MARINGÁ
PREFEITURA DA CIDADE
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS

PROTOCOLO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

MARINGÁ 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ

Prefeito
Ulisses de Jesus Maia Kotsifas
Vice Prefeito
Edson Ribeiro Scabora

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretario
Clovis Augusto Melo **Superintendente**
Leidyani Karina Rissardo

DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diretora
Suelen da Cunha Cardoso

UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H

Diretora UPA Zona Norte Alexandra Cristina Arruda da Costa **Diretora UPA Zona Sul**
Alessandra Vanessa e Silva

SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte. Revisado em Julho/2023
Produção, distribuição e informações:
Secretaria Municipal de Saúde de Maringá Diretoria de Urgencia e Emergencia
Rua Pioneiro antônio Paulo da Silva, S/N – Parque da Gavea CEP: 87053-255
Telefone: (44) 3218-6250
Endereço Eletronico: http://www.maringa.pr.gov.br/saude/

Comissão de elaboração deste Protocolo:
Dra. Sueny de Paula Monarin – Medico Plantonista Dr. Gustavo Alessio Nemer – Medico Plantonista
Dra. Deisy Anny Valerio Fritsch - Diretora Clinica UPA Zona Sul Dr. Ana Maria Tolim Jacomeli – Diretor Clinico UPA Zona Norte
Suelen da Cunha Cardoso – Diretora de Urgência e Emergência Alessandra Vanessa e Silva – Diretora UPA Zona Sul
Alexandra Cristina Arruda da Costa – Diretora UPA Zona Norte
Caio Alessandre Silva Salviano – Coordenador Administratvio UPA Zona Norte

Participação
Lais Kaori Sato Murrugarra – Estudante do 4º Ano de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá
Nelly Lopes de Moraes Gil - Chefe Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá
Gabriela Tavares Magnabosco - Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 6
2. ABORDAGEM INICIAL INTOXICAÇÕES..... 7
3. ANAFILAXIA..... 8
4. ANALGESIA..... 9
5. ANTIBIOTICOTERAPIA..... 11
6. ASCITE..... 22
7. ASMA..... 24
8. BLOQUEIO NEROMUSCULAR..... 25
9. BRADIARRITMIAS..... 26
10. CETOACIDOSEDIABETICA..... 27
11. CIWA-AR..... 28
12. COLICA NEFRETICA..... 30
13. COMPLEMENTO INTOXICAÇÃO..... 31
14. DOR TORACICA/SINDROME CORONARIANA AGUDA..... 34
15. DPOC..... 41
16. EAP..... 42
17. FAICC..... 43
18. INSULINOTERAPIA..... 44
19. HANSENIASE..... 45
20. HANSENIASE CLASSIFICAÇÃO..... 46
21. HDA..... 49
22. HDAVARICOSA..... 50
23. HDB..... 51
24. HEPARINIZAÇÃO..... 53
25. HIPERNATREMIA..... 54

INTRODUÇÃO

As Unidades de Pronto atendimento de Maringá, são integrantes da Diretoria de Urgência e Emergência, estão localizadas nos lados opostos do município (Zona Norte e Zona Sul), de modo a facilitar o acesso a população e são as principais porta de entrada de serviços de Urgência e Emergência do município Nossa missão como Rede Municipal de Saúde do Município de Maringá depreende a promoção da saúde e qualidade de vida da população maringaense, à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acreditamos que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços. Todavia, no serviço público, a compreensão de qualidade deve ser ampliado à aplicação dos recursos públicos de forma eficaz e efetiva. É neste contexto que introduzimos a utilização adequada dos recursos e protocolos disponíveis para as equipes, visando o aperfeiçoamento da qualidade técnico-científica, sendo a proposta de protocolos uma das ferramentas fundamentais neste processo para que as equipes estejam preparadas e qualificadas para o bom andamento nos atendimentos prestados.

Os protocolos de Urgência e Emergências Medicas, normatizam o padrão de atendimento à saúde na rede municipal no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento 24H de Maringá, visando a necessidade dos serviços e orientação a atuação, estabelecendo fluxos, definindo competência e a responsabilidade das equipes e dos diversos profissionais que compõem a Rede de Urgência e Emergência do Município de Maringá.

Para a elaboração desses protocolos, os envolvidos identificaram as principais demandas dos serviços 24H, levando assim a elaboração do fluxo de trabalho e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que têm como objetivo garantir o melhor cuidado de saúde no SUS, incluindo recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas de um agravo à saúde pública.

Dessa forma, e diante da elaboração desses protocolos, os mesmos podem ser utilizados como auxílio nas condutas médicas e diante o exposto entendemos a importância do trabalho realizado, e que os processos devem ser analisados e revisados constantemente, de modo mantermos nossas equipes atualizadas e os serviços organizados, preparados para quaisquer procedimentos que oferecemos para população

desta Municipalidade a excelência dos serviços prestados.

ABORDAGEM INICIAL DAS INTOXICAÇÕES AGUDAS

HISTÓRIA E EXAME FÍSICO DETALHADOS

- SINAIS VITAIS DEVEM SER REAVALIADOS PERIODICAMENTE;
- TODAS AS ALTERAÇÕES OCULARES DEVEM SER ANOTADAS (MIDRÍASE, MIOSE, NISTAGMO, ANISOCORIA, ...);
- COMORBIDADES;
- MEDICAMENTOS INGERIDOS: NOME, DOSAGEM, NÚMERO DE CARTELAS VAZIAS (SOLICITAR A BUSCA EM CASA), HORÁRIO DE TOMADA, SE FOI ACIDENTAL OU INTENCIONAL.

TÓXICOS QUE PODEM TER INÍCIO DE AÇÃO RETARDADO:

AGENTES ANTITUMORAIS, DIGOXINA, PESADOS, COLCHICINA, METAIS, SALICITATOS, PARACETAMOL, METANOL, ETILENOGLICOL.

1- ABCD PRIMÁRIO:

- VIAS AÉREAS: PERVIEDADE, PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO;
- RESPIRAÇÃO (BREATHING): PADRÃO RESPIRATÓRIO;
- CIRCULAÇÃO: CHECAR PULSOS
- SE HOUVER PULSO CENTRAL, AVALIAR GLICEMIA CAPILAR E NECESSIDADE DE ANTÍDOTOS.

2- ABCDE SECUNDÁRIO:

- VIAS AÉREAS: SE NÃO HOUVER BOA VENTILAÇÃO OU SE NÃO FOR POSSÍVEL PROTEGAR AS VIAS AÉREAS (PACIENTE COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA) E NÃO HOUVER POSSIBILIDADE DE REVERSÃO DOS EFEITOS TÓXICOS IMEDIATAMENTE (ANTÍDOTOS): IOT
- RESPIRAÇÃO: SE IOT, AVALIAR VENTILAÇÃO;
- CIRCULAÇÃO: AVALIAR NECESSIDADE DE VOLUME COM OU SEM DROGA VASOATIVA;
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: AVALIAR CAUSA DA ALTERAÇÃO ENCONTRADA.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

- TRAUMA (TCE);
- INFECÇÕES: MENINGITE, ENCEFALITE, ABSCESSO CEREBRAL, SEPSE;
- LESÕES DO SNC: AVE, TUMOR, HEMOTOMA SUBDURAL;
- DISTÚRBIOS METABÓLICOS: HIPONATREMIA, HIPERCALCEMIA, UREMIA, INSUFICÊNCIA HEPÁTICA, CETOACIDOSE DIABÉTICA.

PACIENTES QUE NECESSITAM DE EXAMES COMPLEMENTARES:

- SINTOMÁTICOS OU COM COMORBIDADES SIGNIFICATIVAS;
- IDENTIDADE DA SUBSTÂNCIA INGERIDA É DESCONHECIDA;
- INTOXICAÇÃO QUE APRESENTAM POTENCIAL SIGNIFICATIVO DE TOXICIDADE SISTÊMICA;
- INGESTÃO INTENCIONAL.

EXAMES: HEMOGRAMA, GLICEMIA, ELETRÓLITOS, GASOMETRIA, FUNÇÃO HEPÁTICA,FUNÇÃO RENAL, PARCIAL DE URINA, TESTES QUANTITATIVOS OU QUALITATIVOS.

*** TÓXICOS QUE PODEM SER DOSADOS: ANTIARÍTMICOS, BARBITÚRICOS, DIGOXINA, METANOL, ETILENOGLICOL, ANTICONVULSIVANTES, LÍTIO, PARACETAMOL, SALICITATOS,...

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANAFILAXIA

POSIÇÃO A UM POSSÍVEL DESENCADEANTE E O PICO DOS SINTOMAS OCORRENDO EM MÉDIO 30-60 MINUTOS APÓS A EXPOSIÇÃO;

O QUADRO CLÍNICO PODE SEGUIR UM CURSO UNIFÁSICO, EM QUE OSSINTOMAS APARECEM E NÃO RETORNAM MAIS; OU BIFÁSICO, QUANDO OS SINTOMAS REAPARECEM CERCA DE 8-10H APÓS, OU ATÉMESMO 72H APÓS A RESOLUÇÃO DO QUADRO INICIAL.

PRINICIPAIS CAUSAS:

- ALIMENTOS: 33%;
- VENENO DE INSETOS (ABELHAS E VESPAS): 14%;
- MEDICAMENTOS: 13-20%;
-EXERCÍCIOS: 7%

MANIFESTAÇÕ ES CLÍNICAS:

- PELE (90%): ERITEMA, PRURIDO, URTICÁRIA, ANGIOEDEMA;
- SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (70%): RINORREIA, OBSTRUÇÃO NASAL, DISFONIA, TOSSE, DISPNEIA;
- SINTOMAS GASTROINTESTINAIS (45%): NÁUSEA, VÔMITOS, DIARREIA;
- SINTOMAS CARDIOVASCULARES (45%): TONTURA, TAQUICARDIA, SÍNCOPE, HIPOTENSÃO ECHOQUE.

ALERTA PARA GRAVIDADE:

- RÁPIDA PROGRESSÃO DOS SINTOMAS A PARTIR DA EXPOSIÇÃO;
- ESFORÇO RESPIRATÓRIO, TOSSE PERSISTENTE, ESTRIDOR LARÍNGEO;
- VÔMITOS PERSISTENTES;
- HIPOTENSÃO, ARRITMIA, DOR TORÁCICA, SÍNCOPE.

Quadro 1 – Critérios para o diagnóstico de anafilaxia.

1. *Início agudo de doença (minutos ou horas) com envolvimento da pele, mucosas ou ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou eritema facial, edema lábios-língua-úvula).*

E pelo menos um dos seguintes itens:

a) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico de fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).

b) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].

2. *Dois ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo rapidamente após exposição a um alérgeno provável para o paciente (minutos a horas)*

a) Envolvimento de pele-mucosas (por exemplo, urticária generalizada, prurido-eritema facial, edema lábios-língua-úvula).

b) Comprometimento respiratório (dispneia, sibilos-broncoespasmo, estridor, pico fluxo expiratório reduzido, hipoxemia).

c) Pressão arterial reduzida ou sintomas associados de disfunção orgânica [por exemplo, hipotonia (colapso), síncope, incontinência].

d) Sintomas gastrintestinais persistentes (por exemplo, cólica abdominal persistente, vômitos).

3. *Queda da pressão arterial após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente (minutos a horas):*

a) Lactentes e crianças: pressão arterial sistólica baixa (idade específica) ou uma queda na pressão arterial sistólica > 30%.

b) Adultos: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou queda > 30% na pressão arterial sistólica basal.

ADRENALINA

- É A PRINCIPAL MEDICAÇÃO;
- DEVE SER FORNECIDA O MAIS PRECOCE POSSÍVEL;
-PRINCIPAL VIA DE ADMINISTRAÇÃO: IM.

MEDICAÇÕES:

- ADRENALINA IM:

ADULTOS E CRIANÇAS > 12 ANOS - 0,5 ML (0,5 MG) --> REPETIR A CADA 5 A 15 MINUTOS (2 VEZES);

CRIANÇAS ENTRE 6-12 ANOS- 0,3 MG

CRIANÇAS < 6 - 0,01 MG/KG

- GLUCAGON: 1-5 MG EV EM 5 MIN (PODE SER REPETIDO A CADA 5 MIN)// EM BIC: 5-15 MG/H;

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANALGESIA

MEDICAÇÃO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS	CATEGORIA GESTAÇÃO
PARACETAMOL	500 MG A 1G 6/6H --> NÃO EXCEDER A DOSE DE 4G/24H	HEPATOTOXICIDADE DOSE-DEPENDENTE	B
DIPIRONA	500 MG- 1G 6/6H ALTERNATIVA PARA EFEITO ANALGÉSICO MAIS INTENSO: 2G 6/6H	NÁUSEAS, VÔMITOS	B
CODEÍNA	30-60 MG 4/4H OU 6/6HDOSE MÁXIMA: 360 MG	SEDAÇÃO EXCESSIVA, TONTURA, NÁUSEAS, VÔMITOS, PRURIDO, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA, BRADICARDIA. DEPRESSÃO MIOCÁRDICA, RETENÇÃO URINÁRIA, MIOSE, DIMINUIÇÃO DA MOTILIDADE GÁSTRICA	C
TRAMADOL	100 MG EV 6/6H DOSE MÁXIMA: 400 MG	SEDAÇÃO EXCESSIVA, TONTURA, NÁUSEAS, VÔMITOS, PRURIDO, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA, BRADICARDIA. DEPRESSÃO MIOCÁRDICA, RETENÇÃO URINÁRIA, MIOSE, DIMINUIÇÃO DA MOTILIDADE GÁSTRICA	C
FENTANIL	AMPOLA 0,05 MG/ML DOSE INICIAL: 25-100 MCG (0,5-2 ML) OU 1-2 MCG/KG DOSE DE MANUTENÇÃO: 50-500 MCG/H EM BIC	SEDAÇÃO EXCESSIVA, TONTURA, NÁUSEAS, VÔMITOS, PRURIDO, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA, BRADICARDIA. DEPRESSÃO MIOCÁRDICA, RETENÇÃO	C

		URINÁRIA, MIOSE, DIMINUIÇÃO DA MOTILIDADE GÁSTRICA	
MORFINA	ADMINISTRAÇÃO EV: DOSE INICIAL: 0,05-0,1MG/KG DILUIR UMA AMPOLA DE 10 MG PARA 10 ML EFAZER 2,5- 5ML DOSE DE MANUTENÇÃO (iINFUSÃO CONTÍNUA): 0,8-10 MG/H	SEDAÇÃO EXCESSIVA, TONTURA, NÁUSEAS, VÔMITOS, PRURIDO, DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA, BRADICARDIA. DEPRESSÃO MIOCÁRDICA, RETENÇÃO URINÁRIA, MIOSE, DIMINUIÇÃO DA MOTILIDADE GÁSTRICA	C

ANTIBIOTICOTERAPIA

MEDICAÇÃO	CLASSE	INDICAÇÃO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS	CATEGORIA GESTAÇÃO
PENICILINA BENZATINA	PENICILINAS	FARINGOAMIGD ALITE STREPTOCÓCC IC A , PROFILAXIA PARA FEBRE REUMÁTICA E SÍFILIS	1.200.000 UI IM	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA- MAIS COMUNS	B
AMOXICILINA	PENICILINAS	IVAS, ITU, INFECÇÕES PULMONARES, SALMONELOSE, MENINGITE POR *LISTERIA MONOCYTOGE N ES* E *STREPTOCOCC US AGALACTIAE*	1,5-3 G / DIA DIVIDIDOS EM 8 / 8 H	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA- MAIS COMUNS	B
ÁCIDO CLAVULÂNICO + AMOXICILINA	PENICILINAS	ESPECTRO SEMELHANTE À AMOXICILINA, COM MAIOR AÇÃO CONTRA *PNEUMOCOCO E*	500 MG 8/8 H OU 875 MG 12 / 12 H	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA- MAIS COMUNS	B

	NA DE PRIMEIRA GERAÇÃO	UTILIZADA CONTRA *S. AUREUS* E ALGUNS BGN (*E.COLI, PROTEUS, KLEBSIELLA*)	DIA DIV EM IDIDOS 6/6H	ALÉRGICAS CUTÂNEAS	
CEFUROXIMA	CEFALOSPO RI NA DE SEGUNDA GERAÇÃO	AÇÃO SEMELHANTE A DE PRIMEIRA GERAÇÃO CONTRA GRAM- POSITIVOS, AÇÃO MAIOR PARA COCOSGRAM- NEGATIVOS, HEMÓFILOS E ENTEROBACTÉ RI	2,25-4,5G/DIA DIVIDIDO S EM 8/8H EV/IM.	REAÇÕES ALÉRGICAS CUTÂNEAS	B

ANTIBIOTICOTERAPIA

		AS			
CEFTRIAXONA	CEFALOSP ORI NA DE TERCEIRA GERAÇÃO	MAIOR ATIVIDADE CONTRA GRAM NEGATIVOS	2-4G/DIA (4G/DIA É RESERVADO PARA TTO MENINGITES)	REAÇÕES ALÉRGICAS CUTÂNEAS. PSEUDOLITÍ AS E BILIAR	B
CEFTAZIDIMA	CEFALOSP ORI NA DE TERCEIRA GERAÇÃO	AÇÃO ANTIPSEUDOMO NAS	4-6G/DIA, DIVIDIDOS EM 8/8H	REAÇÕES ALÉRGICAS CUTÂNEAS. PSEUDOLITÍ AS E BILIAR	B
CEFEPIME	CEFALOSP ORI NA DE QUARTA GERAÇÃO	ESPECTRO CONTRA *PSEUDOMON AS AERUGINOSA*, AMPLIANDO ESPECTRO CONTRA GRAM-POSITIVOS	2-4G/DIA DIVIDIDOS EM 12/12H	REAÇÕES ALÉRGICAS CUTÃNEAS	B
AMICACINA	AMINOGLIC O SÍDEOS	INFECÇÕES GRAVES POR ENTEROBACT ÉRIAS, BGN.	15 MG/KG/DIA EV DIVIDIDOS EM 12/12H OU 24/24H	NEFROTOXI CIDADE E OTOTOXICI DADE, PRINICIPAL MENTE AFETAN	D

NA	EO	MAIOR CONTRA ESTREPTO CO COS E ESTAFILO CO COS	DIVID D ID E OS 12/12 H	VÔMITOS , DIARRÉI A, DISPEPSI A, TONTUR A	
AZITROMIC INA	MACROL ÍD EO	BACTÉRIA S AERÓBICA S GRAM- POSITIVAS (ESTAFILO CO COS ,ESTREPT OC OCO, CORINEBA CT ÉRIA , LIST ERI A), COCOS GR AM - NEGATIVO S (GONOCOC O E MENINGOC O CO), ESPIROQU ET AS (*TREPONE MA* , *LEPTOSPI RA*), *CHLAMYDI A* *TRACHOM ATI S,* *MYCOPLAS M A* *PNEUMONI AE* , MICOBACT ÉR IAS, *LEGIONELL A*	EM INFECÇÕ ES LEVES 500 MG NO PRIM EIR O DIA, E NOS DIAS 2 A 5 250 MG/ DIA. EM INFECÇÕ ES MODERA DA S, 1G/DIA VO. PNEUMO NIA COMUNIT ÁRI A E INFEC ÇÕ ES GRAVES: 1G/DIA EV	NÁUSEA S, VÔMITOS , DIARRÉI A, DISPEPSI A, TONTUR A	B

ANTIBIOTICOTERAPIA

CLINDAMICINA	LINCOSAMIDAS	ANAERÓBICOS	600-2400 MG/DIA DIVIDIDOS EM DOSES DE 6/6H OU 8/8H	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA, PODENDO ESTAR ASSOCIAD A ACOLITE PSEUDOM EMBRANOSA	B
METRONIDAZ OL	NITROIMI DAZÓLICOS	ANAERÓBICOS	GIÁRDIA: 750MG/DIA (8/8H) ANAERÓBI COS: 1,5- 2G/DIA (8/8H OU12/12H) EV OUVO	DIARREIA, DOR EPIGÁSTRI CA, GOSTO METÁLICO, URINA COM COLORAÇÃO ESCURA E REAÇÕES CUTÂNEAS	B
SULFAMETAX AZOL (SMX)-TRIMETROPIM (TMP)	DERIVADOSDE SULFA	COCOSGRAM-POSITIVOS, *PNEUMOCYST IS CARINII*, ITU	800 MG DE SMX COM 160MG DE TMP 12/12H EV OU IM PNEUMOCISTO SE: 75-100 MG/KG/DIA DE SMXE 15-20 MG/KG/DIA DE TMP, COM A DOSE DIVIDIDA A CADA 6 OU 8H	NÁUSEAS, VÔMITOS, ANEMIA HEMOLÍTIC A E MEGALOBLÁSTICA	C

				HOME M VERMELH O”	
CIPROFLOXAC INO	QUINOLON AS	ESPECTRO CONTRA GRAM-NEGATIVOS ENTÉRICOS (INCLUIAÇÃO CONTRA PSEUDOMON AS)	500-1500 MG/DIA, DIVIDIDOS EM 12/12H (VO) OU 400-1600 MG/DIA DIVIDIDOS EM 12/12H OU 8/8H (EV)	NÁUSEAS, VÔMITOS, DISPEPSIA, AUMENTO DE TRANSAMIN ASES E LESÕES TENDÍNEAS	C
LEVOFLOXACI NO	QUINOLON AS	INCLUIAÇÃO PARA PNEUMOCOC O EGERMES ATIÍPICOS, INDICADOS EM INFECÇÕES RESPIRATÓRI AS ALTAS E BAIXAS	500 MG/DIA VO OU EV (DOSE 750 MG EM PNEUMON IAS)	NÁUSEAS, VÔMITOS, DISPEPSIA, AUMENTO DE TRANSAMIN ASES E LESÕES TENDÍNEAS	C
POLIMIXINA B	POLIMIXINA S	BGN MULTIRRESIS TENTES	2,5 MG/KG/DIA, DIVIDIDOS EM	NEFROTOX ICIDADE, BLOQUEIO	I
			2 DOSES (MÁXIMO 300 MG/DIA) - ATENTAR APRA AJUSTE DE DOSE CONFORME FUNÇÃO RENAL	NEUROMUSCULAR E NEUTOXICIDADE	

SITUAÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
PNEUMONIA DOMICILIAR	BETALACTÂMICO + MACROLÍDEO (CEFTRIAXONA + CLARITROMICINA) POR 7 A 10 DIAS
PNEUMONIA NOSOCOMIAL	MONOTERAPIA COM CEFTRIAXONA TARDIA: CEFEPIME OU PIPERACILINA + TAZOBACTAM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA: ASSOCIAR VANCOMINCINATEMPO DE TRATAMENTO: 7-10 DIAS
MENINGITE BACTERIANA (ADULTO SEM OUTROS FATORES DE RISCO)	CEFTRIAXONA POR 10-14 DIAS
CISTITE	SMX-TMP POR 3 DIAS
PIELONEFRITE	CIPROFLOXACINO POR 10-14 DIAS
PIOARTRITE	OXACILINA 8-12 G/DIA POR 4 SEMANAS SE GONOCOCO: CEFTRIAXONA 1G EV OU IM POR 7-14 DIAS
OSTEOMIELITE	OXACILINA 8-12 G/DIA POR 8 SEMANAS SE S. *AUREUS* METICILINO-RESISTENTE: VANCOMICINA 1G EV12/12H
CELULITE OU ERISIPELA	OXACILINA 8-12 G/DIA POR 7-10 DIAS CEFALOSPORINAS DE PRIMEIRA OU SEGUNDA GERAÇÃO SETERAPIA ORAL
INFECÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL	VANCOMICINA 1G EV 12/12H POR 14 DIAS, ASSOCIADO SE GRAM-NEGATIVOS COM CEFEPIME 2G EV 12/12H

ANTIBIOTICOTERAPIA

MEDICAÇÃO	CLASSE	INDICAÇÃO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS	CATEGORIA GESTAÇÃO
AMICACINA	AMINOGLICOSÍDEOS	INFECÇÕES GRAVES POR ENTEROBACTÉRIAS, BGN.	15 MG/KG/DIA EV DIVIDIDOS EM 12/12H OU 24/24H	NEFROTOXICIDADE E OTOTOXICIDADE, PRINICIPALMENTE AFETANDO O AFUNÇÃO VESTIBULAR	D
GENTAMICINA	AMINOGLICOSÍDEOS	ENTEROBACTÉRIAS, GRAM=NEGATIVOS, ADJUVANTE NA ENDOCARDITE POR COCOS GRAM POSITIVOS	3-6 MG/KG/DIA EV OU IM, DIVIDIDOS EM 8/8H OU 12/12H	NEFROTOXICIDADE E OTOTOXICIDADE, PRINICIPALMENTE AFETANDO O AFUNÇÃO VESTIBULAR	D
CLARITROMICINA	MACROLÍDEO	ATIVIDADE MAIOR CONTRA ESTREPTOCOCOS E STAFILOCOCOS	1-2G/DIA DIVIDIDOS DE 12/12H	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA, DISPEPSIA, TONTURA	C
AZITROMICINA	MACROLÍDEO	BACTÉRIAS AERÓBICAS GRAM-POSITIVAS (ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, CORINEBACTÉRIAS, LISTERIA), COCOGRAM	EM INFECÇÕES LEVES 500 MG NO PRIMEIRO DIA, E NOS DIAS 2 A 5 DE 250 MG/DIA. EM INFECÇÕES MODERADAS, 1G/ DIA V	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA, DISPEPSIA, TONTURA	B

		MYCOPLASM A PNEUMONIA E, MICOBACTÉRIAS, LEGIONELLA PNEUMOPHIL A			
CLINDAMICI NA		CONTR A ANAERÓBICOS	600-2400 MG/DIA DIVIDIDOS EM DOSES DE 6/6H OU 8/8H	NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARRÉIA, PODENDO ESTAR ASSOCIADA A COLITE PSEUDOMEMBRANOSA	B
METRONIDA ZOL		CONTRA ANAERÓBICOS	GIÁRDIA: 750 MG/DIA (8/8H) ANAERÓBICOS: 1,5-2G/DIA (8/8H OU 12/12H) EV OU VO	DIARREIA, DOR EPIGÁSTRICA, GOSTO METÁLICO, URINA COM COLORAÇÃO ESCURA E REAÇÕES CUTÂNEAS	B
SULFAMET AXAZOL-TRIMETRO PIM	DERIVADOS DE SULFA	COCOS GR AM-POSITIVOS, PNEUMOCYSTIS	800 MG DE SMX COM 160 MG DE TMP 12/12H EV OU IM PNEUMOCISTOSE: 75-100 MG/KG/	NÁUSEAS, VÔMITOS, ANEMIA HEMOLÍTICA	C

VANCOMICIN A	GLICOPEPTÍDEOS, LIPOPEPTID EOS CICLICOS E OXAZOLIDÍNOMAS	COCOS GRAM POSITIVOS RESISTENTES	2G/DIA DIVIDIDOS 12/12H - ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE AJUSTE PARA FUNÇÃO RENAL	CITOTOXICIDADE E REAÇÕES CUTÂNEAS, EM CASOS EXTREMOS PODENDO EVOLUIR PARA "SÍNDROME DO HOMEM VERMELHO"	C H
CIPROFLOXACINO	QUINOLONAS	ESPECTRO CONTRAGRAM-NEGATIVOS ENTÉRICOS INCLUI AÇÃO CONTRA PSEUDOMONAS)	500-1500 MG/DIA, DIVIDIDOS EM 12/12H (VO) OU 400-1600 MG/DIA (DIVIDIDOS EM 12/12H OU 8/8H (EV)	NÁUSEAS, VÔMITOS, DISPEPSIA, AUMENTO DE TRANSAMINASES LESÕES TENDÍNEAS	C
LEVOFLOXACINO	QUINOLONAS	INCLUIAÇÃO PARA PNEUMOCOCO E GERMES ATIÍPICOS, INDICADOS EM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS ALTAS E BAIXAS	50 MG/DIA VO OU EV (DOSE 750 MG EM PNEUMONIAS)	NÁUSEAS, VÔMITOS, DISPEPSIA, AUMENTO DE TRANSAMINASES E LESÕES TENDÍNEAS	C
POLIMIXINA B	POLIMIXINAS	BGN MULTIRRESISTENTES	2,5 MG/KG/DIA, DIVIDIDOS EM 2	NEFROTOXICIDADE, BLOQUEIO	I

Categoria A	Refere-se a medicamentos e substâncias para as quais os estudos controlados em mulheres não têm mostrado risco para o feto durante o primeiro trimestre e a possibilidade de dano fetal é bastante remota.
Categoria B	Os estudos realizados em animais não indicam que a substância oferece riscos para o feto, mas não há estudos controlados em humanos que mostrem efeitos adversos sobre o feto. Também se aplica aos medicamentos nos quais os estudos em animais mostraram efeitos adversos sobre o feto, mas os estudos controlados em humanos não demonstraram riscos para o feto. Os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria devem ser prescritos com **Cautela**.
Categoria C	Os estudos em animais têm demonstrado que esses medicamentos podem exercer efeitos teratogênicos ou é tóxico para os embriões, mas não há estudos controlados em mulheres ou não há estudos controlados disponíveis em animais nem em humanos. Os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria são considerados de prescrição com **Risco**.
Categoria D	Nessa categoria existe evidência de risco para os fetos humanos, mas os benefícios em certas situações, como por exemplo, nas doenças graves ou que põem em risco a vida e para as quais não existe outra alternativa terapêtica, podem fazer com que o uso durante a gravidez esteja justificado, apesar dos riscos. Os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria são considerados como sendo de prescrição com **Alto Risco**.
Categoria X	Os estudos em animais ou humanos têm demonstrado que o medicamento causa alterações fetais ou há evidência de aumento no risco para o feto com base na experiência em humanos ou ambos. O risco supera claramente qualquer possível benefício. Os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria são considerados como de prescrição de **Perigo**.

ASCITE

SINAIS DE ASCITE: MACICEZ MÓVEL, PIPAROTE, CIRCULAÇÃO COLATERAL; TAMANHO DO FÍGADO, ESPLENOMEGALIA, MASSAS.
- ACHADOS SUGESTIVOS DE DOENÇA HEPÁTICA: TELANGIECTASIAS, GINECOMASTIA, ERITEMA PALMAR, PELOS ESCASSOS, ICTERÍCIA, FLAPPING;
- ACHADOS SUGESTIVOS DE INSUFICÊNCIA CARDÍACA DIREITA: ESTASE JUGULAR, PULSO JUGULAR ANORMAL, SINAL DE KUSSMAUL;
- ACHADOS SUGESTIVOS DE DOENÇA MALIGNA: NÓDULO ENDURECIDO PERIUMBILICAL , SUPRACLAVICULAR.

CAUSAS DE ASCITE:

80% CIRROSE HEPÁTICA

10% CÂNCER METASTÁTICO

3-5% INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

2% TUBERCULOSE

1% PANCREATITE

1% RENAL CRÔNICO

INDICAÇÕES DE PARACENTESE EM PACIENTE COM ASCITE:

- INÍCIO RECENTE DA ASCITE;
- NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: RISCO DE INFECÇÃO DO LÍQUIDO ASCÍTICO;
- DETERIORIZAÇÃO CLÍNICA EM PACIENTES AMBULATORIAIS OU INTERNADOS COM CIRROSE: FEBRE, DOR ABDOMINAL, PALPAÇÃO DOLOROSA, ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL,...
- ANORMALIDADE LABORATORIAIS QUE POSSAM INDICAR INFECÇÃO;
- ENCEFALOPATIA HEPÁTICA;
- SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL.

CONTRAINDICAÇÕES À PARACENTESE:

- PACIENTE NÃO COOPERATIVO;
- INFECÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL;
- GESTAÇÃO;
- COAGULOPATIA GRAVE (CIVD) - RELATIVA;
- DISTENSÃO GRAVE DE ALÇAS ABDOMINAIS.

TÉCNICA:

- RIGOROSA ASSEPSIA E USO DE MATERIAL ESTÉRIL;
- PUNCIONAR EM FOSSA ÍLIACA ESQUERDA, EM TERÇO DISTAL DA LINHA QUE LIGA O UMBIGO À CRISTA ILÍACA ANTEROSSUPERIOR.

*** INTRODUZIR LONGE DE CICATRIZES ABDOMINAIS- EVITAR PERFURAÇÃO DE ALÇAS ADERIDAS

*** COAGULOPATIA NÃO É CONTRAINDICAÇÃO - NÃO É NECESSÁRIO TRASNFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO ANTES DO PROCEDIMENTO.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- EXAMES GERAIS: HEMOGRAMA, FUNÇÃO HEPÁTICA (ALBUMINA, TAP, KPTT, BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES), ELETRÓLITOS, FUNÇÃO RENAL, HEMOCULTURAS (SE SUSPEITA DE INFECÇÃO OU PBE);
- ROTINA LÍQUIDO ASCÍTICO: NÚMERO DE CÉLULAS E DIFERENCIAIS, ALBUMINA, PROTÉINAS, CULTURA;
- OPCIONAL: GLICOSE, DESIDROGENASE LÁCTICA, AMILASE, GRAM, ADENOSINA DEAMINASE, CITOLOGIA ONCÓTICA.

APARÊNCIA MACROSCÓPICA DO LÍQUIDO ASCÍTICO:

- CLARO/ AMARELO CITRINO: CIRROSE SEM COMPLICAÇÕES;
- TURVO: PBE (PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA);
- LEITOSO: ASCITE QUILOSA (AUMENTO TRIGLICERÍDEOS);
- SANGUINOLENTO OU RÓSEO: QUANDO HEMÁCEAS> 50 000: SUBTRAIR 1 LEUCÓCITO PARA CADA 750 ERITRÓCITOS, E 1 NEUTRÓFILO PARA CADA 250 ERITRÓCITOS;
- MARROM: PACIENTE ICTÉRICO.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ASCITE - CONTINUAÇÃO

CALCULAR GASA: GRADIENTE SORO- ASCITE

ALBUMINA SÉRICA - ALBUMINA DO LÍQUIDO ASCÍTICO

GASA MENOR QUE 1,1 G/DL ASCITE SEM HIPERTENSÃO PORTAL

- CARCINOMATOSE PERITONEAL;
- PERITONITE TUBERCULOSA;
- ASCITE PANCREÁTICA;
- SEROSITE EM DOENÇAS AUTOIMUNES;
- PERITONITES BACTERIANAS SECUNDÁRIAS;
- SÍNDROME NEFRÓTICA;
- PERITONITE ASSOCIADA À DIÁLISE.

GASA MAIOR OU IGUAL A 1,1 G/DLASCITE

COM HIPERTENSÃO PORTAL

- CIRROSE;
- HEPATITE ALCOÓLICA;
- SÍNDROME DE BUDD- CHIARI
- ASCITE CARDÍACA
- TROMBOSE DE VEIA PORTA.

TRATAMENTO:

- CESSAÇÃO CONSUMO DE ÁLCOOL;
- RESTRIÇÃO DE SÓDIO: 2G DE SÓDIO (88 mEq); RESTRIÇÃO DE ÁGUA SÓ ESTÁ INDICADA EM PACIENTES COM HIPONATREMIA (NA < 120-125);
- DIURÉTICOS: FUROSEMIDA E ESPIRONOLACTONA --> OBJETIVO PERDA 0,5 -1L/DIA: PESAGEM DIÁRIA DO PACIENTE;

40 MG FUROSEMIDA PARA 100 MG ESPIRONOLACTONA (ATÉ 160/400 MG RESPECTIVAMENTE);

- PARACENTESE > 5 L: NECESSIDADE DE INFUSÃO DE ALBUMINA - 8 A 10 G DE ALBUMINA POR LITROREMOVIDA (CONSIDERE O TOTAL REMOVIDO E NÃO APENAS O VALOR ACIMA DE 5L).

ASCITE REFRATÁRIA:

ASCITE NÃO RESPONSIVA A UMA DIETA HIPOSSÓDICA E TRATAMENTO DIURÉTICO EM ALTAS DOSES (ESPIRONOLACTONA 400 MG/DIA E FUROSEMIDA 160 MG/DIA) NA AUSÊNCIA DE USO DE AINES.

A FALÊNCIA DO TTO COM DIURÉTICOS PODE SE MANIFESTAR DE DUAS FORMAS:

- PERDA DE PESO MÍNIMA OU AUSENTE ASSOCIADA A UMA EXCREÇÃO URINÁRIA DE SÓDIO INADEQUADA EM 24H (< 78 mEq) NA VIGÊNCIA DE DOSE MÁXIMA DE DIURÉTICOS;
- DESENVOLVIMENTO DE COMPLICAÇÕES CLINICAMENTE SIGNIFICATIVAS PELO USO DE DIURÉTICOS: ALCALOSE METABÓLICA, DEPLEÇÃO DO INTRAVASCULAR, HIPONATREMIA, HIPER OU HIPOTASEMIA, ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.
- TTO: TIPS, DERIVAÇÃO, TRANSPLANTE HEPÁTICO.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ASMA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

TRÍADE CLÍNICA

DISPNEIA, OPRESSÃO TORÁCICA E SIBILÂNCIA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO!

SOLICITAR:

- RAIO X DE TÓRAX;
- SPO2;
- GASOMETRIA ARTERIAL, HEMOGRAMA COMPLETO, ELETRÓLITOS;
- ECG.

CAUSAS DE DESCOMPENSAÇÃO:

- 80%: INFECÇÕES VIRAIS (RINOVÍRUS, INFLUENZA, VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO);
- EXPOSIÇÃO A AEROALÉRGENOS, MUDANÇAS CLIMÁTICAS;
- INFECÇÕES (BACTERIANAS), MEDICAÇÕES (AAS, BETA-BLOQ.), ESTRESSE EMOCIONAL, EXERCÍCIO FÍSICO.

PACIENTES COM ALTO RISCO PARA EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL:

- HISTÓRIA DE IOT OU NECESSIDADE DE ITU PRÉVIA;
- PACIENTE COM MÁ PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS (APRESENTA POUCOS SINTOMAS, APESAR DE BRONCOESPASMO GRAVE);
- RÁPIDA PIORA CLÍNICA;
- USO DE MAIS DE 2 FRASCOS BETA-AGONISTA/MÊS;
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL INADEQUADO;
- PRESENÇA DE COMORBIDADES (DPOC, CARDIOVASCULARES);
- USO DE CORTICÓIDE ORAL;

TABELA 2 Classificação da gravidade da exacerbação

Achados	Leve a moderada	Grave
Capacidade de falar	Fala frases	Fala palavras
Posição corporal	Prefere ficar sentado	Incapaz de deitar
Estado mental	Não está agitado	Agitado
Musculatura acessória	Não	Uso de musculatura acessória
Frequência cardíaca	Até 120 bpm	> 120 bpm
Frequência respiratória	Até 30 ipm	FR > 30 ipm
$SatO_2$%	90% ou mais	< 90%
Peak flow	> 50% do predito	≤ 50% do predito
Exacerbação ameaçadora à vida		
▪ Sonolência		
▪ Confusão		
▪ Tórax silencioso		

TRATAMENTO:

- BETA-2 - AGONISTA: TERAPÊUTICA IMEDIATA MAIS IMPORTANTE NO MANEJO DO BRONCOESPASMO FENOTERAL 10-20 GOTAS OU SALBUTAMOL 10-20 GOTAS EM 3-5 ML SF 0,9% A CADA 20 MINUTOS --> NO TOTAL 3 INALAÇÕES NA PRIMEIRA HORA. APÓS AS DOSES DEVEM SER ESPAÇADAS COMUM PERÍODO MÍNIMO ENTRE AS INALAÇÕES DE 1 HORA;

PODE ASSOCIAR IPRATRÓPIO 5 MG (40 GTS) AO BETA-2- AGONISTA.

- CORTICOSTERÓIDES: PREDNISONA 40-60 MG VO// METILPREDNISOLONA 40-60 MG EV 12/12H;NA ALTA DO PACIENTE: PREDNISONA POR 5-7 DIAS;
- OXIGÊNIO: MANTER SATURAÇÃO MAIOR A 92% (DE PREFERÊNCIA COM BAIXO FLUXO: 1-3 L);
- SULFATO DE MAGNÉSIO: EM PACIENTES GRAVES --> VEF1< 30%, FALÊNCIA EM RESPONDER ÀTERAPÊUTICA INICIAL, VEF1 < 60% SEM MELHORA APÓS A PRIMEIRA HORA:

SULFATO DE MAGNÉSIO 1,2-2G + SF 0,9% 100-500 ML EV EM 20-30 MIN.

ATENÇÃO :

SITUAÇÕES AMEAÇADORAS À VIDA --> IOT;

SE NECESSIDADE DE IOT --> SEQUÊNCIA RÁPIDA: QUETAMINA (SEDATIVO) + SUCCINILCOLINA (BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR);

VENTILAÇÃO CONTROLADA, COM BAIXO VOLUMES CORRENTES, FR 6-12 E TEMPO INSPIRATÓRIO CURTO, FI AJUSTADA PARA MANTER SPO2 > 90%

BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

MEDICAÇÃO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS	CATEGORIA GESTAÇÃO
SUCCINILCOL INA	INFUSÃO EM BOLUS DE DOSES ENTRE 0,5-1 MG/KG	FASCICULAÇÕES, HIPERCALEMIA, ARRIT MIAS, BRADICARDIAS, RABDOMIÓLISE	C
PANCURÔNIO	DOSE INICIAL: 0,04--0,1 MG/KG DOSE MANUTEN ÇÃO: INCREMENTOS A CADA 25-60 MIN DE 0,01 MG/KG	HIPOTENSÃO, PRURIDO, FRAQUEZA MUSCULAR, TAQUICARDIA	C
ROCURÔNIO	0,6 MG/KG	TAQUICARDIA, DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA VASCULAR PERIFÉRICA, TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO	I

BRADIARRITMIAS

FC < 50 BPM

- AS BRADIARRITMIAS DEVEM SER CONSIDERADAS NO DX. DIFERENCIAL DE PACIENTES NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA COM SÍNCOPE, TONTURA, DISPNEIA, DOR TORÁCICA, CONFUSÃO E CRISES EPILÉPTICAS;

- O EXAME INICIAL PARA AVALIAÇÃO É O **ECG:**
ATENTAR --> PRESENÇA OU NÃO DE ONDA P, SUA FREQUÊNCIA E MORFOLOGIA;
- INTERVALO P-R;
- CORRELAÇÃO ENTRE ONDAS P E COMPLEXOS QRS;
- PRESENÇA DE BLOQUEIO DE RAMOS OU DE DIVISÕES DE RAMOS.

OS BLOQUEIOS ATRIOVENTRICULARES (BAV) SÃO CLASSIFICADOS COMO DE PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO GRAUS --> A CONDUTA NA EMERGÊNCIA É DEPENDENTE DO GRAU DE BLOQUEIO.

DENOMINADAS **BAV DE AVANÇADO**. ISSO ENGLOBA O BAV DE 2 GRAU- MOBITZ II E BAVT.

- MANTER VIAS AÉREAS PATENTES;

- OXIGÊNIO SUPLEMENTAR SE HOUVER HIPOXEMIA;

- MONITORIZAÇÃO: PA, OXIMETRIA E MONITORIZAÇÃO CARDÍACA;

- ACESSO VENOSO CALIBROSO.

HÁ ALGUM CRITÉRIO DE INSTABILIDADE?

ESTADO MENTAL AGUDAMENTE ALTERADO, DOR TORÁCICA, DISPNEIA, HIPOTENSÃO OU SINAIS DE CHOQUE.

SIM:

- ATROPINA 0,5 MG EV 3/3 MIN (MÁX 3 MG);

- SE ATROPINA INEFICAZ, AS OPÇÕES SÃO:

A) MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO

B) DOPAMINA 2-10 MCG/KG/MIN

C) ADRENALINA 2-10 MCG/MIN

UMA VEZ ESTABILIZADA A FC COM UMAS DAS MEDIDAS ANTERIORES, OBSERVAR O ECG; SE HOUVER UM BAV DE GRAU AVANÇADO, PELA MAIOR PROBABILIDADE DE IRREVERSIBILIDADE DO QUADRO, PROGRAMAR PASSAGEM DE MARCAPASSO TRANSVENOSO. NA AUSÊNCIA DE BAV DE GRAU AVANÇADO, MANTER A MEDIDA QUE CONTROLOU A FC, PESQUISAR E TRATAR POSSÍVEIS CAUSAS DA BRADICARDIA.

INSTABILIDADE HEMODINÂMICA REFRATÁRIA ÀS MEDIDAS ANTERIORES: MARCAPASSO TRANSVENOSO.

NÃO :

- SE NÃO HOUVER BAV DE GRAU AVANÇADO: OBSERVE E CONTINUE MONITORIZANDO.

- SE BAV DE GRAU AVANÇADO: CONSEIDERAR MARCAPASSO TRANSVENOSO.

A BRADICARDIA PODE SER SECUNDÁRIA (HIPOXEMIA, HIPERTENSÃO INTRACRANIANA, INTOXICAÇÃO DIGITÁLICA, DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS, DOENÇA ISQUÊMICA MIOCÁRDICA, BETABLOQUADORES, ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS, REFLEXO VAGAL) --> PRIORIDADE: CORRIGIR O DISTÚRBIO DE BASE.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CETOACISOSE DIABÉTICA

AVALIAÇÃO INICIAL COMPLETA (PESQUISAR FATORES PARA DESCOMPENSAÇÃO)

LAB: NA, K, CL, UR, CR, HMG, GASO ARTERIAL, PLI, RX DE TÓRAX E ECG

FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO: INFECÇÃO, TTO IRREGULAR, IAM, AVE, CAUSAS ABDOMINAIS (PACREATITE, DIARREIA, ...), MEDICAÇÕES (COCAÍNA, CORTICOSTERÓIDES)

HIDRATAÇÃO:

HORA 1: SF 0,9% 1-1,5 L (15-20 ML/KG/PESO)

MANUTENÇÃO: 250-500 ML/H (4-14 ML/KG/H)

- Na > 135: SF 0,45%
- Na < 135: SF 0,9%

K SÉRICO

K > 3,3

K < 3,3

SF 0,9% 1000 ML + KCL 19,1% 1 AMP EM 2 H

REPETIR K EM 1 HORA APÓS INFUSÃO:

INICIAR INSULINA SE K> 3,3

HGT 200: 4-14 ML/KG/H (150-250 ML/H)

UTILIZAR: SG 5% 1L + NACL 20% 22 ML

INSULINA EM BOMBA:

INSULINA REGULAR 50 UI + SF 0,9% 250 ML (1 ML= 0,2 UI)

BOLUS: 0,1 UI/KG: 7 UI (ADULTO)

MANUTENÇÃO 0,1 UI/KG/H: 7 UI/H (ADULTO)

HGT 1/1H

TAXA IDEAL DE QUEDA: 50-70 MG/DL/H QUEDA > 70: DIMINUIR VAZÃO PELA METADE QUEDA < 50: DOBRAR VAZÃO

HGT<200: 0,02-0,05 UI/KG/H

ANTES DE SUSPENDER INSULINA BIC (SÓ SUSPENDER SE CRITÉRIOS DE RESOLUÇÃO):

- INSULINA REGULAR 10 UI SC ➔ DESLIGAR APÓS 1-2 H

CRITÉRIOS DE RESOLUÇÃO:

HGT< 200, PH > 7,3, BIC> 15, ÂNION GAP< 12, CONTROLE DO FATOR PRECIPITANTE

REPOSIÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO (BIC):

BIC < 6,9: BIC 8,4% 100 ML + AD 400 ML EV CORRER EM 2H

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

REPOSIÇÃO ELETRÓLITOS – K

1. SUPORTE CLÍNICO: TRATAR DESIDRATAÇÃO, VÔMITOS, ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA E RESPIRATÓRIA
2. TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
3. REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO

INCIPAIS CAUSAS: BETA-AGONISTAS, DIARRÉIA, DIURÉTICOS, INSULINOTERAPIA, TIREOTOXICOSE, VÔMITOS,...

A **VIA ORAL** É PRIORIDADE: MAIS SEGURA;

EVITAR USO DE K EV, SE K>3;

SOLUÇÕES DE K MUITO CONCENTRADAS DEVEM SER EVITADAS → FLEBITE

Reposição endovenosa

OPÇÕES:

KCL XAROPE 6%: 15 ML = 12 mEq → 10-20 ml após as refeições: 3-4x/dia

KCL cp: 1 cp = 6 mEq → 1-2 cp após as refeições: 3-4x/dia

KCL 19,1 %: 1 ML = 2,5 mEq: ampola com 10 ml

K < 3,3

SF 0,9% 1000 ML + KCL 2 AMP EM 1 H

INSULINA EM BOMBA:

INSULINA REGULAR 50 UI + SF 0,9% 250 ML (1 ML= 0,2 UI)

BOLUS: 0,1 UI/KG: 7 UI (ADULTO)

MANUTENÇÃO 0,1 UI/KG/H: 7 UI/H (ADULTO)

REPETIR K EM 1 HORA APÓS INFUSÃO:

INICIAR INSULINA SE K> 3,3

HGT 1/1H

TAXA IDEAL DE QUEDA: 50-70 MG/DL/H QUEDA > 70: DIMINUIR VAZÃO PELA METADE QUEDA < 50: DOBRAR VAZÃO

HGT<200: 0,02-0,05 UI/KG/H

ANTES DE SUSPENDER INSULINA BIC (SÓ SUSPENDER SE CRITÉRIOS DE RESOLUÇÃO):

- INSULINA REGULAR 10 UI SC → DESLIGAR APÓS 1-2 H

CRITÉRIOS DE RESOLUÇÃO:

HGT< 200, PH > 7,3, BIC> 15, ÂNION GAP< 12, CONTROLE DO FATOR PRECIPITANTE

REPOSIÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO (BIC):

BIC < 6,9: BIC 8,4% 100 ML + AD 400 ML EV CORRER EM 2H

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANEXO 1

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? ☐
   - 0 Não
   - 1 Náusea leve e sem vômito
   - 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito
   - 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados: ☐
   - 0 Não
   - 1 Não visível, mas sente
   - 4 Moderado, com os braços estendidos
   - 7 Severo, mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese: ☐
   - 0 Não
   - 4 Facial
   - 7 Profusa

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? Código da questão 8 ☐

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8 ☐

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? ☐
   - 0 Não
   - 1 Muito leve
   - 2 Leve
   - 3 Moderado
   - 4 Alucinações moderadas
   - 5 Alucinações graves
   - 6 Extremamente graves
   - 7 Contínua

7. Você se sente nervoso (a)? (observação) ☐
   - 0 Não
   - 1 Muito leve
   - 4 Leve
   - 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? ☐
   - 0 Não
   - 1 Muito leve
   - 2 Leve
   - 3 Moderado
   - 4 Moderado / grave
   - 5 Grave
   - 6 Muito grave
   - 7 Extremamente grave

9. Agitação: (observação) ☐
   - 0 Normal
   - 1 Um pouco mais que a atividade normal
   - 4 Moderadamente
   - 7 Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) ☐
    - 0 Orientado
    - 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente
    - 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
    - 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias
    - 4 Desorientado com o lugar e pessoa

Escore_____

<10 PONTOS: ABSTINÊNCIA MUITO LEVE;
10-15 PONTOS: ABSTINÊNCIA LEVE
16-20 PONTOS: ABSTINÊNCIA MODERADA
>20 PONTOS: ABSTINÊNCIA GRAVE

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CÓLICA NEFRÉTICA

O QUE É?

DOR NA REGIÃO LOMBAR E EM FLANCO CAUSADA POR OBSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DAS VIAS URINÁRIAS PORCÁLCULOS, PODENDO SER ASSOCIADA A QUADROS INFECCIOSOS E DISFUNÇÃO RENAL.

ÍNICA: DOR AGUDA EM CÓLICA, LOCALIZADA EM REGIÃO LOMBAR ABAIXO DA DÉCIMA SEGUNDA COSTELA, COM IRRADIAÇÃO PARA VIRILHA OU GENITAIS. ASSOCIADA A NÁUSEAS E VÔMITOS.

EXAME FÍSICO: PACIENTE ANSIOSO COM DIFICULDADE EM ACHAR POSIÇÃO CONFORTÁVEL, GIORDANO POSITIVO, HEMATÚRIA MICRO OU MACROSCÓPICA (EM 90 % DOS CASOS).

EXAMES COMPLEMENTARES:

- HEMOGRAMA COMPLETO, FUNÇÃO RENAL, PARCIAL DE URINA;
- RAIO X SIMPLES DE ABDOME: VISUALIZA CÁLCULOS RADIOPACOS (75-90% DOS CÁLCULOS);
- USG DE VIAS URINÁRIAS: EXAME ESPECÍFICO (>90%);
- TC DE VIAS URINÁRIAS SEM CONTRASTE: PADRÃO-OURO, PORÉM EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

PIELONEFRITE, COLECISTITE, ANEURISMA DE AORTA, HERPES-ZOSTER, CISTO DE

ISQUEMIA MESENTÉRICA
GESTAÇÃ
ECTÓPICA

*** EM HOMENS É INTERESSANTE AVALIAR
TESTÍCULOS, POIS PATOLOGIAS

ANALGESIA:

1- AINE: PRIMEIRA OPÇÃO

ASSOCIAR A ANALGÉSICOS SIMPLES (DIPIRONA).2:

OPIÓIDE: SEGUNDA LINHA TERAPÊUTICA

TRAMADOL 100 MG EV 6/6H OU MORFINA 10 MG EV 4/4H.

3- TANSULOSINA: 0,4 MG/DIA --> TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA FACILITAR A SAÍDA DOS CÁLCULOS: MAIOR BENEFÍCIO PARA CÁLCULOS ENTRE 5-10 MM;

UROSSEPSE?

SIM --> DESCOMPRESSÃO EMERGENCIAL

EM PACIENTES COM OBSTRUÇÃO URINÁRIA TOTAL OU INFECTADOS OU PIORA DA FUNÇÃO RENAL HÁ NECESSIDADE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA DESOBSTRUÇÃO: NEFROSTOMIA PODE SER NECESSÁRIA.

SUSPEITA-SE DE **INFECÇÃO ASSOCIADA** QUANDO O PACIENTE APRESENTA FEBRE, LEUCOCITÚRIA E LEUCOCITOSE --> *E.COLI*: TTO COM QUINOLONAS OU CEFALOSPORINAS D TERCEIRA GERAÇÃO.

PACIENTES COM CÁLCULOS ACIMA DE 6 MM, MESMO COM CONTROLE ADEQUADO DA DOR TEM USUALMENTE INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA RETIRADA DOS CÁLCULOS --> AO DAR ALTA, GARANTIR ENCAMINHAMENTO PRECOCE AO UROLOGISTA.

INDICAÇÕES DE INTERNAMENTO:

- FEBRE OU SINAIS DE SEPSE;
- DOR REFRATÁRIA;
- RIM ÚNICO COM CÁLCULO OBSTRUTIVI OU TRANSPLANTE RENAL;
- SUSPEITA DE NEFROLITÍASE OBSTRUTIVA BILATERAL;
- INSUFICIÊNCIA RENAL;
- INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE INTERVENÇÃO EM PACIENTE SEM CONTROLE ADEQUADO DADOR.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANTÍDOTOS

ACETOMINOFEN	ACETILCISTEÍNA
ANTICOAGULANTES	VITAMINA K E PLASMA FRESCO CONGELADO
ANTICOLINÉRGICOS	FISOSTIGMINA
BENZODIAZEPÍNICOS	FLUMAZENIL
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO	GLUCONATO DE CÁLCIO E GLUCAGON
INSETICIDA ORGANOFOSFORADO	ATROPINA E PRALIDOXIMA
MONÓXIDO DE CARBONO	OXIGÊNIO A 100%
CARBAMATO	ATROPINA E PRALIDOXIMA
ISONIAZIDA	PIRIDOXIMA
OPIÓIDES	NALOXONA
METANOL E ETILENOGLICOL	ÁLCOOL ETÍLICO
BETA-BLOQUEADORES	GLUCAGON

Manifestações clínicas e síndromes	Toxicos mais prováveis
Intoxicação com hiperatividade adrenérgica • Ansiedade, sudorese, taquicardia, hipertensão, pupilas midriáticas. • Dor precordial, infarto do miocárdio, emergência hipertensiva, acidente vascular cerebral, arritmias. • Casos mais graves: hipertermia, rabdomiólise, convulsões. • Procurar sítios de punção (drogas).	• Anfetaminas, cocaína, derivados de ergotamina, hormônio tireoidiano e inibidores a MAO.
ndrome anticolinérgica • Pode manifestar-se de modo semelhanteà intoxicação com hiperatividade adrenérgica: pupila midriática, taquicardia, tremor, agitação, estimulação do SNC, confusão. • Diminuição de ruídos intestinais, reten-ção urinaria • Pistas: pele seca, quente e avermelhada, pupila bem dilatada com mínima respos-ta à luz. • Casos mais graves: convulsões, hipertermia, insuficiência respiratória.	• Antidepressivos tricidicos, antihistaminicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos e fenotiazinas.
Síndrome colinérgica • Quadro muito tipico: bradicardia, miose, hipersalivação, diarreia, vômito, broncorreia, lacrimejamento, sudorese intensa, fasciculações • Casos mais graves: PCR, insuficiência res- piratória, convulsões, coma.	• Carbamatos, fisostigmina, organofosforados e pilocarpina.
Alucinógenos ou achados dissociativos • Pouco frequente, pode se confundir com outros estimulantes do SNC: taquicardia,	• Fenciclidina e LSD (acido lisérgico)

hipertensão, tremor, midríase, hipertermia. • Pistas: desorientação, alucinações auditivas e visuais, sinestesias, labilidade do humor.	
Intoxicação com hipoatividade • Bradipneia, hipoatividade, rebaixamentodo nível de consciência, coma, insufi- ciência respiratória, hipercapnia, aspira-ção, coma e morte.	• Pupila muito miótica: opioides(revertecom naloxona) • Pupila não miótica: álcool e derivados , anticonvulsivantes e bezodiazepinicos.
Intoxicação com acidose metabólica grave e persistente • Taquipneia intensa, dispneia, bradicar-dia, hipotensão • Pista: gasometria • Exames que poderão ser uteis: lactato arterial, anon gap, gap osmolar, urinatipo l, dosagem sérica dos tóxicos	• Acetona, acido valproico, cianeto, eta- nol, formaldeído, etileroglico, metformi-na, monóxido de carbono e salicilatos.
Intoxicação com asfixia • Dispneia, taquipneia, cefaleia, confusão, labilidade emocional, náusea, vômitos. • Casos mais graves: edema cerebral, coma, depressão respiratória, hipoten-são, arritmias, edema pulmonar. • Papiledema e ingurgitamento venoso ao fundo de olho	• Cianeto, inalantes, gases, vapores e monóxido de carbono.
Crises epilépticas • Convulsão	• Antidepressivos tricíclicos, Beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, cocaína, fenotiazinas, inseticidas organofosforados, isoniazida, lítio, monóxido de carbono, salicilatos, teofilina.
Intoxicação com bradicardia • Bradicardia, hipotensão, vômitos.	• Amiodarona, Beta bloqueadores dos canais de cálcio, carbamatos, digitálicos e organofosforados.
Intoxicação com sangramento • Pode causar alteração da coagulação (TP/INR) 24 a 72 horas após a ingestão. • Pode levar a sangramento em pele, mucosas, TGI, SNC, cavidades, articulações	• Antagonistas da vitamina K (alguns venenos para ratos0 e varfarina sodica
Intoxicação sem efeito inicial no sistema nervo-so central	• Digitálicos, imunossupressores, inibidores da MAQ, salicilatos, varfarina sodica, substâncias de liberação lenta (teofilina, carbamazepina, lítio) e substancia de inicio retardado.
Síndrome “simpaticolítica”	• Bloqueadores Alfa e Beta, bloqueadores

• Taquicardia, hipotensão, pele quente(vasodilatadores) • Bradicardias com inotrópicos/crono-trópicos negativos . • Pode causar rebaixamento do nível deconsciência. • Pistas: pouca alteração do SNC + profun-da alteração cardiovascular.	do canais de cálcio, clonidina.
Síndrome de abstinência • Difícil diferenciar se é excesso da drogaou se é abstinência da droga. • Agitação, sudorese, tremor, taquicardia,midríase, ansiedade, confusão. • Casos mais graves: alucinações, convul-sões, arritmias	• Álcool etilico, antidepressivos, cocaína,fenobarbital, hipnotico-sedativos e opioides.

DOR TORÁCICA/SINDROME CORONARIANA AGUDA

Por meio deste protocolo, é possível oferecer uma estratégia baseada em evidências adequada àestrutura das diferentes unidades de saúde, que orienta a tomada de decisão da equipe de enfermeiros da classificação de risco quanto direcionamento do atendimento para as equipes de saúde.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atribuições do Enfermeiro Classificador:

Coletar dados e Sinais Vitais do paciente: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e saturação.

- Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo o fluxograma da Unidade; Além de sempre perguntar se possui alergia a algum tipo de medicamento e/ou substância;
- Verificar a presença dos sinais e sintomas que caracterizam uma **dor torácica típica:**

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA		
	TIPICA	**ATÍPICA**
1. CARÁTER DA DOR	CONSTRIÇÃO COMPRESSÃO QUEIMAÇÃO "PESO" "DOR SURDA"	FACADA, AGULHADA PONTADAS PIORA AO RESPIRAR "AGUDA"
2. LOCALIZAÇÃO DA DOR	RETROESTERNAL OMBRO ESQUERDO PESCOÇO FACE, DENTES REGIAO INTERESCAPULAR EPIGÁSTRICA	OMBRO DIREITO HEMITÓRAX DIREITO
3-FATORES DESENCADEANTES	EXERCÍCIO EXCITAÇÃO ESTRESSE FRIO REFEIÇÕES COPIOSAS	AO REPOUSO

- **Protocolo de Dor Torácica**: Avaliar Sinais Clínicos; QueixaPrincipal; e Fatores de Risco.
- Proceder com os encaminhamentos necessários a partir do resultado da classificação.
- Realizar o ECG (Se constatado dor típica)
- Comunicar ao médico de plantão

IMPORTANTE:

- **DOR TÍPICA:** encaminhar o paciente para a Sala de Emergência ou consultório do médico plantonista.
- **NÃO CONSTATADO DOR TÍPICA**: encaminhar o paciente para atendimento clínico seguindo o protocolo da Unidade.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A DOR TORÁCICA.

1. **AVALIAR A QUEIXA PRINCIPAL:** **Aperto/Pressão/ Queimação (Risco Laranja)**
   - **Irradiação para MSE (Risco Laranja)** **Acompanhada de dispneia (Risco Laranja)**
   - Dor precordial
   - Pontada
   - Piora ao mover o Membro superior Palpitação
   - **SOMADO:** Duração>5 minutos

ENCAMINHAMENTOS:

- Se a dor contemplar uma **(01) característica marcado como laranja e tiver duração maior que 5 minutos**, será considerada dor anginosa e deverá ser **encaminhado para omédico plantonista independente** dos fatores de risco.

OBS: quando indicação de encaminhamento para o médico, o **EGG deverá ser realizado eapresentado idealmente em até 10 minutos.**

Se a dor **NÃO contemplar as características de risco laranja**, **MAS** pontuar de **3 oumais das demais características**, o paciente será classificado como ALTO RISCO, podendo ser considerado como equivalente anginoso.

OBS: encaminhar para o o medico plantonista, o **EGG deverá ser realizado e apresentado em até 10minutos.**

2. **AVALIAR FATORES DE RISCO:**

Fatores de risco	**Peso**
Idade >60 anos	2
HAS	1
DM	2
Dislipidemia	1
Tabagismo	1
História Familiar de Infarto (mãe, pai ou irmãos) < 60anos	1
Obesidade	1
Revascularizado prévio por angioplastia ou cirurgia	3
Somatório dos pesos de acordo com os fatores de risco apresentados pelo paciente.	

ENCAMINHAMENTOS:

- Se a somatória dos fatores de risco **for igual ou maior que 3 (três)** será considerado como **Risco Laranja (muito urgente).**

OBS: quando indicação de encaminhamento para o medico plantonista, o **EGG deverá ser realizado eapresentado idealmente em até 10 minutos.**

3. AVALIAR SINAIS CLÍNICOS

Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de **RISCO VERMELHO**:

- Hipotensão/Hipertensao arterial
- Bradicardia (FC <50 bpm)
- Taquicardia (FC >120 bpm)
- Rebaixamento do nível de consciência
- Taquipnéia (FR .25 IRPM) SAT <92%

ENCAMINHAMENTOS:

- A presença de **apenas um (01) sinal clínico**, classifica o paciente com **RISCO VERMELHO**, devendo encaminhá-lo imediatamente para a **Sala de Emergência**.

4. RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO:

- **RISCO VERMELHO:** encaminhar o paciente para a sala de emergência; Realizar **ECG** e mostrar ao médico **em até 10 minutos.**
- **RISCO LARANJA:** encaminhar o paciente ao consultório do medico plantonista; Realizar **ECG**
  e mostrar ao médico **em até 10 minutos**.

ATENDIMENTO MEDICO

- Realizar Anamnese e Exame Físico Dirigidos
- **Avaliar o ECG: EVIDENCIADO SUPRA DE ST = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**
- **ECG SEM SUPRA DE ST PORÉM APÓS REALIAR MARCADORES CARDIACOS, SE APÓS RESULTADOS POSITIVOS, ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**

Realizar a Prescrição Médica conforme protocolo:

Aplicar classificação de risco em caso de IAM sem supra de ST, ECG sem evidência de supradesnivelamento de ST com troponina positiva.
Classificação de risco desenvolvida para avaliar evento coronariano e mortalidade, comos seguintes fatores de risco:

Idade ≥ 65 anos
Elevação de marcadores bioquímicos (troponina positiva) Depressão do segmento ST ≥ 0,5 mm
Uso de ácido acetilsalicílico (AAS) nos últimos sete dias
Presença de três ou mais fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana (DAC) (hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes melito, tabagismo, história familiar positiva para DAC)

DAC conhecida (angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização prévia)
Dois episódios de angina grave (típica) recente em menos de 24 horas.Conferindo um ponto para cada um desses itens, o paciente é catalogado como: de baixo risco (escore de 0 a 2), risco intermediário (escore de 3 ou 4) ou alto risco (escore de

DOR TORÁCICA

Ferramentas de suporte à decisão

Escore	Características	Pontos
H	História de alta suspeita História moderada suspeita História de baixa suspeita	2 1 0
E	ECG infra-ST ou T– simétrica ECG ARV inespecífica ECG normal	2 1 0
A	Age ≥ 65 anos Age 45-65 anos Age ≤ 45 anos	2 1 0
R	Fatores de risco: 3 ou + Fatores de risco: 1 ou 2 Fatores de risco: 0	2 1 0
T	Troponina > 2 LSN Troponina 1-2 LSN Troponina negativa	2 1 0
RISCO: 0-3 baixo / 4-6 médio / 7-10 alto		

Fatores de risco (FR): HAS, DM, DLP, tabagismo, obesidade, AF+ (homem < 55a e mulher < 65a)

Tipo de dor torácica
A: definitivamente anginosa **B:** provavelmente anginosa **C:** provavelmente não anginosa **D:** definitivamente não anginosa
Maior probabilidade: sudorese, dor semelhante a IAM prévio, ECG T– ou infra-ST, irradiação para mandíbula ou braço, dor em aperto > 10-20 min ou desencadeada ao esforço ou com ICC **Menor probabilidade:** piora inspiratória ou à palpação, dor em pontada

Escore TIMI para SCA sem supra-ST
Idade ≥ 65 anos ≥ 2 episódios angina grave nas últimas 24h 3 ou + FR (HAS, DM, DLP, tabagismo, AF+) CATE ou TC prévio ≥ 50% de obstrução Uso de AAS nos últimos 7 dias Infra-ST ≥ 0,5 mm Troponina elevada
RISCO: 0-2 baixo / 3-4 médio / 5-7 alto

EXAMES LABORATORIAIS

No atendimento ao paciente com suspeita de síndrome coronária aguda em Pronto Atendimento, são indispensáveis ao correto diagnóstico, a dosagem dos **marcadores de necrose miocárdica**, de maneira seriada, na maior parte dos casos. Segue padronização dos exames:

- **TROPONINA I:** Deverá ser dosado a Troponina com fins prognósticos na SCA.
  - A Troponina deverá ser mensurada na admissão e repetir na terceira e sexta hora, se suspeita clínica forte.

OBS: Não é necessário dosar nova Troponina após a detecção de queda, ou seja, não será necessário dosar a Troponina até sua normalização, visto que esse marcador poderá permanecer com valores alterados por até duas semanas após o evento.
Situações especiais poderão fugir a este protocolo, de acordo com justificativa feita pelo solicitante.
Contingência: Caso a Troponina não esteja disponível, seja por falta do kit ou qualquer eventualidade, deverá ser realizado a **dosagem de CK-MB**.

EM QUE MOMENTO DEVO SOLICITAR O EXAME LABORATORIAL?

