

Drogas utilizadas no tratamento de náuseas e vômitos

| GRUPO | MEDICAMENTO | DOSE | INDICAÇÃO E CUIDADOS |
|-----------------------------------|------------------------------|---|---|
| ANTAGONISTAS DA SEROTONINA (5 HT) | ONDANSETRON (ZOFTRAN®) | 8 mg IV (0,15 mg/kg) uma vez ao dia, infundido em 15 minutos. 8 mg VO duas vezes ao dia. | Prevenção da êmese por quimioterápico. |
| ANTAGONISTAS DA DOPAMINA | METOCLOPRAMIDA (PLASIL®) | 10 mg IV de 8 em 8 horas até de 6 em 6 horas | Cuidado: tem ação sedativa, associa-se a efeitos extra-piramidais e pode causar depressão |
| | PROMETAZINA (FENERGAN®) | 25 mg VO de 4 em 4 horas | |
| ANTI-HISTAMÍNICOS | DIMENDRINIDRATO (DRAMAMINE®) | 50 a 100 mg VO ou IV de 4 em 4 horas ou 6 em 6 horas | Úteis especialmente em náusea relacionada a cinetose, vertigem e enxaqueca |
| | DIFENHIDRAMINA (BENADRYL®) | 25 a 50 mg VO de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas 50 mg IV | |

15. HEMORRAGIA DIGESTIVA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Em 90% dos pacientes a hemorragia origina-se de do trato digestivo superior (proximal ao ligamento de Treitz).

Em 80% dos pacientes o sangramento cessa antes da chegada a emergência.

A úlcera péptica é a causa mais comum de sangramento digestivo, seguida por gastrite e esofagite erosivas, varizes de esôfago e gástricas e síndrome de Mallory Weiss.

A principal causa de sangramento digestivo baixo aparente é o sangramento digestivo alto.

As hemorróidas são a principal causa de sangramento digestivo baixo real seguido por doença diverticular, malformação arteriovenosa, doença inflamatória e pólipos.

b. QUADRO CLÍNICO

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é a hematêmese (vômitos com sangue), hematoquezia (saída de sangramento vivo pelo reto) e melena (evacuação de fezes escuras cor de piche).

Alguns pacientes apresentam fraqueza ou síncope, causadas pela hipotensão arterial.

Hipotensão postural e taquicardia.

A presença de possível fístula aórtico entérica é um fator de risco, avaliar se há história de reparo de aneurisma de aorta ou massa abdominal pulsátil.

Pesquisar história de sangramento digestivo prévio e presença conhecida de varizes de esôfago.

Em 15% dos pacientes com hematoquezia uma causa de hemorragia digestiva alta é encontrada.

A melena raramente é associada a sangramento digestivo baixo.

Hematêmese seguida por vômitos sugere Mallory Weiss.

A presença de eritema palmar, icterícia, ginecomastia, ascite sugerem insuficiência hepática.

Ingestão de ferro ou bismuto podem simular melena.

c. CONDUTA

Colocar o paciente em leito monitorizado e obter temperatura, pulso e saturação da hemoglobina.

Suspender alimentação VO e uso de antiácidos.

Obter medidas de pressão ortostática caso a PA sistólica inicial seja maior que 100 mmHg e a FC seja menor que 100 bpm.

Avaliar a respiração.

Administrar oxigênio através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

Assistir caso necessário a ventilação com bolsa e máscara, utilizando oxigênio suplementar.

Avaliar a circulação.

Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior e obter amostra de sangue para hemograma, TAP, PTT, creatinina, uréia e eletrólitos. Em pacientes mais graves obter gasometria arterial e dosagem de lactato para avaliar a perfusão.

Iniciar infusão de solução cristalóide para reposição volêmica.

Inserir cateter nasogástrico em caso de hematêmese ou sangramento significativo qualquer que seja a origem.

Administrar vitamina K IV 10 mg em pacientes com história de uso de cumarínico ou de insuficiência hepática.

Considerar a endoscopia precoce.

Transferir o paciente para unidade hospitalar.

16. EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS NÃO TRAUMÁTICAS

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

São exemplos de emergências abdominais não traumáticas: