

A presença de possível fístula aórtico entérica é um fator de risco, avaliar se há história de reparo de aneurisma de aorta ou massa abdominal pulsátil.

Pesquisar história de sangramento digestivo prévio e presença conhecida de varizes de esôfago.

Em 15% dos pacientes com hematoquezia uma causa de hemorragia digestiva alta é encontrada.

A melena raramente é associada a sangramento digestivo baixo.

Hematêmese seguida por vômitos sugere Mallory Weiss.

A presença de eritema palmar, icterícia, ginecomastia, ascite sugerem insuficiência hepática.

Ingestão de ferro ou bismuto podem simular melena.

c. CONDUTA

Colocar o paciente em leito monitorizado e obter temperatura, pulso e saturação da hemoglobina.

Suspender alimentação VO e uso de antiácidos.

Obter medidas de pressão ortostática caso a PA sistólica inicial seja maior que 100 mmHg e a FC seja menor que 100 bpm.

Avaliar a respiração.

Administrar oxigênio através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

Assistir caso necessário a ventilação com bolsa e máscara, utilizando oxigênio suplementar.

Avaliar a circulação.

Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior e obter amostra de sangue para hemograma, TAP, PTT, creatinina, uréia e eletrólitos. Em pacientes mais graves obter gasometria arterial e dosagem de lactato para avaliar a perfusão.

Iniciar infusão de solução cristalóide para reposição volêmica.

Inserir cateter nasogástrico em caso de hematêmese ou sangramento significativo qualquer que seja a origem.

Administrar vitamina K IV 10 mg em pacientes com história de uso de cumarínico ou de insuficiência hepática.

Considerar a endoscopia precoce.

Transferir o paciente para unidade hospitalar.

16. EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS NÃO TRAUMÁTICAS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

São exemplos de emergências abdominais não traumáticas:

Apendicite

Colecistite aguda

Úlcera perforada

Pancreatite

O quadro clínico que sugere este tipo de emergência é: dor e distensão abdominal sem história de trauma, vômitos, náuseas, anorexia e choque.

O choque hipovolêmico é a principal complicação no ambiente pré-hospitalar, causado por hemorragia ou em casos que são atendidos mais tardiamente por desidratação causada por perdas para o terceiro espaço.

A broncoaspiração pode ocorrer em pacientes apresentando vômitos e distúrbios do nível de consciência.

b. CONDUTA

Avaliar as vias aéreas.

Manter as vias aéreas pérvuas, inicialmente com manobras manuais.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio dez a quinze litros por minuto, mantendo a saturação acima de 92%.

Assistir a ventilação em pacientes com BMV – bolsa-máscara-válvula – se a respiração estiver inadequada.

Intubar pacientes com depressão do nível de consciência (Glasgow \leq 8), incapazes de proteger a via aérea.

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

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para exames laboratoriais de urgência: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, natremia e calemia.

Iniciar a infusão IV de Ringer Lactato em caso de hipotensão arterial.

Verificar a pressão arterial após a infusão de 20 ml/kg de Ringer, pois a reposição excessiva pode agravar a hemorragia interna.

Procurar manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 a 100 mmHg.

Efetuar cateterismo orogástrico em pacientes apresentando distensão abdominal e/ou hemorragia digestiva alta.

Manter o cateter orogástrico em sifonagem.

Observar atentamente a drenagem através do cateter gástrico.

Administrar em caso de dor intensa morfina na dose de 2 a 4 mg IV.

Considerar a administração de meperidina na suspeita de pancreatite ou patologia de vias biliares.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

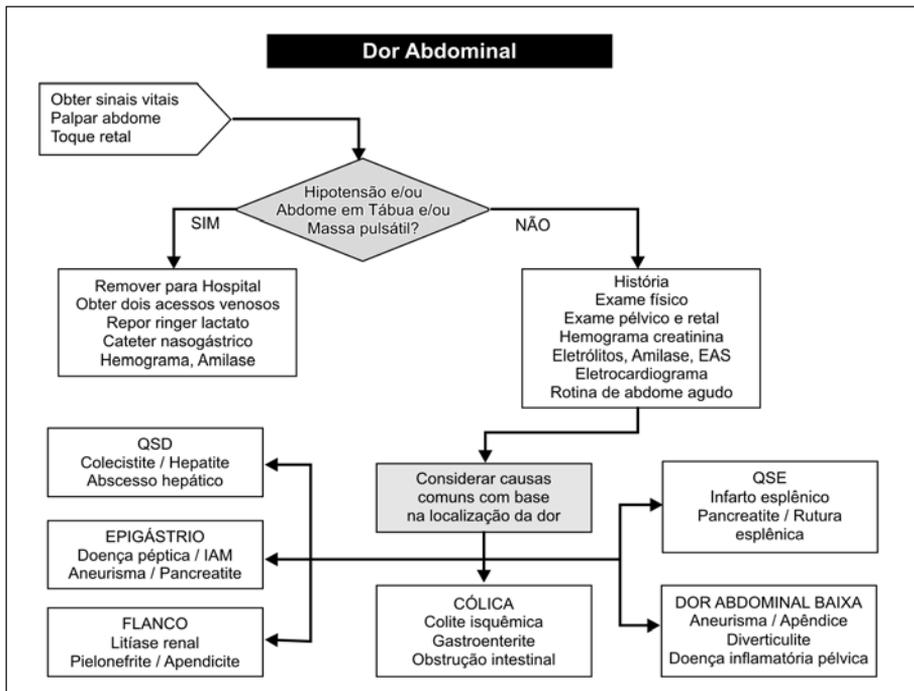
Fazer eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações rotineiramente.