- **IAM COM SUPRA ST**: o paciente deve ser direcionado para a Hospital de referência,

APENAS com o resultado do ECG. O exame Laboratorial deverá ser solicitado pelo hospital
de referência a fim de prognóstico ou para excluir diagnóstico diferenciais em quadro atípicos.

IAM <u>SEM</u> SUPRA ST: o exame laboratorial poderá ser realizado no período do atendimento para definir diagnóstico.

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
MEDICAMENTOS	**QTD**	**FREQ**	**COM SUPRA**	**SEM SUPRA**
AAS 100mg *Obs: mastigar e engolir*	3 CP	AGORA	X	X
CLOPIDOGREL 75 mg	4CP	AGORA	X	4CP (todas as idades)
MORFINA 10 mg/ml *Obs: se persistir dor.*	1 AMP	ACM	X	X
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONÍNUA		CONT	X	X
ELETROCARDIOGRAMA	-	AGORA	X Em 10 min	X Em 10 min

MONITORIZAÇÃO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA

- Instalar Monitorização Cardíaca Contínua no paciente;
- Realizar Acesso Venoso, preferencialmente em membro superior esquerdo (MSE), se possível calibre nº 20;
- Administrar medicação, conforme prescrição médica.

CONTATO COM O SAMU

- O contato com SAMU deverá ser realizado através do 192 com o protocolo devidamente preenchido com o ECG. Atentar para o correto preenchimento do horário dos inícios dos sintomas.

- **Avaliar o ECG: EVIDENCIADO SUPRA DE ST = ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**
- **ECG SEM SUPRA DE ST REALIAR MARCADORES CARDIACOS, SE APÓS RESULTADOS POSITIVOS, ENTRAR EM CONTATO COM O SAMU 192**

EXACERBAÇÃO DPOC

LD: 3 CRITÉRIOS CARDINAIS --> PIORA DA DISPNEIA, AUMENTO DA PRODUÇÃO DE ESCARRO E O ESCARRO QUE SE TORNA PURULENTO.

OUTROS SINTOMAS INDICATIVOS: FEBRE SEM CAUSA APARENTE,

AUMENTO NA SIBILÂNCIA OU TOSSE, AUMENTO DE 20 % NA FR HABITUAL.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

ASMA, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, PNEUMONIA, ARRITMIAS, PNEUMOTÓRAX, DERRAME PLEURAL, EMBOLIA PULMONAR, CÂNCER DE PULMÃO, TUBERCULOSE.

LEVE: UM DOS CRITÉRIOS CARDINAIS + 1 SINTOMA INDICATIVO;

MODERADA: 2 CRITÉRIOS CARDINAIS;

GRAVE: 3 CRITÉRIOS CARDINAIS

PACIENTES SUGESTIVOS DE GRAVIDADE:

- USO DE MUSCULATURA ACESSÓRIA;
- MOVIMENTOS PARADOXAIS DE PAREDE TORÁCICA;
- CIANOSE CENTRAL;
- PRESENÇA DE EDEMA PERIFÉRICO;
- INSTABILIDADE HEMODINÂMICA;
- ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL;
- USO PRÉVIO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- RAIO X DE TÓRAX;
- ECG;
- HEMOGRAMA COMPLETO, ELETRÓLITOS, FUNÇÃO RENAL;
- GASOMETRIA ARTERIAL:

PaO2< 60 mmHg e/ou PaCO2 > 50 mmHg --> INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA;

PaO2 < 50 mmHg, PaCO2 > 70 mmHg e pH < 7,3 --> EPISÓDIO MUITO GRAVE E AMEAÇADOR À VIDA.

IOT:

- GRAVE DISPNEIA COM USO DE MUSCULATURA ACESSÓRIA E MOVIMENTO ABDOMINAL PARADOXAL;
- FR > 35;
- HIPOXEMIA AMEAÇADORA À VIDA: PaO2 < 40 mHg ou PaO2/ FiO2 < 200;
- ACIDOSE GRAVE (pH < 7,25) E HIPERCAPNIA (PaCO2 > 60 mmHg);
- PCR OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA;
- CONFUSÃO, SONOLÊNCIA;
- FALHA VNI

TRATAMENTO:

- BETA-2 - AGONISTA:

FENOTERAL 10-20 GOTAS OU SALBUTAMOL 10-20 GOTAS EM 3-5 ML SF 0,9% A CADA 20 MINUTOS --> NO TOTAL 3 INALAÇÕES NA PRIMEIRA HORA. APÓS AS DOSES DEVEM SER ESPAÇADAS COM UM PERÍODO MÍNIMO ENTRE AS INALAÇÕES DE 1 HORA;

PODE ASSOCIAR IPRATRÓPIO 20- 40 GTS AO BETA-2- AGONISTA.

- CORTICOSTERÓIDES: DIMINUEM DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E TAXAS DE RECIDIVA.

PREDNISONA 40-60 MG VO POR 5-7 DIAS// GRAVES - METILPREDNISOLONA 40-60 MG EV 6/6H POR 3 DIAS;

- OXIGÊNIO: SPO2< 90% --> MANTER SATURAÇÃO 88- 92% (DE PREFERÊNCIA COM BAIXO FLUXO: 1-3 L);
- ANTIBIOTICOTERAPIA: USO RECOMENDADO EM EXACERBAÇÕES MODERADAS OU GRAVES --> ESPECTRO PARA MORAXELLA, PNEUMOCOCO, HEMÓFILOS- USO POR 5 A 7 DIAS.

OPÇÕES: AZITROMICINA, CLARITROMICINA, AMOXICILINA-CLAVULANATO E QUINOLONAS RESPIRATÓRIAS

- VENTILAÇÃO INVASIVA: MODALIDADE TERAPÊUTICA DE MAIOR IMPACTO NA TTO DE DPOC GRAVE EM DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA.

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

PACIENTE DISPNEICOS, CIANÓTICOS, COM MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA DEVEM SER ENCAMINHADOS À SE:
- MACA EM DECÚBITO ELEVADO;
-MONITORIZAÇÃO, ECG, PA NÃO INVASIVA E OXIMETRIA DE PULSO;
- O2;
-ACESSO VENOSO E COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

- FUROSEMIDA EV 0,5-1 MG/KG;
- MORFINA EV 2-4 MG;
- VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (INDICAÇÃO PRECOCE)
- IOT SE NECESSÁRIO;
- NITROGLICERINA/NITROPRUSSIATO SE PAS> 100 MMHG;

MAIOR EVIDÊNCIA PARA O USO DE NITROGLICERINA, EMBORA EM PACIENTES COM NÍVEIS PRESSÓRICOS MUITO ELEVADOS A POSSIBILIDADE DE DISFUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA É MUITO BAIXA, E O NITROPRUSSIATO PODE SER UMA OPÇÃO EXCELENTE.

- DOBUTAMINA SE PAS = 90=100 MMHG, SEM SINAIS/SINTOMAS DE CHOQUE;
- NORADRENALINA SE PAS< 90 MMHG E SINAIS DE CHOQUE.
- EVITAR USO DE HIDRALAZINA E BETABLOQUEADORES.

SINTOMAS MAIS COMUNS:

DISPNÉIA, ESFORÇOS, PAROXISTICA FADIGA. INTOLERÂNCIA AOS ORTOPNEIA, DISPNEIA NOTURNA, TOSSE E

EXAME FÍSICO:

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, ESTERTORES CREPITANTES, TAQUIPNEIA, HIPERTENSÃO, RITMO DE GALOPE, PRESENÇA DE B3 OU B4.

DOSAGENS MEDICAÇÕES:

NITROGLICERINA: INICIAL 10-20 µg/MIN -->AUMENTO A CADA 3-5 MINUTOS ATÉ 200 µg/KG/MIN;

NITROPRUSSIATO: INICIAL 0,3-0,5 µg/KG/MIN --> AUMENTO DE 0,5 µg/KG/MIN DE 3/3 A 5/5 MINUTOS: MÁXIMO 10 µg/KG/MIN;

NORADRENALINA: 1-30 µg/MIN OU 0,2-1 µg/KG/MIN;

DOBUTAMINA: INICIAL 2-2,5 µg/KG/MIN --> AUMENTAR ATÉ 15-20 µg/KG/MIN.

Quadro 1 – Contra-indicações para o uso da ventilação não invasiva com pressão positiva.

Diminuição da consciência, sonolência, agitação, confusão ou recusa do paciente
Instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor, choque (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), arritmias complexas
Obstrução de via aérea superior ou trauma de face
Tosse ineficaz ou incapacidade de deglutição
Distensão abdominal, náuseas ou vômitos
Sangramento digestivo alto
Infarto agudo do miocárdio
Pós-operatório recente de cirurgia de face, via aérea superior ou esôfago
Uso de VNI é controverso: pós-operatório de cirurgia gástrica, gravidez

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

MANEJO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL NA IC

1. BUSCAR E TRATAR FATORES PRECIPITANTES (DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS, ISQUEMIA, EMBOLIA);
2. TRATAMENTO DA IC DEVE SER OTIMIZADO

CONTROLE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA:

ESTRATÉGIA INICIAL PREFERIDA

PODEM SER UTILIZADOS BETABLOQUEADORES COM OU SEM DIGITÁLICO (DIGOXINA) - EFEITOS INOTRÓPICOS NEGATIVOS DOS BETABLOQUADORES E DOS BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO PODEM SER DELETÉRICOS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO SISTÓLICA.

- VO: CARVEDILOL, METOPROLOL OU BISOPROLOL

- EV: ESMOLOL - AÇÃO CURTA (PREFERÍVEL)

AMIODARONA: RISCO DE REVERSÃO PARA RITMO SINUSAL É ALGO A SE CONSIDERAR, MAS É A MEDICAÇÃO DE ESCOLHA PARA PARA PACIENTES COM DOENÇAS ESTRUTURAIS CARDÍACAS.

CONTROLE DO RITMO:

AVALIAR NECESSIDADE DE IMEDIATA CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA;
- SE FA ESTIVER ASSOCIADA A HIPOTENSÃO OU EVIDÊNCIA DE CHOQUE CARDIOGÊNICO;
- SE A FA É CAUSA DE EDEMA AGUDO DE PULMÃO;
- SE FA ASSOCIADA A ISQUEMIA CARDÍACA;
- TAQUICARDIAS VENTRICULARES.

PREVENÇÃO DE FENÔMENOS EMBÓLICOS:

ANTICOAGULAÇÃO ORAL: VARFARINA OU NOVOS ANTICOAGULANTES (RIVAROXABANA, APIXABANA, DABIGATRAN)

DOSAGENS MEDICAÇÕES:

VARFARINA: INICIALMENTE 2,5-5 MG/DIA, DEPOIS CORRIGIR CONFORME INR;

ESMOLOL: 0,5 MG/KG EM 1 MINUTO DE ATAQUE E 50-200 µg/KG/MIN DE MANUTENÇÃO --> DILUIÇÃO: ESMOLOL 2500 MG/10 ML 10 ML + SF 0,9% 240 ML (CONCENTRAÇÃO 10 MG/ML)

METOPROLOL: 5 MG EV EM BOLUS, REPETIR A CADA 5 MINUTOS, ATÉ 4 DOSES.

DILTIAZEM: 0,25 MG/KG EM 2 MINUTOS E DOSE DE MANUTENÇÃO DE 5-15 MG/H --> DILUIÇÃO: DILTIAZEM 50 MG/ FRASCO 100 MG + SG 5% 100 ML (CONCENTRAÇÃO 1 MG/ML)

DIGOXINA: BOLUS EV DE 0,25-0,5 MG ATÉ 1 MG;

AMIODARONA: BOLUS EV DE 150 MG EM 10 MINUTOS, MANUTENÇÃO DE 0,5-1 MG/MIN --> AMIODARONA 150 MG/3 ML + SG 5% 232 ML (CONCENTRAÇÃO 3,6 MG/ML)

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

INSULINOTERAPIA

Dosar HbA1C- controle glicêmico prévio

Peso

- Normo sensitivos: 0,4 U/kg
- Alta sensibilidade: 0,3 U/kg (>70 a, TFG< 60, insuficiência hepática)
- Insulina resistentes: 0,5U/kg (uso de cortióide, obesos)

Glicemia

- 140- 200 mg/dl: 0,4 U/kg
- 201-400 mg/dl: 0,5 U/kg

Aferir Glicemia capilar às 08:00/ 11:00

Dose total de insulina

50% **basal**: NPH

* NPH: 2/3 dose às 08:00 e 1/3 dose às 22:00

50% **prandial**: Regular (30 minutos antes das refeições)

Administrada às 8:00/11:00/17:00

Insulina de **correção**: Insulina Lispro, Asparte Regular

Hipoglicemia → glicemia capilar < 70 mg/dl

Corrigir com Glicose hipertônica 25% 2 a 4 amp EV

Insulina de correção:

<70 mg/dl : subtrair -2 UI a insulina prandial;

71-150: manter dose de insulina prandial; 151-200: somar 1 UI à insulina prandial;

201- 250: somar 2 UI à insulina prandial; 251-300: somar 3 UI à insulina prandial;

>300: somar 4 UI à insulina prandial.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HANSENÍASE

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

QUANDO PENSAR?

- Áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato;
- Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- Pápulas, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose);
- Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.
- Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras;
- Edema de mãos e pés com cianose, além de xerose cutânea;
- Febre e artralgia, associados a nodulações, de aparecimento súbito;
- Aparecimento súbito de manchas associada a hipoestesia e neuropatia em cotovelos(ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores);
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Xeroftalmia e sensação de areia nos olhos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de hanseníase deve ser baseado na história de evolução da lesão, epidemiologia e no exame físico (nervos periféricos espessados e/ou lesões de pele ou áreas de pele com alterações de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, alterações autonômicas circunscritas quanto à reflexia à histamina e/ou à sudorese).

Em algumas situações, os exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) podem ser necessários para auxiliar o diagnóstico, porém sempre devemos considerar as limitações desses exames, valorizando essencialmente os achados clínicos encontrados.

CLASSIFICAÇÃO

- Paucibacilar (PB) --> presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível:
  – Hanseníase Tuberculóide ou Indeterminada (doença localizada em uma região anatômica e/ou um tronco nervoso comprometido).

- Multibacilar (MB) --> presença de seis ou mais lesões de pele OU baciloscopia de raspado intradérmico positiva
  – Hanseníase Dimorfa ou Virchowiana (doença disseminada em várias regiões anatômicas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido).

*** O resultado positivo de uma baciloscopia classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase, e nem classifica o doente obrigatoriamente como PB.

Exames laboratoriais que podem ser (inespecificamente) positivos

VDRL, FAN, Fator Reumatóide, Crioglobulinas, Anticorpos Anticardiolipinas, Anticoagulante Lúpico, entre outros.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HANSENÍASE - CLASSIFICAÇÃO

Indeterminada (paucibacilar)	Tuberculóide (paucibacilar)	Dimorfa (multibacilar)	Virchowiana (multibacilar)
Geralmente afeta crianças abaixo de 10 anos, ou mais raramente adolescentes e adultos que foram contatos de pacientes com hanseníase. A lesão de pele geralmente é única, mais clara do que a pele ao redor (mancha), não é elevada (sem alteração de relevo), apresenta bordas mal delimitadas, e é seca ("não pega poeira" – uma vez que não ocorre sudorese na respectiva área). Hipoestesia ou anestesia térmica e/ou dolorosa, mas a tátil geralmente é preservada. A prova da histamina é incompleta na lesão, a biópsia de pele frequentemente	É a forma da doença em que o sistema imune da pessoa consegue destruir os bacilos espontaneamente. Tempo de incubação de cerca de cinco anos. Mais frequentemente, manifesta-se por uma placa totalmente e anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro (forma de anel ou círculo). Com menor frequência, pode se apresentar como um único nervo espessado com perda total de sensibilidade no seu território de inervação. A baciloscopia é negativa e a biópsia de pele	Várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculóide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida). Há perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas (sudorese e vasorreflexia à histamina). É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, as vezes visíveis ao exame clínico. É a forma mais comum de apresentação da doença (mais de 70% dos casos). Ocorre, normalmente, após um longo período de incubação (cerca de 10 anos	É a forma mais contagiosa da doença. Não apresenta manchas visíveis; a pele apresenta-se avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de "casca de laranja"), poupando geralmente o couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar. Na evolução da doença, é comum aparecerem pápulas e nódulos escuros, endurecidos e assin

negativos não afastam o diagnóstico clínico.	correlação clínica com o resultado da baciloscopia e/ou biópsia, quando for imperiosa a realização desses exames.	frequentemente positiva, exceto em casos raros em que a doença está confinada aos nervos. Esta forma da doença também pode aparecer rapidamente, podendo ou não estar associada à intensa dor nos nervos.	couro cabeludo. A face costuma ser lisa (sem rugas) devido a infiltração, o nariz é congesto, os pés e mãos arroxeados e edemaciados, a pele e os olhos secos. O suor está diminuído ou ausente de forma generalizada. Artralgias são comuns e, frequentemente, o paciente tem o diagnóstico clínico e laboratorial equivocado de "reumatismo". Os exames reumatológicos frequentemente resultam positivos, como FAN, FR, VDRL. O diagnóstico pode ser confirmado facilmente pela

HANSENÍASE - CLASSIFICAÇÃO

EXEMPLOS:

1. **VEIA PERIFÉRICA**:

- 1 AMPOLAS KCL 19,1%: 25 mEq + SF 0,9% 1L EM 2-3H
- CONCENTRAÇÃO MÁXIMA: 40 mEq/L
- VELOCIDADE IDEAL DE INFUSÃO: 5-10 mEq/H

2**. VEIA CENTRAL:**

- 2 AMPOLAS KCL 19,1% : 50 mEq + SF 0,9% 1L CORRER EM 3H
- CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA CENTRAL: 60 mEq/L;
- VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO: 10-20 mEq/h

**** ATENTAR PARA HIPOMAGNESSEMIA: SE MG BAIXO, FAZER REPOSIÇÃO ASSOCIADA!

EVITAR REPOR K EM SOLUÇÕES COM GLICOSE;

APÓS NORMALIZAÇÃO K COM REPOSIÇÃO EV → CONTINUAR REPOSIÇÃO VO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

SUSPEITA DE MELENA OU HEMATÊMESE

1. ANAMNESE CUIDADOSA
USO DE MEDICAÇÕES (AINE, ANTICOAGULANTE), EPISÓDIOS PRÉVIOS, ETILISMO, PASSADO DE DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA, QUADRO CONSUPTIVO, COMORBIDADES (DOENÇA RENAL E HEPÁTICA);
2. EXAME FÍSICO CUIDADOSO:
TOQUE RETAL (AVALIAR COR DAS FEZES)

MELENA -->eliminação de sangue digerido juntamente com as fezes, de cor escura (tipo borra de café) e de odor fétido;

HEMATÊMESE --> VÔMITO COM PRESENÇA DE SANGRAMENTO.

PRIORIDADE --> ESTABLIZAÇÃO HEMODINÂMICA

SINAIS DE GRAVIDADE (PERDA DE 20% DA VOLEMIA COM INDICAÇÃO DE RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA URGENTE): SINAIS DE CHOQUE (PAS< 100 MMHG E FC> 100 BPM) E ALTERAÇÕES HEMODINÂMICAS ORTOSTÁTICAS (QUEDA DE 10 MMHG OU MAIS NA PRESSÃO SISTÓLICA E ELEVAÇÃO > 15/MIN NA FC QUANDO O PACIENTE É MUDADO DE POSIÇÃO SUPINA PARA SENTADO).

- JEJUM
- MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E DÉBITO URINÁRIO
- IOT SE NECESSÁRIO PARA PROTEGAR VIAS AÉREAS
- COLETA DE EXAMES --> TIPAGEM SANGUÍNEA, HB/HT, PLAQUETAS, FUNÇÃO RENAL, TGO/TGP, ALBUMINA, TAP, KPTT

IBP: OMEPRAZOL 80 MG EM BOLUS, APÓS 40 MG 12/12H --> EV

TORES DE PIOR PROGNÓSTICO:

IDADE AVANÇADA, > COMORBIDADES, SANGRAMENTO VARICOSO, HIPOTENSÃO OU CHOQUE A ADMISSÃO, ENTERORRAGIA OU VÔMITOS EM SANGUE VIVO

2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS CALIBROSOS --> INFUSÃO DECRISTALÓIDES (SF OU RL): 1-2 L

OBJETIVO: PAS> 100 MMHG E FC< 100

REPOSIÇÕES MUITO AGRESSIVAS: > 3L NAS PRIMEIRAS 6H AUMENTAMRISCO DE SANGRAMENTO

A PASSAGEM DE SNG É QUESTIONÁVEL E PODE SER INDICADA EM CASOS SELECIONADOS, POIS OS SEUS ACHADOS TEM VALOR PROGNÓSTICO --> PORÉM NÃO É INDICADA ROTINEIRAMENTE

NOS PACIENTES QUE NÃO RESPONDEM A ESTA MEDIDA --> TRANSFUSÃO SANGUÍNEA;

QUANDO TRANSFUNDIR? HB< 7 EM PACIENTES DE BAIXO RISCO

HB < 9 EM PACIENTES DE ALTO RISCO (IDOSOS, DAC)

OBJETIVO: HB ENTRE 7-9

EDA
MÉTODO DE ELEIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO

DEVE SER FEITA PRECOCEMENTE (DENTRO DASPRIMEIRAS 24 HORAS)

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HDA
VARICOSA

HEMORRAGIA VARICOSA

SANGRAMENTO DE UMA VARIZ ESOFÁGICA OU GÁSTRICA, OBSERVADO DURANTE A REALIZAÇÃO DE EDA, OU A PRESENÇA DE VARIZES ESOFAGÁGICAS DE GROSSO CALIBRE COOM SANGUE DENTRO DO ESTÔMAGO, NA AUSÊNCIA DE OUTRAS CAUSAS IDENTIFICÁVEIS DE SANGRAMENTO.

PRIORIDADE --> ESTABLIZAÇÃO HEMODINÂMICA

MEDIDAS DE RESSUSCITAÇÃO , HIDRATAÇÃO, IBP: VIDE HDA.

A REPOSIÇÃO DE VOLUME SANGUÍNEO E CORREÇÃO DE COAGULOPATIA DEVEM SER FEITAS COM CONCENTRADOS DE HEMÁCEAS E PLASMA FRESCO CONGELADO, DE FORMA CUIDADOS, TENDO COMO VALOR UM HEMATÓCRITO ENTRE 25 E 30%.

*** UMA EXPANSÃO EXCESSIVA PODE EXACERBAR O SANGRAMENTO VARICOSO, BEM COMO PRECIPTAR RESSANGRAMENTO.

ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA

TERLIPRESSINA --> RECOMENDADA EM CASOS EM QUE A EDAPODE DEMORAR A SER REALIZADA.

EV: 2-4 MG EM BOLUS, APÓS 1-2 MG 4/4H --> MANTER ATÉHEMOSTASIA OU POR ATÉ 5 DIAS.

