

# Protocolo Clínico e de Regulação para Icterícia no Adulto e no Idoso **71**

*José Sebastião dos Santos  
Rafael Kemp  
Ajith Kumar Sankarankutty  
Wilson Salgado Jr*

*Orlando de Castro e Silva Jr  
Fernanda Fernandes de Souza  
Andreza Corrêa Teixeira*

## **INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**

Os pacientes adultos e idosos com icterícia que buscam os serviços de saúde podem apresentar-se, na maioria das vezes, com quatro cenários distintos. Os pacientes que estão conscientes e estáveis e apresentam icterícia sem dor e sem febre podem ter a avaliação e o tratamento programados. Desse grupo, aqueles que possuem vesícula palpável podem apresentar neoplasia periampolar e devem ser encaminhados para um serviço de cirurgia digestiva em hospital terciário; os demais precisam ser submetidos a exames bioquímicos e de imagem para definir se a doença é de abordagem clínica ou cirúrgica.

A icterícia associada a dor, febre, sem comprometimento neurológico e cardiorrespiratório configura urgência moderada que pode ser avaliada e tratada em serviços de média complexidade. Por outro lado, a associação de icterícia, confusão mental e hipotensão caracteriza urgência grave e necessita de estabilização clínica nos serviços pré-hospitalares fixos, remoção em unidade móvel de suporte avançado e internação em hospital terciário. Dessa forma, o sinal icterícia em função dos sintomas e de outros sinais associados comporta diferentes diagnósticos sindrômicos, anatômicos e etiológicos, bem como formas, tempo e locais distintos para avaliação e tratamento, o que justifica a elaboração de um protocolo clínico de regulação (PCR).

## **CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS**

A icterícia é um sinal clínico caracterizado pela cor amarela da pele, das mucosas e da esclera, sendo determinada pelo aumento das bilirrubinas no

sangue, geralmente acima de 2,5 a 3 mg/dl. A bilirrubina é produzida a partir da degradação de complexos proteicos, sobretudo da hemoglobina, e é transportada pela albumina até o fígado, onde é recolhida pelos hepatócitos mediante um processo chamado captação. No hepatócito, essa bilirrubina não conjugada (forma indireta) é conjugada, tornando-se mais polar e hidrossolúvel (bilirrubina direta) e passível de ser excretada por meio do polo biliar do hepatócito para os canalículos biliares. Assim, a hiperbilirrubinemia e a icterícia podem ocorrer por meio de dois mecanismos:

I- aumento da produção de bilirrubina: hemólise, formação de hemácias vulneráveis (talassemia, anemia), reabsorção de hematoma, transfusão;

II- diminuição da depuração da bilirrubina:

A) defeitos hereditários: síndromes de Dubin Jhonson e de Rotor;

B) colestase:

1. doença hepatocelular: hepatite (medicamentosa ou viral), gravidez, sepse;
2. obstrução das vias biliares: litíase na via biliar principal, neoplasia periampolar, pancreatite.

A partir do conhecimento do ciclo fisiológico da bilirrubina e dos determinantes do seu aumento, as icterícias são definidas em:

- pré-hepáticas (de produção ou de captação);
- hepáticas (de captação, conjugação e excreção);
- pós-hepáticas (de fluxo biliar).

A colestase é a situação em que a bile produzida pelo fígado tem dificuldades de chegar até o duodeno por problemas de excreção ou por distúrbios do fluxo existente entre o hepatócito e a ampola de Vater. A contaminação com infecção da bile estagnada e inflamação das vias biliares caracteriza a colangite.

## ABORDAGEM DO ADULTO E IDOSO ICTÉRICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Diferenciar a icterícia pré-hepática e hepática da icterícia pós-hepática.
- Diferenciar os quadros inflamatórios infecciosos brandos (hepatite aguda, pancreatite branda e colangite branda) dos quadros graves (pancreatite grave, insuficiência hepática aguda grave (hepatite fulminante) e colangite grave).

Essas diferenciações podem ser feitas com base na anamnese e no exame físico, na maioria dos casos, ou com a realização de alguns exames complementares de acesso em todos os serviços de saúde. Esse processo permitirá que o encaminhamento para eventual finalização do diagnóstico etiológico e do tratamento seja efetuado com mais precisão e racionalidade para os usuários e para o sistema de saúde. O paciente que procura os serviços de saúde com icterícia comporta, na maioria dos casos, o enquadramento em quatro cenários (Fluxograma 71-1).

## Cenário I – Apresentação Clínica

- Icterícia, geralmente progressiva e indolor, com colúria, acolia fecal, prurido e perda de peso.
- Vesícula palpável (sinal de Courvoisier Terrier).

## DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Colestase extra-hepática provavelmente secundária a tumor periampolar.

## MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS ADOTADAS

- Aumentar a ingestão hídrica para a manutenção de um débito urinário mínimo de 0,5 ml/kg/h (prevenção de insuficiência renal).
- Dieta hipogordurosa (minimizar o desconforto pela indigestão de gorduras e episódios de diarreia).
- Controle do prurido: anti-histamínicos (dexclorfeniramina 4 a 16 mg ao dia divididos em 2 a 4 tomadas; hidroxizina 25 mg 3 vezes ao dia), colestiramina (1ª linha) 4 a 6 g 30 minutos antes das refeições (2 vezes ao dia longe de outras medicações), ácido ursodesoxicólico (2ª linha) 13 a 15 mg/kg/dia divididos em 2 ou 3 vezes ao dia após as refeições, naltrexona 50 mg ao dia.  
O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico ao Complexo Regulador (CR).
- O médico da atenção básica alerta o paciente para a possibilidade de colangite (evento raro). Nessa eventualidade, o paciente é orientado a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou uma unidade não hospitalar de urgência (Unidade de Pronto Atendimento [UPA]), ou, ainda, a ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)/regulação de urgência no número 192.
- O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em hospital de referência terciária no prazo de 15 dias.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares realizados no âmbito do hospital terciário para a doença são agendados pelo próprio hospital.
- A equipe do hospital terciário deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o tratamento complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível, como curativos em feridas

cirúrgicas, manejo da dor de pequena intensidade, orientação nutricional, entre outros.

- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do hospital terciário devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

A complementação diagnóstica e terapêutica para os casos que se enquadram no cenário I deve ser solicitada pelo médico da atenção básica por meio de encaminhamento ao CR em hospital de elevada complexidade porque as evidências clínicas indicam que o diagnóstico anatômico e etiológico é de câncer na região periampolar. Na condição apresentada, o paciente precisará ser submetido a exames para dosagem de marcadores tumorais e de imagem, como endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada (TC) de abdome e/ou ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome e, eventualmente, ultrassonografia (US) endoscópica com biópsia. Ademais, o tratamento pode demandar descompressão biliar e digestiva por via endoscópica ou operações de grande porte, que requerem equipe e infraestrutura especializadas.

A comunicação entre os diferentes pontos da rede assistencial para garantir o atendimento integral e com efetividade deve ser feita pelos profissionais da saúde da atenção básica e do CR, e não pelos usuários. Dessa forma, não se justifica o encaminhamento de um paciente icterico e com vesícula palpável para serviços que só fazem exames de patologia clínica e de imagem. Haverá retardo no tratamento com ônus para o paciente e para o sistema de saúde porque, geralmente, esses exames, por conta da demora, serão repetidos no hospital terciário em decorrência da mudança da condição do doente e da doença.

Deve ser reforçado também que os usuários não têm de arcar com o ônus de se locomover entre os diferentes serviços da rede assistencial para agendar novas consultas, exames e procedimentos. Assim, os serviços de saúde, com o apoio do CR, devem garantir o acesso com atendimento integral e avisar o paciente acerca da data, do local e do horário da avaliação. Na atualidade, com os recursos de telessaúde disponíveis, não se admite que os usuários saiam das unidades de saúde com solicitações de consultas, exames e procedimentos ou do próprio CR com autorizações, para por conta própria, garantir o acesso e o tratamento.

