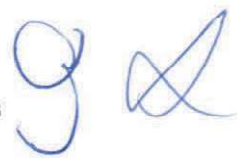


Anti-colinérgico: Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)
--	---------------------------------	------------------------------------





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.”

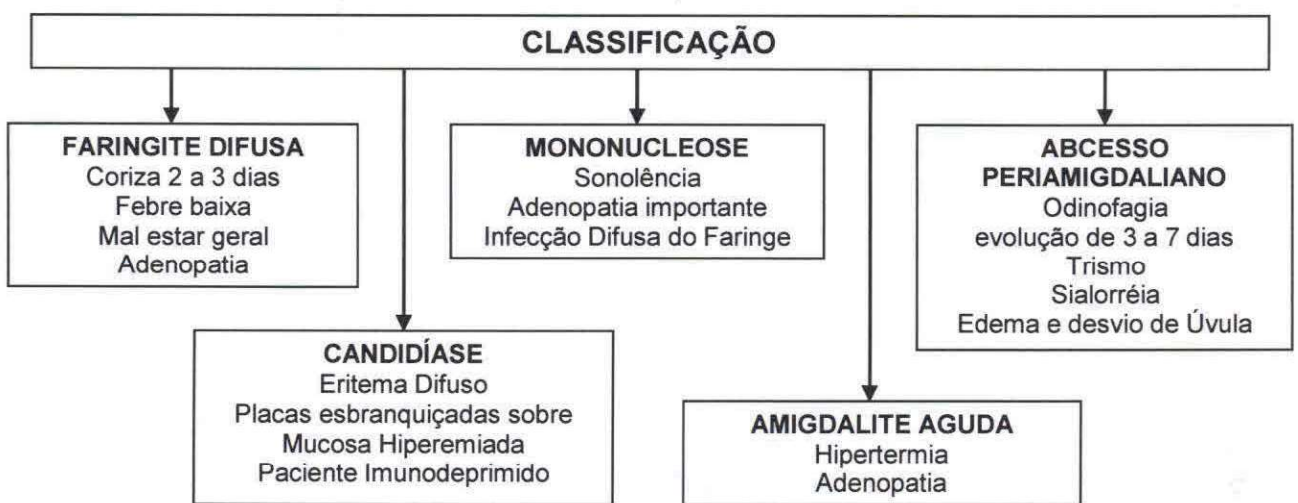
ANGINAS

Processo Inflamatório Infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faríngea.

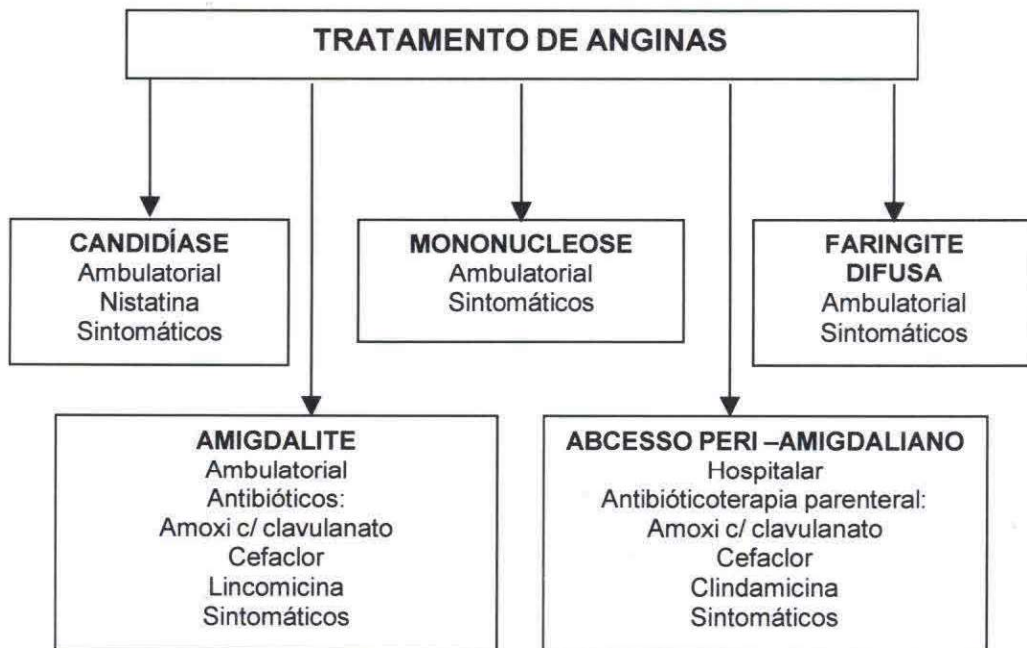
SINAIS E SINTOMAS
 Hipertermia
 Disfagia
 Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas
 Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)

EXAMES COMPLEMENTARES
 Orocultura c/ antibiograma
 Sorologia p/ mononucleose

CLASSIFICAÇÃO



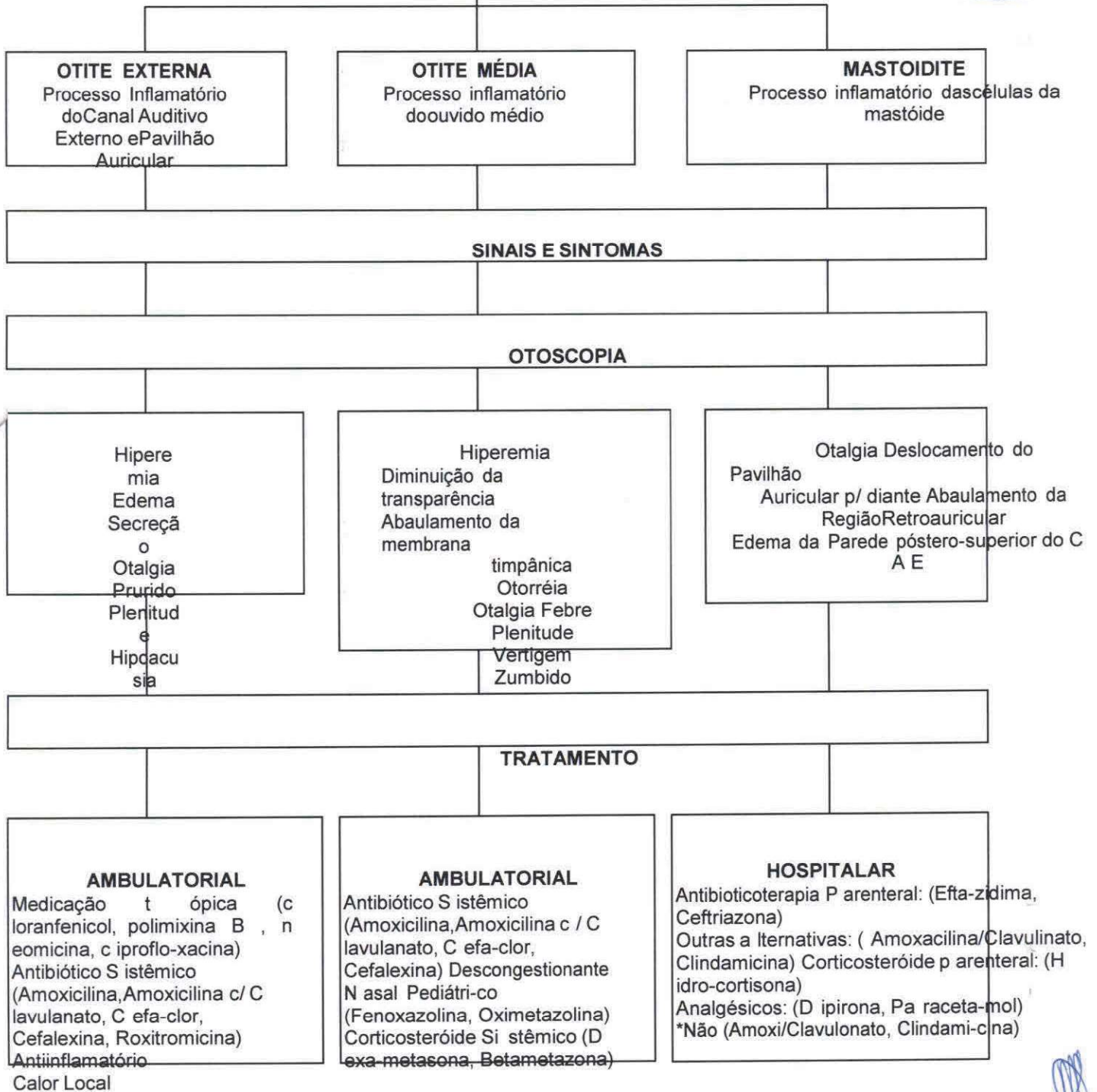
TRATAMENTO DE ANGINAS



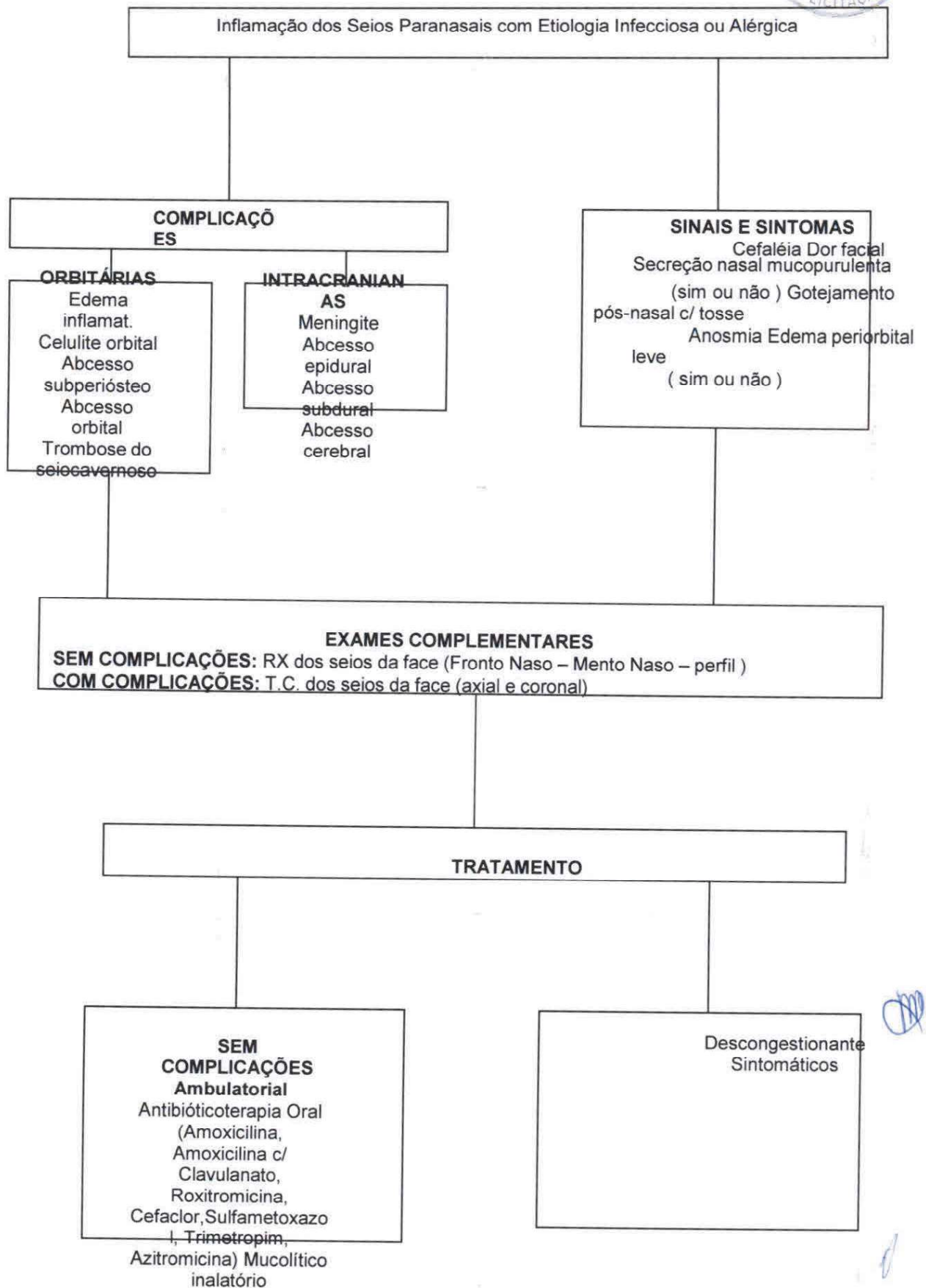
g d



OTALGIAS



SINUSITE



(Handwritten signatures and initials)



**COM COMPLICAÇÕES
Hospitalar**

Antibióticoterapia Parenteral oral
(Ceftazidima, Ceftriazona,
Clindamicina, Cefoxitina,
Amoxicilina/clavulinato,
Quinolona)
Corticóide Parenteral
Sintomáticos



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

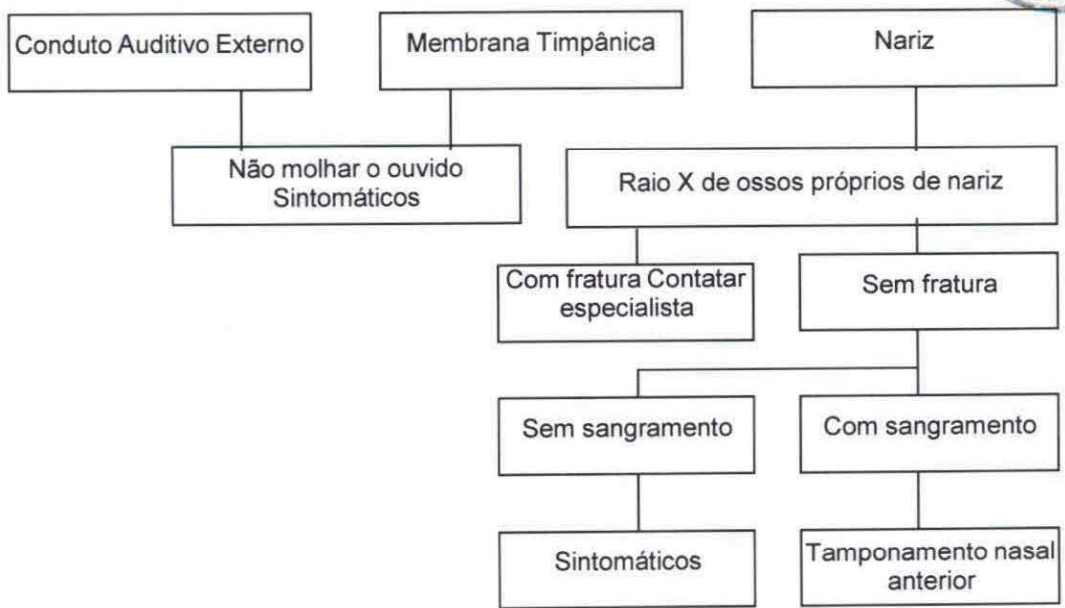
TRATAMENTO

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



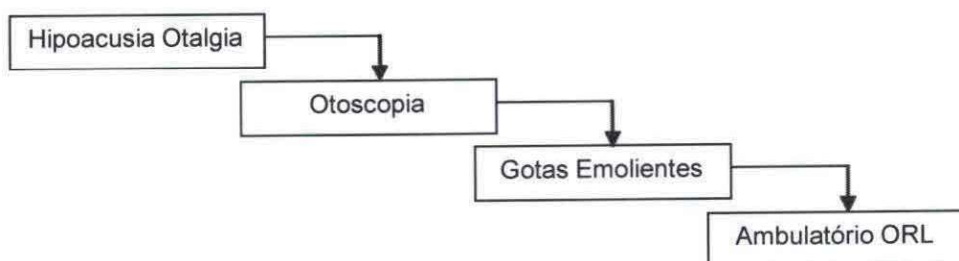
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



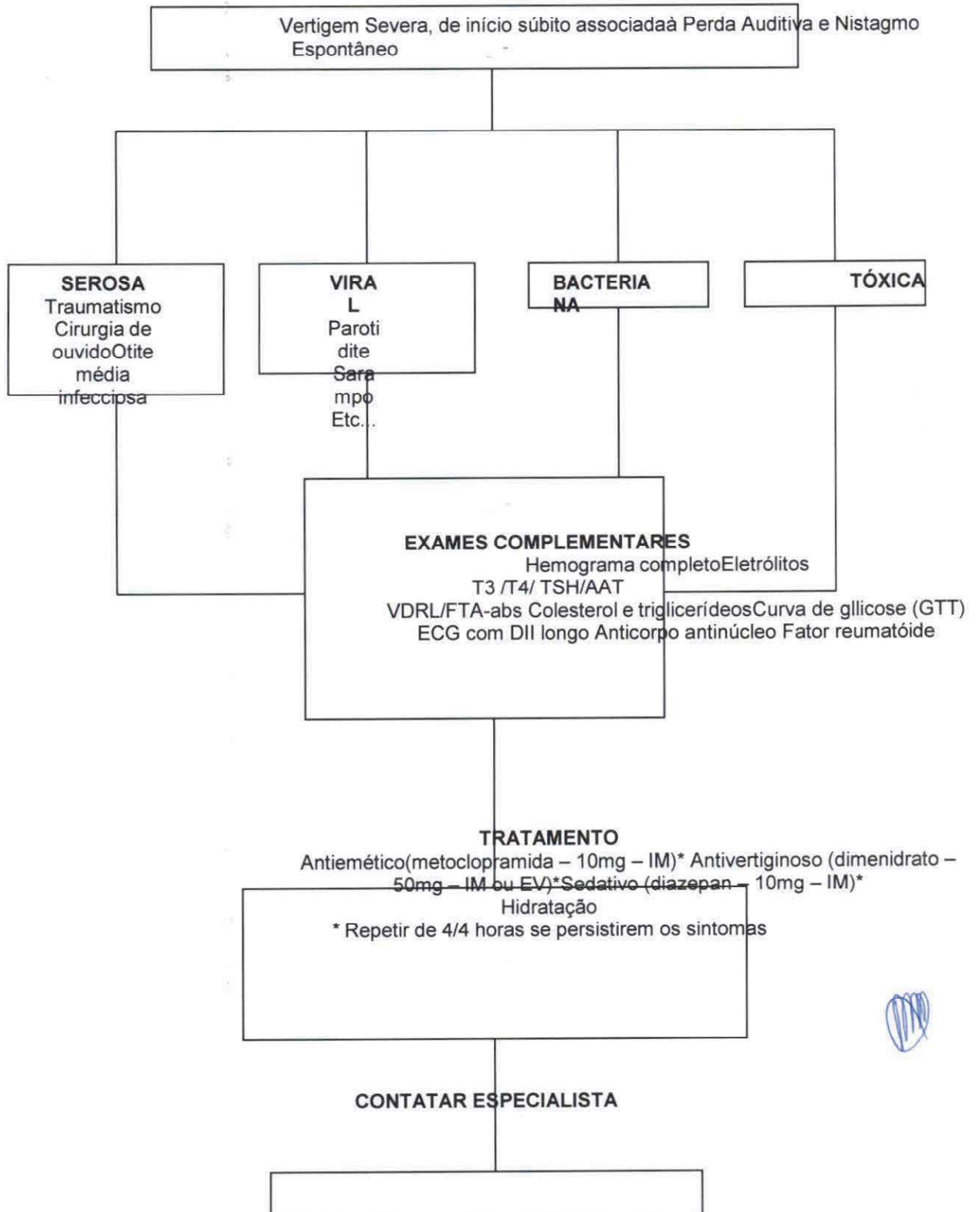
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA

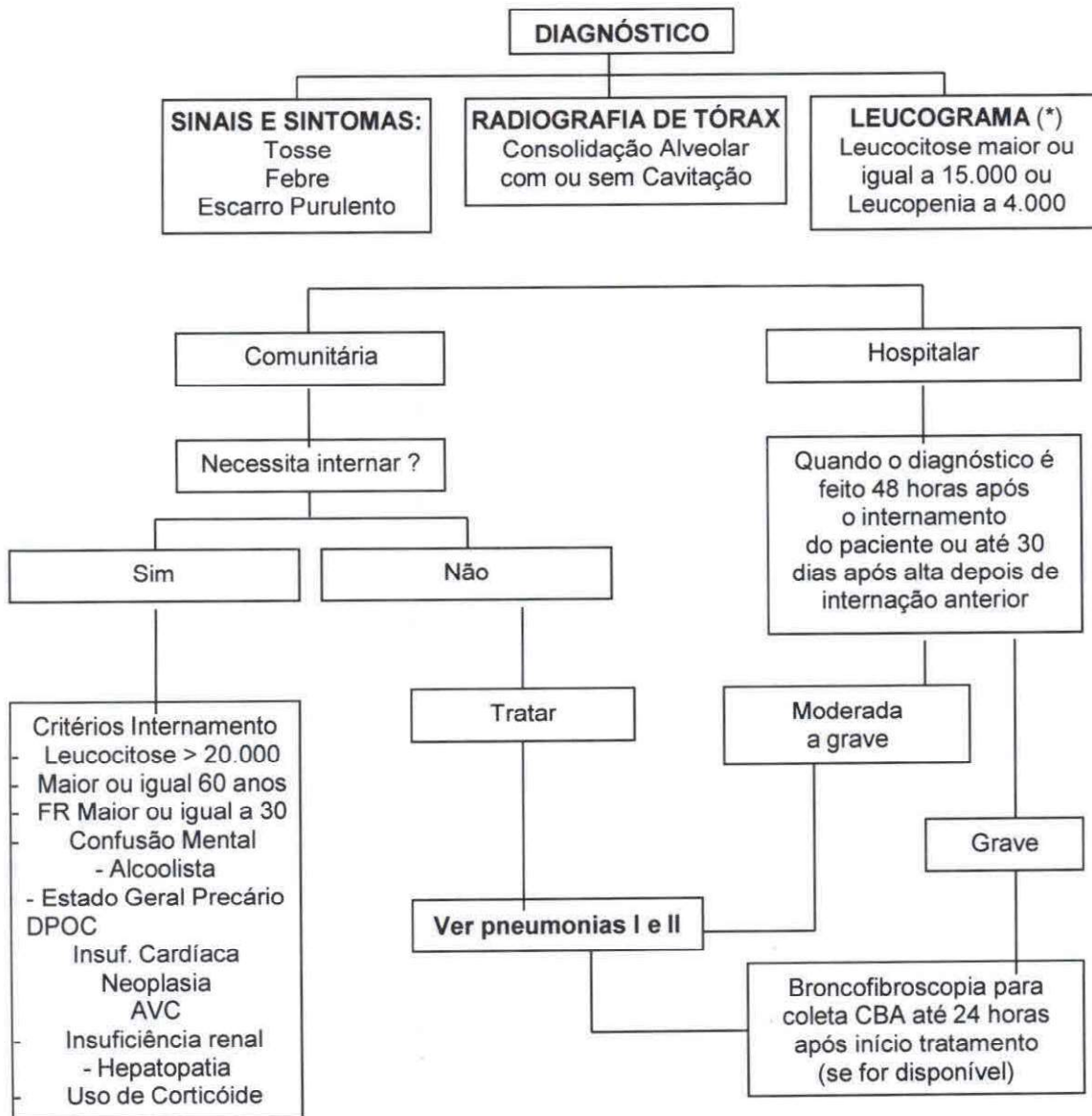


LABIRINTITE AGUDA



Handwritten signature

PNEUMONIAS (PN)

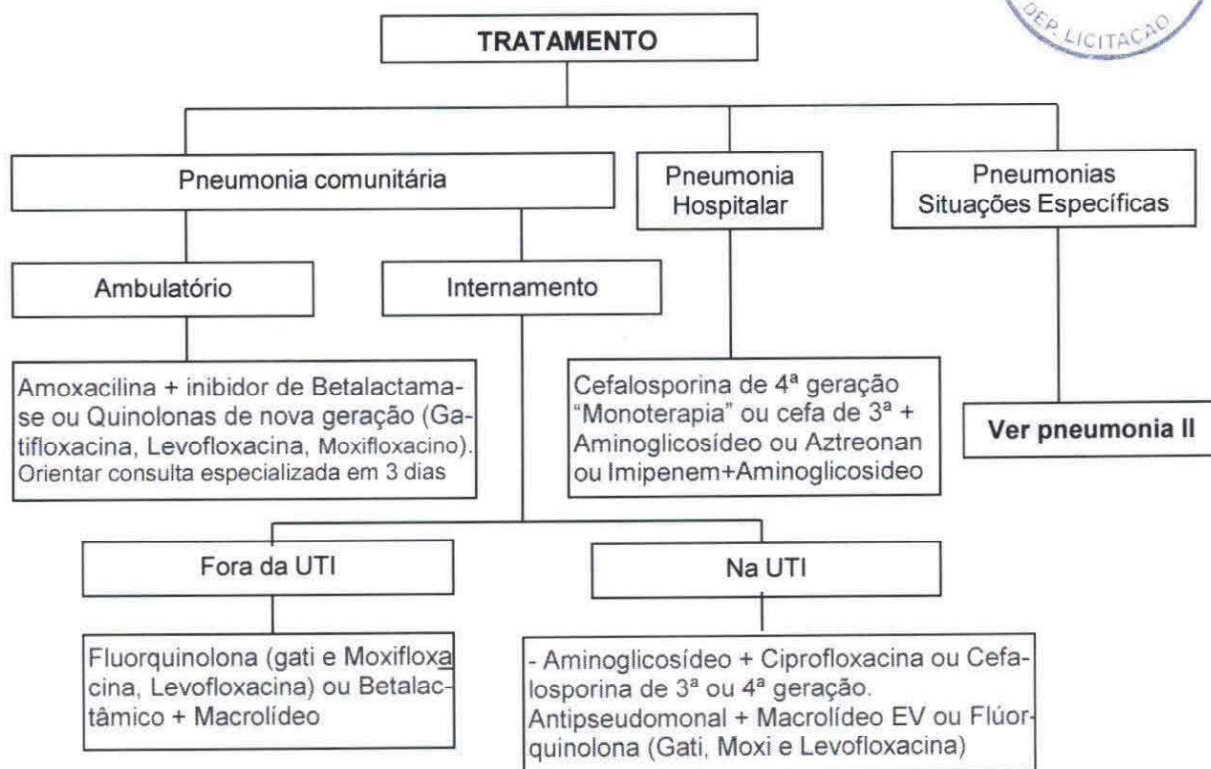


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

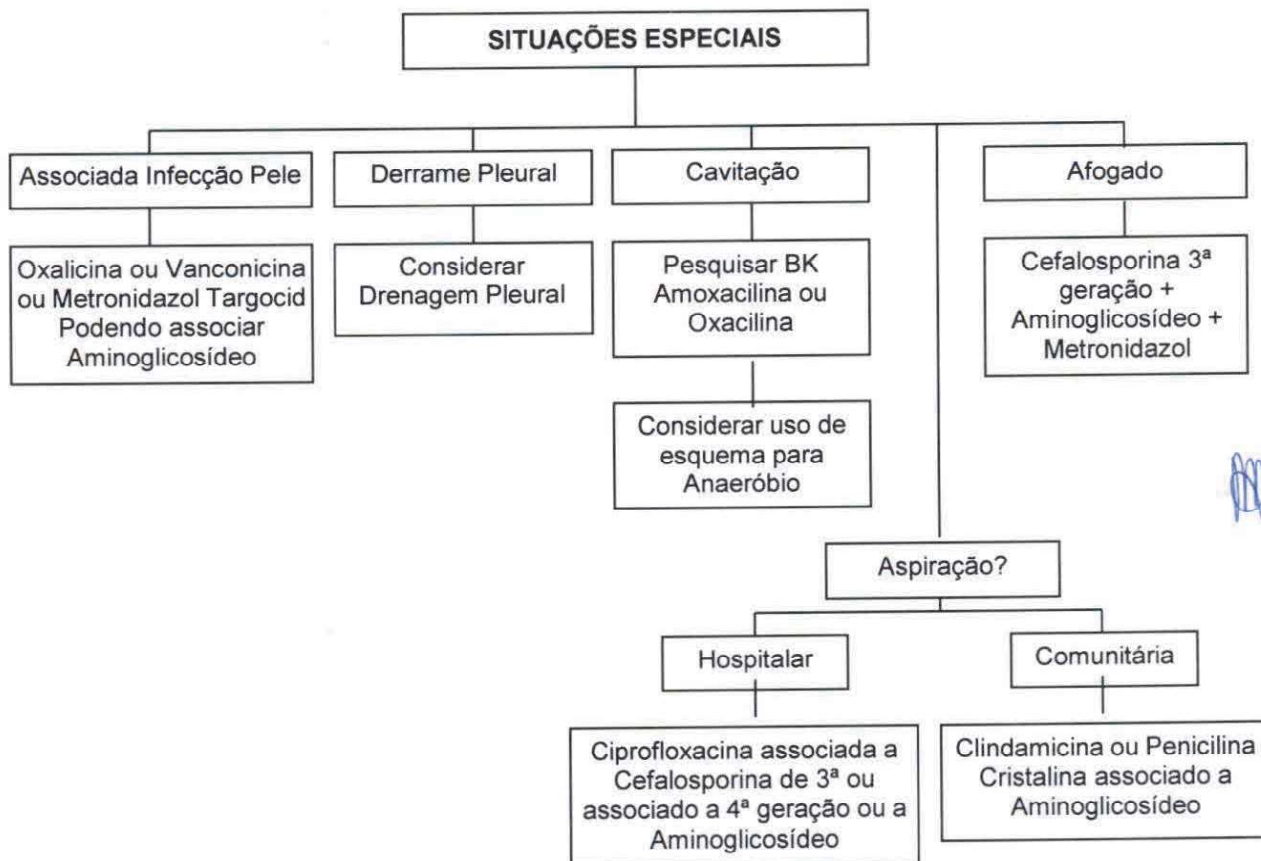
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.



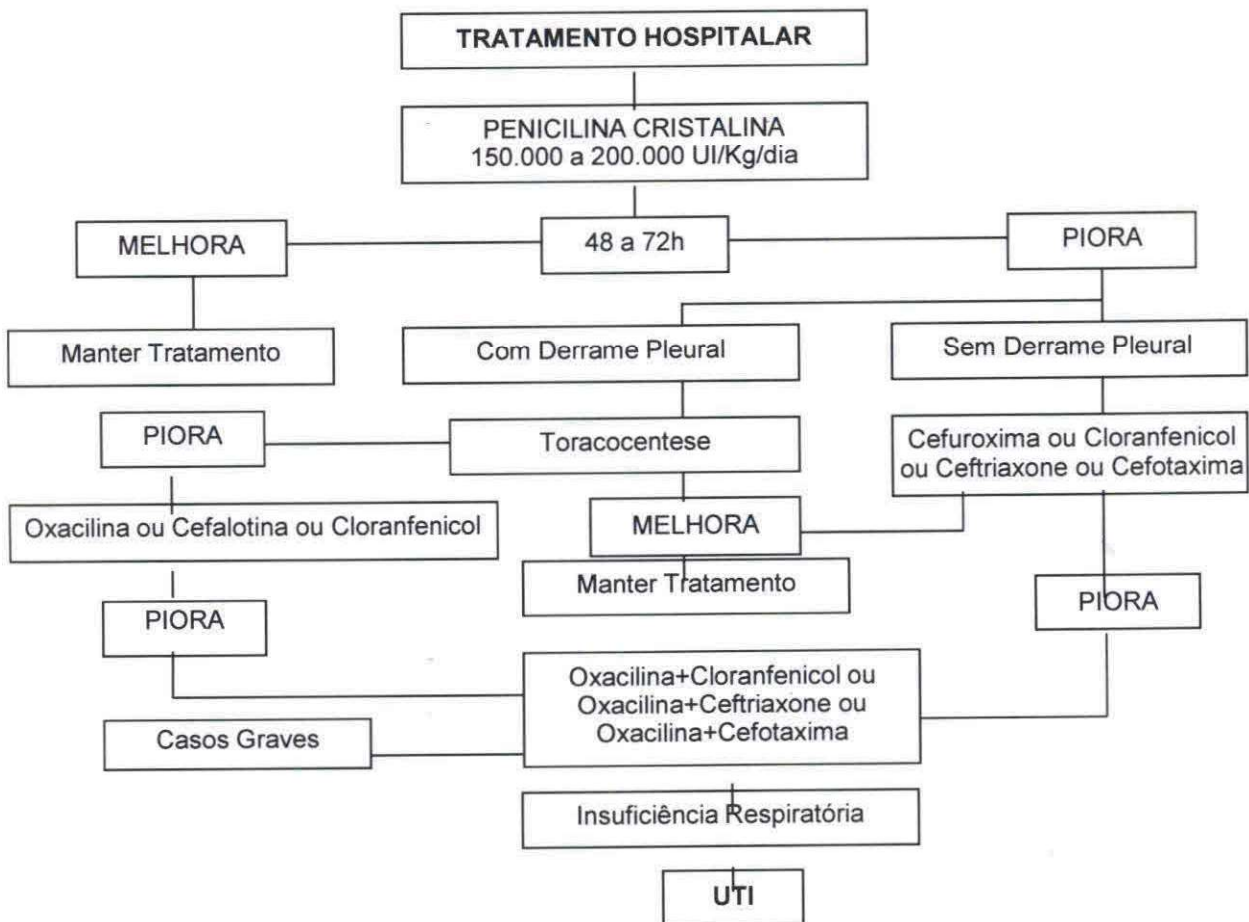
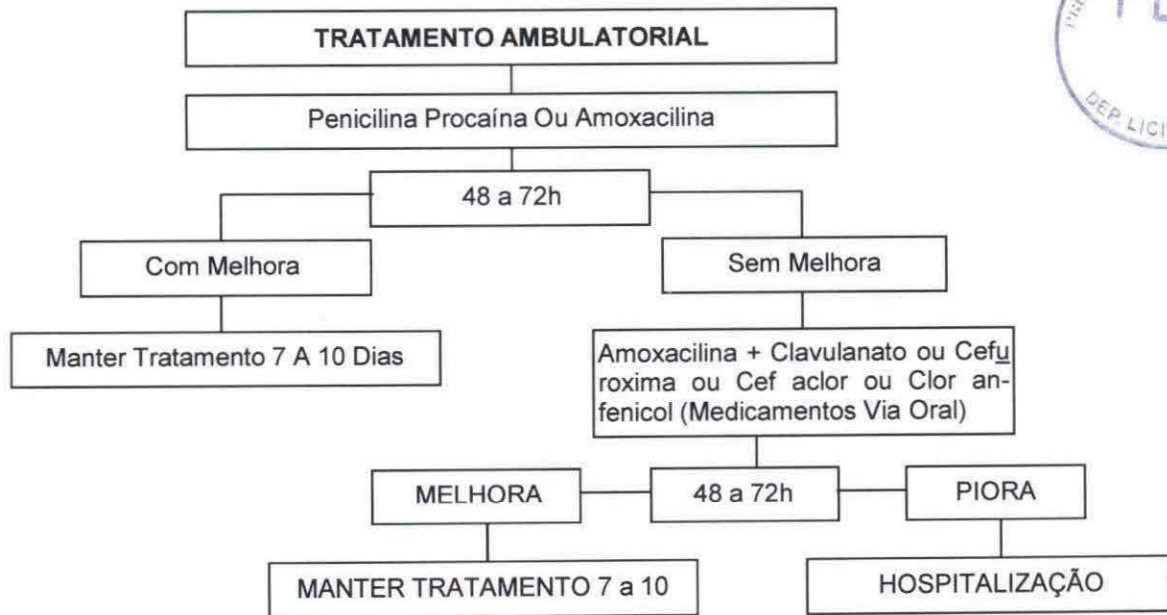
PNEUMONIAS - I



