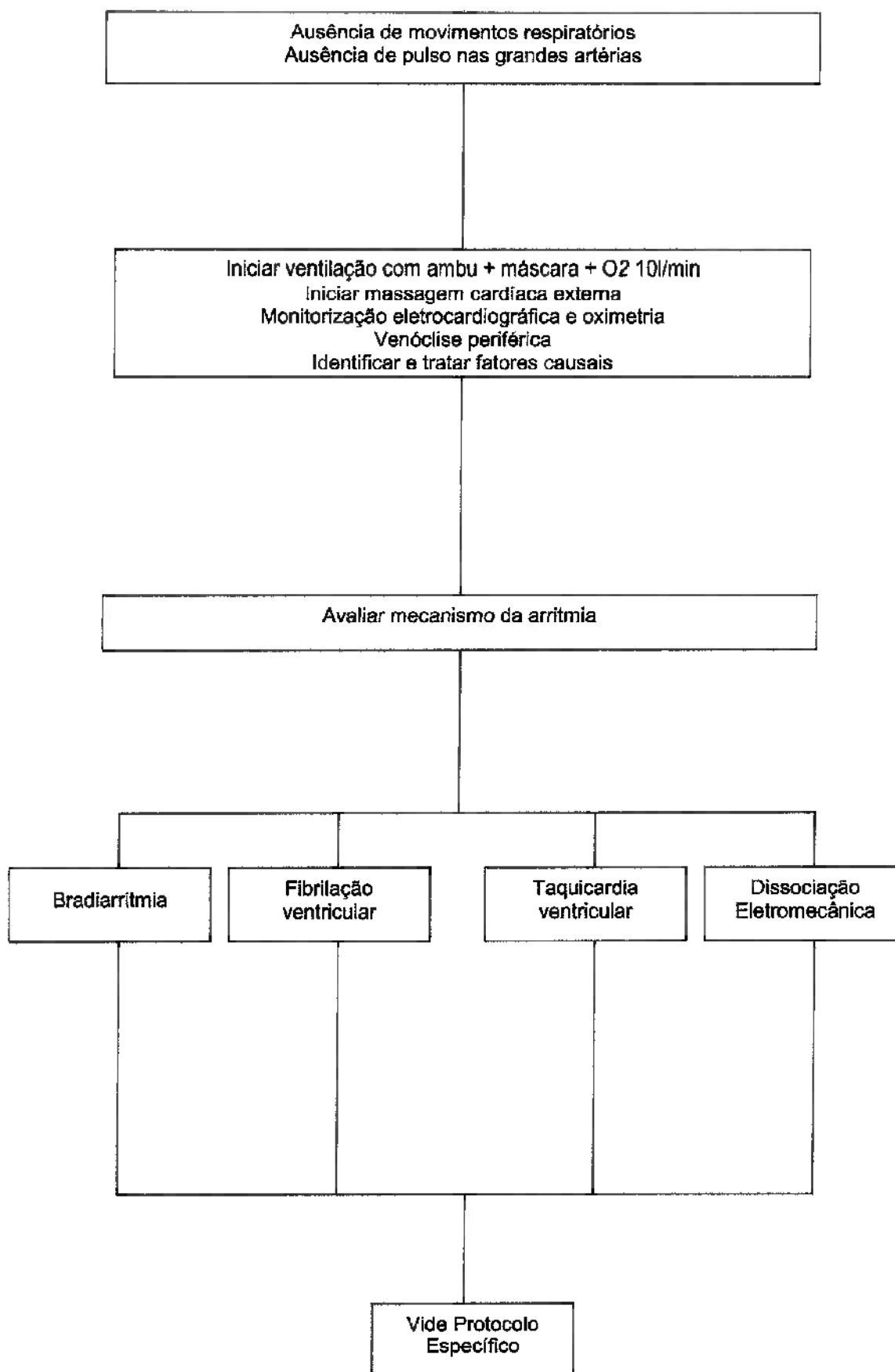


OBSERVAÇÕES:
 Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

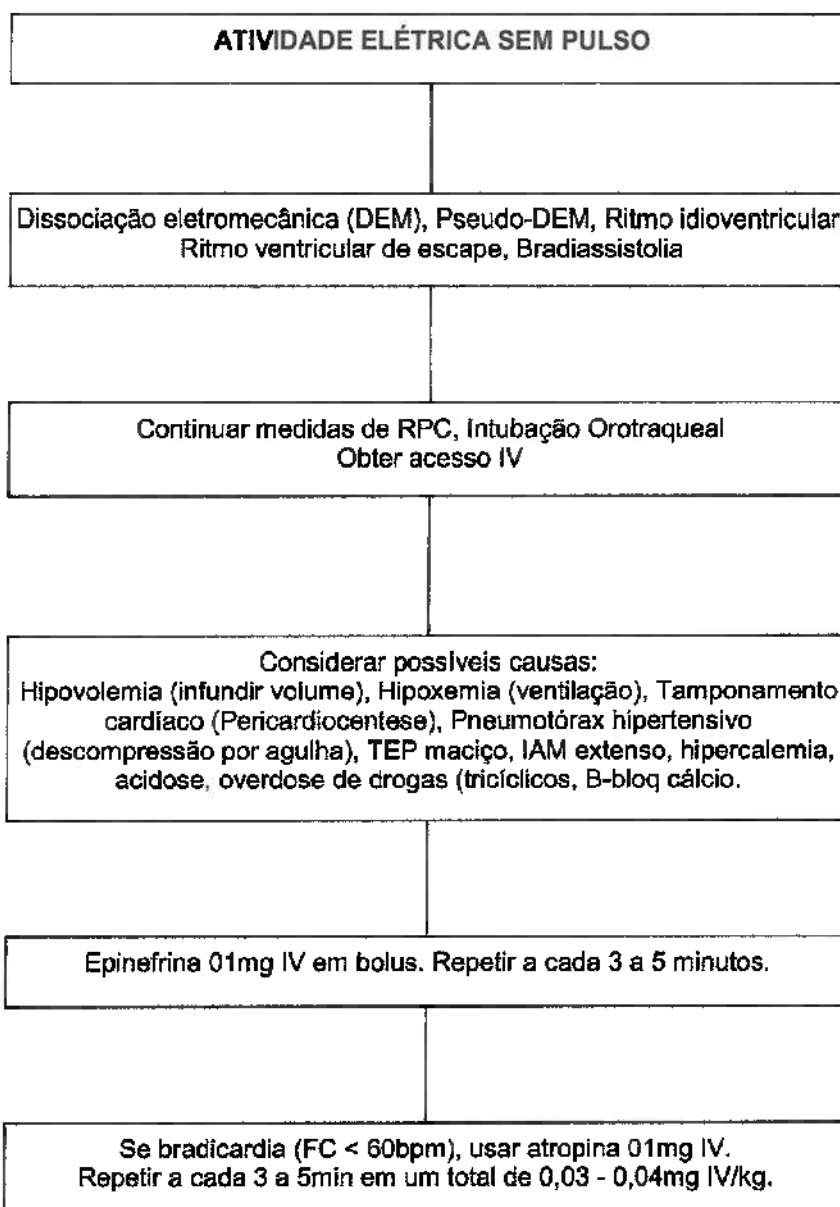
ANEURISMAS



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



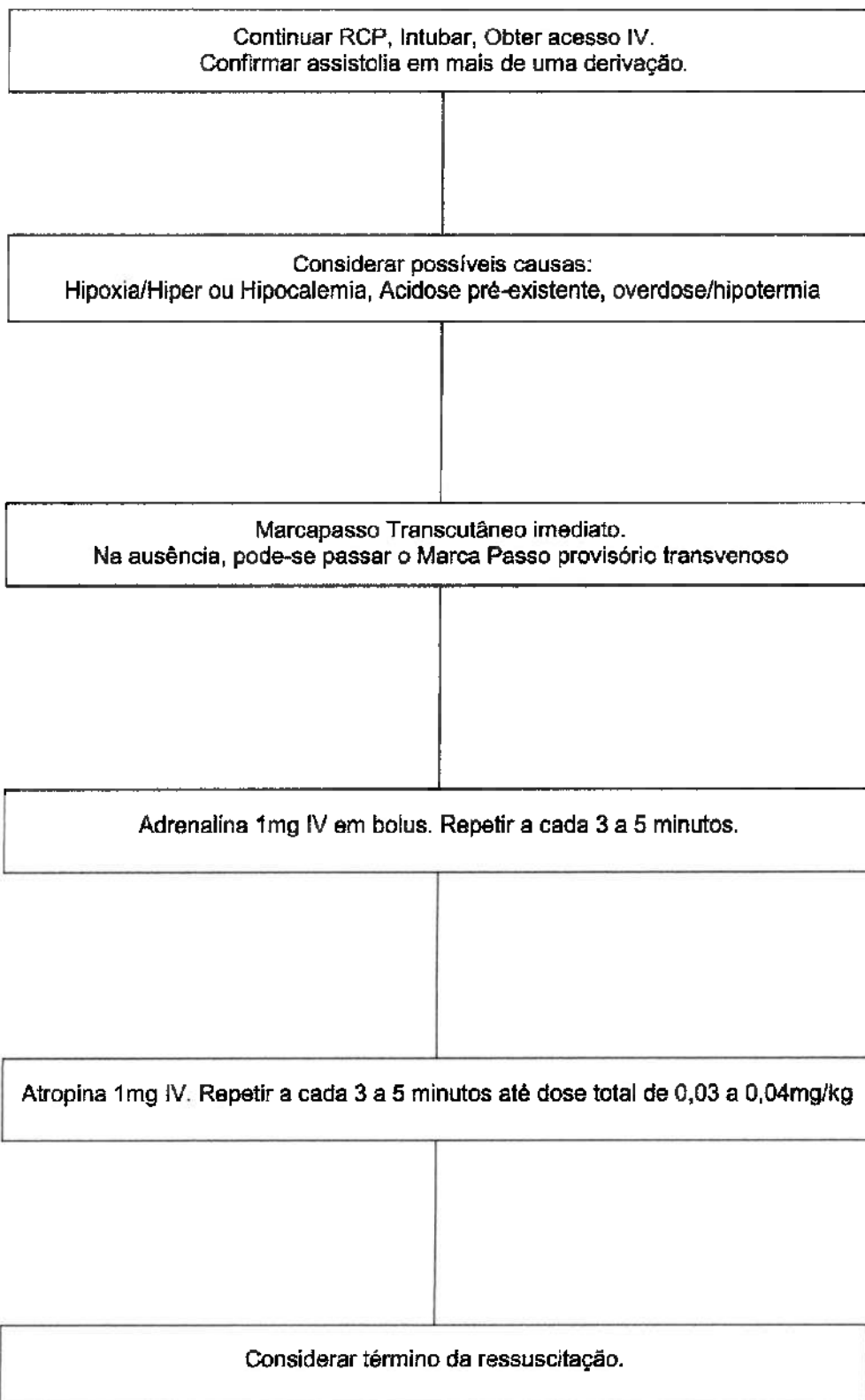
Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)

Hipoxia
Hipovolemia
Hipocalcemia – hipercalemia
Hipotermia
Hidrogênio (Acidose)

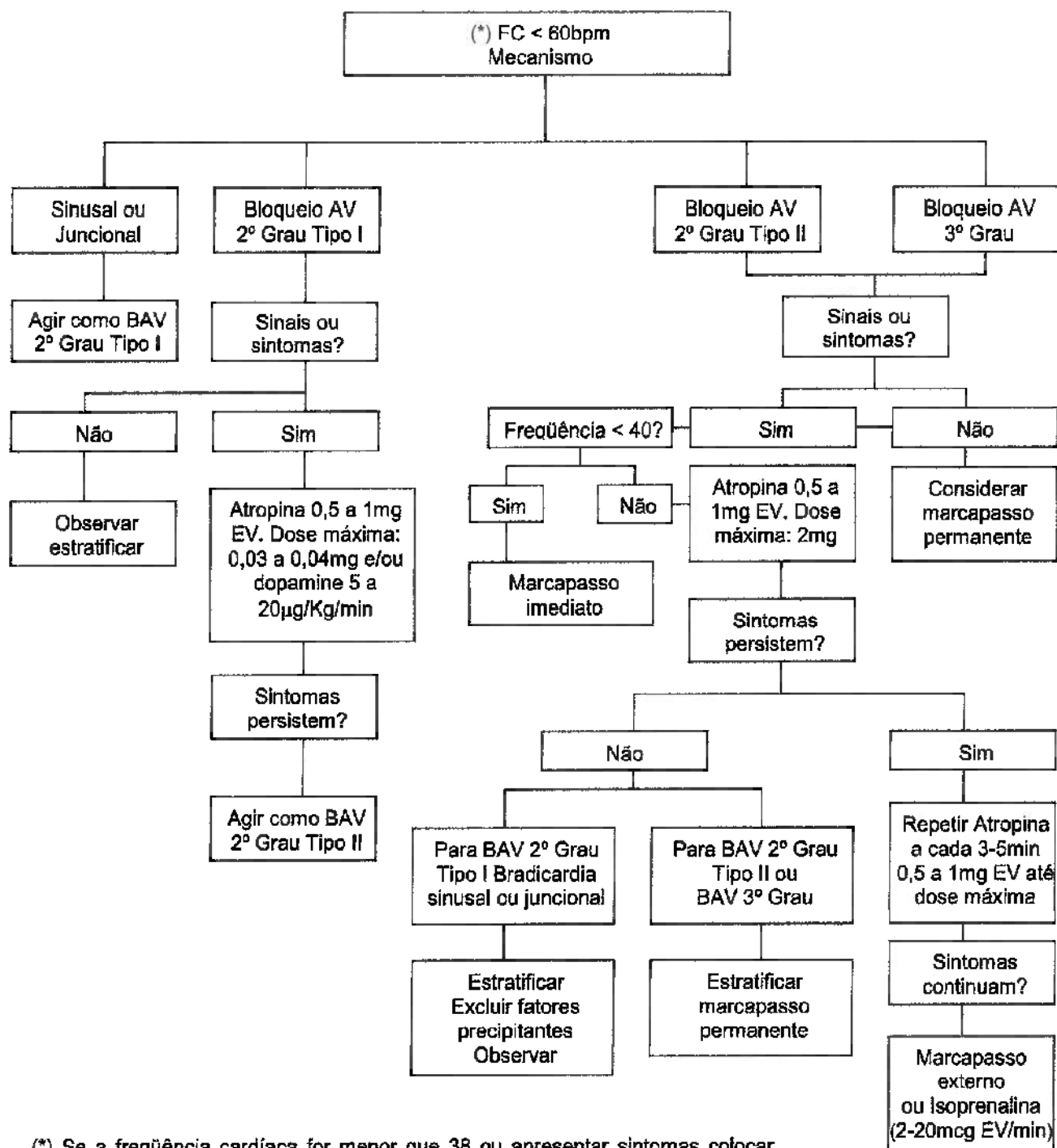
Tensão no Tórax (Pneumotórax)
Tamponamento Cardíaco
Tóxicos (Intoxicação)
Trombose coronária (IAM)
Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

ASSISTOLIA



BRADIARRITMIA



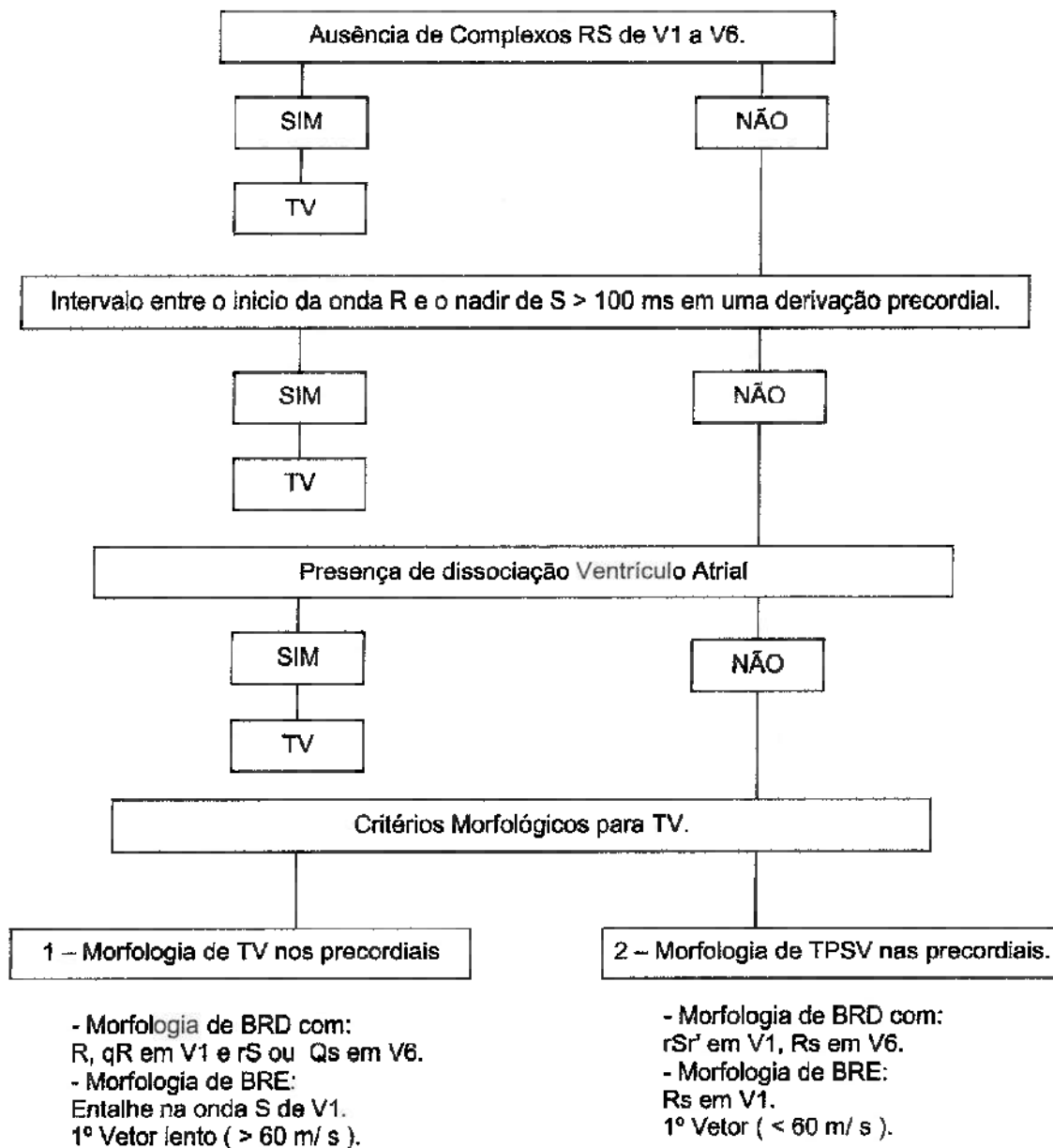
TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ($QRS > 120 \text{ m/s}$) constituem um desafio na prática clínica. É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante. As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

- TPSV com bloqueio de ramo funcional
- TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.
- TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.
- Taquicardia Ventricular.

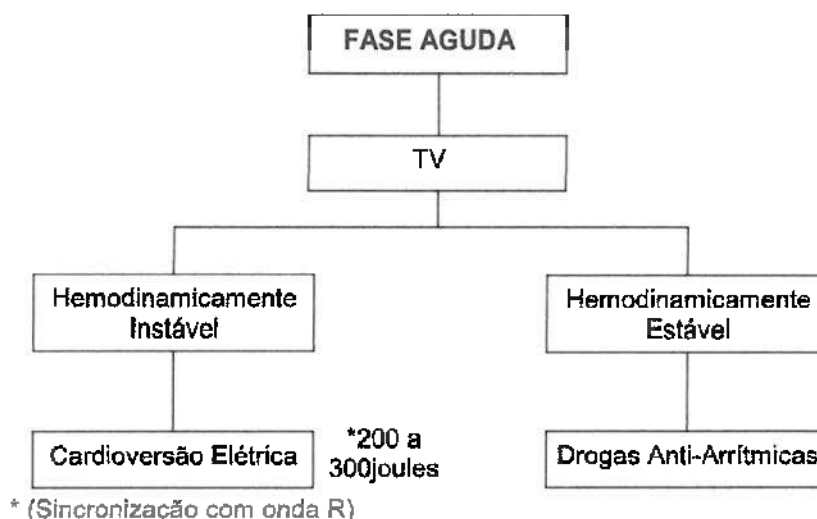
DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.
TV Polimórfica.
Flutter Ventricular.
Fibrilação Ventricular.

TRATAMENTOS DAS TV.



DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos);(1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Contínuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

OBS.: Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.

TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

INTRODUÇÃO.

As TPSV⁶ são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV⁶) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS ≤ 120 m/s.

CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV:

Taquicardias Atriais.
 Taquicardia por Reentrada Nodal.
 Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.
 Taquicardia Juncional Paroxística.
 Flutter Atrial.
 Fibrilação Atrial.

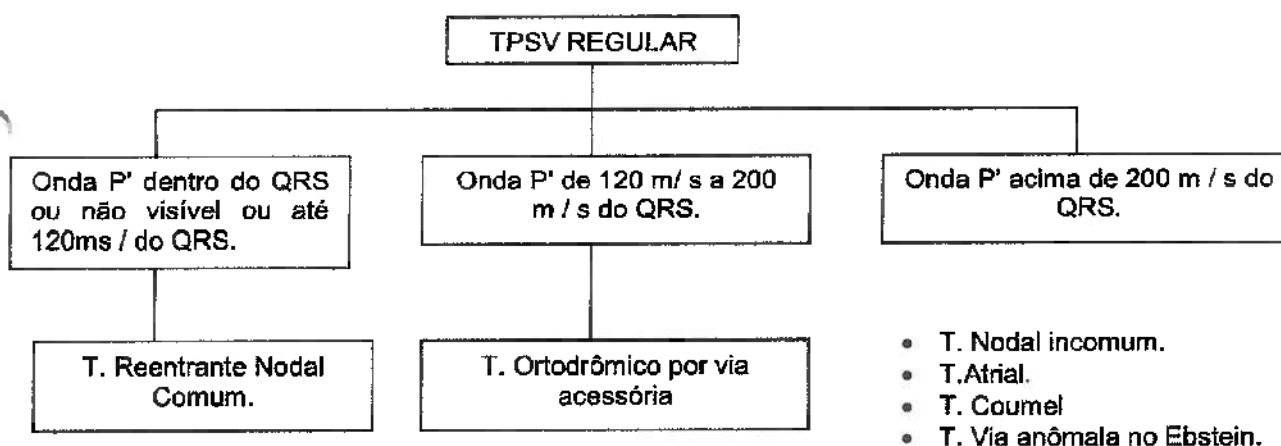
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

COMO DIAGNOSTICAR:

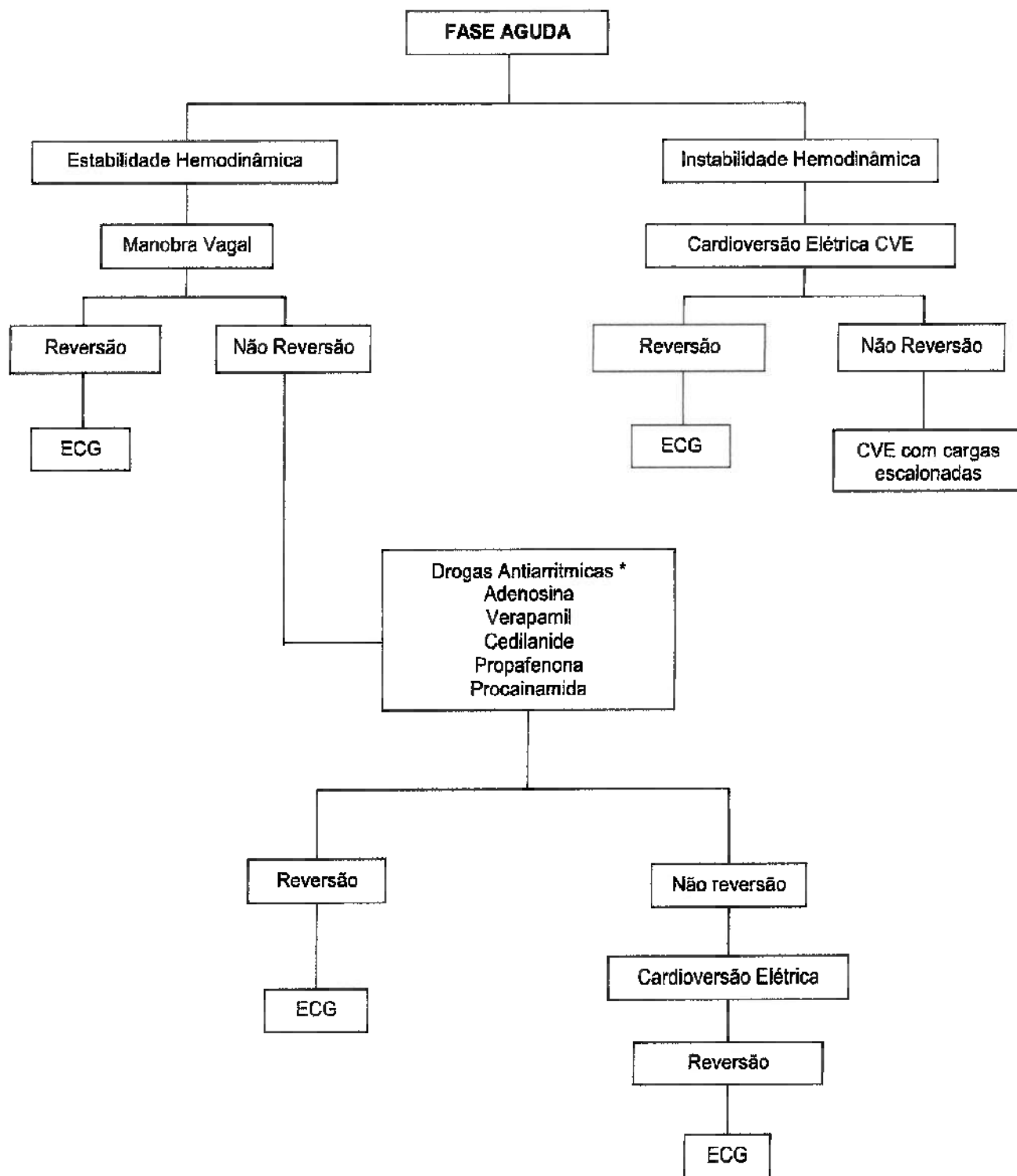
Observar a onda P' (P retrogrado).



- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:
 A – 2 – Morfologia da Onda P;
 A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:
 A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

TRATAMENTO NA FASE AGUDA

REVERSÃO DAS CRISES TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 - Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanida (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

- Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
- Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

INTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais frequente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

SINTOMAS:

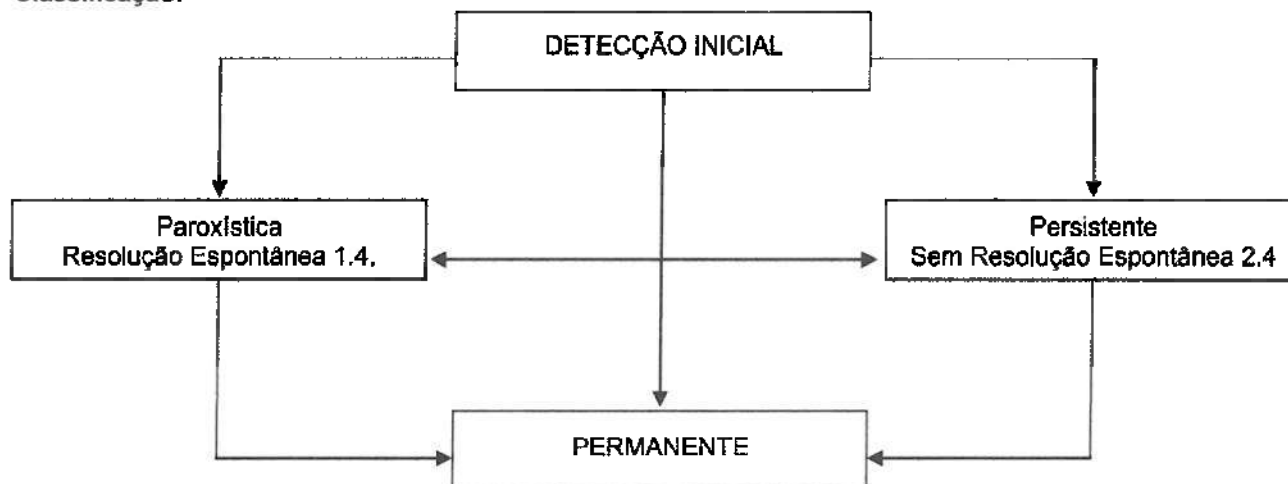
Estão relacionados:

- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

ADENDO:

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

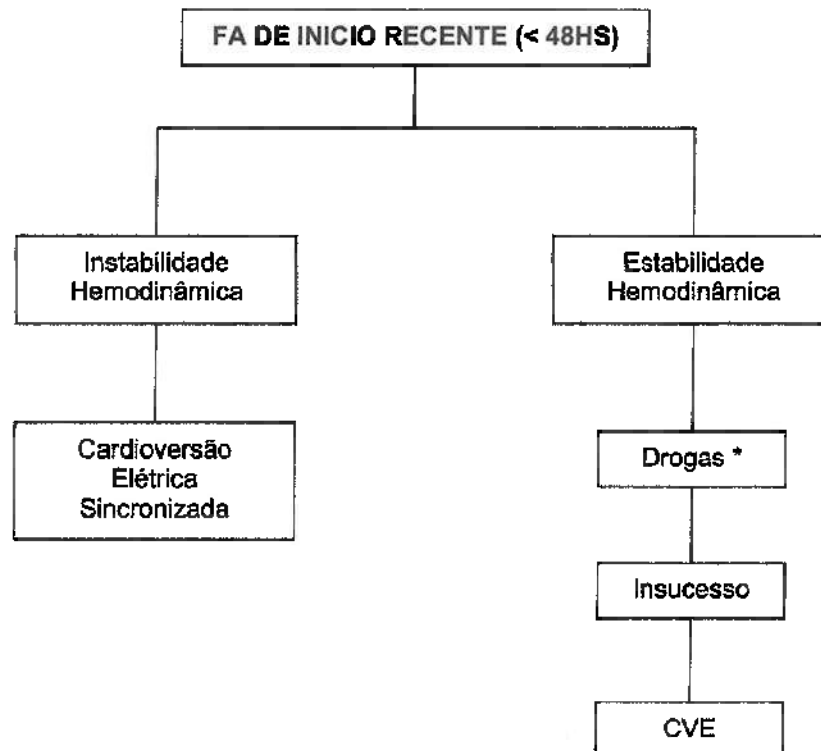
FA

PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo sinusal.

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente \longrightarrow FA que se instalou com menos de 48 hs.
FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.



DROGAS*

OBS.:

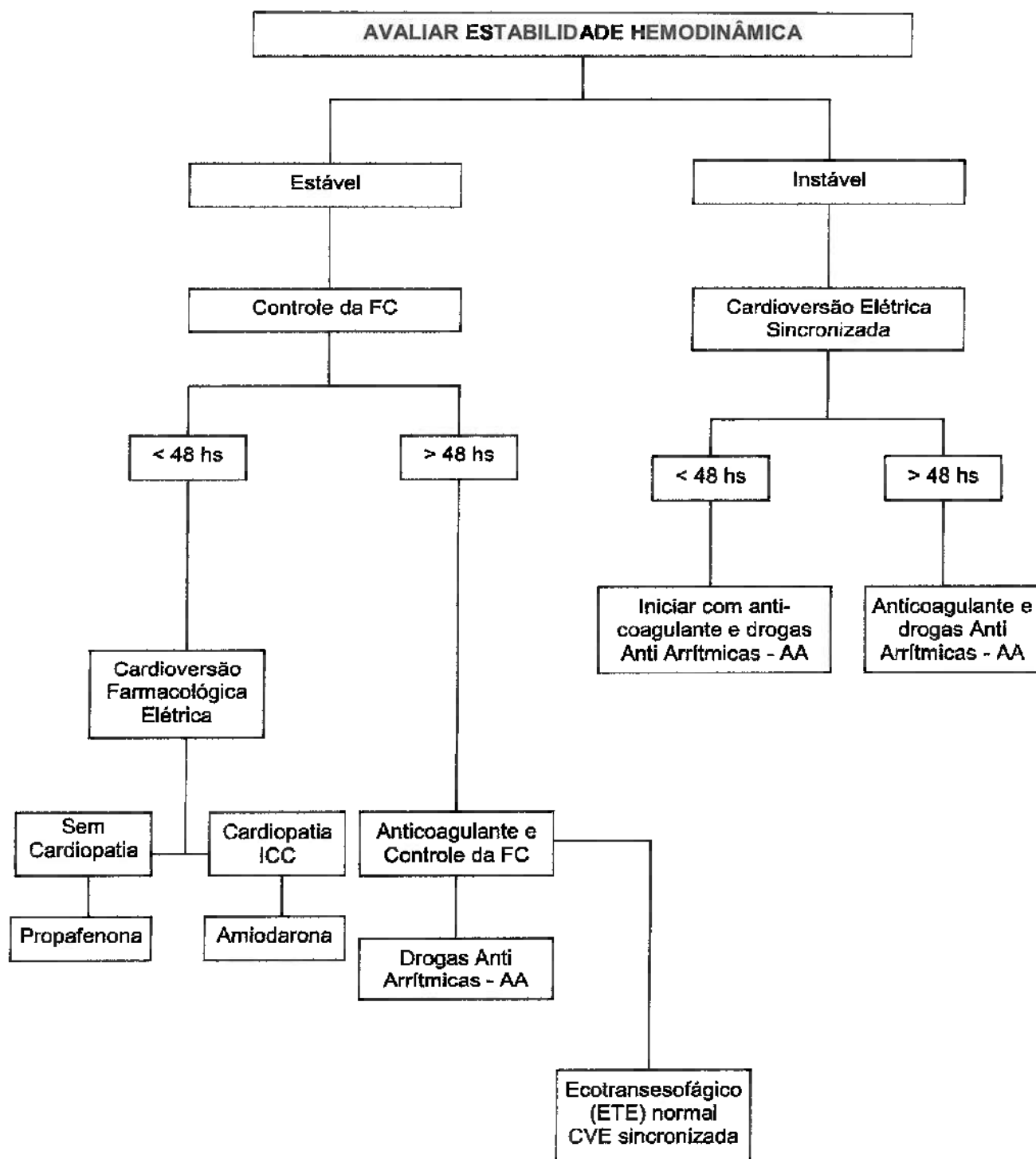
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus.
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção de tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

Obter dados vitais, instalar PAM não invasiva, monitor, oxímetro. Realizar ECG 12 derivações + parede posterior + derivações direitas e obter acesso IV, anamnese e exame físico. Colher CK-MB, CPK, troponina, hemograma, eletrólitos e RX de tórax. Oxigênio 4L/min, AAS 200mg, nitrato SL/IV, meperidina ou morfina + Betabloqueador.
MONAB: M-Morfina, O-Oxigênio, N-Nitratos, A-AAS, B-Betabloqueador

Supra do ST
BRE novo
BRE prévio

Iniciar terapia adjunta sem retardar reperfusão.

