

SES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

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

1ª Edição
Revisada e Ampliada

BRASÍLIA-DF
2006

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

S I A 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 Tecnológico 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;
Mércia 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 Domício 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;

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES

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 Sampaio – Médica Acupunturista da SES/DF;
Flávia Batistuta - 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;
Wajjha 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 Heloísa 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 aos 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
ESCORE DE TRAUMA ADULTO	20
ESCORE 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 FLUÍDOS 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
ESCORES 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
ABDOMÉ AGUDO – DIAGNÓSTICOS	115
ABDOMÉ 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 CONJUNTIVAIIS OU CORNEANOS	200
TRAUMA OCULAR	200
OLHO VERMELHO	201
UVEÍTES	202
DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA	202
ABRASÕES CORNEANAS	203
ÚLCERA DE CÔRNEA	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

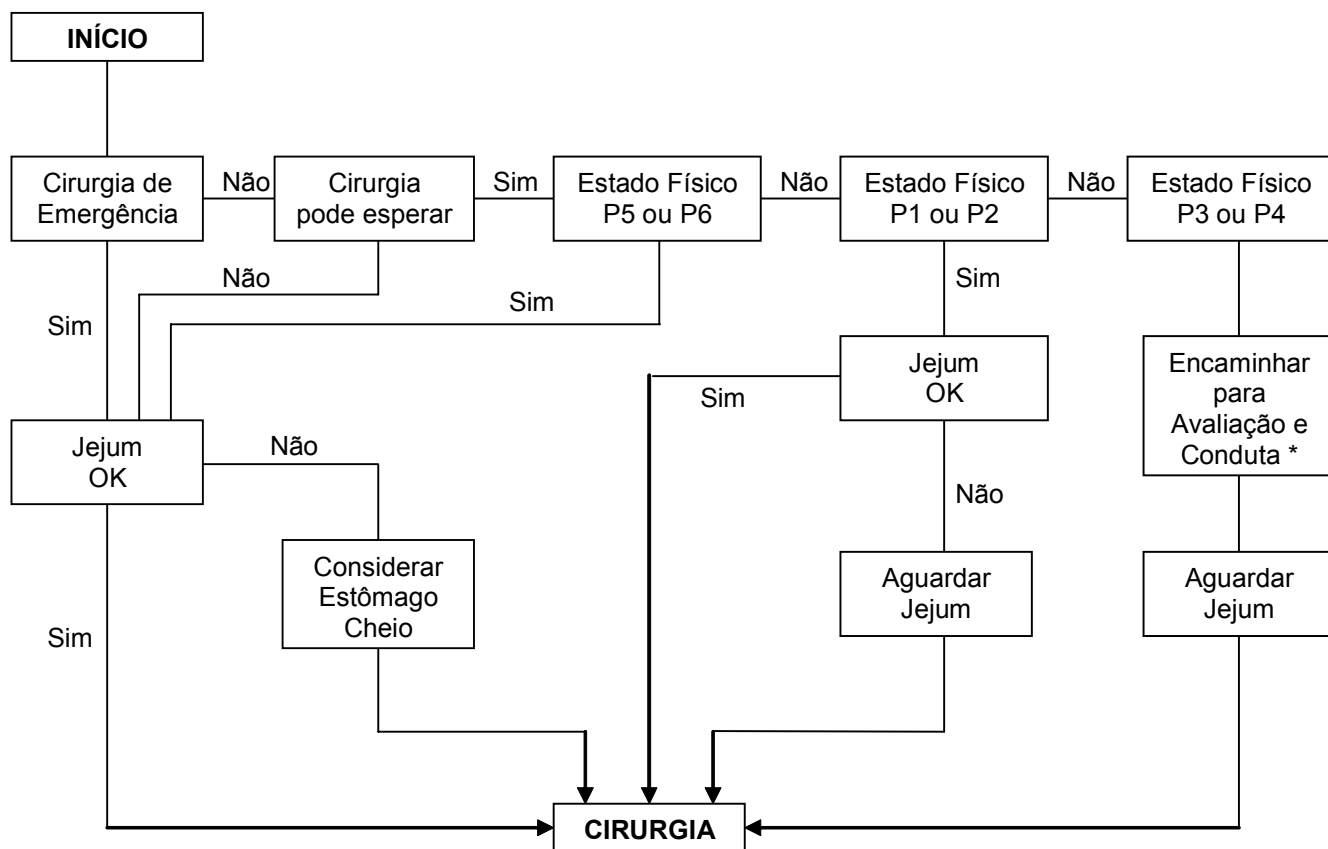
HIPONATREMIA – I E II	225
HIPOCALEMIA – I E II	227
HIPERCALEMIA – I E II E III	229
HIPERMAGNESEMIA	232
HIPOMAGNESEMIA	233

18-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN

DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN	234
DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN	235

DISTÚRBIOS DO POTÁSSIO NO RN	236
DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO NO RN	237
DISTÚRBIOS DA GLICEMIA NO RN	238
19- PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	
PIODERMITES	239
CELULITE E ERISPELA	240
FURÚNCULO	241
HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER	242
ECTIMA	243
REAÇÕES HANSÊNICAS	244
NEURITE HANSÊNICA	244
ERITEMA NODOSO HANSÊNICO	245
20-DOENÇAS INFECCIOSAS	
DOENÇA MENINGOCÓCICA	246
LEISHMANIOSE VISCERAL	247
DENGUE – DIAGNÓSTICO E CONDUTA	249
HANTAVIROSE - SÍNDROME CÁRDIO-PULMONAR	251
21- CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA - ALGUNS ASPECTOS	
ESTADO DE MAL CONVULSIVO.....	252
CRISE EPILÉTICA AGUDA - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA	253
UTI PEDIÁTRICA	
- HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	254
- CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO	254
- NORMAS PARA ALTA	255
- NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES	255
DRENAGEM TORÁCICA FECHADA	256
SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM U.T.I. PEDIÁTRICA	257
22-INTOXICAÇÃO EXÓGENA	
ABORDAGEM INICIAL	260
ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR	261
SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS	262
EFEITOS DAS TOXINAS	263
ANAMNESE E EXAME FÍSICO	264
BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO	265
DESCONTAMINAÇÃO	266
DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL	267
- INDUÇÃO DA EMESE	268
- LAVAGEM GÁSTRICA	268
CATÁRTICOS	269
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	269
ADSORVENTES	269
MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO	270
ANTÍDOTOS	270
ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO	272
23- PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO	273
24- ACIDENTE DE TRABALHO	274
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO	275
25- ANEXOS	
MEDICAMENTOS – DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES	278
DROGAS – INFORMAÇÕES GERAIS	280
BIBLIOGRAFIA	286

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

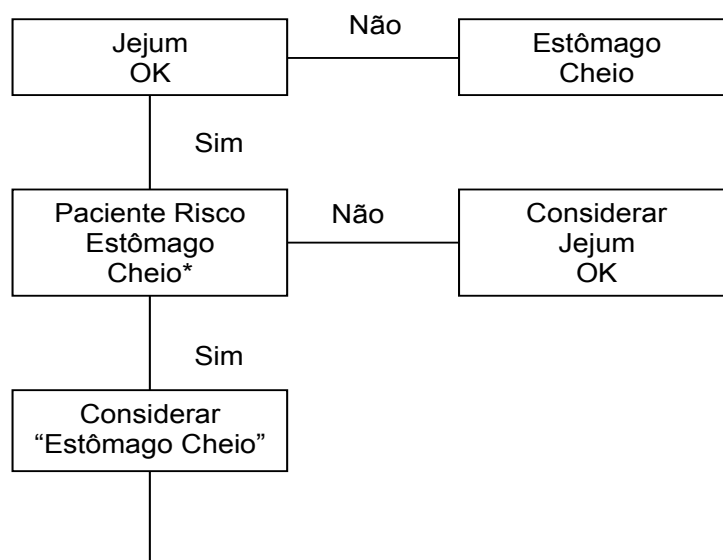
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde 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.

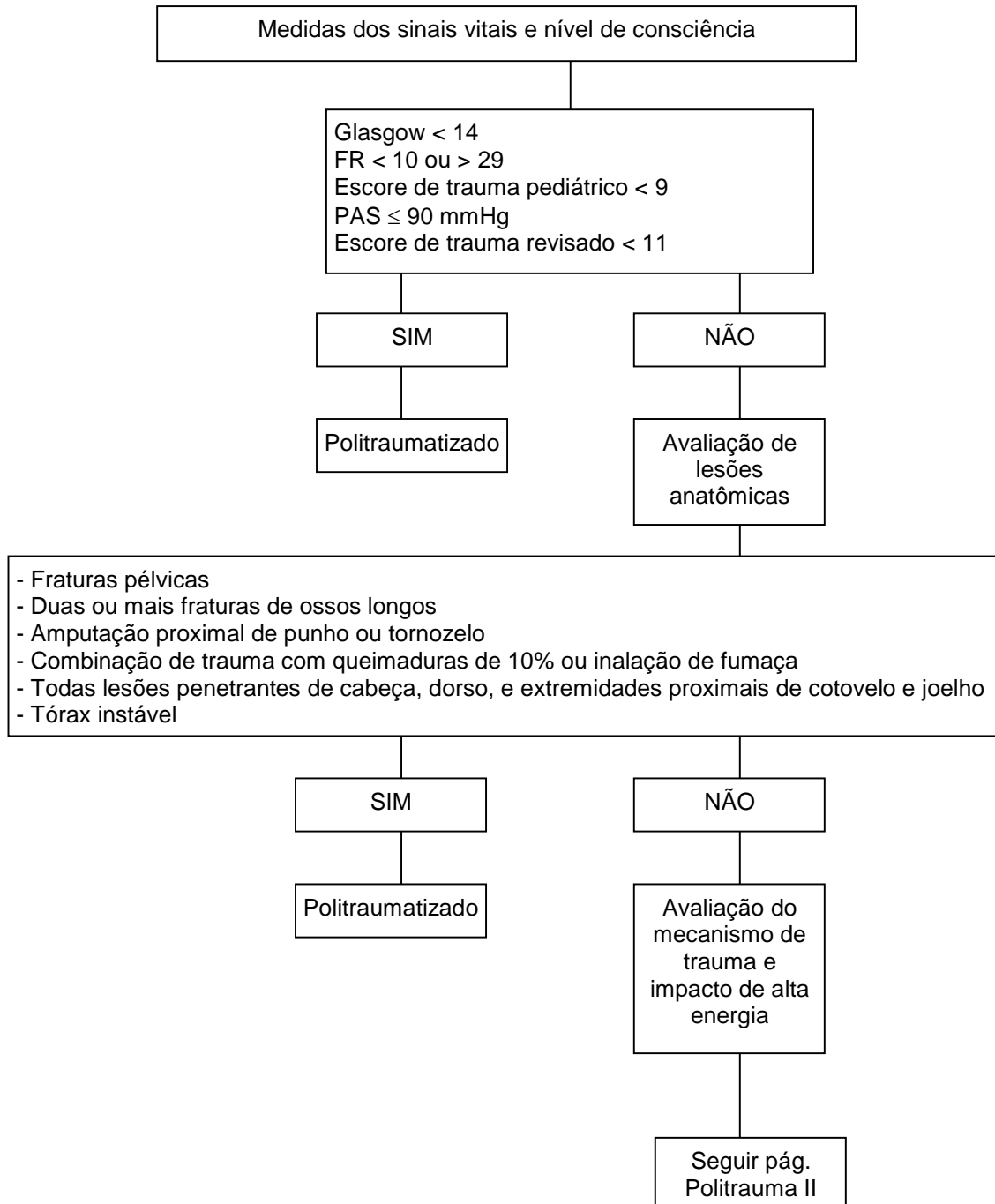
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

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-fracionada	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.

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 significativa > 8Km/h - Impacto de motocicleta > 32Km/h com separação da roda do guidão
--	---

SIM

Politraumatizados

NÃO

Avaliação dos Fatores de Risco

- Idade < 5 ou > 55 anos
- Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas
- Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia

SIM

Politraumatizado

NÃO

Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

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

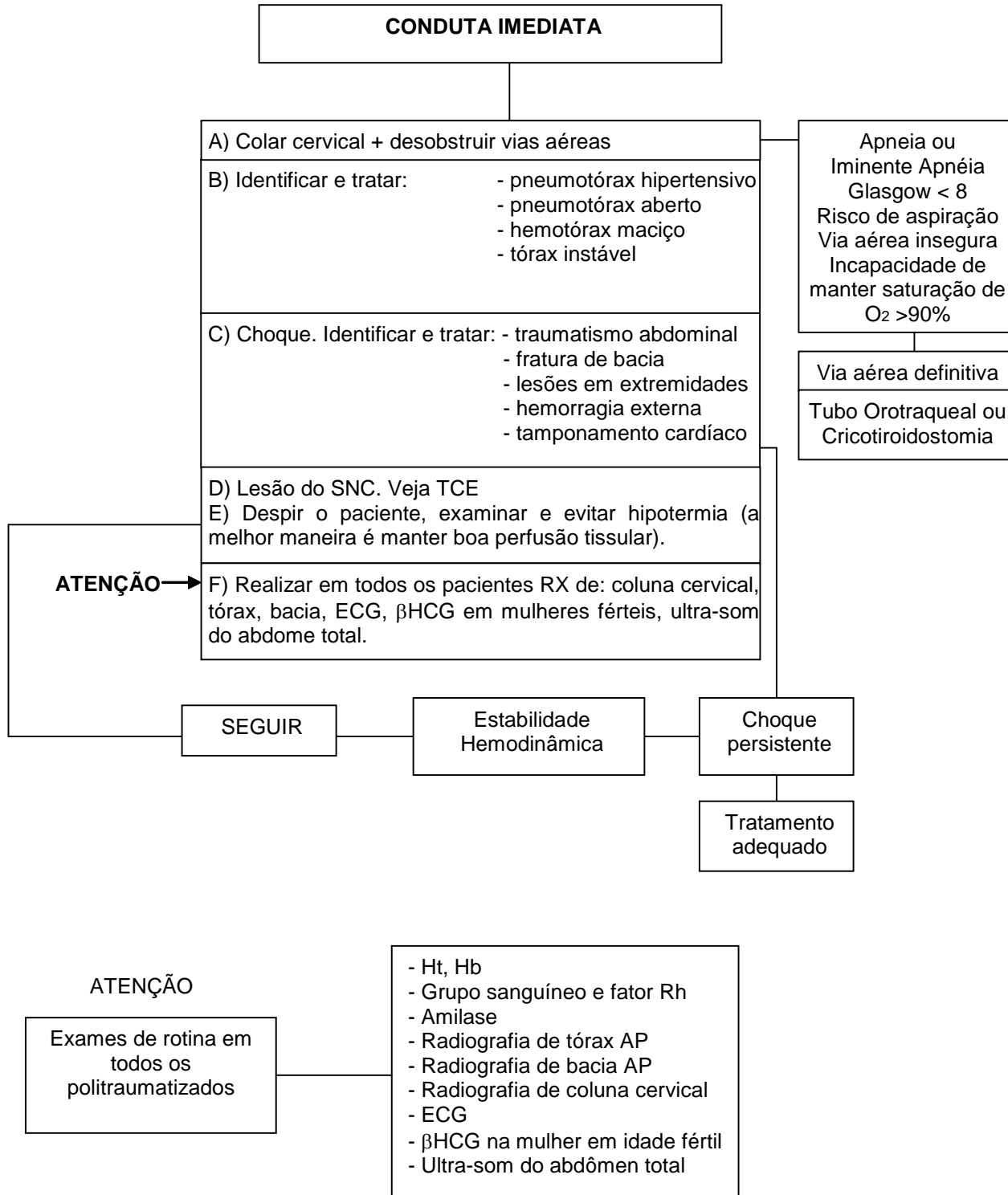
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

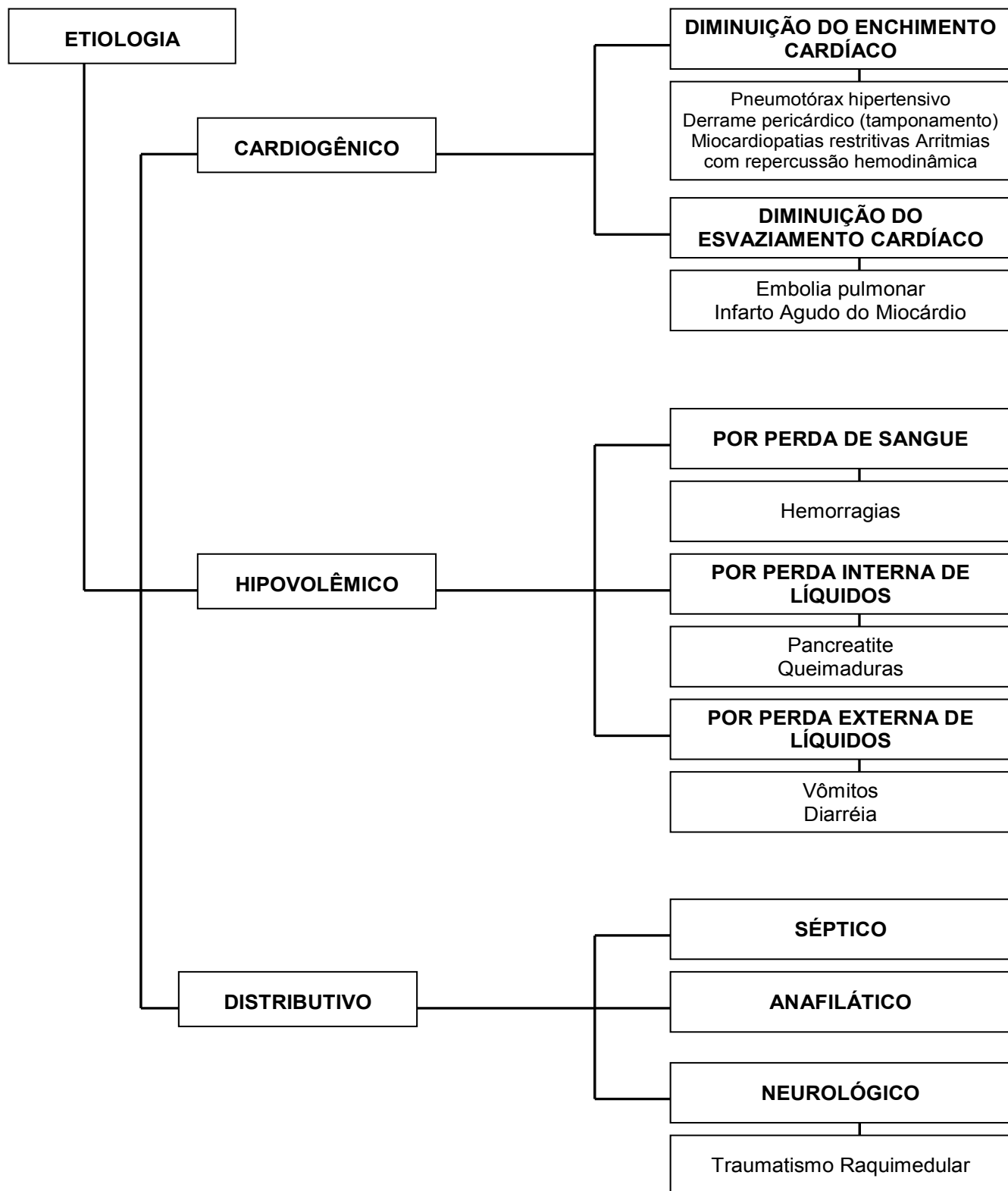
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- β HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

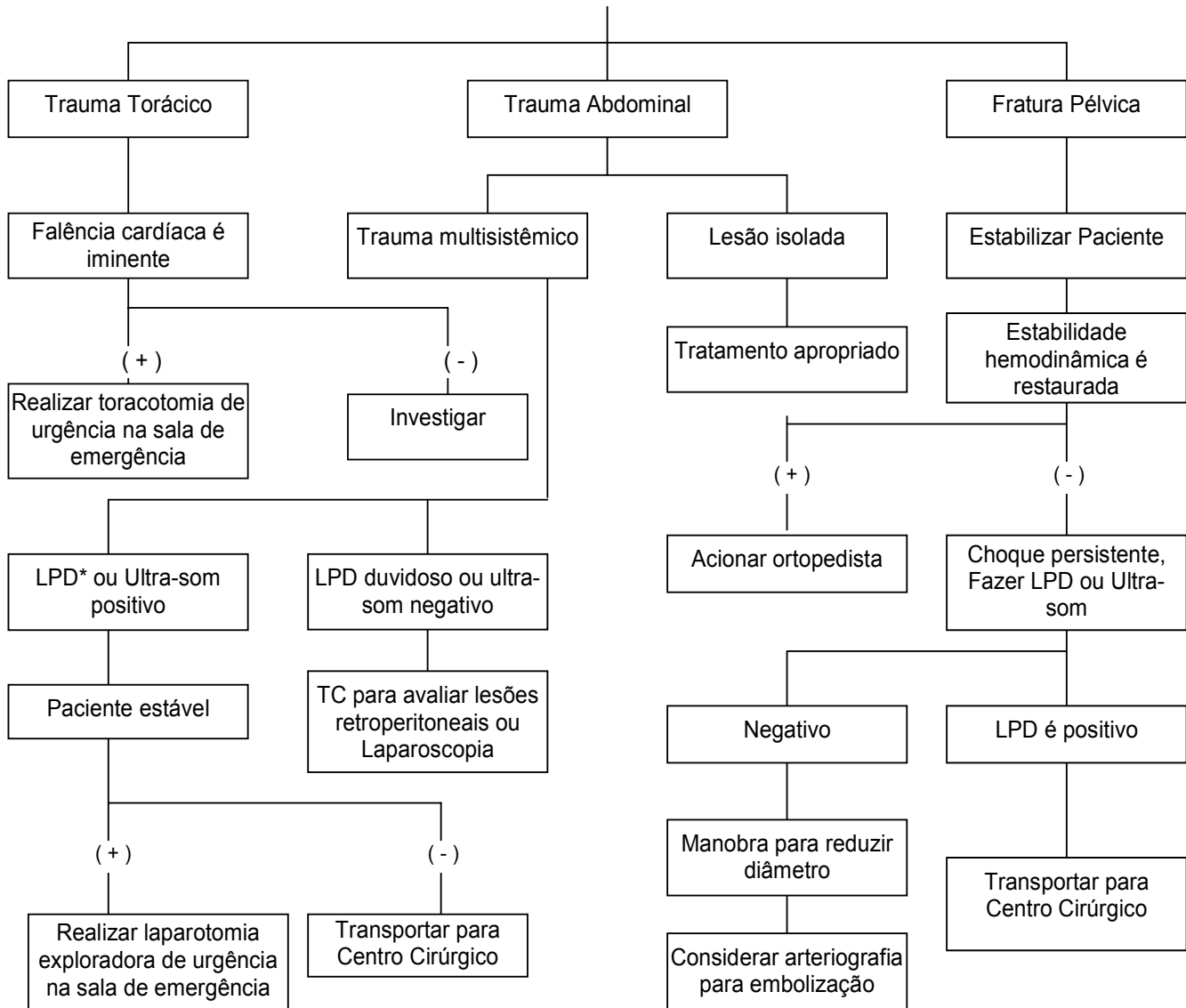
POLITRAUMATISMO



CHOQUE

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



CHOQUE HIPOVOLÊMICO I

(-) 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

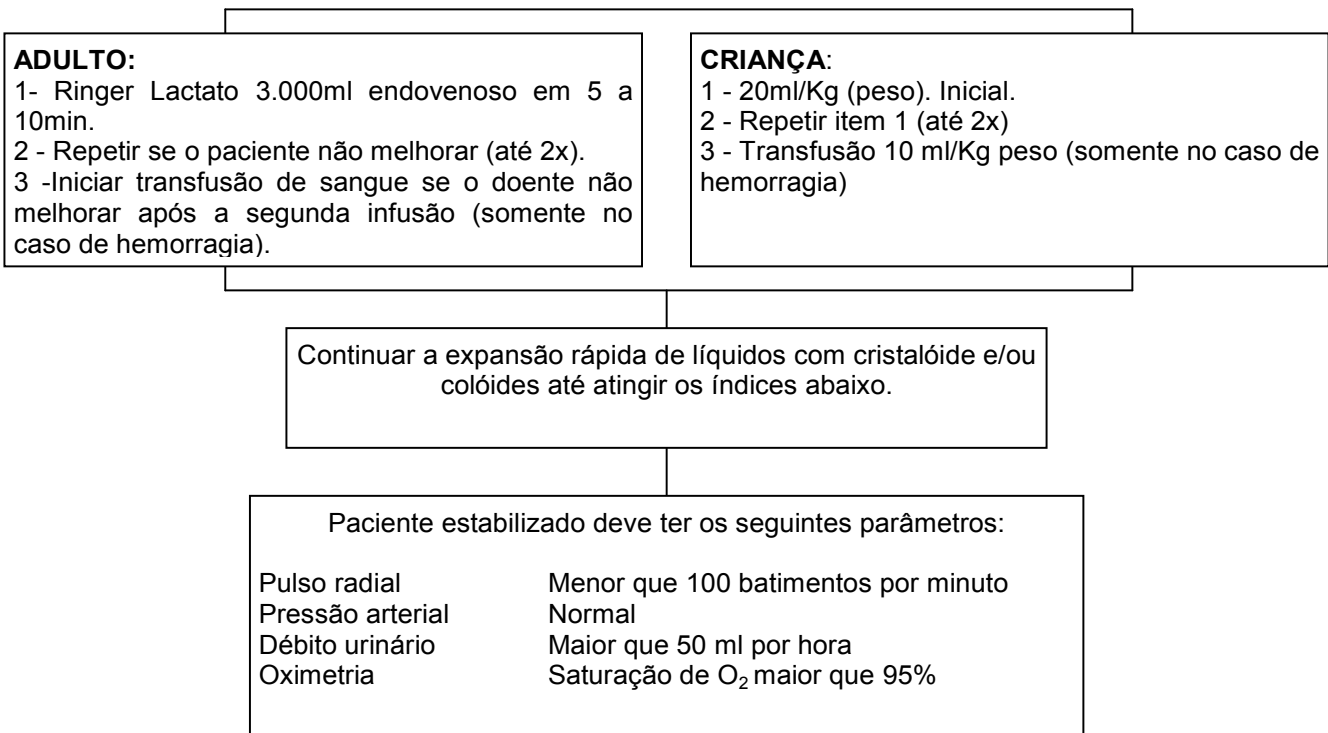
CHOQUE HIPOVOLÊMICO II**ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO**

	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.

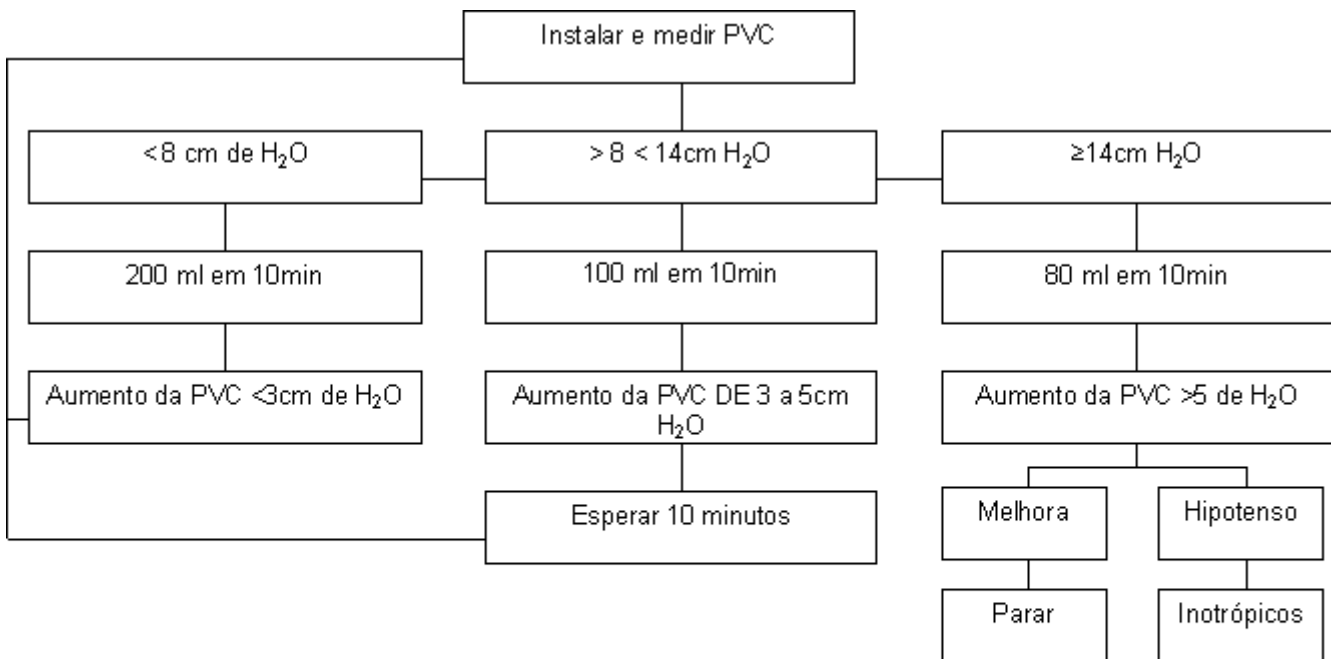
CHOQUE HIPOVOLÊMICO

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

PRESSÃO COLOIDSMÓTICA 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.

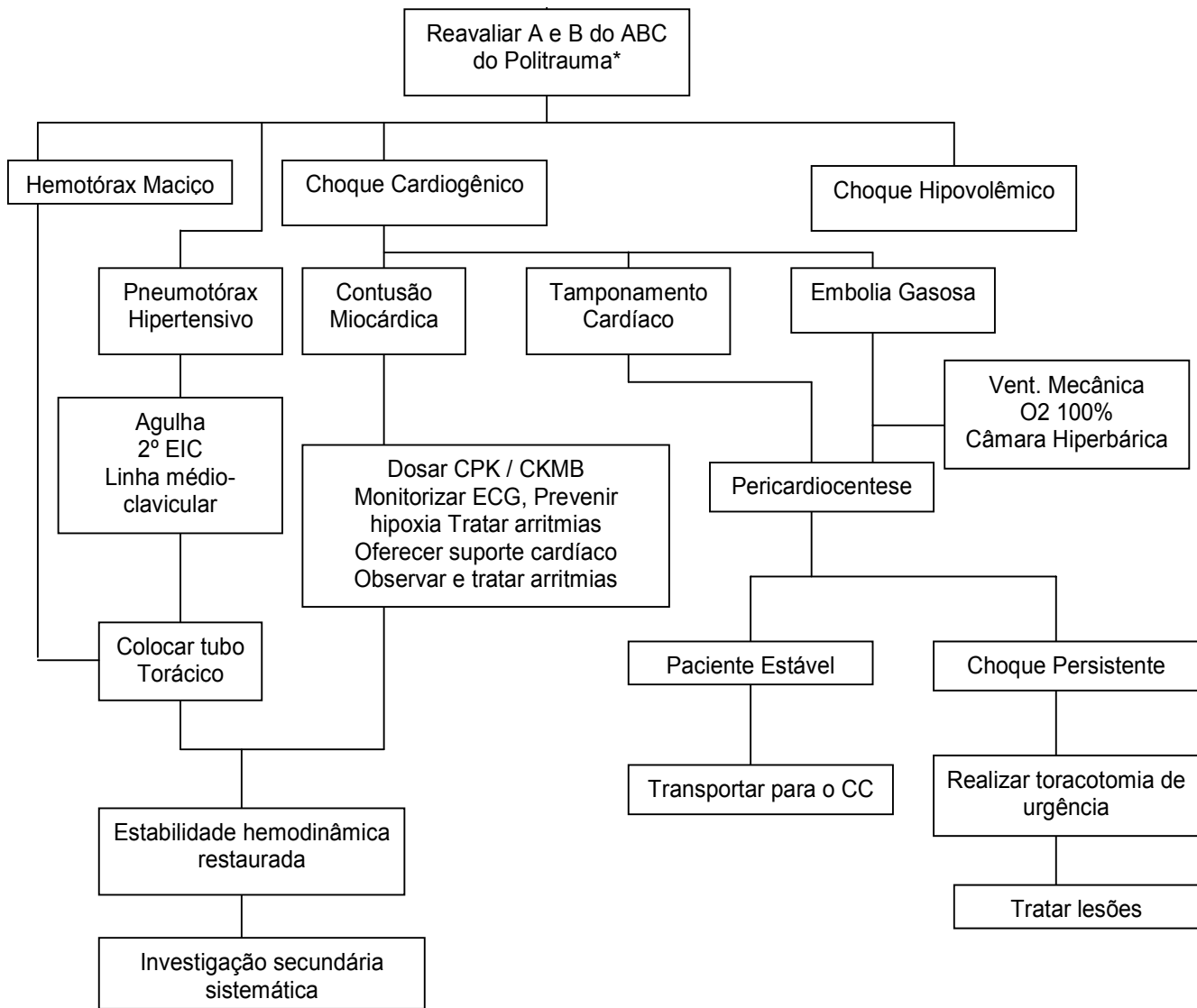
CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS**RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS**

	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

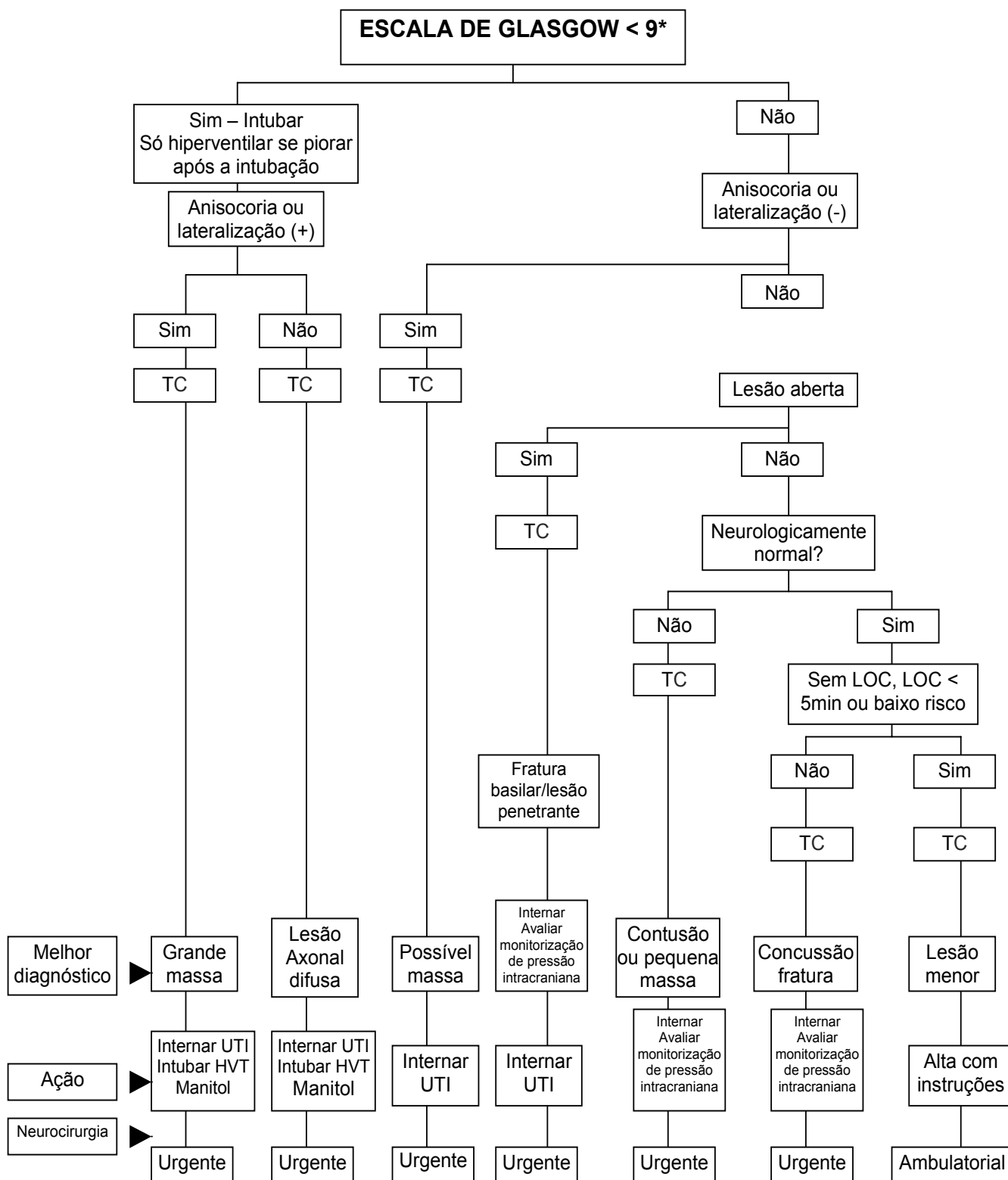
	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

CHOQUE PERSISTENTE



***Abertura das vias aéreas** com controle e estabiliza o da coluna cervical:
Boa ventila o e respira o que asseguram uma troca gasosa e perfusão adequadas;
Controlar a circula o através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de solu es;
Déficit neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associ -los a outros sinais clínicos;
Exposi o completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO₂ entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência
• HVT – Hiperventilação

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

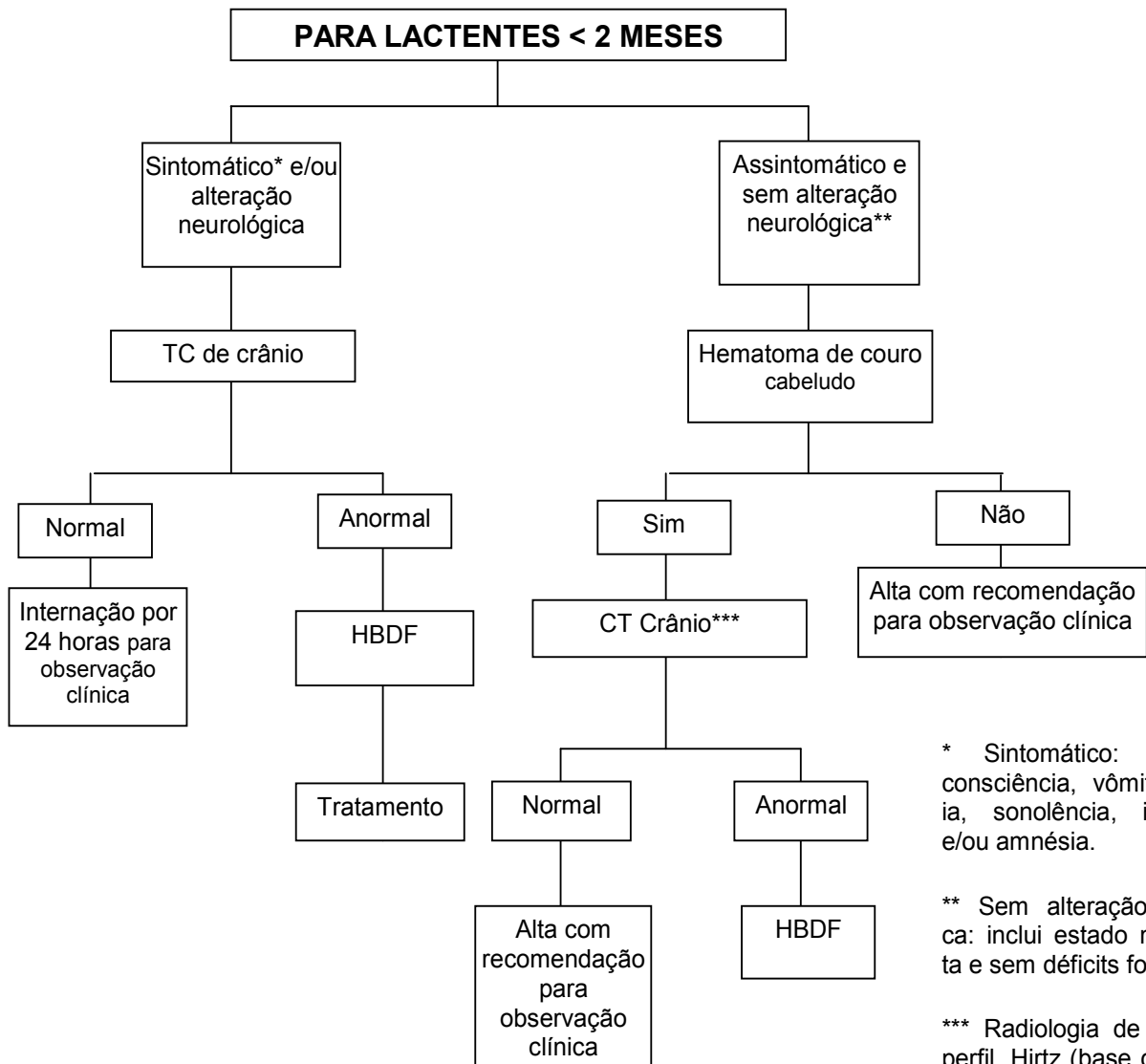
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

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.

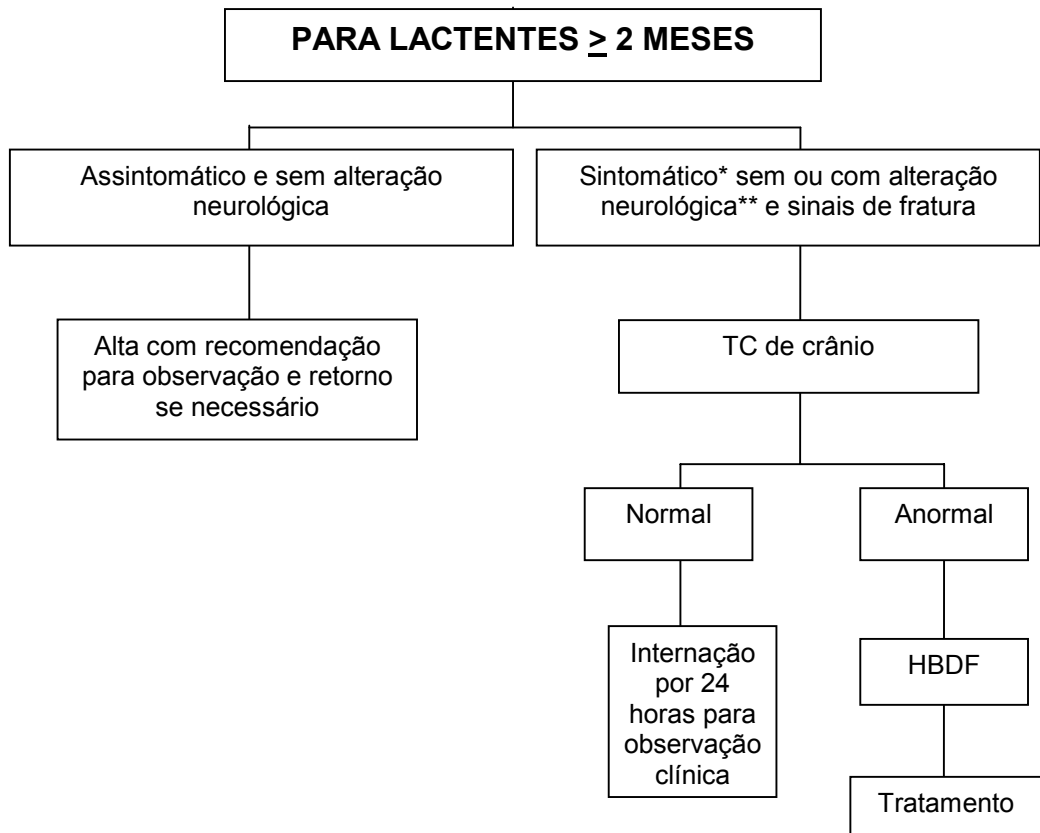
ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
Melhor resposta verbal	Não abre	1
	Balucio	5
	Choro irritado	4
Melhor resposta motora	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
	Movimento espontâneo e normal	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.

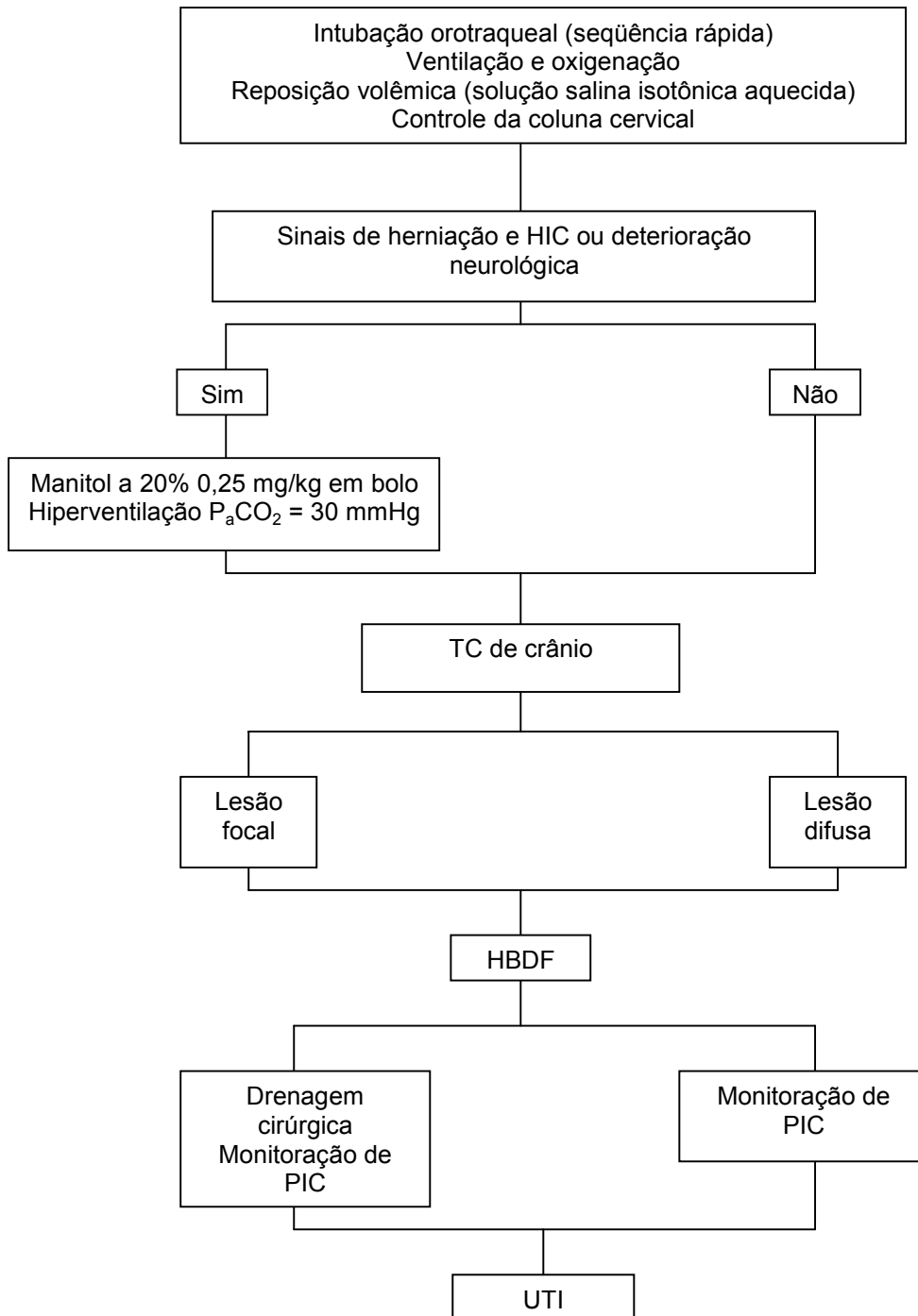
** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

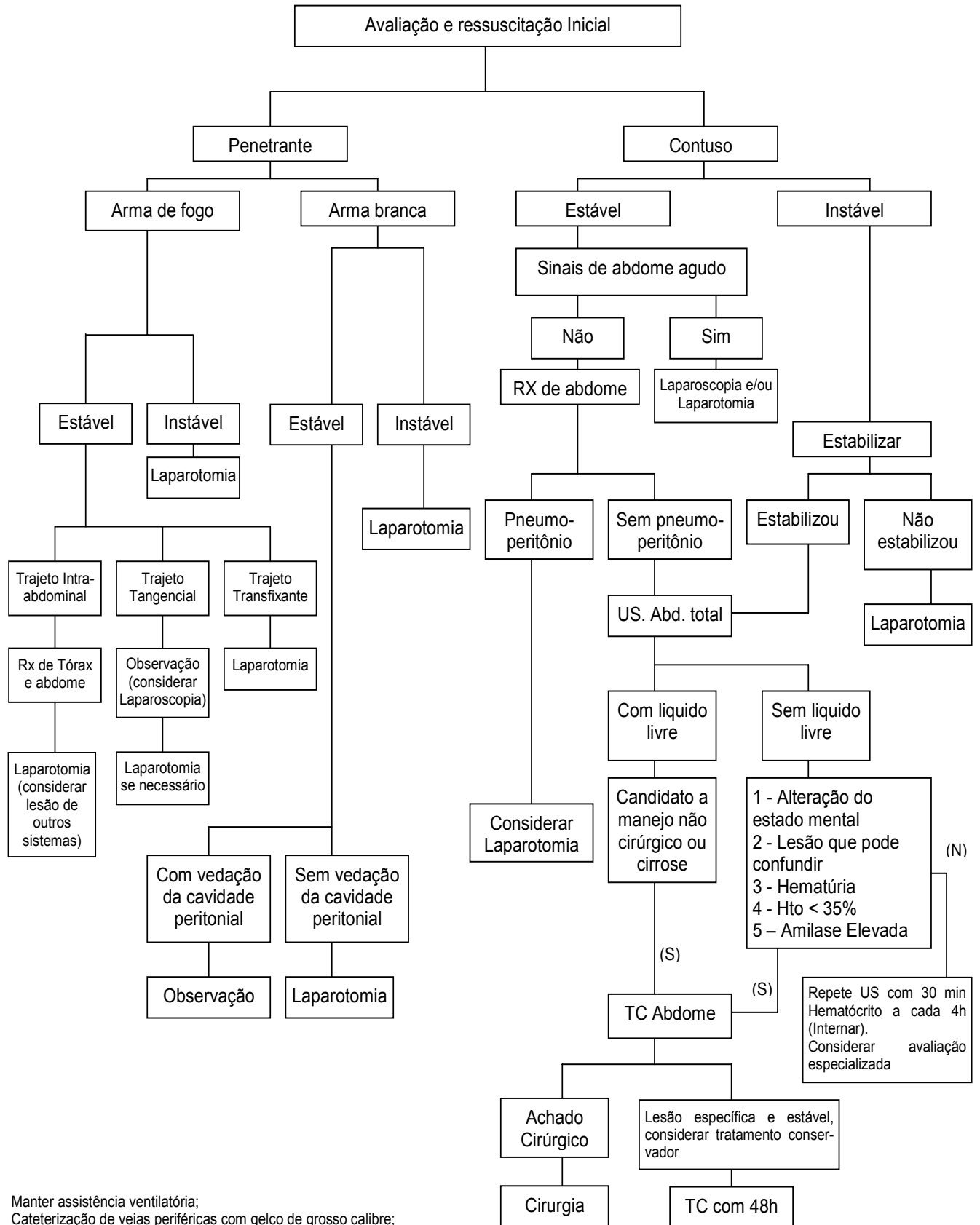
TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- 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



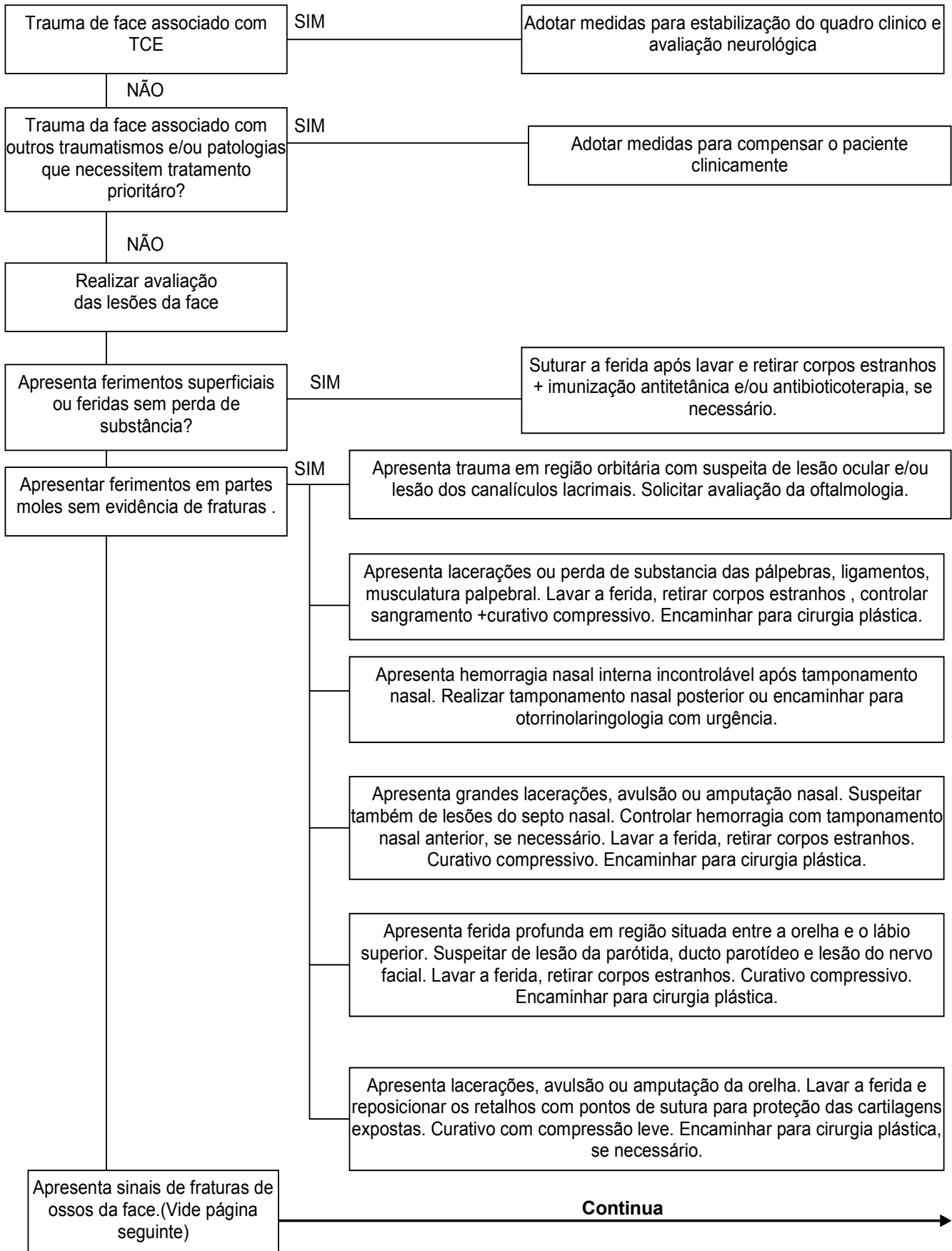
TRAUMATISMO ABDOMINAL



Manter assistência ventilatória;
 Cateterização de veias periféricas com gelco 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 passagens 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*

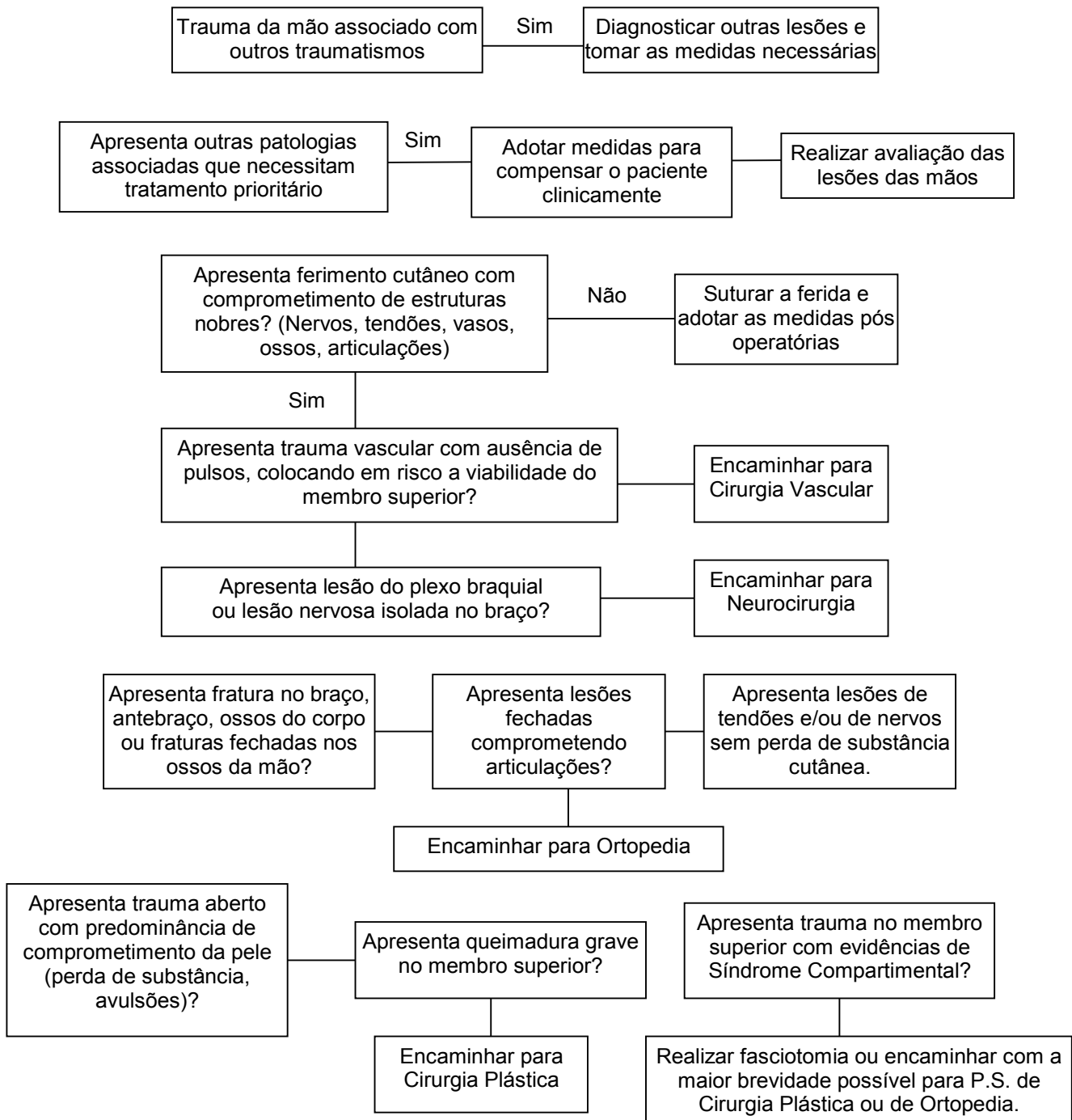
RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

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

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- 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	SENSIBILIDADE
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	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 Aparelhada 5 – Supervisão 4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +) 3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +) 2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)			Controle dos Esfincteres Admissão Alta	Locomoção Admissão Alta		
	Controle vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminhar,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controle esfíncter anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mobilidade Admissão Alta	Comunicação Admissão Alta		
	Transferência:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cama, Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cognição social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Banheira, Chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Solução problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuidados Pessoais Admissão Alta						
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuidados com aparência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Banhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vestir parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vestir parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Asseio	<input type="checkbox"/>	<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 sobrevivida.

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	-

Calculo 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 prognostica quanto do trauma. Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

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
		Rótura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rótura 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
		Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rótura 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 Coinaud 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	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
	Laceração	Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	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	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	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
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 hemiázigos 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 incontida da aorta torácica Transseção total incontida do hilo pulmonar	5 4

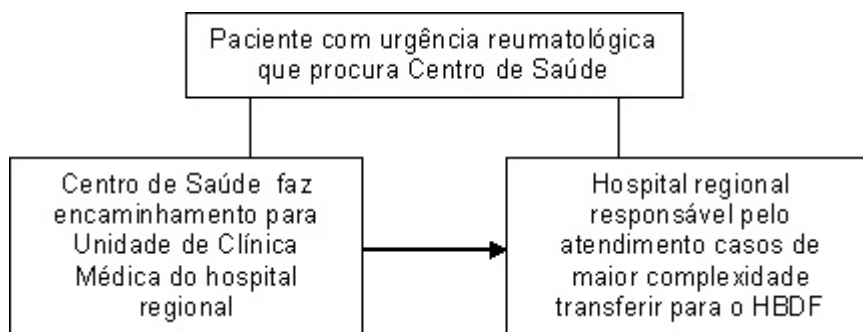
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

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:

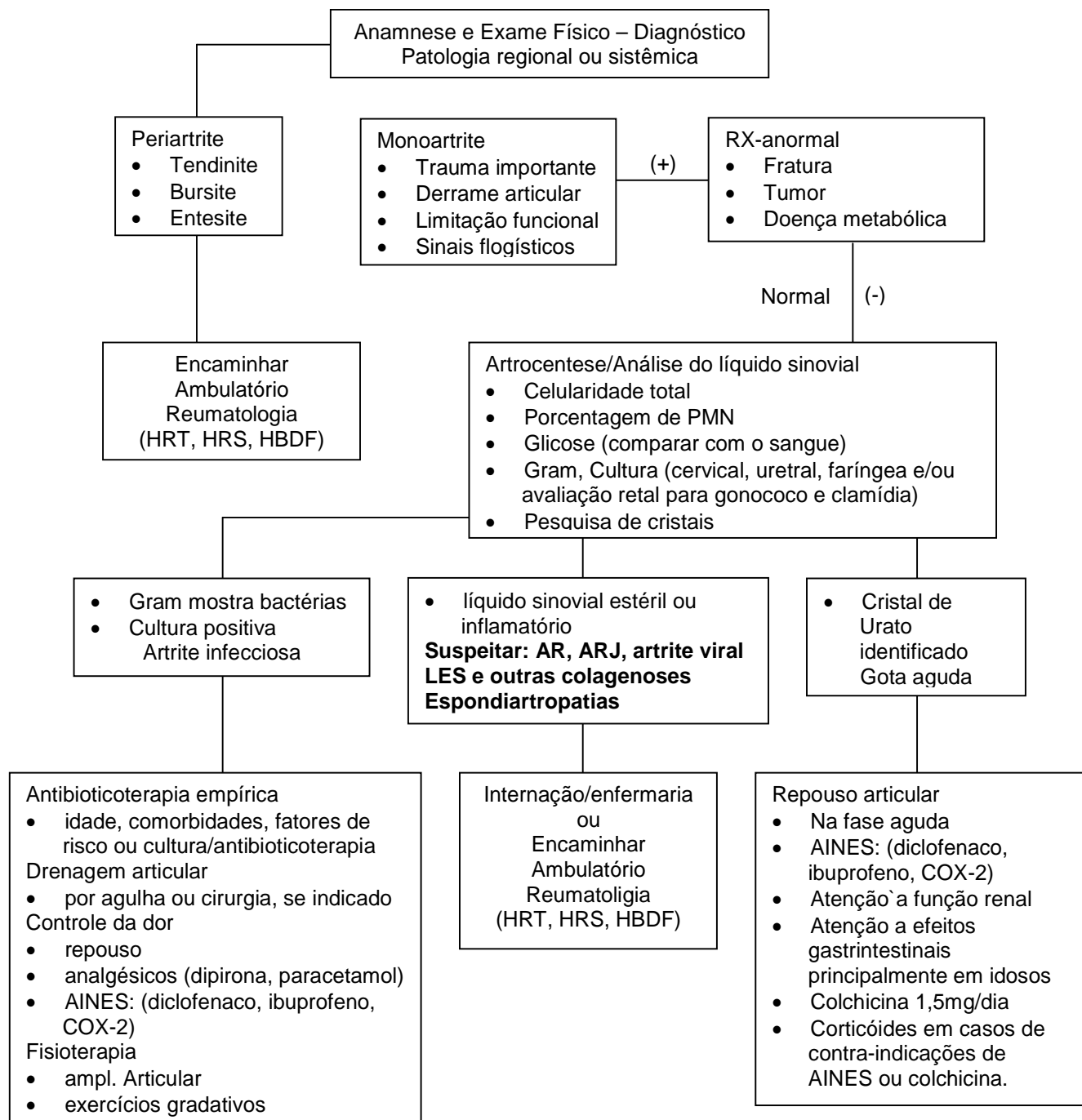
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;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

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

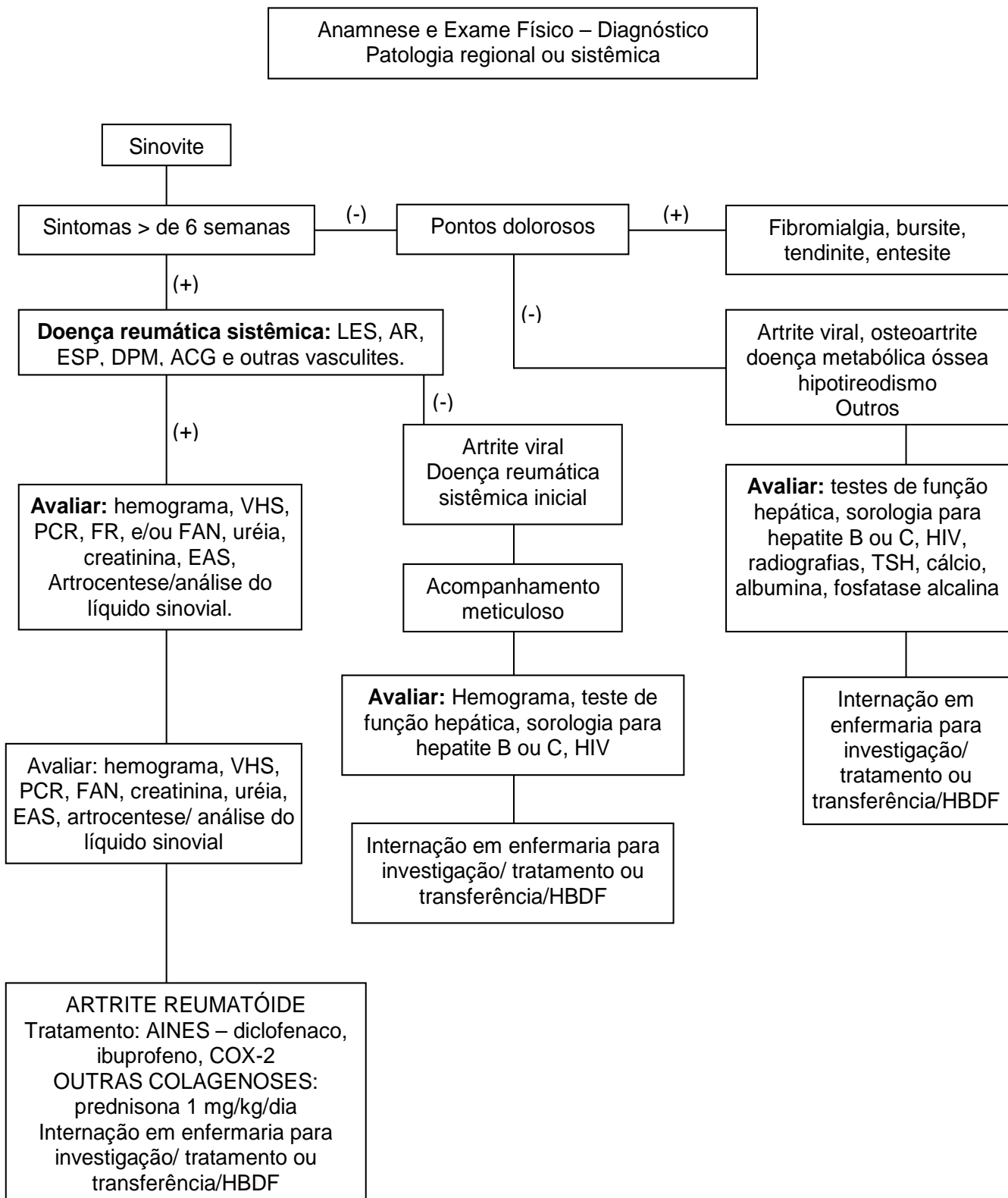


ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.
Exame físico:	<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

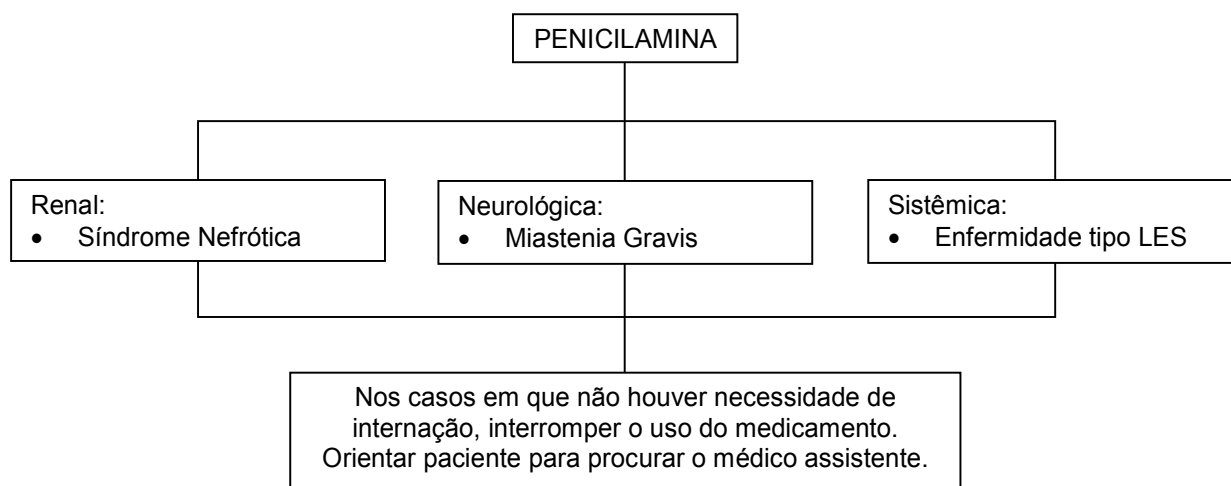
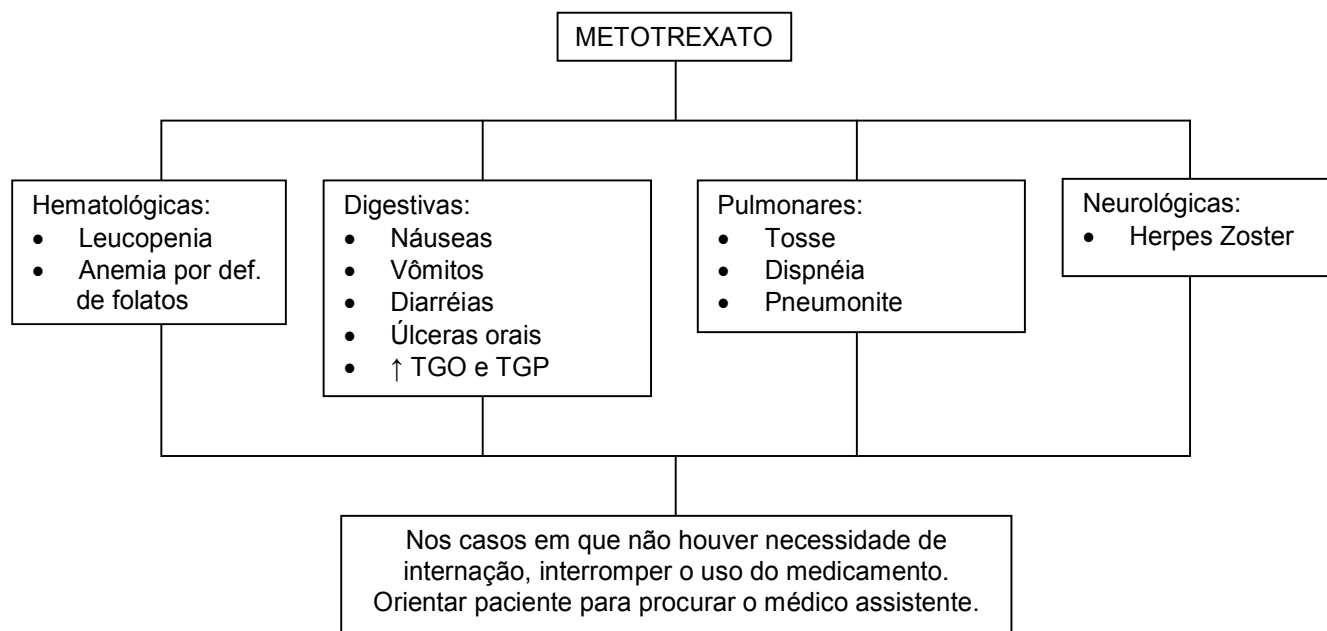
Febre ou perda de peso:
Hemograma completo e cultura de secreções

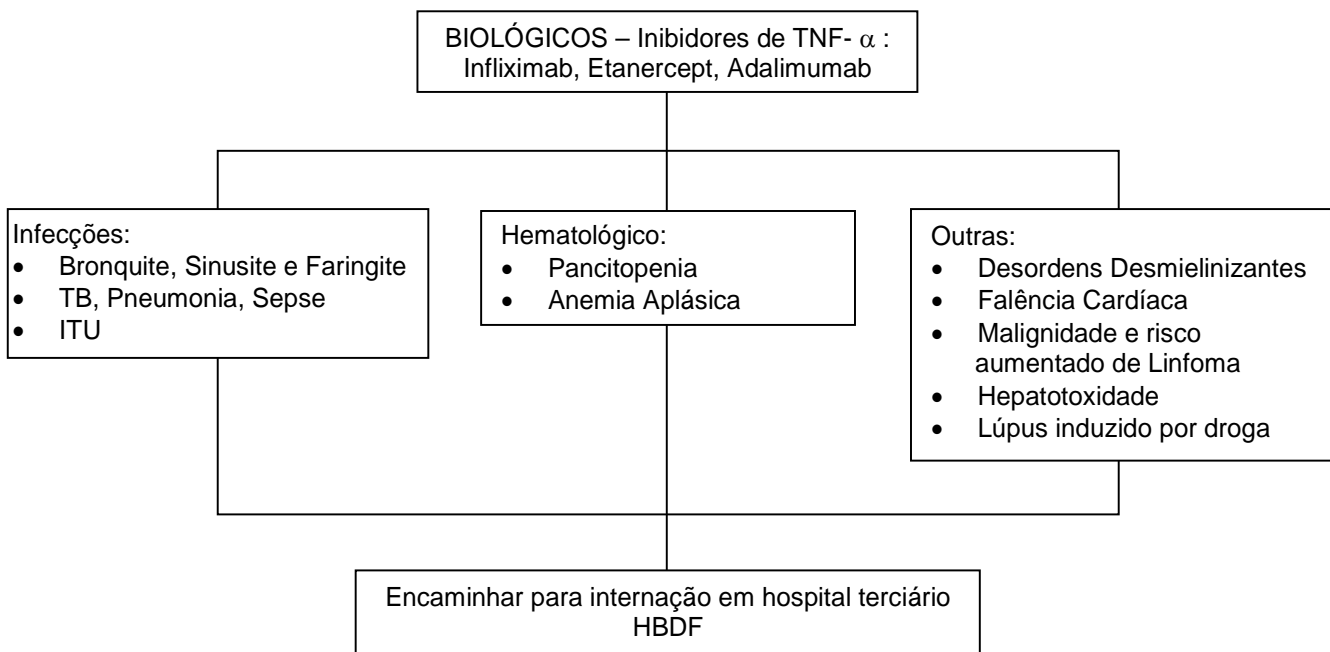
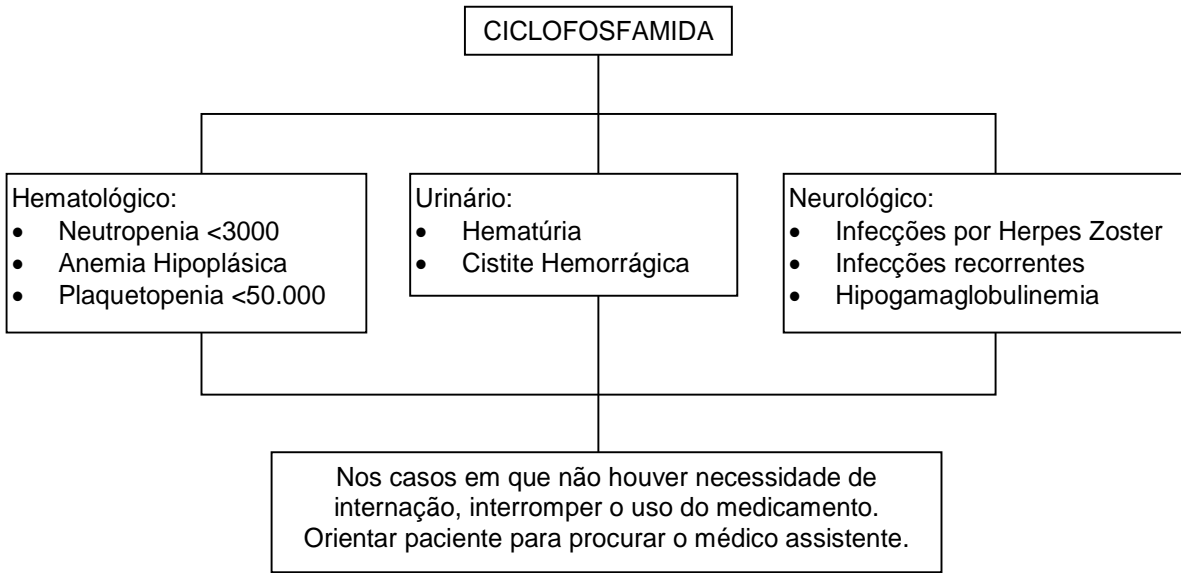
Rigidez matinal:
Fator reumatóide, ANA e VHS

Dor em cólica:
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

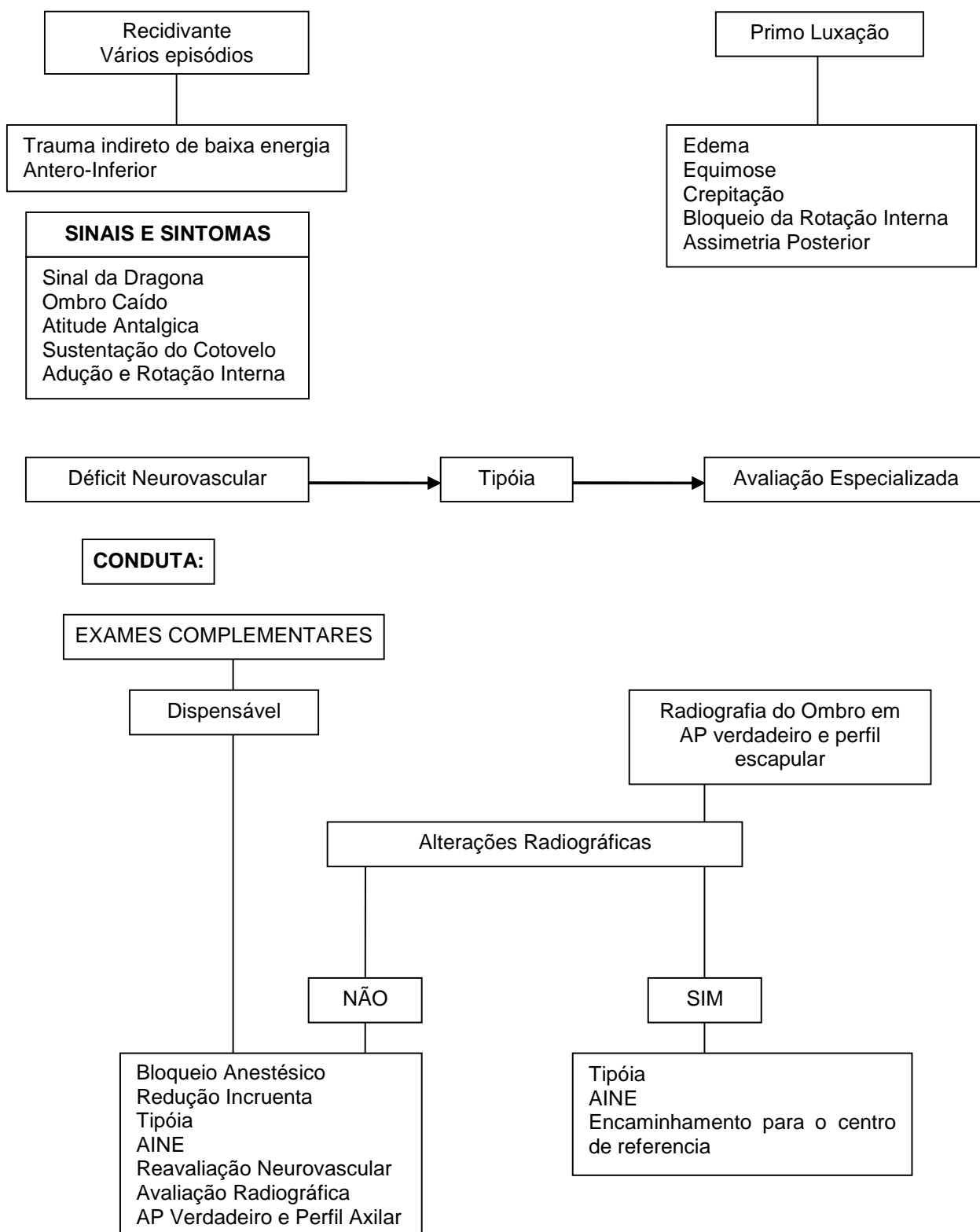
Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

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

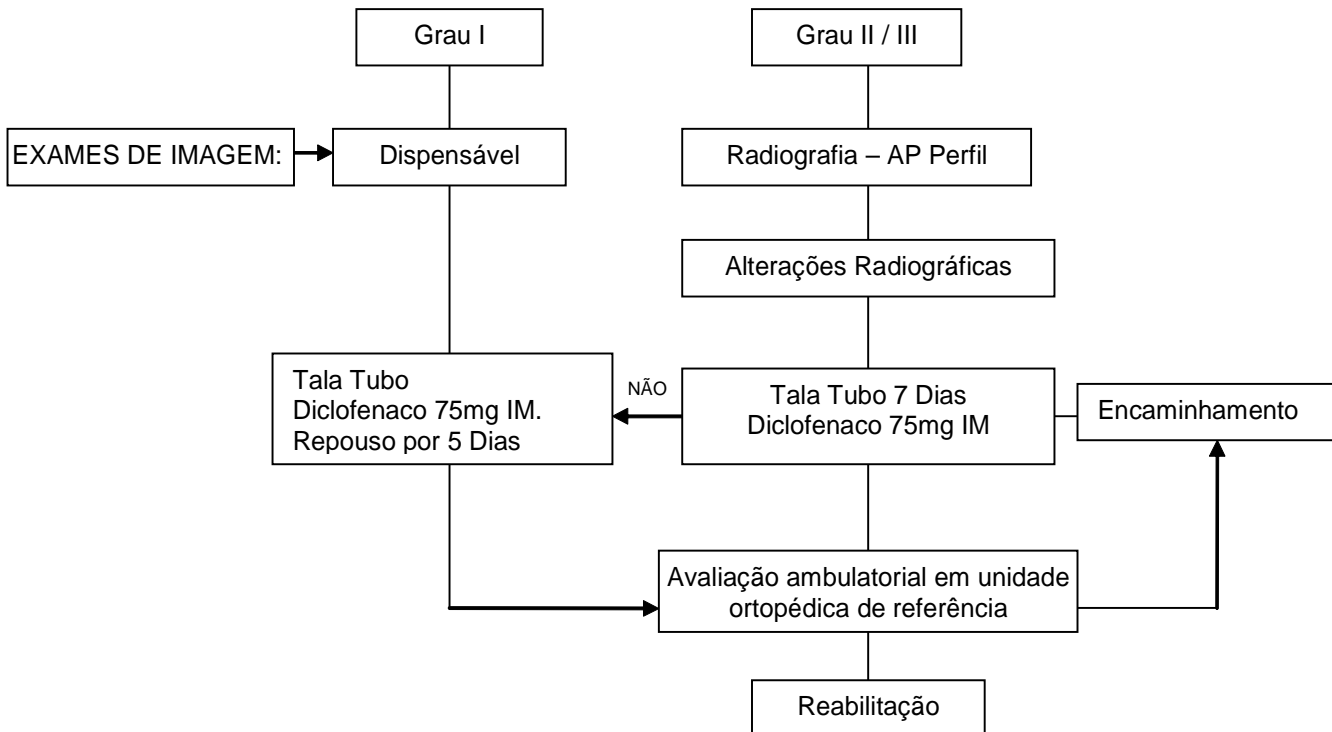
AVALIAÇÃO

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

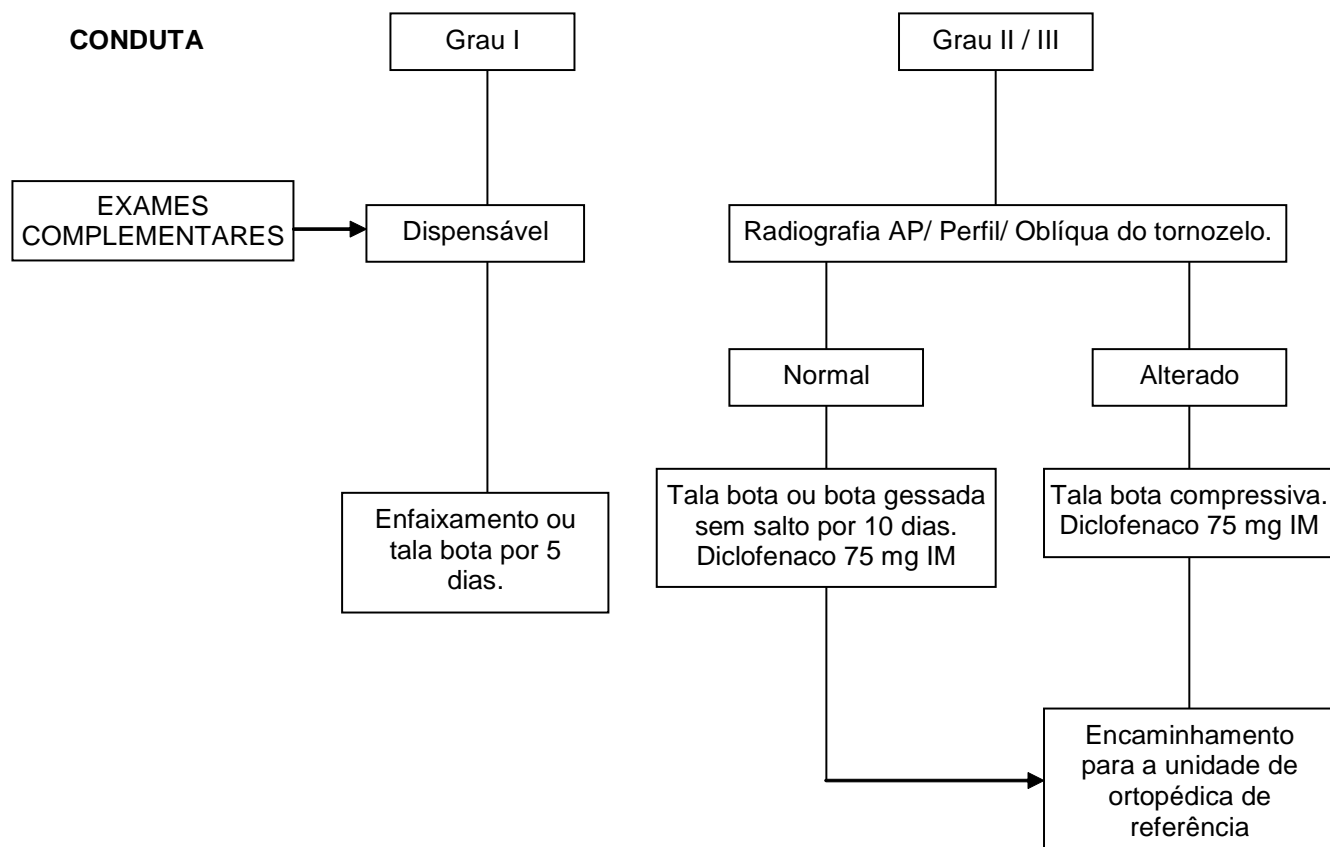
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

AVALIAÇÃO

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

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

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



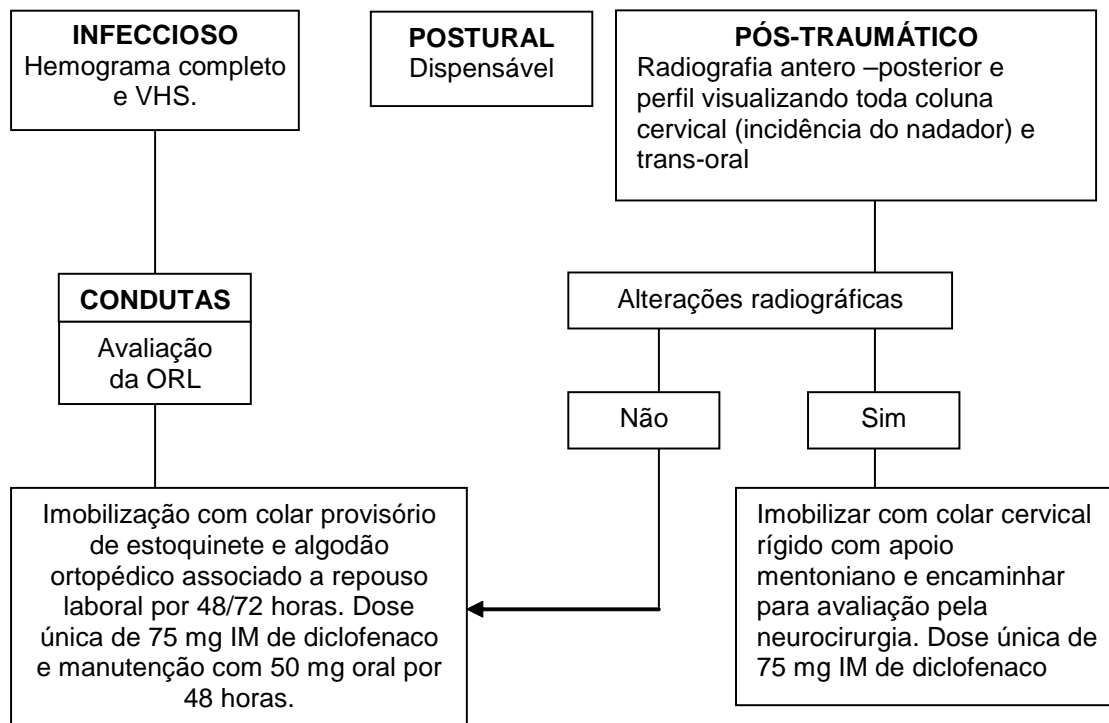
TORCICOLO

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.

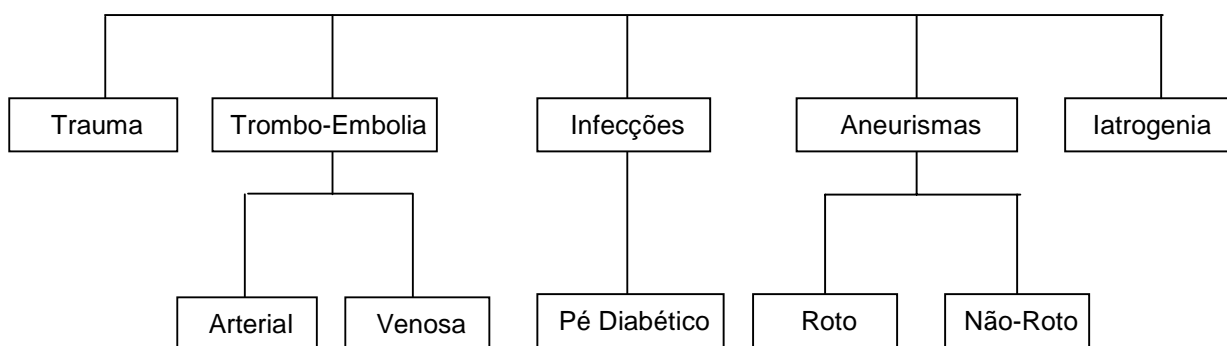
SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. 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;

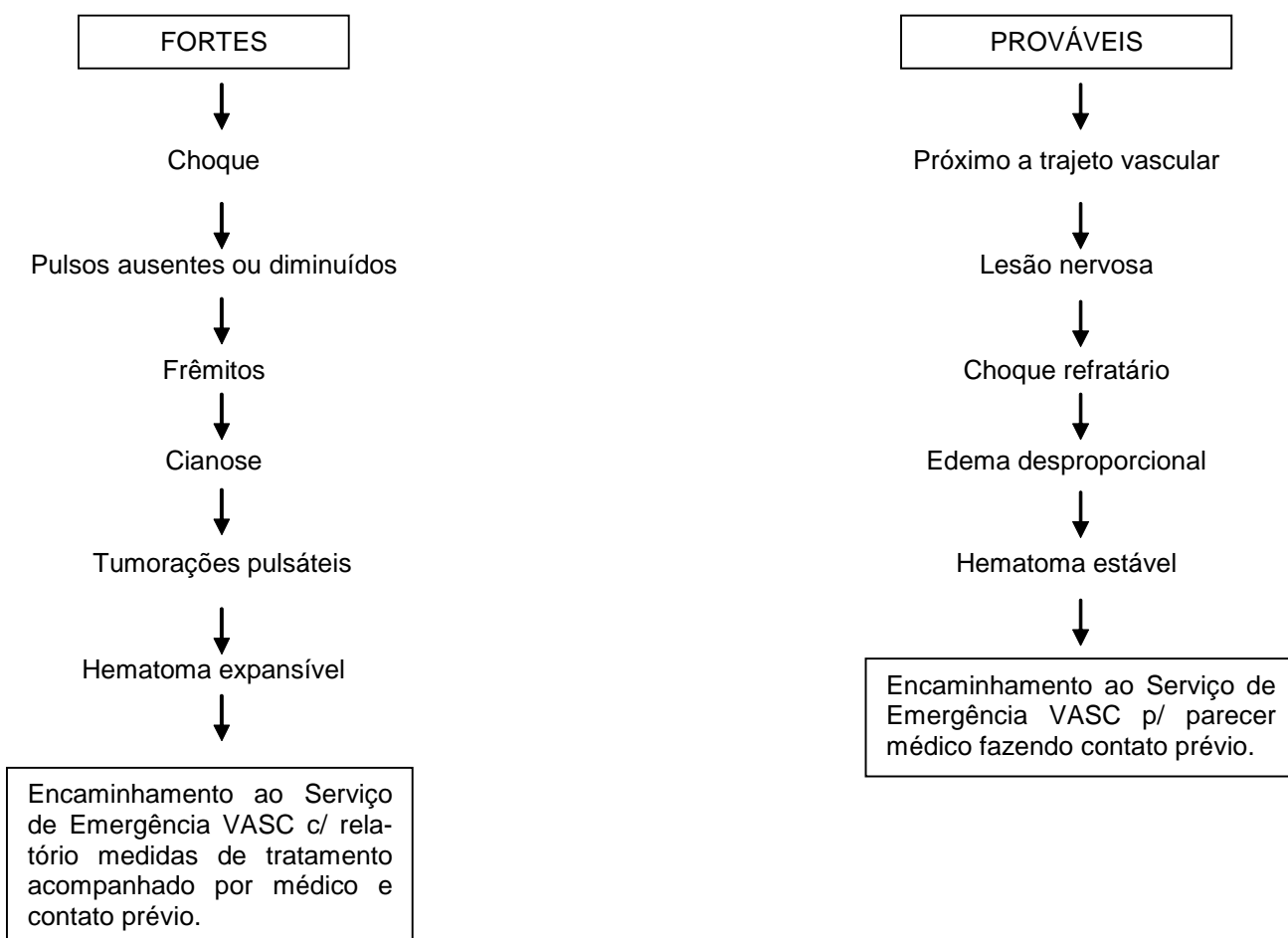
HRT – Ambulatório (Pareceres);

HRC – Ambulatório (Pareceres);

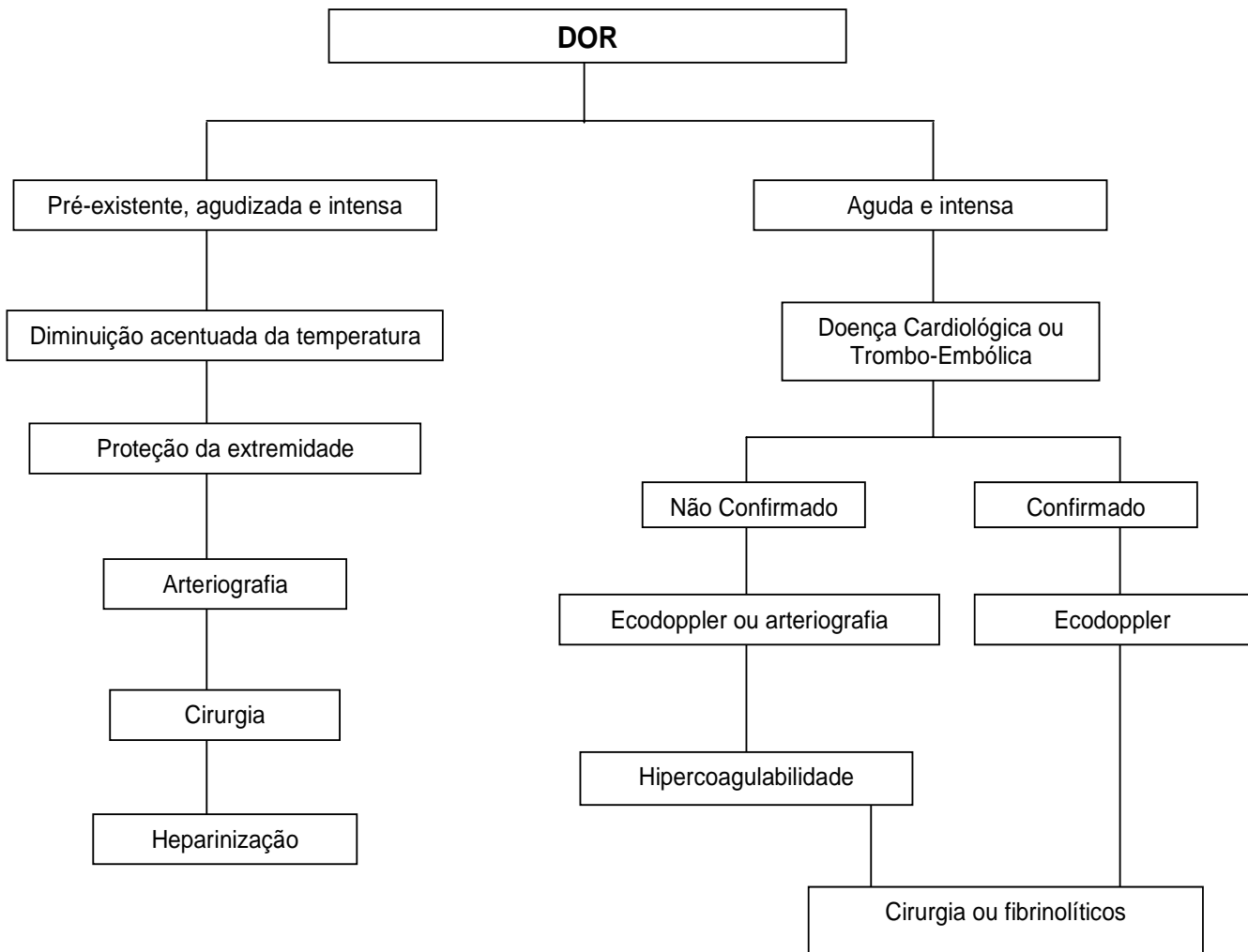
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS



TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

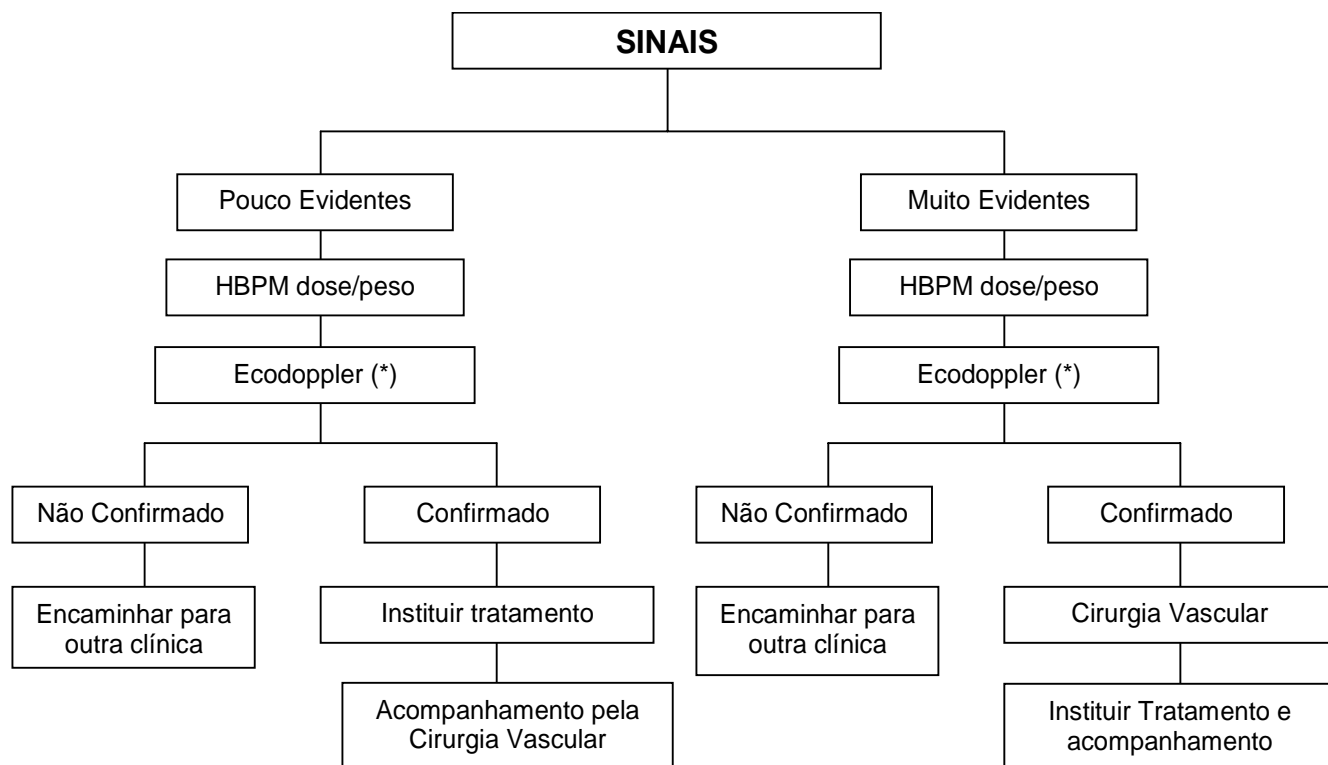


SINAIS E SINTOMAS

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

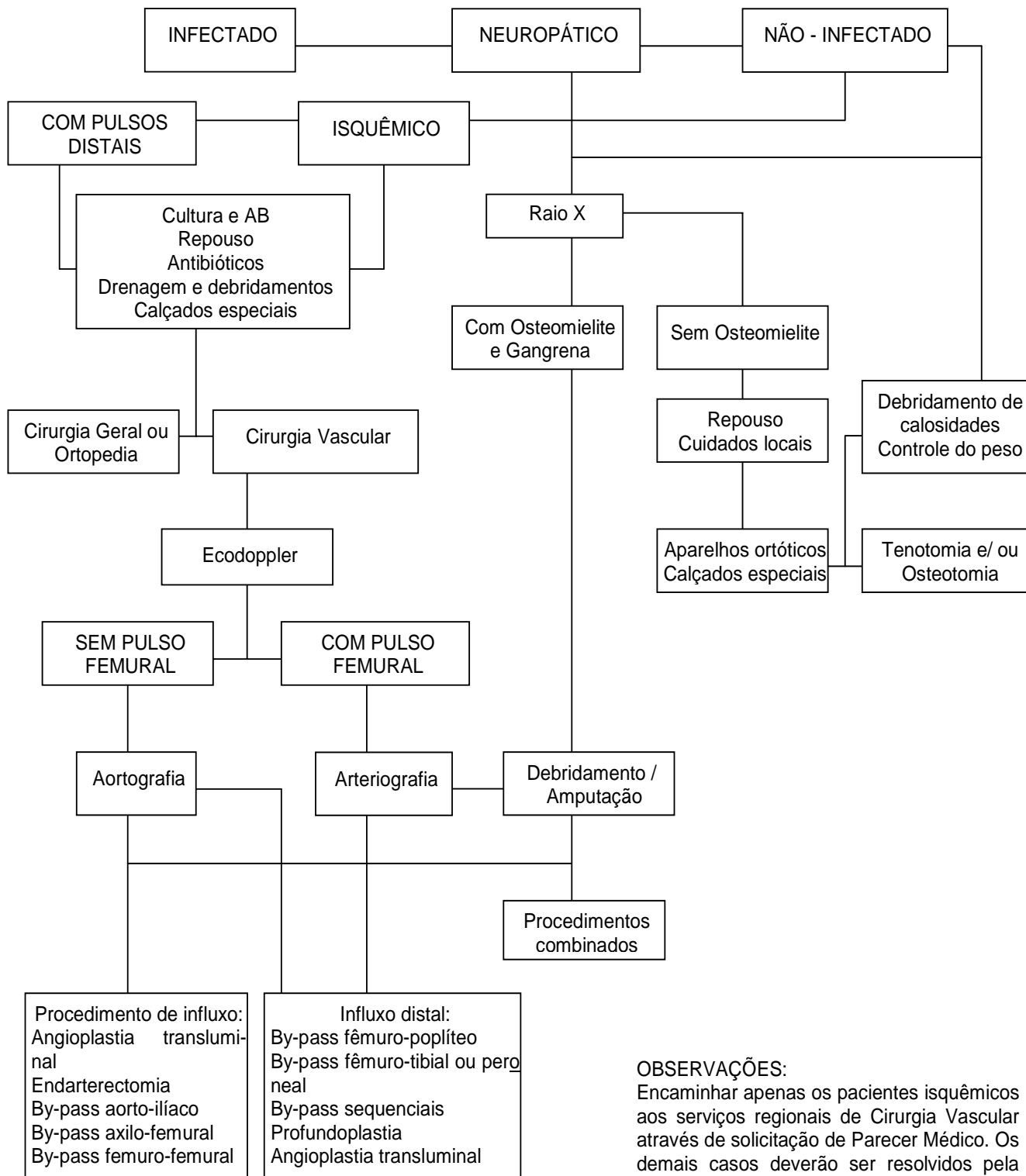
PÉ DIABÉTICO

PRINCIPAIS QUEIXAS

Dor
Dormência
Úlceras
Ferimentos

PRINCIPAIS SINAIS DE COMPLICAÇÕES

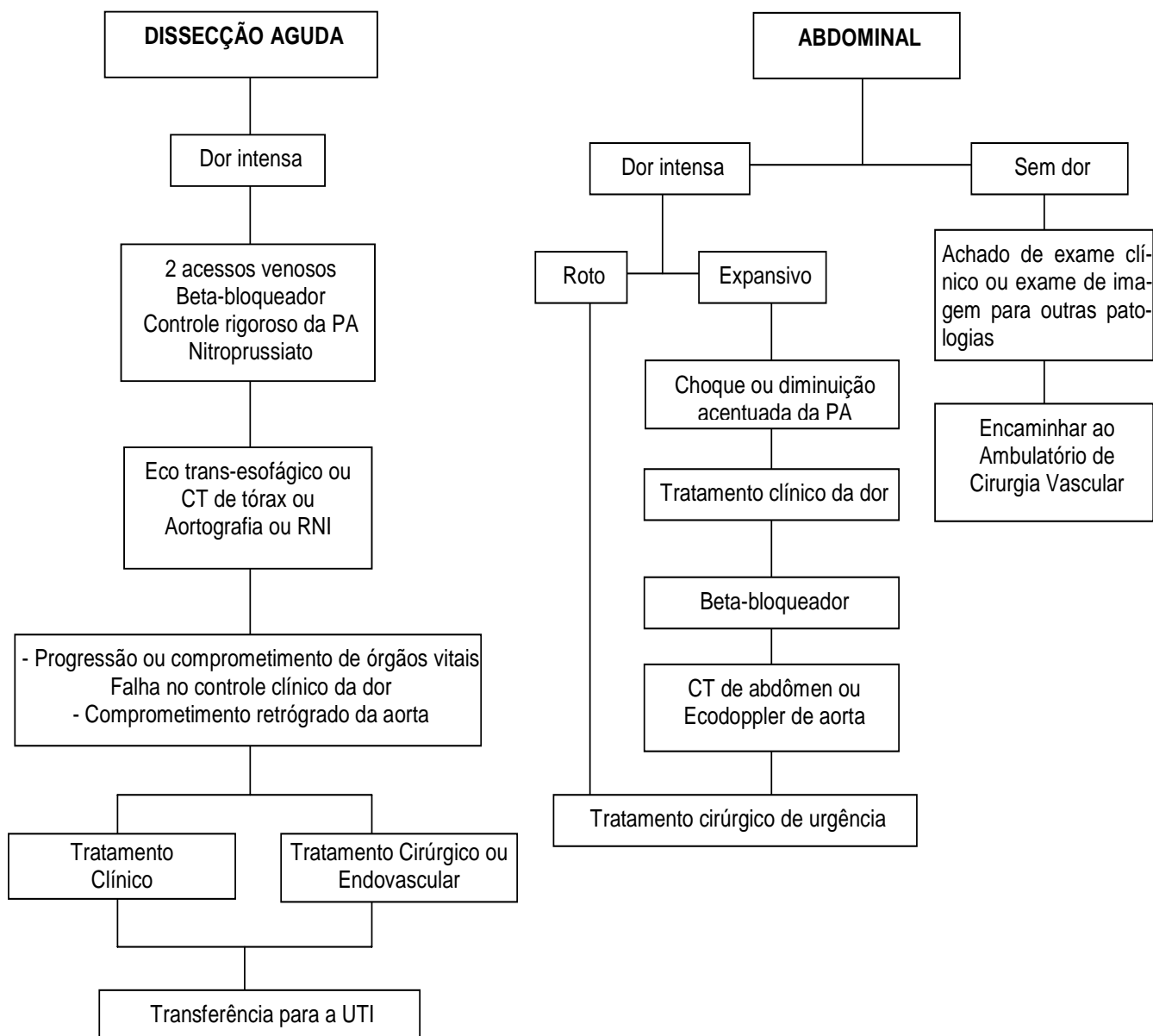
Palidez
Cianose
Diminuição de temperatura
Ausência ou diminuição de pulsos



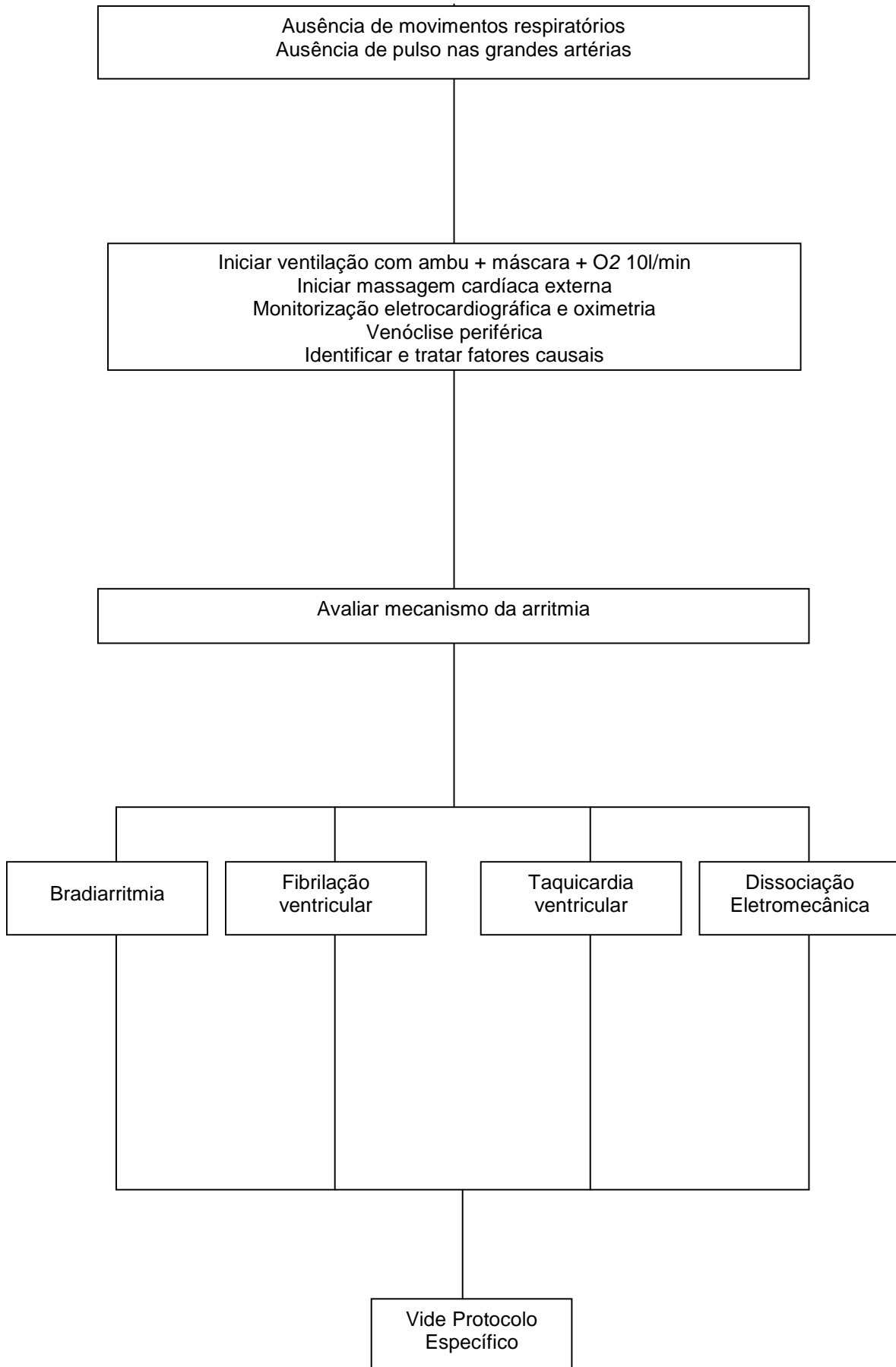
OBSERVAÇÕES:

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.

