

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Intercorrências Agudas no Domicílio
**Programa Multicêntrico de Qualificação em
Atenção Domiciliar a Distância**



Melhor em Casa



UFC



NUTEDS



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

MÓDULO INTERCORRÊNCIAS AGUDAS NO DOMICÍLIO	2
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA ADMINISTRAÇÃO ERRADA DE MEDICAMENTOS ...	9
1. COMO IDENTIFICAR.....	9
2. COMO AVALIAR	10
3. TOMADA DE DECISÃO.....	10
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA BRONCOASPIRAÇÃO.....	16
1. COMO IDENTIFICAR.....	16
2. COMO AVALIAR	17
3. TOMADA DE DECISÃO.....	18
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOR TORÁCICA.....	23
1. COMO IDENTIFICAR.....	23
2. COMO AVALIAR	26
3. TOMADA DE DECISÃO.....	40
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA FEBRE.....	44
1. COMO IDENTIFICAR.....	44
2. COMO AVALIAR	45
3. TOMADA DE DECISÃO.....	46
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	51
1. COMO IDENTIFICAR.....	51
2. CAUSAS MAIS FREQUENTES	52
3. TOMADA DE DECISÃO.....	53
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA	62
1. COMO IDENTIFICAR.....	62
2. COMO AVALIAR	63
3. TOMADA DE DECISÃO.....	66
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE SANGRAMENTOS EM PACIENTES ANTICOAGULADOS	71
1. COMO IDENTIFICAR.....	71
2. COMO AVALIAR	72
3. TOMADA DE DECISÃO.....	75
AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DAS INTERCORRÊNCIAS EM PACIENTES COM TRAQUEOSTOMIA.....	79
1. COMO AVALIAR	79
2. COMO AVALIAR	80
3. TOMADA DE DECISÃO.....	81

MÓDULO INTERCORRÊNCIAS AGUDAS NO DOMICÍLIO

Este módulo tem como objetivo contribuir na educação permanente de gestores e profissionais da saúde e, consequentemente, na qualificação do cuidado realizado no domicílio. A intenção é mostrar como se deve proceder para avaliar e tratar situações de intercorrências agudas nos domicílios.

É composto por 8 unidades:

- 01 - Avaliação e manejo domiciliar da administração errada de medicamentos
- 02 - Avaliação e manejo domiciliar da broncoaspiração
- 03 - Avaliação e manejo domiciliar da dor torácica
- 04 - Avaliação e manejo domiciliar da febre
- 05 - Avaliação e manejo domiciliar da incontinência urinária
- 06 - Avaliação e manejo domiciliar da retenção urinária aguda
- 07 - Avaliação e manejo domiciliar de sangramento em pacientes anticoagulados
- 08 - Avaliação e manejo domiciliar das intercorrências em pacientes com traqueostomia

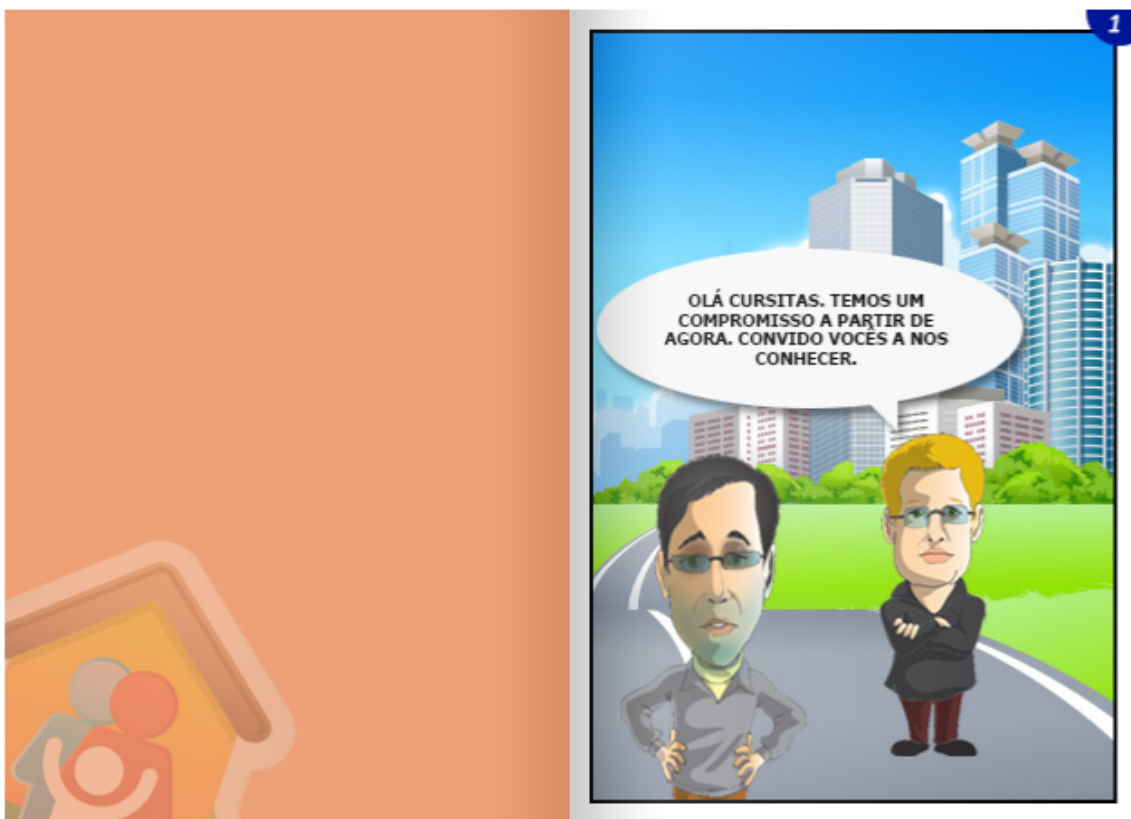
Esperamos que no fim desse módulo você seja capaz de:

Objetivos de Aprendizagem



1. Identificar e caracterizar sintomas das Intercorrências Agudas no Domicílio.
2. Refletir e adotar posturas adequadas à pessoa que apresentar estas intercorrências.

Antes de prosseguirmos com o conteúdo, conheça os conteudistas do módulo que você irá estudar.







10

É VERDADE, O CONTEÚDO ESTÁ MUITO DINÂMICO, BEM PENSADO E FEITO PARA AUXILIAR O ALUNO A TOMAR AS PRINCIPAIS DECISÕES DIANTE DAS INTERCORRÊNCIAS NO DIA-A-DIA.



11

É ISSO AÍ! EM CADA UNIDADE ESTAREMOS ESCLARECENDO O QUE SERÁ ESTUDADO. ESPERO QUE TRILHEMOS JUNTOS ESTE CAMINHO E QUE POSSAMOS COLOCAR EM PRÁTICA TUDO O QUE APRENDEREMOS NESTE CURSO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.



12

EM ADMINISTRAÇÃO ERRADA DE MEDICAMENTOS, BRONCOASPIRAÇÃO E DOR TORÁCICA VEREMOS COMO AVALIAR E MANEJAR TAIS INTERCORRÊNCIAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR. AS UNIDADES ESTÃO DIVIDIDAS EM COMO IDENTIFICAR, COMO AVALIAR E TOMADA DE DECISÃO.

EM DOR TORÁCICA TEMOS UM TÓPICO DE "CAUSAS MAIS FREQUENTES". ESSA DIVISÃO FOI PENSADA PEDAGOGICAMENTE DE FORMA A BENEFICIAR O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.



13

EM FEBRE, INCONTINÊNCIA URINÁRIA AGUDA, RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA, SANGRAMENTO EM PACIENTES ANTICOAGULADOS E TRAQUEOSTOMIA SEGUIMOS O PADRÃO DE DIVISÃO, INTERCALADOS ENTRE "COMO AVALIAR" E "CAUSAS MAIS FREQUENTES". AS TELAS INICIAIS DE TODAS AS UNIDADES FORAM PADRONIZADAS PARA PROPORCIONAR MELHOR IDENTIDADE AO MÓDULO.

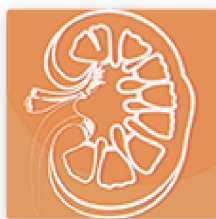
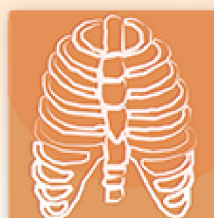
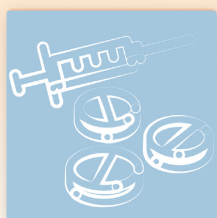
AS UNIDADES CONTÊM TODO O CONTEÚDO NECESSÁRIO PARA QUE VOCÊ RESOLVA A ATIVIDADE. SABEMOS QUE ESSE CONTEÚDO FORNECE GRANDE OPORTUNIDADE DE APRENDIZADO E APLICAÇÃO NO SAD. ESPERAMOS QUE APROVEITEM BEM!







Administração Errada de Medicamentos



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA ADMINISTRAÇÃO ERRADA DE MEDICAMENTOS



Esta unidade explora conhecimentos para sua prática profissional relacionada à avaliação e manejo domiciliar da Administração Errada de Medicamentos. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar e a tomada de decisão para pacientes com efeitos da Administração Errada de Medicamentos em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Identificar o erro na administração de medicamentos;
- Diagnosticar o paciente com erro na administração de medicamentos;
- Adotar decisões corretamente nos casos de erro na administração de medicação;
- Reconhecer os sintomas que devem ser tratados como urgência.

Ao final dessa unidade você verá um caso clínico que testará os conhecimentos por você adquiridos. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Bons estudos.

1. COMO IDENTIFICAR

Os erros de medicações em toda internação, inclusive domiciliar, representam uma triste realidade no trabalho dos profissionais de saúde, com sérias consequências para os pacientes e as instituições.

Medicar depende de ações meramente humanas e os erros fazem parte dessa natureza. Porém, um sistema de medicação bem estruturado deverá promover condições que auxiliem na minimização e prevenção de erros.

Sendo assim, a equipe de Atenção Domiciliar (AD) deve estar preparada para orientar as famílias quanto à administração de medicamentos, informando sobre possibilidade de equívocos medicamentosos.



Importante

Nos EUA, em 36 hospitais e instituições de saúde, foram identificados como erros mais frequentes na administração as seguintes situações: horários errados (43%), omissão (30%), dose errada (17%) e aplicação de medicação sem orientação (4%). (BARKER et al, 2002)

2. COMO AVALIAR

As variantes possíveis quando se trata de equívocos medicamentosos são várias, porém, a maior preocupação está direcionada à intoxicação e, em segundo plano, à pobre resposta terapêutica implicada nas omissões de tomadas.

A primeira atitude é sempre deixar esclarecido à família para informar a equipe de Atenção Domiciliar (AD) se ocorrer a tomada errada. A não ocorrência da comunicação implicará em dificuldade de manejo.



O reconhecimento de problemas na tomada de medicação acontecerá por alterações no estado clínico do paciente. Sendo que este poderá ser por SUBTRAÇÃO de dose ou EXCESSO. Diante do quadro, a equipe elaborará esta hipótese diagnóstica se assim considerar cabível.

O exame físico poderá ajudar a correlacionar as drogas existentes no domicílio com o quadro apresentado pelo paciente, conforme avaliação de nível de consciência, sinais vitais e exame das pupilas, além de avaliação de graus diferentes de excitação, ou depressão.

3. TOMADA DE DECISÃO

A seguir etapas essenciais para a tomada de decisão quando houver um quadro de administração errada de medicamentos:

Diagnóstico**Manejo****Referenciamento**

O início do diagnóstico, através da informação dos familiares, direcionará as perguntas que seguem, para ponderar sobre as atitudes a serem tomadas:

Qual medicação dada por engano? Qual via?

Em que dose?

Há quanto tempo?

Já era usuário prévio?

Como o paciente está neste momento?

Foi feita tentativa de retirada da droga (indução de vômito)?

Tomou ou foi administrada outra medicação ou alimento concomitante?

Diagnóstico**Manejo****Referenciamento**

Conforme as informações, deve-se atentar para a farmacologia das medicações, como absorção, pico de ação, excreção, toxicidade, efeitos colaterais e interações medicamentosas. Em todos estados do Brasil existem Centros de Informações Toxicológicas (CIT) gratuitos, por telefone, que funcionam 24 horas.



A Anvisa criou o Disque-Intoxicação, meio pelo qual os profissionais de saúde obtêm informações sobre tratamentos, além de o público em geral tirar dúvidas gratuitamente. Através do número **0800-722-6001**, a ligação é transferida para o Centro de Informação e Assistência Toxicológica mais próximo de onde está o usuário.