Tempo do início dos sintomas

$\Delta T < 12h$

Definir a Estratégia de Reperusão

Tem serviço de Hemodinâmica disponível?

Sim

Não

O Serviço realiza > 200
Angioplastias/ano ou
profissionais com > 75
procedimento /ano?

Sim

Não

Possibilidade de realizar a
Angioplastia com tempo < 90
min da chegada do paciente à
Unidade de Emergência?

Sim

Não

Angioplastia Coronária Primária (se uso stent – usar ABCXIMAB) – inibidor da glicoproteína IIb/IIIa

Trombólise

$\Delta T > 12h$

(Seguir para o fluxograma de ECG suspeito para ICO aguda)

Trombólise: TNK – PA
(Tenecteplase) metalyse
(checar contra-indicações).
As doses serão adequadas
ao peso do paciente.

Trombólise

Evidências de Reperusão

Sim

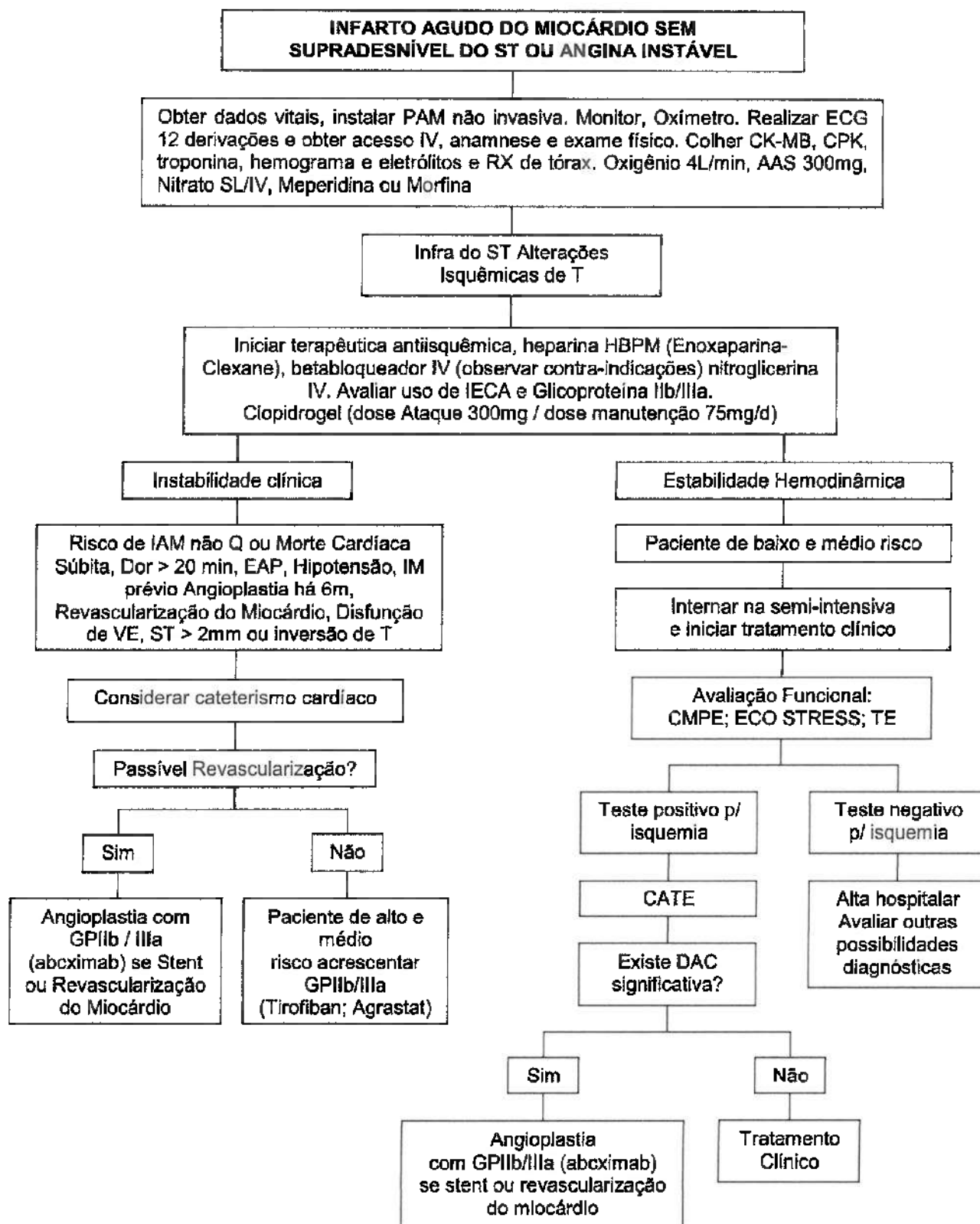
Não

Internar na
UTI-Cárdio

Angioplastia
Coronária
de Resgate

I.A.M SEM SUPRA DE ST

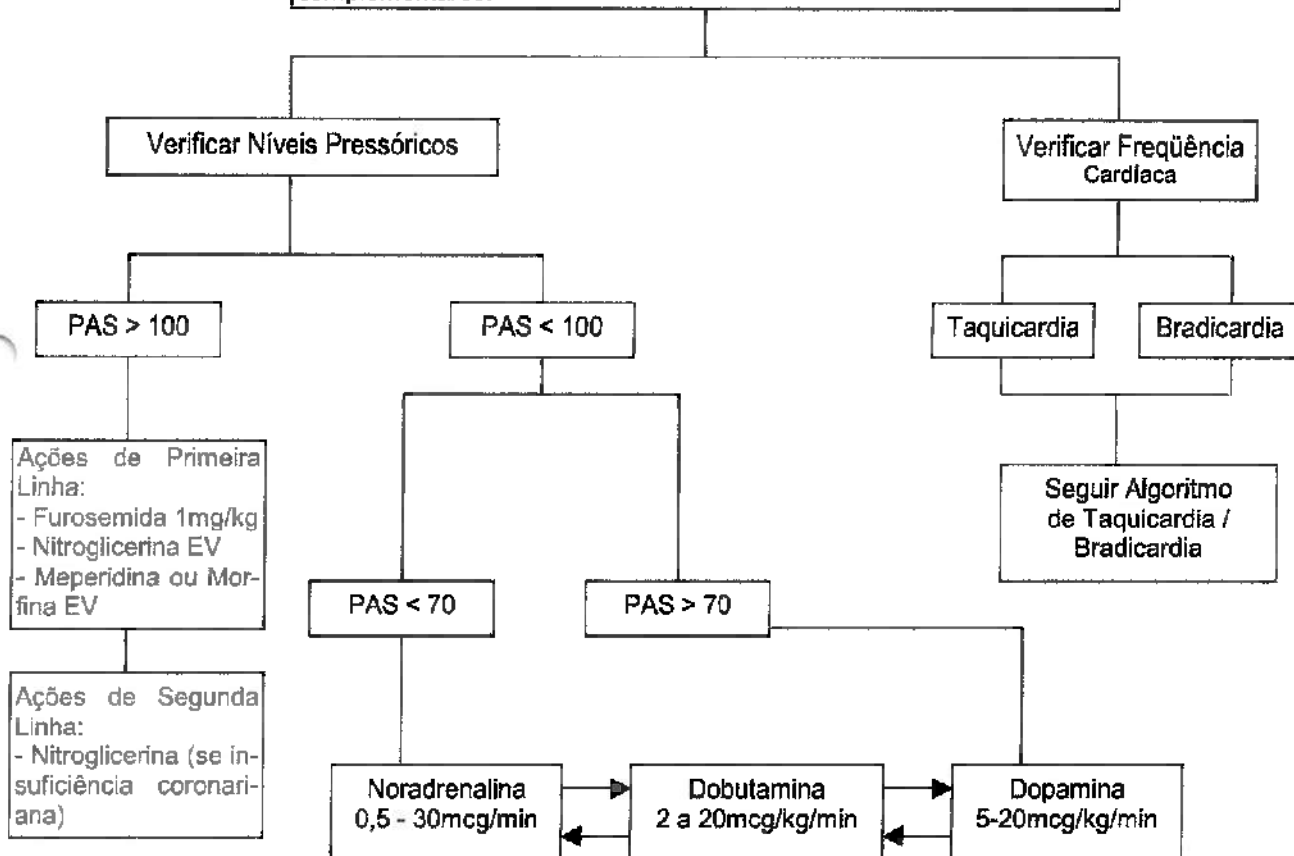
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio (cateter de O₂, Máscara de Venturi e intubação se PaO₂ < 60mmHg), se possível, oferecer suporte ventilatório com Pressão Positiva (vide aspectos da ventilação mecânica).
Obter acesso venoso.
Monitorização, Oximetria, Obter história clínica, exame físico e exames complementares.

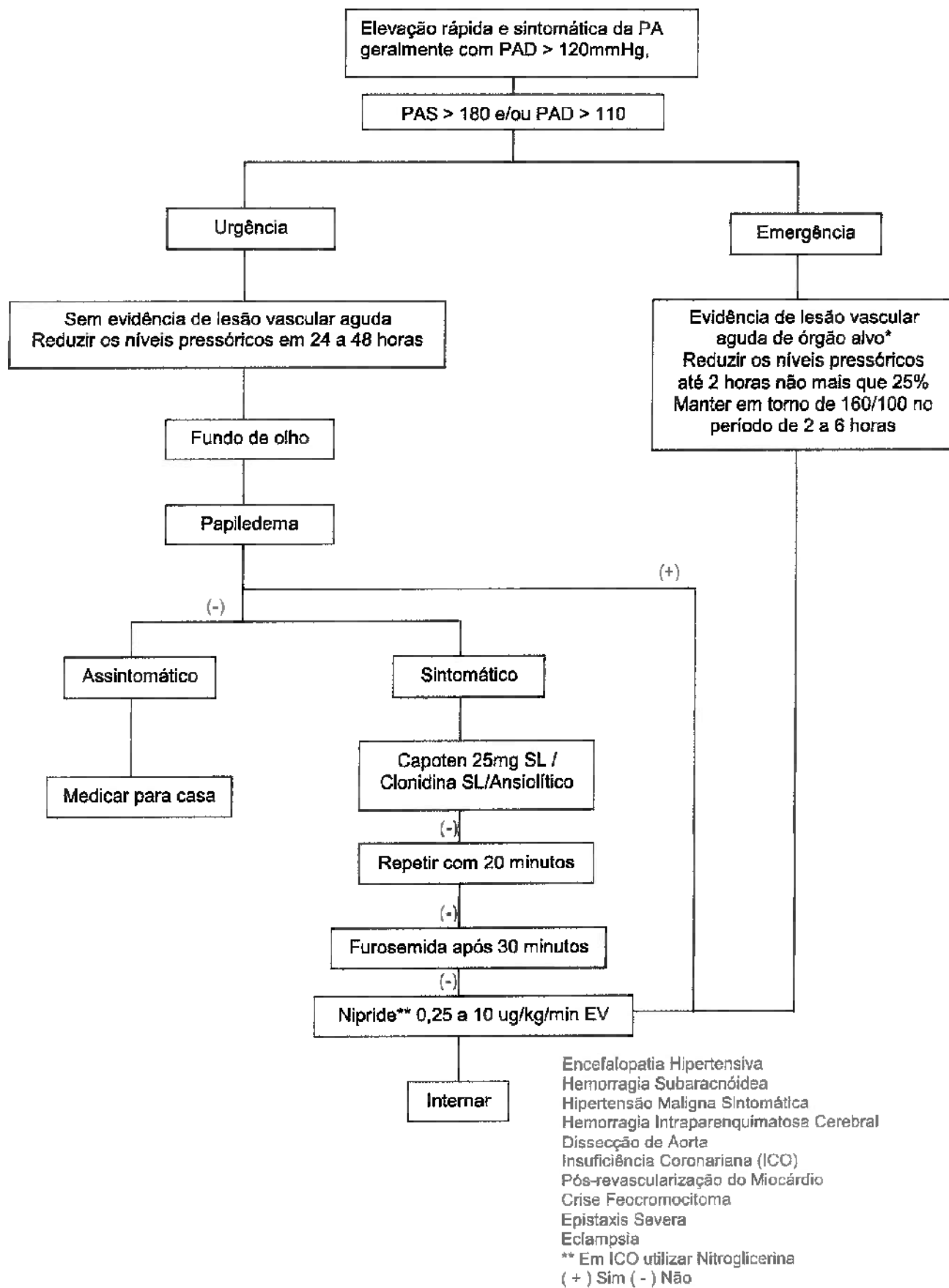
**OBS.:**

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
 - Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
 - Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.
- Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

CRISE HIPERTENSIVA



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: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propranolol 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, Propranolol ou Metoprolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento. 367

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Suifato 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 metoprolol 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 metoprolol 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.

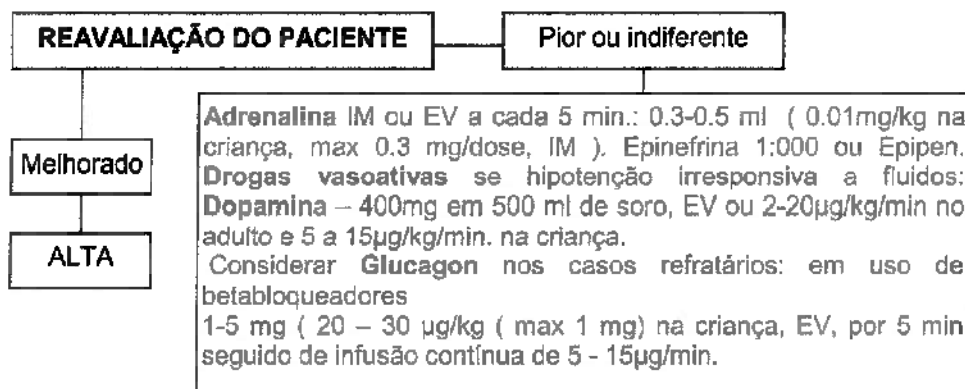
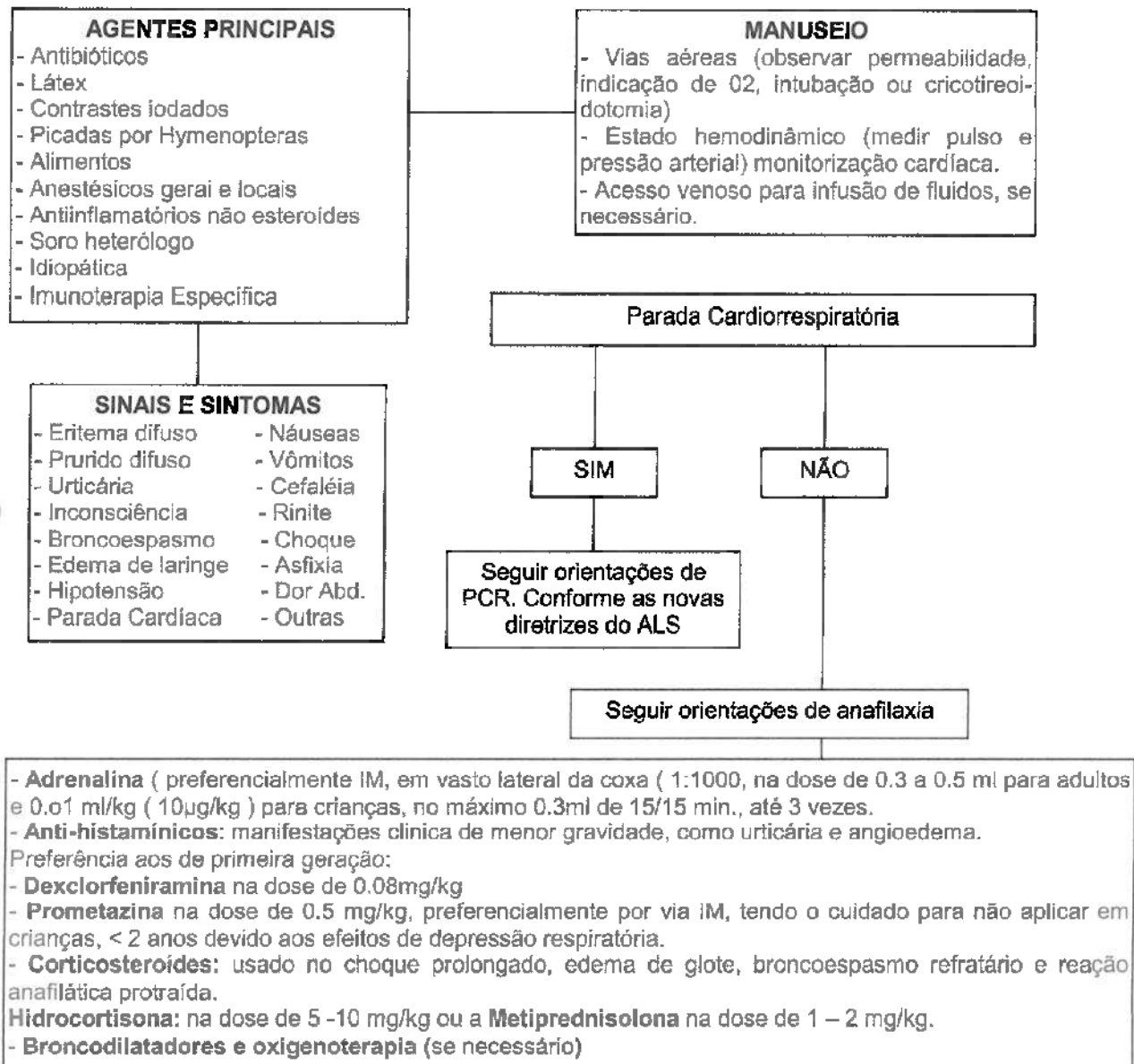
7) PERIOPERATÓRIO:

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

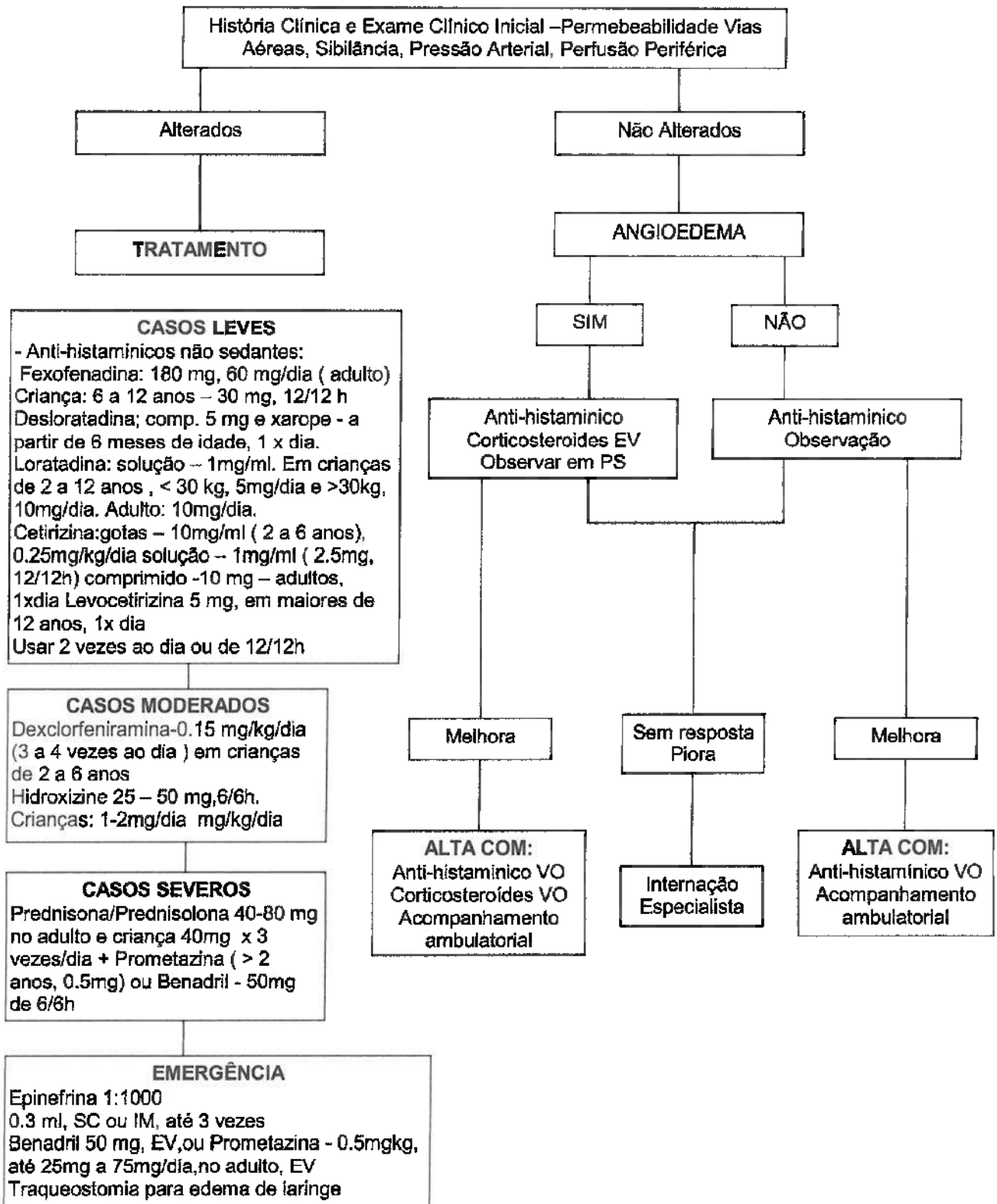
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

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

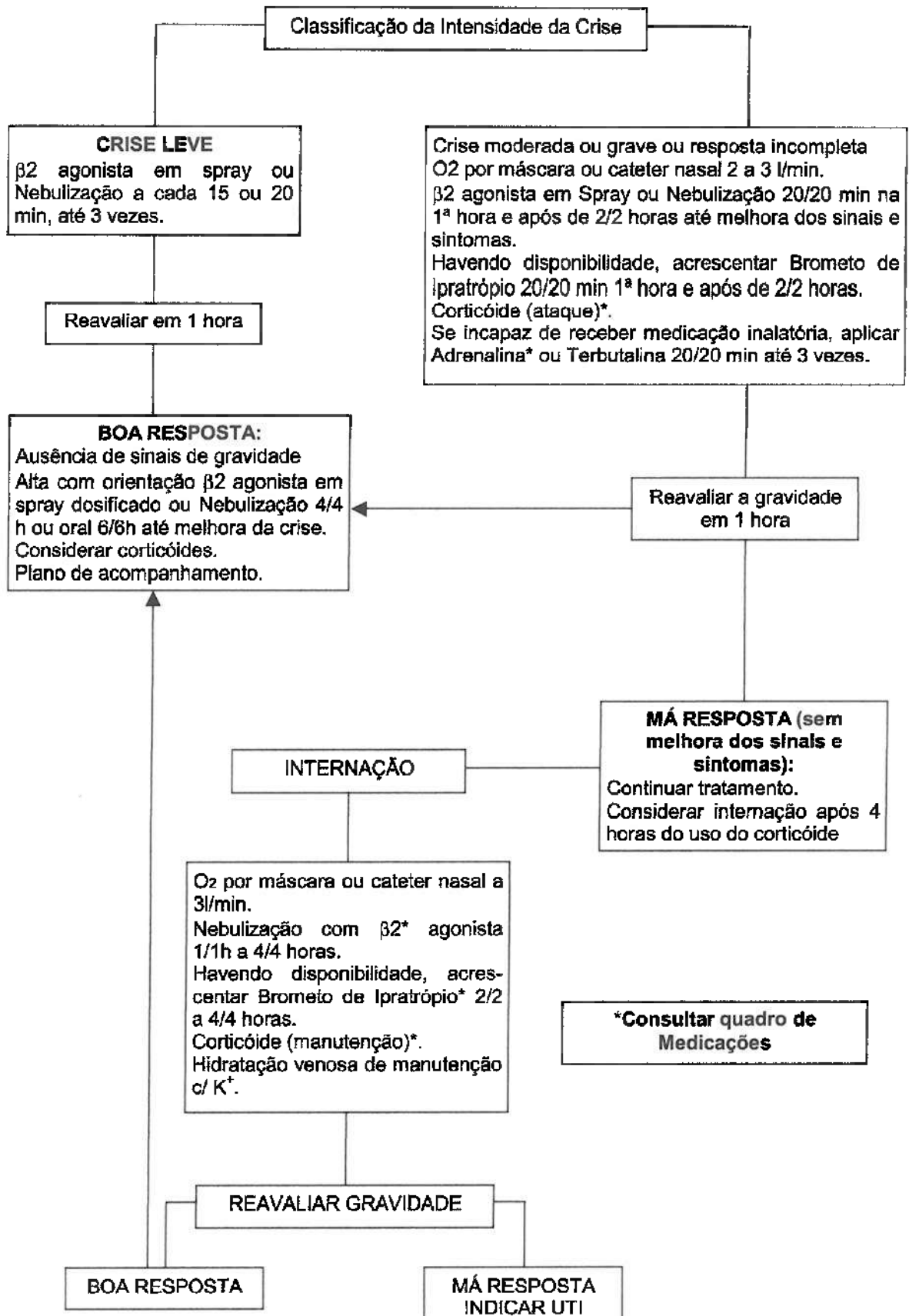
*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**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 freqüente 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 β₂ 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 β₂ 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
β₂-agonista: Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/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)

574

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

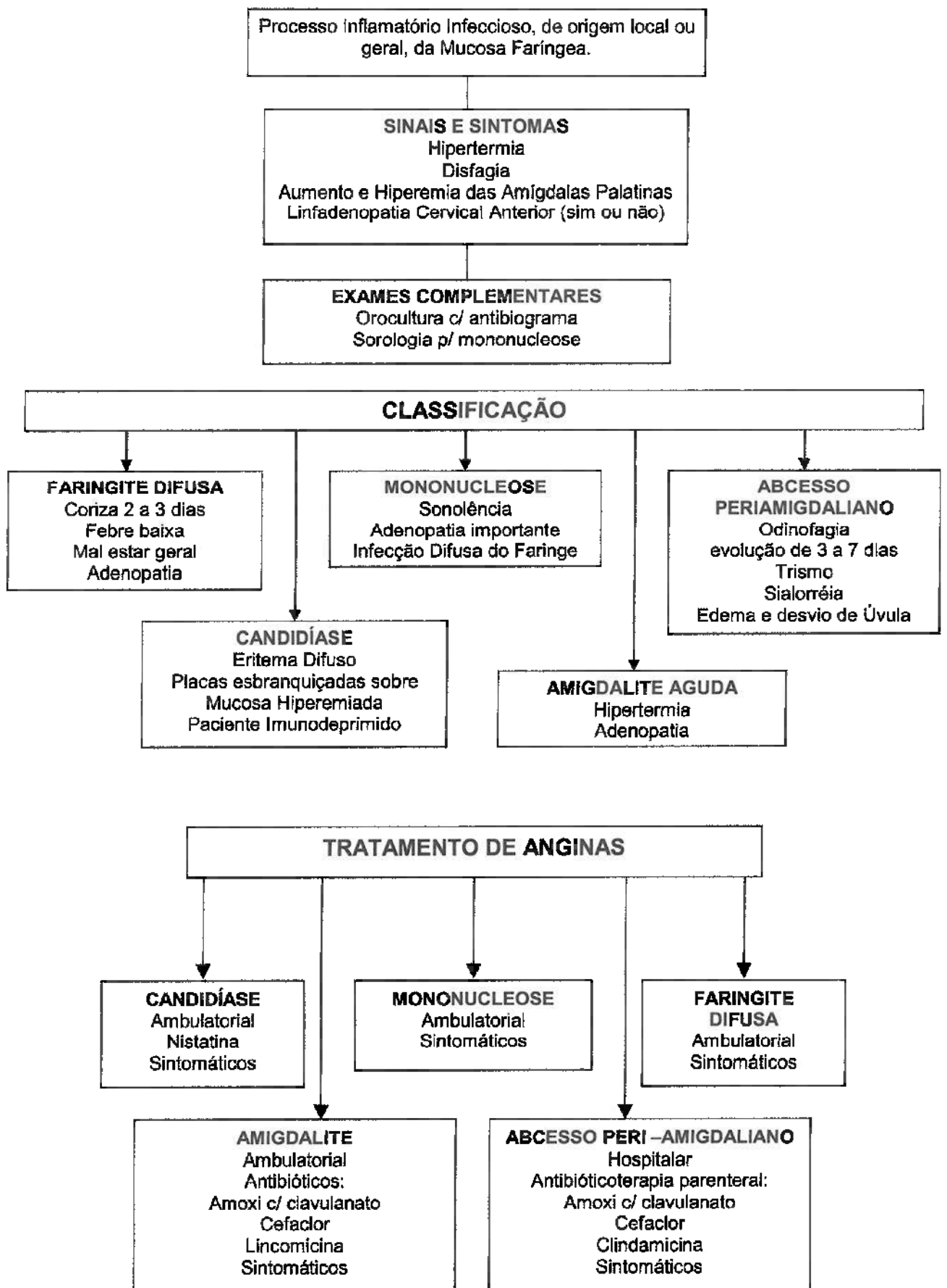
Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

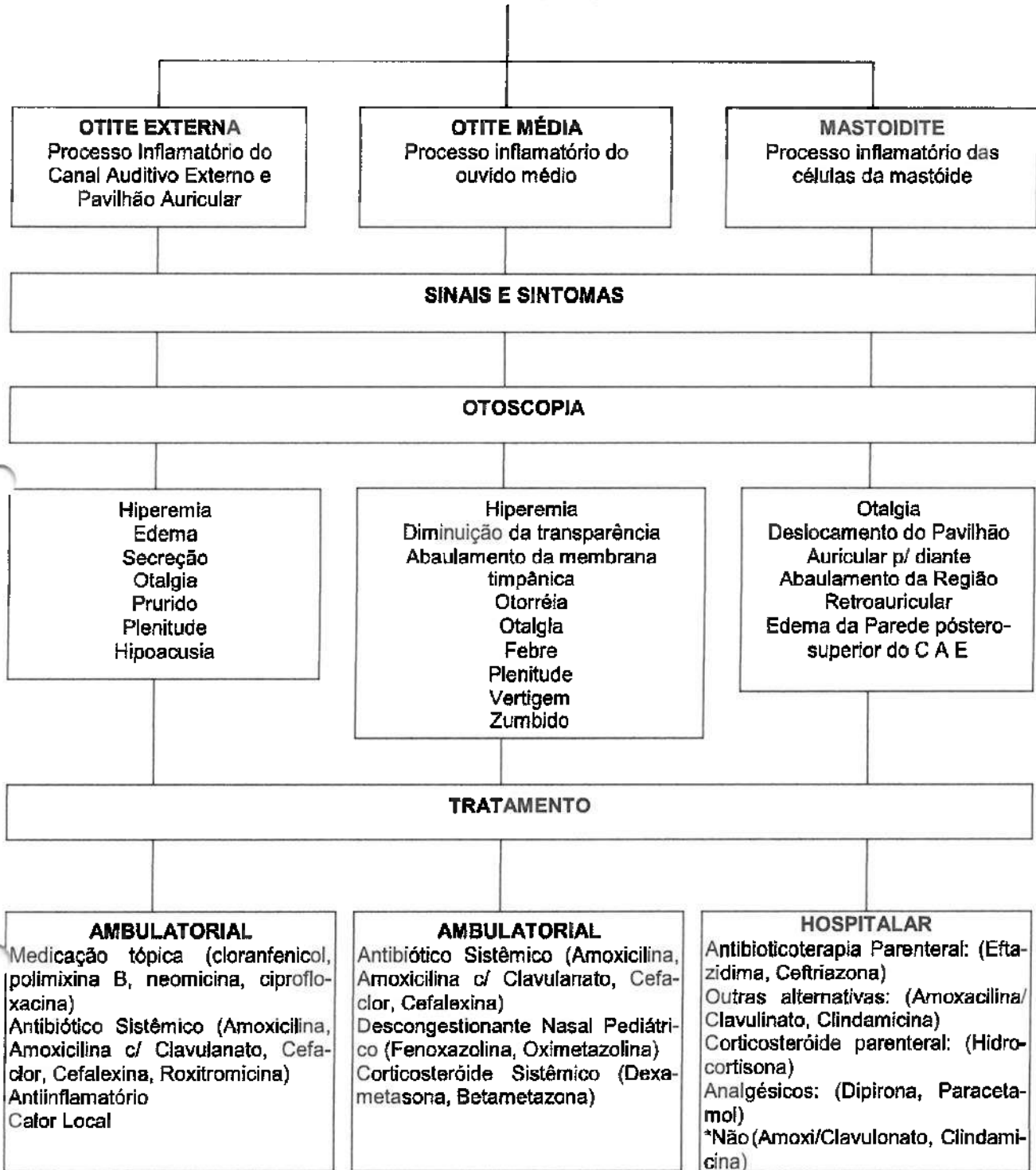
- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta 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

