

c. CONDUTA

Oxigênio suplementar.

Observar cuidados de auto-proteção (especialmente na suspeita de tuberculose pulmonar. Nestes casos indica-se o uso de máscara N95 no profissional).

Obter acesso venoso periférico.

Colher sangue para gasometria arterial, hemograma, eletrólitos, coagulograma e função renal.

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

Iniciar reposição de salina em caso de hipotensão arterial.

Posicionar pacientes com hemoptise contínua em decúbito lateral sobre o pulmão afetado.

Intubar o paciente com tubo orotraqueal calibroso se o mesmo encontrar-se em insuficiência respiratória.

Transferir para hospital de referência todos os pacientes com hemoptise grave ou moderada, considerar admissão em terapia intensiva.

14. NÁUSEA E VÔMITOS**a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO**

Podem ser causadas por: intoxicação alimentar, gastroenterite infecciosa, colecistite, pancreatite, medicações, doenças sistêmicas (uremia, cetoacidose, IAM), distúrbios do SNC (infecções, tumores e enxaqueca) ou por patologias digestivas.

O centro medular que dispara o vômito pode ser estimulado de quatro formas distintas: fibras aferentes vagais ricas em receptores de serotonina de vísceras gastrointestinais; sistema vestibular relacionado a histamina e receptores colinérgicos; áreas superiores do próprio SNC (relacionada a estímulos visuais, olfativos e memórias) e na área de disparo quimiorreceptora na própria medula, fora da barreira hematoencefálica que é rica em receptores de opiáceos, serotonina e dopamina (drogas, quimioterapia, uremia, cetoacidose, etc.).

b. QUADRO CLÍNICO

A presença de dor abdominal aguda severa sugere patologias abdominais como: obstrução intestinal, peritonite, pancreatite ou doença biliar.

Vômitos persistentes sugerem gravidez, obstrução do trato de saída do estômago, gastroparesia ou doenças sistêmicas.

Vômitos imediatamente após as refeições sugerem distúrbio psicogênico ou bulimia. A associação de alimentos gordurosos e vômitos sugere doença na via biliar.

Vômitos matutinos antes do café da manhã sugerem gravidez, uremia, ou hipertensão intracraniana.

c. CONDUTA

Afastar obstrução intestinal e gravidez.

Obter história de ingestão de medicamentos.

Procurar na história e exame físico, sinais e sintomas de doença neurológica.

Proibir a dieta oral ou restringi-la em casos mais leves a líquidos.

Deixar pacientes com quadros mais graves em observação.

Avaliar sinais vitais.

Obter acesso venoso periférico em pacientes apresentando quadros mais graves ou suspeita de obstrução pilórica ou intestinal.

Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide em pacientes hipotensos ou com distúrbio hemodinâmico.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio e cloro. Em casos mais severos obter gasometria.

Avaliar níveis séricos de eletrólitos, especialmente o potássio.

Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos.

Repor solução salina a 0,45% com 20 ml/kg de cloreto de potássio (exceto em pacientes urêmicos ou oligúricos).

Transferir para hospital de referência e obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.

Introduzir cateter nasogástrico na suspeita de obstrução intestinal ou do trato de saída do estômago.

Administrar antieméticos de forma empírica para controlar os sintomas enquanto se pesquisa a etiologia ou em casos auto-limitados.

Evitar todas as medicações antieméticas na gestação, salvo nos casos de hiperêmese gravídica.

Drogas utilizadas no tratamento de náuseas e vômitos

GRUPO	MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO E CUIDADOS
ANTAGONISTAS DA SEROTONINA (5 HT)	ONDANSETRON (ZOFTRAN®)	8 mg IV (0,15 mg/kg) uma vez ao dia, infundido em 15 minutos. 8 mg VO duas vezes ao dia.	Prevenção da êmese por quimioterápico.
ANTAGONISTAS DA DOPAMINA	METOCLOPRAMIDA (PLASIL®)	10 mg IV de 8 em 8 horas até de 6 em 6 horas	Cuidado: tem ação sedativa, associa-se a efeitos extra-piramidais e pode causar depressão
	PROMETAZINA (FENERGAN®)	25 mg VO de 4 em 4 horas	
ANTI-HISTAMÍNICOS	DIMENDRINIDRATO (DRAMAMINE®)	50 a 100 mg VO ou IV de 4 em 4 horas ou 6 em 6 horas	Úteis especialmente em náusea relacionada a cinetose, vertigem e enxaqueca
	DIFENHIDRAMINA (BENADRYL®)	25 a 50 mg VO de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas 50 mg IV	

15. HEMORRAGIA DIGESTIVA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Em 90% dos pacientes a hemorragia origina-se de do trato digestivo superior (proximal ao ligamento de Treitz).

Em 80% dos pacientes o sangramento cessa antes da chegada a emergência.

A úlcera péptica é a causa mais comum de sangramento digestivo, seguida por gastrite e esofagite erosivas, varizes de esôfago e gástricas e síndrome de Mallory Weiss.

A principal causa de sangramento digestivo baixo aparente é o sangramento digestivo alto.

As hemorróidas são a principal causa de sangramento digestivo baixo real seguido por doença diverticular, malformação arteriovenosa, doença inflamatória e pólipos.

b. QUADRO CLÍNICO

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é a hematêmese (vômitos com sangue), hematoquezia (saída de sangramento vivo pelo reto) e melena (evacuação de fezes escuras cor de piche).

Alguns pacientes apresentam fraqueza ou síncope, causadas pela hipotensão arterial.

Hipotensão postural e taquicardia.