Campo Grande | MS 2024



CLÍNICA MÉDICA & CIRÚRGICA

PNEUMONIA COMUNITÁRIA, APENDICITE AGUDA E COLELITÍASE

ORGANIZADORAS

Tânia Ruth Ortiz Pereira Fernanda Sollberger Canale Marcia Naomi Santos Higashijima



GOVERNADOR

EDUARDO CORRÊA RIEDEL

VICE-GOVERNADOR

JOSÉ CARLOS BARBOSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MAURÍCIO SIMÕES CORRÊA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DE SAÚDE

CRHISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE (GEPAS)

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

ASSESSORIA TÉCNICA MÉDICA

JOÃO RICARDO FILGUEIRAS TOGNINI

EQUIPE

FERNANDA SOLLBERGER CANALE RODRIGO RODRIGUES DE MELO TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA MONICA MENDOZA FERREIRA

ELABORAÇÃO

FERNANDA SOLLBERGER CANALE TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

CONTEUDISTA

JOÃO RICARDO FILGUEIRAS TOGNINI

REVISÃO

TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA MONICA MENDOZA FERREIRA FERNANDA SOLLBERGER CANALE RODRIGO RODRIGUES DE MELO JOÃO RICARDO FILGUEIRAS TOGNINI

REVISÃO FINAL

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

IDENTIDADE VISUAL, DIAGRAMAÇÃO E EDIÇÃO DE VÍDEOS

BREDA NAIA MACIEL AGUIAR OTÁVIO DE OLIVEIRA GUIMARÃES

ADMINISTRAÇÃO DO MOODLE

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA WELLINGTON RODRIGUES DE ALMEIDA

PUBLICIDADE E GRAVAÇÃO

LUAN EMILIO PASQUALI

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Clinica médica e cirúrgica [livro eletrônico]:
pneumonia comunitária, apendicite aguda e
colelitíase / organização Tania Ruth Ortiz
Pereira, Fernanda Sollberger Canale, Marcia
Naomi Santos Higashijima. -- Campo
Grande, MS: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge
David Nasser (ESP/MS), 2024.
PDF

Vários colaboradores ISBN 978-65-984146-0-3

1. Assistência à saúde 2. Clínica cirúrgica 3. Clínica médica 4. Pneumologia 5. Urgências médicas I. Pereira, Tania Ruth Ortiz. II. Canale, Fernanda Sollberger. III. Higashijima, Marcia Naomi Santos.

CDD-616.07 24-218460 NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

Clínica médica : Medicina 616.07
 Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

SUMÁRIO

PNEUMONIA COMUNITÁRIA	
PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO	
O que é o CURB 65?	
Mas, afinal, o que é o COX?	
Uso racional de antibióticos na pneumonia comunitária	9
Fluxograma para pneumonia comunitária	11
Ficha de encaminhamento	12
MANEJO DA APENDICITE AGUDA	15
Como é o tratamento da apendicite aguda?	15
Quem é mais acometido?	15
Escore de Alvarado	16
Protocolo News 2	18
Condutas clínicas e dúvidas diagnósticas	19
Qual é o tratamento clínico de apoio?	19
Com qual antibiótico deve-se iniciar a terapêutica?	20
Fluxograma para apendicite aguda	20
Ficha de preenchimento	21
COLELITIASE ASSINTOMÁTICA E SINTOMÁTICA	23
O que é a colelitiase assintomática?	23
Em quais situações há indicação cirúrgica?	23
O que é a colelitiase sintomática sem complicações	25
Colecistite aguda	26
Qual o tratamento?	27
Algoritmo	28
Icterícia	29
Colangite aguda	30
Colelitíase com pancreatite aguda	
Critérios de diagnóstico e gravidade de Atlanta (2012)	
Conduta clínica	33
Algoritmo da pancreatite	33

APRESENTAÇÃO

Prezado profissional de saúde,

A assistência à saúde em todos os seus âmbitos e cenários continua desafiadora, ainda mais em um estado como Mato Grosso do Sul, que possui baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre cidades. Além disso, a maioria dessas cidades tem baixa população e naturalmente enfrenta dificuldades relacionadas à atenção médica hospitalar.

Dados extraídos da central de regulação estadual mostram que os casos de urgência que mais motivam transferências de cidades em caráter de urgência são pneumonia comunitária, apendicite aguda e abdome agudo em geral, incluindo a colecistite aguda.

Diante dessa realidade, e entendendo que dentro dessas patologias existem diferentes necessidades assistenciais, que variam de acordo com o quadro clínico e a gravidade de cada paciente, busca-se estabelecer grades de referência para que cada doente seja individualizado de acordo com sua gravidade e suas necessidades. O objetivo é orientar a conduta adequada para cada caso, tratando as pessoas menos graves em locais não terciários e enviando aqueles que necessitam de maior assistência para referências mais complexas.

Entende-se que a adesão a protocolos institucionais pode ser uma estratégia muito valiosa para organizar e hierarquizar a rede assistencial, além de apoiar os profissionais que prestam o primeiro atendimento, muitas vezes em condições limitadas e sob pressão de opiniões, às vezes leigas.

Dessa forma, foi elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) um projeto para diagnóstico, condutas iniciais e encaminhamento dessas três situações clínicas, visando apoiar a conduta não só dos profissionais de linha de frente, mas também dos profissionais da regulação médica e daqueles que acolhem os pacientes referenciados. O objetivo é criar uma cultura de condutas padronizadas em todas as etapas assistenciais, garantindo a melhor assistência possível aos pacientes, bem como conforto e apoio aos diversos profissionais envolvidos.

Além de vídeo aulas, o material contém esta edição eletrônica escrita para que possa ser uma fonte de fácil acesso no dia a dia, permitindo consulta a qualquer momento em sua jornada de trabalho.

