

FEBRE AMARELA: CASOS GRAVES

Como Proceder?

Encefalopatia Hepática: tratar com lactulose e evitar medicamentos que piorem o quadro, como os benzodiazepínicos.

Nutrição: precoce e por via oral sempre que possível. A sonda nasoentérica pode ser utilizada quando a alimentação via oral estiver impossibilitada. A via parenteral deve ser a última alternativa (indicada após uma semana de insucesso da via digestiva).

Proteção Gástrica: realizar em todos os casos graves. (ex.: omeprazol ou ranitidina)

Sinais do Desenvolvimento de Disfunção Renal

CREATININA

↑ 0,3 mg/dL no período de 48h

↑ 1,5 vezes o valor basal no período de 3 a 7 dias

DIURESE

↓ 0,5 ml/Kg/h no período de 6h

Disfunção Renal: deve ser detectada precocemente. Nesses casos, deve-se evitar insultos adicionais provocados por certas medicações e reposição volêmica inadequada. Oligúria costuma ser o primeiro sinal.

Condições respiratórias: deve ser avaliada e sempre que necessário ofertar oxigênio suplementar conforme demanda. Avaliar necessidade de ventilação mecânica nos casos graves.

Hipoperfusão/Choque

Reposição volêmica: nas primeiras 3 horas é considerado razoável o volume de 30ml/Kg em caso de hipotensão. O ideal é concentrar a maior oferta de volume nas primeiras horas. Frequência cardíaca, pressão arterial, diurese, nível de lactato, frequência respiratória e ausculta pulmonar devem ser reavaliados após a reposição volêmica.

Vasopressores: indicados para os casos em que o choque não responde à reposição volêmica.

Hemocomponentes: quando transfundir?

Hemoglobina: menor que 7g/dL ou em caso de hemorragia grave com choque (independentemente da hemoglobina). A vitamina K pode auxiliar no tratamento e sempre deve ser administrada por via IV.

Plaquetas: menor que 10.000 profilaticamente ou menor que 20.000 quando estiver acompanhada de hemorragia, febre ou antes de procedimentos cirúrgicos.

Crioprecipitado: quando o nível de fibrinogênio estiver inadequado, inferior a 100.

Plasma: acompanha a transfusão maciça de hemácias e também em casos de hemorragia ou procedimentos cirúrgicos associados à alteração de PTTA e RNI.

Casos suspeitos devem ser identificados precocemente, notificados e hospitalizados.

Apenas pacientes estabilizados devem ser transferidos.

Medicamentos que devem ser evitados: Anti-inflamatórios, AAS e Paracetamol (em doses > 4g/dia).

O ideal é que os pacientes graves sejam tratados na UTI e que os dados laboratoriais sejam coletados mais de uma vez ao dia.