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Em linhas gerais, podemos orientar o seguinte:

Medicação Usual	Dose Usual (Horário Equivocado)	Suspender a próxima dose e observar
Medicação Não Usual	Dose Terapêutica	Avaliar junto ao médico a possibilidade de interação com os demais medicamentos. Habitualmente nenhuma medida é necessária.
Medicação Usual e Não Usual	Dose Alta	Sugere-se transferência para Unidade de atendimento de Urgência para avaliação das medidas necessárias (esvaziamento gástrico, dependendo do tempo de ingestão, ou administração de carvão ativado ou antídotos).
	Dose Alta ou Terapêutica	Caso tenha transcorrido o pico de ação da droga e sem efeito clínico, deve-se ter análise do potencial de toxicidade da medicação pelo médico ou farmacêutico. Geralmente orienta-se observação no domicílio, ou na emergência, para intervenção no caso de desenvolver sinais ou sintomas tardios.

voltar

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Diante da necessidade de avaliação lembrar:

- A presença de alimentos no estômago pode retardar a absorção e os efeitos da droga;
- Medicamentos com maior toxicidade atuam no Aparelho Cardíaco e Sistema Nervoso;
- É fundamental a Visita Domiciliar de urgência nestes casos para avaliação médica do paciente. Caso a equipe AD não tenha possibilidade, deve-se comunicar a equipe SAMU;

voltar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Além das linhas gerais apresentadas no manejo, abaixo se encontram os sinais de alerta que são indicações absolutas de encaminhamento para a urgência.

- Agitação ou alucinação
- Hipo ou hipertensão
- Cianose e/ou dificuldade respiratória
- Alterações oculares (midríase, miose, nistagmo)
- Queimaduras de pele ou mucosas

- Bradicardia ou taquicardia
- Convulsões
- Tremores ou fasciculações musculares
- Torpor ou coma
- Hipo ou hipertermia

Em situação de emergência pode-se avaliar a necessidade de solicitar exames laboratoriais de níveis séricos de drogas, rastreio toxicológico, eletrocardiograma e exames laboratoriais gerais individualizados para cada situação, ou apenas a observação desta pessoa em um ambiente que seja viabilizado pronto atendimento em caso de descompensação; porém deve-se pensar nesta opção apenas em casos realmente necessários.



Chegamos ao final de mais uma unidade. Aprendemos sobre identificação, avaliação, diagnóstico, manejo clínico e referenciamento do erro na administração errada de medicamentos. Não se esqueça de aprimorar seus conhecimentos com os materiais complementares disponíveis nesta unidade.



Praticando

E que tal testar seus conhecimentos? A seguir será apresentado uma situação problema no qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?



Referências

BURNS, M. J. General approach to drug poisoning in adults [internet]. UpToDate; 2013. Disponível em:

<http://www.uptodate.com/contents/general-approach-to-drug-poisoning-in-adults>. Acesso em: 1 ago. 2013

BRASIL. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/melhor_em_casa_caderno_ad.php.

Acesso em: 01 ago. 2013.

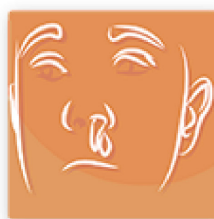
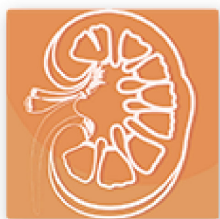
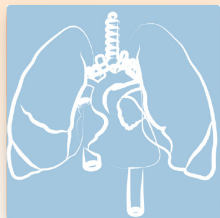
HARKANEN, M, et al. Medication erros: what hospitals reports reveal about staff views. V. 19 (10)Royal College of Nursing (RCN), Fev. 2013. Disponível em: <http://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/medication-errors-what-hospital-reports-reveal-about-staff-views-LMpMAuK3Lb>. Acesso em: 01 ago. 2013

MIASSO, Adriana Inocenti, et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev. esc. Enferm. USP vol. 40 no. 4, São Paulo Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400011 Acesso em: 01 ago. 2013

BARKER, KN, et al. Medication errors observed in 36 health care facilities. Ach Intern Med. Set. 2002; 162(16):1897-903. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12196090>. Acesso em: 01 ago. 2013.



Broncoaspiração



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA BRONCOASPIRAÇÃO



Esta unidade explora questões fundamentais para sua prática profissional relacionada à avaliação e manejo domiciliar da Broncoaspiração. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar, quem são os pacientes predispostos, como avaliar, como manejar e quando referenciar, se necessário, pacientes em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Identificar a predisposição dos indivíduos que se encontram em atendimento domiciliar para broncoaspiração;
- Reconhecer os sinais e sintomas sugestivos da broncoaspiração em pacientes em atenção domiciliar;
- Apontar e adotar medidas necessárias para o diagnóstico e encaminhamento de pacientes broncoaspirados que estão em AD.

Ao final dessa unidade você verá um caso clínico um caso clínico que testará os conhecimentos por você adquiridos. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não se esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Bons estudos.

1. COMO IDENTIFICAR

A broncoaspiração é definida como a inalação de qualquer conteúdo orofaríngeo ou gástrico para as vias aéreas inferiores. Estes conteúdos podem levar a pneumonites e pneumonias aspirativas.

Pneumonite aspirativa é a lesão química da árvore brônquica provocada por aspiração ácida de conteúdo gástrico, e que não necessariamente é acompanhada de infecção. A

pneumonia aspirativa pode resultar de aspiração aguda em grande quantidade ou crônica de pequenas quantidades de conteúdo orofaríngeo.



Observação

Estima-se que 5% a 15% das pneumonias comunitárias sejam aspirativas. A mortalidade é semelhante à de outras pneumonias, sendo 1% em tratamento ambulatorial e até 25% em pacientes hospitalizados. Sem tratamento, é associado a cavitação e formação de abscessos. (MARIK et al, 2001; PENNZA, 1989).



Estão predispostos a broncoaspirar, os pacientes que sofreram trauma craniano, crise convulsiva, acidente vascular cerebral, traqueostomia, intubação endotraqueal, fístula traqueoesofágica, tumor de laringe, faringe ou esôfago, tiveram problemas com álcool, anestesia geral, sedativos, hérnia de hiato, doença do refluxo gastroesofágico, acalasia, estenose esofágica, disfagia, gastrectomia, nutrição enteral.

2. COMO AVALIAR

Agora que já sabemos o que é a broncoaspiração e quais os pacientes predispostos, que tal conhecermos as formas de avaliação e os principais sinais de risco?



Observação

Os pacientes podem apresentar sintomas como febre, diminuição de peso e mal estar. Tosse com expectoração purulenta fétida sugere infecção por anaeróbio. Dentição é frequentemente séptica, sendo raros os casos em pessoas sem dentes. Os sintomas ocorrem abruptamente com falta de ar, febre, cianose e ausculta pulmonar com crepitações difusas.

Sinais de risco para ocorrer broncoaspiração
Dificuldade de deglutição
Sialorréia e dificuldade no manejo de secreções
Tosse ou engasgos
Regurgitação nasal

Pigarro
Mudança do padrão respiratório
Reflexo nauseoso ausente

3. TOMADA DE DECISÃO

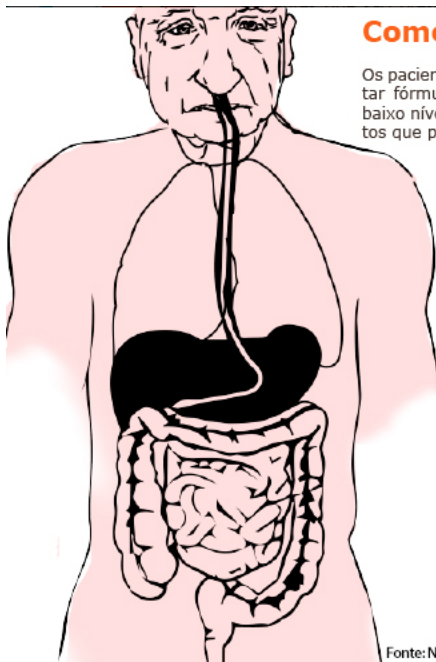
Após a identificação e avaliação de pacientes broncoaspirados, é importante sabermos a forma correta de manejar e quando existe a necessidade de referenciamento desses pacientes em Atenção Domiciliar (AD).



Dica

Pacientes que são presenciados aspirando devem ser submetidos a sucção de fluidos e material sólido; porém, tal procedimento não evita a lesão química.

O uso de antibiótico deve ser instituído quando a suspeita de aspiração tiver ocorrido, pois será difícil diferenciar quando um quadro infeccioso está sobreposto.



Como Acontece?



Os pacientes que recebem alimentação enteral podem aspirar o conteúdo gástrico ou regurgitar fórmulas provenientes do intestino. Isto pode acontecer especialmente naqueles com baixo nível de consciência, em ventilação mecânica e sob determinados tipos de medicamentos que provocam o relaxamento do esfíncter esofágico distal e promovem o refluxo gástrico.

1. Existem duas condições predisponentes para que ocorra a aspiração do inóculo para os pulmões: falha nos mecanismos de defesa que protegem os pulmões ou outros fatores como a regurgitação de alimentos que alcançam o pulmão tem de ser suficientemente nocivo para facilitar a ocorrência da broncoaspiração.
2. Para que ocorra a broncoaspiração em pacientes em condições já descritas, o alimento aspirado por via aérea superior para os pulmões terá que vencer todos os mecanismos de defesa.
3. O motivo da falha nos mecanismos de defesa do organismo pode ser causado pela perda de consciência ou a presença de algum distúrbio de deglutição.
4. A medida mais importante para a prevenção é o uso da posição semireclinada, ou mais verticalizada quando os indivíduos apresentam predisposição para broncoaspirar.
5. Idosos podem apresentar apenas uma piora no seu estado geral (mental inclusive), com adinamia, diminuição do apetite e, em muitos casos, sem febre – daí a importância de estar alerta para o engasgo, principal sintoma de broncoaspiração.

Fonte: NUTEDS/UFC

A seguir, etapas essenciais para o diagnóstico, manejo e referenciamento de um paciente com broncoaspiração.

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

A anamnese busca identificar a causa mais provável, através de informações de familiares ou do próprio paciente, percepções de posicionamentos alimentares deste paciente, tipo de dieta, uso de sonda alimentar, além do momento de percepção de alteração do quadro, embasarão a elaboração diagnóstica.

[continuar](#)

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Poderá ser necessário recorrer a exames complementares. Um Raio X de tórax em um quadro de pneumonite pode demonstrar infiltrado em poucas horas após aspiração. Outras situações como traqueites e bronquites não denotam alterações radiológicas.

No entanto, será de fundamental importância quando diagnóstico de abscesso pulmonar, pneumonia necrotizante ou empiema.

[voltar](#)

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

As opções de antimicrobianos podem ser os seguintes:

Penicilinas, sendo que, na ausência de efeito desta, a inclusão recairá sobre Clindamicina, ou Amoxicilina+Clavulanato, ou Penicilinas + Metronidazol.

O cuidador deve ser orientado a monitorar temperatura, dificuldades respiratórias, percepção de consciência e ausência ou diminuição de diurese; devendo ser orientado a contactar a equipe diante de alterações destes parâmetros.

[voltar](#)

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

A avaliação de pacientes em tratamento domiciliar deve ser constante.

A necessidade de deslocamento para o nível hospitalar pode se dar de acordo com a evolução clínica deste paciente, podendo-se optar desde o primeiro momento por direcionar este paciente de acordo com sinais percebidos como graves e de difícil manejo no domicílio.



Chegamos ao final da unidade e aprendemos sobre identificação, avaliação, manejo clínico e referenciamento de pacientes broncoaspirados, mas nossos estudos ainda não acabaram! Para aprimorar seus conhecimentos, vá em materiais complementares disponíveis no canto superior a direita da tela. Esperamos que aprecie o material!



Praticando

E que tal testar seus conhecimentos? A seguir será apresentada uma situação problema no qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p 42-43 (v. 2)

ECONOMIX. **Trio**. Disponível em:

http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.



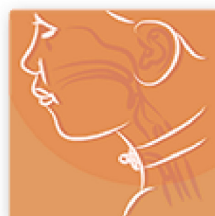
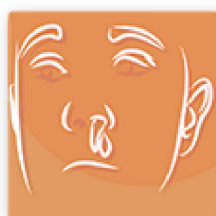
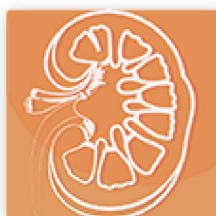
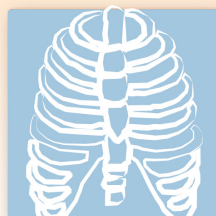
YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.p-191-203.