A SES espera que essa ferramenta seja útil em sua jornada laboral, contribuindo para o enfrentamento de alguns dos vários desafios em torno da assistência a urgências em nosso estado e trazendo benefícios na jornada de nossos pacientes.

Faça bom uso e boa sorte!

João Ricardo F. Tognini Assessoria Técnica Médica/SES

PNEUMONIA COMUNITÁRIA: PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E ATENDIMENTO

O QUE É PNEUMONIA COMUNITÁRIA?

É aquela adquirida na comunidade, ou seja, em ambiente extra-hospitalar. Além disso, mesmo que o paciente adquira pneumonia até 48 horas após a internação hospitalar, continuará sendo pneumonia comunitária, desenvolvida por germes mais comuns, como pneumococo e *Haemophilus*. Por sua vez, a pneumonia causada por germes hospitalares apresenta germes sensíveis e difíceis de tratar, muito resistentes a antibióticos (pneumonia nosocomial - 48 horas após a internação).



A pneumonia comunitária é uma das maiores causas de remoção hospitalar intermunicipal dentro do estado do Mato Grosso do Sul. **Assim, faz-se necessário a elaboração de um protocolo clínico que defina:** quais casos merecem internação, quais casos podem ser tratados ambulatoriamente e quais casos devem ser tratados em unidade de terapia intensiva.

O que é remoção?

Quando o paciente é atendido numa determinada cidade, o médico considera que não há capacidade de continuar o atendimento ou internação desse paciente e ele é removido para outra cidade.

É OBRIGATÓRIO FAZER RX?

Não! Mas é muito importante.

PARA QUEM É OBRIGATÓRIO O RX:

- 1. paciente que está em tratamento e não teve resposta satisfatória;
- 2. paciente fumante que teve pneumonia comunitária (neste caso, fazer após 6 semanas do término do tratamento).

¹ Material elaborado a partir do conteúdo gravado pelo Dr. João Ricardo Tognini, para o curso "Pneumonia comunitária - diagnóstico, classificação e gravidade [CURB 65 E COX]". Disponibilizado em https://ead.saude.ms.gov.br/.

O diagnóstico clinico acompanhado do **RX** é uma ferramenta muito útil, que vai te ajudar na estratificação de risco para que se faça o atendimento adequado ao paciente.

O que é o CURB 65?

É um acrônimo muito conhecido, usado para escala de predição de mortalidade (prognóstico) em pacientes com pneumonia comunitária, definindo o melhor ambiente para o tratamento.

CURB 65	CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PONTOS
C	Confusão mental	1
U	Uremia >50mg/dL	1
R	Frequência respitatória ≥30rpm/min	1
В	Pressão sanguínea PAS<90mmHg ou PAD≤60mmHg	1
65	Idade ≥65	1

COMO FUNCIONA?

Para cada dado positivo presente no paciente, vale **01 ponto** e faz-se o somatório.

PONTOS	RISCO	MORTALIDADE em 30 dias	TRATAMENTO
0 - 1	1	1,5%	Considerar tto domiciliar
2	2	9,2%	Considerar internamento
3 - 5	3	22%	Internamento



Para o C (confusão mental) atente-se que são alterações agudas, não contar ponto para aquele paciente com Alzheimer, demência ou alguma alteração crônica.

- \cdot 0 1 ponto: caso leve, pode ser tratado ambulatoriamente;
- · 2 pontos: caso de atenção, deve internar e acompanhar;
- · 3 a 5 pontos: obrigatoriamente internar, e eventualmente em terapia intensiva.

E SE NÃO TIVER EXAME DE SANGUE? NÃO CONSIGO DOSAR UREIA!

Então, pode avaliar conforme os quadros abaixo. **Mas, se ainda houver dúvida, pode** associar o COX.

CRB 65	CARACTERÍSTICA CLÍNICA	PONTOS
C	Confusão mental	1
R	Frequência respitatória ≥30tpm/min	1
В	Pressão sanguínea PAS<90mmHg ou PAD≤60mmHG	1
65	Idade ≥65	1



Mas, afınal, o que é o COX?

É o protocolo que inclui <mark>comorbidades</mark> (C), oxigenação (O) e <mark>raio-X</mark> (X).

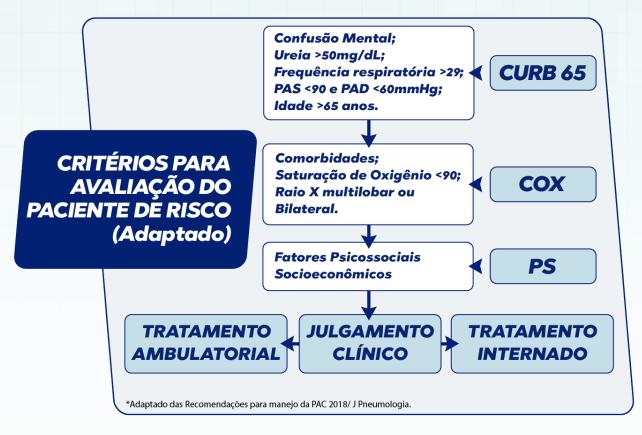
Considerar **comorbidades** agudas, descompensadas, não apenas o fato de ter ou não ter, mas sim se neste momento estão alteradas.

Raio-X: Além das multilobares e bilaterais, considerar derrame pleural.

SINAIS DE GRAVIDADE C Comorbidades Oxigenação Oxigenação Raio X Pneumonias multilobares ou bilaterais

SÓ, ENTÃO, DEVE-SE FAZER A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO...

Isso se for caso ambulatorial, se é caso de internação, ou se merece CTI.



Assim, o CURB 65 e o COX são ferramentas simples que visam auxiliar na tomada de decisões.

Uso racional de antibióticos na pneumonia comunitária

QUAL ANTIBIÓTICO PRESCREVER?

Veja a recomendação da Sociedade Brasileira de Pneumologia para pacientes ambulatoriais, internados em enfermarias e internados em unidades de terapia intensiva (UTI):

TRATAMENTO DE PACIENTES AMBULATORIAIS	DURAÇÃO (dias)
Sem comorbidades, sem uso de antibióticos prévios, sem fator de risco para resistência, sem contraindicação ou histórico de alergias para o uso do medicamento	
- Amoxicilina ou amoxicilina + ac. Clavulânico	7
ou - Macrolídeos (azitromicina)	3 - 5
Com fatores de riscos, doenças mais graves, uso recente de antibióticos - Betalactâmico + macrolídeos (ceftriaxona + azitromicina)	7
Em caso de alergia a betalactâmicos/macrolídeos - Levofloxacino	5 - 7

^{*}Adaptado das Recomendações para manejo da PAC 2018/ J Pneumologia.

TRATAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA	DURAÇÃO (dias)
Cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou ampicilina/sulbactam + macrolídeo (azitromicina)	3 - 5
Cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou amoxilina com ácido clavulânico	7
Levofloxacino em monoterapia	5 - 7

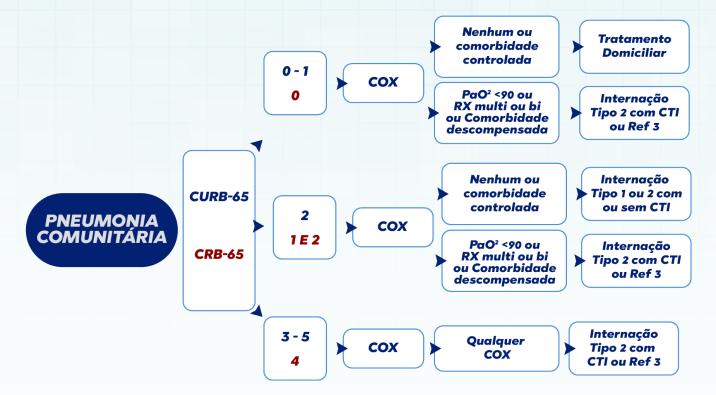
^{*}Adaptado das Recomendações para manejo da PAC 2018/ J Pneumologia.

TRATAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	DURAÇÃO (dias)
Cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona ou ampicilina/sulbactam + macrolídeo (azitromicina)	
Cefalosporina de terceira geração (ceftriaxona) + quinolona respiratória (levofloxacina)	7 - 14

^{*}Adaptado das Recomendações para manejo da PAC 2018/ J Pneumologia.

Neste último caso, o intensivista tomará a melhor decisão, porque o foco maior é o tratamento ambulatorial e a internação. Atente-se, pois a remoção para internação pode demorar, entretanto a antibioticoterapia deve ser iniciada o quanto antes, logo após o diagnóstico.

Fluxograma para pneumonia comunitária



Usando esse algoritmo, fica simples estratificar a necessidade do seu paciente com pneumonia comunitária. Isso facilita a conversa com o médico regulador e garante um atendimento mais preciso.



Ficha de encaminhamento

COMO FAZER O ENCAMINHAMENTO, QUANDO NECESSÁRIO?

Veja o instrumento padrão para pneumonia comunitária.

FIC	HA DE ENCAMINHAMENTO
NOME:	DATA NASC.://
LOCAL DE ATENDIMENTO	<u> </u>
MÉDICO ASSISTENTE:	
DIAGNÓSTICO:	
() Clínico () Radioló	gico
CURB ou CRB 65:	
() Confusão mental	
() Ureia ≥ 50	
() Freq Resp ≥ 30	
() Pressão arterial sistólica	< 90 mmHg e/ou diastólica ≤ 60 mmHg
() Idade ≥ 65 anos	
CURB 65PONTOS	CRB 65PONTOS
cox	
() Comorbidade descompe	ensada
() Saturação 0 ² < 90%	
() RX Multi lobular, bilatera	al ou derrame pleural

Você pode observar que é um preenchimento simples. Se houver alguma dúvida, pode contar com a ajuda do médico regulador. Com os dados dessa ficha o médico regulador vai avaliar se o paciente é candidato a tratamento domiciliar ou se precisa de internação Tipo I, Tipo II com ou sem CTI, Tipo II com CTI ou internação referência III.

	AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA	
Recomenda	ăo:	
() Tratame	to domiciliar	
() Internaç	o Tipo 1	
() Internaç	o Tipo 2 com ou sem CTI	
() Internaç	o Tipo 2 com CTI	
() Internaç	Ref 3	
CASO DE T	ANSFERÊNCIA	
Local:		
Início de anti	ótico antes da transferência: () sim () não	
Se sim, quais	<u></u>	

HOSPITAL DE HOSPITAL TIPO I? HOSPITAL TIPO II? REFERÊNCIA, TIPO III? Um hospital comunitário Um hospital com estrutura São os grandes hospitais dos polos de referência, que não possui unidade de 24 horas e um centro cirúrterapia intensiva (UTI), cigico mais completo, porém como os de Campo Grande, rurgião, centro cirúrgico, ou anestesistas 24 horas. sem UTI. No entanto, alguns Dourados e Três Lagoas. Esses hospitais possuem UTI, hospitais Tipo II podem ter Tem menor capacidade, UTI. hemodinâmica, tomogramas pode internar pacienfia, e outras especialidades tes com CURB-65 - 2 e sem avançadas. complicações oxigenatórias (COX).



Instrumento padrão para pneumonia comunitária.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code





Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.

CLIQUE AQUI

ou acesse o QR Code



LEMBRE-SE: a medicina é muito dinâmica! Se o paciente mudou de situação, evoluiu para um quadro mais grave, alterou os valores dos protocolos de CURB65/CRB65 e/ou COX... solicite novamente ao seu regulador.

A ficha de encaminhamento é muito simples, o que facilita bastante o processo de regulação, sempre visando a qualidade do atendimento e o bem-estar do paciente. Com isso, nossa expectativa é transformar a realidade dos atendimentos de urgência no estado de Mato Grosso do Sul.



VOCÊ PODE ASSISTIR A AULA COMPLETA

CLIQUE AQUI

ou acesse o QR Code



MANEJO DA APENDICITE AGUDA²

Como é o tratamento da apendicite aguda?

O tratamento é predominantemente cirúrgico (em mais de 95% dos casos). No entanto, nem todos os municípios do estado possuem estrutura médico-cirúrgica 24 horas para atender casos dessa natureza.

Quem é mais acometido?

Apendicite aguda acomete cerca de 7% da população, principalmente em faixas etárias mais jovens: entre 10 e 14 anos no sexo feminino e entre 15 e 19 anos no sexo masculino. No entanto, os extremos de idade também são afetados (crianças maiores de 2 anos e idosos), assim como pessoas com outras comorbidades, o que torna o diagnóstico mais desafiador.



Uma das maiores causas de solicitação de transferências feitas à Central de Regulação de Urgências é o abdômen agudo, sendo a apendicite aguda a forma mais comum.

QUADRO CLÍNICO

Sintomas gastrointestinais:

- · Náuseas e/ou vômitos:
- · Hiporexia.

Manifestações infecciosas:

· Febre.

² Material elaborado a partir do conteúdo gravado pelo Dr. João Ricardo Tognini, para o curso "MANEJO DA APENDICITE AGUDA – ESCORE DE ALVARADO E PROTOCOLO NEWS 2". Disponível em https://ead.saude.ms.gov.br/.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- · Leucocitose;
- · Neutrofilia e linfopenia;
- · PCR (elevação depois da leucocitose);
- · EAS (diagnóstico diferencial);
- · Teste de gravidez (pode ter importância).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Nem sempre é necessário imagem!

- RX abdome agudo: descarta abdome perfurativo e obstrutivo.
- Ultrassom: sensibilidade 86%.
- Tomografia: sensibilidade até 90%.



Exames de imagem são importantes, mas NÃO substituem o exame clínico! **A tomografia deve ser realizada com contraste.** No entanto, essa não é a realidade na maioria dos municípios do estado. Portanto, não se deve basear um protocolo exclusivamente em tomografia.

ENTÃO, QUAL A MELHOR FORMA DE SER FEITO ESSE DIAGNÓSTICO?

No caso de apendicite aguda, ou pelo menos a sua suspeita, **o exame é clínico: MÃO NA BARRIGA!** Até mesmo a indicação cirúrgica pode ser baseada no exame clínico!

Escore de Alvarado

Fornece uma pontuação para sinais e sintomas, resultando em uma definição diagnóstica baseada em parâmetros clínicos (sintomas e sinais) e laboratoriais. Estudos relatam uma **assertividade de 95%** para o sexo masculino e acima de 92% para o feminino.

O **escore de Alvarado** é um procedimento pouco invasivo, simples, rápido, reprodutível e que, ao se utilizar o ponto de corte de cinco pontos, apresenta uma boa sensibilidade na triagem de crianças, adolescentes e adultos com suspeita diagnóstica de apendicite aguda (BORGES; LIMA; FALBO NETO, 2003).

	Migração da d	1	
SINTOMAS	Anorexia	1	
	Náusea e/ou vá	ômitos	1
SINAIS	Dor na FID*		2
SINAIS	Dor à descomp	ressão	1
	Febre (T. axilar	1	
EXAMES	Leucocitose (≥	2	
	Neutrofilia (≥ 75	500/uL)	1
TOTAL			10
de 1 a 4 PONTOS: Não deve ser apendicite aguda Quadro clínico de outra origem	de 5 a 6 PONTOS: Não conclusivo Merece observação ou exames de imagem	de 7 a 10 PON Diagnóstico co Indicação cirúr	onclusivo

^{*}FID: Fossa ilíaca direita

Deve-se contar a pontuação correspondente para cada sintoma e sinal presente e resultado de exame.



Deixe o Escore em um local de fácil visualização no consultório e tenha salvo no celular.





Protocolo News 2

A partir do momento que a indicação é cirúrgica, com o escore de Alvarado entre 7 e 10, como saber se é necessária estrutura de UTI? Usando os critérios do Protocolo News 2.

É um escore de alerta precoce, baseado em sinais vitais, amplamente utilizado para avaliação do risco de deterioração clínica.

CR	RITÉRIOS I	DE GR	RAVID	ADE	NEW	S 2		
PARÂMETRO				PON	AUTI	ÇÃO		
FISIOLÓGICO	S	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratóra (p	oor minuto)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Sp02 % - Escala 1		≤91	92-93	94-95	≥96			
Sp02 % - Escala 2		≤83	84-85	89-87	88-92 ≥93 em ar ambiente	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	≥97 com oxigênio
Ar ambiente ou oxigênic	?		Oxigênio		Ar Ambiente			
Pressão arterial sistólica	(mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulso (por minuto)		≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciência					Alerta			Confusão aguda Resposta a voz ou dor Irresposivo
Temperatura (°C)		≤35.5		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
	сомо Fu	INCIC)NA (NEV	VS 2?			
ZERO PONTO Monitorização de 12-12h	1 a 4 PONTOS Monitorização d	de 6-6h		e 6 PON ' enção!	TOS		MAIS P ediatame	

Analisado os critérios, dê a pontuação conforme o quadro e avalie o escore. Se o **escore** for ≥ **5 pontos** o paciente deve ser encaminhado para um hospital com **Unidade de Terapia Intensiva** (UTI).



Você pode usar este protocolo em diversas situações de adoecimento na unidade de saúde ou hospital.