Transportar rapidamente para hospital com serviço de cirurgia de emergência na presença de: dor abdominal grave, hemorragia digestiva alta em atividade, sinais de choque ou alterações do nível de consciência.

Diagnóstico diferencial clínico e laboratorial de dor abdominal

CONDIÇÃO	LOCALIZAÇÃO DA DOR	TIPO DE DOR	SINTOMAS ASSOCIADOS	SINAIS	EXAMES COMPLEMENTARES
APENDICITE	Periumbilical ou Quadrante Inferior Direito (QID)	Insidiosa, evoluindo para aguda e persistente	Anorexia Às vezes náuseas e vômitos	Febre baixa. Dor à palpação no QID	Leucocitose. Confirmação por TC ou US
OBSTRUÇÃO INTESTINAL	Difusa	Dor tipo cólica, de início súbito	Vômitos	Distensão abdominal. Peristalse de luta	Distensão de alças intestinais. Presença de níveis hidroaéreos. Sinal de "empilhamento de moedas"
ÚLCERA PERFORADA	Epigástrica	Início súbito, duração contínua	Anorexia. Às vezes náuseas e vômitos	Dor epigástrica, Defesa involuntária	Pneumoperitônio na radiografia de abdome
DIVERTICULITE	Quadrante Inferior Esquerdo. Ataques prévios	Início gradual, pode ser contínua ou em cólica	Diarréia leve	Febre Dor abdominal difusa	TC mostra massa inflamatória
COLECISTITE AGUDA	Dor epigástrica ou no Quadrante Superior Direito Dor referida no ombro direito em alguns casos	Insidiosa	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação em QSE	US mostra cálculos
CÓLICA BILIAR	Dor no Quadrante Superior Direito, intermitente Ataques prévios	Início súbito, Dor surda	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação em QSE	US mostra cálculos
RUPTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	Dor epigástrica e no dorso	Súbita Grave	Variável	Hipotensão e choque	US e TC mostram o aneurisma
CÓLICA RENAL	Costovertebral ou ao longo do ureter	Súbita Grave	Náuseas e vômitos	Dor à percussão do flanco	Hematuria TC mostra cálculo
COLITE ISQUÊMICA	Dor epigástrica ou difusa	Súbita Em cólica	Diarréia sanguinolenta	Dor à palpação do abdome Evidências de doença vascular	TC
PANCREATITE AGUDA	Epigástrica com irradiação para o dorso	Aguda, persistente	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação do epigástrio	Elevação da lipase sérica TC mostra inflamação do pâncreas
PRENHEZ ECTÓPICA	Unilateral em Quadrante Inferior. Pode haver dor no ombro após ruptura	Súbita	Nenhum	Massa em anexos	US mostra massa em anexos ou sangue, teste de gravidez positivo

TC – Tomografia Computadorizada. US – Ultra-sonografia. QID – Quadrante Inferior Direito. QIE – Quadrante Inferior Esquerdo. QSE – Quadrante Superior Esquerdo



Algoritmo de atendimento a pacientes com dor abdominal devido a emergência não traumática.

17. APENDICITE

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A incidência de apendicite aguda atinge o pico na segunda e na terceira década da vida.

Contudo, a perfuração é mais frequente na infância e nos idosos; faixa etária que apresenta maior taxa de mortalidade.

b. QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal é o sintoma mais comum.

Início de dor na região epigástrica ou periumbilical, com a irritação peritoneal a dor passa a ser percebida no quadrante inferior direito.

Anorexia, náusea e vômitos podem associar-se ao quadro, porém são sensíveis e não são específicos.

Piora da dor nas 24 horas subsequentes e podem surgir tenesmo e disúria.

O diagnóstico é essencialmente clínico.