

Colher sangue para hemograma, eletrólitos e função renal.

Drenar a bexiga caso palpável, com cateter vesical.

Medir o volume de urina drenado e enviar material para EAS e cultura.

Manter o cateter vesical em posição.

Obter parecer de urologista.

Hospitalizar pacientes com sinais e sintomas sistêmicos (febre, hipotensão, azotemia, etc.).

43. DISÚRIA

a. QUADRO CLÍNICO

Diagnóstico diferencial da síndrome clínica de disúria

CONDIÇÃO	SEXO AFETADO	ACHADOS CLÍNICOS	LABORATÓRIO
URETRITE	Frequente no sexo masculino	Disúria grave Descarga uretral purulenta ou clara	
PROSTATITE	Masculino	Dor pélvica e disúria	
HERPES GENITAL	Feminino	História de Herpes se recorrente, vesículas na genitália externa	
INFECÇÃO URINÁRIA	Principalmente feminino	Disúria, polaciúria, urina turva e fétida, associação com dor no flanco ou supra-púbica.	Piúria e bacteriúria
VAGINITE	Feminino		
ESTENOSE URETRAL	Masculino		

44. INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Condição incomum.

Definida como desenvolvimento de encefalopatia hepática em 12 semanas ou menos, em paciente sem doença hepática preexistente.

Pode ser causada por: hepatite viral (A, B, C, Delta, E ou G), fígado gorduroso da gravidez, síndrome de Reye, síndrome HELLP, choque circulatório, hipertermia e toxicidade medicamentosa (acetaminofen, isoniazida, halotano, etc.).

A identificação da causa é importante, pois existem tratamentos específicos para intoxicações medicamentosas e *overdose*.

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 hidroeletrolíticos.

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.