BAIXE AQUI
ou acesse o QR Code



Condutas clínicas e dúvidas diagnósticas

SERÁ QUE É APENDICITE?

Está no Alvarado 5 ou 6 e ficou na dúvida se solicita exames de imagem ou encaminha para uma referência? A estabilidade hemodinâmica ajudará na definição do diagnóstico e nas condutas que se deve tomar imediatamente.



Uma dica valiosa: prestar atenção na estabilidade hemodinâmica!

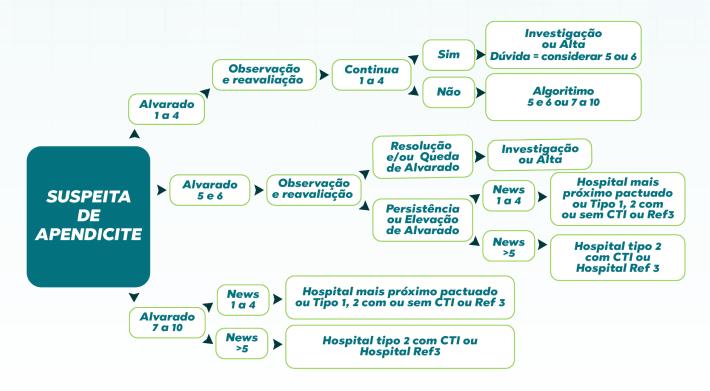
Qual é o tratamento clínico de apoio?

- É fundamental hidratar, deixar em jejum e monitorar. Deve se tomar cuidado com analgésicos muito potentes, tipo opioides, para não mascarar o quadro doloroso, retardando o diagnóstico. Usar analgésicos como paracetamol ou dipirona, injetável, são mais adequados.
- · Atenção com os antiespasmódicos para não ter distensão abdominal. Já os **antieméticos são bem-vindos**.
- Antibióticos: quando há indicação de cirurgia para apendicite aguda (Alvarado ≥ 7), a administração de antibióticos deve ser iniciada imediatamente, mesmo que seja necessária transferência.

Com qual antibiótico deve-se iniciar a terapêutica?

- **Ideal:** Cefalosporinas de segunda geração, como a cefoxitina, com uma dose de ataque de 2g, seguida de 1g a cada 8 horas.
- **Alternativa:** Cefalosporinas de primeira geração, como a cefazolina, com uma dose de ataque de 2g, seguida de 1g a cada 8 horas.
- Para apendicites com quadros contaminados ou infectados: Utilizar ceftriaxona em combinação com metronidazol.

Fluxograma para apendicite aguda





Ficha de preenchimento

Esta é uma ficha específica para apendicite que deve ser preenchida com os critérios de Alvarado e os critérios News 2. Após o preenchimento, haverá a avaliação do médico regulador, que endossará ou não a transferência, recomendará ou não a administração de antibióticos antes da transferência e indicará o local de destino.

NOME:		DATA NASC.:/_/
OCAL DE ATEN	DIMENTO:	
MÉDICO ASSIST	ENTE:	
SCALA DE ALV	ARADO	
Assinalar achado	presente. A direita valor máximo possív	vel)
	Migração da dor	até 1
SINTOMAS	Anorexia	até 1
	Náusea e/ou vômitos	até 1
	Dor na FID	até 2
SINAIS	Dor à descompressão	até 1
	Febre (T. axilar ≥ 37,5°C)	até 1
=V444=0	Leucocitose (≥ 1000/uL)	até 2
EXAMES	Neutrofilia (≥ 750/uL)	até 1
TOTAL		até 10
ALVARADO	PROTOCOLO NEW 2	
1a4 ()	1a4 ()	
	≥5 ()	
7 a 10 ()		



Instrumento padrão Apendicite Aguda.

BAIXE AQUI
ou acesse o QR Code



OBSERVAÇÃO: Caso a transferência seja negada, continue observando e tratando seu paciente. Não há impedimento de, após 12 horas, caso o quadro clínico se altere, fazer um novo contato com o regulador.



VOCÊ PODE ASSISTIR A AULA COMPLETA

CLIQUE AQUI

ou acesse o QR Code



COLELITIASE ASSINTOMÁTICA E SINTOMÁTICA³

O que é a colelitiase assintomática?

A colelitíase é a presença de pedras (cálculos) no interior da vesícula biliar. É uma condição frequente que muitas vezes é assintomática, sendo descoberta incidentalmente durante a investigação de outras patologias.

Quando o colesterol, os sais biliares ou os bilirrubinatos são produzidos em excesso pelo fígado, ocorre a precipitação dessas substâncias, formando pequenos grânulos. Esses grânulos iniciam a formação dos cálculos biliares. Existem dois tipos de cálculos que podem ser encontrados na vesícula biliar: os de colesterol e os de sais biliares. Eles podem ser únicos ou múltiplos, variando de pequenos grãos a grandes cálculos.

Em quais situações há indicação cirúrgica?

Existe um protocolo criado pela Federação Brasileira de Gastroenterologia que estabelece os critérios para a realização de cirurgia na colelitíase assintomática. Lembre-se! Como não se trata de uma situação de urgência, não é necessário contatar a regulação de urgência para encaminhar o paciente imediatamente.

Há indicação de cirurgia eletiva para os casos:

- · Pacientes imunossuprimidos;
- · Pacientes com vesícula em porcelana;
- · Pacientes com antecedentes familiares de neoplasia de trato digestório;
- · Pacientes com doença hemolítica crônica;
- · Pacientes que moram em localidade remota (como, por exemplo, mora no interior do pantanal, é tripulante de cruzeiros marítimos);
- · Pacientes muito jovens, devido à grande expectativa de vida, que pode levar ao desenvolvimento de complicações ao longo do tempo;
- · Em casos de cálculos muito grandes (> 2,5 cm) ou muito pequenos (< 0,5 cm);
- Pacientes que v\u00e3o passar por procedimento cir\u00eargico no abdome (ex. cirurgia bari-\u00e1trica);
- · Pólipo biliar e colelitiase.

³ Material elaborado a partir do conteúdo gravado pelo Dr. João Ricardo Tognini, para o curso "COLELITÍ-ASE E SUAS COMPLICAÇÕES". Disponível em https://ead.saude.ms.gov.br/.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul elaborou o **Protocolo para a Colelitíase Assintomática.**

ULTRASSOM COM COLELITÍASE E SEM SINTOMAS

- · Pacientes imunossuprimidos;
- · Portadores de vesícula em porcelana;
- Pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;
- Pacientes com doenças hemolíticas crônicas;
- Moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;
- Pacientes muito jovens;
- Portadores de cálculos muito grandes (>2,5 cm) ou muito pequenos (<0,5 cm);
- Pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.



É importante seguir o protocolo: caso o paciente apresente alguma das situações mencionadas anteriormente, será indicado o encaminhamento para cirurgia eletiva. Se não houver nenhuma dessas situações, o paciente deverá ser acompanhado na rede de atenção primária à saúde.



Protocolo para a Colelitíase Assintomática.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code



Utilize o algoritmo de preenchimento e o regulador irá orientar se o paciente deve ser encaminhado ou não para o ambulatório de clínica cirúrgica.

CONDIÇÕES CLÍNICAS	SIM	NÃO
- Pacientes imunossuprimidos;		
- Portadores de vesícula em porcelana;		
- Pacientes com antecedentes familiares de neoplasia do trato digestivo;		
- Pacientes com doenças hemolíticas crônicas;		
- Moradores em localidades muito distantes de atendimento médico;		
- Pacientes muito jovens;		
- Portadores de cálculos muito grandes (>2,5cm) ou muito pequenos (<0,5cm);		
- Pacientes que serão submetidos a algum procedimento cirúrgico no abdome.		
REGULAÇÃO MÉDICA Algum dado positivo na tabela condição clínica? SIM () NÃO () SIM: Encaminhar para atendimento em ambulatório de cirurgia Geral. SE SIM: Contra referência para unidade básica.		



Instrumento padrão Colelitíase Assintomática.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code



O que é a colelitiase sintomática sem complicações

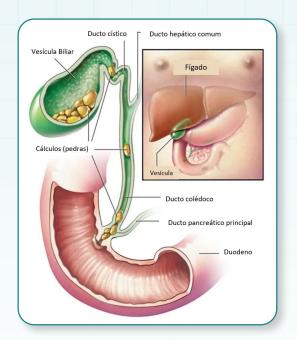
A colelitíase sintomática sem complicações refere-se à presença de cálculos biliares que causam sintomas, mas não apresentam complicações, manifestando-se principalmente como cólica biliar. O grande desafio clínico para a equipe médica é determinar se o paciente está sofrendo de cólica biliar ou de colecistite aguda, uma vez que os sintomas iniciais de ambas as condições são semelhantes.

Os sintomas incluem dor em cólica, geralmente lancinante, de início abrupto após a ingestão de alimentos gordurosos, dor no hipocôndrio direito irradiando para o dorso, acompanhada de vômito. É essencial diferenciar entre cólica biliar e colecistite aguda para um diagnóstico preciso e um tratamento adequado.

Colecistite aguda

A colecistite aguda apresenta sinais infecciosos, embora nem sempre comece com febre e, eventualmente, possa não haver leucocitose no início do quadro. A dor da colecistite aguda dura mais de quatro horas, persistindo mesmo após a administração de medicação. Em contrapartida, se o paciente apresentar uma melhora significativa e rápida após o uso de antiespasmódicos e analgésicos, é provável que esteja diante de uma cólica biliar.

A colecistite aguda geralmente inicia como uma cólica biliar, caracterizada por dor intensa após a ingestão de alimentos gordurosos. No entanto, ao contrário da cólica biliar, a dor não melhora com medicação e se mantém contínua devido ao processo inflamatório e



infeccioso subjacente. Normalmente, há uma obstrução biliar no ducto cístico, resultando em estase biliar. A bile inflama a mucosa da vesícula, levando à multiplicação bacteriana e ao desenvolvimento da colecistite aguda.

QUADRO CLÍNICO:

- · Dor contínua;
- · Leucocitose;
- · Ultrassom com espessamento das paredes;
- · Febre:
- · Sinal de Murphy;
- · Eventuais sinais sistêmicos (sepse).

Fique atento aos pacientes com cólica biliar de repetição e aprofunde os exames de imagem, como o ultrassom, para confirmar o diagnóstico de litíase biliar. Dessa forma, será possível identificar qualquer sinal de colecistite aguda. A ultrassonografia pode revelar espessamento das paredes da vesícula e outras complicações, como abscessos e líquido perivesicular. Em alguns casos, o paciente pode apresentar sinais clínicos de infecção sistêmica, incluindo choque séptico.

Portanto, é essencial realizar uma análise clínica sistêmica detalhada para uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada.

LITÍASE BILIAR SEM INFLAMAÇÃO



COLECISTITE AGUDA





Não esqueça de seguir o algoritmo e preencher a ficha de encaminhamento!

