

A hematúria micro ou macroscópica está presente em 90% dos casos.

Estudos de imagem devem ser realizados no 1º episódio suspeito de cólica renal ou quando há dúvida diagnóstica.

Pacientes com episódios recorrentes devem ser tratados sintomaticamente a não ser que obstrução ou infecção sejam suspeitos.

A radiografia simples é útil, mas apesar de 90% dos cálculos serem radiopacos a sensibilidade é baixa.

O melhor método diagnóstico é a tomografia helicoidal que tem 98% de sensibilidade e não necessita de contraste. A ultra-sonografia tem apenas 64% de sensibilidade, tem maior valor para detecção de hidronefrose.

Diagnóstico diferencial com: aneurisma de aorta, hérnia encarcerada, torção de testículo, prenhez ectópica, pielonefrite, herpes zoster e distensão muscular.

### **c. CONDOTA**

Prover analgesia com o uso de opiáceo IV concomitante com antiinflamatório, IV ou VO.

Administrar antiemético caso necessário.

Liberar pacientes não complicados para acompanhamento ambulatorial com a orientação de beber 2 a 3 litros de água por dia, com antiinflamatório VO e associar antiemético e analgésico a base de codeína caso necessário.

Instruir os pacientes a retornarem em caso de febre, dor intensa ou vômitos persistentes.

Indicar hospitalização nos seguintes casos: dor intratável, vômitos intratáveis, pielonefrite concomitante, elevação de escórias nitrogenadas, rim único, cálculo ureteral bilateral e dor que persiste por mais de 48 horas.

## **21. OBSTRUÇÃO INTESTINAL**

### **a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

Causadas por bloqueio mecânico do intestino ou redução da peristalse (íleo) que é a forma mais comum.

O bloqueio mecânico do intestino delgado resulta geralmente de aderências (bridas) devido a cirurgias prévias ou processos inflamatórios, a segunda causa mais comum é a hérnia encarcerada especialmente a

inguinal. Raramente condições intrínsecas (dentro da luz do intestino, por exemplo tumores) causam a obstrução.

O bloqueio mecânico do intestino grosso resulta geralmente de condições intrínsecas no idoso como tumores, fecaloma e o volvo. Em crianças a intussuscepção deve ser considerada.

### **b, QUADRO CLÍNICO**

Dor abdominal e incapacidade de eliminar gases e evacuar são as principais queixas.

Em obstruções parciais do delgado o paciente pode ser capaz de eliminar gases.

A dor na obstrução mecânica é em cólica, progressiva e intermitente. Na obstrução do delgado localiza-se na região periumbilical e na obstrução do cólon no hipogástrio.

Vômitos biliosos inicialmente ocorrem nas obstruções altas.

A distensão abdominal é mais pronunciada nas obstruções baixas.

Sintomas e sinais sistêmicos dependem do grau de desidratação e da presença de necrose intestinal. Na presença de necrose o paciente apresenta quadro de sepse.

Suspeitar em pacientes com dor abdominal, distensão e vômitos.

Procurar no exame clínico cicatrizes no abdome que indiquem cirurgias prévias, hérnias e massas palpáveis.

### **c. CONDUTA**

Estabelecer acesso venoso periférico.

Monitorizar sinais vitais.

Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio, cloro e gasometria arterial.

Obter amostra de urina para EAS.

Solicitar rotina de abdome agudo.

Procurar nas radiografias distensão de alças, níveis hidroaéreos e ar livre na cavidade peritoneal (indica perfuração intestinal).

Obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.

Iniciar antibioticoterapia IV (Metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas e Ciprofloxacina 400 mg de 12 em 12 horas) ou Amoxicilina/Clavulanato.

Remover para o hospital de referência.

## 22. CETOACIDOSE DIABÉTICA

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A cetoacidose é causada por uma deficiência relativa de insulina em relação aos hormônios contra-regulatórios, causando hiperglicemia e hipercetonemia.

A cetoacidose pode ser precipitada por interrupção do tratamento com insulina, infecções, IAM, trauma, gravidez e outros estresses fisiológicos.

Ocorre em diabéticos do tipo I e II.

### b. QUADRO CLÍNICO

A hiperglicemia causa diurese osmótica e desidratação, hipotensão e taquicardia.

A cetonemia causa acidose, vasodilatação e respiração de Kussmaul.

Náusea, vômitos e dor abdominal são comuns.

O diagnóstico é confirmado com glicemia  $> 250$  mg%, bicarbonato  $< 15$  mEq/l, pH  $< 7,3$  e cetonemia.

### c. CONDUTA

Abrir as vias aéreas com manobras manuais caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir a respiração caso necessário com BVM e oxigênio suplementar.

Intubar pacientes incapazes de proteger a via aérea (Glasgow  $\leq 8$ ).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior.

Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Colher sangue arterial para determinação da gasometria e sangue venoso para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, natremia, calemia.