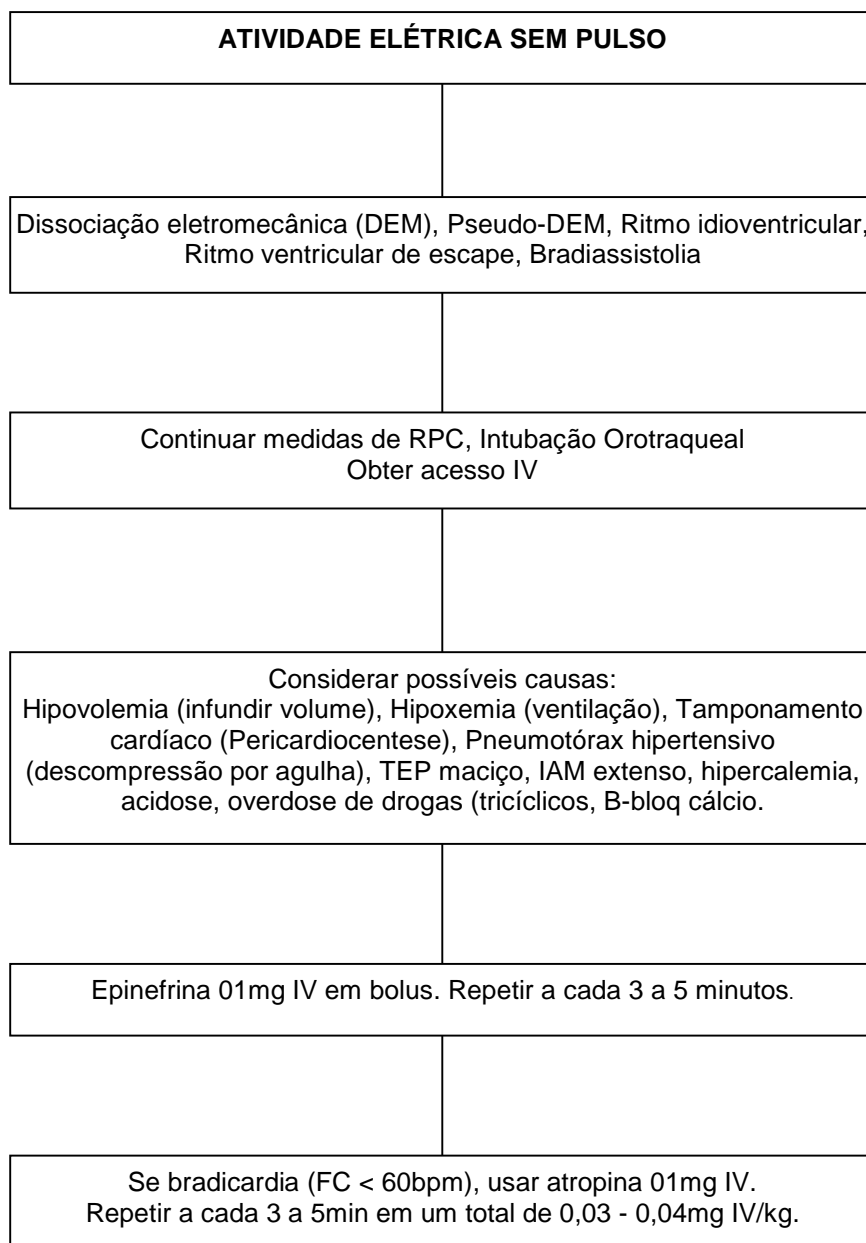
ANEURISMAS



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



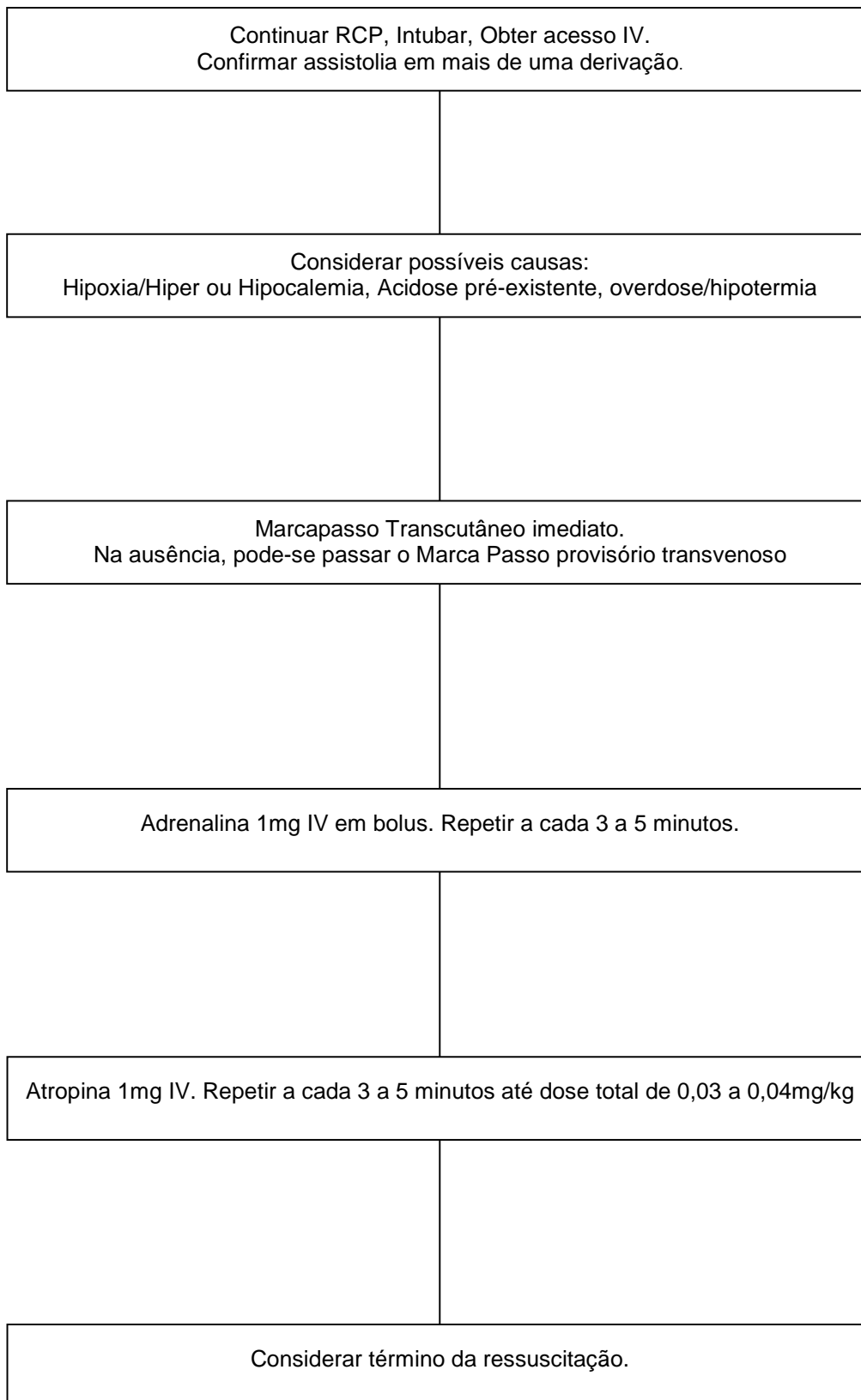
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

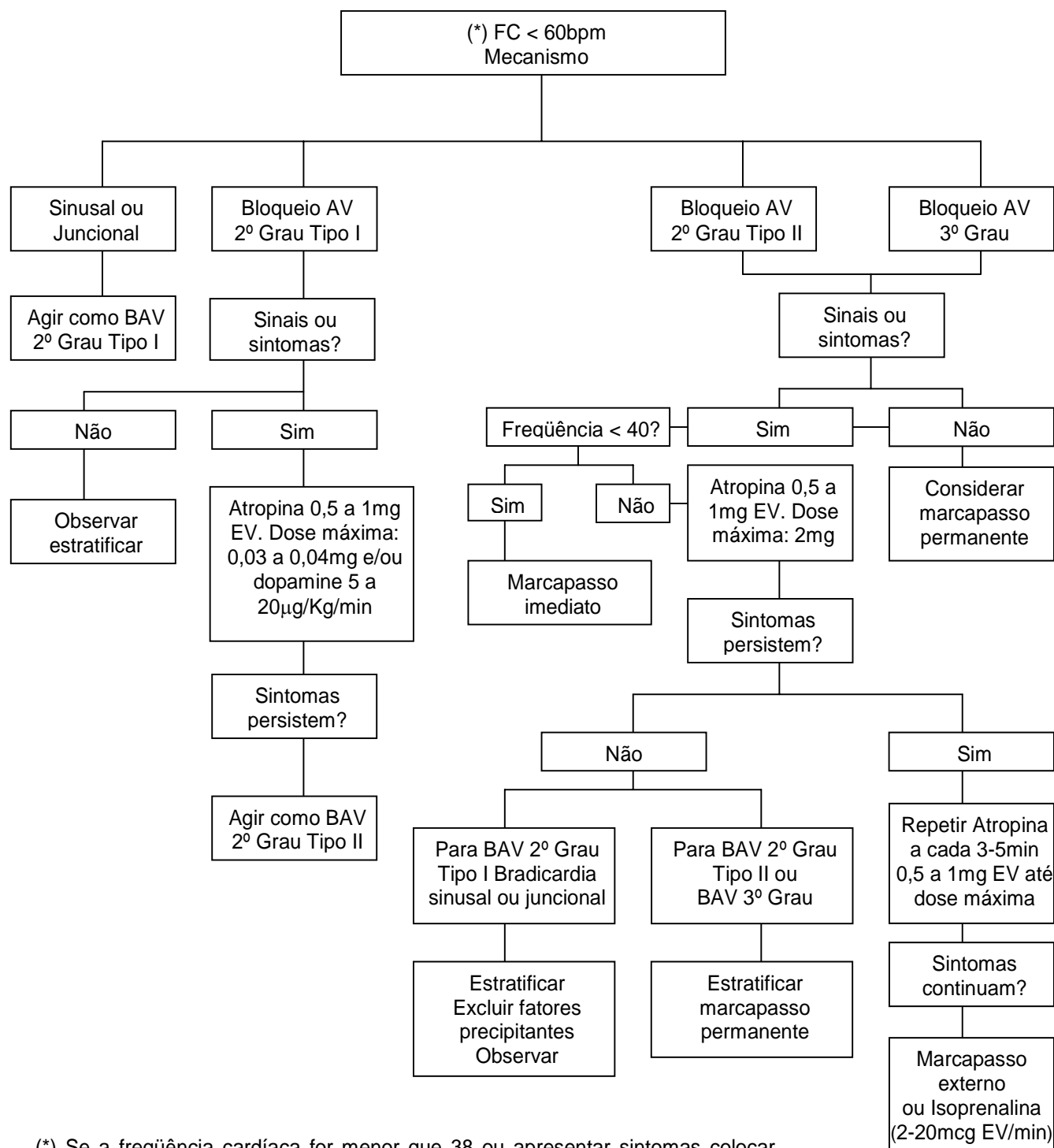


Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no Tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

ASSISTOLIA



BRADIARRITMIA

(*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos (QRS > 120 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:

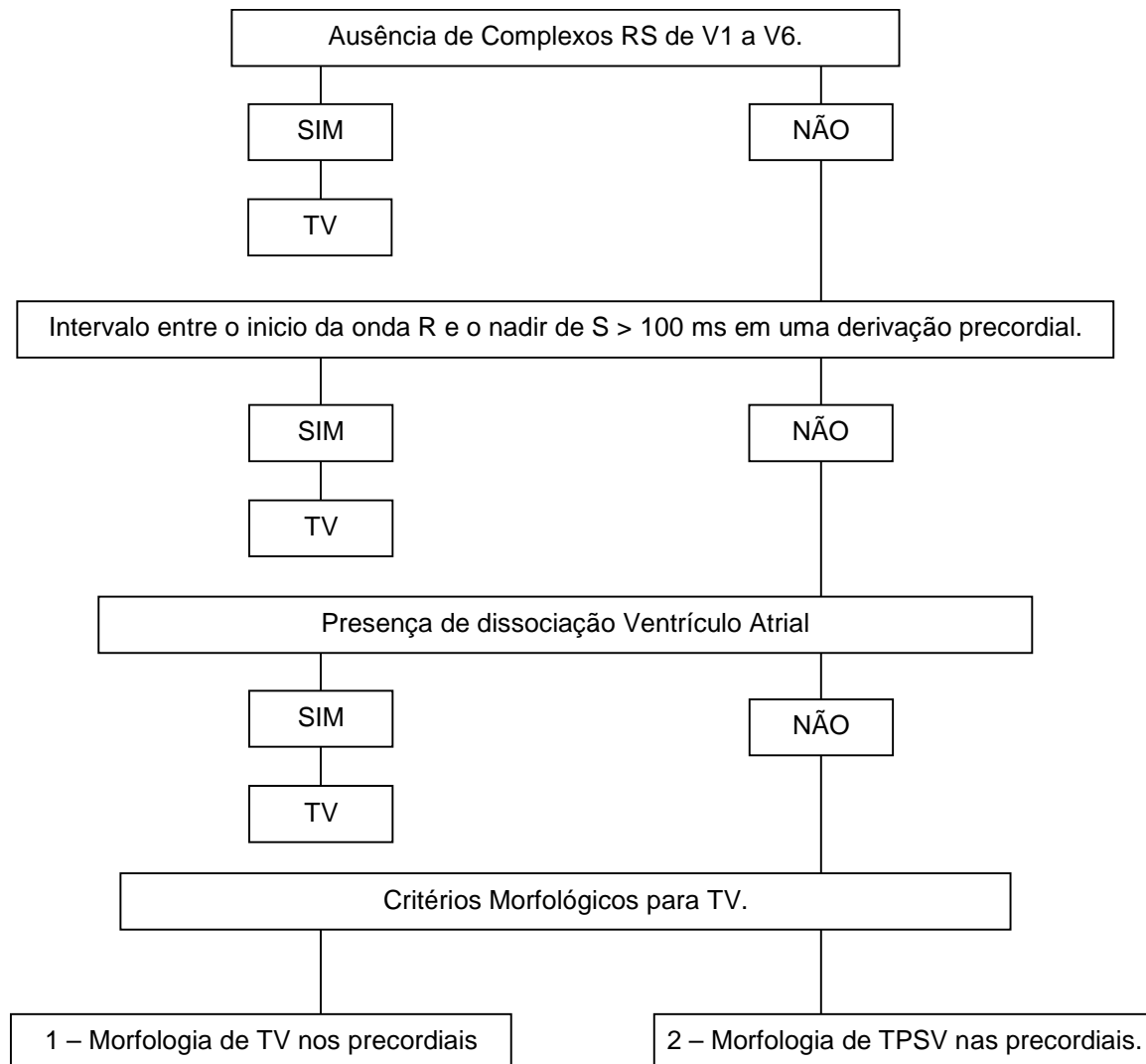
TPSV com bloqueio de ramo funcional

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.



1 - Morfologia de TV nos precordiais

- Morfologia de BRD com: R, qR em V1 e rS ou Qs em V6.
- Morfologia de BRE: Entalhe na onda S de V1.
- 1º Vetor lento (> 60 m / s).

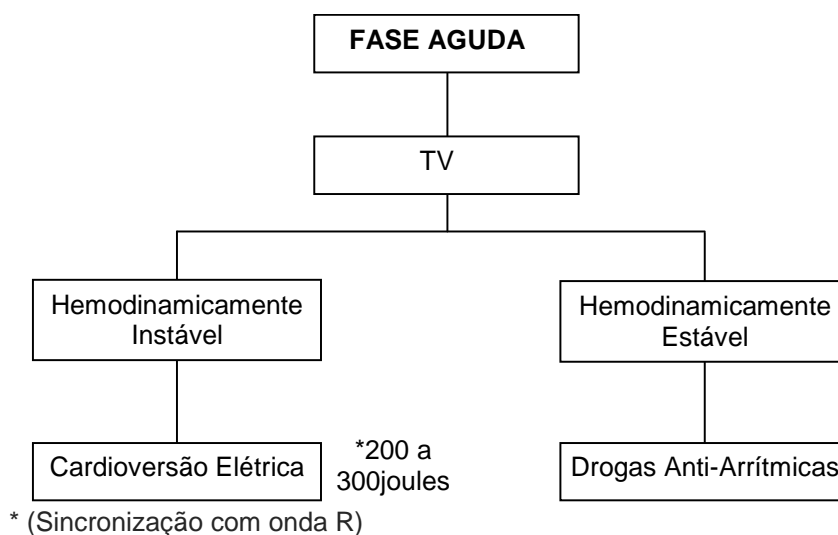
2 - Morfologia de TPSV nos precordiais.

- Morfologia de BRD com: rSr' em V1, Rs em V6.
- Morfologia de BRE: Rs em V1.
- 1º Vetor (< 60 m / s).

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. Continuo).

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 TPSV^s 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 (TPSV^s) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS \leq 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.

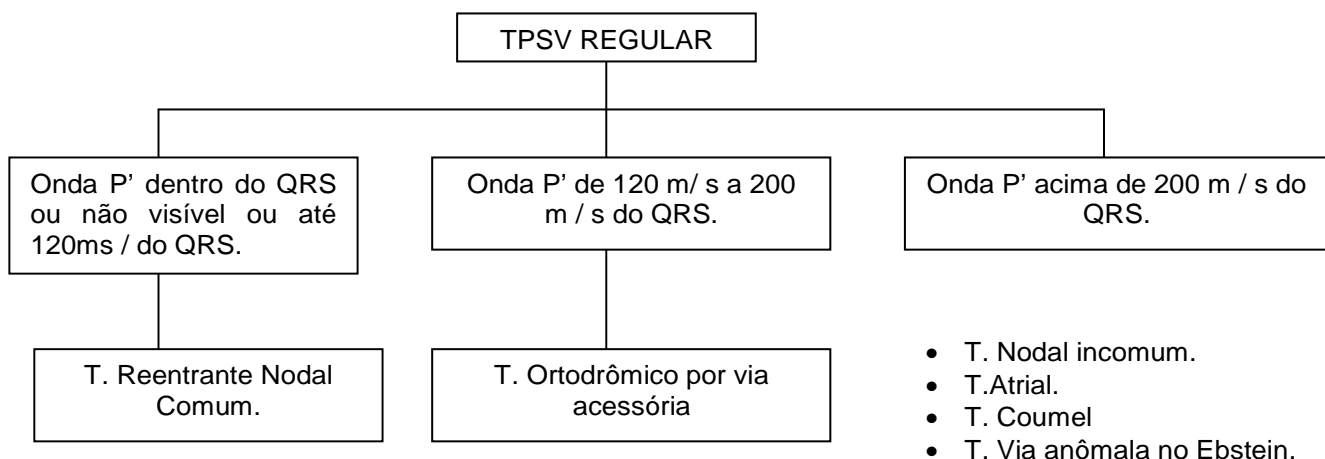
I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

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).

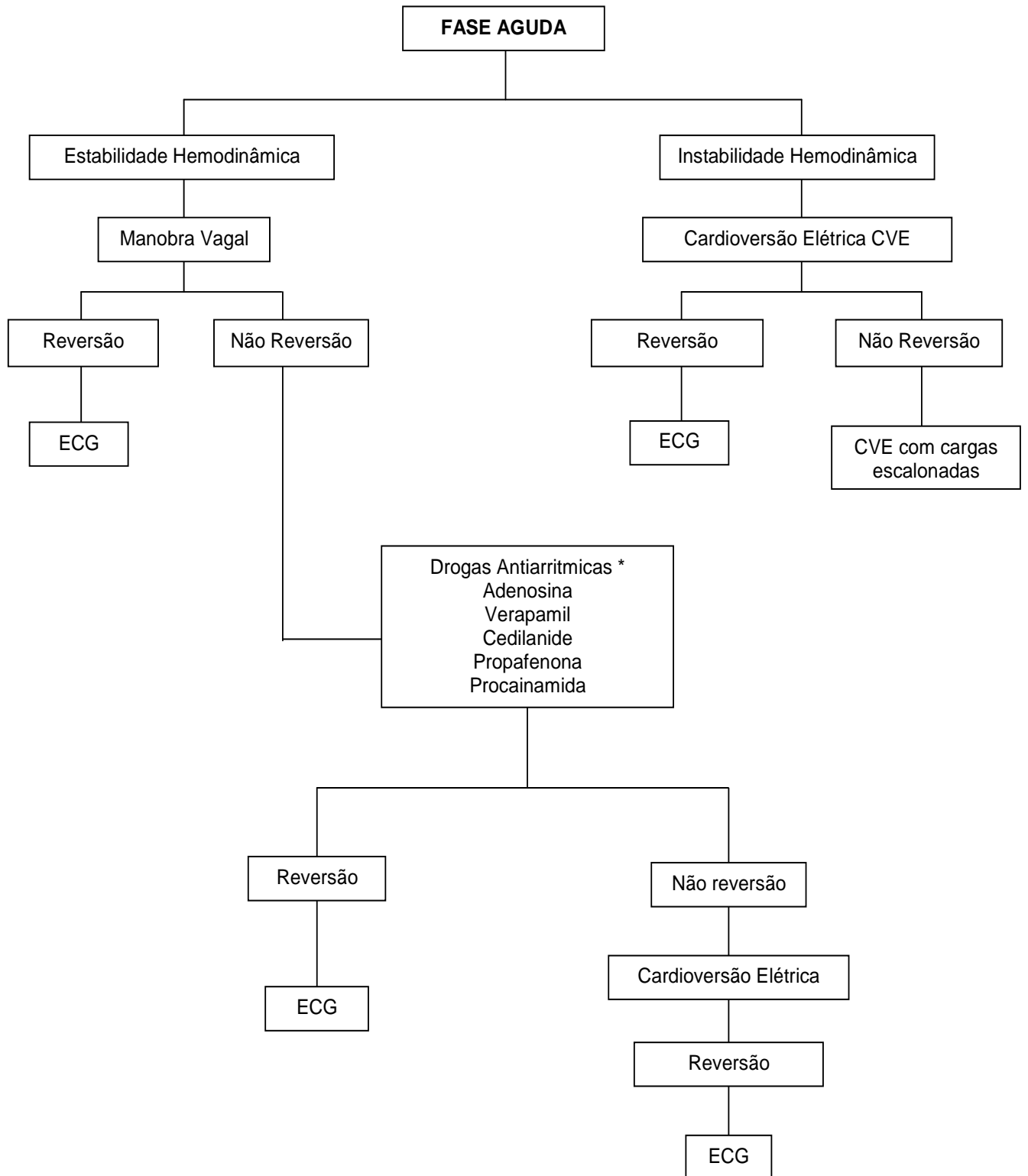


- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:
 A – 2 – Morfologia da Onda P:
 A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:
 A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

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
Cedilanide (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:**

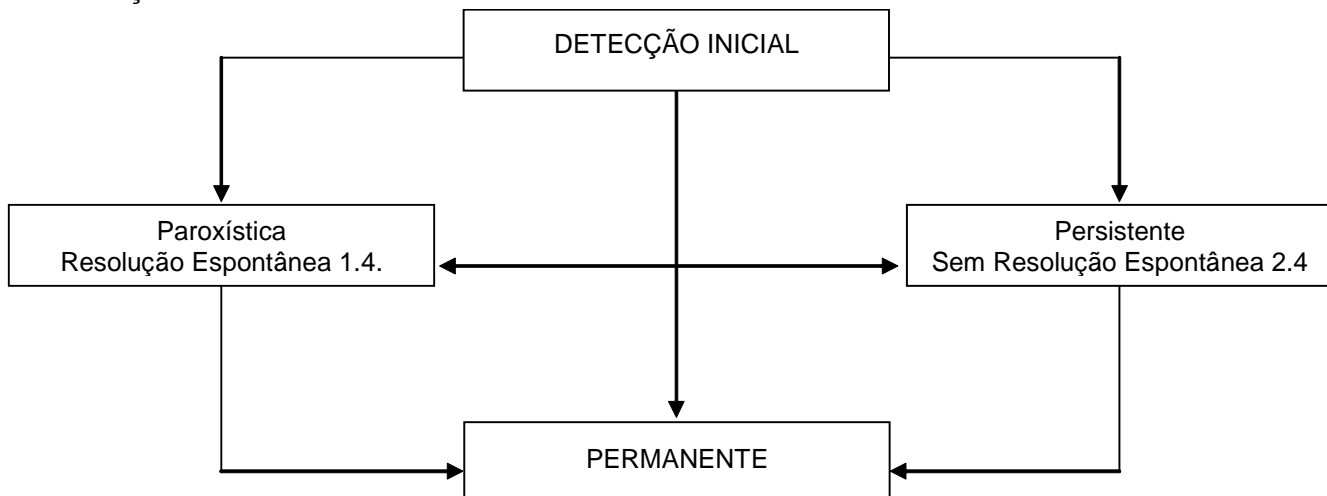
- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

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.

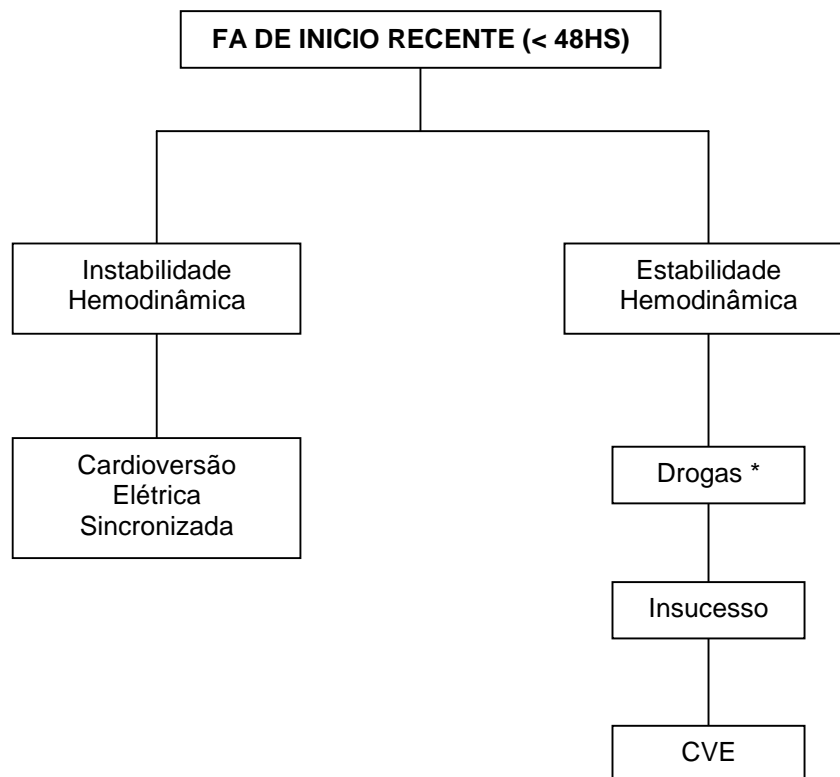
FA

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  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.:**

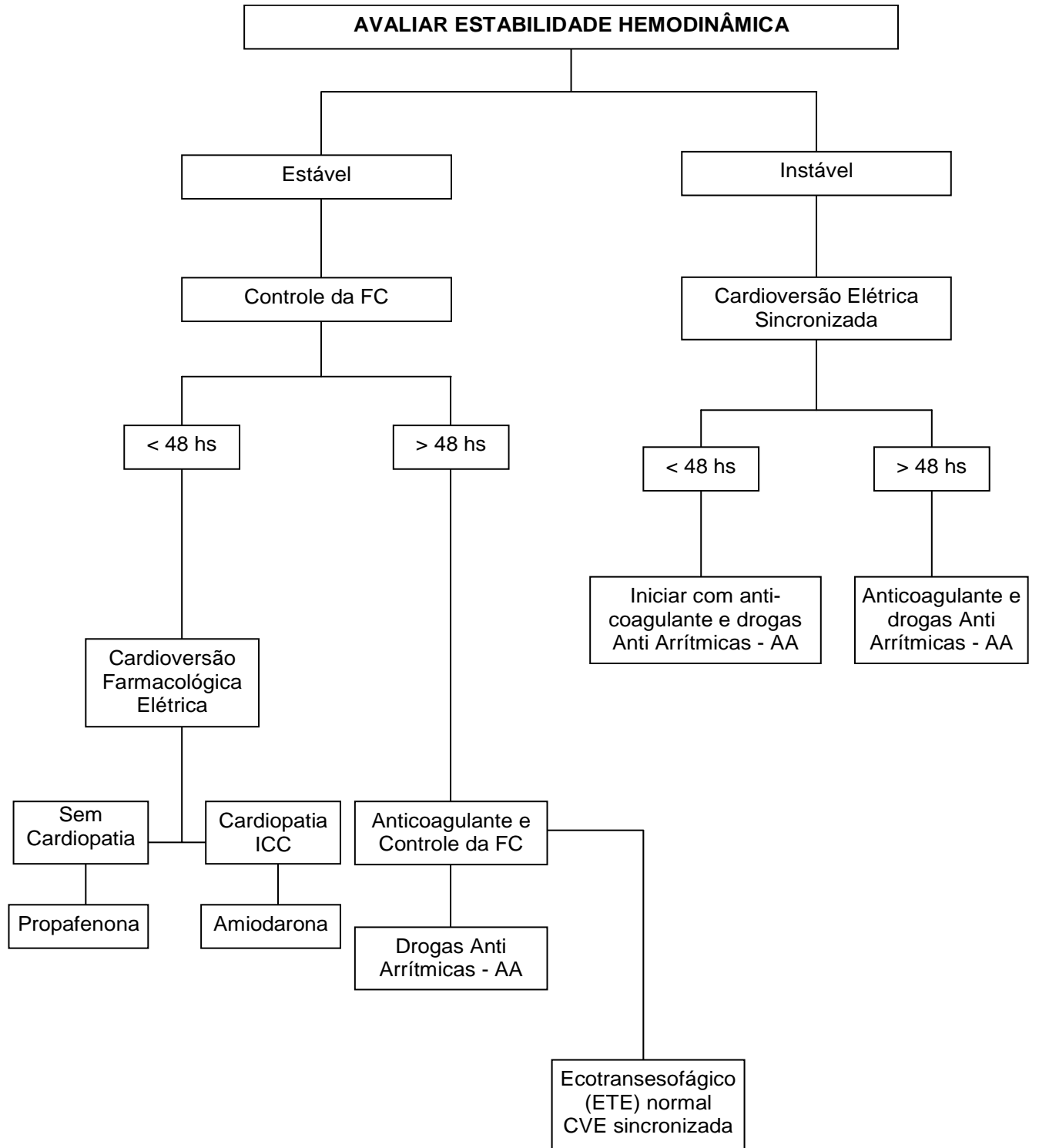
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

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
(chegar contra-indicações).
As doses serão adequadas
ao peso do paciente.

Trombólise

Evidências de Reperusão

Sim

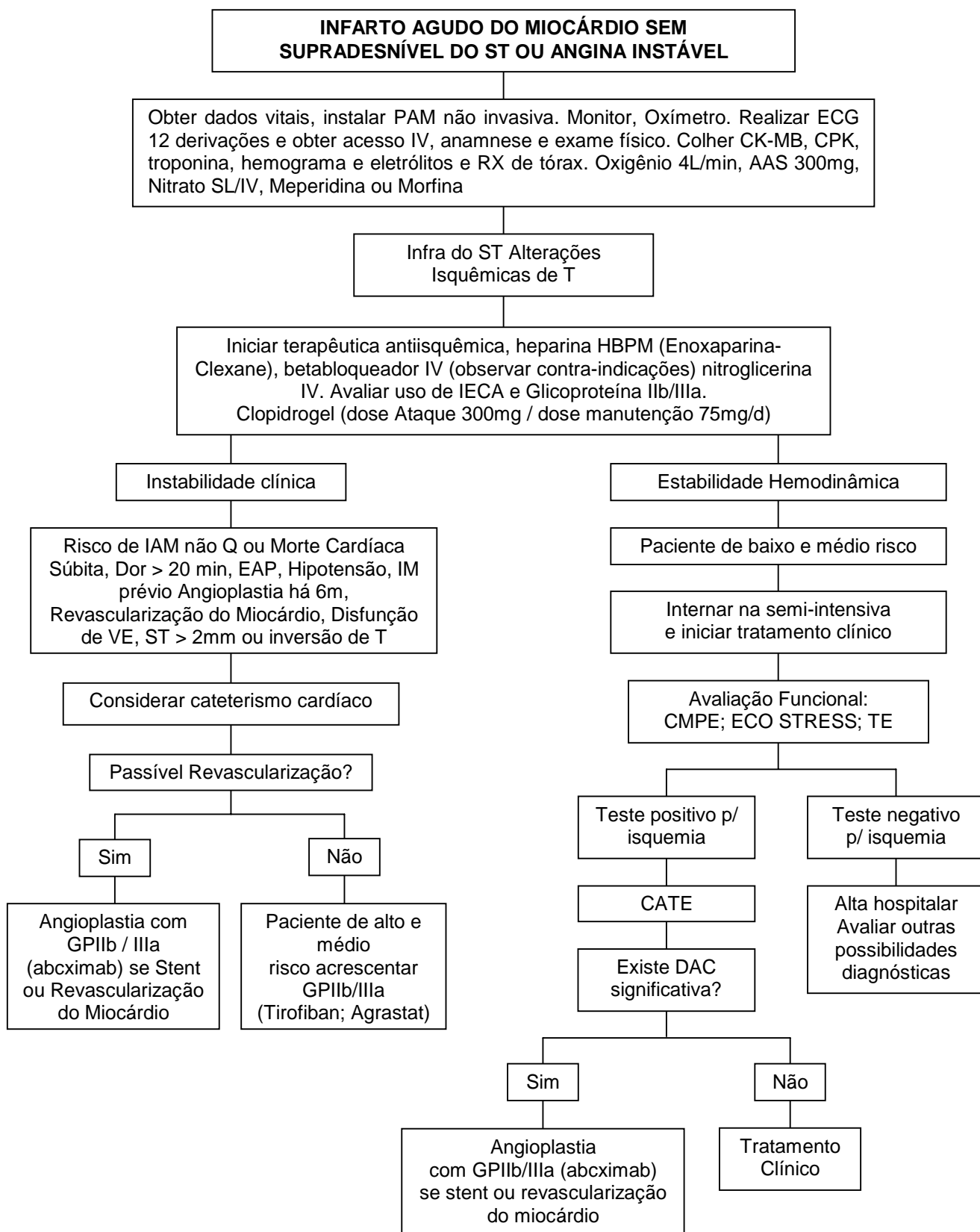
Não

Internar na
UTI-Cárdio

Angioplastia Coronária de Resgate

I.A.M SEM SUPRA DE ST

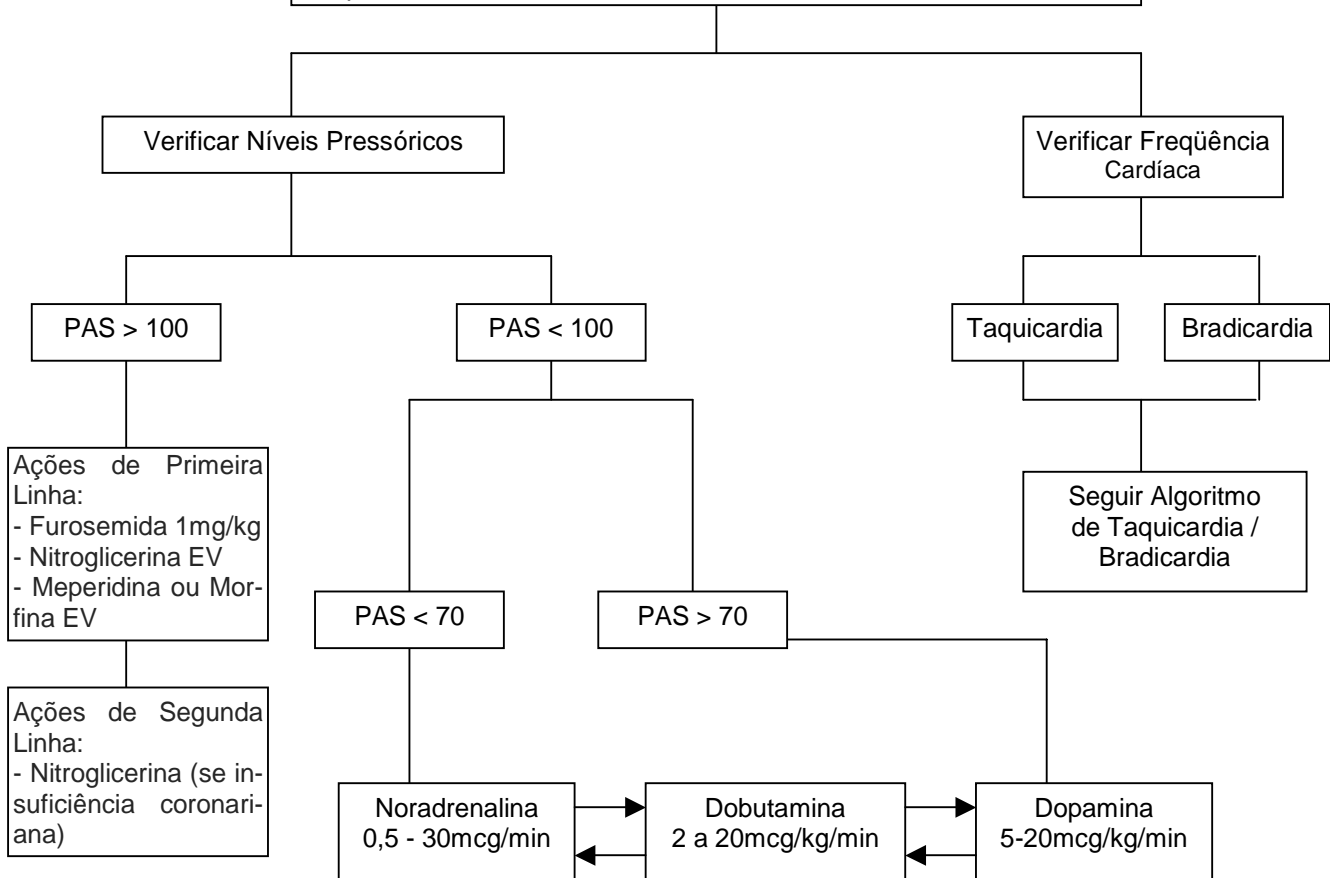
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



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.

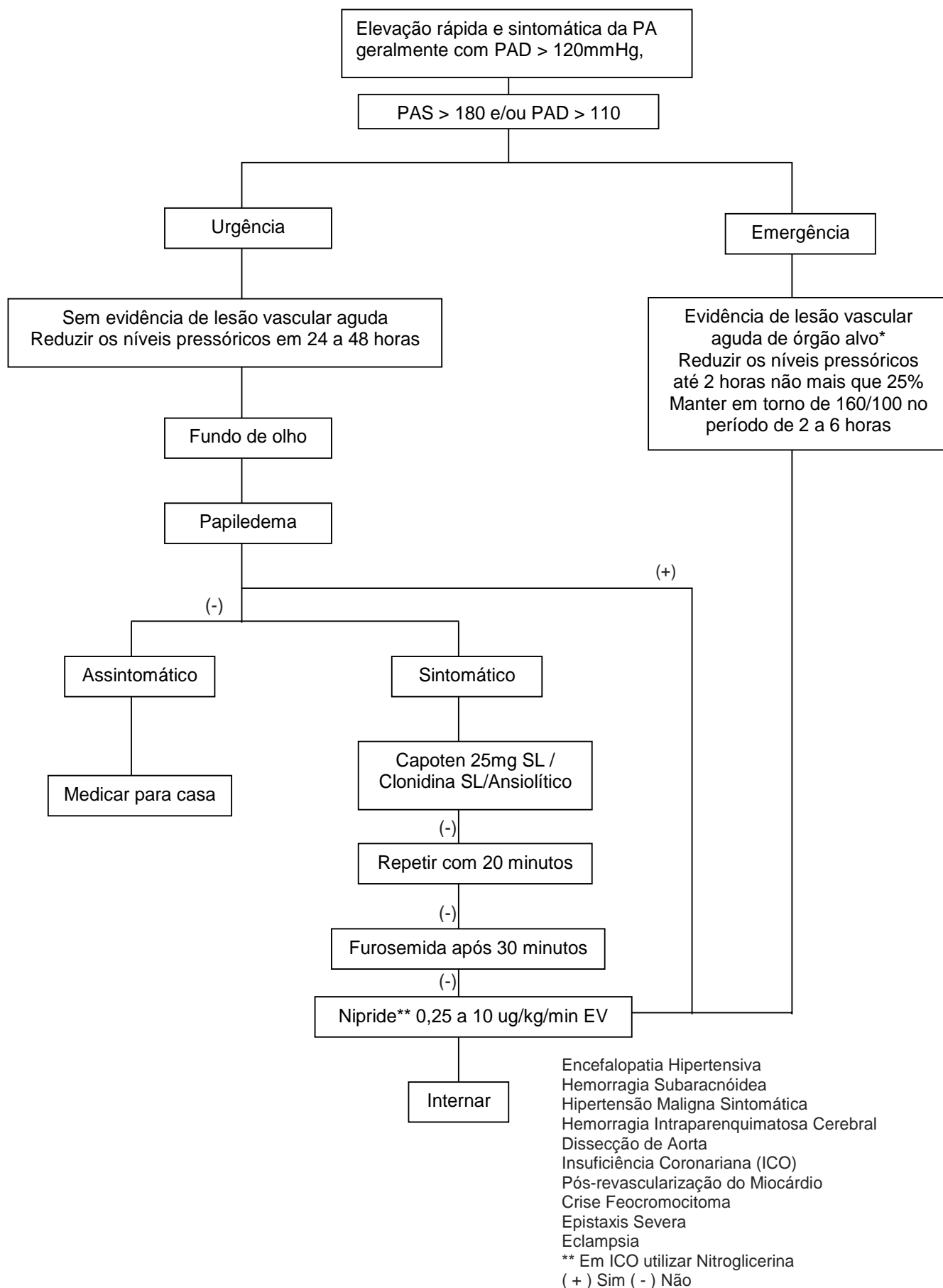


OBS.:

- 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. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

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

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

7) IAM:

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

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

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

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

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

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

10) Eclampsia:

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

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

11) H.A. Perioperatória:

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPIEDEMA:

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)

Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora

Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC:

Tratamento: Diuréticos, IECA,

Furosemide 40 a 80 mg EV

Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA:

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO:

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.

Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAI:

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.

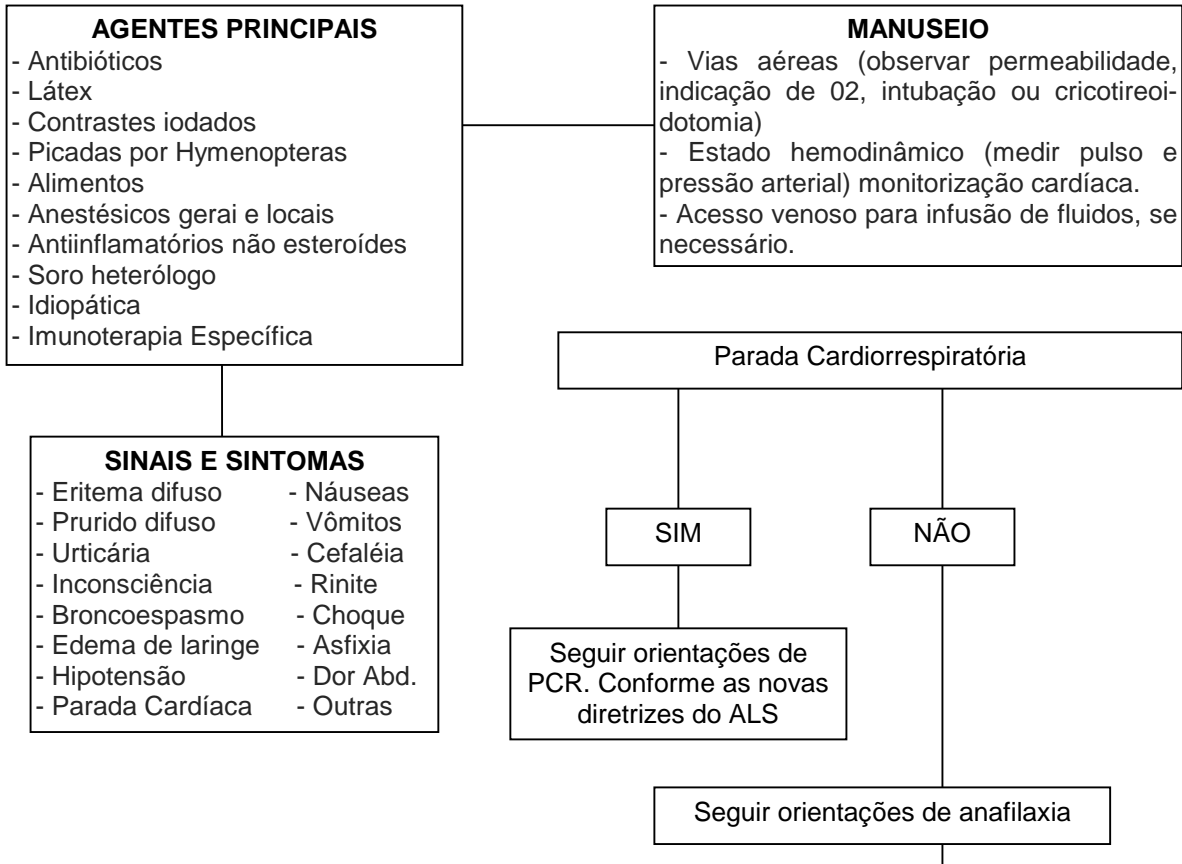
8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:

Tratamento: IECA, Clonidina.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA



- **Adrenalina** (preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa (1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.01 ml/kg (10µg/kg) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.

- **Anti-histamínicos:** manifestações clínicas de menor gravidade, como urticária e angioedema.

Preferência aos de primeira geração:

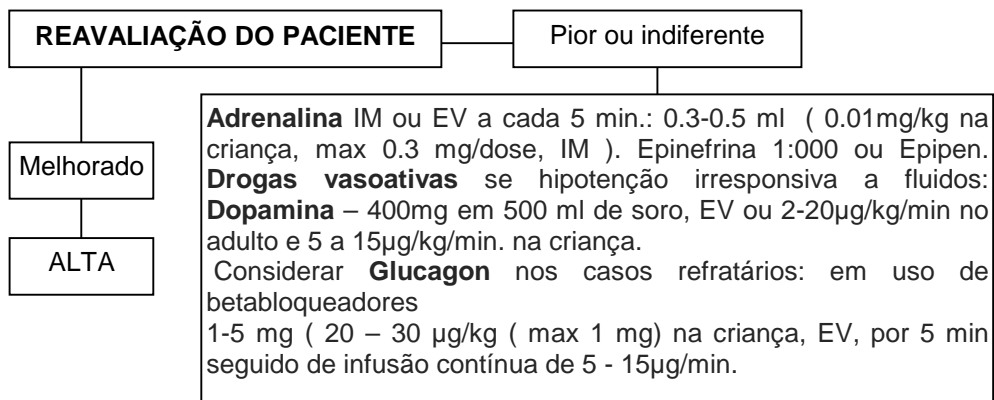
- **Dexclorfeniramina** na dose de 0.08mg/kg

- **Prometazina** na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.

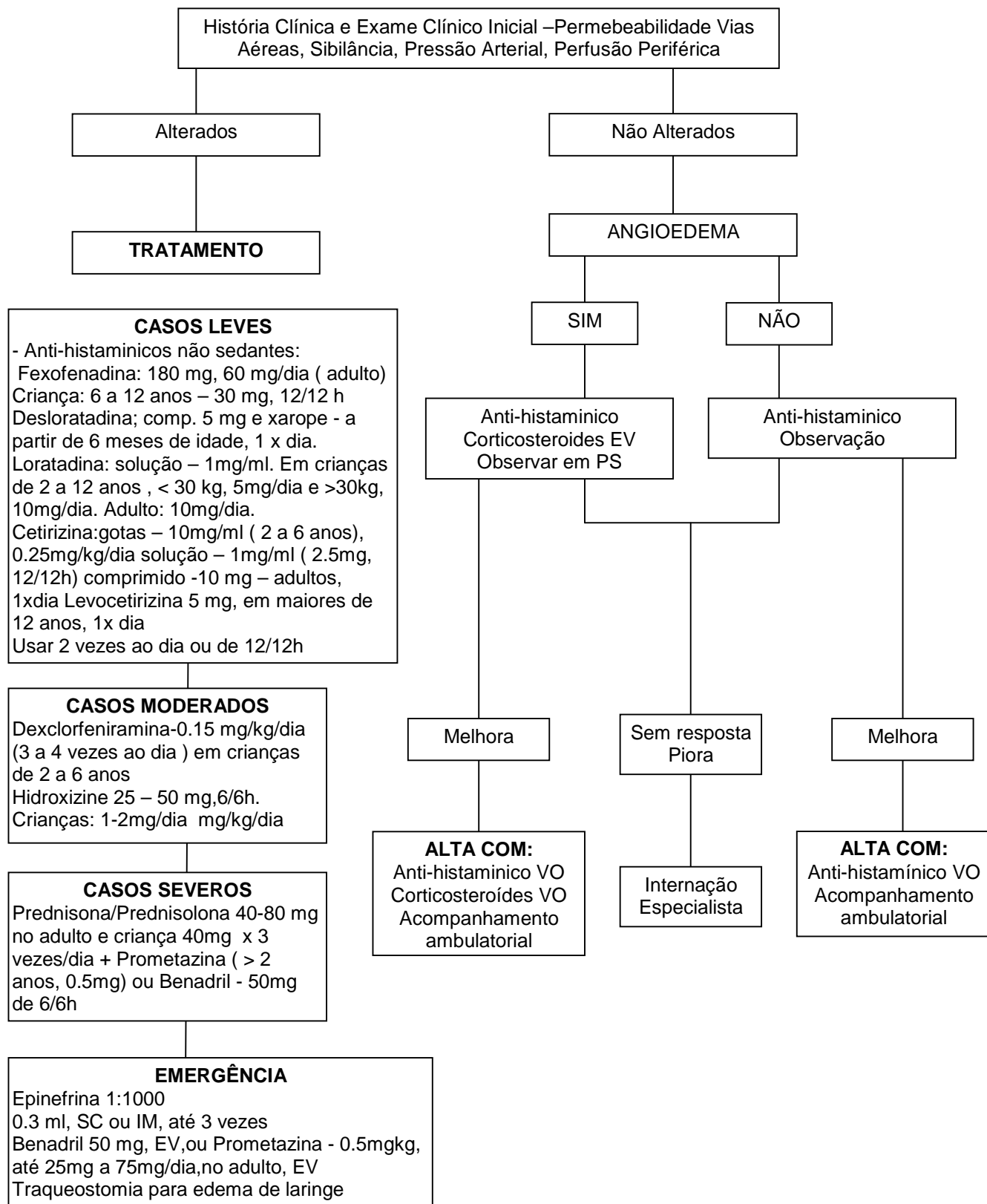
- **Corticosteróides:** usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.

Hidrocortisona: na dose de 5 -10 mg/kg ou a **Metiprednisolona** na dose de 1 – 2 mg/kg.

- **Broncodilatadores e oxigenoterapia** (se necessário)



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

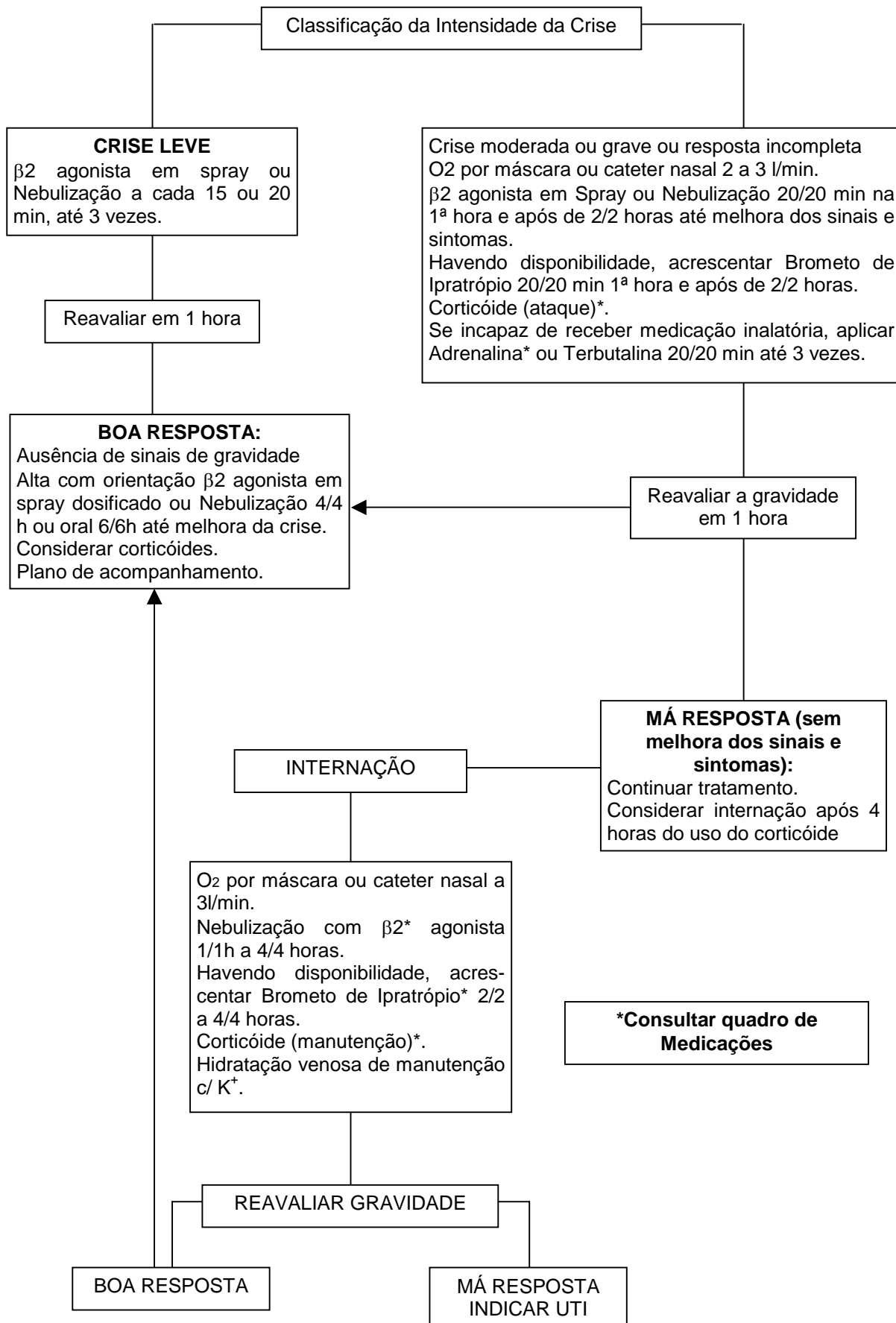
*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

**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)

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

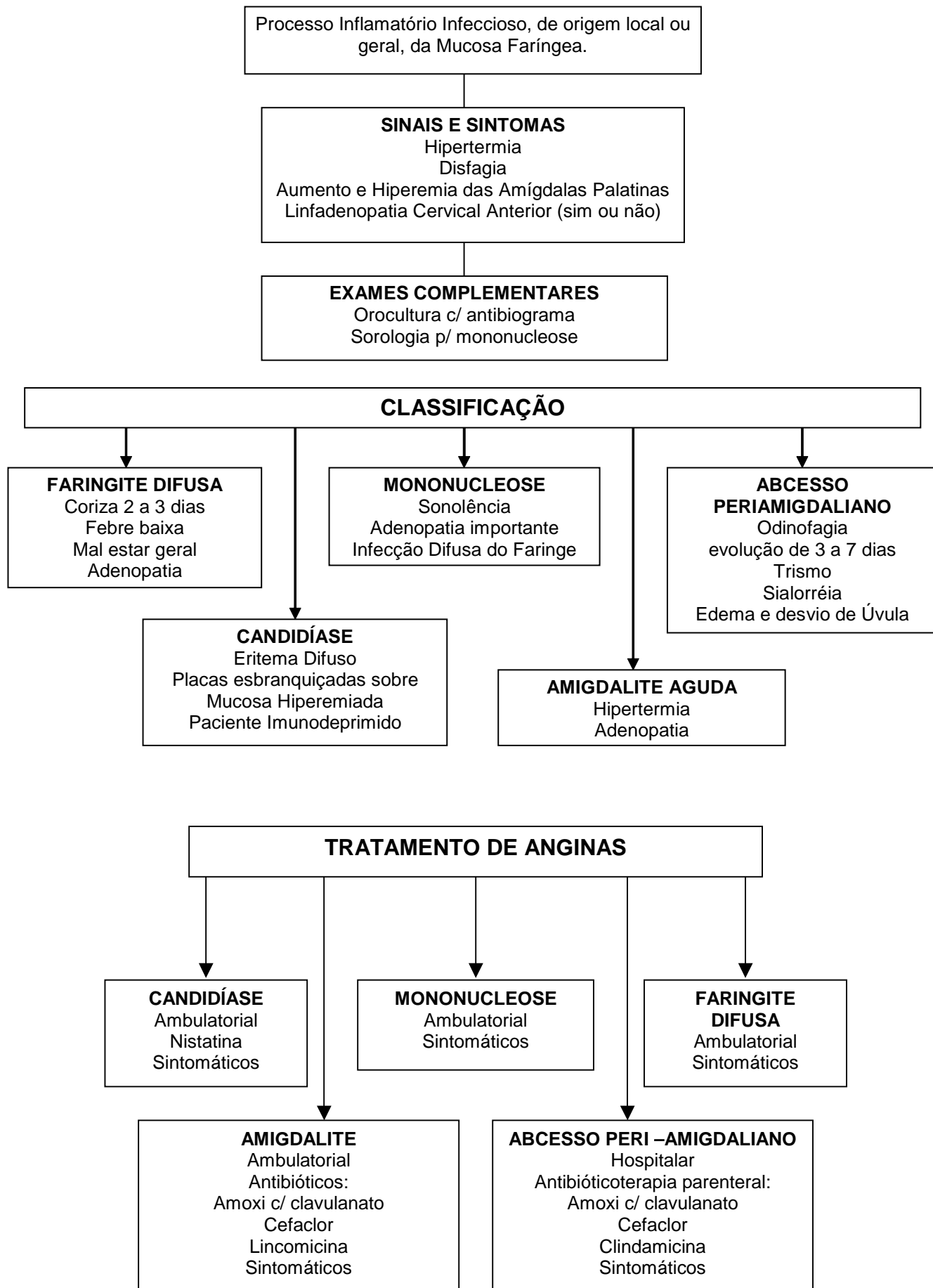
Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

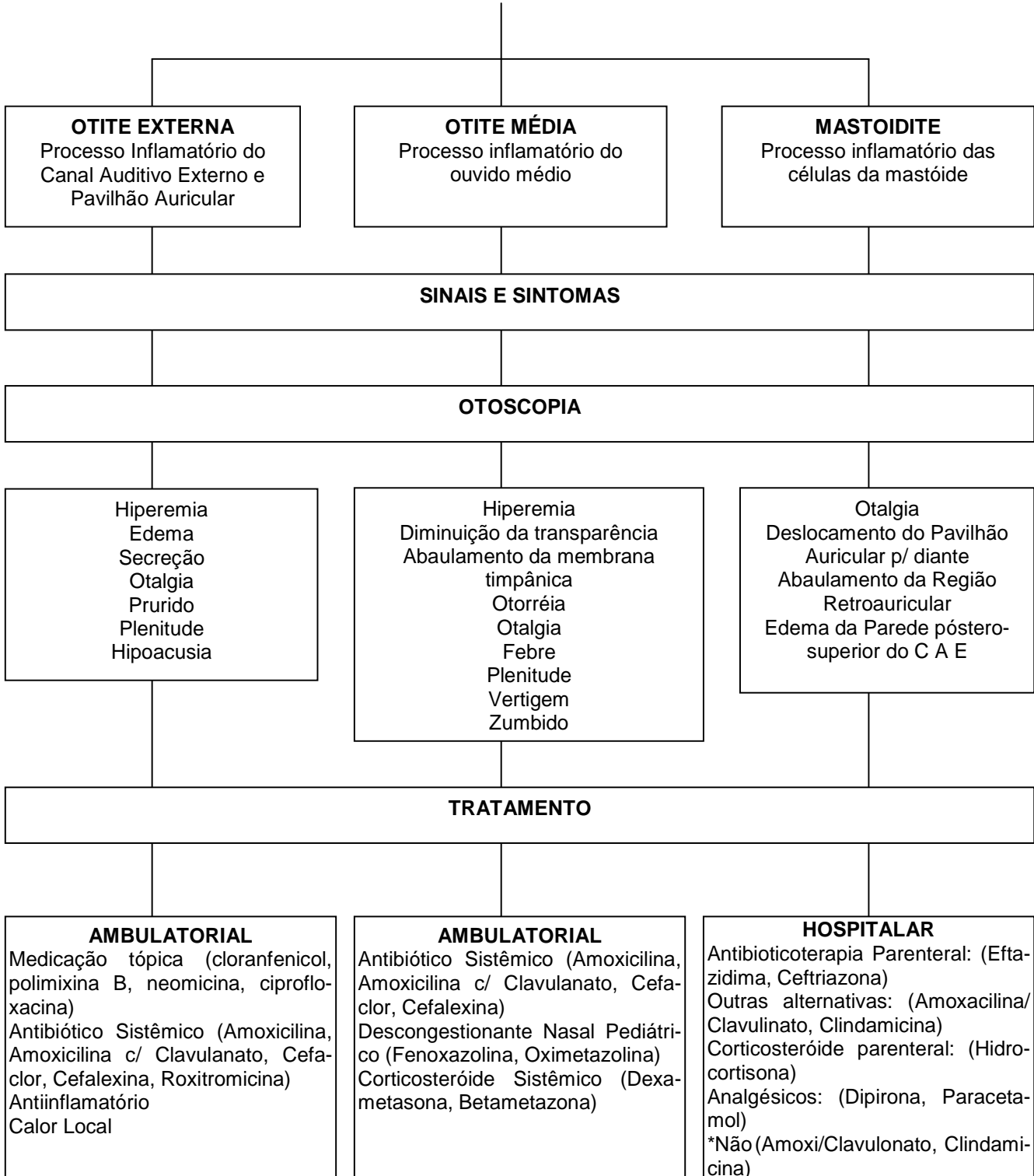
- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta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

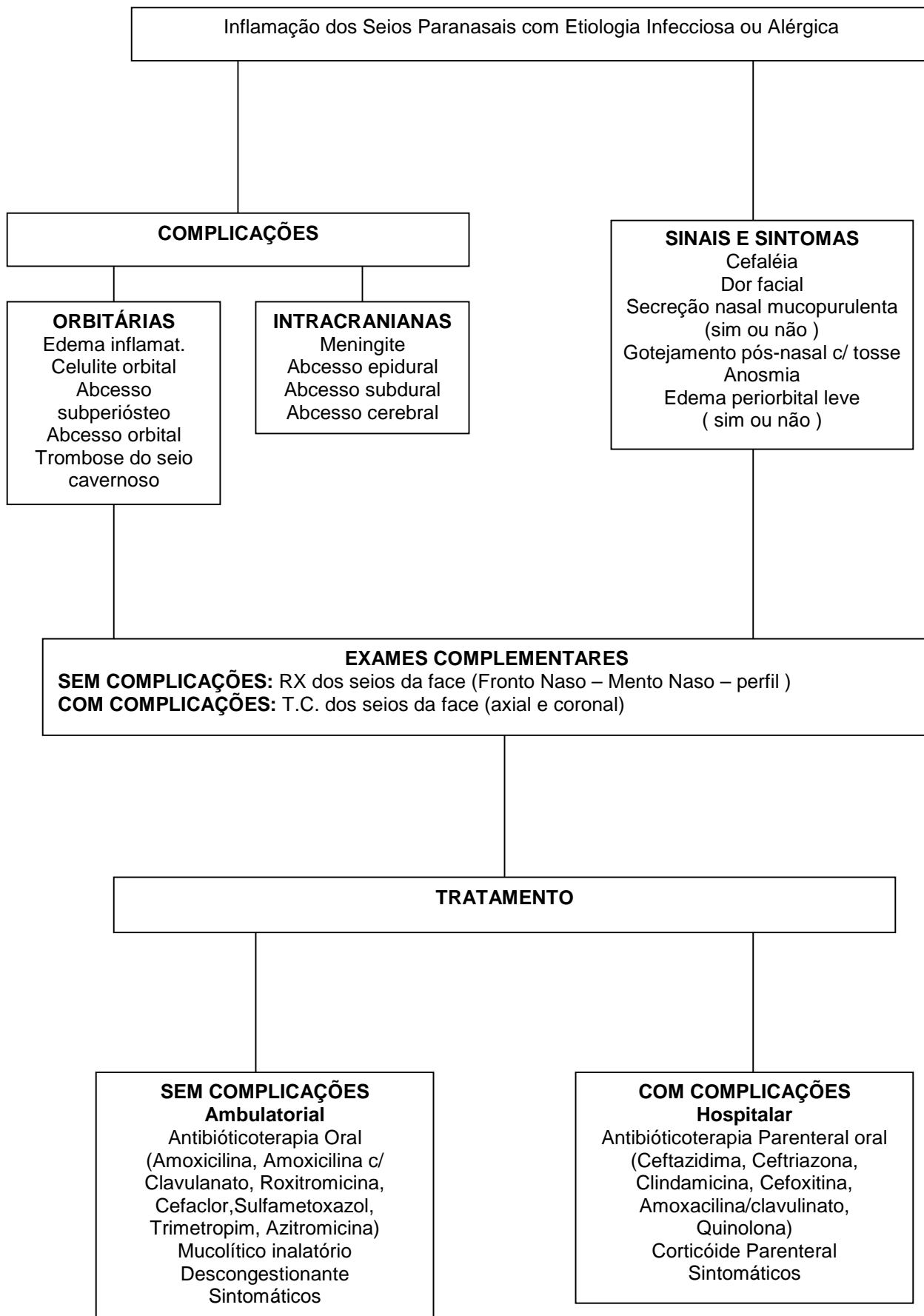
“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”

ANGINAS



OTALGIAS



SINUSITE

SURDEZ SÚBITA

FATORES PREDISPOANTES

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

EXAMES LABORATORIAIS

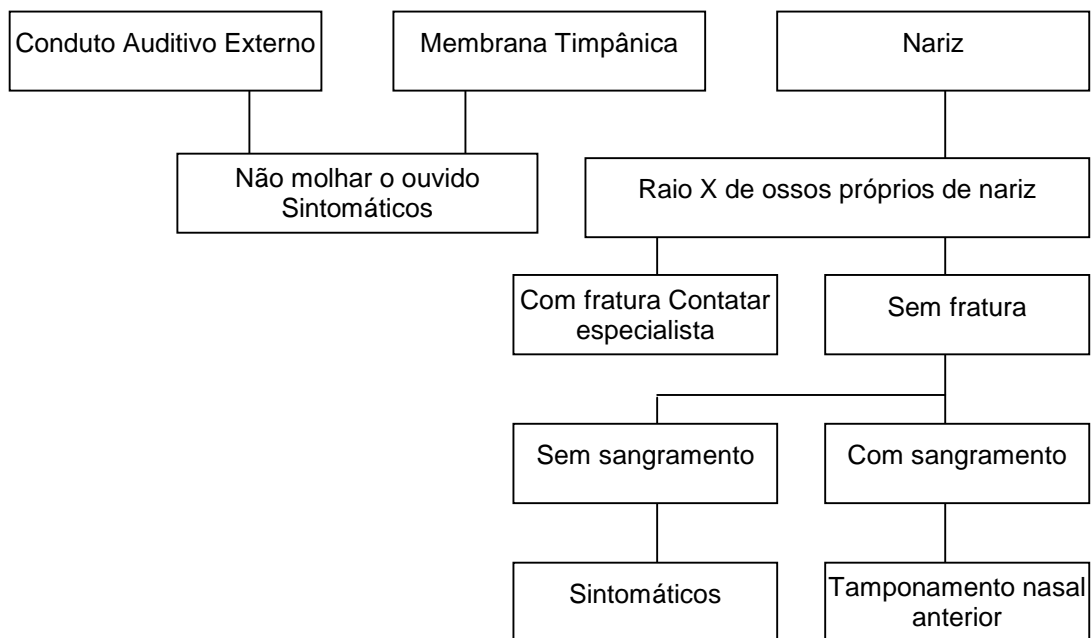
Audiometria + impedânciometria
Avaliação Hematológica
Reações Sorológicas
Lipidograma
Curva Glicêmica
TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

TRATAMENTO

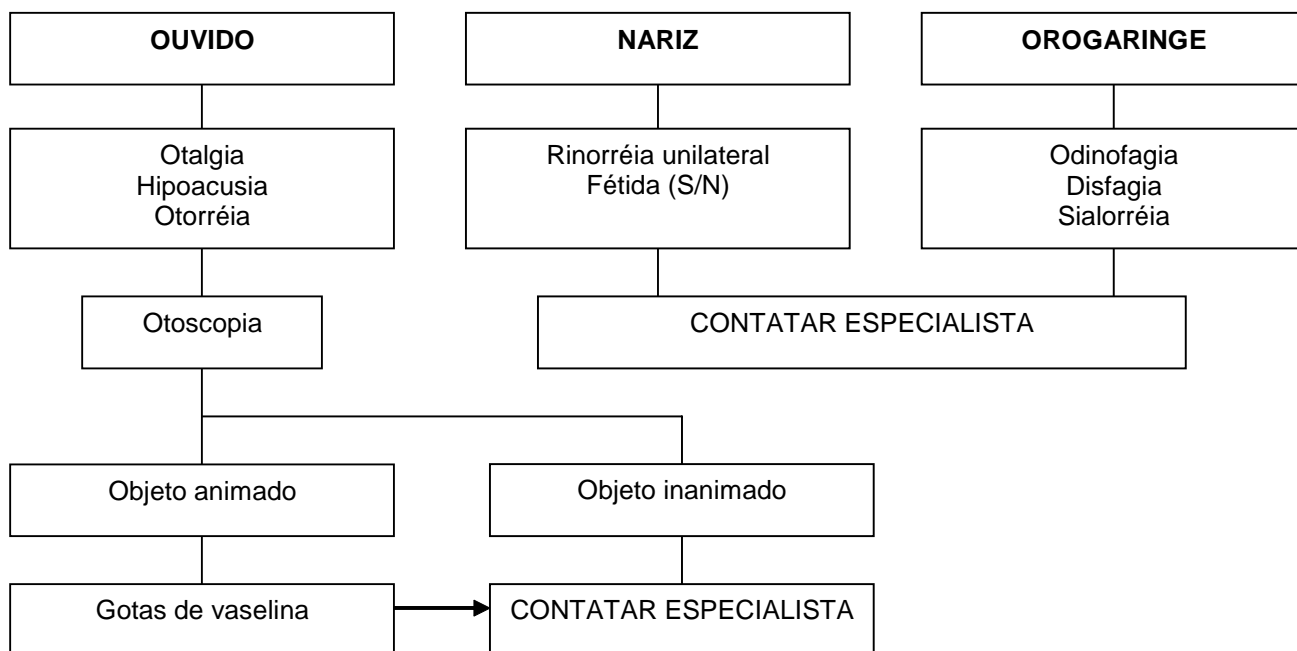
Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h
Prednisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h
Vasodilatador
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)
Tratamento de causas especificamente identificadas

INTERNAMENTO

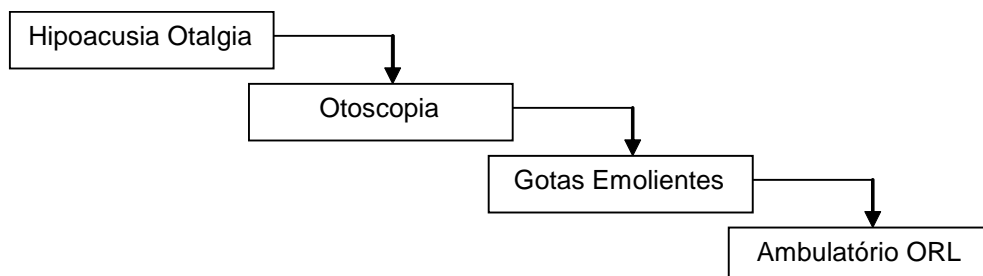
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



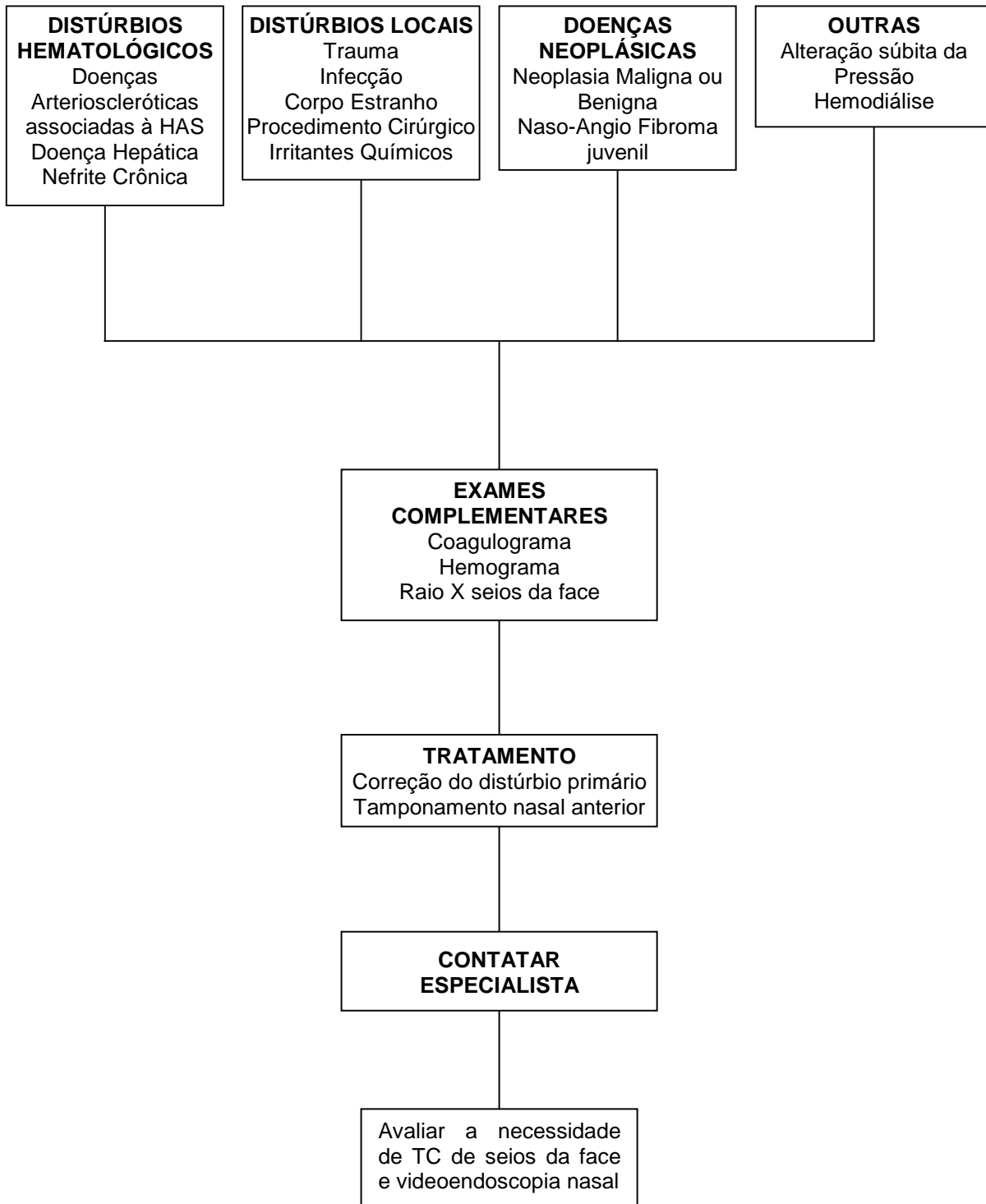
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA



EPISTAXE



OBS.:

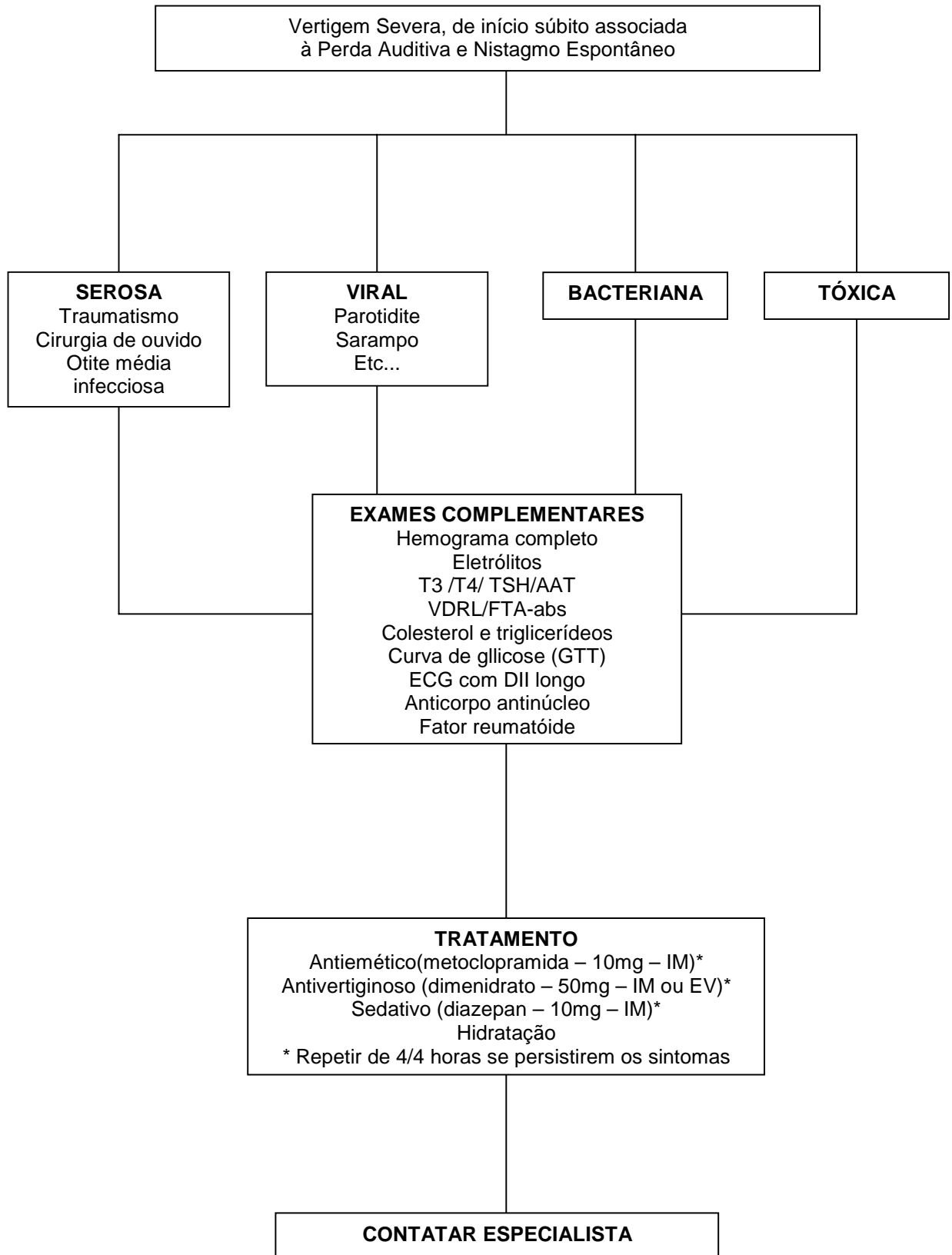
Tamponamento Nasal Anterior.

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

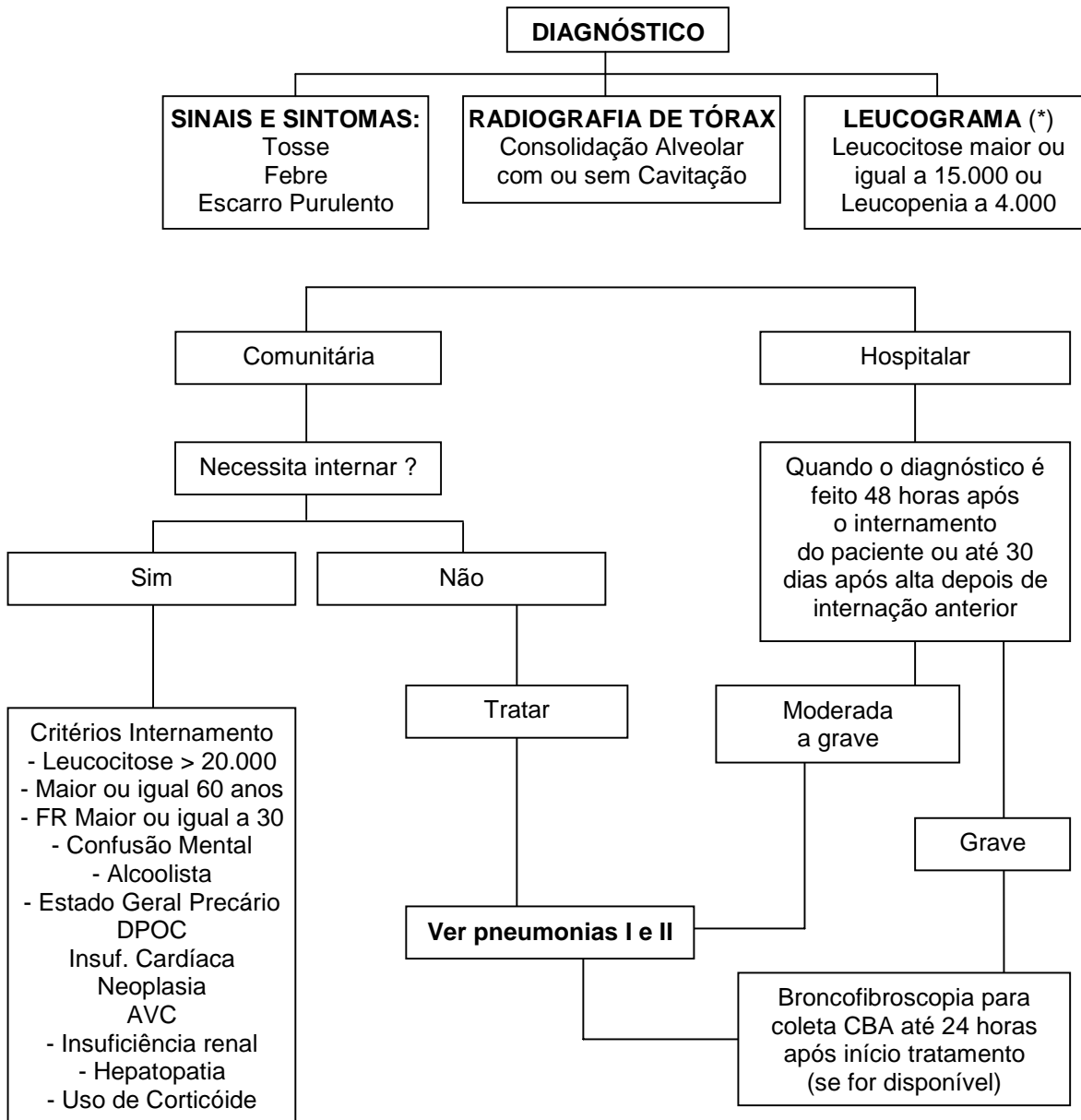
Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

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

LABIRINTITE AGUDA

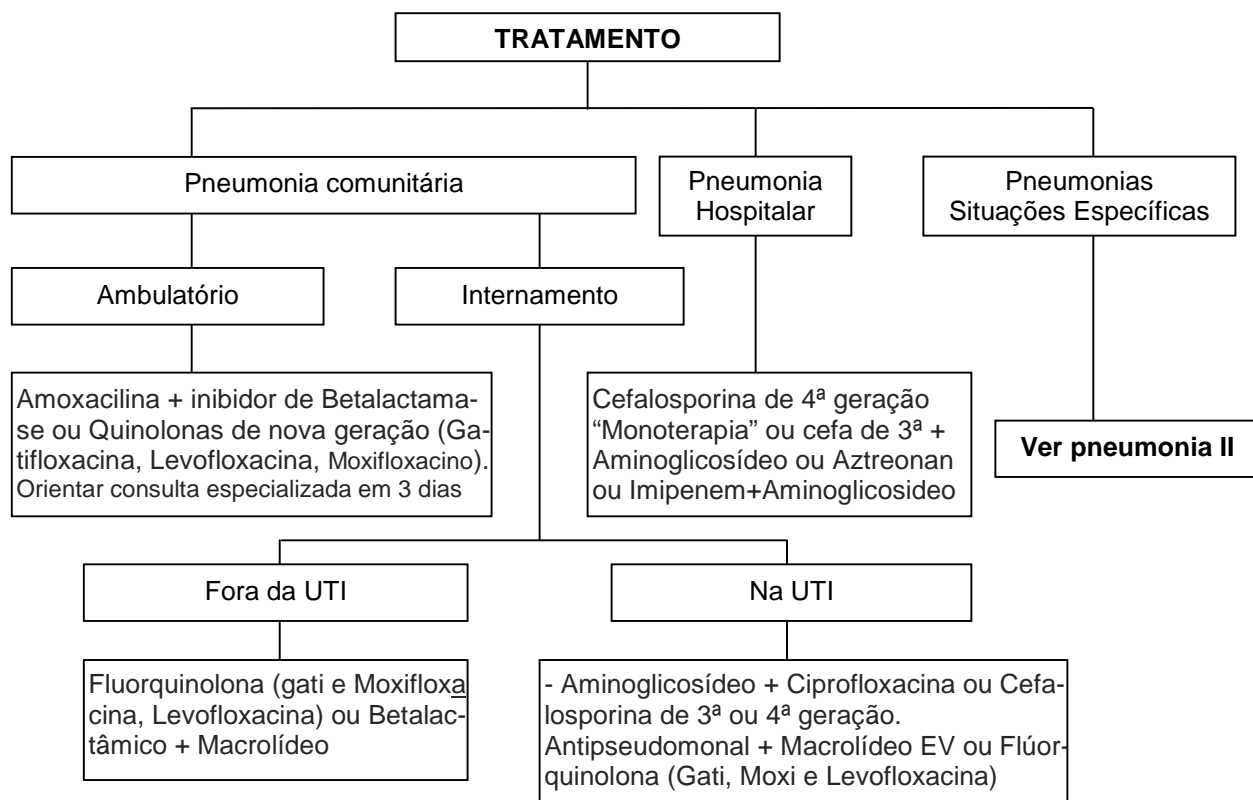
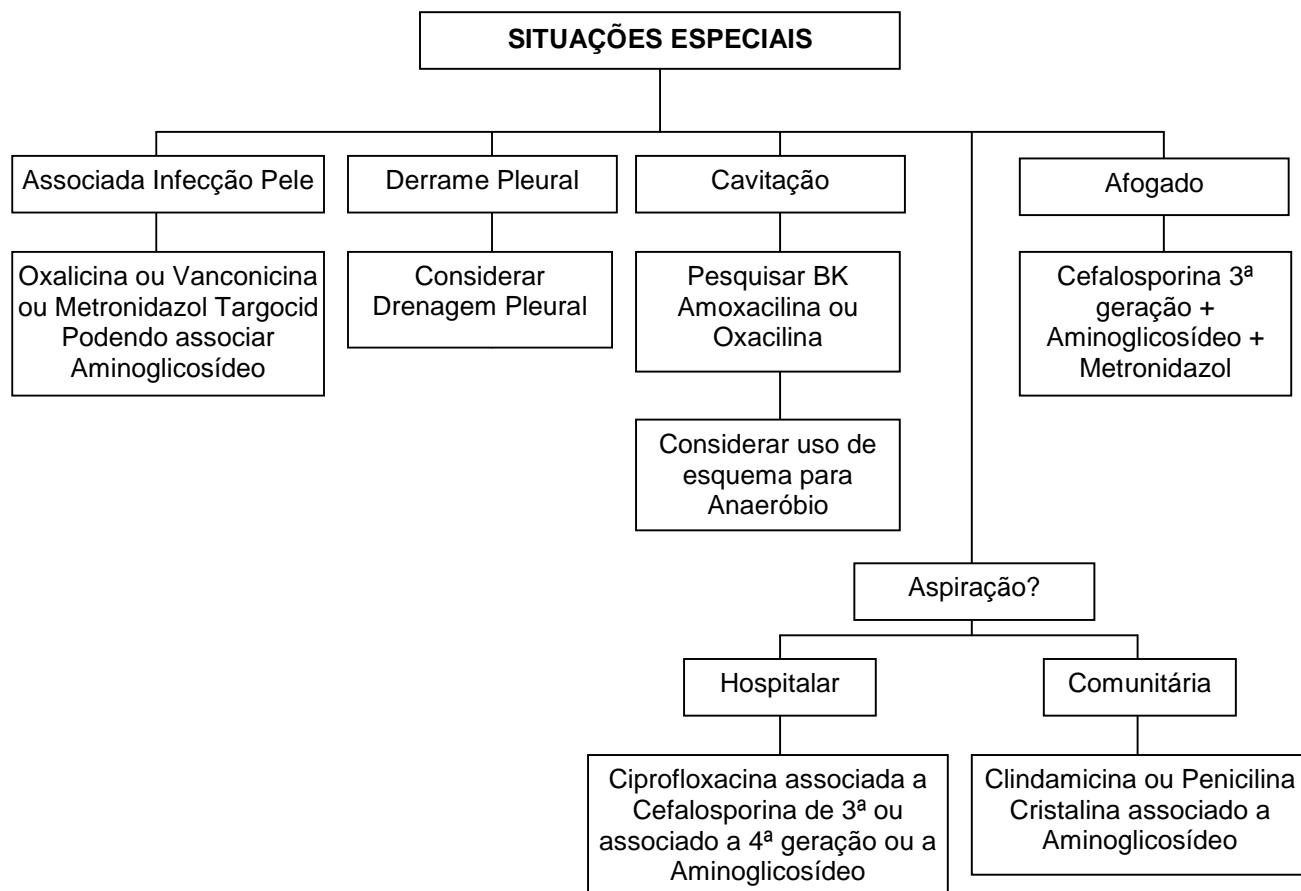


PNEUMONIAS (PN)

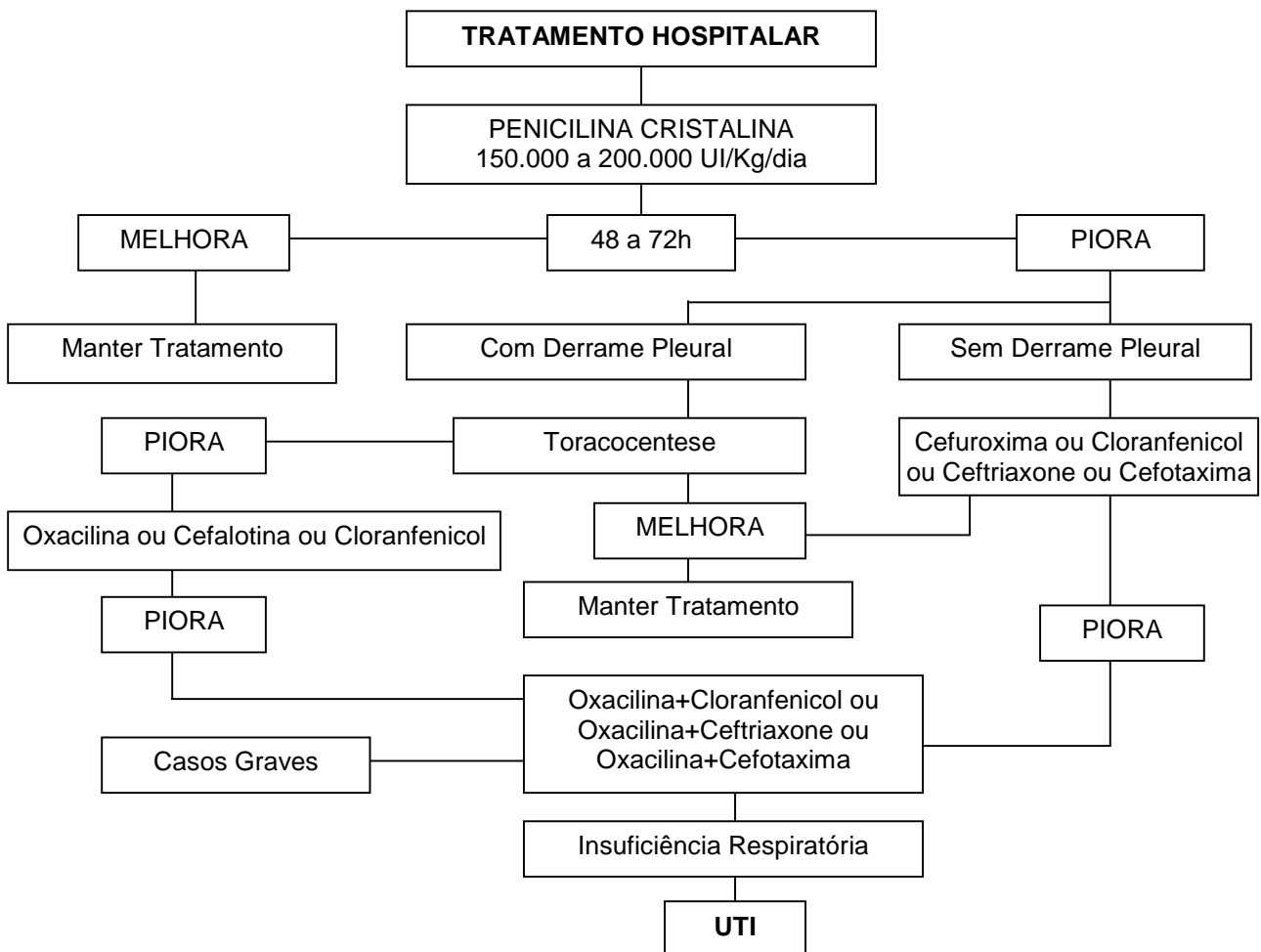
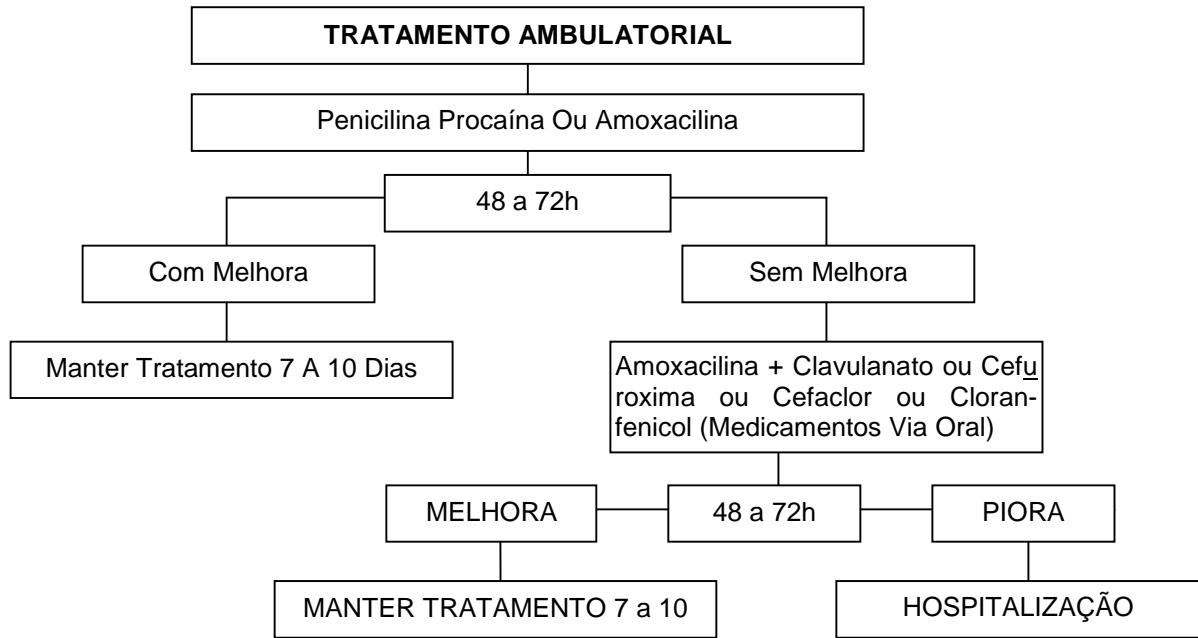


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

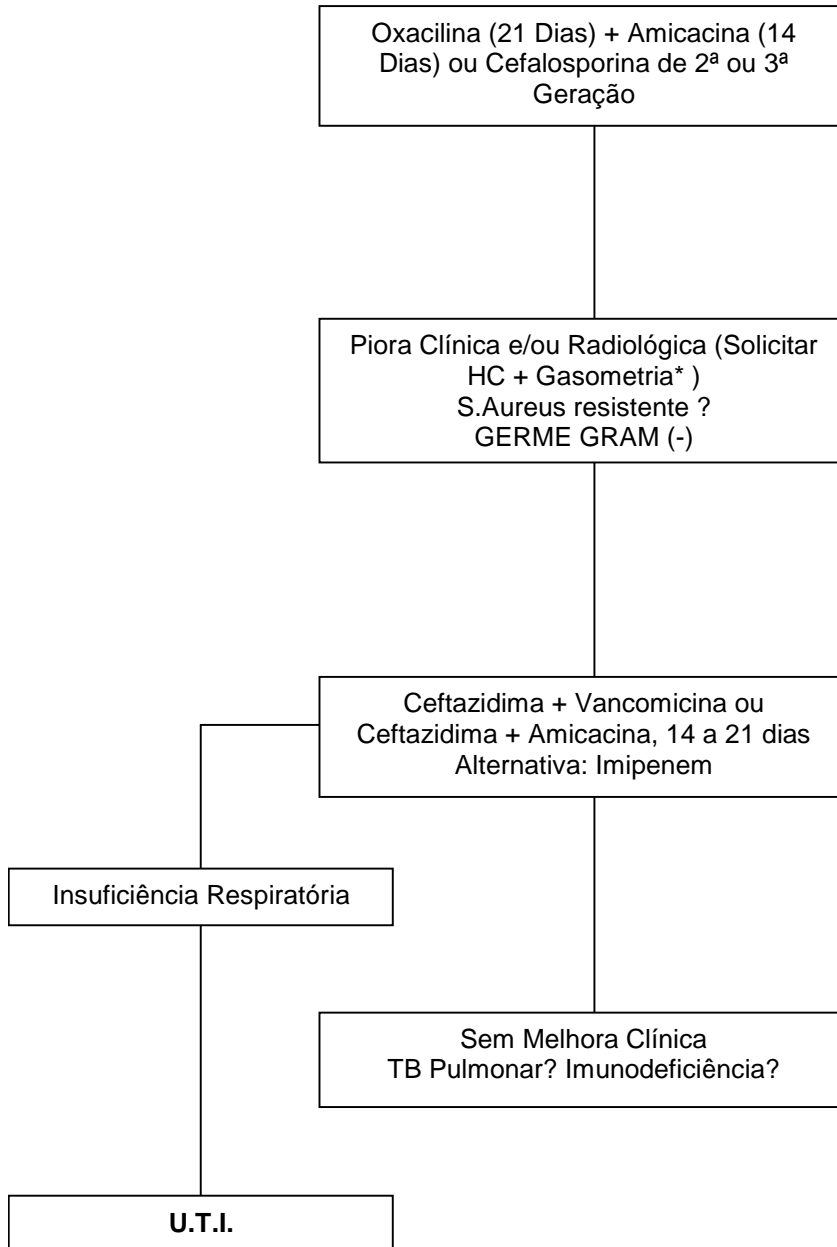
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

PNEUMONIAS - I**PNEUMONIAS - II**

PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

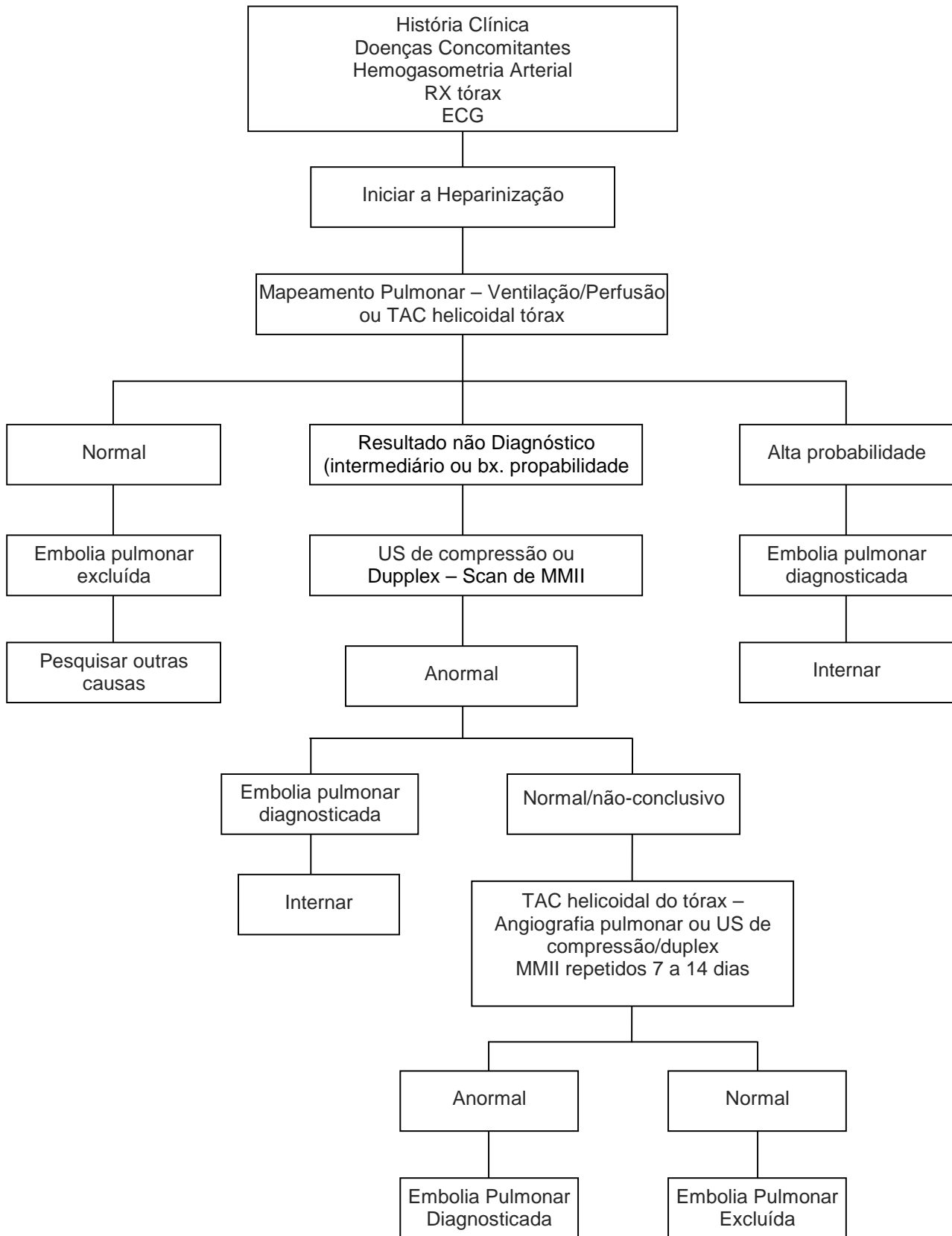


PNEUMONIA HOSPITALAR

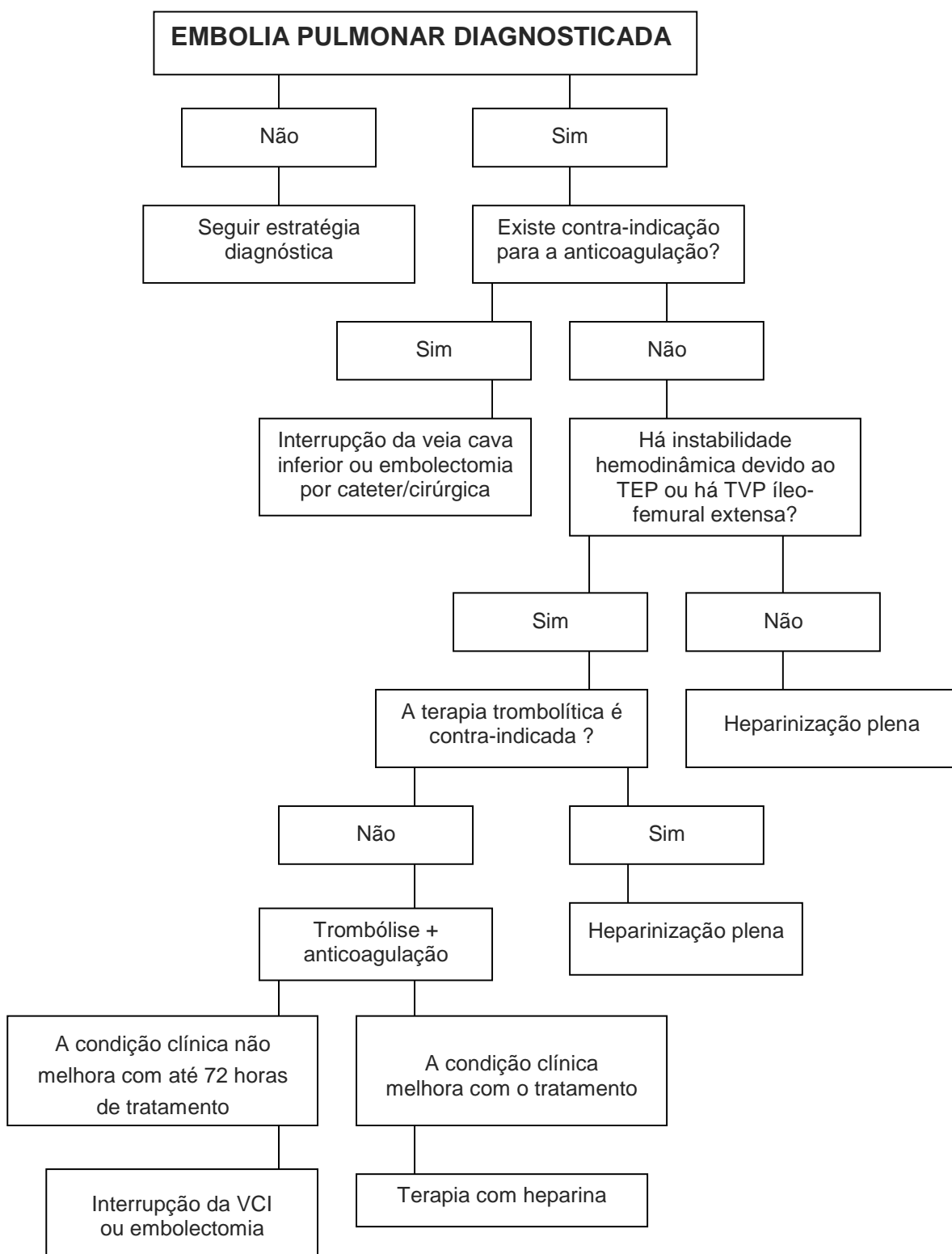


* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

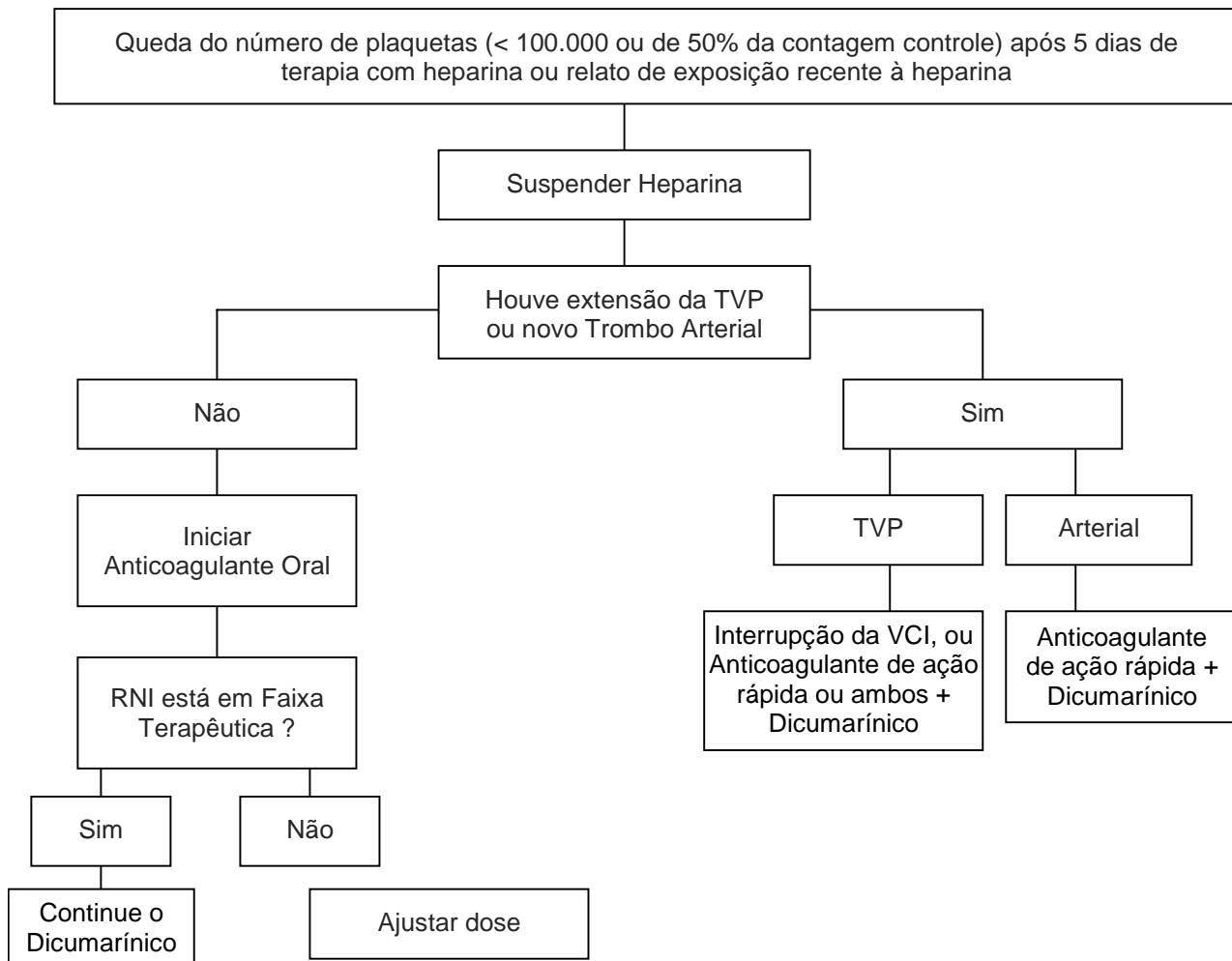
EMBOLIA PULMONAR SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



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.:

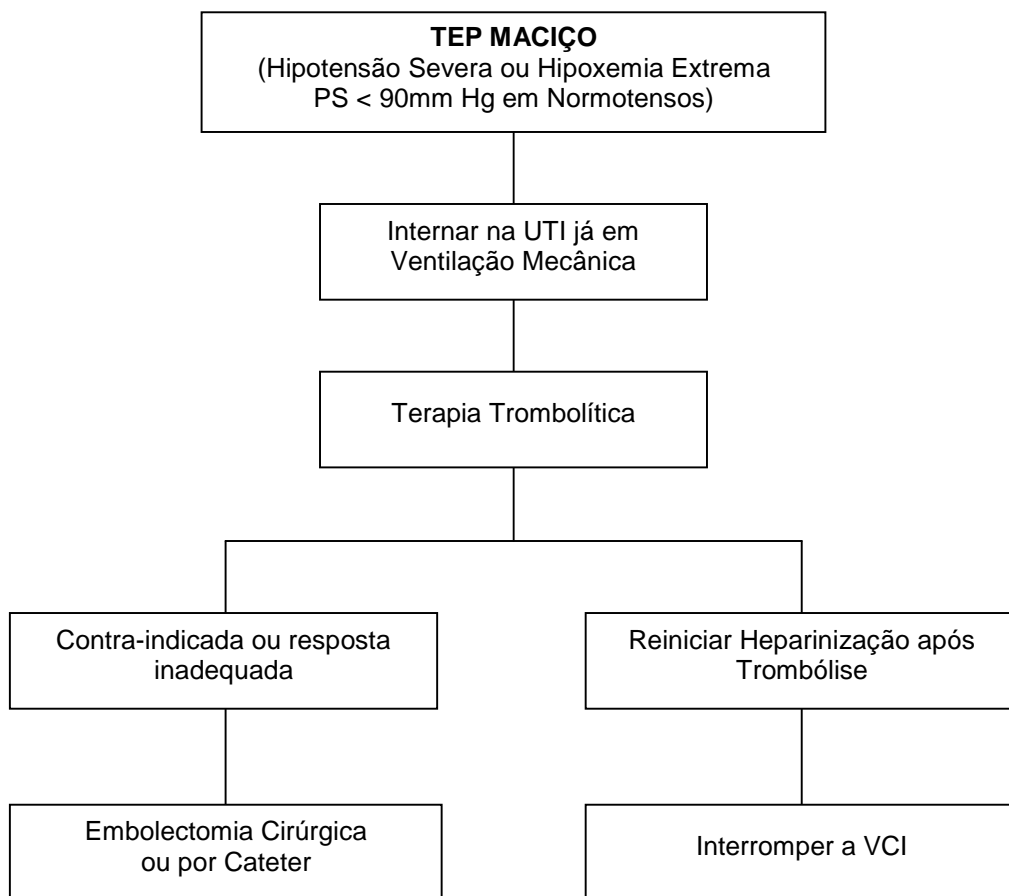
1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

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.

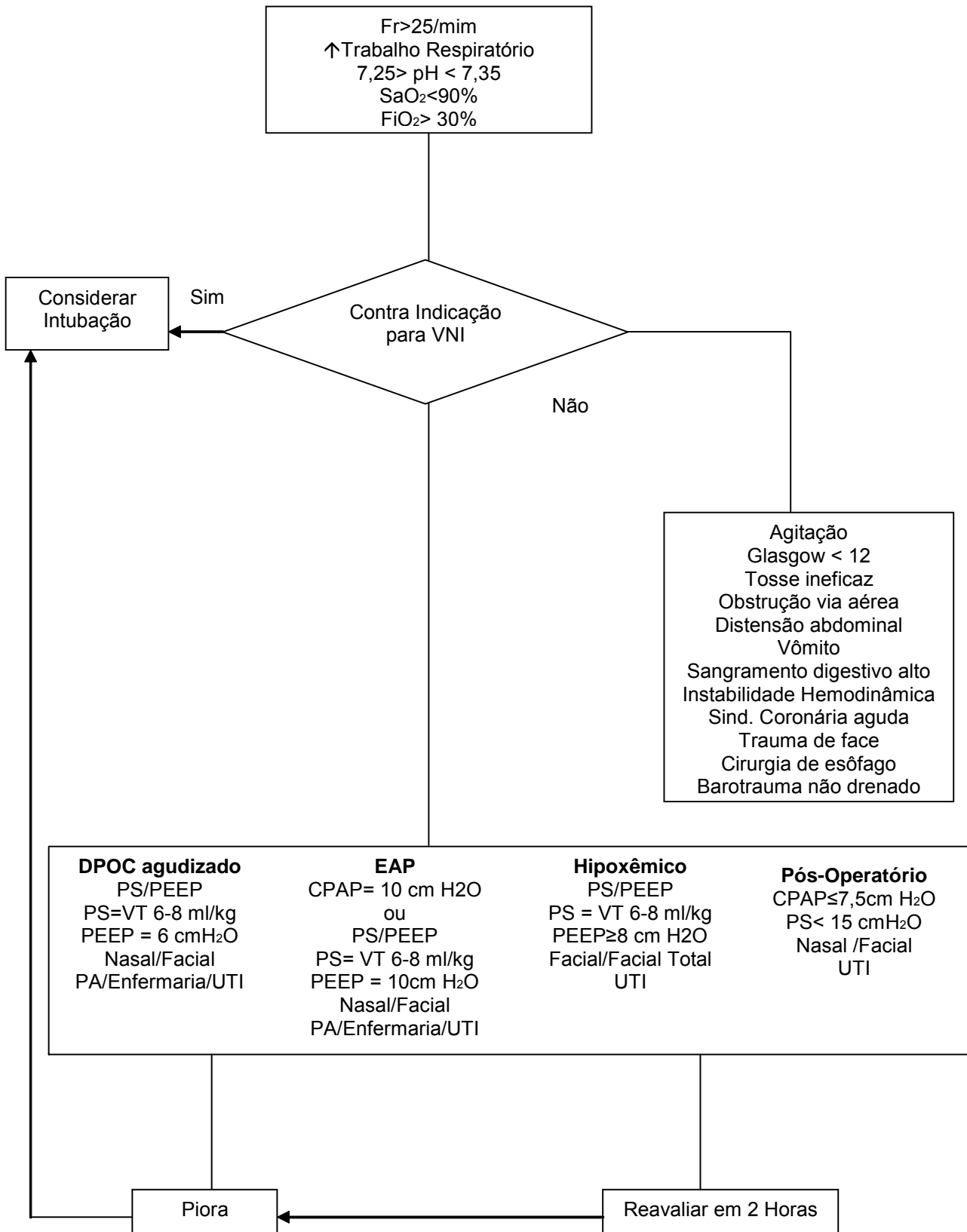
ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)**PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA**

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

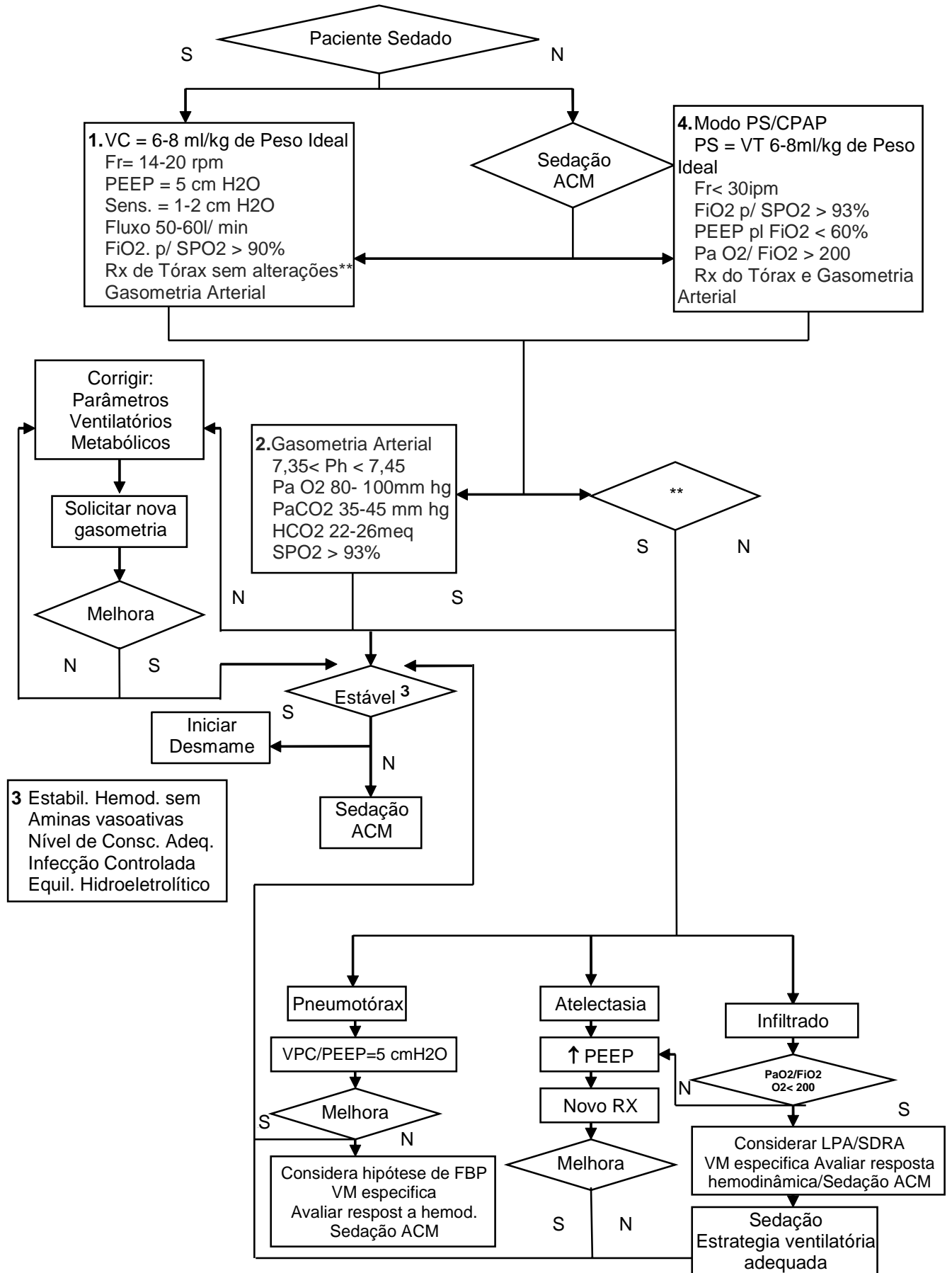
TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA

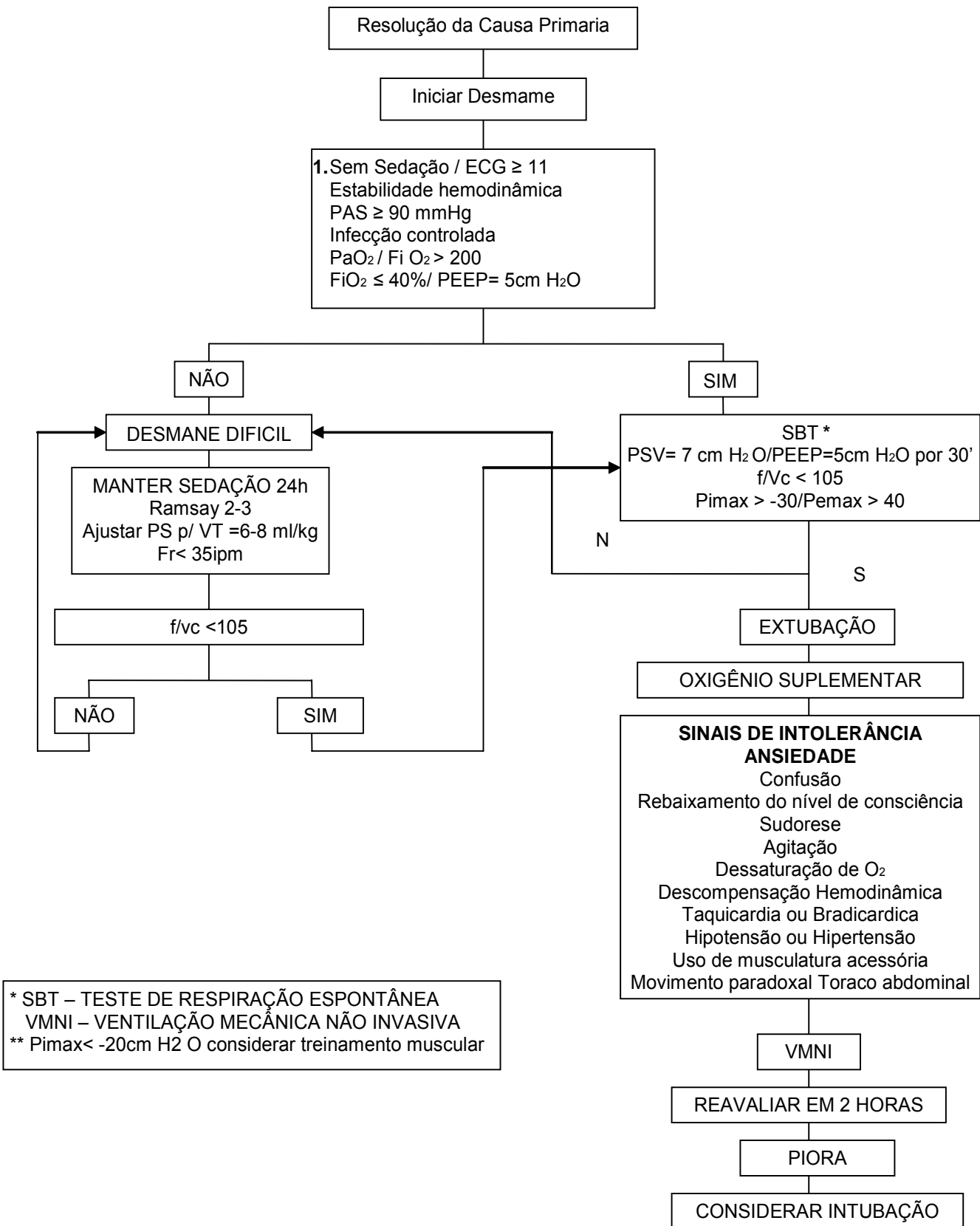
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



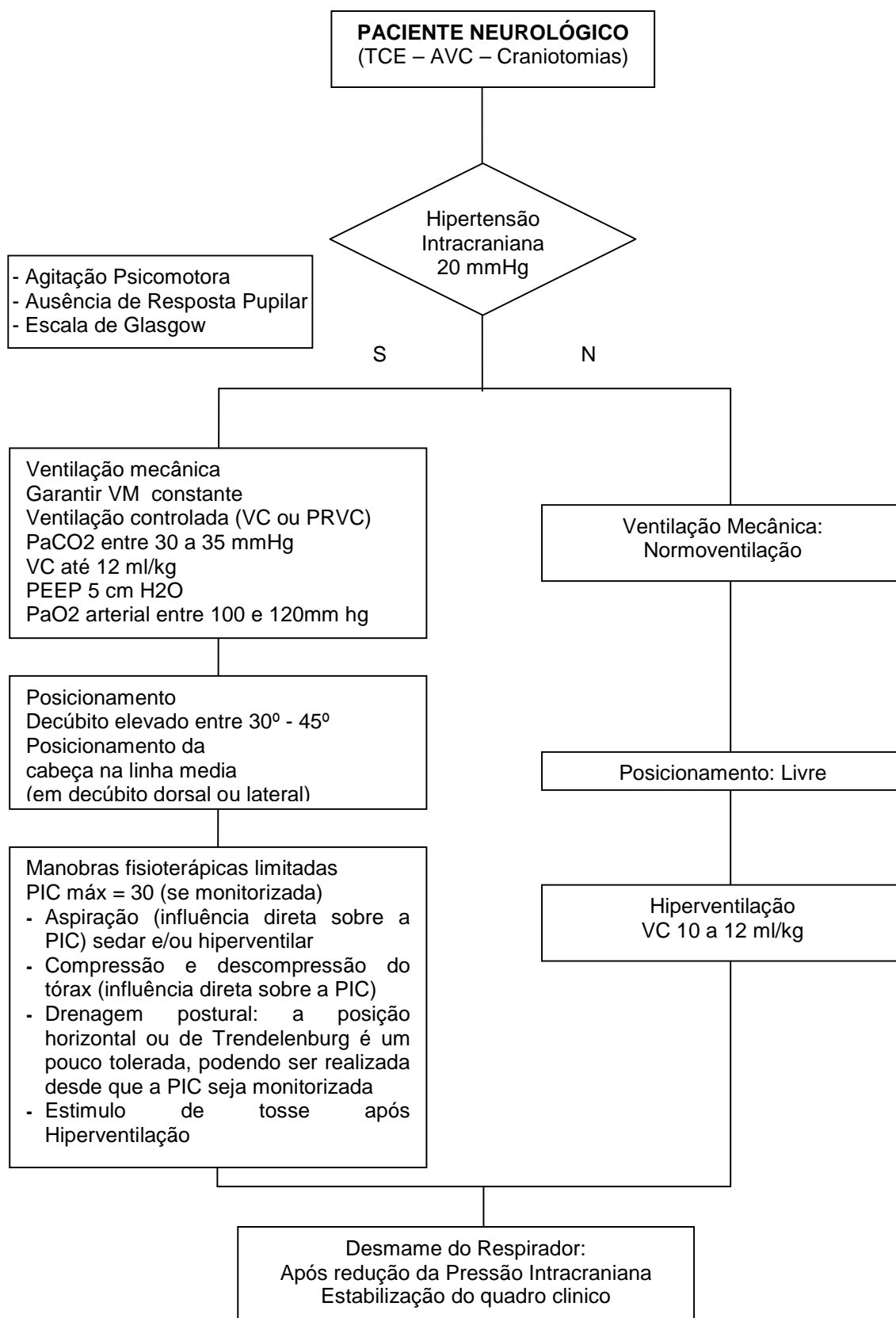
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



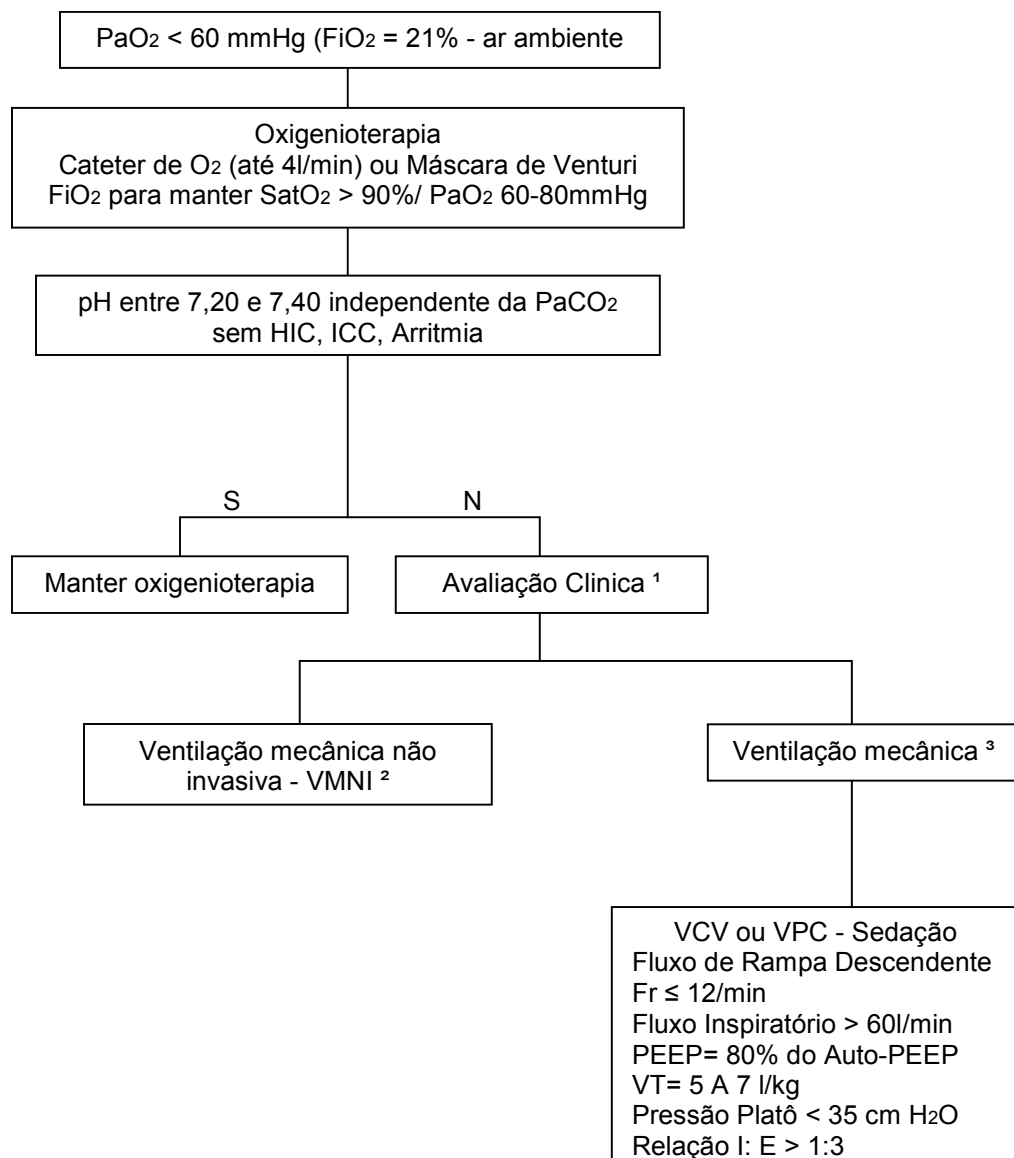
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



¹ Avaliação Clínica

Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

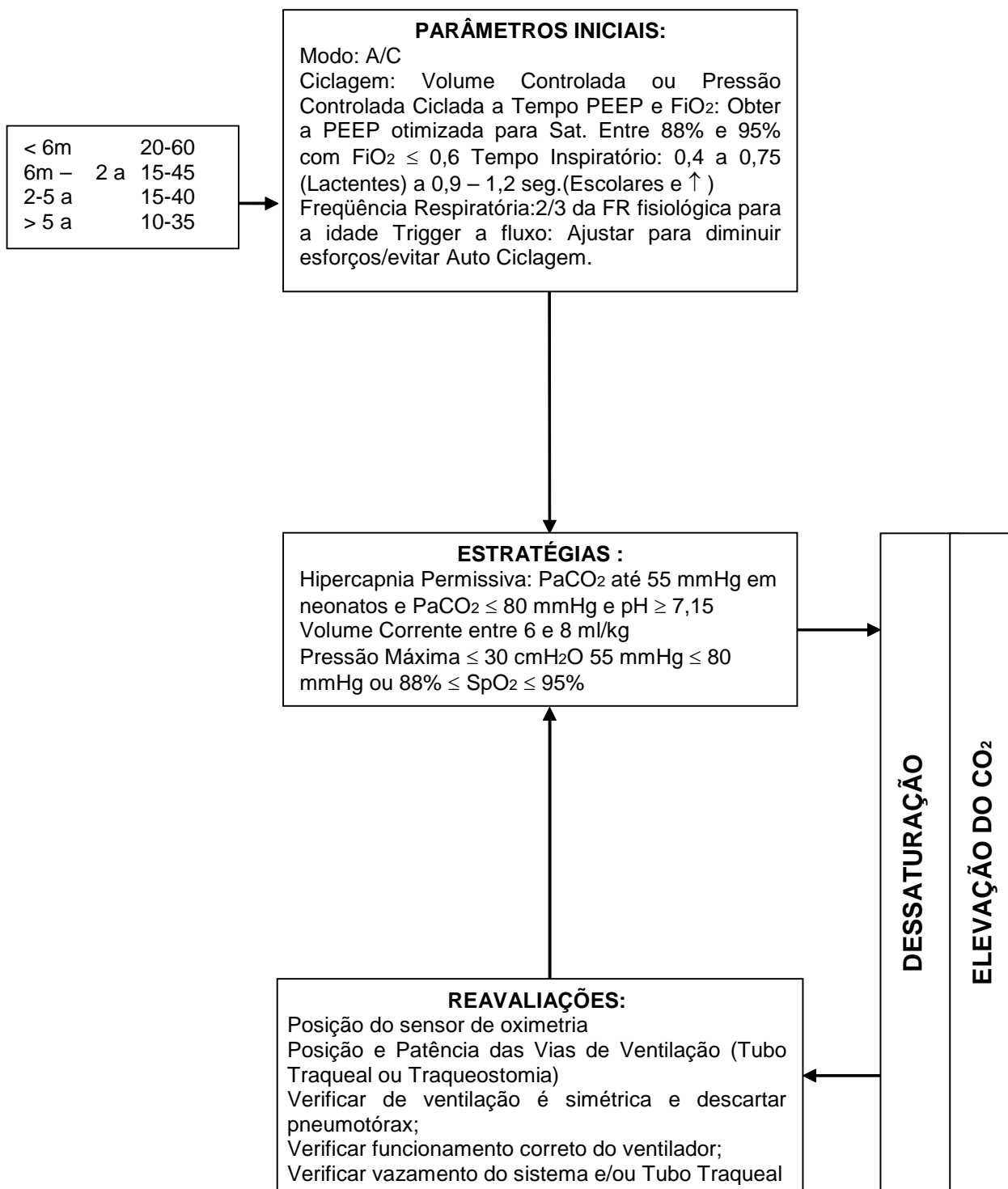
² Critérios para utilização de VMNI

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

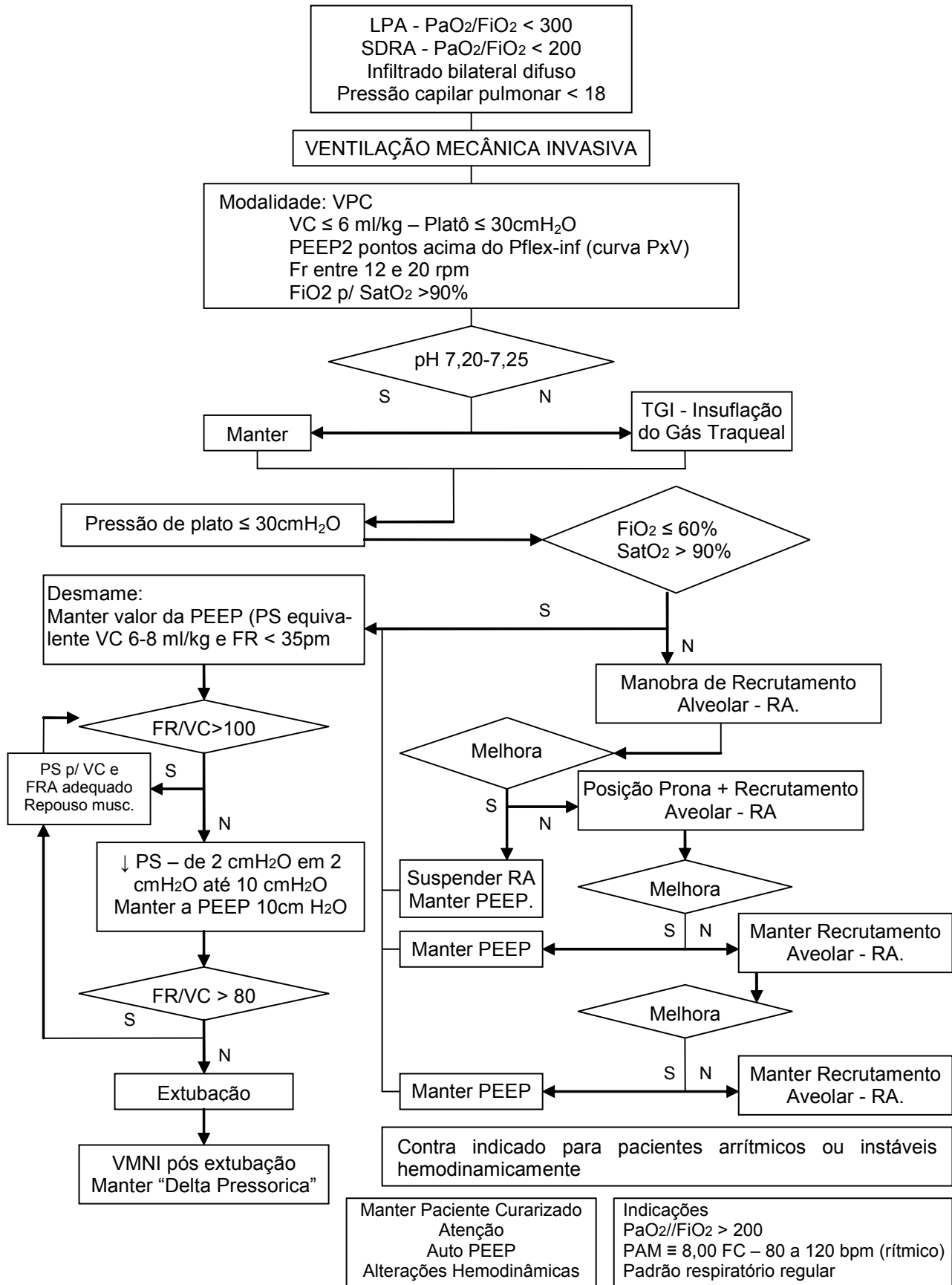
³ Critérios para IOT

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

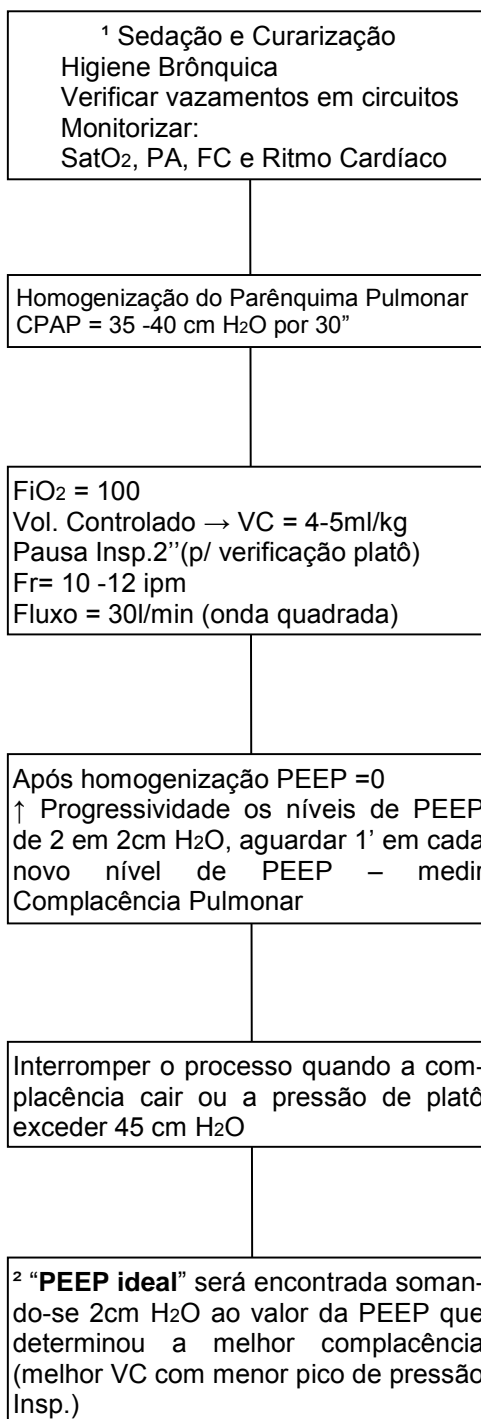
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



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



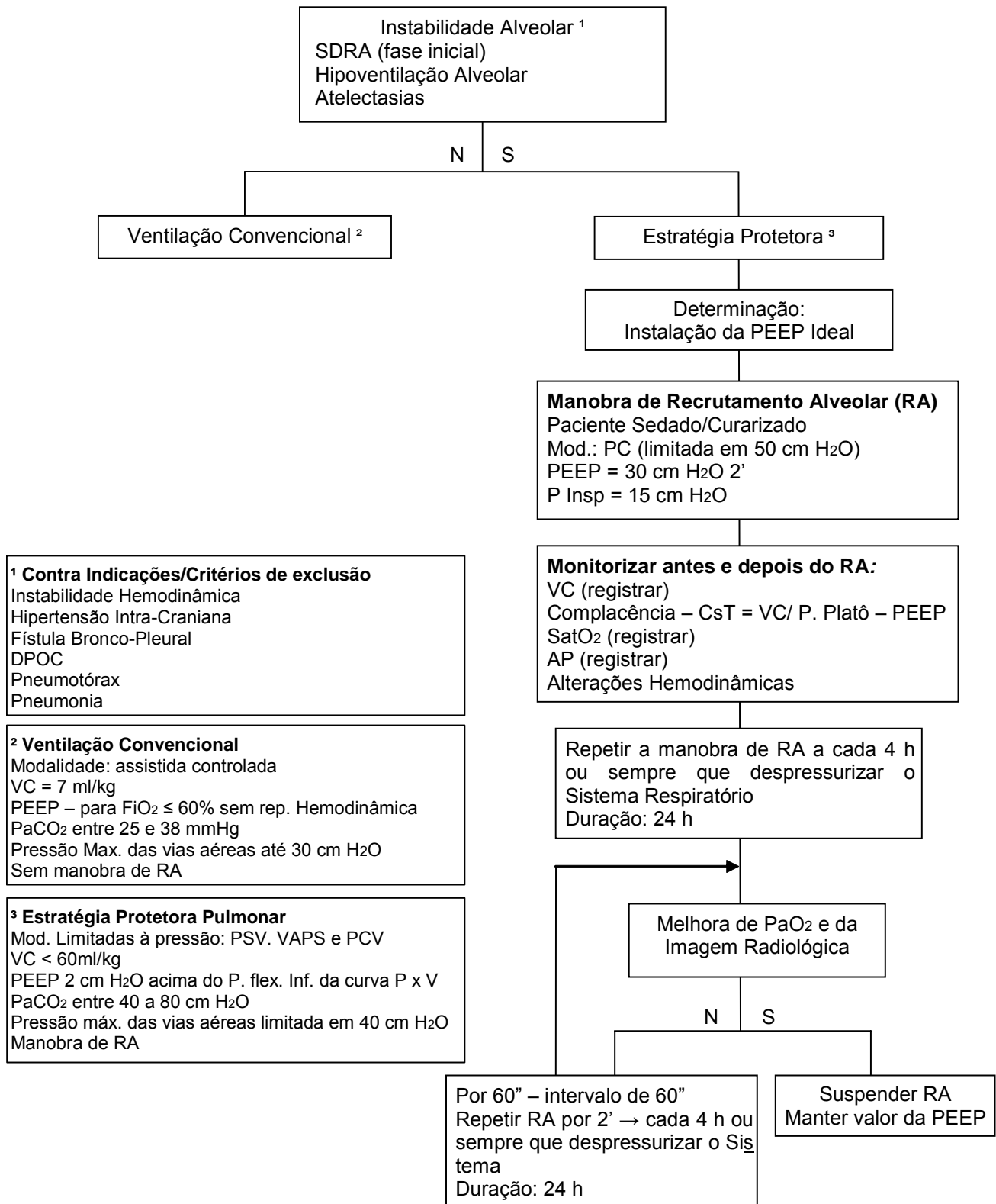
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



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

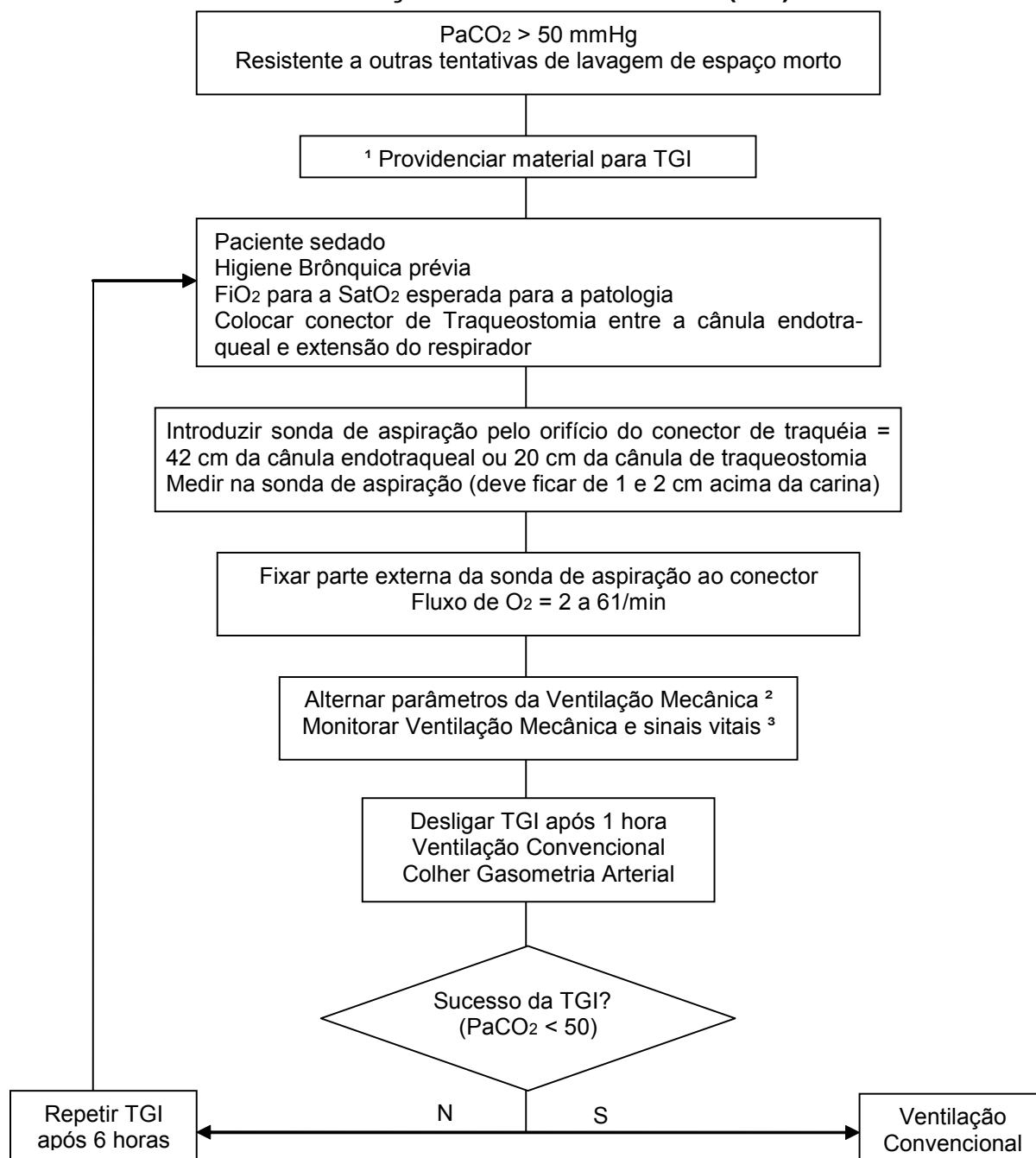
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)



1 Materiais Necessários

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

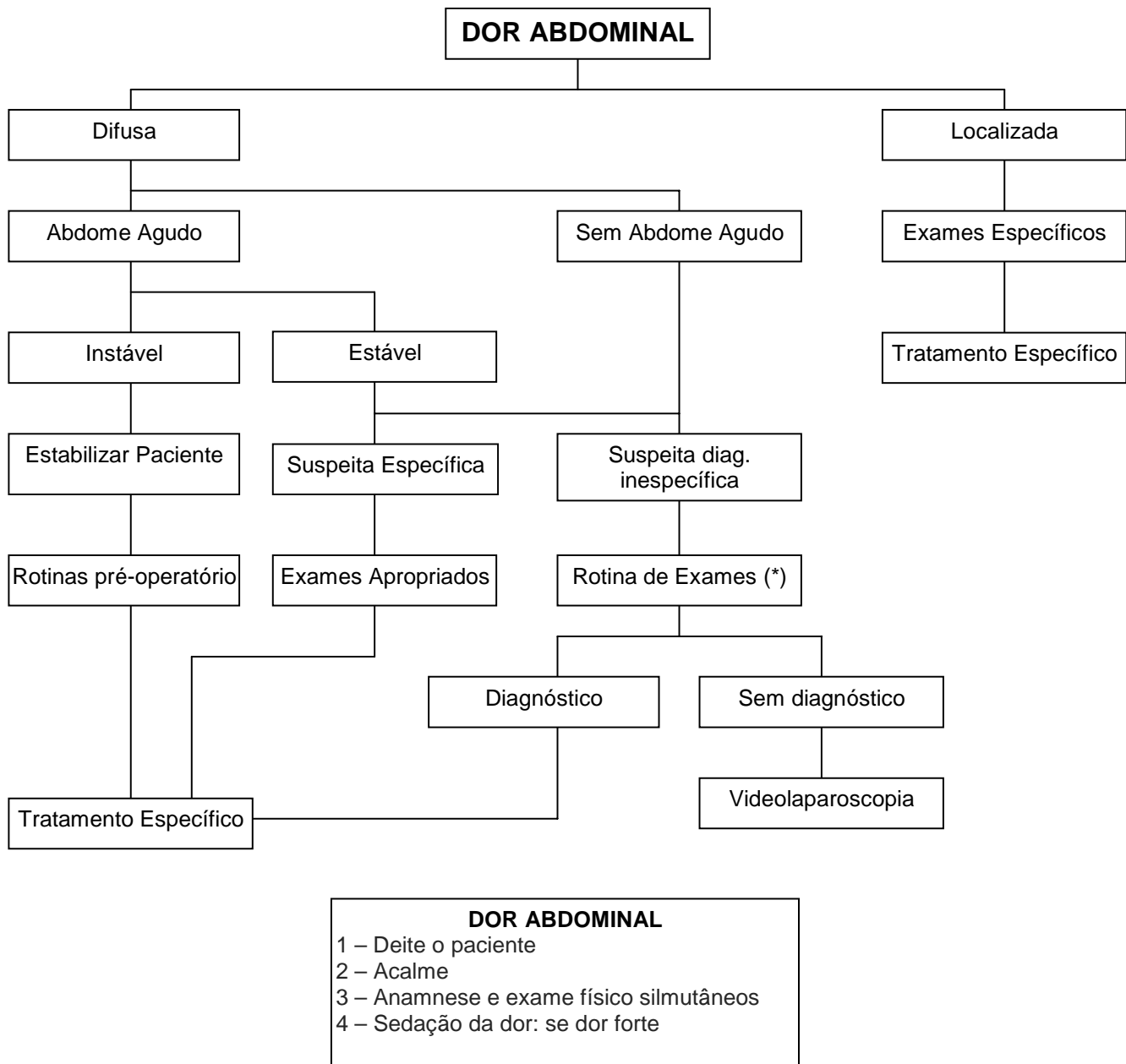
3 Critérios de Interrupção:

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



(*) Rotina de Exames

Homem:

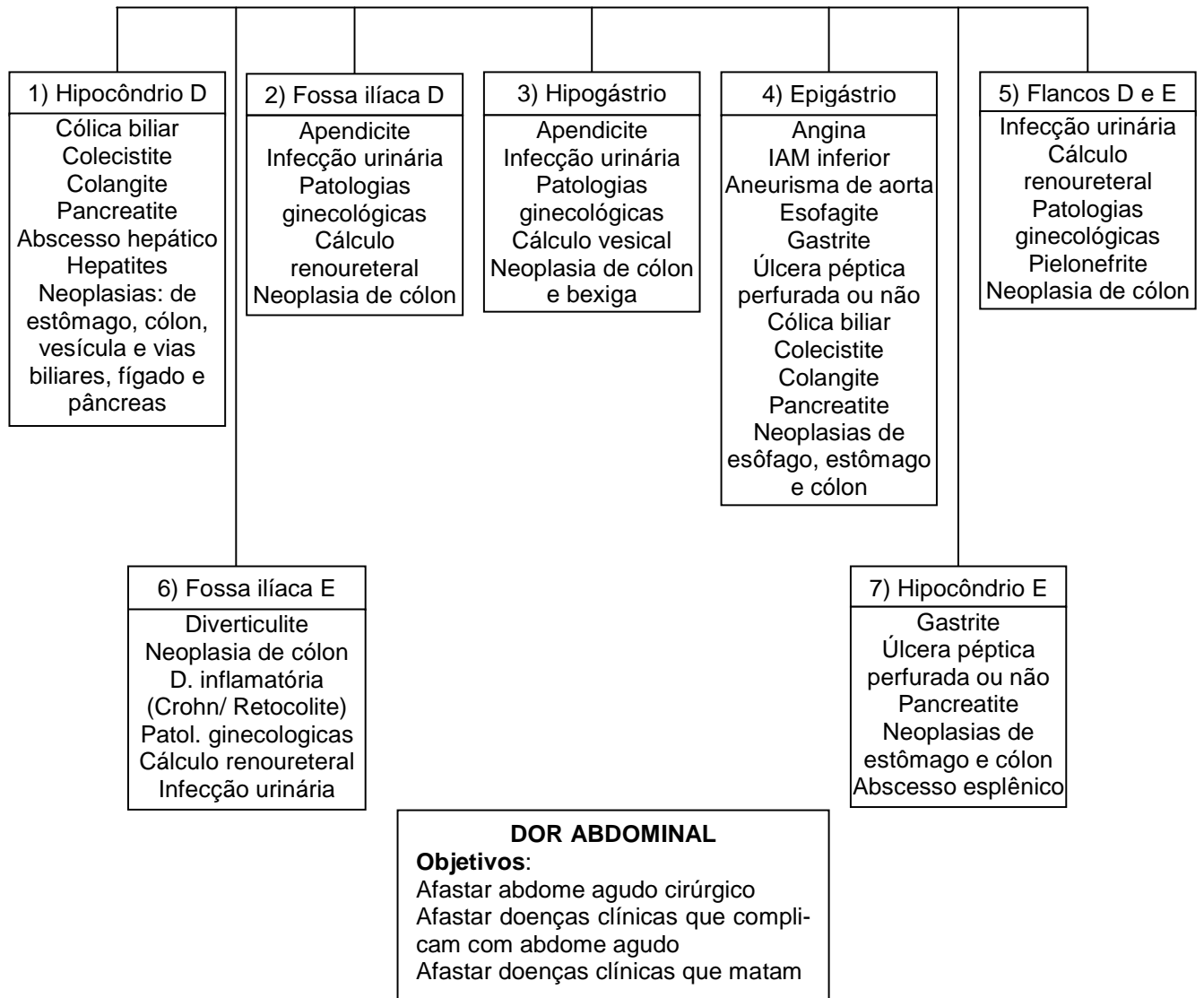
Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

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.

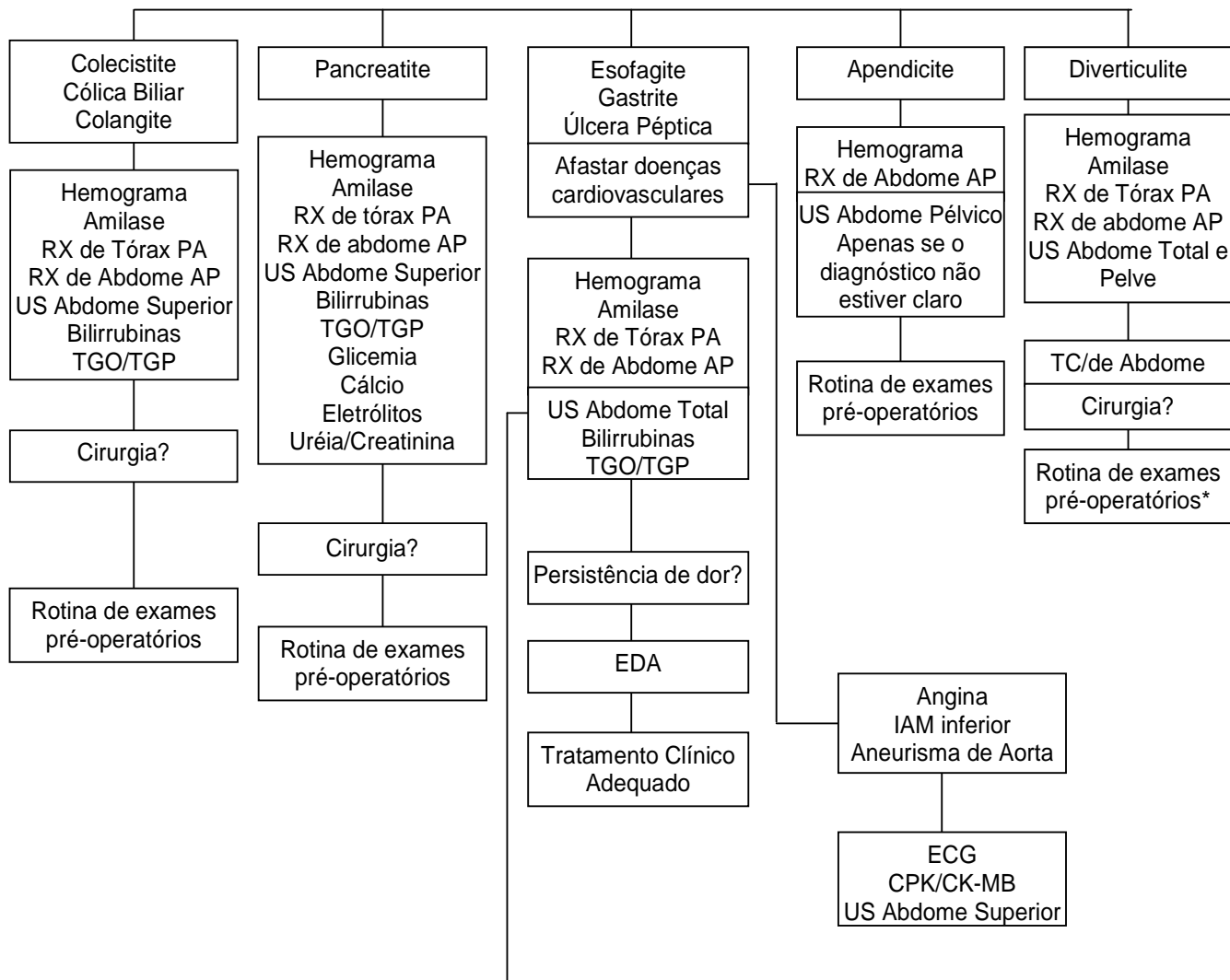
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

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:

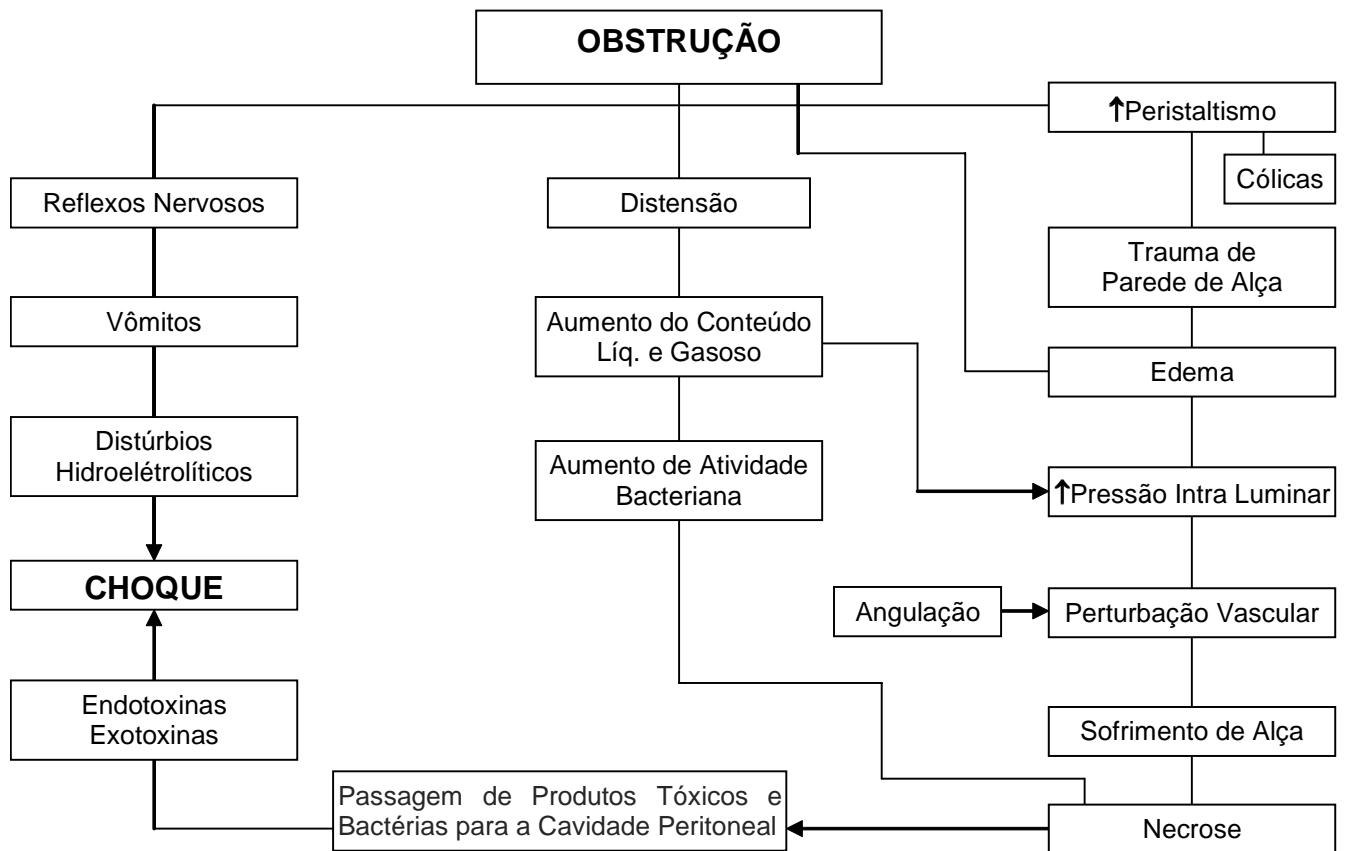
Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

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

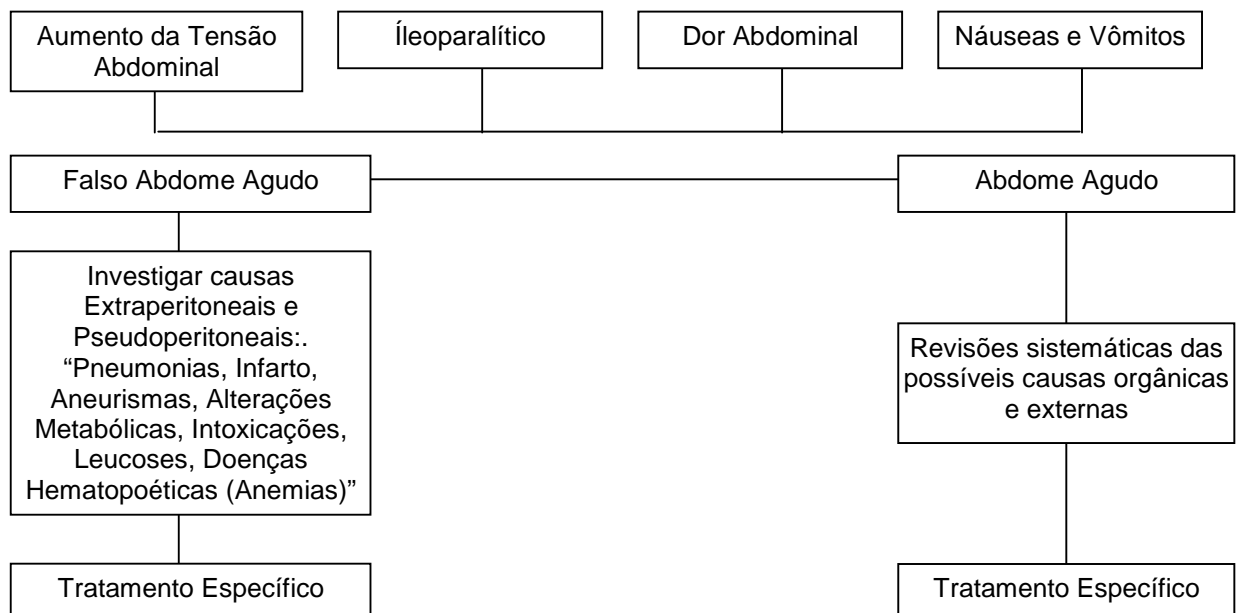
OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO

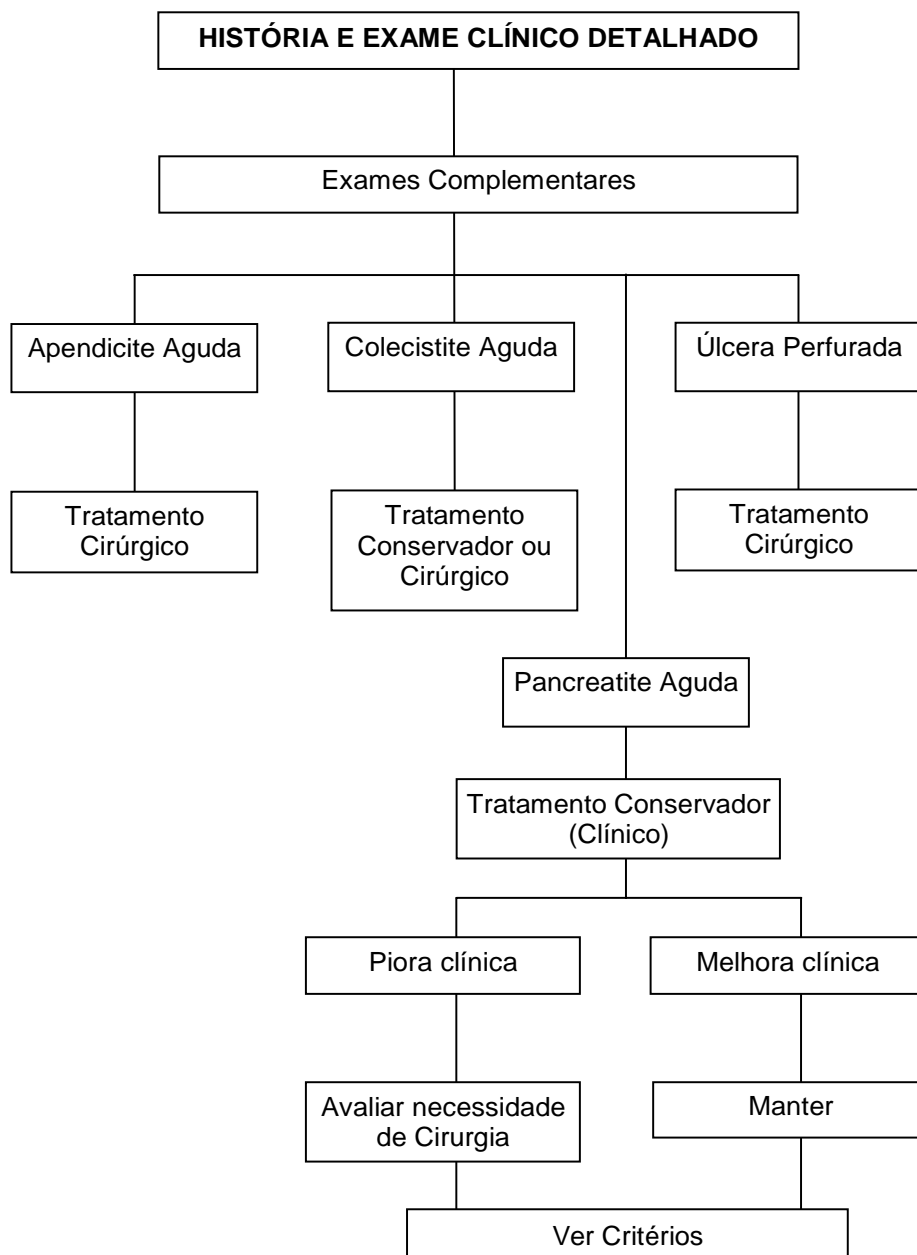
DIAGNÓSTICOS



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

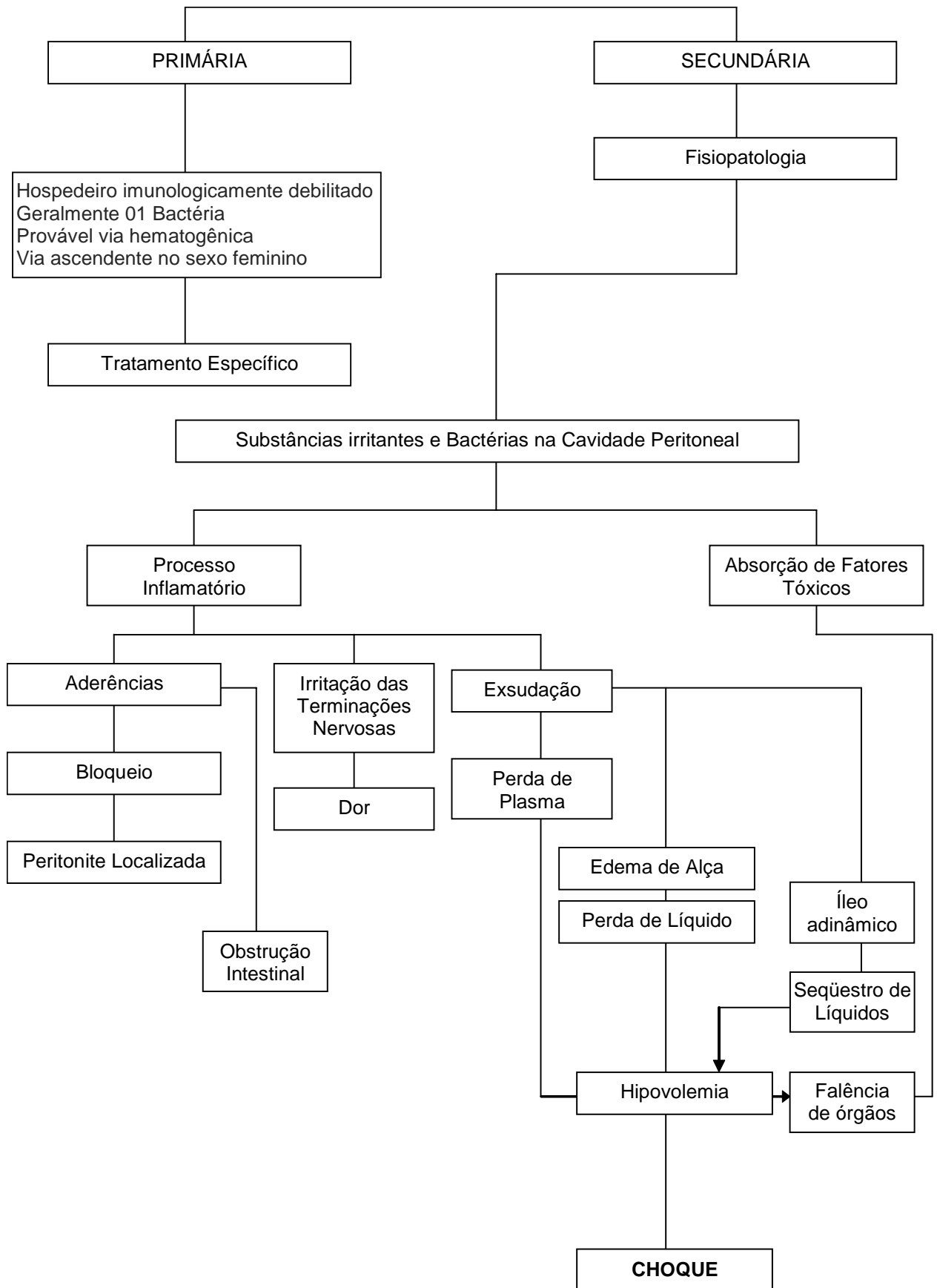


OBS:

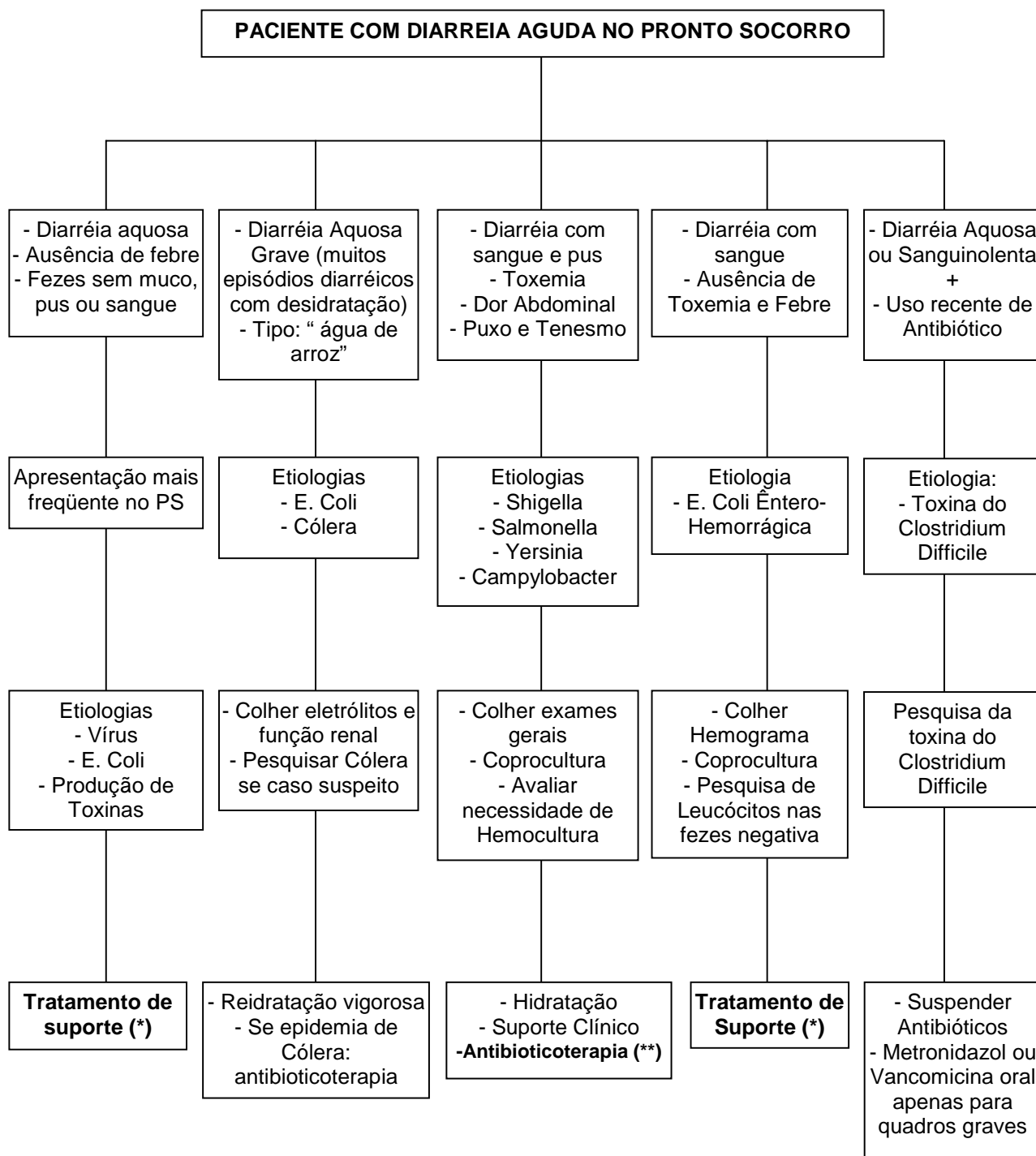
Prevenir o choque

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

PERITONITES



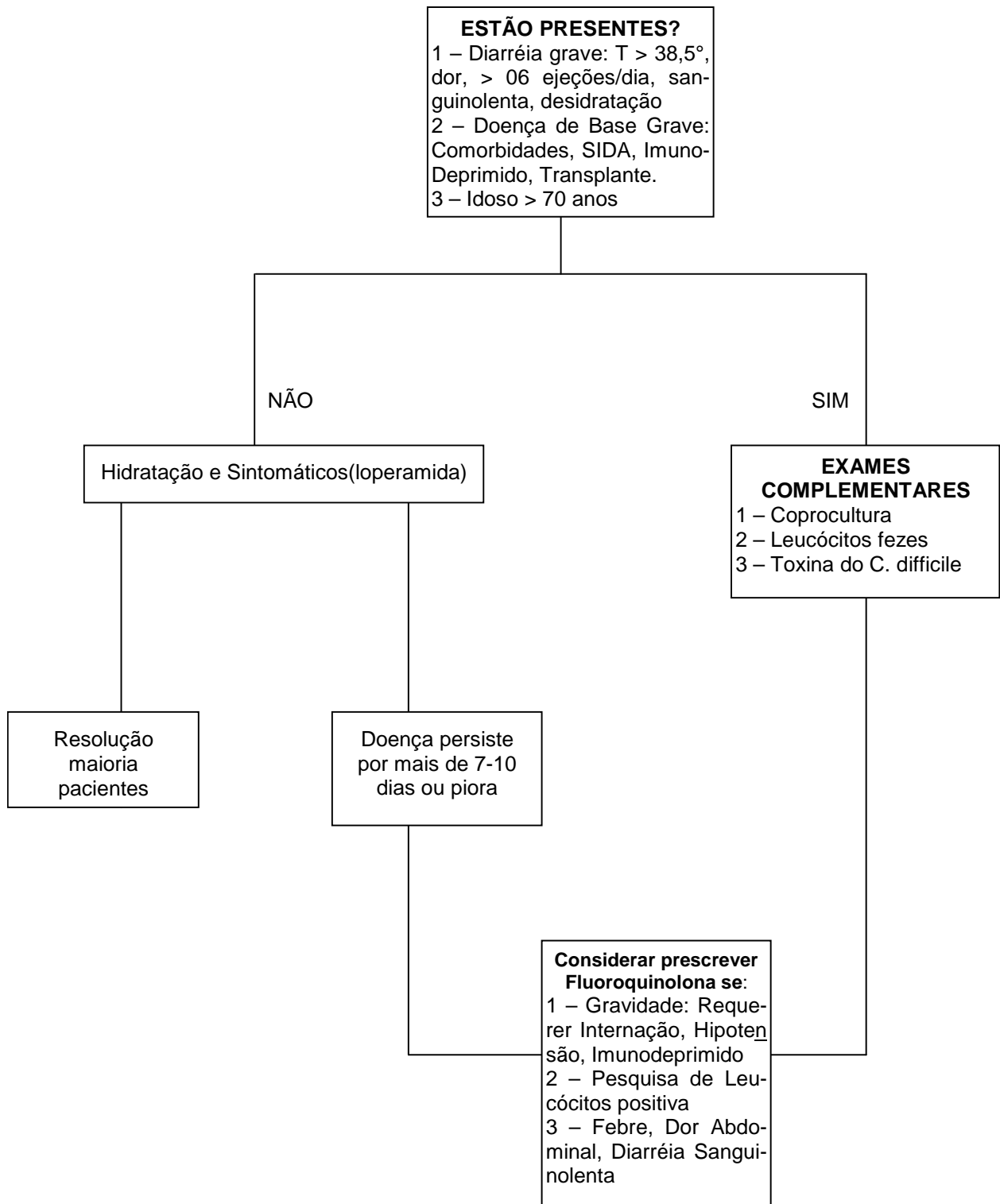
DIARRÉIA AGUDA



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

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

DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



PANCREATITE AGUDA – I

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

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

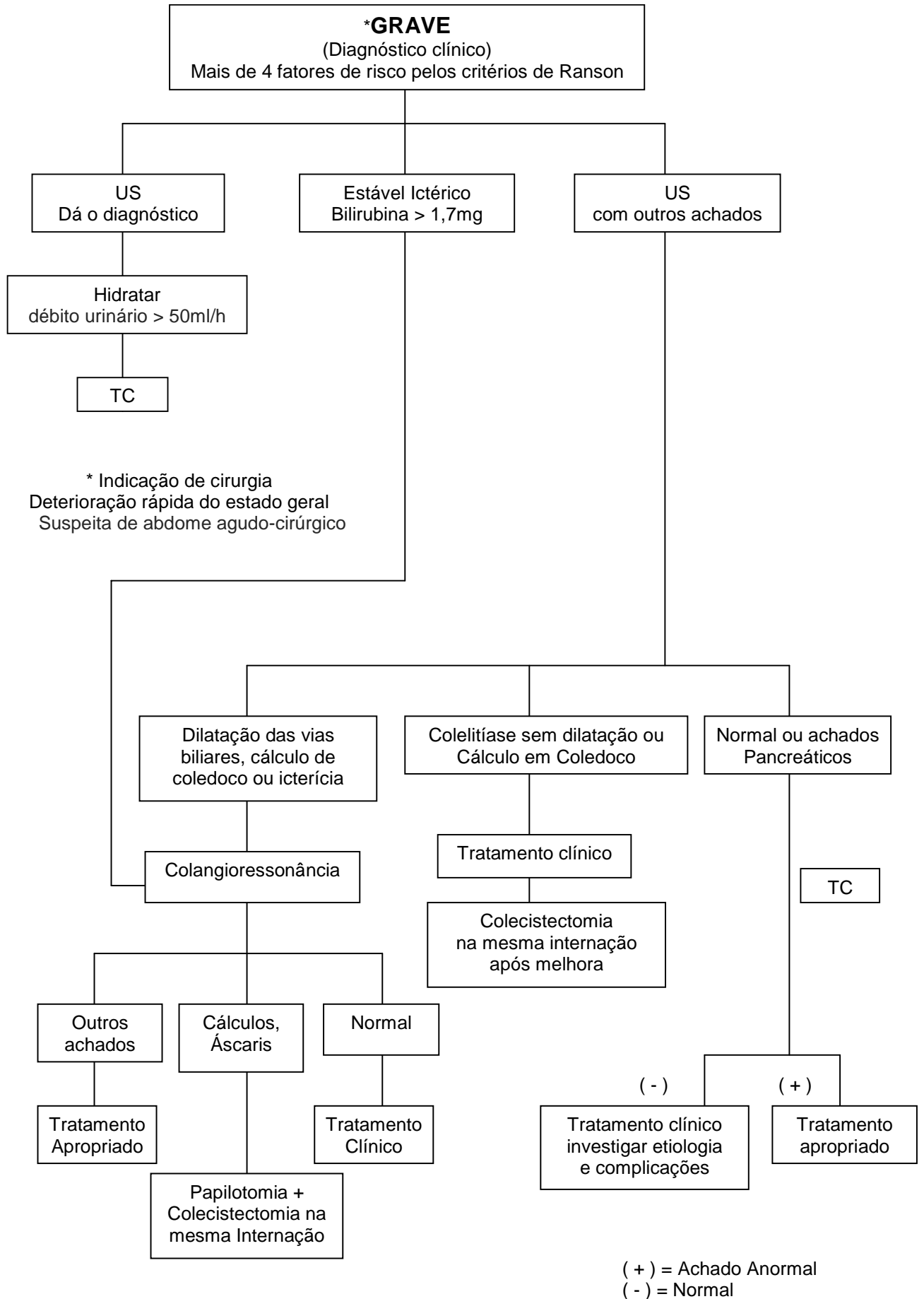
PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm ³	2. Número de leucócitos > 18.000mm ³
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48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

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

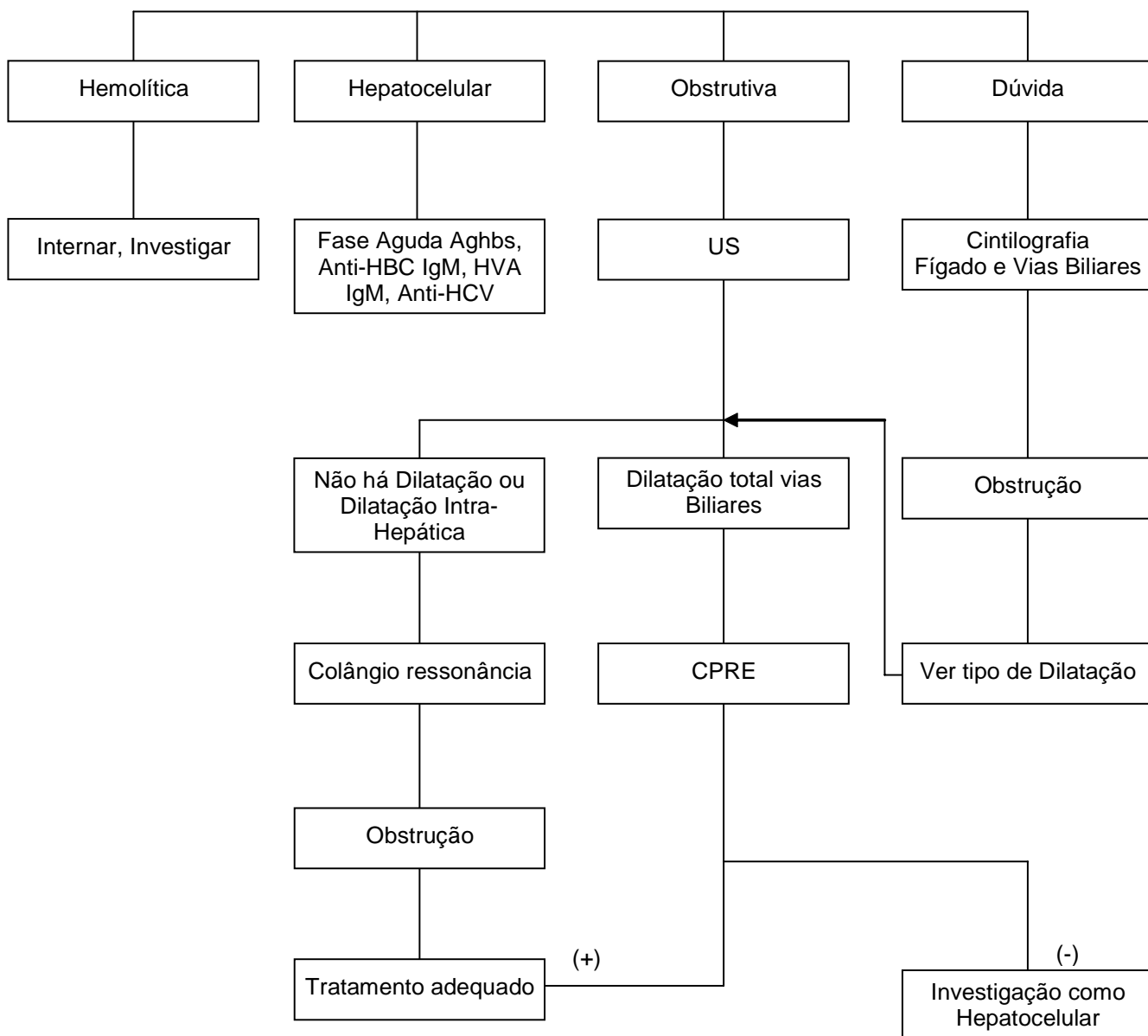
**PANCREATITE AGUDA GRAVE
(Insuficiência de Órgãos e Sistemas)**

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

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

PANCREATITE AGUDA – II

ICTERÍCIA



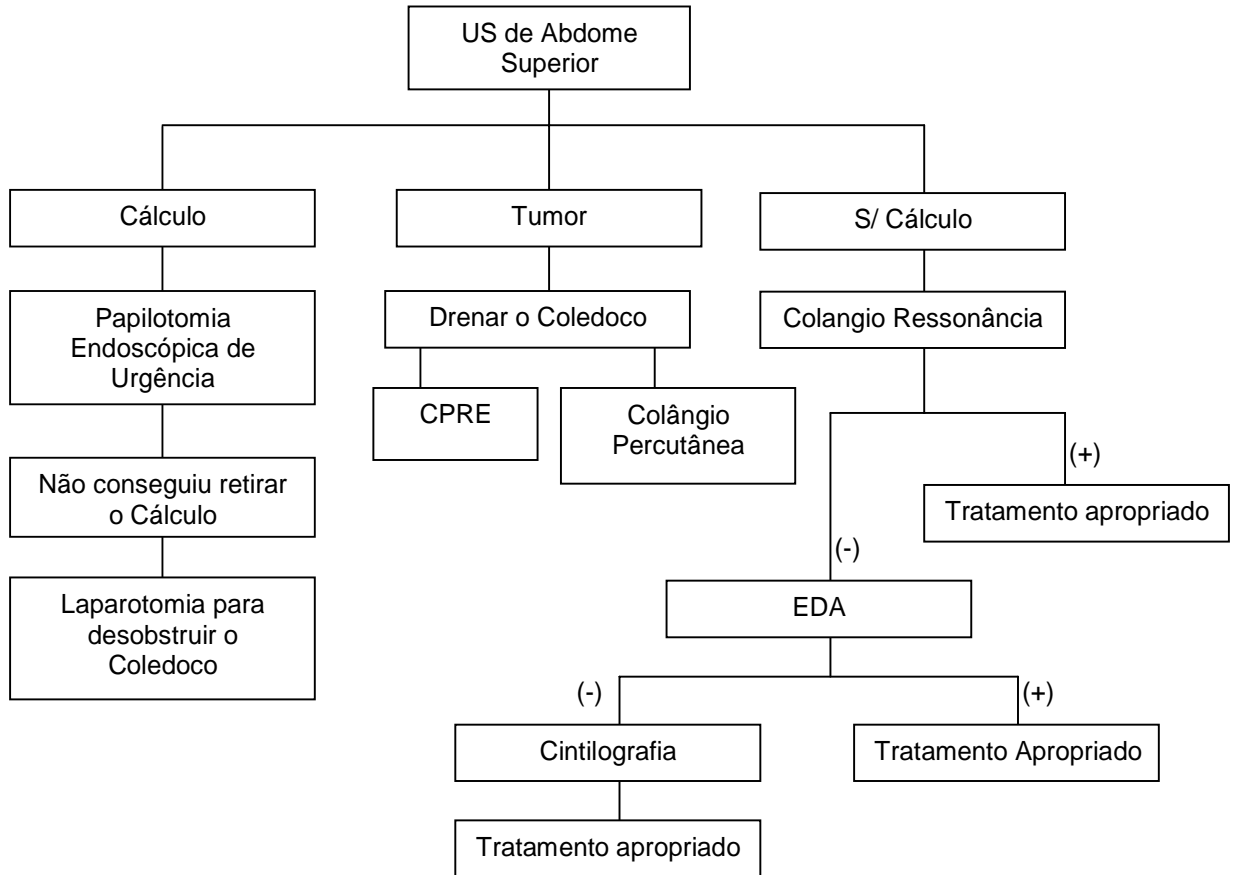
EXAMES

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

MEDIDAS GERAIS

Venóclise
Sintomáticos
Vitamina K 10mg/ dia

COLANGITE



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

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

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

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

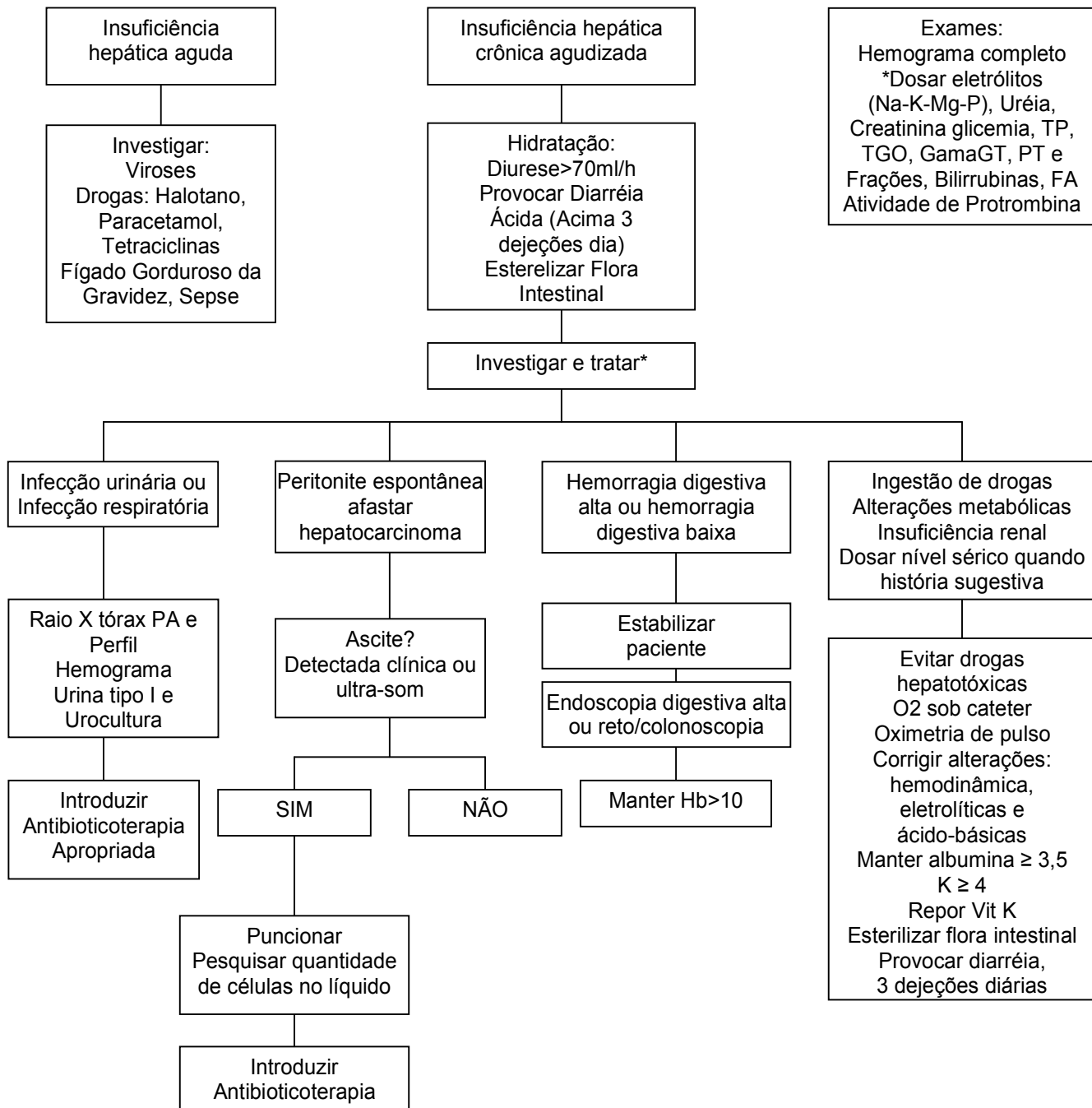
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

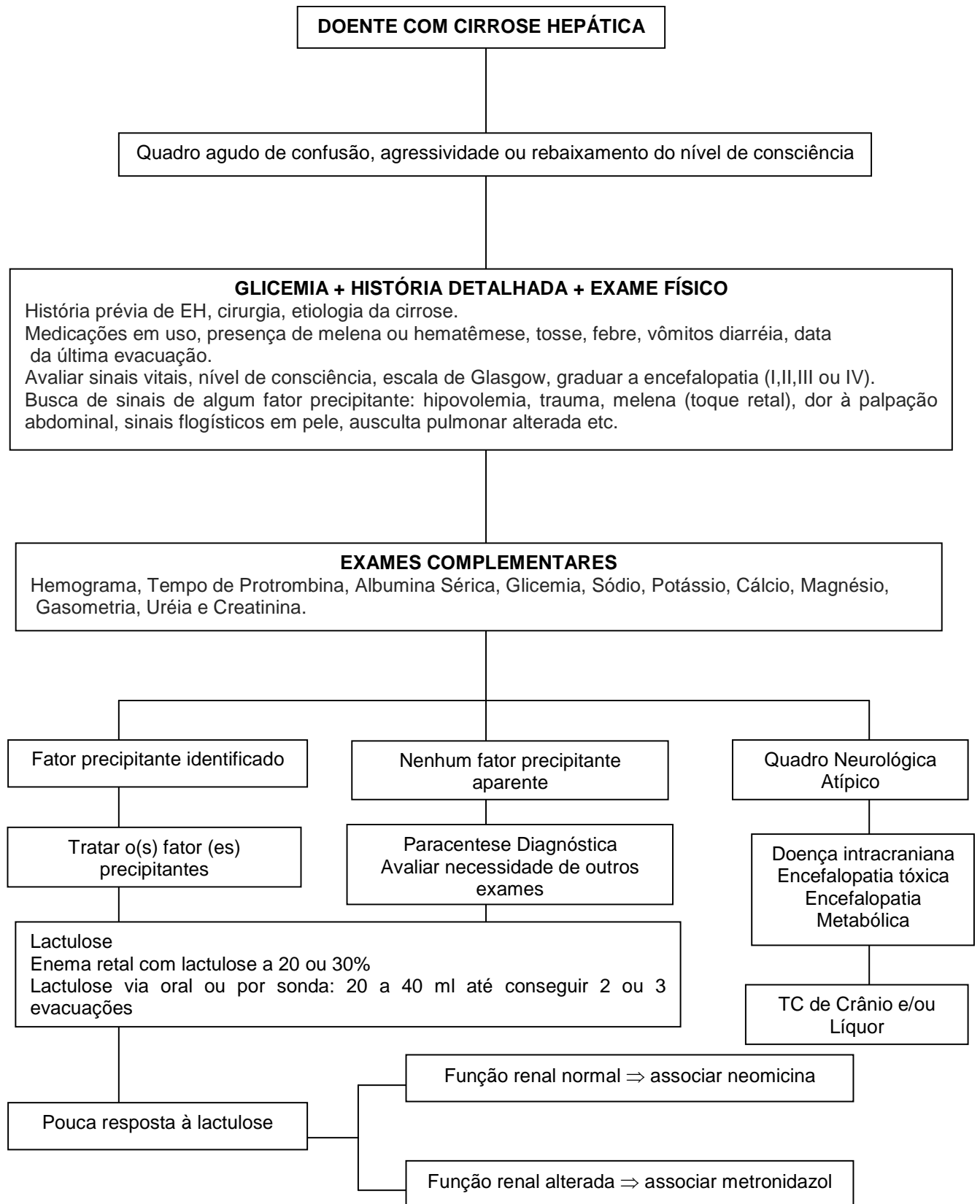


CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE

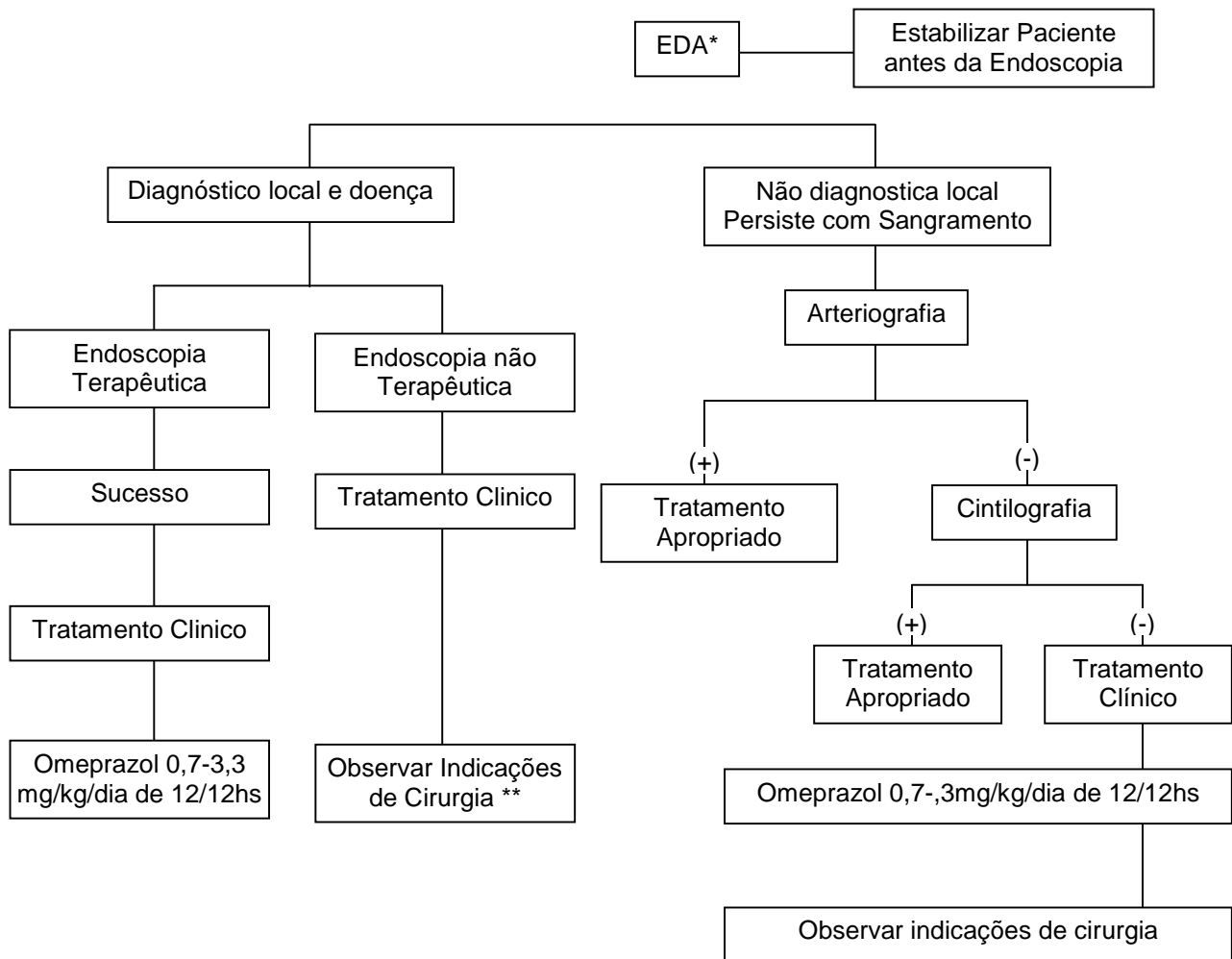
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

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

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

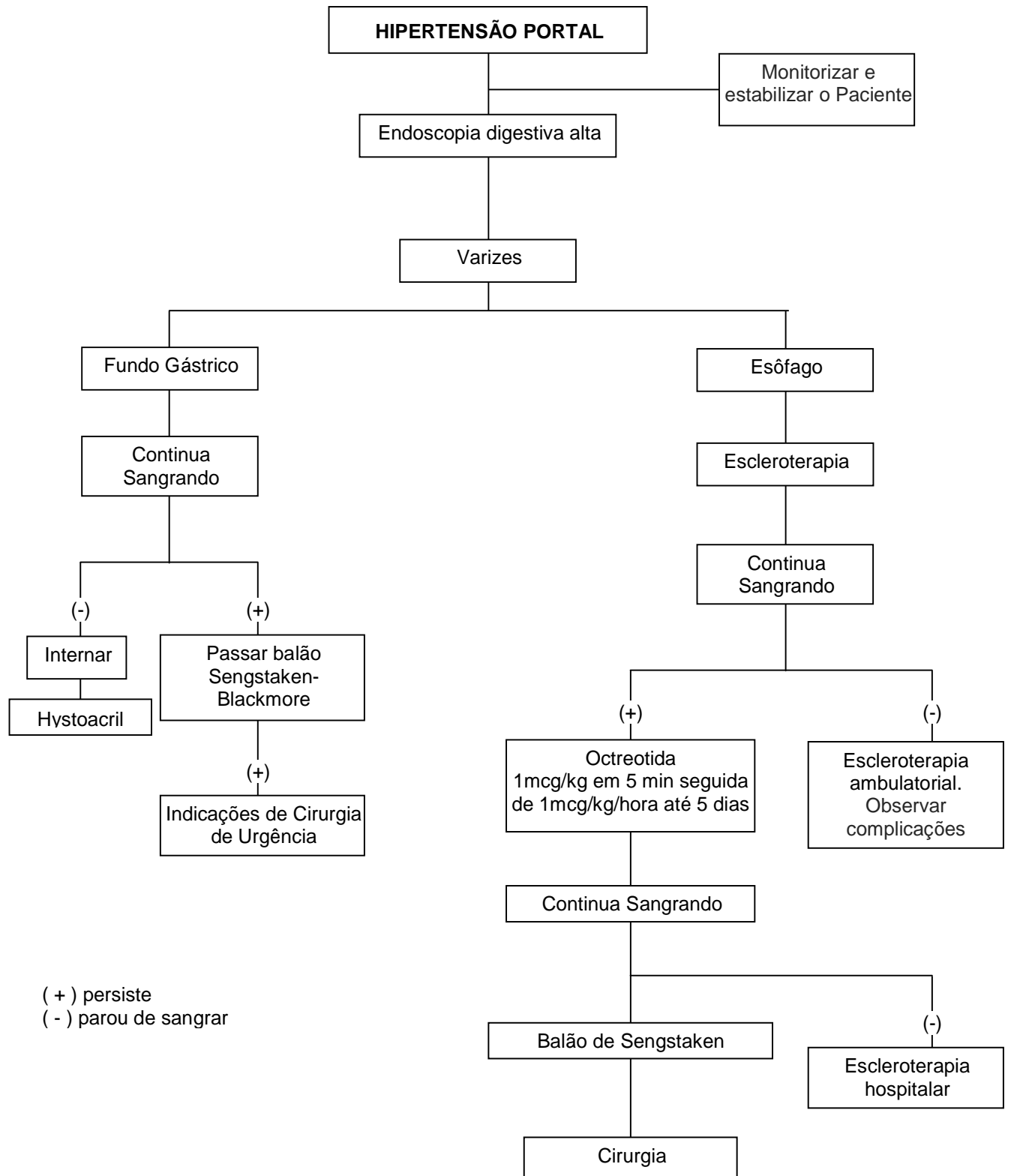
- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou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

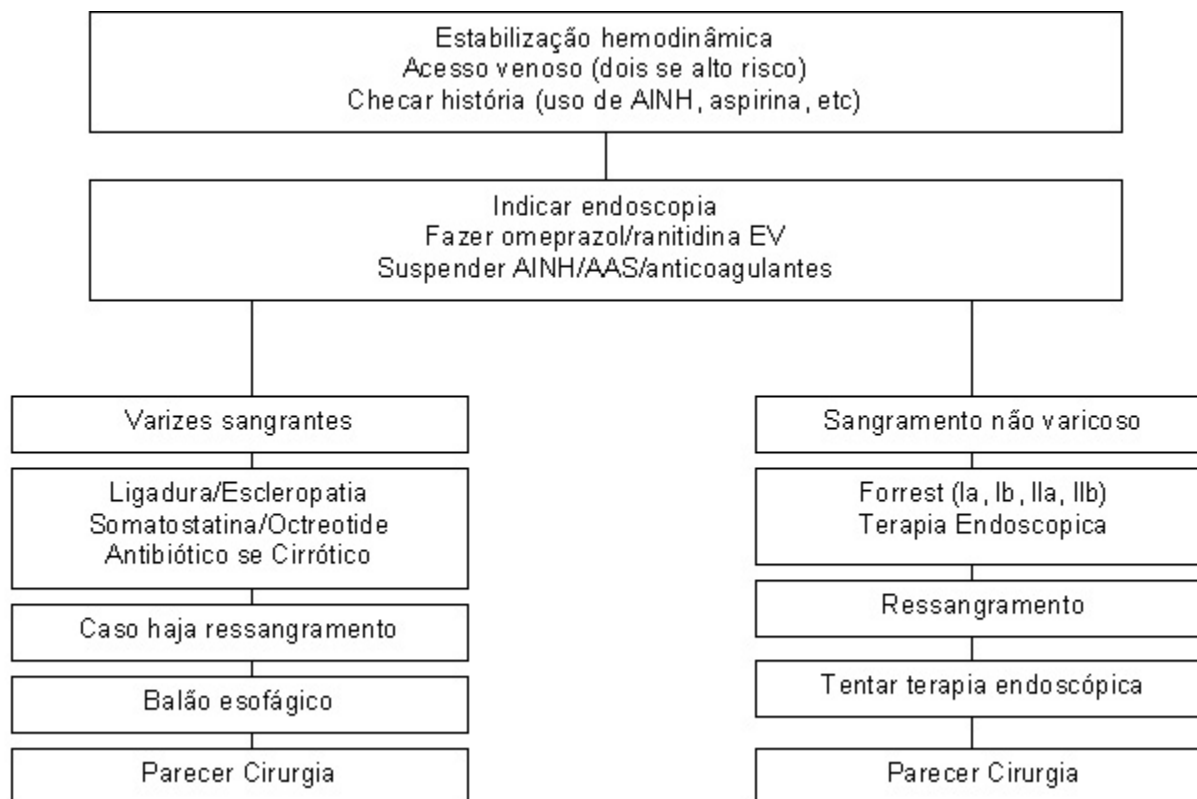
Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local

(-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II

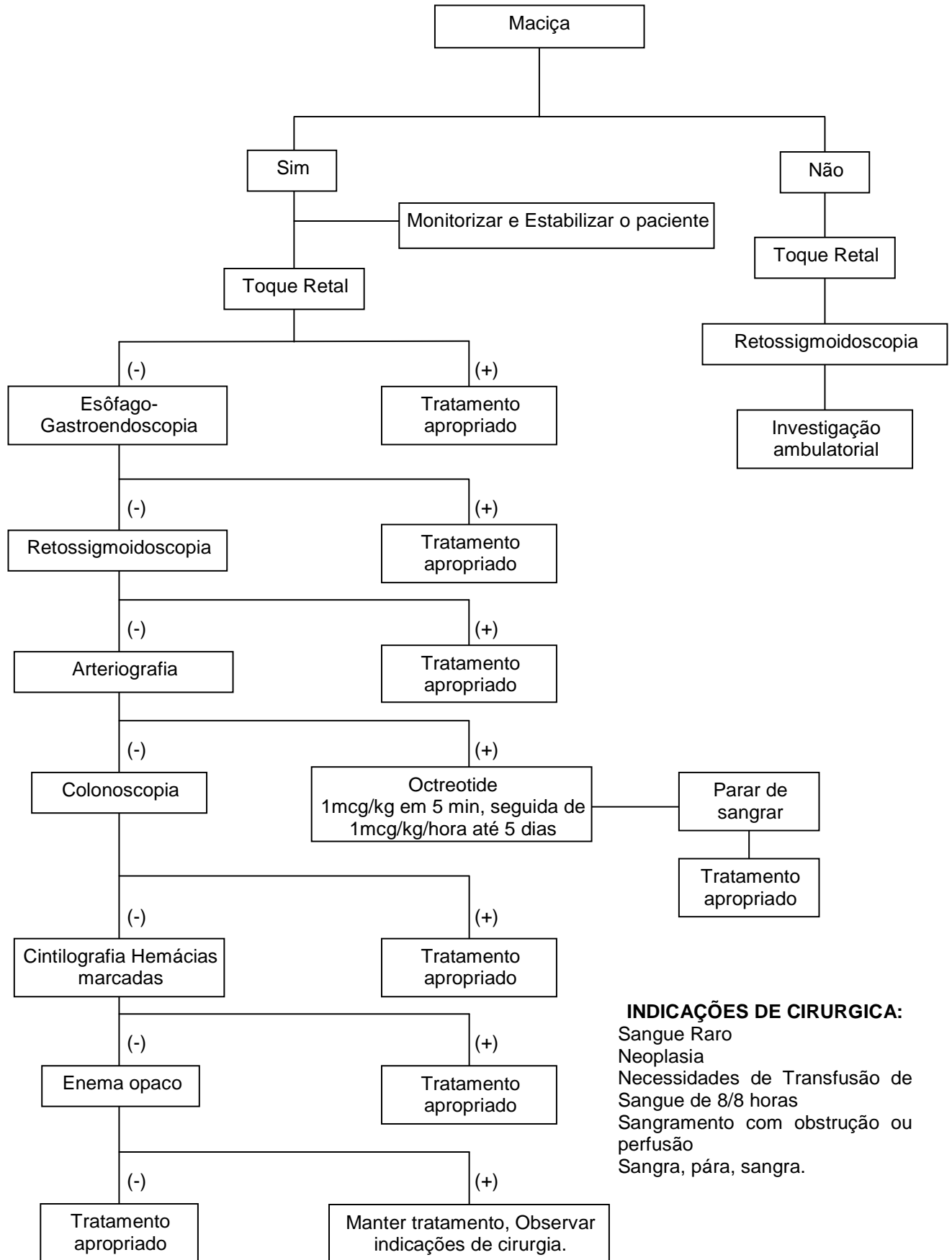


HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III**TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM**

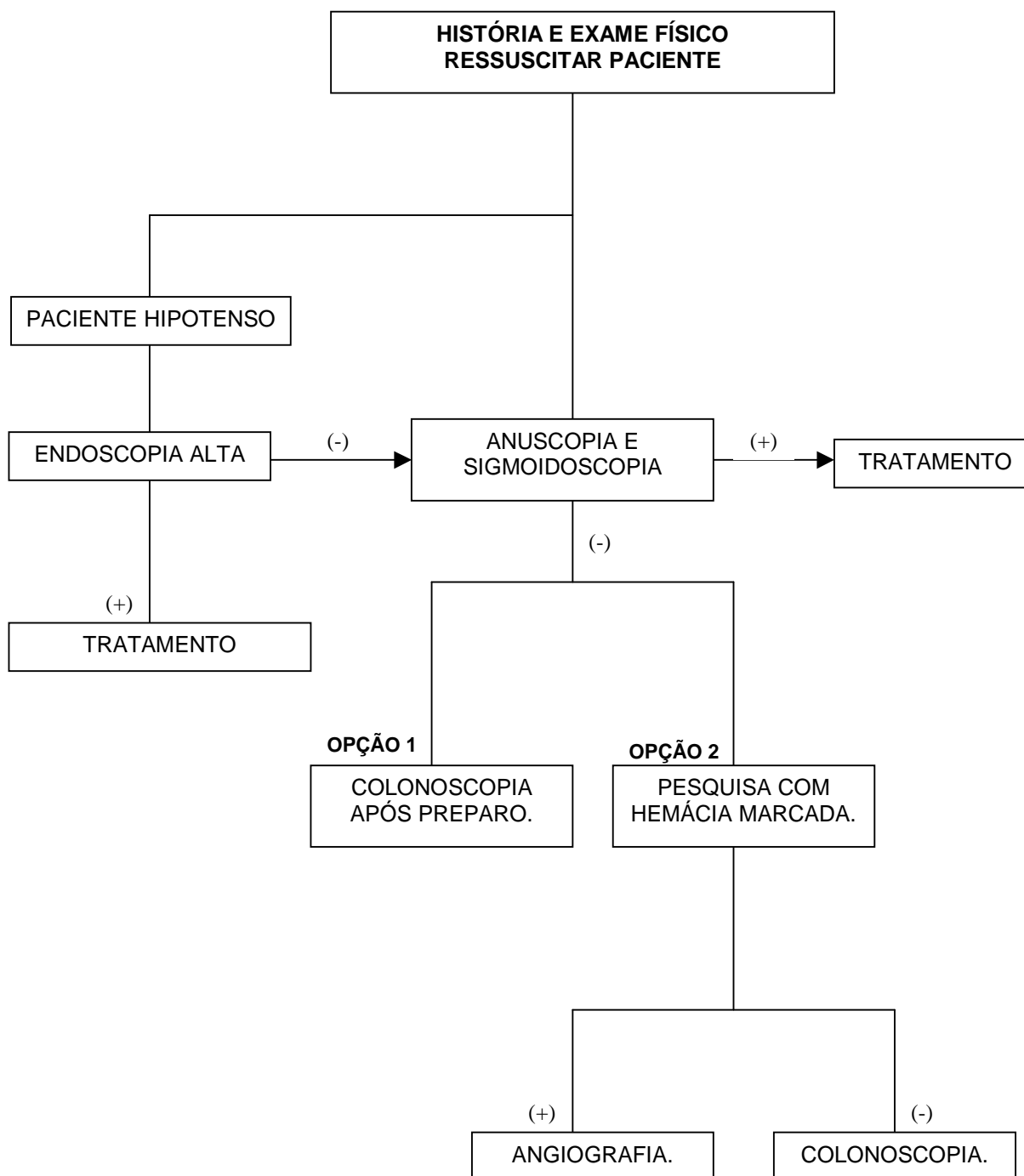
Idoso (>60 anos)
Comorbidades
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia)
Hipotensão ou choque
Transfusão = unidades
Paciente internado antes do sangramento
Coagulopatia Severa