MARIK, P. E. Aspiration Pneumonitis and Aspiration Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 9, p. 665–671, mar. 2001.

PENNZA, P. T. Aspiration pneumonia, necrotizing pneumonia, and lung abscess. **Emergency medicine clinics of North America**, v. 7, n. 2, p. 279–307, maio. 1989.



Dor Torácica



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOR TORÁCICA



Esta unidade explora conhecimentos para a sua prática profissional relacionada à avaliação e manejo domiciliar da Administração Dor Torácica. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar, causas frequentes e a tomada de decisão para pacientes com dores torácicas e que estão em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Caracterizar os sintomas da dor torácica;
- Identificar as possíveis causas;
- Identificar as condutas mais indicadas.

O objetivo deste tema é saber diferenciar os pacientes em domicílio que apresentam risco eminente de vida. Deve-se atentar que não serão abordados aqui aqueles pacientes que apresentam dores decorrentes de processo crônicos.

Ao final dessa unidade você verá um caso clínico que testará os conhecimentos por você adquiridos. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não se esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Bons estudos.

1. COMO IDENTIFICAR

Dor torácica é um sintoma de diversas doenças e é geralmente uma emergência médica, a não ser que se saiba que o paciente sofre de angina pectoris estável e os sintomas sejam familiares. É importante reconhecer as causas que oferecem risco de morte ao doente, principalmente as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) e Dissecção Aórtica. Se a dor torácica não é atribuída a doenças cardíacas, denomina-se dor torácica não cardíaca.



Observação

Conforme informações do DATASUS (2012) ocorreram aproximadamente 710.000 internações por causas cardíacas diversas. Destas, 85.000 internações hospitalares foram por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, além de aproximadamente 158.000 por SCA.



Observação

Existe poucos estudos realizados sobre dor torácica em cenário de atenção primária, apesar de ser um motivo frequente de consultas. Um estudo prospectivo, de pacientes vistos com dor torácica por um período de um ano em múltiplos centros de avaliação, demonstrou que aproximadamente 60% das dores torácicas não eram de origem orgânica: 36% foram de dores musculoesqueléticas, seguido de refluxo gastresofágico (13%). A angina estável foi responsável por 11% dos episódios; infarto agudo do miocárdio ou angina instável, por apenas 1,5%. (KLINKMAN, et all, 1994)



A descrição clássica da dor torácica na síndrome coronariana aguda é a de uma dor, desconforto, queimação ou sensação de opressão localizada na região precordial ou retroesternal, que pode ter irradiação para o ombro e/ou braço esquerdo, direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada frequentemente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispnéia.

Pode durar 10-20 minutos e ceder, como nos casos de angina instável, ou mais de 30 minutos, como nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O paciente pode apresentar também queixa atípica como mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor. Pacientes idosos e mulheres frequentemente manifestam dispnéia como queixa principal no IAM, podendo não ter dor ou mesmo não valorizá-la o suficiente.

Esquema da Dor Torácica cardíaca e não cardíaca:

Dor Torácica			
Cardíaca		Não-Cardíaca	
Isquêmica	Não Isquêmica	Gastroesofagiana	Não Gastroesofagiana
Angina Estável	Pericartite	Refluxo Gastroesofágico	Pneumotórax Embolia Pulmonar
Angina Instável	Dissecção Aguda da Aorta	Espasmo Esofágico	Músculo-Esquelética
Infarto Agudo do Miocárdio	Valvular	Úlcera Péptica	Psico-Emocional

Fig. 01 Doenças cardíacas e não-cardíacas que se manifestam como dor torácica.

2. COMO AVALIAR

LOCALIZAÇÃO DA DOR

A **dissecção aguda da aorta** ocorre mais frequentemente em hipertensos, em portadores de síndrome de Marfan ou naqueles que sofreram um traumatismo torácico recente. Estes pacientes se apresentam com dor súbita, descrita como “rasgada”, geralmente iniciando-se no **tórax anterior** e com irradiação para dorso, pescoço ou mandíbula. No exame físico podemos encontrar um **sopro de regurgitação aórtica**. Pode haver um significativo gradiente de amplitude de pulso ou de pressão arterial entre os braços.



Observação

A Síndrome de Marfan, também conhecida como Aracnodactília, é uma desordem do tecido conjuntivo caracterizada por membros anormalmente longos. A doença também afeta outras estruturas do corpo, incluindo o esqueleto, os pulmões, os olhos, o coração e os vasos sanguíneos, mas de maneira menos óbvia.

Indivíduos com esta doença apresentam frequentemente anomalias a nível esquelético, ocular e cardiovascular, entre outras. Muitos dos indivíduos afetados têm alterações das válvulas cardíacas e dilatação da aorta. As complicações cardiovasculares mais importantes em termos de risco de morte são os aneurismas da aorta e as dissecções da aorta.

LOCALIZAÇÃO DA DOR



Tórax anterior



Sopro de regurgitação aórtica



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A **embolia pulmonar** apresenta manifestações clínicas muito variáveis e por isso nem sempre típicas da doença. O sintoma mais comumente encontrado é a dispneia, vista em 73% dos pacientes, sendo a dor torácica (geralmente súbita) encontrada em 66% dos casos. Ao exame clínico, o paciente pode apresentar dispneia, taquipnéia e cianose.



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A dor torácica no **pneumotórax espontâneo** geralmente é localizada no **dorso ou ombros** e acompanhada de dispneia. Grande pneumotórax pode produzir sinais e sintomas de insuficiência respiratória e/ou colapso cardiovascular (pneumotórax hipertensivo). Ao exame físico, podemos encontrar dispneia, taquipnéia e ausência de ruídos ventilatórios na ausculta do pulmão afetado.



LOCALIZAÇÃO DA DOR



LOCALIZAÇÃO DA DOR

O sintoma clínico mais comum da **pericardite** é a dor torácica, geralmente de natureza pleurítica, de localização **retroesternal ou no hemitórax esquerdo**, mas que, diferentemente da **isquemia miocárdica**, piora quando o paciente respira, deita ou deglute, e melhora na posição sentada e inclinada para frente. No exame físico, podemos encontrar febre e um **atrio pericárdico** (que é um dado patognomônico).



Observação

Transtorno da função cardíaca causado pelo fluxo de sangue insuficiente ao tecido muscular do coração. O fluxo sanguíneo diminuído pode ser devido ao estreitamento das artérias coronarianas (arteriosclerose CORONARIANA), à obstrução por um trombo (trombose CORONARIANA), ou menos comum, ao estreitamento difuso de arteríolas e outros vasos pequenos dentro do coração. A interrupção severa do suprimento sanguíneo ao tecido miocárdico pode resultar em necrose do músculo cardíaco (infarto do miocárdio).

LOCALIZAÇÃO DA DOR



**Retroesternal ou no
hemitórax esquerdo**



Atrio pericárdico



LOCALIZAÇÃO DA DOR

O **prolapso da válvula mitral** é uma das causas de dor torácica frequentemente encontrada no consultório médico e, também, na sala de emergência. A dor tem localização variável, ocorrendo geralmente em repouso, sem guardar relação nítida com os esforços, e descrita como pontadas, não apresentando irradiações. O diagnóstico é feito através da ausculta cardíaca típica, na qual encontramos um **clique meso ou telessistólico seguido de um sopro regurgitante mitral e/ou tricúspide**.



**Clique meso ou telessistólico
seguido de um sopro
regurgitante mitral e/ou
tricúspide.**



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A **estenose aórtica** também produz dor torácica cujas características se assemelham à da doença coronariana. A presença de um sopro ejetivo aórtico e **hipertrofia ventricular esquerda no ECG** indica a presença da estenose aórtica, mas não afasta a possibilidade de síndrome coronariana aguda.



**Hipertrofia ventricular
esquerda no ECG**



LOCALIZAÇÃO DA DOR

Na **miocardiopatia hipertrófica** a dor torácica ocorre em 75% dos pacientes sintomáticos, e pode ter características anginosas. No exame físico podemos encontrar uma **4ª bulha** e um sopro sistólico ejetivo aórtico. O diagnóstico é feito pelo ecocardiograma transtorácico. O ECG geralmente mostra **hipertrofia ventricular esquerda**, com ou sem alterações de ST-T.



4ª bulha



LOCALIZAÇÃO DA DOR

As doenças do esôfago podem mimetizar a doença coronariana crônica e aguda. Pacientes com **refluxo esofágico** podem apresentar desconforto torácico, geralmente em queimação (pirose), mas que, às vezes, é definido como uma sensação opressiva, localizada na região **retroesternal ou subesternal**, podendo se irradiar para o pescoço, braços ou dorso, às vezes associada à regurgitação alimentar, e que pode melhorar com a posição ereta ou com o uso de antiácidos, mas também com nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio ou repouso.



LOCALIZAÇÃO DA DOR



Região subesternal ou retroesternal



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A dor da **úlcera péptica** geralmente se localiza na **região epigástrica ou no andar superior do abdômen**, mas às vezes pode ser referida na **região subesternal ou retroesternal**. Estas dores geralmente ocorrem após uma refeição, melhorando com o uso de antiácidos. Na palpação abdominal geralmente encontramos dor na região epigástrica.



LOCALIZAÇÃO DA DOR



Região subesternal ou retroesternal



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A **ruptura do esôfago** é uma doença grave e rara na sala de emergência. Pode ser causada por vômitos incoercíveis, como na síndrome de Mallory-Weiss. Encontramos dor excruciante em 83% dos casos, de localização **retroesternal ou no andar superior do abdômen**, geralmente acompanhada de um componente pleurítico à esquerda. Apresenta alta morbi-mortalidade e é de evolução fatal se não tratada. O diagnóstico é firmado quando encontramos à radiografia de tórax um **pneumomediastino**, ou um **derrame pleural** à esquerda de aparecimento súbito. Enfisema subcutâneo é visto em 27% dos casos.



Observação

Vômitos que não se conseguem evitar, que se repetem; incoercível significa que não se pode comprimir, que não se pode sustentar (fazer parar).



Observação

A síndrome de Mallory-Weiss refere-se ao sangramento proveniente de lacerações da mucosa (laceração de Mallory - Weiss), na junção do estômago e esôfago, normalmente causada por esforço ao tossir ou vomitar.



LOCALIZAÇÃO DA DOR



Região subesternal ou retroesternal

Retornar ao Menu



LOCALIZAÇÃO DA DOR

Em avaliação prospectiva em pacientes com dor torácica não relacionada a trauma, febre ou malignidade, 30% tiveram o seu diagnóstico firmado como decorrente de **costocondrites**. Geralmente esta dor tem características pleuríticas por ser desencadeada ou exacerbada pelos movimentos dos músculos e/ou articulações produzidos pela respiração. Palpação cuidadosa das articulações ou músculos envolvidos quase sempre reproduz ou desencadeia a dor.



LOCALIZAÇÃO DA DOR

A **dor psicogênica** não tem substrato orgânico, sendo gerada por mecanismos psíquicos, tendendo a ser difusa e imprecisa. Geralmente os sinais de ansiedade são detectáveis e com frequência se observa utilização abusiva e inadequada de medicação analgésica.



Clique em cada situação clínica para ver as causas da dor torácica e suas principais características:

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
<ul style="list-style-type: none"> - hipertensos - portadores de Síndrome de Marfan - trauma torácico recente
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
<ul style="list-style-type: none"> - dispneia - taquipneia - cianose
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
<ul style="list-style-type: none"> - dor em ombros e dorso com dispneia - taquipneia - ausência de ruídos ventilatórios
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitrál
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
piora da dor torácica ao: • respirar • deitar • deglutir patognomônico: febre e atrito pericárdico
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
- ocorre geralmente em repouso - diagnóstico feito por ausculta cardíaca típica
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
- eletrocardiograma com hipertrofia de ventrículo esquerdo - sopro aórtico
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
- pirose - regurgitação alimentar - melhora com posição ereta - melhora com antiácidos, nitratos, bloqueador de canais de cálcio e repouso
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
- dor no andar superior do abdômen - geralmente após refeição - melhora com antiácidos
Costocondrite
Dor Psicogênica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
- desencadeada ou exacerbada pelos movimentos dos músculos e/ou articulações produzidos pela respiração
Dor Psicogênica

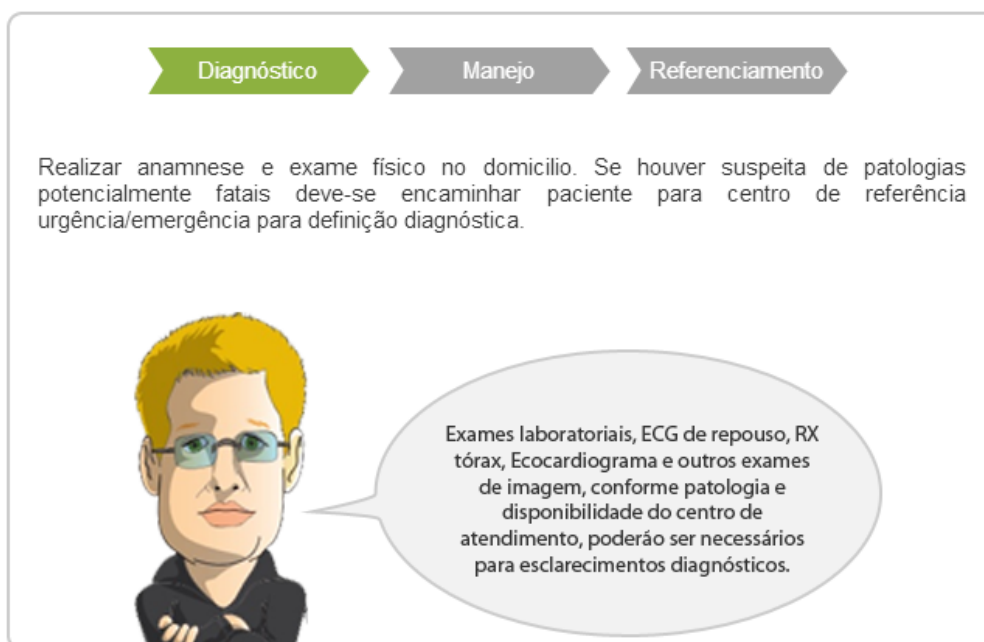
TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

Situação clínica
Dissecção Aórtica Aguda
Embolia Pulmonar
Pneumotórax Espontâneo
Pericardite
Prolapso da Válvula Mitral
Estenose Aórtica
Doenças do Esôfago
Úlcera Péptica
Costocondrite
Dor Psicogênica
<ul style="list-style-type: none"> - difusa e imprecisa - ansiedade - frequente abuso de medicação analgésica

TABELA 1 – Possíveis causas de dor torácica não coronariana

3. TOMADA DE DECISÃO

A seguir etapas essenciais do diagnóstico, manejo e encaminhamento de pacientes com dor torácica.



Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Cada situação clínica deverá ser manejada de acordo com o sintoma apresentado. Abordaremos aqui apenas patologias coronarianas, pela sua maior frequência. Demais patologias deverão ser manejadas conforme etiologia e direcionadas para urgência/emergência se necessário.

Caso o paciente tenha sintomas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) durante atendimento em domicílio, o manejo diante de uma forte suspeita deverá ser:

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

- 1) Sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, glicemia capilar);
- 2) AAS 100 mg em dose de 3 comprimidos dose única;
- 3) Oxigênio se disponibilização, manter saturação acima de 90%;
- 4) Nitratos sublingual, sendo repetida dose até 3 vezes , em dose máxima de 15 mg;
- 5) Morfina 4mg SC, ou EV, se acesso venoso, caso dor não ceder com medicação acima (se não houver contra-indicação à morfina).
- 6) Acionar serviço médico de urgência, ou encaminhar com meios próprios se houver estabilidade possível, sempre com contato prévio com centro receptor deste paciente e com documento de referência em que deve constar descrição dos procedimentos executados.

voltar

O paciente deve ser encaminhado a um serviço de referência sempre que houver suspeita da intercorrência clínica potencialmente fatal ou se não houver clareza diagnóstica e existir dificuldade de acesso, caso a evolução se agrave complicada e paciente encontrar-se distante de fácil recurso diagnóstico.

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**. [s. l.: s. n.], 2008. p. 65-77.

BASSAN, R. et al. I diretriz dor torácica na sala de emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 79, 2002. (supl. II). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.



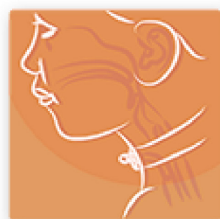
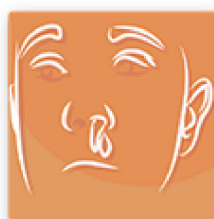
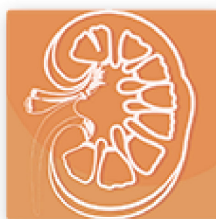
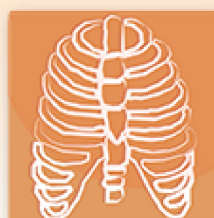
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p 43-45 (v. 2).

ECONOMIX. **Trio**. Disponível em: http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.

KLINKMAN, M. S; STEVENS, D; GORENFLO, D. W. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. Michigan Research Network. **Journal of Family Practice**, New Jersey, v.4, n. 38, p. 345-352, 1994.



Febre



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA FEBRE



Esta unidade explora questões fundamentais para a sua prática profissional relacionada à Avaliação e manejo domiciliar da Febre. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar, como avaliar pacientes febris, como manejar e quando referenciar, se necessário, pacientes em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- **Identificar e caracterizar a Febre.**
- **Avaliar pacientes febris.**
- **Apresentar o manejo domiciliar adequado para pacientes febris.**
- **Referenciar, quando necessário, pacientes com febre em Atenção Domiciliar (AD).**

Ao final, você será apresentado a um dos casos atendido por nossa equipe de Atenção Domiciliar. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação desse estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Estamos lhe esperando nesta caminhada de construção do conhecimento. Sucesso!

1. COMO IDENTIFICAR

Febre é definida como uma elevação da temperatura corporal acima dos valores normais para o indivíduo



Observação

A temperatura corporal varia durante o dia, e é controlada pelo centro termorregulatório do hipotálamo. O hipotálamo é capaz de manter a temperatura corporal dentro de alguns limites e com pouca variação – em geral menos de 1°C durante o dia.

A febre é um achado característico das infecções, mas pode ser encontrada em algumas outras condições, como neoplasias e doenças autoimunes e inflamatórias.

2. COMO AVALIAR

Agora que já sabemos como identificar um quadro de febre, como avaliar esses pacientes febris? E como se dá o reconhecimento?

Pacientes febris podem referir calafrios, sudorese, mal estar, mialgias, fadiga, e aumento de sensibilidade cutânea.

O reconhecimento se dá por aferição da temperatura corporal. Pode-se aferir a temperatura corporal por via oral, timpânica, retal ou axilar. Por comodidade e facilidade de utilização, em geral se utiliza a medida de temperatura axilar.



Cuidador

Cuidadores podem informar a percepção de aumento da temperatura corporal do paciente – pessoa parece “quente”. Pacientes idosos ou com comprometimento cognitivo podem apresentar confusão mental, delirium, convulsões, e até estupor e coma.



O ponto de corte mais aceito na literatura médica é o de 37,8 °C de temperatura axilar. Temperaturas acima de 38°C têm uma sensibilidade maior para detecção de infecções potencialmente graves.

PARÂMETROS DE TEMPERATURA AXILIAR	
De 36°C a 37,7°C	Temperatura Normal
Acima ou igual a 37,8°C	Febre
Acima de 38°C	Maior sensibilidade para infecção

FONTE: NUTEDS/UFC



Observação

Pessoas idosas podem apresentar menores variações de temperatura corporal, e infecções graves podem ocorrer mesmo com temperatura considerada normal. Um bom parâmetro de definição, nestes casos, pode ser o aumento de 1,1°C ou mais na temperatura basal aferida em curva térmica.



Dica

Ao medir a temperatura, é importante considerar a ocorrência de hipertermia por causas ambientais (quarto pouco ventilado, verão tórrido, tetos zincados ou de amianto), e que não é considerada febre.

3. TOMADA DE DECISÃO

Após a identificação e avaliação de pacientes febris, é importante saber manejar e referenciar, quando necessário, estes pacientes em Atenção Domiciliar (AD).

O controle da febre poderá reduzir o desconforto do paciente, e não existem benefícios na manutenção do estado febril. Há evidências de que tratar a febre não provoca danos ao paciente, além de não retardar a resolução das infecções bacterianas e virais comuns.



Observação

Os medicamentos de escolha em nosso meio serão o paracetamol, a dipirona e os antiinflamatórios não esteroidais. A escolha do medicamento deve basear-se em características de cada paciente em relação à aceitação, disponibilidade, via de acesso e tolerabilidade.

Em febres de difícil controle, pode ser necessário lançar mão de técnicas físicas para o resfriamento do paciente. Medidas que são eficazes podem ser: retirada de roupas e cobertores, manutenção de um ambiente mais resfriado, uso de ventiladores ao lado da cama e uso de esponjas com água fria ou álcool.

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, os seguintes aspectos devem ser investigados em pacientes febris no domicílio, e auxiliarão a equipe assistente a estabelecer uma causa para a febre:

a. Estado geral, estado mental, apetite e hidratação.
b. Tosse, catarro (aspecto, quantidade e cheiro) e falta de ar.
c. Urina fétida, oligúria, incontinência de início recente, disúria, piúria, dor em baixo ventre, retenção urinária e lombalgia.
d. Lesões de pele: vermelhidão, edema, feridas e secreção.
e. Diarréia, muco ou sangue nas fezes, dor abdominal e vômitos.
f. Sinais vitais: PA, FC e FR.

Em alguns pacientes podem ser necessários exames complementares para melhor esclarecimento causal. Exames indicados para avaliação de febre sem sinais localizatórios mais evidentes, e que podem ser coletados em domicílio, são: hemograma, hemossedimentação, hemoculturas, exame comum de urina, urocultura e avaliação de função hepática.



Observação

A radiografia de tórax pode ser de mais difícil acesso em assistência domiciliar, por necessitar de deslocamento do paciente. Conforme suspeita clínica, pode-se realizar o tratamento direcionado para a causa da febre – por exemplo, com antibióticos.

A febre de origem indeterminada é caracterizada por febre com duração de mais de três semanas, sem sinais de localização, em pacientes já submetidos à avaliação anteriormente citada, e sem obtenção de um diagnóstico etiológico. Suas causas mais comuns são infecções, doenças multissistêmicas, neoplasias e medicamentos.

Uma boa história clínica associada à atenção ao exame físico pode esclarecer até 85% dos casos de febre de origem indeterminada. Os casos onde a investigação for limitada em domicílio e permanecerem sem diagnóstico poderão se beneficiar de encaminhamento para centros de referência.



Pacientes em bom estado geral, sem sinais de infecção grave, devem permanecer em domicílio e ter uma reavaliação da equipe assistente em 24 a 48 horas. Em casos de risco de disfunção orgânica (falta de ar, diarreia, perda de marcha, delirium), pacientes com baixa reserva funcional ou queda de estado geral, indica-se visita domiciliar em até 24 horas.

E quando referenciar?

São indicações de encaminhamento ao setor de emergência: instabilidade hemodinâmica, falta de ar e crise convulsiva. Podem ser encaminhados também pacientes com febre sem foco definido, nos quais a investigação domiciliar encontra-se limitada por dificuldades de recursos diagnósticos.



Concluindo

Chegamos ao final desta unidade. Aprendemos sobre identificação, avaliação, manejo clínico e referenciamento da Febre. Não se esqueça de aprimorar seus conhecimentos com os materiais complementares disponíveis nesta unidade. E que tal testar seus conhecimentos? A seguir será apresentada uma situação problema no qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?

Referências

BOR, D.H. Approach to the adult with fever of unknown origin [internet]. WALTHAM, M. A:UpToDate; 2013 [capturado em 01 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.



BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. Volumes I e II. Brasília: 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/melhor_em_casa_caderno_ad.php.

ECONOMIX. Trio. Disponível em: http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.

GARLINGTON, W.; HIGHT, K. Evaluation of infection in the older adult [internet]. WALTHAM, MA:UpToDate; 2012 [capturado em 01 de maio

2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.

GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. Primary care medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 5th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

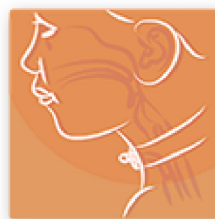
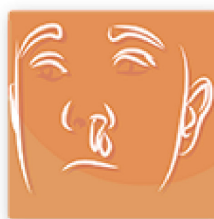
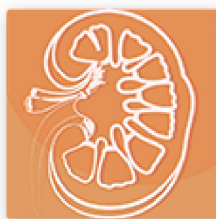
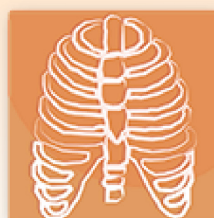
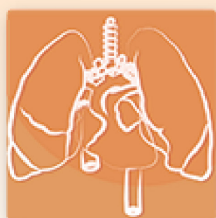
KLINKMAN, M. S.; STEVENS, D.; GORENFLO, D. W. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. J Fam Pract., v.38, p. 345-52, 1994.

POLANCZYK, A. C.; SOUZA, J. Dor torácica. In: Duncan, Bruce et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, v. 1, p. 721-729..

PORAT, R.; DINARELLO, C. A. Pathophysiology and treatment of fever in adults [internet]. WALTHAM, M. A. UpToDate; 2012 [capturado em 01 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.



Incontinência Urinária



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



Esta unidade explora questões fundamentais para a sua prática profissional relacionada à Avaliação e manejo domiciliar da Incontinência Urinária. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar, causas mais frequentes, como manejar e quando referenciar, se necessário, pacientes em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Identificar Incontinência Urinária (IU), tipos e sintomas;
- Reconhecer as causas agudas e crônicas desta intercorrência;
- Refletir e adotar as práticas de condutas de pacientes com IU em Atenção Domiciliar (AD).

Ao final, você será apresentado a um dos casos atendido por nossa equipe de Atenção Domiciliar. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Estamos lhe esperando nesta caminhada de construção do conhecimento. Sucesso!

1. COMO IDENTIFICAR

Incontinência Urinária (IU) é a perda involuntária de urina relatada pelo paciente ou cuidador. É um problema importante do ponto de vista social, e que afeta milhões de pessoas no Brasil.



Observação

É mais prevalente na população idosa. Estima-se prevalência em torno de 5 a 69% nas mulheres e de 1 a 39% dos homens. Em idosos institucionalizados ou com história de internação hospitalar recente, esta prevalência chega a 25 a 30%. (BRASIL, 2007).

Em população acamada ou frágil, é comum que a incontinência urinária seja considerada “normal” pelos cuidadores, não sendo referida como um problema médico. Portanto, é imperativo que o problema seja pesquisado ativamente pelas equipes assistentes na Atenção Domiciliar (AD).

2. CAUSAS MAIS FREQUENTES


A fisiopatologia e etiologia da IU são multifatoriais, podendo ser agudas ou crônicas.

Em Atenção Domiciliar, é importante ficar atento para reconhecer as causas agudas de IU, e que são potencialmente tratáveis, ou podem representar a instalação de alguma patologia. As causas de IU crônica podem ser divididas em quatro tipos principais de alteração fisiopatológica: esforço, urgência, refluxo e funcional.

A seguir veremos as causas de IU agudas e crônicas, juntamente com suas alterações clínicas mais comuns.

Incontinência Urinária

CAUSAS AGUDAS (clique aqui)		CAUSAS CRÔNICAS (clique aqui)	
Endócrinas	Hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica (com urgência e disúria)		
Psicológicas	Depressão (quando grave, pode levar a pessoa a não se importar com perda urinária ou reduzir a iniciativa de chegar ao banheiro), ideias delirantes		
Farmacológicas	Os principais fármacos ou substâncias que podem causar IU são: diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, hipnóticos-sedativos, narcóticos, agonista alfa-adrenérgico, antagonista alfa-adrenérgico, bloqueadores de cálcio, cafeína e álcool		
Infecciosas	Infecção do trato urinário (ITU) sintomática é uma importante causa transitória de incontinência urinária. Obs.: as bacteriúrias assintomáticas, comuns em idosos, não são causa de IU		
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none">• Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa.• Delirium - deve ser identificado, principalmente pela eventual morbimortalidade de sua causa de base.• Redução da consciência – perda da capacidade voluntária de contração esfinteriana. Causa comum em Atenção Domiciliar.• Redução da mobilidade pode impedir a pessoa de acessar o banheiro a tempo e pode ser causada por fatores físicos (limitação ao leito ou cadeira de rodas) ou dificuldades de deambulação, por neuropatia diabética ou osteoartrose, má acuidade visual etc.		

 VOLTAR PARA INTERCORRÊNCIA

CAUSAS CRÔNICAS
(clique aqui)

TIPO	SINTOMAS	CAUSAS COMUNS
ESFORÇO	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (por exemplo: tosse, risos ou exercício)	<p>Debilidade e lassidão do assoalho pélvico, que provoca hiper mobilidade da base vesical e da uretra proximal.</p> <p>Debilidade do esfínter uretral ou da saída da bexiga, quase sempre por cirurgia ou Traumatismo.</p>
URGÊNCIA	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	<p>Hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose. • Alterações do SNC como AVC, demência, parkinsonismo, lesão espinhal

Fonte: Brasil, 2006.

[Próximo >>](#)

TIPO	SINTOMAS	CAUSAS COMUNS
SOBREFLUXO	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função esfíncteriana.	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução anatômica: pela próstata ou por uma cistocele grande. • Bexiga hipocontrátil associada a diabetes mellitus ou lesão medular.
FUNCIONAL	Escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Demência grave. • Imobilidade. • Ataduras. • Depressão.

Fonte: Brasil, 2006.



[VOLTAR PARA INTERCORRÊNCIA](#)

[CAUSAS AGUDAS
\(clique aqui\)](#)

3. TOMADA DE DECISÃO

A seguir etapas essenciais para o diagnóstico, manejo e encaminhamento.

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento



FONTE: Stock.XCHNG

A anamnese deve buscar identificar a causa mais provável e sua fisiopatologia.

O exame físico geral é útil na avaliação etiológica da IU. Atenção ao abdome para identificar distensão vesical e massas abdominais ou pélvicas que possam comprimir a bexiga

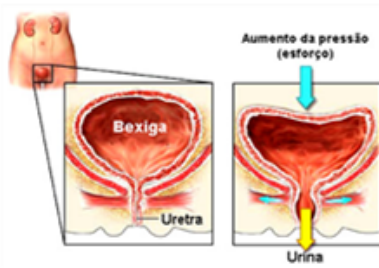
O exame neurológico pode estabelecer causas comuns no âmbito da Atenção Domiciliar (AVC, Demências, etc.).

[continuar](#)

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento



Fonte: Everystockphoto

Nos homens, o toque de próstata é mandatório: é o exame de escolha para diagnóstico de aumento de volume prostático. Em mulheres, o exame ginecológico pesquisará cisto ou retocelo, prolapsos uterinos e atrofia vaginal.

Para testar a IU de esforço, solicita-se que o paciente relaxe o períneo e tussa vigorosamente uma única vez: se houver perda instantânea de urina, pode indicar IU esforço. Se houver perda sustentada e constante, e atraso de alguns segundos, significa que há contrações vesicais não inibidas.

[voltar](#)

[continuar](#)

Exames complementares que podem ser coletados em domicílio e são de utilidade:

- Em uma avaliação inicial, podem ser solicitados análise de urina, sedimentos urinários e urocultura. Em pacientes acamados e com cognição alterada, pode ser necessário coletar urina através cateterização.
- Glicose, uréia, creatinina, hemogramas: para suspeitas de outras comorbidades.
- Para avaliação de resíduo pós-miccional, em suspeita de incontinência de refluxo: realização de sondagem uretral pós miccional é um procedimento simples e seguro para ser realizado em domicílio. Um resíduo maior que 200 ml é considerado anormal e indicativo de retenção urinária/sobrefluxo. Resíduos entre 50 e 200 ml são suspeitos e devem ser reavaliados com nova sondagem, em outra ocasião. É recomendado que este teste seja realizado em todas as mulheres com ITU de repetição.
- Ultrassonografia de rins e vias urinárias: também podem ser utilizadas para avaliar malformações e resíduo pós miccional, porém, ainda não há normatização para o seu uso de forma rotineira.
- Exames que podem ser utilizados, provavelmente em orientação conjunta com especialista: estudo urodinâmico, cistoscopia e urografia excretora.

[voltar](#)

Quando houver uma causa aguda detectável, o tratamento direcionado à etiologia será provavelmente resolutivo para a incontinência urinária. Algumas medidas gerais poderão ser úteis em qualquer indivíduo que apresente incontinência urinária:

- Redução de peso em indivíduos obesos;
- restrição de ingestão de cafeína e álcool;
- reduzir a ingestão hídrica: apenas para indivíduos com elevada ingestão, já que a diminuição de fluidos pode levar a infecções urinárias, obstipação e desidratação. Sugere-se volume urinário entre 1000 e 2000 ml a cada 24 horas.
- curvar-se para frente ao tossir.

*Obs.: Ainda que cercada de todos estes cuidados, a desidratação em idosos é extremamente comum e de mais difícil percepção, em especial pelas características de pele e mucosas.

[continuar](#)

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Nas incontinências de esforço e mista (que têm características de esforço e urgência), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é o tratamento não farmacológico de primeira linha. Este tratamento é baseado na orientação de contrações da musculatura do assoalho pélvico ou músculo pubococcígeo (exercícios de Kegel). A melhor forma de implementar esta medida é com auxílio de equipe multiprofissional: através de profissional fisioterapeuta ou enfermeiro treinado em reabilitação pélvica. Se este recurso não estiver disponível em equipe de Atenção Domiciliar, podem-se realizar orientações simples e objetivas, conforme tabela a seguir:

voltar

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Exercícios para fortalecimento pélvico

Os exercícios consistem em contrair a musculatura pélvica da mesma forma de quando o indivíduo realizar o esvaziamento vesical ou evacuação, mas encontra-se socialmente impossibilitado para tanto ("segurar a urina").

Os exercícios devem ser realizados em séries de 5 a 10 repetições, com período de relaxamento entre elas.

As contrações podem ser realizadas de forma mais rápida ou mais sustentada – deve-se alternar entre estes dois tipos.

As séries devem ser repetidas muitas vezes ao dia, até fadiga muscular.

Podem ser realizadas em qualquer momento do dia, ao assistir televisão, dirigir, repousar, etc.

Os exercícios devem ser executados por pelo menos 15 a 20 semanas.

Fonte: Adaptado de Gusso e Lopes (2012).

voltar

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Nos quadros de Incontinência de Urgência, os exercícios para musculatura pélvica também podem ser úteis, entretanto, sempre acompanhados de treinamento vesical. O treinamento vesical consiste na realização de micções programadas e aumento gradual do tempo de intervalo entre as micções. Por exemplo, se o indivíduo tem o hábito de realizar micções de 1 em 1 hora, ele pode ser orientado a aumentar este intervalo para 1 hora e 15 minutos, e progressivamente, aumentar este intervalo. Este treinamento também pode ser utilizado nas incontinências de urgência e mista.



Observação

O uso de medicamentos não é um tratamento de primeira linha na incontinência urinária, e deve ser considerado em conjunto com as ações não farmacológicas, levando em consideração perfil individual, uso de outros medicamentos, comorbidades, e desejo e capacidade do paciente e/ou cuidadores.

voltar

continuar

Diagnóstico

Manejo

Referenciamento

Nas incontinências de urgência, os anticolinérgicos são considerados os fármacos de escolha. No nosso meio, o anticolinérgico mais comum e disponível é a oxibutinina. O efeito colateral mais comum é a xerostomia, mas indivíduos mais velhos podem ter importante prejuízo cognitivo. Convém iniciar com doses baixas e titular lentamente. Se não houver resposta após 1 mês de uso, deve-se retirar gradualmente o medicamento. Como uma segunda opção viável, podem-se utilizar os antidepressivos tricíclicos, pela sua facilidade de acesso e custo mais baixo, mas com menos efeito benéfico (amitriptilina, nortriptilina ou imipramina).

Os estrogênios de uso tópico (vaginais) podem ser úteis em mulheres com incontinência urinária de qualquer fisiopatologia e associada e atrofia urogenital.

voltar

continuar

Em indivíduos idosos e acamados, comumente com importante prejuízo cognitivo, os treinamentos musculares e vesicais não poderão ser implantados. Nestes casos, devem-se ponderar os riscos de benefícios de uso de medicamentos adjuvantes, além de dispositivos de contenção, como fraldas, absorventes para roupa íntima, urinóis e dispositivos tipo “uropen”. Nesta população, é importante evitar retenção urinária, devido aos prejuízos que podem ser causados (infecções, insuficiência renal).

