

PRESCRIÇÃO

NO PRONTO SOCORRO



FICHA
AMARELA/VERMELHA

ADULTO



PRESCREVENDO

1ª
EDIÇÃO

SUMÁRIO

ADMITINDO PACIENTE GRAVE 14

Paciente na Sala Vermelha 15

Prescrição Prática 17

CARDIOLOGIA 18

Bradiarritmia 19

Prescrição Prática 21

Emergências Hipertensivas 22

Encefalopatia Hipertensiva 23

AVC Hemorrágico 23

AVC Isquêmico 24

Edema Agudo de Pulmão 24

Dissecção Aguda de Aorta 25

Síndrome Coronariana Aguda 26

Eclâmpsia 26

Fibrilação Atrial com Instabilidade Hemodinâmica 27

Prescrição Prática - Cardioversão Elétrica 31

Fibrilação Atrial sem instabilidade hemodinâmica 32

FA estável <48h 32

Prescrição Prática 34

FA estável >48h 35

Prescrição Prática 38

Infarto Agudo do Miocárdio COM Supra de ST 39

Paciente candidato à Angioplastia Primária 39

Prescrição Prática 39

Orientações 40

Paciente candidato à Trombólise 41

Prescrição Prática 41

Orientações 42

Dose do Trombolítico 43

SUMÁRIO

Infarto Agudo do Miocárdio SEM Supra de ST	44
Prescrição Prática	44
Orientações	45
Insuficiência Cardíaca Aguda	46
Perfil A – Quente e Seco	47
Prescrição Prática	47
Perfil B – Quente e Congesto	48
Admissão em enfermaria	48
Prescrição Prática	49
Admissão em Sala Vermelha	50
Prescrição Prática	51
Perfil C – Frio e Congesto	52
Prescrição Prática	54
Perfil L – Frio e Seco	55
Prescrição Prática	55
Taquiarritmia	56
QRS Estreito e R-R Regular – Paciente estável	56
Prescrição Prática	58
QRS Alargado e R-R Regular – Paciente estável	59
Prescrição Prática	60
QRS Alargado e R-R Irregular – Paciente estável	61
Prescrição Prática	62
Paciente instável	63
Prescrição Prática	66
Trombose Venosa Profunda (TVP)	67
Prescrição Prática	69

ENDOCRINOLOGIA 70

CAD/EHH	71
Prescrição Prática	75
Prescrição Prática para paciente 70 kg	76

SUMÁRIO

Crise Tireotóxica (Hipertireoidismo Grave)	77
Prescrição Prática	79
Estado/Coma Mixedematoso	80
Prescrição Prática	81
Hiperglicemia Assintomática	82
Hipoglicemia	83
Prescrição Prática	84
Insuficiência Adrenal Aguda	85
Prescrição Prática	86

GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA 87

Encefalopatia Hepática	88
Prescrição Prática	89
Hemorragia Digestiva Alta não Varicosa	90
Prescrição Prática	92
Hemorragia Digestiva Alta Varicosa	93
Prescrição Prática	96
Hemorragia Digestiva Baixa	97
Prescrição Prática	99
Pancreatite Aguda	100
Prescrição Prática	103
Peritonite Bacteriana Espontânea	104
Prescrição Prática	107
Síndrome Hepatorrenal	108
Prescrição Prática	110

HEMATOLOGIA 111

Anemia Falciforme	112
Crise Álgica (Crise Vaso-Oclusiva)	112
Prescrição Prática	113
Síndrome Torácica Aguda	114
Prescrição Prática	116

SUMÁRIO

Reações Transfusionais Agudas	117
Reação Febril não Hemolítica	117
Prescrição Prática	118
Reação Transfusional Anafilática	119
Prescrição Prática	119
TACO	120
Prescrição Prática	120
TRALI	121
Prescrição Prática	121
Transfusão de Hemocomponentes	122
Crioprecipitado	122
Prescrição Prática	122
Hemácias	123
Prescrição Prática	123
Plaquetas	124
Prescrição Prática	124
Plasma Fresco Congelado	125
Prescrição Prática	125
Transfusão Maciça	126

NEFROLOGIA 127

Distúrbios do Cálcio	128
Hipercalcemia	128
Prescrição Prática	131
Hipocalcemia	132
Prescrição Prática	133
Distúrbios do Potássio	134
Hipercalcemia	134
Prescrição Prática	139
Hipocalcemia	140
Prescrição Prática	143