O acesso aos serviços de saúde não é unidirecional. Dessa forma, após a solução do problema de saúde que gerou a referência, o paciente deve ser redirecionado para a atenção básica por meio de contrarreferência para continuar a cuidar de outras eventuais comorbidades ou problemas advindos do tratamento, como curativos em feridas cirúrgicas e orientações sobre suporte a dor e nutricional. Caso haja necessidade de outros tratamentos complementares fora do âmbito da atenção básica e do hospital terciário, a solicitação deve ser encaminhada ao CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

## Cenário II: Apresentação Clínica

Icterícia com ou sem dor, associada ou não a:

- colúria, acolia fecal, prurido, anorexia, perda de peso;
- ingestão de álcool ou uso de medicações ou drogas hepatotóxicas;
- passado de cirurgia abdominal ou biliar prévia;
- passado de transfusão de sangue;
- sinais de hepatopatia crônica (eritema palmar, ascite, ginecomastia, aranhas vasculares (*spiders*), atrofia testicular e circulação colateral);
- hepatoesplenomegalia.

### DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO

- Diferenciar entre: icterícia pré-hepática e hepatocelular da icterícia pós-hepática.

### DIAGNÓSTICOS ETIOLÓGICOS PROVÁVEIS

- Causas pré-hepáticas.
- Hemólise excessiva (esferocitose), eritropoiese inefetiva (talassemia) e reabsorção de grandes hematomas.
- Causas hepáticas:
  - aumento de bilirrubina não conjugada (indireta):
  - síndromes de Gilbert, Crigler Najjar, drogas (rifampicina);
  - aumento da bilirrubina conjugada (direta) – colestase intra-hepática;
  - hepatites viral, alcoólica e autoimune;
  - hepatite por drogas (acetaminofeno, penicilinas, anticoncepcionais orais, anti-inflamatórios não hormonais (AINHs), antidepressivos tricíclicos);
  - doenças hereditárias (hemocromatose, doença de Wilson, síndrome de Dubin Jhonson e de Rotor);
  - doenças sistêmicas (sarcoidose, amiloidose, doença de depósito de glicogênio, doença celíaca, tuberculose);
  - outras (sepse, nutrição parenteral prolongada, gravidez);
- Causas pós-hepáticas (colestase extra-hepática):
  - Aumento da bilirrubina conjugada:
  - bloqueio intrínseco (cálculos, lesão traumática da via biliar, parasitas, colangiocarcinoma, câncer de vesícula, *Criptosporidium* em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida [AIDS]);
  - bloqueio extrínseco (pancreatite aguda e crônica, pseudocisto, câncer de pâncreas e duodeno).

### MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Aumentar a ingestão hídrica para a manutenção da diurese acima de 0,5 ml/kg/h (prevenção de insuficiência renal).

- Dieta hipogordurosa (minimizar o desconforto pela indigestão de gorduras e episódios de diarreia).
- Suspensão de drogas que podem causar colestase.
- Controle do prurido: anti-histamínicos (dexclorfeniramina 4 a 16 mg ao dia divididos em 2 a 4 tomadas, Hidroxizina 25 mg 3 vezes ao dia), colestiramina (1ª linha) 4 a 6 g 30 minutos antes das refeições (2 vezes ao dia, longe de outras medicações), ácido ursodesoxicólico (2ª linha) 13 a 15 mg/kg/dia divididos em 2 ou 3 vezes ao dia após as refeições, naltrexona 50 mg ao dia. O médico da atenção básica solicita hemograma completo com contagem de reticulócitos, dosagem sérica das bilirrubinas totais e frações (conjugada e não conjugada), aminotransferases (aspartato aminotransferase [AST] e alanina aminotransferase [ALT]), fosfatase alcalina, tempo de atividade de protrombina e US do abdome.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames laboratoriais e de imagem ao CR.
- O médico da atenção básica alerta o paciente em caso de dor ou febre. Nessa eventualidade o paciente é orientado a procurar a UBS ou uma unidade não hospitalar de urgência, ou, ainda, a ligar para o SAMU/regulação de urgência no número 192.
- O médico regulador, de posse do conjunto de informações, consegue diferenciar a icterícia pré-hepática e a colestase intra-hepática da colestase extra-hepática. Na colestase extra-hepática há predomínio da elevação da fosfatase alcalina em relação às aminotransferases, e a US abdominal demonstra dilatação da via biliar.
- O médico regulador deve agendar os casos com icterícia pré-hepática e colestase intra-hepática para serviço especializado de gastroenterologia ou hepatologia clínica, e os casos de colestase extra-hepática, para o serviço especializado de gastroenterologia cirúrgica ou cirurgia digestiva, no prazo de 15 dias.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
  - por telefone pelo CR;
  - por telefone pela atenção básica;
  - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados com a doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.

- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

A avaliação clínica e a realização de exames de rotina, passíveis de serem solicitados na atenção básica (hemograma, bilirrubinas totais e frações, AST e ALT, fosfatase alcalina, tempo de atividade de protrombina e US do abdome), podem diferenciar a icterícia não obstrutiva (de abordagem clínica) da obstrutiva (de abordagem cirúrgica) em quase 75% dos casos.

Na colestase intra-hepática por lesão tóxica ou isquêmica, os valores séricos das aminotransferases, em geral, ultrapassam 10 vezes o limite superior da normalidade ( $\times$ LSN) e as bilirrubinas não ultrapassam cinco vezes esses valores. Por outro lado, na colestase intra-hepática por hepatite viral e álcool, o aumento das aminotransferases e das bilirrubinas, em geral, situa-se entre 5 e 10 vezes o  $\times$ LSN. Eventualmente, o aumento das aminotransferases ultrapassa 10  $\times$ LSN na hepatite viral, enquanto as bilirrubinas podem elevar-se 10  $\times$ LSN na obstrução biliar aguda e na hepatite alcoólica. Essa diferenciação é relevante porque oferece subsídios para que o CR direcione os casos de forma mais adequada para os diferentes serviços especializados, o que minimiza a perda de tempo por parte dos usuários e o consumo adicional de recursos pelo sistema de saúde.

Os casos de icterícia pré-hepática e colestase intra-hepática devem ser encaminhados para serviços que contam com recursos para suporte clínico, rastreamento de vírus (hepatites), marcadores de doenças autoimunes (eletroforese de proteínas, dosagem de imunoglobulinas e anticorpos antimitocôndria, anti-músculo liso e antinúcleo (FAN) e distúrbios do metabolismo (cobre urinário, ceruloplasmina, alfa-1-antitripsina e bioquímica do ferro, entre outras). Por outro lado, os pacientes com colestase extra-hepática necessitam de serviços que contam com recursos de imagem e profissionais com experiência em endoscopia, radiologia intervencionista e cirurgias de grande porte. As colestases intra-hepática e extra-hepática crônicas podem induzir cirrose biliar e necessidade de transplante hepático. Nessa circunstância, o CR deve proceder ao encaminhamento para serviços altamente especializados que contam com equipes multidisciplinares e multiprofissionais.

### Cenário III: Avaliação Clínica

- Icterícia, com ou sem dor e febre associada ou não a:
- antecedentes de dor biliar ou cirurgia biliar;
  - passado de ingestão de álcool ou uso de medicações ou drogas hepatotóxicas.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Colangite branda.

- Hepatite aguda.
- Colecistite aguda.
- Pancreatite aguda.
- Abscesso hepático.
- Pielonefrite.

## MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso para a reposição de fluidos, a fim de manter o débito urinário  $> 0,5$  ml/kg/h.
- Prescrição de antitérmicos.
- Acionar a central de regulação de urgência (telefone 192).
- Caso haja necessidade de remoção, encaminhar uma unidade de suporte básico.
- Encaminhar o paciente para uma unidade não hospitalar de urgência (UPA), caso haja dúvida em relação ao diagnóstico, ou um hospital de média complexidade.
- Os pacientes que não melhoram no período de 48 a 72 horas do tratamento clínico instituído devem ser encaminhados para hospital terciário.
- Os procedimentos complementares necessários para diagnóstico e tratamento fora do âmbito da atenção básica, da unidade não hospitalar de urgência e do hospital de média complexidade devem ser solicitados para o CR por meio de telefone ou guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.
- Caso haja solução do problema na unidade não hospitalar de urgência ou no hospital de média complexidade, o paciente deve ser redirecionado para a atenção básica com guia de contrarreferência preenchida manualmente ou por meio eletrônico para cuidar de outras eventuais comorbidades ou problemas advindos do tratamento.

Os pacientes ictericos e com febre, sem comprometimento sistêmico, podem ser mantidos em leitos de observação nas salas de urgência não hospitalar e hospitalar até definição do diagnóstico. Recomenda-se o jejum com hidratação e reposição de fluidos, se houver indícios de desidratação, e antitérmicos, se necessário. O paciente é submetido a exames de rotina (hemograma completo, bilirrubinas totais e frações, AST e ALT, fosfatase alcalina, tempo de atividade de protrombina, amilase, exame de urina simples e US do abdome). Esses exames podem diferenciar a hepatite aguda e a pielonefrite (de abordagem clínica) da colangite branda, da colecistite aguda e da pancreatite aguda biliar (de abordagem clinicocirúrgica).

Essa diferenciação permite a introdução de tratamento com antibiótico para cobertura de germes Gram-negativos e anaeróbios para os casos de pielonefrite, colangite e colecistite aguda. Ademais, permite que o caso seja solucionado no hospital de média complexidade, ou seja encaminhado, pela Central de Regulação de Urgência do CR, para os serviços especializados para conclusão do tratamento.



## Cenário IV: Apresentação Clínica

Icterícia com ou sem dor, febre, confusão mental e hipotensão associada ou não a:

- antecedentes de dor biliar ou cirurgia biliar;
- passado de ingestão de álcool ou uso de medicações ou drogas hepatotóxicas;
- sinais de hepatopatia crônica (eritema palmar, ascite, ginecomastia, atrofia testicular, aranhas vasculares [*spiders*], circulação colateral);
- Hepatoesplenomegalia.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Colangite grave.
- Insuficiência hepática aguda grave (hepatite fulminante).
- Pancreatite aguda grave.
- Sepses.

### MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para restauração da volemia.
- Cateter ou máscara com oxigênio.
- Sondagem vesical e monitorização do débito urinário.
- Acionar a central de regulação de urgência (telefone 192).
- Remoção por meio de uma unidade de suporte avançado.
- Encaminhar o paciente para um hospital terciário.
- Acomodar o paciente em leito de estabilização clínica ou terapia intensiva.
- Após tratamento, a equipe do hospital terciário deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento, passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

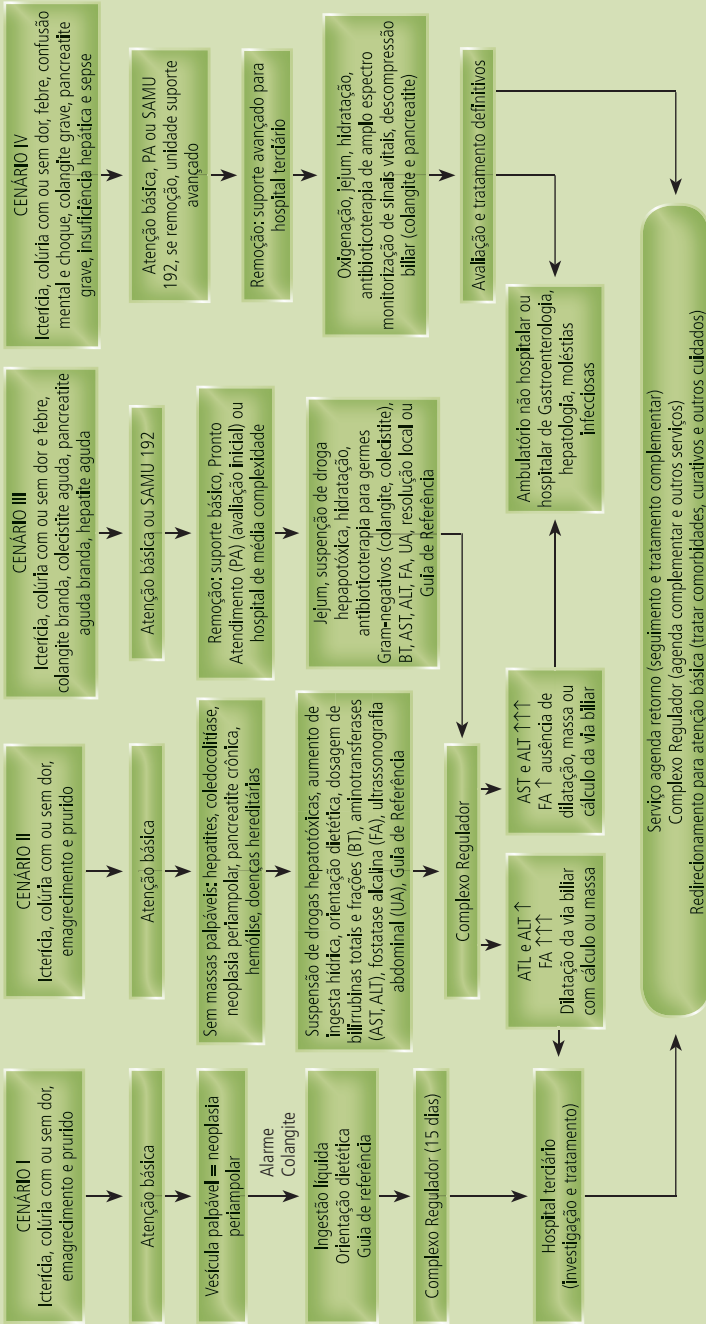
A solicitação para atendimento aos pacientes icterícios, com ou sem febre e comprometimento sistêmico caracterizado por distúrbios hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos, pode se originar do domicílio e da atenção básica. Esses casos requerem medidas iniciais de estabilização clínica que podem ser implementadas nos leitos de observação da unidade básica e nos leitos de estabilização clínica da sala de urgência não hospitalar e hospitalar até o encaminhamento para o centro de terapia intensiva.

Recomenda-se o jejum com hidratação, reposição de fluidos e antitérmicos. O paciente é submetido a exames de rotina (hemograma, bilirrubinas totais e frações, AST e ALT, fosfatase alcalina, tempo de atividade de protrombi-

na, amilase, exame de urina simples e US do abdome). Esses exames podem diferenciar a insuficiência hepática aguda fulminante da colangite grave, que requer o acréscimo de antibióticos para cobertura de germes Gram-negativos e anaeróbios e descompressão biliar endoscópica de urgência.

## BIBLIOGRAFIA

- Beckingham IJ, Ryder SD. ABC of diseases of the liver, pancreas and biliary system: investigation of liver and biliary disease. *BMJ*. 2001;322:33-6.
- Bergasa NV. Medical palliation of the jaundiced patient with pruritus. *Gastroenterol Clin N Am*. 2006;35:113-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2004. (Série E. Legislação de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde de 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 2006 fev. 22.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 2006 mar. 28.
- Freelove R, Walling AD. Pancreatic cancer: diagnosis and management. *American Family Physician* 2006;73(3):485-92.
- Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ*. 2005;172(3):17.
- Merriman RB, Peters MG. Approach to the patient with jaundice. In: Yamada T, editor. *Textbook of gastroenterology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. p. 911-28.
- Miura I, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Hirota M, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14(1):27-34.
- O'Connor KW, Snodgrass PJ, Swonder JE. A blinded prospective study comparing four current noninvasive approaches in the differential diagnosis of medical versus surgical jaundice. *Gastroenterology*. 1983;84:1498.
- Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, van Zanten SJV, et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*. 2006;20(6):411-23.
- Roche SP, Kobos R. Jaundice in the adult patient. *Am Fam Physician*. 2004;69:299-304.
- Ryder SD, Beckingham IJ. ABC of diseases of the liver, pancreas and biliary system: other causes of parenchymal liver disease. *BMJ*. 2001;322:290-2.
- Santos JS, Salgado W Jr, Módena JLP, Brunaldi JE, Ceneviva R. Effect of preoperative endoscopic decompression on malignant biliary obstruction and postoperative infection. *Hepato-gastroenterology*. 2005;52(61):45-7.
- Santos JS, Kemp R, Sankarankuthy AK, Salgado-Júnior W, Souza FF, Teixeira AC, et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care regulatory system. *Acta Cirur Bras*. 2008;23(1):133-42.
- Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- Takeda K, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al. JPN guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(1):42-7.



**Fluxograma 71-1** Algoritmo para as ações clínicas e de regulação na presença de icterícia em pacientes adultos e idosos na rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), SAMU/192; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

