

ESTADO DO PARANÁ




Prefeitura de
UNIÃO DA VITÓRIA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO
Nº 010/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO
Nº 117/2023

Volume 3
PLANO DE TRABALHO

PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO
DO PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H – WARRIB MOTTA
CONFORME EDITAL DE SELEÇÃO, ATRAVÉS DO
CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 10/2023.

 **Escritório**
Rua Sebastião Furtado Pereira, 60
Torre 2 - 7º Andar - Sala 704
Barreiros - São José - SC
(48) 3380-0089

 **Comunidade Terapêutica**
Servidão Amantino Cameu, 812
Rio Tavares - Florianópolis - SC
(48) 3246-4332

 **Casa de Apoio**
Rua João Ambrósio da Silva, 636
Ipiranga - São José - SC
(48) 3246-4332

Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten signature



ESTADO DE MALEPILÉPTICO 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 EPILÉPTICA 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 e 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);

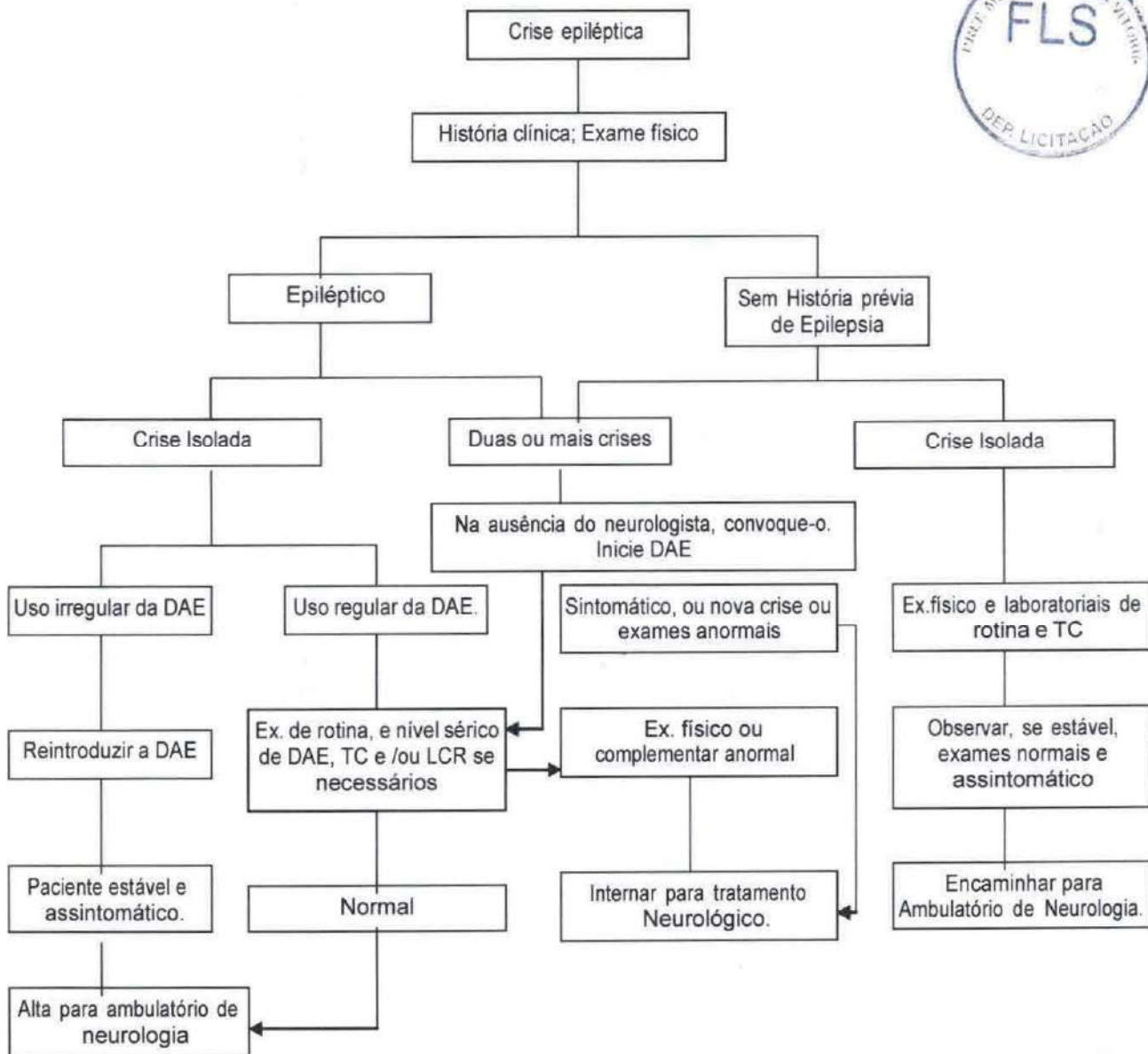
Ex. Neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Menígea

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.

181

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 bissínclona, ondas trifásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base).

Causas de E.C.A:

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

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO



História
 Antecedentes médicos Suporte básico de vida Sinais vitais
 Exame físico completo Vias aéreas púerias 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	Agitado Estabelecido o diagnóstico Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam 1	0-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, de menciados e cometidos por encefalopatia 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 de menciados e cometidos por encefalopatia 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 subaracnóideia, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epiléticas, 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, dormição, 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).

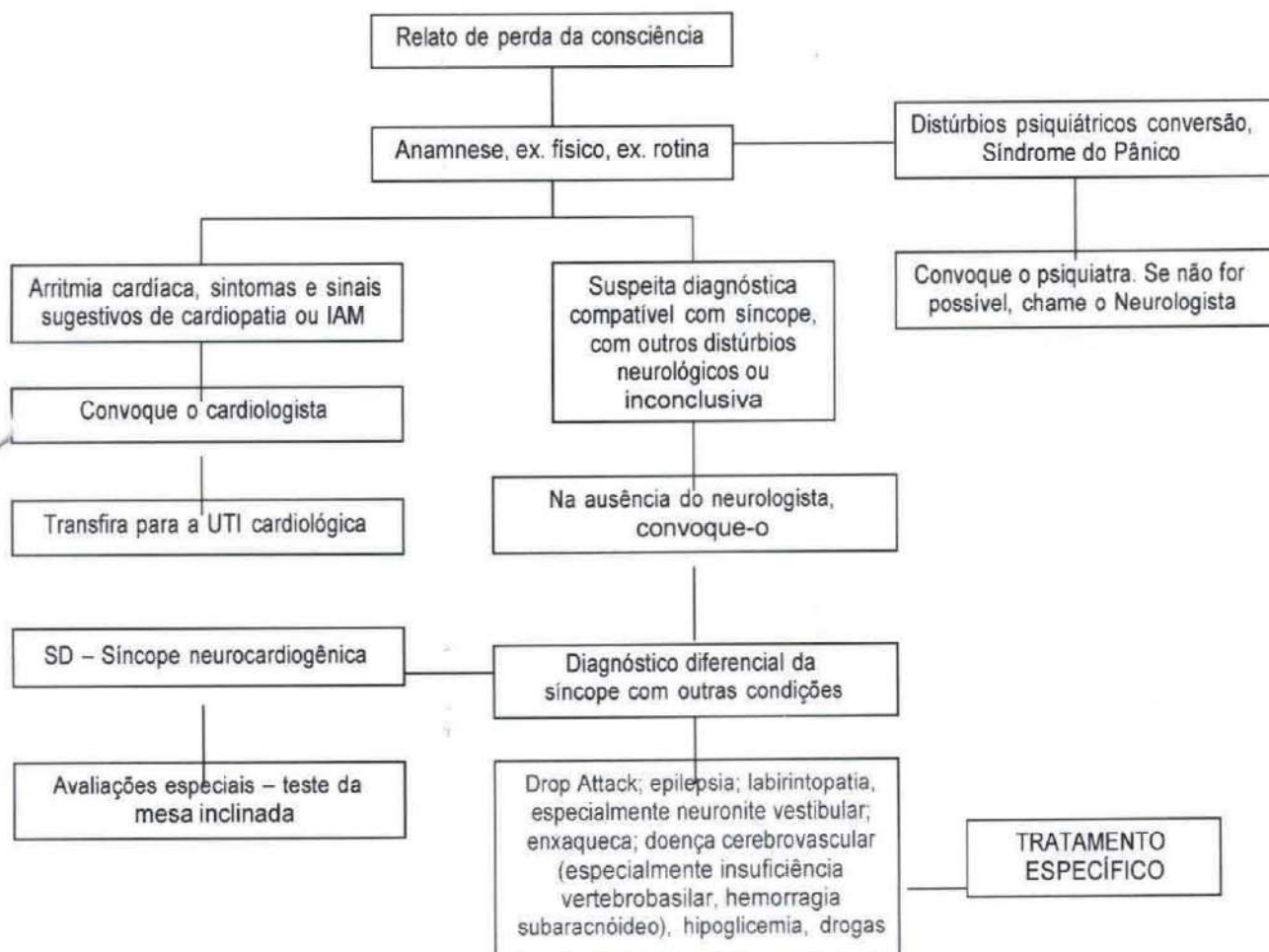
3- Exame físico

Avaliação de dados vitais (aferir 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; EEGRX do Tórax.

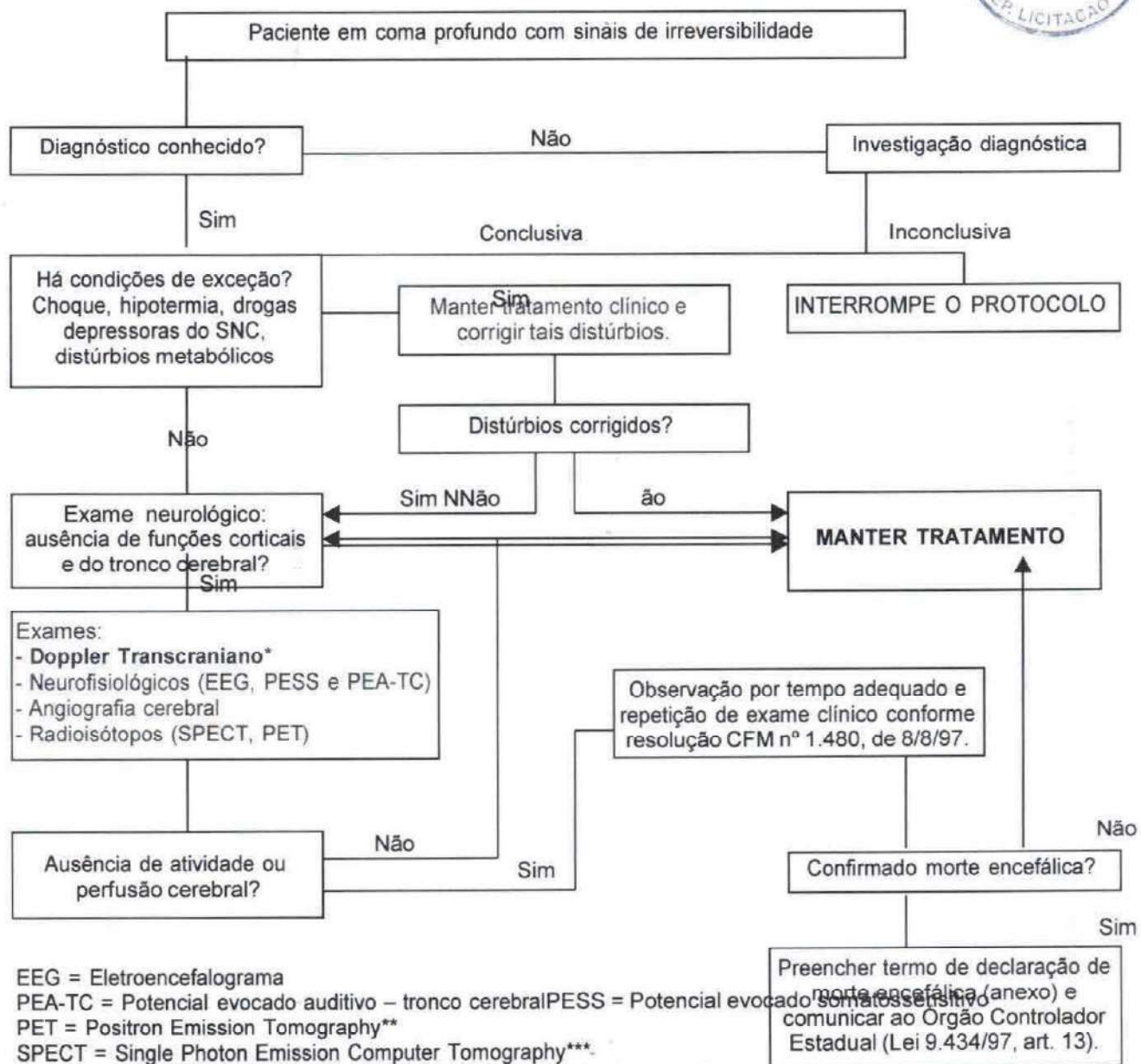
ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SÍNCOPE



Handwritten signatures and initials in blue ink.



DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA



EEG = Eletroencefalograma

PEA-TC = Potencial evocado auditivo – tronco cerebral

PESS = Potencial evocado somatosensitivo

PET = Positron Emission Tomography**

SPECT = Single Photon Emission Computer Tomography***

* No HSR, o método mais adequado no momento é o Doppler transcraniano.

** Tomografia por emissão de pósitrons.

*** Tomografia computadorizada por emissão de fóton único.

Handwritten signatures and the number 181.



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 areativas	() 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
182

2 – Segundo Exame



Data: _____ Hora: _____ Nome do Médico: _____ Data: _____ Hora: _____ CRM: _____ Nome do Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____ End.: _____
Assinatura: _____

183



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 Interessar, 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, arrepios, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen 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 55 mmHg, 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 prova de apnéia 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 supratentóricas 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 infratentóricas, 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.

9

h

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

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 dados:
- 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 score 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 meningéas, 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, 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 os hospitais da América do Norte e Europa dispõem 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

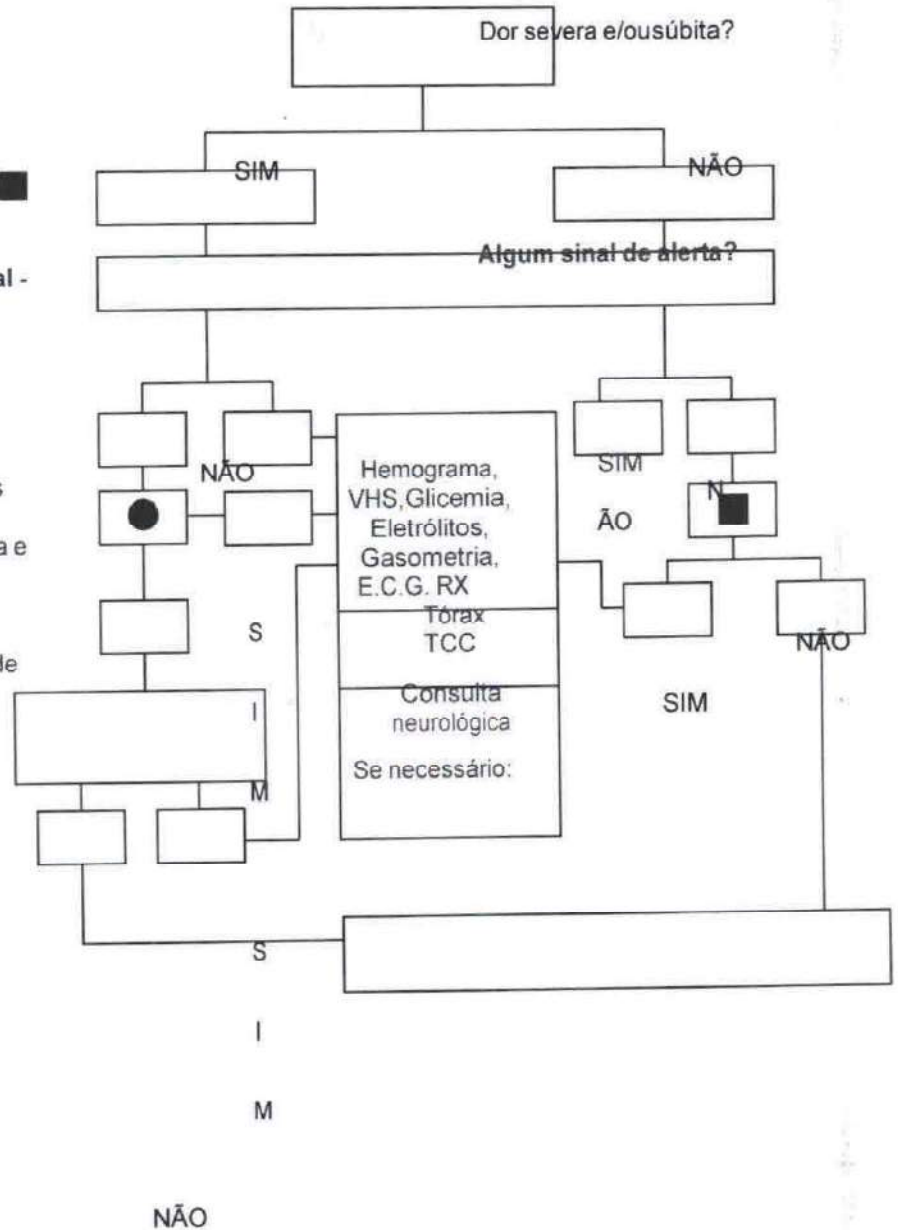
Perda de memória, distúrbios

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

Melhora Espontaneamente?
 S I M N ã O

RM LCR Arteriografia

cerebral

1. Tratar a dor.
2. Encaminhar para o ambulatório de neurologia

Obs.:

- Se o neurologista for indisponível 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 migraña (enxaqueca) utilize, se possível, a terapia não hormonal

TCC = Tomografia computadorizada do crânio.

RM = Ressonância magnética

g

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. Sopros cardíaco.

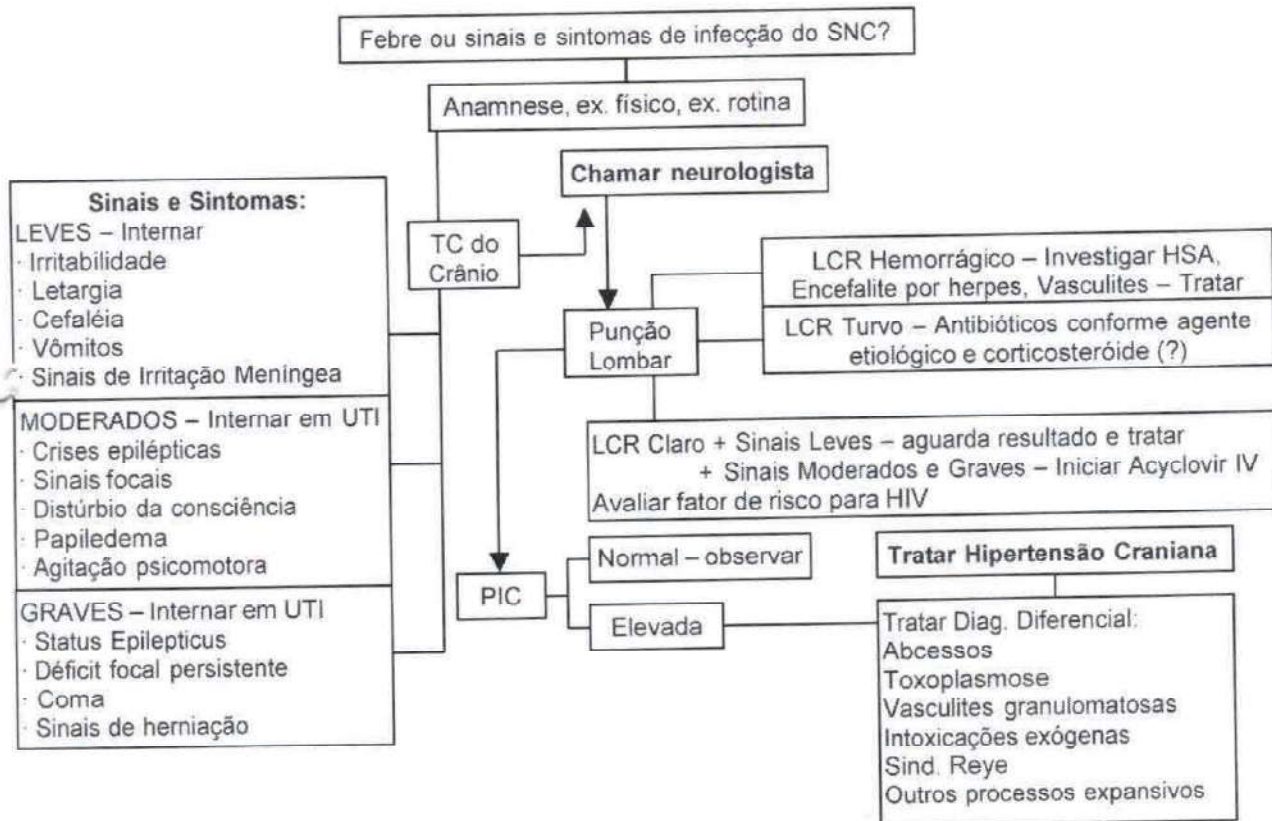
Sinais de trauma.

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 Streptococos grupo B	Hemófilos (48%) Meningococos (20%)	Pneumococos Meningococos	Coliformes por infecções pós TCE, Neoplasias ou DM
Listeria	Pneumococos (13%)	Hemófilos	

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

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.

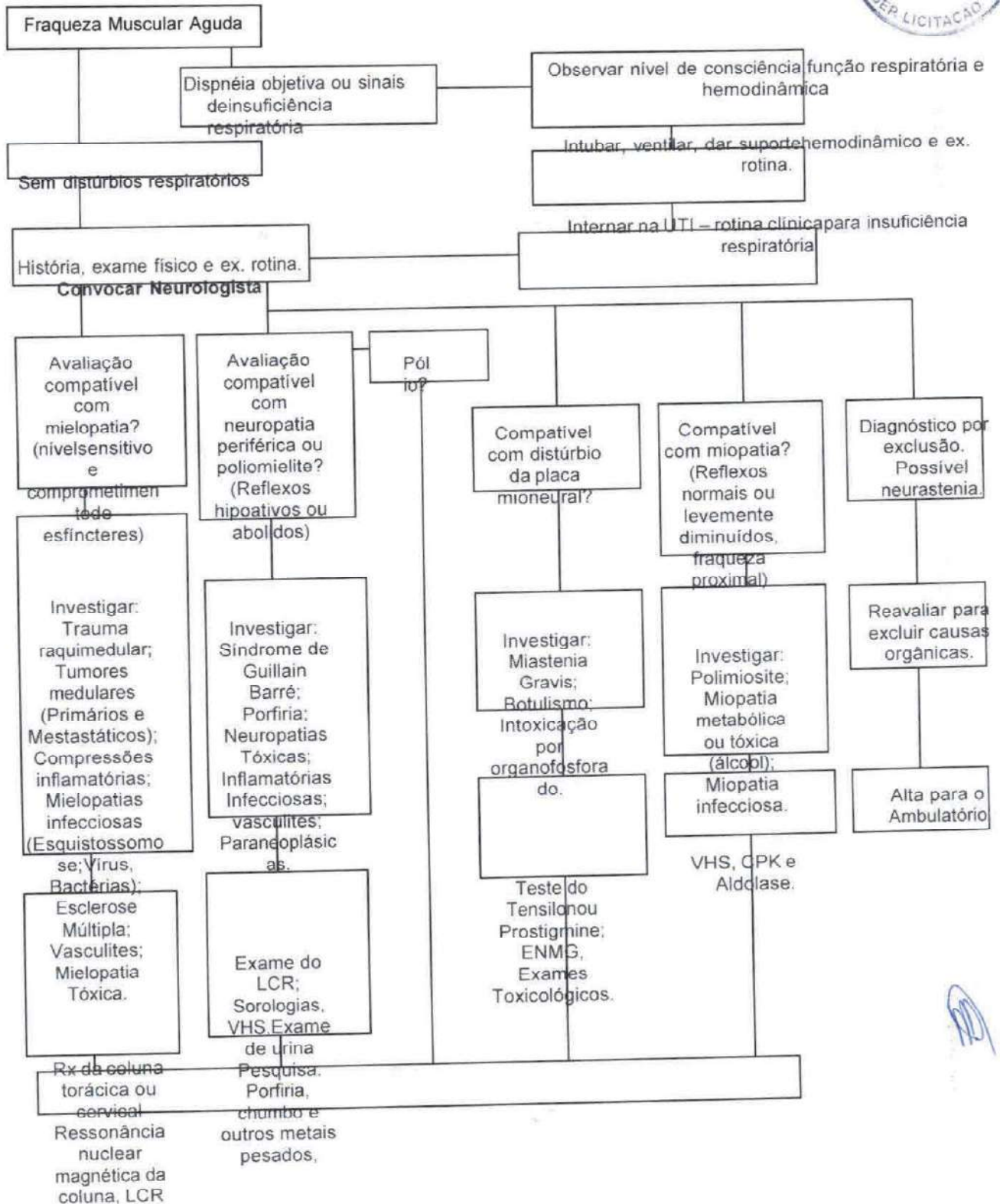
c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

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



INTERNAR PARA TRATAMENTO NEUROLÓGICO

g *l*



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 indivíduo 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 contida. 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 neuroleptico é a conduta mais adequada. Neste caso a utilização de neurolepticos 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.

Handwritten marks and signatures at the bottom right of the page.

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 neurolepticode 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 neurolépticos de alta potência pelo fato de que são os que causam o menor grau possível de rebaixamento de consciência e baixo risco de complicação cardíaca.

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 neurolépticos (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 Neuroléptica 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: hipocalemia, 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 descontrolar comportamento 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. Benzodiazepínico pode ser útil 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, pericazina, 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 VO01 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 neurolépticos 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; Colesterole triglicerídeo; 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 intervalosQTc alterados considerar avaliação cardiológica e/ou interrupção do neuroléptico) Associar prometazina 25 mg VO/ 50 mg IM ou biperideno 5mg IM/ 2 mg VO.

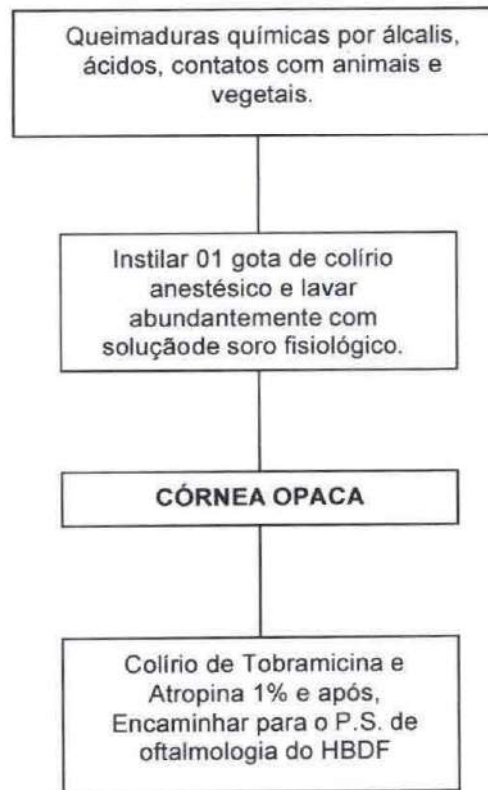
Benzodiazepínico: diazepam ou clonazepam, por VO, devem ser cogitados, em casos de agressividade com ansiedade acentuada.

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

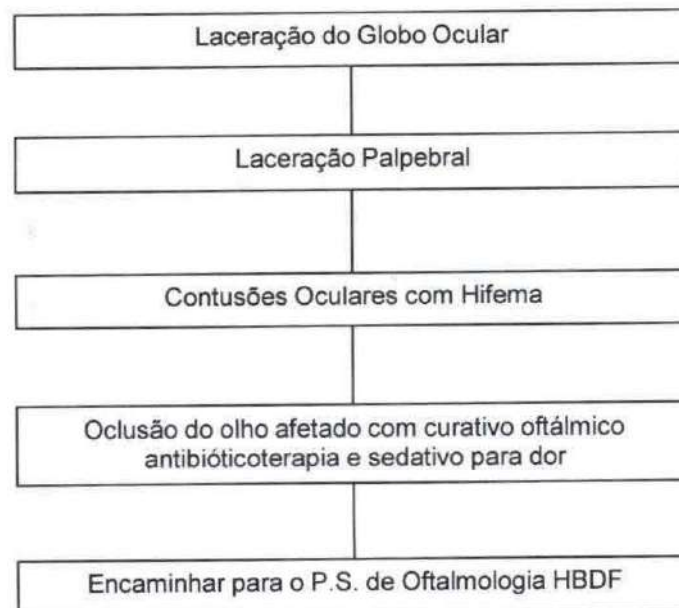
O tratamento do quadro específico deverá ter prosseguimento, após abordagem de emergência, em regime de internação ou ambulatorial.



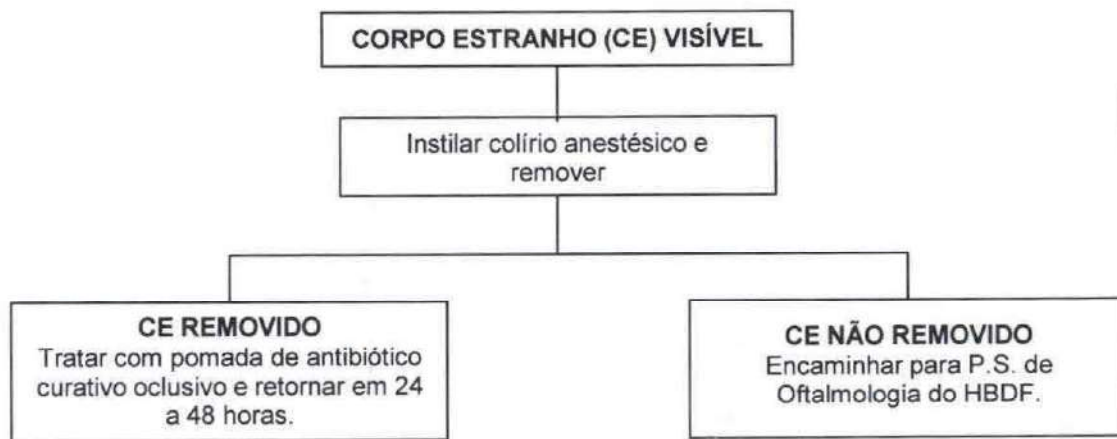
TRAUMAS QUÍMICOS



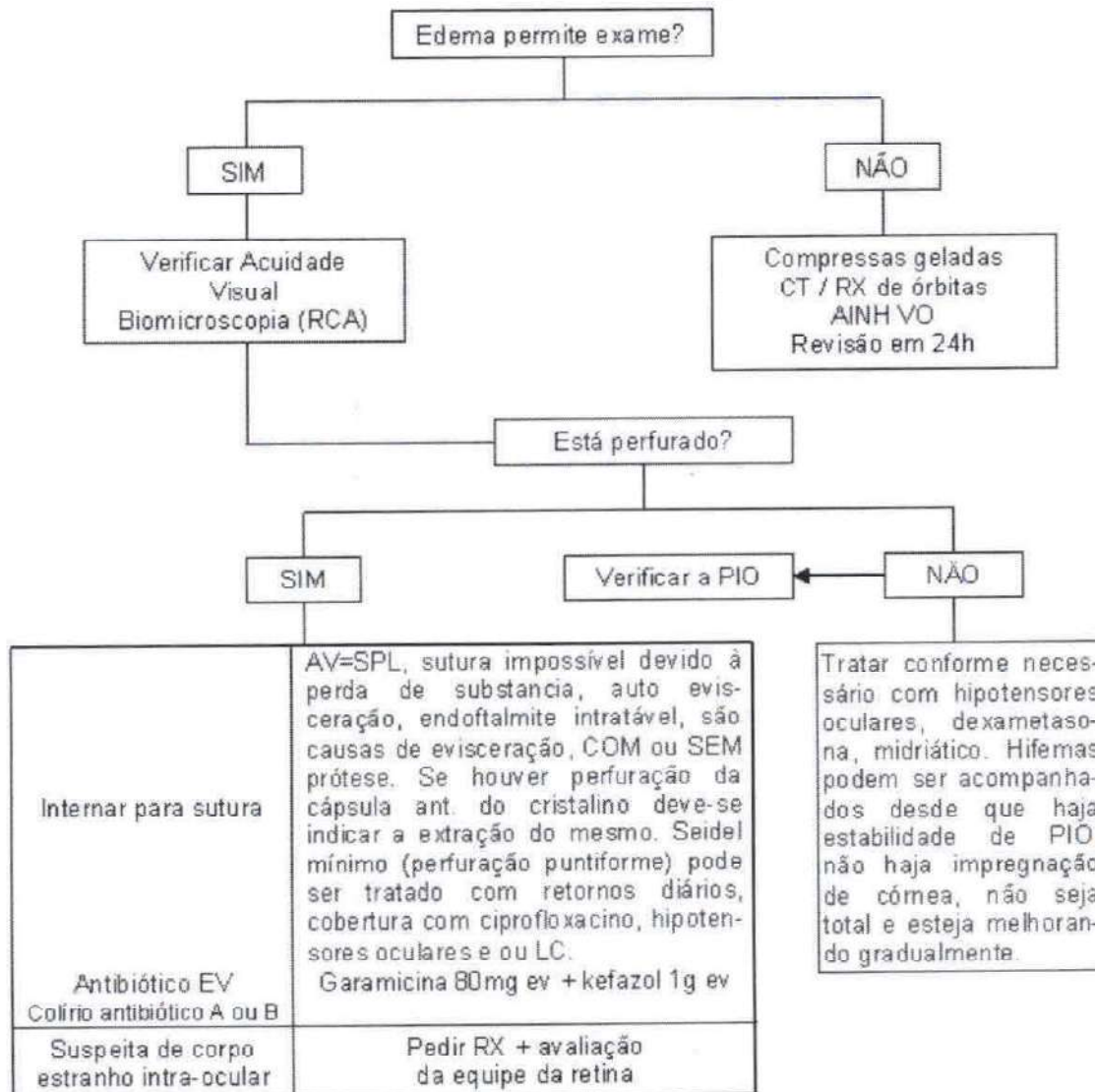
LACERAÇÕES OCULARES



CORPOS ESTRANHOS (CE) CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS



TRAUMA OCULAR

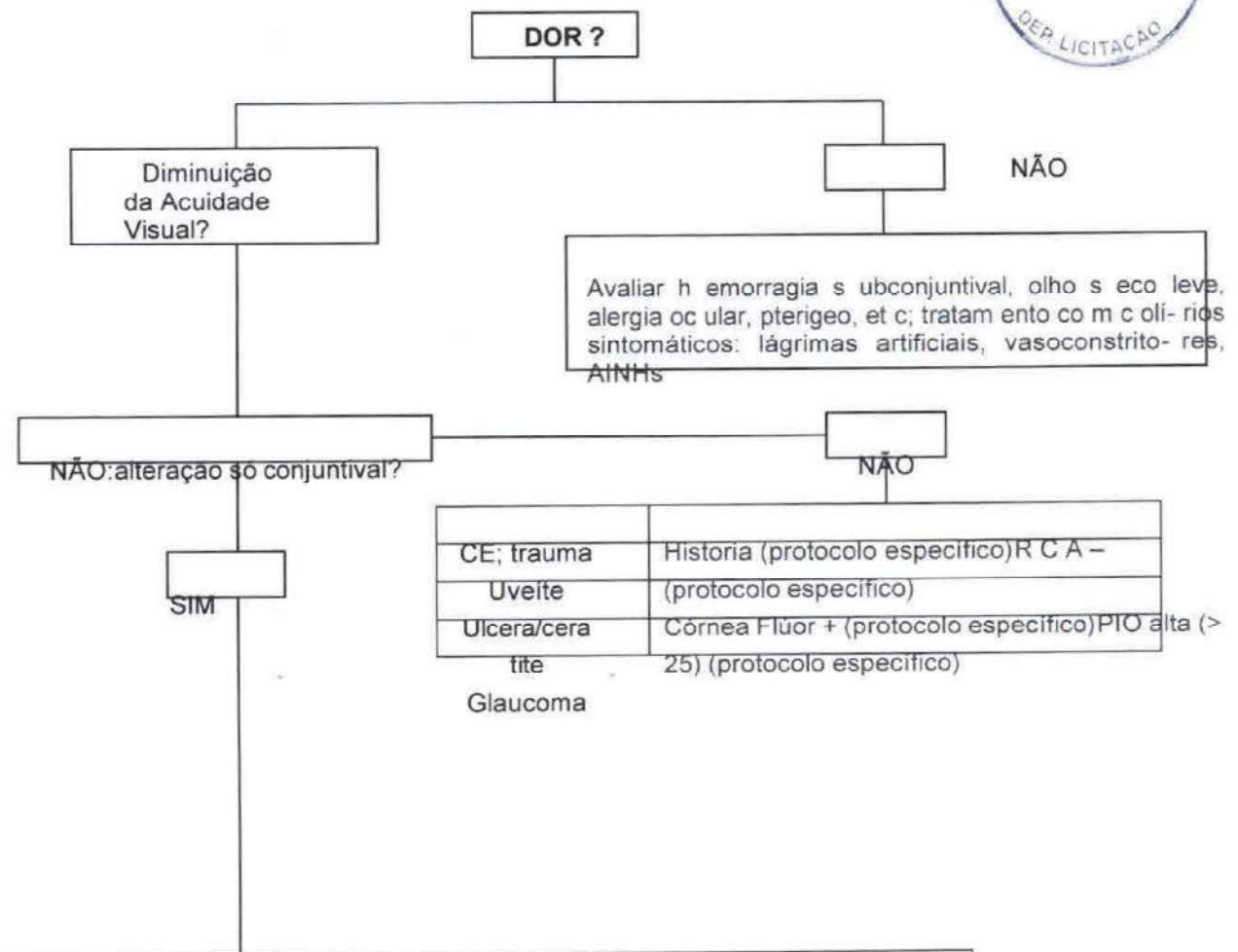


PIO - Pressão Intraocular

Handwritten marks: 'g' and 'R' in blue ink.



OLHO VERMELHO



Conjuntivite bacteriana	Secreção purulenta, papilas. tobramicina, AINHs, lubrificantes, compressas geladas, higiene.
Conjuntivite viral	Secreção serosa ou mucóide, irritação > prurido, folicúlos, linfonodo pré auricular +, acompanhado quadro viral de vias aéreas superiores. AINHs, lubrificantes, compressas geladas, higiene. A presença de pseudomembranas, ceratite ou nupículas virais indica o uso de fluorometolona
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 Hiperemia localizada AINHs/fluorometolona/cicloplegico

* NEONATOS: tempo de incubação/etiologia da conjuntivite	
24 horas	Química

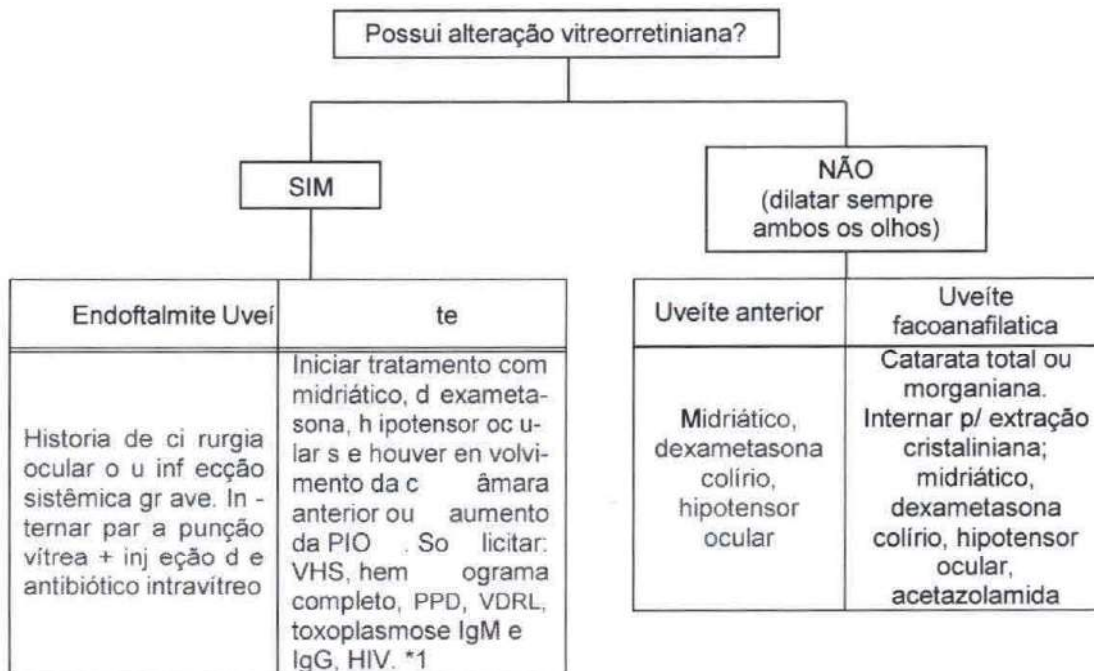


Até 48 – 72h	Gonocócica
5 a 7 dias	Bacteriana
10 a 15 dias	Clamídia

g *l*



UVEÍTES



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

DOR OCULAR PÓS CIRURGI AOFTALMOLÓGICA

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

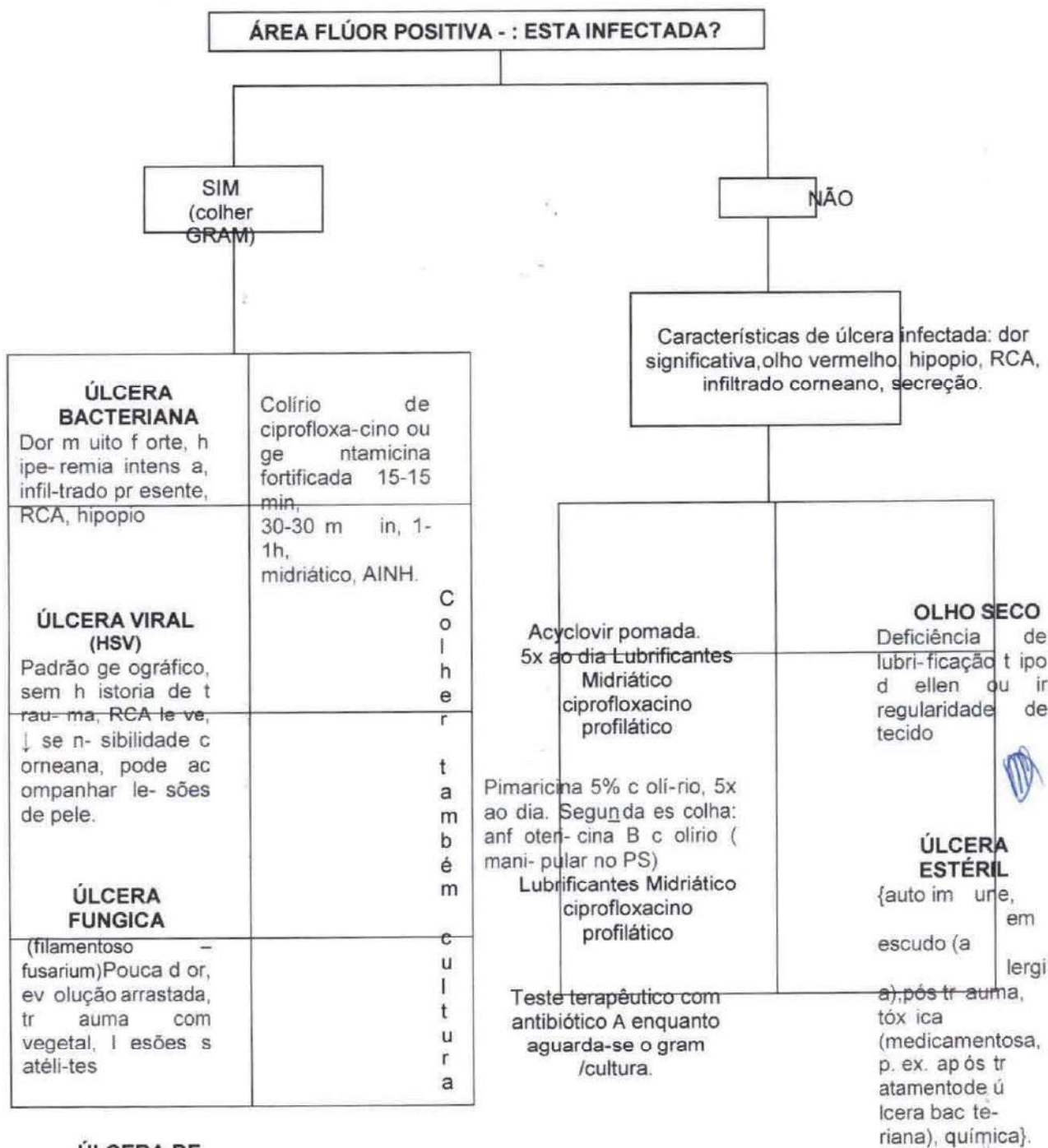
ABRASÕES CORNEANAS



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.



ÚLCERA DE AGENTE INFECCIOSO INDEFINIDO

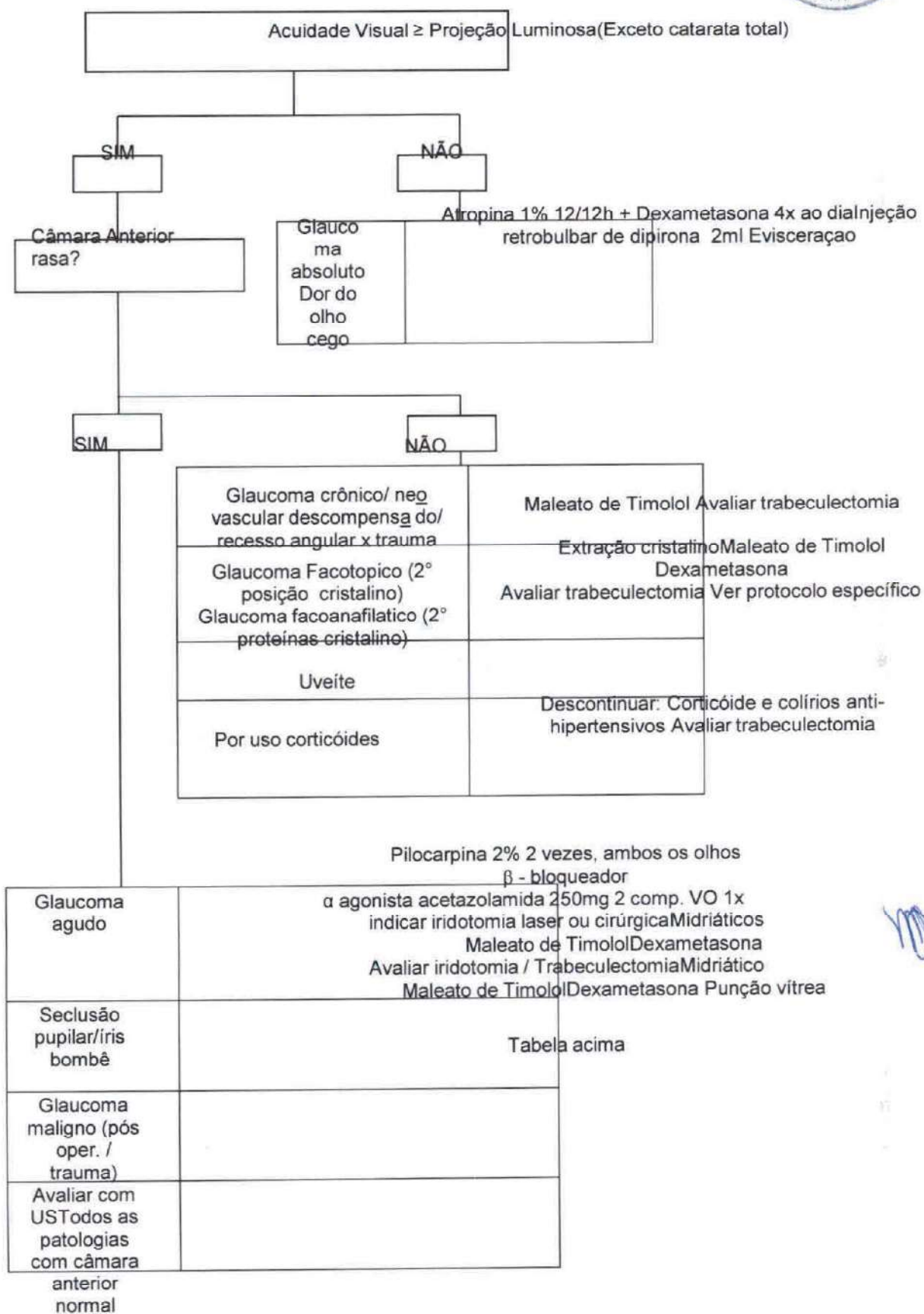


Oclusão, Lubrificação com colírios, gel ou pomada, oclusão de pontos lacrimais

Oclusão, A INH, lubrificação com colírios, gel ou pomada, midriático, ciprofloxacino profilático, dexametasona para alérgica/autoimune. No caso de ceratite química lavar com SF mesmo que já tenha sido lavado em outro serviço; evitar oclusão.



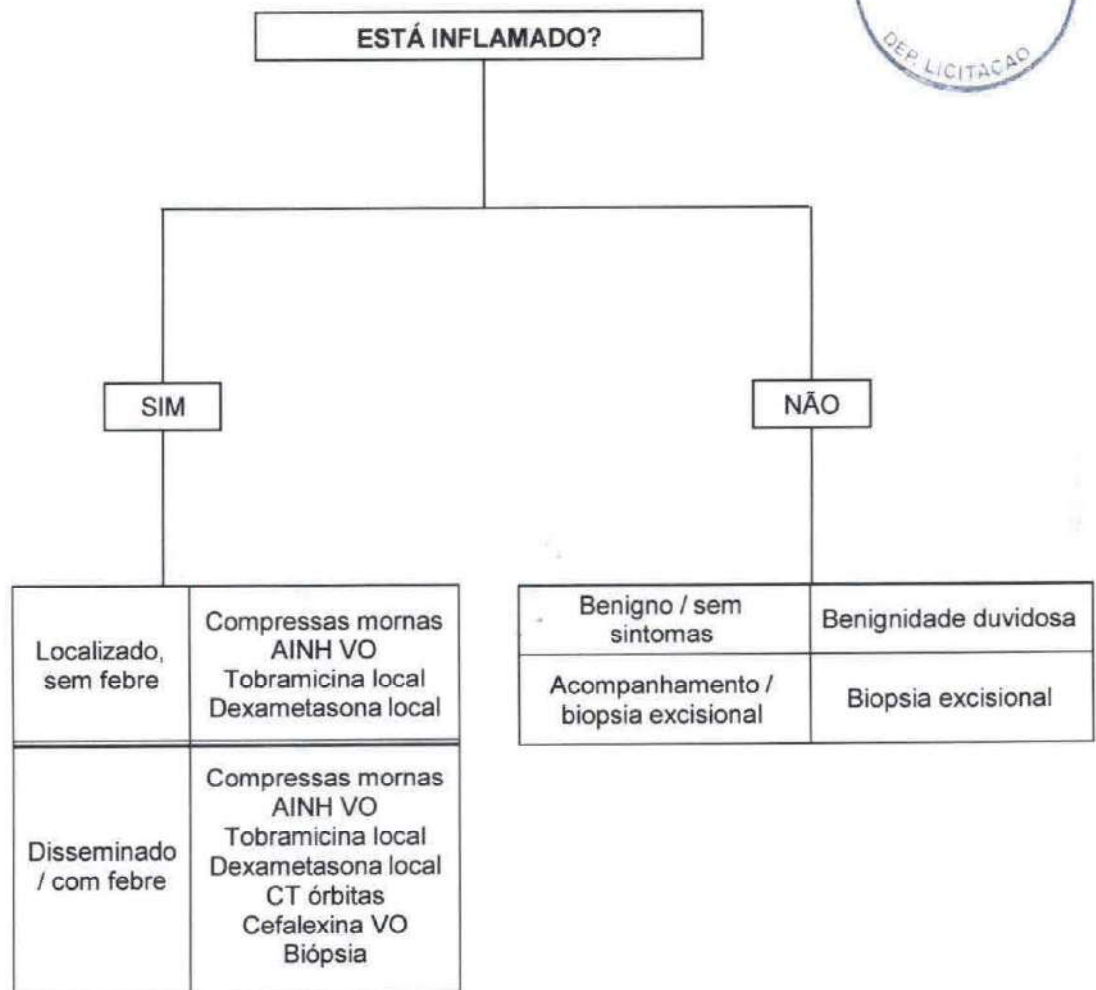
GLAUCOMA



Handwritten signatures and initials in blue ink.



