

dar alta e encaminhar o paciente para acompanhamento ambulatorial com analgésicos por 24 horas.

Indicar a internação hospitalar de pacientes com quadro de colecistite aguda, suspeita de pancreatite ou colangite.

Efetuar tratamento sintomático com anti-eméticos e analgésicos (em casos graves a meperidina pode ser empregada).

Solicitar ECG para diagnóstico diferencial com IAM.

Efetuar radiografia de tórax para afastar pneumonia de lobo inferior.

Estabelecer acesso venoso periférico.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, sódio, potássio, cloro.

Iniciar antibioticoterapia IV em casos suspeitos de colecistite aguda (quinolona e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato).

20. CÓLICA RENAL

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Situação comum nos serviços de urgência.

Os cálculos geralmente formam-se na pelve renal e os sintomas ocorrem com a migração do cálculo através do ureter ou na presença de infecção.

b. QUADRO CLÍNICO

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é dor aguda de forte intensidade no flanco (cálculos próximos ao rim), com irradiação para o quadrante ipsilateral inferior da região inguinal, testículo ou grande lábio (cálculos junto a bexiga).

A dor que migra do flanco para região anterior e inferior é sugestiva de cálculo migrando pelo ureter.

Náuseas, vômitos e diaforese são frequentes.

Os pacientes estão inquietos e se movimentam constantemente.

A presença de febre indica infecção concomitante.

Na presença de infecção podem ocorrer sinais e sintomas de pielonefrite associados.

Pesquisar história de ataques similares no passado e de condições predisponentes (gota e hipercalcemia).

A hematúria micro ou macroscópica está presente em 90% dos casos.

Estudos de imagem devem ser realizados no 1º episódio suspeito de cólica renal ou quando há dúvida diagnóstica.

Pacientes com episódios recorrentes devem ser tratados sintomaticamente a não ser que obstrução ou infecção sejam suspeitos.

A radiografia simples é útil, mas apesar de 90% dos cálculos serem radiopacos a sensibilidade é baixa.

O melhor método diagnóstico é a tomografia helicoidal que tem 98% de sensibilidade e não necessita de contraste. A ultra-sonografia tem apenas 64% de sensibilidade, tem maior valor para detecção de hidronefrose.

Diagnóstico diferencial com: aneurisma de aorta, hérnia encarcerada, torção de testículo, prenhez ectópica, pielonefrite, herpes zoster e distensão muscular.

c. CONDUTA

Prover analgesia com o uso de opiáceo IV concomitante com antiinflamatório, IV ou VO.

Administrar antiemético caso necessário.

Liberar pacientes não complicados para acompanhamento ambulatorial com a orientação de beber 2 a 3 litros de água por dia, com antiinflamatório VO e associar antiemético e analgésico a base de codeína caso necessário.

Instruir os pacientes a retornarem em caso de febre, dor intensa ou vômitos persistentes.

Indicar hospitalização nos seguintes casos: dor intratável, vômitos intratáveis, pielonefrite concomitante, elevação de escórias nitrogenadas, rim único, cálculo ureteral bilateral e dor que persiste por mais de 48 horas.

21. OBSTRUÇÃO INTESTINAL

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causadas por bloqueio mecânico do intestino ou redução da peristalse (íleo) que é a forma mais comum.

O bloqueio mecânico do intestino delgado resulta geralmente de aderências (bridas) devido a cirurgias prévias ou processos inflamatórios, a segunda causa mais comum é a hérnia encarcerada especialmente a