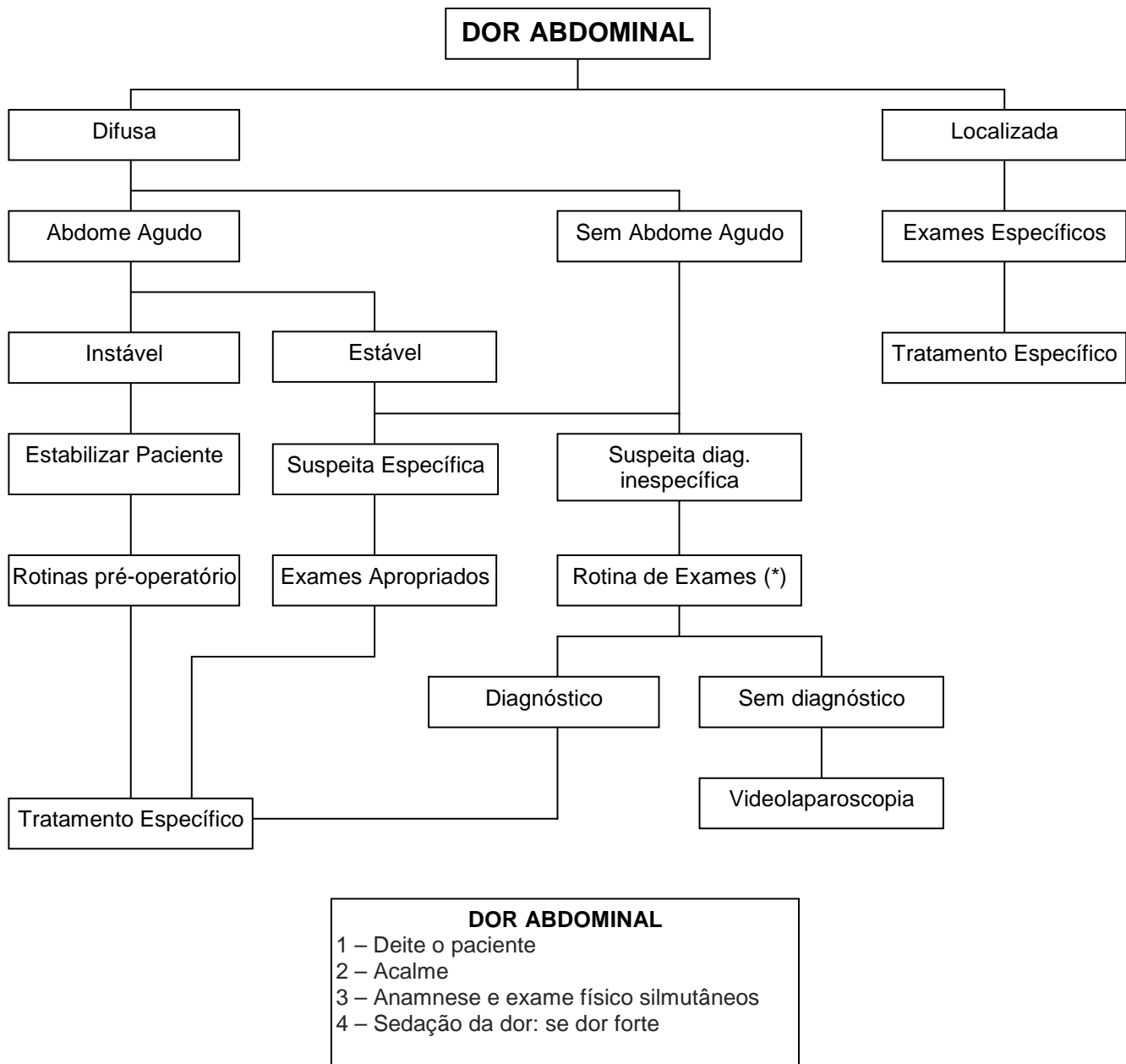


## DOR ABDOMINAL AGUDA



(\*) 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.)

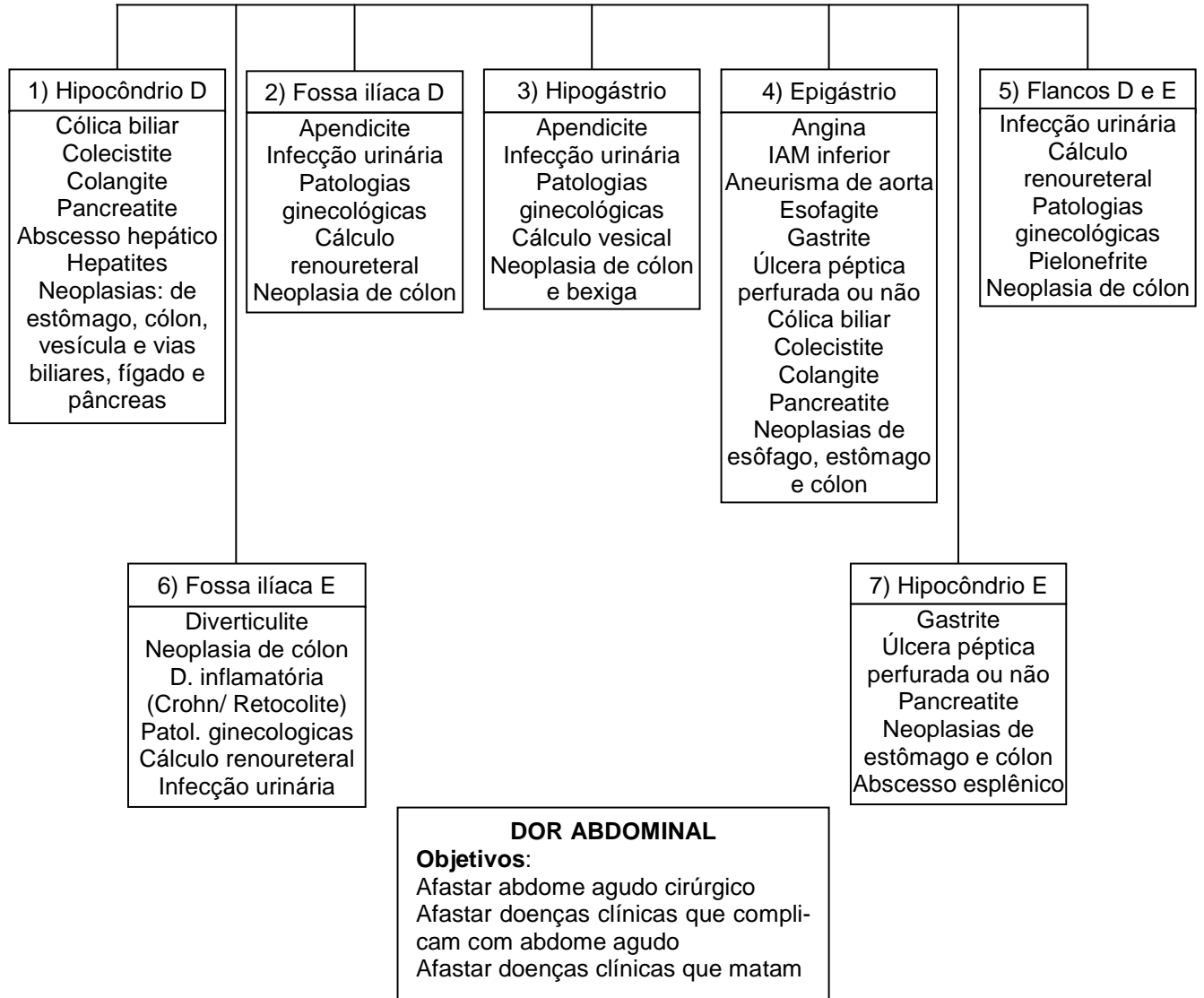
**Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.)**

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.

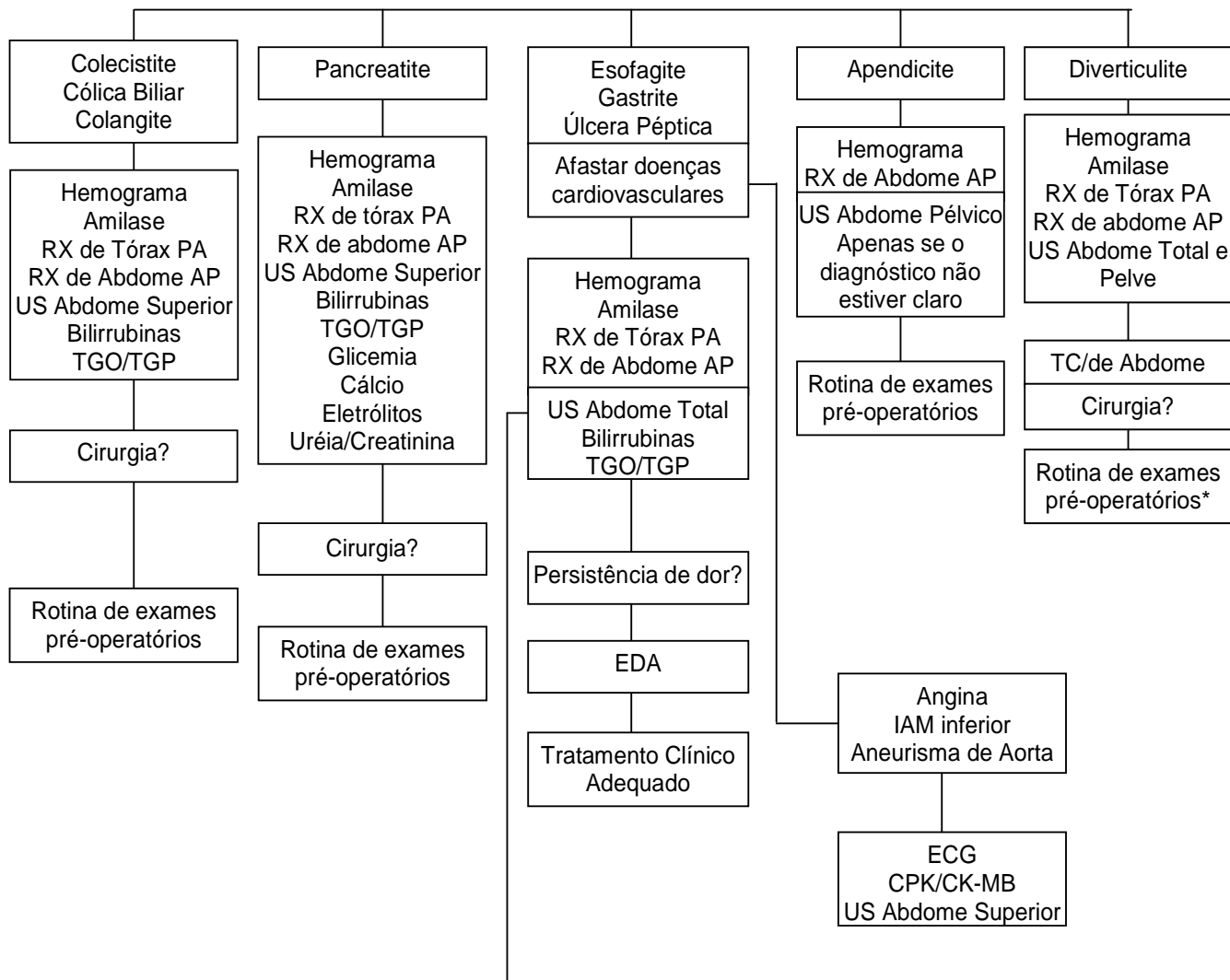
Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

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

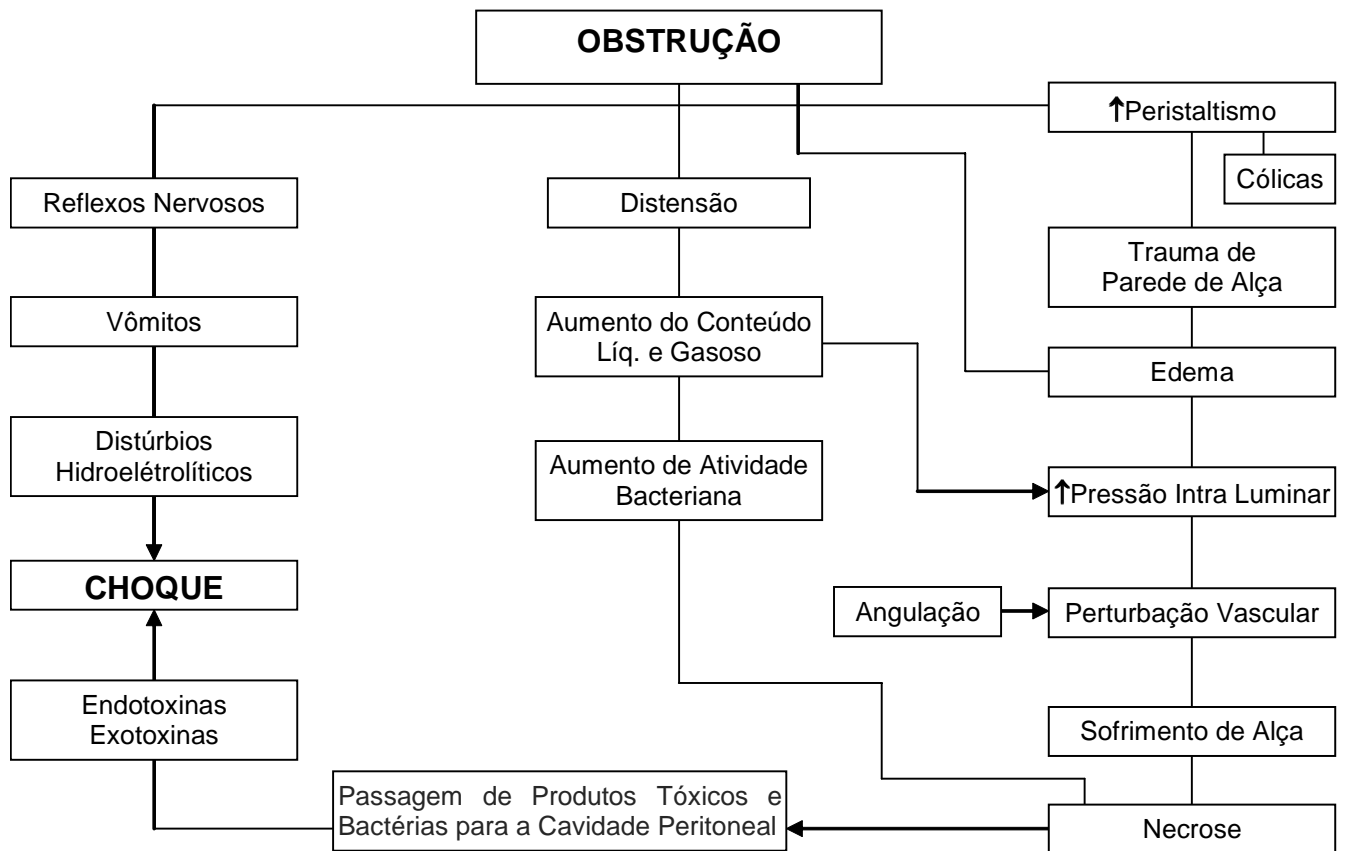
#### Objetivos:

