

**GUIA PRÁTICO
DE
PRESCRIÇÃO**

**Atenção Primária de Saúde
e Emergência**



GUIA PRÁTICO DE PRESCRIÇÃO

**Atenção Primária de Saúde
e Emergência**



Sumário

Modelo de Anamnese e Exame físico:	18
Modelos de Encaminhamentos:	23
Politrauma	24
Modelo de Evolução do Trauma.....	26
Analgesia padrão – Para o Posto	27
Analgesia padrão – para o Traumas.....	29
Analgesia potente	30
Analgesia padrão – dor abdominal	32
Abstinência alcoólica.....	34
Intra-hospitalar	34
Abuso sexual.....	40
Aftas orais (estomatite aftosa)	42
Alergia e prurido	42
Anafilaxia.....	46
Anticoncepção de emergência	52
Asma - exacerbação	53
Asma – Prescrição para a alta, após a crise	56
Bursites.....	57

Calmantes fitoterápicos	61
Candidíase	63
Candidíase oral	64
Candidúria – ITU por <i>Candida</i>	65
Cefaleias primárias.....	66
Cefaleia tensional.....	67
Enxaqueca / Migrânea.....	69
Migrânea na gestação	75
Ceratite fotoelétrica (luz uv, luz de solda).....	76
Chikungunya	77
Cólica nefrética	78
Conjuntivite	84
Constipação	86
Corpo estranho ocular.....	91
Coqueluche.....	93
Dermatite atópica	99
Uso de corticoides tópicos.....	102
Imunomoduladores tópicos.....	106
Antibióticos tópicos.....	108
Antisséptico	108
Medicações sistêmicas	109
Dermatite / Eczema de contato	111

Dermatite de estase (dermatite ocre).....	112
Dermatite seborreica	113
Dengue	117
Indicações gerais de internação:.....	118
Grupo A.....	123
Grupo B.....	127
Grupo C.....	129
Grupo D	132
Diarreia.....	135
Diarreia aguda.....	136
Diarreia inespecífica / gastroenterite viral	137
Diarreia bacteriana.....	142
Diarreia por <i>C. difficile</i>	146
Diarreia por <i>Cyclospora</i> e <i>Isospora beli</i>	148
Diarreia por protozoários	150
Diarreia por Nematelmintos.....	153
Doença Hemorroidária Trombosada.....	155
Disidrose.....	157
Dismenorreia	158
DPOC descompensada	160
Escabiose	165
Faringoamiglalite	166

Faringoamigalite inespecífica.....	166
Faringoamigalite estreptocócica	168
Gastrite e DRGE	171
GOTA – Crise	174
H1N1 - Profilaxia	176
Hordéolo volumoso / Blefarite intensa	177
Herpes zóster.....	178
Impetigo crostoso	180
Infecção do trato urinário	182
Cistite não complicada	188
Pielonefrite	192
Epididimite / Orquite.....	198
Prostatite bacteriana aguda	199
Infecções Cutâneas	202
Erisipela e Celulite na emergência	202
Lombalgia mecânica.....	211
Meteorismo (gases)	215
Micose Subungueal e Paquioníqua	216
Mordedura e Arranhadura de cão / gato	217
Leve	218
Grave - Vacina	220
Nasofaringite aguda – resfriado comum.....	221

Otite externa aguda (OEA)	224
Otite externa aguda fúngica	228
Otite Média Aguda (OMA ou AOM)	230
Paralisia Facial Periférica (de Bell)	232
Síndrome de Ramsay Hunt	234
Parasitoses Intestinais.....	235
Cisticercose	238
Neurocisticercose.....	240
Pitiríase rósea	241
Pitiríase versicolor.....	244
Pneumonia Adquirida na Unidade	246
Queimaduras	270
Resfriado comum.....	285
Rinite alérgica intensa	287
Rinossinusite aguda	288
Rinossinusite Viral aguda.....	289
Rinossinusite Bacteriana aguda	292
Sangramento Uterino Anormal:	297
Sutura:	298
Sem contaminação significativa:.....	300
Com contaminação significativa	301
Tinha capititis.....	306

Tinha corporis	307
Torcicolo espasmódico	309
Trauma Cranioencefálico.....	312
Trauma torácico – analgesia otimizada.....	316
Trombose venosa profunda na emergência.....	322
Tosse seca.....	335
Úlceras de causas variadas	336
Urticária aguda	337
Vaginites, vaginoses e DSTs	340
Vaginose	340
Candidíase.....	341
Tricomoníase.....	342
Uretrite / Gonorreia	344
Cancro mole.....	349
Linfogranuloma venéreo	351
Sífilis	352
Herpes genital	354
Moléstia inflamatória pélvica aguda	354
Vertigem e Tontura	358
Vertigem por Doença de Meniére	366
Vertigem por neurite vestibular aguda	368
Vertigem Posicional Paroxística Benigna.....	370

Viremia aguda não especificada (<i>Síndrome gripal</i>)	372
Pacientes sem fatores de risco:	373
Viremia aguda por Coronavírus – Covid 19	376
Zika vírus	387
Receituário	389
Analgésicos comuns	389
Analgésicos comuns + relaxantes musculares	392
Analgésicos comuns + opioides	393
Opioides	396
Metadona	396
Anti-NMDA	399
Quetamina	399
Anti-inflamatórios não seletivos	400
Anti-inflamatórios seletivos da COX-2	404
Antiespasmódico	405
Antimigranosos	406
Anticonvulsivantes analgésicos (dor neuropática)	408
Relaxantes musculares	409
Anti-heméticos, procinéticos e antivertiginosos	410
Fibra solúvel	412
Laxante irritativo	412
Laxante isosmótico	413

Antialérgicos	414
Primeira geração	414
Segunda geração.....	415
Protetores gástricos	416
Corticoides.....	418
Mucolíticos	422
Antitussígenos.....	423
Antibioticos / Antimicrobianos	423
Betalactâmicos.....	428
Glicopeptídeos	430
Fosfomicina.....	432
Lipopeptídeo	433
Polimixinas.....	434
Aminoglicosídeos	435
Tetraciclinas	436
Gliciclinas.....	436
Macrolídeos	437
Lincosamidas.....	439
Oxazolidinonas.....	441
Clorafenicol.....	442
Quinolonas.....	443
Nitroimidazóis.....	445

Sulfonamidas	448
Rifamicina e rifampicina	449
Antifúngicos.....	450
Azólicos.....	450
Poliênicos.....	453
Equinocandinas	453
Repositor de flora intestinal	454
Betabloqueadores.....	455
Tipos de betabloqueadores:	456
Antidepressivos.....	458
Tricíclicos	458
Inibidores Seletivos da Recepção de Serotonina (ISRS).....	459
Inibidores da Recepção de Serotonina e Noradrenalina (IRSN).....	462
Inibidores da Recepção de Noradrenalina e Dopamina	463
Antipsicóticos.....	463
Típicos ou neurolépticos.....	466
Atípicos	469
Cremes ginecológicos.....	471
Soluções intranasais.....	472
Colírios.....	473

Nebulização	474
Nebulização com adrenalina.....	474
Repelentes.....	475
Liberados na gestação:	475
Tópico	476
Uso de corticoides tópicos.....	477
Laboratório	481
Análise do Líquor	481
Troponina	483
Rotina e procedimentos	488
Diluições comuns na emergência:	488
Analgesia.....	488
Antiarritmicos	490
Anticonvulsivantes	492
Antieméticos	492
Bloqueadores neuromusculares	493
Drogas vasoativas.....	494
Íons estabilizadores.....	495
Hipotensores.....	496
Sedativos e relaxante muscular	497
Solução polarizante	497
Adenosina – como usar?	498

Acessos venosos centrais na emergência.....	499
Acesso venoso em veia axilar	501
Aceso venoso em veia subclávia	504
Acesso venoso em veia jugular interna	507
Ácido Tranexâmico (Transamin®)	508
Epistaxe	508
Ácido Tranexâmico no Trauma	509
Alcalinização da urina.....	510
Avaliando disfunção orgânica.....	511
Vasopressor na emergência (<i>pushdoses</i>)	513
Bicarbonato na PCR – quando está indicado?	516
Carvão ativado – fazendo a melhor utilização.....	516
Corrigindo o cálcio total	517
Diazepam – como usar em crises convulsivas	518
Eletrocardiograma – os 10 passos básicos da avaliação.....	518
Taquiarritmias	534
Taquiarritmia em Gestante.....	542
Fenitoína – Como usar em pacientes que não respondem ao Diazepam.....	543
Fentanil.....	543
– Como usar na intubação de sequência rápida	543

Como usar na sedoanalgesia nos procedimentos	545
Gluconato de cálcio na emergência	545
Infecções intra-abdominais	546
Insuficiência respiratória na emergência	548
Insulina – como calcular o bolus.....	557
Insulina – Como preparar em bomba	558
Isolamento domiciliar.....	559
Lockterapia	560
Manejo da dor na Emergência.....	562
MOV	563
Noradrenalina – como usar	565
Prova volêmica na Emergência.....	566
Pás – Como desfibrilar corretamente um paciente	568
Sedoanalgesia para procedimentos	568
Sedação Contínua – Pós IOT	572
Solução polarizante (glicose + insulina)	580
Sonda nasogástrica – sempre deve ser usada em intoxicações exógenas?.....	581
Sulfato de magnésio.....	583
Tosse na emergência.....	583
Ventilação mecânica invasiva	588

Modo PCV	588
Bloqueio neuromuscular na IOT	589
Desmame de VMI (Extubação)	592
Ventilação mecânica não invasiva	593
Voos – transporte aéreo.....	598
Emergências médicas em voos	601
Emergências cardiológicas	605
Atualizações – ACLS.....	605
Via aérea.....	605
Drogas na PCR	606
Cuidados pós parada	609
IAM com supradesnívelamento de segmento ST ..	611
Angioplastia x Trombolítico	612
Contraindicações ao trombolítico	612
Critério de reperfusão pós trombólise.....	614
Insuficiência Cardíaca (IC) na Emergência.....	617
Causas de descompensação de IC.....	618
Classificação da descompensação da IC na Emergência:	619
Tratamento da IC descompensada na emergência:	621
Síncope na emergência	630
Torsades de Pointes	637

Emergências endocrinometabólicas	639
Cetoacidose diabética (CAD)	639
Hiperglicemia assintomática na emergência.....	650
Hipoglicemia na Emergência	651
Emergências gastrointestinais	653
Abdome agudo.....	653
Pancreatite aguda	654
Hepatopata com ascite na emergência.....	670
Investigando insuficiência hepatocelular	681
Obstrução intestinal.....	683
Emergências imunológicas	686
Anafilaxia	686
Emergências infecciosas.....	691
Infecções do SNC.....	692
Pioartrites	694
Sepse	695
Síndromes hemorrágicas e purpúricas.....	700
Meningococcemia:	701
Febre maculosa:	701
Leptospirose:	701
Emergências neurológicas.....	702

Agitação psicomotora na emergência – manejo farmacológico	702
Convulsão na emergência – <i>status epiléptico</i>	704
Epilepsia – considerações práticas para o clínico geral	706
Emergências obstétricas	708
Hemorragia pós-parto.....	708
Hipertensão na gestação	716
Emergências por causas externas.....	723
Intoxicação por anestésicos locais	723
Intoxicação por antidepressivos tricíclicos	723
Intoxicação por betabloquadores	724
Intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio	725
Intoxicação por opióides	726
Intoxicação por Varfarina (Marevan®)	727
Traumatismo cranioencefálico	732
Via aérea avançada na emergência	737
Os passos da IOT de sequência rápida	737
Planos para uma intubação bem sucedida.....	746
Sedoanalgesia Contínua	753
Ventilação mecânica	767
Resumo rápido.....	767

Modos ventilatórios	776
Ajustes iniciais na ventilação mecânica.....	784
Curvas do Ventilador – o que elas me dizem?....	795
Paciente obstruído grave (ASMA e DPOC)	800
Paciente SARA.....	805
Bloqueio neuromuscular em pacientes intubados	814
Desmame de VMI (Extubação)	817
Checklist para decidir pela extubação.....	818
Testes de respiração espontânea (TRE) – Opções:	820
Indicações de Traqueostomia na VM.....	822
Situações especiais.....	823
Modo PCV	823
RCP mantendo o paciente em Ventilação Mecânica	823
Evasão de paciente	825
PCR com evolução para óbito – modelo de evolução	825
PCR com evolução para RCE – modelo de evolução..	826
Bomba infusora:.....	827

Modelo de Anamnese e Exame físico:

Anamnese

HDA: Paciente previamente hígida relata que há cerca de (x dias) iniciou quadro de (mal estar generalizado OU ...) com a presença de (sintomas) de aspecto (cor) ou odor fétido. Apresenta inapetência há (x) dias. Informa o uso de (...) que atenuou parcialmente os sintomas **OU** sem alívio dos sintomas. Associado a essas manifestações, a paciente alega episódios de (...tosse esporádica), dor de intensidade leve a moderada na região (...) Refere ainda que apresentou sintomas/sensação de(...)

História Ginecológica: menarca aos X anos, sexarca aos X anos, números de parceiros sexuais, ISTs, método contraceptivo em uso, DUM, ciclo menstrual (*regular ou irregular*) com intervalos de X dias e duração de X dias, fluxo (normal, aumentado ou diminuído), data do último exame Citopatológico,

História Obstétrica: GxPxAx, ou nuligesta, tipo de parto anterior, aleitamento no parto anterior, faz uso de algum medicamento/droga/etilismo/tabagismo, alguma intercorrência? Nasceram com quantas semanas? Pesando quanto?

História social: informa residir em casa com condições adequadas de saneamento e estrutura. Mora com o esposo, apresenta boa rede de suporte familiar.

Mini exame físico

Ao exame físico: Bom estado geral, LOTE (ou confuso, sonolento), (apresenta-se com faces de dor), corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril, pupilas isocóricas e fotorreagentes, tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos. Temperatura axilar, Saturação (Sat.O₂)

ACV: ictus cordis palpável, 1 polpa digital, no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda; Ritmo Cardíaco Regular em 2 tempos, Bulhas Normofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos palpáveis, rítmicos e com boa amplitude, Frequência Cardíaca (x bpm) e Pressão Arterial (x mmHg).

AR: Tórax atípico, eupneico, expansividade preservada, FTV normal, Murmúrio vesicular universalmente (*ou bilateralmente*) audível sem ruídos adventícios (*ou presença de estertores pulmonares na região...?*), (há sinais de desconforto respiratório? Tiragem intercostal ou subcostal?), Freqüencia Respiratória (x irpm).

ABD: Abdome (globoso, plano?), Ruídos Hidroaéreos presentes (RHA +), normotenso (ou flácido), indolor a palpação superficial e profunda, ausência de visceromegalias (ou

sem VCM), massas palpáveis ou macices móvel. Espaço de Traube livre.

Genitália masculina: testículos tópicos

Membros: simétricos sem edema ou lesões, tônus preservado.

Exame neurológico: vigil, consciente e orientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes (**OU** *pupilas isofotoreagentes* *isocórica* + *fotorreagentes*), pares de nervos cranianos sem alterações, ausência de sinais de irritação meníngeo, mobilidade e força preservadas.

Exame ginecológico:

- ✓ **Mamas:** inspeção estática e dinâmica sem alterações, ausência de massas ou nódulos palpáveis na região supraclavicular, infraclavicular e axilas. Descarga papilar negativa bilateralmente.

- ✓ **Vulva:** ausência de escoriações
- ✓ **Exame especular:** presença de secreção fisiológica (corrimento fisiológico). Colo íntegro, sem lesões, normocorado e indolor ao toque. Teste de Schiller e ácido acético negativos.

Exame otorrinolaringológico:

- ✓ **Otoscopia:** pavilhão auricular íntegro, canal auditivo externo normocorado sem lesões ou abaulamento com discreto cerume (ou hiperemiado, presença de secreção purulenta). Membrana timpânica íntegra, translúcida, brilhante, triângulo luminoso de Politzer visível.
- ✓ **Rinoscopia:** mucosa nasal normocorada, ausência de lesões ou hiperemia, presença de secreção de aspecto hialina (ou purulenta, mucopurulenta), ausência de desvio

de septo, conchas nasais sem alterações (ou hipertrofiada)

- ✓ **Oroscopia:** mucosa oral normocorada, ausência de lesões, hiperemia ou secreções. Tonsilas palatina de aspecto normal, dentição em bom estado de conservação.
- ✓ **Região cervical:** ausência de lesões ou abaulamentos, ausência de linfonodos palpáveis.

Modelos de Encaminhamentos:

Vacinação antitetânica

À unidade básica de saúde – UBS/PSF

Encaminho para avaliação de situação vacinal, em particular, vacina antitetânica

Grato e à disposição!!

Gastrite/DRGE

À unidade básica de saúde – UBS/PSF

Caro colega

Encaminho paciente para avaliação de introdução de esquema antidiáspéptico, bem como agendamento ambulatorial de EDA e seguimento na APS.

Grato e à disposição!

Politrauma

Avaliação primária:

A- via aérea pérvia, com controle da coluna cervical

B- MV+ bilateralmente, sem RA. SatO₂: % em AA

C- RCR com BNF, abdome indolor, pelve estável, sem fraturas de ossos longos. FC: bpm PA: mmHg

D- Glasgow 15, pupilas isocrônicas fotoreagentes, sem déficit.

E- exposição e controle de hipertermia

SAMPLA

S - Sinais e sintomas

A- alergias

M- medicamentos de uso contínuo

P- passado médico

L- Ingesta de líquidos e alimentos há

A – ambiente e eventos relacionados ao trauma

Avaliação secundária

- **CABEÇA E PESCOÇO:** Não apresenta deformidades ou crepitações à palpação de estruturas em face e crânio, sem presença de ferimentos ou contusões. Ausência de otorragia ou epistaxe. Traqueia centrada, carótidas sem presença de sopro. Ausência de cervicalgia à palpação e à movimentação passiva e ativa de pescoço.

- **TÓRAX:** Caixa torácica simétrica, boa expansibilidade, ausência de perfurações,

contusões ou escoriações, ausculta com MV+ bilateralmente, sem RA, AC com BRNF em 2T, sem sopro audível.

- **ABDOME:** Plano, ausência de perfurações, contusões ou escoriações, RHA+, normotenso, indolor à palpação superficial e profunda, sem VMG ou MP. Pelve estável e indolor à compressão ântero-posterior.
- **EXTREMIDADES:** Ausência de contusões, hematomas ou deformidades. Pulso periféricos presentes e cheios. Sensibilidade e motricidade presentes, força muscular grau V, tempo de reenchimento capilar < 3 segundos

Modelo de Evolução do Trauma

Paciente evoluiu estável, referindo melhora sintomática após medicação, sem relato de novas queixas ou intercorrências. No momento, Glasgow 15, eupneico em ambiente.

RX DE TÓRAX: Sem evidências de hemo ou pneumotórax, fraturas ósseas ou demais lesões traumáticas agudas.

RX DE PELVE: Sínfise púbica, articulações sacroilíacas, lombossacras e de quadril congruentes, sem evidências de fraturas ósseas ou demais lesões traumáticas agudas

Conduta: Prescrevo (medicação)

- Alta com orientações médicas e seguimento ambulatorial em PSF
- Oriento paciente e acompanhante sobre sinais de alarme e retorno em caso de novas queixas ou intercorrências

Analgesia padrão – Para o Posto

Uso oral

1- **Ibuprofeno 300 mg** ____ 40 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 6/6h por 05 dias

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Paracetamol 500 mg + codeína 30 mg _____

01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h

OU

Uso oral

1- Diclofenaco 50 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Paracetamol 500 mg + codeína 30 mg __
01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h

Analgesia padrão – para o Traumas

Uso oral

1- Nimesulida 100 mg __ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Paracetamol 500 mg + codeína 30 mg ____
01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h

Analgesia potente

Uso oral

1- Cetoprofeno 150 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Paracetamol 500 mg + Codeína 30 mg _____

01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h

Ou

Uso oral

1- Naproxeno 500 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Tramadol 37,5mg + Paracetamol 325mg

_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

4- **Benefiber ®** _____ 01 caixa

Dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou
suco e Tomar ao almoço por 28 dias

Analgesia padrão – dor abdominal

Uso oral

1- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos vo se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

2- **Butilbrometo de escopolamina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

3- Metoclopramida 10 mg_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

Abstinência alcoólica

Intra-hospitalar

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA – Ar)

Nome:	Data:
Pulso ou FC:	Hora:
1- Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado? <input type="checkbox"/>	
0 Não 1 Náusea leve e sem vômito 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito	
2- Tremor com os braços estendidos e os dedos separados? <input type="checkbox"/>	
0 Não 1 Não visível, mas sente 4 Moderado, com os braços estendidos 7 Severo, mesmo com os braços estendidos	
3- Sudorese: <input type="checkbox"/>	
0 Não 4 Facial 7 Profusa	
4- Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações? Código da questão 8 <input type="checkbox"/>	
5- Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto? Código da questão 8 <input type="checkbox"/>	
6- As luzes tem parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes? <input type="checkbox"/>	
0 Não 1 Muito leve 2 Leve 3 Moderado 4 Alucinações moderadas 5 Alucinações graves 6 Extremamente graves 7 Contínua	
7- Você se sente nervoso(a)? (observação) <input type="checkbox"/>	
0 Não 1 Muito leve 4 Leve 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?	
8- Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento? <input type="checkbox"/>	
0 Não 4 Moderado / grave 1 Muito leve 5 Grave 2 Leve 6 Muito grave 3 Moderado 7 Extremamente grave	
9- Agitação: (observação) <input type="checkbox"/>	
0 Normal 1 Um pouco mais que a atividade normal 4 Moderadamente 7 Constante	
10- Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação) <input type="checkbox"/>	
0 Orientado 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias 4 Desorientado com o lugar e pessoa	

Escore

Estratificar gravidade pelo CIWA AR

Resultado:

- < 15: tratamento domiciliar
- > 15: internação hospitalar

Pesquisar por que o paciente parou de beber:

- Anamnese
- Laboratório: ionograma, CPK, função hepática, função renal, ECG

Tratamento:

- Tiamina + Complexo B + Ácido fólico
- Glicose
- Diazepam (muito diazepam, pode fazer 500mg ou mais por dia): objetivando um CIWA AR de 8 pra baixo (reavaliar o paciente periodicamente para ajustar a dose)
- Se refratário à Diazepam, fazer Fenobarbital

Não fazer:

- Fenitoína
- Haloperidol

Extra-hospitalar (conduta adaptada)

Uso oral

1- **Tiamina** 300 mg _____ 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 7 dias,
depois 01 comprimido ao dia

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

2- **Carbamazepina** 200 mg_30 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h

Encaminhamento

À unidade de programa de saúde da família:

Caro colega

Paciente deu entrada neste serviço de emergência com sinais de abstinência

Alcoólica, sendo iniciado tratamento profilático de síndrome de wernicke. Favor,

Prescrever carbamazepina 200mg 12/12h até consulta com psiquiatra, se assim

Concordar após sua avaliação.

Grato pela atenção

Conduta ideal (requer acompanhamento):

Uso oral

1- Tiamina 300 mg _____ 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 7 dias, depois 01 comprimido ao dia

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

2- Diazepam 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de dormir, por 20 dias seguidos

3- Amitriptilina 25 mg ____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de dormir

retornar ao psf após 21 dias de tratamento para reavaliação

Ou (*Preferir ISRS para pacientes com sintomas ansiosos ou depressivos*)

Obs: *Antes de iniciar ISRS, excluir que o paciente seja bipolar, pois ISRS sem estabilizador do humor pode provocar virada maníaca. Lembrar ainda que todos os ISRS prolongam o intervalo QT, então manejar com cautela em cardiopatas.*

OU

Uso oral

1- Tiamina 300 mg _____ 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 7 dias,
depois 01 comprimido ao dia

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

2- Diazepam 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de
dormir, por 20 dias seguidos

3- Fluoxetina 20 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã

retornar ao psf após 21 dias de
tratamento para reavaliação

OU

Uso oral

1- Tiamina 300 mg _____ 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 7 dias,
depois 01 comprimido ao dia

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

2- Diazepam 10 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de
dormir, por 20 dias seguidos

3- Citalopram 20 mg _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de
dormir

Abuso sexual

Uso Intramuscular

1- Penicilina benzatina 1.200.000 UI _____
02 ampolas

Aplicar uma ampola em cada glúteo médio

2- Ceftriaxona 500 mg _____ 01 ampola

Aplicar no glúteo médio

Uso oral

3- Azitromicina 500 mg _____ 02 comprimidos

Tomar os 02 comprimidos em dose única

4- Metronidazol 250 mg _____ 08 cps

Tomar 08 comprimidos em dose única

5- Levonorgestrel 0,75 mg _____ 02 cps

Tomar os dois comprimidos em dose única

- Vacinação antitetânica + Imunoglobulina antitetânica
- Profilaxia pós-exposição ao HIV

Aftas orais (estomatite aftosa)

Uso tópico

1- **Triancinolona acetonida** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão, sem esfregar, três vezes ao dia por 07 dias

OU

1- **Gingilone** ® tópica _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão, sem esfregar, três vezes ao dia por 07 dias

Alergia e prurido

Anti-histamínicos são muito mais eficientes e seguros no controle de urticária isolada, mesmo em monoterapia. Evitar uso rotineiro de corticoides.

Alergia – menor custo

Uso oral

1- **Hidroxizina 25mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

2- **Prednisona 20mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã por 05 dias

OU

Uso oral

1- **Loratadina 25 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, Tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

2- Prednisona 20mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã
por 05 dias

Alergia – custo médio

Uso oral

1- Cetirizina 10mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, Tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

2- Prednisona 20mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã
por 05 dias

Alergia – mais caro

Uso oral

1- **Levocetirizina 5mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, Tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

2- **Prednisona 20mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã por 05 dias

Alergia – espirros

Uso oral

1- **Fexofenadina 60mg + Pseudoefedrina 120mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se espirros ou coriza, podendo repetir de 12/12h

Anafilaxia

Reação de hipersensibilidade grave, cujo diagnóstico é feito com a presença de um dos 3 critérios de Sampson:

Critério 1

Início agudo de doença (minutos a horas) com envolvimento de pele, mucosa e pelo menos um dos seguintes:

- Comprometimento respiratório: dispneia, broncoespasmo, estridor ou hipoxemia
- Hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo (hipotonía, síncope)

Critério 2

Dois ou mais dos seguintes que ocorrem minutos a horas após exposição a alérgeno:

- Envolvimento da mucosa ou pele (urticária, angioedema, prurido)
- Comprometimento respiratório
- Hipotensão ou sintomas de disfunção de órgão-alvo
- Sintomas gastrointestinais persistentes: dor abdominal e vômitos

Critério 3

Hipotensão arterial após exposição a alérgeno conhecido (minutos a horas)

- Crianças: PA baixa de acordo com a idade ou ↓30% PAS
- Adultos: PAS < 90mmHg ou ↓30% do basal do paciente

Tratamento:

- 1) Interromper fator precipitante (*ex: interromper infusão de medicamento*)

*alergênico, remover ferões de abelha
com cartão de crédito ...)*

2) Adrenalina

- a) Adrenalina 01mg/mL (amp = 01mL) – 0,3 a 0,5mL IM em Vasto Lateral da Coxa
 - ✓ Pode repetir a cada 5 a 10min de acordo com resposta ou recidiva
 - ✓ Se não houver resposta após 02 doses IM, ou se paciente estiver em choque circulatório (*considerar também expansão volêmica com cristaloide 10 a 20mL/kg EV*), passar para o plano B:
- b) Adrenalina 01mg/mL 01mL + AD/SF 09mL – Aplicar 01mL em bolus EV
 - ✓ Se persistir hipotensão, partir para o plano C:
- c) Adrenalina 1mg/mL 05mL + SF 495mL – Iniciar a 3mL/h e titular até PAS > 90mmHg

3) Se paciente evoluir com

broncoespasmo:

- Salbutamol ou Fenoterol 10gts
- Brometo de Ipratrópio 40gts
15/15min 3x
- SF 5mL
- Sulfato de Magnésio 50% 04mL + SF
100mL EV em 20min

} NBZ

4) Se paciente evoluir com dispneia grave,
estridor, afonia ou RNC → IOT

5) Medicações de segunda linha: *são feitas para sintomas cutâneos e/ou para prevenir reações tardias (que costumam surgir em até 12h), mas não ajudam na estabilização*

- Anti-histamínicos:
 - ✓ Prometazina 50mg IM
 - ✓ Difenidramina 25 ou 50mg + SF 100mL
EV em 5min
 - ✓ Ranitidina 50mg + AD 20mL EV
- Corticoides: *início de ação após 04 a 06 horas*

- ✓ Metilprednisona 125mg + AD 2mL – 01 ml EV
 - ✓ Hidrocortisona 100mg 02 amp + AD EV
 - ✓ Dexametasona 10mg/2,5mL – 01 amp EV
- 6) Manter o paciente em observação por pelo menos 04 horas após a administração da adrenalina
- 7) À alta hospitalar, manter anti-histamínicos e corticoides por 03 a 05 dias, se alterações cutâneas persistentes, e orientar o paciente a não se expor mais ao alérgeno

Uso oral

1- Prednisona 20mg _____ 10 comprimidos

Tomar 02 comprimidos às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

2- Loratadina 10mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, pela manhã, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, Tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose de 24/24h se necessário

3- **Ranitidina 150mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 05 dias

OU

Uso oral

1- **Prednisona 20 mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 02 comprimidos às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

2- Hidroxizina 25 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 05 dias. Após este período, Tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose de 08/08h se necessário

3- Ranitidina 150 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 05 dias

Anticoncepção de emergência

Uso oral

1- Levonorgestrel 1,5 g ____ 01 comprimido

Tomar um comprimido em dose única

2- Dimenidrinato 50 mg + piridoxina 10mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se vertigem,
náuseas, ou vômito, podendo
repetir de 6/6h

3- **Butilbrometo de Escopolamina 10 mg**

— 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

Asma - exacerbação

1) Tem que intubar?

- Não consegue falar
- Exaustão ([movimentação paradoxal do abdome...](#))
- Alteração da consciência ([RNC ou agitação](#))
- Acidose respiratória
- Não melhorou

Obs: a principal alteração gasométrica numa pessoa em crise asmática é, inicialmente, uma alcalose respiratória pois o paciente hiperventila para compensar a hipercapnia da obstrução (ALCALOSE RESPIRATÓRIA), que evolui com exaustão com perda desta hiperventilação (ACIDOSE RESPIRATÓRIA).

B2 agonista de curta duração

- Berotec / Fenoterol
- Dose = 10 gotas + 3 a 4 ml SF com O₂ 6 - 8L/min
 - Diluir sempre em só um pouquinho SF ([algumas pessoas fazem broncoespasmo com água destilada](#))
 - Obs: Em UTI, utiliza-se 20 gotas de Berotec e se aceita uma nova dose em menos tempo, pois estepaciente está sendo monitorado o tempo todo
ou

- 5 jatos de bombinha
 - O espaçador, de preferência longo, tem que estar sem eletricidade estática antes de ser usado ([por isso que muitas vezes é necessário fazer mais jatos, para cobrir essa eletricidade estática, antes dos 5 jatos necessários](#)) - deve ser lavado e seco em ar ambiente antes da crise
- Repetir ou um ou outro a cada 10 a 30 min ([continuar com o O2 entre as crises até o paciente atingir a saturação alvo](#))
- ALVO: SatO₂ 93 a 95%
 - 94 a 98% se gestante, criança ou DCV.

2) FENOTEROL 10 gotas ou 5 jatos cada 10 a 30 min

Sem ou pouca melhora após 30 min ou
Asma grave:

- ✓ Agitação
- ✓ FR > 30
- ✓ FC > 120
- ✓ SatO₂ < 90
- ✓ FE ≤ 50% (*peak flow ≠ espirometria*)

+ IPRATRÓPIO 20 gotas

+ Corticoide VO/IV

Prednisona 1 mg/Kg

3) ALTA: 5 a 7 dias de corticoide VO

Asma – Prescrição para a alta, após a crise

Uso oral

1- **Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos**

Tomar 02 comprimidos às 8:00 por 05 dias
seguidos

Uso Inhalatório

2- Salbutamol Spray Aerossol 100 mcg
_____ 01 frasco

Inalar 01 puff no meio da respiração profunda e segurar a respiração por 10 seg. pode repetir uma vez após um minuto. Se necessário, pode repetir as duas inalações após 6h da última dose. Na ausência de melhora, retornar à emergência imediatamente

OU

2- Salbutamol Spray Aerossol 100 mcg
_____ 01 frasco

Inalar 02 jatos de 06/06 horas por 05 dias.

Bursites

Uso oral

**1- Cafeína 35mg + Dipirona 300mg +
Orfenadrina 50mg _____ 01 caixa**

Tomar 02 comprimidos de 6/6h se dor

OU

Uso oral

**1- Paracetamol 350mg + Carisoprodol
150mg + Cafeína 50mg __ 01 caixa**

Tomar 02 comprimidos se dor, de 6/6h

OU

Uso oral

**1- Carisoprodol 125mg + Diclofenaco 50mg
+ Paracetamol 300mg + Cafeína 30mg
_____ 10 comprimidos**

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até
05 dias

OU

Uso oral

1- Diclofenaco 50 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 08/08h por até
05 dias

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

OU

Uso oral

1- Nimesulida Betaciclodextrina 400 mg __
06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até
03 dias

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

OU

Uso oral

1- Alginac 1.000[®] _____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h, por 05 dias
seguidos

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

OU

Uso oral

1- Alginac Retard[®] _____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, por 05 dias
seguidos

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

OU

Uso oral

1- Cetorolaco Trometamina 10mg ____ 06 comprimidos

Colocar 01 comprimido em baixo da língua e esperar dissolver, podendo repetir de 8/8h, por até 03 dias seguidos.

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

Calmantes fitoterápicos

Uso oral

1- Passíflora 260 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 10 dias

OU

Uso oral

1- Passíflora Incarnata 360 mg ____ 30 cps

Tomar 01 comprimido à noite por 30 dias

OU

Uso oral

1- Passíflora Incarnata 360 mg ____ 30 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 10 dias, e depois um comprimido à noite por mais 10 dias

OU

Uso oral

1- Passíflora Incarnata 500 mg ____ 10 cps

Tomar 01 comprimido 01 vez à noite por 10 dias

Candidíase

“*Candida albicans* é o *Staphylococcus aureus* dos fungos”: se adere em tudo o que é material sintético (ex: cateteres) e pode gerar fungemia

Cândida está presente de maneira comensal no intestino humano, e pode ganhar a circulação sistêmica após trauma, manipulação cirúrgica, translocação ou outros mecanismos. Pode cair no sangue também por infecção de cateter

Colonização **vs** Infecção

- Cândida em secreção traqueal é normal – colonização
- Cândida na urina – em geral, é colonização, mas se o paciente usar SVD, trocar a sonda e coletar urocultura de controle. Lembrar de questionar o doente sobre sintomatologia (e tratar ITU por *Candida* se for o caso)

- *Candida* no sangue ou levedura em crescimento na hemocultura = INFECÇÃO, tem que tratar agressivamente (depois da *Candida*, a levedura mais comum em hemoculturas é a de *Cryptococcus*) – as culturas para *Candida* não são muito sensíveis, por isso se desenvolveu o *Candida score*:
 - Cirurgia – 1 ponto
 - Colonização multifocal (ex: rins, urina, aspirado traqueal) – 1 ponto
 - Nutrição parenteral total
 -

Obs: Ultimamente tem se observado uma grande seleção de *Candidas* não *albicans*, que são mais resistentes aos Azólicos

Candidíase oral

Bochecho de Nistatina (xarope) 14 dias

Candidúria – ITU por *Candida*

➔ CANDIDÚRIA = COLONIZAÇÃO?

Trocar / Retirar sonda

➔ Caso se confirme a infecção ou nova cultura positiva em doentes de alto risco: TRATAR!

Uso oral

1- Fluconazol 100mg _____ 14 cápsulas

Tomar 02 cápsulas ao dia por 07 dias

OU

Uso oral

1- Fluconazol 100mg _____ 14 cápsulas

Tomar 02 cápsulas ao dia por 07 dias

OU

Uso oral

Anfotericina Desoxicolato 0,3mg/kg em dose única

Obs: Não utilizar Anfotericina formulações lipídicas ou Equinocandinas - Não atingem concentração urinária!

Cefaleias primárias

Diagnóstico	
Cefaleia tensional	Migrânea (Enxaqueca)
<p>A. Pelo menos 10 episódios</p> <p>B. Duração de 30 minutos a 07 dias</p> <p>C. Pelo menos dois dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Bilateralb. Tensão, aperto, não pulsátilc. Leve a moderadad. Não piora com atividades diárias <p>D. Dois dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Sem náuseas e vômitosb. Sem foto e fonofobia	<p>A. Pelo menos 5 episódios</p> <p>B. Duração de 4 a 72h</p> <p>C. Pelo menos dois dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Unilateralb. Pulsátilc. Moderada a severad. Piora com atividades diárias <p>D. Um dos seguintes</p> <ul style="list-style-type: none">a. Com náusea ou vômitosb. Com foto ou fonofobia

obs: sempre evitar opioides!!!

Cefaleia tensional

Uso oral

1- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

2- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- **Naproxeno sódico 500 mg** ____ 10 cps

Tomar um comprimido se dor, podendo
repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

2- Naproxeno sódico 500 mg _____ 10 cps

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Enxaqueca / Migrânea

Leve a moderada – AINEs e/ou analgésico simples (dipirona ou paracetamol)

Moderada a severa – Triptanos OU dihidroergotamina

- **Sumatriptano** – Contraindicado para pacientes com doença cardiovascular. Evitar em gestantes. Risco de dependência se uso prolongado
 - 6 a 12mg SC
 - 50 a 100mg VO
 - Nasal – dose varia
- **Dihidroergotamina** – Contraindicado para pacientes com doença cardiovascular e gestantes
 - 1mg EV até 2mg
 - 1mg SC até 3mg
 - 0,5mg IN até 2mg

Considerar metoclopramida ou clorpromazina se falha inicial ou vômitos –

Efeitos adversos: acatisia, distonia aguda, QT longo – Administrar lentamente (nunca em bolus)

- Metoclopramida 10mg EV
- Clorpromazina 0,1mg/kg EV

Obs: Dexametasona 10 a 25mg pode evitar recorrência, mas sem efeitos importantes a curto prazo

Crise leve à moderada / Pacientes virgens de tratamento

Uso oral

1- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

2- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Naproxeno sódico 500 mg _____ 10 cps

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

2- Naproxeno sódico 500 mg _____ 10 cps

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos

3- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Crise moderada à severa

Uso oral

1- **Naratripano 2,5 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao primeiro sinal de enxaqueca. se não houver melhora, pode repetir 01 comprimido após 6h horas.

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Sumatriptano 25 mg _____ 02 caixas

Tomar 01 comprimido ao primeiro sinal de
enxaqueca. se não houver melhora, pode
repetir 02 comprimidos a cada 02 horas, até
o máximo de 04 vezes ao dia.

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Cefaliv® _____ 01 caixa

Tomar 01 a 02 comprimidos ao primeiro sinal de enxaqueca. se não houver melhora, pode ingerir um comprimido a cada 30 min, até um máximo de 06 comprimidos

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

OU

Uso oral

1- Cefalium _____ 01 caixa

Tomar 01 a 02 comprimidos ao primeiro sinal de enxaqueca. se não houver melhora, pode ingerir um comprimido a cada 30 min, até um máximo de 06 comprimidos

Migrânea na gestação

Uso oral

1- Paracetamol 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

OU

Uso oral

1- Paracetamol 500 mg + Codeína 30 mg

_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

Ceratite fotoelétrica (luz uv, luz de solda)

Uso Tópico

1- Regencel® pomada oftalmica 01 bisnaga

Aplicar 01cm da pomada dentro da pálpebra
inferior, 02 vezes ao dia

2- Optocare _____ 01 frasco

Aplicar uma ou duas gotas no olho afetado
06 vezes ao dia

outras marcas: lacrifilm, systane

Chikungunya

Febre alta ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) e poliartralgia simétricas e intensas, que podem durar de semanas a meses, com artralgia limitante, com ou sem exantema maculopapular. Período de incubação de 3 a 7 dias – suspeitar de viajantes em áreas endêmicas nas últimas 2 semanas.

Raras são as manifestações hemorrágicas e a evolução para gravidade

O tratamento de escolha é com paracetamol. Anti-inflamatórios podem ser usados em casos refratários, porém, evitar o uso de AAS em crianças devido à possibilidade de síndrome de Reye.

Uso Oral

1- Paracetamol 750 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h. intercalar com dipirona, se necessário.

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- tomar 01 copo d'água 10 vezes ao dia ou mais, conforme aceitação

3- **Paracetamol 500 mg + Codeína 30 mg**
_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 6/6h

Cólica nefrética

- Mais comuns em homens, nas estações mais quentes do ano. História clínica de

nefrolitíase é de alto valor preditivo positivo para cólica nefrética

- Infecção associada com febre é indicação formal de internação; em pacientes com sintomas de sepse deve ser realizada intervenção urológica de emergência

- Exames complementares a se considerar:

- EAS: Rastreio inicial (hematúria presente em 90% dos casos, 50% na forma microscópica)
- Critérios para exames de imagem na cólica nefrética:
 - Dor refratária
 - Suspeita de infecção
 - Oligúria / anúria
 - Rim único
- Padrão ouro = TC sem contraste
- A ultrassonografia costuma ser o exame mais rapidamente disponível, barato e, em relação a manejo do paciente na emergência, uma

abordagem com ultrassonografia como exame inicial e equivalente a uma abordagem com tomografia helicoidal de vias urinárias – pois permite localizar o cálculo e avaliar complicações, como obstruções (ex: dilatação pielocalcinal). Só é menos sensível que a TC

- RX pode detectar cálculos radiopacos (75 a 90%), mas dificilmente muda o manejo dos pacientes na emergência
- Se quadro associado de infecção, oligúria ou indicação de internação hospitalar: Hemograma, função renal e dosagem de eletrólitos

- Indicações de internação:

1. Incapacidade de controle de dor
2. Dúvida diagnóstica em idoso
3. Infecção com sepse associada
4. Quadros obstrutivos (principalmente rim único e transplantados renais)

- Cálculos com menos de 0,5cm tem alta chance de eliminação espontânea, sem medicação. Tansulosina pode ser benéfica para cálculos entre 0,5 e 1,0 cm

- Para o manejo da dor na emergência:

1. AINEs (Cetorolaco é uma boa)
2. AINEs + Opióide (dar preferência à morfina 2 a 5mg EV)

Uso Oral

1- Cetoprofeno 150 mg _____ 10 cps

Tomar 01 comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguido

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber bastante água e diminuir a ingestão de sódio e proteínas (ex: evitar carnes, sal e refrigerantes)

OU

Uso Oral

1- Cetorolaco 10 mg _____ 10 comprimidos

Dissolver 01 comprimido sublingual, podendo repetir de 6/6h por até 05 dias seguidos

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber bastante água e diminuir a ingestão de sódio e proteínas (ex: evitar carnes, sal e refrigerantes)

OU

Uso Oral

1- Paco® _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido junto com diclofenaco se dor intensa, podendo repetir de 8/8h se necessário. tomar o mínimo possível, para evitar dependência e constipação

2- Diclofenaco 50 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido junto com paco® se dor intensa, podendo repetir de 8/8h, por até 05 dias seguidos

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Solicito: USG de rins e vias urinárias + fígado e vias biliares

justificativa: nefrolitíase?

ureterolitíase?

colelitíase?

se cálculo entre 0,5 e 1,0 cm:

1 - **Tansulosona 0,4 mg** — 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido após o café da manhã, por 04 semanas

Conjuntivite

Observação: NÃO utilizar corticoide em pacientes com glaucoma

Uso tópico

1- Tobramicina 3mg/ml colírio ____ 01 frasco

Pingar 1 gota em cada olho, de 6/6h por 07 dias.

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

2- Solução Fisiológica 0,9% ____ 01 frasco

Lavar os olhos afetados com soro gelado quatro vezes ao dia. guardar o soro na geladeira.

- evitar coçar os olhos
- lavar as mãos com frequência
- não compartilhar toalhas e objetos pessoais

Constipação

Uso Oral

1- **Óleo mineral** _____ 01 frasco

Tomar 01 colher de sopa de 8/8h

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

- Ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- **Bisacodil 5mg** _____ 01 caixa

tomar 01 drágea/comprimido à noite, até
evacuar

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- **Bisacodil 5mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 drágeas/comprimidos à noite, até evacuar

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- Lactulose xarope 667mg/ml __ 01 frasco

Tomar 05ml de 8/8h

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- Benefiber ® _____ 01 caixa

Dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou suco e tomar ao almoço por 28 dias

2- Simeticona 40 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases),
podendo repetir de 6/6h

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- Muvinlax ® _____ 01 caixa

Dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou suco e tomar após o café da manhã por 03 dias

2- Simeticona 40 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases),
podendo repetir de 6/6h

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

OU

Uso oral

1- Muvinlax ® _____ 01 caixa

dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou suco e tomar após o café da manhã por 03 dias

2- Benefiber ® _____ 01 caixa

Dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou suco e tomar ao almoço por 28 dias

3- **Simeticona 40 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases), podendo repetir de 6/6h

- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

Corpo estranho ocular

Uso Tópico

1- **Tobramicina 3mg/ml + Dexametasona 1mg/ml** colírio _____ 01 frasco

Pingar 1 gota em cada olho, de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

2- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

Lavar os olhos afetados com soro gelado quatro vezes ao dia. guardar o soro na geladeira.

- evitar coçar os olhos
- lavar as mãos com frequência

OU

Uso Tópico

1 - Ofloxacino colírio 0,3% _____ 01 frasco

Pingar uma gota no olho afetado de 6/6h por 05 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

Coqueluche

Doença causada pela bactéria *Bordetella pertussis* (bacilo gram negativo aeróbio não eporulado imóvel e pequeno, provido da cápsula e de fímbrias), de alta transmissibilidade e distribuição universal

Manifestações:

- **Fase catarral** (1 a 2 sem): febre baixa, mal estar geral, coriza e tosse seca
- **Fase paroxística** (2 a 6 sem): paroxismos de tosse seca caracterizados por crise súbita, incontrolável, rápida e curta, geralmente com guincho após
- **Fase de convalescência** (2 a 6 sem, podendo chegar a 3 meses): desaparecimento dos paroxismos, dando lugar a tosse comum

Caso suspeito (> 6 anos): Tosse de qualquer tipo nos últimos 14 dias ou mais

(independente do estado vacinal),
associada a um ou mais dos seguintes
sintomas:

- Tosse paroxística - súbita, incontrolável, com tosseidas rápidas e curtas (cinco a dez), em uma única expiração
- Guincho inspiratório
- Vômito pós tosse

Laboratório:

- Leucocitose com linfocitose relativa e absoluta (> 10.000 linf/mm³) é um achado bem sugestivo

Uso Oral

1- Azitromicina 500 mg __ 06 comprimidos

Tomar 02 comprimidos no primeiro dia, e depois 01 comprimido ao dia do 2º ao 5º dia

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso nasal

4- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

5- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

OU

Uso Oral

1- Claritromicina 500 mg _____ 14 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 - 20:00

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso nasal

4- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

5- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

OU

Uso Oral

**1- Sulfametozaxol-Trimetoprín 800/160 mg
_____ 14 comprimidos**

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 - 20:00

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso nasal

4- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

5- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

Dermatite atópica

Critérios diagnósticos absolutos:

1. Prurido: comum em todas as fases da dermatite atópica
2. Morfotopografia: localizações típicas da dermatite atópica:
 - a) Na criança: lesões eczematosas agudas e subagudas na fronte e regiões malares, poupano o maciço centro-facial
 - b) No adulto: liquenificação nas áreas flexurais, dobras antecubitais, poplíteas e região do pescoço
3. Tendência a cronicidade e/ou recidivas frequentes



Orientações:

- 1) Surge geralmente a partir do terceiro mês de vida, costuma ser mais intensa nos dois primeiros anos de vida, com períodos de surtos e de melhora, e vai melhorando com o aumento da idade, podendo até mesmo sumir após a puberdade
- 2) A pele do atópico é mais seca e mais sensível que o normal – evitar temperaturas muito frias ou muito quentes (ideal: 25 a 27°C)
- 3) Banhos devem ser feitos com água morna, não demorando mais que 3 a 5 min, e utilizados sabonetes neutros sem cheiro. Usar o mínimo de sabão possível, no máximo uma vez por dia
- 4) Após o banho, aplicar cremes hidratantes sem cheiro (a base de vaselina líquida ou óleo de amêndoas)

- 5) Preferir banho de mar a banho de piscina. Se Tomar banho de piscina, deve-se Tomar banho de ducha ao sair da piscina e aplicar o creme hidratante em seguida
- 6) Utilizar roupas de algodão e folgadas (suor dá coceira!!)
- 7) Lavar as roupas com sabão de coco, e não com detergentes. Evitar também branqueadores (cloro) e amaciantes
- 8) Cortar as unhas bem curtas
- 9) Colchão e travesseiro devem ser de espuma e revestidos de plástico, com roupa de cama de algodão por cima
- 10) Evitar poeira, pelos de animais, brinquedos de pelúcia, carpetes ou cortinas não laváveis

Uso de corticoides tópicos

Princípios:

- a) Empregar o corticoide de menor potência consoante o quadro clínico
- b) Nunca usar corticoides de alta potência em crianças
- c) O corticoide pode ser diluído em creme
- d) Nunca retirar subitamente o corticoide. Deve-se diminuir gradualmente a potência ou a frequência da aplicação

Corticoide tópico de baixa potência:

Ideal para crianças de 0 a 2 anos, ou casos mais brandos em maiores de 02 anos

Uso Tópico

1- Hidrocortisona 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia, por 10 a, no máximo, 20 dias seguidos

Corticoide tópico de média potência:
Opção para crianças maiores de 02 anos

Uso Tópico

1- **Mometasona** creme 1mg ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área
afetada uma vez ao dia

OU

Uso Tópico

1- **Desonida** creme 0,05% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área
afetada duas vezes ao dia

Corticoide tópico de alta potência:

Permitidos apenas para adolescentes e
adultos

Uso Tópico

1- Betametasona creme 1mg/g ____ 01
bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

OU

Uso Tópico

1- Diflucortolona creme 1mg/g _____
01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

OU

Uso Tópico

1- Triancinolona pomada 1mg/g
_____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Corticoide tópico de potência muito alta:

Permitido apenas para adolescentes e adultos, apenas para lesões liquenificadas

Uso Tópico

1- Clobetasol creme 0,5mg/g __ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Imunomoduladores tópicos

São eficazes na dermatite atópica, com a vantagem de não produzir os efeitos colaterais dos corticoides tópicos – atrofia, teleangiectasias e estrias. Ocasionalmente, causam apenas ardor e queimação. Sua desvantagem é o alto custo.

São indicados em formas de dermatite atópica menos intensas e localizadas em áreas com maior probabilidade de ocorrer efeitos adversos com corticoides tópicos – face, especialmente região orbitária,

dobras, genitais e quaisquer áreas do corpo que já mostrem sinais de corticoterapia tópica prolongada.. São extremamente úteis como terapia de manutenção após o uso de corticosteroides para a melhora de áreas de dermatite muito inflamadas

Evitar na síndrome de Netherton, na qual, por deficiência da barreira cutânea, detectaram-se níveis sanguíneos comparáveis ao uso sistêmico dessas drogas

Uso Tópico

1- Pimecrolimo creme 1% ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

OU

Uso Tópico

1- Tacrolimo pomada 0,03% ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Antibióticos tópicos

Indicados quando houver infecção secundária

Uso Tópico

1- **Mupirocina pomada 2%** _____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões três vezes ao dia, por dez dias

OU

Uso Tópico

1- **Ácido Fusídico creme 20mg/g**
_____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões três vezes ao dia, por 7 dias

Antisséptico

Indicado na forma aguda quando houver infecção secundária

Uso Tópico

1- Permangato de potássio 100mg _____ 01 caixa

Diluir 01 comprimido em 02 litros de água morna e banhar-se duas vezes ao dia

Medicações sistêmicas

Uso Oral

1- Cefalexina 500mg _____ 40 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

2- Prednisona 20mg _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 20:00

3- Loratadina 25 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, pela manhã, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

4- Hidroxizina 25mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite, antes de dormir, por 05 dias

Obs: imunossupressores como ciclosporina, metotrexato, azatioprina e micofenolato de mofetil podem ser indicados para os casos refratários

Dermatite / Eczema de contato

Caso leve:

Uso Tópico

1- **Betametasona 0,1%** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Uso Oral

2- **Loratadina 25 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, pela manhã, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

Caso intenso:

Uso Tópico

1- **Clobetazol creme 0,5 mg/g** ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada e cobrir com plástico (ex: papel filme) duas vezes ao dia.

Uso Oral

2- **Cetirizina 10 mg _____ 01 caixa**

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

Dermatite de estase (dermatite ocre)



Uso Tópico

1- Hidrocortisona 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia

**2- Permangato de Potássio 100mg
_____ 01 caixa**

Diluir 01 comprimido em 01 litro de água morna e aplicar na forma de compressa duas vezes ao dia

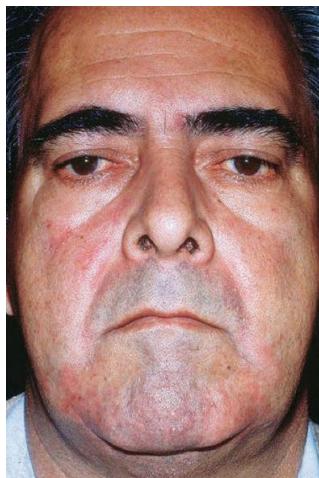
Obs: manter o membro elevado em repouso

Dermatite seborreica

Afecção eritematodescamativa crônica, frequente, recorrente, não contagiosa que ocorre em regiões cutâneas ricas em glândulas sebáceas e, por vezes, em algumas áreas intertriginosas. Há,

eventualmente, predisposição familiar e discreta predominância no sexo masculino.

Germes como *Pityrosporum orbiculare* e *Candida albicans* podem ser fatores desencadeantes ou mesmo agravantes de dermatite seborreica. A dermatite seborreica de forma extensa e resistente ao tratamento ocorre com frequência em HIV-positivos.





Uso Tópico

1- Cetoconazol shampoo 20mg/ml
_____ 01 frasco

Lavar as áreas afetadas com o cetoconazol shampoo, deixar agir por 3 a 5 minutos e enxaguar em seguida.

2- Hidrocortisona 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia, por 10 a, no máximo, 20 dias seguidos

Obs: preferir roupas folgadas de algodão e de linho

OU

Uso Tópico

1- **Cetoconazol shampoo 20mg/ml**
_____ 01 frasco

Lavar as áreas afetadas com o cetoconazol shampoo, deixar agir por 3 a 5 minutos e enxaguar em seguida.

2- **Trok-n®** _____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões duas vezes ao dia até melhora

Obs: preferir roupas folgadas de algodão e de linho

Dengue

Dengue clássica = início súbito de febre alta, mialgia, dor retro-ocular, astenia, náuseas e vômitos, após um período de incubação de 3 a 10 dias – pode haver ainda exantema escarlatiniforme e maculopapular de progressão proximal-distal após 1-2 dias de febre, com duração de 2 a 3 das e descamação ao final, além de hepatomegalia dolorosa, diarreia e sintomas respiratórios

Dengue hemorrágica = febre, plaquetopenia, hemoconcentração e tendência hemorrágica (*epistaxe, gengivorragia, petéquias e prova do laço positiva*) – mais comuns no quarto ou quinto dia de febre. Choque, quando presente, costuma ser de curta duração, ao contrário de Ebola.

Doença sazonal = entre **fevereiro e maio** a incidência é 10x maior, o limiar de suspeita

de dengue em uma síndrome febril deve ser baixo nesse período

Sorologias devem ser colhidas a partir do sexto dia das manifestações. Isolamento viral e PCR podem ser realizados antes

Indicações gerais de internação: (*prova do laço positiva, mas Plq > 100.000 e sem hemoconcentração podem ser monitorizados em casa*)

- Sinais de alarme em geral
- Plaquetas < 100.000 (*principalmente < 50.000*)
- Hemoconcentração (Ht > 50%) ou aumento > 10 a 20% do Ht

Indicações classe A de solicitação de exames complementares

- Hematócrito e plaquetas
 - Pacientes com doença crônica prévia

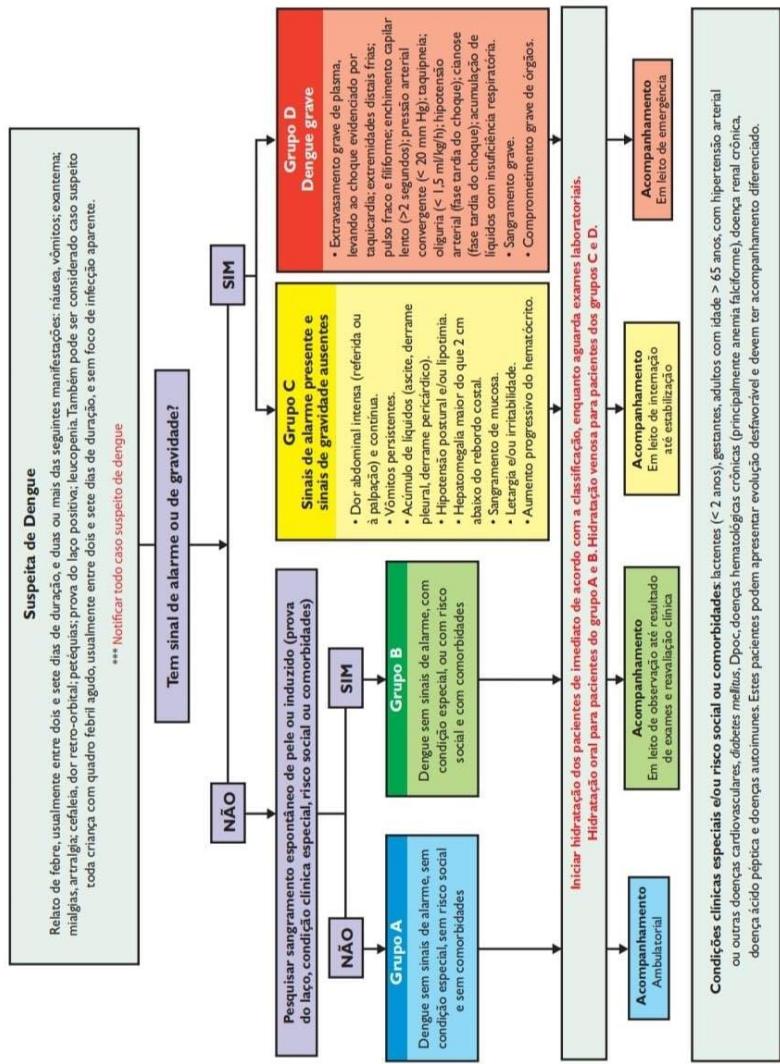
- Idade > 65 anos
 - Crianças < 1 ano
- Sorologia após o 6º dia de sintomas:
ELISA
- Alternativamente, pode solicitar o TR com pesquisa de antígeno NS-1, que é positivo de um dia antes do início dos sintomas até o 4º dia de apresentação (S 50%; E > 90%)

SINAIS DE ALERTA NA DENGUE	
Dor abdominal intensa e contínua	Diminuição da diurese
Vômitos persistentes	Letargia/agitação
Hepatomegalia dolorosa	Pulso rápido e fraco
Derrames cavitários	Extremidades frias/cianose
Sangramentos importantes (maior que petéquias)	Lipotímia
Hipotensão arterial (PA < 90x60mmHg)	Diminuição da temperatura corporal e sudorese profusa
Hipotensão postural	Aumento repentino do hematócrito (> 10%)

Exames complementares	Observações
Leucopenia e neutropenia	Frequentes por conta da supressão medular secundária, e precoces na evolução da doença
Plaquetopenia e hemoconcentração, com aumento de 20% do Ht	Indicativos de dengue grave, possivelmente com indicação de internação
Transaminases	Podem estar aumentadas em até 5x
Albumina sérica diminuída	Indicativo de disfunção hepática grave
Coagulograma	Aumento do TP, TTPA ou TT ocorre em pacientes graves, evoluindo com disfunção hepatocítica ou CIVD
U, Cr, Na e K	Devem ser solicitados principalmente em pacientes que evoluem com choque, diarreia e hemorragias
Sorologia ELISA e MAC-ELISA	Só apresenta resultados positivos após o quinto dia de doença. Pode dar falso-positivo por reação cruzada com outros Flavivírus

Isolamento viral por RT-PCR	Identifica o sorotipo
Antígeno-NS1	Dx precoce, mantém-se positivo até o quarto dia de sintomas (baixa sensibilidade, alta especificidade)

Figura 1 – Fluxograma para classificação de risco de dengue



Fonte: Autoria própria.

Realiza **prova do laço** pra todo caso suspeito que não tenha petéquias ou sinais de alarme, para diferenciar grupo A do grupo B

- Aferir PA deitado ou sentado: calcular valor médio $[(PAS+PAD)/2]$
- Insuflar novamente o manguito e manter por 5 minutos em adultos (em criança, 3 minutos), ou até o aparecimento de micropetéquias ou equimoses
- Desenhar um quadrado de 2,5cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço
- Contar o número de micropetéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças

Grupo A

Critérios:

1. Febre por até 7 dias, com pelo menos 2 sintomas inespecíficos (cefaleia,

- prostração, dor retrorbitária, exantema, mialgia e artralgia)
2. Ausência de manifestações hemorrágicas e prova do laço negativa, bem como ausência de condição clínica especial, ou risco social, ou comorbidades
 3. Ausência de sinais de alerta

Conduta: Acompanhamento ambulatorial.
Hemograma ou demais exames complementares a critério clínico

Uso Oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo ao menos 10 vezes por dia, ou mais, conforme aceitação

- beber 1,0 litro de soro caseiro (01 colher de chá de sal + 02 colheres de sopa de açúcar + 01 litro de água potável) por dia, e 2,0 litros de demais líquidos (água, sucos, chás...)
- não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco ou qualquer outra medicação sem orientação médica.
- retornar imediatamente em caso de dor de barriga intensa e sem melhora, vômitos persistentes, sangramentos importantes, ausência de urina por um dia apesar da hidratação, sonolência intensa ou irritabilidade,

vontade de desmaiar, desmaio, mal estar importante ou mesmo dúvidas.

<p>Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALARME:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição repentina da febre • Dor muito forte e contínua na barriga • Vômitos frequentes • Sangramento de nariz e boca • Hemorragias importantes • Diminuição do volume da urina • Tontura quando muda de posição (deita / senta / levanta) • Dificuldade de respirar • Agitação ou muita sonolência • Suor frio 	 <p>CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE</p>												
<p>Nome (completo): _____</p> <p>Nome da mãe: _____</p> <p>Data de nascimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não </p> <p>Unidade de Saúde _____ </p>													
<p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco • Permanecerem repousado • As mulheres com dengue devem continuar a amamentação <table border="0" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">Soro caseiro</td> <td style="width: 15%;">Sal de cozinha</td> <td style="width: 15%;">1 colher de café</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Açúcar</td> <td>2 colheres de sopa</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Água potável</td> <td>1 litro</td> <td></td> </tr> </table> <p>Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde</p>		Soro caseiro	Sal de cozinha	1 colher de café			Açúcar	2 colheres de sopa			Água potável	1 litro	
Soro caseiro	Sal de cozinha	1 colher de café											
	Açúcar	2 colheres de sopa											
	Água potável	1 litro											

<p>Data do início dos sintomas _____ / _____ / _____</p> <p>Notificação <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prova do laço em _____ / _____ Resultado: _____</p> <p>1.ª Coleta de Exames</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> </table> <p>Controle Sinais Vitais</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">PA mmHg (em pé)</td> <td style="text-align: center;">1.^o dia</td> <td style="text-align: center;">2.^o dia</td> <td style="text-align: center;">3.^o dia</td> <td style="text-align: center;">4.^o dia</td> <td style="text-align: center;">5.^o dia</td> <td style="text-align: center;">6.^o dia</td> <td style="text-align: center;">7.^o dia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PA mmHg (deitado)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Temp. Axilar °C</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____ %	PA mmHg (em pé)	1. ^o dia	2. ^o dia	3. ^o dia	4. ^o dia	5. ^o dia	6. ^o dia	7. ^o dia	PA mmHg (deitado)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Temp. Axilar °C	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>2.ª Coleta de Exames</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____</td> </tr> </table> <p>3.ª Coleta de Exames</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____</td> <td>Resultado: _____</td> </tr> </table> <p>Informações complementares</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____ %																																																
PA mmHg (em pé)	1. ^o dia	2. ^o dia	3. ^o dia	4. ^o dia	5. ^o dia	6. ^o dia	7. ^o dia																																										
PA mmHg (deitado)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																																										
Temp. Axilar °C	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																																										
<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Hematócrito em _____ / _____	Resultado: _____ %																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Leucócitos em _____ / _____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Sorologia em _____ / _____	Resultado: _____																																																

Grupo B

Critérios:

1. Febre por até 7 dias, com pelo menos 2 sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retrorbitária, exantema, mialgia e artralgia)
2. Presença de manifestações hemorrágicas ou prova do laço positiva, bem como presença de condição clínica especial, ou risco social, ou comorbidades
3. Ausência de sinais de alerta

Conduta: Solicitar exames complementares (pelo menos hemograma) e teste rápido para dengue, se disponível. Se houver alteração do hematócrito, fazer SRL 20ml/kg em 4 horas e solicitar novo hematócrito após as 4h, para reclassificar o paciente. Se não houver aumento do Ht, seguir conforme grupo A:

Uso Oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou
fervida e guardar na geladeira. tomar 01
copo ao menos 10 vezes por dia, ou mais,
conforme aceitação

- beber 1,0 litro de soro caseiro (01
colher de chá de sal + 02 colheres de
sopa de açúcar + 01 litro de água

potável) por dia, e 2,0 litros de demais líquidos (água, sucos, chás...)

- não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco ou qualquer outra medicação sem orientação médica.
- retornar imediatamente em caso de dor de barriga intensa e sem melhora, vômitos persistentes, sangramentos importantes, ausência de urina por um dia apesar da hidratação, sonolência intensa ou irritabilidade, vontade de desmaiar, desmaio, mal estar importante ou mesmo dúvidas.
- retornar após 48h para repetir os exames laboratoriais

Grupo C

Critérios:

1. Febre por até 7 dias, com pelo menos 2 sintomas inespecíficos (cefaleia,

prostraçāo, dor retro-orbitária, exantema, mialgia e artralgia)

2. Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes
3. Presença de sinais de alerta

Conduta:

- Expansão volêmica com SRL 10 a 20 ml/kg EV em 1h + O2 s/n + Sintomáticos
- Internação por um período mínimo de 48 horas
- Solicitar RX de tórax (PA, perfil e Laurell) e USG de abdome, à procura de derrames cavitários
- Solicitar HMG, U, Cr, Na, K, TGO, TGP, GGT, FA, BTF, Coagulograma, Albumina sérica, proteínas e Tipagem sanguínea, além de gasometria arterial – Reavaliar lab 2/2h ou antes s/n (principalmente o Ht), depois 6/6h e 12/12h. Plq 12/12h.

- Se disfunção hepática com aumento de TP, fazer vitamina K
- Mensurar diurese
- Considerar internação conforme resposta do paciente e resultados laboratoriais
- Se melhora clínica e laboratorial (queda do hematócrito), iniciar primeira fase de manutenção volêmica em cerca de 20 a 30ml/kg em 6h. Persistindo a melhora, iniciar segunda fase de manutenção volêmica com 20 a 30ml/kg em 8h (sendo 1/3 com SF e 2/3 com SG5%)
- Se não houver melhora, pode-se repetir a expansão volêmica mais uma vez até estabilização hemodinâmica. Na ausência de melhora, tratar como grupo D.

Grupo D

Critérios:

1. Febre por até 7 dias, com pelo menos 2 sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retro-orbitária, exantema, mialgia e artralgia)
2. Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes
3. Presença de sinais de alerta
4. CHOQUE FRANCO COM HIPOTENSÃO

Conduta:

- Dois acessos venosos periféricos calibrosos
- SRL 20ml/kg EV em 20 min – Repetir até 3 vezes, se perfusão e PAM não melhorarem
- O₂, suporte ventilatório e sintomáticos s/n
- Solicitar HMG, U, Cr, Na, K, TGO, TGP, GGT, FA, BTF, Coagulograma, Albumina sérica, proteínas e Tipagem

sanguínea, além de gasometria arterial – Reavaliar lab 2/2h ou antes s/n (Principalmente Ht)

- Se disfunção hepática com aumento de TP, fazer vitamina K
- Mensurar diurese
- Solicitar vaga em UTI (mínimo 48h em monitorização)
- Se melhora clínica e do Ht, seguir como no grupo C
- Ht em elevação – aumentar a velocidade de infusão dos cristaloides e considerar infusão de coloides
- Ht em queda, com sangramentos e/ou coagulopatia de consumo:
 - Transfundir CH 10 a 15ml/kg/dia
 - Se coagulopatia, fazer PFC 10 a 15ml/kg/dia
 - Se queda de fibrinogênio (< 80mg/dL), fazer crioprecipitado 1U para cada 5

- a 10kg – Alvo: Fibrinogênio > 100mg/dL
- Transfusão de plaquetas se grave plaquetopenia (< 20.000 ou <50.000 se sangramento grave ou CIVD) – 1 U de CP randômicas / 10kg de peso corporal 1 a 2x/dia EV (cada unidade infundida eleva de 5.000 a 10.000 plq)

Obs: Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários, pela perda capilar, que não significa, a princípio, hiper-hidratação, e que pode aumentar após hidratação satisfatória; o acompanhamento da reposição volêmica é feita pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.

Critérios para a alta hospitalar: os pacientes precisam preencher todos os seis critérios a seguir:

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 48 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm³.

Diarreia

Classificação:

1) Duração:

- Aguda (< 3 semanas)
- Crônica (> 3 semanas)

2) Topografia:

- Alta (**delgado**) – **alto volume, baixa frequência (“< 10”), sem tenesmo (“alarme falso”)**
- Baixa (**colônica**) – **baixo volume, alta frequência (“> 10”), com tenesmo (“alarme falso”)**

3) Inflamatória (disenteria):

- Presença de sangue, muco e/ou pus

Diarreia aguda

Considerar pedir exames (HMG, U, Cr, Na e K + Exame de fezes: coprocultura, pesquisa de leucócitos, lactoferrina e sangue e, na suspeita de colite pseudomembranosa, pesquisa de toxina de *Clostridium difficile*) na presença de pelo menos um dos seguintes fatores:

1. Presença de toxemia e quadros de diarreia invasiva (sangue, muco ou pus)

2. Desidratação grave
3. Imunossuprimidos
4. Idosos

Indicação de antidiarreico: > 5 evacuações diarreicas/dia, **sem** presença de sangue ou suspeita de infecção por *E. coli* (risco de megacôlon tóxico e SHU):

- **Loperamida 2mg _____ 01 caixa**

Tomar 01 comprimido, podendo repetir de 6/6h

Diarreia inespecífica / gastroenterite viral

Ausência de sinais de alarme – dura de 7 a 10 dias

Uso Oral

1- *Saccharomyces Boulardii 200 mg* ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- Butilbrometo de Escopolamina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

4- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou
fervida e guardar na geladeira. tomar 01
copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

OU

Uso Oral

1- *Saccharomyces Boulardii* 200 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- *Dipirona* 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

3- *Metoclopramida* 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

4- *Soro de Reidratação Oral* _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

OU

Uso Oral

1- **Saccharomyces Boulardii 200 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- **Buscopan Composto®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

3- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

4- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

OU

Uso Oral

1- *Saccharomyces Boulardii* 200 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- *Buscoduo®* _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

4- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

Diarreia bacteriana

(Em crianças apresentando evacuações com sangue sem fezes - pensar em E. coli enterotoxigênica (não usar ATB, pelo risco de SHU) – geralmente autolimitada, de 3 a 7 dias

➔ Considerar bacteriana as diarreias que acompanham quadros claramente inflamatórios, com paciente

apresentando sinais de colite, dor em FIE, tenesmo ou com quadros mais graves ou com disfunção orgânica associada (ex: Injúria renal importante)

Uso Oral

1- **Ciprofloxacino 500 mg** _____ 10 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- **Saccharomyces Boulardii 200 mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

3- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

4- Butilbrometo de Escopolamina 10 mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou
fervida e guardar na geladeira. tomar 01
copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

OU

Uso Oral

1- Azitromicina 500 mg _____ 03 cps

Tomar 01 comprimido ao dia por 03 dias

Horário sugerido: 08:00

2- **Saccharomyces Boulardii 200 mg**
_____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

horário sugerido: 08:00 / 20:00

3- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

4- **Butilbrometo de Escopolamina 10 mg**
_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo 10 a 15 vezes ao longo do dia

Diarreia por *C. difficile*

Suspeitar se diarreia + sinais sistêmicos + uso de ATB atual ou nas últimas 4 semanas
– *Uso crônico de IBP também aumenta o risco*

Uso Oral

1- Metronidazol 250 mg _____ 60 cps

Tomar 02 comprimidos de 8/8h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

2- *Saccharomyces boulardii* 200 mg ____ 10
comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

3- *Dipirona* 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

4- *Butilbrometo de Escopolamina* 10 mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- *Metoclopramida* 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo após cada evacuação diarreica

Diarreia por *Cyclospora* e *Isospora beli*
Comuns em imunocomprometidos

Uso Oral

1- Sulfametoxazol + Trimetoprima 400/80 mg _____ 56 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 14 dias

2- *Saccharomyces Boulardii* 200 mg
_____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

4- Butilbrometo de Escopolamina 10 mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou
fervida e guardar na geladeira. tomar 01
copo após cada evacuação diarreica

Diarreia por protozoários

Suspeitar se diarreia > 7 DIAS – Cólica, febre, disenteria e tenesmo sugerem amebíase / Esteatorréia (fezes mal cheirosas que biam) sugere Giardíase

Uso Oral

1- Secnidazol 01 g _____ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única

2- Saccharomyces Boulardii 200 mg_____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

4- Butilbrometo de Escopolamina 10 mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral _____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou
fervida e guardar na geladeira. tomar 01
copo após cada evacuação diarreica

OU

Uso Oral

1- Nitazoxanida 500 mg __ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 03 dias seguidos

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

2- **Saccharomyces Boulardii 200 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

3- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

4- **Butilbrometo de Escopolamina 10 mg** ____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

5- Metoclopramida 10 mg ____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

6- Soro de Reidratação Oral ____ 01 caixa

Diluir 01 sachê em 1 litro de água filtrada ou fervida e guardar na geladeira. tomar 01 copo após cada evacuação diarreica

Diarreia por Nematelmintos

Uso Oral

1- Albendazol 400 mg ____ 4 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 3 dias e repetir após 21 dias

2- *Saccharomyces Boulardii* 200 mg ____ 10
comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

3- *Dipirona* 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

4- *Butilbrometo de Escopolamina* 10 mg
____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

5- *Metoclopramida* 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

Doença Hemorroidária Trombosada

Uso Oral

1- Diclofenaco 50 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias

horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

2- Diosmina 450 mg + Hesperidina 50 mg
_____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

3- Benefiber ® _____ 01 caixa

Dissolver o conteúdo de um envelope em
um copo de água e tomar às refeições 02
vezes ao dia por 03 dias

Uso tópico

4- **Proctyl®** _____ 01 bisnaga

Aplicar no local de 03 a 04 vezes ao dia em pequena quantidade até melhora

- não usar papel higiênico. após evacuação, lavar ou usar lenços umedecidos
- fazer banho de assento (sentar numa banheira ou bacia com água morna) várias vezes ao dia - teste a água para evitar queimaduras
- ingerir bastante líquido (8 a 10 copos de 200ml por dia), dieta rica em fibras (frutas, verduras cruas, alimentos integrais...), exercício físico e procurar evacuar diariamente sempre no mesmo horário

Disidrose

Erupção vesiculosa nas palmas das mãos e/ou plantas de pés, sem eritema, induzidas por infecções fúngicas, bacterianas, drogas, atopia ou mesmo fatores emocionais.

Evolução de 3 semanas, em média.



Uso Tópico

1- **Trok-n®** _____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões duas vezes ao dia até melhora

2- Permangato de Potássio 100mg
_____ 01 caixa

Diluir 01 comprimido em 01 litro de água morna e aplicar na forma de compressa duas vezes ao dia

Uso Oral

1- Cetirizina 10mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

Dismenorreia

Uso Oral

1- Butilbrometo de Escopolamina 10 mg
_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Uso Oral

1- Piroxicam 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Uso Oral

1- Meloxicam 7,5 mg _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido se dor, podendo repetir de 24/24h por até 05 dias seguidos

2- Metoclopramida 10 mg ____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

DPOC descompensada

Para definir tratamento com antibiótico na DPOC (exacerbações leves a moderadas):

- 1) Aplicar os critérios de Anthonisen (sinais cardinais)
 - a. Piora da dispneia
 - b. Aumento do volume do escarro
 - c. Aumento da cor do escarro
- 2) Lançar mão de PCR se 02 ou mais critérios positivos
 - 1 critério = sem ATB, não pedir PCR
 - 2 critérios: ATB se PCR > 40
 - 3 critérios: ATB se PCR > 20

- 3) Tratar também com ATB se o paciente tiver imagem radiológica compatível com pneumonia

Uso oral

1- Amoxicina 500 mg ____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 10 dias consecutivos

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

2- Azitromicina 500 mg ____ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 07 dias consecutivos

3- Prednisona 20 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 03 comprimidos às 8:00 por 05 dias seguidos

4- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

5- Omeprazol 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em
jejum, por 10 dias

Uso Inhalatório

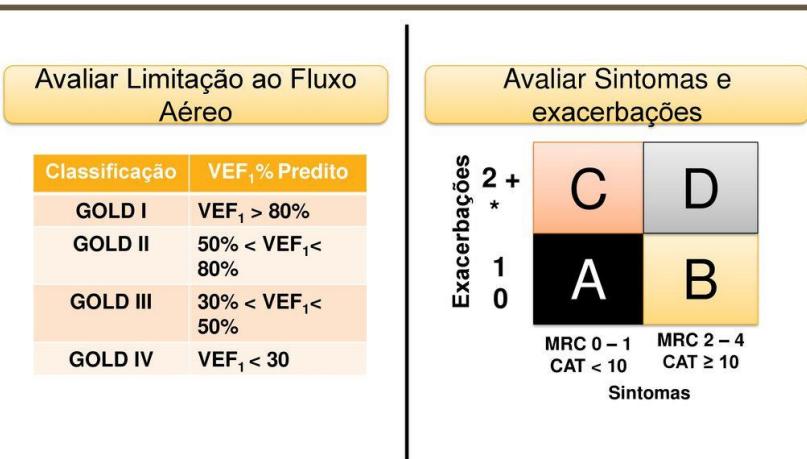
6- Salbutamol Spray Aerossol 100 mcg
_____ 01 frasco

Inalar 01 puff no meio da respiração
profunda e segurar a respiração por 10 seg.
pode repetir uma vez após um minuto.

- se necessário, pode repetir as duas
inalações após 6h da última dose.
- na ausência de melhora, retornar à
emergência imediatamente

Categoria mMRC	Descrição
0	Dispneia só com grandes esforços.
1	Dispneia se andar rápido ou subir colina.
2	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, para respirar.
3	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para respirar.
4	Não sai de casa devido à dispneia.

Nova classificação GOLD



From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017.

Se DPOC exacerbada em doente GOLD D, com múltiplas exacerbações e com antecedente de internação ou uso de antibióticos, Levofloxacino por 5 dias é uma boa opção:

Uso Oral

1- **Levofloxacino 500 mg** _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, no mesmo horário, por 05 dias seguidos

2- **Prednisona 20 mg** _____ 15 comprimidos

Tomar 03 comprimidos às 8:00 por 05 dias seguidos

OU

Uso Oral

1- **Levofloxacino 750 mg** _ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, no mesmo horário, por 05 dias seguidos

2- **Prednisona 20 mg** ____ 15 comprimidos

Tomar 03 comprimidos às 8:00 por 05 dias seguidos

Escabiose

Uso Oral

1- **Ivermectina 06 mg** ____ 04 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única e repetir após 21 dias

2- **Hidroxizina 25 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 8/8 horas

- trocar roupas de cama diariamente durante os 3 primeiros dias de tratamento

Faringoamigdalite

A maioria é viral, assim como as IVAS

Sinais que falam mais a favor de infecção bacteriana:

- 1) Febre alta
- 2) Pus nas amígdalas
- 3) Adenomegalia cervical
- 4) Ausência de tosse

Faringoamigdalite inespecífica

Uso Oral

1- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

2- Bala de Gengibre _____ 01 pacote

Dissolver lentamente uma pastilha na boca, podendo repetir de 2/2h conforme necessidade

3- Bicarbonato de Sódio _____ 01 caixa

Dissolver três colheres de chá em um copo com água e gargarejar 3 vezes ao dia

OU

Uso Oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

2- Benallet® _____ 01 caixa

Dissolver lentamente uma pastilha na boca, podendo repetir de 2/2h conforme necessidade

Faringoamigdalite estreptocócica

Benzilpenicilina 1.200.000 UI IM em dose única

Uso Oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

2- Bala de Gengibre _____ 01 pacote

Dissolver lentamente uma pastilha na boca, podendo repetir de 2/2h conforme necessidade

3- Bicarbonato de Sódio _____ 01 caixa

Dissolver três colheres de chá em um copo com água e gargarejar 3 vezes ao dia

OU

Uso Oral

1- Amoxicilina 500mg _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 10 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- Bala de Gengibre _____ 01 pacote

Dissolver lentamente uma pastilha na boca, podendo repetir de 2/2h conforme necessidade

3- Bicarbonato de Sódio _____ 01 caixa

Dissolver três colheres de chá em um copo com água e gargarejar 3 vezes ao dia

4- Omeprazol 20 mg ____ 128 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum, 30 minutos antes do café-da-manhã, por 10 dias

OU

Uso Oral

1- Azitromicina 500mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias

Horário sugerido: 08:00

2- Bala de Gengibre _____ 01 pacote

Dissolver lentamente uma pastilha na boca, podendo repetir de 2/2h conforme necessidade

3- Bicarbonato de Sódio _____ 01 caixa

Dissolver três colheres de chá em um copo com água e gargarejar 3 vezes ao dia

4- Omeprazol 20 mg _____ 128 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum, 30 minutos antes do café-da-manhã, por 10 dias

Gastrite e DRGE

DRGE – Paciente virgem de tratamento:
fazer IBP em dose padrão (Omeprazol 20mg/dia, Pantoprazol 40mg/dia, Esomeprazol 40mg/dia, Lansoprazol 30mg/dia

Uso Oral

1- Omeprazol 20 mg _____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum, 30 minutos antes do café-da-manhã, por 08 semanas

2- Domperidona 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido 30 minutos antes do almoço

3- Simeticona 40 mg _____ 01 Caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases), podendo repetir de 6/6h

- elevar a cabeceira da cama (15cm): usar um apoio sob os pés da cama ou travesseiros
- evitar deitar-se nas duas horas após as refeições
- dividir as refeições em: café-da-manhã – lanche da manhã – almoço – lanche da tarde – jantar – ceia, e comer em menor quantidade em cada uma delas

DRGE – sem melhora ao esquema inicial: ibp em dose diária dobrada

Uso Oral

1- Omeprazol 20 mg _____ 128 comprimidos

Tomar 02 comprimidos pela manhã em jejum, 30 minutos antes do café-da-manhã, por 08 semanas

2- Domperidona 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido 30 minutos antes do almoço

3- Simeticona 40 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases), podendo repetir de 6/6h

- elevar a cabeceira da cama (15cm): usar um apoio sob os pés da cama ou travesseiros

- evitar deitar-se nas duas horas após as refeições
- dividir as refeições em: café-da-manhã – lanche da manhã – almoço – lanche da tarde – jantar – ceia, e comer em menor quantidade em cada uma delas.

Obs: DRGE

- Indicar EDA se > 40 anos
- Se Barret, fazer uso contínuo de IBP 1x/dia
- DRGE refratária à dose dobrada de IBP: indicar cirurgia, mas tem que fazer antes uma pHmetria de 24h e uma esofagomanometria para ajudar a escolher o tipo de fundoplicatura a ser empregado

GOTA – Crise

Primeira linha: AINE

Uso Oral

1- **Naproxeno Sódico 250 mg**
_____ 30 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 3 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

Depois 01 comprimido de 8/8h por mais 5 dias

horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

3- **Omeprazol 20 mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 10 dias

Contraindicação a AINE (Doença ulcerosa péptica ativa, uso de anticoagulantes ou intolerância)

Uso Oral

1- **Colchicina 0,5 mg** _____ 90 comprimidos

Tomar 02 comprimidos e, depois de uma hora, 01 comprimido. em seguida, manter 01 comprimido de 8/8h por 03 meses

Contraindicação a AINE e Colchicina

Uso Oral

1- **Prednisona 20 mg** _____ 31 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias, depois 12/12 por 04 dias, e então uma vez ao dia, às 8:00 da manhã, por mais 03 dias

H1N1 - Profilaxia

Uso Oral

1- Oseltamivir 75 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por
05 dias seguidos

Horários sugerido: 08h00 – 20h00

Hordéolo volumoso / Blefarite intensa

Uso Oral

**1- Ciprofloxacino 1mg/ml + dexametasona
3mg/ml pomada oftálmica estéril
_____ 01 bisnaga**

Aplicar na borda dos cílios afetados três
vezes ao dia por 15 dias

- aplicar compressas de água morna
três vezes ao dia

Herpes zóster

Uso Oral

1- Aciclovir 400 mg ____ 70 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 4/4h,
excetuando-se uma dose noturna, por 07
dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 10:00 – 14:00 –
18:00 – 22:00

2- Diclofenaco 50 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias
seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo
repetir de 6/6h se necessário

Uso Tópico

4- Diprogenta® _____ 01 bisnaga

Aplicar na lesão duas vezes ao dia até melhora

OU

Uso Oral

1- Aciclovir 400 mg _____ 70 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 4/4h, excetuando-se uma dose noturna, por 07 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 10:00 – 14:00 – 18:00 – 22:00

2- Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

Uso tópico

4- Diprogestina® _____ 01 bisnaga

Aplicar na lesão duas vezes ao dia até melhora

Impetigo crostoso

Uso tópico

1- Mupirocina pomada 2% ____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões três vezes ao dia, até melhora clínica

- lavar com água morna e sabão duas a três vezes ao dia
- tentar remover as crostas antes de aplicar a pomada – se houver dificuldade, pode-se amolecer-as

aplicando primeiro óleo ou vaselina
ligeiramente aquecida

OU

Uso Oral

1- Cefalexina 500mg ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

Uso tópico

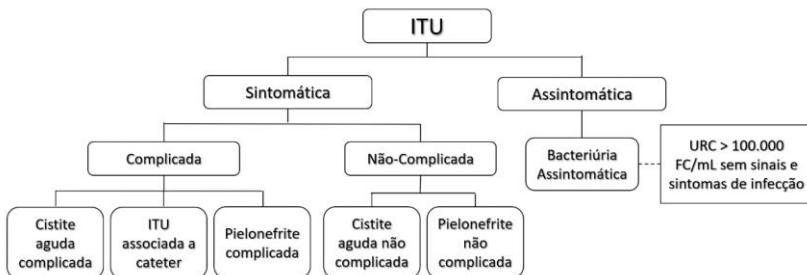
2- Mupirocina pomada 2% ____ 01 bisnaga

Aplicar nas lesões três vezes ao dia, até
melhora

- lavar com água morna e sabão duas a três vezes ao dia
- tentar remover as crostas antes de aplicar a pomada – se houver dificuldade, pode-se amolecê-las

aplicando primeiro óleo ou vaselina
ligeiramente aquecida

Infecção do trato urinário



ITU sintomática: Tratar sempre!

Bacteriúria assintomática: Tratar quando:

- Gestantes
- Pacientes que serem submetidos a pacientes urológicos
- Pacientes a serem submetidos a cirurgia de prótese de quadril

Quando coletar Sumário de Urina (EAS) e Urocultura (URC)?

- **Homens:** sempre! – não é comum homem fazer ITU!
 - **Jovem:** investigar também doença sexualmente transmissível
 - **Idosos:** investigar também a próstata → Prostatite muda bastante o tempo de tratamento
- **Mulheres:**
 - **Pré-menopausa:** não precisa, tratar empírico
 - **Pós-menopausa:** sempre solicitar EAS e URC
 - **Pielonefrite:** sempre solicitar EAS e URC
 - **Infecção recorrente:** sempre – pode ser bactéria multiR

Quando solicitar exame de imagem:

- Infecções recorrentes
- Fatores de risco
- Não resposta ao tratamento empírico ou guiado inicial

Imagen em ITU recorrente em pacientes com fatores de risco ou que não respondem à antibioticoterapia inicial		
Anomalia suspeita	Estudo de imagem	Recomendação
Fístula enterovesical	TC de abdome/pelve sem e com contraste EV	Geralmente adequada
Prolapso de órgão pélvico Divertículo uretral	Ressonância nuclear magnética sem e com contraste EV	Pode ser adequada
Prolapso de órgão pélvico Refluxo urinário Fístula uretral	Ressonância nuclear magnética sem contraste EV Cistouretrografia miccional	Pode ser adequada

	TC de abdome/pelve com contraste EV	
Urolitíase	TC de abdome/pelve sem contraste EV	Pode ser apropriada

Agentes etiológicos:

- *Escherichia coli* – principal agente
 - Em estudos norte-americanos, 60-70% de suscetibilidade a ciprofloxacino e à levofloxacino
 - note que o tratamento empírico pode falhar em até 40%
- *Escherichia coli* ESBL
 - ESBL = β -lactamases de espectro estendido
 - Seus números estão cada vez maiores na comunidade

- Fosfomicina é a única droga oral que cobre ESBL, logo, é interessante guarda-la como segunda linha terapêutica

Table II. In vitro susceptibilities of Gram-negative bacilli from inpatients with urinary tract infections stratified by hospital- and community-associated infections.*

Organism†	Hospital-Associated/ Community-Associated	AK	A/S	CPE	CFT	CFX	CAZ	CAX	CP	ETP	IMP	LVX	P/T
<i>Escherichia coli</i>													
	HA (n = 253)	98.4	45.8	93.7	88.9	88.5	92.5	90.1	59.3	100	100	59.7	90.5
	CA (n = 723)	98.8	51.5	95.6	91.4	90.3	94.3	92.0	67.6	100	99.7	67.9	95.9
<i>E. coli</i> , ESBL	HA (n = 19)	78.9	15.8	15.8	5.3	73.7	42.1	10.5	5.5	100	100	5.3	78.9
	CA (n = 43)	90.7	9.3	27.9	4.7	62.8	39.5	4.7	7.0	97.7	100	7.0	81.4
<i>E. coli</i> , non-ESBL	HA (n = 234)	100	48.3	100	95.7	89.7	96.6	96.6	63.7	100	100	64.1	91.5
	CA (n = 680)	99.3	54.1	99.9	96.9	92.1	97.8	97.5	71.5	99.9	99.7	71.8	96.8
<i>Klebsiella oxytoca</i>	HA (n = 19)	100	36.8	84.2	78.9	94.7	94.7	73.7	89.5	100	100	89.5	73.7
	CA (n = 33)	100	63.6	70.0	78.8	93.9	90.5	72.7	87.9	97.0	100	87.9	84.8
<i>K. oxytoca</i> ESBL	HA (n = 2)	100	0	0	0	100	50.0	0	50.0	100	100	50.0	50.0
	CA (n = 4)	100	25.0	75.0	0	75.0	50.0	0	50.0	75.0	100	50.0	75.0
<i>K. oxytoca</i> , non-ESBL	HA (n = 17)	100	41.2	94.1	88.2	94.1	100	82.4	94.1	100	100	94.1	76.5
	CA (n = 29)	100	69.0	100	89.7	96.6	96.6	82.8	93.1	100	100	93.1	86.2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	HA (n = 123)	91.9	69.1	90.2	86.2	82.9	86.2	86.2	84.6	92.7	93.5	87.8	88.6
	CA (n = 167)	96.4	74.9	94.0	92.8	91.0	93.4	92.8	91.6	95.8	97.0	92.8	91.0
<i>K. pneumoniae</i> , ESBL	HA (n = 17)	52.9	23.5	35.3	11.8	35.3	11.8	11.8	23.5	52.9	58.8	35.3	41.2
	CA (n = 12)	66.7	0	33.3	25.0	58.3	25.0	25.0	16.7	66.7	75.0	25.0	16.7
<i>K. pneumoniae</i> , non-ESBL	HA (n = 106)	98.1	76.4	99.1	98.1	96.6	98.1	94.3	99.1	99.1	96.2	96.2	
	CA (n = 155)	98.7	80.6	98.7	98.1	93.5	98.7	98.1	97.4	98.1	98.7	98.1	96.8
<i>Proteus mirabilis</i>	HA (n = 40)	100	87.5	97.5	95.0	97.5	100	95.0	75.0	97.5	22.5	80.0	100
	CA (n = 86)	100	75.6	98.5	98.8	97.7	97.7	98.8	51.2	100	30.2	60.5	100
<i>P. mirabilis</i> , ESBL	HA (n = 1)	100	0	0	0	100	100	0	0	100	0	100	100
	CA (n = 4)	100	50.0	75.0	100	100	75.0	100	50.0	100	50.0	75.0	100
<i>P. mirabilis</i> , non-ESBL	HA (n = 39)	100	89.7	100	97.4	97.4	100	97.4	76.9	97.4	23.1	79.5	100
	CA (n = 82)	100	76.8	100	98.8	97.6	98.8	98.8	51.2	100	29.3	59.8	100
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	HA (n = 77)	88.3	NA	67.5	NA	NA	80.5	NA	57.1	NA	68.8	58.4	72.7
	CA (n = 110)	89.1	NA	66.4	NA	NA	78.2	NA	49.1	NA	67.3	48.2	72.7

AK = amikacin; A/S = ampicillin-subactam; CA = community acquired; CAX = ceftiaxone; CAZ = ceftazidime; CFT = cefotaxime; CFX = cefoxitin; CP = ciprofloxacin; CPE = cefepime; ESBL = extended-spectrum β -lactamase; ETP = etapenem; HA = hospital acquired; IMP = imipenem; LVX = levofloxacin; P/T = piperacillín-tazobactam.

*Bold typeface indicates susceptibility =90%.

†Isolates not identified as HA or CA are not presented in Table due to lack of demographic data: *E. coli* (n = 42/n = 27), *K. pneumoniae* (n = 15/n = 5), *K. oxytoca* (n = 2/n = 0), *Pseudomonas aeruginosa* (n = 8/n = 9), and *P. mirabilis* (n = 5/n = 5).

Obs: Cuidado com os Guidelines norte-americanos e europeus, pois eles geralmente retratam o espectro dessas regiões e não necessariamente a brasileira

Obs²: Quando um antibiótico possui resistência $\geq 20\%$, já não se pode considerá-lo para tratamento empírico. É por isso que ainda se recomenda Sulfametoxazol-Trimetoprim como primeira linha em cidades onde a resistência a esta droga não ultrapassa 20%

Obs³: Caso se visualize *Staphilococcus aureus* em urocultura, provavelmente é disseminação hematogênica

Referências:

KOLMAN, K.B. Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment and Prevention. Primary care: Clinics in Office Practice, v. 46, n 2, p. 191-202, June 2019, disponível em
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009545431930003X?via%3Dihub>

Mulheres

Bacteriúria assintomática: tratar apenas:

- Gestantes
- Pessoas que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos urológicos

Cistite não complicada

Infeccção urinária não complicada: sexo feminino com queixa de disúria, estrangúria, polaciúria, às vezes hematúria, sem demais sintomas sistêmicos

- Maior agente etiológico:
enterobactérias – *E. coli*

Obs:

➔ Em mulheres, não colher exames (tratar empírico), exceto se não melhora

➔ Em homens, a ITU é sempre considerada complicada, pois costuma estar relacionada a HPB,

logo, é sempre necessário a coleta de exames, especialmente urocultura, e deve-se dar preferência à ciprofloxacino 500mg 12/12h por 07 dias ou fosfomicina 3g 03 doses (01 a cada 48h)

Primeira linha de tratamento

Uso Oral

1- **Sulfametoxazol + Trimetoprima 400/80 mg** _____ 12 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 03 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

OU

Uso Oral

1- **Sulfametoxazol + Trimetoprima 400/80 mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

OU

Uso Oral

1- **Fosfomicina granulado 3 g** _____ 01 caixa

Diluir o envelope em um copo d'água e ingerir em dose única

OU

1- **Nitrofurantoína 100 mg** _____ 12 cps

Tomar 01 comprimido de 06/06h por 03 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

OU

1- **Nitrofurantoína 100 mg** _____ 20 cps

Tomar 01 comprimido de 06/06h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

OU

1- **Amoxicilina-Clavulanato 125/500mg**
_____ 09 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 03 dias

Horário sugerido (08/08h): 08:00 / 14:00 / 22:00

Segunda linha de tratamento

Uso Oral

1- **Norfloxacino 400 mg** _____ 06 comprimidos

tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias

OU

Uso Oral

1- Norfloxacino 400 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

OU

Uso Oral

1- Ciprofloxacino 500 mg _____ 06 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias

OU

Uso Oral

1- Ciprofloxacino 500 mg _____ 14 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Pielonefrite

Fisiopatologia: mecanismo ascendente é o mais comum, com maior prevalência de enterobactérias (*Escherichia coli* em 75 a 95% dos casos, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*

pneumoniae, *Staphylococcus saprophyticus*), embora também possa ocorrer por mecanismo descendente (via hematogênica por septicemia ou endocardite infecciosa)

Apresentação da pielonefrite:

- Febre e calafrios
- Sintomas de cistite (disúria, polaciúria e urgência miccional)
- Dor lombar, náuseas e vômitos
- Giordano geralmente positivo

Não complicada

Mulheres com ITU + sintomas sistêmicos, porém sem sepse, litíase urinária ou alteração da função renal

- ➔ Solicitar sumário de urina e urocultura
- ➔ Considerar fazer uma dose de Ceftriaxona 01g ainda no PA, antes da alta, seguida de:

Uso Oral

1- **Ciprofloxacino 500 mg** _____ 14 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

OU

Uso Oral

1- **Levofloxacino 750 mg** _ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, no mesmo horario, por 07 dias seguidos

OU

Uso Oral

1- **Sulfametoxazol + Trimetoprima 400/80 mg** _____ 28 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

Complicada

Tratamento empírico: 07 dias (com ou sem bacteremia associada)

- Ceftriaxona 1g 12/12h
- Se risco elevado para MDR: Aminoglicosídeo (ex: amicacina) / Carbapenêmico

Ajustar resultado após cultura

- Em 48h já está disponível para ajustar

Se manutenção dos sintomas após 72h de tratamento, avaliar complicações (abscesso, cálculo impactado ...)

Principais complicações das pielonefrites:

- Abscessos = maioria responde ao tratamento conservador mais prolongado

- Litíase obstrutiva associada = desobstrução (passagem de duplo J ou nefrostomia percutânea)
- Sepse ou choque séptico = tratamento emergencial do foco se passível de cirurgia

Não esquecer das culturas + exames protocolo sepse!

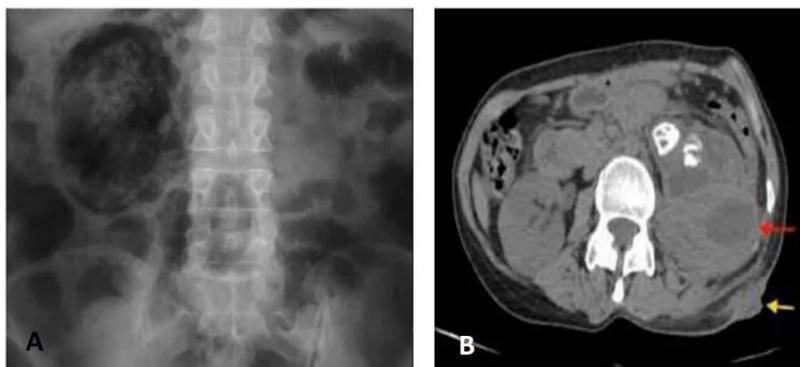


Figura 1 (A) Gás próxima à coluna vertebral, no território de rim direito, compatível com pielonefrite gasosa, mais comum em diabéticos. (B) Abscesso renal secundário a uma hidronefrose impartante por cálculo obstrutivo

Fatores de risco:

- homens

- diabetes melitus
- litíase renal
- imunossupressão
- transplantado renal
- urosepsse

Solicitar exames de imagem (USG de rins e vias urinárias ou TC – se suspeita de cálculo, sem contraste, se suspeita de abscesso, com contraste) em toda pielonefrite grave ou complicada

Homens

Cistite em homens

Em homens, a ITU é sempre considerada complicada, pois costuma estar relacionada a HPB, logo, é sempre necessário a coleta de exames (urocultura e sumário de urina), e deve-se dar preferência à ciprofloxacino 500mg 12/12h por 07 dias ou fosfomicina 3g 03 doses (01 a cada 48h)

Uso Oral

1- Fosfomicina granulado 03 g _____
03 envelopes

Diluir o envelope em um copo d'água e ingerir 01 vez da cada 48h até 03 doses (primeiro, terceiro e quinto dia de tratamento)

OU

Uso Oral

1- Ciprofloxacino 500 mg _____ 14 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Epididimite / Orquite

Uso Oral

1- Ciprofloxacino 500mg _____ 20 cps

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 10 dias

Horário sugerido: 08h00 – 20h00

Prostatite bacteriana aguda

Homem com disúria na emergência – pode ser prostatite

Em quem suspeitar: HOMEM com

- Disúria
- Polaciúria
- Obstrução urinária
- Dor pélvica
- Febre
- Calafrios

Como diagnosticar (o diagnóstico é clínico!):

- Toque retal em paciente com quadro suspeito – evitar toque retal vigoroso pelo risco de bacteremia → Dor ao toque e próstata aumentada fecha o diagnóstico

Etiologia:

- *Escherichia coli* – é a mais comum
- *Pseudomonas*
- *Klebsiella*
- *Proteus*
- Pacientes sexualmente ativos:
Clamídia e Gonococo

Exames:

- Urocultura com antibiograma – sempre coletar, de jato médio
- USG transretal, TC e RM – considerar em pacientes com suspeita de abscesso

Antibióticos: (Obs: se suspeita de clamídia ou gonococo, tratar como uretrite)

- Fluoroquinolonas (ex: ciprofloxacino)
- Sulfametoxazol-Trimetropin – são os mais recomendados na literatura, mas possui altas taxas de resistência em *E. coli*

- Cefalosporina de terceira geração

Tempo:

- 2 a 6 semanas – muito discutível na literatura

Controvérsias

- PSA pode aumentar durante o quadro, mas autores recomendam não dosar
- Urocultura após massagem prostática não é recomendável na prostatite bacteriana aguda pelo risco de bacteremia
- Alguns autores recomendam urocultura de controle

Uso Oral

1- **Ciprofloxacino 500mg _____ 42 cps**

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 21 dias

Horário sugerido: 08h00 – 20h00

Infecções Cutâneas

Erisipela e Celulite na emergência

- Agentes mais comuns: *Streptococcus pyogenes* (β -hemolítico do grupo A), disparadamente o mais comum, seguido pelo *Staphylococcus aureus* – mas lembre-se que casos mais resistentes podem ser causados por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (SARM ou MRSA). Lembrar ainda que infecções mais superficiais estão mais relacionadas ao *Streptococcus*, enquanto as mais profundas ao *Staphylococcus*.
- Primeira linha terapêutica: Cefalosporinas de primeira geração ou Amoxicilina-Clavulanato (Cobrem tanto os Estreptocoques como os Estafilococos)

- Não tem um tempo de antibioticoterapia muito bem definido, é preciso avaliar se o paciente está apresentando melhora clínica das lesões, ou seja, revaliá-lo a cada 3, 5 ou sete dias

- Mínimo: 04 dias e manter até melhora clínica das lesões*

- Na celulite, o tratamento deve durar entre 5 a 10 dias, já na erisipela é de 10 a 14 dias, e o ATB deve ser mantido por pelo menos 3 dias após a redução do processo inflamatório

- Na ausência de melhora após 24 a 36 horas do início do ATB, solicitar culturas e antibiogramas, além de considerar MRSA

- Evitar AINES, pois podem mascarar os sinais e sintomas de infecções necrotizantes profundas

Casos não graves:

Uso Oral

1- **Cefalexina 500mg** ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

- manter o membro elevado na maior parte do tempo e aplicar compressas mornas

OU

Uso Oral

1- **Cefalexina 500mg** ____ 40 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

- manter o membro elevado na maior parte do tempo e aplicar compressas mornas

OU

Uso Oral

1- **Cefalexina 500mg** ____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 14 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

- manter o membro elevado na maior parte do tempo e aplicar compressas mornas

OU

Uso Oral

1- **Cefadroxila 500mg** ____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- manter o membro elevado na maior parte do tempo e aplicar compressas mornas

Opção para alérgicos à betalactâmicos:

Uso Oral

1- **Clindamicina 300mg _____ 42 cápsulas**

Tomar 02 cápsulas de 8/8 horas por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

Casos graves



- A. Pé diabético infectado
- B. Fasciite necrozante em estado avançado, com formação de bolhas hemorrágicas
- C. Gangrena gasosa, com necrose de todo o tecido da pele
- D. Angina de Ludwig, com celulite dos tecidos submandibulares, que se não tratada pode evoluir para mediastinite
- E. Síndrome do choque tóxico, gerada por toxinas produzidas por algumas bactérias, em geral *Staphylococcus aureus*
- F. Abscesso profundo da coxa, com infecção do músculo da coxa (miosite tropical)

Mensagens importantes:

- Todas as infecções graves de partes moles devem ter ampla cobertura (cobrir Gram positivos, Gram negativos e Anaeróbios)

- Ceftriaxona 1g EV 12/12h +
Clindamicina 600mg EV 6/6h
- Celulites e erisipelas que demandem internação (ex: falha do tratamento VO):
 - Cefazolina 1g EV 8/8h ou
Oxacilina 2g EV 4/4h
- Sempre solicitar avaliação de equipe cirúrgica, especialmente se o paciente estiver séptico ou em choque séptico (situação de emergência!). Muitas vezes um desbridamento será o mínimo, podendo chegar à extrema necessidade de uma amputação em guilhotina

Como diferenciar uma celulite de uma fascíite no estágio inicial? – *exames de imagem não são muito úteis*

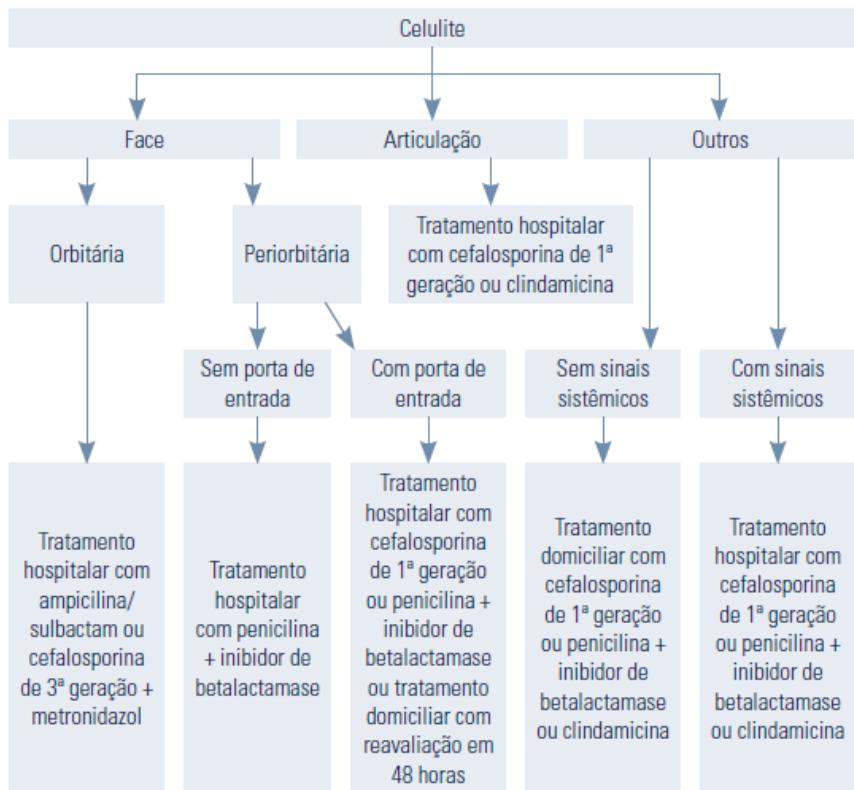
- Dor desproporcional
- Muita disfunção para pouca lesão (*incluindo aqui pacientes que chegam*

*chocados com lesões pequenas ex:
pré tibial)*

- Escore LRINEC (*solicitar: Hemograma, Sódio, Cr, PCR e Glicemia*) – se alta suspeita = exploração cirúrgica!
- Bolha, gás, crepitação subcutânea são sinais tardios!!



Figura 2 Paciente deu entrada na emergência com queixa de dor intensa em antebraço após picada de inseto, sendo realizada exploração cirúrgica, que detectou a fasciite nerotizante. Paciente seguiu em cuidados de UIT e foi feito enxerto na fase de reabilitação.



Obs: Na Erisipela, considerar internação se < 2 anos ou imunocomprometidos.

Lombalgia mecânica

Uso Oral

1- **Dorilax®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- aplicar compressas de água morna três vezes ao dia
- se possível, realizar fisioterapia com fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral

Uso Oral

1- **Diclofenaco 50 mg** _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h, por 05 dias seguidos

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

**2- Paracetamol 350mg + Carisoprodol
150mg + Cafeína 50mg _____ 01 caixa**

Tomar 2 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- aplicar compressas de água morna três vezes ao dia
- se possível, realizar fisioterapia com fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral

OU

Uso Oral

1- Diclofenaco 50 mg _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h, por 05 dias seguidos

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- **Ciclobenzaprina 5 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite antes de dormir, por 05 dias seguidos

- aplicar compressas de água morna três vezes ao dia
- se possível, realizar fisioterapia com fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral

OU

Uso Oral

1- **Alginac 1000 ®** _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h, por 05 dias seguidos

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Ciclobenzaprina 5 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite antes de
dormir, por 05 dias seguidos

- aplicar compressas de água morna três vezes ao dia
- se possível, realizar fisioterapia com fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral

OU

Uso Oral

1- Celecoxibe 100 mg ____ 10 comprimidos

Tomar um comprimido de 12/12h por 05 dias

**2- Paracetamol 350mg + Carisoprodol
150mg + Cafeína 50mg _____ 01 caixa**

Tomar 2 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- aplicar compressas de água morna três vezes ao dia
- se possível, realizar fisioterapia com fortalecimento da musculatura abdominal e paravertebral

Meteorismo (gases)

Uso Oral

1- Simeticona 40 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor (gases), podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

Micose Subungueal e Paquioníqua

Uso tópico

**1- Ureia Manipulada em Creme 40% _____
01 frasco**

Aplicar uma camada sob a unha à noite antes de dormir, com o auxílio de um cotonete ou um chumaço de algodão, e lavar bem pela manhã, com água e sabão

2- Nitrato de Oxiconazol 10mg/ml
_____ **01 frasco**

aplicar 01 camada sob a unha pela manhã, com o auxílio de cotonete ou um chumaço de algodão, pela manhã, após lavar com água e sabão durante o banho, por 01 a 02 semanas

Mordedura e Arranhadura de cão / gato

Profilaxia pós exposição – cães e gatos (GVS 2019)			
	Animal saudável no momento da agressão	Animal clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Animal raivoso, desaparecido ou morto
Acidente leve: Superficiais, não extensos, poupando cabeça, mãos e planta dos pés	Lavar com água e sabão Observar o animal por 10 dias - Se saudável até o fim dos 10 dias, encerrar o caso - Se adoecer, morrer ou desaparecer, conduzir como	Lavar com água e sabão Iniciar esquema com VAR nos dias 0 e 3 Observar o animal por 10 dias - Se saudável até o fim dos 10 dias, encerrar o caso - Se adoecer, morrer ou desaparecer, completar as 04 doses de VAR*	Lavar com água e sabão Realizar 04 doses de VAR*
Acidente grave:	Lavar com água e sabão	Lavar com água e sabão	Lavar com água e sabão

Profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo, ou;	Iniciar esquema com VAR nos dias 0 e 3 Observar o animal por 10 dias - Se saudável até o fim dos 10 dias, encerrar o caso	Iniciar esquema com VAR nos dias 0 e 3 Observar o animal por 10 dias - Se saudável até o fim dos 10 dias, encerrar o caso - Se adoecer, morrer ou desaparecer, completar as 04 doses de VAR*	Realizar 04 doses de VAR*
Superficiais em cabeça, mãos e planta dos pés, ou;	Lamedura de mucosas		Realizar SAR
04 doses de VAR: - Se for via IM: Aplicar a dose total do frasco-ampola (0,5 ou 1ml) nos dias 0, 3, 7-10 e 14 - Se for via ID: Aplicar duas doses de 0,1ml em sítios diferentes nos dias 0, 3, 7 e 28			Qualquer outro animal que não seja cão ou gato, doméstico ou silvestre, deve ser conduzido como acidente grave em animal raivoso/morto/desaparecido (SAR e VAR) – EXCETO ROEDORES, que não transmitem raiva

Leve

Uso Oral

1- Amoxicilina-Clavulanato 500/125 mg

_____ 21 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

2- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso tópico

3- **Nebacetin®** _____ 01 bisnaga

Lavar o ferimento com água e sabão neutro,
secar bem, aplicar uma fina camada na
região afetada, com o auxílio de uma gaze
ou cotonete®, e cobrir com um curativo,
duas vezes ao dia até melhora

- observar o animal durante 10 dias –
retornar à emergência se, antes do
final do período o animal morrer,
desaparecer ou adoecer, para
receber as vacinas

Grave - Vacina

Uso Oral

1- Amoxicilina-Clavulanato 500/125 mg

_____ 21 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

2- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso tópico

3- Nebacetin® _____ 01 bisnaga

Lavar o ferimento com água e sabão neutro,
secar bem, aplicar uma fina camada na
região afetada, com o auxílio de uma gaze
ou cotonete®, e cobrir com um curativo,
duas vezes ao dia até melhora

Indicada a imunoglobulina antitetânica apenas no doente cujo histórico de vacinação (903 doses na infância) é negativo ou ignorado

Uso intramuscular

1- Tetanogamma® 250 ui _____ 01 ampola

Aplicar 01 ampola em glúteo médio

Nasofaringite aguda – resfriado comum

Uso Oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso nasal

2- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

3- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- é normal engolir ou a secreção sair pelo outro lado
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

Uso Oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

**2- Cloridrato de Ambroxol xarope
30mg/5ml _____ 01 frasco**

Tomar 5 ml, 3 vezes ao dia

Uso nasal

3- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

4- Solução Fisiológica 0,9% _____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

Otite externa aguda (OEA)

Uso otológico

1- **Ciprofloxacino-Hidrocortisona** 2mg/ml + 10mg/ml suspensão otológica ____ 01 frasco

Pingar 03 gotas no ouvido acometido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

Uso Oral

2- **Dipirona** 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- não usar cotonete® nos ouvidos nunca mais!
- não deixar água entrar nos ouvidos! - evitar banho de piscina, rio, mar etc.

OU

Uso tópico auditivo

1- Otociriax ® _____ 01 frasco

Pingar 03 gotas no ouvido acometido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

Uso Oral

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- não usar cotonete® nos ouvidos nunca mais!
- não deixar água entrar nos ouvidos! - evitar banho de piscina, rio, mar etc.

OU

Uso tópico auditivo

1- Sulfato de Neomicina + Sulfato de Polimixina b + Hidrocortisona 1% solução tópica _____ 01 frasco

Pingar 04 gotas no ouvido acometido de 06/06h por 10 dias

Horário sugerido: 05:00 - 11:00 - 17:00 - 23:00

Uso Oral

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

OU

Uso tópico auditivo

1- Otosporin® _____ 01 frasco

Pingar 04 gotas no ouvido acometido de 06/06h por 10 dias

Horário sugerido: 05:00 - 11:00 - 17:00 - 23:00

Uso Oral

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- não usar cotonete® nos ouvidos nunca mais!
- não deixar água entrar nos ouvidos! - evitar banho de piscina, rio, mar etc.

Otite externa aguda fúngica

Uso tópico auditivo

1- **Clotrimazol 1%** _____ 01 frasco

Pingar 04 gotas no ouvido acometido de 06/06h por 10 dias

Horário sugerido: 05:00 - 11:00 - 17:00 - 23:00

Uso Oral

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- não usar cotonete® nos ouvidos nunca mais!
- não deixar água entrar nos ouvidos! - evitar banho de piscina, rio, mar etc.

OU

Uso tópico auditivo

1- Fungirox® gotas _____ 01 frasco

Pingar 03 gotas no ouvido acometido de 08/08 horas por 10 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

Uso Oral

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

- não usar cotonete® nos ouvidos nunca mais!
- não deixar água entrar nos ouvidos! - evitar banho de piscina, rio, mar etc.

Otite Média Aguda (OMA ou AOM)

Uso Oral

1- **Amoxicilina 500 mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

Uso Oral

1- **Amoxicilina 875mg + Clavulanato 125mg**
_____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 10 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

Diagnóstico diferencial: Oite Média Supurativa (OMS ou OME)

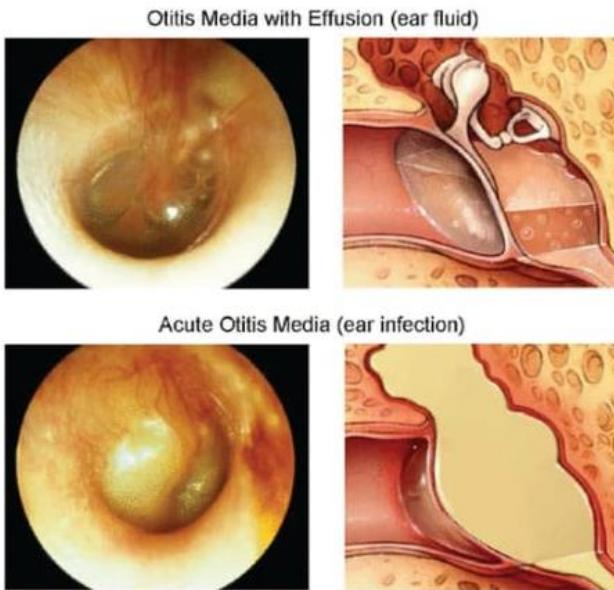


Figure 2. Comparison of otitis media with effusion (top) and acute otitis media (bottom). The left images show the appearance of the eardrum on

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599815623467>

Paralisia Facial Periférica (de Bell)

Uso Oral

1- **Valaciclovir** 500 mg _____ 42 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 8/8h, por 07 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

2- **Prednisona** 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

Uso tópico

3- Lágrima plus® _____ 01 frasco

Pingar uma gota no olho paralisado, de 30/30 minutos

4- Regenom® _____ 01 frasco

Aplicar no olho paralisado à noite, antes de dormir, e cobrir com curativo oclusivo (gaze e esparadrapo, sem apertar)

- praticar fisioterapia facial sempre que possível: fazer caretas, biquinhos, assoprar, fechar os olhos com força, falar normalmente... – procurar um profissional de fisioterapia ou de fonoaudiologia em caso de dificuldade

Síndrome de Ramsay Hunt

Uso Oral

1- Aciclovir 400 mg _____ 70 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 4/4h,
excetuando-se uma dose noturna, por 07
dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 10:00 – 14:00 –
18:00 – 22:00

2- Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias
seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

Uso tópico

3- Lácrima Plus® _____ 01 frasco

Pingar uma gota no olho paralisado, de
30/30 minutos

4- Regenom® _____ 01 frasco

Aplicar no olho paralisado à noite, antes de dormir, e cobrir com curativo oclusivo (gaze e esparadrapo, sem apertar)

- praticar fisioterapia facial sempre que possível: fazer caretas, biquinhos, assoprar, fechar os olhos com força, falar normalmente... – procurar um profissional de fisioterapia ou de fonoaudiologia em caso de dificuldade

Parasitoses Intestinais

Uso Oral

1- Ivermectina 06 mg ____ 04 comprimidos

Tomar os 02 comprimidos em dose única, e repetir após 07 dias

OU

Uso Oral

1- Albendazol 400 mg ____ 02 comprimidos

Tomar 01 comprimido em dose única e depois repetir após 10 dias

OU

Uso Oral

1- Albendazol 400 mg ____ 04 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 03 dias seguidos, no mesmo horário, e depois repetir após 10 dias

OU

Uso Oral

1- Albendazol 400 mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias seguidos, no mesmo horário

OU

Uso Oral

1- Secnidazol 1000 mg ____ 02 comprimidos

Tomar os 02 comprimidos em dose única

OU

Uso Oral

1- Secnidazol 1000 mg ____ 02 comprimidos

Tomar os 02 comprimidos ao dia por 05 dias seguidos, no mesmo horário

OU

Uso Oral

1- Nitazoxanida 500 mg ____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 03 dias seguidos

Horário sugerido (12/12h): 08:00 / 20:00

OU

Uso Oral

1- Praziquantel 500 mg __ 07 comprimidos

Tomar 04 comprimidos e, após 12 horas,
mais 03 comprimidos

Horário sugerido: 04 comprimidos às 08:00
e 03 comprimidos às 20:00

OU

Uso Oral

1- Praziquantel 500 mg __ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única

Cisticercose

Obs: Praziquantel é **CONTRAINDICADO** na cisticercose ocular, pois a morte da lava no globo ocular pode provocar intensa reação inflamatória, com perda da visão

Uso Oral

1- Praziquantel 500 mg ____ 35 comprimidos

Tomar 02 comprimidos pela manhã, 01 comprimido à tarde e 02 comprimidos à noite, por 07 dias seguidos

2- Prednisona 20 mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã um dia antes de iniciar o praziquantel e manter até quatro dias depois (5 dias ao total)

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

4- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Neurocisticercose

Obs: Praziquantel é **CONTRAINDICADO** na cisticercose ocular, pois a morte da lava no globo ocular pode provocar intensa reação inflamatória, com perda da visão

Uso Oral

1- **Praziquantel 500 mg** ____ 35 comprimidos

Tomar 02 comprimidos pela manhã, 01 comprimido à tarde e 02 comprimidos à noite, por 07 dias seguidos

2- **Prednisona 20 mg** ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã, outro às 14:00 e outro às 22:00, um dia antes de iniciar o praziquantel e manter até o final do tratamento

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos VO se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

4- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

Pitiríase rósea

Afecção inflamatória subaguda, caracterizada por lesões eritematoescamosas ovaladas pruriginosas (“medalhão”) disseminadas (tronco, raiz de membro e pescoço – raramente na face, mãos e pés, nunca no couro cabeludo), sucessivas e progressivas, com regressão posterior e cura. Mais observada no outono e verão, em ambos os sexos, mais frequente dos 20 aos 30 anos. Tem regressão espontânea completa em 4 a 8 semanas,

excepcionalmente em 14 semanas. O tratamento visa controlar os sintomas.



Manual de Dermatologia - Sampaio

Uso Oral

1- Loratadina 10mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias.
Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir de 24/24h

Uso tópico

2- Hidrocortisona 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia

OU

Uso Oral

1- Cetirizina 10mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias.
Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir de 24/24h

Uso tópico

2- Hidrocortisona 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia

Pitiríase versicolor

Definição: Infecção comum do estrato córneo pela *Malassezia furfur*, levedura lipofílica, evidencia-se clinicamente por manchas de cor variável, de castanha a branca, dar o nome versicolor. Deve ser diferenciada da pitiríase alba e do vitiligo.

Há predisposição constitucional para a afecção. Malnutrição, hiperidroses e imunodepressão são fatores predisponentes. Quase sempre assintomática, é evidenciada geralmente após exposição solar, quando surgem manchas discrômicas na pele, derivando a denominação "versicolor".

Clinica: Trata-se de máculas com descamação de cor variável, daí o nome "versicolor". Nos indivíduos de pele clara, as máculas são acastanhadas, cor de café com leite ou hipocrônicas; nos de pele escura ou negra, são hipocrônicas e, menos frequentemente, hipercrônicas. Passando-

se a unha sobre a mancha, surge uma descamação furfurácea (sinal da unha), que pode ser observada pelo estiramento da pele (sinal de Zileri). As máculas são múltiplas, de formatos variáveis, podendo confluir e atingir grandes áreas da superfície corporal. As lesões situam-se, geralmente, no pescoço, no tórax e nas porções proximais dos membros superiores.

Manual de Dermatologia - Sampaio

Uso Oral

1- **Fluconazol 150 mg** _____ 04 comprimidos

tomar 01 comprimido a cada 07 dias até 04 doses

OU

Uso Oral

1- **Itraconazol 100 mg** _____ 10 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08h00 – 20h00

Uso tópico

2- **Fenticonazol spray 20mg/ml** __ 01 frasco

Aplicar nas manchas à noite, antes de dormir, por 03 semanas seguidas

Pneumonia Adquirida na Unidade

Principais agentes:

- *Streptococcus pneumoniae*
(pneumococo)
- *Haemophylus influenzae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Legionella* spp.

Viral x Bacteriana

- Vírus também pode gerar febre e consolidação – na maioria das vezes

não é possível diferenciar isso na primeira abordagem do paciente – em alguns países se inicia antibióticos empiricamente e, quando se confirma infecção viral por amostra, se retira o antibiótico

Primeiro passo: estratificar o risco de morte do doente nos próximos 30 dias de acordo com os critérios CURB 65 ou PORT PSI (*Pneumonia Severity Index* – são 20 critérios com pontuações específicas, abrangendo fatores sociodemográficos, idade, clínica, exame físico e laboratório)



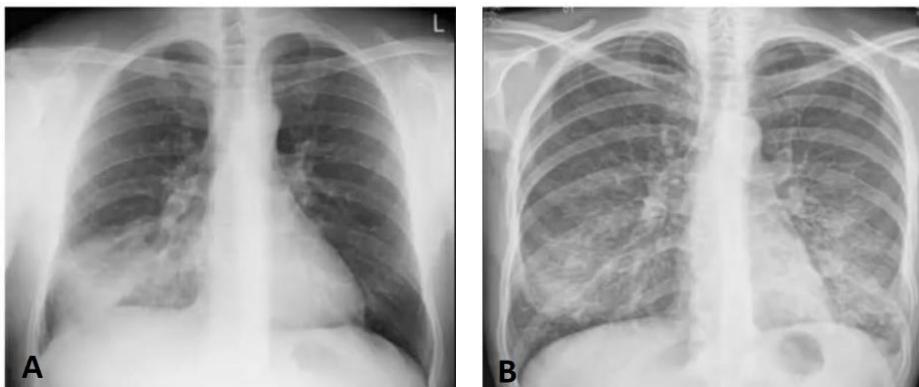


Figura 3 (A) Pneumonia lobar, mais compatível com vírus ou pneumococo. (B) Infiltrado difuso, geralmente mais compatível com vírus ou germes atípicos, como Mycoplasma, Chlamydophila e Legionella

LEVE / MODERADA 3 a 5 dias	GRAVE 7 a 14 dias
<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina • Amoxicilina + Clavulanato • Azitromicina • Moxifloxacino • Levofloxacino, VO* 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona + Macrolídeo • Fluoroquinolona, EV

Critérios de resposta terapêutica na PAC

- Temperatura $> 37,5^{\circ}\text{C}$
- FR $< 24\text{irpm}$
- FC $< 100\text{bpm}$
- PAS $\geq 90 \text{ mmHg}$
- SatO₂ $\geq 90\%$
- Retorno ao Status mental de base
- Capacidade de se alimentar sem assistência

À alta hospitalar, orientar o paciente sobre a história natural da doença e sobre a resolução gradativa dos sintomas, bem como a retornar caso haja piora ou reincidência dos sintomas:

- 1 semana: febre deve ter sumido
- 4 semanas: dor torácica e escarro devem ter reduzido
- 6 semanas: tosse e dispneia devem ter melhorado

- 3 meses: a maioria dos sintomas devem estar resolvidos, porém fadiga pode se manter
- 6 meses: a maioria das pessoas deve voltar ao *status basal*

Baixo risco – Port I e II (III?) ou CURB 0 ou 1

Avaliar as **comorbidades de interesse** (“**insuficiências**”), para escolha de monoterapia com betalactâmicos (aminopenicilinas como primeira escolha: amoxicilina ou ampicilina) ou macrolídeos (azitromicina ou claritromicina), ou terapia dupla com betalactâmicos e macrolídeos ou quinolonas respiratórias.

- 1) Diabetes
- 2) Insuficiência cardíaca
- 3) Insuficiência hepática
- 4) Insuficiência respiratória crônica (ex: DPOC)

5) Uso de antibióticos nos últimos 90 dias

1) Ausência de comorbidades de interesse

Uso oral

1- **Claritromicina 500 mg** _ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 06/06 horas se necessário

3- **Omeprazol 20 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum por 05 dias

Uso oral

1- **Azitromicina 500 mg** ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias seguidos

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 06/06 horas se necessário

3- **Omeprazol 20 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum por 05 dias

OU

Uso oral

1- Amoxicilina 500 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8 horas por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 06/06 horas se necessário

3- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum por 10 dias

OU

Uso oral

1- Amoxicilina 500mg + Clavulanato 125mg
_____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8 horas por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 06/06 horas se necessário

3- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum por 10 dias

2) Presença de comorbidades de interesse em pacientes hígidos

Faz-se terapia dupla entre betalactâmicos e macrolídeos. Lembrando que os betalactâmicos aqui podem ser a amoxicilina em dose dobrada ou a amoxicilina + clavulanato, para cobrir os pneumococos mais resistentes, ou então cefalosporinas da segunda geração (Cefuroxima, Cefazolina ...). Opção à terapia dupla de betalactâmicos e macrolídeos são as quinolonas respiratória (Levofloxacino ou Moxifloxacino), porém, lembre-se que, apesar da comodidade terapêutica, as quinolonas respiratórias reduzem limiar convulsivo, induzem delirium no paciente idoso, tendinopatias, aneurisma de aorta, infecção por *C. difficile* e redução da carga de *Micobacterium tuberculosis* em baciloskopias de pacientes infectados por tuberculose (importante diagnóstico diferencial), com aumento da resistência a este, inclusive.

Uso oral

1- Amoxicilina 500 mg ____ 60 comprimidos

Tomar 02 comprimido de 8/8 horas por 10 dias seguidos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

2- Azitromicina 500 mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo Horário, por 05 dias seguidos

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 06/06 horas se necessário

4- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em
jejum por 05 dias

OU

Uso oral

1- Amoxicilina 875 mg + Clavulanato 125 mg _____ 20 comprimidos

Tomar 02 comprimido de 12/12 horas por
10 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

2- Azitromicina 500 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo
horário, por 10 dias seguidos

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 06/06 horas se
necessário

4- **Omeprazol 20 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum
por 05 dias

OU

Uso oral

1- **Cefuroxima 500 mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 02 comprimido de 12/12 horas por
10 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

2- **Azitromicina 500 mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo
horário, por 10 dias seguidos

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 06/06 horas se
necessário

4- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum
por 10 dias

OU

Uso oral

1- Levofloxacino 500 mg __ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo
horário, por 07 dias seguidos

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 06/06 horas se
necessário

3- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum
por 05 dias

OU

Uso oral

1- Moxifloxacino 400 mg _ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo
horário, por 07 dias seguidos

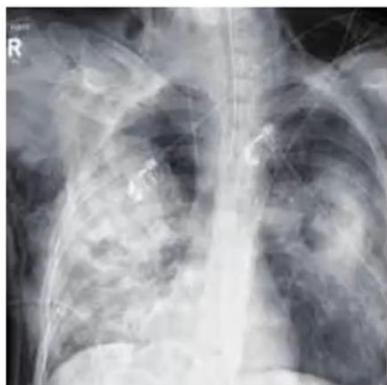
2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 06/06 horas se
necessário

3- Omeprazol 20 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã em jejum
por 05 dias

**Risco intermediário ou alto – Port IV ou V
ou CURB \geq 2**



Primeira opção: dois antibióticos:

- 1) Betalactâmicos: aminopenicilinas com inibidores de betalactamase ou cefalosporinas a partir da segunda geração
- 2) Macrolídeos: azitromicina ou claritromicina

Exemplos: (tratamento pode ser limitado a 5 dias, mesmo nas formas mais graves – como choque séptico ou IResp –, a não ser que haja uma complicação, principalmente se for complicação cirúrgica, como abscesso ou empiema, que demande mais tempo de tratamento)

- Ceftriaxona 1g EV de 12/12h ou 2g EV 1x/dia
- Claritromicina 500mg EV 12/12h ou Azitromicina 500mg EV ou VO por 3-5 dias

Segunda opção: uma quinolona respiratória (Levo ou Moxifloxacino)

Associar Oseltamivir 75mg EV 12/12h por 5 dias em caso de suspeita de Infuenza

Considerar também associar corticoides no tratamento de pneumonias (principalmente graves = PORT PSI 5):

- Metilprednisolona 1mg/kg/d EV por 05 dias, principalmente no caso de pneumonias graves
- Hidrocortisona 200 a 300mg/d EV por 05 dias, no lugar da metilprednisolona, principalmente nos casos refratários ou sépticos

Observações importantes:

- Em caso de empiema ou de pneumonia claramente aspirativa, não é necessário cobrir com macrolídeos, exceto em casos

graves em que o objetivo seja sua função imunomoduladora.

- Anaeróbios apenas tem de ser cobertos em abscessos pulmonares

- Se houver suspeita de pneumonia necrotizante, *Staphylococcus aureus* deve ser coberto com Oxacilina 2g EV 4/4h; lembrar de cobrir *Pseudomonas* para alguns pacientes

- Não tratar broncoaspiração ou pneumonite química (broncoaspiração)!!

- Atenção: Não confundir com pneumonia bacteriana secundária a microaspirações crônicas (infiltrado novo!)

Lembre-se: é mandatório pesquisar, nestes tipos de pacientes, fatores de risco para suspeita de infecção por *Pseudomonas*

- a) Uso de ATB venoso no último mês por mais de 48 horas
- b) Internação nos últimos 7 dias por mais de 48 horas
- c) Uso de corticoide em dose \geq 10mg equivalente de prednisona ao dia por mais de 15 dias
- d) Neutropênicos grave (neutrófilos < 500)
- e) Doença estrutural pulmonar (Bronquiectasias) ou DPOC grave avançado (com escarro prévio positivo para *Pseudomonas* / VEF1 < 50% / Alta recorrência de internação – GOLD D)

Nestes casos de alto probabilidade pré-teste positiva, sempre faça:

- Cultura de escarro (escarro pode ser induzido por salina hipertônica em NBZ para os que não apresentam escarro à admissão)
- Hemoculturas

- Antígenos urinários para Pneumococo e *Legionella* (diferenciais)

Saiba que é possível descalonar a antibioticoterapia após comprovar que o patógeno não é *Pseudomonas*

Nestes casos, a antibioticoterapia deve ter duração de 14 a 21 dias

Esquemas possíveis para cobrir *Pseudomonas*:

- Ceftazidima 2g EV 8/8h
- Levofloxacino 750mg 24/24h ou Azitromicina 500mg 24/24h

OU

- Cefepime 2g 8/8h
- Levofloxacino 750mg 24/24h ou Azitromicina 500mg 24/24h

OU

- Piperacilina/tazobactam 4,5g 6/6h
- Levofloxacino 750mg 24/24h ou
Azipromicina 500mg 24/24h

OU

- Meropenem 1g 8/8h
- Levofloxacino 750mg 24/24h ou
Azipromicina 500mg 24/24h

Suspeita de MRSA: associar Vancomicina

Fatores de risco:

- Infecção previa por MRSA
- Hemodiálise a longo prazo
- Insuficiência cardíaca

Suspeita de falha terapêutica

Na ausência de melhora após 48 horas, usando antibioticoterapia validada, se o paciente não tinha fator de risco no início do quadro para germe multirresistente, ele provavelmente não estará infectado por

germe multirresistente: procure outro diagnóstico (embolia pulmonar, neoplasia de pulmão, edema agudo de pulmão, broncoespasmo, DPOC exacerbada, tuberculose...) ou complicações de pneumonia (ex: empiema pleural ou abscesso pulmonar)!

- Sempre pedir TC de tórax antes de escalarnar o ATB, para afastar diagnósticos diferenciais ou complicações.
- Também é interessante pedir sorologia para HIV, para afastar infecções oportunistas não cobertas, como *Pneumocystis jiroveci*

Se choque séptico após 48h de antibioticoterapia, aí sim é indiscutível escalar antibioticoterapia (consultar a CCIH se é Mero e Vanco, Tazo e Vanco, se é só Tazo, Piperacilina...), pedir culturas e tratar como sepse. Existe evidência americana que diz que se deve fazer

cobertura dupla para Gram positivo e Gram negativo.

Pneumonia que não melhora:

Obs: o termo é esse mesmo, não "pneumonia resistente", até para se procurar em Guidelines

Pensar nas seguintes possibilidades:

- 1) Não era pneumonia: DPOC? Câncer? EAP? TEP? Pneumoconioses?
- 2) Pneumonia complicada: abscesso? Empiema? - Considerar TC de torax ou, na indisponibilidade desta, RX de tórax
- 3) Cobertura de germe errado: Considerar Sorologias para excluir infecção oportunista em HIV+; pesquisa de BAAR no escarro à procura de TB (é importante o paciente não ter feito uso de Levofloxacino, pois este pode diminuir a carga bacilífera e deixá-la

indetectável ao método); cultura de escarro (costuma vir muita colonização, cuidado ao interpretá-la) e hemocultura (geralmente é negativa, mas quando positiva significa muita gravidade); rever a história à procura de exposição a ratos (leptospirose), galinhas/morcegos (histoplasmose) etc.

Queimaduras

1) Estabilizar o doente (ABCDE)

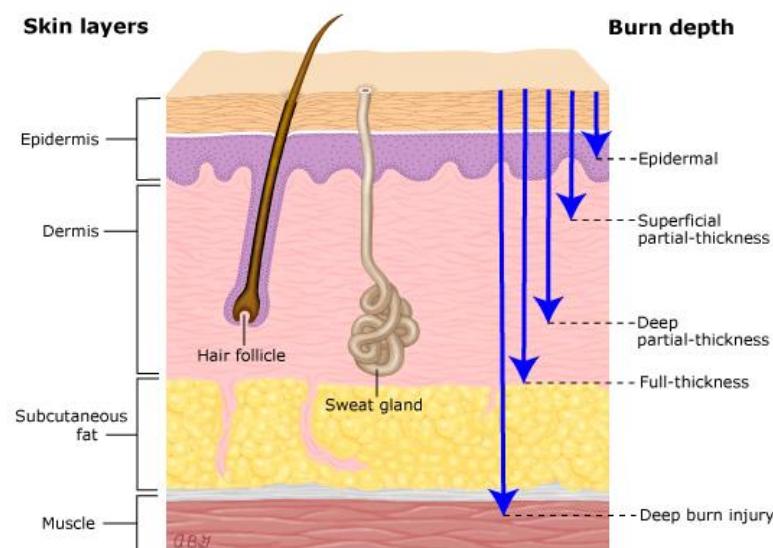
- Considerar IOT precoce se sinais de lesão inalatória
- Exceto se intoxicação por Monóxido de Carbono (CO), fornecer O₂ suplementar apenas para manter SpO₂ 90 – 96%
- Considerar escarotomia se paciente apresentar prejuízo de ventilação por queimadura de 3º grau no tórax

- Ressuscitação volêmica inicial se necessário – preferência por SRL (*não considerar esta dose na fórmula de Parkland, que é a manutenção*)
- Remover detritos, joias e restos de roupas das lesões – com cuidado para não piorar a lesão, ou lesar os socorristas
- Analgesia: pode ser necessário uso de opioides

2) Classificar a queimadura

- **Grau**

Classificação da profundidade da queimadura (grau)			
Profundidade	Aparência	Sensação	Tempo para cicatrização
1º grau: Superficial (epiderme) 	Seca, hiperemiada (vermelho some à digitopressão)	Dolorosa	3 a 6 dias
2º grau superficial:	Bolhas	Dolorosa à temperatura,	7 a 21 dias



Espessura parcial superficial 	Úmida, hiperemiada, exsudativa	ao ar e ao toque	
2º grau profunda: Espessura parcial profunda 	Bolhas facilmente removíveis Úmida ou cerosa Cor variável (branco/bege a vermelho) Sem clareamento à digitopressão	Dolorosa apenas à pressão	> 21 dias, geralmente requer tratamento cirúrgico
3º grau: Espessura total 	Branco ceroso a cinza-couro a preto carbonizado Seca e inelástica Sem clareamento	Indolor, apenas sensação de pressão profunda	Rara, a menos que seja tratada cirurgicamente

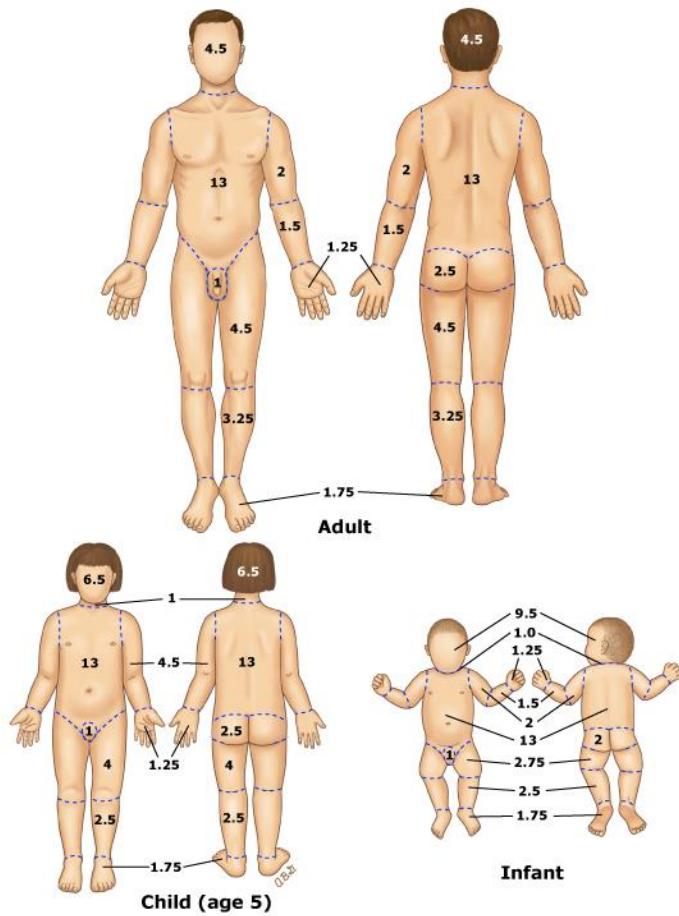
	à digitopressão		
4º grau: lesão mais profunda 	Extensão para fáscia ou músculo	Indolor, apenas sensação de pressão profunda	Rara, a menos que seja tratada cirurgicamente

- **Mecanismo:**

- Calor
 - Eletricidade
 - Fricção
 - Químico
- ✓ Remova quaisquer produtos químicos secos do paciente; qualquer instrumento adequado pode ser usado (por exemplo, escova seca, toalha).
 - ✓ O componente mais importante da terapia ativa é a irrigação de todas as feridas e áreas de exposição completamente com grandes quantidades de água. A irrigação é iniciada no local da contaminação e nos olhos e face, se envolvidos ou adjacentes à área exposta.

Alguns especialistas sugerem limpar a área exposta com sabão neutro após a irrigação.

- Radiação
- **Superfície corporal queimada (SCQ):**
considerar apenas queimaduras > 1º grau
- **Regra dos 9:**
 - ✓ Cabeça: 9%
 - ✓ Membro superior: 9% cada
 - ✓ Membro inferior: 18% cada
 - ✓ Tronco anterior: 18%
 - ✓ Tronco posterior: 18%
- **Método palmar:** Queimaduras pequenas ou irregulares podem ser aproximadas usando a área de superfície da palma da mão do paciente. A palma da mão do paciente, excluindo os dedos, é aproximadamente 0,5 por cento da área de superfície corporal total, e toda a superfície palmar incluindo os dedos é de 1 por cento em crianças e adultos
- **Mapa corporal de Lund-Browder modificado:**



3) Avaliar critérios de transferência para Centro de Queimados:

Critérios de transferência para Centro de Queimados

Queimaduras de espessura parcial (2º Grau) maiores que 10% de SCQ

Queimaduras que envolvem o rosto, mãos, pés, genitália, períneo ou grandes articulações

Queimaduras de terceiro grau em qualquer faixa etária

Queimaduras elétricas, incluindo ferimentos por raios

Queimaduras Químicas

Lesão por inalação

Queimadura em pacientes com distúrbios médicos preexistentes que podem complicar o manejo, prolongar a recuperação ou afetar a mortalidade

Qualquer paciente com queimaduras e trauma concomitante (como fraturas) em que a lesão por queimadura representa o maior risco de morbidade ou mortalidade. Nesses casos, se o trauma apresentar maior risco imediato, o paciente pode ser estabilizado inicialmente em um centro de trauma antes de ser transferido para uma unidade de queimados. O julgamento do médico será necessário em tais situações e deve estar de acordo com o plano de controle médico regional e os protocolos de triagem.

Crianças queimadas em hospitais sem pessoal qualificado ou equipamento para o cuidado de crianças

Queimadura em pacientes que necessitarão de intervenção social, emocional ou de reabilitação especial

Fonte: UpToDaTe, acesso em 04/09/2020

4) Estimar a reposição volêmica nas próximas 24h (se SCQ > 20%): preferência por Ringer lactato

- Formula de Parkland: **04 ml × Peso (kg) × SCQ (%)**
 - **½ nas primeiras 08 horas**

- $\frac{1}{2}$ nas próximas 16 horas
- Fórmula modificada de Brooke: 02
 $ml \times Peso\ (kg) \times SCQ\ (\%)$
- Monitorizar resposta:
 - Diurese > 0,5ml/kg/h
 - Avaliar: SSVV, status mental ...

5) Cuidados com a ferida:

- **Remoção de resíduos:**
 - Irrigação copiosa
 - Asfalto e *coal tar* (“alcatrão de carvão” – similar a um piche) – podem ser removidos com mistura de água fria e óleo mineral, mas não devem ser desbridados diretamente (quantidades copiosas de pomada de Polimixina B-Neomicina-Bacitracina aplicadas por vários dias irão emulsionar o alcatrão residual)
- **Desbridar bolhas rompidas – considerar romper e desbridar**

bolhas íntegras se puder aplicar cuidados de antisepsia (recomendo clorexidina aquosa) e assepsia (luva estéril, kit de sutura estéril etc.), principalmente se bolhas extensas, que limitem movimentos (ex: em articulações) ou de alto risco para infecção (ex: condição social vulnerável)

- O desbridamento pode ser feito apenas com gaze, sem bisturi, se as bolhas forem facilmente removíveis
- **Aplicar com antibiótico tópico – Sulfadiazina de Prata (Opções: Bacitracina, Neomicina ...)**
- **Cobrir ferida com curativo estéril –** de preferência, gazes não aderentes (Ex: Rayon®)
- **Enfaixar com bandagem sem apertar (curativo oclusivo, não compressivo)**
 - utilizar, de preferências, malhas tubulares finas, também estéreis

- **Trocar curativo 01 a 02 vezes ao dia, inicialmente, podendo espaçar na medida que o ferimento for ficando mais seco**
 - As trocas de curativos devem ser frequentes o suficiente para controlar o exsudato, mas não tão frequentes a ponto de interferir na reepitelização da ferida. A frequência varia de duas vezes ao dia a semanalmente dependendo da quantidade de exsudato e escolha do material de curativo. Trocas de curativos mais frequentes são realizadas se houver uma grande quantidade de exsudato, choro ou infecção



Figura 4 (A) Limpeza com material estéril - lembrar de remover restos anteriores de pomada antes de aplicar uma nova camada. (B) Colocação de gaze não aderente. (C) Aplicação de bandagens de gaze estéril. (D) Colocação de tala de apoio

6) Se queimaduras $\geq 2^{\circ}$ grau profundas, principalmente extensas, ou localizadas em áreas delicadas (ex: face) – Solicitar avaliação de cirurgia (preferencialmente cirurgia plástica) – pode ser necessário enxertia

7) Atentar e tratar possível Resposta Hipometabólica (REMIT) a Queimaduras Moderadas a Graves

- Sinais: Resposta hiperdinâmica circulatória, aumento do catabolismo de proteínas e lipídios e resistência periférica à insulina, que aumentam o gasto energético de repouso e a temperatura corporal e diminuem a proteína corporal total, levando à perda de massa muscular
- Excisão precoce e enxerto na ferida de queimadura pode atenuar bastante a REMIT, assim como o risco de infecção, sepse, mortalidade e a permanência hospitalar
- Controlar dor com opióides também reduz REMIT
- Outras medidas: fisioterapia motora e respiratória, temperatura ambiente de 25 a 33°C

IMPORTANTE: NÃO REALIZAR ANTIBIOTICOTERAPIA SISTÊMICA (EV ou VO) PARA QUEIMADURAS NÃO INFECTADAS – Não é capaz de prevenir infecção e ainda submete paciente a pressão seletiva e demais efeitos adversos do ATB sistêmico

8) Prescrição ambulatorial:

Uso tópico

1- Sulfadiazina de Prata

10mg/g _____ 01 bisnaga

Lavar a ferida com soro, depois aplicar uma camada de pomada na lesão e cobrir com curativo com gaze, duas vezes ao dia, até melhora

- à medida que a ferida ficar mais seca, pode-se espaçar mais as trocas de curativo

Uso oral

2- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Resfriado comum

Uso oral

1- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

2- **Salsep spray** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina 5x/dia

OU

2- **Maresis®** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina conforme necessidade, para desobstruí-la (cerca de 5 vezes ao dia)

OU

2- **Rinosoro Jet®** _____ 01 frasco spray

Aplicar 01 jato em cada narina 5 vezes ao dia

OU

2- **Seringa de 10 ml** _____ 01 unidade

3- **Solução Fisiológica 0,9%** _____ 01 frasco

- aspirar a solução fisiológica com a seringa e, com o paciente em pé, injetar em cada narina (não tapar a outra), três vezes seguidas, duas vezes ao dia. é normal engolir ou a secreção sair pelo outro lado
- para não machucar o nariz, pode colocar na ponta da seringa uma olive de estetoscópio (vende em casas de

- material médico) ou uma borracha limpa de fone de ouvido
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

Rinite alérgica intensa

Uso Intranasal

1- Fluticasona spray 50mcg/jato _ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias. após este período, aplicar um jato em cada narina pela manhã até completar 90 dias

2- Rinosoro Jet® _____ 01 frasco spray

Aplicar 01 jato em cada narina 5 vezes ao dia

Uso oral

3- Dexclorfeniramina 2 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 07 dias

OU

3- Fexofenadina 60mg + Pseudoefedrina

120mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Rinossinusite aguda

A maioria é viral. Apenas 5% evolui para bacteriana: Desconfiar das que pioram após o 5º dia, ou estavam melhorando e de repente pioram (estavam com quadro de IVAS, estavam melhorando e de repente fazem febre,,,), ou se mantém por mais de 10 dias

A bacteriana costuma provocar dor bem localizada e sinais sistêmicos. A viral é que geralmente se dissemina difusamente pelas

vias aéreas superiores (“*começa com uma rinite, que evolui para uma faringite, que evolui com uma sinusite*”) e pode doer bastante (bastante mesmo!)

RX de seios da face não tem validade alguma para o diagnóstico, que é clínico!!

Rinossinusite Viral aguda

Uso oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

2- Fluticasona spray 50mcg/jato __ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias

3- Seringa de 10 ml _____ 01 unidade

4- Solução Fisiológica 0,9% ____ 01 frasco

- aspirar o soro com a seringa, retirar a agulha e injetar em cada narina (sem tapar a outra), estando com a boca aberta, três vezes ao dia
- é normal engolir ou a secreção sair pelo outro lado
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

- retornar para reavaliação em caso de piora após o quinto dia ou se persistir por mais de 10 dias. ou antes em caso de dúvida

OU

Uso oral

1- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

2- **Fluticasona spray 50mcg/jato** ____ 01
frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por
15 dias

em caso de tosse incômoda

- **Levodropropizina xarope 6mg/ml** ____ 01
frasco

Tomar 15 ml no caso de tosse, podendo
repetir de 6/6 horas

- **Codeína 30mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido em caso de tosse,
podendo repetir de 8/8 horas

Rinossinusite Bacteriana aguda

Uso oral

1- **Amoxicilina 500 mg** ____ 21 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

3- Fluticasone spray 50mcg/jato ____ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias

4- Maresis® _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina conforme necessidade, para desobstruí-la (cerca de 5 vezes ao dia)

OU

Uso oral

1- Amoxicilina-Clavulanato 500/125 mg
____ 21 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

2- **Dipirona** 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

3- **Fluticasona Spray** 50mcg/jato ____ 01
frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h
por 15 dias

4- **Maresis®** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina conforme
necessidade, para desobstruí-la (cerca de 5
vezes ao dia)

OU

1- **Azitromicina** 500 mg __ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 10 dias

2- **Omeprazol** 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 10 dias

3- **Dipirona** 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 06/06h

Uso intranasal

4- **Fluticasona Spray** 50mcg/jato _____ 01
frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h
por 15 dias

5- **Seringa de 10 ml** _____ 01 unidade

6- **Solução Fisiológica 0,9%** _____ 01 frasco

- aspirar a solução fisiológica com a seringa e, com o paciente em pé, injetar em cada narina (não tapar a outra), três vezes seguidas, duas vezes ao dia. é normal engolir ou a secreção sair pelo outro lado
- para não machucar o nariz, pode colocar na ponta da seringa uma oliveira de estetoscópio (vende em casas de material médico) ou uma borracha limpa de fone de ouvido
- guardar o soro na geladeira e lavar o material com água e sabão

vídeo explicativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=kjsnklx3fz4>

Sangramento Uterino Anormal:

Uso oral

1- Ácido Tranexâmico 250 mg ____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos de 8/8h

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

2- Piroxicam 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

**3- Levonorgestrel + Etinilestradiol 0,15mg +
0,03mg** _____ 04 caixas

Tomar 01 comprimido de 6/6h, por 04 dias;

a seguir 01 comprimido de 8/8h por 04 dias;
a seguir 01 comprimido de 12/12h por 04
dias; e em seguida 01 comprimido ao dia por
2 meses.

se anemia:

- Sulfato Ferroso _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, 01 hora antes ou 02 horas depois do almoço, de preferência com suco de laranja ou limão

Solicito: USG pélvica transabdominal e transvaginal

Justificativa: sangramento uterino anormal

Sutura:

Nas feridas traumáticas ocorridas em até seis horas antes do atendimento médico, o antibiótico tem caráter profilático e é indicado em situações de:

- Lesões extensas com tecido desvitalizado
- Feridas puntiformes profundas e penetrantes, de difícil desbridamento

- Feridas afetando tendões
- Feridas que atingem articulações, cavidade torácica ou abdominal e cérebro – torácica e abdominal são um tanto controversas

Feridas infectadas:

- Grosseiramente contaminadas com sujeira ambiental ou fezes
- Feridas abdominais com perfuração de alças intestinais
- Fraturas expostas

Obs: Penicilina G Benzatina NÃO deve ser prescrita para tratamento de soluções de continuidade de pele e mucosas, pois seus níveis na pele e subcutâneo são baixos demais! TAVARES chega a dizer que prescrever Benzetacil para tratar microorganismos nessa região trata-se de antimedicina!

Sem contaminação significativa:

Uso tópico

1- Clorexidina spray _____ 01 frasco

Aplicar 02 jatos na lesão, três vezes ao dia, e cobrir com curativo em seguida até melhora

- lavar delicadamente durante o banho com água e sabão neutro pela manhã e à noite. trocar curativo a cada lavagem

Uso tópico

1- Sulfato de Neomicina 3,5mg/g ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão após cada troca de curativo

- trocar curativo diariamente

- a partir do 2º dia, lavar delicadamente durante o banho com água e sabão neutro pela manhã e à noite. trocar curativo a cada lavagem
- retirar os pontos em 10 dias em posto de saúde mais próximo de sua residência
- caso apresente febre, dor progressiva em local de ferimento, saída de secreção fétida ou outros sintomas, retornar para reavaliação
- evitar expor ferimento ao sol por três meses

Com contaminação significativa

Uso oral

1- **Cefalexina 500mg** ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

2- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

Uso tópico

4- **Sulfato de Neomicina 3,5mg/g** _____ 01
bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão após
cada troca de curativo, duas vezes ao dia

- trocar curativo diariamente
- a partir do 2º dia, lavar
delicadamente durante o banho com
água e sabão neutro pela manhã e à
noite. trocar curativo a cada lavagem

- retirar os pontos em 10 dias em posto de saúde mais próximo de sua residência
- caso apresente febre, dor progressiva em local de ferimento, saída de secreção fétida ou outros sintomas, retornar para reavaliação
- evitar expor ferimento ao sol por três meses

OU

Uso oral

1- Cefalexina 500mg ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

2- Diclofenaco 50 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

3- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

Uso tópico

4- **Contractubex®** _____ 01 bisnaga

Após 10 dias do trauma, aplicar uma fina
camada sobre a lesão duas vezes ao dia

- trocar curativo diariamente
- a partir do 2º dia, lavar delicadamente durante o banho com água e sabão neutro pela manhã e à noite. trocar curativo a cada lavagem
- retirar os pontos em 10 dias em posto de saúde mais próximo de sua residência

- caso apresente febre, dor progressiva em local de ferimento, saída de secreção fétida ou outros sintomas, retornar para reavaliação
- evitar expor ferimento ao sol por três meses

Uso intramuscular

1- **Tetanogamma® 250 UI** _____ 01 ampola

Aplicar 01 ampola em glúteo médio

À unidade básica de saúde:

Encaminho para avaliação de situação vacinal, em particular, vacina antitetânica após ferimento de risco

Grato e à disposição!!

Tinha capitis

Uso oral

1- **Griseofulvina 500mg** ____ 50 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 8 semanas

Uso tópico

2- **Cetoconazol shampoo 2%** ____ 01 frasco

Aplicar no couro cabeludo, deixar agir por 10 minutos antes de enxaguar, 2 a 3 vezes por semana, durante 4 semanas

Tinha corporis

Uso oral

1- Terbinafina 250mg ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 28 dias seguidos

2- Cetirizina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se coceira ou alergia, podendo repetir de 24/24 se necessário

Uso tópico

3- Terbinafina creme 1% ____ 01 bisnaga

Aplicar nas áreas afetadas de 12/12h até melhora (em média 28 dias)

OU

Uso oral

1- Griseofulvina 500mg ____ 50 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 8 semanas

2- Cetirizina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se coceira ou alergia, podendo repetir de 24/24 se necessário

Uso tópico

3- Terbinafina creme 1% _____ 01 bisnaga

Aplicar nas áreas afetadas de 12/12h até melhora (em média 28 dias)

Torcicolo espasmódico

Uso oral

1- **Ciclobenzaprina 5 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao sair da emergência. Em seguida, tomar 01 comprimido à noite antes de dormir, por 05 dias seguidos

1- **Dorilax®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

Uso oral

1- **Cafeína 35mg + Dipirona 300mg + Orfenadrina 50mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos de 6/6h se dor

OU

Uso oral

**1- Paracetamol 350mg + Carisoprodol
150mg + Cafeína 50mg _____ 01 caixa**

Tomar 2 comprimidos se dor, de 6/6h

OU

Uso oral

**1- Carisoprodol 125mg + Diclofenaco 50mg
+ Paracetamol 300mg + cafeína 30mg
_____ 10 comprimidos**

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até 05 dias

OU

Uso oral

1- Diclofenaco 50 mg ____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 08/08h por até 05 dias

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

OU

Uso oral

1- Cetoprofeno 150 mg __ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até
05 dias

2- Ciclobenzaprina 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite por 05 dias

OU

Uso oral

**1- Nimesulida Betaciclodextrina 400 mg __
06 comprimidos**

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até
03 dias

2- **Ciclobenzaprina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

Trauma Cranioencefálico

Indicações de **TC de crânio no TCE** pelos
Critérios Canadenses –

<https://canadiem.org/tiny-tips-canadian-ct-head-rule/>):

Critérios de inclusão:

- ✓ Trauma leve da cabeça (perda de consciência testemunhada, amnésia definitiva ou desorientação)
- ✓ Glasgow inicial ≤ 13
- ✓ Trauma dentro das últimas 24h

Critérios de exclusão:

- ✓ Idade < 16 anos
- ✓ Trauma mínimo na cabeça (ausência de perda de consciência

testemunhada, amnésia definitiva ou desorientação)

- ✓ História incerta do trauma como evento primário (Ex: crise convulsiva ou síncope como eventos primários) – *melhor partir direto para TC*
- ✓ Déficit neurológico focal agudo – *melhor partir direto para TC*
- ✓ Sinais vitais instáveis associados a trauma maior – *melhor partir direto para TC*
- ✓ Convulsão antes da avaliação no departamento de emergência – *melhor partir direto para TC*
- ✓ Distúrbio da coagulação ou uso de anticoagulantes – *melhor partir direto para TC*
- ✓ Retorno para reavaliação do mesmo ferimento na cabeça
- ✓ Gestação

Risco moderado (para dano cerebral na TC)

- ✓ Amnésia antes do impacto \geq 30 min
- ✓ Mecanismo perigoso (pedestre atropelado, ejeção de ocupante de veículo a motor, queda $>$ 1 metro ou 5 degraus)

Alto risco (para intervenção neurológica)

- ✓ Glasgow $<$ 15 após duas horas do trauma
- ✓ Suspeita de fratura craniana, aberta ou fechada
- ✓ Sinais de fratura de base de crânio (Guaxinim, Batalha, hemotímpano, otorreia/rinorreia com líquor)
- ✓ Idade \geq 65 anos
- ✓ Vômitos \geq 2 episódios

Uso oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

Uso tópico

2- Clorexidina spray _____ 01 frasco

Aplicar 02 jatos na lesão, três vezes ao dia, até melhora

- lavar delicadamente durante o banho com água e sabão neutro pela manhã e à noite. trocar curativo a cada lavagem
- retornar à emergência em caso de:
 1. Dor de cabeça que não melhora com analgésicos comuns
 2. Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão
 3. Sonolência excessiva
 4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força ou formigamento nas pernas ou metade do corpo
 5. Dificuldade para falar ou entender, de memória ou concentração
 6. Diminuição da audição ou visão

7. Movimentos estranhos do olho, visão dupla
8. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz
9. Alteração do tamanho das pupilas
10. Piora importante de dor na nuca ou durante movimentos do pescoço
11. Pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém não use sedativos, remédios para dormir, xaropes para tosse ou bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas. Durante o sono pela para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos

Trauma torácico – analgesia otimizada

Uso oral

1- Ciclobenzaprina 05mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite antes de dormir, por 05 dias seguidos

2- **Dorilax®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- aplicar compressas mornas até melhora

OU

Uso oral

1- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

2- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 8/8h se necessário. tomar o mínimo possível, para evitar dependência e constipação

- aplicar compressas mornas até melhora

OU

Uso oral

1- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

2- Revange® _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar dependência e constipação

3- Benefiber ® _____ 01 caixa

Dissolver 01 sachê em 01 copo de água ou suco e tomar ao almoço por 28 dias

OU

Uso oral

1- Naproxeno 500mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

2- Paco® _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 8/8h até melhora da dor

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

3- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

Uso oral

1- Naproxeno 500mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

2- Ciclobenzaprina 05mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite antes de dormir, por 05 dias seguidos

3- Paracetamol 350mg + Carisoprodol 150mg + Cafeína 50mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

4- Codeína 30mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 8/8h se necessário. tomar o mínimo possível, para evitar dependência e constipação

OU

Uso oral

1- **Gabapentina 300mg** _____ 90 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 8/8h até melhora da dor

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

2- **Dipirona 500mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

3- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 8/8h se necessário. tomar o mínimo possível, para evitar dependência e constipação

- aplicar compressas mornas até melhora

Trombose venosa profunda na emergência

1. Se suspeita clínica, calcular a probabilidade pré-teste pelo escore de Wells:

Escore de Wells para TVP	
Paralisia, paresia ou procedimento ortopédico no membro inferior	1
Acamado (> 3 dias) ou cirurgia recente (4 semanas)	1
Enduração localizada em topografia venosa profunda	1

Edema de membro inferior	1
Assimetria das panturrilhas > 3 cm	1
Edema com cacifo no membro suspeito de trombose	1
Veias colaterais varicosas superficiais	1
Neoplasia ativa / curada (< 6 meses)	1
Outro diagnóstico é mais provável	-2

Baixa probabilidade (≤ 0 ponto): pedir D-Dímero

- ✓ D-Dímero de alta/moderada sensibilidade negativo (< 500 ng/mL): descarta TVP, não necessita de demais exames
- ✓ D-Dímero de alta/moderada sensibilidade negativo, ou indisponível: complementar com USG de extremidades inferiores

Moderada probabilidade (**1-2 pontos**): pedir D-Dímero de alta sensibilidade (o de baixa não serve)

- ✓ D-Dímero de alta sensibilidade negativo: descarta TVP
- ✓ D-Dímero de alta sensibilidade negativo, ou indisponível: complementar com USG

Alta probabilidade (**> 2 pontos**): solicitar USG (não adianta dosar D-Dímero)

Obs: se paciente > 50 anos, o corte do D-Dímero é $10 \times$ idade do paciente

DDx: Tensão muscular / linfedema lacrimal, insuficiência venosa, cisto poplíteo (de Baker) e celulite. Não há características clínicas patognônicas que distinguem de forma confiável a TVP de diagnósticos concorrentes, uma vez que vermelhidão, inchaço, sensibilidade e dor são comuns a muitos desses distúrbios.

2. Qual USG?

- De compressão em veias proximais, por emergencista com know how no assunto ou
- Duplex scan completo, realizado pela cirurgia vascular na maioria dos hospitais

3. Classificar a TVP

- Provocada / Não provocada: checar cirurgias (principalmente ortopédicas), imobilização, câncer etc.
- Proximal / Distal
 - Proximal: poplítea, femoral comum, femoral profunda e ilíaca
 - Distal: abaixo da poplítea

4. Checar a gravidade da TVP: como não há escore validado para isso, como no TEP,

checar sinais clínicos de comprometimento da perfusão do membro

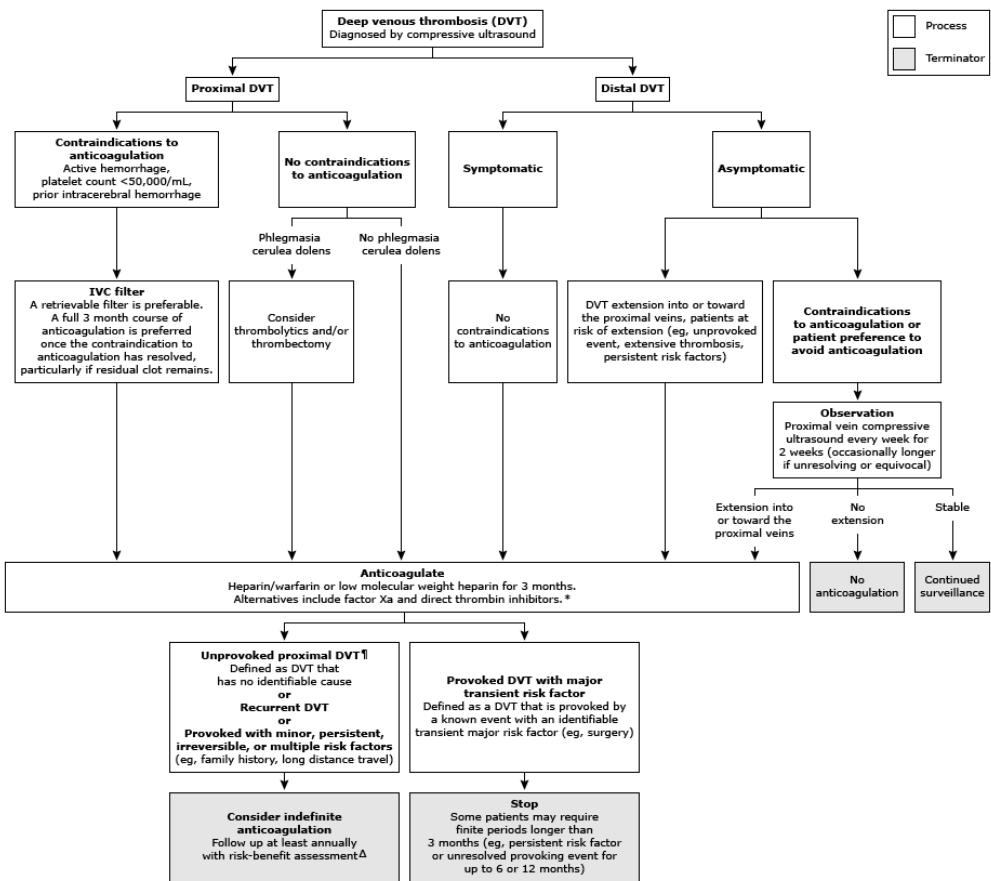
- Palpar pulsos, checar temperatura e perfusão capilar – chamar staff mais experiente e/ou discutir o caso com a vascular, pois este paciente pode precisar de trombólise.

5. Tratamento

- TVP distal nem sempre precisa ser anticoagulada: pode-se seriar o USG para ver se há progressão ou regressão do trombo – necessário retorno garantido
- Nunca atrasar a anticoagulação por mais de 24h na suspeita de TVP, a não ser que o risco de sangramento seja alto
- Não atrasar mais de 6h a anticoagulação se Well de probabilidade moderada a alta

Estratégias:

- ✓ Marevan + heparina (HNF ou HBPM)
 - pode ser internação domiciliar, se não houver trombose muito extensa que possa necessitar de trombólise
- ✓ Novos anticoagulantes
- ✓ Deambulação precoce pra todo mundo



Observações:

- Indicações de Filtro de Veia Cava:
 - Pacientes de alto risco estimado de

tromboembolismo com contraindicação à anticoagulação por alto risco de sangramento – Classe 2C de evidência

- Pacientes com TVP proximal aguda com embolismo recorrente apesar de anticoagulação
- Pacientes com pobre reserva funcional cardiopulmonar que não toleram nenhum embolismo adicional
- Gestantes: preferência por heparina de baixo peso molecular (ex: Enoxaparina) – NOAC não foram testados nesta população
- Para pacientes com TVP iliofemoral maciça ou flegmasia cerulea dolens com sintomas por <14 dias e bom estado funcional → considerar terapia trombolítica sistêmica ou direcionada por cateter e / ou

remoção de coágulos (ex: extração de cateter, fragmentação por cateter, trombectomia cirúrgica ...)

- Para pacientes com TVP e diagnóstico de trombocitopenia induzida por heparina (HIT), todas as formas de heparina devem ser descontinuadas e anticoagulação imediata com anticoagulante não heparinizado deve ser iniciada.

Tratamento ambulatorial com novos anticoagulantes orais (NOAC)

Se paciente estiver clinicamente bem e compensado de suas comorbidades, com condições financeiras de arcar com o custo dos NOAC (~200 reais ao mês), é preferível ao tratamento com Varfarina.

Obs: Infecção cutânea leve a moderada não é contraindicação a tratamento ambulatorial com NOAC, paciente pode usar

cefalexina associada, por exemplo, sem problemas.

Uso oral

1- Rivaroxabana 15mg ____ 42 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h durante as primeiras 03 semanas, sempre junto com alimentos

Horário sugerido: 07:00 – 19:00

2- Rivaroxabana 20mg ____ 60 comprimidos

Após fim do tratamento acima, tomar 01 comprimido uma vez ao dia, sempre junto com alimentos, até reavaliação com cirurgia vascular

Horário sugerido: 07:00

3- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

Uso tópico

4- Meia Elástica 30-40mmHg _ 02 unidades

Utilizar diariamente enquanto em tratamento de trombose venosa profunda

- não massagear a perna afetada
- repouso pelo menos nos primeiros 07 dias de tratamento (pode levantar para ir ao banheiro, mas não exagerar)

À cirurgia vascular – ambulatório

Caro colega,

paciente foi admitido em nossa unidade com clínica de TVP em ____ há ____ dias, sendo prescrito tratamento ambulatorial com rivaroxabana. referencio-o para avaliação e seguimento ambulatorial especializado.

Com os melhores cumprimentos

Grato e à disposição!

Tratamento com Enoxaparina e Varfarina

Necessita de internação para início do tratamento com Enoxaparina enquanto se inicia a Varfarina com controle diário de INR até duas medidas consecutivas entre 2,0 e 3,0, para então receber alta com uso regular de Varfarina, realizando controle ambulatorial de INR. Maior risco de sangramentos e de interações medicamentosas, sendo preferível apenas

se paciente não tiver condições financeiras de utilizar NOAC

Heparinas mais utilizadas:

- **Enoxaparina 1mg/kg SC 12/12h**
- Tratamento de tromboembolismo venoso
 - ✓ CrCl \geq 30 mL/min: não é necessário ajustar a dose
 - ✓ CrCl <30 mL/min: Reduce to 1 mg/kg once daily
- Profilaxia de tromboembolismo venoso:
 - ✓ CrCl \geq 30 mL/min: não é necessário ajustar a dose
 - ✓ CrCl <30 mL/min: Reduzir para 30 mg uma vez ao dia (pacientes clínicos ou cirúrgicos)

Heparina não fracionada (HNF) – preferível em pacientes com CrCl < 30 mL/min e para pacientes nos quais há uma alta probabilidade de que a reversão aguda da anticoagulação será necessária (por

exemplo, procedimento ou com risco aumentado de sangramento), bem como aqueles com instabilidade hemodinâmica, especialmente se trombólise estiver sendo considerada, e carga de coágulo extensa (por exemplo, flegmasia cerulea dolens, TEP maciço) – existem protocolos baseados em peso (preferíveis, mas mais complicados) e não baseados em peso – a dose é ajustada pelo TTPa, aferido após 4 a 6h da dose inicial de HNF, e depois reavaliado uma vez ao dia para novos ajustes

Tosse seca

Uso oral

1- **Levodropropizina xarope 6mg/ml**
_____ 01 frasco

Tomar 15 ml no caso de tosse, podendo repetir de 6/6 horas

2- **Codeína 30mg _____ 30 comprimidos**

Tomar 01 comprimido em caso de tosse,
podendo repetir de 8/8 horas

Úlcera de causas variadas

Uso tópico

1- **Clorafenicol + Colagenase pomada** 0,6
u/g + 0,01 g/g _____ 01 bisnaga

Após lavar com água e sabão e secar bem,
aplicar uma fina camada na lesão e cobrir
com curativo com gaze duas vezes ao dia,
até melhora

OU

Uso tópico

1- **Irxoxol pomada** _____ 01 bisnaga

Após lavar com água e sabão e secar bem,
aplicar uma fina camada na lesão e cobrir

com curativo com gaze duas vezes ao dia,
até melhora

Uso oral

2- Cefalexina 500mg _____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00

3- Diosmina 450 mg + Hesperidina 50 mg
_____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

Urticária aguda

Urticária aguda → Pode durar até 6 semanas (indo e voltando), embora na prática dure cerca de 1 semana a 10 dias

Usar antialérgico em dose normal, podendo amentar escalanonadamente até 4 vezes a dose da bula. Apenas em casos refratários a isso é que se usa corticoide, e ainda assim o corticoide não tem tanto benefício por não interferir na fisiopatologia do corticoide. Se persistir, paciente pode necessitar de imunomoduladores → referenciar a especialista

Uso oral

1- **Loratadina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 04 dias

Se persistir, tomar 01 comprimido de 12/12h por mais 04 dias

Se persistir, tornar 01 comprimido de 8/8h por mais 04 dias

Se persistir, tomar 01 comprimido de 6/6h por mais 04 dias

OU

Uso oral

1- Cetirizina 10 mg _____ 01 caixa

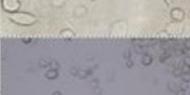
Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 04 dias

Se persistir, tomar 01 comprimido de 12/12h por mais 04 dias

Se persistir, tomar 01 comprimido de 8/8h por mais 04 dias

Se persistir, tomar 01 comprimido de 6/6h por mais 04 dias

Vaginites, vaginoses e DSTs

howardisms.com	Presentation	pH / Whiff	Microscopy / Definitive Test	Wet Mount
Normal	Clear to thick white discharge.	< 4.7 Negative	Bacilli, possible white cells Clinical Diagnosis	
Vulvovaginal Candidiasis	Itching, dysuria, thick white discharge, with vaginal pain. Erythema, inflammation on exam.	< 4.7 Negative	Hyphae, blastospores Culture	
Bacterial Vaginosis	Thin, milky white, adherent discharge with "fishy" odor.	≥ 4.7 Positive	>20% Clue cells Nugent Score	
Trichomoniasis	Frothy gray or yellow-green malodorous discharge, with cervical petechiae on exam.	Varies Varies	Trichomonads PCR	
Atrophic Vaginitis	Yellow-green discharge with no odor; pain during intercourse.	≥ 4.7 Negative	Parabasal cells, decreased flora Maturation index	
Desquamative Vaginitis	Irritation, burning, and pain during sex with purulent discharge.	≥ 4.7 Negative	Parabasal cells, increased white cells Clinical Diagnosis	

Vaginose

Uso intravaginal

1- **Metronidazol geleia vaginal 100mg/g**

01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 14 dias

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Candidíase

Uso intravaginal

1- **Nistatina creme vaginal 25.000 UI/g**

_____ 01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 14 dias

OU

Uso oral

1- Fluconazol 150 mg _____ 01 comprimido

Tomar em dose única

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Tricomoníase

Uso oral

1- Metronidazol 250 mg _ 08 comprimidos

Tomar 08 comprimidos em dose única

OU

1- **Metronidazol 250 mg** _ 28 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 07 dias

Uso intravaginal

2- **Metronidazol geleia vaginal 100mg/g**
_____ 01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 07 noites

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Solicito:

- teste rápido para HIV e HTLV I e II
- HBSag,Anti-HBS, Anti-HBC IgM e IgG
- Anti-HCV
- VDRL

Uretrite / Gonorreia

Etiologias: Gonocócica e não gonocócica (mais comum: Clamídia, seguida do *Mycoplasma genitalium*, e na mulher pode ser por Tricomoniasis – embora também possa ocorrer por herpes intra uretral!)

Obs: costuma ser assintomática nas mulheres, daí o grande número de transmissão nos homens

Tratamento empírico:

- Ceftriaxona 500mg ou 01g (depende da referência) IM ou EV (cobre apenas gonococo)
- Azitromicina 01g VO (cobre gonococo e clamídia – por isso deve ser prescrita mesmo se confirmado apenas o gonococo)
- Orientar abstinência sexual pelos próximos 07 dias e convocar o parceiro (no Brasil ainda não está autorizado a prescrição para o parceiro sem ver o parceiro, como em alguns estados dos EUA) e/ou qualquer pessoa com quem se teve contato sexual nos últimos 60 dias
- Notificar e rastrear demais ISTs

Obs: PCDT do MS, 2019, aboliu o ciprofloxacino (indicada no manual de 2015) pela alta resistência desenvolvida pelo gonococo

Obs: Nas farmácias, a Ceftriaxona só é encontrada na apresentação de 1g. Se não

tiver na emergência ou o plano não liberar, pode-se prescrever dessa maneira para o paciente comprar e retornar para aplicação

Se não melhorar em até 07 dias após o tratamento

Pensar em:

- ✓ Má aderência
- ✓ Uso de dispositivos sexuais, que geram Uretrite irritativa
- ✓ Complicação: epididimite, prostatite e DIPA
- ✓ Uretrite resistente (maioria das vezes) - pesquisar agente, preferencialmente através do método NAAT (alta sensibilidade e especificidade) em amostra de primeiro jato de urina

Conduta:

- ✓ Repetir o tratamento com Ceftriaxona e Moxifloxacino (para cobrir o *Mycoplasma genitalium*)
- ✓ Considerar Metronidazol para cobrir tricomoniasis na mulher

Se recidiva após 03 semanas:

- ✓ Pensar em reinfecção

Uso oral

1- **Azitromicina 500 mg** _ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única

Uso endovenoso

2- **Ceftriaxona 01 g** _____ 01 ampola

Retornar à emergência para aplicação em dose única

- evitar proticar sexo pelos próximos 07 dias
- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Uso oral

1- Azitromicina 500 mg __ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única

2- Ciprofloxacino 500 mg _ 01 comprimido

Tomar 01 comprimido em dose única

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Solicito:

- TESTE RÁPIDO PARA HIV e HTLV I e II
- HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc IgM e IgG
- Anti-HCV
- VDRL e FTA-Abs

Cancro mole

Uso oral

1- **Azitromicina 500 mg** __ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos vo em dose única

OU

Uso intramuscular

1- **Ceftriaxona 01 g** _____ 01 ampola

Aplicar 0,5 ampola em glúteo médio

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Linfogranuloma venéreo

Uso oral

1- **Doxiciclina 100 mg** ____ 42 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 21 dias

OU

Uso oral

1- **Azitromicina 500 mg** ____ 06 comprimidos

Tomar 02 comprimidos a cada 07 dias até 03 doses

- evitar roupas justas e de material sintético (ex: calcinha de renda)
- não utilizar perfumes de vulva
- evite duchas vaginais
- acostume-se a dormir sem calcinha, para a “vagina respirar”
- não utilize sabonetes comuns para lavar a região genital, opte por sabonetes íntimos

Solicito:

- TESTE RÁPIDO PARA HIV e HTLV I e II
- HBsAg,Anti-HBs, Anti-HBc IgM e IgG
- Anti-HCV
- VDRL

Sífilis

Uso intramuscular

1- **Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI**
_____ 02 ampolas

Aplicar uma ampola em cada glúteo médio

OU

Uso intramuscular

1- **Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI**
_____ 04 ampolas

Aplicar uma ampola em cada glúteo médio,
e repetir após 07 dias

OU

Uso intramuscular

1- Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI
_____ 06 ampolas

Aplicar uma ampola em cada glúteo médio,
a cada 07 dias, até completar três doses

OU

Uso oral

1- Doxicilina 100 mg _____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 28 dias

Solicito:

- Teste rápido para HIV e HTLV I e II
- HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc IgM e IgG
- Anti-HCV
- VDRL e FTA-ABS

Herpes genital

Uso oral

1- **Aciclovir 200 mg** _____ 50 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 4/4h, excetuando-se uma dose noturna, por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 10:00 / 14:00 /
18:00 / 22:00

Moléstia inflamatória pélvica aguda

Agentes etiológicos: *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, com ou sem vaginose bacteriana associada, o que facilita a disseminação ascendente da DIP

Dx: Fatores de risco (atividade sexual precoce, promiscuidade sexual, parceiro com DST, manipulação do canal cervical ou endométrio, baixo nível socioeconômico) + Dor pélvica à palpação de anexos,

mobilização do colo uterino dolorosa ao toque, leucorreia e/ou endocervicite mucopurulenta

Obs: Todos os parceiros nos últimos 60 dias antecedentes aos sintomas devem ser tratados

Ceftriaxone 500 mg IM **mais:**

Uso oral

1- **Doxiciclina 100 mg** ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 14 dias

2- **Metronidazol 250 mg** _ 84 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 8/8h por 14 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

3- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 6/6h

4- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

retornar à unidade de emergência após 03 dias de tratamento para reavaliação, ou antes, em caso de piora clínica.

Caro colega,

A paciente supracitada foi avaliada por mim nesta unidade no dia ___, com quadro clínico compatível com **Doença Inflamatória Pélvica**, sendo iniciada antibioticoterapia com **Ceftriaxona 500mg IM dose única + Doxicilina 100mg 2x/dia 14 dias + Metronidazol 500mg 3x/dia por 14 dias**, e

sintomáticos. Por favor, reavaliar se houve melhora clínica significativa e, em caso positivo, manter antibioticoterapia prescrita. Do contrário, considerar internação ou encaminhar para referência.

Agradeço sua atenção e estou à disposição para qualquer esclarecimento.

Solicito:

- Sorologia para HIV e HTLV
- HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc IgM e IgG
- Anti-HCV
- VDRL

Solicito: USG pélvica transabdominal e transvaginal

Justificativa: Doença Inflamatória PélVICA?
Endometriose?

Vertigem e Tontura

Tontura ainda é um dos temas mais temidos por recém-formados, pela dificuldade na coleta de história e exame neurológico. Talvez por essa dificuldade, os pacientes frequentemente recebem o diagnóstico incorreto de “labirintite”, termo inadequadamente utilizado para descrever doenças do labirinto de forma genérica. Enquanto no pronto-socorro o principal objetivo é diferenciar a vertigem de causa central da periférica (por meio dos scores ABCD2 e HINTS), no ambulatório tentamos identificar a etiologia exata do problema, para guiar a investigação e o tratamento.

Principais causas de tontura na emergência

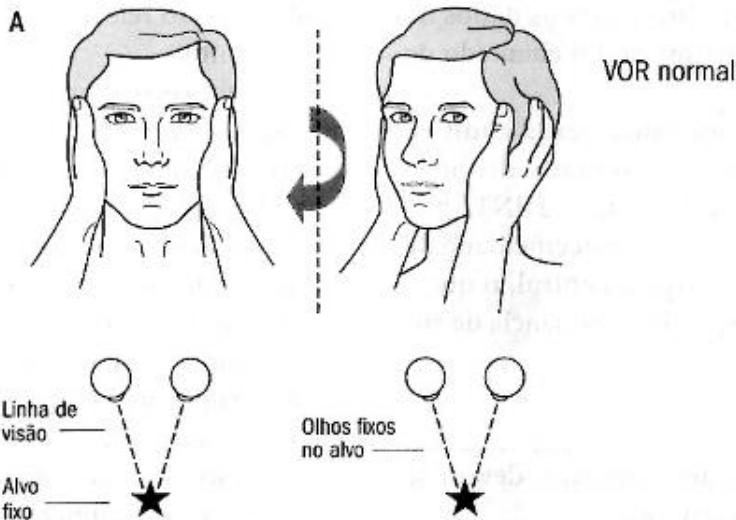
Vertigem: tontura rotatória, sensação de que o paciente ou o ambiente estão girando, podendo estar associado a instabilidade, náuseas e vômitos	Episódio único e prolongado	Neurite vestibular
		AVC de fossa posterior
	Vertigem recorrente	Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)
		Doença de Meniére
		Migrânea vestibular
Tontura não vertiginosa <ul style="list-style-type: none"> - Desequilíbrio - Pré-síncope - Tontura inespecífica 	Causas cardiovasculares	Hipotensão postural
		Arritmias
	Causas sistêmicas	Medicações ou drogas ilícitas
		Desidratação
		Anemia
		Distúrbios hidroelectrolíticos
		Disfunção renal
		Disfunção hepática
	Causas psiquiátricas	

Obs: Exames de imagem pouco ajudam nas investigações de vertigem de origem periférica, e lesões de crescimento lento, como neuromas acústicos, não produzem sintomas, pois há tempo para os mecanismos compensatórios ocorrerem. Além disso, drogas ototóxicas em geral não causam vertigem grave, pois afetam bilateralmente o labirinto, não havendo predominância de lado

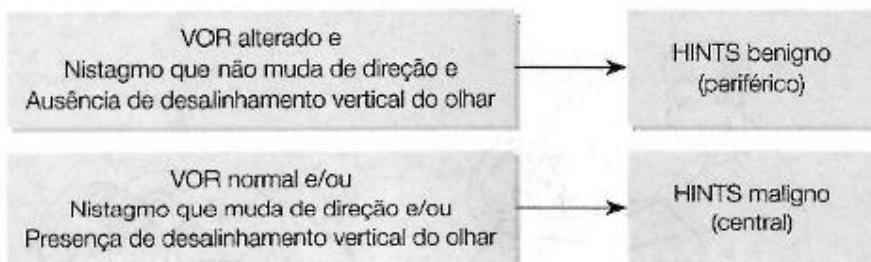
Abordagem da vertigem na emergência:

- **1º passo:** diferenciar se é central ou periférica, pesquisando presença de sinais focais, que sugerem a primeira situação, e, na dúvida aplicar o HINTS (Sensibilidade de 96 a 100% para lesão central – superior à RNM)

- HI: *Head Impulse, ou Reflexo vestíbulo-ocular*



- N: Nistagmo -> O de origem periférica não altera sua posição conforme o olhar (unidirecional), enquanto que o central sempre pende para o lado o qual o paciente olha
- TS: *Test of Skew* ou desalinhamento vertical do olhar -> Faz-se a cobertura alternada dos olhos. Na vertigem periférica não haverá desalinhamento vertical do olhar, já na de origem central, por lesão do tronco encefálico, os olhos podem estar desalinhados



HINTS maligno → sensibilidade entre 96 e 100% para lesão central

Investigação ambulatorial da vertigem

O primeiro passo é caracterizar adequadamente o episódio. Para isso, classifica-se a vertigem em 3 grupos:

- **Posicional**

- A principal causa de vertigem posicional é a **vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)**, na qual estruturas chamadas otólitos migram, geralmente após trauma cefálico, para os canais semicirculares, gerando vertigem de curta duração acompanhada por nistagmo. A característica do nistagmo depende do canal acometido, sendo o mais comum o canal semicircular posterior, ocasionando nistagmo vertical e rotatório com fase rápida em direção ao cabelo.

- **Paroxística não-posicional:** Episódios paroxísticos não posicionais admitem diversos diferenciais

- A **Síndrome de Menière** é caracterizada por episódios paroxísticos de vertigem, zumbido e sintomas auditivos, por aumento da pressão da endolinfa, e pode ser primária ou secundária. O tratamento envolve betacistina e tratamento da causa de base, quando identificada. Em casos extremos, pode-se realizar lesão química ou cirúrgica do labirinto afetado.
- **Migrânea vestibular** corresponde a crises de enxaqueca acompanhadas de sintomas vestibulares e o diagnóstico é feito em pacientes que apresentam enxaqueca e sintomas vertiginosos paroxísticos. A profilaxia de crises é fundamental e triptanos são contraindicados, assim como em outras formas de migrânea sintomática. Por fim, a paroxismia vestibular é a irritação do VIII NC geralmente por compressão por uma alça neurovascular. Os pacientes characteristicamente apresentam crises

de vertigem às manobras de provação (head shake) ou à hiperventilação. O tratamento é análogo à neuralgia do trigêmeo: pode responder a carbamazepina e, em casos refratários, descompressão cirúrgica do nervo.

- **Episódio único prolongado.**

- Episódio único prolongado é a característica principal da **neurite vestibular**. Neste caso, ocorre inflamação do VIII nervo craniano, de etiologia ainda desconhecida, de forma semelhante à paralisia facial de Bell. Como todos os canais semicirculares são acometidos, o estímulo resultante ocasiona nistagmo horizonto-rotatório, com fase rápida em direção ao lado BOM. Podem estar associados ou não sintomas auditivos e o tratamento é feito com corticóide e reabilitação vestibular.

Vertigem por Doença de Meniére

Uso oral

1- Betaistina 24 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 30 dias contínuos

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

**2- Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10mg
_____ 01 caixa**

Tomar 01 comprimido se vertigem, náuseas ou vômitos, podendo repetir de 6/6h

3- Cinarizina 75 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se crise de vertigem intensa, podendo repetir de 8/8h

tomar pelo menos 02 litros de água ao dia

ter repouso e cautela ao movimentar-se

OU

Uso oral

1- Betaistina 24 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 30 dias contínuos

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

2- Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10mg

_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se vertigem, náuseas ou vômitos, podendo repetir de 6/6h

3- Cinarizina 75 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se crise de vertigem intensa, podendo repetir de 8/8h

tomar pelo menos 02 litros de água ao dia

ter repouso e cautela ao movimentar-se

Vertigem por neurite vestibular aguda

A causa mais comum de vertigem é a neurite vestibular, de etiologia presumidamente viral, com fisiopatologia semelhante à da paralisia facial periférica (de Bell), que ocasiona uma desordem unilateral com desequilíbrio entre os dois lados das estruturas periféricas vestibulares. A recorrência não é comum e, nesses casos, o paciente deve ser mais bem avaliado, e a etiologia, reconsiderada.

Uso oral

1- **Flunarizina 10mg** ____ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 07 dias

2- Meclizina 50mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se vertigem, tontura ou vômitos, podendo repetir de 12/12h

3- Dipirona 500mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor, podendo repetir de 06/06h

4- Prednisona 20mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00 - 20:00

tomar pelo menos 02 litros de água ao dia

ter repouso e cautela ao movimentar-se

Obs: Pode ser necessário reabilitação vestibular -> Encaminhar a um fonoaudiólogo

Obs: Antieméticos e supressores vestibulares (anti-histamínicos, benzodiazepínicos e supressores colinérgicos) são eficazes na fase aguda, porém dificilmente agem como profiláticos da tontura ou vertigem, além de retardar os mecanismos naturais compensatórios

Vertigem Posicional Paroxística Benigna
Diagnóstico: **Manobra de Dix-Halpike**

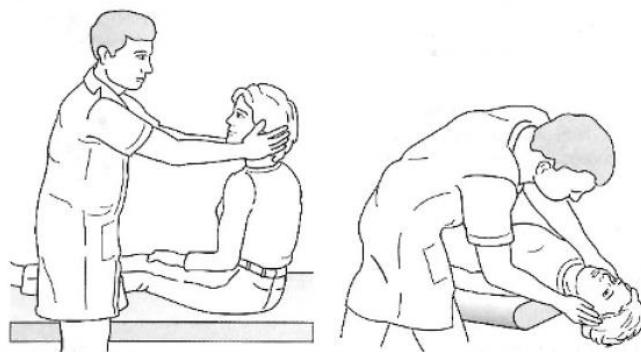


FIGURA 3 Manobra de Dix-Hallpike. Nesta manobra, deve-se inicialmente virar a cabeça do paciente 45° para o lado da orelha que será testada e então deitá-lo rapidamente com a cabeça pendente. Deve-se aguardar 30 segundos, observando se há surgimento de nistagmo.

Tratamento: Manobras de Epley e Sermont

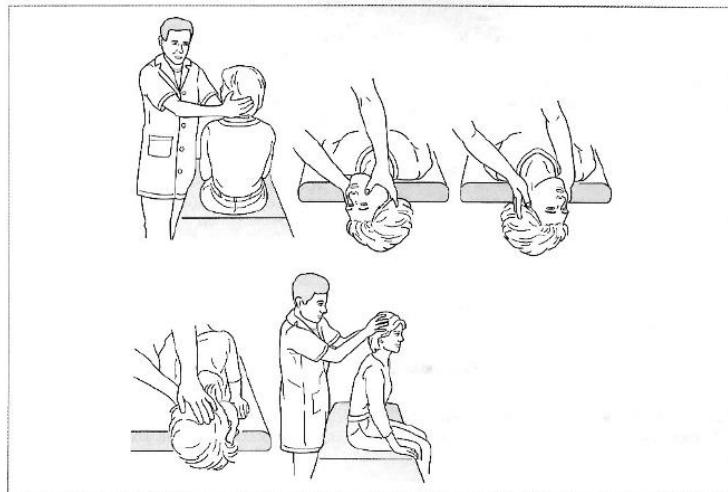


FIGURA 4 Manobra de Epley para tratamento da vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) à esquerda. A manobra de Epley começa com o paciente sentado e a cabeça virada 45° para o lado que se deseja tratar. O paciente é então deitado rapidamente com a cabeça pendente. Vira-se 90° a cabeça para o outro lado e posteriormente mais 90° , deixando o paciente em decúbito lateral. Em cada posição, deve-se aguardar 30 segundos. Finalmente, o paciente deve ser colocado sentado.

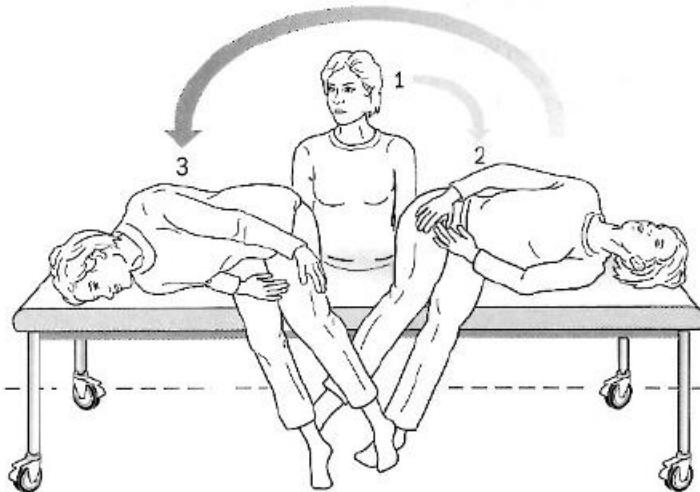


FIGURA 5 Manobra de Semont para tratamento da vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) à esquerda. Na manobra de Semont, a cabeça é rodada 45º na direção oposta à orelha afetada. O paciente é então deitado sobre a orelha afetada e aguarda-se um minuto. Após esse período, joga-se rapidamente o corpo do paciente para o outro lado, mantendo-se a posição da cabeça. Aguardam-se dois minutos e senta-se o paciente.

Viremia aguda não especificada (*Síndrome gripal*)

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Obs: em crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/sindrome_gripal_classificacao_risco_manejo.pdf

Pacientes sem fatores de risco:

Uso oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber 10 ou mais copos de água potável ao longo do dia
- não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco ou qualquer outra medicação sem orientação médica.
- retornar imediatamente em caso de dor de barriga intensa e sem melhora, vômitos persistentes, sangramentos importantes, ausência de urina por um dia apesar da hidratação, sonolência intensa ou irritabilidade, vontade de desmaiar, desmaio, mal estar importante ou mesmo dúvidas.

Pacientes com fatores de risco ou sinais de piora do estado clínico:

- Diabéticos
- Asmáticos
- Idosos

Uso oral

1- Oseltamivir 75mg _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 – 20:00

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber 10 ou mais copos de água potável ao longo do dia
- não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco ou qualquer outra medicação sem orientação médica.

- retornar imediatamente em caso de dor de barriga intensa e sem melhora, vômitos persistentes, sangramentos importantes, ausência de urina por um dia apesar da hidratação, sonolência intensa ou irritabilidade, vontade de desmaiar, desmaio, mal estar importante ou mesmo dúvidas.