PNEUMONIAS - II

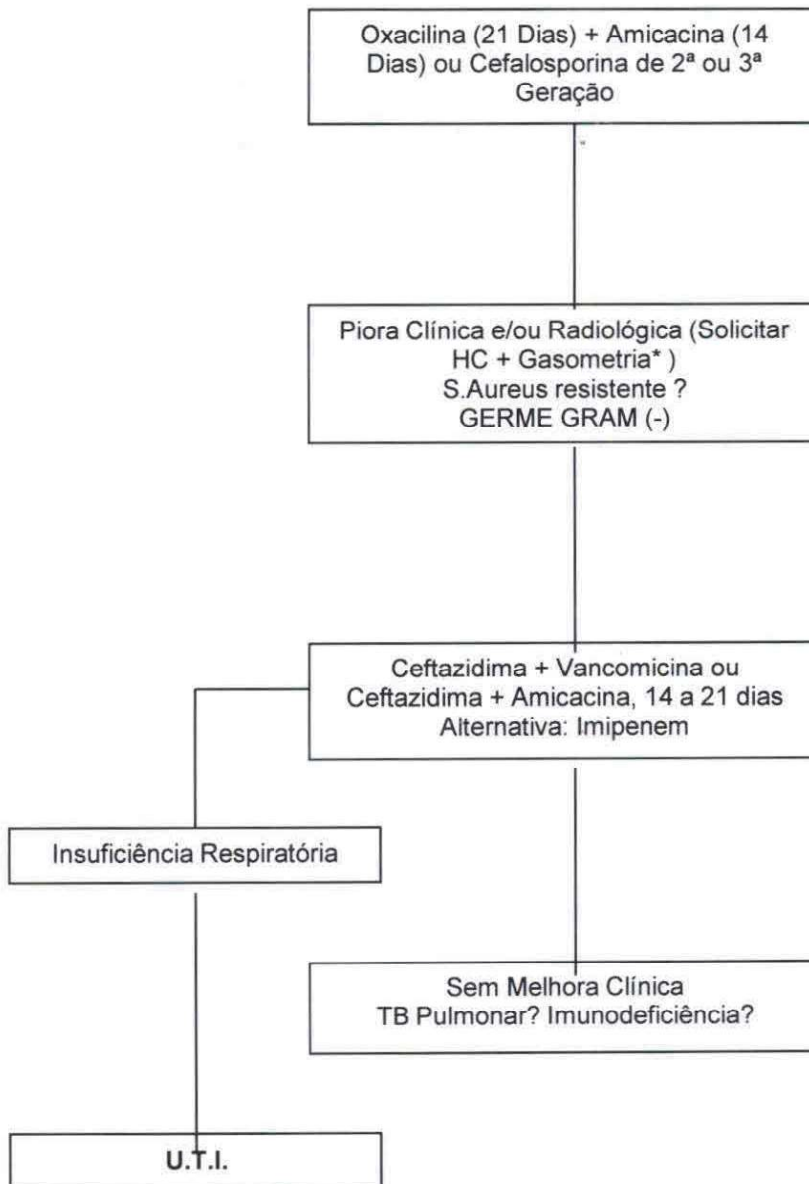


PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES





PNEUMONIA HOSPITALAR

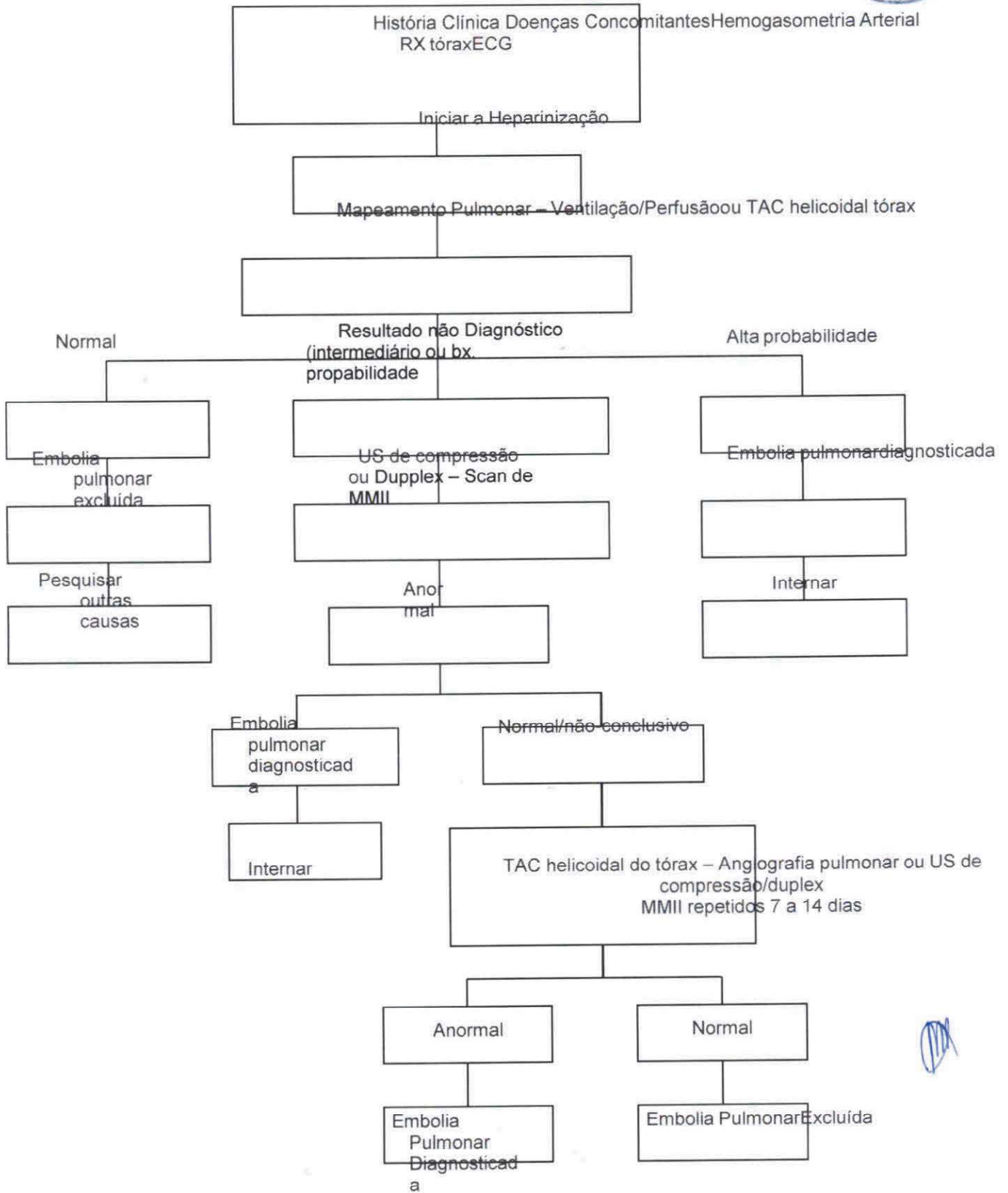


* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.



EMBOLIA PULMONAR

SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



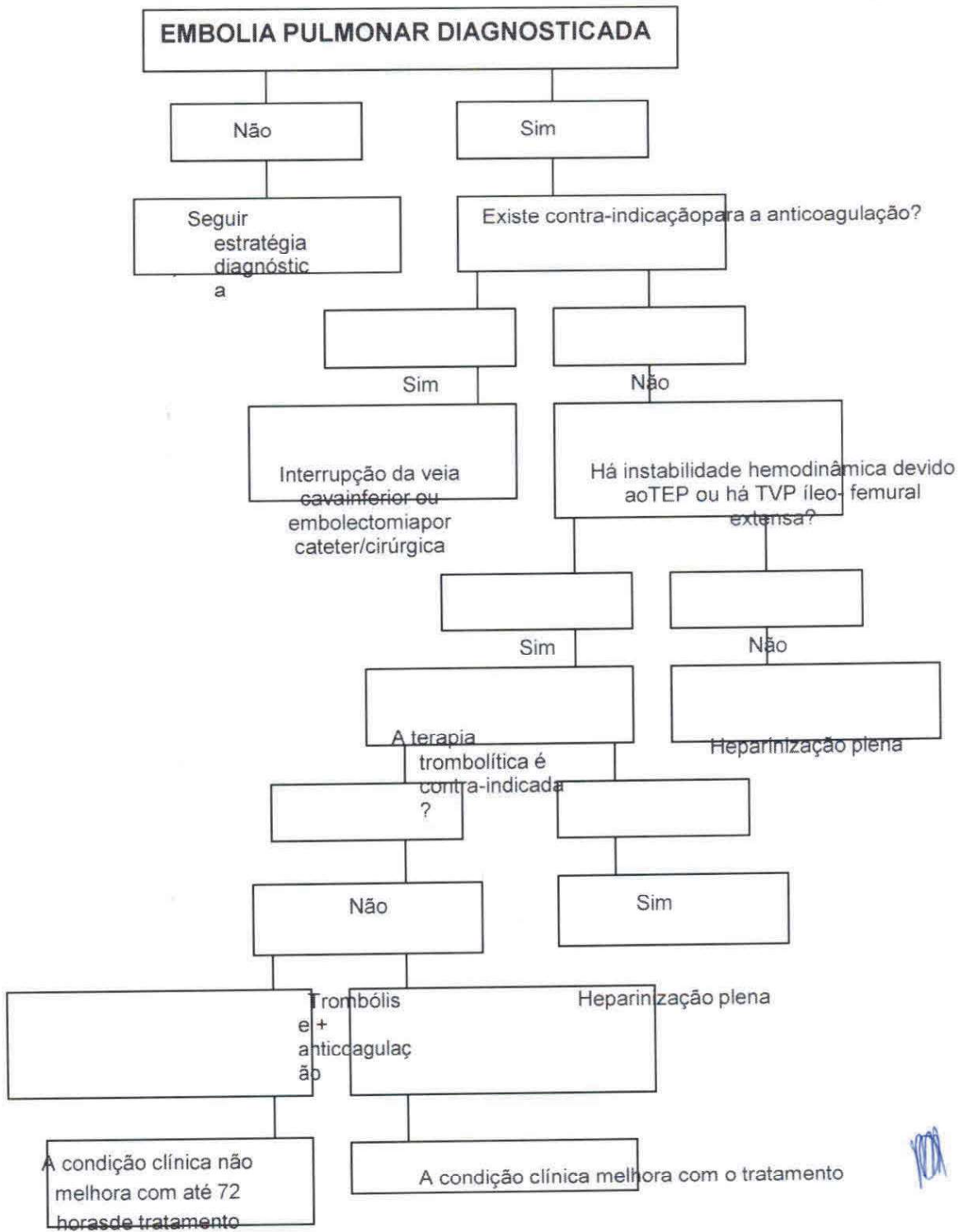
Handwritten mark

Handwritten mark

Handwritten signature



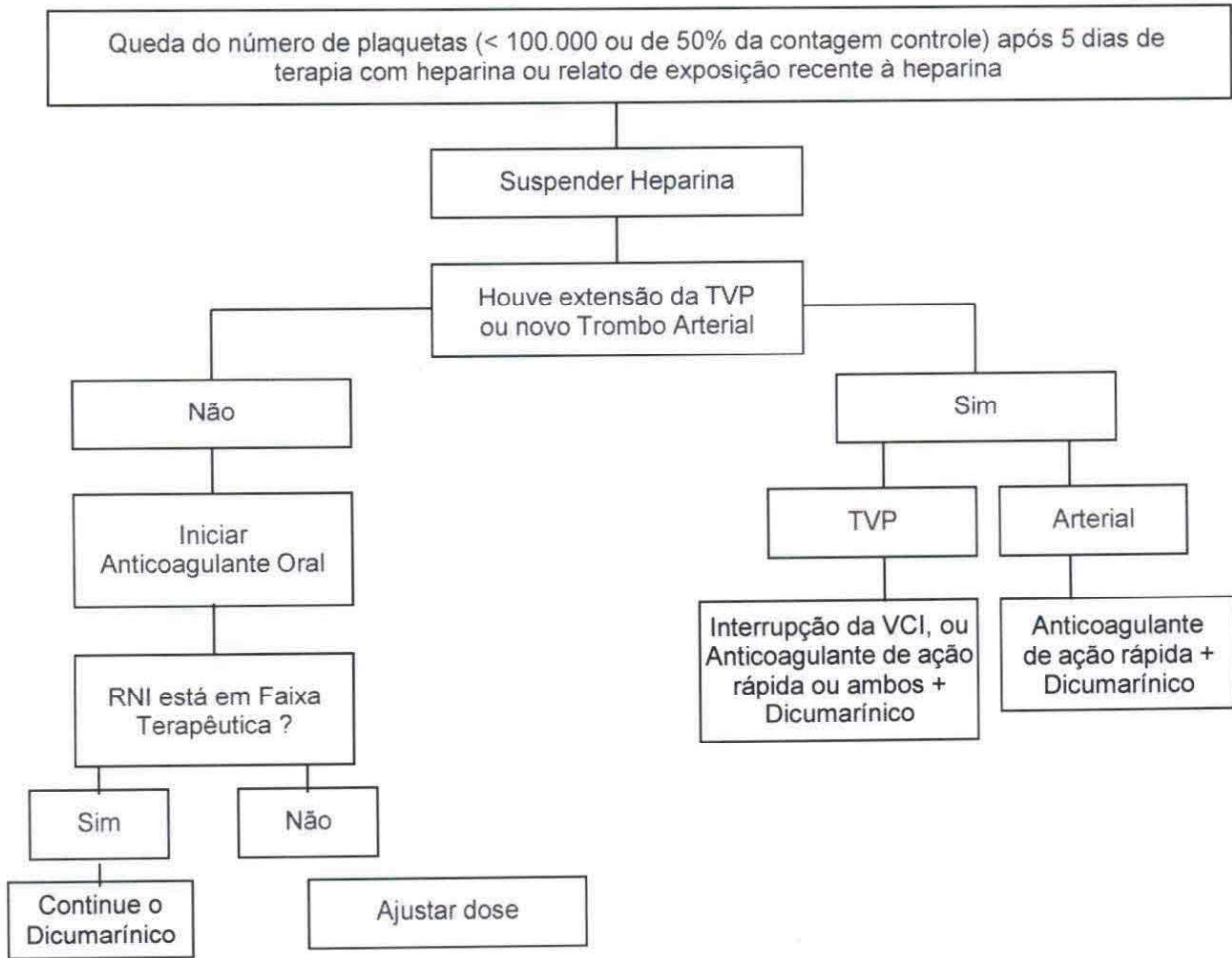
TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



Interrupção da VCI ou embolectomia

Terapia com heparina

MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.
 Disfunção Sistólica de VD.
 TEP Maciço.
 TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.
 TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

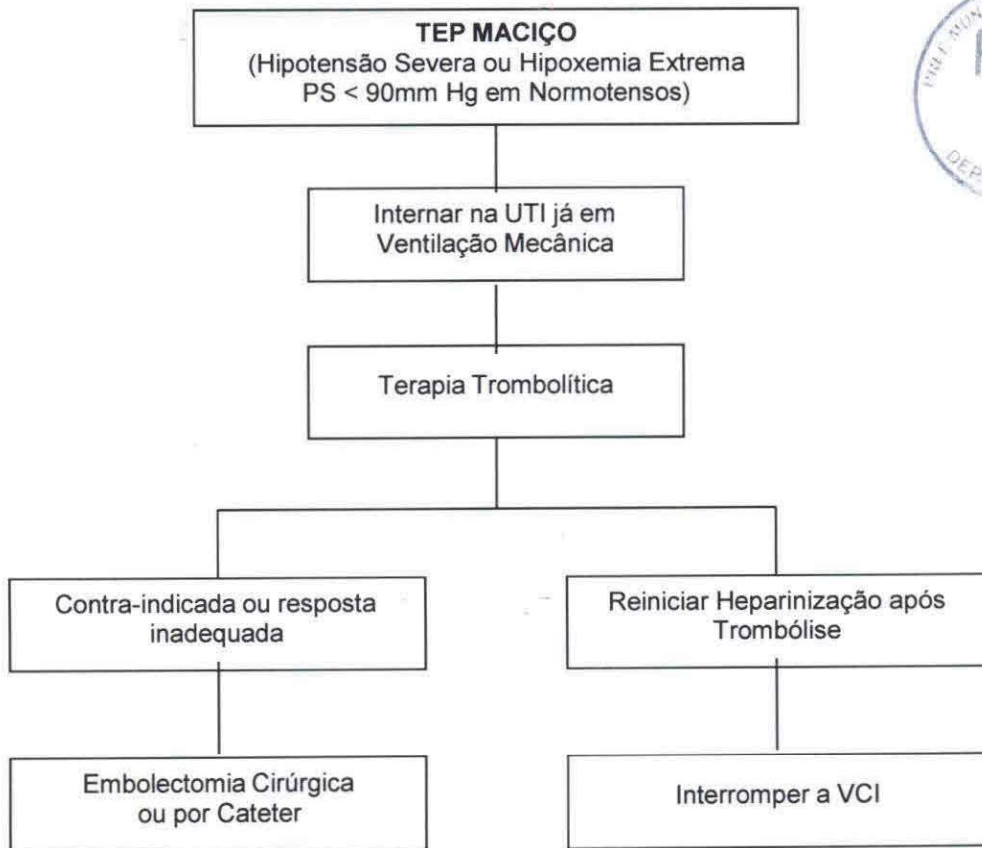
OBS.:

- 1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.
- 2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.
- 3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.
- 4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.
- 5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

M

GR

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO(EP)

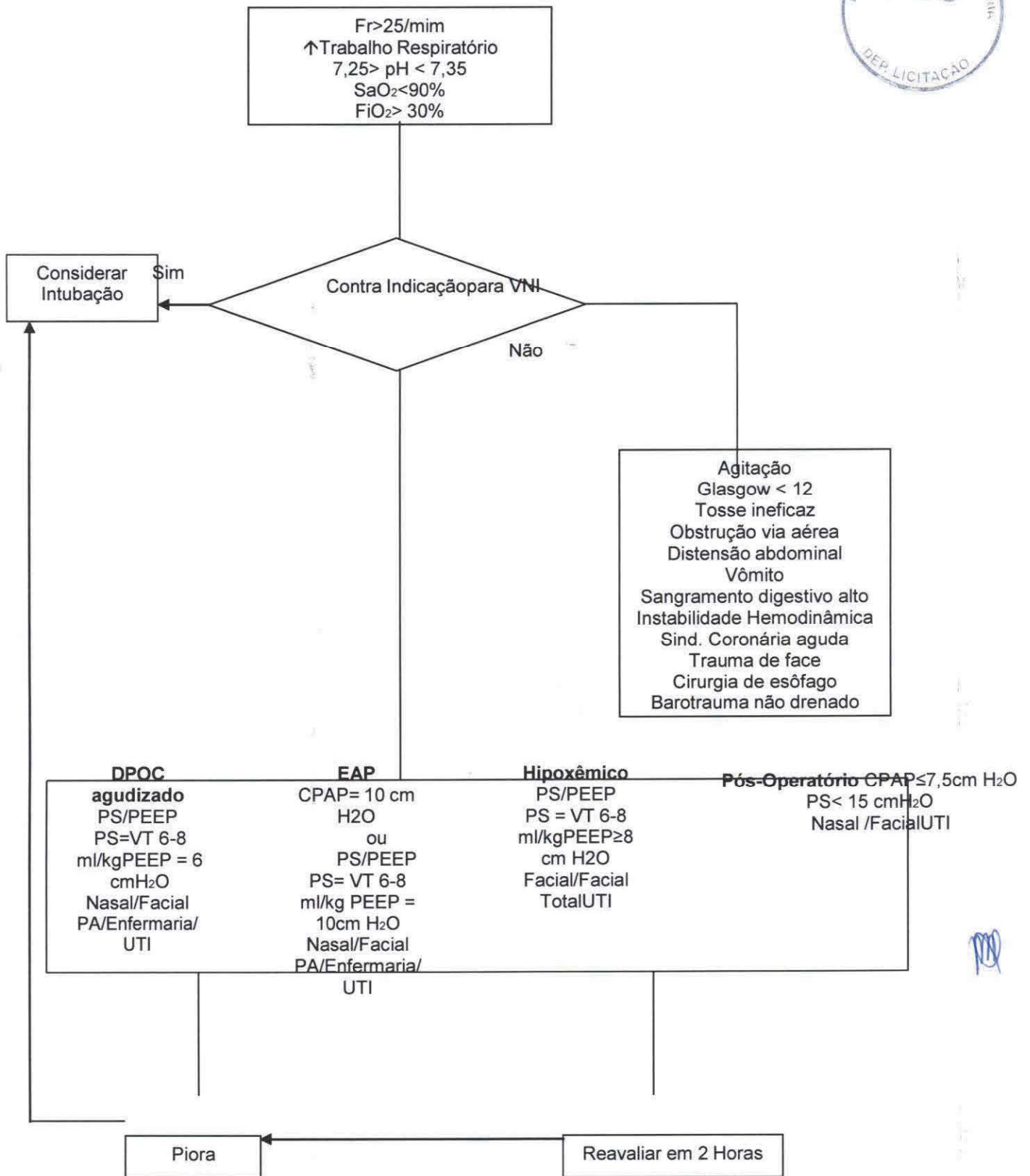


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

TTPa	REPETIR BOLSAS	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

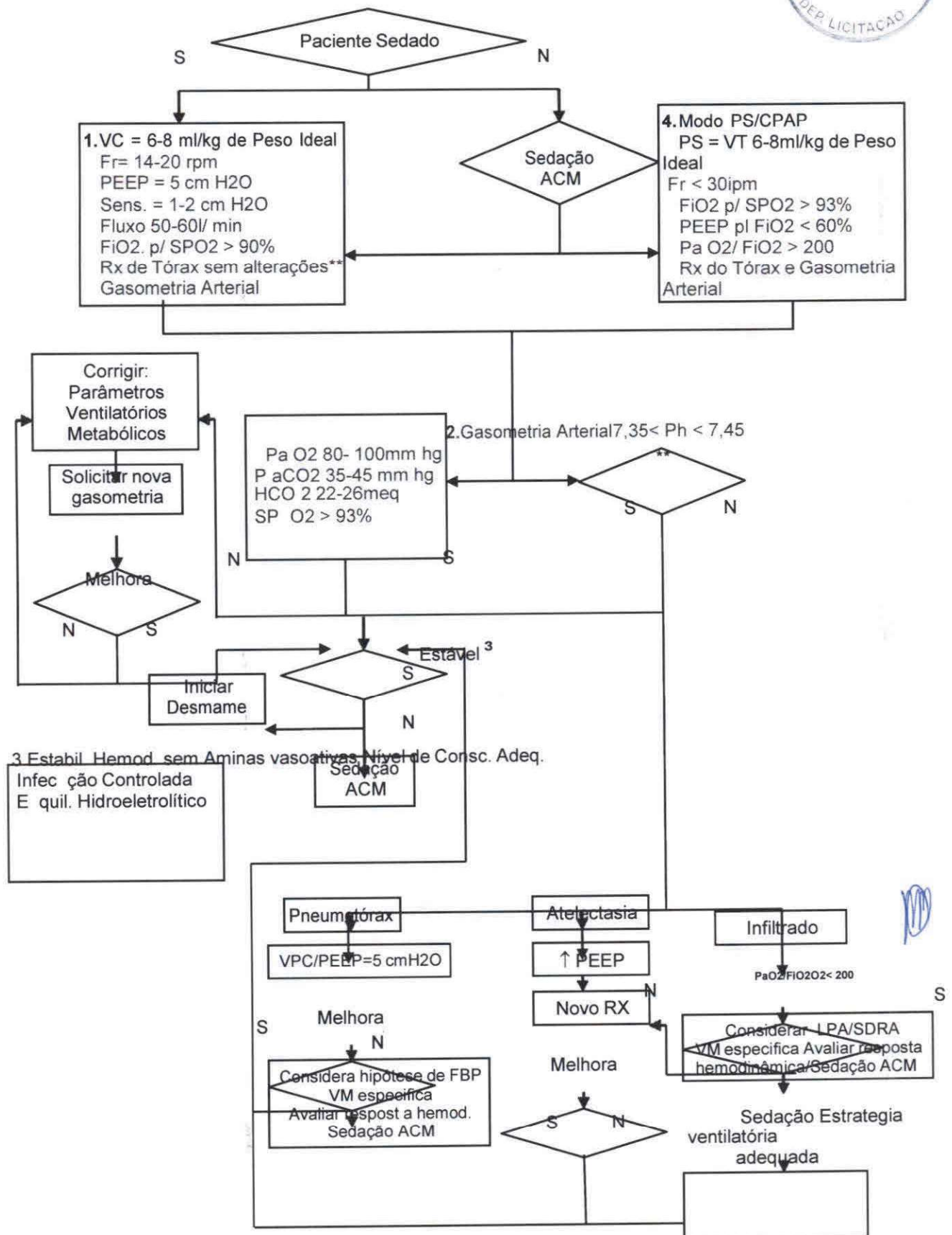
TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000) Dose 80mg Kg IV bolus

ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



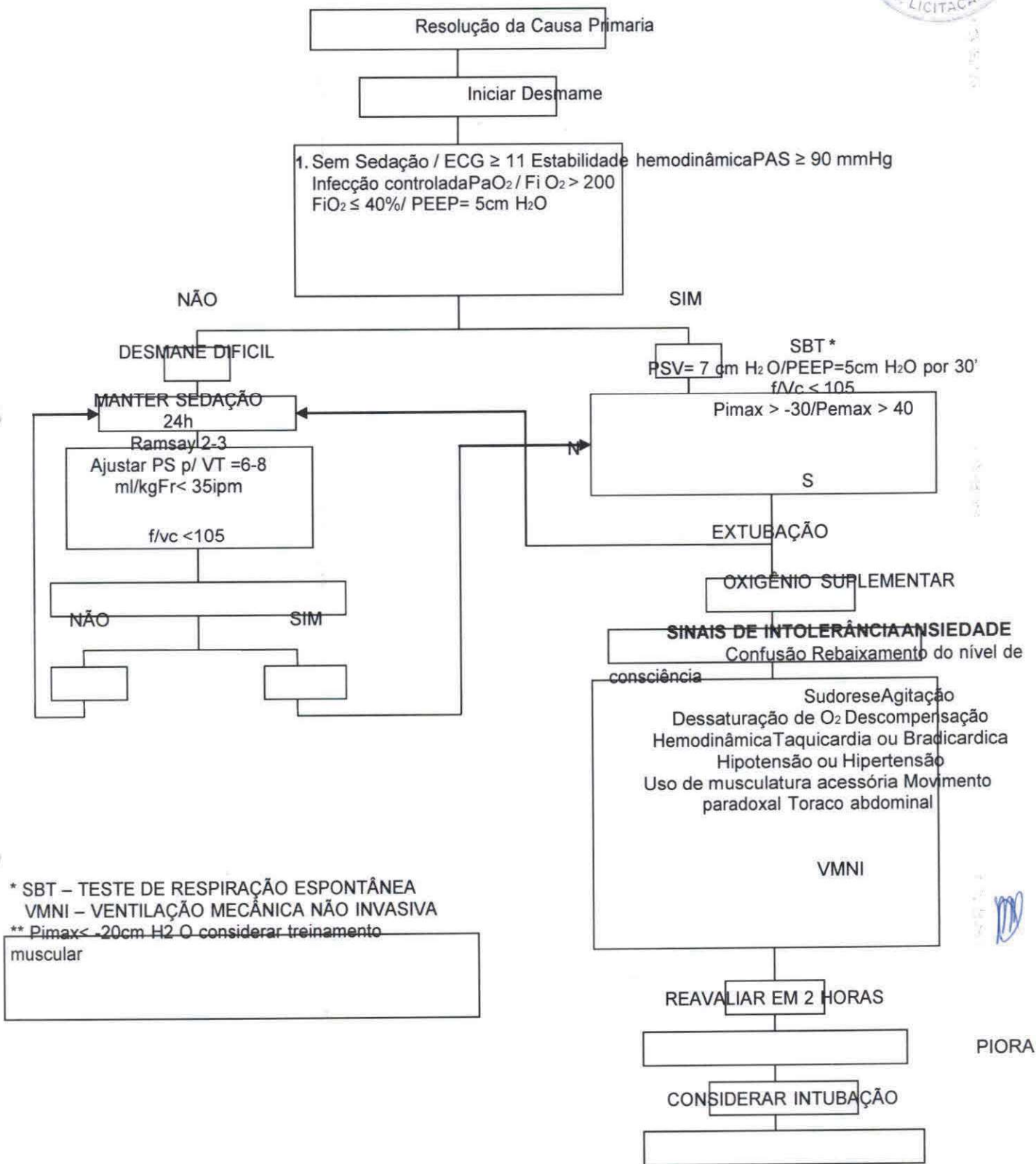
Handwritten signature

ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO





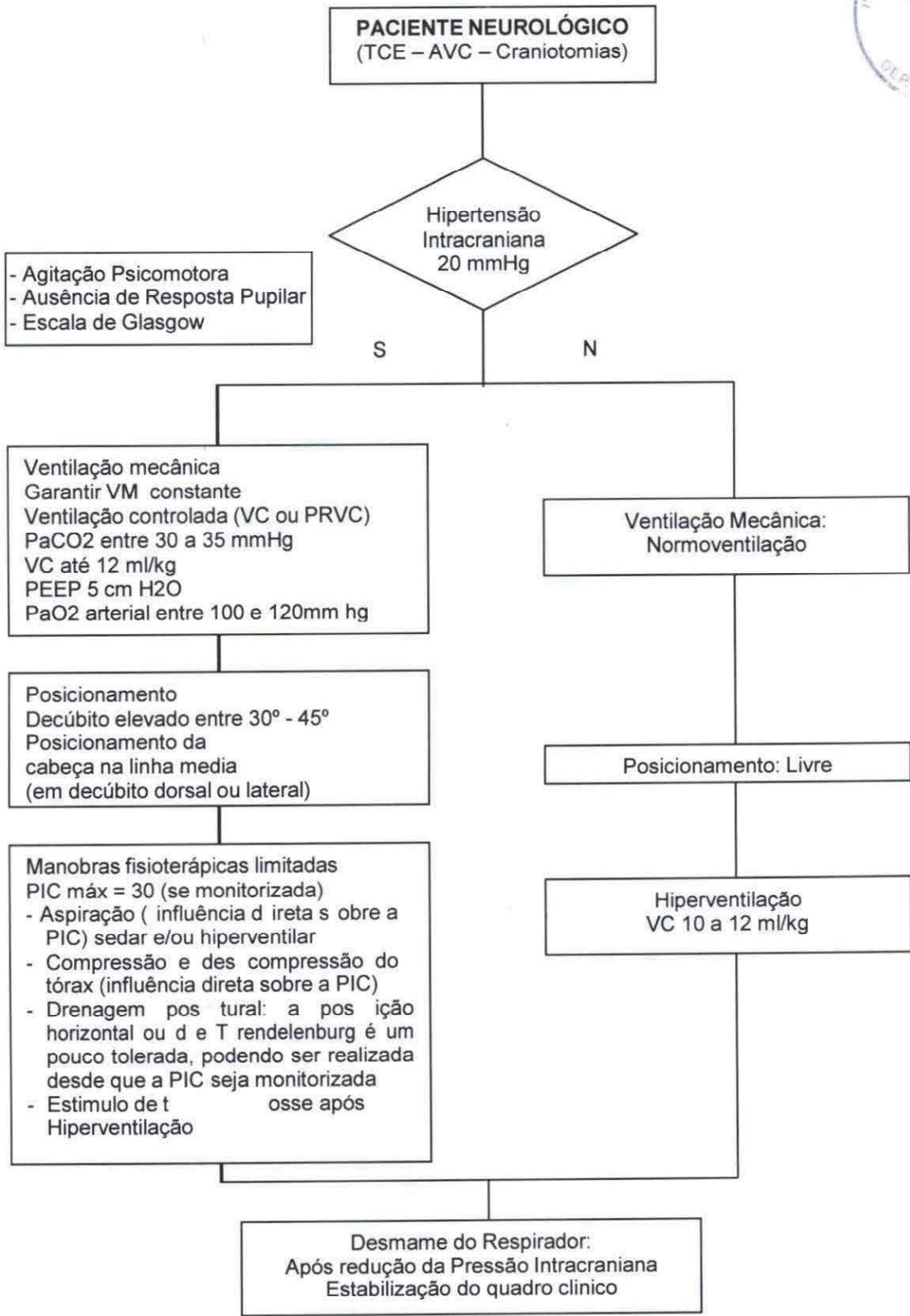
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



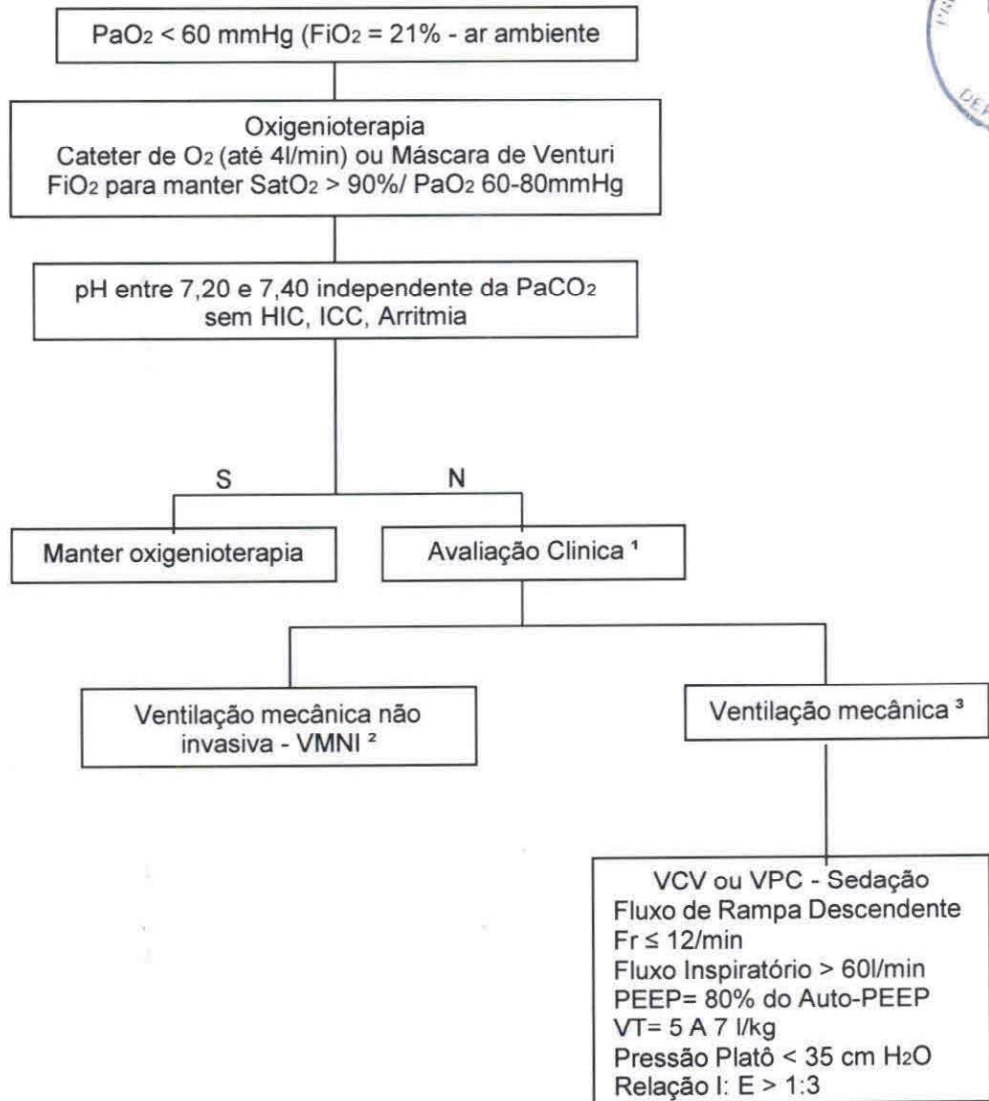
* SBT – TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
VMNI – VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA

** Pimax < -20cm H2O considerar treinamento muscular

VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



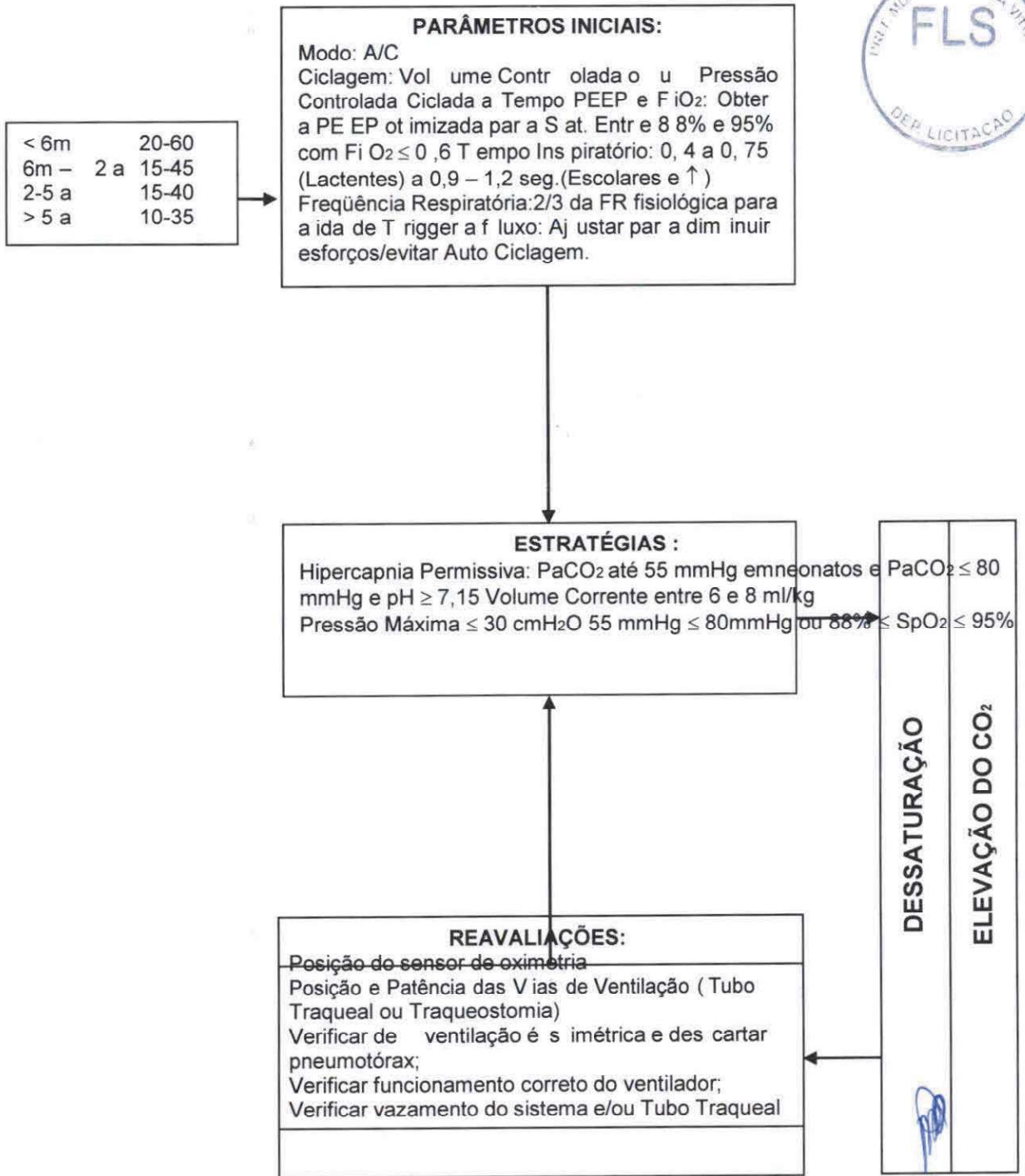
1 Avaliação Clínica
 Nível de consciência do paciente
 Padrão Respiratório
 Instabilidade Hemodinâmica

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

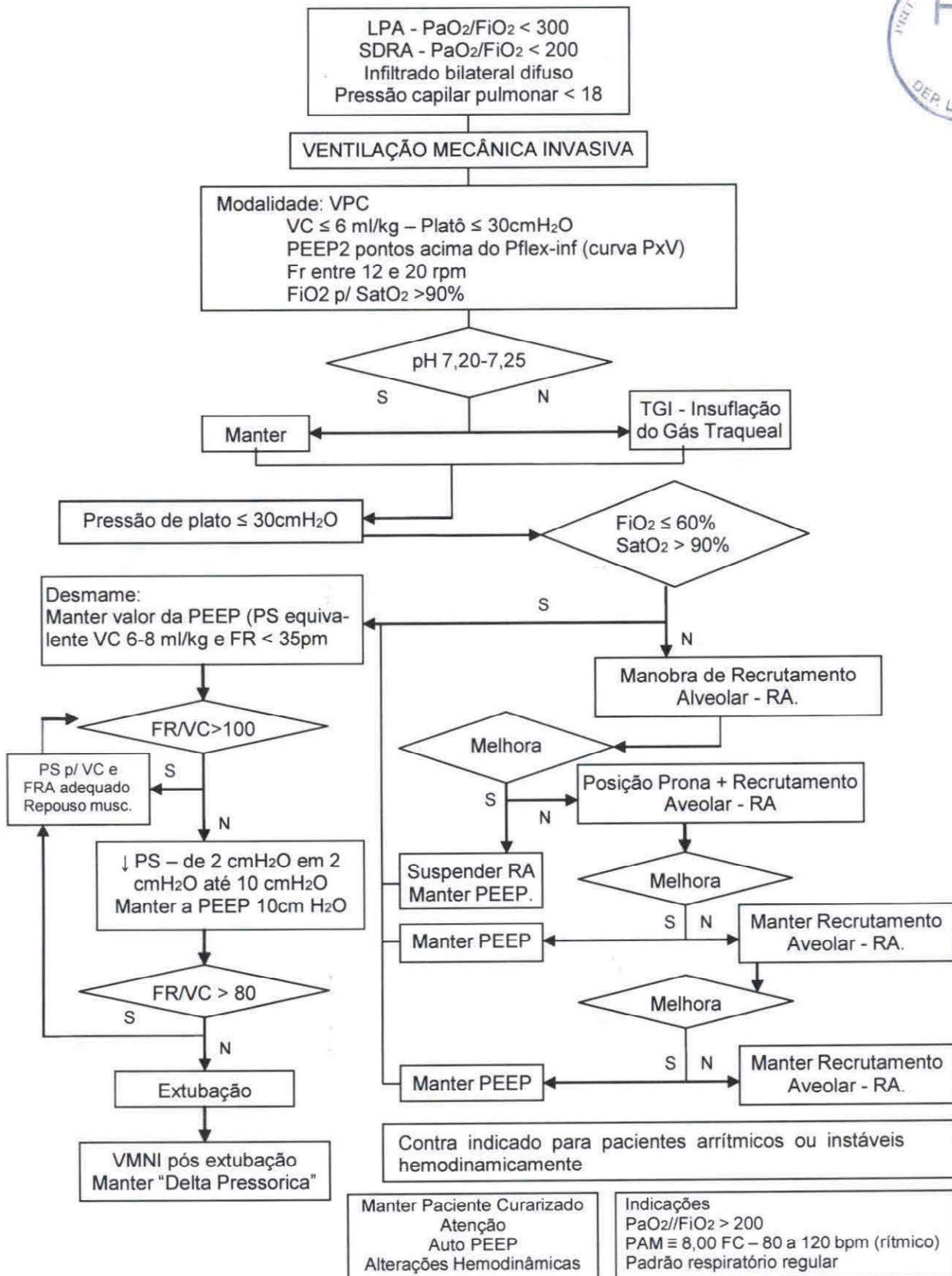
3 Critérios para IOT
 Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI
 PCR
 Instabilidade Hemodinâmica
 Hipersecreção Pulmonar



VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



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





[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



¹ Sedação e Curarização
Higiene Brônquica
Verificar vazamentos em circuitos
Monitorizar:
SatO₂, PA, FC e Ritmo Cardíaco

Homogenização do Parênquima Pulmonar
CPAP = 35 -40 cm H₂O por 30"

FiO₂ = 100
Vol. Controlado → VC = 4-5ml/kg
Pausa Insp.² (p/ verificação platô)
Fr= 10 -12 ipm
Fluxo = 30l/min (onda quadrada)

Após homogenização PEEP =0
↑ Progressividade os níveis de PEEP de 2 em 2cm H₂O, aguardar 1' em cada novo nível de PEEP – medir Complacência Pulmonar

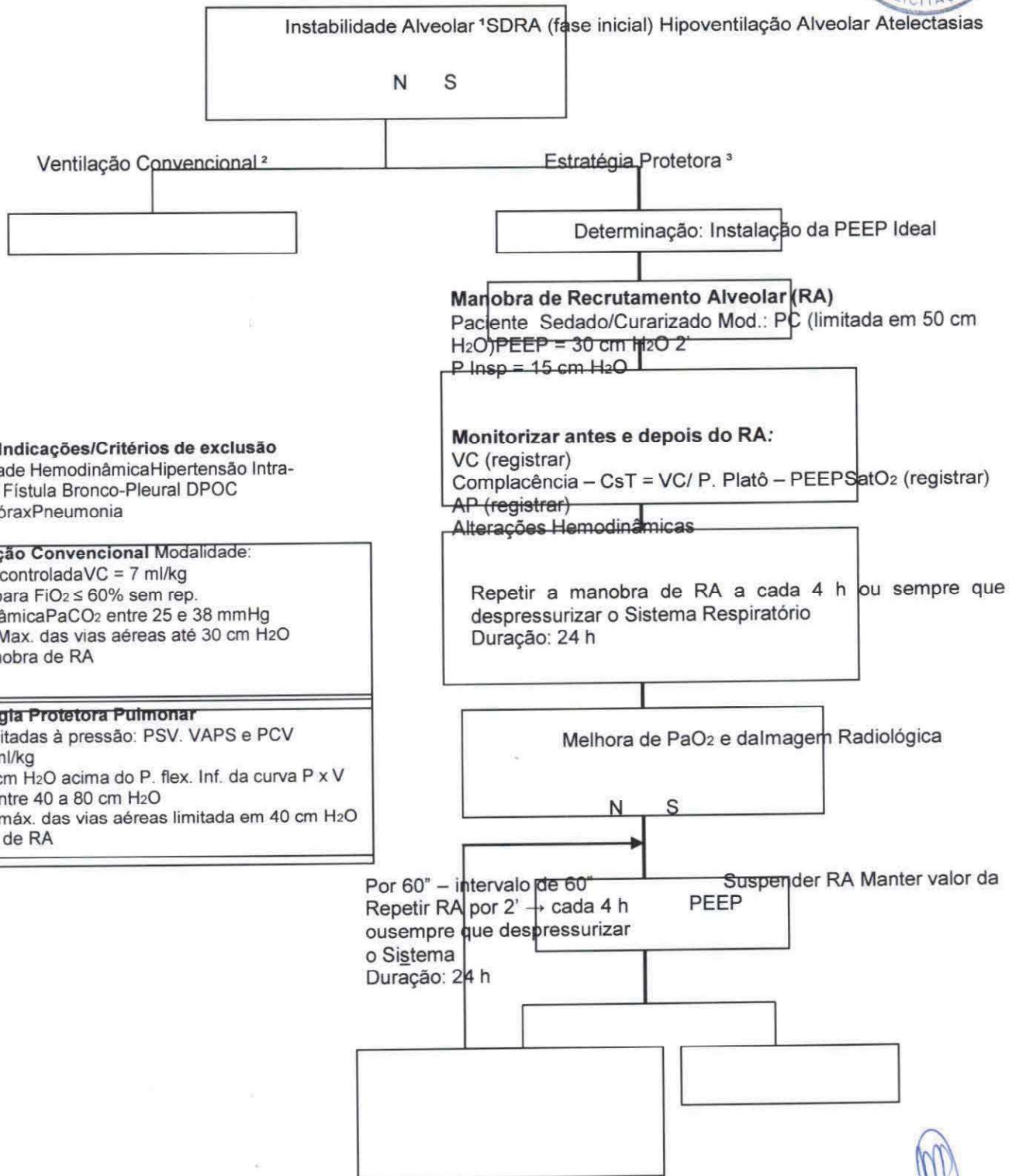
Interromper o processo quando a complacência cair ou a pressão de platô exceder 45 cm H₂O

² "PEEP ideal" será encontrada somando-se 2cm H₂O ao valor da PEEP que determinou a melhor complacência (melhor VC com menor pico de pressão Insp.)

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



¹ Contra Indicações/Critérios de exclusão
 Instabilidade Hemodinâmica Hipertensão Intra-Craniana
 Fistula Bronco-Pleural DPOC
 Pneumotórax
 Pneumonia

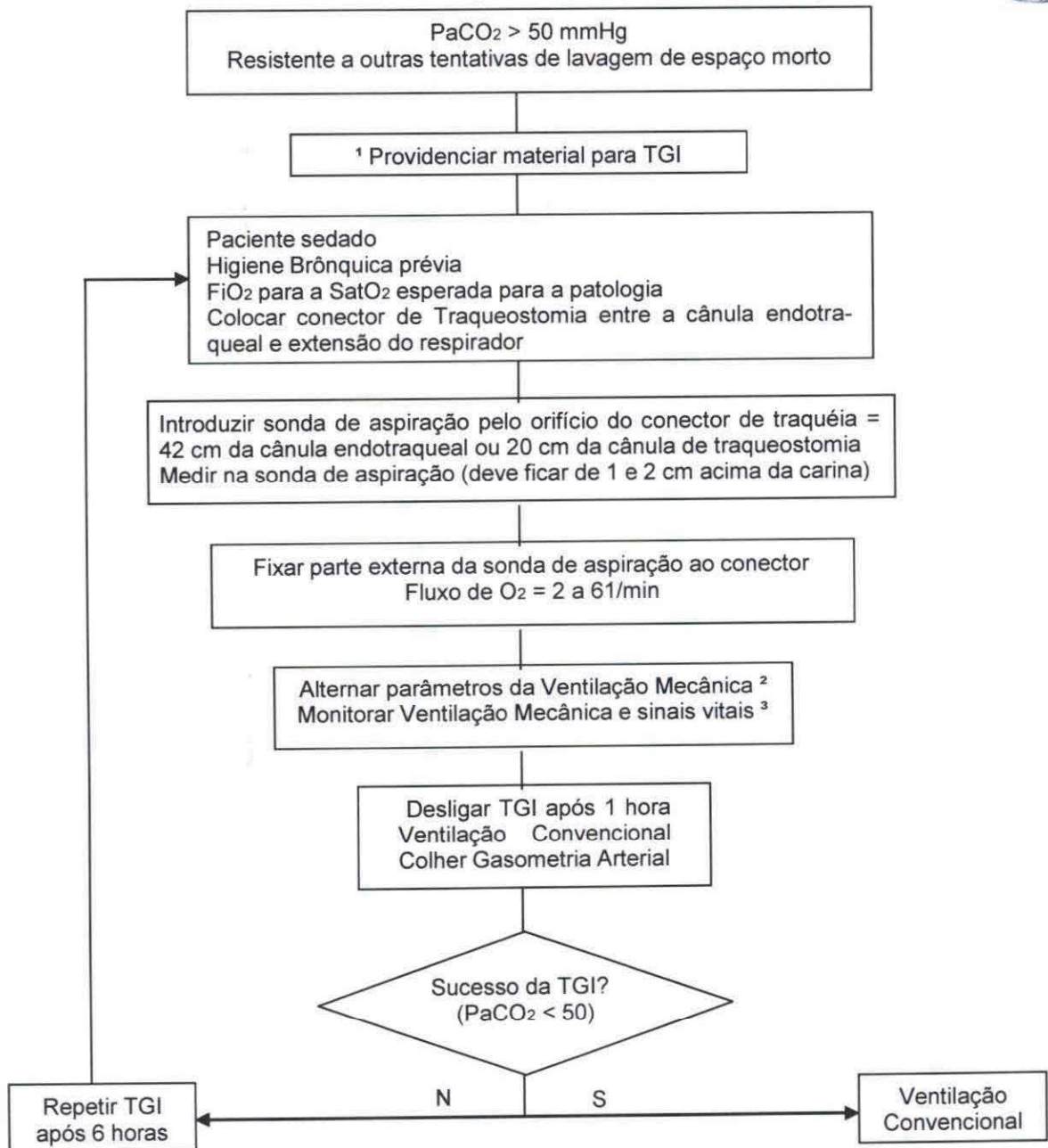
² Ventilação Convencional Modalidade: assistida controlada
 VC = 7 ml/kg
 PEEP – para FiO₂ ≤ 60% sem rep.
 Hemodinâmica PaCO₂ entre 25 e 38 mmHg
 Pressão Max. das vias aéreas até 30 cm H₂O
 Sem manobra de RA

³ Estratégia Protetora Pulmonar
 Mod. Limitadas à pressão: PSV, VAPS e PCV
 VC < 60ml/kg
 PEEP 2 cm H₂O acima do P. flex. Inf. da curva P x V
 PaCO₂ entre 40 a 80 cm H₂O
 Pressão máx. das vias aéreas limitada em 40 cm H₂O
 Manobra de RA

g s i

HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)



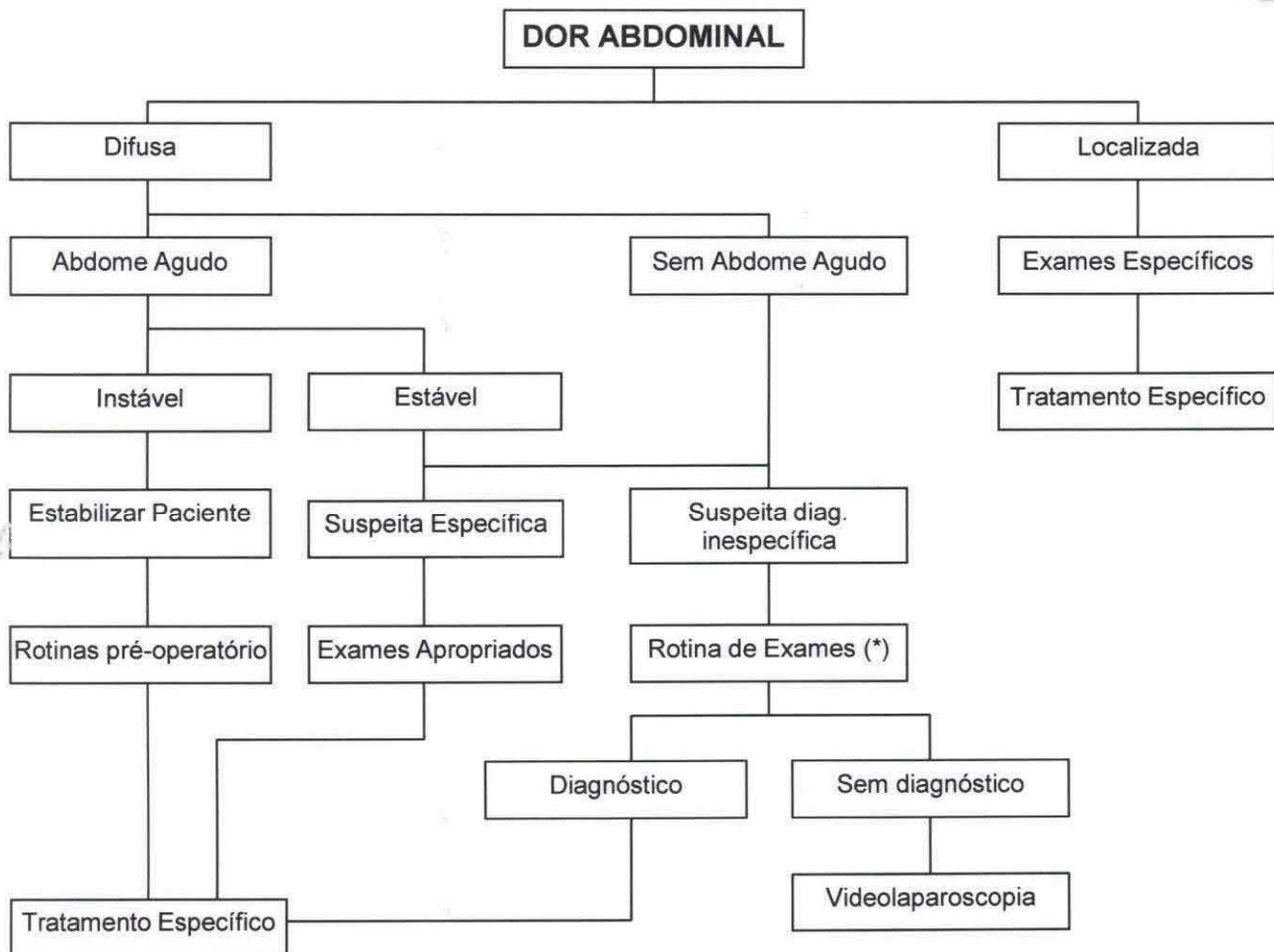
¹ Materiais Necessários
 Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril
 Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)
 Espadrado ou similar
 Cortaplast
 Umidificador de parede + extensão
 Água Destilada Estéril
 Fluxômetro de O₂

³ Critérios de Interrupção:
 Instabilidade Hemodinâmica (↑↓ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO₂)
 Cuidados
 Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional
 Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

² Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)
 PInsp. Limitada a 35 cm H₂O
 PEEP fisiológico
 VC em torno de 5 ml/kg
 FiO₂ < nível possível

ga

DOR ABDOMINAL AGUDA



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

(*) Rotina de Exames

Homem:

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

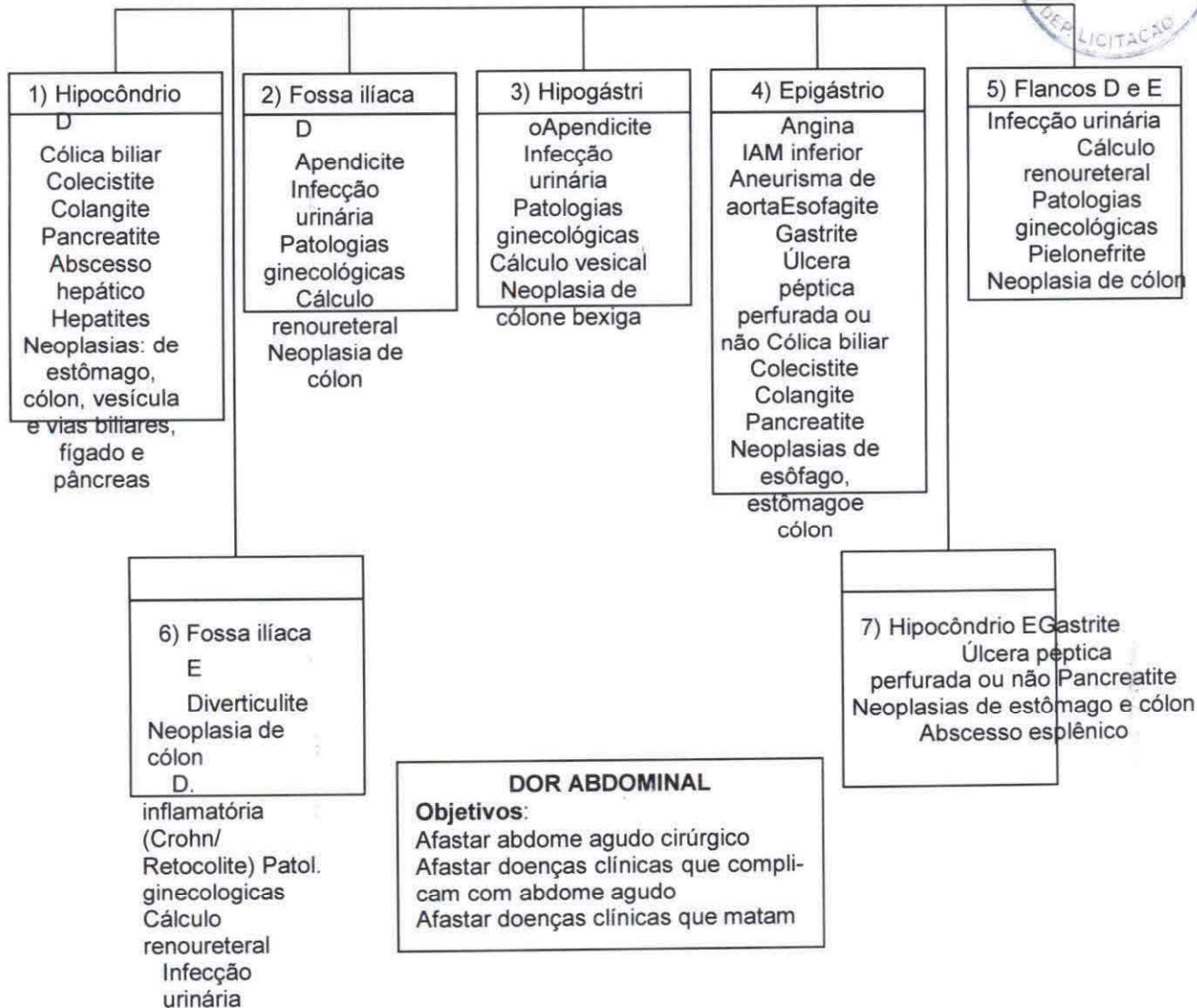
Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)

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

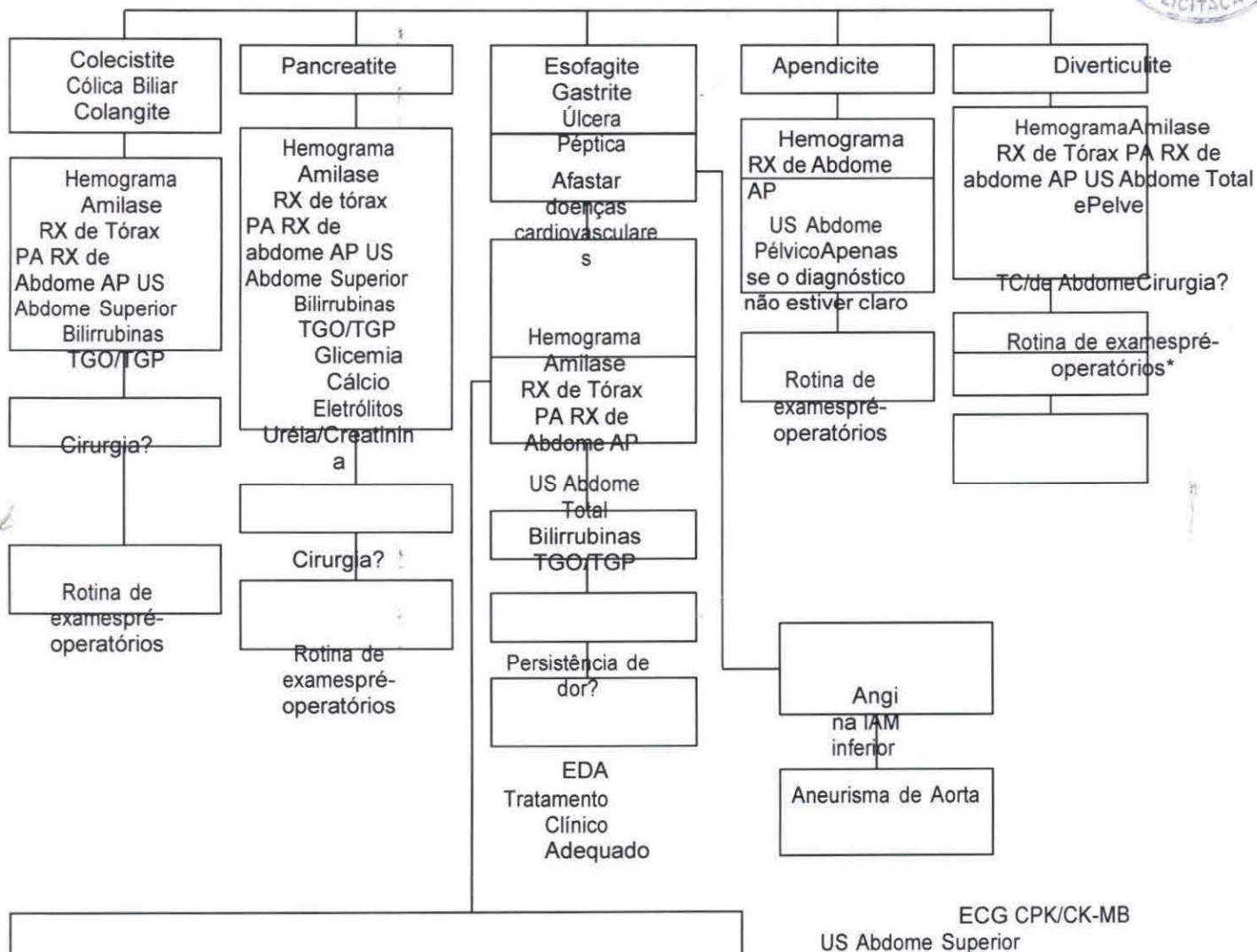


A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.
 Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.
 A víscera acometida pode estar localizada e a região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que 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; 4- Bilirrubinas Total e Frações;
- 5- Sódio (Na) e Potássio (K);

ROTINAS DE EXAME NADOR 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:

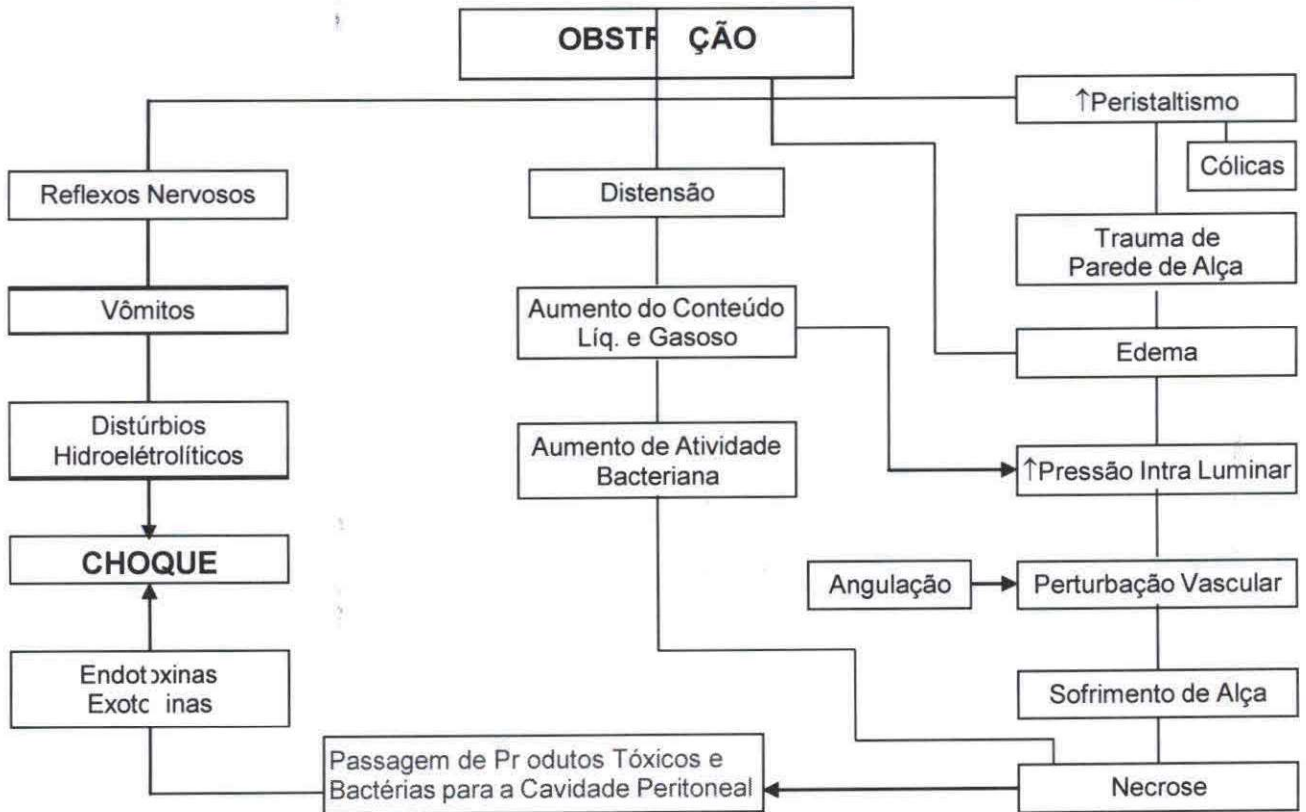
Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.
 Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.
 Afastar doenças clínicas que matam.

ROTINA PRÉ - OPERATÓRIA:

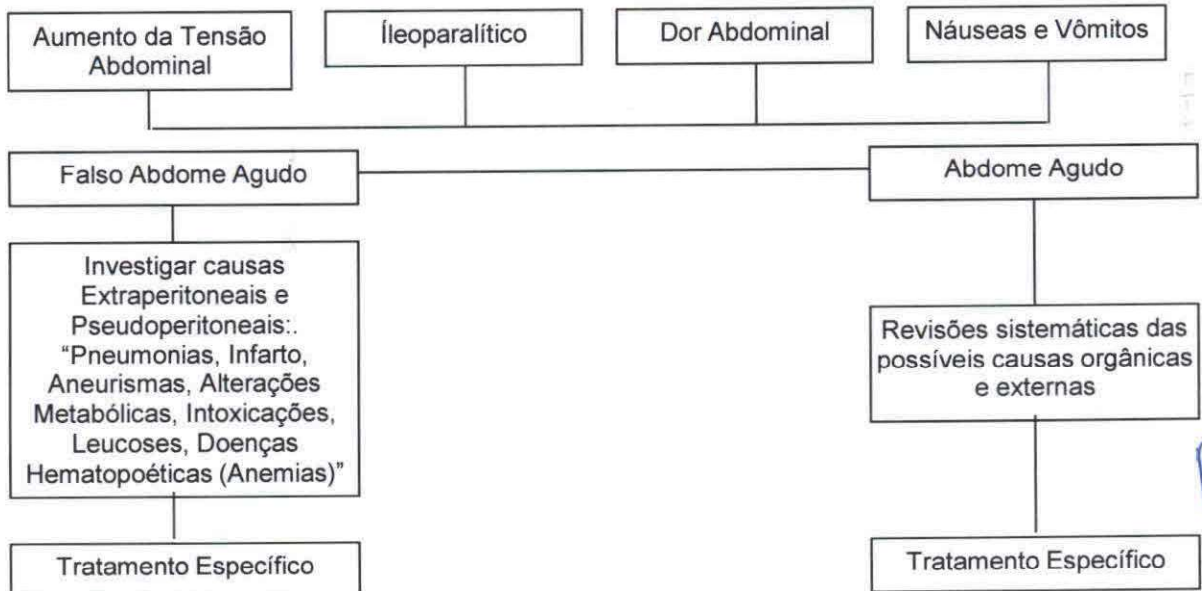
Hemograma Completo
 Glicemia
 Creatinina
 Coagulograma.
 EAS
 Ecografia Abdominal Superior ou Total.
 Parecer Cardiológico

9 A

OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS



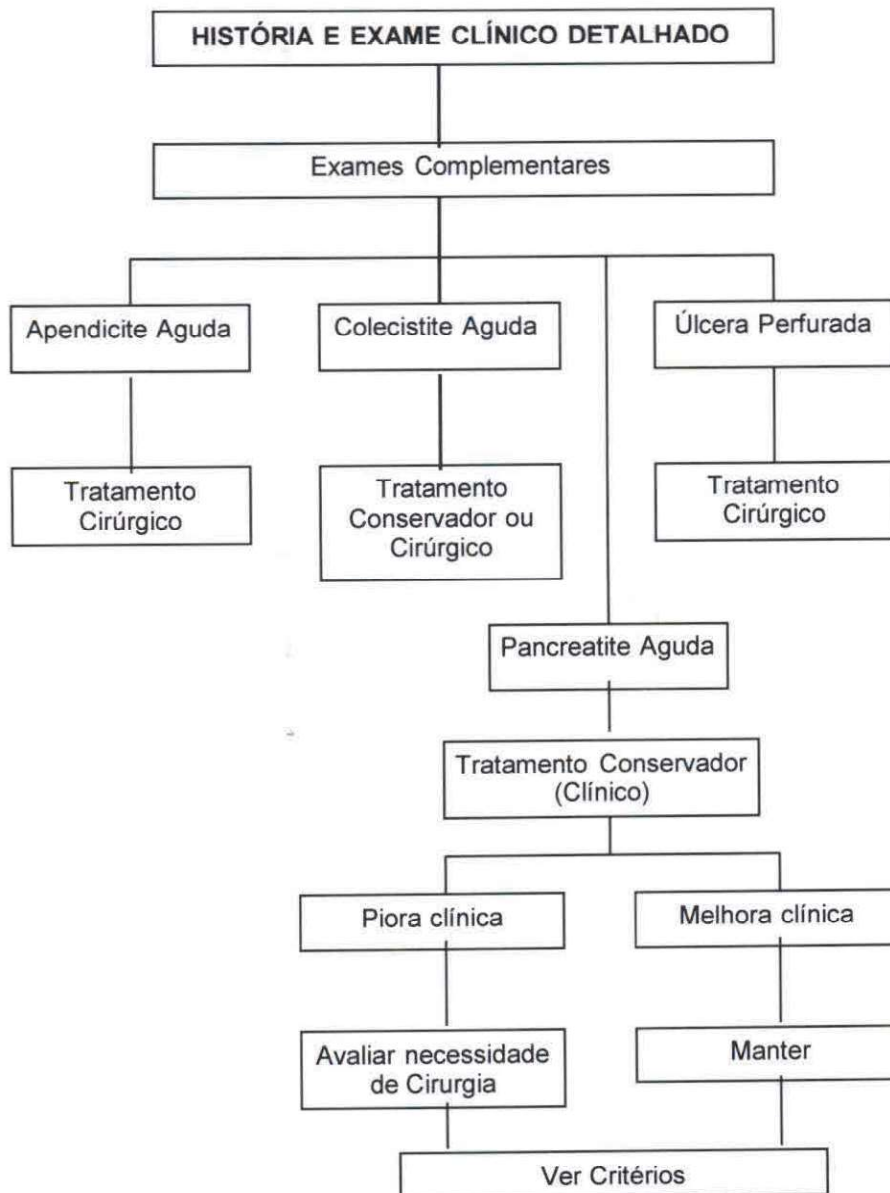
OBS:

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.

Handwritten signature



ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

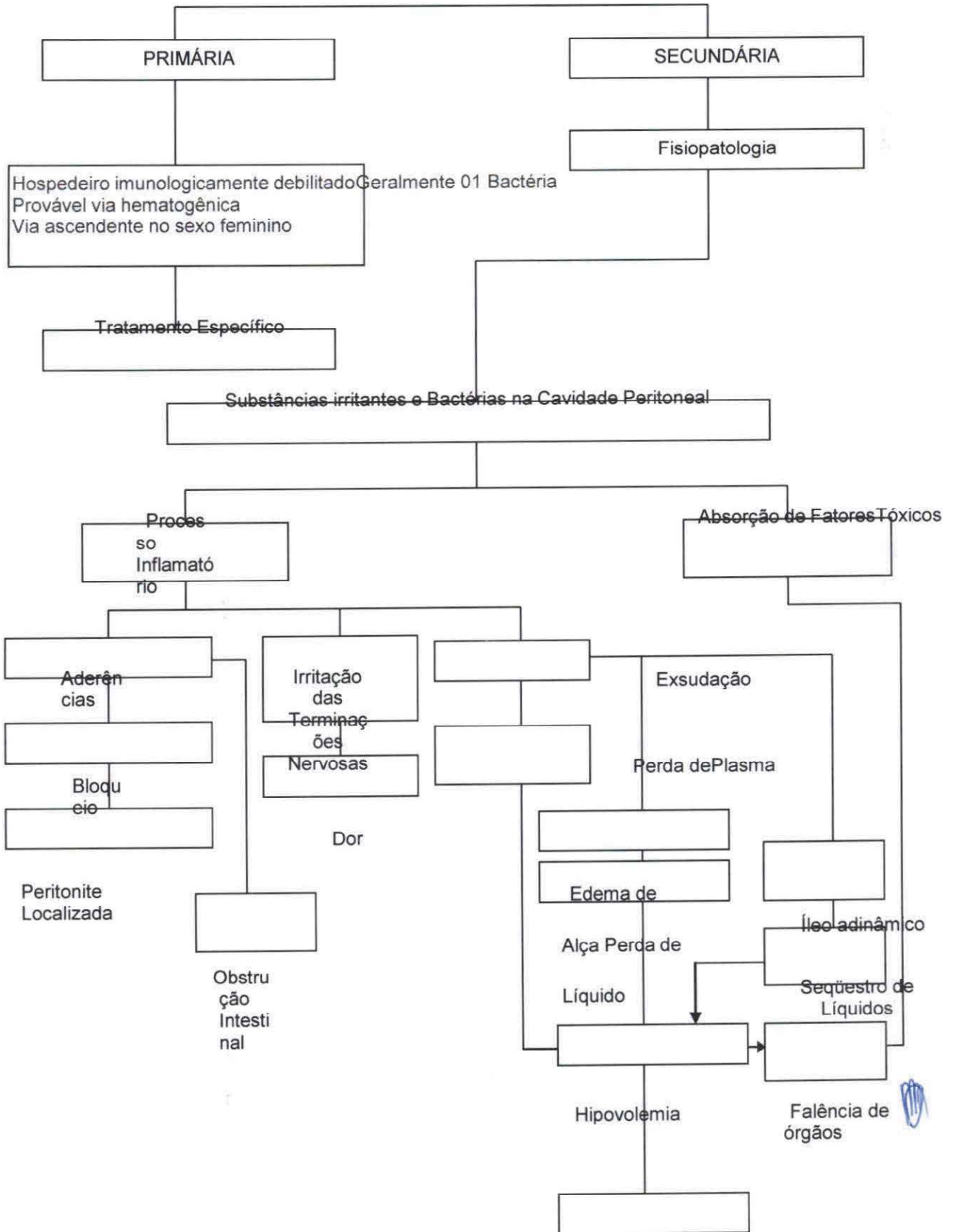


OBS:

Prevenir o choque

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

PERITONITES



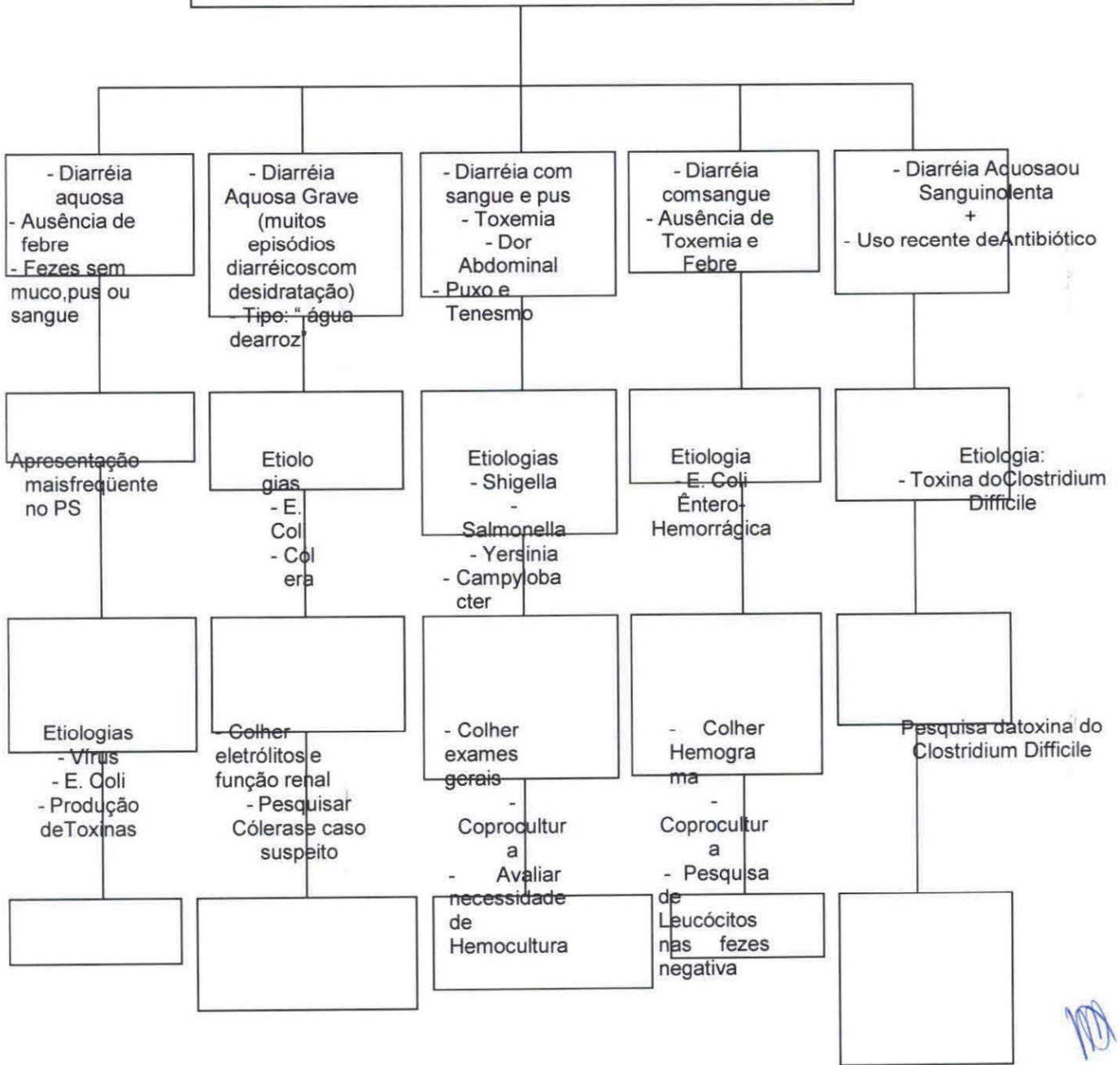
CHOQUE

117

GA

DIARRÉIA AGUDA

PACIENTE COM DIARRÉIA AGUDA NO PRONTO SOCORRO



Tratamento de suporte (*)

- Reidratação vigorosa
 - Se epidemia de Cólera: antibioticoterapia

- Hidratação
 - Suporte Clínico
 - Antibioticoterapia (**)

Tratamento de Suporte (*)

- Suspender Antibióticos
 - Metronidazol ou Vancomicina oral apenas para quadros graves

Handwritten signatures and initials in blue ink.



(*) - Tratamento de Suporte

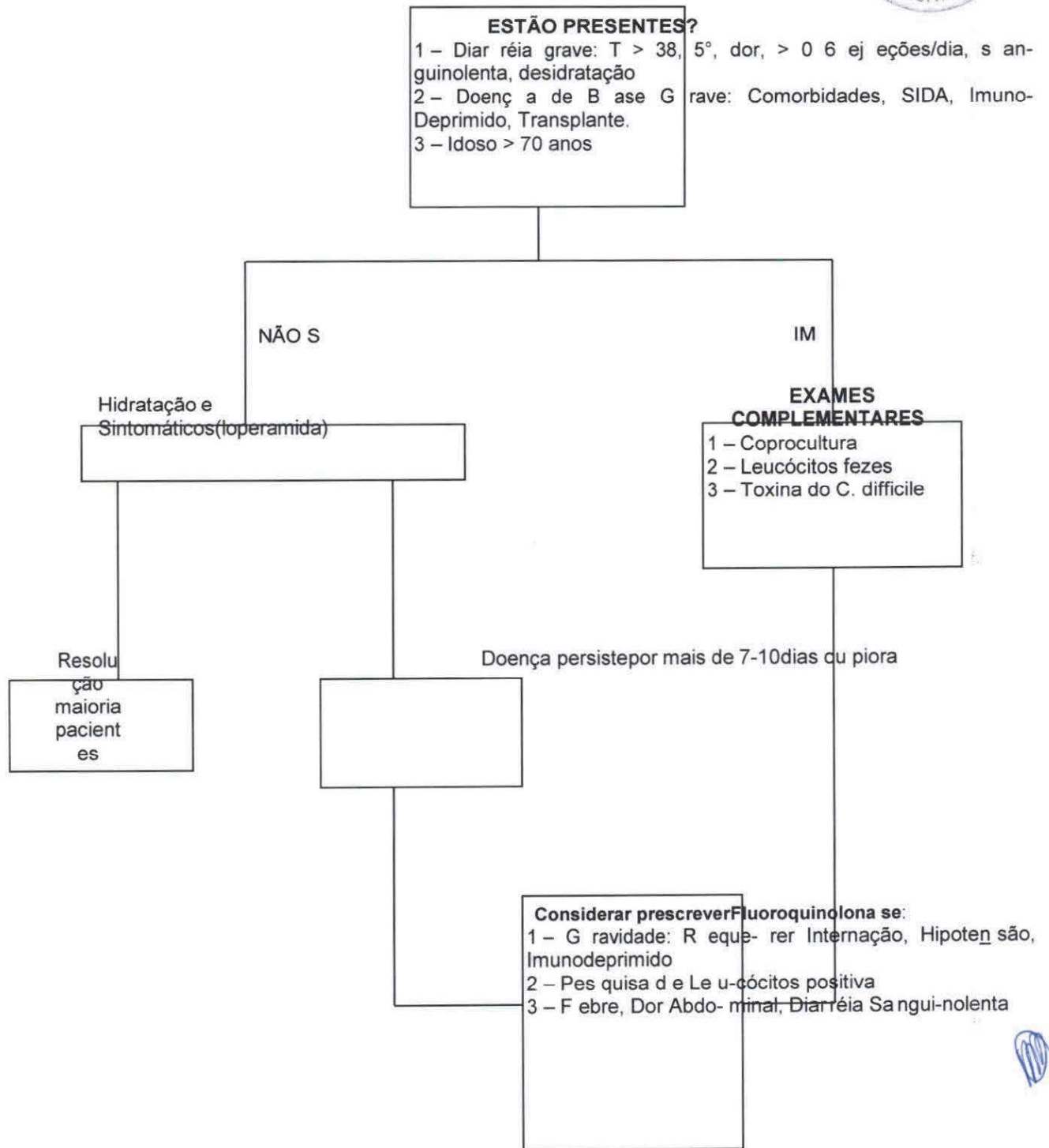
- 1 - Dieta sem leite ou derivados
- 2 - Soro Oral
- 3 - Hioscina 20 mg/ml

() – Antibióticoterapia Oral**

- 1 – Sulfametoxazol +Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h
- 2 – Tetraciclina 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 Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Anti Gasometria arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrólíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides Observar débito urinário e PVC Identificar e tratar a hipovolemia Identificar e tratar a oligúria bióticos*

CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)

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

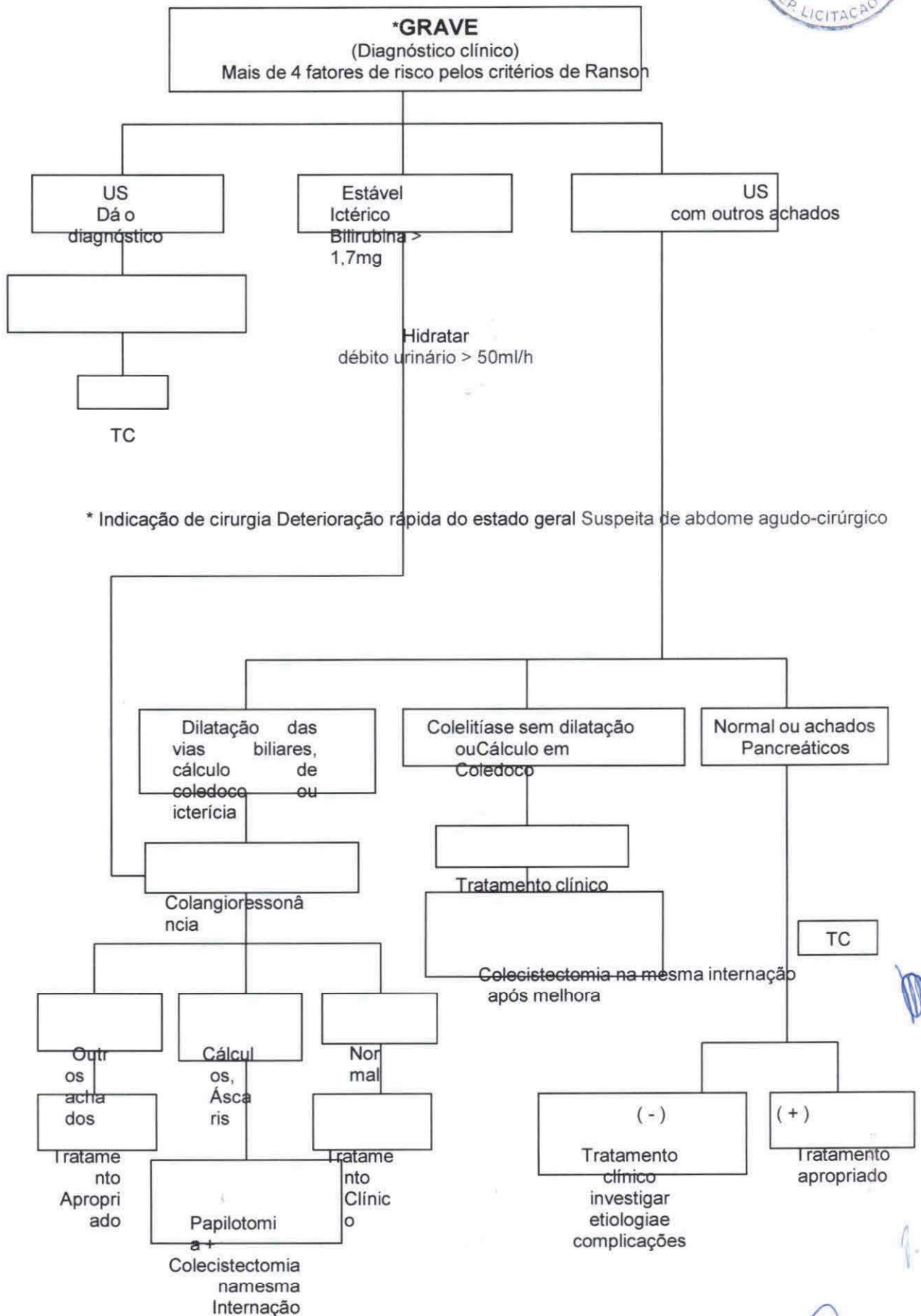
Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)

ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/ fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO ₂ > 40% e/ou PEEP > 5cm H ₂ O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático C	IVD.
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



Handwritten signature and initials in blue ink.



(+) = Achado
Anormal(-) =
Normal

20/10/2023

15/10/2023

10/10/2023

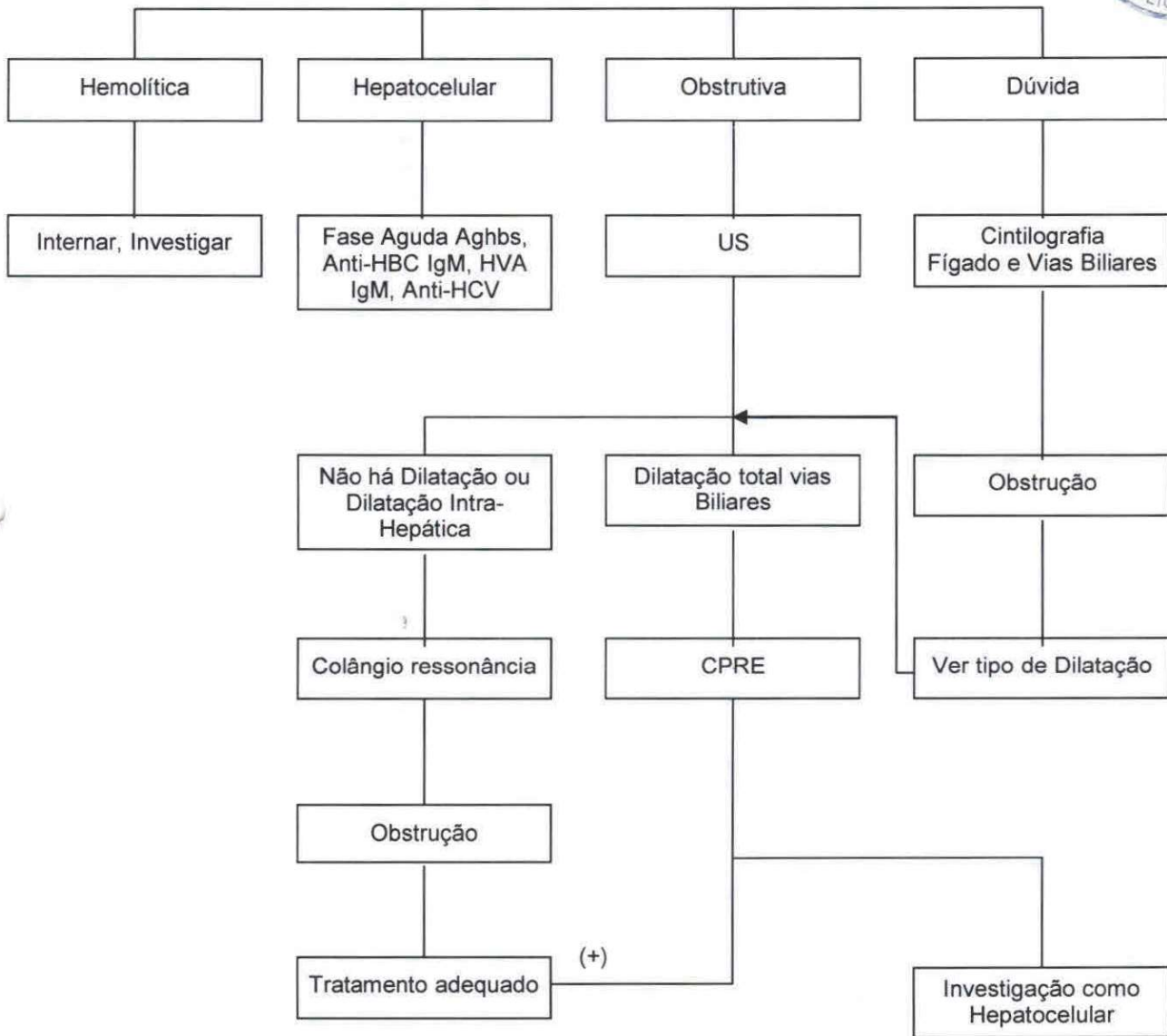
05/10/2023

01/10/2023

27/09/2023

20/09/2023

ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal(-) = Normal

EXAMES

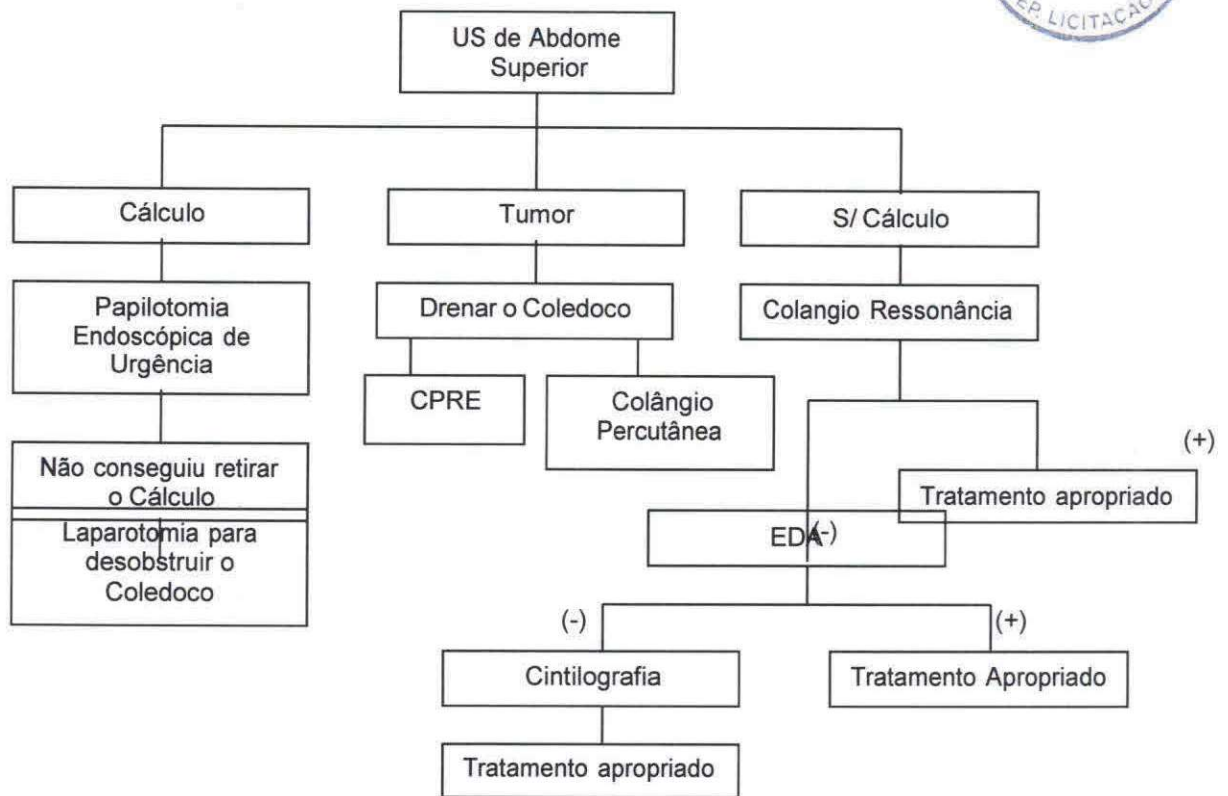
Hemograma/plaquetas
 Sumário de urina
 Amilase
 Tempo de Protrombina
 Transaminases, Gama
 GT

MEDIDAS GERAIS

Venóclise Sintomáticos Vitamina K 10mg/ dia

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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

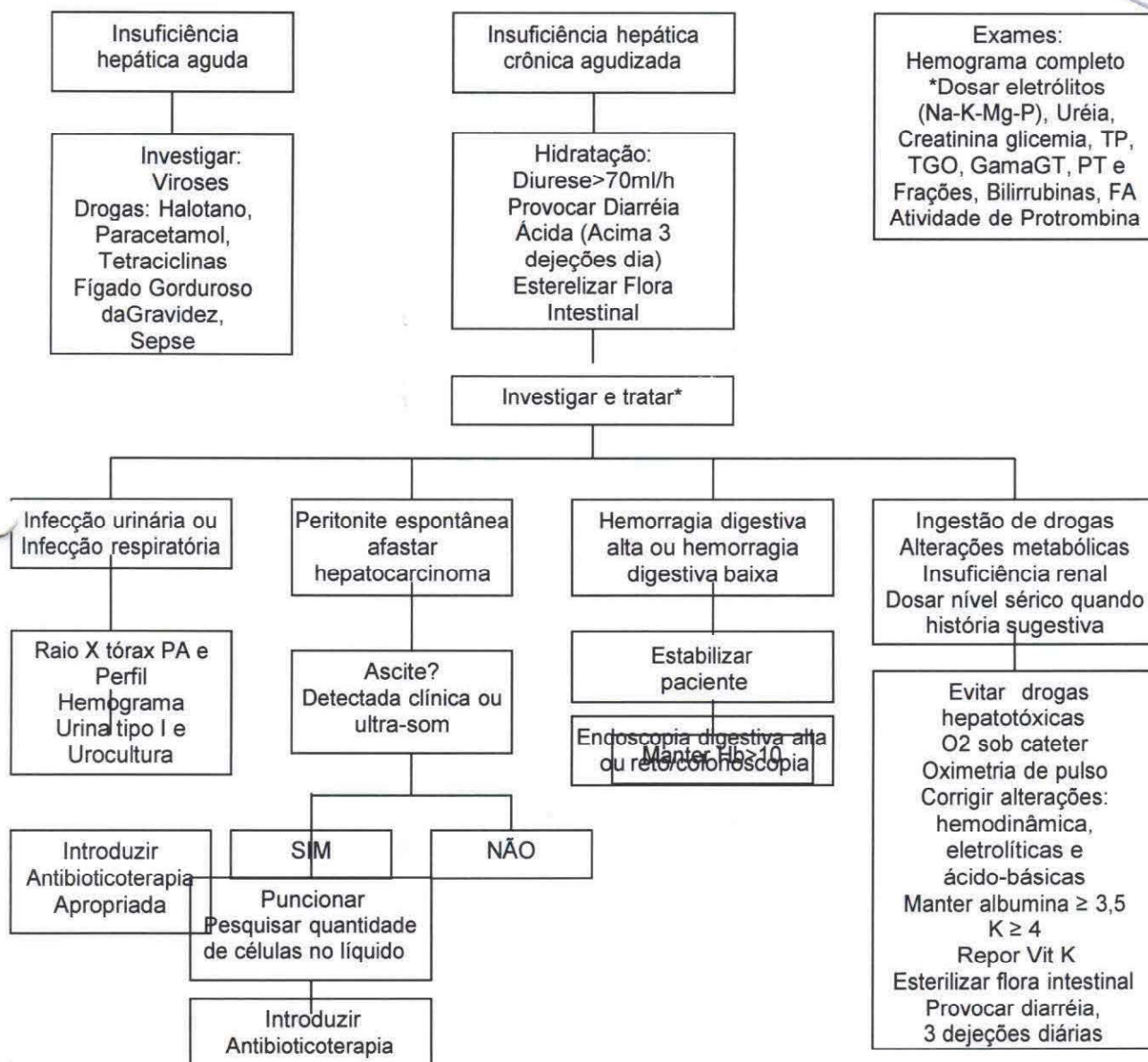
PaO2 > 70

Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas, Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(*) Desobstruição – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

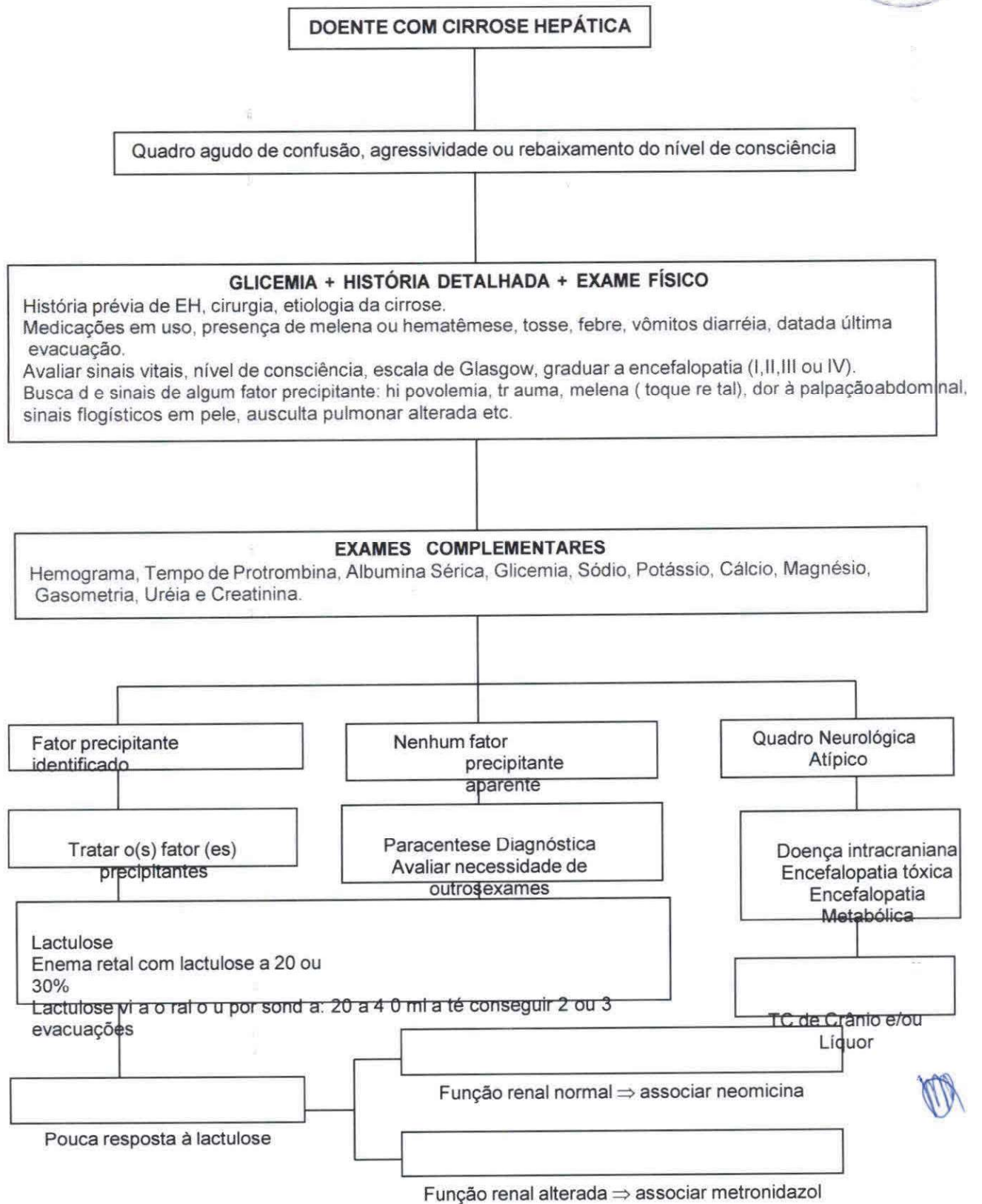


CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS: A		B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

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

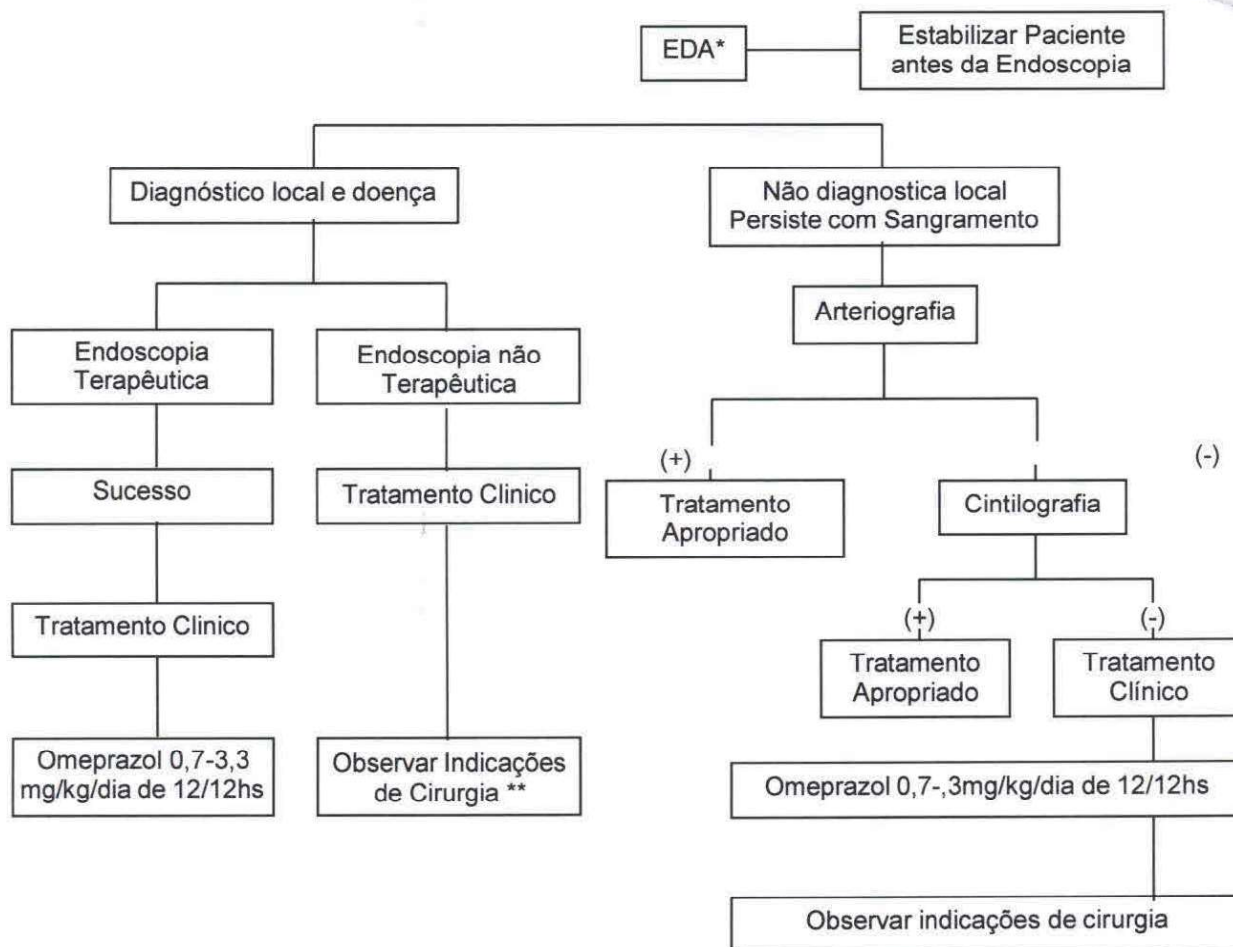
Handwritten signature

ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



g d

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



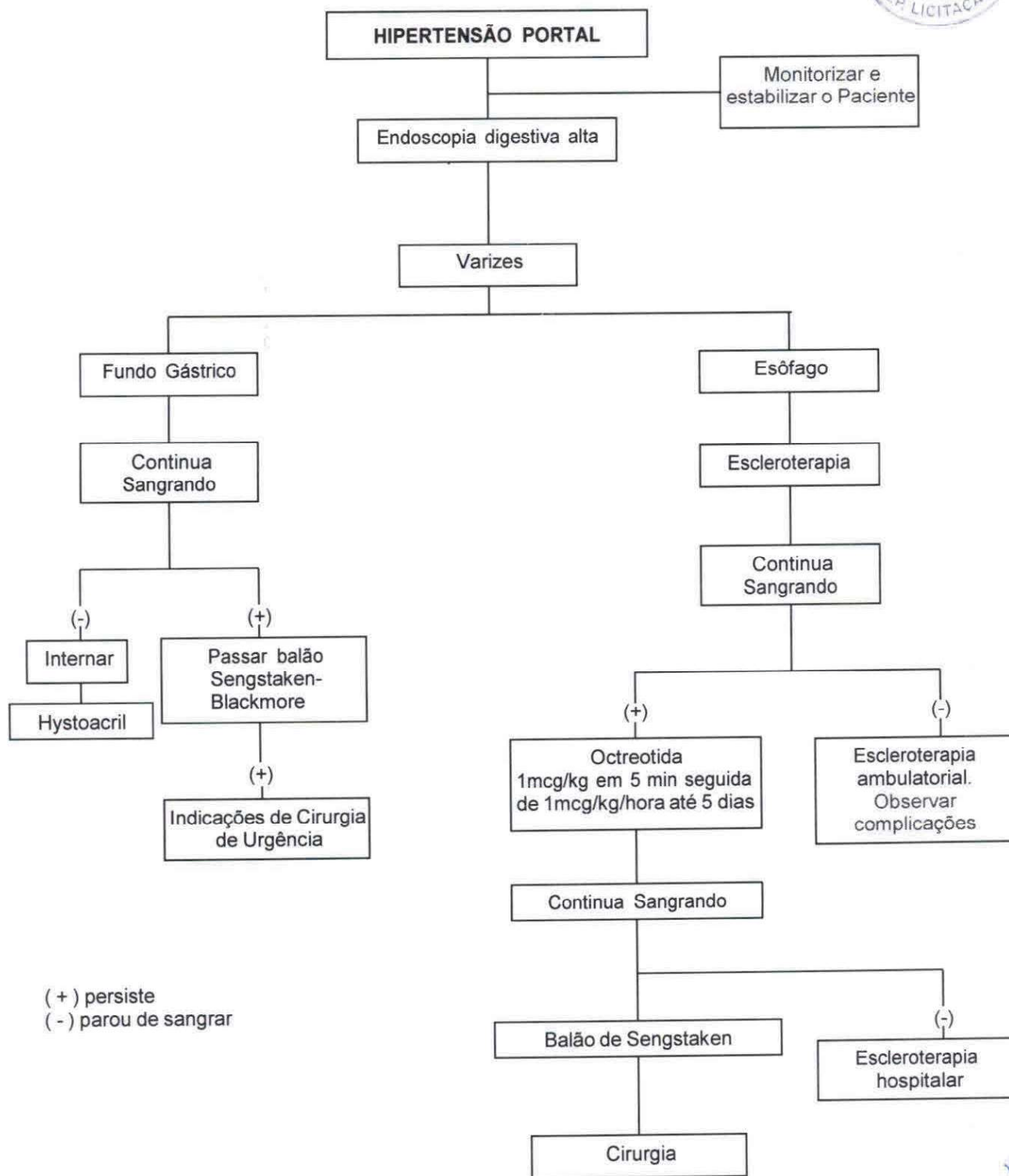
** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, para 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 o sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local (-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

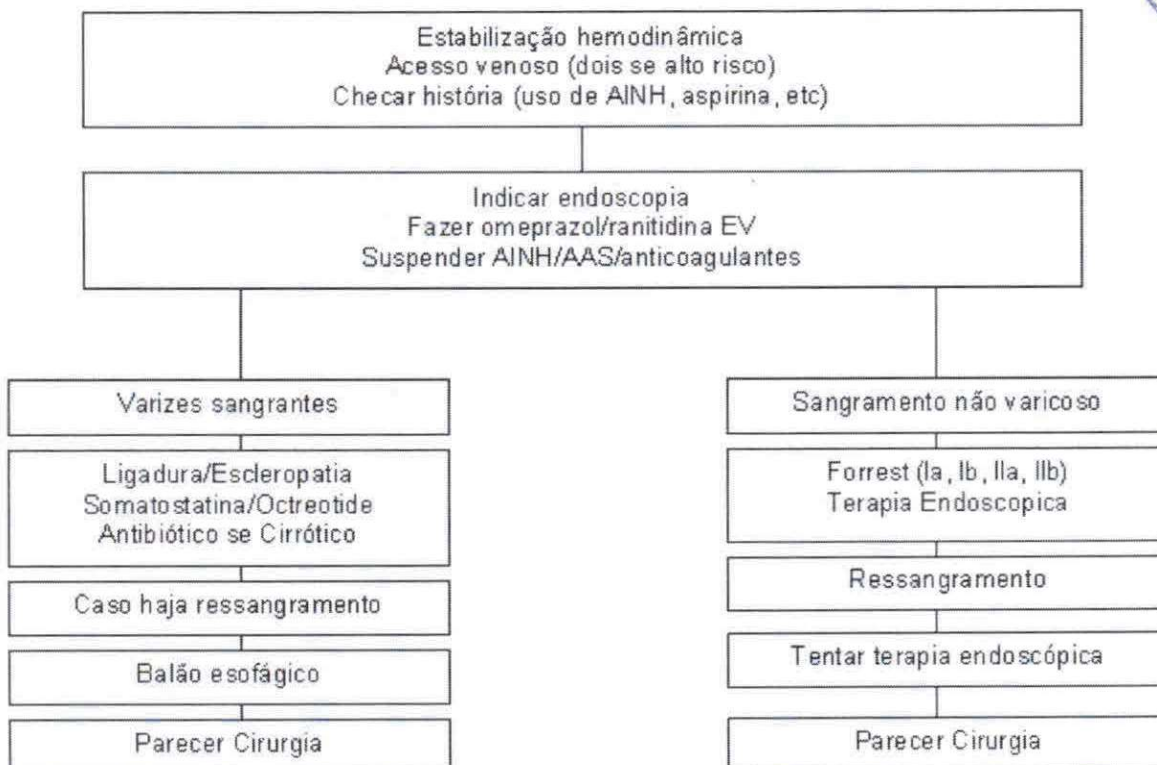
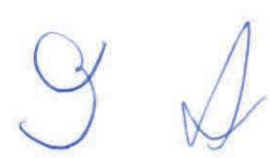


TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM

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

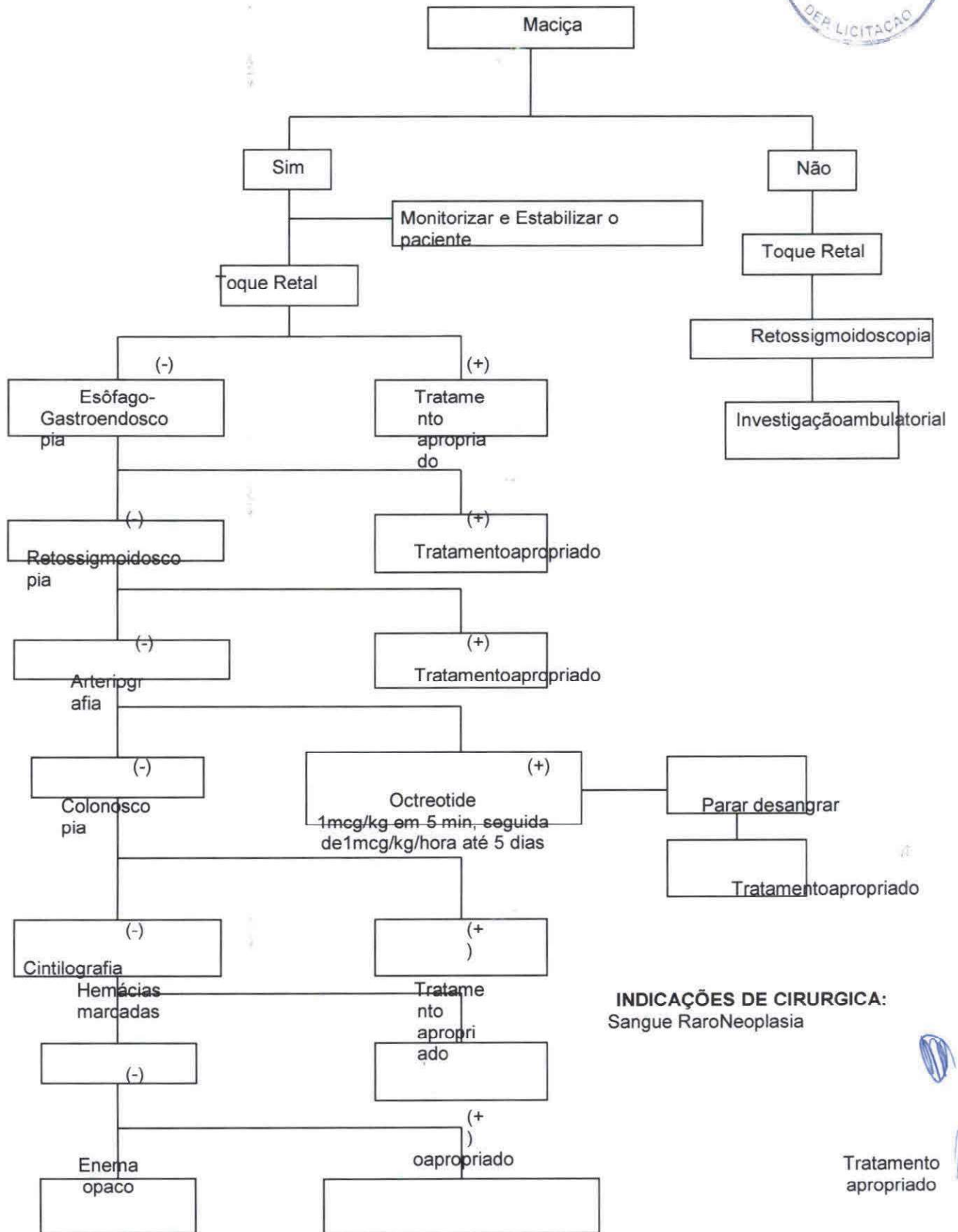
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA

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





HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



INDICAÇÕES DE CIRURGIA:
Sangue Raro
Neoplasia

Tratamento apropriado

(-)
Tratament

(+)
Manter tratamento,
Observar indicações de

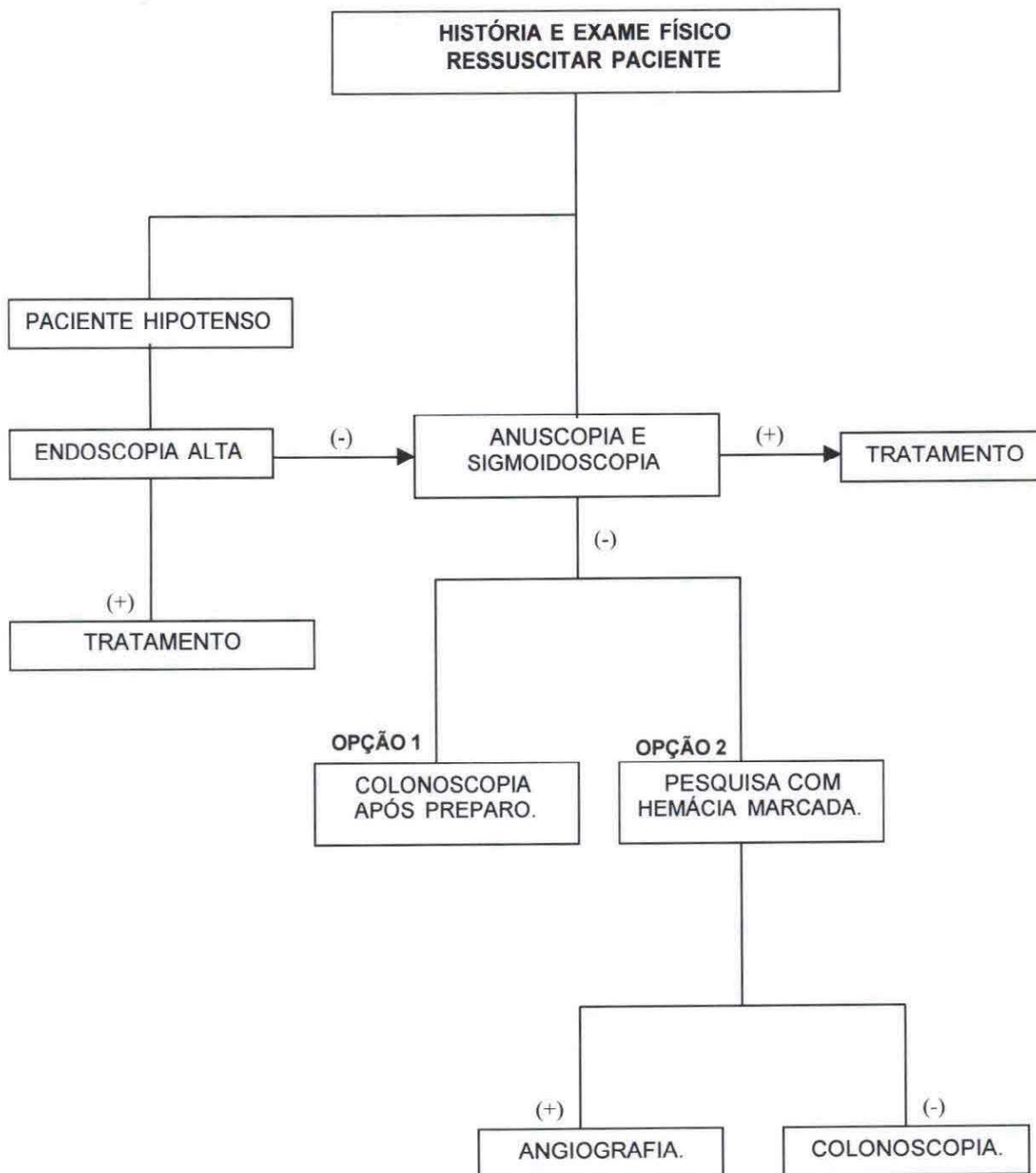


cirurgia.

Necessidades de Transfusão de Sangue
de 8/8 horas Sangramento com ob
strução ou perfusão
Sangra, pára, sangra.

g d

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

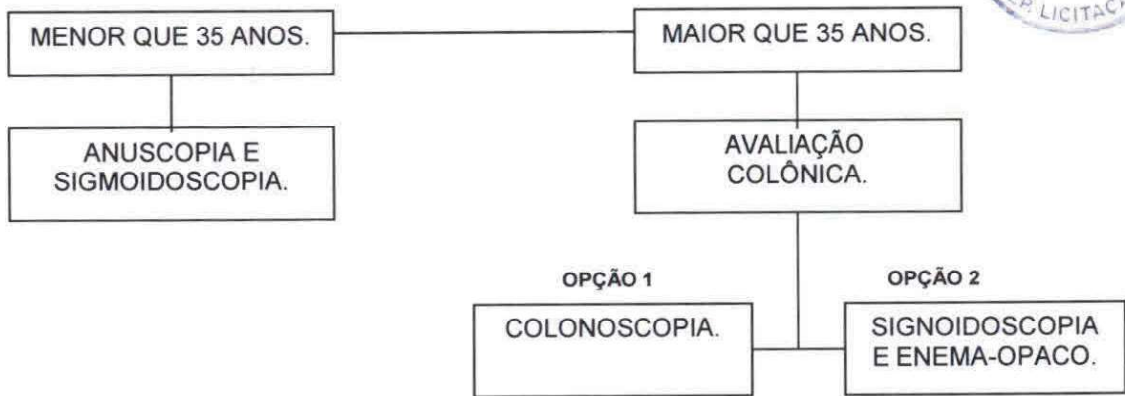


* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

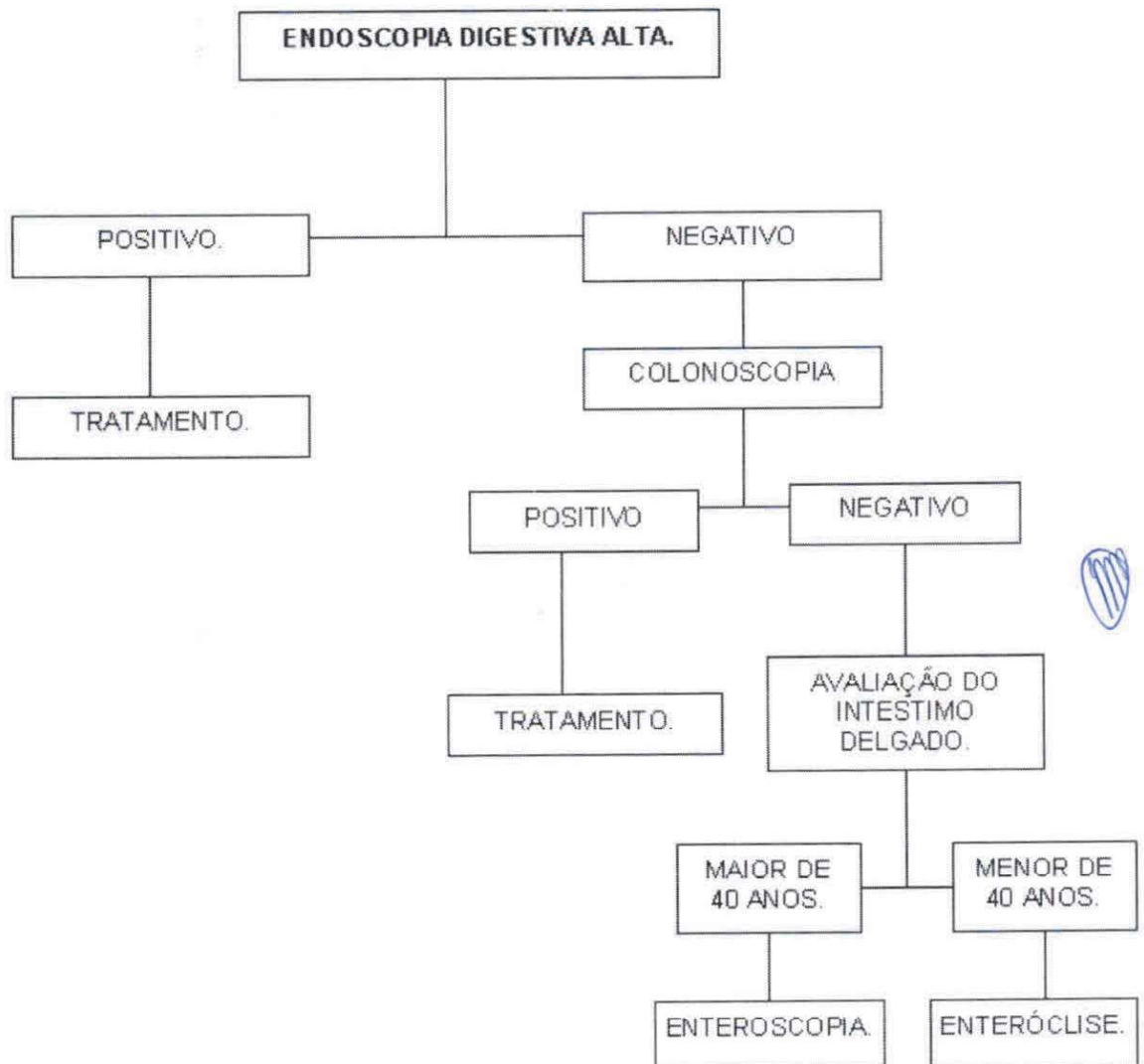
Handwritten signature



HEMATOQUEZIA



MELENA



INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

Ingestão de baterias eletrônicas, moedas, brinquedos, próteses dentárias, alimentos não mastigados, pregos etc.

Raios X de Tórax e Abdome

Esôfago

Retirar imediatamente por Endoscopia Digestiva Alta. Tentar retirada de moeda com Sonda mantada.

Estômago

Retirar Baterias e Objetos Ponti Agudos

Distal ao estômago

Controle Radiológico após 4 semanas.

CENTRAL DE TOXOLÓGI A:

TEL: 08007226001

PLANTÃO DE ENDOSCOPI A TEL: 3325-4081

RX

Não passou

Remoção por endoscopia digestiva alta

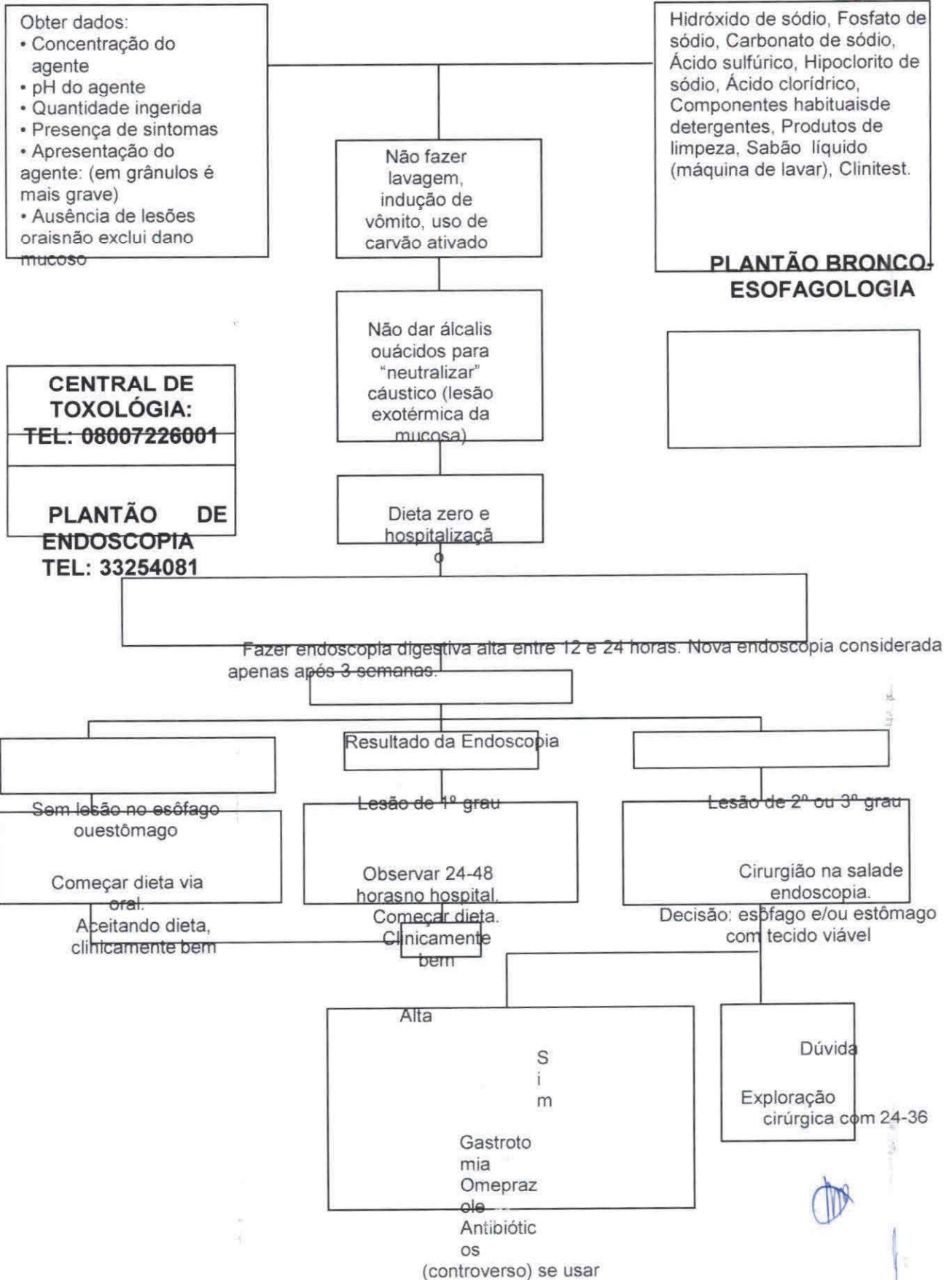
Com sintomas ou permanecido no Intestino Delgado 5 dias

Consulta à cirurgia

Sem sintomas Bateria no mesmo local do colon por 5 dias

Colonoscopia para retirada corpo estranho

INGESTÃO DE CÁUSTICOS



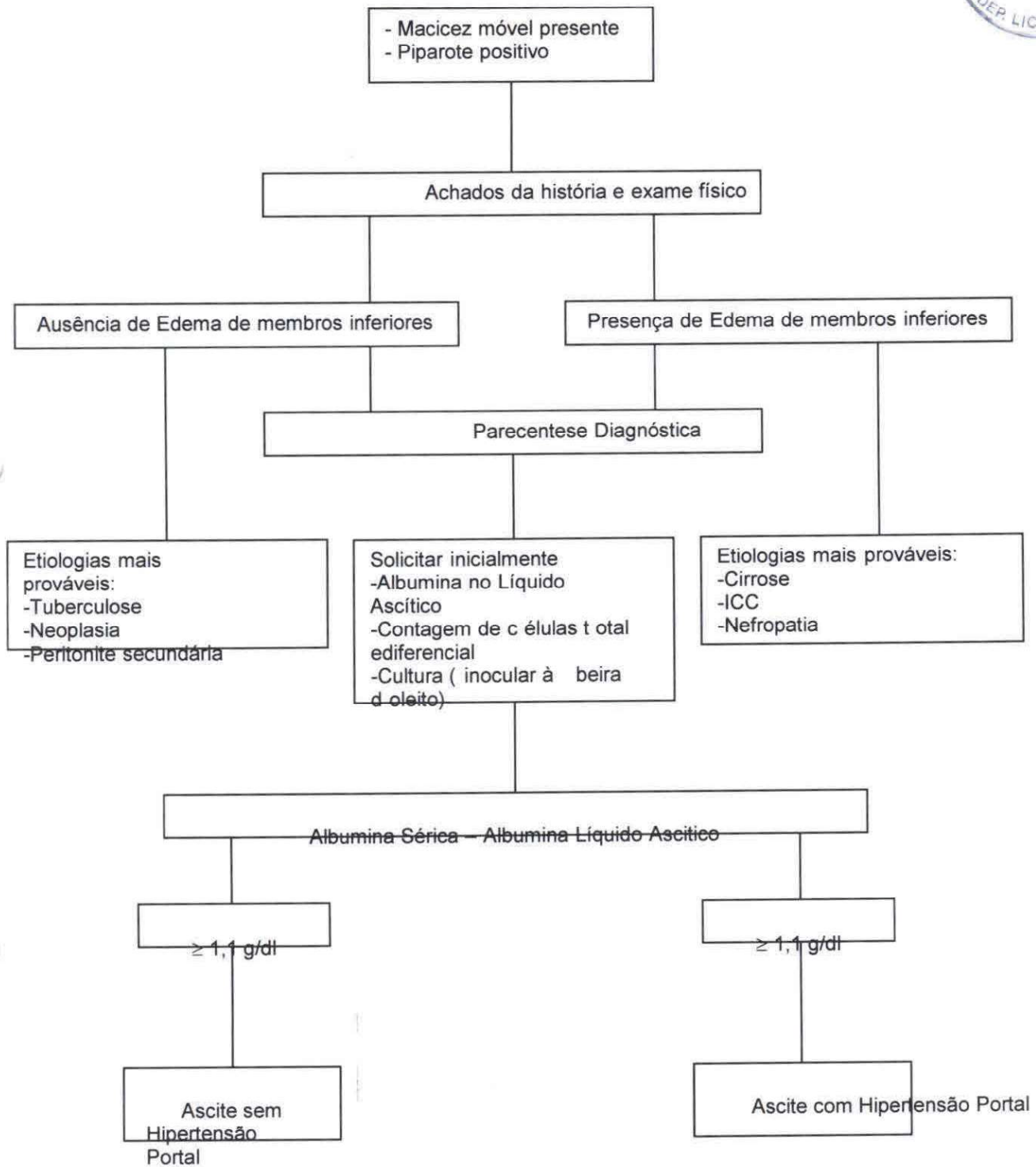
Handwritten signatures and marks in blue ink.



azer ampicilina por 14 dias.
Não usar corticóide
EED (Estudo Radiológico
Esófago) (Estômago e Duodeno)
com 21 dias para avaliar
estenose

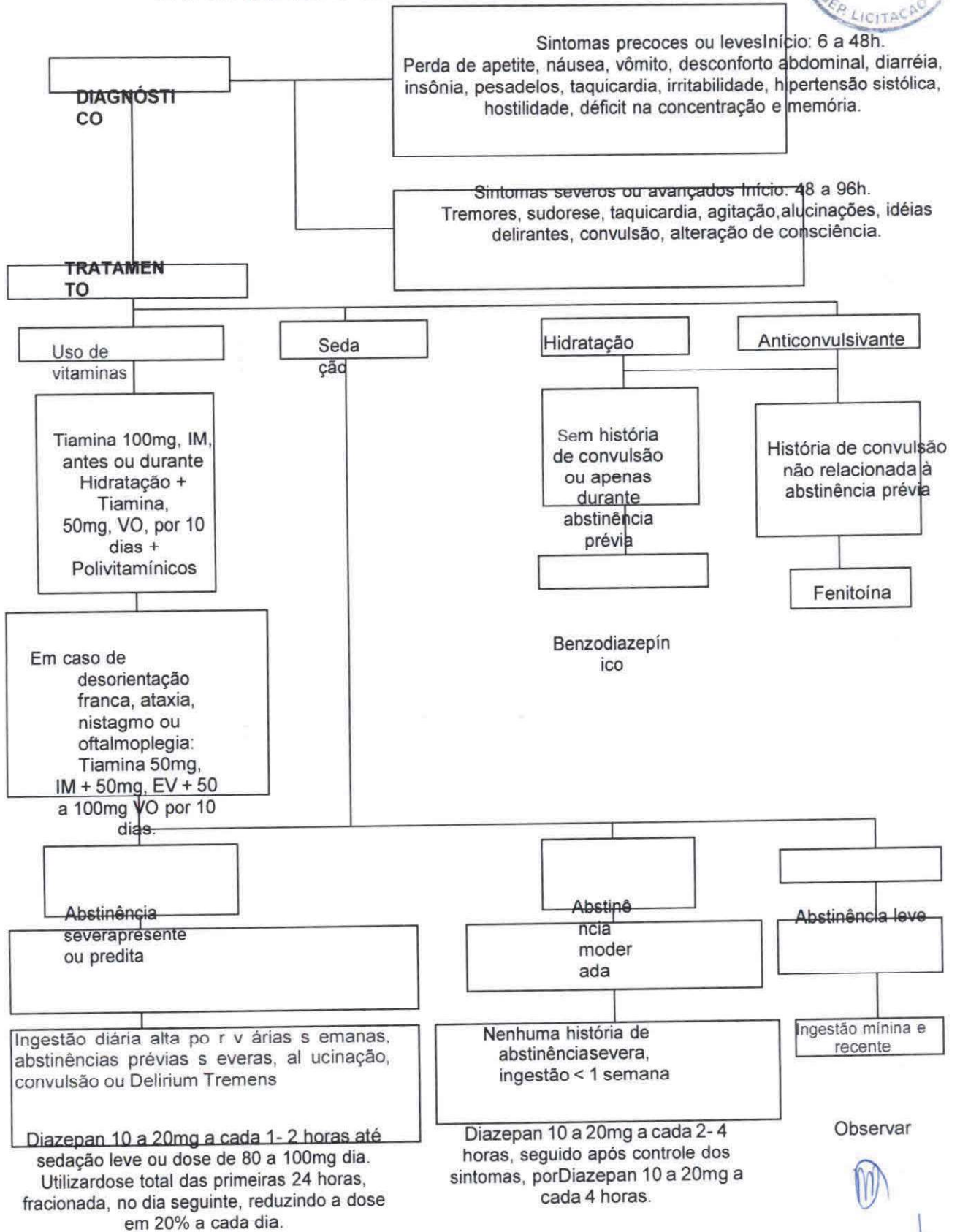
horas
antibióticos

ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



(Handwritten marks and signatures)

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



OBS.:

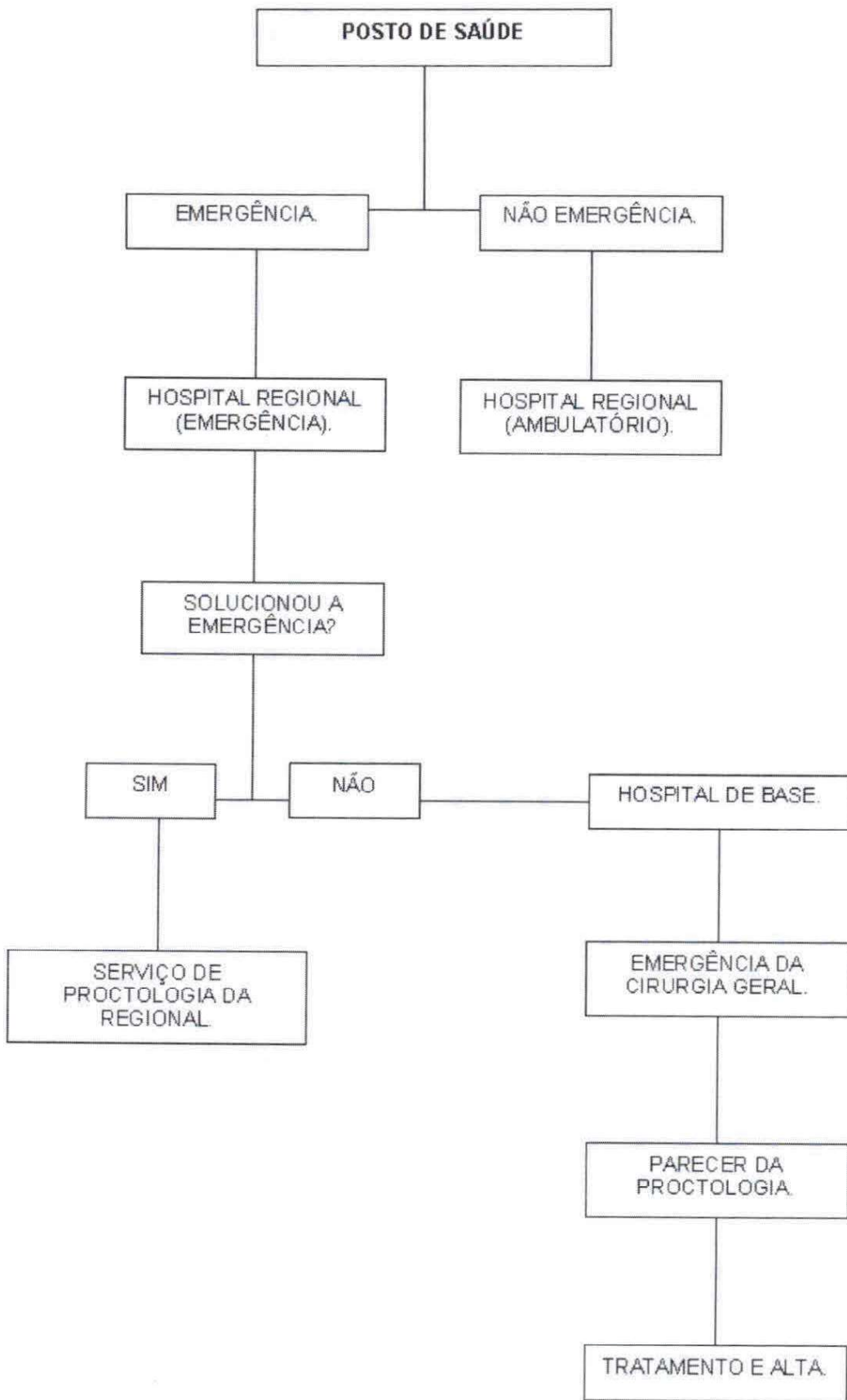
1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);



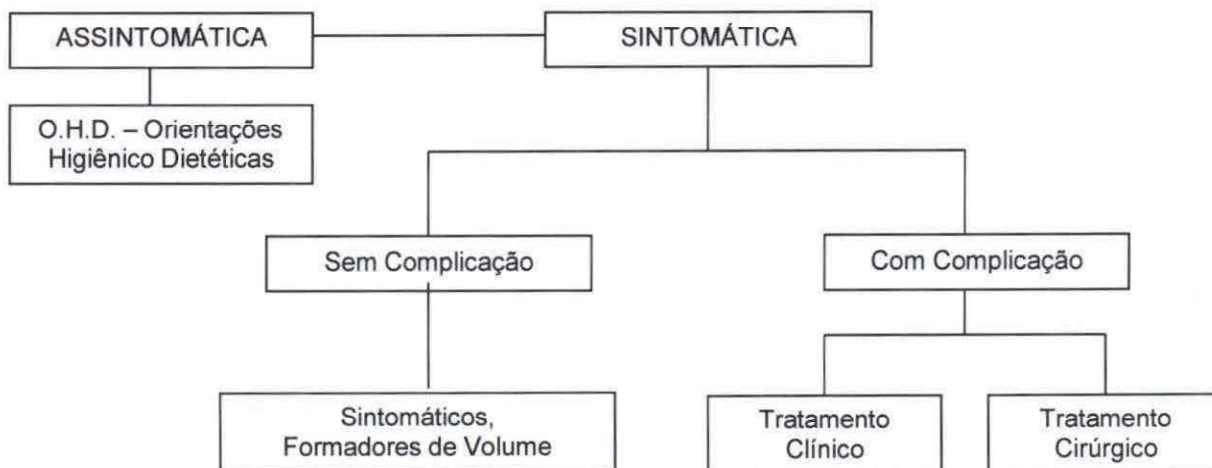
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

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

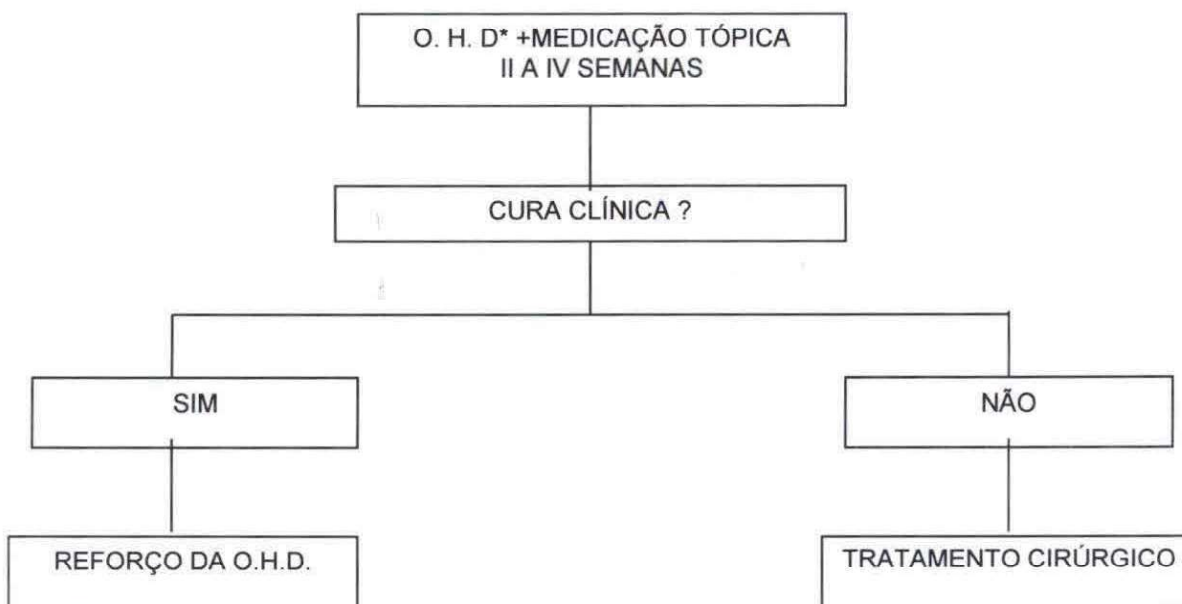


SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Incisão e Curetagem ou Marsupialização.