Em incontinências de sobrefluxo, deve-se lançar mão de recursos para auxílio do esvaziamento completo vesical, como sondagens de alívio e sondagem vesical de demora, sempre levando em consideração vantagens e desvantagens individuais para cada método. Além disso, deve-se tratar a causa subjacente, como hiperplasia prostática benigna e prostatites.

[voltar](#)

O referenciamento a um serviço hospitalar será restrito a situações de urgência, como: infecções urinárias graves, prostatites agudas onde não haja possibilidade de tratamento em domicílio, obstrução urinária aguda, impossibilidade de sondagem em domicílio (quando indicada). Em casos que necessitem orientação diagnóstica especializada, pode-se utilizar um referenciamento eletivo para urologista ou ginecologista, de acordo com o benefício que pode ser alcançado.

**Exemplo**

Pacientes com câncer de próstata que ainda se beneficiem de tratamento específico e pacientes com hiperplasia prostática com baixa resposta ao tratamento em domicílio.



Chegamos ao final de mais uma unidade. Aprendemos sobre identificação, causas mais frequentes, manejo clínico e referenciamento, quando necessário, de uma Incontinência Urinária. Não se esqueça de aprimorar seus conhecimentos com os materiais complementares disponíveis nesta unidade.



Praticando

E que tal testar seus conhecimentos? A seguir será apresentado uma situação problema no qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

Gusso G & Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.



Thüroff JW et al. Guias EAU sobre incontinência urinaria. Actas Urológicas Españolas. 2011; 35(7): 373-88.

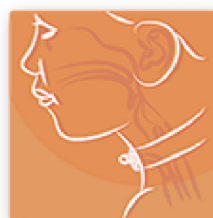
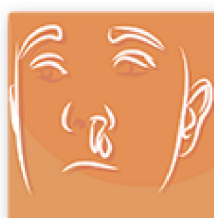
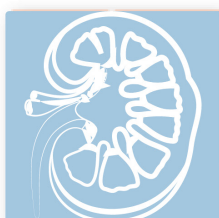
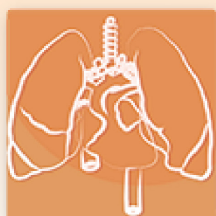
Sociedade Brasileira de Urologia. Incontinência urinária: propedêutica [internet]. São Paulo, AMB, 2006. Disponível em: [HTTP://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/30-IncontiUrinProp.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/30-IncontiUrinProp.pdf). Acesso em: 02 abr. 2013.

Goroll AH, Mulley AG. Primary care medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 5th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

ECONOMIX. Trio. Disponível em: http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.



Retenção Urinária Aguda



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA



Esta unidade explora questões fundamentais para a sua prática profissional relacionada à Avaliação e manejo domiciliar da Incontinência Urinária. Aqui estudaremos aspectos sobre como identificar, causas mais frequentes, como manejar e quando referenciar, se necessário, pacientes em Atenção Domiciliar (AD).

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- **Identificar a retenção urinária aguda, tipos e sintomas;**
- **Entender as principais causas de retenção urinária aguda no domicílio;**
- **Refletir sobre as ações necessárias nas tomadas de decisão dos profissional da saúde diante deste problema específico em Atenção Domiciliar (AD).**

Ao final dessa unidade você verá um caso clínico que testará os conhecimentos por você adquiridos. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não se esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Bons estudos.

1. COMO IDENTIFICAR

Clique nas setas para continuar lendo as informações:

A retenção urinária aguda é a emergência urológica mais comum. (BARRISFORD e STEELE, 2012)



Constitui-se na incapacidade de urinar, ou redução abrupta e sintomática do volume urinário, que se desenvolve ao longo de algumas horas. (BARRISFORD e STEELE, 2012)





Ocorre mais frequentemente em homens com mais de 60 anos. Sabe-se que até 10% dos homens com mais de 70 anos e um terço dos com mais de 80 anos desenvolverão retenção urinária aguda durante um período de 5 anos. (FONG, 2005)

E como reconhecer a Retenção Urinária Aguda?



A condição apresenta-se como uma incapacidade abrupta de eliminar urina. Em geral, há presença de desconforto abdominal e em baixo ventre. Pode ocorrer dor nestes mesmos locais. Em pessoas que apresentem retenção urinária crônica, o evento agudo pode ser oligossintomático, com pouca dor e desconforto. Pacientes que tenham causa inflamatória/infecciosa para a retenção urinária aguda podem se apresentar com sensação de disúria, dor pélvica e perineal, dor à evacuação e sensação de urgência urinária. Em pacientes com dificuldade de comunicação (acamados, sequelas de AVC, demências avançadas, etc.) os sinais de retenção urinária serão mais sutis: observação pelo cuidador de incapacidade de urinar, rebaixamento de sensório, agitação e alteração de nível de consciência.

2. COMO AVALIAR

O diagnóstico de retenção urinária aguda é essencialmente clínico, baseado nos achados de anamnese e exame físico.

Ao reconhecer esta condição clínica, é fundamental que a equipe assistente realize imediatamente o tratamento. A pesquisa de possíveis causas deve ser pensada posteriormente.

Diante disto, algumas manobras de exame físico são importantes como veremos a seguir:

Palpação Abdominal

A bexiga urinária poderá ser palpada em alguns casos. Palpação profunda de região suprapúbica revelará desconforto e dor.

Toque Retal

Deve ser realizado tanto em homens quanto mulheres. Avaliará a presença de massas, impactação fecal, sensibilidade perineal e tônus esfinteriano. Nos homens, é essencial para avaliar a próstata, uma vez que a hiperplasia prostática benigna é uma das causas mais comuns da retenção aguda. Importante lembrar que uma próstata de tamanho normal não exclui definitivamente a hiperplasia prostática benigna.

Exame Pélvico

Importante em mulheres.

Exame Neurológico

Deve incluir avaliação de força muscular, sensibilidade, reflexos e tônus muscular.

Os exames complementares devem ser utilizados para pesquisa da causa de retenção aguda, direcionados para a suspeita clínica levantada.

A coleta de amostra de urina (exame comum de urina e urocultura) deve ser realizada em todos os pacientes com retenção urinária aguda, considerando que a infecção urinária (baixa, alta ou prostatite aguda) é uma das causas comuns. Esta coleta provavelmente deverá ser realizada por cateterização.



A avaliação de resíduo urinário pós miccional não tem valor diagnóstico nestes casos, uma vez que todos os pacientes com desconforto e inábeis para urinar necessitarão de cateterização. A causa mais comum de retenção urinária é a hiperplasia prostática benigna, estando associada a mais de 50% dos casos.

Seguem as causas mais importantes de retenção urinária aguda, e que servem de base para guiar uma investigação individual.

Obstrutivas	- hiperplasia prostática benigna; - câncer de próstata; - estenose de meato uretral; - fimose;
Infecciosa/ Inflamatória	- cálculo vesical; - impactação fecal; - massas retroperitoneais; - massas gastrintestinais;
Farmacológica	- estenose de uretra; - câncer vesical;
Outras causas	- edema no trato urinário.

Fonte: SELIUS e SUBEDI, 2008.

Seguem as causas mais importantes de retenção urinária aguda, e que servem de base para guiar uma investigação individual.

Obstrutivas	- prostatite; - balanopostite; - abscesso prostático;
Infecciosa/ Inflamatória	- cistite; - Síndrome de Guillain-Barré; - mielite transversa; - tuberculose de trato urinário;
Farmacológica	- infecções raras (equinococose e doença de Lyme); - infecções por herpes simples e herpes zoster.
Outras causas	

Fonte: SELIUS e SUBEDI, 2008.

Seguem as causas mais importantes de retenção urinária aguda, e que servem de base para guiar uma investigação individual.

Obstrutivas	- anticolinérgicos (tricíclicos, atropina, oxibutinina, hioscina);
Infecciosa/ Inflamatória	- anti-histamínicos;
Farmacológica	- antiarrítmicos (quinidina, procaína);
Outras causas	- anticonvulsivantes (carbamazepina);
	- anti-hipertensivos (nifedipina, hidralazina);
	- anti-inflamatórios não esteróides;
	- antiparkinsonianos (amantadina, bromocriptina, levodopa);
	- antipsicóticos (clorpromazina, flufenazina, haloperidol, tioridazida);
	- hormônio – testosterona;
	- opióides
	- relaxantes musculares (baclofeno, ciclobenzaprina);
	- simpaticomiméticos alfa (descongestionantes nasais – causa importante em idosos no período do inverno).

Fonte: SELIUS e SUBEDI, 2008.

Seguem as causas mais importantes de retenção urinária aguda, e que servem de base para guiar uma investigação individual.

Obstrutivas	- trauma de pênis/períneo
Infecciosa/ Inflamatória	- trauma pélvico;
Farmacológica	- pós operatório – especialmente quando associados a analgesia com opióides;
Outras causas	- psicogênica.

Fonte: SELIUS e SUBEDI, 2008.

3. TOMADA DE DECISÃO

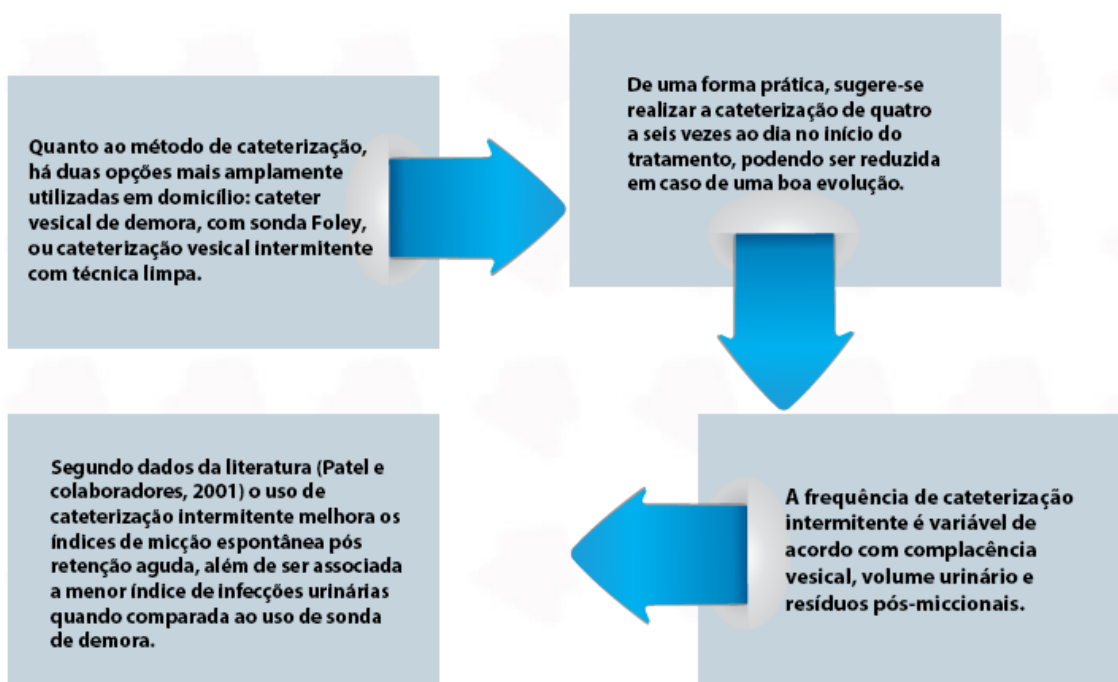
Depois de entender o que é, como reconhecer e suas causas frequentes vamos agora saber qual é a tomada de decisão na Retenção urinária aguda.



O manejo da retenção urinária aguda consiste em cateterização imediata para descompressão vesical. Após o manejo agudo, as causas tratáveis devem ser abordadas pela equipe assistente.

A descompressão vesical com cateter pode provocar hematúria e hipotensão. Estas complicações em geral não são evitáveis com esvaziamento mais lento e gradual. Portanto, sugere-se que se realize o esvaziamento abrupto e completo da bexiga.

Para entender o método, o uso e a frequência de cateterização:



Observação

É importante que não haja volume urinário maior do que 500 a 600 ml em cada cateterização, para prevenção de disfunção vesical. Se o volume urinário ficar acima destes valores, deve-se aumentar a frequência de cateterizações. É importante considerar o contexto familiar e social dos pacientes ao decidir sobre o tipo de cateter que deve ser utilizado.

A cateterização intermitente exige cuidados de higiene, além de compreensão da técnica por um cuidador habilitado ou pelo próprio paciente. Além disso, a equipe assistente deve discutir com os pacientes e familiares sobre as suas preferências e possibilidades.



FONTE: NUTEDS/UFC

Os pacientes com problemas transitórios deverão manter a cateterização até o restabelecimento da função vesical e tratamento adequado da causa. Pacientes com problemas permanentes (com bexiga neurogênica de qualquer etiologia, p.ex.) poderão necessitar de cateterização vesical de longo prazo.

Quando há necessidade de cateterização por longos períodos, a técnica intermitente permanece sendo preferencial devido ao menor índice de complicações.

Em homens onde a hiperplasia prostática benigna já foi diagnosticada ou é fortemente suspeitada, deve-se iniciar um curso de alfa-bloqueadores (doxazosina – iniciar com 1 a 2 mg/dia, aumentando até 8 mg/dia; tamsulosina – iniciar com 0,4 mg/dia, aumentando até 0,8 mg/dia) ou antagonistas da 5 alfa-redutase (finasterida 5 mg/dia) e manter o medicamento por pelo menos 3 dias antes de tentar a micção espontânea.

Não é indicado o uso rotineiro de antimicrobianos em pacientes realizando cateterização vesical de qualquer tipo.

Você deve estar se perguntando e quando referenciar?



O manejo da retenção urinária aguda consiste em cateterização imediata para descompressão vesical. Após o manejo agudo, as causas tratáveis devem ser abordadas pela equipe assistente.



Praticando

A seguir será apresentado uma situação problema na qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?

Referências

SELIUS, B.A; SUBEDI, R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. **Am Fam Physician**. v.77, n.5, p.643-50, 2008.

NYMAN, M.A; SCHWENK, N.M; SILVERSTEIN, M.D. Management of urinary retention: rapid versus gradual decompression and risk of complications. **Mayo Clin Proc**. V.72, n.10, p. 951-6, 1997.

KOLLING, M.G. Retenção Urinária, encurtamento do jato e problemas prostáticos. In: GUSSO, G; LOPES, J.M.C (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1093-1103.

CANALINI, A. F. Bexiga Urinária: Cateterismo Intermitente. **Projeto Diretrizes**. Sociedade Brasileira de Urologia, 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/12-Bexiga.pdf. Acesso em: 20 maio 2013.



BARRISFORD, G.W; STEELE, G.S. Acute Urinary Retention. WALTHAM, M. A: **UpToDate**, 2012. [capturado em 01 de maio 2013]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention?source=search_result&search=urnary+retention&selectedTitle=1~150. Acesso em: 01 maio 2013.

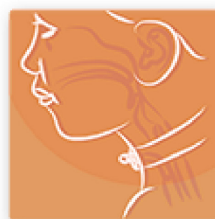
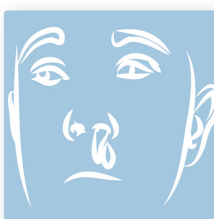
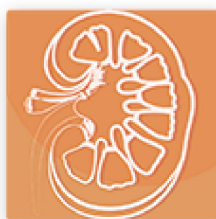
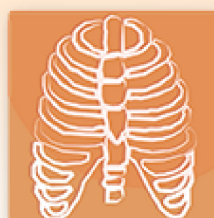
FONG, Y.K; MILANI, S; DJAVAN, B. Natural history and clinical predictors of clinical progression in benign prostatic hyperplasia. **Curr Opin Urol**. v.15, n.35. 2005.

PATEL, M.I; WATTS, W; GRANT, A. The optimal form of urinary drainage after acute retention of urine. **BJU Int**, v.88, n. 26, 2001.

ECONOMIX. **Trio**. Disponível em: http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.



Sangramentos em Pacientes Anticoagulados



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DE SANGRAMENTOS EM PACIENTES ANTICOAGULADOS



Esta unidade explora questões fundamentais para a sua prática profissional relacionada à avaliação e manejo domiciliar de sangramentos em pacientes anticoagulados. Além da caracterização, serão abordados ainda a avaliação de queixas de sangramentos nesses pacientes, o diagnóstico e o manejo no domicílio com fins de evitar a hospitalização. Assim, esperamos contribuir ao máximo com o seu aprendizado!

Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Identificar e caracterizar o sangramento;
- Avaliar pacientes que apresentam sangramento;
- Apresentar o manejo domiciliar adequado para o diagnóstico e tratamento de sangramento em pacientes anticoagulados;
- Referenciar, quando necessário, pacientes com sangramento em Atenção Domiciliar (AD).

Ao final, você será apresentado a um dos casos atendido por nossa equipe de Atenção Domiciliar. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não se esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Estamos lhe esperando nesta caminhada de construção do conhecimento. Sucesso!

1. COMO IDENTIFICAR

A anticoagulação domiciliar tornou-se uma realidade em diversos serviços de Atenção Domiciliar do país. Tal prática tem sido uma alternativa eficaz para a desospitalização precoce dos pacientes.

O uso da anticoagulação oral com cumarínicos (varfarina) e da parenteral com heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) tem sido indicados para várias situações clínicas com benefícios na prevenção de novos eventos tromboembólicos.

Apesar das vantagens, a prática da anticoagulação é acompanhada de alguns riscos, principalmente sangramento, que será o foco deste tópico.

Indicações para Anticoagulação X	
Situações Clínicas	Período
Trombose venosa profunda	3 - 6 meses
Tromboembolismo pulmonar	3 - 6 meses
Fibrilação atrial	Contínuo
Prótese valvar metálica	Contínuo
Prótese valvar biológica	3 - 6 meses
Cardiomiopatia dilatada com trombo	Contínuo
Infarto Agudo do Miocárdio (alguns casos)	Contínuo
Tromboembolismo recorrente	Contínuo

Contraindicação ou risco para anticoagulação X
Sangramento prévio do Sistema Nervoso Central
Neurocirurgia recente
Sangramento ativo
Gestação e parto
Doença ulcerosa péptica ativa
Consumo excessivo de álcool
Hipertensão arterial severa
História de quedas
Paciente não-aderente
Demência

2. COMO AVALIAR

Agora que já sabemos como identificar um quadro de sangramento em pacientes anticoagulados, como avaliar esses sangramentos? E como se dá o reconhecimento?

Diante das queixas, torna-se fundamental uma história clínica minuciosa, revisando desde a própria indicação da anticoagulação até interações medicamentosas, uso correto dos medicamentos, nível de entendimento do paciente e cuidador, alimentação e comorbidades.

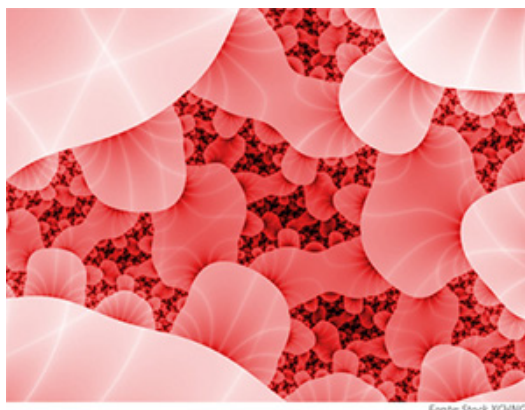
No exame físico, devemos sempre nos atentar para achados neurológicos e equimoses/hematomas na pele.



Observação

É importante nos casos de sangramento de origem nos tratos urinário, gastrointestinal e ginecológico, considerar avaliação complementar para possíveis lesões pré-existentes como causa do sangramento.

Além da queixa do paciente ou cuidador referindo sangramento, nestes casos, deveremos recorrer ao uso de exame complementar como o Tempo de protrombina – Razão Normalizada Internacional (TP-RNI).



Fonte: Stock.XCHNG



Observação

Além da coleta de sangue periférico convencional, já estão disponíveis em nosso meio aparelhos portáteis para monitorização da anticoagulação utilizando o sangue capilar para leitura do TP-RNI.

AUMENTAM O TP-RNI	DIMINUEM O TP-RNI
Farmacos	Farmacos
Metronidazol, Sulfametoxazol + trimetoprim, Eritromicina, Ciprofloxacina, Fluconazol, Isoniazida, Itraconazol, Tetraciclina, Cefalosporinas, Sinvastatina, Propranolol, Paracetamol, Amiodarona, Aspirina, Cimetidina, Fenitoina, Tamoxifeno, Sulfoniluréias, Piroxicam, Omeprazol, Clofibrato, Alcool	Barbituricos, Carbamazepina, Clordiazepoxido, Colestiramina, Estrogenos/anticoncepcionais, Fenitoina, Nafcilina, Griseofulvina, Rifampicina, Sucralfato, Penicilinas
Fitoterapicos e Vitaminas	Fitoterapicos e Vitaminas
Situações clínicas	Situações clínicas

AUMENTAM O TP-RNI	DIMINUEM O TP-RNI
Farmacos	Farmacos
Fitoterapicos e Vitaminas	Fitoterapicos e Vitaminas
Alho, Ginkgo, Ipriflavona, Vitamina A, Vitamina E, Dong quai	Ginseng, Erva de São João, Chá verde, Vitamina C, Vitamina K, Coenzima Q
Situações clínicas	Situações clínicas

AUMENTAM O TP-RNI	DIMINUEM O TP-RNI
Farmacos	Farmacos
Fitoterapicos e Vitaminas	Fitoterapicos e Vitaminas
Situações clínicas	Situações clínicas
Cancer, Colagenoses, Deficiencia de vitamina K, Desnutrição, Diarreia, Doença hepática, Hipertireoidismo, Insuficiencia cardíaca	Resistencia hereditária a varfarina, Hipotireoidismo, Dislipidemia, Edema

3. TOMADA DE DECISÃO

Após a identificação e avaliação de sangramento em pacientes anticoagulados, é importante saber manejar e referenciar, quando necessário, estes pacientes em Atenção Domiciliar (AD).



Observação


Normalmente, a maioria das condições clínicas com indicação de anticoagulação possui como alvo um TP-RNI entre 2,0 e 3,0. Apenas os pacientes com alto risco de tromboembolismo (Ex. Protese valvar metálica) têm como alvo um TP-RNI entre 2,5 e 3,5. A seguir, estão colocadas as condutas conforme o valor do TP-INR.

Recomendações para TP-RNI supratераpeutico:

> 5,0		X
Presença de sangramento	Opções de manejo	
Não	Omitir uma dose de Varfarina ou Suspende a Varfarina até o TP-RNI atingir o alvo e reiniciar a Varfarina	

> 9,0 ou > 5		X
Presença de sangramento	Opções de manejo	
Não ou Sim (Sangramentos menores – Ex. gengiva, urina, pele)	Suspende a Varfarina e administrar de 2,5 a 5 mg de vitamina K, via oral. Monitorar com frequência o TP-RNI e administrar mais vitamina K se necessário. Reiniciar a Varfarina em baixas doses quando o TP-RNI estiver no alvo	

Entre 5,0 e 9,0		X
Presença de sangramento	Opções de manejo	
Não	Suspende a Varfarina e monitorar o TP-RNI até atingir o alvo e reiniciar a Varfarina em baixas doses ou suspende a Varfarina e administrar de 1 a 2,5 mg de vitamina K, via oral	

Qualquer Valor 	
Presença de sangramento	Opções de manejo
Sim (Sangramento maior ou risco de morte)	Suspender Varfarina e administrar 10mg de Vitamina K, endovenosa, lento, plasma fresco congelado, concentrado de complexo de protrombina

Devem ser encaminhados a serviços de urgência/emergência todos os pacientes com sangramentos maiores (Ex. Intracraniano, retroperitoneal, sangramentos graves com queda acentuada do Hematócrito e Hemoglobina e que necessitem de transfusão) devido a necessidade de intervenções e monitorização no ambiente hospitalar. Também poderão ser encaminhados eletivamente ao especialista pacientes com difícil ajuste na anticoagulação ou com sangramentos frequentes (Ex. possibilidade de uso filtro de veia cava)



Concluindo



Chegamos ao final desta unidade. Aprendemos sobre identificação, avaliação, manejo clínico e refereciamento de sangramento em pacientes anticoagulados. Não se esqueça de aprimorar seus conhecimentos com os materiais complementares disponíveis nesta unidade. E que tal testar seus conhecimentos? A seguir será apresentado uma situação problema no qual você está convidado a participar e tomar decisões corretamente. Vamos lá?

Referências

VALENTINE, K. A, HULL, R. D. Correcting excess anticoagulation after warfarin. **In Uptodate** 2012, This topic last updated: Nov 14, 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/correcting-excess-anticoagulation-after-warfarin?2/5/2013>.