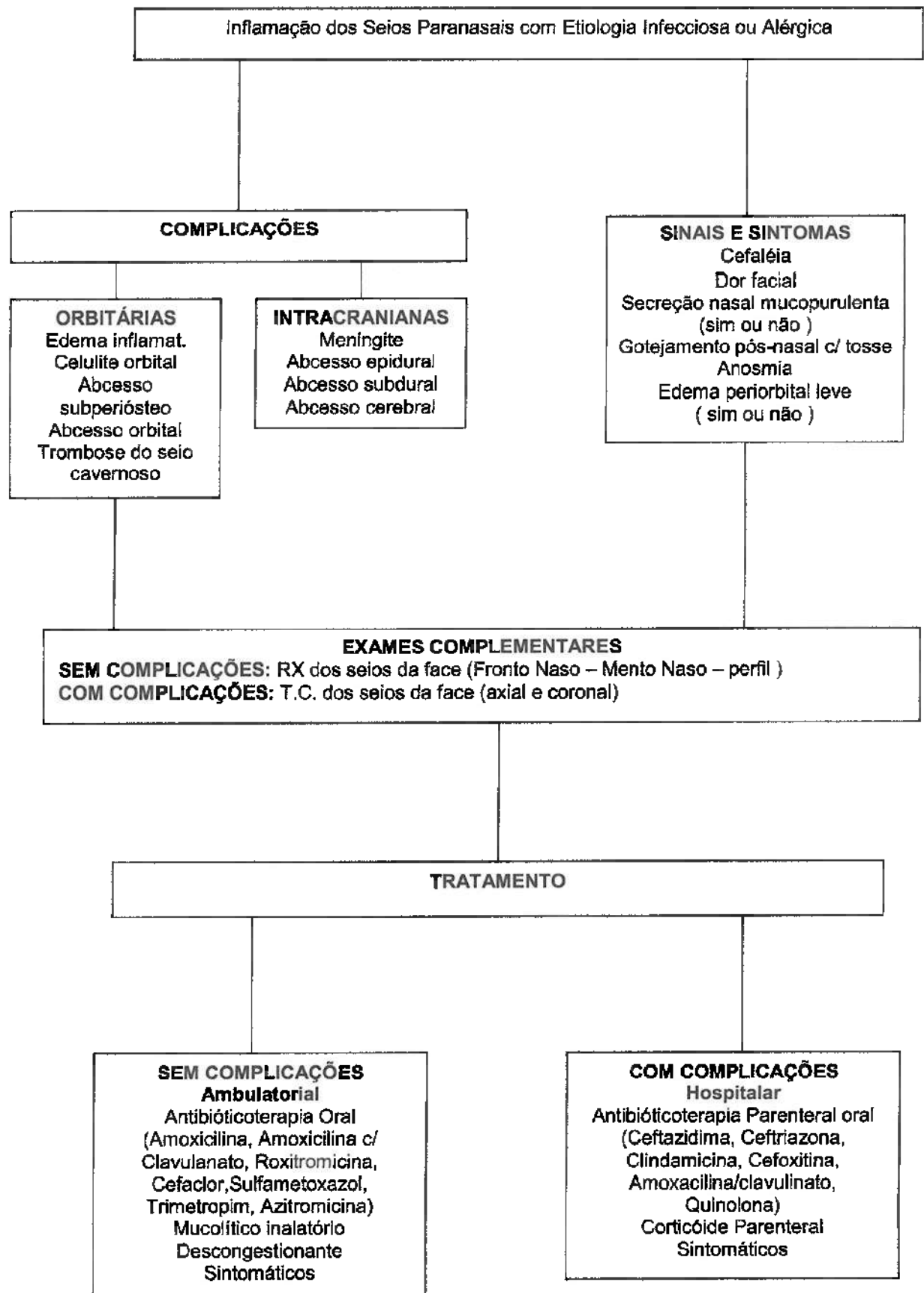
“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”

ANGINAS



OTALGIAS



SINUSITE

SURDEZ SÚBITA

FATORES PREDISPOANTES

Barotraumas
Anestesia Geral
Doenças Vestibulares
Gravidez
Víruses
Distúrbios Endocrinológicos
Distúrbios Hematogênicos
Esforço físico
Doenças do Colágeno
Manobra de Valsalva
Espirros Violentos

EXAMES LABORATORIAIS

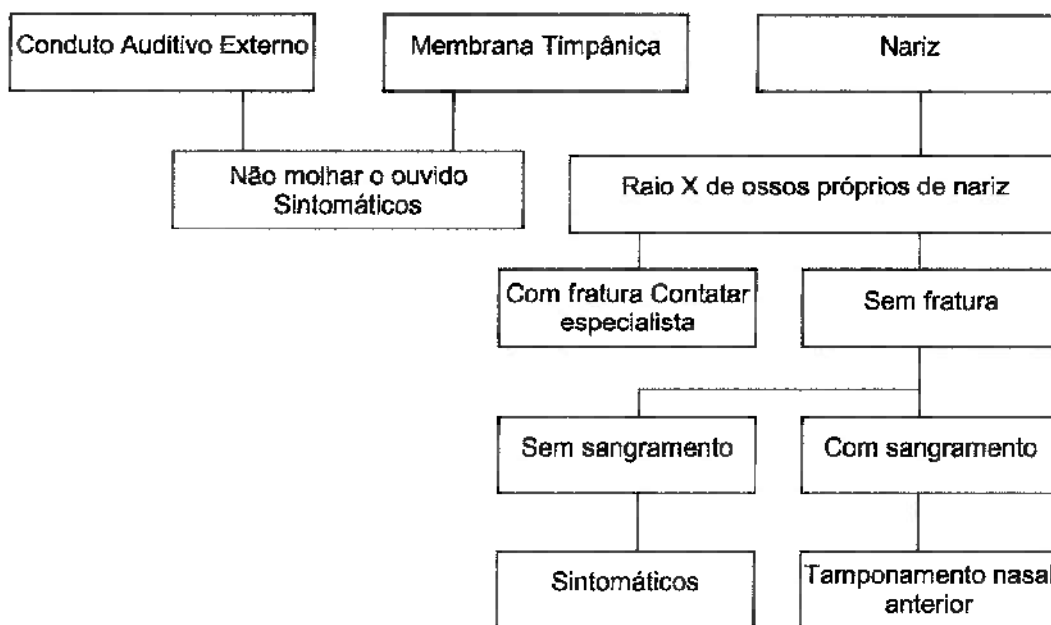
Audiometria + impedânciometria
Avaliação Hematológica
Reações Sorológicas
Lipidograma
Curva Glicêmica
TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

TRATAMENTO

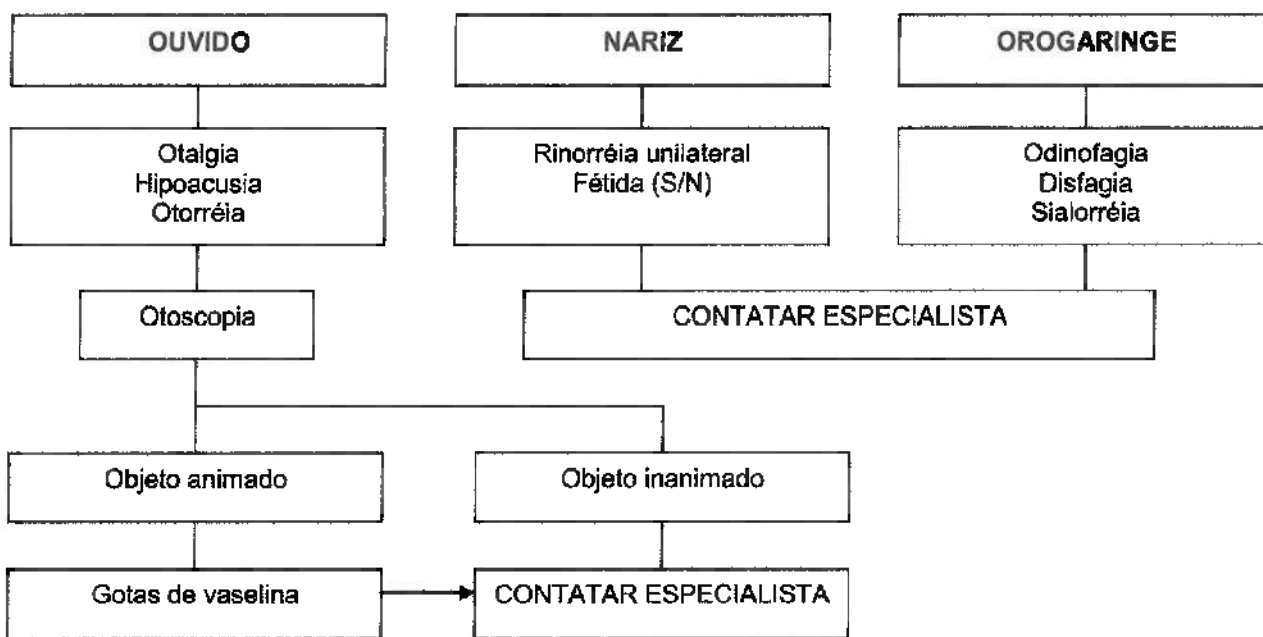
Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h
Prednisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h
Vasodilatador
(Flunarizina 10mg - 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 02mg - 6/6h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)
Tratamento de causas especificamente identificadas

INTERNAMENTO

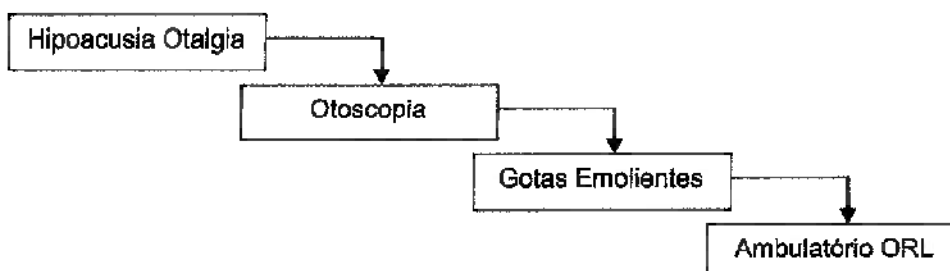
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



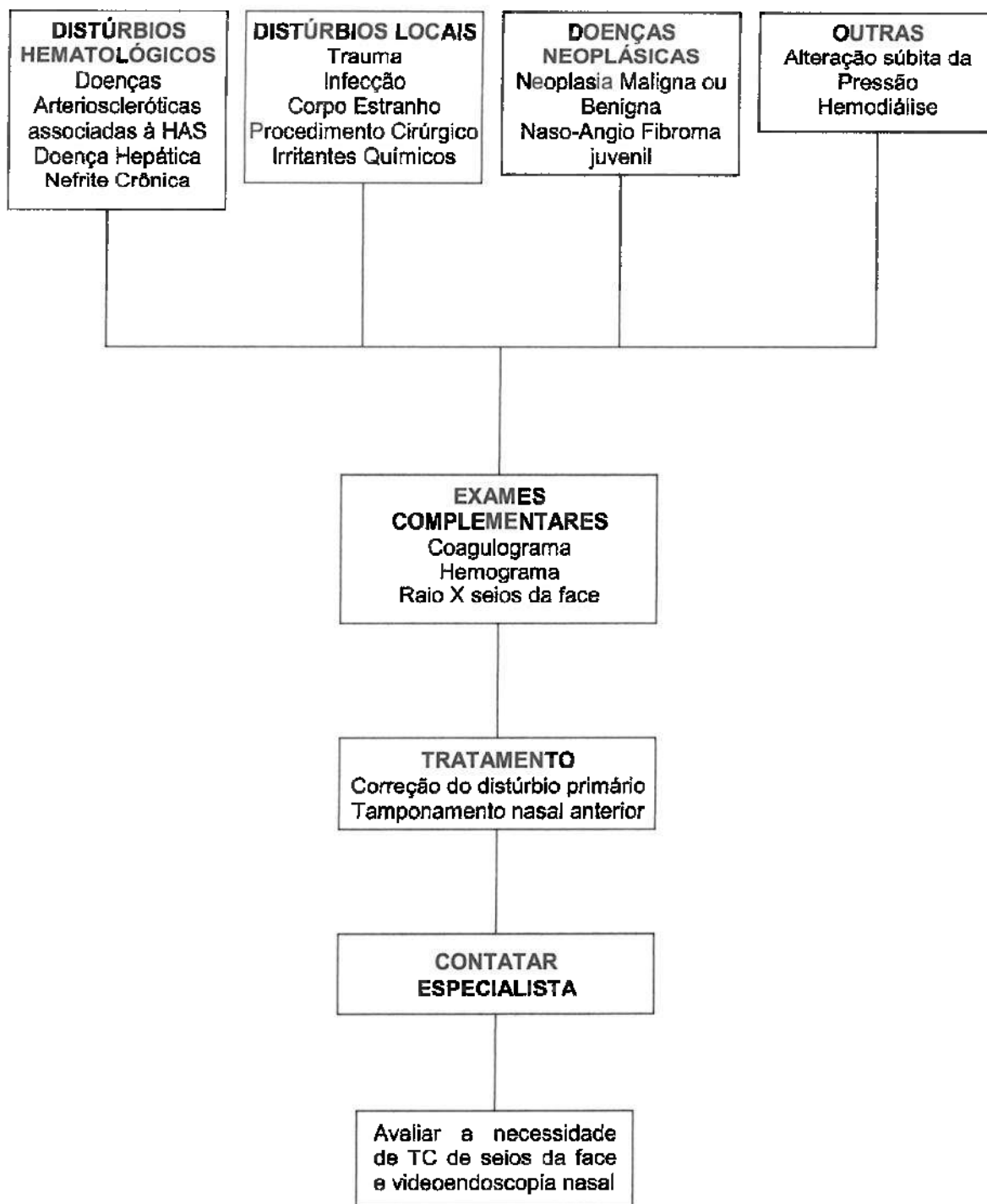
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



EPISTAXE



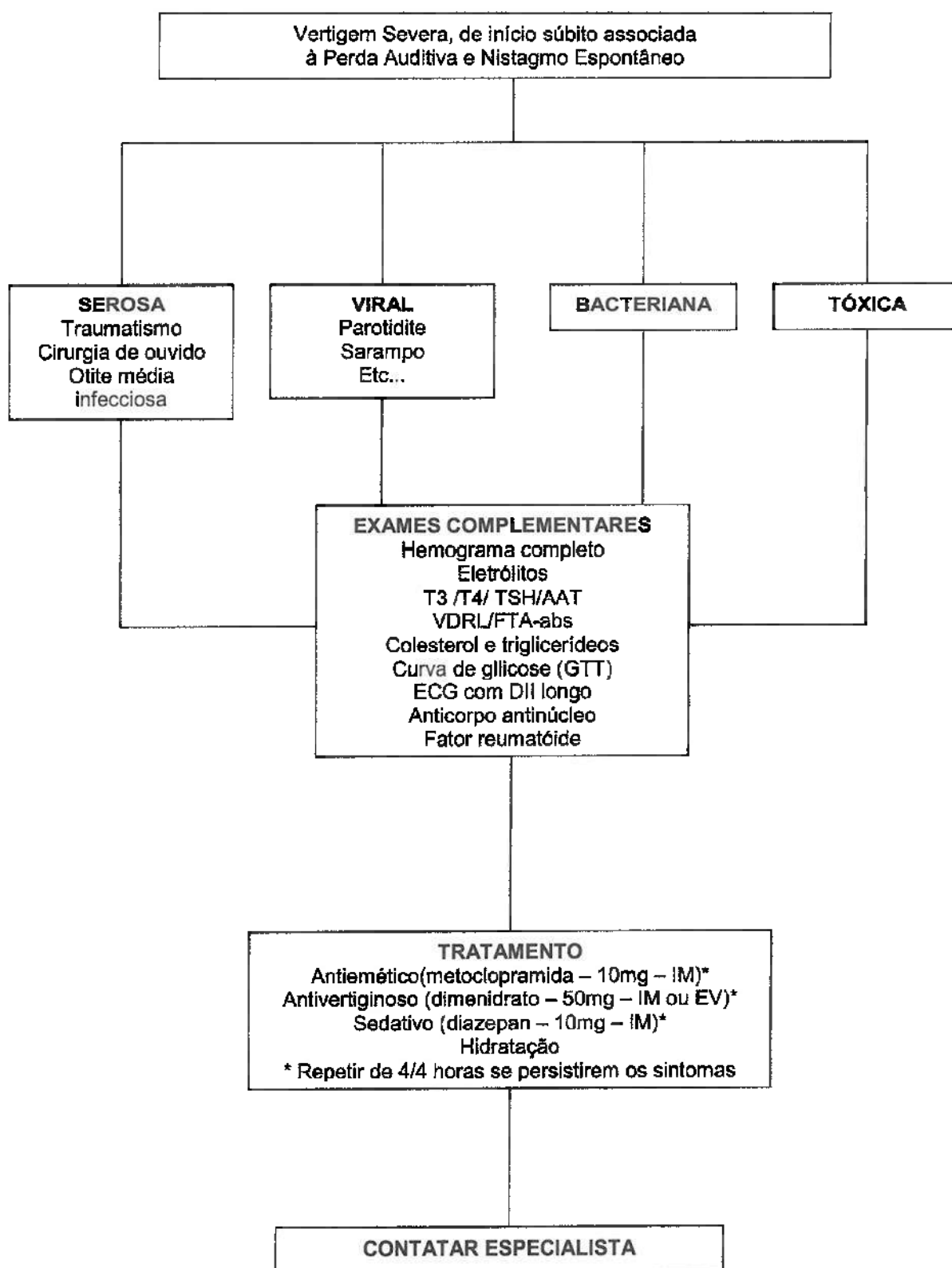
OBS.:

Tamponamento Nasal Anterior.

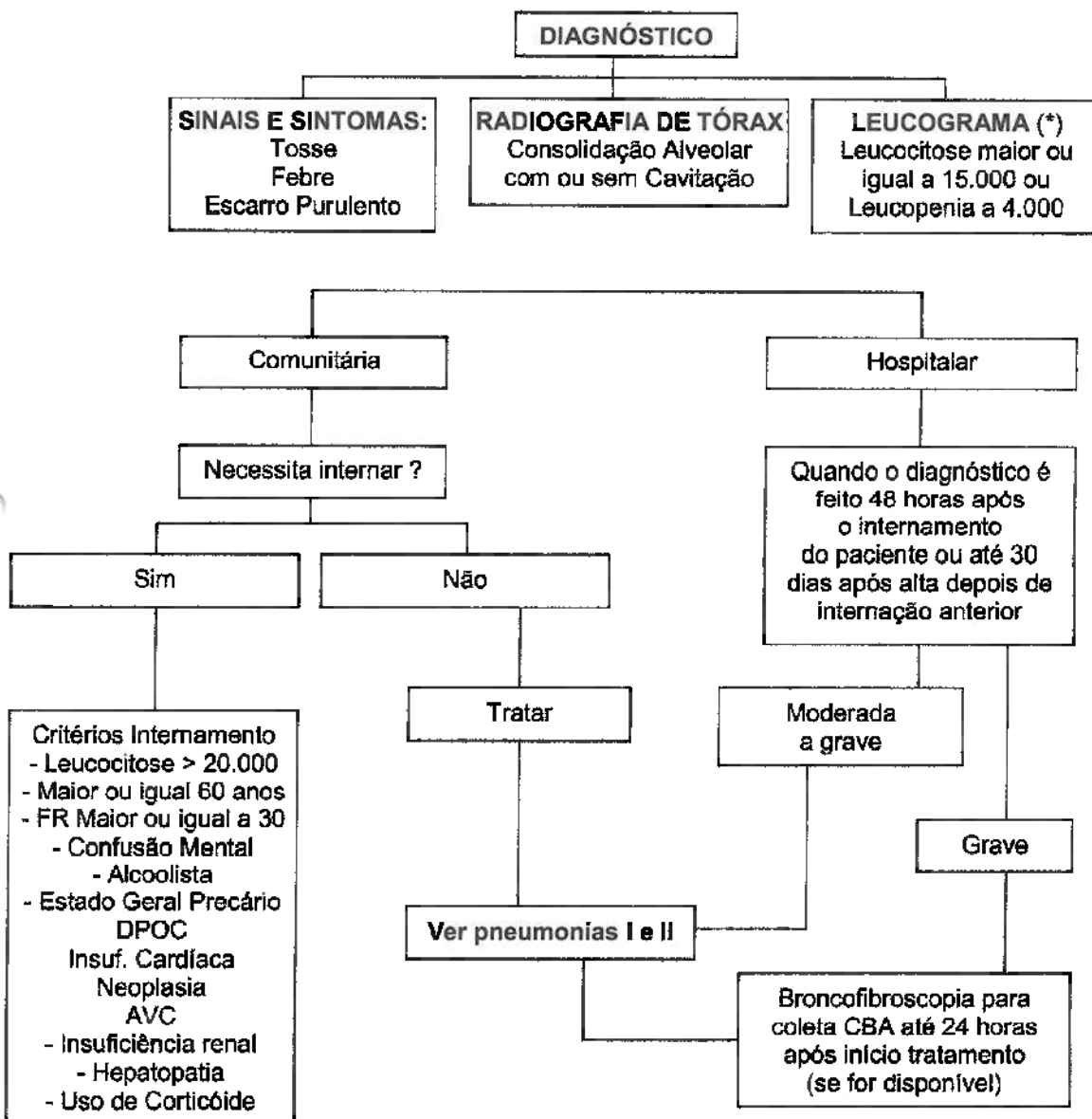
introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

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

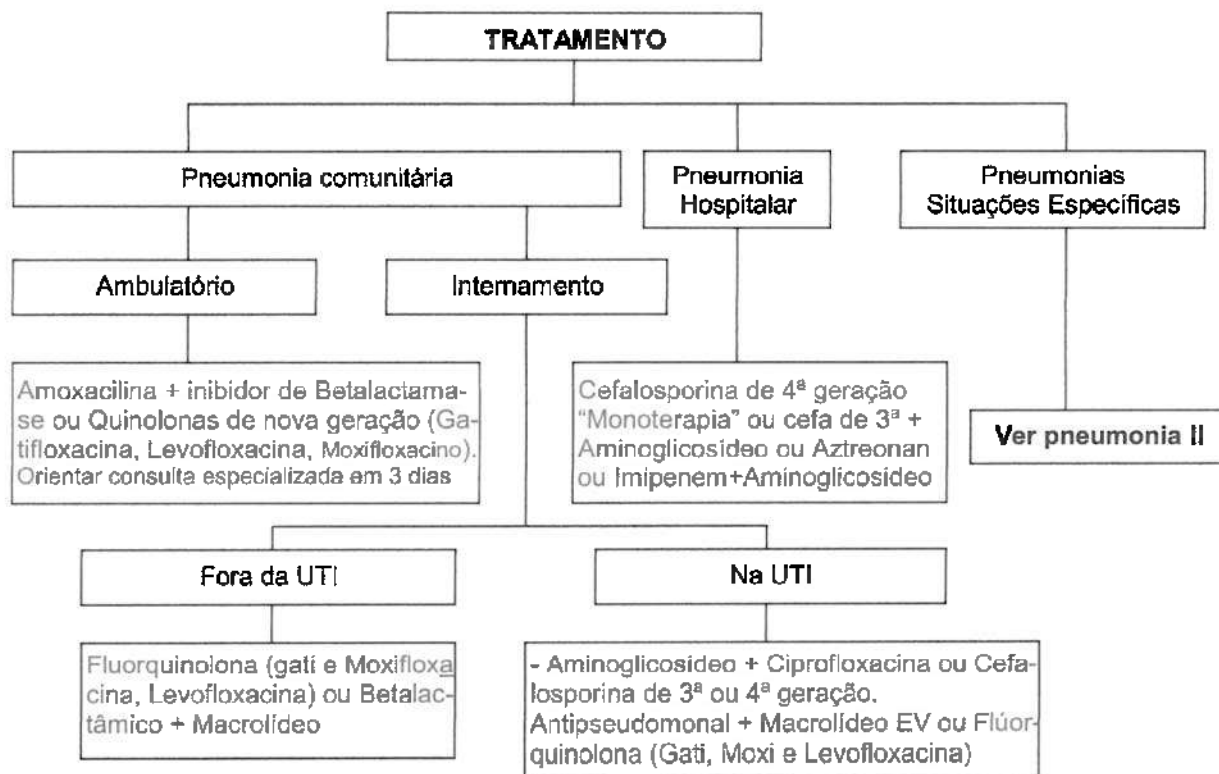
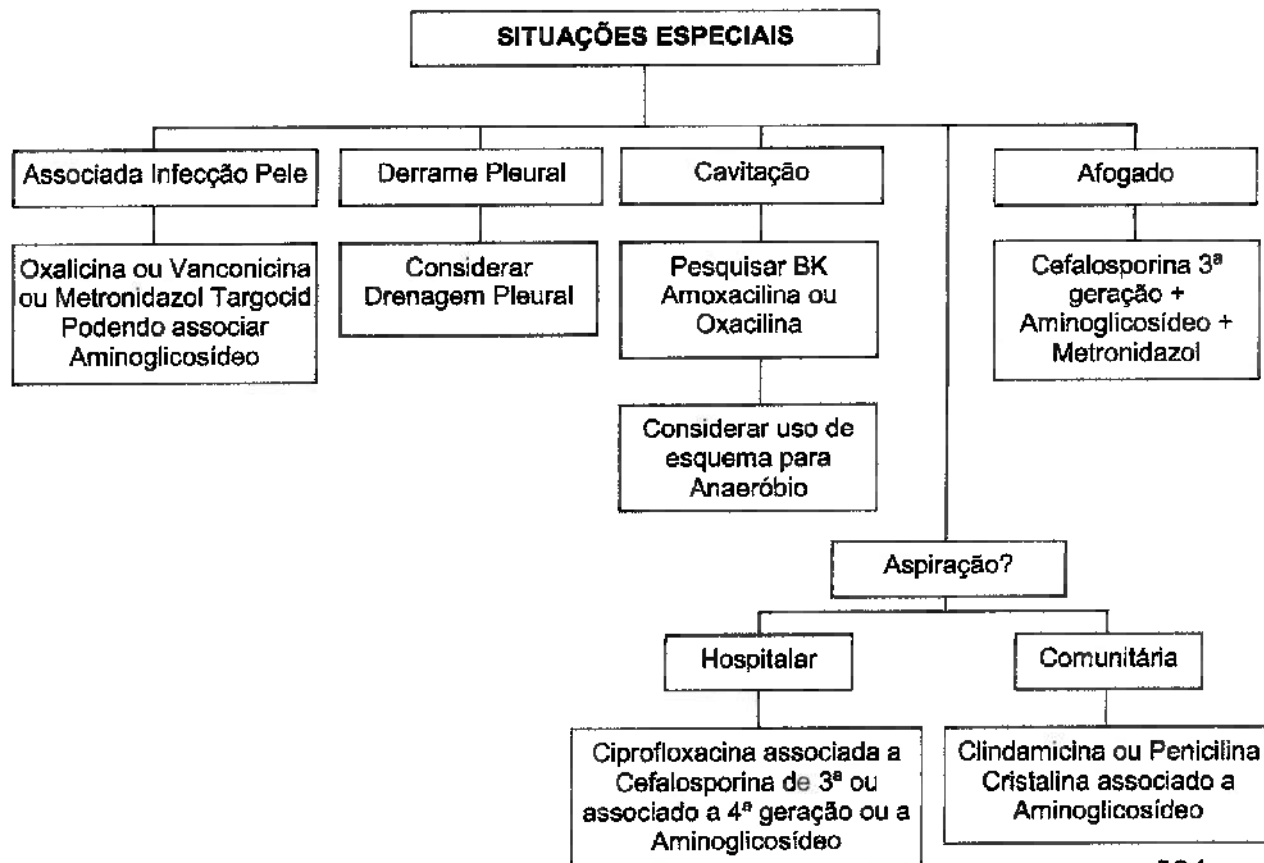
LABIRINTITE AGUDA

PNEUMONIAS (PN)

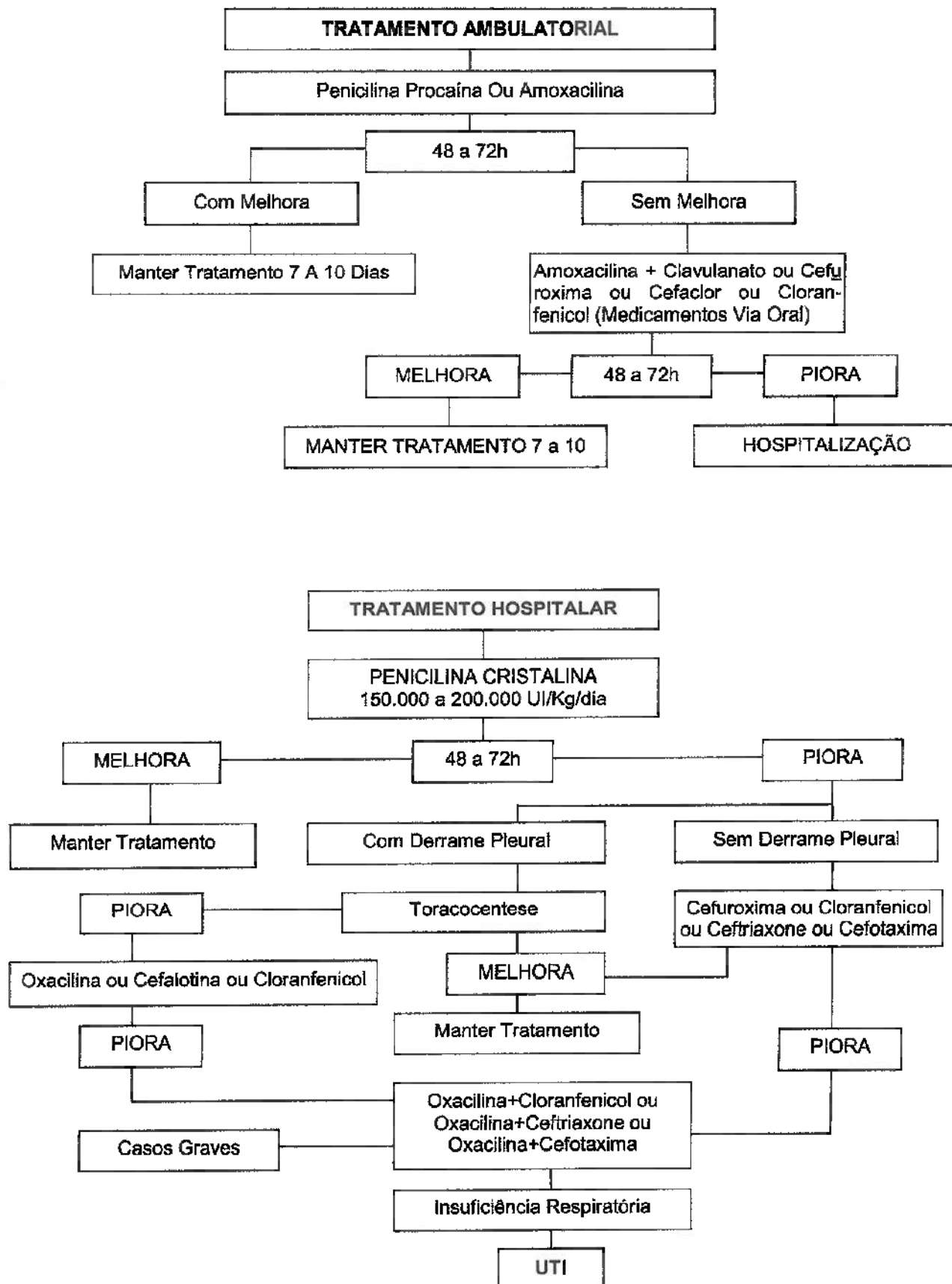


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

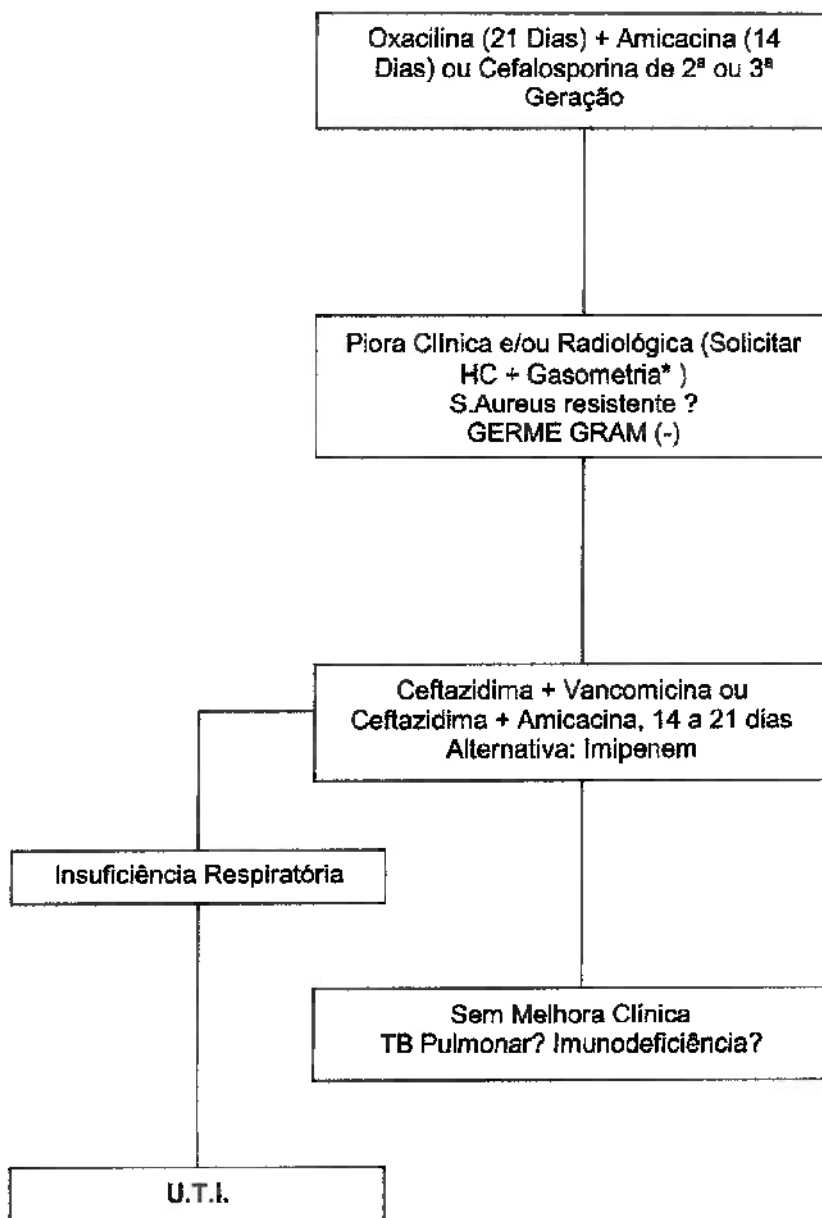
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

