

**SES - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

1ª Edição  
Revisada e Ampliada

BRASÍLIA-DF  
2006

2006. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito.

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª. Ed. Revisada e ampliada – 1.000 exemplares.

Produção, distribuição e informações:  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito  
Subsecretaria de Atenção à Saúde  
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde  
S I A trecho I, lote 1730, bloco A/B térreo, sala 31  
CEP 71200-010  
Telefones - 61- 3403-2322;  
Fax – 3403-2472  
Endereço Eletrônico – [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)

Coordenadora da Comissão de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES/DF - Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim; Médica Neonatologista da SES/DF;

Revisão da 1ª edição - Osmar Willian Vieira e colaboradores

Paginação e Diagramação: Júlio César Trindade - Núcleo de Apoio Tecnológico e Informática - NATIN/HRAN/SES/DF  
Capa: Ada Suene Pereira. Assessoria de Comunicação - ASCOM/SES/DF

Impresso no Brasil / printed in Brazil

Catálogo na fonte – Gráfica da SES/DF  
Ficha Catalográfica

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.  
Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF. 1ª. Ed. Revisada e ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006.  
285 p.: il.

ISBN - 85-89439-39-9

1. Serviço Hospitalar de Emergência. 2. Protocolos de urgência e emergência. I. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Gráfica da SES/DF  
SIA trecho I, SGAPS lote 06, bloco A/B térreo, sala 31.  
CEP 71215-000  
Telefone - 61- 33632231;

GOVERNADORA DO DISTRITO FEDERAL  
**Maria de Lourdes Abadia**

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
**Dr. José Geraldo Maciel**

SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE  
**Dr. José Rubens Iglesias**

SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE  
**Dr. Evandro Oliveira da Silva**

SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
**Dr José Rubens Iglesias**

SUBSECRETÁRIO DE APOIO OPERACIONAL  
**Dr. José Maria Freire**

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
**Dr. José Eduardo Pinheiro Guerra**

DIRETOR DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
**Dr. José Ribamar Ribeiro Malheiros**



## 1 - COLABORADORES

### PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO DESTA OBRA

#### COMISSÃO DE REVISÃO E DISPOSIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS (CRDPC) DA SES/DF

Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim – Médica Neonatologista, Coordenadora da CRDPC;  
Agnaldo Antonio Abdala – Médico, Membro titular e Chefe da UTI Pediátrica do HRT;  
Erivaldo Fernandes Lira – Médico, Membro titular e Coordenador de Colo-proctologia;  
Gleim Dias de Souza – Médico, Membro suplente e Coordenador de Radiologia;  
José Henrique L. Araújo - Médico, Membro suplente e Coordenador de Anestesiologia;  
Luciano Rocha – Médico, Membro titular e Chefe da Unidade de Clínicas Médicas do HRT;  
Marcos Belarmino da Silva – Médico cirurgião do HRT, Membro suplente;  
Mauro Birche de Carvalho – Médico, Membro titular e Coordenador de Gastroenterologia;  
Osmar Willian Vieira – Médico, Membro titular e Coordenador de Clínica Médica;  
Paulo Guilherme Carmo da Rocha -Membro suplente e Chefe da Unidade de Cardiologia do HRAN;  
Sergio Miyazaki – Médico cirurgião do HRG, Membro titular;  
Sérgio Tamura – Médico, Membro titular e Coordenador de Cirurgia Geral;  
Weldson Muniz Pereira – Médico Ortopedista do HRC, Membro suplente.

#### COORDENADORES DE ESPECIALIDADES E CHEFES DE NÚCLEO DA SES/DF

Antonio Leitão T. Araújo - Patologia Clínica;  
Avelar de Holanda Barbosa - Ginecologia Obstetrícia;  
Carlos André dos S. Lins - Emergência;  
Carlos Silvério de Almeida – Neurocirurgia;  
Didimo Carvalho Torres – Urologia;  
Divaldo Dias Mançano – Médico Homeopata – Chefe do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI;  
Gabriel Ângelo Barros - Medicina Física e Reabilitação;  
Gilmar Alves de Freitas – Otorrinolaringologia;  
Hermano Alves de Araújo – Cirurgia Vascular;  
José Eustáquio Carvalho – Cardiologia;  
M<sup>a</sup> Marta Braúna Braga – Unidades de Terapia Intensiva- Adulta;  
Maria Clara M. do Vale – Pediatria;  
Maria Katalinne Alves Costa – Fisioterapia e Terapia Ocupacional;  
Mario Sérgio S. Almeida – Endocrinologia;  
Mario Soares Ferreira – Reumatologia;  
Marly da Rocha Otero - Alergia/Imunologia;  
Marta de Fátima R.C.Guidacci - Programa de Atendimento ao Paciente Asmático;  
Mércia Maria Fernandes Lira - Unidades de Terapia Intensiva- Pediátrica;  
Paulo César da F. e Silva – Cirurgia Plástica;  
Paulo Henrique Ramos Feitosa – Pneumologia;  
Paulo Lobo Junior – Ortopedia;  
Ricardo Castanheira de Carvalho – Oftalmologia;  
Rosaly Rolli Costa – Reprodução Humana;  
Sandra Lúcia Andrade de Caldas Lins – Neonatologia;  
Sandra Lúcia Branco Mendes Coutinho - Anatomia Patológica;  
Sidney de Paula Silveira - Chefe da Unidade de Oftalmologia do HRT  
Simone Karst Passos Soares – Dermatologia.

#### OUTROS COLABORADORES

Adelson Guimarães da Costa – Enfermeiro da DIVEP;  
Ailton Domício da Silva – Enfermeiro Chefe do Núcleo de Controle de Endemias/DIVEP;  
Andrea Amoras Magalhães – Médica Toxicologista Coordenadora do Centro De Informação e Assistência Toxicológica do DF – CIAT;  
Antonio Geraldo da Silva – Médico Psiquiatra;  
Ary Sílvio Fernandes dos Santos - Médico Chefe da Unidade de Neonatologia do HRG;  
Cláudia Castro Bernardes Magalhães – Odontóloga – Gerente do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador do DF – CEREST/DISAT;  
Columbano Junqueira Neto – Médico Chefe da Gastroenterologia do Hospital de Base do DF;  
Cristiane Alves Costa – Médica do Instituto Médico Legal;

---

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES**

Disney Antezana – Médica Diretora Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP/SVS;  
Edna Maria Marques de Oliveira – Médica Cardiologista do HBDF  
Eliziane Brandão Leite – Médica Endocrinologista – Gerente da Gerência de Recursos Médicos Assistenciais  
Fábia Correia Sampaio – Médica Acupunturista da SES/DF;  
Flávia Batistuta - Médica Psiquiatra da Coordenadoria De Saúde Mental  
Georgeana e Silva Mazão – Psicóloga;  
José Flávio Bezerra – Médico, Diretor do Instituto Médico Legal do Distrito Federal;  
José Ribamar Malheiros – Médico Ginecologista – Diretor da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde;  
Márcio Veloso – Médico da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital do Paranoá;  
Maria Ângela da Silva – Médica Homeopata do NUMENATI;  
Maria Aparecida Penso – Psicóloga;  
Núbia Vanessa dos Anjos – Oftalmologista do HRT  
Rita de Cássia Werneck Ejima – Médica Chefe da Unidade de Neonatologia do HRT;  
Roseane P. de Deus – Médica Dermatologista SES/DF  
Sandra Magnólia Oliveira – Médica do CIAT;  
Sandra Maria Felipe Coelho Cortez – Enfermeira da DIVEP;  
Wajjha Nasser Ximenes – Médica Neurologista do HBDF  
Zali Neves da Rocha – Médica, Gerente de Cuidados Paliativos;

**2 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO E DISPOSIÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DA SES/DF**

Cristina Lúcia Rocha Cubas Rolim – Médica, Coordenadora;  
Agnaldo Antonio Abdala – Médico, Membro titular;  
Edenildo Borges Tenório – Médico, Membro titular;  
Erivaldo Fernandes Lira – Médico, Membro titular;  
Luciano Rocha – Médico, Membro titular;  
Osmar Willian Vieira – Médico, Membro titular;  
Sergio Miyazaki – Médico, Membro titular;  
Sérgio Tamura – Médico, Membro titular;  
Gleim Dias de Souza – Médico, Membro suplente;  
Hélio Buson Filho – Médico, Membro suplente;  
José Henrique L. Araújo - Médico, Membro suplente;  
Marcos Belarmino da Silva – Médico, Membro suplente;  
Mauro Birche de Carvalho – Médico, Membro titular;  
Paulo Guilherme Carmo da Rocha – Médico, Membro suplente;  
Weldson Muniz Pereira – Médico, Membro suplente;  
Maria Heloísa Elias Guerra, Agente Administrativo – Secretária.

## APRESENTAÇÃO

Esta publicação se destina aos profissionais da área de saúde, em especial àqueles que trabalham na área de urgência e emergência, ambulatorial e internação na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Esses protocolos são guias de orientação sucinta para auxiliar na prática diária e foram construídos a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas do Núcleo de Medicina Integrada, da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde e outros colaboradores de várias especialidades.

Outra fonte amplamente consultada foi a obra publicada pelo Ministério da Saúde – “Protocolos da Unidade de Emergência” que serviu de modelo. Contudo, procuramos com os atuais protocolos refletir problemas vividos pela SES/DF e, além de tratar de situações mais prevalentes, abordamos temas do dia-a-dia como a violência contra a criança, a mulher e o idoso, bem como as responsabilidades referentes à Declaração de Óbito em diversas circunstâncias. Além disso, disponibilizamos o material em consulta pública para que pudesse ser uma construção coletiva, ampla e democrática, imbuída do espírito que várias cabeças pensam melhor.

Sabe-se da necessidade da padronização de condutas, idealmente respaldadas em evidências científicas, e, para isto, é preciso um envolvimento de todos os atores, desde os servidores das Unidades de Saúde até o Gestor maior. Cabe ao sistema público de saúde propiciar os recursos e meios para o exercício de boas práticas em saúde. Assim, é importante que cada elo desta cadeia cumpra sua parte da melhor forma.

Portanto, não basta apenas a publicação deste livro, mas ações continuadas para implementação e melhoria destas tecnologias bem como a participação efetiva desses atores para revisões e mudanças de posturas. É preciso que a SES/DF faça de forma consistente e periódica a discussão do papel da avaliação de tecnologias, e da análise custo-efetividade em particular, no planejamento e gerência da difusão e incorporação de tecnologias de saúde.

A institucionalização desta obra na SES/DF torna responsáveis solidários por sua prática todos os gestores, sejam Diretores, Gerentes ou Chefes de Núcleos e Unidades, assim como os servidores, que passam a tê-la como norma técnica. Esperamos que uma política de implantação e implementação de protocolos represente um marco de extrema relevância na história da SES/DF, tendo em vista a ampliação e melhora do atendimento à população.

Temos a certeza que lançamos boa semente em solo fértil. A DIPAS estará aberta ao recebimento de sugestões de novos temas, aperfeiçoamento dos agora apresentados, com vistas a futuras edições. Este material ficará disponível no site da instituição – [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br) - com a finalidade de ser difundido e aperfeiçoado, pois as sugestões de novos temas e modificações dos atuais protocolos poderão ser encaminhadas aos responsáveis para a tomada das devidas providências. Agradecemos o esforço de todos aqueles que se empenharam na elaboração dos protocolos.

**Dr<sup>a</sup>. CRISTINA LÚCIA R. C. ROLIM**  
Comissão de Revisão e Disposição  
de Protocolos Clínicos  
Coordenadora

**Dr. JOSÉ RIBAMAR RIBEIRO MALHEIROS**  
Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde  
Diretor



## **PREFÁCIO**

A Secretaria de Estado de Saúde do D.F, responsável pela assistência à saúde da população do Distrito Federal, tem buscado modernizar-se nos seus múltiplos aspectos, seja pela aquisição de novos equipamentos, reformas físicas, contratação de pessoal e cursos de capacitação, seja pela incorporação de novas tecnologias.

Uma questão fundamental é a normatização ampla e a padronização de condutas e procedimentos. Numa instituição tão grande e bem hierarquizada que presta atendimento, desde o básico até o de alta complexidade, é indispensável falar-se a mesma linguagem em todas as suas Unidades: da mais distante localizada na periferia até o Hospital de Base.

Por isto, criei a Comissão Especial de Revisão e Disposição dos Protocolos Clínicos da SES-DF que, com os coordenadores de especialidades e vários colaboradores, elaborou os Protocolos de Atendimento de Urgências e Emergências e vários protocolos ambulatoriais que agora publicamos.

Em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes, da violência urbana e da atual prática de assistência aos usuários da SES-DF, deu-se relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados. Procurou-se abordar os temas mais freqüentes e de forma objetiva para facilitar consultas rápidas e esclarecedoras.

Não é um trabalho final, mas sim uma edição pioneira que deverá ser revista e enriquecida periodicamente com a ampla participação de profissionais da saúde, buscando-se sua atualização até a elaboração de protocolos e condutas baseados em evidências científicas bem como sua implantação em toda a nossa rede de atendimento.

Com esta publicação, queremos oferecer aos profissionais de saúde da SES-DF uma preciosa ferramenta de trabalho, cuja utilização resultará em melhoria na qualidade da assistência prestada aos nossos usuários, aumentando o número de pacientes internados com diagnóstico, diminuindo o tempo de permanência do paciente internado e racionalizando o emprego dos recursos disponíveis.

**JOSÉ GERALDO MACIEL**  
Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

## SUMÁRIO

**1- ANESTESIA.**

ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA .....	15
---	----

**2- POLITRAUMATISMO**

POLITRAUMATIZADO – I .....	18
POLITRAUMATIZADO – II .....	19
ESCORE DE TRAUMA ADULTO .....	20
ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO .....	20
ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	21
POLITRAUMATISMO - CONDUTA IMEDIATA .....	22
CHOQUE: - DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO .....	23
- HIPOVOLÊMICO I .....	24
- HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO .....	25
- REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA .....	26
- RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS .....	27
- CHOQUE PERSISTENTE .....	28
TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE) .....	29
RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO .....	30
TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA .....	30
TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES .....	32
TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9) .....	33
TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3) .....	34
TRAUMATISMO ABDOMINAL – AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL .....	35
TRAUMATISMO DE FACE – PARTES MOLES E FRATURA I .....	36
- RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE .....	38
TRAUMATISMO DE MÃO .....	38
PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR .....	39
ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES – NÍVEIS .....	40
ESCORES DE TRAUMA .....	41
ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE) .....	42

**3- SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)**

ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA .....	46
MONOARTRITE AGUDA .....	47
POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS .....	48
LOMBALGIA AGUDA .....	49
LOMBALGIA POSTURAL .....	50
REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS .....	51
LUXAÇÃO DO OMBRO .....	53
ENTORSE DO JOELHO .....	54
ENTORSE DE TORNOZELO .....	55
TORCICOLO .....	56

**4- SISTEMA VASCULAR**

URGÊNCIAS VASCULARES .....	57
TRAUMAS VASCULARES .....	57
TROMBOEMBOLIA ARTERIAL .....	58
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) .....	59
PÉ DIABÉTICO .....	60
ANEURISMAS .....	61

**5-SISTEMA CARDIOVASCULAR**

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA .....	62
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM:	
ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO .....	63
ASSISTOLIA .....	64
BRADIARRITMIA .....	65
TAQUICARDIA VENTRICULAR .....	66
TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL .....	67
TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO .....	68
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO .....	74
EDEMA AGUDO DE PULMÃO .....	76

CRISE HIPERTENSIVA .....	77
<b>6-SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>	
ANAFILAXIA .....	80
URTICÁRIA E ANGIOEDEMA .....	81
ASMA.....	82
ANGINAS .....	87
OTALGIAS .....	88
SINUSITE .....	89
SURDEZ SÚBITA .....	90
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA .....	91
CORPO ESTRANHO .....	91
ROLHA CERUMINOSA .....	91
EPISTAXE.....	92
LABIRINTITE AGUDA.....	93
PNEUMONIAS .....	94
PNEUMONIAS I E II .....	95
PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES .....	96
PNEUMONIA HOSPITALAR .....	97
EMBOLIA PULMONAR: .....	98
- TERAPÉUTICA .....	99
MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA.....	100
ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO .....	101
<b>7-ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA</b>	
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO .....	102
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO .....	103
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA .....	104
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO .....	105
VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSRUTIVA CRÔNICA .....	106
VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO .....	107
LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA .....	108
CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO .....	109
MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO .....	110
HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO .....	111
<b>8-SISTEMA DIGESTÓRIO</b>	
DOR ABDOMINAL AGUDA .....	112
CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA .....	113
ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA.....	114
OBSTRUÇÃO INTESTINAL .....	115
ABDOME AGUDO – DIAGNÓSTICOS .....	115
ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	116
PERITONITES .....	117
DIARRÉIA AGUDA .....	118
DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS .....	119
PANCREATITE AGUDA I E II .....	120
ICTERÍCIA .....	122
COLANGITE .....	123
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA .....	124
ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA .....	125
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III .....	126
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA .....	129
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA .....	130
HEMATOQUEZIA .....	131
MELENA .....	131
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO .....	132
INGESTÃO DE CÁUSTICOS .....	133
ASCITE NO PRONTO-SOCORRO .....	134

TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA .....	135
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA .....	136
DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS .....	137
ABSCÉSSO ANORRETAL .....	137
DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA .....	138
FISSURA ANAL IDIOPÁTICA .....	138
HEMORRÓIDAS .....	139
FECALOMA .....	140
VOLVO .....	141

**9-SISTEMA GENITOURINÁRIO**

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA .....	142
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO .....	143
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO .....	144
CÓLICA URETERAL .....	145
HEMATÚRIA .....	146
HEMATÚRIA MACIÇA .....	147
ANÚRIA OBSTRUTIVA .....	147
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA .....	148
PRIAPISMO .....	149
PARAFIMOSE .....	150
ESCROTO AGUDO .....	151
TRAUMA RENAL .....	151
TRAUMA URETRAL .....	153
TRAUMA VESICAL .....	153
FRATURA PENIANA .....	154
TRAUMA GENITAL .....	154
FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS .....	155
TRAUMA DE TESTÍCULO .....	156

**10-SAÚDE DA MULHER**

CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE .....	157
CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO .....	158
ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA .....	159

**11-PARTO E NASCIMENTO**

GESTAÇÃO PROLONGADA .....	160
TRABALHO DE PARTO .....	161
CONDUTA NA AMNIOREXE PROLONGADA .....	162
PLACENTA PRÉVIA .....	163
PRÉ ECLÂMPsia GRAVE .....	164
ECLÂMPsia .....	165
ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO .....	166
DROGAS NO ATENDIMENTO AO RN .....	167

**12-SISTEMA NERVOSO**

DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA .....	168
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA .....	171
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA .....	172
ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME) .....	173
- TRATAMENTO .....	174
- ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRACTÁRIO .....	175
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA.....	176
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE COM ESTADO CONFUSIONAL AGUDO .....	178
DROGAS .....	179
ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE .....	180
DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA .....	181
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA .....	182
ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA .....	184
ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA .....	186
QUEIXA DE CEFALÉIA .....	187
INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO .....	188
FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA .....	190

**13-SAÚDE MENTAL**

ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL .....	192
PACIENTE VIOLENTO .....	192
GESTAÇÃO E PUERPÉRIO .....	195
SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS .....	195
QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA EM HOSPITAL GERAL .....	197

**14-OLHO E ANEXOS**

TRAUMAS QUÍMICOS .....	199
LACERAÇÕES OCULARES .....	199
CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS .....	200
TRAUMA OCULAR .....	200
OLHO VERMELHO .....	201
UVEÍTES .....	202
DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA .....	202
ABRASÕES CORNEANAS .....	203
ÚLCERA DE CÔRNEA .....	203
GLAUCOMA .....	204
TUMOR PALPEBRAL .....	205
CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE) .....	205
CONJUNTIVITE BACTERIANA .....	206
CONJUNTIVITE VIRAL .....	206
CONJUNTIVITE POR HERPE SIMPLES .....	206
CONJUNTIVITE ALÉRGICA .....	207
CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA .....	207
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL .....	207
HORDÉOLO / CALÁZIO .....	208
BLEFARITES E ESPISCLERITES .....	208

**15-SISTEMA ENDÓCRINO**

HIPERCALCEMIA .....	209
CRISE TIREOTÓXICA .....	210
COMA MIXEDEMATOSO – ABORDAGEM E TRATAMENTO .....	211
HIPOGLICEMIA .....	212
CETOACIDOSE DIABÉTICA .....	213
ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO .....	214
INSUFICIÊNCIA ADRENAL .....	215

**16- SISTEMA HEMATOLÓGICO**

CRISE FALCÊMICA .....	215
TRANSFUSÃO SANGUÍNEA .....	216
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS .....	217
TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) .....	218
TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO .....	219
INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS .....	219
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS .....	220
REAÇÕES FEBRIS .....	220
REAÇÃO ALÉRGICA .....	221
REAÇÕES HEMOLÍTICAS .....	221
NEUTROPENIA FEBRIL I .....	222
NEUTROPENIA FEBRIL II .....	223
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO .....	224
COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA .....	224

**17-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS**

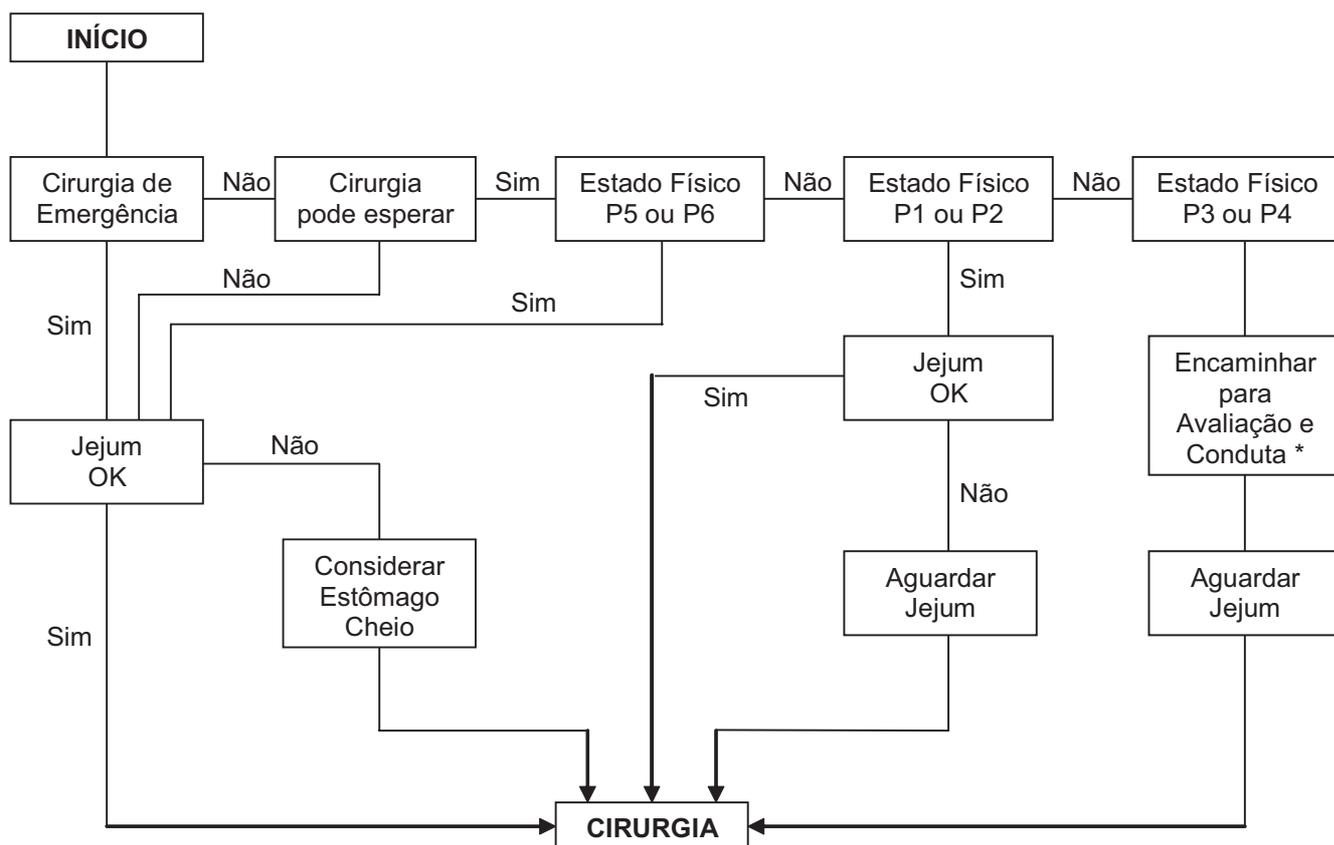
HIPONATREMIA – I E II .....	225
HIPOCALEMIA – I E II .....	227
HIPERCALEMIA – I E II E III .....	229
HIPERMAGNESEMIA .....	232
HIPOMAGNESEMIA .....	233

**18-DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN**

DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN .....	234
DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN .....	235



## ROTINAS DE ANESTESIA



### \* ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)

- 1) HAS de difícil controle terapêutico
  - PAS > 180 mmHg
  - PAD > 110 mmHg
  - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
- 2) Infarto prévio do miocárdio
- 3) ICC classe funcional II e III
- 4) Angina
- 5) Cardiopatia congênita
- 6) Valvopatia grave
- 7) Revascularização miocárdica
- 8) Cirurgia cardíaca prévia

\*\* Deverá constar na avaliação resultados de exames \*\*

### CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar

Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina

Não administrar diurético

Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)

Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

## CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

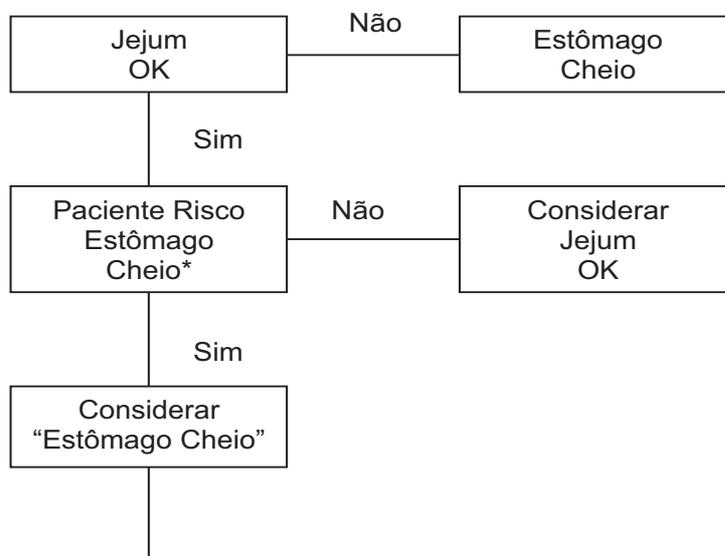
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

## DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

## ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

\* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, distúrbios neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

## DIABETES MELLITUS

- a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.
- b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia
- c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia
- d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia
- e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia
- f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)
- g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que possível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

**Obs.:** Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal

### Cuidados Específicos

Em caso de pacientes compensados com dieta:

Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da alimentação

Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose

Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:

Suspender hipoglicemimimante

Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina:

Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível.

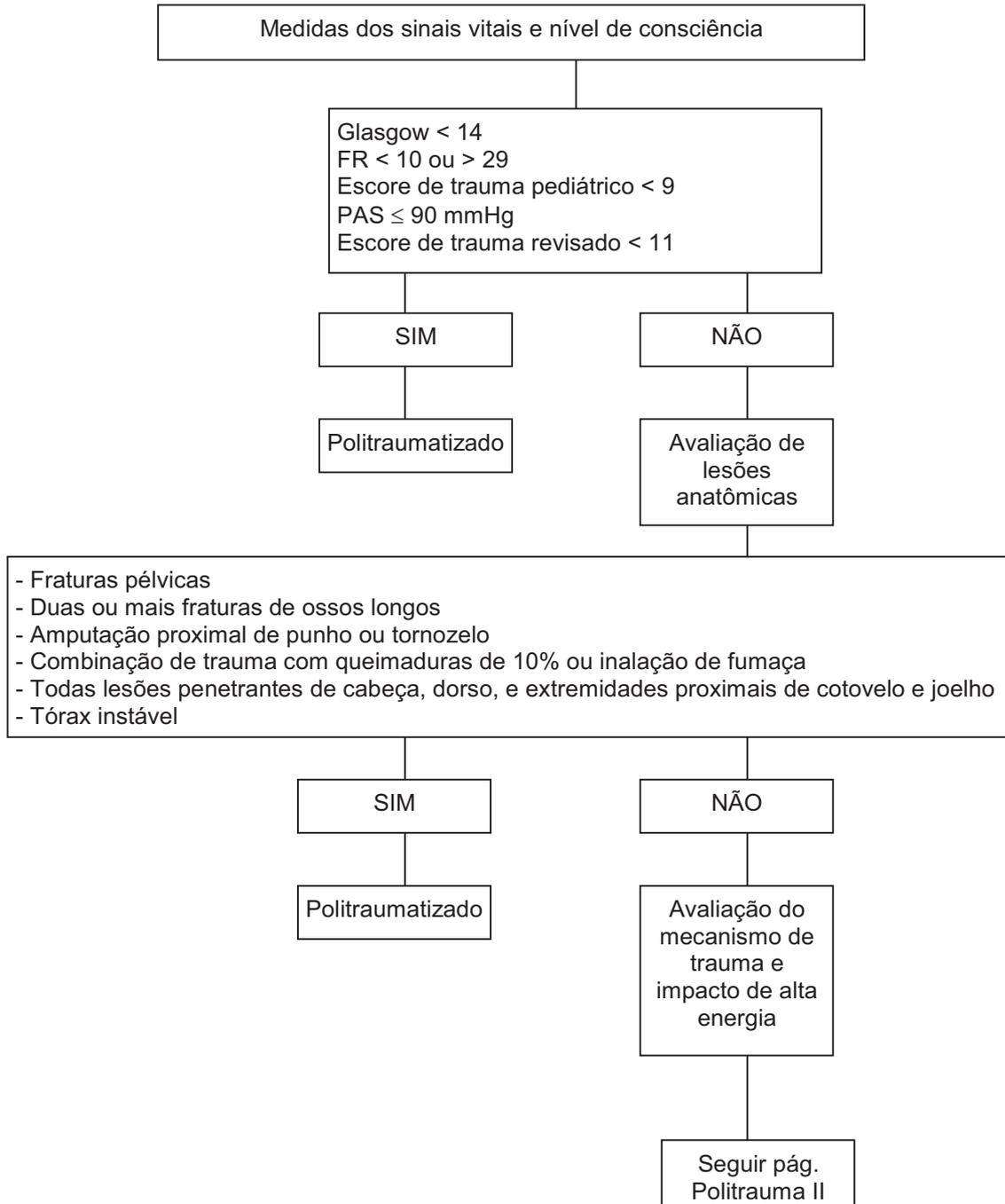
Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum.

Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

### MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER SUSPENSAS ANTES DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO QUANDO POSSÍVEL

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq 1,4$ pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

## POLITRAUMATIZADO – I (IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

**FR** = Frequência Respiratória  
**PAS** = Pressão Sistólica

## POLITRAUMATIZADO II (IDENTIFICAÇÃO)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejeção do automóvel</li> <li>- Morte no mesmo compartimento do passageiro</li> <li>- Atropelamento</li> <li>- Impacto de alta velocidade</li> <li>- Velocidade inicial &gt; 64 Km/h</li> <li>- Mudança de velocidade &gt; 32 Km/h</li> <li>- Maior deformidade &gt; 50 cm</li> <li>- Intrusão no compartimento do passageiro &gt; 30cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo resgate &gt; 20min</li> <li>- Queda &gt; 20 pés (± 6 metros)</li> <li>- Capotagem</li> <li>- Lesão do pedestre com impacto significativo &gt; 8Km/h</li> <li>- Impacto de motocicleta &gt; 32Km/h com separação da roda do guidão</li> </ul>
--	---

SIM

Politraumatizados

NÃO

Avaliação dos Fatores de Risco

- Idade < 5 ou > 55 anos  
 - Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas  
 - Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia

SIM

Politraumatizado

NÃO

Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

### ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

**ESCORE DE TRAUMA ADULTO**

VARIÁVEIS		ESCORE
Frequência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

**PACIENTE POLITRAUMATIZADO****ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO**

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

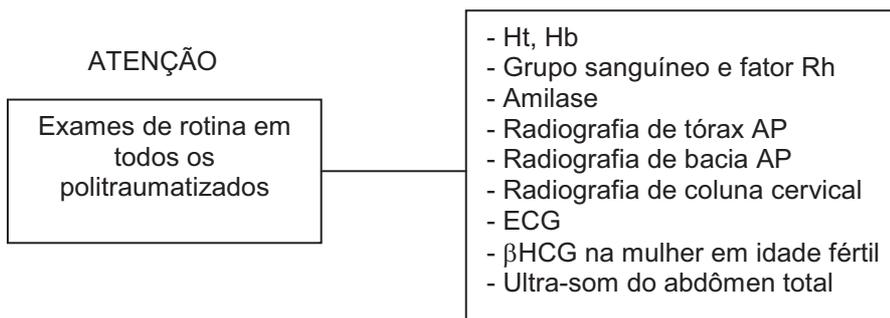
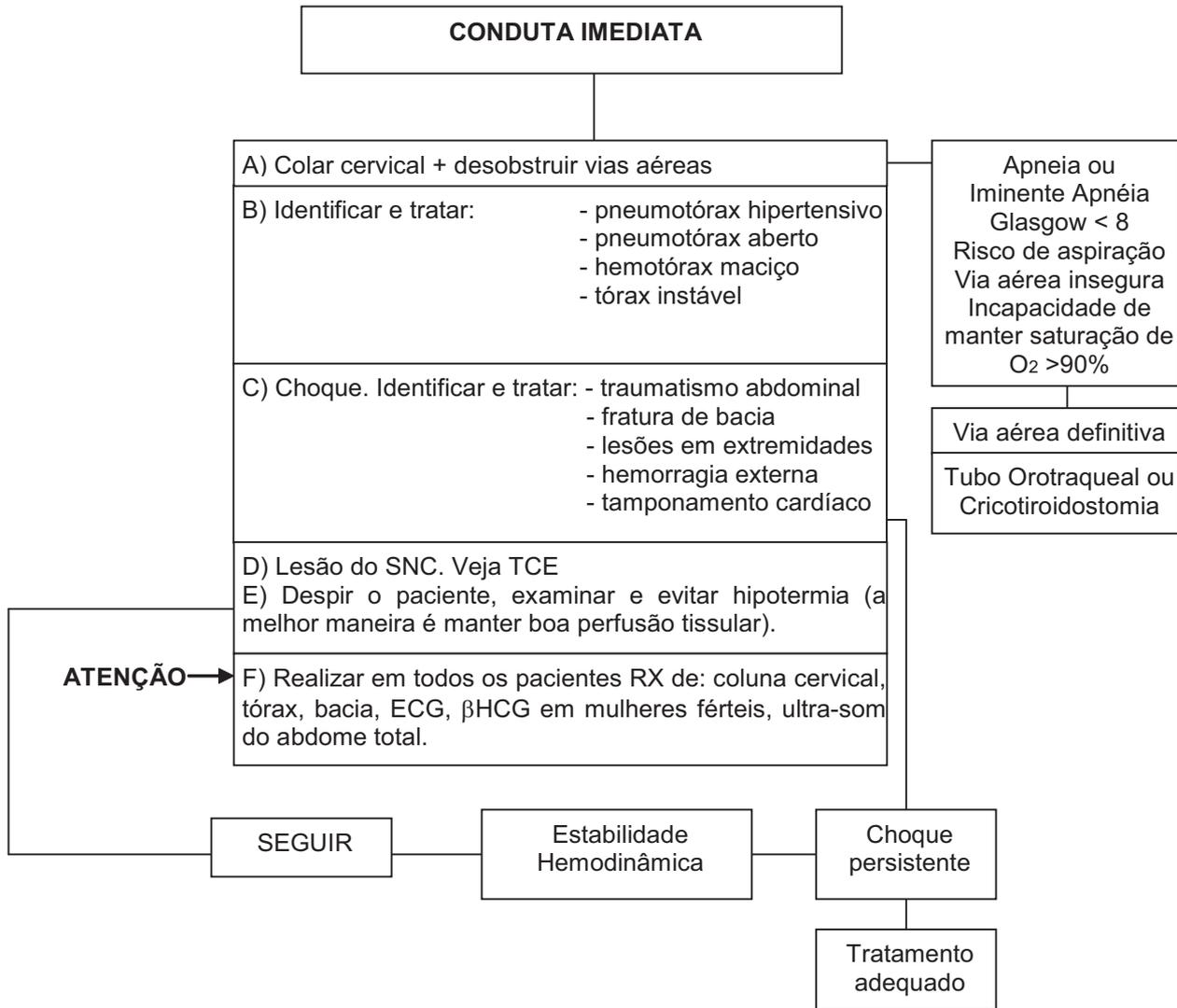
VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

**ATENÇÃO**

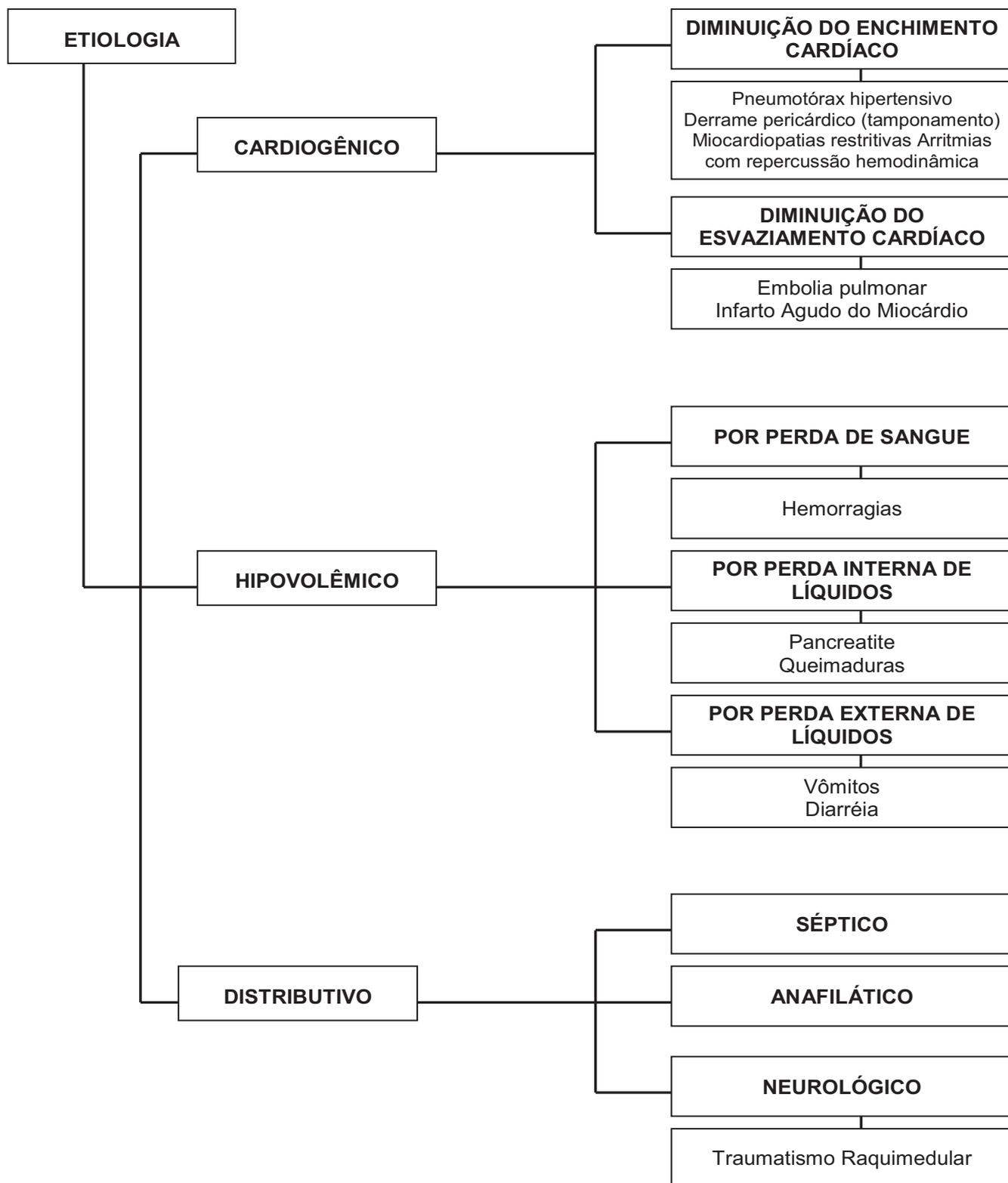
Exames de rotina em todos os politraumatizados

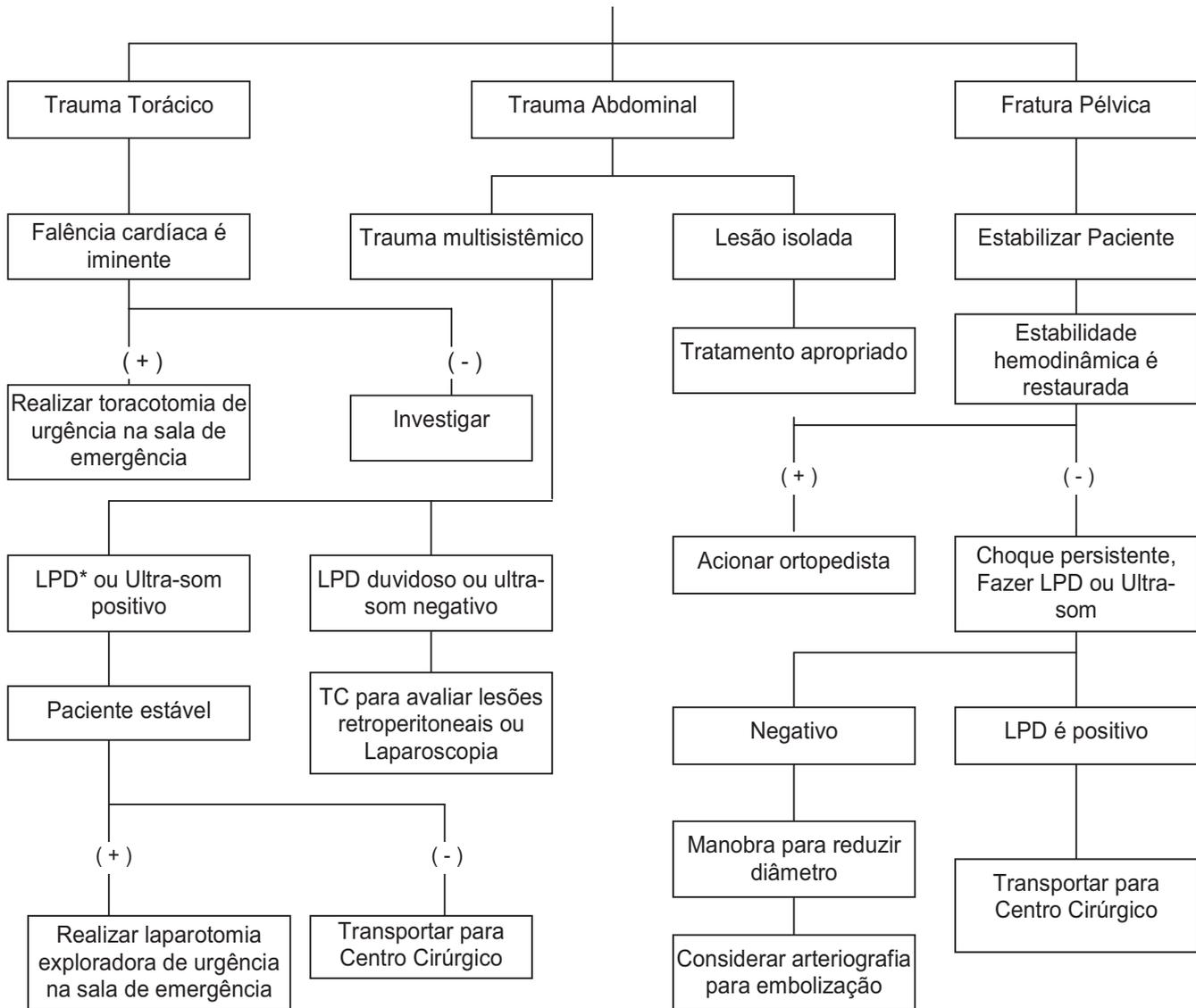
- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- $\beta$ HCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

**POLITRAUMATISMO**

## CHOQUE

### DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO EM DECORRÊNCIA DE MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA



**CHOQUE HIPOVOLÊMICO**

(-) Não  
(+) Sim

**TRATAMENTO**

Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas  
 Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto),  
 Se necessário infundir mais 3.000ml.  
 Crianças – 20 a 40ml/Kg da solução cristalóide  
 Não melhorou, usar sangue

\*LPD – Lavagem Peritoneal Diagnóstica

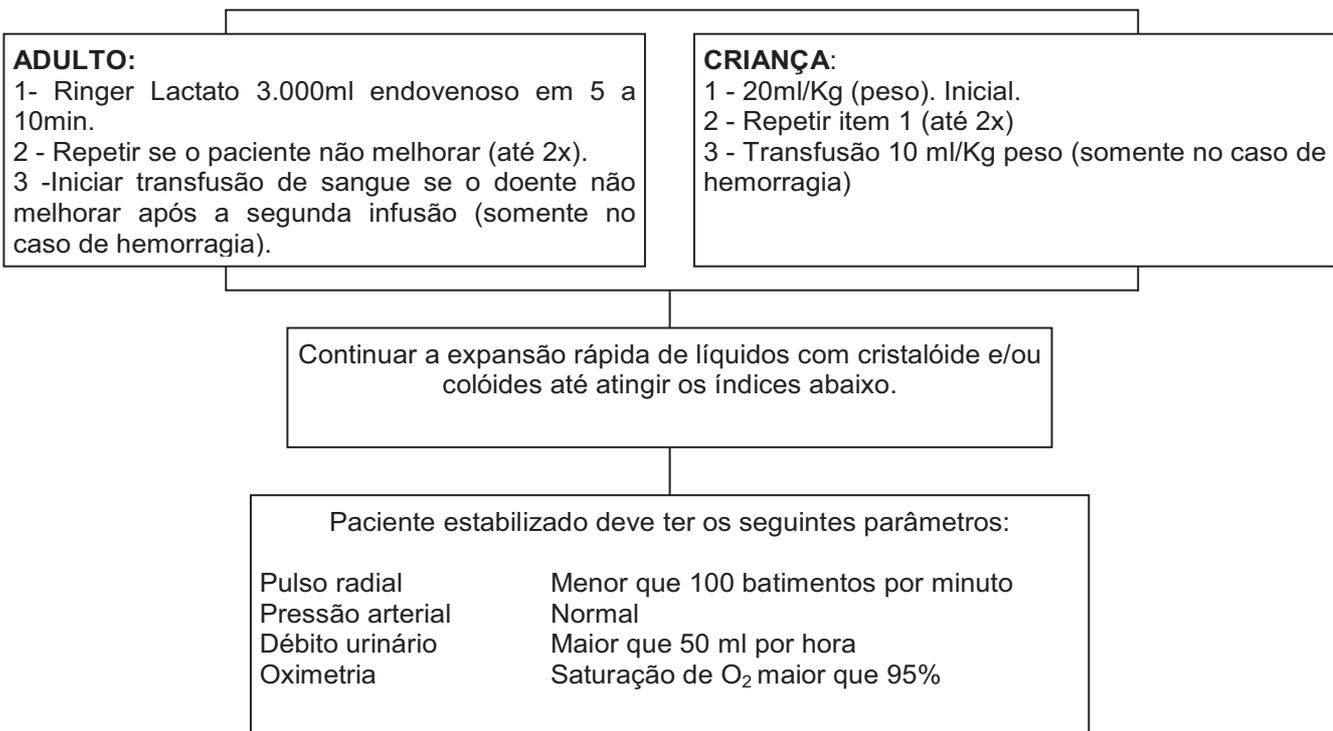
**CHOQUE HIPOVOLÊMICO II****ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE  
BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO**

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1-500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue{}	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Frequência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sanguínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

- Regra 3:1 - reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sanguínea.

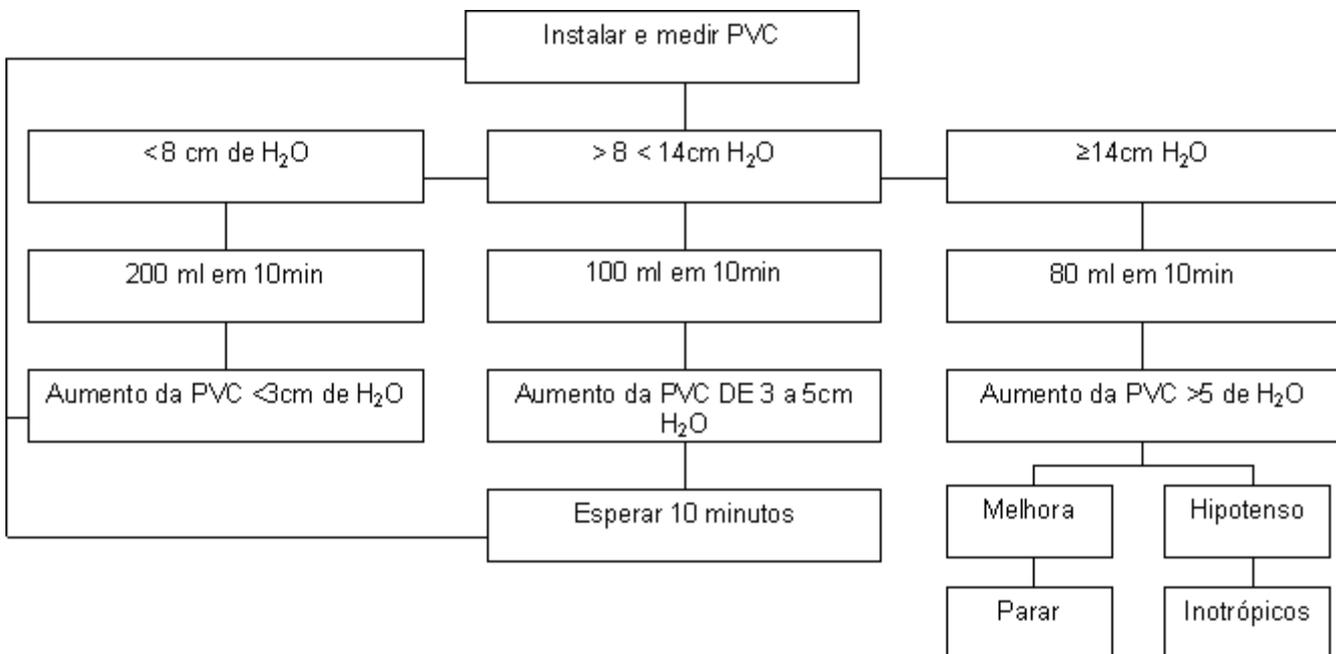
## CHOQUE HIPOVOLÊMICO

### REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO



## REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

### PRESSÃO COLOIDSMÓTICA DEVE ESTAR NORMAL

**ATENÇÃO:****OBSERVAR:**

- 1 - Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
- 2 - Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
- 3 - Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
- 4 - Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
- 5 - Pacientes diabéticos ou com insuficiência hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

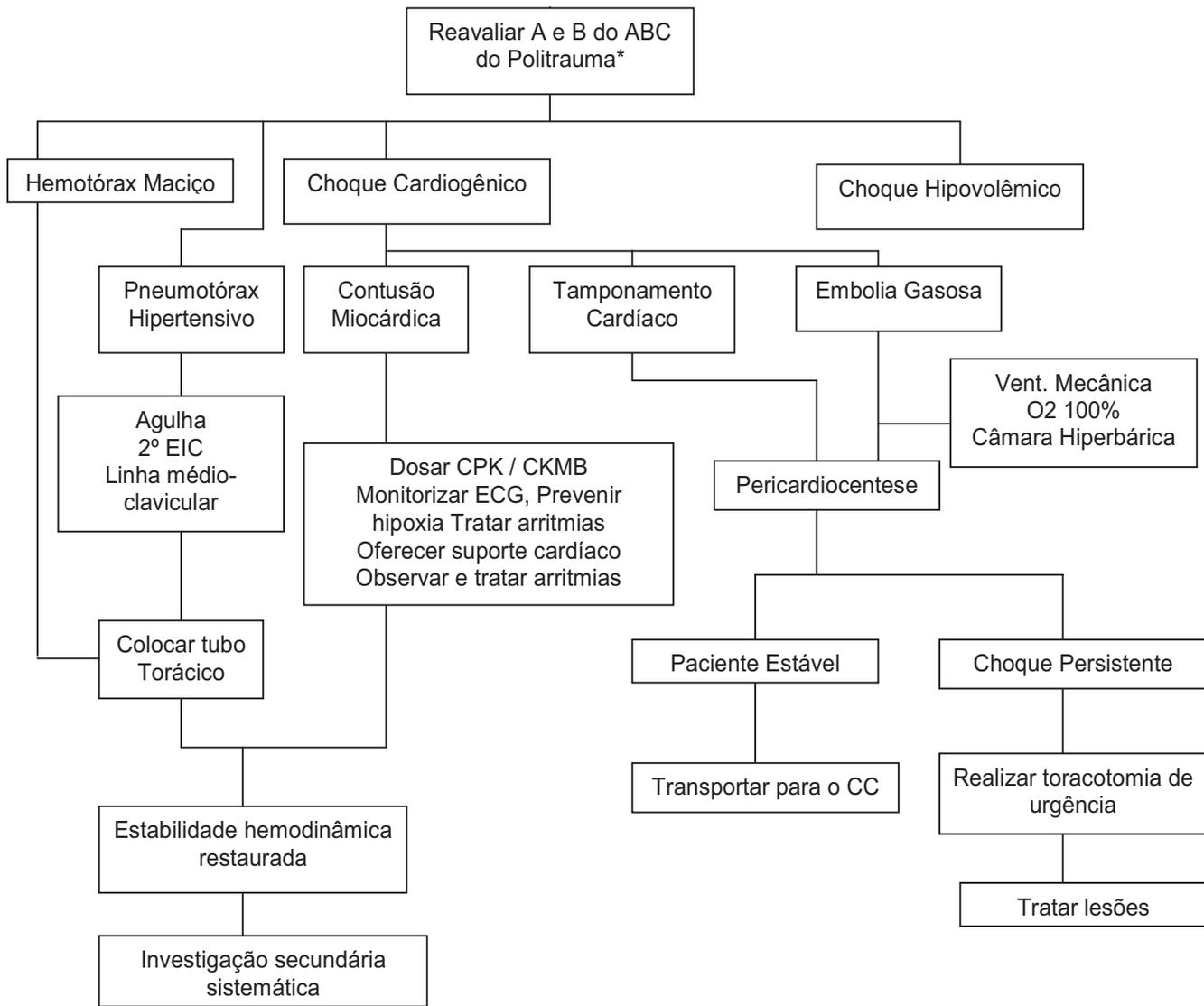
**CHOQUE HIPOVOLÊMICO EM CRIANÇAS****RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS**

	PERDA DE VOLUME SANGUÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão Taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuído, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuído, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

**SINAIS VITAIS NORMAIS EM CRIANÇAS**

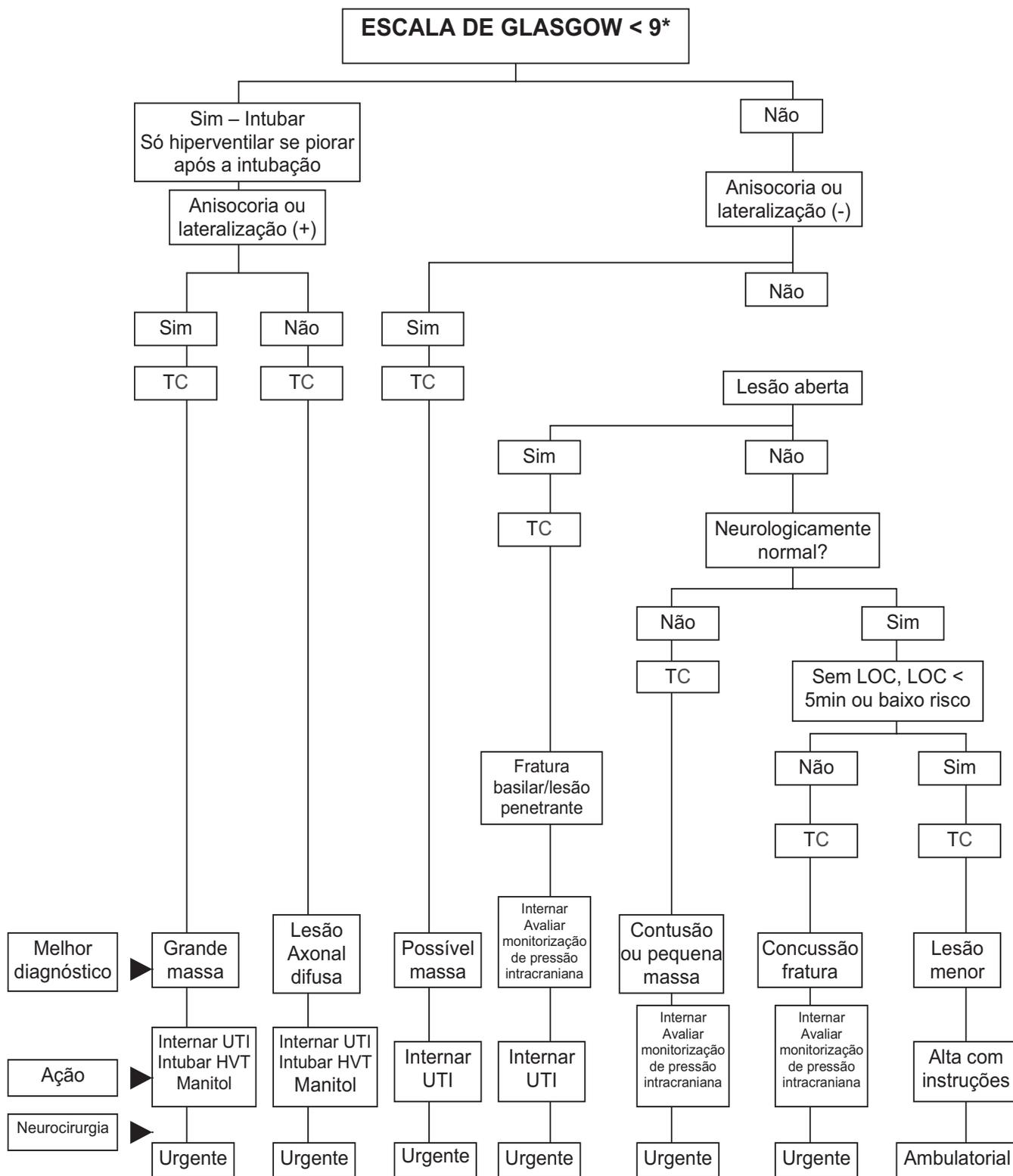
	Frequência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmHG)	Frequência máxima respiratória (inc./min)
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

## CHOQUE PERSISTENTE



**\*Abertura das vias aéreas** com controle e estabilização da coluna cervical:  
**B**oa ventilação e respiração que assegurem uma troca gasosa e perfusão adequadas;  
**C**ontrole da circulação através do controle de hemorragias, e se necessário, infusão de soluções;  
**D**éfict neurológico deve ser pesquisado através de exame sumário apenas para confirmarmos e associá-los a outros sinais clínicos;  
**E**xposição completa do paciente, retirando suas vestes, porém prevenindo-se a hipotermia.

# TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



\* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo PaCO<sub>2</sub> entre 25 e 35.

• LOC – Perda de consciência  
• HVT – Hiperventilação

## RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA

### GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

## TCE: LEVE, MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA

### ATENDIMENTO INICIAL

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS).

A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;
- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;
- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3.

#### Controle da hipertensão intracraniana na admissão

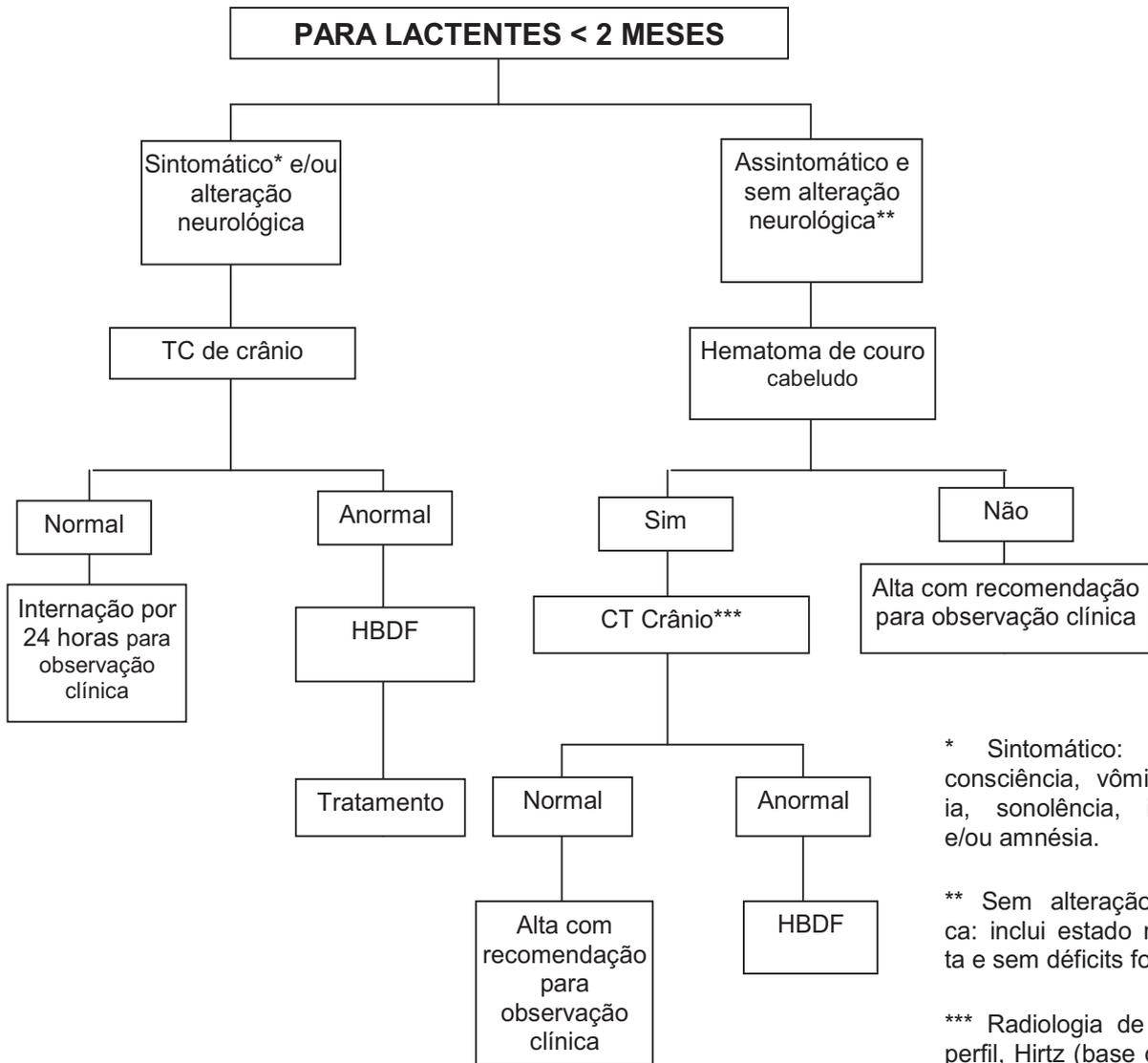
1. PALS / ATLS.
2. Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.
3. Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra.

4. Decúbito elevado a 30°, se não houver instabilidade hemodinâmica.
5. Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).
6. Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.
7. Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.
9. Tratamento das lesões associadas.

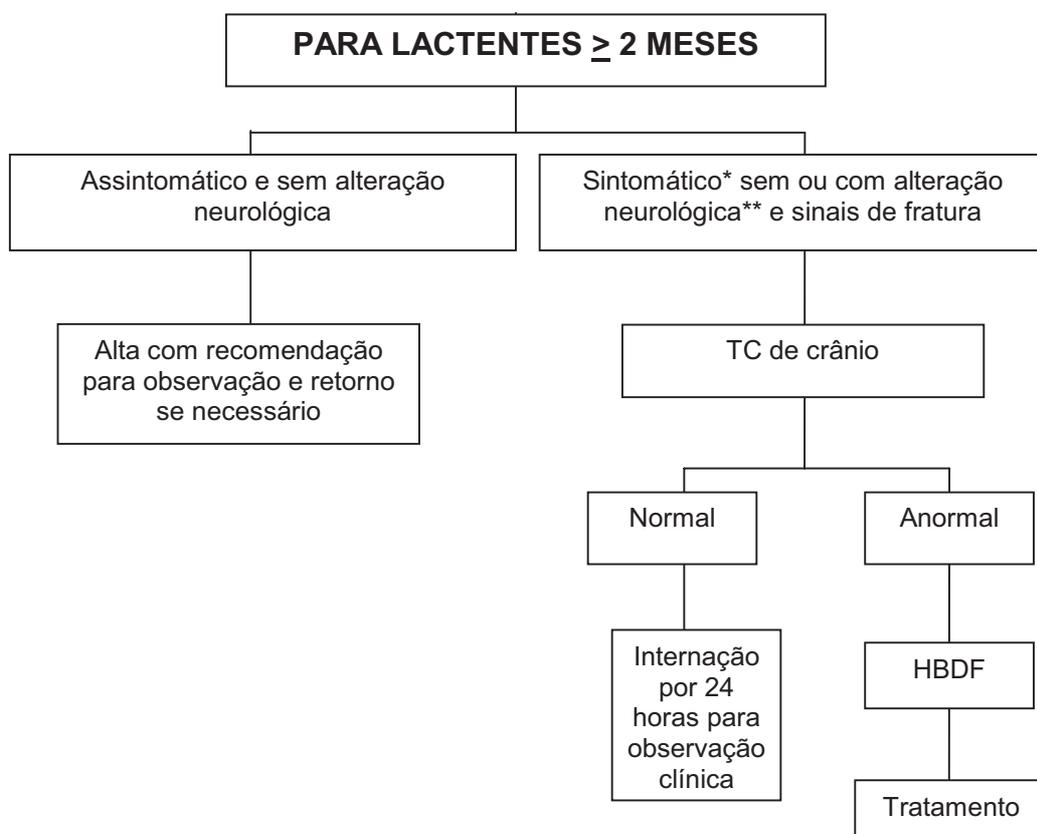
ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
		<b>Total</b>

<p><b>Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de trauma;</li> <li>• Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo;</li> <li>• Fontanela tensa e abaulada;</li> <li>• Amnésia prolongada;</li> <li>• Perda da consciência maior que 5 minutos;</li> <li>• Déficits neurológicos;</li> <li>• Vômitos incoercíveis;</li> <li>• Cefaléia intensa ou moderada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; “olhos de guaxinim”: equimose periorbitária);</li> <li>• Rinorréia, otorréia e hemotímpano;</li> <li>• Alteração do diâmetro pupilar;</li> <li>• Suspeita de maus-tratos.</li> </ul> <p><b>Observação</b> Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.</p>
--	--

## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



## TCE LEVE (GLASGOW 15-14)



\* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

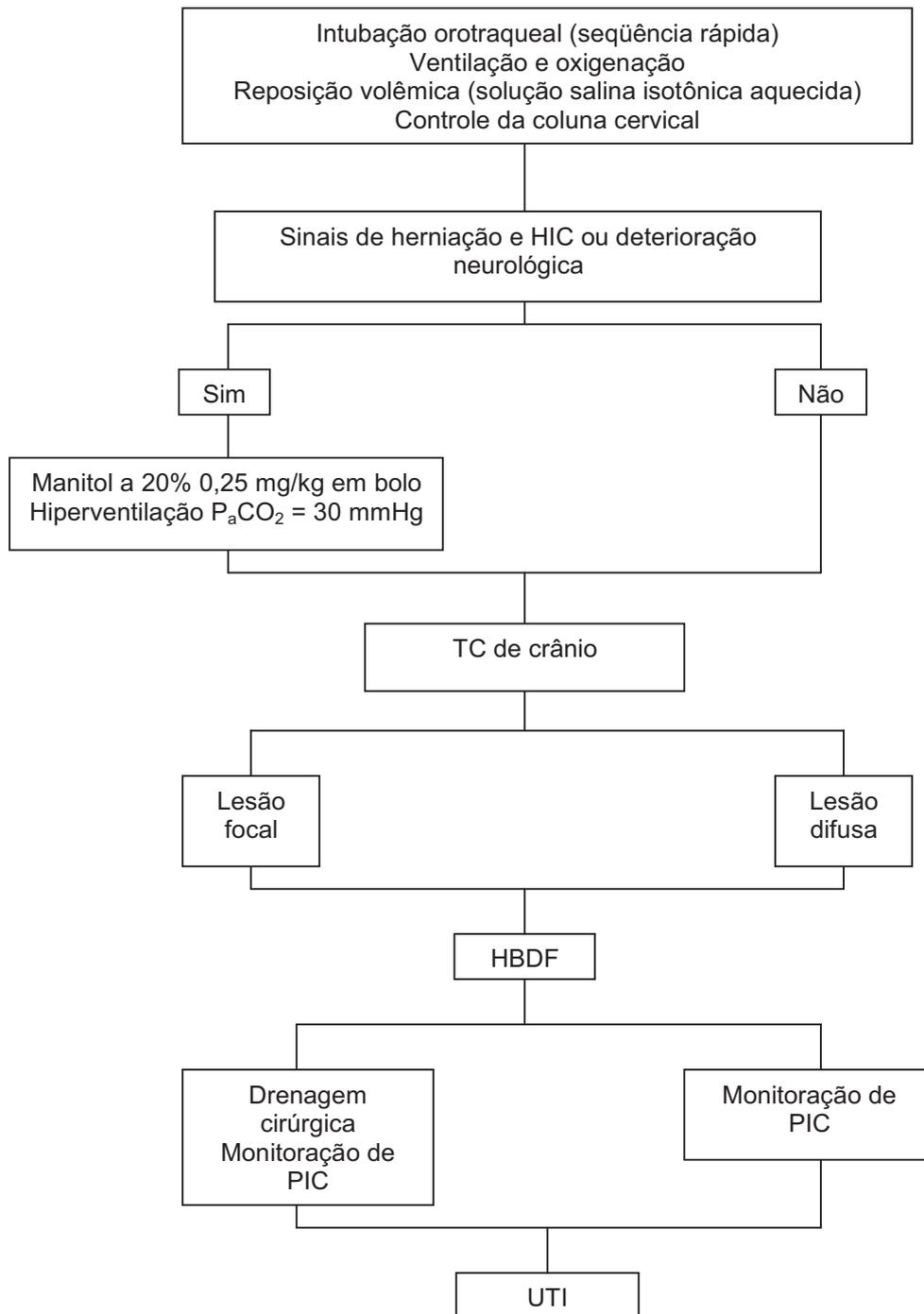
\*\* Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

## TCE MODERADO (GLASGOW 13-9)

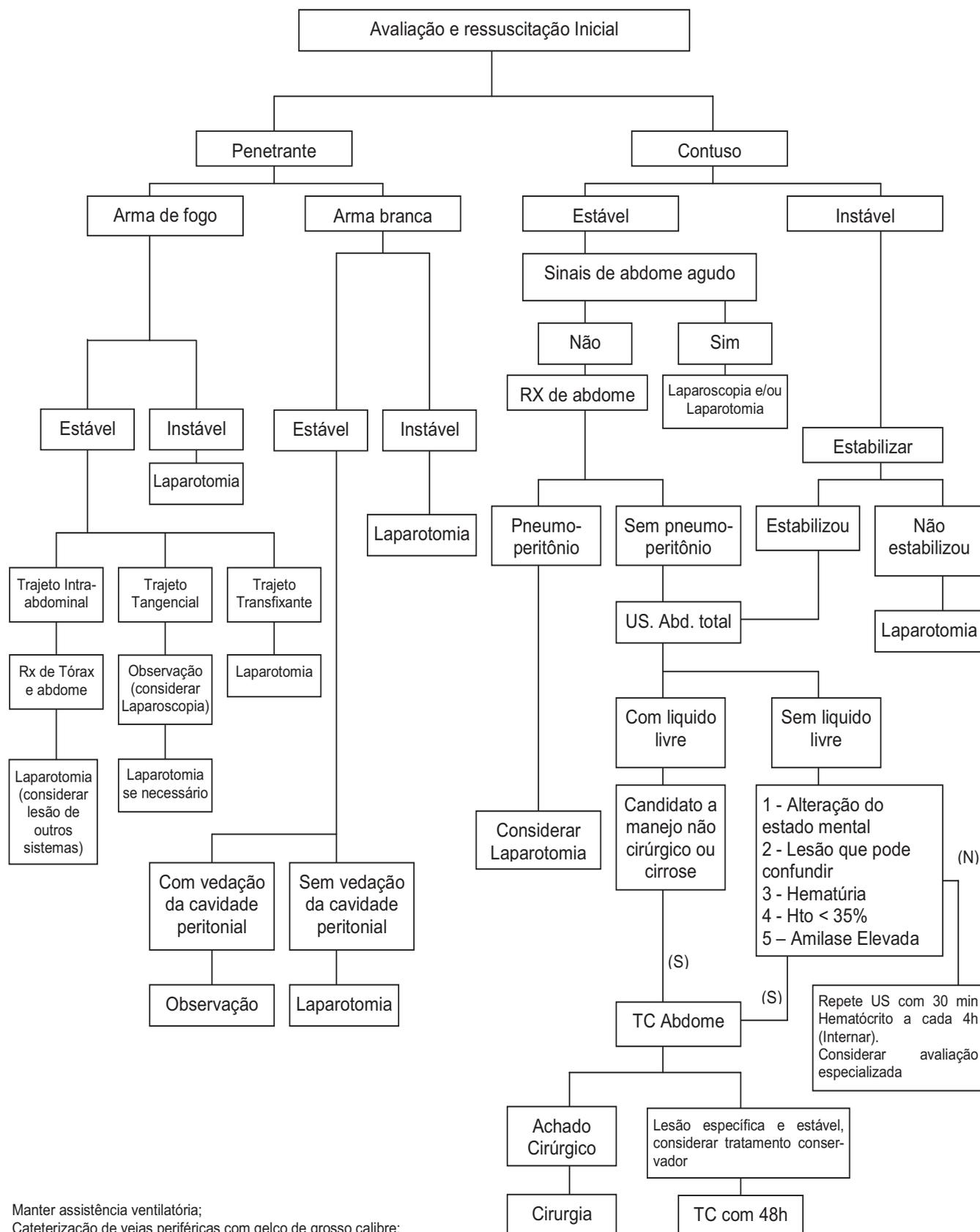
### TCE MODERADO – ECG = 13 A 9

- Atendimento inicial: ABC – PALS/ATLS (no hospital do primeiro atendimento);
- Internação e tomografia de crânio para todos os casos – HBDF;
- Deteriorização clínica, considerar TCE grave – HBDF.

## TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



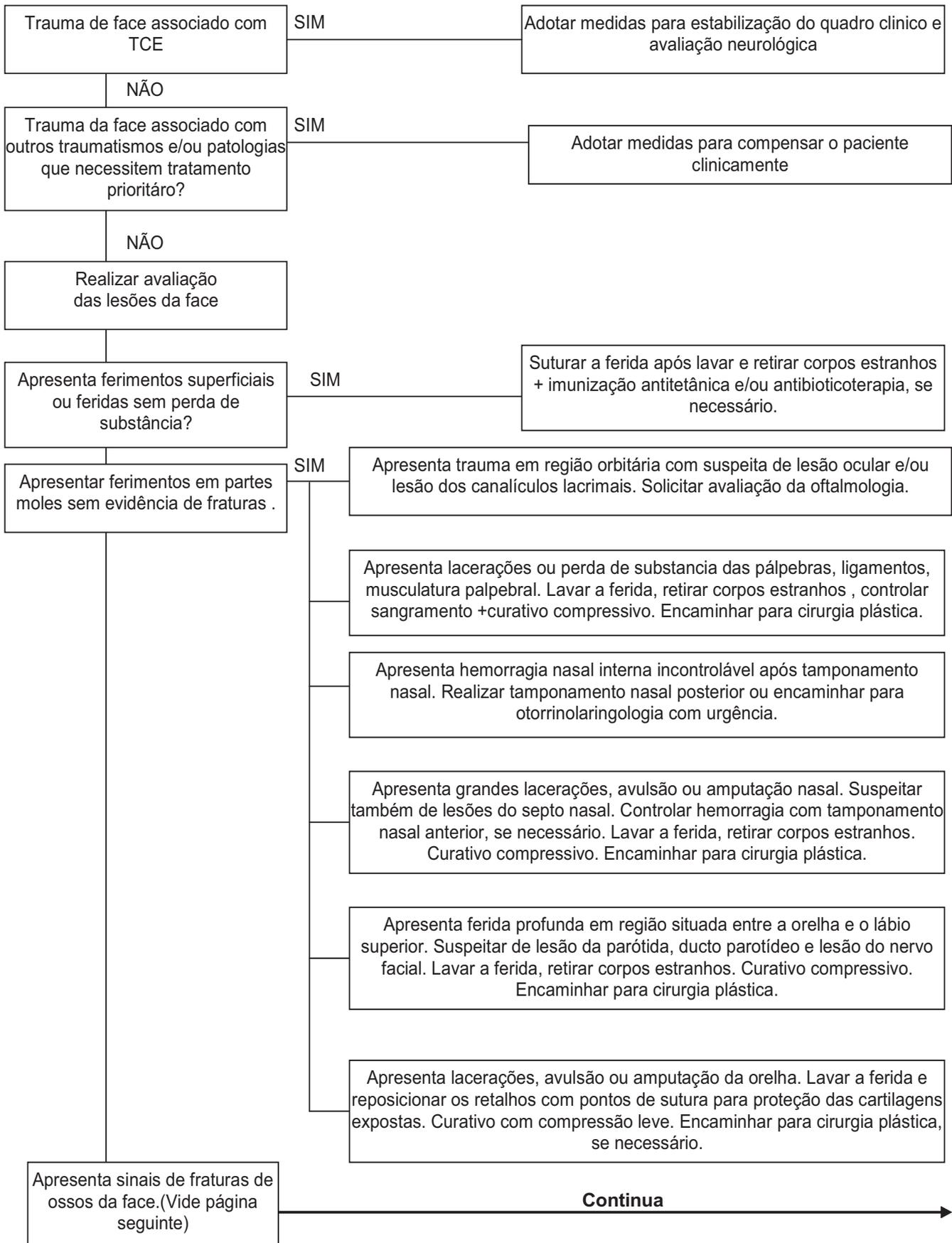
# TRAUMATISMO ABDOMINAL



Manter assistência ventilatória;  
 Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;  
 Prevenir e tratar o choque;  
 Sondagem vesical de demora;  
 Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.  
 Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

## TRAUMATISMO DA FACE (PARTES MOLES E FRATURAS)



Apresenta sinais de fraturas de ossos da face.

Suspeitar de fratura da mandíbula quando houver evidências de: impacto na região mandibular (edema, escoriação, ferida).

- Mal oclusão dentária
- crepitação, mobilidade de fragmentos ósseos,
- equimose no assoalho da boca,
- dormência no lábio inferior.

Confirmar com radiografias\*.

Suspeitar de fratura do maxilar quando houver evidências de:

- impacto no terço médio da face
- mal oclusão dentária
- mobilidade de fragmentos ósseos da maxila
- rinorragia bilateral.
- edema, equimose ou hematóse em área periorbitária bilateral,
- hemorragia sub-conjuntival bilateral,
- face achatada por retrusão da maxila

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fratura do nariz quando houver evidências de:

- impacto na região nasal
- deformidade nasal (desvio, selamento)
- edema nasal
- hematoma periorbitário
- rinorragia
- crepitação óssea
- desvio ou hematoma de septo nasal

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fraturas na região orbitária quando houver evidências de:

- impacto na região orbitária
- edema e hematoma palpebral
- hemorragia sub-conjuntival
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior
- oftalmoplegia
- diplopia (visão dupla)
- quemose (edema conjuntival)
- distopia cantal interna e/ou externa.
- epicanto, estrabismo convergente

Confirmar com radiografias\*

Suspeitar de fratura do zigoma quando houver evidências de:

- impacto na região malar
- edema órbita palpebral
- oclusão da rima palpebral
- hematoma periorbitário
- hemorragia subconjuntival
- aplainamento da hemiface por apagamento da eminência malar
- neuropraxia do nervo infraorbitário
- hipoestesia em asa nasal, lábio superior e dentes da arcada superior ipsilateral
- dificuldade para abrir a boca por bloqueio da mandíbula pelo arco zigomático afundado

Confirmar com radiografias\*

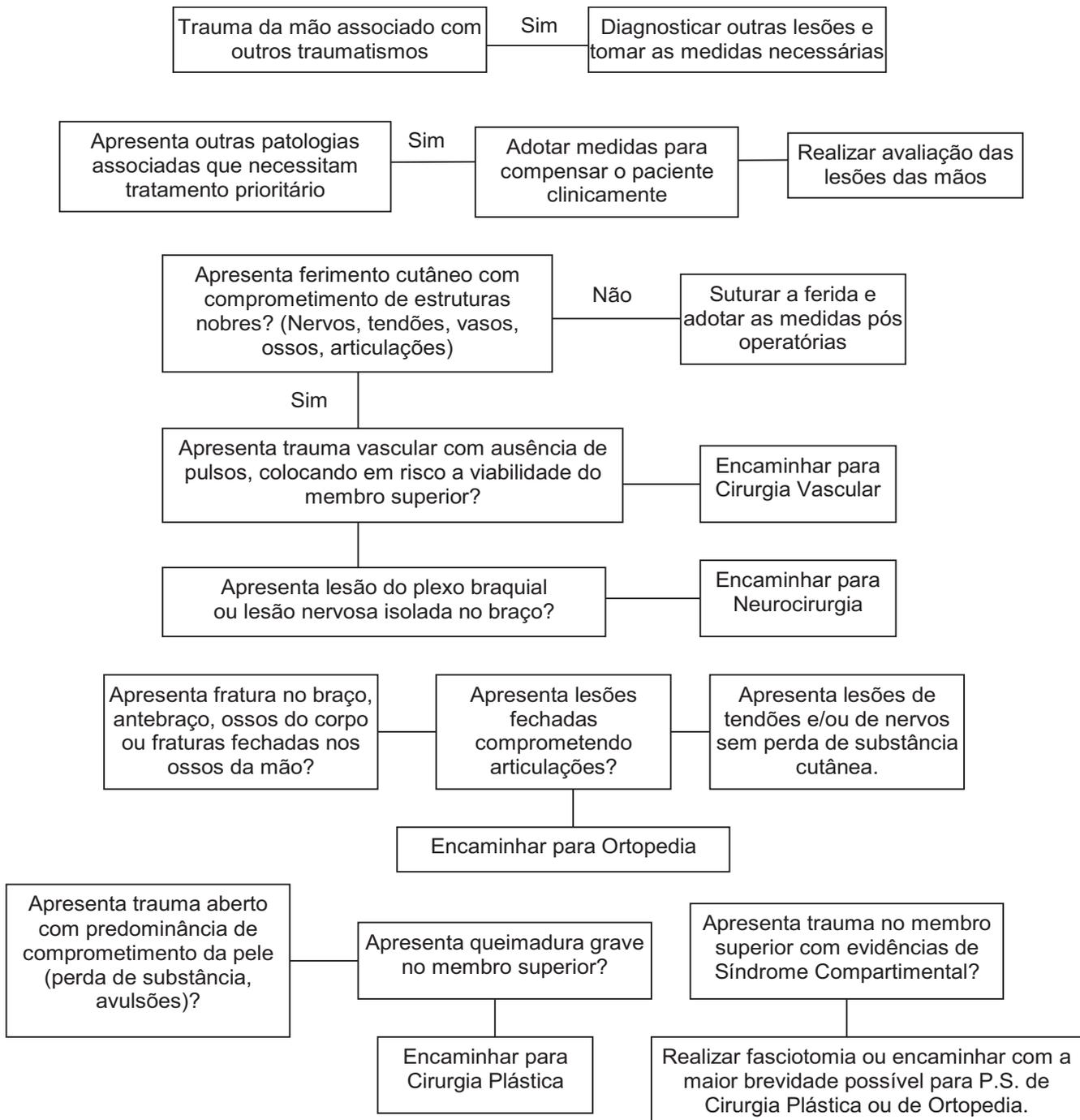
## RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

As incidências mais comumente empregadas para o diagnóstico das fraturas de face são:

- Occipitomentoniana de Waters – mostra o esqueleto facial de forma geral (órbitas, zigomas, maxilas, seios maxilares e processos frontais da maxila).
- Fronto naso de Caldwell – ideal para seio frontal, células etmoidais, reborda orbitária, sutura zigomática- frontal e ramos da mandíbula
- Perfil – estudo da parede anterior do seio frontal, paredes laterais da órbita, perfil de ossos próprios do nariz, maxila e mandíbula.
- Oblíqua lateral da mandíbula (Bellot) – visualização lateral da mandíbula, principalmente corpo e ângulos.
- Towne modificada – para colo condílico
- Axial de Hirtz – para arco zigomático.

Poderão ser utilizadas ainda as tomografias lineares, computadorizadas e em 3 dimensões.

## TRAUMATISMO DE MÃO



## PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplíteia
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

	(Máximo) (50)	(50)	(56) (56)	(56)	(56)
Índice Motor			Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque
	(Máximo)	(100)		(112)	(112)

Contração voluntária anal (sim/não)

Qualquer sensibilidade anal (sim/não)

**MOTOR**

- 0** – Paralisia total
- 1** – Contração visível ou palpável
- 2** – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
- 3** – Movimento ativo contra a força da gravidade
- 4** – Movimento ativo contra alguma resistência
- 5** – Movimento ativo contra grande resistência
- NT** – Não testável

**SENSIBILIDADE**

- 0** – Ausente
- 1** – Comprometido
- 2** – Normal
- NT** – Não testável



## ESCORES DE TRAUMA

**Obs:** Servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos.

### ESCORE DE TRAUMA REVISADO

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

$$*ETR = 0,9368 \times GCS + 0,7359 \times BPM + 0,2908 \times FR$$

Para um valor total máximo de 7,84

\*GCS - Glasgow

\*BPM - Batimentos por minuto

\*FR = Frequência Respiratória

\*ETR = Escore de Trauma Revisado

### IMPORTÂNCIA:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevivida.

### ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (AIS - ABREVIATE INJURY SCALE)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

### ÍNDICE DE GRAVIDADE DA LESÃO (ISS INJURY SEVERITY SCORE).

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (AIS - Abreviate Injury Scale).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

### CÁLCULO DO ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	4	-
Tórax	1	4
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	4
Geral	1	-

Calculo do ISS = 4 + 4 + 4 ? ISS = 16 + 16 + 16 = 48 ? ISS = 48

### LIMITAÇÕES:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0/0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3/1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognostica quanto do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

## ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 – Menor
- 2 – Moderado
- 3 – Sério
- 4 – Severo (ameaça a vida)
- 5 – Crítico (sobrevida incerta)
- 6 – Não sobrevivente

URETRA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	CONTUSÃO	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento do contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para próstata ou vagina	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

URETER			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima

DIAFRAGMA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão		2
2	Laceração de 2cm ou menos		3
3	Laceração de 2 a 10cm		3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25 cm quadrados		3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados		3

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DE LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Qualquer localização	1
	Laceração	Pele e subcutâneo	1
	Fratura	Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração Fratura	Pele, subcutânea e músculo	1
		3 ou mais costelas, fechada	2-3
		clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
3	Laceração Fratura	Corpo da escápula	2
		Total, incluindo pleura	2
		Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
4	Laceração Fratura	Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
		Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costela.	4
5	Fratura	3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	3-4
		Tórax instável bilateral	5

Obs: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão Laceração Hematoma	Unilateral, mais que in lobo	3
		Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	3-4
4	Laceração Hematoma Vascular	Escape de via aérea maior (segmento ou lobar)	4-5
		Intraparenquimatoso em expansão	4-5
		Rótura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rótura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma Laceração	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma Laceração	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
		Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rótura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Couinaud em um lobo	4

5	Laceração Vascular	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo	5
		Lesões justahepáticas, i.é, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
	Laceração	Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro 1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	2 2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão. Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3 3
	Laceração	Hematoma Intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (>25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima, acima do grau 3.

RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS – 90
1	Contusão	Hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	Hematoma	Subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	Hematoma	Hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitônio renal	2
	Laceração	Profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	Laceração	Profundidade do parênquima maior que 1cm, sem ruptura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	Laceração	Laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	Vascular	Lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	Laceração	Destruição renal total	5
	Vascular	Avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

Obs: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artérias e veias mesentérica superior Ramos inominados das artérias e veias mesentérica inferior Artéria e veia frênicas Artéria e veia lombar Artéria e veia gonadal Artéria e veia ovariana Outras artérias e veias inominadas que requeiram ligadura	0
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda Artéria e veia esplênicas Artéria gástrica esquerda ou direita Artéria gastroduodenal Artéria e veia mesentérica inferior Ramos primários da artéria e veia mesentérica Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3 3 3 3 3 3 3
3	Artéria mesentérica superior Artéria e veias renais Artéria e veias ilíacas Artéria e veias hipogástricas Veia cava infra-renal	3 3 3 3 3
4	Artéria mesentérica superior Eixo celíaco Veia cava supra-renal, infra-hepática Aorta infra-renal	3 3 3 3
5	Veia porta Veia hepática extraparenquimal Veia cava retro ou supra-hepática Aorta supra-renal subdiafragmática	3 3-5 5 5

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS-90
1	Artéria e veia intercostal Artéria e veia mamária interna Artéria e veia brônquica Artéria e veia esofágica Artéria e veia hemiázigos Artéria e veia inominada	2-3 2-3 2-3 2-3 2-3 2-3
2	Veia ázigos Veia jugular interna Veia subclávia Veia inominada	2-3 2-3 3-4 3-4
3	Artéria carótida Artéria inominada Artéria subclávia	3-5 3-4 3-4
4	Aorta torácica descendente Veia cava inferior intratorácica Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	4-5 3-4 3 3
5	Aorta torácica ascendente e arco Veia cava superior Artéria pulmonar, tronco principal Veia pulmonar, tronco principal	5 3-4 4 4
6	Transseção total incontida da aorta torácica Transseção total incontida do hilo pulmonar	5 4

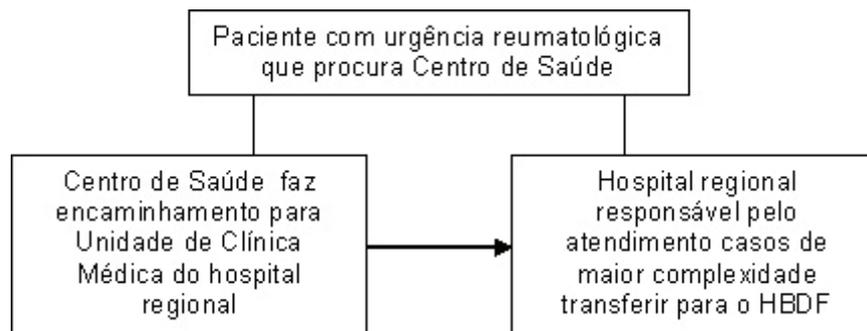
## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

Todo atendimento reumatológico que ficar caracterizado como de Urgência em atenção primária, deverá ser transferido para a Unidade de Emergência da Clínica Médica de um Hospital Regional secundário, para diagnóstico e tratamento inicial. Na impossibilidade de permanecer internado, ou na existência de uma enfermidade de maior complexidade, o paciente será transferido para a Unidade terciária (HBDF).

A avaliação clínica e o exame físico detalhado são bases do diagnóstico em Reumatologia. Assim, a tarefa do médico que faz o atendimento inicial é definir seu diagnóstico, antes de encaminhar em seu parecer ou ficha de atendimento para o serviço de emergência do hospital regional e desse, em casos de alta complexidade, para o HBDF, obedecendo aos seguintes critérios:

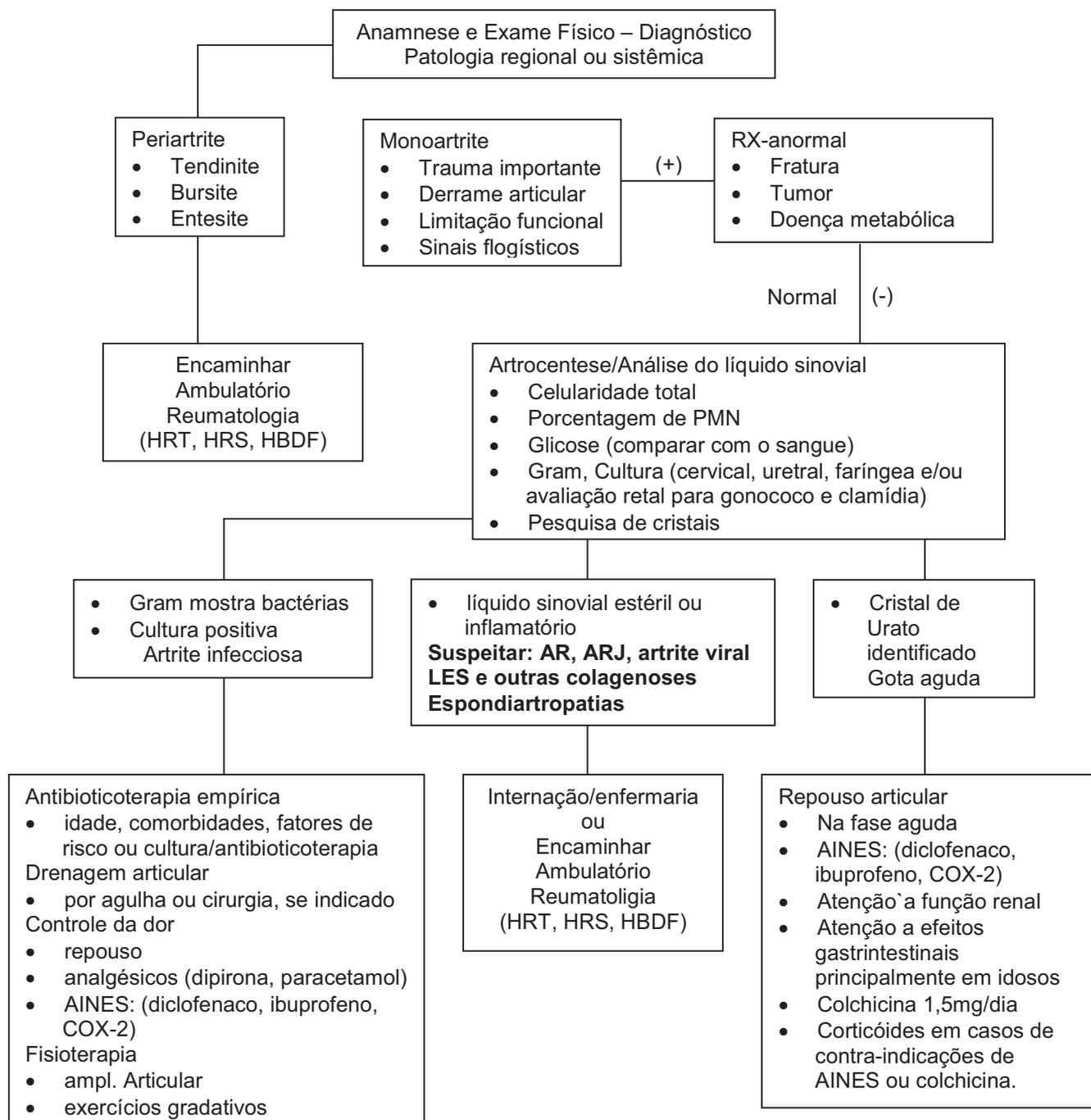
- Se o paciente apresenta doença reumática articular ou óssea localizada, regional ou generalizada;
- Se a doença reside em estruturas não-ósseas e não-articulares – por exemplo: tecidos moles (partes moles), neste caso, pertencendo ao grupo de problemas que se identificam como enfermidades extra-articulares;
- Se a doença reumática é sistêmica ou generalizada;
- Se o problema inclui mais de uma dessas possibilidades.

## ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

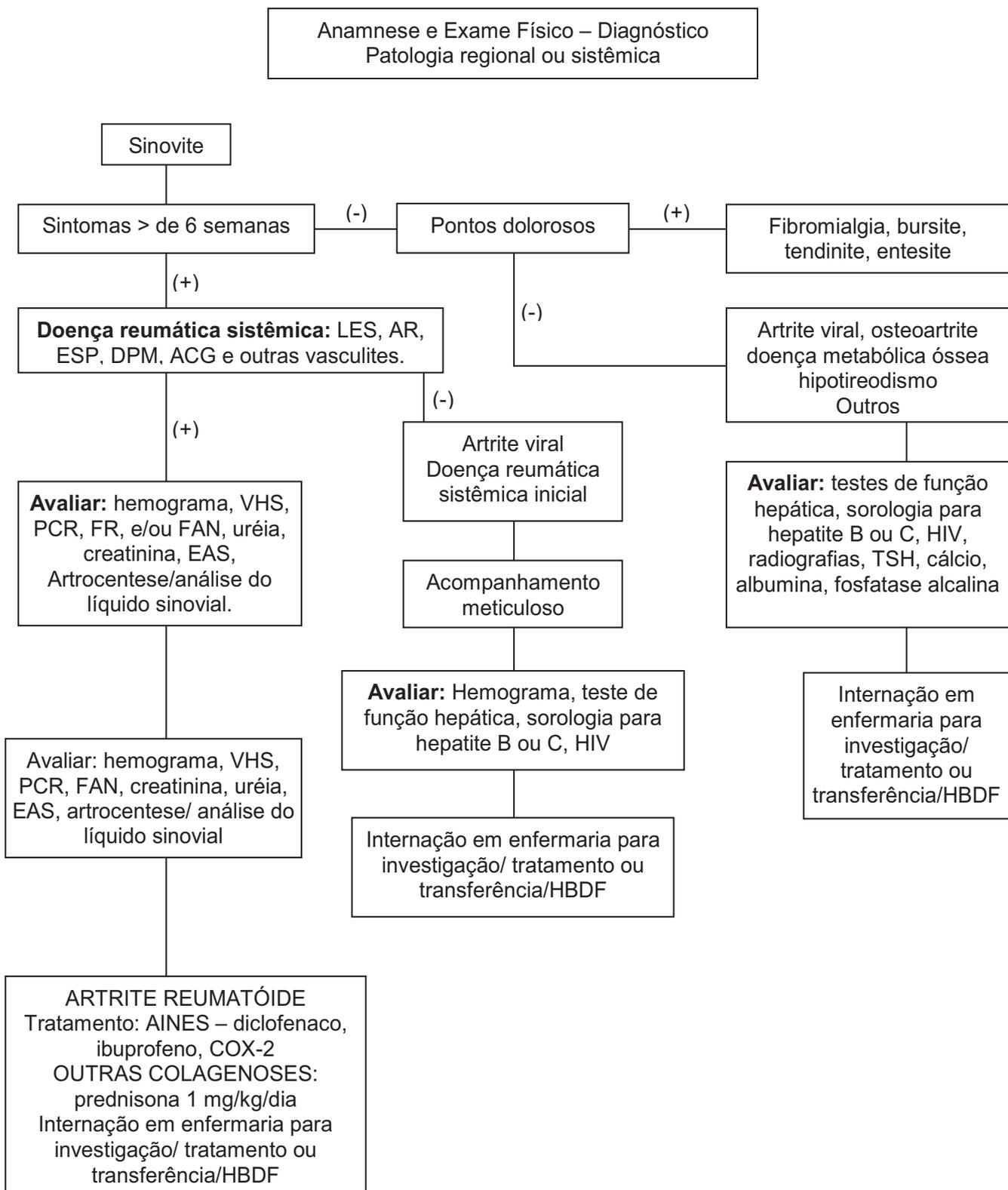


ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DO ENCAMINHAMENTO
História clínica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar com história concisa informando o tipo de dor, evolução, articulações acometidas e tipo de acometimento: monoarticular, oligoarticular ou poliarticular e sintomas sistêmicos associados.</li> </ul>
Exame físico:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatar os achados importantes em especial, a presença de sinais flogísticos articulares, atrofia e deformidades.</li> </ul>
Exames complementares essenciais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma completo, bioquímica, ácido úrico, VHS, PCR, fator reumatóide, FAN, radiografias das articulações acometidas e contralaterais e de tórax (PA e perfil).</li> <li>• Análise do líquido sinovial + cultura.</li> <li>• Relatar exames anteriores.</li> </ul>
Hipótese diagnóstica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumerar.</li> <li>• Definir se patologia localizada, regional ou sistêmica.</li> </ul>
Tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalhar os tratamentos realizados anteriormente e os medicamentos e doses em uso atualmente.</li> </ul>
Motivo do encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalhar os motivos do encaminhamento ao médico clínico ou especialista.</li> </ul>
Contra-referência:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retorno à UBS para acompanhamento com relatório do médico clínico ou especialista.</li> </ul>

## MONOARTRITE AGUDA



## POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS



## LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

### CAUSAS:

- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

### EXAMES COMPLEMENTARES:

**Rx simples** - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

**Tomografia computadorizada** – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

**Ressonância nuclear magnética** – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

**Exames laboratoriais** - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

### SINAIS DE ALERTA:

#### Malignidade

- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

#### Compressão da cauda eqüina

- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfíncter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

#### Infecção

- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

#### Fratura

- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

### TRATAMENTO:

**Repouso no leito** - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

#### Aplicação de compressas frias ou quentes

**Analgésicos** - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

**AINHS:** todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

#### Relaxantes musculares

**Tratamento cirúrgico** - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

## LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem déficia alteração neurológico nos membros inferiores.

### SINAIS E SINTOMAS

**Lombalgia aguda:** espasmo para vertebral, após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada, dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

**Lombalgia crônica:** dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico, história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermatômos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura, cálculos, tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica, aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

### EXAMES COMPLEMENTARES

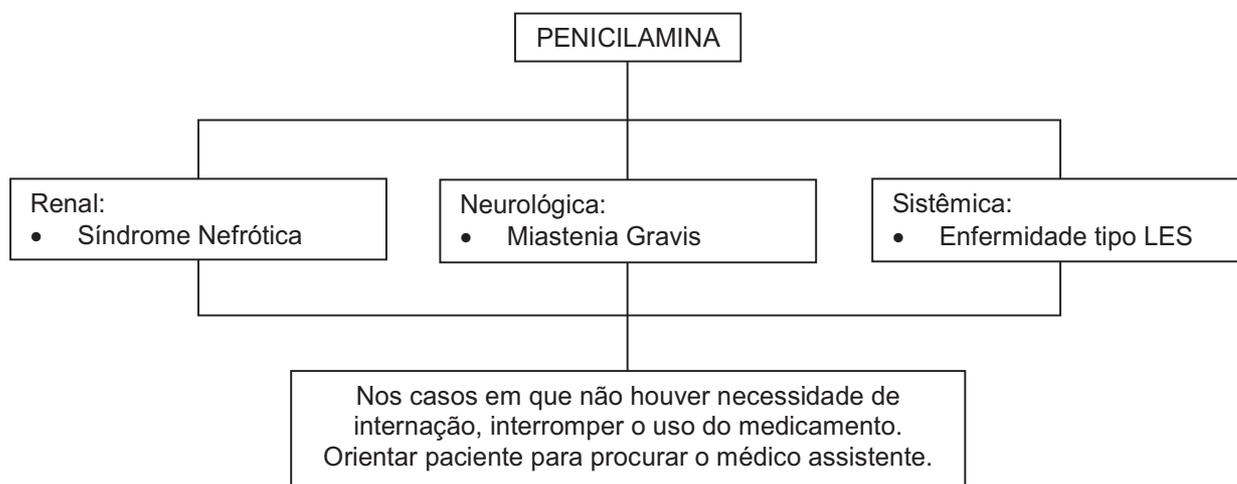
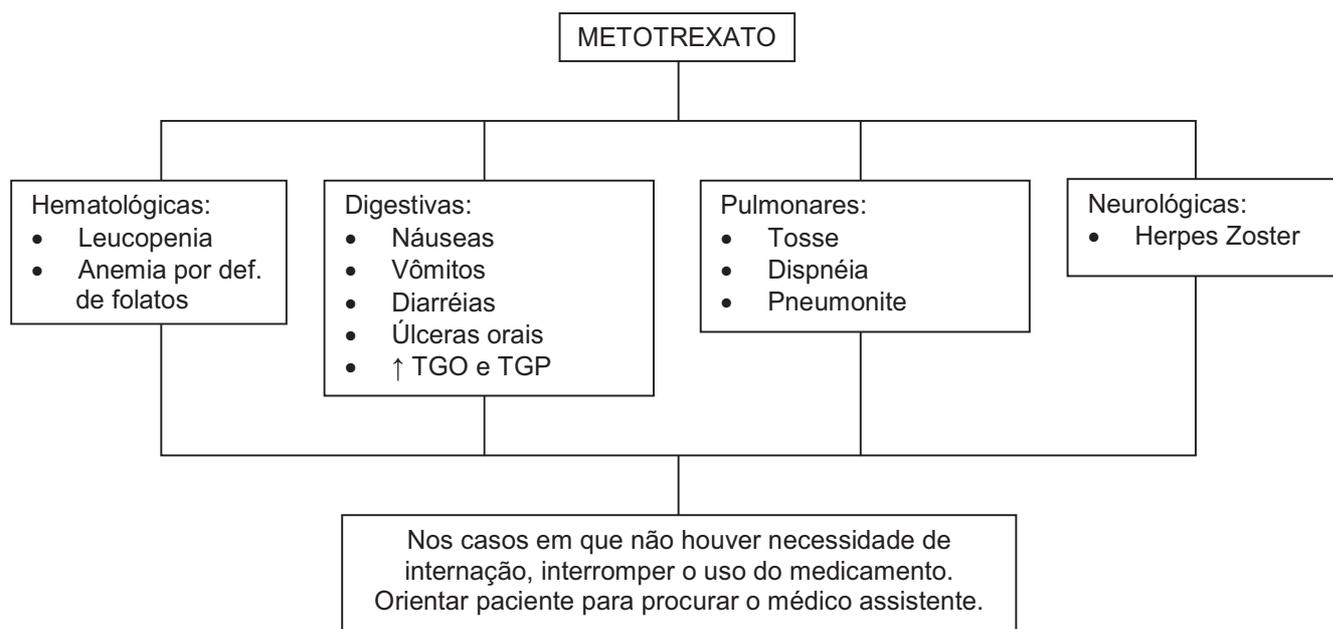
Febre ou perda de peso:  
Hemograma completo e cultura de secreções

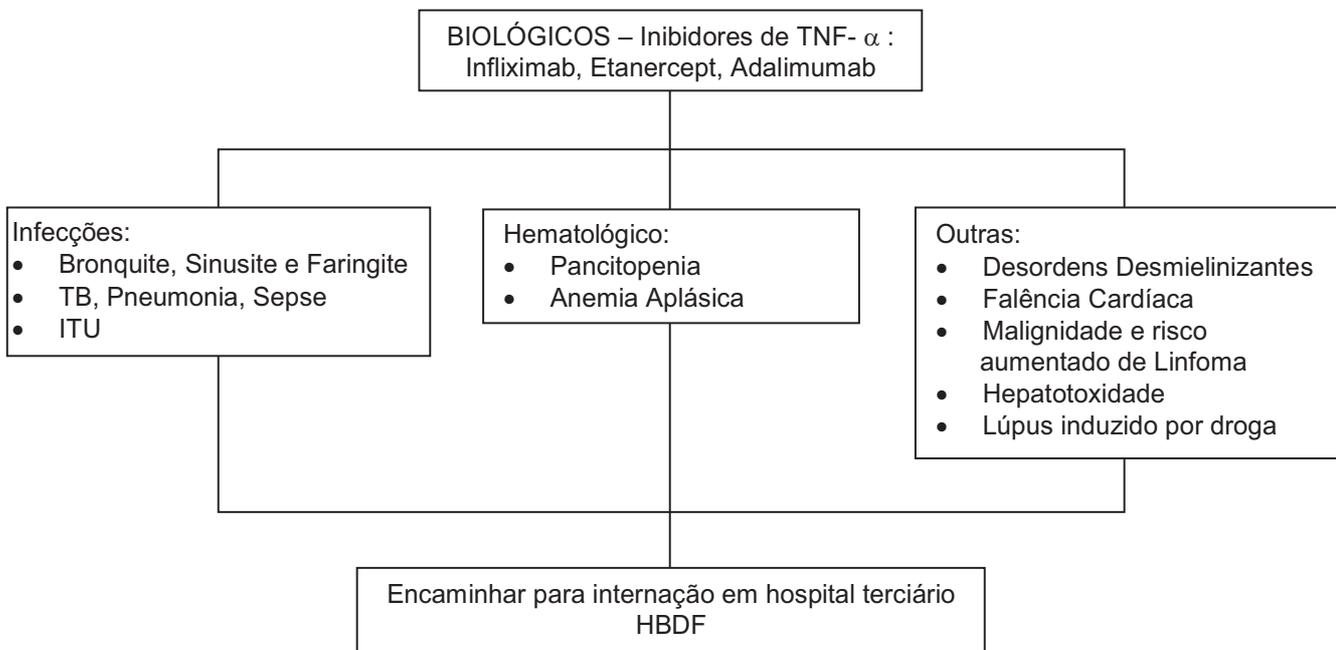
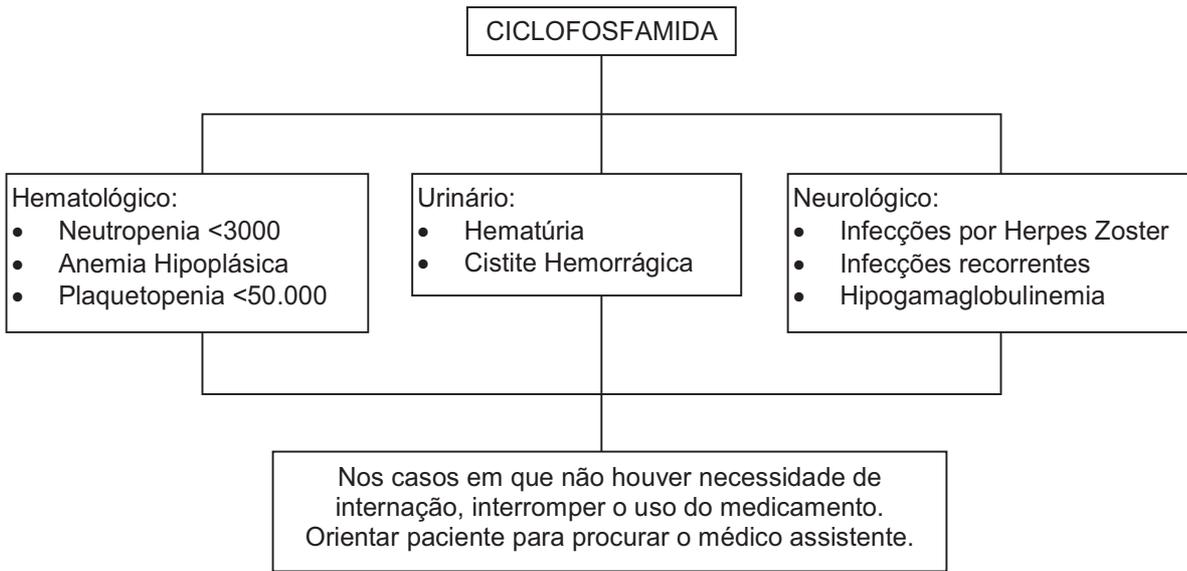
Rigidez matinal:  
Fator reumatóide, ANA e VHS

Dor em cólica:  
Ultrasonografia, amilase, e urocultura

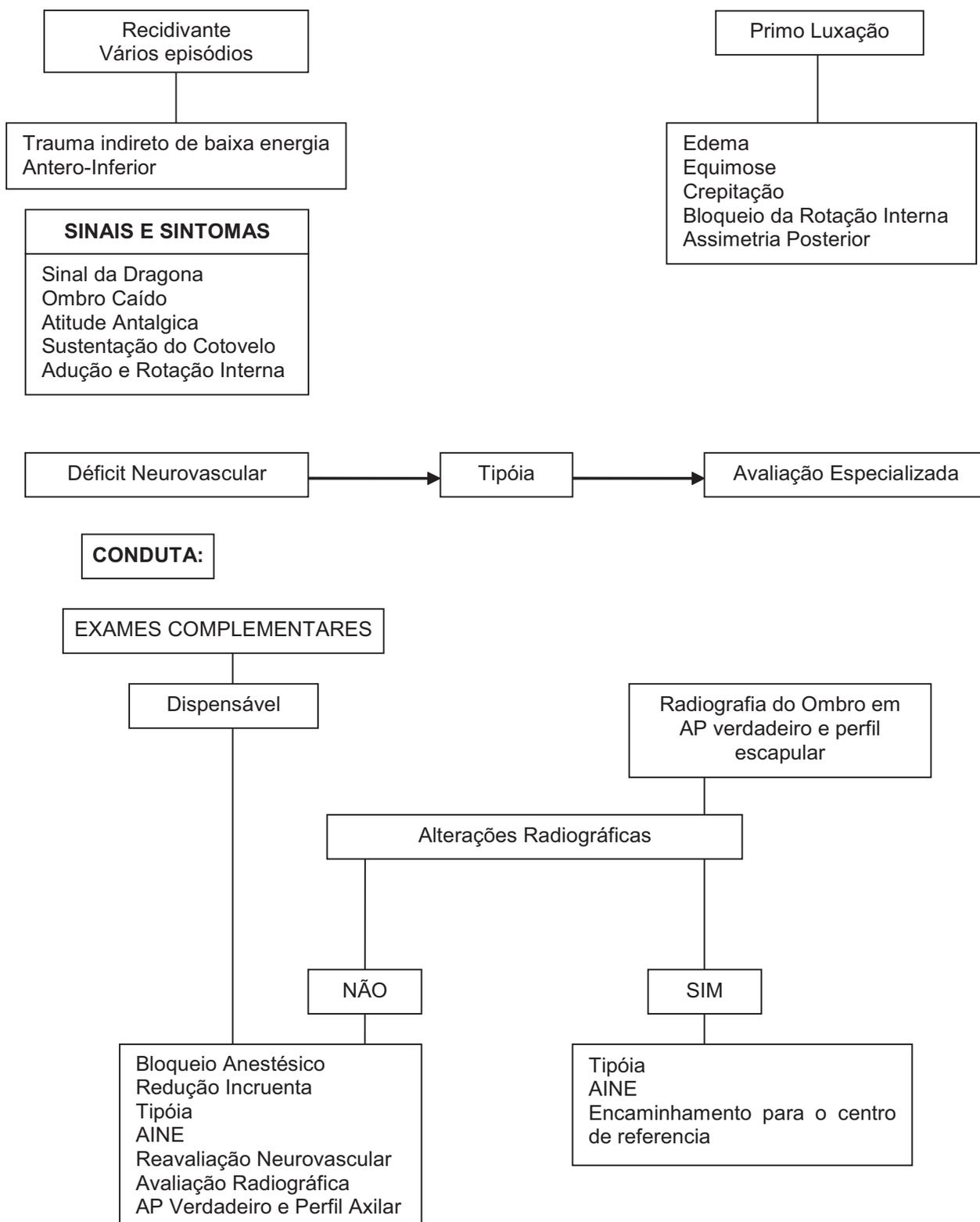
Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

**Tratamento:** A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

**REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS**



# LUXAÇÃO DO OMBRO



## ENTORSE DO JOELHO

### MECANISMO

Torsional  
Trauma Direto  
Queda de Altura  
Hiperflexão  
Hiperextensão  
Valgo / Varo

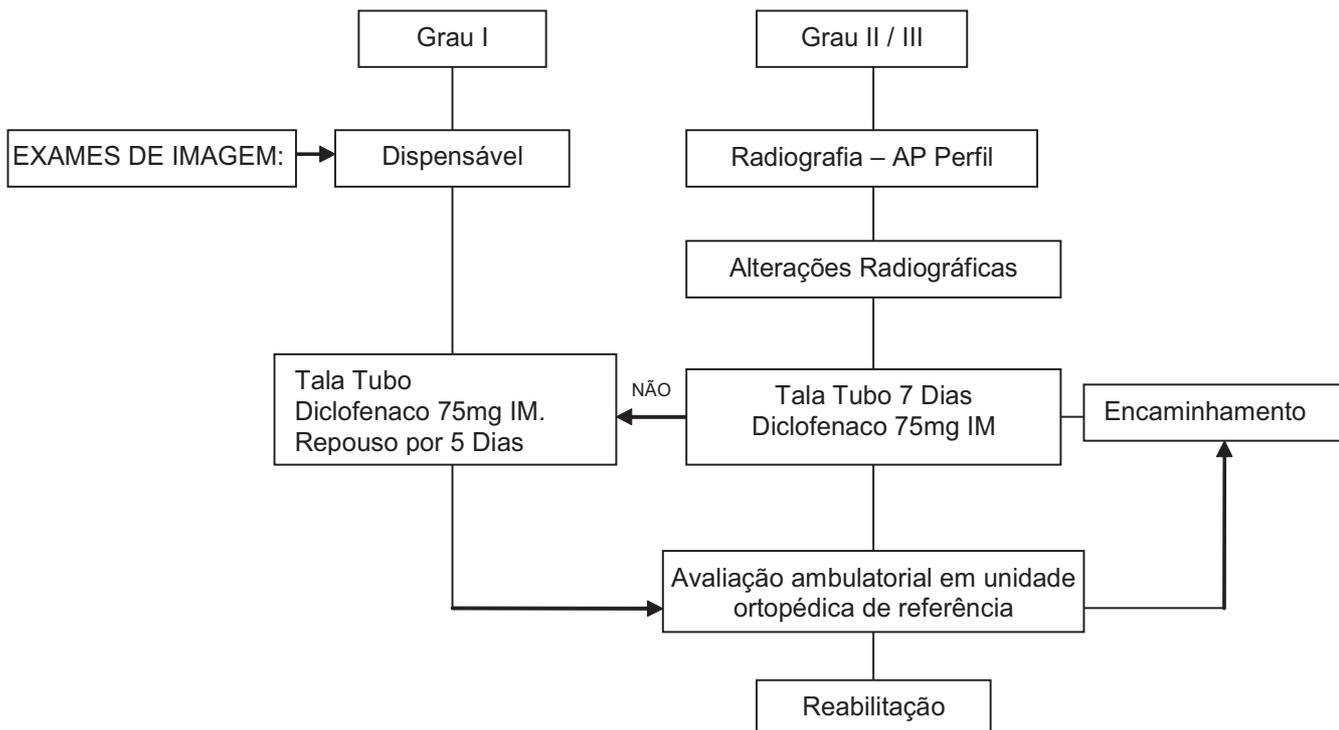
### AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve**: Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado**: Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave**: Não suporta carga; Sensação de “Estalido”. Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

### CONDUTA:



## ENTORSE DO TORNOZELO LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

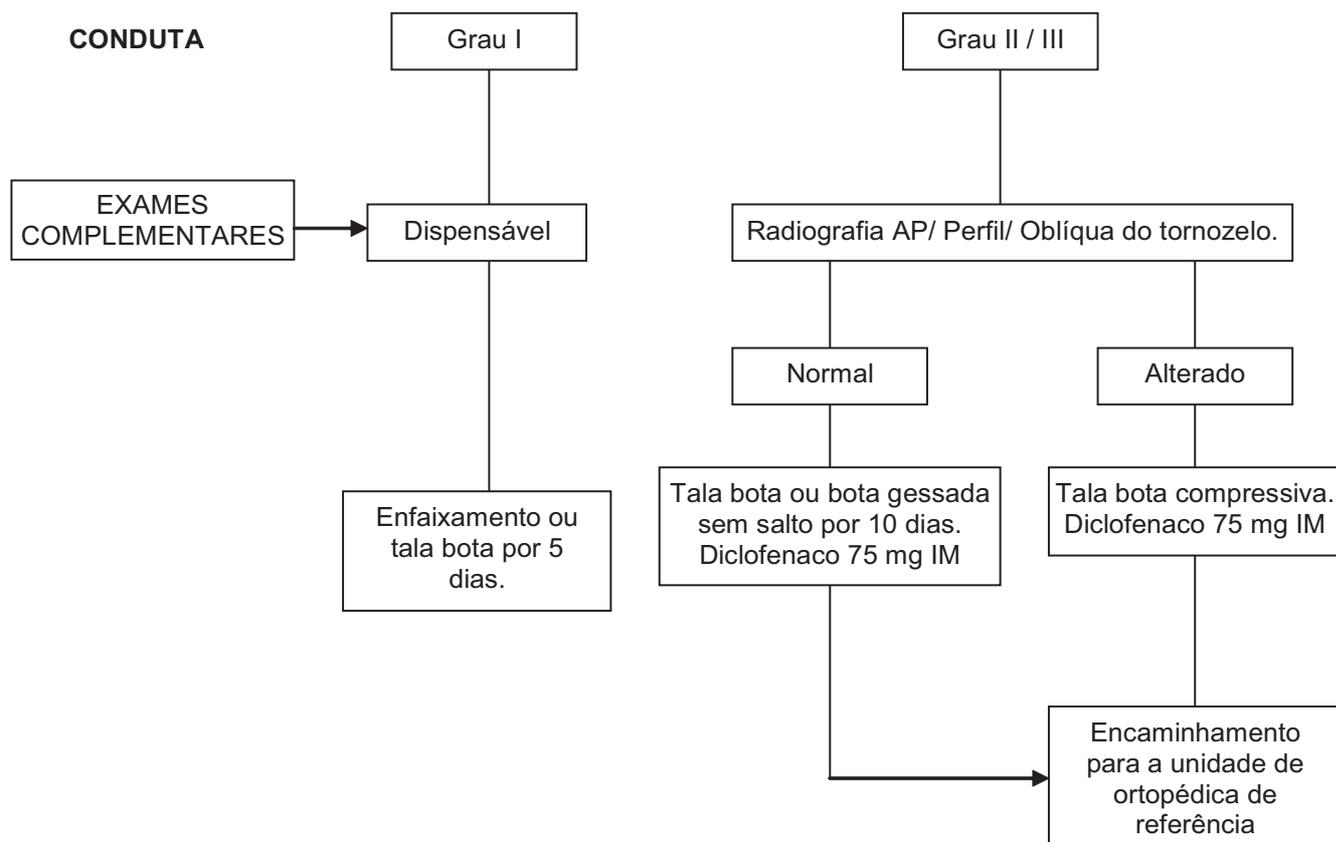
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

### AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve**: Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grua II – **Moderado**: Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grua III – **Grave**: Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas



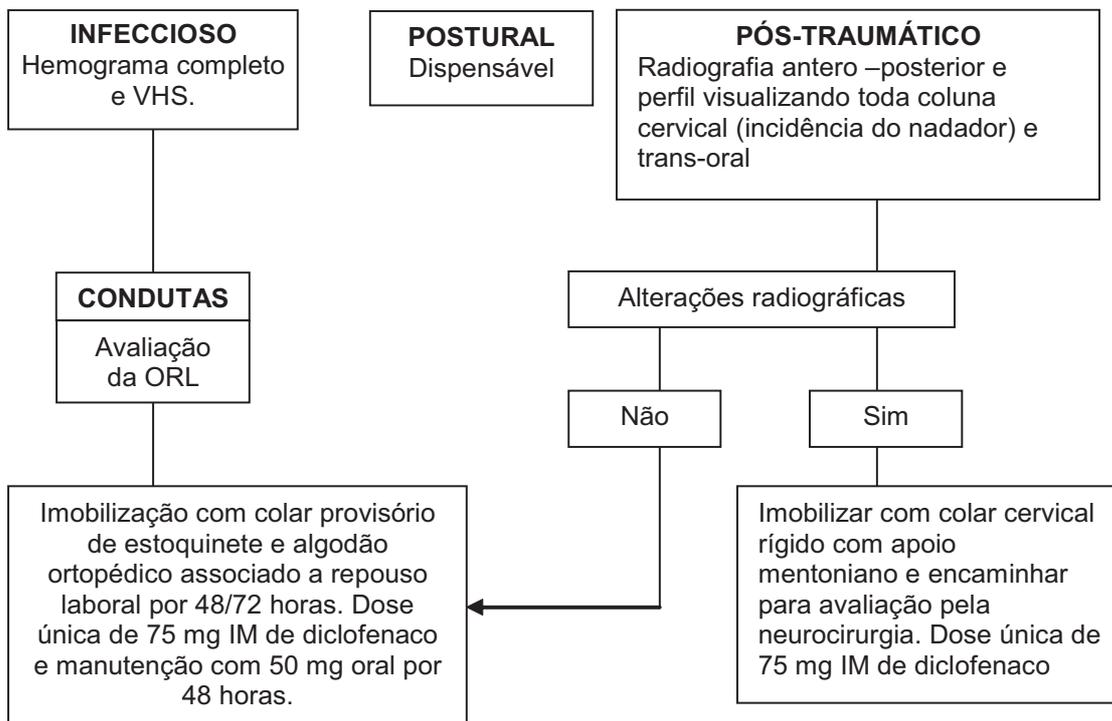
## TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etiologia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

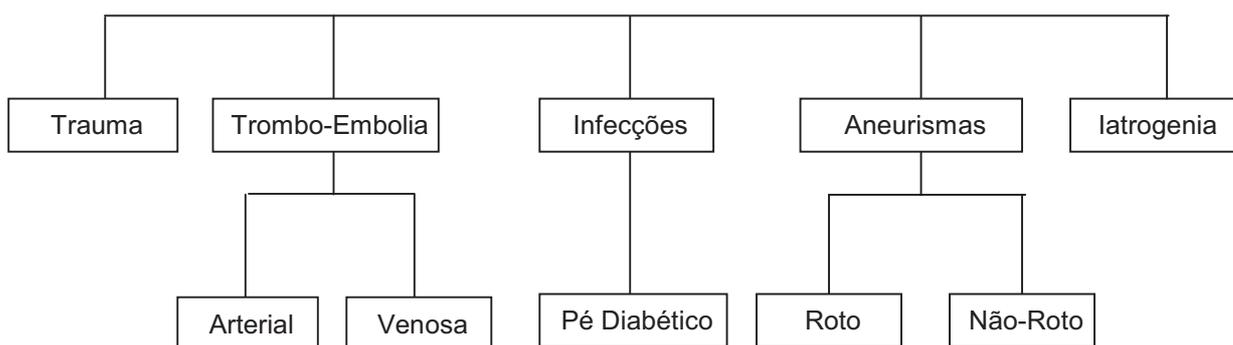
### SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faríngeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

### EXAMES COMPLEMENTARES



## URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:

HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;

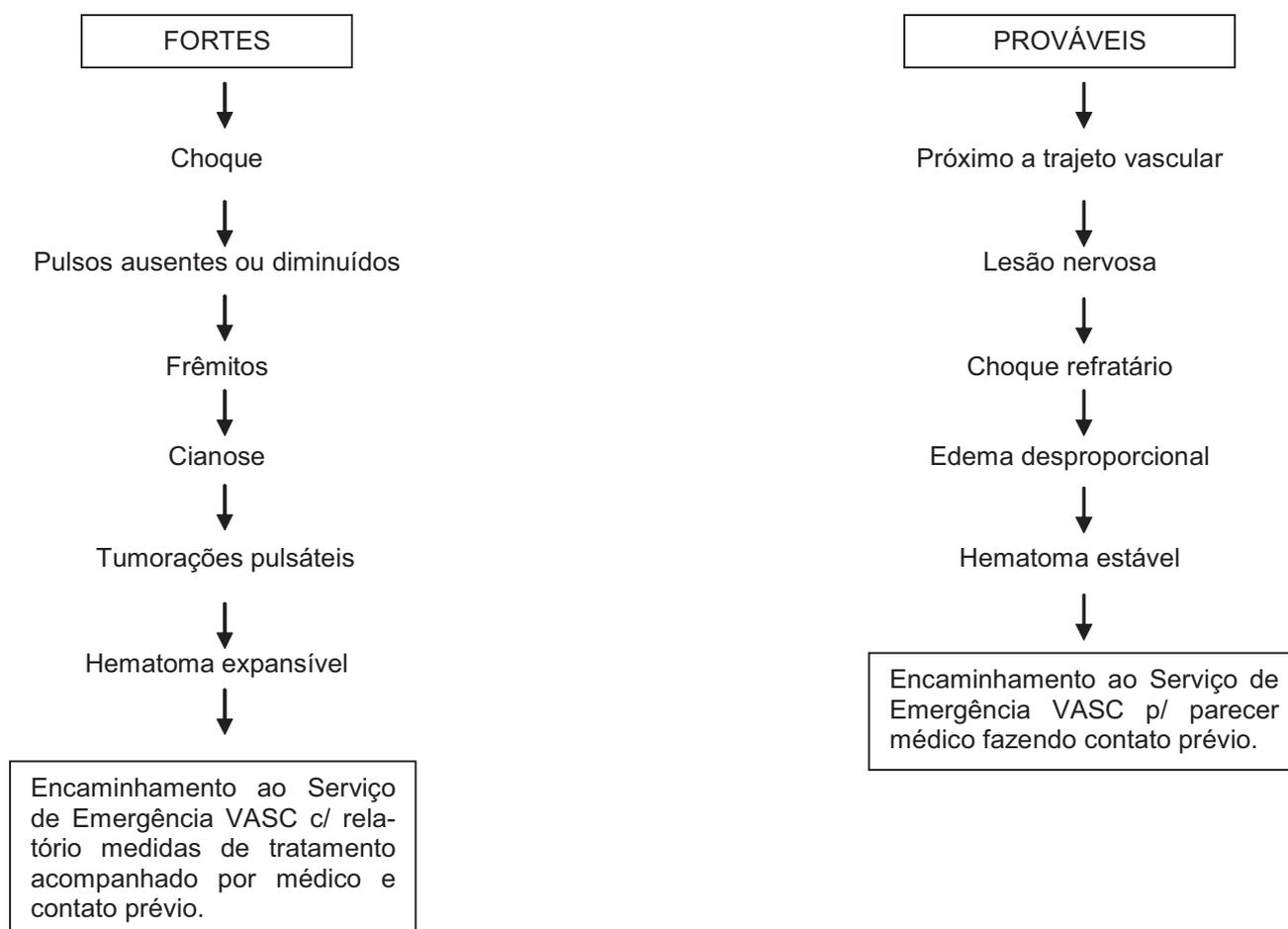
HRT – Ambulatório (Pareceres);

HRC – Ambulatório (Pareceres);

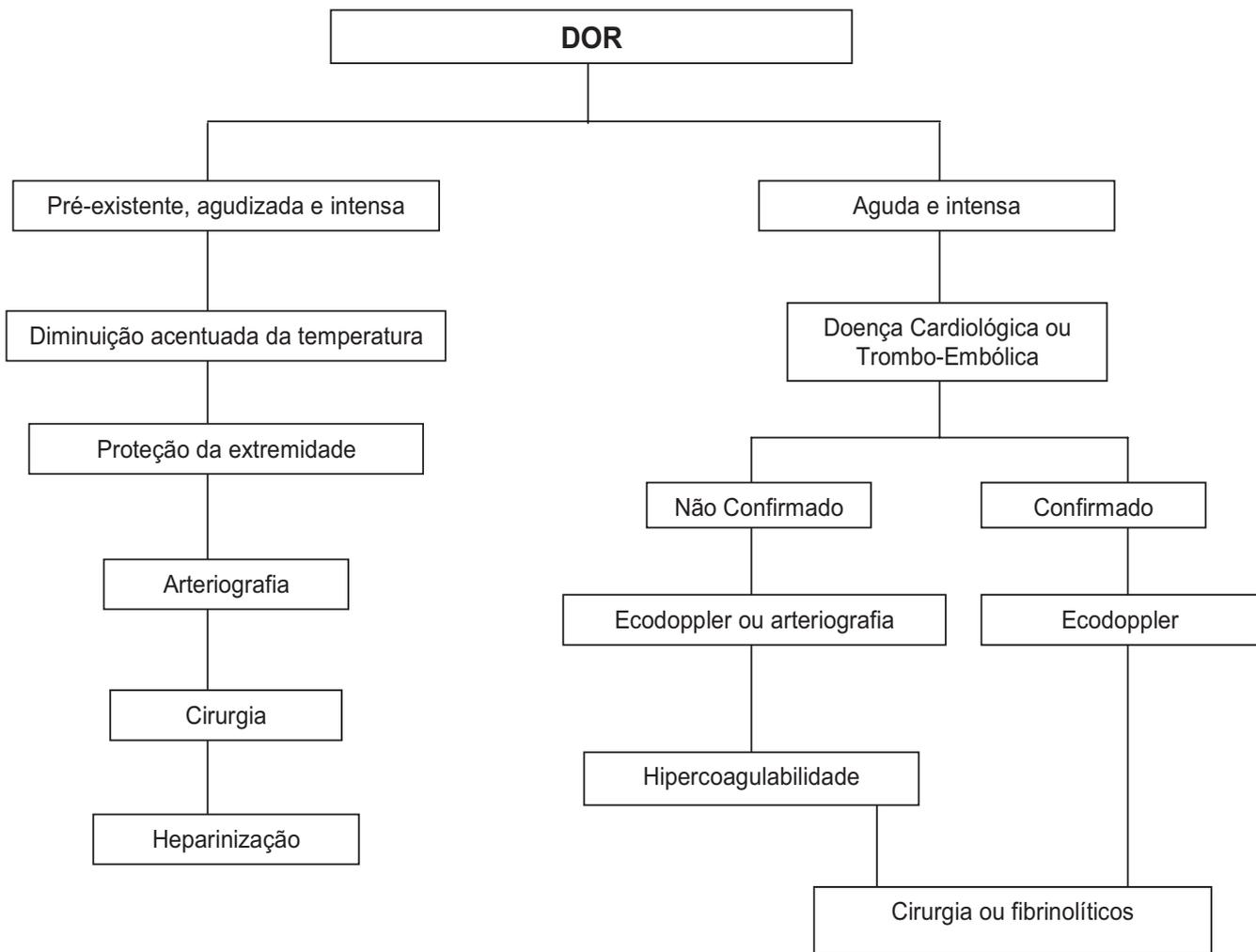
HRS – Ambulatório (Pareceres).

## TRAUMAS VASCULARES

### SINAIS



## TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

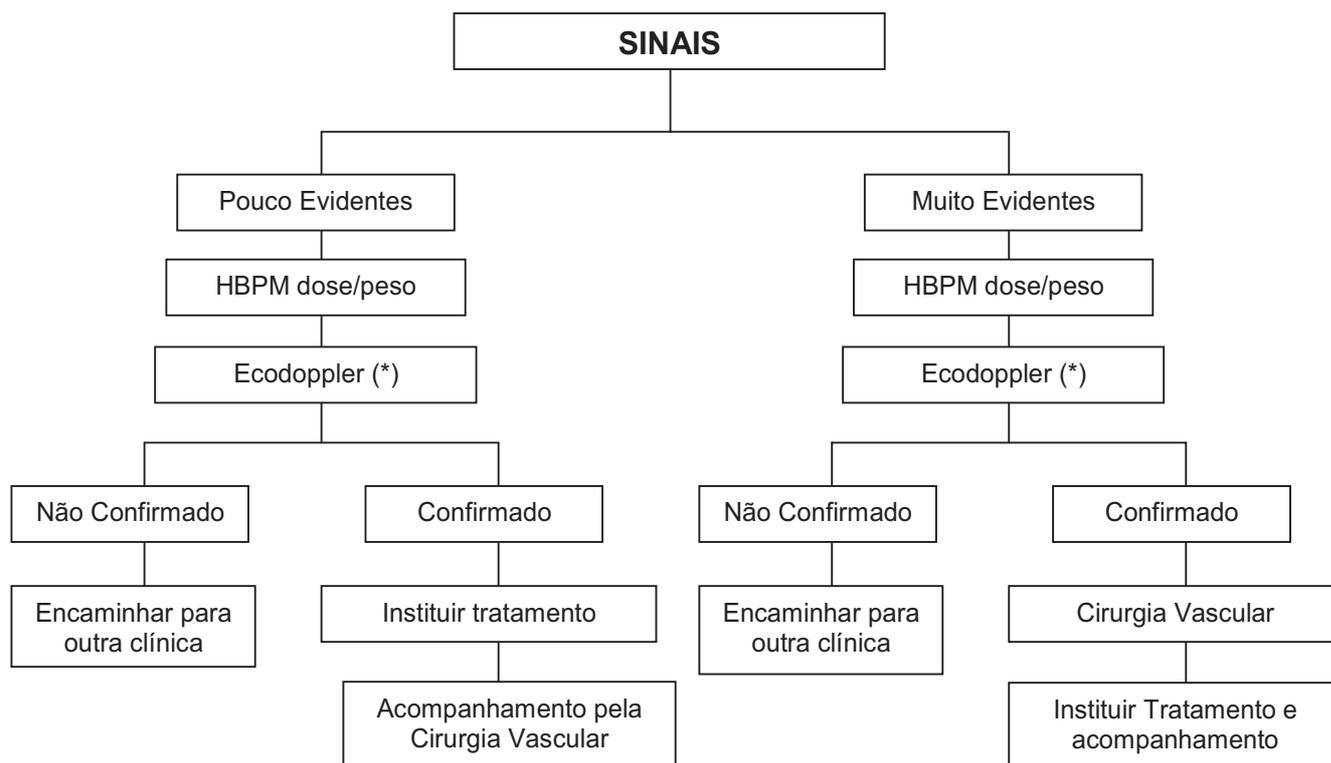


## SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

**OBS:** Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA TVP



## TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

### OBS:

(\*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico.

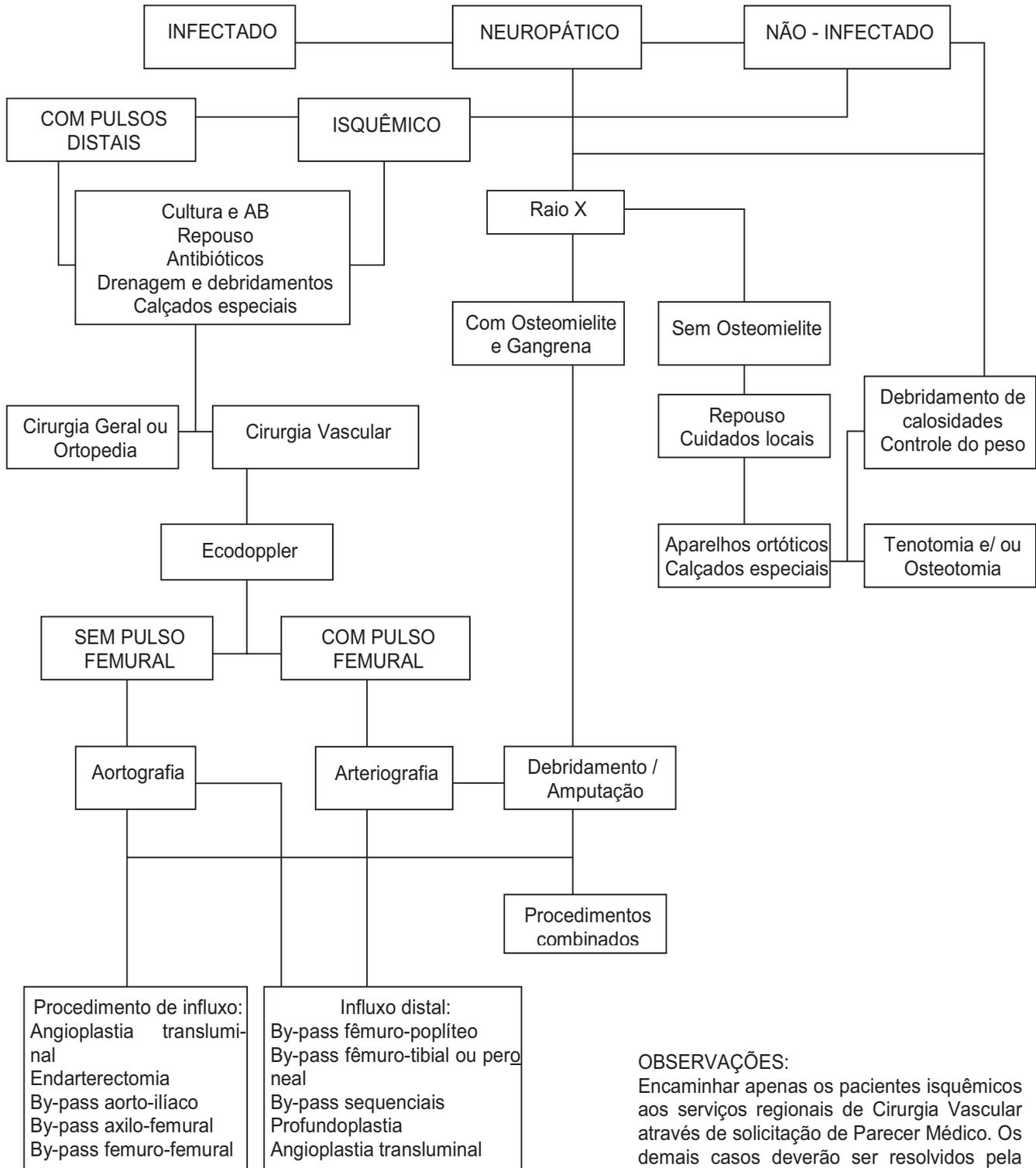
1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares) para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana.

(\*) HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular

# PÉ DIABÉTICO

PRINCIPAIS QUEIXAS  
Dor  
Dormência  
Úlceras  
Ferimentos

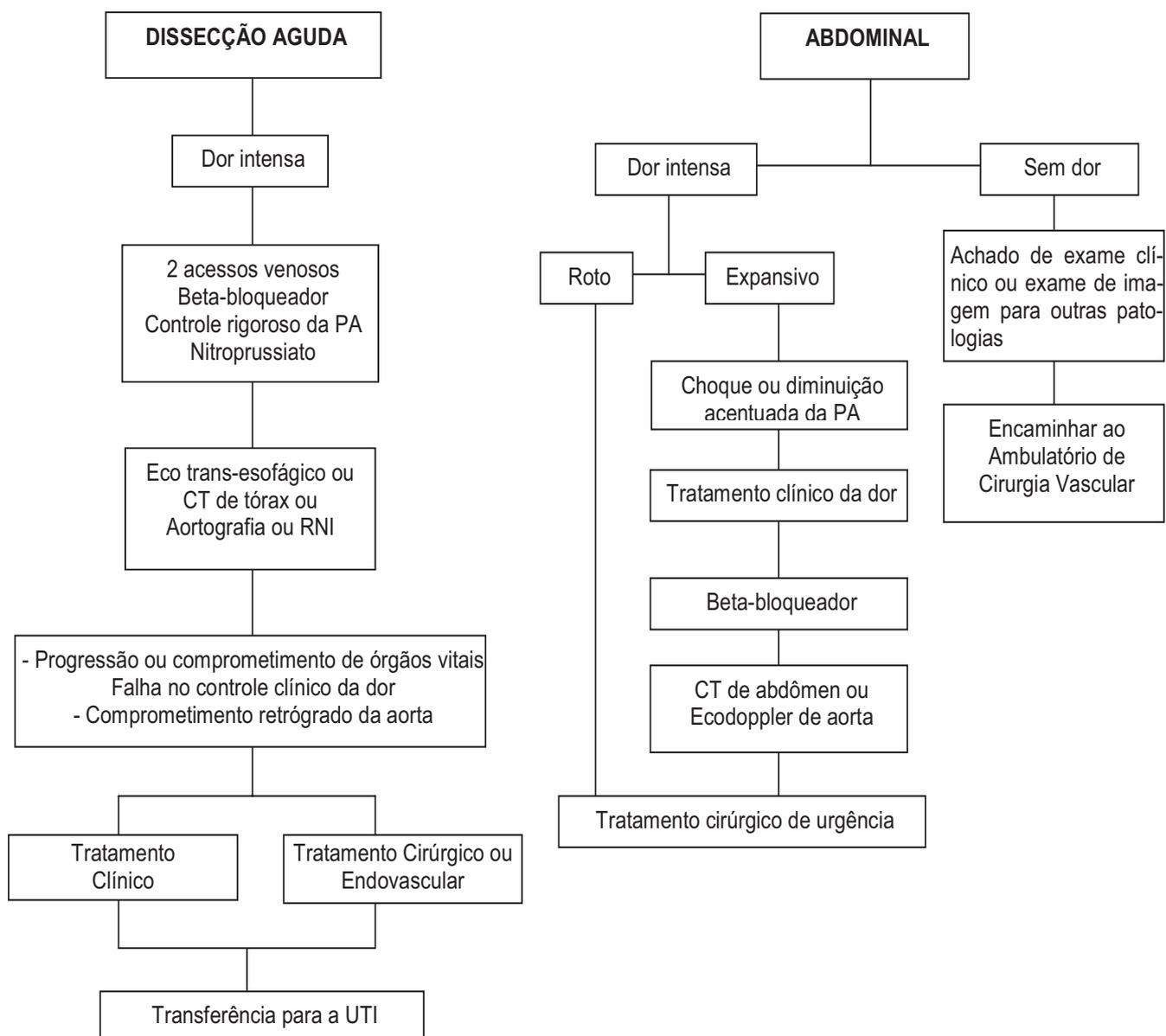
PRINCIPAIS SINAIS DE COMPLICAÇÕES  
Palidez  
Cianose  
Diminuição de temperatura  
Ausência ou diminuição de pulsos



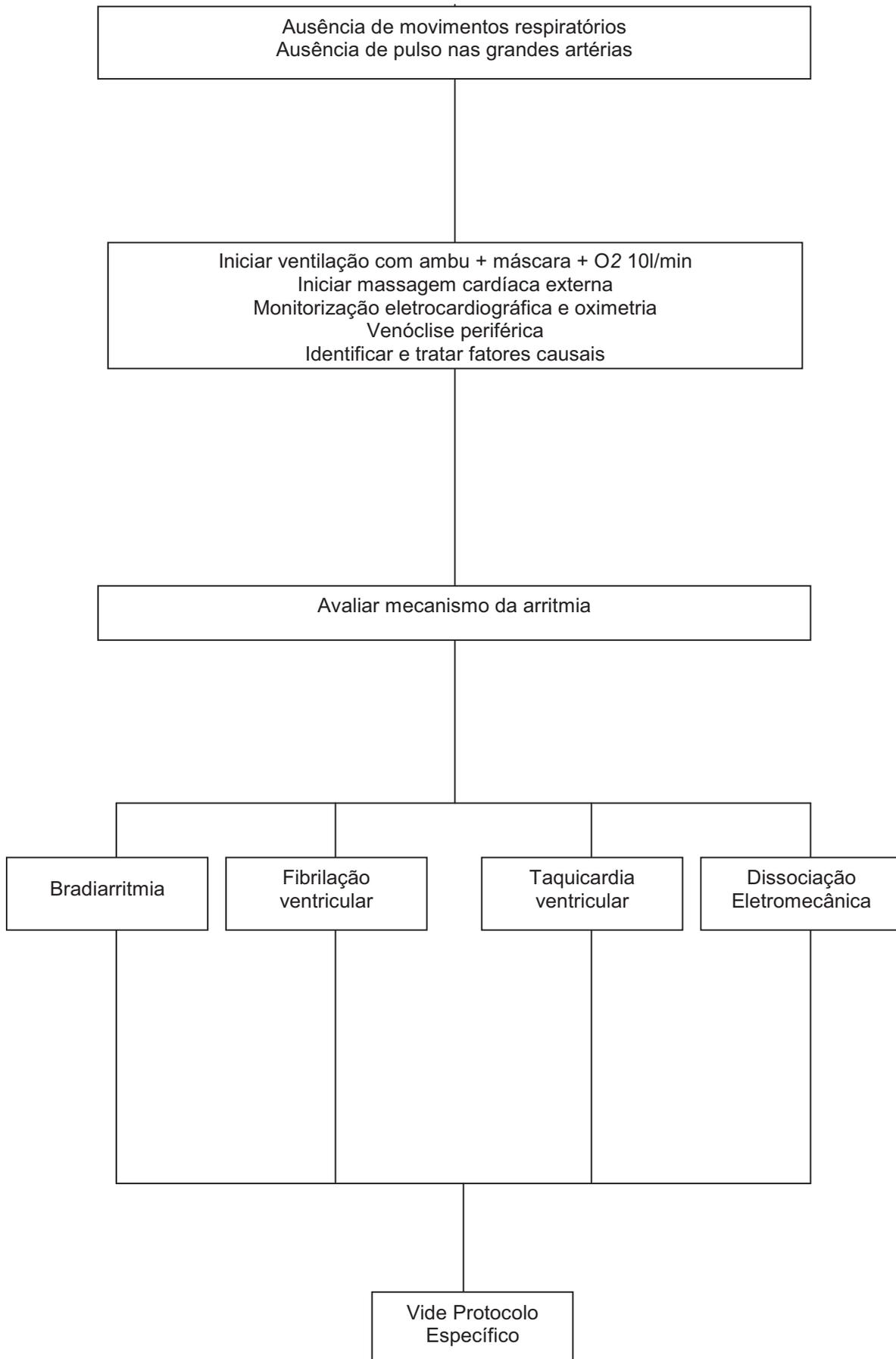
## OBSERVAÇÕES:

Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

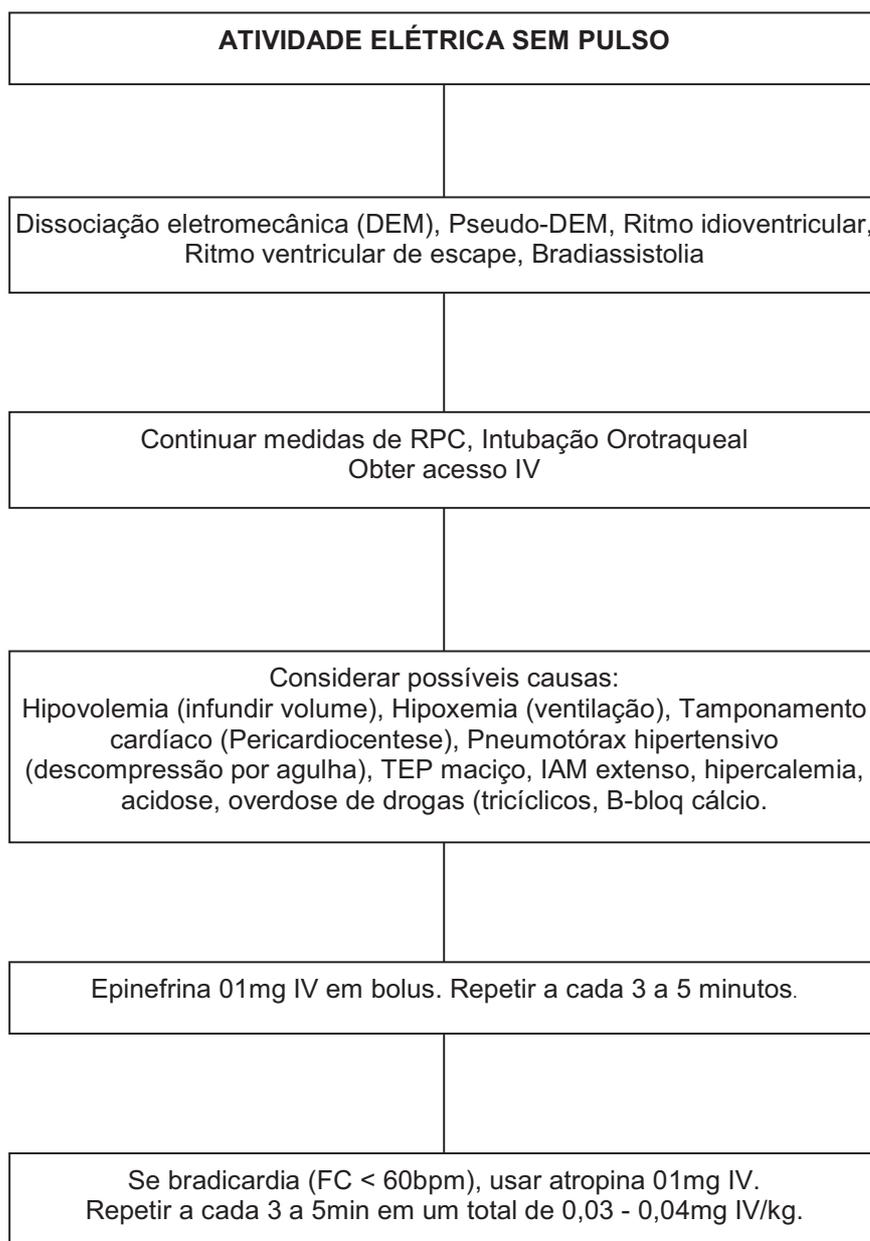
## ANEURISMAS



## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



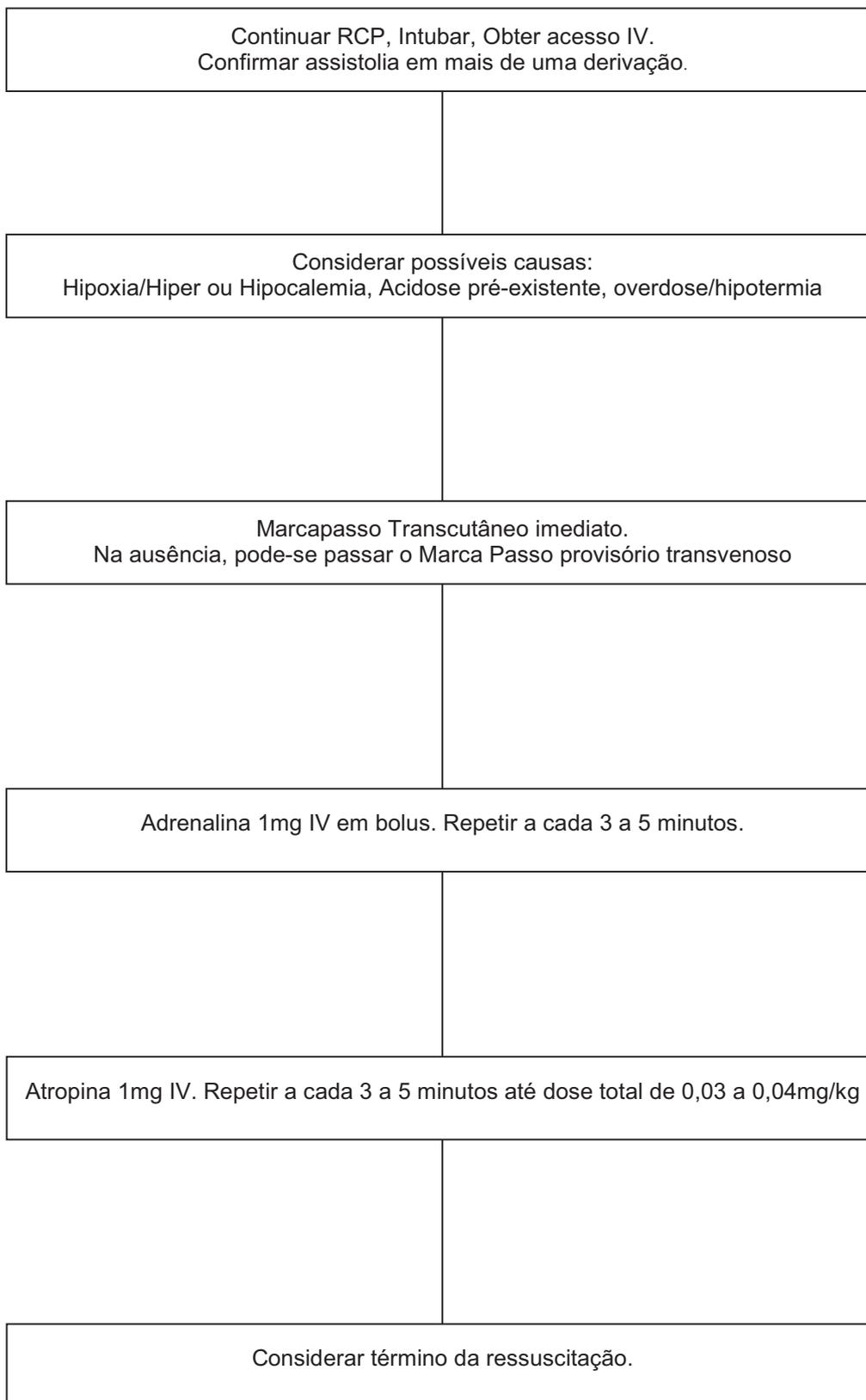
## ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

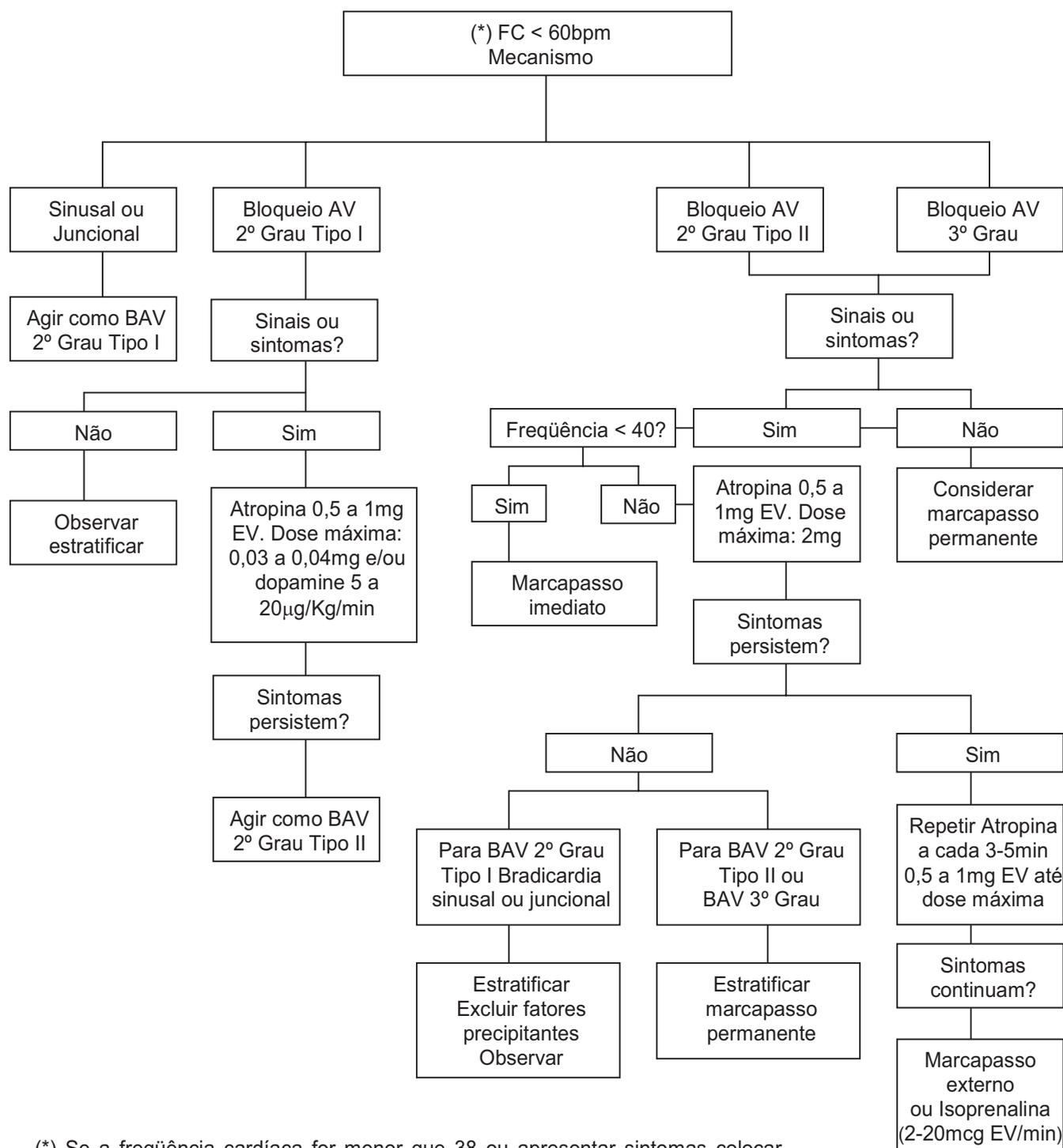


Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no Tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

## ASSISTOLIA



**BRADIARRITMIA****ATENÇÃO:**

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

## TAQUICARDIAS VENTRICULARES

### Introdução:

As Taquicardias com complexos QRS largos ( $QRS > 120 \text{ m/s}$ ) constituem um desafio na prática clínica.

É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante. As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

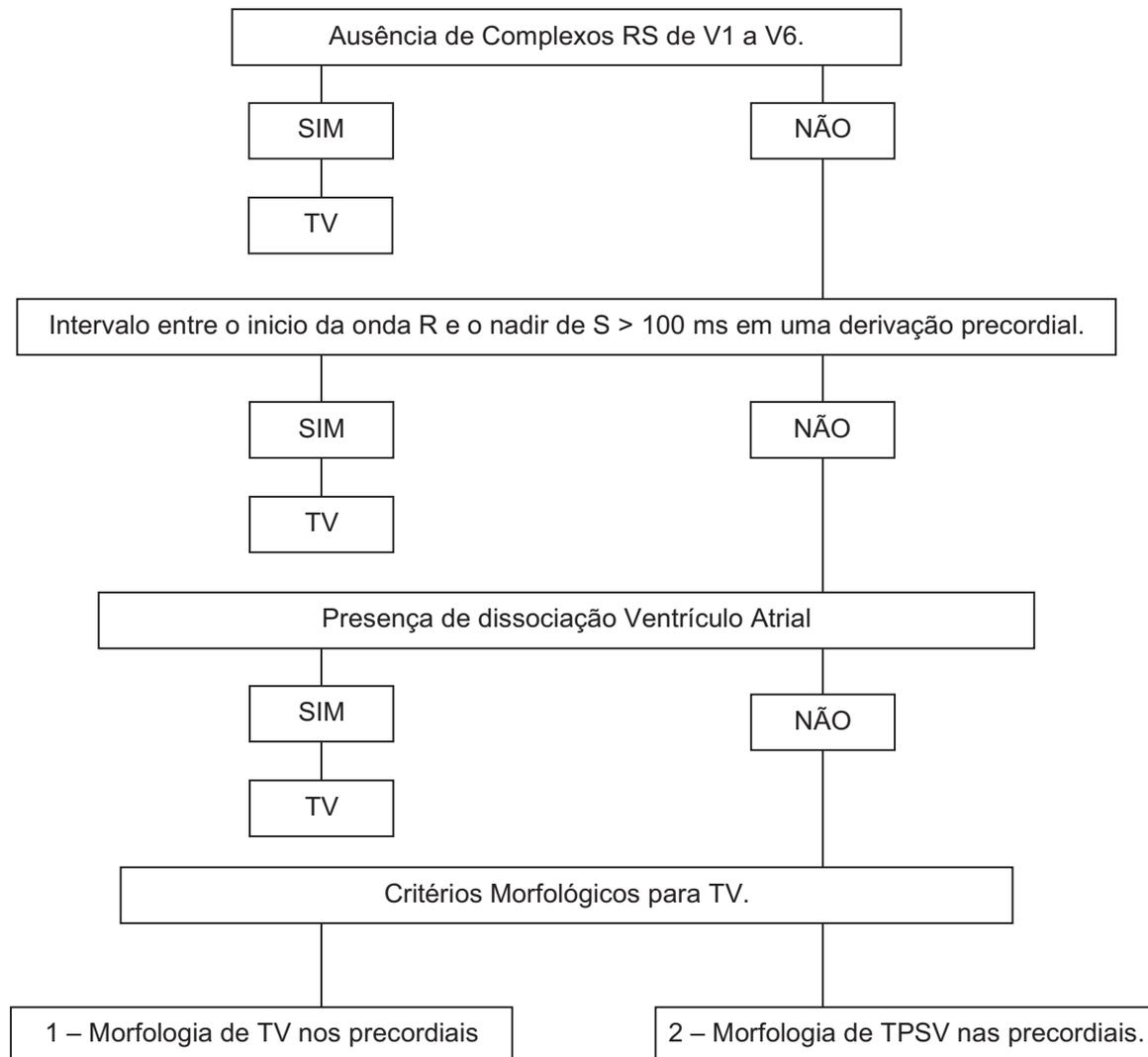
TPSV com bloqueio de ramo funcional

TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.

TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.

Taquicardia Ventricular.

### DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



1 – Morfologia de TV nos precordiais

- Morfologia de BRD com: R, qR em V1 e rS ou Qs em V6.
- Morfologia de BRE: Entalhe na onda S de V1.
- 1º Vetor lento ( $> 60 \text{ m/s}$ ).

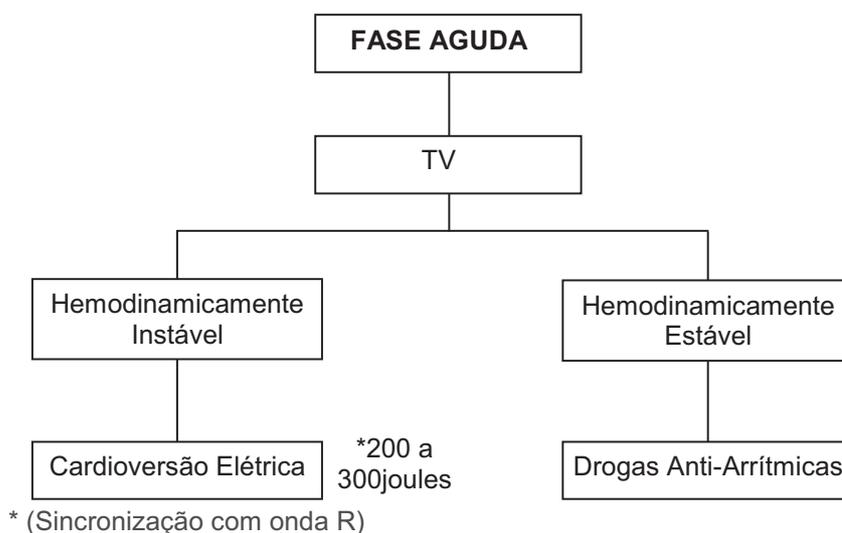
2 – Morfologia de TPSV nas precordiais.

- Morfologia de BRD com: rSr' em V1, Rs em V6.
- Morfologia de BRE: Rs em V1.
- 1º Vetor ( $< 60 \text{ m/s}$ ).

## TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

TV Helicoidal.  
TV Polimórfica.  
Flutter Ventricular.  
Fibrilação Ventricular.

### TRATAMENTOS DAS TV.



### DROGAS ANTIARRITMICAS.

1 – IAM – Fase Aguda – Lidocaína 2% - (1,0 a 1,5 mg / kg em bolus, seguido de 0,5 a 0,75 mg / kg em bolus a cada 5 a 10 min. Com dose máxima de 3 mg / kg. Associando a infusão contínua de 30 a 50 mg / kg / min.

2 – IAM – Fase Crônica – MCC.

Procainamida (1 gr / 5 minutos).

Amiodarona (150 mg IV em bolus em 10 minutos);(1,0 mg / min. Por 6 h., seguido de 0,5 mg / min. Continuo).

Propafenona (70 mg IV / 5 min.).

CVE Sincronizado.

Sulfato de Magnésio (IV – 2 gr em 100 ml até atingir níveis séricos de 2 mEq / kg).

3 – Taquicardia Ventricular Helicoidal.

Infusão de Sulfato de Magnésio

Aumentar FC = Marca Passo Provisório

Isoprotenol (1 – 3 mg / min. IV).

4 – Taquicardia Ventricular Incessante.

Ablação.

Cirurgia.

**OBS.:** Nos pacientes com disfunção de VE: 1ª opção Amiodarona

2ª opção Lidocaína.

5 – Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Desfibrilação – 360J sem sincronização.

# TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

## INTRODUÇÃO.

As TPSV<sup>s</sup> são arritmias nas quais os átrios e / ou a junção atrioventricular participam da origem e na manutenção da taquicardia. Essas arritmias (TPSV) apresentam características eletrocardiográficas típicas que durante a análise do ECG da crise sugerem o seu diagnóstico, na maioria dos pacientes. Entretanto em alguns casos o seu diagnóstico e seu mecanismo só podem ser detectados pelo estudo eletrofisiológico invasivo (EEF).

Essas arritmias (TPSV<sup>s</sup>) apresentam-se com FC acima de 100bpm e com duração do complexo QRS  $\leq$  120 m/s.

## CLASSIFICAÇÃO DAS TPSV.:

Taquicardias Atriais.  
 Taquicardia por Reentrada Nodal.  
 Taquicardia por reentrada usando uma via acessória.  
 Taquicardia Juncional Paroxística.  
 Flutter Atrial.  
 Fibrilação Atrial.

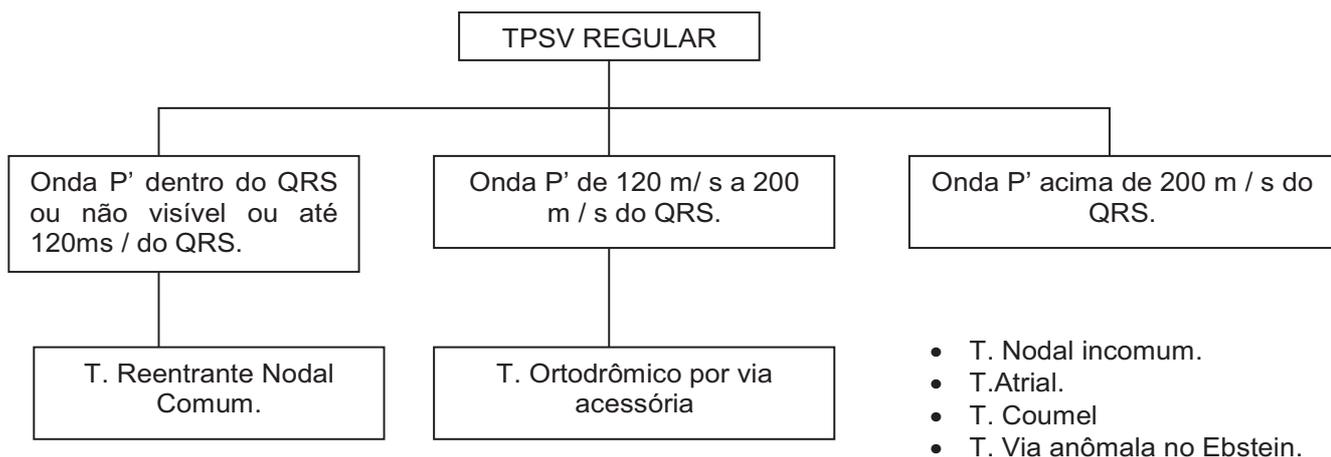
## I – TPSV COM R – R REGULAR E QRS ESTREITO.

### TIPOS:

1. Taquicardia Reentrante Nodal Comum;
2. Taquicardia Átrio-ventricular mediado por via anômala de Kent;
3. Taquicardias atriais, Reentrante Nodal incomum, Coumel e via anômala no EBSTEIN;
4. Flutter Atrial;

### COMO DIAGNOSTICAR:

Observar a onda P' (P retrogrado).

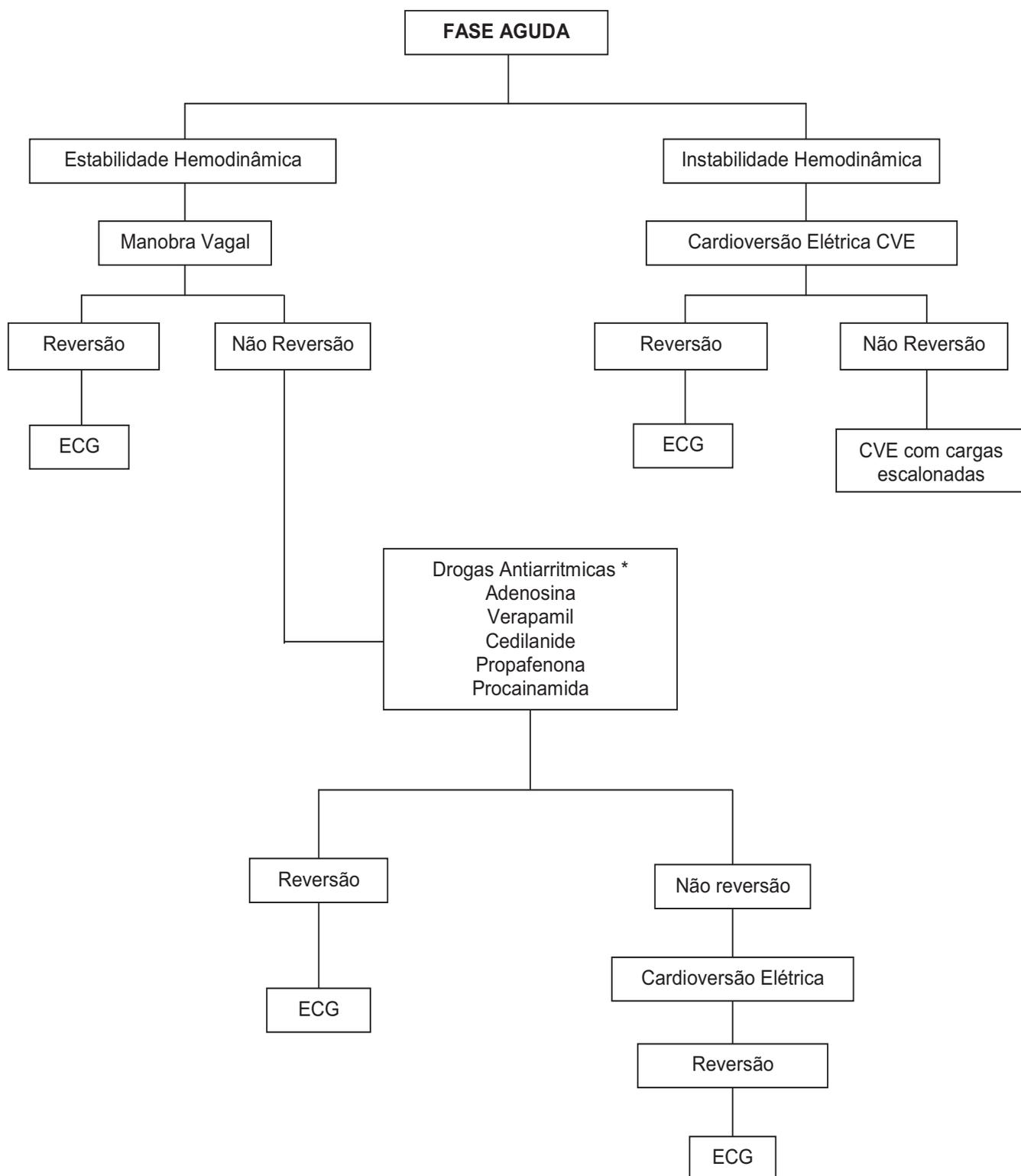


- A – 1 – Onda P em relação ao QRS:  
 A – 2 – Morfologia da Onda P:  
 A – 3 – Frequência da onda P's em relação ao QRS:  
 A – 4 – Alternância elétrica do QRS:

# TRATAMENTO NA FASE AGUDA

## REVERSÃO DAS CRISES

## TRATAMENTO DAS TPSV



**DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.**

- 1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
- 2 - Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
- 3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 8 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluído) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.  
Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

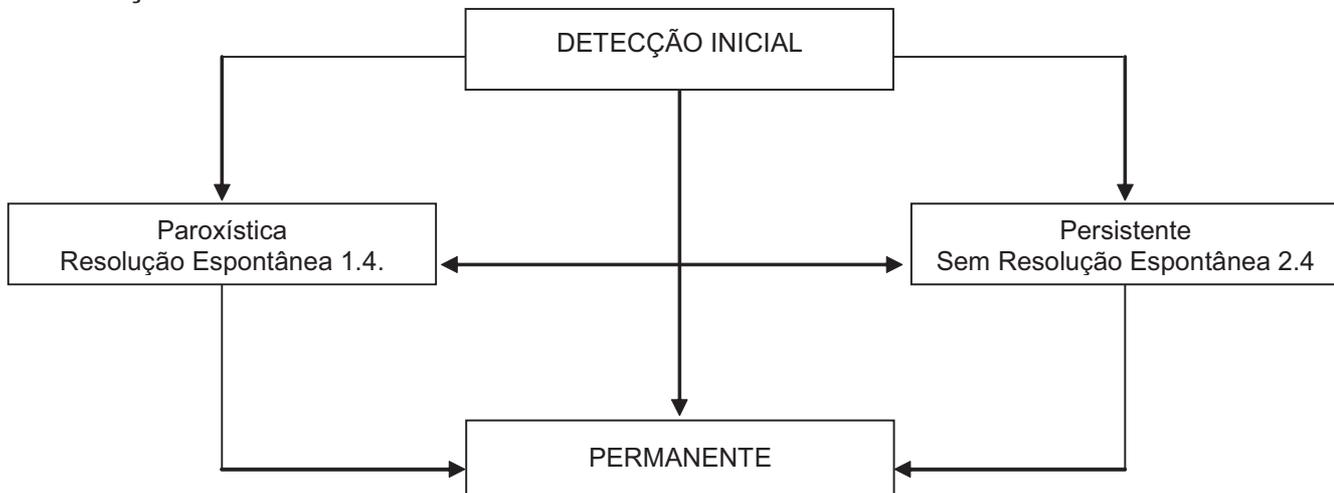
**TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)****INTRODUÇÃO:**

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

**SINTOMAS:**

- Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
  - Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

**ABORDAGEM:****Classificação:**

- 1 - A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)
- 2 - Duração maior que 7 dias.
- 3 - Cardioversão mal sucedida ou não realizada.
- 4 - FA paroxística ou persistente pode ser recidivante.

**ADENDO:**

Existem várias classificações para a FA

Classificação baseada na relevância clínica.

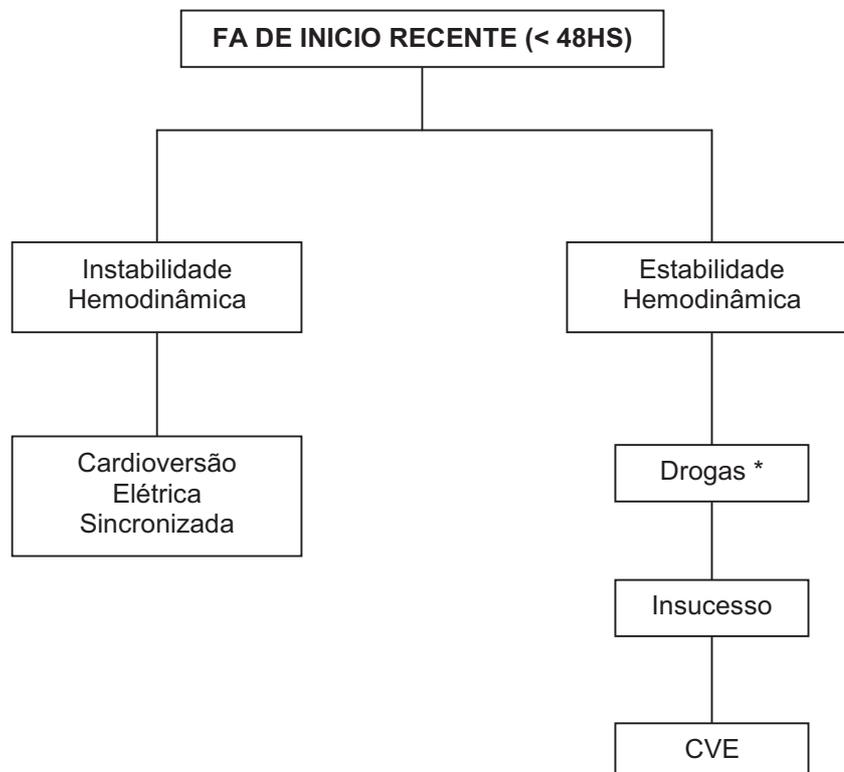
**FA**

<b>PAROXÍSTICA</b>	Resolução Espontânea.
<b>PERSISTENTE</b>	Resolução Não Espontânea.
<b>PERMANENTE</b>	Longa duração (mais de 1 ano), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo <b>sinusal</b> .

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente  FA que se instalou com menos de 48 hs.  
FA com mais de 48 hs e/ou tempo indeterminado.

## TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA. FA DE INÍCIO RECENTE.



**OBS.:** Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

<b>DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:</b>	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min.. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.  
FA Paroxística ou FA Permanente.

**CONTROLE DA FC.**



**DROGAS \***

**OBS.:**

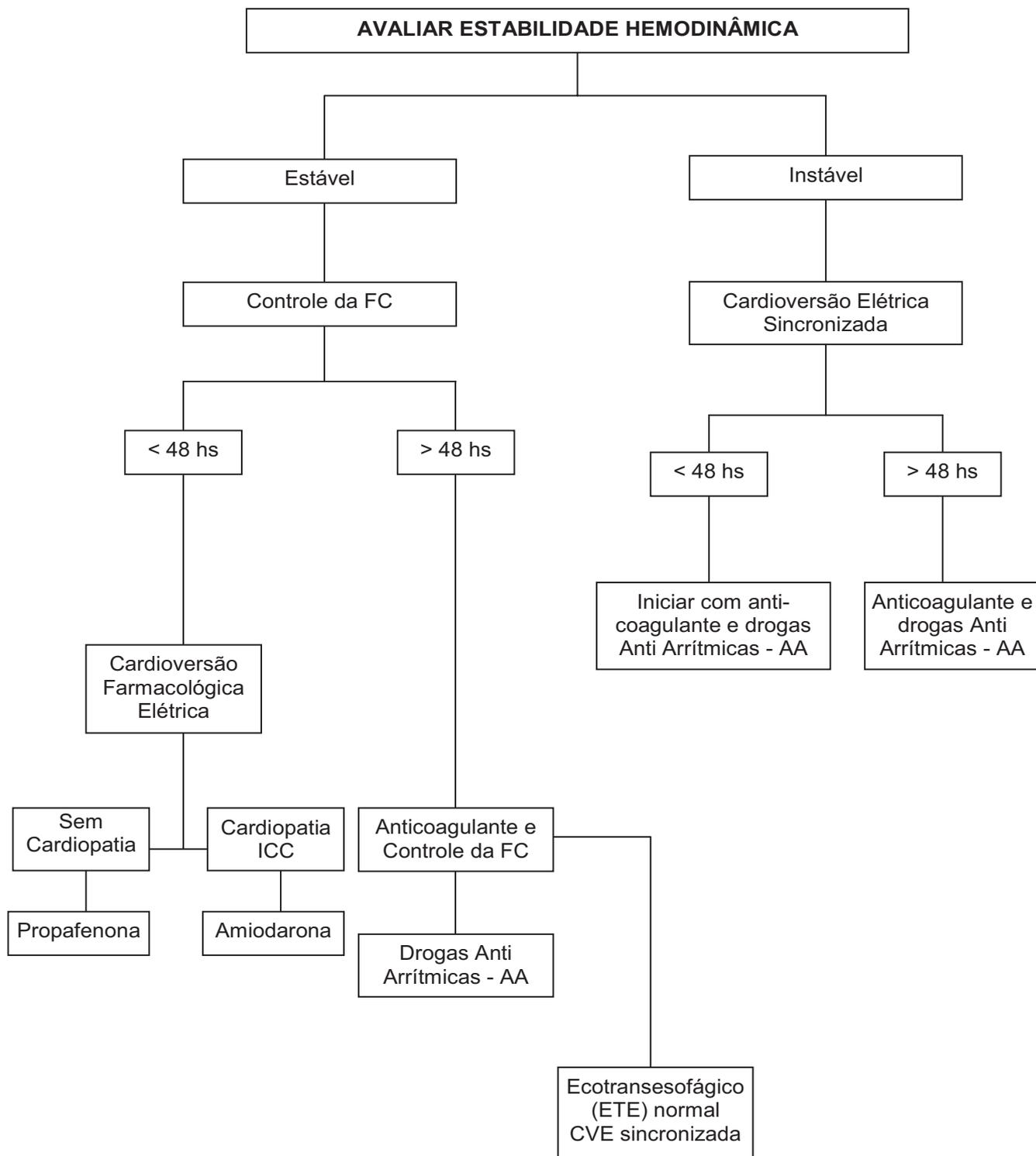
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.  
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

<b>DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).</b>	
<b>CEDILANIDE</b>	0,04 mg IV, bolus.
<b>ESMOLOL</b>	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
<b>METOPROLOL</b>	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
<b>DILTIAZEM</b>	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
<b>VERAPAMIL</b>	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

**Objetivos do Tratamento de FA.**

Controle da FC;  
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;  
Prevenção de Recorrências;  
Prevenção de tromboembolismo.

## TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA



# DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST

Obter dados vitais, instalar PAM não invasiva, monitor, oxímetro. Realizar ECG 12 derivações + parede posterior + derivações direitas e obter acesso IV, anamnese e exame físico. Colher CK-MB, CPK, troponina, hemograma, eletrólitos e RX de tórax. Oxigênio 4L/min, AAS 200mg, nitrato SL/IV, meperidina ou morfina + Betabloqueador.

**MONAB:** **M**-Morfina, **O**-Oxigênio, **N**-Nitratos, **A**-AAS, **B**-Betabloqueador

Supra do ST  
BRE novo  
BRE prévio

Iniciar terapia adjunta sem retardar reperfusão.

Tempo do início dos sintomas

$\Delta T < 12h$

Definir a Estratégia de Reperusão

Tem serviço de Hemodinâmica disponível?

Sim

Não

O Serviço realiza > 200  
Angioplastias/ano ou  
profissionais com > 75  
procedimento /ano?

Sim

Não

Possibilidade de realizar a  
Angioplastia com tempo < 90  
min da chegada do paciente à  
Unidade de Emergência?

Sim

Não

Angioplastia Coronária Primária (se uso stent – usar ABCXIMAB) – inibidor da glicoproteína IIB/IIIA

Trombólise

$\Delta T > 12h$

(Seguir para o fluxograma de ECG suspeito para ICO aguda)

Trombólise: TNK – PA  
(Tenecteplase ) metalyse  
(chegar contra-indicações).  
As doses serão adequadas  
ao peso do paciente.

Trombólise

Evidências de Reperusão

Sim

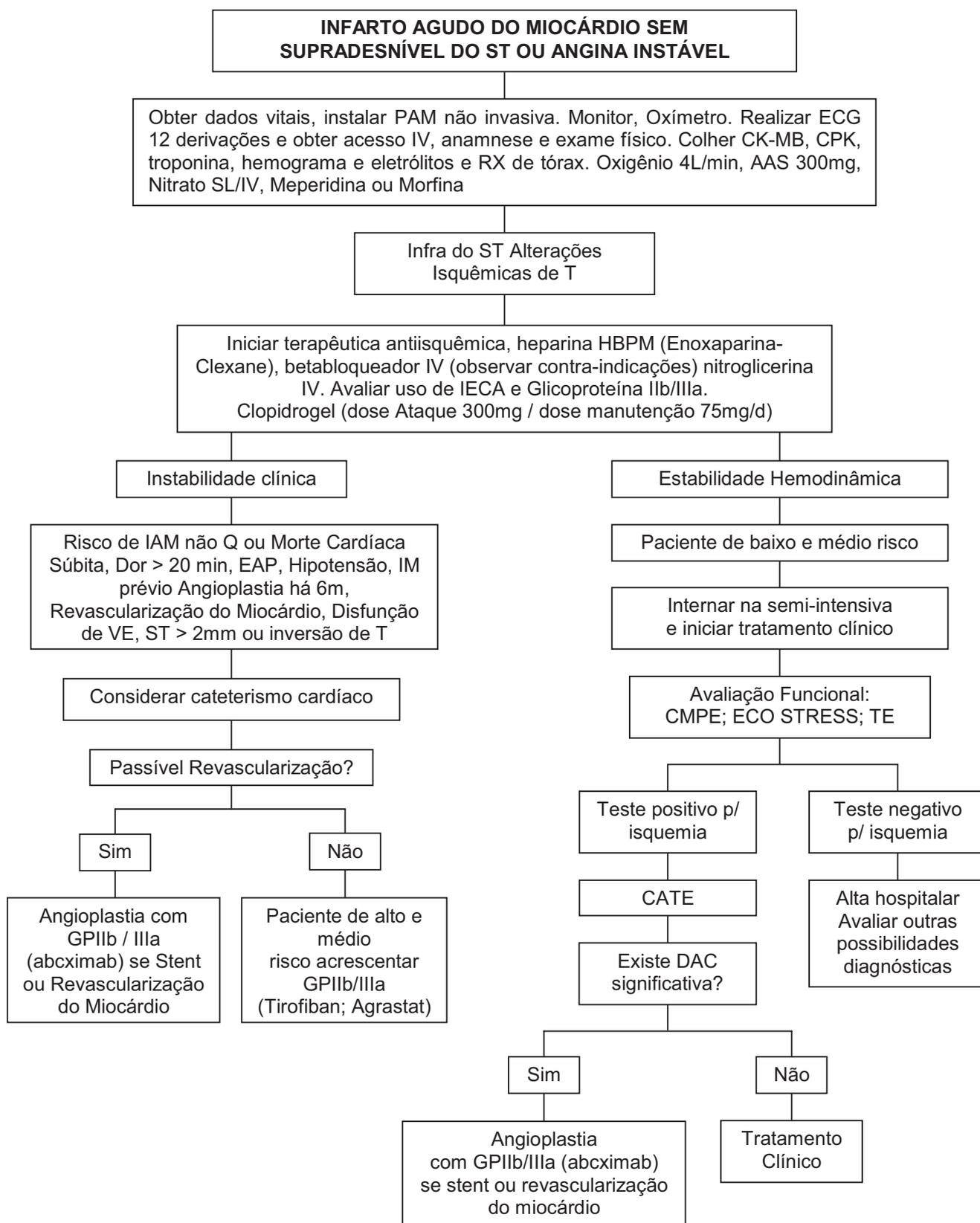
Não

Internar na  
UTI-Cárdio

Angioplastia Coronária de Resgate

## I.A.M SEM SUPRA DE ST

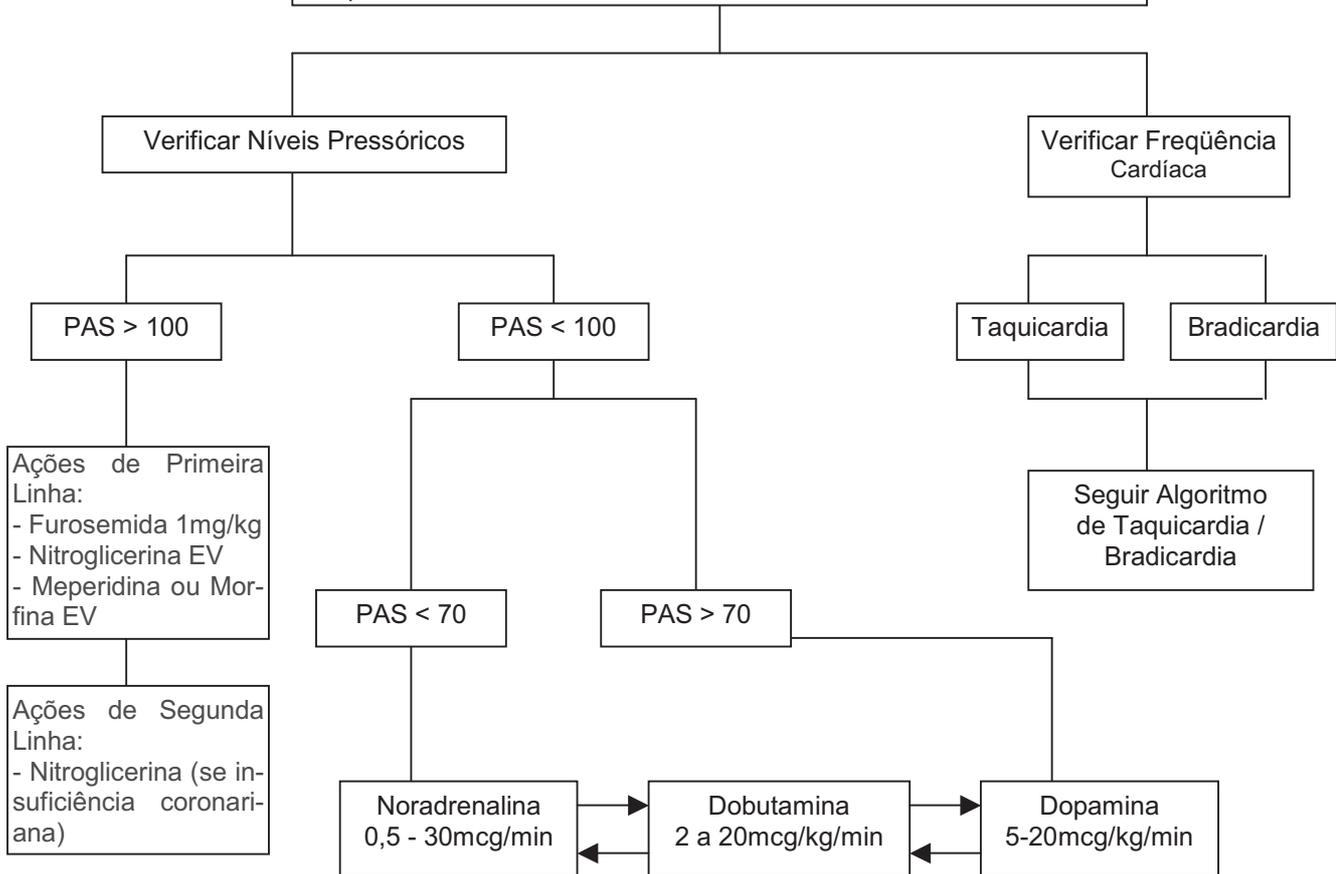
### ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão  
DAC = Doença Arterial Coronária

## EDEMA AGUDO DE PULMÃO

Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio (cateter de O<sub>2</sub>, Máscara de Venturi e intubação se PaO<sub>2</sub> < 60mmHg), se possível, oferecer suporte ventilatório com Pressão Positiva (vide aspectos da ventilação mecânica).  
Obter acesso venoso.  
Monitorização, Oximetria, Obter história clínica, exame físico e exames complementares.

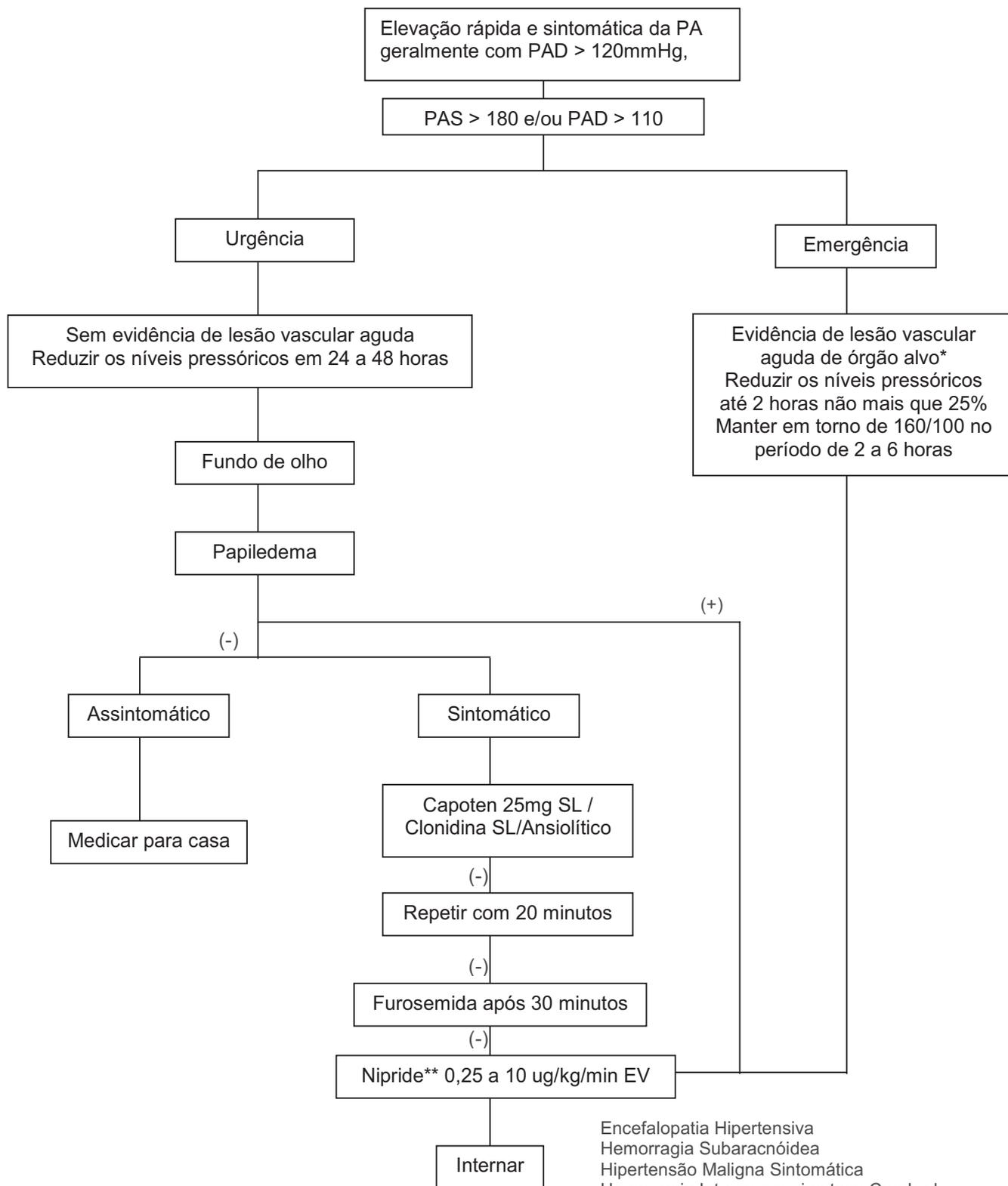


### OBS.:

- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.  
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.  
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP.  
Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.  
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).  
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

### EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
- Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorrespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
- Observar critérios para intubação Orotraqueal.
- Se FA com frequência ventricular elevada usar Cedilanide.

**CRISE HIPERTENSIVA**

Encefalopatia Hipertensiva  
Hemorragia Subaracnóidea  
Hipertensão Maligna Sintomática  
Hemorragia Intraparenquimatosa Cerebral  
Dissecção de Aorta  
Insuficiência Coronariana (ICO)  
Pós-revascularização do Miocárdio  
Crise Feocromocitoma  
Epistaxis Severa  
Eclampsia  
\*\* Em ICO utilizar Nitroglicerina  
( + ) Sim ( - ) Não

**EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:** Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

**URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:** Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

**OBS:** **PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA:** Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgão-alvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

## **EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:**

### **1) H.A.Maligna (Acelerada):**

Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

### **2) Encefalopatia Hipertensiva:**

Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

### **3) Hemorragia Intracerebral:**

Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo.

Intervir quando PAS > 170 mmHg.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

### **4) Hemorragia Subaracnóidea:**

Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmo cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos).

Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

### **5) Dissecção Aguda da Aorta:**

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável.

Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metoprolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

### **6) ICC com EAP:**

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV

Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

### **7) IAM:**

Meta: redução da PAD para 100 mmHg.

Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

### **8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva:**

Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

### **9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD):**

Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado.

Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metoprolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

**10) Eclampsia:**

Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg.

Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

**11) H.A. Perioperatória:**

Meta: redução de 20% - 25% da PAM.

**URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:**

**1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA:**

Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada)

Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora

Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

**2) ICO:**

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

Captopril 25 mg VO ou SL.

**3) ICC:**

Tratamento: Diuréticos, IECA,

Furosemide 40 a 80 mg EV

Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

**4) ANEURISMA DE AORTA:**

Tratamento: Betabloqueador, IECA.

Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

**5) AVCI NÃO COMPLICADO:**

Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg.

Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

**6) CRISES RENAI:**

Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA).

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

**7) PERIOPERATÓRIO:**

Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

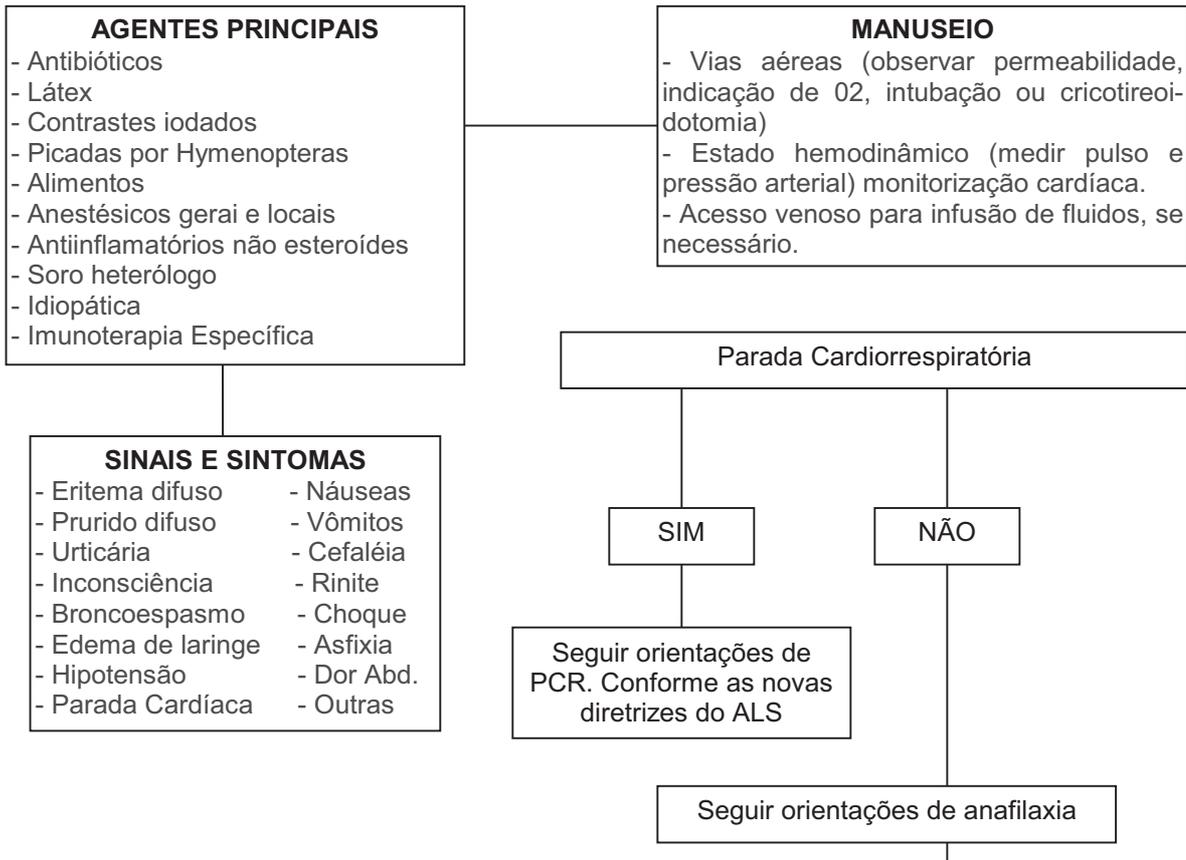
**8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS:**

Tratamento: IECA, Clonidina.

Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO

Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

## ANAFILAXIA



- **Adrenalina** ( preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa ( 1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.01 ml/kg ( 10µg/kg ) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.

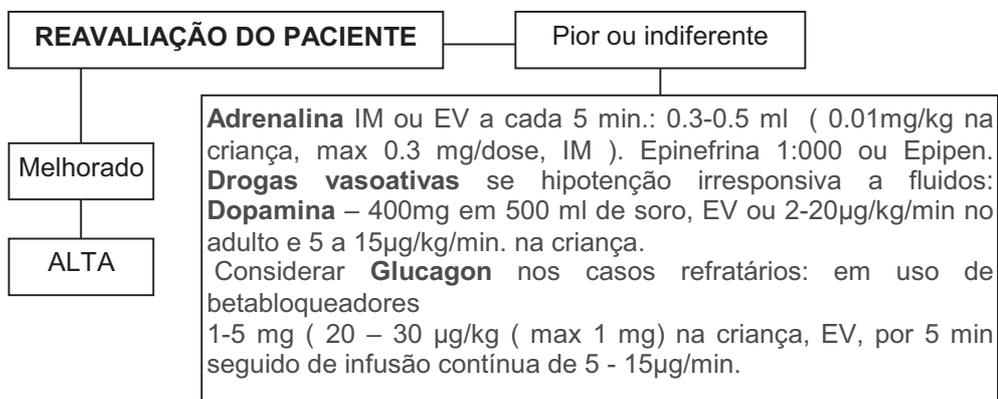
- **Anti-histamínicos:** manifestações clínicas de menor gravidade, como urticária e angioedema.  
Preferência aos de primeira geração:

- **Dexclorfeniramina** na dose de 0.08mg/kg

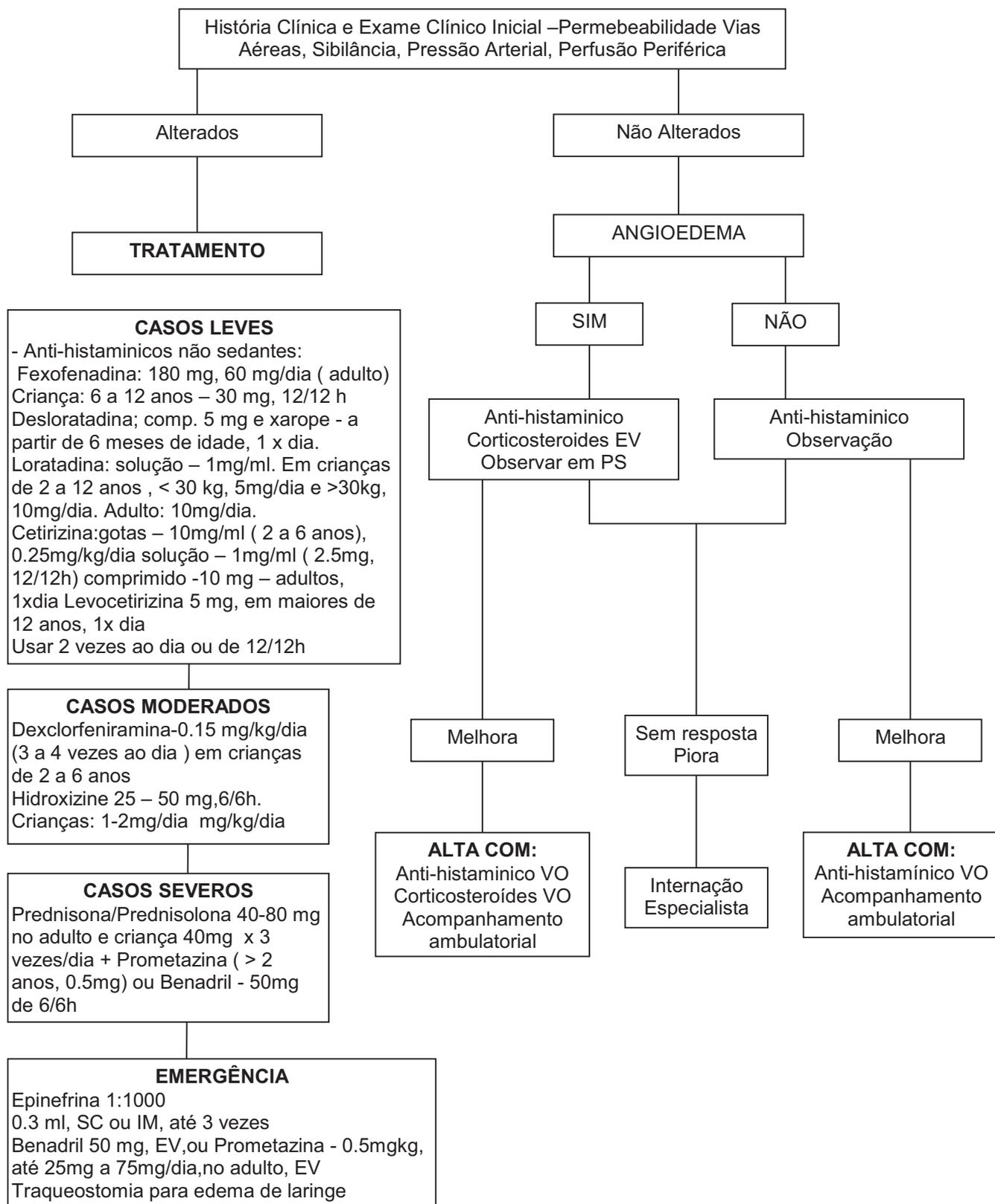
- **Prometazina** na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.

- **Corticosteróides:** usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.  
**Hidrocortisona:** na dose de 5 -10 mg/kg ou a **Metiprednisolona** na dose de 1 – 2 mg/kg.

- **Broncodilatadores e oxigenoterapia** (se necessário)



## URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



**ASMA****CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:**

<b>ACHADO *</b>	<b>LEVE/MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MUITO GRAVE</b>
<b>Pico de fluxo</b> (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
<b>Gerais</b>	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
<b>Dispnéia</b>	Ausente/leve	Moderada	Grave
<b>Fala</b>	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
<b>Estado mental</b>	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
<b>Musculatura acessória</b>	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
<b>Sibilos</b>	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
<b>Frequência Respiratória</b> (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
<b>Frequência Cardíaca</b> (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
<b>SaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
<b>PaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
<b>PaCO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

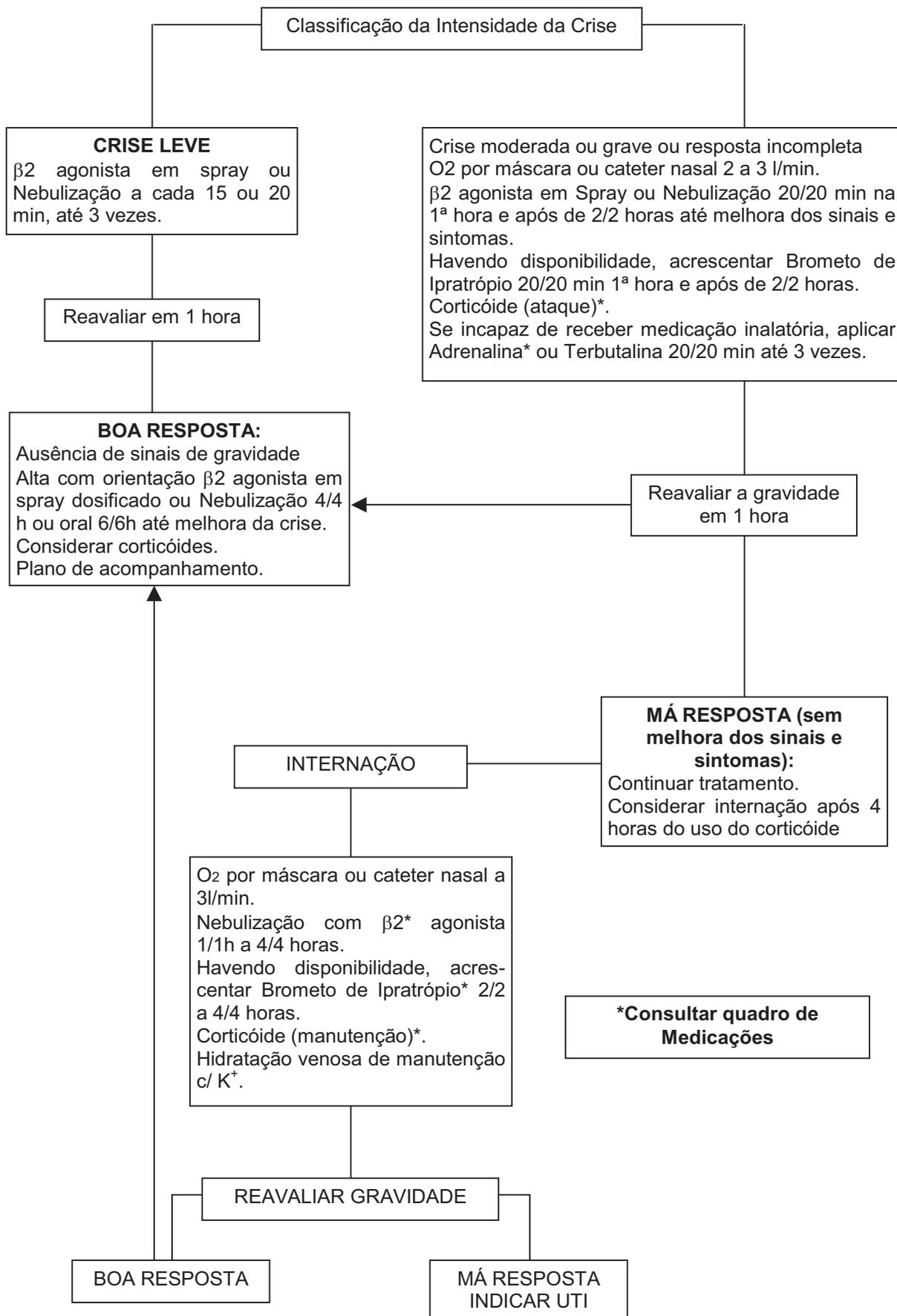
\*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

\*\*FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;  
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm  
> 8 anos = adulto

**Exames complementares:**

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub> ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β<sub>2</sub> agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

## MANEJO DA CRISE DE ASMA



**INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:**

PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg

PO<sub>2</sub> < 60 mmHg

Saturação O<sub>2</sub> < 90 mmHg em FiO<sub>2</sub> > 60 %

Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência

Pico de fluxo < 30% do basal

Acidose metabólica

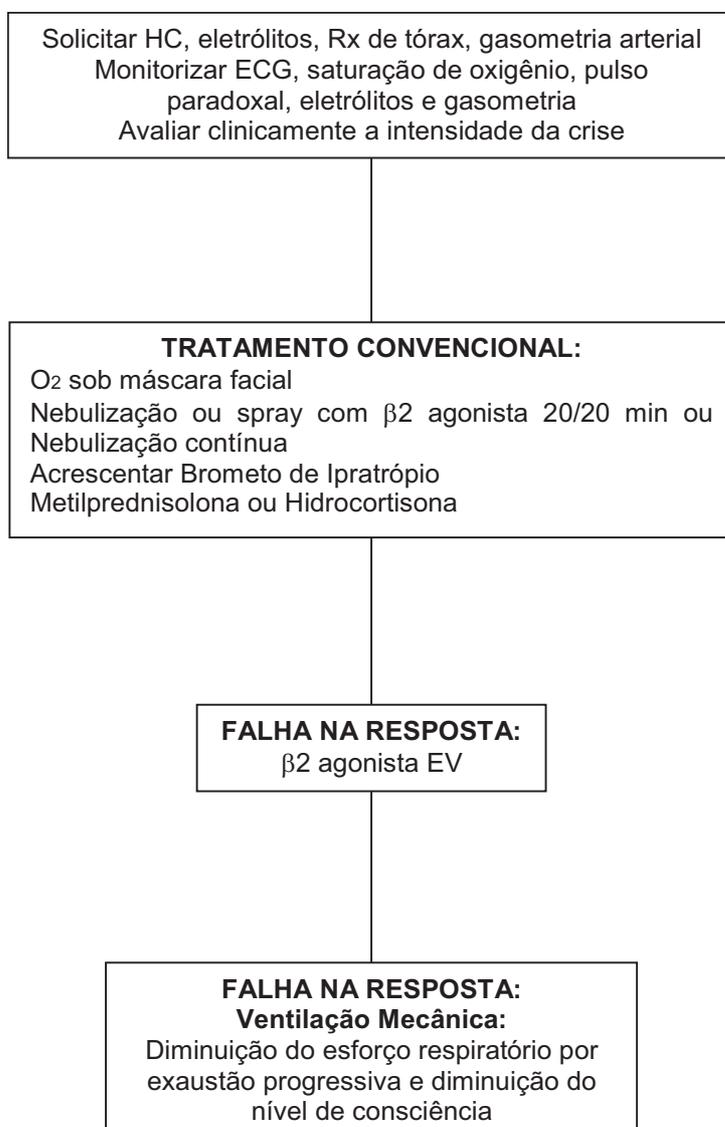
Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)

Pneumotórax/ Pneumomediastino

Alteração do ECG

**NA UTI:**

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



**Características de pacientes asmáticos de alto risco:**

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;  
 Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;  
 Crise grave prévia, necessitando de intubação;  
 Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês  
 Problemas psicossociais (ex: depressão);  
 Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;  
 Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);  
 Má percepção do grau de obstrução.

**Recomendações Importantes:**

Utilizar O<sub>2</sub> a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β<sub>2</sub> agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β<sub>2</sub> agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

**MEDICAÇÕES DA ASMA:**

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
<b>β<sub>2</sub>-agonista:</b> Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
<b>Nebulizador de jato:</b> Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O <sub>2</sub> 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
<b>Solução</b>	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
<b>Comprimido</b>	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
<b>Endovenoso</b>	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
<b>Anti-colinérgico:</b> Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

<b>Corticóides Sistêmicos</b> <b>Hidrocortisona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
<b>Metilprednisolona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
<b>Prednisona ou Prednisolona</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
<b>Aminofilina (amp. 24mg/ml)</b> Dose de Ataque  Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h  10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais).  Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
<b>Adrenalina (1:1000) SC ou IM</b>	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

\*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO<sub>2</sub> ( dose máxima 8 mcg/Kg/min).  
Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO<sub>2</sub> > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão.  
Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO<sub>2</sub> < 40 mmHg.  
Reintroduzir β<sub>2</sub> agonista sob nebulização.

\*\* Ajustar de acordo com a resposta e FC

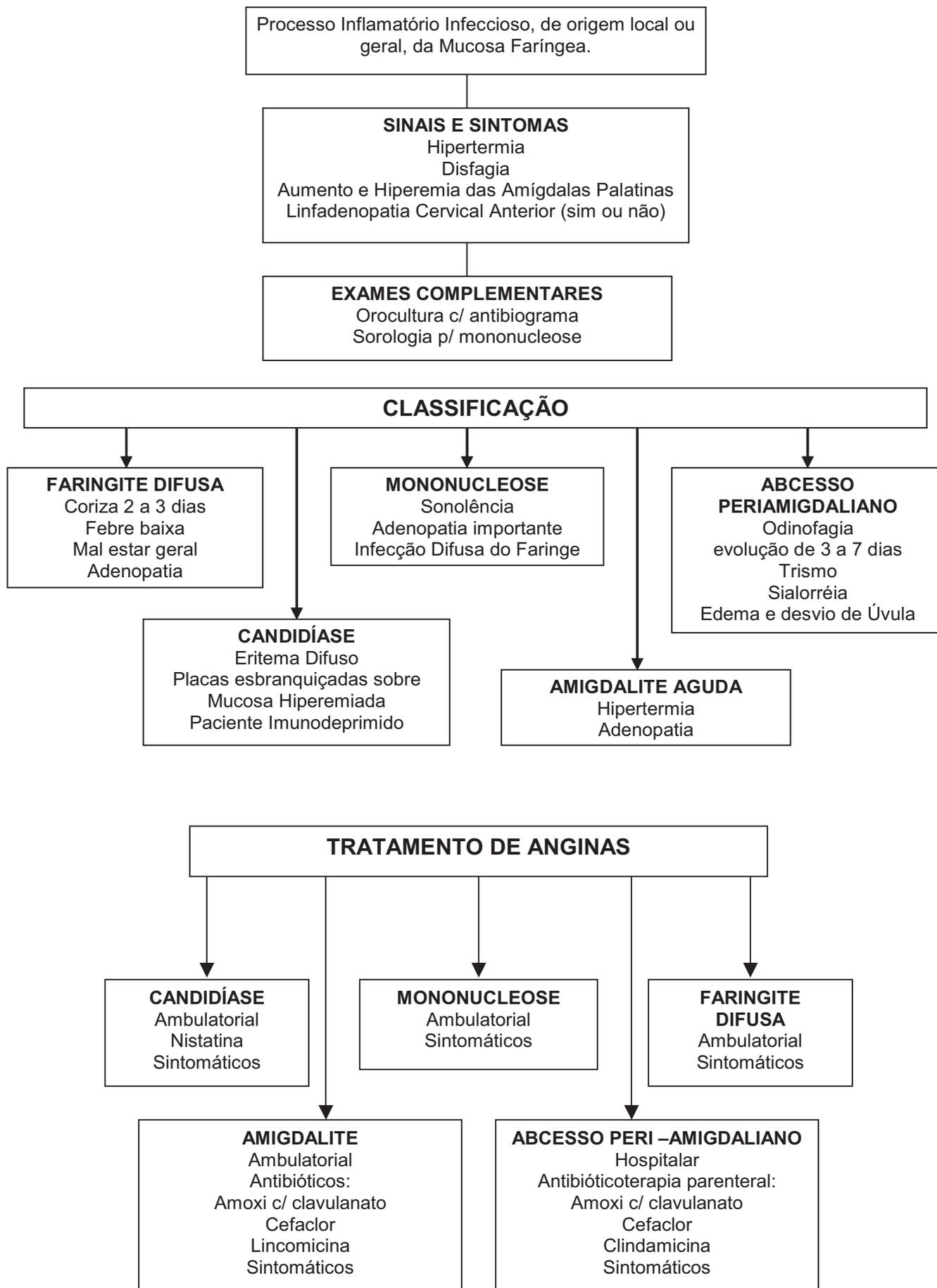
Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

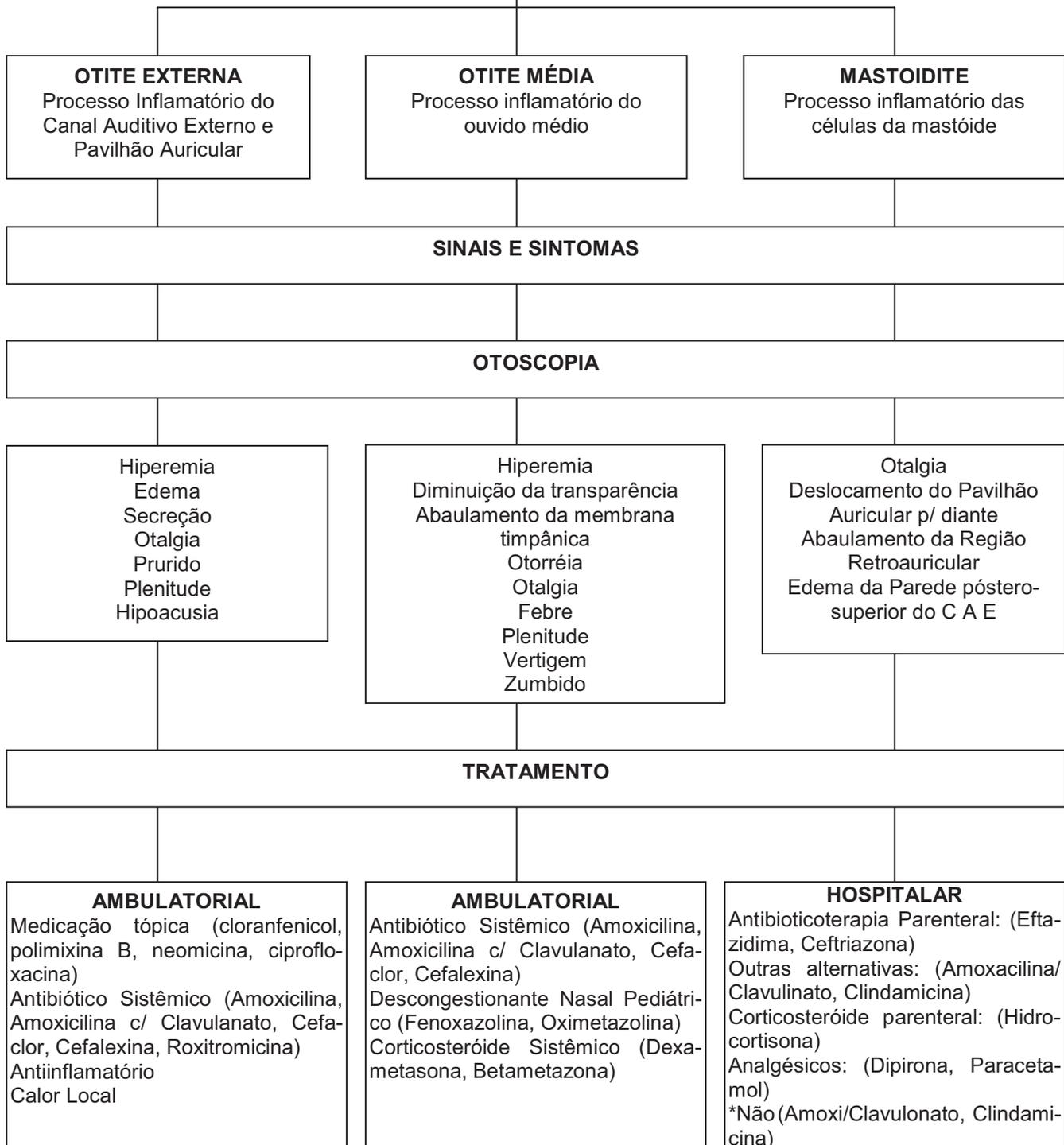
#### Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

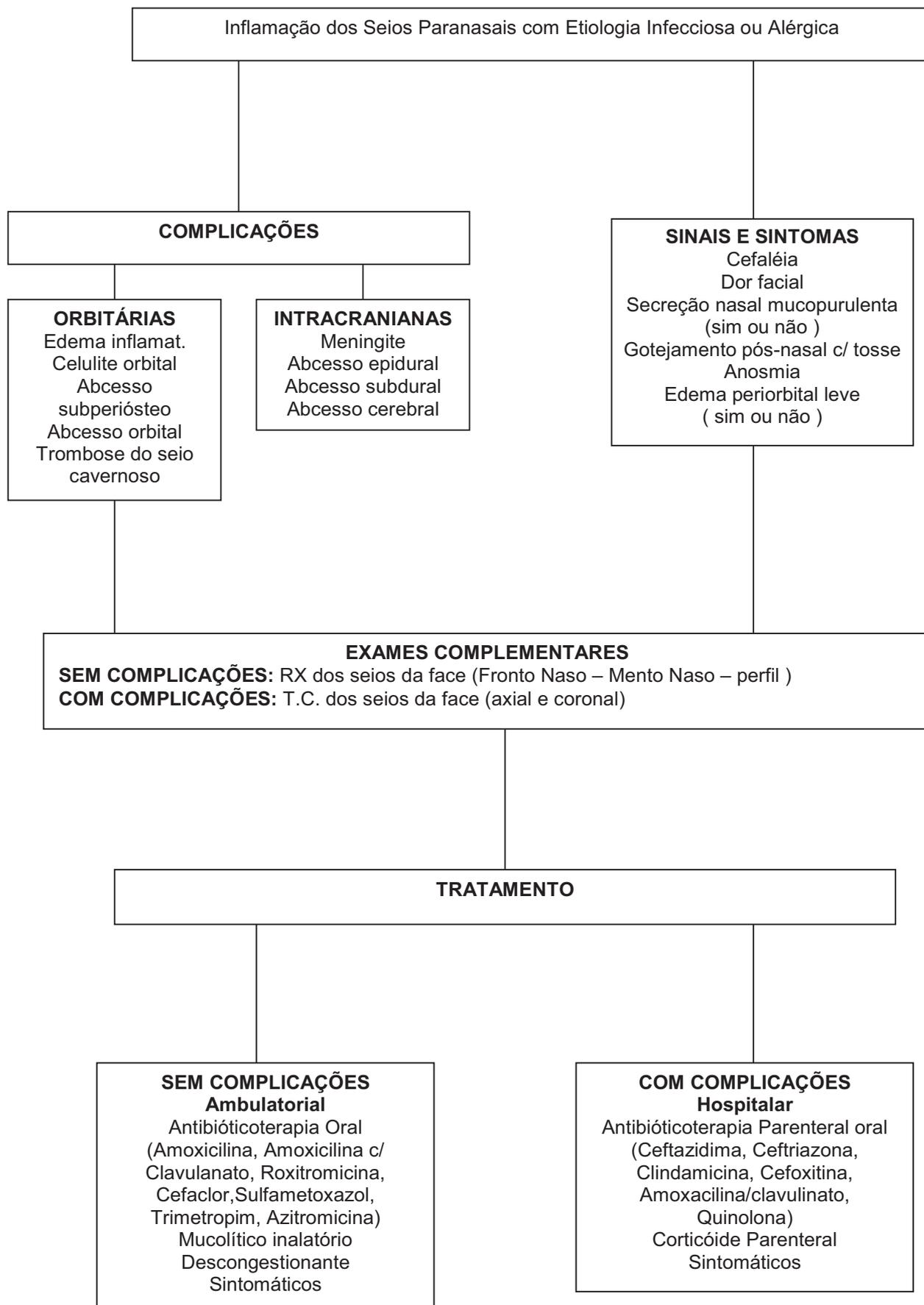
- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

**“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”**

## ANGINAS



**OTALGIAS**

**SINUSITE**

## SURDEZ SÚBITA

### FATORES PREDISPOONENTES

Barotraumas  
Anestesia Geral  
Doenças Vestibulares  
Gravidez  
Virose  
Distúrbios Endocrinológicos  
Distúrbios Hematogênicos  
Esforço físico  
Doenças do Colágeno  
Manobra de Valsalva  
Espirros Violentos

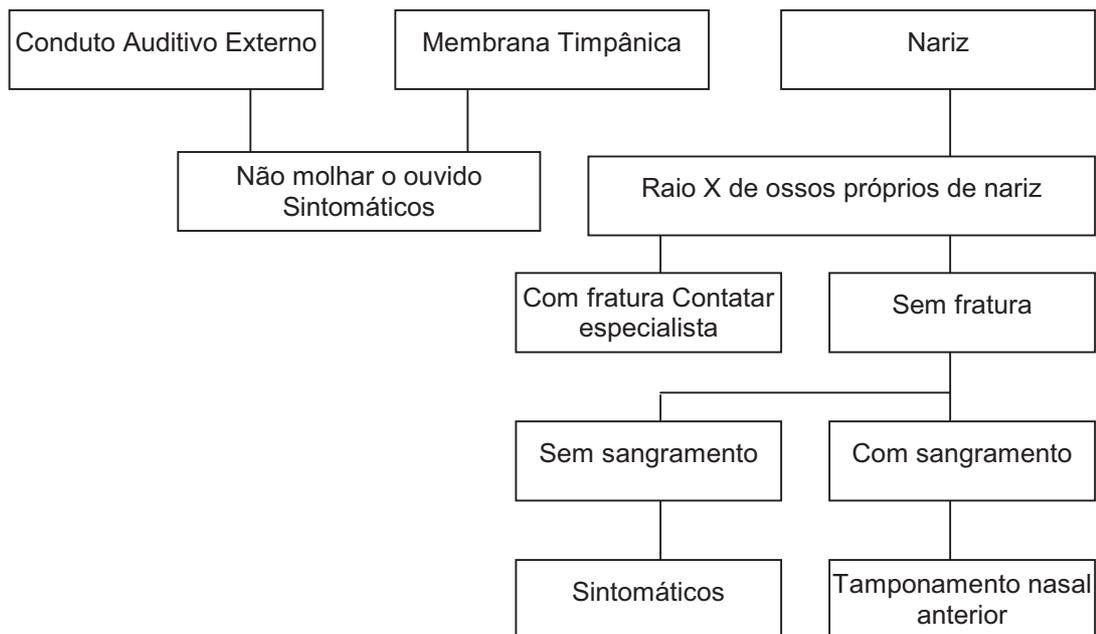
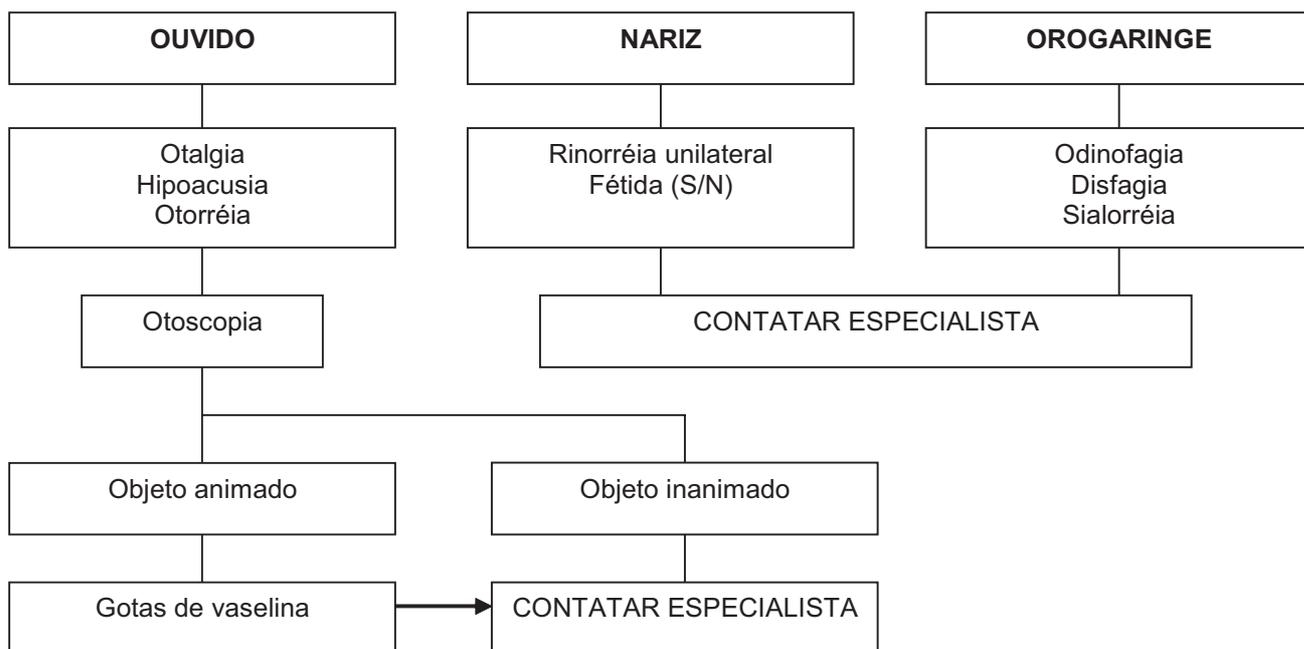
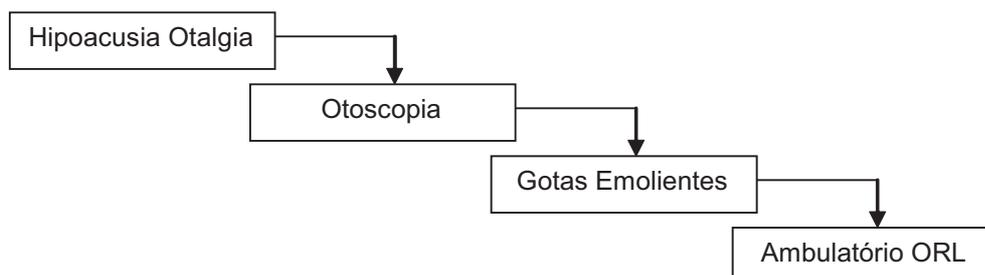
### EXAMES LABORATORIAIS

Audiometria + impedânciometria  
Avaliação Hematológica  
Reações Sorológicas  
Lipidograma  
Curva Glicêmica  
TC de Crânio  
RM de Meato Acústico Interno

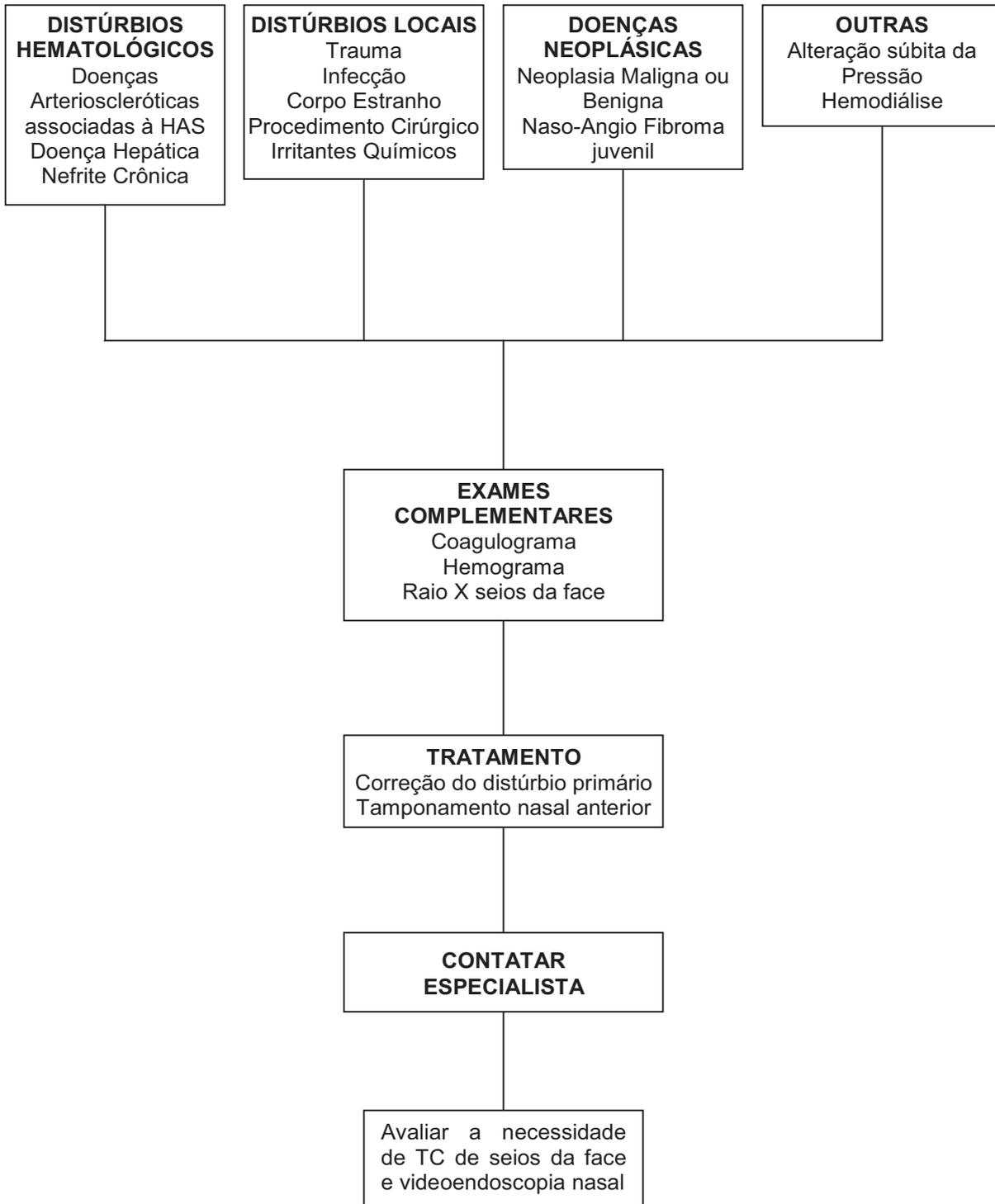
### TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h  
Prednisolona 1mg/kg/dia  
Aciclovir 200mg 4/4h  
Vasodilatador  
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)  
Corticosteróide  
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)  
Dextran40  
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)  
Tratamento de causas especificamente identificadas

### INTERNAMENTO

**TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA****CORPO ESTRANHO****ROLHA CERUMINOSA**

## EPISTAXE



**OBS.:**

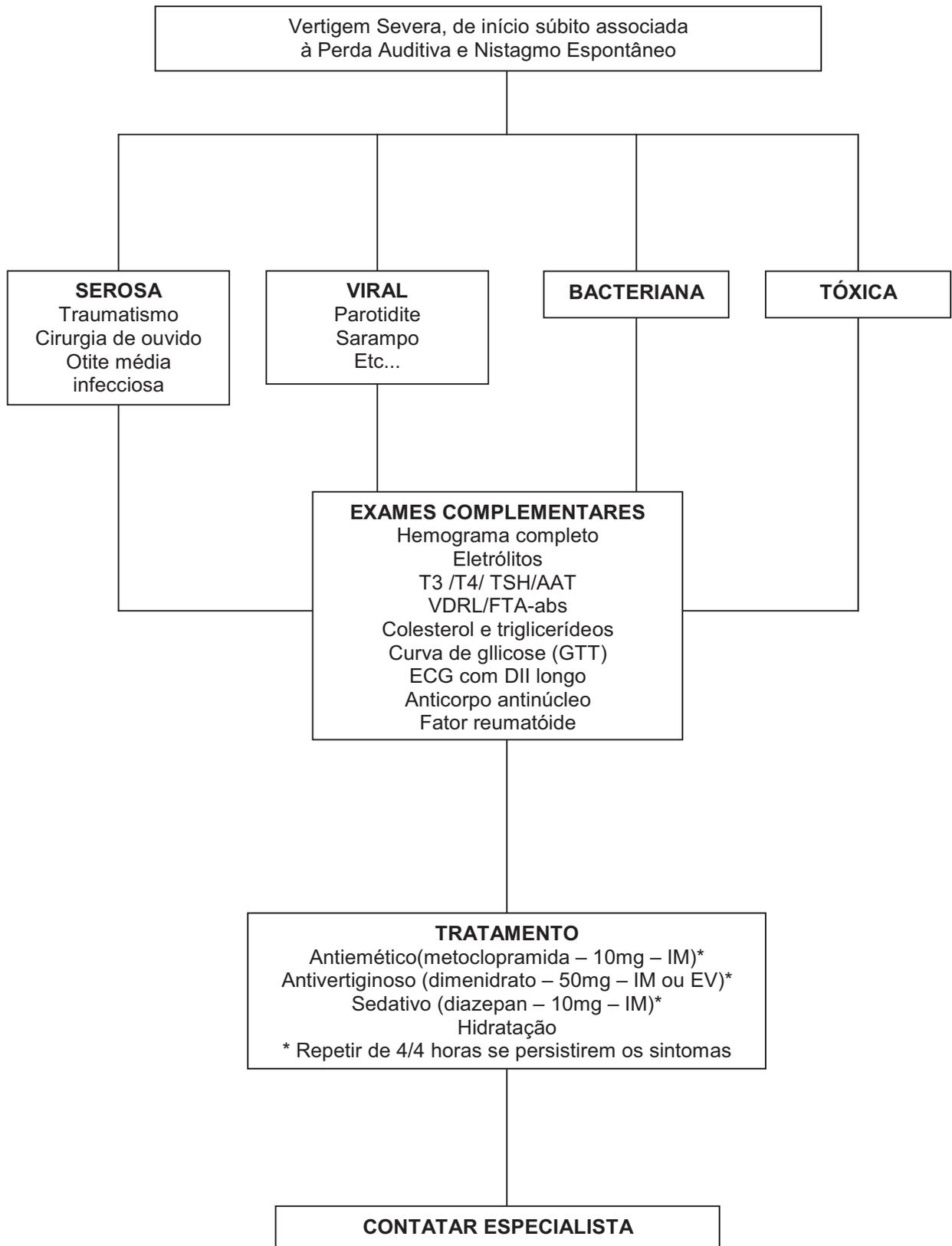
**Tamponamento Nasal Anterior.**

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

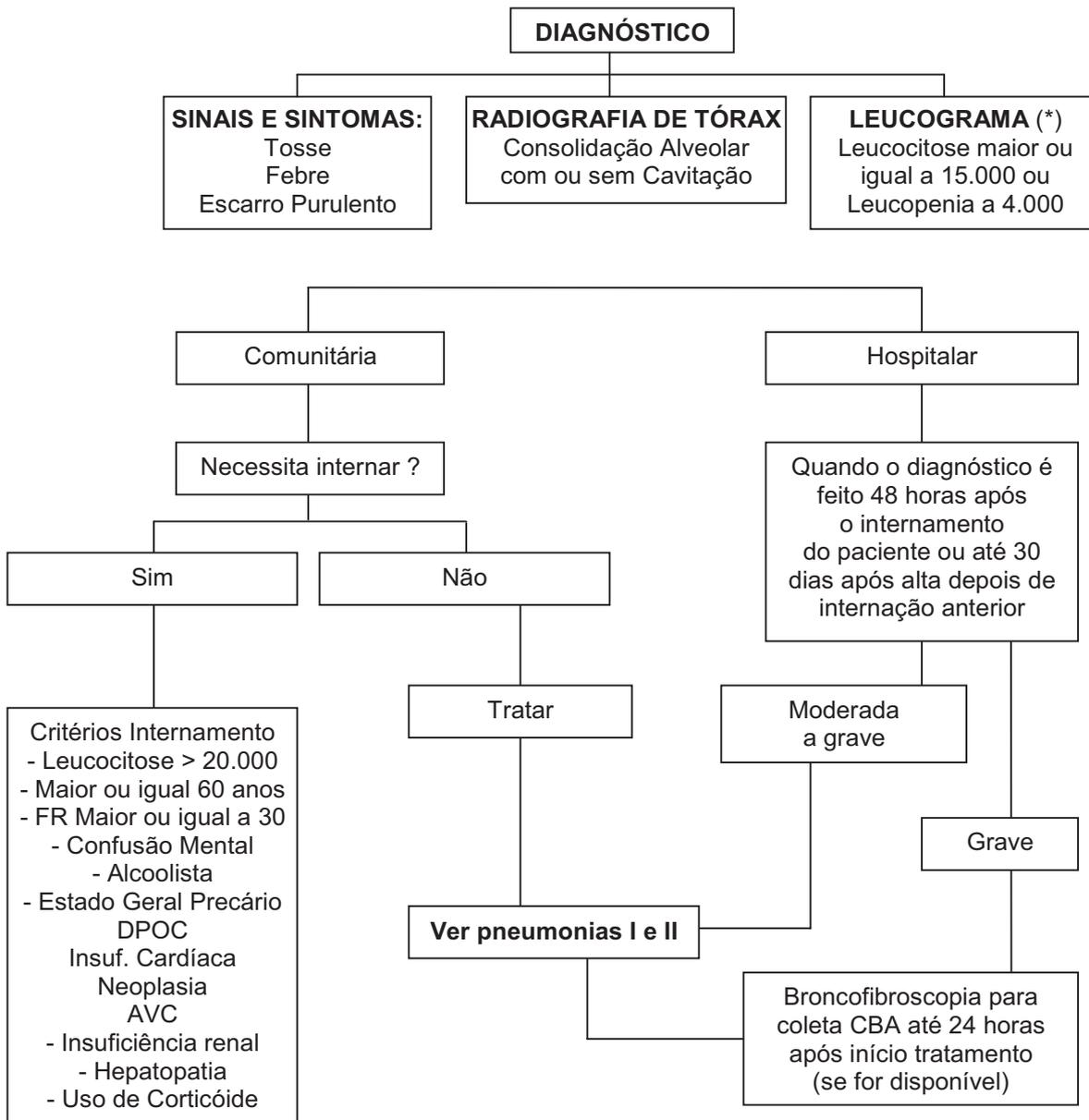
**Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)**

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades – C. Cirúrgico)

## LABIRINTITE AGUDA

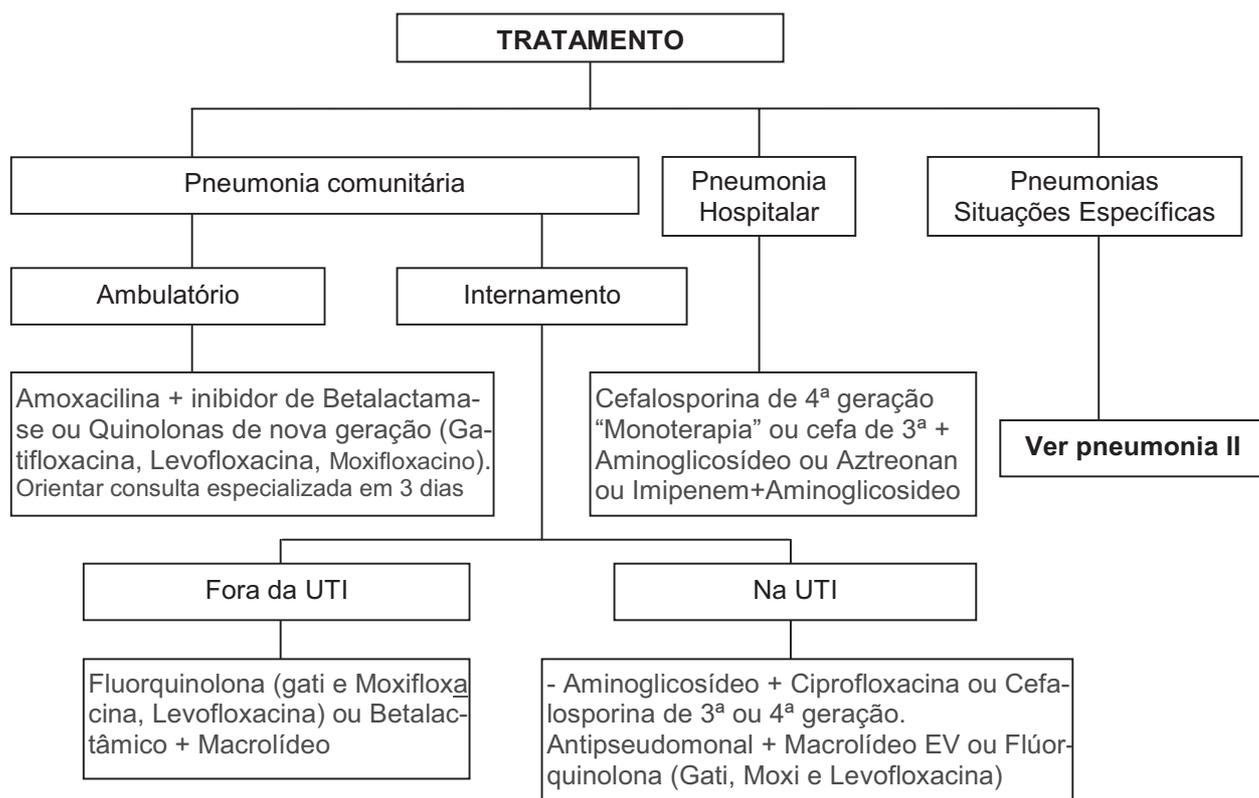
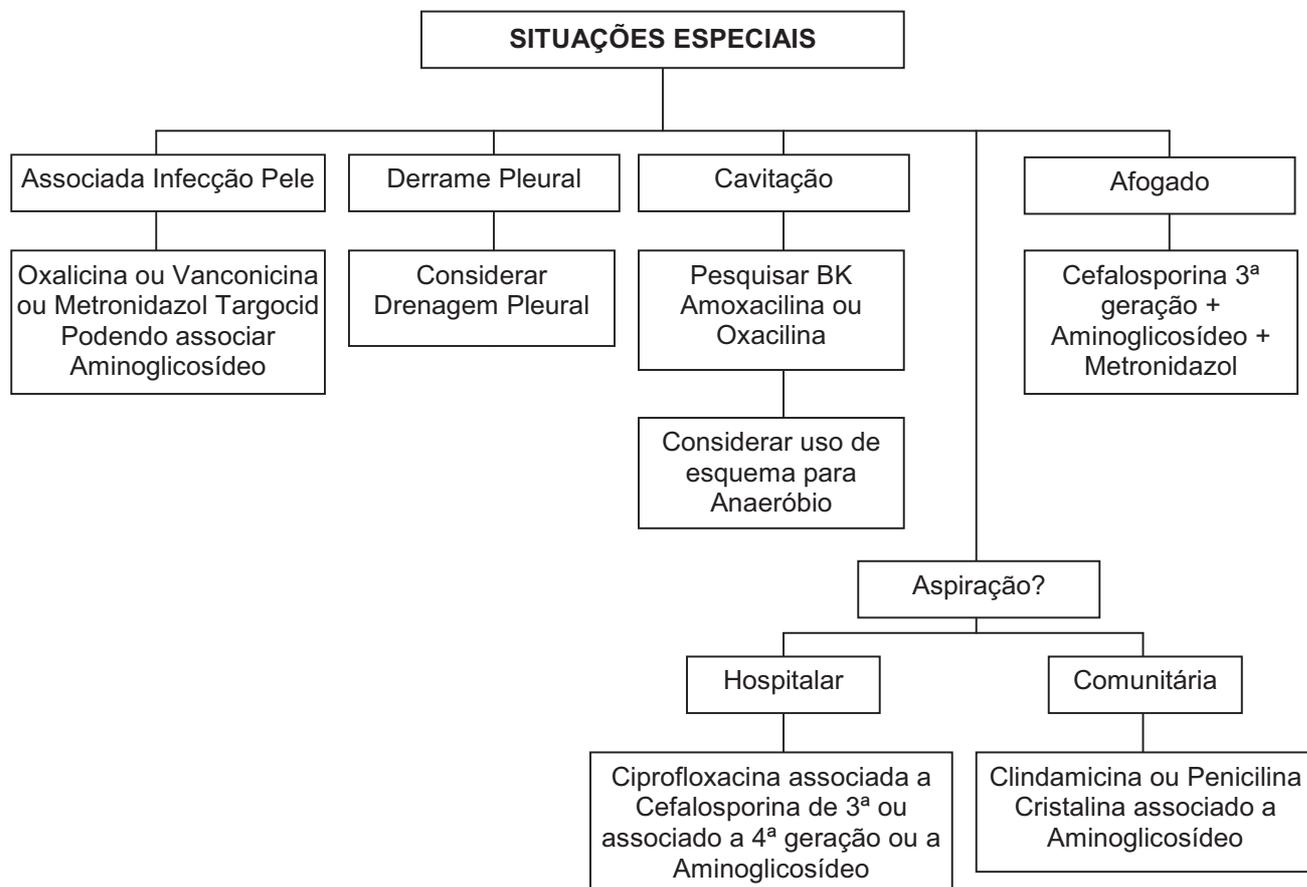


## PNEUMONIAS (PN)

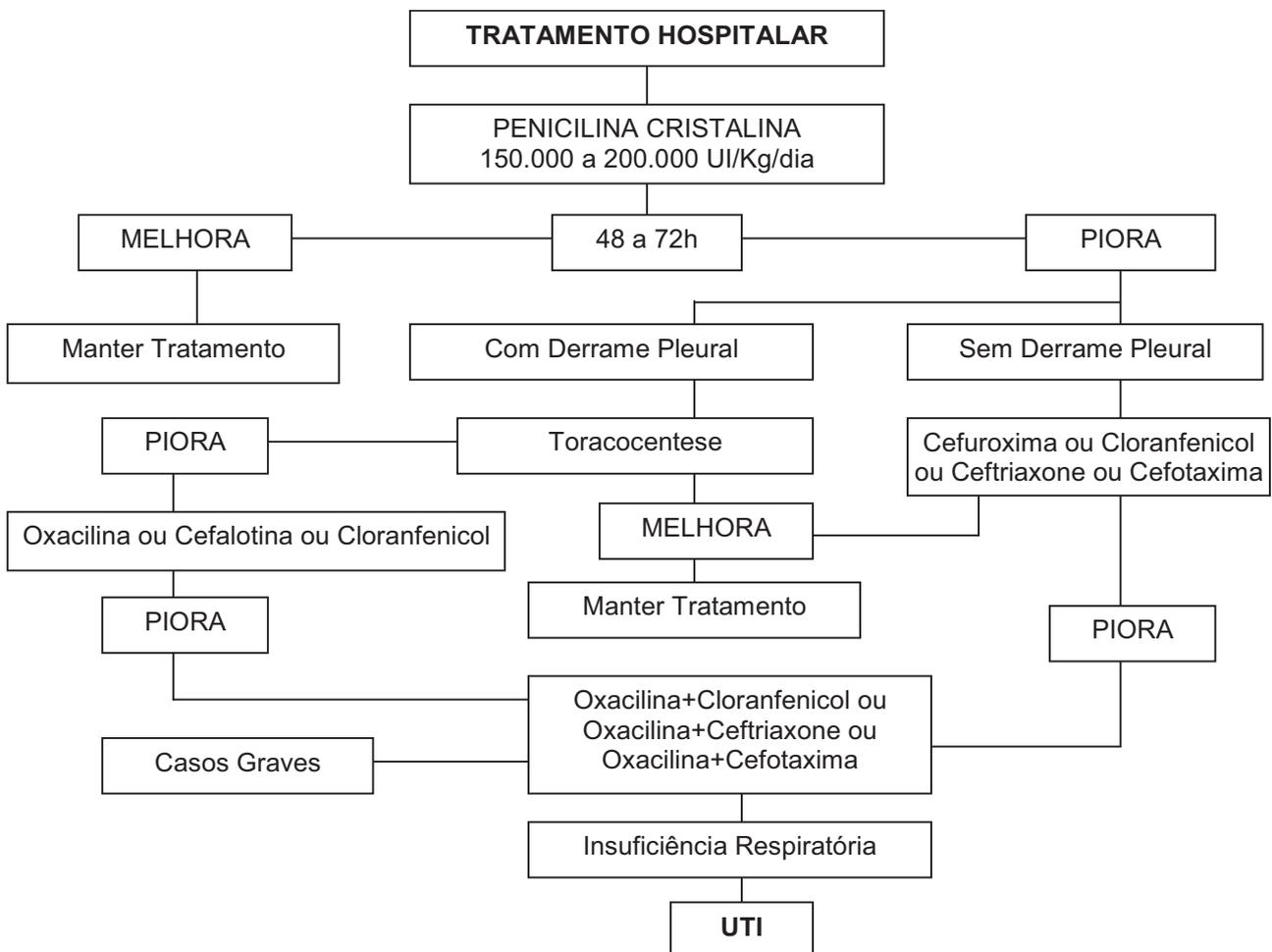
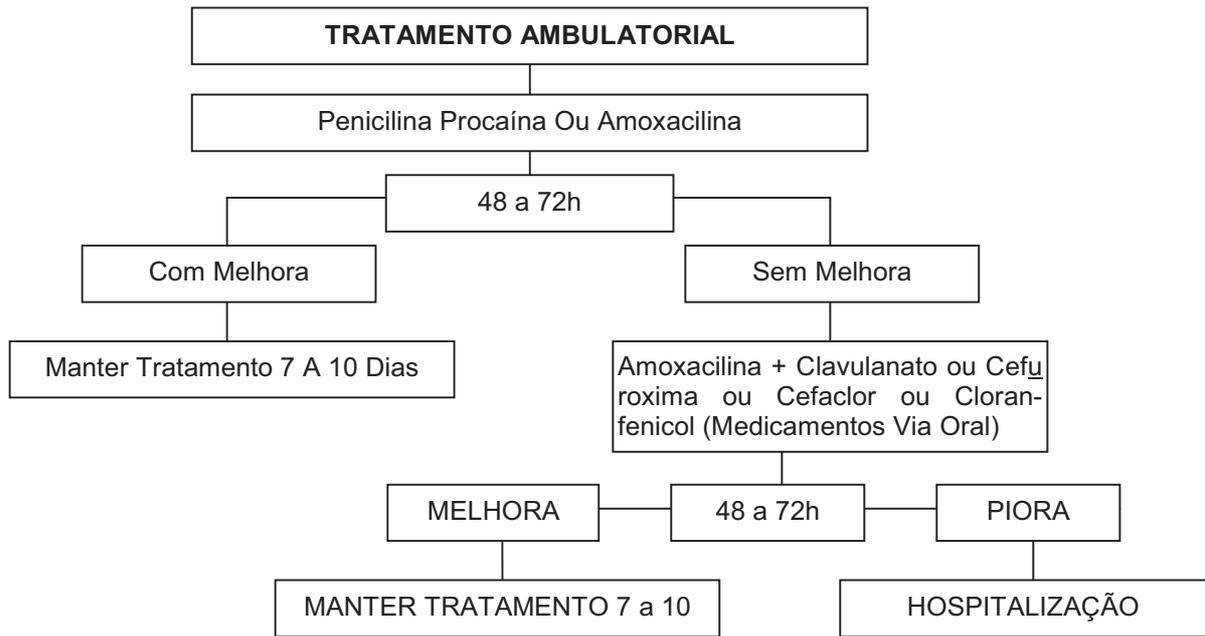


\*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

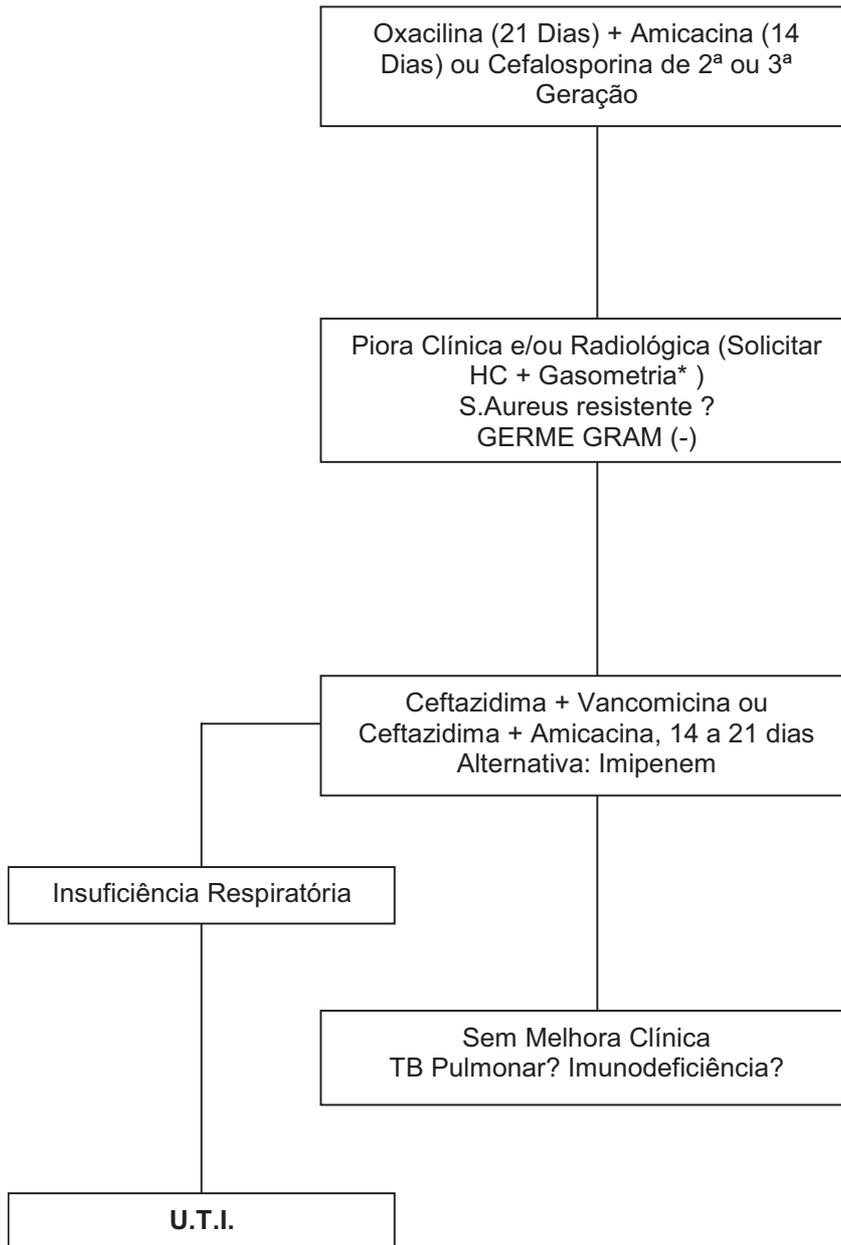
A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

**PNEUMONIAS - I****PNEUMONIAS - II**

## PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

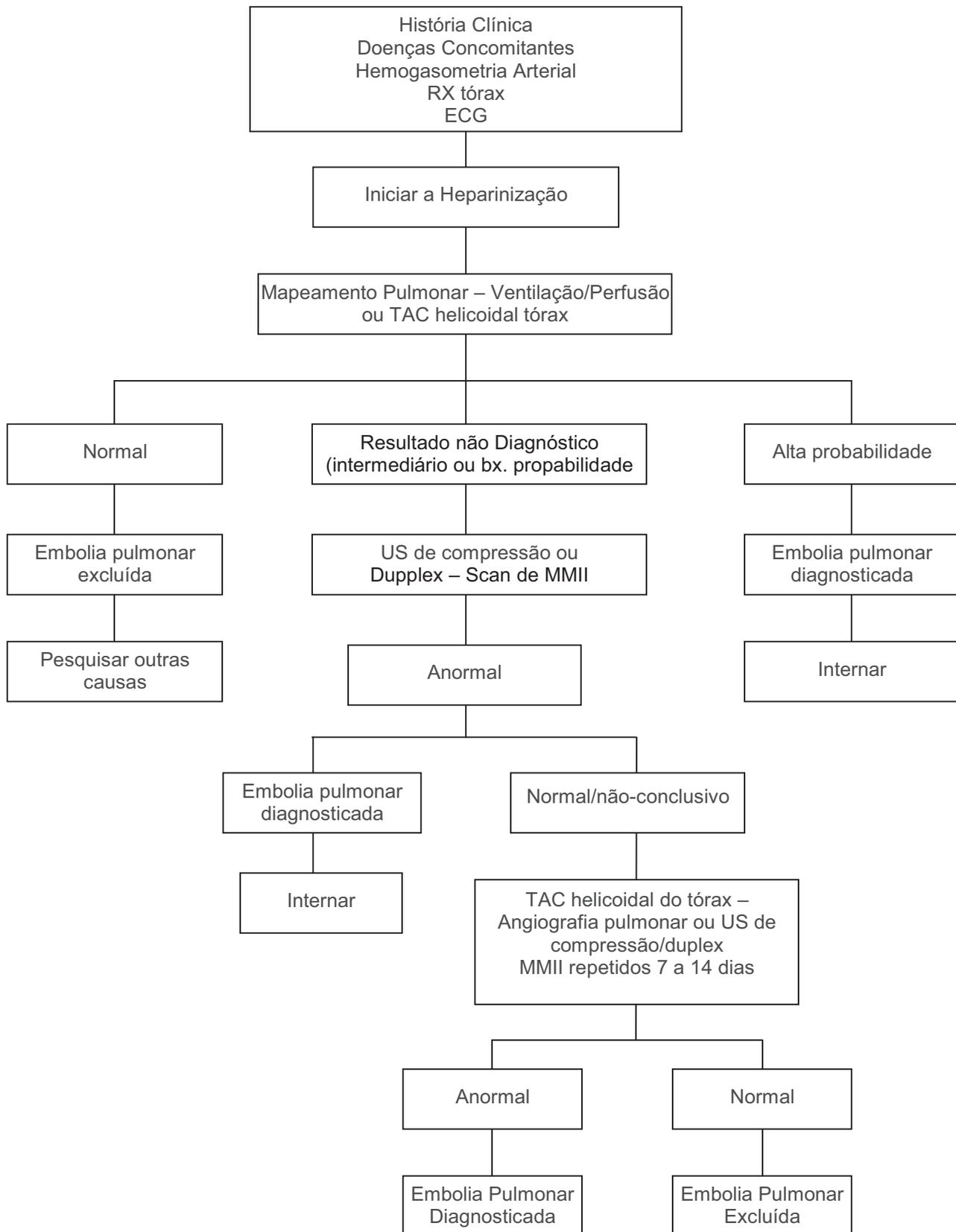


## PNEUMONIA HOSPITALAR

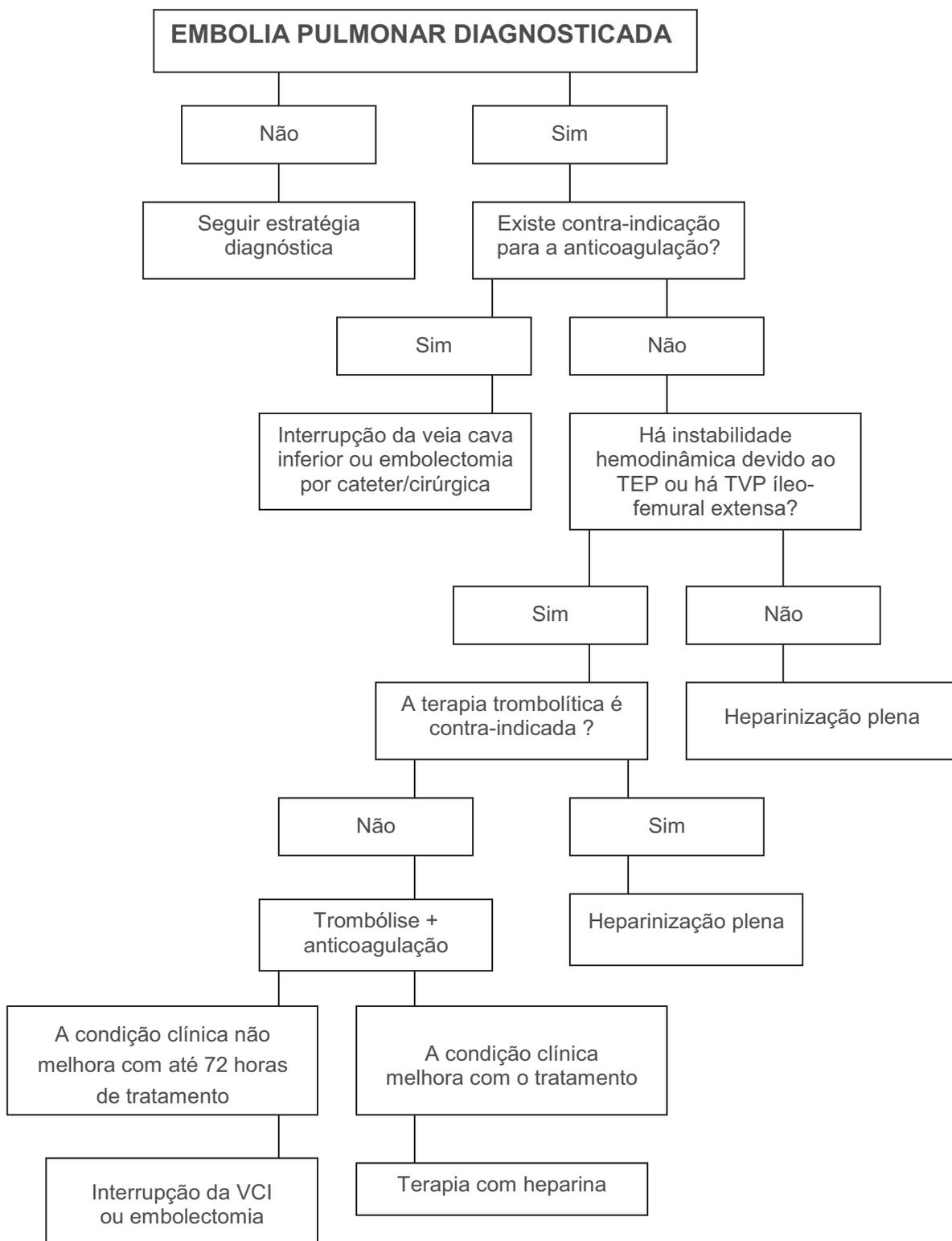


\* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

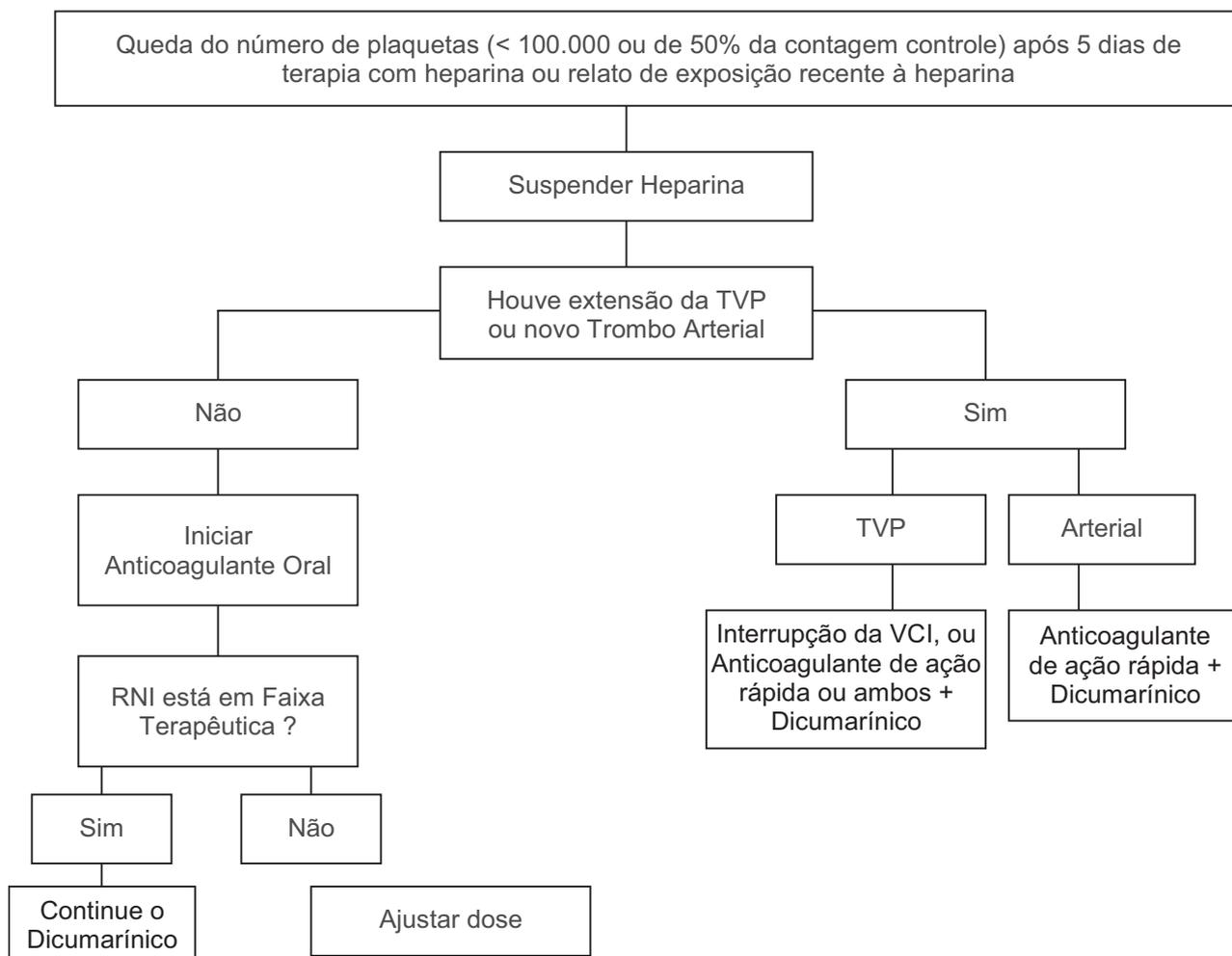
## EMBOLIA PULMONAR SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



## TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



## MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



### TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

#### OBS.:

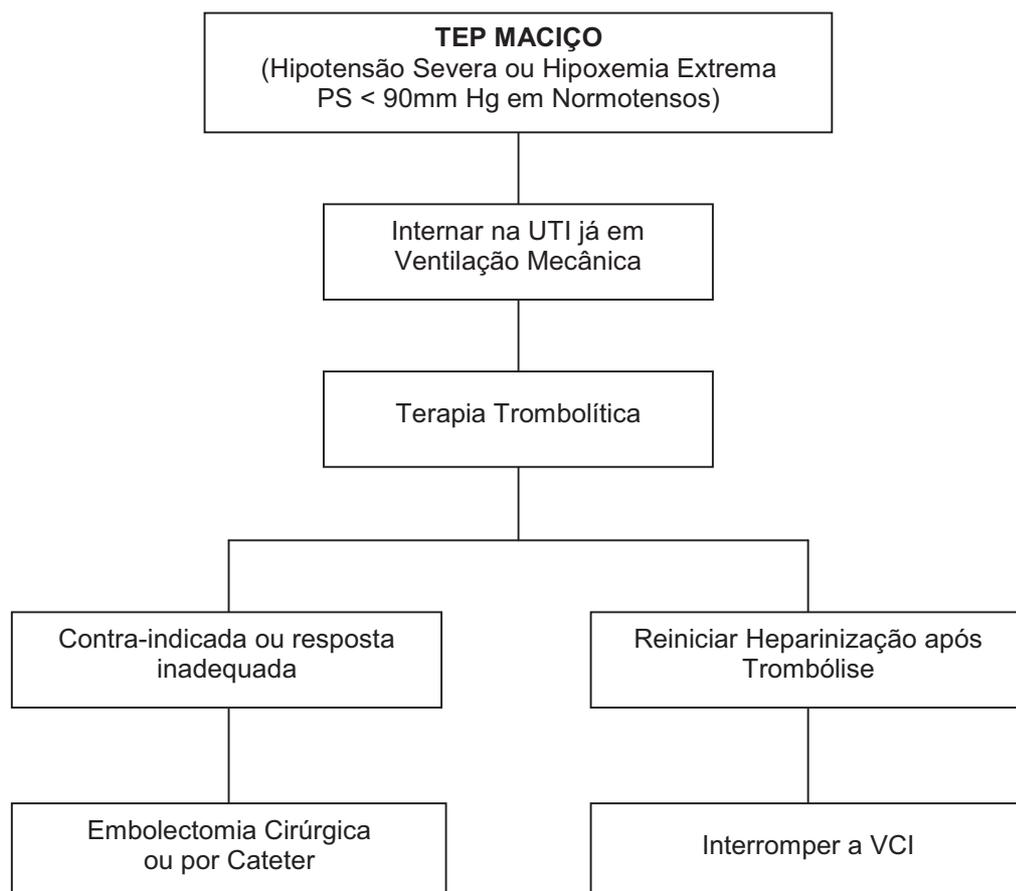
1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

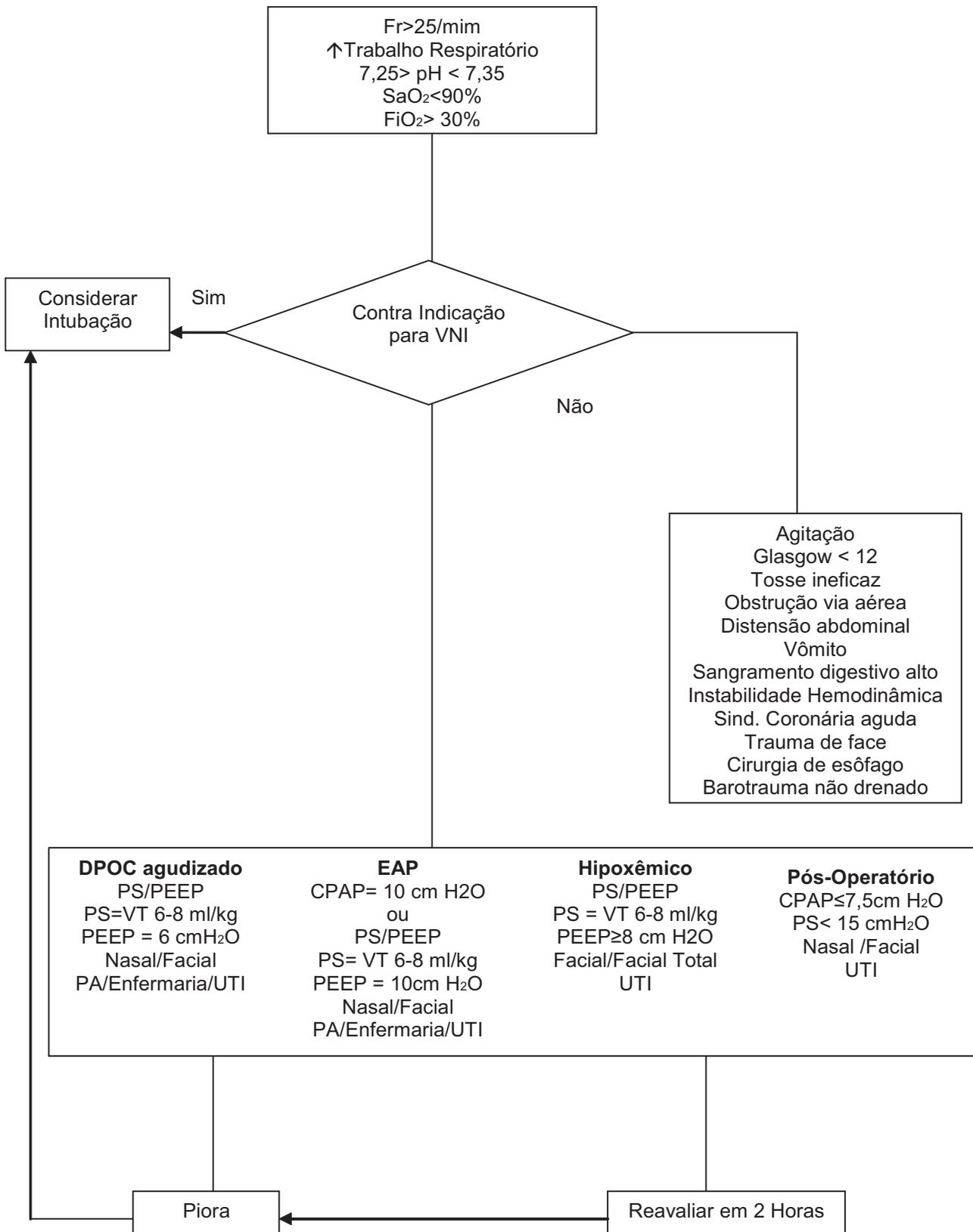
5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

**ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)****PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA**

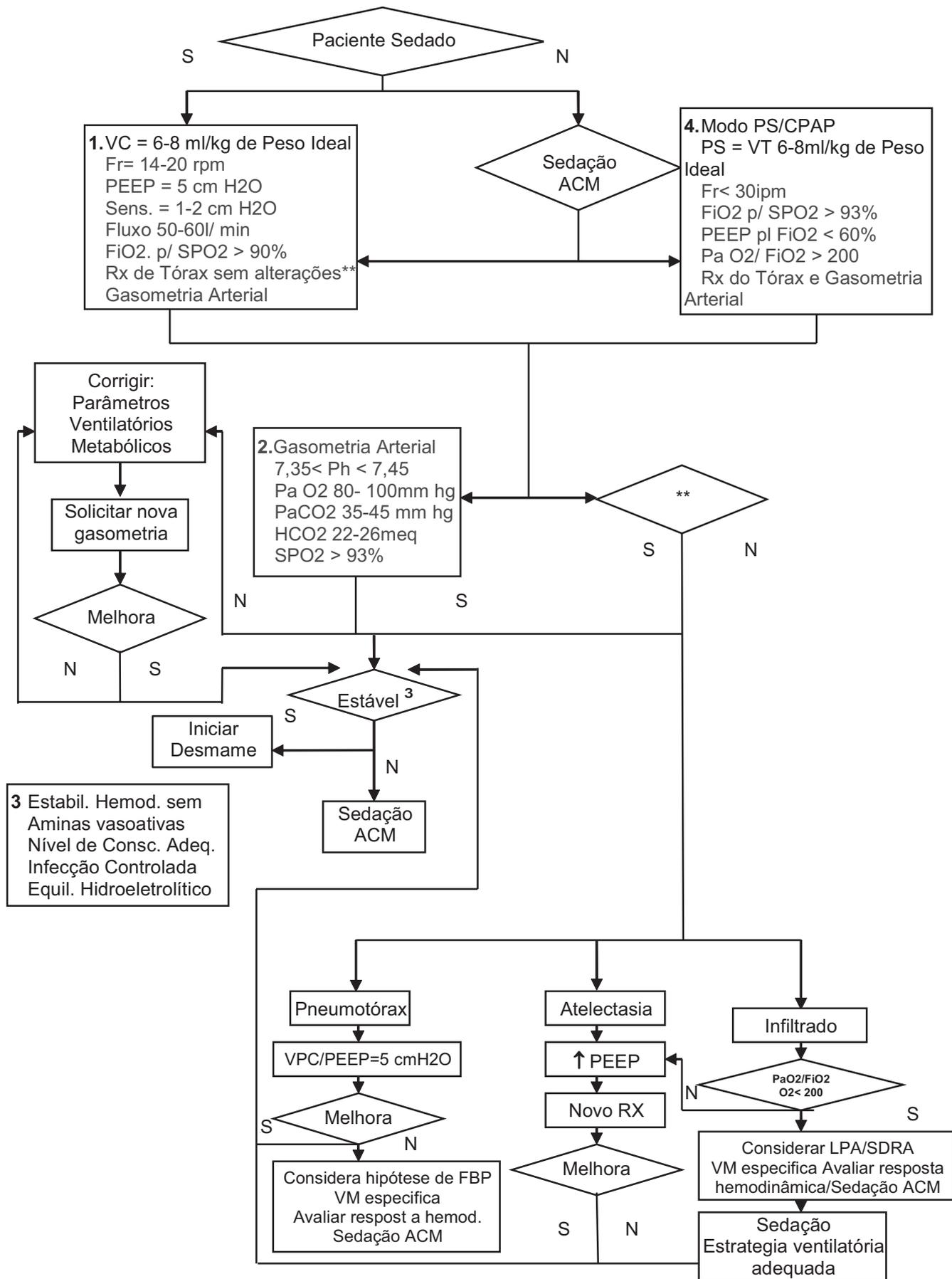
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)  
Dose 80mg Kg IV bolus

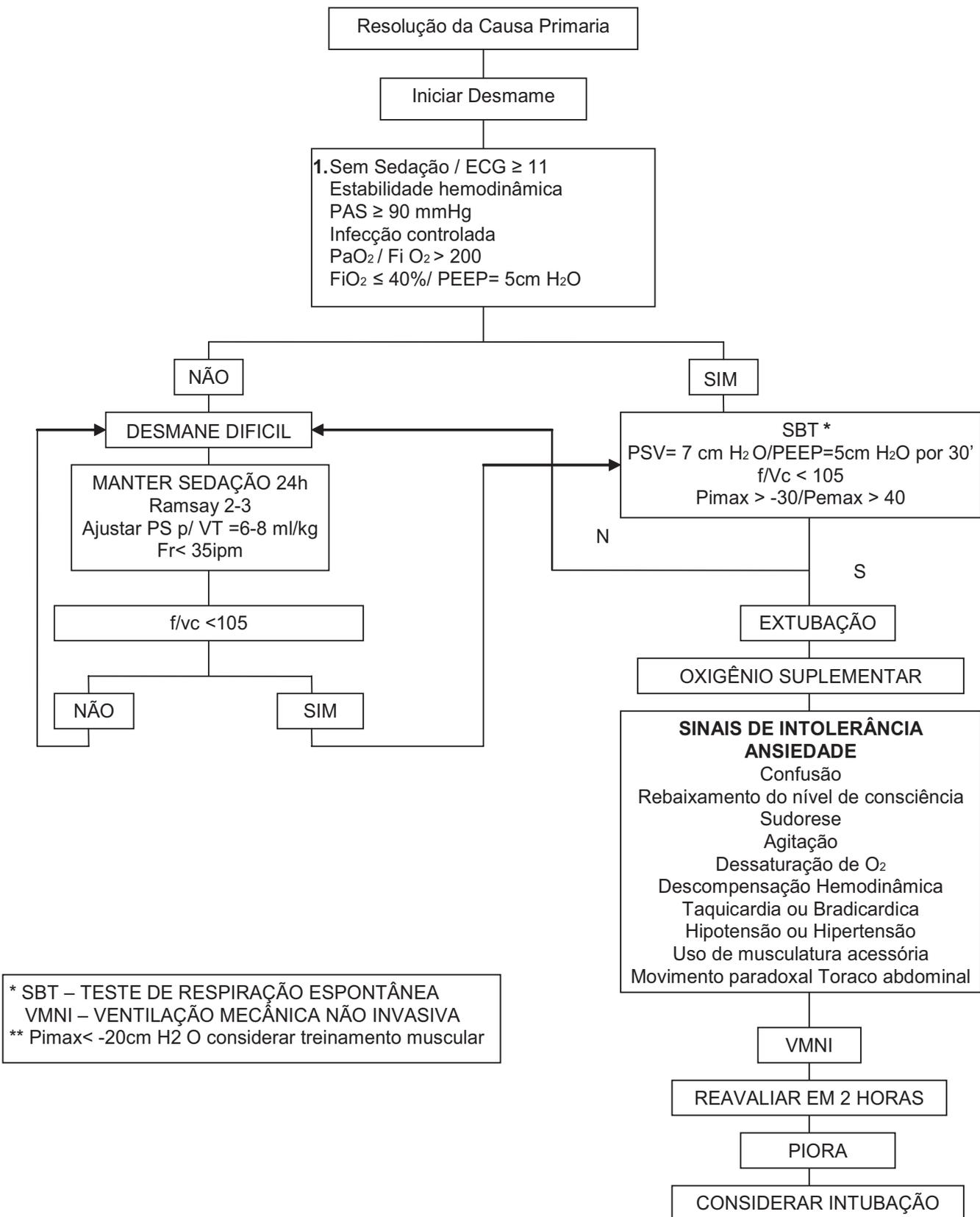
## ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



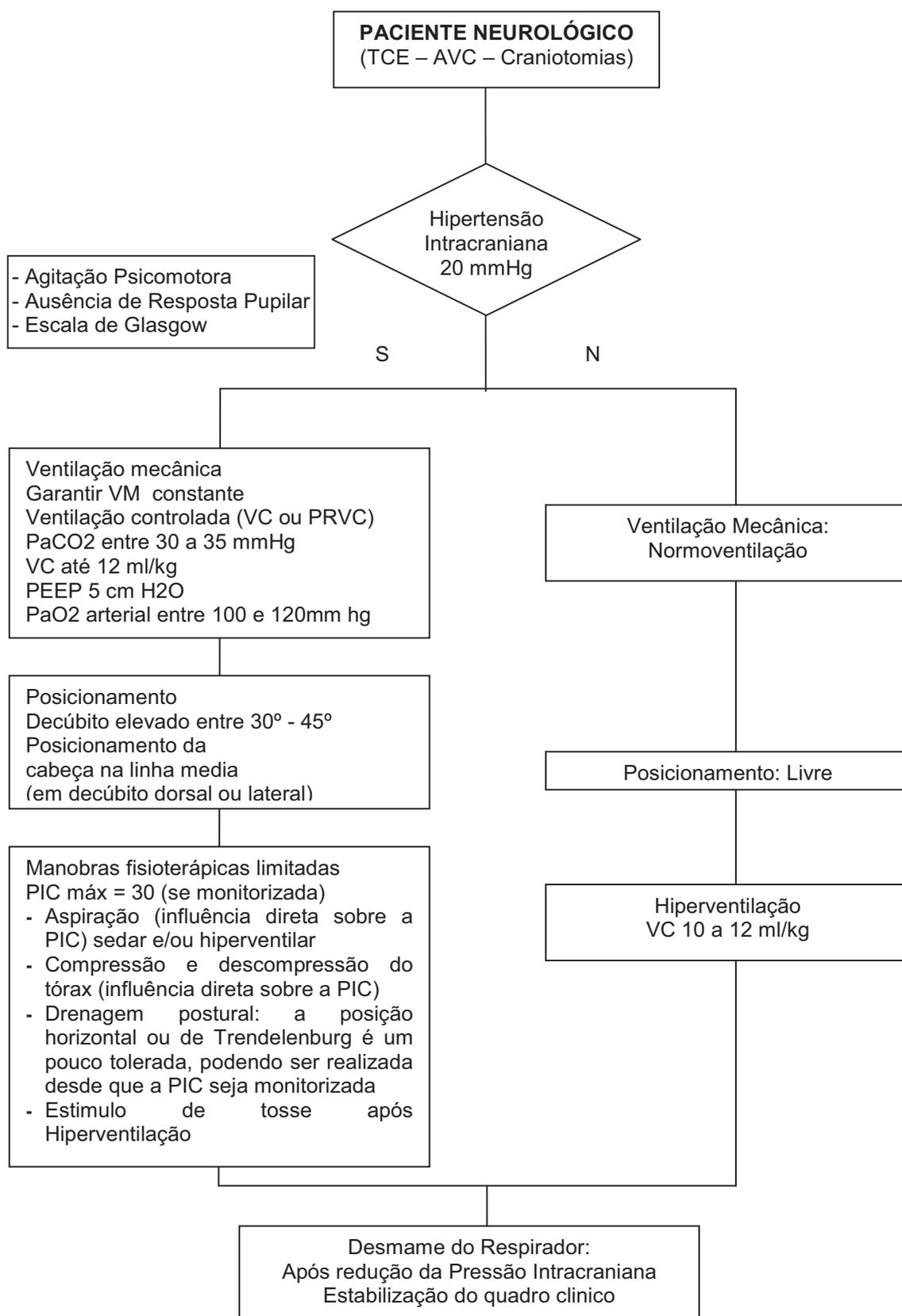
# ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



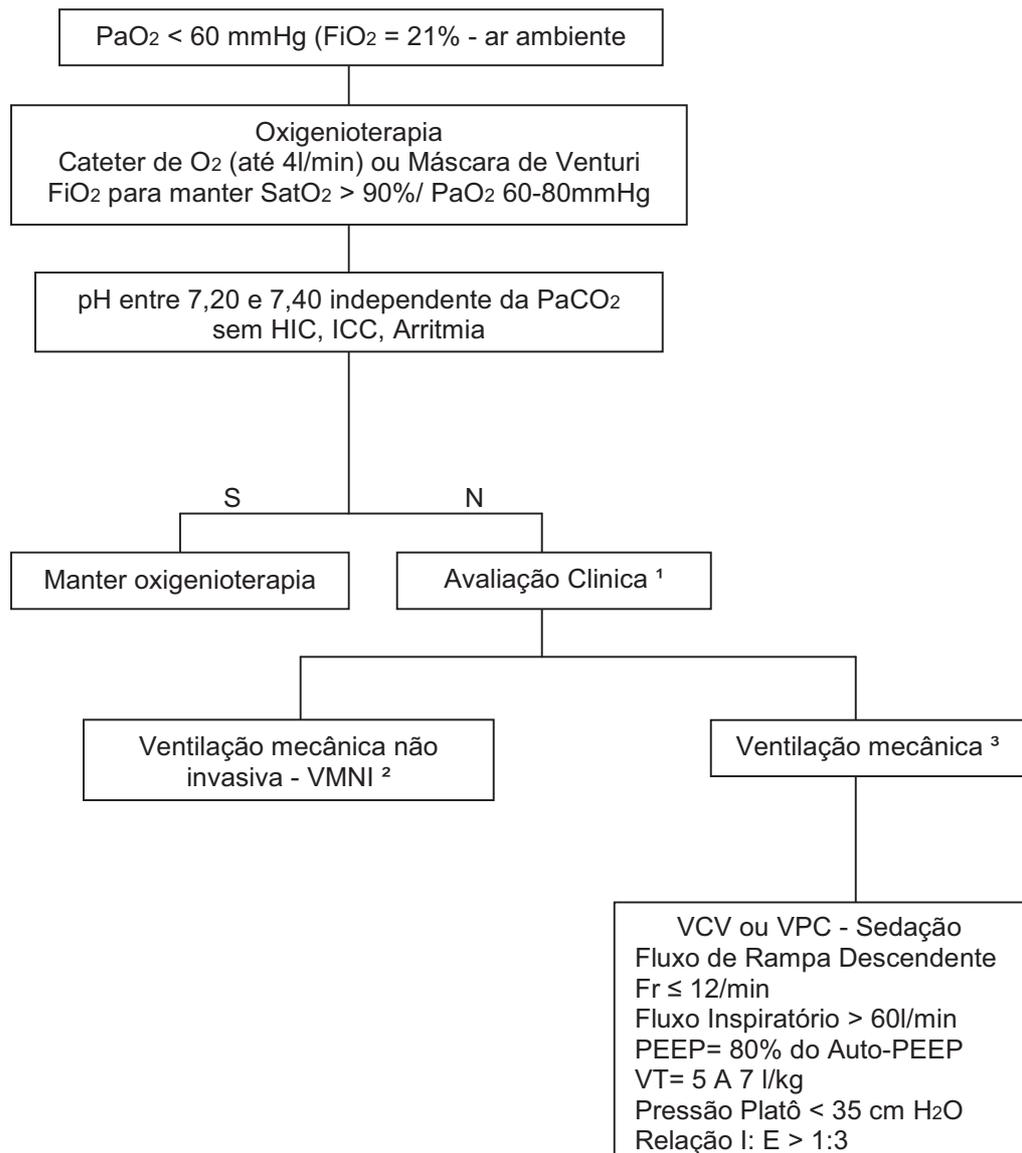
## DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



# VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



## VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA



### **1 Avaliação Clínica**

Nível de consciência do paciente  
Padrão Respiratório  
Instabilidade Hemodinâmica

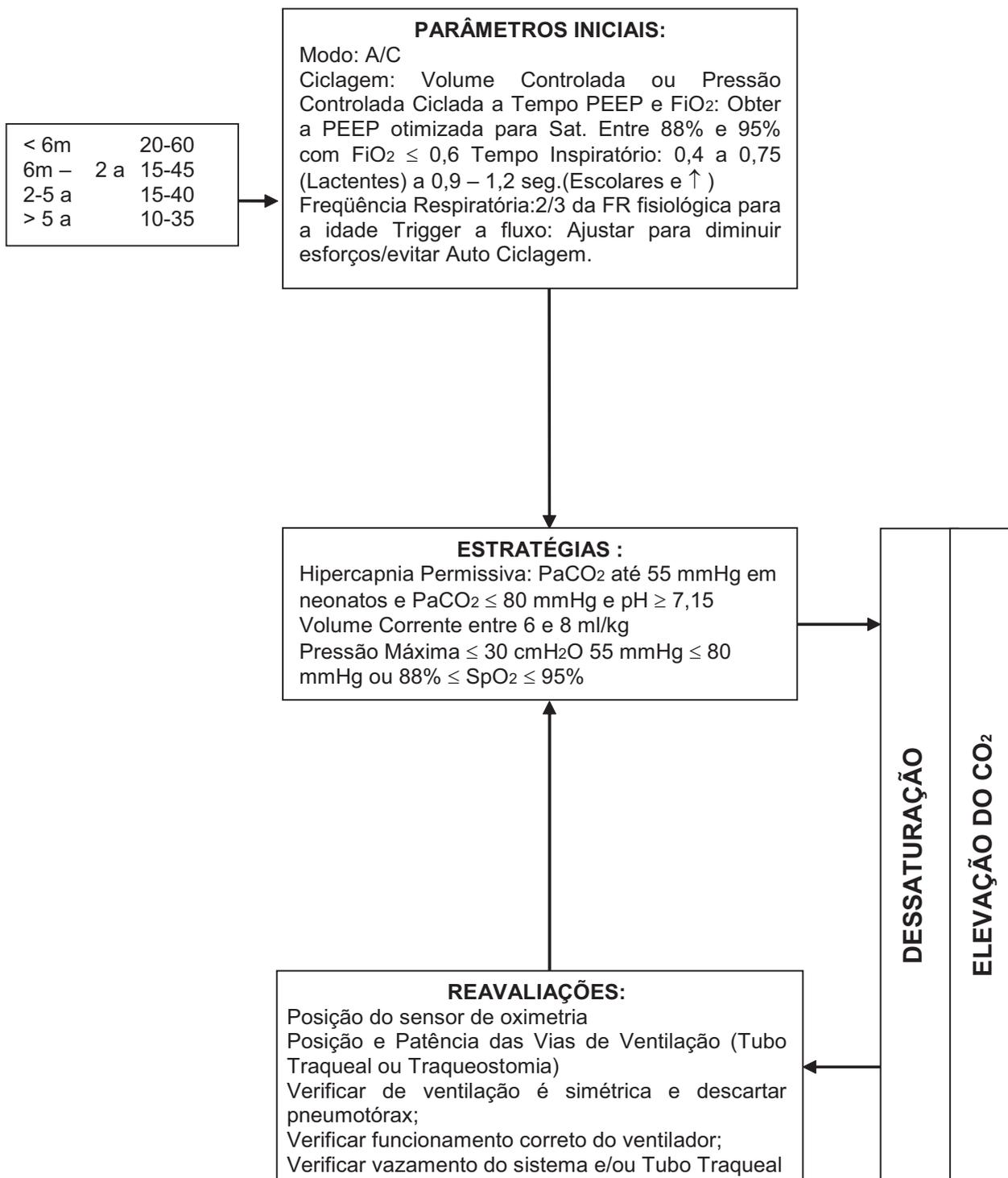
### **2 Critérios para utilização de VMNI**

Paciente colaborativo  
Desconforto respiratório com Dispneia moderada a severa / Fr < 35  
Utilização de Musculatura Acessória  
Estabilidade Hemodinâmica  
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

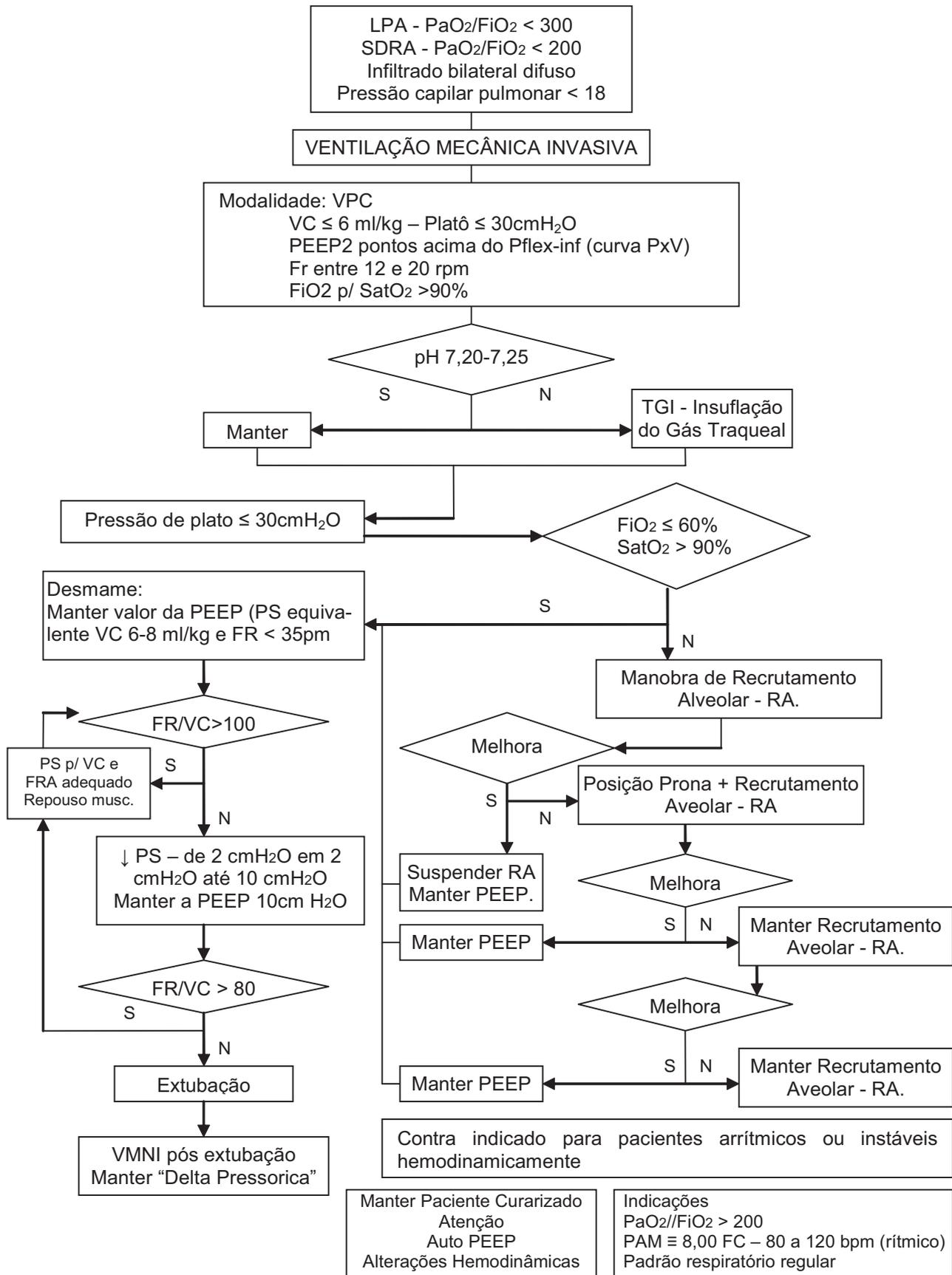
### **3 Critérios para IOT**

Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI  
PCR  
Instabilidade Hemodinâmica  
Hipersecreção Pulmonar

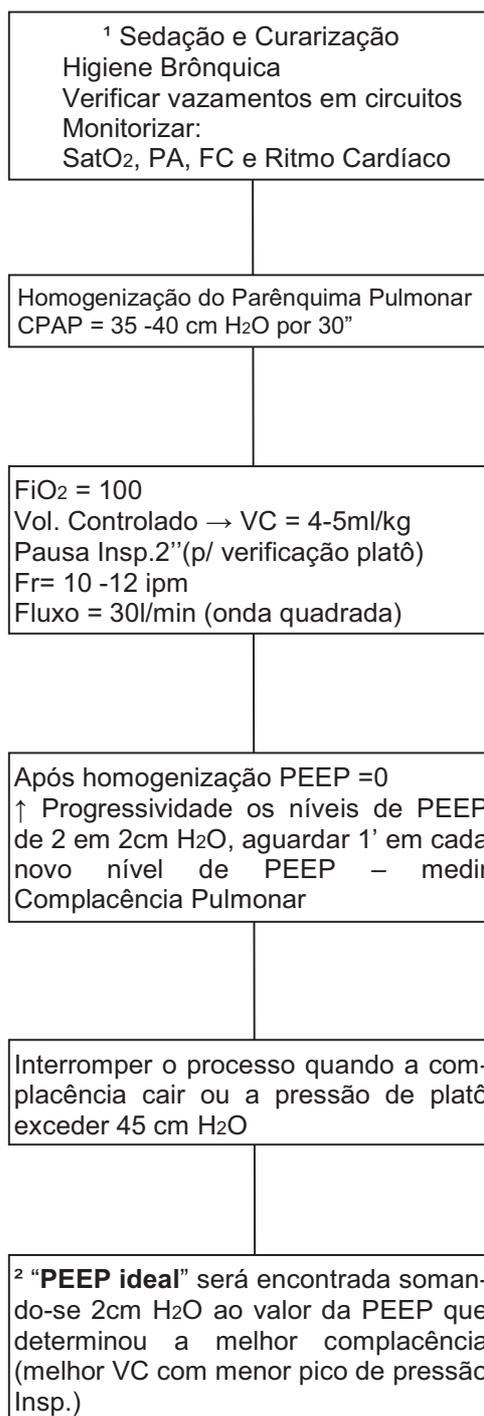
# VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



# VENTILAÇÃO MECÂNICA LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



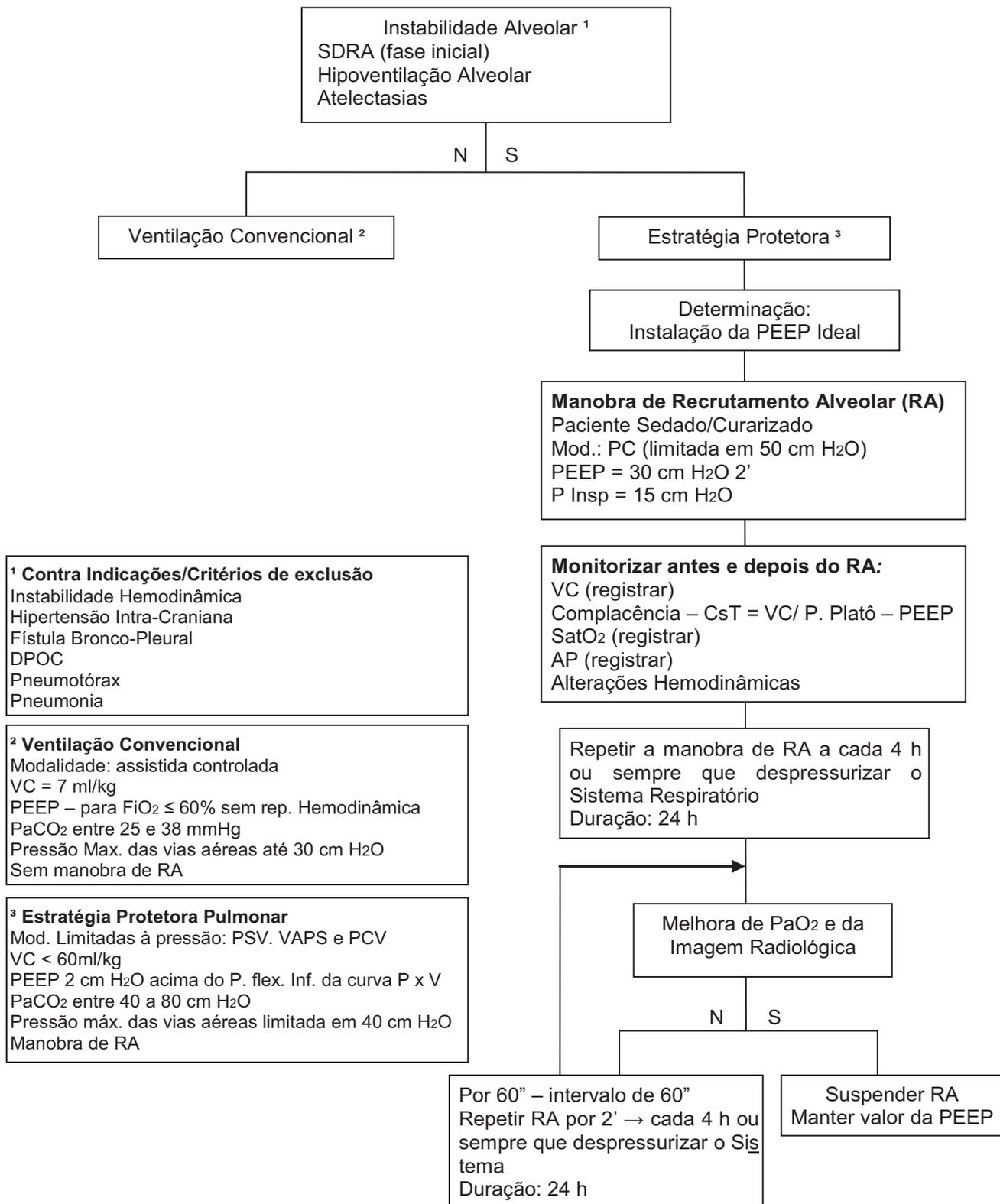
## CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO



<sup>1</sup> Contra Indicações/ Critérios de exclusão:  
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)  
Hipertensão Intracraniana  
DPOC  
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs  
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

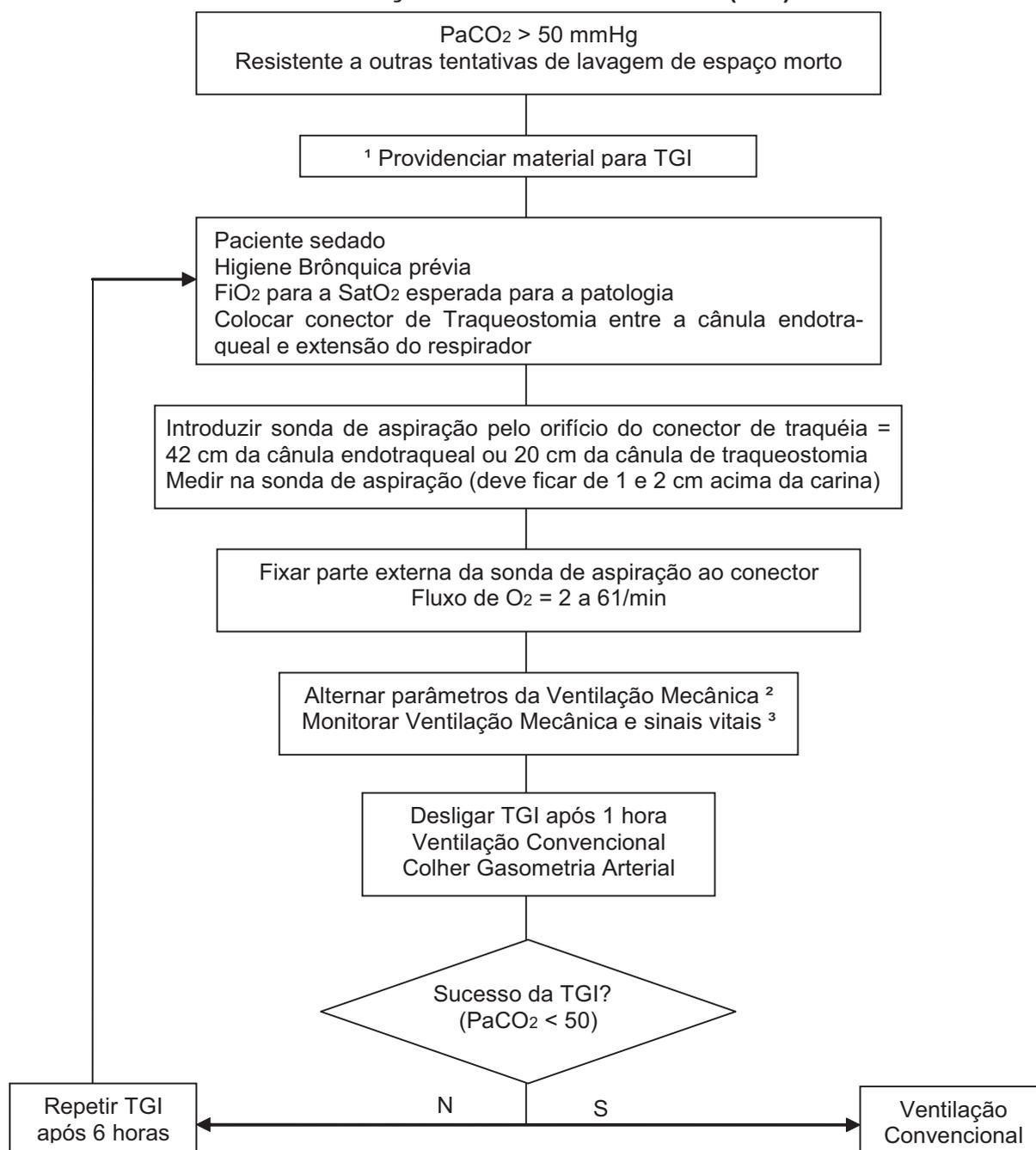
$$^2 \text{ Complacência} = \frac{\text{VC}}{\text{Platô} - \text{PEEP}}$$

# MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR (RA) NO ADULTO



## HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

### INSUFLAÇÃO DE GÁS TRAQUEAL (TGI)



#### <sup>1</sup> Materiais Necessários

Sonda de Aspiração nº 6 a 8 estéril  
Conector de cânula de traqueostomia (c/ orifício p/ aspiração)  
Espadrado ou similar  
Cortaplast  
Umidificador de parede + extensão  
Água Destilada Estéril  
Fluxômetro de O<sub>2</sub>

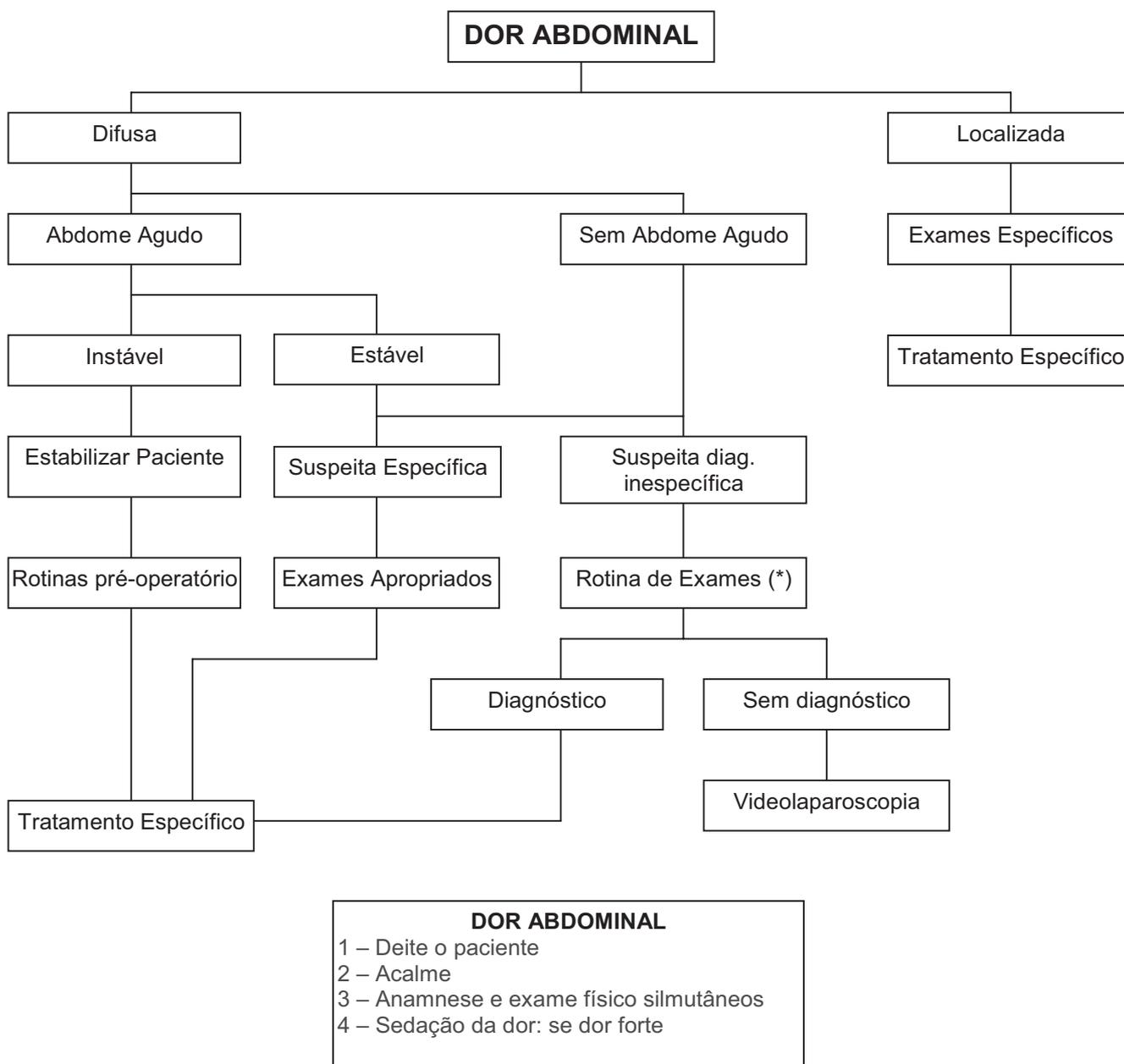
#### <sup>3</sup> Critérios de Interrupção:

Instabilidade Hemodinâmica (↑↓ exagerado da FC e/ou PA, ↓ abrupta da SatO<sub>2</sub>)  
Cuidados  
Hiperinsuflação Pulmonar – Vigilância contínua da Ventilação Convencional  
Não fazer manobras de Recrutamentos Alveolar durante TGI

#### <sup>2</sup> Parâmetro da Ventilação Mecânica (VM)

Pinsp. Limitada a 35 cm H<sub>2</sub>O  
PEEP fisiológico  
VC em torno de 5 ml/kg  
FiO<sub>2</sub> < nível possível

## DOR ABDOMINAL AGUDA



(\*) Rotina de Exames

**Homem:**

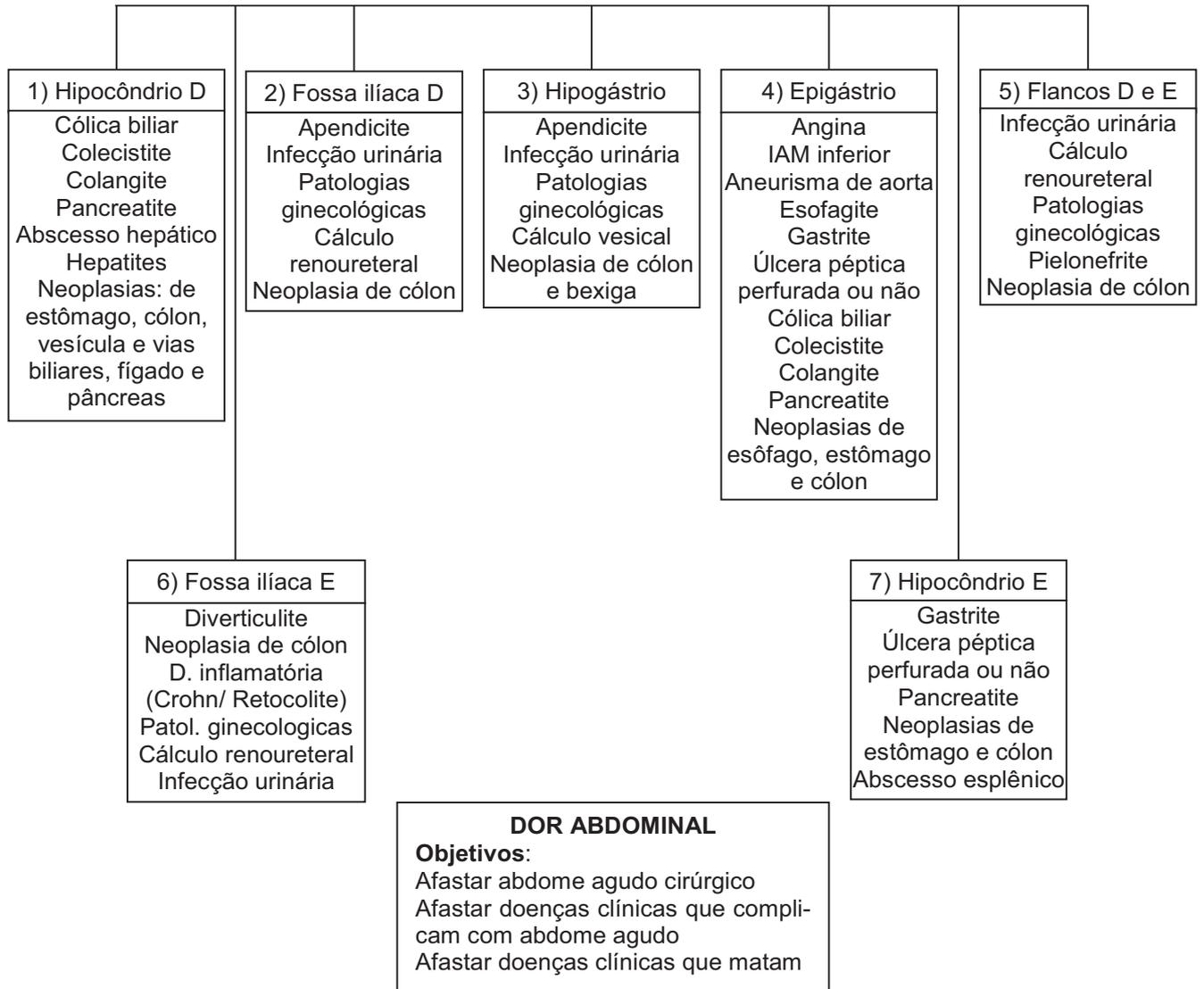
Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.)

**Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)**

Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. de tórax PA de pé; RX. de abdome AP de pé e deitado.

**Mulher fora da idade fértil**

Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

**CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA**

A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

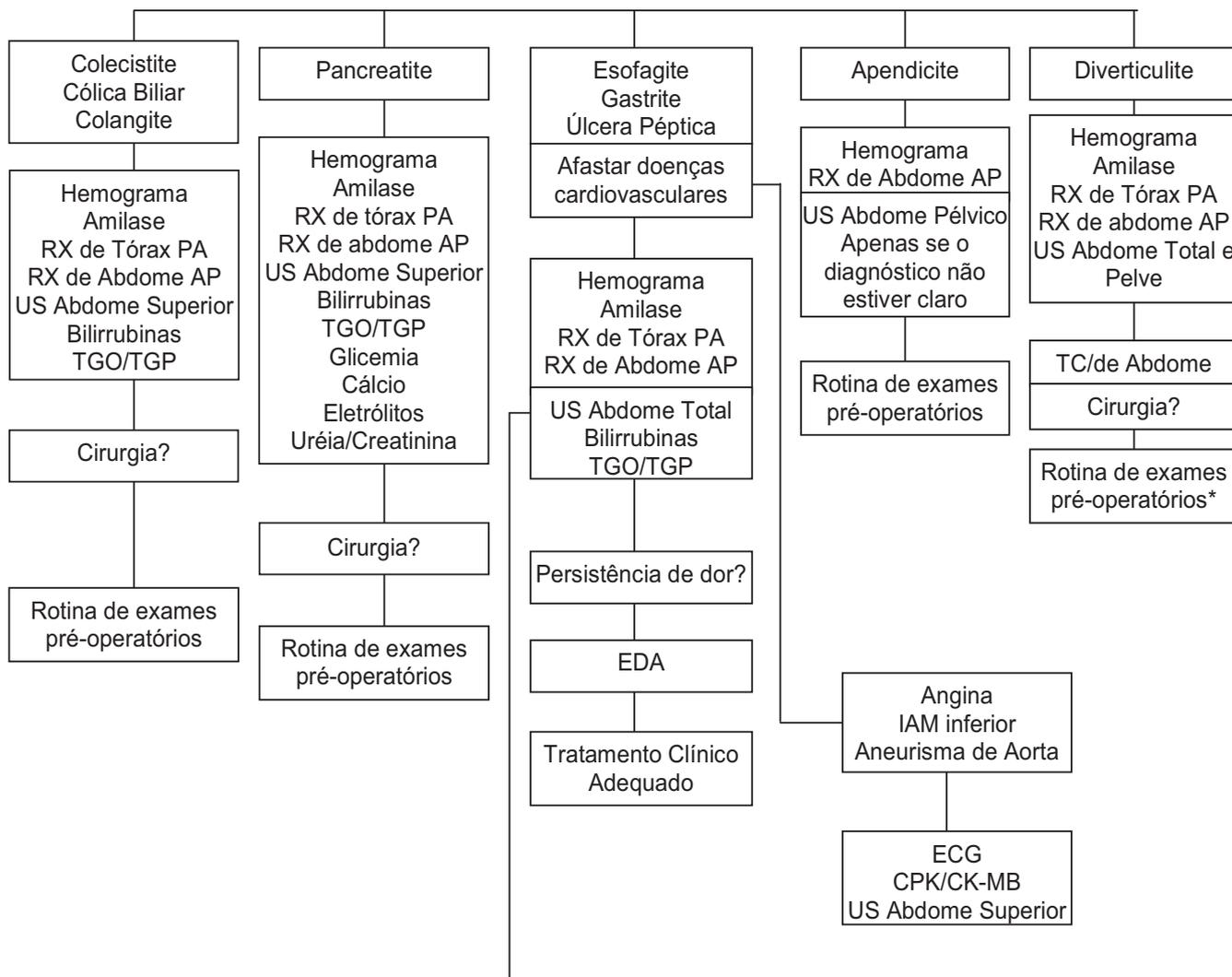
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

**ROTINA DE EXAMES**

- 1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
- 2 – EAS
- 3 – Ecografia abdominal superior ou total.

## ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



### CONSIDERE APENAS EM SITUAÇÕES DE DÚVIDA:

- 1 - Se não há história de d. Péptica Prévia
- 2 - Se não há ingestão de Anti-Inflamatório Não Hormonal.
- 3 - Se na história há patologia de vias biliares como diagnóstico diferencial

### DOR ABDOMINAL

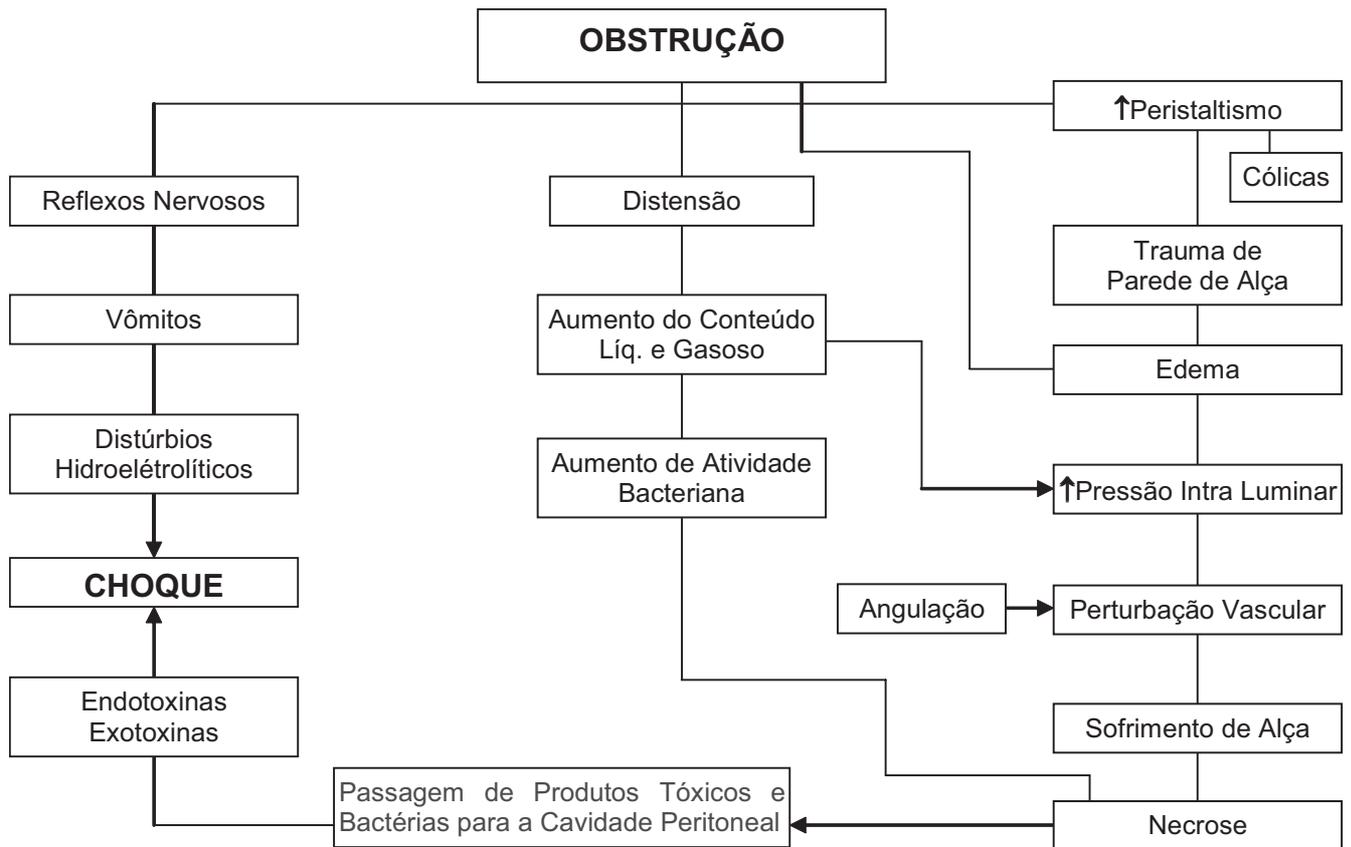
#### Objetivos:

Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.  
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.  
Afastar doenças clínicas que matam.

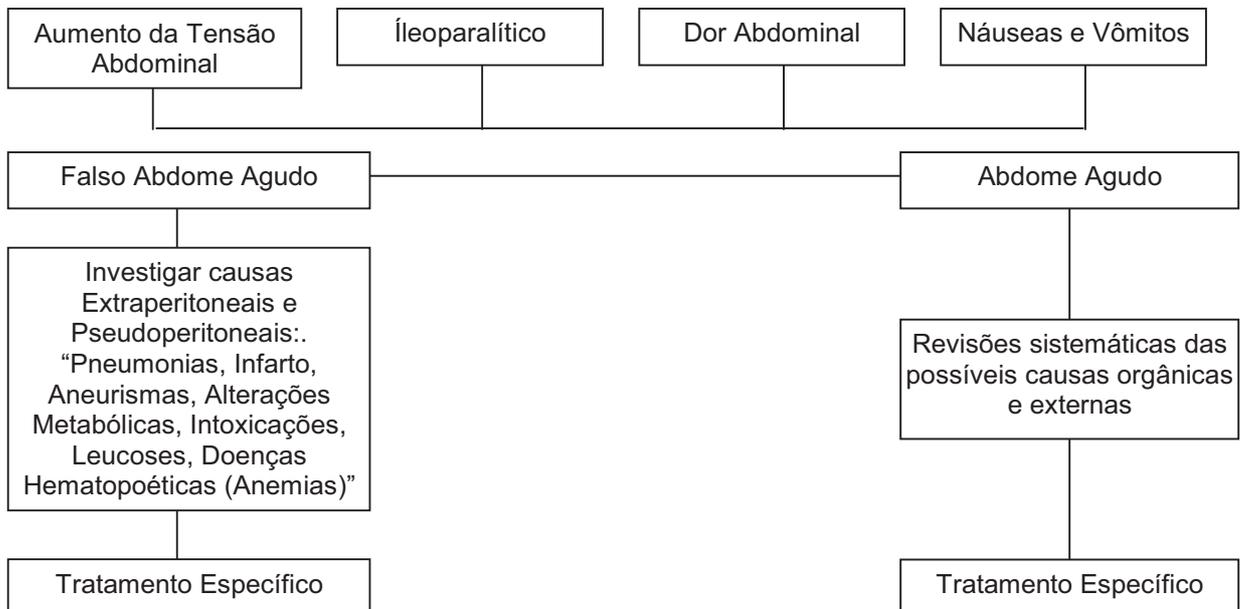
### ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

Hemograma Completo  
Glicemia  
Creatinina  
Coagulograma.  
EAS  
Ecografia Abdominal Superior ou Total.  
Parecer Cardiológico

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



## ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS

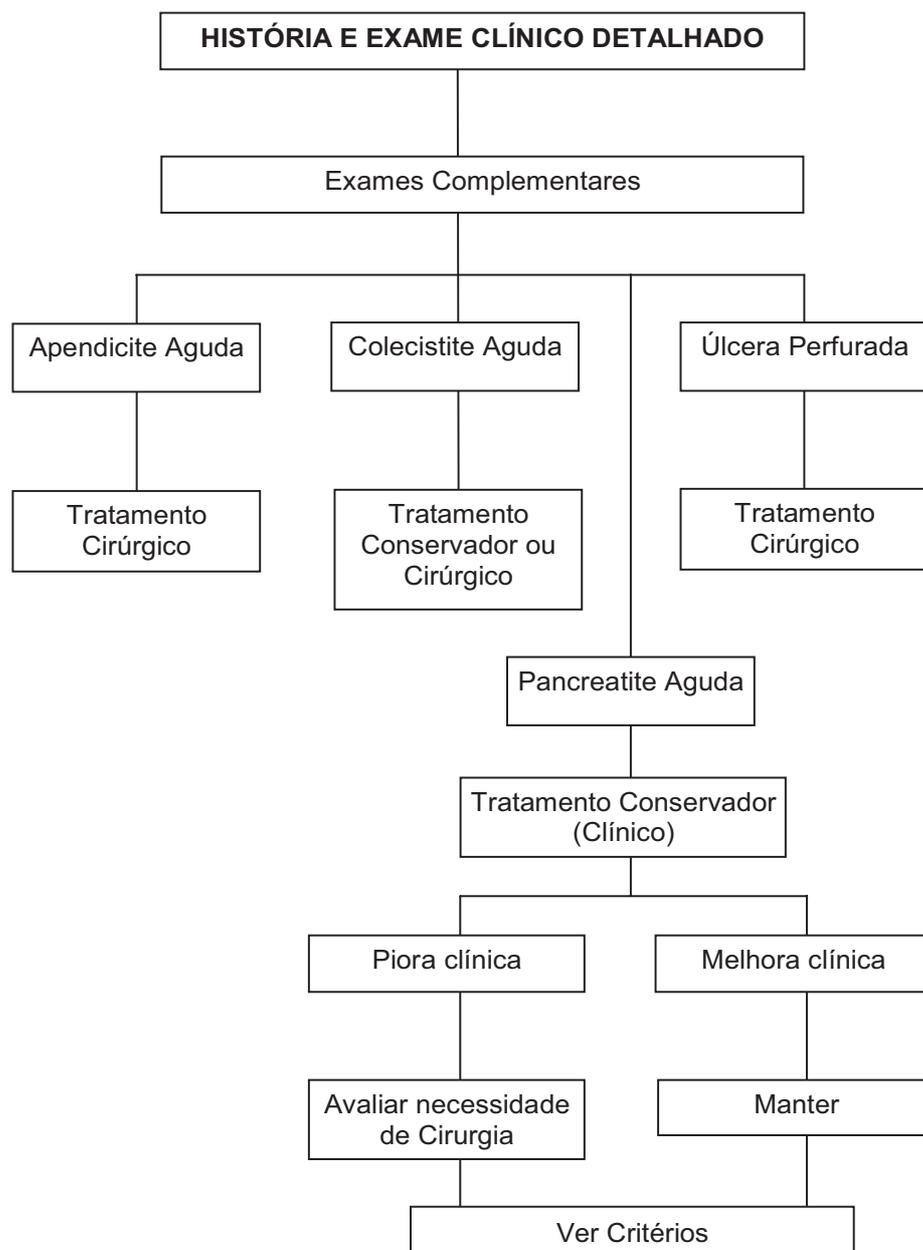


### OBS:

Durante a fase de elucidação diagnóstica, deve-se prevenir o choque;

Exames Complementares: Hemograma, EAS e Rotina Radiológica para abdome agudo: Rx simples em AP, Rx Abdome em Decúbito Horizontal e Ortostase devem ser solicitados para todos os casos. Outros exames de valor Diagnóstico e Prognóstico devem ser solicitados de acordo com a necessidade.

## ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

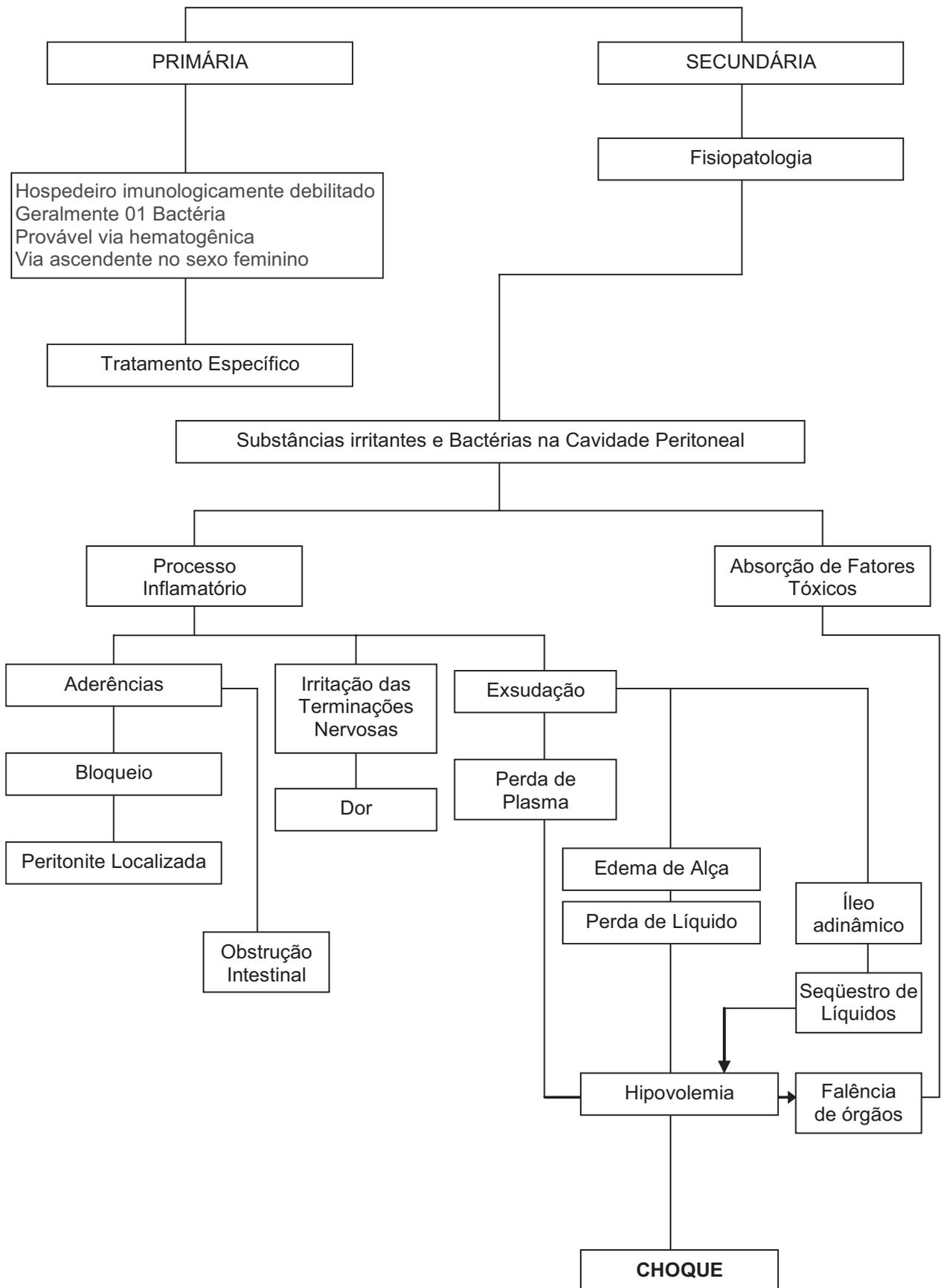


**OBS:**

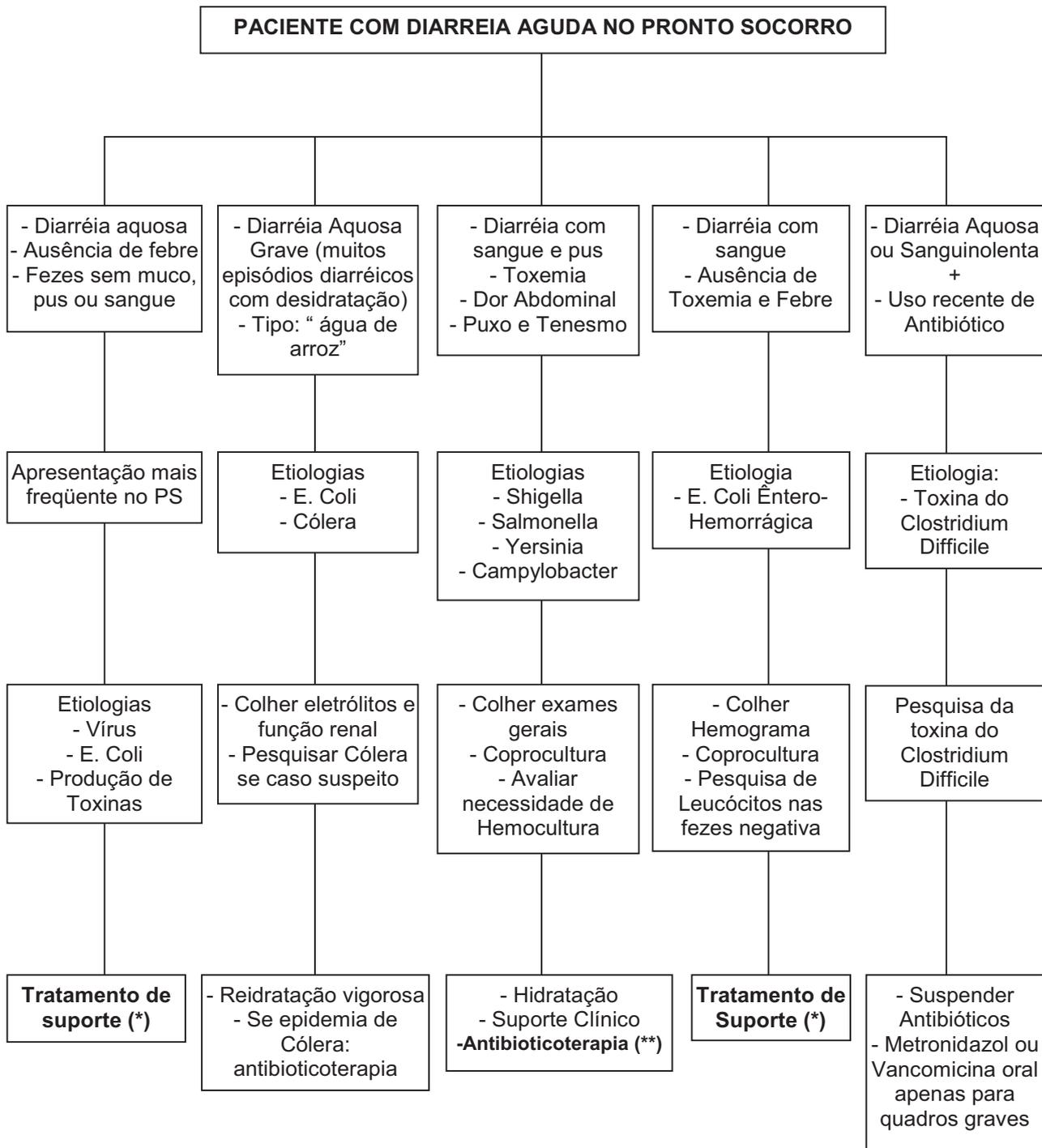
Prevenir o choque

Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

# PERITONITES



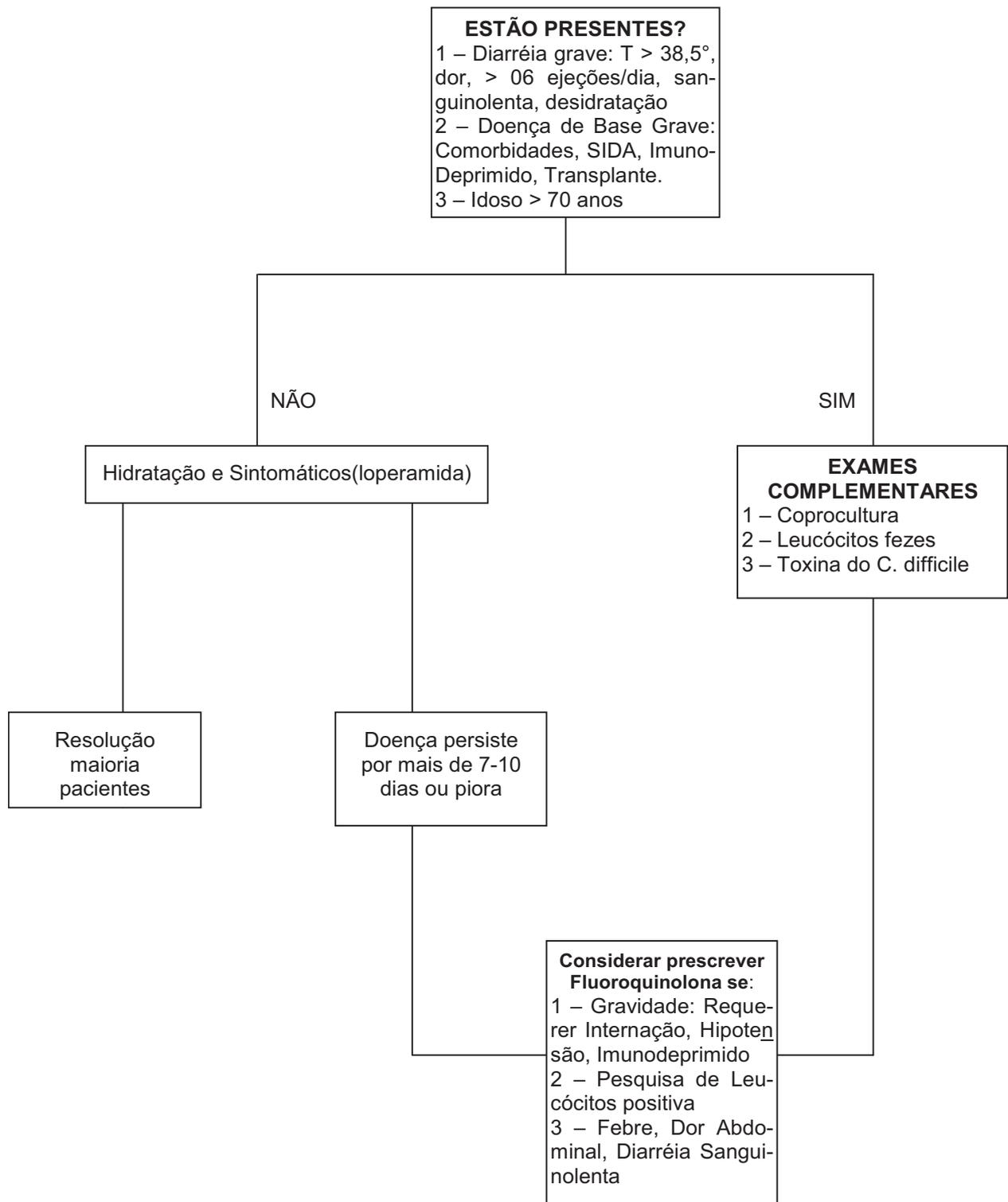
# DIARRÉIA AGUDA



**(\*) - Tratamento de Suporte**  
 1 - Dieta sem leite ou derivados  
 2 - Soro Oral  
 3 - Hioscina 20 mg/ml

**(\*\*) – Antibioticoterapia Oral**  
 1 – Sulfametoxazol +Trimetoprim – 1 comprimido 12/12h  
 2 – Tetraciclina 250ml – 2 comprimidos 6/6h  
 3 – Ciprofloxacina 500mg – 1 comprimido 12/12h  
 4 – Metronidazol 250mg – 8/8h  
 5 – Vancomicina 200mg – 8/8h

## DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS



**PANCREATITE AGUDA – I**

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma	Repouso absoluto
Uréia/Creatinina	Dieta zero
Sódio/Potássio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Glicemia	Sedar a dor
Transaminases	Tratamento de alterações hidroeletrólíticas
Fosfatase alcalina	Inibidores da bomba de prótons
Cálcio	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristalóides
Proteínas totais e frações	Observar débito urinário e PVC
LDH	Identificar e tratar a hipovolemia
Amilase	Identificar e tratar a oligúria
Gasometrial arterial	Antibióticos*

**CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)**

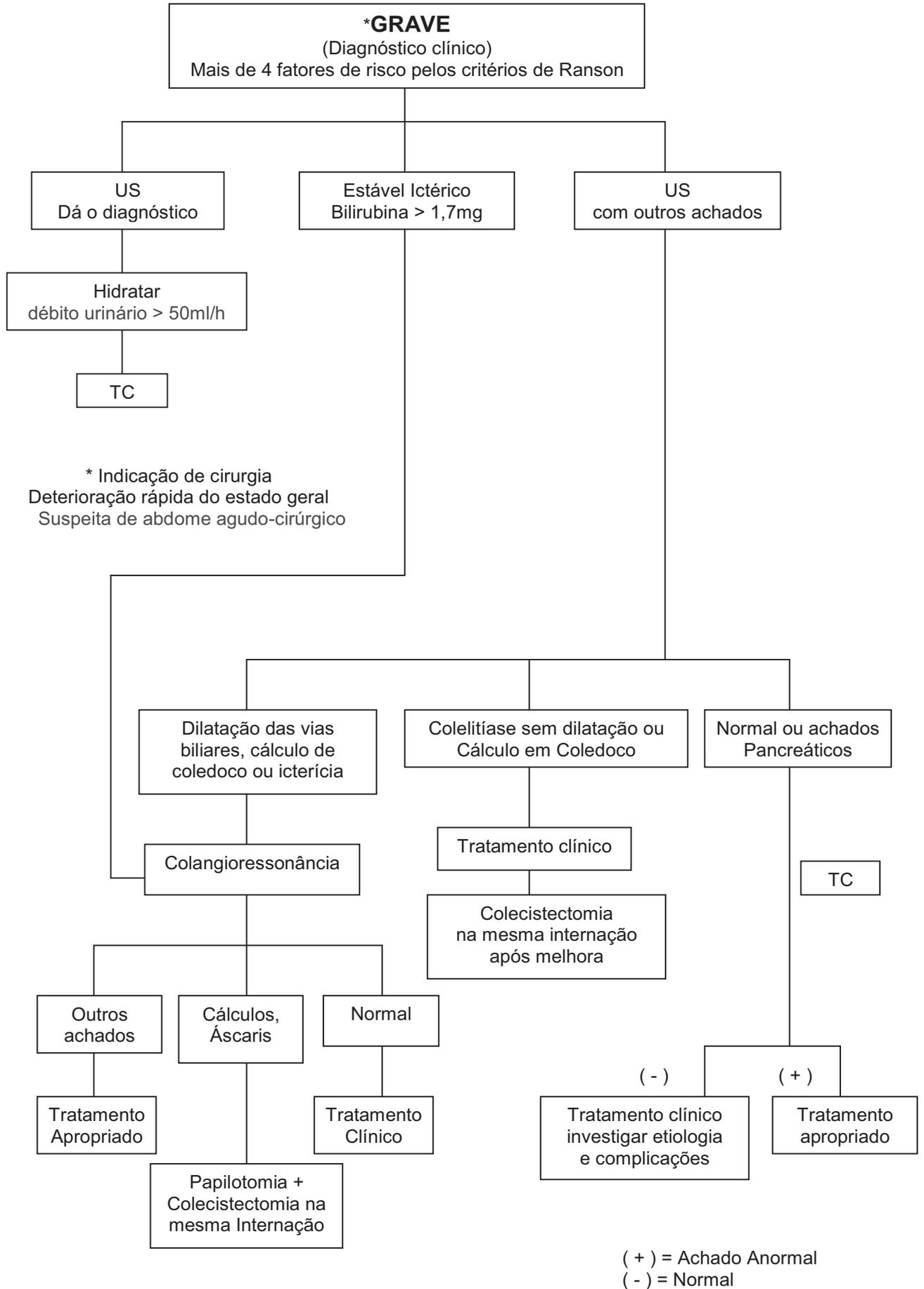
PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm <sup>3</sup>	2. Número de leucócitos > 18.000mm <sup>3</sup>
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento da uréia > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO <sub>2</sub> < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

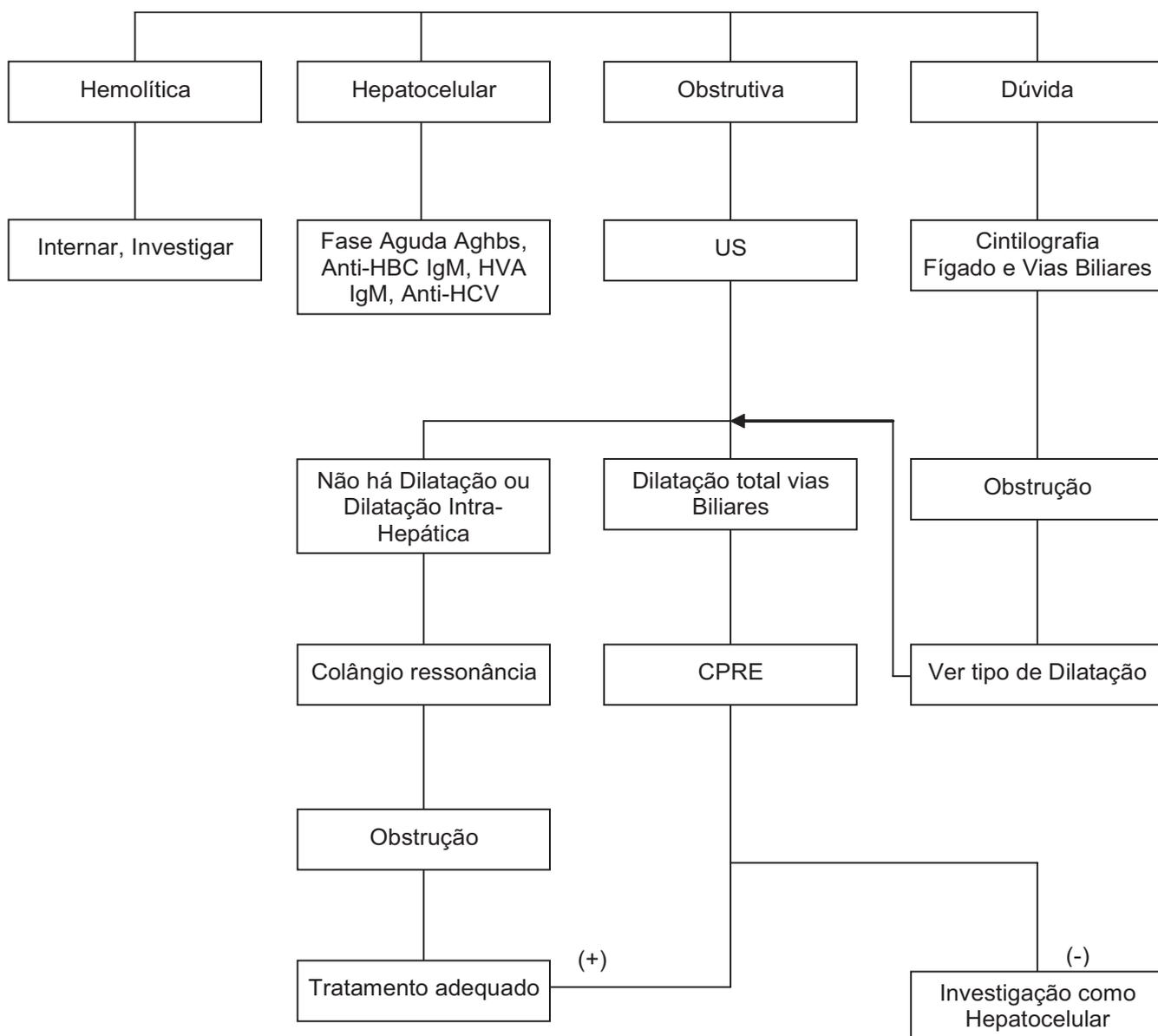
**PANCREATITE AGUDA GRAVE  
(Insuficiência de Órgãos e Sistemas)**

ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO <sub>2</sub> > 40% e/ou PEEP > 5cm H <sub>2</sub> O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 ( sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

**ANTIBIÓTICOS:** (\*) Casos muito graves. (\*) Suspeita de Infecções. (\*) Colangite ou Colecistite

**PANCREATITE AGUDA – II**

## ICTERÍCIA



(+) = Achado anormal  
 (-) = Normal

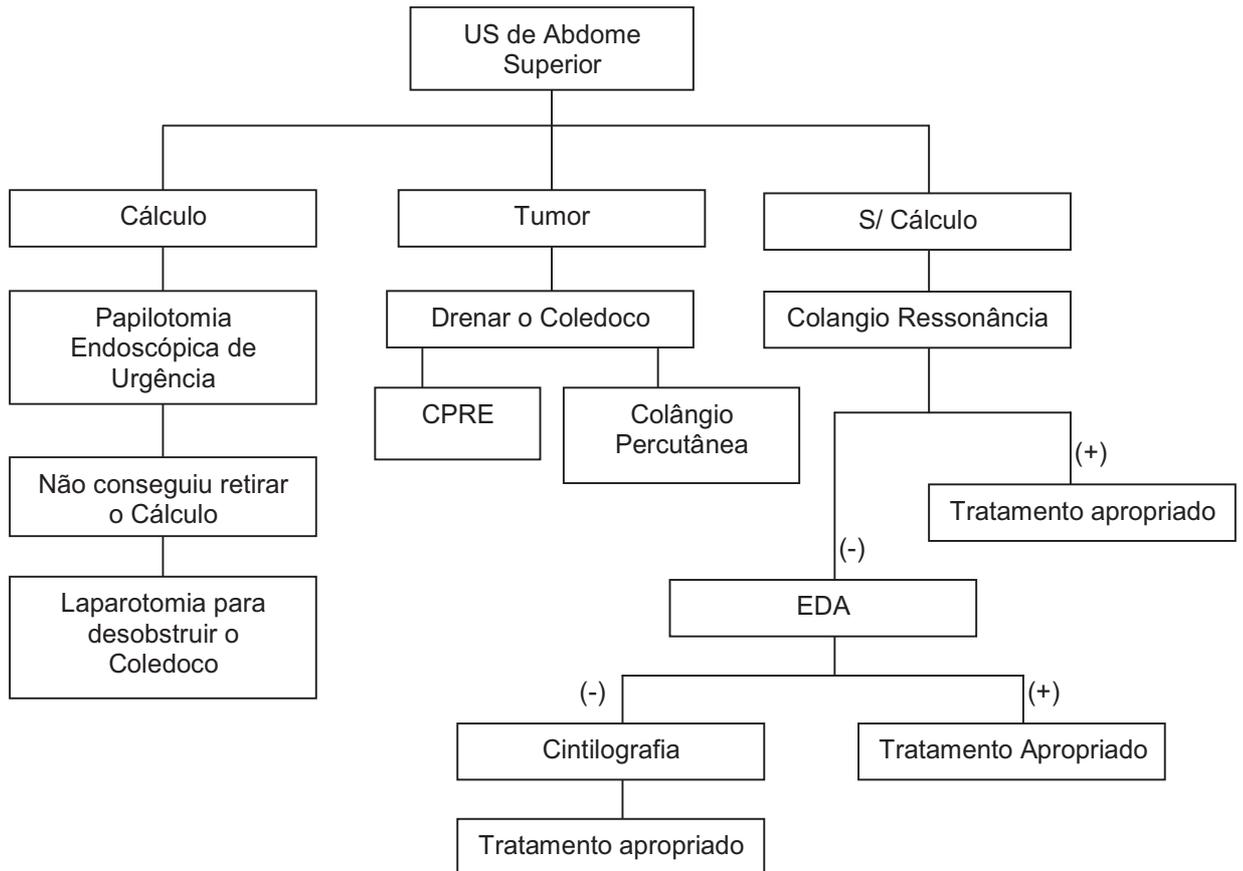
### EXAMES

Hemograma/plaquetas  
 Sumário de urina  
 Amilase  
 Tempo de Protrombina  
 Transaminases, Gama GT

### MEDIDAS GERAIS

Venoclise  
 Sintomáticos  
 Vitamina K 10mg/ dia

## COLANGITE



- 1- Tratamento cirúrgico
- 2- Antibioticoterapia
- 3- Manter diurese > ou = 70ml/hora
- 4- Estimular diurese
- 5- Proteção mucosa gástrica
- 6- Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica: Desobstruir

Após estabilização 12 a 24h:

Cálculo e/ou Áscaris → Papilotomia

Tumores e ou estenoses → Descompressão Transparietal → Tratamento Apropriado

Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)

Reposição Hídrica Isosmolar + Dopamina + Dourético )Pam >80)

Bloqueador H2

Intra-Cath – Hidratação

SNG se indicado (Distensão Abdominal/Vômitos)

Sonda Vesical

Débito Urinário > 70ml/h

Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5

PaO2 > 70

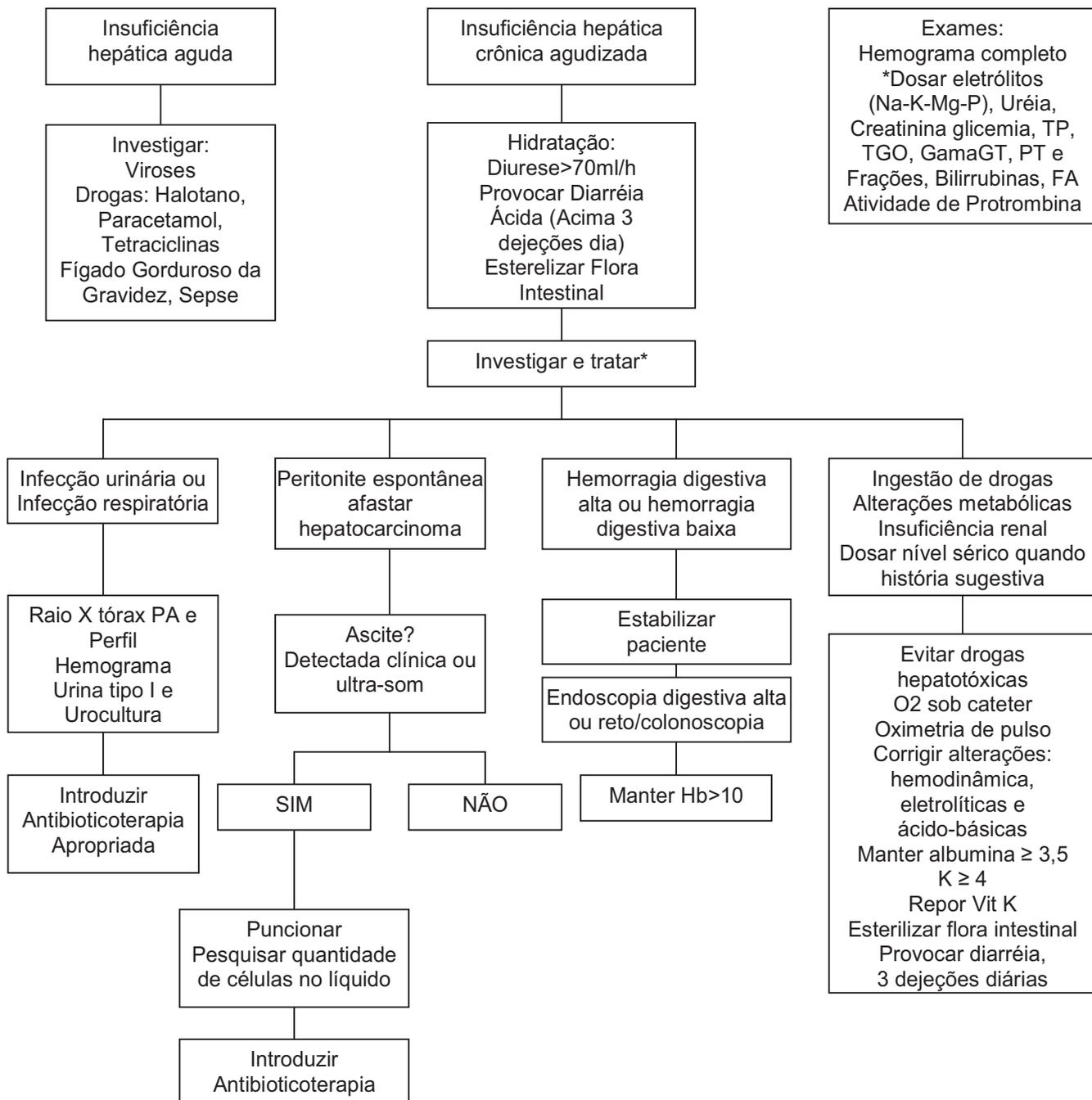
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

(\*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica - Punção

## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

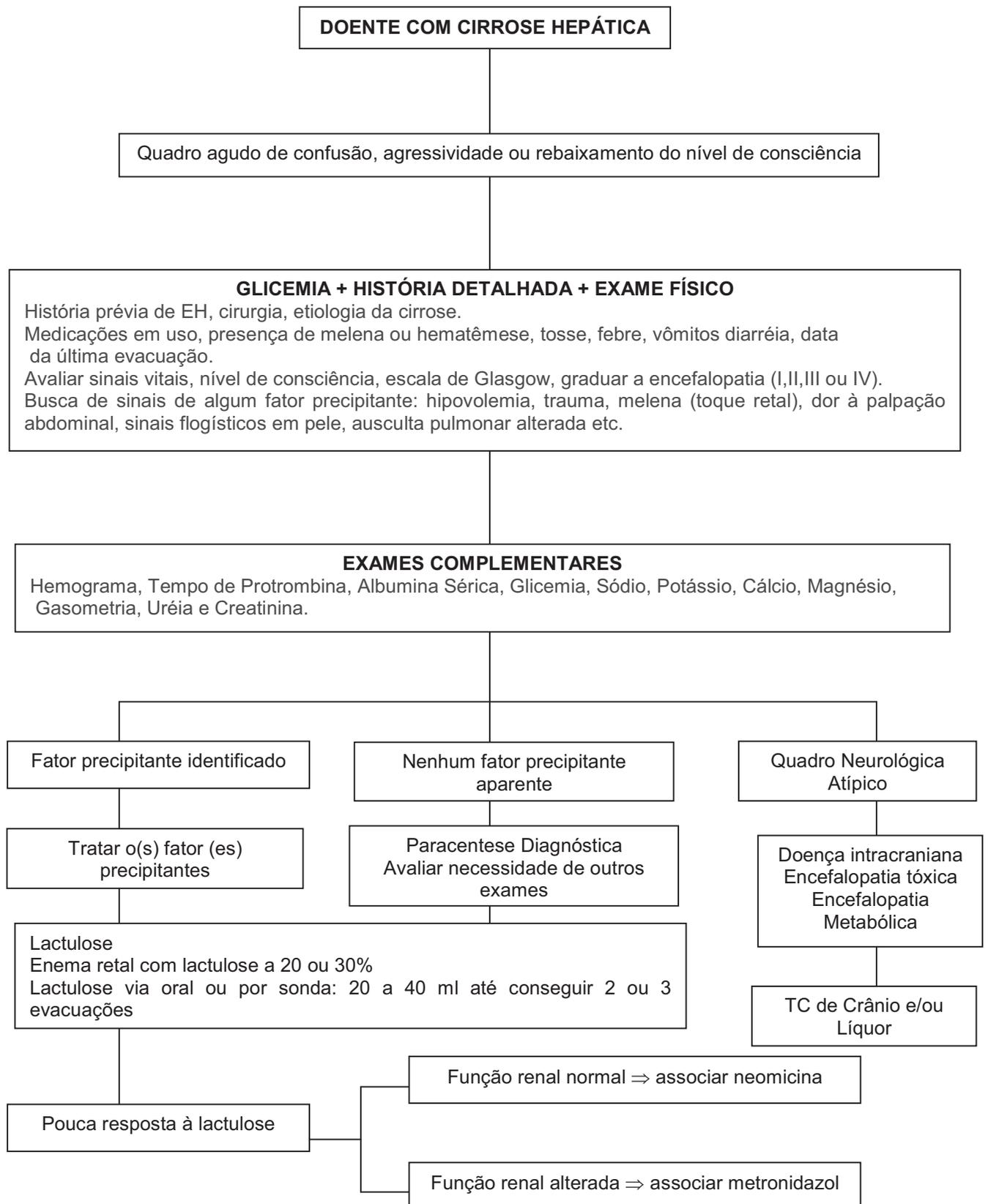


### CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE

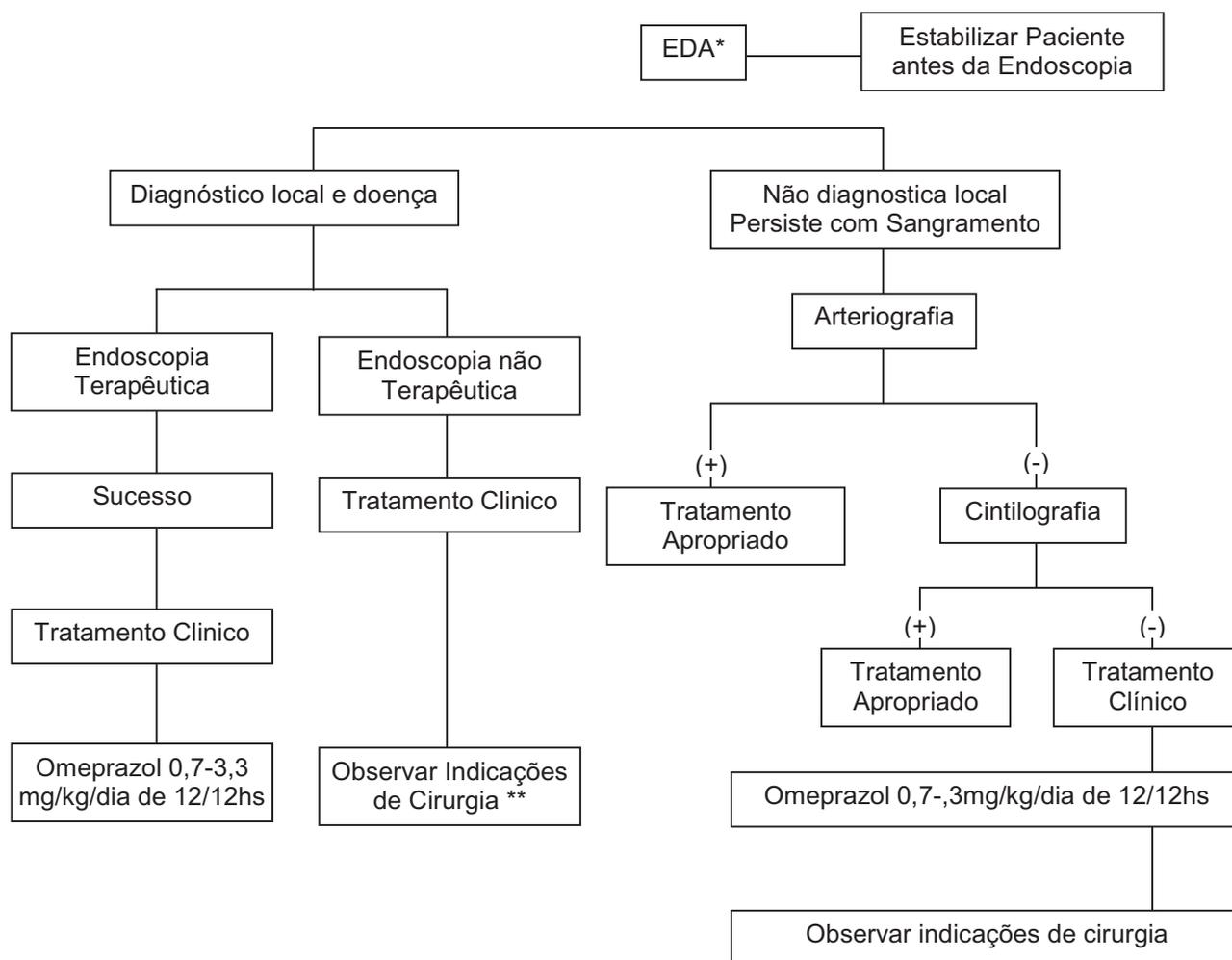
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

\*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

# ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



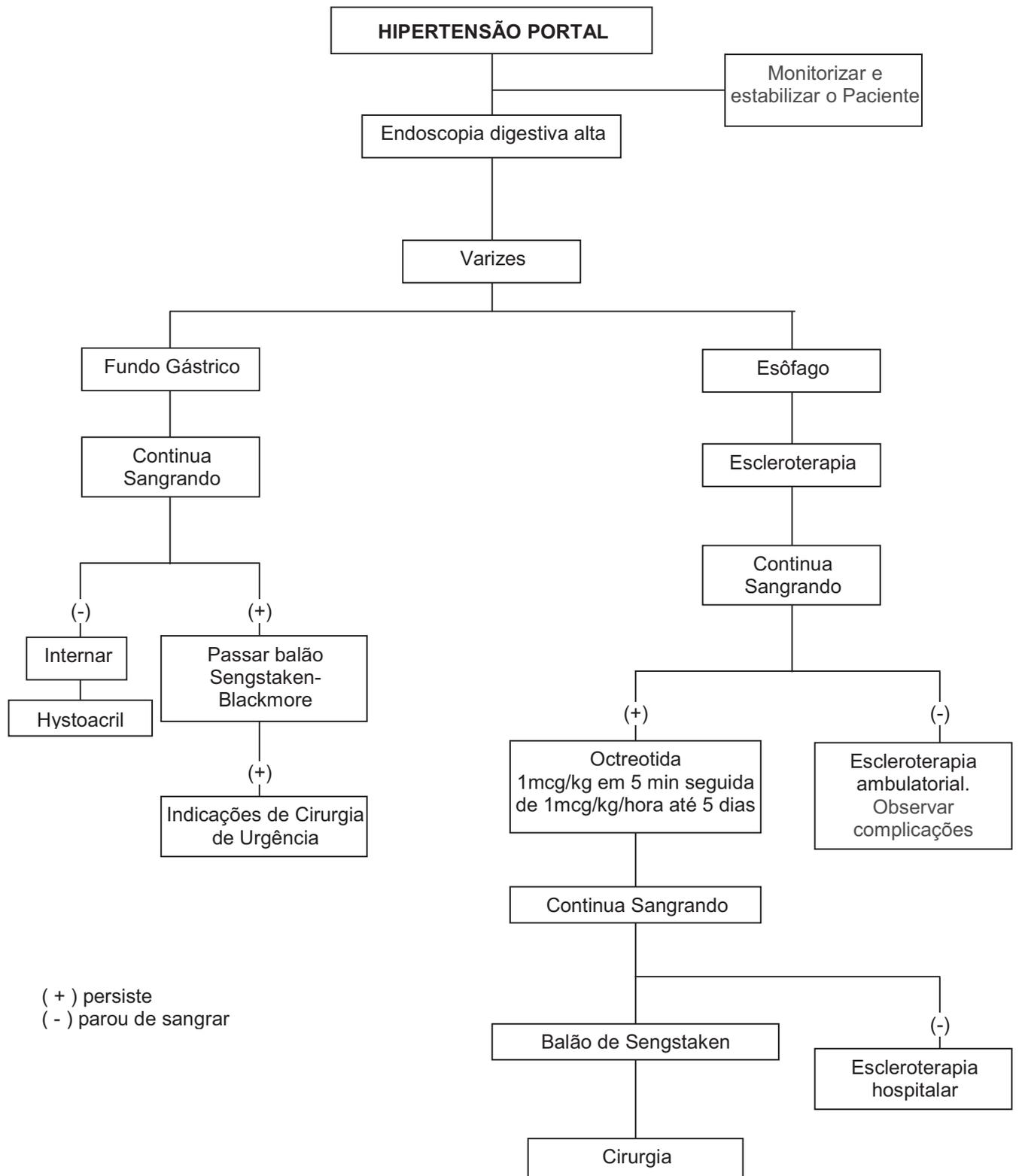
### \*\* INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

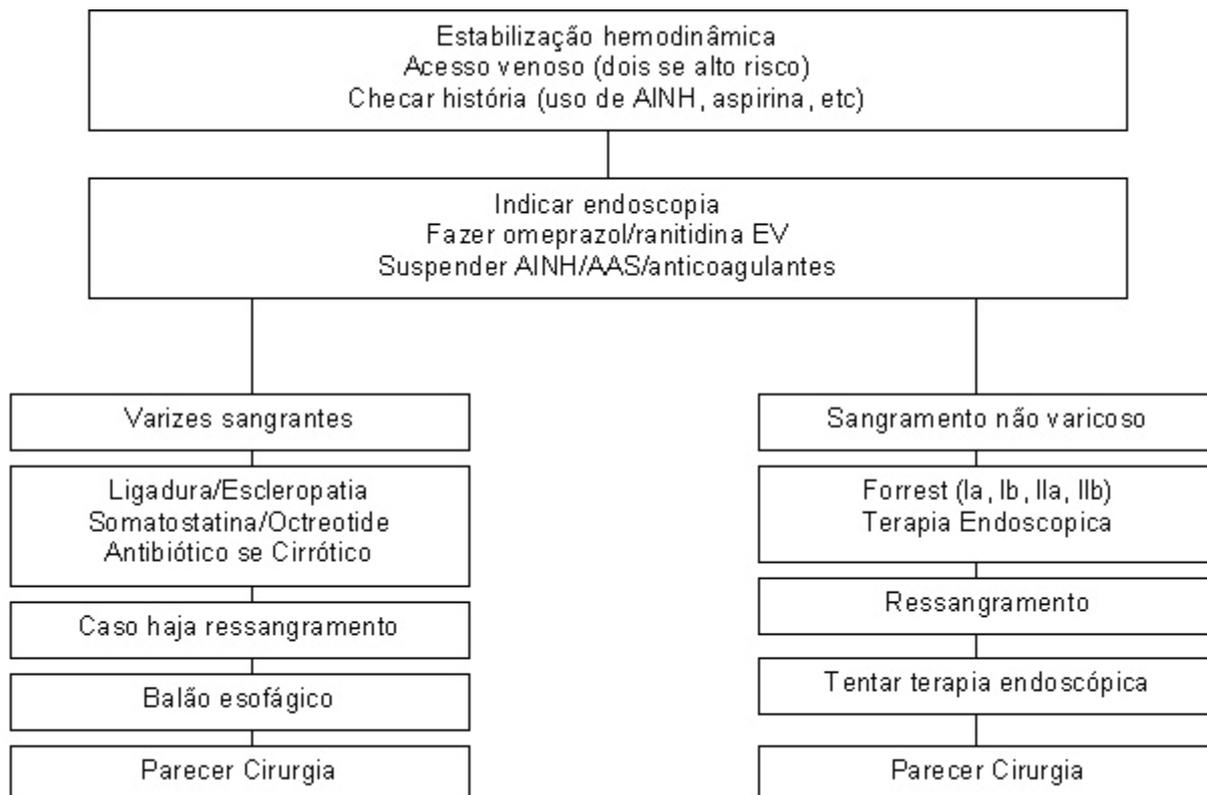
- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostatina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local  
( - ) Não encontrou

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II

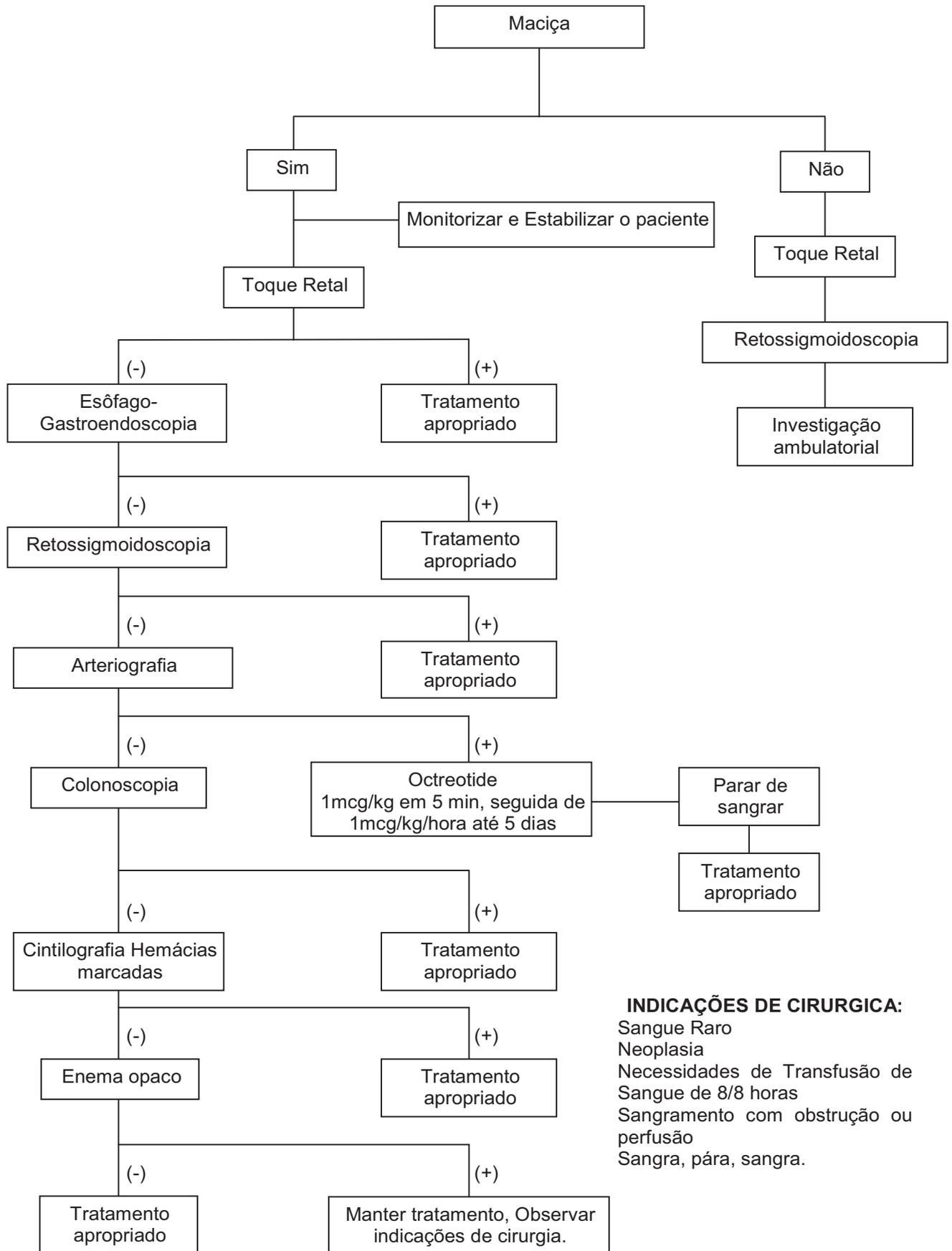


**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III****TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM**

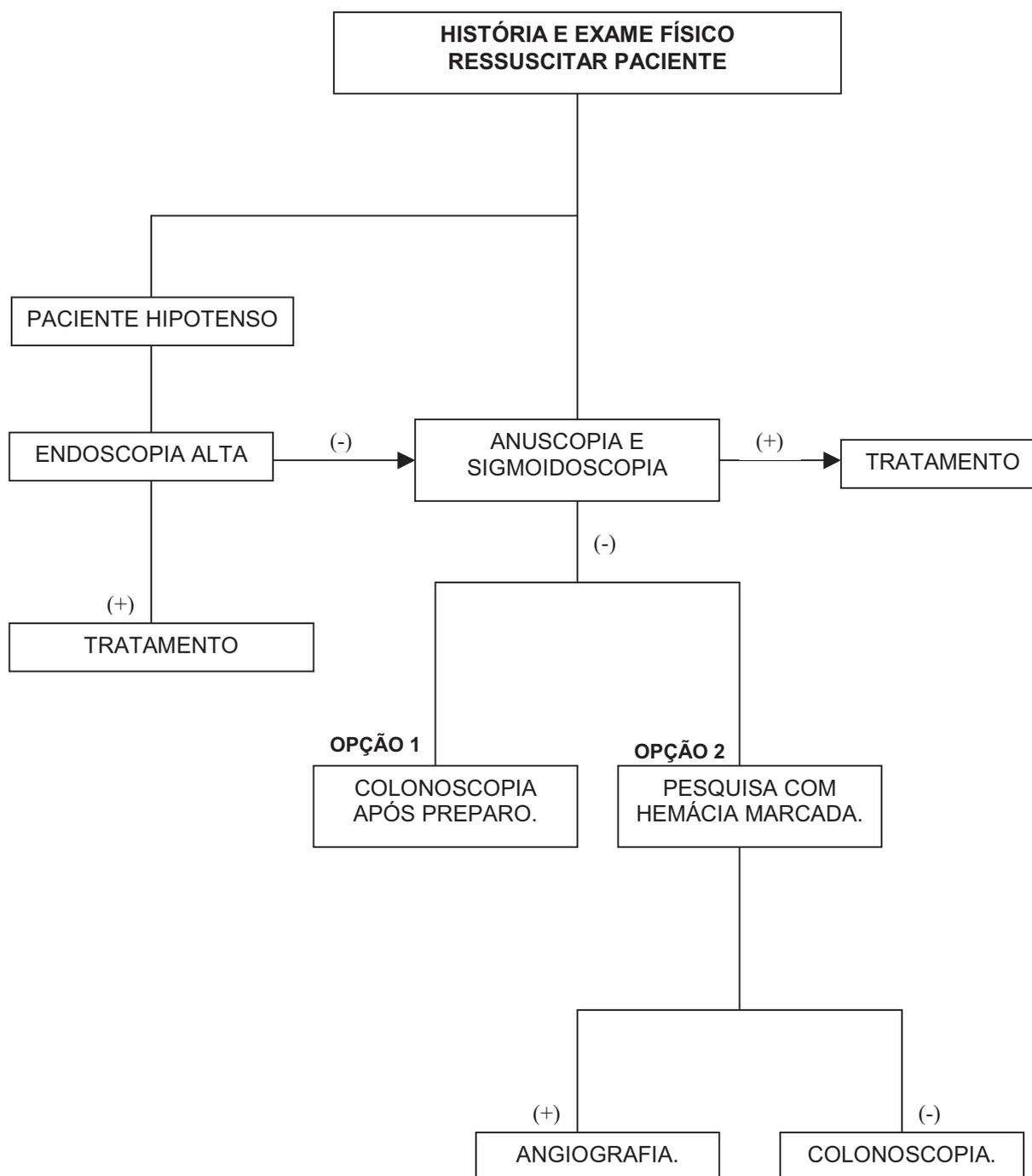
Idoso (>60 anos)  
Comorbidades  
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia)  
Hipotensão ou choque  
Transfusão = unidades  
Paciente internado antes do sangramento  
Coagulopatia Severa

**TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HOMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA**

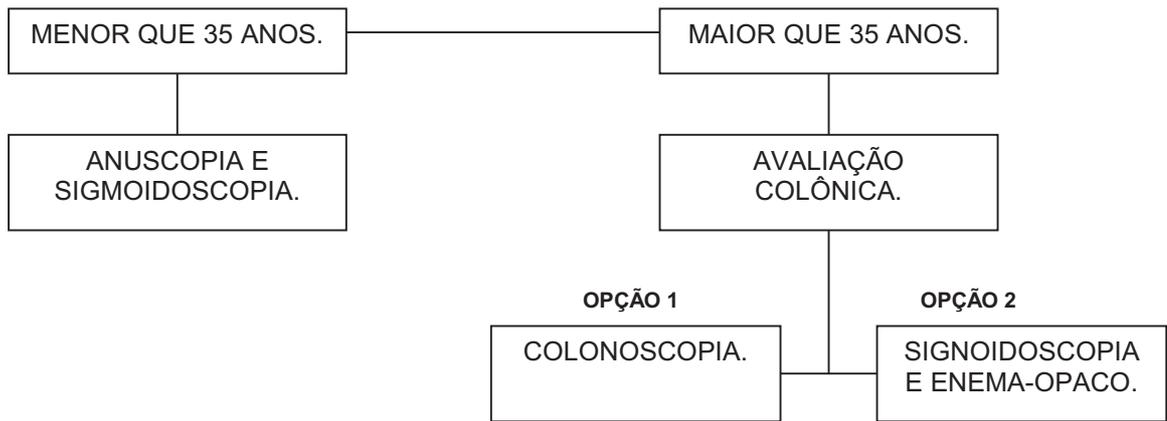
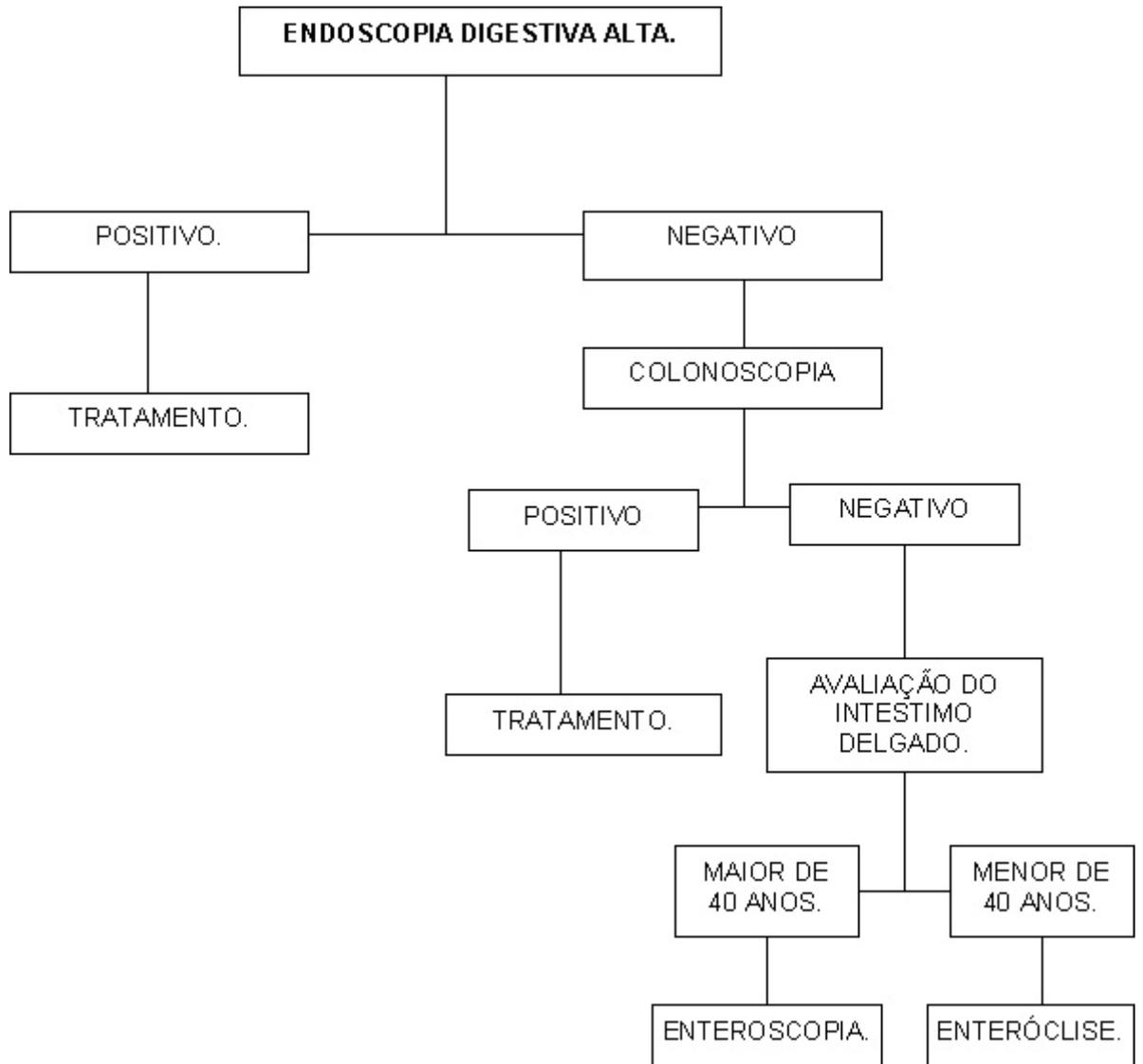
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III	<3%

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA**

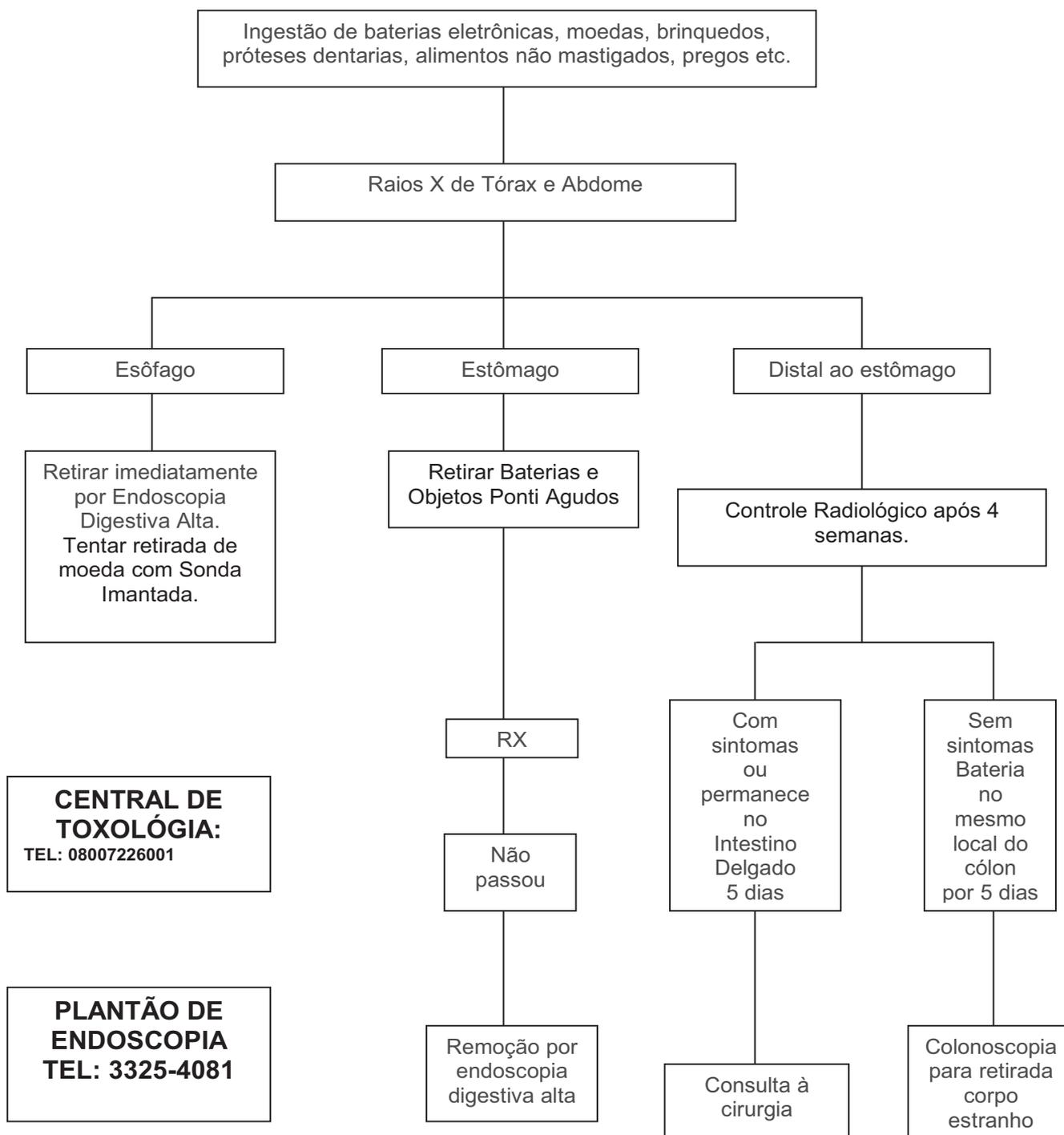
## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



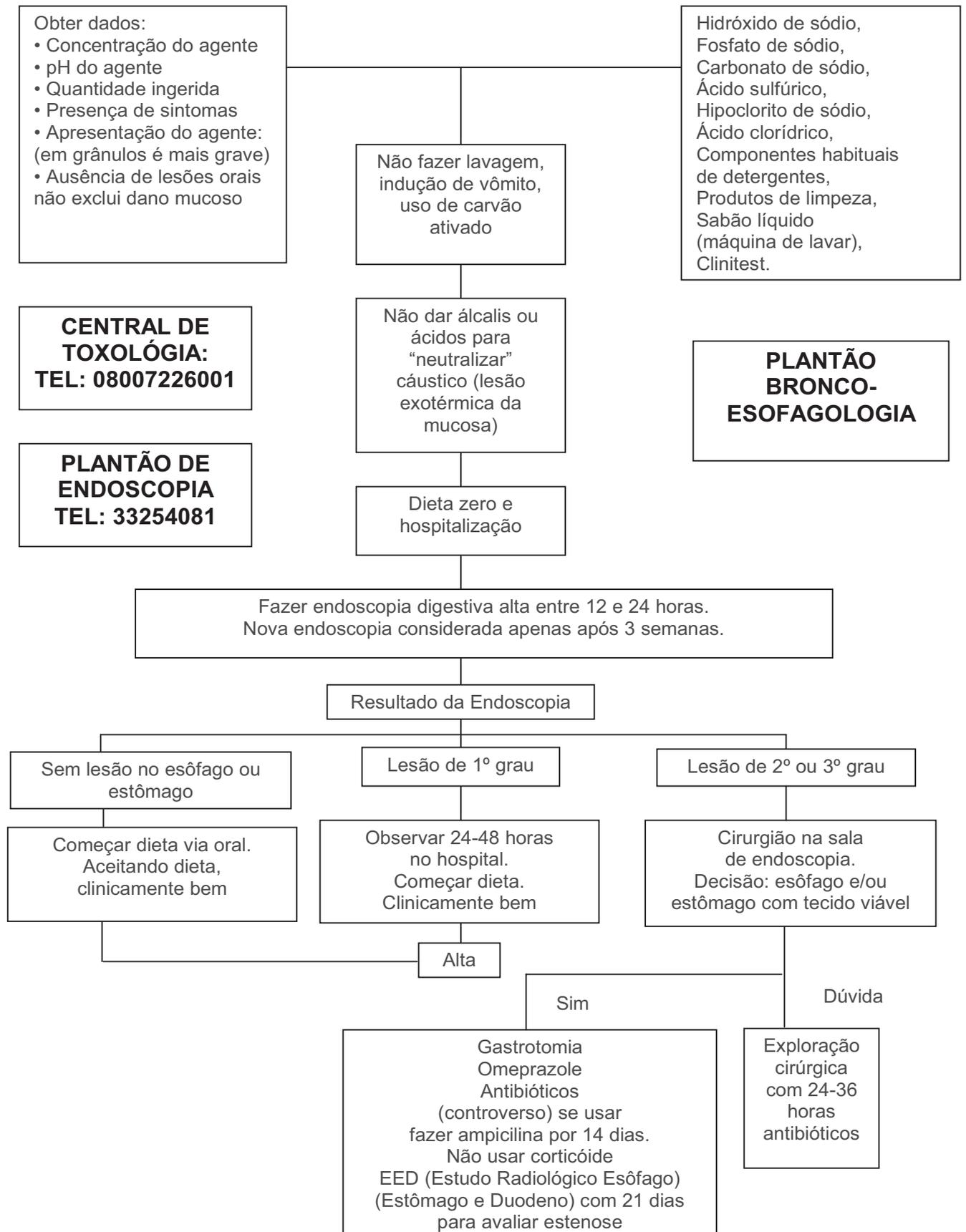
\* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

**HEMATOQUEZIA****MELENA**

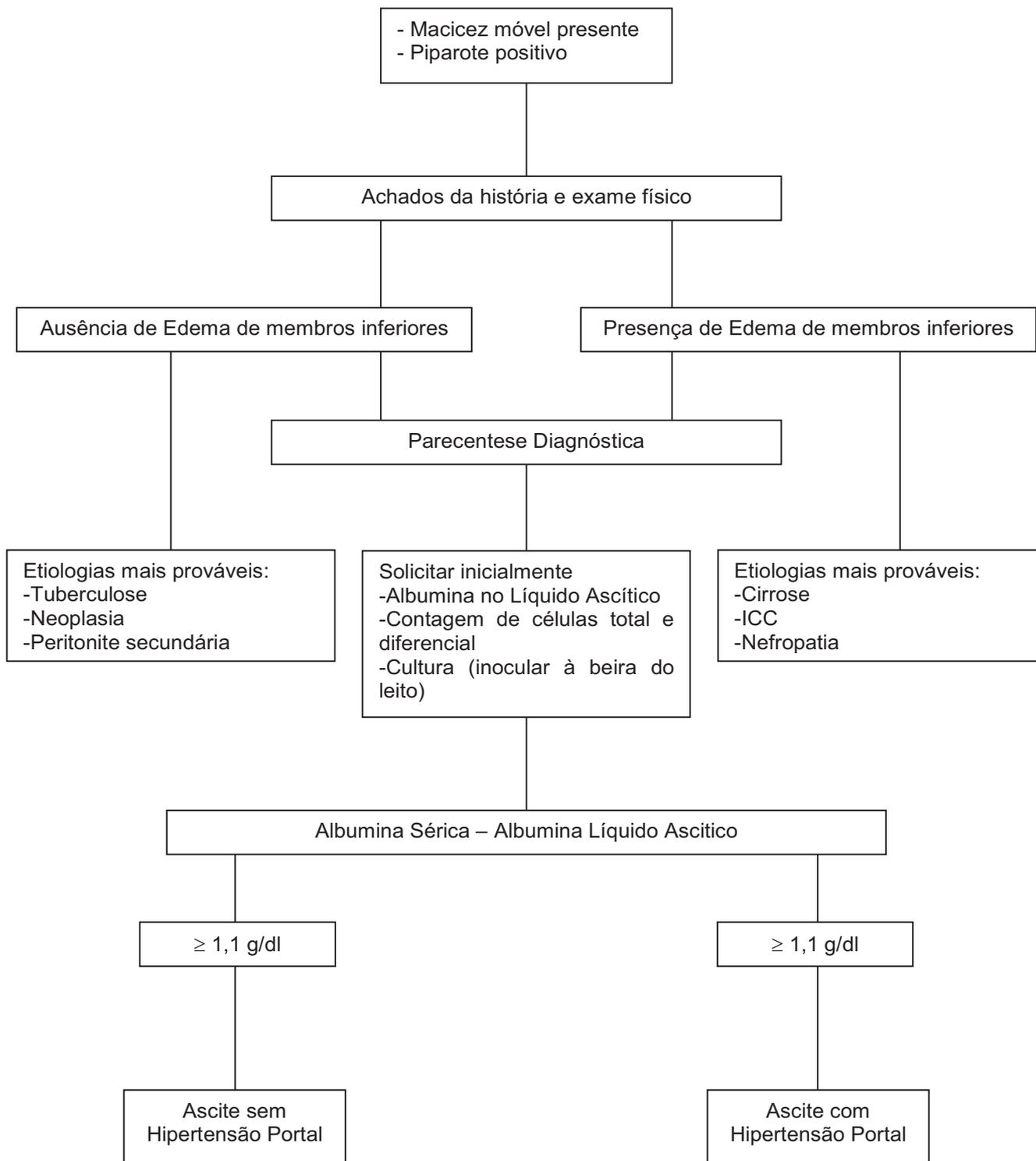
## INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



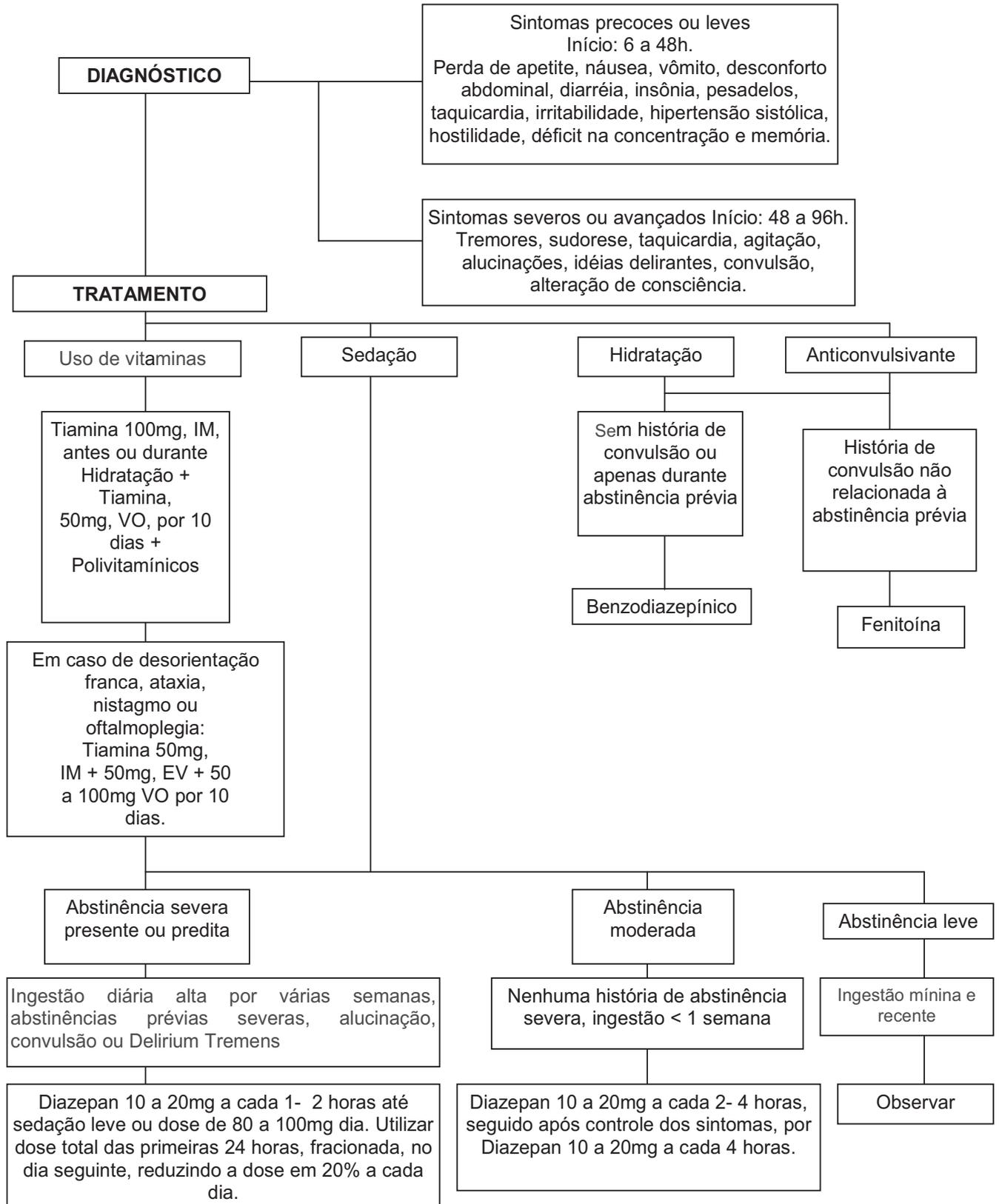
# INGESTÃO DE CÁUSTICOS



## ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



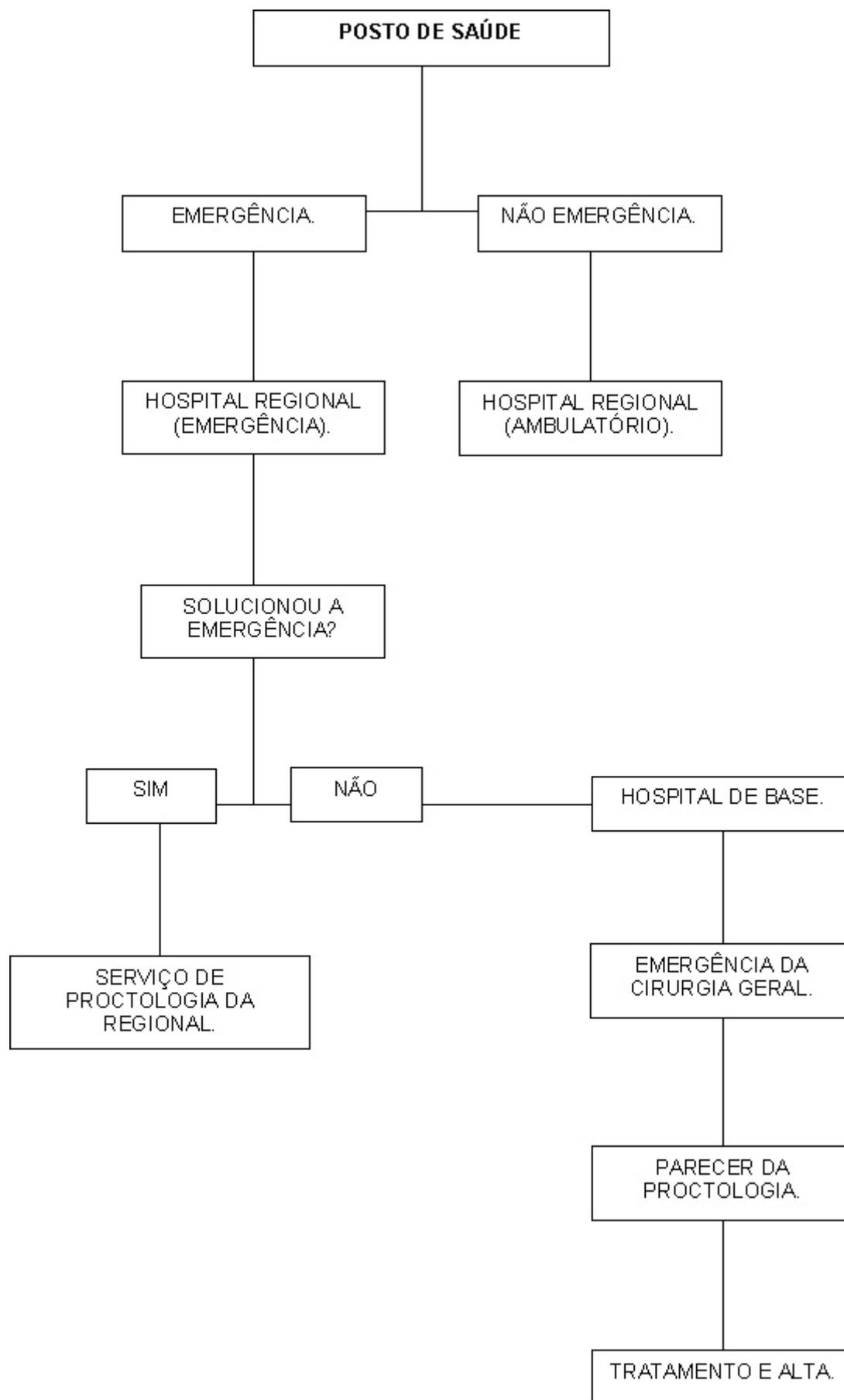
# TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



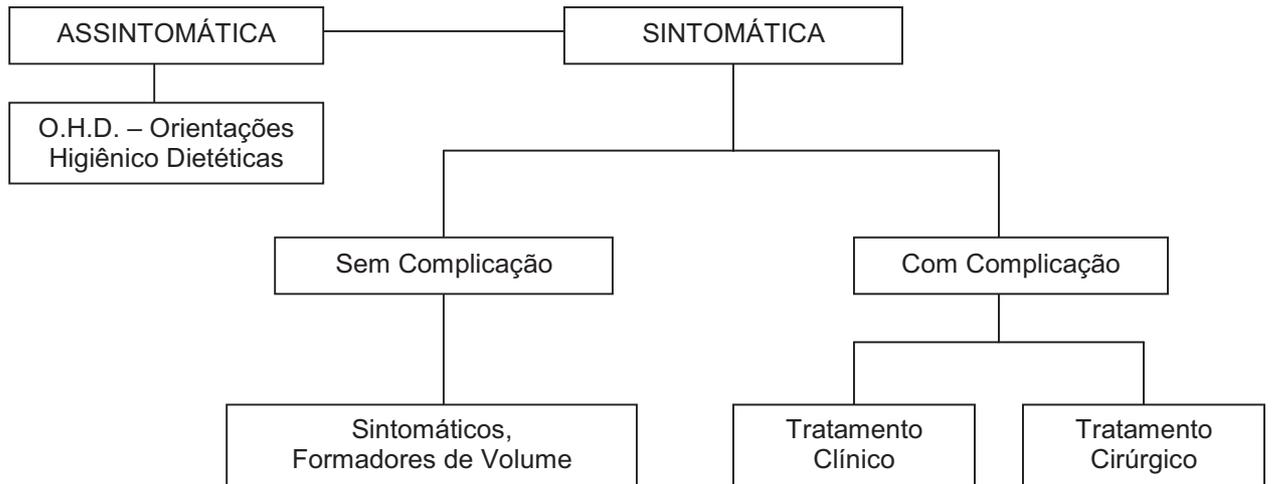
### OBS.:

1. Lorazepam poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodiazepínico de forma mais lenta.

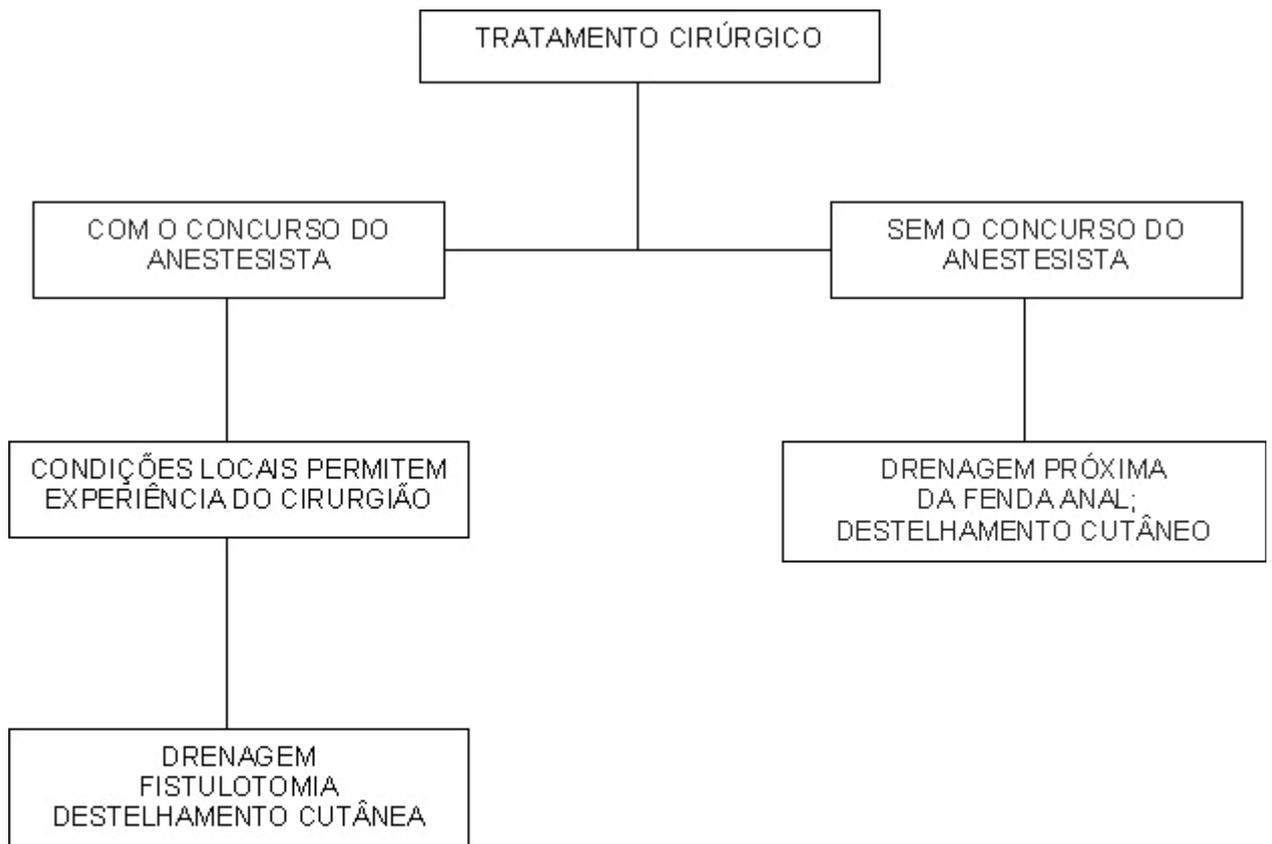
## ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



## DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



## ABSCESSO ANORRETAL

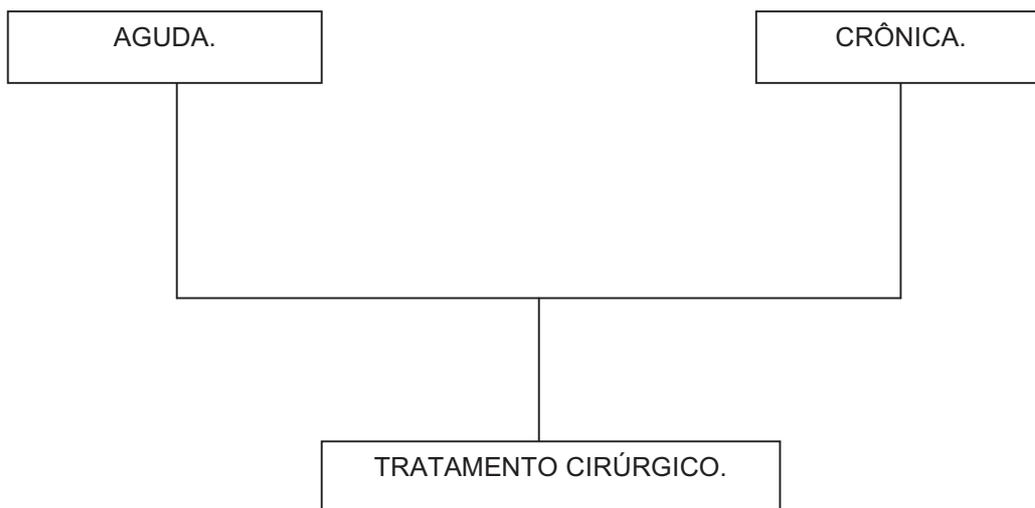


\* USO DO ANTIBIÓTICO:

- a) Manifestações sistêmicas;
- b) Imunodeprimidos;
- c) Celulite associada.

\* ANTIBIÓTICO DE 1ª LINHA.  
ANTIBIÓTICO DE AMPLO ESPECTRO.

## DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

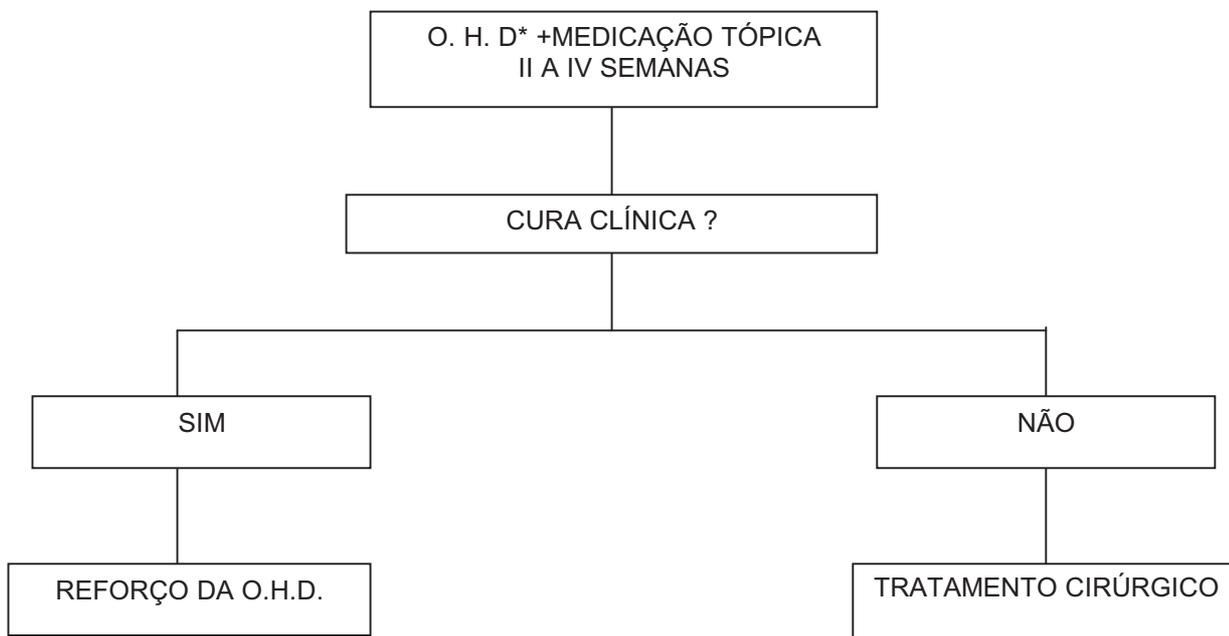


### SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

Incisão e Curetagem ou Marsupialização.

**Anestesia** – Local ou Bloqueio Raqui-Medular.

## FISSURA ANAL IDIOPÁTICA



MANOMETRIA – Antes e após tratamento

MEDICAÇÃO TÓPICA – Evitar uso de corticóide

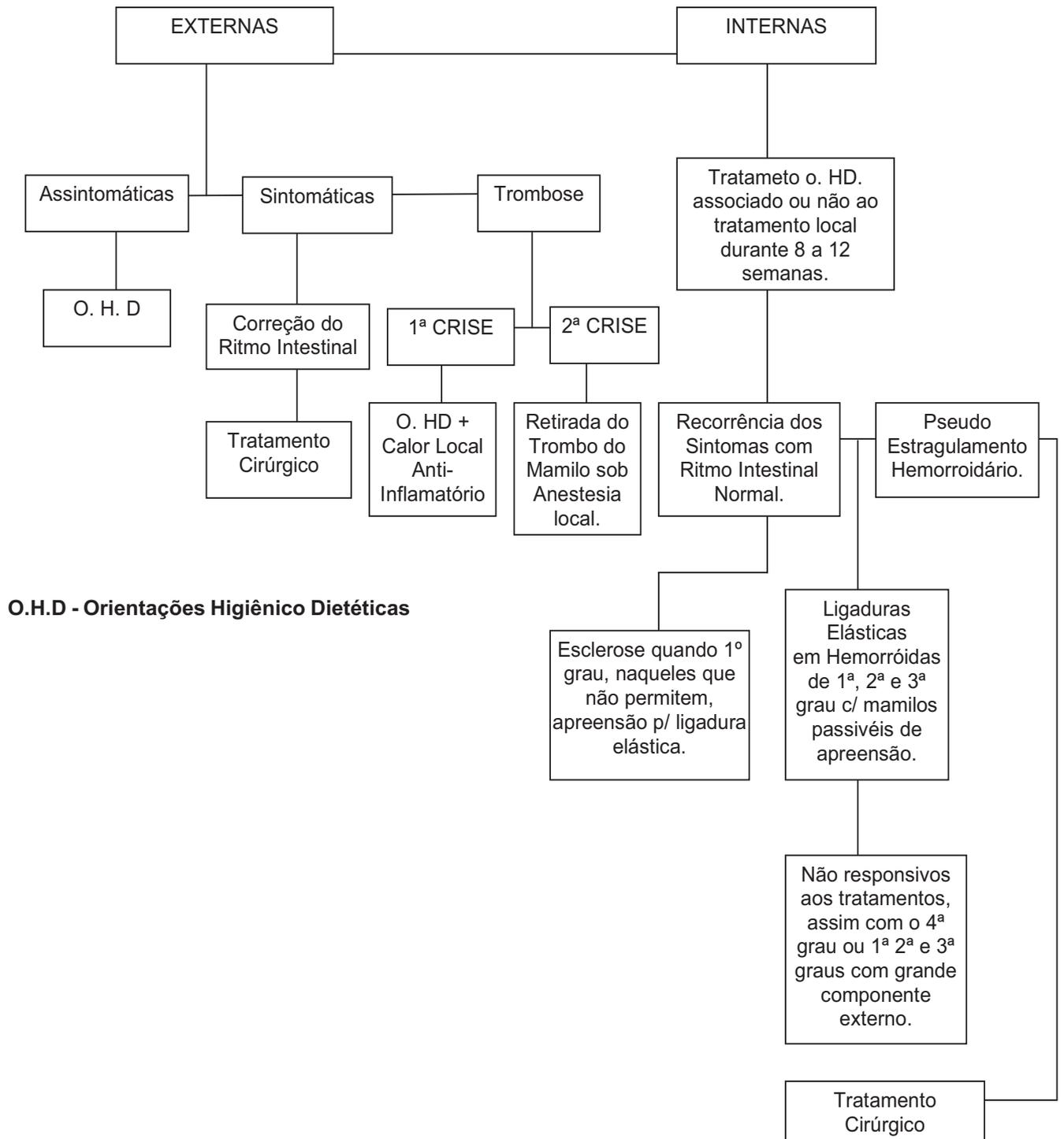
“ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

EXERERE DE PLICOMA E DA PAPILA HIPERTRÓFICA - Dependem do tamanho e dos sintomas que apresentem.

Enviar material para estudo Histopatológico.

O.H.D. – orientações higiênico-dietéticas.

# HEMORRÓIDAS



## PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

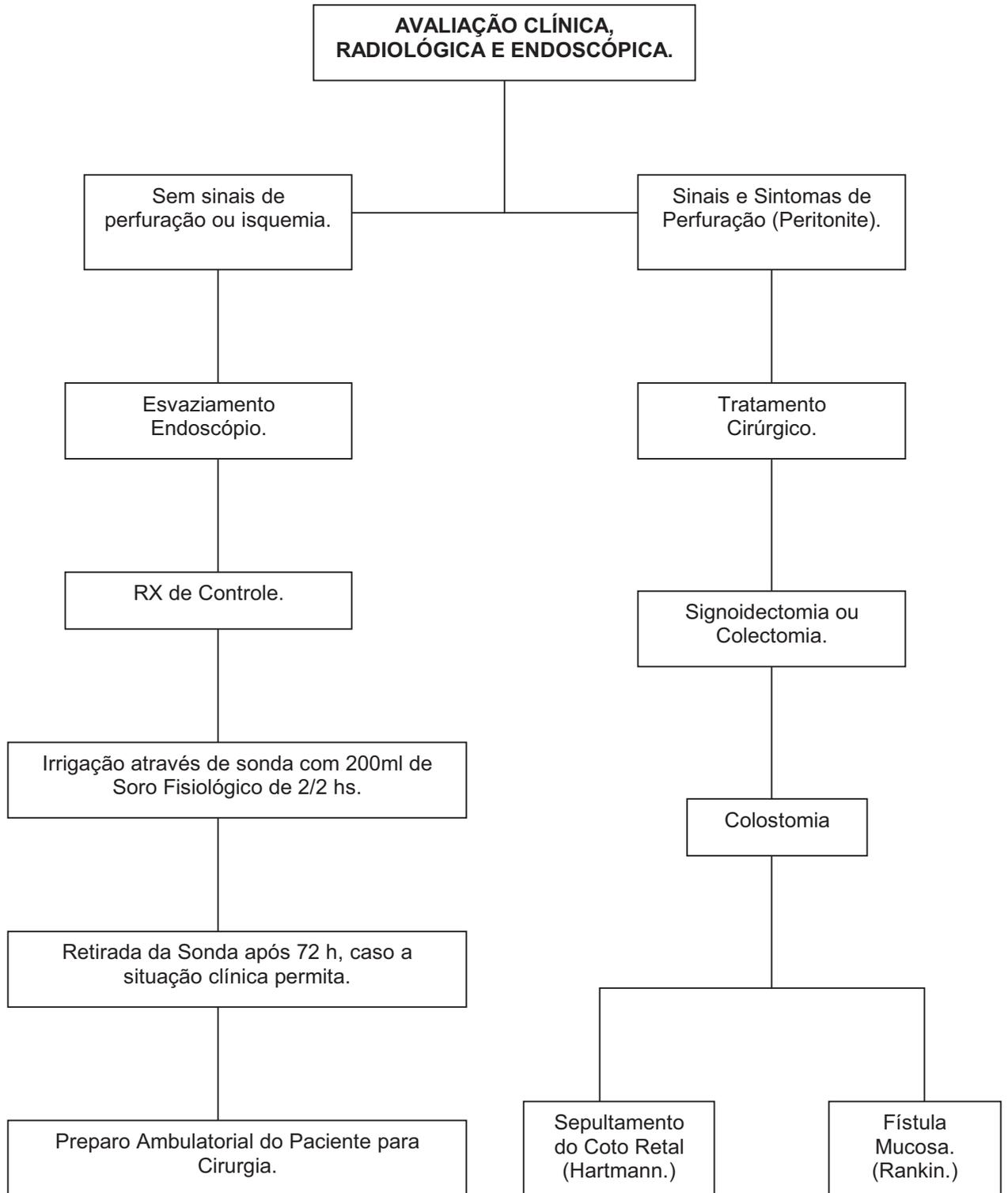
As peças cirúrgicas deverão de rotina ser estudadas histologicamente (mamilos).  
Curativos semanais até cicatrização total das feridas.

## FECALOMA



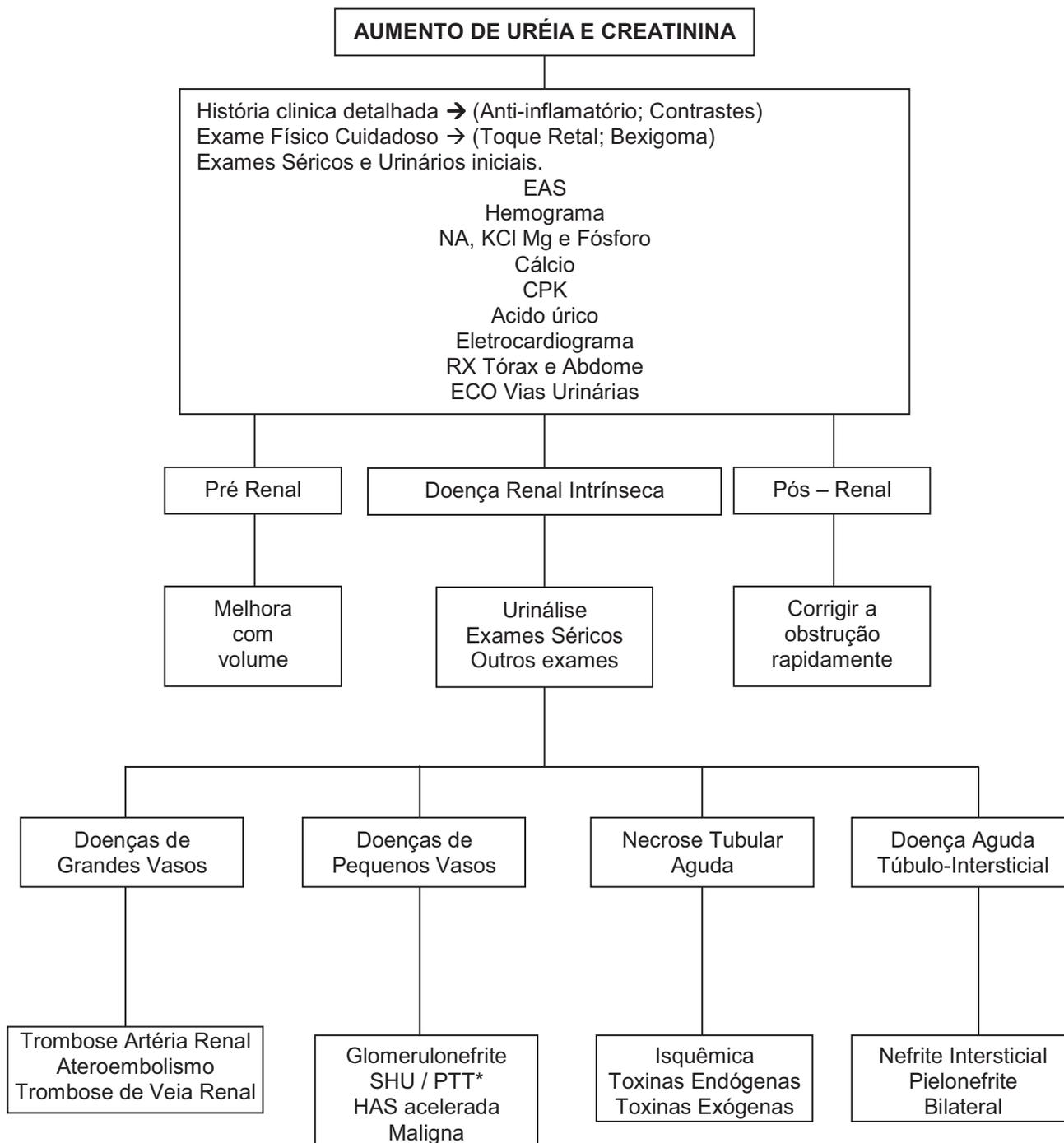
O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

\* A Cirurgia será aquela em que o serviço tenha maior experiência.

**VOLVO**

Colonoscopia pode ser tentada para volvo alto; fora do alcance do retossigmoidoscopia.

## INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



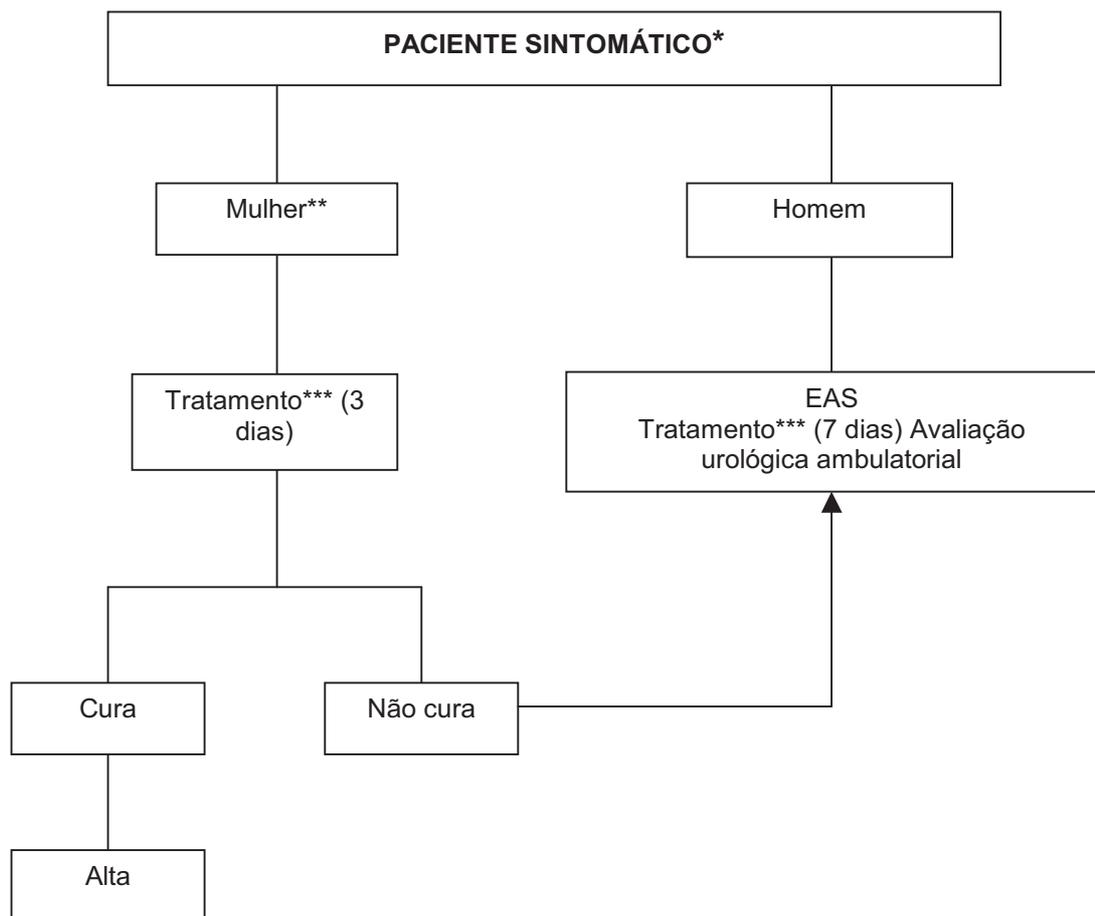
\***SHU:** ( Síndrome Hemolítico - Urêmica)

\***PTT:** (Púrpura Trombocitopênica Trombótica)

## INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clínico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml)

### INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO



\* Sintomas: disúria, Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica

\*\* Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata.

Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urológica ambulatorial.

\*\*\* Quinolonas, fluorquinolonas e sulfa - trimetoprim.

Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. diabetes, Imunossupressão)