TUMOR PALPEBRAL



GERATOCONJUNTIVITE 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

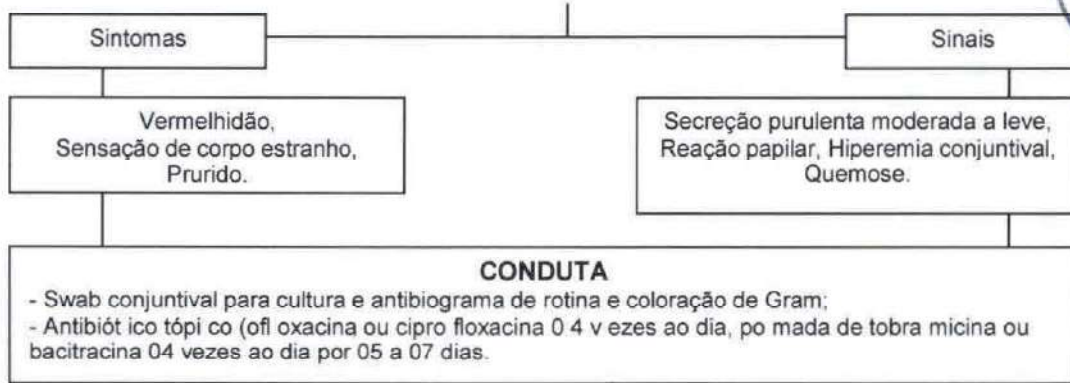
DACRIOCISTITE

Tratamento: antibióticoterapia venosa + internação + reavaliação até a alta
Se grave encaminhar ao P. S. do HBDF

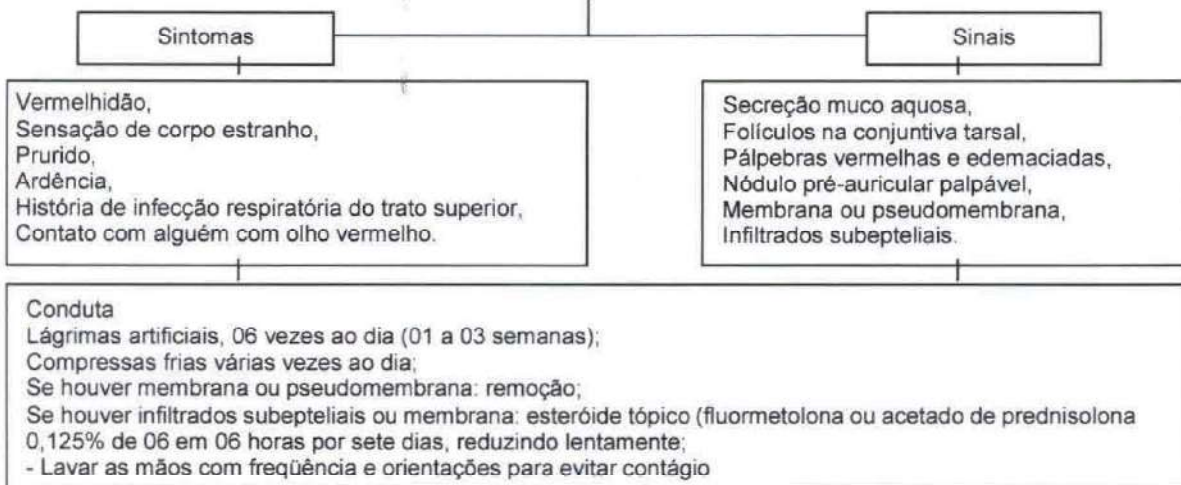
Encaminhar ao Ambulatório de Plástica Ocular



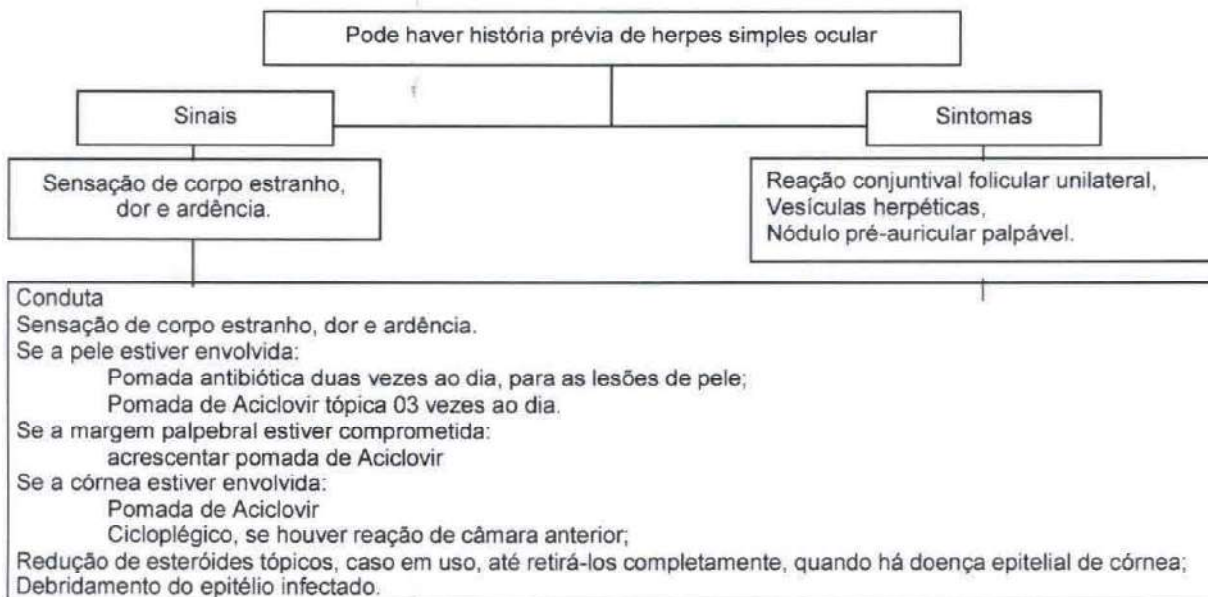
CONJUNTIVITE BACTERIANA



CONJUNTIVITE VIRAL



CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES

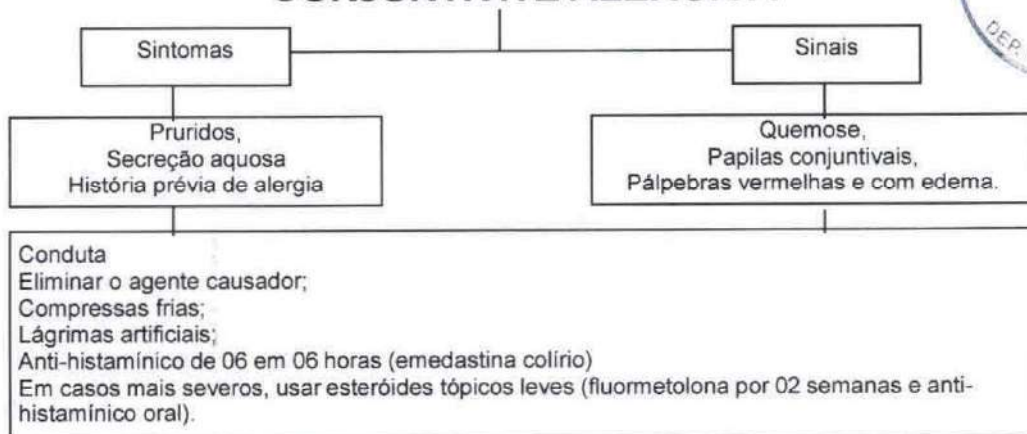


* **Observação** – Quando há suspeita de doença herpética primária: Aciclovir 400mg, via oral, cinco vezes ao dia (por 07 a 14 dias)

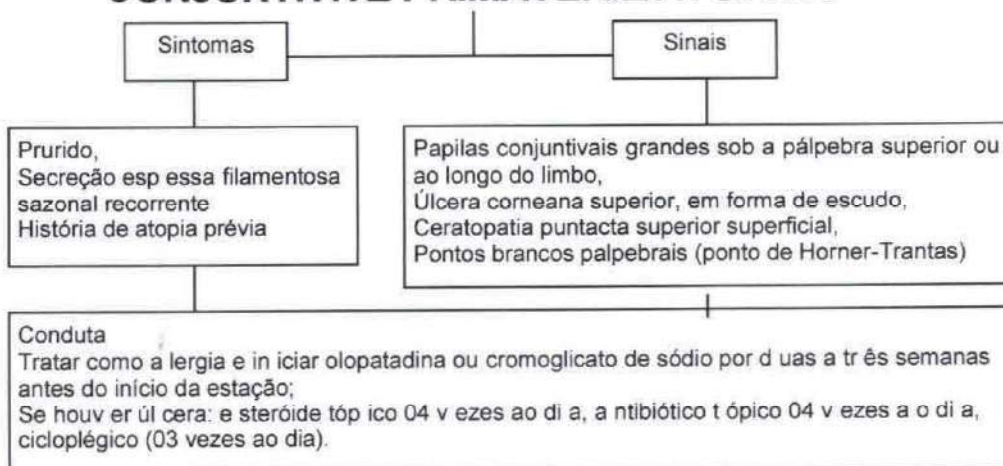
* **Contra-indicado em pacientes grávidas e/ou com doença renal.**



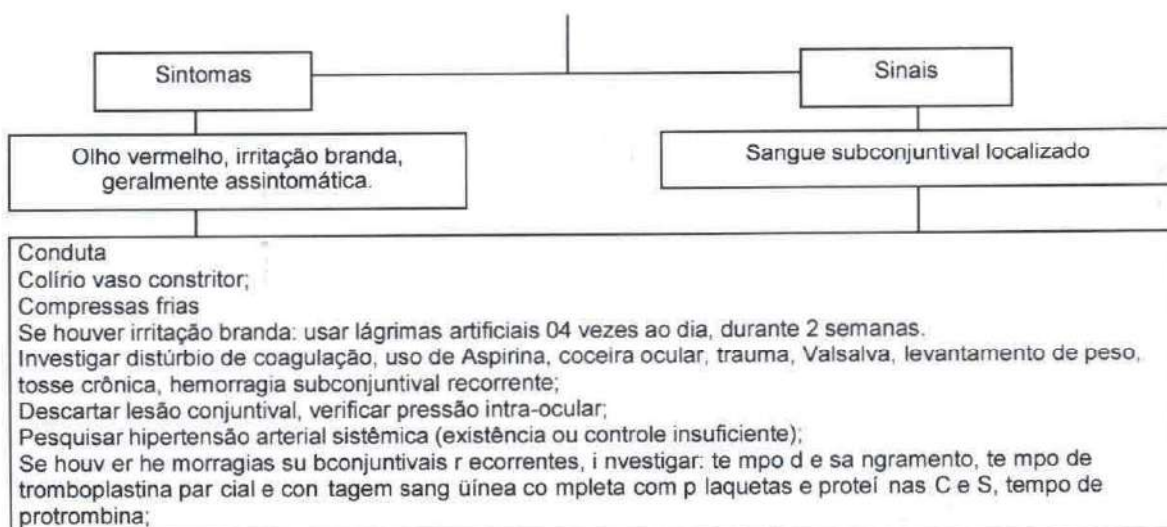
CONJUNTIVITE ALÉRGICA



CONJUNTIVITE PRIMAVERIL/ATÓPICA

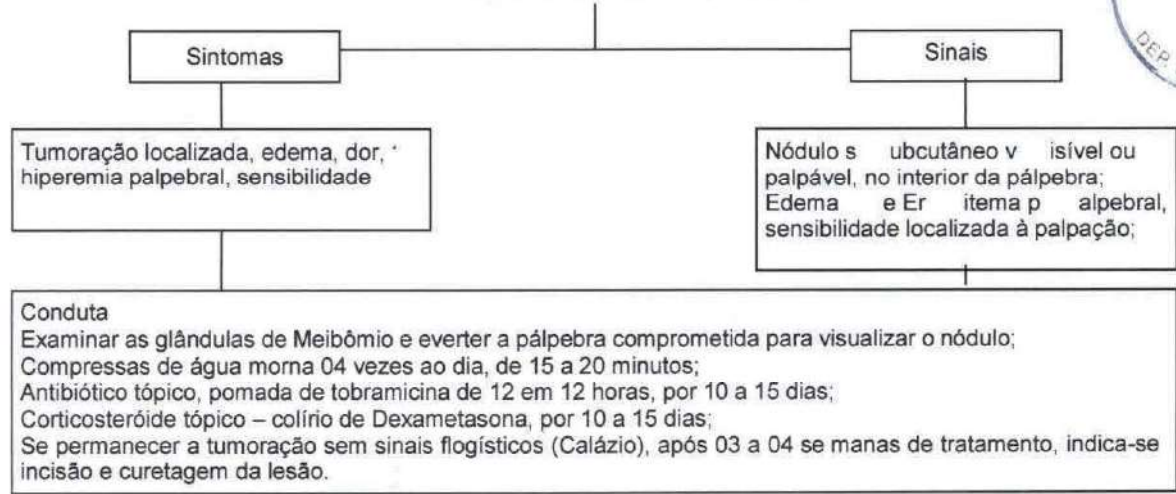


HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

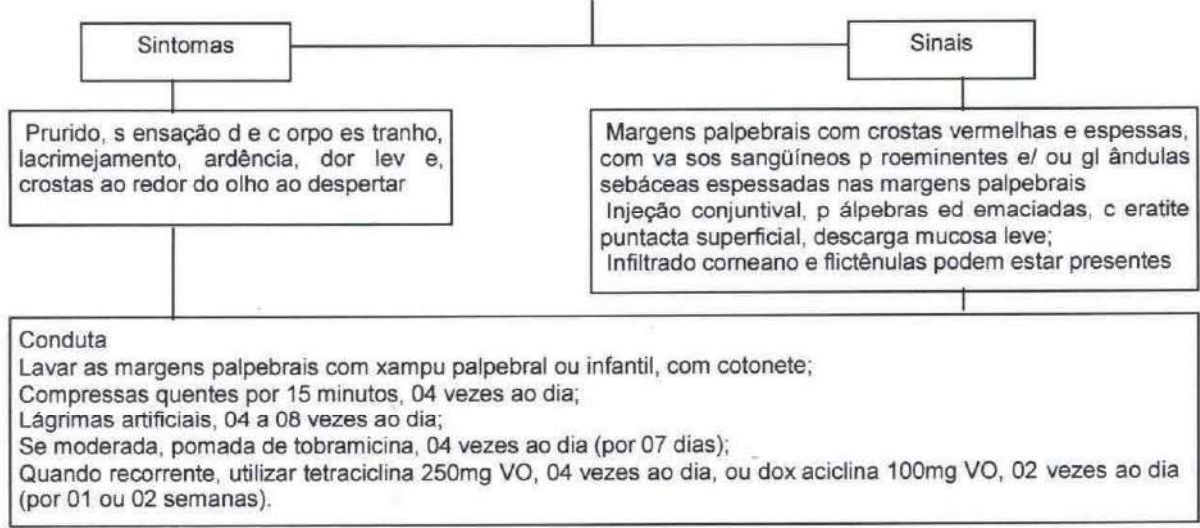




HORDÉOLO/CALÁZIO

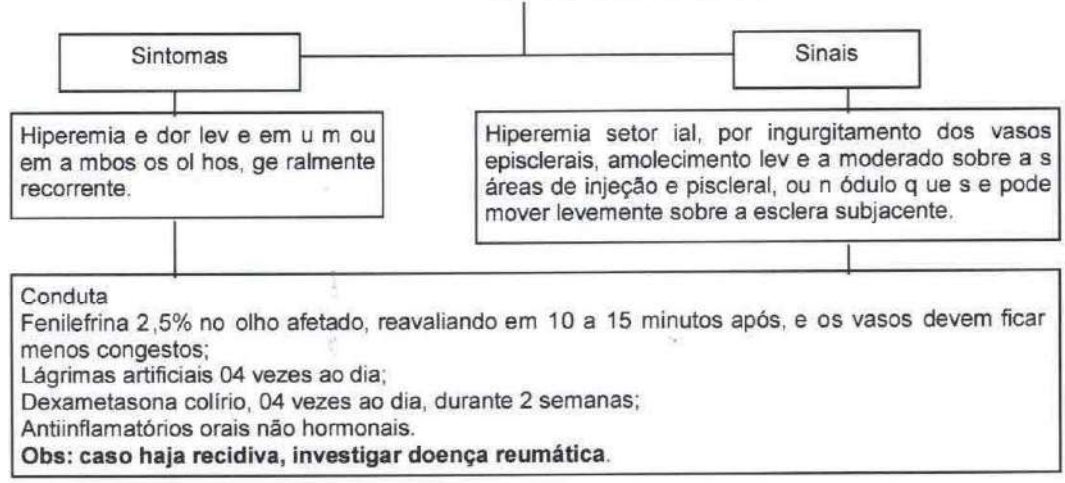


BLEFARITES



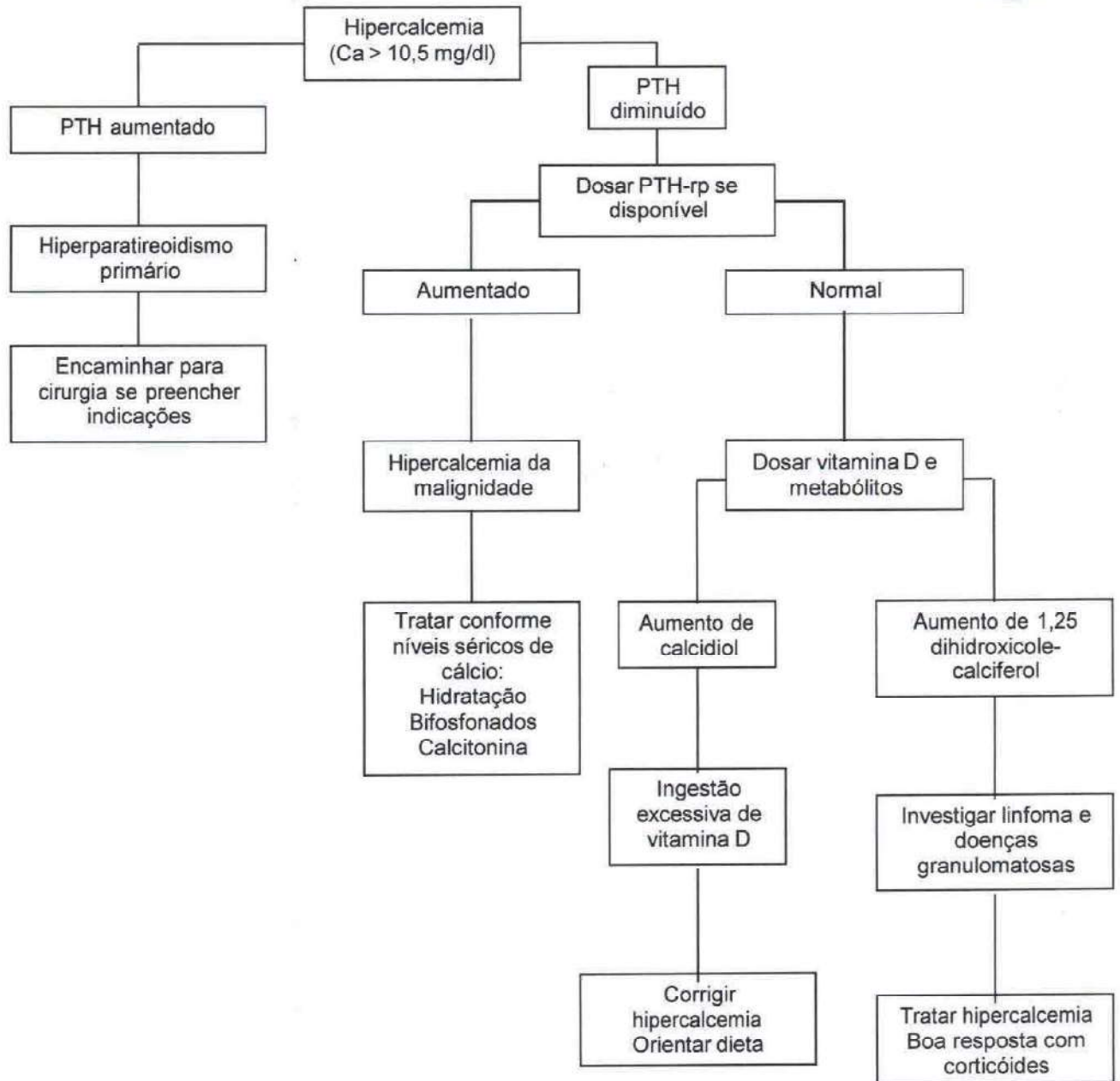
Observação:
Tetraciclina não deve ser usada em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, ou em crianças abaixo de oito anos. Pode-se substituir por eritromicina 250mg VO, 04 vezes ao dia.

EPISCLERITE





HIPERCALCEMIA





CRISE TIREOTÓXICA

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

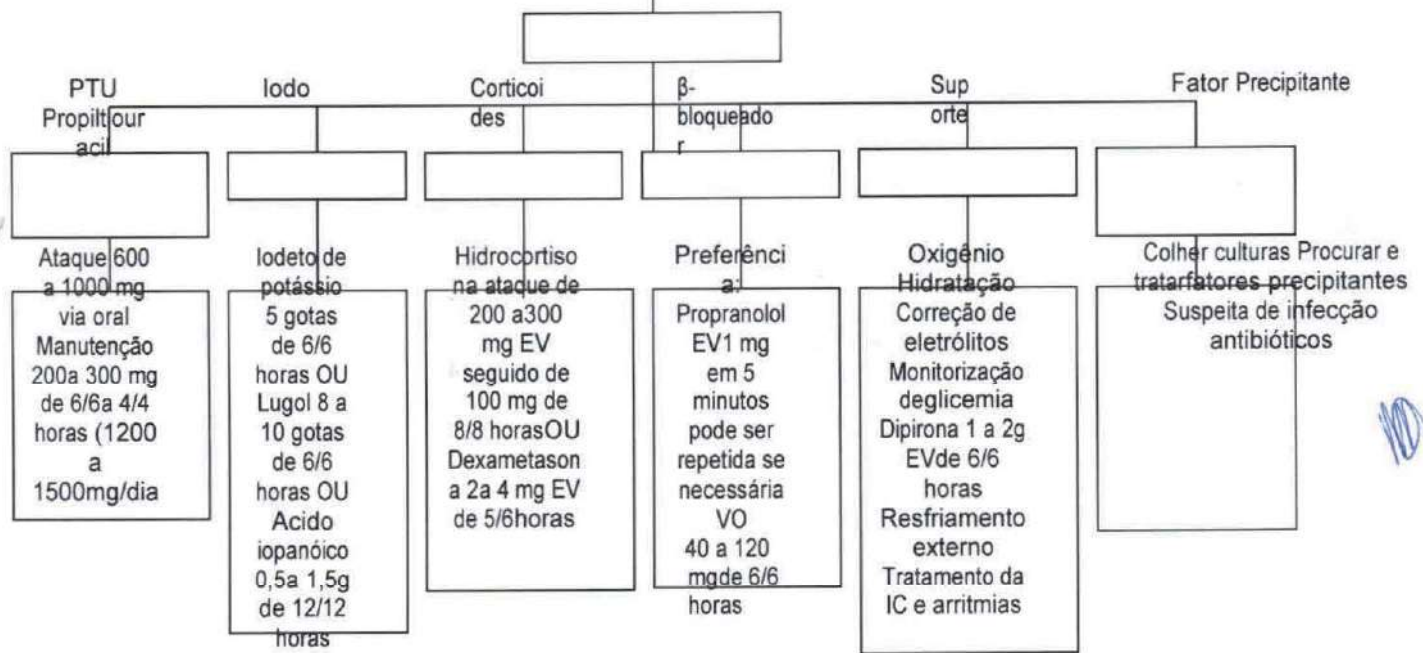
FATORES PRECIPITANTES:
Infecção, cirurgia, radioiodoterapia (I^{131}), sobrecarga de iodo, interrupção de antitireoídicos, uso de amiodarona, excesso de hormônios tireoídicos exógenos, cetoacidose diabética, IC, toxemia gravídica, parto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, isquemia mesentérica, 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



Handwritten signatures and marks.



COMA MIXEDEMATOSO

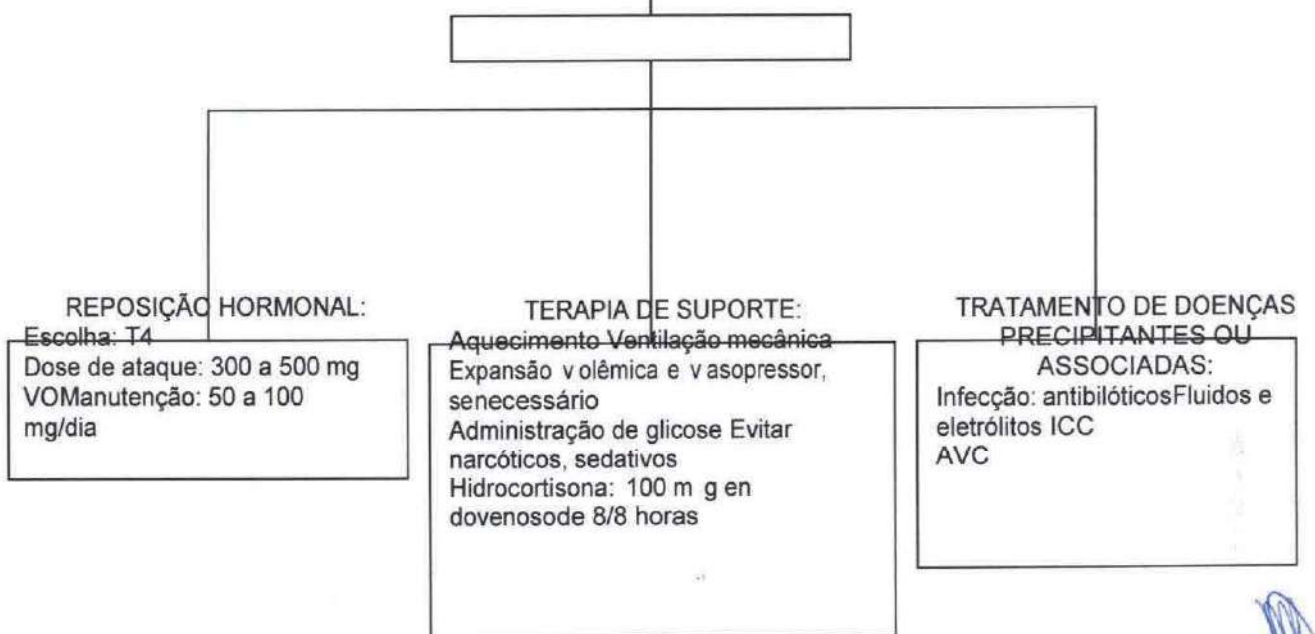
SUSPEITA CLÍNICA:
Exame geral sugestivo de hipotireoidismo: edema facial ou periorbitário, macroglossia, reflexos tendinosos hipoativos
Antecedente de hipotireoidismo ou má aderência ao tratamento
Alteração do nível de consciência
Alteração de sinais vitais: hipotermia, hipotensão, bradicardia
Hipoventilação com hipoxemia e hipercapnia
Hiponatremia
Hipoglicemia

FATORES PRECIPITANTES:

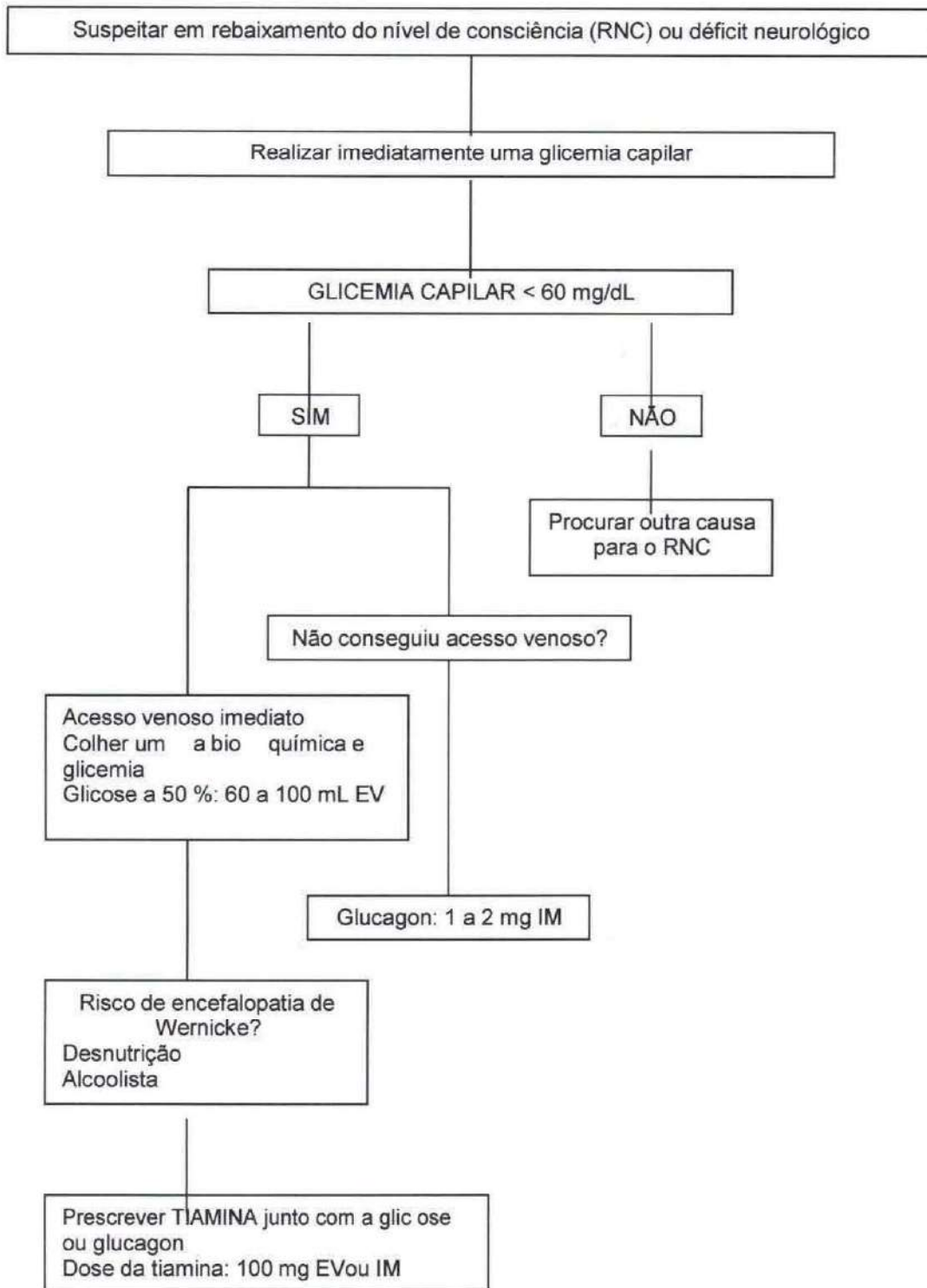
- Má aderência à reposição de T4, infecção, exposição ao frio, medicamentos, drogas, doença pulmonar, AVC, ICC, sangramento digestivo, trauma, cirurgia.

EXAMES COMPLEMENTARES:
Aumento de área cardíaca, ECG com baixa voltagem, anemia, hipotermia, aumento de creatinina, elevação de CPK, hipercolesterolemia, hipoglicemia, hipoxemia, acidose respiratória

COMA MIXEDEMATOSO



HIPOGLICEMIA

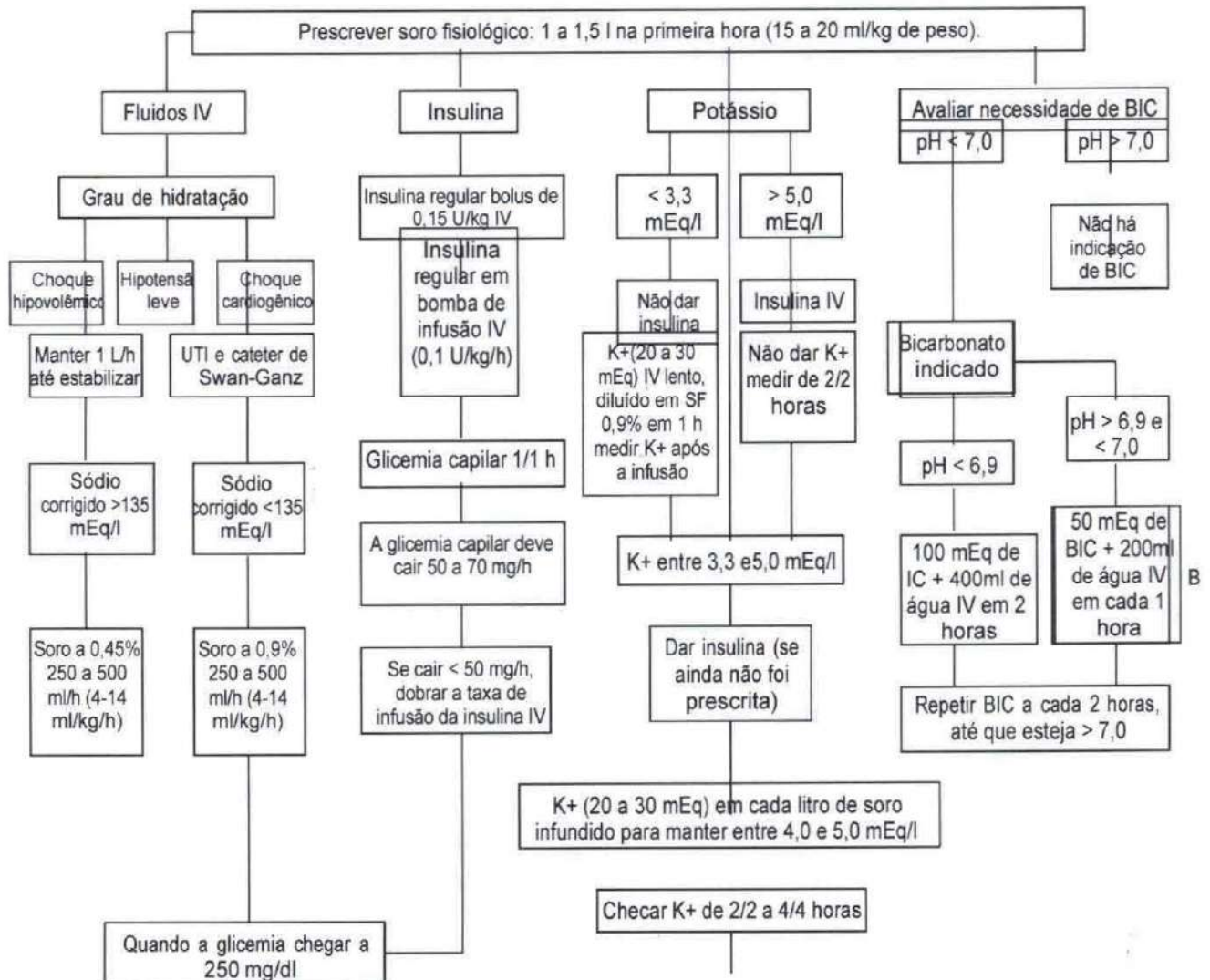


Handwritten signatures and marks in blue ink.



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.



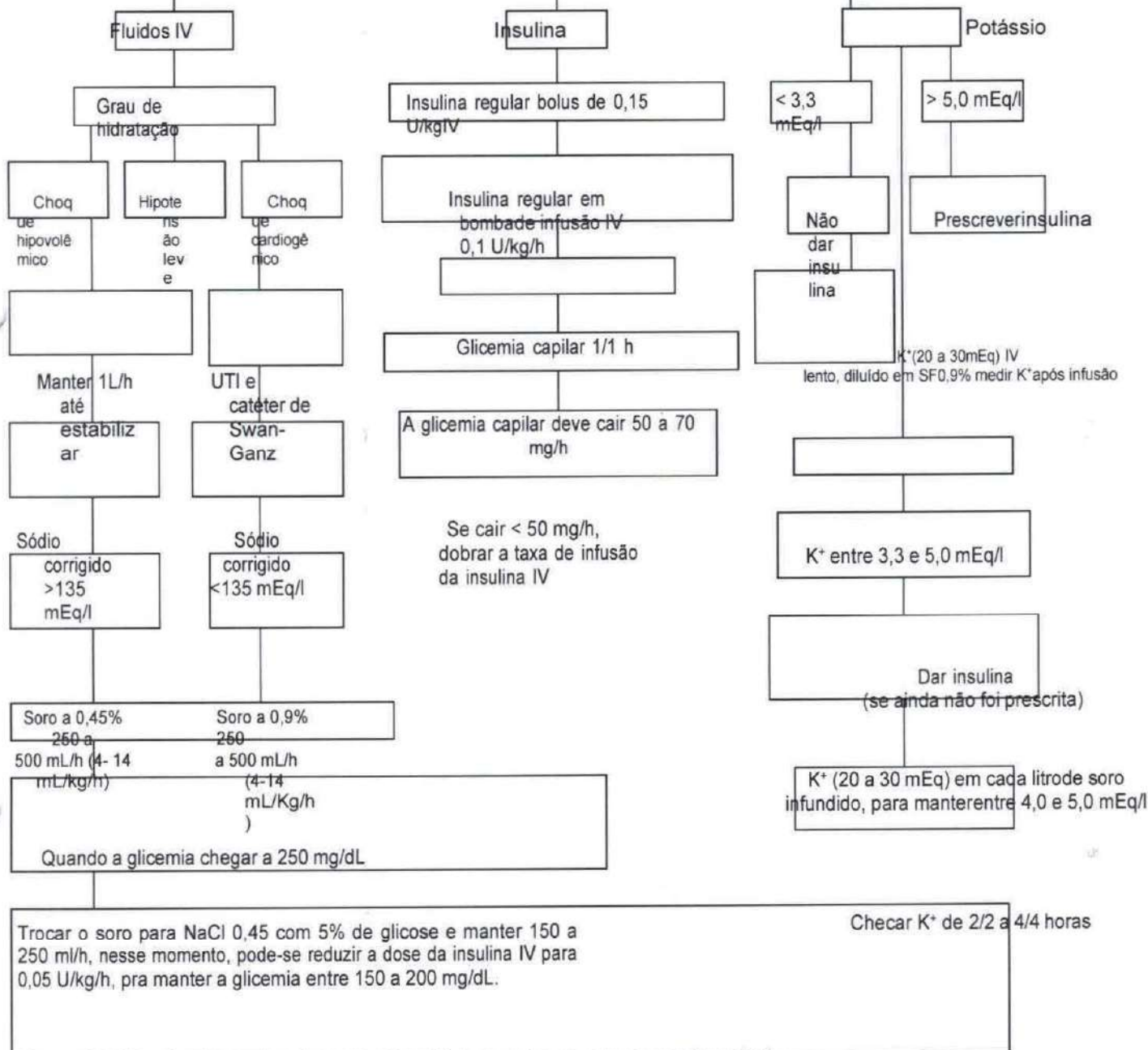
Trocar o soro para NaCl 0,45% com 5% de glicose e manter 150 a 250 ml/h, nesse momento, pode-se reduzir a dose da insulina IV para 0,05 U/kg/h, para manter a glicemia entre 150 a 200 mg/dl.

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)

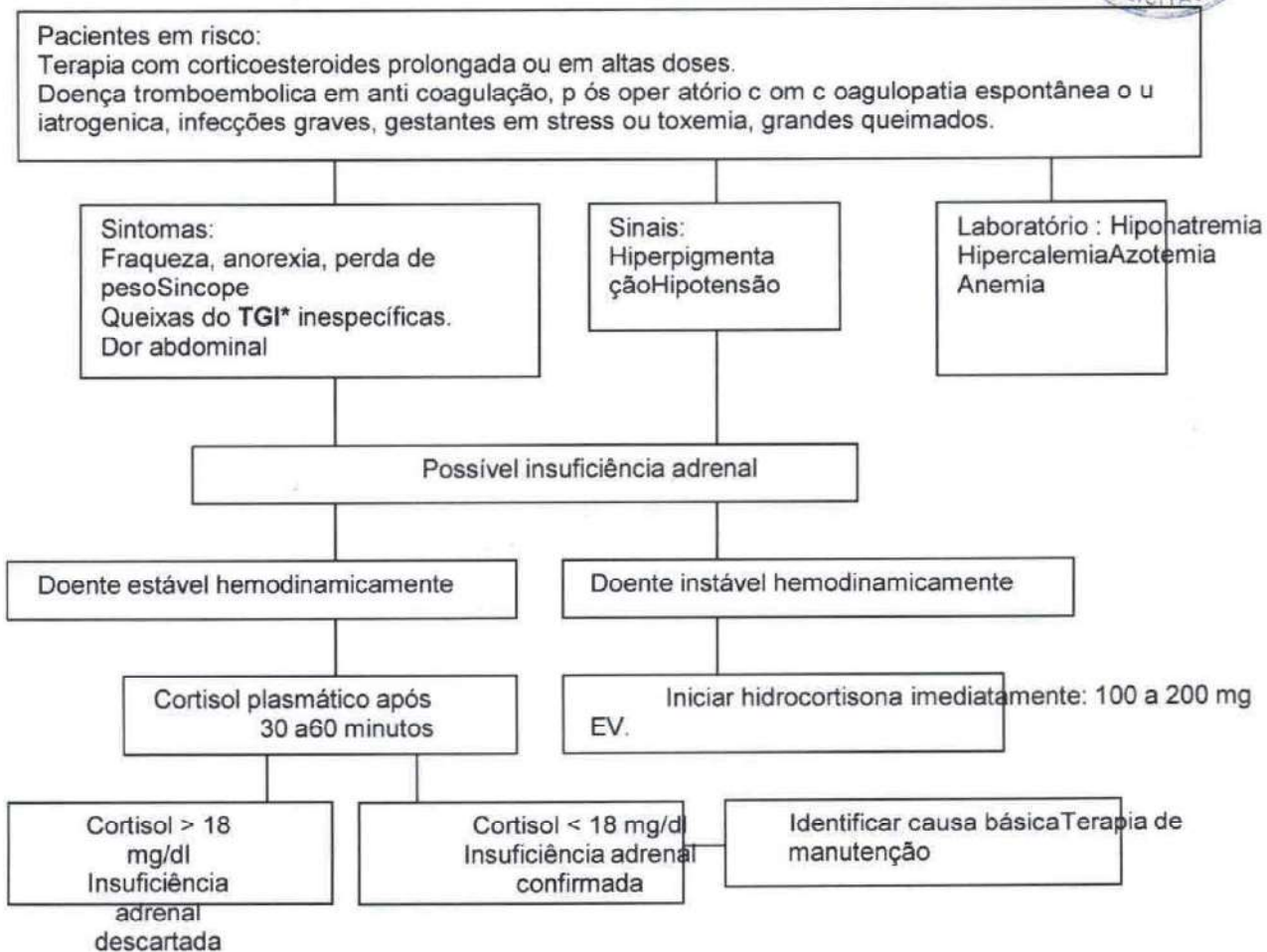
Avaliação inicial completa (história e exame físico minucioso) e solicitação de Na⁺, K⁺, Cl⁻, hemograma, glicemia, gasometria arterial, EAS, radiografia de tórax, ECG e cetonúria.

Prescrever soro fisiológico: 1 a 1,5 L na primeira hora (15 a 20 mL/kg de peso)



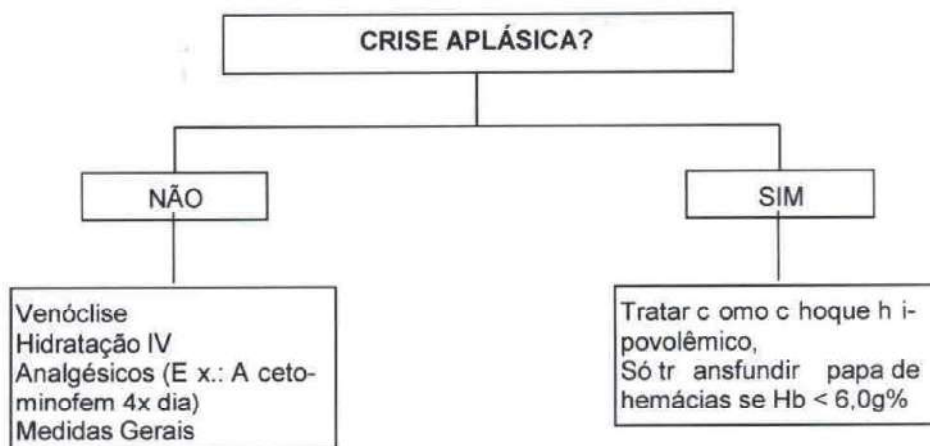
Checar eletrólitos, função renal e glicose de 2/2 a 4/4 horas, até que o doente esteja estável
 Após, resolução da EHH, prescrever dieta VO, continuar a insulina IV e a dicionar insulina regular SC, conforme glicemia
 Só desligar a bomba de insulina após 1 a 2 horas da aplicação de insulina regular SC
 Iniciar esquema de insulina com múltiplas doses (regular ou lispro ou aspart + NPH ou glargina) Se tudo estiver estável, transferir para enfermaria

INSUFICIÊNCIA ADRENAL



TGI - Trato Gastrointestinal

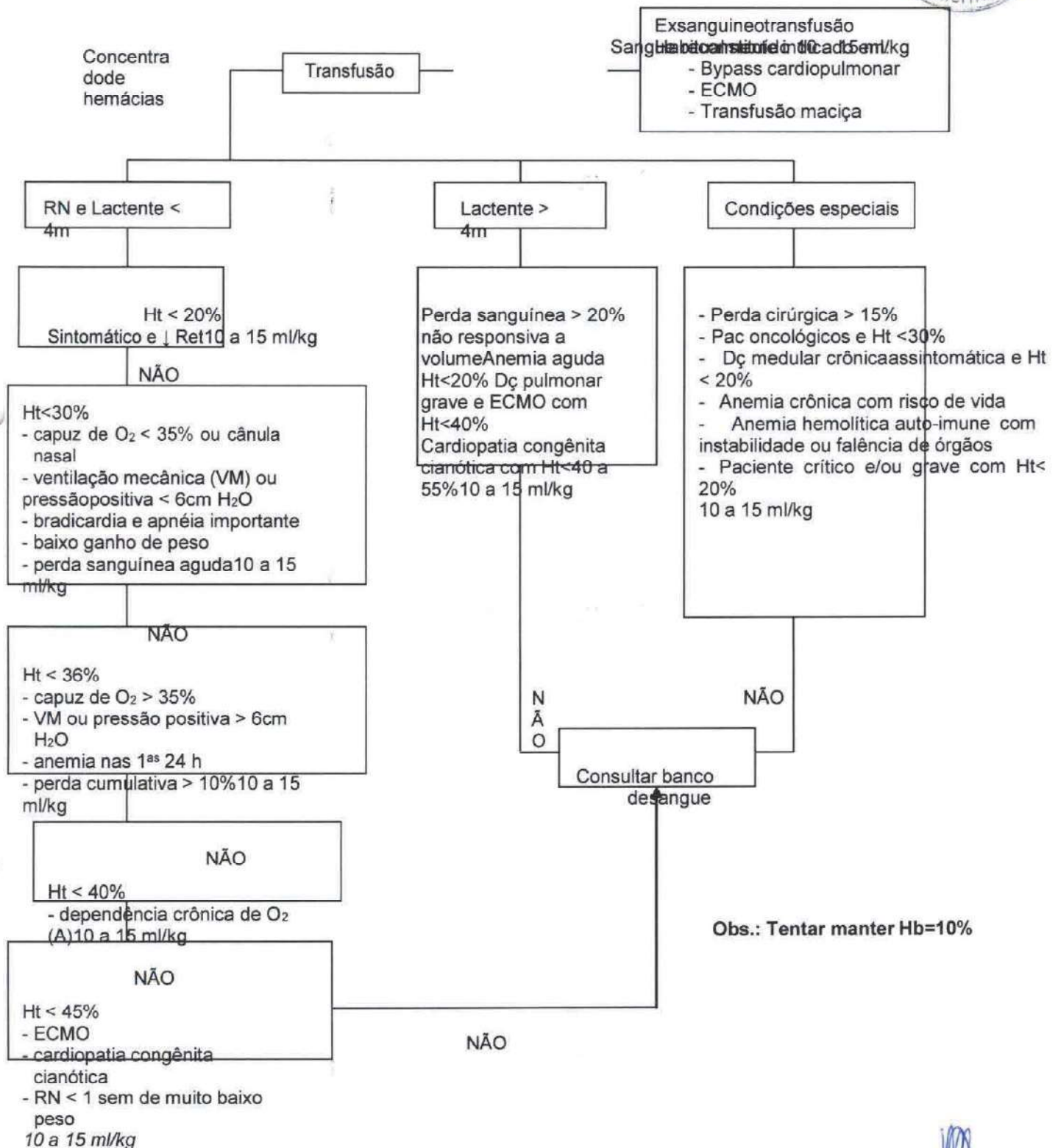
CRISE FALCÊMICA



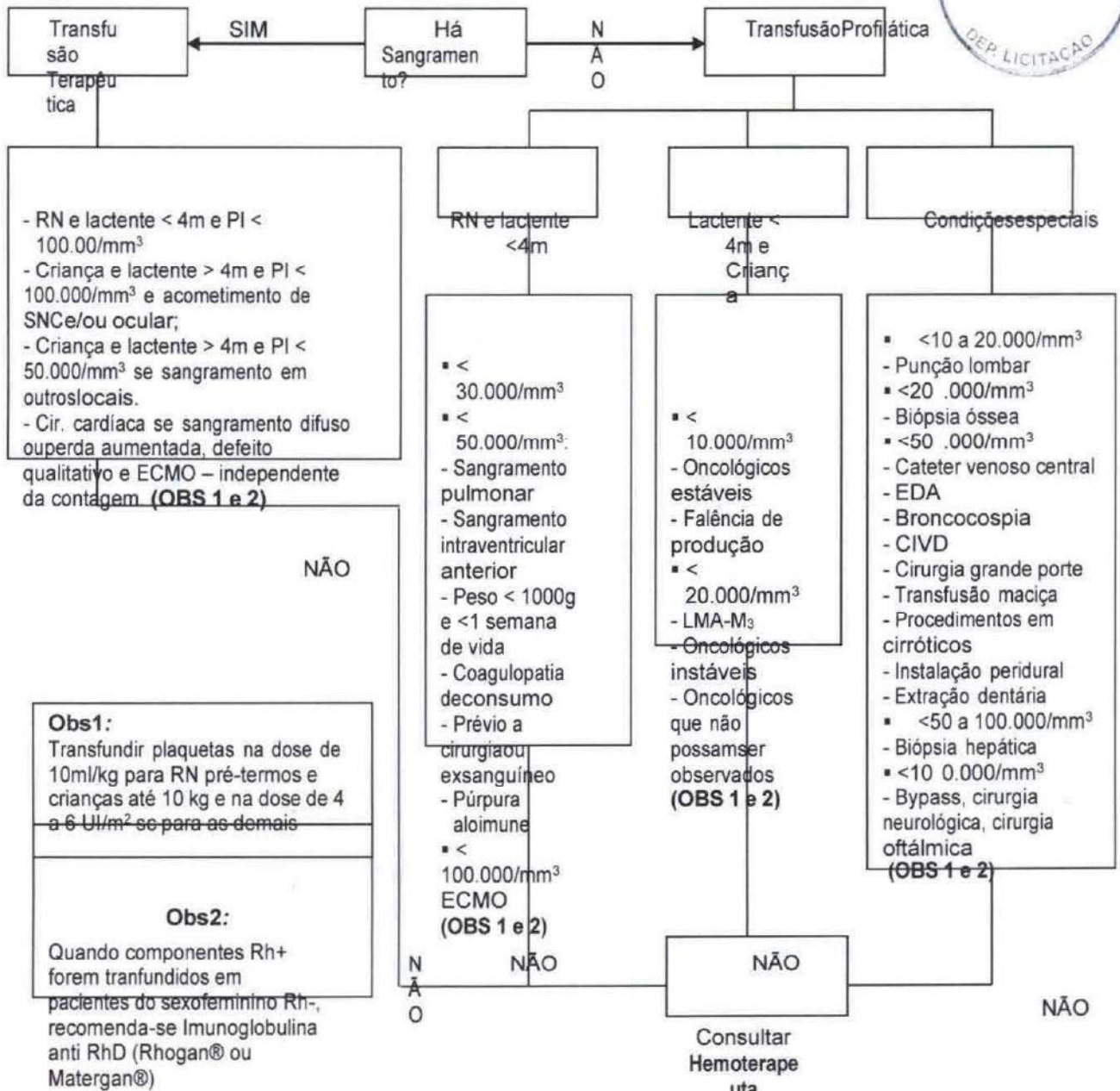
MEDIDAS GERAIS:

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.

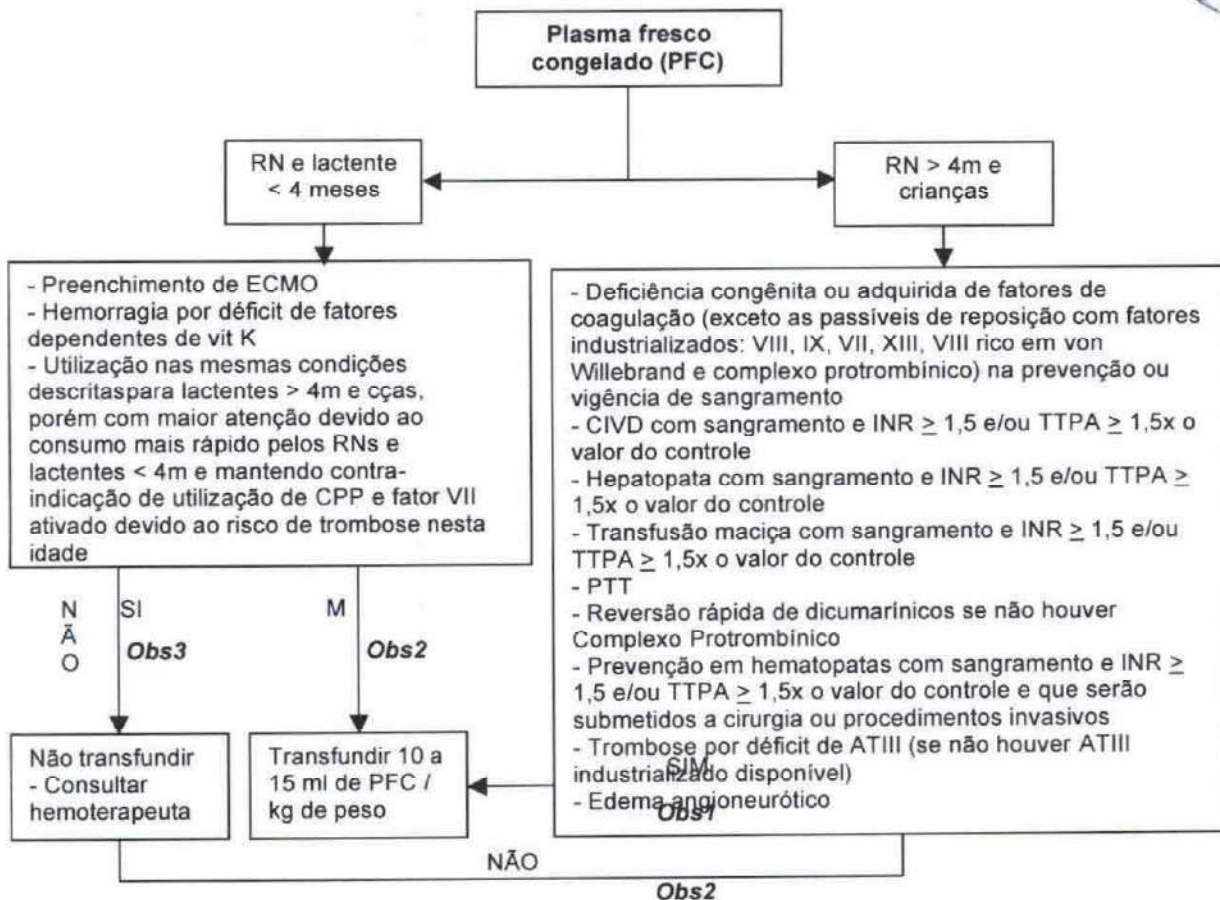
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA



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 v on Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogamamin P®)

Obs3
CONTRA INDICAÇÕES FORMAIS AO USO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

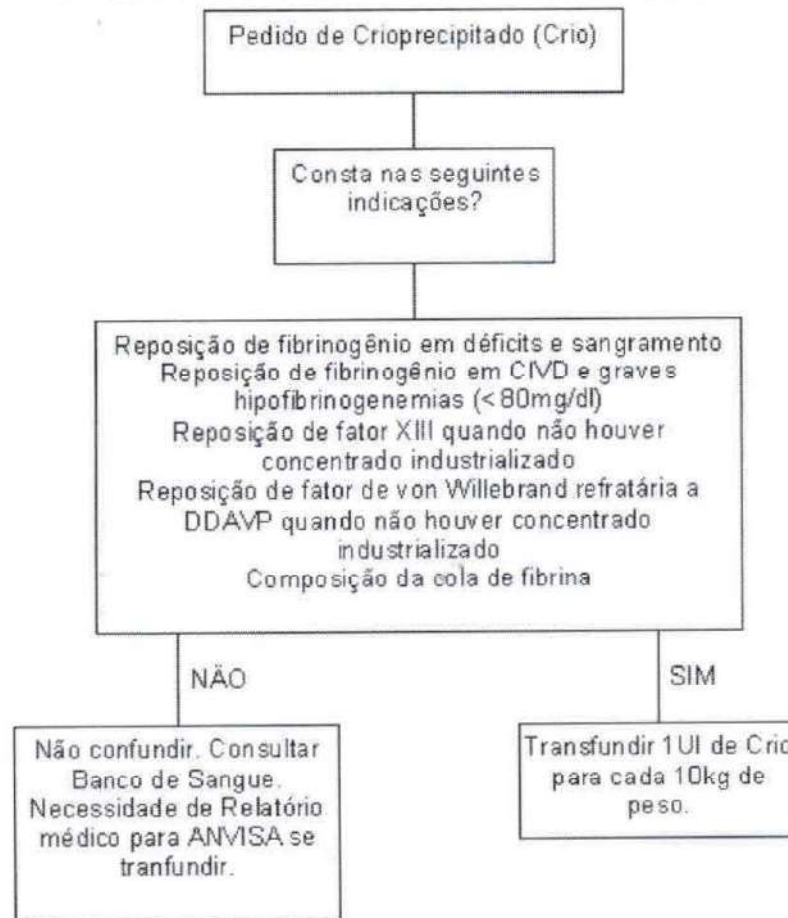
- Expansor volêmico
- Manutenção da pressão oncótica
- Sangramento sem coagulopatia
- Imunodeficiência
- Septicemia sem CIVD
- Grandes queimados
- Fonte de imunoglobulina
- Fórmula de reposição nas transfusões maciças
- Acelerar processo de cicatrização
- Desnutrição e como complemento da nutrição parenteral
- 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 v on Willebrand (Haemate-P®), fator IX (Benefix® Immunine®), fator XIII (Fibrogamamin 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®)

Handwritten signatures and initials in blue ink.