PNEUMONIAS - I**PNEUMONIAS - II**

PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES



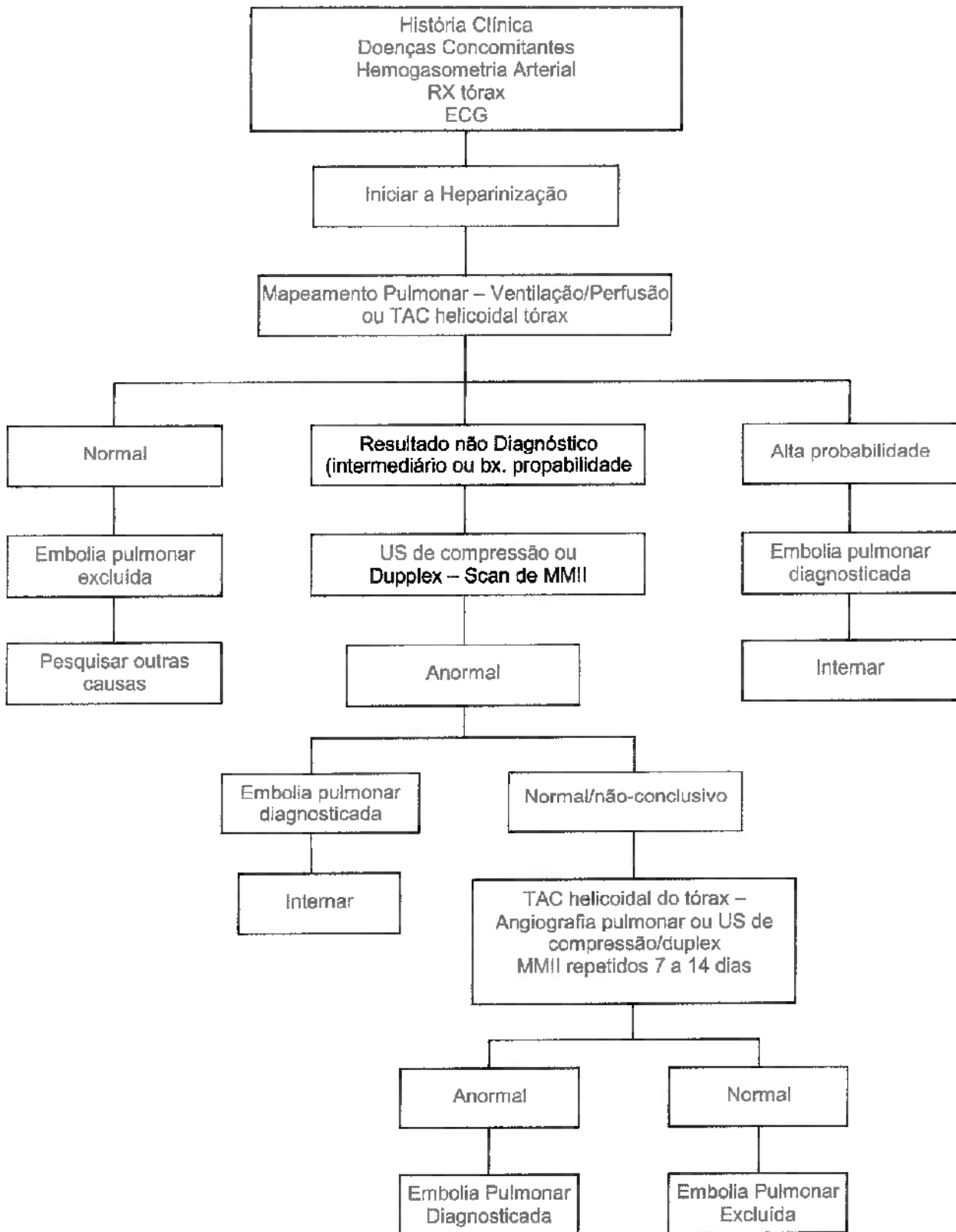
PNEUMONIA HOSPITALAR



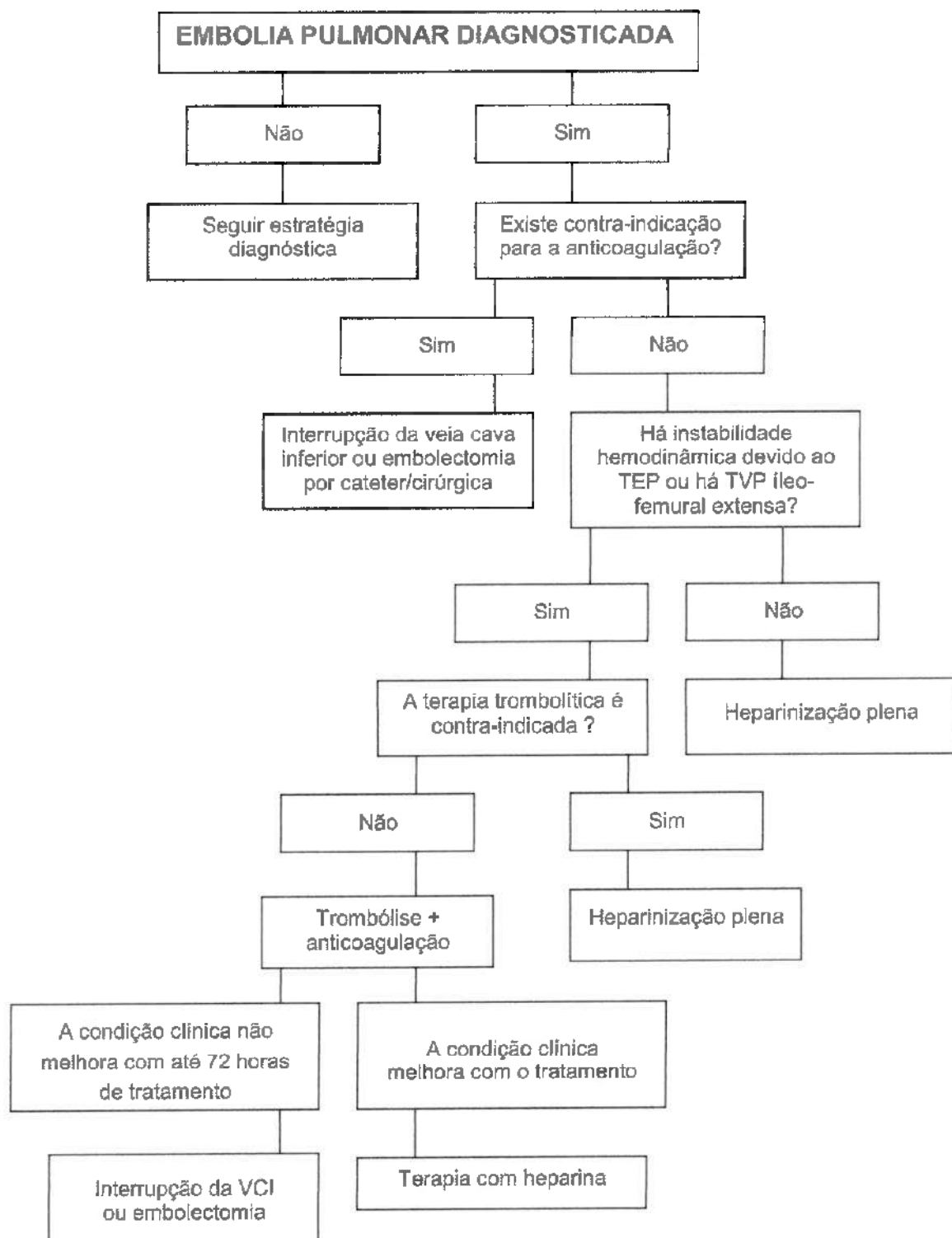
* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

EMBOLIA PULMONAR

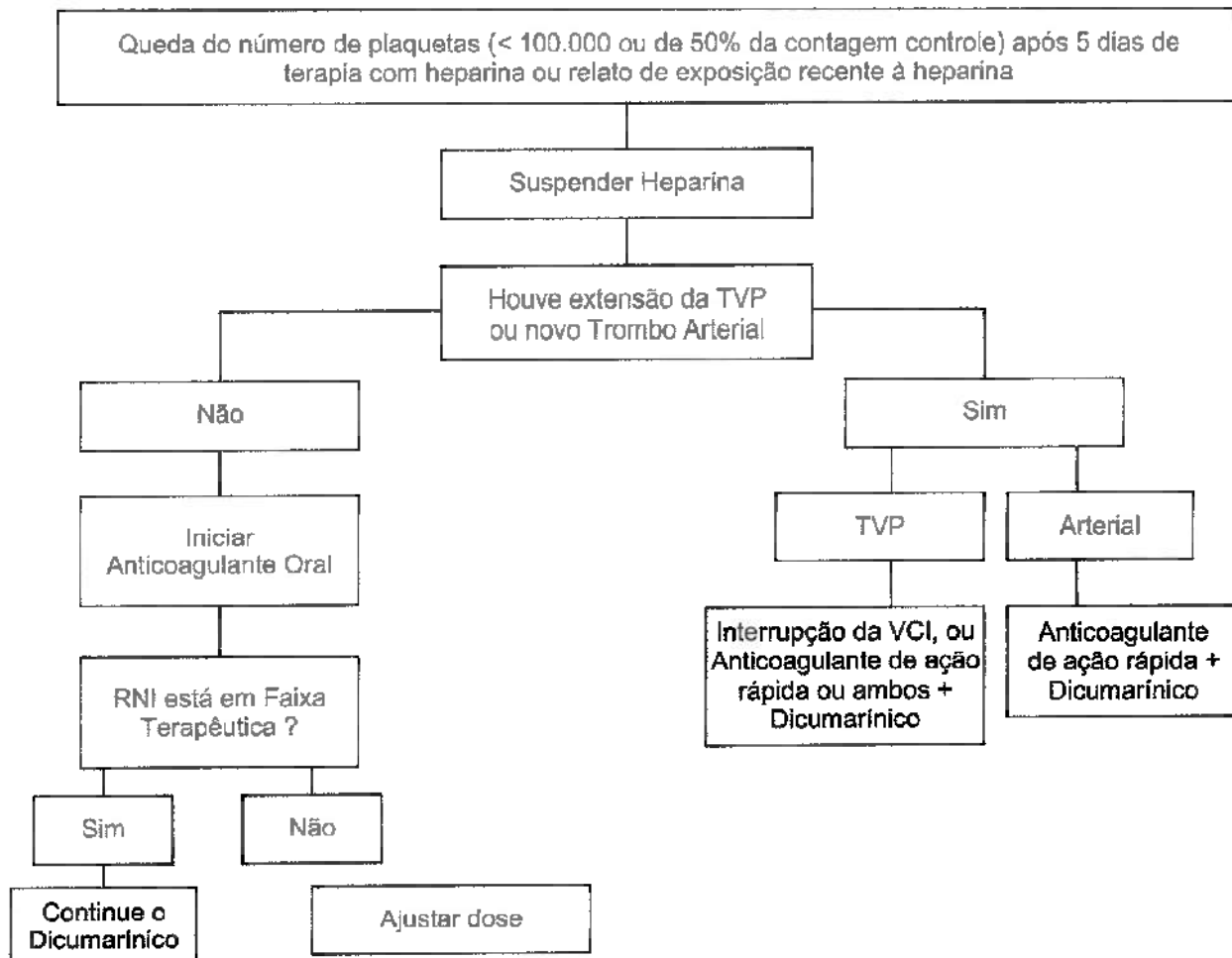
SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



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.:

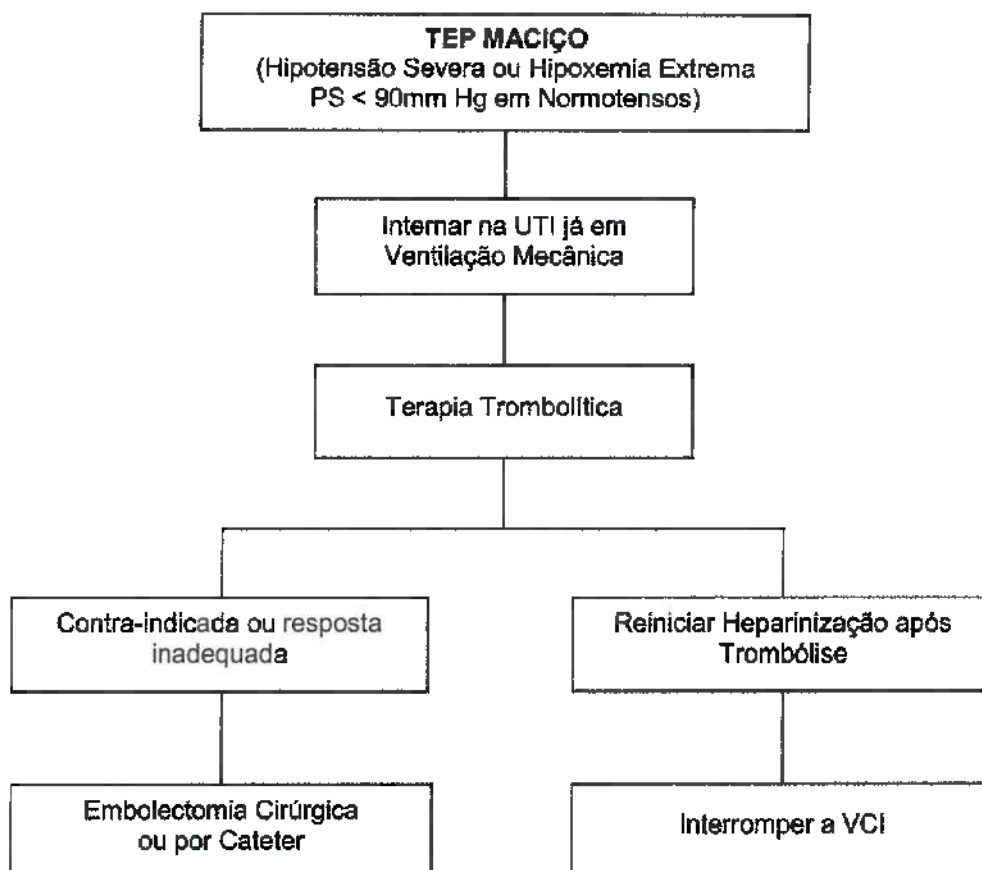
1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa \leq 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.

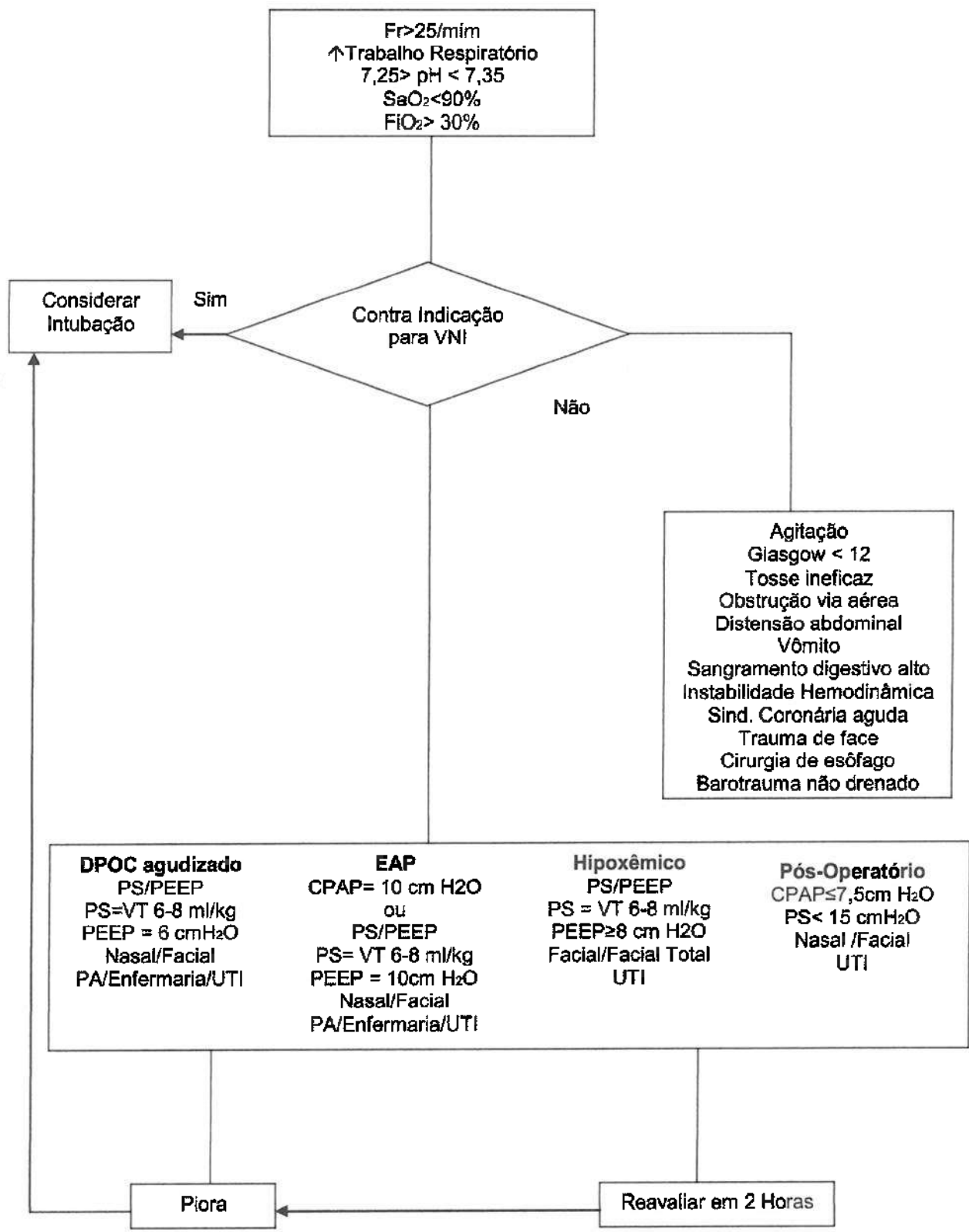
5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

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

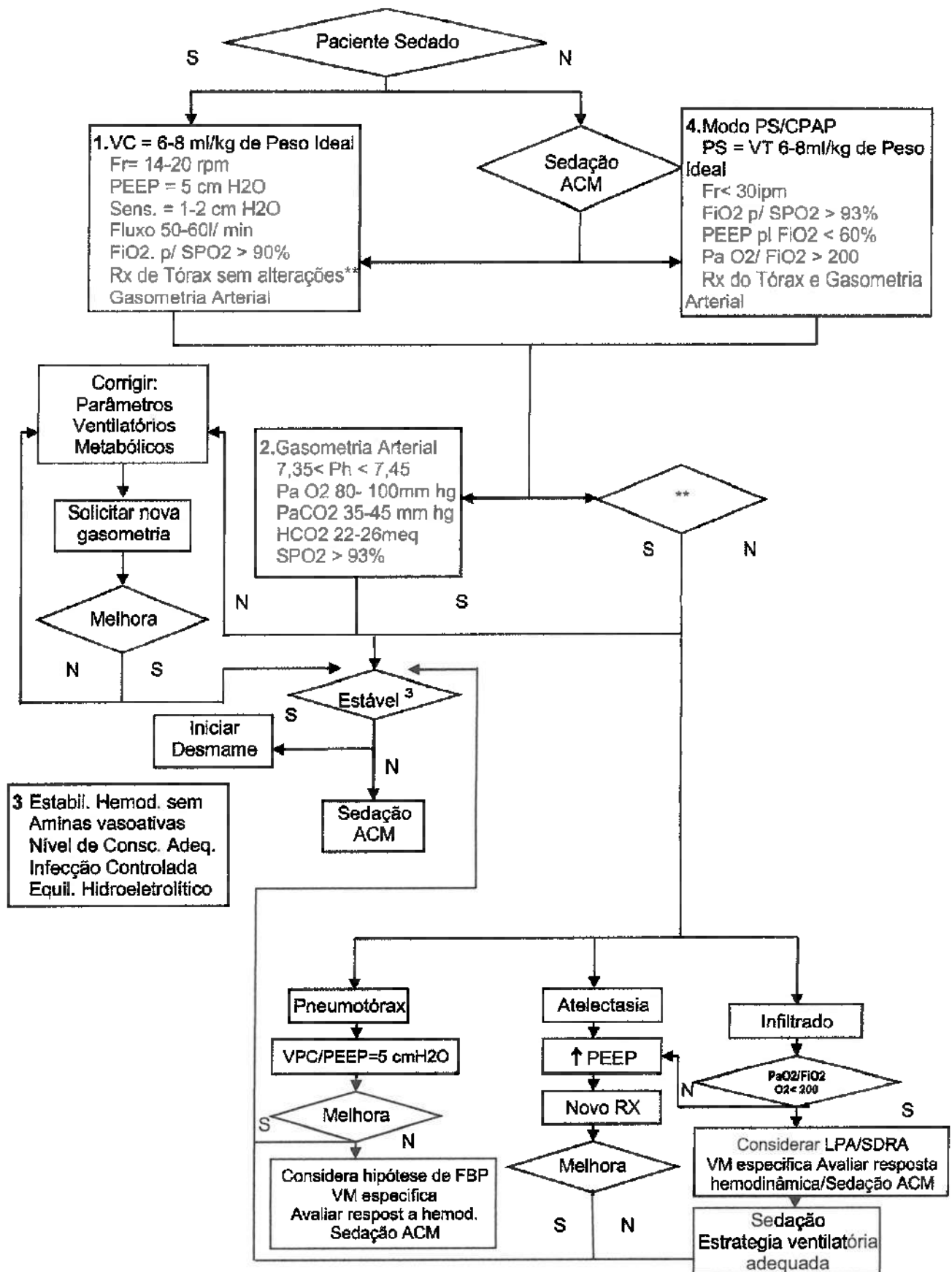
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

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

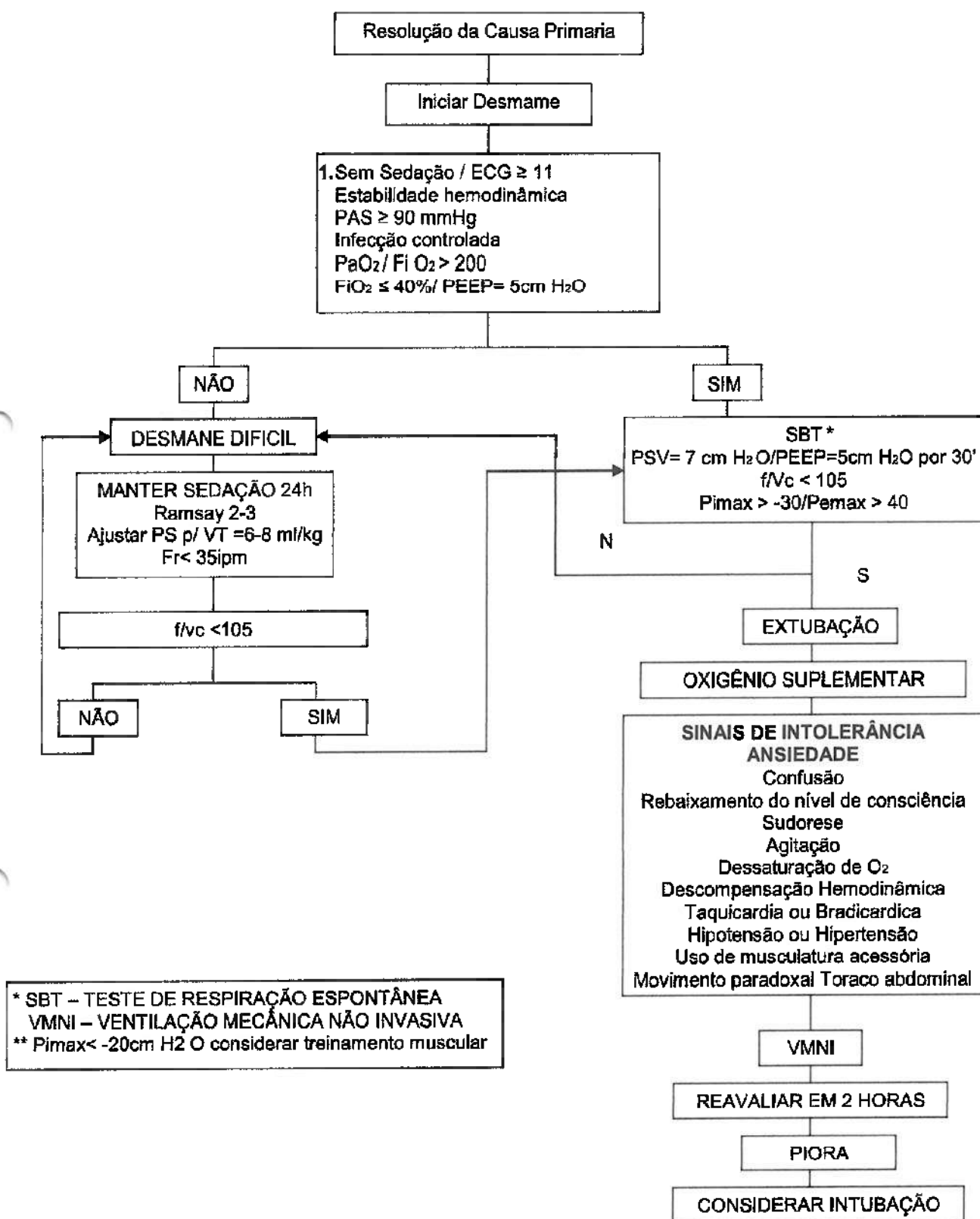
ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



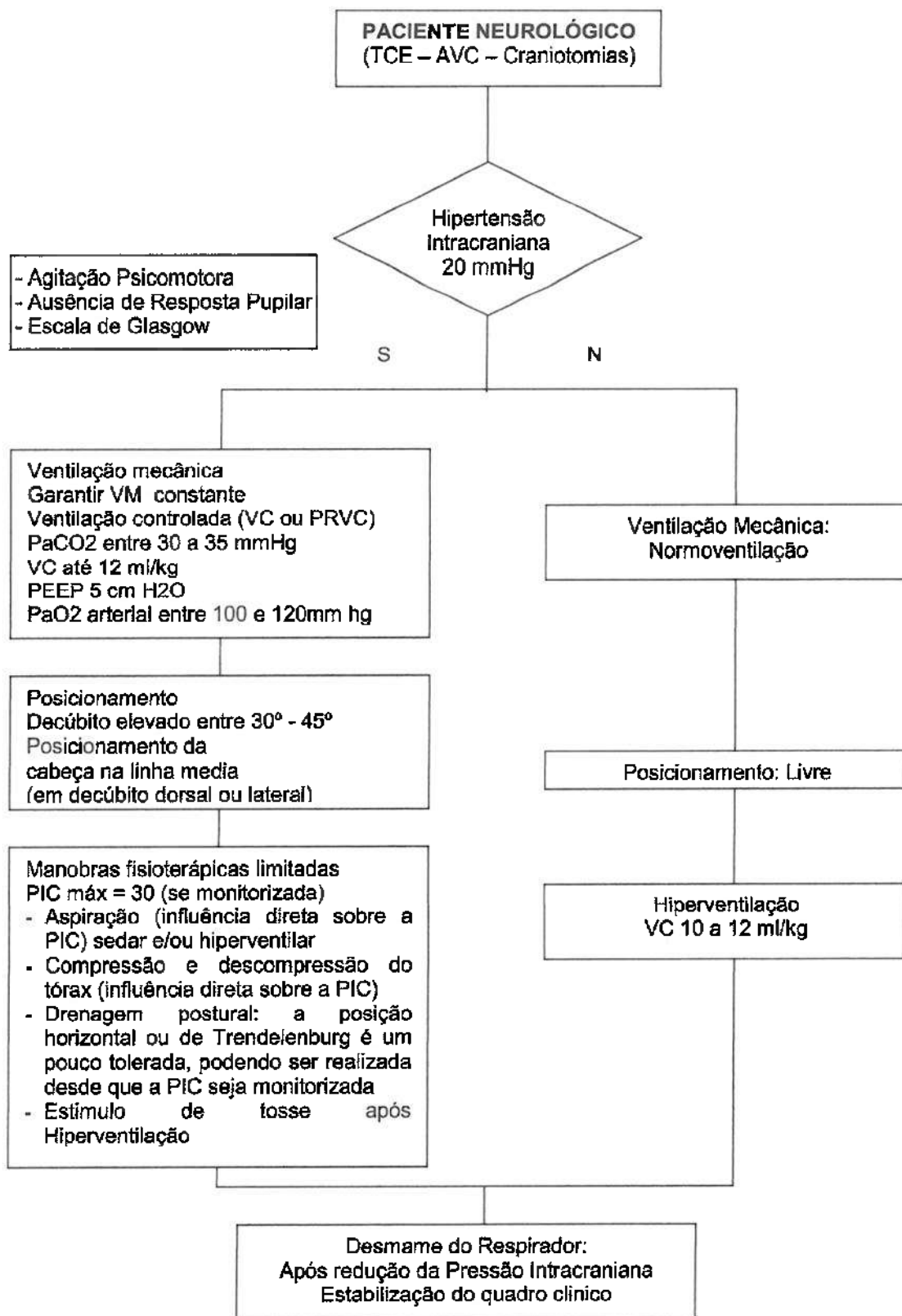
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



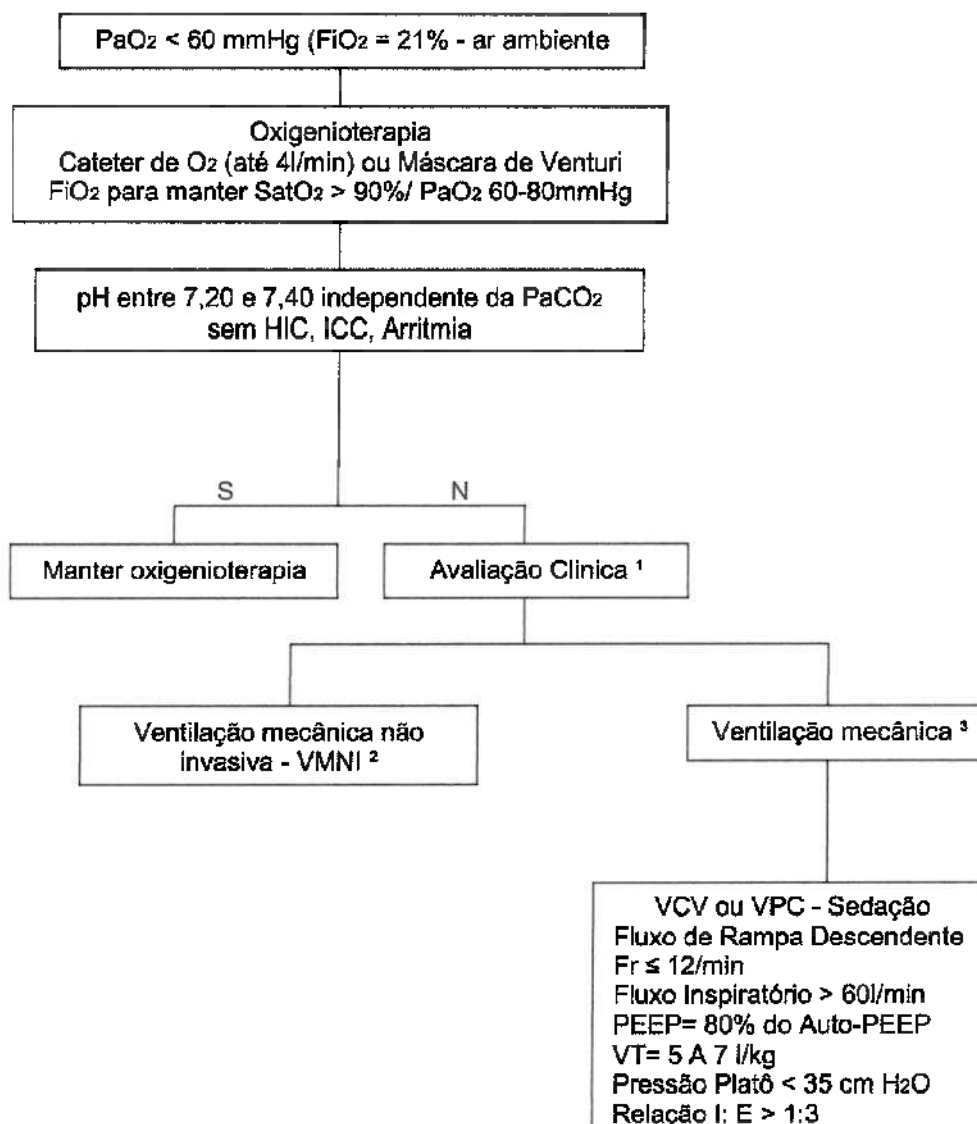
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