OPÇÕES: OCTREOTIDE 50 MCG EM BOLUS, SEGUIDO DE 50 MCG/H EM BIC.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO APÓS SANGRAMENTO POR VARIZES ESOFÁGICAS

TODOS OS PACIENTES CIRRÓTICOS COM ASCITE E HDA:

-NORFLOXACINO 400 MG VO 12/12H POR 7 DIAS

- CIPROFLOXACINO 500 MG EV 12/12H POR 7 DIAS

- CEFTRIAXONA 1-2G 24/24H EV POR 7 DI

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA (HDB)

SANGRAMENTO INTRALUMINAL DISTAL AO LIGAMENTO DE TREITZ --> PODE SE MANIFESTAR:
- SANGRAMENTO OCULTO;
- MELENA;
- FEZES DE COLORAÇÃO MARRON: MISTURA DE FEZES DE COLORAÇÃO NORMAL COM FEZES PRETAS --> HDB DE CÓLON DIREITO;
- ENTERORRAGIA: SANGUE VERMELHO VIVO, COM OU SEM FEZES.

CAUSAS MAIS COMUNS NO PS:

DOENÇA DIVERTICULAR, ANGIODISPLASIAS E NEOPLASIAS.

PRIORIDADE --> ESTABLIZAÇÃO HEMODINÂMICA

SINAIS DE GRAVIDADE:
- TAQUICARDIA AO REPOUSO: HIPOVOLEMIA LEVE A MODERADA;
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA: PERDA DE 15% DA VOLEMIA (A QUEDA DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA EM MAIS DE 10 MMHGOU AUMENTO FC > 10 BPM, QUANDO O PACIENTE PASSA DA POSIÇÃO DE DECÚBITO PARA ORTOSTASE, INDICA PERDA DE PELO MENOS 1000 ML DE SANGUE);
- HIPOTENSÃO ARTERIAL E CHOQUE: PERDA > 40%;
- SINAIS QUE INDICAM SANGRAMENTO MACIÇO: QUEDA DO HEMATÓCRITO ACIMA DE 8 PONTOS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE BASE APÓS O VOLUME DE RESSUSCITAÇÃO, NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO > 2 BOLSAS DE SANGUE.

- JEJUM
- MONITORIZAÇÃO CARDÍACA, ECG E DÉBITO URINÁRIO
- COLETA DE EXAMES --> TIPAGEM SANGUÍNEA, HB/HT, PLAQUETAS, FUNÇÃO RENAL, ELETRÓLITOS, TGO/TGP, ALBUMINA, TAP, KPTT

2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS CALIBROSOS --> INFUSÃO DE CRISTALÓIDES (SF OU RL)

OBJETIVO: PAS> 80 MMHG

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA: HB < 7 --> PACIENTES COM SANGRAMENTO ATIVO CONTÍNUO E FALHA NA MELHORA DA PERFUSÃO E DOS SINAIS VITAIS APÓS A INFUSÃO DE 2 L DE CRISTALÓIDE DEVEM RECEBER TRANSFUSÃO;

INR> 1,5 OU PLAQUETAS < 50 000 É INDICADO REPOSIÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO OU TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS.

ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE?

SIM --> COLONOSCOPIA

MELHOR MÉTODO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO INICIAL

NÃO --> RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA AGRESSIVA, HEMOTRANSFUSÃO, CORREÇÃO DE COAGULOPATIA OU PLAQUETOPENIA.

REALIZAR **EDA** ASSIM QUE POSSÍVEL:

- CAUSA É HDA: TRATAR CONFORME CAUSA;

- CAUSA NÃO É HDA: COLONOSCOPIA

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HDB - CONTINUAÇÃO

TOQUE RETAL: TODOS OS PACIENTES

- SANGUE VIVO: MAIOR PROBABILIDADE HDB ORIUNDA DO RETOSSIGMOIDE OU CÓLON ESQUERDO;
- SANGUE COAGULADO: ORIGEM ALTA OU DE INTESTINO DELGADO;
- PODE REVELAR MASSAS EM RETO DISTAL --> 40% DOS CASOS DE CÂNCER COLORRETAIS SÃO PALPÁVEIS AO TOQUE;
- LACERAÇÕES, FISSURAS OU HEMORRÓIDAS PODEM LEVAR AO DX DE HDB, QUANDO O SANGRAMENTO ATIVO FOR DIRETAMENTE VISUALIZADO.

FATORES ASSOCIADOS A ALTA MORTALIDADE:

- INSTABILIDADE HEMODINÂMICA;
- HEMATOQUEZIA RECORRENTE;
- SANGUE VIVO NO TOQUE RETAL INICIAL;
- HEMATÓCRITO INICIAL < 35%;
- SÍNCOPE;
- ABDOME NÃO DOLOROSO (PREDITIVO DE SANGRAMENTO GRAVE);
- USO DE AAS OU AINES (PREDITIVO HEORRAGIA DIVERTICULAR);
- MAIS DE DUAS COMORBIDADES CLÍNICAS: HX DE DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA, DOENÇA HEPÁTICA, ETILISMO, TABAGISMO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, DM, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, NEOPLASIAS MALIGNAS, DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA, HX DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL OU PRÓTESE ABDOMINAL.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS:

- SUBSTÂNCIAS QUE PODEM ALTERAR A COR DAS FEZES --> SULFATO FERROSO, BETERRABA, BISMUTO, CARVÃO ATIVADO;
- HDA: INÚMERAS CAUSAS DE HDA PODEM SE MANIFESTAR APENAS COMO SANGRAMENTO RETAL E PODEM SER CONFUNDIDAS COM HDB.

RECOMENDAÇÕES EM RELAÇÃO A TERAPIA ANTITROMBÓTICA E ANTICOAGULAÇÃO

- PACIENTES EM USO DE VARFARINA --> DESCONTINUAR O USO: RETOMAR APÓS 7 DIAS DO QUADRO HEMORRÁGICO.

SE O RISCO TROMBÓTICO FOR MUITO ALTO (VALVA MITRAL METÁLICA, TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO) PODE- SE CONSIDERAR HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR COM 48 H DO QUADRO HEMORRÁGICO.

- TERAPIA ANTITROMBÓTICA COM AAS PARA PROFILAXIA PRIMÁRIA DEVE SER DESCONTINUADA, MAS EM CASOS DE PROFILAXIA SECUNDÁRIA PODE- SE REINICIAR APÓS ANTINGIR HEMOSTASIA (TERAPIA DUPLA ANTIAGREGAÇÃO PODE SER MANTIDA PARA PACIENTES COM STENTS CORONARIANO QUANDO A HEMOSTASIA FOR ATINGIDA);
- EM PACIENTES EM USO DE NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS, ESTES DEVEM SER INTERROMPIDOS DURANTE A HEMORRAGIA AGUDA: RETORNAR APÓS 7 DIAS.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA:

- SANGRAMENTO PERSISTENTE POR > 72 HORAS;
- RESSANGRAMENTO VOLUMOSO COM INTERVALO MENOR QUE 1 SEMANA;
- NECESSIDADE DE MAIS DE 5 CONCENTRADOS DE HEMÁCEAS PARA RESSUSCITAÇÃO E O PACIENTE CONTINUA SANGRANDO;
- O PACIENTE NECESSITA DE MAIS DE SEIS CONCENTRADOS DE HEMÁCEAS PARA CONSEGUIR ESTABILIDADE CLÍNICA.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HEPARINIZAÇÃO

SG 5% ou SF 0,9% 250ml + Heparina não fracionada 5 ml/25000UI

CONCENTRAÇÃO DA SOLUÇÃO 1 ML = 100 UI

DOSE DE ATAQUE 80 UI/KG INFUSÃO

CONTÍNUA: 18 UI/KG/H

TTPA 6/6H --> Após 2 horários consecutivos de controle com os exames dentro da faixa terapêutica desejada, a coleta dos exames poderá ser realizada a cada 12 horas

TTPA	Bolus	Interrupção	Modificação da infusão
< 35s	80U / kg	Não	Aumentar infusão em 4U/kg/h
35 a 45s	40U / kg	Não	Aumentar infusão em 2U/kg/h
46 a 70s	Não	Não	Manter velocidade de infusão
71 a 90s	Não	Não	Reduzir infusão em 2U/kg/h
>90s	Não	Parar infusão por 1 hora	Reduzir infusão em 3U/kg/h

Interromper a infusão de heparina na presença das seguintes situações:

- Sangramento ativo exteriorizado como hematêmese, melena, enterorragia, hemoptise, hematúria, hemorragias cutâneo mucosas.
- Queda significativa dos níveis de hemoglobina, sem causa definida.
- Rebaixamento súbito do nível de consciência ou surgimento de déficit neurológico novo.
- Queda de 30%-50% dos níveis de plaquetas.
- Necessidade de realização de procedimentos invasivos.

Reversão do efeito anticoagulante da heparina nãofracionada e controle de sangramento

Cloridrato de protamina 10mg/ml ampolas de 5ml: 1ml de protamina neutraliza 1000U de heparina.

- A meia-vida da heparina IV é de 60 a 90min (somente heparina administrada nesta faixa necessita ser considerada no cálculo da dose de protamina).
- Se não é conhecida a dose de heparina ou o tempo, recomenda-se administrar no máximo 1ml de protamina.
- Os efeitos colaterais da protamina são: hipotensão; anafilaxia, com maior risco em pacientes em uso insulina NPH; hipertensão pulmonar e insuficiência ventricular direita; neutropenia transitória.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HIPERNATREMIA

1. REVERTER A HIPOVOLEMIA E HIPOPERFUSÃO SISTÊMICA NA HIPERNATREMIA HIPOVOLÊMICA → CORRIGIR INSTABILIDADE HEMODINÂMICA: SF 0,9% EV ATÉ NORMALIZAÇÃO PA E FC;
2. TRATAR CAUSA DE BASE OU COMPLICAÇÕES: INFECÇÃO, HIPERGLICEMIA, DIABETES INSIPIDUS, USO DE DIURÉTICOS, PERDAS GASTROINTESTINAIS;
3. TRATAMENTO ESPECÍFICO DA HIPERNATREMIA

FÓRMULA FORNECE VARIAÇÃO DE SÓDIO SÉRICO ESPERADA COM 1L DE SOLUÇÃO COM APENAS SÓDIO.

OPÇÕES:

- SG 5: 0 mEq Na

- SF 0,9%: 154 mEq/L

- SF 0,45: 77 mEq/L

EXAMES A SEREM SOLICITADOS:

HEMOGRAMA COMPLETO, FUNÇÃO RENAL, ELETRÓLITOS (NA, K, CA), GLICEMIA, PARCIAL DE URINA.

$$\blacktriangle Na = \frac{Na\ solução - Na\ paciente}{ACT + 1}$$

ACT: Água corporal total

Homem jovem: 0,6 x peso corporal (kg)

Mulher jovem ou homem idoso: 0,5 x peso corporal (kg)

Mulher idosa: 0,45x peso corporal (kg)

- META É REDUZIR O NA EM 8-10 mEq/DIA, EM UMA TAXA DE 0,5 mEq/h;
- SÓDIO SÉRICO DEVE SER COLETADO APÓS 4- 6H, 12H E 24H;
- NO CASO DE DIABETES INSIPIDUS OU HIPERGLICEMIA, EM QUE HÁ PERDAS DEVOLUME OCORRENDO, DEVE- SE COLETAR O SÓDIO SÉRICO 4/4H NAS PRIMEIRAS 24H.

RISCO DE HIPERGLICEMIA DURANTE A TERAPIA COM SG 5%:

- MAIS PROVÁVEL DE OCORRER EM PACIENTES COM DIABETES MELITO OU EM PACIENTES CRÍTICOS, COM RESPOSTA CONTRARREGULATÓRIA EXACERBADA POR DOENÇA GRAVE;
- A HIPERGLICEMIA PODE LEVAR A UMA DIURESE OSMÓTICA, QUE GERA PERDAS DE ÁGUA LIVRE QUE VAI LIMITAR A REDUÇÃO DE SÓDIO SÉRICO;
- POSSIBILIDADE DE UTILIZAR SORO HIPOTÔNICO SEM GLICOSE: 68 mEq/L de Na: AD 980 ML + NACL 20% 20 ML

24 mEq/L de Na: AD 990 ML + NACL 20% 10 ML

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HIPOCALEMIA

1. SUPORTE CLÍNICO: TRATAR DESDIDRATAÇÃO, VÔMITOS, ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA E RESPIRATÓRIA
2. TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
3. REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO

PRINCIPAIS CAUSAS: BETA-AGONISTAS, DIARRÉIA, DIURÉTICOS, INSULINOTERAPIA, TIREOTOXICOSE, VÔMITOS,...

ECG

A **VIA ORAL** É PRIORIDADE: MAIS SEGURA;

EVITAR USO DE K EV, SE K>3;

SOLUÇÕES DE K MUITO CONCENTRADAS DEVEM SER EVITADAS → FLEBITE

OPÇÕES:

KCL XAROPE 6%: 15 ML = 12 mEq → 10-20 ml após as refeições: 3-4x/dia

KCL cáp 600 mg: 1 cp = 8 mEq → 1-2 cp após as refeições: 3-4x/dia

Reposição endovenosa → <2,5-3 mEq/L ou sintomáticos (fraqueza/ paralisia muscular, rabomiólise ou arritmas)

KCL 19,1 %: 1 ML = 2,5 mEq → ampola com 10 ml (25 mEq)

KCL 10%: 1 ML= 1,34 mEq → ampola 10 ml (13,4 mEq)

CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA PERIFÉRICA: 80 mEq/L;

CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA CENTRAL: 120 mEq/L;

VELOCIDADE IDEAL DE INFUSÃO: 5-10 mEq/h

VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO: 10-20 mEq/h

DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 240-400 mEq/dia

DOSAR K SÉRICO: 2/2H – 4/4H ATÉ NORMALIZAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS: K>3-3,5.

EVITAR REPOR K EM SOLUÇÕES COMGLICOSE;

APÓS NORMALIZAÇÃO K COM REPOSIÇÃO EV → CONTINUARREPOSIÇÃO VO

Hipocalemia + hipomagnessemia: reposição de K refratária→ Repor Mg associado:

Sulfato de Mg 10%: 1 amp (10 ml) = 1g

20%: 1 amp (10 ml) = 2g Mg 1 mg/dl → repor 4-8g em 12-24h;

Mg 1-1,5 mg/dl → 2-4g em 4-12h; Mg 1,6-1,9 mg/dl → 1-2g em 1-2h;

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

HIPONATREMIA

EXAMES A SEREM SOLICITADOS:

HEMOGRAMA COMPLETO, FUNÇÃO RENAL, ELETRÓLITOS, GLICEMIA, PARCIAL DE URINA.

1. SUPORTE CLÍNICO: CORRIGIR DISTÚRBIOS HEMODINÂMICOS, HIPOXEMIA, INFECÇÕES
2. TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
3. TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA ELEVAÇÃO DE SÓDIO SÉRICO.

LEVE: 130-135 mEq/L

MODERADA: 120-129 mEq/L

GRAVE: < 120 mEq/L

SOLUÇÃO HIPERTÔNICA A 3% É A TERAPIA INICIAL → SF 0,9% 890 ML (127 mEq) + 110 ML NACL 20% (374 mEq)

1L = 511 mEq de sódio

A HIPERGLICEMIA OCASIONA DIURESE OSMÓTICA COM PERDA URINÁRIA DE SÓDIO ASSOCIADA. PARA SE CORRIGIR O SÓDIO PELA HIPERGLICEMIA USA-SE A SEGUINTE FÓRMULA:

NA CORRIGIDO= Na medido + 1,6 x |(glicemia-100)/100|

$$\blacktriangle Na = \frac{\text{Na solução} - \text{Na paciente}}{ACT + 1}$$

ACT: Água corporal total
Homem jovem: 0,6 x peso corporal (kg)
Mulher jovem ou homem idoso: 0,5 x peso corporal (kg)
Mulher idosa: 0,45x peso corporal (kg)

FÓRMULA FORNECE VARIAÇÃO DE SÓDIO SÉRICO ESPERADA COM 1L DE SOLUÇÃO COM APENAS SÓDIO.

- VARIAÇÃO MÁXIMA: ATÉ 8 -10 mEq/ L NAS PRIMEIRAS 24H E 8 mEq/L NAS 24 HORAS SEGUINTES, TOTALIZANDO O MÁXIMO DE 10 mEq/L EM 48 HORAS;

- ELEVAÇÃO DE NA SÉRICO EM 4-6 mEq/L COSTUMA SER SUFICIENTE PARA REVERTER AS MANIFESTAÇÕES MAIS GRAVES DA HIPONATREMIA;

- SÍNDROME DE DESMIELINIZAÇÃO OSMÓTICA → ELEVAÇÃO MAIOR QUE 10-12 mEq/L NO PRAZO DE 24H OU MAIS DE 18 mEq/L EM 48h;

- SE HOUVER CORREÇÃO ACIMA DO PREVISTO :

1 DESCONTINUAR A INFUSÃO COM SORO HIPERTÔNICO;
2 INFUNDIR 10 ML/KG SG 5% EM 1H E REPETIR O SÓDIO;
3 DESMOPRESSINA POSE SER NECESSÁRIA PARA PERMITIR A RETENÇÃO DE ÁGUA → 2 mcg 8/8h (COLETAR SÓDIO SÉRICO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

AVALIAÇÃO INICIAL COMPLETA (PESQUISAR FATORES PARA DESCOMPENSAÇÃO)

EXAMES COMPLEMENTARES: ECG, RX DE TÓRAX, FUNÇÃO RENAL, GASOMETRIA ARTERIAL, TROPONINA, ELETRÓLITOS, HMG COMPLETO, PCR, TAP, TGO/TGP, ALBUMINA, PU

FATORES DE DESCOMPENSAÇÃO: INFECÇÃO, TTO IRREGULAR, ARRITMIA CARDÍACA, AUMENTO INGESTA DE SÓDIO E ÁGUA, EMBOLIA PULMONAR, ISQUEMIA MIOCÁRDICA, EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA,...

AVALIAR CONGESTÃO E PERFUSÃO

A: QUENTE E SECO
(BEM PERFUNDIDO E SEM CONGESTÃO)

B: QUENTE E ÚMIDO
(BEM PERFUNIDO E CONGESTO)

C: FRIO E ÚMIDO
(MÁ PERFUSÃO E CONGESTO)

L: FRIO E SECO
(MÁ PERFUSÃO E SEM CONGESTÃO)

EVIDÊNCIAS DE MÁ PERFUSÃO (BAIXO DÉBITO CARDÍACO):

- PRESSÃO DE PULSO REDUZIDA
- MEMBROS FRIOS E PEGAJOSOS
- SONOLÊNCIA
- HIPOTENSÃO SINTOMÁTICA;
- HIPONATREMIA;
- PIORA DA FUNÇÃO RENAL

EVIDÊNCIAS DE CONGESTÃO (PRESSÃO DE ENCHIMENTO ELEVADA)

- ORTOPNÉIA;
- PRESSÃO VENOSA JUGULAR ELEVADA;
- B3
- EDEMA/ASCITE
- CREPITAÇÕES
- REFLUXO HEPATO- JUGULAR

QUANDO INTERNAR?

1 PACIENTES COM IC E PRIMODIAGNÓSTICO OU PRIMODESCOMPENSAÇÃO;

2 ICC RECORRENTE COMPLICADA POR EVENTOS OU SITUAÇÕES CLÍNICAS AGUDAS GRAVES (IAM, EAP, TEP, FA,...)

3 PIORA FUNÇÃO RENAL

4 ALTERAÇÕES HIDROELETROLÍTICAS POTENCIALMENTE GRAVES (K >7)

5 INTOXICAÇÃO DIGITÁLICA;

6 HIPOXEMIA

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TRATAMENTO ICC DESCOMPENSADA

PERFIL A	PERFIL B	PERFIL C	PERFIL L
A MAIORIA DOS	**FUROSEMIDA** 0,5-1	RETIRAR IECA E	SUBGRUPO PEQUENO DE
PACIENTES NÃO TEM	MG/KG/DOSE OU 1-2,5X	BETABLOQUEADORES ,	PACIENTES- A MAIORIA
NECESSIDADE DE	A DOSE HABITUAL (20	PARTICULARMENTE EM	ENCONTRA-SE
INTERNÇÃO --> ADEQUAR	MG EV = 40 MG VO)-->	PACIENTES COM	HIPOVOLÊMICO (ABUSO
MEDICAÇÕES ICC E	MÁXIMO 240 MG/DIA:	HIPOTENSÃO	DE DIURÉTICO);
PENSAR EM	40-160 MG EV 1-4X/DIA;	SINTOMÁTICA;	
DIAGNÓSTICOS			REPOSIÇÃO VOLÊMICA
DIFERENCIAIS.	PODE ASSOCIAR	**FUROSEMIDA** (IGUAL B);	EM GERAL É O
	DIURÉTICO TIAZÍDICO E		SUFICIENTE PARA O TTO;
IC COM FIBRILAÇÃO	**ESPIRONOLACTONA** , SE	SE CHOQUE	
ATRIAL COM RESPOSTA	RESPOSTA	CARDIOGÊNICO OU	CASOS EM QUE NÃO
VENTRICULAR RÁPIDA	INSATISFATÓRIA -->	SINAIS DE HIPOPERFUSÃO	HAJA MELHORA, COM
(>150 BPM) -->	HIDROCLOROTIAZIDA 15-	TECIDUAL (OLIGÚRIA,	SINAIS DE BAIXO DÉBITO:
DIGOXINA 0,25- 0,5 MG	100 MG VO 1- 2X/DIA	ALTERAÇÕES DE	INOTRÓPICOS.
EV EM PACIENTES SEM	(200 MG/DIA)	CONSCIÊNCIA,	
USO PRÉVIO (IDOSOS OU		EXTREMIDADES FRIAS E	
INS.RENAL - 0,0625-0,125	VASODILATADORES	MAL PERFUNDIDAS) -->	
MG).	ORAIS (IECA, BRA,	INOTRÓPICO	
	HIDRALAZINA) OU	**DOBUTAMINA** 2-10	
	PARENTERAL: -	µG/KG/MIN;	
	NITROGLICERINA (USO		
	EM INS. CORONARIANA	SE NORMOTENSO OU	
	AGUDA- DOSE INICIAL 10	HIPERTENSO:	

		SE CHOQUE CARDIOGÊNICO COM HIPOTENSÃO (PAS< 75 MMHG)- **NORADRENALINA** 0,2-1 µG/KG/MIN.	

OXIGENIOTERAPIA

INDICADO EM PACIENTES SPO2 < 90%;

CPAP: ESTUDOS DEMONSTRAM DIMINUIÇÃO DE MORTALIDADE COM SEU USO.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

LOMBALGIA AGUDA

DOR, SENSAÇÃO DE TENSÃO MUSCULAR OU RIGIDEZ QUE OCORRE ABAIXO DA MARGEM COSTAL, MAS ACIMA DA REGIÃO GLÚTEA --> PODE SER ACOMPANHADA OU NÃO DE DOR EM MMII, DENOMINADA CIATALGIA.

AGUDA < 12 SEMANAS CRÔNICA > 12 SEMANAS

A GRANDE MAIORIA DAS LOMBALGIAS AGUDAS É CAUSADA POR QUADROS MUSCULARES, COMO AS SÍNDROMES MIOFASCIAIS --> MAIORIA DOS CASOS É AUTOLIMITADA.