GOROLL, A. H.; MULLEY, A. G. **Primary Care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

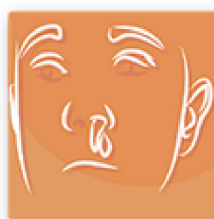
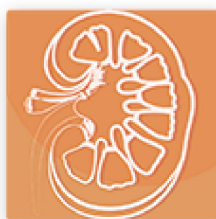
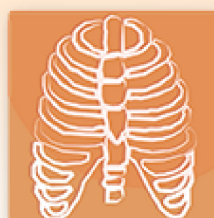
DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

YAMAGUCHI, A. M. et. al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. _____. **Prevenção e tratamento de pneumonia aspirativa:** cuidados médicos e odontológicos. Barueri, SP: Manole, 2010. p-191-203.

ECONOMIX. **Trio.** Disponível em:
http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.



Traqueostomia



AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DAS INTERCORRÊNCIAS EM PACIENTES COM TRAQUEOSTOMIA



Olá, seja bem-vindo a unidade de Avaliação e Manejo das Intercorrências em Pacientes com Traqueostomia. Esta unidade nos trás a luz as informações necessárias para que trabalhem com pacientes traqueostomizados.

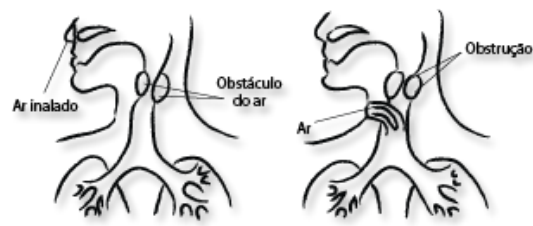
Os objetivos de aprendizagem desta unidade são:

- Identificar as indicações para a realização da traqueostomia;
- Reconhecer as complicações em pacientes traqueostomizados;
- Aprender as informações necessárias para o processo de tomada de decisão.

Ao final, você será apresentado a um dos casos atendido por nossa equipe de Atenção Domiciliar. Compreendê-lo será fundamental para a sua resolução. Não se esqueça de consultar os materiais complementares da unidade, inseridos no canto superior direito da tela. Para que o acesso tenha continuidade, organizamos a apresentação deste estudo em quatro tópicos, os quais se encontram na aba do canto esquerdo. Basta clicar! Estamos lhe esperando nesta caminhada de construção do conhecimento. Sucesso!

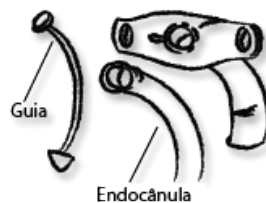
1. COMO AVALIAR

A traqueostomia é uma abertura cirúrgica na traqueia que serve como um desvio para que o ar respirado entre direto para os pulmões, sem passar pelo nariz ou boca. Ela pode ser temporária ou definitiva. A traqueostomia é mantida por um aparelho plástico ou metálico chamado cânula de traqueostomia.



FONTE: NUTEDS/UFC

Conjunto completo de cânula



FONTE: NUTEDS/UFC

A cânula de traqueostomia

A cânula metálica é a mais comumente usada no domicílio e é constituída por 2 partes: uma cânula externa e uma cânula interna (endocânula) que encaixa dentro da externa. O conjunto fica preso ao pescoço por um cadarço.

E quando realizar a traqueostomia?

Obstrução de vias aéreas devido a: anomalias congênitas, corpo estranho, trauma cervical, neoplasias, paralisia bilateral de cordas vocais.

Intubação orotraqueal prolongada: para prevenção de lesões orais ou laringeas, facilitar a higiene e toailette brônquico, prevenção de broncoaspiração.

Edema devido a: queimaduras, infecções ou anafilaxia.

Facilitar a aspiração das secreções das vias respiratórias baixas.

Síndrome da apneia obstrutiva do sono.



2. COMO AVALIAR

Agora que já vimos como identificar e indicações de quando realizar a traqueostomia, como avaliar as intercorrências?

As complicações relacionadas ao uso de traqueostomia podem ser divididas em: complicações imediatas, complicações precoces e complicações tardias.

Complicações
Imediatas: nas primeiras 48 horas
<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento - Pneumotórax e pneumomediastino - Lesão de estruturas paratraqueais - Apnéia - Edema pulmonar
Precoces: nos primeiros 7 dias
Tardias: após 7 dias

Complicações
Imediatas: nas primeiras 48 horas
Precoces: nos primeiros 7 dias
<ul style="list-style-type: none"> - Sangramento - Plug mucoso - Traqueíte - Celulite e abscessos - Enfisema subcutâneo - Atelectasia pulmonar - Decanulação
Tardias: após 7 dias

Complicações
Imediatas: nas primeiras 48 horas
Precoces: nos primeiros 7 dias
Tardias: após 7 dias
<ul style="list-style-type: none"> - Sangramentos tardios - Obstrução da cânula (tampão) - Traqueomalácia - Estenose - Fístula traqueoesofágica e traqueocutânea - Tecido de granulação (granuloma) - Impossibilidade de decanulação

3. TOMADA DE DECISÃO

A seguir serão abordadas as intercorrências mais comuns nos domicílios.

Sangramento	Obstrução	Traqueíte	Abcessos	Decanulação	Granuloma
<div>Sangramentos</div> <p>Sangramentos nos primeiros 7 dias pós-operatório podem ocorrer devido a lesões de pequenos vasos, pelo aumento da pressão pulmonar ou pela tosse. Já após esse período, podem ocorrer por lesão da traquéia ou por atrito do tecido de granulação peri-traqueostomia.</p> <p>Como manejar: sangramentos pequenos podem ser controlados com curativos compressivos e elevação da cabeceira da cama. Sangramentos maiores ou que não cessem com as medidas citadas, devem ser investigados em ambiente hospitalar.</p> <p>Ao cuidador: todo sangramento deve ser considerado importante e comunicado à equipe de saúde assim que possível.</p>					
Sangramento	Obstrução	Traqueíte	Abcessos	Decanulação	Granuloma
<div>Obstrução da cânula ou tampão</div> <p>Ocorre pela limpeza inadequada da cânula interna (endocânula), por insuficiente aspiração das secreções e mais raramente, por coágulos.</p> <p>Como manejar: retirada e limpeza adequada da endocânula.</p> <p>Ao cuidador: limpeza da endocânula com água oxigenada ou água morna e sabão neutro, no mínimo 3 vezes ao dia; aspirar vias aéreas sempre que necessário, quando a tosse for insuficiente para expelir as secreções brônquicas produzidas. Caso a equipe julgue necessário, manter um conjunto de traqueostomia sobressalente no domicílio e orientar a troca (endocânula) em casos de emergência. Quanto a higienização dos materiais e equipamentos utilizados: deve-se seguir a orientação conforme o protocolo utilizado pela equipe de saúde que faz o acompanhamento do paciente traqueostomizado ou pela orientação recebida na instituição de saúde.</p>					

Traqueíte

Ocorre por lesão da mucosa que pode ser devido a mal posicionamento da cânula, aspiração inadequada ou ressecamento da mucosa. O paciente sente desconforto, dor, tosse e estridor.

Como manejar: prevenção com medidas locais como umidificação (nebulização) e cuidados acertados com a cânula (limpeza e aspiração adequadas).

Ao cuidador: quando for recolocar a endocânula, certificar-se do correto posicionamento e travamento. A indicação e as orientações para realizar as aspirações deverão ser feitas antes da alta hospitalar ou do serviço de saúde que acompanhará o paciente.

Celulite e abscessos

A traqueostomia é um procedimento considerado contaminado por estar em contato com o meio e as infecções são poucos frequentes.

Como manejar: limpeza e higiene adequadas do ostoma e da pele periestoma, mantendo a pele seca e íntegra. Na presença de abscessos, pode ser preciso drenagem e antibioticoterapia sistêmica.

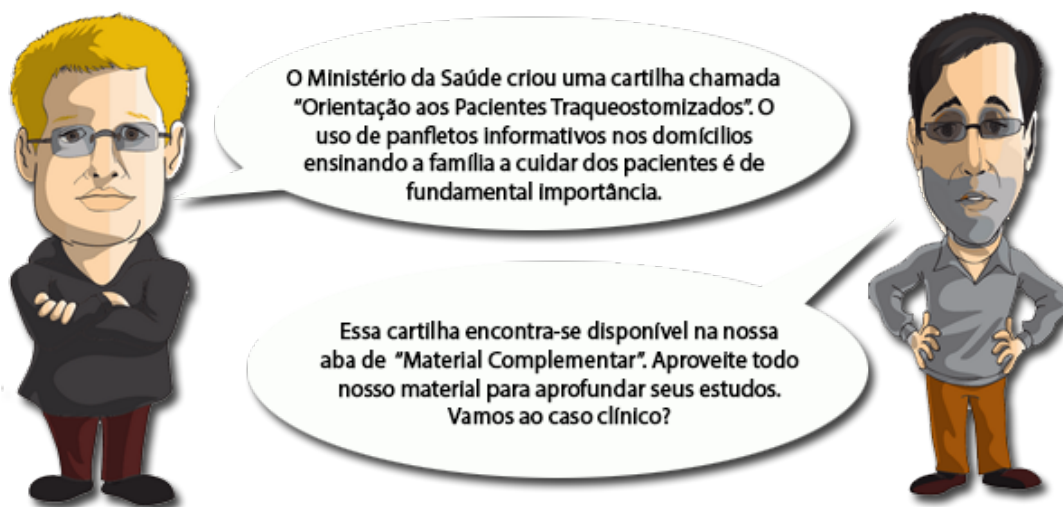
Ao cuidador: limpeza diária da pele com solução fisiológica ou água fervida fria ou filtrada e sabão neutro. Proteção da pele periestoma com folhas de gaze dobradas, evitando contato das secreções e do metal com a pele. A troca do cadarço também é diária, devendo ficar com um dedo de folga entre o cadarço e o pescoço para evitar lesões de pele.

Obs.: Nas primeiras trocas do cadarço, pode ser necessário a ajuda do paciente ou outro colaborador para evitar a saída da cânula fixa.

Sangramento	Obstrução	Traqueíte	Abcessos	Decanulação	Granuloma
<div>Decanulação</div> <p>É a saída acidental da cânula (fixa) de traqueostomia.</p> <p>Como manejar: limpeza e recolocação imediata no ostoma.</p> <p>Ao cuidador: quanto à endocânula: é a única peça da traqueostomia que deve ser retirada e limpa diariamente, no mínimo 3 vezes ao dia. A retirada da cânula externa (fixa) deve ser feita, de preferência, pela equipe de saúde, que providenciará a troca, se for necessário. Caso ocorra a retirada acidental da cânula fixa, orientar que seja recolocada, devido ao grande risco de fechamento do ostoma.</p>					
Sangramento	Obstrução	Traqueíte	Abcessos	Decanulação	Granuloma
<div>Granuloma</div> <p>É uma complicação frequente, caracterizado por uma reação inflamatória local que pode ser associada a uma desorganização no processo de cicatrização da ferida. São formados ao redor da traqueostomia ou na luz traqueal, sendo causa de hemorragia, obstrução e estenose da traquéia.</p> <p>Como manejar: o tratamento é feito por ressecção ou cauterização química.</p> <p>Ao cuidador: comunicar à equipe qualquer alteração na pele periestoma. Manter limpa e seca a região do ostoma, protegendo a pele com gazes e realizando a troca sempre que necessário.</p>					

E quando referenciar?

Intercorrências com a traqueostomia em que não for possível o manejo no domicílio poderão necessitar de intervenção em ambiente hospitalar e de avaliação cirúrgica (Ex. sangramentos importantes, suspeita de fistulas, estenose, desvios por lesões tumorais, etc.).



Referências

Freitas, A. A. de S, et al. **Orientações à pessoa traqueostomizada**. Instituto Nacional do Câncer. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/traqueostomizados.pdf>. Acesso em: 02 maio 2013.

ECONOMIX. **Trio**. Disponível em: http://ccmixter.org/content/economix/economix_-_Trio.mp3. Acesso em: 23 jul. 2013.

FRAGA, J.C de; SOUZA, J.C; KRUEL, **J. Pediatric** tracheostomy. J Pediatr. Rio Janeiro, v. 85, n. 2, 2009, p.97-103.

MARSICO, P.S.; MARSICO, G.A. Traqueostomia. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v.19, n. (1-2) 2010, p. 24 – 32.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VIANNA A., PALAZZO R.F., ARAGON, C. Traqueostomia: uma revisão atualizada. **Pulmão**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2011p. 39 - 42.

YAMAGUCHI, A. M, et al.. **Assistência Domiciliar**: Uma Proposta Interdisciplinar. Baueri, SP: Manole, 2010.