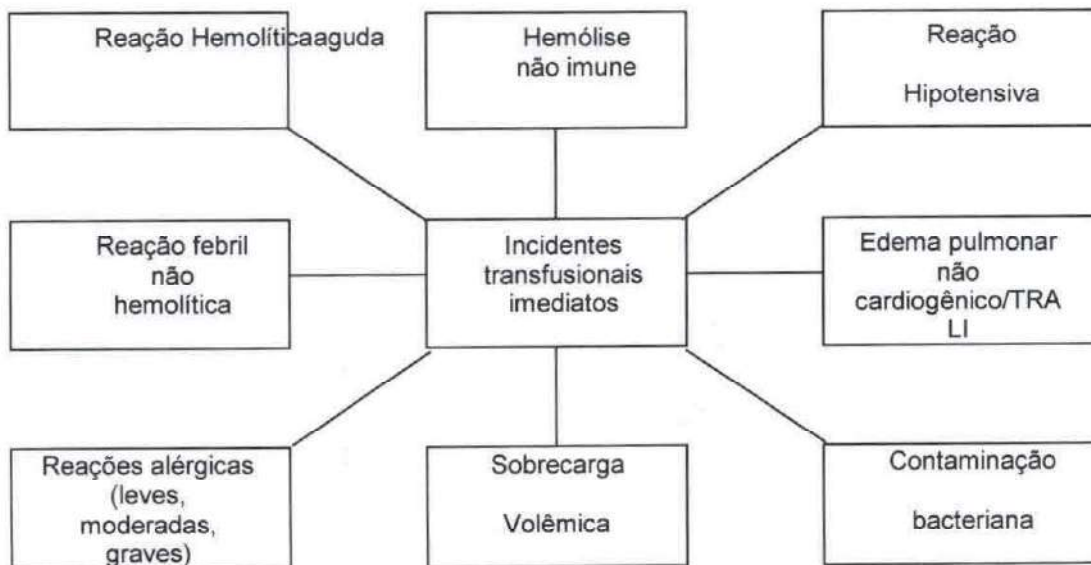
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO



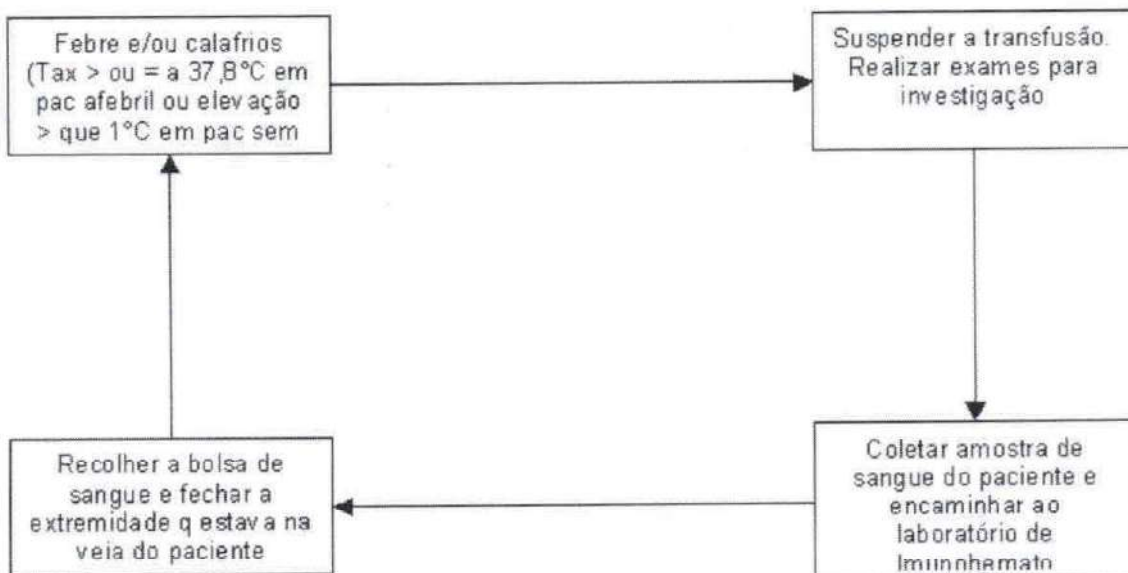
INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS

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)	HTLVI / II
Reação hipotensiva	Doença do enxerto contra o hospedeiro/GVHD
Hemólise não imune	Aparecimento de anticorpos irregulares/isoimunização
Outros. Especificar:	Outros. Especificar:

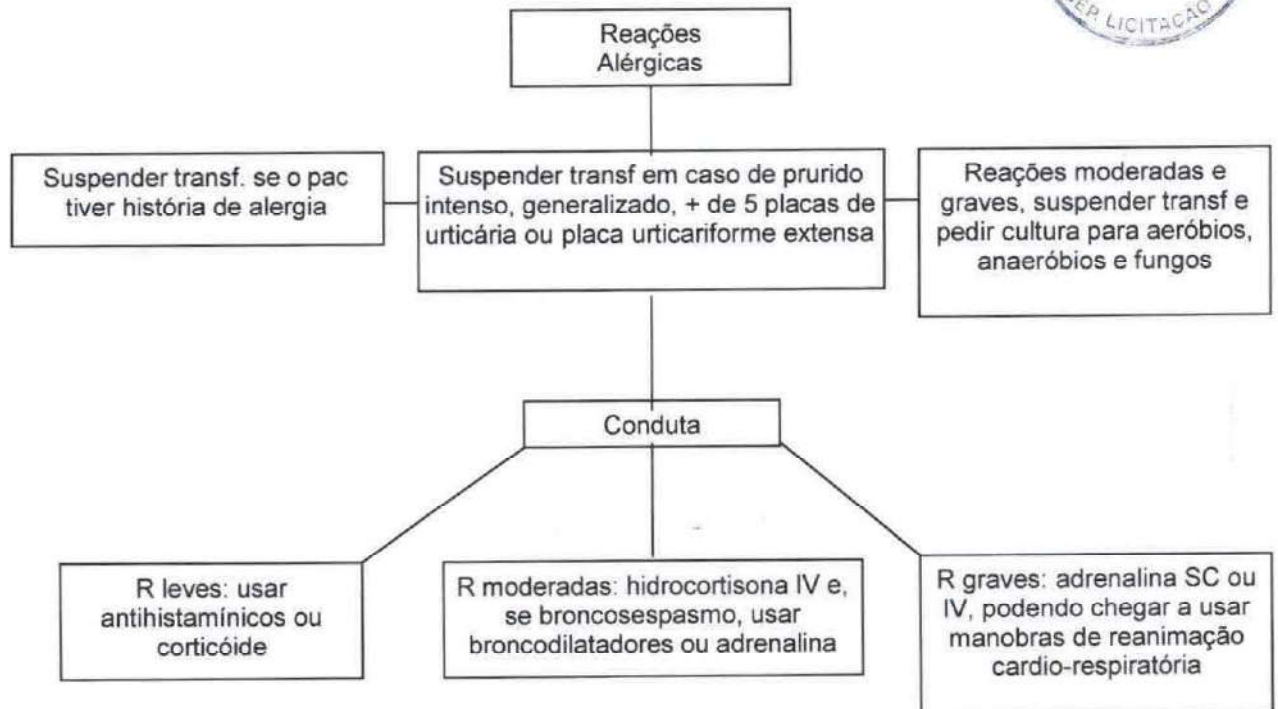
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS



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:

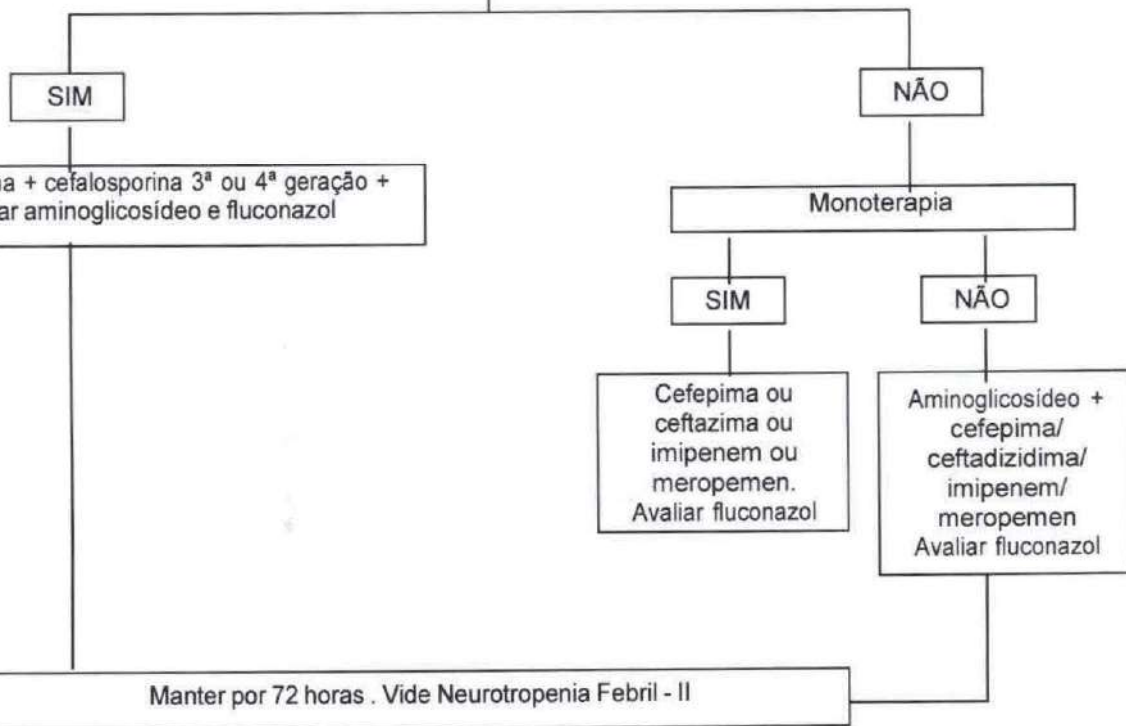
- Solicitar ao Laboratório de Imunohematologia: investigação de reação transfusional;
- Solicitar ao Laboratório de Microbiologia: cultura da bolsa nº ____ para germes aeróbios, anaeróbios e fungos;
- Solicitar ao Laboratório Geral do Hospital:
 - Hemograma com contagem plaquetária;
 - TAP, PTT, fibrinogênio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



NEUTROPENIA FEBRIL - I

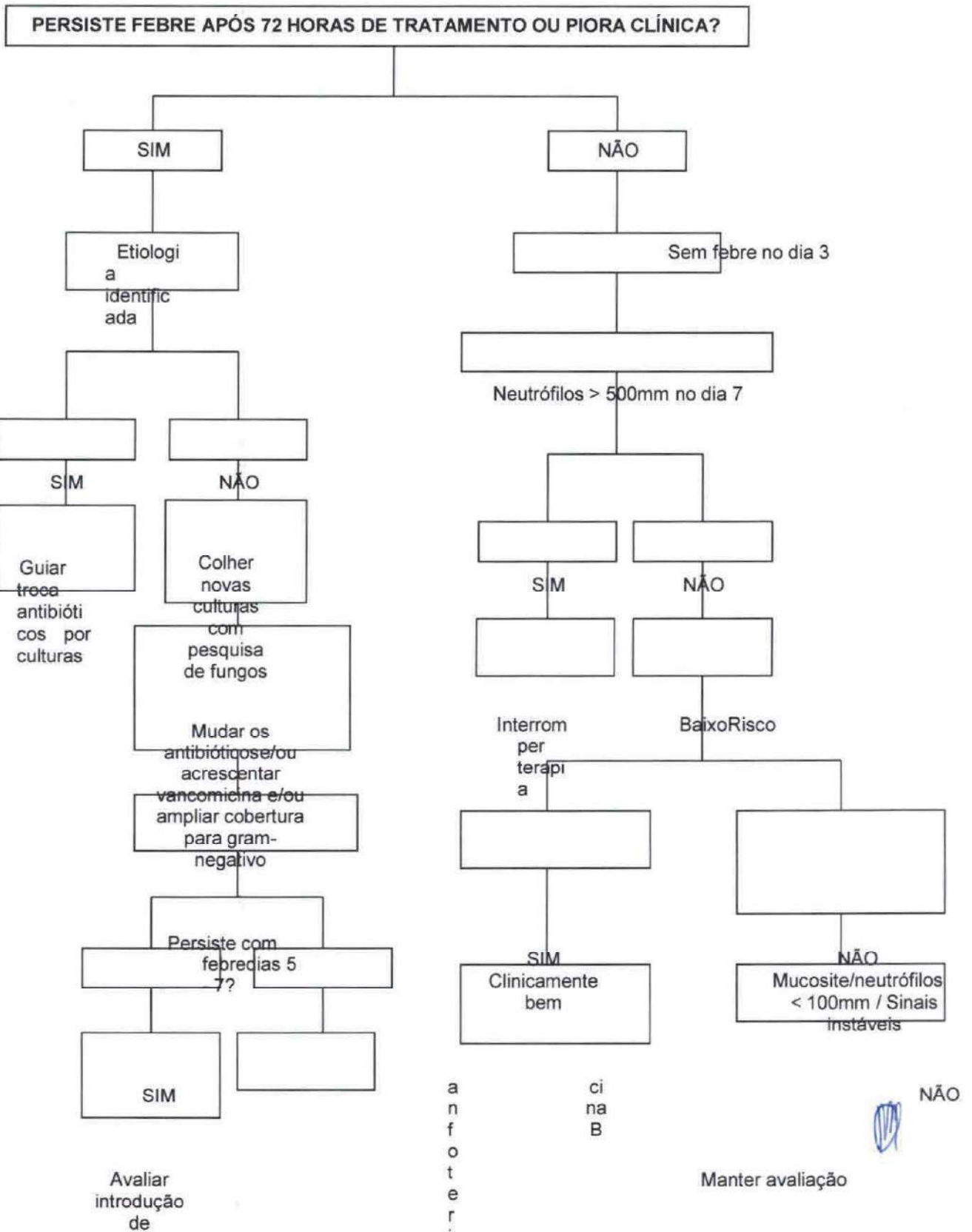
Febre (temp > 38,3°C) ou > 38°C por pelo menos 1 hora Neutropenia (< 500/mm³) ou < 1000u com queda para < 500 invisível.

Mucosite grave/profilaxia quinolona/colonizado com S. aureus resistente ou S. pneumoniae resistente/infecção decorrente cateter/hipotensão



EXAMES:
Hemograma
RX tórax PA e PEAS
Bioquímica Hemoculturas Uroculturas

NEUTROPENIA FEBRIL - II



g ∞



Interromper quando
sem febre 5 - 7 dias

C
o
n
t
i
n
u
a
r

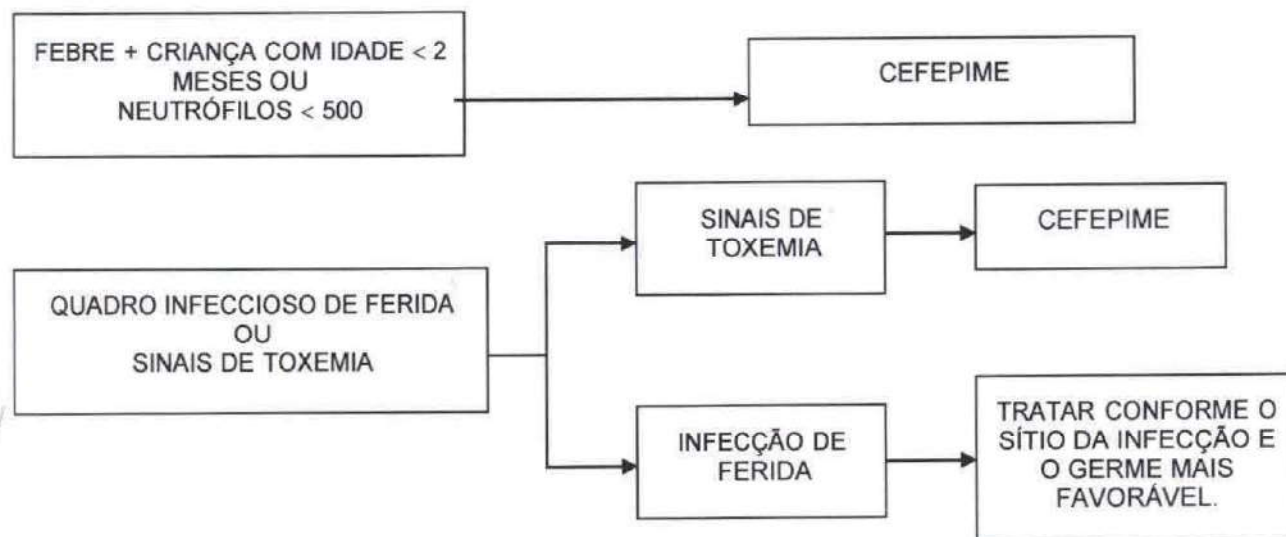
a
n
t
i
b
i
ó
t
i
c
o
s

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 GENGIVITE 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 BETA-LACTAMASE: 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 a cima de 5x maior que o valor de referência.

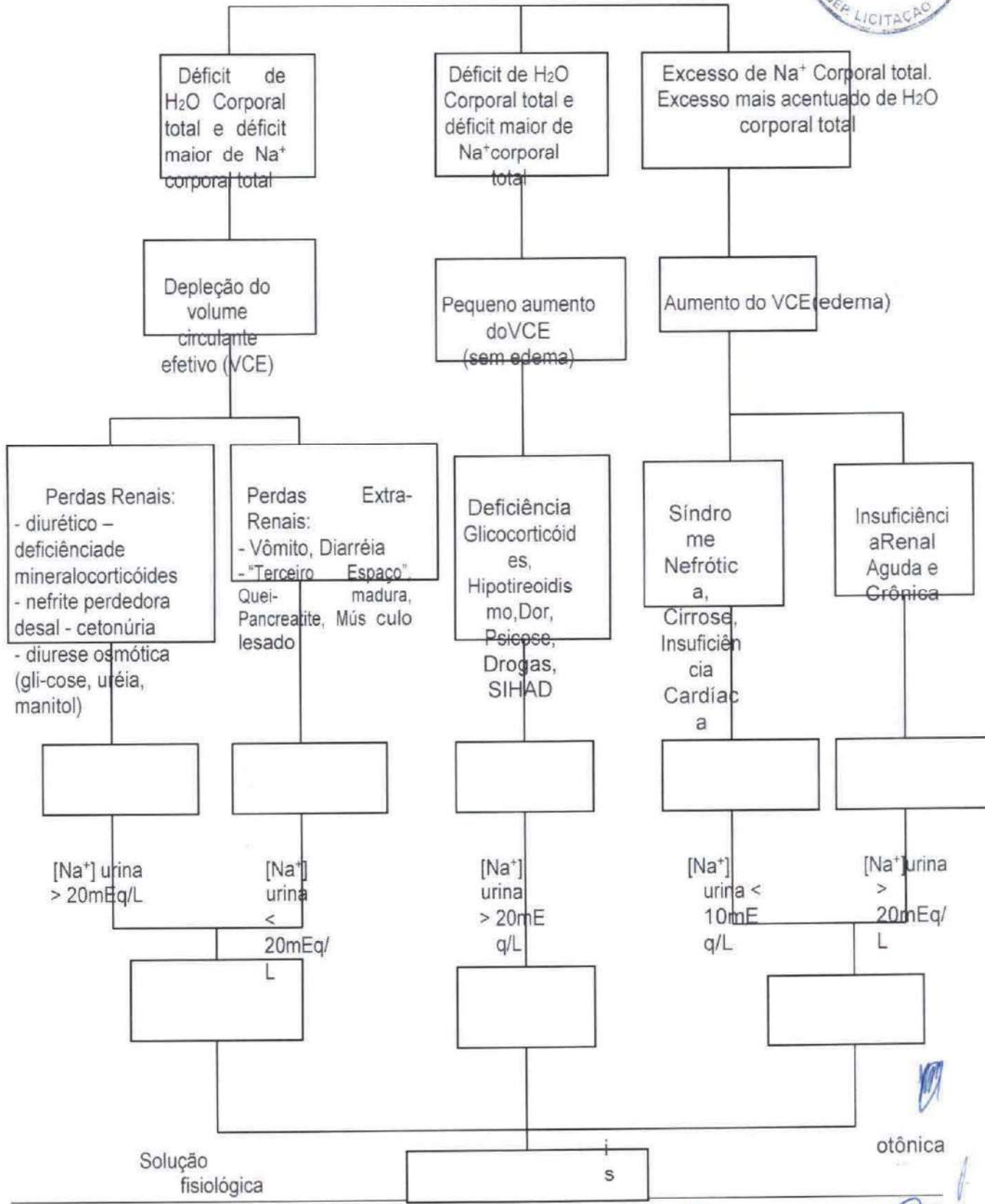
2) alterações laboratoriais:

- 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





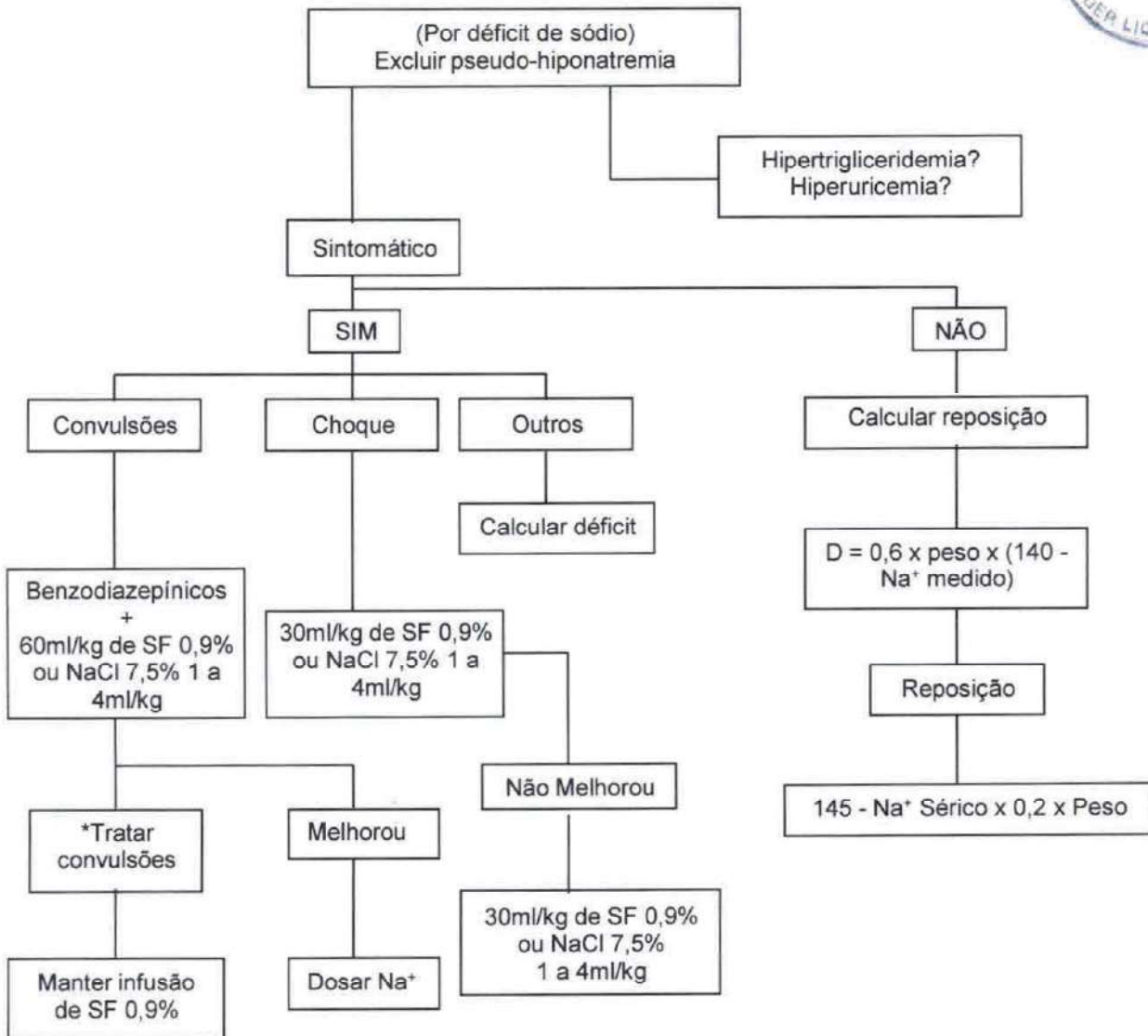
Restrição H₂O livre

Re
s
t
r
i
ç
ã
o
H
2
O
l
i
v
r
e

NORMONATREMIA



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))