¹ Avaliação Clínica

Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

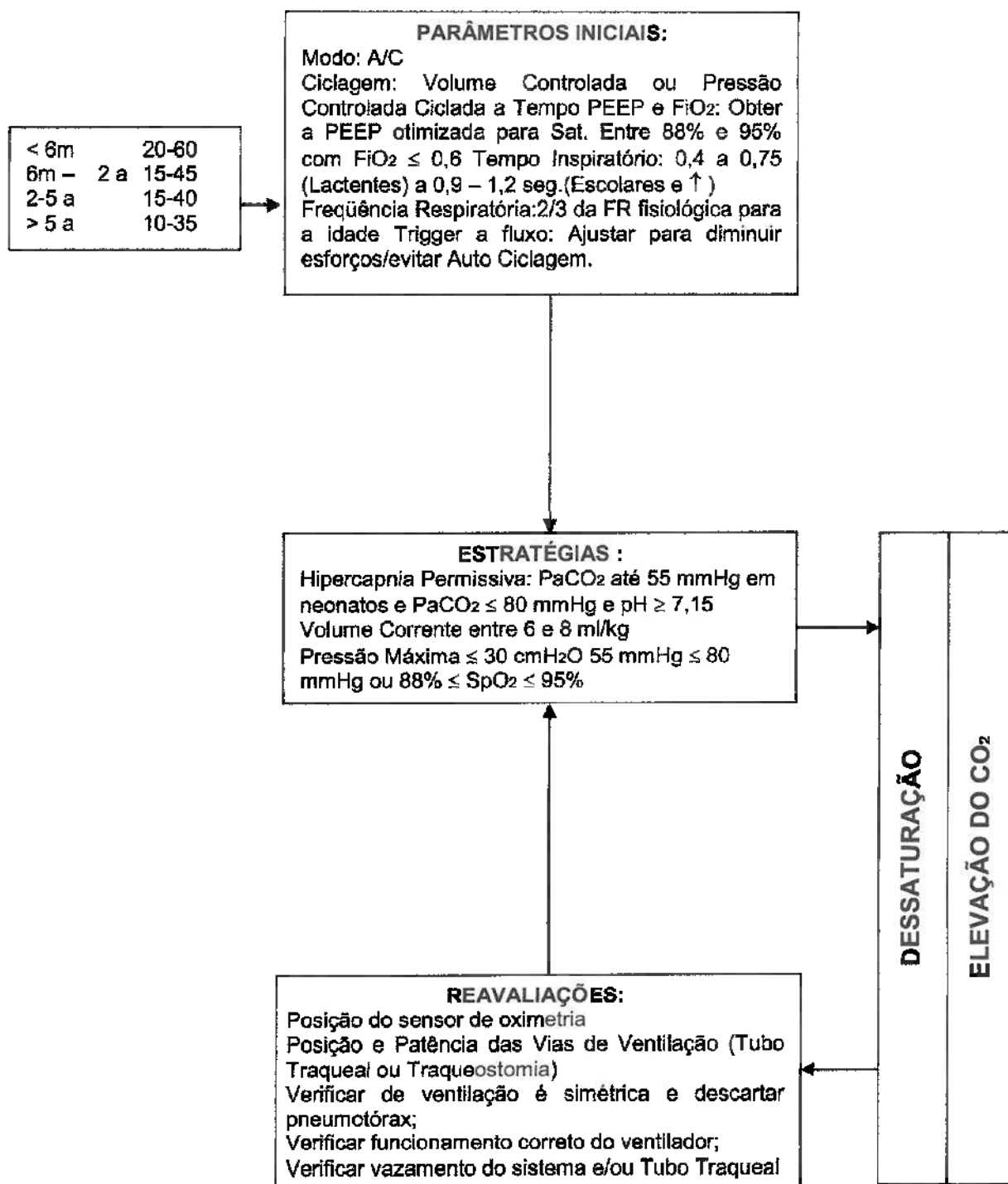
² Critérios para utilização de VMNI

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

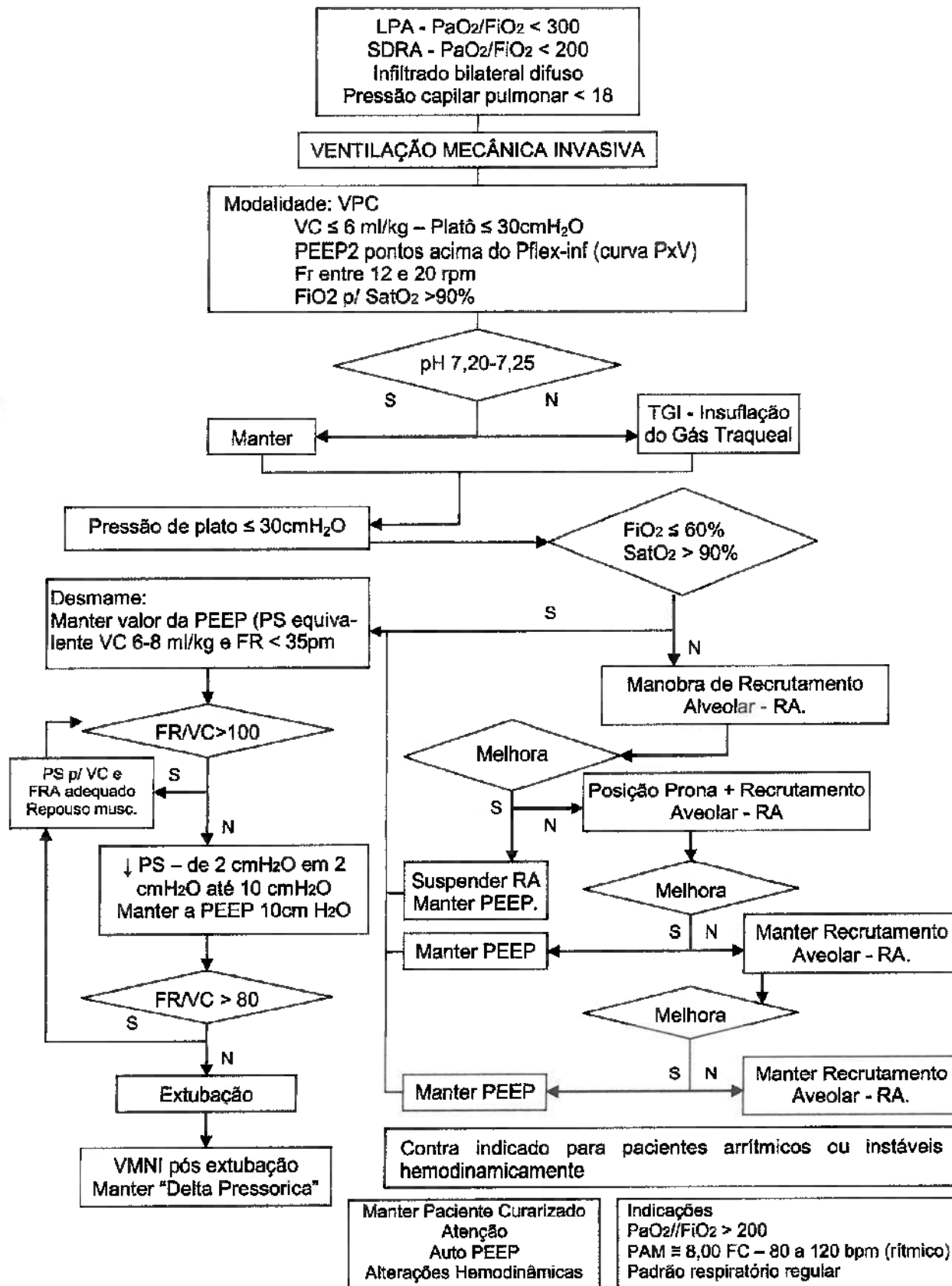
³ Critérios para IOT

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

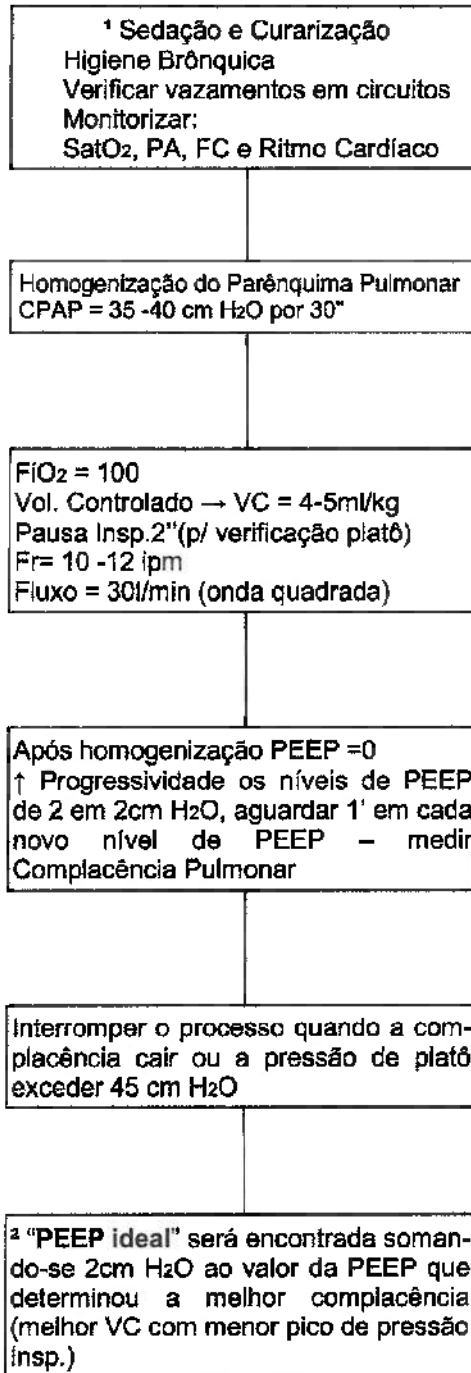
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



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



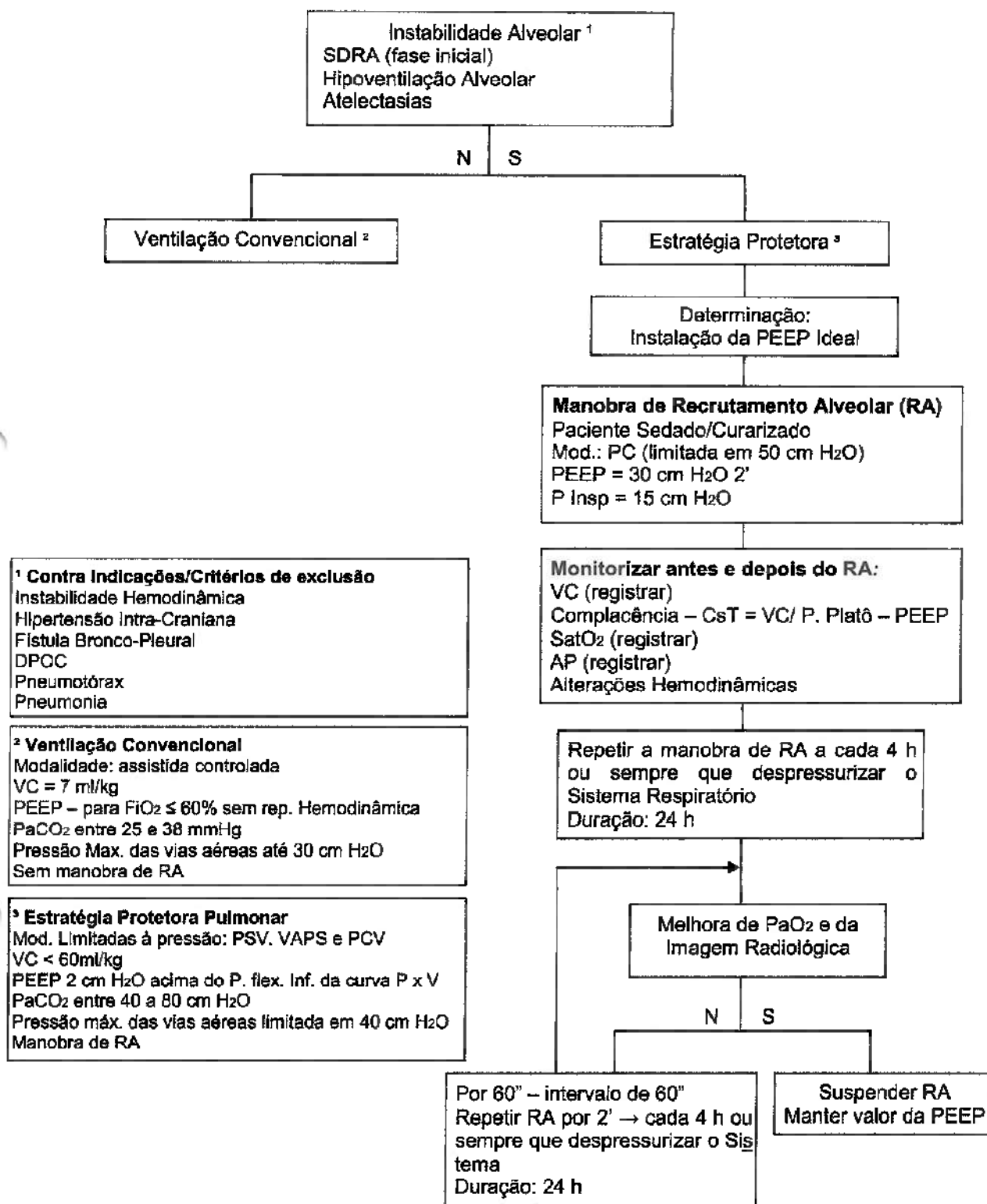
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



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

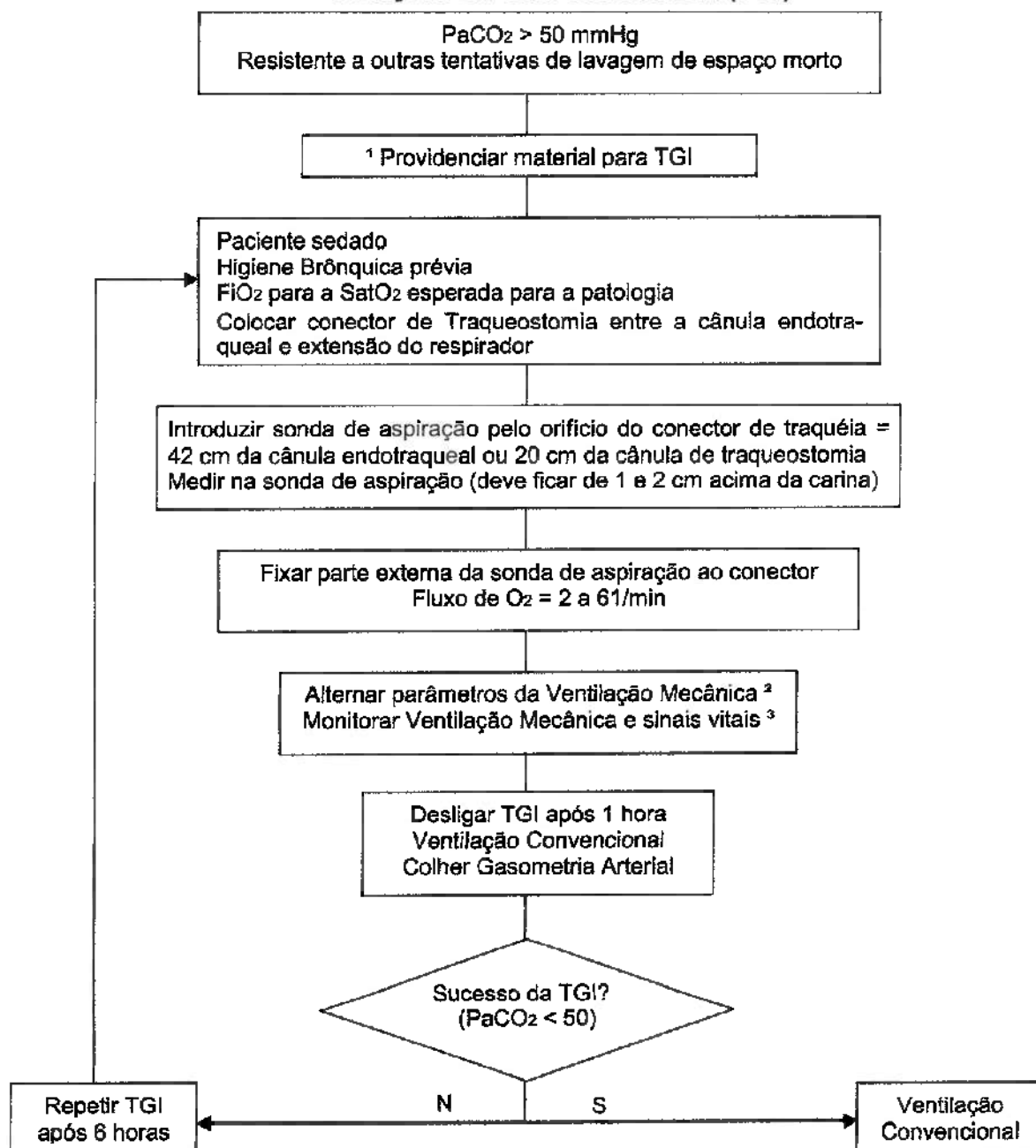
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

MANOBRAS DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)

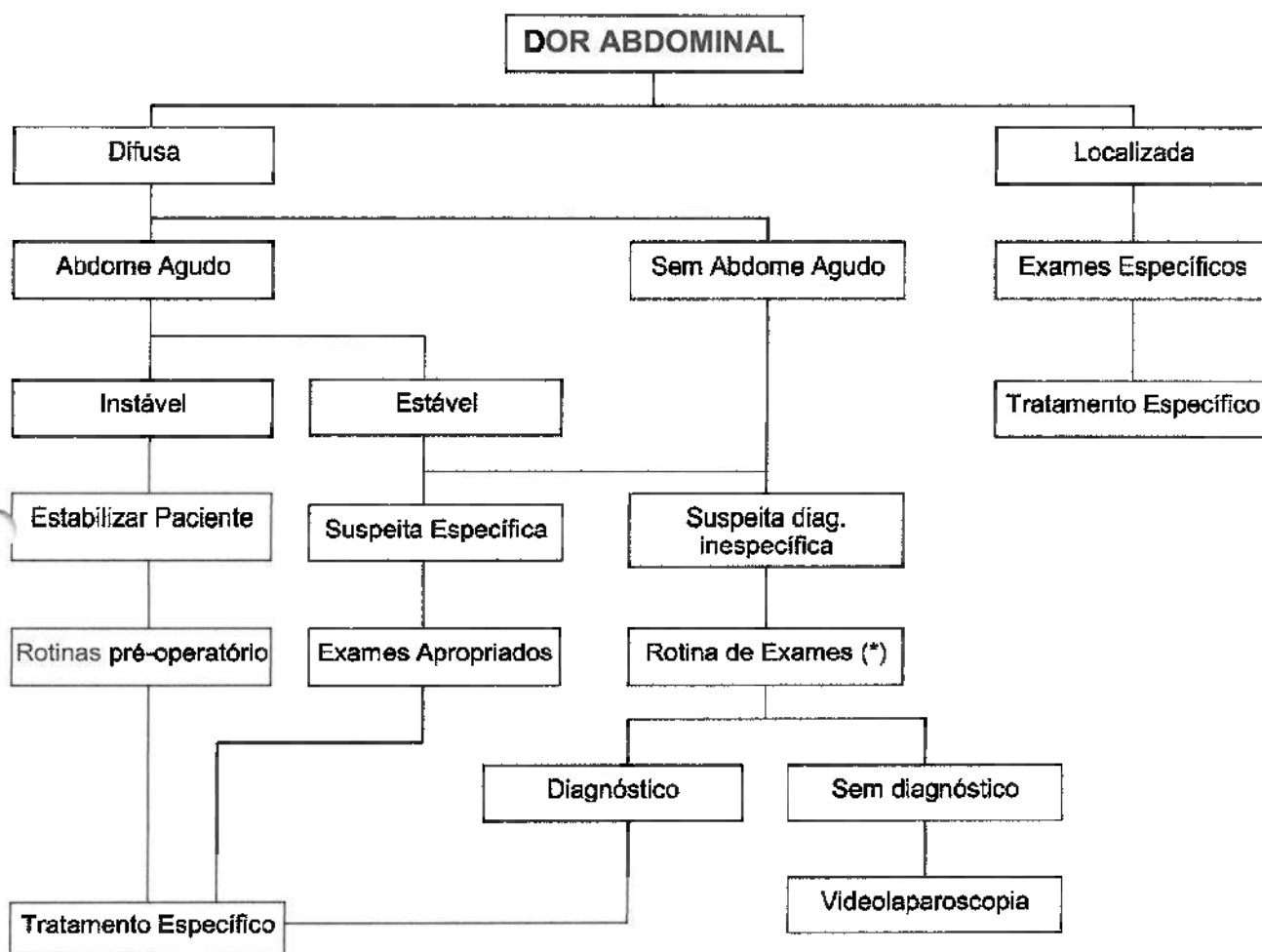


1 Materiais Necessários
 Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
 Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
 Espadrado ou similar
 Cortaplast
 Umidificador de parede + extensão
 Água Destilada Estéril
 Fluxômetro de O₂

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

2 Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)
 P_{insp} Limitada a 35 cm H₂O
 PEEP fisiológico
 VC em torno de 5 ml/kg
 FIO₂ < nível possível

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.)

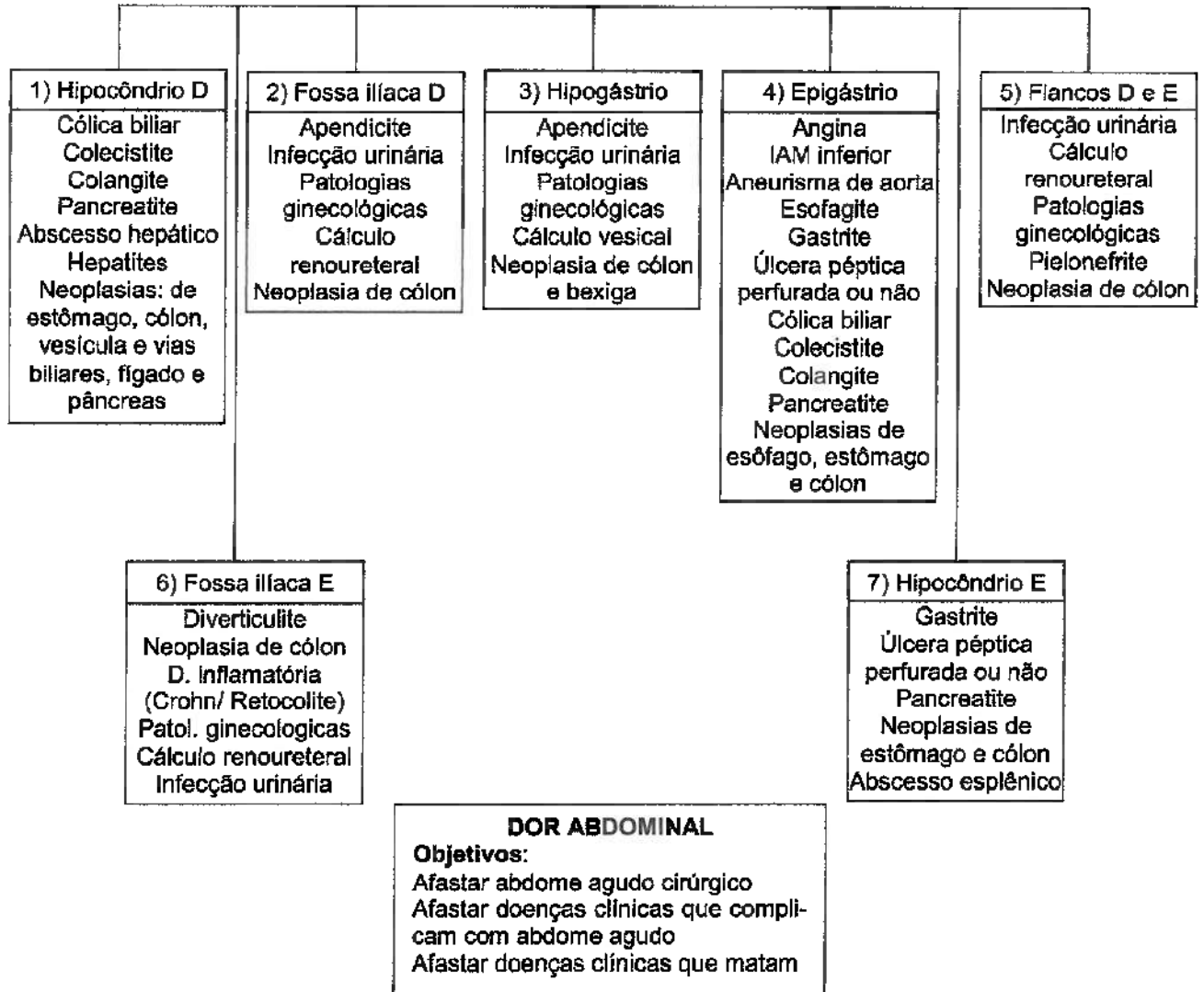
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

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.

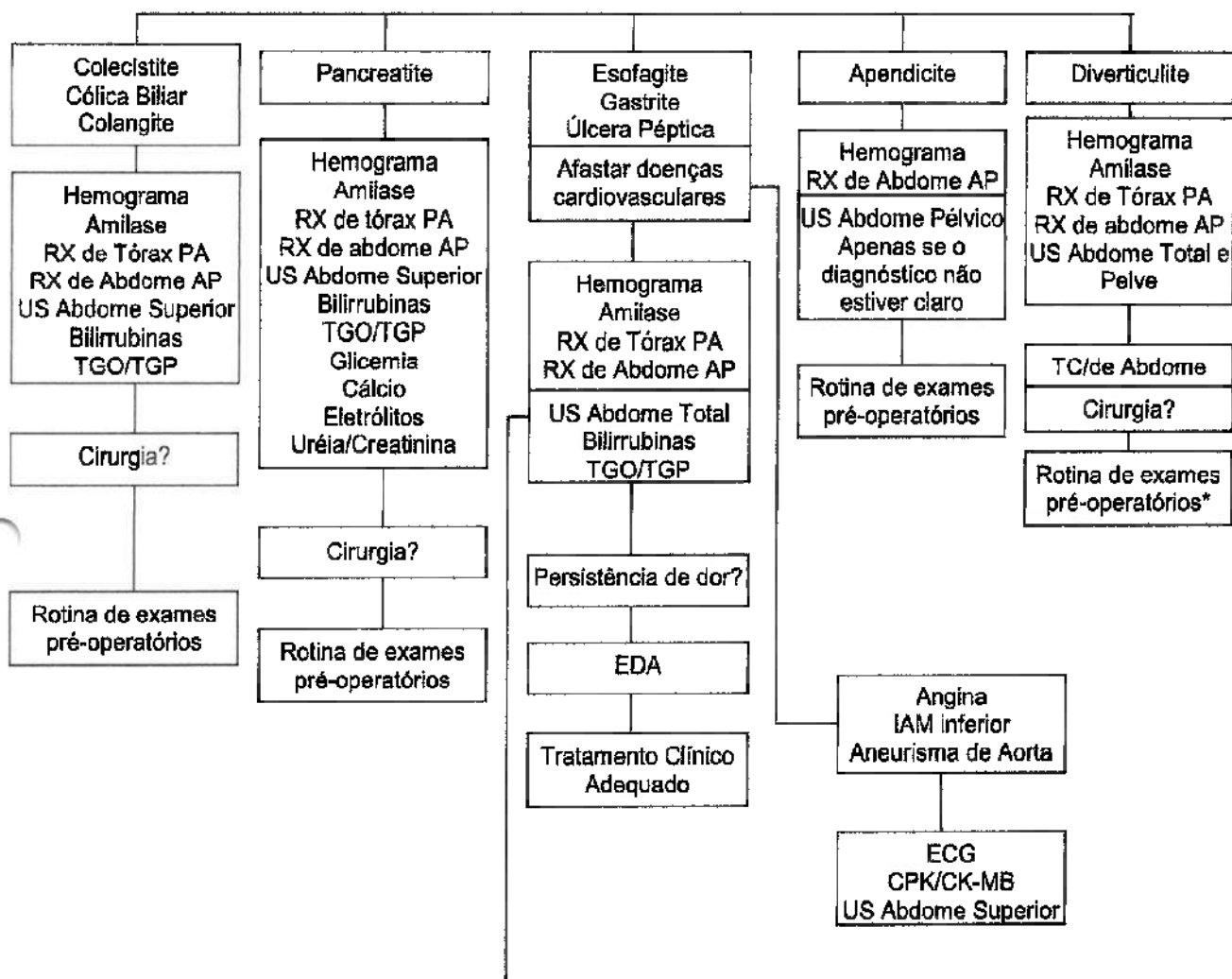
ROTINA DE EXAMES

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:

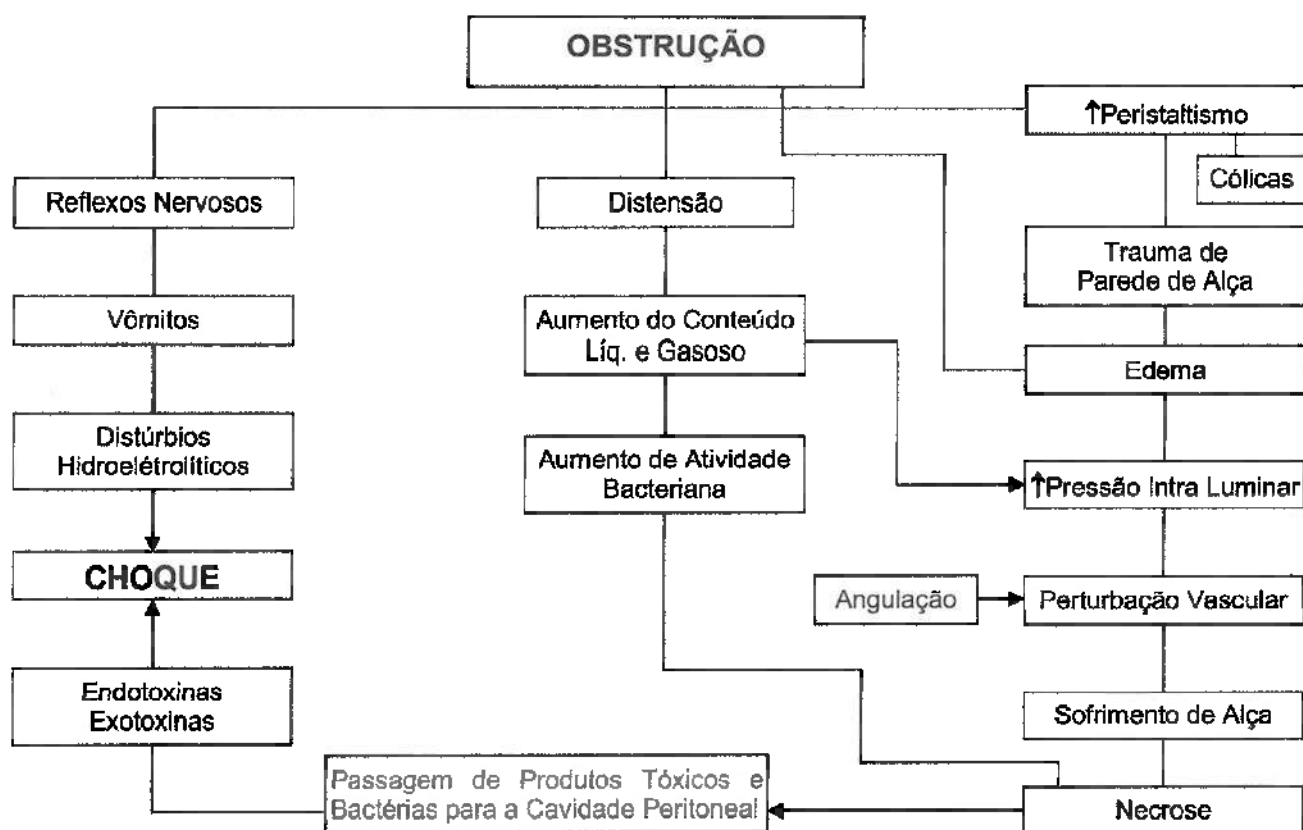
- Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
- Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
- Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

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

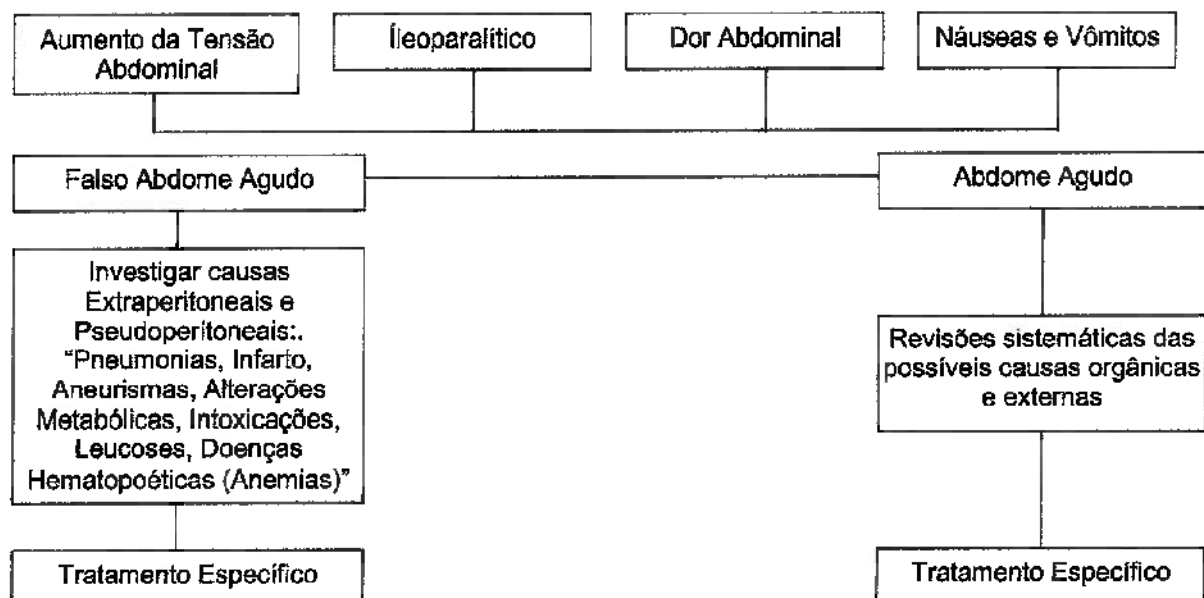
OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICOS

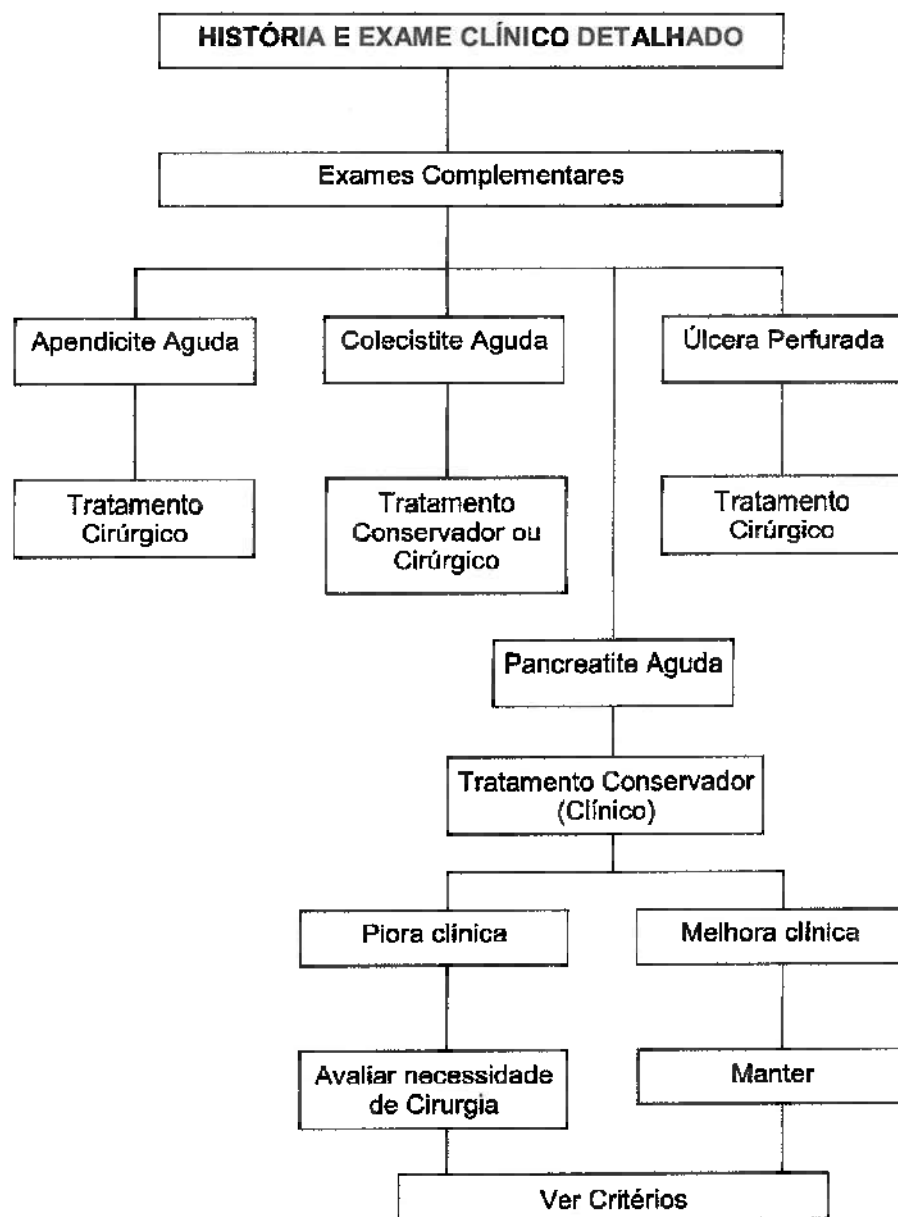
**OBS:**

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.

ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

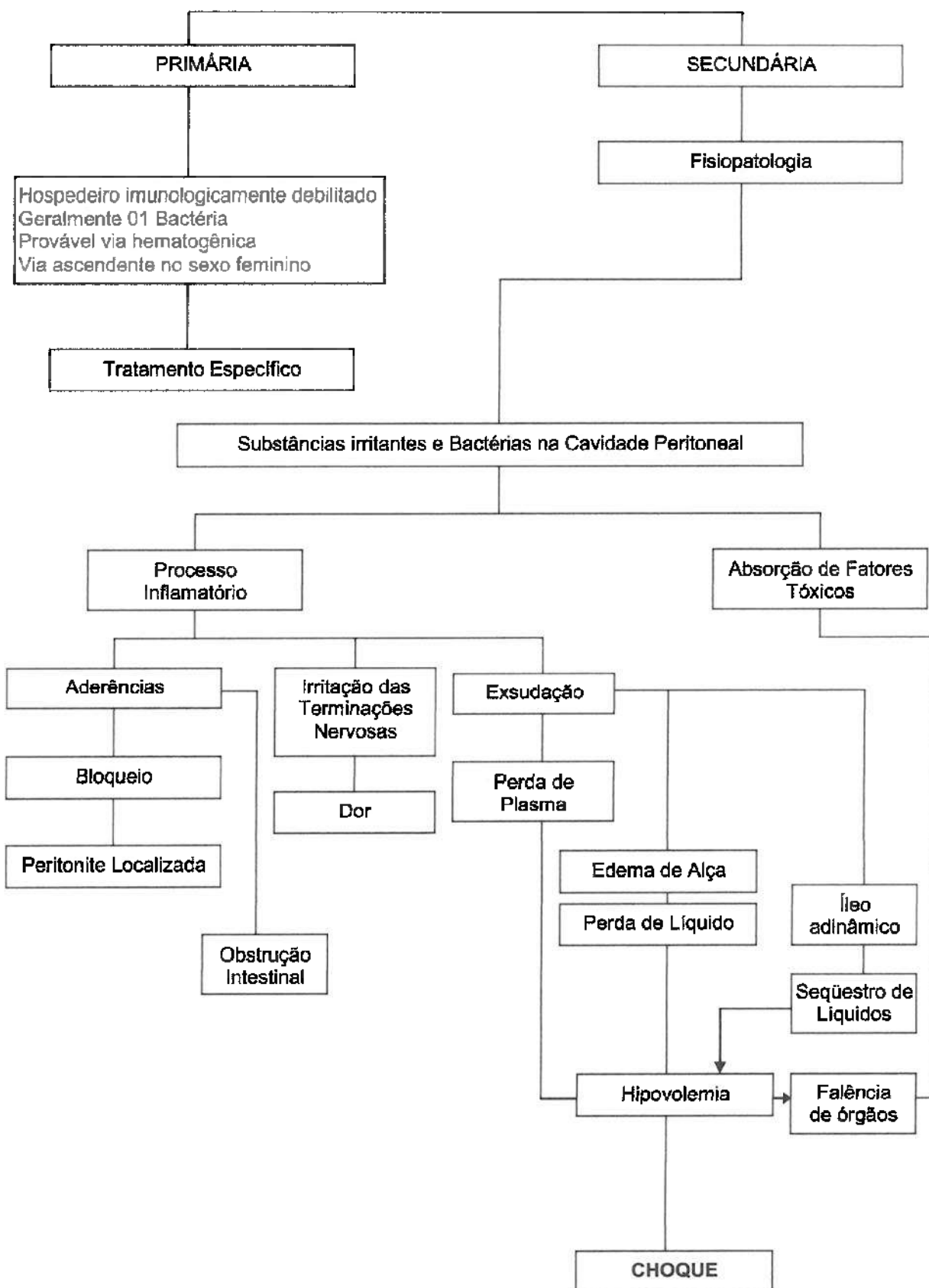


OBS:

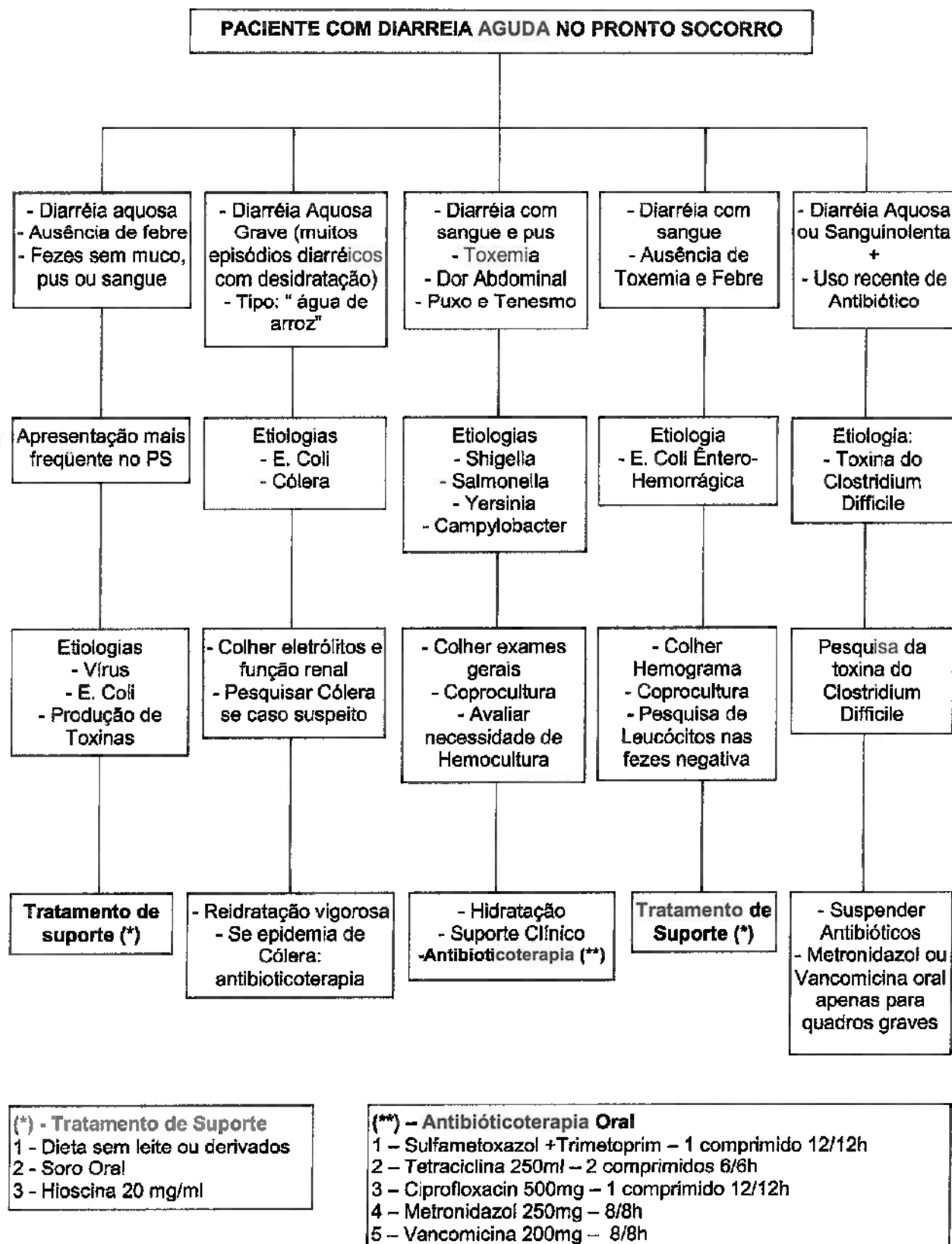
Prevenir o choque

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

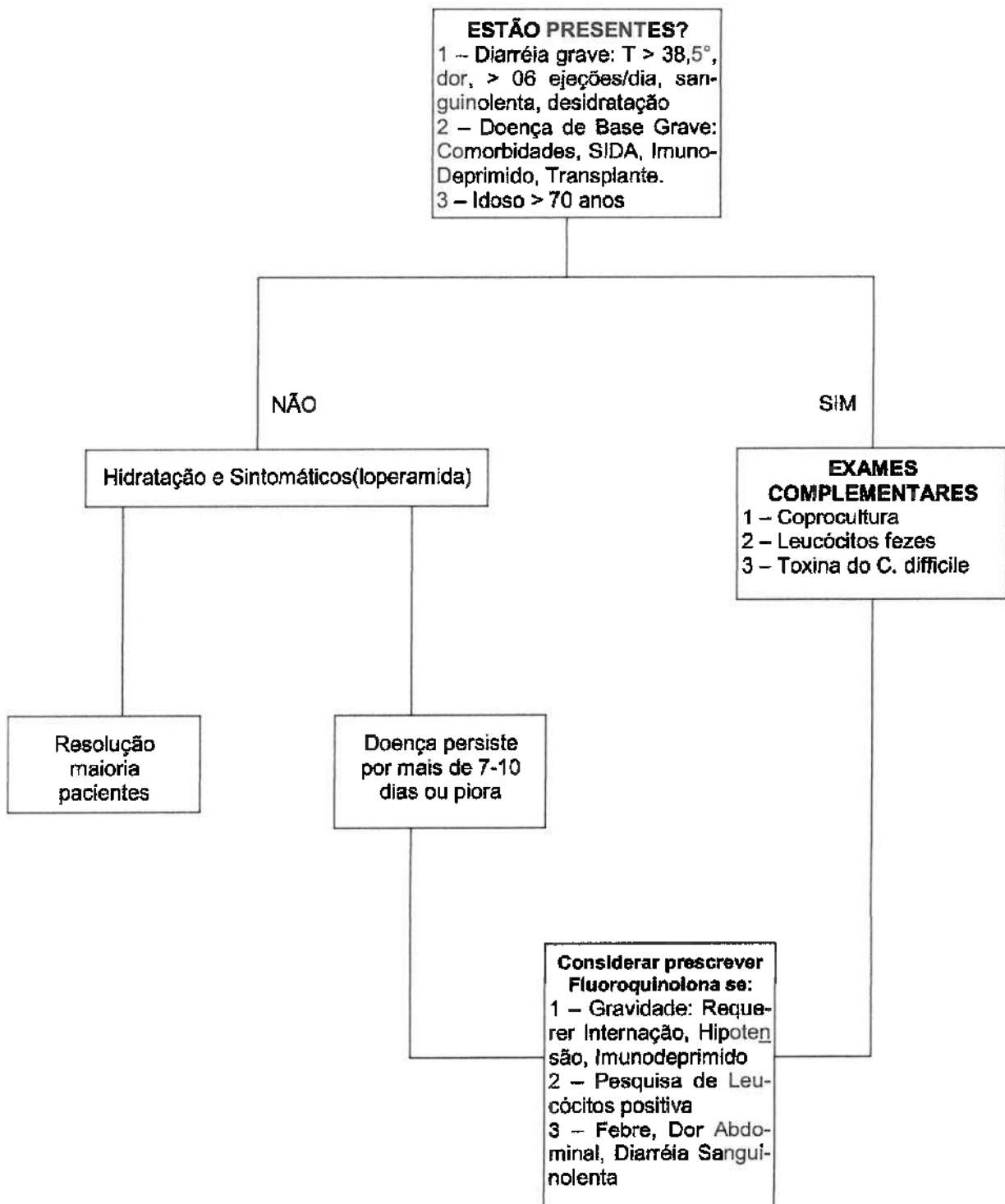
PERITONITES



DIARRÉIA AGUDA



DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

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

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
<p>À admissão</p> <ol style="list-style-type: none"> Idade > 55 anos Número de leucócitos > 16.000mm³ Glicose > 200mg/dl TGO > 250UI/L LDH > 350UI/L <p>Durante as 48 horas iniciais</p> <ol style="list-style-type: none"> Queda maior que 10% no hematócrito Aumento no BUN > 5mg/dl Cálcio sérico < 8mg/dl PaO₂ < 60mmHg Déficit de base > 4mEq Sequestração hídrica > 6 litros 	<p>À admissão</p> <ol style="list-style-type: none"> Idade > 70 anos Número de leucócitos > 18.000mm³ Glicose > 220mg/dl TGO > 250UI/L LDH > 250UI/L <p>Durante as 48 horas iniciais</p> <ol style="list-style-type: none"> Queda maior que 10% no hematócrito Aumento da uréia > 2mg/dl Cálcio sérico < 8mg/dl Déficit de base > 5mEq/L Sequestração hídrica > 4 litros

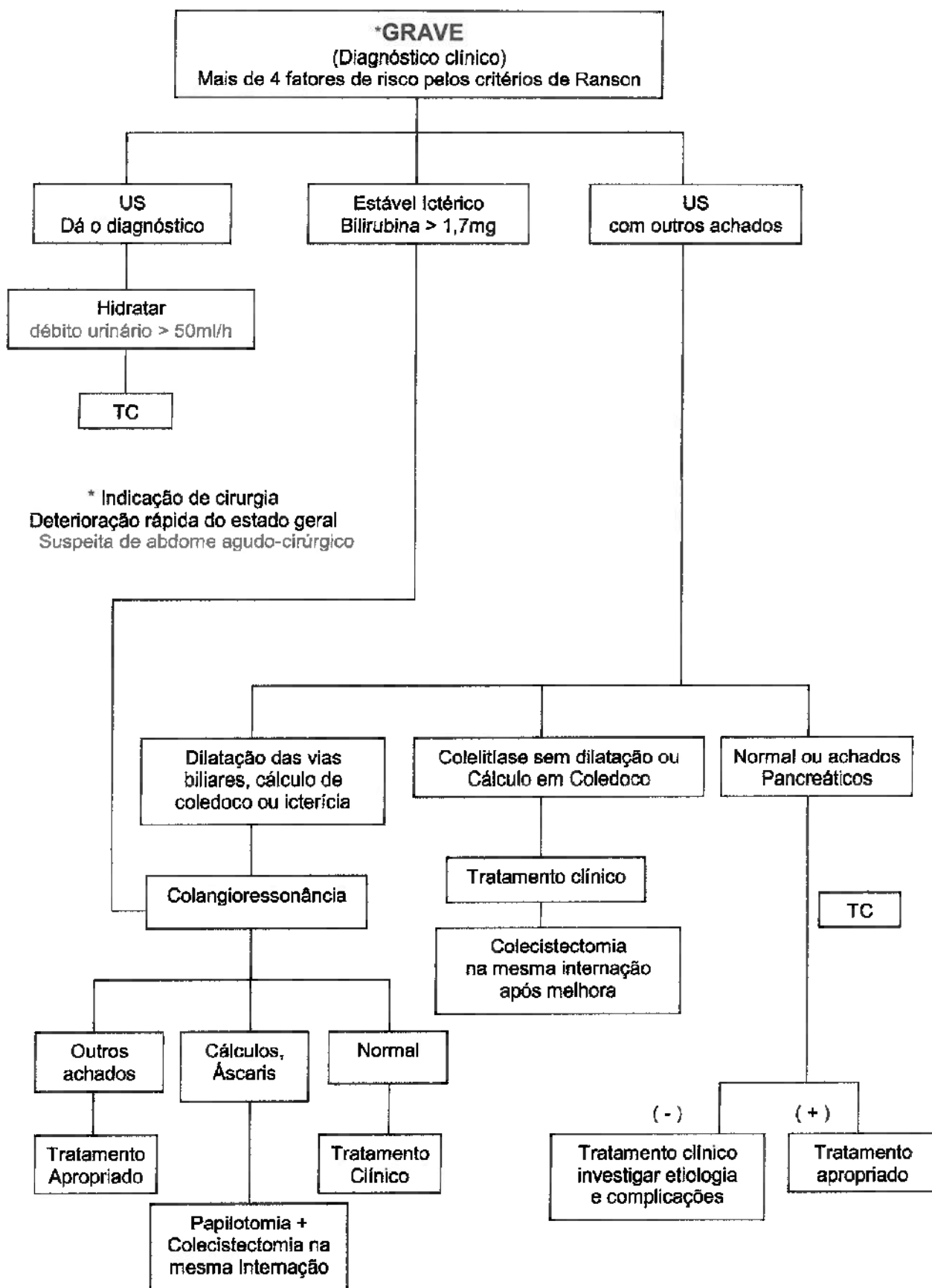
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

**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

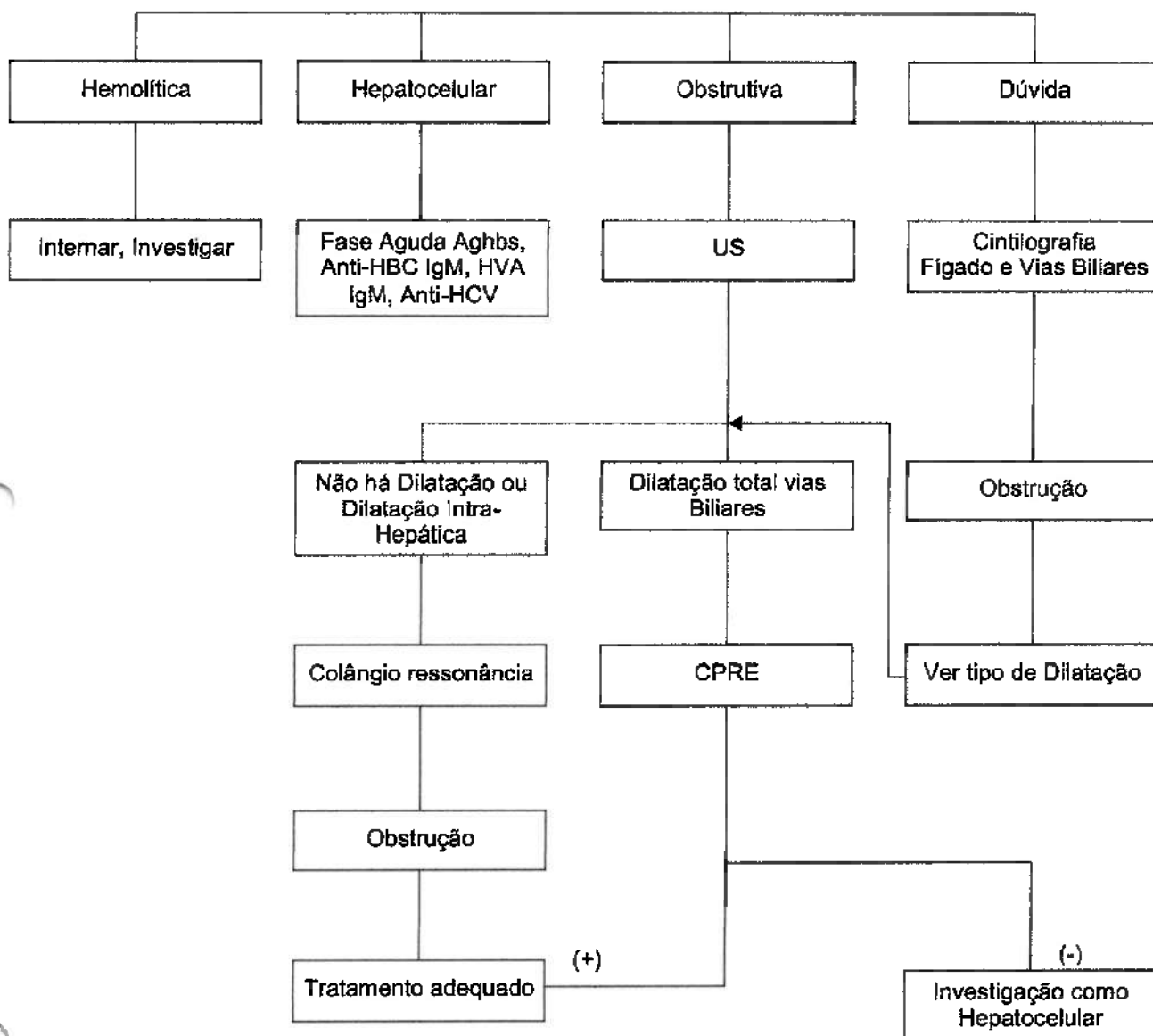
PANCREATITE AGUDA – II



(+) = Achado Anormal

(-) = Normal

ICTERÍCIA

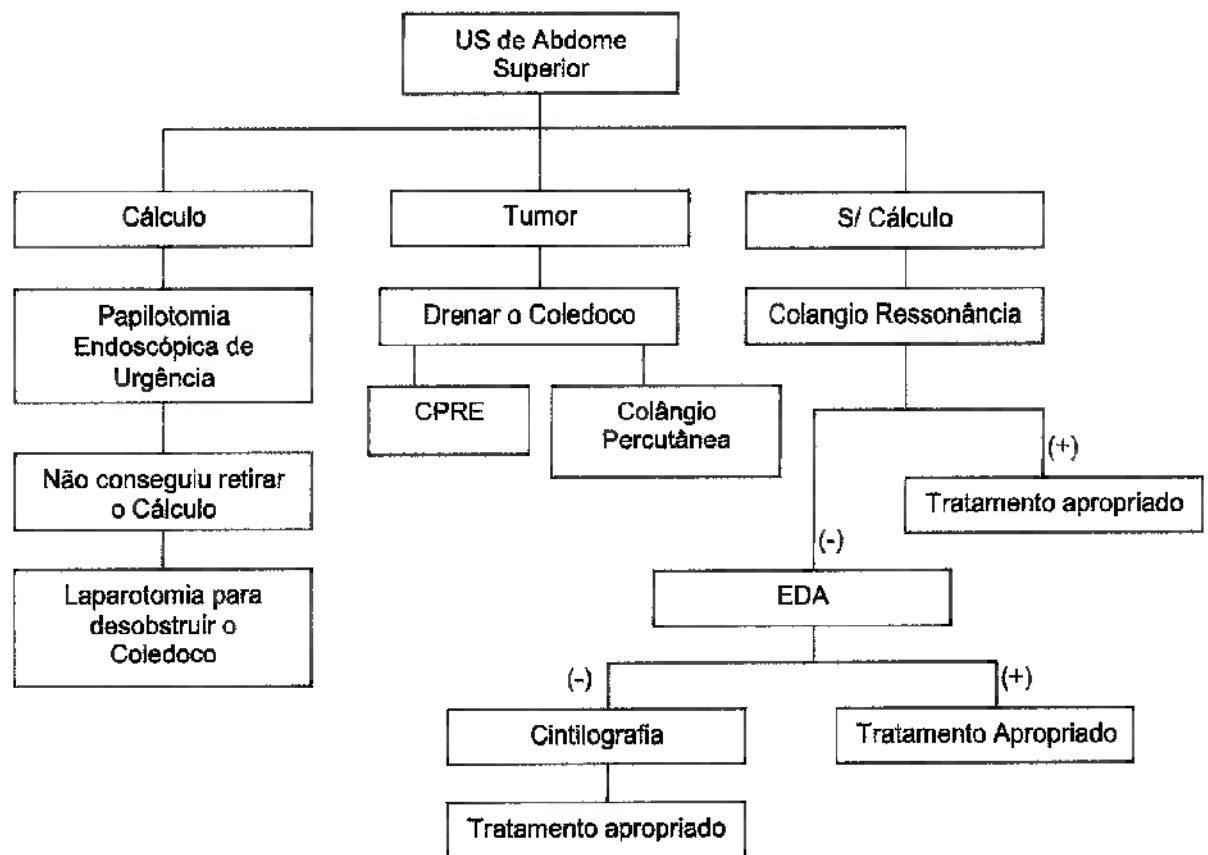


(+) = Achado anormal
 (-) = Normal

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

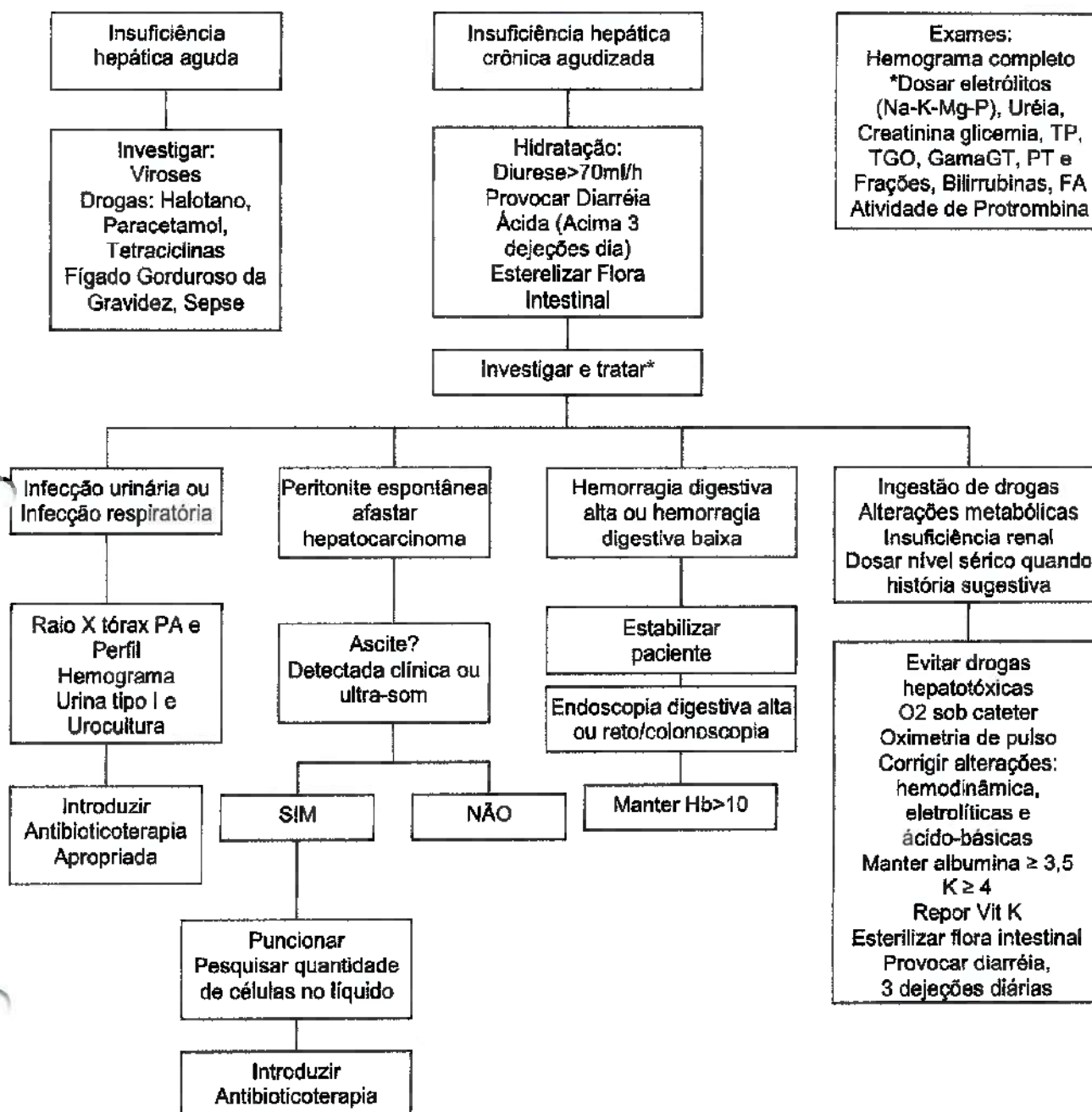
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

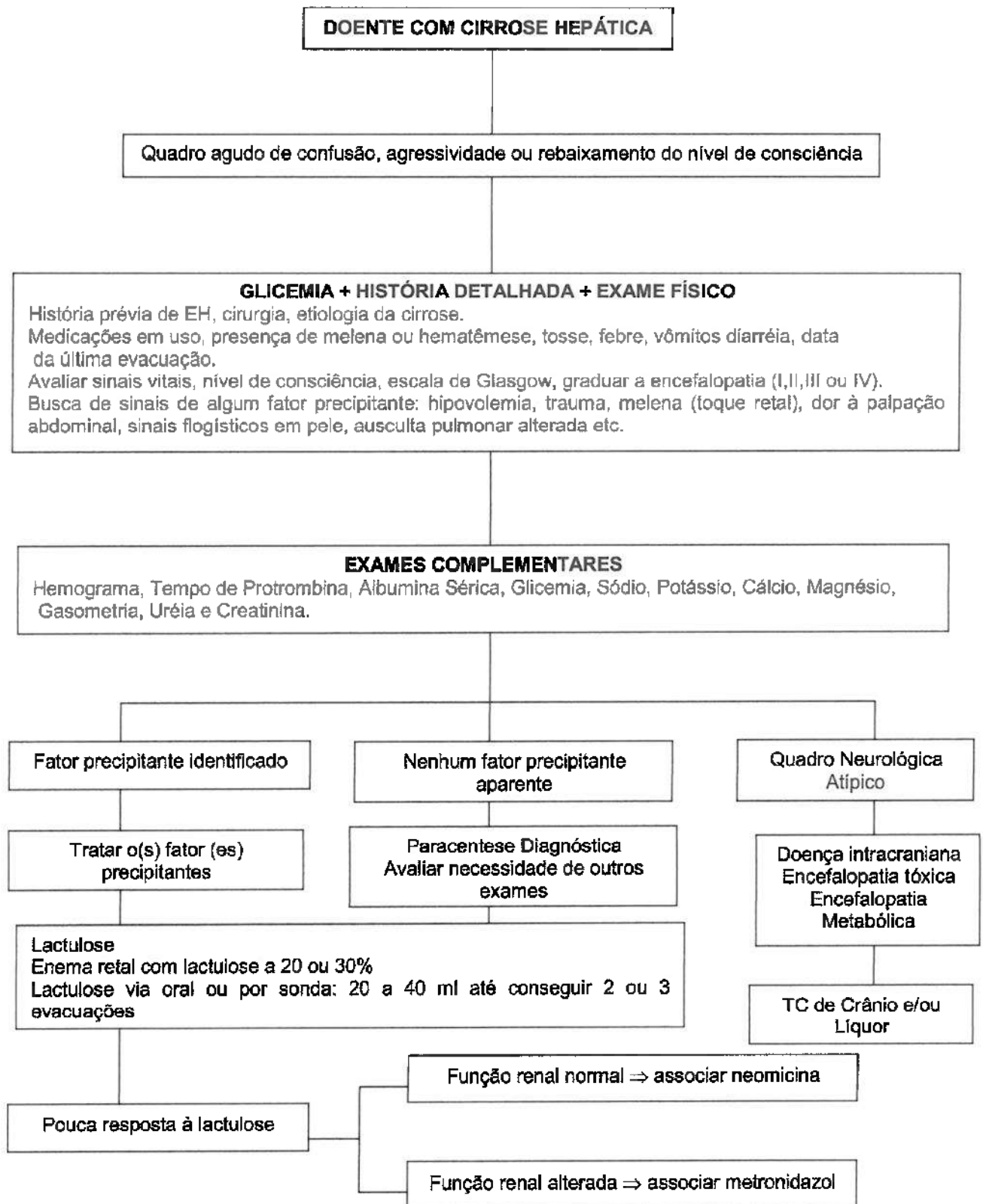


CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE

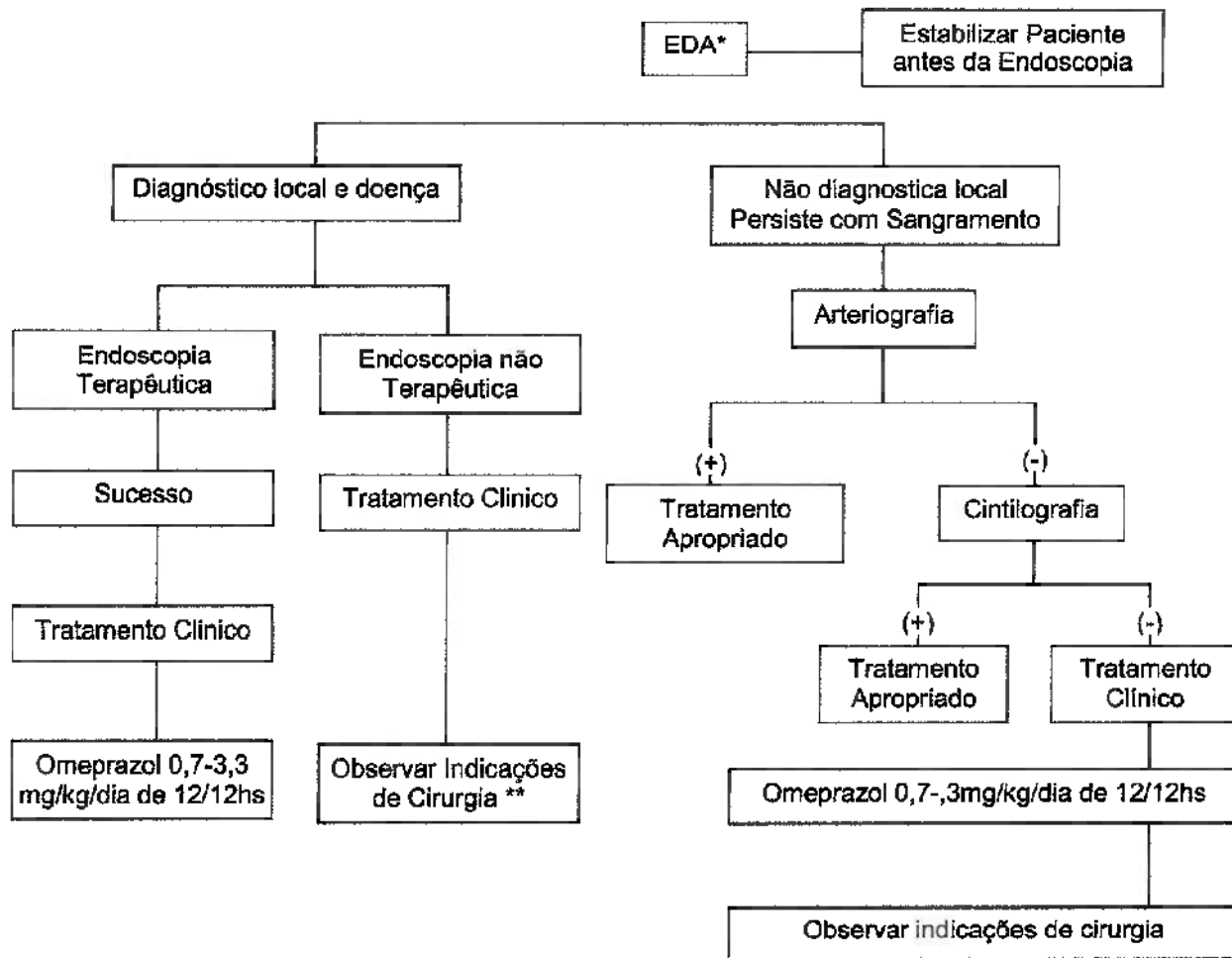
GRUPOS:	A	B	C
Bilirubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