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

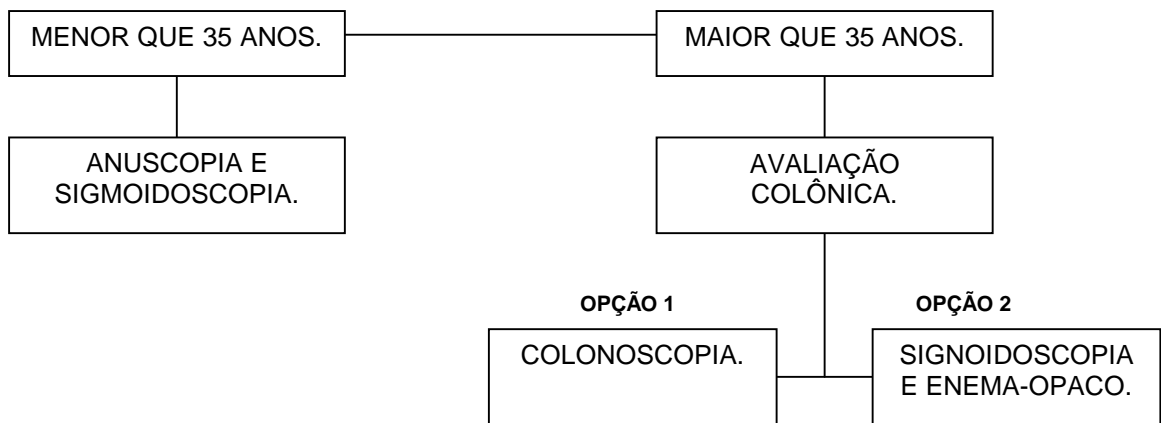
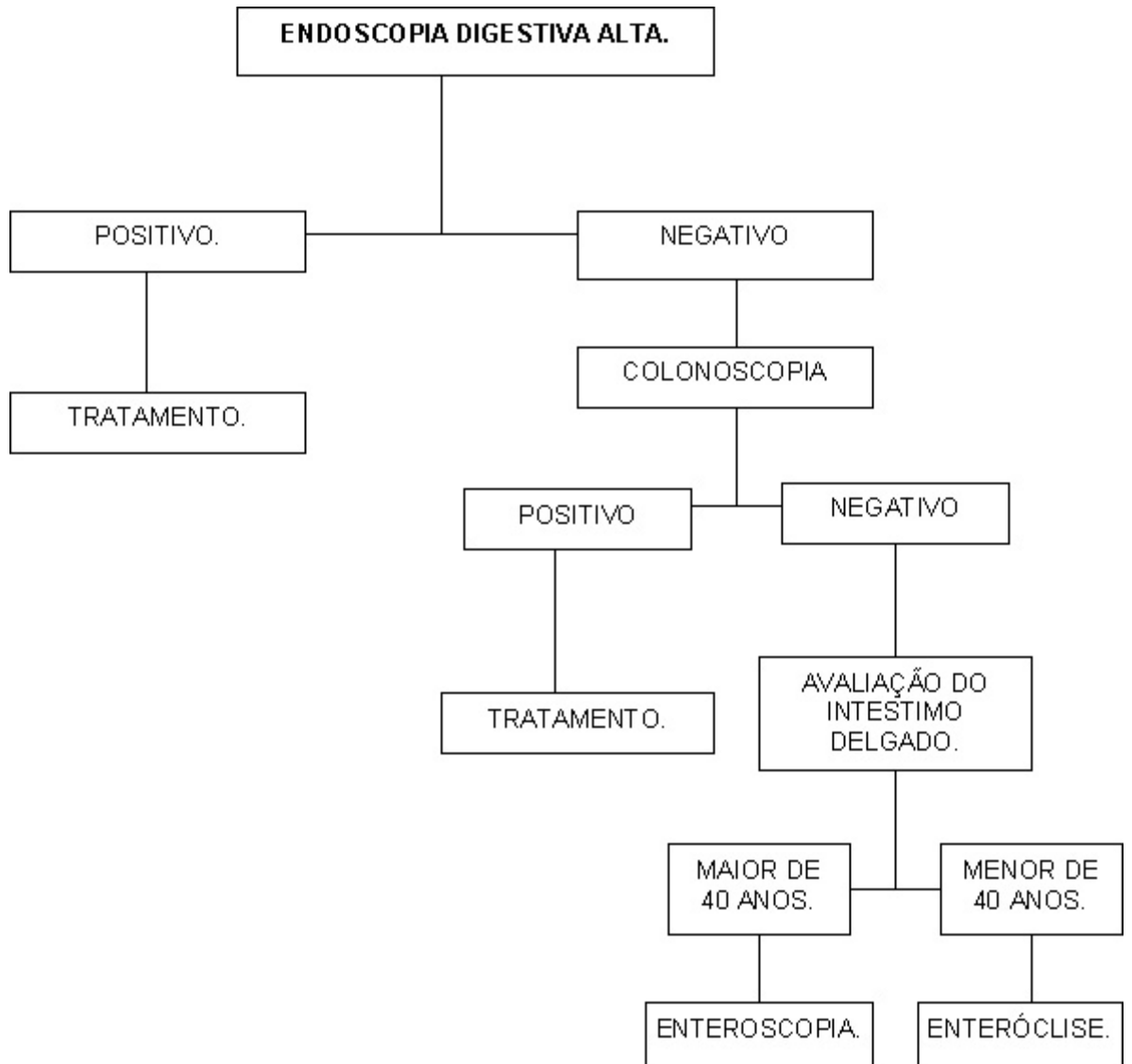
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – Ila	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

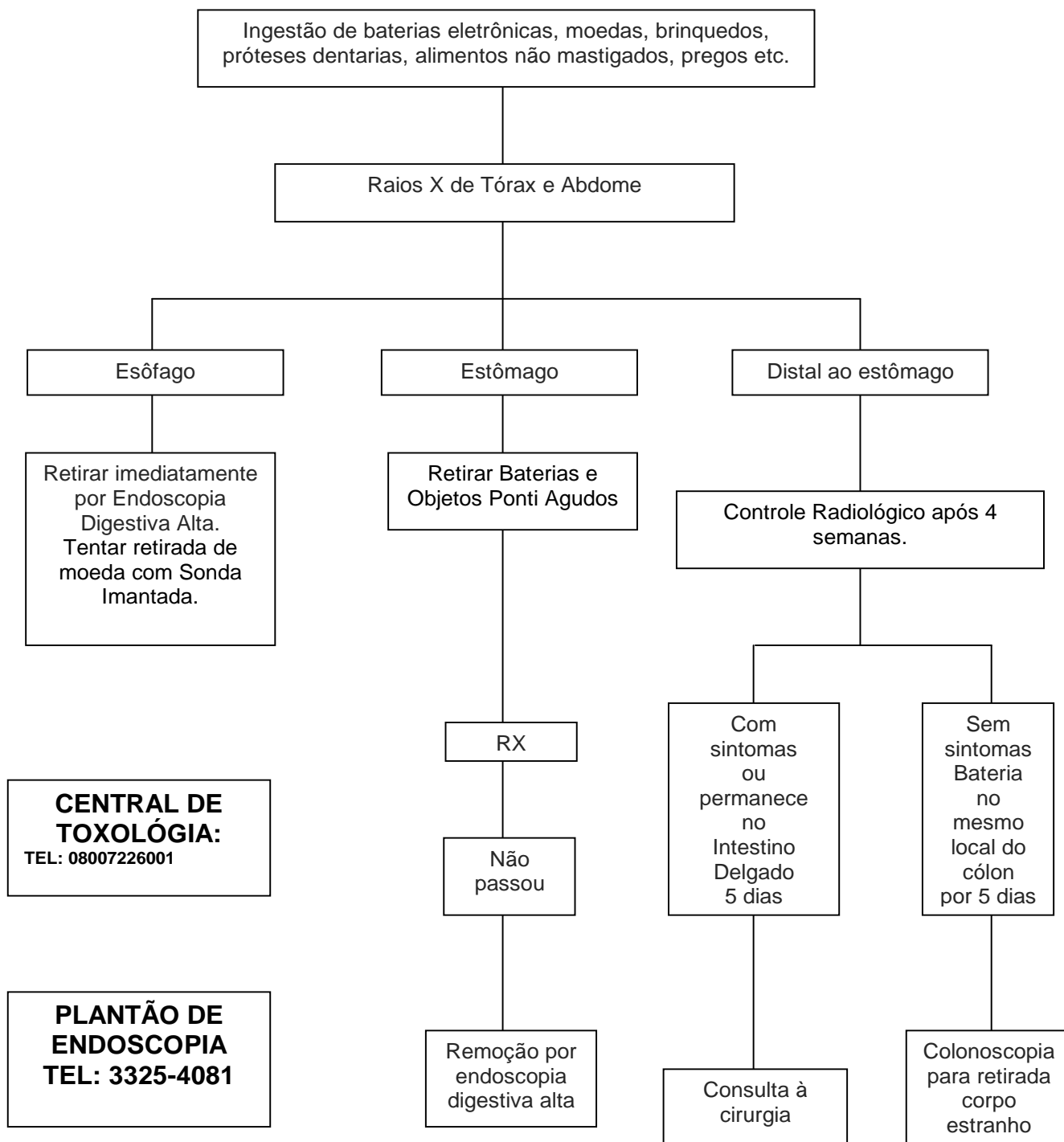
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



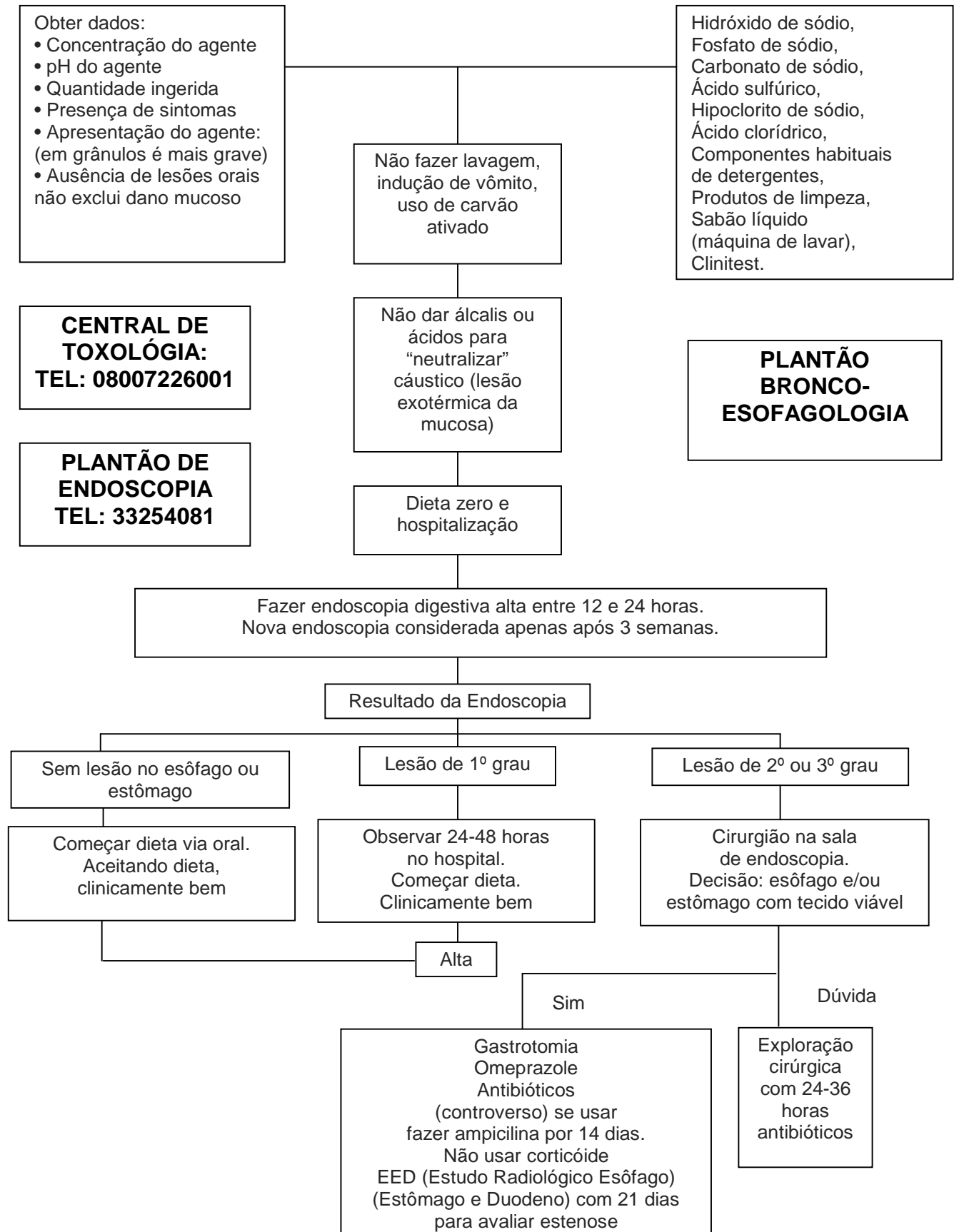
* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

HEMATOQUEZIA**MELENA**

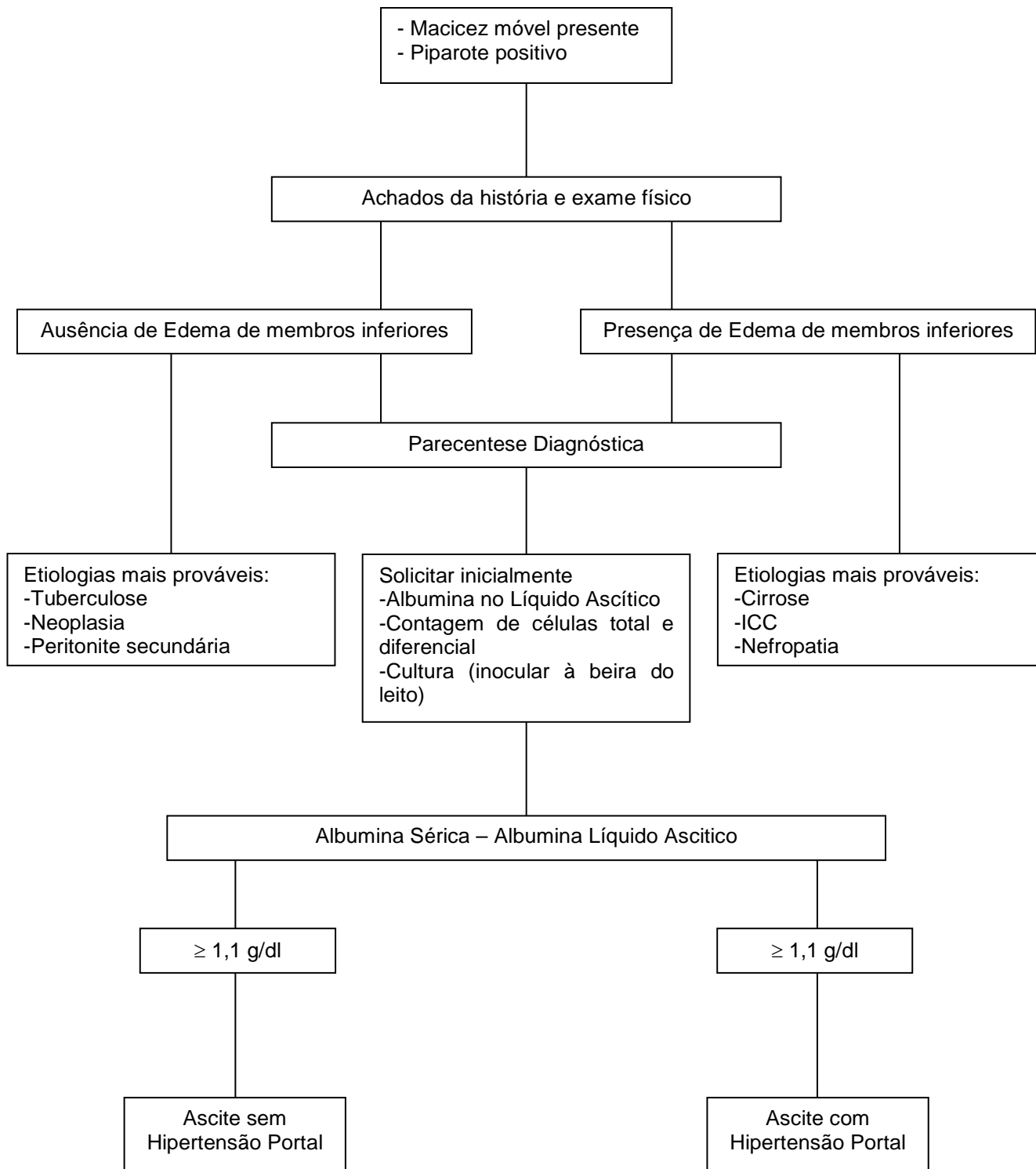
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



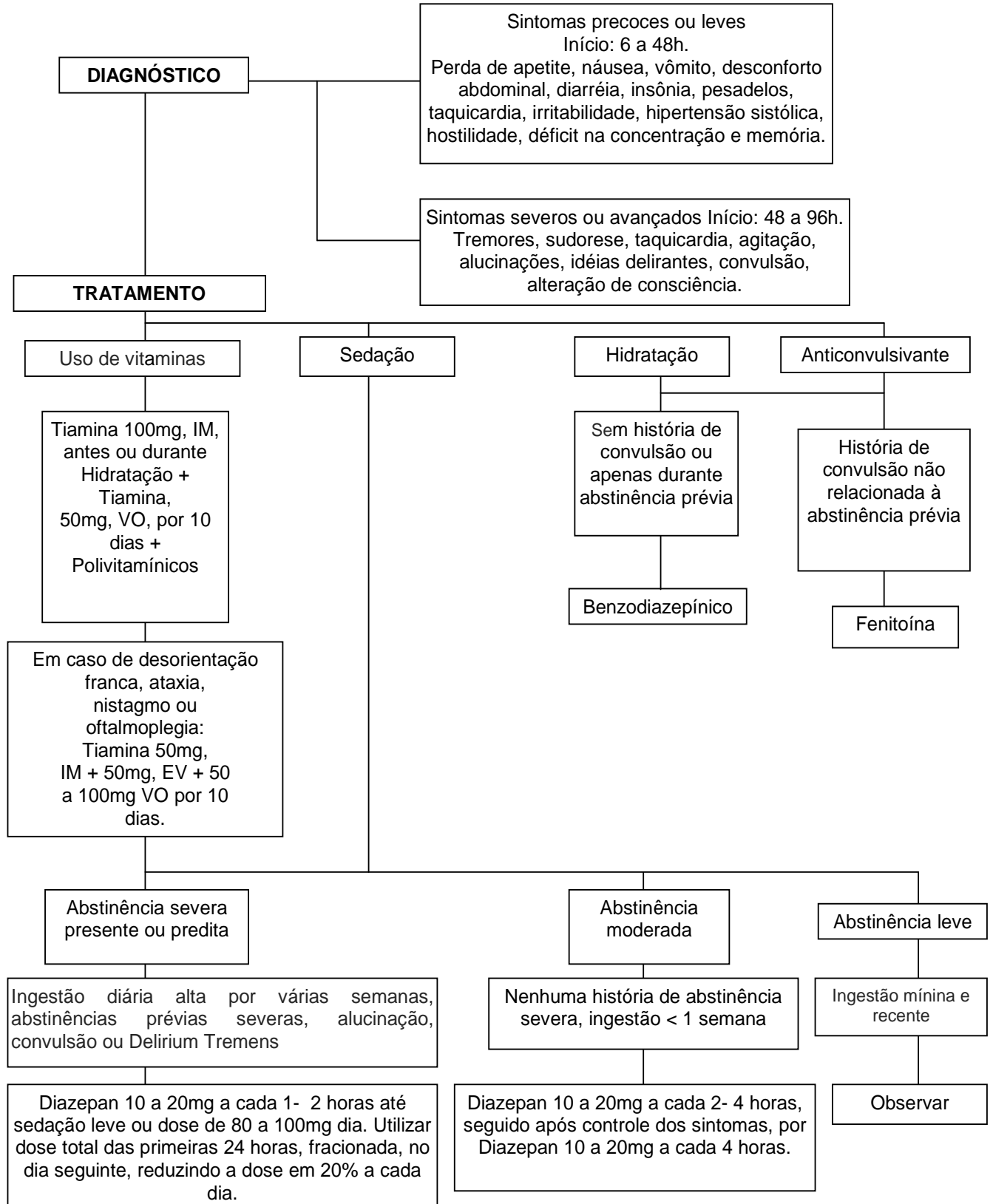
INGESTÃO DE CÁUSTICOS



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



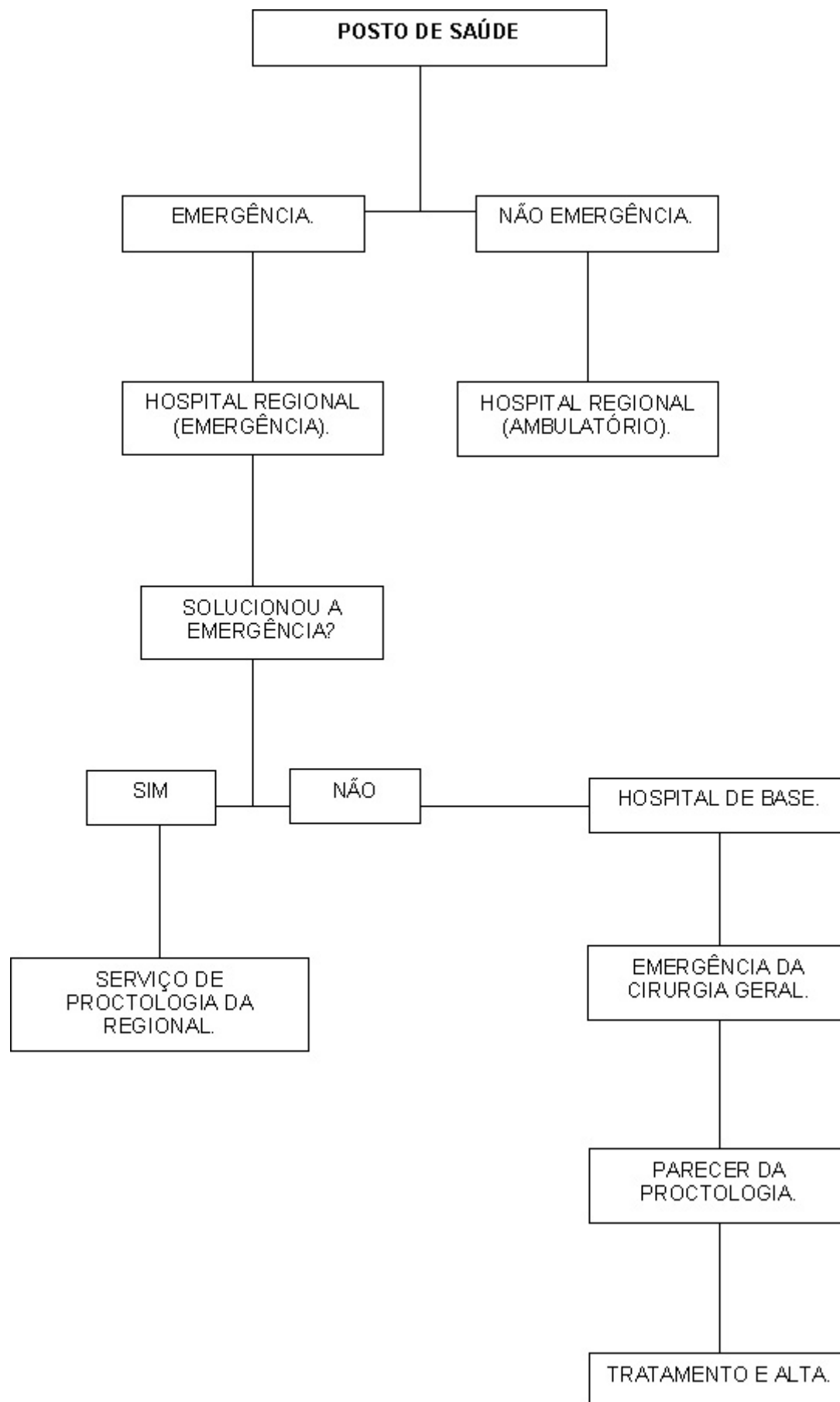
TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



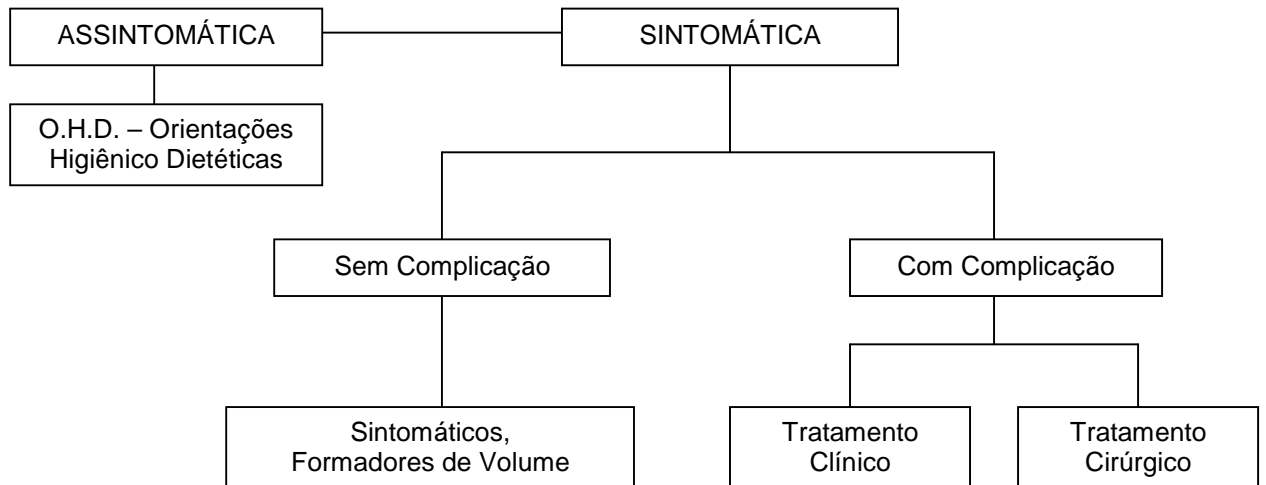
OBS.:

1. Lorazepan 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 benzodizepínico de forma mais lenta.

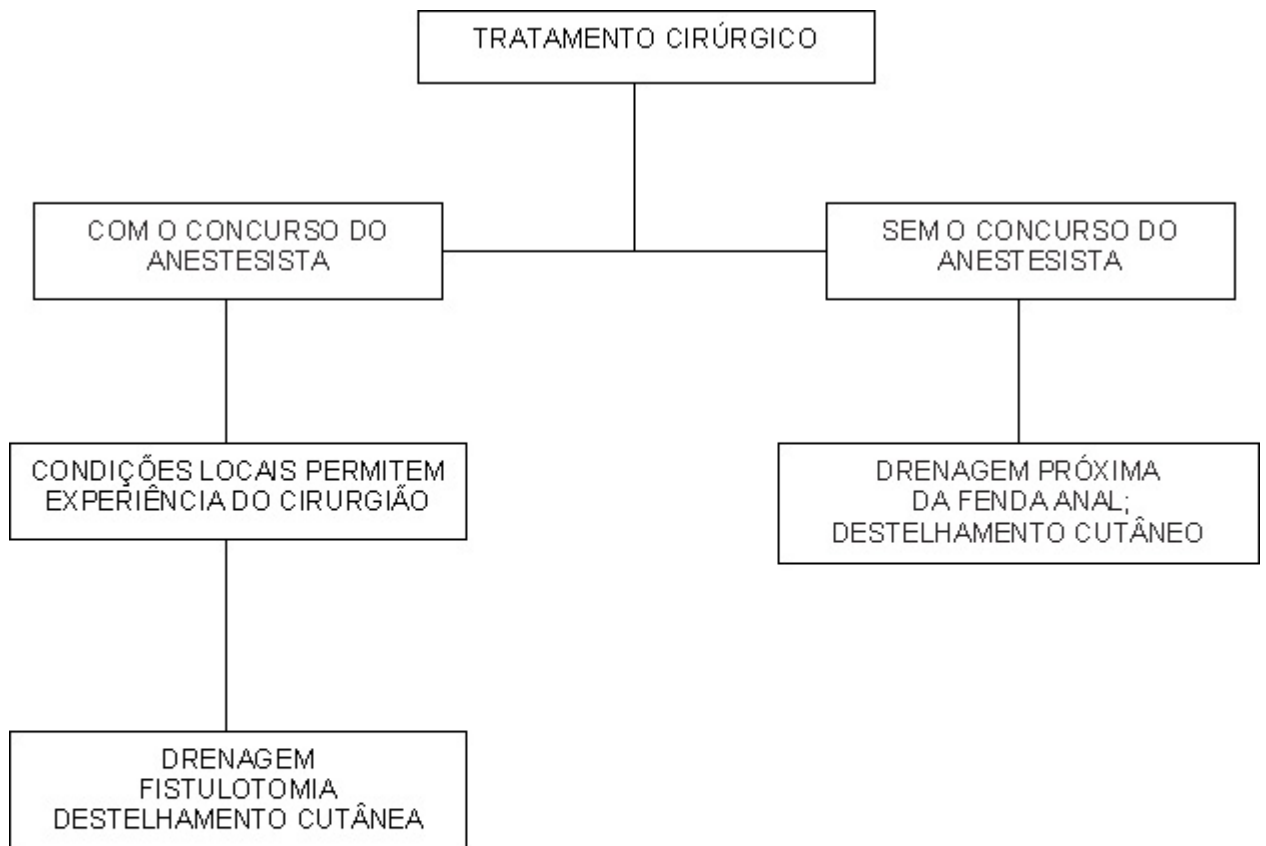
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



ABSCESSO ANORRETAL

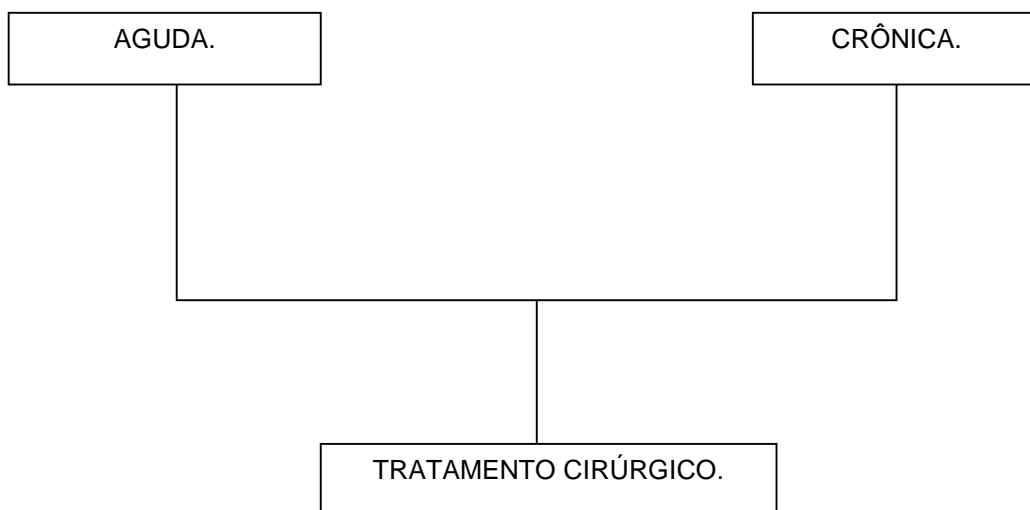


* USO DO ANTIBIÓTICO:

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

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

DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

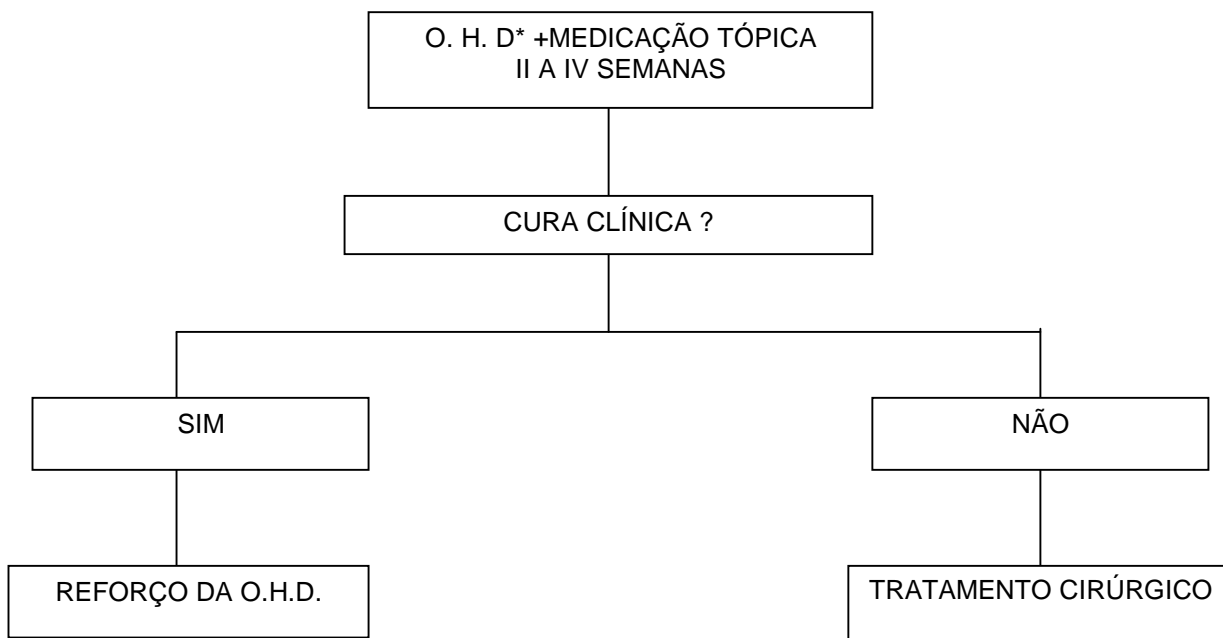


SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Incisão e Curetagem ou Marsupialização.

Anestesia – Local ou Bloqueio Raqui-Medular.

FISSURA ANAL IDIOPÁTICA



MANOMETRIA – Antes e após tratamento

MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide

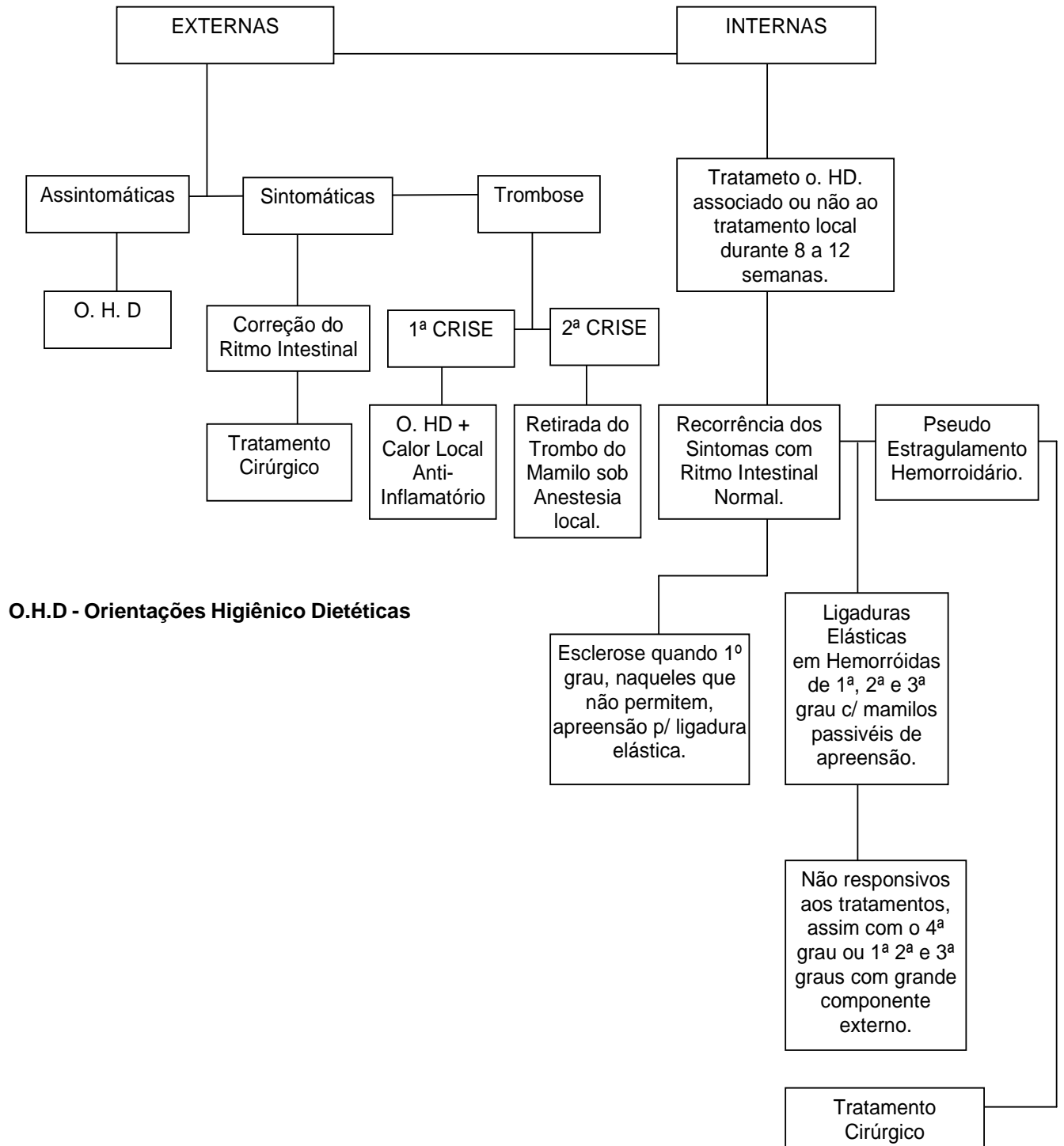
“ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

EXERSE 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.

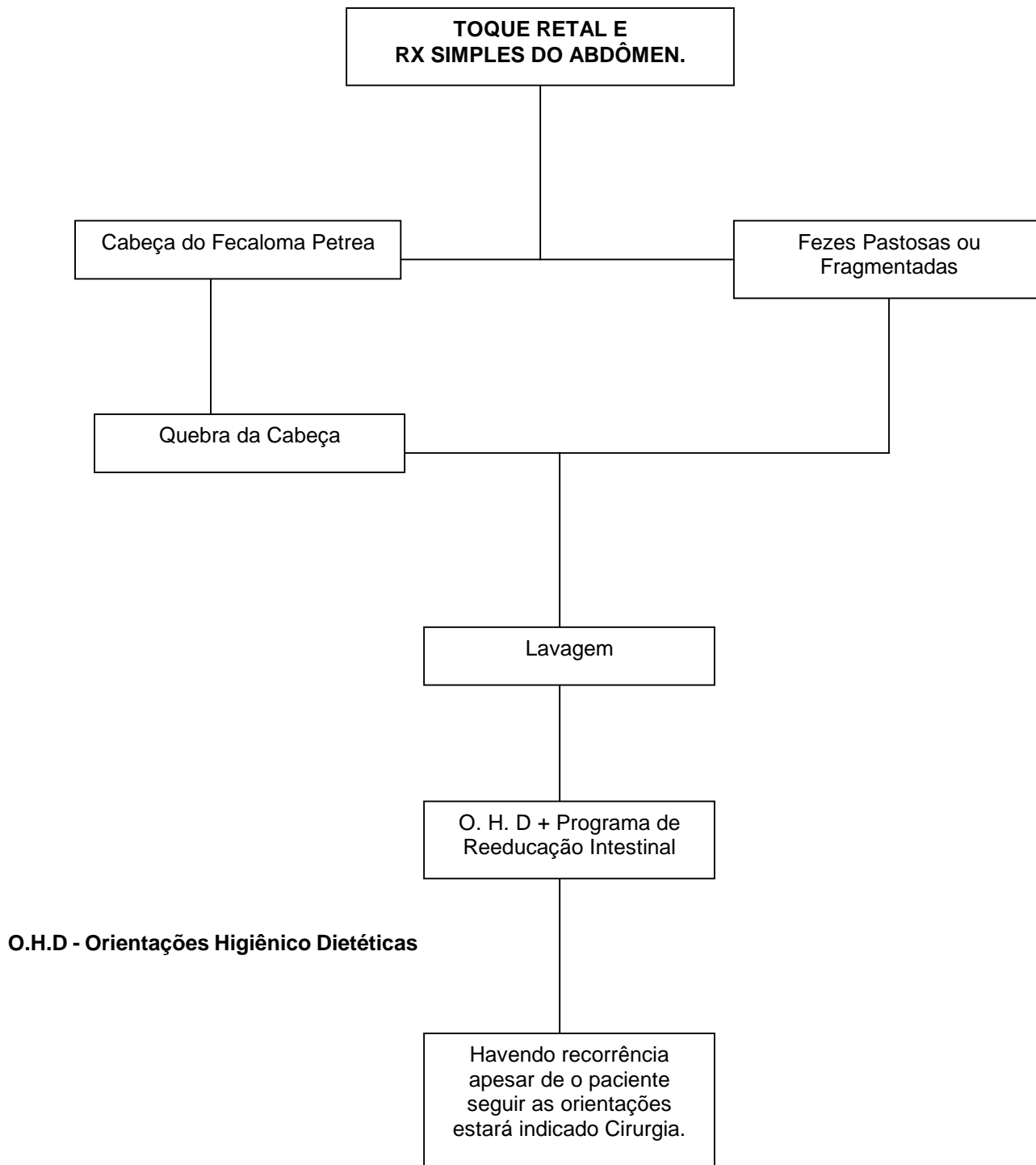
HEMORRÓIDAS



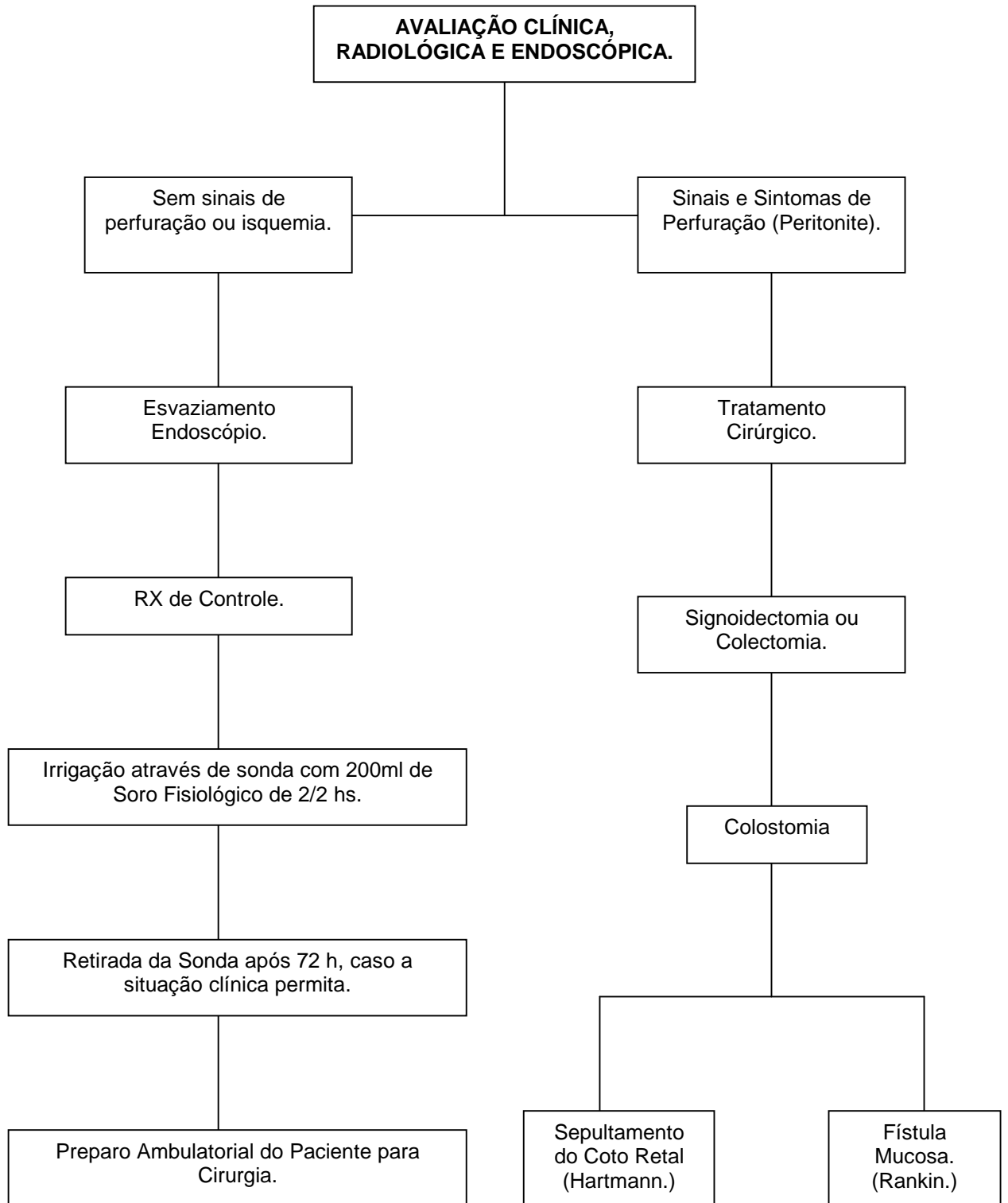
PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

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

FECALOMA

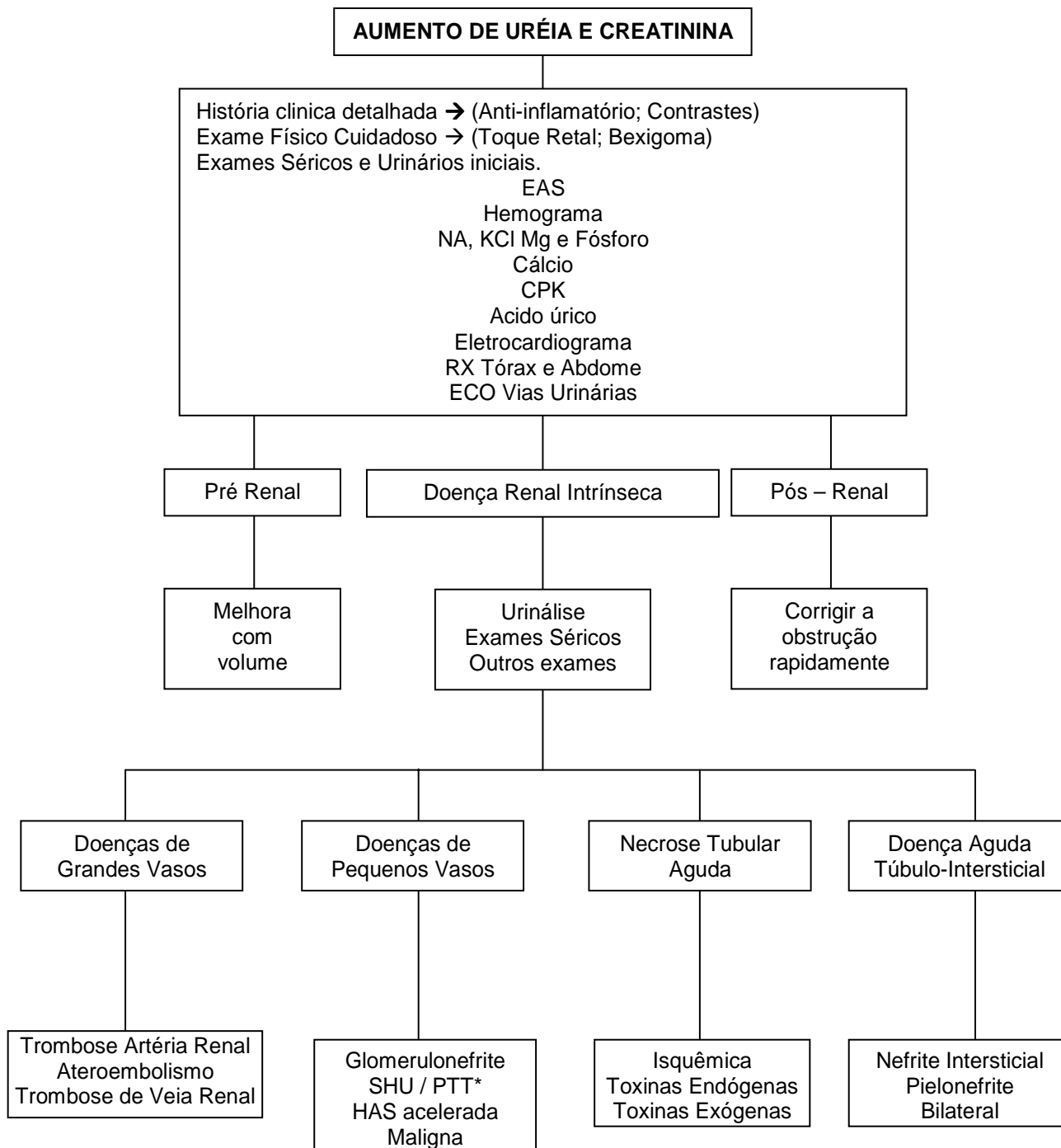


* A Cirurgia será aquela em que o serviço tenha maior experiência.

VOLVO

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

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



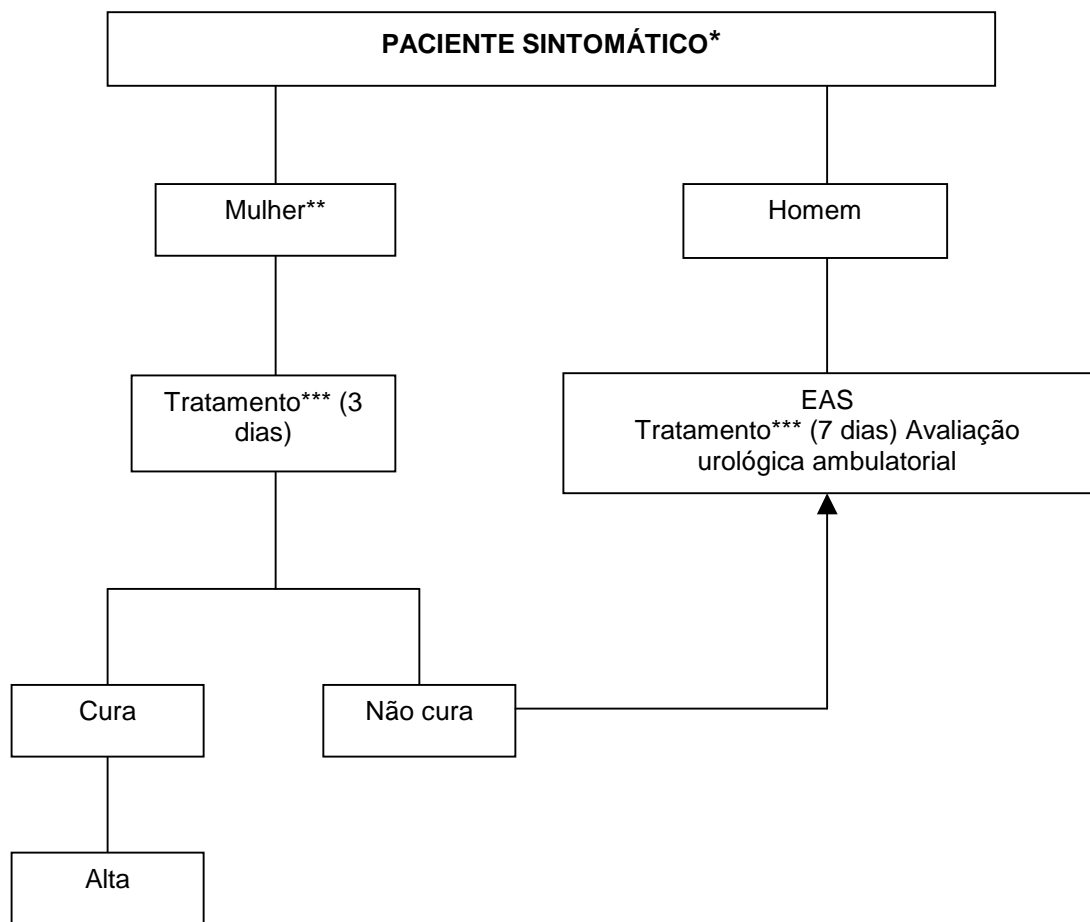
*SHU: (Síndrome Hemolítico - Urêmica)

*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

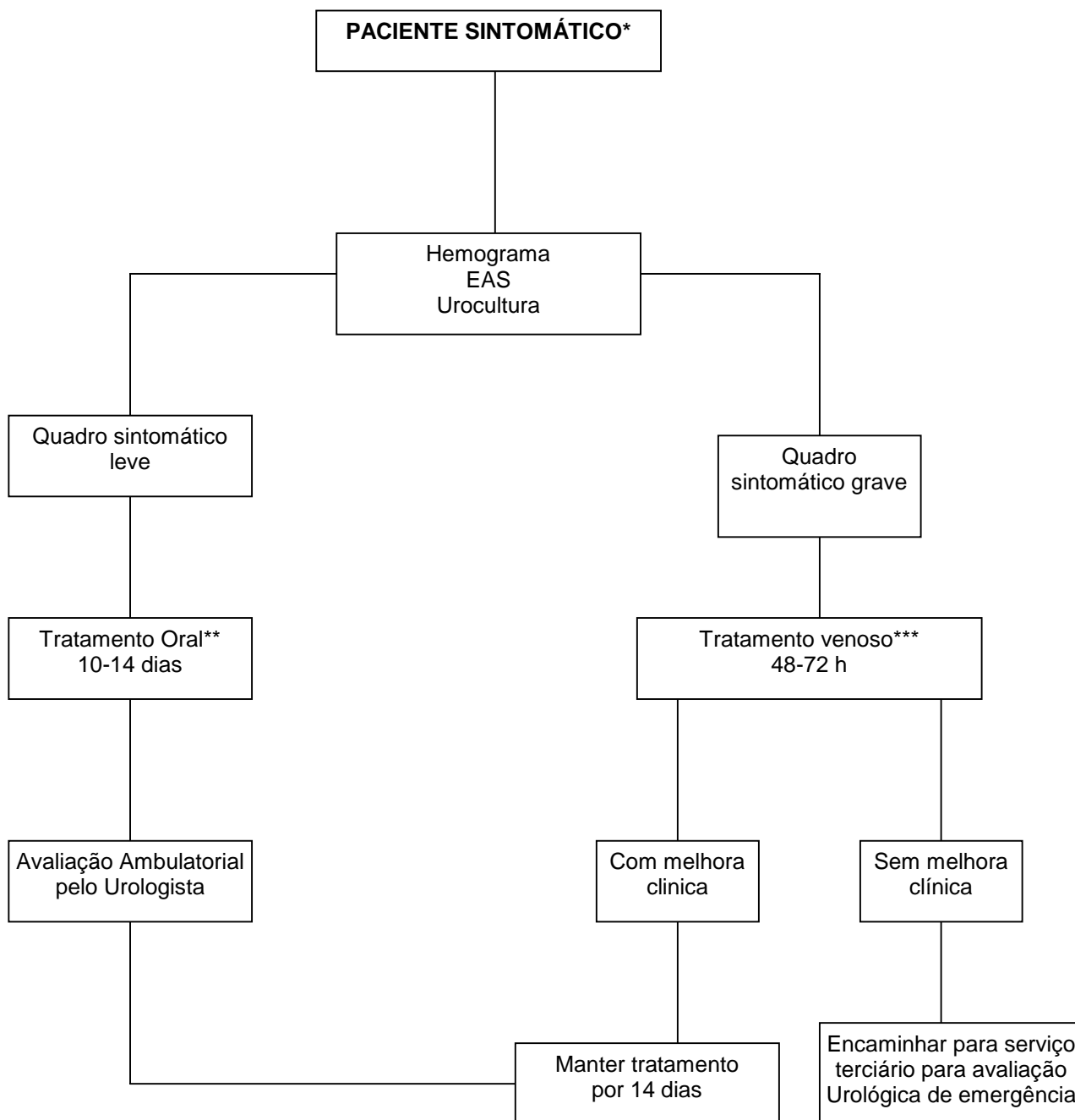
** Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

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)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO



* Sinais e sintomas: dor no flanco, febre > 38°C, náuseas/vômitos e punho percussão presente.

** Preferencialmente quinolona.

*** Ciprofloxacino, Ampicilina-sulbactam, Aminoglicosídeo, Cefalosporinas de 2ª ou 3ª geração e Imipenem+cilastatina.

CÓLICA URETERAL

Definição: sintoma urológico muito freqüente e expressa uma obstrução ureteral aguda de etiologia diversa. Tem sintomatologia típica e dificilmente é confundida com sintomatologia de outros órgãos.

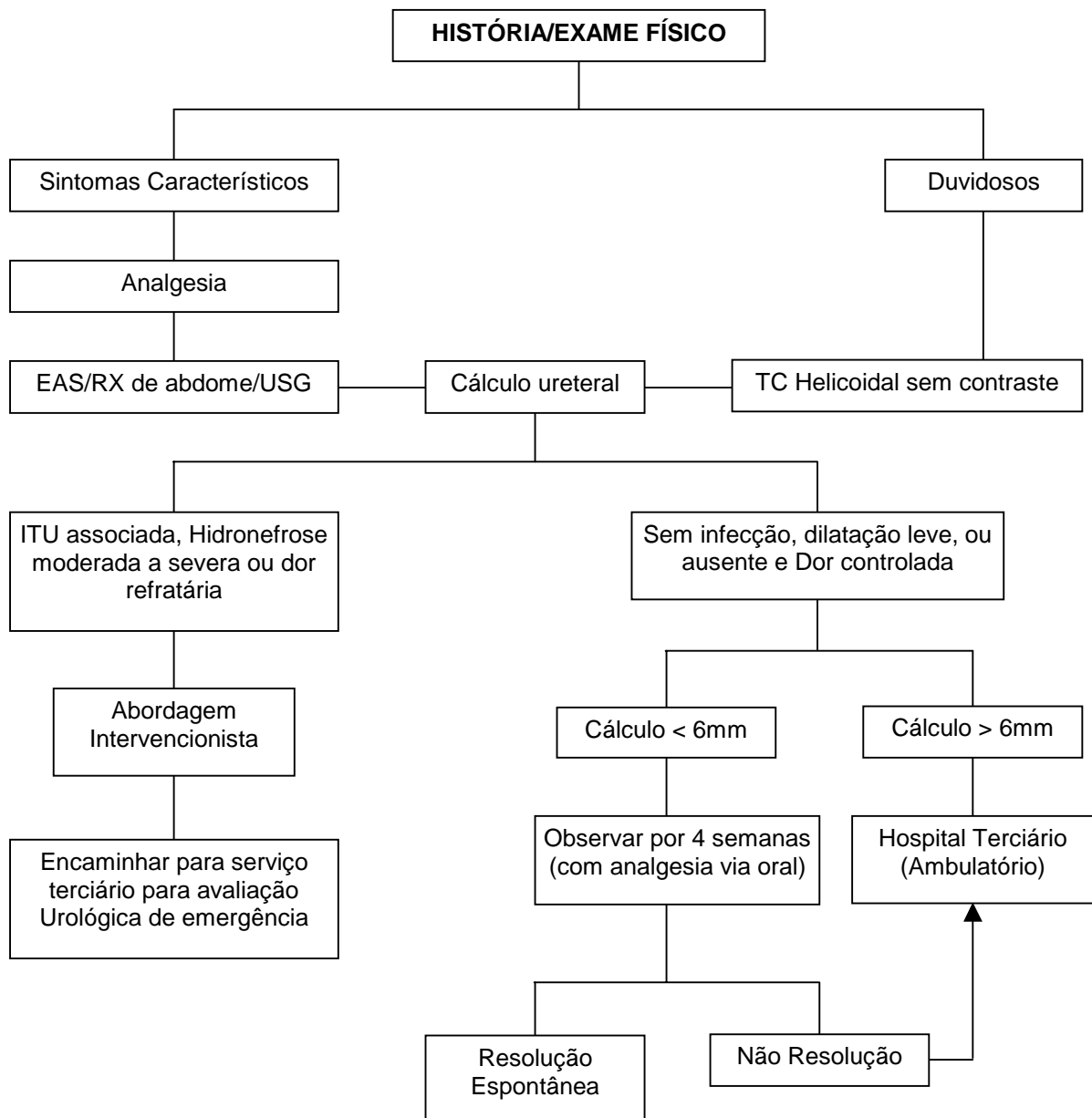
O tratamento inicial é o controle da dor que pode ser iniciado da seguinte forma:

- EV {
 - Dipirona 03 mL
 - Hioscina 02 mL
 - Água destilada 10 mL
- IM - Diclofenaco sódico 75 mg

A metoclopramida pode ser adicionada a este esquema.

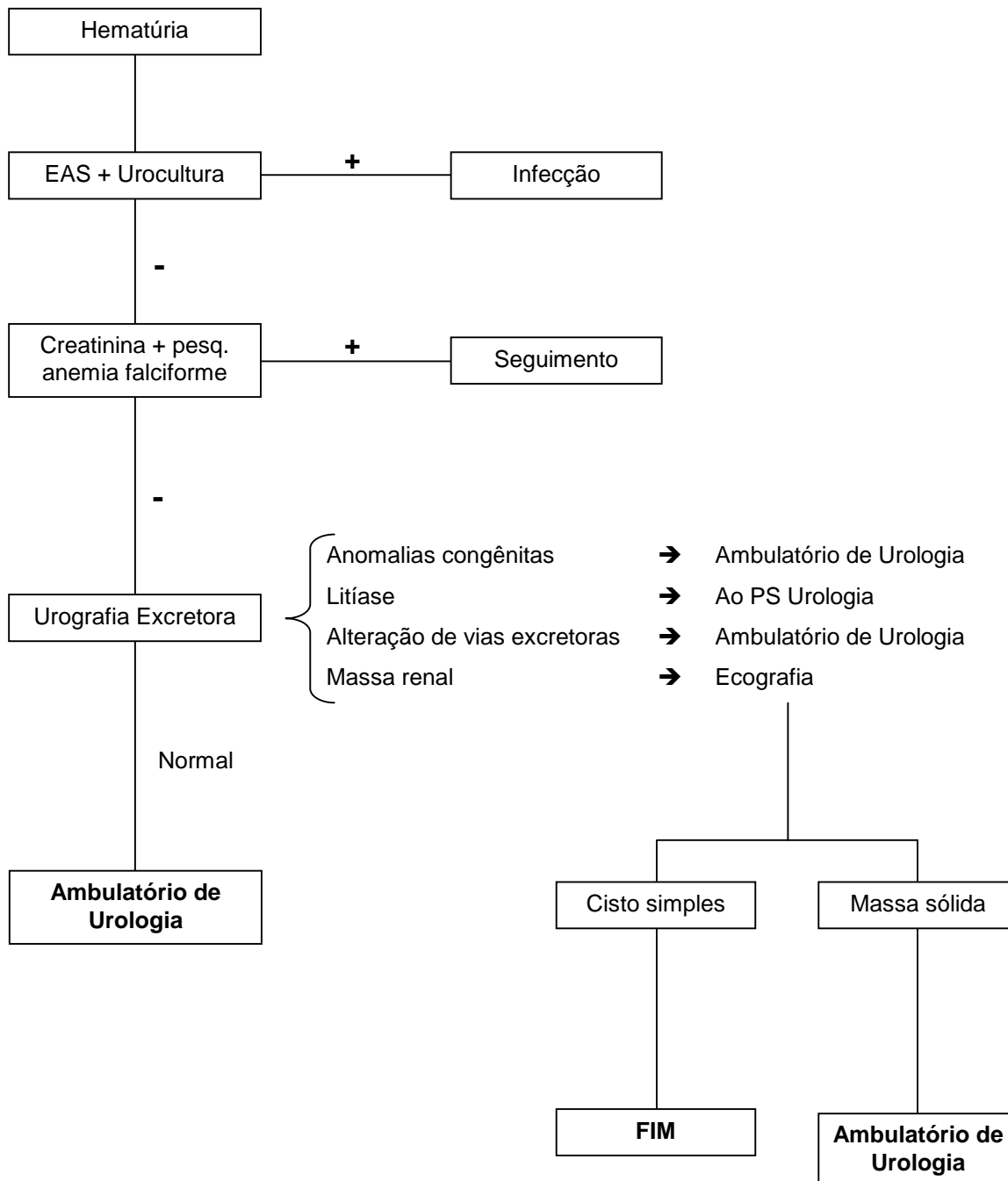
Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

Nos casos de cálculos < 6 mm sem infecção ou dilatação, nos quais será tentado o tratamento conservador, pode ser prescrito hioscina associada à dipirona e um anti-inflamatório não esteróide por via oral.

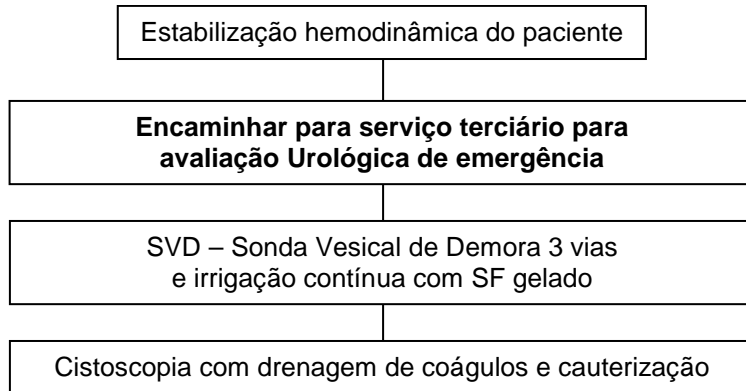


HEMATÚRIA

A hematúria pode representar a única manifestação de diversas doenças do TGU. Logo é um sinal clínico de grande significado. O objetivo da investigação é afastar o diagnóstico de afecções graves e potencialmente curáveis mediante intervenção precoce. Aproximadamente 5 a 20% das hematúrias microscópicas e assintomáticas ocorrem por doenças urológicas significativas e 13% são representados por neoplasias.

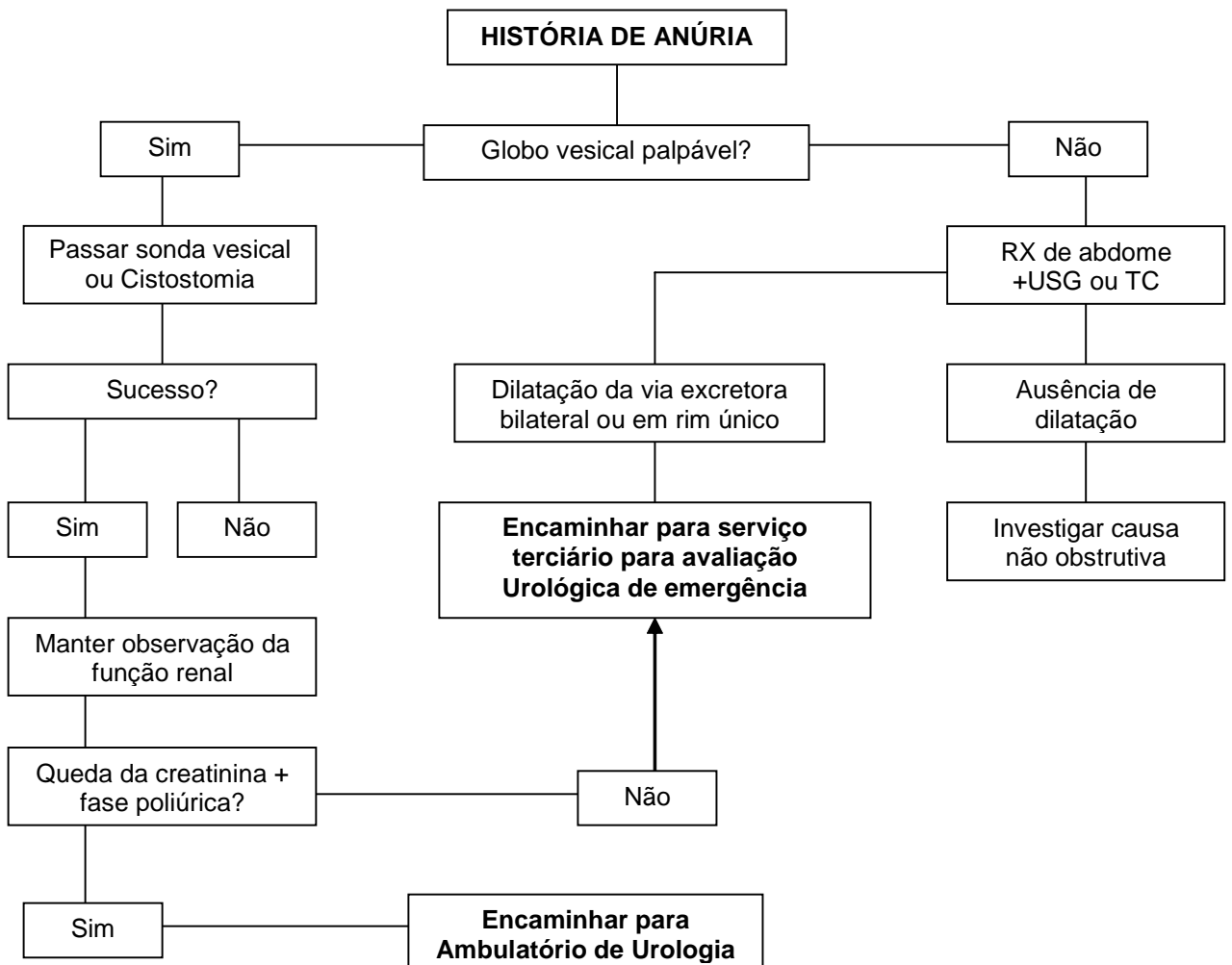


HEMATÚRIA MACIÇA



ANÚRIA OBSTRUTIVA

Estado de Insuficiência Renal Aguda com parada total ou quase total da diurese provocada por obstrução da via excretora. Pode estar associada à litíase renoureteral e vesical ou a obstrução infra-vesical, sendo a sua complicação mais grave. É portanto, uma emergência médico-cirúrgica, impondo a desobstrução rápida da via excretora. Na presença de anúria, se ao exame físico for constatado globo vesical palpável, a medida inicial é a passagem de sonda vesical de demora e, nos casos em que este procedimento não for conseguido, deve ser feita cistostomia supra-púbica por punção com trocáter. Na ausência de globo vesical palpável devem ser feitos exames de imagem para diagnosticar o local de obstrução. Na presença de dilatação da via excretora o paciente deve ser submetido a intervenção cirúrgica o mais precoce possível. É importante ressaltar que sempre devem ser feitos exames complementares para avaliar a função renal e diagnosticar emergência dialítica.



RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

É definida como a incapacidade miccional associada à sintomatologia dolorosa suprapúbica irradiada, ou não, para a região periuretral. Os pacientes se apresentam ansiosos com o quadro de dor intensa podendo ser notado o abaulamento suprapúbico (“bexigoma”). O tratamento consiste em drenagem da urina retida, por cateterismo uretral ou por cistostomia.

Algumas medidas importantes não podem ser esquecidas:

O cateterismo vesical deverá ser tentado após a introdução cuidadosa de 15 a 20ml de xilocaina 2% geléia na uretra do paciente.

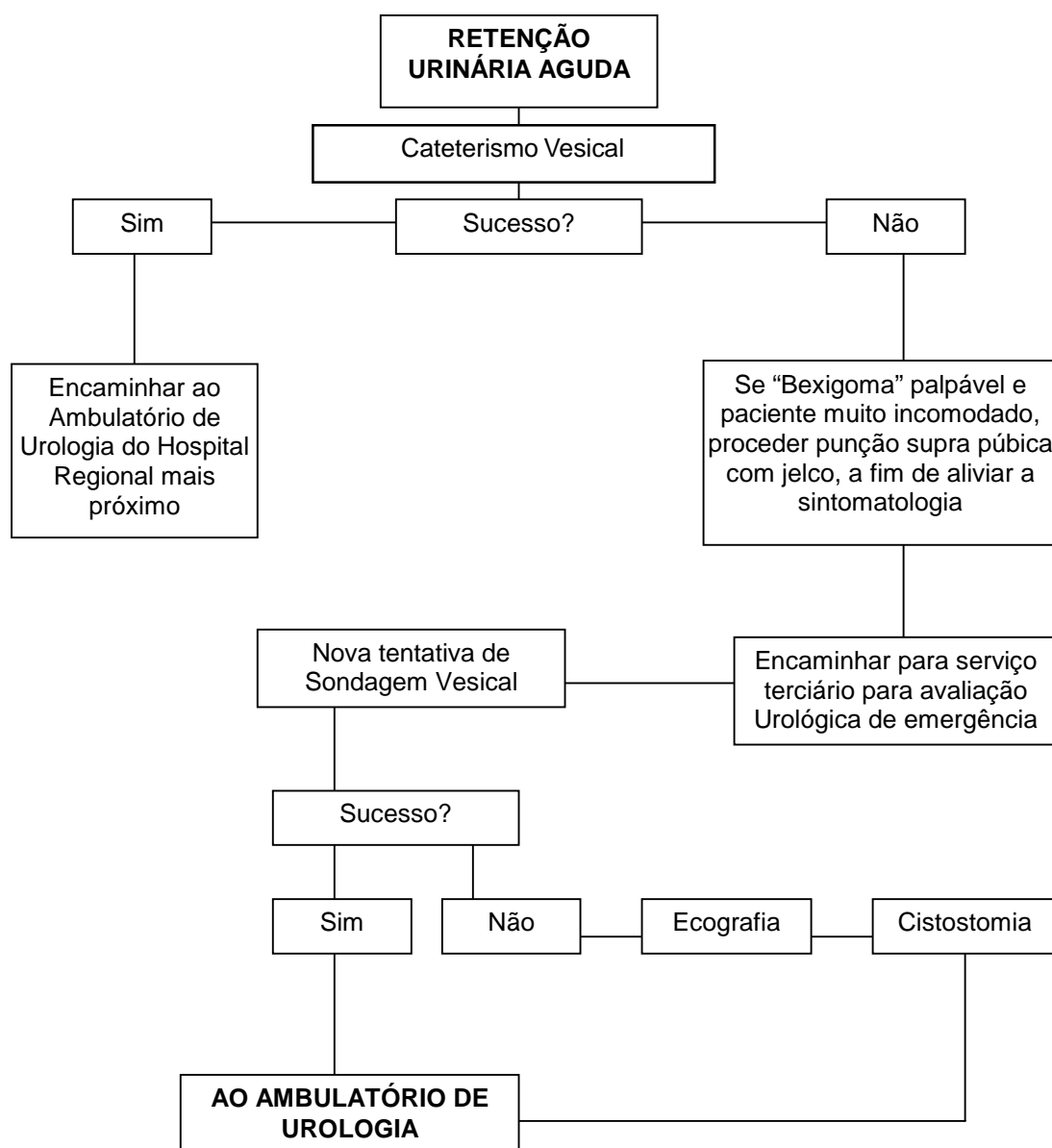
A passagem do cateter deverá ser efetuada sem resistência.

A insuflação do balão só deverá ser feita após a saída de urina através do cateter, confirmando a sua posição intravesical, a fim de evitar lesões uretrais iatrogênicas.

A drenagem da urina deverá ser lenta, de modo a evitar o sangramento agudo da mucosa cervical (hemorragia ex vácuo).

Solicitar hemograma, uréia, creatinina, EAS, urocultura, US de vias urinárias. (Caso seja homem maior de 45 anos, solicitar US prostática e PSA).

Os pacientes em uso de sonda devem tê-las trocadas a cada 15-20 dias em postos de saúde até definição de conduta ambulatorial por urologista.



PRIAPISMO

É definido como uma ereção peniana prolongada e persistente, frequentemente dolorosa, desencadeada ou não por estímulo sexual. Pode ser classificado como de baixo (venoclusivo) ou alto fluxo (arterial).

Priapismo de baixo fluxo:

É o tipo mais comum.

Múltiplas causas.

Caracterizado pela diminuição do retorno venoso, estase vascular, determinando a hipóxia tecidual e acidose.

Geralmente é doloroso em razão da isquemia tecidual.

As causas mais comuns são: vasodilatadores intracavernosos, alterações hematológicas como anemia falciforme e leucemia, psicofármacos e idiopáticos.

Priapismo de alto fluxo:

Caracteriza-se pelo aumento de fluxo arterial com retorno venoso normal.

Geralmente é indolor.

Na maioria das vezes é causado por trauma perineal ou peniano.

O estudo metabólico é realizado por meio de gasometria cavernosa associada a pressão parcial de O₂, que abaixo de 40mmHg é indicativo de priapismo de baixo fluxo, enquanto valores acima de 80mmHg sugerem priapismo de alto fluxo.

O objetivo do tratamento do priapismo é obter a detumescência com o máximo de rapidez para prevenir danos permanentes ao tecido, assim como o alívio efetivo da dor.

Observação: Todo paciente tratado por priapismo deve ser orientado sobre os riscos de evoluir para disfunção erétil.

Tratamento:

A primeira conduta é aspiração dos corpos cavernosos, avaliando a gasometria sanguínea.

Caso não se tenha gasometria, não deve injetar agonistas α -adrenérgicos.

No caso de priapismo de alto fluxo, o diagnóstico deverá ser confirmado por doppler peniano ou arteriografia seletiva, pois geralmente ocorre resolução espontânea, caso contrário, o paciente deverá ser submetido a embolização arterial.

**TODOS PACIENTES COM ESSA PATOLOGIA DEVEM
SER ENCAMINHADOS PARA SERVIÇO TERCIÁRIO
PARA AVALIAÇÃO UROLÓGICA DE EMERGÊNCIA**

PARAFIMOSE

É caracterizada por dor, edema e congestão vascular da glândula, resultante da retração do prepúcio com anel estenótico para trás da glândula. Pode ser iatrogênica (principalmente durante sondagem vesical, pelo fato de não voltar o prepúcio para sua posição habitual); manipulação do pênis pelas crianças e adolescentes ou durante atividade sexual.

O exame físico do paciente é suficiente para o diagnóstico. O tratamento consiste na redução manual e, se não houver sucesso, manobras invasivas.

MANOBRAS NÃO INVASIVAS

Período precoce (poucas horas de evolução, pouco edema, sem necrose de glândula): redução manual da glândula através do anel estenótico com auxílio de gel lubrificante, exercendo uma pressão firme sobre a glândula, como polegar, enquanto se traciona o prepúcio com os outros dedos em forma de pinça.

Sucesso: Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.

Insucesso: Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

Período precoce (apresentando edema importante, mas sem necrose de glândula): tentar manobras para reduzir edema antes da redução manual (como foi descrito anteriormente).

Manobras para reduzir edema: comprimir de maneira firme e suave a área edemaciada e utilizar gelo sobre a área edemaciada.

Sucesso: Alta hospitalar com analgesia e encaminhar para avaliação ambulatorial com urologista.

Insucesso: Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

MANOBRAS INVASIVAS

Período Tardio (paciente com várias horas de evolução, edema prepucial importante, presença de necrose de prepúcio e glândula): **Sempre encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência.**

Manobras invasivas para redução de parafimose: Procedimentos devem ser realizados sob anestesia local.

Manobra 01: utilização de agulha e realizar múltiplas perfurações em área edemaciada no intuito de drenar o líquido intersticial e reduzir o edema para facilitar a redução manual.

Manobra 02: em falha da manobra 01, realizar incisão do anel estenótico, na região dorsal do pênis após infiltração anestésica local. Deve-se incisar a pele no sentido longitudinal e suturar no sentido transversal, ampliando a área de estenose do prepúcio.

Manobra 03: em casos de sofrimento vascular da glândula, avaliar individualmente cada caso, sendo necessário levar ao centro cirúrgico para realização de postectomia e desbridamento de tecidos necróticos.

Alta hospitalar em uso de AINE e antibiótico oral, retorno ambulatorial para seguimento do caso.

ESCROTO AGUDO

Dor testicular aguda ou escroto agudo corresponde a 0,5% dos atendimentos de urgência. Compreende diferentes afecções dos componentes escrotais com quadros clínicos peculiares, por vezes de difícil diferenciação que demandam terapêutica individualizada, algumas no âmbito emergencial. Diagnóstico Diferencial: orquiepididimite aguda, abscesso testicular, torção do cordão espermático ou apêndices intra-escrotais e outras.

Torção testicular: principal causa de dor escrotal aguda na infância (25 a 30%) e na adolescência (60%), com mediana de idade 14-15 anos. Apresenta-se como dor testicular unilateral, início abrupto, geralmente com sinais flogísticos locais, náuseas e vômitos. Ao exame físico o testículo pode adquirir posição horizontalizada, com epidídimo em sua face anterior. O reflexo cremastérico está ausente. A terapêutica não deve ser postergada sob o risco de perda deste testículo (geralmente em 4-6 horas).

DOR TESTICULAR AGUDA UNILATERAL

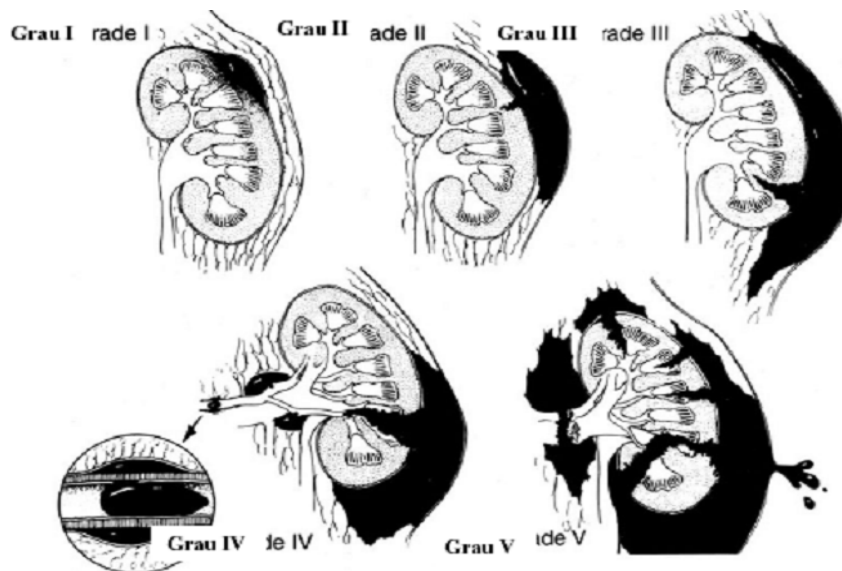
Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

TRAUMA RENAL I

Durante a avaliação do politraumatizado (ATLS), deve-se suspeitar de lesão renal na presença de hematúria, escoriações ou hematoma em região lombar ou flanco, fratura dos últimos arcos costais ou das primeiras vértebras lombares. Sua etiologia envolve traumas contusos e penetrantes, além de traumas que envolvem mecanismos de desaceleração brusca.

O exame padrão ouro para avaliar e classificar o trauma renal é a tomografia computadorizada de abdome (sem e com contraste iodado: 1ml/kg), podendo-se realizar também a urografia excretora (UGE) ou ultrassonografia, na impossibilidade de realização da TC ou a depender do estado hemodinâmico do paciente.

Pode-se ainda realizar um único filme da UGE com 10 minutos ("one shot") utilizando 2 ml/kg de contraste iodado EV em bolus, no centro cirúrgico, no pré ou no transoperatório. Sempre que possível, deve-se classificar o grau da lesão renal para conduta e seguimento.



Grau I – Contusão simples; hematoma subcapsular sem expansão, sem laceração do parênquima

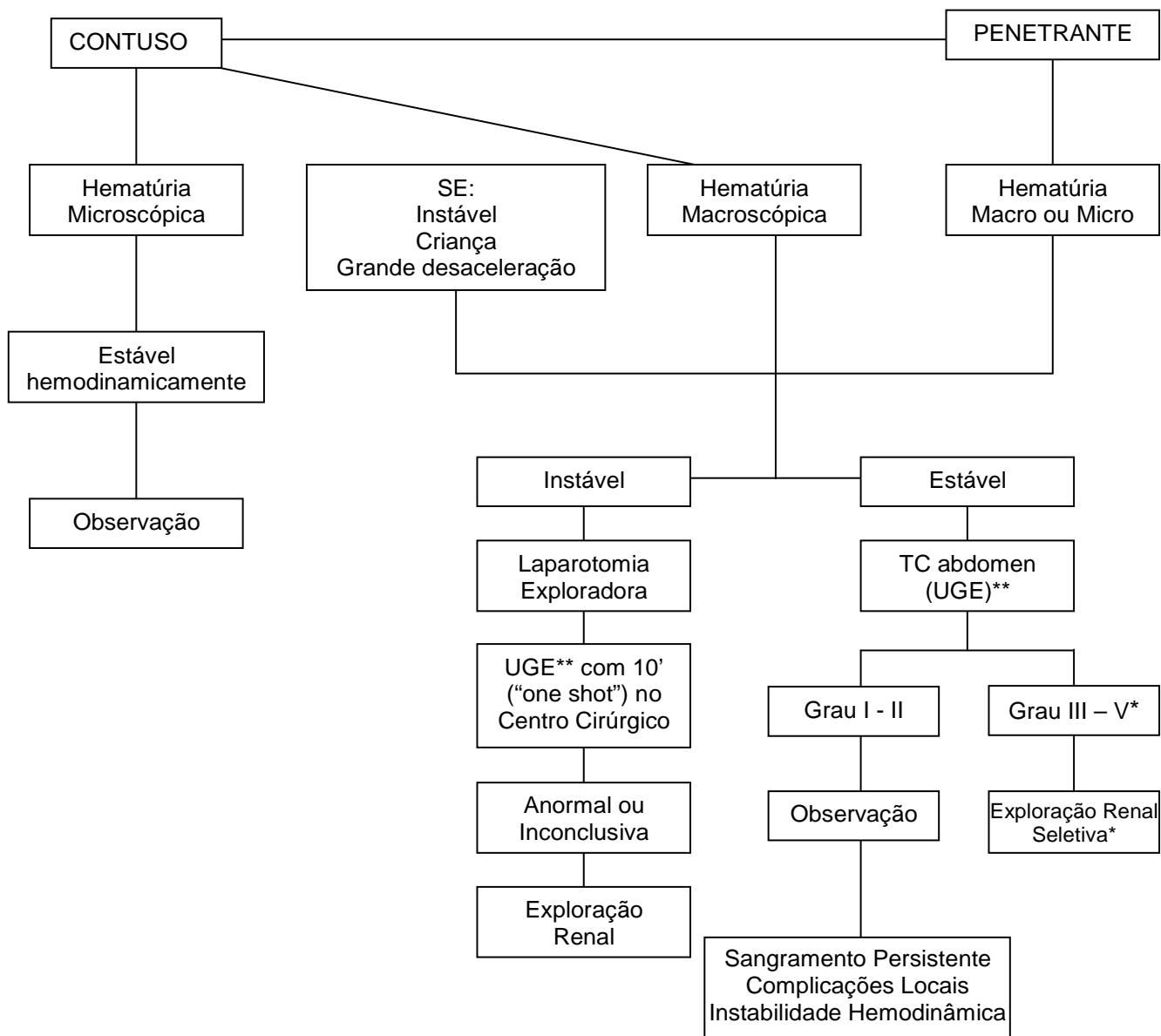
Grau II – Hematoma peri-renal estável, confinado ao retroperitônio; lesão do parênquima < 1 cm sem lesão do sistema coletor

Grau III – Lesão do parênquima > 1 cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina.

Grau IV – Laceração de córtex, medula e sistema coletor. Laceração vascular de artéria ou veia renal, com hemorragia controlada (trauma de desaceleração, geralmente apresentado como não captação renal de contraste e hematoma local)

Grau V – Laceração com rim fragmentado / lesão cominutiva. Avulsão parcial ou total do pedículo renal

TRAUMA RENAL II

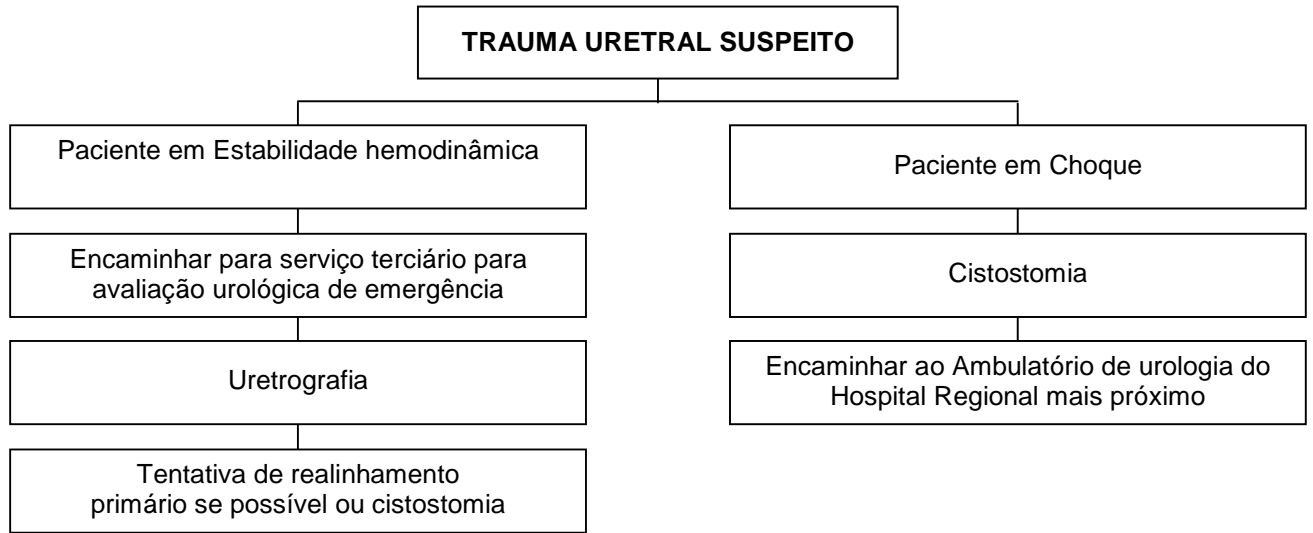


* Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

** UGE – Urografia Excretora

TRAUMA URETRAL

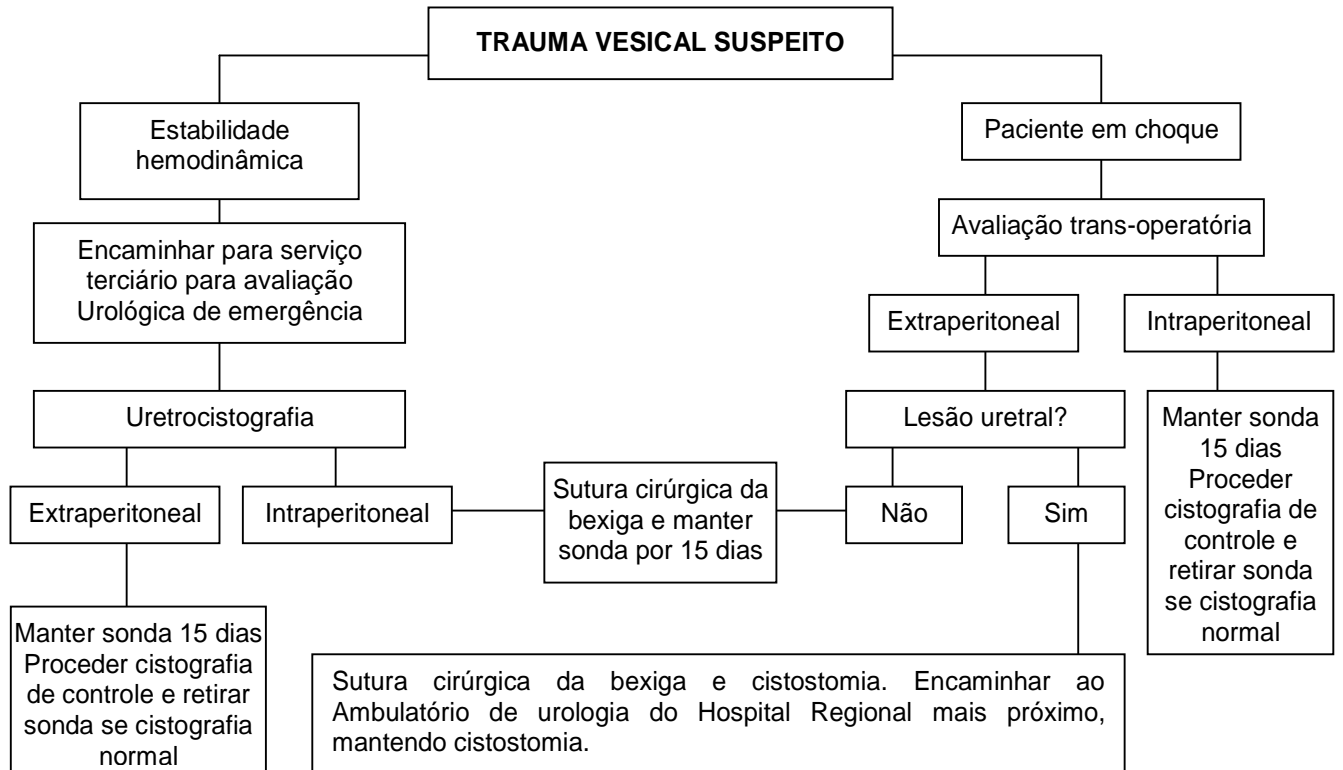
Representado por sangramento no meato uretral geralmente após trauma pélvico, queda a cavaleiro ou por lesão iatrogênica durante tentativa de sondagem vesical. Nunca tentar sondagem uretral em caso de suspeita de lesão uretral.



TRAUMA VESICAL

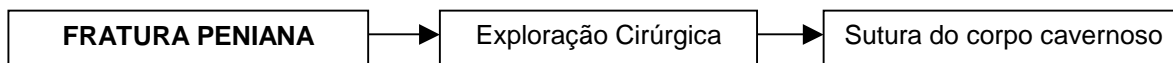
Ruptura Traumática da Bexiga.

Pode ser decorrente de trauma abdominal contuso ou penetrante, bem como pode ser por lesão iatrogênica.



FRATURA PENIANA

Representado por dor e estalo no pênis, geralmente durante intercurso sexual, seguido de detumescência peniana e hematoma peniano. **Todos** os casos deverão ser encaminhados para serviço terciário para avaliação urológica de emergência.



TRAUMA GENITAL

O trauma genital é classificado em traumas contuso e penetrantes. Podem ser isolados ou associados ao politrauma. Os paciente politraumatizado deve receber atendimento conforme o protocolo do ATLS, sendo que as lesões genitais começam a ser indentificada na fase C, do ABCDE do trauma com o controle de sangramento e posterior tratamento definitivo.

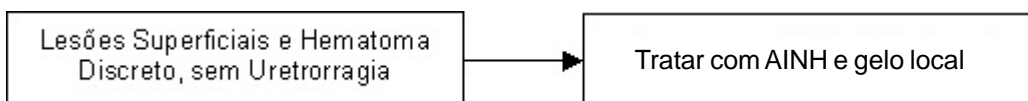
AGENTES CAUSADORES:

ACIDENTES	Automobilístico; Esportivos; Animais
ESFERA SEXUAL	Masturbação; Intercurso Sexual; Prática Bizarra
CRIMINOSOS	Ferimentos por arma de fogo; Ferimentos por arma branca; Automutilações ou mutilações

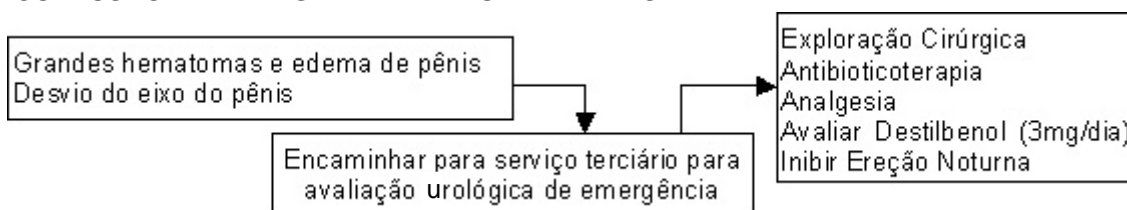
TRAUMA DE PÊNIS

Devem ser conduzidos conforme cronogramas abaixo:

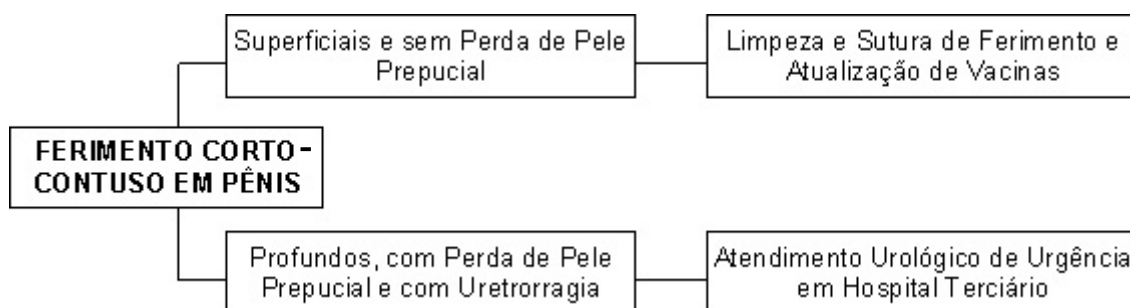
CONTUSÃO PENIANA LEVE



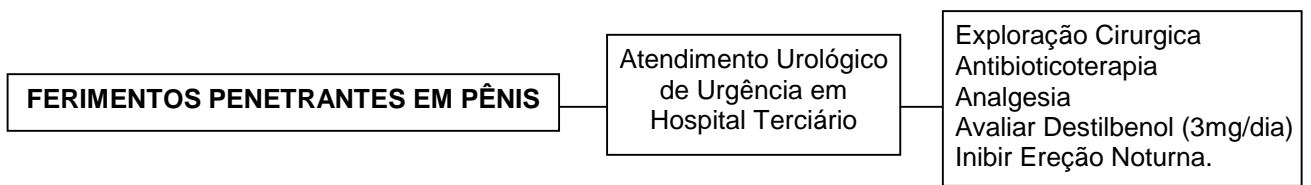
CONTUSÃO PENIANA GRAVE E FRATURA DE PÊNIS.



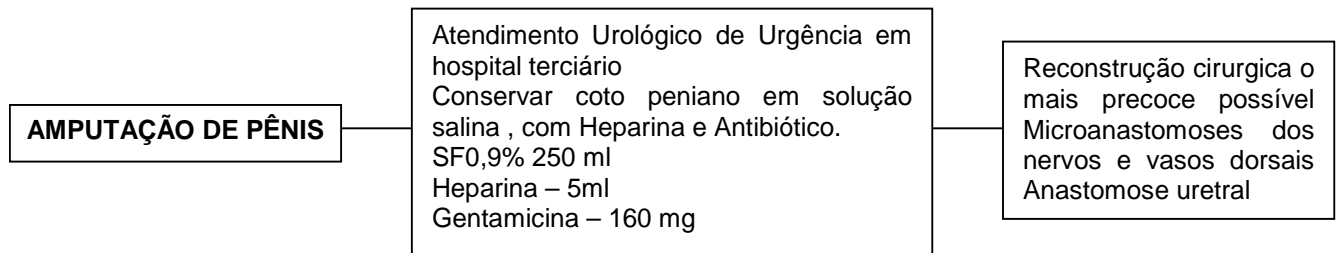
FERIMENTOS CORTANTES EM PÊNIS



FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS

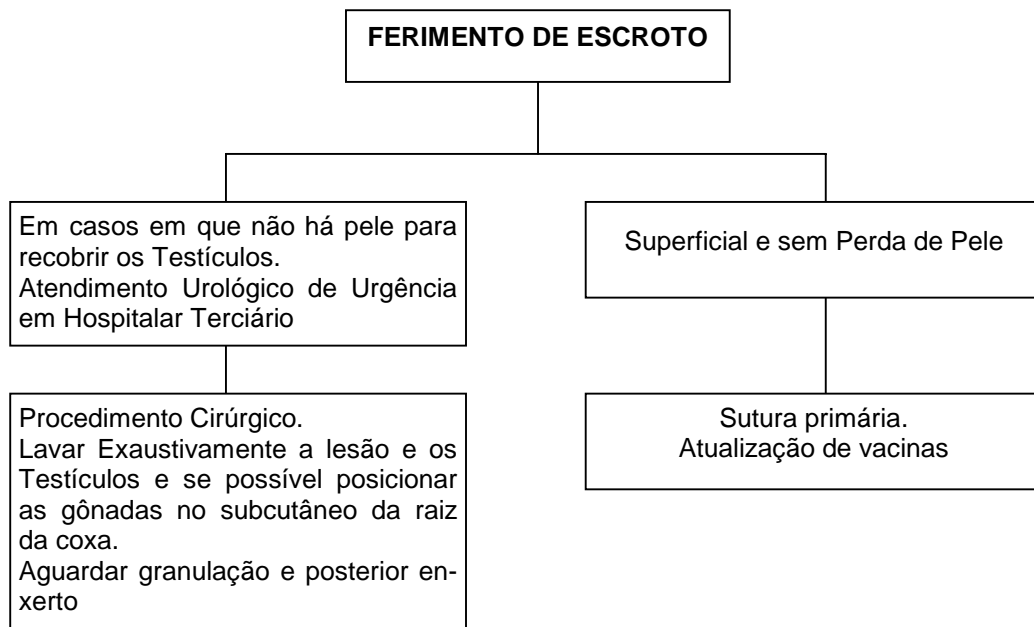


AMPUTAÇÃO DE PÊNIS



TRAUMA DE ESCROTO

O Escroto tem grande elasticidade, sendo que, na maioria das vezes as lesões podem ser corrigidas com sutura primária.



TRAUMA DE TESTÍCULO

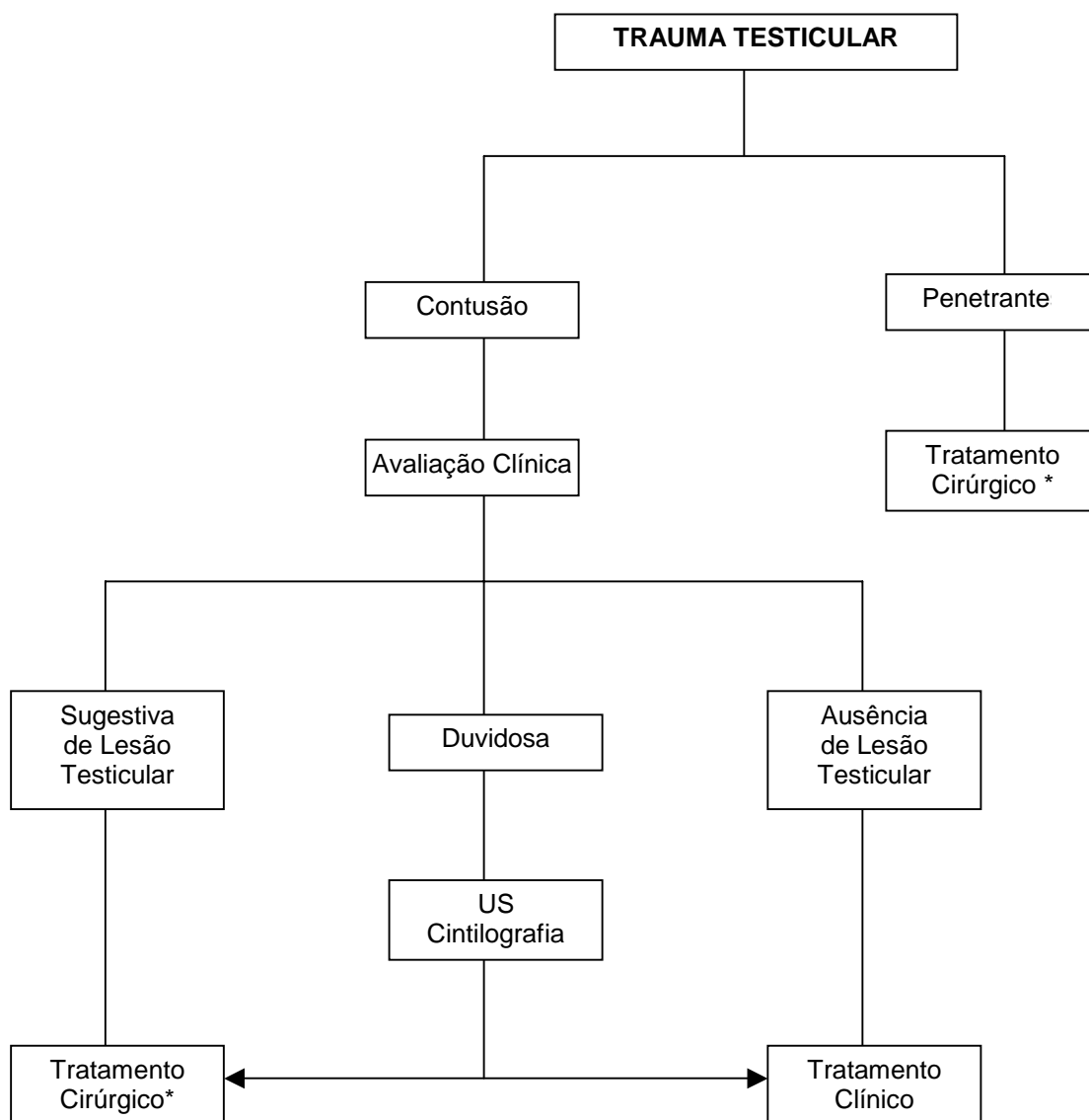
O trauma testicular se divide em fechados e penetrantes.

O diagnóstico e conduta terapêutica devem se basear principalmente na história e achados do exame físico.

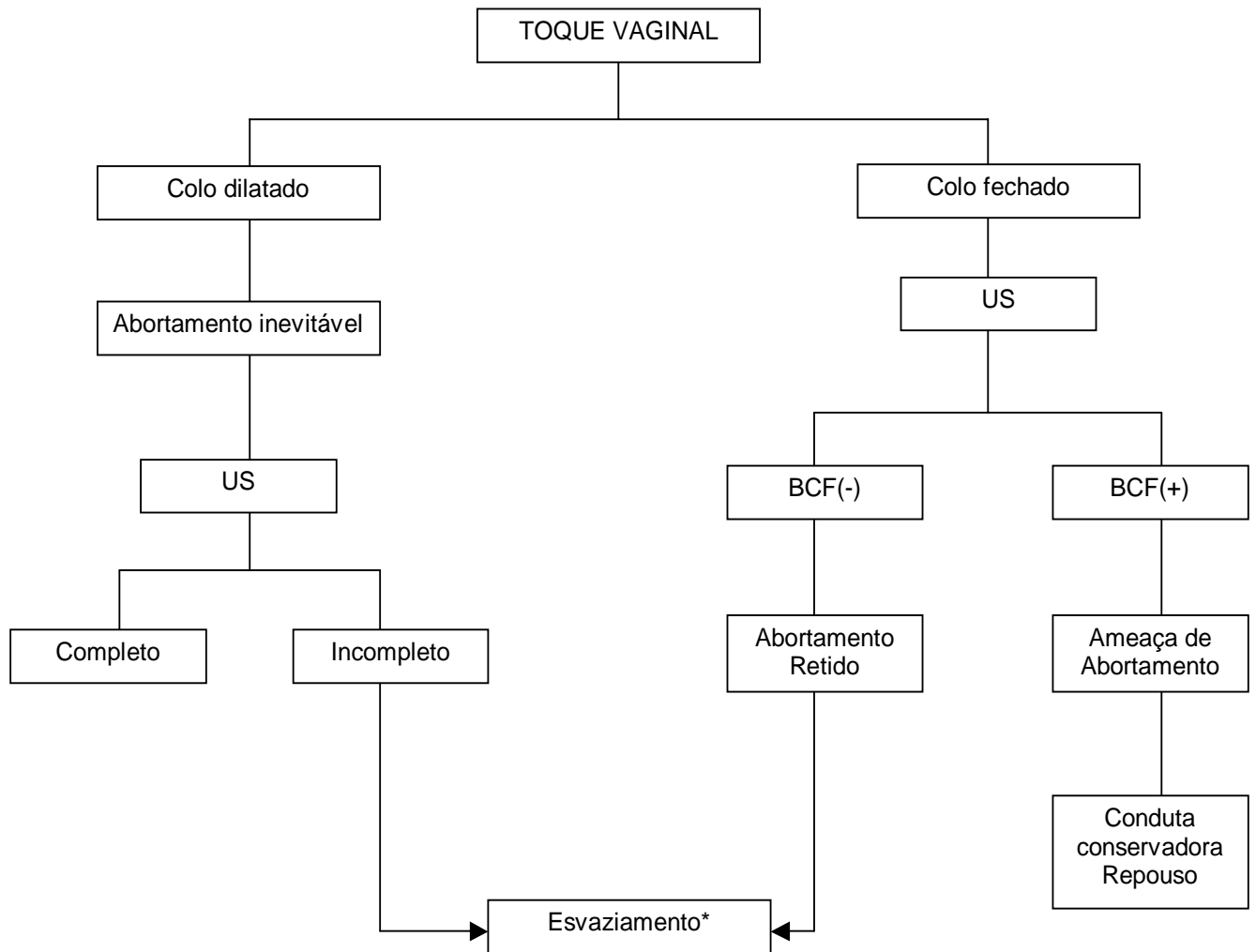
O método de imagem de escolha no trauma testicular é a Econografia.

O tratamento conservador deve ser realizado com analgésicos, AINH, compressa de Gelo e suspensório escrotal.

O tratamento cirúrgico se dá pela exploração escrotal, com drenagem do hematoma e hematocele, lavagem abundante, debridamento do tecido e túbulos seminíferos necróticos, síntese da albugínea com sutura absorvível, dreno de Penrose por 24 a 36 horas e antibiótico de largo espectro por 7 dias.



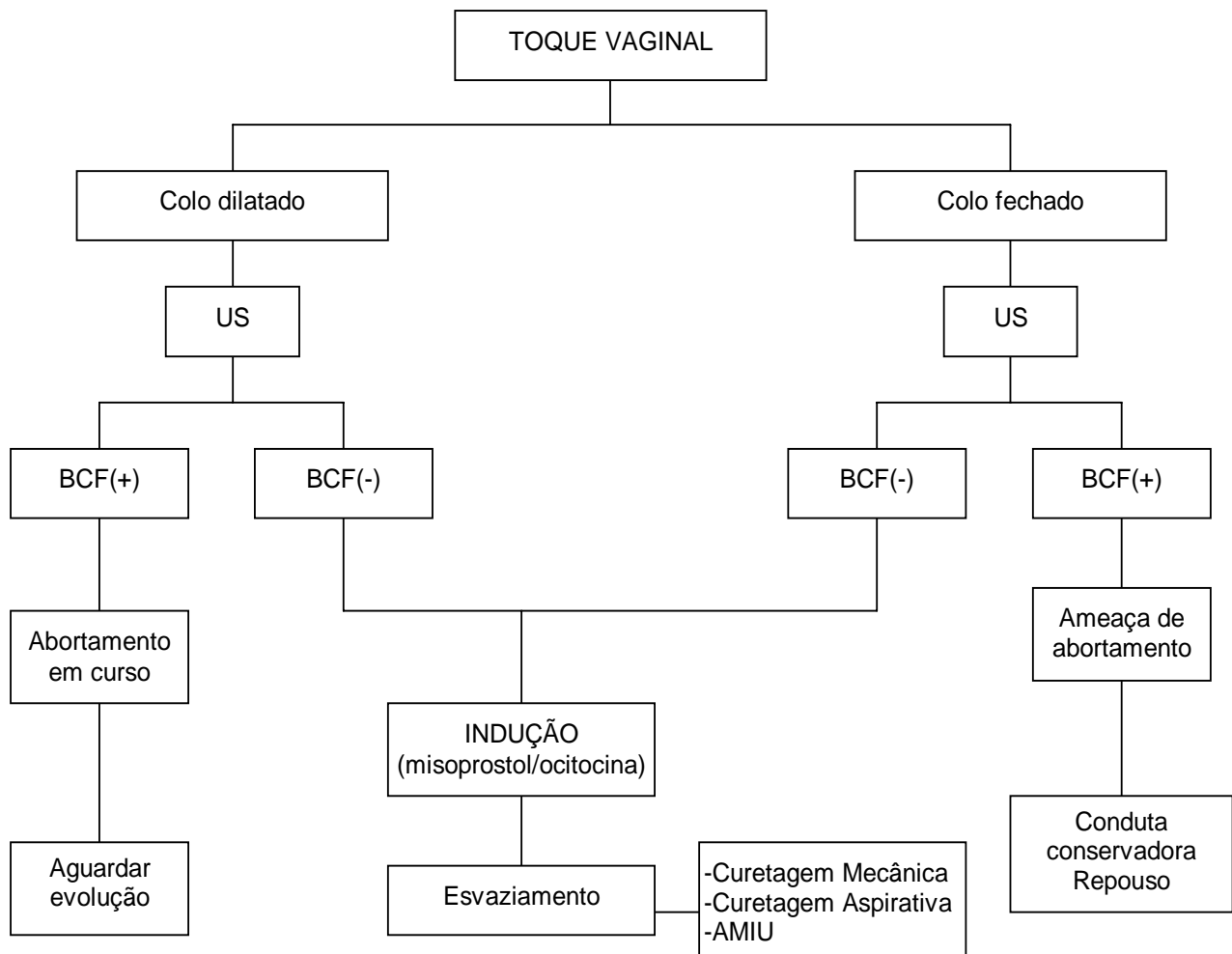
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE DADOS CLÍNICOS



Nos casos em que a mulher for Rh(-), é mandatória a utilização de imunoglobina Anti-D.

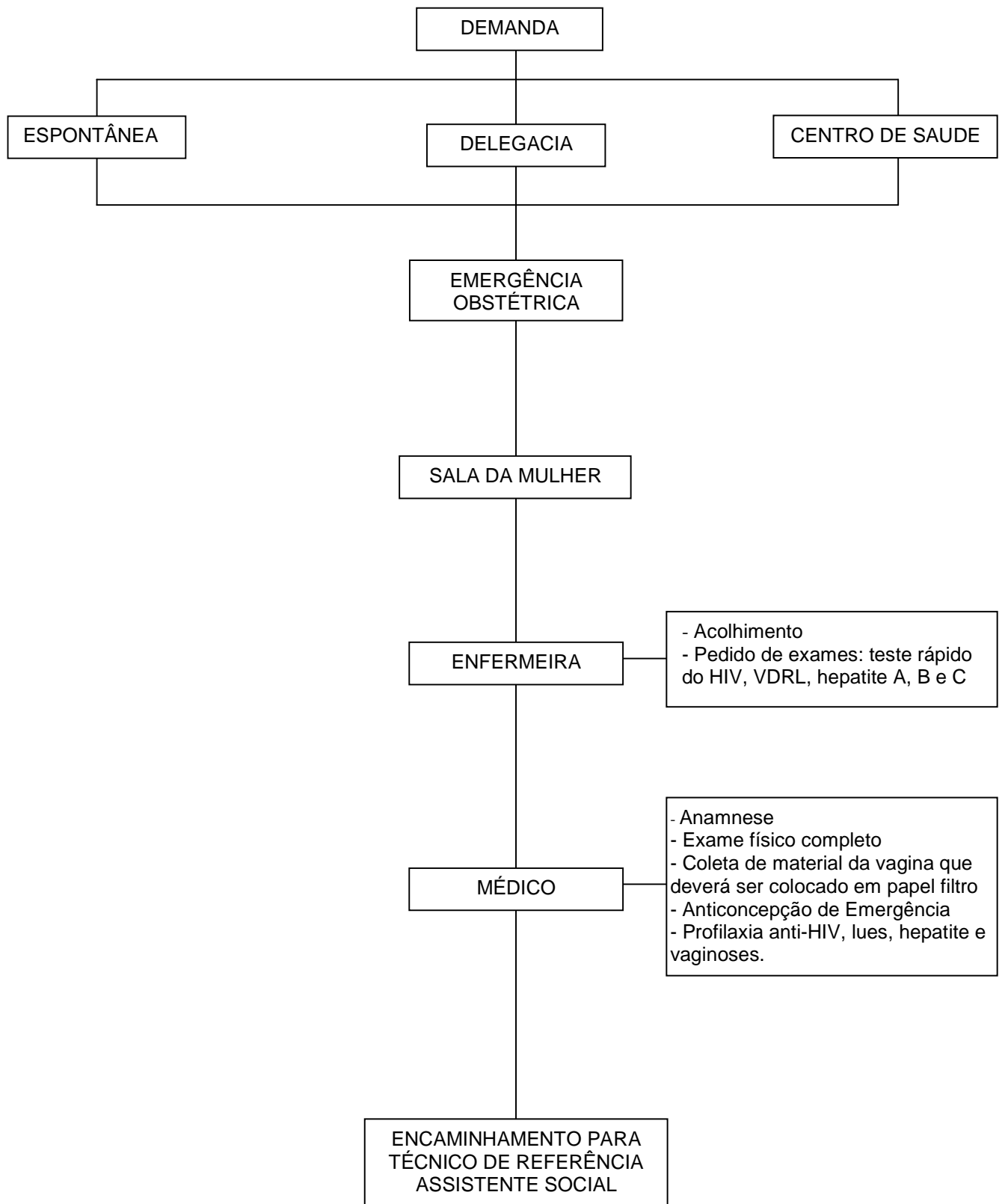
* Utilizar preferencialmente Aspiração Manual Intra-Uterina - AMIU

CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO DADOS CLÍNICOS

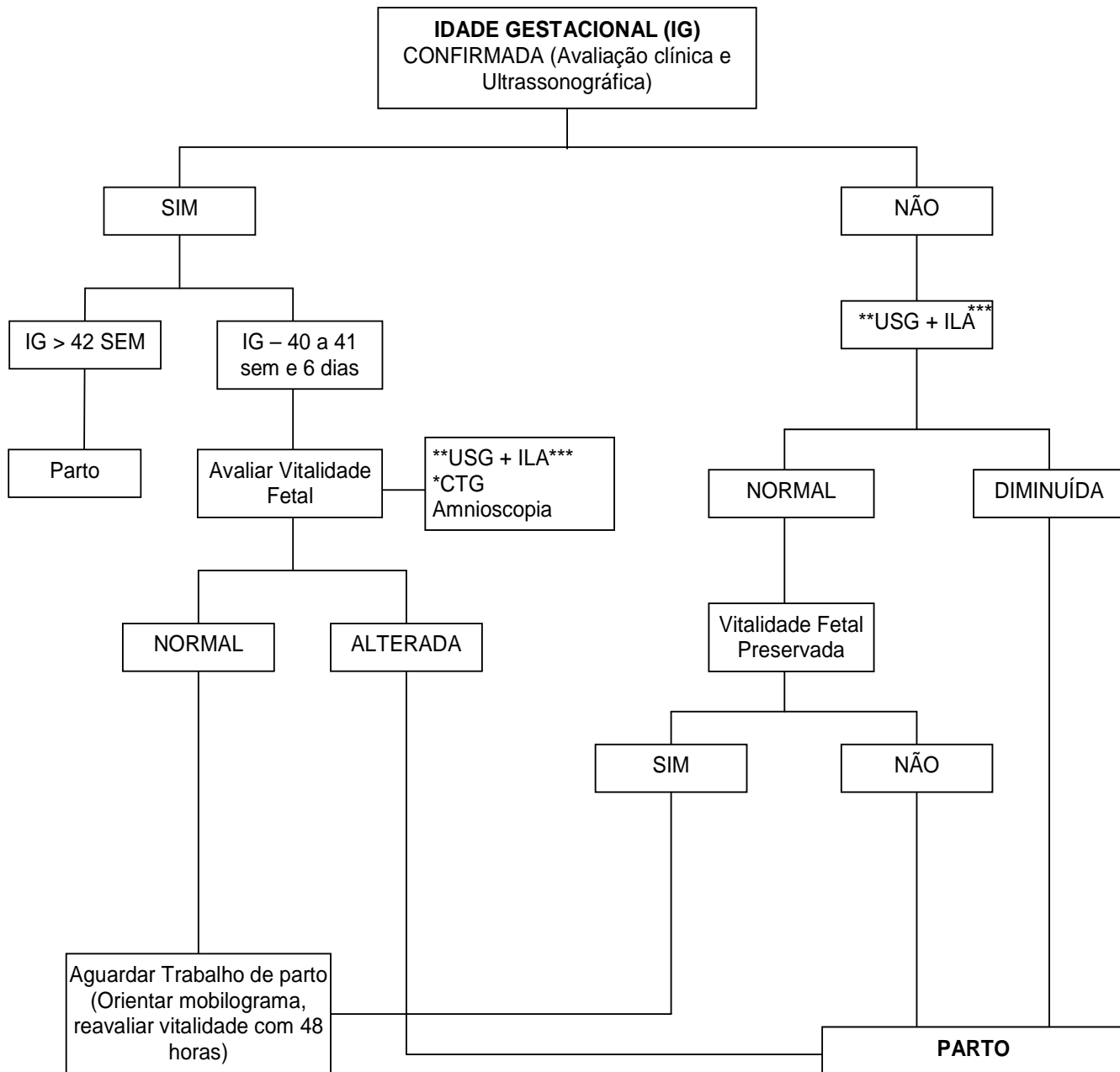


Nos casos em que a mulher for Rh (-), é mandatória a utilização de imunoglobulina Anti-D.

ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

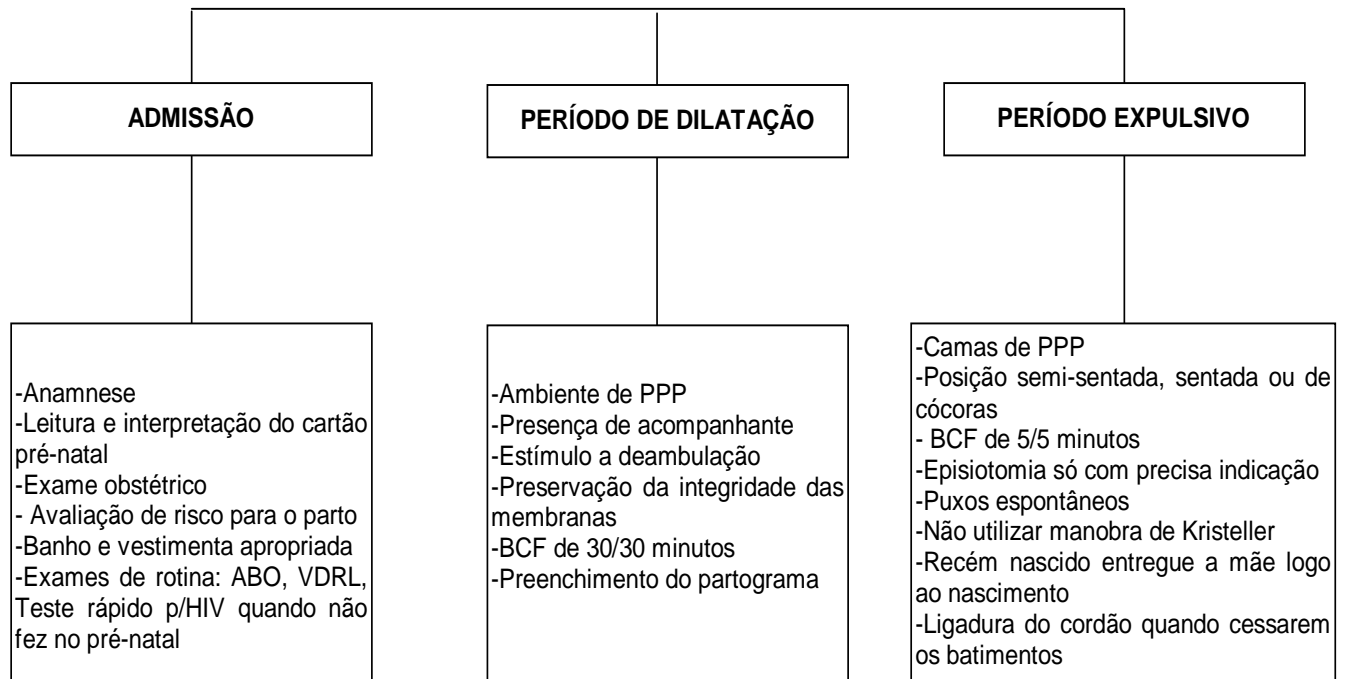


GESTAÇÃO PROLONGADA

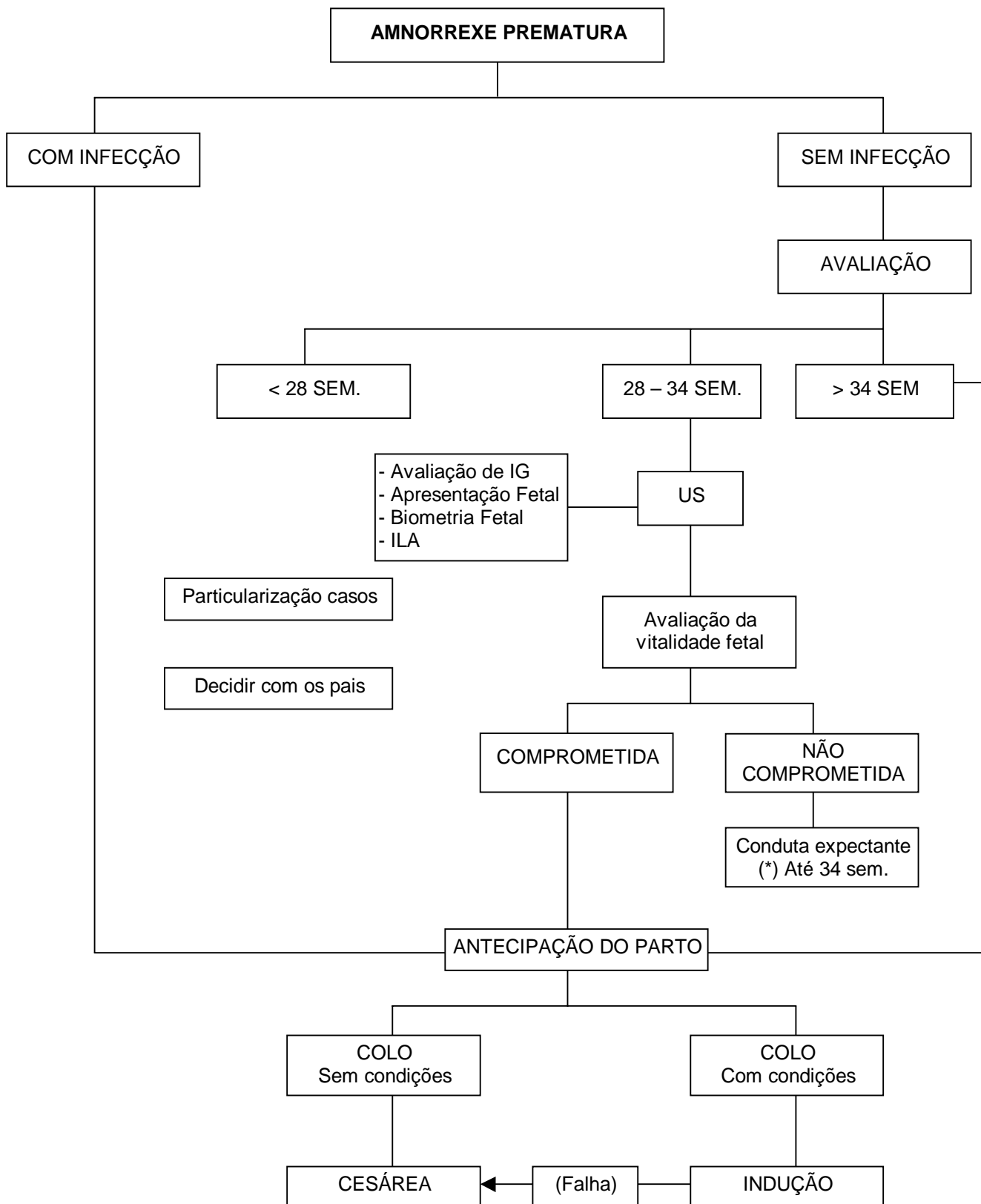


*CTG – Cardio Tocografia Gestacional
 **USG – Ultrassonografia Gestacional
 ***ILA - Índice de Líquido Amniótico

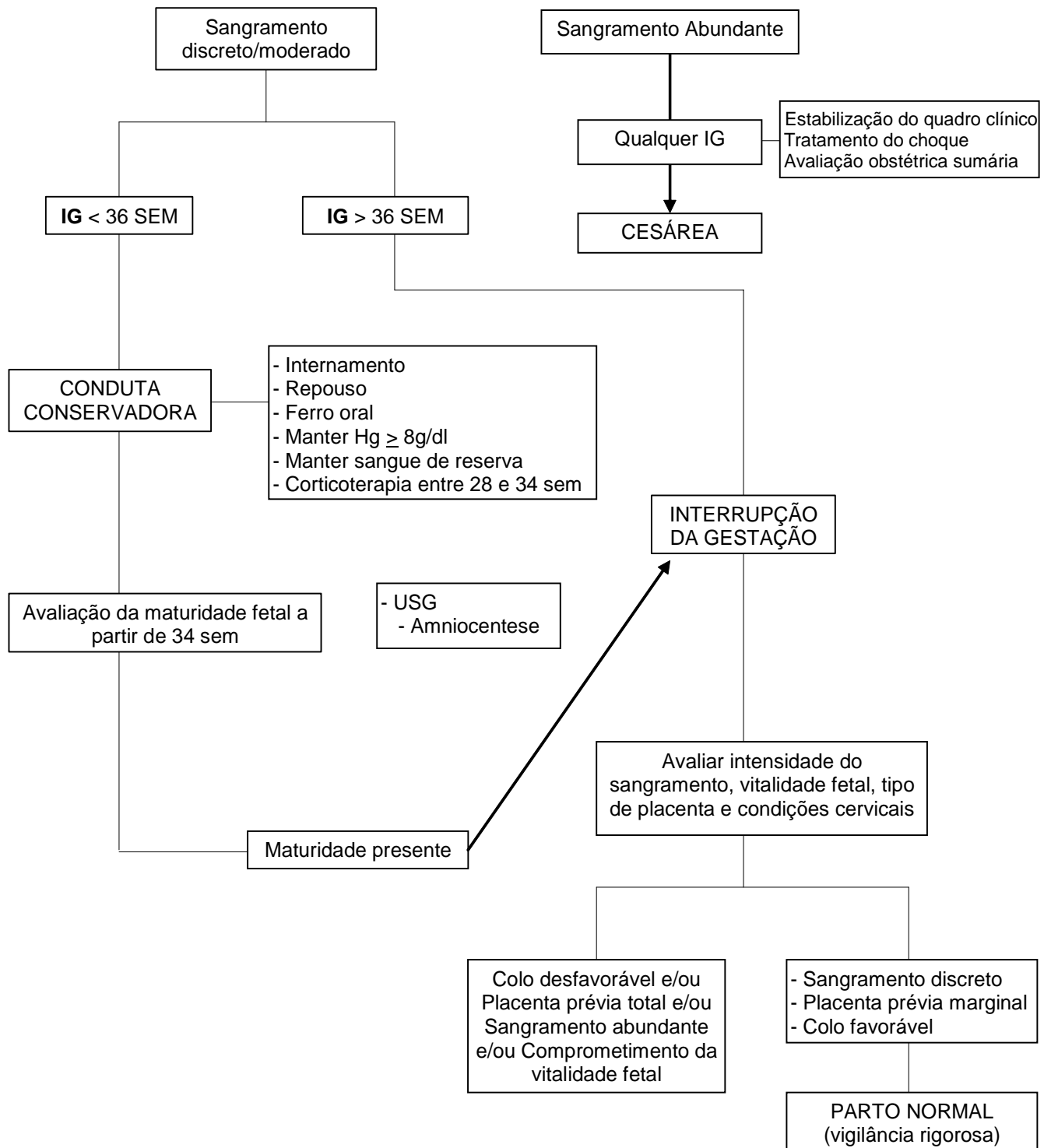
TRABALHO DE PARTO



CONDUTA NA AMNORREXE PREMATURA

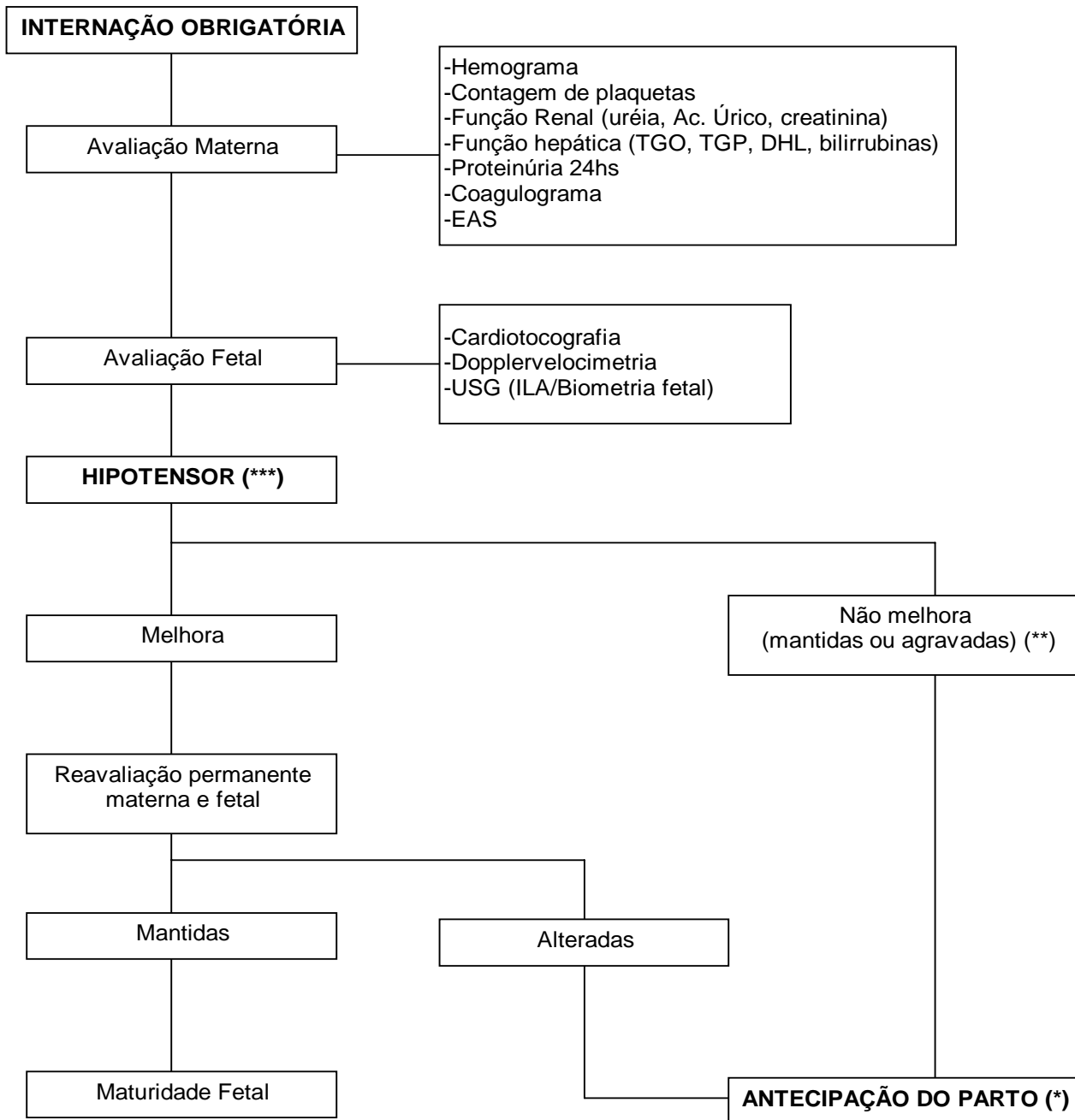


PLACENTA PRÉVIA



IG – Idade Gestacional

PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE



PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE / PRÉ TERMO E TERMO

(*) Via de Parto: Indicação Obstétrica

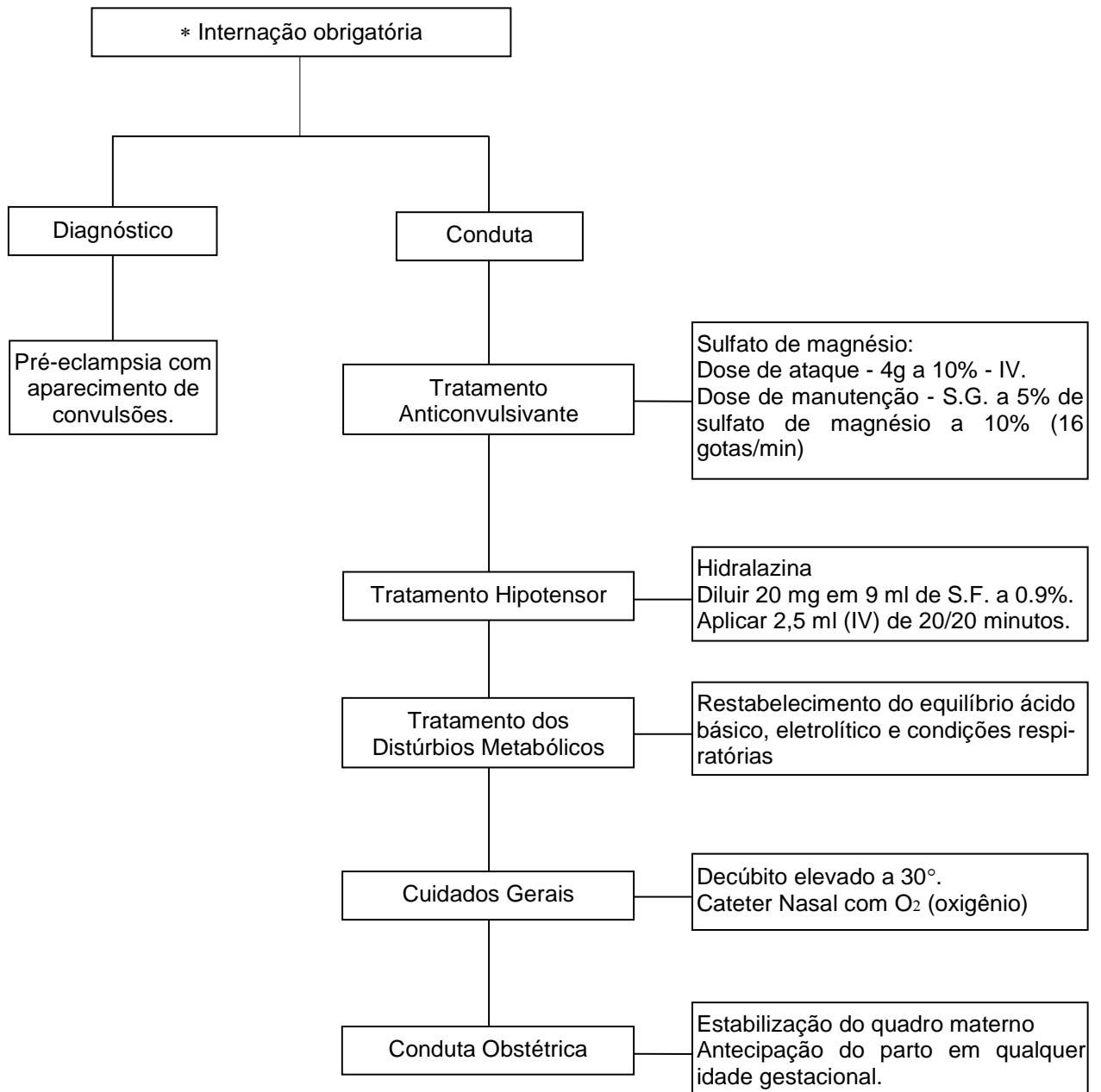
(**) Corticóides: Usar entre 28 e 34 semanas.

(***) Hipotensores:

1 – Sulfato de Magnésio (vide **ECLÂMPسيا**)

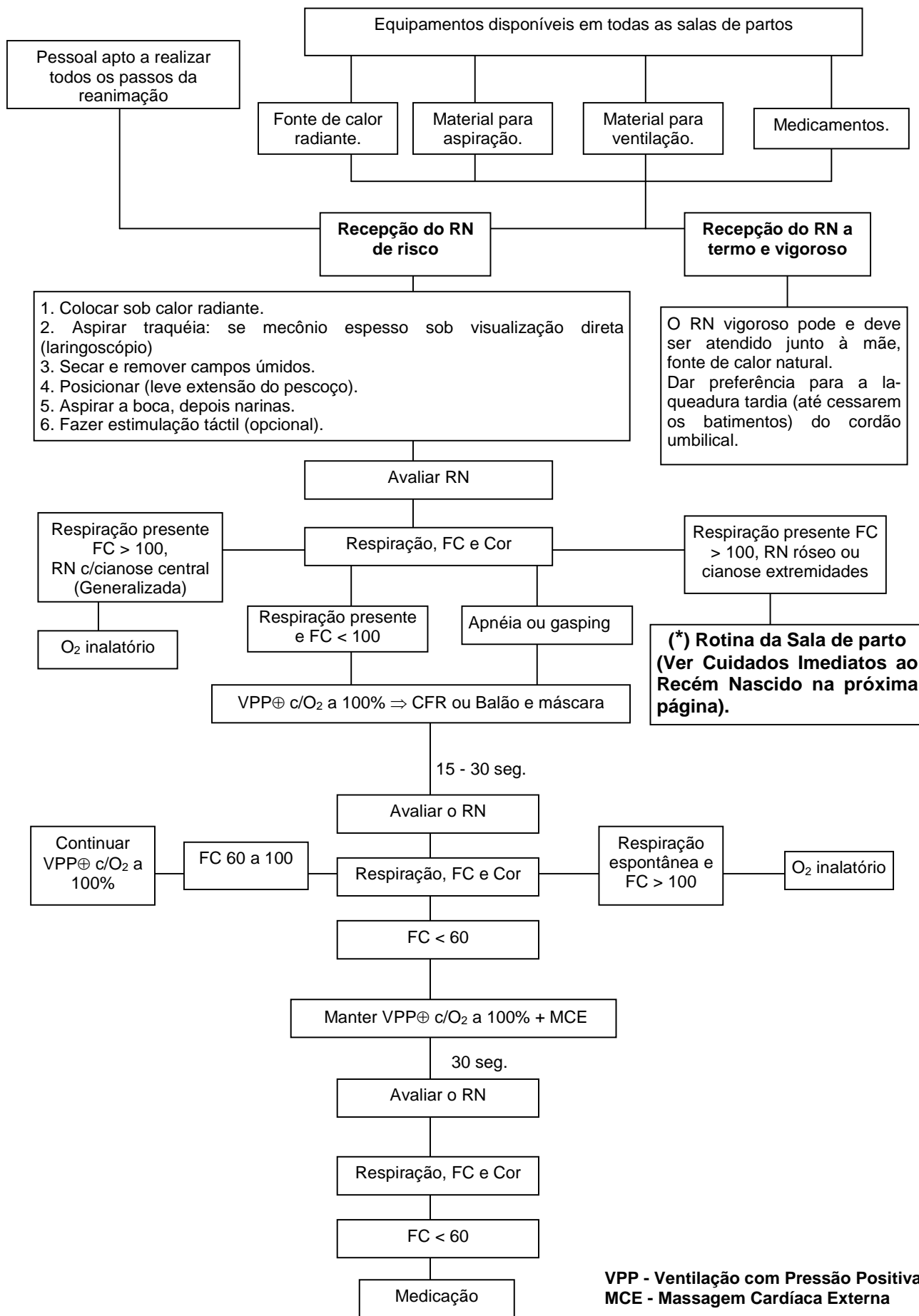
2 – Hidralazina – 50 a 200mg/dia

3 – Nifedipina – 20 a 60mg/dia

ECLAMPSIA

Obs: Paciente deve ser assistida em hospital com UTI

ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN) NA SALA DE PARTO



(*) CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

Este protocolo tem sua base teórica inspirada nas seguintes ações:

1. Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC;
2. Curso de Reanimação Neonatal;
3. Ações da Associação Paulista de Estudos e Controle de infecção Hospitalar;
4. Bases do desenvolvimento neuro-psico-motor do recém-nascido.

Dessa forma:

A recepção do bebê normal deverá ser feita preferencialmente junto à mãe;

Enxugar o bebê e trocar os panos úmidos;

Manter o bebê junto à mãe, desde o nascimento, sempre que ambos tiverem condições e assim desejarem;

Estimular a sucção ao seio e reforçar benefícios do aleitamento materno para ambos;

A credezação, a vacina anti-hepatite b e o Kanakion deverão ser feitos no colo da mãe entre 30 e 60 minutos de vida do bebê e preferencialmente durante sucção do bebê ao seio, pois neste momento há minimização significativa da dor;

A higienização deverá ser feita em torno de duas horas de vida, em berço de acrílico, com água morna, sabonete neutro e gaze não estéril;

A limpeza do berço deverá ser feita com água e sabão e posteriormente aplicação de álcool 70%;

Utilizar o berço aquecido para um bebê de cada vez, trocando-se o lençol após o uso;

É mais saudável que o bebê espere pelo banho junto à mãe;

Evitar "filas de espera" para o banho onde, em geral, o mesmo berço é compartilhado por vários bebês com contato e troca de secreções e aumento do risco de infecção cruzada.

EXCEÇÕES

A higiene do bebê deverá ser feita o mais rápido possível nas seguintes condições e/ou quando houver indicação do médico: Mãe HIV positivo; contaminação do RN com fezes materna; sinais de amnionite e ou infecção materna

DROGAS NO ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN)

Medicação	Concentração	Volume	Dose/Via	Velocidade/Precauções
Adrenalina	1:10.000	1 ml	0,1 - 0,3 ml/Kg EV/ET*	- Infundir rápido - Qdo ET* pode-se diluir em SF 0,9% (volume final: 1 a 2ml).
Expansor de volume	Sangue total albumina 5% Sol. Fisiol. 0,9% Ringer Laciato	40 ml	10 ml/Kg EV	- Infundir em 5 - 10 min, em seringa.
Bicarbonato de Sódio 8,4% 1mEq/ml	1mEq/ml = 8,4%	20 ml	1-2 mEq/Kg EV	- Infundir lentamente, em no mínimo 2 minutos. - Recomendado nos casos de reanimação prolongada e com ventilação eficiente.
Naloxone	0,4 mg/ml	1 ml	0,1 mg/Kg (0,025 ml/Kg) EV/ET ou IM/SC	- Infundir rápido. - EV/ET*: preferências. - IM/SC: aceitáveis. - IND: Depressão resp. no RN devido uso de opiáceos até 4 hs antes do parto.

* ET - Endotraqueal

INTUBAÇÃO TRAQUEAL: INDICAÇÕES.

- Necessidade de aspiração traqueal (mecônio).
 - Ventilação com balão e máscara ineficaz.
 - Ventilação com balão e máscara prolongada (> 5 min).
 - Suspeita ou presença de hérnia diafragmática.
 - Considerar intubação traqueal se:
 - há indicação de massagem cardíaca.
 - há indicação de administração de adrenalina.
 - há indicação de surfactante profilático.
- RN prematuro extremo

CÂNULA TRAQUEAL: QUAL TAMANHO?

Cânula (Di - mm)	Peso (Kg)	IG (semanas)
2,5	< 1	< 28
3,0	1 e 2	28 e 34
3,5	2 e 3	34 e 38
4,0	> 3	> 38

DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA

1- Introdução

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS. (Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham-se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados. Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- Hemorrágico – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e 2 - Isquêmico – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem, outras causas como vasculites, dissecação vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnóstico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas; esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

2- Elementos Teóricos

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final. Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação.

Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, RX de Tórax e ECG.
--

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sanguíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica.

Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (> 220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecação aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicamentos para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato. Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).
--

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	EMBÓLICO	ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS	OCCLUSÃO PEQUENAS ARTÉRIAS	OUTROS (E.G. VASCULOPATIAS E COAGULOPATIAS)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Paciente jovem, história pessoal e familiar de trombozes, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, VHS, provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-álvidos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade.	.Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idosos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves, Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias, dissecação arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

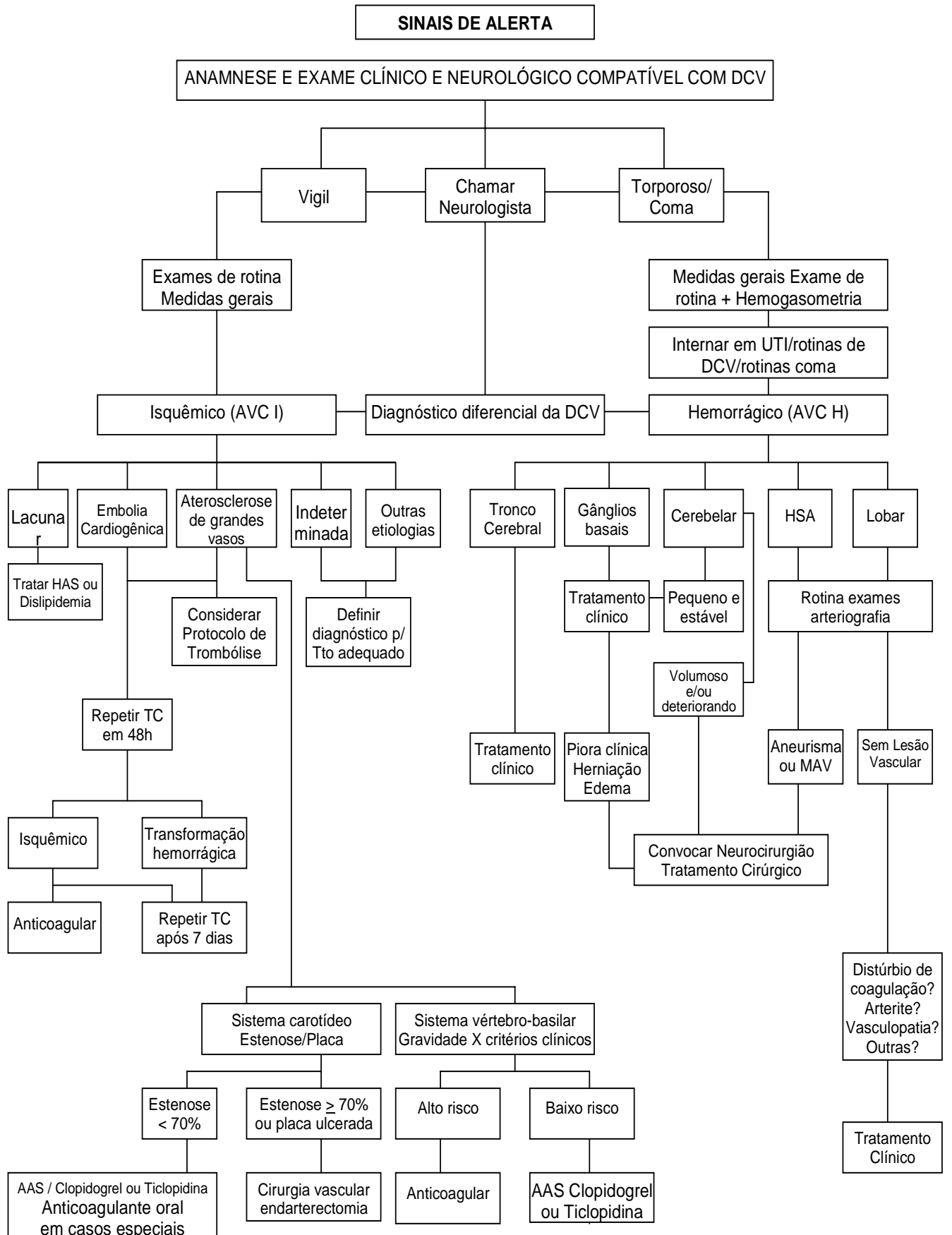
Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV. Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com freqüência, em hemorragias volumosas ou no 3^o-5^o dia de infartos extensos.

Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

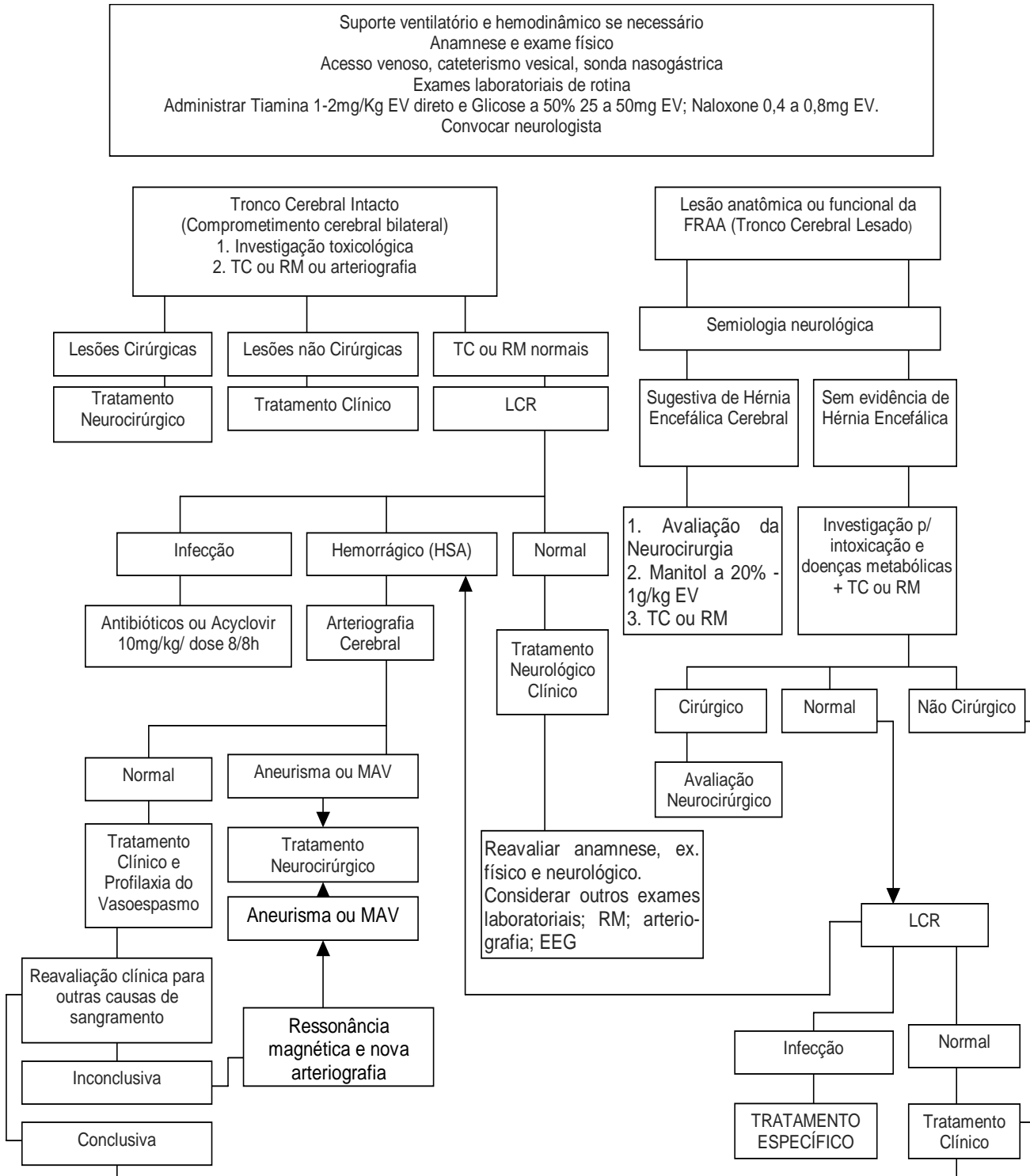
Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda). Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica. Portanto, medicações como Nimodipina, Citicolina, Tirilazad, Lubeluzole e Aptiganel não devem ser utilizadas para DCV isquêmica fora de protocolos de pesquisa. Em hemorragia subaracnóidea, a Nimodipina apresenta efeito benéfico na prevenção de déficit neurológico tardio por vasoespasmo.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR (DCV) AGUDA



ATENDIMENTO AO PACIENTE EM COMA



TC= Tomografia computadorizada
 RM= Ressonância magnética; MAV= Malformação arteriovenosa
 HSA= Hemorragia subaracnoídea; FRM = Formação reticular mesencefálica; LCR= Líquido cefalorraquiano.

Exames de rotina
 Hemograma; glicemia; função renal;
 função hepática; hemogasometria; eletrólitos, CK,
 CKMB, Rx do tórax; ECG.

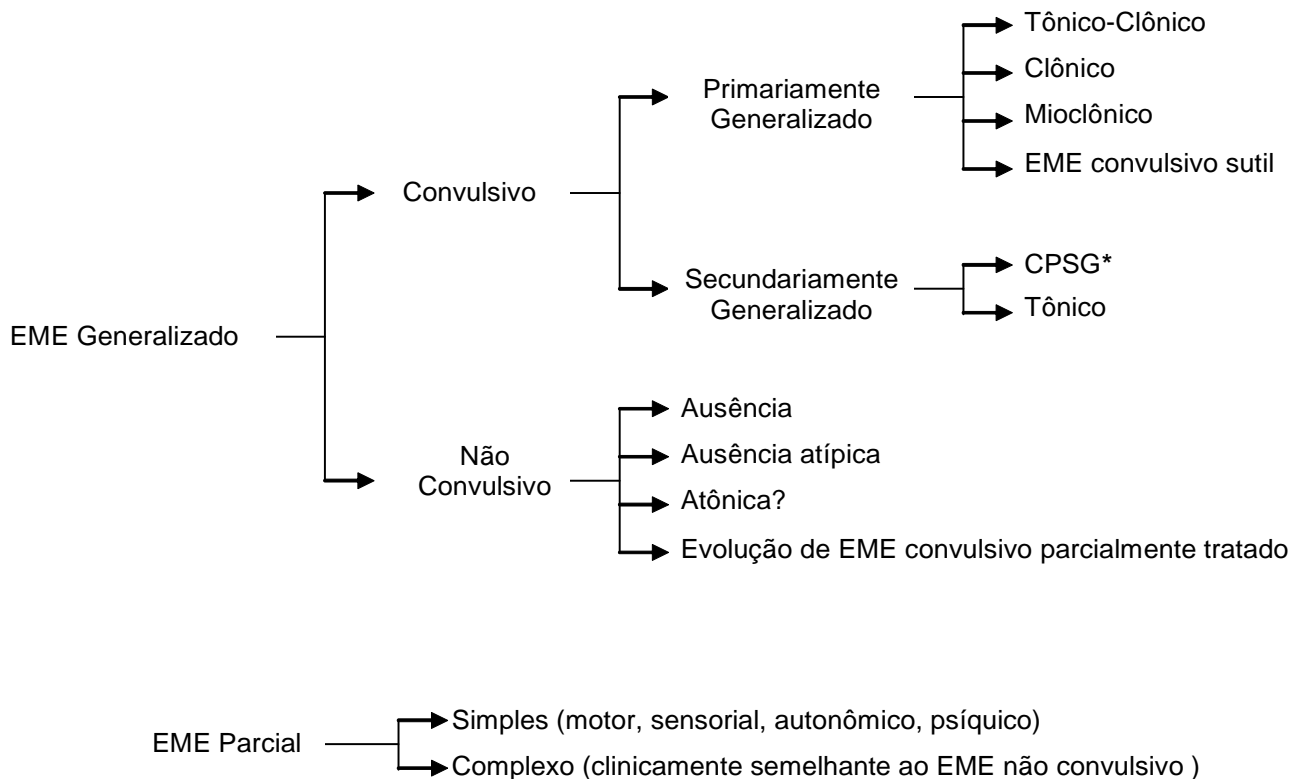
ESTADO DE MAL EPILEPTICO

1- Apresentação do Assunto

Status Epilepticus ou Estado de Mal Epilético (E.M.E.): evento clínico caracterizado por crises epiléticas prolongadas (30 minutos ou mais) ou repetitivas sem recuperação da consciência entre as crises, determinando uma condição epilética fixa e duradoura. É uma intercorrência clínica, associada à agressão ao SNC, aguda e grave, de alta mortalidade (10 a 15%). O atendimento deve ser rápido e eficiente.

Principais fatores precipitantes:

- Álcool
- Suspensão de drogas antiepiléticas (DAE)
- Drogas ilegais (cocaína)
- Trauma
- Epilepsia refratária
- Metabólicos/Parada cardiorrespiratória
- Tumores,
- Infecções do SNC, incluindo as bacterianas, virais e parasitárias.
- Doenças cerebrovasculares.



*CPSG - Crise Parcial Secundariamente Generalizada

TRATAMENTO DO EME

CONVULSÕES



0 – 5 Minutos

Suporte básico:
 Sinais vitais e temperatura
 Leito com grades ou proteção lateral
 Manter vias aéreas pérvias: posicionar cabeça (decúbito lateral) e língua (cânula de Guedel)
 Ventilação por máscara, intubação orotraqueal s/n
 Monitorar ECG
 Hipotensão arterial = drogas vasoativas
 Hipotensão = não tratar até o controle das crises
 (Acesso venoso 2 vias)

Levantar informações

(quando possível):
 Antecedentes médicos e neurológicos, trauma, infecção crônica/aguda

Realizar exames laboratoriais:

Hemograma, Glicemia, Eletrólitos (Na, K, Ca, Mg), Função Renal e Hepática, CPK, Screening Toxicológico e dosagem de DAE, Gasometria arterial (*)

Investigação Complementar:

Tomografia computadorizada do crânio; líquido cefalorraquiano; ressonância magnética; monitorização por EEG.

Não

5 Minutos

Cessam

Diazepam 10mg EV em 2 minutos (0,2mg/Kg), o máximo de 30mg.
 Solução Glicosada.....50% – 40 - 60ml
 Tiamina.....100mg

Não

7 - 8 Minutos

Fenitoína (FNT) 20mg/Kg EV direto ou diluído em SF 0,9% até 50mg/min em adultos

Não

10 Minutos

Repetir Diazepam até 40mg

Não

30 – 60 Minutos

Completar a dose de FNT até 30mg/Kg

Não

60 Minutos

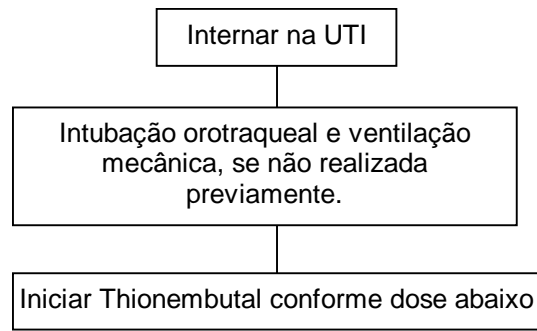
Fenobarbital (FB) sódico 20mg/Kg em SF 0,9% (1,5mg/Kg/min) 100mg/min adulto

Não

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO

Drogas Anti Epiléticas (DAE) dose de Manutenção

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRACTÁRIO



Opções terapêuticas

Pentobarbital (Nembutal):

Ataque 6 - 25mg/Kg (15mg/Kg), Manutenção 1,5mg/Kg/hora a cada 10 - 15 minutos até controle das crises ou depressão acentuada no EEG

Tiopental Sódico (Thionembutal):

Ataque 3 - 4mg/Kg em 2 minutos e infusão contínua de 0,2mg/Kg/min em solução salina. Aumentar 0,1mg/Kg/min a cada 3 - 5 minutos até controle ou depressão do EEG

Ácido Valpróico (VA):

para EME Ausência até 1 - 2g

Lidocaína:

1 - 2mg/Kg em bolo seguido de 1,5 - 3mg/Kg/h (adultos) ou 6mg/Kg/h (crianças)

Halotano e Isoflurano

Propofol: dose de ataque - 2mg/kg – Dose de manutenção até o controle 5 a 10mg/kg/h. Após o controle reduzir para 1 a 3mg/Kg/h

Midazolam: ataque 0,15 - 0,2mg/Kg e manutenção de 0,08mg/Kg/h

Obs: o desaparecimento das crises clínicas nem sempre significa o fim das crises eletrográficas com persistência de EME não convulsivo. Pacientes que não respondem a estímulos externos 15 minutos depois de cessadas as crises devem ser submetidos à monitorização por EEG.

Tratamento profilático para evitar recidiva do EME:

Ausência: VA ou Etossuximida

CTCG ou Focal: FNT, FB, Carbamazepina, Oxicarbazepina, VA.

Mioclônica generalizada: Clonazepam ou VA.

Complicações do EME:

- Rabdomiólise (hidratação vigorosa, diurético de alça, alcalinizar urina, bloqueio neuromuscular)
- Hipertermia (resfriamento externo, acetaminofen)
- Acidose (Hiperventilação)
- Leucocitose
- L.C.R. com pleocitose
- Hipertensão arterial (não tratar até o controle das crises)
- Edema pulmonar
- Hipoxemia cerebral, edema e lesão cerebral irreversível

Obs.: CTCG= Crise tônico-clônica generalizada.

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILEPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Introdução

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, auto limitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico. Crises epilépticas são usualmente tratadas a nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrólítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária.

Freqüentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

2- Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do SNC, uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação; História familiar; crises anteriores; Doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, colagenoses, hipertensão arterial; Uso de drogas; stress; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

Caracterização do evento:

- 1- Manifestações Iniciais (pródromos e aura)
- 2- Manifestações críticas (crise)
- 3- Manifestações pós-crise.

Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, DPOC, hepatopatia);

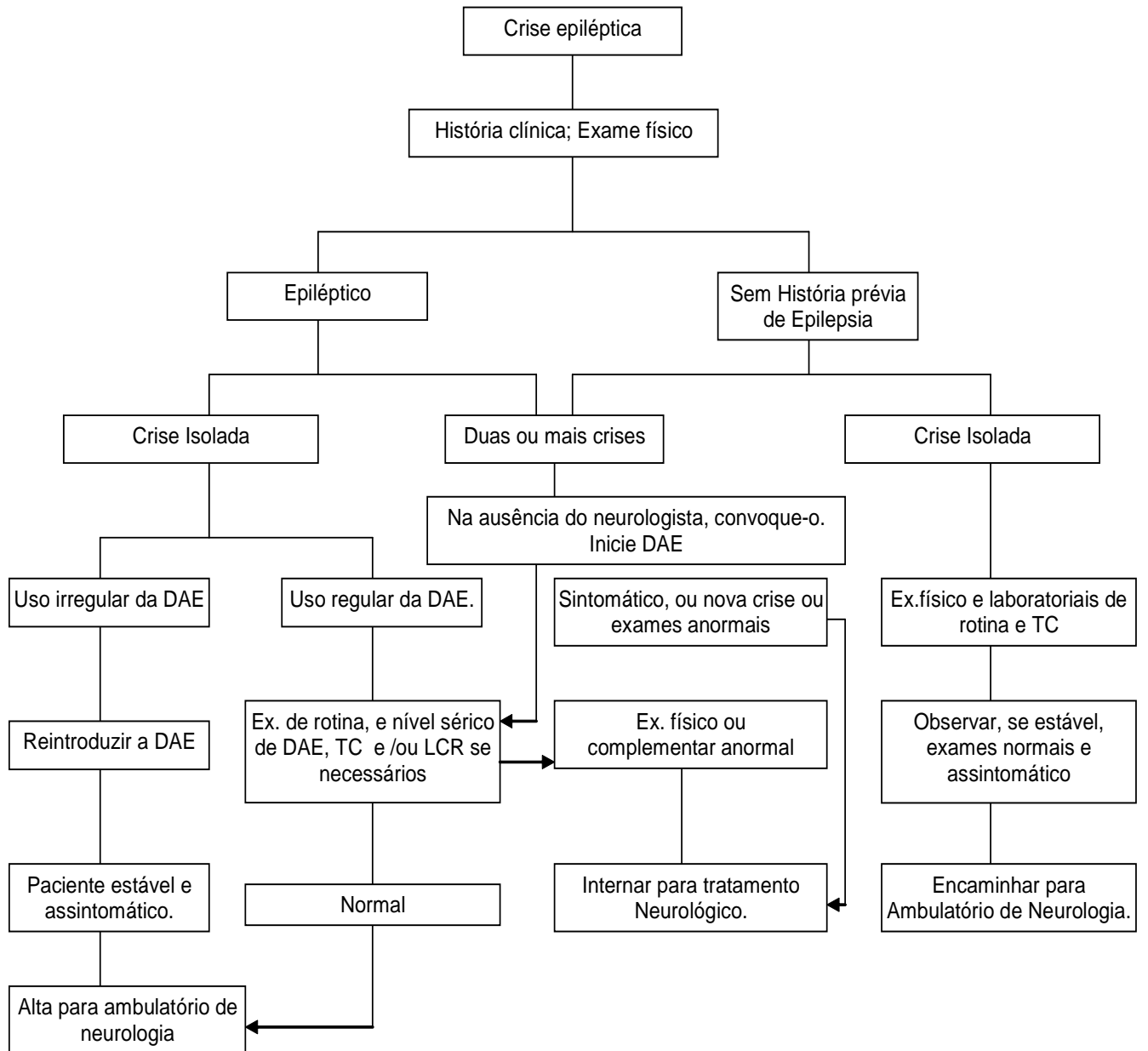
Ex. Neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Menígea

Exames complementares de rotina:

Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos. Cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; RX de Tórax; ECG; EEG.

Obs.: para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.

ATENDIMENTO DE CRISE EPILÉPTICA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA



DAE = Droga antiepiléptica.
TC = Tomografia computadorizada
LCR = Líquido cefalorraquiano.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO (ECA)

1- Considerações gerais

Essa é uma situação relativamente freqüente nas unidades de emergências assim como em UTI. Determinada por causa isolada ou multifatorial decorre tanto de doenças sistêmicas como neurológicas, pelo uso de drogas e intoxicações. O neurologista deve ter uma abordagem rápida e criteriosa.

2- Aspectos clínicos – sinais e sintomas

Alteração do conteúdo de consciência de instalação súbita

Agitação psicomotora: alucinações, delírios, hiperatividade simpática

Ausência de anormalidades em nervos cranianos (exceto na síndrome de Wernicke por paralisias extra-oculares; e nas intoxicações por tricíclicos com pupilas fixas)

Ausência de sinais focais persistentes.

Movimentos involuntários anormais (Mioclonias, asterixis, tremores)

Achados eletroencefalográficos altamente sugestivos de encefalopatias metabólicas (atividade delta rítmica bissíncrona, ondas trifásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base).

Causas de E.C.A:

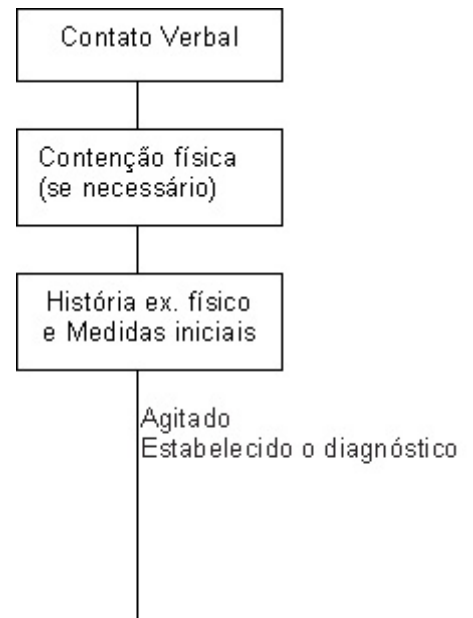
<ul style="list-style-type: none"> ● Sistêmicas - Sépsis - Uremia aguda - Insuficiência hepática - Insuficiência cardíaca - Insuficiência respiratória - Infecção respiratória - Infecção urinária - Distúrbios hidroeletrólíticos - Porfirias - Síndrome carcinóide ● Endocrinopatias - Tireóide - Paratireóide - Disfunção adrenal - Disfunção hipofisária - Pâncreas (hiperglicemia/encefalopatia pancreática) ● Deficiências nutricionais - Tiamina (encefalopatia de Wernicke) - Niacina - Vitamina B12 - Folato Síndromes de abstinência - Álcool - Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Intoxicações - Drogas ilícitas - Álcool - Metais pesados - Medicacões (anticolinérgicos em idosos) ● Infecções do SNC - Encefalite ● Lesões intracranianas - TCE - Lesões agudas (parietal, occipital bilateral, talâmica e frontal mesial) - Hematoma subdural - Abscesso cerebral ● Encefalopatia hipertensiva ● Psiquiátricas - Mania - Esquizofrenia - Depressão ● Outros
---	--

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

História
 Antecedentes médicos
 Suporte básico de vida
 Sinais vitais
 Exame físico completo
 Vias aéreas pérvias
 Acesso venoso (2 vias)
 Escala de Glasgow

Medidas Iniciais

Glicose 50% 25 a 50mg EV
 Tiamina 100mg EV
 O₂ sob cateter via nasal 2l/min
 Monitorizar E.C.G
 Hemograma, glicemia, eletrólitos
 Screening para intoxicação e etanol
 Gasometria arterial
 Radiografia de Tórax
 Tomografia computadorizada do crânio
 Acionar neurologista.



DROGAS UTILIZADAS NA FASE AGUDA			
	DOSE	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Meperidina	10-30mg IV	Agitação/dor	Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam	10-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, demenciados e cometidos por encéfalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal
Haloperidol	5-10mg IM 1-5mg IV (repetir 30/30min até 40mg SN)	Agitados, violentos e TCE	- Diminui limiar epilético - Efeitos extrapiramidais (contraindicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	25-50mg IM (máx. 200mg/dia em 4 aplicações) 50-200mg VO (máx. 800mg/dia em 4 tomadas)	Psicóticos, agressivos	- Diminui limiar epilético - Efeitos extrapiramidais (contraindicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna - Efeito cardiovascular
Midazolam	0,15-0,2mg/kg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos e demenciados e cometidos por encéfalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal - Taquifilaxia

ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Considerações gerais

A síncope se caracteriza por uma breve perda da consciência, decorrente de redução súbita e temporária do fluxo sanguíneo cerebral e do tônus muscular. É comum em crianças e idosos. O espectro etiológico é amplo e varia desde as psicogênicas até graves como hemorragia subaracnóidea, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epilépticas, AIT, disautonomia primária ou adquirida e síncope neurocardiogênica implica em uma avaliação neurológica detalhada na unidade de emergência.

2- Anamnese

História clínica – questionar: tonturas, antecedentes de síncope, diplopia, hemianopsia, cefaléia, jejum prolongado, palpitações, periodicidade das crises, pródromos, fatores desencadeantes (ambiente fechado, impacto com a visão de sangue, stress, mudança de decúbito, hemorragia, ansiedade, dor, micção, tosse, vômitos), fenômenos motores e neurovegetativos (sudorese, palidez, taquicardia) durante a síncope, tempo de recuperação e estado geral após a síncope; doenças prévias: cardiopatia, diabetes, hipertensão arterial e seu tratamento, uso de drogas (neurofármacos).

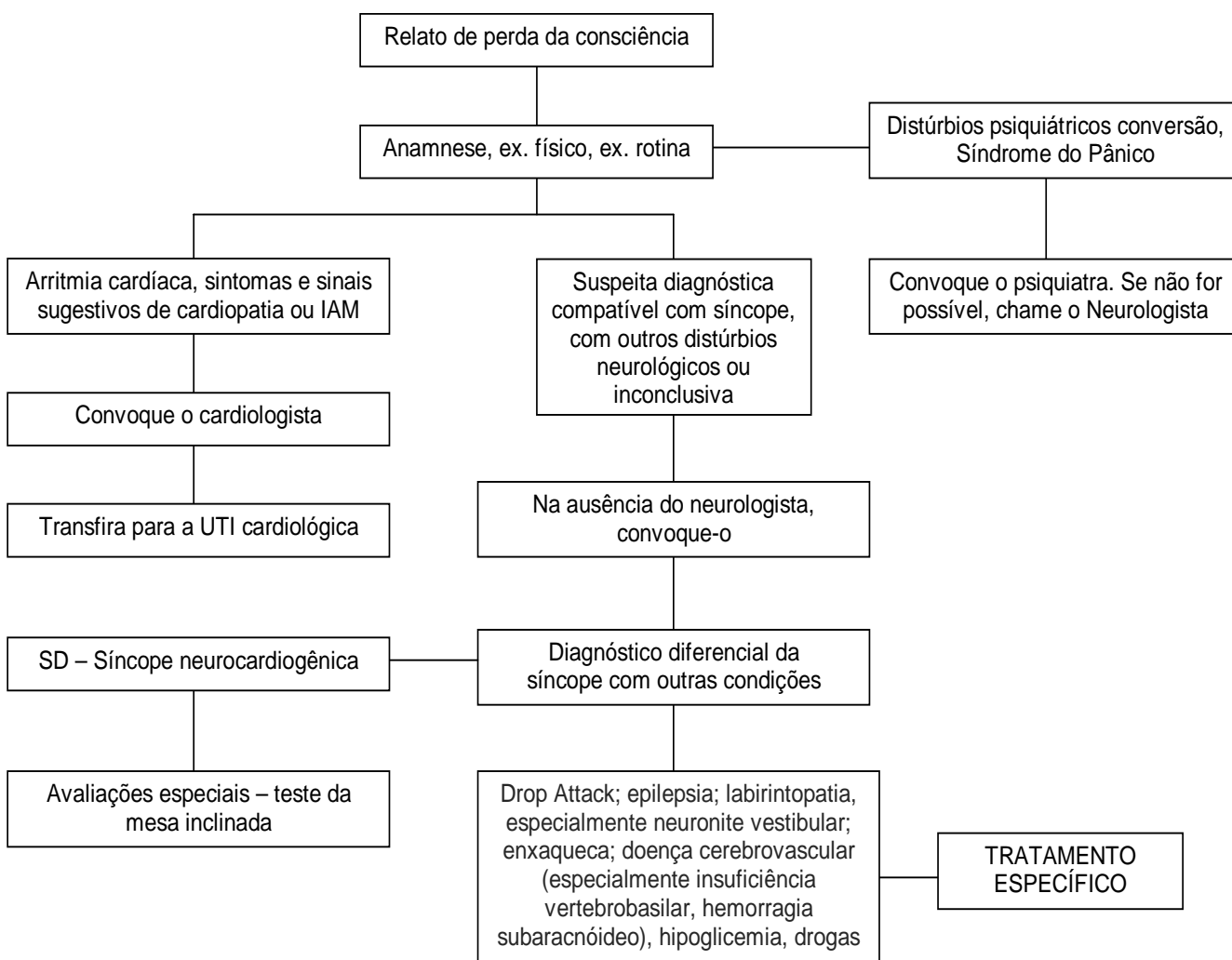
3- Exame físico

Avaliação de dados vitais (aferrir tensão arterial em ambos os membros superiores em decúbito e ortostase); sinais de trauma; disfunções neurovegetativas; exame neurológico.

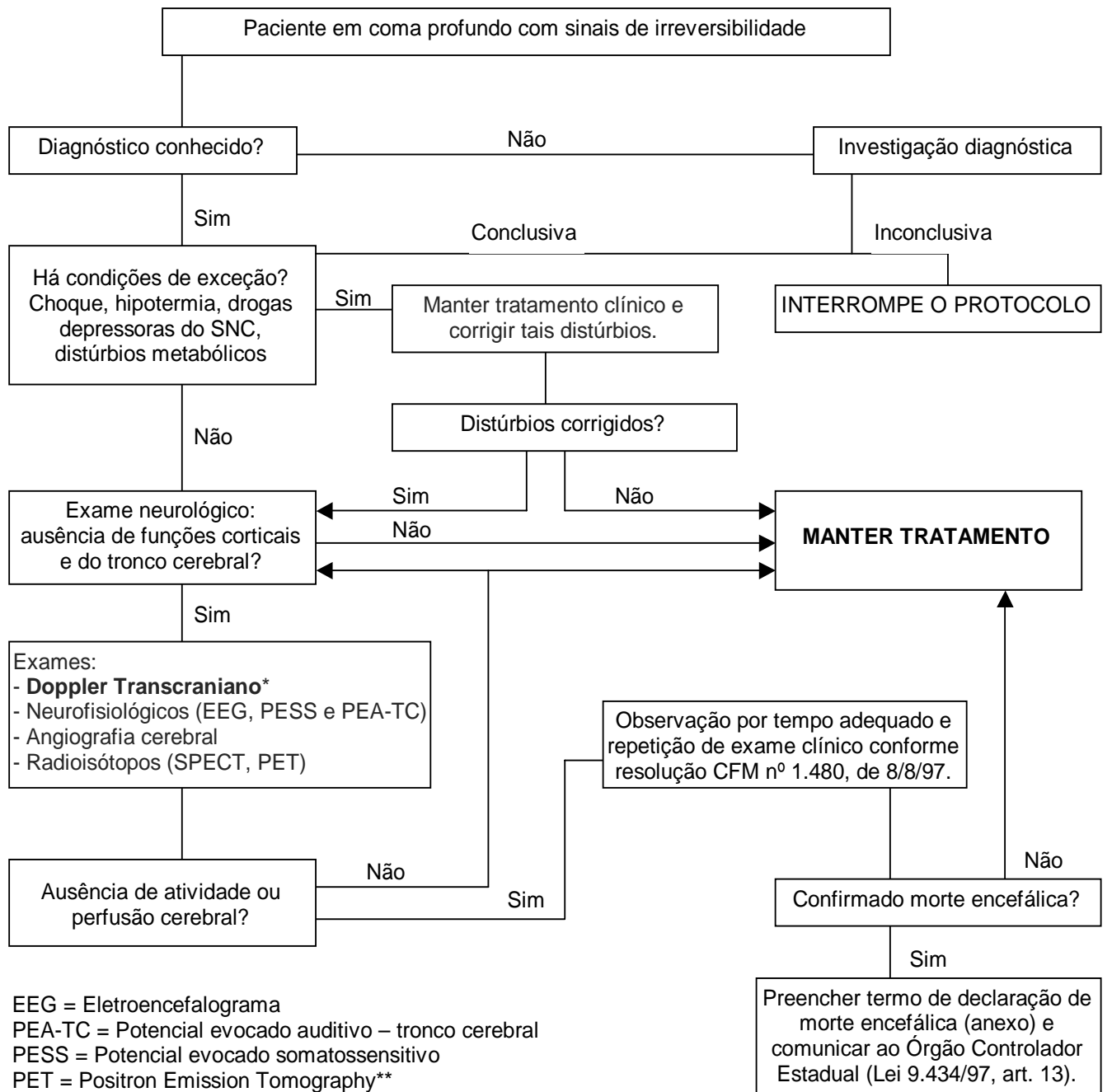
4- Exames de rotina

Hemograma; glicemia; eletrólitos; CK; CKMB; LDH; ECG; EEG, RX do Tórax.

ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SÍNCOPE



DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA



TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

ANEXO
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº. 1.480, de 8/8/97)

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Idade: ____ anos ____ meses ____ dias ____ Data de Nascimento _____

Sexo: M F Raça: A B N Registro Hospitalar: _____

a. Causa do Coma:

a.1. Causa do coma

a.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia Sim () Não ()

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central Sim () Não ()

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

b. Exame Neurológico

Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

Idade Intervalo

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo).

Elementos do exame neurológico Resultados

	1º exame	2º exame
Coma apreceptivo	() Sim () Não	() Sim () Não
Pupilas fixas e arreativas	() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de reflexo córneo-palpebral	() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de reflexos oculocefálicos	() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de respostas às provas calóricas	() Sim () Não	() Sim () Não
Ausência de reflexo de tosse	() Sim () Não	() Sim () Não
Apnéia	() Sim () Não	() Sim () Não

c. Assinaturas dos Exames Clínicos

(Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante).

1 – Primeiro Exame

Data: _____ Hora: _____

Nome do Médico: _____

CRM: _____ Fone: _____

End.: _____

Assinatura: _____

2 – Segundo Exame

Data: _____ Hora: _____

Nome do Médico: _____

CRM: _____ Fone: _____

End.: _____

Assinatura: _____

d. Exame Complementar

Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia radioisotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da Pressão Intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com Xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. EEG	8. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extração cerebral de oxigênio	10. Outros (citar)

e. Observações:

1 Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc.) próximo de 0 graus Celsius em cada ouvido.

2.3 Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 Constatar a ausência de movimentos oculares.

3. Teste da apnéia – no doente em coma, o nível sensorial de estímulos para desencadear a respiração é alto, necessitando-se de pCO_2 de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja integrada. A provada epnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 Ventilar o paciente com O_2 de 100% por 10 minutos.

3.2 Desconectar o ventilador.

3.3 Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO_2 atingir 55 mmHg.

4. Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 Em pacientes com dois anos ou mais – 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 Para pacientes abaixo de 2 anos:

6.1 De 1 ano a 2 anos incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas.

6.2 De 2 meses de idade a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48h.

7. Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, art. 13).

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A- Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente.

B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.

C- Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais.

D- Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo.

E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.

F- Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e das mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas.

G- Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de stress.

2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma

1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.

2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:

a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.

b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.

c) Lesões associadas dessas duas estruturas.

3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:

a) Lesões supratentórias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras).

b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).

c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentórias, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).

4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.

5- A chave para o diagnóstico consiste em:

a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.

b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
a) Sinais de disfunção progressiva “rostro-caudal”. b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neuro-vegetativa.
3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) Asterixis, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o neurologista deve investigar a natureza etiológica. Estudos de imagem, laboratoriais, eletrofisiológicos e eventualmente testes terapêuticos são os recursos disponíveis. Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

3- O Exame neurológico do paciente em coma

- a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:
- Resposta verbal
 - Abertura ocular
 - Resposta motora
- b) Ritmo respiratório
- c) Fundoscopia
- d) Nervos cranianos
- Exame das pupilas
 - Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular.
 - Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
 - Reflexo córneo-palpebral.
 - Reflexo de tosse- Resposta motora
- e) Motricidade
- Movimentos involuntários
 - Força muscular
 - Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
 - Reflexos profundos e superficiais
- f) Sinais de irritação meningo-radicular
- g) Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação algica)
 Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

1- Introdução:

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaléia é sem dúvida uma das queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaléia pode estar associada a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou representar uma cefaléia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano. Estima-se que a cefaléia seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas nas unidades de emergência. Em um estudo recente, do Serviço de Neurologia do Hospital São Rafael, onde foram selecionados randomicamente 1.200 fichas de pacientes com idade > 13 anos, atendidos na Unidade de Emergência durante o ano de 1996 (100/mês), mostrou a alta freqüência de cefaléia nesta unidade de Salvador (10,9%).

Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter informações sobre fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração, intensidade, irradiação, freqüência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo. Os demais elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaléia que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaléia pode estar na dependência de uma patologia orgânica intracraniana ou extracraniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode chamar de cefaléia sintomática. As cefaléias sintomáticas de doença primariamente neurológica são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e freqüentemente estão associadas com vômitos e febre.

Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias intracranianas.

Freqüentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente elucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaléia tensional e da cefaléia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaléia severa é freqüentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Considerando sua elevada prevalência, poucos estudos foram conduzidos no Brasil, em particular no que diz respeito ao tratamento da cefaléia em emergências. Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não conta com medicações específicas para o tratamento da crise enxaquecosa, como compostos ergotamínicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais parenterais. Por outro lado, drogas de uso freqüente em nosso meio, tal como a Dipirona, não são rotineiramente utilizadas em outros países. Pelo fato da Dipirona não ser droga aprovada pelo FDA e os hospitais da América do Norte e Europa disporem de drogas específicas para o tratamento das cefaléias primárias, praticamente não existem estudos sobre a eficácia dessa droga nesses países. No entanto, estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaléias agudas.

A associação Diclofenaco e Dipirona não conferiu eficácia adicional à Dipirona isoladamente. O Diclofenaco foi a segunda droga mais utilizada. Apresentou sua maior eficácia nos casos de cefaléia tensional em um estudo recente realizado no Brasil. Antieméticos parecem aumentar a eficácia analgésica, além de diminuir a morbidade causada por náuseas e vômitos. A Clorpromazina foi utilizada na maior parte das vezes em que os sintomas não cederam com outras drogas, tendo sido segura e eficaz nesses casos. Assim tais drogas apresentam perfis semelhantes em eficácia e custo, que justificam estudos mais aprofundados.

CEFALÉIA

ANAMNESE

(sinais de alerta)

Dor de início após 50 anos

Instalação súbita

Piora progressiva (duração, frequência e/ou intensidade) - ■

Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual - ●

Confusão mental

Perda de memória, distúrbios visuais

Tontura intensa, vômitos

Distúrbio da coordenação motora e do equilíbrio

EXAME FÍSICO

Hipertensão e febre

Alteração de consciência
S.I.M.

F.O: papiledema, hemorragia, anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra.

Hipoestesia em face ou membros

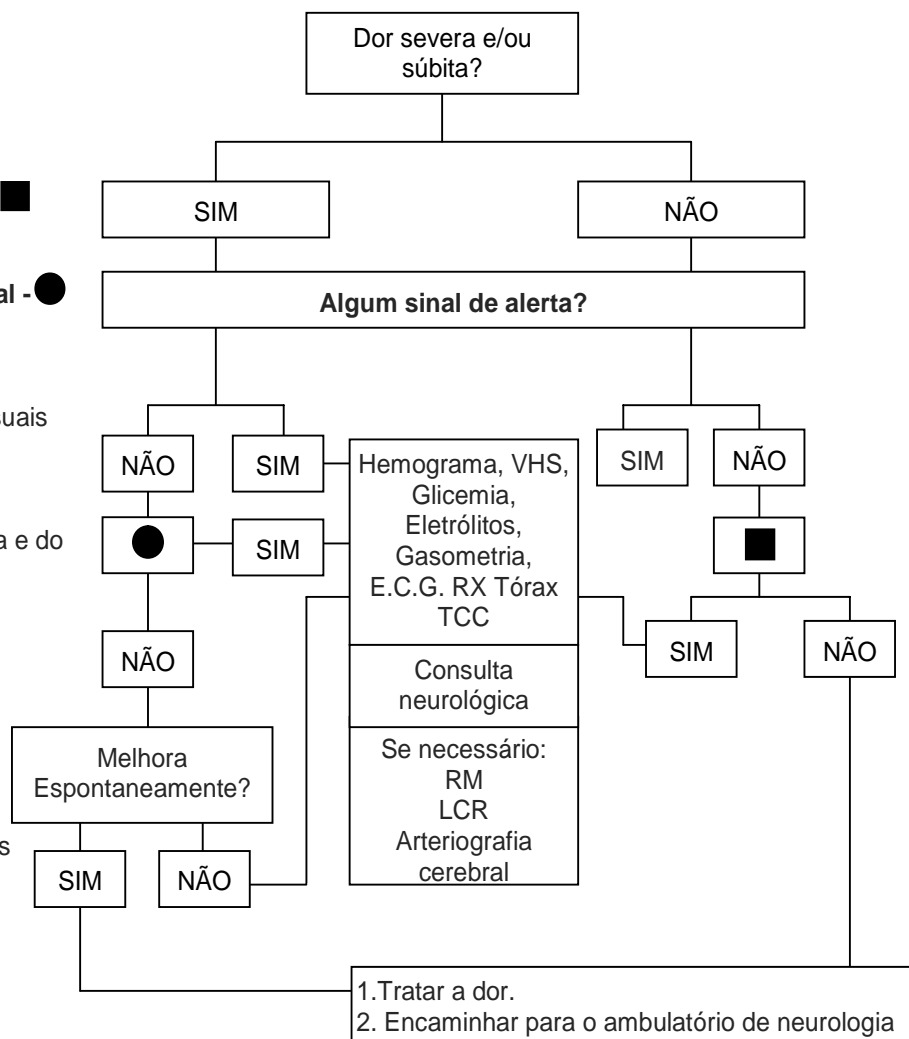
Fraqueza muscular

Assimetria de ROT

Resposta plantar anormal

Incoordenação e desequilíbrio

Alteração do pulso carotídeo



Obs.:

- Se o neurologista for disponível na emergência, deve fazer o primeiro atendimento. Em torno de 90% das cefaléias na unidade de emergência têm causa neurológica.

- Internação: para cefaléias secundárias de causa neurológica e para as seguintes primárias 1- Estado de Mal Enxaquecoso e 2- "Enxaqueca transformada"/cefaléia crônica diária.

Tratamento (sugestão do autor)

Cateter Heparinizado ou

Infusão Venosa (a critério do plantonista)

Dipirona 2ml + Glicose 25% 8ml, lentamente

Metoclopramida 1 ampola EV.

AINH – EV

Obs.: *nos casos de migrânea (enxaqueca) utilize, se possível, um triptano.

R.O.T. = Reflexos osteotendinosos
S.I.M. = Sinais de irritação meníngea
F.O. = Fundo do olho
AINH = Antiinflamatório não hormonal
TCC = Tomografia computadorizada do crânio.
RM = Ressonância magnética

INFECÇÃO INTRACRANIANA - SUSPEITA

1- ASPECTOS CLÍNICOS:

Anamnese: idade, dados epidemiológicos.

História

Presença de sintomas meningoencefálicos (cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, letargia, vômitos repetidos, crises epilépticas, febre)

Duração dos sintomas

Infecções associadas (sinusite, mastoidite, celulite, pneumonia, endocardite)

Fatores de risco (DM, alcoolismo, TCE recente, neurocirurgia, drogadição, hemoglobinopatias)

Condições imunossupressoras (Aids, linfoma, leucemia, quimioterapia citotóxica, corticóides)

História remota de infecção (BK, Lues, herpes labial e genital)

Exame físico:

Nível de consciência, orientação, afasia.

Petéquias ou rush.

Sinais de mastoidite, sinusite ou pneumonia.

Sopro cardíaco.

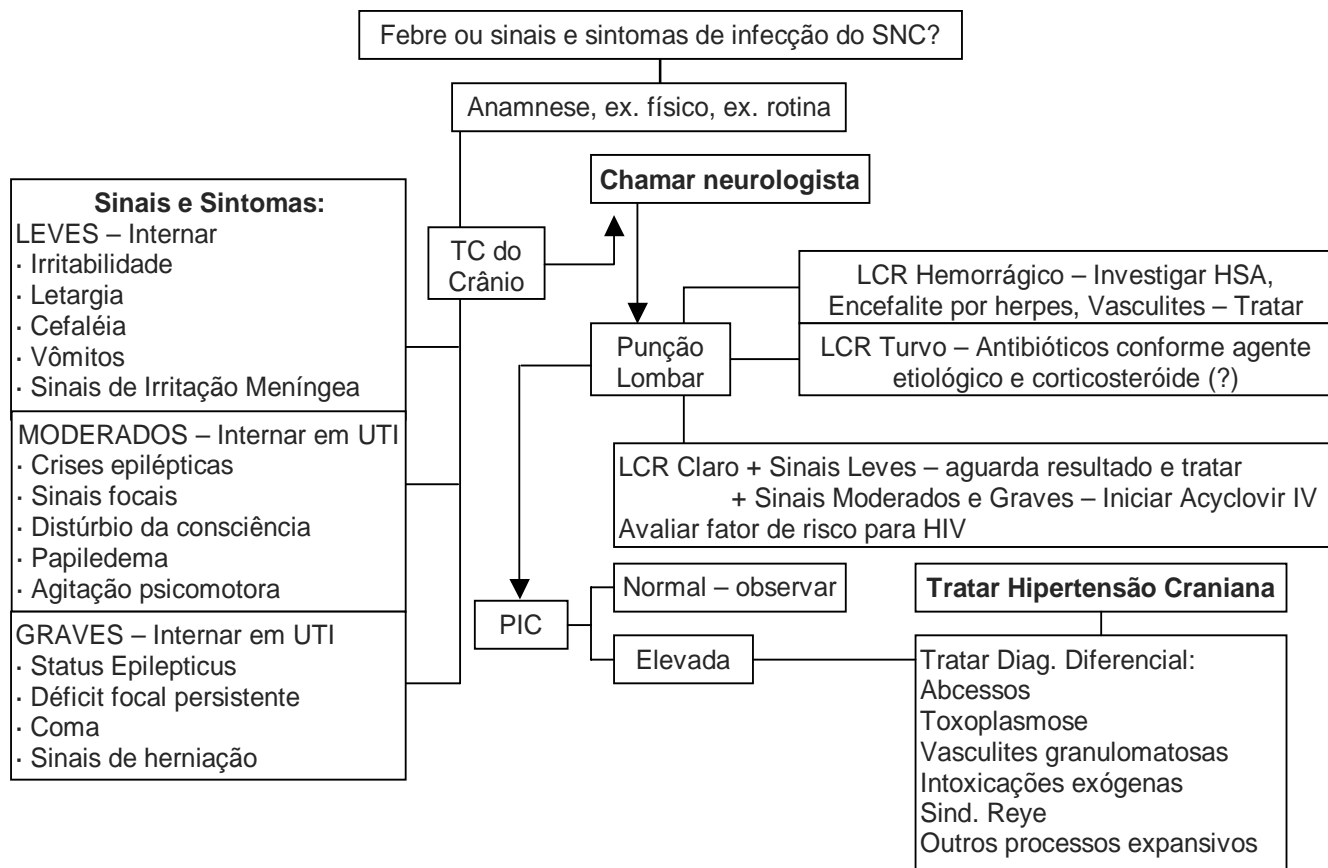
Sinais de trauma.

Paralisia de nervos cranianos, fraqueza muscular, déficit sensoriais, ataxia.

Exames Laboratoriais de Rotina

Hemograma, eletrólitos, glicemia
hemocultura; urocultura
tempo de protrombina
hemogasometria arterial;
RX do tórax
Guardar soro da fase aguda

ATENDIMENTO



3 – TRATAMENTO

Recém-Nascidos	Crianças	Adultos	Idosos
Bacilos Gram Negativos	Hemófilos (48%)	Pneumococos	Coliformes por
Streptococos grupo B	Meningococos (20%)	Meningococos	infecções pós TCE,
Listeria	Pneumococos (13%)	Hemófilos	Neoplasias ou DM

Tratamento Antimicrobiano * para agente suspeito ou documentado	
S. pneumoniae	Cefotaxime, Ampicilina, Penicilina G, Vancomicina
N. meningitidis	Penicilina G, Cefotaxima, Cloranfenicol
H. influenzae	Cefotaxime, Ceftriaxone
S. aureus (meticilina sensível)	Nafcilina, Oxacilina
S. aureus (meticilina resistente)	Vancomicina + Rifampicina
T. monocitogenes	Ampicilina
Streptococos (grupo A, B, etc)	Penicilina G, Ampicilina
Bacilos Gram Negativos	Ceftriaxone, Cefotaxime, TMP-SMZ
Enterobacterias	Ceftriaxone, Cefotaxime
P. aeruginosa	Aminoglicosídeo + Ceftazidime
S. epidermidis	Vancomicina + Rifampicina
Anaeróbios	Cefotaxime + Metronidazol + Rifampicina
Herpes vírus	Acyclovir
Citomegalovírus	Gancilovir

DOSES

ANTIBIÓTICOS	CRIANÇAS		ADULTOS	
	DOSE TOTAL DIÁRIA	INTERVALO	DOSE TOTAL DIÁRIA	INTERVALO
Acyclovir	10 mg/Kg/dose	8 h	10mg/Kg/dose	8 h
Ampicilina	300-400mg/Kg	8h	12g	4/4h
Cefotaxime	200mg/Kg	8 h	8-12g	4/4h
Ceftriaxone	100mg/Kg	12h	8-10g	12h
Ceftazidime	150mg/Kg	8 h	6-8g	8h
Cloranfenicol	50-100mg/Kg	6h	4-6g	6h
Ganciclovir	10mg/Kg/dose	12h	10mg/Kg/dose	12h
Gentamicina	4mg/Kg	8 h	200mg	8h
Metronidazol	30mg/Kg	12h	1,5g	6h
Nafcilin	200mg/Kg	6 h	9-12g	4h
Oxacilina	400mg/Kg	4 h	9-12g	4h
Rifampicina	20mg/Kg	8 h	600mg	8h
Penicilina	400Ku/Kg	4 h	24 milhões u	4 h
TMP-SMZ	20mg/Kg	6 h	20mg/Kg	6 h
Vancomicina	60mg/Kg	6 h	2g	12h

Duração do Tratamento: Adultos – 10 -14 dias; RN acima de 21 dias;

Corticóides Crianças >2 meses - Dexametasona 0,6 mg/Kg/dia nos quatro primeiros dias de tratamento.

FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA

1- Considerações gerais

Essa é uma condição grave que requer uma abordagem rápida, prática e eficiente pois em muitas situações existe risco de paralisia definitiva, ou até morte por falência respiratória. A história clínica e o exame físico, sobretudo o neurológico, são os fatores mais importantes para o diagnóstico e o prognóstico desses pacientes.

2- Informações importantes para a conduta

a) A anamnese deve constar, além dos dados rotineiros, os seguintes tópicos: modo de instalação (súbita, aguda, subaguda ou crônica); apresentação (focal, segmentar uni/bilateral ou generalizada), presença de dor, câibras, disestesias, disfunção esfinteriana, febre, diplopia, disfagia, dispnéia, incoordenação; antecedentes: trauma, neoplasias (prostática, mama, pulmão, timo), endocrinopatias, infecção recente, uso de drogas, etilismo, episódios prévios, claudicação intermitente.

b) O exame físico deve ser completo detalhado, incluindo quando necessária a avaliação da função respiratória. O exame neurológico deve responder se a fraqueza é decorrente de miopatia, do envolvimento da placa mioneural, do comprometimento do SNP ou do SNC.

c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

d) Exames de rotina:

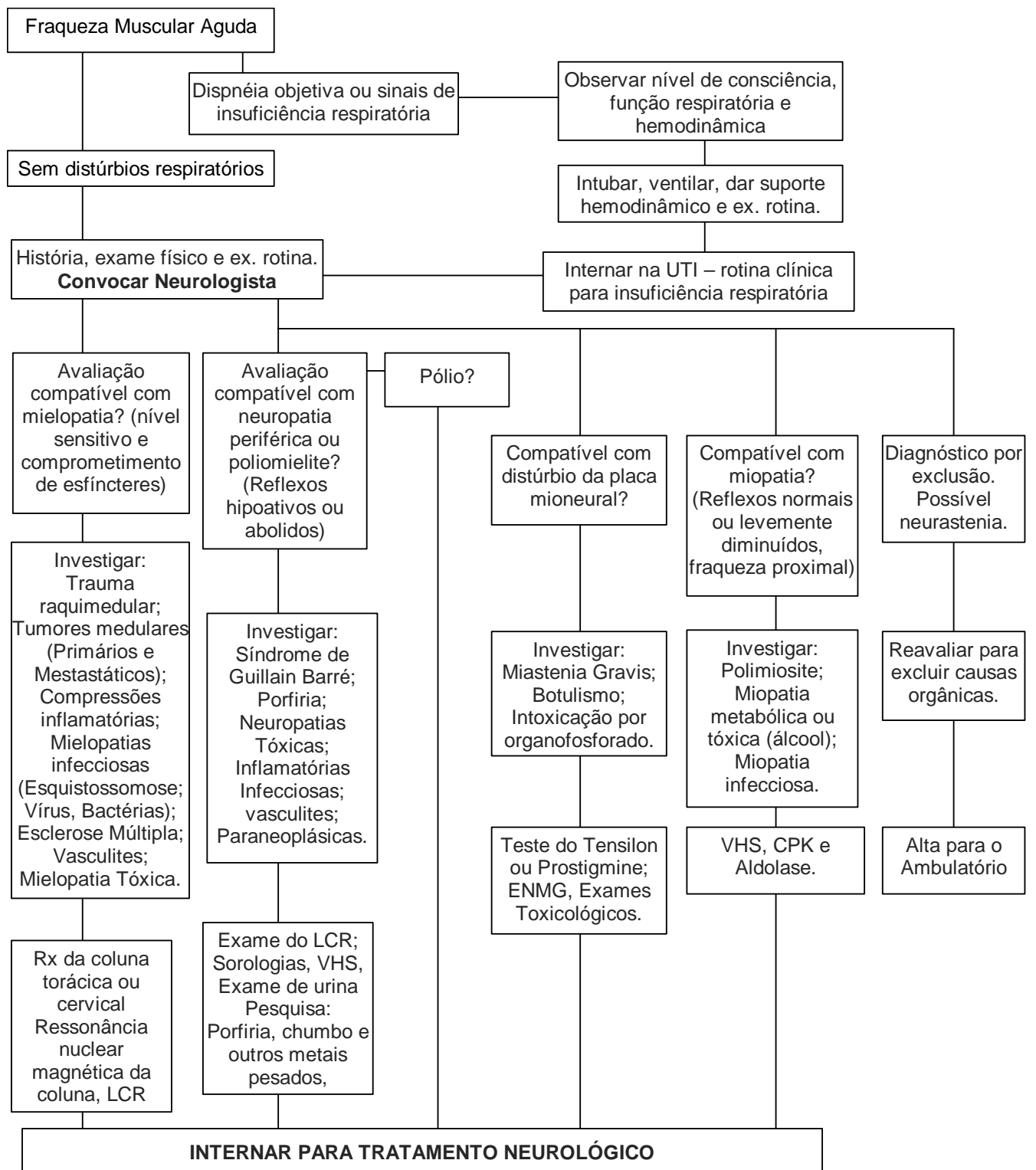
Hemograma com plaquetas, VHS, glicemia, eletrólitos (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺), CPK, aldolase, TGO, uréia, creatinina, sumário de urina, RX do tórax, ECG.

Obs.: guardar soro da fase aguda.

SNC = Sistema Nervoso Central

SNP = Sistema Nervoso Periférico

ATENDIMENTO NA FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA



ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL

SOLICITAÇÃO DA FAMÍLIA PARA NÃO INFORMAR AO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA

Conduta: avaliar motivo da solicitação pela família, valorizando sua razão e a possibilidade dela estar correta. Solicitar entrevista com o paciente, sem intenção de revelar o diagnóstico, para sondar o nível do conhecimento do paciente sobre sua patologia. Caso o paciente saiba e questione o médico, relatar a verdade, dentro do limite de conhecimento desejado pelo paciente e conciliá-lo com a família.

INFORMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO AO PACIENTE TERMINAL

Conduta: sentar em local privativo com o paciente (permanecer em pé sugere pressa e dificuldade em lidar com a situação). Solicitar a presença de familiar ou amigo para ajudar na adaptação psicológica do paciente. Avaliar o quanto de informação o paciente deseja, observando sua reação ao anúncio da seriedade do seu estado ou relatar ao paciente que após o término dos exames voltará a se reunir com ele para informá-lo sobre seu quadro. Se o paciente expressar o desejo de não saber mais nada finalizar com uma colocação da conduta a ser realizada, utilizando-se de um eufemismo do tipo “será retirada uma massa do seu abdome”. Caso deseje mais informações, fornecê-las de forma gradual, observando até que ponto o paciente deseja saber (isto também ajuda a uma adaptação psicológica progressiva). Se o diagnóstico for sugerido ou solicitado de forma direta pelo paciente, responder de forma breve, descrevendo o problema de forma a dar tempo ao paciente de expressar seus sentimentos. Assegurar a continuidade do atendimento e dos cuidados médicos.

Evitar táticas de distanciamento do tipo:

Normalização: o desconforto ou sofrimento do paciente é explicado como inevitável e normal naquela situação (prefira perguntar pela razão do sofrimento); Apoio prematuro: logo após o paciente manifestar sua preocupação, mostrar uma solução positiva (interromper o diálogo, evitando que o paciente expresse seus sentimentos); Informações prematuras: interrompem o diálogo evitando o aprofundamento da relação médico-paciente durante a entrevista; Mudança de assunto durante abordagem de questões problemáticas para o paciente; Oferecer falsas esperanças; Minimizar a situação de sofrimento.

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DE EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO DF

PACIENTE VIOLENTO

O paciente violento é um dos problemas mais difíceis na prática médica de urgência. Devem-se observar os seguintes comportamentos para avaliar o potencial de violência:

- 1) postura: manter-se em pé, andar de um lado para o outro e atitude tensa sugerem potencial agressivo.
- 2) discurso: o volume da voz é proporcional à possibilidade de agressividade. Pacientes com discurso acelerado, voz alta e intolerância a abordagem indicam possibilidade de agitação psicomotora.
- 3) atividade motora: o paciente que apresenta dificuldade em permanecer sentado, acatar orientação e permanecer observando fenômenos circundantes indica maior potencial violento.

Diagnóstico:

O maior indicativo de agressividade seria uma história pregressa de agressividade.

Organizamos o diagnóstico diferencial em três eixos principais que facilitem a procura dos determinantes do quadro, as avaliações necessárias e as condutas a adotar.

1) Quadros de etiologia orgânica: são quadros que, freqüentemente, apresentam alterações de consciência, orientação e outras funções cognitivas e humor, conhecidos como Delirium. Podem apresentar alterações bruscas de comportamento. A abordagem deverá, simultaneamente, pesquisar os distúrbios orgânicos e promover o tratamento da disfunção somática, como garantir a proteção do paciente e reduzir a expressão comportamental observada. Vide mais informações em Transtorno Mental Orgânico.

2) Quadros psicóticos agudos: referem-se como os mais importantes a Esquizofrenia, outras psicoses delirantes e Mania. Podem representar o início de uma psicose, ainda sem tratamento, ou mesmo a reagudização de quadros prévios, por interrupção do tratamento, por exemplo.

3) Quadros não psicóticos e não orgânicos: Destacam-se os Transtornos de Personalidades e situações secundárias a problemas sociais. São situações de menor gravidade médica imediata, mais suscetíveis à abordagem verbal e situacional. Intervenção medicamentosa, quando necessária, deverá utilizar baixas doses.

Tratamento:

Contenção física: se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente a tratamento.

A contenção física visa exclusivamente a proteção do paciente, equipe e outras pessoas presentes e permitir a avaliação clínica. Deve, portanto, durar tempo limitado e implica em reavaliações freqüentes - pelo menos de hora em hora – e tentar a contenção química.

Sempre que obtiver a tranquilização em período de tempo breve, como observado em quadros não psicóticos, deve-se promover a suspensão da contenção e seu encaminhamento terapêutico conseqüente imediato.

Tratamento medicamentoso: o tratamento medicamentoso visa, em termos gerais, a rápida tranquilização, redução da ansiedade e hiperatividade.

Haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até que se obtenha a sedação, com possibilidade de 2 doses após 01 hora, dose máxima total entre 10 a 20mg/dia. Doses maiores deverão ser monitorizadas com ECG (para intervalos QTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroléptico). Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

Embora diversos esquemas sejam propostos, o esquema acima evita, ao máximo, o rebaixamento de consciência e complicações sistêmicas como alterações dos sinais vitais.

O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.

A prescrição, quando de alta, deve prover pequena quantidade de medicamentos ao paciente para prevenir processos de automedicação, tratamentos inadequados e dependências.

SUICÍDIO

Há consenso geral de que as taxas detectadas de suicídio revelam apenas uma parte dos suicídios realmente existentes. Isto se deve a problemas no registro deste evento causados pelas atitudes culturais em relação ao fato, pela superposição de suicídio com outros diagnósticos como ferimento por arma de fogo ou arma branca, intoxicações exógenas (álcool e outras), acidentes e, particularmente em nosso país, a baixa confiabilidade dos dados oficiais por problemas de coletas, armazenamento e processamento.

Além disso, há uma série de eventos que podem ser tentativas de suicídio (no sentido que o individuo objetiva a auto-eliminação), mas cuja caracterização enquanto tal é bastante difícil: acidentes de carro, dose excessiva de medicamentos, abandono de tratamentos, descumprimentos de orientações médicas (por exemplo, diabéticos que interrompam o uso de insulina e passem a ingerir açúcar em grandes quantidades) etc.

Após todas essas considerações, vamos mencionar alguns dados para melhor dimensionar o problema. Em todos os países ocidentais, **o suicídio está entre as dez primeiras causas de morte**. Estima-se, que, a cada dia, mais ou menos 1.000 pessoas cometem suicídio no mundo.

Existem sete doenças do SNC que se associam com maior freqüência a suicídio:

1. Epilepsia;
2. Traumatismo craniano
3. Doença cardiovascular
4. Coreia de Huntington
5. Demências
6. AIDS
7. Esclerose Múltipla

É importante lembrar que todas estas doenças podem se associar a Transtorno de Humor, orgânicos ou funcionais e à disponibilidade de medicações freqüentemente utilizadas em tentativas de suicídio. Ou seja, a maioria dos suicídios ocorre secundariamente a Transtornos Mentais. Seriam eles:

Depressão Maior; Abuso de Substâncias; Esquizofrenia e; Transtornos de Personalidade Grave.

Sumarizando:

1) Quando da chegada do paciente com suspeita de tentativa de suicídio à unidade de emergência, a prioridade para os cuidados clínicos devem incluir testes abrangentes para detecção de drogas comumente utilizadas para tentativas de suicídio, mesmo que o meio aparente não seja este.

2) Já nesta fase deve-se tentar obter o máximo de informações possível dos acompanhantes sobre as condições imediatas e mediatas onde ocorreu a tentativa.

3) A avaliação psiquiátrica conclusiva deve ser feita apenas após a desintoxicação completa.

4) A pesquisa de transtornos psiquiátricos e fatores de estresse social e psicológico deve ser extensiva.

5) Os principais fatores de risco a serem observados são: sexo masculino, acima de 45 anos, sem cônjuge, desempregado, sem suporte familiar, acesso fácil a meios potencialmente letais, com doença crônica, depressão, psicose, transtorno de personalidade ou dependência de álcool ou outras substâncias psicoativas, tentativa prévia de suicídio, ideação suicida persistente e tentativa violenta.

6) Quanto à decisão sobre a conduta a ser tomada, deve-se levar em conta as condições do paciente, suporte de familiares e amigos e condições de tratamento extra-hospitalar.

7) Não existe qualquer verdade no mito de que falar sobre o suicídio pode induzi-lo.

TRANSTORNOS ANSIOSOS

A ansiedade pode se apresentar como emergência psiquiátrica pura ou ser diagnosticada a partir de seus sintomas somáticos, ou seja, após a avaliação clínica geral.

Não vamos nos estender aqui sobre os sintomas somáticos de ansiedade e seu diagnóstico diferencial com patologias orgânicas. Uma vez estabelecido que o distúrbio proeminente é o Transtorno Ansioso, resta fazer a seguinte distinção:

Ansiedade normal: é aquela que se apresenta como reação compreensível a fenômenos vivenciais. Por exemplo, após assalto, morte de ente querido, etc.

Ansiedade patológica: é aquela secundária a alguns dos vários Transtornos Ansiosos como o Transtorno do Pânico, Fobias, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, entre outros.

Ansiedade associada a outras patologias psiquiátricas: é a ansiedade como sintoma em Transtornos do Humor e/ou quadros psicóticos.

Tratamento:

No primeiro caso, a medicação ansiolítica pode ser evitada, bastando, na maioria das vezes, uma atitude suportiva e continente. A presença de amigos e familiares e a certeza da ausência de patologia ou risco físico iminente podem ser suficientes para a redução dos sintomas. Caso contrário, o uso de benzodiazepínicos por via oral, em doses baixas, é indicado. Não deve ser prescrita medicação de manutenção.

Na ansiedade secundária a Transtornos Ansiosos, a ausência de patologia ou risco físico iminente também são importantes, mas devem ser associados à administração de benzodiazepínicos por via oral.

O encaminhamento para tratamento ambulatorial é, provavelmente, a conduta mais importante. A prescrição de benzodiazepínicos para o período (que deve ser curto) entre a alta do serviço de emergência e o início do tratamento ambulatorial, pode ser benéfica.

Quando a ansiedade for secundária a quadro psicótico, o tratamento deste com neuroléptico é a conduta mais adequada. Neste caso a utilização de neurolépticos de alta potência por via intramuscular é o mais adequado. A sugestão é o uso de haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até de 8/8 horas, associado a prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Quando for secundária a Transtorno do Humor, a prescrição de benzodiazepínicos pode ser utilizada até que o tratamento específico promova a melhora do quadro. Neste caso, o início rápido de ação é a variável mais importante, sugerimos então o uso de diazepam 5mg VO, que pode ser repetido após uma hora, caso a sintomatologia ansiosa não tenha cedido. Caso haja a previsão do reaparecimento da sintomatologia depois de cessado o efeito da medicação, esta deverá ser prescrita para uso diário. Aí a variável mais importante é a meia-vida longa do benzodiazepínico. Novamente, o diazepam é uma boa alternativa em doses de 5 a 20mg ao dia, dependendo do grau de sedação do paciente.

Em ambos os casos, dependendo da intensidade do transtorno, o tratamento hospitalar é uma hipótese a ser considerada.

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

A reação da paciente e sua família pode variar conforme a estruturação psicológica de cada um. As reações à gravidez e ao puerpério são influenciadas por fatores culturais e devem ser avaliados de acordo. Determine se os membros da família e amigos da paciente consideram seus pensamentos e comportamentos anormais.

As situações mais comumente encontradas são:

Início de sintomas ou agravamento destes durante período gestacional ou puerpério;

Mulheres com risco alto de apresentarem quadro psiquiátrico puerperal e que planejam amamentar.

Psicose Puerperal é uma Síndrome que ocorre após parto, caracterizada por grave depressão e delírios. A maioria dos casos ocorre dois a três dias após o parto. As queixas iniciais de insônia, inquietação e labilidade emocional evoluem com confusão, irracionalidade, delírios e preocupações obsessivas em relação à criança. São característicos os pensamentos de querer lesar o recém-nascido ou a si mesma.

Tratamento:

O tratamento medicamentoso deve ser evitado durante a gestação e a amamentação. A abordagem medicamentosa envolve a comparação entre o risco da administração para o feto com o risco de não oferecer o medicamento para a mãe. Em geral, evite dar medicamentos durante a gestação, principalmente nos 03 (três) primeiros meses, já que podem ser teratogênicos ou causar outros efeitos tóxicos sobre o feto.

A emergência mais comum em gestantes e puérperas é o quadro psicótico. Pode ser usado um neuroléptico de alta potência e mais antigo, portanto mais estudado – ex: haloperidol, em dose de 5mg a 20 mg por dia, VO ou IM, conforme necessário. A clorpromazina 25 mg VO ou IM, também é uma droga segura e bem estudada. Quando necessário, em casos de agitação intensa e insônia, um benzodiazepínico pode ser associado.

Precações contra suicídio; não deixar o recém-nascido sozinho com a mãe, se houver presença de delírios ou se houver ruminacões acerca da saúde da criança.

Encaminhamento para internação e/ou tratamento ambulatorial.

SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS

De acordo com o DSM – III – R, **delirium** deve ser diagnosticado quando houver redução da capacidade de manter e/ou mudar o foco da atenção, pensamento desorganizado e pelo menos dois dos seguintes:

Diminuição do nível de consciência; distúrbios senso-perceptivos (ilusões ou alucinações); distúrbios no ciclo sono-vigília com sonolência diurna e insônia noturna; aumento ou diminuição da atividade psicomotora; desorientação têmporo -espacial ou pessoal; prejuízo de memória de fixação.

Este quadro tende a ser abrupto e flutuar em curtos períodos de tempo.

Deve haver também a evidência de um fator orgânico específico ao qual se possa atribuir o quadro ou ausência de outros quadros psiquiátricos que possam justificar estas alterações.

A presteza na intervenção adequada pode ser decisiva no curso do quadro e na determinação de seqüelas posteriores.

Existem outros quadros psiquiátricos que podem mimetizar **delirium** como: depressões graves; psicoses; agitações maníacas e; ansiedade extrema.

Apesar disso, se após avaliação adequada for mantida a suspeita de **delirium**, as condutas devem seguir, prioritariamente, este diagnóstico.

Pacientes com idade avançada ou comprometimento cerebral prévio são mais suscetíveis a apresentarem quadros de **delirium** mesmo com alterações clínicas leves.

Existem várias causas de delirium, apontaremos aqui, apenas como lembrete, tipos de patologias cerebrais e extracerebrais que podem se associar a quadros de delirium:

- 1) Uso ou abstinência de substâncias psicoativas;
- 2) Isquemia cerebral difusa ou em território vértebro-basilar;
- 3) Hipóxia, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos, hormonais e carências vitamínicas graves;
- 4) Falência de outros órgãos (insuficiências renais, hepáticas, cardíacas etc);
- 5) Quadros ictais e pós-ictais;
- 6) Traumatismo craniano;

- 7) Lesões expansivas;
- 8) Doenças infecciosas do SNC ou de outros órgãos (encefalites, AIDS,...);
- 9) Doenças inflamatórias do SNC;
- 10) Causas mistas.

Deve-se utilizar dados de história, exame físico cuidadoso e investigação laboratorial complementar e exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética de cérebro). É sempre importante lembrar que a identificação de uma causa não exclui a presença de outras. Por exemplo, pacientes alcoolistas com delirium podem apresentar, concomitantemente, abstinência e infecção de SNC.

Medidas Gerais:

Algumas medidas gerais podem facilitar o manuseio destes pacientes:

Ambientes mal iluminados facilitam o aparecimento de distúrbios senso-perceptivos, deve-se, portanto, manter o ambiente sempre iluminado.

Indicadores que facilitam a orientação do paciente (relógios, calendários e vista da luz do dia).

Prover orientação adequada ao paciente, nos períodos de lucidez, em relação ao ambiente e eventual uso de equipamentos e manipulações, ainda que seja necessário repetir várias vezes a mesma informação.

Muitas vezes é necessário manter o paciente contido no leito, mesmo quando ele não está confuso no momento, pela flutuação do quadro. Quando isto ocorrer, deve ser explicado clara e insistentemente ao paciente a causa deste procedimento. A contenção é, por si só, um estressante ambiental importante que pode ensejar reações de agressividade ou medo nos pacientes.

Orientar a família e os amigos sobre o delirium e tranquilizá-los de que os déficits do paciente são geralmente temporários e reversíveis.

Tratamento Medicamentoso:

Quando agitação estiver presente, deve ser dada preferência ao uso de neurolepticos de alta potência pelo fato de que são os que causam o menor grau possível de rebaixamento de consciência e baixo risco de complicação cardiológica.

O haloperidol pode ser utilizado por via oral ou por via intramuscular quando o controle rápido é necessário. O esquema sugerido é o mesmo apresentado no item sobre os pacientes violentos.

Quando houver contraindicações ao uso de neurolepticos (Parkinson, falência hepática) ou quadros associados a convulsões e abstinência de álcool/sedativo-hipnóticos, podem ser utilizados benzodiazepínicos, particularmente lorazepam/diazepam/clonazepam, tendo em mente o risco de causarem sedação e pior desempenho cognitivo.

A avaliação clínica do paciente com delirium (inclusive pacientes psiquiátricos) deve obedecer a rotina que se impõe a qualquer avaliação clínica inicial na prática médica. Neste sentido, além da anamnese completa, recomenda-se a investigação de algumas funções específicas, dada a alta correlação entre suas anormalidades e sintomas psíquicos.

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL BÁSICA PARA O PACIENTE COM DELIRIUM

Hemograma completo e plaquetas; TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina; uréia e creatinina; função tireoideana; glicemia; urinálise; eletrólitos; cálcio, magnésio e fósforo; albumina; RX do tórax; gasometria arterial ou saturação de oxigênio; ECG.

- 1) Ataques de Pânico
- 2) Episódios Dissociativos
- 3) Mania ou Hipomania
- 4) Síndrome Neuroleptica Maligna
- 5) Discinesias Agudas
- 6) Abstinência Alcoólica
- 7) Intoxicação e Abstinência de Substâncias Psicoativas
- 8) Agitação/Agressividade

Atenção maior quando se tratar de primeira crise e, nestes casos, sempre se deve descartar causa orgânica.

QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

1) Ataques de Pânico:

Taquicardia; sudorese; dor pré-cordial; respiração curta.

Situação que exige realização do diagnóstico diferencial com: hipocalcemia, hipertireoidismo, IAM, angina e hipoglicemia.

Tratamento:

Benzodiazepínicos são úteis durante o tratamento inicial para alívio mais urgente de ansiedade antecipatória e dos ataques de pânico incapacitantes. Alprazolam pode ser efetivo na dose de 1 a 2 mg/dia, embora muitos pacientes necessitem de 5 a 6 mg/dia, em doses divididas de 2 a 4 vezes/dia; outros benzodiazepínicos são efetivos em dosagens equivalentes.

2) Episódios Dissociativos:

Amnésia psicogênica (localizada); alteração da consciência (discreta); alteração da memória (eventos de curto período); início abrupto; alterações motoras voluntárias (contorções de mãos e braços)

Situação que exige realização de diagnóstico diferencial com: TCE, TU cerebral, acidentes cardio-vasculares e uso de substâncias.

Tratamento:

Benzodiazepínicos (clonazepam) quando a desregulação afetiva apresenta-se como ansiedade; neuroléptico, em doses baixas, para des controle comportamental grave.

3) Mania ou Hipomania:

Agitação psicomotora; humor eufórico e/ou irritável; aceleração no discurso e pensamento; dificuldade de concentração.

Situação que exige diagnóstico diferencial com: uso de substâncias (anfetaminas e estimulantes), hipertireoidismo, esclerose múltipla, tumor cerebral e outras doenças neurológicas. Atenção quando sintomas iniciarem após 50 anos, o que é raro, e fala mais para organicidade.

Tratamento:

Controlar rapidamente agitação, agressividade e impulsividade. Benzodiazepínicos podem ser úteis em curto prazo; neurolépticos VO ou IM nos casos mais graves.

4) Síndrome Neuroléptica Maligna:

Febre; rigidez muscular; diminuição do nível de consciência; taquicardia; labilidade de pressão arterial; sudorese excessiva; aumento da enzima creatofosfoquinase (CPK); leucocitose; uso de neurolépticos.

Situação que ocorre em decorrência do uso dos chamados neurolépticos típicos (antagonistas dos receptores dopaminérgicos), também podendo aparecer pelo uso dos atípicos (além de bloquear receptores dopaminérgicos atuam também nos serotoninérgicos). Todos os neurolépticos têm o potencial de desencadear sintomas graves, independente de ser típico (haloperidol, periciazina, tioridazina,...) ou atípico (olanzapina, risperidona e clozapina).

Exige diagnóstico diferencial com hipertermia maligna, insolação, encefalites e outras infecções do SNC.

Tratamento:

Deve ser feito em regime de Terapia Intensiva. O neuroléptico deve ser interrompido imediatamente, sendo oferecidas medidas de suporte geral com controle dos sinais vitais e encaminhamento para internação em unidade psiquiátrica, em hospital geral (Hospital de Base do DF).

5) Distonias Agudas:

Contrações musculares; crises oculogiratórias; torcicolos; protusão da língua; laringoespasmos; uso de Neurolépticos.

Situação que ocorre, em geral, nas primeiras horas ou dias após a introdução de medicação neuroléptica.

Tratamento:

Anticolinérgicos; em geral é utilizado o biperideno, por via oral ou intramuscular, até de 8/8 horas ou a prometazina. O laringoespasmos é uma situação de risco de vida, exigindo tratamento imediato com estas medicações via endovenosa.

6) Síndrome de Abstinência Alcoólica:

Situação que ocorre quando as pessoas que bebem de forma excessiva diminuem ou param a sua ingestão habitual.

Não complicada:

Tremor; irritabilidade; náuseas e vômitos; taquicardia; aumento da pressão arterial; sudorese; hipoten-

são ortostática; febre; insônia; inquietação psicomotora.

Tratamento:

Verificar anemia, déficit vitamínico, glicemia e descompensações hidroeletrólíticas; investigar comprometimento dos aparelhos gastrointestinal/circulatório/respiratório e SNC.

Aporte hídrico e nutricional. Sedação com benzodiazepínicos: Diazepam 10mg VO a cada hora até sedação leve. Na maior parte dos casos não é necessária dose extra. Suplementar dose, se necessário, após avaliação clínica. Ácido fólico 1 mg VO 04 vezes ao dia; Tiamina 100 mg VO 04 vezes ao dia; Complexo multivitamínico VO 01 vez ao dia; Sulfato de magnésio 1g IM a cada 06 horas por 2 dias; se houver abstinência seguida por convulsões (Mg é um cofator para o metabolismo da tiamina) .

Com Delirium Tremens:

Situação com início cerca de 72 horas após a última dose e duração de 2 a 6 dias.

Estado confusional flutuante; estreitamento do campo vivencial; desorientação temporo-espacial; déficit de memória de fixação; desagregação do pensamento; alucinações visuais e táteis; delírios persecutórios; labilidade do afeto.

Tratamento: necessidade de internação em hospital geral, contenção mecânica e cuidados gerais como repouso absoluto, dieta leve ou jejum. Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e da hidratação.

Tiamina: 300 mg /dia IM. Se apresentar confusão mental, ataxia, nistagmo, aumentar a dose.

Diazepam 10 a 20 mg VO de hora em hora ou; Clordiazepóxido 50 a 100 mg VO de hora em hora ou ; Lorazepam (nos casos de hepatopatias graves) 2 a 4 mg VO de hora em hora até sedação leve.

Se convulsão: diazepam 10 mg EV na crise; Se alucinose alcoólica: haloperidol 5 mg IM.

O QUE NÃO FAZER:

Administrar glicose indiscriminadamente (risco de precipitar a Síndrome de Wernicke causada pela deficiência de tiamina). A glicose deve ser aplicada parenteralmente após administração de tiamina.

Administrar clorpromazina ou outros neurolepticos sedativos de baixa potência para controle da agitação (pode induzir convulsões). O mais adequado é o haloperidol.

Hidratar indiscriminadamente

Exames Complementares:

Hemograma Completo; Provas de função hepática: TGO, TGP, Gama-gt, tempo de protrombina, albumina e proteína total e frações; Eletrólitos (Ca, Mg, Na e K); Provas de função renal: uréia e creatinina; Glicemia; Colesterol e triglicérido; ECG; EAS; RX de tórax.

7) Intoxicação e Abstinência de Substâncias Psicoativas:

Situações em que o tratamento, de um modo geral, envolve observação de possíveis overdoses, avaliação de possível intoxicação por múltiplas substâncias e patologias clínicas concomitantes, além de tratamento de suporte, como, por exemplo, proteger o paciente de lesões. Maiores informações vide "Manual de Procedimentos de Assistência aos Pacientes de Álcool e Drogas" (Cosam/SES 2006).

8) Agitação/Agressividade:

Situação das mais difíceis na prática médica de urgência. Deve-se observar o comportamento para avaliar o potencial de violência, colher história com familiar e traçar conduta a ser seguida.

Tratamento:

Contenção física se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resistente a tratamento.

O tratamento medicamentoso visa, em termos gerais, a rápida tranquilização, redução da ansiedade e hiperatividade.

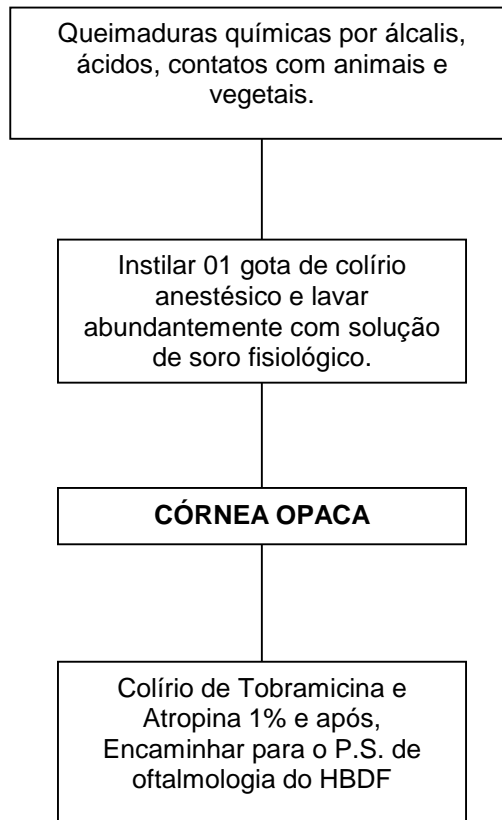
Haloperidol 5mg, por via IM ou VO, até que se obtenha a sedação, com possibilidade de 2 dose após 01 hora, dose máxima total entre 10 a 20mg/dia. Doses maiores deverão ser monitorizadas com ECG (para intervalos QTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroleptico). Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

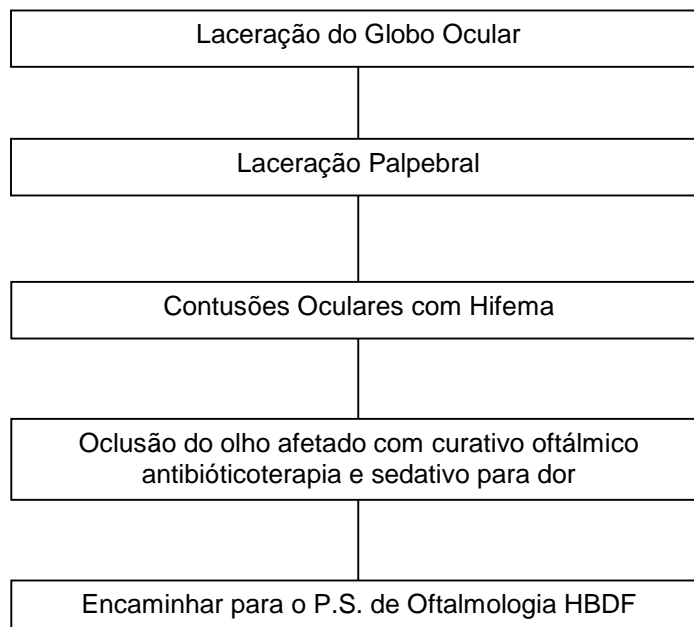
Embora diversos esquemas sejam propostos, o esquema acima evita, ao máximo, o rebaixamento de consciência e complicações sistêmicas como alterações dos sinais vitais.

O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.

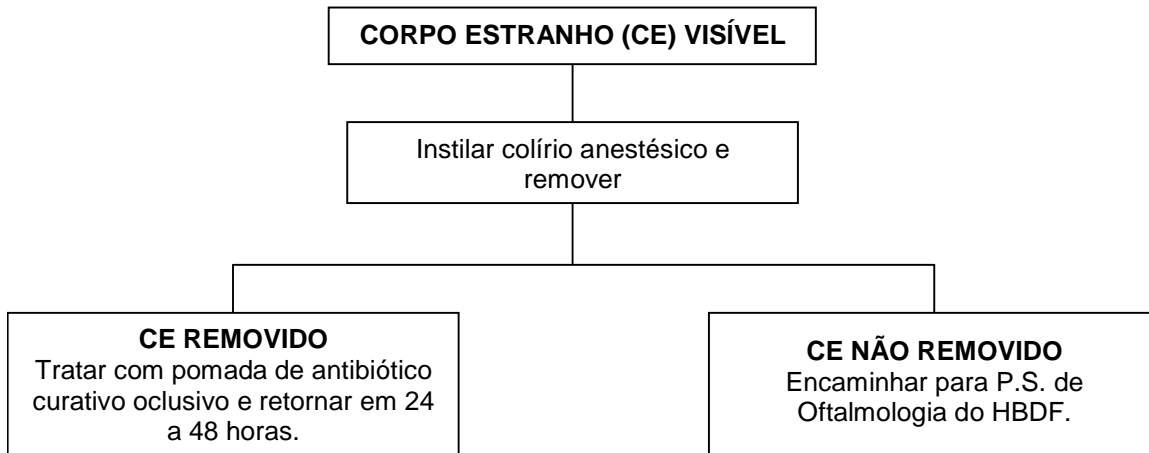
TRAUMAS QUÍMICOS



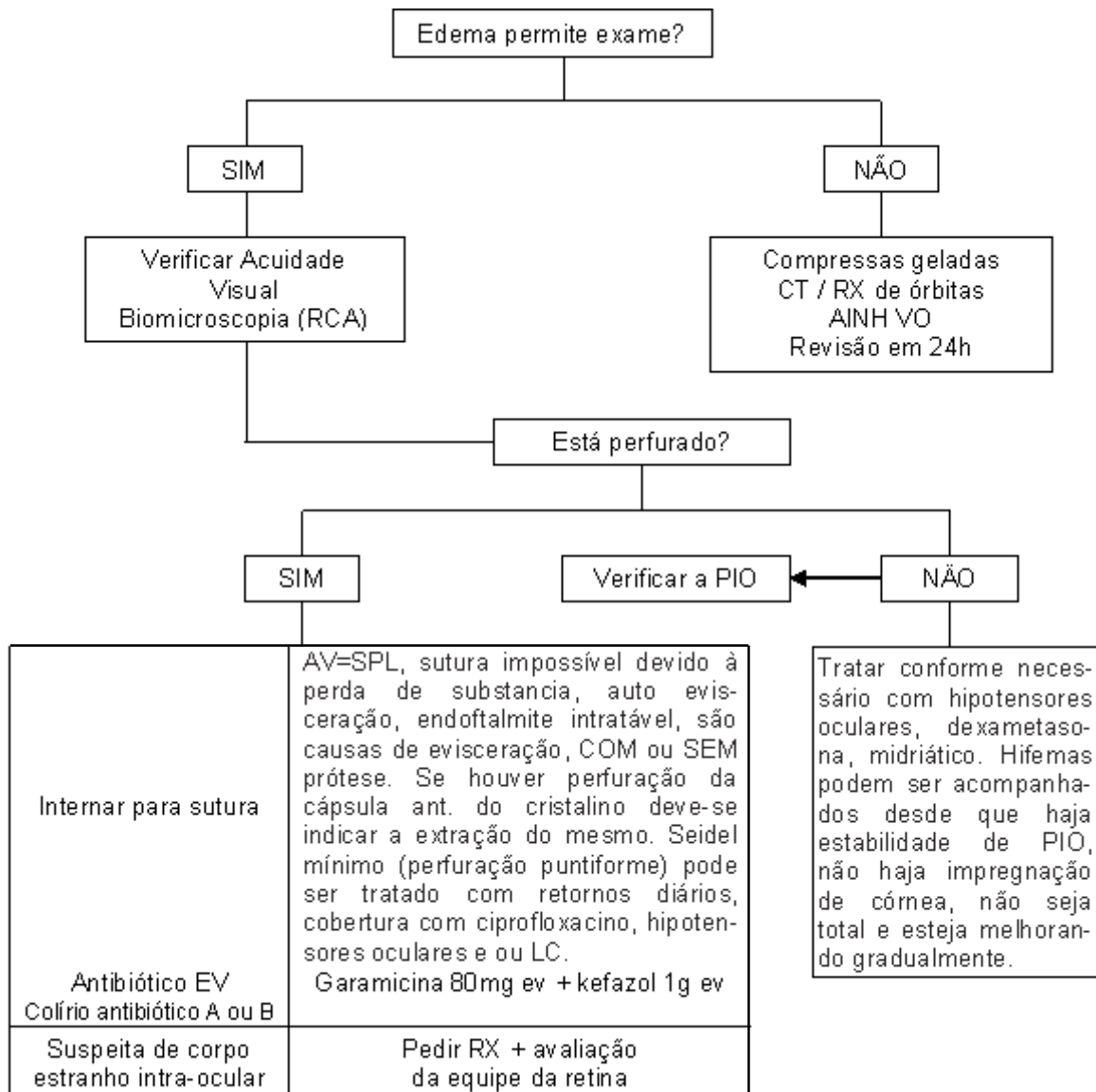
LACERAÇÕES OCULARES



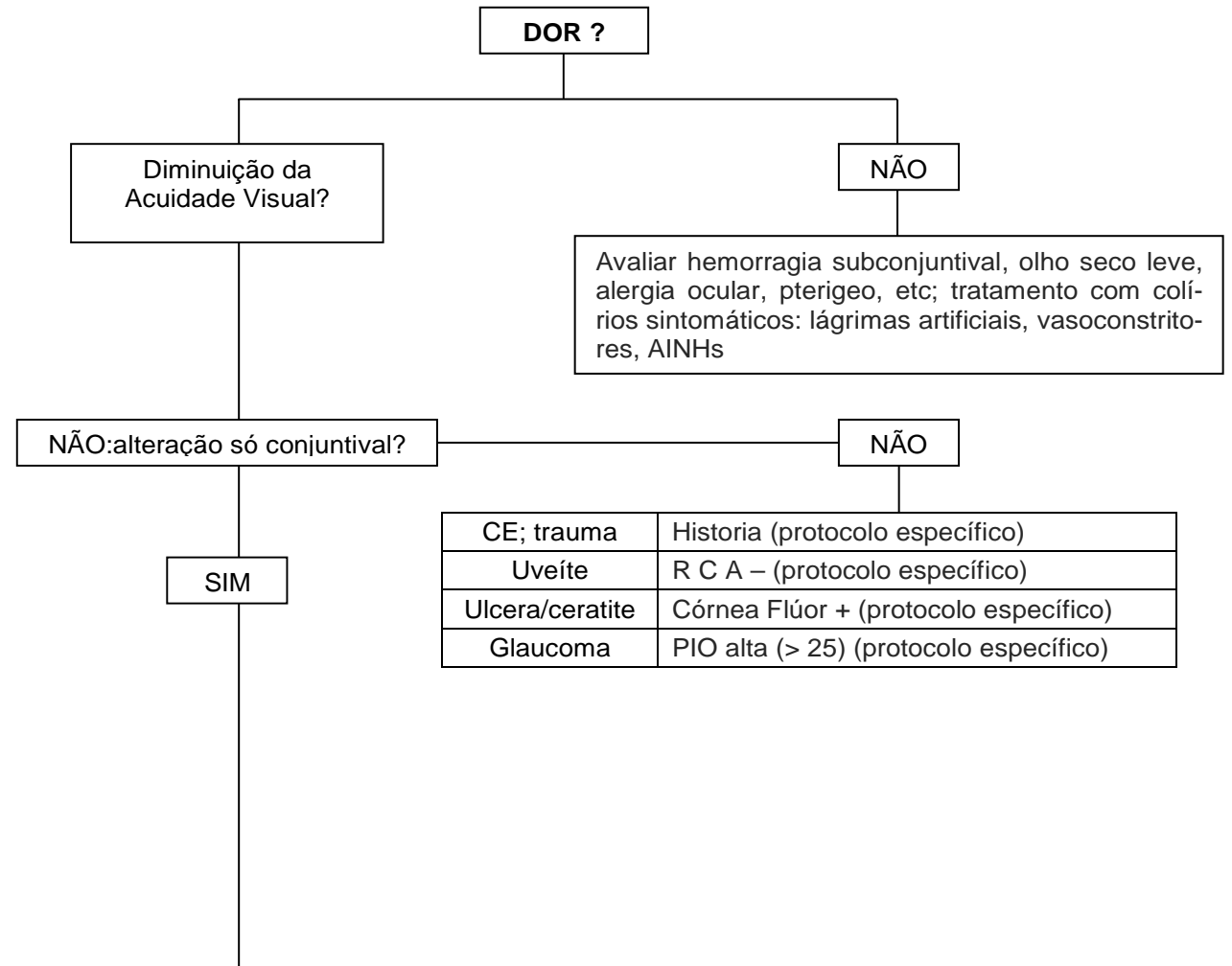
CORPOS ESTRANHOS (CE) CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS



TRAUMA OCULAR



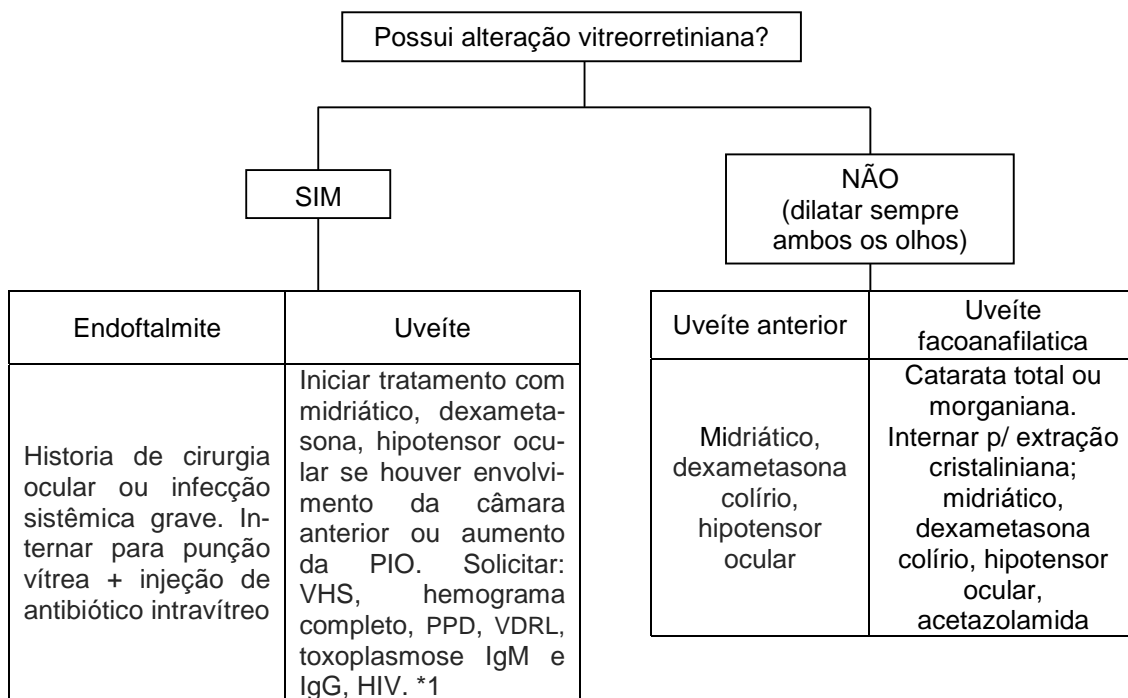
PIO - Pressão Intraocular

OLHO VERMELHO

Conjuntivite bacteriana	Secreção purulenta, papilas. tobramicina, AINHs, lubrificantes, compressas geladas, higiene.
Conjuntivite viral	Secreção serosa ou mucoide, irritação > prurido, folículos, linfonodo pré auricular +, acompanha quadro viral de vias aéreas superiores. AINHS, lubrificantes, compressas geladas, higiene. A presença de pseudomembranas, ceratite ou nuperculitas virais indica o uso de fluormetolona
Conjuntivite alérgica	Secreção serosa, prurido > irritação, papilas, atopia +. AINHS, lubrificantes, dexametasona, antialérgicos, compressas geladas, higiene
Conjuntivite por Clamídia	Olho vermelho crônico (+30d), secreção geralmente serosa, fta Abs p/clamídia +. Azitromicina 1g VO 1x, ou 10mg/kg x3d. pomada de tetraciclina 6/6h
Pingueculite/episclerite	Hiperemia localizada AINHS/fluormetolona/cicloplegico

* NEONATOS: tempo de incubação/etiologia da conjuntivite	
24 horas	Química
Até 48 – 72h	Gonocócica
5 a 7 dias	Bacteriana
10 a 15 dias	Clamídia

UVEÍTES



*1 : Uveíte por toxoplasmose: sulfametoxazol + trimetoprim 2 comp. VO 12/12h; pirimetamina 25mg 1 comp. VO por dia; prednisona 20 a 100mg/dia; Ácido Fólinico 5mg - 2x por semana; avaliar hemograma semanalmente.

DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

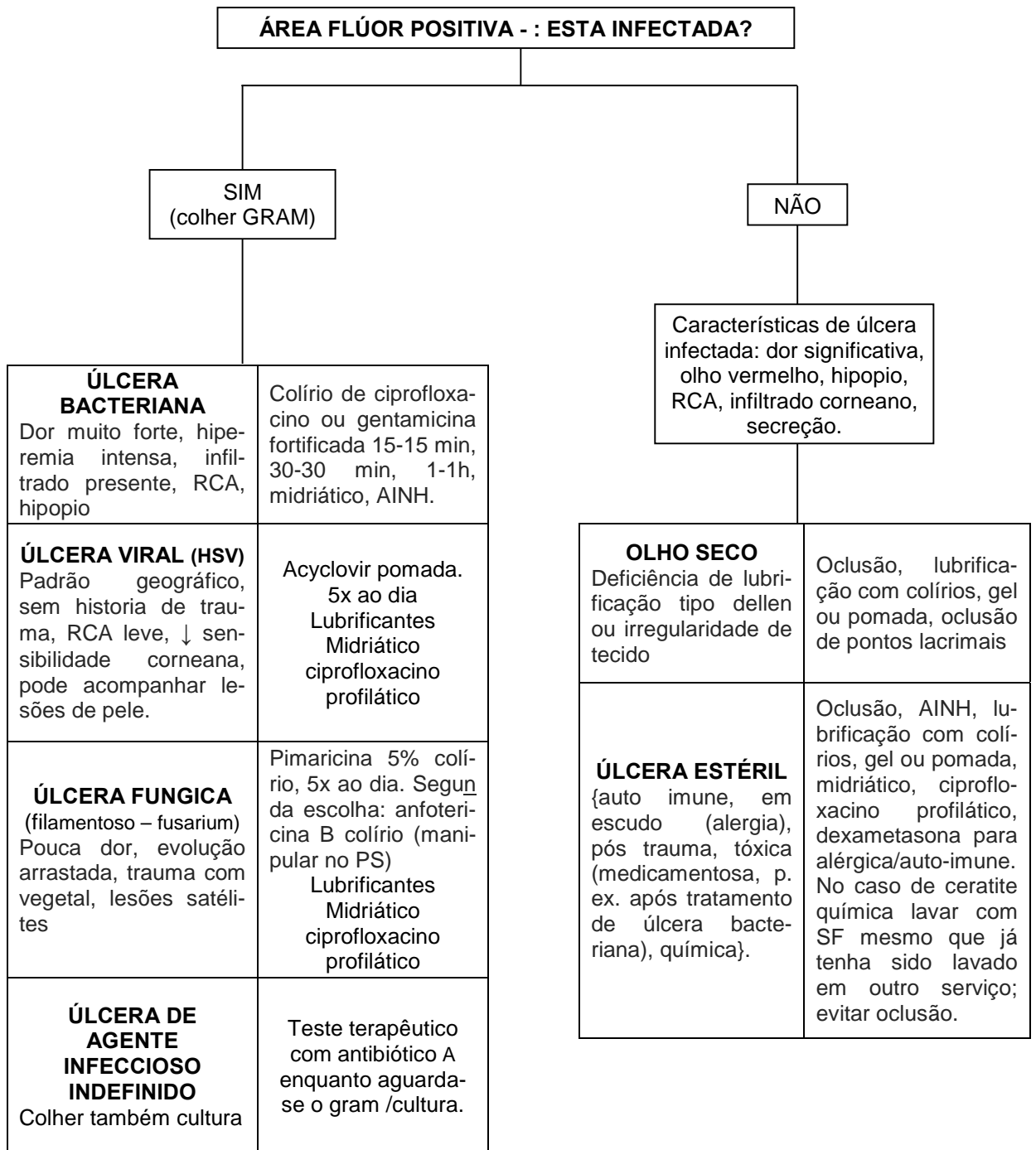
<p>Se Cirurgia Intraocular:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acetazolamida 250 mg 3 vezes ao dia; 2. Antiinflamatório oral não hormonal; 3. Colírio de corticóide. <p>Se Cirurgia Extra Ocular:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antibioticoterapia; 2. Antiinflamatório oral não hormonal.
<p>Considerar necessidade de exames complementares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ecografia ocular; 2. Tomografia de crânio e órbita; 3. Mapeamento de retina; 4. Angiografia fluoresceínica. <p>Encaminhar para ambulatório de retina</p>

ABRASÕES CORNEANAS

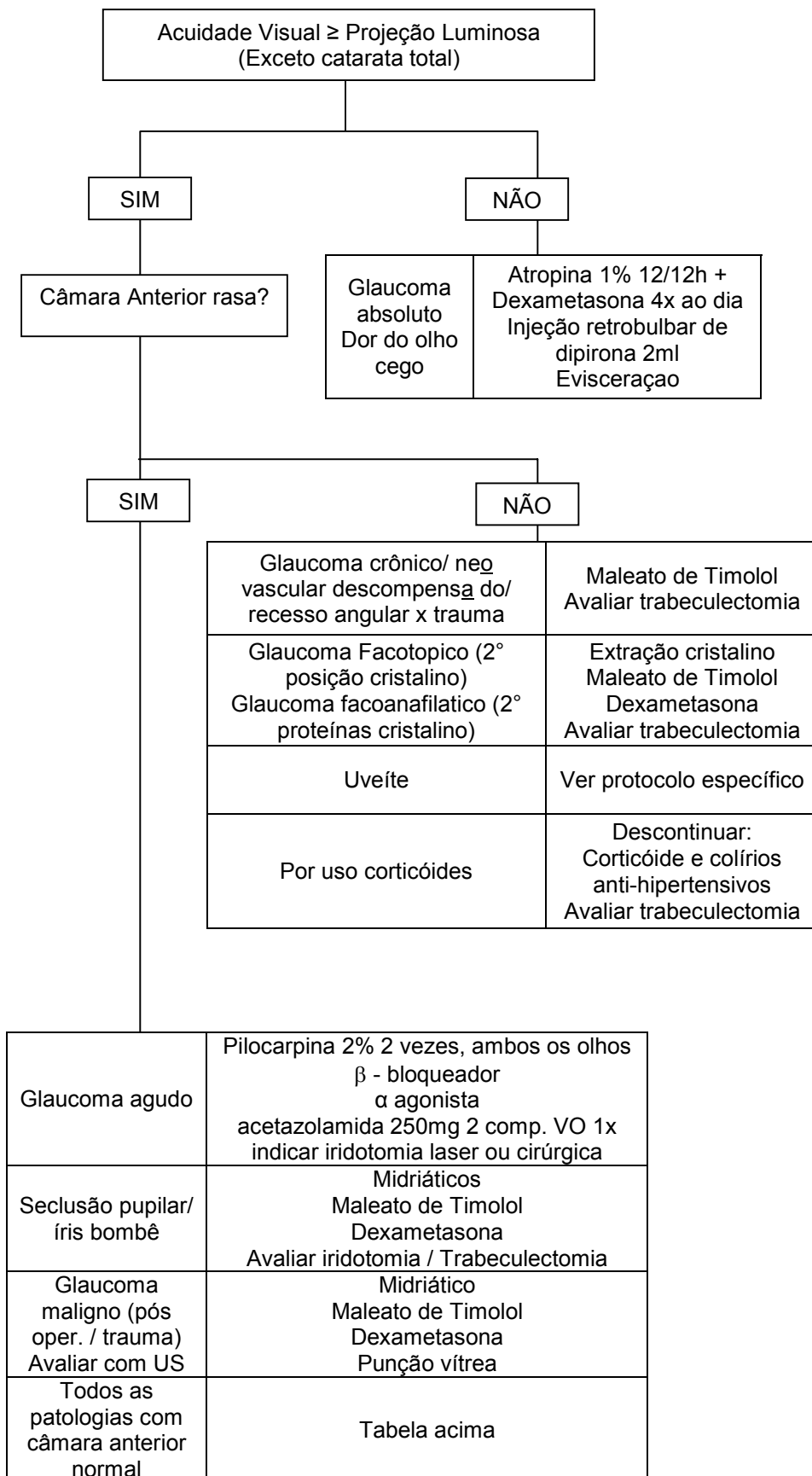
Antibioticoterapia com Tobramicina tópica:
Considerar prescrição de analgésico oral e oclusão de área extensa ou muita dor

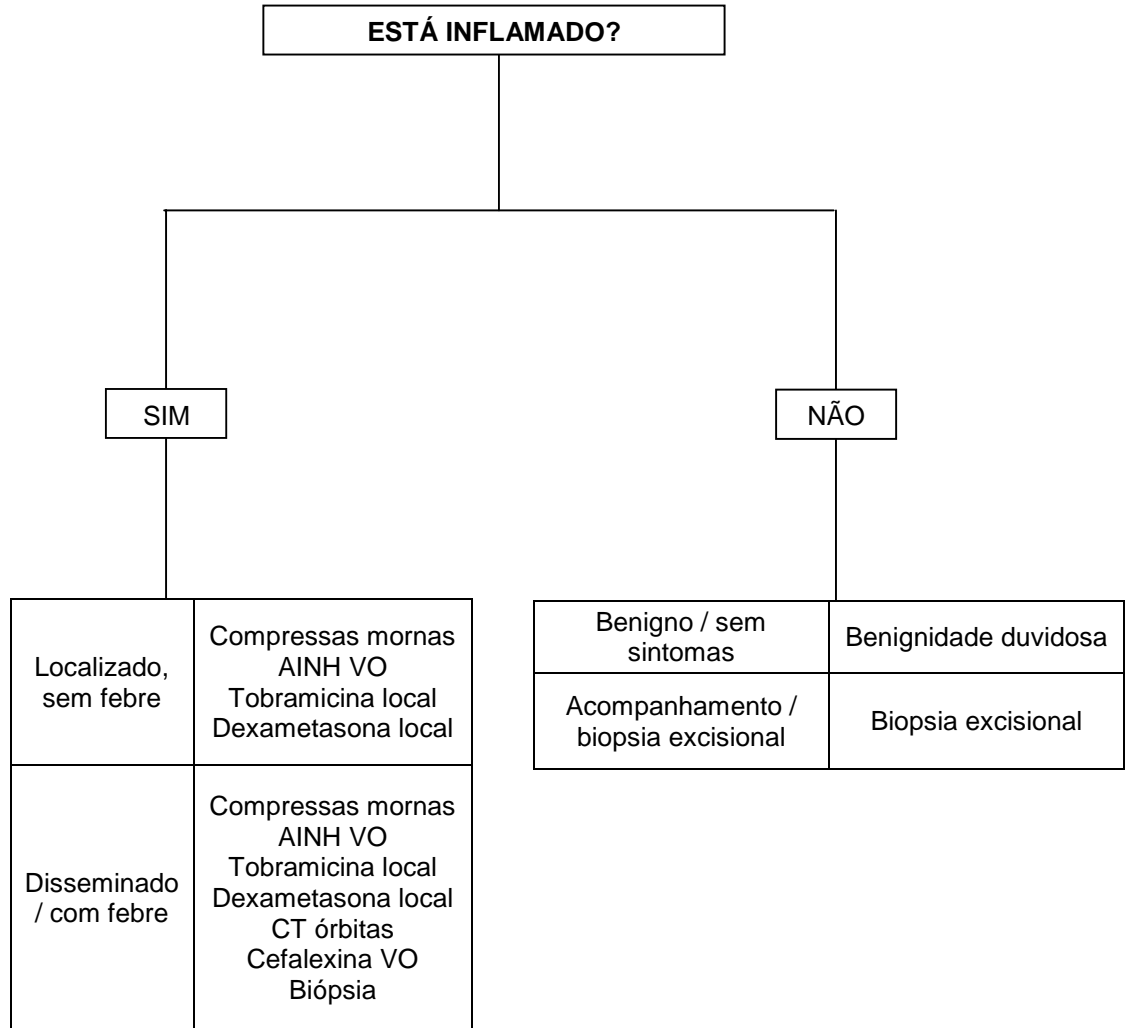
ÚLCERA DE CÓRNEA

Bacteriana – Antibioticoterapia tópica com colírio de ciprofloxacina e Atropina 1% colírio.
Fúngica - Natamicina 5% colírio e pomada / colírio de Fluconazol 2%
Antibioticoterapia e internação se extensa ou não responder a tratamento em 48 a 72 h.



GLAUCOMA



TUMOR PALPEBRAL

**CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO
SOLAR OU POR SOLDA ELÉTRICA**

Oclusão com pomada de Tobramicina e controle em 24 h.

CELULITE ORBITÁRIA

CT de crânio e órbita

Encaminhar para o P.S. de Oftalmologia no HBDF

Tratamento: antibióticoterapia venosa + internação + reavaliação até a alta

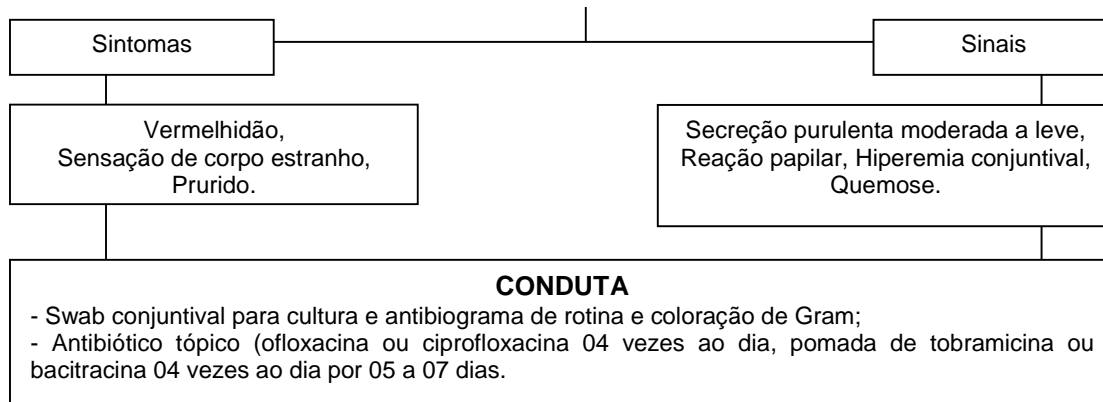
DACRIOCISTITE

Tratamento: antibióticoterapia venosa + internação + reavaliação até a alta

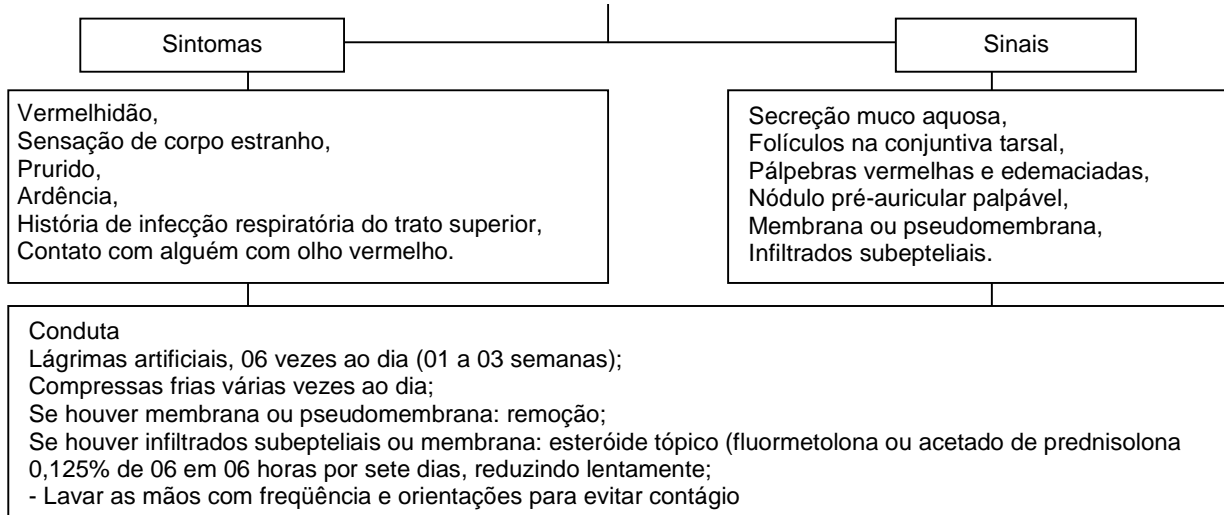
Se grave encaminhar ao P. S. do HBDF

Encaminhar ao Ambulatório de Plástica Ocular

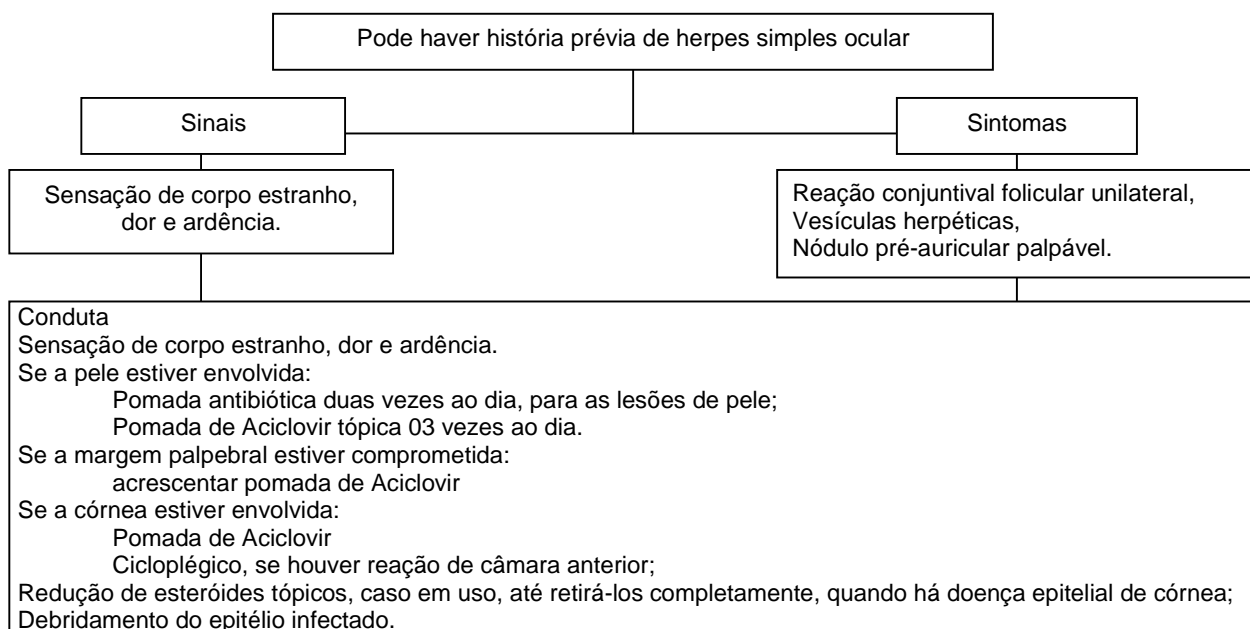
CONJUNTIVITE BACTERIANA



CONJUNTIVITE VIRAL



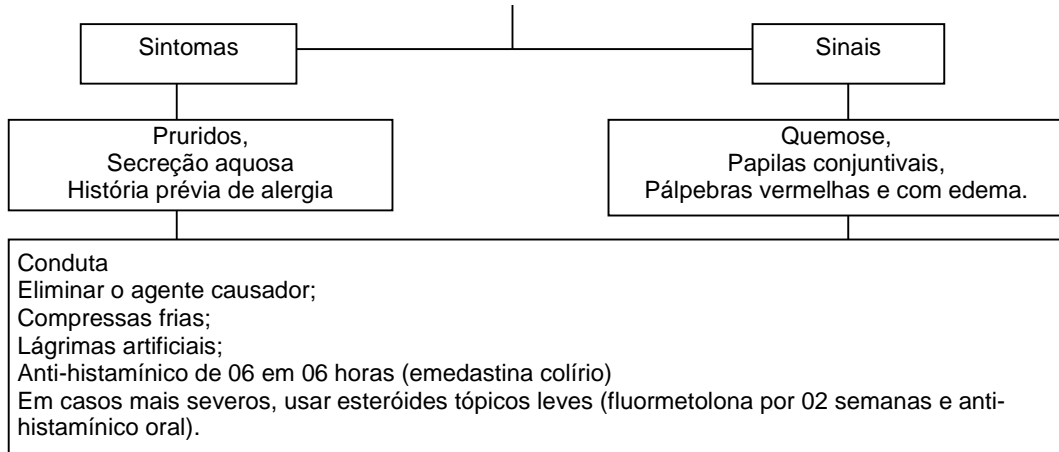
CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES



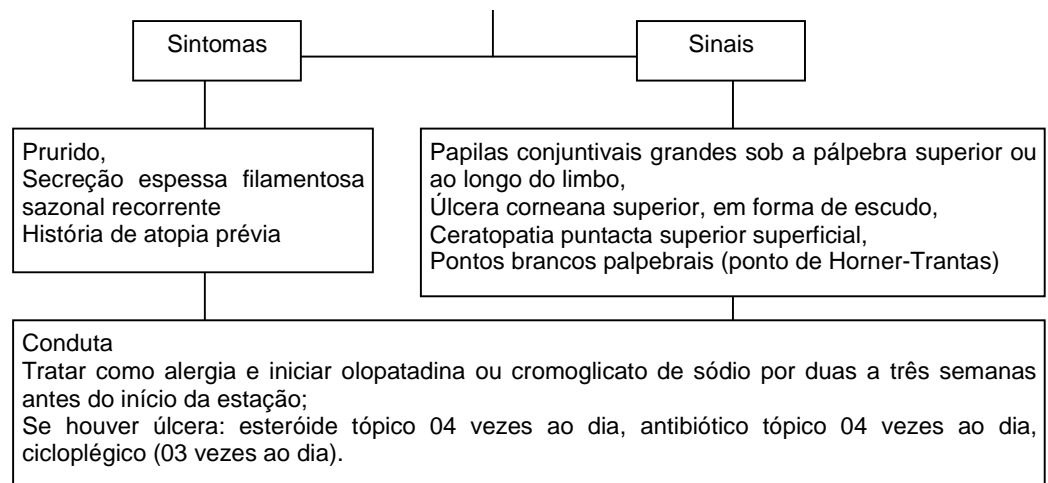
* **Observação** – Quando há suspeita de doença herpética primária: Aciclovir 400mg, via oral, cinco vezes ao dia (por 07 a 14 dias)

* **Contra-indicado em pacientes grávidas e/ou com doença renal.**

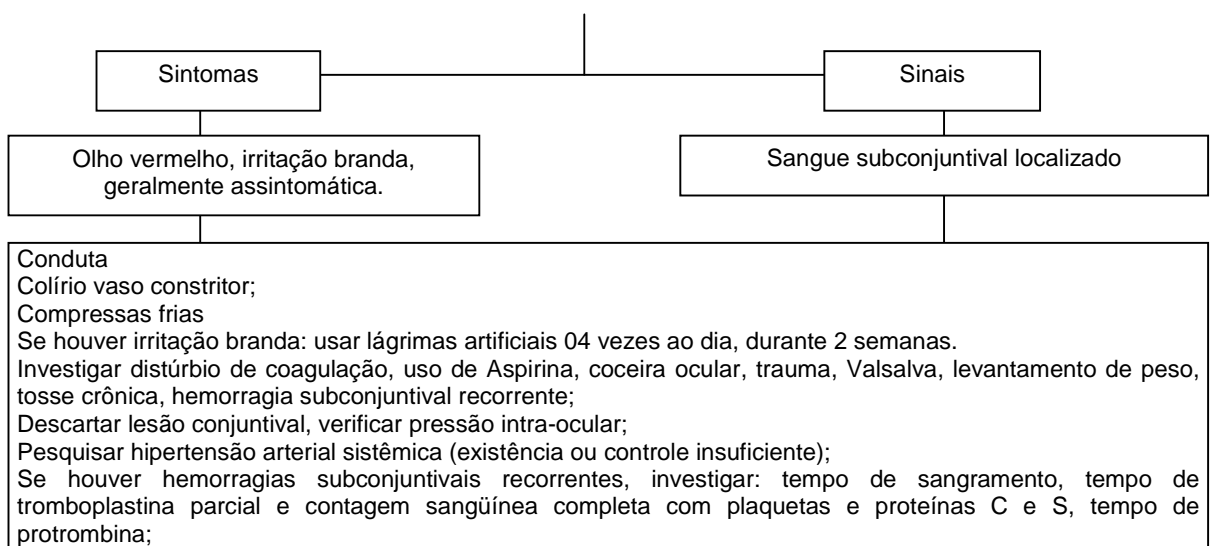
CONJUNTIVITE ALÉRGICA



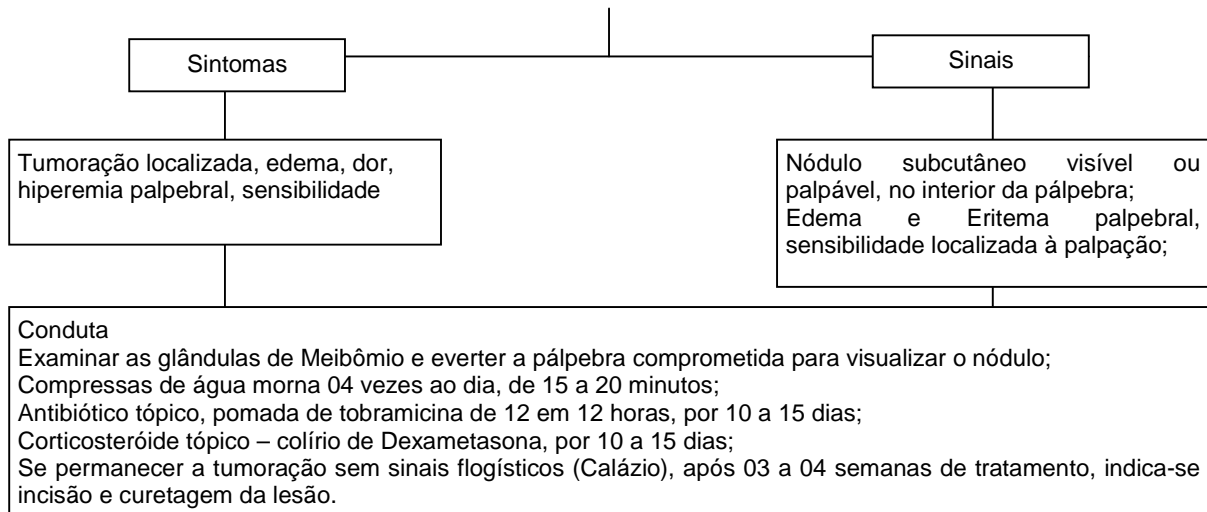
CONJUNTIVITE PRIMAVERIL/ATÓPICA



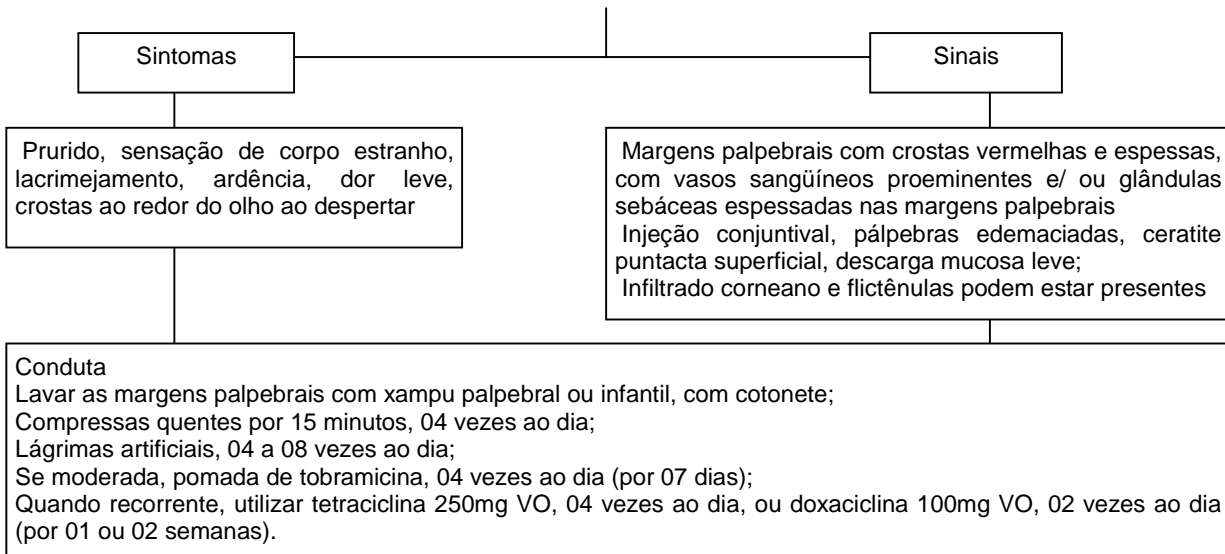
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL



HORDÉOLO/CALÁZIO



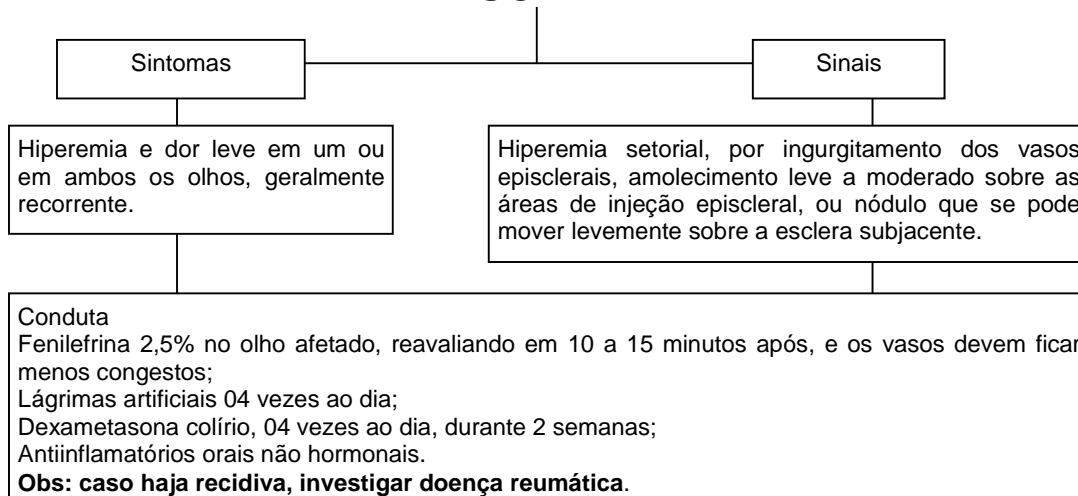
BLEFARITES



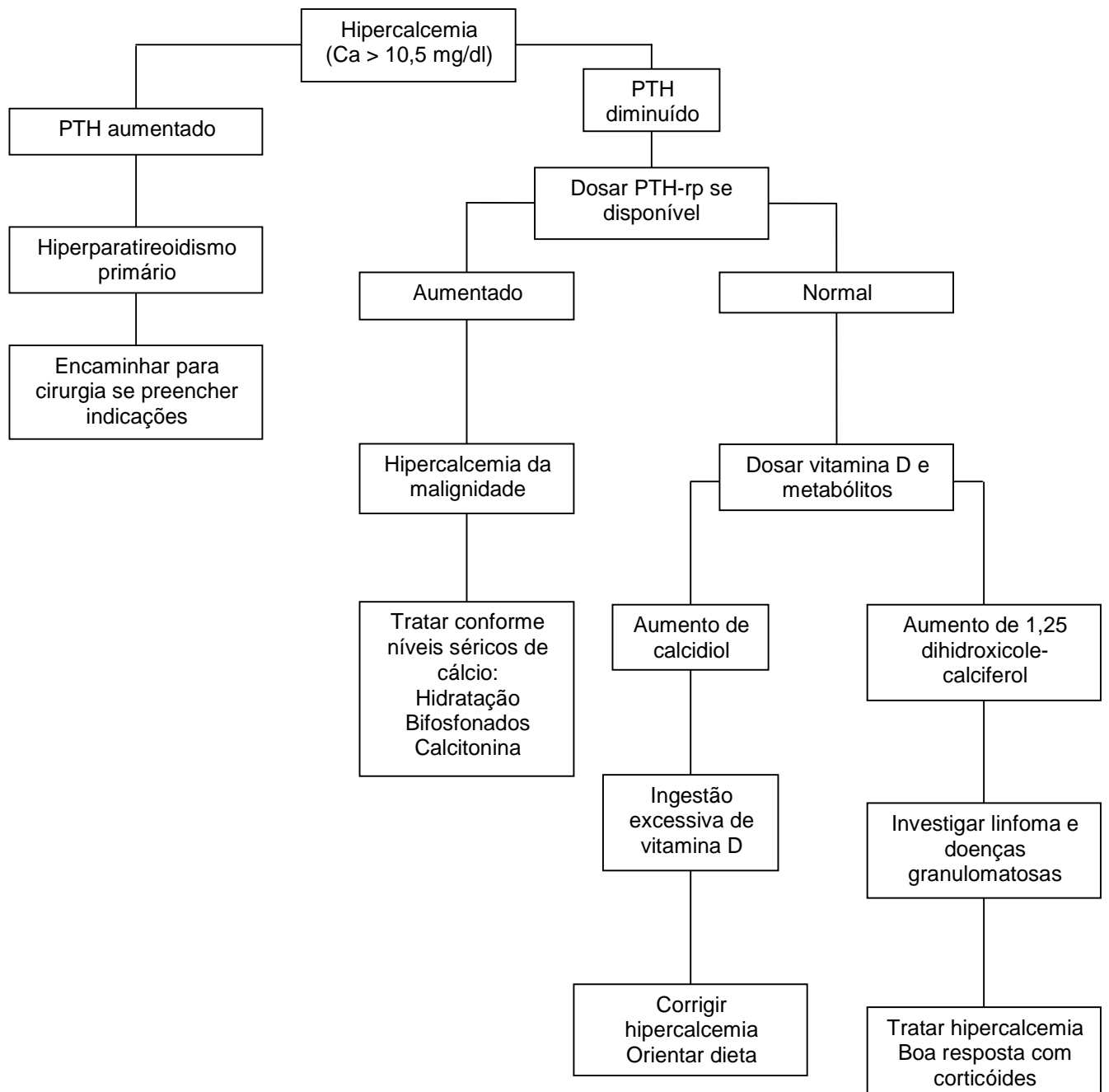
Observação:

Tetraciclina não deve ser usada em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, ou em crianças abaixo de oito anos. Pode-se substituir por eritromicina 250mg VO, 04 vezes ao dia.

EPISCLERITE



HIPERCALCEMIA



CRISE TIREOTÓXICA

SUSPEITA CLÍNICA:

Febre
Taquicardia (sinusal, supra ventricular, fibrilação atrial), ICC
Disfunção de SNC
Sintomas gastrintestinais (náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, icterícia)

FATORES PRECIPITANTES:

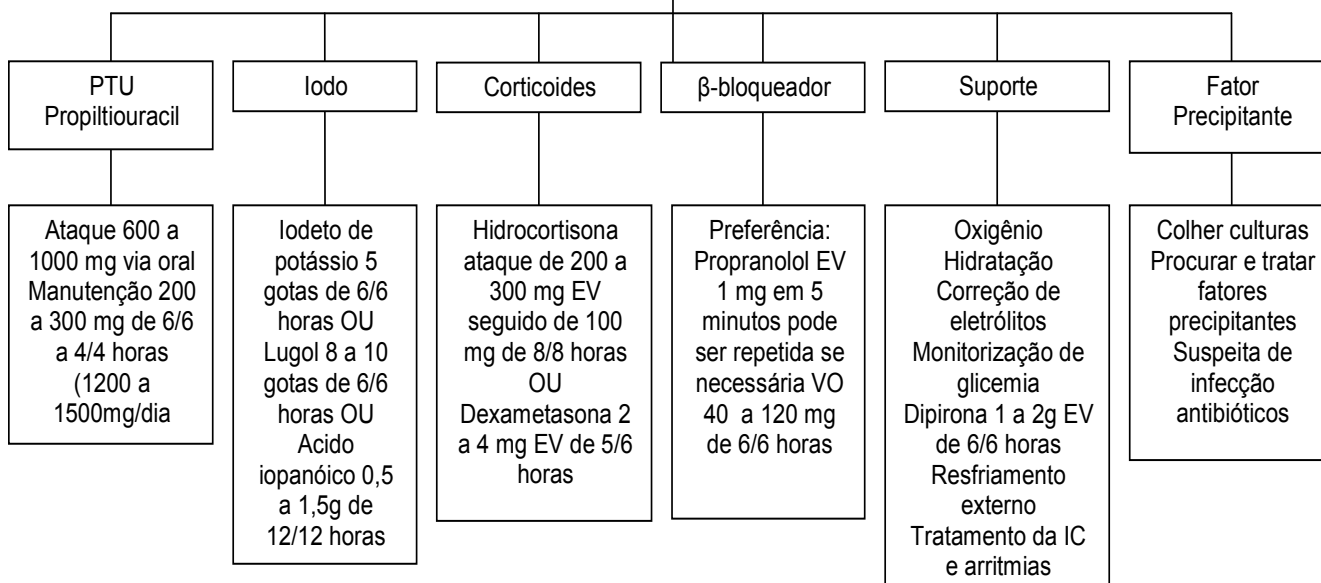
Infecção, cirurgia, radioiodoterapia (I^{131}), sobrecarga de iodo, interrupção de antitireoidianos, uso de amiodarona, excesso de hormônios tireoidianos exógenos, cetoacidose diabética IC, toxemia gravídica, parto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, isquemia mesentérica, trauma.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO DE BURCH E WARTOFSKY > 45 PONTOS

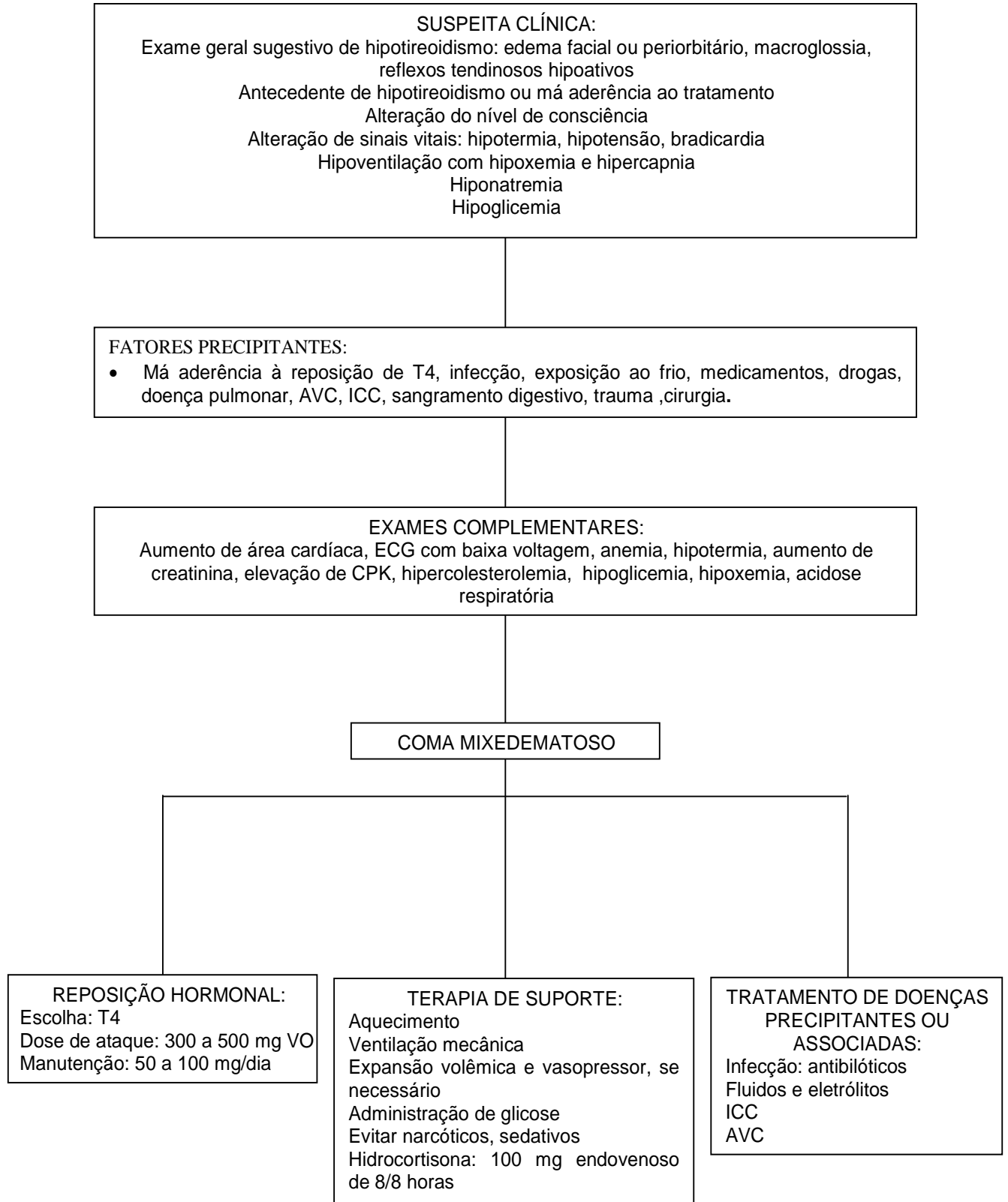
EXAMES COMPLEMENTARES (não devem retardar o início do tratamento):

- Hiperglicemia, hipercalcemia, aumento de enzimas hepáticas e bilirrubinas
- Aumento de T3, T4 e T4 livre e TSH suprimido
- ECG

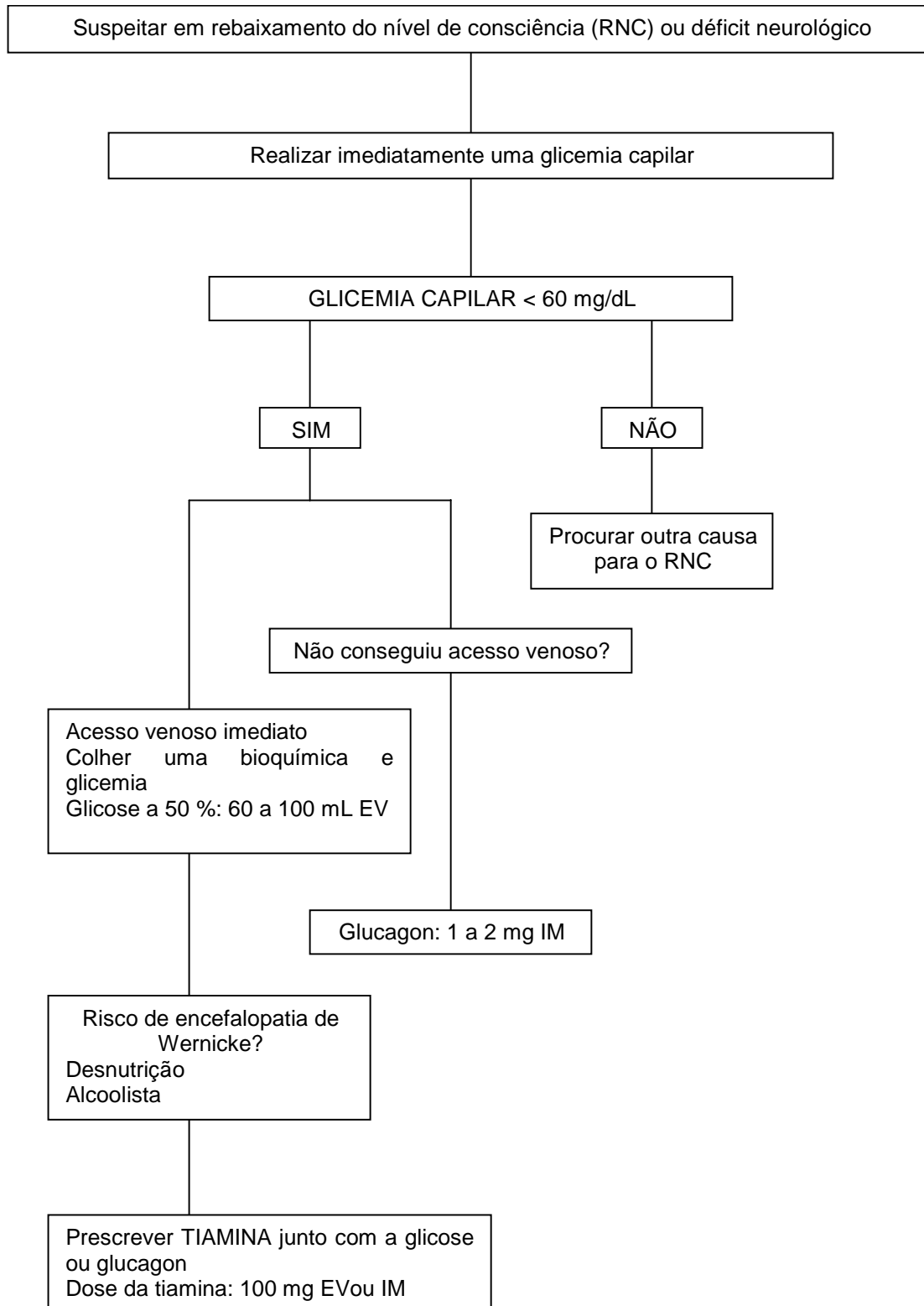
TRATAMENTO



COMA MIXEDEMATOSO

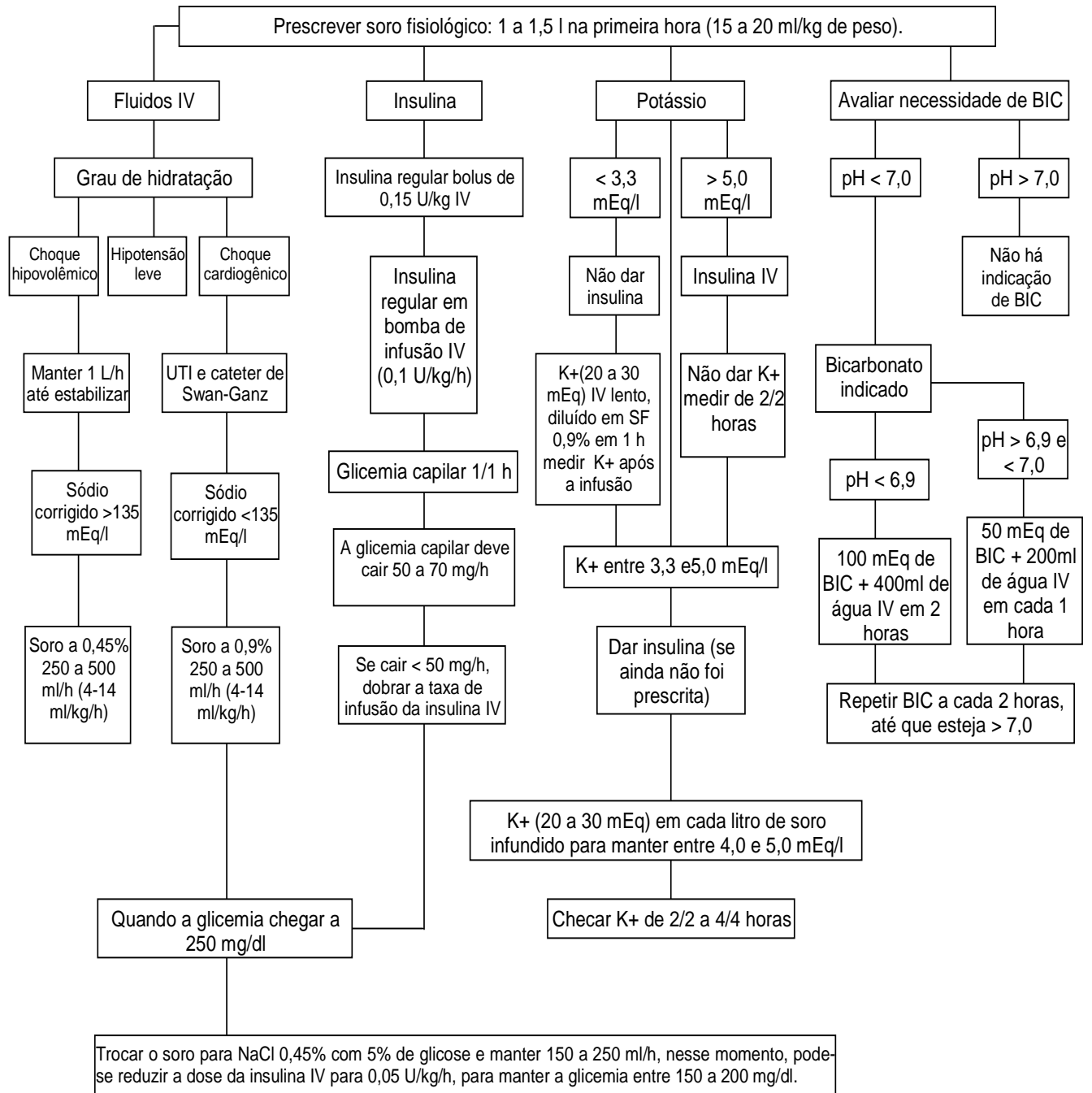


HIPOGLICEMIA



CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

Avaliação inicial completa (história e exame físico minucioso) e solicitação de Na⁺, K⁺, Cl⁻, hemograma, glicemia, gasometria arterial, EAS, RX de tórax, ECG e cetonúria.



Checar eletrólitos, função renal e glicose de 2/2 a 4/4 horas, até que o doente esteja estável.

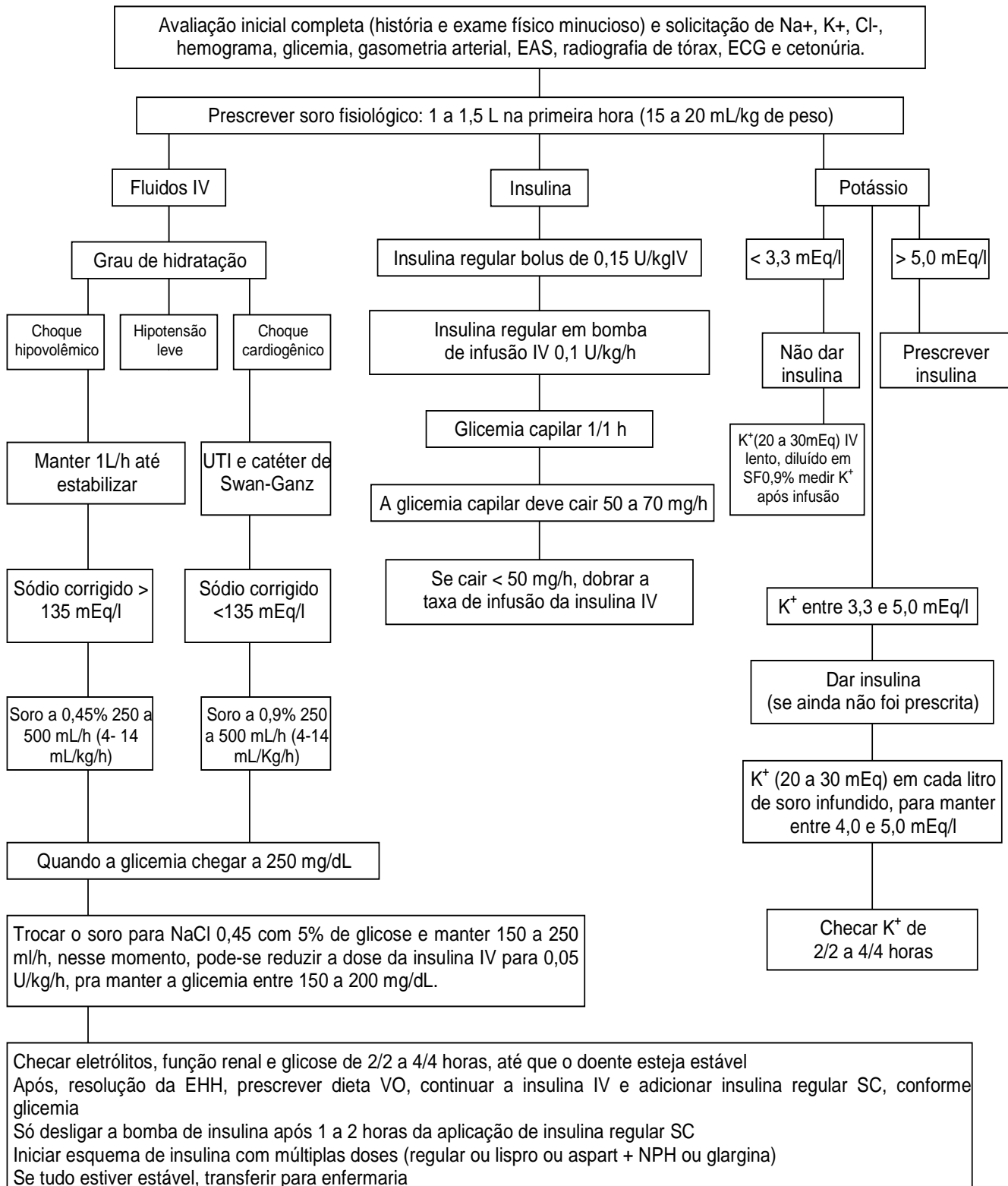
Após, resolução da CAD, prescrever dieta VO, continuar a insulina IV e adicionar insulina regular SC, conforme glicemia

Só desligar a bomba de insulina após 1 a 2 horas da aplicação de insulina regular SC

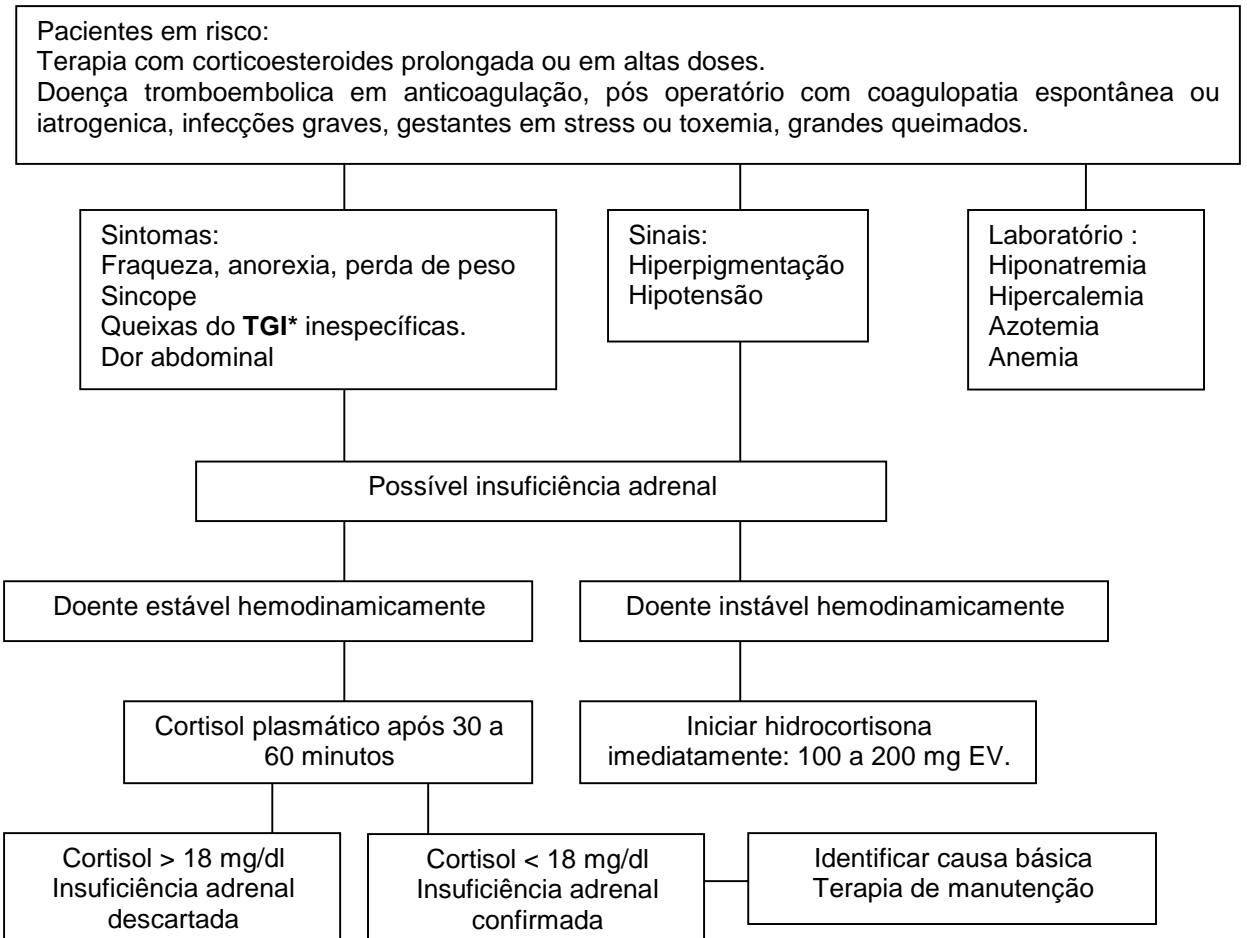
Iniciar esquema de insulina com múltiplas doses (regular ou lispro ou aspart + NPH ou glargina)

Se tudo estiver estável, transferir para enfermaria

ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH)

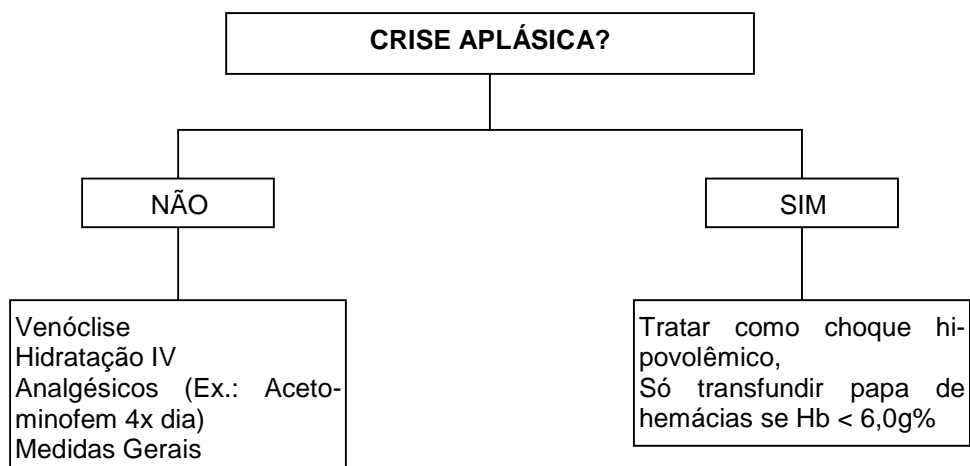


INSUFICIÊNCIA ADRENAL



TGI - Trato Gastrointestinal

CRISE FALCÊMICA



MEDIDAS GERAIS:

Venóclise

O₂ sob catéter nasal

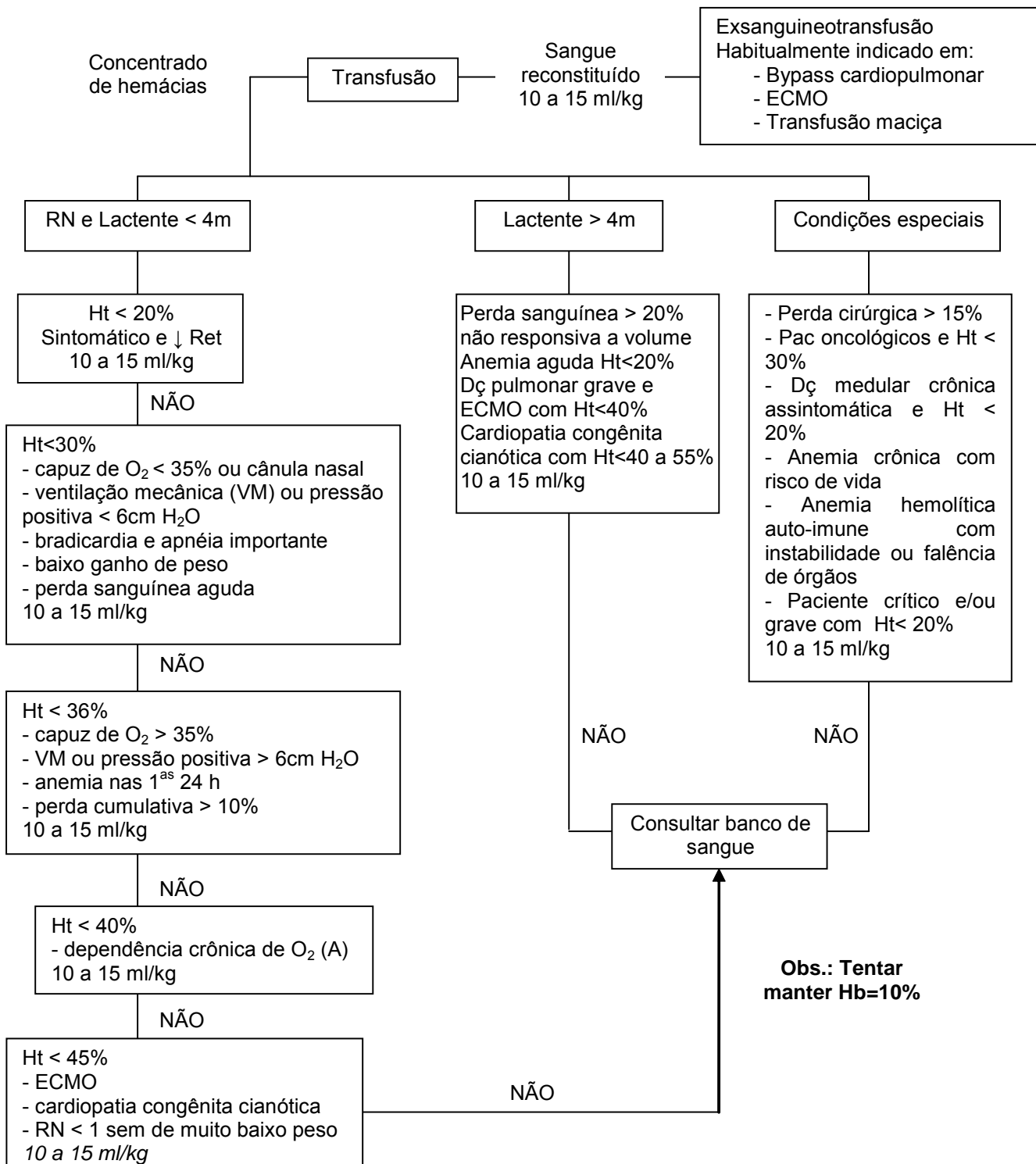
Analgésicos

Ácido fólico, 2,5mg/dia

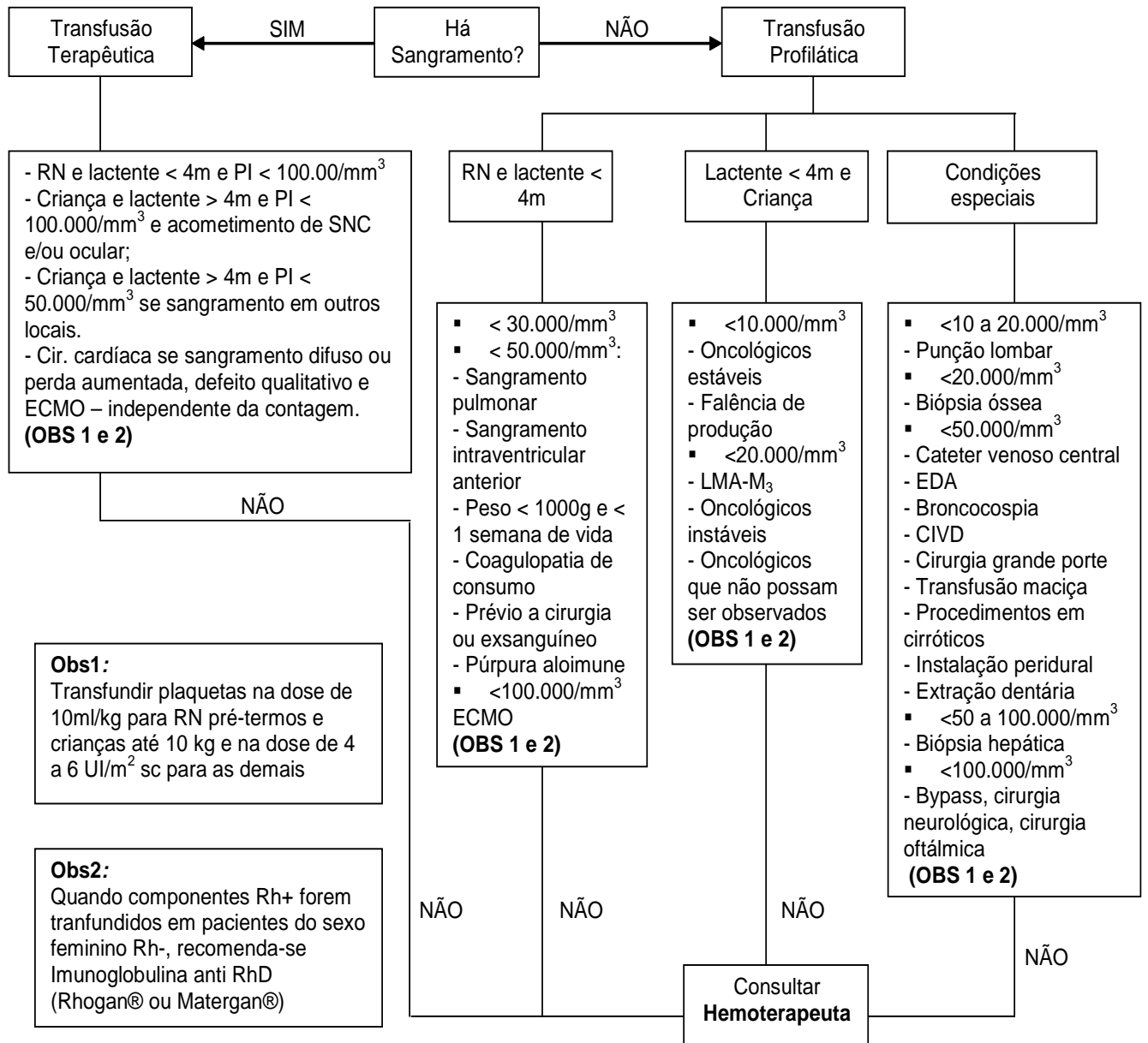
Pesquisar fator precipitante (frio, infecção, estresse, desidratação, esforço físico)

Pedir hemograma, eletrólitos, RX tórax, EAS.

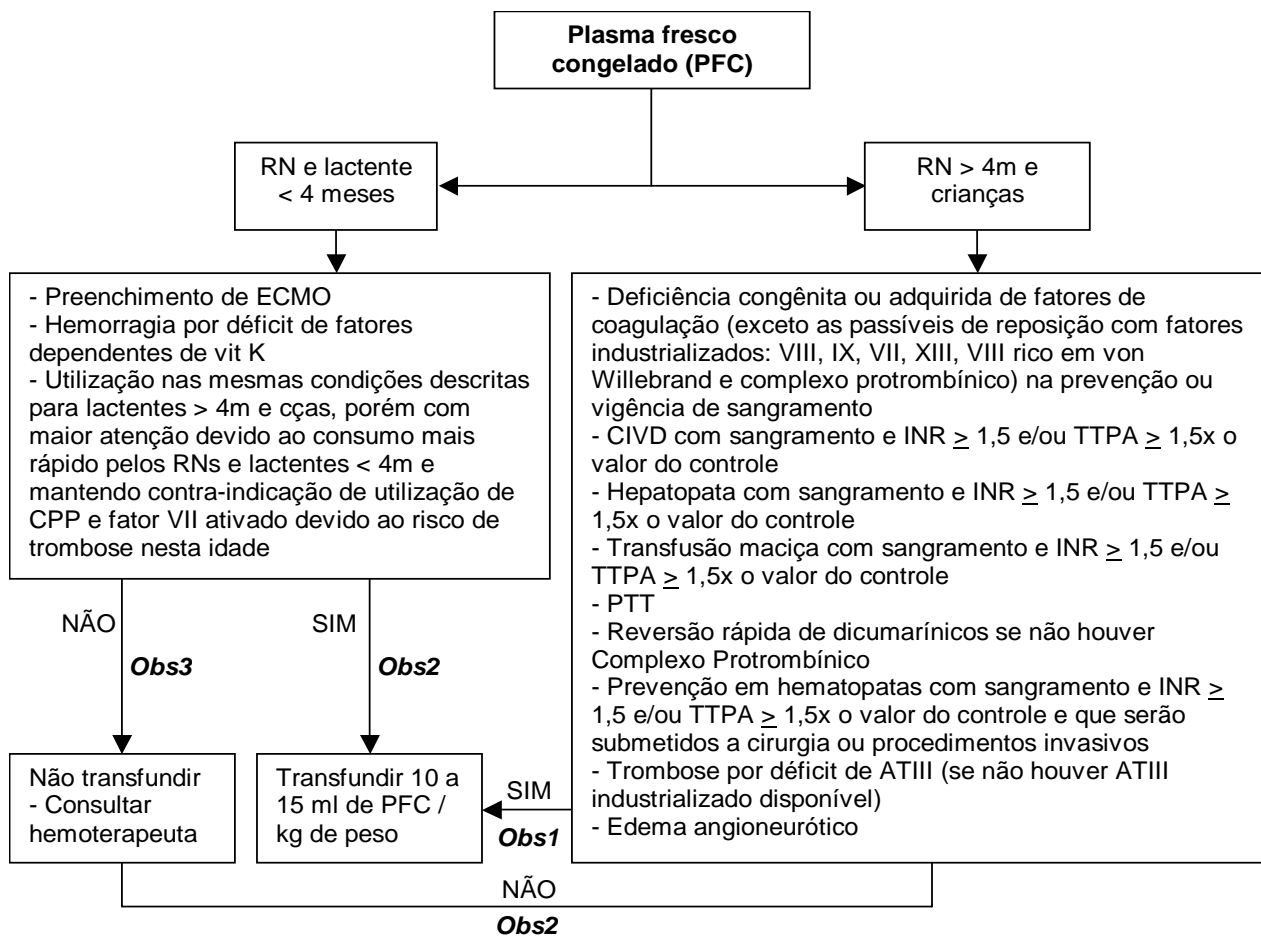
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA



TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS



TRANSFUSÃO DE PFC (PLASMA FRESCO CONGELADO)

**Obs1**

Advertências: Considerar antes da transfusão de PFC:

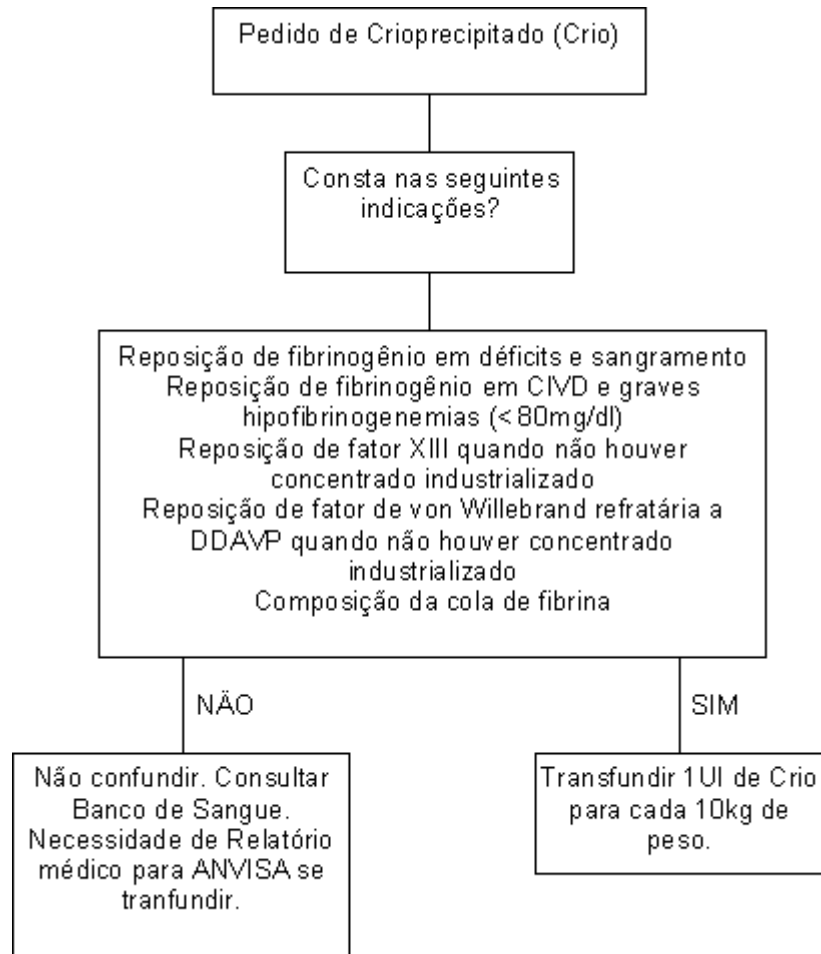
- Suspensão de anti-agregantes plaquetários (Ex.: Aspirina)
- Reversão de anticoagulação (Utilização de vitamina K e /ou complexo protrombínico), a utilização de PFC na dose de 5 a 8 mL/kg pode ser suficientes.
- Uso de drogas farmacológicas para diminuir sangramento (Ex.: Aprotinina, DDAVP).
- Para lactentes > 4m e crianças a disponibilidade de hemoderivados específicos, como complexo protrombínico (Prothromplex T®, Beriplex®), fator VII (Novoseven®), fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®), fator de von Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogramamin P®)

Obs3**CONTRA INDICAÇÕES FORMAIS AO USO DE PLASMA FRESCO CONGELADO**

- Expansor volêmico
- Manutenção da pressão oncótica
- Sangramento sem coagulopatia
- Imunodeficiência
- Septicemia sem CIVD
- Grandes queimados
- Fonte de imunoglobulina
- Fórmula de reposição nas transfusões maciças
- Acelerar processo de cicatrização
- Desnutrição e como complemento da nutrição parenteral
- Prevenção da hemorragia intra-ventricular do recém nascido
- Reposição de volume de sangria terapêutica

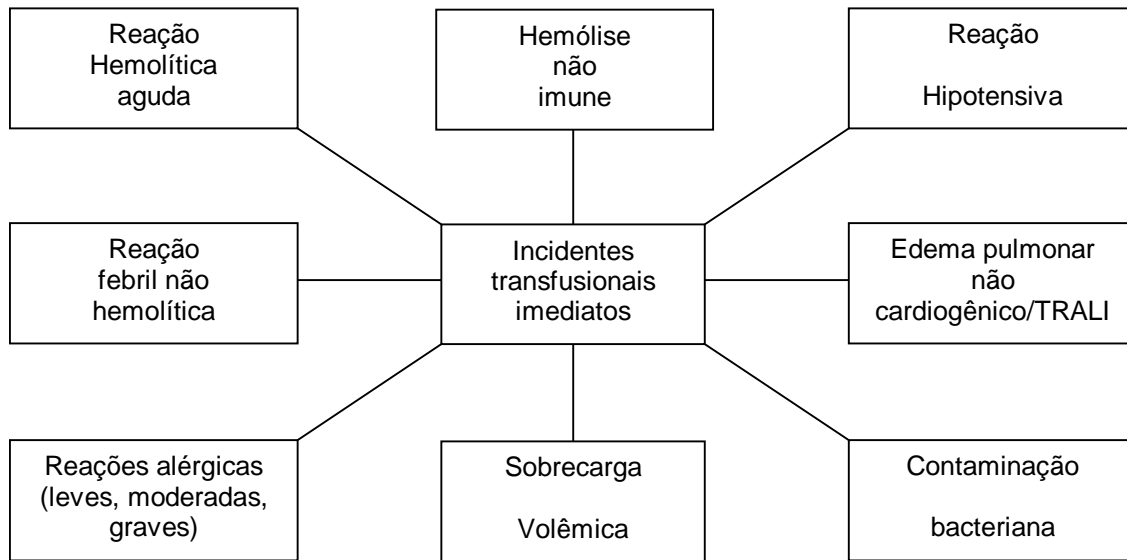
Obs2

Para recém nascidos e lactentes < 4 a disponibilidade de hemoderivados específicos, como fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®), fator de von Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogramamin P®). Nesta faixa etária não há indicação devido ao risco de trombose dos seguintes produtos: complexo protrombínico (Prothromplex T®, Beriplex®), fator VII (Novoseven®), fator VIII (Beriate-R®, Imnanate®)

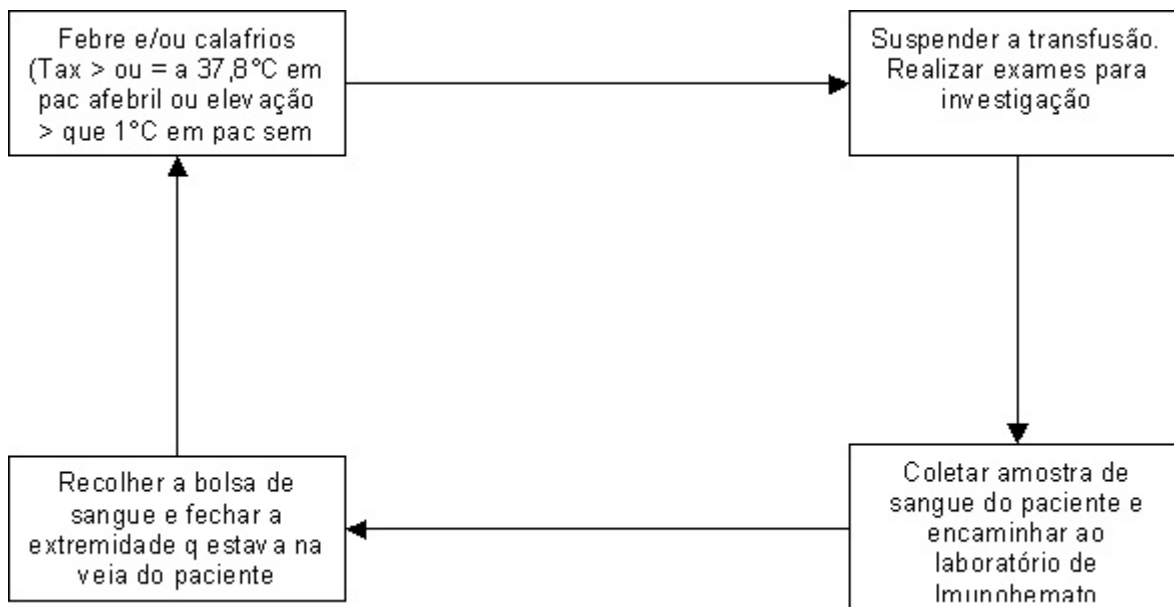
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO**INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS**

IMEDIATOS (ATÉ 24 HORAS)	TARDIOS (APÓS 24 HORAS)
Reação hemolítica aguda	Reação hemolítica tardia
Reação febril não hemolítica	Hepatite B (HVB)
Reação alérgica leve	Hepatite C (HCV)
Reação alérgica moderada	HIV/aids
Reação alérgica grave	Doença de Chagas
Sobrecarga volêmica	Sífilis
Contaminação bacteriana	Malária
Edema pulmonar não cardiogênico/ Transfusion Related Lung Injury (Trali)	HTLV I / II
Reação hipotensiva	Doença do enxerto contra o hospedeiro/GVHD
Hemólise não imune	Aparecimento de anticorpos irregulares/isoimunização
Outros. Especificar:	Outros. Especificar:

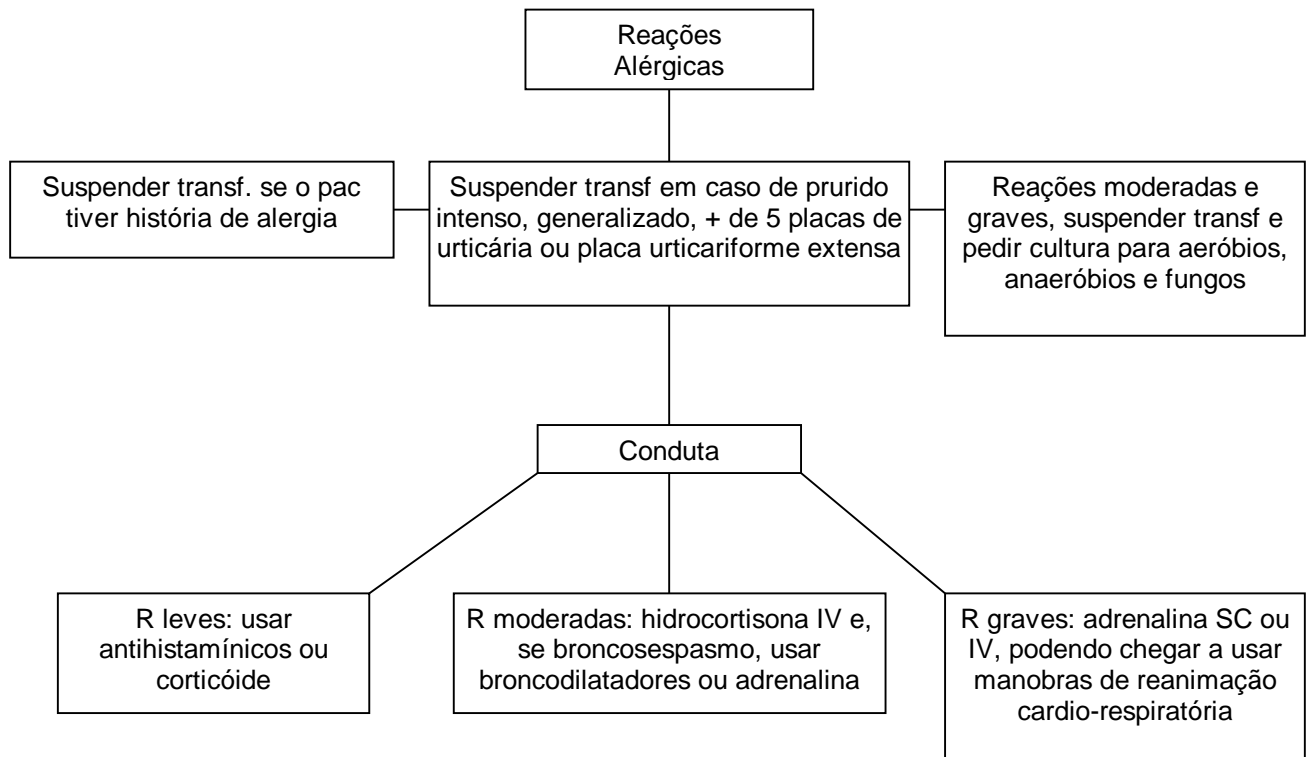
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS



REAÇÕES FEBRIS



REAÇÃO ALÉRGICA

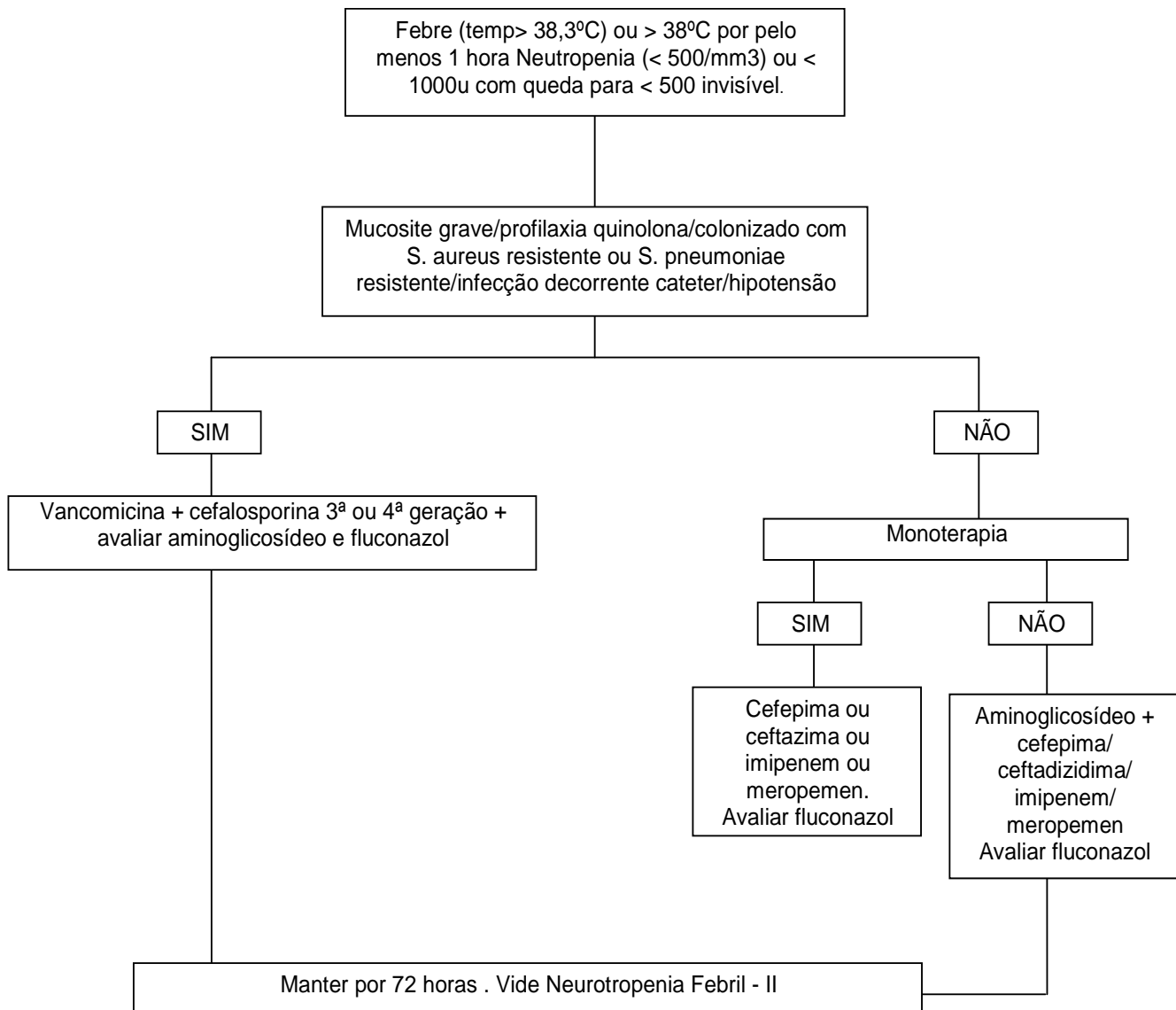


REAÇÕES HEMOLÍTICAS

- Soro fisiológico rápido: 1000ml em uma a duas horas;
- Monitorização cardíaca;
- Furosemida 20 a 80mg IV;
- Balanço hídrico para prevenir hiper-hidratação;
- Diurese horária para avaliação do fluxo renal;
- Choque: dopamina de 1 a 10 mcg/kg/min (5 ampolas em 500ml de soro glicosado a 5% tem aproximadamente 5 g/gota);
- Exangüíneo transfusão volumosa.

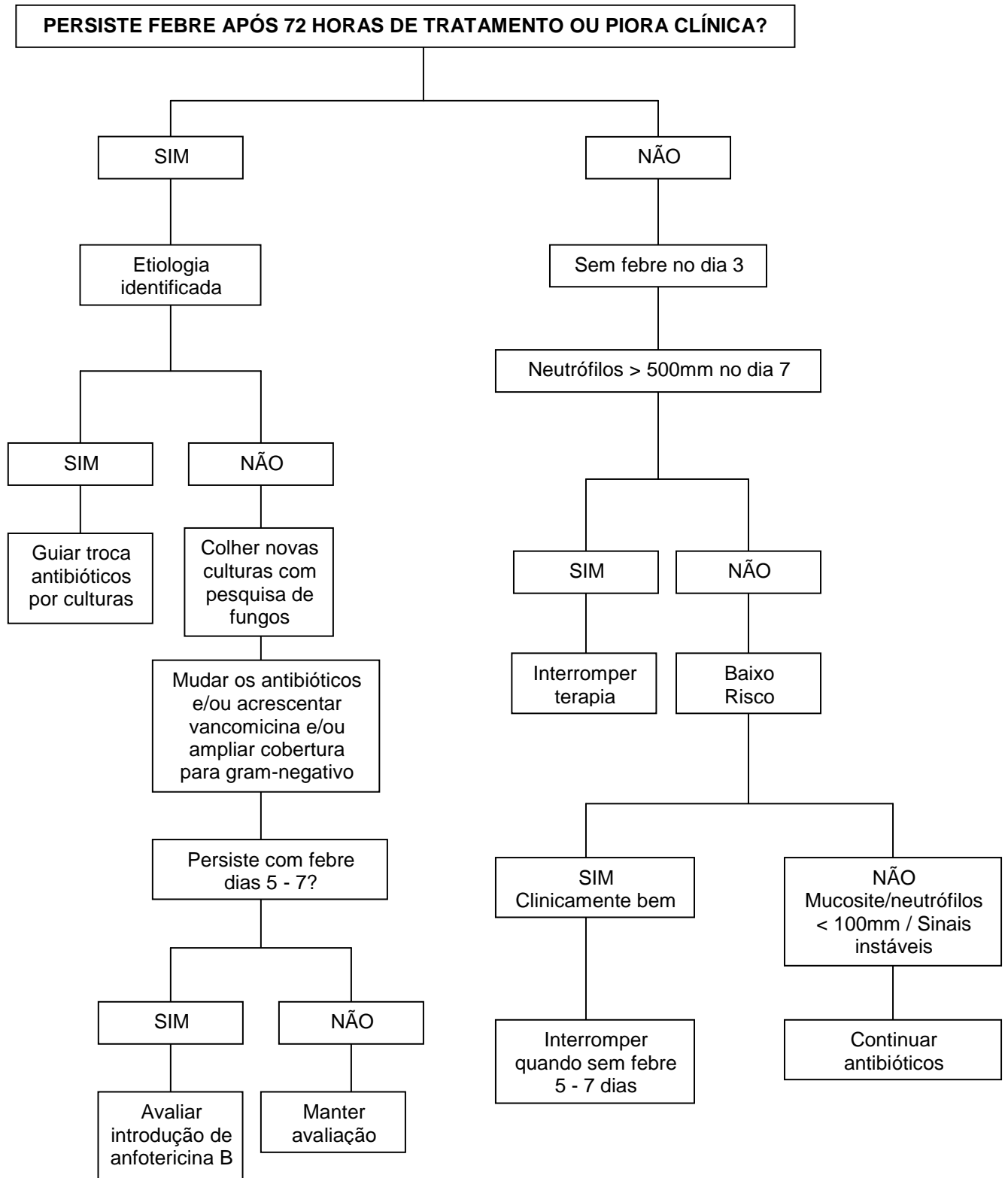
O médico deve:

- Solicitar ao Laboratório de Imunohematologia: investigação de reação transfusional;
- Solicitar ao Laboratório de Microbiologia: cultura da bolsa nº ____ para germes aeróbios, anaeróbios e fungos;
- Solicitar ao Laboratório Geral do Hospital:
 - Hemograma com contagem plaquetária;
 - TAP, PTT, fibrinogênio e PDF;
 - Uréia e creatinina;
 - Hemoglobina livre;
 - Haptoglobina;
 - E.A.S. (para avaliação de hemoglobinúria).

NEUTROPENIA FEBRIL - I**EXAMES:**

Hemograma
 RX tórax PA e P
 EAS
 Bioquímica
 Hemoculturas
 Uroculturas

NEUTROPENIA FEBRIL - II



CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO

1 – PNEUMONIA INTERSTICIAL.

BACTRIM
CLARITROMICINA, ERITROMICINA OU AZITROMICINA.
ACICLOVIR.

2 – CELULITE.

ADICIONAR VANCOMICINA.

3 – ABSCESSO PERIANAL OU DOR ABDOMINAL AGUDA OU GENGVITE NECROTIZANTE.

CEFEPIME + METRONIDAZOL.

4 – DOR RETROESTERNAL.

ACICLOVIR + ANFOTERICINA B.

5 – LESÕES ULCERATIVAS EM PALATO OU MUCOSA NASAL.

ANFOTERICINA B.

6 – HEMOCULTURA (+) PARA **MARSA** OU S. Epidermidis.

VANCOMICINA.

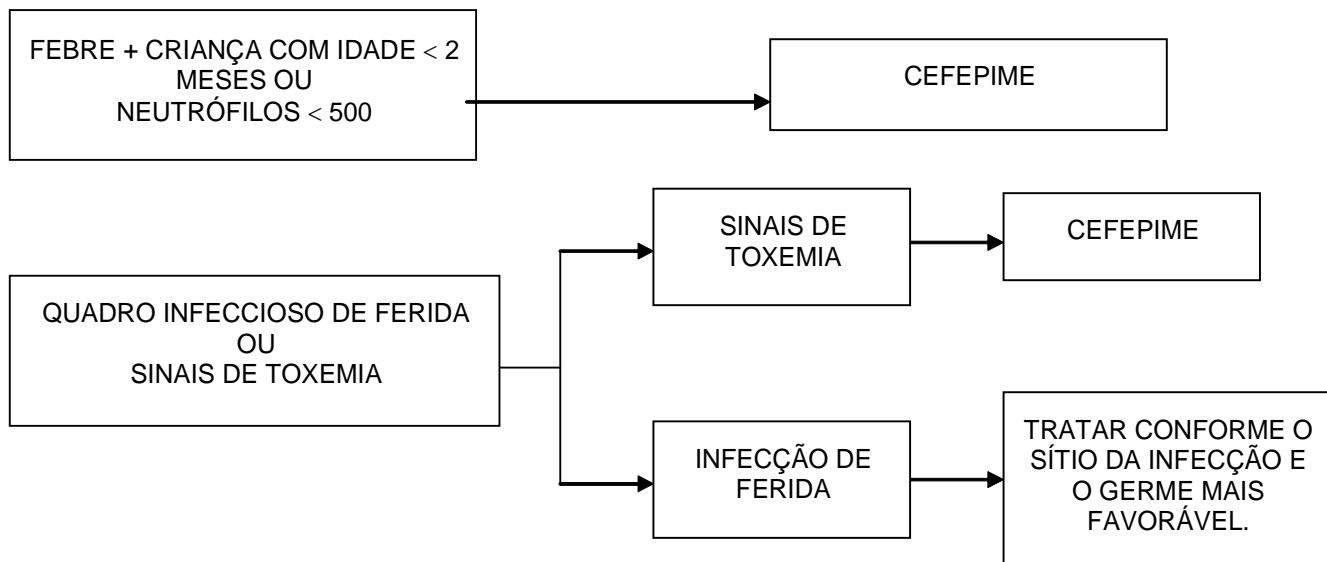
OBS.: A) HEMOCULTURA – GRAM (+) @ NÃO É COAGULASE NEGATIVO OU **MARSA:**

RETIRAR VANCOMICINA.

B) HEMOCULTURA – GRAM (-) @ SE PRODUTOR DE BETALACTAMASE:

TROCAR CEFEPIME POR CARBAPENEM.

COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA



1) sinais de gravidade:

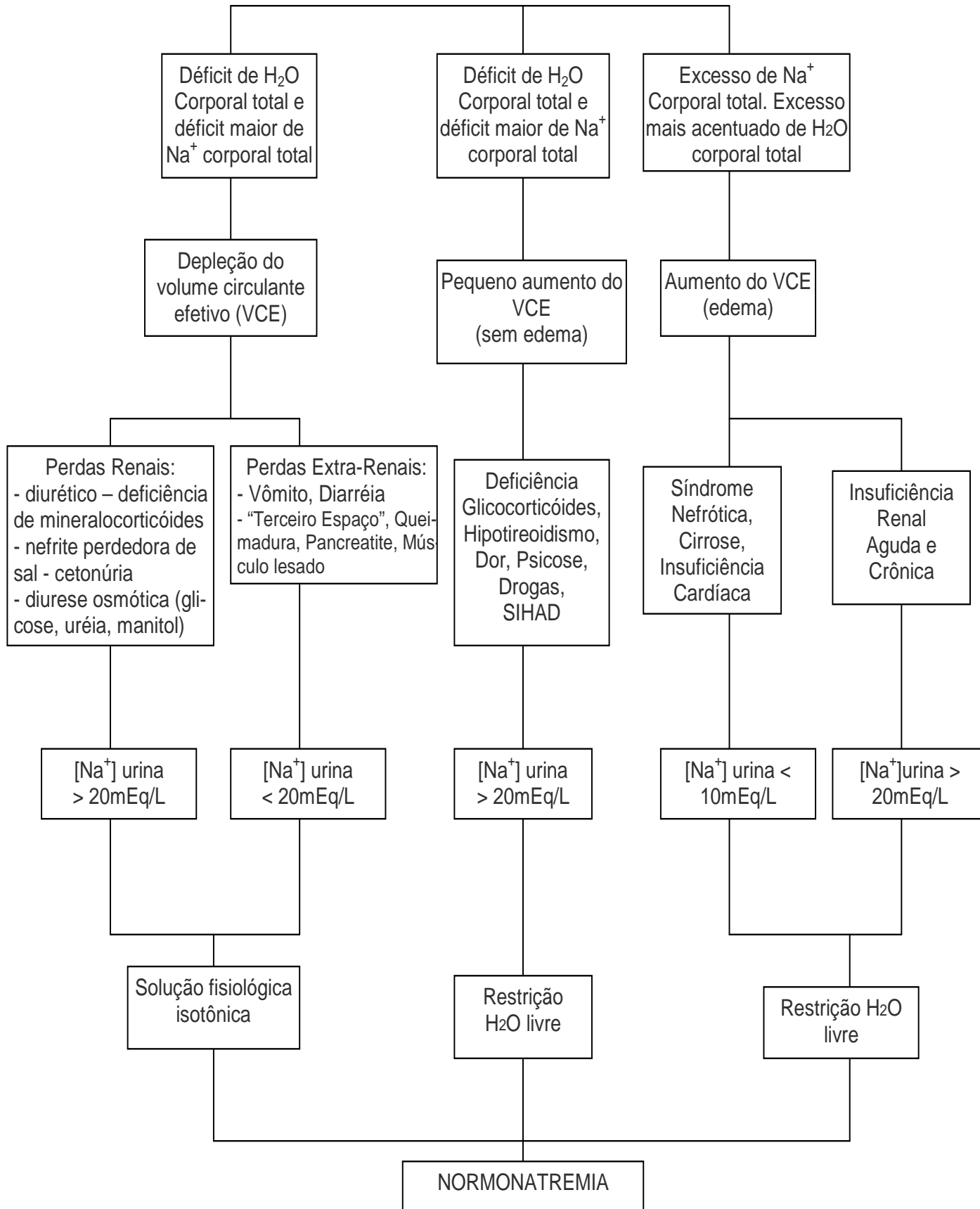
- idade inferior a 6 meses
- icterícia
- fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe)
- edema generalizado
- sinais de toxemia
- desnutrição grave
- co-morbidades
- enzimas hepáticas acima de 5x maior que o valor de referência.

2) alterações laboratoriais:

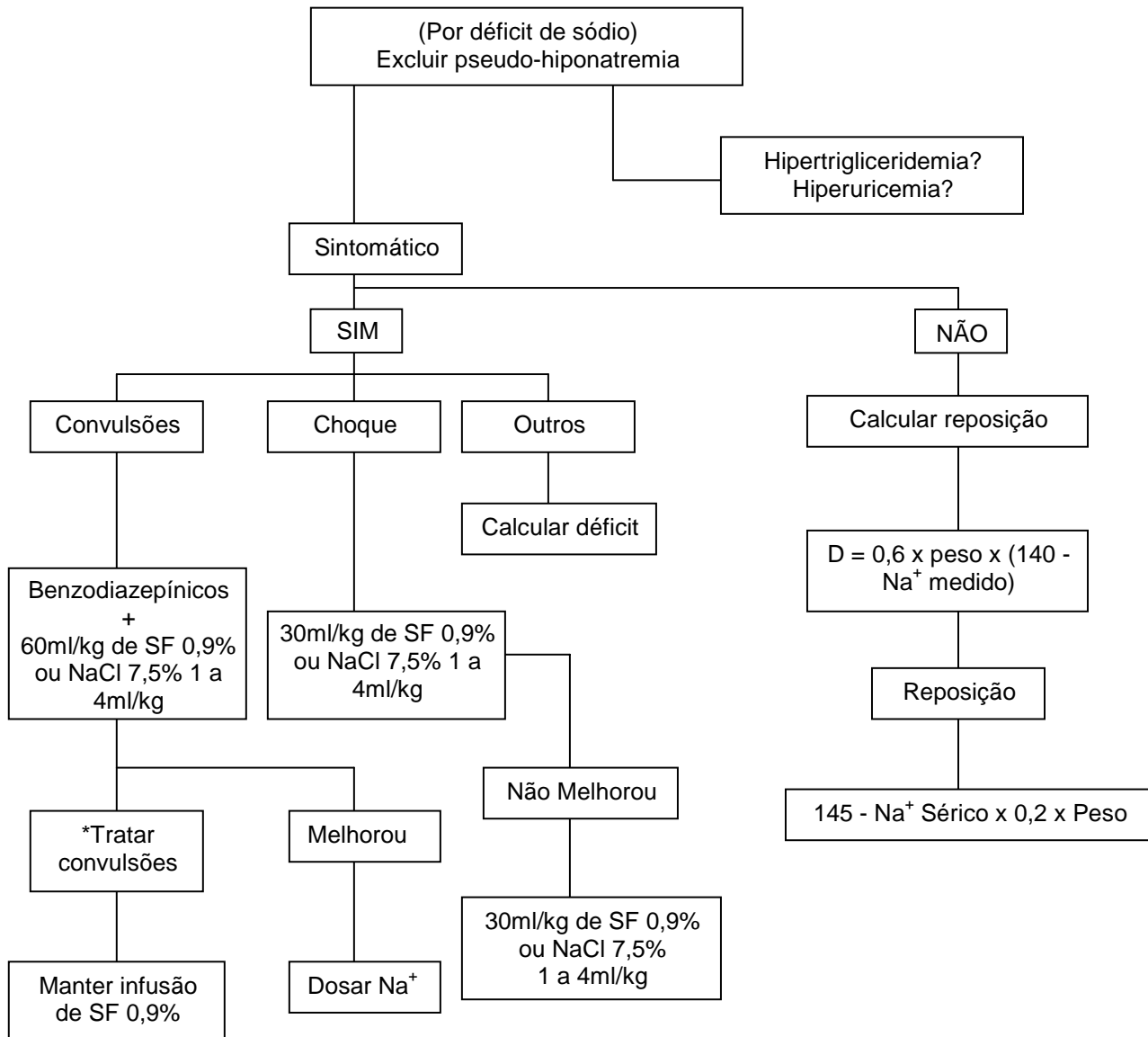
- leucócitos < 1000 ou neutrófilos < 500
- plaquetas < 50000
- creatinina sérica > 2x o maior valor de referência
- atividade de protrombina < 70%
- bilirrubina acima do maior valor de referência
- albumina < 2,5 g/d
- co-morbidades

DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS

HIPONATREMIA - I



HIPONATREMIA – II

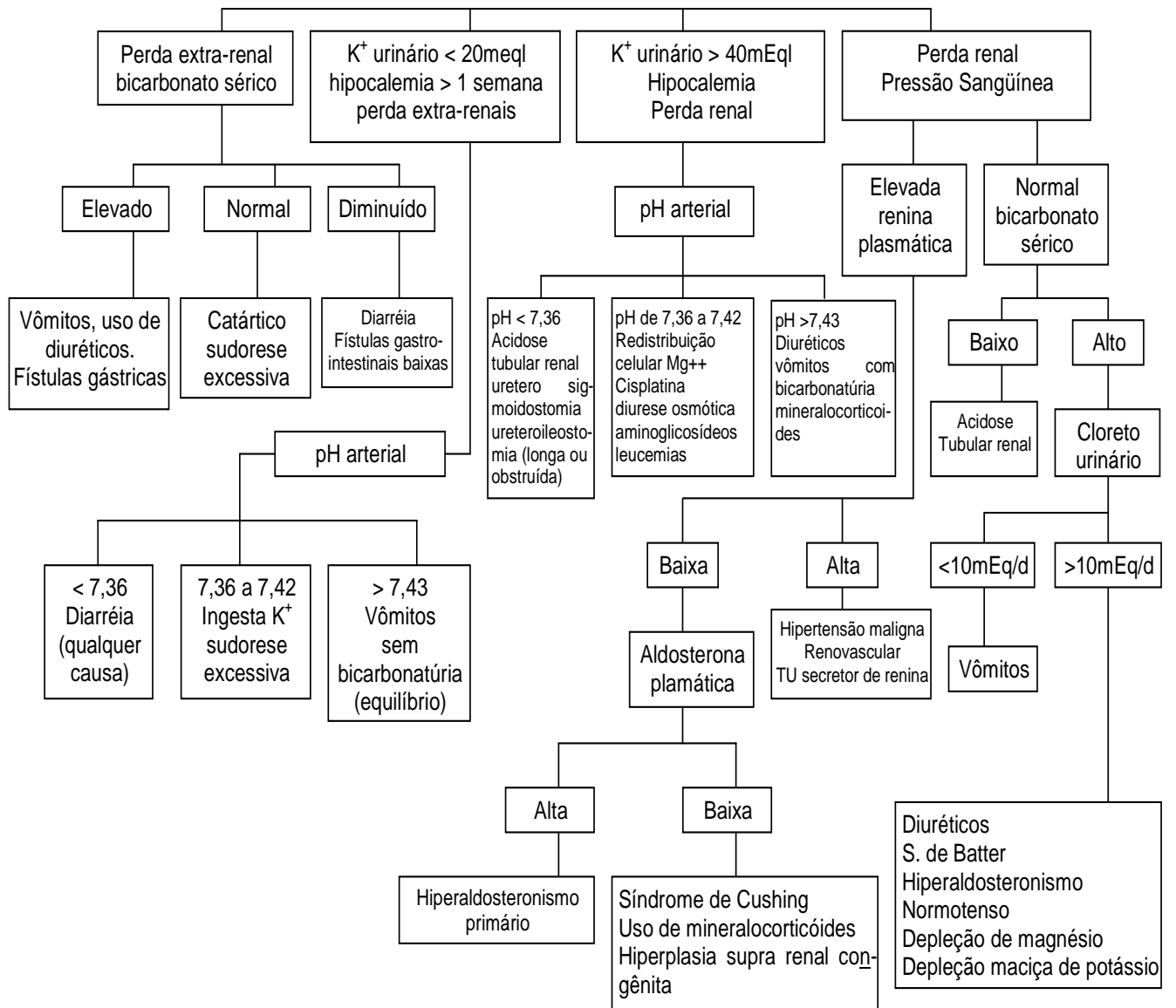


Programar para não ultrapassar, na reposição, 1mEq/h no nível sérico de sódio ou 10 mEq/dia ou não exceder 130 mEq/l nas primeiras 48 horas.

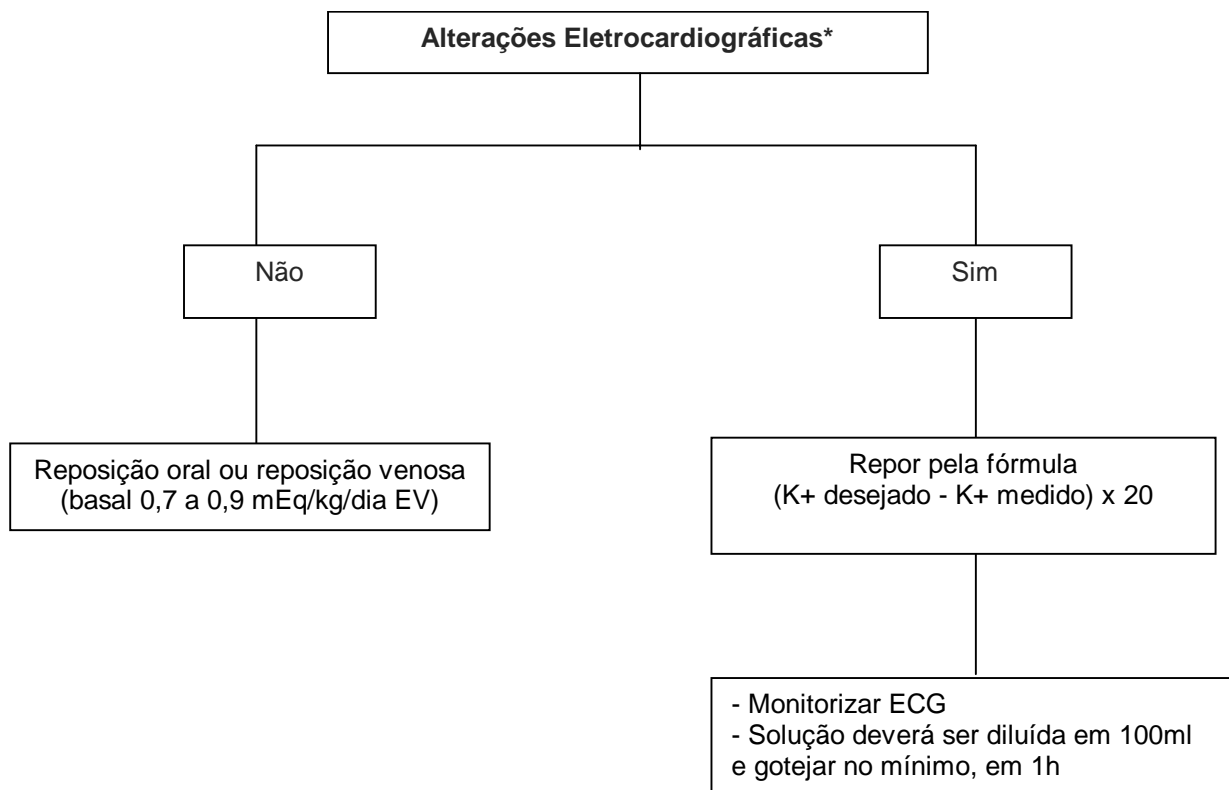
O tempo da reposição depende da duração da perda.

(*) Semelhante ao tratamento do Estado de Mal Epilético (EME)

HIPOCALEMIA – I



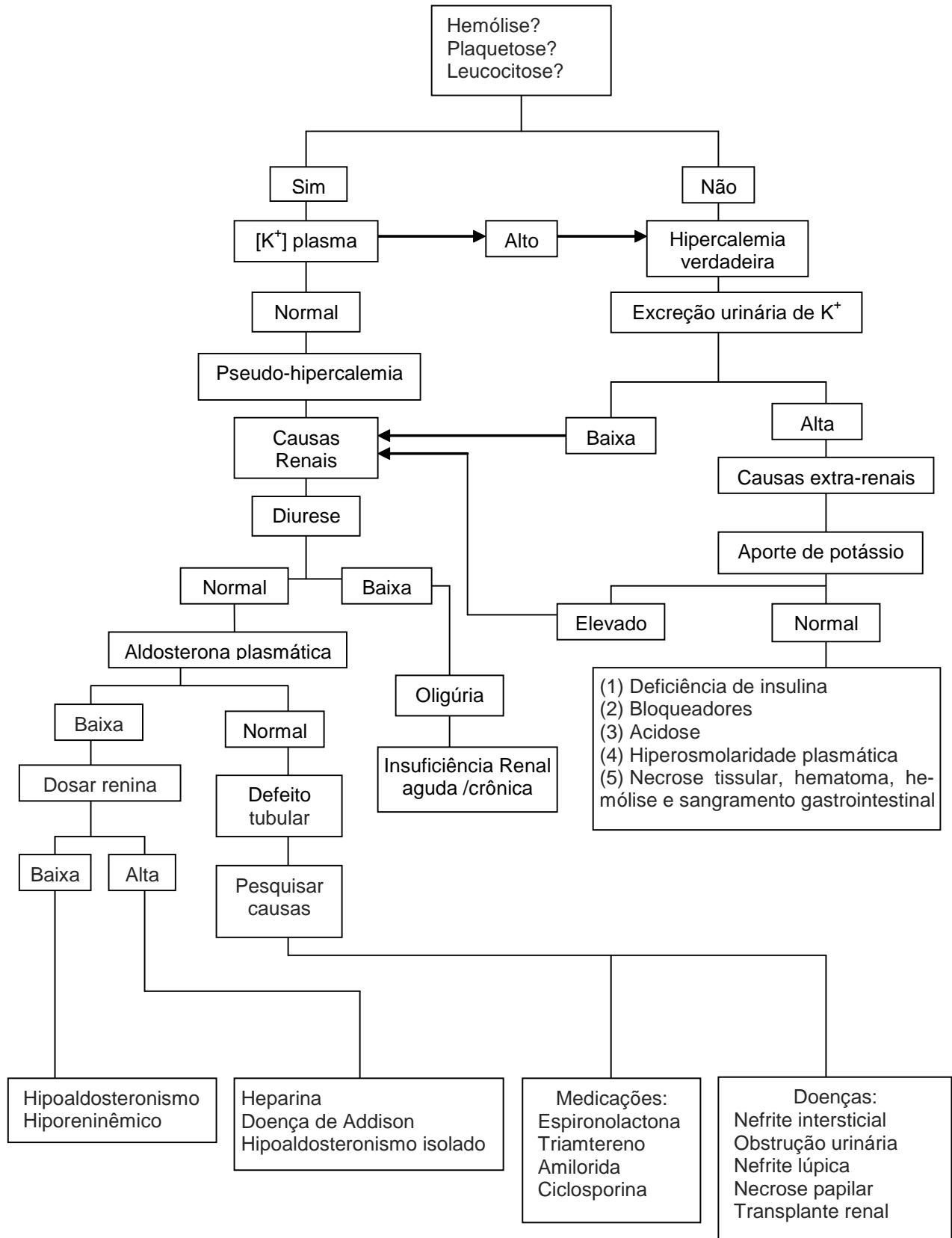
HIPOCALEMIA - II

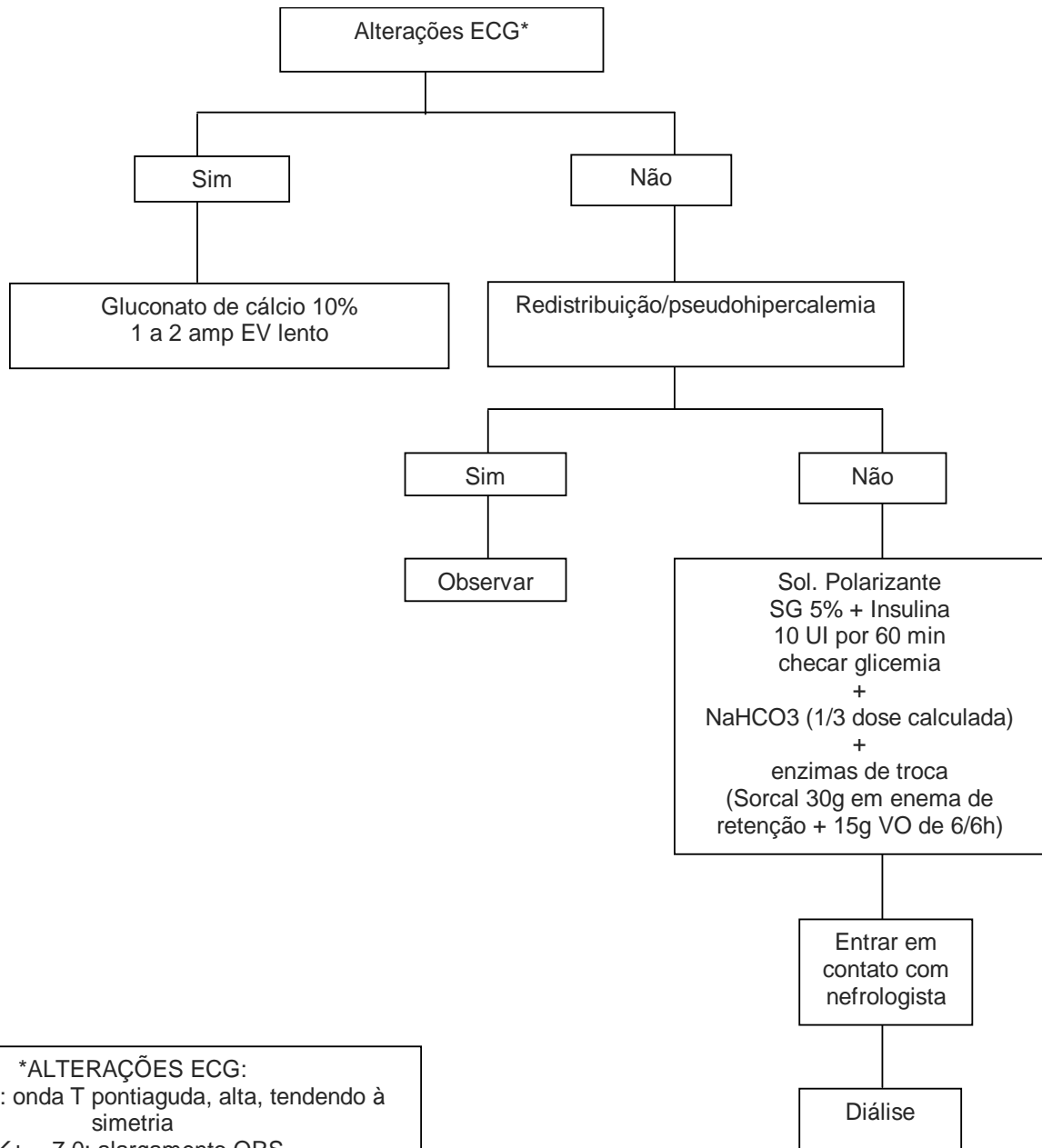


*ALTERAÇÕES ST:

- infradesnívelamento ST
- onda T com duração acentuada
- onda U proeminente
- BAV I - II grau
- arritmias

HIPERCALEMIA - I



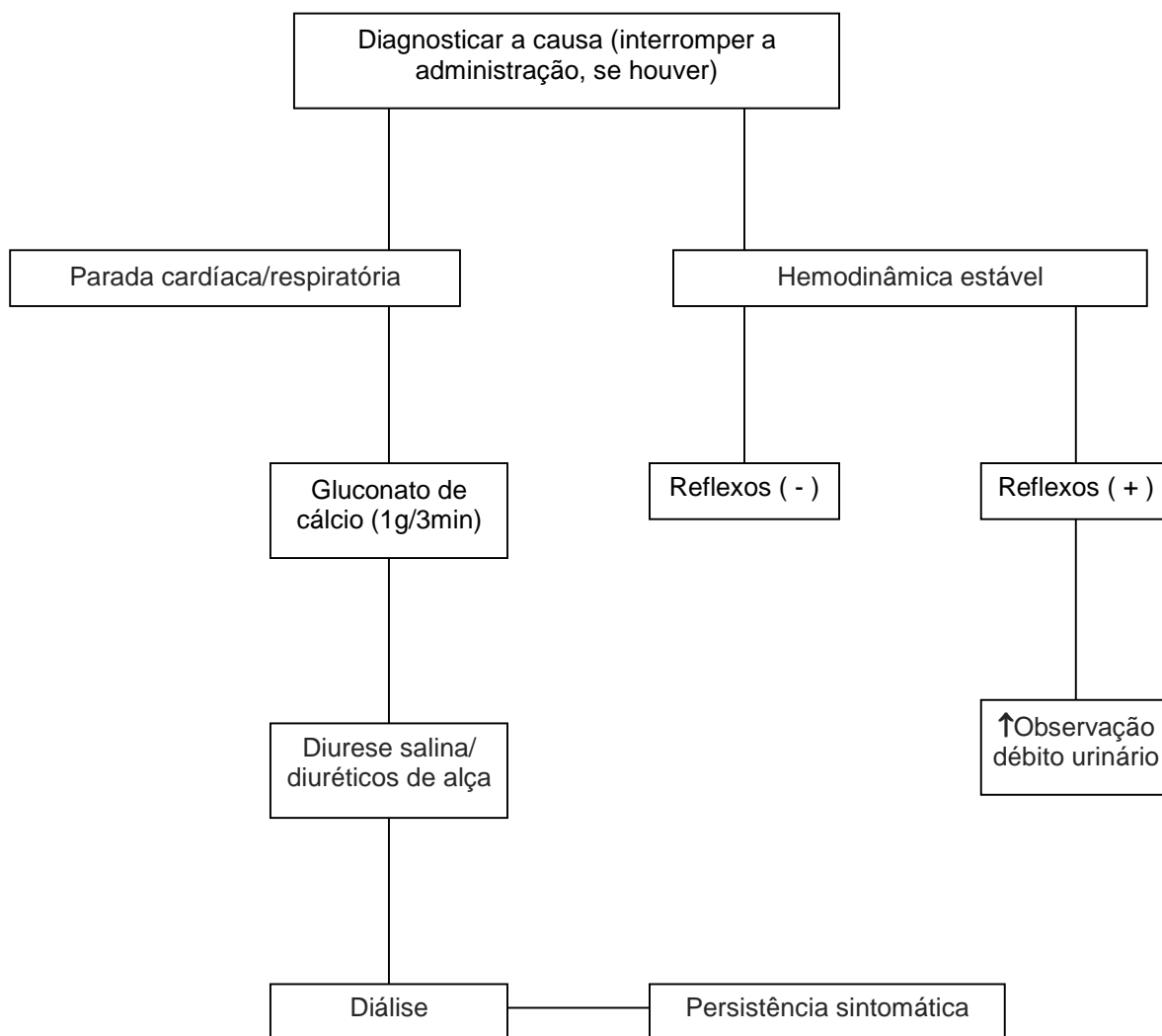
HIPERCALEMIA - II***ALTERAÇÕES ECG:**

- + Precocidade: onda T pontiaguda, alta, tendendo à simetria
 - $K^+ = 7,0$: alargamento QRS
- $K^+ > 7,0$: diminuição de amplitude e aumento da duração da onda P aumento de PR
 - $K^+ > 8,0 - 9,0$: desaparecimento de onda P
 - $K^+ > 9,0$: QRS e T = complexo multifásico
- cálculo normal: $NaHCO_3 = \text{peso} \times BE \times 0,3$

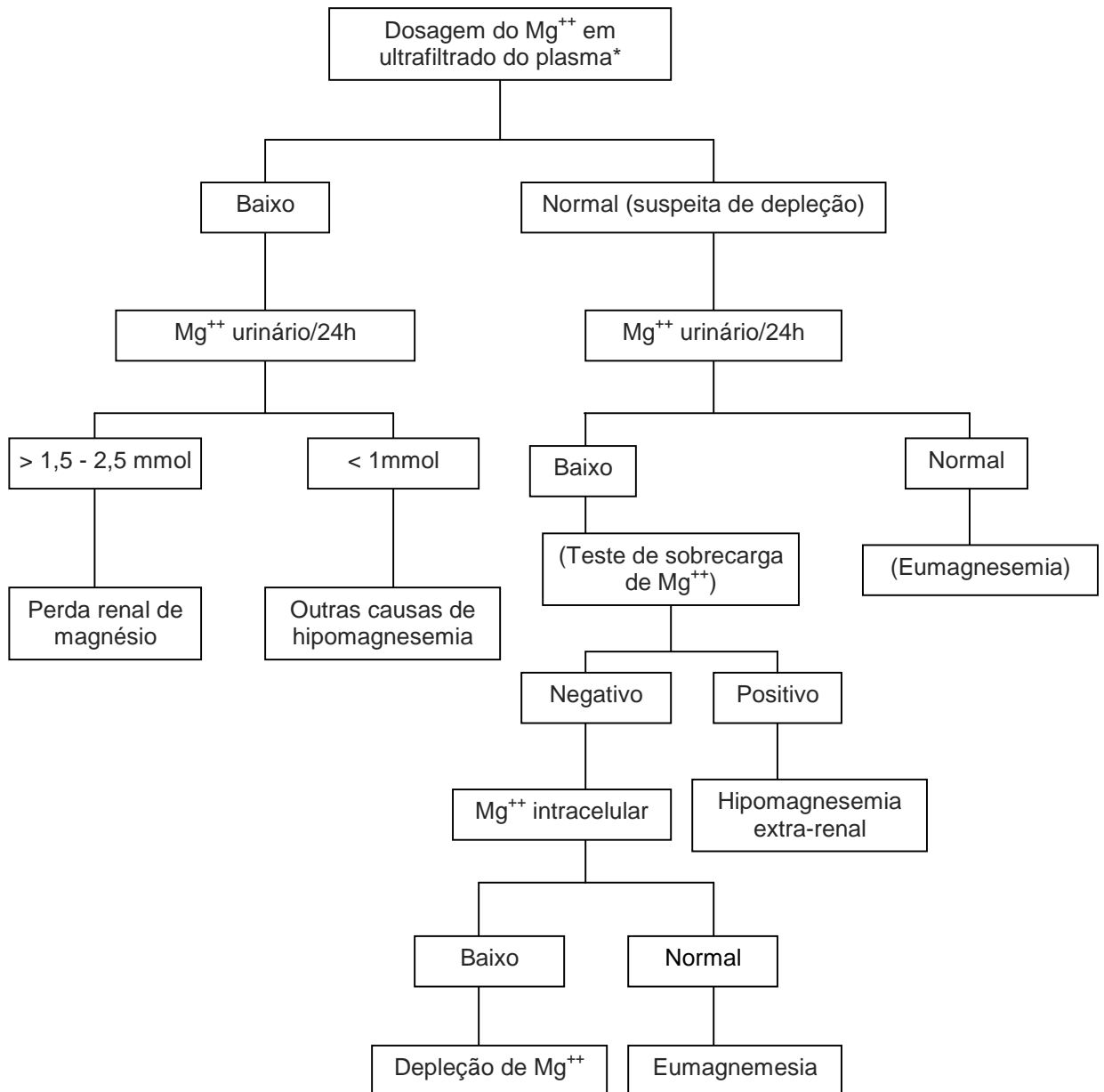
HIPERCALEMIA - III

TRATAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE	INÍCIO DE AÇÃO	DURAÇÃO	EFEITO NO K ⁺ PLASMÁTICO	EFEITO NO K ⁺ CORPORAL TOTAL	MECANISMO DE AÇÃO	OBSERVAÇÕES
Gluconato de cálcio	Hipercalemia severa com alterações no ECG	10ml da solução a 10% EV em 2 a 3 minutos	1 a 5 minutos	30 minutos	Nenhum	Nenhum	Reduz o limiar do potencial de ação e antagoniza a toxicidade neuromuscular e cardíaca da hipercalemia	Ação rápida. Monitorizar ECG. Repetir em 5 minutos se as alterações no ECG persistirem. A associação com digital pode ser perigosa. É utilizado para o tratamento da complicação aguda.
Insulina e glicose	Hipercalemia moderada	5 ou 10U de insulina regular em 50ml de glicose a 50% EV	15 a 45 minutos	4 a 6 horas	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	A glicose é desnecessária se houver hiperglicemia. Se necessário, repetir a insulina a cada 15 min. Acompanhada de infusão de glicose.
Bicarbonato de sódio	Hipercalemia moderada	90 mEq (~2amp) EV em 5 minutos	Imediato	Curta	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	Mais efetivo na presença de glicose. Risco de sobrecarga de sódio. Atentar para o risco de tetania hipocalcêmica.
Furosemida	Hipercalemia moderada e creatinina < 3mg%	20 a 40mg (1 a 2amp) EV	15 minutos	4 horas	Reduz	Reduz	Caliurese	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalemia moderada	retal: 30g de sorcal em 200ml de sorbitol 20% enema com retenção de 45min	1 hora	4 a 6 horas	Reduz	Reduz	Remove potássio	Repetir a cada 4 horas. Usar com cautela em pacientes com insuficiência Cardíaca congestiva.
Díalise	Hipercalemia com insuficiência renal		Imediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	

HIPERMAGNESEMIA



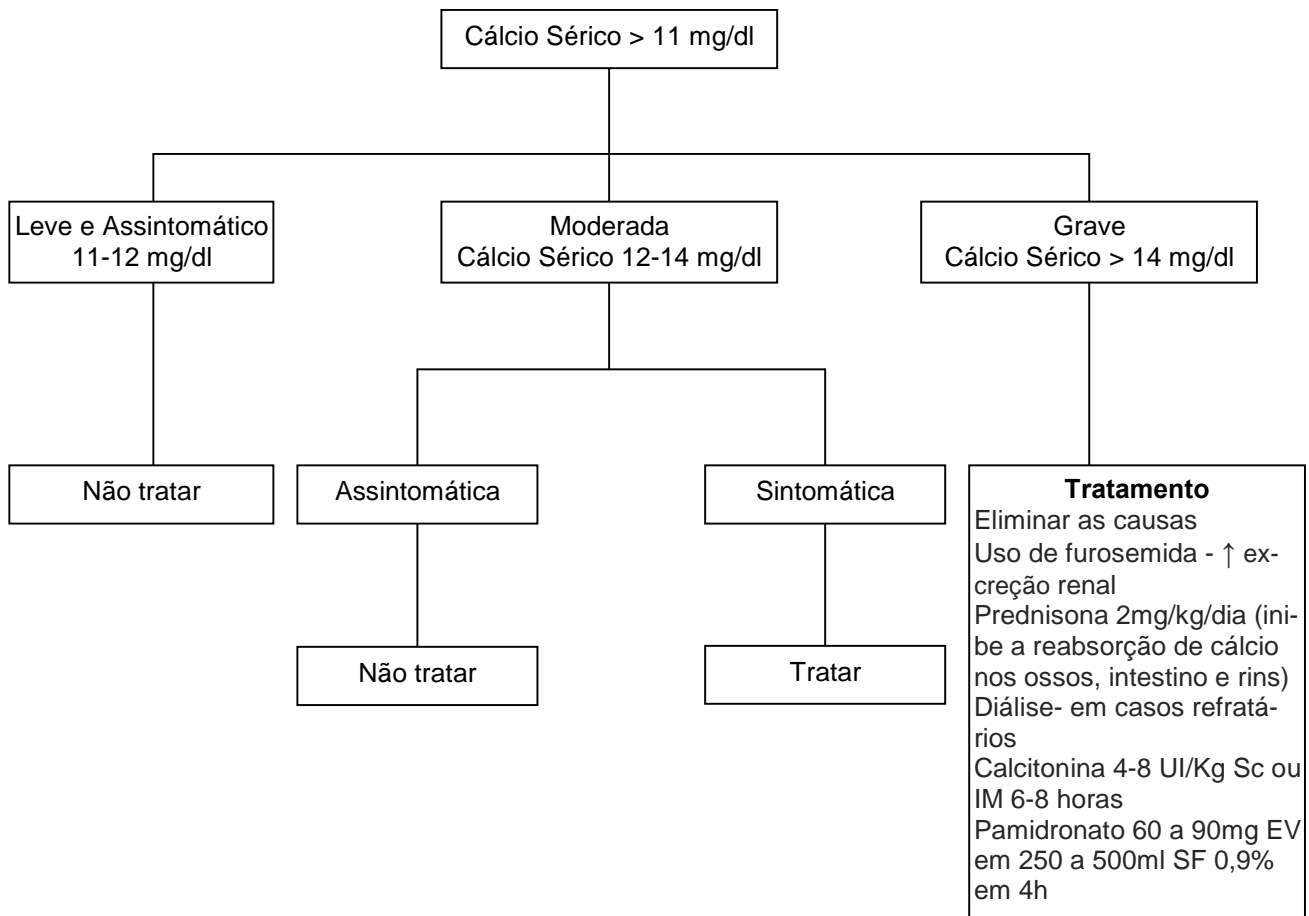
**Administração de cálcio
(15mg/kg/4 horas)**

HIPOMAGNESEMIA

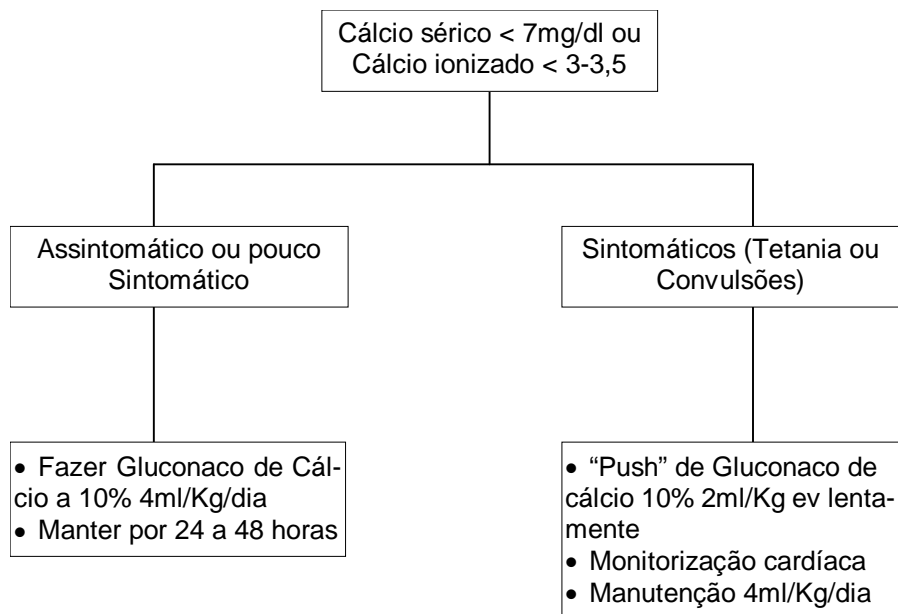
*Dosagem do Mg⁺⁺ em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).

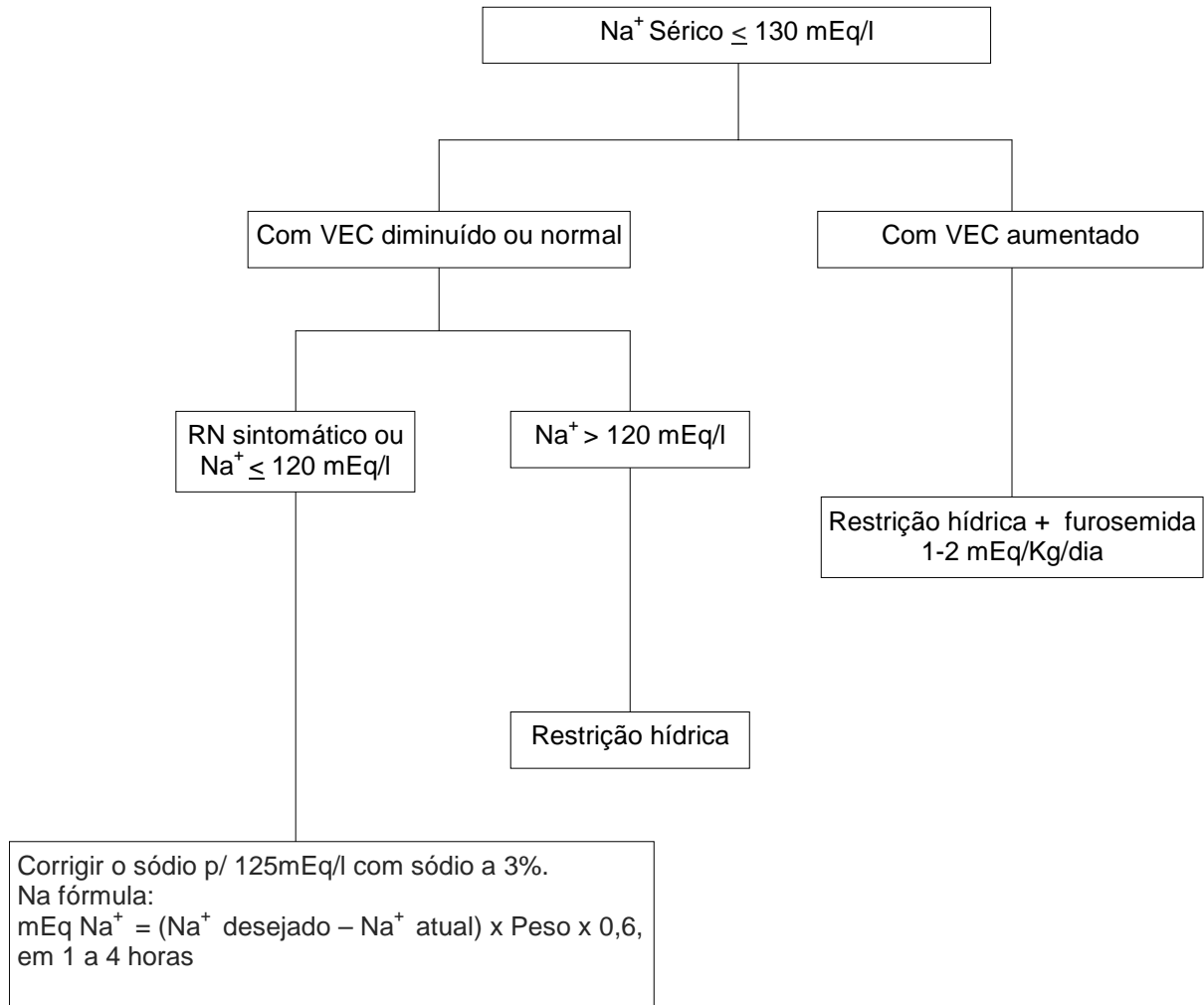
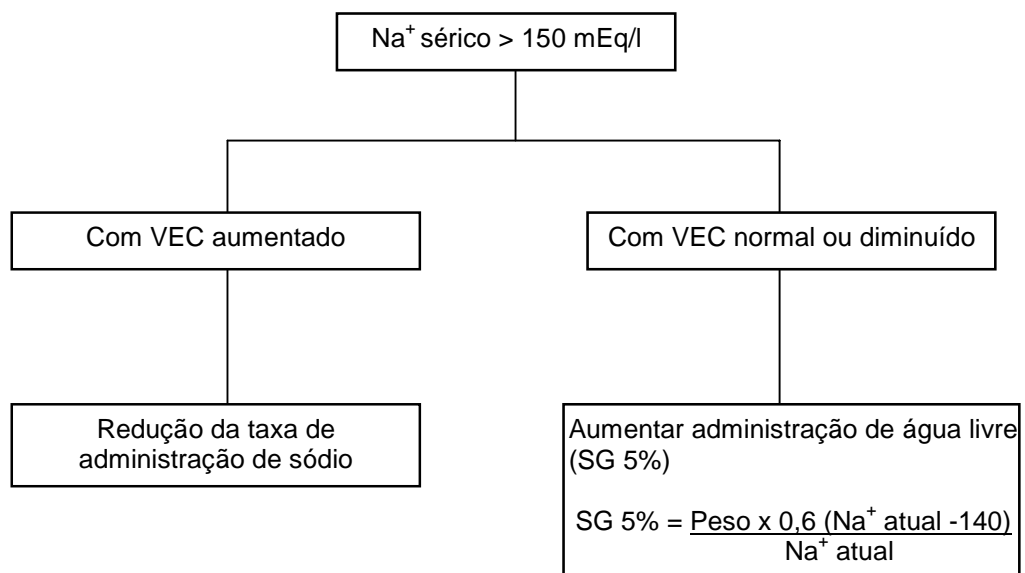
**O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.

HIPERCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

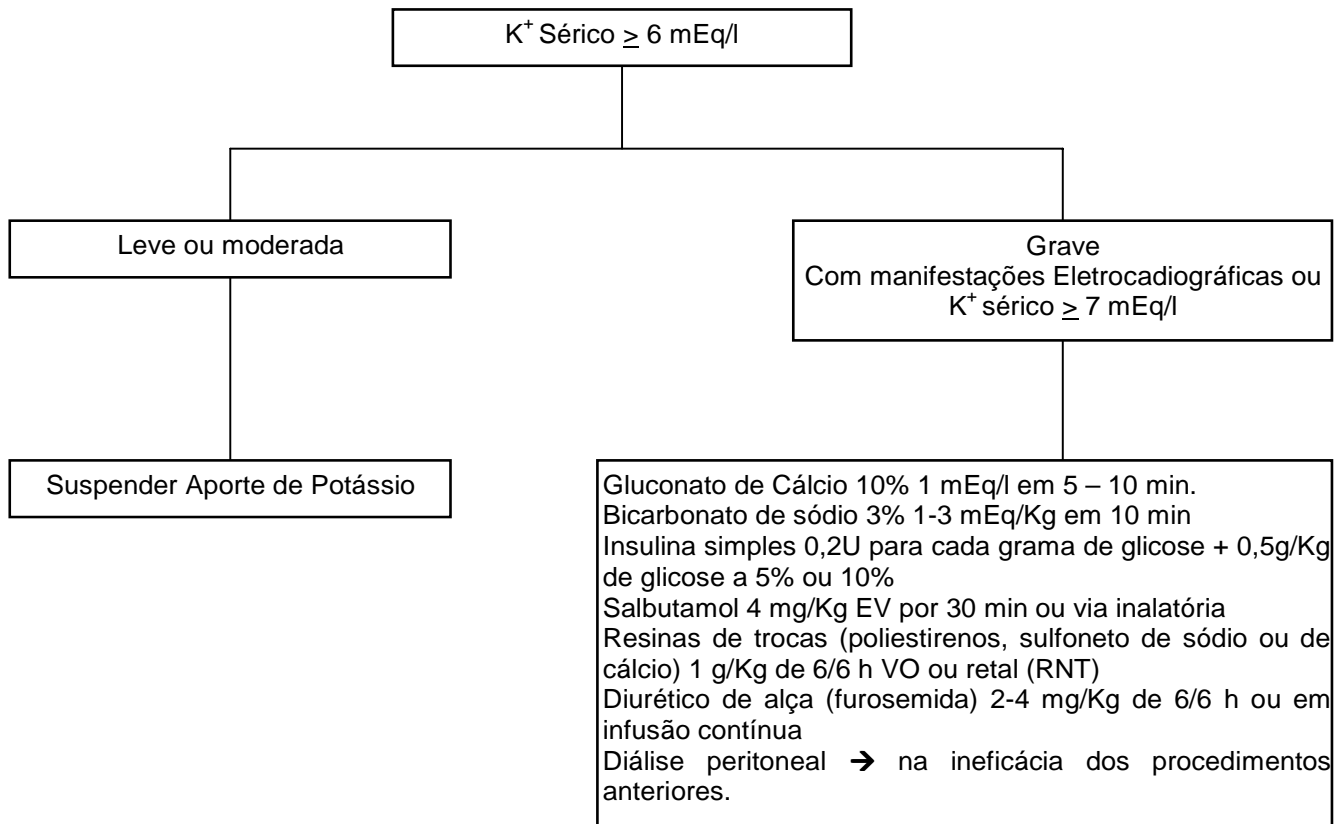


HIPOCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

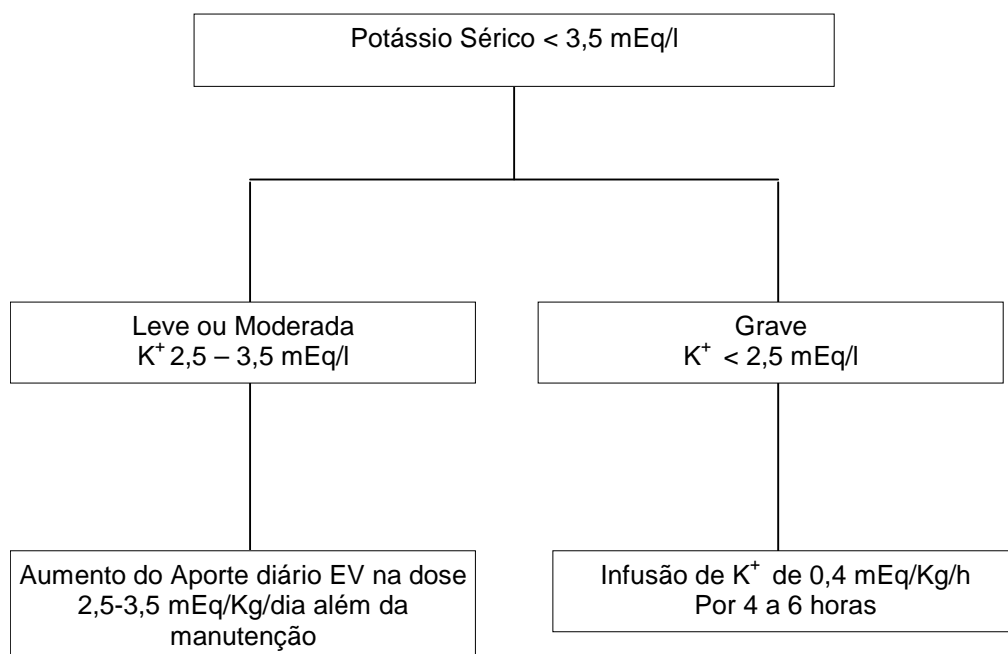


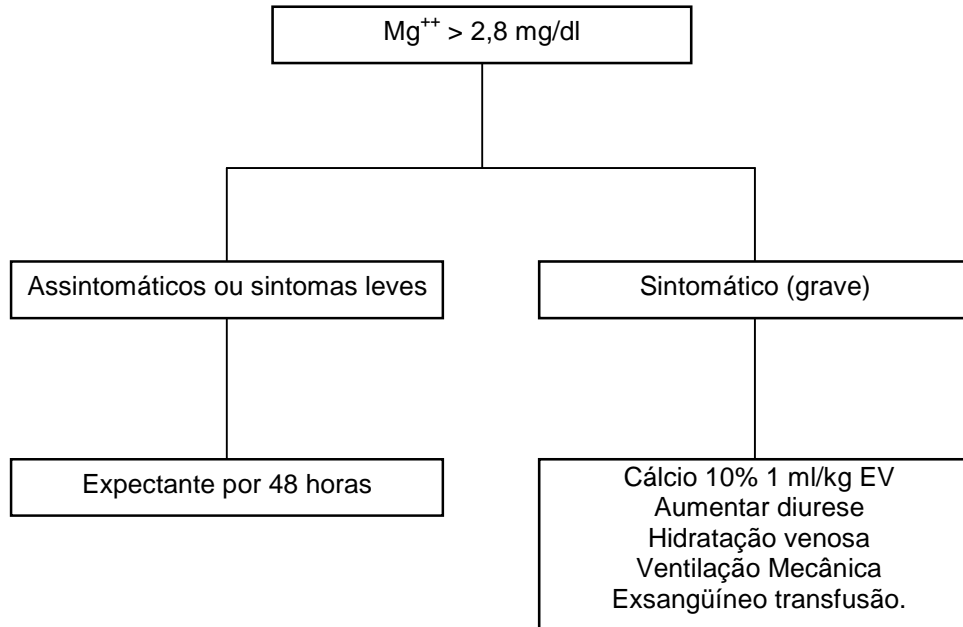
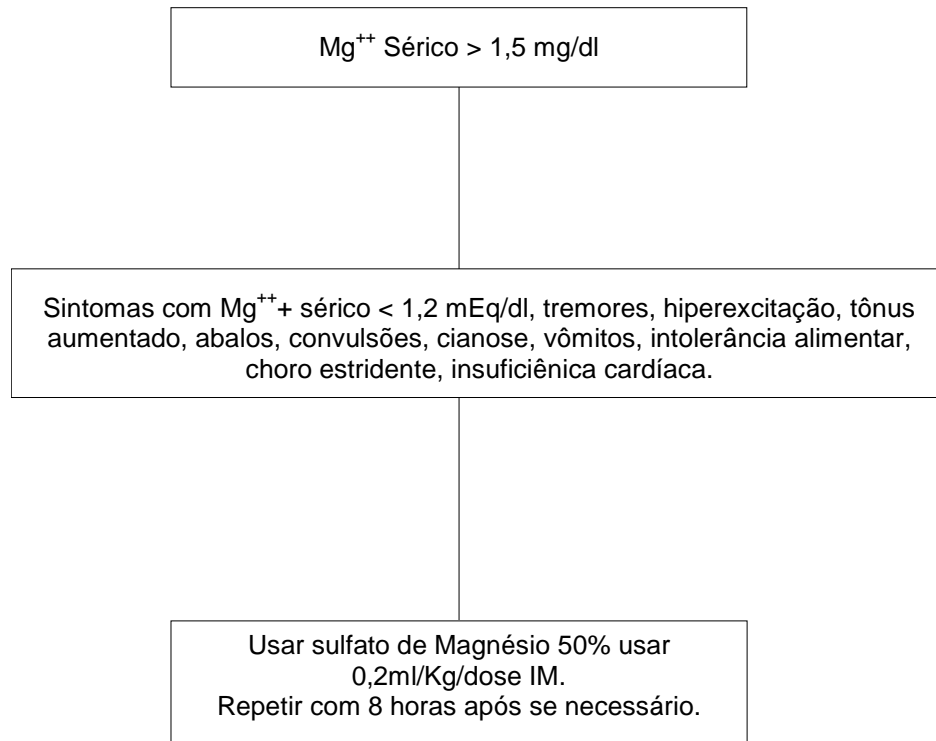
HIPONATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)**HIPERNATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)**

HIPERPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



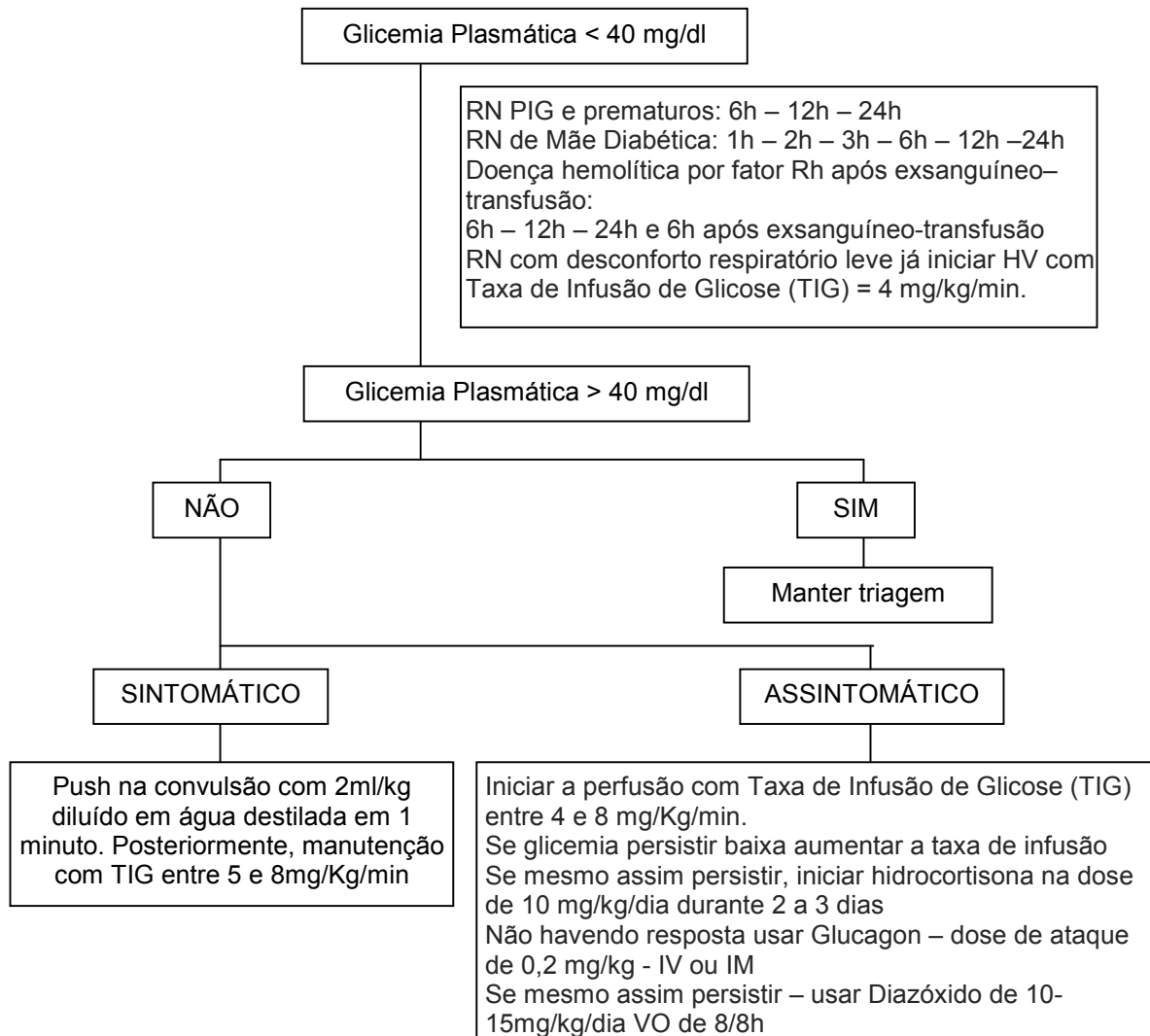
HIPOPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



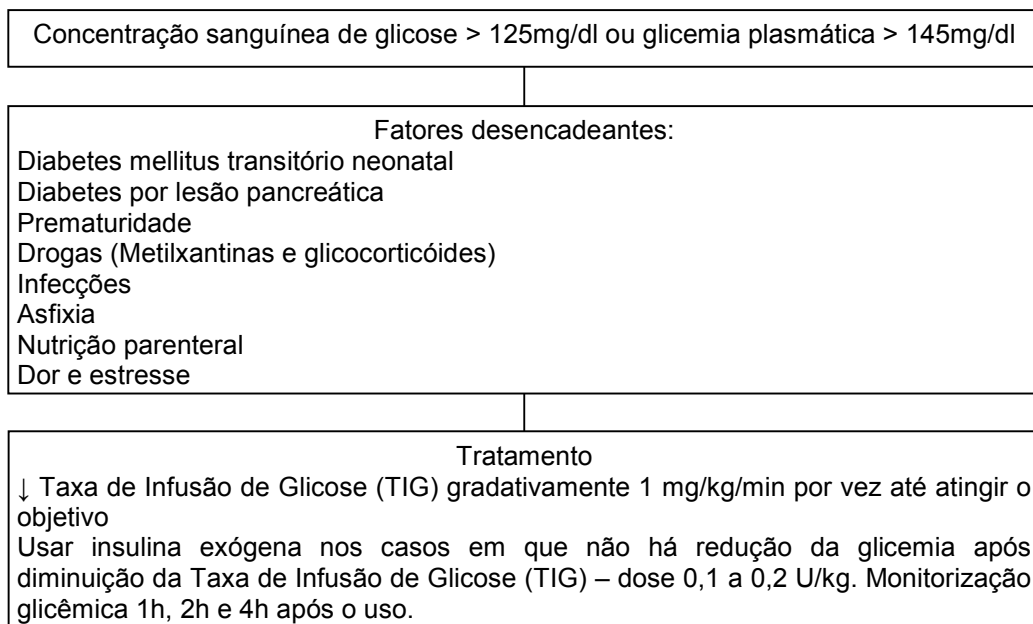
HIPERMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)**HIPOMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)**

**OBS: Sulfato de Magnésio 50%= 4 mEq/ml.
Sulfato de Magnésio 12,5%= 1 mEq/ml.**

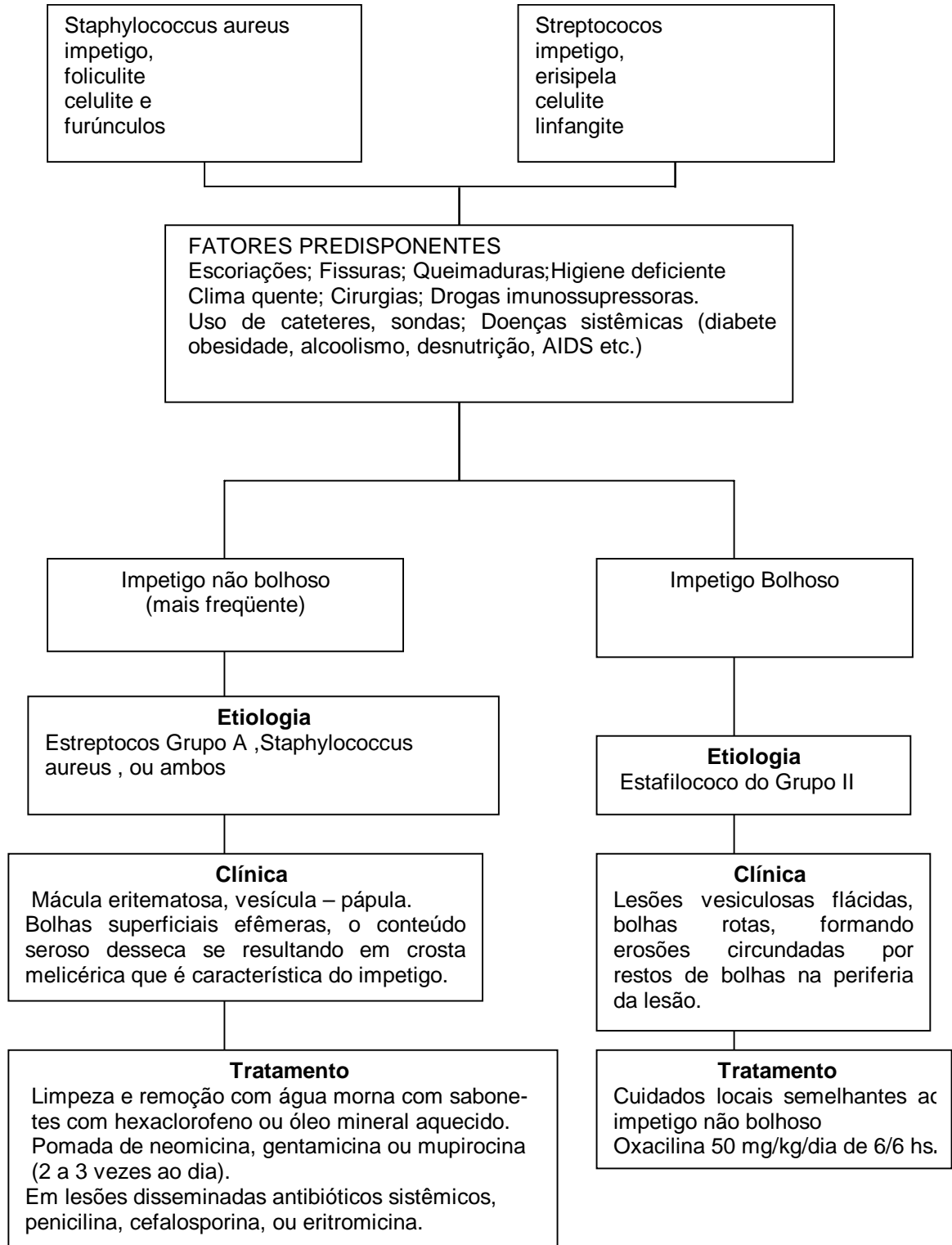
HIPOGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



HIPERGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



PIODERMITES



CELULITE E ERISPELA

São infecções cutâneas caracterizadas por eritema, edema e dor. Na maioria dos casos há febre e leucocitose. Ambas podem ser acompanhadas por linfangite e linfadenite

Fatores predisponentes: locais de trauma, abrasões, lesões psoríasicas, eczematosas ou tinha. Podem se desenvolver em pele aparentemente normal

Erisipela

Envolve as camadas mais superficiais da pele e os linfáticos cutâneos

Etiologia

Estreptococo beta hemolítico grupo A, S.aureus no adulto, e Hemophilus influenzae tipo B em crianças com menos de 3 anos de idade.

Clínica

A área de inflamação está elevada em relação a pele circundante e há uma demarcação distinta entre a pele envolvida e a pele normal. A parte inferior das pernas, face e orelhas são atingidas mais freqüentemente. Podem existir bolhas, a porta de entrada nos membros inferiores são úlceras de perna, fissuras plantares, e dermatomicose interpodalares

Tratamento

Repouso, elevação do membro afetado. Penicilina procaína 600.000.U de 12/ 12 h; dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs; eritromicina 500mg de 6/6hs; cefalosporina. Casos graves - nafcilina-500mg a 1500mg IV 4/4hs

Celulite

Se estende aos tecidos subcutâneos

Etiologia

P. aeruginosa, estreptococos do grupo B. As culturas dos locais de entrada, espécimes de aspirado, espécimes de biópsia e hemoculturas facilitam a seleção do antibiótico apropriado para esses pacientes

Clínica

Não há distinção clara entre a pele infectada e a pele não infectada. Tipicamente ocorre próximo a feridas cirúrgicas ou uma úlcera cutânea. Episódios recorrentes de celulite aparecem com anormalidades anatômicas locais que comprometem a circulação venosa ou linfática.
Crianças-Infecção bucal é a mais comum

Tratamento

Repouso, elevação do membro afetado
Dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs, cefalosporina.
Casos graves-.nafcilina- 500mg a 1500mg IV 4/4hs
Um aminoglicosídeo deve ser considerado em pacientes sob risco de infecção por gram-negativos
Alguns adultos podem ser infectados por Hemophilus influenzae, e requerem antibióticos adequados.
Crianças - Certificar-se de que não há formação de gás e/ou coleções de pus, pois essas lesões requerem drenagem cirúrgica agressiva e debridamento.

FURÚNCULO

Definição

Coleção delimitada de pus que é uma massa dolorosa, firme ou flutuante. Celulite pode preceder ou ocorrer concomitantemente a ele.

Abscesso - cavidade formada por loculações digitiformes de tecido de granulação e pus que se estende para fora ao longo dos planos de menor resistência.

ETIOLOGIA

Em geral a microbiologia reflete a microflora da parte anatômica envolvida *Estafilococos aureus* (no folículo piloso e glândula sebácea) –é o mais comum.. Outros organismos podem ser encontrados como: Aeróbios - *E.coli*, *P. aeruginosa*, *S.faecalis*; Anaeróbios - *Bacteróides*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*

CONDIÇÕES PREDISPONETES:

Áreas com sudorese e atrito intenso.
Oclusão da virilha e das nádegas pelas roupas, sobretudo em pacientes com hiperhidrose. Anormalidades foliculares, como comedões, pápulas e pústulas acneiformes são encontradas com freqüência nas nádegas e axilas de indivíduos com furunculose recidivantes.

CLINICA

Inicia-se como pápula vermelha profunda, sensível, firme, que aumenta rapidamente formando um nódulo sensível e profundo que permanece estável e doloroso por dias, tornando-se flutuante. A temperatura é normal e não há sintomas sistêmicos. A dor torna-se moderada a grave a medida que o material purulento se acumula. É freqüente nos pacientes HIV- positivos.

TRATAMENTO

Compressas quentes e úmidas
Incisão, drenagem e compressão
Antibióticos anti-estafilocócicos

HERPES VÍRUS HERPES SIMPLES

Definição Infecção viral freqüente que pode comprometer pele e mucosas. É causada pelo Herpes virus homines, tipos I e II. A transmissão é por via direta (pessoal).

Quadro clínico Geralmente assintomático. Logo após a infecção, o vírus permanece em estado latente nos gânglios sensoriais, manifestando-se clinicamente, quando ocorre diminuição da imunidade

Primo infecção herpética:

Período de incubação – 3 a 10 dias. Caracteriza-se por erupção vesículo-ulcerativa da mucosa oral ou genital acompanhada de adenopatia, febre e mal-estar. A regressão ocorre dentro de 1 a 2 semanas.

Forma recidivante :

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, agrupadas em “bouquet”. É mais comum em adultos, e tem como principais fatores desencadeantes estresse, exposição solar, traumas físicos e químicos, infecções virais e bacterianas.

Diagnóstico diferencial

Aftas, candidíase oral, candidíase genital, Síndrome de Stevens-Johnson, impetigo, dermatite vesicante (Potó)

Tratamento

Cuidados locais:
Aciclovir* - adulto 200mg 5x dia por 5 dias;
crianças 10mg/kg/dia por 05 dias, casos graves
05 a 10 mg/kg/dia EV.

HERPES VÍRUS

HERPES ZOSTER

DEFINIÇÃO

Infecção causada pelo vírus varicela-zoster. É mais comum em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente imunodepressão

QUADRO CLÍNICO

Caracteriza-se por vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dispostas em faixa unilateral acompanhando trajeto de nervo. Dor nevralgica pode anteceder o quadro e, em 20% dos casos, a nevralgia é intensa e persistente. Isto ocorre principalmente em doentes idosos e/ou que se submetem a tratamento imunossupressor. As lesões cutâneas regridem em aproximadamente duas semanas e podem deixar manchas e cicatrizes .

TRATAMENTO

Cuidados locais: compressas com água boricada ou KMNO₄.
 Aciclovir – 800mg 5 x ao dia durante 7 dias.
 Fanciclovir –250mg de 8/8horas durante 7-10 dias.
 Valaciclovir – 1g de 8/8horas durante 7-10 dias
 Analgésicos

ECTIMA

ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes do grupo A, e/ou Staphylococcus aureus

CLÍNICA

Uma vesícula inicial fugaz deixa uma ulceração superficial. Mais freqüente nas crianças e nas pernas.

TRATAMENTO

Semelhante ao impetigo: uma vesícula inicial fugaz.

REAÇÕES HANSÊNICAS

A hanseníase é uma doença de curso crônico que afeta preferencialmente a pele e os nervos. As reações são episódios de agudização que podem causar graves danos neurais, e correspondem a mudanças súbitas do estado imunológico do paciente. Cerca no pós-alta.

REAÇÃO REVERSA OU REAÇÃO TIPO I

Ocorre na Hanseníase Tuberculóide e Hanseníase Dimorfa

CLÍNICA

As lesões antigas tornam-se intumescidas, edematosas e podem surgir novas lesões em outros locais do corpo. Os sintomas gerais em geral são pouco intensos. Os MHD podem apresentar edemas em torno dos orifícios naturais e edemas de mãos e pés. É freqüente haver neurite em um ou mais troncos neurais

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS

EPF (pesquisa de estrogiloidíase). Quando houver importante comprometimento geral realizar os mesmos exames solicitados para o eritema nodoso, inclusive hemocultura e RX de tórax. Esses pacientes costumam estar em uso de corticóide por períodos prolongados ficando expostos a infecções

OBS: Pode ocorrer leve leucocitose

TRATAMENTO

Reação reversa sem neurite:

Prednisona 0,5mg -1mg/kg/dia até o dia até o controle do quadro reacional, e então iniciar o desmame. Paciente deverá sair com uma consulta marcada com o médico dermatologista.

Reação reversa com neurite, lesões em face ou próximas a troncos nervosos importantes, ou mão e pé reacionais

Prednisona 1-2mg/kg/dia

NEURITE HANSÊNICA

DEFINIÇÃO:

Processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. É a manifestação mais grave uma vez que pode ocasionar incapacidade e deformidade. Pode ocorrer isoladamente ou acompanhando uma reação reversa ou eritema nodoso.

SINTOMAS CLÍNICAS:

Dor aguda no local e/ou no trajeto do nervo acometido

Perda da sensibilidade ou perda motora no local inervado pelo tronco neural correspondente:

TRONCOS NEURAIIS DE COMPROMETIMENTO MAIS FREQUENTE:

Ulnar e mediano - sensitivo-motor (antebraços mãos e quirodáctilos), Fibular - motor- inicialmente perda dos chinelos e depois "pé caído".

Tibial posterior – sensibilidades dos pés, pododáctilos e regiões plantares

TRATAMENTO:

Prednisona 1-2mg/kg/dia

Imobilização do membro afetado

Encaminhar então para o serviço de referência. Em caso de abscesso neural, encaminhar imediatamente para serviço especializado para realização de cirurgia apropriada.

ERITEMA NODOSO HANSÊNICO (ENH) OU REAÇÃO TIPO II

MH Dimorfa e MH Virchowiana.
Costuma ocorrer até a negatificação da baciloscopia

FATORES DESENCADEANTES
Infecções (inclusive cáries dentárias), estresse físico e emocional, gravidez

CLÍNICA

Nódulos que às vezes confluem formando placas eritemato-violáceas, dolorosos, em MMSS, MMII, tronco e face. Pode ocorrer epididimite, orquite, ceratite, irite, iridociclite, poliartralgia e poliartrite. Grande comprometimento do estado geral com febre, adenopatia generalizada, mal estar, astenia. É freqüente o envolvimento neural. **Leve** – lesões cutâneas em pequeno números, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral. **Moderado** – lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente **Grave** – lesões cutâneas generalizadas, com grave comprometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

Leucocitose com neutrofilia, piúria discreta, alterações discretas das transaminases

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS:

Hemograma completo, EAS, eletrólitos, função hepática (especialmente quando em uso de PQT). Quando necessário urinocultura

TRATAMENTO NO HOMEM

Leve:

Talidomida 100mg/dia
Anti-inflamatório não hormonal (AINH)-
Paracetamol 720mg 2-3x ao dia
Diclofenaco 50mg-2-3x/dia

Moderada:

Talidomida 100mg de 12/12/dia

Grave:

(Ou acompanhados de ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite, iridociclite, **Neurite**)

Talidomida – 100mg 8/8horas e Prednisona – 1 mg/kg/dia

TRATAMENTO NA MULHER

Leve:

Anti-inflamatório não hormonal (AINH) Paracetamol 1,5-2g/dia ou Prednisona - 0,5mg/dia

Moderada:

igual ao anterior

Grave:

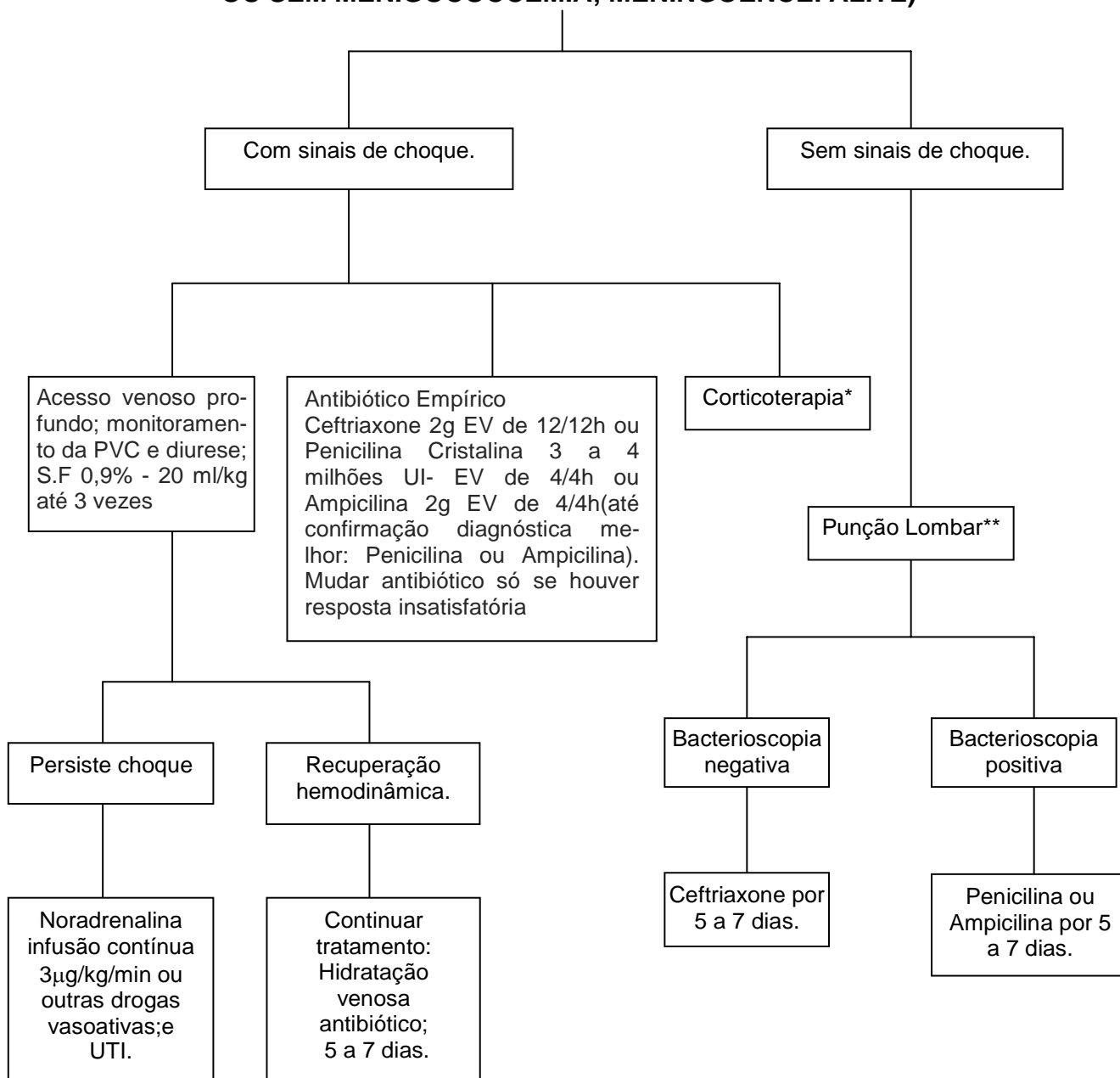
Anti-inflamatório não hormonal (AINH)

Paracetamol 1,5-2g/dia ou Prednisona-1,5-2g/dia
Clofazimina- 300mg/dia

Observação: Depois de devidamente atendidos na emergência os pacientes só poderão receber alta após estarem agendados para consulta com os médicos responsáveis pelo tratamento, uma vez que os medicamentos deverão ser reduzidos de acordo com a evolução clínica, caso contrário os pacientes estarão sujeitos a recidivas severas, danos neurais graves e aos efeitos colaterais das drogas.

DOENÇA MENINGOCÓCICA

(MENIGOCÓCCEMIA SEM MENINGITE; MENINGITE COM
OU SEM MENIGOCÓCCEMIA; MENINGOENCEFALITE)



***Corticoterapia:**

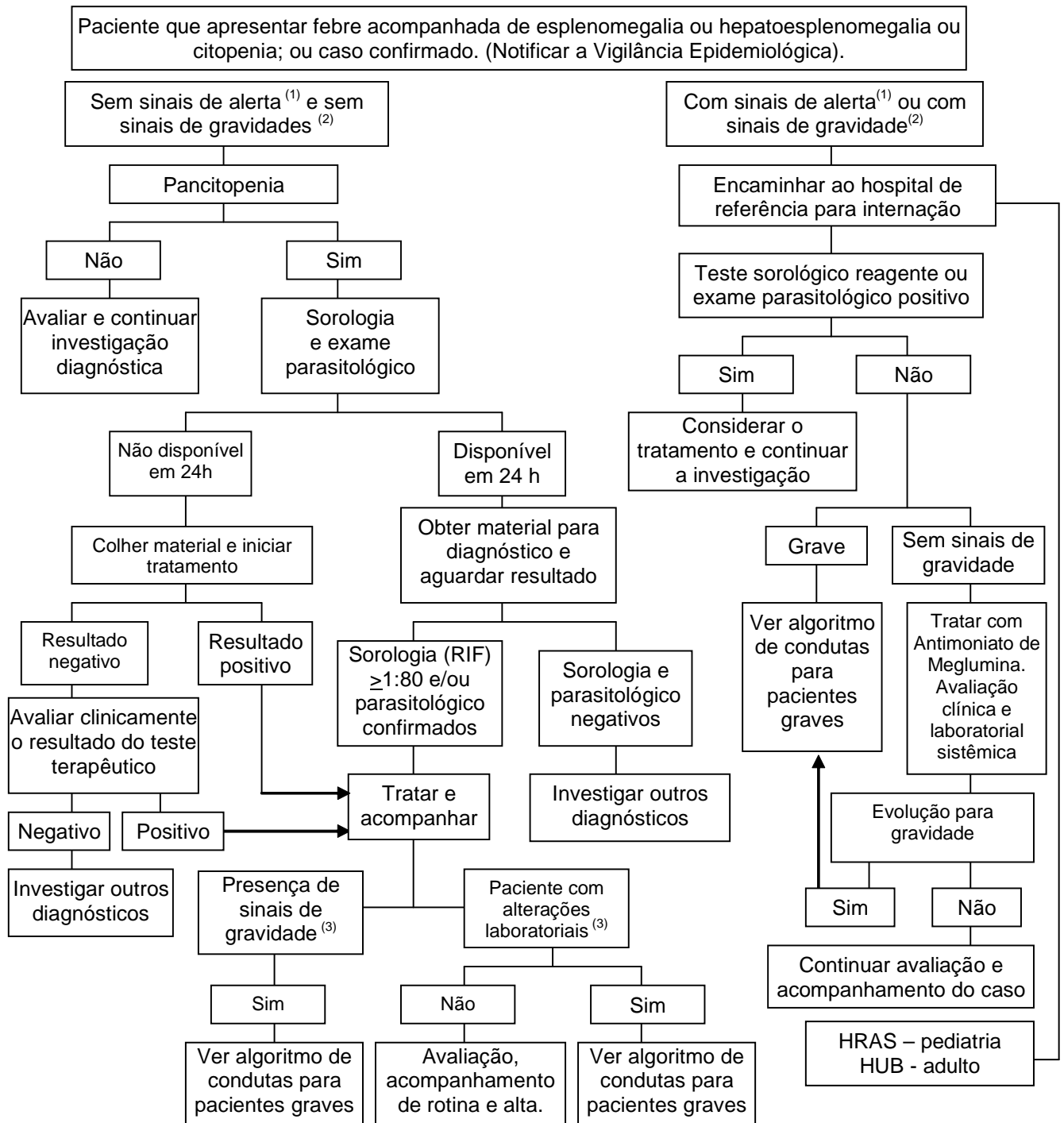
Iniciar o uso de corticóide 20 minutos antes do início da antibioticoterapia ou simultaneamente Na doença meningocócica (com necrose de supra-renais, utilizar hidrocortisona 200mg EV de 6/6h). Na meningite ou meningoencefalite sem meningococemia, usar dexametasona 10mg EV de 6/6h durante 4 dias.

****Colher líquido em 2 frascos estéreis, uma para o laboratório do hospital e outro para o LACEN, juntamente com meio de cultura (4 gotas do líquido) para cocos piogênicos em tudo adequado.**

Isolamento Respiratório por 24 hs.

Contatar Vigilância Epidemiológica para profilaxia dos Contactantes.

LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



*** É importante lembrar que a prova terapêutica deve ser cautelosamente indicada principalmente nos cenários onde a leishmaniose visceral não é a causa mais importante da síndrome de febre, hepato-esplenomegalia e citopenias. (1), (2) e (3).

(1) Sinais de Alerta:

Crianças com idade entre 6 m e 1 ano.
Adultos com idade entre 50 e 65 anos;
Quadro infeccioso suspeito;
Casos de recidiva de LV;
Edema localizado;
Diarréia e/ou vômitos;
Febre há mais de 60 dias.

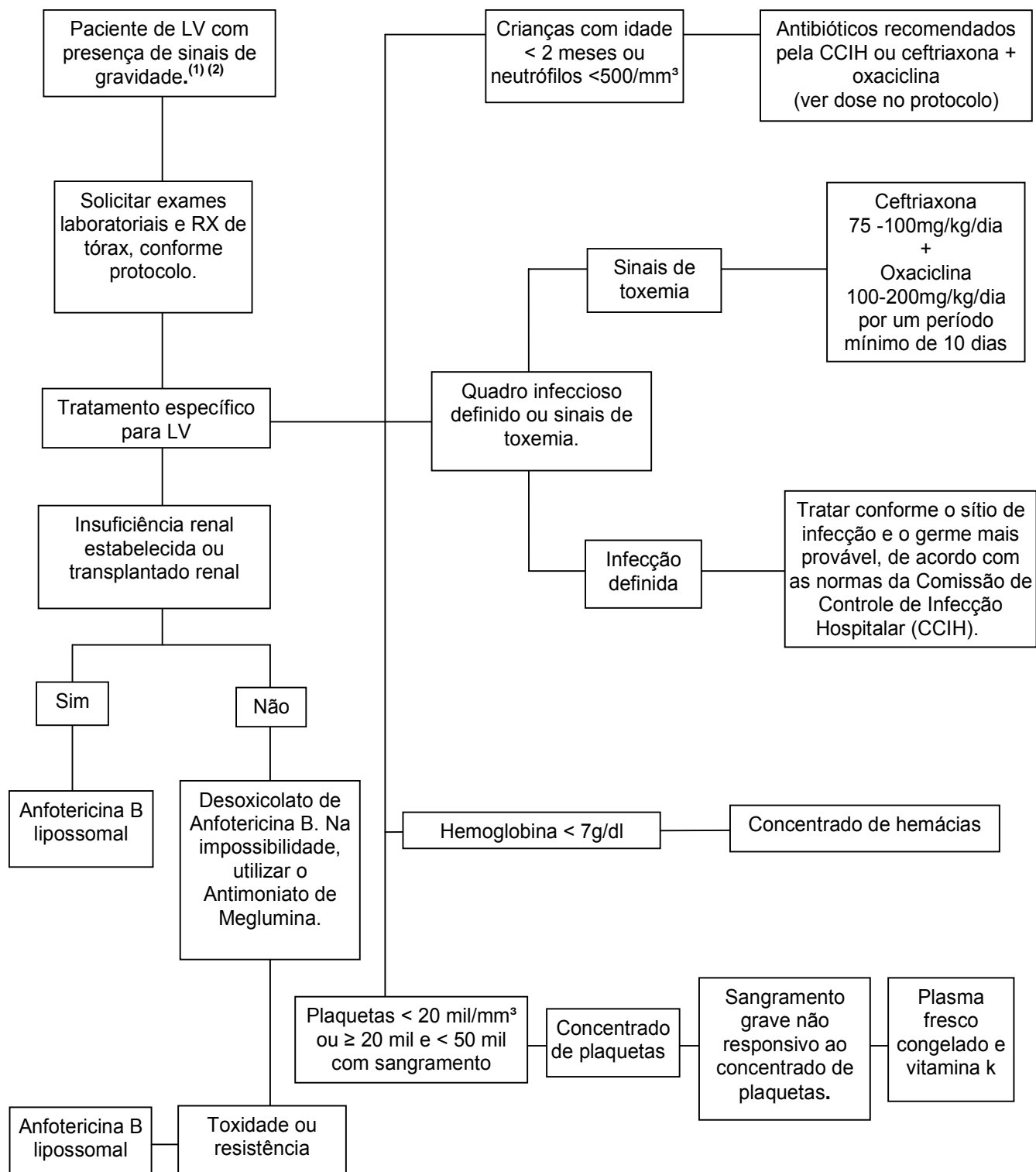
(2) Sinais de Gravidade:

Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
Icterícia;
Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
Edema generalizado;
Sinais de toxemia;
Desnutrição grave;
Co-morbidade.

(3) Alterações laboratoriais;

Leucócitos <100.000/mm³ ou neutrófilos <500/mm³;
Plaquetas <50.000/mm³;
Creatinina sérica acima de duas vezes o maior valor de referência;
Atividade de protombina <70%;
Bilirrubina acima do maior valor de referência;
Enzimas hepáticas acima de cinco vezes o maior valor de referência;
Albumina, 5g/dl.

CONDUTA DE SUPORTE PARA PACIENTES GRAVES COM LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



(1) SINAIS DE GRAVIDADE

Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
 icterícia;
 Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
 Edema generalizado;
 Sinais de toxemia;
 Desnutrição grave;
 Comorbidades.

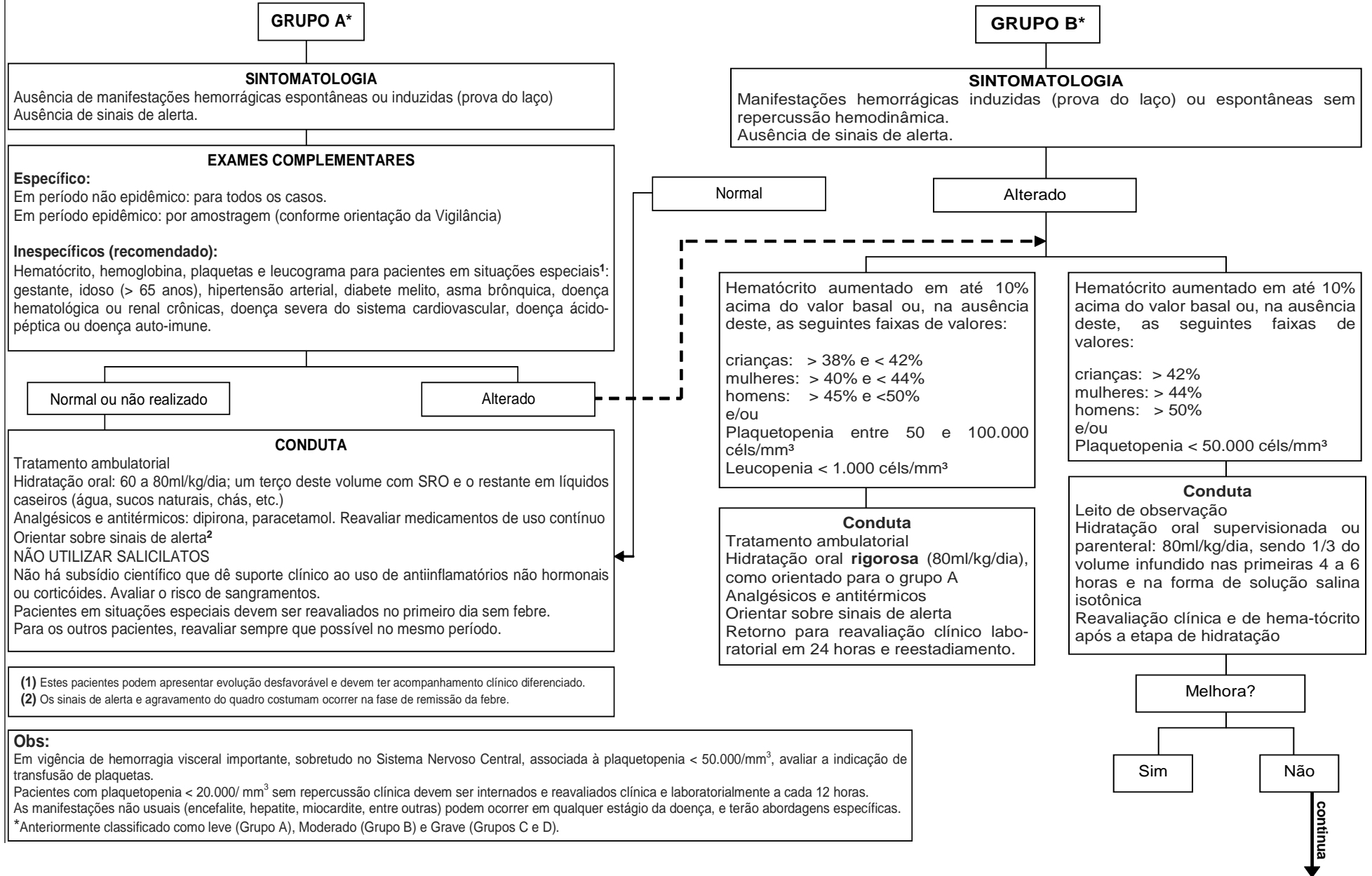
(2) HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

HRAS – Pediatria
 HUB - Adulto

DENGUE

A dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente possa evoluir de um estágio a outro, durante o curso da doença. **Todo caso suspeito (com hipótese diagnóstica de dengue) deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica.**

Caso suspeito de dengue: Paciente com doença febril aguda, com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema associados a história epidemiológica compatível.



(1) Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento clínico diferenciado.

(2) Os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

Obs:

Em vigência de hemorragia visceral importante, sobretudo no Sistema Nervoso Central, associada à plaquetopenia < 50.000/mm³, avaliar a indicação de transfusão de plaquetas.

Pacientes com plaquetopenia < 20.000/ mm³ sem repercussão clínica devem ser internados e reavaliados clínica e laboratorialmente a cada 12 horas.

As manifestações não usuais (encefalite, hepatite, miocardite, entre outras) podem ocorrer em qualquer estágio da doença, e terão abordagens específicas.

*Anteriormente classificado como leve (Grupo A), Moderado (Grupo B) e Grave (Grupos C e D).

GRUPO C E D*

SINTOMATOLOGIA

Presença de algum sinal de alerta e/ou Choque; manifestações hemorrágicas ausentes ou presentes
Obs.: iniciar a hidratação imediatamente independente do local de atendimento.

EXAMES COMPLEMENTARES

Específico: obrigatório. Inespecíficos: Hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma e outros, conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, albumina, Rx de tórax, ultra-sonografia)

Sem hipotensão (grupo C)

Sem hipotensão ou choque (grupo D)

Condução

Leito de observação ou hospitalar
Hidratação EV imediata: 25ml/kg em 4 horas, sendo 1/3 deste volume na forma de solução salina isotônica
Reavaliação clínica e de hematócrito após 4 horas e de plaquetas após 12 horas.
Sintomáticos

Condução

Hidratação EV imediata (fase de expansão): 20ml/kg/hora com solução salina isotônica sob supervisão médica (até 3 vezes)
Leito de observação ou hospitalar
Reavaliação clínica (cada 15-30 minutos) e hematócrito após 2 horas
Sintomáticos

Melhora clínica e laboratorial?

Sim

Não

Etapa de manutenção, com 25ml/kg em 8 e 12 horas

Repetir condução (até 3 vezes)

Melhora clínica e laboratorial?

Sim

Não

Re-estadiar

Tratamento ambulatorial – retorno em 24h

Melhora?

Sim

Não

Melhora?

Sim

Não

Avaliar Hemoconcentração

Hematócrito em ascensão ou hipoalbuminemia

Em queda

Expansor Plasmático
Albumina: 3ml/kg/hora
Substitutos artificiais

Avaliar sangramentos e coagulopatias de consumo

Concentrado de hemácias e avaliação de especialista

Sim

Não

Hiperidratação?
Verificar sinais de ICC

Sim

Não

Diuréticos

Melhora?

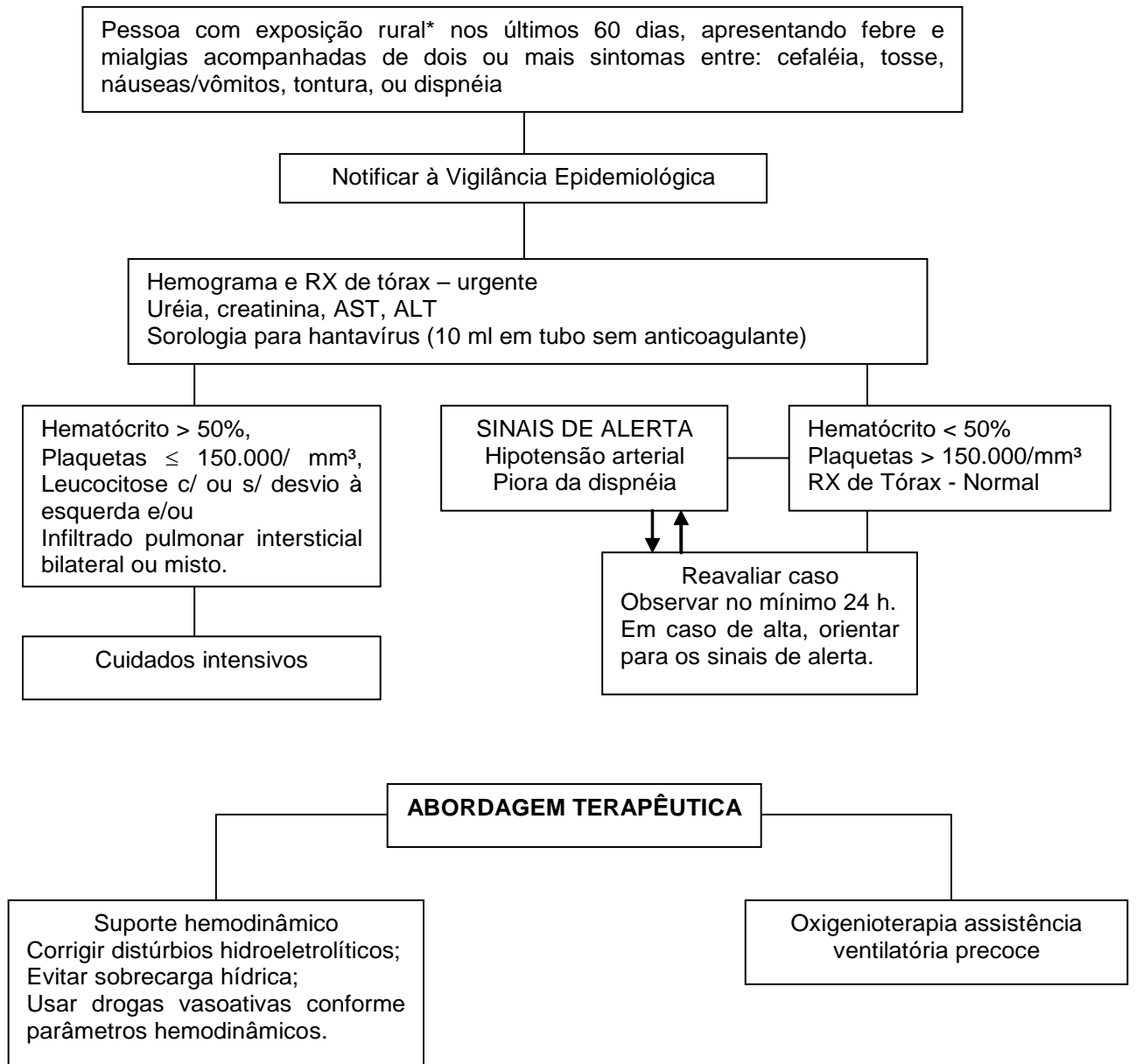
Sim

Não

Unidade de cuidados intensivos

HANTAVIROSE

SÍNDROME CARDIO-PULMONAR



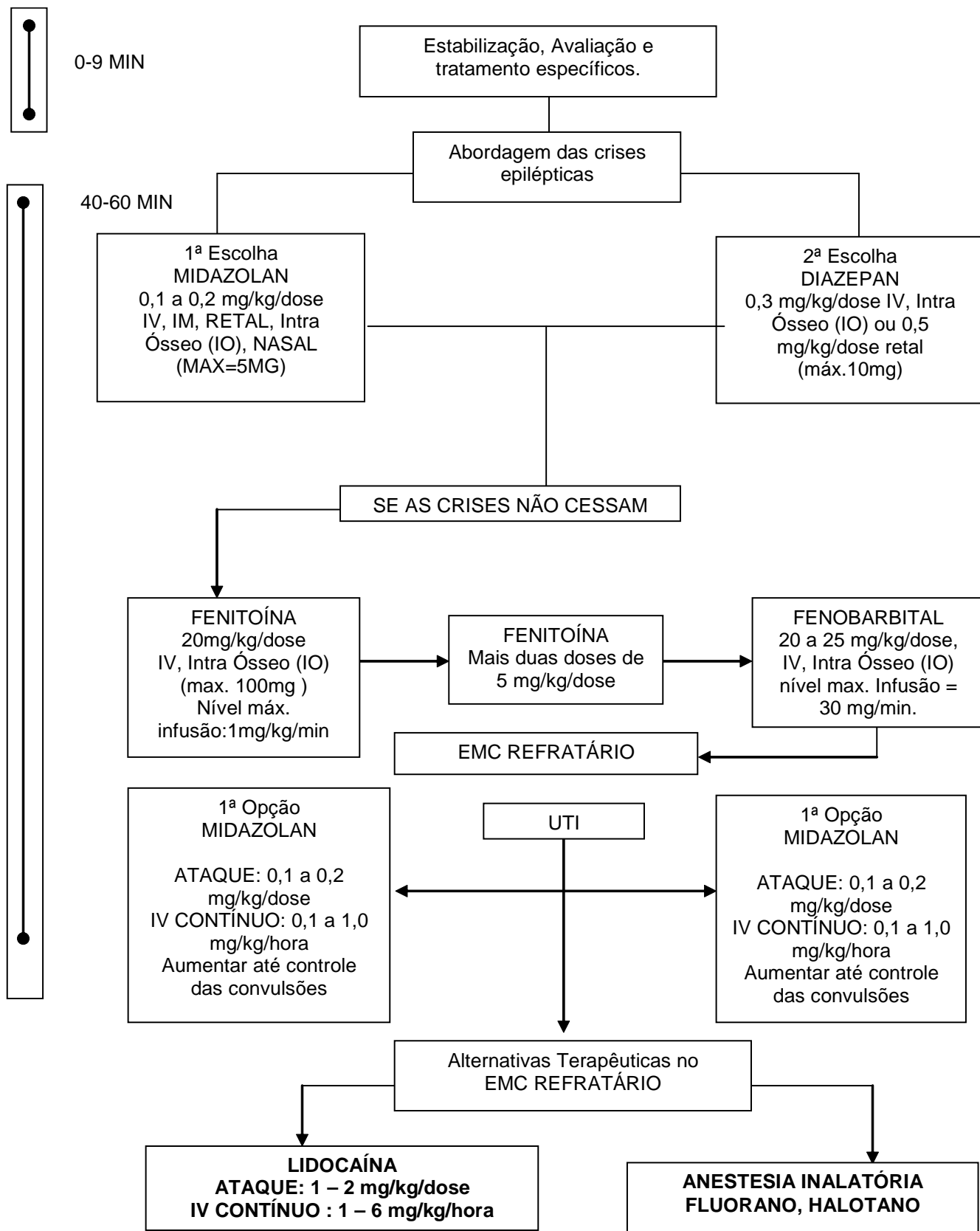
*Entende-se por exposição rural: visitar, trabalhar ou morar em chácaras, bosques, matas, fazendas, pescarias, acampamentos, entre outros.

Obs.: usar corticóides EV, na fase inicial da pneumonite. Essa conduta tem melhorado o quadro respiratório e reduzido a letalidade em alguns serviços no Brasil e no Chile.

Notificação compulsória e investigação obrigatória, visando: identificar local e fonte de infecção, fatores de risco, e desencadeamento de medidas de controle.

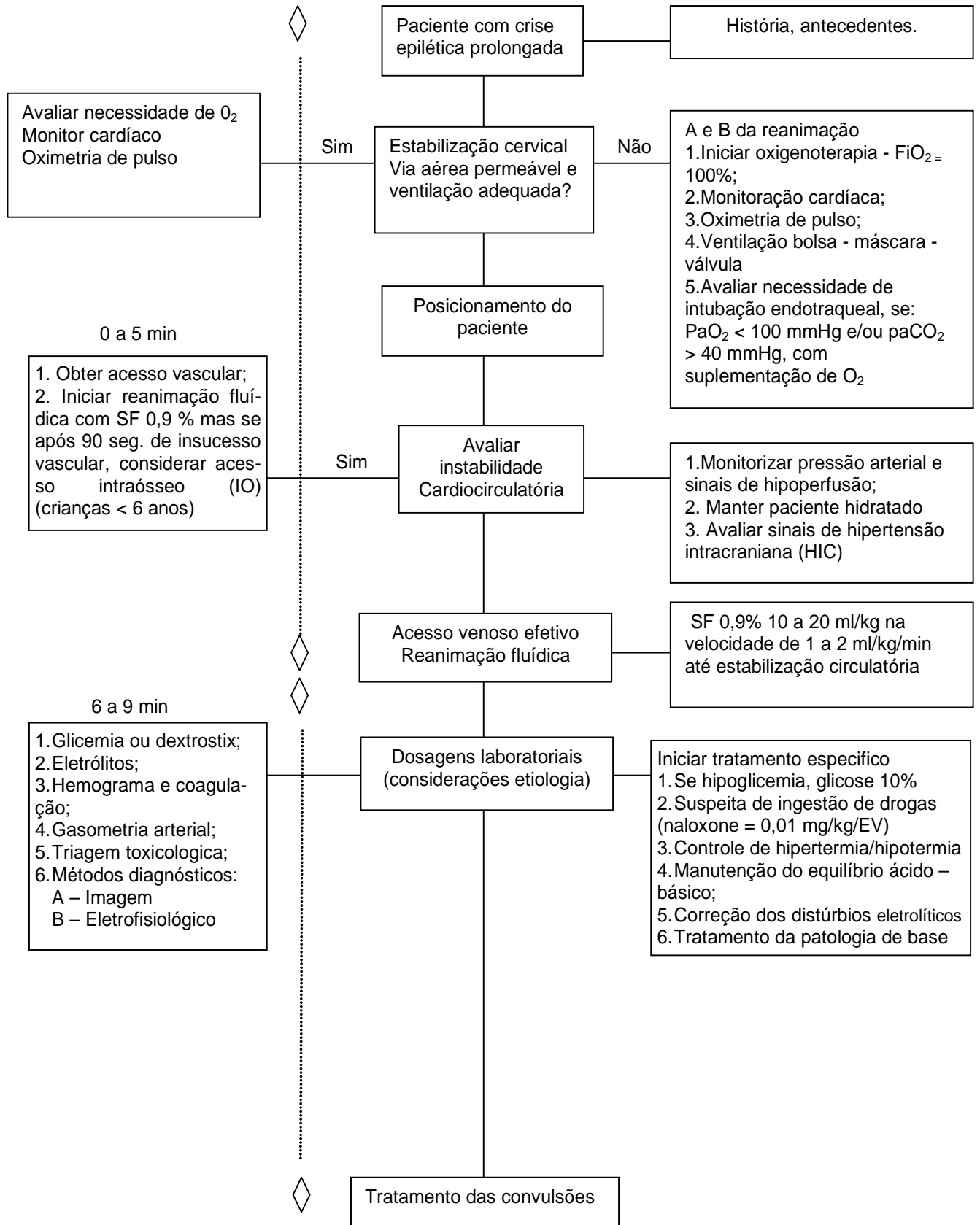
ESTADO DE MAL CONVULSIVO (EMC) NA CRIANÇA

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE



CRISE EPILÉPTICA AGUDA

SUPOORTE AVANÇADO DE VIDA



UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - U.T.I.P. HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.

Para fins de equacionar o déficit atual no número de leitos, otimizar o atendimento dos pacientes pediátricos que necessitam de internação em UTI - Pediátrica e considerando a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos de cada Unidade, estabelecemos:

1. ADMISSÃO NOS SERVIÇOS:

As admissões nas U.T.I. Pediátricas da S.E.S.-D.F. obedecerão aos critérios normatizados pela A.M.I.B. (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) e pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 3432, no que se referem ao nível de cuidados secundários ou terciários disponibilizados em cada Unidade, baseada na sua estrutura física, recursos materiais e humanos assim como na estrutura do hospital ao qual pertença. Estas Unidades estão atualmente assim classificadas:

A- Unidade Terciária –U.T.I. Pediátrica / H.B.D.F.

Receberá preferencialmente pacientes politraumatizados, que necessitem de atendimento das especialidades neurocirúrgicas, cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica, oncologia, broncoesofagologia, cirurgia vascular.

B- Unidade Secundária –U.T.I. Pediátrica / H.R.A.S.

Receberá preferencialmente pacientes clínicos e de cirurgia pediátrica .

C- Unidade Secundária- U.T.I. Pediátrica / H.R.T.

Receberá preferencialmente pacientes clínicos

2. HIERARQUIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Os pacientes internados em Unidades Secundárias que necessitem de recursos de uma Unidade Terciária deverão ser transferidos para U.T.I. Pediátrica / H.B.D.F., ou U.T.I. do INCOR. em caso pacientes que necessitem de cirurgia cardíaca a depender da existência de vaga disponível. Caso não haja vagas na rede pública, ver possibilidade de transferência para rede privada.

Caso não haja naquele momento leito disponível na U.T.I.P./ H.B.D.F., avaliar possibilidade de troca de pacientes

Se não houver esta possibilidade o paciente deverá permanecer na U.T.I. de origem aguardando a disponibilidade de leito para remoção com ou sem troca, o que ocorrer primeiro.

Quando não houver leitos suficientes para atender as solicitações concomitantes de internação de diversas Unidades, deverão ser utilizados os critérios de admissão (A.M.I.B.).

Nos casos de remoção com troca de pacientes, avaliar sempre os riscos inerentes ao transporte.

Pacientes fora de possibilidade terapêutica permanecem na Unidade de origem.

Os casos polêmicos que porventura venham a gerar discordância deverão ser dirimidos entre os chefes das U.T.I.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

I-INDICAÇÕES PARA INTERNAÇÃO EM U.T.I.P.

Pacientes que necessitam de tratamento intensivo com possibilidade de reversibilidade.

Pacientes que necessitam de monitorização com possibilidade de reversibilidade.

Quando não houver vagas para admissão de todos os pacientes que necessitam de leitos de U.T.I. considerar o critério da prioridade

II-CRITÉRIOS DE PRIORIDADES

PRIORIDADE 1: pacientes com necessidade de tratamento intensivo

Pacientes críticos instáveis que necessitam de tratamento intensivo como suporte ventilatório, infusão de drogas vasoativas, métodos dialíticos. São pacientes que têm por característica a falência de um ou mais sistemas orgânicos. Esses pacientes recebem terapêutica ilimitada, devendo-se dispendir todo esforço necessário para obtê-la.

Os pacientes de prioridade¹ têm prioridade sobre os pacientes com necessidade de monitorização intensiva

PRIORIDADE 2: pacientes que necessitam somente monitorização;

Pacientes cuja condição requer monitorização clínica ou tecnológica freqüente ou contínua, beneficiando-se com a utilização de recursos de vigilância intensiva pelo risco de necessitarem imediato atendimento intensivo. Inclui-se nesta categoria pacientes com doença de base que desenvolvam doença ou procedimento de risco subjacente (cirurgia...). Esses pacientes também não têm limites terapêuticos.

Os pacientes de Prioridade 2 têm prioridade sobre os pacientes terminais ou com mau prognóstico de recuperação

PRIORIDADE 3: pacientes terminais ou de mau prognóstico

Pacientes críticos, instáveis, cujas condições prévias (básicas ou agravantes) reduzem severamente a possibilidade de recuperação e benefício pelo tratamento intensivo. Esses pacientes recebem tratamento intensivo para resolver as complicações agudas, mas os esforços terapêuticos podem ser suspensos quando houver a necessidade de medidas de exceção.

Em casos de pacientes com mesma classificação de prioridade considerar ordem do pedido de vaga.

Em casos de polêmica considerar a avaliação da comissão de Ética do Hospital, e as chefias.

NORMAS PARA ALTA DA U.T.I.P.

1. Toda alta deverá ser decidida preferencialmente na reunião após discussão com a equipe.
2. Os pacientes deverão ser encaminhados preferencialmente para os serviços de origem
Se necessitar permanecer internado no Hospital, seja para diagnóstico ou tratamento especializado deve ser encaminhado ao setor especializado após consulta ao responsável.
3. A saída da criança só deverá ser efetivada após conversa com os pais ou responsáveis.
4. O hospital ou setor que irá receber a criança deverá ser contactado pela central de regulação e pelo plantonista da U.T.I.P., antes da alta para providenciar as acomodações que o paciente necessitar. O paciente só deverá ser liberado pela U.T.I.P. após a confirmação da vaga pela enfermeira.
5. Todos os pacientes deverão receber alta com dois relatórios: um para o serviço que vai receber a criança, e outro para os pais.
6. No caso do paciente necessitar de transporte, este deve ser feito com medidas de segurança (acesso venoso, tubos, etc.).
7. Marcar o retorno para acompanhamento ambulatorial (marcar na agenda) de todos os pacientes ao receber alta

NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA A U.T.I.P.

O contato telefônico (Para a U.T.I. Pediátrica ou Central de Regulação) deverá preceder a transferência que será autorizada pelo plantonista quando o leito e os equipamentos estiverem prontos para receber o novo paciente que deve ser o mais rápido possível (Ideal – 30 min.).

O plantonista da U.T.I. deverá avisar a Unidade de Emergência quando estiver aguardando a transferência de pacientes de outra unidade hospitalar.

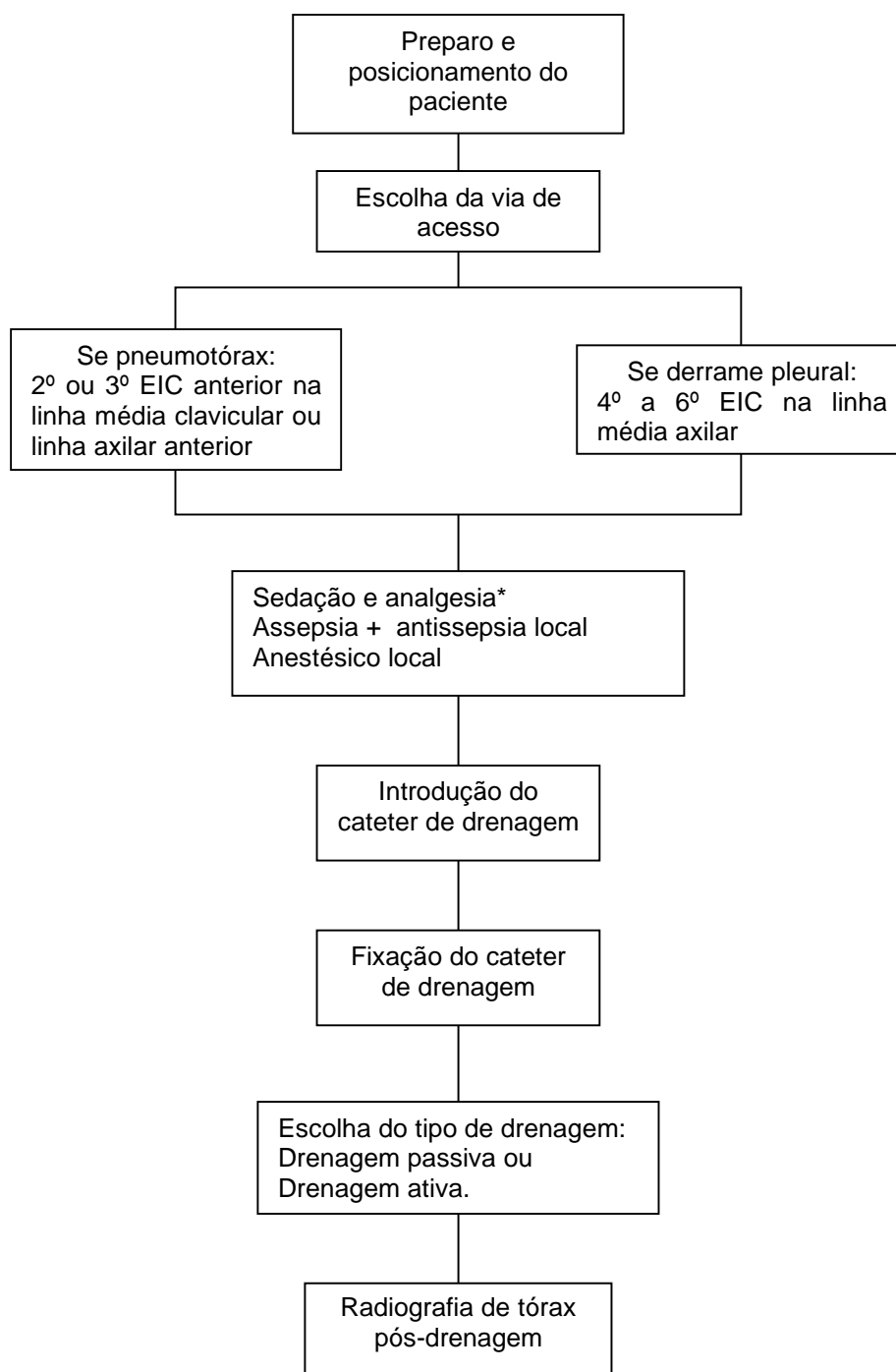
Antes do transporte à U.T.I. deverá ser verificada a estabilidade fisiológica do paciente.

Pacientes com deslocamento de tubo oro-traqueal, bradicárdicos ou em parada cárdio-respiratória deverão ser estabilizados.

O transporte deverá ser feito em MACA de transporte adequada, providas as condições adequadas para manutenção do paciente durante o transporte (i.e., oxigênio, equipamento para ventilação, acesso venoso, cobertores, monitores se disponíveis).

Todos os pacientes devem ser acompanhados por um médico durante o transporte para a U.T.I.. Pacientes provenientes de outros hospitais devem ser acompanhados por um profissional do Hospital destino no trajeto até a U.T.I. com a função de orientá-lo no interior do hospital..

DRENAGEM TORÁCICA FECHADA NA CRIANÇA



*Ver protocolo Sedação e analgesia

SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS PACIENTES INTERNADOS EM UTIP

I- INDICAÇÕES:

Procedimentos diagnósticos	Procedimentos terapêuticos	Procedimentos cirúrgicos
Punção arterial/venosa	Cateterização vesical	Acessos venosos profundos
Broncoscopia	Intubação e extubação traqueal	Traquestomias
Punção lombar	Inserção de sondas	Debridamentos
Exames de imagem (CT; RM)	Ventilação mecânica	Curativos
Aspiração traqueal	Inserção/remoção de dreno	

II- SUGESTÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) paciente em ventilação mecânica:
 - a) analgesia-fentanil, morfina
 - b) sedação-midazolam, diazepam
 - c) miorelaxante- rocurônio, pancurônio
- 2) pacientes sem ventilação mecânica:
 - a) dor moderada ou intensa-pós-operatório de grandes cirurgias, queimaduras, fraturas: fentanil, morfina, meperidina. Se necessário AINH (naproxen, diclofenaco de sódio, ibuprofeno).
 - b) dor moderada e leve-paracetamol, codeína, dipirona, AINH.
- 3) procedimentos dolorosos:
 - ketamina, fentanil,
- 4) intubação e indução anestésica:
 - atropina, thionembutal, fentanil, ketamina, se necessário curare. Todo paciente curarizado deve estar sedado e com analgesia.
- 5) insuficiência hepática:
 - Para sedar - fentanil
 - nas convulsões - hidantal
 - para curarizar - rocurônio.
 - evitar benzodiazepínico
- 6) hipertensão intracraniana:
 - sedação -midazolam droga de escolha
 - propofol (> 3anos)
 - analgésico-fentanil
- 7) broncoespasmo:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil*, ketamina, propofol (pode ter efeito broncodilatador, e é contraindicado para crianças menores do que 03 anos)
- 8) insuficiência cardíaca congestiva:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil, morfina(escolha na crise hipoxêmica)
- 9) insuficiência renal:
 - sedação -midazolam,
 - analgésico-fentanil

OBS: antes de qualquer procedimento doloroso, realizar medidas que diminuam a dor e ou estresse, como: oferecer glicose oral não nutritiva dois minutos antes do procedimento nos recém nascidos e lactentes, aplicar anestésico local tópico (EMLA) quando procedimento não for urgente ou infiltração cutânea tópica nos casos urgentes.

III)-AVALIAÇÃO DA DOR E DO GRAU DE SEDAÇÃO/ANALGESIA

ESCALA COMFORT COMPORTAMENTAL

1 – Alerta	
Sono Profundo	1
Sono leve	2
Cochilando	3
Totalmente acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
2-Calma/agitação	
calmo	1
Levemente ansioso	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4

3- Resposta respiratória	
Sem tosse e respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta à ventilação	2
Tosse ocasionalmente ou resistência ao respirador	3
Respira ativamente contra o respirador ou tosse regularmente	4
Briga com o respirador , tosse ou sufocação	5
4- Movimento físico	
Sem movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve freqüente	3
Movimentos vigorosos limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso incluindo tronco e cabeça	5
7- Tônus muscular	
Músculos totalmente relaxados sem tônus	1
Tônus reduzido	2
Tônus normal	3
Tônus aumentado e flexão de extremidades	4
Rigidez muscular extrema e flexão de extremidades	5
8- Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Músculos faciais com tônus normal , sem tensão facial evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos da face	3
Tensão evidente em todos os músculos da face	4
Músculos faciais contorcidos	5

Avaliação:

valores = ou < 10 = sedação excessiva

de 11 a 22 = sedação adequada, mas necessita avaliações

= ou > 23 = sedação insuficiente.

As medidas avaliativas devem ser aferidas a cada 6 ou 8 horas e devem ser documentadas.

OBS: SEDAÇÃO EXCESSIVA ASSIM COMO INSUFICIENTE, SÃO PREJUDICIAIS AO PACIENTE. AJUSTAR SEMPRE PARA A DOSE IDEAL.**IV—drogas mais usadas em UTIP para sedoanalgesia**

SEDATIVOS E ANALGÉSICOS MAIS UTILIZADOS EM PEDIATRIA				
Medicação	Via de Administração	Dose (mg/kg)	Dose Máxima (mg)	Precauções
Analgésico e aspirina	VO	10 -15	975	Doença viral Úlcera péptica
Ibuprofeno	VO	5 -10	800	Úlcera péptica Usado no RN para fechamento canal arterial
Acetaminofeno	VO	10 - 15	975	
Indometacina	VO	0,3 – 1	150	
Cetorolaco	IV , IM	Dose ataque 0,4 a 1,0 Manutenção 0,2 a 0,5 a cada seis horas	150	Pode ser dado por via oral
Sedativos Analgésicos Morfina	IV,IM,VO VR (não recomendado)	0,1 – 0,3	10	Depressão Respiratória
Fentanil	IV,IM	0,001 – 0,005 com aumentos de 0,5 – 1mg/kg/min	0,05	1/3 da dose em paciente < seis meses

Medicação	Via de Administração	Dose (mg/kg)	Dose Máxima (mg)	Precauções
Codeína Sedativos Diazepam	VO IV, VR IM (não recomendado)	0,2 0,05 – 0,2 0,5	7, 5 10	
Lorazepam Midazolam	IV,IM IV,IM	0,02 -0,05 0,01 -0,08	2 4	Cuidado com a associação com narcóticos
Hidrato de cloral Pentobarbital	VO IV,IM		1.000 200	Doença hepática
Tiopental Propofol	IV IV	3 - 5 0,025 – 0,130mg/min	500	Hipotensão Depressão Cardio-respiratória

SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTIP

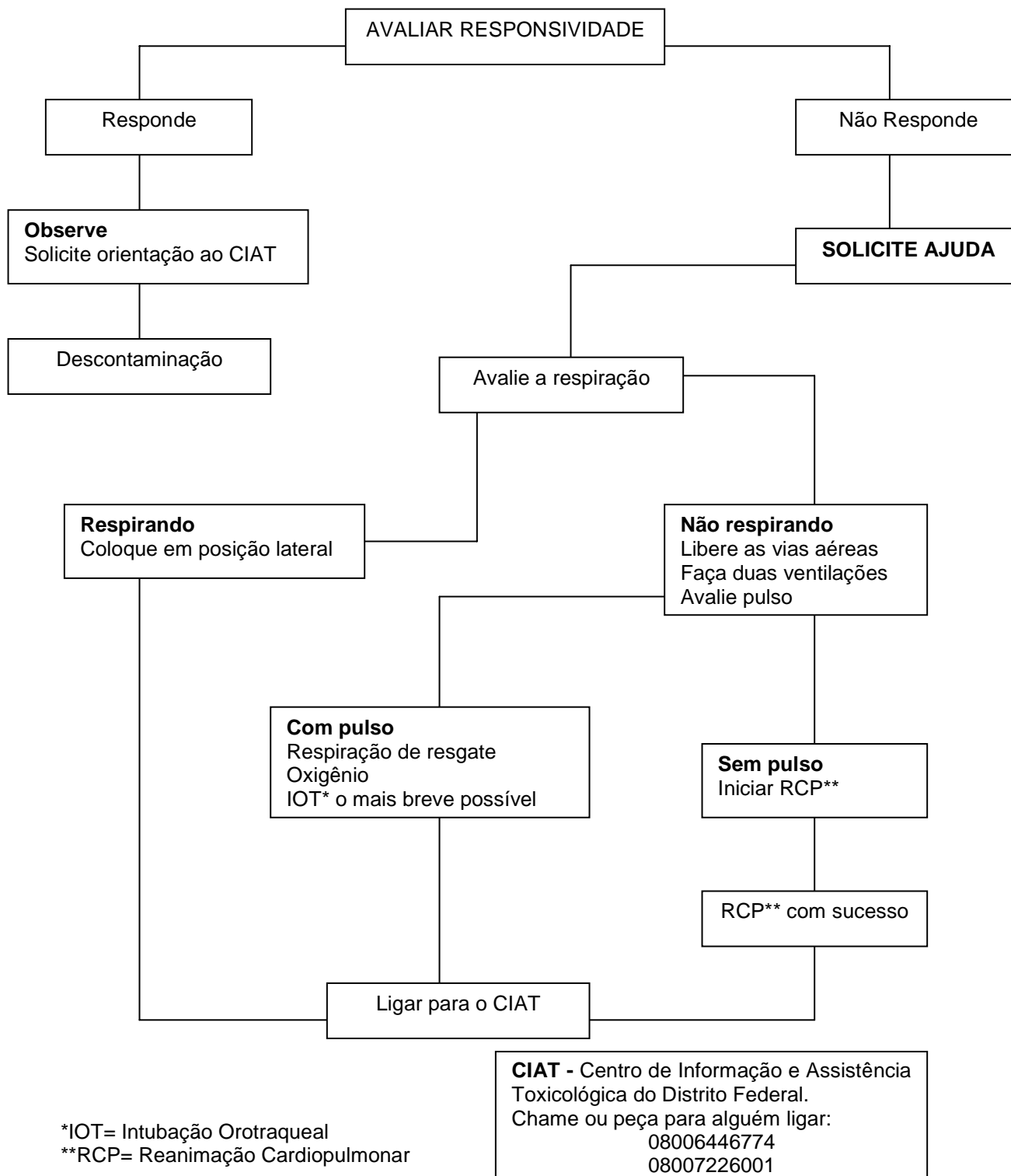
PACIENTES SEM VENTILAÇÃO MECÂNICA	PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA
<p>ANALGESIA</p> <p>DOR LEVE: Dipirona ou acetaminofen - 10mg/kg-6/6hs</p> <p>DOR MODERADA: Morfina - 0,1 a 0,3 mg/kg IV- 6/6hs ou 4/4hs</p> <p>DOR INTENSA: Fentanil - 0,1ucg/kg/h</p> <p>SEDAÇÃO Midazolam - 0,05 a 0,1 mg/kg-IV ou propofol - 0,5 mg/kg IV</p> <p>SEDOANALGESIA Dexmedetomidina - 0,2ucg/kg-IV</p>	<p>LONGO PRAZO \geq 48HS Midazolam - 0,05mg/kg/h + Fentanil 1ucg/kg/h ou Morfina - 0,1 mg/kg/h</p> <p>CURTO PRAZO \leq 48HS Iniciar: Midazolam - 0,05 mg/kg/h + Fentanil 1ucg/kg/h ou Propofol - 1mg/kg/h + fentanil 1ucg/kg/h ou Dexmedetomidina - 0,4ucg/kg/h (Indicado em pós - operatório)</p>

SITUAÇÕES ESPECÍFICAS:	
<p>1 - Pacientes com asma grave e/ou instabilidade hemodinâmica</p> <p>Com hipotensão: Quetamina - 1 a 2 mg/kg/h + midazolam - 0,1-mg/kg/h</p> <p>Sem hipotensão: Fentanil + midazolam ou propofol</p>	<p>2 - Pacientes com tolerância as drogas</p> <p>Adicionar clonidina - 0,05 a 2 ucg/kg/d ou Dexmedetomidina - 0,2 a 0,7 ucg/kg/h</p>

Monitorar a sedoanalgesia com avaliação com uso de escalas a cada 6 horas. Adotar a escala mais pratica e conhecida pela equipe.
Sugestões para uso da S A S e a Escala COMFORT comportamental.

ABORDAGEM INICIAL DAS INTOXICAÇÕES

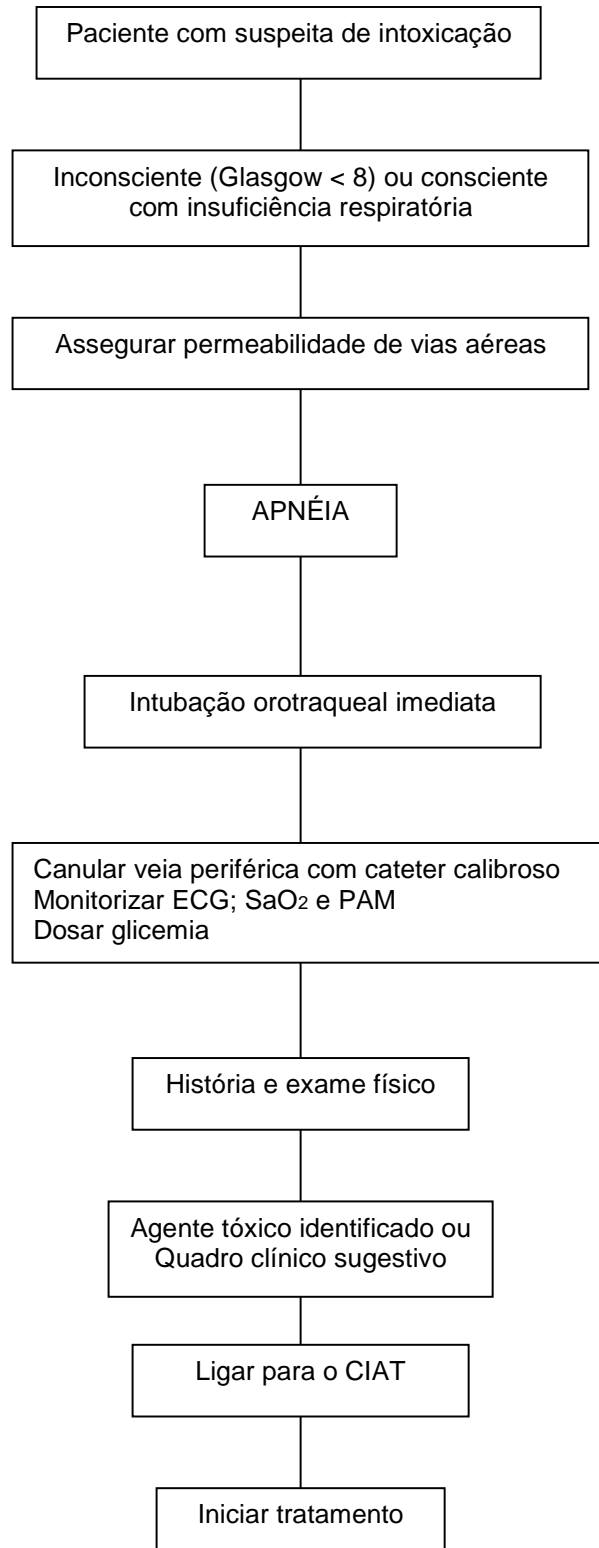
O primeiro atendimento é de primordial importância na sobrevivência e prevenção de complicações ou seqüelas. O **Centro de Informações e Assistência Toxicológicas do Distrito Federal (CIAT-DF)**, atende através de uma central telefônica, em regime de plantão permanente, sendo guiado por bancos de dados nacionais e internacionais. Serve como fonte de informações aos profissionais de saúde, objetivando prestar o melhor atendimento como órgão de assessoria e consultoria na área de urgência e emergência, a fim de agilizar o tratamento e evitar iatrogenias. A abordagem inicial do paciente intoxicado difere muito pouco da preconizada pelos algoritmos universais para o paciente grave.



ATENDIMENTO INICIAL INTRA - HOSPITALAR

O paciente intoxicado frequentemente representa uma emergência de início agudo, com comprometimento de múltiplos órgãos, se assemelhando frequentemente a pacientes politraumatizados. Além do tradicional ABC de reanimação, no paciente intoxicado são necessárias outras medidas gerais de desintoxicação, como a descontaminação e administração de antídotos.

O médico deve sempre tentar identificar o agente tóxico, mas sua busca não deve nunca retardar o início das medidas terapêuticas vitais para o paciente.



SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

O conhecimento das síndromes toxicológicas é essencial para o reconhecimento do agente intoxicante. A síndrome toxicológica é uma constelação de sinais e sintomas que sugerem uma classe específica de envenenamento.

SÍNDROME ESTIMULANTE

Inquietação
Verborrêia
Atividade motora excessiva
Tremor
Insônia
Taquicardia
Alucinações

SÍNDROME SEDATIVA-HIPNÓTICA

Sedação
Confusão mental
Delírio
Alucinação
Coma
Parestesias
Disestesias
Diplopia
Visão turva
Lentificação da fala
Ataxia
Nistagmo

OPIÁCIO

Alteração do estado mental
Miose
Bradipnéia
Dispnéia
Bradicardia
Diminuição dos ruídos abdominais
Hipotermia

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA

Hipertermia
Íleo
Rubor
Taquicardia
Retenção urinária
Pele seca
Visão turva
Midríase
Diminuição dos ruídos abdominais
Mioclonia
Coreatetose
Psicose
Alucinações
Convulsão
Coma

SÍNDROME COLINÉRGICA

Salivação
Lacrimejação
Liberação esfinteriana
Diarréia
Emese
Broncorréia
Bradicardia

EFEITOS DAS TOXINAS

O campo de ação da substância tóxica causadora do envenenamento é amplo, requerendo um grande conhecimento farmacológico e um adequado exame físico focado no nível de consciência e sinais vitais incluindo a temperatura corporal.

COMA

Álcool	Chumbo
Anticolinérgicos	Lítio
Arsênico	Opióides
Beta-bloqueadores	fenciclidina
Colinérgicos	Fenotiazinas
Monóxido de carbono	Salicilatos
Antidepress. tricíclicos	Sedativos-hipnóticos

PUPILAS

Miose	Midríase
Colinérgicos	Anticolinérgicos
Clonidina	Meperidina
Nicotina	Simpatomiméticos
Fenotiazinas	Abstinência
Fenciclidina	

ESFORÇO RESPIRATÓRIO

Diminuído	Aumentado
Álcool	CO, CN
Barbitúricos	Acidose metabólica
Benzodiazepínicos	Insuficiência hepática
Opióides	Metahemoglobinemia
	Salicilatos

FREQÜÊNCIA CARDÍACA

Taquicardia	Bradicardia
Anticolinérgicos	Alfa-bloqueadores
Antidepress. tricíclicos	Beta-bloqueadores
Simpatomiméticos	Bloq. dos canais de Ca ⁺⁺
Cocaína, anfetamina	Glicosídeos cardíacos
Abstinência	Colinérgicos
	Cianeto, Nicotina

PRESSÃO ARTERIAL

Hipertensão	hipotensão
Similar à taquicardia	CO, CN
	Antidepress. tricíclicos
	Ferro
	Opióides
	Nitratos
	Fenotiazinas
	Sedativo-hipnóticos
	Teofilina

TEMPERATURA

Hipertermia	Hipotermia
Anticolinérgicos	Beta-bloqueadores
IMAOs	CO
Metais	Colinérgicos
Fenotiazinas	Etanol
Salicilatos	Hipoglicemiantes
Simpatomiméticos	Sedativo-hipnóticos
Abstinência	

ANAMNESE

Após estabilização hemodinâmica deve-se prosseguir com a anamnese e exame físico.

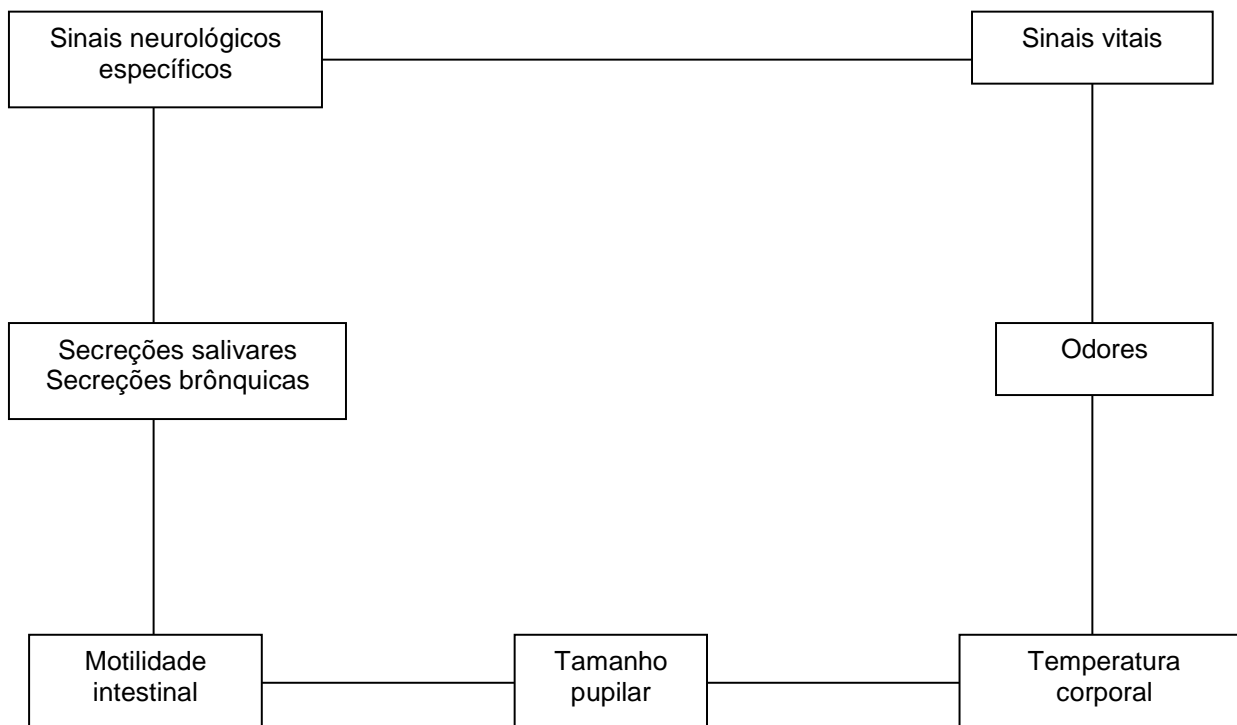
ANAMNESE

Os 5 Ws.

1. Who: "quem" - Identificar o paciente, suas condições, patologias de base e uso de medicamentos
2. What: "o quê" - Identificar o agente tóxico
3. Where: "onde" - Via e local da exposição
4. When: "quando" - Horário do evento
5. Why: "porque" - Motivo e circunstância da exposição

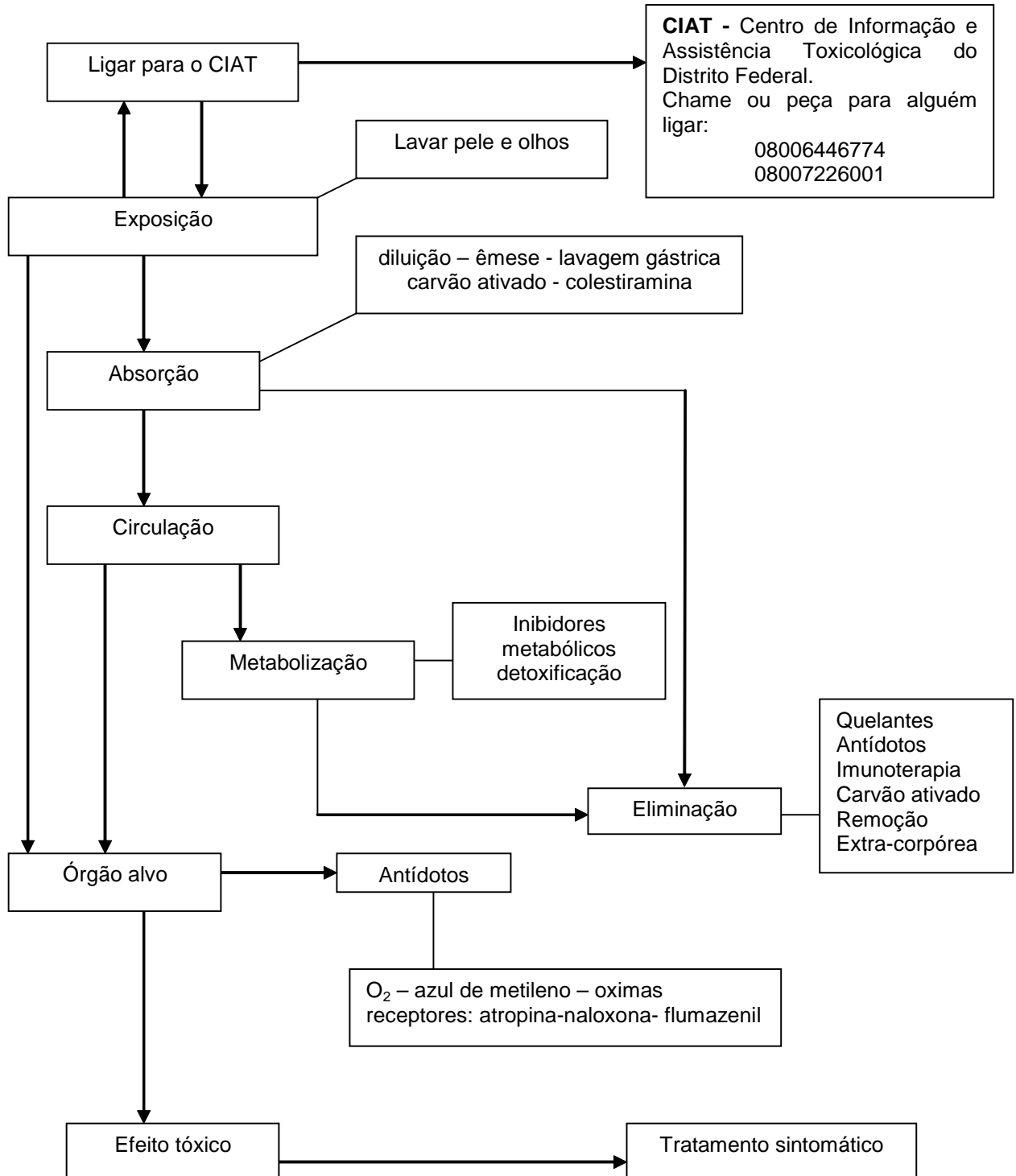
EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser detalhado e orientado quanto aos aspectos toxicológicos, facilitando o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.



BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO

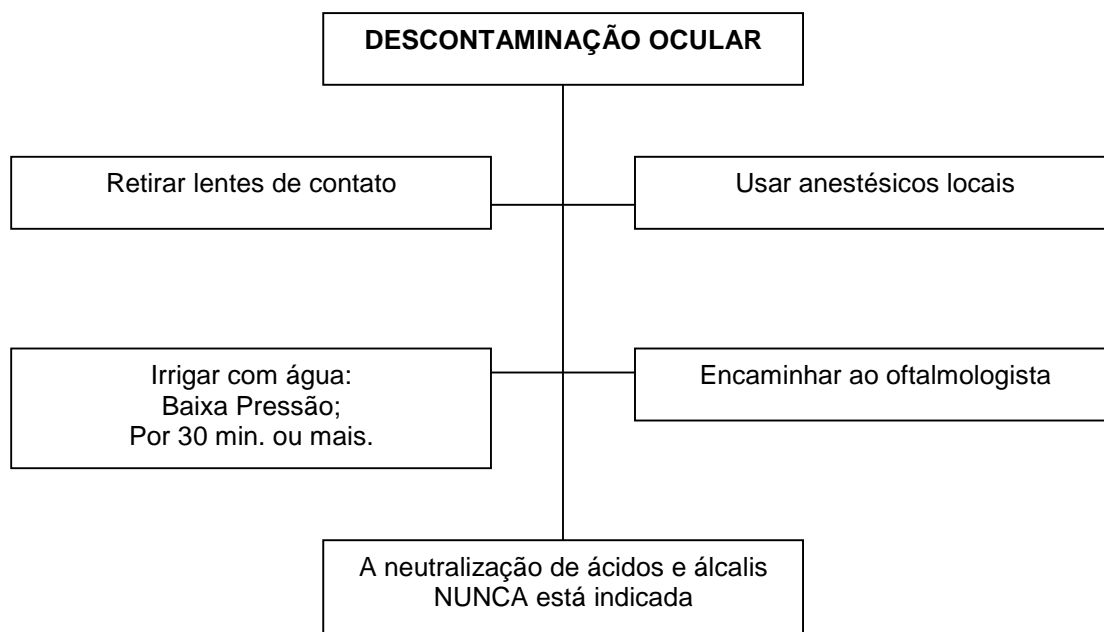
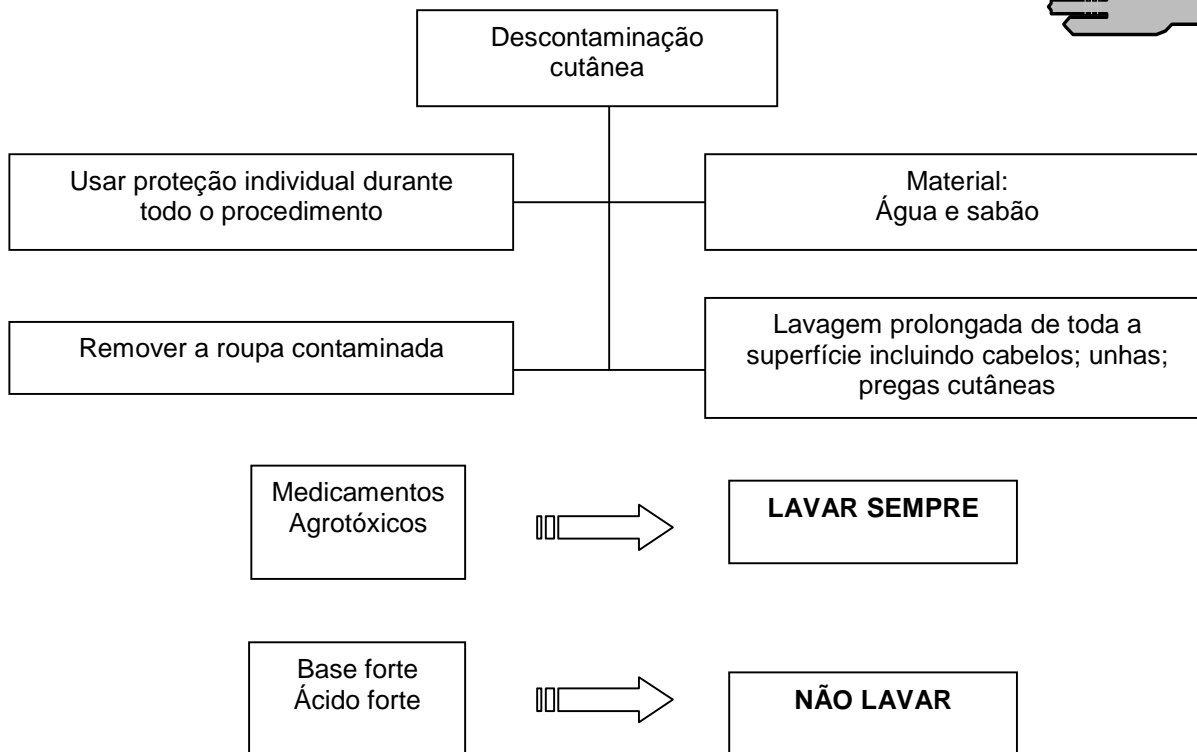
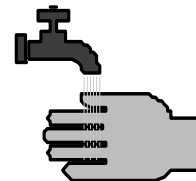
O paciente intoxicado deve ser tratado objetivando prevenir, eliminar e tratar todas as consequências do agente tóxico.



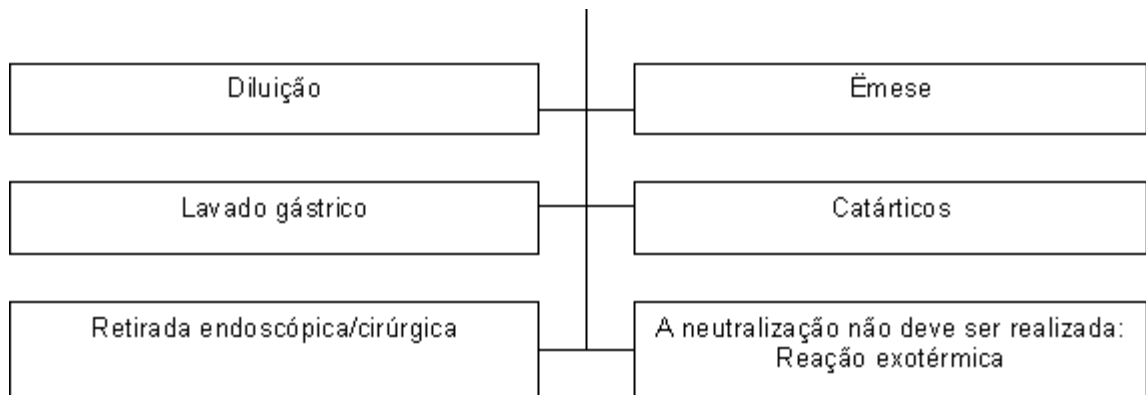
DESCONTAMINAÇÃO

A descontaminação deve ser feita o mais breve possível para:

- Diminuir a exposição a tóxicos e toxinas
- Prevenir a lesão
- Evitar ou diminuir a lesão
- Reduzir a absorção

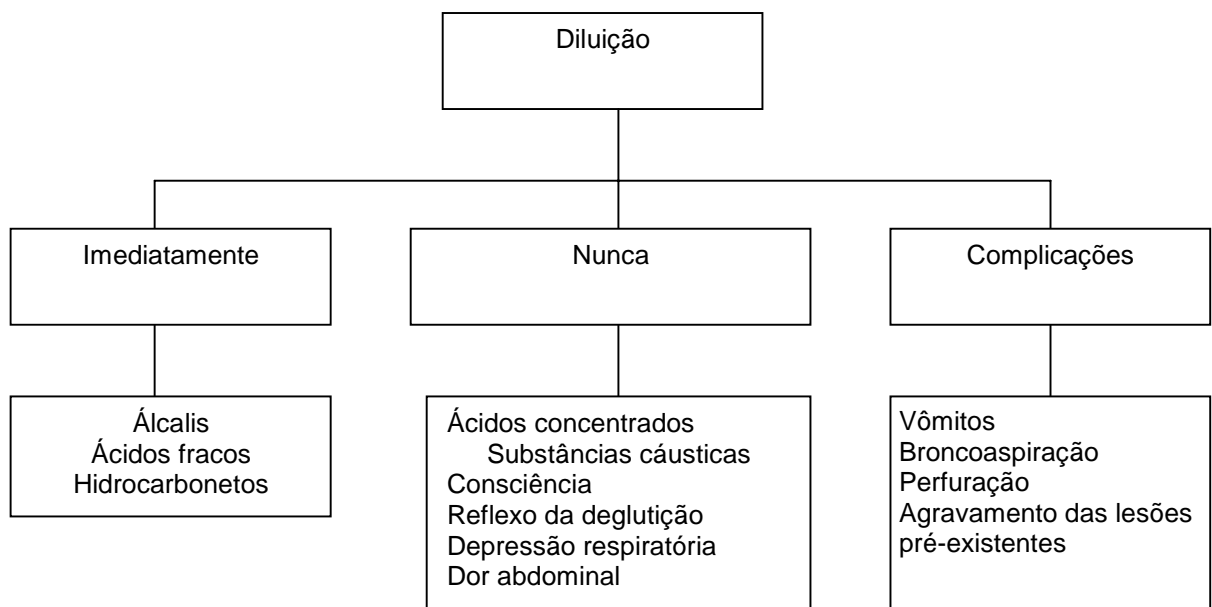


DESCONTAMINAÇÃO GASTRO-INTESTINAL



DILUIÇÃO

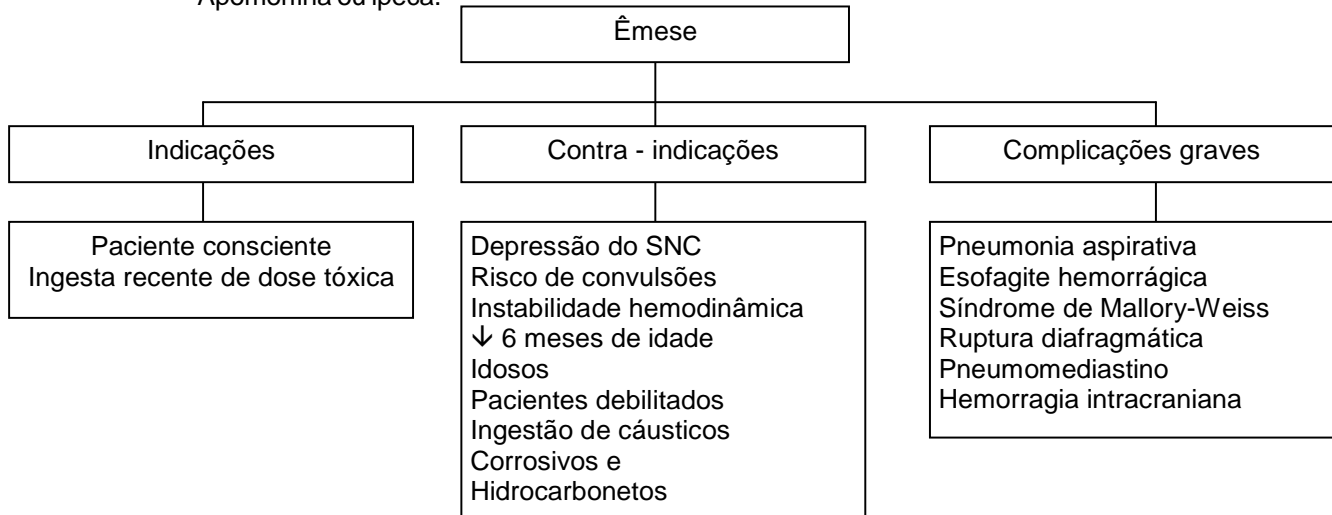
A diluição deve ser sempre realizada com o paciente consciente. Têm indicações específicas. Preferencialmente deve ser feita com água ou leite



INDUÇÃO DA ÊMESE

A indução dos vômitos é um método não-invasivo, simples e que não necessita de hospitalização. Deve ser sempre feita com o paciente consciente e com os reflexos preservados. Técnicas:

Água morna com sal;
Detergente neutro diluído em água;
Método mecânico;
Apomorfina ou ipeca.



LAVAGEM GÁSTRICA

Está indicada em ingestas recentes (< 2h) de uma dose tóxica

Este intervalo pode alargar-se em caso do paciente em coma ou após a ingestão de substância que retardam o esvaziamento gástrico ou que tenham absorção lenta como: salicilatos, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, opiáceos ou anticolinérgicos

Deve ser precedida:

administração de 60-100g de carvão ativado à adulto

administração de 1g/kg de carvão ativado à crianças

Ter sempre preparado uma sistema de aspiração

Deve ser precedida por Intubação Orotraqueal (IOT) em pacientes em coma ou com distúrbios de deglutição

O paciente deve ser colocado em decúbito lateral esquerdo e em leve Trendelenburgo com as pernas semi-flexionadas

Utilizar sonda oro ou nasogástrica de grosso calibre, lubrificada

Comprovar a correta localização da sonda, ingetando ar e verificando o som no epigástrico.

Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar a lavagem

Realizar a lavagem com água morna ligeiramente salinizada(soro glicosado + fisiológico)

Mobilizar a sonda se a quantidade de líquido que retorna é menor que a injetada. Fazer massagem epigástrica enquanto pratica as manobras de lavagem gástrica.

Quantidade de soro preconizada

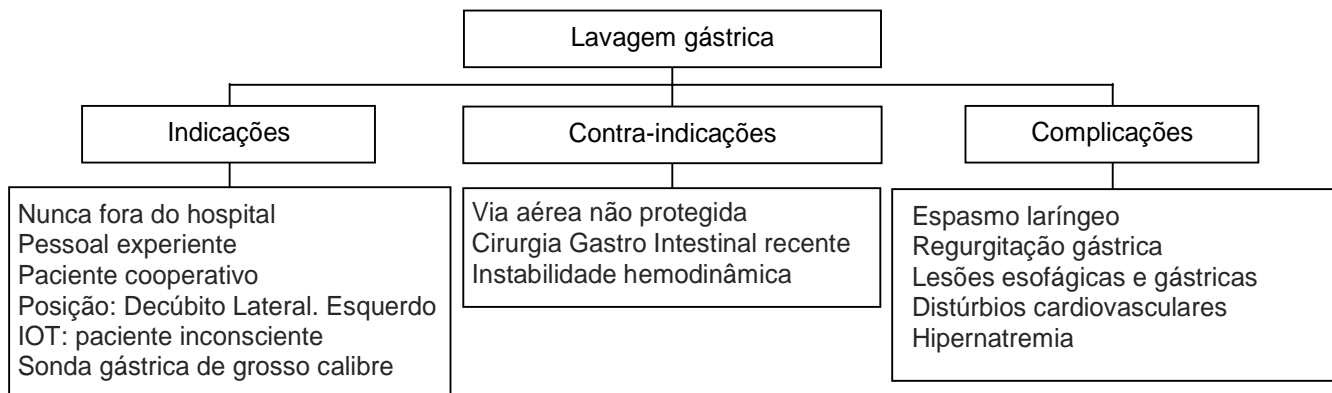
RN: 500ml de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml

Lactentes: 2 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml ou 5ml/kg

Pré-escolares: 2-4 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 100ml

Escolares: 2-5 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 150ml

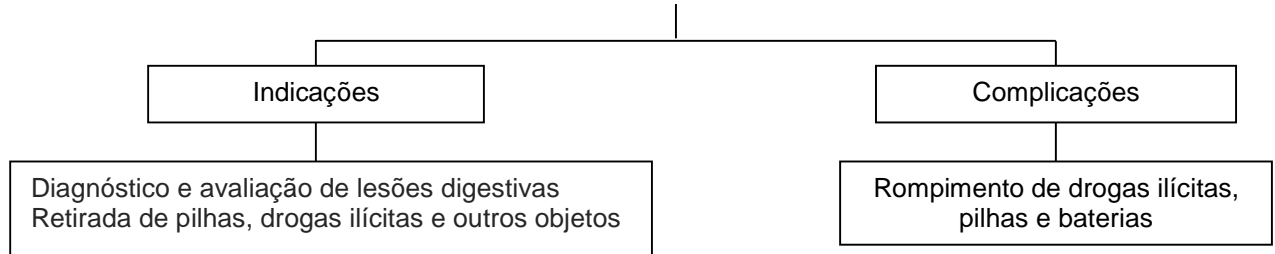
Adultos: 3-6 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 250ml



CATÁRTICOS

Os catárticos são substâncias que aumentam o trânsito intestinal. Os mais usados são: sorbitol, manitol, sulfato de magnésio e fenolftaleína.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)/RETIRADA CIRÚRGICA



ADSORVENTES

Os adsorventes são substâncias que tem a capacidade de se ligarem ao agente tóxico, formando um composto estável que não é absorvido pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado pelas fezes.

Várias substâncias são utilizadas com esta finalidade, dentre elas o Carvão ativado e a colestiramina.

O carvão ativado é administrado por via oral ou por SNG. Deve ser precedido pela administração de catárticos afim de prevenir a impactação e de antieméticos.

Indicação de múltiplas doses:

Fármacos que possuem tempo de esvaziamento gástrico prolongado.

Fármacos que fazem o ciclo entero-hepático

Administração do carvão ativado

Dose:

Crianças < 12 anos = 1g/kg - Adultos até 1g/kg

dose de ataque = 50 a 60g em 250ml SF

Manutenção = 0,5g/kg – 4 a 6h

Recomendações:

Eficácia máxima até 2h após a ingestão

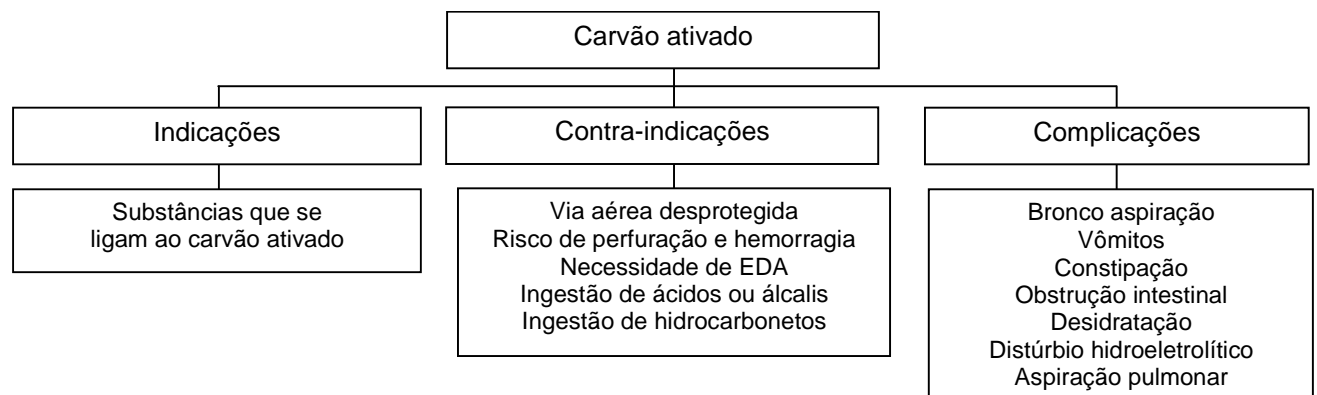
Deixar fechada a sonda por 2h (após lavagem)

Administrar antiemético (metoclopramida) EV

Administrar catárticos- 1ºdose

Limitar seu uso por até 48h devido às complicações intestinais.

A Colestiramina é uma resina de troca iônica que atua sobre os ácidos biliares, impedindo sua reabsorção e interrompendo seu ciclo entero-hepático. Desta maneira aumenta a sua eliminação fecal.



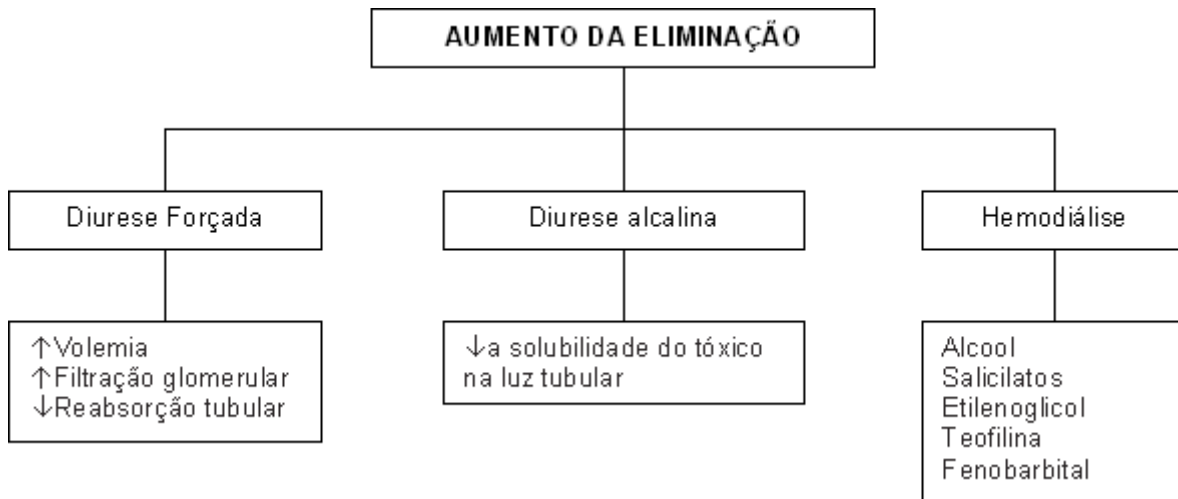
MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO

Os tóxicos se eliminam fisiologicamente do organismo por via respiratória, hepática e renal. Outras opções são postas em prática por meios artificiais de depuração.

A diurese forçada e alcalina só são indicadas naquelas intoxicações graves em que o produto tóxico ou seu metabólito ativo se eliminem prioritariamente por esta via. A hemodiálise auxilia na eliminação do tóxico através de sua passagem através de uma membrana semipermeável, para isto, o tóxico precisa ser hidrossolúvel, de baixo peso molecular, com pequeno volume de distribuição e com baixa ligação protéica.

ANTÍDOTOS

Os antídotos são substâncias que têm a capacidade de inibir ou atenuar a ação do tóxico, quelar ou aumentar a velocidade de absorção



Princípios gerais para a inclusão de um antídoto em um determinado nível assistencial:

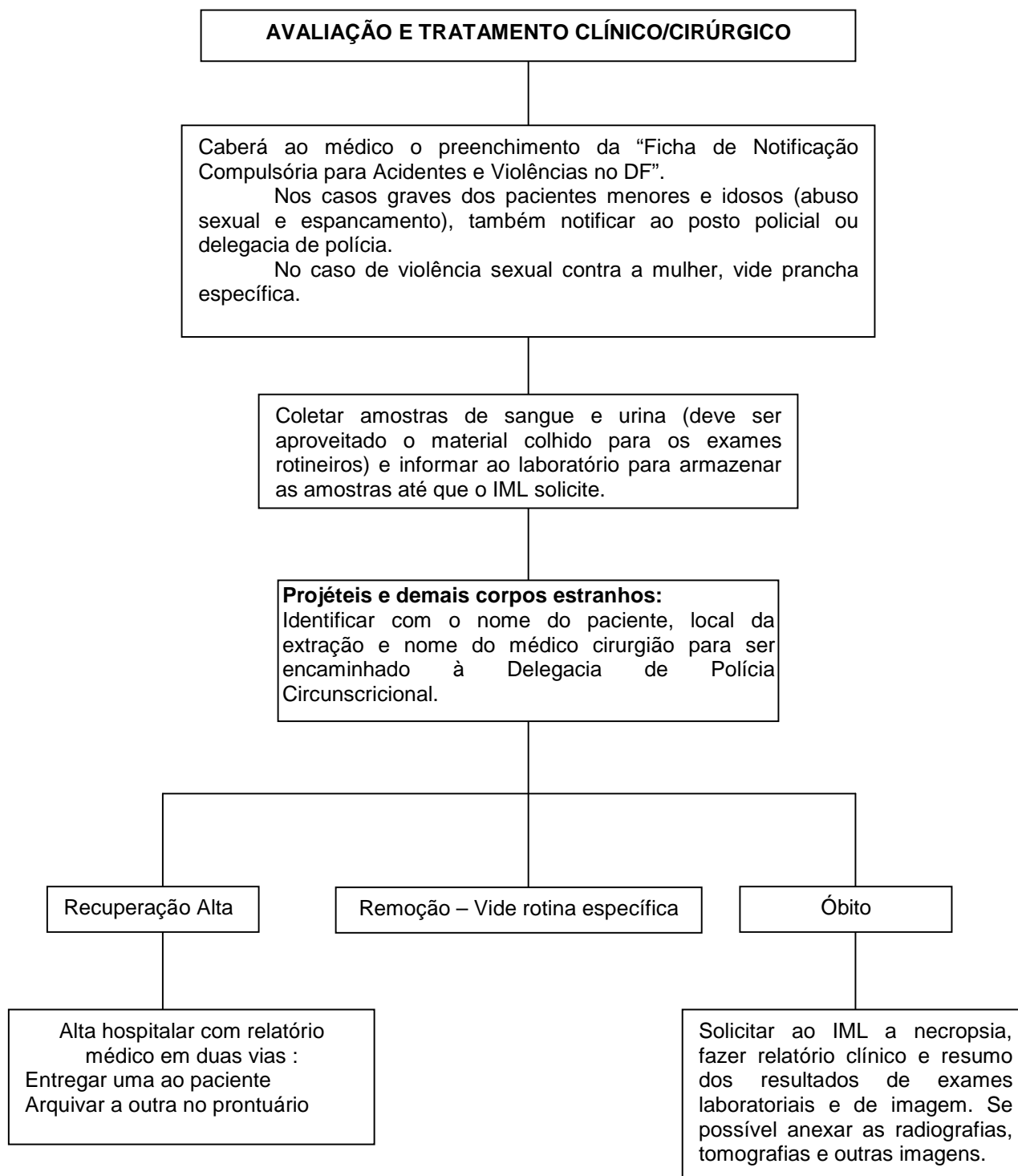
- Que esta substância seja efetiva e de eficácia comprovada
- Urgência na aplicação do antídoto
- Frequência da intoxicação no meio
- Relação risco-benefício
- Acessibilidade
- Custo

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Cianeto metahemoglobinizantes	Azul de metileno
Inseticidas anticolinesterásicos (organofosforados e carbamatos) colinérgicos	Atropina
Fenotiazinas	Biperideno
Bloqueadores dos canais de cálcio, ácido oxálico, ácido fluorídrico, etilenoglicol	Cloreto de Cálcio Gluconato de Cálcio
Ferro	Deferoxamina

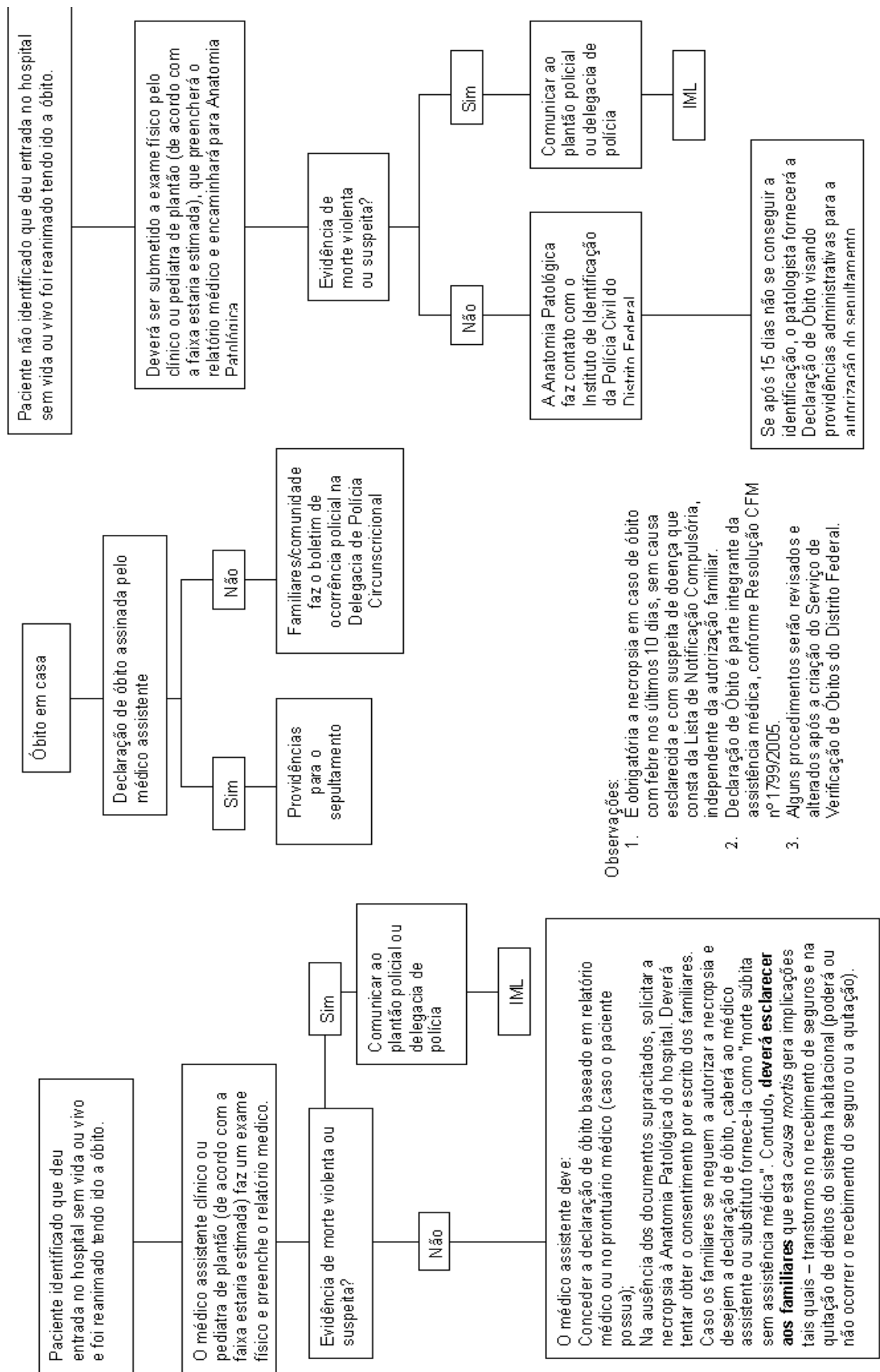
Metais pesados (arsênico, níquel, ouro, bismuto, mercúrio)	Dimercaprol
Metanol e etilenoglicol	Etanol
Benzodiazepínicos	Flumazenil
Heparina	Protamina
Ácido aminocapróico e tranexânico	Heparina

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Opióides	Naloxona
Paracetamol	N-acetilcisteína
Isoniazida	Piridoxina
Inseticidas organofosforados	Pralidoxima
Paraquat	Terra de fuller
Cumarínicos	Vitamina k
Beta bloqueadores adrenérgicos	Glucagon
Cianeto	Hipossulfito de sódio
Antidepressivos, fenotiazinas, salicilatos	Bicarbonato
Ácido cianídrico, sais solúveis de cianureto	Edta dicobáltico
Fármacos ou produtos com ação anticolinérgica	Fisiostigmina
Insulina ou hipoglicemiantes orais	Glicose

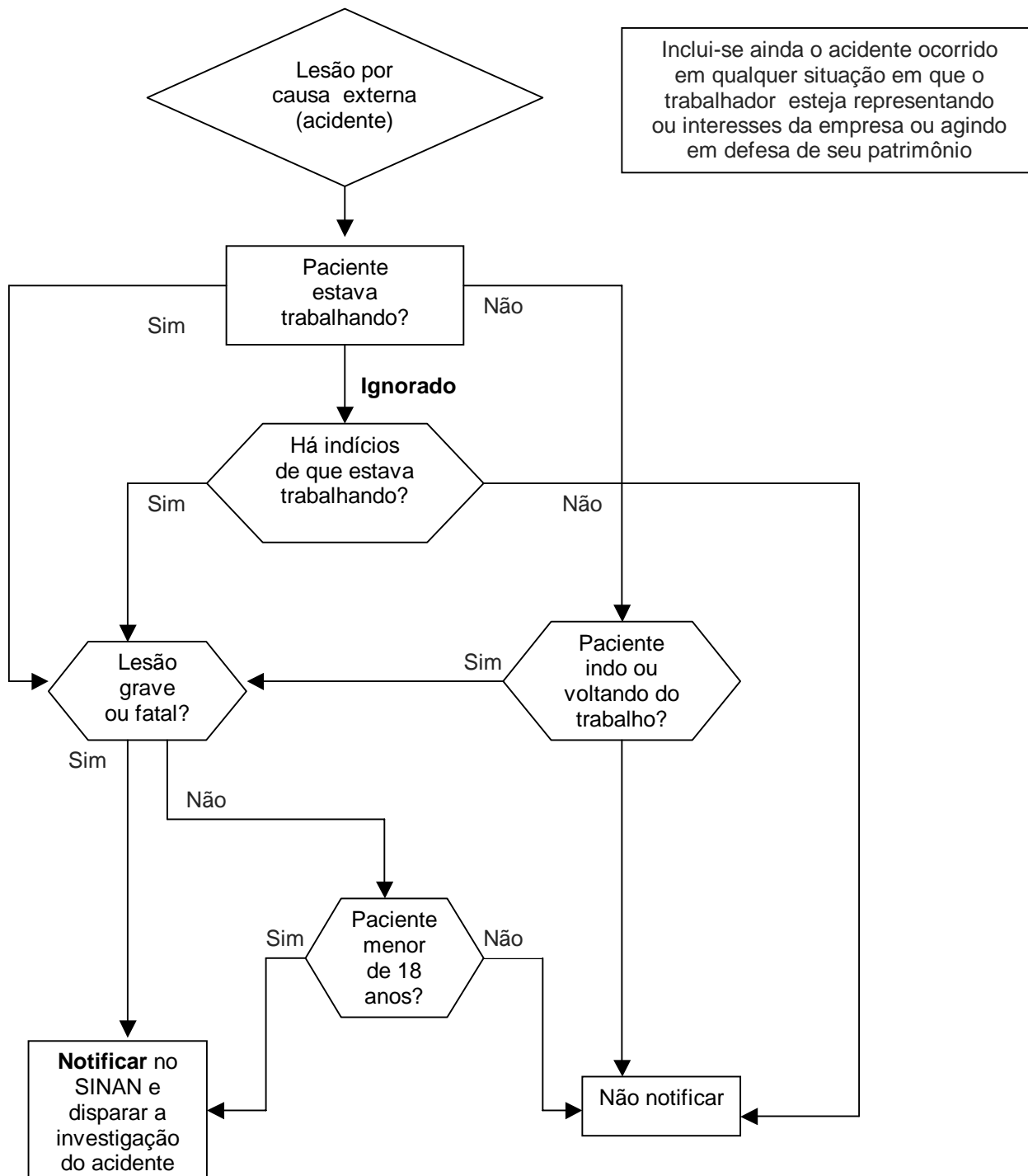
ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO



Procedimentos relativos à Declaração de Óbito



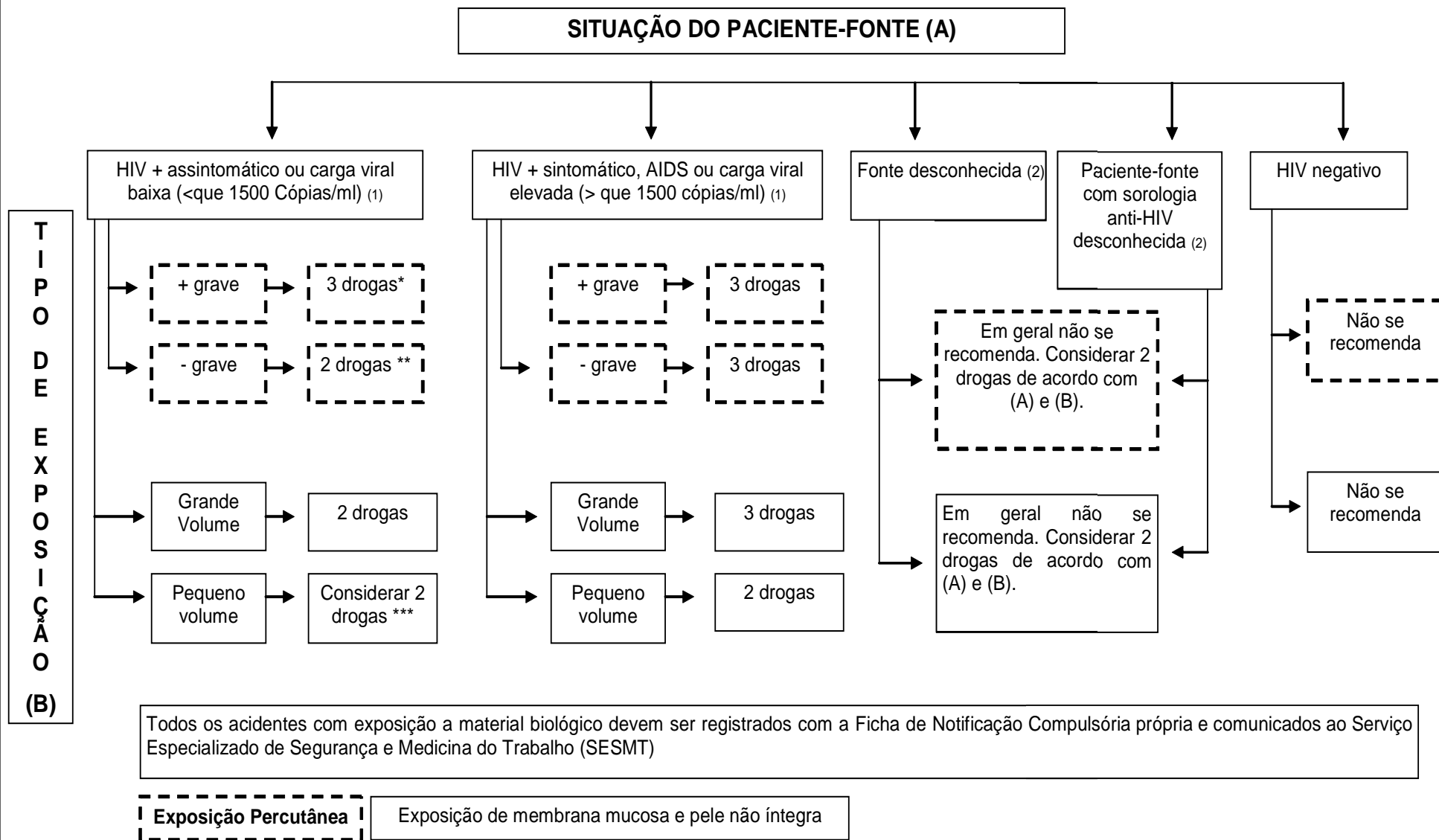
ACIDENTES DE TRABALHO FATAIS, GRAVES E COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Inclui-se ainda o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando ou interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio

Todos os acidentes de trabalho devem ser comunicados ao Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO COM RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV(PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL)



CONCEITOS UTILIZADOS NO ALGORITMO:

(+) **GRAVE** ® agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente.

(-) **GRAVE** ® lesão superficial, agulha sem lúmen.

PEQUENO VOLUME ® poucas gotas de material biológico de risco, curta duração.

GRANDE VOLUME ® contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

(1) Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.

(2) Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida ou o paciente fonte é desconhecido, o uso de PEP deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV que depende da gravidade do acidente e da probabilidade de infecção pelo HIV deste paciente (locais com alta prevalência de indivíduos HIV + ou história epidemiológica para HIV e outras DST). Quando indicada, a PEP deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte (nos casos que envolverem paciente-fonte conhecidos).

* **3 drogas** = esquema de 2 drogas + inclusão 1 IP (geralmente IND/r ou LPV/r ou NFV).

** **2 drogas** = 2 ITRN (geralmente AZT + 3TC). Considerar, naqueles indivíduos assintomáticos e sem nenhuma informação complementar laboratorial, a possibilidade de utilizar três drogas.

*** **Considerar** – indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição e decisão entre o acidentado e o médico assistente.

Material biológico **com risco** de transmissão do HIV: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquidos: pleural; pericárdico: peritoneal; articular: amniótico.

Materiais **sem risco** de transmissão do HIV: urina, fezes, escarro, vômito, lágrima – a presença de sangue nestes materiais, torna o material com sendo de risco.

O primeiro atendimento ao trabalhador vítima de acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos deve ocorrer em Pronto-Socorro. Em seguida, o paciente deve ser encaminhado ao Centro de Referência em DST/AIDS mais próximo de sua residência: Taguatinga, Ceilândia, Sobradinho, Planaltina, Asa Norte, Asa Sul ou Gama.

ANEXOS
E
BIBLIOGRAFIA

MEDICAMENTOS

DROGAS VASOATIVAS CARDIOVASCULARES

I	CATECOLAMINAS:
	As catecolaminas têm seus efeitos mediados por sua ação em diferentes receptores. A tabela 1 faz um resumo das ações dos receptores e a tabela 2 resume a atividade de cada catecolamina nos diferentes receptores. As doses, diluições e apresentações das catecolaminas estão resumidas na tabela 3
a)	Noradrenalina
	Pode ser utilizada como vasopressor inicial no choque séptico. Comparada à dopamina, a noradrenalina, aumenta mais consistentemente a pressão arterial com menor efeito sobre o índice cardíaco. Apresenta perfil semelhante sobre a perfusão esplâncnica e não apresenta riscos sobre a perfusão renal em pacientes vasodilatados (aumenta a pressão de filtração glomerular). Ao contrário da dopamina, não tem efeito no eixo hipotálamo – hipófise anterior, com exceção do cortisol.
b)	Dopamina
	Assim como a noradrenalina, pode ser utilizada como vasopressor inicial no choque séptico. Por aumentar menos a pressão arterial e mais o débito cardíaco, pode ser utilizada também no choque cardiogênico. Seu uso pode ser limitado em pacientes taquicárdicos ou com taquiarritmias.
c)	Adrenalina
	Aumenta o PAM em pacientes que não respondem a outras catecolaminas, mas diminui de maneira importante o fluxo esplâncnico e tem tendência de aumentar os níveis de lactato. Seu uso deve ser limitado aos pacientes que não respondem às terapias convencionais. Doses moderadas ou elevadas levam freqüentemente a arritmias.
d)	Dobutamina
	Aumenta consistentemente o débito cardíaco em diversas condições clínicas, melhorando a perfusão periférica. Aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio, o que pode limitar seu uso em pacientes com insuficiência coronariana. Apesar de melhorar agudamente o débito cardíaco, não aumenta a sobrevivência em pacientes com choque cardiogênico. Deve ser sempre utilizada após reposição volêmica (assim como a outras catecolaminas), evitando assim taquicardia e hipotensão.
II	VASOPRESSINA
	Hormônio antidiurético, arginina vasopressina: por agir também em receptores V1, exerce importante ação vasopressora tem sido testada em pacientes com choque séptico refratário às catecolaminas. A administração é contínua na dose de 2,4 a 6 UL/h. como limitante de seu uso, destaca-se a possibilidade de induzir isquemia tecidual.
III	VASODILADORES
	Normalmente indicados para pacientes com emergência/urgência hipertensiva, estes medicamentos têm a vantagem de um início de ação rápida quando administrados por via endovenosa e uma meia-vida de poucos minutos quando suspensos. Os medicamentos mais utilizados são nitroprussiato de sódio, um vasodilatador balanceado, arterial e venoso, e nitroglicerina, vasodilatador principalmente venoso. Os principais efeitos colaterais são hipotensão arterial e, no caso específico do nitroprussiato, intoxicação por cianeto.
IV	INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE
	Amrinona e milirona são inotrópicos positivos e vasodilatadores. Aumentam o débito cardíaco grave. Cuidado especial deve-se ter quanto à pressão arterial. As doses utilizadas e a apresentação estão resumidas na tabela 4.

TABELA 1. RECEPTORES DE CATECOLAMINAS E SUAS AÇÕES

RECEPTOR	AÇÃO DO RECEPTOR	RECEPTOR	AÇÃO DO RECEPTOR
α_1	Vasoconstrição arterial Aumento da contratilidade miocárdica	β_2	Relaxamento da musculatura lisa brônquica. Relaxamento da musculatura lisa vascular (Músculos esqueléticos)
α_2	Constricção dos vasos venosos de capacitância. Inibição do feedback da noradrenalina liberada nas fibras simpáticas.	DA ₁	Relaxamento da musculatura lisa vascular (Esplâncica e renal) Inibe recaptção de sódio no túbulo proximal renal.
β_1	Aumento da contratilidade miocárdica.	DA ₂	Inibição da captação da noradrenalina nas fibras simpáticas.

DA = Receptor Dopaminérgico

TABELA 2. RECEPTORES ATIVADOS PELAS CATECOLAMINAS

	α_1	β_1	β_2	DA1	DA2
NORADRENALINA	+++	+	-	-	-
ADRENALINA	+++	+++	+++	+++	+++
DOPAMINA	++	++	+++	+++	+++
DOBUTAMINA	+	+++	-	-	-
DOPEXAMINA	-	+	++	++	++

(DA) receptor dopaminérgico; (+) atividade baixa; (++) atividade moderada; (+++) atividade alta

TABELA 3. CATECOLAMINAS

	INICIO DA AÇÃO (MINUTOS)	MEIA - VIDA (MINUTOS)	DOSE HABITUAL ($\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{MIN.}$)	DILUIÇÃO (SF 0,9% OU SG 5%)
Noradrenalina	1 a 2	2	0,05-1	16mg / 234ml
Adrenalina	3 a 10	2	0,1-1	2mg / 250ml
Dopamina	5	10	10 - 20	250mg / 200ml
Dobutamina	2 a 3	2	2 - 20	250mg / 20ml

*As catecolaminas devem ser administradas em bomba de infusão contínua

TABELA 4. INIBIDORES DA FOSFODIESTERASE

	BOLUS	MANUTENÇÃO* ($\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$)	APRESENTAÇÃO (AMPOLA)
Amrinona	0,75 a mg / kg em 2 a 3 min	4 a 10	100mg / 20ml
Milrirona	50 μg / kg em 10 min	0,375 a 0,75	20ml / 20mg

INFORMAÇÕES GERAIS

CATEGORIAS DE RISCOS DO USO DE FÁRMACOS SOBRE O FETO NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

A - Sem problemas para o feto

B - Sem problemas para fetos animais, mas sem estudos em humanos

C - Estudos humanos contraditórios, podendo ser usado apesar dos riscos

D - Evidência de riscos para o feto humano. Uso depende do riscos *versus* be nefício materno

X - Alterações fetais em animais e humanos com riscos maiores do que os possíveis benefícios

AMINAS VASOATIVAS E INOTRÓPICOS I

DROGA	DOPAMINA	NORADRENALINA	ADRENALINA	DOBUTAMINA
Comercial	Revivan®	Levophed®	Adrenalina®	Dobutrex®
Indicação	Vasopressor	Vasopressor	Vasopressor	Inotrópico
Ampola	10 mL = 50 mg e 5 mL = 200 mg	4 mg	1 mg/mL	250 mg/20 mL
Diluição	250 mg/ 250 mL ou 200 mg/ 200 mL	16 mg 234 mL	2 mg/250 mL	250 mg/230 mL
Cc. diluição	1.000 µg/ml	64 µg/ml	8 µg/ml	1.000 µg/ml
Dose inicial	2 µg/ml/min.	0,01 µg/ml/min.	0,005 µg/ml/min.	2 µg/ml/min.
Dose de manutenção	até 25 µg/kg/min.	Até 2 µg/ml/min.	Até 0,1 µg/ml/min.	Até 30 µg/ml/min.
Efeitos colaterais	Cefaléia, arritmias, piloereção, dispnéia, alargamento do QRS	Euforia, arritmias, hemorragia cerebral, HAS, EAP, dispnéia	Euforia, arritmias, hemorragia cerebral, HAS, EAP, dispnéia	Arritmias, angina, HAS, hipotensão na hipovolemia
Gravidez	C	C	C	B

AMINAS VASOATIVAS E INOTRÓPICOS II

DROGA	AMRINONA	MILRINONA	LEVOSIMENDAN
Comercial	Inocor®	Primacor®	Syndax®
Indicação	Inotrópico (inibição da fosfodiesterase)		Descompensação aguda da ICC
Ampola	100 mg/ 20mL	20 mg/ 20 mL	5 mL = 12,5 mg e 10 mL = 25 mg
Diluição	200 mg/SF 210mL	40 mg/SF ou SG 210 mL	12,5 mg/ SG 495 mL
Cc. diluição	800 µg/ml	160 µg/ml	0,025 mg/mL
Dose inicial	0,75 a 3 mg/kg em 2 a 3 min.	50 µg/ml em 10 min.	12-24 µg/ml em 10 min.
Dose de manutenção	4 a 10 µg/kg/min.	0,3 a 0,7 µg/ml/min.	0,1 a 0,2 µg/ml/min.
Efeitos colaterais	Náuseas, diarreia, arritmias, hipotensão, plaquetopenia	Arritmias ventriculares, hipotensão, angina	Hipotensão, taquicardia, cefaléia, diminuição Hb, ESV, FA, hipocalemia, tontura
Gravidez	C	D	?

ANTIARRÍTMICOS

DROGA	AMIODARONA	ADENOSINA	LIDOCAÍNA	VERAPAMIL	PROCAINAMIDA
Comercial	Ancoron®	Adenocard®	Xilocaína®	Dilacoron®	Procamide®
Indicação	Antiarrítmico FV, TSV, FA	Antiarrítmico TSV	Antiarrítmico (arritmia ventricular)	Antiarrítmico, anti-hipertensivo	Antiarrítmico (arritmia ventricular)
Ampola ou CP	150 mg/ 3 ml	6 mg	20 ml a 2%	5 mg/ 2 ml	500 mg 5 ml
Diluição	5 amp/SG 235 ml	60 mg/100 ml	50 ml/SG 200 ml	50 mg/SG 230 ml	2 amp/SF 240 ml
Cc. diluição	3 mg/ ml	0,6 mg/ ml	4 mg/ ml	200 µg/ ml	4 mg/ ml
Dose inicial	5 a 10 mg/kg em 5 min	50 a 250 µg/kg em 1 a 3 seg (1 a 3 amp)	1 mg/kg	1 mg/min. até 5 a 20 mg	100 mg de 5/5 min. (máximo de 1.500 mg)
Dose de manutenção	5 µg/kg/min. - EV	50 a 100 µg/kg/min. min em < 10 min.	1 a 4 mg/min.	1 a 5 µg/kg/min.	2 a 5 mg/min.
Efeitos colaterais	IVE, bradicardia hipotensão, doença tireoideana, pneumonite	Broncoespasmo facial, dor precordial	Confusão, arritmias, sonolência, convulsão, hipotensão	Tontura, cefaléia, hipotensão, ICC, BAV	Confusão, convulsão, diminuição PA, diminuição FC

ANALGÉSICOS I

DROGA	FENTANILA	MORFINA	TRAMADOL	METADONA	QUETAMINA
Comercial	Fentanil®	Dimorf®	Tramal®	Metadon®	Ketalar®
Indicação	Analgesia/ Anestesia	Analgesia	Analgesia	Analgesia	Analgesia
Ampola ou CP	50 µg/ ml	2 e 10 mg	50 a 100 mg (cp ou amp)	5 a 10 mg (cp) 10 mg/ ml (amp)	10 ml = 500 mg
Diluição	10 mg/SF 200 ml	50-100 mg/SF 250	-	-	500 mg/SG 90 ml
Cc. diluição	0,2 µg/ ml	0,2-0,4 mg/ ml	-	-	5 mg/ ml
Dose inicial	0,7 a 2 µg/kg	2,5 a 15 mg	-	-	0,25 a 2 mg/kg
Dose de manutenção	1 a 7 µg/kg/h	2 a 20 mg/h	100 mg de 12/12h a 6/6h	0,05 a 0,1 mg/kg de 12/12h a 6/6h	0,5 a 1,8 mg/kg/h
Efeitos colaterais	Bradycardia, dependência	Hipotensão, prurido, dependência, broncoespasmo	Tontura, cefaléia, sonolência, vômito, boca seca	Delírio, sedação, cefaléia, prurido, retenção urinária	Hipertensão, taquicardia, anafilaxia, diplopia, alucinações, delírio
Gravidez	B	B	C	B	B

ANALGÉSICOS II

DROGA	CLONIDINA V.O.	CLONIDINA E.V.	DEXMEDETOMIDINE
Comercial	Antesina®	Clonidin®	Precedex®
Indicação	HÁS, analgesia, sedação, abstinência a opióide		Analgesia e sedação
Ampola	1 cp = 150 ou 200 µg	1 amp = 1 ml = 150 µg	2 ml = 200 µg
Diluição	-	2 amp/18 ml	1 amp + SF 50 ml
Cc. diluição	-	15 µg/ ml	4 µg/ ml
Dose inicial	150 a 300 µg	2 a 6 µg/ ml	1 µg/kg em 10 min.
Dose de manutenção	150 a 300 µg 12/12h a 4/4h	2 µg/kg	0, 2 a 0, 7 µg/kg/h
Efeitos colaterais	Sonolência, xerostomia, constipação, fraqueza, dor muscular, agitação, cefaléia, insônia, taquicardia, bradicardia, exantemas, alucinações, crise hipertensiva com a suspensão súbita.		Hipotensão, bradicardia, náuseas, boca seca, hipóxia
Gravidez	C		C

ANTAGONISTAS

DROGA	NALOXONE	FLUMAZENIL	NEOSTIGMINE	PROTAMINA
Comercial	Narcan®	Lanexat ®	Prostigmine®	Protamina®
Indicação	Antagonista opióide	Antagonista benzodiazepínico	Agente colinérgico Antagonista dos curarizantes	Neutralizar a ação da heparina
Ampola	0, 4 mg	0, 5 mg	1 mg = 0, 5 mg	Ampola com 5 ml
Diluição	-	-	-	-
Cc. diluição	-	-	-	-
Dose inicial	0, 4 a 2 mg	0, 3 mg	2, 5 a 5 mg (associar atropina)	1 ml neutraliza 1.000 UI de heparina
Dose de manutenção	A cada 3 min. até total de 10 mg	0, 1 a 0, 4 mg/h até dose max = 2 mg	-	-
Efeitos colaterais	Náuseas, abstinência em narcótico-dependentes	-	Bradycardia, miose, vômitos, diarreia, cólicas abdominais	Hipotensão, reações alérgicas, isoladamente pode apresentar efeito anticoagulante

RELAXANTES NEUROMUSCULARES

DROGA	SUCCINILCOLINA	PANCURÔNIO	VECURÔNIO	ATRACÚRIO	ROCURÔNIO
Comercial	Quelicin®	Pavulon®	Norcuron®	Tracrium®	Esmeron®
Indicação	Bloqueio neuro-muscular breve	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular	Bloqueio neuromuscular
Ampola	100 mg	4 mg	4 ou 10 mg	25 ou 50 mg	50 mg
Diluição	1 fco / AD 10 ml	10amp /SF 250 ml	20 mg / SF 250 ml	250mg/sf 225 ml	250mg/SF250 ml
Cc.diluição	1 mg / ml	0,16 mg / ml	0,08 mg / ml	1 mg / ml	1mg/ ml
Dose inicial	0,5 a 1 mg/kg	0,01 a 0,08 mg/ kg	0,06 a 0,15 mg/kg	0,4 a 0,5 mg/kg	0,5 a 0,7 mg/kg
Dose de manutenção	-	0,02 a 0,07 mg/kg/h	0,1 a 0,2 mg/kg/h	5 a 10 µg/kg/min	0,3 0,6 mg/kg/h
Efeitos colaterais	aumento FC, diminuição FC, HAS, arritmia, hipertemia maligna, aumento pressão ocular, hipercalemia	aumento FC, HAS, hipersecreção, polineuropatia, isquemia miocárdica	Paralisia prolongada, polineuropatia, aumento Mg ⁺⁺ , acidose metabólica	Liberção histaminica, diminuição DC, polineuropatia	Paralisia prolongada, polineuropatia
	Atrofia muscular, tromboembolismo venoso, escaras de decúbito, úlceras de córnea, lesão nervosa por compressão				
Gravidez	C	C	C	C	C

SEDATIVOS I

DROGA	MIDAZOLAM	DIAZEPAM	LORAZEPAM	PROPOFOL 1%	ETOMIDATO
Comercial	Dormonid®	Valium®	Lorax®	Diprivam®	Hipnomidate®
Indicação	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Sedativo, hipnótico	Hipnótico de ação rápida
Ampola	5, 15 e 50 mg	10 mg	2mg/ ml ou 1 e 2 mg/cp	200 a 500 mg	10 ml = 20 mg
Diluição	50 mg + SF 250 ml	-	-	20 e 50 ml de emulsão lipídica	-
Cc.diluição	0,2 mg / ml	-	1mg / ml	10 mg / ml	2mg/ ml
Dose inicial	0,02 a 0,8 mg/kg 2/2h a 30/30min.	0,03 a 0,1 mg/kg 6/ 6h a 30/30min.	0,02 a, 06mg/kg 6/ 6 a 2/ 2h	0,05 a 0,8 mg/kg	0,03 mg/kg
Dose de manutenção	0,04 a 0,2 mg/ kg/h	-	0,01 a 0,1 mg/kg	5 a 80 µg/kg/min.	-
Efeitos colaterais	Bradipnéia, náuseas, diminuição PA, agitação paradoxal	Diminuição mais acentuada PA, flebite, agitação paradoxal	NTA, acidose láctica	Hipotensão, Aumento triglicerídeos	(*)
Gravidez	B	B	B	D	C

(*) Calafrios, apnéia, Broncoespasmo, reações anafilactóides, movimentos clônicos espontâneos, dor local da injeção, hipotensão, oligúria e supressão reversível da função adrenocortical.

SEDATIVOS II

DROGA	HALOPERIDOL	TIOPENTAL	
Comercial	Haldol®	Thionembutal®	
Indicação	Agitação psicomotora	Sedação	Coma barbitúrico
Ampola	5mg	1g	1g
Diluição	10 amp + SF 250 ml	2, 5g + SF 250 ml	2, 5g + SF 250 ml
Cc. Diluição	0, 16mg/ ml	10mg/ ml	10mg/ ml
Dose inicial	0, 5 a 10 mg IM/EV	50 a 100 mg	Até 20 mg/kg
Dose de manutenção	2 a 10 mg EV de 8/8 até 2/2h Infusão: até 30 mg/h	0, 01 a 0, 1mg/kg/h	2 a 8 mg/kg/h
Efeitos Colaterais	Prolonga intervalo QT, alteração extrapiramidais, agitação paradoxal, hipotensão ortostática, galactorrêia, ginecomastia	Excitação paradoxal, náuseas, alergia, apnéia, hipotensão	
Gravidez	C	D	

VASODILATADORES E ANTI-HIPERTENSIVOS I

DROGA	NITROGLICERINA	MONONITRATO-5 DE ISSORBIDA	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO	HIDRALAZINA E.V.
Comercial	Tridil®	Monocordil®	Nipride®	Apresolina®
Indicação	Insuficiência Coronariana, diminuição da pré-carga	Insuficiência Coronariana, diminuição da pré-carga	HAS, EAP	HAS, DHEG, ICC
Ampola	10 ml = 25 ou 50mg	1 ml = 10mg	2 ml = 50mg	20mg
Diluição	50mg/SF 240 ml	40-100mg/SF 100 ml	1 amp/SG 248 ml	1 amp/SG 200 ml
Cc. Diluição	200 µg/ ml	0, 4 a 1mg/ ml	200 µg/ ml	0, 1mg/ ml
Dose inicial	-	-	-	10mg EV
Dose de manutenção	5 a µg/min. 0, 05 a 0, 3 µg/kg/min.	0, 8 a 1 mg/kg de 8/8h (<i>bolus</i> ou infusão contínua)	0, 5 a 8 µg/kg/min.	1mg/h
Efeitos Colaterais	Cefaléia, diminuição PA, aumento FC, tontura, náuseas, vômitos e anafilaxia.	diminuição PA, aumento FC	diminuição PA, aumento FC, cefaléia tontura, coma, acidose toxicidade por cianeto.	Angina, aumento FC, síndrome <i>lupus-like</i>
Gravidez	C	C	D	B

VASODILATADORES E ANTI-HIPERTENSIVOS II

DROGA	LABETALOL	ESMOLOL	METOPROLOL	ATENOLOL	CARVEDILOL
Comercial	Normodyne®/ trandate	Brevibloc®	Seloken®	Atenol®	Cardiol®
Indicação	HAS	Overdose De cocaína, HAS, Antiarrítmico	HAS, diminuição FC, diminuição demanda, miocárdica de O ₂	HAS, diminuição FC	ICC, HAS, angina
Ampola ou Comprimido(cp)	100mg	10 ml = 100mg ou 2, 5g	5 ml = 5mg e 100mg/cp	25, 50 e 100mg/cp	3, 125; 6, 25; 12, 5 e 25 mg/cp
Diluição	300mg/SF 250 ml	2, 5g/SF 240 ml	-	-	-
Cc. Diluição	1mg/ ml	10mg/ ml	-	-	-
Dose inicial	1mg/kg	500µg/Kg/min.	5mg de 5/5min. até 15mg	25mg	3, 125mg 12/12h
Dose de manutenção	1 a 3 µg/kg/min. ou 2 a 3 mg/min.	200 µg/Kg/min.	50-100mg VO de 12/12h	25-100mg/dia	3, 125 a 25 mg 12/12h
Efeitos Colaterais	Cautela em doentes com ICC, bronco espasmo, insuficiência hepática, insuficiência arterial periférica. Pode mascarar sintomas de hipoglicemia. Contra-indicado em BAVT, bradicardia sinusal, choque.				
Gravidez	B	B	B	B	C

VASODILATADORES E ANTI – HIPERTENSIVOS III

DROGA	PROPANOLOL	CAPTOPRIL	NIMODIPINA	MINOXIDIL	FENTOLAMINA
Comercial	Inderal®	Capoten®	Oxigen®	Loniten®	Regitina®
Indicação	HAS, asrritimias, Insuficiência cor- onariana, hiperti- reoidismo, cadiomiopatia hipertrófica, feocromocitona	HAS / ICC	Hemorragia Subaracnóidea	HAS grave	Anti-hipertensivo (feocromocitona)
Ampola	10, 40, 80 mg /cp	12, 5; 25 e 50 mg / cp	50 ml = 10 mg 30 mg / cp	10 mg / cp	5 mg / amp.
Diluição	-	-	Sem diluição	-	Sem diluição
Cc.diluição	-	-	-	-	-
Dose inicial	10 a 60 mg 12/12 ou 8 / 8h	6, 25 a 25mg 12 / 12h	15µg/kg/h em 2h	5 a 10 mg	Dose diagnostica = 5 mg
Dose de manutenção	40 mg 6 / 6, 80 mg 8 / 8, 160 mg 12 / 12h ou mais	6, 25 a 50 mg	30µg/kg/h ou 60 mg VO de 4/4h	5 a 20 mg de 4 / 4h	Antes da remoção do TU, 2 a 5 mg na cirurgia, 1 mg
Efeitos colaterais	Cautela em doentes com ICC, broncoespasmo, insuficiência arterial.pode mascarar sintomas de hipoglicemia. Contra- indicado em BAVT, diminuição PA E diminuição FC	Tosse, anemia, broncoespasmo , hipercalemia, erupções cutâneas, creatinina	Cefaléia, flush, febre, angina, aumento FC, diminuição PA	aumento FC, diminuição PA, hirsutismo	Tontura, flush, Hipoglicemia, diminuição PA arritmia, angina
Gravidez	B	C / D	B	C	C

BIBLIOGRAFIA

- Alan F. Schatzberg, M.D. e Charles B. Nemeroff, M.D., PH.D. Psychopharmacology(APA)
American Psychiatric Association – Referência Rápida às Diretrizes para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos – Compêndio, 2004 (Artmed).
- ANAND, K. J. S.Consensus Statement For The Prevention And Management Of Pain In The Newborn.Arch. Pediatr Adolesc Med/Vol 155.Feb 2001;173-180
- Asma aguda na criança- Sole, Dirceu e Rizzo, Maria
- Asma- Barnes, Peter, Godfrey, S.e Naspitz, Charles
- Burgos-Vargas R. Guías y recomendaciones del Colegio Mexicano de Reumatología para el uso de Agentes Biológicos en Enfermos Reumáticos. Reumatol clinic. 2006;2 (2): 78:89.
- Caio Moreira e Marco AP Carvalho. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. 2ª. Edição. Ed MEDSI, 2001.
- Daniel Pacheco R. Francisco Rodrigan A.Reumatologia para Médicos de Atenção Primária REUMA – Sociedade Chilena de Reumatologia – 2004. Editora Tangran Ediciones pp 312
- Diagnóstico e Controle de Asma- Kavuru, Mani e Wiedemann, Herbert
- Emergências Clínicas. FMUSP.2006 - nefrologia
- Global Initiative for Asthma Management- Updated 2004
- Gorlin JB,ed. Standarts for Blood Banks and Transfusion Services, 21st ed . Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2002
- Hamid Alexandre, C 1. ° Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias. Sociedade Brasileira de Reumatologia – Comitê de Coluna Vertebral 2000, 60p.
- Harold I. Kaplan e Benjamin J.Sadock (Manual de Psiquiatria Clínica) 1993.
- III Consenso Brasileiro no Manejo de Asma – 2002
- John H. Klippel and Paul A. Dieppe, eds En: Practical Rheumatology. Times Mirror Publissher Limeted, 1995. pp 53-121
- Lemos, R. Bloodless Medicine and Surgery National Conference Abstract Page. 1996
- Manual de Asma- Barnes, Neil e Santana, José
- Manual de Asma em Pediatria- Kemp, James
- Manual de Hemovigilância do Ministério da Saúde. Ed MS 2004.
- Manual de Procedimentos de Assistência aos Pacientes de Álcool e Drogas, Cosam/SES – Distrito Federal – 2006.
- Manual de Pronto- Atendimento – Pediatria 24 Horas
- Nelson. Textbook of Pediatric. Ed 1997
- Padronização para utilização de Sangue e Hemocomponentes em Crianças, no Hospital Sírio-Libanês. Comitê Transfusional Multidisciplinar, outubro 2004.
- Petz S. Clinical Practice of Transfusion Medicine. 1989
- Promoting Best Practices (AAI) 2003
- Protocolo Clínico – Asma e Rinite (MS) 2004 .Resources: Guidelines Pediatric Asthma
- Protocolo Clínico de Asma da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
- Protocolos da Unidade de Emergência – Hospital São Rafael – Monte Tabor - Série A, Normas e Manuais Técnicos -Ministério da Saúde- 10^a Ed – 2002.
- Recomendações da AMIB sobre Analgesia, sedação e Bloqueio Neuromuscular em Terapia Intensiva Boletim 1999
- Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. (Brasília 11 a 15 de Dezembro de 2001). Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde, 2002, 213p.
- Rudolph's. Pediatrics. 1997
- Táki C. e Ricardo M. (Conduas em Psiquiatria) 1993.
- TOBIAS, J. D. Tolerance Withdrawal, And Phisical Dependency After Long Term Sedation And Analgesia Of Children In The Pediatric Intensive Care Unit. Critical Care Medicine 2000(6); 28:2122-2132.
- Triulzi, Darrell J. Terapeutica transfusional. AABB Ed 2002
- WERHER B. CARVALHO -Atualização em Terapia Intensiva -Analgesia e Sedação no rn Pg 935 .2004