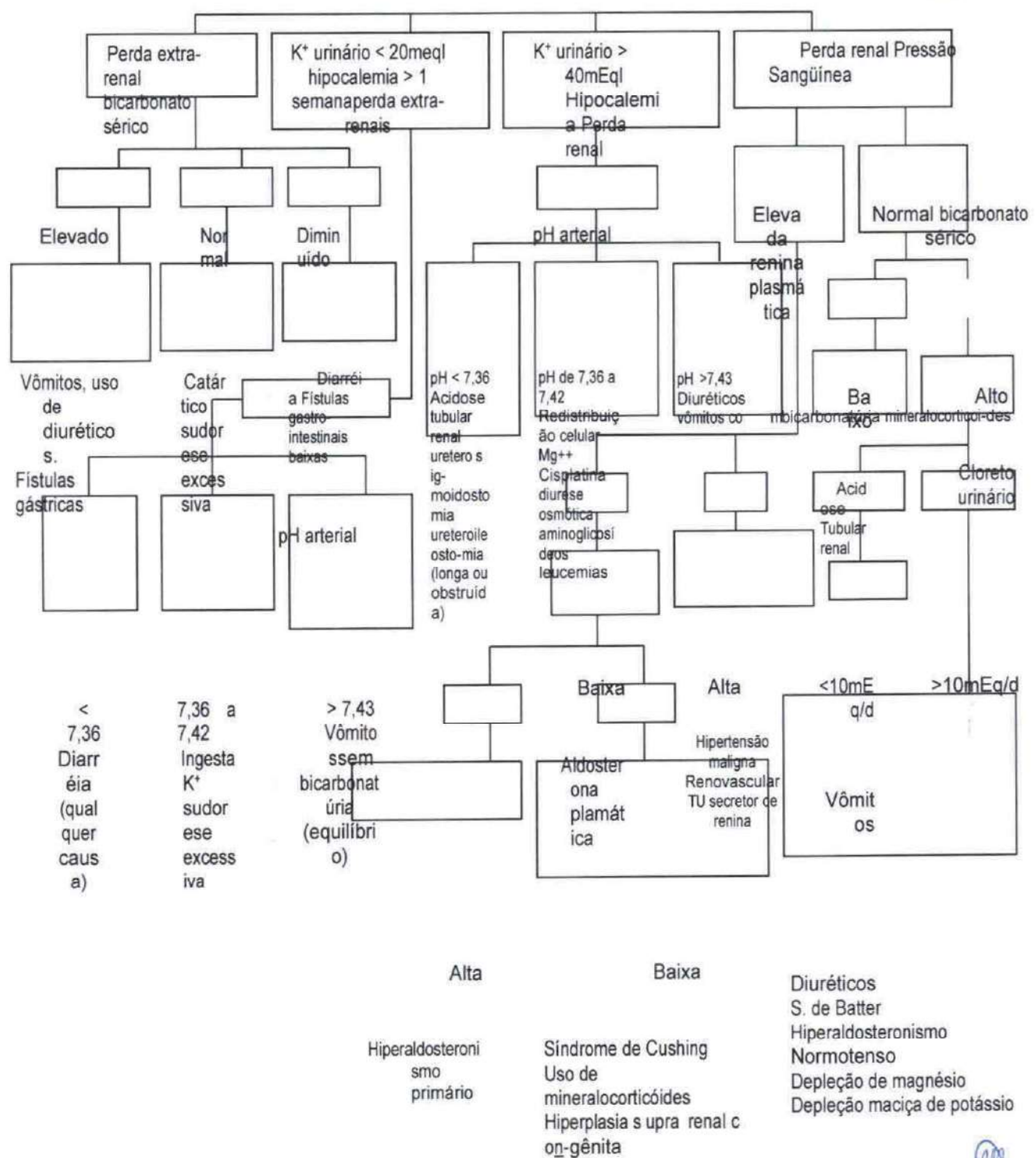
3

3

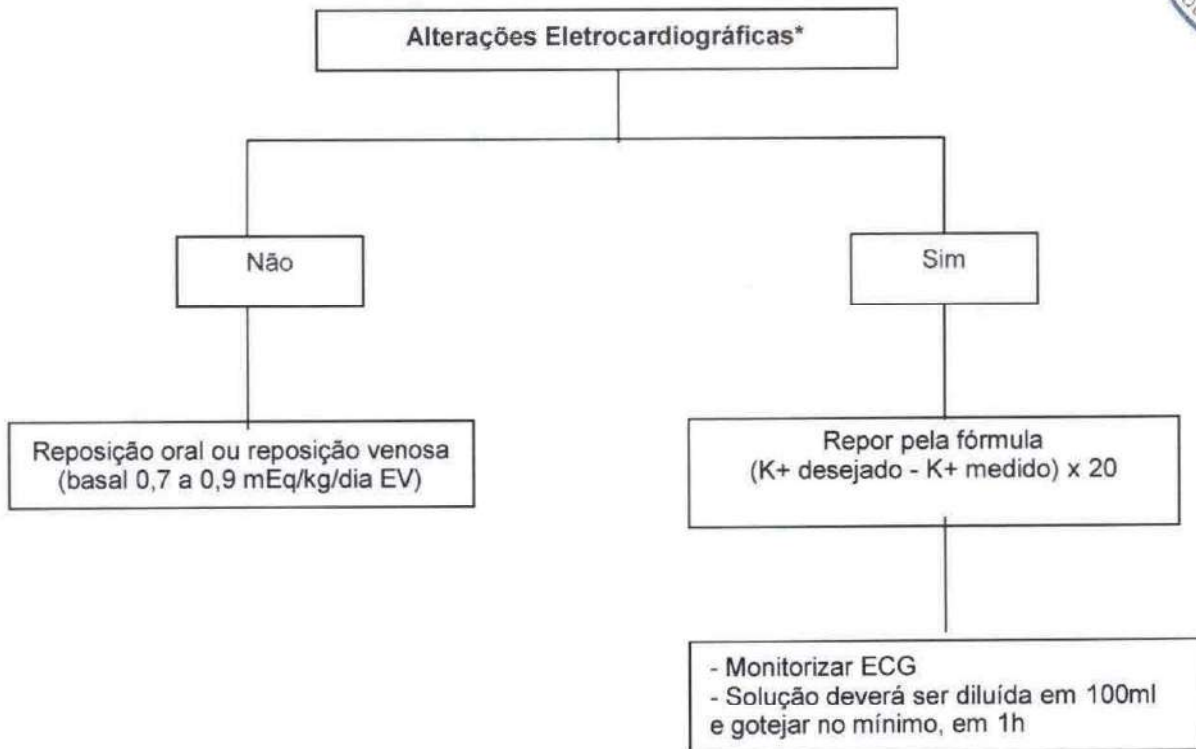
VA

g A

HIPOCALEMIA - I



HIPOCALEMIA - II

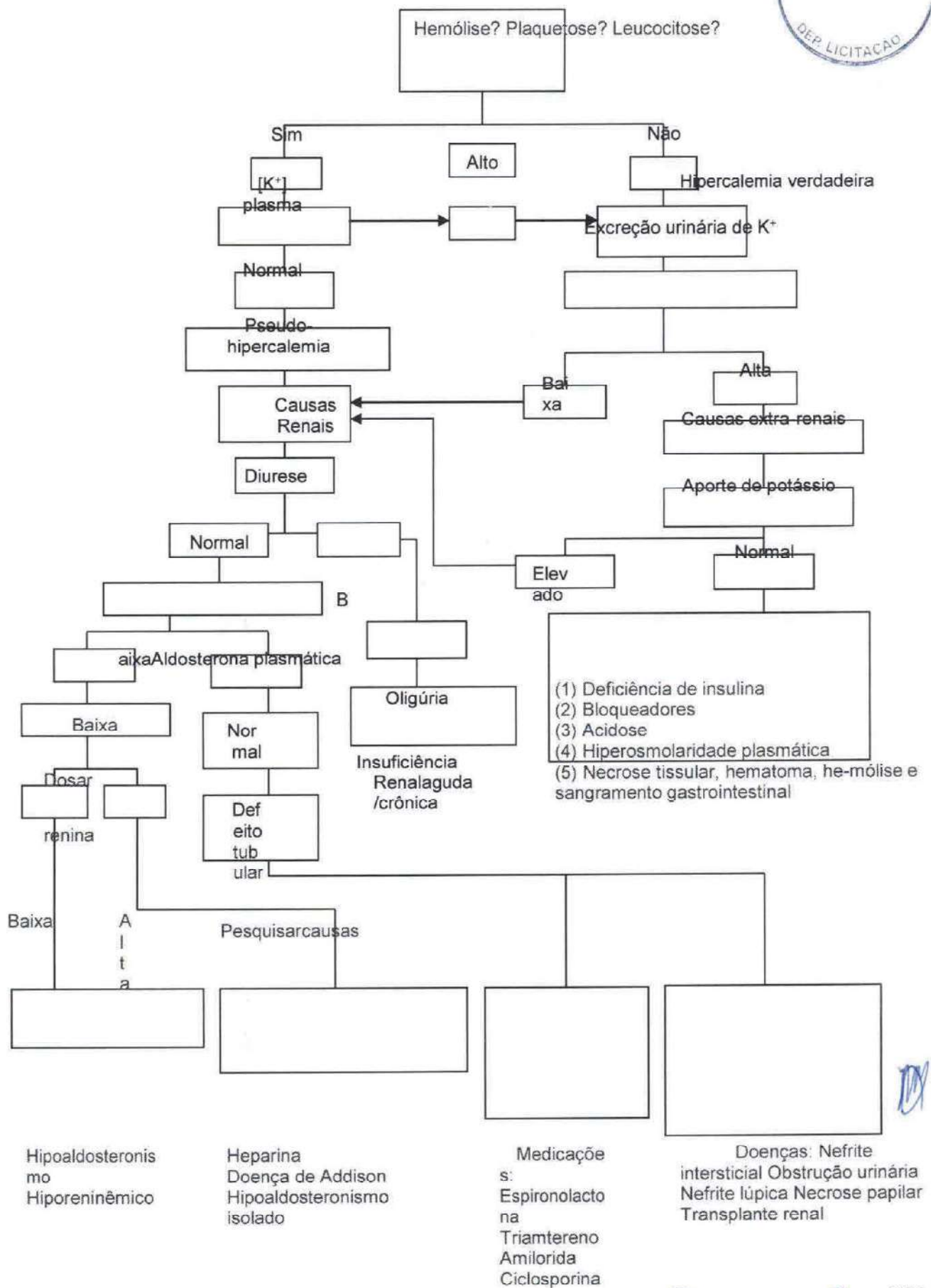


*ALTERAÇÕES ST:

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



HIPERCALEMIA -



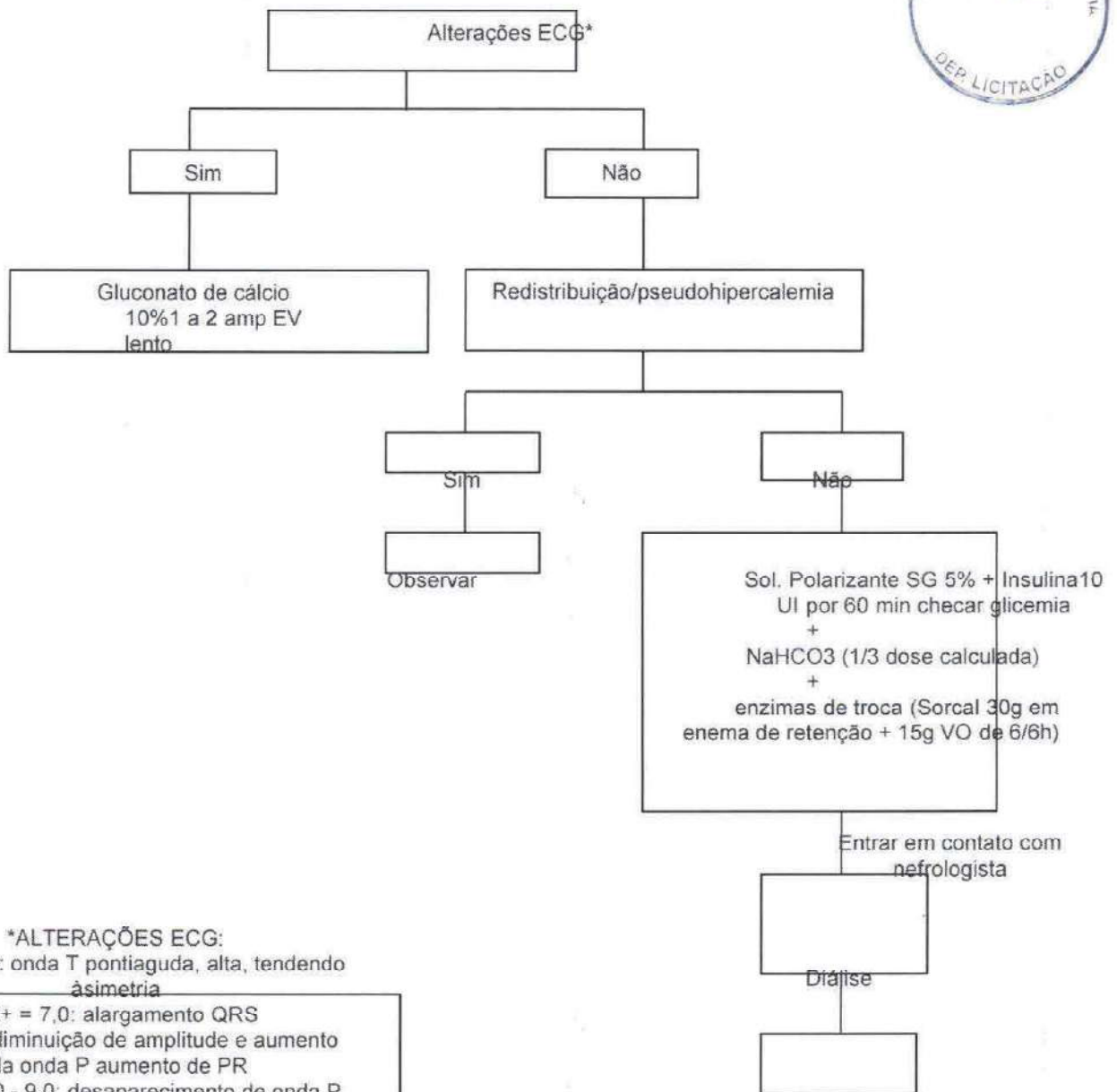
Hipoaldosteronismo
Hipoparênêmico

Heparina
Doença de Addison
Hipoaldosteronismo isolado

Medicações:
Espironolactona
Triamtereno
Amilorida
Ciclosporina

Doenças: Nefrite intersticial
Obstrução urinária
Nefrite lúpica
Necrose papilar
Transplante renal

HIPERCALEMIA - II



***ALTERAÇÕES ECG:**

- + Precoce: 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: $\text{NaHCO}_3 = \text{peso} \times \text{BE} \times 0,3$

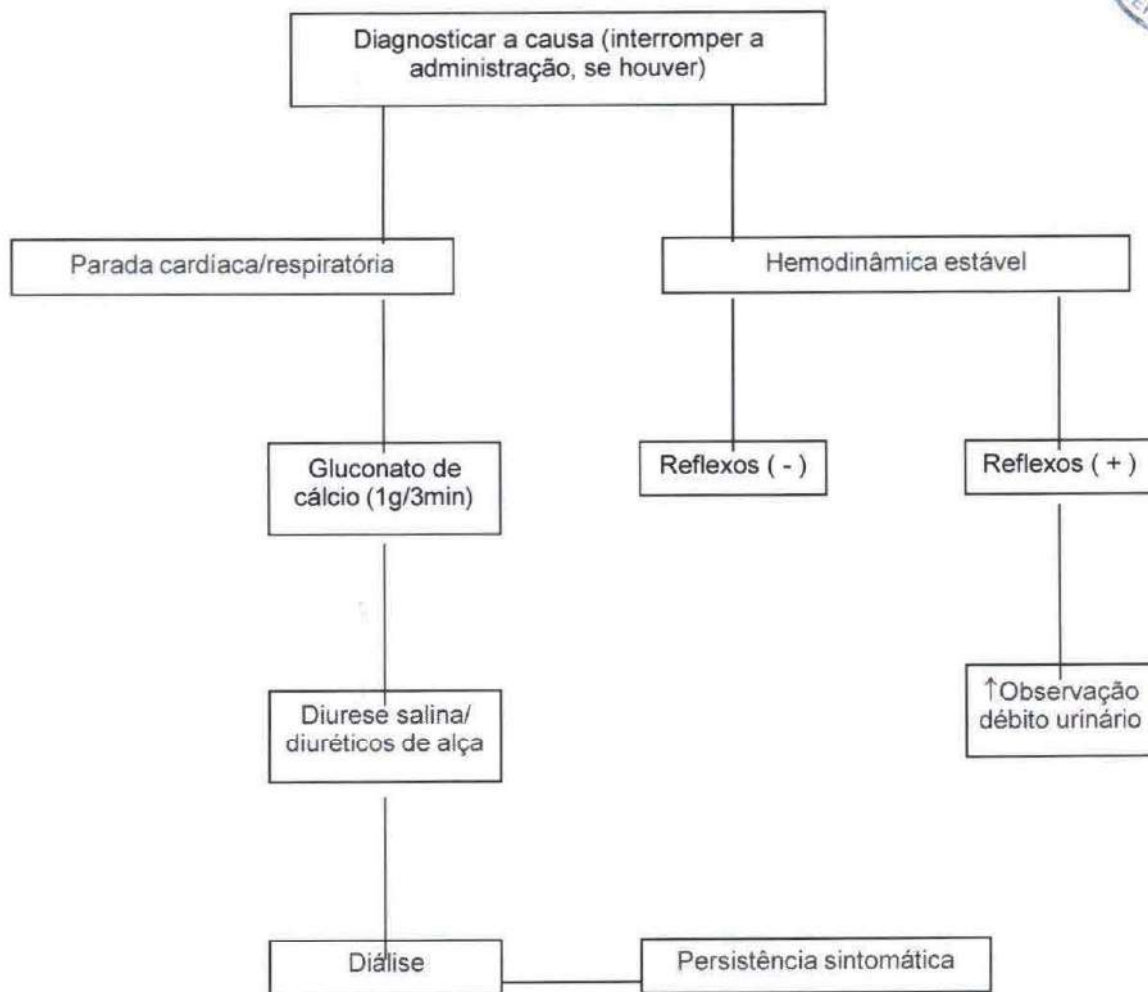
[Handwritten signatures and initials]

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 utilizada 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	Calíureses	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalemia moderada	retal: 30g desoral 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.
Diálise	Hipercalemia com insuficiência renal		mediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	



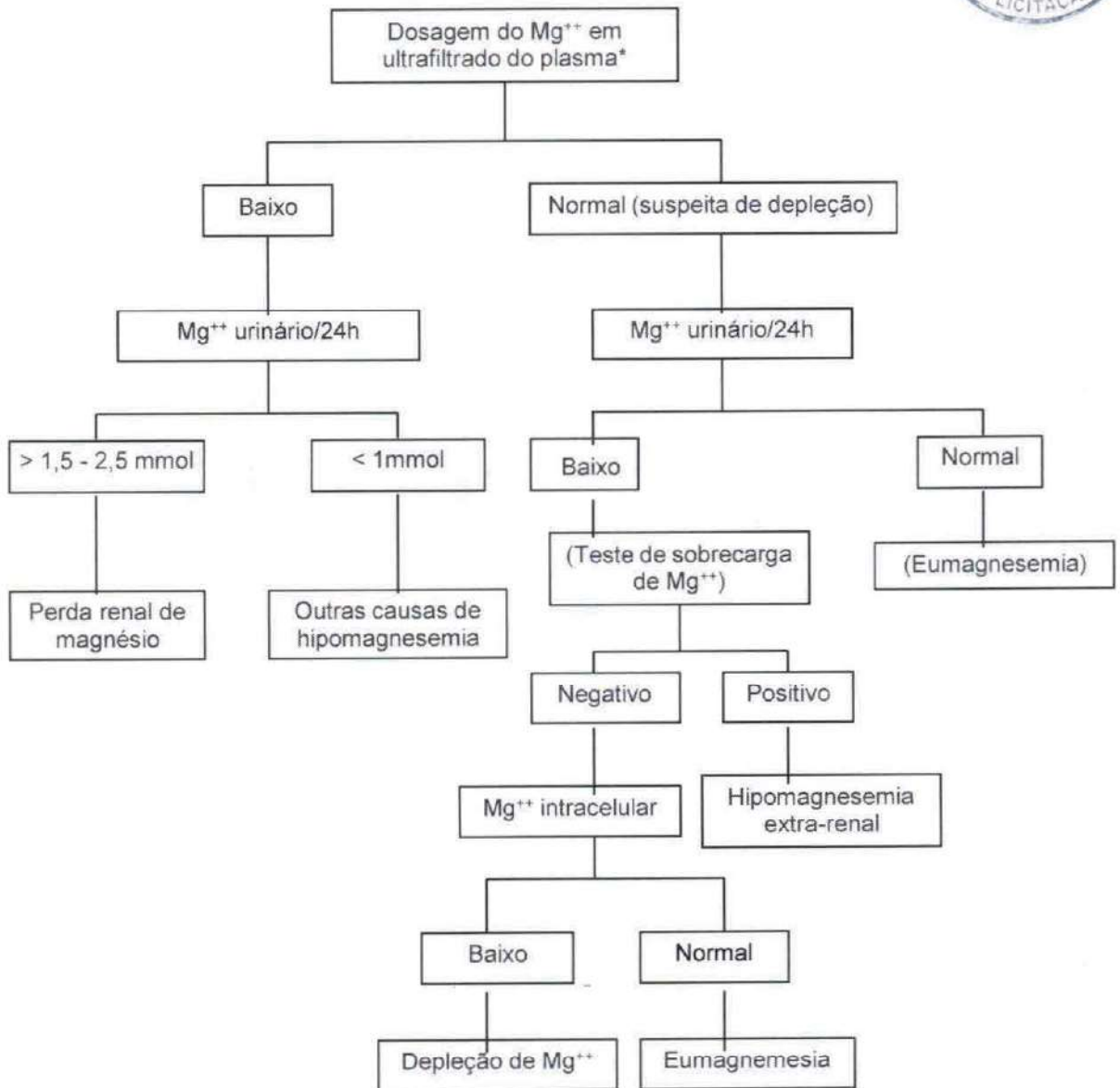
HIPERMAGNESEMIA



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

[Handwritten signatures and initials]

HIPOMAGNESEMIA



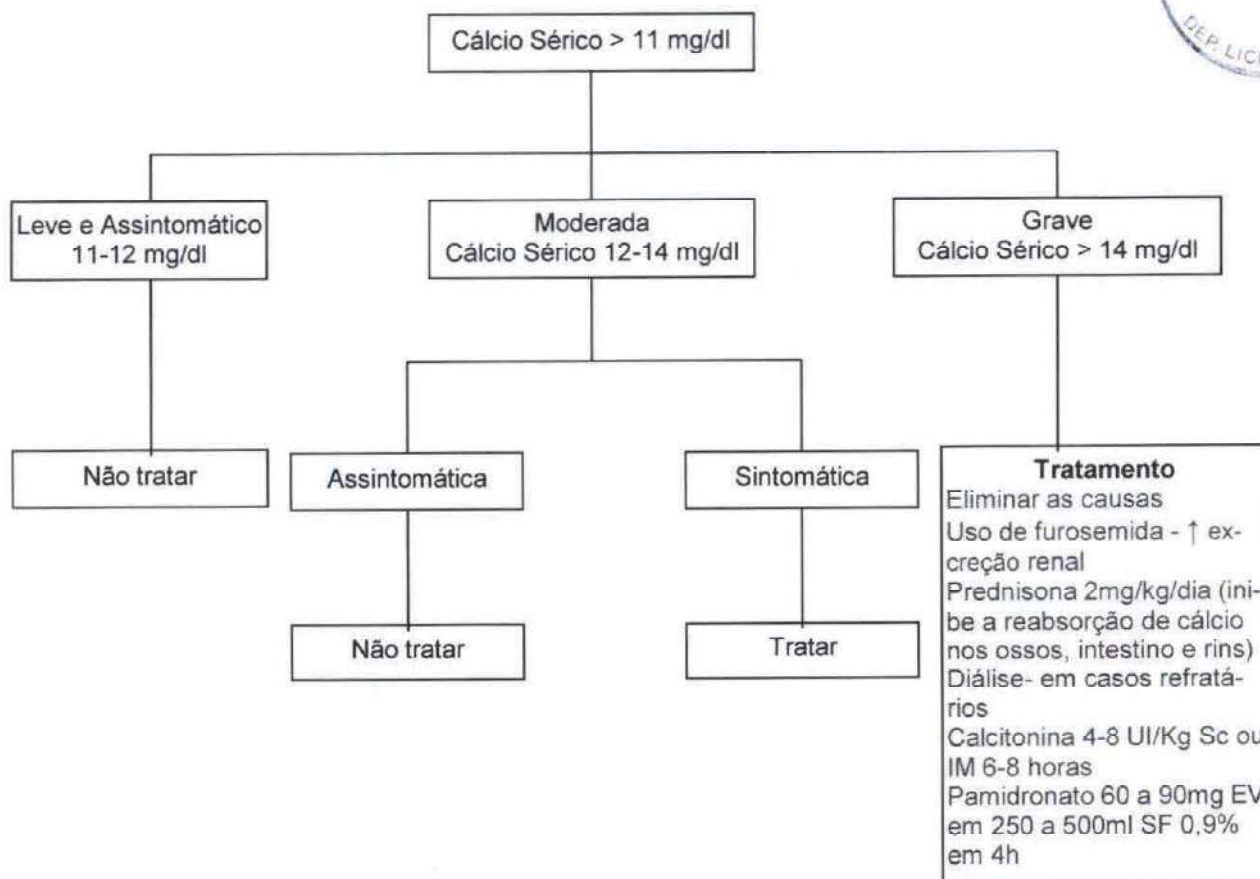
*Dosagem do Mg⁺⁺ em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).
 **O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.

[Handwritten signature]

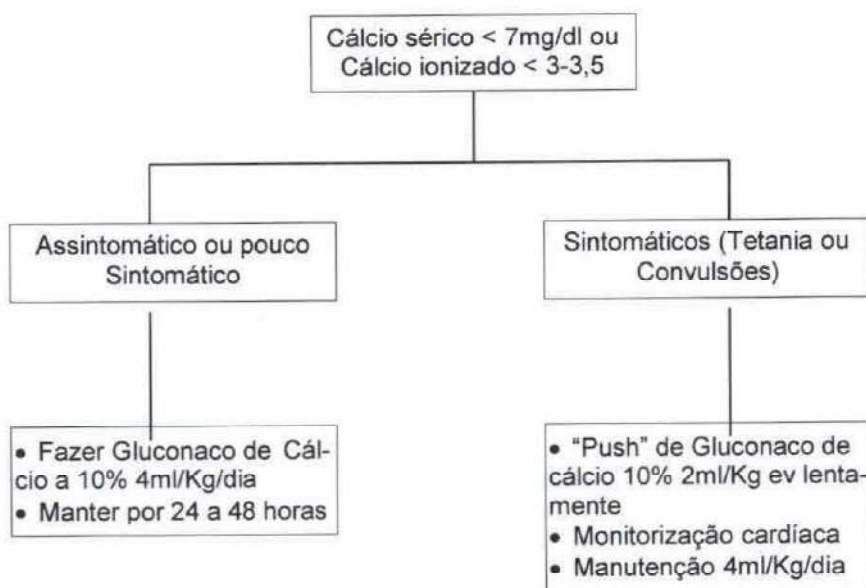
[Handwritten signature]
 233 *[Handwritten mark]*



HIPERCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

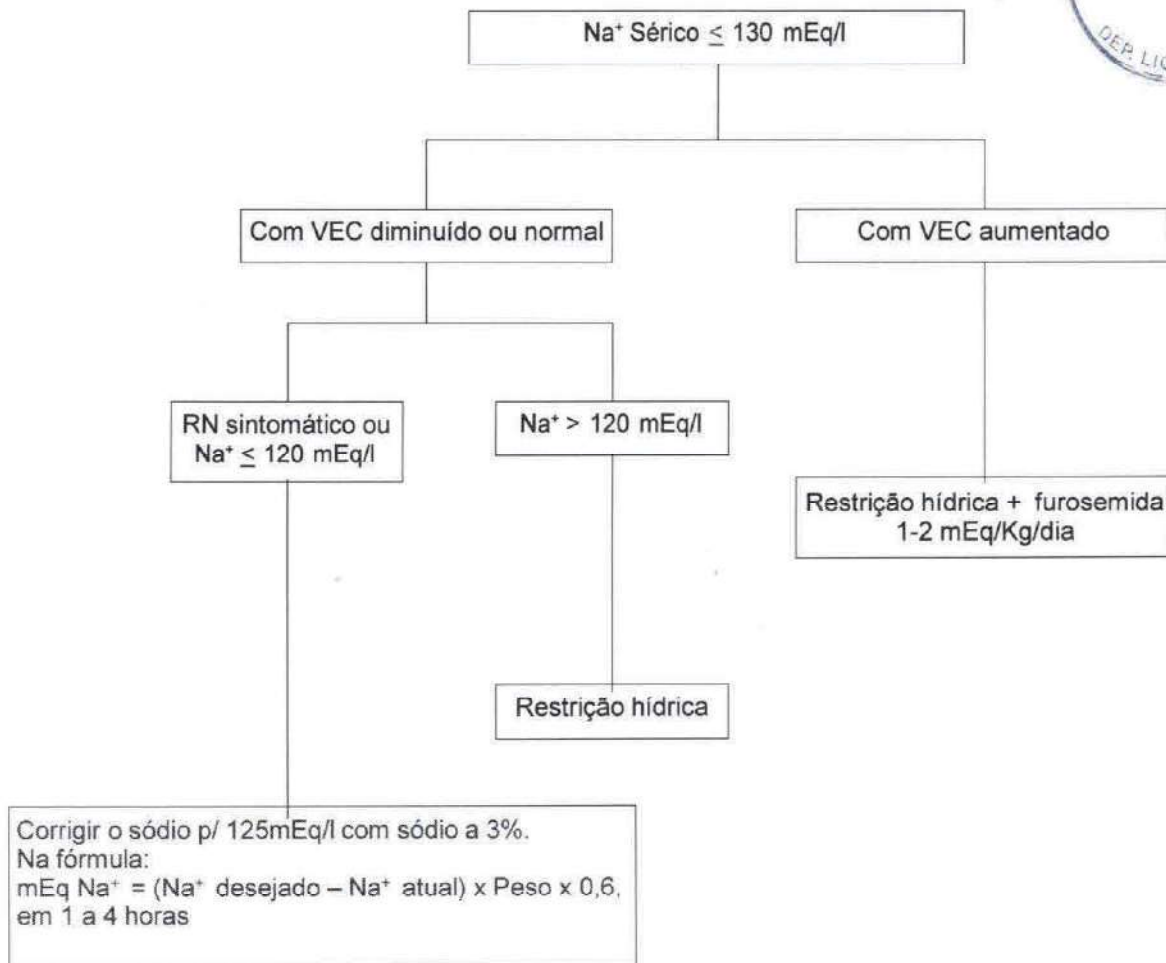


HIPOCALCEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)