PRINCIPAIS ETIOLOGIAS DE LOMBALGIAAGUDA:

ESPASMO E CONTUSÃO MUSCULAR, PROTRUSÃO DISCAL AGUDA,, ESTENOSE ESPINHAL, METASTÁSE ÓSSEA VERTEBRAL, MIELOMA MÚLTIPLO, OSTEOMIELITE, DISCITE, ABSCESSO EPIDURAL, PANCREATITE, CÓLICA NEFRÉTICA, ANEURISMA AORTA, DE HEMATOMA ESPINHAL OU DOENÇAS RETROPERITONEAL, INFLAMATÓRIAS (ESPONDILITE ANQUILOSANTE OU ARTRITE PSORIÁSICA).

- CHECAR SINAIS VITAIS;
- ANAMNESE + EXAME FÍSICO: EXAME NEUROLÓGICO,

SINAIS DE ALARME:

- IDADE < 20 ANOS OU >50 ANOS;
- HX DE NEOPLASIA;
- PERDA DE PESO;
- FEBRE PERSISTENTE E SUDORESE NOTURNA;
- IMUNODEPRIMIDOS E USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS;
- HX DE ANEURISMO DE AORTA;
- DEFICIT NEUROLÓGICO MOTOR;
- INFECÇÃO BACTERIANA RECORRENTE;
- RETENÇÃO URINÁRIA, INCONTINÊNCIA FECAL OU ANESTESIA EM SELA.

SE SINAIS DE ALARME OU AUSÊNCIA DE MELHORA APÓS 4 SEMANAS DE TRATAMENTO CLÍNICO --> INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR

- RAIO X DE COLUNA;
- VHS (PACIENTES COM LOMBALGIA E VHS BAIXO- PEQUENA PROBABILIDADE DE PROCESSOS INFLAMATÓRIOS, INFECCIOSOSE NEOPLÁSICOS);
- HEMOGRAMA (ANEMIA EM CONDIÇÕES INFLAMATÓRIA S, NEOPLÁSICAS, LEUCOCITOS E EM PROCESSOS
- TC DE COLUNA LOMBAR (HERNIAÇÕES DISCAIS);
- RM DE COLUNA LOMBAR (MELHOR PERFORMANCE DX, PRINCIPALMENTE PARALESÕES EM PARTES MOLES);
- USG DE ABDOME: AVALIAÇÕES DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAS DE (ANEURISMA AORTA, CÓLICA NEFRÉTICA).

TRATAR DE ACORDO COM O DX!

TRATAMENTO:

- ANALGESIA: ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES E AINES SÃO A
- PRIMEIRA OPÇÃO.

IBUPROFENO 600 6/6H- NAPROXENO 500 MG 12/12H - DICLOFENACO 50 MG 8/8H- CETOPROFENO 100-200 12/12H

PARACETAMOL/ DIPIRONA

- SE REFRATARIEDADE DA DOR --> OPIÓIDES (DE PREFERÊNCIA FRACOS - TRAMADOL ECODEÍNA).

CODEÍNA 30 MG VO 6/6H OU 4/4H - TRAMADOL 50-100 MG EV/VO 6/6HMORFINA 10 MG VO 4/4H

MORFINA EV 0,1 MG/KG (AMPOLA DE 10 MG/1 ML: DILUIR PARA 10 ML)- DOSES ADICIONAIS DE 2-3 MG A CADA 5-15 MIN ATÉ O EFEITO DESEJADO.

- NÃO É RECOMENDADO REPOUSO ABSOLUTO --> AUMENTA DISABILIDADE.

MANTER TRATAMENTO CLÍNICO POR 4 SEMANAS, SE NÃO HOVER MELHORA --> EXAMES COMPLEMENTARES.

FATORES DE RISCO

IDADE, ESFORÇO FÍSICO (LEVANTAR PESO), POSTURA ESTÁTICA POR LONGOS PERÍODOS DE TEMPO, FATORES PSICOSSOCIAIS QUE INCLUEM DEPRESSÃO E INSATISFAÇÃO COM O TRABALHO, OBESIDADE OU ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA AUMENTA

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ATENÇÃO!

PACIENTES COM SUSPEITA DE COMPRESSÃO MEDULAR APRESENTAM QUADRO EMERGENCIAL COM NECESSIDADE DE INTERVAÇÃO IMEDIATA.

MANEJO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL NA IC

1. BUSCAR E TRATAR FATORES PRECIPITANTES (DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS, ISQUEMIA, EMBOLIA);
2. TRATAMENTO DA IC DEVE SER OTIMIZADO

CONTROLE DA FREQUÊNCIA CARDÍACA:

ESTRATÉGIA INICIAL PREFERIDA

PODEM SER UTILIZADOS BETABLOQUEADORES COM OU SEM DIGITÁLICO (DIGOXINA) - EFEITOS INOTRÓPICOS NEGATIVOS DOS BETABLOQUADORES E DOS BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO PODEM SER DELETÉRICOS EM PACIENTES COM DISFUNÇÃO SISTÓLICA.

- VO: CARVEDILOL, METOPROLOL OU BISOPROLOL

- EV: ESMOLOL - AÇÃO CURTA (PREFERÍVEL)

AMIODARONA: RISCO DE REVERSÃO PARA RITMO SINUSAL É ALGO A SE CONSIDERAR, MAS É A MEDICAÇÃO DE ESCOLHA PARA PARA PACIENTES COM DOENÇAS ESTRUTURAIS CARDÍACAS.

CONTROLE DO RITMO:

AVALIAR NECESSIDADE DE IMEDIATA CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA;

- SE FA ESTIVER ASSOCIADA A HIPOTENSÃO OUEVIDÊNCIA DE CHOQUE CARDIOGÊNICO;
- SE A FA É CAUSA DE EDEMA AGUDO DE PULMÃO;
- SE FA ASSOCIADA A ISQUEMIA CARDÍACA;
- TAQUICARDIAS VENTRICULARES.

DOSAGENS MEDICAÇÕES:

VARFARINA: INICIALMENTE 2,5-5 MG/DIA, DEPOIS CORRIGIR CONFORME INR;

ESMOLOL: 0,5 MG/KG EM 1 MINUTO DE ATAQUE E 50-200 µg/KG/MIN DE MANUTENÇÃO --> DILUIÇÃO: ESMOLOL 2500 MG/10 ML 10 ML + SF 0,9% 240 ML (CONCENTRAÇÃO 10 MG/ML)

METOPROLOL: 5 MG EV EM BOLUS, REPETIR A CADA 5 MINUTOS, ATÉ 4 DOSES.

DILTIAZEM: 0,25 MG/KG EM 2 MINUTOS E DOSE DE MANUTENÇÃO DE 5-15 MG/H --> DILUIÇÃO: DILTIAZEM 50 MG/ FRASCO 100 MG + SG 5% 100 ML (CONCENTRAÇÃO 1 MG/ML)

DIGOXINA: BOLUS EV DE 0,25-0,5 MG ATÉ 1 MG;

AMIODARONA: BOLUS EV DE 150 MG EM 10 MINUTOS, MANUTENÇÃO DE 0,5-1 MG/MIN --> AMIODARONA 150 MG/3 ML + SG 5% 232 ML (CONCENTRAÇÃO 3,6 MG/ML)

PREVENÇÃO DE FENÔMENOS EMBÓLICOS:

A ANTICOAGULAÇÃO DEVE SER INICIADA ANTES DA CARDIOVERSÃO, SE POSSÍVEL, PARA DIMINUIÇÃO DO RISCO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ANTIBIOTICOTERAPIA
EMPÍRICA

CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	ETIOLOGIA HABITUAL	ATB INICIAL
ADULTO SEM FATOR DE RISCO	PNEUMOCOCO (>80% DOS CASOS)	CEFTRIAXONA 2G EV 12/12H POR 10-14 DIAS
ADULTO> 60 ANOS	*S.PNEUMONIAE, N.MENINGITIDIS, L. MONOCYTOGENES,* GRAM NEGATI- VOS AERÓBICOS	CEFTRIAXONA 2G EV 12/12H POR 10-14 DIAS + AMPICILINA 2G EV 4/4H POR 21 DIAS
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO, PÓS NEUROCX OU VÁLVULA DE DERIVA- ÇÃO	*S.AUREUS OU COAGULASE NEGATI- VO, PSEUDOMONAS AERUGINOSA, ACINETOBACTER BAUMANII*	VANCOMICINA 1-2G EV 12/12H + CEFTAZIDIMA 2G 8/8H POR 10-14 DIAS
FÍSTULA LIQUÓRICA	PNEUMOCOCO	CEFTRIAXONA 1- 2G EV 12/12H POR 10-14 DIAS

ANTIBIOTICOTERAPIA

MICRORGANISMO	ATB	CORTICÓIDE
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	CEFTRIAXONA 2G EV 12/12H POR 10-14 DIAS	DEXAMETASONA 0,15 MG/KG/DOSE EV 6/6H POR 4 DIAS
NEISSERIA MENINGITIDIS	CEFTRIAXONA 2G EV 12/12H POR 7 DIAS	SEM BENEFÍCIO, MAS SEGURO
LYSTERIA MONOCYTOGENES	AMPICILINA 2G EV 4/4H POR 21 DIAS	NÃO USAR
HAEMOPHILUS INFLUENZA	CEFTRIAXONA 2G EV 12/12H POR 7 DIAS	SEM BENEFÍCIO, MAS SEGURO

PROFILAXIA

HEMÓFILOS	- TODAS AS PESSOAS DA RESIDÊNCIA ONDE HOUVER UM CASO DE MENINGITE E EM QUE HAJA PELO MENOS UMA CRIANÇA COM IDA- DE< 4 ANOS; - CRIANÇAS QUE COMPARTILHEM DOMÍCILI- OS COLETIVOS E QUE TIVERAM CONTATO COM CASO DE MENINGITE; - TODOS OS QUE	RIFAMPICINA: - ADULTOS: 600 MG/DIA VO 24/24H POR 4 DIAS - CRIANÇAS: 20 MG/KG VO 24/24H POR 4 DIAS; - < 1 MÊS: 10 MG/KG VO 24/24H POR 4 DIAS

	TIVERAM CONTATO ÍNTIMO (ADULTOS OU CRIANÇAS), NA CRECHE OU NA PRÉ-ESCOLA DE CRIANÇAS COM IDADE INFE- RIOR A 4 ANOS, EM QUE TENHAM OCORRIDO 2 OU MAIS CASOS DE MENINGITE;	
MENINGOCOCO	- CONTACTANTES ÍNTIMOS QUE MOREM NO MESMO DOMICÍLIO QUE TENHA HAVIDO UM CASO DE MENINGITE OU QUE COMPARTI- LHEM O MESMO ALOJAMENTO EM DOMICÍ- LIOS COLETIVOS; - COLEGAS DE MESMA CLASSE DE BERÇÁRIOS, CRECHES OU PRÉ- ESCOLAS, BEM COMO ADULTOS DESSAS INSTITUIÇÕES QUE TE-NHAMMANTIDO CONTATO COM O CASO DE MENINGITE; - OUTROS CONTACTANTES QUE TENHAM TIDO RELAÇÃO ÍNTIMA E PROLONGADA COM O PACIENTE E QUE TENHAM TIDO CONTATO COM AS SECREÇÕES ORAIS; - PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TENHAM TIDO CONTATO COM SECREÇÕES DO PACIEN- TE, SEM AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO ADEQUA-DA ANTES DO INÍCIO DA ANTIBIOTICOTERA-PIA.	RIFAMPICINA: - ADULTOS: 600 MG VO 12/12H POR 2 DIAS; - CRIANÇAS: 20 MG/KG/DOSE VO 12/12H POR 2 DIAS; - < 1 MÊS: 10 MG/KG/DIA DIVIDIDOS EM 2 TOMADAS POR 2 DIAS. INICIAR O MAIS PRECOCE POSSÍVEL: DE PRE- FERÊNCIAS NA PRIMEIRAS 24 HORAS.

QUADRO 02 – CARACTERÍSTICAS DO LÍQUOR CONFORME AGENTE ETIOLÓGICO.

	MENINGITE			NEUROSÍFILIS	ENCEFALITES	NEURO CISTICERCOSE	MENINGO-ENCEFALITE POR FUNGO
	BACTERIANA	TUBERCULOSA	ASSÉPTICA				
Aspecto	Turvo	Límpido ou ligeiramente turvo	Límpido	Límpido	Límpido	Límpido	Límpido ou ligeiramente turvo
Cor	Branca-leitosa ou ligeiramente xantocrômica	Incolor ou xantocrômica	Incolor ou opalescente	Incolor	Incolor	Incolor	Incolor
Coágulo	Presente	Presente (fibrina delicada)	Presente ou ausente	Ausente	Ausente ou presença de fibrina	Ausente	Ausente
Cloretos	Diminuído	Diminuído	Normal	Normal ou diminuído	Normal	Normal	Normal
Glicose	Diminuído	Diminuído	Normal	Normal ou diminuído	Normal	Normal	Normal
Proteínas totais	Aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas	Aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas
Globulinas	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (alfa e gamaglobulinas)	Positiva ou negativa	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (gamaglobulinas)	Normal
Leucócitos	200 a milhões (neutrófilos)	25 a 500 (linfócitos)	5 a 500 (linfócitos)	25 a 1000 25 a 1000 linfócitos	1 a 100 (linfócitos)	eosinófilos	1 a 100 (linfócitos)
VDRL	-	-	-	Reagente	-	-	-
Contra-imunoeletroforese	Reagente	-	-	-	-	-	-
Elisa e imunofluorescência	-	-	-	-	-	-	-
Latex	Reagente		-	-	-	-	-
Microscopia	DGN, BGN, CGP, BGP	BAAR	-	-	-	-	Tinta Nanquim p/ Neoformans ou Gram p/
Cultura	Crescimento em Ágar chocolate	Crescimento em meio LOwestein-	-	-	-	-	Crescimento em meio Sabourand e Ágar sangue

ORIENTAÇÕES DE ALTA AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CRITÉRIOS DE ALTA:

1 FATOR DE EXACERBAÇÃO CONTROLADO;

2 MELHORA DO ESTADO VOLÊMICO;

3 EM USO DE DIURÉTICOS VO;

4 ORIENTAÇÃO ADEQUADA DE PACIENTE E FAMILIARES;

5 ADEQUAÇÃO DE MEDICAÇÕES ORAIS;

6 ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL: CONSULTA MARCADA EM 7-14 DIAS PARA REAVALIAÇÃO.

SE O PACIENTE NÃO ESTIVER EM USO DE IECA, DEVE SER INICIADO: CAPTOPRIL 6,25 - 25 MG VO 8/8H ENALAPRIL 2,5-10 MG VO 12/12H
SE O PACIENTE JÁ ESTIVER EM USO DE INIBIDOR DE ECA, MAS EM BAIXAS DOSES, A DOSE DEVE SER AUMENTADA --> MÍNIMO DE 75 MG DE CAPTOPRIL OU EQUIVALENTE
PACIENTE JÁ EM USO DE IECA, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, INICIAR BETABLOQUE- ADOR EM BAIXAS DOSES (CARVEDILOL, BISOPROLOL, METOPROLOL);
PACIENTES COM FE < 35% OU PÓS-IAM COM FE < 40% --> ASSOCIAR ESPIRONOLACTO- NA 12,5 MG- 25 MG/DIA;
PACIENTES COM CONTRA-INDICAÇÕES AO IECA E NEGROS COM NYHA CLASSE III OU IV -- > HIDRALAZINA + NITRATO
DROGAS QUE PIORAM A IC DEVEM SER EVITADAS OU SUSPENDAS --> AINE, GLITAZO- NAS, A MAIORIA DOS ANTIARRÍTMICOS, BLOQUEADORES DO CANAL DE SÓDIO (EXCETO ANLODIPINO).
ORIENTAÇÕES GERAIS: EVITAR TABAGISMO, EXCESSO DE SAL, USO DE AINES, ADESÃO TERAPÊUTICA.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PROFILAXIA HDA VARICOSA

PACIENTES COM CIRROSE HEPÁTICA DEVEM SER AVALIADOS QUANTO À PRESENÇA DE VARIZES ESOFÁGICAS --> EDA É MANDATÓRIA.

PROFILAXIA PRIMÁRIA

INDICADA EM:

- PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MÉDIO E GROSSO CALIBRE;
- PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE FINOCALIBRE COM UM ALTO RISCO DE HEMORRAGIA --> PRESENÇA DE SINAIS VERMELHOS NAS VARIZES; DOENÇA HEPÁTICA GRAVE (CHILD PUGH B E C).

CARVEDILOL 6,25 -12,5 MG 12/12H
PROPANOLOL E NADOLOL : MÁXIMO 320 E 80 MG/DIA (RESPECTIVAMENTE) --> ALCANÇAR REDUÇÃO DE 20-25% DA FC INCIAL, RESPEITANDO O LIMITE INFERIOR DE 55 BPM E UMA PAS MÍNIMA DE 90 MMHG.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA

A TAXA DE RECORRÊNCIA DE SANGRAMENTO EM DOIS ANOS CHEGA A 80% --> TERAPIA COMBINADO COM BETA BLOQUEADOR E LIGADURA ENDOSCÓPICA SÃO EFETIVAS EM REDUZIR SANGRAMENTO E MORTALIDADE;

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RABDOMIÓLISE

O DIAGNÓSTICO É SUGERIDO POR AUMENTOSIGNIFICATIVO DA CPK (> 1000 U/L), URINA AVERMELHADA, REAGENTE PARA SANGUE, MAS SEM HEMATÚRIA.

TRÍADE CARACTERÍSTICO DE SINTOMAS É COMPOSTA POR MIALGIA, FRAQUEZA MUSCULAR E URINA ESCURECIDA.

MPORTANTE CAUSA DE LESÃO RENAL AGUDA (LRA), SENDO RESPONSÁVEL POR 5- 7% DOS CASOS DE LRA NÃO TRAUMÁTICA E 25% DE TODOS OS CASOS DE NECROSE TUBULAR AGUDA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- HEMOGRAMA COMPLETO, FUNÇÃO RENAL, PARCIAL DE URINA, CPK,SÓDIO, POTÁSSIO, FÓSFORO, ÁCIDO ÚRICO, GASOMETRIA ARTERIAL.

- ECG

PRINCIPAIS CAUSAS:

- CAUSAS FÍSICAS: TRAUMA E COMPRESSÃO (ACIDENTES DE CARRO, IMOBILIZAÇÃO), TROMBOSE, EMBOLIA, ATIVIDADE MUSCULAR EXCESSIVA (EXERCÍCIOS FÍSICOS EXTENUANTES, CONVULSÕES), LESÃO POR CORRENTE ELÉTRICA, HIPERTERMIA;
- CAUSAS NÃO TRAUMÁTICAS: MIOPATIAS METABÓLICAS, MEDICAÇÕES E TOXINAS (ALCOOL. ESTATINAS), INFECÇÕES (INFLUENZA, HIV), DISTÚRBIOS ENDÓCRINOS- METABÓLICOS (HIPOTIREOIDISMO, CETOACIDOSE DIABÉTICA).

OBJETIVO PRIMÁRIO --> PREVENÇÃO DE FATORES QUE CAUSEM LRA - DEPLEÇÃO DEVOLUME, OBSTRUÇÃO TUBULAR, ACIDÚRIA E LIBERAÇÃO DE RADICAIS LIVRES.

1. HIDRATAÇÃO VIGOROSA:

INICIALMENTE SF 0,9% 1-2 L/H --> MANTER DÉBITO URINÁRIO 2 ML/KG/H (200-300ML/H)

APÓS O INÍCIO DA DIURESE, A REPOSIÇÃO VOLÊMICA NECESSÁRIA É 100-200 ML/H.

2. ALCALINIZAÇÃO URINÁRIA (CONTROVERSO) --> OBJETIVO: PH URINÁRIO >6,5BIC

8,4% 150 ML + SG 5% 1000 ML - INFUNDIR 200 ML/H

PARA UTILIZAR BICARBONATO É NECESSÁRIO: PH ARTERIAL < 7,5, AUSÊNCIA DEHIPOCALEMIA, BICARBONATO SÉRICO < 30 mEq/L.

3. DIÁLISE: APESAR DO TRATAMENTO, MUITOS PACIENTES EVOLUEM COM INSUFICÊNCIA RENAL DIALÍTICA, DE MODO QUE A INDICAÇÃO DE DIÁLISE NESSES PACIENTES DEVE SER PRECOCE E AGRESSIVA --> HEMODIÁLISE E HEMOFILTRAÇÃO SÃOAS MODALIDADES DE ESCOLHA NA FASE AGUDA.

COMPLICAÇÕES:

COAGULAÇÃO INTRAVASCULARDISSEMINADA, HIPOCALCEMIA,HIPERFOSFATEMIA, IPERCALEMIA, HIPERURECEMIA,NEUROPATIA PERIFÉRICA,SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

ATENÇÃO

- TODOS OS PACIENTES COM MIOPATIA GRAVE COM CPK > 30 000 UI/L TEM INDICAÇÃO DEINICIAR O TRATAMENTO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA;

- PACIENTES COM DISFUNÇÃO RENAL E ANORMALIDADE ELETROLÍTICAS GRAVES PODEMNECESSITAR DE INTERNAÇÃO EM UTI.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SINAIS AGUDOS - HANSENÍASE

Cerca de 15 a 30% dos pacientes multibacilares (virchowiano e dimorfos) podem apresentar fenômenos agudos como primeira queixa da doença.

Pode ser um caso de reação hansênica em um doente ainda sem diagnóstico de hanseníase, quando há presença dos seguintes sinais e sintomas:

- Manchas ou nódulos eritematosos, dolorosos e quentes, às vezes ulcerados, associados a manifestações sistêmicas como febre alta, artralgia, mal estar geral, orquite, anemia, leucocitose (Reação tipo 2).
- Surgimento de lesões avermelhadas e descamativas, com lesões satélites, eventualmente associadas a edema das mãos e pés, geralmente com neurite de nervos dos cotovelos, punhos, joelhos e tornozelos (Reação tipo 1).

Nesses casos, o paciente deve ser tratado com poliquimioterapia (PQT-OMS) multibacilar, e também para o quadro reacional.

PB- -> uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, e tomará 100 mg de Dapsona diariamente (emcasa). O tempo de tratamento é de 6 meses (6 cartelas).

MB --> uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, 100 mg de Dapsona e de 300 mg de Clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente. O tempo de tratamento é de 12 meses (12 cartelas).

Reações hansênicas --> fenômenos de aumento da atividade da doença, com piora clínica que podem ocorrer de forma aguda antes, durante ou após o final do tratamento com a poliquimioterapia.

Essas reações resultam da inflamação aguda causada pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o bacilo. As características tipicas dessa resposta são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nesses lugares. A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave; por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar danos graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo.

É de fundamental importância o rápido diagnóstico e manejo da reação, pois constituem a maior causa de lesão no nervo periférico e aumento das incapacidades.

É recomendável pesquisar infecções, pois focos infecciosos podem ser possíveis desencadeantes das reações hansênicas.

É importante ter atenção aos casos de pacientes jovens com hanseníase virchowiana que manifestam dor testiculardevido a orquites.
Em idosos do sexo masculino, é comum haver comprometimento dos testículos, levando à azospermia (infertilidade), ginecomastia (crescimento das mamas) e impotência.