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

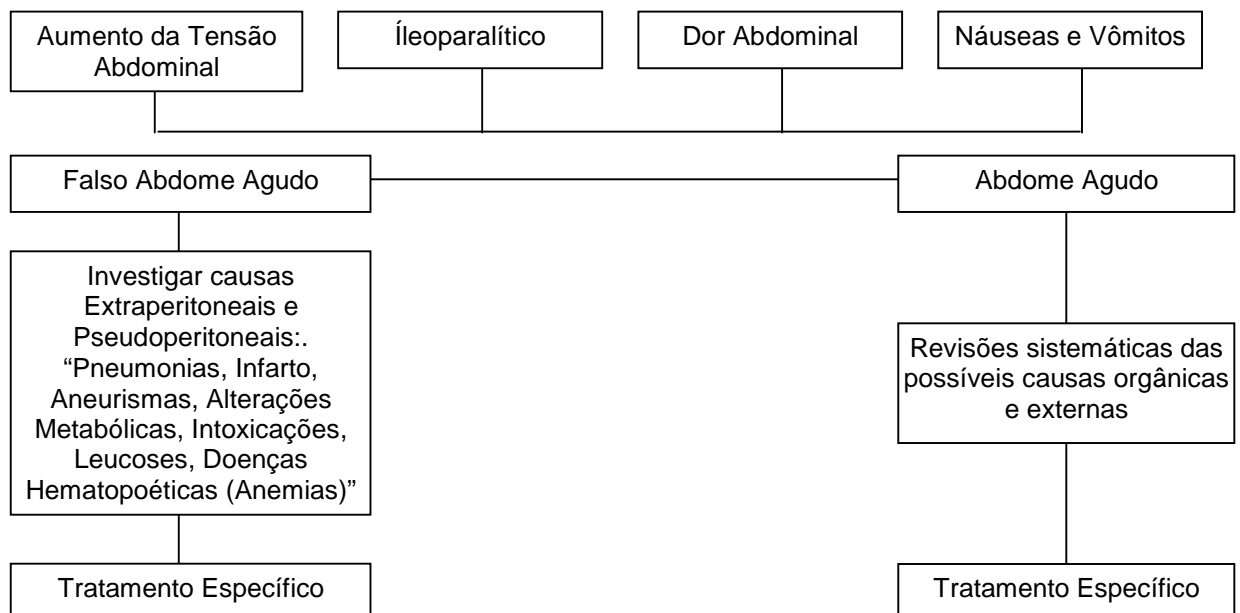
### ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

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

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL FISIOPATOLOGIA



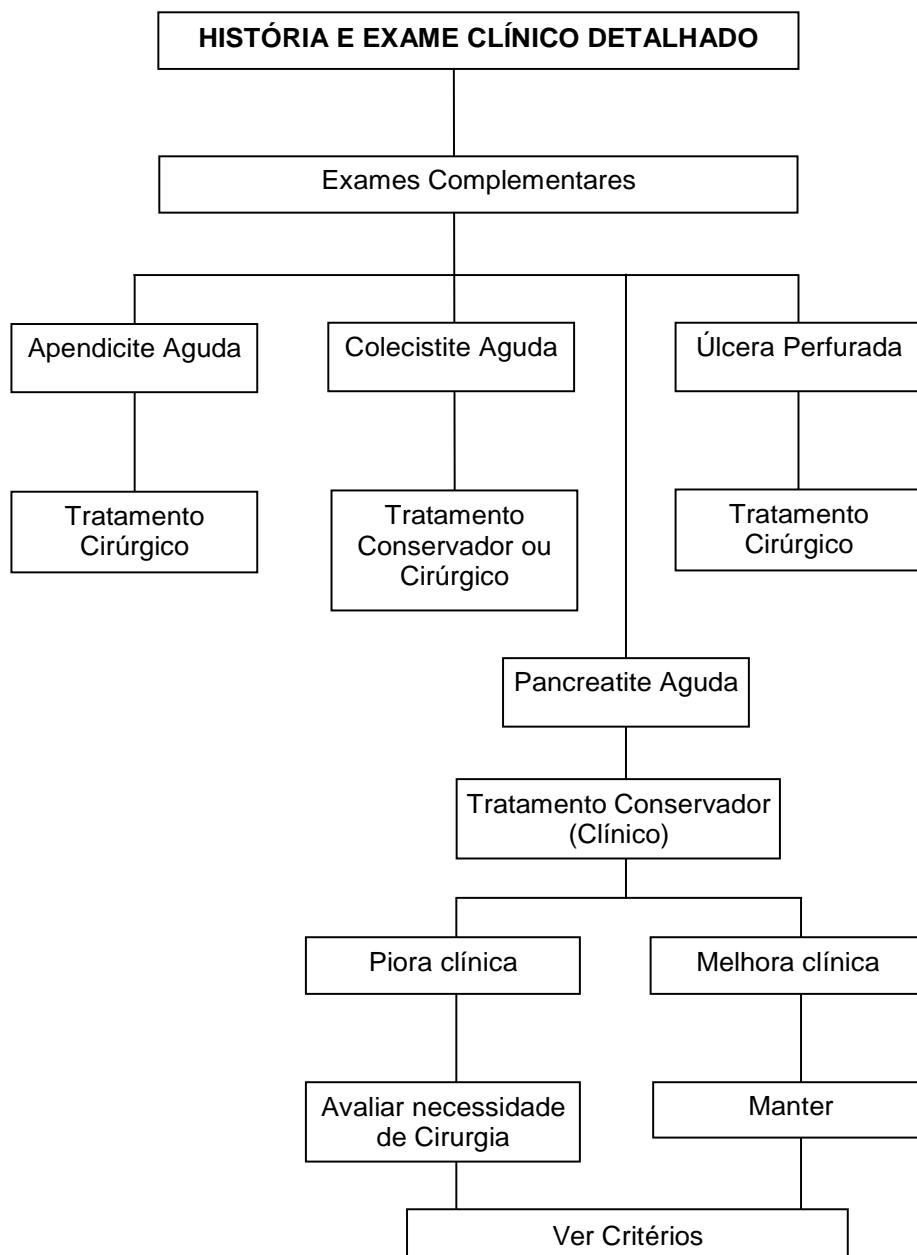
## ABDOME AGUDO DIAGNÓSTICOS



### 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

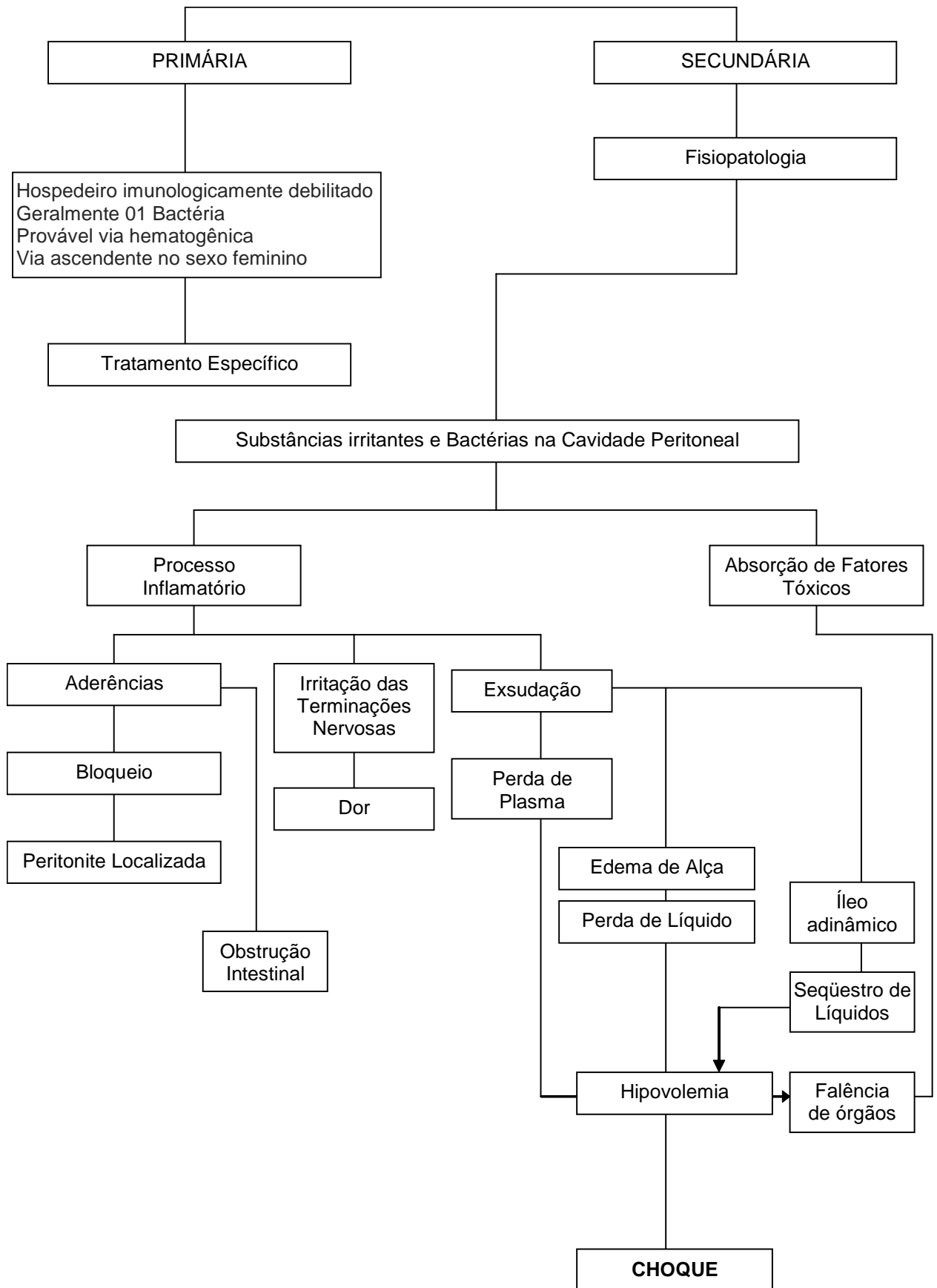


**OBS:**

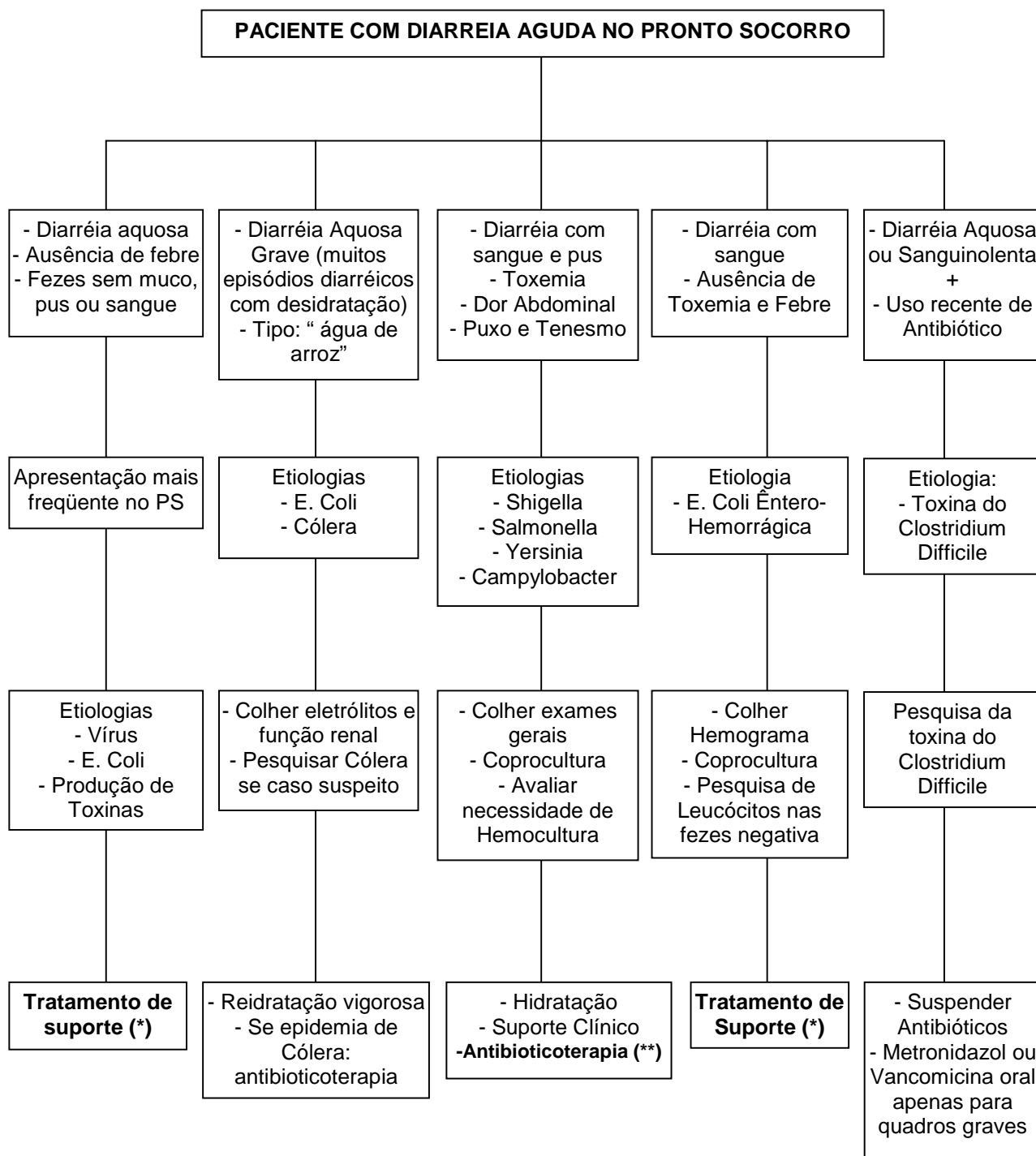
Prevenir o choque

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

# PERITONITES



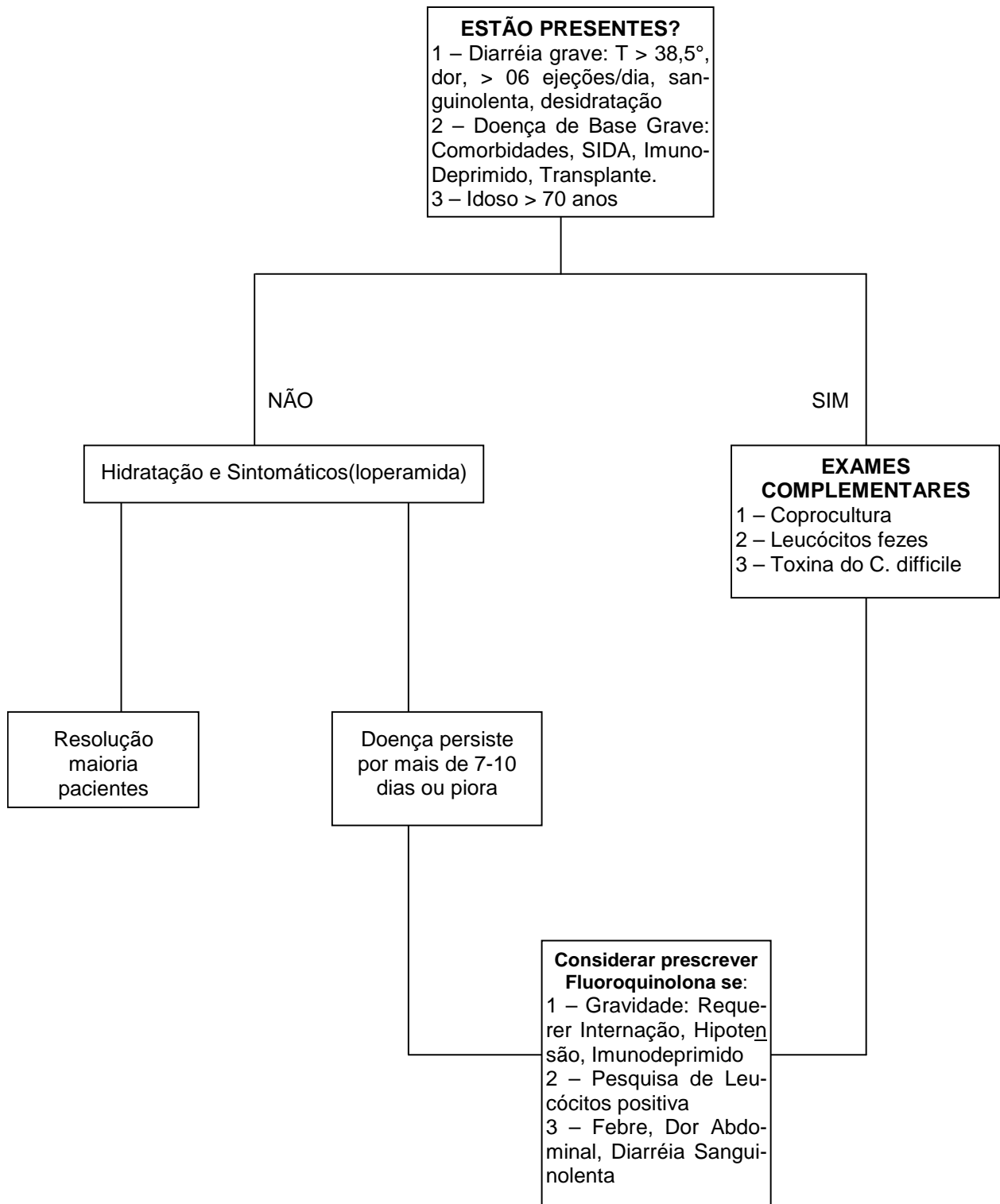
## DIARRÉIA AGUDA



**(\*) - 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)**

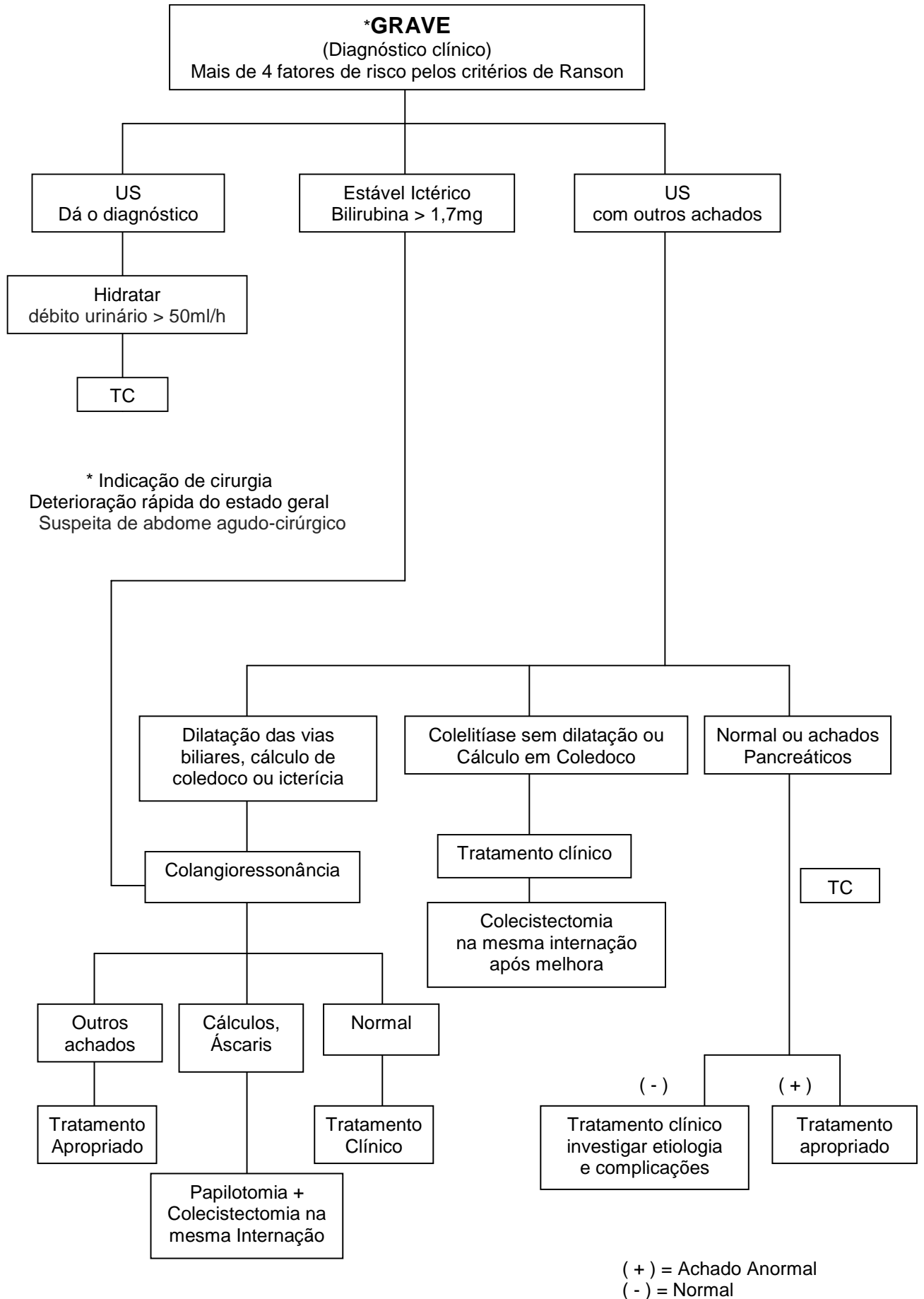
PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm <sup>3</sup>	2. Número de leucócitos > 18.000mm <sup>3</sup>
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 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%.

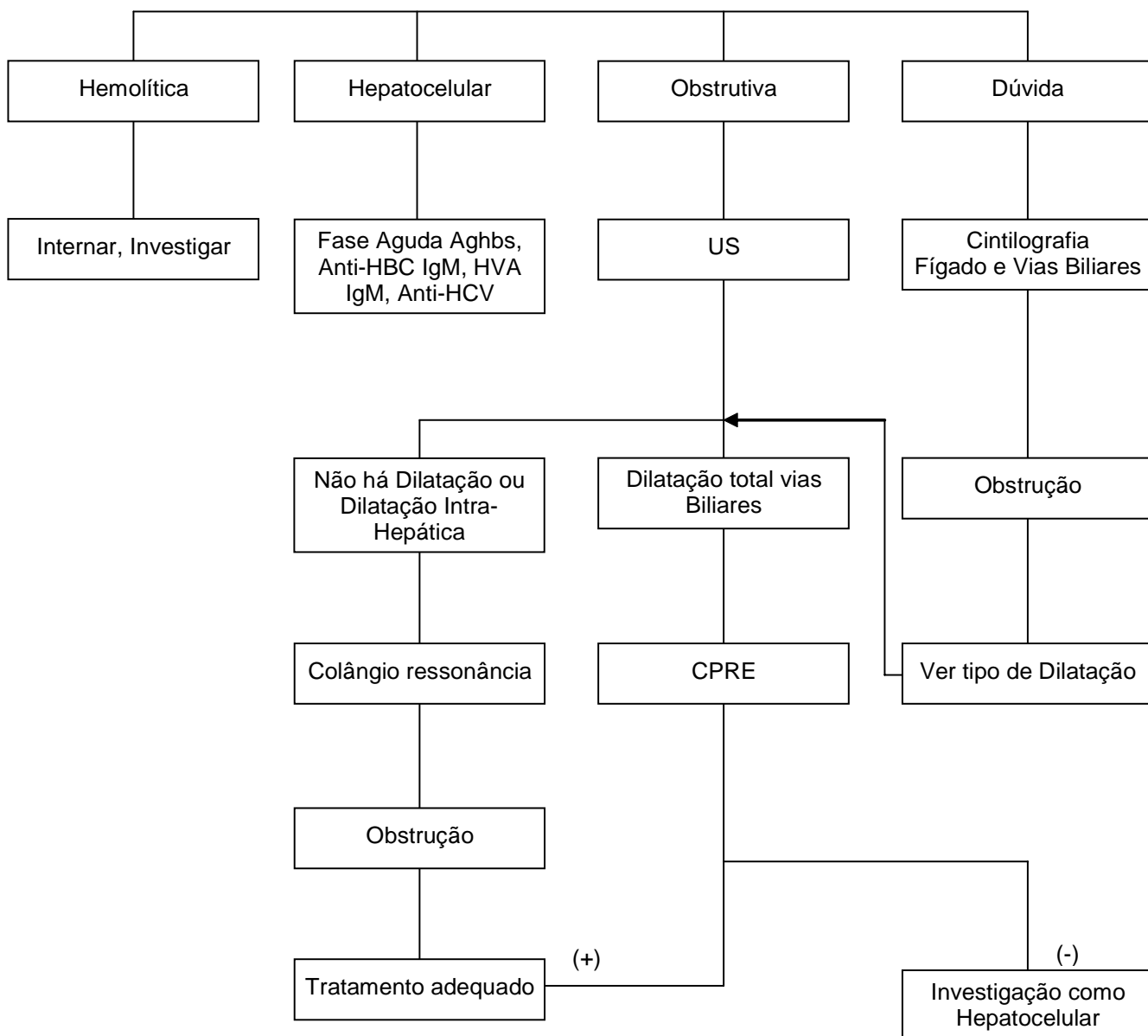
**PANCREATITE AGUDA GRAVE  
(Insuficiência de Órgãos e Sistemas)**

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

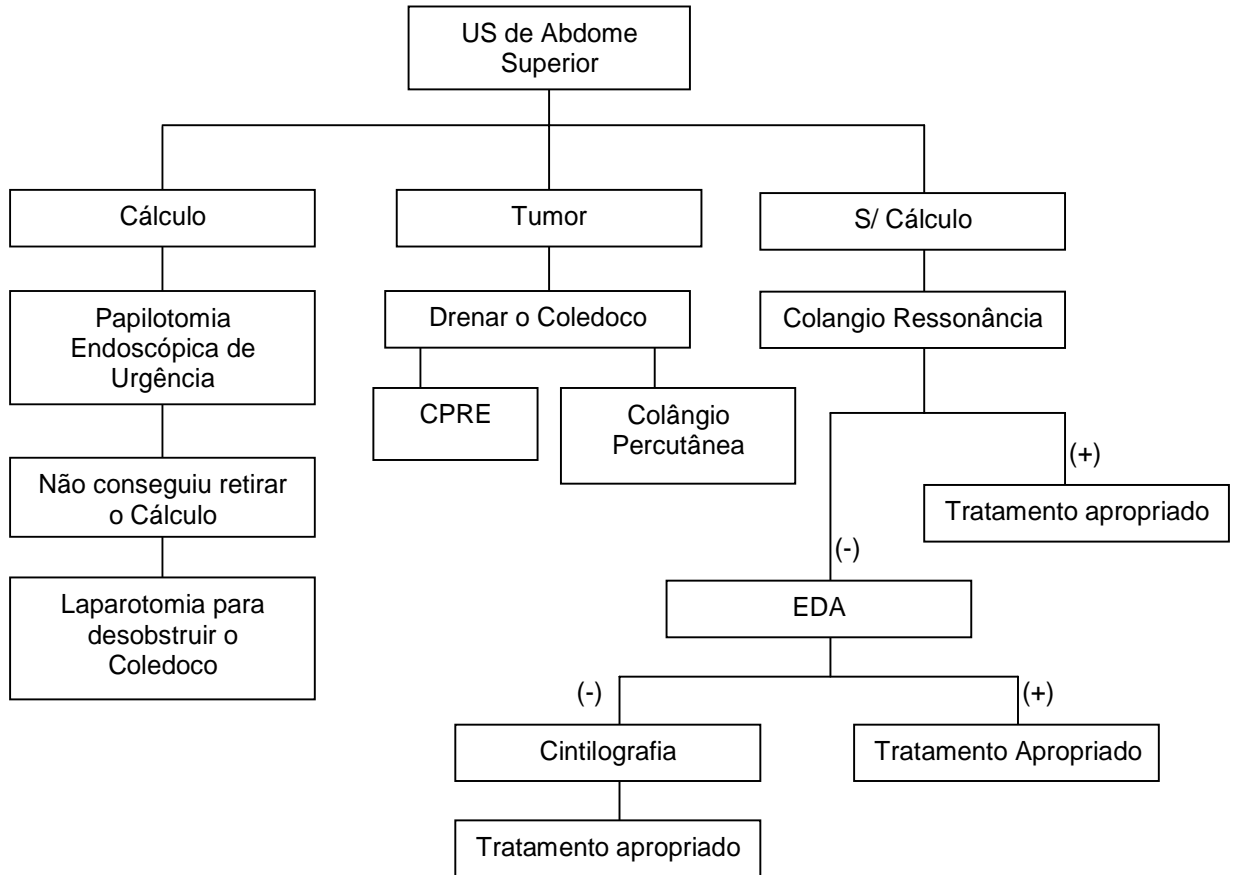
### EXAMES

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

### MEDIDAS GERAIS

Venóclise  
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

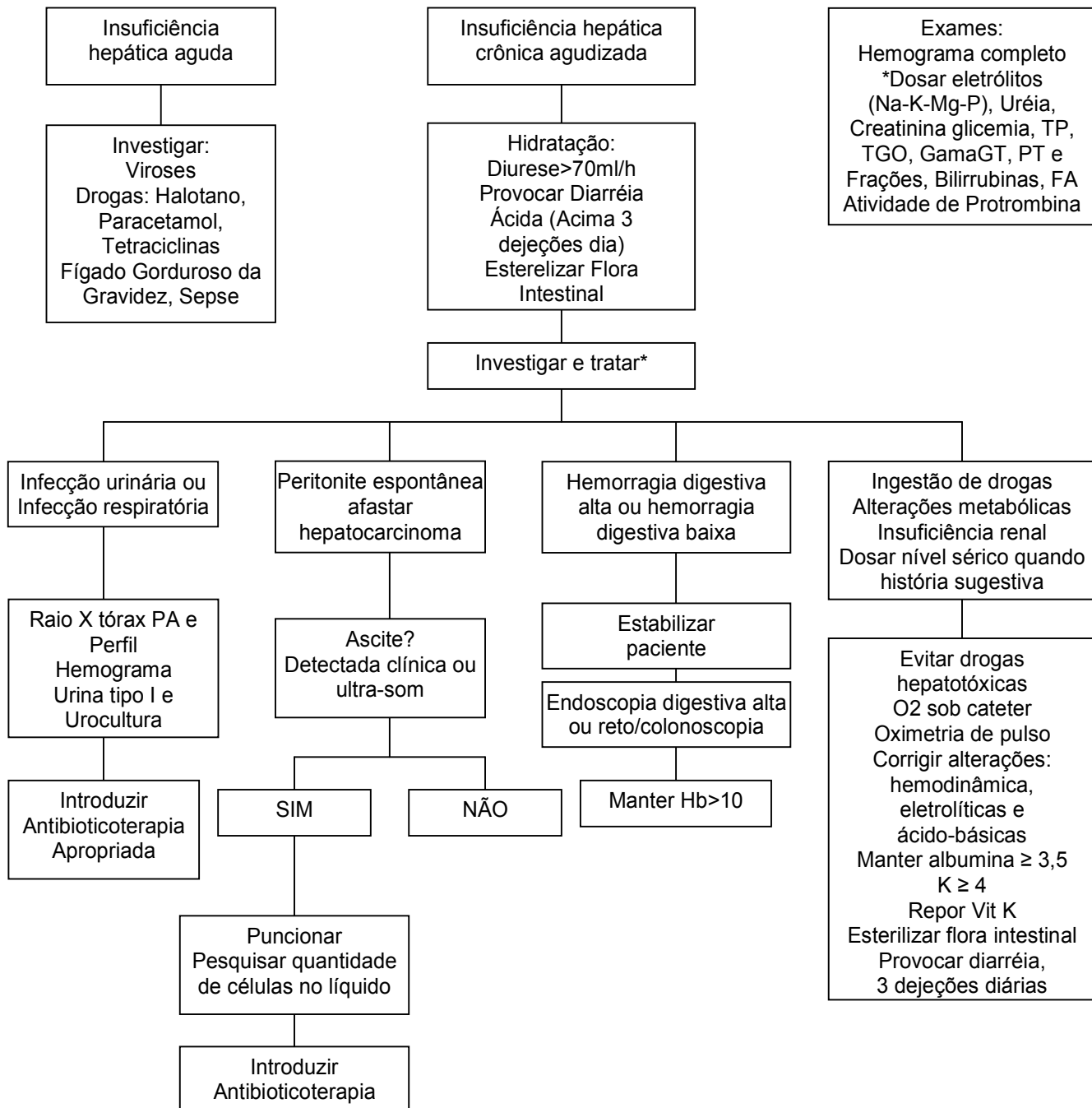
Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas,

Ur, Cr, Amilase, PT e Frações

Tratamento Apropriado, Drenagem

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

## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

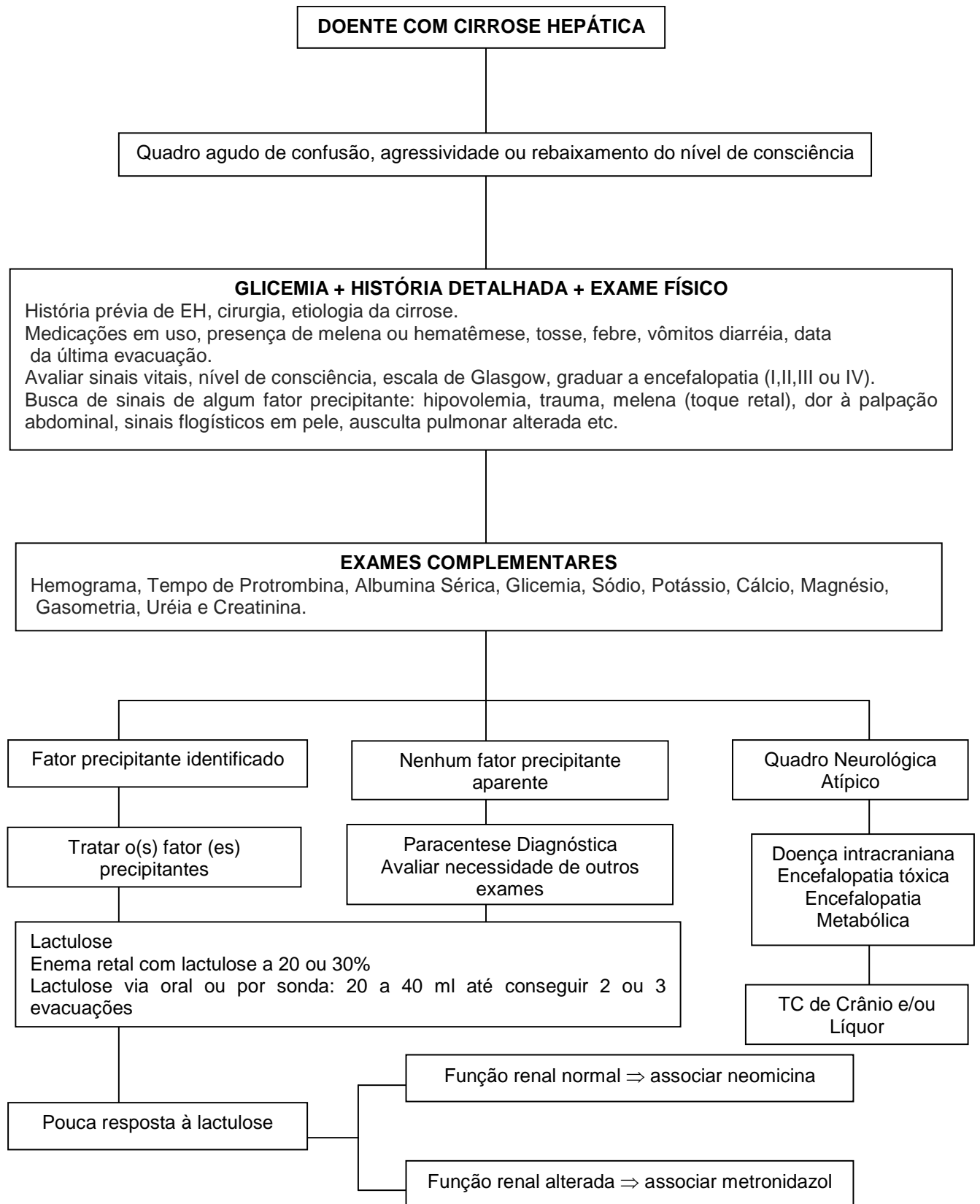


### CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE

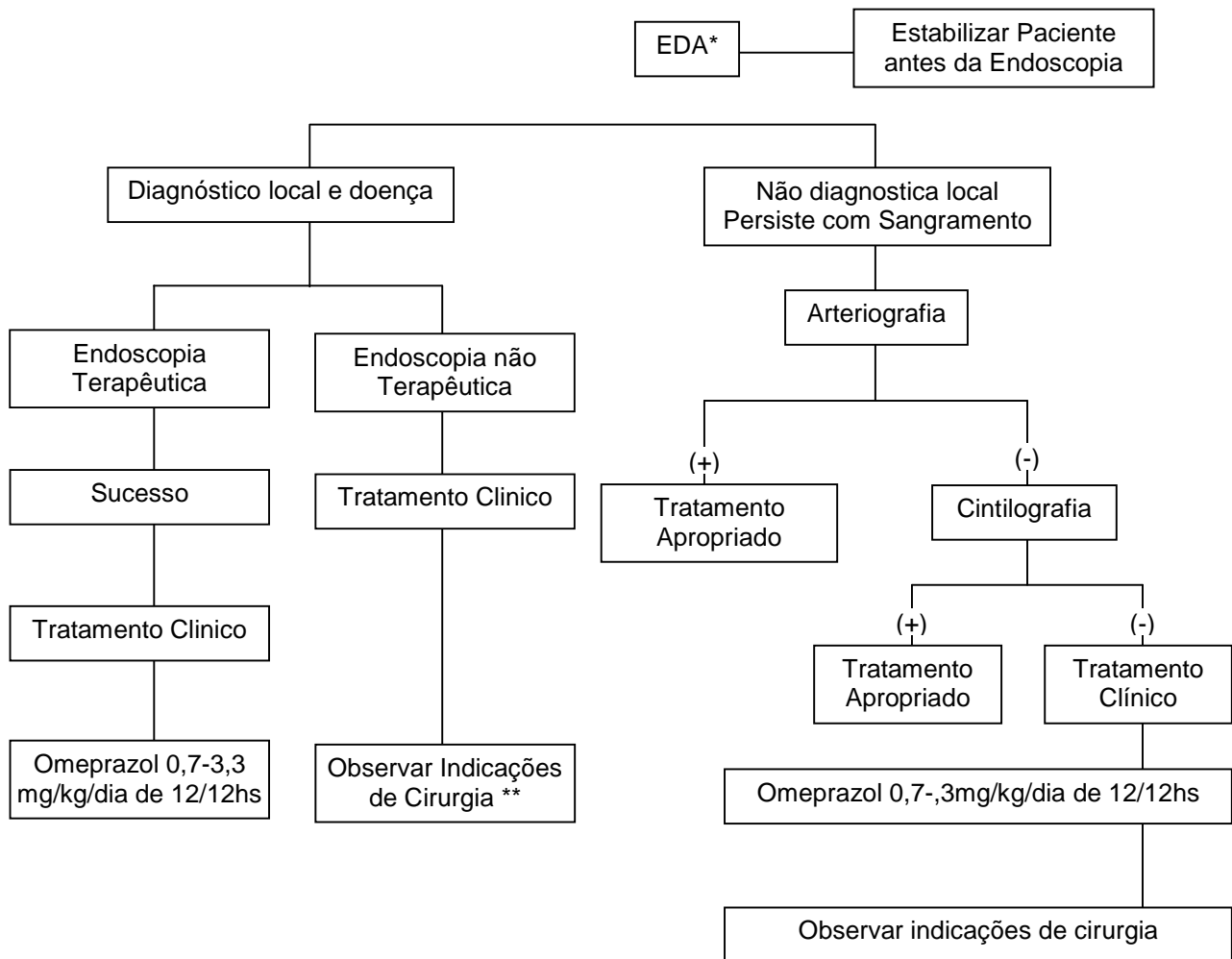
GRUPOS:	A	B	C
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

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

# ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA



## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



### \*\* INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

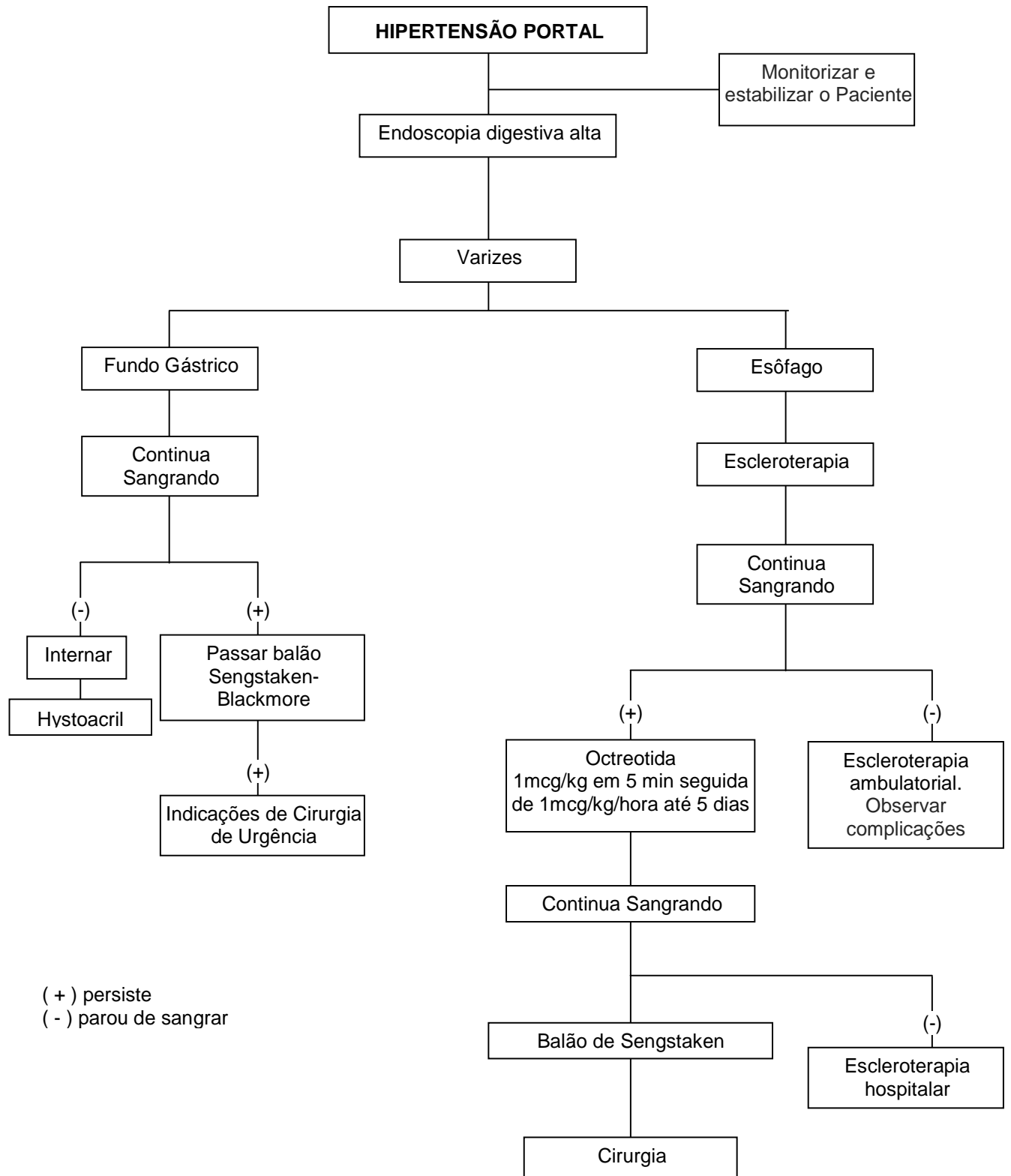
- pac. Portador de Ca com hemorragia;
- pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
- pac. Que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. Portador de sangue raro
- pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
- pac. Que sangrou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

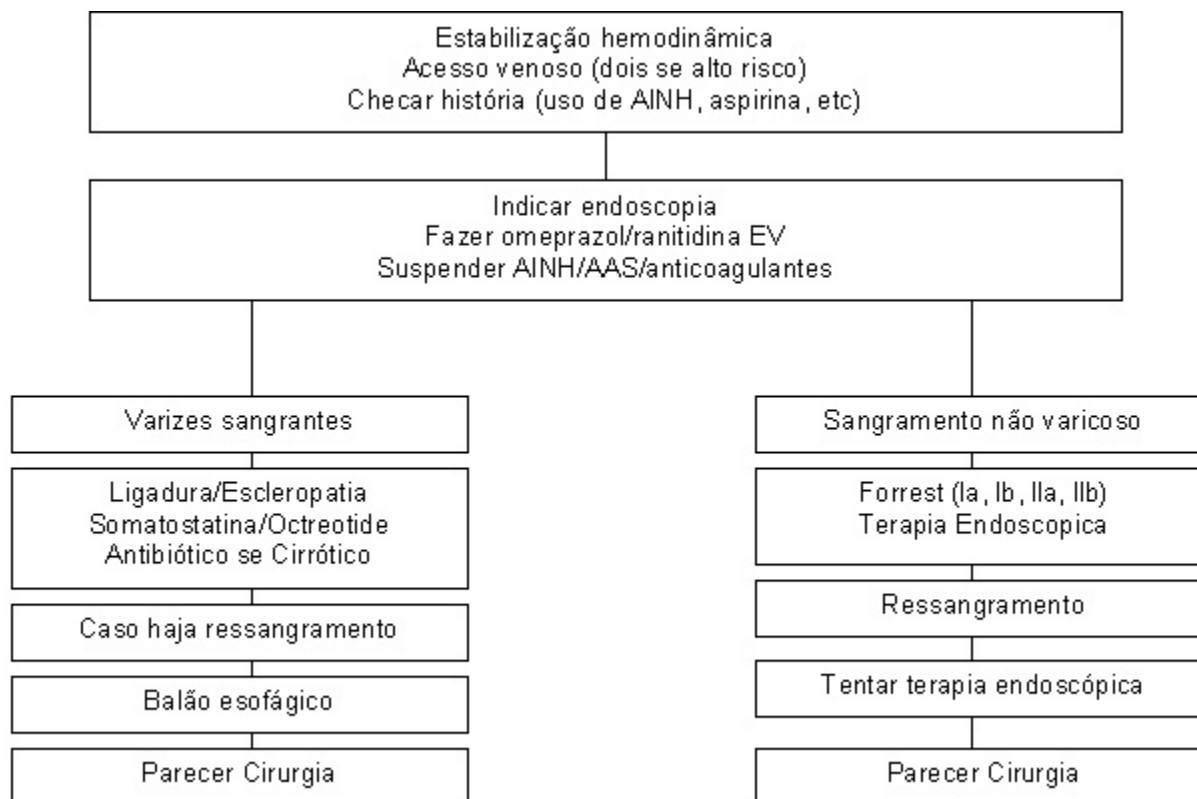
(+) encontrou sangramento local

( - ) Não encontrou

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



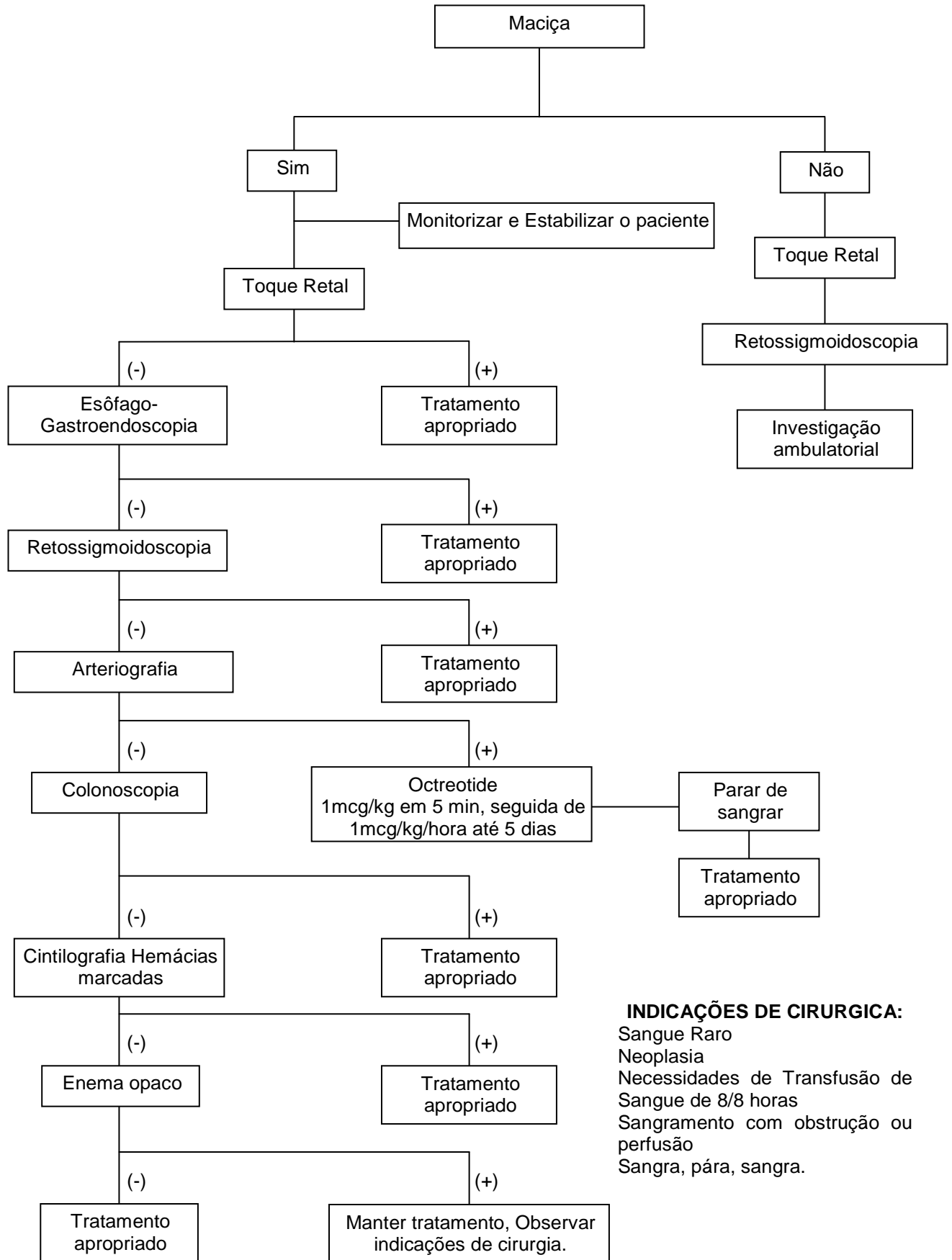


**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III****TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM**

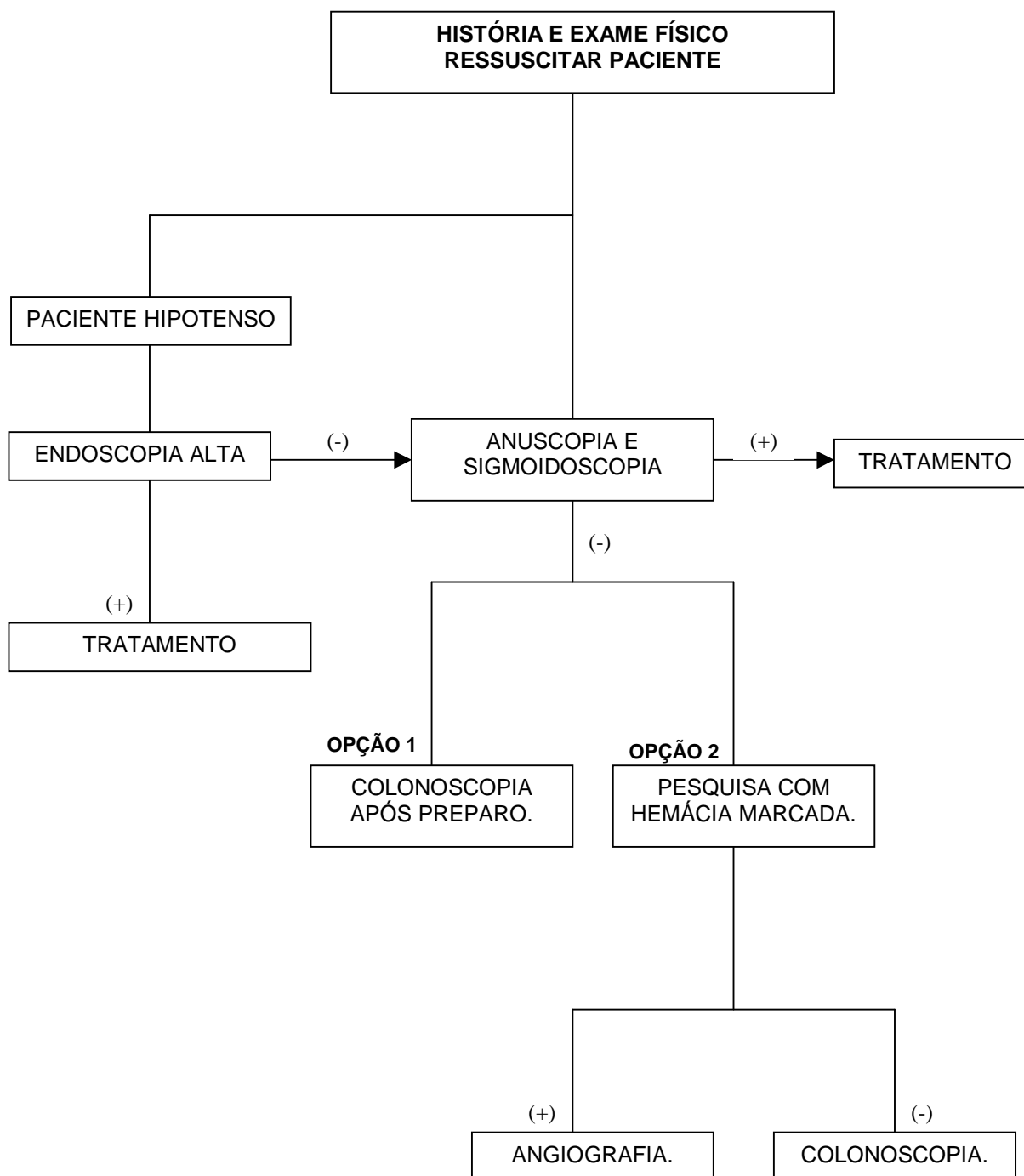
Idoso (>60 anos)  
Comorbidades  
Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia)  
Hipotensão ou choque  
Transfusão = unidades  
Paciente internado antes do sangramento  
Coagulopatia Severa

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

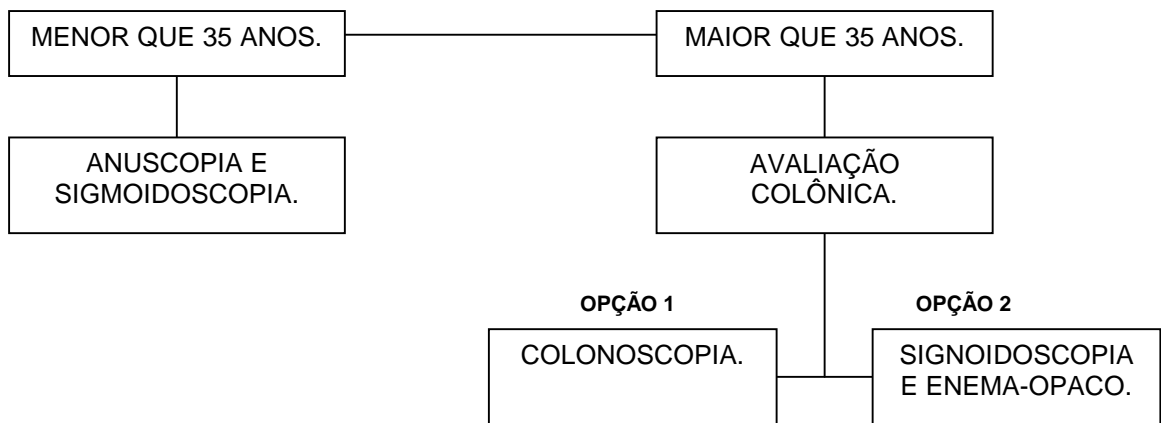
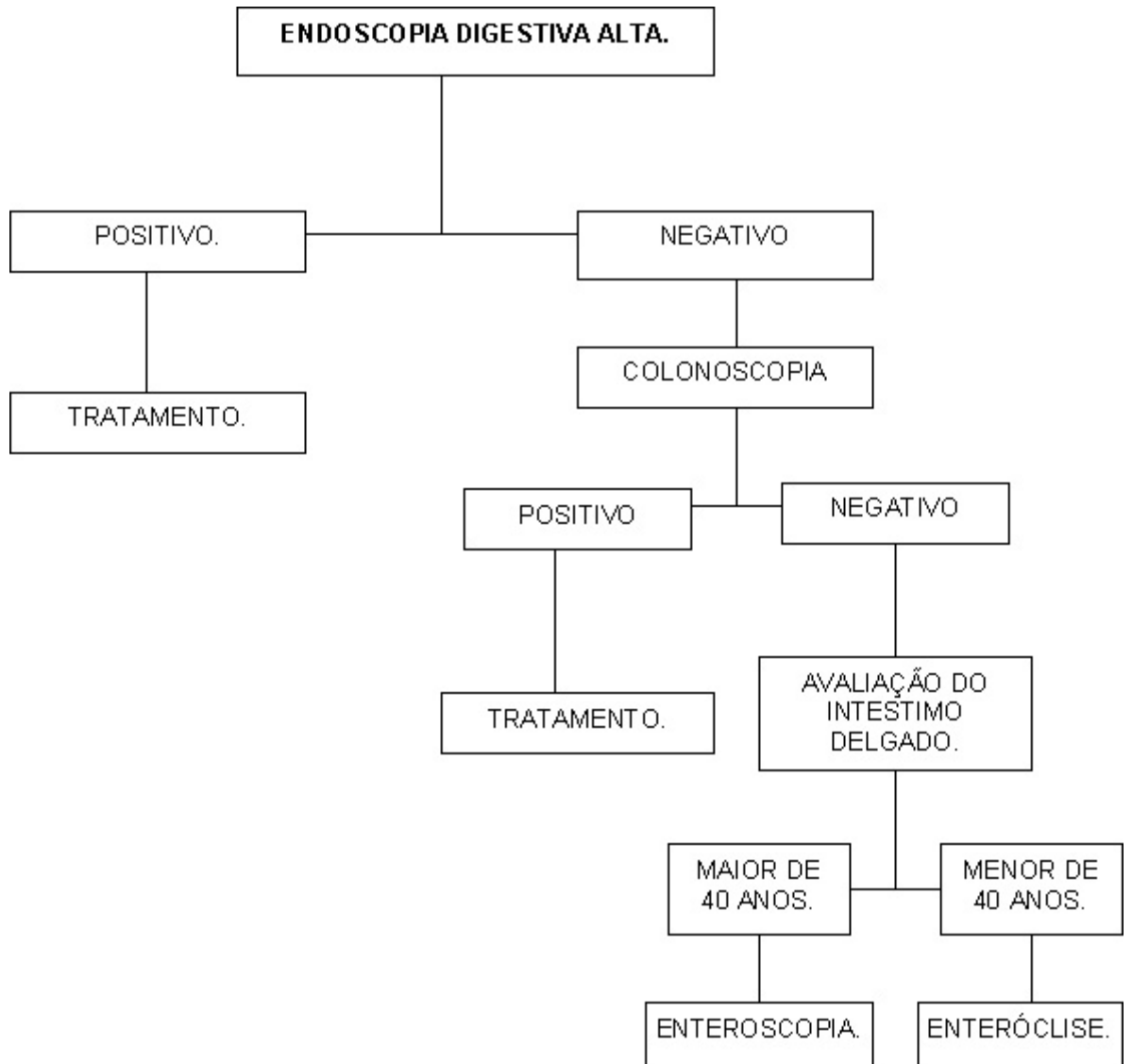
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – Iia	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – Ila	30 – 35%
Úlcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Úlcera base limpa / F – III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

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA**

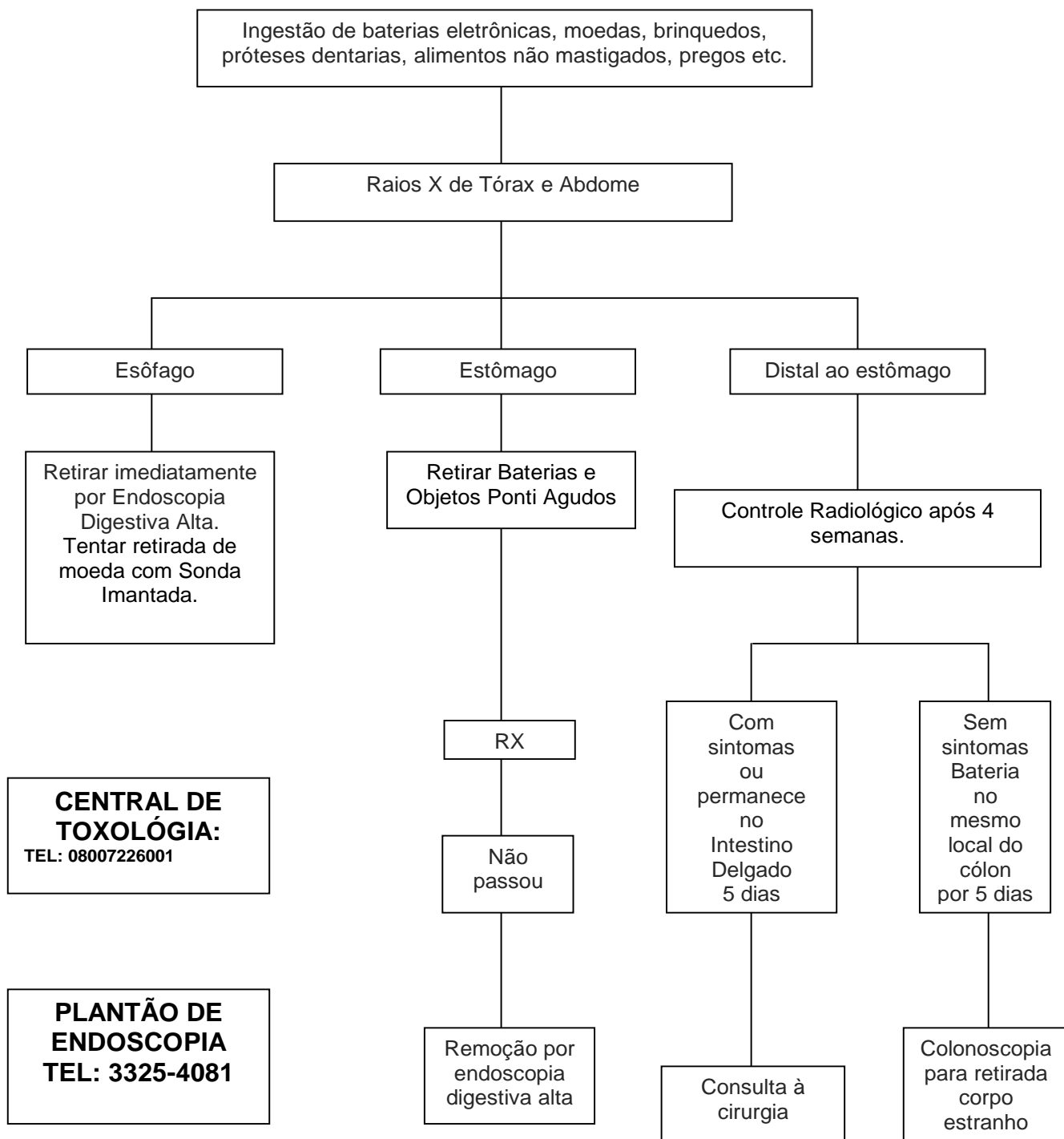
## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA



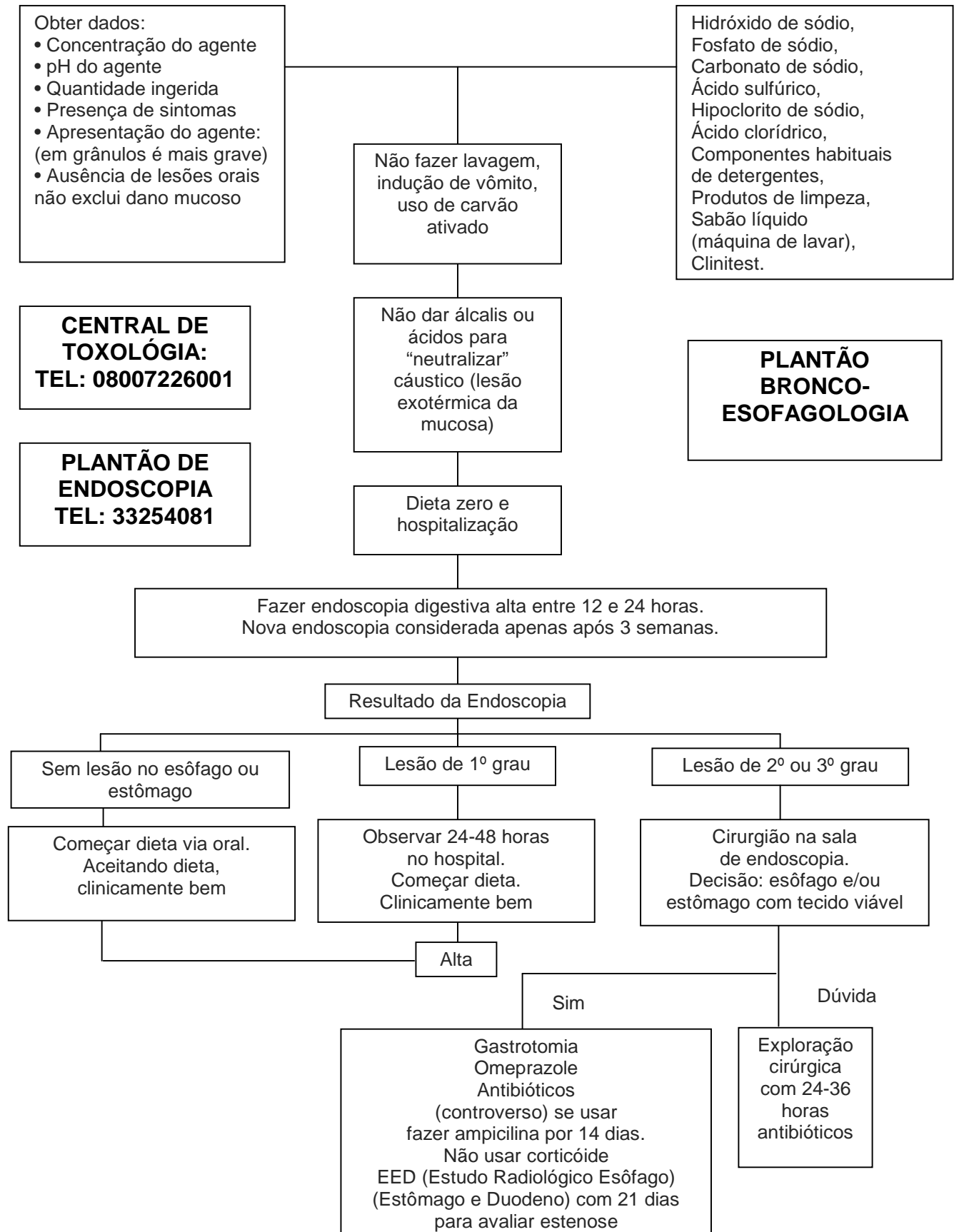
\* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

**HEMATOQUEZIA****MELENA**

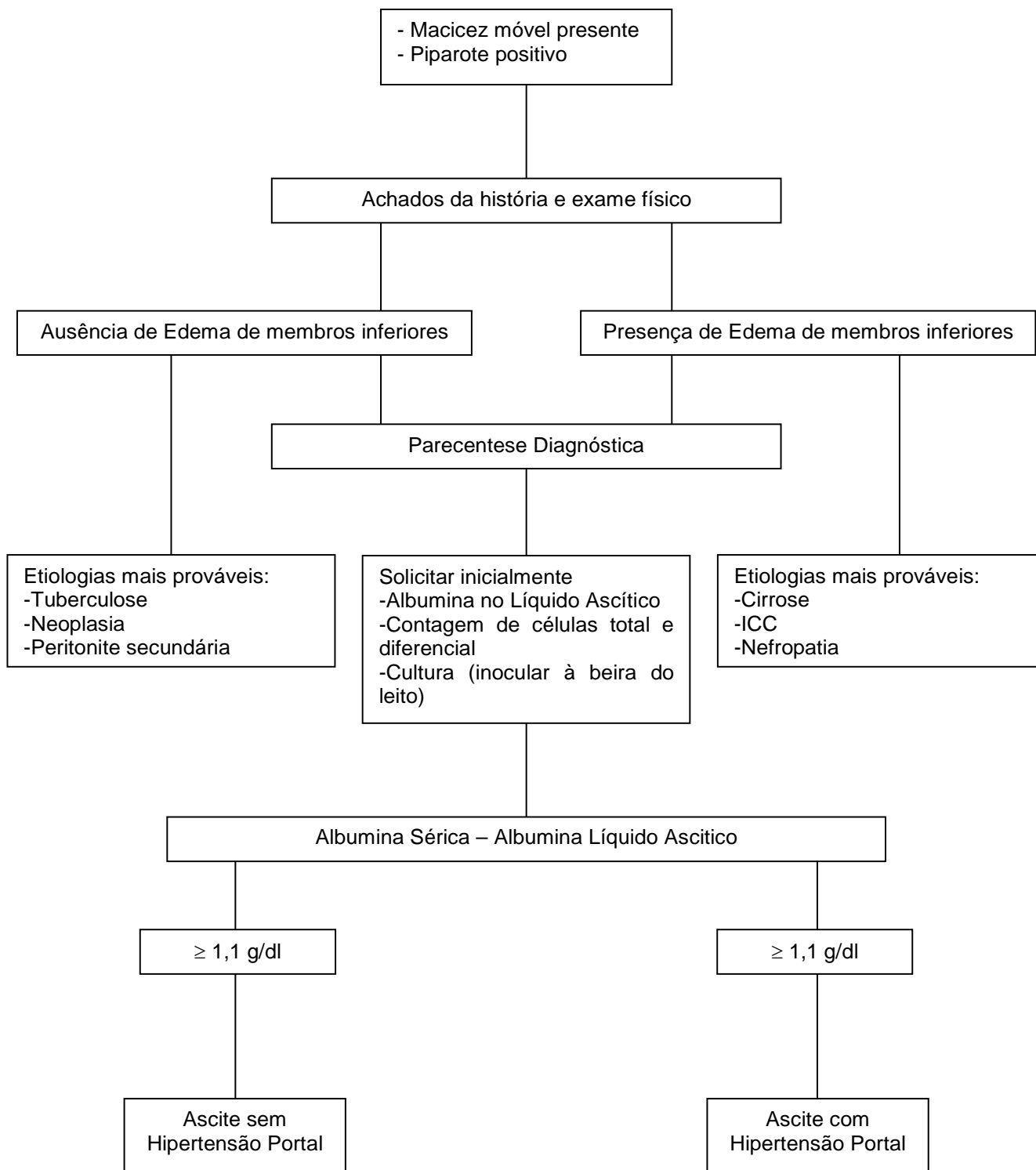
## INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



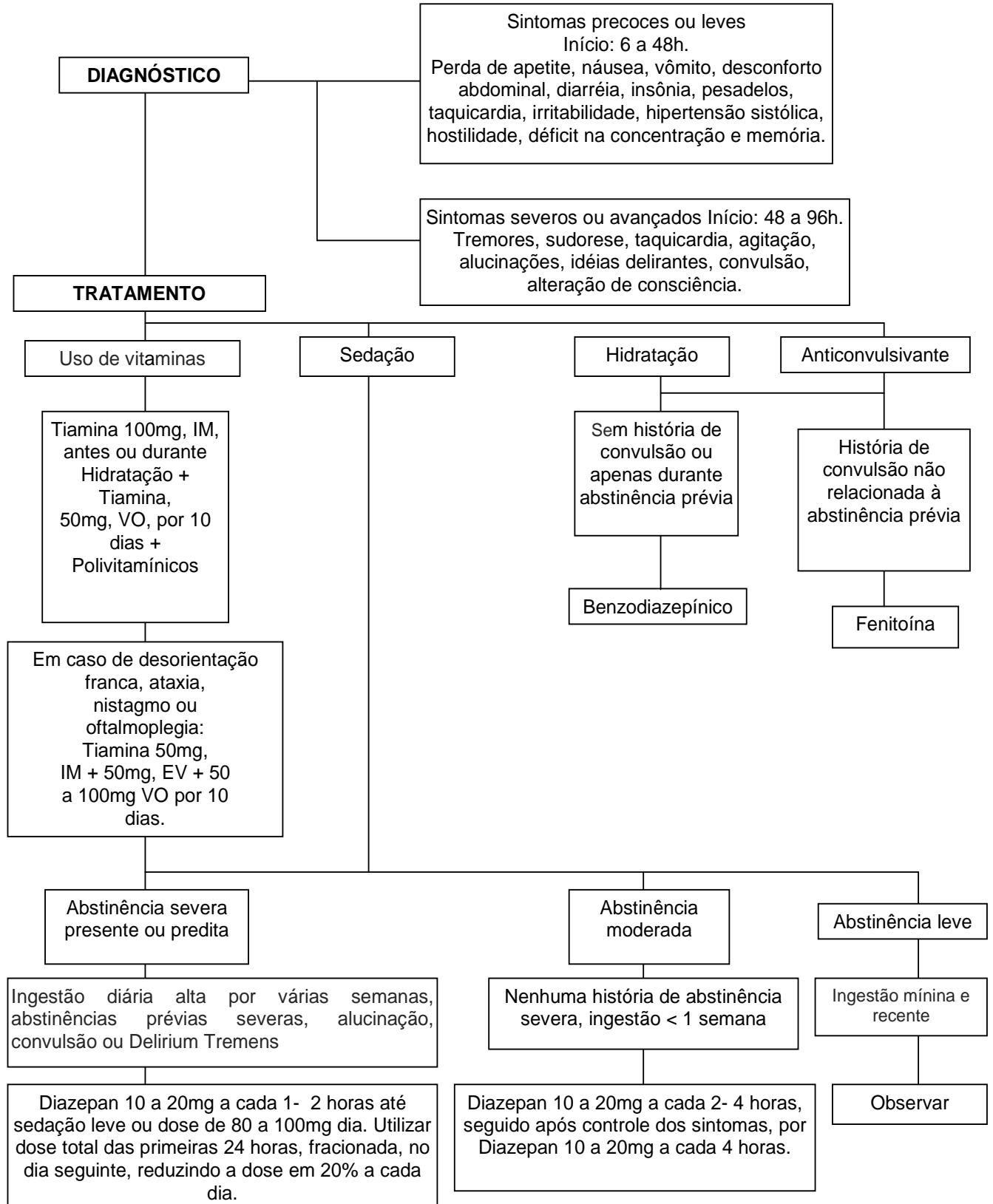
# INGESTÃO DE CÁUSTICOS



## ASCITE NO PRONTO-SOCORRO



# TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

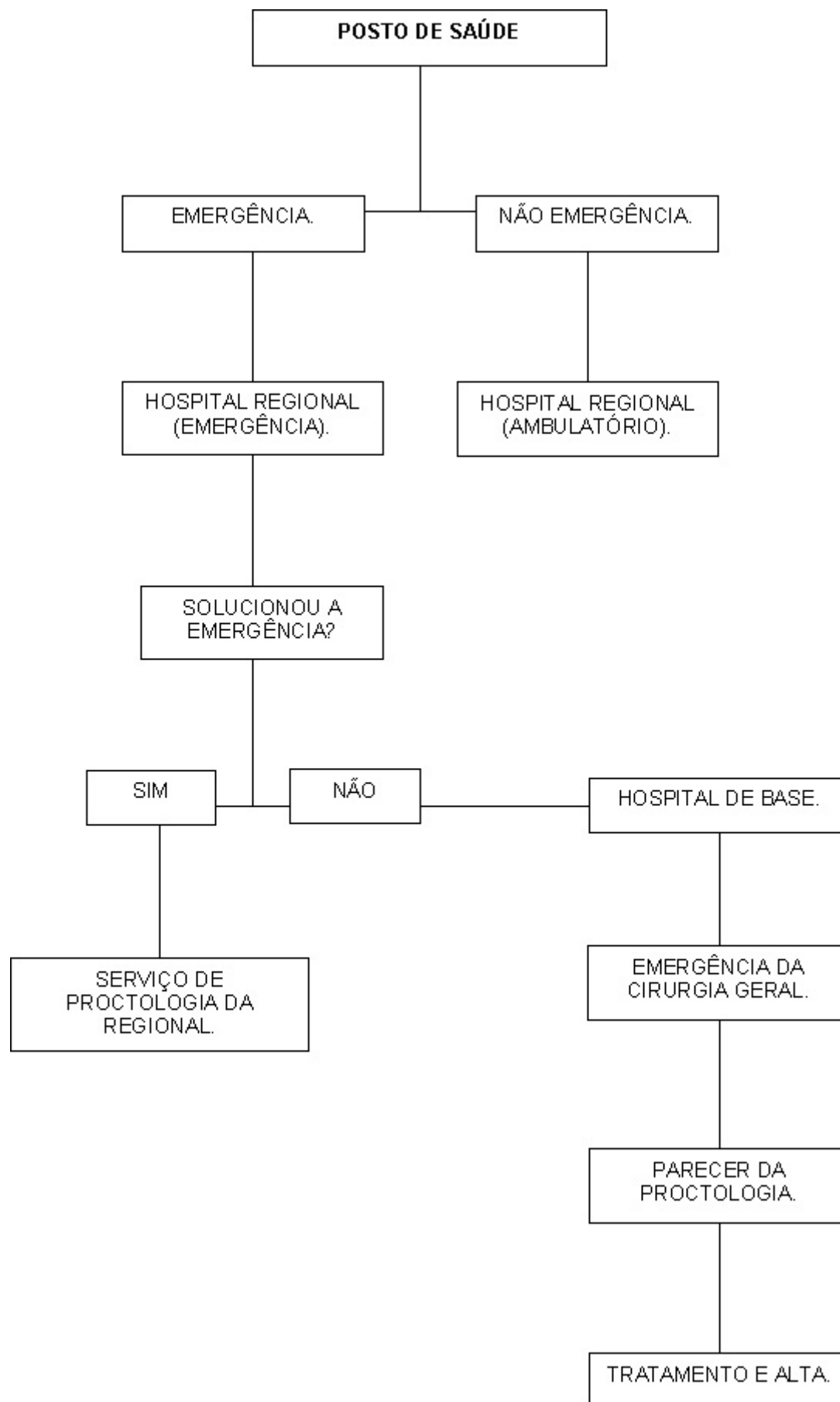


**OBS.:**

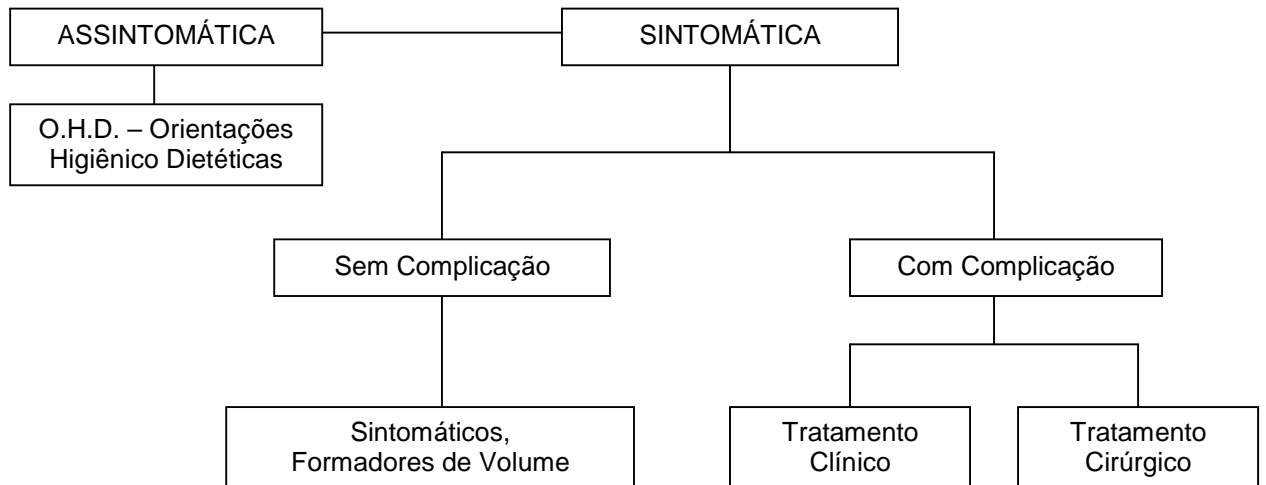
1. Lorazepan poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;
2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);
3. Observar a possibilidade de outra droga associada;
4. Se o paciente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



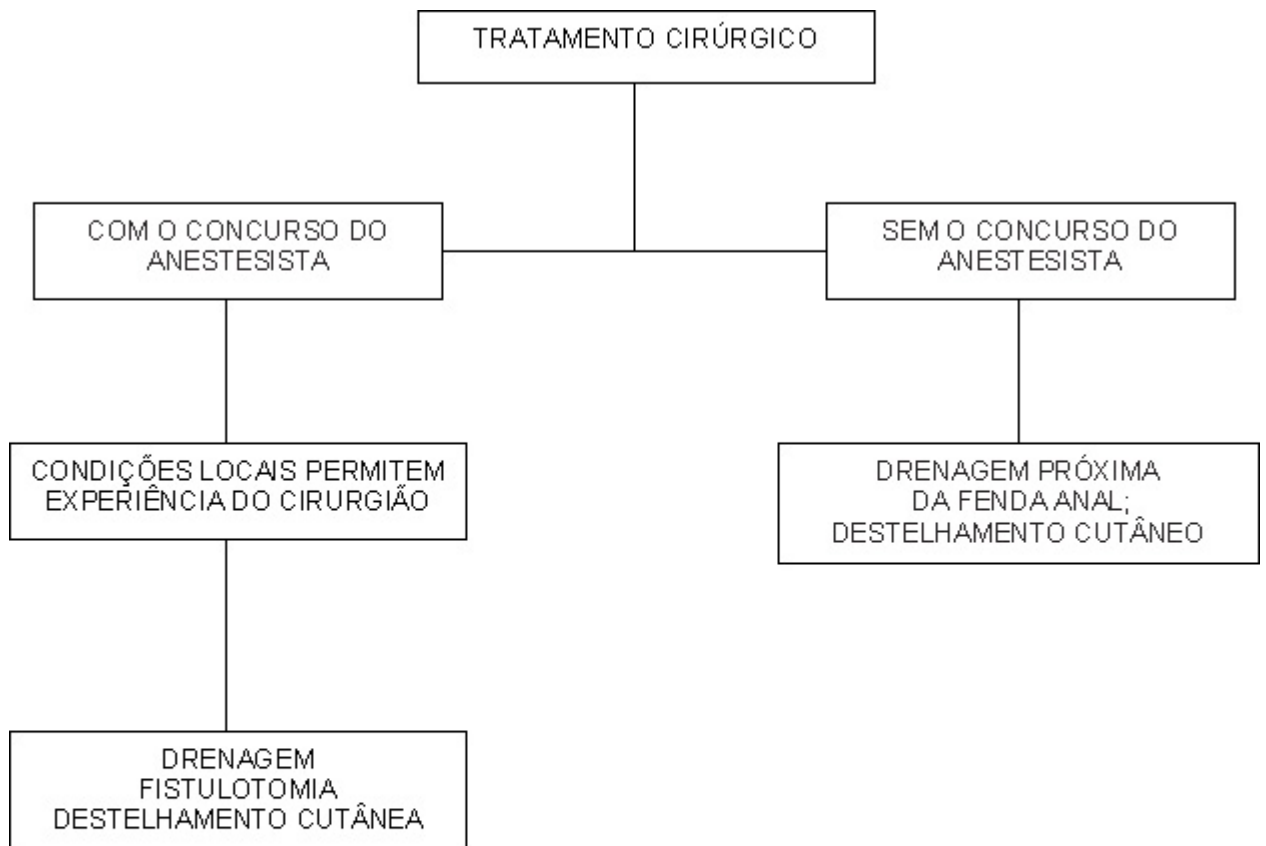
## ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



## DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS



## ABSCESSO ANORRETAL

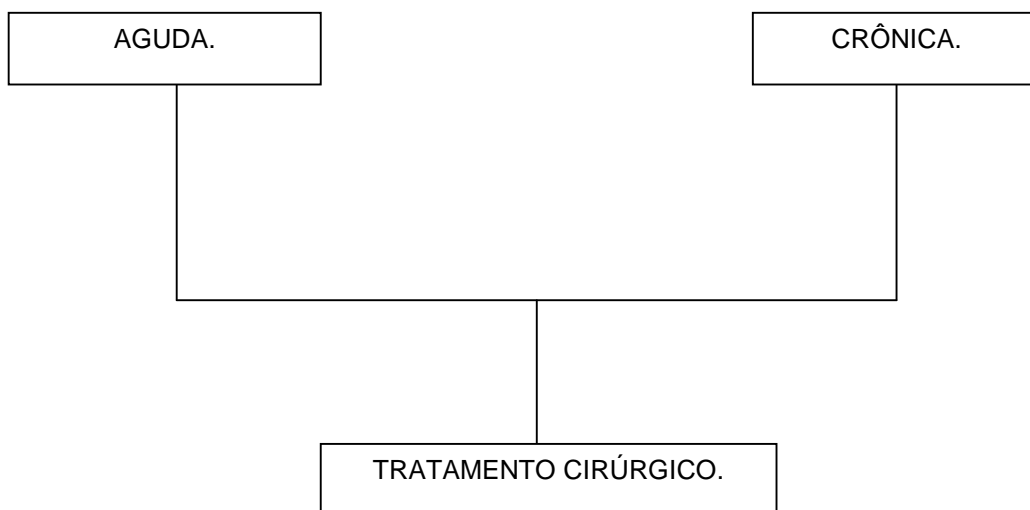


\* USO DO ANTIBIÓTICO:

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

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

## DOENÇA – PILONIDAL SACROCOCCIGEA

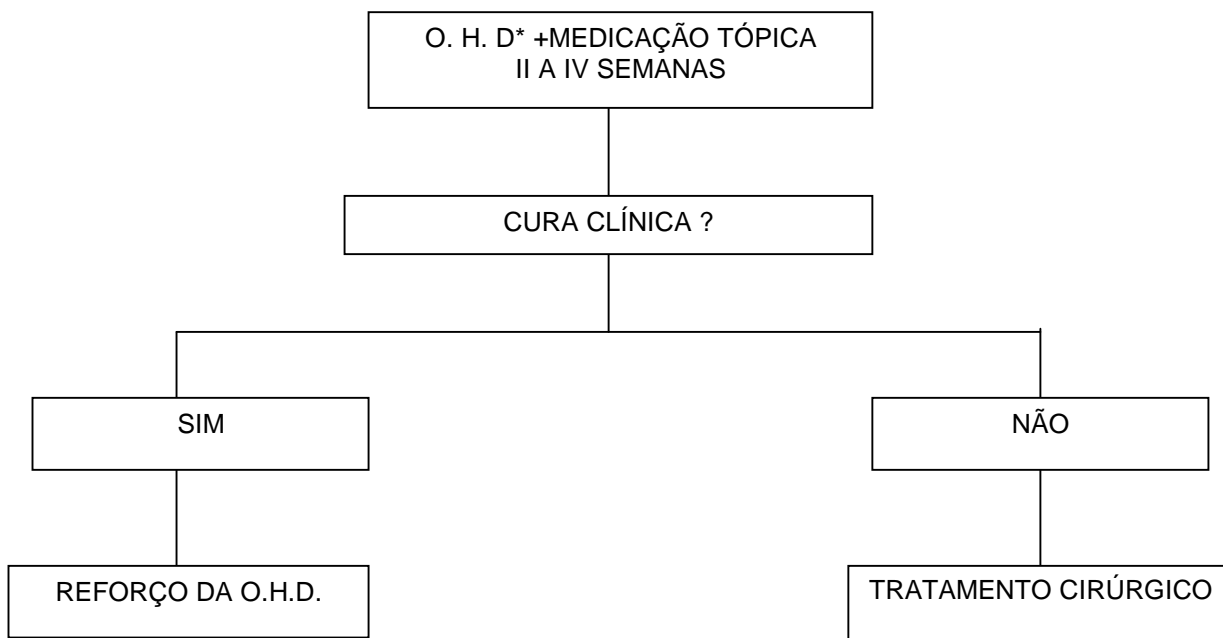


### SUGESTÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO:

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

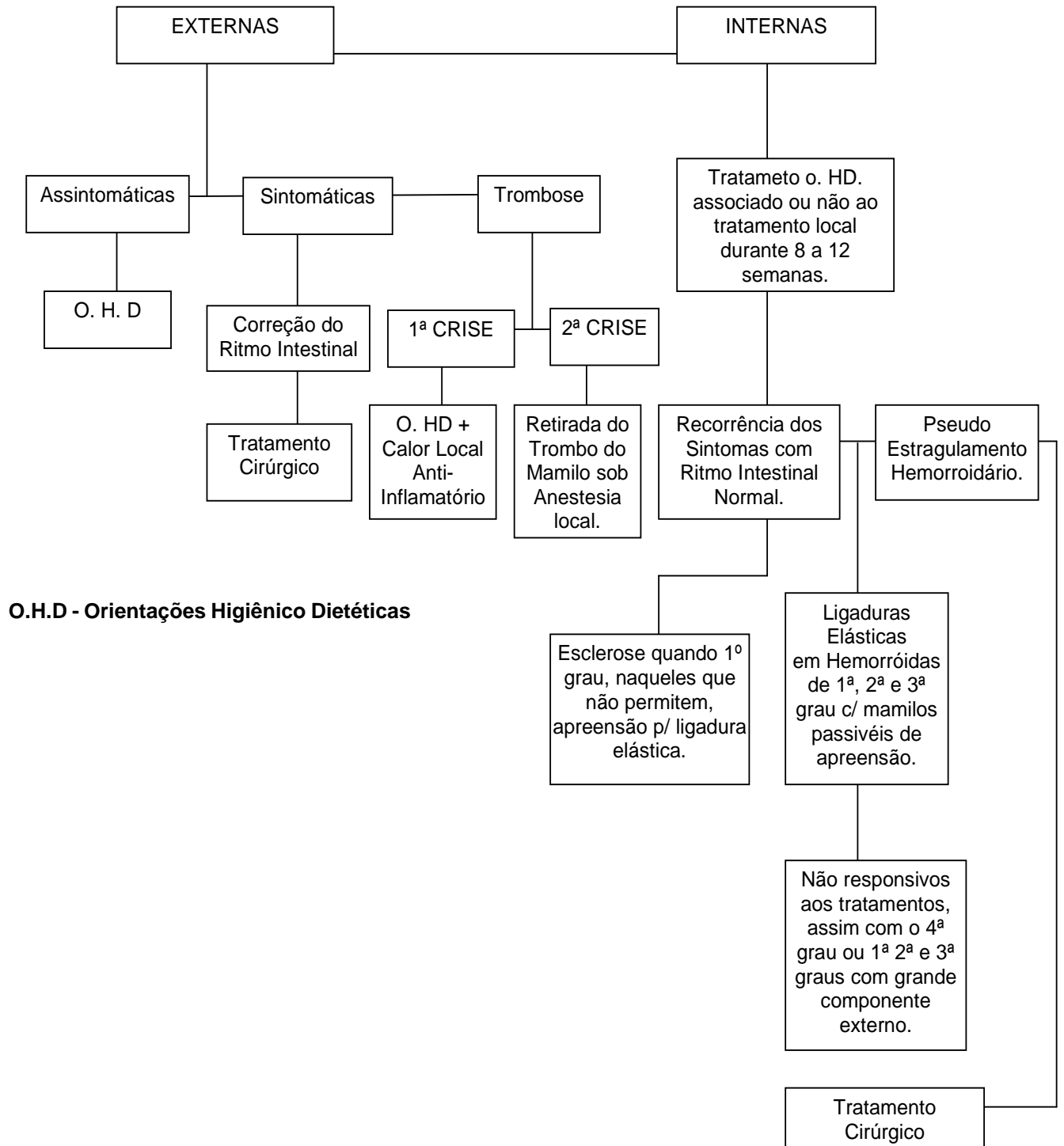
“ESFINCTEROTOMIA QUÍMICA” - Pode ser tentado.

EXERSE 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.

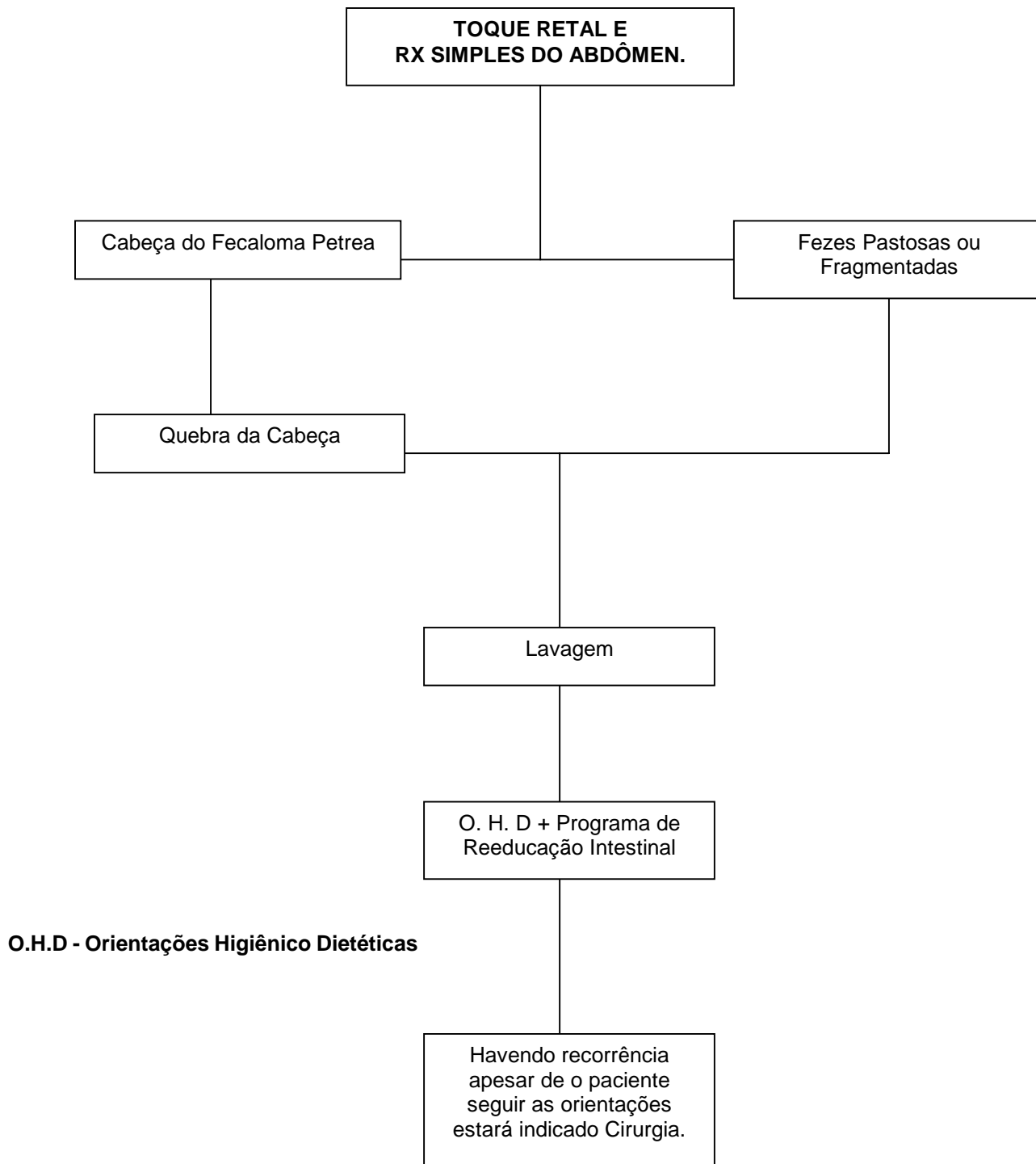
# HEMORRÓIDAS



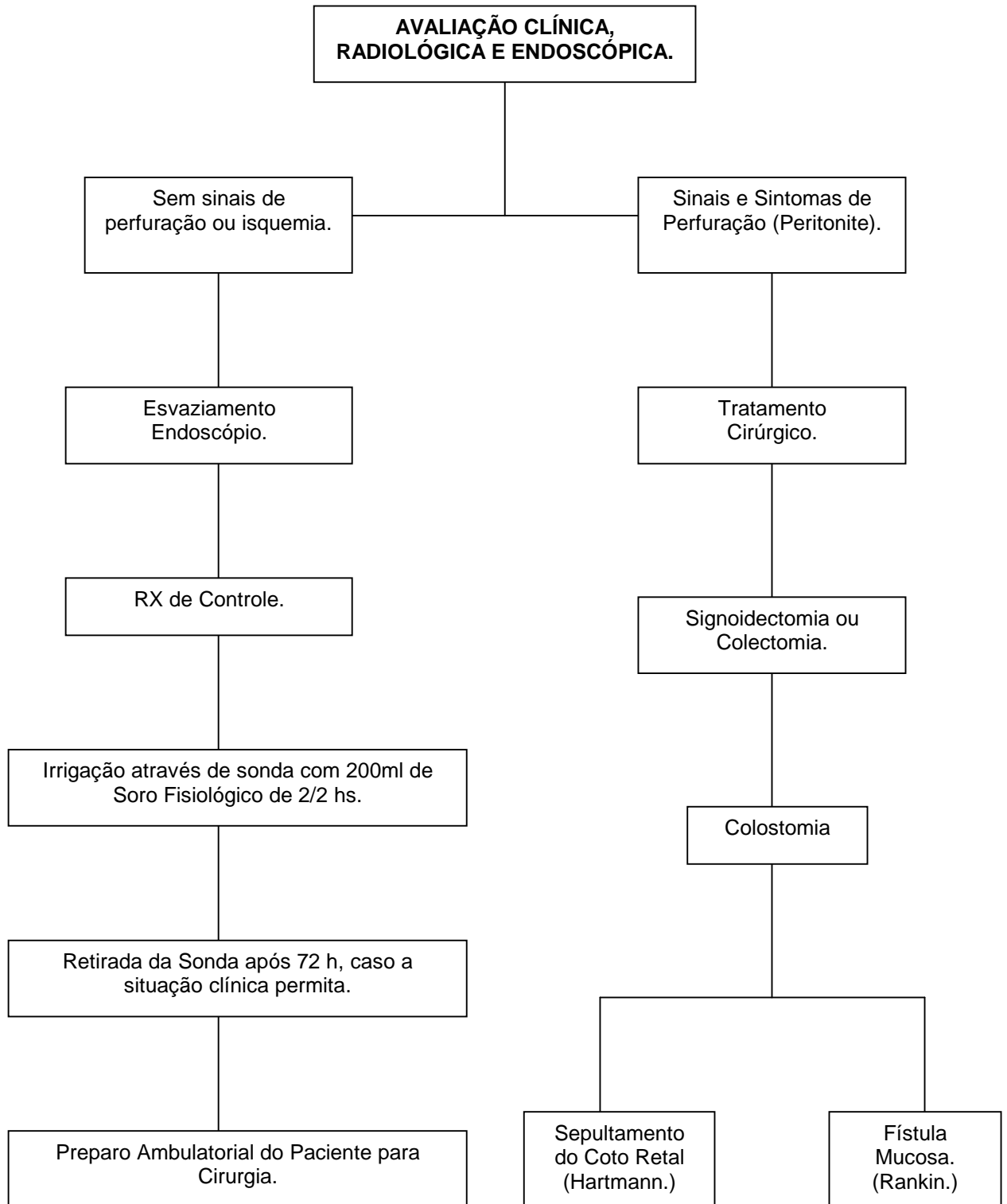
## PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN

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

## FECALOMA



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

**VOLVO**

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