

b. QUADRO CLÍNICO

Encefalopatia hepática com sintomas variando de confusão (Grau I) até o coma (Grau IV).

Edema cerebral que ocorre em 80% dos pacientes e pode resultar em morte por herniação.

Coagulopatia com prolongamento do INR, mas sangramento grave é incomum.

Instabilidade hemodinâmica com sinais de choque distributivo.

Distúrbios metabólicos (acidose láctica e hipoglicemia).

Insuficiência renal aguda.

c. CONDUTA

Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário.

Administrar Oxigênio suplementar caso necessário.

Obter acesso venoso periférico calibroso.

Colher sangue para hemograma, glicemia, eletrólitos, função renal, PTT e INR.

Repor volemia com cristalóide (20 ml/kg em bolus) caso paciente hipotenso.

Corrigir desequilíbrios hidroeletrólíticos.

Efetuar a triagem de infecção em pacientes apresentando febre.

Tratar hipoglicemia e efetuar monitorização constante do nível de glicemia.

Solicitar internação em UTI de preferência em centro com capacidade para efetuar transplante hepático.

45. CIRROSE

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Resultado de lesão hepatocelular que leva a fibrose e regeneração nodular por todo o fígado.

Pode ser causada por hepatite viral crônica, ingestão crônica de álcool, toxicidade medicamentosa e outras.

Complicações da cirrose que levam a sala de emergência: encefalopatia hepática, ascite com comprometimento respiratório, peritonite bacteriana espontânea e hemorragia digestiva.

A hemorragia digestiva pode ser secundária a varizes esofageanas ou gástricas, gastropatia por hipertensão portal e úlcera duodenal.

b. QUADRO CLÍNICO

Os achados clínicos decorrem de disfunção hepatocelular, hipertensão portal e "shunting" porto-sistêmico.

O início dos sintomas é lento e insidioso. Cansaço, perda de peso, distúrbios do sono, anorexia.

Em 70% dos casos o fígado é palpável, endurecido e tem a borda fina e nodular.

Esplenomegalia pode surgir em até 50% dos pacientes.

Sinais cutâneos: aranhas vasculares, eritema palmar, dilatação. A icterícia não é geralmente um achado inicial, mas surge e piora progressivamente.

Ascite e derrame pleural são achados tardios.

Os achados laboratoriais: anemia que pode ser macrocítica (deficiência de folato), hiperesplenismo (trombocitopenia e leucopenia), prolongamento do INR, elevações das transaminases e fosfatase alcalina, elevação progressiva dos níveis de bilirrubina, redução nos níveis de albumina e elevação dos níveis de globulina.

A febre pode ser manifestação de hepatite alcoólica, peritonite espontânea ou infecção associada.

A encefalopatia hepática é caracterizada por: alterações no padrão de sono-vigília, asterixis, tremor, disartria, delírio, torpor e finalmente coma.

A peritonite bacteriana espontânea é caracterizada por febre, aumento da ascite e encefalopatia progressiva. Geralmente é causada por *E. coli* ou pneumococo. A presença de mais de 500 leucócitos por mm³ no líquido ascítico com predomínio de polimorfonuclear é diagnóstica.

c. CONDUTA

Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário.

Administrar oxigênio suplementar caso necessário.

Efetuar paracentese de alívio em pacientes com restrição respiratória devido a ascite.

Obter acesso venoso periférico calibroso.

Colher sangue para hemograma, glicemia, eletrólitos, função renal, INR e PTT.

Repor volemia com cristalóide (20 ml/kg em bolus) em caso de hipotensão arterial.

Corrigir desequilíbrios hidroeletrólíticos.

Efetuar a triagem de infecção em pacientes apresentando febre.

Administrar antibióticos IV para tratamento de infecção se indicado.

Iniciar esquema para encefalopatia hepática se indicado com: lactulose 30 ml VO de 6 em 6 horas, metronidazol 250 mg VO de 8 em 8 horas e restrição de proteína.

Solicitar internação hospitalar de pacientes apresentando: sinais de encefalopatia, febre, ascite de início recente, ascite volumosa, hemorragia digestiva e comprometimento da função renal.

46. SEPSE

a. DEFINIÇÕES

SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA (SIRS)

A presença de dois ou mais dos seguintes critérios definem SIRS:

Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$

Frequência cardíaca > 90 bpm

Frequência respiratória > 20 irpm ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg em paciente em ventilação mecânica

Contagem de leucócitos $> 12.000/\text{mm}^3$ ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou a presença de $> 10\%$ de formas jovens (bastões)

Em 2001, foram acrescentados à lista anterior os seguintes sinais e alterações laboratoriais:

Edema após reposição volêmica ou balanço positivo

Hiperglicemia

Alteração do estado mental

Níveis séricos elevados de procalcitonina e de proteína C reativa

SEPSE

É considerado séptico todo paciente que apresente os sinais e sintomas descritos para SIRS secundários a um processo infeccioso.

SEPSE GRAVE

A sepse grave é definida quando um paciente séptico desenvolve qualquer disfunção orgânica induzida obrigatoriamente pela própria sepse. As principais disfunções orgânicas são: a) cardiovascular; b) respiratória; c) renal; d) hepática; e) hematológica; e f) sistema nervoso central.