SUMÁRIO

Distúrbios do Sódio	144
Hipernatremia	144
Prescrição Prática	146
Hiponatremia	147
Prescrição Prática	149
Lesão Renal Aguda	150
Prescrição Prática	152
Rabdomiólise	153
Prescrição Prática	154

NEUROLOGIA 155

AVC Hemorrágico – Tratamento Clínico	156
Prescrição Prática	163
AVC Isquêmico COM indicação de Trombólise	164
Trombolítico	166
Prescrição Prática	167
Prescrição do Trombolítico	168
AVC Isquêmico SEM Indicação De Trombólise	169
Prescrição Prática	172
Crise Convulsiva/Estado de Mal Epiléptico	173
Prescrição Prática	175

ONCOLOGIA 176

Neutropenia Febril	177
Prescrição Prática	178

PNEUMOLOGIA 179

Asma Exacerbada	180
Prescrição Prática	183
DPOC Exacerbada	184
Prescrição Prática	188
Tromboembolismo Pulmonar (TEP)	189
Prescrição Prática	192

SUMÁRIO

REUMATOLOGIA	193
Artrite Séptica	194
Prescrição Prática	198
CAUSAS EXTERNAS	199
Acidente Ofídico	200
Botrópico (Jararaca)	200
Prescrição Prática	202
Crotálico (Cascavel)	203
Prescrição Prática	205
Intoxicação Exógena	206
Antidepressivos Tricíclicos	208
Prescrição Prática	210
Benzodiazepínicos	211
Prescrição Prática	212
Betabloqueadores	213
Prescrição Prática	215
Chumbinho, Carbamatos ou Organofosforados	217
Prescrição Prática	219
Cocaína/Crack	220
Prescrição Prática	222
Monóxido de Carbono	223
Prescrição Prática	224
Opioides	225
Prescrição Prática	227
Paracetamol	228
Prescrição Prática	229
PACIENTE CRÍTICO	230
Sepse	231
Antibióticoterapia	232
Prescrição Prática	235

SUMÁRIO

Choque Séptico	236
Prescrição Prática	239
IOT Sequência Rápida	240
Agente Indutor	241
Bloqueador Neuromuscular	242
Sedação Contínua	243
Ventilação Mecânica	244
Modo PCV	244
Modo VCV	246
Prescrição Prática	248
Parada Cardiorrespiratória (PCR)	249
Ritmo chocável (FV/TV)	250
Ritmo não chocável	251
5 Hs	252
5 Ts	254
Cuidados pós PCR	255
Prescrição Prática	257
Guia Rápido	258
Drogas Vasoativas	258
IOT - Sedação e Analgesia	261
IOT - Bloqueio Neuromuscular	265

BÔNUS 266

Modelo de Passagem de Caso no PS	267
Modelo de Admissão Médica Hospitalar	268
Modelo de Evolução Médica	270
Prescrição Médica Hospitalar	272
Exemplo Prático	278

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 271



**ADMITINDO
PACIENTE GRAVE**

PACIENTE NA SALA VERMELHA

MANEJO CLÍNICO: MOV + ABCDE

1. AVALIAR RESPONSIVIDADE E PULSO DO PACIENTE

- Se paciente **SEM PULSO** = **iniciar medidas para PCR**
- Se paciente **responde ou tem pulso**:
 - **ABCDE + MOV simultaneamente**
 - **ECG**: Alguns serviços incluem a realização ECG para todos os pacientes graves admitidos na Sala Vermelha
- **MOV (Monitorização + Oxigênio + Veia)**
 - **Monitorização**:
 - Pressão arterial e PAM (pressão arterial média)
 - Oximetria de pulso
 - Temperatura axilar
 - Cardioscopia (Traçado DII + Frequência Cardíaca)
 - + glicemia capilar
 - **Oxigênio suplementar**, se necessário:
 - Cateter nasal: 1-6 L/min
 - Máscara não reinalante: 10-15 L/min
 - Máscara Venturi: 3-15 L/min
 - VNI: indicado para quadros como DPOC exacerbada e EAP
 - **Veia (Acesso Venoso)**
 - Se possível, obter dois acessos calibrosos (18G ou maior)
- **ABCDE**
 - **Airway** (via aérea)
 - **Breathing** (ventilação)
 - **Circulação**
 - **Disability** (neurológico)
 - **Exposição**



PACIENTE NA SALA VERMELHA

MANEJO CLÍNICO: MOV + ABCDE

- **ABCDE**

- **Airway (via aérea)**

- Avaliar permeabilidade
 - Verificar sinais de obstrução
 - Verificar capacidade de proteção da via aérea