CÓLICA BILIAR ULTRASSOM CONFIRMA LITÍASE BILIAR DOR DE ORIGEM
BILIAR

DESCARTADO
COLECISTITE AGUDA

DESCARTADO
COLANGITE

DESCARTADO
PANCREATITE

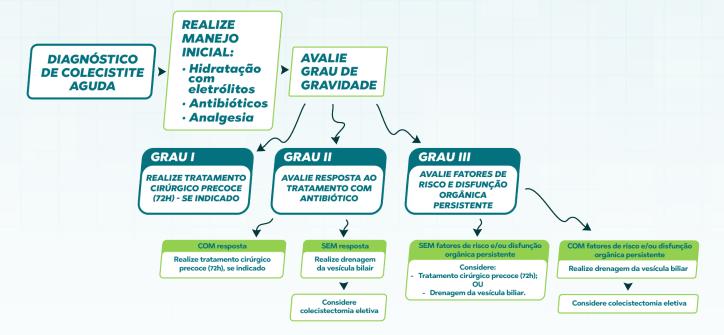
MELHORA DOS SINTOMAS CONDIÇÕES DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL AGENDAMENTO ELETIVO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA GERAL

Qual o tratamento?

- · Analgésicos/antiespasmódico;
- · Antieméticos;
- · Hidratação;
- · Eventualmente anti-inflamátório.

O manejo inicial é clínico e recomendado para todos os casos assim que o diagnóstico é realizado. Em situações de urgência, o tratamento cirúrgico é o mais comum. Para casos mais leves, pode-se optar por um tratamento clínico inicial para estabilizar o paciente antes de realizar a cirurgia eletiva. O cirurgião determinará a abordagem mais apropriada, e o algoritmo abaixo pode auxiliar nesse processo.

Algoritmo



Este algoritmo é originário da central de regulação da Universidade de São Paulo e é altamente recomendado. O protocolo sugere que, após o diagnóstico, a gravidade da condição seja estabelecida utilizando os critérios de Tóquio. Com base nesses critérios, o próximo passo é fazer contato com a central de regulação e responder a um questionário específico.

CÓLICA BILIAR E COLECISTITE AGUDA						
- Dor em hipocôndrio direito	() SIM	() NÃO		
- Melhoras com analgesia	() SIM	() NÃO		
- Febre	() SIM	() NÃO		
- Frequência Cardíaca >100	() SIM	() NÃO		
- PA sistólica menor que 100 mmHg	() SIM	() NÃO		
- Ultrassom com cálculos	() SIM	() NÃO	() NÃO REALIZADO
- Ultrassom com sinais de colecistite aguda?	() SIM	() NÃO	() NÃO REALIZADO
- Leucocitose?	() SIM	() NÃO	() NÃO REALIZADO
REGULAÇÃO MÉDICA						
	() Colecistite aguda Tokyo 1				
() Colíca Biliar	() Colecistite aguda Tokyo 2				yo 2	
	() Colecistite aguda Tokyo 3 (Sepse)				
PROVIDÊNCIAS						
() Encaminhamento a Ambulatório de Cirurgia	Geral					
() Encaminhamento para urgência Cirurgia Ger	al com	ou sem	UTI			
() Encaminhamento para Cirurgia Geral Obriga	toriam	ente cor	n CT	I		
ANTIBIÓTICOS						
() Sim / Qual?						
() Não						



Instrumento padrão Colelitíase Sintomática.



ou acesse o QR Code



Uma vez preenchido o questionário, o regulador classificará a gravidade do caso e encaminhará o paciente para o setor adequado.

Icterícia

A semiologia da icterícia associada à colelitíase é crucial para um diagnóstico precoce e tratamento adequado, prevenindo complicações graves e melhorando os resultados clínicos. Quando associada à colelitíase, a icterícia resulta principalmente da obstrução do ducto biliar comum por cálculos biliares, impedindo o fluxo normal da bile do fígado para o intestino.

Por isso, é importante observar:

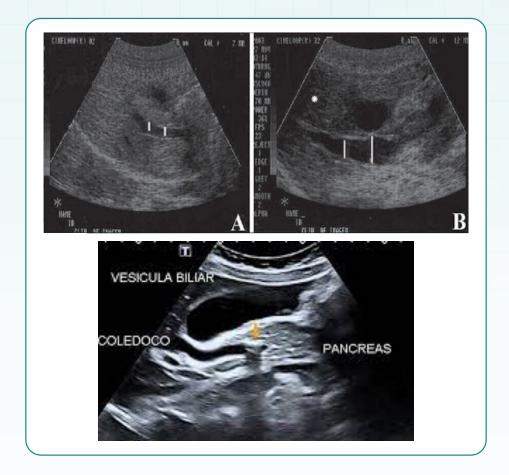
- · Inspeção: coloração amarelada das escleras, pele e mucosas.
- Palpação: sensibilidade ou dor à palpação no quadrante superior direito do abdômen. Sinal de Murphy positivo pode ser observado em casos de colecistite.
- Outros achados: hepatomegalia (aumento do fígado) em alguns casos, febre e sinais de infecção sistêmica em casos complicados por colangite.

EXAMES LABORATORIAIS:

- · Aumento da bilirrubina total e direta.
- · Elevações nas enzimas hepáticas (ALT, AST) e fosfatase alcalina.
- · Elevação dos níveis de GGT (gama-glutamil transferase).
- · TGO e TGP normais ou próximos do normal.

EXAMES DE IMAGEM:

- Ultrassonografia abdominal: método de escolha para visualizar cálculos na vesícula biliar e ductos biliares, espessamento da parede da vesícula, dilatação das vias biliares.
- Colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) ou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE): indicadas para visualização detalhada da árvore biliar e identificação de obstruções.



Colangite aguda

A colangite aguda é uma síndrome clínica caracterizada por febre, icterícia e dor abdominal (tríade de Charcot), que se desenvolve como resultado da estase e infecção do trato biliar, associada à proliferação bacteriana na árvore biliar. Na colangite aguda, a obstrução do ducto biliar provoca a ascensão bacteriana do duodeno até o colédoco.

Refere-se à interrupção ou diminuição do fluxo normal da bile no trato biliar.

Pacientes com colangite aguda também podem apresentar complicações decorrentes da bacteremia, incluindo abscesso hepático, sepse, falência múltipla de órgãos e choque.

Temos diretrizes diagnósticas e de gravidade que nos ajudam a conduzir os casos de colangites agudas, como segue:

A - INFLAMAÇÃO SISTÊMICA **A-1** Febre e ou calafrios **Encaminhamento** A-2 Dados laboratoriais: evidência de resposta inflamatória para hospital com CPRE ALNALGESIA **CRITÉRIOS B - COLESTASE DE TOKYO** HIDRATAÇÃO **B-1** Icterícia Até 30 horas no **PARA B-2** Dados laboratoriais: provas hepáticas anormais mesmo município **ANTOBIÓTICOS** COLANGITE: C - IMAGENS Até 48 horas em C-1 Dilatação das vias biliares outro munícipio C-2 Evidência da etilogia na imagem (estenose de via biliar, cálculo na via biliar) DIAGNÓSTICO SUSPEITO: UM item A + UM item qualquer B ou C DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: UM item A + UM item B + UM item C

GRAU LEVE

PONTUAÇÃO DE

GRAU MODERADO

GRAU SEVERO

CRITÉRIOS DE TOKIODE

2013 / 2018

NÃO SE ENCAIXA NO CRITÉRIO DE GRAU MODERADO OU SEVERO PONTUAÇÃO DE PELO MENOS 2 CRITÉRIOS DENTRE:

- Leucocitose / leucopenia
- Febre alta (39°C)
- Idade (>75 anos)
- Elevação de bilirrubinas
- Queda de albumina

- Disfunção cardiovascular
- Disfunção nervosa
- Disfunção respiratória
- Disfunção renal
- Disfunção hepática
- Disfunção hematológica



Critérios de Tokyo para Colangite.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code



Critérios de Tokio de 2013/2018.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code



PARA MEMORIZAR e não confundir:

A **COLANGITE** é uma inflamação e infecção das vias biliares que acontece por uma obstrução do ducto biliar, possibilitando a infecção por bactérias através de translocação. Na colangite, a inflamação se estende por toda a via biliar.

Já na **COLECISTITE**, também ocorre uma obstrução da passagem da bile, mas dessa vez ela ocorre no ducto cístico. Na **COLELITÍASE**, ocorre a obstrução da via biliar por um cálculo, é a doença calculosa biliar.
O cálculo está dentro da vesícula biliar.

Enquanto na
COLEDOCOLITÍASE,
ocorre a migração do
cálculo para o colédoco.

Colelitíase com pancreatite aguda

A pancreatite aguda é uma doença inflamatória do pâncreas, frequentemente desencadeada pela litíase biliar, especialmente por microcálculos. A gravidade da pancreatite aguda varia conforme a intensidade da cascata inflamatória, podendo apresentar desde formas leves até quadros potencialmente fatais.

A principal causa de pancreatite aguda é a litíase biliar, que obstrui o ducto pancreático e ativa enzimas pancreáticas prematuramente, levando à inflamação. Outras causas incluem consumo excessivo de álcool, hipertrigliceridemia, uso de certos medicamentos e infecções virais.

Critérios de diagnóstico e gravidade de Atlanta (2012)

O diagnóstico de pancreatite aguda é estabelecido com a presença de pelo menos dois dos três critérios abaixo:

- **Dor abdominal:** dor em faixa, de início súbito, frequentemente acompanhada de vômitos e irradiação para a região lombar.
- Níveis elevados de lipase ou amilase séricas: valores, no mínimo, três vezes acima do limite superior da normalidade.
- Achados de imagem: evidências de pancreatite aguda na tomografia computadorizada (TC) com contraste, ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia (USG) abdominal.

A GRAVIDADE DA PANCREATITE AGUDA É CLASSIFICADA EM TRÊS CATEGORIAS:

- Leve: ausência de falência de órgãos e sem complicações sistêmicas ou locais.
- Moderada: caracteriza-se por uma ou mais falências orgânicas transitórias (menos de 48 horas), podendo envolver os sistemas cardiovascular, pulmonar ou renal. Pode haver complicações sistêmicas (exacerbação de doenças preexistentes) ou locais (pancreatite intersticial com coleções fluídicas peripancreáticas e pseudocistos, ou pancreatite necrotizante).
- **Grave:** caracterizada por falência orgânica única ou múltipla persistente (mais de 48 horas).

Uma outra forma de estratificar a gravidade da pancreatite é o uso dos **Critérios NEWS 2**, que ajudam a avaliar a necessidade de intervenções urgentes.



Critérios NEWS 2.

BAIXE AQUI

ou acesse o QR Code



Conduta clínica

O manejo inicial da pancreatite aguda inclui:

- Analgesia e hidratação: administração de analgésicos adequados e fluidos intravenosos.
- Suporte de vida: oxigenoterapia e monitoramento da diurese.
- **Drogas vasoativas:** se necessário, para manter a pressão arterial e a perfusão orgânica.
- Sonda nasogástrica: para pacientes com vômitos intensos.
- **Exames laboratoriais:** avaliação frequente de parâmetros bioquímicos e hematológicos.
- Exames de imagem: para confirmar o diagnóstico e avaliar complicações.
- **Encaminhamento:** transferência para unidades de cuidados intensivos ou centros especializados, conforme a gravidade do quadro.

Algoritmo da pancreatite

O manejo da pancreatite aguda deve seguir um algoritmo baseado em diretrizes institucionais, para assegurar uma abordagem sistemática e eficaz. Observe o algoritmo a seguir.





A identificação precoce dos sinais e sintomas, juntamente com a aplicação de protocolos de tratamento estruturados, é crucial para a recuperação do paciente e para a prevenção de complicações severas.



VOCÊ PODE ASSISTIR A AULA COMPLETA

CLIQUE AQUI

ou acesse o QR Code







SES Secretaria de Estado de Saúde