Anestesia – Local ou Bloqueio Raqui-Medular.

FISSURA ANALIDIOPÁTICA



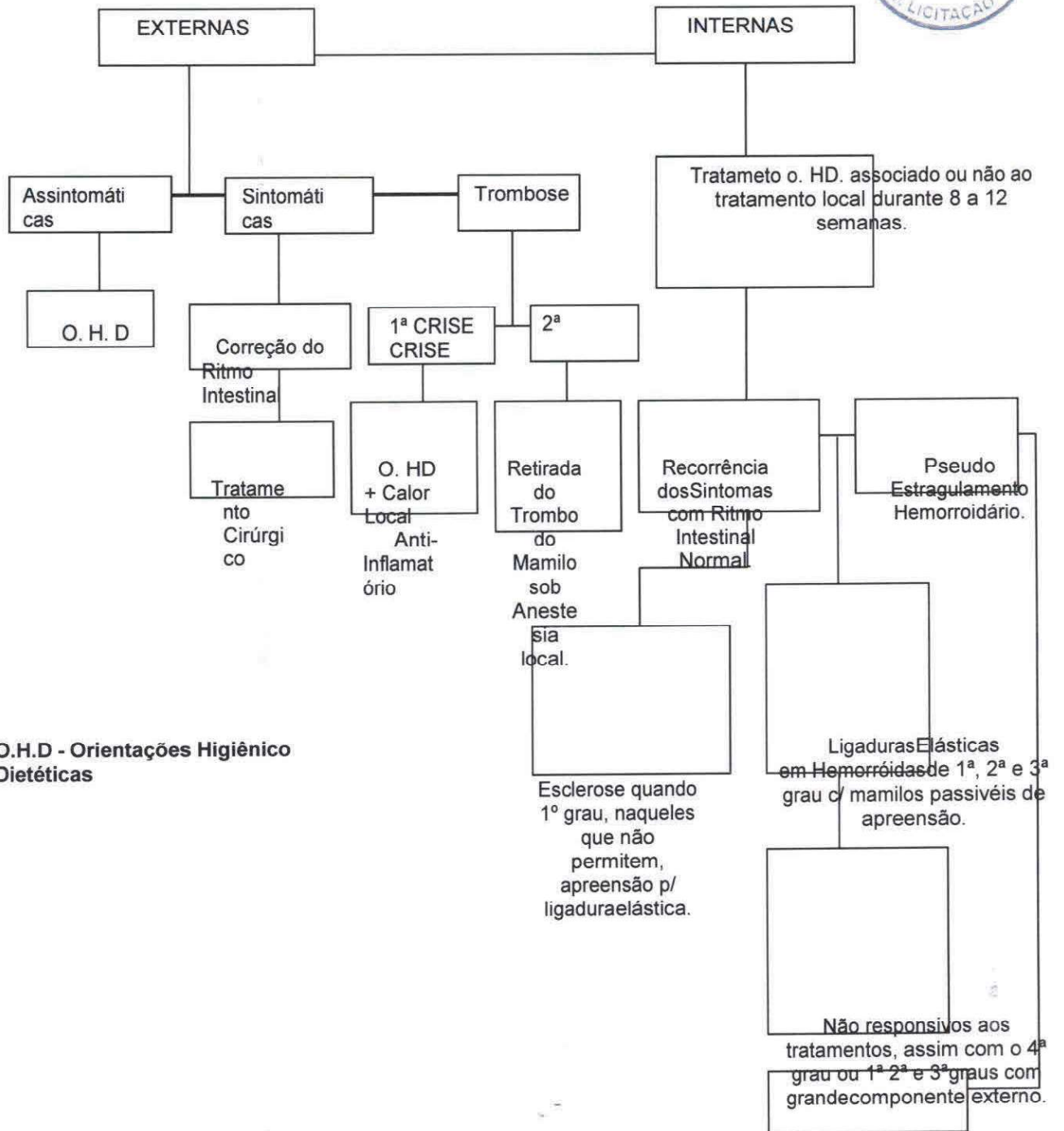
MANOMETRIA – Antes e após tratamento MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide “ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

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

Enviar material para estudo Histopatológico.

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

HEMORRÓIDAS



O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

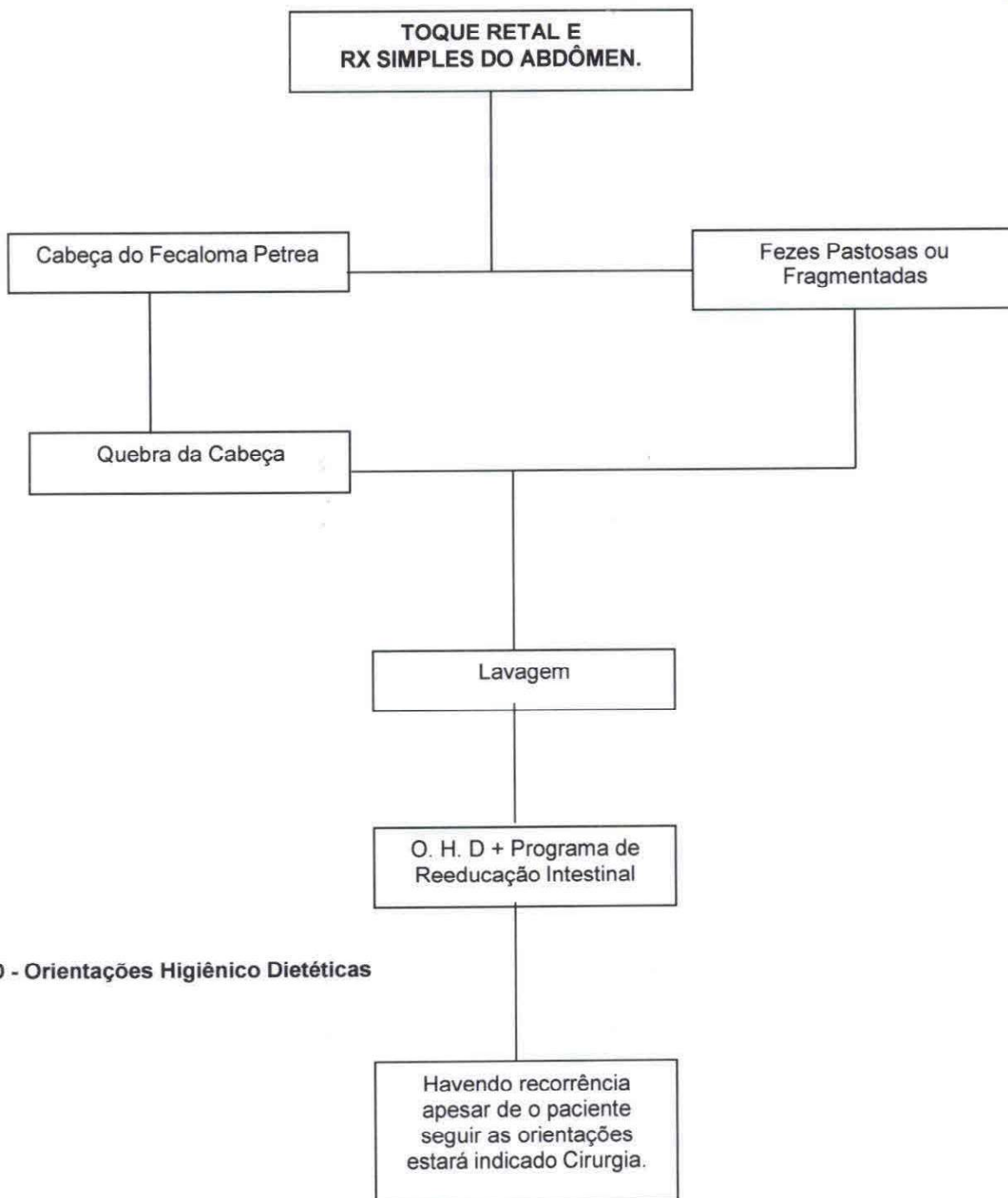
Tratamento Cirúrgico

PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

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

Handwritten signatures and initials in blue ink.

FECALOMA

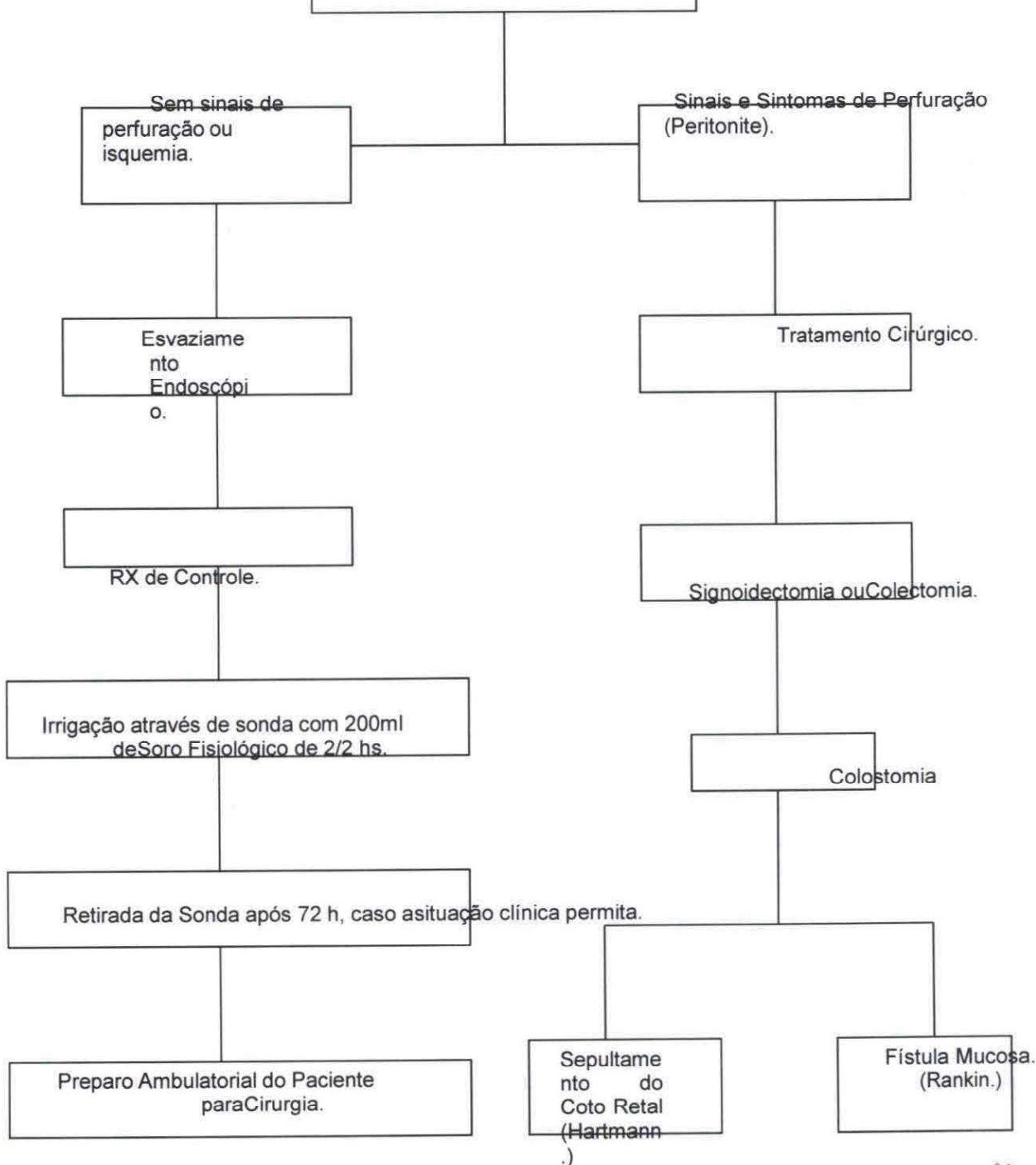


O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

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

VOLVO

AVALIAÇÃO CLÍNICA, RADIOLOGICA E ENDOSCÓPICA.



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

[Handwritten signature]

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

AUMENTO DE URÉIA E CREATININA

História clínica detalhada → (Anti-inflamatório; Contrastes) Exame Físico Cuidadoso → (Toque Retal; Bexigoma) Exames Séricos e Urinários iniciais.

EAS
 Hemograma
 NA, KCl Mg e Fósforo Cálcio
 CPK
 Acido úrico Eletrocardiograma RX Tórax e Abdome ECO Vias Urinárias

Pré Renal

Doença Renal
Intrínseca

Pós - Renal

Melh
 ora
 com
 volu
 me

Urinálise
 Exames
 Séricos
 Outros
 exames

Corrigir a obstrução rapidamente

Doenças
de Grandes
Vasos

Doenças
de Pequenos
Vasos

Necrose
Tubular
Aguda

Doença Aguda Túbulo-
Intersticial

Trombose Artéria
 Renal
 Ateroembolismo
 Trombose de Veia
 Renal

Glomerulonef
 rite SHU /
 PTT*
 HAS
 acelerada
 Maligna

Isquêmica
 Toxinas
 Endógenas
 Toxinas
 Exógenas

Nefrite Intersticial
 Bilateral
 Pielonefrite

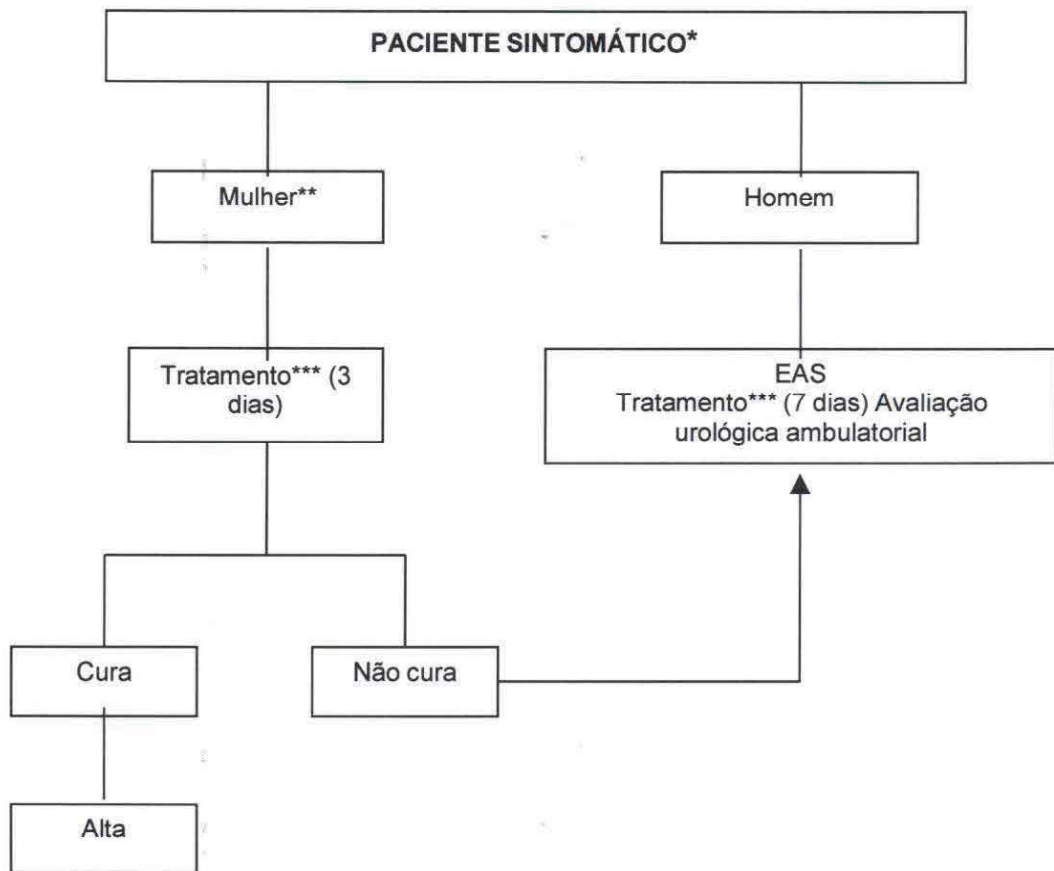
*SHU: (Síndrome Hemolítico - Urêmica)

*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 em 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

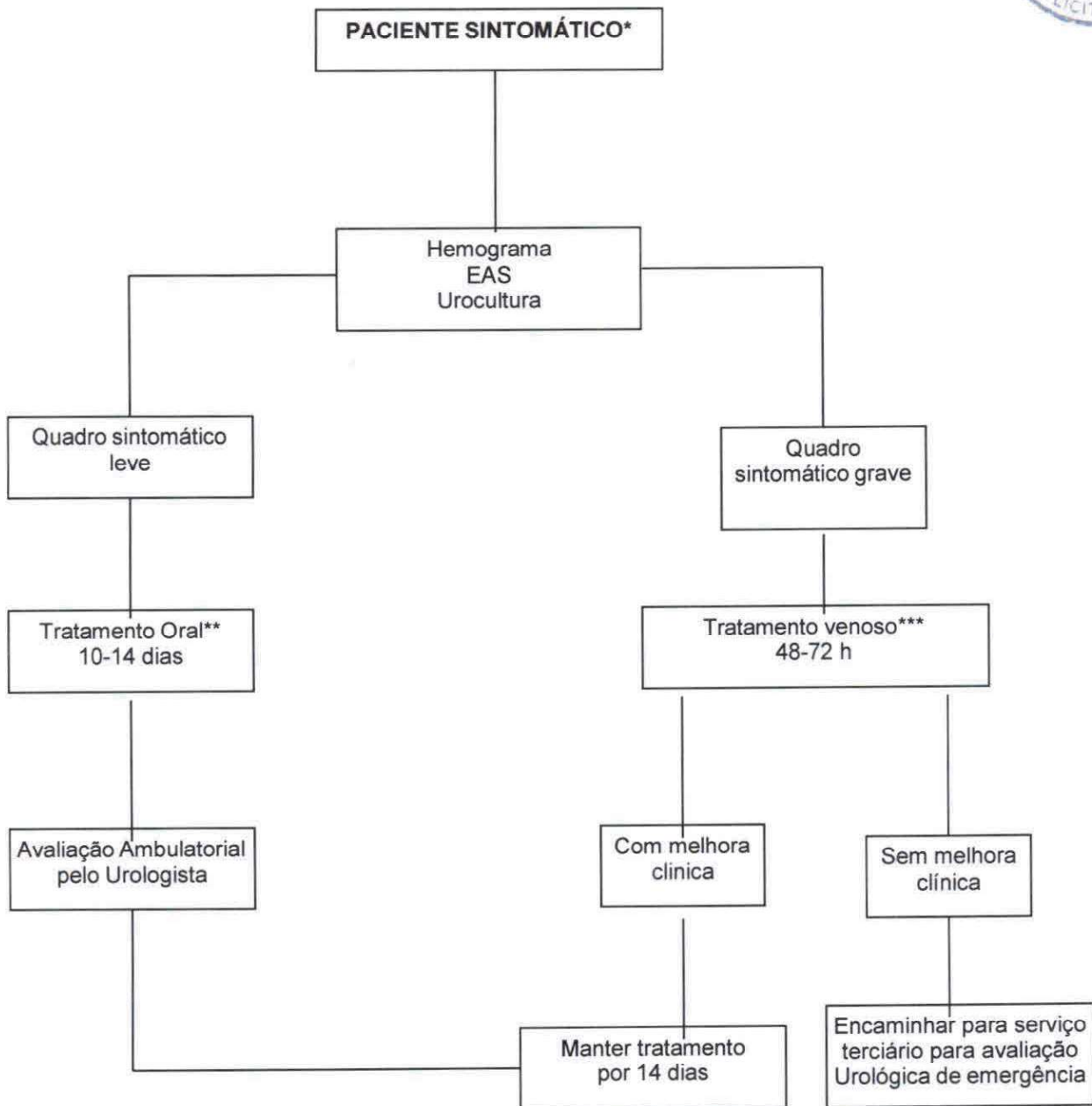
**Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

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

***Quinolomas, fluorquinolonas e sulfá - 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.

*** Cipr ofloxacino, Ampicilina-sulbactam, Am inoglicosídeo, 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:

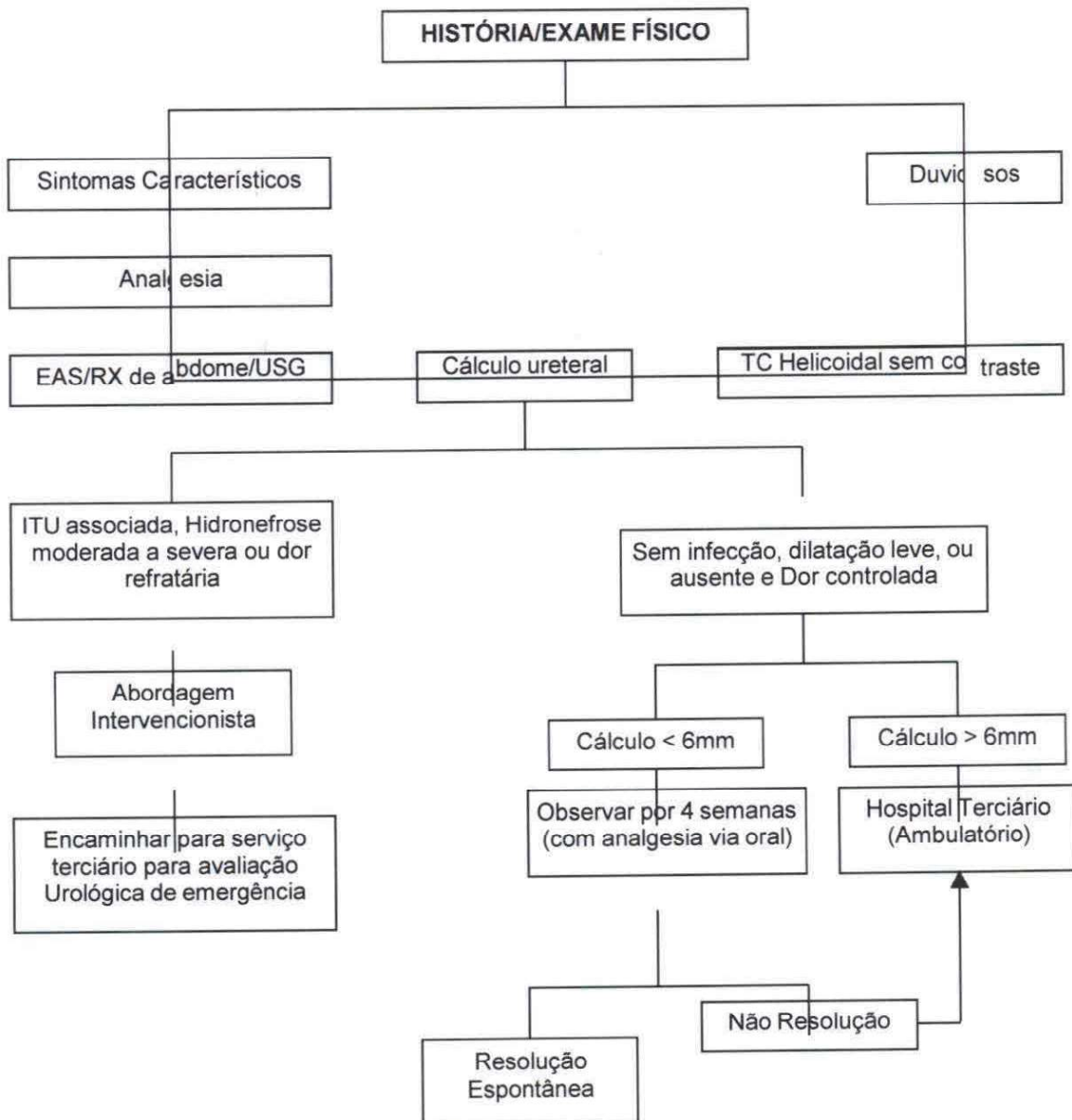
- Dipirona 03 mLEV - Hioscina 02 mL
- Água destilada 10 mL

IM - Diclofenaco sódico 75 mg

A metoclopramida pode ser adicionada a este esquema.

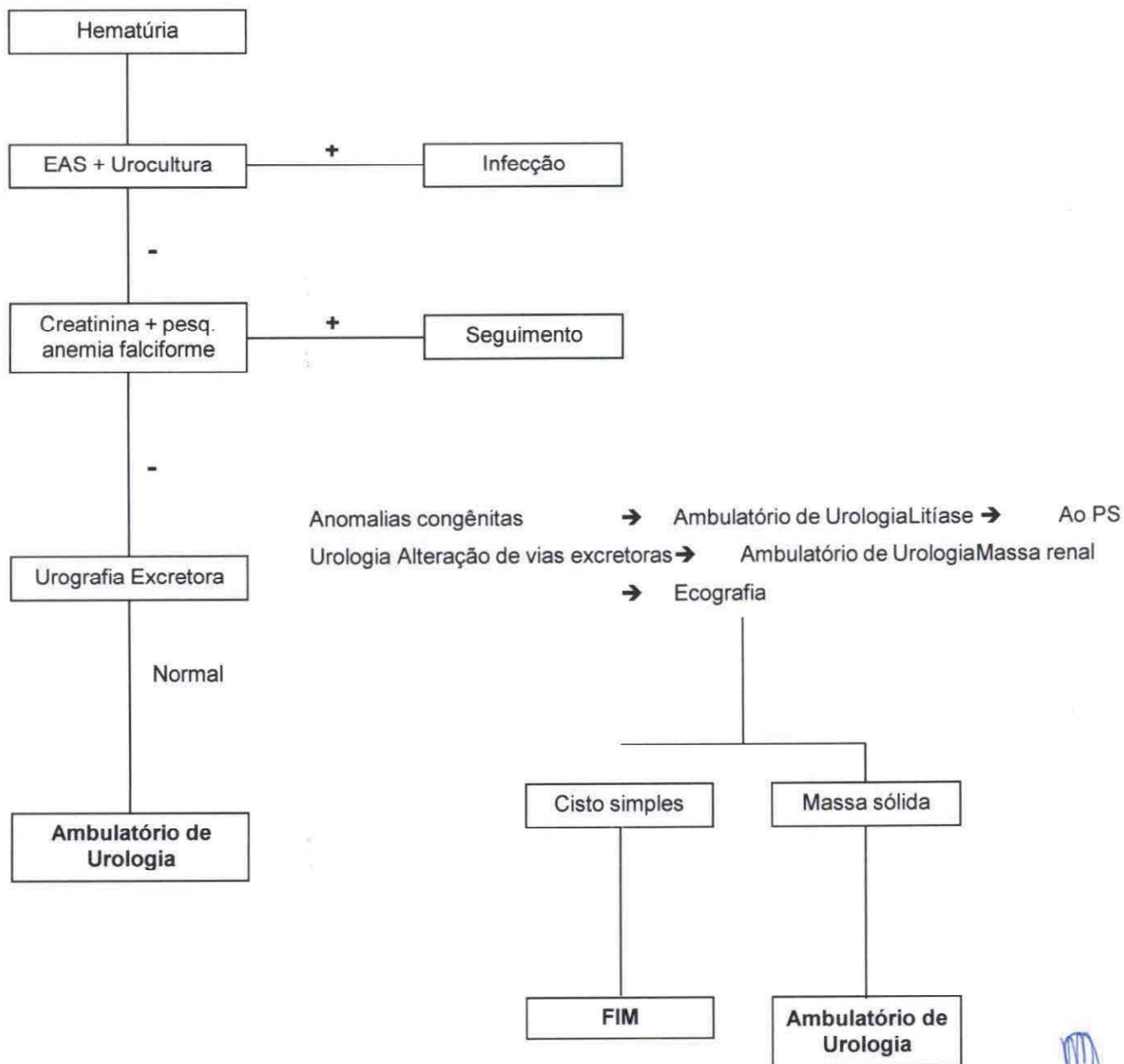
Quando não for conseguida resposta adequada deve ser associado opióide.

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

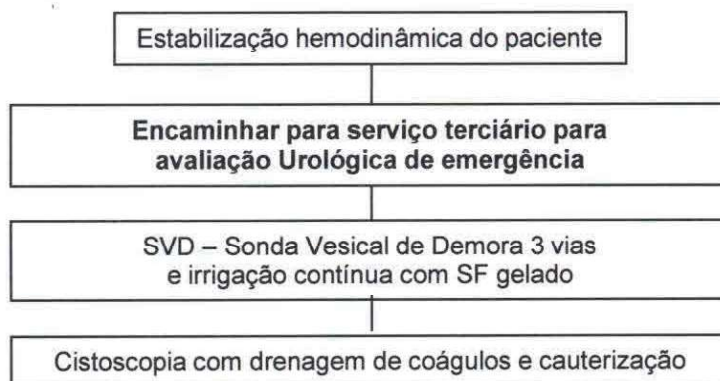


HEMATÚRIA

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 significantes e 13% são representados por neoplasias.

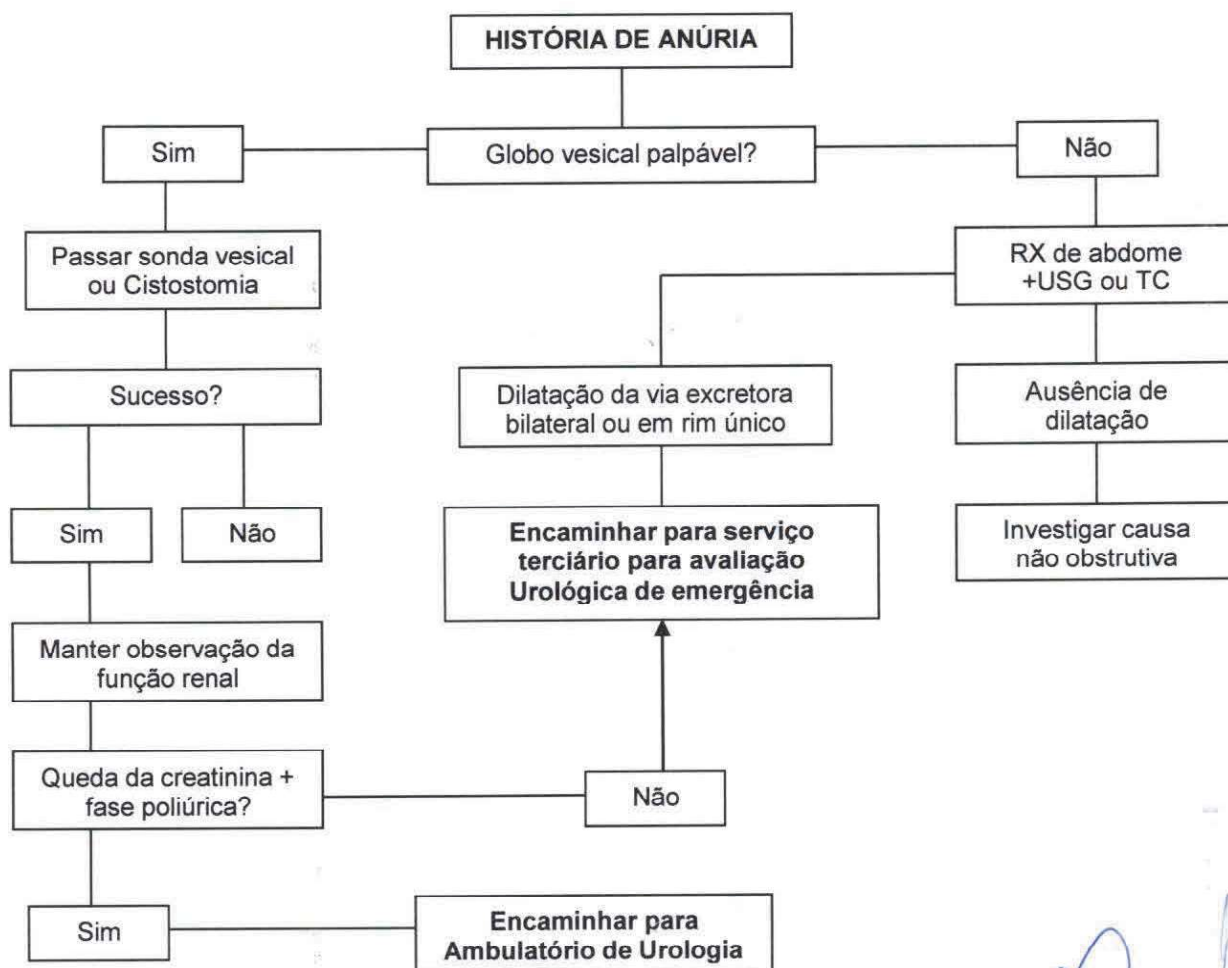


HEMATÚRIA MACIÇA



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 cateteris-mo 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.

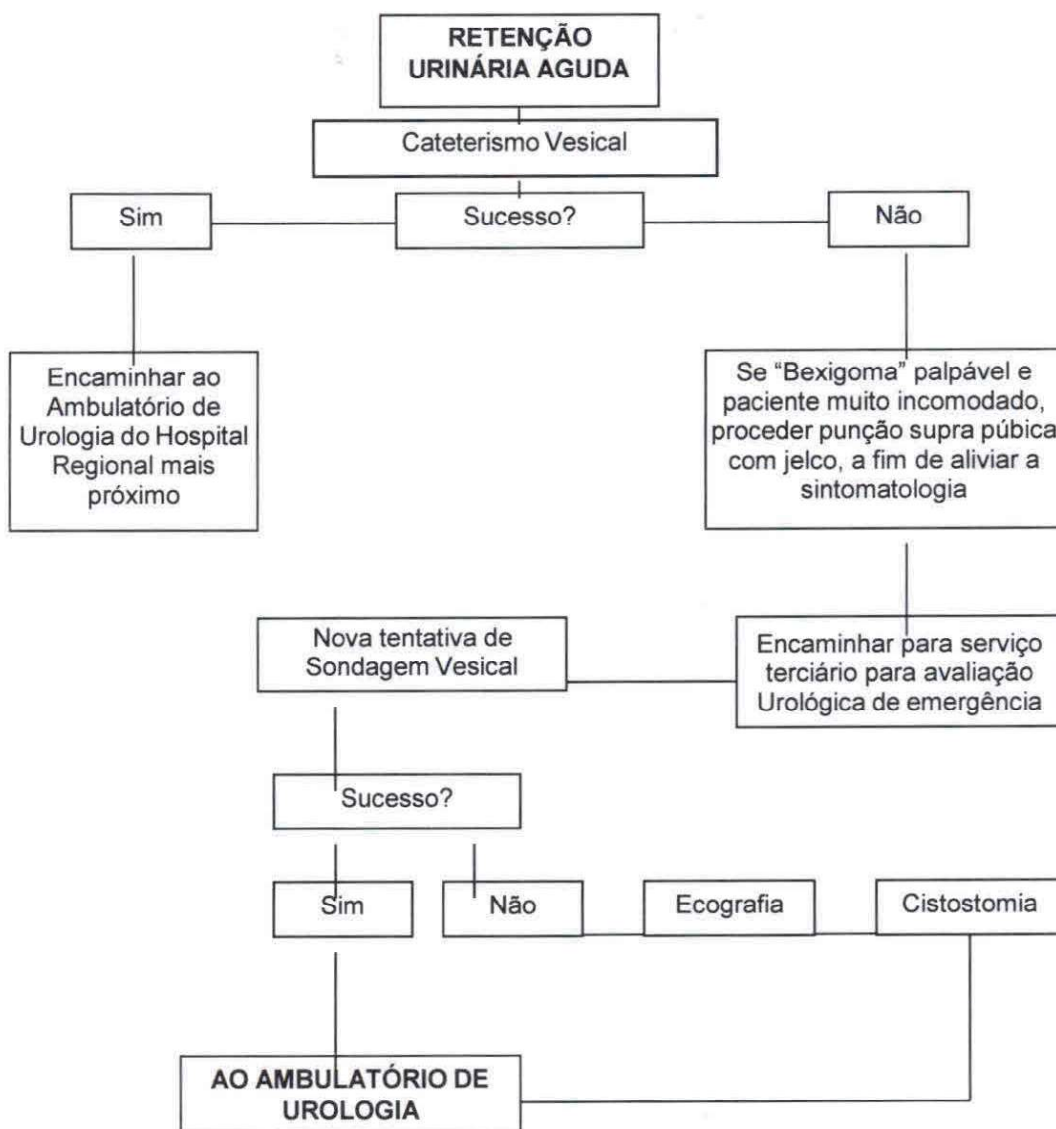
A passagem do cateter deverá ser efetuada sem resistência.

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, ~~esta~~ este 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 O_2 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, pouca 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 encaminhamento 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 encaminhamento 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 em caminhar 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 alicate 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: orquite epididimite 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

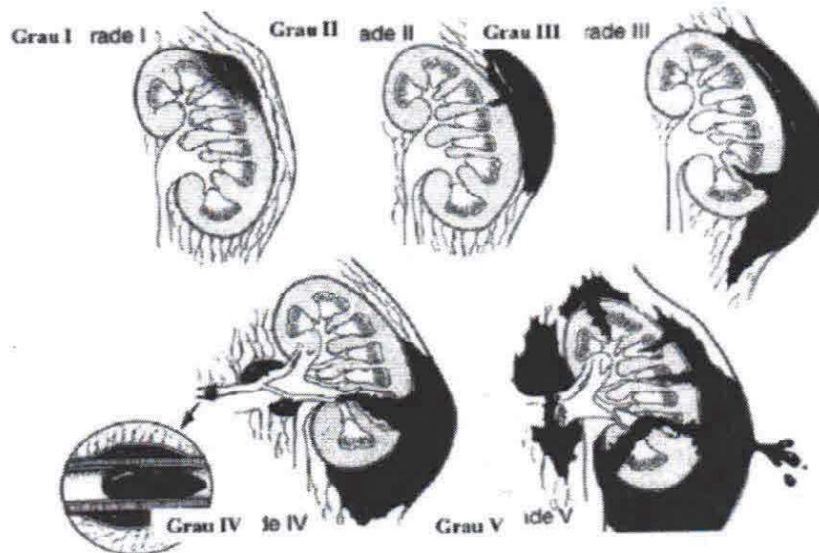
Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência

TRAUMA RENAL I

Durante a avaliação do politraumatizado (A TLS), deve-se suspeitar de lesão renal na presença de hematuria, 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

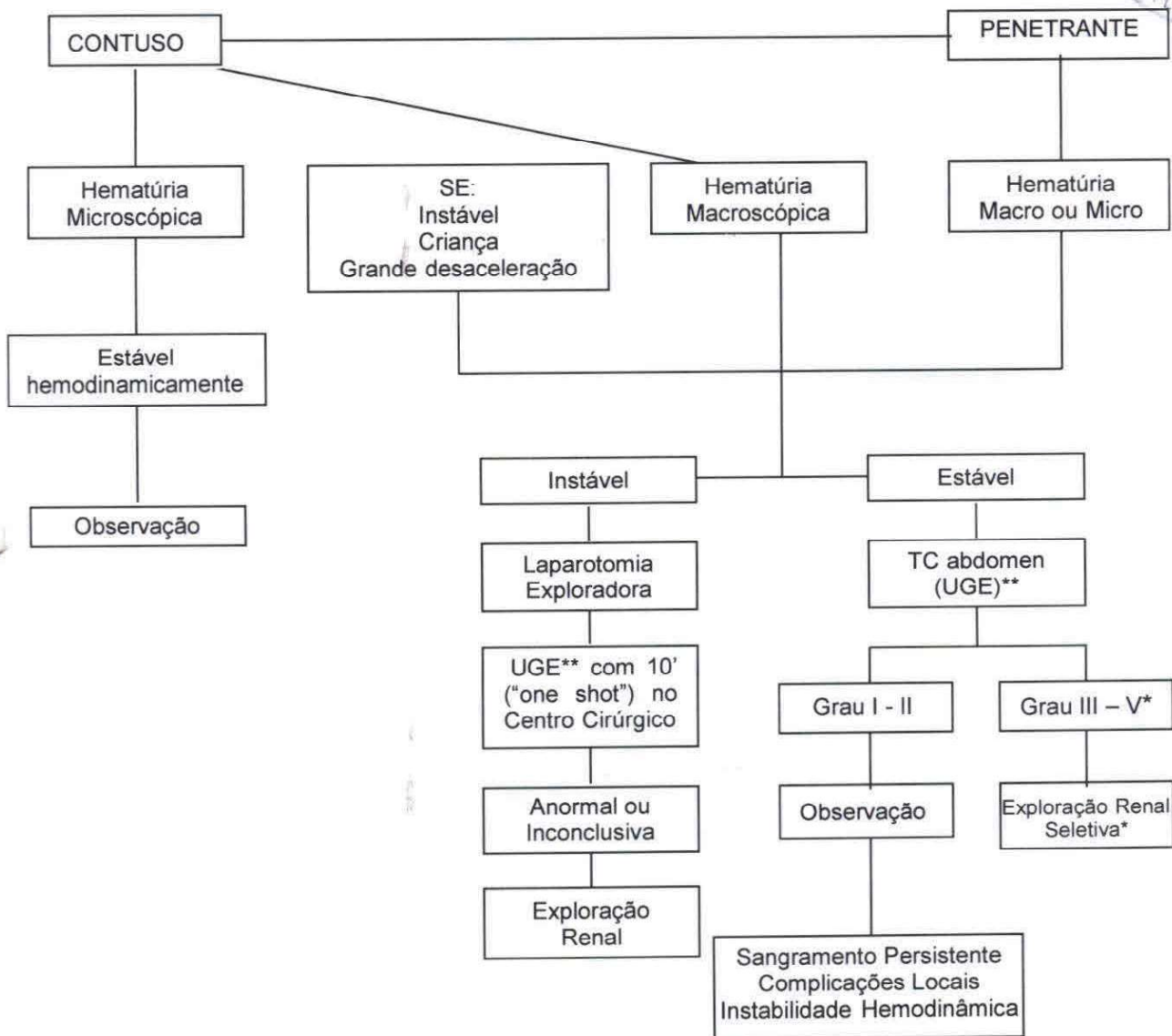
Grau III – Lesão do parênquima > 1 cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina.

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

Handwritten signature and initials in blue ink.

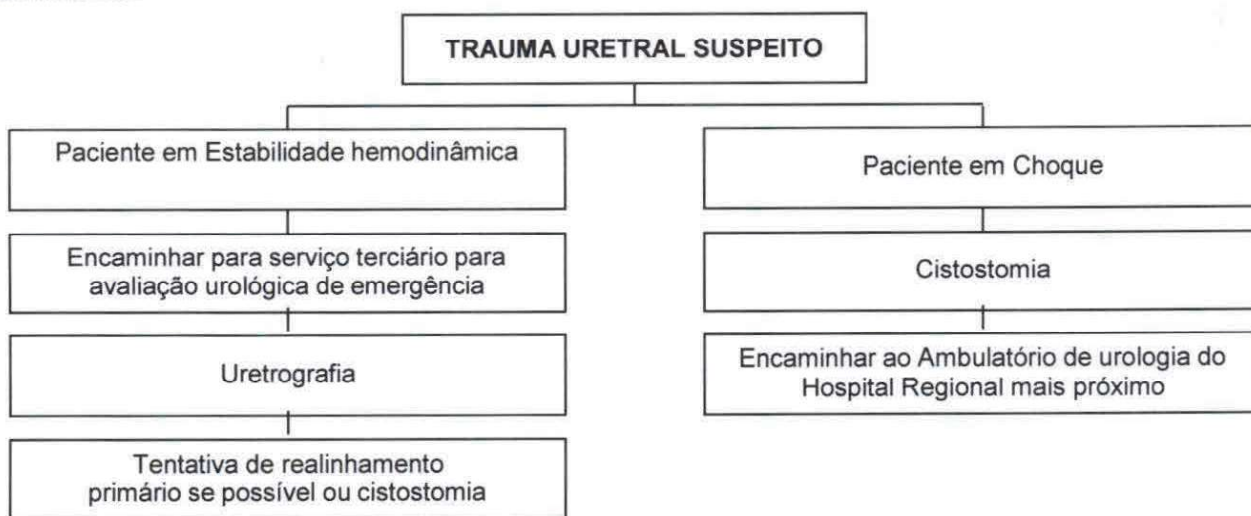
TRAUMA RENAL II



* Encaminhar para serviço terciário para avaliação urológica de emergência
 ** UGE – Urografia Excretora

TRAUMA URETRAL

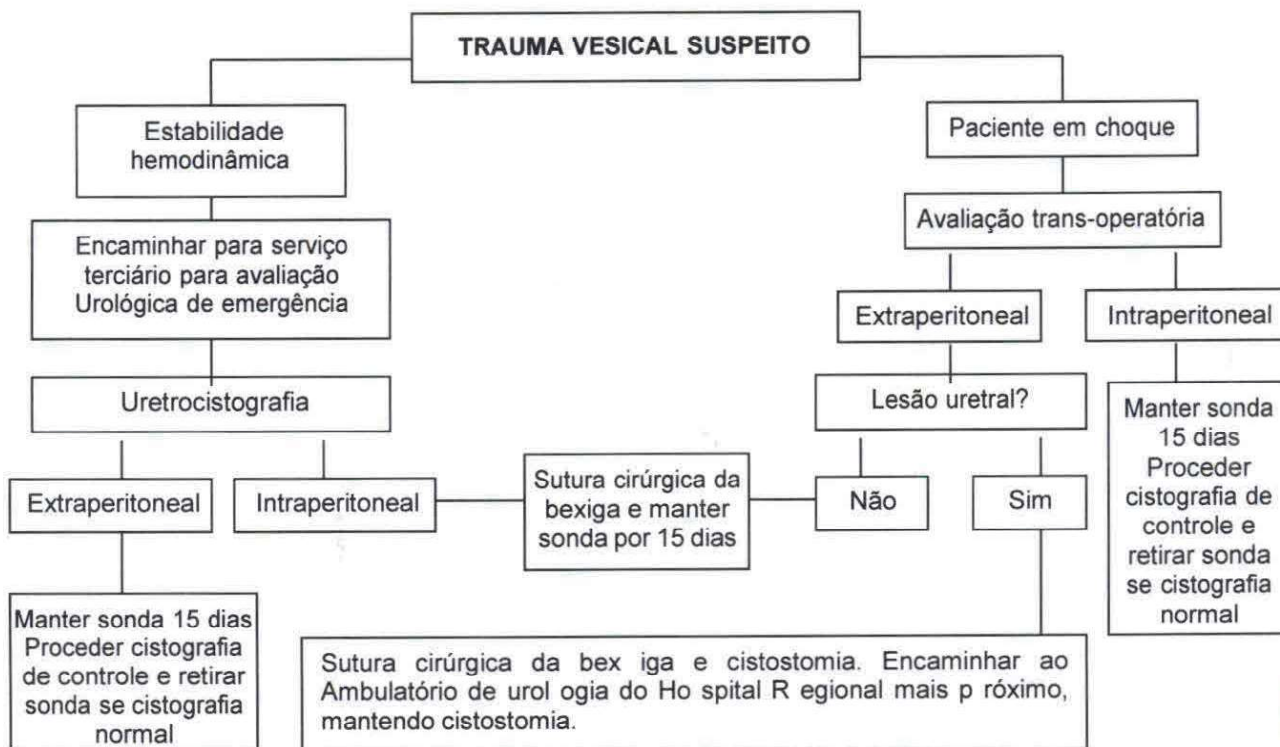
Representado por sangramento no meato uretral geralmente após trauma pélvico, queda a cavaleiro ou por lesão iatrogênica durante tentativa de sondagem vesical. Nunca tentar sondagem uretral em caso de suspeita de lesão uretral.



TRAUMA VESICAL

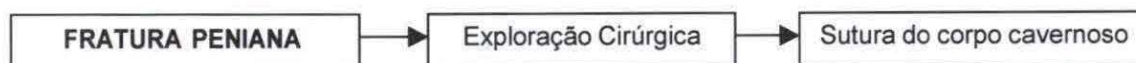
Ruptura Traumática da Bexiga.

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 ATLS, sendo que as lesões genitais começam a ser identificadas na fase C, do ABCDE do trauma com o controle de sangramento e posterior tratamento definitivo.

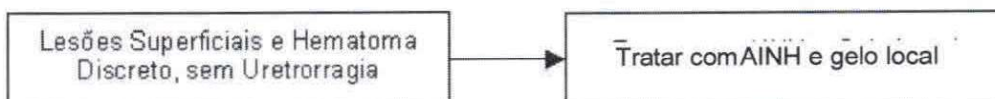
AGENTES CAUSADORES:

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

TRAUMA DE PÊNIS

Devem ser conduzidos conforme cronogramas abaixo:

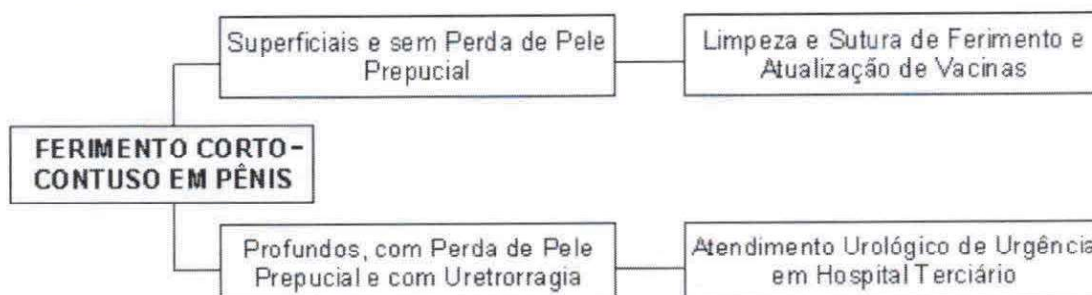
CONTUSÃO PENIANA LEVE



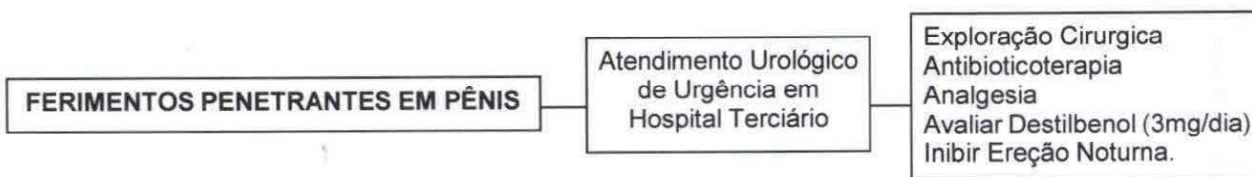
CONTUSÃO PENIANA GRAVE E FRATURA DE PÊNIS.



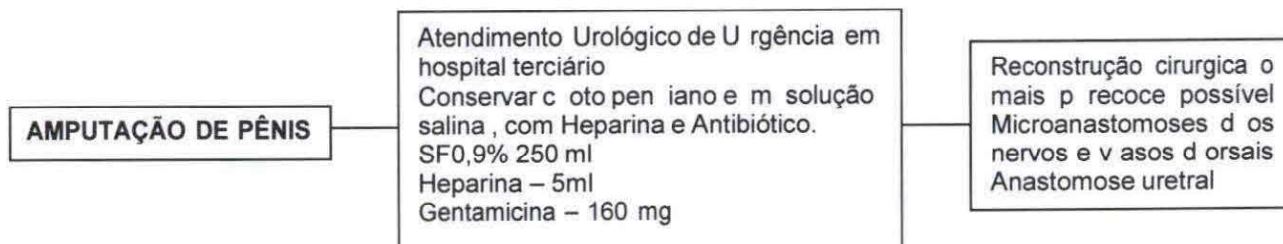
FERIMENTOS CORTANTES EM PÊNIS



FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS

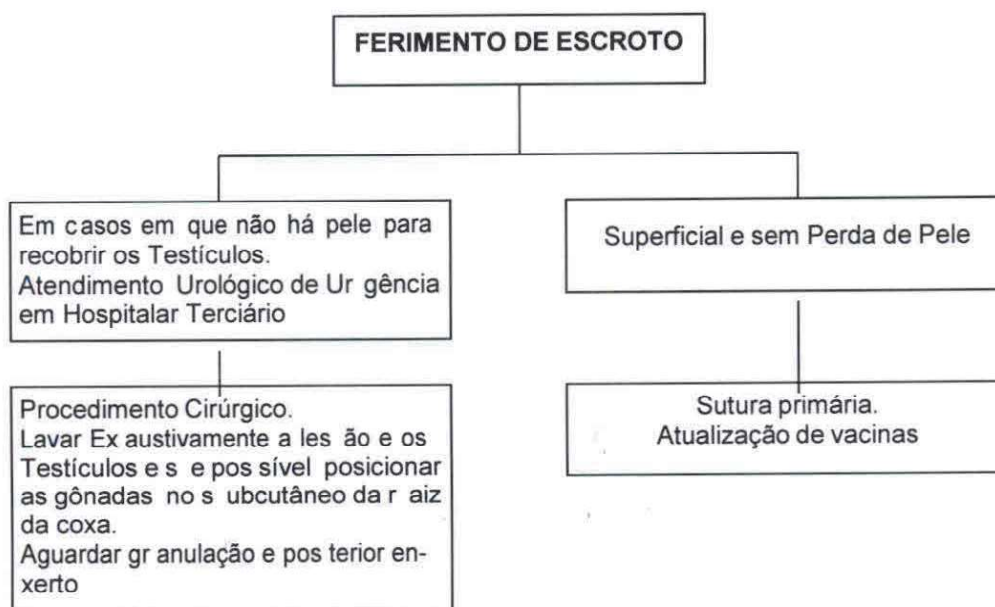


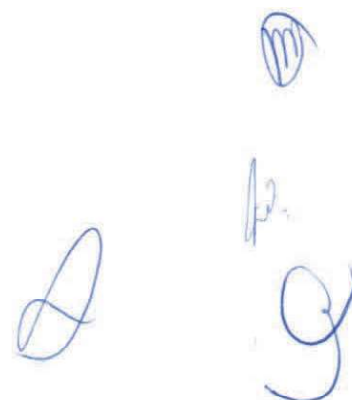
AMPUTAÇÃO DE PÊNIS



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

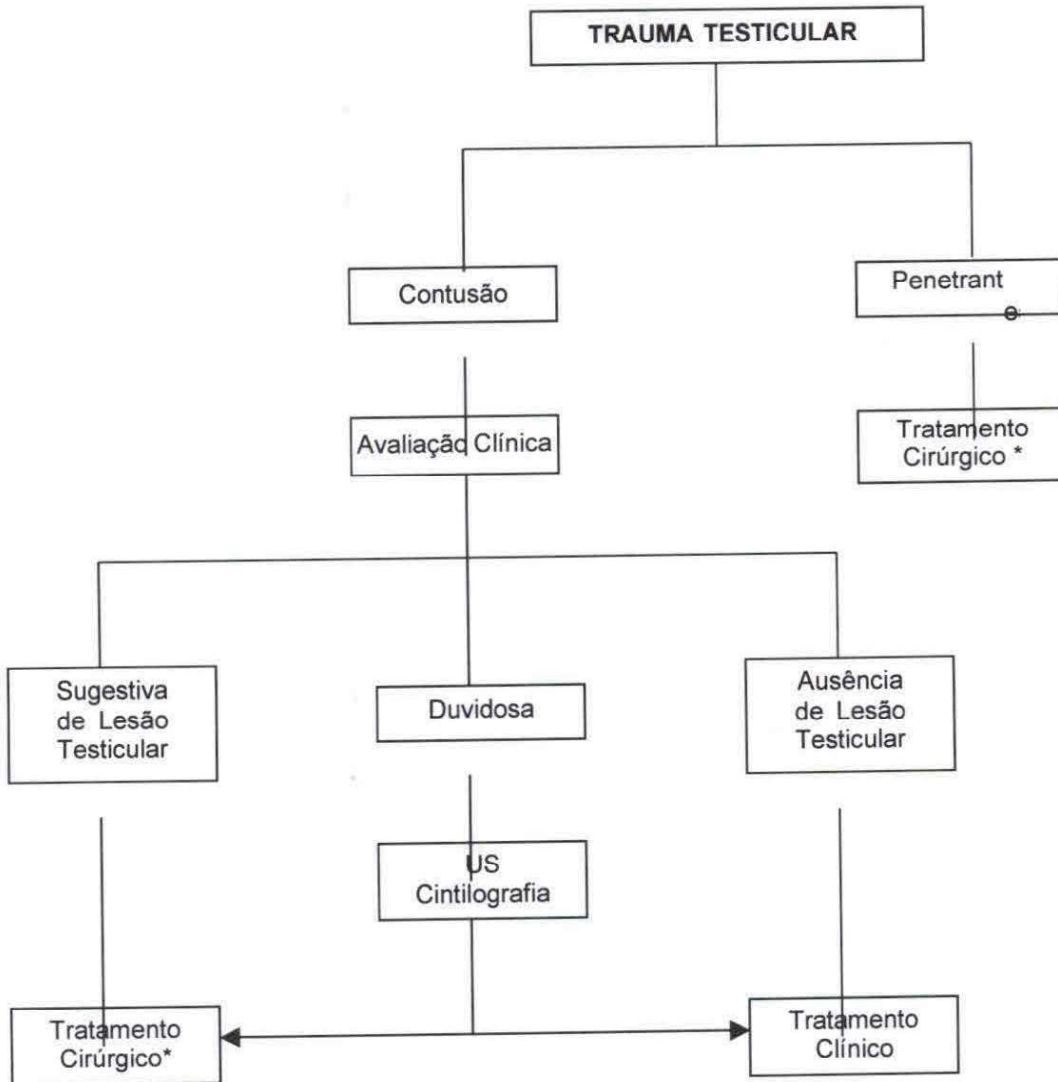
O trauma testicular se divide em fechados e penetrantes.

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

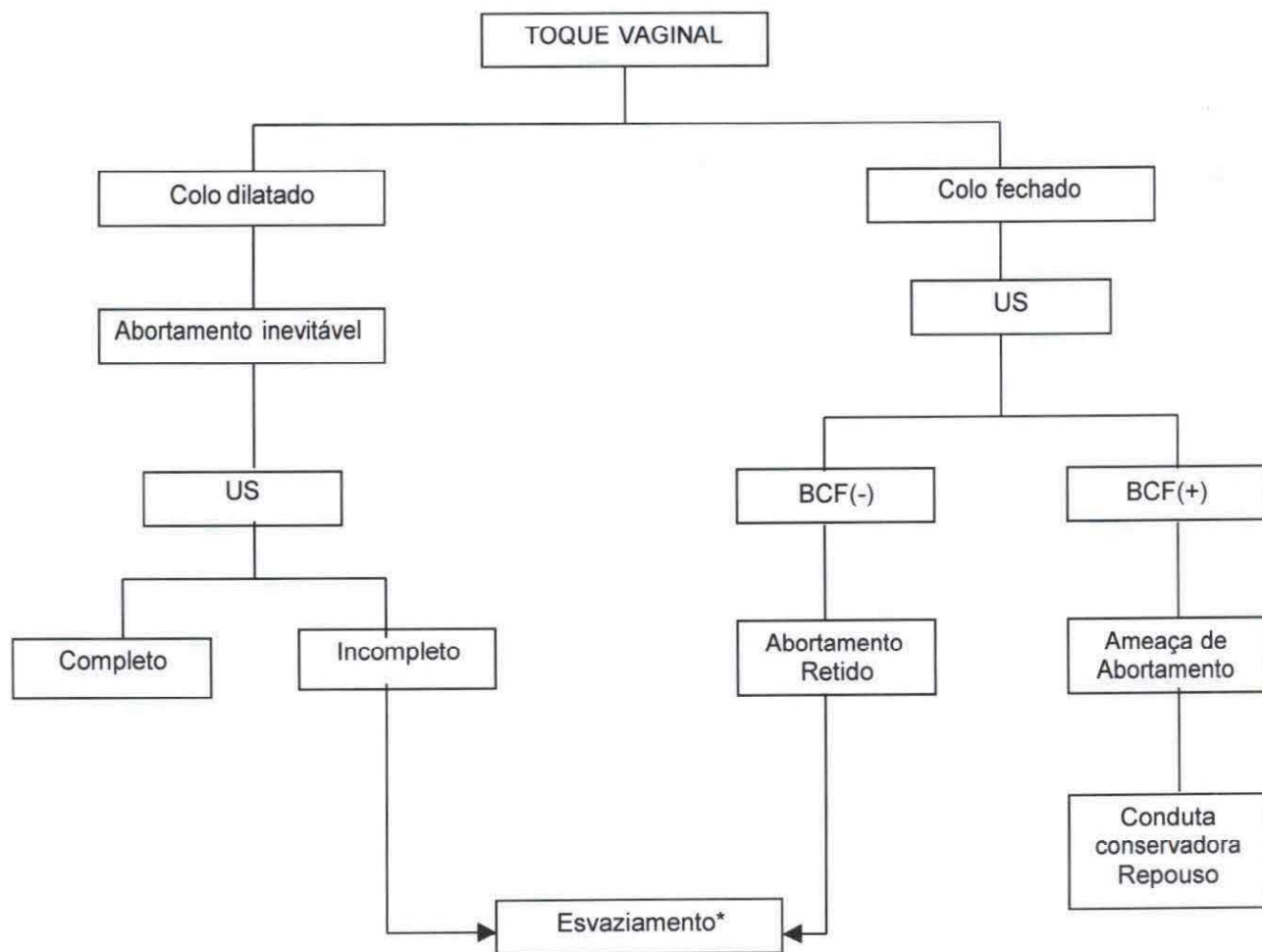
O método de imagem de escolha no trauma testicular é a Ecografia.

O tratamento conservador deve ser realizado com analgésicos, AINH, compressa de Gelo e sus-pensório 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.



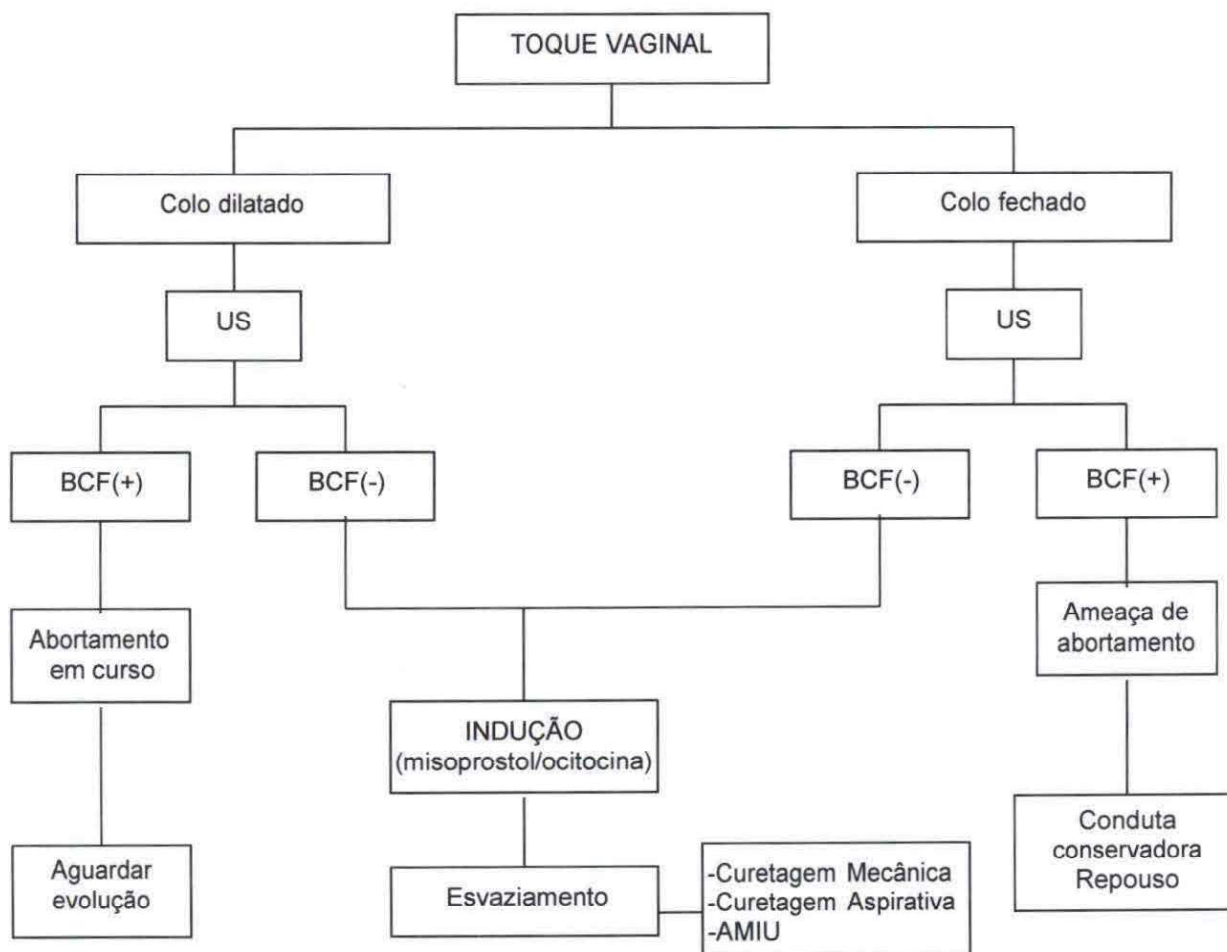
CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE DADOS CLÍNICOS



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.

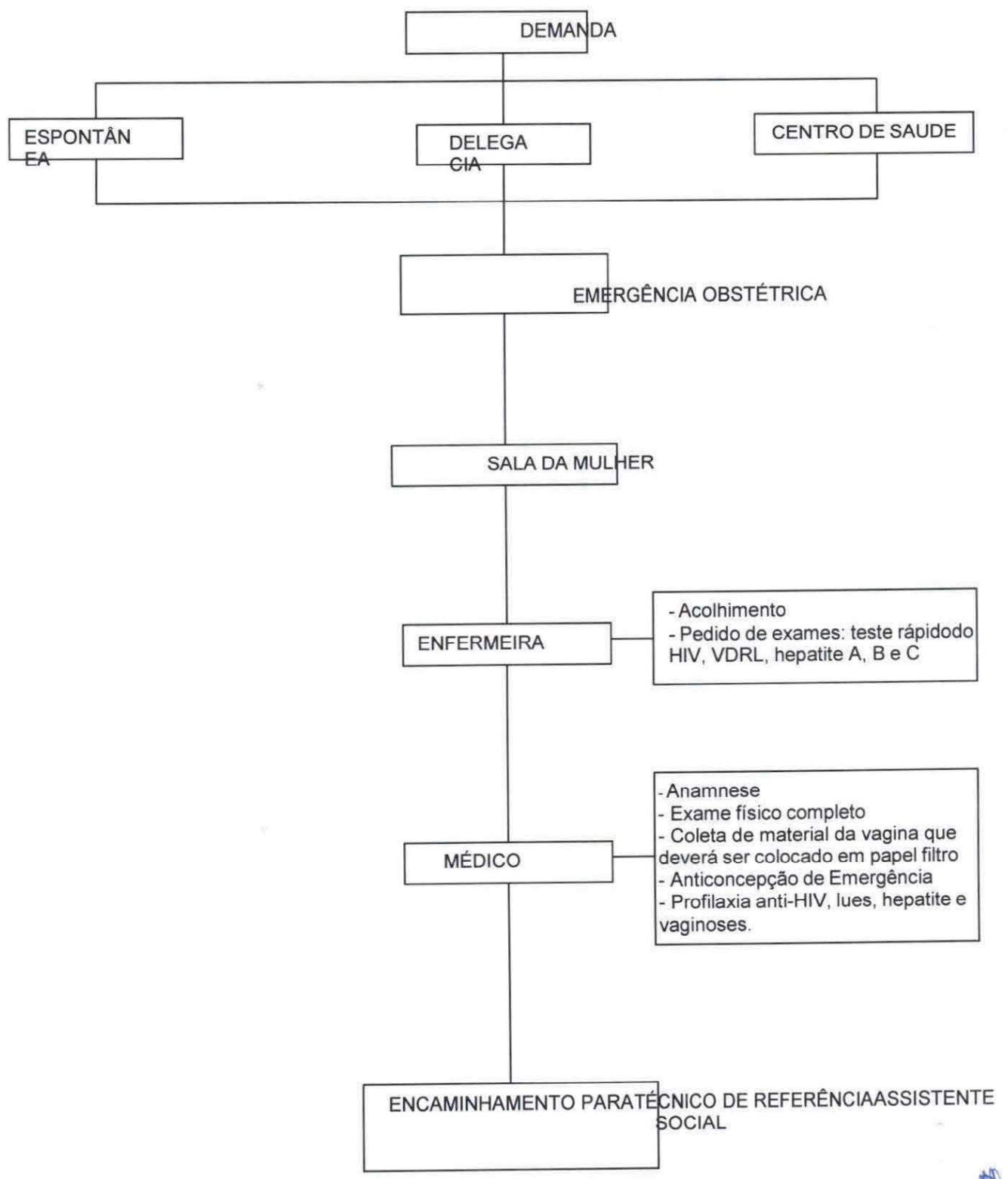
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

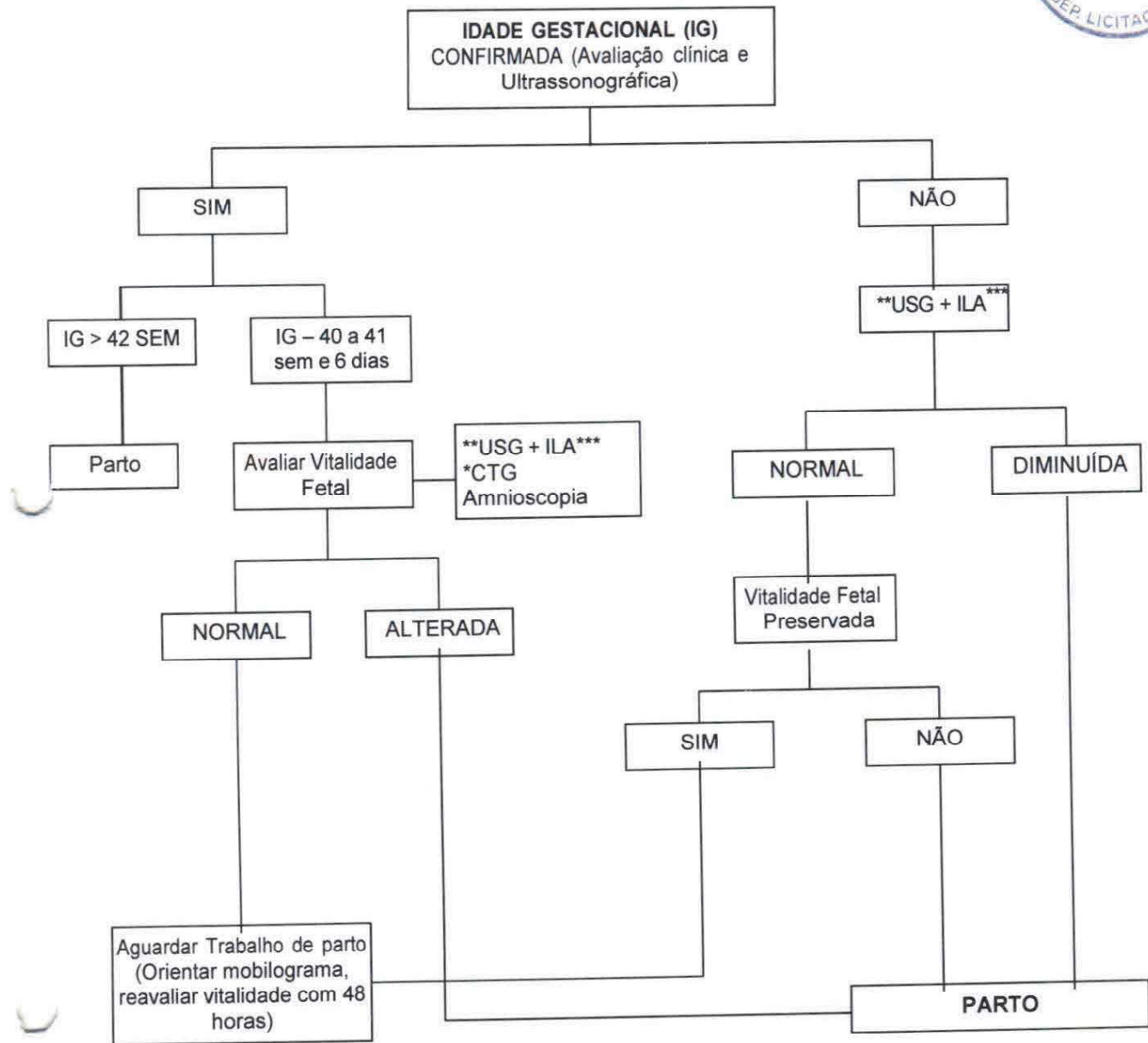
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

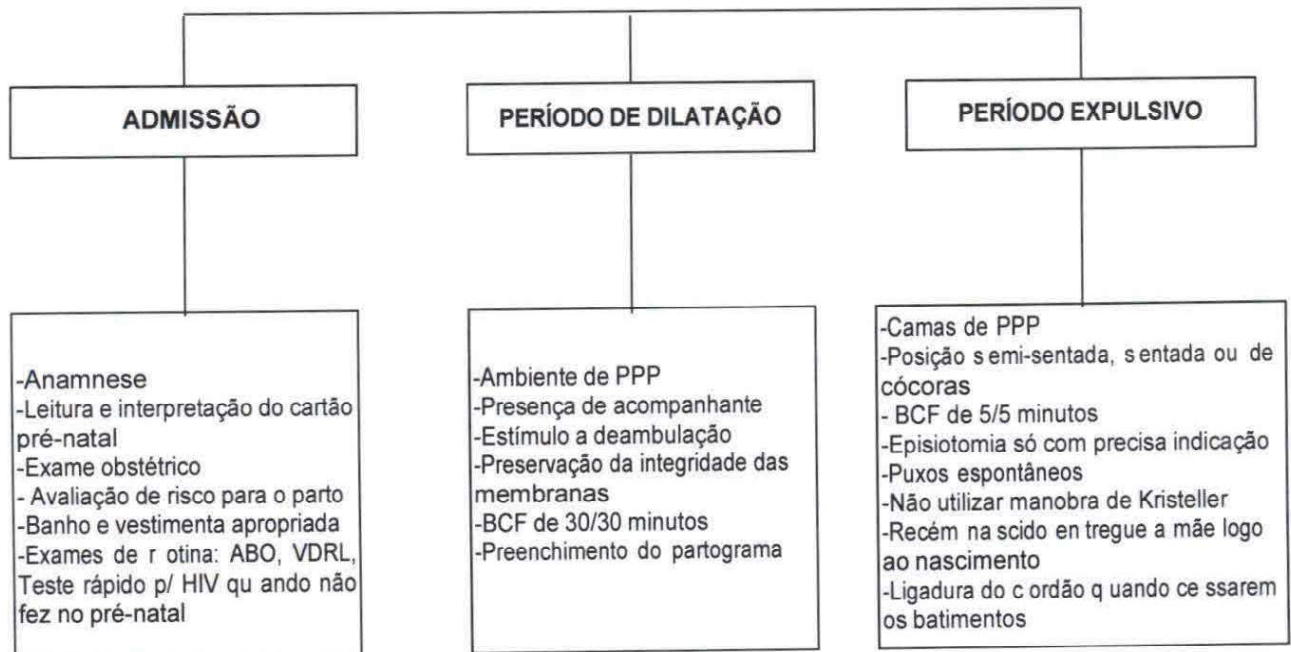


GESTAÇÃO PROLONGADA



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

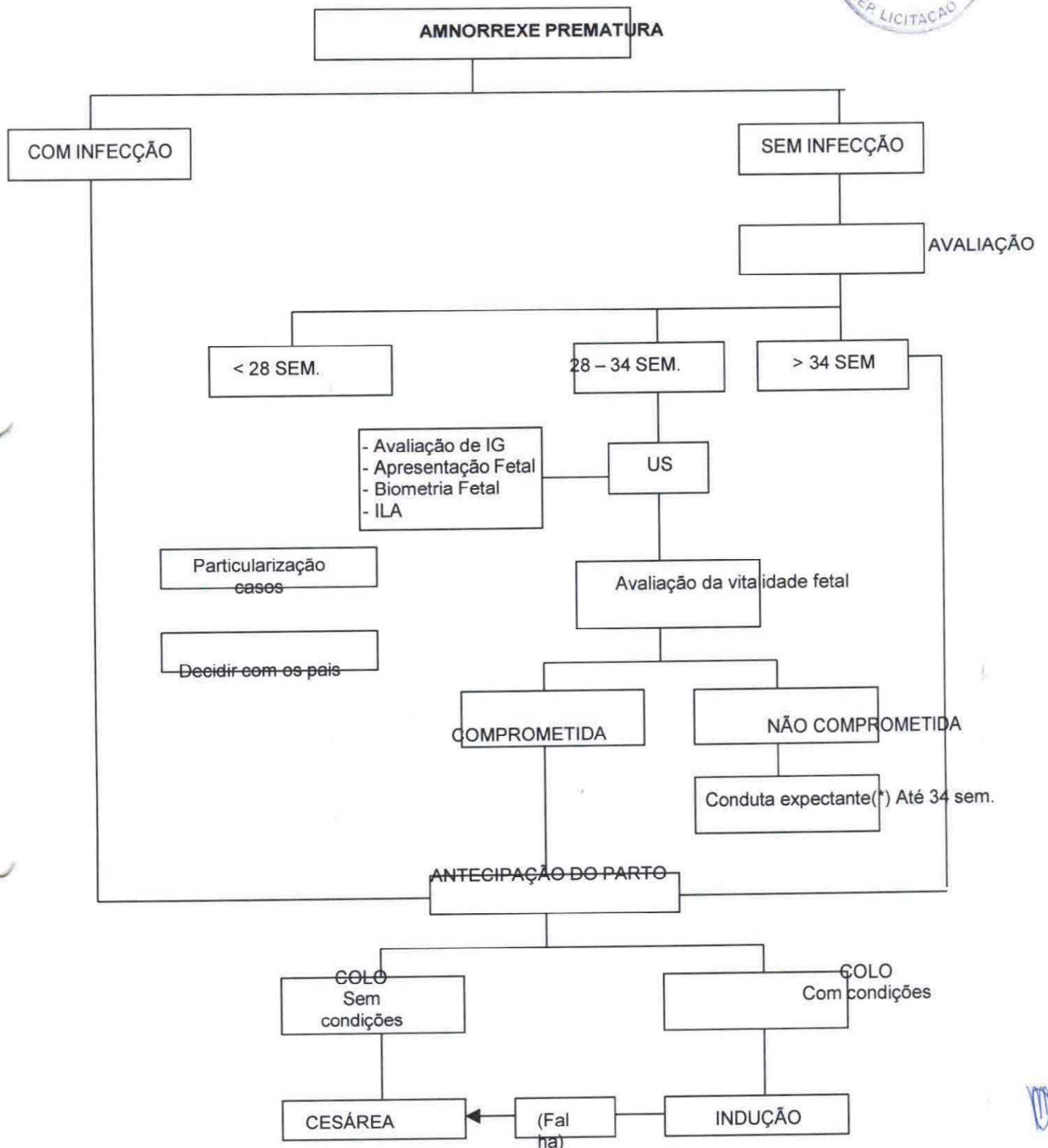
TRABALHO DE PARTO



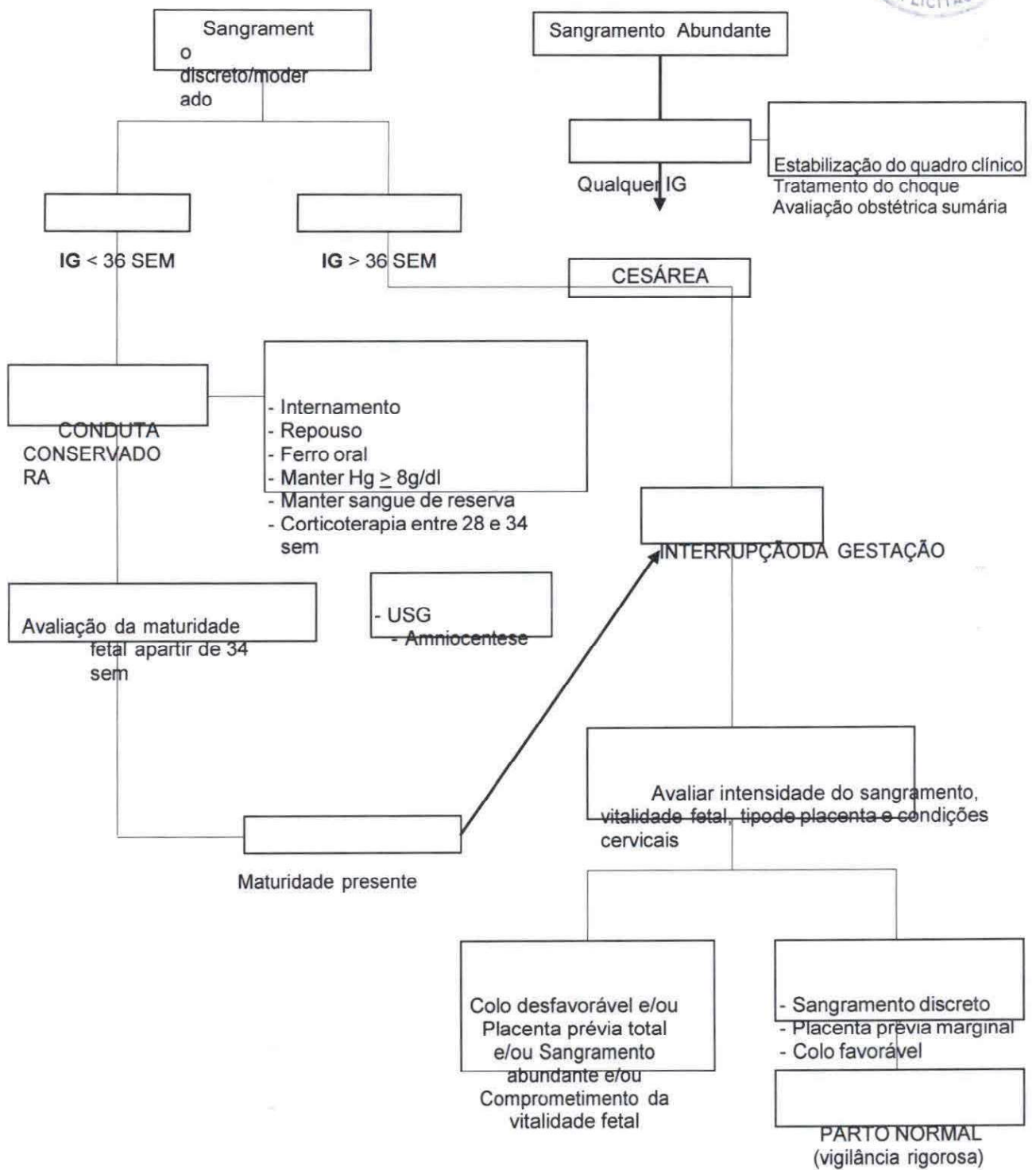
Handwritten signatures and initials in blue ink.



CONDUTA NA AMNIOCORRUPÇÃO PREMATURA

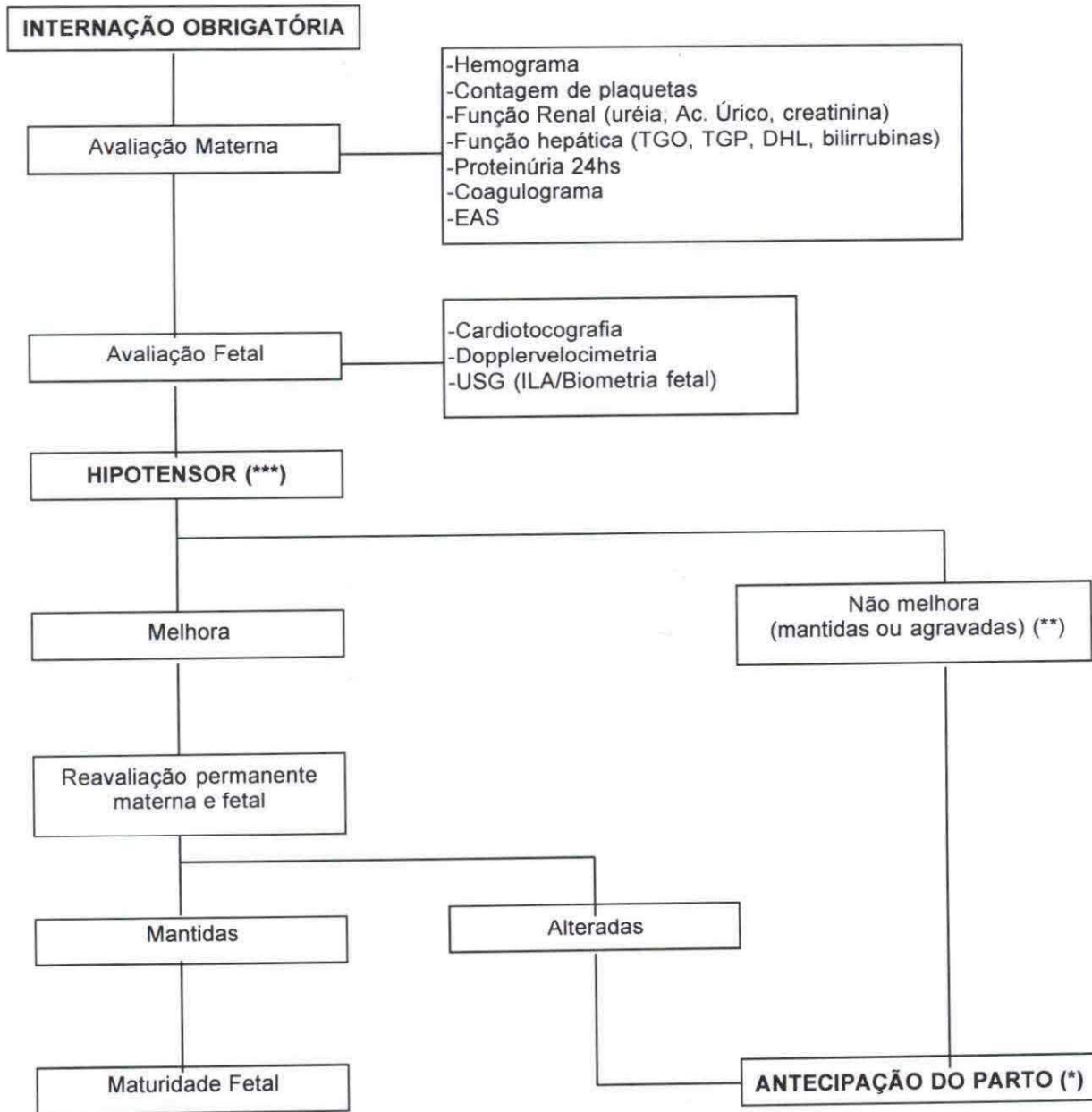


PLACENTA PRÉVIA



IG – Idade Gestacional

PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE



PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE / PRÉ TERMO E TERMO

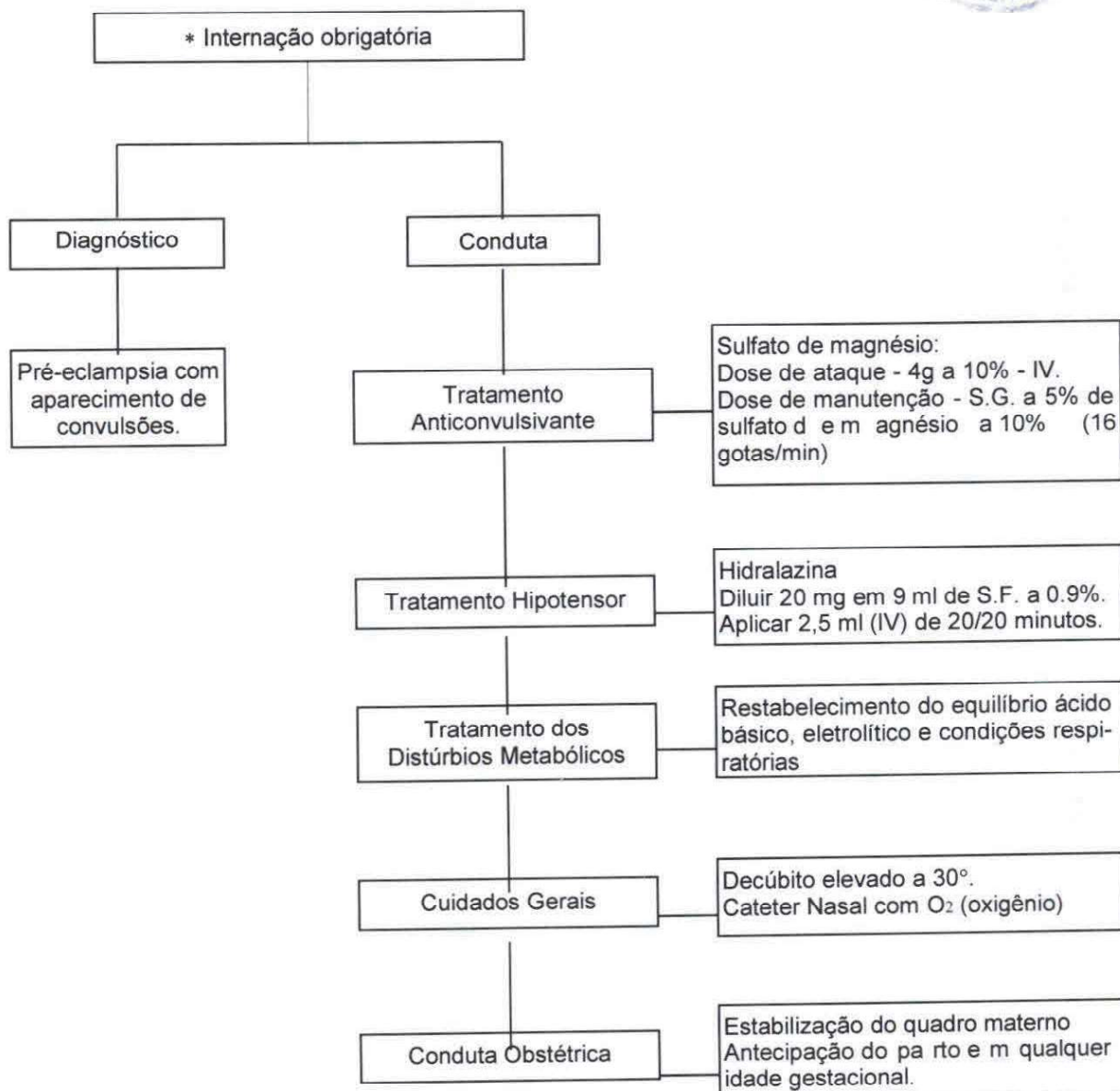
(*) Via de Parto: Indicação Obstétrica

(**) 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

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN) NASALA DE PARTO

Equipamentos disponíveis em todas as salas de partos

Pessoal apto a realizartodos os passos da reanimação

Fonte de calor radiante

Material para aspiração.

Material para ventilação.

Medicamentos.

Recepção do RN de risco

1. Colocar sob calor radiante.
2. Aspirar traquéia: se mecônio e espessos obstrução direta (laringoscópio)
3. Secar e remover campos úmidos.
4. Posicionar (leve extensão do pescoço).
5. Aspirar a boca, depois narinas.
6. Fazer estimulação táctil (opcional).

Recepção do RN atermo e vigoroso

O RN vigoroso pode e deve ser atendido junto à mãe e fonte de calor natural. Dar preferência para a lactação precoce (até cessarem batimentos) do cordão umbilical.

Avaliar RN

Respiração presente FC > 100, RN c/cianose central (Generalizada)

Respiração, FC e Cor

Respiração presente FC > 100, RN róseo ou cianose extremidades

O₂ inalatório

Respiração presente e FC < 100

Apnéia ou gasping

(*) Rotina da Sala de parto (Ver Cuidados Imediatos ao Recém Nascido na página próxima).

VPP+ c/O₂ a 100% ⇒ CFR ou Balão e máscara

15 - 30 seg.

Avaliar o RN

Continuar VPP+ c/O₂ a 100%

FC 60 a 100

Respiração, FC e Cor

Respiração espontânea e FC > 100

O₂ inalatório

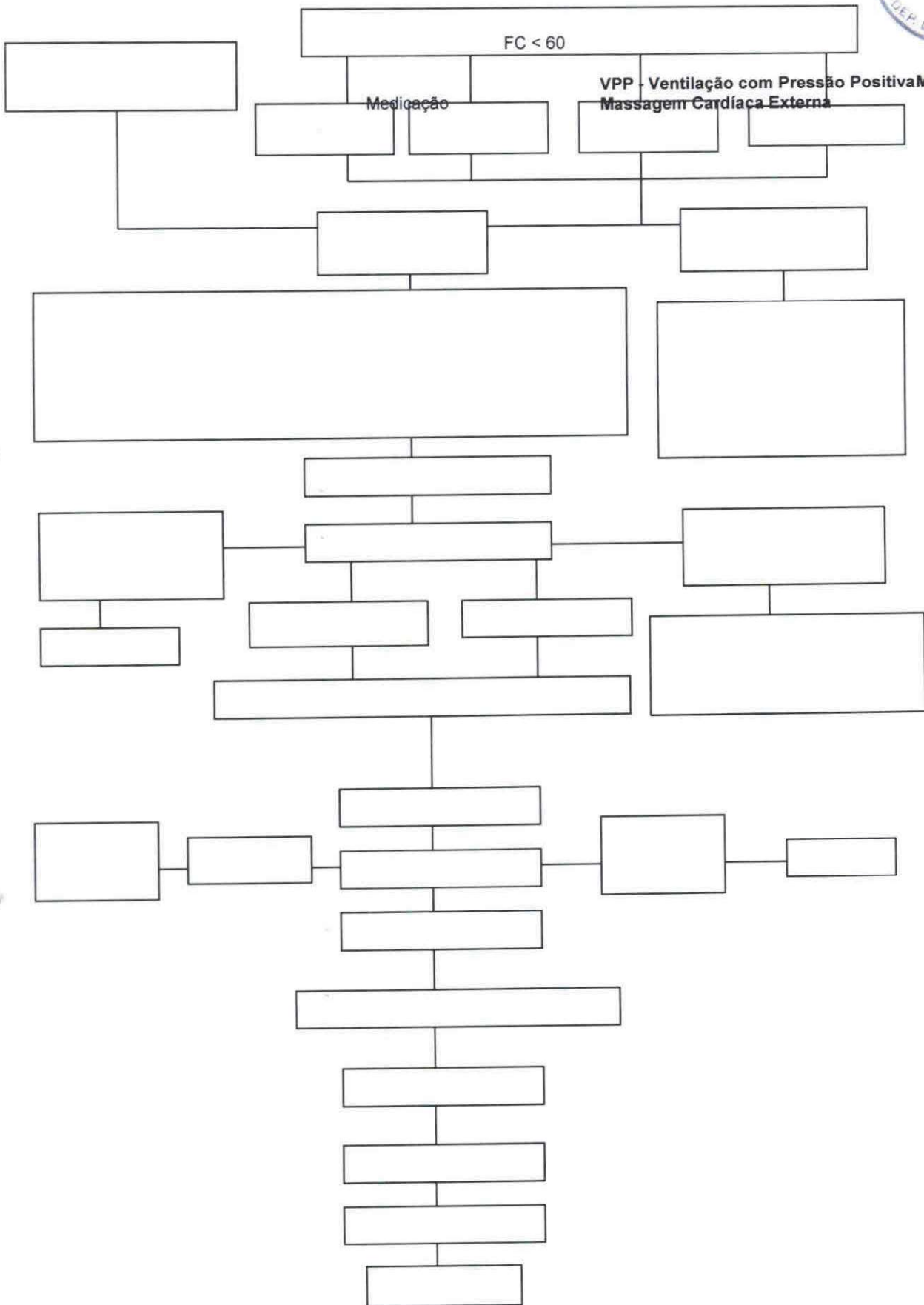
FC < 60

Manter VPP+ c/O₂ a 100% + MCE

30 seg.

Avaliar o RN

Respiração, FC e Cor



[Handwritten signatures and initials in blue ink]



(*) 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 credeiração, 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 maternas; 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 opióicos 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 epiléticas; 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, dissecção aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicamentos para controle da hipertensão utilizados previamente ao evento, podem ser mantidos. 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	OCLUSÃO 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-alvos atingidos.	HAS fumo, Alcoolismo, hereditariedade e.	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 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 frequência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º 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 corticosteroide 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 vasoespasm.



173



Sistema vértebro-basilar Gravidade X critérios clínicos

Distúrbio de coagulação?
Arterite?
Vasculopatia?
Outras?

Estenose < 70%

Estenose \geq 70% ou placa ulcerada

Alto risco

Baixo risco

Tratamento Clínico

AAS / Clopidogrel ou Ticlopidina
Anticoagulante oral em casos especiais

Cirurgia vascular endarterectomia

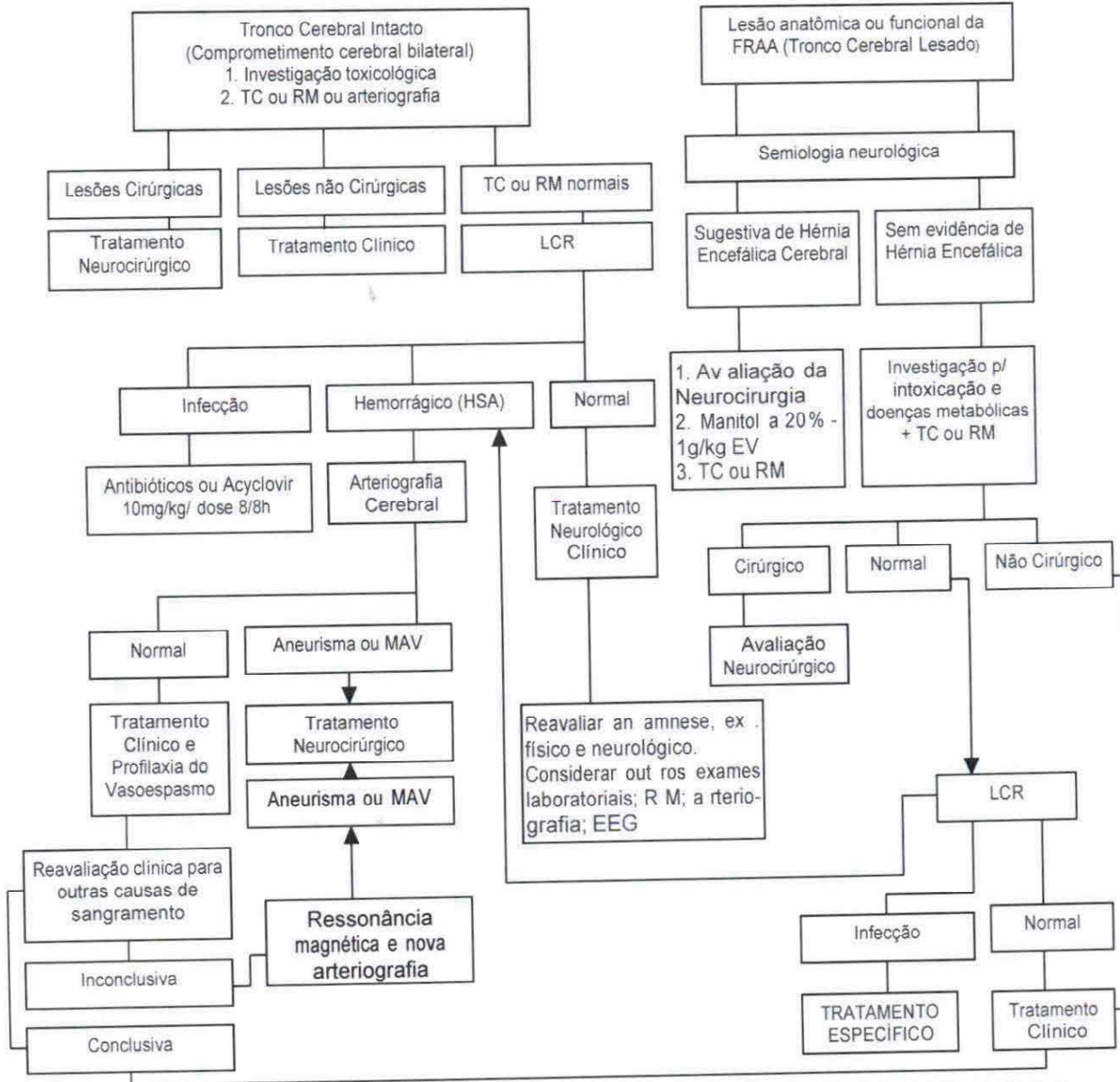
Anticoagular

AAS
Clopidogrel ou Ticlopidina



ATENDIMENTO AO PACIENTE EM COMA

Suporte ventilatório e hemodinâmico se necessário
 Anamnese e exame físico
 Acesso venoso, cateterismo vesical, sonda nasogástrica
 Exames laboratoriais de rotina
 Administrar Tiamina 1-2mg/Kg EV direto e Glicose a 50% 25 a 50mg EV; Naloxone 0,4 a 0,8mg EV.
 Convocar neurologista



TC= Tomografia computadorizada
 RM= Ressonância magnética; MAV= Malformação arteriovenosa HSA= Hemorragia subarahnóidea; FRAA= Formação reticular mesencefálica; LCR= Líquido cefalorraquiano.
 Exames de rotina: hemograma; função renal; função hepática; hemogasometria; eletrólitos, CK, CKMB, Rx do tórax; ECG.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

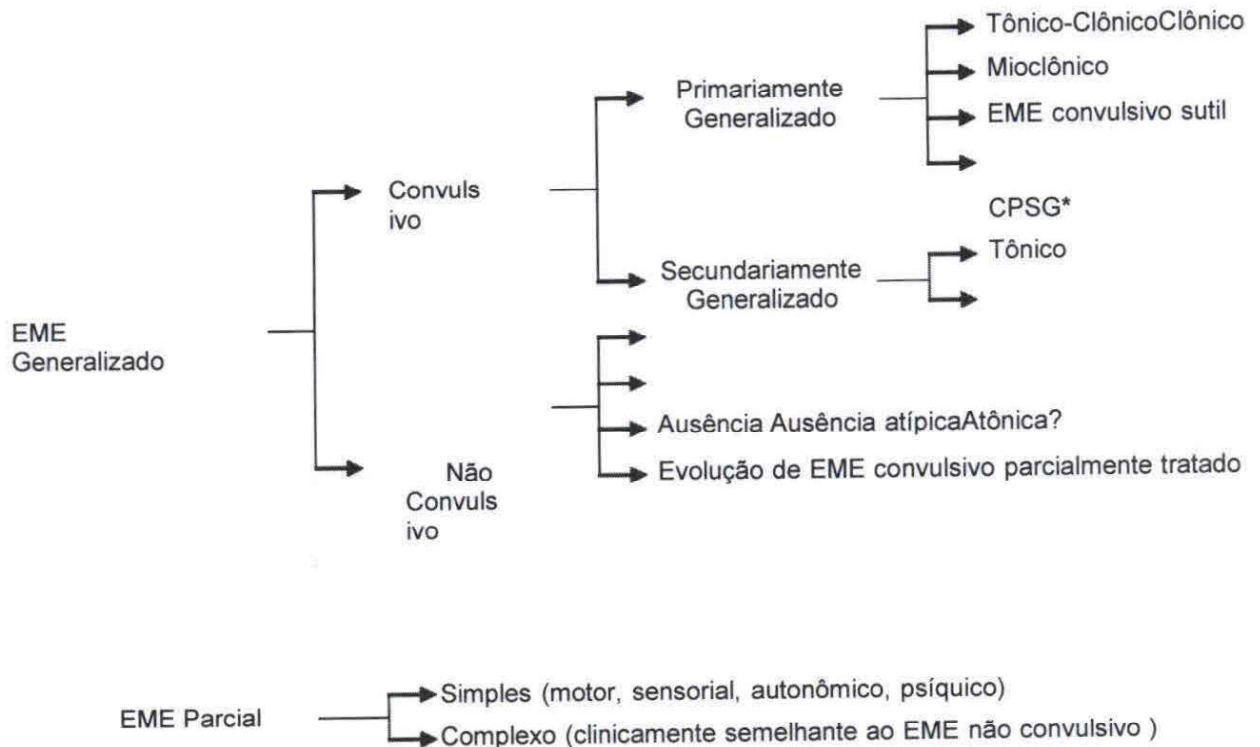
ESTADO DE MAL EPILEPTICO

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 (cocaina)
- 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 e vias: 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.

Cessam

Não 5 Minutos

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 Epilépticas (DAE) dose de Manutenção