- **Breathing (ventilação)**

- Avaliar sinais e sintomas de insuficiência respiratória
 - Dispneia ou taquipneia (bradipneia é sinal tardio)
 - Hipoxemia
 - Insuficiência respiratória
 - $\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$
 - $\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$

- **Circulação**

- Pulsos centrais e periféricos
 - Pressão arterial
 - Perfusão periférica (TEC); palidez cutânea
 - Frequência cardíaca

- **Disability (neurológico)**

- Consciência
 - Se Rebaixamento do Nível de Consciência (RNC) = checar glicemia capilar
 - Escala de Coma de Glasgow
 - Pupilas
 - Movimentação dos membros

- **Exposição**

- Expor o paciente completamente
 - Controle de temperatura / proteção contra hipotermia
 - Inspeção de lesões



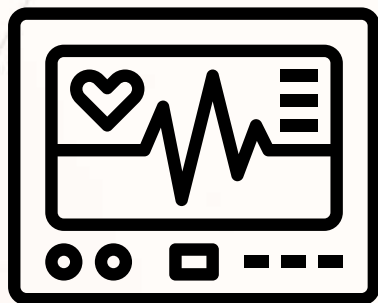
PACIENTE NA SALA VERMELHA



PRESCRIÇÃO PRÁTICA

1	Dieta zero
2	SF0,9% 500 mL - administrar 4 etapas via EV aberto, se hipovolemia
3	Noradrenalina 4 mg/4mL – diluir 16 mL em SG5% 234 mL e administrar via EV em BIC a 10 mL/h - titular 2mL/h a cada 2-5 min, se PAM<65mmHg refratária à expansão volêmica
4	Dipirona 500 mg/mL - diluir 2 mL em 18 mL AD e administrar via EV em até 6/6h, se dor ou se TAX>37,5°C
5	Bromoprina 10 mg/2mL - diluir 2 mL em 18 mL AD e administrar via EV em até 8/8h, se náusea ou vômito
6	Glicose 50% – Administrar 40 mL via EV, se glicemia capilar ≤ 60 mg/dL, repetir DX após 15 minutos
7	Insulina Regular 100 UI/mL – administrar via SC conforme Glicemia Capilar: 181-200: (2 UI) ----- 201-250: (4 U) -----251-300: (6UI) ----- 301-350: (8UI) ----- 351-400: (10 UI) ----- ≥ 400 : (AVISAR PLANTONISTA)
8	Suplementação de O ₂ , se SatO ₂ <92%
9	Glicemia capilar 1/1h
10	Registrar débito urinário 1/1h, considerar passagem de SVD
11	Monitorização contínua





PACIENTE CRÍTICO

SEPSE

SEPSE

- Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica

CHOQUE SÉPTICO

- Sepses + hipotensão refratária à expansão volêmica (PAM ≤ 65 mmHg), de forma independente às alterações do lactato

Q-SOFA

- Representa aumento da mortalidade por sepses se ≥ 2 critérios presentes:
 - **FR ≥ 22 IRPM**
 - **PAS ≤ 100 mmHg**
 - **Escala de Coma de Glasgow < 15**

MANEJO CLÍNICO:

CONDUTAS NA PRIMEIRA HORA:

- **Coletar exames laboratoriais:**
 - Gasometria arterial com lactato
 - Hemograma completo
 - Creatinina e Ureia
 - Bilirrubina
 - Coagulograma
- **Coletar culturas**
 - Hemocultura 2 amostras para aeróbios e anaeróbios
 - +
 - Cultura do sítio infeccioso: aspirado traqueal; líquido; urina
- **Prescrever e administrar antibiótico na primeira hora de acordo com o sítio infeccioso:** Se possível, administrar após coleta de cultura
 - **Foco pulmonar:** Ceftriaxona + Claritromicina
 - **Ceftriaxona 1 g** - 2 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min 1x/dia
 - **Claritromicina 500 mg** - 1 fr + SF0,9% 250 mL EV em 60 min de 12/12h



SEPSE

MANEJO CLÍNICO:

CONDUTAS NA PRIMEIRA HORA:

- **Prescrever e administrar antibiótico na primeira hora de acordo com o sítio infeccioso:** Se possível, administrar após coleta de cultura
 - **Foco abdominal:** Ceftriaxona + Metronidazol / ou / Piperacilina-Tazobactam
 - **Ceftriaxona 1 g** - 2 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min 1x/dia
 - **Metronidazol 500 mg/100mL** - 1 bolsa EV em 20 min de 8/8h OU
 - **Piperacilina-Tazobactam 4,5 g** - 1 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min de 6/6h
 - **Foco urinário:** Ceftriaxona / ou / Ciprofloxacino
 - **Ceftriaxona 1 g** - 2 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min 1x/dia OU
 - **Ciprofloxacino 200 mg/100mL** - 2 bolsas EV em 60 min cada bolsa de 12/12h
 - **Foco pele e partes moles:** Oxacilina
 - **Oxacilina 500 mg** - 4 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min de 4/4h
 - **Foco pele e partes moles com necrose:** Oxacilina + Clindamicina
 - **Oxacilina 500 mg** - 4 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min de 4/4h
 - **Clincamicina 600 mg/4mL** - 4 mL + SF0,9% 100 mL EV em 60 min de 6/6h
 - **Foco corrente sanguínea:** Meropenem + Vancomicina
 - **Meropenem 1 g** - 1fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min de 8/8h
 - **Vancomicina 500 mg** - 2fr + SF0,9% 200 mL EV em 2h de 12/12h
 - **Sem foco definido:** Cefepime + Metronidazol
 - **Cefepime 1 g** - 2 fr + SF0,9% 100 mL EV em 30 min de 8/8h
 - **Metronidazol 500 mg/100mL** - 1 bolsa EV em 20 min de 8/8h



SEPSE

MANEJO CLÍNICO:

CONDUTAS NA PRIMEIRA HORA:

- **Expansão volêmica:**
 - **Administrar 30 mL/kg de Ringer Lactato ou SF0,9% via EV, se:**
 - PAS < 90 mmHg
 - PAM < 65 mmHg
 - Sinais de hipoperfusão:
 - Extremidades frias
 - TEC > 3s
 - Lactato > 2x valor de referência
 - Oligúria
 - Livedo
 - Alteração do nível de consciência
 - **ALVO:**
 - PAM 65-70 mmHg (se paciente hipertenso crônico: 80-85 mmHg)
 - Débito urinário $\geq 0,5$ mL/kg/h
 - **Forma de administração:**
 - Infundir 500 mL via EV bolus e reavaliar paciente após cada etapa
 - Durante expansão volêmica, sempre monitorar sinais de congestão, principalmente antes e após cada etapa de 500 mL
 - A administração do volume total pode levar 1 a 3 horas. Porém, se após 2 litros de fluidos o paciente ainda se mantiver hipotenso, avaliar início de droga vasoativa



SEPSE

MANEJO CLÍNICO:

OUTRAS CONDUTAS

- **Bicarbonato de sódio 8,4%**

- **Indicação:**

- Acidose láctica com $\text{pH} < 7,1$ e $\text{HCO}_3^- < 6$ mEq/L
 - Acidose láctica com $\text{pH} < 7,2$ + lesão renal aguda grave (oligúria)

- **Contraindicação:**

- $\text{pH} < 7,1$ e $\text{HCO}_3^- > 6$ mEq/L = ventilação inadequada (a infusão de bicarbonato pode agravar a acidose respiratória) - avaliar necessidade de ventilação mecânica

- **Dose: 1-2 mEq/kg (= 1-2 mL/kg)**

- Repetir dose após 30-60 min se $\text{pH} < 7,1$
 - **DICA:** Bicarbonato de sódio 8,4% 1 mL = 1 mEq

- **Diluição:**

- Diluir na proporção 1:1 com SG5%
 - Ex: **Bicarbonato de sódio 8,4% 100 mL + SG5% 100 mL**

- **Administração** (ex: Pct 70 kg)

- **Bicarbonato de Sódio 8,4% 100 mL + SG5% 100 mL via EV**

- Monitorização após 30-60 min:

- Gasometria
 - Eletrólitos (Na^+ , K^+ , Ca^{2+})

- **Controle glicêmico**

- **Insulina Regular 100 UI/mL** – administrar via SC conforme Glicemia Capilar: 181-200: (2 UI) ----- 201-250: (4 UI) ----- 251-300: (6UI) ---- 301-350: (8UI) ----- 351-400: (10 UI) ----- ≥ 400 : (AVISAR PLANTONISTA)

- **Transfusão de hemácias**

- Transfundir concentrado de hemácias até atingir concentração de Hemoglobina > 7 g/dL



SEPSE



PRESCRIÇÃO PRÁTICA - PRIMEIRA HORA

Paciente 70kg, infecção foco pulmonar, TEC>3s

1	Dieta zero
2	Ringer Lactato 500 mL - infundir 500 mL via EV aberto agora, repetir se necessário (Máx.: 2000 mL)
3	Ceftriaxona 1 g - reconstituir 2 frascos em 10 mL cada e diluir em SF0,9% 100 mL - infundir via EV em 30 min agora, seguido de 24/24h
4	Claritromicina 500 mg - reconstituir 1 frasco em 10 mL AD e diluir em SF0,9% 250 mL EV em 60 min agora, seguido de 12/12h
5	Omeprazol 40 mg/fr - reconstituir 1 fr em 10 mL de Diluente Próprio e administrar via EV lento 1x/dia
6	Enoxaparina 40 mg/0,4mL – administrar 0,4 mL via SC a cada 24h
7	Insulina Regular 100 UI/mL – administrar via SC conforme Glicemia Capilar: 181-200: (2 UI) ----- 201-250: (4 U) -----251-300: (6UI) ---- 301-350: (8UI) ----- 351-400: (10 UI) ----≥ 400: (AVISAR PLANTONISTA)
8	Suplementação de O ₂ , se SatO ₂ <92%
9	Glicemia capilar 1/1h
10	Monitorar diurese
11	Monitorização contínua



SEPSE CHOQUE SÉPTICO

MANEJO CLÍNICO:

CONDUTAS NA PRIMEIRA HORA:

- **Expansão volêmica:**
 - Administrar 30 mL/kg de Ringer Lactato ou SF0,9% via EV, se:
 - PAS < 90 mmHg
 - PAM < 65 mmHg
 - Sinais de hipoperfusão:
 - Extremidades frias
 - TEC > 3s
 - Lactato > 2x valor de referência
 - Oligúria
 - Livedo
 - Alteração do nível de consciência
 - **ALVO:**
 - **PAM 65-70 mmHg** (se paciente hipertenso crônico: 80-85 mmHg)
 - Débito urinário $\geq 0,5$ mL/kg/h
 - **Forma de administração:**
 - Infundir 500 mL via EV bolus e reavaliar paciente após cada etapa
 - Durante expansão volêmica, sempre monitorar sinais de congestão, principalmente antes e após cada etapa de 500 mL
 - A administração do volume total pode levar 1 a 3 horas. Porém, se após 2 litros de fluidos o paciente ainda se mantiver hipotenso, avaliar início de droga vasoativa

CONDUTAS SE CHOQUE SÉPTICO REFRATÁRIO APÓS PRIMEIRA HORA

- **Drogas vasoativas**
 - Iniciar se manutenção da hipotensão após medidas iniciais (evitar manutenção da PAM < 65 mmHg por mais de 30 minutos)
 - Prescrever inicialmente NORADRENALINA
 - Se manutenção da hipotensão após dose de Noradrenalina 0,25-0,5 mcg/kg/min, associar NORADRENALINA + VASOPRESSINA



SEPSE CHOQUE SÉPTICO

MANEJO CLÍNICO:

CONDUTAS SE HIPOTENSÃO REFRATÁRIA APÓS PRIMEIRA HORA

- **PAM ALVO = 65 mmHg** (evitar valores < 60 mmHg ou > 70 mmHg)
- **Noradrenalina**
 - **Noradrenalina 4 mg/4mL** – 16 mL + SG5% 234 mL - administrar via EV em BIC a 10 mL/h - titular 2mL/h a cada 2-5 min
 - Concentração: 64 mcg/mL
 - **Dose inicial: 5-15 mcg/min (5-15 mL/h)**
 - Dose máxima: 80-250 mcg/min (80-250 mL/h)
 - **DICA: 1 mL/h ≈ 1 mcg/min**
- **Quando associar drogas vasoativas?**
 - Considerar associar **Noradrenalina + Vasopressina**, quando dose da Noradrenalina = **0,25-0,5 mcg/kg/min (≈0,25-0,5 mL/kg/h)**
 - Paciente 70kg: 18-35 mL/h
- **Vasopressina**
 - **Vasopressina 20 U/mL** - diluir 1 mL em SF0,9%% 100 mL
 - Concentração: 0,2 U/mL
 - **Dose padrão: 0,03 U/min = Vazão 9 mL/h**
 - Vasopressina é administrada em dose fixa (não é titulada).
 - Faixa de dose aceita: 0,01 a 0,04 U/min (3-12 mL/h)
 - Após início da vasopressina e manutenção da PAM ≥ 75 mmHg por pelo menos 1-2 horas do início da vasopressina:
 - Reduzir gradualmente, a cada 30-60 minutos, a dose de noradrenalina (em 3-5mL/h) se PAM ≥75 mmHg
 - Manter vasopressina em dose fixa e ajustar apenas noradrenalina
 - Considerar suspensão da noradrenalina antes da vasopressina se estabilidade hemodinâmica