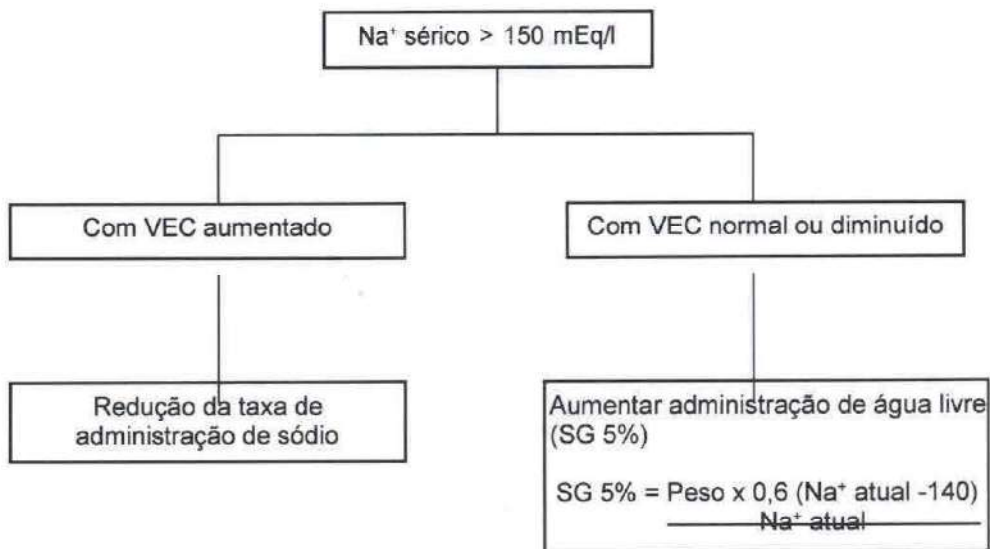




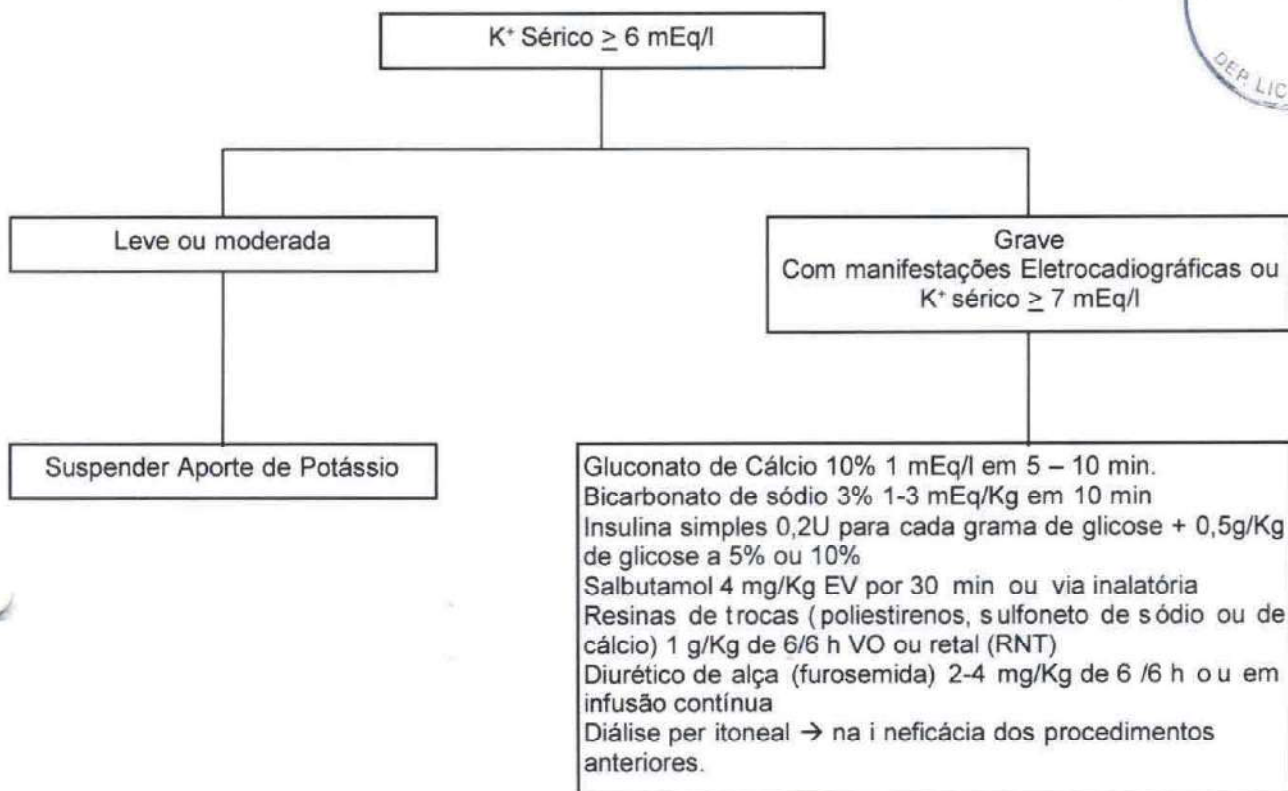
HIPONATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



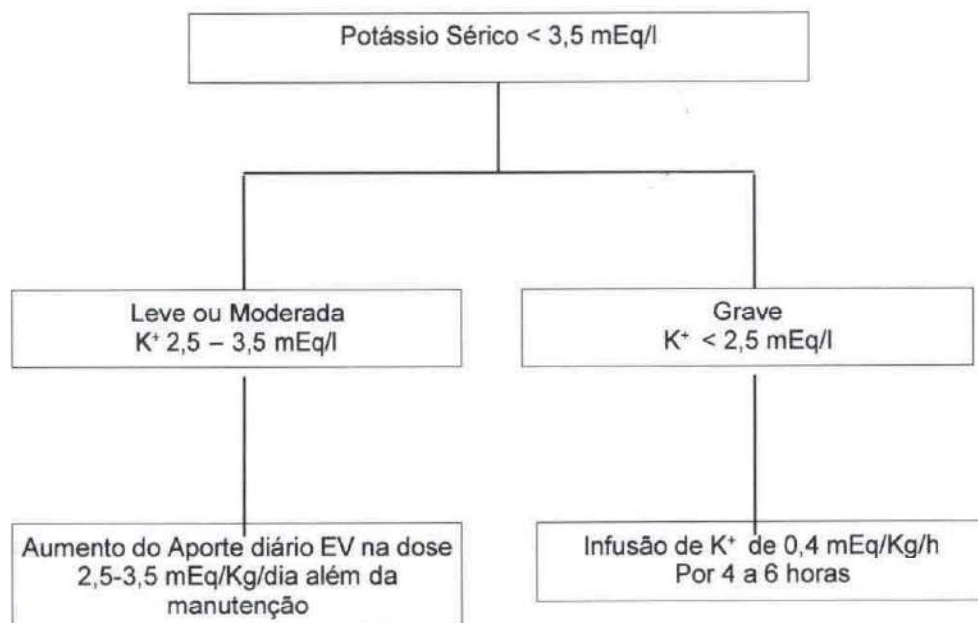
HIPERNATREMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



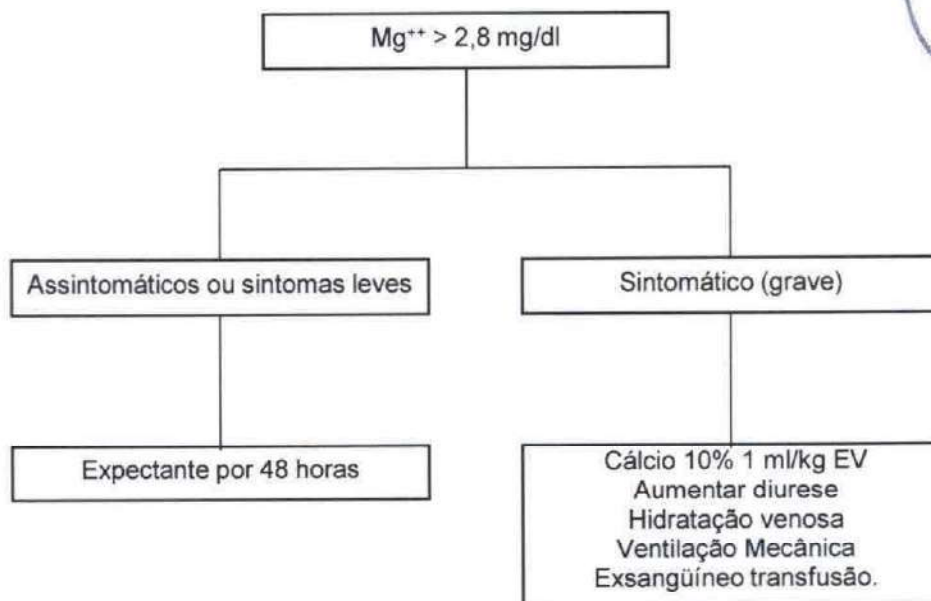
HIPERPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



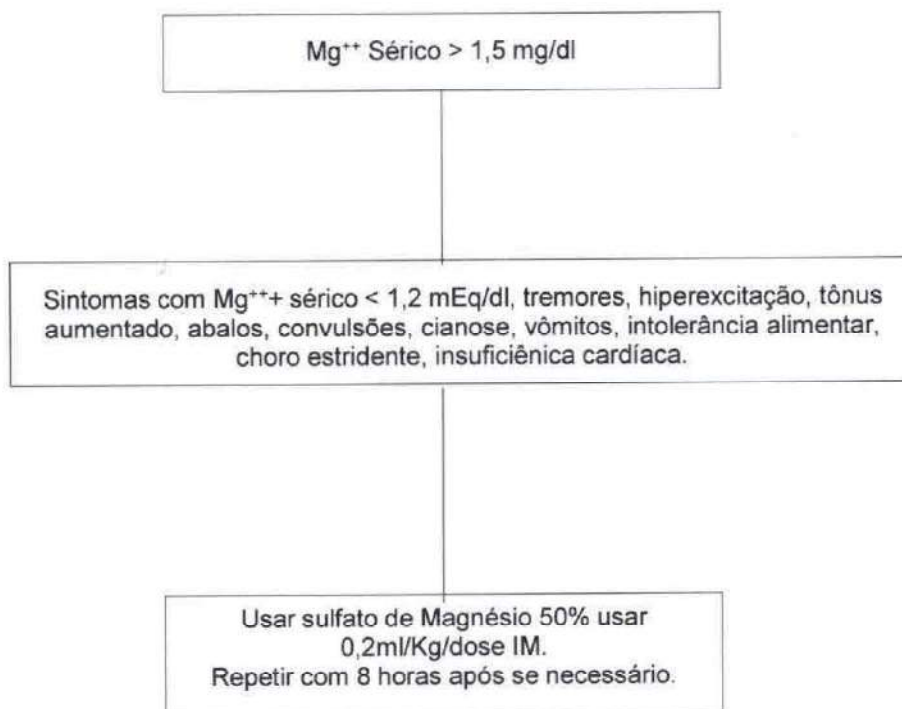
HIPOPOTASSEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



HIPERMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



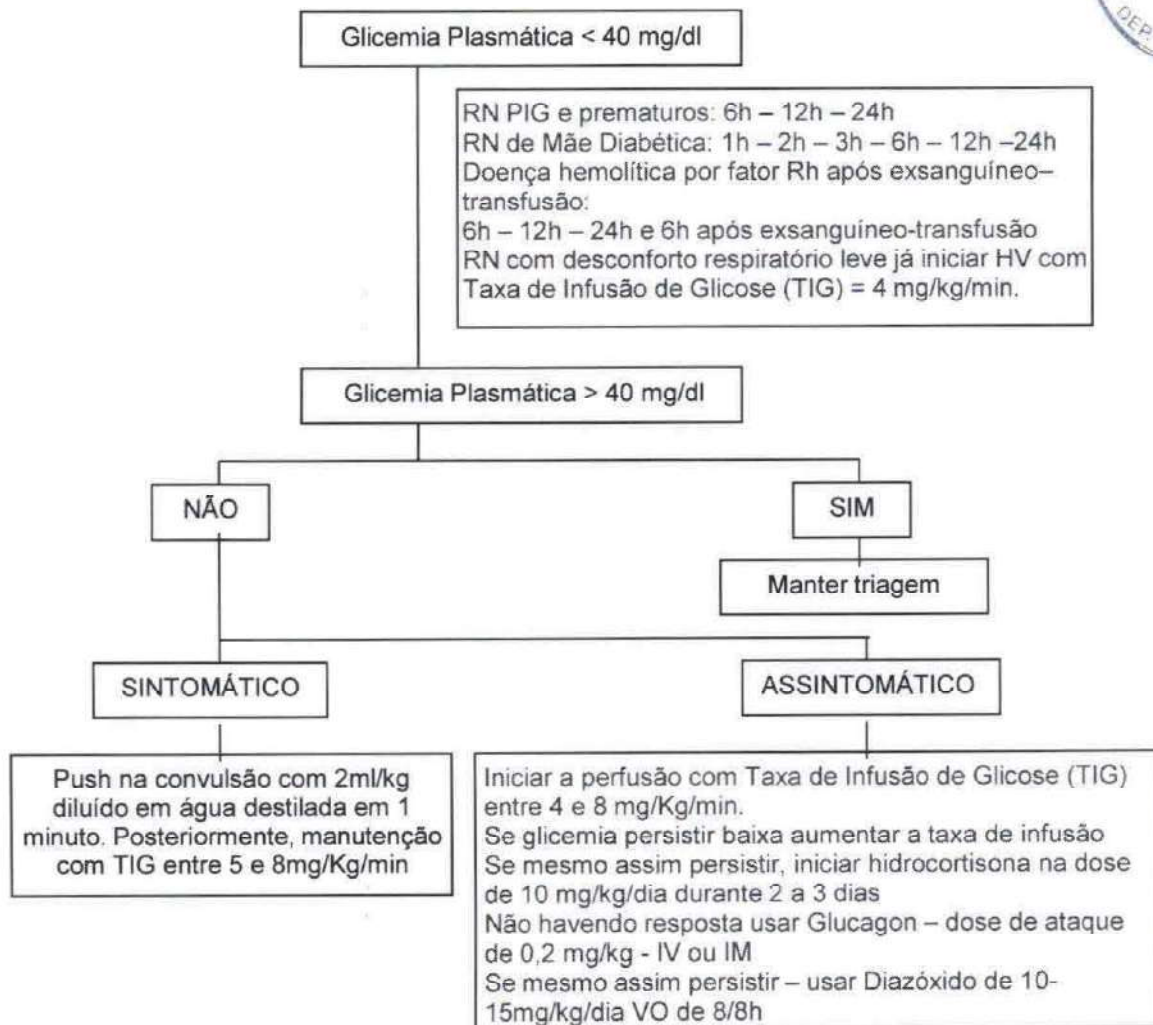
HIPOMAGNESEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



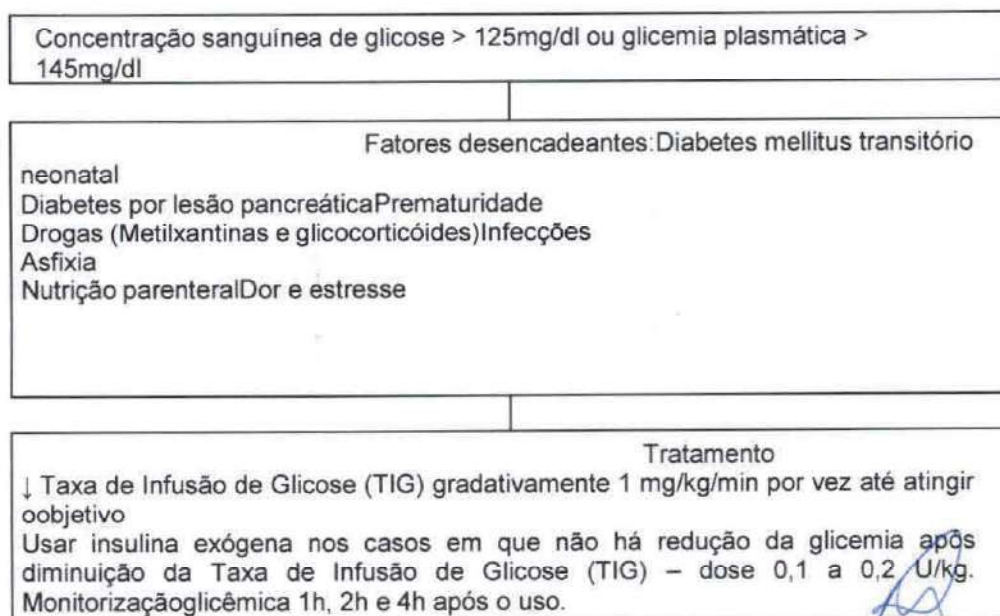
OBS: Sulfato de Magnésio 50%= 4 mEq/ml. Sulfato de Magnésio 12,5%= 1 mEq/ml.



HIPOGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



HIPERGLICEMIA NO RECÉM NASCIDO (RN)



PIODERMITES

Staphylococcus aureus impetigo, foliculite, celulite e furúnculos

Streptococcus impetigo, erisipela, celulite, linfangite

FATORES PREDISPOANTES
 Escoriações; Fissuras; Queimaduras; Higiene deficiente; Clima quente; Cirurgias; Drogas imunossupressoras. Uso de cateteres, sondas; Doenças sistêmicas (diabetes, obesidade, alcoolismo, desnutrição, AIDS etc.)

Impetigo não bolhoso (mais freqüente)

Impetigo Bolhoso

Etiologia
 Streptococcus Grupo A, Staphylococcus aureus, ou ambos

Etiologia
 Estafilococo do Grupo II

Clínica
 Mácula eritematosa, vesícula – pápula. Bolhas superficiais efêmeras, conteúdo seroso que se seque e resulta em crosta melicérica que é característica do impetigo.

Clínica
 Lesões vesiculosas flácidas, bolhas raras, formando erosões circundadas por restos de bolhas na periferia da lesão.

Tratamento
 Limpeza e remoção com água morna com sabonetes com hexaclorofeno ou óleo mineral aquecido. Pomada de neomicina, gentamicina ou mupirocina (2 a 3 vezes ao dia). Em lesões disseminadas antibióticos sistêmicos, penicilina, cefalosporina, ou eritromicina.

Tratamento Cuidados locais semelhantes ao impetigo não bolhoso
 Oxacilina 50 mg/kg/dia de 6/6 hs

Handwritten mark

Handwritten signature

CELULITE E ERISIPELA

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 psoriásicas, eczematosas ou tina. 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 à pele circundante e há uma demarcação distinta entre a pele envolvida e a pele normal. A parte inferior das pernas, face e orofaringe são atingidas mais frequentemente. Podem existir bolhas, a porção de entrada nos membros inferiores são úlceras de perna, fissuras plantares, e dermatomicose interpodalares

Tratamento

Repouso, e elevação do membro afetado.
 Penicilina procaina 600.000.U de 12/12h; dicloxacilina 500 a 1000mg VO de 6/6hs; eritromicina 500mg de 6/6hs; cefalosporina. Casos graves - nafcilina- 500mg a 1500mg IV4/4hs

Celulite

Se estende aos tecidos subcutâneos

Etiologia

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

Clínica

Não há demarcação 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 estas lesões requerem drenagem cirúrgica agressiva e debridamento.

FURÚNCULO

Definição
 Coleção delimitada de pus que é um a massa dolorosa, firme ou flutuante. Celulite pode 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 *Estafilococcus 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 - *Bacteroides*, *Lactobacillus*, *Peptostreptococcus*

CONDIÇÕES PREDISPOANTES:
 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 acneliformes são encontradas com frequência nas nádegas 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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



HERPES VÍRUS

HERPES SIMPLES

Definição Infecção viral frequente 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 vesiculoulceroativa 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.

Handwritten signatures and initials in blue ink.



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 neuropática pode anteceder o quadro e, em 20% dos casos, a neuralgia é intensa e persistente. Isto ocorre principalmente em idosos e/ou que se submetem a tratamento imunossupressor. As lesões cutâneas regredem em aproximadamente duas semanas e podem deixar manchas e cicatrizes.

TRATAMENTO

Cuidados locais: compressas com água borçada ou KMNO₄.
Aciclovir – 800mg 5 x ao dia durante 7 dias.
Fanciclovir – 250mg de 8/8 horas durante 7-10 dias.
Valaciclovir – 1g de 8/8 horas 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 intumescentes, 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 frequente haver neurite em um ou mais troncos neurais

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS

EPF (pesquisa de esrongiloidíase). 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 NEURAIS DE COMPROMETIMENTO MAIS FREQUENTE:

Ulnar e mediano - sensitivo-motor (antebraços, mãos e quírodáctilos), 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 frequente o envolvimento neural. **Leve** – lesões cutâneas em pequeno número, com pouco ou nenhum comprometimento do estado geral. **Moderado** – lesões cutâneas disseminadas, com comprometimento geral presente. **Grave** – lesões cutâneas generalizadas, com grave comprometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

Leucocitose com neutrofilia, piúriadiáscrita, alterações discretas das transaminases

EXAMES LABORATORIAIS A SEREM SOLICITADOS:

Hemograma completo, EAS, e 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 reacionais, 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

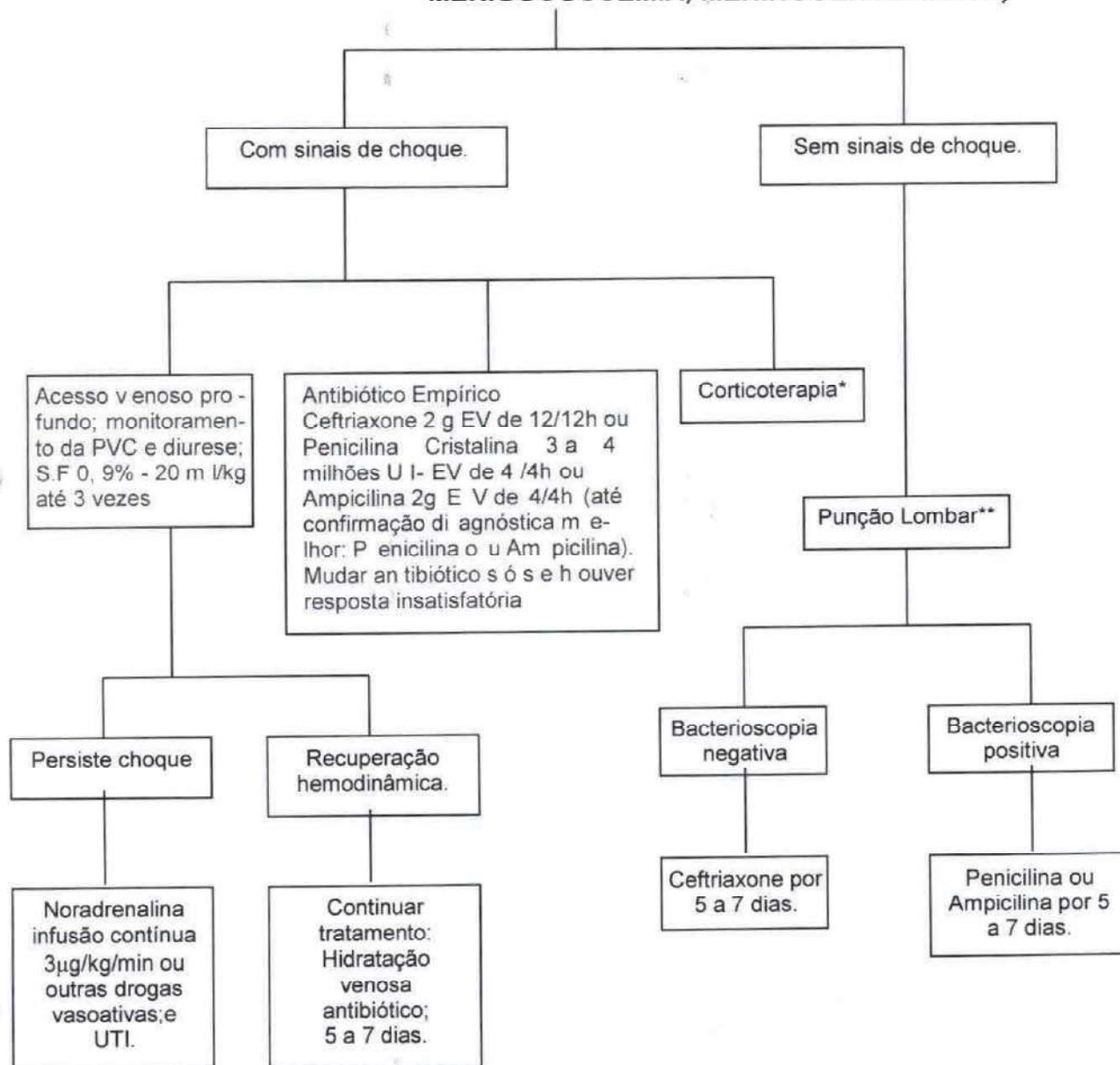
Grave:

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 serem 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

(MENINGOCÓCCEMIA SEM MENINGITE; MENINGITE COM OU SEM MENINGOCÓCCEMIA; 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 6/6/h durante 4 dias.

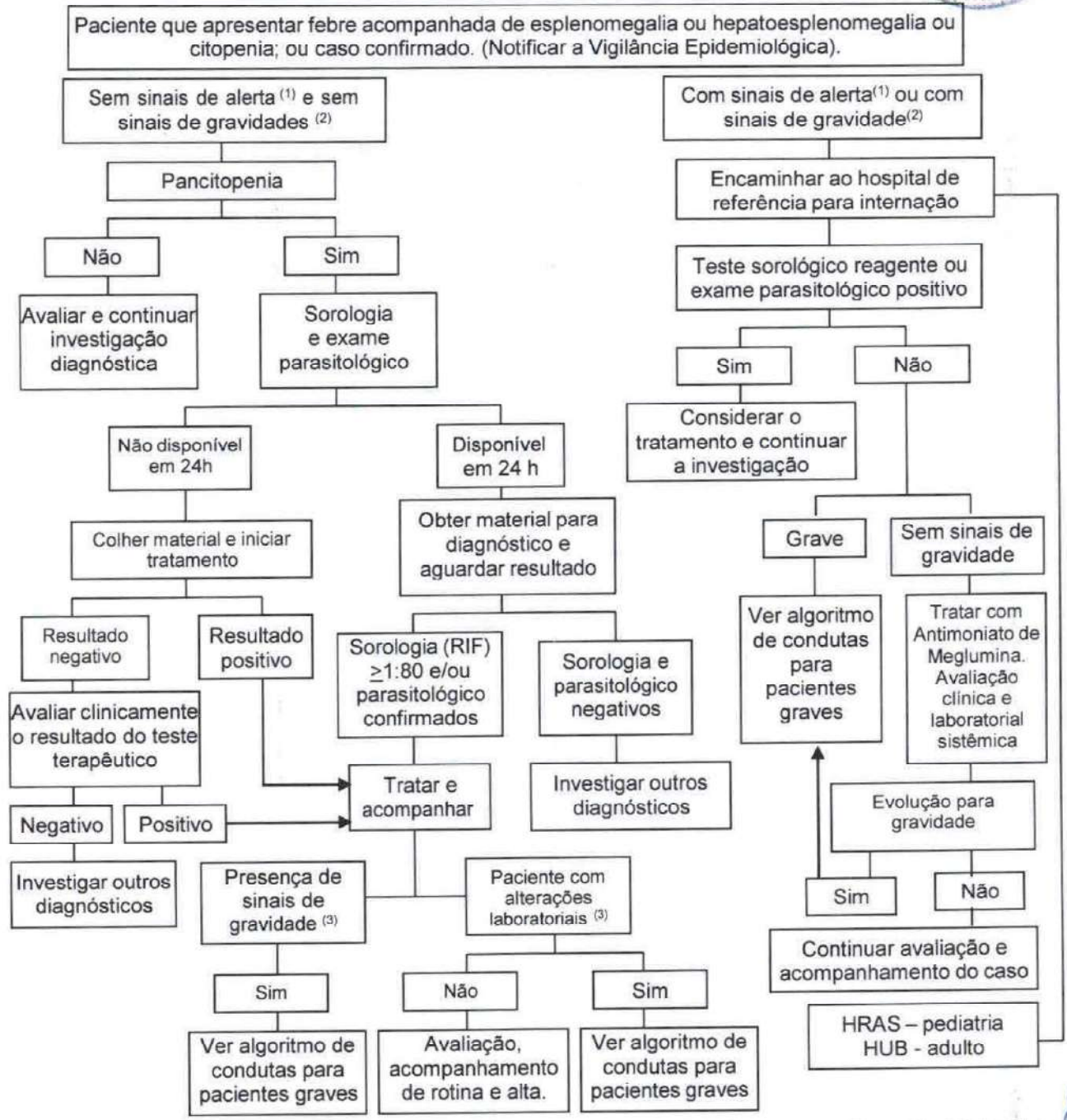
****Colher líquido em 2 frascos estéreis, uma para o laboratório do hospital e outro para o LACEN, juntamente com meio de cultura (4 gotas do líquido) para cocos piogênicos em tudo adequado.**

Isolamento Respiratório por 24 hs.

Contatar Vigilância Epidemiológica para profilaxia dos Contactantes.



LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)



*** É importante lembrar que a prova terapêutica deve ser cautelosa e 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).

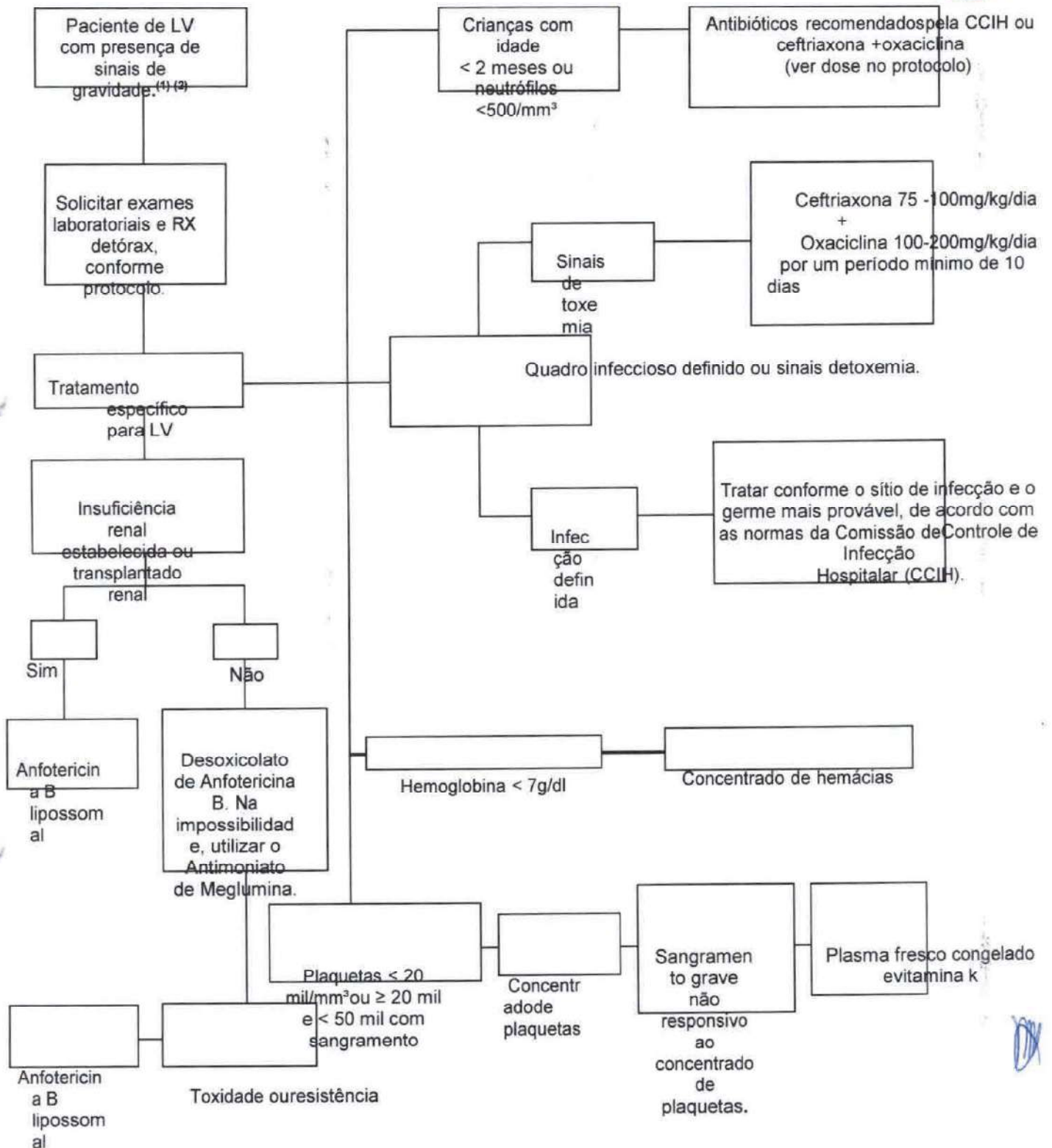
(1) Sinais de Alerta:
Crianças com idade entre 6 m e 1 ano;
Adultos com idade entre 50 e 65 anos;
Quadro infeccioso suspeito;
Casos de recidiva de LV;
Edema localizado;
Diarréia e/ou vômitos;
Febre há mais de 60 dias.

(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)



Handwritten initials/signature.

Handwritten signature.



(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**

[Handwritten mark]

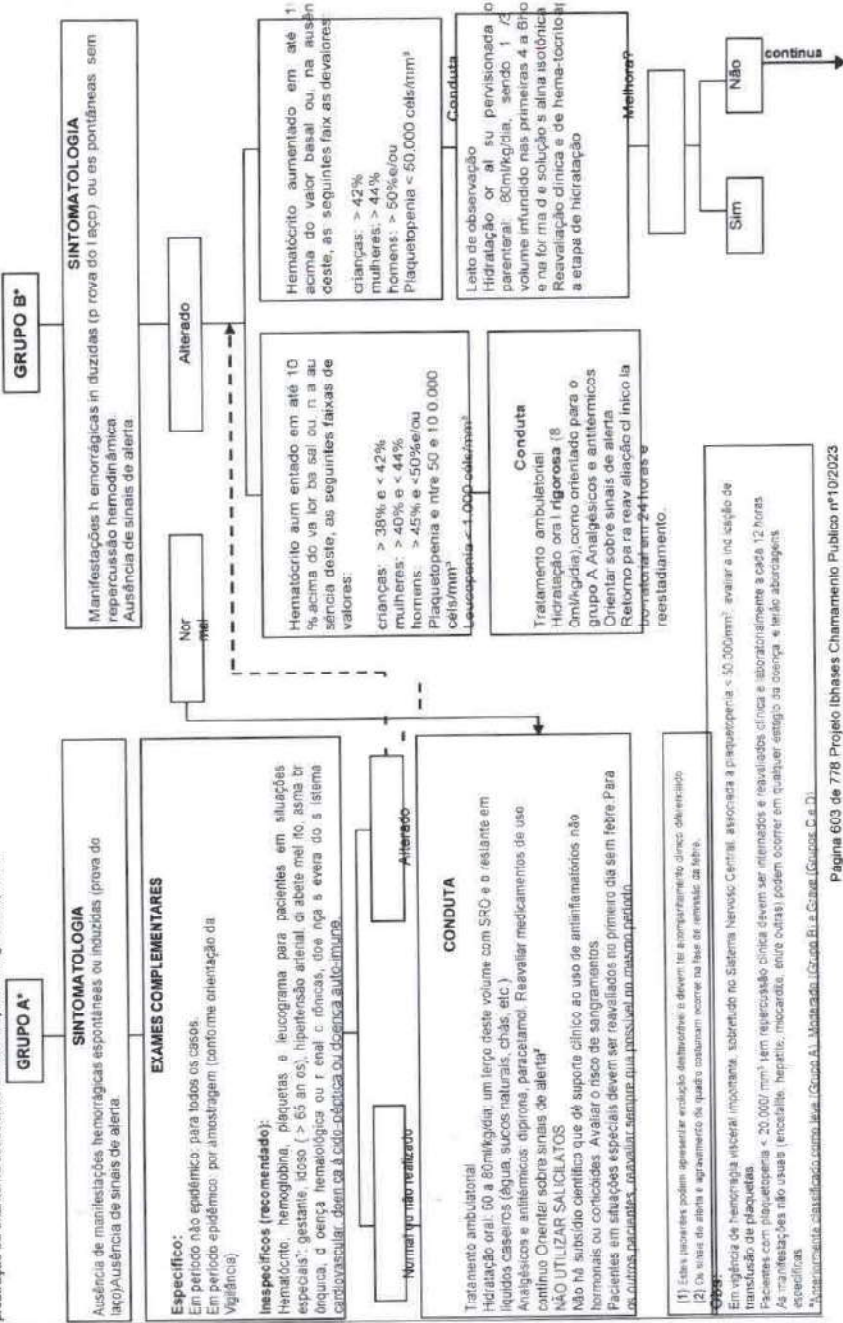
[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

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, notificado à Vigilância Epidemiológica. 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: cefaleia, dor retroorbitária, mialgia, antraxia, prostração ou exantema associados a história epidemiológica compatível.





Handwritten blue ink marks in the bottom right corner. It includes a large, stylized signature, a smaller signature to its right, and several initials or scribbles below them.



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)

Conduta

Conduta

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

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?

Melhora?

Sim

Não

Sim

Não

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

Repetir conduta (até 3 vezes)

Avaliar Hemoconcentração

Hematócrito em ascensão ou hipoalbuminemia

Em queda

Melhora clínica laboratorial?

Melhora?

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

Avaliar sangramentos e coagulopatias de consumo

Sim

Não

Concentrado de hemácias e avaliação de especialista

Sim

Não

Re-estadiar

Sim

Não

hora?

Tratamento ambulatorial - retorno em 24h

Sim

Melhor

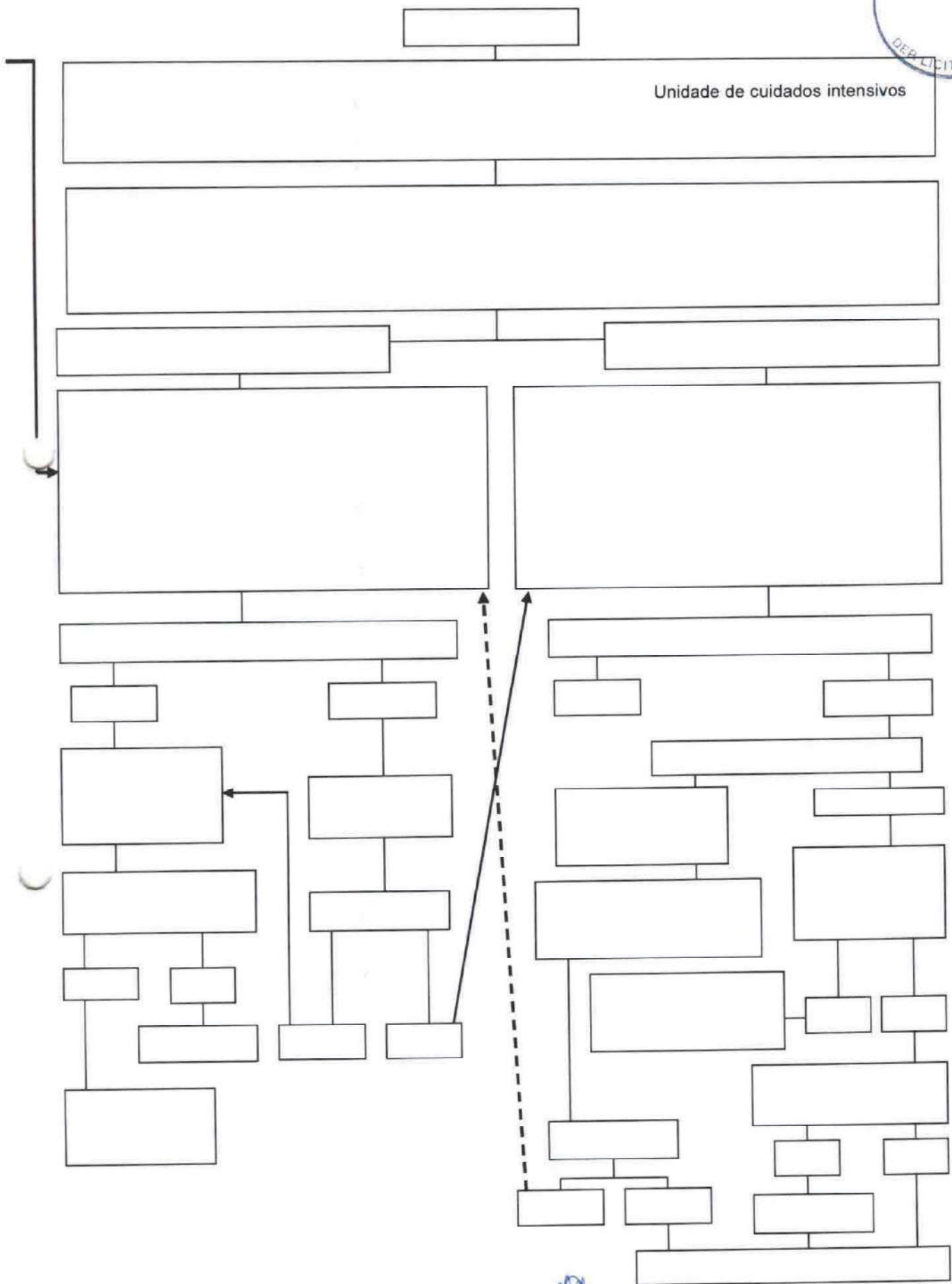


Não

H
i
p
e
r
i
d
r
a
t
a
ç
ã
o
?
V
e
r
i
f
i
c
a
r
s
i
n
a
i
s

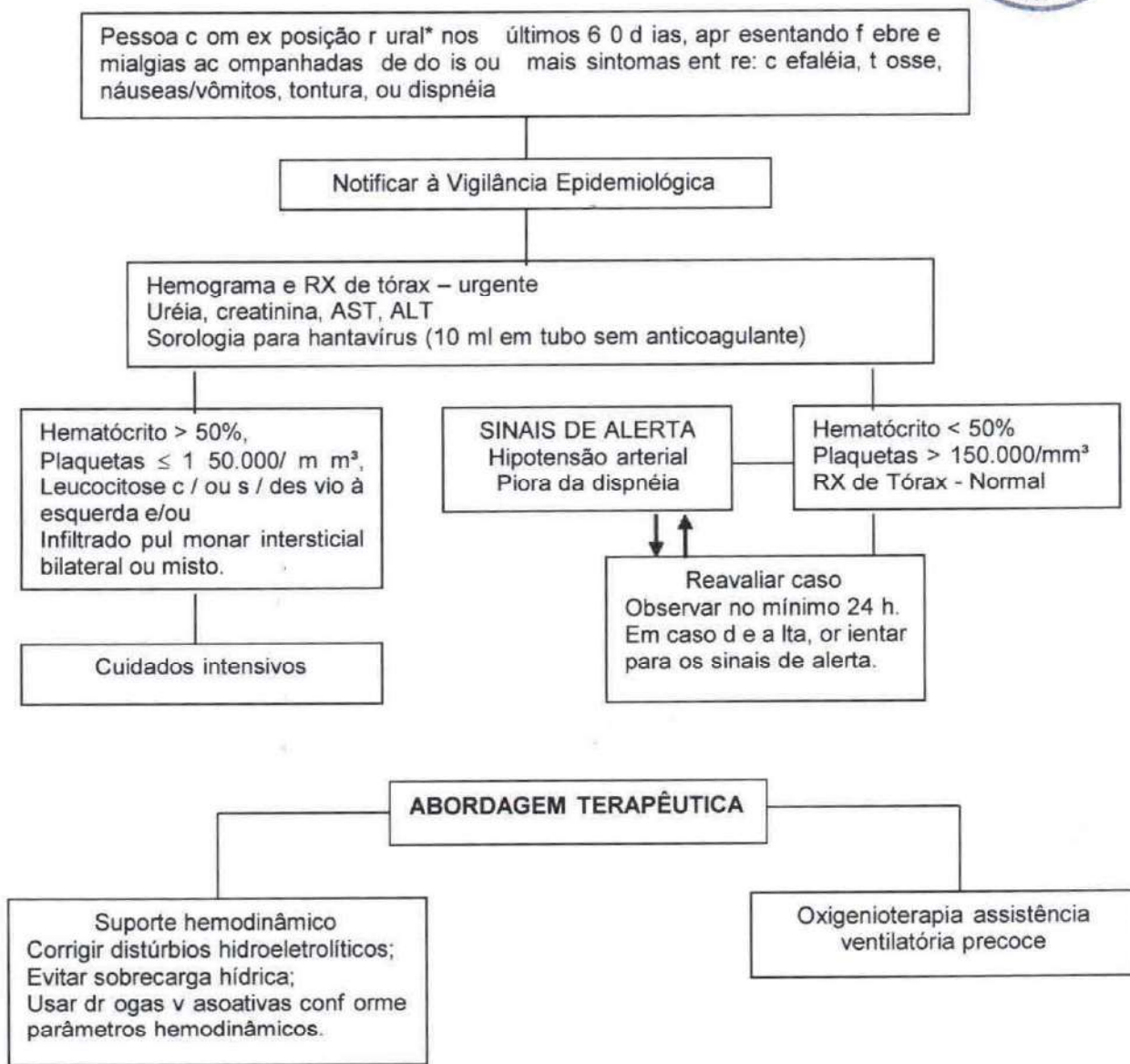
d
e
l
C
C
S
i
m
N
ã
o
D
i
r
e
t
o
r
s

251



Handwritten signatures and initials in blue ink.

HANTAVIROSE SÍNDROME CARDIO-PULMONAR



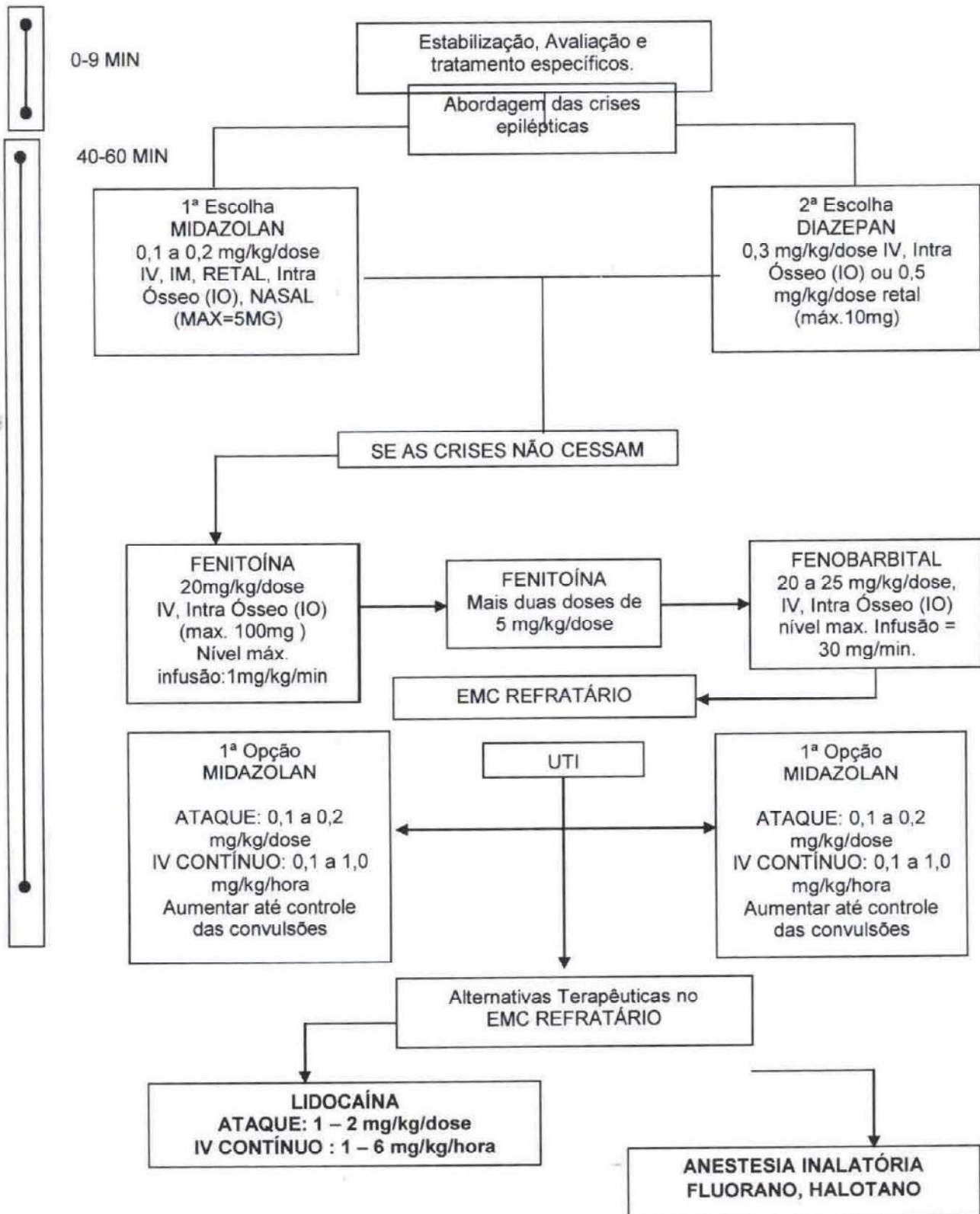
*Entende-se por exposição rural: visitar, trabalhar ou morar em chácaras, bosques, matas, fazendas, pescarias, acampamentos, entre outros.

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.

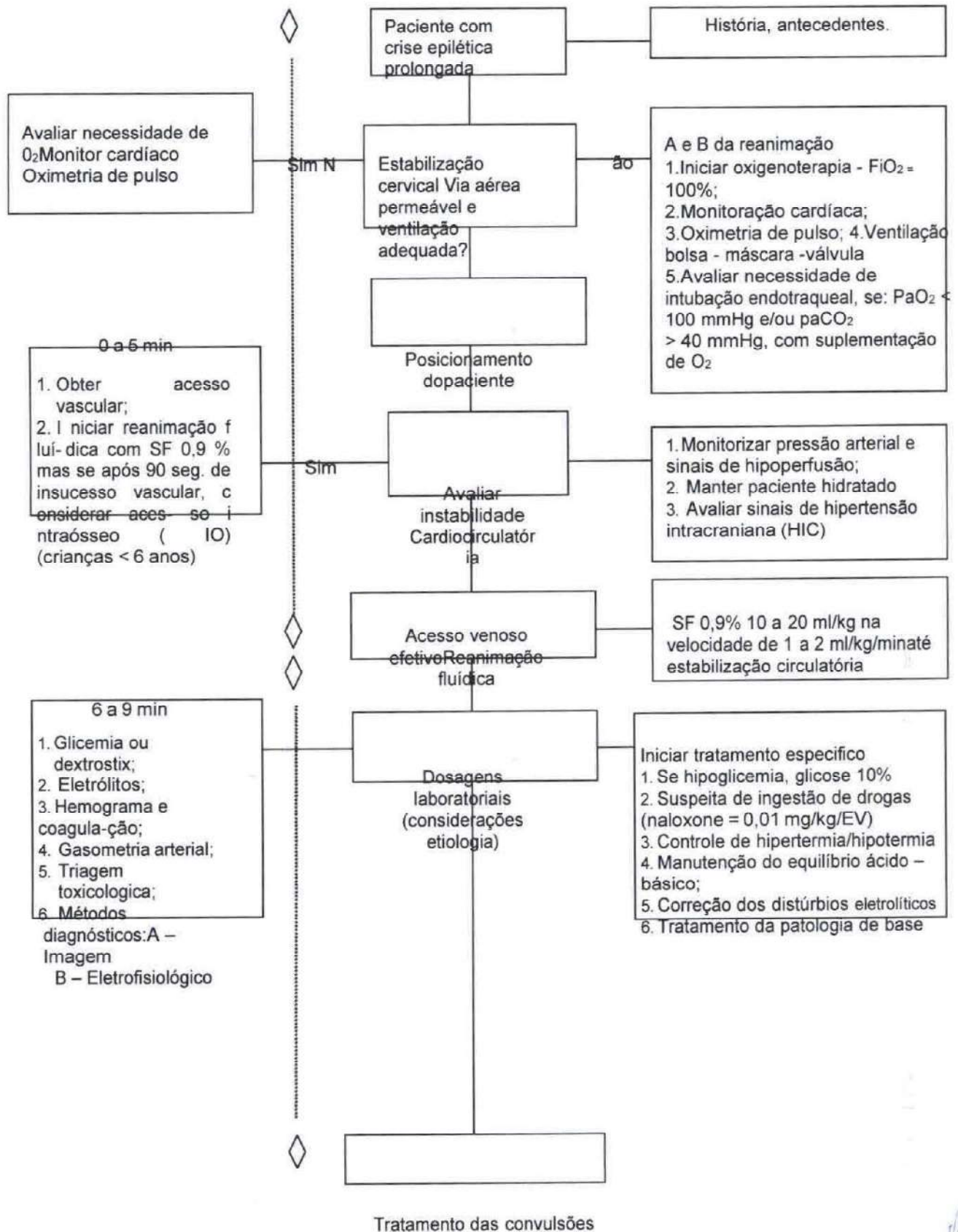
Notificação compulsória e investigação obrigatória, visando: identificar local e fonte de infecção, fatores de risco, e desencadeamento de medidas de controle.

(Handwritten signatures and marks)

ESTADO DE MAL CONVULSIVO (EMC) NACRIANÇA ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE



CRISE EPILÉPTICA AGUDA SUPORTE 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 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 de 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.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 disponibilização 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 dispender todo esforço necessário para obtê-la.



Os pacientes de prioridade 1 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 subja-cente (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 cardíaco-respiratória deverão ser estabilizados.

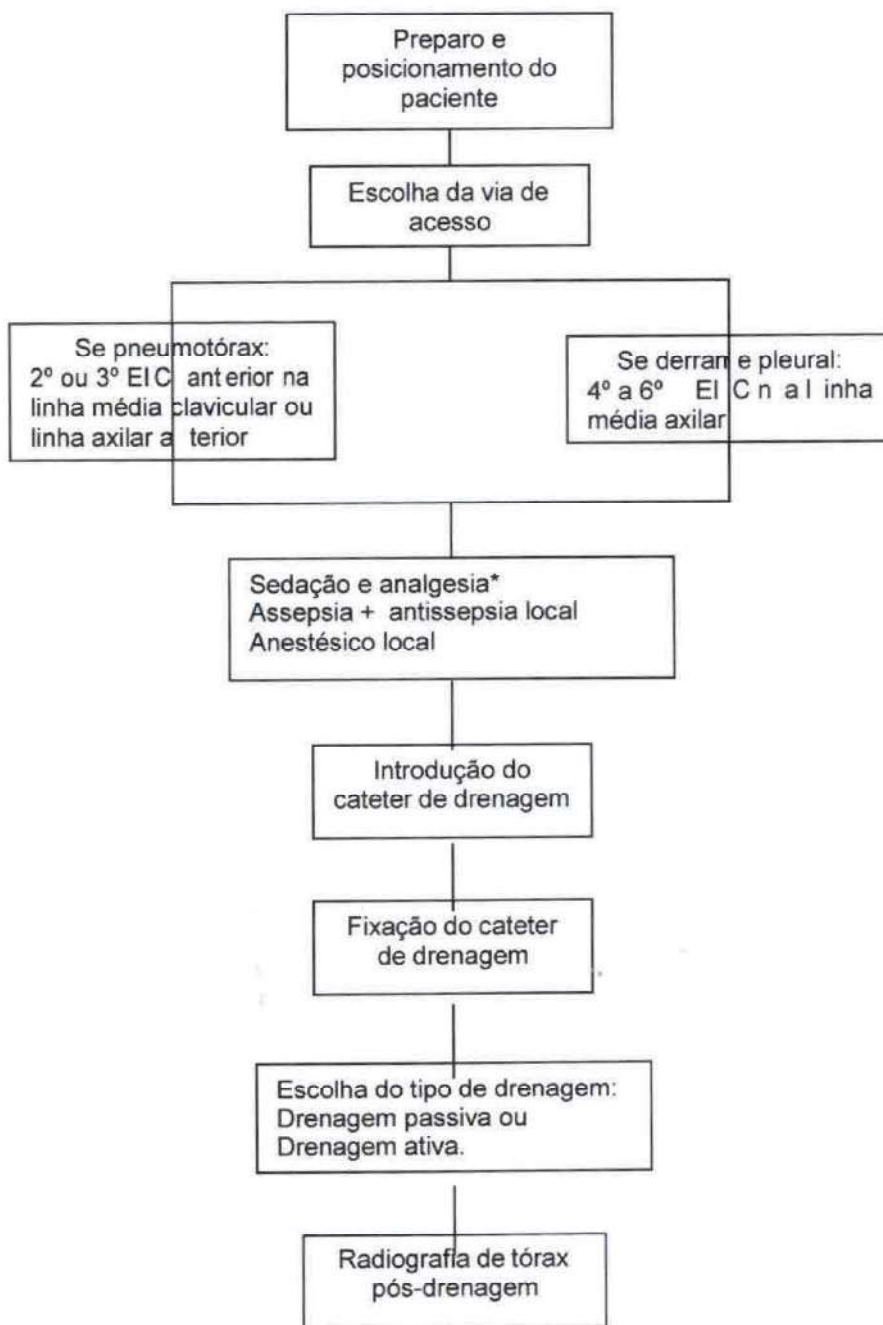
O transporte deverá ser feito em MACA de transporte adequada, providas as condições adequadas para manutenção do paciente durante o transporte (i.e., oxigênio, equipamento para ventilação, acesso venoso, coberto-res, monitores se disponíveis).

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 hospitál..



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	Traqueostomias
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-midazolan, diazepam c) miorelaxante- rocurônio, pancurônio
- 2) pacientes sem ventilação mecânica:
 - a) dor moderada ou intensa-pós-operatório de grandes cirurgias, queimaduras, fraturas: fentanil, morfi-na, 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 -midazolan droga de escolha propofol (> 3anos) analgésico-fentanil
- 7) broncoespasmo: sedação -midazolan, analgésico-fentanil*, ketamina, propofol (pode ter efeito broncodilador, e é contraindicado para crianças menores do que 03 anos)
- 8) insuficiência cardíaca congestiva: sedação -midazolan, analgésico-fentanil, morfina (escolha na crise hipoxêmica)
- 9) insuficiência renal: sedação -midazolan, 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 e 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 ANALGESICOS 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 Acetaminofeno Indometacina	VOVOVO	5 -10 10 - 15 0,3 - 1	800 975 150	Úlcera péptica Usado no RN parafechamento canal arterial
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	0,05	1/3 da dose em paciente < seis meses

261