Viremia aguda por Coronavírus – Covid 19

De acordo com os estudos realizados em Wuhan

Leve (80%)	Moderado (13,8%)	Crítico (4,7%) Todos os que faleceram estavam nesta classe
Tosse / Febre Sem pneumonia	Taquipneia Insuficiência respiratória Infiltrações pulmonares	Choque Séptico SARA Grave

Maiores fatores de risco para letalidade:

- Idade \geq 60 anos
- Hipertensão, diabetes e doença cardiovascular

Critérios para Covid 19 grave (14% dos casos) – critérios de internação

- Taquidispneia \geq 30 irpm
- SatO₂ < 94%
- PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg
- Infiltrado pulmonar em mais de 50% da área pulmonar com 24 a 48h do início dos sintomas

Referência:

BERLIN, D.A., GULICK, R.M., MARTINEZ, F.J.
Severe Covid 19. *New England Journal of Medicine*

Leve

Uso oral

1- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber 10 ou mais copos de água potável ao longo do dia
- retornar à emergência na presença de sinais de alerta: falta de ar, não com seguir comer mais, perder as forças ...
- isolamento domiciliar – 14 dias
- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e objetos de uso pessoal
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca

- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água, ou usar álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar
- Não receber visitas enquanto os sintomas persistirem
- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, deve usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar máscara sempre que estiver úmida
- Na ausência de máscara, proteger a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (*papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel*)
- Ficar em quarto sozinho se possível e mantê-lo ventilado
- Sair de casa apenas em situações emergenciais. Ao sair de casa, sempre colocar máscara cirúrgica

Uso oral

1- Paracetamol 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

2- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

- beber 10 ou mais copos de água potável ao longo do dia
- retornar à emergência na presença de sinais de alerta: falta de ar, não com seguir comer mais, perder as forças ...
- isolamento domiciliar – 14 dias
- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e objetos de uso pessoal
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca

- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água, ou usar álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar
- Não receber visitas enquanto os sintomas persistirem
- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, deve usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar máscara sempre que estiver úmida
- Na ausência de máscara, proteger a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (*papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel*)
- Ficar em quarto sozinho se possível e mantê-lo ventilado
- Sair de casa apenas em situações emergenciais. Ao sair de casa, sempre colocar máscara cirúrgica

Moderado

A ideia é cobrir H1N1 e Pneumonia Atípica, que são os principais diagnósticos diferenciais e que dependem da confirmação sorológica ou por PCR para melhor esclarecimento, e isto demora

Uso oral

1- Azitromicina 500mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h

3- Metoclopramida 10 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

beber 10 ou mais copos de água potável ao longo do dia

retornar à emergência na presença de sinais de alerta: falta de ar, não com seguir comer mais, perder as forças ...

isolamento domiciliar – 14 dias

- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e objetos de uso pessoal
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca
- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água, ou usar álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar
- Não receber visitas enquanto os sintomas persistirem
- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, deve usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar máscara sempre que estiver úmida

- Na ausência de máscara, proteger a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (*papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel*)
- Ficar em quarto sozinho se possível e mantê-lo ventilado
- Sair de casa apenas em situações emergenciais. Ao sair de casa, sempre colocar máscara cirúrgica

OU

Uso oral

1- Oseltamivir 75mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

Horário sugerido (12/12h): 08:00 – 20:00

2- Azitromicina 500mg ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

Horário sugerido: 08:00

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

3- **Metoclopramida 10 mg** ____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou
vômitos, podendo repetir de 8/8h

beber 10 ou mais copos de água potável
ao longo do dia

retornar à emergência na presença de
sinais de alerta: falta de ar, não com seguir
comer mais, perder as forças ...

isolamento domiciliar – 14 dias

- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e objetos de uso pessoal
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca
- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água, ou usar álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar
- Não receber visitas enquanto os sintomas persistirem
- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, deve usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar máscara sempre que estiver úmida
- Na ausência de máscara, proteger a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (*papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel*)
- Ficar em quarto sozinho se possível e mantê-lo ventilado

- Sair de casa apenas em situações emergenciais. Ao sair de casa, sempre colocar máscara cirúrgica

Zika vírus

2 dos 4 critérios: Febre baixa (37,8 a 38,5°C) + rash maculopapular (geralmente no 2º dia) + conjuntivite não purulenta + artralgia leve (principalmente em mãos e pés)

Meningoencefalites e síndrome de Guillain-Barré são descritas de 4 a 20 dias após o início do quadro febril. Choque e manifestações hemorrágicas são muito raros.

Nos primeiros 7 dias de manifestações, pode-se fazer o diagnóstico por RT-PCR ou sorologia por ELISA

Uso oral

1- **Loratadina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período,

tomar 01 comprimido se coceira, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

2- **Dipirona 500 mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h. Intercalar com paracetamol, se necessário

tomar 01 copo d'água 10 vezes ao dia ou mais, conforme aceitação.

não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco nem qualquer outra medicação sem orientação médica.

OU

1- **Cetirizina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira, podendo repetir a dose 24/24h se necessário

2- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h. Intercalar com paracetamol, se necessário

tomar 01 copo d'água 10 vezes ao dia ou mais, conforme aceitação.

não tomar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco nem qualquer outra medicação sem orientação médica.

Receituário

Analgésicos comuns

Uso oral

- Dipirona 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h se necessário.

- **Dipirona** 01 g _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

- **Novalgina®** 01 g _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h

- **Dipirona** gotas 500mg/ml ____ 01 frasco

tomar 40 gotas se dor ou febre, podendo
repetir de 6/6h se necessário.

- **Paracetamol** 750 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor ou febre,
podendo repetir de 6/6h se necessário

- **Paracetamol** 500 mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 8/8h se necessário.

- **Paracetamol 500mg + Pseudeofedrina**
30mg _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre,
podendo repetir de 8/8h se necessário.

- **Tylenol Sinus ® 500/30 mg _____ 01 caixa**

Tomar 02 comprimidos se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

- **Tylenol Sinus ® 01g/60mg _____ 01 caixa**

Tomar 01 comprimido se febre ou dor,
podendo repetir de 6/6h

- **Paracetamol gotas 200mg/ml ____ 01 frasco**

Tomar 80 gotas (4ml) se dor ou febre, podendo repetir de 6/6h se necessário.

Analgésicos comuns + relaxantes musculares

Uso oral

- **Dorflex®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- **Paracetamol 350mg + Carisoprodol 150mg + Cafeína 50mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- **Paracetamol 350mg + Carisoprodol 150mg + Cafeína 50mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor, podendo repetir de 6/6h se necessário

- **Dorilax®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor ou febre, podendo repetir de 8/8h se necessário.

Analgésicos comuns + opioides

Uso oral

- **Paracetamol 500 mg + Codeína 30mg**
_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa, podendo repetir de 6/6h

- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 8/8h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor intensa,
podendo repetir de 8/8h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Paco®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor intensa,
podendo repetir de 8/8h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Tramadol 37,5mg + Paracetamol 325mg**
_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Revange®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Revange®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor intensa,
podendo repetir de 4/4h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

- **Revange®** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos se dor intensa,
podendo repetir de 6/6h se necessário.
Tomar o mínimo possível, para evitar
dependência e constipação

Opioides

Metadona

- Farmacologia:
- Usos:

Analgésico:

- ✓ Dor neuropática e/ou altas doses de opioides
- ✓ Difunção renal

✓ Adicção a opioides

Cuidado com intoxicações → Regra dos 3
(30% – 3/3 dias)

VO:EV → 1:2

Cuidados:

- Disfunção hepática
- Polifarmácia
- Arritmias (prolonga bastante o QT) → ECG prévio

DROGA	DOSE	MEIA VIDA	INÍCIO DE AÇÃO	ΔT PICO PLASMÁTICO	DURAÇÃO	Ef. Colat / Obs
Codeína	30 – 60mg – 6/6h (máx: 360mg/dia)	2,5 a 3,5 h	30 a 60min	1 a 2h	4 a 6h	Constipação; X Hepatopatas
Tramadol	50 – 100mg 8/8h a 6/6h (Máx: 400mg/dia)	6h	30 a 60min (VO)	2h (VO)	4 a 9 h (VO)	Náuseas; reduz limiar convulsivo; síndrome serotoninérgica; X Hepatopatas
Morfina	5mg – 4/4h (sem dose máxima)	2 a 3h (EV) 1,5 a 4,5h (VO)	5 a 10 min (EV) 30 min (VO)	20 min (EV) < 60 min (VO) 50 a 90 min (SC)	3 a 6h 12h (liberação prolongada)	Constipação; RUA; sonolência; boca seca; prurido
Oxicodona	10mg 12/12h	8 a 12h	1h	3h	12h	Não pode por SNE

	(sem dose máxima)					
Hidromorfona	8 a 32mg 1x/d	4h	30	45min	24h	Boa opção se disfunção renal
Metadona	5mg – 12/12h	Variável (5 a 130hrs)	< 30 min (VO) 15 min (EV)	4h (VO) 1h (EV)	8 a 12h (se no steady state)	Risco de intoxicação; alarga QT; múltiplas interações medicamentosas; boa para disfunção renal e dor neuropática
Fentanil (TD)	12,5 mcg/h 3/3d	13-23h	3-23h	24-72h	72h	Não usar FFV; pouco constipante; autorizado na insuficiência renal e na insuficiência hepática

A rigor, Naloxona é indicada quando FR < 7irpm, em pequenas alíquotas em vez de infusão contínua, embora a infusão contínua possa ser útil em algumas situações, como impregnação de fentanil no tecido adiposo de obesos. Atentar para o risco de hiperalgesia após uso de Naloxona

Anti-NMDA

Quetamina

Principais usos:

Dor crônica/neuropática refratária

- ✓ Quetamina 50mg/ml (amp = 2mL)
- ✓ Dose 0,05mg/kg/h
- ✓ Ajustes de 25-50% a cada 6 a 12h
- ✓ Descontinuar se FC > 110bpm, TAS > 25% do basal, FR < 7irpm
- ✓ Evitar infusões por mais de 7-10 dias

Sedação para procedimentos

IOT em sequência rápida

Efeitos colaterais – idealmente, paciente deve estar monitorizado

- Sialorreia
- Alucinações (K-hole) – *bom pedir para o paciente ter pensamentos positivos*

Se agitação, controlar com BDZ – evitar Haloperidol

Anti-inflamatórios não seletivos

Uso oral

- **Ibuprofeno 400 mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido se dor, podendo repetir de 4/4h, por até 5 dias seguidos.

- **Ibuprofeno 600 mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido se dor, podendo repetir de 6/6h, por até 5 dias seguidos.

- **Diclofenaco 50 mg** _____ 15 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 05 dias

- **Alginac 1.000 ®** _____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h, por 05 dias seguidos

- **Alginac retard ®** _____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, por 05 dias seguidos

- **Nimesulida 100 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

- **Nimesulida Betaciclodextrina 400 mg** ____
06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias

- **Naproxeno sódico 500 mg** _____
10 comprimidos

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos

- **Piroxicam** 20 mg _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias

- **Piroxicam** 20 mg _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05
dias

- **Meloxicam** 7,5 mg _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias

- **Cetoprofeno** 100 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05
dias

- **Cetoprofeno** 150 mg ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 05 dias

- **Cetoprofeno 200 mg** ____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia por 05 dias

- **Cetorolaco 10 mg** _____ 10 comprimidos

Dissolver 01 comprimido sublingual, podendo repetir de 6/6h por até 05 dias seguidos

Uso tópico

- **Diclofenaco gel 10mg/g** ____ 01 bisnaga

Aplicar 01 camada sobre a região afetada 03 vezes ao dia até melhora

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

Anti-inflamatórios seletivos da COX-2

Uso oral

- **Celecoxibe 100 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar um comprimido de 12/12h por 05 dias

- **Celecoxibe 200 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias consecutivos.

- **Etoricoxibe 60 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar um comprimido de 12/12h por 05 dias

- **Etoricoxibe 60 mg** ____ 10 comprimidos

Tomar um comprimido se dor, podendo repetir de 12/12h por até 05 dias seguidos.

Antiespasmódico

Uso oral

- **Butilbrometo de Escopolamina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

- **Buscopan Composto®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal, podendo repetir de 8/8h

- **BuscoDuo®** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se dor abdominal,
podendo repetir de 8/8h

Antimigranosos

Uso oral

- **Naratriptano 2,5 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao primeiro sinal de enxaqueca. Se não houver melhora, pode repetir 01 comprimido após 6h horas.

- **Sumatriptano 25 mg** _____ 02 caixas

Tomar 01 comprimido ao primeiro sinal de enxaqueca. Se não houver melhora, pode repetir 02 comprimidos a cada 02 horas, até o máximo de 04 vezes ao dia.

- **Sumatriptana 50mg + Naproxeno 500mg**

____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido, logo no início da crise de enxaqueca

- **Sumatriptana 85mg + Naproxeno 500mg**

____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido, logo no início da crise de enxaqueca

- **Cefaliv®** _____ 01 caixa

Tomar 01 a 02 comprimidos ao primeiro sinal de enxaqueca. Se não houver melhora, pode ingerir um comprimido a cada 30 min, até um máximo de 06 comprimidos

- **Cefalium®** _____ 01 caixa

Tomar 01 a 02 comprimidos ao primeiro sinal de enxaqueca. Se não houver melhora, pode ingerir um comprimido a cada 30 min, até um máximo de 06 comprimidos

Anticonvulsivantes analgésicos (dor neuropática)

Uso oral

- **Gabapentina 300mg** _____ 90 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 8/8h até melhora da dor

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 / 22:00

Relaxantes musculares

Uso oral

- **Ciclobenzaprina 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido à noite

- **Cafeína 35mg + Dipirona 300mg + Orfenadrina 50mg** _____ 01 caixa

Tomar 02 comprimidos de 6/6h se dor

- **Paracetamol 350mg + Carisoprodol 150mg + Cafeína 50mg** _____ 01 caixa

Tomar 2 comprimidos se dor, de 6/6h

- **Carisoprodol 125mg + Diclofenaco 50mg + Paracetamol 300mg + Cafeína 30mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por até 05 dias

Anti-heméticos, procinéticos e antivertiginosos

Uso oral

- **Metoclopramida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- **Bromoprida 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- **Ondansetrona 8 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas ou vômitos, podendo repetir de 8/8h

- **Domperidona 10 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido 15 a 30 min antes das refeições, até 3x ao dia, por até 4 semanas

- **Dimenidrinato 50 mg + Piridoxina 10mg**

_____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas, tontura ou vômito, podendo repetir de 6/6h

- **Meclizna 50 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se náuseas, tontura ou vômito, podendo repetir de 12/12h

- **Betaistina 16 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 8/8h

- **Cinarizina 75 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido se crise de vertigem intensa, podendo repetir de 8/8h

Fibra solúvel

Uso oral

- **Benefiber ®** _____ 01 caixa

Dissolver o conteúdo de um envelope em um copo de água ou suco e tomar às refeições 02 vezes ao dia por 03 dias

Laxante irritativo

Uso oral

- **Bisacodil 5mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia à noite

- **Picossulfato de Sódio 7,5mg/ml**
_____ 01 frasco

Tomar 15 gotas uma vez ao dia

Laxante isosmótico

Uso oral

- **Muvinlax** ® _____ 01 caixa

Dissolver o conteúdo de um envelope em um copo de água e tomar uma vez ao dia pela manhã

- **Muvinlax** ® _____ 01 caixa

Dissolver o conteúdo de oito envelopes em um litro de água e tomar 250ml da solução de 6/6 horas por 3 dias

- **Muvinlax** ® _____ 01 caixa

Dissolver o conteúdo de oito envelopes em um litro de água e tomar 250ml da solução de 10/10 minutos até que o efluente retal seja claro e livre de partículas sólidas, ou até que tenham sido consumidos 04 litros de solução

- **Lactulose xarope 667mg/ml** ____ 01 frasco

Tomar 05ml de 8/8h

Horário sugerido (8/8h): 06:00 / 14:00 /
22:00

Antialérgicos

Primeira geração

Uso oral

- **Hidroxizina 25 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 07 dias

- **Dexclorfeniramina 2 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 07 dias

Segunda geração

Uso oral

- **Cetirizina 10mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias

- **Levocetirizina 5mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia por 05 dias

- **Fexofenadina 60mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

- **Fexofenadina 120mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, se espirros, coriza, tosse ou coceira

- **Fexofenadina 180mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, se espirros, coriza, tosse ou coceira

- **Fexofenadina 60mg + Pseudoefedrina 120mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Protetores gástricos

Uso oral

- **Omeprazol 20 mg** _____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Omeprazol 20 mg** ____ 112 comprimidos

Tomar 02 comprimidos pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Pantoprazol 20 mg** ____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Pantoprazol 40 mg** ____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Esomeprazol 20 mg** ____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Esomeprazol 40 mg** ____ 56 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 08 semanas

- **Ranitidina 150 mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, e um comprimido antes do jantar

Corticoides

Dicas para o bom uso de corticoides na prática médica:

- Saber o diagnóstico ou, pelo menos, se a propedêutica não vai ser afetada pelo uso do corticoide
- Garantir que o paciente não está infectado: olhar bem o hemograma, a PCR, colher uma boa anamnese

- Lembrar que existem diferentes classes e nenhuma delas têm ação imediata
- Desmame é recomendado a partir de 14 a 21 dias do uso, pra evitar insuficiênciia adrenal secundária, e é feito com fármacos que tenham ação mineralocorticoide (ex: hidrocortisona)

Complicações do uso de corticoides

- Usos curtos: sepse e eventos trombóticos
- Usos prolongados (seja tópico ou sistêmico): osteoporose (doses de 2,5 a 7,5mg de prednisona podem dobrar o risco de fraturas em populações idosas – o risco de fratura inicia com 3 meses de uso e tem pico após 12 meses, praticamente sumindo após o fim do uso do corticoide) e fraturas

Uso oral

- **Prednisona 20 mg** _____ 05 comprimidos

Tomar 01 comprimido às 08:00 por 05 dias

Não usar sem recomendação médica

Uso tópico

- **Mometasona 1mg/g** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada uma vez ao dia

- **Betametasona 0,1%** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

- **Clobetasol creme 0,5 mg/g** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

- **Triancinolona Acetonida** ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão, sem esfregar, três vezes ao dia por 07 dias

Uso intranasal

- **Fluticasona spray 50mcg/jato** _ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias. Após este período, aplicar um jato em cada narina pela manhã até completar 90 dias

- **Fluticasona spray 50mcg/jato** __ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias

Tabela 1 - Determinantes farmacológicos e farmacocinéticos dos eventos adversos sistêmicos

Fármaco	Biodisponibilidade (%)	Afinidade ao CR*	Meia vida	Potência	Lipofilia-cidade	Volume de distribuição	Inativação na 1ª passagem pelo figado	Potência sistêmica
Triancinolona	46	233	Curta	Baixa	Baixa	Baixo	Intermediária/ Alta	Baixa
Beclometasona	44	1345	Intermediária	Baixa/ Intermediária	Intermediária/ Alta	Intermediário	Intermediária	Intermediária
Budesonida	32	855	Curta	Baixa	Baixa	Baixo	Alta	Baixa
Propionato de fluticasona	<1	1775	Longa	Alta	Alta	Alto	Extensa	Alta
Furoato de fluticasona	<0,5	2989	Longa	Alta	Alta	Alto	Extensa	Alta
Ciclesonida	<0,1	1212	Longa	Alta	Intermediária/ Alta	Intermediário/ Alto	Extensa	Alta
Furoato de mometasona	<0,1	2244	Intermediária/ Longa	Alta	Alta	Intermediário /Alto	Extensa	Alta

Mucolíticos

- **Acetilcisteína xarope 40mg/ml _ 01 frasco**

Tomar 15 ml à noite por 5 dias

- **Cloridrato de Ambroxol xarope 30mg/5ml
_ 01 frasco**

Tomar 5 ml, 3 vezes ao dia

Antitussígenos

- **Levodropopropizina** xarope *6mg/ml* _____

01 frasco

Tomar 10 ml no caso de tosse, podendo repetir de 6/6 horas

- **Codeína** *30mg* _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido em caso de tosse, podendo repetir de 8/8 horas

Antiboticos / Antimicrobianos

Tabela 2.3
Principais Opções Antibióticas Contra Bactérias

Bactérias gram-positivas, cocos gram-negativos e espiroquetas Penicilinas Eritromicina e outros macrolídeos Tetraciclínas Cefalosporinas de 1 ^a geração	Estafilococos produtores de penicilinase Oxacilina e derivados (cloxacilina, dicloxacilina) Cefalosporinas da 1 ^a geração Vancomicina, teicoplanina Lincomicina, clindamicina Linezolid
Enterococo Penicilina G + gentamicina Ampicilina + gentamicina Vancomicina, teicoplanina	Bacilos gram-negativos Aminoglicosídeos Cefalosporinas Piperacilina Quinolonas Monobactâmicos Carbapenemas
Pseudomonas aeruginosa Gentamicina, tobramicina, amicacina Piperacilina, ticarcilina Ceftazidima, cefepima Aztreonam Imipeném, meropeném	Micobactérias Tuberculose – rifampicina + isoniazida + pirazinamida Estreptomicina + etionamida + etambutol Hanseníase – sulfona + rifampicina + clofazimina Ofloxacina
Clamídias e micoplasmas Tetraciclínas Eritromicina e outros macrolídeos Cloranfenicol	Anaeróbios Penicilinas (exceto para o <i>Bacteroides fragilis</i>) Cloranfenicol Clindamicina Metronidazol Cefoxitina

- Possui genes dormentes que, quando em contato com uma cefalosporina de até 3^a geração, produzem resistência contra estas subclasses de antibióticos → Logo, Bactérias do MYSPACE podem vir como sensíveis a

Cefalosporinas nos antibiogramas, mas, *in vivo*, são resistentes

Situações especiais

Grandes queimados

- Não se indica antibioticoterapia ou antibioticoprofilaxia apenas pela queimadura, pois, além de comprovadamente ineficazes, ainda selecionam bactérias resistentes
- O tratamento tópico é realizado preferencialmente com a sulfadiazina-prata, que apresenta boa atividade antibacteriana e não causa reação dolorosa local. Na sua falta, pode-se empregar o nitrato de prata a 0,5% ou o acetato de mafenide

Colangiografia endoscópica e CPRE

- Risco de infecção por bacilos Gram-negativos justifica a administração de

uma dose EV de cefalotina, cefazolina ou piperacilina/tazobactam, imediatamente antes do procedimento

Biópsia prostática transretal

- Indicada profilaxia em dose única para bacilos Gram-negativos: cefalosporinas ou fluoroquinolonas uma hora antes do procedimento

Procedimentos que NÃO indicam antibioticoprofilaxia:

- Cateterismo cardíaco
- Angiografias
- Inserção de marca-passo
- Retossigmoidoscopia
- Colocação de próteses respiratórias
- Endoscopia digestiva alta
- Cateterismo vesical
- Cistoscopia

- Parto por via vaginal – incluindo os que necessitaram de episiotomia, extração por fórceps ou trabalho de parto pré-termo com membranas intactas
- Tratamento dentário – exceto em pacientes com lesões orovalvulares ou próteses cardíacas ou arteriais

Pancreatite aguda

- Muito controverso: é um processo inflamatório estéril que complica em menos de 5% dos casos para abscesso pancreático e sepse (bacilos Gram-negativos entéricos – a questão é que, quando evolui para esta complicação, a mortalidade aumenta de 5-25% para 15-28%)
- Poucos são os antibióticos que atingem concentrações pancreáticas: ciprofloxacino, ofloxacino, metronidazol e imipenem

- Alguns autores recomendam o emprego de fluoroquinolona associada a metronidazol, ou monoterapia com carbapenema.

Betalactâmicos

Uso oral

- **Cefalexina** 500 mg ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

- **Amoxicilina** 500 mg ____ 21 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

- **Amoxicilina 500 mg** ____ 42 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8h por 14 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

- **Amoxicilina 875mg + Clavulanato 125mg**

____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Amoxicilina 875mg + Clavulanato 125mg**

____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 14 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

Glicopeptídeos

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vancomicina• Teicoplanina <p>Obs: Infusão rápida de Vancomicina pode gerar síndrome do homem vermelho – não confundir com hipersensibilidade</p>	<p>Mecanismos de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese da parede celular <p>Efeitos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade (inclusive, cruzada entre vanco e teico)• Flebite• Nefrotoxicidade<ul style="list-style-type: none">○ Pouco frequente se estiver no nível terapêutico – por isso é importante dosar a vancomycinemia 1h antes da aplicação, e se estiver acima da dose terapêutica, pulsar esta dose de vanco• Ototoxicidade
--	---

Vancomicina: 30mg/kg, não ultrapassando 2g, em caso de sepse

Uso endovenoso

- Vancomicina 500 mg + AD 10ml + SF 100 ml

Correr EV em 2h (ex: em BIC 50 ml/h) 6/6h

Obs: Dosar a vancomicinemia 1h antes da aplicação, e se estiver acima da dose terapêutica, pular esta dose de vancomicina

- Vancomicina 1000 mg + AD 20ml + SF 250 ml

Correr EV em 2h (ex: em BIC 125 ml/h) 12/12h

Obs: Dosar a vancomicinemia 1h antes da aplicação, e se estiver acima da dose terapêutica, pular esta dose de vancomicina

Fosfomicina

Mecanismo de ação:

- Inibem a síntese de parede celular

Efeitos adversos:

- Sintomas gastrintestinais
- Hipersensibilidade

Uso oral

- **Fosfomicina Granulado** 03 g ____ 01 caixa

Diluir o envelope em um copo d'ágia e
ingerir em dose única

- **Fosfomicina granulado** 03 g _____ 03
envelopes

Diluir o envelope em um copo d'água e
ingerir 01 vez da cada 48h até 03 doses
(primeiro, terceiro e quinto dia de
tratamento)

Lipopeptídeo

<p>Principal representante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Daptomicina <p>Obs: O surfactante pulmonar inativa a daptomicina, logo não se usa esta droga no tratamento de pneumonias. Já a pneumonite eosinifílica ocorre não pela presença da mesma no pulmão, mas por reação mediada por eosinófilos</p>	<p>Mecanismos de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Liga-se à membrana celular bacteriana levando à rápida despolarização do potencial de membrana, com lise da bactéria <p>Efeitos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rabdomiólise• Pneumonite eosinofílicas• Hipersensibilidade
---	---

Uso endovenoso

- Daptomicina 500mg + SF 100ml

correr EV

- Dose usual: 4-6mg/kg/dia
- Dose máxima: 8-10mg/kg/dia

Polimixinas

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Polimixina B• Polimixina E / Colistina <p>A Polimixina E é bastante nefrotóxica e deve ser ajustada pela função renal. A Polimixina B não necessita de ajuste pela função renal</p> <p>Também podem causar hiperpigmentação da pele, que tende a regredir alguns dias após a suspensão da droga</p>	<p>Mecanismos de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Interferem na permeabilidade seletiva da membrana citoplasmática bacteriana <p>Efeitos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Irritação local• Fraqueza / Sonolência• Parestesia durante infusão da droga• Visão turva• Parada respiratória (relatos) – em alguns hospitais às vezes se coloca paciente em UTI para receber a dose de polimixina• Febre• Cefaleia• Pescoço rígido durante infusão da droga• Urticária durante infusão da droga• Nefrotoxicidade
---	--

Aminoglicosídeos

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Amicacina• Gentamicina• Tobramicina <p>A ototoxicidade é o efeito adverso mais relevante por ser irreversível. Ocorre especialmente em uso por tempo prolongado, como nos esquemas alternativos de Tuberculose ou tratamento de osteomielite multirresistente em que amicacina é a única opção. Sempre perguntar diariamente ao paciente se ele está ouvindo bem</p>	<p>Mecanismos de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese proteica ou produz proteínas defeituosas – liga-se à fração 30S do ribossomo <p>Efeitos colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nefrotoxicidade• Ototoxicidade• Paralisia neuromuscular
---	---

Tetraciclinas

Principais representantes: <ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina• Tetraciclina• Monociclina• Everaciclina	Mecanismos de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese proteica – liga-se à subunidade 30S Efeitos colaterais <ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade• Sintomas gastrintestinais• Alteração da coloração de pele para avermelhado/bronzeado (bem relatado para doxaciclina)• Escurecimento dos dentes em crianças
---	--

Gliciclinas

Principal representante: <ul style="list-style-type: none">• Tigeciclina	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese proteica – liga-se à subunidade 30S Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Efeitos gastrointestinais (principalmente náuseas)• Dor abdominal• Cefaleia
---	--

Macrolídeos

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Azitromicina• Claritromicina• Eritromicina	<p>Mecanismo de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese proteica dependente de RNA – liga-se à receptores na porção 50S do ribossoma <p>Efeitos colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Efeitos gastrointestinais• Inibição do metabolismo hepático• Arritmia
---	--

Uso oral

- **Azitromicina 500 mg** ____ 03 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 3 dias

Horário sugerido: 08:00

- **Azitromicina 500 mg** ____ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 07 dias

Horário sugerido: 08:00

- **Azitromicina 500 mg** ____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 14 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Clarithromicina 500 mg** ____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Clarithromicina 500 mg** ____ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 14 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Eritromicina 500 mg** ____ 40 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 /
00:00

Lincosamidas

- Bacteriostático (ligam-se à subunidade 50S do ribossomo, bloqueando assim a síntese proteica)
- Espectro de ação muito similar aos macrolídeos, principalmente à eritromicina (atuam no mesmo local do ribossomo e pode inclusive ter resistência cruzada)

Principal representante: <ul style="list-style-type: none">• Clindamicina	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese proteica nos ribossomos – liga-se à subunidade 50S Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Efeitos gastrointestinais• Colite pseudomembranosa
--	---

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Tromboflebite• Hipersensibilidade |
|--|--|

Uso oral

- **Clindamicina 300mg** _____ 21 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 12/12 horas por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Clindamicina 300mg** _____ 21 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 8/8 horas por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

- **Clindamicina 300mg** _____ 28 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 6/6 horas por 07 dias

Horário sugerido: 05:00 / 11:00 / 17:00 /
23:00

- **Clindamicina 300mg** _____ 42 cápsulas

Tomar 02 cápsulas de 8/8 horas por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

Oxazolidinonas

Principal representante: <ul style="list-style-type: none">• Linezolida	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibe a síntese proteica nos ribossomos – liga-se à subunidade 50S Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Plaquetopenia (<i>mais recente</i>)• Neuropatia irreversível (<i>em uso mais</i>
--	--

	<i>prolongados, acima de 28 dias)</i>
--	---------------------------------------

Clorafenicol

Principal representante: <ul style="list-style-type: none">• Clorafenicol	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibe a síntese proteica da bactéria – liga-se à subunidade 50S do ribossomo Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• “Síndrome do bebê cinzento”• Toxicidade hematológica (aplasia medular)• Hipersensibilidade• Sintomas gastrintestinais
--	---

Quinolonas

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ácido nalidixo• Ciprofloxacino• Levofloxacino• Norfloxacino• Moxifloxacino• Ofloxacino	<p>Mecanismo de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inibem a atividade da DNA girasse ou topoisomerase II <p>Efeitos colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alterações em SNC – principalmente em idosos (confusão mental, convulsão)• Sintomas gastrintestinais• Hipersensibilidade• Ruptura de aneurisma de aorta• Ruptura de tendão
--	---

Uso oral

- **Norfloxacino 400 mg** ____ 06 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 03 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Ciprofloxacino 500 mg** _ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Ciprofloxacino 500 mg** _ 28 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 14 dias

Horário sugerido: 08:00 / 20:00

- **Levofloxacino 750 mg** _ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 07 dias

Horário sugerido: 08:00

- **Levofloxacino 750 mg** _ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 14 dias

Horário sugerido: 08:00

- **Moxifloxacino 400 mg** __ 07 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 07 dias

Horário sugerido: 08:00

- **Moxifloxacino 400 mg** __ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia por 14 dias

Horário sugerido: 08:00

Nitroimidazóis

Principais representantes: <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol• Secnidazol• Tinidazol• Benzonidazol	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese e estimulam a desnaturação do DNA Efeitos colaterais:
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos gastrointestinais • Gosto metálico na boca • Cefaleia • Efeito antabuse quando utilizado com álcool
--	--

Uso oral

- **Metronidazol 250 mg** __ 40 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6h por 10 dias

Horário sugerido: 06:00 / 12:00 / 18:00 / 00:00

- **Metronidazol 250 mg** __ 42 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 8/8h por 07 dias

Horário sugerido: 06:00 / 14:00 / 22:00

- **Metronidazol 250 mg** __ 42 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 8/8h por 14 dias

- **Metronidazol** 250 mg ____ 28 comprimidos

Tomar 02 comprimidos de 12/12h por 07 dias

Horário sugerido: 08:00 / 22:00

- **Metronidazol** 250 mg ____ 08 comprimidos

Tomar 08 comprimidos em dose única

Uso intravaginal

- **Metronidazol** geleia vaginal 100mg/g
_____ 01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, pela manhã ao acordar e à noite ao deitar, por 05 dias

Uso oral

- **Secnidazol** 1000 mg ____ 02 comprimidos

Tomar 02 comprimidos em dose única

- **Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprima 160mg** _____ 14 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h por 07 dias

Sulfonamidas

Principais representantes: <ul style="list-style-type: none">• Sulfametoxazol• Sulfadiazina	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese e estimulam a desnaturação do DNA por meio da inibição da formação de ácido fólico Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Efeitos gastrointestinais• Nefropatia• Hipercalemia
---	---

Rifamicina e rifampicina

Uso tópico

- **Rifamicina spray 10mg/ml** ____ 01 frasco

Aplicar 01 camada na área afetada, de 6/6 horas ou de 8/8 horas

Uso oral

- **Rifampicina 300 mg** _____ 03 cápsulas

Tomar 03 cápsulas em dose única

- **Rifampicina 300 mg** _____ 08 cápsulas

Tomar 02 cápsulas de 12/12 horas por dois dias

- **Rifampicina 300 mg** _____ 08 cápsulas

Tomar 02 cápsulas pela manhã em jejum, no mesmo horário, por 04 dias seguidos

Antifúngicos

Podem atuar:

- Na membrana celular – Poliênicos (Anfotericina B, Nistatina ...) e Azóis
- Na parede celular – Equinocandinas (Caspofungina, Micafungina, Anidulafungina, Aminocandina)

Azólicos

Principais representantes: <ul style="list-style-type: none">• Miconazol• Cetoconazol• Fluconazol• Itraconazol• Voriconazol• Posaconazol• Isavaconazol	Mecanismo de ação: <ul style="list-style-type: none">• Atuam na parede pela inibição da síntese do ergosterol Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Sintomas gastrointestinais• Cefaleia• Raramente aumento das transaminases
---	--

	<i>Candida</i>	<i>Cryptococcus</i>	<i>Aspergillus</i>	<i>Fusarium</i>	<i>Zigomicetos</i>
Flu	++	+++	-	-	-
Itra	++	++	+++	-	-
Vori	+++	+++	+++	++	-
Posa	+++	+++	+++	++	++
Isav	+++	+++	+++	+	+

Uso oral

- **Fluconazol 150 mg** ____ 01 comprimido

Tomar em dose única

- **Fluconazol 150 mg** ____ 04 comprimidos

Tomar 01 comprimido a cada 07 dias até 04 doses

- **Fluconazol 100mg** _____ 14 cápsulas

Tomar 02 cápsulas ao dia por 07 dias

- **Fluconazol 100mg** _____ 28 cápsulas

Tomar 02 cápsulas ao dia por 14 dias

- **Fluconazol 100mg** _____ 15 cápsulas

Tomar 02 cápsulas no primeiro dia, e depois
01 cápsula ao dia até o 14º dia

- **Itraconazol 100 mg** _____ 10 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 12/12h por 05 dias
seguidos

Horário sugerido: 08h00 – 20h00

Uso tópico

- **Fenticonazol spray 20mg/ml** __ 01 frasco

Aplicar nas manchas à noite, antes de
dormir, por 03 semanas seguidas

Poliênicos

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nistatina• Anfotericina deoxicolato• Anfotericina complexo lipídico• Anfotericina lipossomal	<p>Mecanismo de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Interagem com o ergosterol, alterando a permeabilidade seletiva da membrana por originar poros permeáveis à saída de água e íons <p>Efeitos colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nefrotoxicidade• Hepatotoxicidade• Cardiototoxicidade• Anemia hemolítica
--	---

Equinocandinas

<p>Principais representantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anidulafungina• Caspofungina• Micafungina	<p>Mecanismo de ação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inibem a síntese de β 1,3-glucana da parede celular, acarretando em fragilidade osmótica
--	--

	Efeitos colaterais: <ul style="list-style-type: none">• Sintomas gastrintestinais• Hipersensibilidade
--	---

Repositor de flora intestinal

- **Saccharomyces boulardii** 200 mg ____ 10 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 12/12 horas por 05 dias seguidos

- **20 bi®** 335 mg _____ 05 cápsulas

Tomar 01 cápsula ao dia por 05 dias

- **20 bi®** 335 mg _____ 10 cápsulas

Tomar 01 cápsula de 12/12 horas por 05 dias seguidos

Betabloqueadores

Alvo na SCA = FC 55 a 60 bpm

Contraindicações aos Betabloqueadores

1. Broncoespasmo grave ativo – *mesmo os cardiosseletivos*
2. Edema agudo de pulmão
3. Bradicardia grave ($FC < 50 \text{ bpm}$)
4. Hipotensão ($PAS < 90 \text{ mmHg}$)
5. BAV de primeiro grau grave ($PR > 6^-$), de segundo ou terceiro grau na ausência de MCP
6. Sinais de disfunção ventricular
7. Claudicação intermitente – contraindicação relativa

Obs: Em portadores de DPOC pode-se tentar droga de ação curta b1 seletiva (ex: Atenolol 25mg 1x/dia ou Metoptolol)

Tipos de betabloqueadores:

CARDIO-SELETIVOS	NÃO CARDIO-SELETIVOS
Bloqueiam predominantemente receptores beta-1 (coração, SNC e rim) – responsáveis por inotropismo e cronotropismo	Também bloqueiam receptores beta-2 (coração, pulmão, músculo, vaso sanguíneo) – pode levar a broncoespasmo
Bisoprolol Metoprolol Nebivolol Atenolol	Carverdilol Propranolol Pindolol

- **Primeira geração** - ação b1 e b2

- Propranolol (lipofílico, metabol hepat, 1/2 vida curta)
- Timolol
- Sotalol

- **Segunda geração** - ação b1, b2 em alta dose

- Atenolol (hidrofílico, excreção renal, 1/2 vida longa)

- Metoprolol

- Esmolol

- Bisoprolol

- **Terceira geração** - propriedades vasodilatadoras adicionais

- Carvedilol - bloqueia alfa (alfa 1 faria vasoconstricção) e beta

- Nebivolol – liberar óxido nítrico

- **Bloqueadores com atividade simpática intrínseca:** induzem resposta agonista ao mesmo tempo em que bloqueiam a atividade de catecolaminas endógenas, reduzindo assim a PA porém com menos bradicardia em relação aos outros

- Acebutalol (seletivo)

- Pindolol (não seletivo)

Antidepressivos

Tricíclicos

Exemplos: Imipramina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, desipramina, trimipramina, doxepina

Principais efeitos colaterais:

- ✓ Sedação, ganho de peso (H_1)
- ✓ Hipotensão postural (α_1), taquicardia reflexa
- ✓ Boca seca, visão turva, constipação, retenção urinária (bloqueio muscarínico)
- ✓ Alterações cardíacas, depressão respiratória, agitação, delírios, alucinações, convulsões (bloqueio canais de Na^+);
- ✓ Disfunção erétil e ejaculatória,

Interações medicamentosas:

- ✓ Competição pelas proteínas plasmáticas, e.g., aspirina e fenilbutazona;
- ✓ Antipsicóticos e alguns esteróides podem potencializar o efeito – competem pelo metabolismo microssomal hepático;
- ✓ Potencializam os efeitos do álcool → depressão respiratória (mecanismo desconhecido).

Uso oral

- **Amitriptilina 25mg** ____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de dormir, continuamente

Inibidores Seletivos da Recepção de Serotonina (ISRS)

- Exemplos: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram

- Costuma se começar uma vez ao dia (de preferência fluoxetina pela manhã e o citalopram à noite), mas tem que reavaliar com 3-4sem pra ver se houve resposta (remissão de 50% dos sintomas). Se não tiver, aumentar a dose.
- ISRS (sobretudo a Fluoxetina) no começo podem aumentar a ansiedade, então pra um paciente muito ansioso, poderia deixar um ansiolítico junto.
- Paroxetina e fluoxetina inibem o metabolismo dos antidepressivos tricíclicos → risco de toxicidade.

Principais efeitos colaterais:

- Ansiedade, pânico, insônia (5-HT_{2A}, 5-HT_{2C})
- Acatisia (5-HT_{2A} → ↓ DA)
- Náuseas, vômitos (5-HT₃)
- Diarreia, cólicas (5-HT₃, 5-HT₄)

- Disfunções sexuais (5-HT_{2A}, 5-HT_{2C})
- Perda de peso
- Síndrome 5-HTérgica quando associados a IMAO.

Uso oral

- **Fluoxetina 20 mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido pela manhã, em dias alternados, durante 10 dias. Em seguida, tomar 01 comprimido pela manhã continuamente

Uso oral

- **Citalopram 20 mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite, antes de dormir, continuamente

Inibidores da Recepção de Serotonina e Noradrenalina (IRSN)

- Venlafaxina: ef. adversos similares aos ISRS;
- Duloxetina: ↓ ef. adversos.

Uso oral

- **Venlafaxina 37,5mg** ____ 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo Horário, por 10 dias

- **Venlafaxina 75mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário, continuamente

- **Venlafaxina 75mg** _____ 30 comprimidos

Tomar 02 comprimidos ao dia, no mesmo horário, continuamente

Inibidores da Recepção de Noradrenalina e Dopamina

- Bupropiona: Cefaléia, boca seca, agitação, insônia; convulsões (altas doses); Dependência à nicotina.

Antipsicóticos

Relembrando: Esquizofrenia

- Teoria da hiperatividade dopaminérgica na via mesolímbica: sintomas positivos
- Teoria da hipoatividade dopaminérgica na via mesocortical: sintomas negativos
- Sintomas positivos
 - Alucinações (auditivas)
 - Delírios
 - Agitação psicomotora
 - Distorções da linguagem e da comunicação

- Discurso e comportamento desorganizados
- Sintomas negativos
 - Embotamento afetivo (dificuldade de expressar sentimentos e emoções)
 - Alogia (diminuição da fluência da fala)
 - Avolição (diminuição do comportamento orientado por metas)
- Fármacos antipsicóticos são capazes de reduzir sintomas psicóticos em uma ampla variedade de condições, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar e psicoses induzidas por drogas. Também são capazes de melhorar o humor, reduzir a ansiedade e transtornos do sono, embora não sejam primeira linha de tratamento para pacientes não psicóticos com estas condições clínicas.

Principais efeitos adversos dos antipsicóticos:

- Exacerbação dos sintomas negativos (*hipoatividade mesocortical*)
- Sedação (*bloqueio alfa1, H1, M1*)
- Efeitos anticolinérgicos (*bloqueio M1*): constipação, visão turva, retenção urinária, boca seca, sonolência
- Ganho de peso (*bloqueio H1 e/ou 5-HT2c*): aumento do apetite
- Hipotensão postural (*bloqueio alfa1*)
- Hiperprolactinemia (*bloqueio da via tuberoinfundibular*): ginecomastia, galactorreia, amenorreia, diminuição da libido e disfunções sexuais
- Extrapiramidais (*alteração da via dopaminérgica nigroestriatal – função motora*):
 - ❖ Aguda: parkinsonismo farmacológico, acatisia (inquietação do movimento), distonia (espasmos dos músculos da face e/ou pescoço)

- ❖ Crônica: discinesia tardia
- ✓ Movimentos estereotipados involuntários e repetidos da musculatura facial, braços e tronco
- ✓ Ocorre após meses ou anos do uso de antipsicóticos atípicos em 20% dos pacientes e é irreversível (pelo *upregulation* dos receptores D2 na via nigroestriatal)

Típicos ou neurolépticos

- Mecanismo: Antagonista D2
 - Clorpromazina (Amplistil)
 - Haloperidol (Haldol)
 - Tiorizadina (Melleril)
 - Levomepromazina (Neozine)
 - Periciazina (Neuleptil)

Uso oral

- **Haloperidol 1mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário

- **Haloperidol 5mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, no mesmo horário

- **Haloperidol 5mg** _____ 40 comprimidos

Tomar 02 comprimidos ao dia, no mesmo horário

- **Haloperidol 5mg** _____ 60 comprimidos

Tomar 03 comprimidos ao dia, no mesmo horário

Uso oral

- **Clorpromazina 25mg** __ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido uma vez ao dia, à noite

- **Clorpromazina 25mg** __ 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas

Horário sugerido: 08:00 – 20:00

- **Clorpromazina 25mg** __ 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8 horas

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

- **Clorpromazina 25mg** __ 120 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 6/6 horas

Horário sugerido: 06:00 – 12:00 – 18:00 – 00:00

- **Clorpromazina 100mg** 90 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 8/8 horas

Horário sugerido: 06:00 – 14:00 – 22:00

Atípicos

- Mecanismo: Antagonista 5-HT2a (modulam a liberação de vários neurotransmissores, entre eles a dopamina)
 - Risperidona (Risperidal)
 - Sulpirida (Dogmatil, Equilid)
 - Clozapina (Leponex)
 - Olanzapina (Zyprexa)

Uso oral

- **Risperidona 1mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite,
continuamente

- **Risperidona 2mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite,
continuamente

- **Risperidona 3mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido à noite,
continuamente

- **Risperidona 3mg** _____ 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido de 12/12h,
continuamente

Cremes ginecológicos

Uso intravaginal

- **Metronidazol** geleia vaginal 100mg/g _____
01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 14 dias

- **Nistatina** creme vaginal 25.000 UI/g _____
01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 14 dias

- **Crevagin** _____ 01 bisnaga

Aplicar o conteúdo de um aplicador cheio dentro da vagina, à noite ao deitar, por 14 dias

Soluções intranasais

Uso intranasal

- **Salsep spray** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina 5x/dia

- **Maresis** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina conforme necessidade, para desobstruí-la (cerca de 5 vezes ao dia)

- **Rinosoro jet** _____ 01 frasco

Aplicar 01 jato em cada narina 5 vezes ao dia

- **Fluticasona spray 50mcg/jato** _____ 01 frasco

Aplicar 1 jato em cada narina de 12/12h por 15 dias. Após este período, aplicar um jato em cada narina pela manhã até completar 90 dias

Colírios

- **Fenilefrina + Tetracaína Solução Oftálmica estéril 1% + 0,1%** _____ 01 frasco

Aplicar 01 gota no olho afetado de 8/8h

1- **Tobramicina 3mg/ml + Dexametasona 1mg/ml Solução Oftálmica** _____ 01 frasco

Pingar 1 gota em cada olho, de 6/6h por 07 dias

Nebulização

- Realizar 3 ciclos em intervalos de 15 min com:
 - Cloreto de sódio 0,9% - 5 ml
 - Fenoterol 5mg/ml - 10 gotas
 - Ipratrópio 0,25mg/ml - 30 gotas

Nebulização com adrenalina

Pode repetir após 30 min se necessário

- ADULTOS: 04 a 05 ampolas puras
- CRIANÇAS: Acima de 10kg pelo menos 3 ml puro

Repelentes

Liberados na gestação:

Uso tópico

- **Icaridina (Exopsis®)** _____ 01 frasco

Aplicar na pele duas vezes ao dia (efeito dura 10 horas)

- **Repelex®** _____ 01 frasco

Aplicar na pele três vezes ao dia (efeito dura 6 horas)

- **Johnson®** loção antimosquito __ 01 frasco

Aplicar na pele cinco vezes ao dia (efeito dura 2h)

Tópico

Uso tópico

- **Sulfadiazina de Prata 10mg/g** _____ 01
bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre as lesões,
duas vezes ao dia

- **Sulfato de Neomicina 3,5mg/g** _____
01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre as lesões,
duas a três vezes ao dia

- **Dipropionato de Betametasona 0,5mg/g +
Sulfato de Gentamicina 0,1mg/g**
_____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área
afetada de 12/12h

- **Cetoconazol 20mg/g + Dipropionato de Betametasona 0,5mg/g + Sulfato de Neomicina 2,5mg/g** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada de 12/12h

- **Clorafenicol 0,6u/g + Colagenase 0,01g/g**
____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a lesão, a cada troca de curativo, duas vezes ao dia

Uso de corticoides tópicos

Princípios:

- e) Empregar o corticoide de menor potência consoante o quadro clínico
- f) Nunca usar corticoides de alta potência em crianças

- g) O corticoide pode ser diluído em creme
- h) Nunca retirar subitamente o corticoide. Deve-se diminuir gradualmente a potência ou a frequência da aplicação

Corticoide tópico de baixa potência:

Ideal para crianças de 0 a 2 anos, ou casos mais brandos em maiores de 02 anos

Uso tópico

1- **Hidrocortisona 1%** _____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada três vezes ao dia, por 10 a, no máximo, 20 dias seguidos

Corticoide tópico de média potência:

Opção para crianças maiores de 02 anos

Uso tópico

1- Mometasona creme 1mg ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada uma vez ao dia

OU

Uso tópico

1- Desonida creme 0,05% ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Corticoide tópico de alta potência:

Permitidos apenas para adolescentes e adultos

Uso tópico

1- Betametasona creme 1mg/g ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

OU

Uso tópico

1- **Diflucortolona creme 1mg/g** ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

OU

Uso tópico

1- **Triancinolona Pomada 1mg/g** ____ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Corticoide tópico de potência muito alta:

Permitidos apenas para adolescentes e adultos, apenas para lesões liquenificadas

Uso tópico

1- Clobetasol creme 0,5mg/g __ 01 bisnaga

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada duas vezes ao dia

Laboratório

Análise do Líquor

Contraindicações à punção liquórica

Hipertensão intracraniana – considerar pedir TC antes, especialmente na presença dos seguintes critérios:

- 1) Alteração do estado mental
- 2) Papiledema
- 3) Sinais neurológicos focais
- 4) Alteração da imunidade celular, incluindo o HIV
- 5) Crise convulsiva nos últimos 7 dias

- Discrasias sanguíneas: coagulopatias, trombocitopenia importante ou uso de anticoagulante oral
- Abscesso epidural

Obs: Na suspeita de meningite bacteriana, não postergar o início da antibioticoterapia pelo atraso da análise do líquor

LÍQUOR	Viral	Bacteriano
Leuco	< 250 células com predomínio linfocitário	> 500 ou > 1.000, a depender da referência, m com predomínio neutrofílico
Proteína	< 150	> 250
Glicose	Normal, ou seja, Glicose(LCR) / Glicemia capilar > 2/3	Baixa, ou seja, Glicose(LCR) / Glicemia capilar < 2/3
Lactato	< 35	> 3mmol ou > 35

Troponina

Trata-se de uma enzima presente nas células musculares, cuja injúria a libera na corrente sanguínea. Num contesto clínico, o tempo mais apropriado é “**Marcador de Necrose Miocárdica (MNM)**”, em vez de “enzimas cardíacas”

Temos dois tipos de troponina:

- **Troponina T** → também encontrada nos músculos esqueléticos – menos específica para injúria miocárdica
- **Troponina I** → encontrada exclusivamente no músculo cardíaco
 - **mais específica para injúria miocárdica**

Uma elevação de troponina acima do percentil 99% (o VR que consta no resultado do exame) é altamente específica para **injúria miocárdica aguda**, desde que haja variação de 20% para mais ou para menos

numa dosagem seriada em 1 a 3 horas (a depender do laboratório)

Importante lembrar que **injúria miocárdica aguda não é necessariamente infarto agudo do miocárdio (IAM)**. Uma injúria miocárdica pode ser decorrente trauma cardíaco, miocardite, descompensação aguda de IC ou mesmo IAM. Para o **diagnóstico de IAM sem supra desnivelamento de segmento ST é necessário aumento de MNM associado a evidências de isquemia** (desbalanço entre oferta coronariana de O₂ e demanda miocárdica de O₂), sejam elas clínicas (dor típica ...) ou por exames complementares (ex: ECO com uma área de hipocinesia nova ...)

Atentar também que existem 5 tipos de IAM, e nem todos são passíveis de correção por reperfusão (angioplastia, por exemplo)

Os 05 tipos de IAM

Tipo I: Associado a placa aterosclerótica rompida – é o mais comum e o mais visto nas emergências

Tipo II: Associado a um desbalanço entre oferta e demanda de O₂ por aumento da demanda miocárdica de O₂ – Ex: Sepse, crise tireotóxica ...

Tipo III: Paciente que faleceu no extra-hospitalar, provavelmente por evento cardíaco (“sentiu uma dor no peito e faleceu”) em que não foi possível dosar MNM

Tipo IV: Associado a cateterismo

Tipo V: Associado a cirurgia de revascularização miocárdica

Para ajudar na decisão de liberar ou não o paciente com dor torácica sem SSST: **Escore HEART** (desenhado para pacientes com dor torácica de baixo a moderado risco no PS)

SCORE HEART		
H - História	Suspeita alta	02 pontos
	Suspeita moderada	01 ponto
	Suspeita baixa	00 pontos
E – ECG	Infra-ST significante	02 pontos

	Distúrbio de repolarização não específico	01 ponto
A – Age (idade)	≥ 65 anos	02 pontos
	45 a 65 anos	01 ponto
	< 45 anos	00 pontos
R – Risco (fator)	≥ 3 fatores de risco ou história de doença aterosclerótica	02 pontos
	1 a 2 fatores de risco	01 ponto
	Sem fatores de risco	00 pontos
T – Troponina	≥ 3x o limite normal	02 pontos
	1 a 3x o limite normal	01 ponto
	Limite normal	00 pontos
<p>Baixo risco: 0 – 3 pontos (0,9 a 1,7% de eventos cardiovasculares maiores)</p> <p>Moderado risco: 4 – 6 pontos (12 a 16,6% de eventos cardiovasculares maiores)</p> <p>Alto risco: ≥ 7 pontos (50 a 65% de eventos cardiovasculares maiores)</p>		

Outros escores: **TIMI** e **GRACE** – lembrando que não podem ser usados de forma cega, é preciso ter julgamento clínico associado

Importante ainda é associar a Probabilidade Pré-Teste (PPT) aos valores de Verossimilhança (calculada com base na sensibilidade e na especificidade) da Troponina – ex: a PPT de uma Troponina Reagente ser um verdadeiro positivo para IAM num paciente jovem, sem fatores de risco e sem dor torácica típica é tão baixa que o exame provavelmente é falso negativo

Lembrar ainda que, caso haja troponina disponível, NÃO DOSAR CKMB, seria gasto desnecessário de recurso, que pode inclusive confundir

Em resumo:

- Lembrar que temos 5 tipos de IAM, e nem todos são tratados com

reperfusão coronariana (por angioplastia, por exemplo)

- Paciente que não curvou e possui Troponina acima do percentil de 99% cronicamente – paciente com pior prognóstico para suas doenças de base
- Paciente que não curvou troponina, mas que ainda apresenta dor torácica
→ Utilizar o escore HEART para decidir pela alta

Rotina e procedimentos

Diluições comuns na emergência:

Analgesia

- **Dipirona** *1g/2ml*: 01 amp + AD 10ml EV / 02 amp + AD 20ml EV / 01 amp IM
- **Escopolamina** *20mg*: 01 amp + AD 10ml EV / 01 amp IM

- **Escopolamina** + **Dipirona**: 01 amp + AD 20ml EV (Obs: aqui eu gosto de fazer apenas 15ml da solução, pois a ampola inteira tem 2,5mg de dipirona, o que é acima da dose máxima de ataque de 2mg)
- **Diclofenaco** *75mg IM*
- **Tenoxicam** *20mg*: 01 amp + AD 10ml EV
- **Tenoxicam** *20mg*: 02 amp + AD 10ml EV
- **Cetoprofeno** *100mg* + SF 0,9% 100ml EV
- **Tramadol** *50mg*: 01 amp + SF 0,9% ou SG 5% 100ml EV / 01 amp SC
- **Tramadol** *100mg*: 01 amp + SF 0,9% ou SG 5% 100ml EV / 01 amp SC
- **Morfina** *10mg/01ml*: 01 ml + AD 09ml – aplicar 03 a 05ml EV
- **Morfina** *10mg/01ml*: 05 ml + SF 95ml – Bolus inicial de 2ml – Iniciar em BIC a 1ml/h e titular

- **Fentanil**: puro, mas pode diluir como quiser, se quiser

Antiarritmicos

- **Amiodarona 150mg/03ml**: (dose máxima diária: 2,2g/dia – 14,5 amp/dia)

- Primeira dose na PCR (300mg): diluir para 20ml com SG5% (Amiodarona 02 amp + SG5% 14ml)
- Segunda dose na PCR (150mg): diluir para 20ml com SG5% (Amiodarona 01 amp + SG5% 17ml)
- Dose ataque padrão para arritmias: 150mg + SF/SG5% 150ml (1mg/ml), correr em 10-15 min – Pode repetir 15/15min
- **Dose manutenção**: 1mg/min nas primeiras 6h e 0,5 mg/min nas 18 h seguintes
- Dose de manutenção (opcional): 6amp (18ml) + SF 232ml (conc

3,6mg/ml) – infundir a 16,6ml/h nas primeiras 6h e 8,3 ml/h nas 18h restantes

- **Amiodarona dose de controle da FC:**

- Dose de ataque: 300mg (06ml = 02 amp) + SG5% 100ml - Correr em 01h
- Dose de manutenção: 900mg (18ml = 6amp) + 282ml SG5% (conc = 3mg/ml)
 - Correr 04 a 16ml/h por 24h (10 a 50mg/h)

- Amiodarona dose de cardioversão:

- Dose de ataque: 150mg (03ml = 01amp) a 300mg + SG5% 100ml - Correr em 10 a 15 min
- Dose de manutenção: 900mg (18ml = 6amp) + 282ml SG5%
 - Correr 20ml/h por 6h (1mg/min)
 - Correr 10ml/h por 18h (0,5mg/min)

Anticonvulsivantes

- Fenitoína 250mg/5ml: 20mg/kg (peso do paciente x 20 ÷ 250 = nº de amp a ser feito) diluído em SF 0,9% 250ml (não pode ser glicosado - a droga precipita) - infundir em, no máximo, 50 mg/min (correr tudo em cerca de 30-60min)

* Existe uma "regra prática" de 04 amp + SF0,9% 250ml - correr em 40 min

- Fenobarbital 100mg/ml ou 200mg/ml: 10 a 20mg/kg – velocidade máx 100mg/min, então, na prática:

* 100mg/ml: 1ml a cada 10 kg + SF 0,9% 100ml – correr em 20 min

* 200mg/ml: 0,5ml a cada 10 kg + SF 0,9% 100ml – correr em 20 min

Antieméticos

- Metoclopramida 10mg: 01 amp + SF 0,9% ou SG 5% 100ml EV

- Bromoprida 20mg: 01 amp + AD 20ml EV /
01 amp + SF 0,9% ou SG 5% 100ml EV

Bloqueadores neuromusculares

- Rocurônio 10mg/ml (ampolas de 50mg/5ml) 50ml (500mg) + SF 200mL = 2mg/mL
 - Iniciar em 0,6 mg/kg/h (0,6 x peso / 2 = 21ml/h num paciente de 70kg)
 - Opção (*off label*, na ausência de uma gasometria): Uma ampola de Rocurônio EV (dura 01h) e reavaliar o paciente a cada hora → se mantiver assincronia, provavelmente ainda está em acidose / se cessar assincronia, problema foi resolvido e provavelmente o paciente não necessitará mais de BNM
- Cisatracúrio 2mg/ml (ampolas de 10mg/5ml) 50mL (10 amp) + SF 50ml = 1mg/mL

- Iniciar em 0,18mg/kg (12ml em *bolus* num paciente de 70kg)
- Manutenção em 0,06 a 0,12mg/kg/h (4 a 8ml/h num paciente de 70kg) após evidência de bloqueio neuromuscular

Drogas vasoativas

- **Noradrenalina** 4mg/4ml: 16ml + 234ml SG5% (clássica)
- **Dopamina** 50mg/10ml: 50ml + 200ml SF0,9% ou SG5% (conc 1mg/ml) e infundir com dose de 2 a 10mcg/kg/min - para um paciente com 60kg, iniciar em 8ml/h, depois 16ml/h, depois 24ml/h... máximo de 40ml/h
- **Dobutamina** 12,5mg/ml: 20ml + 80ml SG5% (conc 4mg/ml) // 40ml + SG5% 210ml (conc 1mg/ml) - iniciar 5ml/h e dobrar a cada 10 min até o efeito desejado (ex: 5ml/h, 10ml/h, 20ml/h - doses entre 20ml/h e 40ml/h já serão suficientes para reverter)

-- lembre que iniciar dobutamina fará a pressão cair um pouco pelo efeito vasodilatador, então, sempre que possível, mantenha uma PAS de pelo menos 90mmHg antes de iniciar a dobuta (se necessário, inicie Noradrenalina antes da Dobuta)

- **Dobutamina** 12,5mg/mL 80mL (04amp) + SG5% 170mL (inicar em torno de 3mcg/kg/min alvejando 5 a 10mcg/kg/min, sendo observado maior taquicardia quando > 20mcg/kg/min)

Íons estabilizadores

- **Gluconato de cálcio 10%** (01 amp = 10ml): 10 a 20ml + 100ml SG5% EV correr em 10min (efeito: 30 a 60min)
- **Sulfato de magnésio 10%** (01 amp = 10ml = 1g de Mg): 20ml + 100ml SG5% EV correr em 01h se for pra repor Mg, ou em 2-15min se for pra estabilizar pacientes

Iminência de Eclampsia (esquema Zuspan)

- Sulfato de Magnésio 50% 08ml + SG5% 42ml - CORRER EM 10min (300ml/h)
- **Sulfato de Magnésio 50%** 40ml (04 AMP) + 460ml DE SG5% - EM 25-50ml/h POR 24h

Hipotensores

- Eurosemida 20mg/2ml: puro, mas pode diluir como quiser, se quiser
- Hidralazina 20mg/1ml: 01ml + SF 19ml – aplicar 5ml EV lentamente
- Nitroprussiato 25mg/ml: 02ml + 248ml SG 5%
- Nitroglicerina 5mg/ml: 10ml + 240ml SG5% / 5ml + 245ml SG5%

Sedativos e relaxante muscular

- **Propofol** *10mg/ml*: sempre puro
- **Midazolam** *5mg/ml* ou *1mg/ml*: puro, mas pode diluir como quiser, se quiser
- **Diazepam**: *10mg*: 01 amp EV, sempre puro
- **Etomidato** *2mg/ml*: sempre diluir 10ml em AD 10ml (1:1), pra infusão não irritar e não gerar mioclonias
- **Cetamina** *50mg/ml*: puro, mas pode diluir como quiser, se quiser
- **Succinilcolina** *100mg*: diluir o pó em AD 10ml (concentração: *10mg/ml*)

Solução polarizante

- **Solução polarizante**: 10 UI de insulina regular +50g de glicose e correr tudo em 30 min, que pode ser conseguido de várias formas:

* SG 5% 500ml (25g) + SG 50% (25g) +
Insulina regular 10UI

* SG 10% 250ml (25g) + SG 50% (25g) +
Insulina regular 10UI

* SG 50% 100ml (50mg) + Insulina regular
10UI

Obs: Evitar usar glicose 50% pura em veia periférica, pois isso dá flebite e pode perder o acesso

Adenosina – como usar?

- Indicação: Taquicardias supraventriculares

- Apresentação: Ampola 3mg/ml – 2ml (6mg/amp)

- Particularidades:

- Bom acesso: calibroso, de preferência em fossa cubital
- Fazer uma ampola pura, seguida de um *flushing* de SF 20ml ou AD. A

adenosina é metabolizada pela parede do vaso, então PE preciso um flush para empurrar a droga rapidamente até o coração – de preferência, também levantar o membro do paciente após a infusão

- Uma dica para saber se houve efeito é questionar ao paciente se houve uma sensação de desconforto. A adenosina causa um breve período de assistolia, o paciente pode apresentar certo mal-estar e é importante avisá-lo antes sobre o que acontecerá
- Se mesmo com todos estes cuidados não houver efeito, pode-se repetir o dobro da dose (duas ampolas = 12mg)

Acessos venosos centrais na emergência

Sempre considere, ao escolher o sítio de acessos, o risco de infecção em associação com o conforto do paciente (sempre pior em áreas de dobras) e o risco de

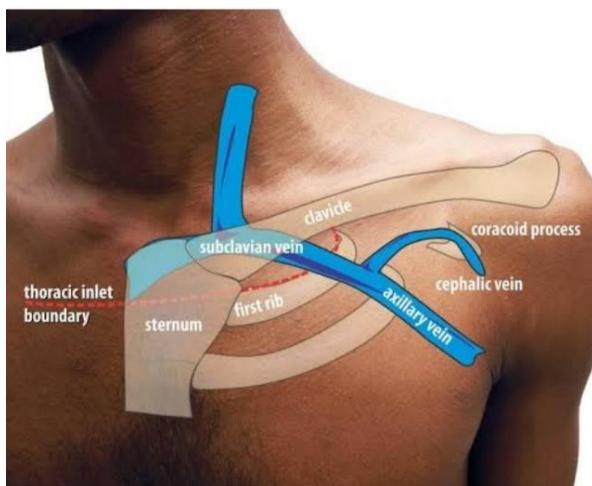
complicações (ex: pneumotórax). Dessa maneira, como forma geral, temos a seguinte ordem de preferência:

- 1) Axilar (quando guiada por USG) / Subclávia (às cegas)
- 2) Jugular interna
- 3) Femoral

Importante: Após todo cateterismo de veia central, deve-se limpar bem qualquer resíduo de sangue para evitar infecção de cateter e solicitar uma radiografia à beira do leito para confirmar a posição do cateter e afastar complicações como pneumotórax. Caso o cateter esteja inserido demais, com sua ponta interna no coração, pode-se puxá-lo um pouco até que o mesmo fique na veia cava superior, mas um cateter, uma vez já fixado, não deve ser inserido a mais, sob o risco de carrear patógenos já aderidos para o sistema circulatório do paciente.

Acesso venoso em veia axilar

A veia axilar tem sua origem na união da veia basílica com a braquial (geralmente na margem inferior do músculo redondomaior) e termina na primeira costela (logo, fica abaixo do terço distal da clavícula). Logo, só é seguro o seu acesso quando guiado por USG.



Contraindicações:

- ➔ Infecção do local da punção
- ➔ Cirurgia no mesmo membro da punção

➔ Relativa: distúrbio da coagulação – caso se puncione accidentalmente a artéria axilar, não dá pra comprimi-la (melhor tentar a jugular ou a femoral)

Obs: se for guiado por USG, não tenha medo de lesionar ducto torácico e fazer quilotórax, pois o USG permite visualizar bem o caminho

Técnica: Após antisepsia adequada, colocação de campos operatórios e paramentação estéril, posiciona-se o probe reto de alta frequência 90º sobre o terço distal infraescapular (onde dá pra ver também a pleura), depois inclinando-se cerca de 30º cranialmente para observar a veia e a artéria (e não mais a pleura)



Note que a veia sempre fica mais superficial em relação à artéria axilar, em corte longitudinal. Às vezes a pulsação da artéria se transmite à veia, e em caso de dúvida basta comprimir com o probe e observar qual das duas colaba (a veia é a que colaba)

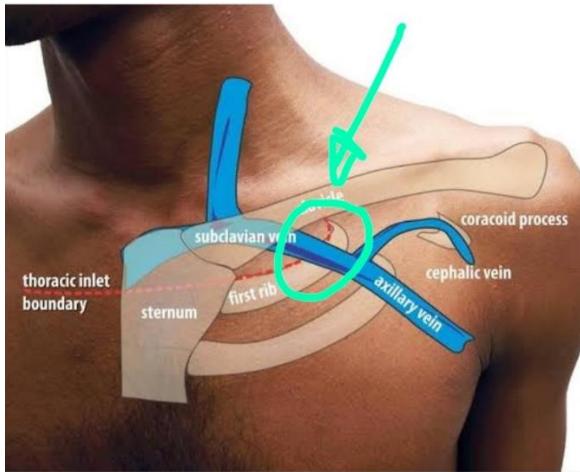
Cuidado especial: você deve colocar a agulha no mesmo plano do probe, para

visualizar a agulha no mesmo plano que a artéria – se não visualizar a agulha no USG, não progrida!



Acesso venoso em veia subclávia

Sem o auxílio de um USG, a técnica mais segura para minimizar risco de pneumotórax é puncionar a veia subclávia mesmo



Técnica: Com o paciente em posição de Trendelenburg, puncionar na iserção entre a clavícula e a primeira costela, a 45º, com a agulha direcionada para a fúrcula esternal posteriormente à clavícula.

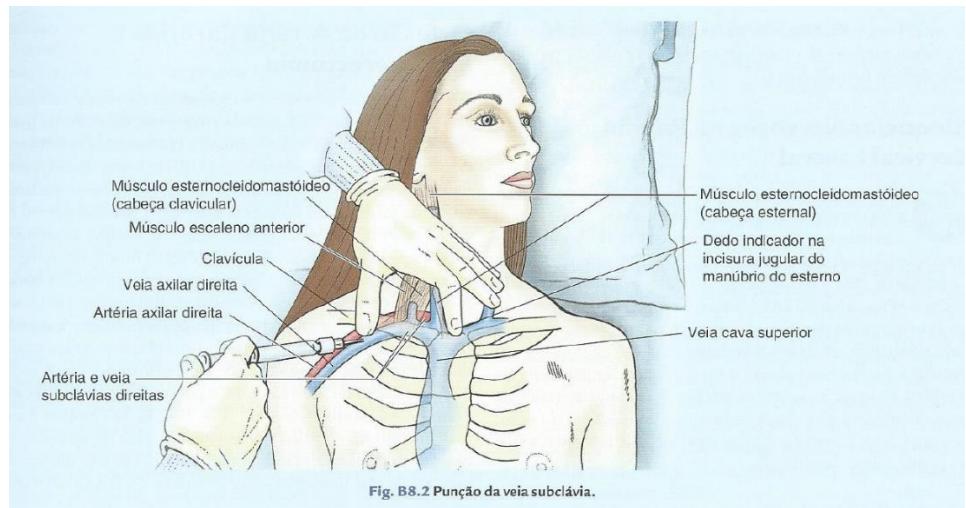
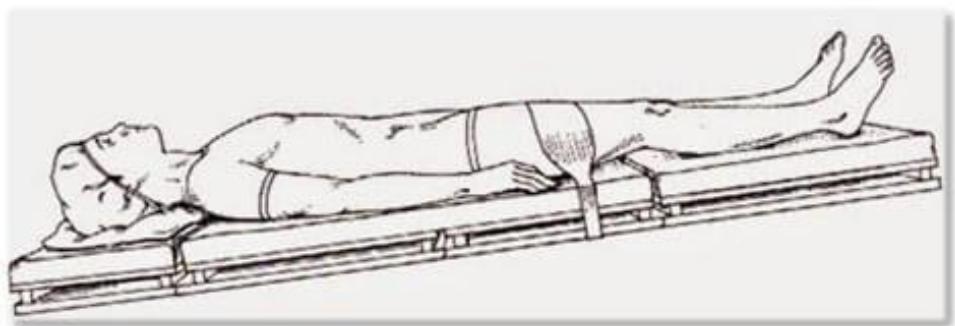
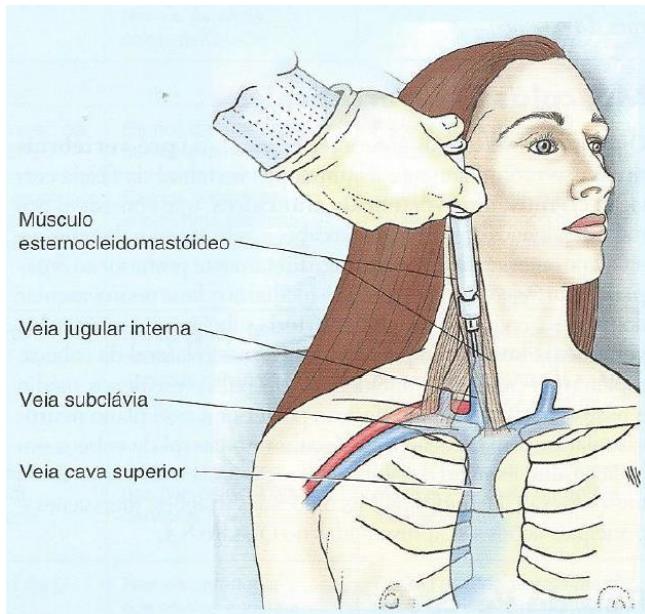


Fig. B8.2 Punção da veia subclávia.

Acesso venoso em veia jugular interna

A veia jugular interna direita é preferida por ser geralmente maior e mais reta. É o acesso mais seguro na ausência de um USG

Técnica: Com o paciente em posição de Trendelenburg e a cabeça do paciente rotacionada a 30-45º, palpar a artéria carótida comum, estando a jugular lateralmente a ela. Dica: Comprimir a região da jugular interna e, com o paciente em Trendelenburg, soltar para observar o enchimento da jugular interna. Inserir a agulha a 30º, visando o ápice da fossa supraclavicular menor (entre as cabeças esternal e clavicular do m. ECM). Em seguida, a agulha é apontada em direção inferolateral, voltada para o mamilo ipsilateral



Cuidado: na ausência de um RX à beira do leito, cuidado para não inserir demais o cateter venoso central, sendo o número 16 um bom ponto de corte

Ácido Tranexâmico (Transamin®)

Epistaxe

Tampão na narina acometida com **Algodão + TXA 10% (500mg em 5mL)**

É uma opção mais promissora, especialmente em usuários de antiagregantes plaquetários (AAS e/ou Clopidogrel), que o clássico Tamponamento Nasal Anterior: algodão em bebido com Adrenalina 1:100.000 + Lidocaína, que permanece por 10 minutos e depois é substituído por algodão + pomada de tetraciclina, que pode permanecer por até 03 dias para controle efetivo do sangramento.

Ácido Tranexâmico no Trauma

Estudo CRASH 2 validou a redução de mortalidade com o uso de Ácido Tranexâmico no politrauma, enquanto o CRASH 3 o fez para TCE leves a moderados (TCE grave, ou seja, Glasgow < 9, mostrou resultados questionáveis)

Utilizar o mais precoce possível (foi validado nas primeiras 3h após o trauma), da seguinte maneira:

**1) Ácido Tranexâmico 250mg/5mL - 04 amp
+ SF 100ml - Correr em 10min**

**2) Ácido Tranexâmico 250mg/5mL - 04 amp
+ SF 100ml - Correr em 8h (5gts/min ou
15ml/h)**

Alcalinização da urina

Indicada em algumas intoxicações exógenas, como: salicilatos, herbicidas, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos etc.

– Alcalinizar a urina aumenta a sua excreção

- Bicarbonato de sódio 8,4% (amp = 10mL):
1ml = 1mEq

- 01 a 02 mL/Kg de ataque

- Ex: Paciente de 70kg = 70mL (07amp) EV lento (pode diluir em SG5% ou AD para facilitar a administração)
- Manutenção 150mL + SG5% 850mL – Correr em BIC a 100 a 200mL/h
- Dosar pH urinário (EAS/U1) a cada 2h – alvo > 7,5

Avaliando disfunção orgânica *importante, principalmente, na suspeita de Sepse*

- **Respiratória:** Gasometria arterial ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 400$), FR > 21irpm (qSOFA)
- **Cardiovascular:** PAM < 70 (qSOFA) e/ou necessidade de DVA
- **Neurológico:** Glasgow < 15 (qSOFA)
- **Hematológico:** Plaquetas < 150.000
- **Renal:** Cr > 1,2 ou Diurese < 200mL/d

- **Hepática**: Bilirrubinas > 1,2

Obs: lembre-se que TGO e TGP são marcadores de Lesão Hepática, enquanto que Bilirrubinas e TAP são marcadores de função hepática (assim como U e Cr são para função renal)

**Suspeita de infecção + disfunção orgânica
(preferencialmente SOFA ≥ 2 , ou qSOFA ≥ 2)
= Sepse (Sepsis 3.0, 2016)**

**Sepse + Hipotensão + Lactato elevado (>
18mg/dL) = Choque séptico**

Obs: não basta apenas a hipotensão isolada para definir choque séptico

Vasopressor na emergência (*pushdoses*)

Muito útil em hipotensão pré e pós IOT, por exemplo

Opções (*pushdoses*) para elevar rapidamente a PA do paciente (efeito dura de 3 a 5min – repetir conforme necessário), como ponte para uma noradrenalina em BIC (às vezes, após a *pushdose*, não precisa mais montar a nora):

- Efedrina
- Metaraminol (Aramin ®)
- Fenilefrina
- Noradrenalina 4mg/4mL: 01ml + AD/SF/SRL 99mL (concentração final: 10mcg/mL) – aplicar 1ml EV
- Noradrenalina 4mg/4mL: 01ml + AD/SF/SRL 250mL (Concentração final: 4 mcg/mL) – aplicar 2ml EV
- Noradrenalina 4mg/4mL: 08ml (2 amp) + AD/SF/SRL 242mL (Concentração final: 32 mcg/mL) –

rediluir 01ml + AD 09mL
(Concentração final: 3,2 mcg/mL) –
aplicar 1 a 2ml EV, podendo
aproveitar o restante para preparar
infusão contínua

- Adrenalina (1:50.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 19mL – aplicar 1 a 2ml
- Adrenalina (1:100.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 99mL (concentração final: 10mcg/mL) – aplicar 1 a 2ml
- Adrenalina (1:100.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 250mL (concentração final: 04 mcg/mL) – aplicar 1 a 2ml

Adrenalina Indicada em paciente com ↓PA e ↓FC	Noradrenalina Indicada em paciente com ↓PA e ↑FC
Alfa-Adrenérgica: Vasoconstrição Beta-adrenérgica: Inotropismo, cronotropismo	Apenas alfa-adrenérgica: vasoconstrição Até diminui a FC pelo efeito

<p>e broncodilatação</p> <p>Obs: Se for feita em paciente taquicárdico, paciente ficará ainda mais taquicárdico, o que aumenta o consumo de O₂ dele</p> <p><i>Pushdose:</i> 5 a 20mcg por dose</p>	<p>no barorreceptor (reflexo vagal), logo, não aumenta o consumo miocárdico de O₂, até porque aumenta o retorno no leito coronariano</p> <p><i>Pushdose:</i> em torno de 6mcg</p>
---	--

→ Sempre reavaliar a PA após 3 a 5 min ou após cada novo evento (Ex: droga infundida, RNC, alterações clínicas ...), para avaliar necessidade de nova *pushdose* até atingir o alvo (doses progressivamente maiores podem ser necessárias)

→ Alvo: PAS > 90mmHg e PAM > 65mmHg

Bicarbonato na PCR – quando está indicado?

- Só está indicado bicarbonato se a acidose estiver bem documentada antes da parada ou no início da parada
- Durante uma PCR prolongada, é natural desenvolver uma acidose, e esta não deve ser tratada com bicarbonato, pois isso aumenta a mortalidade

Carvão ativado – fazendo a melhor utilização

- Se administrado **em até duas horas**, consegue quesar e inibir a absorção de até 90% da dose ingerida
- Dose de escolha: 1g/kg dissolvido em 10ml de água potável para cada grama de carvão
 - Evitar dissolver em outros líquidos, pois pode reduzir a eficácia

- Não é necessário passar SNG para administrar o carvão, ele pode ser administrado por VO
- Em intoxicações por antidepressivos, anticonvulsivantes e digoxina, repetir mais 50mg do carvão de 4/4h nas primeiras 24h, pois estas medicações são absorvidas, passam por metabolização, são liberadas pela via biliar e novamente absorvidas (repetir o carvão previne essa absorção após a eliminação pela via biliar – “diálise intestinal”)

Corrigindo o cálcio total

Cálcio iônico não precisa ser corrigido, mas o cálcio total sim. Para isto, solicitar **albumina**

$$\text{CaC} = \text{Ca} + (4 - \text{Albumina}) \times 0,8$$

Diazepam – como usar em crises convulsivas

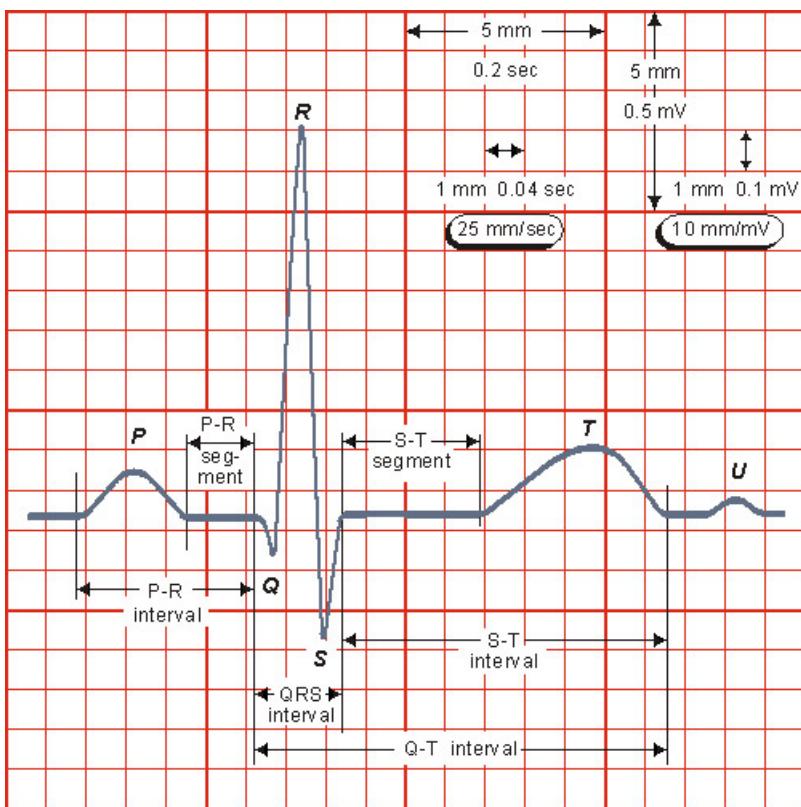
- Primeiro passo: Ao receber o paciente em crise convulsiva, lateralize-o e aguarde cerca de 5 min até que a crise cesse. Dê a chance que a crise encerre sem o diazepam, isso reduz os efeitos indesejados da droga

- Se crise > 5 min: infundir uma ampola (10mg) EV, pura (não diluir!)

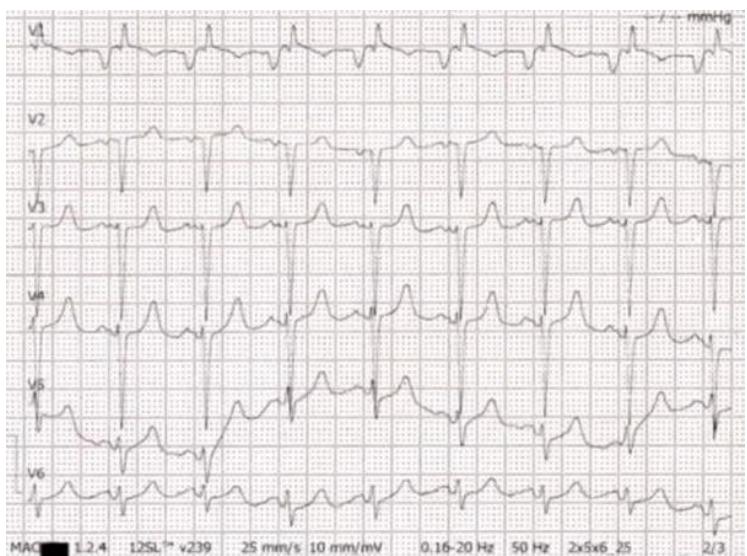
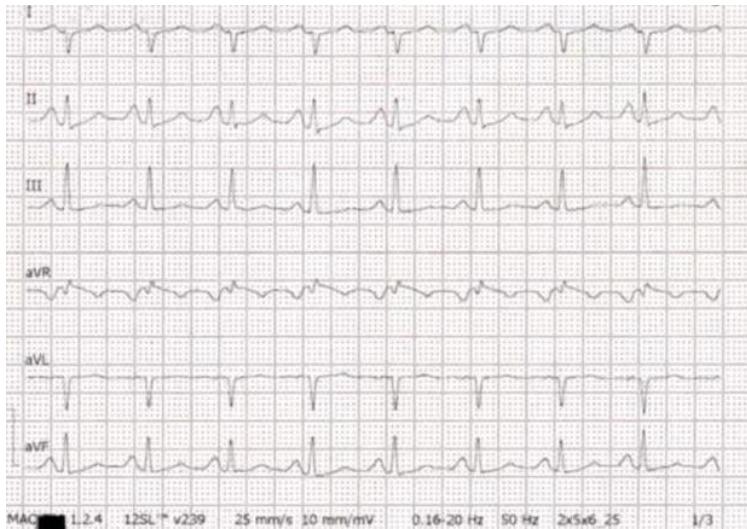
- Se for difícil puncionar o acesso com o paciente convulsionando: Midazolam 3mls IM

Obs: Caso não haja resposta na primeira dose, pode-se repetir mais uma ampola. Após isso, caso não responda, outras drogas devem ser usadas.

Eletrocardiograma – os 10 passos básicos da avaliação



Exemplo:



1) Identificação: mulher, 24 anos, idas recorrentes à UPA por dispneia

2) Padronização:

- Velocidade 25mm/seg
- Amplitude = 10mV

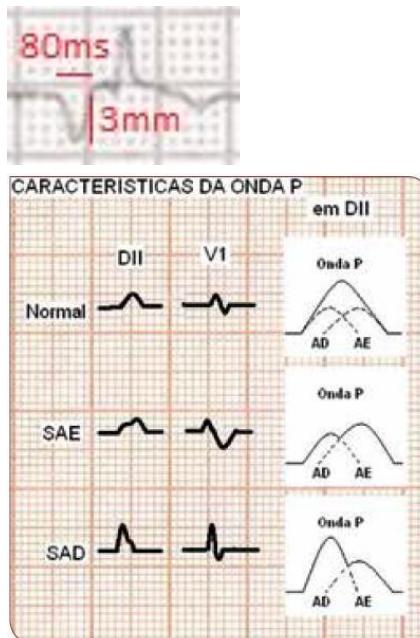


3) Ritmo e FC

- **Ritmo sinusal:** onda P positiva em DI e em aVF, cada onda P seguindo um QRS e cada onda P com mesma morfologia
- **FC:** (Nº quadradões) /100 ou (Nº quadradinhos)/1500 – normal = 50 a 100bpm

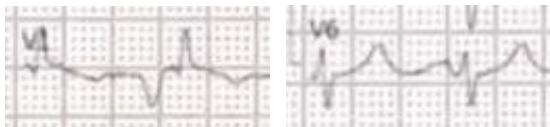
4) Sobrecargas atriais – normal: Analisando DII e V1, não há aumento de amplitude ou duração da onda P. Sem sobrecarga atrial.

- **DII, DIII e aVF: Amplitude da onda P**
 $\geq 2,5\text{mm}$: Sugere sobrecarga de átrio direito
- **V1: Índice de Morris (duração da fase negativa da onda P em mm x amplitude desta mesma fase em ms)**
 $> 40 \text{ ms} \times \text{mm}$: Sobrecarga de átrio esquerdo



5) Sobrecargas ventriculares

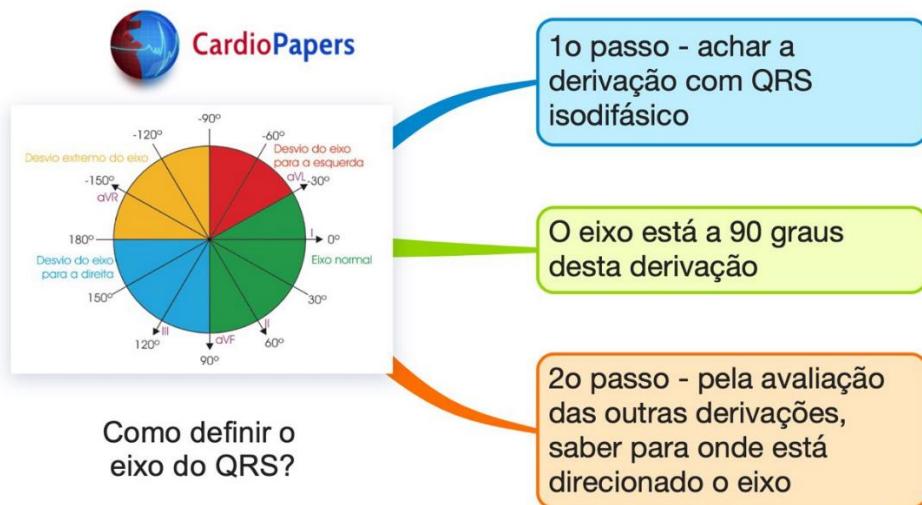
- **V1: onda Q negativa = Sinal de Sodí-Pallares:** Sinal indireto de sobrecarga de ventrículo direito (corrobora, inclusive, com o achado de sobrecarga de átrio direito supracitado – quando há SVD geralmente há SAD concomitante)
- **V1: QRS predominantemente positivo com onda R positiva ampla:** sobrecarga ventricular direita
- **V6: Onda S negativa mais proeminente que a onda R:** sobrecarga ventricular direita



6) Intervalo PR: normal é estar entre 03 a 05 quadradinhos

7) Eixo cardíaco: normal – QRS positivo em DI e aVF, e negativo em V1 (entre 0 e 90º)

- No exemplo acima: QRS em DI está negativo. aVR é isobifásico e positivo em DIII, logo, o eixo está em +120º, logo, desviado para a direita (provavelmente pela SVD)



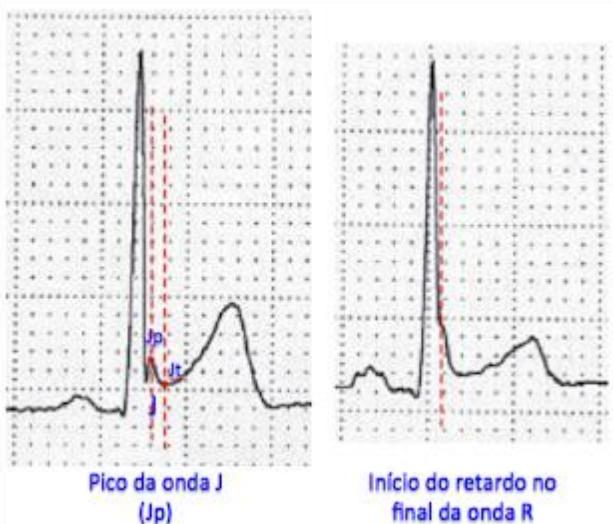
8) Segmento ST

- Supradesnívelamento de seguimento ST**
 - Infarto agudo do miocárdio

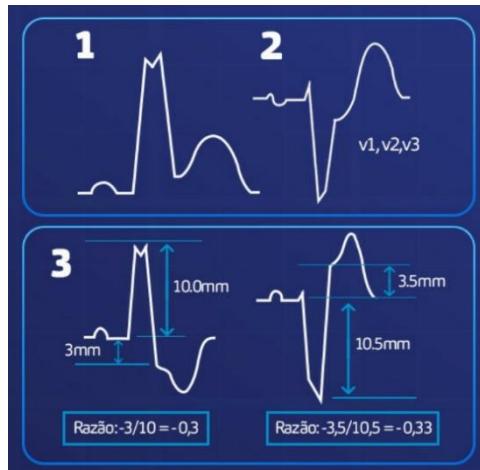
Concavidade para baixo (“supra triste”), respeita território de coronárias, possui imagem em espelho

Repolarização precoce (RP)

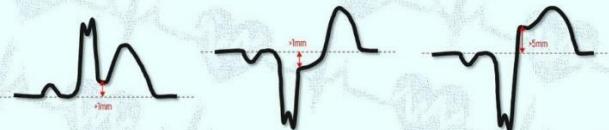
- ✓ Concavidade para cima (“supra feliz”, < 2mm), muitas vezes com um entalhe (onda J) no ramo descendente da onda R, presente em derivações precordiais médias e laterais, ocasionalmente em derivações inferiores



- ✓ Padrão de RP – não relacionado a arritmias malignas, não demanda nenhuma investigação adicional
- ✓ Síndrome de RP – relacionado a arritmias malignas (história pessoal de síncope ou morte súbita recuperada, ou história familiar de morte cardíaca prematura – raro)
 - Hipercalemia
 - Bloqueio de ramo esquerdo
 - ✓ Aplicar os critérios de Sgarbossa para fazer o diagnóstico diferencial com IAM



Critérios de Scarbossa



5 pontos 3 pontos 2 pontos

SCORE $\geq 3 \rightarrow 90\%$ de especificidade para diagnóstico de infarto

Critério de Scarbossa modificado:
Trocar o critério de 2 pontos por:
- Elevação discordante do QRS > 25% da onda S precedente

@questoesemcardiologia

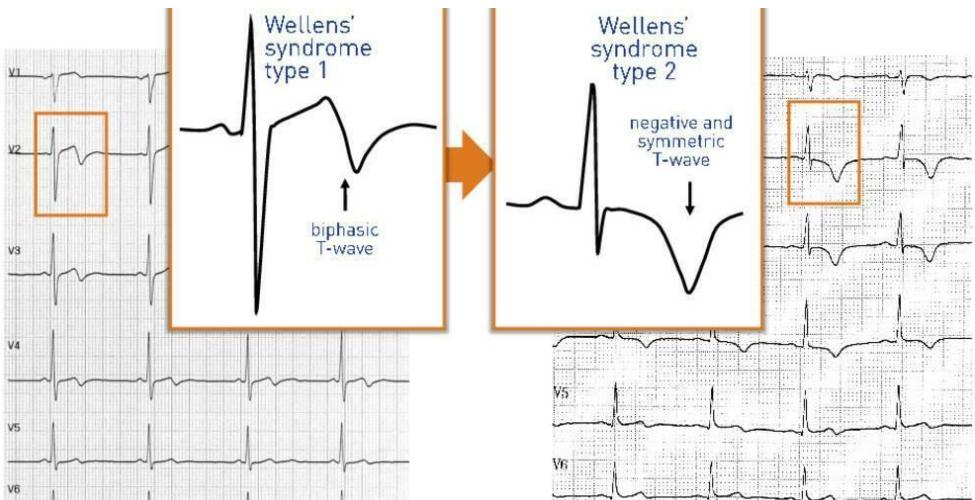
- Pericardite

- ✓ Supra com concavidade para cima (“supra feliz”) em todas as derivações

- Síndrome de Brugada
- **Infradesnivelamento do segmento ST**
 - Isquemia miocárdica (imagem em espelho?)
 - Hipertrofia de VE (pode haver padrão strain)

9) Onda T:

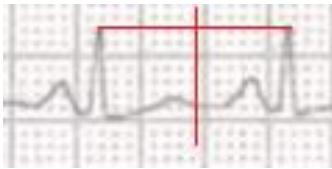
- **Síndrome de Wellens:** padrão atípico de obstrução coronariana $\geq 90\%$ em artéria descendente anterior – indica CATE ou até CRM precoce
 - Tipo I – 24% dos casos: Padrão Plus-Minus (onda T bifásica positiva-negativa) em V2 e V3 na vigência de dor torácica aguda
 - Tipo II – 75% dos casos: Onda T simétrica e invertida em V2 e V3 na vigência de dor torácica aguda



- **Síndrome de “de Winter”:** outro padrão atípico de obstrução coronariana $\geq 90\%$ em artéria descendente anterior – indica CATE ou até CRM precoce
 - Infradesnívelamento de Segmento ST com ondas T altas e positivas em V1-V4, além de um supradesnívelamento de segmento ST em aVR



10) Intervalo QT: regra prática para uma avaliação rápida: Intervalo QT deve terminar antes do ponto médio entre os RR



- Ponto médio não corta onda T: intervalo QT normal

Porém, a medida do intervalo QT varia com a FC. Logo, a maneira mais fidedigna de se determinar se QT está prolongado ou não é através de cálculos matemáticos. Existem várias fórmulas (disponíveis em aplicativos médicos)

- Fórmula de Bazett: $QTc = \frac{QTi}{\sqrt{RR}}$
- Fórmula de Fridericia: $QTc = \frac{QTi}{RR^{1/3}}$
- Fórmula de Framingham: $QTc = QTi + 1,154 (1 - RR)$

Valores de referência:

- Mulher: até 470ms
- Criança: até 460ms
- Homem: até 450ms
- Intervalo QT curto: menor que 350ms

Causas de alteração no intervalo QT

- Intervalo QT prolongado:
 - Síndrome do QT longo congênito (Romano-Ward, Jervell, Lange-Nielsen)
 - Medicamentos (anti-histamínicos, descongestionantes, diuréticos, antibióticos, antiarrítmicos, antidepressivos e antipsicóticos, medicamentos para colesterol e diabetes)
 - Hipertrofia ventricular esquerda
 - Alterações eletrolíticas: hipocalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia
 - Cetoacidose diabética
 - Anorexia nervosa ou bulimia
 - Doenças da tireoide
- Intervalo QT curto:

- Síndrome do QT curto congênita (SQTC)
- Hipercalcemia
- Hipercalemia
- Efeito da digoxina
- Síndrome da fadiga crônica, atropina, catecolaminas, hipertermia

Conclusão para o eletro acima (do início da seção): Ritmo sinusal. Sobrecarga bialtrial com sobrecarga ventricular. FC 100bpm

ECG e quadro clínico extremamente sugestivo de estenose mitral (sobrecarga a montante de AE, VD e VE). A paciente deste caso possuía valva mitral de área de 1cm², ou seja, estenose mitral grave, sendo submetida a intervenção

Taquiarritmias

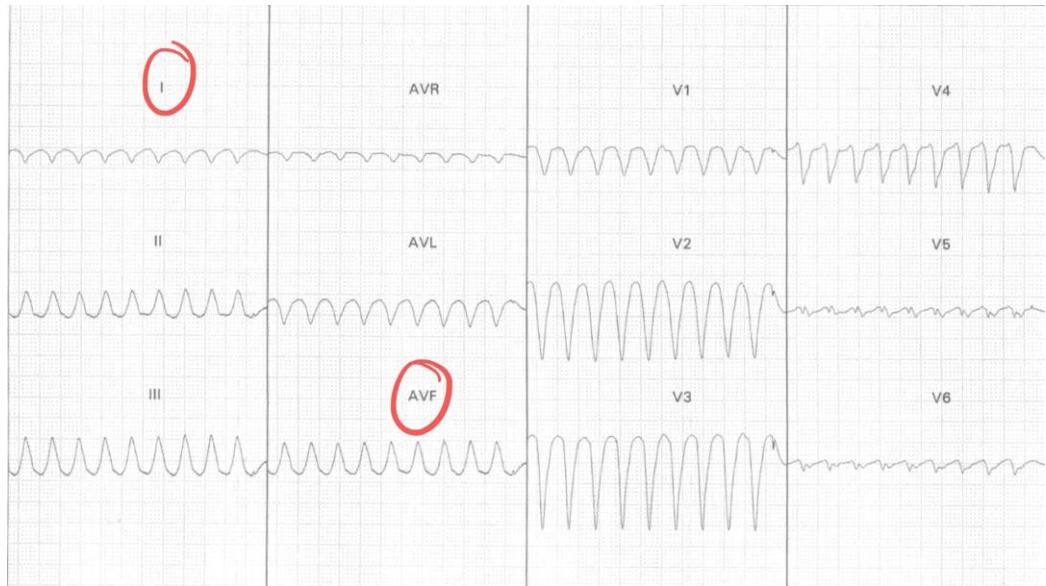
Taquiarritmias de QRS Largo (> 120mseg ou 3 quadradinhos)

Principais HD:

- Taquicardia ventricular – (TV) – mais comum (80%)
- Taquicardia supraventricular com aberrância (TSV-A)
- Outras bem mais raras: taquicardia conduzindo através de via acessória, taquicardia em paciente com ritmo de marcapasso

Principal: saber diferenciar TV de TSV-A

Dica prática pra diferenciar de forma rápida TSV-A e TV (não entra em critérios, mas ajuda a pensar rápido): Olhar **DI** e **AVR** → se QRS estiver completamente negativo em uma dessas derivações, indica que o eixo está desviado, logo é TV!



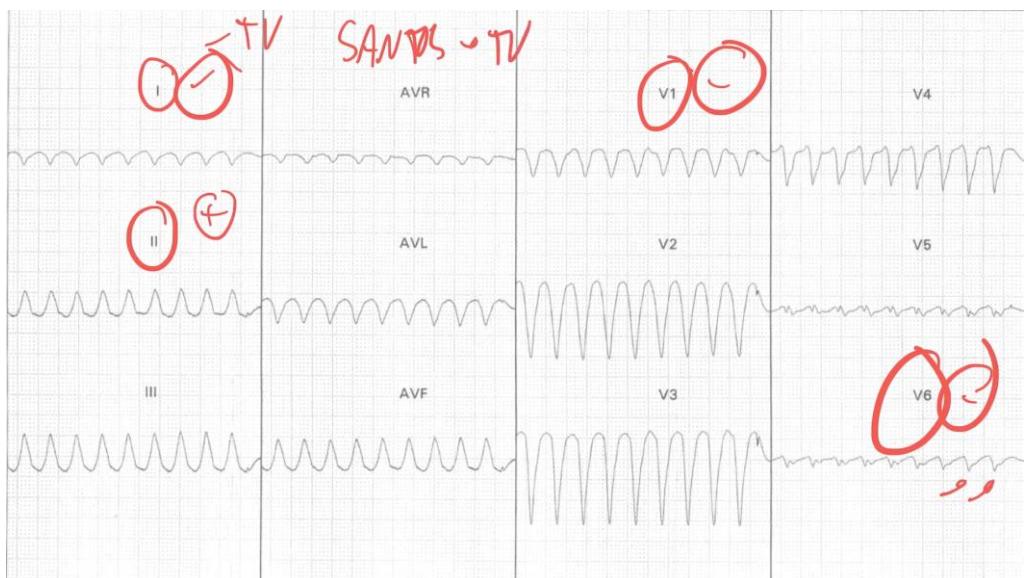
O lado “pontudo” do QRS é o que indica se a amplitude é positiva ou negativa.

Veja que em D1, neste ECG, a parte “pontuda” está negativa, logo, sugere fortemente TV

Critérios tradicionais para diferenciar TV de TSV-A:

- **Critérios de Santos:** Observar DI, DII, V1 e V6

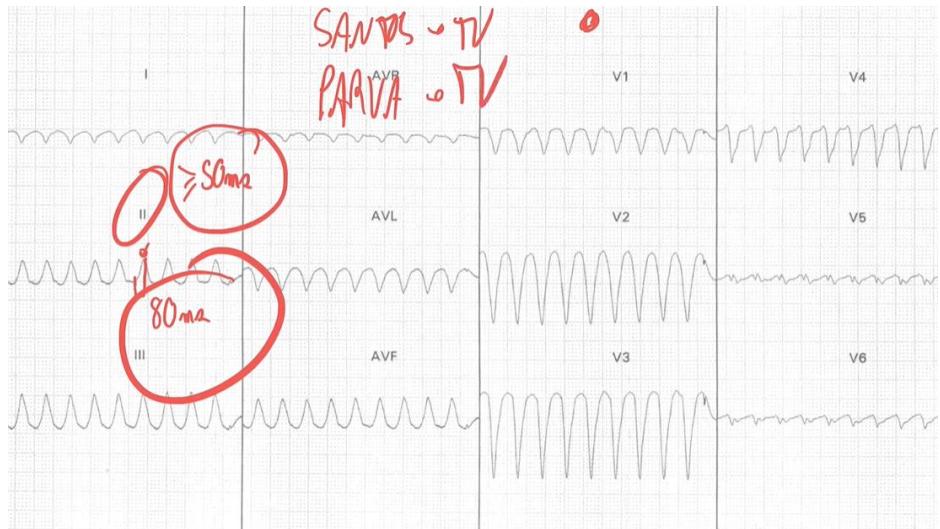
- Todas as 4 negativas: maior acurácia para TV
- Três negativas: acurácia intermediária para TV
- Duas negativas: acurácia intermediária a baixa para TV
- Nenhuma negativa: TSV com aberrância



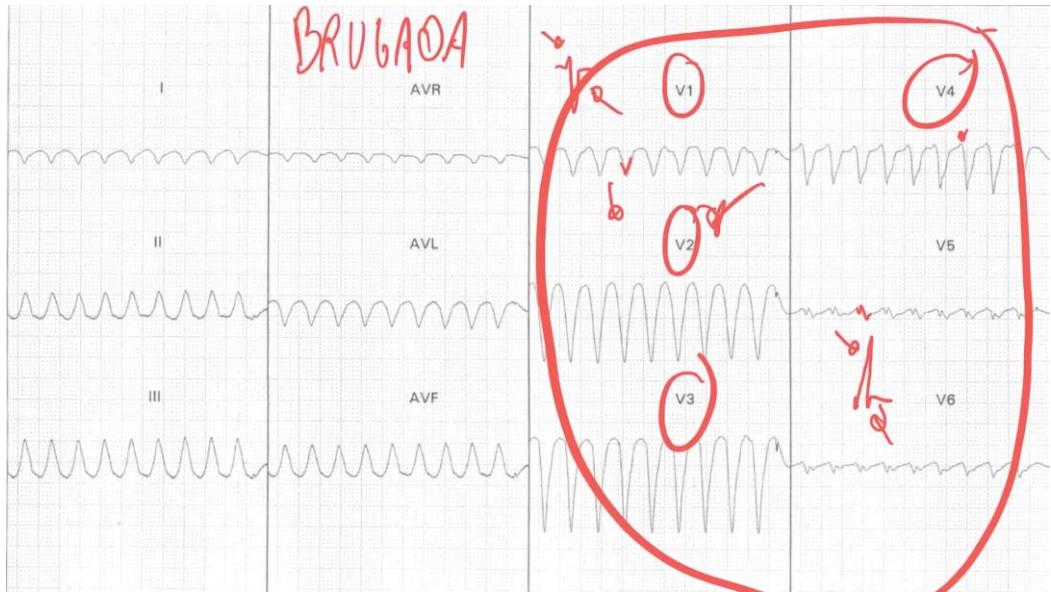
- **Critério de PARVA:** Distância entre o início da onda R ao pico da onda R

maior que 50mseg (1,25 quadradinhos)

→ A lógica disto é: uma TSA-A, por ir pelas vias de condução, é transmitida mais rapidamente, enquanto uma TV, por ter origem num foco ventricular, tem um delay até chegar nas vias de condução



- **Critérios de Brugada:** se preencher pelo menos um desses critérios, é TV
 - Ausência de RS de V1-V6

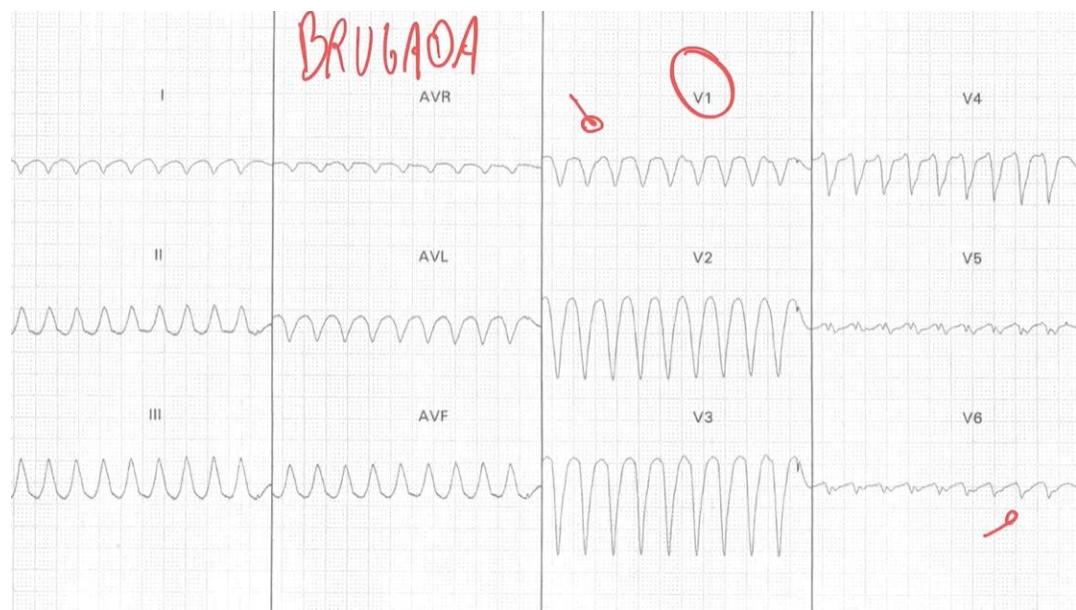


→ V5 e V6 tem RS identificáveis, então não preenche este critério

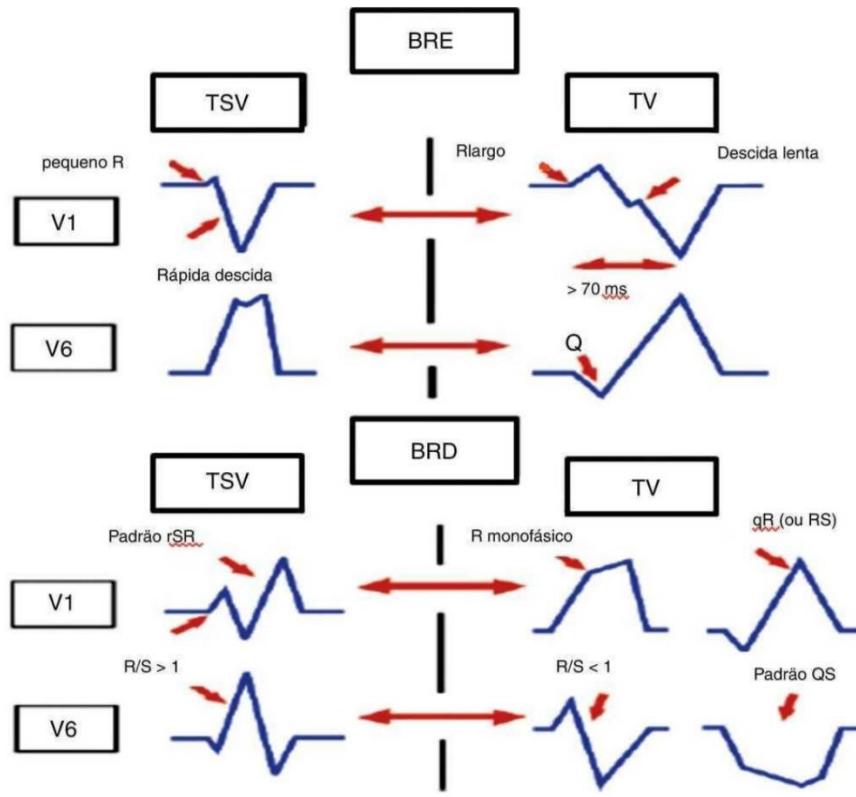
- ✓ Distância do começo da onda R até nadir da onda S > 100mseg (2,5 quadradinhos)
- Note que o RS em V5 tem 2 quadradinhos, então não preenche

→ Dissociação AV

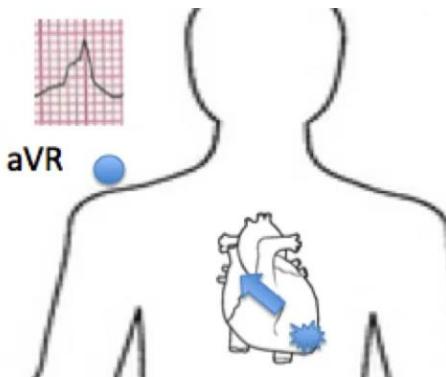
- Criterios morfológicos para TV em V1, V2 e V6



Aspecto sugere um BRE em V1 mas “estranho” em V6 → TV

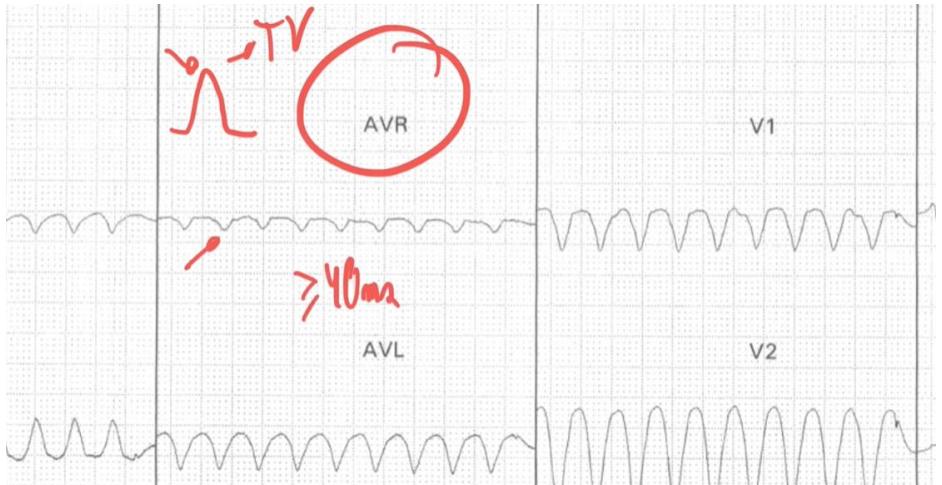


- **Critério de Vereckei:** Observar apenas AVr
 - Presença de onda R em AVr → TV



Se fosse TSV-A, o esperado seria ver apenas onda S (negativa), já que o estímulo estaria indo de cima a baixo, mas numa TV, principalmente nas que surgem no ápice, o estímulo vai de baixo pra cima, fazendo surgir uma onda R (positiva) onde não deveria que é o AVr – mas lembre-se que a ausência de onda R em AVr não descarta TV!!

- Onda Q inicial > 40mseg



**Se instabilidade hemodinâmica →
SEMPRE CARDIOVERSÃO!**

Taquiarritmia em Gestante

- Cardioversão elétrica é liberada, o líquido amniótico protege o feto
- Adenosina também tá liberada
- Dos betabloqueadores, o Atenolol é proscrito em gestantes, dá CIUR e outras broncas. Mas Succinato de Metoprolol e Pindolol são liberados.

Fenitoína – Como usar em pacientes que não respondem ao Diazepam

- Dose de ataque: 20mg/kg
- Apresentação: 250mg/5ml
- Número de ampolas a ser feito: Peso × 20
÷ 250 + SF 250ml EV lentamente
- Tempo de infusão: Máximo de 50mg/min
(Peso × 20 ÷ 50 = tempo de infusão em min)
– Correr em 30min a 1h costuma acertar a margem

Obs: Nunca dilua em SG. A droga precipita e perde o efeito

Fentanil

- **Como usar na intubação de sequência rápida**
- Dose: 1 a 3 mcg/kg, puro. Em termos práticos, 4ml para um paciente de 70 kg
- Apresentação: 50mcg/ml

- Mecanismo: A via aérea é extremamente enervada pelo sistema simpático. A manipulação da via aérea, com passagem do tubo, pode desencadear uma resposta adrenérgica excessiva e fazer com que o paciente curse com hipertensão grave.

- É para atenuar a resposta adrenérgica que existe o fentanil, mas perceba que o sedativo e o relaxante muscular podem causar hipotensão, então essa resposta adrenérgica pode inclusive ajudar, já que a hipotensão é extremamente prejudicial ao paciente
- Logo, deve-se reservar o fentanil para situações em que a hipertensão deve ser evitada, como pacientes com patologias cardiovasculares
- Uma mudança recente desestimulou o uso da lidocaína, logo, se o paciente tem indicação de fentanil, use-o. Caso

contrário, use apenas o sedativo e o relaxante muscular

- Evitar o fentanil na sepse, principalmente se o paciente estiver hipoteno

Como usar na sedoanalgesia nos procedimentos

- Dose prática: 01ml costuma ser suficiente

- Interessante usar em associação com midazolam (0,1mg/kg), com o Propofol (0,05ml/kg) ou com o Etomidato (0,05ml/kg)

Gluconato de cálcio na emergência

É a medida mais importante na hipercalemia grave, pois estabiliza a membrana dos miócitos cardíacos, evitando a arritmia gerada pela hipercalemia – não altera a concentração sérica de potássio, apenas mantém o coração estável por 30min, dando tempo para depurar potássio através

de outras medicações, como furosemida, por exemplo.

Gluconato de cálcio 10% = Ampolas de 10ml (1g)

Há várias formas de utilizá-lo

- “10 em 10 em 10”: Gluconato de cálcio 10% 10ml em SF/SG5% 100ml – Correr EV em 10 min
Ou
- Gluconato de cálcio 10% 20ml em SF 100ml – Correr em 20 min

Obs: Cuidado com pacientes que usam digitálicos, pois o gluconato pode precipitar uma intoxicação

Infecções intra-abdominais

Tratamento conservador:

Peritonite bacteriana espontânea (PBE):

→ Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 07 dias

→ Albumina para casos selecionados

→ Profilaxia secundária: Norfloxacino
400mg VO 1x/dia

Tratamento cirúrgico potencial:

- Apendicite, diverticulite, colecistite, colangite

Pancreatite no estágio inicial, mesmo grave
-> não é infecção, não é pra começar antibiótico às cegas, principalmente nas primeiras semas da doença!

Tratamento via de regra para infecções intra-abdominais:

- Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h
Ou
- Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h

Tratamento para infecções graves da via biliar (pacientes instáveis e chocados)

- Piperacilina-Tazobactam 4,5g EV 6/6h é opção pela sua excelente penetração no tecido

E o tempo de tratamento?

- Após abordagem cirúrgica resolutiva = 4 dias ou menos!
- Sem abordagem = depende da condição do doente e da melhora clínica, mas em geral fica em torno de 07 dias

Insuficiência respiratória na emergência

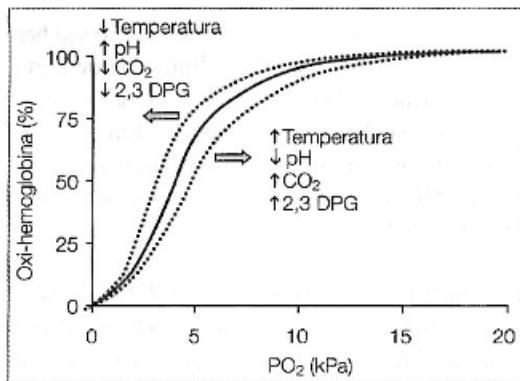


FIGURA 1 Curva de saturação da hemoglobina.

1º passo: Gasometria arterial

- Relação P/F ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 200 mmHg denota hipoxemia grave

Tipo 1: Hipoxêmica $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$	Tipo 2: Hipercápnica $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ e $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$
<p>Distúrbio V/Q (ventilação/perfusão): é uma hipoxemia com elevação do gradiente A – a (alvéolo-arterial)</p> <ul style="list-style-type: none">• Efeito shunt (alvéolos perfundidos, mas não ventilados)• Efeito espaço morto (alvéolos ventilados, mas não perfundidos) <p>Shunt intra e extrapulmonar: situação extrema do distúrbio V/Q</p> <ul style="list-style-type: none">• Shunt intrapulmonar: sangue perfunde o pulmão, mas não é oxigenado porque os alvéolos estão colapsados ou preenchidos por fluido ou material inflamatório – SDRA (SARA) é o protótipo do <i>shunt</i> intrapulmonar direita-esquerda	<p>Elevação da produção de CO₂: Febre, sepse, crise tireotóxica etc.</p> <p>Diminuição da excreção de CO₂:</p> <ul style="list-style-type: none">• SNC – “Não respira”: diminuição do <i>drive</i> respiratório central (sedação excessiva, AVC, encefalite etc.)• SNP / musc. resp. / caixa torácica e pleura / via aérea superior – “Não consegue respirar”: Trauma raquimedular, Guillain-Barré, tórax instável (trauma), cifoescoliose, hipofosfatemia, epiglotite etc.• Pulmões – “Não respira o suficiente”: Embolia

<p>→ Uma das formas de diferenciar as condições supracitadas é a administração de oxigênio em alto fluxo (FiO_2 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio V/Q: Correção da hipoxemia • <i>Shunt</i>: taxa de correção da hipoxemia é menor ou ausente <p>Obs: Hipercapnia pode evoluir para Hipoxemia também!</p>	<p>pulmonar (grave), asma grave, DPOC etc</p> <p>Obs: Se $\text{PaO}_2 > 45 \text{ mmHg}$, checar o pH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pH 7,33 – 7,35 → provável acidose respiratória crônica ○ pH < 7,35 → provável acidose respiratória aguda ou crônica agudizada (este sendo superior o pH predito)
<p>Etiologias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Infecções (bactérias, vírus, fungos) 2) Edema agudo de pulmão cadiogênico (elevação da pressão hidrostática) e não cardiológico 3) Lesão pulmonar/SDRA 4) Embolia pulmonar 5) Atelectasia 6) Fibrose pulmonar/intersticiopatias 7) Hemoptise 8) Neoplasias 9) Traumáticas: contusão pulmonar 	<p>Etiologias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asma 2) DPOC 3) Medicações depressoras do SNC: barbitúricos, opioides, benzodiazepínicos 4) Doenças neuromusculares: Guillain-Barré, <i>miastenia gravis</i>, distrofia muscular, ELA 5) Transtornos do SNC: neoplasias, infecções, trauma, AVC, elevação da pressão intracraniana 6) Metabólicos: hipoglicemias, hipercalcemias, hipernatremia, hiponatremia

	7) Síndrome da hipoventilação da obesidade
	Evitar altos fluxos de oxigênio, sobretudo DPOC moderada a grave

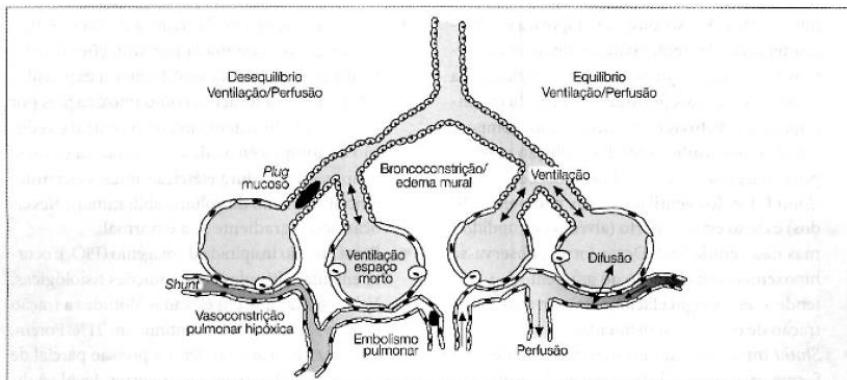


FIGURA 4 Representação esquemática da ventilação, difusão, perfusão e o mecanismo regulatório vasoconstricção hipóxica. Todas as formas de insuficiência respiratória aguda decorrem da falha de um ou mais destes processos e culminam em distúrbio V/Q ou nos seus extremos shunt ou espaço morto.

Interfaces de suporte de O₂:

Cateter nasal de O₂:

- Baixos fluxos: 0,5 a 6 L/min –
cada aumento de 1 L/min
tende a elevar a FiO₂ em 3 a 4%
(ex: 3 L/min = FiO₂ 30 a 34%)

- Baixa concentração de O₂ (até 40%)
- Indicações: pacientes sem necessidade de alto fluxo, como doentes sem *shunt* ou com doenças pulmonares crônicas que necessitam de baixa FiO₂

Máscara de Venturi:

- Fornece concentrações variáveis de FiO₂ (24 a 50%) a depender da válvula e de seu fluxo recomendado
- Indicadas quando se precisa titular de forma adequada a FiO₂

Máscara facial com reservatório

- Pode propiciar alto fluxo e alta concentração de O₂ (FiO₂ 90 a 100%)

- Indicações: IRespA hipoxêmicas graves (SDAR, pneumonia grave)

Dispositivo Bolsa Válvula Máscara (Ambu®)

- Alto fluxo e alta concentração de O₂
- Deve ser usado sempre com fluxo de O₂ de 15 L/min
- Indicações: pré-oxigenação a 100%, ventilações em PCR etc.

Cânula nasal de alto fluxo:

- Pode fornecer O₂ aquecido e umidificado
- Em adultos permite um fluxo de até 60 L/min, gerando uma pequena pressão positiva nas vias aéreas superiores, comparável à VNI, até pela sua maior tolerância e conforto em relação à VNI, sendo uma

alternativa interessante para pacientes que não a toleram

Ventilação Não Invasiva (VNI):

- Ventilação com pressão positiva mediada por alguma interface (nasal, oronasal, máscara facial e capacete)
- Indicações: principalmente EAP cardiogênico hipoxêmico e exacerbação de DPOC associada com IRespA hipercápnica ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ e $\text{pH} < 7,3$), desde que não haja indicação imediata de IOT
- Devemos iniciar com baixas pressões para melhor tolerância e menor assincronia; pressão inicial inspiratória de 8-12 cmH₂O e expiratória de 3-5 cmH₂O são mais bem toleradas

- Elevação da pressão inspiratória (10 a 20 cmH₂O) deve levar em consideração a tolerância do paciente, alívio da sensação de dispneia, diminuição da FR e análise do VC, assim como a sincronia entre paciente e ventilador
- Ajustar a FiO₂ para se obter a oxigenação necessária – em geral SatO₂ > 90% (absoluto cuidado em pacientes com doença pulmonar crônica – elevação súbita da SatO₂ em DPOC, por ex., pode suprimir drive ventilatório)
- Gasometria arterial de controle após 1 a 2 horas do início da VNI, ou conforme julgamento clínico, é o ideal – melhora do pH e da paCO₂ são fortes pressupostos de sucesso da VNI

- Falha da VNI: piora do quadro respiratório, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível da consciência, agitação, inabilidade de proteger via aérea, dessaturação ou piora gasométrica – proceder à IOT imediatamente

	DPOC exacerbado	Edema agudo pulmonar	Insuf. Resp. hipoxêmica	Pós-operatório
Modo	BIPAP (ou PSV/PEEP)	CPAP ou BIPAP	BIPAP (PSV + PEEP)	CPAP ou BIPAP
IPAP – PEEP (PSV)	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP
EPAP (PEEP)	4 a 6 cmH2O	10cmH2O	≥ 8 cmH2O	≥ 7 cmH2O
FiO2	Para manter SatO2 > 92%	Moderada a alta	Alta	Para manter SatO2 > 94%
Interface	Nasal, facial, facial total	Facial, facial total, capacete	Facial, facial total	Facial, facial total, capacete

Local ideal	Emerg, semi, UTI	Emerg, semi, UTI	UTI	UTI
↓IOT	+++	+++	++	++
↓Mortalidade	+++	++	+	+

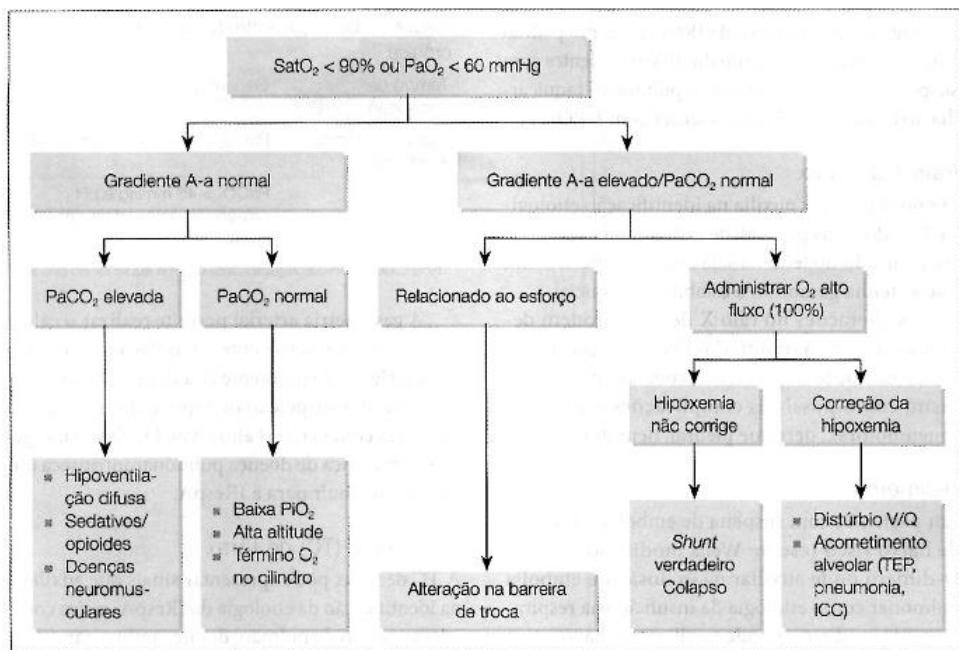


FIGURA 6 Investigação dos mecanismos causadores de insuficiência respiratória aguda.
DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Insulina – como calcular o bolus

- Formula: $(\text{HGT} - 120) \div 30$

$$\text{Ex: } (420 - 120) \div 30 = 10 \text{ UI}$$

- Tabela:

$$180 - 200 = 2\text{UI}$$

$$201 - 250 = 4\text{UI}$$

$$251 - 300 = 6\text{UI}$$

$$301 - 350 = 8\text{UI}$$

$$351 - 400 = 10\text{UI}$$

Se > 70 ou $> 400 \text{ mg/dL}$, avisar
plantonista

Insulina – Como preparar em bomba

- Diluição: 1ml de insulina regular (= 100 UI)
+ SF 99 ml = 1 UI/ml

Obs¹: A insulina perde a eficácia após 6 horas
– Pedir à enfermagem que troque a solução
de 6/6h

Obs²: Em pacientes críticos, tentar ser mais
tolerante quanto aos níveis glicêmicos
(hipoglicemia mata mais que hiper), e

sempre buscar o controle da glicemia com insulina EV, visto que o comprometimento circulatório desses pacientes pode fazer com que a biodisponibilidade da insulina seja alterada quando feita SC. Depois, com o paciente estável e com dieta oral é que se passa ao esquema subcutâneo

Isolamento domiciliar

- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e objetos de uso pessoal
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca
- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água, ou usar álcool gel, principalmente depois de tossir ou espirrar
- Não receber visitas enquanto os sintomas persistirem

- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, deve usar máscara cirúrgica ao sair do seu quarto e trocar máscara sempre que estiver úmida
- Na ausência de máscara, proteger a boca e o nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (*papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel*)
- Ficar em quarto sozinho se possível e mantê-lo ventilado
- Sair de casa apenas em situações emergenciais. Ao sair de casa, sempre colocar máscara cirúrgica

Lockterapia

Trata-se de colocar ATB nas vias dos catéteres tentando "salvá-lo", erradicando a bactéria. O problema é que pra germes como *S. aureus* e candida isso não funciona

A lockterapia é uma opção naqueles pacientes "corpo fechado" com múltiplos

vasos trombosados e que tiveram catéteres em diversos sítios, desde que o doente esteja estável e seja um micro-organismo tratável com esse esquema

Um cateter de curta permanência infectado deve ser removido; porém, lockterapia poderia ser feita na tentativa de salvar um catéter de longa permanência, mas nunca por *Staphylococcus aureus*

Num perm de diálise vc faz uma mistura de heparina com determinado ATB para tentar salvá-lo. Ex: *E. faecalis* multi-s - lockterapia com ampicilina

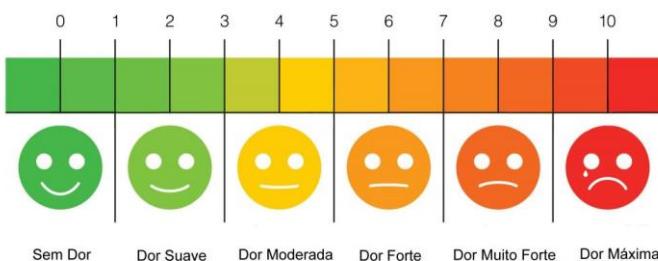
Antibiotic lock therapy: review of technique and logistical challenges:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271721/>

Manejo da dor na Emergência

Prioridade: Alívio imediato da dor, utilizando medicações com potência proporcional à dor do paciente. Em outras palavras, dores intensas requerem analgesia intensa. Apenas dores toleráveis permitem escalonamento

Escala de Dor



Um dos parâmetros para decidir por onde iniciar a analgesia são as escalas visuais analógicas da dor (graduar a dor pela face do paciente, não pelo relato de sua percepção), como a exemplificada acima

- Dores leves (01 a 04): Analgésicos comuns (Dipirona e/ou Paracetamol)

- + AINEs (de preferência com ação analgésica: Cetoprofeno, Cetorolaco ou Tenoxicam)
- Dores moderadas (05 a 07): Analgésicos comuns + AINEs + opióides fracos (Tramadol ou Codeína)
- Dores intensas (08 a 10): Analgésicos comuns + AINEs + opióides fortes (Morfina ou Fentanil)

Obs: Esse raciocínio não vale para o manejo da dor nas cefaleias primárias, em que o uso de opióides está associado a falha terapêutica e/ou cefaleia de rebote

MOV

Monitorização cardíaca

Oximetria de pulso

- Cateter nasal > 3l/min pode machucar o nariz do paciente

V- acesso venoso

- Jelco calibroso ≤ 18
- Se for necessário uma medida heroica para ressuscitação volêmica, pode-se pressurizar o volume (literalmente apertar o frasco-ampola, pode ser até mesmo com manguito de pressão)

SF x SRL

- **SRL** – melhor em termos qualitativos e quantitativos
 - ✓ Possui 5 componentes: potássio, cálcio, lactato, cloreto (130mEq) e sódio (130mEq)
 - ✓ Mais balanceado e completo

SF

- ✓ Apenas 2 componentes: cloreto e sódio, ambos 154mEq
- ✓ Pode gerar acidose hiperclorêmica,

disfunções de coagulação e renais

Noradrenalina – como usar

- Indicação: pacientes hipotensos que não respondem ou têm contraindicação a volume
- Diluição: Noradrenalina 4 amp (8mg/4ml) + 234ml de SF ou SG5%
- Dose inicial: 5ml/h
- Ajuste: Aumentar 5ml/h de 5/5min até estabilizar a PA

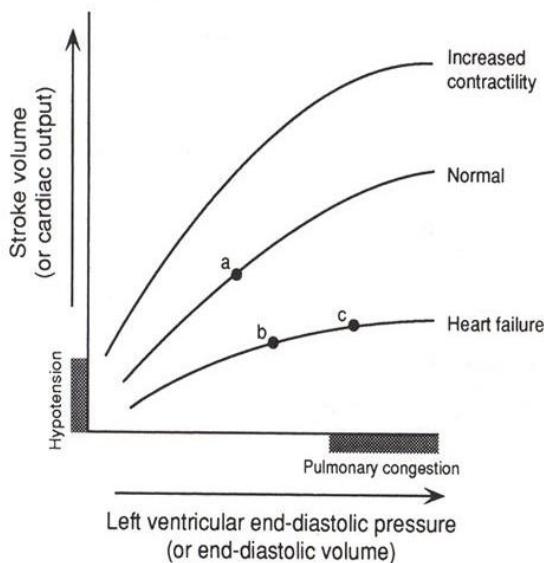
Obs¹: Sempre avaliar a causa do choque antes de iniciar a nora. Por exemplo, se hipovolemia, tentar fazer volume antes, senão a droga não fará efeito

Obs²: Pacientes chocados e em uso de noradrenalina têm vasoconstrição periférica, principalmente em pele,

subcutâneo e trato gastrointestinal. Nunca use nesses pacientes medicações por via subcutânea, intramuscular ou oral. Apenas endovenoso.

Prova volêmica na Emergência

Curvas de Frank-Starling



- Preferir soluções balanceadas (Ringer Lactato) em vez das Salinas (SF). Reservar coloides para situações bem específicas, como Cirrótico com injúria renal que não respondeu a cristaloide
- Administrar alíquotas de 500/500ml (250/250ml se paciente com risco de congestão – ex: renais crônicos e IC) e avaliar resposta a cada dose (PA, FC, FR, sinais de congestão volêmica)
- Administrar mais volume se resposta parcial ao fluido, na ausência de sinais de congestão
- Interromper a administração de fluido se a meta tiver sido atingida, se o paciente deixar de responder (Lembrar do platô da Curva de Frank-Starling – nesse caso, não retardar o início de aminas vasoativas) ou se sinais de congestão

Artigos sobre fluidoterapia:

<https://emcrit.org/ibcc/fluid/>

<https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-018-0402-x>

Pás – Como desfibrilar corretamente um paciente

- MUITO GEL: Para conduzir bem o estímulo
- POSICIONAMENTO: Uma na região paraesternal direita e outra no ápice cardíaco
- PRESSÃO SOBRE AS PÁS: Deve ser feita certa pressão sobre o tórax do paciente no momento do choque, não basta encostar

Sedoanalgesia para procedimentos

Midazolam:

- Apresentação: 5mg/mL
- Dose recomendada: 0,1mg/kg
- Função: Peso x 0,1 / 5
- Ex: 60kg, usa-se 1,2ml.

O Midazolam é a droga mais disponível.

Usaremos a ampola com 3 ml, na apresentação de 5 mg/ml. A dose recomendada é de 0,1 mg/kg.

Para facilitar, o volume por peso é de 0,02 ml/kg. Então, para um paciente de 60 kg, use 1,2 ml.

Você pode ainda associar com 1 ml de Fentanil para ter um efeito melhor. O Midazolam se encaixa bem em quase todos os casos.

Quetamina:

- Apresentação: 50mg/mL
- Dose: 0,8mg/kg

- Função: Peso x 0,8 / 50
- Ex: 60kg usa-se 0,96ml

A Quetamina é uma excelente opção por manter o drive ventilatório. A ampola que usaremos tem 2 ml e concentração de 50 mg/ml.

A dose recomendada para procedimentos é de 0,8 mg/kg. Para facilitar, o volume é de 0,016 ml/kg. Para um paciente de 60 kg, usaremos então 1 ml. A Quetamina tem bom efeito analgésico e sedativo.

Apenas tome o cuidado de não usa-la em pacientes com alterações cardíacas pelo risco de piorar as arritmias. Então, para cardioversão, use outra droga.

Já para drenagem torácica, punção de acesso central, ou outros procedimentos potencialmente dolorosos, a Quetamina é uma excelente escolha.

Propofol:

- Apresentação: 20mg/ml (2%)
- Dose 0,1mg/kg
- Função: Peso / 20
- Exemplo: 60kg usa-se 3ml

O Propofol é pouco disponível nas emergências, mas é uma boa opção devido a meia vida curta e fácil titulação.

A dose por peso é de 0,05 ml, logo, em um paciente com 60 kg, vamos usar 3 ml. Uma observação interessante é que a infusão do Propofol pode doer.

Então você também pode usar 1 ml de Fentanil antes do Propofol para amenizar este efeito.

Etomidato:

- Apresentação: 2mg/mL
- Dose: 0,1mg/kg

- Função: Peso x 0,1 / 2
- Exemplo: 60kg usa-se 3m

O Etomidato é excelente. Tem meia vida curta, é titulável e bastante cardioestável, o que a deixa bastante interessante para cardioversão elétrica.

A dose por peso é a mesma do Propofol, 0,05 ml/kg. Para um paciente com 60 kg, usaremos 3 ml.

Sedação Contínua – Pós IOT

Idealmente, deve-se correr o Midazolam separado do Fentanil, pois a dose do primeiro é ajustada pela escala de RASS ou Ramsay, e a do segundo pelo BPS (escala comportamental da dor).

- Geralmente não é indicado deixar o paciente em sedação profunda, na maioria das vezes só queremos deixar

o paciente confortável: com um RASS entre 0 e -3 e um BPS menor que 5.

Fentanil: Objetivo é deixar o BPS menor que 5

- Pode ser feito puro: Esvaziar um frasco de SF 100ml e colocar 50ml de Fentanil puro. Iniciar a 1 a 2ml/h e ajustar pelo BPS (escala comportamental da dor)

Ou

- Fentanil 50mcg/ml 20ml + SF 80ml (conc 10mcg/ml): Iniciar a 12ml/h e ir ajustando pelo BPS

Midazolam: Objetivo é deixar o RASS entre 0 e -3

- Midazolam 5mg/ml 30ml + SF/SG5% 120ml (conc = 1mg/ml): Iniciar a 4ml/h e ir ajustando pelo RASS

Ou

- Midazolam 5mg/ml 20ml + SF/SG5% 80ml (conc = 1mg/ml): Iniciar a 4ml/h e ir ajustando pelo RASS

Midazolam + Fentanil numa mesma solução, para uma mesma BIC: Não é o ideal correr midazolam e fentanil no mesmo SF, já que ambos têm ações diferentes e são ajustados por escalas diferentes, mas em caso de limitação de BIC no serviço, é uma opção razoável

Sugestões:

- Midazolam 5mg/ml 30ml + Fentanil 50mcg/ml + SF/SG5% 80ml (conc = mida 1mg/ml + fenta 6,6mg/ml): iniciar a 10ml/h

ou

- Midazolam 5mg/ml 50ml + Fentanil 50mcg/ml 25ml + SF 175ml – Iniciar a 10ml/h

- 50mcg/h de Fentanil, o suficiente para deixar o paciente confortável, com a traqueia dessensibilizada para o tubo
- 10mg/h de Midazolam, o suficiente para gerar amnésia e talvez até hipnose

Cuidados:

➔ Cuidado, fentanil em excesso se deposita no tecido adiposo e pode demorar dias pra ser eliminado, o que atrapalha muito processo de extubação. Desconfiar de intoxicação por fentanil sempre que as pupilas estiverem mióticas e tentar reduzir a vazão dele

- ➔ Uso prolongado e/ou em altas doses de Fentanil está associado a desenvolvimento de tolerância e hiperalgesia após sua remoção, sendo interessante fazer rodízio de opioides quando o paciente passa mais de 4 dias em uso de Fentanil, como Metadona
- ➔ Suspensão do Midazolam também pode fazer síndrome de abstinência, então, ao extubar um paciente, pode ser necessário manter Diazepam VO por um tempo
- ➔ Agitação pós extubação pode ser por hiperalgesia após suspensão do Fentanil e/ou abstinência após suspensão do Midazolam, ou mesmo Delirium. Considerar fazer analgesia com Metadona ou Morfina, bem como BDZ para o controle dessas agitações

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO
EXPRESSÃO FACIAL	RELAXADA	1
	PARCIALMENTE CONTRAÍDA = SOBRANCELHAS FRANZIDAS	2
	COMPLETAMENTE CONTRAÍDA = PÁLPERAS FECHADAS	3
	CARETA = ESGAR FACIAL	4
	SEM MOVIMENTO	1
MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES (EM REPOSO: VERIFIQUE O TÓNUS MUSCULAR)	PARCIALMENTE FLETIDOS	2
	MUITO FLETIDOS COM FLEXÃO DOS DEDOS	3
	RETRAÍDO, RESISTÊNCIA AOS CUIDADOS	4
	TOLERA A VENTILAÇÃO	1
	TOSSE MAS TOLERA A VENTILAÇÃO A MAIOR PARTE DO TEMPO	2
ADAPTAÇÃO AO VENTILADOR	LUTA CONTRA O VENTILADOR MAS A VENTILAÇÃO AINDA É POSSÍVEL ALGUMAS VEZES	3
	INCAPAZ DE CONTROLAR A VENTILAÇÃO	4

BPS – Escala comportamental da dor		
Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (p. ex. abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimento parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à VM a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

Escala de RASS

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimento despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Se move e abre os olhos ao comando verbal. Não dirige o olhar

-4	Sedação profunda	Não responde. Abre os olhos à estimulação física
-5	Sedação muito profunda	Sem resposta a estimulação física

Escala de Ramsay	
Pontuação	Descrição
1	Paciente ansioso, agitado ou ambos
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Responsividade a comando verbal com abertura ocular espontânea
4	Resposta rápida a estímulo glabellar ou estímulo sonoro vigoroso
5	Resposta débil a estímulo glabellar ou estímulo sonoro vigoroso
6	Ausência de qualquer estímulo

Solução polarizante (glicose + insulina)

Utilizada junto com o gluconato de cálcio para o manejo de hipercalemia grave

Há várias formas de se preparar:

- SG 10% 250ml (25g de glicose) + SG 50% 50ml (25g de glicose) + Insulina Regular 10 UI – Correr EV em 30 min
- SG 50% 100ml + Insulina Regular 10UI – Correr EV em 30 min
- Se ClCr < 30 a meia vida da insulina pode se prolongar, então é bom dobrar a dose de glicose ofertada: SG 10% 500ml (50g de glicose) + SG 50% 100ml (50g de glicose) + Insulina Regular 10 UI – Correr EV em 30 min

É bom evitar a solução de glicose pura 50% pura caso o paciente esteja sem acesso venoso central, pois o uso da glicose 50% em veia periférica pode causar flebite e perder o acesso

Sonda nasogástrica – sempre deve ser usada em intoxicações exógenas?

- Deve ser reservada para lavagem gástrica em pacientes intoxicados por agentes em

forma de líquido ou pó (sondas convencionais não retiram comprimidos)

- Lembre-se que a sonda é incômoda, com risco de traumatismo e, mesmo com sonda apropriada, só se consegue remover cerca de 15% (ao contrário do carvão ativado, que quando administrado de forma precoce, inibe até 90% da absorção)

- Também é contraindicada a lavagem gástrica na intoxicação por produtos a base de hidrocarbonetos, como o querosene, ou ainda produtos cáusticos, como água sanitária (“entra queimando, sai queimando”)

- Lembre-se que a SNG não é obrigatória para a administração de carvão ativado, este pode ser ingerido por via oral, sem a passagem de sonda

Sulfato de magnésio

Há várias maneiras de usá-lo:

- Paciente de 70kg: Sulfato de magnésio 10% 02 amp + SF 250ml – Correr EV aberto

Iminência de Eclampsia (esquema Zuspan)

- Sulfato de Magnésio 50% 08ml + SG5% 42ml - CORRER EM 10min (300ml/h)
- Sulfato de Magnésio 50% 40ml (04 AMP) + 460ml DE SG5% - EM 25-50ml/h POR 24h

Tosse na emergência

Duração é um divisor de águas:

- Aguda até 3 semanas
- Subaguda de 3 a 8 semanas
- Crônica maior que 8 semanas

Sintomas associados que devem ser sempre questionados:

- Dispneia?
- Febre?
- Perda de peso?
- Sintomas que remetem à coqueluche (qualquer um dos 3 já pontua, principalmente se a duração da tosse for maior que 14 dias):
 - Paroxismo
 - Guincho pós tosse
 - Êmese pós tosse
- Sintomas que remetem a sarampo
 - Exantema maculopapular
 - Hiperemia conjuntival
 - Manchas de Koplick

Obs: Coqueluche é uma doença cuja importância do diagnóstico, além da epidemiologia, justifica a permanência da tosse por meses. Quando o tratamento com

macrolídeos (ex: Azitromicina 07 dias) é instituído cedo (lembrando que pode-se iniciar empiricamente antes da cultura), o paciente melhora bem mais precocemente.

Obs: Sarampo é outra doença a se lembrar, suspeitar de tosse associada a febre e exantema maculopapular. Lembrando que sarampo pode deixar sequelas, como bronquiectasias

Obs: lembrar também da Influenza, e seguir o fluxograma do MS

Sinais de alarme que requerem investigação:

- FC > 100bpm
- FR > 24irpm
- SatO₂ < 95% em AA
- Tax > 38°C

Se encontrar algum desses sinais ou sintomas associados, é essencial a solicitação de um RX de tórax

Causas mais comuns de tosse (principalmente se RX normal):

Agudas:

- ✓ IVAS viral
- ✓ Bronquite viral aguda (mesmos germes das IVAS)

Crônicas

- ✓ Síndrome da via aérea superior com gotejamento pós nasal (rinite / rinossinusite crônicas)
- ✓ Gastrointestinal (refluxo gastroesofágico)
- ✓ Tosse atópica
- ✓ Bronquites eosinofílicas
- ✓ Asmática (melhora com broncodilatador e corticoide)

- ✓ Não asmática (não melhora com broncodilatador e corticoide)

Medicamentosa

- ✓ IECA: normalmente começa na primeira semana, mas pode começar em até 06 meses depois. A queixa associada mais comum é garganta seca, sem rinorreia associada. Geralmente resolve em 1 a 4 dias após a suspensão, mas pode demorar até 4 semanas para resolver. Retorna mesmo se trocar o IECA por outro, normalmente é mais comum em mulheres e não tem correlação com asmáticos
- ✓ Inibidores da DDT4 (gliptinas): principalmente quando associadas a IECA, pois também envolvem as bradicininas em seu mecanismo
- ✓ Tabagismo: tosse costuma sumir em até 4 semanas após a suspensão

- ✓ Tosse psicogênica: diagnóstico de exclusão

→ O tratamento dessas condições é apenas com sintomáticos, repouso e, quando indicada, lavagem nasal. NÃO USAR ANTIBIÓTICO!!!

Ventilação mecânica invasiva

Modo PCV

Lembrar que Pins é PEEP (padrão = 5cmH₂O) + Pcontrole (padrão = 15cmH₂O) = 20cmH₂O

A Pins pode ser aumentada em caso de pacientes obesos com dificuldade de expansão torácica, por exemplo, mas se deve aumentar a Pcontr proporcionalmente à PEEP (ex Pcont 20 + PEEP 8 = Pins 28), pois uma diferença de Pcontr e PEEP muito grande pode levar à lesão alveolar por

distensão e colabamento alveolar
exagerados

Bloqueio neuromuscular na IOT

Indicações:

- Manter ventilação protetora em pacientes com SARAG (SARA), quando a sedação não é o bastante
- Broncoespasmo grave em assincronia persistente – muitas vezes a causa da briga com o ventilador é acidose, e o excesso de CO₂ pode ser “lavado” quando o paciente se entrega ao VM através do BNM
- Aumento das pressões intracraniana e intrababdominal – para reduzir brigas com ventilador e, consequentemente, piora destas condições
- Hipotermia terapêutica após PCR

CUIDADO! Às vezes o paciente “briga” com o ventilador porque está tentando

compensar uma acidose, logo, se BNM for feito com um Volume Minuto (FR x VC) baixo configurado no ventilador, o paciente pode evoluir com parada cardiorrespiratória por acidose! Então, antes de iniciar o bloqueio, aumente os parâmetros do Vmin no ventilador (ex: aumentar FR para 25 - 30irpm, enquanto se preserva o VC na faixa de ventilação protetora quando indicado)! Lembrar ainda de realizar uma gasometria arterial após cerca de 20min para avaliar a resposta do paciente bloqueado aos seus parâmetros, e ajustar o que for necessário

Drogas:

Rocurônio (10mg/ml – ampolas de 50mg/5ml):

- ✓ Preparo: Rocurônio 10mg/mL 50ml (500mg) + SF 200mL = 2mg/mL
- ✓ Iniciar em 0,6 mg/kg/h (0,6 x peso / 2 = 21ml/h num paciente de 70kg)

- ✓ Opção (*off label*, na ausência de uma gasometria): Uma ampola de Rocurônio EV (dura 01h) e reavaliar o paciente a cada hora → se mantiver assincronia, provavelmente ainda está em acidose / se cessar assincronia, problema foi resolvido e provavelmente o paciente não necessitará mais de BNM

Cisatracúrio (2mg/ml – ampolas de 10mg/5ml)

- ✓ Preparo: Cisatracúrio 2mg/ml 50mL (10 amp) + SF 50ml = 1mg/mL
- ✓ Iniciar em 0,18mg/kg (12ml em *bolus* num paciente de 70kg)
- ✓ Manutenção em 0,06 a 0,12mg/kg/h (4 a 8ml/h num paciente de 70kg) após evidência de bloqueio neuromuscular

Desmame de VMI (Extubação)

Checklist para decidir pela extubação

- Nível de consciência aceitável (o que é isso é difícil de dizer) - é impossível saber se o doente protege via aérea sem antes de fato extubar
- Hemodinâmica estável ou em melhora (doses baixas a moderadas de vasopressor ou inotrópico não são contraindicações à extubação)
- Sobre a parte respiratória:
 - Relação P/F maior que 150 (as vezes até 120)
 - Doente ter passado em TRE (teste de respiração espontânea) – não aplicável se doente foi intubado por razões neurológicas, hemodinâmica ou para cirurgia

Testes de respiração espontânea – Opções:

- 1-) Fazer em PSV com PEEP 5-10 e PS 5-8
- 2-) Fazer em PSV-CPAP apenas com PEEP
- 3-) Fazer com tubo T - ou seja, sem PEEP nem PS, apenas com fonte de O₂ conectado ao T

Ventilação mecânica não invasiva

Nomeclatura e modalidades

- VNI com pressão única: CPAP, em que se regula somente uma pressão equivalente à EPAP ou PEEP (PEEP = EPAP)
- VNI com dois níveis de pressão: BIPAP, que engloba uma inspiratória, a IPAP, que nada mais é do que a pressão inspiratória total (PS + PEEP) e uma expiratória (EPAP), que se assemelha à PEEP; em ventiladores

mecânicos microprocessados, regula-se PS e PEEP; como IPAP = PS + PEEP, a PS = IPAP – PEEP. Já a EPAP = PEEP

Modalidade	Característica	Indicação
BIPAP (BILEVEL)	Dois níveis de pressão (IPAP/EPAP ou PS/PEEP)	- Hipercapnias agudas, para descanso da musculatura respiratória - EAP cardiogênico - Infecções de imunossuprimidos
CPAP	Pressão constante nas vias aéreas	- EAP cardiogênico - PO de cirurgia abdominal - Apneia do sono leve/moderada

	CPAP	BIPAP (PS + PEEP)
Recrutamento alveolar: ↑PaO₂	++	++
Aumento da ventilação alveolar (volume minuto): ↓PaCO₂	-	+++
Conforto (sincronia paciente-ventilador)	+	++
Diminuição do trabalho respiratório	+	+++

Principais indicações de VNI (maior nível de evidência)

- Exacerbação de DPOC
- Edema pulmonar cardiogênico (CPAP + tratamento convencional)
- Auxílio do processo de retirada da VM
- Imunodeprimido em IRpA
- Evidências duvidosas: Asma, PAC grave e prevenção de IRpA pós extubação

Contraindicações:

- Agitação
- Glasgow < 12 (exceto DPOC)
- Obstrução das VA
- Tosse ineficaz
- Distensão abdominal/vômitos
- Hemorragia digestiva alta
- Arritmia cardíaca complexa
- Síndrome coronariana aguda
- Instabilidade hemodinâmica
- Lesões me face

- Barotrauma não drenado
- Cirurgia de esôfago

Monitoramento de resposta

- Avalia-se parâmetros objetivos (ex: volume corrente exalatório, FR, SatO₂, pH, PaO₂ e PaCO₂) e subjetivos (conforto respiratório e nível de consciência)
- **Reavaliar o paciente a cada 30 ou 60 min - Qualquer sinal de “não melhora” ou piora após 1 a 2 horas de VNI indica necessidade de IOT e VMI de imediato**

		DPOC exacerbado	Edema agudo pulmonar	Insuf. Resp. hipoxêmica	Pós-operatório
Modo	BIPAP (ou PSV/PEEP)	CPAP ou BIPAP	BIPAP (PSV + PEEP)	CPAP ou BIPAP	
IPAP – PEEP (PSV)	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP	VC = 6 ml/kgPP	
EPAP (PEEP)	4 a 6 cmH2O	10cmH2O	≥ 8 cmH2O	≥ 7 cmH2O	
FiO2	Para manter SatO2 > 92%	Moderada a alta	Alta	Para manter SatO2 > 94%	
Interface	Nasal, facial, facial total	Facial, facial total, capacete	Facial, facial total	Facial, facial total, capacete	
Local ideal	Emerg, semi, UTI	Emerg, semi, UTI	UTI	UTI	
↓ IOT	+++	+++	++	++	
↓ Mortalidade	+++	++	+	+	

Indicar IOT e VMI se após VNI, em reavaliação, mantivermos os seguintes parâmetros:

- FR > 25irpm
- ↑ trabalho muscular respiratório
- pH < 7,35
- SatO₂ < 90%
- FiO₂ > 30%

Voos – transporte aéreo

Doenças que podem contraindicar viagem de avião!

Cardiovasculares:

- 1) IAM – contraindicado por pelo menos duas semanas
- 2) Angina Pectoris – Contraindicado
- 3) ICC instável – Contraindicado
- 4) TV ou TSV não controlada – Contraindicado

Obs: Uso de marca-passos e desfibriladores implantáveis não contraindicam voo

Pulmonares:

- 1) Asma – Contraindicado se instável ou alta recente
- 2) DPOC – Necessário avaliação de especialista e testes adicionais
- 3) Doença pulmonar intersticial – Necessário suporte de O₂
- 4) Pneumotórax – Contraindicado por 04 semanas após o tratamento
- 5) Derrame pleural – Contraindicado por 02 semanas após toracocentese

Obs: Traqueostomia não contraindica voo

Abdominais:

- 1) Cirurgia abdominal – Contraindicado por 1-2 semanas
- 2) Laparoscopia diagnóstica – Contraindicado por pelo menos 24h
- 3) Obstrução intestinal – Contraindicado

Obs: Colostomia não contraindica voo

Miscelânea:

- 1) Raquianestesia – Contraindicado por 1-2 semanas
- 2) Infecções – Deve ser analisado caso a caso
- 3) Anemia ($Hb < 8,0$) – Contraindicado
- 4) Mergulho com cilindro de O_2 – Contraindicado por 24h
- 5) AVE – Contraindicado por pelo menos 02 semanas

Obs: Distúrbios psiquiátricos: contraindicados se comportamento imprevisível ou agressivo. Permitido se distúrbios psicóticos estáveis e se acompanhado por um responsável.

Orientações gerais: Manter ao alcance uma lista detalhada com as condições médicas, medicamentos em uso, incluindo doses e alergias. Levar os medicamentos que faz uso nos recipientes originais.

Emergências médicas em voos

Síncope: 30% das emergências aéreas

Causas:

- ✓ Vasovagal: sudorese, palidez, melhora em 15 a 30 min
- ✓ Cardíaca: dor torácica, dispneia, bradicardia
- ✓ Pulmonar: dispneia, dor pleurítica
- ✓ AVC: fala arrastada, assimetria facial, déficit focal
- ✓ HIPOGLICEMIA: lembrar de aferir glicemia!!

Condutas:

- ✓ Decúbito dorsal
- ✓ Pernas elevadas
- ✓ Líquidos VO
- ✓ Tentar sentar
 - Se melhora: provável causa benigna

→ Sem melhora: entrar em contato com suporte médico terrestre, e enquanto isso:

- ✓ Decúbito dorsal
- ✓ Pernas elevadas
- ✓ Hipoxemia → O₂
- ✓ Ausência de pulso: iniciar RCP

OBS: Hipoglicemias → Glicose VO ou 25ml de Dextrose 50% EV (5amp)

Sintomas cardíacos: 7% das emergências aéreas

Causas: avaliar histórico de doenças cardiovasculares e tentar obter ECG para revisão terrestre

- ✓ SCA: Dor torácica, dispneia
- ✓ Arritmia: bradicardia, taquicardia, batimentos irregulares
- ✓ Dispepsia: queimação epigástrica, diagnóstico de exclusão, histórico prévio

Condutas:

- ✓ SCA: Aspirina, O₂ e analgesia
- ✓ Dispepsia: Antiácidos, analgésicos simples

Desconforto respiratório: 10% das emergências aéreas

Avaliação inicial: Avaliar histórico de doenças respiratórias / medir SatO₂

- ✓ Se passageiro com histórico de uso de O₂ > 4L/min → O₂ da aeronave insuficiente para reverter a hipóxia

Manejo:

- ✓ SatO₂ < 95% → Ofertar O₂
- ✓ Broncoespasmo → Salbutamol
- ✓ Sem melhora → entrar em contato com suporte médico terrestre

MEDICAÇÕES DISPONÍVEIS A BORDO

Respiratório:

- Aminofilina IM
- Salbutamol INAL
- Betametasona IM

Analgésicos:

- Aspirina VO
- Paracetamol VO
- Dipirona VO
- Diclofenaco VO
- Tramadol EV

Cardiovascular:

- Aspirina VO
- Atenolol VO
- Dinitrato isossorbida VO
- Captopril VO
- Adrenalina EV
- Atropina EV
- Furosemida VO / IM

Emergências cardiológicas

Atualizações – ACLS

Geral: o que mais muda o desfecho continua sendo a desfibrilação precoce nos ritmos chocáveis, e as compressões torácicas efetivas.

Via aérea

Intubação orotraqueal, na Parada, não muda desfecho. É melhor investir mais na ventilação com bolsa-válvula-máscara (AMBU) ou numa máscara laríngea

Se optar por intubar, lembre-se que uma falha ou uma demora na IOT > 10 seg já compromete muito o desfecho do paciente. Melhor deixar a pessoa com maior taxa de IOT bem sucedida tentar. Em caso de insegurança, melhor manter o AMBU ou a ML.

Drogas pelo tubo na Parada: VaNEL

- Vasopresina

- Naloxone
- Epinefrina (Adrenalina)
- Lidocaína

Obs: a dose deve ser dobrada ou até triplicada em relação à dose EV

Drogas na PCR

Vasopressores

Lembre-se que todas as drogas na PCR devem ser aplicadas com o membro do paciente elevado, e ser feito bolus de SF depois

Adrenalina 01mg (01 amp) continua indicada após o segundo choque nos ritmos chocáveis, e assim que a parada for reconhecida num ritmo não chocável.

Obs: Lembre que a adrenalina é pró-arrítmico, por isso que é indicada apenas apos o segundo choque nos ritmos chocáveis (pode acontecer mesmo de o paciente voltar após o primeiro choque, e

cair em ritmo de parada de novo por conta de uma adrenalina antes da hora indicada)

Vasopressina: é um vasopressor puro não catecolaminérgico, uma opção à adrenalina, só que mais cara e sem superioridade, por isso não se costuma utilizar na prática

Antiarritmicos

Amiodarona na PCR é pura, 300mg (02 amp) na primeira dose, 150mg (01 amp) na segunda dose

Obs: A PCR é a única situação em que você faz a amiodarona pura

Lidocaína é uma opção à amiodarona, que se usa do mesmo jeito. Se torna mais interessante pelo fato de poder ser administrada pelo tubo orotraqueal na ausência de um acesso venoso ou intraósseo. A primeira dose EV é 1,0 a 1,5mg/kg, logo, para a Lidocaína a 2%, é só dividir o peso por 20 que dará a dose em ml,

com uma margem de metade disso para mais (~3 a 5ml EV para um paciente de 70kg), e a segunda dose é metade da primeira

Atropina na PCR não se usa mais!!

Magnésio não deve ser utilizado de rotina, mas pode ser indicado se paciente parou em taquicardia ventricular polimórfica do tipo Torsades de Pointes

Trombolítico pode ser utilizado dentro da parada caso haja TEP diagnosticado previamente à PCR (massagem cardíaca prolongada é uma contraindicação relativa, pelo risco de fratura costal com sangramento). Já para trombólise coronariana dentro da PCR, as evidências são limitadas, sendo melhor estabelecido o benefício quando feito no paciente após o RCE.

Obs: Amiodarona é um antiarrítmico da classe III, ou seja, tem efeito betabloqueador. Ou seja, se pegar um paciente com predisposição a disfunção ventricular, ou mesmo disfunção ventricular (ex: FE < 45%), e faz uma amiodarona pura, ou em uma dose muito rápida/alta, pode causar um choque cardiogênico. E esse choque não sai com noradrenalina, só sai com dobuta. A única situação em que se faz amiodarona pura em bolus é na PCR

Cuidados pós parada

Vasopressor de escolha: Noradrenalina, para manter PAM > 65mmHg

Controle direcionado da temperatura:
Indicado para pacientes que voltam comatosos, sem responder adequadamente a ordens

Objetivo: Temperatura entre 32 a 36°C (o importante é evitar a febre) nas 12 a 24h seguintes à PCR

Como pode ser feito: colocação de compressas geladas em locais de grandes artérias (pescoço, região inguinal...), infusão EV de SF a 4°C, SNG com administração (após aspirar o conteúdo gástrico, claro) de SF gelado, etc

Controlar hiper ou hipoglicemia

Discutir CATE com a hemodinâmica

- Lembrar que paciente com supra prévio à PCR vai direto pro CATE
- Se paciente com dor típica, mesmo sem Supra de ST, para e retorna, mesmo que não tenha supra no pós parada, também está indicado o CATE (às vezes é uma CX que tá passando batida)

CASO ESPECIAL: PCR em gestante, principalmente as do terceiro trimestre

- Via Aérea Avançada (IOT) já é indicada de forma precoce, pois uma das causas de PCR nelas é hipóxia pela compressão uterina
- Também é indicado pedir que alguém desloque o útero gravidico durante as compressões

IAM com supradesnivelamento de segmento ST

“Nem tudo que reluz é ouro, nem tudo que supra é IAM”. Critérios:

- Supra maior que 01mm em duas ou mais derivações contíguas, ou > 0,5mm em v3r, v4r, v7, v8 e v9
- Supra com concavidade para baixo é mais sugestivo de iam do que com concavidade pra cima

- Imagem em espelho (ex: parede inferior e parede lateral) é mais sugestiva de IAM

Angioplastia x Trombolítico

Angioplastia (CATE) tem menor mortalidade em relação ao trombolítico – sempre será preferível em relação ao **trombolítico**

Se o tempo de transferência para um centro com hemodinâmica demorar **mais que 120 minutos**, vale mais a pena **trombolisar** do que transferir

- Tempo porta agulha (trombolítico)
ideal < 30 min
- Tempo porta balão (angioplastia)
ideal < 90 min

Contraindicações ao trombolítico

Cinco na cabeça:

1. AVCh prévio
2. Malformação arteriovenosa

3. Neoplasia intracraniana benigna ou maligna
4. Trauma craniofacial importante nos últimos 03 meses
5. AVCi nos últimos 3 meses

Uma no tórax:

1. Dissecção aguda de aorta

Uma no abdome

1. Sangramento de qualquer etiologia (principalmente gastrointestinal), exceto menstruação

Obs: discrasia sanguínea e contraindicação relativa de algumas diretrizes, como a européia

Decidiu trombolisar (mnemônico “CATE”)

Tudo junto, no mesmo momento:

- Clopidogrel (não pode ser prassugel e nem ticagrelor)
 - < 75 anos - 300mg

- > 75 anos - 75mg
- AAS - 200 a 300mg
- Trombolítico - dose varia de acordo com o trombolítico
 - Tenecteplase (Metalyse®) – bolus EV
 - ✓ < 60kg: 30mg dose
 - ✓ 60 a 70kg: 35mg dose
 - ✓ 70 a 80kg: 40mg dose
 - ✓ 80 a 90kg: 45mg dose
 - ✓ > 90kg: 50mg dose
- Enoxaparina
 - < 75 anos bolus de 30mg EV + 1mg/kg SC
 - > 75 anos 0,75mg/kg SC (não faz bolus EV)

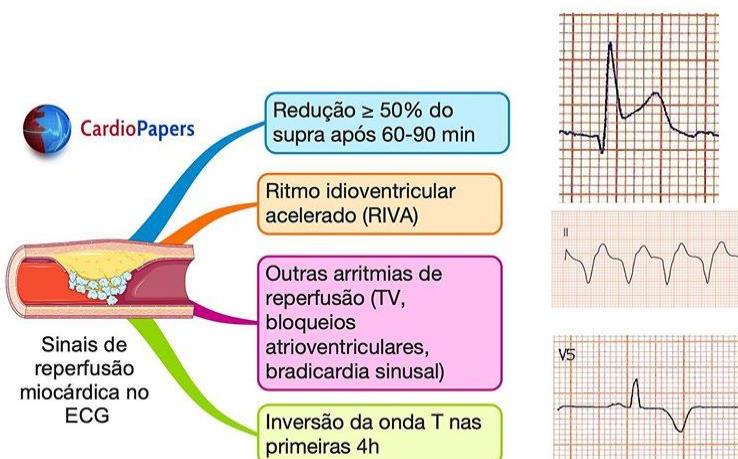
Critério de reperfusão pós trombólise

- Acompanhar os próximos 60 a 90 min
 - Melhora da dor e redução do supra > 50%
- Arritmia de reperfusão

- Ritmo idioventricular acelerado

Se funcionou a trombólise, manter o paciente internado e enviar para o cateterismo de rotina entre 3 e 24h (pois o paciente trombolizado ainda permanece com sua artéria subocluída)

Deu o tempo e não reperfundiu, realizar angioplastia de resgate (obs: não existe mais angioplastia facilitada)



Optou pela angioplastia

Clopidogrel 600mg (aí sim ticagrelor e prassugrel mostraram mais benefício que o clopidogrel)

- ✓ Obs: prassugrel só deve ser feito quando se conhece ou se vai conhecer a anatomia do paciente. Logo, no IAM sem supra, só deve ser feito após cate ou com cate iminente, já no iam com supra, paciente geralmente vai pro cate, então pode ser feito
- ✓ AAS 300mg
- ✓ Enoxaparina
 - < 75 anos bolus de 30mg EV + 1mg/kg SC
 - >75 anos 0,75mg/kg SC (não faz bolus EV)

Referência do resumo: @cardiopapers

Insuficiência Cardíaca (IC) na Emergência

Critérios de Framingham – Diagnóstico de IC	
Critérios maiores <ol style="list-style-type: none">1) Dispneia paroxística noturna2) Perda de 4,5kg em 05 dias de tratamento3) Turgência jugular a 45°4) Estertores crepitantes5) Edema agudo de pulmão6) PVC > 16cmH2O7) Refluxo hepatojugular8) Cardiomegalia no RX9) Galope de B3	Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">• 02 critérios maiores e 01 critério menor OU• 01 Critério maior e 02 critérios menores
Critérios menores <ol style="list-style-type: none">1) Tosse noturna2) Edema em tornozelos bilateralmente3) Dispneia aos esforços4) Hepatomegalia5) Capacidade viral reduzida a 1/3 do normal6) Taquicardia > 120bpm	Principais diagnósticos diferenciais: <ul style="list-style-type: none">• Outras causas de dispneia: DPOC, anemia ...• Outras causas de edema: renal, cirrótico, desnutrido ...

Opção aos critérios de Framingham = Critérios de Boston

Além dos critérios clínicos, exames complementares como ECG, ECO POC, RX tórax, função renal, hemograma etc. podem ajudar a dar o diagnóstico, mas o exame mais sensível é o BNP e o pró-BNP

- BNP < 100 ou NT-pro-BNP < 400pg/mL → praticamente exclui IC do diagnóstico
- BNP > 400 ou NT-pro-BNO > 2.000pg/mL → diagnóstico de IC muito provável

Causas de descompensação de IC

1. Má adesão medicamentosa
2. Má adesão à restrição hidrossalina –
2 a 3 litros ao dia é muito para estes pacientes
3. IAM
4. Arritmia
5. Uso de AINEs

Classificação da descompensação da IC na Emergência:

Classificação de Stevenson

- **Perfil A** – Quente e Seco ("Arábia")
- **Perfil B** – Quente e Úmido ("Brasil" ou "Belém do Pará") – *70% dos casos*
- **Perfil C** – Frio e Úmido ("Canadá" ou "Curitiba") – *10% dos casos*
- **Perfil L** – Frio e Seco ("La Paz")

Como classificar o paciente? – Checar Volemia e Perfusion

Volemia – Seco ou Úmido

Sinais de hipervolemia (congestão – Úmido):

- ✓ Edema periférico
- ✓ Pressão jugular elevada
 - Estase jugular?
quando você aperta o fígado e a estase jugular aumenta
 - Refluxo hepatojugular? –

- Evidência clínica ou radiológica de edema de pulmão (creptos/sibilos disseminados)
 - Outros: hepatomegalia congestiva (dor no HCD), ascite, edema de MMII ...
- **Perfusão** – Quente ou Frio

Sinais de má perfusão periférica (Frio):

- ✓ PAM < 65bpm (55 em IC avançada com hipotensão crônica) ou PAS < 90mmHg
- ✓ Pressão de pulso (PAS - PAD) reduzida (Ex: 90x76mmHg)
- ✓ TREC > 02 seg
- ✓ Livedo reticular
- ✓ Cianose de extremidades / Extremidades frias ou pegajosas
- ✓ Oligúria
- ✓ Alterações do nível de consciência

IMPORTANTE: Hipotensão (PAS < 90mmHg) e Choque (má perfusão tecidual) são elementos diferentes. Um paciente pode sim estar mal perfundido mesmo com PAS >

90mmHg, e isso faz diferença no tratamento da IC perfil C

Tratamento da IC descompensada na emergência:

Perfil A

- Em geral, não precisam de internação, necessitando apenas de ajuste de medicações para insuficiência cardíaca (IECA/BRA, betabloqueadores, spironolactona e, mais recentemente, Ivabradina e Sacubitril-valsartana, ou até antidiabéticos como Inibidor da SGLT2) – *considerar aumentar as doses ou até acrescentar medicações*
- Correção dos distúrbios hidroeletrolíticos deve ser feita, uma vez que predispõem a arritmia
- Se ICC com Fibrilação Atrial de Alta Resposta Ventricular (FAARV) > 150bpm:

- Digoxina 0,25 a 0,5mg EV em pacientes sem uso prévio
- Idosos ou insuficiência renal:
Digoxina 0,0625 a 0,125mg

Perfil B

- **Diuréticos** para todos os pacientes:
*espera-se efeito diurético em 30 min com duração até 2 horas – considera-se **diurese efetiva** aquela > 400mL com melhora da dispneia*
 - Paciente sem uso domiciliar prévio de diurético de alça:
Furosemida 20 a 40mg EV
(doses maiores se DRC, hipervolemia severa ou uso de drogas que reduzam efeito do diurético de alça – ex: AINE) – se a dose inicial não gerar diurese efetiva, repetir com o dobro da dose
 - Pacientes com uso domiciliar prévio de diurético de alça:
somar à dose VO diária

**Furosemida 1 a 2,2x a dose VO
diária por via EV** (doses maiores se DRC, hipervolemia severa ou uso de drogas que reduzam efeito do diurético de alça – ex: AINE) – se a dose inicial não gerar diurese efetiva, repetir com o dobro da dose

- **Vasodilatadores** (IECA, BRA, hidralazina, isossorbida, nitroglicerina ou nitroprussiato) são indicados especialmente se paciente tiver hipertensão aguda severa associada ($PA \geq 180x120\text{mmHg}$)
 - **Se descompensação leve:**
 - ✓ **Captopril** 25 a 50mg VO
 - ✓ **Hidralazina** 20mg/mL 01 ml + AD 19mL – 05mL EV, podendo repetir 15/15min se necessário até máximo de 5 vezes
 - **Se descompensação grave:**

Nitroprussiato 25mg/mL (amp = 02mL) – 02 ml + SG5% 248ml

- ✓ Iniciar a 5mL/h, reavaliar a PA de 5/5min e aumentar a vazão em 5mL/h, sempre reavaliando a PA após 5min, até atingir efeito desejado (\downarrow PA 25% na primeira hora e até < 160x90mmHg ao longo das próximas 6h). Caso a PA reduza rápido demais, retornar à vazão anterior, e considerar mantê-la ou aumenta-la mais vagarosamente
- ✓ **Nitroglicerina 5mg/mL** – 05ml + SG5% 245ml - EM BIC ACM
- ✓ Iniciar a 5mL/h, reavaliar PA de 5/5min e dobrar a vazão, sempre reavaliando a PA após 5min, até atingir efeito desejado (\downarrow PA 25% na primeira hora e até < 160x90mmHg ao longo das próximas 6h). Caso a PA reduza rápido demais, retornar à vazão anterior, e considerar mantê-la ou aumenta-la mais vagarosamente

- ✓ **Como desmamar**
Nitroprussiato/Nitroglicerina: ao atingir o objetivo, antes de reduzir a vazão (que faria a PA aumentar em 3min), dar um medicamento vasodilatador de meia vida mais longa (ex: Captopril, Hidralazina ou Clonidina) para manter a pressão controlada antes de reduzir a vazão do Nitroprussiato/Nitroglicerina. Se a PA começar a subir, administrar outra dose ou outra droga vasodilatadora de meia vida mais longa antes de continuar reduzindo a vazão
- ✓ **Em caso de falha de diuréticos de alça e vasodilatadores:** diuréticos tiazídicos, dieta de sódio restrita a < 2g/d, internação com pesagem diária, avaliar demais diagnósticos diferenciais...
- ✓ **Se FAARV – preferência por controlar a FC com alvo < 120bpm**

- ✓ FE reduzida (ou desconhecida) → Controle da frequência com Amiodarona ou Digoxina
 - FE preservada → Controle da frequência com Esmolol ou Diltiazem

Betabloqueador:

- ✓ Choque cardiológico/séptico em uso de vasopressor, estenose aórtica crítica, BAV avançado (II ou III) ou asma → Suspender
- ✓ Má perfusão sem necessidade de vasopressor → Reduzir pela metade
- ✓ Boa perfusão → manter em dose cheia ([perfil B normalmente está aqui](#))

Sem uso prévio:

- ✓ Introduzir quando paciente estável hemodinamicamente (desmamado de Dobuta) e sem congestão

Perfil C

- **Diurético de alça:** Furosemida EV (mesmo se PAS < 70mmHg)
- **Avaliar a pressão arterial sistólica (PAS):** vai definir se precisaremos de vasopressor, inotrópico ou vasodilatador para melhorar a pressão do paciente

PAS < 70mmHg

- ✓ Noradrenalina em BIC o suficiente para elevar a PAS
- ✓ Depois de PAS > 70mmHg, associar inotrópico (Dobutamina, Milrinona ou Levosimendan) e desmamar a Nora
- ✓ Depois de PA > 90mmHg e nora desmamada, entrar com vasodilatador (ex: Nitroglicerina) e desmamar inotrópico

PAS 70 a 90mmHg

- ✓ Inotrópico

- ✓ Dobutamina 12,5mg/mL 80mL (04amp) + SG5% 170mL (inicar em torno de 3mcg/kg/min alvejando 5 a 10mcg/kg/min, sendo observado maior taquicardia quando > 20mcg/kg/min)
- ✓ Milrinona
- ✓ Levosimendan
- ✓ Depois de PA > 90mmHg, associar vasodilatador e desmamar inotrópico

PAS > 90mmHg

- ✓ Iniciar vasodilatador EV – meia vida curta, permitindo recuperação depois de redução da dose
- ✓ Se PA cair, associar inotrópico
- ✓ Suspender IECA
- ✓ Betabloqueador:

Em uso prévio:

- ✓ Choque cardiológico/séptico em uso de vasopressor, estenose aórtica crítica, BAV avançado (II ou III) ou asma → Suspender

- ✓ Má perfusão sem necessidade de vasopressor → Reduzir pela metade
- ✓ Boa perfusão → manter em dose cheia

Sem uso prévio:

- ✓ Introduzir quando paciente estável hemodinamicamente (desmamado de Dobuta) e sem congestão

Perfil L

- Geralmente pacientes que abusaram de diuréticos → Repor volume (*em alíquotas de 250mL, com ausculta e medida de PA a cada medida – parar se paciente ficar congestionado*) e associar inotrópicos se necessário (*ex: ficou congestionado com o volume, mas a PA ainda não otimizou*)

IMPORTANTE: Ao dar alta para o paciente, sempre prescrever Betablockador, nem que seja em dose mínima, pois isso reduz muito

a mortalidade a longo prazo e evita a inércia terapêutica

Síncope na emergência

Síncope = perda da consciência devido a hipoperfusão cerebral transitória, caracterizada por início súbito, perda do tônus postural, curta duração, recuperação completa e espontânea, logo:

- ➔ Pacientes com síncope NÃO devem fazer TC de crânio de forma rotineira
- ➔ Via de regra, após a síncope o paciente deve estar orientado em tempo e espaço
- ➔ Sínopes não causam movimentos tônico-clônicos
- ➔ A caracterização da perda de consciência pela história clínica é a principal arma diagnóstica
- ➔ É preciso realizar ECG em todo paciente vítima de síncope

Pode ocorrer por causas benignas (ex: neuromediadas – vasovagal), bem mais comuns, mas também pode ocorrer por causas cardíacas com alto risco de morte súbita para o paciente.

O que deve ser feito para todo paciente com síncope na emergência? – História clínica, exame físico e ECG (mais do que isso, num primeiro momento, pode ser desperdício de recursos)

- **História clínica:** Presença de pródromos (sudorese, obnubilação visual), rápida recuperação, sem sinais de crise convulsiva (ex: morder a língua, confusão pós ictal), após exposição a estímulos como calor ou longo período em pé fala a favor de síncope neuromediada. Considerar internar o paciente para investigação na presença de:
 - Insuficiência cardíaca congestiva (disfunção

importante de VE) ou DAC (IAM prévio)

- Síncope durante exercício (sugere arritmia) – logo após o exercício sugere causa benigna, neuromediada
- Síncope na posição supina ou sentada (sugere arritmia)
- Síncope precedida de palpitações (sugere arritmia)
- História familiar de morte súbita cardíaca (sugere arritmia)
- **Exame físico:** Aferir a PA do paciente deitado e depois de 3 minutos em pé
- **ECG:** Considerar os seguintes como sinais de alarme:
 - Presença de taquicardia ventricular não sustentada
 - Bloqueios bifasciculares (BRE ou BRD com BDAS ou BDPI)
 - Bradicardia sinusal com FC < 50 bpm ou bloqueio sinoatrial na ausência de medicações

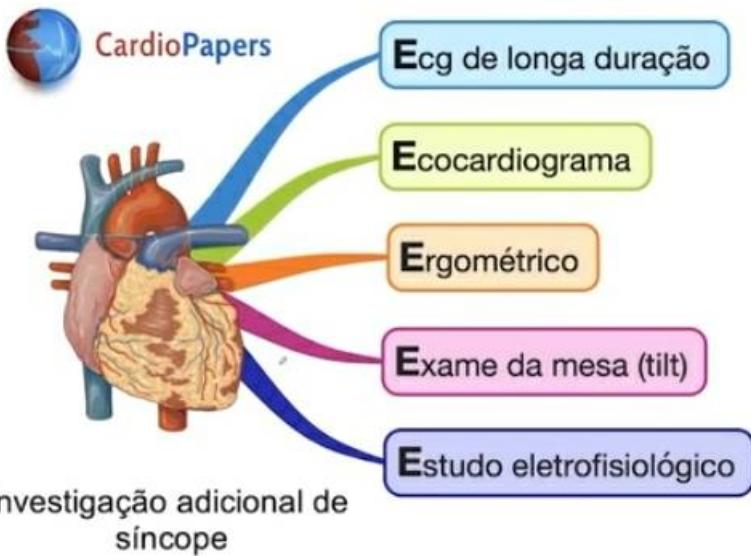
croronotrópicas negativas ou de bom condicionamento físico

- Pré-excitacão ventricular no ECG
- Prolongamento do intervalo QTc no ECG
- Padrão de Brugada no ECG (Supra do segmento ST com padrão coved-type em V1 ou V2 ou V3)
- Padrão de Displasia Arritmogênica do Ventrículo Direito no ECG (inversão de ondas T em V1 a V3 ou onda epsilon)
- Pacientes com importantes comorbidades clínicas, como por exemplo anemia grave ou distúrbios

Investigação adicional de síncope (5 Es):
Lançada mão quando a História Clínica, o Exame Físico e o ECG não conseguem

apontar causa benigna / neuromediada.
Pode ser realizada tanto ambulatorial como
em internação, a depender do caso

- **ECG de longa duração:** Holter
- **Ecocardiograma:** principalmente na suspeita de cardiopatia estrutural (ex: havia feito o ECG, que sugeriu sobrecarga de ventrículo esquerdo importante)
- **Ergométrico:** principalmente se síncope associada ao exercício
- **Exame da mesa – Tilt test:** cada vez menos solicitado, devido a eficácia questionável segundo estudos mais recentes
- **Estudo eletrofisiológico:** reservados para síncopes que não puderam ser esclarecidas até então e há receio de taqui ou bradiarritmia envolvida



Em caso de **dúvida sobre internar ou não o paciente**, alguns escores podem auxiliar na tomada de decisão, como OESIL ou San Francisco:

OESIL score

Escore para avaliar necessidade de internação para investigação de síncope

ECG anormal	01 ponto
História de doença cardiovascular	01 ponto
Ausência de pródromos	01 ponto
Idade > 65 anos	01 ponto
01 ponto → investigação ambulatorial (mortalidade de 1,0 a 0,6% ao ano)	
02 a 04 pontos → considerar internação para investigação	
<ul style="list-style-type: none">• 02 pontos: mortalidade 14% ao ano• 03 pontos: mortalidade 29% ao ano• 04 pontos: mortalidade 53% ao ano	

San Francisco Score

Escore para avaliar internação para investigação de síncope não explicada. Basta um dos seguintes pontos para dizer que paciente NÃO ESTÁ no grupo de baixo risco

Alta sensibilidade (questionável) e alto valor preditivo negativo, baixa especificidade

- 1) Histórico de insuficiência cardíaca
- 2) Hematócrito < 30%
- 3) ECG alterado – nova alteração ao ECG de qualquer natureza, qualquer outro ritmo não sinusal ao ECG ou no monitor
- 4) Dispneia
- 5) Pressão sistólica < 90mmHg na triagem

Torsades de Pointes

- Taquicardia ventricular polimórfica paroxística, geralmente não sustentada, muito comumente associada à sd. Do QT longo. Trata-se uma arritmia por atividade deflagrada por pós-despolarizações precoces, ou seja, antes que a repolarização

se complete, oscilações precoces do potencial de ação conseguem alcançar potencial limiar e originar um novo estímulo. Quando isso ocorre, temos um fenômeno chamado R sobre T e o início da arritmia. Quando o intervalo QT está alargado, seja por medicamentos ou por alterações congênitas, aumentamos a probabilidade da ocorrência do fenômeno R sobre T e a ocorrência do *Torsades*.

- Em seu manejo, amiodarona está proscrita, pois prolonga ainda mais o QT
- CVE sincronizada não funcionaria, pois não há onda R para sincronizar, visto que o QRS é irregular
- Opções farmacológicas:
 - Sulfato de Magnésio 4g EV em 20 min – principal medida, independe dos níveis séricos de potássio
 - Lidocaína 100mg EV em 20 min

- Considerar desfibrilação apenas se a arritmia for sustentada e o paciente estiver estável
- Após estabilizar o ritmo e a clínica da paciente, enviá-la para observação especializada para checar se a simples suspensão do fator desencadeante é o suficiente, ou se é necessário CDI.

Emergências endocrinometabólicas

Cetoacidose diabética (CAD)

Introdução

Principal causa: uso inadequado ou ausência de insulina, mas deve-se pesquisar infecção em todos os pacientes (principalmente do trato respiratório e urinário)

Ocorre principalmente em pessoas entre 20-29 anos, embora também seja comum nos extremos de idade

Obs: CAD pode simular um abdome agudo, pois a desidratação intensa que ocorre na CAD torna doloroso o deslizamento da pleura e do peritônio. Lembre-se também que, embora esteja desidratado, normalmente o paciente não se apresenta hipotensivo, devido à liberação de prostaglandinas

Critérios diagnósticos de CAD: (*preencher todos*)

Necessário Gasometria arterial + Glicemia capilar + Sumário de urina/Cetonemia

- pH < 7,3
 - CAD leve: 7,2 a 7,3
 - CAD moderada: 7,0 e 7,2
 - CAD grave: < 7,0
- Glicemia > 250mg/dL

- Cetonemia ($> 1,5\text{mg/dL}$) ou cetunúria (3+/4+) positivas

Exames complementares na avaliação

- Ur e Cr: avaliação da função renal no contexto da desidratação da CAD
- Sódio: fundamental para o cálculo do ânio-gap e na escolha da solução fisiológica ou soluções hipotônicas – ambas usam o Na corrigido:
 - $\text{Na corrigido} = \text{Na medido} + \{1,6 \times [(\text{glicemía} - 100)/100]\}$
- Potássio: obrigatório antes da insulinoterapia, que reduz o K. O *pool* corporal de potássio está sempre baixo na CAD em função da desidratação, porém pela acidose metabólica o K sérico poderá estar normal ou até elevado em alguns casos
- Fósforo: deverá se reposto de $< 1,0\text{mg/dL}$

- Cloro: importante para o cálculo do ânion-gap
- Hemograma: os leucócitos podem aumentar até 25.000 apenas pela síndrome da resposta inflamatória sistêmica, mas acima disso invariavelmente estão associados a infecção
- Sumário de urina e RX de tórax: rastreio de focos infecciosos
- Considerar também culturas, eletrocardiograma (arritmias do K) e amilase e triglicerídeos (pela possibilidade de pancreatite aguda relacionada à CAD)

Cálculos bioquímicos:

- $\text{Ânion-gap} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$: normal de 8 a 10mEq/L
- Osmolaridade efetiva: $2 \times \text{Na} + \text{glicemia}/18$: normal de 285 a 295mOsm/kg

Conduta:

- SF 15 a 20mL/kg em 1h, após isso:
- Soroterapia de acordo com o Na corrigido
 - Na corrigido \leq 145: NaCl 0,9% 250 a 500mL EV 1/1h
 - Na corrigido $>$ 145: NaCl 0,45% ou AD 250 a 500mL EV 1/1h
- Dosar K
 - K entre 3,3 e 5,0: insulinizar e repor K: 20-25mEq/L em 1h (ex: KCl 19,1% 7-10ml adicionado ao NaCl que está pra correr na próxima hora; ou KCL 19,1% 10ml em 2h)
 - K $>$ 5,0 mEq/L: apenas insulinizar e monitorar o K sérico
 - K $<$ 3,3 mEq/L: repor K antes de iniciar insulinização
- Insulinização: opcionalmente, faz-se um *bolus* inicial de insulina regular 0,1

UI/kg, seguido de infusão contínua de
Insulina regular 0,1 a 0,14 UI/kg/h,
opções de diluição:

Insulina regular 50 UI + NaCl 0,9% 500 ml
(conc: 0,1 UI/ml) em BIC

OU

Insulina regular 100 UI (1ml) + NaCl 0,9% 99
ml (conc: 1 UI/ml) em BIC

OU

Insulina regular 50 UI + NaCl 0,9% 250 ml
(conc: 0,25 UI/ml) em BIC

OU

Insulina regular 20 UI + NaCl 0,9% 20 ml
(conc: 1 UI/ml) em bomba de infusão com
seringa

OU

Considerar SC (ultrarrápida) ou IM (regular), na mesma dose acima ($0,1 \text{ UI/kg/h}$), desde que casos leves ou moderados

- ✓ Bolo iniciar de $0,4 \text{ UI/kg}$, metade EV, metade IM **OU** SC
- ✓ Infusão “contínua” IM **OU** SC $0,1 \text{ UI/kg/h}$

Bicarbonato de sódio 8,4% (1mEq/mL) se pH $< 7,0$

- ✓ pH entre 6,9 e 7,0: HCO₃ 8,4% 50ml em AD 500ml – correr EV em 4h
- ✓ pH $> 6,9$: HCO₃ 8,4% 100ml em AD 500ml – correr EV em 4h

Lembrar de monitorizar:

- ✓ Glicemia capilar 1/1h: deve cair entre 50 a 70 mg/dL/hora
- ✓ Queda maior que 70 mg/dL/h: risco de edema cerebral – reduzir a taxa de infusão de insulina pela metade

- ✓ Queda menor que 50 mg/dL/h: provável subdose de insulina – dobrar a taxa de infusão de insulina
- ✓ Potássio sérico 2/2h a 4/4h (corrigir de acordo com o supracitado – não confiar no K da gasometria)
- ✓ Gasometria arterial de 1/1h a 2/2h – principalmente se etiver repondo bicarbonato

Prevenir hipoglicemia

- ✓ Glicemia entre 200 e 250 mg/dL

Hidratação:

- ✓ Soro em Y: NaCl 0,9% + SG 5% 250ml cada, 1/1h; Ou
- ✓ SG5% 1000ml + NaCl 20% 20 ml, na taxa de infusão de 250-500ml/h
- ✓ Pode-se reduzir a insulinização de 0,1 UI/kg/h para 0,05 UI/kg/h, para manter a glicemia entre 150 e 200 mg/dL

Obs: Hipofosfatemia leve é um achado comum e geralmente assintomático durante a terapia da CAD. Considerar correção se < 1,0mg/dL (pode gerar insuficiência respiratória aguda): 20-30mEq/L de fosfato de potássio durante a reposição de fluidos – máximo 1,5mL/hora.

Critérios de controle da CAD:

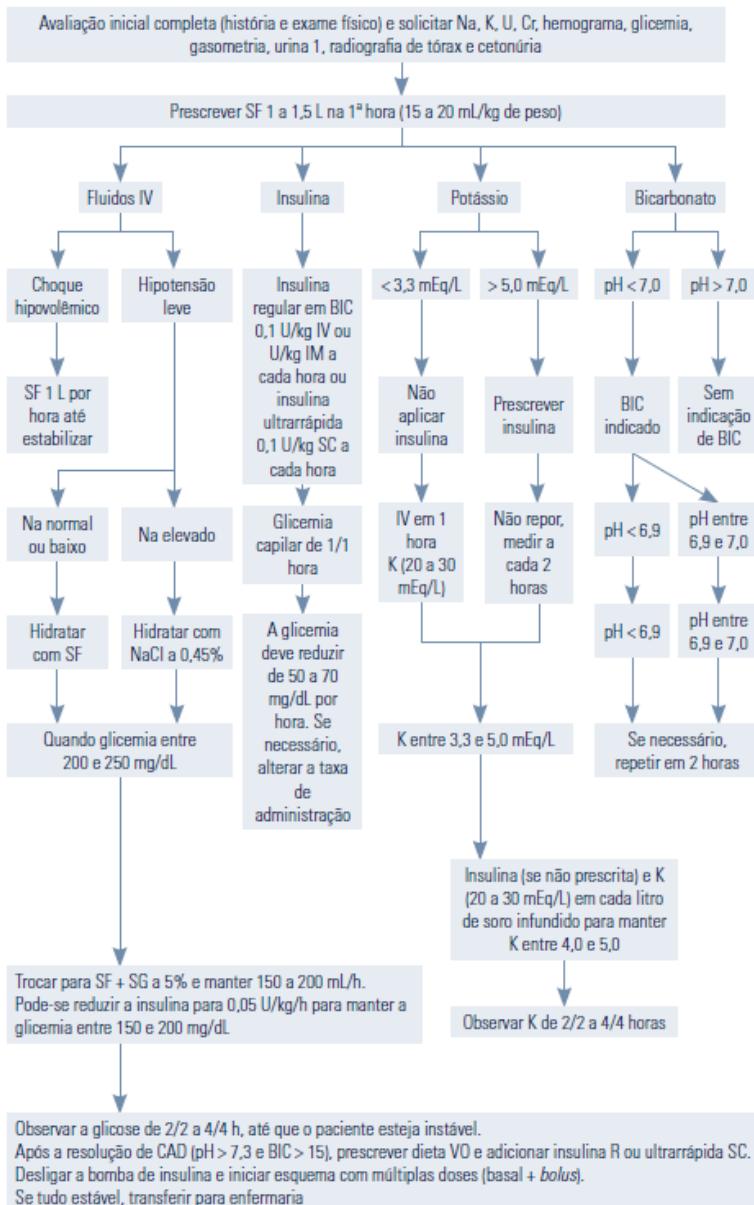
- pH > 7,3
- Glicemias < 200 mg/dL
- Bicarbonato > 18 mEq/L
- Paciente alerta, estável hemodinamicamente, sem náuseas ou vômitos

Diante desses três critérios, prescrever dieta VO e uma dose de insulina de ação intermediária ou prolongada subcutânea e após 1 a 2 horas de observação, ser encaminhado à enfermaria

- Caso não haja uso ambulatorial prévio de insulina, pode-se iniciar uma dose de insulina basal de 0,3 a 0,5 UI/kg/dia dividida em 2 a 3 aplicações no caso da insulina NPH ou 1 aplicação no caso do análogo de longa duração glarginha, e manter o esquema com múltiplas doses (*basal-bolus*)

Complicação mais temível: Edema cerebral, mais comum em crianças, Apresenta pico bimodal com manifestação tanto nas primeiras 6h de tratamento (2/3 dos casos) quanto após 24 horas (1/3 dos casos). A correção gradual da glicemia e dos eletrólitos visa a evitar o seu desenvolvimento

- Sintomas: RNC, alterações de comportamento, letargia, cefaleia, convulsões, bradicardia e incontinência urinária



Hiperglicemia assintomática na emergência

Em geral nada! Mesmo que glicemia 500!!

- Prescrever insulina regular para a correção, além de não resolver a longo prazo, tem muito potencial maléfico ao paciente
- Desconfie do paciente diabético que sempre teve a sua glicemia controlada e de repente começou a descompensar, pois muitas vezes pacientes diabéticos são oligossintomáticos e muitas causas podem descompensar suas glicemias – Uma causa bem comum são as infecções: examine bem o paciente e faça uma boa anamnese. Caso realmente não tenha nenhuma alteração, encaminhe-o ao ambulatório para controle.

Se suspeitar de Emergências Hiperglicêmicas (CAD ou EHHNC)

- A) Glicemia > 250mg/dL → Avaliar cetose através de cetonemia ou cetonúria em fita

B) Glicemia > 600mg/dL → Considerar solicitação de gasometria venosa com eletrólitos + glicemia, e iniciar protocolo de bomba de insulina EV

Hipoglicemia na Emergência

(< 70mg/dL):

A) Paciente CONSCIENTE e ALIMENTANDO-SE (ORAL ou SNE ou gastrostomia):

- Glicose 50% 30mL em água filtrada, ou uma colher de sopa de Açúcar (15g de carboidrato) em água filtrada VO, SNE ou GTT
- Repetir a glicemia capilar após 15min – repetir o processo se mantiver hipoglicemia

B) Paciente INCOSNCIENTE e COM ACESSO VENOSO:

- Glicose 50% 40 mL (04 amp) EV

- Repetir glicemia capilar após 5 min e checar nível de consciência
 - Acordou: oferecer alimento VO, se possível
 - Não acordou: repetir o processo

C) Paciente INCOSNCIENTE e SEM ACESSO VENOSO:

- Glucagon 01 amp IM ou SC
- Repetir glicemia capilar após 15 min e checar nível de consciência
 - Acordou: oferecer alimento VO, se possível
 - Não acordou: manter tentativa de acesso venoso periférico para realizar Glicose 50% 40 mL (04 amp) EV

Obs:

- Se não conseguir acesso venoso, o paciente não puder deglutir e não tiver glucagon pra fazer IM, passar uma sonda nasogástrica e administrar através dessa sonda
- Não dar alta logo após a administração da glicose, lembre-se que ela é extremamente lábil: eleva rapidamente a HGT, mas também é consumida rapidamente. Deve-se tentar alimentar primeiro o paciente, ainda no DE, com um carboidrato complexo antes de dar alta
- Investigar a causa da hipoglicemias. Lembre-se que ela é muito comum em usuários de glibenclamida ou de insulina

Emergências gastrointestinais

Abdome agudo

Investigação inicial:

- Todos: Hemograma, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Amilase, Coagulograma, PCR, Sumário de urina + RX de abdome agudo
- Se mulher em idade fértil: acrescentar beta-HCG
- Se acometimento de hipocôndrio ou flanco direito: acrescentar TGO, TGP, GGT, FA, BTF
- USG: individualizar conforme suspeita
 - indicar principalmente no acometimento de hipocôndrio, flanco ou fossa ilíaca direita, para DDx/avaliação de patologia biliar, litíase renal ou apendicite aguda (nesta, principalmente em mulheres e crianças)

Pancreatite aguda

Etiologia: ativação precoce do tripsinogênio ainda dentro das células acinares do pâncreas, causando autodigestão e necrose

tecidual. Com a liberação de fator de necrose tumoral alfa e interleucina I, o processo ganha repercussão sistêmica.

- **Litíase biliar:** Pode gerar obstrução do ducto pancreático ou edema transitório da papila duodenal pela passagem do cálculo. É responsável por cerca de 40% das pancreatites agudas, e até 10% dos pacientes com litíase biliar desenvolverão pancreatite em algum grau.
- **Alcoólica:** Responsável por cerca de 30% das pancreatites agudas, além de boa parte das pancreatites crônicas
- **Hipertrigliceridemia:** responsável por 15% das pancreatites agudas, sendo necessários níveis de TG \geq 1.000mg/dL. Geralmente está relacionada a fatores de risco para síndrome metabólica, como obesidade, DM etc., e a lesão pancreática é induzida pela liberação

de ácidos graxos livres, causando disfunção endotelial

- **Hipercalcemia:** causa rara, ocorrendo pela deposição de cálcio nos ductos pancreáticos, de maior relevância no pós operatório de cirurgias cardíacas em que se infundem grande quantidade de gluconato de cálcio
- **Drogas:** causa de até 2% dos casos de pancreatite

Classe Ia	Classe Ib	Classe II	Classe III
<ul style="list-style-type: none">▶ Alfa-metildopa▶ Bezfibrato▶ Codeína▶ Dapsone▶ Enalapril▶ Furosemida▶ Isoniazida▶ Maconha▶ Metronidazol▶ Pentamidina▶ Pravastatina▶ Procaínamida▶ Sinvastatina▶ Tetraciclina▶ Valproato	<ul style="list-style-type: none">▶ Ácido transretinoico▶ Amiodarona▶ Azatioprina▶ Clomifeno▶ Dexametasona▶ Lamivudina▶ Losartana▶ Metimazol▶ Nelfinavir▶ Omeprazol▶ Premarin▶ Sulfametoxazol-trimetoprina	<ul style="list-style-type: none">▶ Acetaminofeno▶ Clozapina▶ Didanosina▶ Eritromicina▶ Estrogênio▶ L-asparaginase▶ Propofol▶ Tamoxifeno	<ul style="list-style-type: none">▶ Alendronato▶ Atorvastatina▶ Carbamazepina▶ Captopril▶ Ceftriaxona▶ Clortalidona▶ Cimetidina▶ Claritromicina▶ Ciclosporina▶ Hidroclorotiazida▶ Indometacina▶ Interferon/ribavirina▶ Metformina▶ Mirtazapina▶ Naproxeno▶ Prednisona▶ Prednisolona

- **Infecções:** normalmente relacionada ao HIV, com outras infecções oportunistas podendo estar associadas, mas também pode ocorrer por outros vírus (*Coxsackie*, HBV, CMV, varicela-zóster, HSV), bactérias (
- **Tumores:** mais frequentes em indivíduos do sexo masculino > 40 anos, podendo incluir tumores pancreáticos, de papila duodenal e de vias biliares, pelo fator compressivo

Divisão (classificação de Atlanta):

- Pancreatite aguda edematoso intersticial: inflamação aguda dos tecidos do parênquima pancreático e adjacências, mas sem necrose tecidual reconhecível
- Pancreatite necrosante aguda: inflamação associada a necrose do parênquima do pâncreas ou peripancreática

- Sinais de Cullen e Gray-Turner podem estar presentes em 3% dos casos, sugerindo hemorragia retroperitoneal na presença de necrose pancreática

Diagnóstico: presença de dois dos seguintes critérios:

- **Clínica:** Início agudo de dor abdominal persistente, epigástrica, geralmente irradiando para dorso
- **Laboratório:** Elevação de lipase no soro ou amilase 3x o limite superior da normalidade
- **Imagem:** Achados característicos em exames de imagem (TC com contraste, RNM, USG transabdominal)

Obs: TC com contraste não é recomendada na apresentação inicial da pancreatite

aguda, a menos que haja incerteza diagnóstica

- Necrose pancreática e peripancreática podem se tornar evidentes só após 72h do início da pancreatite aguda – Classificação de Baltazar ajudam a prever a gravidade da doença após este período

Tabela 5 Critérios de Baltazar

A	Pâncreas normal
B	Aumento do volume
C	Inflamação peripancreática
D	Coleção única peripancreática
E	Duas ou mais coleções ou presença de gás no retroperitônio

Obs: Outros achados de laboratório/imagem úteis:

- Hemograma: Ht e Leuc elevados por hemoconcentração, devido ao extravasamento de líquido para o terceiro espaço

- RX: sinal do íleo localizado em um segmento do intestino delgado (circular sentinela), sinal do cólon cortado (escassez de ar no cólon distal por conta de espasmo funcional do cólon descendente secundário à inflamação pancreática), além de anormalidades em RX torácica em 1/3 dos pacientes (elevação de um hemidiafragma, efusões pleurais, atelectasia basal, infiltrados pulmonares ou síndrome da angústia respiratória aguda)

Diagnóstico diferencial: Qualquer outra causa de abdome agudo. Porém, todas elas dificilmente cursam com aumento da lipase ou amilase 3x o limite superior de referência (úlcera péptica perfurada é o que pode chegar mais perto disso)

Prognóstico:

- 80%: pancreatite leve, com recuperação completa em torno de 3 a 5 dias, sem complicações persistentes
- 20%: pancreatite aguda moderada a severa, ou pancreatite aguda grave

Avaliando a gravidade do paciente:

- **Ranson**: Solicitar HMG, Glicemia, LDH e TGO
- **APACHE II**: Solicitar Gasometria, Sódio, Potássio, Creatinina, HMG

Abordagem geral da pancreatite aguda:

PANCREATITE AGUDA

- **Suspeita diagnóstica** -> Pedir amilase (lipase é bem mais cara, melhor poupar para casos mais duvidosos). Se inconclusivo,

complementar investigação com exame de imagem

Diagnóstico confirmado:

- ✓ Solicitar USG de fígado e vias biliares à procura de litíase biliar (maior causa: 40%!) + triglicerídeos (terceira maior causa: 15%!) + cálcio (principalmente se administração excessiva recente)
- ✓ Calcular APACHE II: Solicitar Gasometria, Na, K, Cr, HMG
→ APACHE II > 8 nas primeiras 24h de internação -> CTI (monitorização, oximetria de pulso, sondagem vesical de demora para avaliar débito urinário...)

Calcular Ranson: Solicitar HMG, Glicemia, LDH e TGO

- ✓ RANSON > 2 pontos -> considerar CTI

Tratamento:

Nutrição:

- ✓ Dieta zero no primeiro momento
- ✓ Até uma semana é possível conduzir com hidratação EV isolada.
- ✓ Em caso de duração maior que isto, ou de pancreatite grave, que costuma durar mais de 7 dias, pode-se lançar mão de uma sonda nasojejunal colocada após o ângulo de Treitz.
- ✓ Em último caso, opta-se por nutrição parenteral, o mais tardeamente possível ($> 48h$) para reduzir o risco de infecção
- ✓ A VO pode ser retomada quando a dor estiver diminuindo, os marcadores inflamatórios melhorando e o apetite retornando, o que geralmente

ocorre em 24 a 48h após o início do quadro.

- ✓ Dieta líquida -> Branda com baixo teor de gordura -> Geral

Hidratação vigorosa:

- ✓ SF 5 a 10ml/kg/h – exceto CI cardiovasculares, renais ou outros fatores
- ✓ SF 20ml/kg/h em 30min + 3ml/kg/h durante 8 a 12 horas se hipovolemia grave (hipotensão + taquicardia)

Antibioticoterapia

- ✓ Não é indicada de rotina, nem antibioticoprofilaxia, independentemente do tipo (intersticial ou necrotizante) ou da gravidade (leve, moderada ou grave)
- ✓ Se suspeita de infecção associada, iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro até determinar o

foco, mas se culturas forem negativas e nenhuma fonte de infecção for identificada, o tratamento deve ser interrompido

- ✓ Formalmente **indicada na presença de necrose pancreática biliar infectada** – Atualmente a confirmação da infecção se dá pela **presença de coleção com gás no local da necrose pancreática.**
 - Analgesia agressiva: dar preferência a fentanil e a meperidina

Manejo de complicações:

- ✓ Pancreatite moderada ou grave aguda evoluindo com sinais de sepse ou deterioração clínica 72h após a apresentação inicial → TC com contraste à procura de necrose pancreática ou extrapancreática, bem como de complicações locais

(principal é a necrose pancreática infectada)

- ✓ Necrose pancreática infectada:
(Baltazar E)

1/3 das necroses pancreáticas evoluí assim

Embora a infecção possa ocorrer no início do curso da pancreatite necrotizante, é muitas vezes vista só tardiamente (10 dias)

Geralmente monomicrobiana com germes intestinais (*Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterococcus*)

ATB pode ser empírica ou guiada por cultura de material colhido por punção aspirativa guiada por TC. Principais classes são Carbapenêmicos, Quinolonas e Metronidazol

Necrosectomia pode ser considerada, de preferência minimamente invasiva

(endoscópica ou radiológica percutânea) – estudo STEP UP APROACH do New England

Pancreatite aguda de origem biliar

- ✓ Se cálculo biliar obstrutivo evidenciado por USG ou TC, principalmente com dilatação de vias biliares associada; ou se Colangite associada -> CPRE nas primeiras 24 horas de internação
- ✓ Colecistectomia para todos os pacientes assim que as condições clínicas permitirem, de preferência ainda na mesma internação, incluindo aqueles submetidos a enfiterectomia endoscópica
- ✓ Em pacientes com pancreatite aguda biliar leve, colecistectomia pode ser realizada com segurança

no prazo de 7 dias após a recuperação

- ✓ Em pancreatite aguda biliar grave, a colecistectomia deve ser adiada até que se tenham subsídios de resolução do estado inflamatório/infeccioso

Considerações finais sobre a Pancreatite Grave:

- Quando fazer tomografia nos pacientes com suspeita de pancreatite aguda? Possibilidades:
 - 1) Diagnóstico diferencial com outras doenças;
 - 2) Avaliação de necrose pancreática em pacientes que não apresentam melhora clínica nos primeiros dias;
 - 3) Avaliação de possíveis complicações de uma

pancreatite aguda com necrose...

- Não há mais indicação de antibiótico profilático na pancreatite aguda, independente da gravidade e da extensão da necrose. A indicação de necrosectomia em pacientes com necrose sem infecção já não existe mais.
- A abordagem do paciente com pancreatite aguda grave com necrose pancreática infectada deve seguir os passos do Step Up Approach... do menos invasivo para o mais invasivo, "subindo os degraus da escada" conforme o paciente se comporta (melhora clínica ou não).

Hepatopata com ascite na emergência

1) Checar estabilidade (se grave = MOV) e aliviar os sintomas

Se sangramento varicoso agudo (documentado por EDA ou alta chance pré-teste deste):

Estabilizar clinicamente

- ✓ Hemodinâmica: se PAM < 65mmHg pode usar DVA ou infundir volume cautelosamente, e não vigorosamente, pois pode destamponar o sítio de sangramento se elevar demais a PA e cristaloide pode predispor à tríade letal do choque) – considerar hemotransfusão imediata a depender do grau de choque

	Classe I	Classe II (leve)	Classe III (moderado)	Classe IV (grave)
Características	Perda < 15% SSVV normais BE 0 a - 2mEq/L	Perda 15 a 30% Taquicardia Pulso filiforme FR normal PA normal Glasgow 15 BE -2 a - 6mEq/L	Perda 31 a 40% Taquicardia Pulso filiforme Taquipneia Hipotensão Glasgow < 15 BE -6 a - 10mEq/L	Perda > 40% Taquicardia Pulso filiforme Taquipneia Hipotensão Glasgow < 15 BE < -10mEq/L
Uso de hemoderivados?	Monitorizar	Possível	Sim	Protocolo de hemotransfusão maciça

ATLS 10^aed

Obs: Considerar usar também o índice de choque e o escore ABC para refinar a avaliação do choque do paciente

- ✓ Via aérea: se Glasgow < 9 ou vômitos persistentes, considerar IOT para proteger a via aérea
- ✓ Omeprazol 40mg 02 amp EV (lembre que a maior causa de HDA ainda é, disfaradamente, úlcera péptica)

- ✓ Terlipressina 2g EV 4/4h até parar o sangramento; ou Octreotide 50mcg em bolus + 50mcg/h
 - Somatostatina 250mcg em bolus + 250mcg/h
- ✓ Profilaxia de PBE pela hipovolemia/hipoperfusão intestinal: Ceftriaxona 1g/d EV até o paciente perder receber Norfloxacino 400mg VO 12/12h, até completar 07 dias de antibiótico
- ✓ Coletar amostra para Hb/Ht de urgência (sai em 5 a 15min) e observar se há indicação imediata de hemotransfusão ($Hb < 7\text{mg/dL}$)
- ✓ EDA de urgência (nas primeiras 12h) – lembre que, além de estabilizar o doente clinicamente, o ideal é que a Hb esteja $> 7,0$ para segurança da endoscopia
- ✓ Considerar plasma fresco congelado (15 a 20mL/kg EV) se coagulograma alterado ($\text{INR} > 1,5$ ou fibrinogênio $< 1\text{g/dL}$), ou Concentrado de plaquetas

(1 unidade/10kg EV) se sangramento ativo com plaquetas < 50.000 ou plaquetas < 10.000 mesmo na ausência de hemorragia

- ✓ Se dispneia atribuída à ascite = Paracentese de alívio (se retirar mais que 5l, repor 6 a 10g de albumina por litro retirado, incluindo os 5 primeiros) – retirar o máximo possível (quanto mais se retirar, mais tempo o paciente leva até fazer nova ascite) – não precisa suspender diuréticos após o procedimento!!

2) Prevenção/Redução da ascite:

- Restringir sódio para 2g/dia.
- Diuréticos se restrição não for suficiente (evitar na encefalopatia hepática, insuficiência renal ou choque)

3) Checar encefalopatia hepática: Flapping, letargia, sonolência...

Tratamento:

- ✓ Lactulose 667mg/mL – 20 a 40mL VO
12/12-6/6h – Objetivo: duas a três evacuações pastosas diárias
- ✓ Evitar restrição proteica – acarretará prejuízo na produção de anticorpos
- ✓ Transplante é o tratamento definitivo

Evitar introduzir diuréticos se encefalopatia hepática (alcalinizam o intestino, reduzindo a conversão de NH₃⁺ para NH₄ - lembrando que NH₃⁺ é a forma que produz a EH)

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Grau I: Alterações leves de comportamento, alternância do ritmo do sono, distúrbios discretos do riso e choro fácil, hálito hepático

Grau II: Letargia ou apatia, lentidão nas respostas, desorientação temporo-espacial, alterações na personalidade e comportamento inadequado, presença de flapping

Grau III: sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais, desorientação, grosseira, agitação psicomotora, desaparece o flapping

Grau IV: coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor

4) Solicitar laboratório para calcular o Child-Pugh e fazer paracentese diagnóstica
(para cálculo do GASA e verificar PBE, bem como achados que possam sugerir CA)

- Hemograma
- U e C
- TGO e TGP
- Bilirrubinas totais e frações
- Coagulograma
- Albumina
- HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV
- Exames do líquido peritoneal (Albumina, Estudo celular, Cultura, Proteína, LDH, glicose, citologia oncoética)

Proteína do líquido ascítico < 1 a 1,5g/dL indica profilaxia primária de PBE com Norfloxacino 400mg/dia ou Sulfametoxazol-Triimetoprim por tempo indeterminado (até o resto da vida ou até o transplante)

- Aumento de hemácias no estudo celular do líquido ascítico pode ter dois significados: acidente de punção ou carcinomatose peritoneal (presente no hepatocarcinoma, por exemplo)
- GASA (Albumina sérica – albumina da ascite) \geq 1,1 = Transudato (hipertensão portal)
- GASA (Albumina sérica – albumina da ascite) \geq 1,1 = Exsudato (doença do peritônio ou do pâncreas)

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH			
	PONTOS		
	1	2	3
Ascite	-	Leve (detectável só ao USG)	Moderada a grave
Bilirrubina	< 2	2-3	> 3
Albumina	> 3,5	3,5 a 3	< 3
Tempo de Protrombina ou INR	< 4 seg (em relação ao controle) < 1,7	4 a 6 seg 1,7 a 2,3	> 6 segundos > 2,3
Encefalopatia	-	Grau I-II	Grau III (coma)

BEATA: Bilirrubina, Encefalopatia, Ascite,

TAP (paciente-controle / INR), Albumina

5 a 6 pontos: grau A

(...): grau B

≥ 10 pontos ("quem tira nota 10 tá mal"):
grau C

→ PBE = Líquido ascítico com PNM > 250 +
 Cultura positiva (*geralmente monobacteriana por Gram negativos:*

Escherichia coli, seguida por Klebsiella pneumoniae)

- Tratamento (não esperar cultura):
Cefotaxima 2g (2amp) + SF/SG 100ml
EV 8/8h por 05 dias
 - Se cultura negativa = Ascite neutrofílica, trata igual
 - Se cultura positiva com PNM < 250 = Bacterascite, repetir paracentese diagnóstica
- Profilaxia de SHR = Albumina 1,5g/kg no 1ºd e 1g/kg no 3º dia
- Profilaxia secundária para PBE ao final do tratamento = Norfloxacino 400mg/d até o fim da vida

→ PBS = Dois ou mais dos seguintes:

- Proteína > 1g/dL
- Glicose < 50mg/dL
- LDH elevada
- Tratamento:
 - Ceftriaxona + Metronidazol

- Solicitar exame de imagem para averiguar necessidade de cirurgia

5) Checar síndrome hepatorrenal = ausência de melhora da função renal após a suspensão de diuréticos e de expansão volêmica com Albumina (*frasco 50% – 20ml – 10g*) 1mg/kg/dia nas primeiras 48h

- Tratamento = Albumina (1mg/kg no D1 20 a 40mg/d nos demais dias – *Pode ser feito Albumina 50% 60ml EV 8/8h*) e Terlipressina para ganhar tempo até o transplante hepático

6) Tentar adiantar uma EDA

- Varizes de médio ou grosso calibre, ou presença de red spots: profilaxia primária com betabloqueador não seletivo (ex: propranolol) ou ligadura

elástica, caso o paciente não tenha sangrado antes

Obs: Child B e C também já indica profilaxia primária, mesmo sem varizes!

- Se o paciente já tiver sangrado antes e não tiver feito TIPS ou cirurgias de urgência, fazer Betabloqueador + Ligadura elástica, bem como indicar cirurgias eletivas (Shunt seletivo – Warren: esplênica à porta – ou Desconexão Ázigo portal – ligadura das veias gástricas + esplenectomia)

7) Após a alta hospitalar: para prevenir ascite:

- Restringir sódio a 2g/dia.
- Se refratário, introduzir diuréticos
 - Espironolactona – 100 a 400mg/dia
 - Furosemida – 40 a 160mg/dia

- Se refratário, paracenteses terapêuticas seriadas (1x/sem, podendo aumentar conforme necessidade - cuidado para não tirar mais que 5 litros e não repor albumina!) – quanto mais se retira, mais tempo o paciente demora para reacumular
Se refratário, TIPS, transplante ou shunt peritônio-venoso – ascite
REFRATÁRIA é indicação para priorização na lista de transplante

Investigando insuficiência hepatocelular

Avaliação inicial: realizar exames de sangue para avaliar hepatopatias virais, autoimune e metabólica

Solicito:

- Hemograma
- Ureia
- Creatinina

- Sódio
- Potássio
- TGO (AST)
- TGP (ALT)
- Gama glutamil transferase (GGT)
- Fosfatase alcalina (FAL)
- Bilirrubinas totais e frações
- Triglicerídeos
- Colesterol total, HDLc, LDLc e VLDLc
- HBsAg, Anti-HBS e Anti-HCV
- FAN
- Antimusculo liso

Outros: Antimitocondria é útil na investigação de Colangite biliar primária e p-ANCA (marcador da RCU) é útil pra colangite esclerosante primária

INDICAÇÃO CLÍNICA: Investigação ambulatorial de hepatopatia

Solicito: USG de fígado e vias biliares

Indicação clínica: Investigação ambulatorial de hepatopatia

Obstrução intestinal

Definição: estreitamento da luz intestinal no cenário de metástase intra-abdominal, sendo ainda um marcador de mau prognóstico, com sobrevida média de 3 a 8 meses para pacientes submetidos a cirurgia e 4 a 5 semanas nos que não puderam ser operados. Pode, inclusive, ser um evento de fase final de vida.

Cânceres mais associados:

- Intra-abdominal: colorretal e ovariano
- Extra-abdominal: câncer de mama e melanoma

Diagnóstico: história clínica + exame físico, com confirmação radiológica – inicialmente RX de abdome agudo e depois TC de abdome e pelve. Pode haver, naturalmente, obstrução em um ponto único, mas algo

marcante da OIM é a presença de múltiplos focos de obstrução, o que limita bastante as possibilidades de intervenção, até porque muitos destes pacientes já não possuem modalidade curativa e estão em cuidados paliativos

Tratamento: O objetivo da OIM é evitar prescrição de laxativos e medicações que promovam aumento do trânsito, pois podem causar muita dor.

Um esquema de prescrição legal:

1. Jejum
2. Buscopan composto 1amp 6/6 EV
3. Haloperidol 1mg 6/6 EV para náuseas e vômitos de horário
4. Ondansetrona 8mg até 6/6 de resgate
5. Dexametasona 10mg pela manhã IV
6. Morfina de resgate para dor

O doente pode melhorar e caminhar para suboclusão, nesse caso valendo a pena iniciar procinéticos (Metoclopramida, Bromoprida ou Domperidona) e laxativos e fazer clister visando à alta – lembrando que há altos índices de recorrência.

Ou pode não melhorar. Nesse caso as opções para OIM refratária são

- Passagem de SNG – embora possa ser bastante desconfortável e evitada em pacientes terminais.
- Octreotida
- Gastrostomia descompressiva
- Cirurgia só é opção em casos em que haja uma sobrevida esperada alta e para ponto único de obstrução evidente. Se há um ponto único um desvio de trânsito é justo. Caso sejam vários pontos, seguir o protocolo acima!

Emergências imunológicas

Anafilaxia

Reação de hipersensibilidade grave, cujo diagnóstico é feito com a presença de um dos 3 critérios de Sampson

Tratamento:

- 8) Interromper fator precipitante (*ex: interromper infusão de medicamento alergênico, remover ferrores de abelha com cartão de crédito ...*)
- 9) Adrenalina
 - d) Adrenalina 01mg/mL (amp = 01mL) – 0,3 a 0,5ml IM em Vasto Lateral da Coxa
 - ✓ Pode repetir a cada 5 a 10min de acordo com resposta ou recidiva
 - ✓ Se não houver resposta após 02 doses IM, ou se paciente estiver em choque circulatório

(considerar também expansão volêmica com cristaloide 10 a 20mL/kg EV), passar para o plano B:

- e) Adrenalina 01mg/mL 01mL + AD/SF 09mL – Aplicar 01mL em bolus EV
- ✓ Se persistir hipotenso, partir para o plano C:

- f) Adrenalina 1mg/mL 05mL + SF 495mL – Iniciar a 3mL/h e titular até PAS > 90mmHg

10) Se paciente evoluir com

broncoespasmo:

- Salbutamol ou Fenoterol 10gts
 - Brometo de Ipratrópico 40gts
- NBZ 15/15min 3x
- SF 5mL
 - Sulfato de Magnésio 50% 04mL + SF 100mL EV em 20min

11) Se paciente evoluir com dispneia grave, estridor, afonia ou RNC → IOT

12) Medicações de segunda linha:
são feitas para sintomas cutâneos e/ou para prevenir reações tardias (que costumam surgir em até 12h), mas não ajudam na estabilização

- Anti-histamínicos:
 - ✓ Prometazina 50mg IM
 - ✓ Difenidramina 25 ou 50mg + SF 100mL EV em 5min
 - ✓ Ranitidina 50mg + AD 20mL EV
- Corticoides: *início de ação após 04 a 06 horas*
 - ✓ Metilprednisona 125mg + AD 2mL – 01 ml EV
 - ✓ Hidrocortisona 100mg 02 amp + AD EV

✓ Dexametasona

10mg/2,5mL – 01 amp

EV

- 13) Manter o paciente em observação por pelo menos 04 horas após a administração da adrenalina
- 14) À alta hospitalar, manter anti-histamínicos e corticoides por 03 a 05 dias, se alterações cutâneas persistentes, e orientar o paciente a não se expor mais ao alérgeno

Uso oral

1- **Prednisona 20mg** _____ 10 comprimidos

Tomar 02 comprimidos às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

2- **Loratadina 10mg** _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido ao dia, pela manhã, no mesmo horário, por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou

espirros, podendo repetir a dose de 24/24h se necessário

3- Ranitidina 150mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 05 dias

OU

Uso oral

1- Prednisona 20 mg _____ 10 comprimidos

Tomar 02 comprimidos às 08:00 da manhã por 05 dias seguidos

2- Hidroxizina 25 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido de 08/08h por 05 dias. Após este período, tomar 01 comprimido se coceira ou espirros, podendo repetir a dose de 08/08h se necessário

3- Ranitidina 150 mg _____ 01 caixa

Tomar 01 comprimido pela manhã, em jejum, por 05 dias

Emergências infecciosas

Ocasionalmente por alguma infecção, principalmente nas válvulas do coração, em geral após um evento de bacteremia, sendo bastante perigoso pelo risco de embolização de trombos formados no foco infeccioso.

Diagnóstico: Critérios de Duke modificados, sendo os principais:

- Achados de vegetação no ecocardiograma (geralmente transesofágico)
- Hemoculturas positivas (pelo menos duas de 3 coletadas)

Tratamento empírico inicial

- Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Oxacilina 2g EV 4/4h

Após, direcionar para germe isolado em cultura:

- Caso seja enterococo (principalmente o *Enterococcus faecalis*, que é o mais agressivo), além da Ampicilina 2g EV 4/4h: associar gentamicina ou ceftriaxona por 02 semanas
- Se *Staphylococcus aureus*, manter Oxacilina 2g 4/4h
- Se *Streptococcus viridans*, manter Ceftriaxona 1g 12/12h

Tempo de tratamento: 4-6 semanas

- Término do tratamento com antimicrobiano VO pode ser realizado em doentes estáveis após duas semanas

Infecções do SNC

Sempre requerem tratamento agressivo!

Importante coletar líquor e hemoculturas para ajustar tratamento de acordo com os resultados

Tratamento empírico para meningite bacteriana:

- Ceftriaxona 2g EV 12/12h (por 14 dias; se meningococo, 5 dias), associada a Dexametasona 10mg EV 6/6h (por 04 dias)

Se imunossupressão, idoso ou gestante, associar:

- Ampicilina 2g EV 4/4h – Cobertura de *Listeria*

Se suspeita de meningoencefalite herpética:

- Aciclovir 10mg/kg EV 8/8h (tratar por 14 dias)

Pioartrites



Principais agentes:

- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus* do grupo A
- *Neisseria gonorrhoea* (Gonococo)

Apresentação clínica: Febre + Monoartrite

Sinais clínicos: Calor, rubor, dor, limitação funcional

Obrigatório: Atrocentese + Hemoculturas

Solicitar avaliação da ortopedia -> Lavagem da articulação

Esquema recomendado empírico (antes do resultado das culturas):

- Oxacilina 2g EV 4/4h + Ceftriaxona 1g EV 12/12h no mínimo por 04 semanas, podendo terminar com ATB VO na terceira e na quarta semana se o paciente já estiver sem sinais de gravidade

Sepse

Infecção associada a uma disfunção orgânica ameaçadora à vida (definição pelo Sepsis-3)

Como avaliar disfunção orgânica para diagnosticar sepse?

Paciente com suspeita de infecção →
Sempre avaliar se há disfunção orgânica:

- **Respiratória:** Gasometria arterial ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 400$), FR $> 21\text{irpm}$ (qSOFA)
- **Cardiovascular:** PAM < 70 (qSOFA) e/ou necessidade de DVA

- **Neurológico:** Glasgow < 15 (qSOFA)
- **Hematológico:** Plaquetas < 150.000
- **Renal:** Cr > 1,2 ou Diurese < 200mL/d
- **Hepática:** Bilirrubinas > 1,2

Na ausência de laboratório, podemos tentar avaliar disfunção orgânica através de escores como NEWS, MEWS ou qSOFA

ESCORE NEWS							
	3	2	1	0	1	2	3
FR	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Oximetria	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Oxigênio?		Sim		Não			
Temperatura	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	
PAS	≤ 90	91-100	101-118	111-219			≥ 220
FC	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Consciência*				A			V, P ou U

Interpretação:

- 1-4: atenção, avalie monitoramento mais frequente, avaliação pela enfermeira
- 5-6: código amarelo, chame o médico do andar
- ≥ 7 ou um único sinal vital = 3: emergência, chame o time de resposta rápida (TRR)

Obs: tais pontos de corte podem variar conforme instituição

*Eles usam o AVPU, parecido com Glasgow:

A (alerta), V (responde comando verbal), P (responde a dor) ou U (*unresponsive*).

ESCORE MEWS							
	3	2	1	0	1	2	3
FR		≤ 8	9-12	13- 20	21- 25	26- 29	≥ 30
Temperatura	\leq 35		35,1- 36	36,1- 38	38,1- 39	\geq 39,1	
PAS	\leq 70	71- 80	81- 99	100- 140	141- 160	161- 199	≥ 200
FC	-	\leq 40	41- 50	51- 100	101- 110	111- 129	≥ 130
Consciência				A	C	RD	I

Interpretação:

- 0-3: seguir mantendo SSVV 6/6h

- 3: comunicar médico do andar, avaliando SSVV 1/1h até conduta médica
- ≥ 4 : acionar TRR

Obs: tais pontos de corte podem variar conforme a instituição

Quick-SOFA: Paciente com suspeita de infecção ou infecção documentada que se apresente no pronto-socorro com pelo menos dois dos três seguintes critérios, é um paciente potencialmente com sepse:

1. FR ≥ 22 irpm
2. Alteração do nível da consciência
3. PAS ≤ 100 mmHg

q-SOFA sugestivo de sepse (≥ 2 pontos), deve-se aplicar o **SOFA**, solicitando:

- Gasometria arterial
- Hemograma
- BTF
- Creatinina
- Checar PAM e Diurese

**Suspeita de infecção + disfunção orgânica
(preferencialmente SOFA ≥ 2, ou qSOFA ≥
2) = Sepse** (Sepsis 3.0, 2016)

Conduta após o diagnóstico de sepse:

1) Iniciar antibiótico na primeira hora

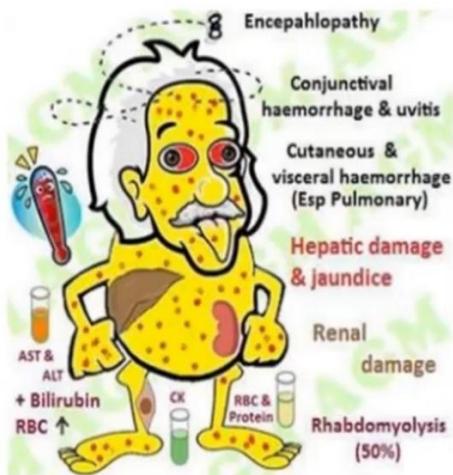
2) Colher exames:

- Hemocultura, de dois sítios diferentes
- Urocultura
- Hemograma
- Gasometria com **lactato**
- Função renal
- Função hepática

**Sepse + Hipotensão + Lactato elevado (>
18mg/dL) = Choque séptico**

Obs: não basta apenas a hipotensão isolada para definir choque séptico

Síndromes hemorrágicas e purpúricas



Meningococcemia: *(Neisseria meningitidis)*

- Paciente deve receber ATB empírico na suspeita inicial e ser encaminhado para UTI, visto o risco de evolução para disfunção de múltiplos órgãos
- Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 05 dias (dose dobrada se meningite)

Febre maculosa:

(Rickettsia rickettsii – transmitida pelo Carrapato estrela – presente em locais com capivaras e cavalos)

- Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou Cloranfenicol 1g EV 6/6h por 07 dias

Leptospirose:

(Leptospira interrogans)

- Para doentes com condição de alta:
Doxiciclina 100mg VO 12/12h ou
Amoxicilina 1g 12/12h por 07 dias

- Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 07 dias
(Penicilina cristalina é opção)

Emergências neurológicas

Agitação psicomotora na emergência – manejo farmacológico

Risperidona 2,5mg VO

Midazolam 2,5mg a 5mg IM 5/5min s/n

- Preocupar-se com RNC

Haloperidol 5 a 10mg IM 15/15min s/n

- Menor taxa de necessidade de IOT
- Evitar em:
 - ✓ Convulsões (reduz limiar convulsivo)
 - ✓ Abstinência alcoólica
 - ✓ Gestante

- ✓ Risco elevado de intoxicações:
hipocalémia é outras medicações
que prolongam o intervalo QT

Quetamina 4 a 5mg/kg IM

- Alguns pacientes podem ter reação paradoxal. Nesses casos, complementar com drogas de outras classes, como BDZ

O ideal é usar a mesma droga em doses repetidas até sua dose máxima, para então associar medicações de outras classes se necessário. Porém, se o paciente tiver histórico de necessidade de múltiplas classes de drogas prévias, já se pode associar desde o começo.

Sempre checar causas secundárias de agitação: HGT, oximetria, sinais vitais.

Atentar para sinais de causas externas (meningite, síndrome neuroléptica maligna...) como:

- Cefaleia, rigidez de nuca, febre...

Na dúvida, melhor conter o paciente e garantir a segurança da equipe

Convulsão na emergência – *status epileptico*

Paciente que entra em crise convulsiva: lateralizar o paciente e aguardar cerca de cinco minutos até que a crise cesse. Se isso não ocorrer, considerar *status epiléptico* e iniciar medicação na seguinte ordem:

1ª linha: Diazepam 10mg EV até 2x (se não puder pegar acesso para fazer EV, fazer Midazolam 1 a 3ml IM – *nunca aplicar diazepam IM!!*)

2ª linha: Fenitoína 250mg/5ml: Peso × 20 ÷ 250 + SF 250ml EV lentamente

3ª linha: Fenobarbital 100mg/ml ou 200mg/ml: 10 a 20mg/kg – velocidade máx 100mg/min, então, na prática:

* 100mg/ml: 1ml a cada 10 kg + SF 0,9%
100ml – correr em 20 min

* 200mg/ml: 0,5ml a cada 10 kg + SF
0,9% 100ml – correr em 20 min

Obs: Em paciente que faz uso crônico de Fenobarbital e faz crise convulsiva porque esqueceu de Tomar a droga, pensar em abstinência ao Fenobarbital e considerar usar a droga antes da Fenitoína, caso o Benzodiazepínico não resolva.

4ª linha: sedação contínua

Obs: Uma causa relativamente comum de crises convulsivas persistentes é edema cerebral, às vezes até por um tumor que sangrou, então deve-se considerar fazer Corticoide EV nestes pacientes como medida auxiliar)

Epilepsia – considerações práticas para o clínico geral

Epilepsia é um tema complexo, coisas que fogem da primeira linha acabam sendo mais pro especialista. Mas que se os clínicos e generalistas souberem algumas lições, elas são as seguintes:

- 1) Evitar fazer diazepam se o paciente já parou de ter crise. Não previne recorrência e só rebaixa o paciente. Se chegou em pós-ictal é melhor hidantializar.
- 2) Evitar introduzir fenobarbital a longo prazo, mas não suspender de uma vez se o paciente já toma. É um inferno pra tirar e tem muito efeito colateral.
- 3) Crise TCG é coisa de criança, adolescente ou no máx adulto jovem. Epilepsia que começa em adulto e idoso é quase tudo focal, mesmo que generalize.
- 4) Toda nova crise deve ser investigada.

5) Toda nova crise deve ser investigada.

6) Se você está no particular, levetiracetam é sempre uma boa opção. Serve pra focal e generalizada, pouco efeito colateral, não interage com outras drogas. Se for pra escolher uma droga pra saber manejar depois de fenitoína eu diria esta. Deve entrar no SUS nos próximos anos.

7) Tentar evitar intubar no pós-ictal (só se precisar muito). O paciente vai acordar. Intubar geralmente é mais mórbido. Se precisar intubar e não estiver em estado de mal, evitar sedar (principalmente com midazolam, que dura mto tempo), porque é capaz de você conseguir extubar meia hora depois (o que obviamente não vai acontecer se você sedar).

8) Nunca suspender nada abruptamente a não ser que haja algum efeito colateral ameaçador à vida. Suspender abruptamente tem risco alto de dar crise.

9) Drogas antiepilepticas geralmente precisa Tomar pra vida toda, porque tem risco de recorrência. São raros os casos em que dá pra tirar. Esse negócio de “vamos suspender porque toma há muito tempo” geralmente não dá certo (apesar de às vezes ser possível reduzir dose devagar).

10) Reforçando: não fazer diazepam em pós-ictal e investigar toda nova crise com imagem e LCR (no mínimo).

Emergências obstétricas

Hemorragia pós-parto

Todo parto vai sangrar, então hemorragia pós parto é:

- Sangramento > 500mL por parto vaginal
- Sangramento > 1.000mL por parto cesáreo
- Hemorragia pós parto maciça: > 2.000mL/24h ou necessidade de

1.200mL de hemoderivados ou queda de Hb > 4 pontos -- paciente provavelmente necessitará de hemotransfusão maciça

Maior causa de óbito materno em países desenvolvidos

Causas: 04 Ts

- Tônus: atonia uterina (70%)
- Trauma (19%): laceracão/hematoma em canal de parto, rotura uterina, inversão uterina...
- Tecidos (10%): retencão placentária ou restos placentários
- Trombo (1%): coagulopatia ou intoxicação por anticoagulantes

Obs: o habitual pós parto é o útero se contrair até virar uma pedrinha, o globo de segurança de Pinard – a falta disso é o que gera a atonia uterina

Fatores de risco:

- Fatores que hiperdistendam o útero: macrossomia fetal, polidramnìa, gestação gemelar...
- Longo período de trabalho de parto (principalmente o período expulsivo): paciente fica mais exposta à ocitocina endógena ou até exógena, o que dessensibiliza os receptores do útero
- Infecções uterinas: corioamnionite
- Parto instrumentado: fórceps (pode lacerar o canal de parto)

Profilaxia habitual de Sangramento Pós Parto (reduz até 50% dos casos de atonia uterina):

- **Ocitocina 10UI IM (ou até EV)** no período da dequitação (expulsão placentária ou 3º período), ou até antes, durante o período expulsivo (2º período), se ele for prolongado

Obs: manobra de Kristeler é proscrita pelo risco de atonia ou ate de inversão uterina

Como estimar a perda volêmica no parto?

- Peso das compressas: 1g ~ 1ml de sangue, ou compressa totalmente cheia e pingando de sangue ~ 100mL de sangue
- Índice de Choque (FC/PAS) > 0,9 necessita de hemotransfusão, > 1,4 provável necessidade de hemotransfusão maciça, > 1,7 risco materno de óbito elevado
- Regra dos 30: se PAS cair > 30mmHg, FC subir > 30bpm, FR > 30irpm, queda do Ht > 30%, provavelmente o paciente perdeu > 30% de sua volemia

Lembrando que a gestante já aumenta fisiologicamente em cerca de 50% a sua volemia e até 30% de sua Hb, logo, gestantes sangrando pode demorar mais para alterar SSVV

A primeira hora pós parto é a hora de ouro, devemos tentar de tudo nessa hora, inclusive achar as causas (4Ts)

Medicações uterotônicas:

- 1) **Ocitocina 10 UI IM ou EV** – Início de ação rápido em 1min e meia vida rápida, em 1min
- 2) **Ergometrina (derivado ergot)** – vasoconstrictor sistêmico (cuidado com cardiopatas e crises hipertensivas graves) - início de ação 2 a 3min
- 3) **Misoprostol 800mcg** – inicio de ação em 15 a 20min

Medidas para choque hipovolemico/hemorrágico:

- 02 acessos calibrosos
- Expansão volemica, talvez com hemotransfusão
- **Ácido Tranexâmico** (antifibrinolítico)

Manobras:

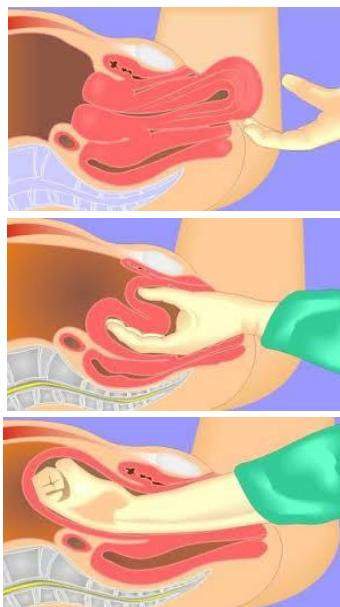
- **Obs:** Para tentar descobrir se o sangramento é uterino ou da parede vaginal, uma opção é colocar um tampão apenas no colo do útero e observar se o sangramento persiste (parede vaginal) ou se é interrompido (uterino)
- **Massagem uterina:** comprimir o fundo do útero com a mão
- **Massagem uterina bimanual (manobra de Hamilton):** insere-se uma mão fechada pela vagina enquanto se comprime o fundo do útero com a outra mão - 80% dos casos de atonia uterina responde a esta manobra



- **Balão intrauterino:** preferencialmente o de Bakri, mas também serve o de Sengstaken-Blackemore ou até uma sonda de foley adaptada (estourar o balonete, amarrar um preservativo e insuflar a sonda com soro aquecido)

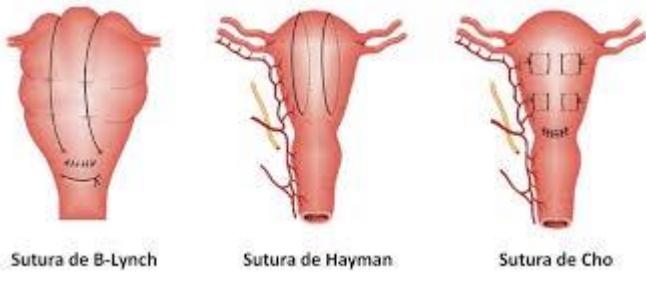


- **Manobra de Taxe:** utilizada para reverter inversão uterina, uma possível causa de hemorragia pós parto (especialmente em pacientes que tiveram seu cordão umbilical excessivamente tracionado) → “soco” delicado com o punho fechado contra o fundo do útero invertido, para coloca-lo de volta no lugar



Medidas obstétricas cirúrgicas para atonia uterina refratária a medidas conservadoras:

- Suturas uterinas: a B-Lynch é a mais utilizada



- Ligadura de artéria uterina
- Histerectomia de emergências – geralmente a subtotal

Hipertensão na gestação

Definições:

- **HAS crônica:**
 - < 20 sem
- **HAS gestacional:**
 - ≥ 20 sem s/ proteinúria/LOA

- **Pré-eclâmpsia:**
 - ≥ 20 sem s/ proteinúria/LOA
- **Síndrome HELLP:**
 - LDH ≥ 600 unidades/L
 - TGO ou TGO ≥ 70 unidades/L
 - Bilirrubina indireta $> 1,2$ unidades/L
 - Plaquetas < 100.000
 - Presença de esquizócitos no sangue periférico
- **Iminência de eclâmpsia:**
 - PA $\geq 140x90$ mmHg
 - Cefaleia
 - Escotomas
 - Dor em hipogastro/HCD
- **Eclâmpsia:**
 - Iminência de eclâmpsia + convulsão

Abordagem

1) Importante avaliar se a paciente realmente está hipertensa ou se tal hipertensão é secundária a uma dor ou a

stress, logo, na ausência de demais sinais de gravidade (*ex: tétrade completa da iminênciade eclâmpsia*), é válido fazer analgesia leve (*ex: Paracetamol 750mg VO ou até opióides*), sedação leve (*ex: Levopromazina 25 a 50mg VO*), manter a paciente em DLE e reavaliar PA após cerca de 15 min

- Considerar solicitar na emergência rotina de DHEG:
 - HMG, U, Cr, TGO, TGP, BTF, DHL e EAS

2) Confirmada PA $\geq 160 \times 90$ mmHg, está indicada **redução de até 30% da PAM com:**

- Hidralazina 20mg/mL – 01mL + AD 19mL
 - Aplicar 05mL EV e repetir 20/20min até atingir a PAM alvo $< 160 \times 110$ mmHg (máx: 5x ou 25mg EV)

- Nitroprussiato de sódio (50 mg/2 mL) 2 mL+ SG5% 248 mL (200mcg/mL) em BIC EV (0,5 a 10mcg/kg/min)
- Caso paciente apresente melhora sintomática completa e PA estabilizada, considerar alta com encaminhamento para pré-natal de alto risco

3) Se paciente apresentar a tétrade da iminência de eclâmpsia, ou pré eclâmpsia, está formalmente indicado o Sulfato de Magnésio, que pode ser feito através de um dos seguintes esquemas:

- Pritchard – preferencial em emergências sem obstetra disponível, pos doses intercaladas IM reduzem o risco de intoxicação e facilitam o transporte por não depender de BICs
 - Ataque:

- ✓ Sulfato de Magnésio 50%
8mL + SG5% 100mL EV
em 10 a 20min
 - ✓ Sulfato de Magnésio 50%
10mL IM em cada glúteo
(agulha de 10cm e
calibre 20)
- Manutenção:
 - ✓ Sulfato de Magnésio 50%
10mL IM 4/4h em
glúteos alternados por
até 24h após o parto
- Zuspan
 - Ataque:
 - ✓ Sulfato de Magnésio 50%
8mL + SG5% 60mL EV em
10 a 20min
ou
 - ✓ Sulfato de Magnésio 10%
40mL (04amp) + SG5%
100mL EV em 10 a 20min
 - Manutenção:

✓ Sulfato de Magnésio 50%
40mL (04 amp) +SG5%
460mL (conc: 40mg/mL)
– correr a 25-50mL/h e
manter por 24h após o
parto

4) Monitorizar sinais de intoxicação por
Sulfato de Magnésio:

- Sinais de intoxicação por MgSO₄:
 - Diurese < 25mL/h
 - FR < 12 irpm
 - Reflexo patelar ausente
- Conduta diante da intoxicação:
 - Suspender infusão de MgSO₄
 - Antídoto: Gluconato de Cálcio
10% 10mL (01 amp) + SF
100mL – correr em 20min

5) Após estabilização clínica, encaminhar para maternidade de alto risco para definir via de parto a critério obstétrico – prefere-

se a via mais rápida (não necessariamente a cesariana)

- Se IG < 34 semanas: Betametasona 12mg IM 1x/dia, repetir em 24h, se as condições clínicas da mãe permitirem retardar um pouco o parto para acelerar a maturação dos pneumócitos produtores de surfactante no feto e assim prevenir a síndrome do desconforto respiratório do recém nascido

6) Se paciente evoluir com convulsões (eclâmpsia), as convulsões normalmente são reentrantes, não contínuas, e a administração de MgSO₄ pode prevenir rapidamente novas crises. Porém, em caso de convulsão persistente, a droga de escolha é a Fenitoína (BDZ em associação com MgSO₄ pode provocar grande RNC)

Emergências por causas externas

Intoxicação por anestésicos locais

- O quadro costuma ter início com toxicidade central (agitação, convulsão e depressão do SNC), seguida de bradicardia, assistolia ou taquiarritmias ventriculares

- Emulsão lipídica 20%:

- Dose inicial: 1,5 ml/kg EV em 1 min
- Doses adicionais: duas doses semelhantes podem ser administradas em intervalos de 5 min
- Manutenção: 15 ml/kg/hora
- Não ultrapassar dose de 12 ml/kg

Intoxicação por antidepressivos tricíclicos

- pH alvo: 7,45 a 7,55

- Bicarbonato de sódio 8,4%: 1ml = 1mEq

- Dose inicial: 1 a 1,5 mEq/kg EV

- Doses adicionais: metade da dose após 5-15 min, dependendo do pH
 - Emulsão lipídica 20%: é uma opção
- Dose inicial: 1,5 ml/kg EV em 1 min
- Doses adicionais: duas doses semelhantes podem ser administradas em intervalos de 5 min
- Manutenção: 15 ml/kg/hora
- Não ultrapassar dose de 12 ml/kg

Intoxicação por betabloquadores

Na PCR:

- Glucagon: 50 a 150mcg/kg
- Gluconato de cálcio 10% - 20 a 30 ml EV a cada 3-5 min (não se sabe quantas vezes pode ser repetida)
- Insulina + glicose em altas doses:
 - Insulina 1 U/kg EV em bolus
 - Insulina 0,5 a 2 U/kg/hora

- Glicose para evitar hipoglicemia
 - Usar sangue de veia de grosso calibre, preferencialmente arterial, para medir a glicemia
- - Emulsão lipídica 20%:
 - Dose inicial: 1,5 ml/kg EV em 1 min
 - Doses adicionais: duas doses semelhantes podem ser administradas em intervalos de 5 min
 - Manutenção: 15 ml/kg/hora
 - Não ultrapassar dose de 12 ml/kg

Intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio

Na PCR:

- Gluconato de cálcio 10% - 20 a 30 ml EV a cada 3-5 min (não se sabe quantas vezes pode ser repetida)
- Insulina + glicose em altas doses:
 - Insulina 1 U/kg EV em bolus
 - Insulina 0,5 a 2 U/kg/hora
 - Glicose para evitar hipoglicemia
 - Usar sangue de veia de grosso calibre, preferencialmente arterial, para medir a glicemia

Intoxicação por opióides

- Naloxona: 0,4mg/ml – amp 01ml

- Extra-hospitalar: 0,4mg IM ou 2mg intranasal
- Intra-hospitalar: 0,4mg a 0,2mg EV ou IO, podendo repetir a cada 2-3 min

Para pacientes críticos, em uso contínuo de opióides, é interessante titular em doses mais baixas, para evitar hiperalgesia:

- Afundamento progressivo ou falência respiratória iminente em pacientes não ventiláveis
 - Naloxona 0,4mg/mL 01mL + AD 09ml (conc 0,04mL) – Realizar doses de 1/1mL (0,04mg) a cada poucos minutos até FR ≥ 12 irpm
- Apneia:
 - Naloxona 0,4mg/mL 01 a 2,5mL EV (dose de 0,4 a 1mg)
- Parada cardíaca:
 - Naloxona 0,4mg/mL 05mL (5 amp) EV (dose de 2g)

Intoxicação por Varfarina (Marevan®)

Em várias situações em Medicina devemos anticoagular os pacientes. Apesar da existência dos novos anticoagulantes, a varfarina ainda é muito usada tanto pelo custo, mas também porque em algumas situações ela é a escolha.

A Varfarina é um **antivitamina K**, então ela diminui os fatores de coagulação vitamina K dependentes (**II, VII, IX e C, proteínas C e S**). Ela promove anticoagulação alterando especialmente o **INR/TAP (cascata extrínseca)**

De um modo geral o **ajuste dessa medicação é feito com o INR** (razão normalizada internacional). É frequente vermos pacientes com INR fora da faixa, quando abaixo do alvo é claro que devemos avaliar se é uma situação passageira ou aumentar a dose da medicação, mas quando está acima do alvo, o que fazer?

Sangramento maior

- Fatal
- $\downarrow > 2\text{g/dL}$ de hemoglobina
- Necessidade de transfusão de 2 CH
- Em locais críticos
 - Intracraniano
 - Retroperitoneal

- Espinhal
- Ocular
- Pericárdico
- Articular sem trauma

Sangramento maior + qualquer INR

- 1) Interromper a Varfarina
- 2) Vitamina K 20mg EV
 - Correr em 10 a 20 min (pelo risco de anafilaxia)
 - 12 a 24h para fazer efeito
- 3) Hemoderivados /
Hemocomponentes
 - De escolha é o complexo protrombínico (**Krotrombínico**)
 - ✓ Complexo protrombínico de 4 fatores (4F)
 - ❖ Dose: 1500 a 2000 Unidades
 - ❖ Infundir em 10 min, intravenoso

❖ Verificar INR 15 minutos após término da infusão; se $\geq 1,5$ fazer nova dose (a depender do 4F, INR e peso)

Ou (se não tiver o 4F)

Complexo protrombínico de 3 fatores (3F)

- Dose: 1500 a 2000 Unidades
- Infundir em 10 min, intravenoso
- Verificar INR 15 minutos após término da infusão; se $\geq 1,5$ fazer nova dose (a depender do 3F, INR e peso)

Ou (se não tiver o 4F e 3F)

- Plasma fresco congelado
- Dose: 15 a 30ml/kg

- Infusão rápida, EV
- Verificar INR 15 minutos após término da infusão; se $\leq 1,5$ repetir a dose
- Se hipervolemia, avaliar furosemida

INR > 10 sem sangramento

- 1) Interromper a Varfarina
- 2) Vitamina K 2,5 a 5mg VO – caso não tenha comprimidos, usar a ampola de apresentação venosa, quebrar a ampola e administrar-se por via oral
- 3) Fazer INR diariamente
- 4) Quando INR na faixa alvo (ex: no 3º dia está 2,5 sendo o alvo entre 2 e 3) reiniciar a varfarina em uma dose menor ($\downarrow 20$ a 30% da dose semanal) – se possível, encaminhar o paciente para ajuste de dose com hematologista

INR entre 4,5 e 10 sem sangramento

- 1) Interromper a Varfarina

- 2) Não fazer Vitamina K VO, exceto se:
sangramento prévio, insuficiência cardíaca descompensada, câncer ativo – caso faça, é VO
- 3) Fazer INR a cada 24 a 72h
- 4) Quando INR na faixa alvo (ex: no 3º dia está 2,5 sendo o alvo entre 2 e 3)
reiniciar a varfarina em uma dose menor (\downarrow 20 a 30% da dose semanal)
– se possível, encaminhar o paciente para ajuste de dose com hematologista

Traumatismo cranioencefálico

Tipos gerais:

- **Concussão leve:** trauma craniano sem perda da consciência
- **Concussão clássica:** trauma craniano com perda da consciência (nocaute) < 6h

- **Lesão afinal difusa:** trauma craniano com perda da consciência > 6h (TC normal, inocente; RNM pode mostrar várias lesões microscópicas)
- **Hematoma epidural:**
 - Forma de lente biconvexa.
Geralmente em região temporal, respeitando os limites das suturas cranianas (onde as meninges se aderem)
 - Artéria meníngea média é a mais associada
 - Intervalo lúcido (“fala e morre”)
 - Bom prognóstico se for abordado, pois o sangramento pelo hematoma epidural em si não acomete nada intracraniano, logo, não costuma deixar sequelas
 - Decisão cirúrgica do cirurgião
- **Hematoma subdural**

- Mais frequente que os epidurais (mecanismo de trauma é mais forte no HSD)
 - Recobrem todo o hemisfério (não respeita as suturas cranianas)
 - Rupturas venosas – principalmente as veias pontinas em idosos
- **Hemorragia subaracnóidea**

Tratamento:

- **TCE leve**
 - 3% apresenta piora inesperada
 - Sintomas leves (alteração do nível da consciência)
 - Manifestações leves, assintomático: TC (se normal, alta) ou observação de 12 a 24h
 - Obs: se houver fatores de confusão na história, como

- intoxicação alcoólica, o melhor é indicar a TC
- Sempre orientar os sinais de alarme à alta hospitalar
 - **TCE moderado**
 - **TCE grave**

FOLHA DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PÓS TRAUMATISMO CRANIANO

Até o momento não foi constatada, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o trauma deste paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação nesta unidade de pronto atendimento ou encaminhado para serviço especializado e, portanto, será LIBERADO. Entretanto, novos sintomas e sinais podem surgir horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais

críticas. É aconselhável que este paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período.

O paciente deverá retornar à emergência, preferencialmente em serviço com Tomografia Computadorizada e Neurocirurgião disponível, como o HGE – Hospital Geral do Estado, se aparecerem os seguintes sintomas:

1. Dor de cabeça que não melhora com analgésicos comuns
2. Sonolência excessiva
3. Irritabilidade ou ansiedade
4. Desmaio, fraqueza, diminuição da força ou formigamento nas pernas ou metade do corpo
5. Dificuldade para falar ou entender, de memória ou concentração
6. Distúrbio da personalidade ou comportamento
7. Confusão mental
8. Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão
9. Diminuição da audição ou visão
10. Movimentos estranhos do olho, visão dupla
11. Alteração da respiração, batidas do coração ou febre (acima de 37,8°C)
12. Perda de líquido claro ou sangue pelo ouvido ou nariz

- 13.Alteração do tamanho das pupilas
- 14.Depressão ou agressividade
- 15.Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço
- 16.Dificuldades para realizar atividades normais em casa ou no emprego
- 17.Pode continuar usando as medicações prescritas pelo seu MÉDICO, porém não use sedativos, remédios para dormir, xaropes para tosse ou bebidas alcoólicas pelo menos nas próximas 48 horas. Durante o sono peça para ser acordado frequentemente (2 a 3 vezes), para que se possa avaliar a presença dos sinais acima descritos

Via aérea avançada na emergência

Os passos da IOT de sequência rápida

IOT de Sequência rápida - Algoritmo	
Tempos	
Zero	Preparação
5 min	Pré-oxigenação
8 min	Pré-medicação
10 min	Paralisia c/ indução
11 min	Laringoscopia - IOT

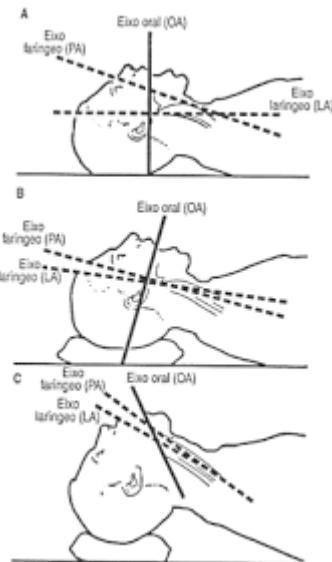
Preparação:

- Paciente deve estar monitorizado, com oximetria de pulso e com dois acessos venosos calibrosos em membros diferentes (M.O.V.)
- Separe todo o material necessário para o procedimento: BVM, Cateter de O₂, tubo (de maneira geral: 8 e 7,5 para homens e 7,5 e 7 para mulheres), fio guia, bougie e escolha as medicações (pré-medicação / hipnótico / bloqueador neuromuscular) com base na patologia atual e nas comorbidades do paciente

GRUPOS ESPECIAIS - Referência: USP			
	Pré-medicação	Indução	BNM
Paciente hemod "limítrofe"	Não precisa	1/2 dose de Ket/Et	Succ / Roc
Broncoespasmo grave	Lidocaína	Ket / Prop / Etom	Succ / Roc
Isq mioc. e emerg hipert	Fentanil	Et / Prop / Mida	Succ / Roc
AVEh ou Hipert. Intracran	Fenta + Lidocaina	Et / Prop / Mid / Ket	Succ / Roc
Estado de mal epiléptico	Não precisa	Prop / Mida / Et / Ket	Succ / Roc

- Tente prever se o paciente apresenta indicadores de via aérea difícil, como retrognatismo, abertura bucal limitada, pescoço curto, etc, e, em caso afirmativo, solicite preparação de demais materiais que podem ajudar a garantir a via aérea do paciente com segurança, como máscara laríngea, Airtraq®, King-Vision®, kit de cricotireoidostomia cirúrgica, de crico por punção (fonte de O₂, cateter com 03 vias, jelco 14), etc.
- Tente antecipar também vias aéreas fisiologicamente difíceis: cheque sempre a hemodinâmica do paciente antes do procedimento! Se ele estiver instável, corrija hipotensão com drogas vasoativas (em infusão contínua ou *pushdoses*) antes de realizar as medicações indutoras, a

laringoscopia e a passagem do tubo, que tendem a deixar o paciente ainda mais hipoteno.



- Posicione o paciente, adulto, preferencialmente na “posição do cheirador” (pescoço fletido, cabeça estendida) – você saberá que os eixos oral-faríngeo-laríngeo estão alinhados da

melhor maneira possível quando o lobo da orelha estiver da altura do manúbrio esternal

- Reveja os sinais vitais do paciente antes de iniciar o procedimento – lembre-se que a intubação é um

procedimento que tende a fazer hipotensão (associada a piores desfechos), logo, pode valer a pena iniciar uma droga vasoativa (ex: noradrenalina em BIC) num paciente com PA limítrofe antes de realizar o procedimento, se houver tempo hábil, mesmo que ela seja desligada depois

Pré-oxigenação

- O princípio básico é denitrogenar o pulmão do paciente, preenchendo-o com o máximo de O₂ possível e assim ganhar mais tempo de apneia durante a laringoscopia
- Fornecer O₂ a 100% por cerca de 2 a 3 min – para isto, pode-se usar uma máscara facial com reservatório e válvula não-reinalante, ou um dispositivo BVM (Ambu®) com reservatório ligado a uma fonte de O₂ (preferencialmente sem ventilar,

apenas acoplar à face e deixar o paciente respirar, se tiver drive), ou uma VNI com PEEP de 5 até, no máximo, 15cmH₂O.

- Algo a mais que pode ser feito é deixar um cateter nasal de O₂ durante todo o processo de pré-oxigenação e laringoscopia, para ganhar mais tempo com o pulmão oxigenado
- Se o paciente perder o drive respiratório, é necessário ventilar (“ambuzar”) com o dispositivo BVM, mas preferencialmente com uma cânula orofaríngea (Guedel) e/ou nasofaríngea, para direcionar o máximo de ar para a via aérea e desviar do trato digestivo, minimizando assim o risco de distensão gástrica, regurgitação e consequente broncoaspiração

Pré-medicação:

- Fentanil 50mcg/mL – 3mcg/kg ~4ml
para paciente de 70kg
- Lidocaína 20mg/mL – 1,5mg/kg ~5ml
para paciente de 70kg

Paralisia com indução: percebe-se que o paciente está em hipnose pela abolição do reflexo ciliar e do reflexo córneo-palpebral

- Hipnóticos
 - Midazolam 5mg/ml – 0,3mg/kg EV ~4ml *para paciente de 70kg*
 - ✓ Início de ação: 2 a 2,5 min
 - ✓ Duração: 20 a 30 min
 - Propofol 10mg/mL – 1,5 a 2mg/kg (peso ideal) EV ~10ml *para paciente de 70kg*
 - Propofol 20mg/mL – 1,5 a 2mg/kg (peso ideal) ~5ml *para paciente de 70kg*
 - ✓ Início de ação: < 50 seg
 - ✓ Duração: 3 a 10 min

- Etomidato 2mg/ml – 0,3mg/kg
(peso ideal) ~10ml para paciente de 70kg
 - ✓ Início de ação: < 1 min
 - ✓ Duração: 3 a 5 min
- Quetamina 50mg/mL – 1 a 2mg/kg EV ou 5 a 10mg/kg IM
(peso ideal) ~2ml EV e 8 ml IM para paciente de 70kg
 - ✓ Início de ação: < 30 seg EV e 3 a 4 min IM
 - ✓ Duração: 5 a 10min EV e 12 a 25 min IM
- Bloqueadores neuromusculares
 - Succinilcolina 100mg (diluir em AD 10ml = 10mg/ml) – 1,5mg/kg EV e 4mg/kg com máx 150mg IM ~100mg/10ml EV e 150mg/15ml IM para paciente de 70kg
 - ✓ Início de ação: < 60 seg EV, 2 a 3 min IM

✓ Tempo de ação: 4 a 6 min
EV, 10 a 30 min IM

Laringoscopia

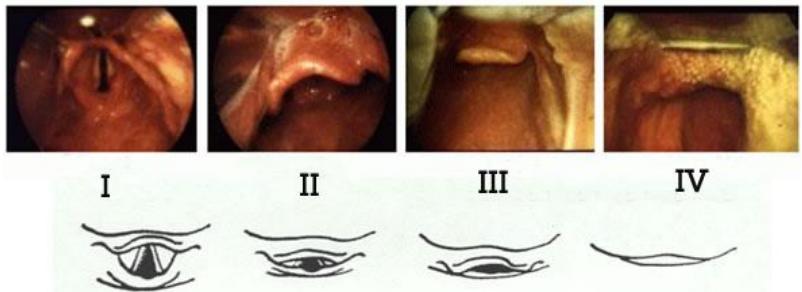
- Se lâmina curva (Macintosh), encaixar a ponta da mesma na valécula e tentar pressionar a prega glossoepilótica mediana de maneira a flexionar a epiglote e expor as cordas vocais
- Se lâmina reta (Miller), deve-se “pescar” a epiglote e rebatê-la abaixo da lâmina
- Classificar o Cormack-Lehane do paciente
 - I e IIa – via aérea fácil, pode tentar a entubação (maioria dos pacientes bem posicionados está aqui)
 - IIb e IIIa – via aérea difícil, utilizar o Bougie ou a Manipulação Externa da Laringe (Laringoscopia)

- Bimanual) para tentar melhorar a visualização
- IIIb e IV – via aérea “impossível”, melhor revisar a técnica do posicionamento ou tentar outra abordagem do que entubar às cegas

Planos para uma intubação bem sucedida

Plano A: Laringoscopia, podendo lançar mão da Manipulação Externa da Laringe (Laringoscopia Bimanual) ou do Bougie se Cormack-Lehane desfavorável (IIb, IIIb, principalmente)

Obs: Evite entubar às cegas Cormack-Lehane IIIb e IV, você dificilmente conseguirá, O melhor é sempre buscar material melhor ou ajuda nestas horas.



Plano B: Ventilação de resgate com BVM + Guedel + Nasofaríngea se, em qualquer momento do procedimento, SatO₂ < 90%. Se conseguir resgatar (SatO₂ 99% subindo, tórax expandindo), volte para o A e peça ajuda ou mais material se necessário; senão, vá para o C

Plano C: Passe uma Máscara Laríngea e planeje uma nova forma de abordar a via aérea definitiva (infraglótica) do paciente – Solicitar ajuda de gente mais experiente, levar o paciente para tentativas em centro cirúrgico com maior suporte, considerar via aérea cirúrgica

Plano D: Ventilação de resgate falhou e não consegue passar a máscara laríngea (“não entubo nem ventilo”): Cricotireoidostomia (cirúrgica ou por punção).

Sequência prolongada de intubação

Consiste no uso do hipnótico antes da pré-oxigenação, indicada para pacientes agitados e pouco colaborativos. O hipnótico de escolha é a Quetamina, podendo ser utilizado 1mg/kg antes da pré-oxigenação e a dose ser complementada com 0,5mg/kg após a pré-oxigenação, antes do BNM.

Via aérea Crash

É a via aérea crítica, aquela que não tolera o uso de medicações indutoras ou o uso de medidas que retardem a garantia de via aérea. Um exemplo clássico é a intubação durante a parada cardiorrespiratória.

Pós-IOT:

- 1) Confirme se o tubo está bem posicionado, através de capnografia (padrão-ouro), ausculta (atenção para intubação seletiva) e RX à beira do leito

Importante: só solte o tubo após ele ter sido fixado, seja com:

- ✓ Cadarço – lembrar de deixar cerca de 2 dedos de folga para não machucar a região malar do paciente, e gizes acima da orelha
- ✓ Colantes – esparadrapo, micropore...
- ✓ Dispositivos específicos

Exemplos:

<https://www.youtube.com/watch?v=dx5vs-gOR5Y> /

<https://www.youtube.com/watch?v=thLe-XPaP1w>

- 2) Verifique os SSVV do paciente:

- ✓ Se hipotensão – realize *pushdose* de vasopressor, ou aumentar infusão contínua de DVA
- ✓ Se dessaturação – investigar causas:
 - ✓ IOT esofágica
 - ✓ IOT seletiva
 - ✓ Broncoespasmo
 - ✓ Hipotensão

3) Inicie sedoanalgesia contínua

Paciente hemodinamicamente instável – *Pushdoses* de vasopressor

Opções (*pushdoses*) para elevar rapidamente a PA do paciente (efeito dura de 3 a 5min – repetir conforme necessário), como ponte para uma noradrenalina em BIC (às vezes, após a *pushdose*, não precisa mais montar a nora):

- Efedrina
- Metaraminol (Aramin ®)
- Fenilefrina

- Noradrenalina 4mg/4mL: 01ml + AD/SF/SRL 99mL (concentração final: 10mcg/mL) – aplicar 1ml EV
- Noradrenalina 4mg/4mL: 01ml + AD/SF/SRL 250mL (Concentração final: 4 mcg/mL) – aplicar 2ml EV
- Noradrenalina 4mg/4mL: 08ml (2 amp) + AD/SF/SRL 242mL (Concentração final: 32 mcg/mL) – rediluir 01ml + AD 09mL (Concentração final: 3,2 mcg/mL) – aplicar 1 a 2ml EV, podendo aproveitar o restante para preparar infusão contínua
- Adrenalina (1:50.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 19mL – aplicar 1 a 2ml
- Adrenalina (1:100.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 99mL (concentração final: 10mcg/mL) – aplicar 1 a 2ml

- Adrenalina (1:100.000): 01 ml (1mg/mL) + AD/SF/SRL 250mL (concentração final: 04 mcg/mL) – aplicar 1 a 2ml

Adrenalina Indicada em paciente com ↓PA e ↓FC	Noradrenalina Indicada em paciente com ↓PA e ↑FC
<p>Alfa-Adrenérgica: Vasoconstrição Beta-adrenérgica: Inotropismo, cronotropismo e broncodilatação</p> <p>Obs: Se for feita em paciente taquicárdico, paciente ficará ainda mais taquicárdico, o que aumenta o consumo de O₂ dele</p> <p><i>Pushdose:</i> 5 a 20mcg por dose</p>	<p>Apenas alfa-adrenérgica: vasoconstrição</p> <p>Até diminui a FC pelo efeito no barorreceptor (reflexo vagal), logo, não aumenta o consumo miocárdico de O₂, até porque aumenta o retorno no leito coronariano</p> <p><i>Pushdose:</i> em torno de 6mcg</p>

→ Sempre reavaliar a PA após 3 a 5 min ou após cada novo evento (Ex: droga infundida, RNC, alterações clínicas ...), para avaliar necessidade de nova *pushdose* até atingir o

alvo (doses progressivamente maiores podem ser necessárias

➔ Alvo: PAS > 90mmHg e PAM > 65mmHg

Sedoanalgesia Contínua

Geralmente não é indicado deixar o paciente em sedação profunda, na maioria das vezes só queremos deixar o paciente confortável: com um RASS entre 0 e -3 e um BPS menor que 5.

Obs: SSVV hemodinâmicos não são parâmetros muito bons para avaliar dor do paciente crítico, pelos vários fatores de confusão que existem. Sempre preferir avaliar dor pela escala BPS

BPS – Escala comportamental da dor		
Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada Parcialmente contraída (p. ex. abaixamento palpebral)	1 2 3

	Completamente contraída (olhos fechados) Contorção facial	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimento Movimento parcial Movimentação completa com flexão dos dedos Permanentemente contraídos	1 2 3 4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante Tosse, mas tolerante à VM a maior parte do tempo Brigando com o ventilador Sem controle da ventilação	1 2 3 4

Escala de RASS		
Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimento despropositados frequentes, briga com o ventilador

1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Se move e abre os olhos ao comando verbal. Não dirige o olhar
-4	Sedação profunda	Não responde. Abre os olhos à estimulação física
-5	Sedação muito profunda	Sem resposta a estimulação física

Escala de Ramsay	
Pontuação	Descrição
1	Paciente ansioso, agitado ou ambos
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Responsividade a comando verbal com abertura ocular espontânea
4	Resposta rápida a estímulo glabelar ou estímulo sonoro vigoroso

5	Resposta débil a estímulo glabellar ou estímulo sonoro vigoroso
6	Ausência de qualquer estímulo

Fentanil: Objetivo é deixar o BPS menor que 5

- Pode ser feito puro: Esvaziar um frasco de SF 100ml e colocar 50ml de Fentanil puro. Iniciar a 1 a 2ml/h e ajustar pelo BPS (escala comportamental da dor)

Ou

- Fentanil 50mcg/ml 20ml + SF 80ml (conc 10mcg/ml)
 - Iniciar a 12ml/h e ir ajustando pelo BPS

Midazolam: Objetivo é deixar o RASS entre 0 e -3

- Midazolam 5mg/ml 30ml + SF/SG5% 120ml
(conc = 1mg/ml): Iniciar a 4ml/h e ir
ajustando pelo RASS

Ou

- Midazolam 5mg/ml 20ml + SF/SG5% 80ml
(conc = 1mg/ml): Iniciar a 4ml/h e ir
ajustando pelo RASS

Midazolam + Fentanil numa mesma solução, para uma mesma BIC: Não é o ideal correr midazolam e fentanil no mesmo SF, já que ambos têm ações diferentes e são ajustados por escalas diferentes, mas em caso de limitação de BIC no serviço, é uma opção razoável

Sugestões:

- Midazolam 5mg/ml 30ml + Fentanil 50mcg/ml + SF/SG5% 80ml (conc = mida 1mg/ml + fenta 6,6mg/ml): iniciar a 10ml/h

ou

- Midazolam 5mg/ml 50ml + Fentanil 50mcg/ml 25ml + SF 175ml – Iniciar a 10ml/h

- 50mcg/h de Fentanil, o suficiente para deixar o paciente confortável, com a traqueia dessensibilizada para o tubo
- 10mg/h de Midazolam, o suficiente para gerar amnésia e talvez até hipnose

Propofol

- Efeitos:
 - Hipnótico (sem analgesia) GABAérgico com efeito vasodilatador e cardiodepressor, além de broncodilatador leve, associado a bem menos

abstinência em relação aos BZD após a sua retirada, sendo mais interessante mantê-lo na sedação contínua do que o midazolam, por exemplo.

- Por ser preparado em emulsão lipídica, pode apresentar hiperlipidemia como efeito adverso – 01 ml de Propofol contém 0,1g de lipídios = 1,1Kcal/ml – Lembrando que a meta calórica do doente crítico é 25-30 kcal/kg/dia, e proteica 1,2 a 2g/kg/dia
- Síndrome de infusão do Propofol: rara, geralmente letal, associada a altas doses ($> 5\text{mg/kg/h}$) por longos períodos ($> 48\text{h}$) – achados: acidose metabólica, hipertrigliceridemia, rabdomiólise e insuficiência renal – Tratamento: suspender

imediatamente a droga e fornecer suporte clínico

- Diluição:
 - Propofol 1% puro (com = 10mg/mL)
- Dose:
 - 1 a 3 mg/kg/h (evitar ultrapassar 4 mg/kg/h)

Dexmedetomidina (Precedex®):

- Efeitos:
 - α2-agonista altamente seletivo, com efeito ansiolítico, sedativo e analgésico
 - Tendência a elevar transitoriamente a PA, para depois reduzi-la
 - Tendência à bradicardia
 - Bloqueia secreção de ADH e de Renina, estimulando diurese
- Diluição:

- Dexmedetomidina 200mg/2mL
02 amp (4mL) + SF 96mL (conc
= 4mcg/mL)
- Dose:
 - Bolus inicial: 1 mcg/kg em
10min
 - Manutenção: 0,2 a
0,7mcg/kg/h em infusão
contínua
 - Ex: Paciente de 70kg:
 - ✓ Bolus: 17,5mL em 10min
 - ✓ Manutenção: 3,5 a
12,25mL/h

Quetamina:

- Efeitos:
 - Efeito analgésico e sedativo
dissociativo – dissocia (separa)
o córtex (consciência) do
tronco encefálico (reflexos),
gerando hipnose com
manutenção de reflexos como

drive ventilatório, tosse e laringoespasmo

- Diluição:
 - Quetamina 50mg/mL 02mL + SF 98mL (conc 1mg/mL)
- Dose:
 - 0,05-0,4mg/kg/h (em geral 0,1-0,5mg/kg/h)
 - Ex: paciente de 70kg – 3,5 a 28ml/h

Morfina

- Efeitos: promove analgesia, porém liberando bem mais histamina em relação ao fentanil (cuidado com asmáticos e com pacientes hipotensos), e faz depósito, inclusive de metabólitos sem efeito analgésico que permanecem suprimindo drive ventilatório
- Diluição:

- Morfina 10mg/1mL 05 amp (05mL) + SF 95mL (conc = 0,5mg/mL)
- Dose:
 - Bolus inicial: 1mg (2mL)
 - Manutenção: 1 a 10mg/h (2 a 20mL/h)

Metadona

- Efeitos:
 - Opioide sintético de longa duração com propriedades farmacológicas qualitativamente semelhantes às da morfina por ação no receptor μ -opioide, classicamente utilizada para no tratamento de dor oncológica refratária à morfina, atualmente também é utilizada no tratamento de dependência de heroína e de outros opioides

pela sua meia vida longa e menor risco de dependência, com potencial para evitar hiperalgesia

- Assim que suspeitar de intubação prolongada (> 48h), pode ser iniciada via SNE ou venosa, 60mg/d, para ir desmamando fentanil e midazolam
- Efeitos adversos: Prolongamento de intervalo QT, redução do drive ventilatório se acúmulo de altas doses
- Apresentação:
 - Comprimidos: 5mg e 10mg
 - Solução injetável: 10mg/mL
- Dose:
 - 02mg 8/8h (pode ser via SNE)
 - Máximo: 120mg/dia

Lidocaína:

- Efeitos:
 - Como adjuvante, pode poupar dose de opioide para analgesia, reduzir o risco de hiperalgesia associada a fentanil, broncodilatação discreta e redução do reflexo da tosse
- Diluição:
 - Lidocaína 2% puro (conc = 20mg/mL)
- Dose:
 - 1-1,5mg/kg/h
 - Ex: paciente de 70kg – 3,5 – 10,5ml/h

Cuidados:

➔ Cuidado, fentanil em excesso se deposita no tecido adiposo e pode demorar dias pra ser eliminado, o que atrapalha muito processo de extubação. Desconfiar de intoxicação por fentanil sempre que as pupilas

estiverem mióticas e tentar reduzir a vazão dele

- ➔ Uso prolongado e/ou em altas doses de Fentanil está associado a desenvolvimento de tolerância e hiperalgesia após sua remoção, sendo interessante fazer rodízio de opioides quando o paciente passa mais de 4 dias em uso de Fentanil, como Metadona
- ➔ Suspensão do Midazolam também pode fazer síndrome de abstinência, então, ao extubar um paciente, pode ser necessário manter Diazepam VO por um tempo
- ➔ Agitação pós extubação pode ser por hiperalgesia após suspensão do Fentanil e/ou abstinência após suspensão do Midazolam, ou mesmo Delirium. Considerar fazer analgesia com Sulfentanil, Metadona (prolonga QT) ou Morfina, bem como BDZ para o controle dessas agitações

➔ Para evitar tolerância / dependência / hiperalgesia ➔ Terapia multimodal e rotação de medicações sedoanalgésicas (ex: manter fentanil + midazolam por 48h, no máximo, e então reduzir suas doses e trocar por outras, como sulfentanil + propofol, e depois de 48h roda para remifentanil e dexmedetomidina, ou quetamina, lidocaína ...)

Ventilação mecânica

Resumo rápido

Ventilação mecânica é uma modalidade de suporte à vida que tem por objetivo restaurar as trocas gasosas enquanto o organismo se recupera de uma injuria, que pode ser pulmonar ou extrapulmonar em sua origem. Uma vez que o paciente precisou de intubação e está sedado, é fundamental o ajuste inicial do ventilador

que pode ser feito de forma simples pelas seguintes etapas:

1. Ligar o ventilador

2. Modo ventilatório:

- Volume controlado: O ventilador administra um volume fixo ao paciente. A pressão nas vias aéreas dependerá das propriedades do pulmão.
- Pressão controlada: O ventilador administra uma quantidade de volume que pode ser variável, até atingir a pressão nas vias aéreas determinada pelo operador. Melhor modo: O que você estiver mais acostumado. Sugestão? Volume controlado.

3. Fração Inspiratória de O₂ (FiO₂): quantidade de oxigênio no ar inspirado. Regular inicialmente a 100% e depois ajustar de acordo com gasometria para PaO₂ na

Gasó entre 60-70 mmHg ou Sat periférica ~94%.

4. Volume corrente (VT – Volume Tidal): quantidade de ar enviada aos pulmões em cada inspiração. Junto com a frequência, útil para remoção de CO₂. Ajustar para cerca 6-8 ml/kg peso corpóreo predito. ATENÇÃO especial para obesos, verifiquem formula peso predito [homens: $50 + 0,91 \times (\text{Altura} - 152,4 \text{ cm})$ / mulheres: $45,5 + 0,91 \times (\text{Altura} - 152,4 \text{ cm})$].

5. Frequência Respiratória (FR): Ajuste inicial para 15-20 incursões/min. Aumentos de VT/FR aumentam o volume minuto e reduzem PaCO₂ (ajustar pela gasometria para 35-45 mmHg ou pH normal).

6. Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP): quantidade de ar presente ao fim da expiração. Útil para manter os alvéolos abertos melhorando a oxigenação. Iniciar com 5 cmH₂O, ajustes adicionais de acordo

com PaO₂ gasometria ou saturação periférica (chame o intensivista).

Conceitos básicos:

- **FiO₂:** fração inspirada de O₂ → a concentração do gás na via inspiratória.
- **PEEP:** pressão expiratória positiva → a pressão que desejamos manter nos alvéolos ao final na expiração, evitando seu colapso. Além de dificultar ventilação, o "abre e fecha" do alvéolo pode progredir para lesão pulmonar (atelectrauma).
- **Volume Corrente (VC ou VT – Volume Tidal):** a quantidade de gás oferecida em cada ciclo respiratório, sendo importante tanto para oferta de O₂ quanto "limpeza" de CO₂. É o determinante de ciclagem nos modos controlados a volume. Seu excesso pode causar lesão (volutrauma → "encher demais a bexiga")

- **Frequência Respiratória:** quantidade de ciclos desejados por minuto. Determina os disparos nos modos controlados.
- **Volume Minuto:** produto da multiplicação da FR pelo Vc.

$$V_{min} = FR \times VC$$

- **Fluxo:** volume de gás ofertado por tempo
→ indica a velocidade de entrada de gás. É variável limitante nos modos controlados a volume. Nos modos controlados a pressão, o fluxo é livre.
 - Curvas de fluxo: Quanto mais íngremes, maior será o Tinp, e consequentemente menor será a Ppico
 - Quadrado= constante
 - Rampa 1 = desacelera 50 %
 - Rampa 2 = desacelera 100 %
- **Pressão Inspiratória Máxima:** a maior pressão atingida em todo o sistema

(espaços morto + alveolar). É variável limitante nos modos controlados a pressão.

- **Driving Pressure ou Delta P (ΔP)**: a diferença entre a Pressão de Platô e a PEEP. Lembrando que pressão e volume têm correlação direta (altos volumes correntes tendem a elevados deltas P e vice e versa). Seu excesso pode causar lesão (barotrauma), inclusive pneumotórax.

$$\Delta P = P_{platô} - P_{PEEP}$$

- **Tempo Inspiratório**: quanto tempo a válvula de fluxo inspiratório fica aberta. É o determinante da ciclagem no modo controlado a pressão.

$$T_{inp} = \frac{VC}{Fluxo}$$

- **Pressão de Platô**: obtida na curva de pressão quando se faz uma pausa inspiratória no modo controlado a volume. Indica a pressão que efetivamente está nos alvéolos.

- **Complacência estática (Cst)**: o quanto é fácil encher o pulmão. É calculado dividindo o Vc pela diferença da Pplatô e PEEP. Uma bexiga é muito mais complacente que uma bola de basquete, pois para um mesmo volume precisamos de menos pressão. Valores normais em VM entre 50 a 80 mL/cmH₂O. Doenças fibrosantes ou SARAs graves são exemplos de pulmões "duros".

$$\text{Complacência} = \frac{VC}{(Pplatô - PEEP)}$$

- **Resistência (Rva)**: o quanto é difícil fazer o ar chegar nos alvéolos. É uma característica das vias aéreas, ou seja, do espaço morto fisiológico. A diferença da Ppico pela Pplatô nos indica o quanto a mais de pressão precisamos para que o ar chegue onde deve. Essa diferença dividida pelo fluxo (a "força" do nosso ar) indica a resistência. Valores normais entre 4 e 8 cmH₂O/L/seg em VM. Doenças obstrutivas costumam tê-la aumentada.

$$Rva = \frac{(Ppico - Pplatô)}{Fluxo}$$

TABELA 1 Causas de diminuição de complacência estática e aumento de resistência

\downarrow Complacência	\uparrow Resistência
<ul style="list-style-type: none"> ■ Edema agudo de pulmão ■ Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) ■ Pneumonia ■ Atelectasia ■ Derrame pleural ■ Pneumotórax ■ Intubação seletiva ■ Fibrose pulmonar ■ Resistência da caixa torácica ■ Aumento de pressão intra-abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ASMA ■ Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ■ Secreção em via aérea ■ Cânula orotraqueal (COT) fina ■ Acotovelamento da COT ■ Obstrução extrínseca da via aérea (abscesso, neoplasia)

- **Auto-PEEP:** em situações que não dá tempo de os alvéolos "devolverem" todo o ar que neles chegou ou há muita dificuldade para esse esvaziamento, como FR muito altas ou elevada resistência. O pouco de ar represado faz uma pressão intra alveolar própria. Isso pode dificultar a ventilação e aumentar risco de lesão pulmonar.
- **Disparo:** o que vai dar o início do ciclo inspiratório (abertura da válvula ins).

- **Ciclagem:** o que vai dar início à parte expiratória (abertura da válvula ex).
- **Variável "limitante":** é aquela que controlamos para atingir o objetivo, geralmente se relaciona com o tempo que isso vai ocorrer (tempo inspiratório em PCV e fluxo em VCV).
- **Alarmes:** os pontos de corte de Pressão ou Volume para o ventilador apitar ou travar o sistema. Os valores devem ser individualizados para cada paciente e patologia.

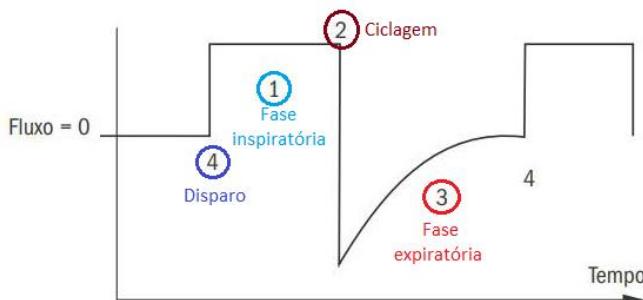
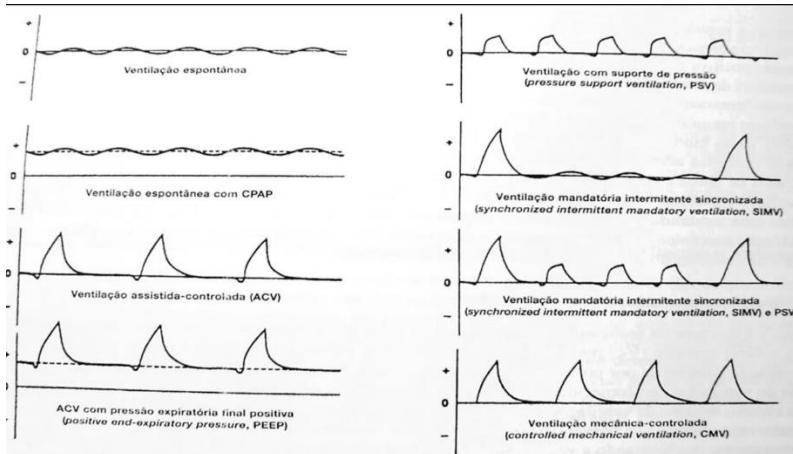


FIGURA 1 Curva de fluxo no modo VCV.
Adaptada de Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica 2013.

Modos ventilatórios



Controlado: FR definida pela máquina – atualmente, os ventiladores mais modernos não vêm mais com modos exclusivamente controlados, por possuírem sistemas de sensibilidade ou *trigger*, que entendem quando o paciente quer ar e acabam mandando ar para o paciente.

Assistido: FR definida pelo paciente

Assistido Controlado (AC): É um dos modos mais comuns e mais seguros no

departamento de emergência. Os pacientes recebem a mesma respiração, com os mesmos parâmetros configurados pelo médico a cada respiração. Eles podem ter respirações adicionais, ou “sobre-respirações”, mas cada respiração irá entregar os mesmos parâmetros. Pode ser ciclado a volume (**VCV** ou **AC/VC**), em que o clínico configura um volume corrente desejado, ou ciclado a pressão (**PCV** ou **AC/PC**), em que o clínico configura uma Pressão (Driving Pressure, ou ΔP)

- **Pressão (PCV):** Melhor controle das pressões de pico e de platô (o VC é consequência da mecânica ventilatória) – temos que utilizar a menor pressão para garantir o melhor volume (mais atenção ao VC expirado), sendo mais interessante em pulmões com baixa complacência e alta resistência, para manter um controle mais adequado das pressões em vias aéreas e alveolares.

Em pacientes obstruídos, é interessante um *rising time aumentado*, e em pacientes restritivos, um *rising time diminuído* para evitar *overshot* (pico de fluxo excessivo). Esse modo se caracteriza por manter a pressão limitada durante toda a fase inspiratória, sendo ciclado a tempo (T_{insp}), com fluxo livre e desacelerado

- Variável controle: P_{insp} – fica constante, quadrada no ventilador
- Variável de ciclagem: T_{insp} – fica pré-determinado quantos segundos o paciente ficará na inspiração e então será autorizado a passar para a expiração (ciclar)
- **Volume (VCV):** melhor controle do VC (as pressões são consequência da mecânica ventilatória) e do Volume minuto (VC x FR). É disparado a tempo (controlado), pressão e fluxo

(assistido) e é ciclado ao se atingir o VC inspirado predeterminado

- Variável controle: Fluxo – fica constante, quadrado no ventilador
- Variável de ciclagem: Volume – uma vez que o ventilador entregar o volume pré determinado ao paciente, ele já está autorizado a passar para a expiração (cicular)

Ventilação Mandatória Intermittente e Sincronizada (SIMV – FR definida pela máquina e pelo paciente): os parâmetros são similares ao modo AC, podendo ser controlada a volume (SIMV-VC) ou a pressão (SIMV-PC). De forma similar ao AC, a cada respiração controlada receberá os parâmetros configurados, porém, quando o paciente respirar espontaneamente, ele receberá apenas o suporte da CPAP ou PEEP, sem pressão de suporte (PS). Por exemplo, em SIMV-VC, cada respiração

fornecida pelo aparelho fornecerá o VC configurado, enquanto cada respiração espontânea vai ter VC mais variável, a depender dos fatores da via aérea do paciente. Este modo já foi muito utilizado antigamente no desmame de VM, mas hoje em dia tem sido associado a maior mortalidade retardado no desmame de ventilação mecânica e tem caído em desuso.

SIMV + PS: Modo ventilatório em que as respirações espontâneas entre as mandatórias receberão uma PS. Este modo ainda é utilizado no desmame de VM de pacientes pediátricos, ou pacientes adultos com doença muscular em que não se prevê uma saída próxima da VM

Controle de Volume Regulado a Pressão (PRVC): é um tipo de AC que combina os melhores atributos do VCV com os do PCV. O médico escolhe um determinado VC, e o ventilador fornece tal VC na menor pressão

possível. Se a pressão subir demais e chegar ao nível máximo predefinido, o ventilador irá parar o fluxo de ar e entrar na fase expiratória para prevenir pressão excessiva nas vias aéreas e lesão pulmonar. Neste modo, o alvo da pressão é ajustado baseado na complacência pulmonar, para ajudar a alcançar o VC.

Pressão de Suporte (PS ou PSV): é modo de suporte parcial de ventilação no qual o ventilador oferta tanto uma pressão expiratória final contínua (PEEP), como também, quando o paciente respira espontaneamente, uma pressão adicional de suporte acima da PEEP. Quando o paciente interrompe seu esforço, o ventilador também para de fornecer essa pressão adicional de suporte. Consequentemente, as demais variáveis, como VC, FR e pico de fluxo inspiratório ficam dependentes dos esforços do paciente, logo, este modo só deve ser

usado em pacientes capazes de ventilar espontaneamente, como no desmame de VM. Ou seja, o paciente deve ter *drive* ventilatório!! O ideal é que seja iniciado o mais precoce possível, conforme o quadro clínico.

- Variável de controle: P_{insp} – com pressão muscular do paciente mais livre
- Variável de controle: %Pico de fluxo – é o que mais ajuda o modo PSV a ser o modo com menos assincronia

Ventilação por Pressão Positiva Não-Invasiva (NIPPV): refere-se a dois modos de ventilação não invasiva, ou seja, não mediadas por um tubo endotraqueal, e sim por uma máscara facial ou um capacete:

- **Pressão positiva contínua em via aérea (CPAP):** é um modo de ventilação de suporte parcial, no qual

o paciente recebe uma pressão constante das vias aéreas durante todo o ciclo respiratório. O pico de fluxo de ar inspiratório, frequência respiratória e volume corrente são todas variáveis dependentes e determinadas pelo esforço do paciente. Portanto, o paciente deve estar acordado, minimamente sedado e capaz de respirar espontaneamente durante esse modo de ventilação.

- **Pressão positiva bilevel em via aérea (BIPAP):** é um modo de ventilação de suporte parcial, no qual o paciente recebe dois níveis de pressão nas vias aéreas durante todo o ciclo respiratório. Uma pressão inspiratória alta (iPAP) é semelhante à configuração de pressão de pico das vias aéreas. A pressão expiratória mais baixa (ePAP), semelhante à PEEP, é clinicamente aparente no final da expiração e ajuda a manter a

distensão alveolar. O paciente deve estar acordado, minimamente sedado e capaz de respirar espontaneamente durante esse modo de ventilação.

Ajustes iniciais na ventilação mecânica

1) Estimar o peso do paciente para calcular o volume corrente (VC) com base no peso ideal (PI)

Peso ideal (homens) = $50 + 0,91 \times (\text{altura} - 152,4 \text{ cm})$

Peso ideal (mulheres) = $45,5 + 0,91 \times (\text{altura} - 152,4 \text{ cm})$

Dica prática: (quanto maior a altura, mais preciso é este macete – pode ser usado de forma rápida na urgência, para depois ser refinado pela fórmula acima)

Peso ideal = Decimal da altura - 4 a 5

VC = 6 a 8 ml/kg de peso ideal

Ex: Paciente com Peso Ideal de 60kg (~1,70m), o VC vai variar de 360 a 480ml – bom cconfigurar para um valor intermediário neste intervalo, como 400ml

2) Configurar o ventilador, seja qual for o modo que você colocou, para atingir o intervalo do VC calculado

Modo Volume Controlado (VCV): o VC pode ser ajustado diretamente

Modo Pressão controlada (PCV):

- a) Escolher um valor de pressão (ΔP acima do PEEP), inicialmente entre 15 a 25cmH₂O, e observar quanto de VC isso irá gerar
- b) Se o VC estiver acima do calculado, é só reduzir a pressão até atingir o alvo, e se estiver abaixo, é só aumentar a pressão

c) Note que pulmões sadios necessitam de pouca pressão para atingir o VC alvo, enquanto DPOC, por exemplo, precisa de pressão mais alta

3) Ajustar os demais parâmetros conforme o modo ventilatório escolhido:

Modo Volume Controlado:

- VC – 6 a 9ml/kg de peso ideal – bom colocar um valor intermediário
- Fluxo – 40 a 60, ou até 80 litros/min em alguns casos
- FR – Varia de 10 a 20irpm
- Sensibilidade (*Trigger*): 2
- PEEP – Geralmente de 0 a 5cmH₂O, sendo preferível na maioria das vezes o 5
- FiO₂ – assim que intubar, deve ser 100%, e baixar o mais rápido possível de acordo com

os exames iniciais e a SatO₂
(alvo: 93- 97%)

Modo Pressão Controlada (é melhor de ajustar no paciente com complacência baixa e resistência alta, para maior controle sobre as pressões em vias aéreas e alveolares)

- Pressão (ΔP acima da PEEP) – Ajustada para adquirir o VC almejado – lembre-se que se você mantiver a Pressão fixa, o VC pode mudar ao longo do tempo, então é importante checar o paciente de tempos em tempos para ver se o VC não está saindo do intervalo calculado e ajustar a pressão de acordo
- Tinsp – Varia de 0,8 a 1,2
 - ❖ Obs: Aumentar demais a Tinsp aumentará o VC e reduzirá a Ppico

- ❖ (obs: o modo pressão controlada tem fluxo livre)
- Tsubida (rise time) – 0,1 (mais detalhes à frente)
- FR – Varia de 10 a 20irpm
- Sensibilidade (*Trigger*): 2
- PEEP – Geralmente de 0 a 5cmH₂O, sendo preferível na maioria das vezes o 5
- FiO₂ – assim que intubar, deve ser 100%, e baixar o mais rápido possível de acordo com os exames iniciais e a SatO₂ (alvo: 93- 97%)

4) Solicitar gasometria arterial – todas as condutas a partir de agora são baseadas na gasometria – para se basear em três fatores (CO₂, O₂ e pH):

- **PaCO₂** (normal: 35 a 45):
 - Se excesso de CO₂, há problema de ventilação → aumentar o **Volume Minuto**

(FR x VC), modificando ou o VC
(*cuidado para não exceder o VCmáx*) ou a FR, lembrando que o maior impacto no PaCO₂ é a FR

- **pH** (normal: 7,35 a 7,45)
- **PaO₂** (normal: 80 a 100): Se hiperóxia (> 100), baixar a **FiO₂** (um número legal para gravar é FiO₂ de 60%) – além da FiO₂, pode-se também aumentar a **PEEP** com o objetivo de aumentar a PaO₂ (pelo recrutamento alveolar)
- **Índice de oxigenação, ou relação P/F = PaO₂/FiO₂** – mais relevante para SARA

Obs: Geralmente as gasometrias precisam ser solicitadas em cerca de 20/20min ou de 30/30min para reavaliar cada mudança no ventilador

Obs: A SatO₂ no oxímetro é o parâmetro que se altera mais rapidamente, em torno de 2 a 3 minutos após algum ajuste. Lembre

que o tolerável, para um paciente intubado,
é $\geq 94\%$

5) Checar e ajustar as pressões de proteção pulmonar (Ppico, Pplat e Driving pressure) através de pausas inspiratórias

- Pressão de pico inspiratória

- Pressão do ar se deslocando do ventilador até os alvéolos do paciente do paciente (pressão inicial para deslocar o ar) – logo, sofre interferência de fatores como tubo endotraqueal dobrado, rolha, broncoespasmo ...
- Ppico = PEEP + Pressão
- **Ideal < 35 cmH₂O**
- No modo PCV pode ser regulada pelo Tinsp. (menor o Tinsp, maior a Ppico, maior o tempo Tinsp, menor a Ppico –

lembre que a Tinsp mais fisiológica fica entre 0,8 a 1,2).

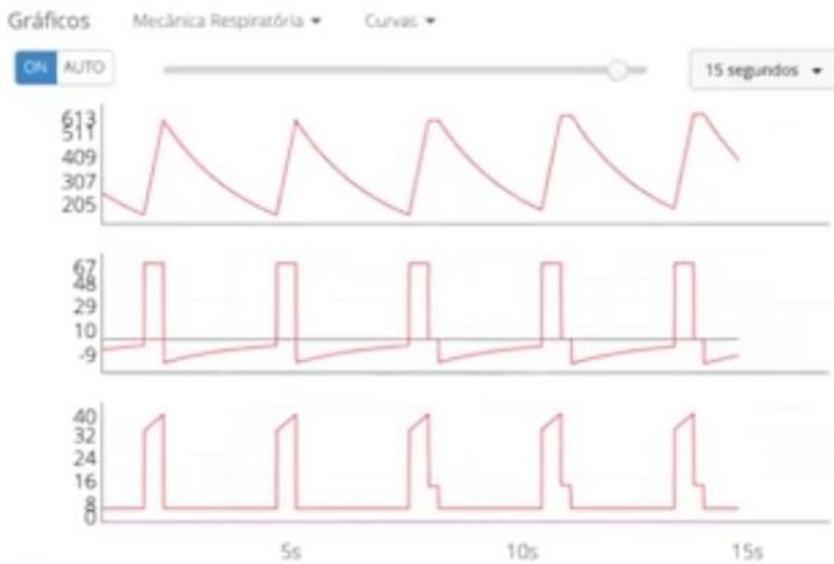
- No modo VCV pode ser regulada pelo Fluxo (menor o fluxo, menor Ppico, maior o fluxo, maior Ppico – lembrar que o valor do Fluxo deve ser regulado na fixa de 40 a 80 L/min)
- Obs: Durante a pausa inspiratória, é normal ela subir bastante, e espera-se que retorne ao normal ao fim da pausa inspiratória

- **Pressão de platô**

- É a pressão dos alvéolos, logo após a pressão de pico – é a pressão mais importante entre as pressões, pois reflete o parênquima pulmonar, e tem impacto direto na mortalidade!!!
- Deve se manter **abaixo de 30 cmH₂O**

- É descoberta fazendo-se uma pausa inspiratória (só apertar e segurar o botão do ventilador por uns dois ou 3 seg), ou selecionar a opção de pausa respiratória dinâmica no ventilador (entre 0,2 e 0,4)
 - Pode ser reduzida reduzindo-se a PEEP (vale mais a pena sacrificar um pouco da oxigenação em detrimento da proteção pulmonar, ou seja, da P_{plat})
- **Driving pressure ΔP**
 - Pressão de platô - PEEP, deve ficar **abaixo de 15 cmH₂O**

Neste gráfico, foi feita uma pausa inspiratória manual, e a pressão de Platô é esta primeira (onde está o mouse), 12,8,



logo, menor que 30, ótimo, e a Driving pressure é $12,8 - 5 = 7$, que está abaixo de 15, então tá ótimo!

Já neste outro gráfico, foi configurada uma pausa inspiratória dinâmica de 0,2 segundos, que pode ser vista como uma pausa bem rápida no gráfico de pressão, a partir da terceira curva, e aqui,

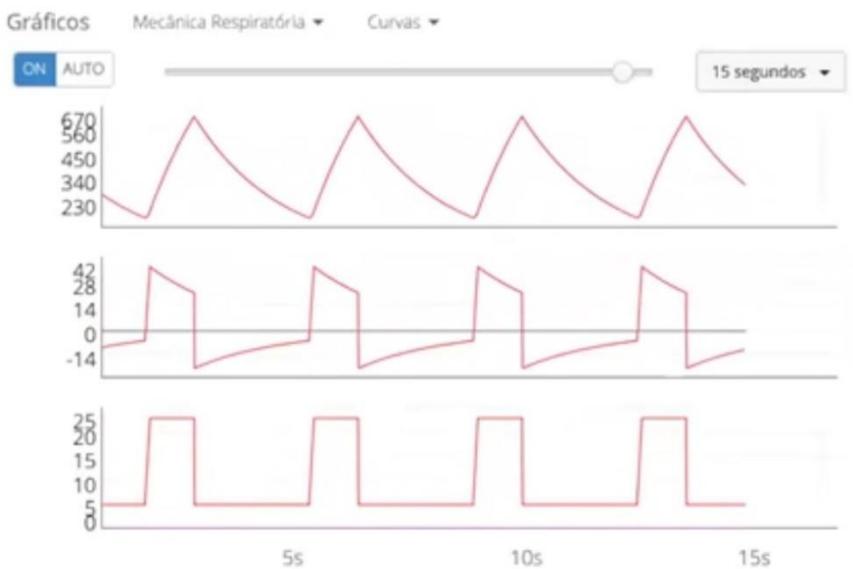
consequentemente, a Pressão de Platô está 13, logo menor que 30, ótimo, e a Driving Pressure é $13 - 5 = 8$, então tá ótimo!

7) Ajustar a auto-PEEP

- É vista na curva de fluxo, quando o disparo começa antes de se chegar no zero
- Pode ser regulada dando-se mais tempo de expiração:
 - Baixar a FR – tendência a reter CO₂ (equilibrar isso através de ajustes no Vmin baseadas na gasometria)
 - Reduzir o Tinsp. (ou aumentar o Fluxo), pois assim se dá mais tempo expiratório antes do próximo disparo

Obs: Lembre-se que os ajustes podem demorar de 20 a 30 minutos para ter repercussões gasométricas

Curvas do Ventilador – o que elas me dizem?



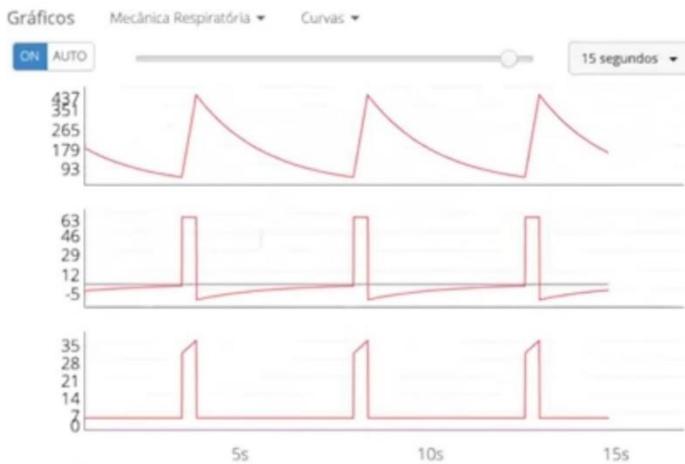
Curvas no modo PCV

Curvas no modo VCV

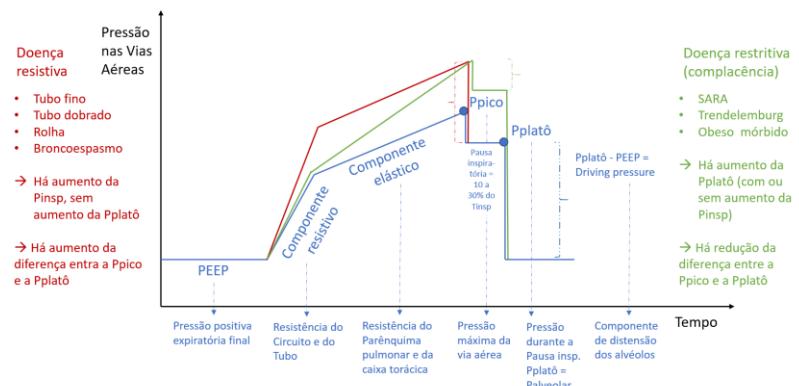
Note que a curva de fluxo é a única que ultrapassa a linha do zero e pode ficar negativa – padronizou-se que um fluxo positivo aferido pelo pneumotacógrafo do

aparelho é um fluxo inspiratório, enquanto que um fluxo negativo é expiratório

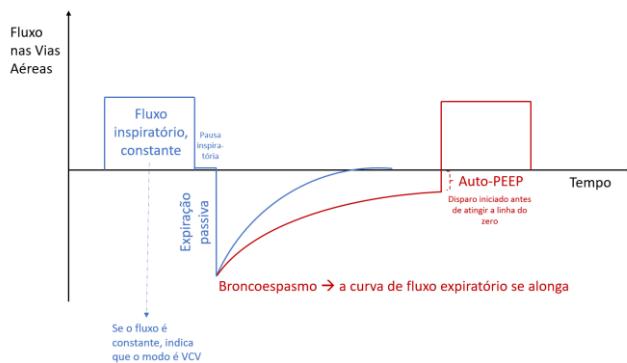
Note ainda que a curva de pressão no modo PCV se mantém quadrada, ou seja, com pressão constante durante todo o ciclo, enquanto que no modo VCV ela se divide em um componente resistivo (mais íngreme) e em um componente elástico (mais horizontalizado)



Curvas de pressão no modo VCV



Curvas de fluxo no modo VCV



Alguns conceitos importantes na curva de fluxo:

- Disparo = Início de uma ventilação (subida na curva de fluxo)
- Ciclagem = Transição de uma inspiração para uma expiração (descida na curva de fluxo)
- Auto-PEEP – Identificada na curva de Fluxo, quando se começa uma nova inspiração antes de se chegar no zero

Conceitos da curva de pressão:

- Se não ficar abaixo de zero, o paciente não está entrando (não está ventilando espontaneamente / não tem drive respiratório)

TABELA 2 Modos básicos de ventilação e ajustes

Parâmetros	PCV	VCV	PSV
Disparo	Tempo (ventilador), pressão ou fluxo (paciente)	Tempo (ventilador), pressão ou fluxo (paciente)	Pressão ou fluxo (paciente)
Ciclagem	Tempo (ciclagem ocorre quando o ventilador atinge a pressão determinada no tempo inspiratório)	Volume (ciclagem ocorre quando o ventilador atinge o volume determinado)	Queda do pico de fluxo – inicialmente ajustado em 25% (alguns ventiladores permitem entre 5 e 80%)
Volume corrente (Vt)	Regular a pressão inspiratória objetivando Vt 6-8 mL/kg	Regulagem direta do Vt 6-8 mL/kg	Regular a pressão de suporte objetivando Vt 6-8 mL/kg
PEEP	3-5 cmH ₂ O inicialmente com ajuste conforme necessário		
FiO ₂	Inicialmente a 100% com ajuste posterior objetivando SatO ₂ 93-97%		SatO ₂ 93-97%
Frequência respiratória (FR)	Inicialmente entre 12-16 rpm com ajuste de tempo inspiratório visando à relação I:E em 1:2 ou 1:3	Inicialmente entre 12-16 rpm com ajuste de fluxo inspiratório visando à relação I:E em 1:2 ou 1:3	Drive do paciente (ajustar ventilação de apneia)
Parâmetros específicos dos modos ventilatórios	Tempo inspiratório (Tins) - 0,8 a 1,2 s visando à relação I:E de 1:2 ou 1:3 a depender da FR	Fluxo inspiratório 30-60 L/min visando à relação I:E de 1:2 ou 1:3 a depender da FR	Velocidade do fluxo inspiratório (rampa, rise time ou slope)
Aquecimento e umidificação	Utilizar métodos passivos, optar por métodos ativos quando o paciente apresentar secreção espessa		
Alarmes	Regulação individualizada		

Paciente obstruído grave (ASMA e DPOC)

Maior preocupação: hiperinsuflação dinâmica destes pacientes gerar uma auto-PEEP, que culmine em retenção de CO₂ e instabilidade hemodinâmica pelo aumento da pressão pleural

- **Como identificar:** Lembre-se que a auto-PEEP é vista na curva de fluxo, quando, na fase expiratória, o disparo começa antes da curva tocar na linha de base
- **Como evitar:** Intubar com o tubo mais calibroso possível / Reduzir espaço morto não fisiológico / Aumentar Tinsp

TABELA 4 Ajuste do ventilador no paciente obstruído grave

Parâmetros	PCV	VCV
Volume corrente (Vt)	Vt 6 mL/kg inicialmente	
PEEP	3-5 cmH ₂ O inicialmente → regular a 85% do valor da auto-PEEP se necessário	
FiO ₂	Inicialmente a 100% com ajuste posterior objetivando SatO ₂ > 92%	
Frequência respiratória (FR)	Inicialmente entre 8-12 rpm com ajuste de tempo inspiratório visando à relação I:E ≥ 1:3	
Parâmetros específicos dos modos ventilatórios	Tins ≤ 1 s → relação I:E > 1:3 a depender da FR	Fluxo ≥ 60 L/min → relação I:E > 1:3 a depender da FR
Alarmes	Evitar Pplatô > 30 cmH ₂ O Evitar Ppico > 45 cmH ₂ O	

Pontos-chave:

- Preferir modo PCV para melhor controle pressórico
- Não é necessário ajustar CO₂ para normalidade. Pode-se tolerar hipercapnia se pH > 7,2
- Evitar relação I:E > 1:5 → risco de retenção importante de CO₂
- Se evoluir com rápida deterioração clínica e hemodinâmica → pensar em pneumotórax hipertensivo secundário a barotrauma

Particularidades: Bem grosseiramente, na DPOC o ar tem dificuldade pra sair; na asma tem tanto pra sair como pra entrar

- **Asma:**

- Asma é uma doença muito dinâmica, tornando o paciente mais difícil de ventilar, sendo mais interessante usar o modo VCV – Se você deixar asmático ventilando em PCV, você pode virar pra Tomar um café e quando você voltar o doente estar fazendo um volume corrente de 80ml
- É importante ainda retirar as travas de pressão (permitir além da Ppico de 35cmH₂O) para garantir a ventilação do doente – há pacientes graves que chegam a uma Ppico de 100cmH₂O
- Embora se prefira PEEPs baixas pela auto-PEEP do

Broncoespasmo, devemos lembrar que o pulmão do asmático é heterogêno, logo, áreas hiperinsufladas coexistem com áreas colapsadas. Então, se o asmático tem muita secreção, às vezes vale a pena usar uma PEEP maior para abrir as áreas colapsadas. Em geral:

- ✓ 1/3 fica bem com PEEP muito baixa (0-5 cmH₂O)
- ✓ 1/3 fica bem com PEEP baixa-moderada (5-10)
- ✓ 1/3 fica bem com PEEP moderada (≤ 10) – embora seja arriscado ultrapassar 10 cmH₂O na asma

- **DPOC:**

- São doentes mais fáceis de ventilar em relação à asma, sendo mais interessante manter em modo PCV, já que

- estes pacientes fazem bastante assincronia de fluxo a volume
- É importante ainda retirar as travas de pressão (permitir além da Ppico de 35cmH₂O) para garantir a ventilação do doente – há pacientes graves que chegam a uma Ppico de 100cmH₂O
 - Na vigência de auto-PEEP, uma PEEP extrínseca pode ser titulada de 70 a 85% da auto-PEEP, verificando-se os efeitos sobre a assincronia

Em caso de choque por auto-PEEP

- Uma forma de amenizar o choque é testar se é pela autoPEEP mesmo é fazer uma pausa expiratória prolongada, deixar o ar sair e ver se a PAM sobe – precisa de uma PAI pra fazer isso. Em seguida, ajustar o ventilador

Paciente SARA

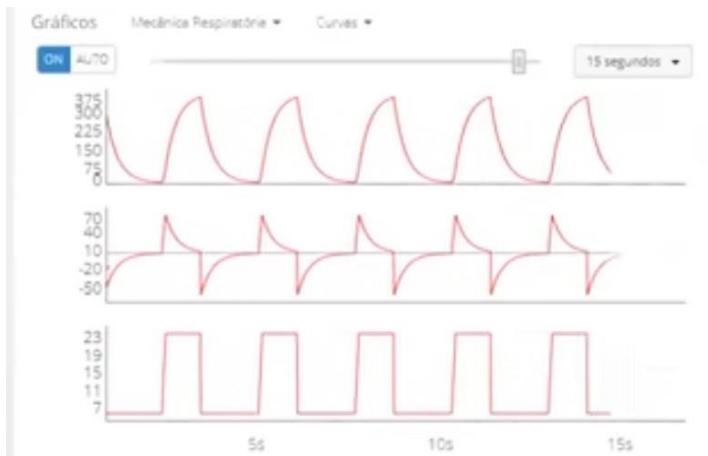
SARA (Síndrome do desconforto respiratório agudo do adulto): é um transtorno restritivo, ou seja, há prejuízo da oxigenação (*o infiltrado inflamatório/infeccioso alveolar atrapalha a troca gasosa*), ao contrário da DPOC, por exemplo, que é um transtorno obstrutivo, ou seja, há prejuízo da ventilação (*o broncoespasmo atrapalha o transporte do ar, mas, no alvéolo, a troca gasosa ocorre tranquilamente*)

Achados sugestivos de SARA:

- Infiltrado infeccioso/inflamatório à radiografia de tórax (ex: Asa de borboleta) – *não pode ser atribuído a um EAP, por exemplo*
- Índice de oxigenação ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 com $\text{PEEP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$
 - Classificação – Critérios de Berlin
 - ✓ 300 a 201 – SARA leve

- ✓ 200 a 101 – SARA moderada
- ✓ ≤ 100 – SARA grave
- Dificuldade de elevar a SatO₂, mesmo com FiO₂ a 100%
 - Lembrar de usar a PEEP para ajudar a aumentar a PaO₂, encontrando-se a PEEP ideal, seja através do método de oxigenação (mais prático para o ambiente de emergência), seja através do método decremental (há um protocolo bem destrinchado deste método no III Consenso de Ventilação Mecânica)

Obs: Uma SatO₂ < 92% cria no paciente um ambiente hipoxêmico, e os principais órgãos prejudicados são o Cérebro, o Coração e os Rins



Na SARA, alguns parâmetros têm valores diferentes

- Nas primeiras 24 – 72h recomenda-se o uso de modos AC (VCV e PCV)
- **Volume corrente** permite uma margem maior
 - Padrão: 6 a 8mL/kg
 - **SARA: 5 a 7mL/kg** – ou seja, isso permite uma maior FR (além dos 20) para lavar mais o CO₂

*Ex. para um Peso ideal de 60kg
= 300 a 420ml*

- **Índice de oxigenação (PaO₂/FiO₂)**
classifica a gravidade da SARA
 - Até 100 – SARA grave
 - 101 a 200 – SARA moderada
 - 201 a 300 – SARA leve
 - > 300 – Não é mais SARA
- **Hipercapnia permissiva:** em pacientes graves, com patologias pulmonares graves (seja um distúrbio restritivo ou obstrutivo), tolera-se um pH de até 7,2, independente dos níveis de CO₂
Ex: Paciente com pH 7,25 e PaCO₂ 52, não precisa se preocupar neste momento, pois a tendência, com o passar do tempo e com a terapia antibiótica/pulmonar/corticoide/broncodilatador, a tendência é melhorar a longo prazo

- **PaO₂** numa SARA grave, admite-se um valor de 60 a 100mmHg (III Consenso de Ventilação Mecânica)

Como compensar uma SARA? – Objetivo: elevar a PaO₂ de maneira a melhorar o Índice de oxigenação (PaO₂/FiO₂), bem como compensar uma possível acidose por retenção de CO₂

1) Aumentar a FR além dos 20 irpm (ex: 24irpm) para lavar mais o CO₂ – pode chegar até 35 irpm

- Porém, lembre-se que aumentar a FR aumenta Tinsp e reduz a relação I:E – lembrando que devemos evitar a relação I:E 1:1, que gera auto-PEEP

2) Buscar uma PEEP ideal para permitir baixar a FiO₂ sem cair a SatO₂ e a PaO₂ – Método da oxigenação:

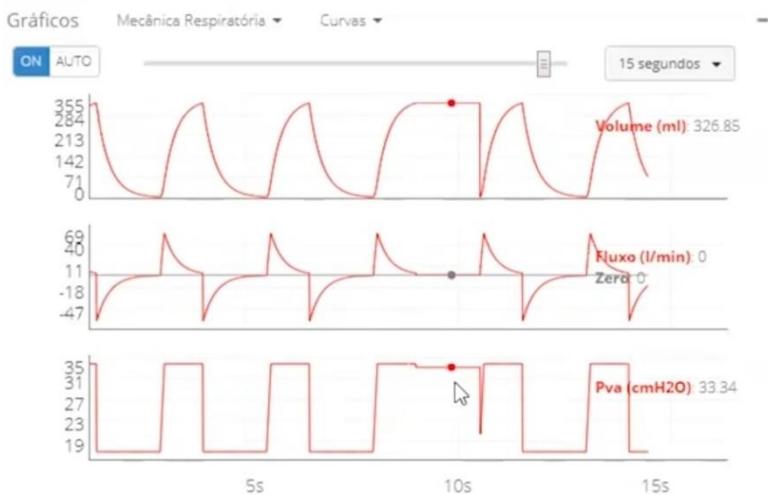
- Aumentar a PEEP de 3/3cmH₂O a cada 2 a 5 min para recrutar mais alvéolos que estavam colabados (geralmente os pacientes estabilizam em cerca de 14, podendo até mesmo ultrapassar os 20cmH₂O!)
 - Porém, note que aumentar demais a PEEP aumenta também o espaço ocupado pelo pulmão na caixa torácica, o que pode comprimir o coração, particularmente o VD, podendo gerar hipotensão!! Atentar para isso e buscar um equilíbrio!!
 - Cuidado também com a Auto-PEEP!!
- É possível se guiar também pela tabela ARDSnet (PEEP Table)

3) Analisar as três pressões de proteção (P_{pico}, P_{plat} e Driving pressure)

- **P_{pico}** (máx 35cmH₂O, 40 em algumas referências): PEEP + Pressão

- **Pplat** (máx 30cmH₂O): Medir pela pausa inspiratória estática (0,5 a 2,0 seg, de preferência no modo VCV com o paciente bem sedado e curarizado) ou dinâmica
 - Pode ser reduzida reduzindo-se a PEEP (vale mais a pena sacrificar um pouco da oxigenação em detrimento da proteção pulmonar, ou seja, da Pplat) – equilibrar o prejuízo da SatO₂/PaO₂ aumentando-se a FiO₂
 - O ideal é que este ajuste leve menos de uma hora para que a Pplat fique abaixo de 30cmH₂O. Mais tempo que isto começa a gerar lesão no paciente
- **Driving pressure** (máx 15cmH₂O): Pplat - PEEP
 - Se estiver pouco acima de 15, não há tanta pressa em se compensá-la. Pode-se

aguardar cerca de uma ou duas horas pela resposta do paciente às demais medidas terapêuticas para ver se ela melhora sozinha. Caso não melhore sozinha, realizar os ajustes finos



Note nesta imagem que foi feita uma pausa inspiratória manual de 02 seg, que evidenciou uma Pplat de 33,34 (mouse), logo, acima de 30cmH₂O, o que tem

impacto direto na mortalidade e precisa ser compensada!

TABELA 5 Ajuste do ventilador no paciente com SARA

Parâmetros	PCV	VCV
Volume corrente (Vt)	Leve: Vt 6 mL/kg Moderada/grave: Vt 3-6 mL/kg	
PEEP	Leve/moderada: conforme tabela de PEEP baixo × FiO ₂ Grave: conforme tabela de PEEP alto × FiO ₂	
FiO ₂	Inicialmente a 100% com ajuste posterior objetivando SatO ₂ > 92%	
Frequência respiratória (FR)	Inicialmente a 20 rpm → podem ser necessárias 35-45 rpm em casos mais graves (atentar para auto-PEEP)	
Parâmetros específicos dos modos ventilatórios	Tins ≤ 1 s → relação I:E que permita o esvaziamento pulmonar (≥ 1:2)	Fluxo 45-60 L/min → relação I:E que permita o esvaziamento pulmonar (≥ 1:2)
Alarmes/observações	Manter Pplatô ≤ 30 cmH ₂ O Evitar Pplatô - PEEP ("driving pressure") > 15 cmH ₂ O	

TABELA 6 PEEP baixo × FiO₂

FiO ₂	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18↔24

TABELA 7 PEEP alto × FiO₂

Tabela do estudo ALVEOLI										
FiO ₂	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5↔0,8	0,8	0,9	1,0
PEEP	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22↔24
Tabela do estudo LOVS										
FiO ₂	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0		
PEEP	5↔10	10↔18	18↔20	20	20	20↔22	22	22↔24		

Bloqueio neuromuscular em pacientes intubados

Indicações:

- Manter ventilação protetora em pacientes com SARAG (SARA), quando a sedoanalgesia não é o bastante (principalmente a analgesia)
- Broncoespasmo grave em assincronia persistente – muitas vezes a causa da briga com o ventilador é acidose, e o excesso de CO₂ pode ser “lavado”

quando o paciente se entrega ao VM através do BNM

- Aumento das pressões intracraniana e intrababdominal – para reduzir brigas com ventilador e, consequentemente, piora destas condições
- Hipotermia terapêutica após PCR

CUIDADO! Às vezes o paciente “briga” com o ventilador porque está tentando compensar uma acidose, logo, se BNM for feito com um Volume Minuto (FR x VC) baixo configurado no ventilador, o paciente pode evoluir com parada cardiorrespiratória por acidose! Então, antes de iniciar o bloqueio, aumente os parâmetros do Vmin no ventilador (ex: aumentar FR para 25 - 30irpm, enquanto se preserva o VC na faixa de ventilação protetora quando indicado)! Lembrar ainda de realizar uma gasometria arterial após cerca de 20min para avaliar a

resposta do paciente bloqueado aos seus parâmetros, e ajustar o que for necessário

Drogas:

- **Rocurônio** (10mg/ml – ampolas de 50mg/5ml):
 - **Preparo:** Rocurônio 10mg/mL 50ml (500mg) + SF 200mL = 2mg/mL
 - Iniciar em 0,6 mg/kg/h ($0,6 \times \text{peso} / 2 = 21\text{ml/h}$ num paciente de 70kg)
 - Opção (*off label*, na ausência de uma gasometria): Uma ampola de Rocurônio EV (dura 01h) e reavaliar o paciente a cada hora → se mantiver assincronia, provavelmente ainda está em acidose / se cessar assincronia, problema foi resolvido e provavelmente o paciente não necessitará mais de BNM

- **Cisatracúrio** (2mg/ml – ampolas de 10mg/5ml)
 - **Preparo:** Cisatracúrio 2mg/ml 50mL (10 amp) + SF 50ml = 1mg/mL
 - Iniciar em 0,18mg/kg (12ml em *bolus* num paciente de 70kg)
 - Manutenção em 0,06 a 0,12mg/kg/h (4 a 8ml/h num paciente de 70kg) após evidência de bloqueio neuromuscular

Desmame de VMI (Extubação)

Desmame de VM = Processo de transição da ventilação artificial para espontânea nos pacientes com mais de 24h de VM invasiva (quando se faz teste de respiração espontânea com menos de 24h se chama **interrupção da VM**), podendo resultar ou não em extubação (retirada do tubo de IOT) / decanulação (retirada da cânula de TOT)

- Cerca de 20% dos pacientes em VM precisam de desmame gradual (ex: paciente em modo A/C, com redução gradual de parâmetros) – 80% podem ser desmamados abruptamente
- 20% dos pacientes irão falhar na primeira tentativa de respiração espontânea

O Desmame corresponde a mais de 40% do tempo total de ventilação – este período é um processo de treinamento da musculatura respiratória

Checklist para decidir pela extubação

- Nível de consciência aceitável (após reduzir a sedação e o paciente manter drive ventilatório, idealmente com Glasgow > 12, por exemplo) – é impossível saber se o doente protege via aérea sem antes de fato extubar

- Obs: Paciente taqueostomizado muitas vezes não atinge nível de consciência, mas mesmo assim ele pode ser extubado
 - Hemodinâmica estável ou em melhora (doses baixas a moderadas de vasopressor ou inotrópico não são contraindicações à extubação)
 - Sobre a parte respiratória:
 - Relação P/F maior que 150 (as vezes até 120)
 - Doente ter passado em TRE (teste de respiração espontânea) – não aplicável se doente foi intubado por razões neurológicas, hemodinâmica ou para cirurgia

Testes de respiração espontânea (TRE) –

Opções:

1-) Fazer em PSV com PEEP 5-10 e PS 5-8 e FR entre 15 e 25irpm (melhor)

2-) Fazer em PSV-CPAP apenas com PEEP e FR entre 15 e 25irpm

3-) Fazer com tubo T - ou seja, sem PEEP nem PS, apenas com fonte de O₂ conectado ao T

O que monitorizar:

- 1) Frequência respiratória (deve estar entre 15 a 25irpm no adulto)
- 2) Padrão respiratório – se está confortável ou não, não importando, neste momento, o volume corrente
- 3) SatO₂
- 4) Ao atingir 30 min, avaliar extubação
 - Caso o paciente não ultrapasse 15 min iniciais e apresente falha, retornar a PSV aumentando a PS até VC

- 8ml/kg – realizar nova tentativa de TRE a cada 2h
- Mediante sucesso, paciente é extubado e é considerado bem sucedido se o paciente conseguir se manter fora da VM por 48h – se o paciente retornar à VM dentro destas 48h, é considerada falha na extubação

Obs: É comum paciente despertar agitado ao reduzirmos a sedação visando a extubação. Essa agitação pode ter várias causas, como abstinência de benzodiazepíncio pelo uso prolongado, ou mesmo dor pela presença do tubo na traqueia. Logo, é importante garantir uma analgesia ao despertar o paciente (ex: manter infusão de fentanil numa dose analgésica que não cause RNC; realizar doses de metadona ou morfina etc). No pós IOT, vale ainda considerar realizar

benzodiazepínico VO caso o paciente apresente sinais de sd. de abstinência após uso prolongado de BDZ.

Indicações de Traqueostomia na VM

- Trauma raquimedular: indicar precoce, até 07 dias (trauma cervical alto – C5 ou acima – é preditor independente de necessidade de VM prolongada)
- Trauma crânioencefálico: indicar precoce, até 07 dias, se Glasgow < 8
- Demais traumas: indicar precoce, até 07 dias, se estimativa de suporte ventilatório prolongado
- Pacientes clínicos: aguardar 14 dias para realização da traqueostomia, uma vez que o procedimento precoce não reduz a mortalidade em 30 dias, tampouco o tempo de UTI e necessidade de sedação

Situações especiais

Modo PCV

Lembrar que Pins é PEEP (padrão = 5cmH₂O) + Pcontrole (padrão = 15cmH₂O) = 20cmH₂O

A Pins pode ser aumentada em caso de pacientes obesos com dificuldade de expansão torácica, por exemplo, mas se deve aumentar a Pcontr proporcionalmente à PEEP (ex Pcont 20 + PEEP 8 = Pins 28), pois uma diferença de Pcontr e PEEP muito grande pode levar à lesão alveolar por distensão e colabamento alveolar exagerados

RCP mantendo o paciente em Ventilação Mecânica

Colocar o VM em modo assíncrono, ou em algum modo A/C com a sensibilidade desligada, e adicionar os seguintes parâmetros

- VC (VT): 4 a 6ml/kg de peso ideal

- FR 10 a 12irpm
- PEEP = 0 (para não interferir nas compressões torácicas)
- FiO₂ 100%
- Sensibilidade inspiratória desligada ou o mais negativo possível (para evitar disparos não acionados pelo ventilador)
- Alarme de pressão máxima (Pressão de Pico) em torno de 60cmH₂O

Obs: Só é necessário desconectar o tubo do ventilador, ou colocar o ventilador em modo de espera, caso haja suspeita de vazamento de O₂ pelo circuito, para evitar incêndio.



Evasão de paciente

Realizo busca ativa na unidade por diversas vezes à procura de paciente, devidamente orientado a retornar ao consultório para dar continuidade ao atendimento, porém não o encontro. Solicito registro de evasão.

PCR com evolução para óbito – modelo de evolução

Paciente _____. Identificada PCR em ritmo de _____. Dou início junto à

equipe de enfermagem às medidas de RCP conforme protocolo do ACLS 2015, com IOT ao ____º ciclo e administração de adrenalina a cada 3 a 5min, bem como amiodarona 300mg seguida de 150mg após 4 min. Medidas de RCP foram mantidas por ____ min, sem mudança de ritmo ou retorno à circulação espontânea. Declaro óbito às ____.

Comunico óbito à família, apesar dos esforços da equipe, e envio corpo ao SVO.

PCR com evolução para RCE – modelo de evolução

Paciente _____. Identificada PCR em ritmo de _____. Dou início junto à equipe de enfermagem às medidas de RCP conforme protocolo do ACLS 2015, com IOT ao ____º ciclo e administração de adrenalina a cada 3

a 5min, bem como amiodarona 300mg seguida de 150mg após 4 min. Após ____ min de RCP, paciente apresenta evolução para ritmo organizado, com retorno à circulação espontânea.

PA = __ mmHg FC = __ bpm SatO₂ = __
Tax = __ °C HGT = __ mg/dL

Conduta:

1- Inicio noradrenalina a ____ mcg/kg/min

2- Solicito HMG, Ur, Cr, Na, K, Ca, Mg, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, Coagulograma, Troponina I, CPK, CK-MB, PCR e gasometria arterial

3- Solicito passagem de SVD para quantificação de débito urinário 6/6h

Bomba infusora:

Gotas/min = mL/h ÷ 3

mL/h = Gotas/min × 3