Reação hansênica tipo 1

Prednisona 1 mg/kg/dia via oral (pela manhã, no café da manhã) + antidepressivo tricíclico em dose baixa (amitriptilina 25 mg por dia) + clorpromazina 5 gotas (5 mg) duas vezes ao dia, ou a carbamazepina 200 a 400 mg por dia - A dose de amitriptilina pode chegar a 75 mg por dia e a de clorpromazina até 50 mg por dia, em aumentos graduais.

Fazer profilaxia para Strongiloydes stercoralis, causador da estrongiloidíase, prescrevendo albendazol 400 mg/dia durante 3 a 5 dias consecutivos, ou ivermectina, se houver.

O paciente deve retornar mensalmente, sendo que retornos mais curtos (semanal ou quinzenalmente) podem ser necessários, dependendo da gravidade do quadro e do risco de incapacidade. Em todos os retornos, deve ser feita nova avaliação sensitivo-motora com os monofilamentos. Se houver melhora da função dos nervos, ou estabilização, iniciar a reduçãolenta e gradual da dose da prednisona (10 mg por mês), até a menor dose possível onde os sintomas não retornem.

Reação hansênica tipo 2

Iniciar talidomida 100 a 400 mg/dia via oral (de preferência à noite, pela possibilidade de sonolência), de acordo com a gravidade do caso. Como alternativa, para mulheres em idade fértil ou em pacientes com contraindicações a talidomida, pode- se utilizar a pentoxifilina 400 mg três vezes ao dia, ou antiinflamatórios não hormonais.

Associar prednisona 1 mg/kg/dia via oral (pela manhã, após o café da manhã) em casos de comprometimento dos nervos periféricos (bem definido após a palpação e avaliação da função neural), ou de outros órgãos que não a pele (olhos, articulações, testículos, etc), ou se houver ulcerações extensas (necrose da pele).

Quando houver associação de talidomida e corticoide, deve-se prescrever ácido acetilsalicílico 100 mg/ dia como profilaxia de

tromboembolismo.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

REPOSIÇÃO ELETRÓLITOS – K

1. SUPORTE CLÍNICO: TRATARDESDIDRATAÇÃO, VÔMITOS, ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA ERESPIRATÓRIA
2. TRATAMENTO DOENÇA DE BASE
3. REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO

PRINCIPAIS CAUSAS: BETA-AGONISTAS, DIARRÉIA, DIURÉTICOS, INSULINOTERAPIA, TIREOTOXICOSE, VÔMITOS,...

A **VIA ORAL** É PRIORIDADE: MAIS SEGURA;

EVITAR USO DE K EV, SE K>3;

SOLUÇÕES DE K MUITO CONCENTRADAS DEVEM SEREVITADAS → FLEBITE

Reposição endovenosa

OPÇÕES:

KCL XAROPE 6%: 15 ML = 12 mEq
→ 10-20 ml após as refeições: 3-4x/dia **KCL cp**: 1 cp = 6 mEq 1-2 cpapós as refeições: 3-4x/dia

KCL 19,1 %:

1 ML = 2,5 mEq → ampola com 10 ml

CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA PERIFÉRICA: 40 mEq/L;**CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA CENTRAL**: 60 mEq/L; **VELOCIDADE IDEAL DE INFUSÃO**: 5-10 mEq/h

VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO: 10-20 mEq/h
DOSAR K SÉRICO: 2/2H - 4/4H ATÉ NORMALIZAÇÃO DOS NÍVEISSÉRICOS: K>3-3,5.

EXEMPLOS:

1. **VEIA PERIFÉRICA:**
   - 1 AMPOLA KCL 19,1%: 25 MeQ + SF 0,9% 1L EM 2-3H
   - CONCENTRAÇÃO MÁXIMA: 40 mEq/L
   - VELOCIDADE IDEAL DE INFUSÃO: 5-10 mEq/H

2. **VEIA CENTRAL:**
   - 2 AMPOLAS KCL 19,1%: 50 MeQ + SF 0,9% 1L EM 3H
   - CONCENTRAÇÃO MÁXIMA EM VEIA CENTRAL: 60 mEq/L
   - VELOCIDADE MÁXIMA DE INFUSÃO: 10-20 mEq/H

***ATENTAR PARA HIPOMAGNESSEMIA: SE MG BAIXO, FAZER REPOSIÇÃO ASSOCIADA!

EVITAR REPOR K EM SOLUÇÕES COM GLICOSE; APÓS A NORMALIZAÇÃO K COM REPOSIÇÃO EV → CONTINUAR REPOSIÇÃO VO

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SEDAÇÃO EM SALA DE EMERGÊNCIA

MEDICAÇÃO	DOSE	EFEITOS ADVERSOS	CATEGORIA GESTAÇÃO
MIDAZOLAM	0,05 - 0,1 MG/KG/H EV BIC	BIGEMINISMO, HIPOTENSÃO ARTERIAL, TAQUI OU BRADICARDIA, BRADIPNEIA, BRONCOESPASMO	D
PROPOFOL	DOSE DE ATAQUE: 1-1,5MG/KG EV DOSE DE MANUTENÇÃO:1-3 MG/KG/H INDICAÇÃO ESPECÍF ICA: HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	ISQUEMIA MIOCÁRDI CA, HIPOTENSÃO, BRADICARDIA, DIMINUÇÃO DO DÉBITO CARDÍACO, RASH CUTÂNEO, HIPERLIPIDEMIA, APNEIA, FEBRE, HIPERTERMIA MALIGNA	B
QUETAMINA	DOSE HABITUAL: 1- 2 MG/KG EV DOSE DE MANUTENÇÃO:0,05- 0,4 MG/KG/H INDICAÇÃO ESPECÍF ICA: BRONCOESPAMO, SEQUÊNCIA RÁPIDA	ANESTESIA PROLONGADA, HIPOTENSÃO, BRADICARDIA, ARRITMIAS, RASH, ANAFILAXIA	I
ETOMIDATO	0,3 MG/KG EV --> TEMPO PARA INÍCIO DE AÇÃO 1 MINUTO E DURAÇÃO 3-5 MINUTOS PARA IOT	MIOCLONIAS, INSUFICIÊ NCIAADRENAL, NÁUSEAS, VÔMITOS	I
FENTANIL	0,05-0,1 MG/KG MANUTENÇÃO: 50 A 500 MCG	HIPOTENSÃO, BRADICARDIA, MIOSE PUPILAR, DEPRESSÃO DO SPIRA AO	C

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

EM MÉDIA OS SINTOMAS PODEM COMEÇAR DE 5-10 HORAS APÓS A ÚLTIMA DOSE, COM PICO ENTRE 48-72 HORAS, DESAPARECENDO EM 5-14 DIAS.

1. CESSAÇÃO OU REDUÇÃO NO USO CRÔNICO DE GRANDE QUANTIDADE DE ÁLCOOL (DEPENDÊNCIA);

   PRESENÇA DE DOIS OU MAIS DOS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA: HIPERATIVIDADE AUTONÔMICA (SUDORESE, TAQUICARDIA, HIPERTENSÃO SISTÓLICA), TREMOR NAS MÃOS, INSÔNIA, NÁUSEAS E/OU VÔMITOS, ALUCINAÇÕES VISUAIS, AUDITIVAS OU TÁTEIS TRANSITÓRIAS, AGITAÇÃO PSICOMOTORA, ANSIEDADE, CRISES TÔNICO- CLÔNICAS

- **SINAIS E SINTOMAS PRECOCES:** INÍCIO DE 5-10H APÓS A ÚLTIMA DOSE, PICO ENTRE 48-72H, CESSAÇÃO APÓS 5-14 DIAS --> TREMORES, SUDORESE, INSÔNIA, HIPERTENSÃO, TAQUICARDIA E SINTOMAS GASTROINTESTINAIS;
- **CONVULSÕES**: 6-24H APÓS A ÚLTIMA DOSE- >90% OCORREM EM 48 HORAS;
- **ALUCINAÇÕES:** 24-48H APÓS A ÚLTIMA DOSE;
- **DELIRIUM TREMENS:** COMPLICAÇÃO MAIS TARDIA (APÓS 48H, EM GERAL DENTRO DOS PRIMEIROS 4 DIAS) É GRAVE (1-10% DE MORTALIDADE) --> INÍCIO ABRUPTO COM DESORIENTAÇÃO, CONFUSÃO, IDEAÇÃO PARANÓIDE, ALUCINAÇÕES, SINAIS IMPORTANTES DE ATIVAÇÃO ADRENÉRGICA E FEBRE.

- HISTÓRIA CLÍNICA DETALHADA
- EXAME FÍSICO COMPLETO
- QUANTIFICAR PONTOS EM ESCALA CIWA-Ar
- EXAMES COMPLEMENTARES: HEMOGRAMA, GLICEMIA, FUNÇÃO RENAL E HEPÁTICA, ELETRÓLITOS, AMILASE, LIPASE, PARCIAL DE URINA, ECG, RX DE TÓRAX;
- TC DE CRÂNIO DEVE SER INDICADA EM CASOS ESPECÍFICOS: PACIENTES CONFUSOS À ENTRADA, COM CONVULSÕES PARCIAIS OU GENERALIZADAS REENTRANTES, HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIANO, DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL.

ABSTINÊNCIA LEVE/ AUSÊNCIA DE COMPLICAÇÕES CLÍNICAS/ BOM SUPORTE FAMILIAR

- DIAZEPAM 10 MG VO;
- CARBAMAZEPINA 200 MG 12/12H --> ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL - ATENTAR AO RISCO DE HEPATOTOXICIDADE, NA PRESENÇA DE HEPATITE ALCOÓLICA ASSOCIADA: EVITAR O USO.

ABSTINÊNCIA MODERADA A GRAVE

- LOCAL CALMO, SILENCIOSO, POUCA ILUMINAÇÃO;
- GLICEMIA CAPILAR;
- HIDRATAÇÃO E CORREÇÃO DE DISTÚRBIOSHIDROELETROLÍTICOS
- DIAZEPAM 5-10 MG VO/EV, ATÉ 1/1H, CONFORME SINTOMAS, COM A META DE OBTER E MANTER MENOS DE 10 PONTOS NA ESCALA CIWA-Ar - PACIENTE CALMO, MAS NÃO REBAIXADO.
- BUSCAR E TRATAR CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS: ALCOÓLICA, HEPATITE PANCREATITE PNEUMONIA, ITU, TRAUMA EM SNC, MENINGITE. AGUDA,
- REPOSIÇÃO TIAMINA: 300-600 MG/DIA VOOU 100-200 MG/DIA EV.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: HIPOGLICEMIA, INTOXICAÇÕES AGUDAS, ABSTINÊNCIA A BENZODIAZEPÍNICO, TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, FEOCROMOCITOMA, INFECÇÕES, TRAUMA OU HEMORRAGIA EM SNC.

BRADIARRITMIAS

BRADICARDIA SINUSAL	- RITMO NORMAL DO CORAÇÃO, APENAS FCBAIXA; - HÁ ONDAS P COM ORIENTAÇÃO NORMAL,ORIGINADAS NO NÓ SINOATRIAL; - A CADA ONDA P, HÁ UM COMPLEXO QRS;
BRADICARDIA ATRIAL	SEMELHANTE À BRADICARDIA SINUSAL, MASCOM ONDA P COM ORIENTAÇÃO DIFERENTE DA P SINUSAL.
BRADICARDIA JUNCIONAL	RITMO ORIGINADO NO NÓ ATRIOVENTRICULAR, SEM ONDA P OU COM ONDA P RETRÓGRADA (APÓS QRS COM ORIENTAÇÃO INVERTIDA);
BAV DE 1 GRAU	A CADA ONDA P (SINUSAL OU NÃO) CORRESPONDE UM QRS, MAS O INTERVALO QRS ESTÁ AUMENTADO (>0,2S);
BAV DE 2 GRAU	ALGUMAS ONDAS P SÃO SEGUIDAS DE QRS, OUTRAS NÃO: - MOBITZ I : O INTERVALO PR AUMENTA PROGRESSIVAMENTE, ATÉ QUE UMA ONDA P NÃO É CONDUZIDA. O PRIMEIRO PR APÓS FALHA DE CONDUÇÃO VOLTA A SER MAIS ESTREITO-FENÔMENO DE WENCKEBACH. - MOBITZ II: O QUE DEFINE ESSE BLOQUEIO ÉSE AS ONDAS P SÃO OU NÃO CONDUZIDAS, MAS, QUANDO CONDUZIDAS, O PR É CONSTANTE.
BAV DE 3 GRAU	BAVT: DISSOCIAÇÃO COMPLETA AÇÃO ATRIAL E R.

TRATAMENTO ANAFILAXIA

- REMOVA O AGENTE CAUSAL;
- IMEDIATAMENTE APÓS O DIAGNÓSTICO: INICIE ADRENALINA!
- A APLICAÇÃO DE ADRENALINA PRÓXIMO AO LOCAL DE INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA IMPLICADA NA ANAFILAXIA E O USO DE TORNIQUETES NÃO SÃO RECOMENDADOS;
- PACIENTE EM POSIÇÃO SUPINA COM OS MEMBROS INFERIORES ELEVADOS;
- FORNEÇA OXIGÊNIO SUPLEMENTAR 100%;
- ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS CALIBROSOS;
- RESSUSCITAÇÃO HEMODINÂMICA COM CRISTALÓIDES;
- MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA.

ABORDAGEM INICIAL:

1 VIAS AÉREAS: SE ESTRIDOR OU SINAIS DE INSUFICÊNCIA RESPIRATÓRIA --> IOT --> SEMPRE ATENTAR PARA GARANTIR VIA AÉREA;

2 AVALIAÇÃO CIRUCLATÓRIA: SE MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES --> SF 0,9% 5-10 ML/KG NOS PRIMEIROS MINUTOS: 30 ML/KG NA PRIMEIRA HORA;

3 ADRENALINA: INTRAMUSCULAR NO MÚSCULO VASTO LATERAL DA COXA;

*** PACIENTES REFRATÁRIOS A ADRENALINA (USUÁRIOS DE BETA-BLOQUEADORES): GLUCAGON PARA REVERTER O EFEITO DO BETA-BLOQUEADOR E PERMITIR AÇÃO ADRENALINA;

4 PACIENTES QUE PERSISTIREM COM HIPOTENSÃO APÓS A EXPANSÃO INICIAL COM CRISTALÓIDE E 3 DOSES DE ADRENALINA --> **CHOQUE ANAFILÁTICO**

ADRENALINA EV EM BIC- 1 MG EM SG 5% 250 ML: 1-10 MCG/MIN EM BIC --> MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA CONTÍNUA.

5 PACIENTES COM BRONCOESPASMO: ALBUTEROL EM DOSE DE 2,5 MG (10 GOTAS) OU FENOTEROL, DILUÍDOS EM 3-5 ML DE SF 0,9% + BROMETO DE IPATRÓPIO 20-40 GOTAS EM NBZ: 3X NA PRIMEIRA HORA.

* AS DIRETRIZES DE 2020 DE ANAFILAXIA RECOMENDAM CONTRA O USO DE ANTI-HISTAMÍNICOS E CORTICOSTEROIDES PARA PREVENIR MANIFESTAÇÕES BÁSICAS DE ANAFILAXIA.

ALTA HOSPITALAR:

- ALGUNS AUTORES SUGEREM A COMBINAÇÃO DE CORTICOSTERÓIDES E ANTI-HISTAMÍNICOS POR 5 DIAS (COBRIR PERÍODO DE RISCO PARA RESPOSTA BIFÁSICA): PREDNISONA 40 MG/DIA POR 5 DIAS.

MENSAGENS RELEVANTES:

1 É RECOMENDADO INTERNAÇÃO PARA PACIENTES COM CHOQUE ANAFILÁTICO OU INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA;

2 DURAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARA OS DEMAIS CASOS: IDEALMENTE 4-8 HORAS;

3 ALTA HOSPITALAR: APÓS CONTROLE CLÍNICO SATISFATÓRIO E APÓS AS DEVIDAS ORIENTAÇÕES QUANTO À PREVENÇÃO DE NOVOS EPISÓDIOS DE ANAFILAXIA;

4 ORIENTAR SOBRE A POSSIBILIDADE DO QUADRO RECORRER;

5 INTERRUPÇÃO DE BETA-BLOQUEADORES (INCLUSIVE NA FORMA DE COLÍRIOS);

6 ORIENTAR O USO DE BRACELETES, CARTÕES OU RELATÓRIO MÉDICO INFORMANDO ACERCA DA SENSIBILIDADE DO PACIENTE.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TRATAMENTO INTOXICAÇÕES AGUDAS

PRINCÍPIOS GERAIS NO MANEJO DA INTOXICAÇÃO AGUDA:

- RECONHECER UMA INTOXICAÇÃO AGUDA (DEVE SER CONSIDERADO UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM SE);
- INDENTIFICAÇÃO DO TÓXICO;
- AVALIAR O RISCO DA INTOXICAÇÃO;
- AVALIAR A GRAVIDADE E ESTABILIZAR O PACIENTE CLINICAMENTE (INCLUI USO DE ANTÍDOTO);
- DIMINUIR ABSORÇÃO DO TÓXICO;
- AUMENTAR ELEIMINAÇÃO DO TÓXICO;

LAVAGEM GÁSTRICA:

- SONDA OROGÁSTRICA DE GROSSO CALIBRE; COLOCAR O PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO COM A CABEÇA EM NÍVEL LEVEMENTE INFERIOR AO CORPO: ATRAVÉS DA SONDA ADMINISTRAM-SE PEQUENOS VOLUMES DE SORO FISIOLÓGICO (100-250 ML), MANTENHO- SE A SONDA ABERTA, EM POSIÇÃO INFERIOR AO PACIENTE.

- NÃO DEVE SER INDICADA DE ROTINA;

- DEVE SER INDICADA EM INTOXICAÇÕES AGUDAS QUE PREENCHAM TODOS OS SEGUINTES CRITÉRIOS: TEMPO DE INGESTÃO MENOR DE UMA HORA, SUBSTÂNCIA POTENCIALMENTE TÓXICA OU DESCONHECIDA, NÃO TER CONTRAINDICAÇÃO.

* CONTRAINDICAÇÕES: INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CORROSIVAS COMO ÁCIDOS OU BASES, INGESTÃO DE HIDROCARBONETOS, RISCO DE HEMORRAGIA OU PERFURAÇÃO DO TGI (CX RECENTE, POR EXEMPLO), REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA COM PERDA DOS REFLEXOS DE PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS (IOT ANTES DE REALIZAR LAVAGEM GÁSTRICA).

CARVÃO ATIVADO

- 1 G DE CARVÃO/KG (25-100G) DILUIR EM SF, MANITOL OU ÁGUA (8 ML PARA CADA GRAMA DE CARVÃO)- QUANDO EM MÚLTIPLAS DOSES, RECOMENDA-SE 0,5G CARVÃO/ KG DE PESO 4/4H;

- NA MAIORIA DAS SITUAÇÕES É PRESCRITO EM DOSES ÚNICAS, PORÉM EM SITUAÇÕES SELECIONADAS ELE PODE SER USADO EM MÚLTIPLAS DOSES (INTOXICAÇÃO POR FENOBARBITAL, ÁCIDO VALPRÓICO, CARBAMAZEPINA, TEOFILINA, SUBSTÂNCIAS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA OU ENTÉRICA);

- CONTRAINDICAÇÕES: INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CORROSIVAS COMO ÁCIDOS OU BASES, INGESTÃO DE HIDROCARBONETOS, RISCO DE HEMORRAGIA OU PERFURAÇÃO DO TGI (CX RECENTE, POR EXEMPLO), REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA COM PERDA DOS REFLEXOS DE PROTEÇÃO DE VIAS AÉREAS (IOT ANTES DE REALIZAR LAVAGEM GÁSTRICA), AUSÊNCIA DE RUÍDOS GASTROINTESTINAIS OU OBSTRUÇÃO, SUBSTÂNCIAS QUE NÃO SÃO ABSORVIDAS PELO CARVÃO (ÁLCOOL, METANOL, ETILENOGLICOL, CIANETO, FERRO, LITIO).

MÉTODOS DIALÍTICOS:

- A INTOXICAÇÃO É GRAVE OU TEM POTENCIAL DE SER;
- INTOXICAÇÃO GRAVE + INSUFICIÊNCIA RENAL OU HEPÁTICA;
- ALTAS CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE TÓXICO QUE PODEM SER FATAL;
- HEMODIÁLISE: INTOXICAÇÃO POR BARBITÚRICOS, BROMO, ETANOL, LÍTIO, METAIS PESADO, METANOL, ETILENOGLICOL, PROCAINAMIDA, SALICITATOS, TEOFILINA.

DIURESE FORÇADA E ALCALINIZAÇÃO DA URINA

- ALCALINIZAÇÃO: MANTER O PH URINÁRIO > 7,5 --> SG 5% 850 ML + BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 150 ML 6/6H OU 8/8H

FENOBARBITAL, SALICITATOS, CLORPROPAMIDA, FLÚOR, METOTREXATO.