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

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I

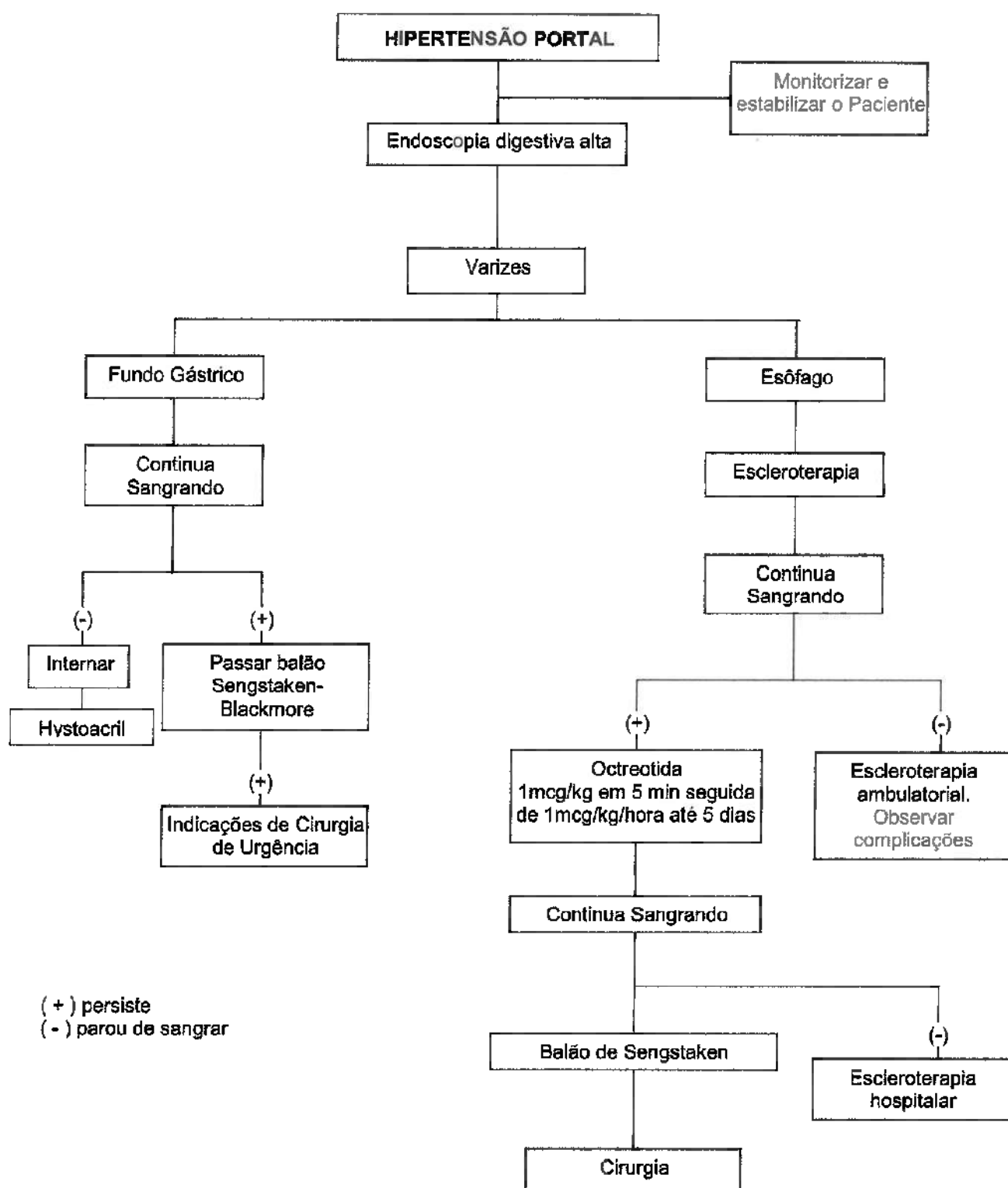
**** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:**

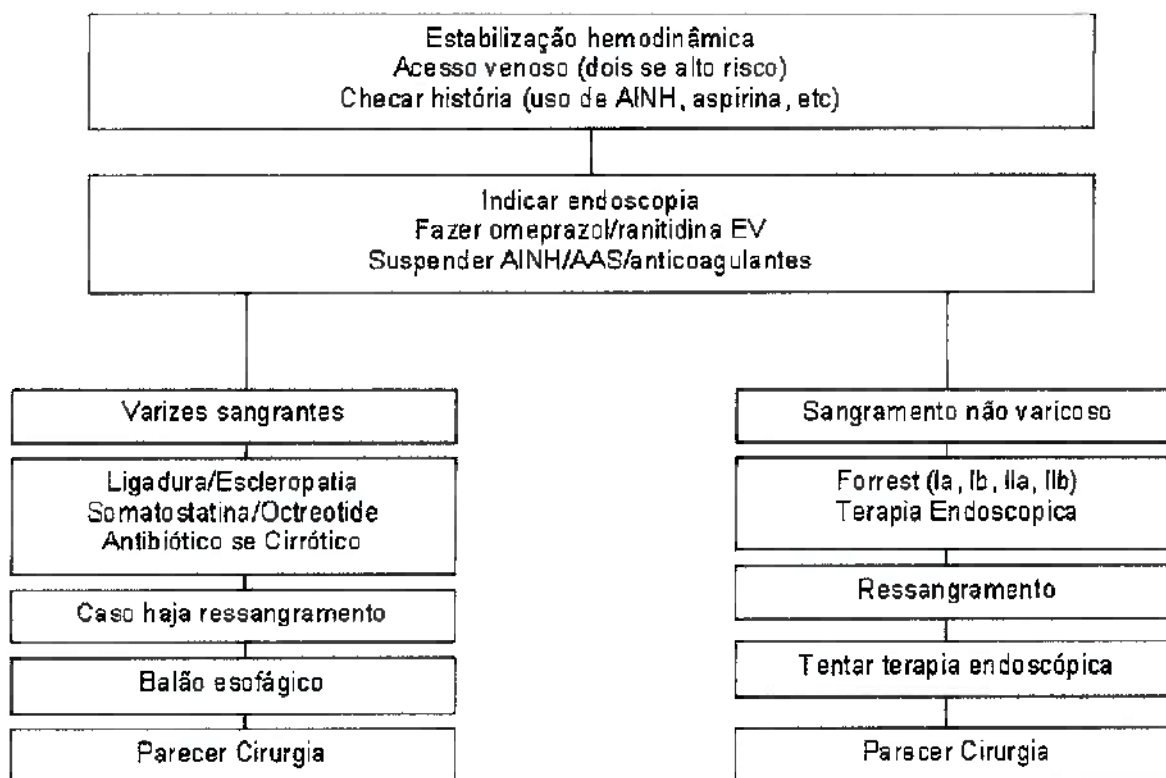
- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou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



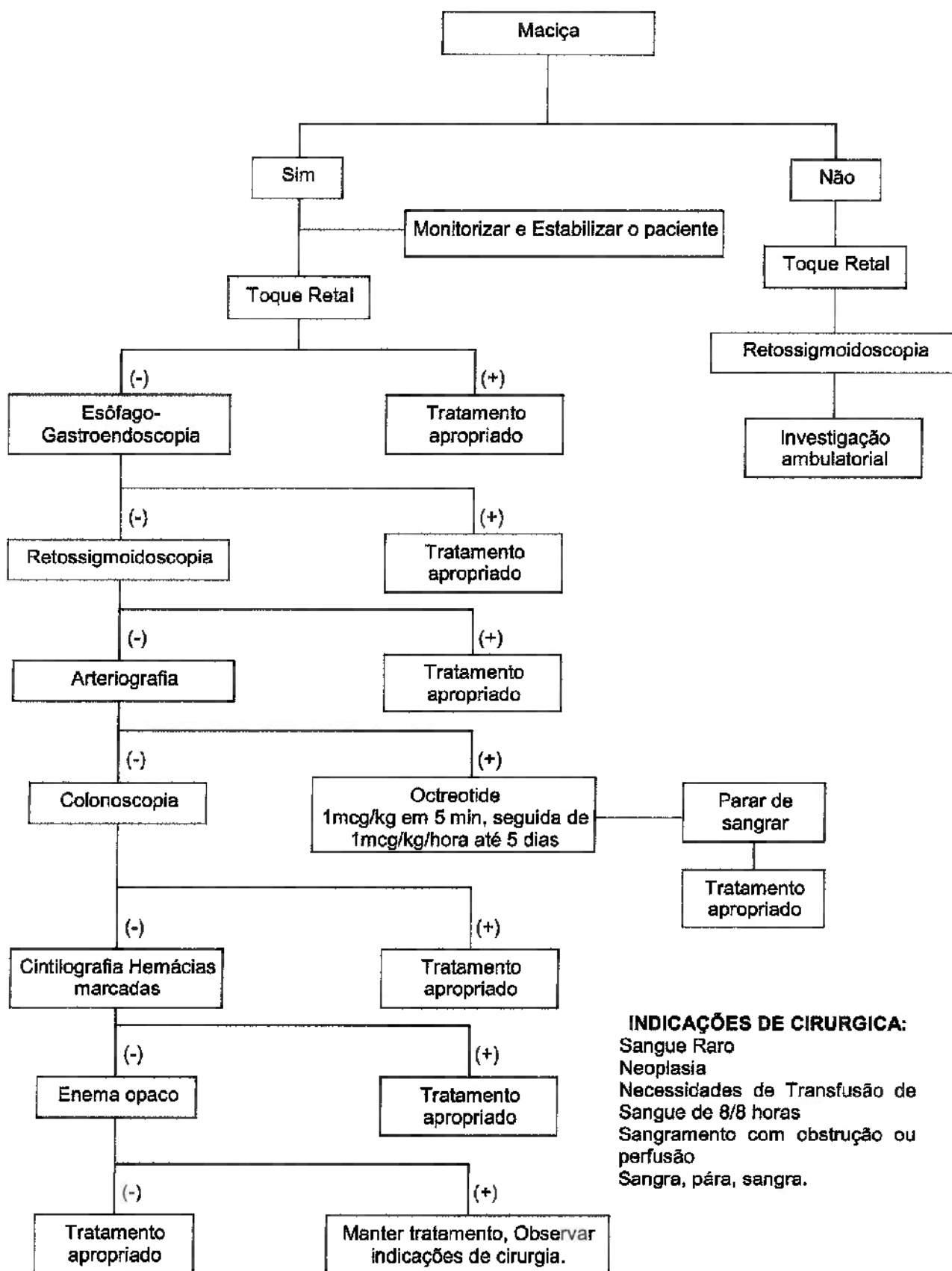
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III**TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM**

idoso (>60 anos)
 Comorbidades
 Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG, hematoquezia)
 Hipotensão ou choque
 Transfusão = unidades
 Paciente internado antes do sangramento
 Coagulopatia Severa

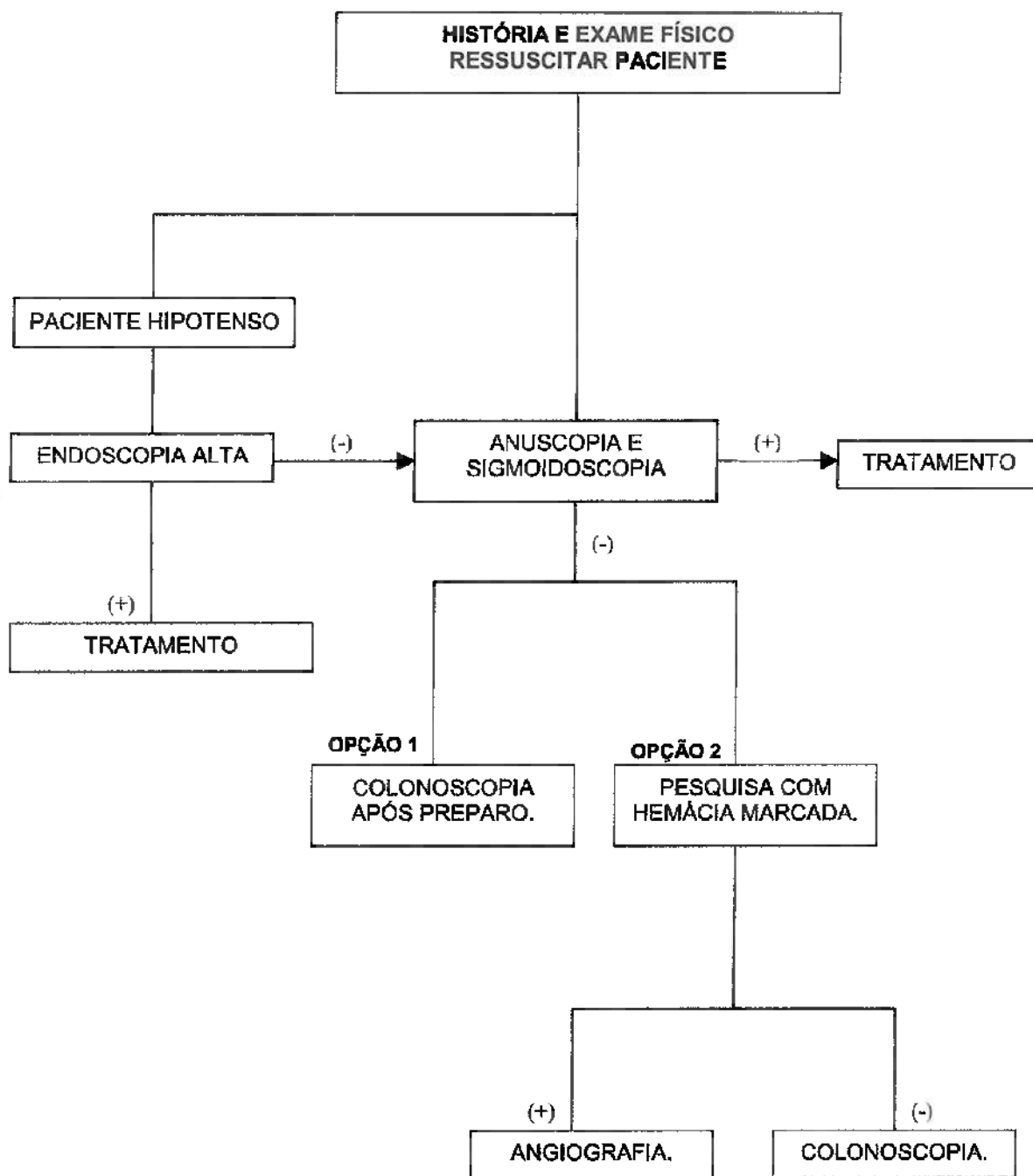
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA

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%

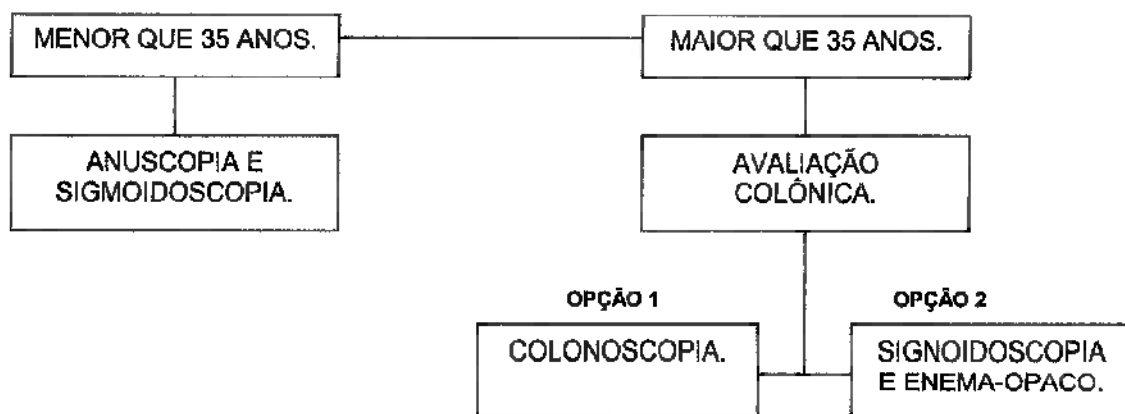
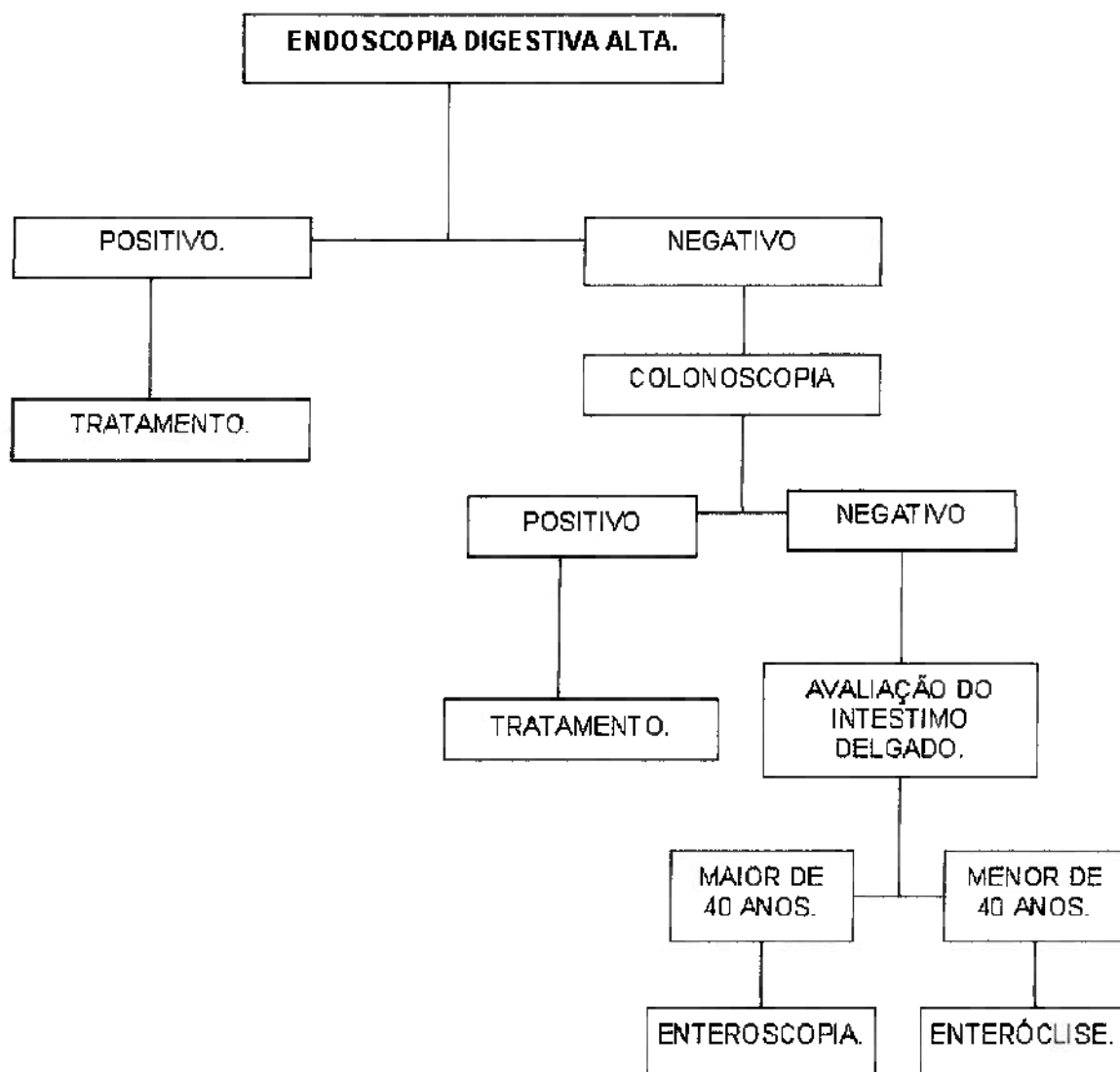
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



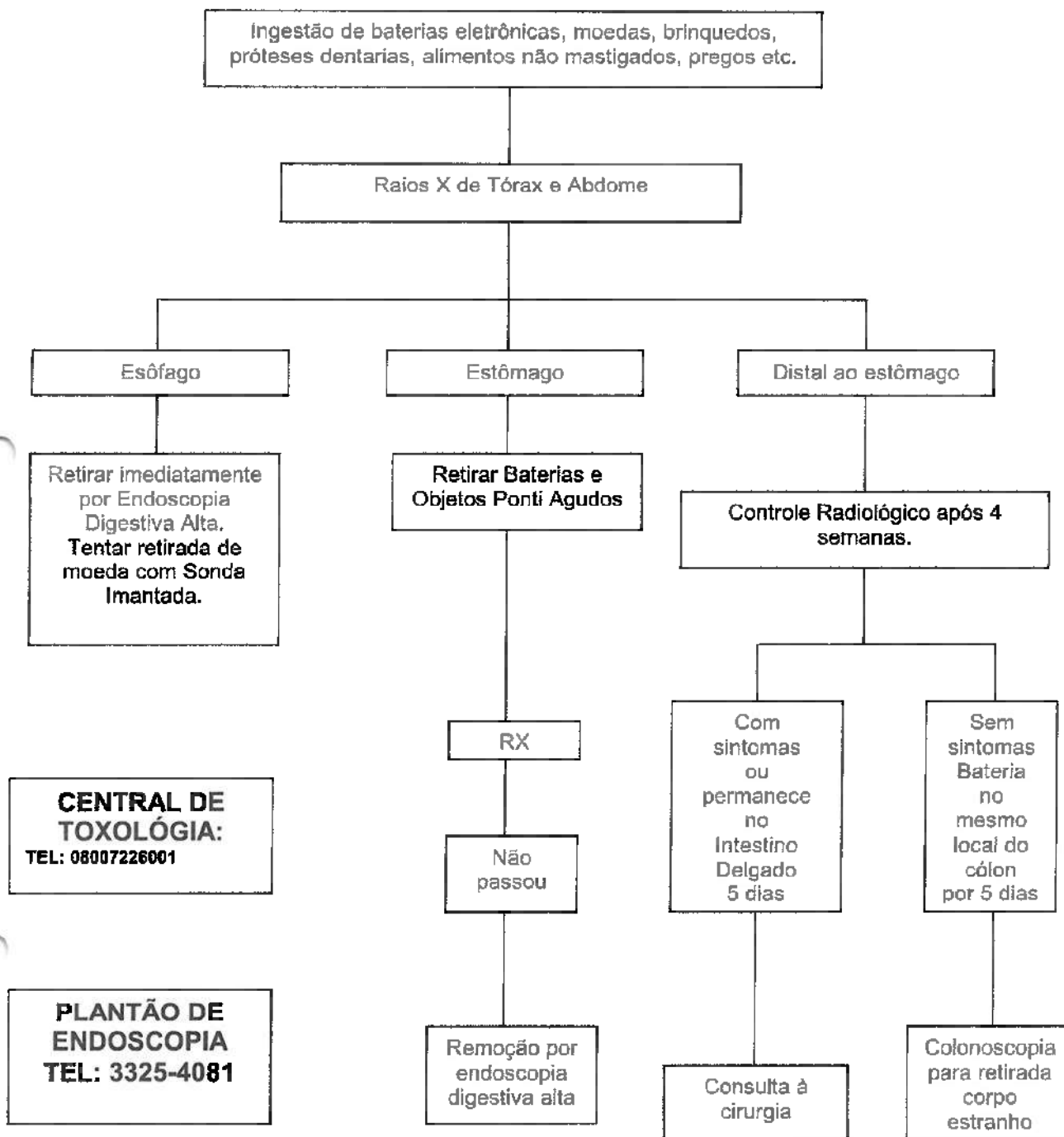
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



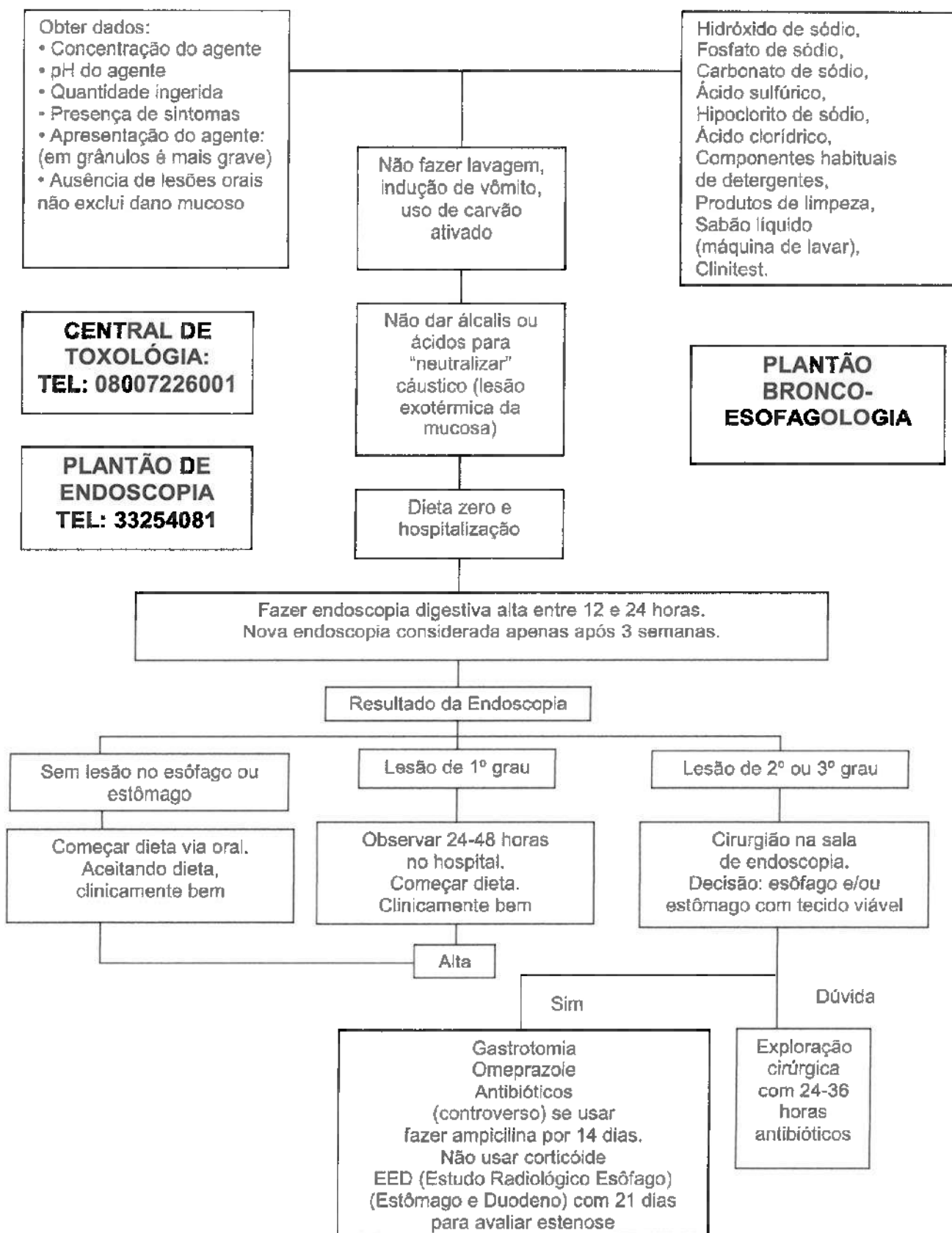
* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

HEMATOQUEZIA**MELENA**

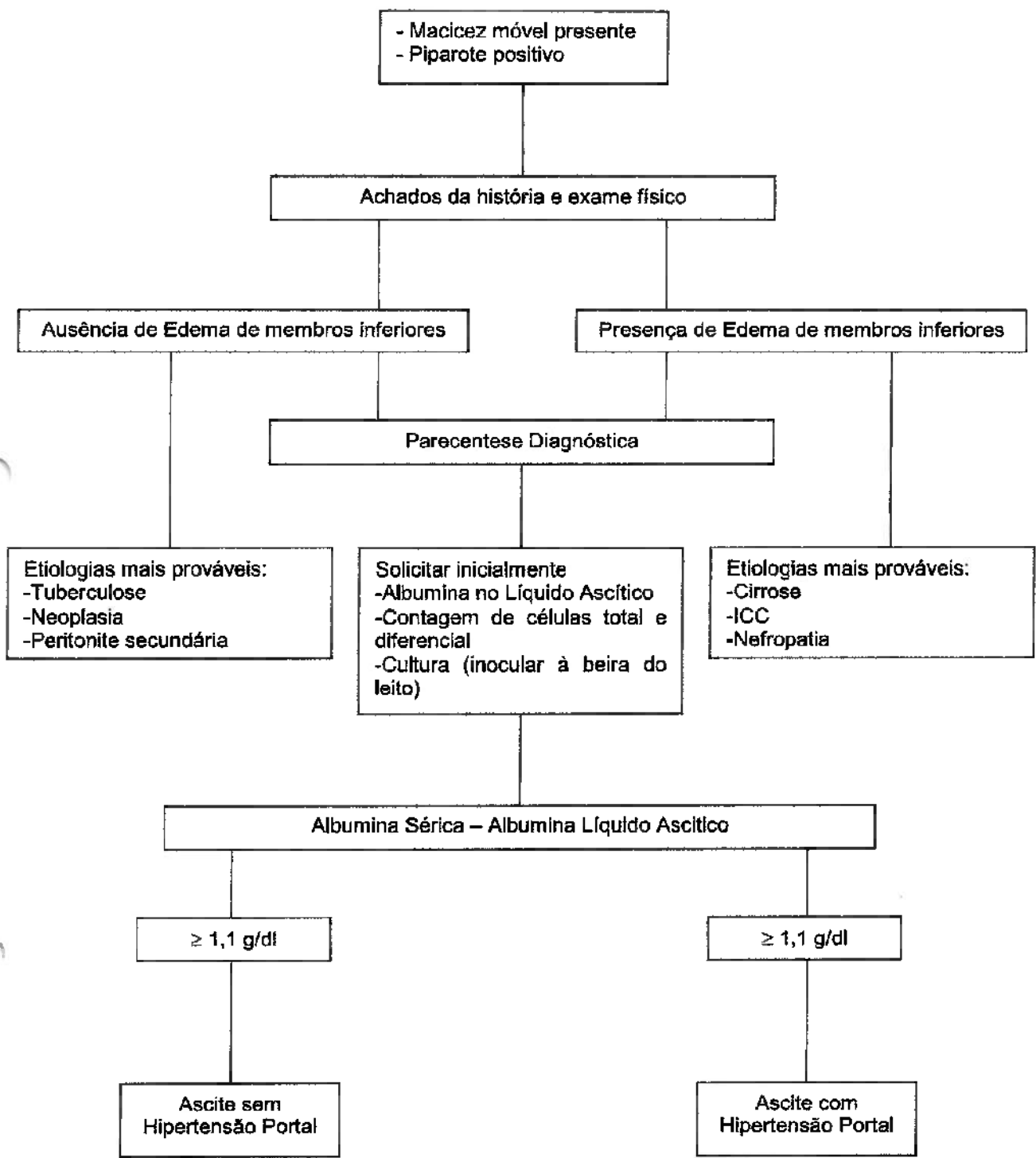
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



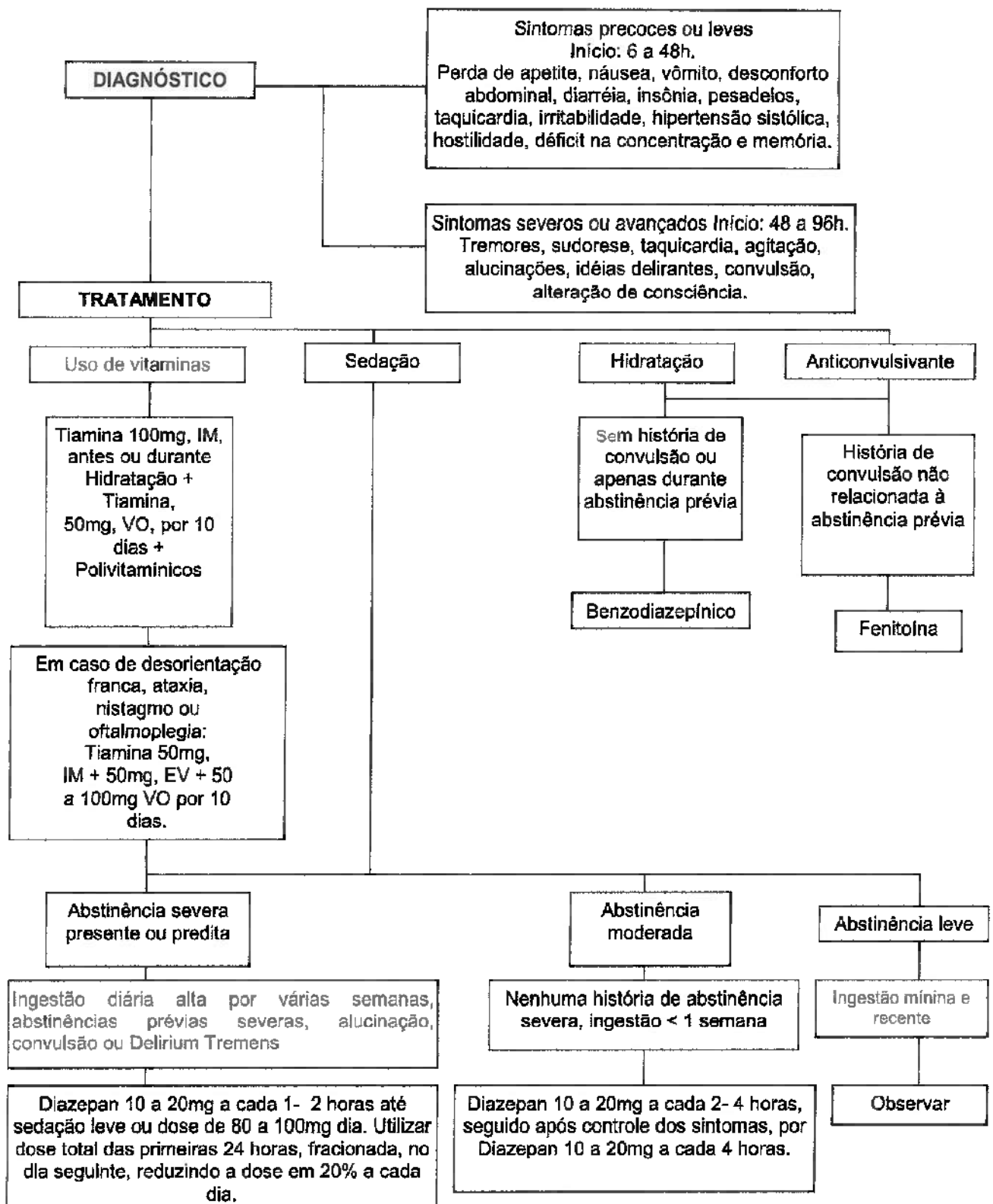
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



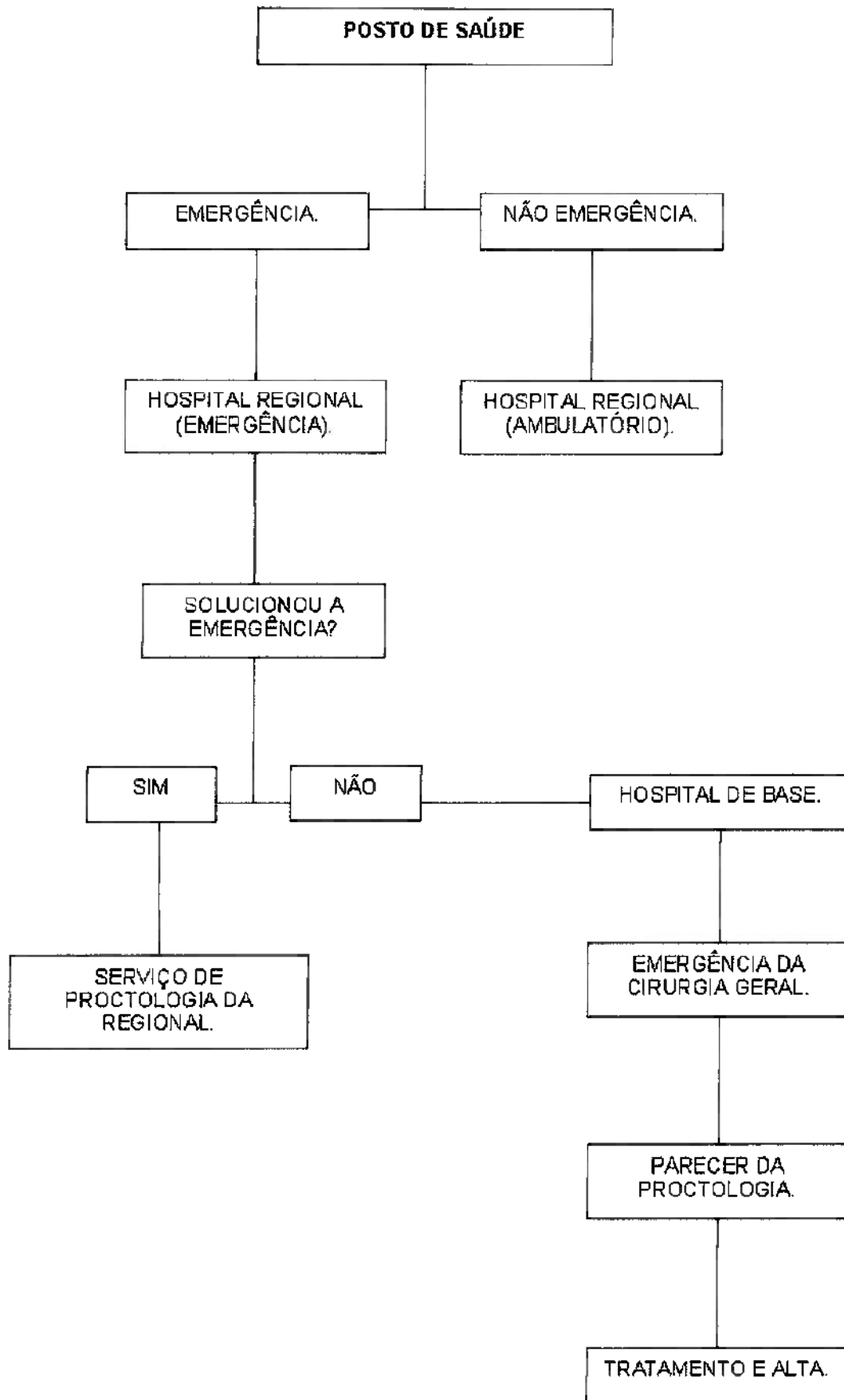
TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



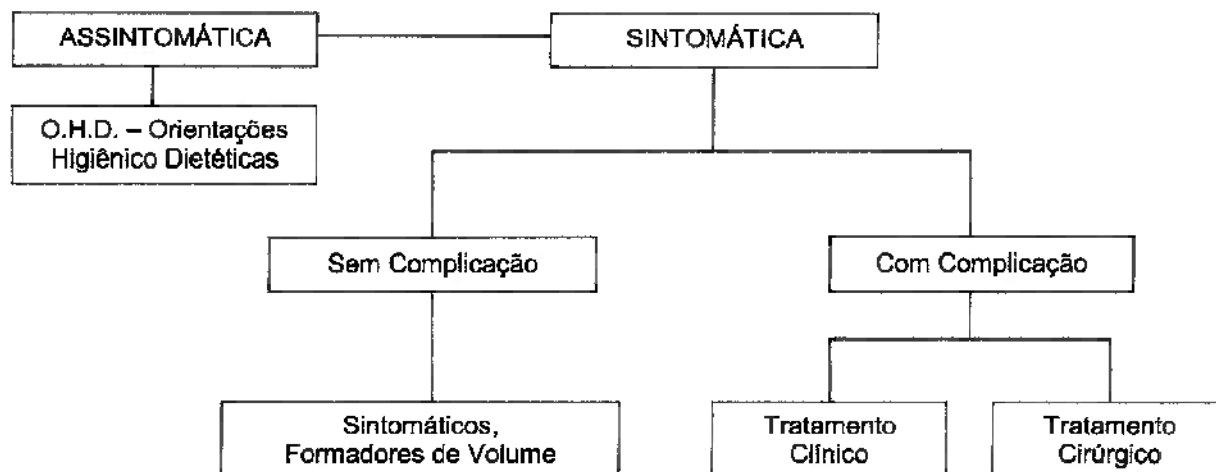
OBS.:

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.

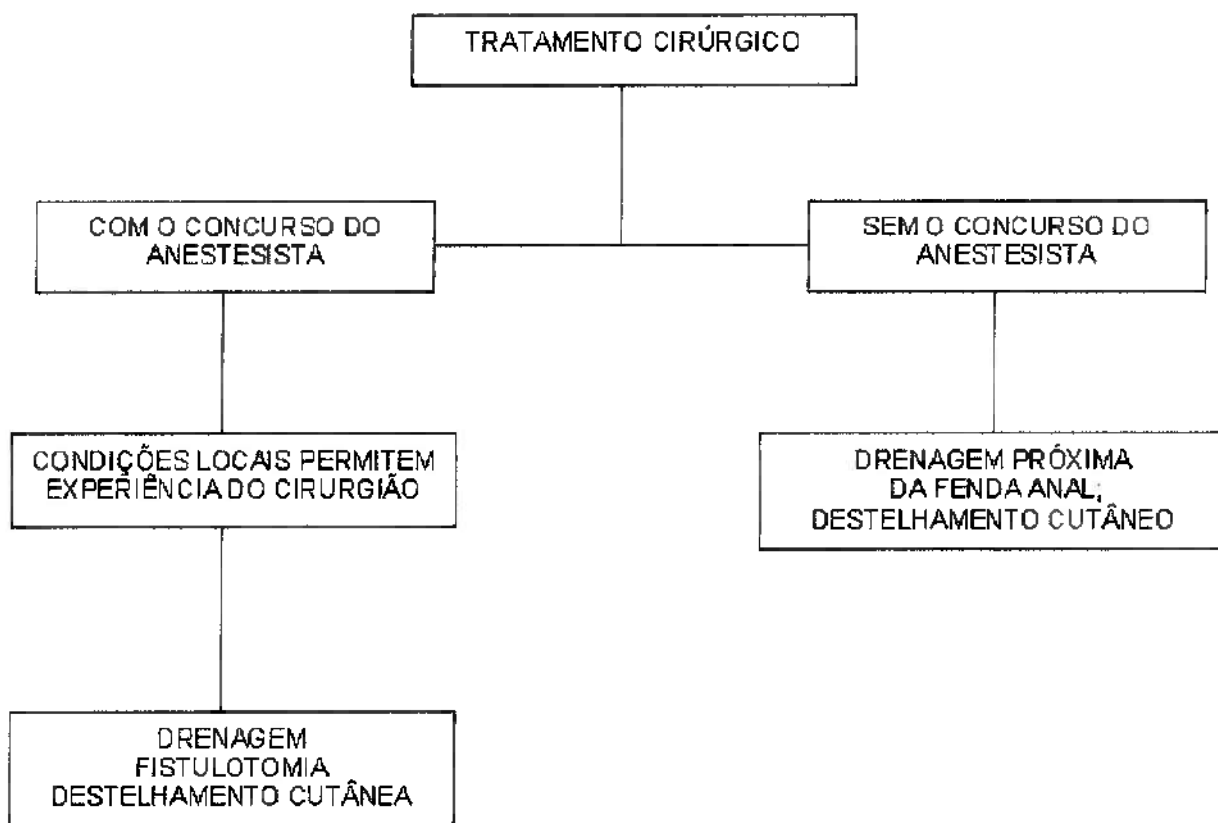
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



ABSCESSO ANORRETAL



*** USO DO ANTIBIÓTICO:**

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

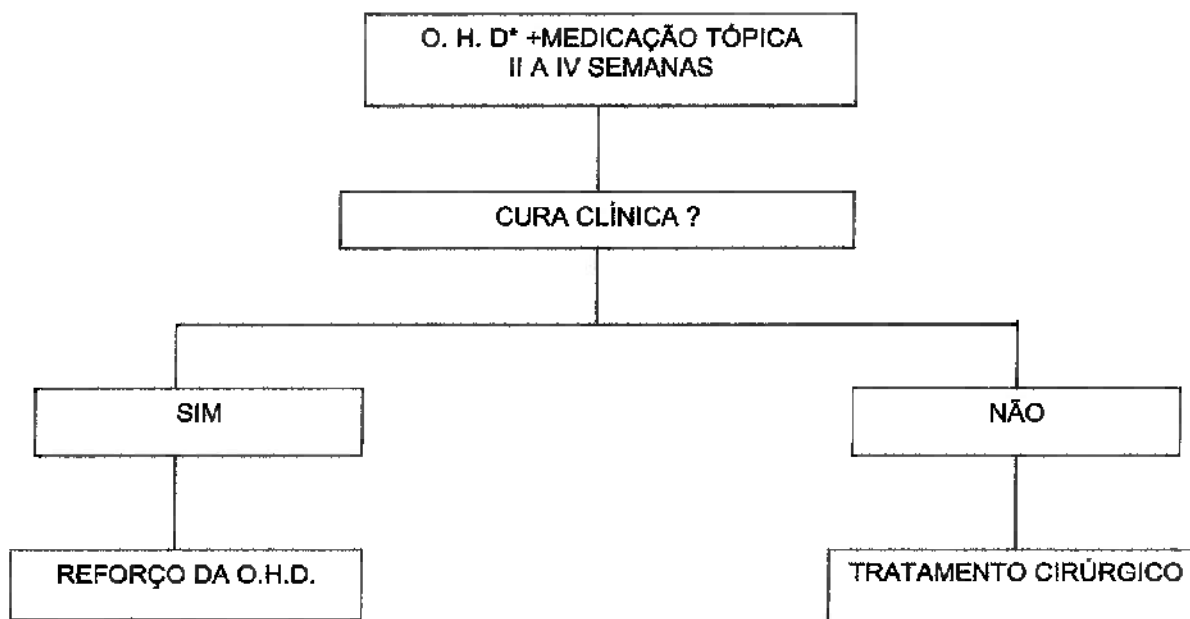
* ANTIBIÓTICO DE 1ª LINHA.
ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO.

DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA



SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:
Incisão e Curetagem ou Marsupialização.
Anestesia – Local ou Bloqueio Raquí-Medular.

FISSURA ANAL IDIOPÁTICA



MANOMETRIA – Antes e após tratamento

MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide

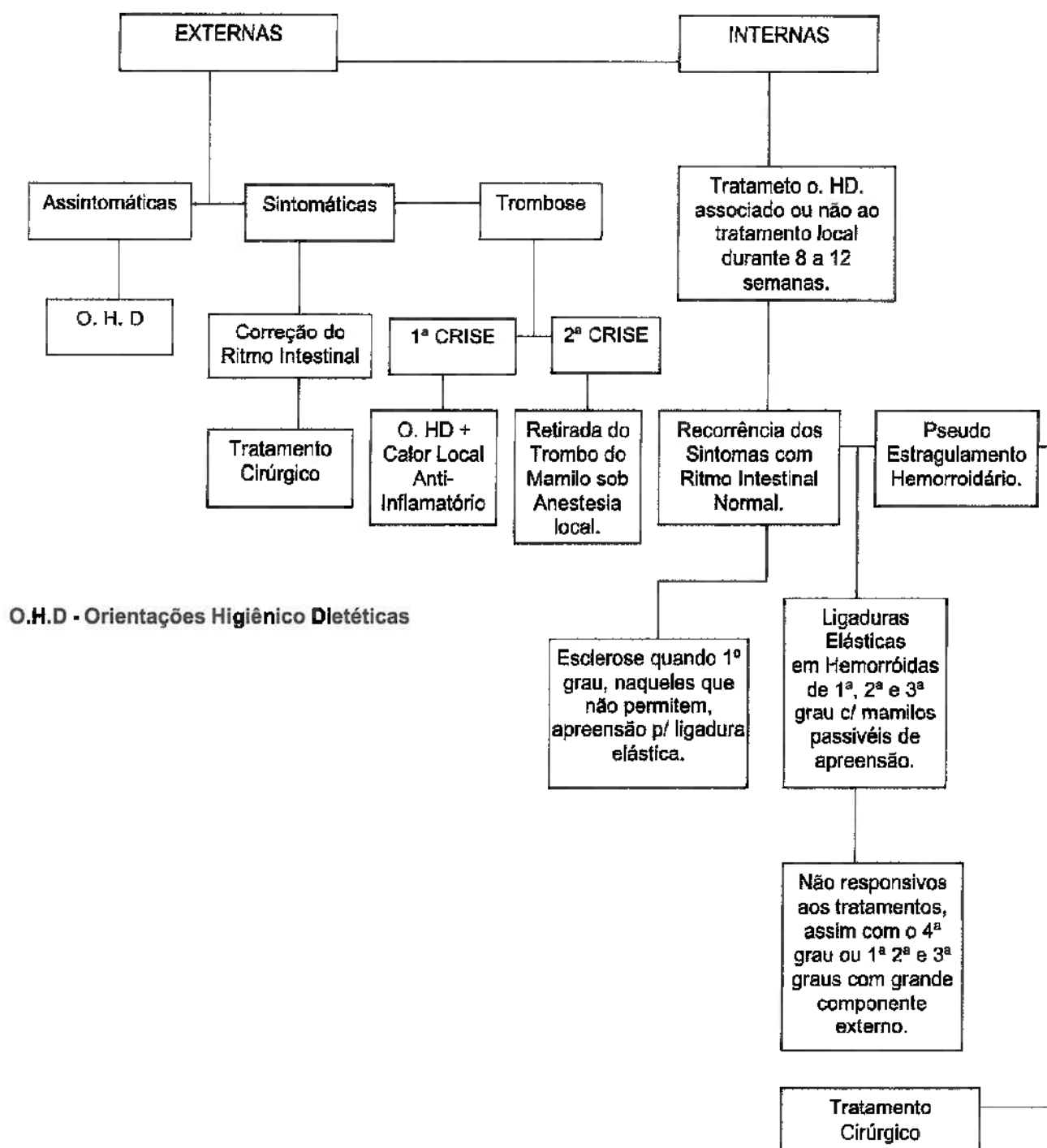
“ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

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

Enviar material para estudo Histopatológico.

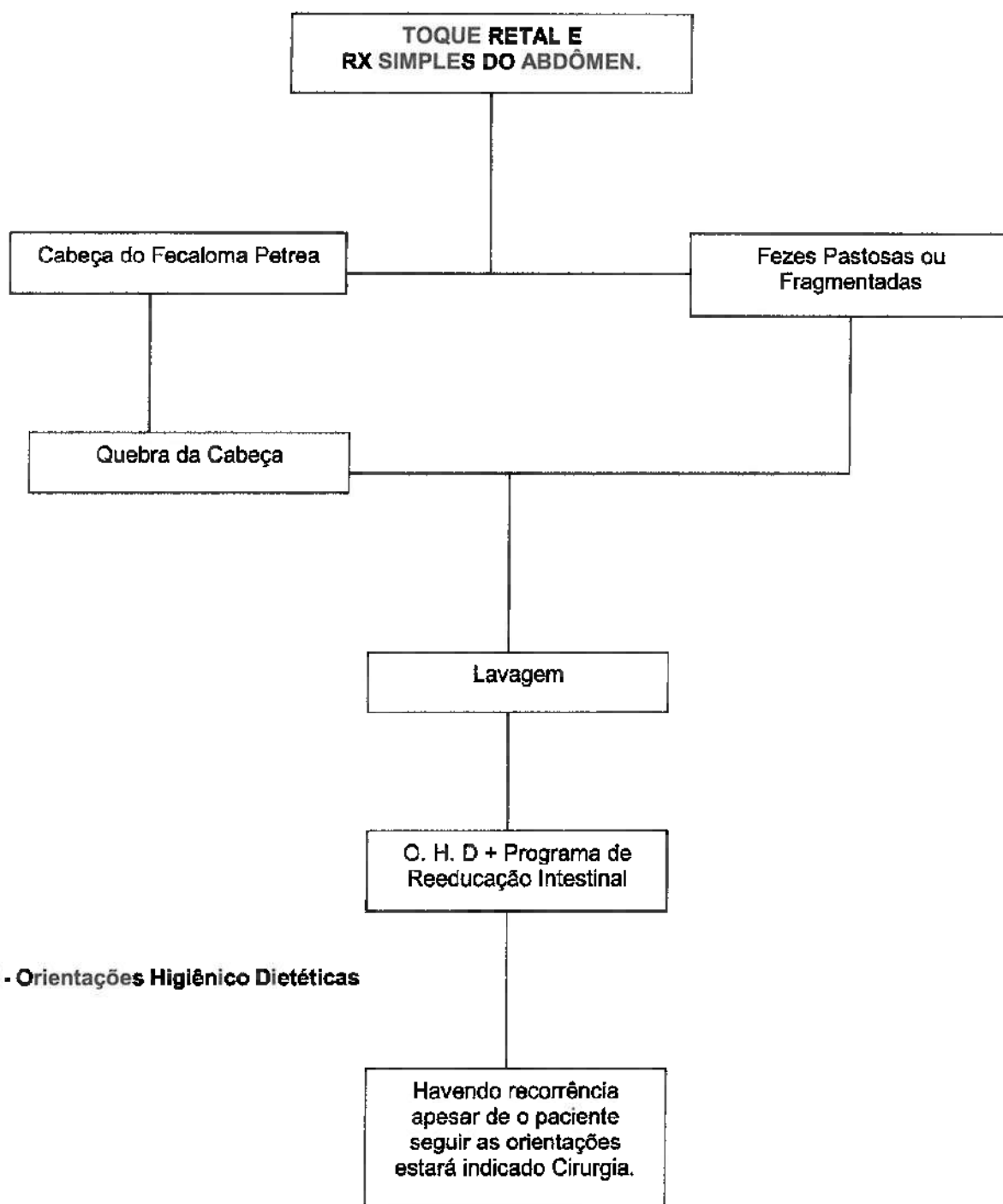
O.H.D. – orientações higiênico-dietéticas.

HEMORRÓIDAS

**PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN**

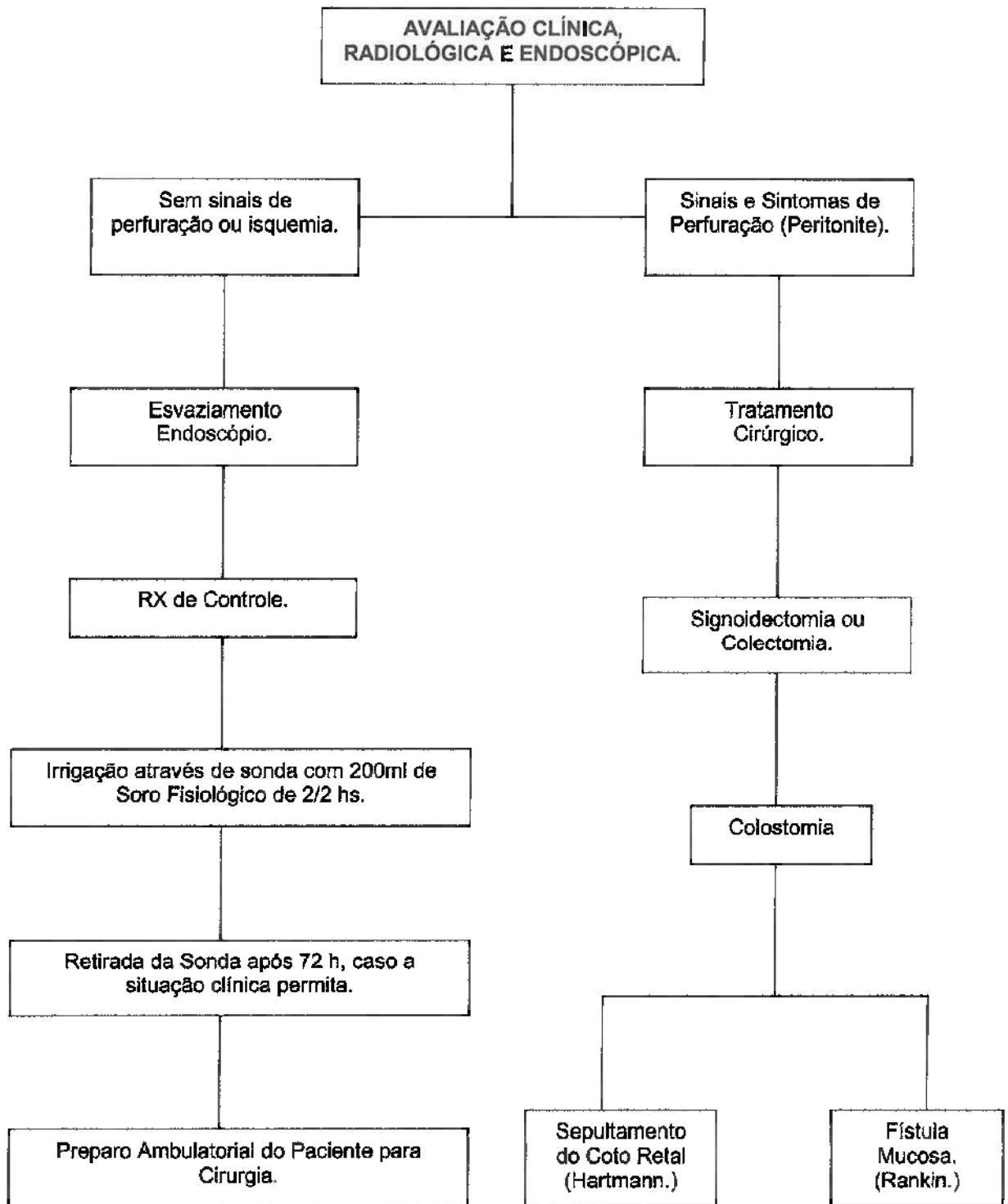
As peças cirúrgicas deverão de rotina ser estudadas histologicamente (mamilos).
Curativos semanais até cicatrização total das feridas.

FECALOMA



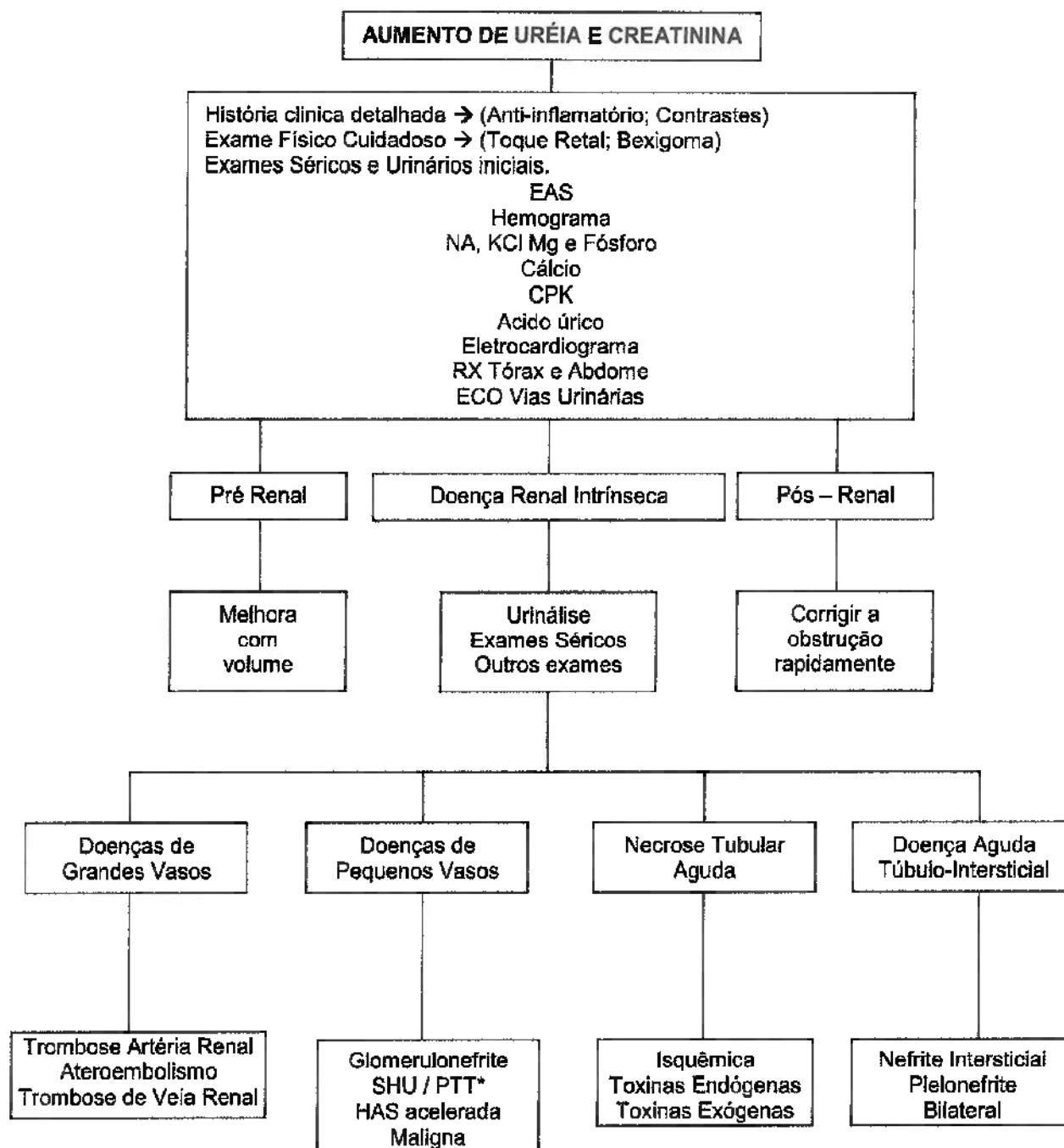
O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

* 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



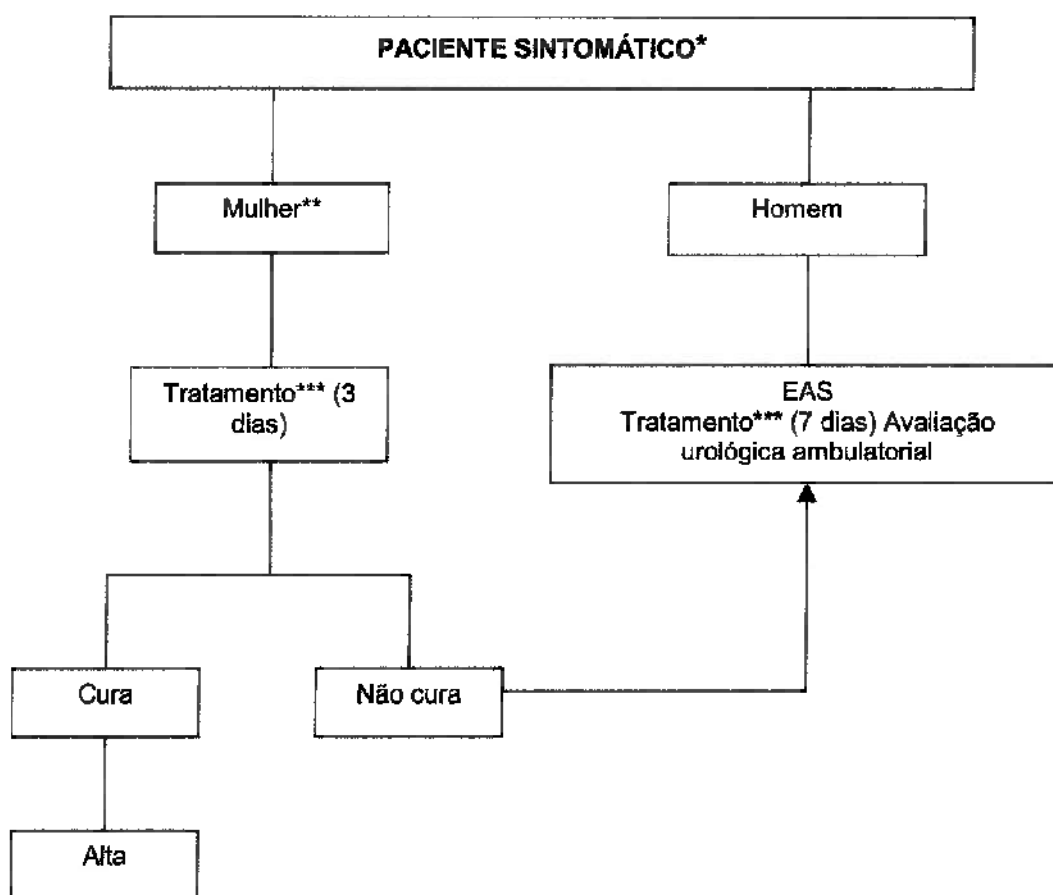
*SHU: (Síndrome Hemolítico - Urêmica)

*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)