- HIPER-HIDRATAÇÃO: SF 0,9% 1000 ML 6/6H --> DÉBITO URINÁRIO DE 100-400 ML/H;

ÁLCOOL, BROMETO, CÁLCIO, FLÚOR, LÍTIO, POTÁSSIO E ISONIZADA.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TRATAMENTO
ASMA

Idade	Agentes mais prováveis	Esquema de escolha
0-3 meses	Estreptococo do grupo B *L. monocytogenes* Gram-negativos entéricos	**Ampicilina + ceftriaxone** (ou cefotaxima)
3 meses a 18 anos	Meningococo Pneumococo *H. influenzae*	**Ceftriaxone/cefotaxima** ou meropenem ou cloranfenicol + **Vancomicina** nas regiões com > 2% de pneumococo resistentes
18 a 50 anos	Pneumococo Meningococo *H. influenzae*	
> 50 anos	Pneumococo *L. monocytogenes* Bacilos gram-negativos	**Ampicilina + ceftriaxone** ou fluoroquinolona + **Vancomicina** nas regiões com > 2% de pneumococo resistentes **Alergia a penicilina:** substituir por Trimetropim-sulfametoxazol

PROFILAXIA

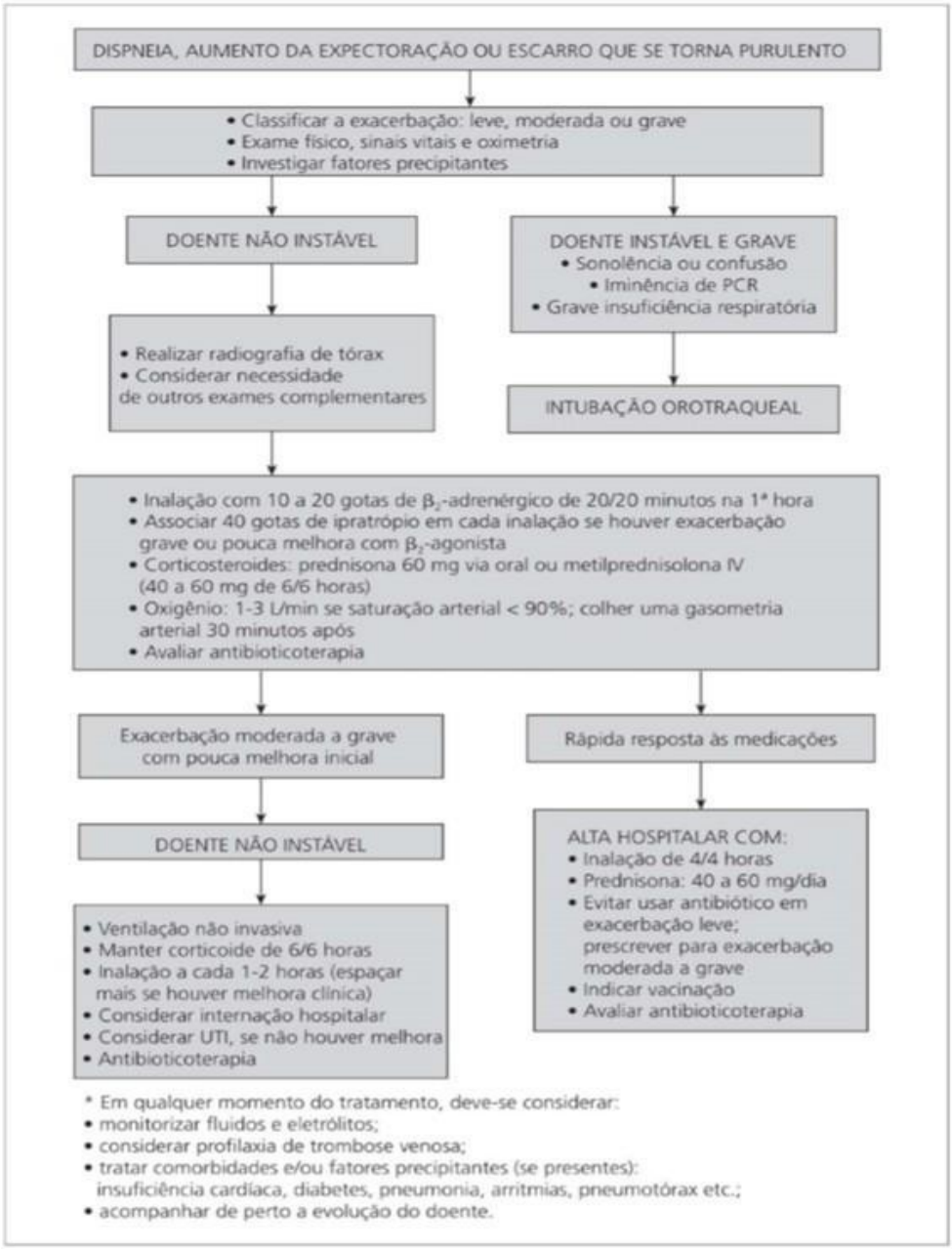
HEMÓFILOS	- TODAS AS PESSOAS DA RESIDÊNCIA ONDE HOUVER UM CASO DE MENINGITE E EM QUE HAJA PELO MENOS UMA CRIANÇA COM IDA- DE< 4 ANOS; - CRIANÇAS QUE COMPARTILHEM DOMÍCILI- OS COLETIVOS E QUE TIVERAM CONTATO COM CASO DE MENINGITE; - TODOS OS QUE TIVERAM CONTATO ÍNTIMO (ADULTOS OU CRIANÇAS), NA CRECHE OU NA PRÉ-ESCOLA DE CRIANÇAS COM IDADE INFE-RIOR A 2 ANOS, EM QUE TENHAM OCORRIDO 2 OU MAIS CASOS DE MENINGITE;	RIFAMPICINA 10 MG/KG/DIA (MÁXIMO 600MG/DIA) VO POR 4 DIAS.
MENINGOCOCO	- CONTACTATES ÍNTIMOS QUE MOREM NO MESMO DOMICÍ- LIO QUE TENHA HAVIDO UM CASO DE MENINGITE OU QUE COMPARTILHEM O MESMO ALOJAMENTO EM DOMICÍLIOS COLETIVOS; - COLEGAS DE MESMA CLASSE DE BERÇÁRIOS, CRECHES OU PRÉ-ESCOLAS, BEM COMO ADULTOS DESSAS INSTITUI-ÇÕES QUE TENHAM MANTIDO CONTATO COM O CASO DE ME-NINGITE; - OUTROS CONTACTANTES QUE TENHAM TIDO RELAÇÃO ÍNTI-MA E PROLONGADA COM O PA-CIENTE E QUE TENHAM TIDO CONTATO COM AS SECREÇÕES ORAIS; - PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TENHAM TID	

QUADRO 02 – CARACTERÍSTICAS DO LÍQUOR CONFORME AGENTE ETIOLÓGICO.

	MENINGITE			NEUROSÍFILIS	ENCEFALITES	NEURO CISTICERCOSE	MENINGO-ENCEFALITE POR FUNGO
	BACTERIANA	TUBERCULOSA	ASSÉPTICA				
Aspecto	Turvo	Límpido ou ligeiramente turvo	Límpido	Límpido	Límpido	Límpido	Límpido ou ligeiramente turvo
Cor	Branca-leitosa ou ligeiramente xantocrômica	Incolor ou xantocrômica	Incolor ou opalescente	Incolor	Incolor	Incolor	Incolor
Coágulo	Presente	Presente (fibrina delicada)	Presente ou ausente	Ausente	Ausente ou presença de fibrina	Ausente	Ausente
Cloretos	Diminuído	Diminuído	Normal	Normal ou diminuído	Normal	Normal	Normal
Glicose	Diminuído	Diminuído	Normal	Normal ou diminuído	Normal	Normal	Normal
Proteínas totais	Aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas	Aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas	Levemente aumentadas
Globulinas	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (alfa e gamaglobulinas)	Positiva ou negativa	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (gamaglobulinas)	Positiva (gamaglobulinas)	Normal
Leucócitos	200 a milhões (neutrófilos)	25 a 500 (linfócitos)	5 a 500 (linfócitos)	25 a 1000 25 a 1000 linfócitos	1 a 100 (linfócitos)	eosinófilos	1 a 100 (linfócitos)
VDRL	-	-	-	Reagente	-	-	-
Contra-imunoeletroforese	Reagente	-	-	-	-	-	-
Elisa e imunofluorescência	-	-	-	-	-	-	-
Latex	Reagente		-	-	-	-	-
Microscopia	DGN, BGN, CGP, BGP	BAAR	-	-	-	-	Tinta Nanquim p/ Neoformans ou Gram p/
Cultura	Crescimento em Ágar chocolate	Crescimento em meio LOwestein-	-	-	-	-	Crescimento em meio Sabourand e Ágar sangue

TRATAMENTO
DPOC

ALGORITMO 1 ABORDAGEM INICIAL DA DPOC NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA*



* Em qualquer momento do tratamento, deve-se considerar:
- monitorizar fluidos e eletrólitos;
- considerar profilaxia de trombose venosa;
- tratar comorbidades e/ou fatores precipitantes (se presentes): insuficiência cardíaca, diabetes, pneumonia, arritmias, pneumotórax etc.;
- acompanhar de perto a evolução do doente.

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TRATAMENTO ICC DESCOMPENSADA

PERFIL A	PERFIL B	PERFIL C	PERFIL L
A MAIORIA DOS PACIENTES NÃO TEM NECESSIDADE DE INTERNÇÃO --> ADEQUAR MEDICAÇÕES ICC E PENSAR EM DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.	**FUROSEMIDA** 0,5-1 MG/KG/DOSE OU 1-2,5X A DOSE HABITUAL (20 MG EV = 40 MG VO)--> MÁXIMO 240 MG/DIA: 40-160 MG EV 1-4X/DIA; PODE ASSOCIAR **DIURÉTICO TIAZÍDICO E** **ESPIRONOLACTONA**, SE RESPOSTA INSATISFATÓRIA --> HIDROCLOROTIAZIDA 15- 100 MG VO 1-2X/DIA (200 MG/DIA) VASODILATADORES ORAIS (IECA, BRA, HIDRALAZINA) OU PARENTERAL: - **NITROGLICERINA** (ASSOCIAÇÃO COM IN UITO ELEVADA E SEM ISQUEMIA CORONARIANA AGUDA)- 0,3 µG/KG/MIN-	RETIRARIECA E BETABLOQUEADORES, PARTICULARMENTE EM PACIENTES COM HIPOTENSÃO SINTOMÁTICA; **FUROSEMIDA** (IGUAL B); SE CHOQUE CARDIOGÊNICO OU SINAIS DE HIPOPERFUSÃO TECIDUAL (OLIGÚRIA, ALTERAÇÕES DE CONSCIÊNCIA, EXTREMIDADES FRIAS E MAL PERFUNDIDAS) --> INOTRÓPICO **DOBUTAMINA** 2-10 µG/KG/MIN; SE NORMOTENSO U PERTENSO: ASODILATADOI TRAVENOSOS ITROGLICERINA/ **NITROPRUSSIATO**) - NÃO FAZER EM PACIENTES PAS< 110 MMHG OU COM ESTENOSE	SUBGRUPO PEQUENO DE PACIENTES- A MAIORIA ENCONTRA-SE HIPOVOLÊMICO (ABUSO DE DIURÉTICO); REPOSIÇÃO VOLÊMICA EM GERAL É O SUFICIENTE PARA O TTO; CASOS EM QUE NÃO HAJA MELHORA, COM SINAIS DE BAIXO DÉBITO: INOTRÓPICOS.

OXIGENIOTERAPIA

INDICADO EM PACIENTES SPO2 < 90%;

CPAP: ESTUDOS DEMONSTRAM DIMINUIÇÃO DE MORTALIDADE COM SEU USO.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

OBJETIVOS DO TTO: PREVENIR A EXTENSÃO DO TROMBO, TEP E IMPEDIR A RECORRÊNCIA TVP.

*** ANTICOAGULAÇÃO APROPRIADA REDUZ PARA 3,4% OS EPISÓDIOS DE TEP NÃO FATAL E PARA 0,4% TEP FATAL EM UM PERÍODO DE

TRATAMENTO CONVENCIONAL:

HEPARINA NÃO FRACIONADA + WARFARINA ORAL: TERAPIA CONVENCIONAL (DISPONÍVEL SUS).

HEPARINA NÃO FRACIONADA EV:

DOSE DE ATAQUE 80 UI/KG

INFUSÃO CONTÍNUA: 18 UI/KG/H E AJUSTE DA DOSE TTPA COM OOBJETIVO DE ATINGIR VALORES DE 1,5-2,5 (EM RELAÇÃO AO BASAL).

TTPA 6/6H

HEPARINA DEVE SER DESCONTINUADA APENAS QUANDO O RNI OBTIDO COM ANTICOAGULAÇÃO ORAL ESTIVER EM NIVEIS ADEQUADOS (RNI 2-3) POR 2 DIAS CONSECUTIVOS.

*** VERIFICAR O NÚMERO DE PLAQUETAS NO TERCEIRO E QUINTO DIA --> RISCO DE PLAQUETOPENIA AUTOIMUNE INDUZIDA PELA HEPARINA

WARFARINA:

INICIAR JUNTO COM HEPARINA

DOSE INICIAL 5 MG VO EM JEJUM UMA VEZ AO DIA --> AJUSTAR DOSE ATÉ RNI ENTRE 2-3.

TEMPO DE TRATAMENTO

- TVP PROVOCADO --> 3 ou 6 MESES (Imobilizacao, viagem > 8 horas, puerpério, uso de estrógenos, traumatismo de MMII com imobilizacao transitória, cirurgiade grande porte, traumatismo, cesárea,...).
- TEP --> 12 MESES;
- DEMAIS CASOS --> 6 MESES (Ausência de --> cirurgia ou traumatismo recente, câncer ativo, história familiar de TEV, trombofilia conhecida, gravidez, uso de estrógenos)

INFORMAÇÃO COLETADA EM: Consenso e atualização na profilaxia e no tratamento do tromboembolismo venoso/ Marcelo Calil Burihan... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019.

*** As diretrizes do American College of Chest Physicians (ACCP) preconizam anticoagulação por até 3 meses em TVP provocadas e por tempo indeterminado naquelas não provocadas.

MEDIDAS ADJUVANTES

1. MOBILIZAÇÃO PRECOCE;
2. MEIAS ELÁSTICAS: COMPRESSÃO GRADUADA (30 A 40 MMHG) E AJUSTADA AO TAMANHO DO MEMBRO INFERIOR --> UTILIZAR POR 6 MESES;
3. ELEVAÇÃO DE MMII;
4. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA (EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS DE INSPIRAÇÃO SUSTENTADA, COM AUXÍLIO DE ESPIRÔMETRO). MÁXIMA

UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

FATORES DE RISCO:

- HEREDITÁRIOS: DEFICÊNCIA ANTITROMBINA, PROTEINA C OU S; DEFICIÊNCIA DO PLASMINOGÊNIO, MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA;
- ADQUIRIDOS: IMOBILIDADE, IDADE AVANÇADA, NEOPLASIA, INFECÇÕES, TRAUMA, CIRURGIAS, GESTAÇÃO E PUERPÉRIO IMEDIATO, OBESIDADE, USO ACO, CATETER VENOSO CENTRAL, SAF.

O DIAGNÓSTICO DEVE SER SUSPEITADO EM QUALQUER PACIENTE COM DOR OU EDEMA EM MMII, PRINCIPALMENTE SE UNILATERAL OU ASSIMÉTRICO --> DIFERENÇA DE DIÂMETRO ENTRE AS DUAS PANTURRILHAS >

TABELA 2 Critérios de Wells para TVP

Achado clínico	Pontuação
▪ Neoplasia ativa	1
▪ Paresia ou imobilização de extremidades	1
▪ Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia há menos de 4 semanas	1
▪ Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
▪ Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
▪ Diâmetro da região das panturrilhas 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
▪ Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
▪ Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
▪ Diagnóstico alternativo mais provável	-2

0 ponto: baixa probabilidade; 1-2 pontos: probabilidade intermediária; 3 ou mais pontos: alta probabilidade.

BAIXA PROBABILIDADE:

1.DOSAGEM DE D-DÍMERO: NORMAL --> EXCLUI DX;

AUMENTADO --> SOLICITAR DOPPLER VENOSO ;

2.DOPPLER VENOSO; NEGATIVO: EXCLUI DX;

POSITIVO --> TRATAR

ALTA PROBABILIDADE:

1. DOPPLER VENOSO:

ANORMAL --> TRATAR NORMAL --> ALTERNATIVAS:

- SOLICITAR D-DÍMERO: SE NEGATIVO, DESCARTA;
- REPETIR O EXAME EM 1 SEM;
- VENOGRAFIA OU ANGIORM

PROBABILIDADE INTERMEDIÁRIA:

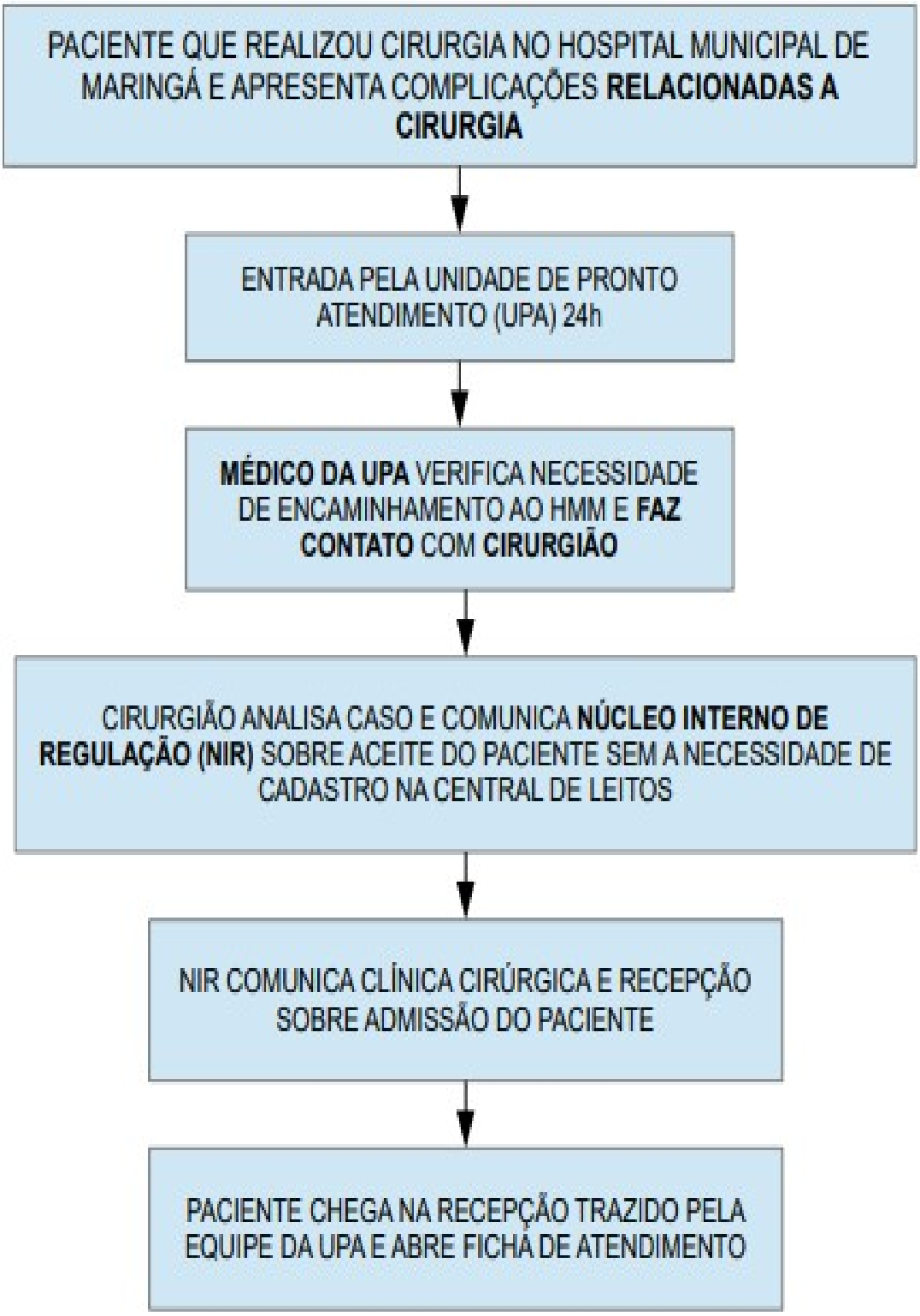
1. DOPPLER VENOSO:

ALTERADO --> TRATAR

NORMAL --> SE DÚVIDA, REPETIR USG EM 1 SEMANA --> NORMAL: EXCLUI // ANORMAL: TRATAR

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA ZONA NORTE

FLUXOGRAMA:
ATENDIMENTO PACIENTES PÓS OPERATÓRIO



CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIAS

QUANDO DEVO SOLICITAR O EXAME DE TOMOGRAFIA:

- SUSPEITA DE ABCESSO PULMONAR
- SUSPEITA DE AVC HEMORRÁGICO
- SUSPEITA DE AVC ISQUÊMICO - APÓS 72H DO INICIO DOS SINTOMAS (NESSE período REGULAR VAGA ZERO COM TEMPO DE trombólise SEM NECESSIDADE DE SOLICITAÇÃO DO EXAME)
- SUSPEITA DE ANEURISMA
- SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)
- SUSPEITA DE COMPRESSÃO MEDULAR • TRAUMA DE CRANIO E FACE
- SUSPEITA DE NEOPLASIA (DIAGNOSTICO DIFERENCIAL)
- FRATURA DE VÉRTEBRAS
- TUBERCULOSE GRAVE • COVID MODERADO / GRAVE
- SUSPEITA DE DISSECÇÃO DE AORTA
- SUSPEITA DE DERRAME PLEURAL

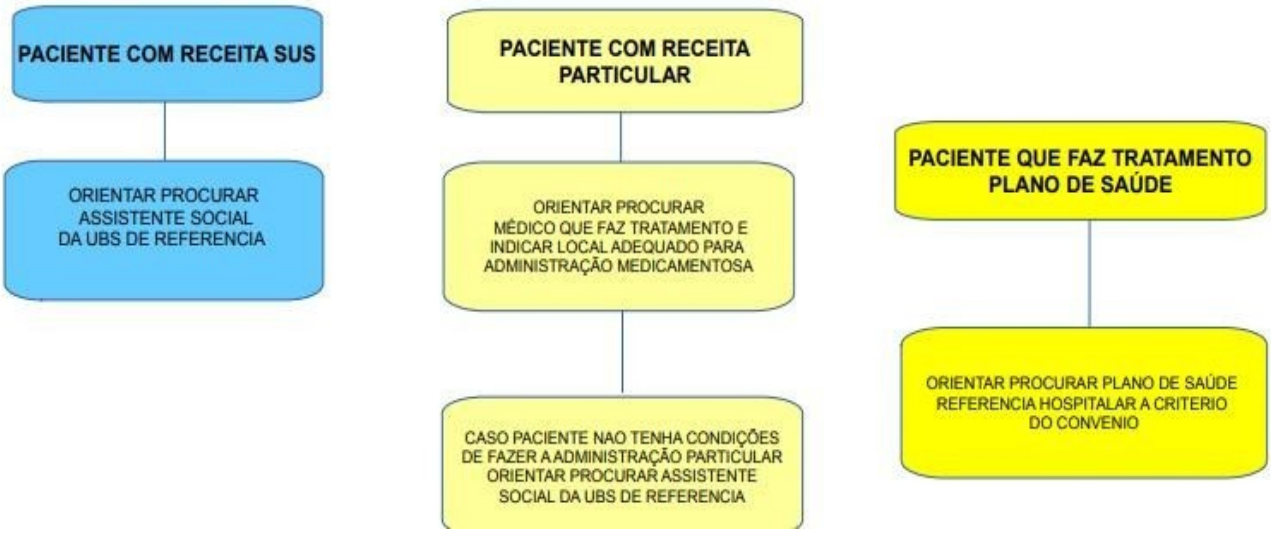
TODOS OS PACIENTES QUE ESTIVER NA SALA DE EMERGÊNCIA DOS SERVIÇOS QUE NECESSITAREM DO EXAME COMPLEMENTAR PARA ELUCIDAÇÃO DIAGNOSTICA DISPENSA ANUÊNCIA DA DIREÇÃO CLINICA.

OS NOSSOS SERVIÇOS DISPÕE DOS SEGUINTES EXAMES POR IMAGEM:

- RAIO-X
- USG
- TOMOGRAFIAS

FLUXOGRAMA MEDICAMENTOS ESPECIAIS

		PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Tipo de Documento	**FLUXOGRAMA**	**EMISSÃO:** 24/05/2023
Nome do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS ALTO CUSTO DISPONIBILIZADOS PELA 15ª REGIONAL DE SAÚDE	**GERENTE FARMACÊUTICA CAF -** LARISSA ZANOLLI **DIRETORA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA -** SUELEN CARDOSO



FLUXOGRAMA REFERENCIA AOS DOMINGOS PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA(HDA) HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA (HDB) E CORPO ESTRANHO EM TRATO DIGESTIVO

REFERÊNCIAS

- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

- Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS

- Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011: Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

- BRASIL, Ministerio da Saúde, Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012: Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

- MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria n°2048, 05 de Novembro de 2002. Brasilia, Disponivel em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

- SAÚDE, Ministerio da Politica Nacional de Humanização, Brasilia, Ministerio da Saúde, Disponivel em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf