

## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
TEXTO PADRÃO.....	6
EVOLUÇÃO .....	6
PROCEDIMENTOS .....	9
PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	11
AGITAÇÃO PSICOMOTORA.....	11
CEFALEIA.....	12
CRISE ANSIOSA.....	13
CRISE EPILÉPTICA .....	14
CRISE HIPERTENSIVA.....	16
DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO .....	17
DIARREIA.....	18
DISPEPSIA .....	21
DISPNEIA.....	22
DISÚRIA.....	23
DOR.....	24
DOR ABDOMINAL .....	26
DOR DE GARGANTA .....	27
DOR LOMBAR.....	28
DOR NO JOELHO .....	31
DOR TORÁCICA .....	32
FADIGA.....	34
FERIDA .....	35
HEMOPTISE.....	37
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA).....	39
ICTERÍCIA .....	40
IDEAÇÃO SUICIDA .....	41
INSÔNIA .....	42
NÁUSEAS E VÔMITOS .....	45
PALPITAÇÕES .....	46
SIBILOS.....	47
SÍNCOPE.....	48
SURTO PSICÓTICO .....	49
TOSSE.....	50
VERTIGEM.....	51
PRINCIPAIS AFECÇÕES AGUDAS.....	52
ABSCESSO CUTÂNEO.....	52
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) .....	53

ANAFILAXIA.....	54
ASMA EXACERBADA.....	55
BRONQUITE AGUDA.....	56
CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) .....	57
COLELITÍASE .....	58
DENGUE .....	60
DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA.....	66
DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO.....	70
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EXACERBADA (DPOC EXACERBADA).....	71
EXTRASSÍSTOLES SUPRAVENTRICULARES .....	72
ENCEFALOPATIA HEPÁTICA.....	73
FARINGITE AGUDA.....	75
FIBRILAÇÃO ATRIAL.....	77
GASTROENTERITE BACTERIANA.....	84
GASTROENTERITE VIRAL .....	86
HEPATITE B .....	88
HIPERCALCEMIA.....	89
HIPERCALEMIA.....	90
HIPERGLICEMIA .....	92
HIPERNATREMIA.....	93
HIPOCALEMIA .....	94
HIPOGLICEMIA .....	95
HIPONATREMIA .....	96
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) .....	99
INFLUENZA.....	104
INJÚRIA RENAL AGUDA (IRA) .....	107
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA (IC AGUDA).....	108
INTOXICAÇÃO POR ETANOL .....	112
INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS.....	113
INTOXICAÇÃO POR PARACETAMOL .....	114
LARINGITE AGUDA.....	115
MIGRÂNEA.....	116
PNEUMONIA .....	117
PNEUMOTÓRAX.....	120
RESFRIADO COMUM .....	123
RINOSSINUSITE AGUDA .....	126
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA) .....	129
SEPSE .....	132
TRAUMA .....	135

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) .....	140
ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE .....	142
URGÊNCIA HIPERTENSIVA.....	143
URTICÁRIA E ANGIOEDEMA .....	144
PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA.....	145
INTUBAÇÃO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA.....	145
MEDICINA INTENSIVA .....	159
CHOQUE.....	159
CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS .....	161
HIPOVOLEMIA.....	165
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA .....	167
SUPORTE NUTRICIONAL.....	171
PRINCIPAIS AFECÇÕES CRÔNICAS .....	172
ANEMIA .....	172
ANSIEDADE .....	173
DEFICIÊNCIA DE FERRO .....	174
DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO .....	175
DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D.....	176
DEPRESSÃO .....	177
DERMATITE ATÓPICA.....	178
DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) .....	179
DISPEPSIA FUNCIONAL.....	180
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE).....	181
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) .....	184
EXCESSO DE GÁS INTESTINAL .....	186
GASTRITE POR HELICOBACTER PYLORI .....	189
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) .....	190
HIPERTIREOIDISMO.....	193
HIPOTIREOIDISMO .....	195
HIV .....	196
OBESIDADE .....	198
OSTEOPOROSE .....	201
QUERATOSE SEBORREICA .....	204
RINITE ALÉRGICA.....	205
SÍNDROME DA TOSSE DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (STVAS).....	208
SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII).....	210
TABAGISMO .....	213
TENDINOPATIAS.....	214
TUBERCULOSE (TB) .....	217

ÚLCERA PÉPTICA .....	218
VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA (VPPB) .....	219
CLÍNICA MÉDICA .....	221
CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS .....	221
MEDICINA PREVENTIVA .....	222
PROFILAXIA DE TEV .....	229
TERAPIA DE FLUIDOS .....	230
CARDIOLOGIA .....	233
ECG .....	233
DIREITO MÉDICO .....	240
VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS .....	240
OUTRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	241
ROUQUIDÃO .....	241
OUTRAS AFECÇÕES AGUDAS .....	244
CARDIOLOGIA .....	244
ENDOCRINOLOGIA .....	245
GASTROENTEROLOGIA .....	247
HEMATOLOGIA .....	252
INFECTOLOGIA .....	253
MEDICINA DE EMERGÊNCIA .....	261
NEFROLOGIA .....	264
NEUROLOGIA .....	268
ORTOPEDIA .....	269
REUMATOLOGIA .....	271
OUTRAS AFECÇÕES CRÔNICAS .....	273
CIRURGIA VASCULAR .....	273
DERMATOLOGIA .....	275
GASTROENTEROLOGIA .....	281
HEMATOLOGIA .....	284
MEDICINA DO ESPORTE .....	287
MEDICINA OCUPACIONAL .....	291
ONCOLOGIA .....	293
ORTOPEDIA .....	299
PSIQUIATRIA .....	302
REUMATOLOGIA .....	303
UROLOGIA .....	305
OUTROS TÓPICOS .....	307
MEDICINA .....	307
FARMACOLOGIA .....	308

HEMATOLOGIA ..... 309  
INFECTOLOGIA..... 310

## TEXTO PADRÃO

### EVOLUÇÃO

#### ENFERMARIA

##### EXAME FÍSICO:

FEM: BEG, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA EM A/A, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL AO TOQUE, DESPERTA, CALMA E COLABORATIVA

MASC: BEG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO EM A/A, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TOQUE, DESPERTO, CALMO E COLABORATIVO

NEURO: GLASGOW 15, PIFR

ACV: BRNF 2T S/SOPROS

AR: MV+ SIMÉTRICO S/RA

ABDOME: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, NORMOTIMPÂNICO, SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS

EXT: SEM EDEMA OU SINAIS DE TVP, TEC < 3S

##### EVOLUÇÃO:

Avalio paciente em leito de enfermaria, desacompanhado, estável hemodinamicamente, refere melhora dos sintomas. Nega queixas ou intercorrências no período. Refere boa aceitação alimentar, diurese e evacuação preservadas.

#### UTI

##### Objetivo:

FC 56-63 FR 16-22 Tax 35,8-36,5 Diurese 820/22h

PAM 50-68 Sat O2 99-100 DX 155-124-107-132-94 BH 2.778/22h

EVACUAÇÃO PRESENTE EM SONDA RETAL; VOMITO AUSENTE

##### EXAME FÍSICO

Peso estimado = 83kg

SSVV: FC 58 / Sat 100 / Afebril / PA 83x36 (50) / FR 24

GERAL: REG, descorado 2+/4+, hidratado, acianótico; anictérico; afebril, eupneico em nebulização.

NEUROLÓGICO: Glasgow 10 sem sedação ou analgesia, mantendo GCS 10T (RO 4, RV NT, RM 6); Pupilas responsivas ao estímulo luminoso bilateralmente; sem posturas patológicas em membros;

CARDIOVASCULAR/HEMODINÂMICO: BNF em 2T atenuados com ritmo irregular em FA (paroxística), sopro sistólico regurgitativo focos aórticos 3+/6+;

RESPIRATÓRIO: MV presente bilateralmente, mais diminuído em bases, com roncos esparsos; em nebulização. Presença de secreção purulenta no redor das traqueostomia.

ABDOMINAL: RHA+, plano, flácido, indolor, com FO seca, sem deslocamento à palpação profunda, fígado e baço não palpáveis; dreno presente com débito ~20ml em 6h

RENAL/METABÓLICO: Diurese presente. Em VM. Em correção de hipernatremia com SVD + controle de diurese. Piora da função renal - creat (1,7 > 1,9 > 2,1) Ur (134 > 144 > 160). Em correção de hipernatremia com ingerir lactato em bomba.

HEMATOLÓGICO/INFECCIOSO: sem novas exteriorizações com leve queda de Hb após transfusão de 1 CH (7,7 > 7,2), afebril nas últimas 12h, a despeito de leuco elevado (18170 > 30170 > 17510 > 10890 > 10320 > 11.240) com leve aumento de PCR (138 > 177).

EXTREMIDADES: TEC < 3s, extremidades quentes em região de tarso, frias em pododáctilo direito; pulso radial cheio e simétrico; sem edema de MMII e com edema 3+/4+ em MMSS, sem sinais de TVP. Presença de áreas importantes de necrose em 1º e 2º pododáctilos e algumas áreas em pé, com aspecto de mumificação hoje (em piora) Em avaliação conjunta com equipe da Fisioterapia (Ten. Spinelli), possível luxação de ombro bilateralmente. Presença de úlcera sacral extensa e necrosada abordada dia 10/10, com extravasamento de secreção serossanguinolenta

#### ANTIMICROBIANOS

#### # ATUAL:

Cefepime + vanco (11/10- atual)

#### #PRÉVIO

Piperacilina + Tazobactam (21/09-06/10)

Ceftriaxona (12/09 22/09) introduzido após broncoaspiração; Suspenso

Clindamicina (13/09 - 21/09) introduzido após broncoaspiração; Suspenso

#### CULTURAS

Cultura de secreção traqueal (12/09): Negativo

HMC CVC, PAI e UCR (17/09): Negativo

Ponta de cateter (20/09): Pseudomonas aeruginosa.

HMC CVC (25/09): NEGATIVO

HMC PAi (25/09): S. epidermidis MRS + e.cloacae

H. pylori (23/09) SEM RESULTADO

HMC (10/10) - Negativa

Ponta de cateter (10/10) - Citrobacter koseri

Cultura traqueo - - Isolado 1: Citrobacter koseri Isolado 2: Klebsiella pneumoniae

#### IMPRESSÃO / PLANO TERAPÊUTICO

Paciente cardiopata, dopocítico com investigação ambulatorial de hepatopatia alcoólica, admitido por quadro de hemorragia digestiva alta de etiologia ulcerosa, evoluindo com necessidade de doses elevadas de droga vasoativa e injúria renal aguda com necessidade de diálise, refratário a medidas, sendo optado por equipe para cuidados paliativos, com retirada de invasões (shilley, DVA). Paciente evolui após com estabilidade hemodinâmica e renal-metabólica, sendo optado por traqueostomia por tempo prolongado de intubação. Por tempo prolongado de intubação, apresenta possível polineuropatia do doente crítico junto de consumo muscular, com necessidade de reabilitação progressiva e otimização nutricional e disfunção renal e DHE em melhora, sem urgências dialíticas por hora.

#### PLANO TERAPÊUTICO:

o Priorização de conforto

o Desmame de suporte ventilatório conforme tolerância

o Transição de sedoanalgesia para via oral; Progressão de dieta e melhora do controle glicêmico.

o Restituição de medicações via oral de ICFER conforme tolerância hemodinâmica

#### SAPS 3 SCORE

Pontos 72,2% de chance de mortalidade

## CONDUTA

1. Conforme discutido com a equipe, e conforme solicitado pela família, pensamos que o melhor para o paciente nesse momento é ficar na Enfermaria, já que mantém estabilidade clínica e sem necessidade de apoio da ventilação mecânica, para que a família possa estar perto e devido intervenções limitadas pelos cuidados paliativos.
2. Mantida dose de antimicrobianos de acordo com função renal.
3. Suspendo metadona e inicio bomba de morfina para melhor controle algico e conforto do paciente. Mantenho resgate de morfina para troca de curativos e limpeza, se necessário. Monitorizar intoxicação por opióides.
4. Mantenho hidratação EV para controle da hipernatremia, já corrigida.
5. Cuidados com úlcera sacral.
6. Aguardo material para curativo à vácuo, indisponível no serviço no momento
7. Vigilância de sangramentos e hemodinâmica.
8. Alta para a enfermaria.

### 1. INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

Em 12/05/2025 às 08:30h, sob minha responsabilidade, realizei a inserção de cateter venoso central em paciente do sexo masculino, 62 anos, portador de sepse secundária a pneumonia, com necessidade de acesso venoso para administração de drogas vasoativas e monitorização hemodinâmica. Optou-se pela punção da veia jugular interna direita, utilizando técnica asséptica e orientação ultrassonográfica. Após anestesia local com lidocaína a 2%, foi inserido cateter trilúmen 7Fr. O procedimento foi concluído na primeira tentativa, sem intercorrências imediatas. Não houve sangramento significativo, arritmias ou punção arterial. Foi solicitada radiografia de tórax para confirmação do posicionamento adequado, sem evidência de pneumotórax. O cateter apresentou bom fluxo e refluxo sanguíneo. Paciente permaneceu estável hemodinamicamente, com curativo oclusivo mantido no local.

---

### 2. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)

Em 12/05/2025 às 14:15h, realizei intubação orotraqueal em paciente do sexo feminino, 75 anos, portadora de DPOC, admitida na emergência com insuficiência respiratória aguda e rebaixamento do nível de consciência. Após adequada pré-oxigenação, procedi à indução medicamentosa com etomidato 20 mg e succinilcolina 100 mg. Utilizou-se tubo orotraqueal de 7,5 mm. A intubação foi realizada com técnica asséptica e concluída na primeira tentativa, sem complicações. A posição correta do tubo foi confirmada por detecção de CO<sub>2</sub> na capnografia e ausculta pulmonar bilateral satisfatória, sem ruídos gástricos. Posteriormente, radiografia de tórax foi solicitada para controle. Não houve complicações como lesão dentária, bradicardia ou trauma de vias aéreas. A paciente foi conectada a ventilação mecânica em modo assisto-controlado, com boa resposta clínica.

---

### 3. REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

No dia 12/05/2025 às 03:10h, paciente masculino, 68 anos, portador de insuficiência cardíaca, evoluiu em leito hospitalar com parada cardiorrespiratória presenciada. O ritmo inicial identificado foi fibrilação ventricular. Iniciei imediatamente manobras de reanimação cardiopulmonar com compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com bolsa-válvula-máscara. Foi realizada desfibrilação em carga máxima (200J) e administrada epinefrina 1 mg IV a cada 3-5 minutos, além de amiodarona 300 mg IV após o terceiro choque. Após 14 minutos de RCP, o paciente apresentou retorno da circulação espontânea (ROSC), com estabilização dos sinais vitais. Não foram observadas complicações associadas ao procedimento, como fraturas costais ou pneumotórax. O paciente permaneceu intubado, sedado e sob monitorização contínua na UTI.

---

### 4. CATETER PARA MONITORAMENTO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA (PAI)

Em 11/05/2025 às 10:50h, procedi à inserção de cateter arterial para monitorização invasiva da pressão arterial em paciente do sexo masculino, 57 anos, admitido na UTI com choque séptico. A punção foi realizada na artéria radial esquerda após confirmação de circulação colateral adequada pelo teste de Allen positivo. Sob anestesia local com lidocaína a 2% e utilizando técnica asséptica, inseri o cateter arterial 20G, conectado imediatamente ao transdutor de pressão. O procedimento foi realizado com sucesso na primeira tentativa, sem intercorrências como sangramento, espasmo arterial ou isquemia distal. A curva arterial foi adequada e o cateter manteve bom funcionamento. Curativo compressivo transparente foi aplicado. O paciente permaneceu hemodinamicamente estável durante e após o procedimento.

---

## **5. PARACENTESE**

Em 12/05/2025 às 17:30h, realizei paracentese terapêutica em paciente feminina, 70 anos, portadora de cirrose hepática e ascite volumosa sintomática. O procedimento foi indicado devido a intenso desconforto abdominal e dispneia. Após preparo do campo com técnica asséptica e anestesia local com lidocaína 2%, realizei punção no quadrante inferior esquerdo do abdome com agulha adequada acoplada a sistema coletor. Foram drenados 2.300 mL de líquido ascítico claro e citrino. Não houve intercorrências como perfuração visceral, hipotensão ou sangramento. O material coletado foi enviado para análise laboratorial visando descartar peritonite bacteriana espontânea. A paciente evoluiu bem, com alívio importante do desconforto abdominal e sem sinais clínicos de complicações.

---

# PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

## AGITAÇÃO PSICOMOTORA

Última atualização: 18/04/2025

### LEVE: SEM SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA

1a. LORAZEPAM VO 2MG

1b. OLANZAPINA VO 5MG

1c. RISPERIDONA VO 2MG

1d. (2ª ESCOLHA) HALOPERIDOL VO 5MG

1e. (ALTERNATIVA EM IDOSOS) QUETIAPINA VO 25MG

### MODERADA: SEM SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO OU ABSTINÊNCIA

1a. LORAZEPAM VO 4MG

1b. OLANZAPINA VO 10MG

1c. RISPERIDONA VO 2MG

1d. (2ª ESCOLHA) HALOPERIDOL VO 5MG

1e. (ALTERNATIVA EM IDOSOS) QUETIAPINA VO 50MG

### LEVE A MODERADA: PSICOSE PRIMÁRIA SEM ACEITAÇÃO DE MEDICAÇÃO VO

1a. HALOPERIDOL IM/EV 5MG

1b. OLANZAPINA IM/EV 5-10MG

### GRAVE

1. HALOPERIDOL IM/EV 5MG

2. LORAZEPAM IM/EV 2MG

### INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA

1. HALOPERIDOL IM/VO 5MG

### ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

1a. DIAZEPAM EV 5-10MG

(Pode repetir em 5-10min)

1b. LORAZEPAM EV 2-4MG

(Pode repetir em 15-20min)

## CEFALEIA

(Sinal de alerta, sinal sugestivo de causa secundária ou padrão atípico de migrânea)

### 1. EXAME DE IMAGEM

1a. TC CRÂNIO COM OU SEM CONTRASTE

1b. RM CRÂNIO COM OU SEM CONTRASTE

(Suspeita de hipertensão intracraniana, indicação de LCR sem exame de imagem)

### 2. FUNDOSCOPIA

(Suspeita de meningite, encefalite, hipertensão intracraniana idiopática ou HSA com TC normal)

### 3. LCR

## CRISE ANSIOSA

Última atualização: 08/06/2025

### PRESCRIÇÃO

#### 1. BENZODIAZEPÍNICO

(Contraindicado se histórico de abuso de substâncias psicoativas)

(Preferível)

##### A. **LORAZEPAM** 1MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 4/4H SE CRISE DE ANSIEDADE

(Dose inicial: 0,5-2,0 mg 1x/4-6h; Dose máxima: 10mg/dia; Início de ação: 30-60 minutos; Pico de concentração: 2 horas; Meia vida para eliminação: 12 horas)

(Efeitos adversos > 10%: sonolência, estado de sedação)

##### B. **ALPRAZOLAM** 0,25 MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6H SE CRISE DE ANSIEDADE

(Dose inicial: 0,25mg 3-4x/dia; Dose máxima: 10mg/dia; Pico de concentração: 1-2 horas; Meia vida para eliminação: 11 horas)

(Efeitos adversos > 20%: sonolência, fadiga, estado de sedação, ataxia, irritabilidade, comprometimento da memória, aumento do apetite, disfunção cognitiva, redução do apetite, constipação, disartria)

##### C. **CLONAZEPAM** 0,25 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL 12/12H SE CRISE DE ANSIEDADE

(Dose inicial: 0,25mg 2x/dia; Dose máxima: 8mg/dia; Início de ação: 20-40 minutos; Pico de concentração: 1-4 horas; Meia vida para eliminação: 17-60 horas)

(Efeitos adversos > 10%: sonolência, ataxia, problemas comportamentais, tontura)

##### D. **DIAZEPAM** 5MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6H SE CRISE DE ANSIEDADE

(Dose inicial: 2-10 mg 1x/3-6h; Dose máxima: 40mg/dia; Pico de concentração: 15 minutos – 2h30; Meia vida para eliminação: 44-48 horas)

#### 2. ENCAMINHAMENTO À PSICOTERAPIA

#### 3. (Suspeita de TAG) ENCAMINHAMENTO À PSIQUIATRIA

# CRISE EPILÉPTICA

Última atualização: 19/04/2025

Primeira crise epiléptica

## MANEJO

1. DEXTRO

2. AVP

3. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, GLICEMIA, LACTATO, CPK, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, ALBUMINA

4. (Mulher) BETA-HCG

5. **ECG**

6. (Risco de lesão estrutural) TC CRÂNIO SEM CONTRASTE

7. **RM COM PROTOCOLO PARA EPILEPSIA**

(Ambulatorial)

8. **EEG**

(Alteração de consciência persistente => Contínuo)

(Recuperação completa => Ambulatorial)

9. (Suspeita de HSA ou infecção do SNC) LCR

10. (Conforme critérios) ANTIEPILÉPTICO

10a. (Crise focal ou tônico-clônica generalizada) LAMOTRIGINA 25MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Ajustar dose em 2 semanas)

10b. (Crise pós TCE) LEVETIRACETAM 100MG/ML AMPOLA COM 1ML

(70kg) ADMINISTRAR 15ML EV EM BIC, INFUSÃO EM 1 HORA. APÓS, ADMINISTRAR 10ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 15 MINUTOS.

(Dose de ataque: 20mg/kg EV; Dose de manutenção: 1g EV 12/12h; Duração da profilaxia: 7 dias)

10c. (Crise pós TCE) FENITOÍNA 50MG/ML AMPOLA COM 5ML

(70kg) ADMINISTRAR 30ML EV EM BIC, INFUSÃO EM 40 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 2ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 5 MINUTOS.

(Dose de ataque: 17-20mg/kg EV; Dose de manutenção: 100mg EV/VO 12/12h; Duração da profilaxia: 7 dias)

11. ENCAMINHAMENTO AO NEUROLOGISTA

12. ORIENTAÇÕES

13. (Conforme critérios) INTERNAÇÃO

### *CRITÉRIOS PARA ANTIEPILÉPTICO*

- 2ª crise epiléptica
- Crise não provocada: Provável apresentação inicial de epilepsia; Ocorrência da crise durante o sono; Alteração neurológica persistente após pós-ictal; EEG interictal com anormalidade epileptiforme; Lesão cerebral ou doença neurológica associada (remotamente provocada)
- Crise provocada: Crise > 3 minutos; Condição subjacente ativa; TCE (conforme critérios); AVE (conforme critérios)

### *CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO*

- Estado pós-ictal prolongado
- Recuperação incompleta
- Lesões graves relacionadas à crise
- Estado de mal epiléptico
- Doença neurológica ou sistêmica associada
- Dificuldade de acesso ao seguimento ambulatorial

## CRISE HIPERTENSIVA

### DIAGNÓSTICO

A. PAS  $\geq$  180

B. PAD  $\geq$  120

### MANEJO

1. ECG

2. RX TÓRAX

3. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, U1

4. FUNDOSCOPIA

5. (Mulher) BETA-HCG

6. (Suspeita de SCA) TROPONINA

7. (Sintomas neurológicos, náuseas ou vômitos) TC CRÂNIO / RM CRÂNIO

8. (Suspeita de Dissecção de Aorta) TC TÓRAX COM CONTRASTE / RM TÓRAX / ECO-TE

## DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO

X1. Oximetria de pulso

X2. Dextro

1. TC CRÂNIO SEM CONTRASTE / RM CRÂNIO

2. ECG

3. HMG, UR, CR, NA, K, TROPONINA, COAGULOGRAMA

4. (Mulher em idade fértil) BETA-HCG

5. (Candidato à trombectomia) ANGIO-TC CEREBRAL / ANGIO-RM CEREBRAL

6. (Suspeita de HSA com TC Crânio sem sangramento) LCR

7. (Suspeita de convulsão) EEG

8. (Conforme suspeita) TOXICOLÓGICO, ETANOL SÉRICO, FUNÇÃO HEPÁTICA, GASOMETRIA

X3. Calcular NIHSS

## DIARREIA

### MANEJO

#### *CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO*

##### **Considerar internação nos seguintes casos:**

- Desidratação significativa
- Vômitos intratáveis
- Distúrbios eletrolíticos ou da função renal
- Fezes com sangue
- Dor abdominal intensa
- Sintomas por mais de 7 dias
- Idade  $\geq 65$  anos com hipovolemia
- Comorbidades (diabetes, imunossupressão)
- Gravidez

#### *CRITÉRIOS PARA ATB EMPÍRICA*

##### **Indicações para terapia antibioticoterapia empírica:**

- Casos graves
- Diarreia inflamatória (febre, sangue, muco)
- Pacientes de risco (idosos, gestantes, imunossuprimidos)

## PRESCRIÇÃO

### AMBULATORIAL

#### 1. DIETA LEVE VO

ALIMENTOS RECOMENDADOS: BATATA, MACARRÃO, ARROZ, TRIGO, AVEIA, BISCOITOS SALGADOS, BANANAS, SOPAS, VEGETAIS COZIDOS

EVITAR: ALIMENTOS GORDUROS, LATICÍNIOS, REFRIGERANTES, SUCOS AÇUCARADOS

#### 2. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL

TOMAR 200ML APÓS CADA EVACUAÇÃO OU VÔMITO

#### 3A. ONDANSETRONA 8MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### 3B. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### 4. DAPIRONA 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

#### 5. FLORATIL 250MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

(Diarreia moderada a grave)

#### 6. LOPERAMIDA 2MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL APÓS CADA EVACUAÇÃO, ATÉ 6X/DIA, POR ATÉ 2 DIAS

(Uso limitado a 48h)

(Contraindicado se suspeita de infecção bacteriana)

#### 7. (Conforme critérios) ATB EMPÍRICA

#### 8A. AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA POR 3 DIAS

#### 8B. CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 3 DIAS

## HOSPITALAR

### 1. **DIETA LEVE** VO CONFORME TOLERÂNCIA

ALIMENTOS RECOMENDADOS: BATATA, MACARRÃO, ARROZ, TRIGO, AVEIA, BISCOITOS SALGADOS, BANANAS, SOPAS, VEGETAIS COZIDOS

EVITAR: ALIMENTOS GORDUROSOS, LATICÍNIOS, REFRIGERANTES, SUCOS AÇUCARADOS

2A. (Desidratação leve a moderada) SRO 50-100ML/KG EM 4-6H

ADMINISTRAR CONTINUAMENTE VO CONFORME SEDE DO PACIENTE

2B. (Desidratação grave) **SF 0,9%** / RL 1.000ML INJETÁVEL

ADMINISTRAR 15-30ML/KG EV EM INFUSÃO RÁPIDA (30 MINUTOS), REPETIR ACM

(Alvo 4h: 100mL/kg)

(Alvo 24h: 200mL/kg)

3A. **ONDANSETRONA** 2MG/ML AMPOLA COM 2 OU 4ML

(< 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

(> 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO, DILUÍDO EM 50ML SF 0,9%, INFUSÃO EM 15 MINUTOS

3B. ONDANSETRONA 8MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

3C. ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

3D. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DOSE ÚNICA

3E. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

4A. **DIPIRONA** 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV 6/6H SE DOR, DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

4B. DIPIRONA 1G COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

5. **FLORATIL** 250MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

6. (Diarreia moderada a grave) LOPERAMIDA 2MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 2CP VO, SEGUIDO DE 1CP APÓS CADA EVACUAÇÃO ATÉ 6X/DIA

(Uso limitado a 48h)

(Contraindicado se suspeita de infecção bacteriana)

7. (Conforme critérios) ATB EMPÍRICA

7A. **AZITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 1X/DIA POR 3 DIAS

7B. CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 12/12H POR 3 DIAS

8. (Sinais de alarme) HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, GLICEMIA

9. (Suspeita de C. difficile) PESQUISA DE TOXINA DE C. DIFFICILE NAS FEZES

10. (Sinais de alarme - Considerar) EAF (PESQUISA DE ELEMENTOS ANORMAIS FECAIS)

11. (Surto + Sinais de alarme - Considerar) COPROCULTURA

## DISPEPSIA

### MANEJO AGUDO NO HOSPITAL

1. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, GLICEMIA, AMILASE, LIPASE

2. (Suspeita de dispepsia funcional ou DRGE) OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO  
ADMINISTRAR 1 CP VO

3. (Suspeita de dispepsia funcional ou DRGE) HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 80 MG/ML + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO 80 MG/ML + SIMETICONA 6 MG/ML SUSPENSÃO ORAL  
ADMINISTRAR 20ML VO ATÉ 2X/DIA ENTRE AS REFEIÇÕES SE DOR OU QUEIMAÇÃO EPIGÁSTRICA  
(Posologia: 10-20 mL entre as refeições e/ou antes de dormir; Dose máxima: 40-60 mL/dia)

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA INICIAL

1. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, GLICEMIA, AMILASE, LIPASE

2a. (> 60 anos) EDA + PESQUISA PARA H. PYLORI

2b. (< 60 ANOS) PESQUISA PARA H. PYLORI

### *PESQUISA PARA H. PYLORI*

(Suspende IBP 1-2 semanas antes; Suspende ATB 4 semanas antes)

A. (COM EDA) TESTE DE UREASE EM BIÓPSIA ENDOSCÓPICA

B. (SEM EDA) TESTE RESPIRATÓRIO COM UREIA

### *ABORDAGEM SUBSEQUENTE*

Infecção por H pylori => **GASTRITE POR H PYLORI**

Causa orgânica não identificada => Dx presumido de **DISPEPSIA FUNCIONAL**

## DISPNEIA

### COM SINAIS DE ALERTA OU SPO2 < 90%

1. MNRI 50-60 L/MIN

(Meta SpO2 >= 94%)

2. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA

3. AVP

4. (Se necessário) SUPORTE VENTILATÓRIO

5. HMG, UR, CR, NA, K, PCR, GASOMETRIA ARTERIAL, TROPONINA, D-DÍMERO, PRÓ-BNP

6. ECG

7. RX TÓRAX

8. POCUS

9. FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

10. (Suspeita de infecção contagiosa) ISOLAMENTO

X1. Separar equipamentos de via aérea

## ESTÁVEL

1. (Se necessário) O2 SUPLEMENTAR

(Meta SpO2 >= 94% / 88-92% na DPOC)

2. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA

3. AVP

4. HMG, UR, CR, NA, K, PCR

5. (Se necessário) GASOMETRIA ARTERIAL, TROPONINA, D-DÍMERO, PRÓ-BNP

6. ECG

7. RX TÓRAX

8. POCUS

9. (Suspeita de infecção contagiosa) ISOLAMENTO

10. (Se necessário) TC TÓRAX, ANGIO-TC TÓRAX, ECO-TT, TESTE DE FUNÇÃO PULMONAR, FORÇA INSPIRATÓRIA NEGATIVA, TC PESCOÇO, LARINGOSCOPIA, BRONCOSCOPIA

## DISÚRIA

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Última atualização: 21/05/2025

#### Mulher adulta na menacme:

Febre > 38º C ou Dor lombar => Suspeita de **PIELONEFRITE**

Prurido vaginal, corrimento vaginal ou dispareunia => Suspeita de **VAGINITE**

Demais casos => Diagnóstico presumido de **CISTITE**

#### Suspeita de **PIELONEFRITE**:

1. U1 + URC
2. ATB EMPÍRICA

#### Suspeita de **VAGINITE**:

- X1. Inspeção da vulva
- X2. Exame especular
- X3. Toque bimanual

#### Diagnóstico presumido de **CISTITE**:

(Conforme critérios)

1. U1 + URC
2. ATB EMPÍRICA

## DOR

### MANEJO AMBULATORIAL

#### DOR LEVE

1. **DIPIRONA 1G COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

#### DOR MODERADA A INTENSA

1. **DIPIRONA 1G COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

2A. **CETOPROFENO 150MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (BI-PROFENID)**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL APÓS O ALMOÇO 1X/DIA SE DOR, POR ATÉ 7 DIAS

(Dose de ataque: 300mg/dia; Dose de manutenção: 150-300 mg/dia, reduzir para 150mg/dia assim que possível)

2B. **DICLOFENACO 50MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 8 HORAS SE DOR, POR ATÉ 7 DIAS. TOMAR COM REFEIÇÕES.

## MANEJO HOSPITALAR

### DOR LEVE

1. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

### DOR MODERADA

1. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

2A. **CETOPROFENO** 100MG VO

ADMINISTRAR 1CP 8/8H SE DOR INTENSA

3. **CODEÍNA** 30MG VO

ADMINISTRAR 1CP VO 4/4H SE DOR INTENSA

### DOR INTENSA

1. **DIPIRONA** 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML

ADMINISTRAR 2 AMPOLAS EV DILUÍDO EM 20ML DE SF 0,9%, APÓS 1 AMPOLA 6/6H SE DOR

2. **CETOPROFENO** 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 100MG EV DILUÍDO EM 100ML DE SF 0,9%, INFUSÃO EM 20-30 MINUTOS 8/8H SE DOR INTENSA

3. **MORFINA** 1MG/ML AMPOLA COM 2ML

(50kg, dose mínima) ADMINISTRAR 2,5MG EV, INFUSÃO LENTA (4-5 MINUTOS) 4/4H SE DOR INTENSA

(100kg, dose máxima) ADMINISTRAR 10MG EV, INFUSÃO LENTA (4-5 MINUTOS) 4/4H SE DOR INTENSA

## DOR ABDOMINAL

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### *DOR ABDOMINAL DIFUSA*

1. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, LIPASE, AMILASE
2. (Mulher) BETA-HCG
3. (Idoso / Imunossuprimido) TGO, TGP, FA, GGT, BTF
4. (Suspeita de obstrução intestinal) TC ABDOME (Estável) / RX ABDOME (Instável)

#### *DOR NO HIPOCÔNDRIO DIREITO*

1. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, LIPASE, AMILASE, TGO, TGP, FA, GGT, BTF
2. USG ABDOME
3. (Suspeita de colangite / colecistite aguda) AVAL. CIRURGIA GERAL

#### *DOR EPIGÁSTRICA*

1. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, LIPASE, AMILASE, TGO, TGP, FA, GGT, BTF
2. (Fatores de risco para SCA) ECG, TROPONINA
3. (Suspeita hepatobiliar) USG ABDOME
4. (Suspeita de úlcera péptica) EDA

#### *DOR NO HIPOCÔNDRIO ESQUERDO*

1. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, LIPASE, AMILASE
2. USG ABDOME / TC ABDOME

#### *DOR NO ABDOME INFERIOR*

1. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, LIPASE, AMILASE
2. (Mulher) BETA-HCG
3. (Suspeita de ITU) U1, URC
- X1. (Homem) Exame escrotal (Para descartar torção testicular)

## DOR DE GARGANTA

1. (Alta sospeita de faringoamigdalite estreptocócica) TESTE RÁPIDO PARA ESTREPTOCOCCUS DO GRUPO A

## DOR LOMBAR

Última atualização: 11/06/2025

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### *DOR LOMBAR SUAGUDA OU CRÔNICA*

(Dor refratária a 1 mês de tratamento, Déficit neurológico progressivo, retenção urinária, incontinência fecal, anestesia em sela, suspeita de infecção, suspeita de câncer)

#### 1. EXAME DE IMAGEM

##### 1A. TC COLUNA LOMBAR

##### 1B. RM COLUNA LOMBAR

(Preferível se suspeita de déficit neurológico grave, infecção ou neoplasia)

##### 1C. RX COLUNA LOMBAR

(Suspeita de infecção, neoplasia ou espondiloartrite)

#### 2. VHS, PCR

## PRESCRIÇÃO

### *DOR LOMBAR AGUDA*

#### HOSPITALAR

1. **DIPIRONA** 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML  
ADMINISTRAR 1 AMPOLAS EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

2. **CETOPROFENO** 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
ADMINISTRAR 100MG EV DILUÍDO EM 100ML DE SF 0,9%, INFUSÃO EM 20-30 MINUTOS 8/8H

#### AMBULATORIAL

1. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

2. **AINE**  
(Duração permitida: 2 a 4 semanas)

2A. **NAPROXENO** 500MG COMPRIMIDO  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS SE DOR INTENSA, POR ATÉ 7 DIAS

2B. **CETOPROFENO** 50MG CÁPSULA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR INTENSA, POR ATÉ 7 DIAS

(Espasmo muscular)

3. CALOR LOCAL

## *DOR LOMBAR SUBAGUDA OU CRÔNICA*

### AMBULATORIAL

(Se ainda não realizado)

#### 1. **AINE**

(Duração indicada: 2 a 4 semanas)

##### 2A. **NAPROXENO 500MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS SE DOR INTENSA, POR ATÉ 7 DIAS

##### 2B. **CETOPROFENO 50MG CÁPSULA**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR INTENSA, POR ATÉ 7 DIAS

(Espasmo muscular)

#### 2. **RELAXANTE MUSCULAR**

(Duração indicada: 2 a 4 semanas)

##### 2A. **CICLOBENZAPRINA 10MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL ANTES DE DORMIR POR ATÉ 3 SEMANAS SE NECESSÁRIO

(Em idoso necessária dose menor)

(Idoso)

##### 2B. **CICLOBENZAPRINA 5MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL ANTES DE DORMIR POR ATÉ 3 SEMANAS SE NECESSÁRIO

(Espasmo muscular)

#### 5. **CALOR LOCAL**

DURANTE CRISES, APLICAR COMPRESSA QUENTE NA REGIÃO LOMBAR POR 20 MINUTOS A CADA 2 HORAS, EM SEGUIDA REALIZAR A LONGAMENTO SUAVE DA REGIÃO

4. MANTER ATIVIDADE FÍSICA AERÓBICA LEVE CONFORME TOLERÂNCIA

5. EXERCÍCIO FÍSICO ESTRUTURADO

##### 5A. EXERCÍCIOS MCKENZIE

DURANTE CRISES, REALIZAR EXERCÍCIOS 1 A 3. APÓS AS CRISES, REALIZAR O EXERCÍCIO 3 DIARIAMENTE PARA PREVENIR RECORRÊNCIAS.

## DOR NO JOELHO

X1. (Dor medial / lateral) Teste de McMurray

1. (Trauma associado) RX JOELHO

2. (Etiologia não traumática) USG JOELHO

3. (Suspeita de lesão ligamentar ou de menisco) RM JOELHO

4. (Suspeita de gota) TC DE DUPLA ENERGIA DO JOELHO

## DOR TORÁCICA

### MANEJO

#### *PACIENTE INSTÁVEL*

1. (Se necessário) OXIGÊNIO SUPLEMENTAR  
(Meta SpO2 90-94%)
  2. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
  3. AVP
  4. (Se necessário) SUPORTE VENTILATÓRIO
  5. ECG
  6. RX TÓRAX
  7. POCUS
  8. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG VO MASTIGÁVEL  
ADMINISTRAR 2-3 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL MASTIGÁVEL  
(Descartar Dissecção da aorta e Perfuração do TGI)
- X1. Separar equipamentos de via aérea

#### *PACIENTE ESTÁVEL*

1. ECG
2. RX TÓRAX
3. (Suspeita de SCA) TROPONINA
4. (Suspeita de TEP em paciente de baixo risco) D-DÍMERO
5. (Suspeita de Tamponamento Cardíaco, Pneumotórax ou TEP) POCUS
6. (Suspeita de TEP ou Dissecção aórtica) ANGIO-TC TÓRAX
7. (Suspeita de SCA em paciente de baixo risco) TC CORONÁRIAS

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Alterações isquêmicas no ECG compatíveis com IAMCSST => **IAMCSST**

Outras alterações isquêmicas no ECG => **SCASSST**

- Troponina elevada com padrão dinâmico => **IAMSSST**
- Diagnósticos diferenciais menos prováveis => **ANGINA INSTÁVEL**

ECG compatível com pericardite aguda => **PERICARDITE AGUDA**

Dor torácica abrupta + Assimetria de pulsos + RX Tórax com alargamento de mediastino => **DISSECÇÃO AÓRTICA**

Dor torácica pleurítica + Febre + Tosse Produtiva => **PNEUMONIA**

# FADIGA

Última atualização: 14/06/2025

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

### Avaliação clínica

- **Anamnese detalhada:**
  - Diferenciar fadiga de sonolência ou fraqueza muscular
  - Sintomas associados (dor difusa, febre, perda de peso, ronco, sintomas depressivos)
  - Rastreamento de depressão e ansiedade com instrumentos validados (PHQ-9, GAD-7)
- **Exame físico direcionado:**
  - Sinais gerais e de doenças endócrinas, cardiopulmonares, neuromusculares
  - Palpação de linfonodos e fígado/baço
- **Exames laboratoriais iniciais:**
  - Hemograma, eletrólitos, função renal/hepática, glicemia, cálcio, TSH
  - CPK se dor ou fraqueza muscular
  - Sorologias para hepatite C e HIV, se indicado
  - Outros exames apenas se houver suspeita clínica

### Diagnóstico

- Quando há achados localizados, investigar conforme suspeita.
- Se sem achados localizadores, reavaliar em 1–3 meses.
- CFS (Síndrome da Fadiga Crônica) e fadiga crônica idiopática são diagnósticos de exclusão.
- Critérios diagnósticos de CFS incluem:
  - Duração >6 meses
  - Mal-estar pós-esforço, sono não reparador, alterações cognitivas, sintomas ortostáticos

### MANEJO

- **Relação terapêutica empática**
  - Validar o sintoma como real e debilitante
  - Estabelecer metas práticas: retorno ao trabalho, vida social e funcional
- **Conduta conforme etiologia:**
  - Se causa identificada, tratar e reavaliar a resposta
  - Se idiopática:
    - Considerar antidepressivos (ISRS ou IRSN), mesmo sem depressão maior
    - Se sem resposta: considerar terapia cognitivo-comportamental (TCC) e/ou terapia com exercícios graduados

## FERIDA

### FERIDA AGUDA

#### MANEJO

##### 1. HEMOSTASIA

(Pode-se usar: compressão direta por 10-15 minutos; torniquete em membros; lidocaína com epinefrina)

##### 2. IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SF 0,9% MORNO, COM SERINGA SIMPLES

##### 3. (Se necessário) REMOÇÃO DE CORPOS ESTRANHOS

##### 4. (Presença de tecido necrosado ou de sinais de infecção) DESBRIDAMENTO

###### 4a. DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

###### 4b. DESBRIDAMENTO ENZIMÁTICO

###### 4ba. COLAGENASE 0,6 UNIDADES/G POMADA

APLICAR, APÓS LIMPEZA, CAMADA UNIFORME NA LESÃO 1-2X/DIA, POR ATÉ 14 DIAS

##### 5. (Queimadura) ANTISSÉPTICO/ANTIMICROBIANO TÓPICO

###### 5a. SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G CREME

APLICAR, APÓS LIMPEZA, CAMADA UNIFORME NA LESÃO 1-2X/DIA

##### 6. (Grande perda de tecido mole) TAMPONAMENTO DA FERIDA COM GAZE ESTÉRIL ÚMIDA, COBERTA POR GAZE SECA

##### 7. CURATIVO

###### 7a. (Fase de desbridamento) CURATIVO COM HIDROGEL

(Contraindicado se ferida muito exsudativa; Troca em 2 dias)

###### 7b. (Fase de granulação ou epitelização) GAZE UMEDECIDA COM SF 0,9%

(Requer trocas frequentes; Troca diária)

##### 8. FECHAMENTO DA FERIDA

###### 8a. FECHAMENTO PRIMÁRIO

(Indicações: laceração simples)

###### 8b. CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENÇÃO

(Indicações: úlcera de pressão, úlcera venosa, ferida pequena por queimadura)

###### 8c. FECHAMENTO PRIMÁRIO RETARDADO (POR TERCEIRA INTENÇÃO)

(Indicações: ferida abdominal sem infecção, ferida torácica sem infecção, ferida cirúrgica sem infecção)

###### 8d. ENXERTO DE PELE

(Indicações: ferida extensa sem profundidade significativa)

###### 8e. RETALHO DE PELE

(Indicações: ferida complexa ou com perda de múltiplos componentes)

##### 9. (Exposição à água contaminada) ATB PROFILÁTICA

##### 10. (Conforme critérios) PROFILAXIA PARA TÉTANO

## *FECHAMENTO PRIMÁRIO: LACERAÇÃO SIMPLES*

### 1. ANTISSEPSIA LOCAL

### 2. ANESTESIA LOCAL

#### 2a. LIDOCAÍNA + EPINEFRINA 1% (10MG/ML) AMPOLA COM 20ML

APLICAR ATRAVÉS DO BORDO DA FERIDA ATÉ O SUBCUTÂNEO, INJETAR PEQUENO VOLUME DO ANESTÉSICO. REINTRODUZIR A AGULHA ATRAVÉS DA PELE ANESTESIADA, REDIRECIONÁ-LA AO REDOR DA FERIDA, INFILTRANDO MAIS ANESTÉSICO.

CONTINUAR ATÉ ABRANGER TODA A ÁREA AO REDOR DA FERIDA.

(Dose máxima: 50mL)

#### 2b. LIDOCAÍNA 1% (10MG/ML) AMPOLA COM 20ML

APLICAR ATRAVÉS DO BORDO DA FERIDA ATÉ O SUBCUTÂNEO, INJETAR PEQUENO VOLUME DO ANESTÉSICO. REINTRODUZIR A AGULHA ATRAVÉS DA PELE ANESTESIADA, REDIRECIONÁ-LA AO REDOR DA FERIDA, INFILTRANDO MAIS ANESTÉSICO.

CONTINUAR ATÉ ABRANGER TODA A ÁREA AO REDOR DA FERIDA.

(Dose máxima: 30mL)

### 3. SUTURA COM PONTOS SIMPLES INTERROMPIDOS COM FIO INABSORVÍVEL

### 4. REMOÇÃO DOS PONTOS EM 5 A 14 DIAS

(Depende do local: face – 5 dias; tronco/extremidade superior – 7 dias; extremidade inferior – 10 dias; mãos/pés – 14 dias)

## *ATB PROFILÁTICA*

### 1. CEFALEXINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS POR 4 DIAS

### 2. LEVOFLOXACINO 750MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA POR 3 DIAS

### 3. (Ferida contaminada pelo solo ou esgoto) METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS VIA ORAL A CADA 8 HORAS POR 3 DIAS, TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO

## *PROFILAXIA PARA TÉTANO*

### 1. VACINA PARA TÉTANO

Indicações:

- Histórico vacinal desconhecido
- < 3 doses
- > 10 anos (ferida limpa e superficial) / > 5 anos (demais feridas)

### 2. IMUNOGLOBULINA PARA TÉTANO

Indicação:

- Histórico vacinal desconhecido ou < 3 doses + ferida profunda ou contaminada

## HEMOPTISE

### DEFINIÇÕES

- **Hemoptise:** Expectoração de sangue proveniente do trato respiratório inferior.
- **Hemoptise ameaçadora à vida (ou maciça):**
  - Associada a obstrução de vias aéreas, hipoxemia ou instabilidade hemodinâmica.
  - Pode ser considerada quando há:
    - $\geq 150$  mL/24h ou
    - $\geq 100$  mL/h.
- **Pseudo-hemoptise:** Sangue oriundo do trato respiratório superior ou trato gastrointestinal, simulando hemoptise.

### MANEJO

#### HEMOPTISE MACIÇA

#### CONDUTAS INICIAIS

##### Medidas de suporte imediato:

- Garantir oxigenação e ventilação;
- Posicionar o paciente com o lado sangrante para baixo;
- Garantir estabilidade hemodinâmica e acesso venoso;
- Corrigir coagulopatias;
- Internar em UTI e acionar especialistas.

##### Intubação e ventilação:

- Preferência por tubo orotraqueal  $\geq 8,0$  mm para facilitar broncoscopia e aspiração;
- Evitar ventilação não invasiva (risco de aspiração);
- Considerar ventilação monopulmonar ou tubo de duplo lúmen se sangramento persistir.

##### Correção de coagulopatias:

- Reverter anticoagulação com plasma fresco ou antídotos;
  - Transfundir plaquetas se  $< 50$  mil/mm<sup>3</sup>;
  - Usar desmopressina em plaquetopatias;
  - Considerar ácido tranexâmico inalatório em alguns casos.
-

## INVESTIGAÇÃO INICIAL

- História clínica e exame físico direcionado;
  - Radiografia de tórax e exames laboratoriais;
  - **Broncoscopia flexível precoce** (idealmente em 4-6h):
    - Diagnóstico e potencial controle do sangramento;
  - TC de tórax com contraste:
    - Complementar à broncoscopia;
    - Detecta causas parenquimatosas e vasculares;
  - Ecocardiograma e outros exames conforme etiologia suspeita.
- 

## INTERVENÇÕES BRONCOSCÓPICAS

### Métodos para controle local do sangramento:

- Lavagem com soro gelado;
  - Instilação tópica de vasoconstritores (ex: adrenalina);
  - Balonetes para tamponamento ou bloqueio brônquico;
  - Terapias ablativas (ex: laser, eletrocautério, APC).
- 

## ANGIOGRAFIA E EMBOLIZAÇÃO

- Indicada se sangramento persiste após medidas iniciais;
  - Primeira escolha: estudo da circulação brônquica;
  - Alta taxa de sucesso (>85%), mas risco de paraplegia <1% em mãos experientes;
  - Possibilidade de recidiva (10–20%).
- 

## CIRURGIA

- Indicada em casos refratários à embolização ou em lesões vasculares específicas (ex: fístulas arteriais);
  - Contraindicada em doença pulmonar difusa ou TB ativa;
- 

## TRATAMENTO DEFINITIVO

- Baseado na causa subjacente:
  - Tuberculose: tratamento antimicrobiano;
  - Câncer: radioterapia, cirurgia, oncologia;
  - Bronquiectasias e infecções: controle da doença de base.

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

### MANIFESTAÇÕES COMPATÍVEIS

1. Hematêmese
2. Melena
3. (Menos comum, pode ocorrer em sangramento maciço do TGI superior) Hematoquezia

### MANEJO INICIAL

#### 1. MONITORAMENTO CONTÍNUO

#### 2. 2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS CALIBROSOS (16G)

#### 3. REPOSIÇÃO VOLÊMICA

3a. SF 0,9% BOLSA COM 500ML  
ADMINISTRAR 500ML EV EM 30 MINUTOS

3b. RINGER LACTATO BOLSA COM 500ML  
ADMINISTRAR 500ML EV EM 30 MINUTOS

4. **ESOMEPRAZOL** 40MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
ADMINISTRAR 80MG EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 3 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 40MG EV 12/12H ATÉ A REALIZAÇÃO DA ENDOSCOPIA.

5. **ERITROMICINA** 1.000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
ADMINISTRAR 250MG EV, INFUSÃO EM 30 MINUTOS. REALIZAR EDA EM 30 A 90 MINUTOS APÓS TÉRMINO DA INFUSÃO.

6. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, TS, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, ALBUMINA, GASOMETRIA VENOSA, U1

#### 7. **EDA** DE URGÊNCIA

(Cirrose)

#### 8. ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

81. CEFTRIAXONA 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
ADMINISTRAR 1G EV 1X/DIA POR 7 DIAS

(Hb < 7 + paciente estável)

#### 9. TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

(Plaq < 50.000 + sangramento crítico)

#### 10. TRANSFUÇÃO DE PLAQUETAS

## ICTERÍCIA

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

1. HMG, UR, CR, NA, K, PCR, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, COAGULOGRAMA, ALBUMINA, HAV, HBV, HCV

(Padrão colestático)

2. USG ABDOME

(Hiperbilirrubinemia indireta isolada)

3. DHL, RETICULÓCITOS, HAPTOGLOBINA, ESFREGAÇO DE SANGUE PERIFÉRICO

## IDEAÇÃO SUICIDA

### *BAIXO RISCO DE SUICÍDIO*

>> Pensamentos sem plano

X1. ESCUTA QUALIFICADA E VÍNCULO

X2. AVALIAÇÃO BREVE PARA DIAGNÓSTICO E POSSÍVEL TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

X3. ENCAMINHAMENTO À REDE DE APOIO COM CONSENTIMENTO

### *MÉDIO RISCO DE SUICÍDIO*

>> Pensamentos com plano, sem intenção imediata

X1. ESCUTA QUALIFICADA E VÍNCULO

X2. AVALIAÇÃO BREVE PARA DIAGNÓSTICO E POSSÍVEL TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

X3. ENCAMINHAMENTO À REDE DE APOIO (CONTATO COM NASF/CAPS)

X4. ESTABELEECER “CONTRATO” DE QUE PACIENTE NÃO TENTARÁ SE MATAR ATÉ NOVO ATENDIMENTO

X5. CONTACTAR FAMILIAR

X6. (Rede de apoio frágil) CONSIDERAR INTERNAÇÃO

### *ALTO RISCO DE SUICÍDIO*

>> Pensamentos com plano, meios e intenção de executar em breve

X1. ESCUTA QUALIFICADA E VÍNCULO

X2. NÃO DEIXAR O PACIENTE SOZINHO EM NENHUM MOMENTO

X3. ENCAMINHAMENTO AO CAPS / HOSPITAL PARA INTERNAÇÃO IMEDIATA

X4. COMUNICAR E APOIAR A FAMÍLIA

# INSÔNIA

*Última atualização: 15/06/2025*

## CLASSIFICAÇÃO

**Insônia Aguda:** Frequentemente causada por estresse e dura menos de três meses.

**Insônia Crônica:** Duração > 3 meses

## MANEJO

### Insônia Aguda

- Frequentemente causada por estresse e dura menos de três meses.
- **Conduta:** educação sobre a influência do estressor e suporte; se grave, pode-se prescrever medicação por curto prazo.
- Reavaliação em 2–4 semanas para evitar cronificação.

### Insônia Crônica

- As principais opções terapêuticas são:
  - **Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT-I):** primeira escolha; eficaz, sem efeitos adversos e promove mudanças duradouras.
  - **Farmacoterapia:** indicada se CBT-I não estiver disponível, for ineficaz, ou se o paciente apresentar sofrimento intenso. Pode ser combinada com CBT-I.

### Farmacoterapia

- Opções incluem agonistas dos receptores GABA (benzodiazepínicos e não-benzodiazepínicos), antagonistas de orexina, agonistas de melatonina e antidepressivos sedativos.
- A escolha deve considerar idade, comorbidades, efeitos adversos e preferências do paciente.
- Uso de medicações sedativas alternativas (ex: trazodona, gabapentina) pode ser considerado em casos específicos.

### Descontinuação de Medicação

- Tentar interromper gradualmente após melhora clínica, preferencialmente após CBT-I.

### Considerações Especiais por População

- **Transtornos psiquiátricos:** insônia é frequente e requer tratamento conjunto da insônia e do transtorno de base.
- **Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT):** CBT-I é a terapia preferida; prazosina e antidepressivos podem ser úteis.
- **Psicoses:** CBT-I e eszopiclona mostraram benefícios.
- **Transtornos por uso de substâncias:** CBT-I é preferível; evitar BZD; considerar gabapentina ou trazodona.
- **Idosos:** CBT-I é o tratamento de escolha; maior risco com medicações.
- **Pacientes hospitalizados:** priorizar medidas não farmacológicas.
- **Demência (Alzheimer) e Parkinson:** preferir abordagem não farmacológica e tratar comorbidades.
- **Traumatismo cranioencefálico:** avaliar distúrbios do ritmo circadiano e insônia.
- **Apneia obstrutiva do sono:** tratar apneia e considerar CBT-I; uso cuidadoso de sedativos.
- **Síndrome das pernas inquietas:** investigar sempre; preferir gabapentinóides.
- **Comorbidades médicas (dor, DPOC, DRC):** tratar condição de base; CBT-I é segura e eficaz.
- **Gravidez:** CBT-I é preferida; antihistamínicos sedativos podem ser usados com cautela.
- **Menopausa:** CBT-I eficaz; outras opções incluem hormonioterapia, antidepressivos, gabapentina e terapia comportamental.

## PRESCRIÇÃO

(Indução do sono)

A. **MELATONINA** GOTAS 0,21MG/GOTA

TOMAR 1 GOTA 2 HORAS ANTES DE DORMIR POR 60 DIAS.

SE NECESSÁRIO, AUMENTAR EM 1 GOTA A CADA 3 DIAS, ATÉ O MÁXIMO DE 20 GOTAS/DIA.

DURANTE O USO, EVITAR CONDUZIR VEÍCULOS À NOITE.

(1 gota = 0,21 mg; Dose terapêutica usual: 1-5 mg/dia)

(Indução e manutenção do sono)

B. **TRAZODONA** 50MG COMPRIMIDO

TOMAR MEIO COMPRIMIDO ANTES DE DORMIR POR 30 DIAS.

SE NECESSÁRIO, AUMENTAR EM 1 GOTA A CADA 3 DIAS, ATÉ O MÁXIMO DE 20 GOTAS/DIA.

DURANTE O USO, EVITAR CONDUZIR VEÍCULOS À NOITE.

(Dose inicial: 12,5-50 mg/dia; Dose terapêutica usual: 50-100 mg/dia)

(Manutenção do sono)

C. **DOXEPINA** 3MG CÁPSULA – MANIPULAR 30 CÁPSULAS

TOMAR 1 CÁPSULA 30 MINUTOS ANTES DE DORMIR POR 30 DIAS

(Sintomas leves)

D. **VALESSONE (VALERIANA OFFICINALIS)** 225,75MG COMPRIMIDO (0,8% DE ÁCIDO VALERÂNICO)

TOMAR 2 COMPRIMIDOS VIA ORAL 1H ANTES DE DORMIR POR 2 MESES

(Dose equivalente a 3,6mg/dia de ácido valerânico, em estudo externo foi validado com 4mg/dia de ácido valerânico; Estudos de segurança limitados a 2 meses)

## NÁUSEAS E VÔMITOS

*ETIOLOGIA: DESCONHECIDA, GECA, INDUÇÃO POR OPIOIDE, INDUÇÃO POR QT, PÓS-OPERATÓRIO*

1a. ONDANSETRONA 2MG/ML AMPOLA COM 2 OU 4ML

(< 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

(> 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO, DILUÍDO EM 50ML SF 0,9%, INFUSÃO EM 15 MINUTOS

1b. ONDANSETRONA 8MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

1c. ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

1d. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DOSE ÚNICA

1e. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

*ETIOLOGIA: MIGRÂNEA*

1a. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DOSE ÚNICA

1b. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

*ETIOLOGIA: CAUSAS VESTIBULARES*

1a. DIMENIDRINATO 3 MG/ML + CLORIDRATO DE PIRIDOXINA 5 MG/ML + FRUTOSE 100 MG/ML + GLICOSE 100 MG/ML - AMPOLA COM 10 ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV 4/4H SE NÁUSEA OU VÔMITO, DILUÍDO EM 10ML SF 0,9%, INFUSÃO EM 2 MINUTOS

1b. DIMENIDRINATO 100MG CÁPSULA

ADMINISTRAR 1 CP VO 6/6H SE NÁUSEA OU VÔMITO

1c. DIMENIDRINATO 50MG CÁPSULA

ADMINISTRAR 1 CP VO 4/4H SE NÁUSEA OU VÔMITO

1d. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DOSE ÚNICA

1e. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

## PALPITAÇÕES

*PS: ABORDAGEM INICIAL*

1. ECG COM D2 LONGO
2. DEXTRO
3. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, TSH, T4L, GLICEMIA
4. (Suspeita de intoxicação) TOXICOLÓGICO
5. (Suspeita de cardiopatia estrutural) ECO-TT
6. (Sintomas diários) HOLTER 24-48H
7. (Sintomas frequentes, sustentados ou alto risco de arritmias graves) ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

## SIBILOS

### PS: PACIENTE ESTÁVEL - ABORDAGEM INICIAL

História de sibilância episódica, tosse e dispneia com melhora após broncodilatadores + Sem história de tabagismo + Sibilos expiratórios difusos => **SUSPEITA DE ASMA**

### SUSPEITA DE ASMA

1. O2 SUPLEMENTAR PARA SPO2 ALVO > 92%

2. SALBUTAMOL SPRAY 100MCG/JATO INALATÓRIO

(Exacerbação grave) ADMINISTRAR 10 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 4 JATOS 1/1H.

(Exacerbação moderada) ADMINISTRAR 6 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 4 JATOS 2/2H.

(Exacerbação leve) ADMINISTRAR 4 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 2 JATOS 4/4H.

(Posologia: 4-10 jatos 20/20min na 1ª hora, após 2-4 jatos 1x/1-4h)

3. (Exacerbação moderada ou grave) IPRATRÓPIO 0,25MG/ML NEBULIZAÇÃO

(Exacerbação grave) ADMINISTRAR 40 GOTAS (2ML) POR NEBULIZAÇÃO, DILUÍDO EM 2ML DE SF 0,9% 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 40 GOTAS 1/1H POR ATÉ 3 HORAS.

(Exacerbação moderada) ADMINISTRAR 40 GOTAS (2ML) POR NEBULIZAÇÃO, DILUÍDO EM 2ML DE SF 0,9% 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES.

(Posologia: 0,5mg 20/20min na 1ª hora, após 0,5mg 1/1h por até 3 horas)

## SÍNCOPE

### *PS: ABORDAGEM INICIAL*

1. ECG
2. DEXTRO
3. MONITORAMENTO CARDÍACO
4. HMG, TROPONINA, BNP
5. (Mulher em idade fértil) BETA-HCG
6. (Suspeita de crise epiléptica) EEG
7. (ECG anormal ou suspeita de cardiopatia) ECO-TT
8. (Suspeita de AVE ou trauma) TC CRÂNIO
9. DESTINO

A. Paciente assintomático de baixo risco + História clara de síncope vasovagal + Exame físico sem alterações + ECG sem alterações + Acompanhamento ambulatorial garantido >> ALTA

B. Paciente de alto risco / Sintomas preocupantes / Exame físico anormal / ECG anormal / Causa cardíaca ou neurológica evidente >> INTERNAÇÃO

C. Paciente de risco intermediário >> AVALIAÇÃO INDIVIDUALIZADA

### *PS: SÍNCOPE OU PRÉ-SÍNCOPE TESTEMUNHADA*

1. DECÚBITO DORSAL COM MEMBROS ELEVADOS. EVITAR LEVANTAR O PACIENTE RAPIDAMENTE.
2. MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA
3. (Hipotenso) REPOSIÇÃO VOLÊMICA

## SURTO PSICÓTICO

PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO: TTO INICIAL

### *PACIENTE AGITADO*

A. OLANZAPINA 5MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL 1X/DIA

B. HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL 1X/DIA

### *PACIENTE COM INSÔNIA*

A. QUETIAPINA 25MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS

### *DEMAIS CASOS*

A. ARIPIRAZOL 10MG COMPRIMIDO

TOMAR MEIO COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA

B. RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA

## TOSSE

Última atualização: 08/06/2025

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### TOSSE AGUDA

1. (Se necessário) RX TÓRAX

#### TOSSE SUBAGUDA

1. (Se necessário) RX TÓRAX

#### TOSSE CRÔNICA

1. TRATAMENTO EMPÍRICO

1a. (Suspeita de asma) TRATAMENTO EMPÍRICO PARA ASMA

1b. (Suspeita de STVAS) TRATAMENTO EMPÍRICO PARA STVAS

1c. (Suspeita de rinite alérgica) TRATAMENTO EMPÍRICO PARA RINITE ALÉRGICA

1d. (Suspeita de DRGE) TRATAMENTO EMPÍRICO PARA DRGE

2. (Sem suspeita relevante inicial) RX TÓRAX

### PRESCRIÇÃO

(Suspeita de IVAS / STVAS)

A. **HEDERA HELIX** 7MG/ML SOLUÇÃO ORAL (HEDERA CIMED)

(> 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(6 – 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(2 – 6 anos) TOMAR 2,5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(Considerar em caso de tosse seca crônica)

B. CLOPERASTINA 3,54MG/ML (SEKI)

TOMAR 10ML VIA ORAL 3X/DIA

(< 12 ANOS – 20KG) TOMAR 4ML VIA ORAL 3X/DIA, POR 3 DIAS

(Dose: 0,5 mL/kg/dia 3x/dia)

## VERTIGEM

### TRATAMENTO SINTOMÁTICO

#### A. **DIMENIDRINATO** 50MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE TONTURA, POR ATÉ 3 DIAS

(Posologia: 50mg 1x/4-6h)

#### B. **MECLOZINA** 12,5MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE TONTURA, POR ATÉ 3 DIAS

(Droga de escolha na gestação; Posologia: 12,5-25mg 1x/6-12h; Dose máxima diária: 100g)

# PRINCIPAIS AFECÇÕES AGUDAS

## ABSCESSO CUTÂNEO

Última atualização: 09/06/2025

### PLANO TERAPÊUTICO

1a. (Abscesso flutuante sem sinais de drenagem espontânea) INCISÃO E DRENAGEM  
(Encaminhar para especialista em caso de localização em região delicada ou abscessos múltiplos)

1b. (Abscesso < 2cm com sinais de drenagem espontânea) COMPRESSA MORNA

2. (Após incisão e drenagem) ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA

### INCISÃO E DRENAGEM

1. SEPARAÇÃO DO MATERIAL NECESSÁRIO

2. LIMPEZA LOCAL

3. PARAMENTAÇÃO

4. ANTISSEPSIA LOCAL

5. ANESTESIA LOCAL COM BLOQUEIO DE CAMPO

5a. LIDOCAÍNA + EPINEFRINA 1% (10MG/ML) AMPOLA COM 20ML

APLICAR ATRAVÉS DE PELE ÍNTEGRA, PRÓXIMA AO ABSCESSO, INJETAR PEQUENO VOLUME DO ANESTÉSICO. REINTRODUZIR A AGULHA ATRAVÉS DA PELE ANESTESIADA, REDIRECIONÁ-LA AO REDOR DO ABSCESSO, INFILTRANDO MAIS ANESTÉSICO.

CONTINUAR ATÉ ABRANGER TODA A ÁREA AO REDOR DO ABSCESSO.

(Dose máxima: 50mL)

6. INCISÃO E DRENAGEM

REALIZAR INCISÃO LINEAR NO PONTO DE MAIOR FLUTUAÇÃO, SEGUINDO OS SULCOS NATURAIS DA PELE, COM BISTURI LÂMINA 11.

7. SONDAGEM E IRRIGAÇÃO

USAR PINÇA HEMOSTÁTICA PARA ROMPER LOCULAÇÕES E VERIFICAR CORPOS ESTRANHOS.

IRRIGAR ABUNDANTEMENTE COM SORO FISIOLÓGICO.

8. CURATIVO

### ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA

A. SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800/160 MG COMPRIMIDO

(> 70kg) TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

(< 70kg) TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

## ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

### SUSPEITA DE AVE

X1. Oximetria de pulso

X2. Dextro

1. TC CRÂNIO SEM CONTRASTE / RM CRÂNIO
2. ECG
3. HMG, UR, CR, NA, K, TROPONINA, COAGULOGRAMA
4. (Mulher em idade fértil) BETA-HCG
5. (Candidato à trombectomia) ANGIO-TC CEREBRAL / ANGIO-RM CEREBRAL
6. (Suspeita de HSA com TC Crânio sem sangramento) LCR
7. (Suspeita de convulsão) EEG
8. (Conforme suspeita) TOXICOLÓGICO, ETANOL SÉRICO, FUNÇÃO HEPÁTICA, GASOMETRIA

X3. Calcular NIHSS

### AVE ISQUÊMICO ELEGÍVEL À TROMBÓLISE

1a. (Risco de aspiração, HIC ou comprometimento cardiorrespiratório) CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

1b. (Demais situações) DECÚBITO HORIZONTAL

2. (PA > 185/110) TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA

2a. **NITROPRUSSIATO DE SÓDIO** 25MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR EV EM BIC, DILUÍDO EM 250ML DE SG5%

(70kg) VELOCIDADE INICIAL: 5 ML/H

(Concentração: 200 mcg/mL; Velocidade inicial 0,25-0,50 mcg/kg/min; Titular em 0,5 mcg/kg/min a cada 5 min; Dose máxima: 10 mcg/kg/min por 10 min; Dose máxima ideal (para evitar toxicidade): 2 mcg/kg/min)

3a. **ALTEPLASE** 50MG/50ML FRASCO-AMPOLA COM PÓ + ÁGUA INJETÁVEL

(70kg) ADMINISTRAR 6 ML EV EM BOLUS DURANTE 1 MINUTO, APÓS ADMINISTRAR 57ML EV EM BIC DURANTE 60 MINUTOS

(Dose: 0,9mg/kg: 10% EV em bolus durante 1 minuto + 90% EV em BIC durante 1 hora; Dose máxima: 90mg)

## ANAFILAXIA

### 1. EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA COM 1ML

(> 50 kg) ADMINISTRAR 0,5ML IM AGORA

(25 – 50 kg) ADMINISTRAR 0,3ML IM AGORA

(10 – 25 kg) ADMINISTRAR 0,15ML IM AGORA

(< 10kg) ADMINISTRAR 0,01ML/KG IM AGORA / ADMINISTRAR 0,01ML IM AGORA

(Dose: 0,01 mg/kg; Pode-se repetir a dose a cada 5-15 minutos; Em geral há resposta com 1 ou 2 doses)

### 2. DECÚBITO DORSAL COM PERNAS ELEVADAS

### 3. (Hipotensão, hipotensão postural ou resposta incompleta à adrenalina IM) REPOSIÇÃO VOLÊMICA

#### 3a. (Adulto) SF 0,9% BOLSA COM 1L

ADMINISTRAR 1L EV AGORA, INFUSÃO RÁPIDA

(Dose inicial: 1-2 L; Pode ser necessário volume maior, até 7 L)

#### 3b. (Criança) SF 0,9% BOLSA COM 1L

(50kg) ADMINISTRAR 1L EV AGORA, INFUSÃO RÁPIDA

(40kg) ADMINISTRAR 800mL EV AGORA, INFUSÃO RÁPIDA

(20kg) ADMINISTRAR 400mL EV AGORA, INFUSÃO RÁPIDA

(10kg) ADMINISTRAR 200mL EV AGORA, INFUSÃO RÁPIDA

(Dose: 20mL/kg; Pode ser necessário volume maior, até 100 mL/kg)

### 4. (Resposta incompleta à adrenalina IM + reposição volêmica) EPINEFRINA EV

#### 4a. EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA COM 1ML

DILUIR 1 AMPOLA EM 1.000ML DE SF 0,9% (1 MCG/ML)

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL 7ML/MIN

(10kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL 1ML/MIN

(Velocidade de infusão inicial: 0,1 mcg/kg/min)

#### 4b. (Colapso cardiovascular iminente) EPINEFRINA 1MG/ML AMPOLA COM 1ML

ADMINISTRAR 0,5ML EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9% EM BOLUS, INFUSÃO EM 5 MINUTOS

(Contraindicado em crianças; Dose: 50-100 mcg)

## ASMA EXACERBADA

PS: PACIENTE ESTÁVEL

1. O2 SUPLEMENTAR PARA SPO2 ALVO > 92%

2. SALBUTAMOL SPRAY 100MCG/JATO INALATÓRIO

(Exacerbação grave) ADMINISTRAR 10 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 4 JATOS 1/1H.

(Exacerbação moderada) ADMINISTRAR 6 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 4 JATOS 2/2H.

(Exacerbação leve) ADMINISTRAR 4 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 2 JATOS 4/4H.

(Posologia: 4-10 jatos 20/20min na 1ª hora, após 2-4 jatos 1x/1-4h)

3. (Exacerbação moderada ou grave) IPRATRÓPIO 0,25MG/ML NEBULIZAÇÃO

(Exacerbação grave) ADMINISTRAR 40 GOTAS (2ML) POR NEBULIZAÇÃO, DILUÍDO EM 2ML DE SF 0,9% 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 40 GOTAS 1/1H POR ATÉ 3 HORAS.

(Exacerbação moderada) ADMINISTRAR 40 GOTAS (2ML) POR NEBULIZAÇÃO, DILUÍDO EM 2ML DE SF 0,9% 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES.

(Posologia: 0,5mg 20/20min na 1ª hora, após 0,5mg 1/1h por até 3 horas)

4. (Quadro refratário) CORTICOIDE SISTÊMICO

4a. (Paciente não crítico) PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 40MG VO 1X/DIA

(Posologia: 40-60mg 1x/dia)

4b. (Paciente crítico) SUCCINATO DE METILPREDNISOLONA 125MG + AMPOLA DILUENTE COM 2ML

ADMINISTRAR 60MG (1ML) EV 6/6H

(Posologia: 60-80mg EV 1x/6-12h)

5. (Exacerbação grave refratária ou paciente crítico) SULFATO DE MAGNÉSIO 10% (100MG/ML) AMPOLA COM 10ML ADMINISTRAR 2G (2 AMPOLAS) EV DILUÍDO EM 100ML DE SF 0,9%, INFUSÃO EM 20 MINUTOS

## BRONQUITE AGUDA

### DIAGNÓSTICO

#### Diagnóstico Clínico

- Suspeita-se de **bronquite aguda** em pacientes com tosse de início agudo e persistente (geralmente 1 a 3 semanas), sem sinais clínicos de pneumonia (como febre, taquipneia, estertores ou consolidação pulmonar) e sem DPOC.

#### Definição

- **Bronquite aguda**: é uma infecção do trato respiratório inferior que acomete as vias aéreas grandes (brônquios), sem sinais de pneumonia, e ocorre na ausência de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

### MANEJO

#### 1. CHÁ QUENTE DE CAMOMILA COM MEL

## CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

### 1. INTERNAÇÃO

### 2. JEJUM

### 3. RINGER LACTATO

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL 1L/H

(Reavaliar tipo de solução e velocidade infusão em 2-3h; Alterar para solução salina a 0,45% se Na corrigido  $\geq 135$ ; Alterar velocidade de infusão para 250-500 mL/h; Se Dx < 250 adicionar SG5%; Se insuficiência renal ou cardíaca, realizar bolus repetidos de 250mL ao invés de infusão em BIC)

### 4. (K $\leq 5,0$ ) REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO

4a. (K 3,5-5,0) **KCL** 19,1% AMPOLA 10 ML EV (25 MEQ)

(Volume 1L/h) ADMINISTRAR 20 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 1.500ML, INFUSÃO EM BIC EM 3H. DIMINUIR VELOCIDADE DE INFUSÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA PARA 500ML/H.

(Volume 500mL/h) ADMINISTRAR 20 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 750ML, INFUSÃO EM BIC EM 3H. DIMINUIR VELOCIDADE DE INFUSÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA PARA 250ML/H.

(Administrar 10-20 mEq/L de solução infundida; Velocidade de infusão ideal de K: 10-20 mEq/h; Concentração máxima de K: 80 mEq/L (veia periférica) / 120 mEq/L (veia central))

4b. (K < 3,5) **KCL** 19,1% AMPOLA 10 ML EV (25 MEQ)

(Volume 1L/h) ADMINISTRAR 20 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 1.500ML, INFUSÃO EM BIC EM 2H30. DIMINUIR VELOCIDADE DE INFUSÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA PARA 500ML/H.

(Volume 500mL/h) ADMINISTRAR 20 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 750ML, INFUSÃO EM BIC EM 2H30. DIMINUIR VELOCIDADE DE INFUSÃO DA REPOSIÇÃO VOLÊMICA PARA 250ML/H.

(Administrar 10-20 mEq/h; Velocidade de infusão ideal de K: 10-20 mEq/h; Concentração máxima de K: 80 mEq/L (veia periférica) / 120 mEq/L (veia central))

### 5. (K $\geq 3,5$ ) INSULINOTERAPIA

5a. (Dose inicial) **INSULINA REGULAR** 100U/ML AMPOLA COM 3, 5 OU 10ML  
DILUIR 1ML EM SF 0,9% 100ML (1 UNIDADE/ML)

(70kg) ADMINISTRAR 7ML/H EV EM BIC

(Administrar 0,1 unidade/kg/h)

5b. (Dose de manutenção)

(Queda da glicemia em 50-75 mg/dL/h) MANTER VELOCIDADE DE INFUSÃO

(Queda da glicemia < 50 mg/dL/h) DOBRAR VELOCIDADE DE INFUSÃO

(Glicemia < 250) REDUZIR VELOCIDADE DE INFUSÃO PARA 0,05 U/KG/H

EC1. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, P, PCR, GLICEMIA, HBA1C, PERFIL LIPÍDICO, CETONEMIA, GASOMETRIA ARTERIAL, U1 COM CETONÚRIA, URC

EC2. RX TÓRAX

EC3. ECG

EC4. (Suspeita de infecção) HEMOCULTURAS

EC5. GLICEMIA 1/1H

EC6. GASOMETRIA VENOSA, NA, K, CA, MG, P, UR, CR 1X/2-4H

# COLELITÍASE

Última atualização: 11/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### COLELITÍASE SINTOMÁTICA NÃO COMPLICADA

#### CRITÉRIO DIAGNÓSTICO

- **Cólica biliar típica + cálculos na USG:** Diagnóstico confirmado.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DOS CÁLCULOS BILIARES

### Cálculos biliares sintomáticos

#### Cólica biliar

- Dor intensa e constante, localizada no **quadrante superior direito**, epigástrio ou região subesternal.
- Pode irradiar para as costas, especialmente para a escápula direita.
- Associada a **sudorese, náusea e vômitos**.
- Frequentemente desencadeada por **refeições gordurosas**, mas também pode ocorrer à noite.
- Não piora com movimento e não é aliviada por evacuação ou eliminação de gases.
- Duração de pelo menos **30 minutos**, com um ataque completo durando **menos de seis horas**.
- Causada pelo aumento da pressão na vesícula biliar ao tentar expulsar cálculos ou lama biliar.
- **Sem febre ou sinais de infecção**, com exames laboratoriais normais.
- Frequência variável dos episódios, podendo ocorrer com intervalos de horas a anos.
- **Recorrência alta:** 70% dos pacientes com cólica biliar apresentam novos episódios dentro de **dois anos**.

## MANEJO

### MANEJO DA COLELITÍASE NÃO COMPLICADA:

#### 1. Cólica Biliar

- **Manejo da dor aguda:**
  - Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são a primeira escolha (ex.: cetorolaco).
  - Opioides (ex.: morfina, meperidina) são reservados para casos refratários ou contra-indicações aos AINEs.

#### 2. Manejo Posterior

- **Colecistectomia eletiva:**
  - Indicada para pacientes com cólica biliar típica e cálculos biliares confirmados.
  - Melhor realizada de forma eletiva, pois a cirurgia de emergência tem maior risco de complicações.
  - Recomendada mesmo após um único episódio, pois muitos pacientes podem ter recorrências não diagnosticadas.
  - Laparoscopia é preferida por menor dor pós-operatória, recuperação mais rápida e melhor estética, mas pode ter risco maior de lesão do ducto biliar.

## PRESCRIÇÃO

### *TTO HOSPITALAR – COLELITÍASE SINTOMÁTICA NÃO COMPLICADA*

#### 1. JEJUM

#### 2. AINE

2A. TROMETAMOL **CETOROLACO** 30MG/ML AMPOLA COM 1ML  
(> 50kg e < 65 anos) ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV  
(< 50kg ou > 65 anos) ADMINISTRAR 0,5 AMPOLA EV

2B. DICLOFENACO DE SÓDIO 25MG/ML AMPOLA COM 3ML  
ADMINISTRAR 1 AMPOLA IM

3. **DIPIRONA** 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML  
ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

4. **ONDANSETRONA** 2MG/ML AMPOLA COM 4 ML  
ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DILUÍDO EM 50ML DE SF 0,9%

### *TTO AMBULATORIAL – COLELITÍASE SINTOMÁTICA NÃO COMPLICADA*

#### 1. **DIPIRONA** 1G - USO ORAL

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR

#### 2. TROMETAMOL **CETOROLACO** 10MG – USO ORAL

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 8 HORAS SE DOR POR ATÉ 5 DIAS

#### 3. VONAU FLASH (**ONDANSETRONA**) 8MG - USO SUBLINGUAL

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA SUBLINGUAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

## DENGUE

### DIAGNÓSTICO

#### Caso suspeito de dengue:

- Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema; mialgia, artralgia; cefaleia, dor retro-orbital; petéquias; prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente.

#### 1ª semana de doença:

- RNA viral detectado por RT-PCR: geralmente positivo até o 5º dia.
- Antígeno NS1: geralmente positivo entre o 1º e o 7º dia.
  - Alta sensibilidade na infecção primária (>90%).
  - Sensibilidade menor em infecção secundária (60–80%).

#### Sorologia:

- IgM:
  - Detectável a partir do 4º dia de doença.
  - Diagnóstico presuntivo com IgM positiva isolada.
  - Diagnóstico confirmado por soroconversão (coletas na fase aguda e na de recuperação – 10 a 14 dias após).
- IgG:
  - Infecção primária: resposta lenta, baixos títulos a partir de ~7 dias.
  - Infecção secundária: resposta rápida com títulos elevados a partir de 3–4 dias e reação cruzada ampla.

## MANEJO

### VISÃO GERAL

#### NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO CLÍNICO

Grupo	Critérios	Conduta	Acompanhamento / Exames
<b>Grupo A</b>	Sem sinais de alarme, sem comorbidades, boa condição clínica, exame físico normal.	Hidratação oral em domicílio, sintomáticos.	Reavaliação com 48h ou antes, se necessário.
<b>Grupo B</b>	Mesmos critérios do Grupo A + um dos seguintes: sangramento de pele espontâneo ou induzido, comorbidades, grávida, idoso, <2 anos, obesidade, uso de AINEs, dificuldades no acompanhamento.	Hidratação oral supervisionada (SRO), possível hidratação venosa.	Reavaliação diária. Hematócrito e plaquetas. Internação em alguns casos.
<b>Grupo C</b>	Presença de 1 ou mais sinais de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, letargia, hepatomegalia >2 cm, sangramentos, derrames, hematócrito elevado + plaquetopenia, etc).	Internação imediata. Hidratação venosa com SF 0,9% em bolus. Ajuste conforme resposta clínica.	Monitoramento rigoroso. Hematócrito, exames laboratoriais seriados.
<b>Grupo D</b>	Choque (pulso fino, PA convergente ou não mensurável, extremidades frias, cianose, enchimento capilar lento).	Internação imediata em UTI. Hidratação venosa rápida (20 mL/kg em 20 min). Avaliar necessidade de expansores.	Monitoramento contínuo. Exames frequentes. Pode exigir suporte avançado.

#### GRUPO A

##### 1. Caracterização:

- Sem sinais de alarme
- Sem comorbidades ou fatores de risco

##### 2. Conduta:

- Exames laboratoriais apenas se necessário
- Contraindicar AINEs, salicilatos e corticosteroides
- Reforçar repouso, dieta e hidratação oral conforme peso
- Marcar retorno no dia de desaparecimento da febre ou no 5º dia

##### Hidratação oral (adultos):

- 60 mL/kg/dia (1/3 SRO + 2/3 líquidos caseiros)
- Exemplo: 70 kg → 4,2 L/dia

##### Hidratação oral (crianças):

- Até 10 kg: 130 mL/kg/dia
- 10–20 kg: 100 mL/kg/dia
- 20 kg: 80 mL/kg/dia
- 1/3 com SRO + 2/3 líquidos caseiros
- Especificar volume diário e manter alimentação

## GRUPO B

### 1. Caracterização:

- Sem sinais de alarme
- Com sangramento espontâneo (pele ou induzido) ou comorbidades

### 2. Conduta:

- Hemograma obrigatório
  - Hidratação oral conforme Grupo A
  - Se houver hemoconcentração ou sinais de alarme: tratar como Grupo C
  - Com hematócrito normal: tratamento ambulatorial com reavaliação diária
- 

### VALORES DE REFERÊNCIA DO ERITROGRAMA:

- **Hematócrito**
    - Mulher
      - Branca:  $42 \pm 6$
      - Negra:  $40 \pm 6$
    - Homem
      - Branco:  $46 \pm 7$
      - Negro:  $44 \pm 7$
    - > 70 anos
      - Branco:  $41 \pm 6$
      - Negro:  $39 \pm 6$
-

## GRUPO C

### 1. Caracterização:

- **Sinais de alarme**, como:
  - Dor abdominal intensa, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia, sangramento de mucosa, letargia, hematócrito em elevação etc.

### 2. Conduta:

- Iniciar **reposição volêmica imediata**: SF 0,9% 10 mL/kg na 1ª hora
- Internar por no mínimo 48h
- Hemograma, albumina, transaminases e exames de imagem (raio-X, USG)
- Avaliar diurese e sinais vitais
- Se necessário, repetir fase de expansão até 3x (máx. 20 mL/kg em 2h)
- Após melhora: iniciar manutenção
  - 1ª fase: SF 25 mL/kg em 6h
  - 2ª fase: SF 25 mL/kg em 8h

### Alerta em idosos:

- Risco de sobrecarga hídrica e lesão renal. Acompanhar sinais de edema pulmonar

### Critérios de alta:

Paciente precisa preencher todos os seis critérios a seguir:

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

## GRUPO D

### 1. Caracterização:

- Sinais de **choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos**

### 2. Sinais de choque:

- Taquicardia, extremidades frias, pulso fraco, enchimento capilar >2s, PA convergente, taquipneia, oligúria, hipotensão, cianose

### 3. Conduta:

- Iniciar expansão rápida: SF 0,9% 20 mL/kg em 20 min (repetir até 3x se necessário)
  - Acompanhamento em UTI por mínimo de 48h
  - Hemograma, albumina, transaminases, raio-X e USG
  - Se não melhora:
    - Hematócrito ↑: usar expansores (albumina ou coloides)
    - Hematócrito ↓: investigar hemorragias → concentrado de hemácias, plasma fresco, vitamina K, crioprecipitado
  - Após estabilização, seguir conduta do Grupo C
-

## PRESCRIÇÃO

### GRUPO A OU B

#### 1. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO)

(70kg) TOMAR 1.400ML DE SRO + 2.800ML DE LÍQUIDOS CASEIROS (ÁGUA, ÁGUA DE COCO, CHÁ, SUCO) AO LONGO DO DIA

(Dose: 60 mL/kg/dia; 1/3 em SRO; 2/3 em líquidos caseiros)

#### 2. DAPIRONA 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

#### 3. ONDANSETRONA (VONAU FLASH) 8MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA SUBLINGUAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### 4. LORATADINA 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL À NOITE SE COCEIRA

### GRUPO C

#### EXPANSÃO

#### 1. CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 1.000ML

(70kg) ADMINISTRAR 1.000ML EV, INFUSÃO LENTA

(Dose: 10 mL/kg na 1ª hora; Pode-se repetir expansão por mais 2 vezes se necessário; Dose máxima em 2h: 20 mL/kg)

#### MANUTENÇÃO

#### 1. CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 500ML

(70kg) ADMINISTRAR 500ML EV 2/2H DURANTE 14 HORAS, INFUSÃO LENTA.

(Dose 1ª fase: 25 mL/kg em 6 horas; Dose 2ª fase: 25 mL/kg em 8 horas)

### GRUPO D

#### EXPANSÃO

#### 1. CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 1.000ML

(70kg) ADMINISTRAR 1.500ML EV, INFUSÃO EM 20 MINUTOS

(Dose: 20 mL/kg em 20min; Pode-se repetir expansão por mais 2 vezes se necessário)

## DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA

### DIAGNÓSTICO

1. **ANGIO-TC DE AORTA:** LÂMINA INTIMAL SEPARANDO LÚMEN VERDADEIRO E FALSO.



#### *Dissecção da aorta torácica na tomografia computadorizada*

*Plano transversal através da aorta torácica ascendente (AA) e descendente (DA), mostrando a lâmina intimal (setas) e ambos os lúmens em uma dissecção aórtica tipo A. Não é possível distinguir entre o lúmen verdadeiro e o falso apenas com essa imagem.*

## MANEJO

### VISÃO GERAL

#### 1. INTERNAÇÃO EM UTI

(Paciente hipovolêmico)

#### 2. CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV

(Descartar tamponamento cardíaco, disfunção valvar e disfunção sistólica do VE)

#### 3. BETA-BLOQUEADOR

(Meta FC: <60; Meta PA: < 120/80)

##### 3A1. ESMOLOL 10MG/ML AMPOLA COM 10ML

(70 kg) ADMINISTRAR 3,5ML EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 1 MINUTO

(Dose de ataque: 500 mcg/kg EV)

##### 3A2. ESMOLOL 250MG/ML AMPOLA COM 10ML

DILUIR 1 AMPOLA EM 250ML DE SF 0,9%

(70 kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 10ML/H

(Concentração final: 10mg/mL; Dose inicial após ataque: 25-50 mcg/kg/min; Dose máxima: 300 mcg/kg/min)

##### 3B. TARTARATO DE METOPROLOL 1MG/ML AMPOLA COM 5ML

ADMINISTRAR 5MG EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 1 MINUTO. REPETIR 5/5MIN ATÉ COMPLETAR 3 DOSES. APÓS, ADMINISTRAR 5MG EV 4/4H SE FC > 60.

(Dose de ataque: 5mg EV em bolus 5/5min por 3 doses; Doses subsequentes: 5-10mg EV 1x/4-6h s/n)

(Persistência de PAS elevada após beta-bloqueador)

#### 4. VASODILATADOR

(Meta PA: < 120/80)

##### 4A. NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 25MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR EV EM BIC, DILUÍDO EM 250ML DE SG5%

(70kg) VELOCIDADE INICIAL: 5 ML/H

(Concentração: 200 mcg/mL; Velocidade inicial 0,25-0,50 mcg/kg/min; Titular em 0,5 mcg/kg/min a cada 5 min; Dose máxima: 10 mcg/kg/min por 10 min)

#### 5. OPIOIDE

##### 5A. MORFINA 1MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 2MG EV EM BOLUS LENTO, INFUSÃO EM 5 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 2MG EV 2/2H SE DOR.

(Dose de ataque: 2-10mg; Dose de manutenção: 2-4mg EV 1x/2-4h ou 4-8mg EV 1x/3-4h)

#### 6. CLASSIFICAÇÃO DE STANFORD

ENVOLVIMENTO DE AORTA ASCENDENTE => TIPO A

DEMAIS CASOS => TIPO B

#### 7. RASTREIO TOXICOLÓGICO

*TIPO A*

1. AVALIAÇÃO IMEDIATA CIRURGIA CARDÍACA

2. ANGIO-TC AORTA

3. ECO-TE

*TIPO B*

(Não complicada)

A. TRATAMENTO CLÍNICO EXCLUSIVO

(Complicada)

B. AVALIAÇÃO CIRURGIA CARDÍACA

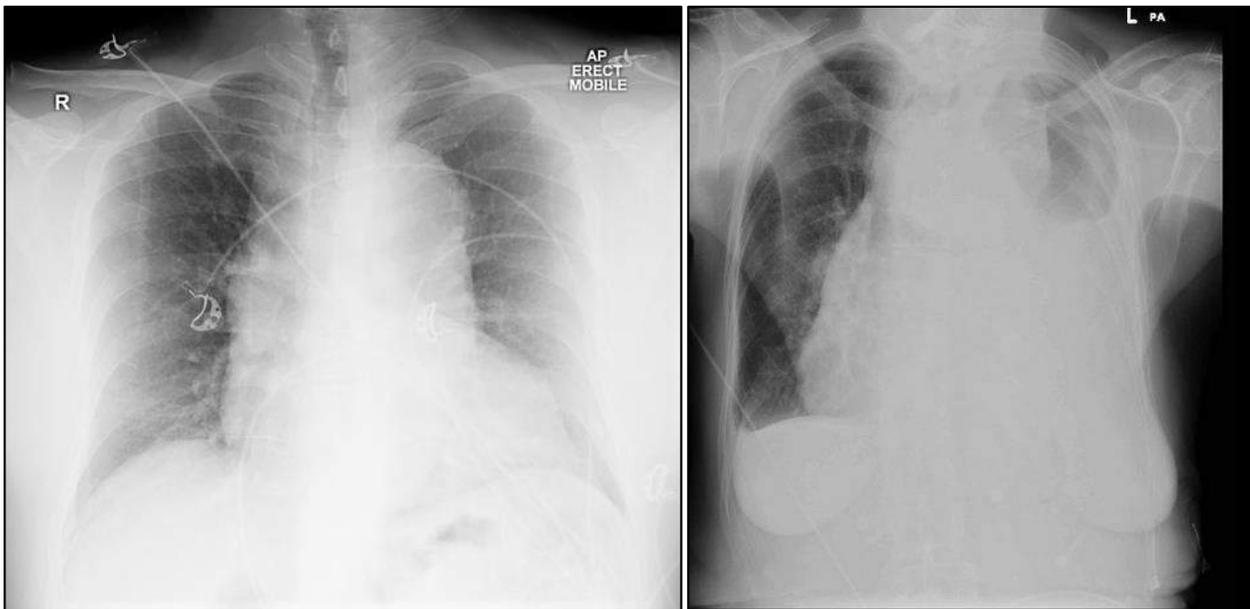
## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Dor intensa** (em >90% dos casos): torácica em dissecção tipo A, dorsal em tipo B.
- Outros achados:
  - Déficit de pulso.
  - Sopros diastólicos (por regurgitação aórtica).
  - Déficits neurológicos focais (ex: AVC, paraplegia).
  - Hipotensão, síncope (comum em tipo A).
  - Radiografia de tórax: alargamento do mediastino em 60–90% dos casos, hemotórax.

### Características clínicas de alto risco:

- Tríade clínica preditiva (96% dos casos com dissecção):
  - Dor torácica/abdominal súbita com caráter cortante ou em rasgo.
  - Diferença de pulsos ou pressão arterial entre membros (>20 mmHg).
  - Alargamento do mediastino em radiografia de tórax.
- Ausência desses achados não exclui o diagnóstico (7% dos casos não apresentavam nenhum).



## DISTÚRBIOS DO EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO

### ACIDOSE METABÓLICA

#### DIAGNÓSTICO

1. pH < 7,35

2. HCO<sub>3</sub> < 23

#### AValiação DA RESPOSTA COMPENSATÓRIA

pCO<sub>2</sub> esperado = 1,5 \* HCO<sub>3</sub> + 8 ± 2

pCO<sub>2</sub> = pCO<sub>2</sub> esperado ⇒ Acidose metabólica simples compensada

pCO<sub>2</sub> > pCO<sub>2</sub> esperado ⇒ Acidose mista

pCO<sub>2</sub> < pCO<sub>2</sub> esperado ⇒ Acidose metabólica com alcalose respiratória

#### CLASSIFICAÇÃO

- **Ânion-gap** = [Na] – ([Cl] + [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>])
  - Normal 10 ± 2 mEq/L
- **Com ânion-gap (AG) aumentado**
  - **Acidose láctica** (tipo A: hipóxia, choque; tipo B: neoplasia, fármacos)
  - **Cetoacidose** (diabética, alcoólica, jejum)
  - **Toxinas** (metanol, etilenoglicol, salicilatos, propilenoglicol, 5-oxoprolina)
  - **Insuficiência renal** (aguda ou crônica)
  - **Acidose D-láctica** (por fermentação bacteriana intestinal)
- **Com AG normal ou acidose hiperclorêmica**
  - **Perdas gastrointestinais** (diarreia, fístulas, drenagens)
  - **Perdas renais** (acidose tubular renal)
  - **Infusões ricas em cloro** (soro fisiológico)
  - **Drogas** (colestiramina, acetazolamida, topiramato, etc.)

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EXACERBADA (DPOC EXACERBADA)

### DIAGNÓSTICO

- A **exacerbação da DPOC** é caracterizada por uma piora aguda de um ou mais dos seguintes sintomas principais, com duração de até 14 dias:
  - Tosse (aumento da frequência e gravidade)
  - Produção de escarro (aumento do volume e/ou alteração da característica)
  - Dispneia (agravamento da falta de ar ou surgimento com menor esforço)

### MANEJO

#### *PACIENTE COM INDICAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO*

1. **OXIGENIOTERAPIA** PARA SPO2 ALVO 88-92%

2. **SALBUTAMOL** SPRAY 100MCG/JATO INALATÓRIO

ADMINISTRAR 2-4 JATOS POR VIA INALATÓRIA COM ESPAÇADOR E MÁSCARA 20/20MIN POR ATÉ 3 DOSES, APÓS 2-4 JATOS A CADA 2-4 HORAS

3. **IPRATRÓPIO** 0,25MG/ML NEBULIZAÇÃO

ADMINISTRAR 40 GOTAS (2ML) POR NEBULIZAÇÃO, DILUÍDO EM 2ML DE SF 0,9% 1/1H POR ATÉ 3 DOSES, APÓS 40 GOTAS A CADA 2-4 HORAS

4a. (Paciente não crítico) **PREDNISONA** 40MG VO

ADMINISTRAR 1CP VO 1X/DIA

(Tratamento de 5 a 14 dias, não requer desmame)

4b. (Paciente crítico) **SUCCINATO DE METILPREDNISOLONA** 125MG + AMPOLA DILUENTE COM 2ML

ADMINISTRAR 60MG (1ML) EV 12/12H

(Tratamento de 5 a 14 dias, iniciar desmame após 48-72h)

5a. **LEVOFLOXACINO** 500MG VO

ADMINISTRAR 1CP VO 1X/DIA

(Tratamento de 5 a 7 dias)

5b. **MOXIFLOXACINO** 400MG VO

ADMINISTRAR 1CP VO 12/12H

(Tratamento de 5 a 7 dias)

6. (Insuficiência respiratória aguda) **VNI**

#### *CRITÉRIOS PARA ANTIBIÓTICOS*

##### **Critérios para uso empírico de antibióticos:**

- Indicado em pacientes com exacerbação de DPOC que apresentem **2 ou mais dos 3 sintomas cardinais**:
  - Aumento da dispneia
  - Aumento do volume/viscosidade do escarro
  - Aumento da purulência do escarro
- Também indicado em casos de exacerbação que necessitem de **hospitalização e/ou suporte ventilatório** (invasivo ou não invasivo).

## EXTRASSÍSTOLES SUPRAVENTRICULARES

### INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR

1. HOLTER DE 24 HORAS
2. ECO-TT
3. (Suspeita de doença de condução infra-His) ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

### TRATAMENTO

#### *ASSINTOMÁTICOS OU SINTOMÁTICOS LEVES*

##### 1. ORIENTAÇÕES

#### *SINTOMÁTICOS PERSISTENTES*

##### 1. BETABLOQUEADOR

###### 1a. SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA, TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO

###### 1b. TARTARATO DE METOPROLOL 100MG COMPRIMIDO

TOMAR UM QUARTO DE COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS, TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO

##### 2. (Avaliar risco de pró-arritmia) ANTIARRÍTMICO

###### 2a. PROPAFENONA 150MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS

(Contraindicado se houver doença cardíaca estrutural) Evito o uso dessa medicação devido ao caso que acompanhei de TV instável provavelmente associado ao uso de propafenona)

##### 3. (Sintomas persistentes + cardiomiopatia associada) ABLAÇÃO POR CATETER

# ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Última atualização: 09/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO

- **Avaliação clínica:** história e exame físico buscando alterações mentais e neuromusculares.
- **Exclusão de causas alternativas:** trauma, distúrbios metabólicos, demência, depressão.
- **Amônia sérica:** pode estar normal mesmo com EH; não é suficiente para diagnóstico.
- **Exames laboratoriais:** eletrólitos, função hepática, hipoglicemia, uréia, etc.
- **Imagem:** TC de crânio se suspeita de trauma ou sinais neurológicos focais.
- **Testes psicométricos (para EH encoberta):**
  - PHES (padrão ouro em pesquisa).
  - EncephalApp (baseado no teste de Stroop).
  - Animal Naming Test (nomeação de animais em 1 minuto).<sup>7</sup>

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Cognição:** desde déficits sutis (atenção, memória) até coma.
- **Sono:** inversão do ciclo sono-vigília é sinal precoce.
- **Humor e comportamento:** euforia, depressão, desorientação.
- **Neuromuscular:** asterix, bradicinesia, fala arrastada, reflexos exaltados, nistagmo.
- **Achados físicos associados à cirrose:** icterícia, ascite, telangiectasias, feto hepático.

## MANEJO

### TERAPIA AGUDA

#### 1. Identificação e Correção de Fatores Precipitantes

Avaliar e tratar causas como:

- Hemorragia digestiva
- Infecções (ex: peritonite bacteriana espontânea)
- Constipação
- Distúrbios eletrolíticos (ex: hipocalcemia)
- Insuficiência renal, hipóxia, hipovolemia
- Uso de sedativos ou benzodiazepínicos
- Neoplasias hepáticas ou trombozes vasculares

#### 2. Tratamento Farmacológico

- **Primeira linha: lactulose ou lactitol** por via oral para reduzir a absorção de amônia. Meta: 2–3 evacuações moles/dia sem diarreia.
- **Sem resposta em 48h ou intolerância à lactulose:** adicionar **rifaximina 550 mg VO 2x/dia**.
- Antibióticos são **adjuvantes**, não substitutos de disacarídeos.
- Enemas de lactulose são alternativa para pacientes sem via oral segura.

#### TRATAMENTO CRÔNICO

- Lactulose/lactitol contínuos em pacientes com EH recorrente.
- Rifaximina pode ser associada se recorrência ocorrer apesar do disacarídeo.
- Suspensão do tratamento pode ser considerada se fatores precipitantes forem controlados.

#### TRATAMENTOS ESPECÍFICOS

##### Lactulose/Lactitol

- Bem tolerados; efeitos adversos incluem flatulência, cólicas e diarreia.
- Enemas são eficazes, especialmente em pacientes sem via oral segura.

##### Rifaximina

- Eficaz para prevenção de EH recorrente.
- Pode melhorar qualidade de vida, cognição e reduzir mortalidade.
- Não substitui lactulose, mas pode ser associada.

##### Polietilenoglicol (PEG)

- Comparado à lactulose, demonstrou resolução mais rápida da EH em estudos

## FARINGITE AGUDA

### DIAGNÓSTICO

#### Diagnóstico Clínico de Faringite Viral

- Indicado quando há sintomas típicos: tosse, congestão nasal, conjuntivite, exantema viral.

#### Indicação de Teste para GAS

- Indicado quando há suspeita clínica forte (ex: dor súbita, febre, exsudato tonsilar).
- **Critérios de Centor** ajudam a decidir sobre testagem:
  - $\geq 3$  critérios justificam teste para GAS.

Critério
Exsudato amigdaliano
Linfadenopatia cervical anterior dolorosa
Febre
Ausência de tosse

## MANEJO

### 1. TRATAMENTO SINTOMÁTICO

(Faringite estreptocócica)

### 2. ANTIBIOTICOTERAPIA

## PRESCRIÇÃO

(Etiologia bacteriana)

### 1. ANTIBIÓTICO

#### 1A. AMOXICILINA 875MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

#### 1B. AMOXICILINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

(Suspeita de patógeno diferente do *S. pyogenes*)

#### 1C. AMOXICILINA+CLAVULANATO 875/125MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

(Suspeita de patógeno diferente do *S. pyogenes*)

#### 1D. AXETILCEFUROXIMA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 10 DIAS

### 2. AINE OU CORTICOIDE

#### 2A. IBUPROFENO 400MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR DE GARGANTA, POR ATÉ 4 DIAS

(Dose: 200-400mg 1x/4-6h; Dose máxima diária: 3,2g)

(Dor de garganta intensa)

#### 2B. PREDNISONA 40MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ, POR 2 DIAS

### 3. DAPIRONA 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

### 4. FLOGORAL (BENZIDAMINA) 3MG PASTILHA

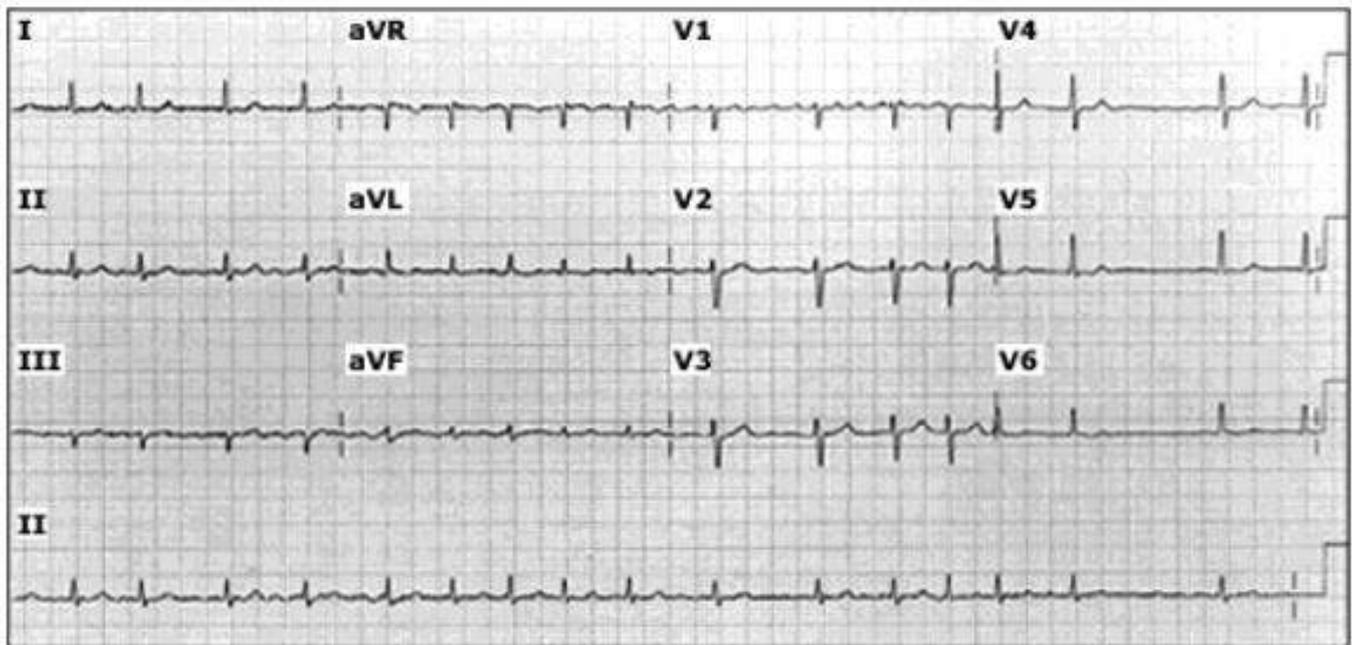
DISSOLVER 1 PASTILHA NA BOCA A CADA 4 HORAS SE DOR DE GARGANTA

### 5. CHÁ QUENTE DE CAMOMILA COM MEL

## FIBRILAÇÃO ATRIAL

### DIAGNÓSTICO

1. ECG: AUSÊNCIA DE ONDAS P, RITMO IRREGULAR



## MANEJO: ANTICOAGULAÇÃO

### INDICAÇÕES

- Aqueles em que se planeja a cardioversão para ritmo sinusal (seja elétrica ou farmacológica), **independentemente** do escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ou do método de cardioversão.
- Aqueles que preenchem critérios para anticoagulação a longo prazo.
  - Todo paciente cujo risco de embolia **supera** o risco de sangramento deve receber terapia antitrombótica de longo prazo.
  - Critérios para indicação:
    - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥2 em homens ou ≥3 em mulheres → anticoagular.
    - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 em homens ou 2 em mulheres → avaliar fator de risco e carga de FA.
      - Idade 65-74 anos ou insuficiência cardíaca → anticoagular.
      - Outros fatores → decisão individualizada.
    - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 0 em homens ou 1 em mulheres → não anticoagular, salvo exceções.
  - Avaliação do risco de sangramento:
    - Avaliado com scores como HAS-BLED

### OPÇÕES

#### A. RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA NO JANTAR  
(Ajustar dose se ClCr < 50)

(ClCr 15-50)

#### B. RIVAROXABANA 15MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA NO JANTAR

## MANEJO URGENTE: CONTROLE DE RITMO X FREQUÊNCIA

*PACIENTE INSTÁVEL CLÍNICA OU HEMODINAMICAMENTE*

### VISÃO GERAL

Meta de FC se optado por controle de frequência: < 100-110 bpm  
(Válido para pacientes sem IC)

### INSTABILIDADE HEMODINÂMICA GRAVE

#### 1. **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA** IMEDIATA

##### PRÉ-EXCITAÇÃO

(Instabilidade hemodinâmica)

#### A. **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA** IMEDIATA

(Estabilidade hemodinâmica)

(Medicação ideal é procainamida EV, indisponível no Brasil)

#### B. **PROPAFENONA** 150MG COMPRIMIDO

(> 70kg) ADMINISTRAR 600MG VO DOSE ÚNICA

(< 70kg) ADMINISTRAR 450MG VO DOSE ÚNICA

### NORMOTENSO

(Medicação ideal é diltiazem EV, indisponível no Brasil)

#### 1. **BETABLOQUEADOR / BCC / AMIODARONA**

##### A. **METOPROLOL**

A1. TARTARATO DE METOPROLOL 1MG/ML AMPOLA COM 5ML

ADMINISTRAR 5MG EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 2 MINUTOS. REPETIR 5/5MIN ACM ATÉ COMPLETAR 3 DOSES.

(Dose de ataque: 5mg EV em bolus 5/5min por até 3 doses)

(Após dose de ataque)

A2A. TARTARATO DE METOPROLOL 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 25MG VO 12/12H, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25mg 12/12h; Dose máxima: 200mg/dia 2-4x/dia)

(Após dose de ataque)

A2B. SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 50MG VO 1X/DIA, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25-50mg 1x/dia; Dose máxima: 200mg/dia 1-2x/dia)

##### B. **VERAPAMIL**

(Contraindicado na IC descompensada)

B1. VERAPAMIL 2,5MG/ML AMPOLA COM 2ML

DILUIR 10MG (4 AMPOLAS) EM 100ML DE SF 0,9%.

ADMINISTRAR 10MG EV, INFUSÃO EM 3 MINUTOS. REPETIR 1X APÓS 30 MINUTOS ACM.

(Dose de ataque: 5-10 mg EV em bolus 1x/15-30min por até 2 doses)

(Após dose de ataque)

B2. VERAPAMIL 2,5MG/ML AMPOLA COM 2ML

DILUIR 10MG (4 AMPOLAS) EM 100ML DE SF 0,9%.

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL: 50ML/H.

(Concentração: 0,1 mg/mL; Dose inicial de manutenção: 5 mg/h; Dose de manutenção: 5-20 mg/h)

## C. AMIODARONA

(Pode ser a 1ª opção em caso de IC descompensada)

### C1. AMIODARONA 50MG/ML AMPOLA COM 3ML

DILUIR 150MG (1 AMPOLA) EM 100ML DE SG 5%.

ADMINISTRAR EV EM BIC, EM 30 MINUTOS.

(Concentração: 1,5 mg/mL; 1ª dose de impregnação: 150mg em 15-30 min)

(Após 1ª dose de impregnação)

### C2. AMIODARONA 50MG/ML AMPOLA COM 3ML

DILUIR 900MG (6 AMPOLAS) EM 232ML DE SG 5%.

ADMINISTRAR EV EM BIC, A 16ML/H POR 6 HORAS. APÓS, REDUZIR PARA 8ML/H E MANTER POR 18H.

(Concentração: 3,6 mg/mL; 2ª dose de impregnação: 1mg/min por 6h; 3ª dose de impregnação: 0,5mg/min por 18h)

### 2. **SULFATO DE MAGNÉSIO** 100MG/ML AMPOLA COM 10ML

DILUIR 2G (2 AMPOLAS) EM 100ML DE SF 0,9%.

ADMINISTRAR EV EM INFUSÃO LENTA DURANTE 20 MINUTOS.

(Concentração: 20 mg/mL (< 200 mg/mL); Velocidade de infusão < 150 mg/min)

(Quadro refratário)

### 3. **DIGITÁLICO**

(Não encontrei disponibilidade de digoxina EV no Brasil)

### 3A. **DESLANOSÍDEO** 0,2MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DILUÍDA EM 50ML DE SF 0,9%, INFUSÃO LENTA. REPETIR 6/6H ACM.

(Dose inicial indicada: 0,4-1,6 mg nas primeiras 24h)

## HIPOTENSO ASSINTOMÁTICO

1. **TARTARATO DE METOPROLOL 100MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 25MG VO 6/6H, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25mg 6/6h; Ajuste de dose em 12,5mg 1x/6h)

*PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE*

**1. SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 50MG VO 1X/DIA, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25-50mg 1x/dia; Dose máxima: 200mg/dia 1-2x/dia)

**2. TARTARATO DE METOPROLOL 100MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 25MG VO 12/12H, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25mg 12/12h; Dose máxima: 200mg/dia 2-4x/dia)

## MANEJO DE LONGO PRAZO: CONTROLE DE RITMO X FREQUÊNCIA

### PLANO TERAPÊUTICO

- **Indicações para controle de ritmo:**
  - Pacientes sintomáticos mesmo com frequência controlada
  - Pacientes  $\leq 80$  anos (menor risco de efeitos colaterais e remodelamento adverso)
  - Pacientes com alto risco cardiovascular
- **Indicações para controle de frequência:**
  - Pacientes  $> 80$  anos, assintomáticos e de baixo risco cardiovascular.
  - Menor risco de efeitos adversos em comparação com controle de ritmo.
  - Estudos mostram desfechos equivalentes entre estratégias de controle de frequência e ritmo em pacientes mais idosos.

### CONTROLE DE RITMO

#### FA COM DURAÇÃO INCERTA OU $> 48$ HORAS

##### 1. ANTICOAGULAÇÃO POR 3 A 4 SEMANAS

###### 1A. RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA NO JANTAR POR 4 SEMANAS.

(Ajustar dose se ClCr  $< 50$ )

(Após 3 a 4 semanas)

##### 2. CARDIOVERSÃO

###### 2A. CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

##### 3. ANTICOAGULAÇÃO POR 4 SEMANAS

###### 3A. RIVAROXABANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA NO JANTAR POR 4 SEMANAS.

(Ajustar dose se ClCr  $< 50$ )

#### FA COM DURAÇÃO $< 48$ HORAS

##### 1. CARDIOVERSÃO

###### 1A. CARDIOVERSÃO ELÉTRICA

### CONTROLE DE FREQUÊNCIA

##### 1. SUCCINATO DE METOPROLOL 50MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 50MG VO 1X/DIA, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25-50mg 1x/dia; Dose máxima: 200mg/dia 1-2x/dia)

##### 2. TARTARATO DE METOPROLOL 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 25MG VO 12/12H, JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Dose inicial: 25mg 12/12h; Dose máxima: 200mg/dia 2-4x/dia)

## GASTROENTERITE BACTERIANA

Última atualização: 10/06/2025

### INFECÇÃO POR SALMONELLA NÃO TIFOIDE

#### DIAGNÓSTICO

##### Diagnóstico

- **Cultura de fezes:** padrão-ouro, mas indicada apenas em casos graves ou com fatores de risco
- **Hemoculturas:** indicadas em pacientes hospitalizados ou de risco
- **Ferramentas laboratoriais:** culturas demoram 48-72h; testes moleculares são sensíveis, mas não fornecem perfil de resistência

##### Apresentação clínica

- **Período de incubação:** 8 a 72 horas após ingestão
- **Manifestações clínicas:**
  - Diarreia (geralmente não sanguinolenta)
  - Náuseas, vômitos, febre, cólica abdominal
  - Sintomas constitucionais (fadiga, calafrios, cefaleia)
- **Curso clínico:**
  - Autolimitado: febre por 48-72h, diarreia por 4-10 dias
  - Eliminação intermitente de Salmonella nas fezes por ~5 semanas

##### Epidemiologia

- Salmonella não-tifoide é causa comum de diarreia mundialmente, principalmente associada à ingestão de:
  - Frango, ovos, leite
  - Carnes, vegetais, contato com animais de estimação

## PRESCRIÇÃO

### 1. DIETA LEVE VO

ALIMENTOS RECOMENDADOS: BATATA, MACARRÃO, ARROZ, TRIGO, AVEIA, BISCOITOS SALGADOS, BANANAS, SOPAS, VEGETAIS COZIDOS

EVITAR: ALIMENTOS GORDUROS, LATICÍNIOS, REFRIGERANTES, SUCOS AÇUCARADOS

### 2. SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL

TOMAR 200ML APÓS CADA EVACUAÇÃO OU VÔMITO

### 3A. ONDANSETRONA 8MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 3B. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 4. DIPIRONA 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

### 5. FLORATIL 250MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

(Casos graves)

### 6. ANTIBIOTICOTERAPIA

(Indicação de internação hospitalar)

### 6A. CEFTRIAXONA 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 1X/DIA POR 3 A 7 DIAS

(Dose: 1-2g)

### 6B. CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 12/12H POR 3 A 7 DIAS

### 6C. LEVOFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 1X/DIA POR 3 A 7 DIAS

(Considerar em casos graves)

### 7. INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

## GASTROENTERITE VIRAL

### PRESCRIÇÃO

#### AMBULATORIAL

#### 1. **DIETA** LEVE VO

ALIMENTOS RECOMENDADOS: BATATA, MACARRÃO, ARROZ, TRIGO, AVEIA, BISCOITOS SALGADOS, BANANAS, SOPAS, VEGETAIS COZIDOS

EVITAR: ALIMENTOS GORDUROS, LATICÍNIOS, REFRIGERANTES, SUCOS AÇUCARADOS

#### 2. **SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL**

TOMAR 200ML APÓS CADA EVACUAÇÃO OU VÔMITO

#### 3A. **ONDANSETRONA** 8MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### 3B. **METOCLOPRAMIDA** 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### 4. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

#### 5. **FLORATIL** 250MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

(Diarreia moderada a grave)

#### 5. **LOPERAMIDA** 2MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL APÓS CADA EVACUAÇÃO, ATÉ 6X/DIA, POR ATÉ 2 DIAS

(Uso limitado a 48h)

(Contraindicado se suspeita de infecção bacteriana)

## HOSPITALAR

### 1. DIETA LEVE VO CONFORME TOLERÂNCIA

ALIMENTOS RECOMENDADOS: BATATA, MACARRÃO, ARROZ, TRIGO, AVEIA, BISCOITOS SALGADOS, BANANAS, SOPAS, VEGETAIS COZIDOS

EVITAR: ALIMENTOS GORDUROS, LATICÍNIOS, REFRIGERANTES, SUCOS AÇUCARADOS

### 2a. (Desidratação leve a moderada) SRO 50-100ML/KG EM 4-6H

ADMINISTRAR CONTINUAMENTE VO CONFORME SEDE DO PACIENTE

### 2b. (Desidratação grave) SF 0,9% / RL 1.000ML INJETÁVEL

ADMINISTRAR 15-30ML/KG EV EM INFUSÃO RÁPIDA (30 MINUTOS), REPETIR ACM

(Alvo 4h: 100mL/kg)

(Alvo 24h: 200mL/kg)

### 3a. ONDANSETRONA 2MG/ML AMPOLA COM 2 OU 4ML

(< 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

(> 65 anos) ADMINISTRAR 8MG EV 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO, DILUÍDO EM 50ML SF 0,9%, INFUSÃO EM 15 MINUTOS

### 3b. ONDANSETRONA 8MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 3c. ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 3d. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DOSE ÚNICA

### 3e. METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1CP VO 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 4a. DAPIRONA 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV 6/6H SE DOR, DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

### 4b. DAPIRONA 1G COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

### 5. (Diarreia moderada a grave) LOPERAMIDA 2MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 2CP VO, SEGUIDO DE 1CP APÓS CADA EVACUAÇÃO ATÉ 6X/DIA

(Uso limitado a 48h)

(Contraindicado se suspeita de infecção bacteriana)

### 6. (Desidratação) HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR

## HEPATITE B

### TRATAMENTO

A. **TENOFOVIR ALAFENAMIDA** 25MG COMPRIMIDO – USO CONTÍNUO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA. TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.

(Duração do tratamento a depender de evolução clínica e laboratorial)

### DIAGNÓSTICO

#### *INFECÇÃO AGUDA*

A. HBSAG + (< 6 MESES)

B. ANTI-HBC IGM +

(Único marcador na janela imunológica)

#### *INFECÇÃO CRÔNICA*

HBSAG + (> 6 MESES)

#### *INFECÇÃO PRÉVIA*

1. HBSAG -

2. ANTI-HBS +

3. ANTI-HBC +

#### *IMUNIZAÇÃO PRÉVIA*

1. HBSAG -

2. ANTI-HBS +

3. ANTI-HBC –

## HIPERCALCEMIA

Última atualização: 07/05/2025

### DIAGNÓSTICO

(Albumina normal)

A. CÁLCIO TOTAL > 10,5

B. CÁLCIO IÔNICO > 5,3

### MANEJO

#### 1. CLASSIFICAR GRAVIDADE

- Leve: cálcio <12 mg/dL
- Moderada: cálcio 12–14 mg/dL
- Grave: cálcio >14 mg/dL

(Hipercalemia grave ou moderada sintomática)

#### 2. TRATAMENTO AGRESSIVO

21. **CLORETO DE SÓDIO 0,9%** BOLSA COM 1.000ML

ADMINISTRAR EV EM BIC A 200ML/H

22. **CALCITONINA** SINTÉTICA DE SALMÃO 100UI/ML SERINGA COM 1ML

(70 kg) ADMINISTRAR 3ML IM 12/12H

(Útil nas primeiras 48h)

23. **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO** 4MG/100ML FRASCO COM 100ML

ADMINISTRAR 4MG EV DOSE ÚNICA, INFUSÃO EM 15 MINUTOS

(Efeito máximo em 2 a 4 dias)

(Considerar se disfunção renal ou IC descompensada)

24. DIÁLISE

#### 3. INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA

31. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, P, CL, ALBUMINA, CÁLCIO IÔNICO, PTH, VITAMINA D, VITAMINA A, TSH, GASOMETRIA VENOSA, URINA 1, CÁLCIO URINÁRIO

(Suspeita de mieloma múltiplo)

32. ELETROFORESE SÉRICA, ELETROFORESE URINÁRIA, CADEIAS LEVES LIVRES

## HIPERCALEMIA

Última atualização: 06/05/2025

### EMERGÊNCIA HIPERCALÊMICA

Critérios:  $K > 7,0$ ;  $K > 6,5$  com fatores agravantes; Sinais clínicos; Sinais no ECG;  $K > 5,5$  + lesão tecidual + disfunção renal moderada ou grave

Correção imediata

1. **GLUCONATO DE CÁLCIO** 100MG/ML (10%) AMPOLA COM 10ML  
ADMINISTRAR 10ML EV, INFUSÃO EM 3 MINUTOS. REPETIR APÓS 5 MINUTOS SE PERSISTÊNCIA OU RECORRÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO ECG.

2. **INSULINA REGULAR** 100U/ML AMPOLA COM 3, 5 OU 10ML  
ADMINISTRAR 10 UNIDADES (0,1ML) EV EM BOLUS

(Logo após a insulina)

3. **GLICOSE 50%** AMPOLA COM 10ML  
ADMINISTRAR 50ML EV EM BOLUS LENTO, INFUSÃO EM 10 MINUTOS

(Função renal preservada)

4a. **FUROSEMIDA** 10MG/ML AMPOLA COM 2ML  
ADMINISTRAR 40MG EV 12/12H

(Se paciente não estiver hipervolêmico é necessário repor volume)

(Disfunção renal grave)

4b. HEMODIÁLISE IMEDIATA

5. **SALBUTAMOL** 5MG/ML FRASCO COM 10ML  
ADMINISTRAR 2ML POR VIA INALATÓRIA DILUÍDO EM SF 2ML DE SF 0,9%, INALAÇÃO EM 10 MINUTOS  
(Dose: 10-20mg)

(Acidose metabólica)

6. **BICARBONATO DE SÓDIO** 84MG/ML (8,4%) FRASCO COM 250ML  
ADMINISTRAR 150ML EV DILUÍDO EM 1L DE GLICOSE 5%, INFUSÃO EM 3 HORAS

(Em último caso)

7. **POLIESTIRENOSULFATO DE CÁLCIO VO** 30G PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL  
(VO disponível) ADMINISTRAR MEIO ENVELOPE VO DILUÍDO EM 100ML DE ÁGUA 8/8H  
(VO indisponível) ADMINISTRAR 1 ENVELOPE POR VIA RETAL DILUÍDO EM 100ML DE MANITOL 10% 1X/DIA  
(Risco de necrose intestinal)

## HIPERCALEMIA COM NECESSIDADE DE REDUÇÃO RÁPIDA

Critérios:  $K > 5,5$  + lesão tecidual (rabdomiólise, sangramento do TGI) ou acidose importante;  $K > 5,5$  + disfunção renal moderada ou grave;  $K > 5,5$  + oligúria

Correção em 6-12 horas

### 1. [CORREÇÃO DA CAUSA]

(Função renal preservada)

2a. FUROSEMIDA 10MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 40MG EV 12/12H

(Se paciente não estiver hipervolêmico é necessário repor volume)

(Disfunção renal grave)

### 2b. HEMODIÁLISE IMEDIATA

(Acidose metabólica)

3. BICARBONATO DE SÓDIO 84MG/ML (8,4%) FRASCO COM 250ML

ADMINISTRAR 150ML EV DILUÍDO EM 1L DE GLICOSE 5%, INFUSÃO EM 3 HORAS

## HIPERCALEMIA SEM NECESSIDADE DE REDUÇÃO RÁPIDA

Correção em dias a semanas

### 1. [CORREÇÃO DA CAUSA]

### 2. DIETA RESTRITIVA

(Hipervolemia ou hipertensão)

3. DIURÉTICO DE ALÇA OU TIAZÍDICO VO

## HIPERGLICEMIA

### *SUSPEITA DE EMERGÊNCIA HIPERGLICÊMICA*

1. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, P, PCR, GLICEMIA, HBA1C, PERFIL LIPÍDICO, CETONEMIA, GASOMETRIA ARTERIAL, U1 COM CETONÚRIA, URC
2. RX TÓRAX
3. ECG
4. (Suspeita de infecção) HEMOCULTURAS

## HIPERNATREMIA

### HIPERNATREMIA CRÔNICA

#### PRINCÍPIOS GERAIS

Em geral busca-se correção lenta para evitar edema cerebral

Meta de correção do sódio: 10 mEq/L por dia

Correção máxima de sódio em 24h: 12 mEq/L

Monitorar sódio a cada 4-6h nas fases iniciais

#### MANEJO

(Paciente euvolêmico)

A. **GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML**

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 90ML/H

(Posologia: 1,35 mL/kg/h)

(Paciente hipovolêmico)

B. **CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 500ML**

ADMINISTRAR 500ML EV

(Corrigir volemia antes de repor água livre)

### HIPERNATREMIA AGUDA

#### PRINCÍPIOS GERAIS

Em geral busca-se correção rápida para evitar desmielinização osmótica

Monitorar sódio a cada 1-3h

#### PACIENTE COM INJÚRIA RENAL AGUDA OLIGÚRICA

##### A. HEMODIÁLISE

#### INTOXICAÇÃO SALINA

A. **GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML**

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 1500ML/H

(Posologia: Corrigir o sódio tão rápido quanto possível; Média de correção observada em sobreviventes: 7,6 mEq/L/h)

#### PERDA URINÁRIA RÁPIDA DE ÁGUA POR DEFICIÊNCIA OU RESISTÊNCIA À VASOPRESSINA

A. **GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML**

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 300ML/H

(Posologia: 3-6 mL/kg/h)

### HIPERNATREMIA DURANTE CORREÇÃO DE HIPERGLICEMIA

(> 40 anos)

A. **CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 1L**

DILUIR 1L EM 1L DE ÁGUA DESTILADA (SOLUÇÃO FINAL: 0,45%)

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 600ML/H

(Posologia: 6-12 mL/kg/h)

(< 40 anos)

B. **GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML**

(70kg) ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 90ML/H

(Posologia: 1,35 mL/kg/h)

## HIPOCALEMIA

### HIPOCALEMIA GRAVE

>>  $K < 2,5$

KCL 19,1% AMPOLA 10 ML EV (25 MEQ)  
20 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 480ML, INFUSÃO EM BIC EM 4 HORAS

#### OBSERVAÇÕES:

- Velocidade de infusão ideal: 10-20 mEq/h
- Concentração máxima de K: 80 mEq/L (veia periférica) / 120 mEq/L (veia central)
- A concentração de KCl está um pouco acima da recomendada em literatura, mas utilizada rotineiramente e segura segundo um estudo de coorte retrospectivo mencionado pela referência desse tópico

#### REFERÊNCIAS:

- Medicina de Emergência-Abordagem Prática-17ed - Velasco, I. - HC – 2023

### HIPOCALEMIA MODERADA

>>  $2,5 \leq K < 3,0$

KCL 19,1% AMPOLA 10 ML EV (25 MEQ)  
10 ML DILUÍDO EM SF 0,9% 240ML, INFUSÃO EM BIC EM 2 HORAS

#### OBSERVAÇÕES:

- Velocidade de infusão ideal: 10-20 mEq/h
- Concentração máxima de K: 80 mEq/L (veia periférica) / 120 mEq/L (veia central)
- A concentração de KCl está um pouco acima da recomendada em literatura, mas utilizada rotineiramente e segura segundo um estudo de coorte retrospectivo mencionado pela referência desse tópico

#### REFERÊNCIAS:

- Medicina de Emergência-Abordagem Prática-17ed - Velasco, I. - HC – 2023

### HIPOCALEMIA LEVE

>>  $3,0 \leq K < 3,5$

KCL 60 MG/ML VO (0,8 MEQ/ML) 20ML 6/6H

#### REFERÊNCIAS:

- Medicina de Emergência-Abordagem Prática-17ed - Velasco, I. - HC – 2023

## HIPOGLICEMIA

### *TTO AMBULATORIAL*

SE GLICEMIA < 70 E CONDIÇÕES DE INGESTA DE ALIMENTO POR CONTA PRÓPRIA:

1. INGERIR 15-20 GRAMAS DE CARBOIDRATO DE AÇÃO RÁPIDA  
OPÇÕES: MEIO COPO DE REFRIGERANTE NÃO DIET, MEIO COPO DE SUCO, 5 BOLACHAS SALGADAS (CREAM CRACKER), 8 BALAS DURAS, 1 COLHER DE SOPA DE MEL, 1 COLHER DE SOPA DE AÇÚCAR
2. REAFERIR GLICEMIA EM 15 MINUTOS

SE GLICEMIA < 70 E PERDA DAS CONDIÇÕES DE INGESTA DE ALIMENTO POR CONTA PRÓPRIA:

- 1a. GLUCAGON (GLUCAGEN HYPOKIT) 1UNIDADE/MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
APLICAR 1 DOSE POR VIA INTRAMUSCULAR
- 1b. GLUCAGON (GLUCAGEN HYPOKIT) 1UNIDADE/MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL  
APLICAR 1 DOSE POR VIA SUBCUTÂNEA
2. REAFERIR GLICEMIA EM 15 MINUTOS
3. OFEREÇA CARBOIDRATO DE AÇÃO RÁPIDA ASSIM QUE O PACIENTE RECOBRAR A CONSCIÊNCIA

### *TTO HOSPITALAR*

1. GLICOSE 50% AMPOLA COM 10ML  
ADMINISTRAR 50ML EV

## HIPONATREMIA

Última atualização: 10/05/2025

### PRINCÍPIOS GERAIS

Objetivo de correção do sódio: 4-6 mEq/L nas primeiras 24h

Correção máxima de sódio em 24h: 8 mEq/L

Monitorar sódio a cada 1-2h nas fases iniciais

### MEDIDAS GERAIS

#### 1. RESTRIÇÃO HÍDRICA

2. Suspende medicamentos que contribuam para a hiponatremia

3. Tratar a causa base

### HIPONATREMIA CRÔNICA (>= 48H OU DURAÇÃO INCERTA)

#### LEVE (130-134)

##### 1. [MEDIDAS GERAIS]

#### MODERADA (120-129): PACIENTE ASSINTOMÁTICO OU COM SINTOMAS LEVES

##### 1. [MEDIDAS GERAIS]

#### GRAVE (<120): PACIENTE ASSINTOMÁTICO OU COM SINTOMAS LEVES

##### 1. [MEDIDAS GERAIS]

##### 2. CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA COM 20ML

DILUIR 55ML EM 445ML DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE DE INFUSÃO: 15ML/H

(Velocidade de infusão: 15-30 mL/h)

3a. (Paciente edematoso por ICC ou cirrose) FUROSEMIDA 10MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 40MG EV 12/12H

3b. (Paciente não edematoso e com causa rapidamente reversível) DESMOPRESSINA 4MCG/ML AMPOLA COM 1ML

ADMINISTRAR 0,25ML EV 8/8H POR 24H

(Posologia: 1-2 mcg EV/SC 1x/6-8h por 24-48h; Não utilizar em caso de ICC ou cirrose)

#### MODERADA OU GRAVE (<130): PACIENTE COM SINTOMAS GRAVES OU PATOLOGIA INTRACRANIANA

##### 1. [MEDIDAS GERAIS]

##### 2. CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA COM 20ML

DILUIR 55ML EM 445ML DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%

ADMINISTRAR 100ML DA SOLUÇÃO FINAL EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 10 MINUTOS

(Pode-se repetir por mais 2 vezes se necessário)

## HIPONATREMIA AGUDA (< 48H)

*LEVE (130-134)*

1. [MEDIDAS GERAIS]

*MODERADA OU GRAVE (<130): PACIENTE ASSINTOMÁTICO*

1. [MEDIDAS GERAIS]

2. (Sem sinais de autocorreção espontânea) CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA COM 20ML  
DILUIR 55ML EM 445ML DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%  
ADMINISTRAR 50ML DA SOLUÇÃO FINAL EV EM BOLUS  
(Bolus único)

*MODERADA OU GRAVE (<130): PACIENTE SINTOMÁTICO*

1. [MEDIDAS GERAIS]

2. CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA COM 20ML  
DILUIR 55ML EM 445ML DE CLORETO DE SÓDIO 0,9%  
ADMINISTRAR 100ML DA SOLUÇÃO FINAL EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 10 MINUTOS  
(Pode-se repetir por mais 2 vezes se necessário)

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- **Calcular sódio sérico corrigido:**  $Na + [(Glicemia - 100) / 100 * 2]^{1,2}$

Na corrigido normal => **HIPONATREMIA INDUZIDA POR HIPERGLICEMIA**

- **Calcular osmolaridade efetiva** =  $2 \times Na + (Glicemia / 18)$

- **Classificar quanto à tonicidade:**

- Hipotônica (verdadeira): Osm < 280
- Isotônica: Osm 280-295
- Hipertônica: Osm > 295

### 1. Hiponatremia hipotônica

TFG < 15 => **INSUFICIÊNCIA RENAL**

Uso de diurético tiazídico => **HIPONATREMIA INDUZIDA POR TIAZÍDICO**

Paciente edemaciado => **HIPONATREMIA POR VOLUME ARTERIAL INEFETIVO (p.ex., ICC, Cirrose)**

- **Calcular sódio urinário e osmolalidade urinária**

1A. Paciente sem sinais de hipovolemia

1A1. Osmolalidade urinária > 100

1A1A. Sódio urinário > 40

- **Dosar cortisol matinal, ACTH e TSH**

Exames normais => **SIADH (SÍNDROME DA SECREÇÃO INAPROPRIADA DO HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO)**

Cortisol matinal ou ACTH alterado => **DEFICIÊNCIA DE GLICOCORTICOIDE**

TSH muito elevado => **HIPOTIREOIDISMO GRAVE**

# INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)

Última atualização: 21/05/2025

## DIAGNÓSTICO

### CISTITE NA MULHER

#### DIAGNÓSTICO

- **Baseado nos sintomas clínicos.**
- Urinálise e cultura são indicadas em:
  - Casos atípicos
  - Presença de comorbidades (diabetes, imunossupressão)
  - Risco de resistência bacteriana
- A ausência de piúria praticamente exclui o diagnóstico de cistite.

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Sintomas típicos: disúria, urgência e frequência urinária, dor suprapúbica e hematúria.
- Em idosas e pacientes debilitadas, os sintomas podem ser atípicos ou inespecíficos.

### CISTITE NO HOMEM

#### AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

- Suspeitar de ITU em homens com sintomas urinários baixos.
- Investigar sintomas sistêmicos e dor lombar/pélvica.
- Realizar exame físico quando houver suspeita de pielonefrite ou prostatite.
- Realizar **urina tipo I** (com piúria como achado essencial) e **urocultura**.
- Piúria ausente sugere outro diagnóstico.
- Culturas geralmente mostram  $\geq 10^3$  UFC/mL de uma espécie predominante.

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Sintomas típicos: disúria, urgência, frequência urinária, dor suprapúbica.
- Presença de febre, calafrios ou dor pélvica/perineal sugere infecção mais extensa.

## PROSTATITE BACTERIANA AGUDA

### DIAGNÓSTICO

- Baseado em quadro clínico e toque retal com próstata dolorosa.
- Cultura de urina é essencial; culturas de sangue se o paciente estiver febril ou séptico.
- PSA pode estar elevado, mas é inespecífico.
- Imagem é reservada para suspeita de complicações (ex. abscesso prostático).

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Início agudo com febre, calafrios, mal-estar, disúria, dor pélvica/perineal.
- Prostata edematosa e dolorosa ao toque retal.
- Pode haver retenção urinária aguda.
- Exames laboratoriais: leucocitose, piúria, bacteriúria, PCR e VHS elevados

## ITU COMPLICADA

### DIAGNÓSTICO

- **Exame físico:** Avaliar dor no flanco e sensibilidade no ângulo costovertebral.
- **Exames laboratoriais:**
  - Urina: EAS e urocultura com antibiograma.
  - Piúria é esperada; sua ausência sugere outra etiologia.
  - Hemoculturas: Indicadas em pacientes com sinais de sepse ou quando isolado *S. aureus* na urina.
- **Imagem:** Indicada se:
  - Sintomas persistem após 48–72h de antibiótico adequado.
  - Suspeita de obstrução ou complicações (ex: abscesso).
  - Exame de escolha: TC de abdome e pelve com e sem contraste.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Cistite complicada:** Disúria, polaciúria, dor suprapúbica com febre, calafrios ou mal-estar.
- **Pielonefrite:** Febre, calafrios, dor em flanco, náuseas/vômitos.
- **Idosos ou debilitados:** Podem ter sintomas inespecíficos como confusão ou queda.

## PRESCRIÇÃO

### *CISTITE NA MULHER*

A. **NITROFURANTOÍNA** 100MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA POR VIA ORAL A CADA 6 HORAS POR 5 DIAS. TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.  
(Ao tomar com a refeição há maior absorção e menos efeitos colaterais)

B. SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800/160 MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 3 DIAS. TOMAR COM 1 COPO DE ÁGUA CHEIO.

C. FOSFOMICINA 3G GRÂNULO

DISSOLVER 1 ENVELOPE EM MEIO COPO DE ÁGUA. TOMAR 1 VEZ APENAS (DOSE ÚNICA).

### *CISTITE NO HOMEM*

A. **NITROFURANTOÍNA** 100MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA POR VIA ORAL A CADA 6 HORAS POR 7 DIAS. TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.  
(Ao tomar com a refeição há maior absorção e menos efeitos colaterais)

B. SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800/160 MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. TOMAR COM 1 COPO DE ÁGUA CHEIO.

C. FOSFOMICINA 3G GRÂNULO

DISSOLVER 1 ENVELOPE EM MEIO COPO DE ÁGUA. TOMAR 1 VEZ APENAS (DOSE ÚNICA).

(Dados limitados do uso em homens)

(Sintomas mais graves / Suspeita de prostatite subclínica)

D. **CIPROFLOXACINO** 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

### *PROSTATITE BACTERIANA AGUDA*

A. **CIPROFLOXACINO** 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 2 SEMANAS

(Duração do tratamento: 2 a 4 semanas)

### ITU COMPLICADA

TTO HOSPITALAR: ITU COMPLICADA – PACIENTE NÃO CRÍTICO E SEM OBSTRUÇÃO

A. **CEFTRIAXONA** 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 1G EV 1X/DIA POR 7 DIAS

(Duração do tratamento: 7 a 10 dias)

(Risco de MDR)

B. **PIPERACILINA+TAZOBACTAM** 2G+250MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 3,375G EV 6/6H POR 7 DIAS

(Duração do tratamento: 7 a 10 dias)

TTO HOSPITALAR: ITU COMPLICADA – PACIENTE CRÍTICO OU COM OBSTRUÇÃO

1. **MEROPENEM** 1G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 1G EV 8/8H POR 7 DIAS

(Duração do tratamento: 7 a 10 dias)

2. **VANCOMICINA** 1.000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

(70kg) ADMINISTRAR 1,5G EV. APÓS, ADMINISTRAR 1G EV 12/12H POR 7 DIAS

(Dose de ataque: 20-35 mg/kg (Dose máxima de ataque: 3g); Dose de manutenção inicial: 15-20 mg/kg 1x/8-12h)

TTO AMBULATORIAL: ITU COMPLICADA

A. **CIPROFLOXACINO** 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

(Duração do tratamento: 5 a 7 dias)

*CISTITE NA PEDIATRIA*

(1ª linha)

A. **SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA** 40+8MG/ML SUSPENSÃO ORAL  
(40kg) TOMAR 24ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 3 DIAS.  
(Posologia: 6-12 mg/kg/dia de trimetoprima 12/12h; Dose máxima: 160mg/dose)

B. **AMOXICILINA** 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL  
(>30kg) TOMAR 10ML POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS POR 3 DIAS  
(Posologia: 50-100 mg/kg/dia 8/8h; Dose máxima: 500mg/dose)

B. **CEFALEXINA** 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL  
(>30kg) TOMAR 10ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS  
(Posologia: 12,5-25 mg/kg 12/12h; Dose máxima: 500mg/dose)

# INFLUENZA

Última atualização: 10/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### Diagnóstico

- **Abordagem clínica:** suspeitar em pacientes com febre súbita, tosse e mialgia durante a circulação do vírus. Em idosos e imunossuprimidos, considerar mesmo sem febre.
- Diagnóstico pode ser clínico em adultos <65 anos sem comorbidades durante a temporada de influenza.
- Casos esporádicos requerem confirmação laboratorial para descartar infecções emergentes como COVID-19.

### Manifestações clínicas

- **Incubação:** 1 a 4 dias (média de 2).
- **Sintomas típicos:** febre súbita, tosse seca, mialgia, mal-estar, dor de garganta, náuseas, congestão nasal, cefaleia.
- Em adultos >65 anos ou imunossuprimidos, sintomas podem ser atípicos (sem febre ou mialgia; possível rebaixamento do nível de consciência).
- **Varição por cepa:** sintomas como vômito e diarreia foram comuns na pandemia de H1N1 (2009).
- **Achados físicos:** geralmente discretos; pode haver eritema orofaríngeo e linfadenopatia cervical leve.
- **Laboratório:** leucócitos normais ou baixos no início; leucocitose >15.000 sugere infecção bacteriana.
- **Imagem:** radiografia normal na influenza não complicada.
- **Curso clínico:** febre e sintomas respiratórios duram cerca de 3 dias; recuperação completa em 10 a 14 dias (mais lenta em idosos); fraqueza residual pode durar semanas.

## MANEJO

### PRINCÍPIOS GERAIS

#### Local de tratamento:

- Internação indicada para pacientes com desidratação grave, desconforto respiratório, hipóxia, disfunção cardiopulmonar ou alteração do sensorio.
  - Pacientes de alto risco podem ser internados para observação.
- 

### PACIENTES HOSPITALIZADOS

#### Tratamento antiviral:

- Iniciar rapidamente, mesmo sem confirmação laboratorial.

#### Escolha do antiviral:

- **Preferência: oseltamivir oral.**

#### Duração do tratamento:

- Regra geral: 5 dias.
- Casos graves/imunossuprimidos: até 10 dias, se RNA viral persistir.

#### Infecção associada:

- Avaliar e tratar coinfeção bacteriana (ex. pneumonia).
  - Iniciar antibióticos empíricos se piora após 3-5 dias ou em instabilidade clínica.
  - Agentes: ceftriaxona, levofloxacino/moxifloxacino, vancomicina ou linezolida para MRSA.
- 

### PACIENTES AMBULATORIAIS

#### Indicações para antiviral:

- Sintomas <48h: considerar tratamento, especialmente se risco aumentado.
- Sintomas ≥48h: geralmente não indicado, exceto em casos de maior risco.
- Contatos de alto risco (ex. familiares, profissionais de saúde): tratar para reduzir transmissão.

#### Escolha do antiviral:

- **Preferência: oseltamivir.**

#### Duração:

- Oseltamivir/zanamivir: 5 dias.

#### Controle de infecção:

- Isolamento domiciliar até 24h após desaparecimento da febre sem antitérmicos.
  - Higiene das mãos e uso de máscara reduzem transmissão.
-

## PRESCRIÇÃO

### 1. **OSELTAMIVIR** 75MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

(Preferencialmente em até 48h do início dos sintomas)

### 2. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

### 3A. **ONDANSETRONA** 8MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

### 3B. **METOCLOPRAMIDA** 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO

## INJÚRIA RENAL AGUDA (IRA)

### DIAGNÓSTICO

A. **AUMENTO DE CREATININA  $\geq 0,3$  MG/DL EM 48H**

B. **AUMENTO DE CREATININA  $\geq 1,5X$  O VALOR BASAL EM ATÉ 7 DIAS.**

C. **DÉBITO URINÁRIO  $< 0,5$  ML/KG/H POR MAIS DE 6H**

### MANEJO

1. TRIAR CASOS GRAVES COM POTENCIAL NECESSIDADE DE DIÁLISE URGENTE

(Possíveis indicações: edema pulmonar refratário, hipercalemia grave, acidose grave, encefalopatia, atrito pericárdico)

2. **LABS SÉRICOS:** HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, P, PCR, GLICOSE, ÁCIDO ÚRICO, GASOMETRIA VENOSA

3. **LABS URINÁRIOS:** U1, URC, PROTEINÚRIA, RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA EM AMOSTRA DE URINA ISOLADA, SÓDIO URINÁRIO, UREIA URINÁRIA

(Suspeita de mieloma múltiplo)

4. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS SÉRICAS COM IMUNOFIXAÇÃO, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS URINÁRIAS COM IMUNOFIXAÇÃO, DOSAGEM DE CADEIAS LEVES LIVRES SÉRICAS

(Suspeita de IRA Pós-renal ou etiologia indefinida)

4. EXAME DE IMAGEM

4A. USG RENAL

(Suspeita de urolitíase)

4B. TC HELICOIDAL SEM CONTRASTE

(Suspeita de HPB)

4B. USG VESICAL PÓS-MICCIONAL

(Distúrbio da volemia)

5. TRATAMENTO DE DISTÚRBITO VOLÊMICO

(Paciente hipovolêmico não anúrico e sem congestão pulmonar)

5A. **RINGER LACTATO** BOLSA COM 1L

ADMINISTRAR 1L EV

(Dose: 1 a 3 L de cristalóide, preferencialmente tamponado )

(Paciente hipervolêmico não anúrico)

5B. **FUROSEMIDA** 10MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 80MG EV EM BOLUS

(Dose: 80mg; reavaliar em 2h; dobrar dose se necessário; pode associar tiazídico EV)

6. **AJUSTE DE MEDICAMENTOS**

61. SUSPENDER DROGAS NEFROTÓXICAS

62. AJUSTAR DOSE DE FÁRMACOS CONFORME TFG

## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA (IC AGUDA)

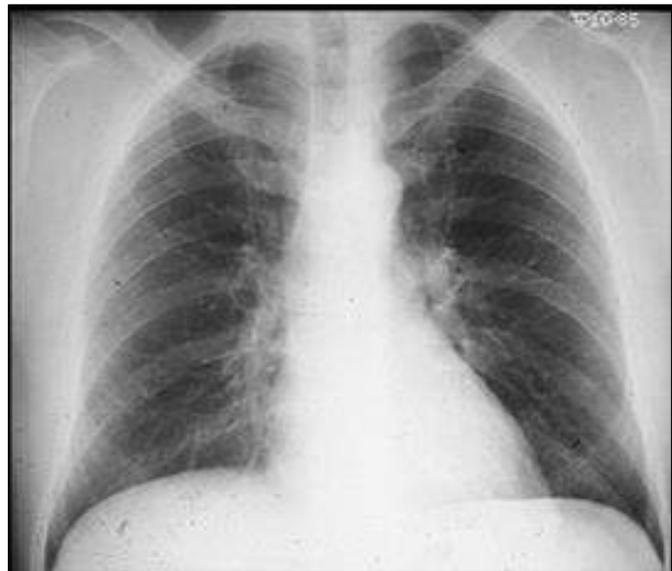
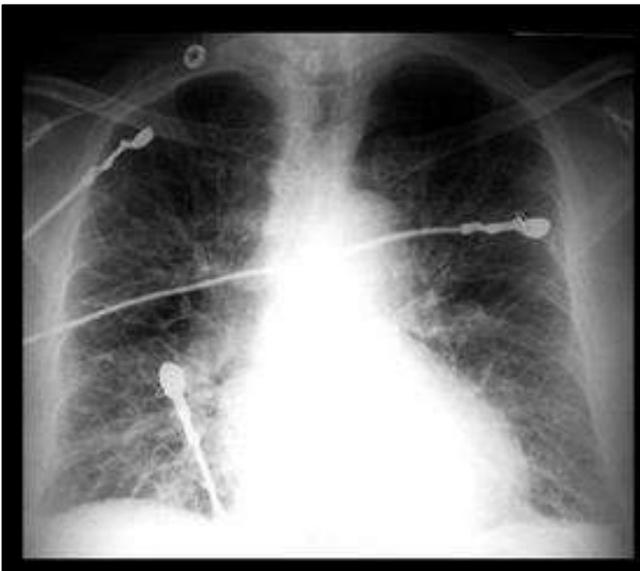
### DIAGNÓSTICO

#### Abordagem baseada na probabilidade de ICDA

- **Alta probabilidade:**
  - *Com história prévia de IC:* dispneia aos esforços + sinais de sobrecarga volêmica (pressão venosa jugular elevada, edema pulmonar ou periférico)
  - *Sem história prévia de IC:* início recente de ortopneia + congestão pulmonar na radiografia + pressão venosa elevada + ausência de febre
- **Probabilidade intermediária:**
  - Dispneia + sem história de IC, mas com doença cardíaca conhecida, fatores de risco (DAC, HAS, DM, valvopatias) ou anormalidades no ECG
  - Sem evidência clara de congestão (JVP duvidosa, sem edema pulmonar)
  - Nesses casos, BNP/NT-proBNP e ecocardiograma podem auxiliar
- **Baixa probabilidade:**
  - Dispneia + ausência de doença cardíaca e ECG normal
  - Presença de outra causa explicativa (ex: DPOC, pneumonia)
  - Se dúvida persistir, considerar BNP ou outros testes para afastar IC

#### Exames complementares úteis

- Radiografia de tórax



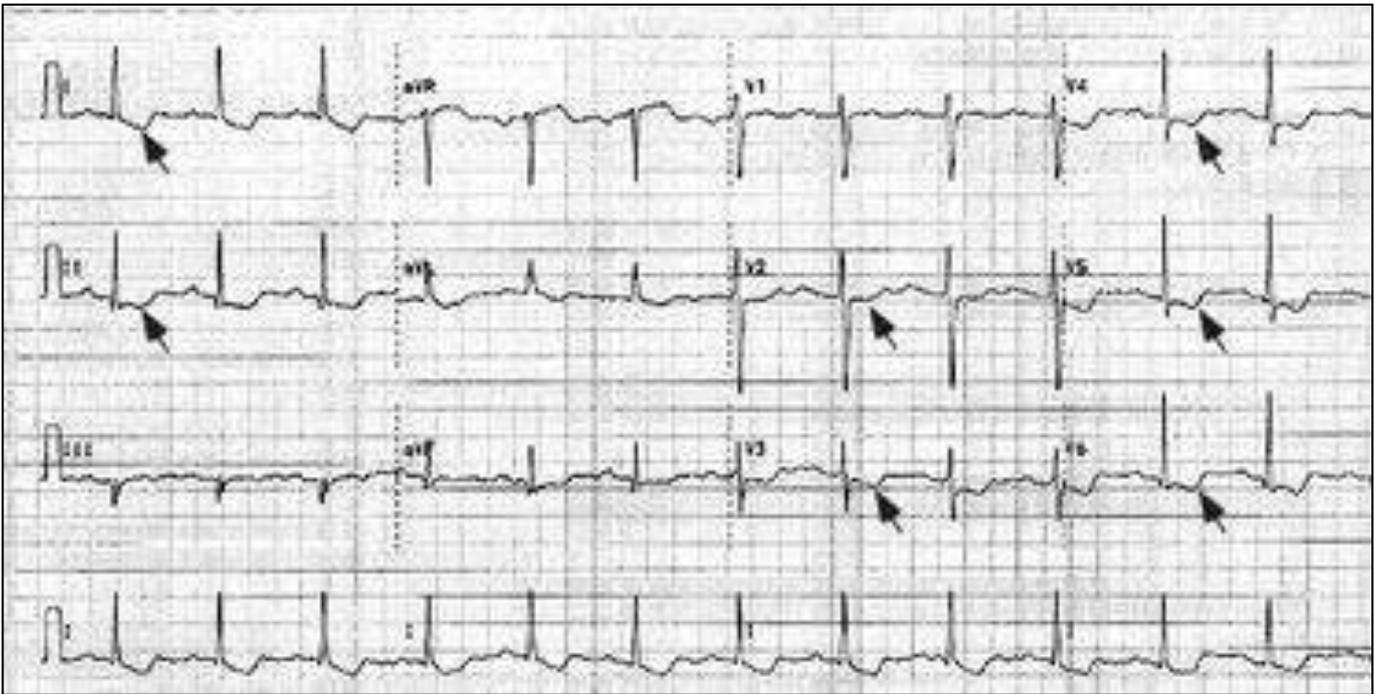
#### À esquerda: Edema pulmonar

Esta radiografia simples de tórax em incidência frontal, de um homem de 55 anos com doença arterial coronariana conhecida, demonstra características radiográficas típicas de insuficiência cardíaca, com edema pulmonar intersticial, edema alveolar bilateral perihilar produzindo um padrão característico em "asa de borboleta", e derrames pleurais bilaterais.

#### À direita: Radiografia de tórax normal

Vista posteroanterior de uma radiografia de tórax normal.

- Eletrocardiograma (ECG)



**Eletrocardiograma em um paciente com edema pulmonar agudo súbito**

O traçado do ECG revela hipertrofia ventricular esquerda (HVE) associada a depressão do segmento ST e inversões da onda T; essas alterações do segmento ST e da onda T (setas) também podem representar isquemia subendocárdica, a qual, juntamente com a HVE, pode ser responsável pelo episódio de edema pulmonar agudo súbito.

- Biomarcadores: BNP ou NT-proBNP
  - Valores de corte típicos:
    - BNP geralmente >400 pg/mL em pacientes com IC.
    - NT-proBNP:
      - <50 anos: corte de 450 pg/mL
      - 50 a 75 anos: corte de 900 pg/mL
      - 75 anos: corte de 1800 pg/mL
  - Limitações diagnósticas:
    - Existe **sobreposição considerável** nos níveis de BNP/NT-proBNP entre pacientes com e sem IC, especialmente em valores intermediários (~200 a 400 pg/mL).
    - **Baixos níveis** de BNP (<100 pg/mL) ou NT-proBNP (<300 pg/mL) têm **alto valor preditivo negativo**, tornando o diagnóstico de IC descompensada improvável nesses casos.
  - Exceções:

Níveis inesperadamente baixos podem ser encontrados em:

    - IC terminal
    - Edema agudo de pulmão
    - IC direita isolada

## MANEJO

### 1. (SPO2 < 90%) **OXIGENIOTERAPIA**

#### 2. DIETA

(Paciente instável ou com risco iminente de instabilização)

#### 2A. JEJUM

(Paciente estável)

#### 2B. DIETA COM RETRIÇÃO DE SÓDIO (< 2G/DIA)

(Hiponatremia)

#### 2C. DIETA COM RETRIÇÃO HÍDRICA (1,5-2,0 L/DIA) E DE SÓDIO (< 2G/DIA)

### 3. CABECEIRA ELEVADA EM 30-45 GRAUS

(Sinais/sintomas persistentes à oxigenioterapia: hipóxia; desconforto respiratório; acidose respiratória)

### 4. **VNI**

(Sinais de sobrecarga hídrica)

### 5. **FUROSEMIDA** 10MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 40MG EV EM BOLUS

(Dose: 20-40 mg EV; Dose máxima: 160-200 mg EV; Se não houver resposta, repetir com dose dobrada a cada 2h; Em geral é necessário bolus 2x ou mais por dia)

(Hipertensão grave, insuficiência mitral aguda ou insuficiência aórtica aguda)

### 6. VASODILATADOR

(Suspender em caso de hipotensão sintomática)

#### 6A. **NITROGLICERINA** 5MG/ML AMPOLA COM 5 OU 10ML

DILUIR 10ML EM 250ML DE SG5%

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 1,5 ML/H

(Concentração: 200 mcg/mL; Velocidade inicial 5-10 mcg/min; Titular em 5-10 mcg/min a cada 5 min; Velocidade máxima: 200 mcg/min)

(Evitar em caso de infarto de VD, estenose aórtica grave ou uso recente de inibidor de PDE-5)

(Emergência hipertensiva)

#### 6B. **NITROPRUSSIATO DE SÓDIO** 25MG/ML AMPOLA COM 2ML

DILUIR 2ML EM 250ML DE SG5%

ADMINISTRAR EV EM BIC

(70kg) VELOCIDADE INICIAL: 1,5 ML/H

(Concentração: 200 mcg/mL; Velocidade inicial 5-10 mcg/min; Titular em 5-10 mcg/min a cada 5 min; Velocidade máxima: 400 mcg/min)

(Hipotensão persistente com hipoperfusão)

### 7. VASOPRESSOR

#### 7A. HEMITARATARATO DE **NOREPINEFRINA** 2MG/ML AMPOLA COM 4ML

DILUIR 16ML EM 234ML DE SG5%

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 5ML/H

(Ampola contém 1mg/mL de norepinefrina base; Concentração: 64 mcg/mL; Dose inicial 5-15 mcg/min; Dose de manutenção usual: 2-80 mcg/min; Dose máxima: 80-250 mcg/min)

(ICFER com disfunção sistólica grave com hipoperfusão e disfunção orgânica)

#### 8. INOTRÓPICO

8A. **DOBUTAMINA** 12,5MG/ML AMPOLA COM 20ML

DILUIR 40ML EM 210ML DE SG5%

ADMINISTRAR EV EM BIC

(70kg) VELOCIDADE INICIAL DE 5ML/H

(Concentração: 2.000 mcg/mL; Dose inicial 2-5 mcg/kg/min; Dose de manutenção usual: 2-10 mcg/kg/min; Dose máxima: 20 mcg/kg/min)

(ICFER grave com comprometimento hemodinâmico grave)

#### 9. SUPORTE MECÂNICO TEMPORÁRIO

9A. BALÃO INTRA-AÓRTICO

9B. ECMO

9C. DISPOSITIVOS DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR TEMPORÁRIOS

## INTOXICAÇÃO POR ETANOL

### 1. JEJUM

### 2. DECÚBITO LATERAL

3. (Glasgow  $\leq$  8 / Risco alto de broncoaspiração) IOT

### 4. (Hipoglicemia) GLICOSE

41. GLICOSE 50% AMPOLA COM 10ML  
ADMINISTRAR 5 AMPOLAS EV

42. (Hipoglicemia) GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML  
ADMINISTRAR 500ML EV, INFUSÃO LENTA

### 5. (Convulsão) DIAZEPAM 5MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 5-10MG EV

(Pode repetir em 5-10min)

### 6. (Desidratação) SF 0,9% 500ML EV

ADMINISTRAR 500ML EV

### 7. TIAMINA

7a. TIAMINA 100MG/ML AMPOLA COM 1ML

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV

7b. TIAMINA 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO

# INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS E CARBAMATOS

## DIAGNÓSTICO

- **Clínico:** baseado em sinais colinérgicos.
  - **Excesso colinérgico:**
    - Bradicardia, miose, lacrimejamento, salivação, diarreia, broncorreia, broncoespasmo.
    - Efeitos nicotínicos: fasciculações, fraqueza, paralisia.
    - Efeitos centrais: letargia, convulsões, coma.
- **História de exposição e odor característico** (ex: alho) podem ajudar.
- **Teste com atropina:** ausência de resposta anticolinérgica sugere intoxicação.

## MANEJO

- **Suporte básico:** oxigênio, intubação se necessário, monitorização contínua.
- **Evitar succinilcolina** (bloqueio prolongado em pacientes com inibição de AChE).
- **Benzodiazepínicos** (ex: diazepam): para convulsões, agitação e possível proteção neurológica.
- **Atropina:**
  - Antagonista muscarínico; não age nos receptores nicotínicos.
  - Dose inicial ajustada à gravidade, duplicada a cada 3–5 min até secreções secarem.
  - Pode exigir doses muito altas e infusão contínua.
- **Pralidoxima (oxima):**
  - Reativa AChE antes do "envelhecimento".
  - Necessário iniciar precocemente.
  - Dose por bolus e infusão contínua, sempre após resposta inicial à atropina.
- **Epinefrina:**
  - Usada como segunda linha se bradicardia/hipotensão persistirem após atropina.
- **Descontaminação:**
  - **Exposição dérmica:** remover roupas, lavar pele; roupas devem ser descartadas.
  - **Ingestão:** considerar carvão ativado em até 1h; evitar lavagem gástrica ou vômito induzido.

# INTOXICAÇÃO POR PARACETAMOL

## INGESTÃO AGUDA: HISTÓRIA CONFIÁVEL

### 1. JEJUM

(Até 8 horas após ingestão + Critério de indicação)

### 2. CARVÃO VEGETAL ATIVADO PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL

(> 50kg) ADMINISTRAR 50G VO DILUÍDO EM 250ML DE ÁGUA

(40 kg) ADMINISTRAR 40G VO DILUÍDO EM 200ML DE ÁGUA

(Dose: 1g/kg; Dose máxima: 50g; Diluição: 5mL/g em água ou SF 0,9%)

(Indicações até 4 horas após ingestão: Dose  $\geq$  7,5g ou 150mg/kg)

(Indicações em 4-8 horas após ingestão: Dose  $\geq$  30g; coingestão com opioide ou anticolinérgico; ingestão de formulação de liberação prolongada)

(Critério de indicação)

### 3. ACETILCISTEÍNA

(Indicações:  $\geq$  8 horas da ingestão; 4-8 horas da ingestão + indicação pelo nomograma de Rumack-Matthew revisado)

#### 3a. PROTOCOLO PADRÃO

##### 3a1. ACETILCISTEÍNA 100MG/ML AMPOLA COM 3ML

(70kg) DILUIR 35 AMPOLAS EM 200ML DE GLICOSE 5%

(60kg) DILUIR 30 AMPOLAS EM 200ML DE GLICOSE 5%

(90kg) DILUIR 45 AMPOLAS EM 200ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 1 HORA

(Dose de ataque: 150mg/kg em 1 hora)

##### 3a2. ACETILCISTEÍNA 100MG/ML AMPOLA COM 3ML

(70kg) DILUIR 12 AMPOLAS EM 500ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 4 HORAS

(Segunda fase: 50mg/kg em 4 horas)

##### 3a3. ACETILCISTEÍNA 100MG/ML AMPOLA COM 3ML

(70kg) DILUIR 24 AMPOLAS EM 1.000ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 16 HORAS

(Terceira fase: 100mg/kg em 16 horas)

#### 3b. PROTOCOLO PADRÃO COM APRESENTAÇÃO MAIS ADEQUADA

##### 3b1. ACETILCISTEÍNA 200MG/ML FRASCO COM 25ML

(70kg) DILUIR 52ML EM 200ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 1 HORA

(Dose de ataque: 50mg/kg/h em 1 hora)

##### 3b2. ACETILCISTEÍNA 200MG/ML FRASCO COM 25ML

(70kg) DILUIR 18ML EM 500ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 4 HORAS

(Segunda fase: 50mg/kg em 4 horas)

##### 3b3. ACETILCISTEÍNA 200MG/ML FRASCO COM 25ML

(70kg) DILUIR 35ML EM 1.000ML DE GLICOSE 5%

ADMINISTRAR EV EM BIC EM 16 HORAS

(Terceira fase: 100mg/kg em 16 horas)

4. **LABS:** HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, PTF, COAGULOGRAMA, GASOMETRIA VENOSA, U1, (> 4 horas da ingestão) PARACETAMOL

## LARINGITE AGUDA

Última atualização: 09/06/2025

### DIAGNÓSTICO

- Laringite aguda: início abrupto com disfonia, dor de garganta e, às vezes, dispneia.
- Causa mais comum: infecção viral do trato respiratório superior

### MANEJO

- Geralmente autolimitada, melhora em até 2 semanas.
- Tratamento: repouso vocal, hidratação, analgésicos/anti-inflamatórios, evitar irritantes.
- Antibióticos só são indicados em casos com infecção bacteriana suspeita.
- Macrolídeos (eritromicina, claritromicina) podem ser úteis, especialmente em profissionais da voz.
- Casos graves com estridor podem exigir hospitalização, corticoides, adrenalina e suporte de via aérea

### PRESCRIÇÃO

1. REPOUSO DA VOZ POR 2 SEMANAS

2. BEBER 2L DE LÍQUIDOS POR DIA (ÁGUA, ÁGUA DE COCO, SUCO NATURAL)

3. **SORO FISIOLÓGICO 0,9%** - USO INALATÓRIO

REALIZAR INALAÇÃO COM 5ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%, ATÉ 3 VEZES AO DIA

(Dor de garganta)

4. **DIPIRONA 1G** COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR

(Dor de garganta)

5A. **IBUPROFENO 400MG** COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR DE GARGANTA, POR ATÉ 4 DIAS

(Dose: 200-400mg 1x/4-6h; Dose máxima diária: 3,2g)

(Dor de garganta intensa)

5B. **PREDNISONA 40MG** COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ SE DOR DE GARGANTA INTENSA, POR ATÉ 4 DIAS

## MIGRÂNEA

### PRESCRIÇÃO

#### CRISE LEVE

1. **DIPIRONA 1G COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

2. **NAPROXENO 500MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS SE DOR INTENSA, POR ATÉ 4 DIAS

3. **METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS SE NÁUSEA OU VÔMITO. TOMAR 30 MINUTOS ANTES DAS REFEIÇÕES.

(O primeiro comprimido pode ser tomado mesmo se não houver náusea, para abortar a crise)

#### CRISE MODERADA

1. **DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML**

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

2. **SUMATRIPTANO 100MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 1 CP VO, REPETIR APÓS 2H SE DOR DE CABEÇA PERSISTENTE

3. **METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML**

ADMINISTRAR 2 AMPOLAS EV, APÓS 1 AMPOLA 6/6H SE NÁUSEA OU VÔMITO

#### CRISE GRAVE

1. **DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML**

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

2. **TROMETAMOL CETOROLACO 30MG/ML AMPOLA COM 1ML**

(> 50kg e < 65 anos) ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV, APÓS 1 AMPOLA 6/6H SE DOR DE CABEÇA INTENSA

(< 50kg ou > 65 anos) ADMINISTRAR 0,5 AMPOLA EV, APÓS 0,5 AMPOLA 6/6H SE DOR DE CABEÇA INTENSA

3. **METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMPOLA COM 2ML**

ADMINISTRAR 2 AMPOLAS EV, APÓS 1 AMPOLA 6/6H SE NÁUSEA OU VÔMITO

4. **DEXAMETASONA 2MG/ML AMPOLA COM 1ML**

ADMINISTRAR 1 AMPOLA EV, DOSE ÚNICA, INFUSÃO LENTA (>1 MIN)

## PNEUMONIA

### TRATAMENTO

#### *AMBULATORIAL – BAIXO RISCO PARA RESISTÊNCIA*

##### A. **AMOXICILINA** 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

##### B. CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

##### C. AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA POR 7 DIAS. NO PRIMEIRO DIA, TOMAR 2 COMPRIMIDOS AO INVÉS DE 1.

#### *AMBULATORIAL – MÉDIO A ALTO RISCO PARA RESISTÊNCIA*

#### *MONOTERAPIA COM QUINOLONA RESPIRATÓRIA*

##### 5a. **LEVOFLOXACINO** 750MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA POR 7 DIAS

(Tratamento de 5 a 7 dias)

##### 5b. MOXIFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. NÃO TOMAR ANTIÁCIDOS DURANTE O PERÍODO DO TRATAMENTO.

(Tratamento de 5 a 7 dias)

#### *TERAPIA COMBINADA*

##### 1a. AMOXICILINA+CLAVULANATO 875/125MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

##### 1a. AXETILCEFUROXIMA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS. TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.

##### 2a. CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

##### 2b. AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA POR 7 DIAS. NO PRIMEIRO DIA, TOMAR 2 COMPRIMIDOS AO INVÉS DE 1.

*HOSPITALAR – PNEUMONIA NÃO GRAVE*

TERAPIA COMBINADA COM BETALACTÂMICO + MACROLÍDEO

1a. **CEFTRIAXONA** 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 1X/DIA POR 7 DIAS

(Dose: 1-2g/dia)

2a. **CLARITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

2b. **AZITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 1X/DIA POR 7 DIAS. NO PRIMEIRO DIA, ADMINISTRAR 2 CP AO INVÉS DE 1.

TERAPIA COMBINADA COM BETALACTÂMICO COM AÇÃO ANTIPSEUDOMONAS + MACROLÍDEO

(Risco de Pseudomonas)

1a. **PIPERACILINA+TAZOBACTAM** 4G+500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 4,5G EV 6/6H POR 7 DIAS

1b. **MEROPENEM** 2G PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 8/8H POR 7 DIAS

2a. **CLARITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

MONOTERAPIA COM QUINOLONA RESPIRATÓRIA

5a. **LEVOFLOXACINO** 750MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 1X/DIA POR 7 DIAS

5b. **MOXIFLOXACINO** 400MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

(Não prescrever antiácidos durante o tratamento)

### HOSPITALAR – PNEUMONIA GRAVE

#### TERAPIA COMBINADA COM BETALACTÂMICO + QUINOLONA RESPIRATÓRIA

1a. **CEFTRIAXONA** 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 1X/DIA POR 7 DIAS

(Dose: 1-2g/dia)

2a. **LEVOFLOXACINO** 750MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 1X/DIA POR 7 DIAS

#### TERAPIA COMBINADA COM BETALACTÂMICO COM AÇÃO ANTIPSEUDOMONAS + QUINOLONA RESPIRATÓRIA

(Risco de Pseudomonas)

1a. **PIPERACILINA+TAZOBACTAM** 4G+500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 4,5G EV 6/6H POR 7 DIAS

2a. **LEVOFLOXACINO** 750MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 1X/DIA POR 7 DIAS

#### TERAPIA COMBINADA COM BETALACTÂMICO + MACROLÍDEO

1a. **CEFTRIAXONA** 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 1X/DIA POR 7 DIAS

(Dose: 1-2g/dia)

2a. **CLARITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

2b. **AZITROMICINA** 500MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO 1X/DIA POR 7 DIAS. NO PRIMEIRO DIA, ADMINISTRAR 2 CP AO INVÉS DE 1.

#### RISCO DE MRSA

+ **VANCOMICINA** 1.000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

(70kg) ADMINISTRAR 1G EV 12/12H POR 7 DIAS

(Dose: 15mg/kg/dia)

#### UTI

+ **HIDROCORTISONA** 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 200MG EV 1X/DIA POR 7 DIAS

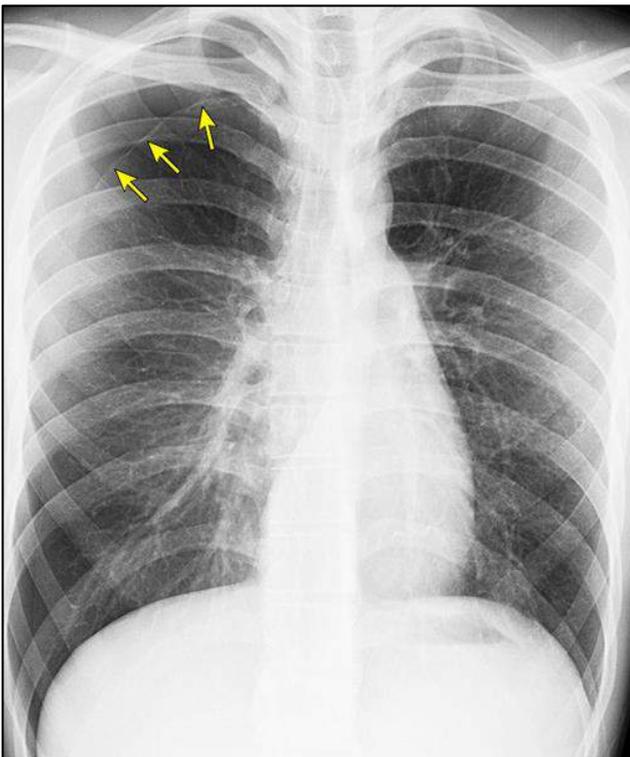
(Duração do tratamento: 4 a 8 dias)

# PNEUMOTÓRAX

## DIAGNÓSTICO

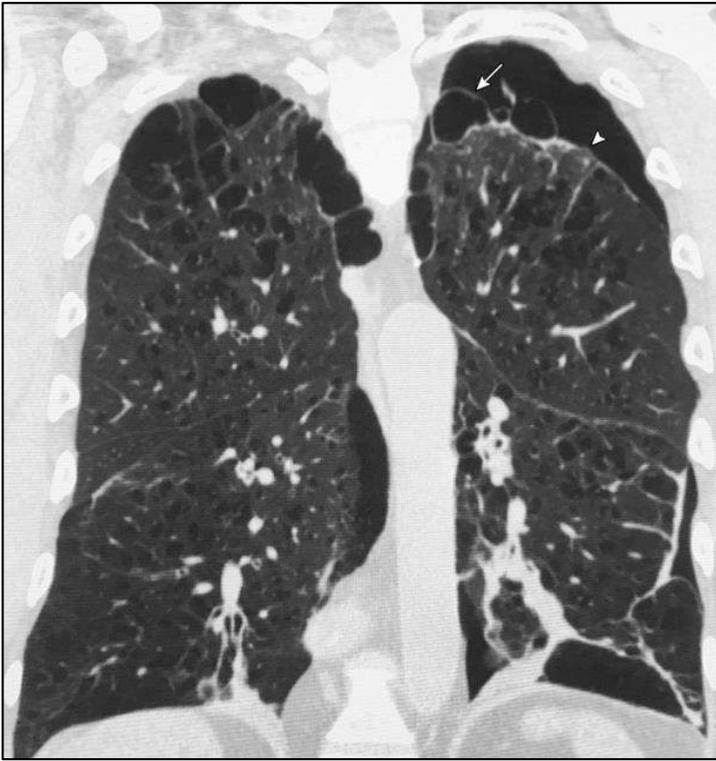
### Diagnóstico por Imagem

- **Raio-X de tórax:**
  - Confirma o diagnóstico em pacientes estáveis.
  - Demonstra a linha pleural visceral sem marcas vasculares além dela.
  - Classifica pneumotórax como:
    - Simples (sem desvio mediastinal)
    - Hipertensivo (com desvio, instabilidade hemodinâmica)
    - Hidropneumotórax (ar + líquido)
    - Ex vacuo (pulmão não reexpande após drenagem de líquido)
    - Bilateral (raro, pode ser congênito ou iatrogênico)
  - Avaliação da posição do paciente afeta a visualização do pneumotórax.
- **Ultrassonografia pleural:**
  - Útil em pacientes instáveis ou na beira do leito.
  - Achado diagnóstico: *ponto pulmonar*.
  - Mais sensível que o raio-X em muitos contextos, mas pode gerar falso-positivos.
- **Tomografia computadorizada (TC):**
  - Modalidade mais precisa para detectar pneumotórax e avaliar etiologia.
  - Indicações: incerteza diagnóstica, suspeita de doença subjacente, avaliação pré-operatória.



Radiografia de tórax de pneumotórax espontâneo

Radiografia de tórax de um homem de 20 anos com pequeno pneumotórax espontâneo à direita demonstra a característica linha pleural visceral branca e convexa à direita (setas).



*Pneumotórax espontâneo à esquerda em tomografia computadorizada  
Imagem coronal com reconstrução multiplanar por tomografia computadorizada mostra um pequeno pneumotórax espontâneo apical à esquerda (cabeça de seta) e duas bolhas apicais (seta) em paciente com enfisema parasseptal grave e bolhas apicais.*

## MANEJO

### *PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO*

#### **Conduta:**

- O pneumotórax traumático geralmente é tratado com toracostomia com dreno em selo d'água (dreno de tórax).
- Indicações para drenagem imediata incluem:
  - Desconforto respiratório, hipóxia ou instabilidade hemodinâmica.
  - Transporte prolongado ou por via aérea.
  - Aumento do pneumotórax em exames seriados.
  - Pneumotórax >15–20% do campo pulmonar ou >2,5 cm na radiografia.
  - Hemopneumotórax >300 mL.
- Estratégias alternativas ao dreno incluem:
  - **Aspiração com agulha, cateter pigtail percutâneo, ou observação** em casos selecionados, especialmente se o pneumotórax for pequeno e o paciente estiver estável.

### *PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO*

#### **Manejo de Pacientes Estáveis**

##### **Com sintomas mínimos**

- **Observação com ou sem oxigênio suplementar** por 4-6 horas:
  - Se estável ou em melhora → alta com seguimento.
  - Se piora → drenagem com cateter, dreno torácico ou válvula unidirecional.
- Evitar oxigênio suplementar de rotina, especialmente em alto fluxo.

##### **Com sintomas significativos**

- **Opções:** aspiração simples, drenagem com cateter/dreno com ou sem válvula unidirecional.
  - **Aspiração:** menos invasiva, mas com maior taxa de falha inicial (~1/3 dos casos).
  - **Dreno com válvula unidirecional:** permite manejo ambulatorial, mas com mais eventos adversos.
  - **Dreno torácico:** opção tradicional, maior eficácia inicial.

#### **Manejo de Pacientes Instáveis**

- Indicado: **dreno torácico ou cateter torácico** imediato.
- Também indicado em:
  - Dispneia severa.
  - Pneumotórax bilateral.
  - Pneumotórax hipertensivo.
  - Hemotórax ou derrame pleural associados.
  - Falha de aspiração ou observação.

## RESFRIADO COMUM

### DIAGNÓSTICO

#### Critério diagnóstico

A. Sintomas sugestivos <sup>2</sup>

B. Sinais sugestivos <sup>2</sup>

#### Sintomas sugestivos

- Sintomas iniciais: Rinorreia; Congestão nasal <sup>2</sup>
- Sintomas comuns <sup>2</sup>
  - Garganta seca / arranhando
  - Tosse (que persiste após resolução dos sintomas nasais)
  - Mal estar
- (Alguns casos) Sintomas menos comuns <sup>2</sup>
  - (40%) Febre <sup>2,3</sup>
    - (Em geral) Febre baixa
  - Espirros
  - Cefaleia
  - Pressão em olhos / face
- Duração dos sintomas <sup>2</sup>
  - Média: 7 dias <sup>4</sup>
  - Intervalo: 3 a 10 dias
  - Pico: 2 a 3 dias <sup>4</sup>
  - (Tosse) dias a semanas
- Período de incubação <sup>2</sup>
  - 1 a 3 dias
  - (Possível) 10 horas

#### Sinais sugestivos

- Sinais comuns <sup>2</sup>
  - Injeção conjuntival
  - Edema de mucosa nasal
  - Eritema faríngeo
- Sinais incomuns <sup>2</sup>
  - Linfonodomegalia discreta
  - Estertores pulmonares
  - Broncoespasmo

## MANEJO

### TRATAMENTO

#### *Para sintomas leves:*

- Não é necessário tratamento específico; orientação para retorno se houver piora ou duração anormal dos sintomas.

#### *Para sintomas moderados a graves:*

- A terapêutica é sintomática, sem tratamento universalmente eficaz. A escolha depende dos sintomas predominantes.

#### **Terapias com possível eficácia:**

- **Analgésicos (paracetamol, AINEs):** aliviam cefaleia, mialgia, mal-estar e febre; seguros em curto prazo.
- **Combinações anti-histamínico/descongestionante:** mais eficazes que isoladamente; efeitos adversos possíveis.
- **Cromoglicato de sódio intranasal/inalatória:** melhora sintomas com efeitos colaterais leves.
- **Brometo de ipratrópio intranasal:** reduz coriza e espirros; não melhora congestão nasal; risco de secura nasal e epistaxe.

#### **Terapias com benefício incerto ou limitado:**

- **Dextrometorfano:** possível redução modesta da tosse; evidência fraca.
- **Descongestionantes (oral e tópico):** benefício limitado; risco de efeitos adversos como hipertensão, insônia e rinite de rebote.
- **Solução salina nasal:** pode reduzir sintomas e duração da doença, com baixa qualidade de evidência.
- **Expectorantes (guaifenesina):** benefício pequeno ou ausente.
- **Mel:** melhora tosse em crianças e pode ser útil em adultos.
- **Fitoterápicos (ex.: sabugueiro, *Pelargonium sidoides*):** evidência insuficiente.
- **Zinco oral:** possível redução da duração dos sintomas, mas efeitos adversos importantes (anosmia, gosto ruim).

#### **Terapias ineficazes:**

- **Antibióticos:** não indicados, pois o resfriado é viral.
- **Anti-histamínicos isolados:** benefícios limitados, com efeitos colaterais relevantes.
- **Antivirais:** não recomendados para o resfriado comum.
- **Codeína, corticoides tópicos, ar umidificado:** sem eficácia comprovada.

## PRESCRIÇÃO

### 1. ANALGÉSICO

#### 1A. DAPIRONA 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

#### 1B. PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

### 2. FITOTERÁPICO

#### 2A. HEDERA HELIX (HEDERA CIMED) 7MG/ML SOLUÇÃO ORAL

(> 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(6 – 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(2 – 6 anos) TOMAR 2,5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

#### 2B. KALOPA (PELARGONIUM SIDOIDES) 825MG/ML SOLUÇÃO ORAL

TOMAR 30 GOTAS COM ALGUM LÍQUIDO POR VIA ORAL 30 MINUTOS ANTES DAS REFEIÇÕES 3X/DIA, POR 5 A 7 DIAS

### 3. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - USO NASAL

APLICAR 10ML EM CADA NARINA, COM AUXÍLIO DE SERINGA, ATÉ 6 VEZES AO DIA

### 4. SORO FISIOLÓGICO 0,9% - USO INALATÓRIO

REALIZAR INALAÇÃO COM 5ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%, ATÉ 3 VEZES AO DIA

(Rinite alérgica associada)

### 5. NASONEX (FUROATO DE MOMETASONA 50MCG/JATO) - USO NASAL

APLICAR 2 JATOS EM CADA NARINA PELA MANHÃ APÓS LAVAGEM NASAL, POR 30 DIAS

(Congestão nasal importante)

### 6. NARIDRIN (NAFAZOLINA + MEPIRAMINA + DEXPANTENOL) – USO NASAL

APLICAR 1 GOTA EM CADA NARINA A CADA 12 HORAS POR ATÉ 3 DIAS SE OBSTRUÇÃO NASAL IMPORTANTE

## RINOSSINUSITE AGUDA

### DIAGNÓSTICO

1. **SECREÇÃO NASAL PURULENTA** < 4 SEMANAS

2A. CONGESTÃO NASAL GRAVE

2B. DOR FACIAL

2C. PRESSÃO FACIAL

2D. PLENITUDE FACIAL

### CLASSIFICAÇÃO

#### RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA

A. **PERSISTÊNCIA**: SINTOMAS  $\geq 10$  DIAS SEM MELHORA

B. **PADRÃO BIFÁSICO**: MELHORA INICIAL COM PIORA SUBSEQUENTE APÓS 5-6 DIAS ("DUPLA PIORA")

#### RINOSSINUSITE VIRAL AGUDA

1. SINTOMAS < 10 DIAS, SEM PIORA

## MANEJO

### GERAL

#### 1. **SORO FISIOLÓGICO 0,9%** - USO NASAL

APLICAR 10ML EM CADA NARINA, COM AUXÍLIO DE SERINGA, ATÉ 6 VEZES AO DIA

#### 2. **NASONEX** (FUROATO DE MOMETASONA 50MCG/JATO) - USO NASAL

APLICAR 2 JATOS EM CADA NARINA PELA MANHÃ APÓS LAVAGEM NASAL, POR 30 DIAS

#### 3. **DIPIRONA** 1G COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR OU FEBRE

(Congestão nasal importante)

#### 4. **NARIDRIN** (NAFAZOLINA + MEPIRAMINA + DEXPANTENOL) – USO NASAL

APLICAR 1 GOTA EM CADA NARINA A CADA 12 HORAS POR ATÉ 3 DIAS SE OBSTRUÇÃO NASAL IMPORTANTE

(Evidência limitada)

#### 5. **HEDERA HELIX** (HEDERA CIMED) 7MG/ML SOLUÇÃO ORAL

(> 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(6 – 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(2 – 6 anos) TOMAR 2,5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(Evidência limitada)

#### 6. **SORO FISIOLÓGICO 0,9%** - USO INALATÓRIO

REALIZAR INALAÇÃO COM 5ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%, ATÉ 3 VEZES AO DIA

### *RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA*

(Paciente > 30 anos hígidos imunocompetentes com seguimento confiável)

#### A. OBSERVAÇÃO POR 7 DIAS

(Demais casos)

#### B. **AMOXICILINA+CLAVULANATO** 875/125MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

(Duração do tratamento: 5 a 10 dias)

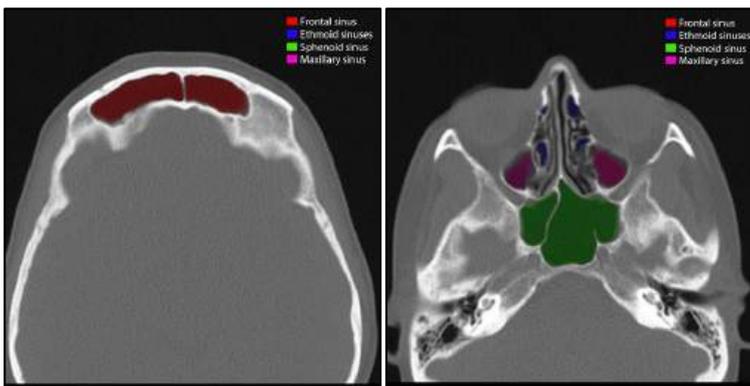
## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### Manifestações Clínicas

- **Sintomas comuns:**
  - Congestão nasal, secreção purulenta, dor facial (pior ao inclinar), dor nos dentes, febre, tosse, halitose, anosmia, plenitude auricular.
- **AVRS:**
  - Duração <10 dias, melhora gradual após pico entre dias 3-6.
  - Febre inicial e breve.
  - Corrimento nasal pode ser inicialmente claro, depois purulento e volta a clarear.
- **ABRS:**
  - Sintomas >10 dias ou padrão bifásico ("duplo agravamento").
- **Exame físico:**
  - Edema, dor à palpação de seios, descarga purulenta nasal, alterações otológicas.
  - Rinoscopia anterior pode mostrar edema, hipertrofia de cornetos, secreção.

### Achados Radiológicos

- **Não indicado** para RSA não complicada.
- Achados inespecíficos: níveis hidroaéreos, edema mucoso.
- **Indicado** quando há suspeita de complicações.



TC de ossos da face anotada demonstrando os seios paranasais aéreos.



#### **Sinusite aguda**

Há nível hidroaéreo no seio maxilar esquerdo e espessamento mucoso leve no antro maxilar direito. Além disso, há algum espessamento mucoso nas células aéreas etmoidais.

## SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA)

Última atualização: 16/04/2025

### TTO INICIAL – ALTA SUSPEITA DE SCA

**1. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 3 CP VO MASTIGÁVEL

(Descartar dissecação da aorta)

**2. DINITRATO DE ISOSSORBIDA 5MG COMPRIMIDO**

ADMINISTRAR 1 CP POR VIA SUBLINGUAL

(Descartar hipotensão, infarto de VD, uso de inibidor da fosfodiesterase)

(Pode repetir a cada 5 min, no máx de 3 doses)

## TTO AGUDO – IAMCSST

### 1. **ÁCIDO ACETILSALICÍLICO** 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 3 CP VO MASTIGÁVEL

(Descartar dissecação da aorta)

### 2. **DINITRATO DE ISOSSORBIDA** 5MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP POR VIA SUBLINGUAL

(Descartar hipotensão, infarto de VD, uso de inibidor da fosfodiesterase)

(Pode repetir a cada 5 min, no máx de 3 doses)

### 3. **ATORVASTATINA** 80MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO

#### 4a. (Fibrinólise) **CLOPIDOGREL** 75MG COMPRIMIDO

(< 75 anos) ADMINISTRAR 4 CP VO

(> 75 anos) ADMINISTRAR 1 CP VO

#### 4b. (ICP Primária) **TICAGRELOR** 90MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 2 CP VO

(Evitar se AVC/AIT Prévio, > 75 anos, < 60kg)

#### 4c. (ICP Primária) **PRASUGREL** 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 6 CP VO

(Evitar se AVC/AIT Prévio, > 75 anos, < 60kg)

#### 4d. (ICP Primária) **CLOPIDOGREL** 75MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 8 CP VO

#### 5a. (Fibrinólise) **ENOXAPARINA** 20MG/0,2ML

(< 75 anos) ADMINISTRAR 30MG EV EM BOLUS, SEGUIDO DE 1MG/KG SC 12/12H

(> 75 anos) ADMINISTRAR 0,75 MG/KG SC 12/12H

(Primeira dose SC logo após dose EV)

(Dose máxima nas 2 primeiras doses SC: 100mg [<75 anos]; 75mg [>75 anos])

(Se ClCr < 30, ajustar dose SC para 1x/dia)

#### 5b. (ICP Primária) **HEPARINA NÃO FRACIONADA** 5.000UI/ML FRASCO-AMPOLA COM 5ML

DILUIR 5ML EM 245ML DE SG 5% (100 UNIDADES/ML)

(70kg) ADMINISTRAR 40ML EV EM BOLUS

(Dose de ataque: 60 unidades/kg; Dose máxima de ataque: 4.000UI)

(Dose adicional na sala de cateterismo a depender do TCA [Tempo de Coagulação Ativado])

## 6. TERAPIA DE REPERFUSÃO

#### 6a. (Fibrinólise) **TENECTEPLASE** 50MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

(70 kg) ADMINISTRAR 40MG EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 5 A 10 SEGUNDOS

(Descartar contraindicações)

(Dose: < 60kg -- 30mg; 60-69kg -- 35mg; 70-79kg – 40mg; 80-89kg – 45mg; > 90kg – 50mg)

#### 6b. (ICP Primária) **ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA**

#### 7. (<24h – Após terapia de reperfusão) **TARTARATO DE METOPROLOL** 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 25MG VO A CADA 12 HORAS

(Dose: 25-50mg 1x/6-12 horas)

## TTO AGUDO – IAMSSST

### 1. **ÁCIDO ACETILSALICÍLICO** 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 3 CP VO MASTIGÁVEL

(Descartar dissecação da aorta)

### 2. **DINITRATO DE ISOSSORBIDA** 5MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP POR VIA SUBLINGUAL

(Descartar hipotensão, infarto de VD, uso de inibidor da fosfodiesterase)

(Pode repetir a cada 5 min, no máx de 3 doses)

### 3. **ATORVASTATINA** 80MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 CP VO

#### 4a. (Preferível) **HEPARINA NÃO FRACIONADA** 5.000 UNIDADES/ML FRASCO-AMPOLA COM 5ML

DILUIR 5ML EM 245ML DE SG 5% (100 UNIDADES/ML)

(70kg) ADMINISTRAR 42ML EV EM BOLUS. APÓS, ADMINISTRAR EV EM BIC A 8 ML/H.

(Dose de ataque: 60 unidades/kg; Dose máxima de ataque: 5.000 unidades; Dose de manutenção: 12 unidades/kg/h;

Dose máxima de manutenção: 1.000 unidades/h)

#### 4b. **ENOXAPARINA** 20MG/0,2ML

(70kg) ADMINISTRAR 60MG SC 12/12H

(Dose: 1mg/kg 12/12h; Se ClCr < 30, ajustar dose SC para 1x/dia)

## 5. ESTRATÉGIA DE MANEJO

### 5a. **ANGIOGRAFIA**

### 5b. **ESTRATIFICAÇÃO NÃO INVASIVA**

## 6. INIBIDOR P2Y12

(Inciar somente após angiografia se esta for indicada; Manter por pelo menos 1 mês)

### 6a. **CLOPIDOGREL** 75MG COMPRIMIDO

(Angiografia < 6h) ADMINISTRAR 8 CP VO

(Angiografia > 8h / Estratégia não invasiva) ADMINISTRAR 4 CP VO

(Dose de manutenção: 75mg/dia)

### 6b. **TICAGRELOR** 90MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 2 CP VO

(Dose de manutenção: 90mg 12/12h)

### 6c. **PRASUGREL** 10MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 6 CP VO

(Dose de manutenção: 10mg/dia; Evitar se AVC ou AIT prévio)

## 7. (<24h – Após terapia de reperfusão) **TARTARATO DE METOPROLOL** 100MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 25MG VO A CADA 12 HORAS

(Dose: 25-50mg 1x/6-12 horas)

1. **INFECÇÃO** SUSPEITA OU CONFIRMADA + **AUMENTO NO SOFA**  $\geq 2$ 

Parâmetro	0	1	2	3	4
<b>Glasgow</b>	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
<b>Creatinina</b> <b>Débito urinário</b>	< 1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 < 500	> 5,0 < 200
<b>Bilirrubina Total</b>	< 1,2	1,2 -1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	> 12
<b>Plaquetas</b>	$\geq 150.000$	< 150.000	< 100.000	< 50.000	< 20.000
<b>PA</b> <b><math>\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math></b>	PAM $\geq 70$	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina	Dopamina 5,1-15 ou noradrenalina ou adrenalina $\leq 0,1$	Dopamina > 15 ou noradrenalina ou adrenalina > 0,1
<b>PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub></b>	$\geq 400$	< 400	< 300	< 200	< 100

## MANEJO

### VISÃO GERAL

1. OXIGENIOTERAPIA PARA SPO2  $\geq$  90%

2. CRISTALOIDE

2A. **RINGER LACTATO** BOLSA COM 1L

(70kg) ADMINISTRAR 1L EV AGORA. APÓS, REPETIR 1X ACM.

(Meta: 30mL/kg nas primeiras 3h; Avaliar sinais de congestão antes da 2ª bolsa)

2B. CLORETO DE SÓDIO 0,9% BOLSA COM 1L

(70kg) ADMINISTRAR 1L EV AGORA. APÓS, REPETIR 1X ACM.

(Meta: 30mL/kg nas primeiras 3h; Avaliar sinais de congestão antes da 2ª bolsa)

3. HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, PCR, PROCALCITONINA, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, PTF, COAGULOGRAMA, LACTATO, GASOMETRIA ARTERIAL, U1, URC, 2 PARES DE HEMOCULTURAS

4. ATB EMPÍRICA

(Conforme suspeita)

5. EXAMES DE IMAGEM

### ATB EMPÍRICA

#### SEM FOCO SUSPEITO

1. **PIPERACILINA+TAZOBACTAM** 2G+250MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 4,5G EV 6/6H, INFUSÃO EM 30 MINUTOS.

#### SUSPEITA DE PAC

1. **CEFTRIAXONA** 1.000MG/10ML PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 2G EV 1X/DIA

(Duração do tratamento: 5-7 dias)

2. **AZITROMICINA** 500MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

DILUIR 500MG EM 250ML DE SF 0,9%

ADMINISTRAR 500MG EV 1X/DIA, INFUSÃO EM 1 HORA

(Duração do tratamento: 5-7 dias)

#### SUSPEITA DE ITU

1. **CIPPROFLOXACINO** 2MG/ML BOLSA COM 100 OU 200ML

ADMINISTRAR 400MG EV 12/12H, INFUSÃO EM 1 HORA

(Duração do tratamento: 5-7 dias)

#### SUSPEITA DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO

1. **PIPERACILINA+TAZOBACTAM** 2G+250MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 4,5G EV, INFUSÃO EM 30 MINUTOS. APÓS 4H, ADMINISTRAR 3,375G EV 8/8H, INFUSÃO EM 30 MINUTOS.

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

### FERRAMENTAS DE RASTREIO EM PACIENTES INFECTADOS

#### QSOFA

#### 1. ALTO RISCO QSOFA $\geq 2$

Parâmetro	0	1
Glasgow	15	<15
PAS	>100	$\leq 100$
FR	< 22	$\geq 22$

#### NEWS2

##### Interpretação:

- NEWS2 0: Baixo risco -> Monitoramento 1x/12 horas
- NEWS2 1-4 (sem critério único com 3 pts): Baixo risco -> Monitoramento 1x/4-6 horas
- NEWS2 3-4 (com critério único com 3 pts): Baixo a médio risco -> Monitoramento 1/1h; Avaliação urgente por médico da enfermaria
- NEWS2 5-6: Médio risco -> Monitoramento 1/1h; Avaliação urgente por médico da enfermaria ou da emergência
- NEWS2  $\geq 7$ : Alto risco -> Monitoramento contínuo; Avaliação urgente por médico da enfermaria ou da emergência; Em geral requer UTI

Parâmetro	0	1	2	3
Nível de consciência	Alerta			Alteração nova
PAS	111-219	101-110	91-100	$\leq 90$ $\geq 220$
FC	51-90	91-110 41-50	111-130	$\geq 131$ $\leq 40$
FR	12-20	9-11	21-24	$\geq 25$ $\leq 8$
SPO2	$\geq 96$	94-95	92-93	$\leq 91$
SPO2 (IR HIPERCAP.)	88-92 $\geq 93$ A/A	86-87 93-94 O2	83-85 95-96 O2	$\leq 83$ $\geq 97$ O2
USO DE O2	A/A		O2	
T	36,1-38,0	38,1-39,0 35,1-36,0	$\geq 39,1$	$\leq 35,0$

## TRAUMA

### MANEJO INICIAL

#### X1. ABCDE

1. (Se necessário) FAST

2. (Se necessário) EXAMES DE IMAGEM

2a. (Paciente estável) TC

2b. (Paciente instável) RX PORTÁTIL

3. (Se necessário) HMG, COAGULOGRAMA, TS, LACTATO, BETA-HCG

4a. (Dor leve a moderada) DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML  
ADMINISTRAR 1 AMPOLAS EV DILUÍDO EM 10ML DE SF 0,9%

4b. (Dor intensa) DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA COM 2 ML  
ADMINISTRAR 2 AMPOLAS EV DILUÍDO EM 20ML DE SF 0,9%

5. (Dor moderada a intensa) OPIOIDE INTRAVENOSO

5a. FENTANIL 50MCG/ML AMPOLA COM 2, 5 OU 10ML

(70kg) ADMINISTRAR 1,5ML EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 5 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 0,5ML EV 1/1H  
(Dose inicial: 1-2 mcg/kg EV (25-100 mcg); Dose de manutenção: 0,35-0,5 mcg/kg EV 1x/30-60min OU 0,7-10,0 mcg/kg/h EV em BIC com velocidade inicial de 25-50 mcg/h; Ajuste a cada 30-60min)

5b. MORFINA 1MG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 2MG EV, INFUSÃO LENTA (4-5 MINUTOS) 2/2H

(Evitar em caso de instabilidade hemodinâmica ou insuficiência renal)

## TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)

### *CLASSIFICAÇÃO*

Glasgow 14-15 => TCE Leve

Glasgow 9-13 => TCE Moderado

Glasgow  $\leq 8$  => TCE Grave

## TCE LEVE

(Conforme critérios)

### 1. TC CRÂNIO SEM CONTRASTE

(Conforme critérios)

2a. ALTA HOSPITALAR COM OBSERVAÇÃO DOMICILIAR POR 24H. ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO.

(Conforme critérios)

### 2b. INTERNAÇÃO

Critérios para neuroimagem:

- ECG <15 duas horas após o trauma
- Idade igual ou superior a 65 anos
- Mecanismo perigoso (atropelamento de pedestre, ocupante ejetado de veículo motorizado, queda de  $\geq 1$  metro ou  $\geq 5$  degraus)
- Amnésia para eventos que ocorreram mais de 30 minutos antes do impacto
- Dois ou mais episódios de vômito
- Suspeita de fratura aberta ou deprimida de crânio
- Qualquer sinal de fratura de base de crânio: hemotímpano, equimose periorbitária ("olhos de guaxinim"), sinal de Battle (equimose retroauricular) ou saída de líquido (otorreia ou rinorreia)

Critérios para alta:

- ECG = 15 + TC Crânio sem alterações (se indicada) + ausência de critérios para internação

Sinais de alarme para retorno:

- Incapacidade de despertar o paciente no momento esperado
- Cefaleia intensa ou em piora
- Sonolência ou confusão mental
- Agitação, instabilidade ou convulsões
- Dificuldades visuais
- Vômitos, febre ou rigidez de nuca
- Incontinência urinária ou fecal
- Fraqueza ou dormência em qualquer parte do corpo

Critérios para internação:

- ECG < 15
- TC Crânio com alterações
- Convulsões, vômitos persistentes, distúrbios da coagulação
- Déficits neurológicos

## TCE MODERADO A GRAVE

### 1. JEJUM

### 2. MONITORAMENTO CONTÍNUO

### 3. DEXTRO 4/4H

(Glasgow  $\leq$  8 ou sinais de herniação)

### 4. IOT

(Glasgow  $\leq$  8)

### 5. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS

(Sinais de herniação iminente)

### 6. HIPERVENTILAÇÃO

(PaCO<sub>2</sub> alvo 30-35)

(Sinais de herniação iminente)

7. **MANITOL** 200MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL FRASCO COM 250 OU 500ML (70kg) ADMINISTRAR 500ML EV, INFUSÃO EM 10 MINUTOS.

(dose de ataque: 1,0-1,5 g/kg; doses subsequentes: 0,25-0,5 g/kg 1x/4-6h)

### 8. TC CRÂNIO SEM CONTRASTE, COM URGÊNCIA

(Glasgow 9-12 + TCE há < 3 horas)

9. **ÁCIDO TRANEXÂMICO** 50MG/ML AMPOLA COM 5ML

ADMINISTRAR 4 AMPOLAS EV, INFUSÃO EM 10 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 4 AMPOLAS EV EM BIC, INFUSÃO EM 8 HORAS.

(TC Crânio com alterações)

### 10. AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

(PAS < 100 ou [PAS < 110 + idade 50-69 anos])

11. **CLORETO DE SÓDIO 0,9%** BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV

12. **GLICOSE 50%** AMPOLA COM 10ML

ADMINISTRAR 50ML EV SE DEXTRO < 70

(Glicemia alvo: 140-180)

13. **INSULINA REGULAR** 100U/ML AMPOLA COM 3, 5 OU 10ML

ADMINISTRAR POR VIA SC CONFORME DEXTRO: 181–220 MG/DL, 2 UI; 221–260 MG/DL, 4 UI; 261–300 MG/DL, 6 UI; 301–350 MG/DL, 8 UI; >350 MG/DL, 10 UI E AVISAR MÉDICO

(Glicemia alvo: 140-180)

14. **LABS:** HMG, UR, CR, NA, K, MG, CA, COAGULOGRAMA, TS, GASOMETRIA ARTERIAL

(Hb < 9 + risco de isquemia cerebral)

### 15. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

(Risco aumento de crise epiléptica)

16. **LEVETIRACETAM** 100MG/ML AMPOLA COM 1ML

(70kg) ADMINISTRAR 15ML EV EM BIC, INFUSÃO EM 1 HORA. APÓS, ADMINISTRAR 10ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 15 MINUTOS.

(Dose de ataque: 20mg/kg EV; Dose de manutenção: 1g EV 12/12h; Duração da profilaxia: 7 dias)

## TRAUMA PÉLVICO

### X1. Estabilização da pelve

1. FAST

2a. (Paciente estável) TC PELVE

2b. (Paciente instável) RX PELVE

3. (Sangue no meato uretral / Hematúria franca) URETROGRAFIA RETRÓGRADA

4. (Fratura aberta da pelve) CEFTRIAXONA 2G EV 1X/DIA

5. (Fratura aberta da pelve + histórico vacinal desconhecido) VACINA PARA TÉTANO

6. (Fratura aberta da pelve + histórico vacinal desconhecido + ferimento contaminado) IMUNOGLOBULINA PARA TÉTANO

7. (Lesão significativa) AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)

### DIAGNÓSTICO

#### 1. USG COMPRESSIVA:

#### - AUSÊNCIA DE COMPRESSIBILIDADE DA VEIA



*Ultrassonografia Doppler demonstra que a veia femoral comum e a veia femoral estão distendidas, não compressíveis e preenchidas por material hipocogênico heterogêneo, sem fluxo.*

## MANEJO

### *SUSPEITA DE TVP PROXIMAL COM ALTA PROBABILIDADE PRÉ-TESTE*

#### BAIXO RISCO DE SANGRAMENTO

##### 1. ANTICOAGULAÇÃO EMPÍRICA

### *TVP PROXIMAL*

#### BAIXO RISCO DE SANGRAMENTO

##### 1. ANTICOAGULAÇÃO

#### ALTO RISCO DE SANGRAMENTO

##### 1. TENTAR MODIFICAR FATORES DE RISCO PARA SANGRAMENTO

(Considerar)

##### 2. ANTICOAGULAÇÃO COM HEPARINA NÃO FRACIONADA

### *TVP DISTAL COM ALTO RISCO DE PROGRESSÃO*

#### BAIXO RISCO DE SANGRAMENTO

##### 1. ANTICOAGULAÇÃO

#### ALTO RISCO DE SANGRAMENTO

##### 1. VIGILÂNCIA COM USG COMPRESSIVA SERIADA

### *TVP DISTAL COM BAIXO RISCO DE PROGRESSÃO*

##### 1. VIGILÂNCIA COM USG COMPRESSIVA 1X/SEMANA POR 2 SEMANAS

## MANEJO: ANTICOAGULAÇÃO

### *PACIENTE ESTÁVEL*

#### A1. **RIVAROXABANA** 15MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 21 DIAS. TOMAR COM REFEIÇÃO.

(Contraindicado se ClCr < 30)

APÓS OS 21 DIAS DO TRATAMENTO INICIAL:

#### A2. **RIVAROXABANA** 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA, ATÉ COMPLETAR 3 MESES DE TRATAMENTO. TOMAR COM REFEIÇÃO.

(Contraindicado se ClCr < 30)

#### B. **APIXABANA** 5MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 7 DIAS. APÓS, TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS, ATÉ COMPLETAR 3 MESES DE TRATAMENTO.

### *PACIENTE INSTÁVEL*

#### A. **HEPARINA NÃO FRACIONADA** 5.000UI/ML FRASCO-AMPOLA COM 5ML

DILUIR 5ML EM 245ML DE SG 5% (100 UNIDADES/ML)

(70kg) ADMINISTRAR 56ML EV EM BOLUS. APÓS, ADMINISTRAR EV EM BIC A 12 ML/H.

(Dose de ataque: 80 unidades/kg; Dose máxima de ataque: 10.000UI; Dose de infusão: 18 UI/kg/h; Dose máxima de infusão: 2.000 UI/h)

## ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE

1. MONITORAMENTO CONTÍNUO

2. 2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS CALIBROSOS (16G)

3. REPOSIÇÃO VOLÊMICA

3a. **SF 0,9%** BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV EM 30 MINUTOS

3b. RINGER LACTATO BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV EM 30 MINUTOS

4. **ESOMEPRAZOL** 40MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 80MG EV EM BOLUS, INFUSÃO EM 3 MINUTOS. APÓS, ADMINISTRAR 40MG EV 12/12H ATÉ A REALIZAÇÃO DA ENDOSCOPIA.

5. **ERITROMICINA** 1.000MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 250MG EV, INFUSÃO EM 30 MINUTOS. REALIZAR EDA EM 30 A 90 MINUTOS APÓS TÉRMINO DA INFUSÃO.

6. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, TS, COAGULOGRAMA, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, ALBUMINA, GASOMETRIA VENOSA, U1

7. **EDA** DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

(Pode incluir: coagulação térmica, cliques hemostáticos, injeção de epinefrina)

8. (Hb < 7 + paciente estável) TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

9. (Plaq < 50.000 + sangramento crítico) TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS

## URGÊNCIA HIPERTENSIVA

(Meta PA < 160/100 em horas a dias – não reduzir PAM > 25-30% em 2 a 4 horas)

1. **REPOUSO** EM AMBIENTE CALMO POR 30 MINUTOS

(Pode reduzir PAS em 20mmHg)

2a. **CAPTOPRIL** 25MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL AGORA

2b. **CLONIDINA** 0,1MG COMPRIMIDO

ADMINISTRAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL AGORA

# URTICÁRIA E ANGIOEDEMA

Última atualização: 20/04/2025

## DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

**URTICÁRIA: PLACAS ELEVADAS, PRURIGINOSAS, COM PALIDEZ CENTRAL, QUE DURAM <24H**

**ANGIOEDEMA: EDEMA MAL DELIMITADO, COMUM EM FACE, LÁBIOS, GENITAIS**



## MANEJO

### 1. ANTIHISTAMÍNICO

1A. **LORATADINA 10MG COMPRIMIDO**  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA  
(Dose: 10mg 1-2x/dia)

1B. **CETIRIZINA 10MG COMPRIMIDO**  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA  
(Dose: 10mg 1-2x/dia)

1A. **FEXOFENADINA 180MG COMPRIMIDO**  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA  
(Dose: 180mg 1x/dia / 60mg 2x/dia)

1A. **FEXOFENADINA 60MG COMPRIMIDO**  
TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 12/12H  
(Dose: 180mg 1x/dia / 60mg 2x/dia)

(Caso persistente ou com angioedema marcante)

### 2. CORTICOIDE

2A. **PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO**  
TOMAR UM COMPRIMIDO E MEIO POR VIA ORAL APÓS O ALMOÇO 1X/DIA POR 5 DIAS. APÓS OS 5 DIAS, REDUZIR PARA MEIO COMPRIMIDO 1X/DIA E TOMAR POR 3 DIAS.  
(Dose: 30-60mg por 5-7 dias, com desmame)

# PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

## INTUBAÇÃO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA

### ETAPAS

#### **7 Ps:**

1. PREPARAÇÃO
2. PRÉ-OXIGENAÇÃO
3. OTIMIZAÇÃO FISIOLÓGICA
4. POSICIONAMENTO
5. PARALISIA COM INDUÇÃO
6. COLOCAÇÃO COM CONFIRMAÇÃO
7. PÓS-INTUBAÇÃO

## 1. PREPARAÇÃO

- 1. Avaliação da via aérea quanto à dificuldade anatômica e fisiológica.
  - Avaliação **LEMON** (dificuldade anatômica para laringoscopia):
    - *L: Look* – Avaliação visual geral.
    - *E: Evaluate (3-3-2)* – Abertura oral, espaço submandibular, e localização laríngea.



### Regra 3-3-2 para identificação de via aérea difícil

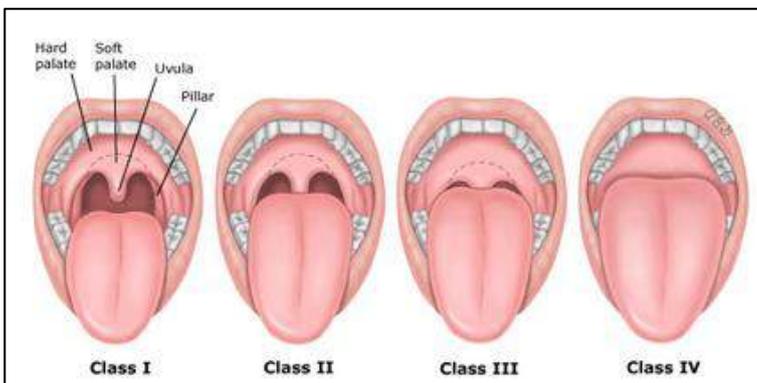
As relações espaciais descritas a seguir são determinantes importantes para o sucesso da laringoscopia direta. As distâncias normais indicadas sugerem que a laringoscopia não será difícil para esse paciente.

(A) O paciente consegue abrir a boca o suficiente para acomodar 3 de seus próprios dedos entre os incisivos.

(B) A distância entre o mento (queixo) e a junção do pescoço com a mandíbula (próximo ao osso hióide) é equivalente à largura de 3 dedos do próprio paciente.

(C) O espaço entre a incisura superior da cartilagem tireoide e a junção do pescoço com a mandíbula, próximo ao osso hióide, é equivalente à largura de 2 dedos do paciente.

- *M: Mallampati* – Estimativa de espaço orofaríngeo.



### Classificação de Mallampati modificada para laringoscopia e intubação difíceis

A classificação de Mallampati modificada é um sistema de pontuação simples que relaciona a abertura da boca ao tamanho da língua e fornece uma estimativa do espaço disponível para intubação oral por laringoscopia direta.

De acordo com a escala de Mallampati:

**Classe I:** palato mole, úvula e pilares visíveis;

**Classe II:** palato mole e úvula visíveis;

**Classe III:** apenas o palato mole e a base da úvula são visíveis;

**Classe IV:** apenas o palato duro é visível.

- *O: Obstrução/obesidade* – Tecidos redundantes dificultam visualização.
- *N: Mobilidade cervical* – Restrição dificulta posicionamento ideal.
- Avaliar distúrbios fisiológicos que aumentam o risco de colapso cardiovascular durante a RSI:
  - Hipotensão (PAS <100 mmHg)
  - Índice de choque elevado (FC/PAS >0,8)
  - Hipoxemia (SpO<sub>2</sub> <93%)
- Corrigir tais alterações antes da administração dos fármacos da RSI, se possível.

- 2. Elaboração de um plano de manejo da via aérea com estratégia de contingência.
  - Seleção da lâmina
    - Tipo
      - (Abertura bucal limitada / Queixo retraído) Reta (Miller)
      - (Demais casos) Curva (Macintosh)
    - Tamanho
      - Curva
        - (Adultos maiores / Obesidade / Pescoço grosso) 4
        - (Demais casos) 3
      - Reta
        - 2 ou 3
  - Seleção do tubo orotraqueal
    - Mulheres: 7mm
    - Homens: 7,5mm
  - Seleção do agente indutor
    - Agente
      - (Broncoespasmo) Cetamina
      - (Demais casos) Etomidato
        - Maior estabilidade hemodinâmica
    - Dose
      - (Choque) Dose reduzida – etomidato (0,15 mg/kg); cetamina (1 mg/kg)
      - (Demais casos) Dose padrão – etomidato (0,3 mg/kg); cetamina (1 – 2 mg/kg)
  - Seleção do bloqueador neuromuscular
    - Succinilcolina (1,5 mg/kg)
      - Início rápido (45-60 s)
      - Curta duração (6-10 min)
      - Principais contraindicações absolutas
        - Rabdomiólise ou hipercalemia significativa (com alterações no ECG)
        - Queimaduras ou AVC com mais de 72h
    - Rocurônio (1,5 mg/kg)
      - Início de ação: 45s – 3 minutos
      - Duração de ação: 45 minutos

- Exemplo de plano
  - Plano A
    - Intubação em sequência rápida com pré-oxigenação, indução com etomidato e bloqueio com succinilcolina
    - 1ª tentativa: Intubação orotraqueal com laringoscopia direta, lâmina curva tamanho 3, tuborotraqueal tamanho 7,5
    - 2ª tentativa: Intubação orotraqueal com videolaringoscópio
    - 3ª tentativa: Intubação orotraqueal com laringoscopia direta por outro operador
  - Plano B
    - Colocação de máscara laríngea
    - Ventilação com pressão positiva
  - Plano C
    - Ventilação com máscara facial
  - Plano D
    - Cricotireoidotomia por punção emergencial

- 3. Reunião de equipe, equipamentos e medicações necessárias
  - Equipamentos necessários
    - Coxins para posicionamento
    - Dispositivo de aspiração
    - Bolsa-válvula-máscara
    - Laringoscópio
    - Videolaringoscópio (se possível)
    - Tubo orotraqueal (separar um tamanho acima e um abaixo)
    - Fio-guia
    - Bougie (se possível)
    - Lubrificante
    - Seringa de 10 mL
    - Fita para fixação do tubo orotraqueal
    - Máscara laríngea
    - Material para cricotireoidotomia
    - Carrinho de emergência próximo
  - Medicações necessárias
    - Agente indutor
    - Bloqueador neuromuscular
    - Medicações de emergência
  - Ações necessárias
    - Monitorização contínua (PA, SpO<sub>2</sub>, ECG, EtCO<sub>2</sub>)
    - Acesso venoso duplo (se possível)
    - Checar sistema de aspiração
    - Checar luz do laringoscópio
    - Checar balonete do tubo orotraqueal
    - Moldar o fio-guia em até 35º, não ultrapassar extremidade distal do tubo orotraqueal



## 2. PRÉ-OXIGENAÇÃO

### Princípios gerais e dessaturação de oxigênio

- Tempo mínimo de pré-oxigenação: 3 minutos
- Tempo esperado até dessaturar abaixo de 90%:
  - Adulto saudável (70 kg): 6–8 minutos.
  - Adulto obeso ou com doença crônica: <3 minutos.

### Pré-oxigenação em diferentes cenários clínicos

- **Ventilação espontânea inadequada:**
  - Ventilação com bolsa-válvula-máscara sincronizada e pressão <20 cm H<sub>2</sub>O.
- **Ventilação espontânea adequada e paciente cooperativo:**
  - Máscara de não-reinalação com fluxo máximo (40–70 L/min), para FiO<sub>2</sub> >90%.
- **Ventilação espontânea adequada mas paciente não cooperativo:**
  - Intubação em sequência retardada (DSI) com cetamina (1 mg/kg IV) para permitir pré-oxigenação sem depressão respiratória.
- **Shunt intrapulmonar direita-esquerda (ex.: pneumonia, SDRA):**
  - Preferir ventilação não invasiva (VNI/BiPAP); evitar em risco de aspiração.
  - HFNO (oxigênio nasal de alto fluxo) é alternativa em pacientes que não toleram VNI.

### Estratégias adicionais para otimizar pré-oxigenação

- **Posicionamento adequado:**
  - Cabeceira elevada a 30 graus ou posição Trendelenburg reversa para melhorar oxigenação.
  - Em obesos, usar posição ramp para facilitar pré-oxigenação.
- **Oxigenação passiva durante apneia:**
  - Administrar oxigênio por cateter nasal a 15 L/min durante apneia (oxigenação apneica).
  - Pode ser feita também com HFNO em pacientes com risco elevado de dessaturação.
- **Ventilação interposta suave com máscara:**
  - Indicada para pacientes críticos que não toleram apneia, mesmo durante RSI.
- **Manobras para manter via aérea pérvia:**
  - Uso de cânulas nasais ou orofaríngeas, elevação do queixo (chin lift), tração da mandíbula (jaw thrust).
  - Evitar elevação do queixo se houver suspeita de lesão cervical.

### 3. OTIMIZAÇÃO FISIOLÓGICA

#### VISÃO GERAL

##### Definição e importância

- Vias aéreas fisiologicamente difíceis ocorrem quando comorbidades ou condições agudas (ex.: IC, DPOC, sepse, TEP) aumentam o risco de descompensação cardiopulmonar durante o manejo das vias aéreas.

##### Epidemiologia

- Eventos adversos ocorrem em 20-50% das intubações em pacientes criticamente doentes.
- As principais complicações são dessaturação de oxigênio, hipotensão e parada cardíaca.

##### Riscos específicos

- **Parada cardíaca:** pré-hipotensão, hipoxemia, ausência de pré-oxigenação, IMC >25, idade >75 anos.
- **Hipotensão:** uso prévio de vasopressores, sepse, disfunção ventricular, idade avançada, uso de propofol ou etomidato.
- **Dessaturação de oxigênio:** falha na pré-oxigenação, uso prévio de ventilação não invasiva, intubação emergencial, ventilação difícil com máscara, edema pulmonar ou pneumonia.

##### Causas de hipoxemia durante intubação

1. **Fluxo inadequado para denitrogenação:** pacientes com esforço respiratório elevado diluem O<sub>2</sub> inspirado.
2. **Capacidade residual funcional (CRF) reduzida:** causada por obesidade, ascite, derrame pleural, pneumotórax, hemotórax, pneumonia, IC, SDRA.
3. **Baixa relação ventilação-perfusão (shunt):** pacientes com malformações, hepatopatia, pneumonia multifocal, SDRA grave.

##### Estratégias para otimizar pré-oxigenação

- Fluxo alto de O<sub>2</sub> (>20 L/min) com máscara bem vedada ou sistema de oxigenação nasal de alto fluxo (HFNO).
- Uso de ventilação não invasiva (NIV) ou pressão positiva contínua (PEEP) em casos de CRF reduzida.
- Manter HFNO durante apneia.
- Evitar máscaras de reservatório padrão em pacientes com grande esforço inspiratório.

## Hipotensão e choque

- Classificação de risco:
  - Baixo: PA normal, índice de choque normal.
  - Moderado: PA normal, índice de choque  $>0,7$ .
  - Alto: PA baixa e índice de choque  $>0,7$ .
- Intervenções possíveis: fluidos, hemoderivados, vasopressores (principalmente noradrenalina), agentes inotrópicos (ex.: dobutamina) para disfunção de VE, vasopressores para insuficiência de VD.

## Proteção do ventrículo direito

- Identificar sinais clínicos (turgência jugular, edema, ascite) e ecocardiográficos (dilatação do VD, achatamento septal, TAPSE reduzido).
- Intervenções incluem uso de vasopressores, diuréticos (em sobrecarga), ou vasodilatadores pulmonares inalatórios (ex.: óxido nítrico).

## Situações especiais

- **Hipoxemia + hipotensão simultânea:** tratar primeiro a hipoxemia e, em seguida, a hemodinâmica.
- **Acidose metabólica grave:** priorizar pré-oxigenação com HFNO ou NIV; considerar bicarbonato (sem evidência de benefício comprovado); intubação acordada se necessária; ventilação mecânica ajustada para evitar acúmulo de CO<sub>2</sub>.

## Uso do fentanil como pré-medicação para intubação

- O uso de fentanil como pré-medicação deve ser criterioso e não é recomendado de forma rotineira para todos os pacientes.
- Atua reduzindo os efeitos cardiovasculares provocados pela laringoscopia, especialmente em pacientes em que aumentos súbitos da pressão arterial são indesejáveis.
- A administração deve ser feita lentamente, para evitar a síndrome do tórax rígido.
- O fentanil deve ser infundido de 3 a 5 minutos antes da sedação.
- Dose recomendada: 3 microgramas por quilo (o que equivale geralmente a 1-3 mL em adultos).
- Indicações principais:
  - Sangramento intracraniano ativo
  - Hipertensão intracraniana
  - Dissecção aórtica em contexto de crise hipertensiva pré-intubação.

## PRESCRIÇÃO

1. **FENTANIL 50MCG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL AMPOLA COM 2, 5 OU 10ML (70kg) ADMINISTRAR 2ML EV, INFUSÃO LENTA EM 30 A 60 SEGUNDOS.**  
(Dose: 1-3 mcg/kg; Infundir 3 minutos antes da indução)

## 4. POSICIONAMENTO

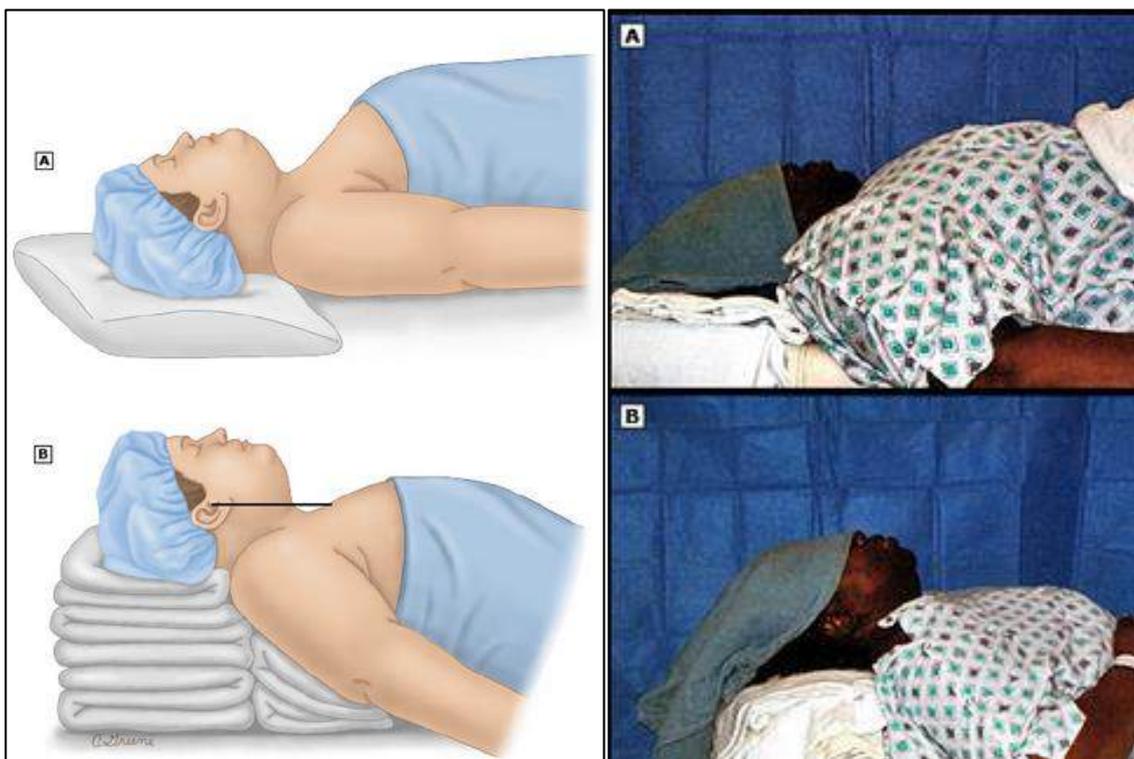
### POSICIONAMENTO DO PACIENTE <sup>3</sup>

#### Posicionamento do paciente para intubação

- Em casos de suspeita de lesão cervical, deve-se evitar manipulação da cabeça e pescoço.

#### Aspectos técnicos do posicionamento

- Pacientes estáveis e bem pré-oxigenados toleram bem a breve apneia causada pelo ajuste do posicionamento.
- O alinhamento ideal se dá quando o meato auditivo externo está ao nível da incisura esternal (vista sagital).
- Esse alinhamento pode ser obtido com lençóis, dispositivos específicos ou ajuste do leito, formando uma rampa.



#### Considerações anatômicas

- O alinhamento adequado ocorre com flexão da coluna torácica superior e cervical inferior.
- A flexão excessiva da coluna cervical superior dificulta a intubação ao aumentar a resistência ao deslocamento da língua.
- A extensão do atlanto-occipital melhora a visão da glote, mas a extensão abaixo dessa articulação pode prejudicá-la.
- A flexão do leito na altura dos quadris não contribui para melhor visualização da glote.

#### Manobras adicionais se necessário

- Mesmo com bom posicionamento inicial, pode ser preciso manipular adicionalmente a cabeça, o pescoço e a glote.
- A posição inicial deve permitir fácil elevação da cabeça e flexão adicional do pescoço por um assistente.
- O auxiliar deve realizar esses ajustes para que o laringoscopista mantenha o foco na visualização da laringe e na laringoscopia bimanual.

## 51. INDUÇÃO

### PRESCRIÇÃO

#### A. **ETOMIDATO** 2MG/ML AMPOLA COM 10ML

(70kg) ADMINISTRAR 20MG EV

(70kg + choque) ADMINISTRAR 10MG EV

(Dose: 0,3 mg/kg; Dose (choque): 0,15 mg/kg; Ação em 15-45 s; Duração: 3-12 min)

#### B. **CETAMINA** 50MG/ML AMPOLA COM 2ML

(70kg) ADMINISTRAR 100MG EV

(70kg + choque) ADMINISTRAR 70MG EV

(Dose: 1,0-2,0 mg/kg; Dose (choque): 1,0 mg/kg; Ação em 45-60 s; Duração: 10-20 min)

#### C. **PROPOFOL** 10MG/ML AMPOLA COM 10ML

(70kg) ADMINISTRAR 100MG EV

(Dose: 1,5-3,0 mg/kg; Ação em 15-45 s; Duração: 5-10 min)

#### D. **MIDAZOLAM** 1MG/ML AMPOLA COM 5ML

(70kg) ADMINISTRAR 15MG EV

(Dose: 0,1-0,3 mg/kg; Ação em 30-60 s; Duração: 15-30 min)

### ESCOLHA DO FÁRMACO

- Broncoespasmo => Cetamina
- Estado de mal epilético => Midazolam
- Demais casos => Etomidato

## 52. BLOQUEIO

### PRESCRIÇÃO

#### A. **SUCCINILCOLINA** 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

DILUIR EM 10ML DE SF 0,9%

(70kg) ADMINISTRAR 100MG EV

(Dose: 1,5 mg/kg; Ação em 45-60 s; Duração: 6-10 min)

#### B. **ROCURÔNIO** 10MG/ML AMPOLA COM 5ML

(70kg) ADMINISTRAR 100MG EV

(Dose: 1,5 mg/kg; Ação em 45 s – 3 min; Duração: 45 min)

### ESCOLHA DO FÁRMACO

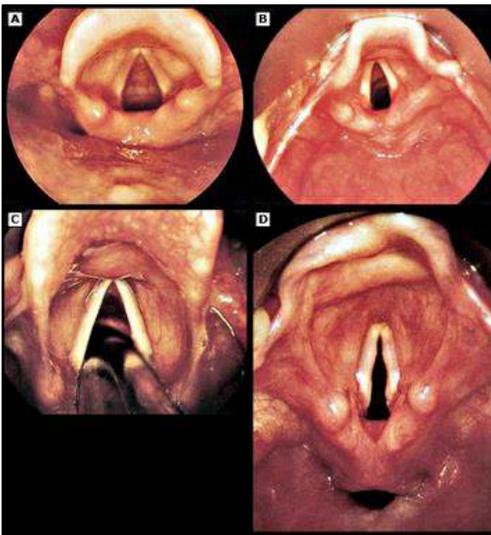
- Hipercalemia significativa (com alterações no ECG) => Rocurônio
- Rabdomiólise => Rocurônio
- AVC com mais de 72h => Rocurônio
- Queimaduras => Rocurônio
- Demais casos => Succinilcolina ou Rocurônio

## 6. COLOCAÇÃO COM CONFIRMAÇÃO

### COLOCAÇÃO

#### TÉCNICA DE LARINGOSCOPIA

- **Passos principais:**
  1. Introduzir a lâmina cuidadosamente, deslocando a língua para a esquerda.
  2. Identificar a epiglote.
  3. Otimizar a visualização da glote (manipulação externa da laringe, elevação da cabeça, flexão cervical baixa).
  4. Introduzir o tubo traqueal sob visão direta.
  5. Confirmar posição com capnografia.
  6. Fixar o tubo.
- Monitorar continuamente a **SpO<sub>2</sub>**, interrompendo o procedimento se necessário para ventilar com bolsa-máscara.



#### **Aparência da laringe com videolaringoscópio**

Diversas fotografias da laringe obtidas com um videolaringoscópio:

(A) visão pré-intubação das vias aéreas de um adulto;

(B) visão pré-intubação das vias aéreas de uma criança;

(C) tubo endotraqueal passando entre as cordas vocais;

(D) visão da laringe e do hipofaringe (observar o espaço orientado horizontalmente abaixo da entrada laríngea, que corresponde ao esôfago).



#### **Fotografia da entrada laríngea com manipulação laríngea externa**

Esta fotografia da glote foi obtida enquanto o responsável pela via aérea realizava manipulação laríngea externa (ELM).

## LARINGOSCOPIA COM LÂMINA CURVA

- Inserir na linha média ou lateral direita, controlando a língua.
- Avançar até a valécula, buscando elevar a epiglote com movimentos de "spooning".
- Não alavancar a lâmina nos dentes.
- Utilizar manipulação laríngea externa para melhor visualização.

## LARINGOSCOPIA COM LÂMINA RETA

- Pode ser feita pela linha média ou técnica paraglossal (ao lado da língua).
- A paraglossal facilita o deslocamento da língua e melhora a visualização em bocas pequenas.
- A epiglote é elevada diretamente pela lâmina.

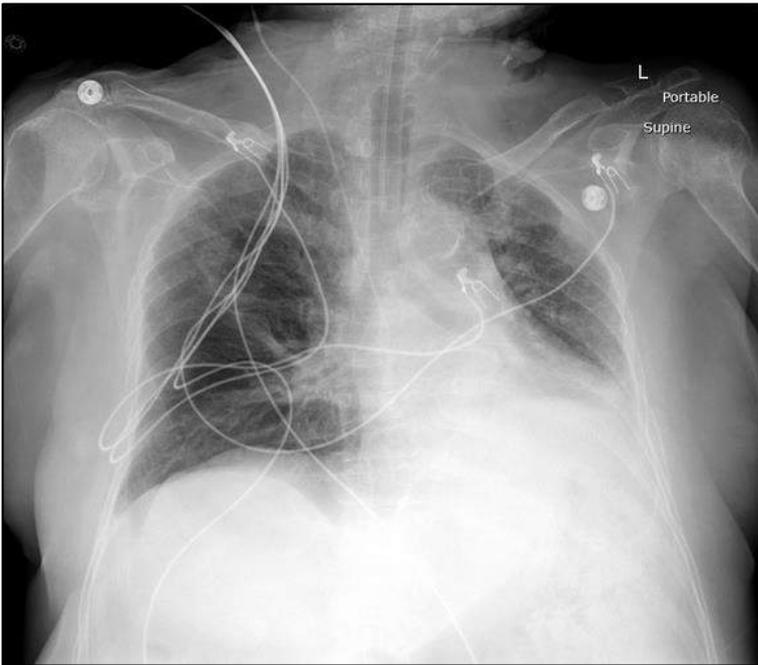
## TÉCNICAS ADICIONAIS

- **Manipulação laríngea externa (bimanual/ELM)** melhora significativamente a visão da glote.
- **Bougie:** introdutor flexível útil quando a visão da glote é parcial.
- **Rotação do tubo** pode ajudar quando ele “prende” na entrada da glote ou parede anterior da traqueia.

## CONFIRMAÇÃO

### LOCAIS POSSÍVEIS DE POSICIONAMENTO DO TOT

- **Correção ideal:** TOT posicionado 3 a 5 cm acima da carina com o pescoço em posição neutra.



#### **Radiografia de tórax mostrando posicionamento correto do TOT**

Esta radiografia de tórax mostra um tubo endotraqueal na posição correta, com a ponta aproximadamente 5 cm acima da carina. TOT: tubo orotraqueal (endotraqueal).

### MÉTODO PREFERIDO PARA CONFIRMAÇÃO: CAPNOGRAFIA COM ONDAS (WAVEFORM)

- Detecta o CO<sub>2</sub> expirado com alta sensibilidade e especificidade (~100%).
- Critérios de confirmação:
  - Onda com morfologia típica (4 fases).
  - Amplitude crescente ou constante por 7 ventilações.
  - Pico de EtCO<sub>2</sub> >7,5 mmHg.
  - Leitura condizente com o estado clínico.



#### **Capnografia**

Esta foto mostra um monitor fisiológico com uma curva de capnografia, que está destacada com um contorno.

## 7. SEDAÇÃO PÓS IOT

FENTANIL EV 25-200 MCG/H OU 0,7-10,0 MCG/KG/H

APRESENTAÇÕES:

- FENTANIL 50 MCG/ML FRASCO-AMPOLA COM 2ML / 5ML / 10ML
- FENTANIL 0,02 MG/ML BOLSA COM 250ML

PRESCRIÇÃO:

70KG: **FENTANIL EV EM BIC 50MCG/ML 20ML DILUÍDO EM 80ML DE SF 0,9% (10MCG/ML) 2,5-20,0 ML/H**

PROPOFOL EV 5-50 MCG/KG/MIN (0,3-3,0 MG/KG/HORA)

APRESENTAÇÕES:

- PROPOFOL 10MG/ML AMPOLA COM 10ML / 20ML / 50ML / 100ML
- PROPOFOL 20MG/ML FRASCO-AMPOLA COM 50ML

PRESCRIÇÃO:

70KG: **PROPOFOL EV 10MG/ML 2,0-20,0 ML/H**

QUETAMINA EV 0,04-2,5 MG/KG/H

APRESENTAÇÕES:

- QUETAMINA 50MG/ML AMPOLA COM 2ML / 10ML

PRESCRIÇÃO:

70KG: **QUETAMINA EV 50MG/ML 2ML DILUÍDO EM 98ML DE SF 0,9% (1MG/ML) 3-175 ML/H**

MIDAZOLAM EV 0,01-0,1 MG/KG/H

APRESENTAÇÕES:

- MIDAZOLAM 1MG/ML AMPOLA COM 5ML / 50ML / 100ML
- MIDAZOLAM 5MG/ML AMPOLA COM 3ML / 10ML

PRESCRIÇÃO:

70KG: **MIDAZOLAM EV 5MG/ML 30ML DILUÍDO EM 120ML DE SF 0,9% (1MG/ML) 0,7-7,0 ML/H**

REFERÊNCIAS:

- Medicina de Emergência-Abordagem Prática-17ed - Velasco, I. - HC – 2023

# MEDICINA INTENSIVA

## CHOQUE

### DEFINIÇÃO

- Choque é uma condição potencialmente fatal caracterizada por hipóxia celular e tecidual, geralmente por falência circulatória.

### DIAGNÓSTICO

- Baseia-se em hipotensão, hipoperfusão tecidual (pele, diurese, consciência), hiperlactatemia (> 1,5)

### MANEJO

#### 1. MONITORAMENTO

##### 11. PAI

##### 12. QUANTIFICAÇÃO DE DIURESE

##### 13. LACTATO SERIADO

##### 14. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL SERIADA

#### 2. ESTABILIZAR VIA AÉREA

#### 3. ESTABILIZAR VENTILAÇÃO

#### 4. ESTABILIZAR CIRCULAÇÃO

(Meta PAM  $\geq$  65)

(Hipovolemia)

#### 41. REPOSIÇÃO VOLÊMICA

##### 41A. **RINGER LACTATO** BOLSA COM 1L

(70kg) ADMINISTRAR 1L EV AGORA. APÓS, REPETIR 1X ACM.

(Em geral velocidade inicial similar à sepse; Considerar volume > 5L se choque hemorrágico)

(PAM < 65 a despeito de reposição volêmica)

#### 42. VASOPRESSOR

##### 42A. HEMITARATARATO DE **NOREPINEFRINA** 2MG/ML AMPOLA COM 4ML

DILUIR 16ML EM 234ML DE SG5%

ADMINISTRAR EV EM BIC, VELOCIDADE INICIAL DE 5ML/H

(Ampola contém 1mg/mL de norepinefrina base; Concentração: 64 mcg/mL; Dose inicial 5-15 mcg/min; Dose de manutenção usual: 2-80 mcg/min; Dose máxima: 80-250 mcg/min)

#### 5. ECG

#### 6. POCUS

7. HMG, UR, CR, NA, K, CA, MG, PCR, LACTATO, GASOMETRIA, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, ALBUMINA, COAGULOGRAMA, TROPONINA, BNP, D-DÍMERO, U1, URC

(Conforme suspeita)

#### 8. CULTURAS

#### 9. REVERSÃO DA CAUSA

## CLASSIFICAÇÃO

### 1. Choque Distributivo

- Vasodilatação periférica importante.
- **Causas principais:**
  - **Choque séptico:** resposta inflamatória desregulada a infecção; elevada mortalidade.
  - **SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica):** pode ser infecciosa ou não (ex: pancreatite, queimaduras, embolias).
  - **Choque neurogênico:** lesão medular ou encefálica com perda do tônus simpático.
  - **Anafilaxia:** reações alérgicas graves mediadas por IgE.
  - **Fármacos e toxinas:** narcóticos, venenos, metais pesados, etc.
  - **Choque endócrino:** crise adrenal (hipocortisolismo), mixedema, tireotoxicose.

### 2. Choque Cardiogênico

- Falência da bomba cardíaca.
- **Subtipos:**
  - **Cardiomiopático:** IAM, miocardite, IC grave.
  - **Arritmico:** taquiarritmias ou bradiarritmias graves.
  - **Mecânico:** defeitos valvares agudos, rotura septal, tamponamento.

### 3. Choque Hipovolêmico

- Redução do volume intravascular.
- **Causas:**
  - **Hemorrágico:** trauma, sangramentos digestivos, aneurismas rotos, hemorragias obstétricas.
  - **Não hemorrágico:** perdas GI (diarreia, vômitos), perdas cutâneas (queimaduras), perdas renais (diuréticos, diabetes), terceiro espaço (pancreatite, trauma).

### 4. Choque Obstrutivo

- Obstáculo extracardíaco à circulação.
- **Dividido em:**
  - **Vascular pulmonar:** TEP, hipertensão pulmonar grave.
  - **Mecânico:** pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, pericardite constrictiva, síndrome compartimental abdominal.

### 5. Choque Combinado

- Situações clínicas frequentes envolvem mais de um mecanismo, como:
  - Choque séptico + hipovolêmico + cardiogênico.
  - Trauma com hemorragia + SIRS.
  - IAM com rotura e tamponamento.

## CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

### TERAPIA DE FLUIDOS NO PÓS-OPERATÓRIO

#### VISÃO GERAL

#### PERDAS DE FLUIDO NO PÓS-OPERATÓRIO

- **Sangramento:** requer reconhecimento precoce e possível transfusão ou reoperação.
  - **Drenagens:** perdas por sondas ou drenos podem causar hipovolemia se não forem repostas.
  - **Third spacing:** extravasamento de fluidos para tecidos e cavidades; comum nas primeiras 72h.
  - **Perdas insensíveis:** exposição prolongada de feridas ou cavidades, febre e queimaduras.
- 

#### RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA

##### Indicações:

- Instabilidade hemodinâmica, oligúria, acidose láctica.

##### Estimativa do déficit:

- Método clínico impreciso. Bolus de 500–1000 mL são utilizados com base em sinais clínicos.
- Déficit pode ser subestimado por perdas ocultas.

##### Reposição de perdas contínuas:

- Monitorar e repor perdas de drenos (>50 mL/h), com revisão da estratégia 2–3 vezes ao dia.

##### Volume necessário:

- Pode ser até 3x o déficit estimado, dependendo da gravidade da resposta ao estresse.

#### TIPOS DE FLUIDOS PARA RESSUSCITAÇÃO

##### Cristaloides:

- Primeira escolha.
- **SF 0,9%:** indicado em alcalose e perdas de cloro; pode causar acidose hiperclorêmica.
- **Ringer Lactato e Plasma-Lyte:** evitados em hiperpotassemia e insuficiência renal.

##### Coloides:

- **Albumina:** pouco benefício comprovado; possível piora em lesões neurológicas.

##### Hemocomponentes:

- Indicados em hemorragias ativas, anemia sintomática grave e coagulopatias.
  - Estratégias equilibradas (plasma, hemácias e plaquetas) são preferidas.
-

## TERAPIA DE FLUIDOS DE MANUTENÇÃO

### Indicação e objetivo

- Iniciada após a reanimação volêmica, quando o paciente não pode se alimentar por via oral ou enteral.

### Estratégias restritivas de fluidos

- Podem ser úteis em certos grupos (ex.: trauma, pós-pneumectomia, ERAS), reduzindo tempo de ventilação e internação.
- Riscos: **hipovolemia, hipotensão, lesão renal aguda (IRA)**.

### Manutenção rotineira

- Prescrição inicial:
  - Água: 25 a 30 mL/kg/dia
  - Sódio, potássio e cloreto: ~1 mmol/kg/dia
  - Glicose: 50-100 g/dia (para prevenir cetose de jejum)
  - Pode-se omitir a reposição de KCl nas primeiras 24-48h do pós-operatório

### Escolha e velocidade de infusão

- Soluções hipotônicas ou isotônicas (ex.: soro fisiológico, Ringer lactato) são comuns.
- Em pacientes sem choque ou hiperglicemia (>180 mg/dL), pode-se adicionar **dextrose 5%** para estimular secreção basal de insulina e evitar catabolismo, se sódio sérico normal.
  - **400–500 calorias/dia** (~100–150g de dextrose) são suficientes por até 5 dias.
- Após 5 dias sem suporte nutricional adicional, ocorre perda muscular.

### Hiperglicemia pós-operatória

- Comum mesmo em pacientes sem diabetes (por liberação de cortisol).
- Atualmente, é prática comum **omitir a dextrose** da manutenção para evitar hiperglicemia.
- Hiperglicemia (>140 mg/dL) associada a piores desfechos, especialmente em não diabéticos.

### Situações especiais de escolha de fluido

- **Hipoglicemia ou risco:** pode-se usar **dextrose 10% em menor volume**.
- **Hipernatremia:** usar **água com dextrose 5% (D5W)**.
- **Choque:** **não usar dextrose**, pois gera acidose via conversão em lactato.
- **Neurocirurgia ou lesão cerebral:** evitar soluções hipotônicas e com glicose (risco de edema cerebral e piora neurológica).

### Monitoramento e ajustes

- **Descontinuação dos fluidos EV:** deve ocorrer **após confirmação de ingestão enteral adequada** (ex.: ≥1 mL/kg/hora).
  - Inicialmente pode-se manter 25–50% da meta até ingestão plena.
  - Alguns retiram a dextrose ao iniciar alimentação oral.
- **Pacientes em nutrição parenteral:** ajustar infusão da nutrição conforme redução da manutenção, mantendo o total (ex.: 1 mL/kg/hora).

## PRESCRIÇÃO

### RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA

(Bolos de 250-1.000mL, Infusão em 30-60min)

**A. RINGER LACTATO** BOLSA COM 500ML  
ADMINISTRAR 500ML EV, INFUSÃO LENTA  
(Evitar em caso de hipercalemia)

**B. CLORETO DE SÓDIO** BOLSA COM 500ML  
ADMINISTRAR 500ML EV, INFUSÃO LENTA  
(Evitar em caso de acidose hiperclorêmica)

(Hemorragia ativa, anemia sintomática grave ou coagulopatia)

**C. HEMOCOMPONENTES**

(Preferência por soluções equilibradas com plasma, hemácias e plaquetas)

### FLUIDO DE MANUTENÇÃO: JEJUM ABSOLUTO

(Meta volume: 25-30 mL/kg/dia; Meta dextrose: 100-150 g/dia; Meta Na: 1mmol/kg/dia; Meta K: 1mmol/kg/dia)

### ALVO DE VOLUME: 2L/DIA

(70kg)

#### **A. SEM POTÁSSIO**

(Dose diária: 65 mmol de Na; 75g de dextrose)

**A1. GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML**  
ADMINISTRAR 500ML EV 8/8H, INFUSÃO EM 6 HORAS  
(Contraindicada no choque)

**A2. RINGER LACTATO BOLSA COM 500ML**  
ADMINISTRAR 500ML EV 1X/DIA, INFUSÃO LENTA  
(Evitar em caso de hipercalemia)

(70kg)

#### **B. COM POTÁSSIO**

(Dose diária: 68 mmol de NaCl; 50 mmol de KCl)

**GLICOSE 5% FRASCO COM 1.000ML**  
ADICIONAR NAACL 20% 10ML  
ADICIONAR KCL 19,9% 10ML  
ADMINISTRAR 1.000ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 12 HORAS  
(Contraindicada no choque)

ALVO DE VOLUME: 1,5L/DIA

(70kg)

**A. SEM POTÁSSIO**

(Dose diária: 65 mmol de Na; 100g de dextrose)

A1. **GLICOSE 10%** FRASCO COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 6 HORAS

(Infusão em veia calibrosa para evitar flebite; Contraindicada no choque)

A2. **RINGER LACTATO** BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV 1X/DIA, INFUSÃO LENTA

(Evitar em caso de hipercalemia)

(70kg)

**B. COM POTÁSSIO**

(Dose diária: 71 mmol de NaCl; 53 mmol de KCl)

**GLICOSE 5%** FRASCO COM 500ML

ADICIONAR NAACL 20% 7ML

ADICIONAR KCL 19,9% 7ML

ADMINISTRAR 500ML EV 8/8H, INFUSÃO EM 8 HORAS

(Contraindicada no choque)

## HIPOVOLEMIA

### DIAGNÓSTICO

- Baseia-se na **clínica e na concentração urinária de sódio**.
  - Histórico detalhado é essencial para identificação da causa.
  - Em idosos ou pacientes com doenças subjacentes, história pode ser limitada.
  - **Sódio urinário <20 mEq/L**: comum, exceto em perdas renais, dieta hipossódica ou certas doenças.
- Casos com edema ou DRC podem exigir **teste terapêutico com fluidos**.

### MANEJO

#### PRINCÍPIOS DO MANEJO

##### 1. Identificação e tratamento da causa subjacente

- Ex: perdas digestivas, renais, cutâneas, hemorragias, perdas em terceiro espaço.
- Condutas podem incluir antieméticos, suspensão de diuréticos, controle de sangramentos.

##### 2. Avaliação de distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos

- Desequilíbrios como hiponatremia, hipocalemia e acidose devem guiar a escolha e velocidade de reposição.

##### 3. Avaliação do déficit volêmico

- Inclui sinais clínicos, exames laboratoriais e ultrassonografia da veia cava inferior.

#### ESCOLHA DO FLUIDO DE REPOSIÇÃO

##### 1. Tipos principais

- **Cristaloides**: solução salina 0,9%, Ringer com lactato, Plasma-Lyte.
- **Coloides**: albumina, amido, gelatina.
- **Hemocomponentes**: concentrado de hemácias, em caso de hemorragia.

#### ESCOLHA DO FLUIDO DE REPOSIÇÃO

##### 1. Tipos principais

- **Cristaloides**: solução salina 0,9%, Ringer com lactato, Plasma-Lyte.
- **Coloides**: albumina, amido, gelatina.
- **Hemocomponentes**: concentrado de hemácias, em caso de hemorragia.

#### INDICAÇÕES ESPECÍFICAS

##### 1. Choque hemorrágico

- Hemocomponentes são prioritários.
- Cristaloides podem ser usados enquanto se aguarda o sangue.

##### 2. Choque não hemorrágico

- Cristaloides isotônicos são primeira escolha.
- Coloides como albumina são opção de segunda linha, mas sem benefício clínico consistente.

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### Manifestações clínicas

- **Sintomas:** cansaço, sede, câimbras, tontura postural, dor abdominal/torácica, confusão.
- **Causas associadas:** vômitos, diarreia, poliúria, queimação.
- **Alterações eletrolíticas/ácido-básicas:**
  - Fraqueza muscular (hipo/hipercalcemia)
  - Taquipneia (acidose)
  - Confusão/convulsões (hipo/hipernatremia)
  - Irritabilidade neuromuscular (alcalose)
  - Desejo intenso por sal (insuficiência adrenal)

### Exame físico

- **Turgor diminuído:** útil em jovens; pouco confiável em idosos.
- **Pele seca:** especialmente axila e mucosas.
- **Hipotensão postural:** comum e sugestiva.
- **Pressão venosa jugular diminuída.**
- **Atenção:** pressão arterial e turgor normais não excluem hipovolemia.

### Achados laboratoriais

- **Oligúria:** frequente, mas não universal.
- **Aumento de ureia/creatinina:**
  - Relação ureia/creatinina >20:1 sugere hipovolemia (azotemia pré-renal).
  - Pode ser alterada por dieta, catabolismo ou massa muscular.
- **Distúrbios eletrolíticos:**
  - Hipernatremia (perda primária de água)
  - Hiponatremia (perda mista com reposição hídrica inadequada)
  - Hipocalcemia (comum), hipercalcemia (casos com insuficiência renal)
  - Alcalose (vômitos, diuréticos), acidose (diarreia, choque)
- **Hematócrito/albumina elevados:** podem ocorrer por hemoconcentração.
- **Choque hipovolêmico:** taquicardia, extremidades frias, diurese <15 mL/h, confusão.
- **Sódio urinário <20 mEq/L:** comum, exceto em perdas renais, dieta hipossódica ou certas doenças.
- **Fração de excreção de sódio (FENa):**
  - <1% sugere hipovolemia com IRA
  - Deve ser interpretada com cuidado se a TFG for normal.
- **Osmolalidade urinária >450 mOsm/kg** é sugestiva, mas não diagnóstica.
- **Densidade urinária >1.015:** pode indicar urina concentrada.

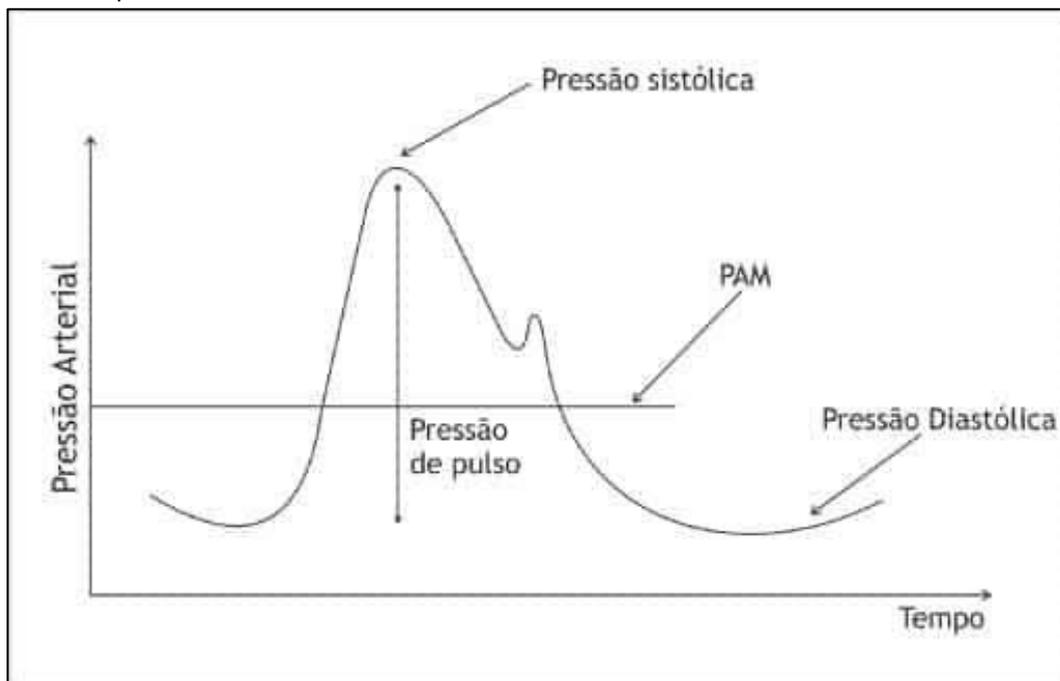
## MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA

### MACRO-HEMODINÂMICA

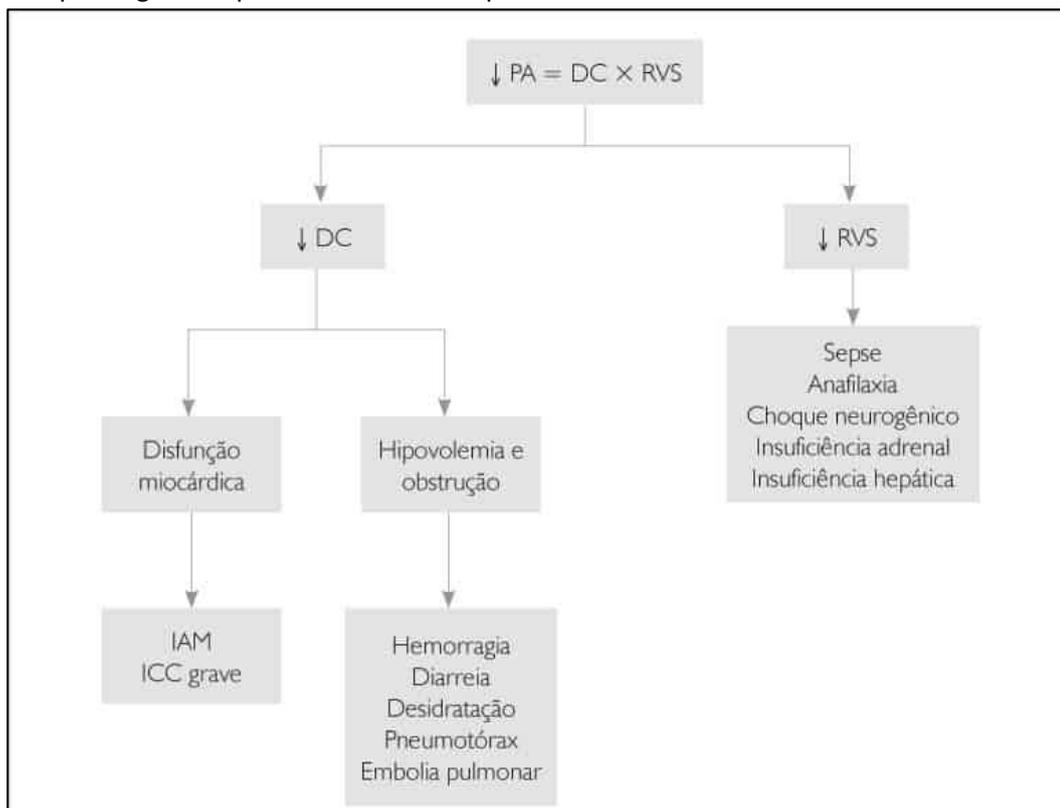
#### PRESSÃO ARTERIAL (PA)

- Em pacientes críticos, a monitorização invasiva é preferível para ajustes finos de medicações vasoativas e coletas frequentes de sangue.
- Hipotensão: pressão sistólica < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg.
- Manter PAM ≈ 65 mmHg em críticos previamente normotensos.

Curva da pressão arterial:



Fisiopatologia da hipotensão arterial no paciente crítico:



### VARIAÇÃO DA PRESSÃO DE PULSO ( $\Delta PP$ )

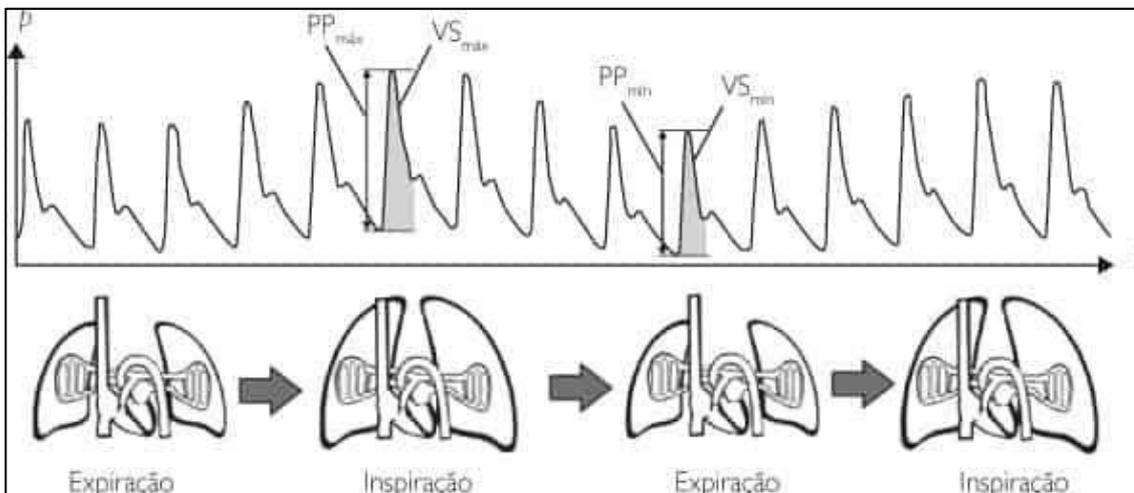
- **Alta variação da pressão de pulso (>12-13%)** → paciente **provavelmente responsivo a volume** → expansão volêmica pode ser benéfica.
- **Baixa variação da pressão de pulso (<10%)** → paciente **não responsivo a volume** → expansão volêmica provavelmente inútil ou até prejudicial.

**Importante:** essa interpretação só é válida sob algumas condições:

- Ventilação mecânica controlada, sem esforços respiratórios espontâneos.
- Ritmo cardíaco regular (sem arritmias).
- Volume corrente suficiente (8–10 mL/kg de peso ideal).

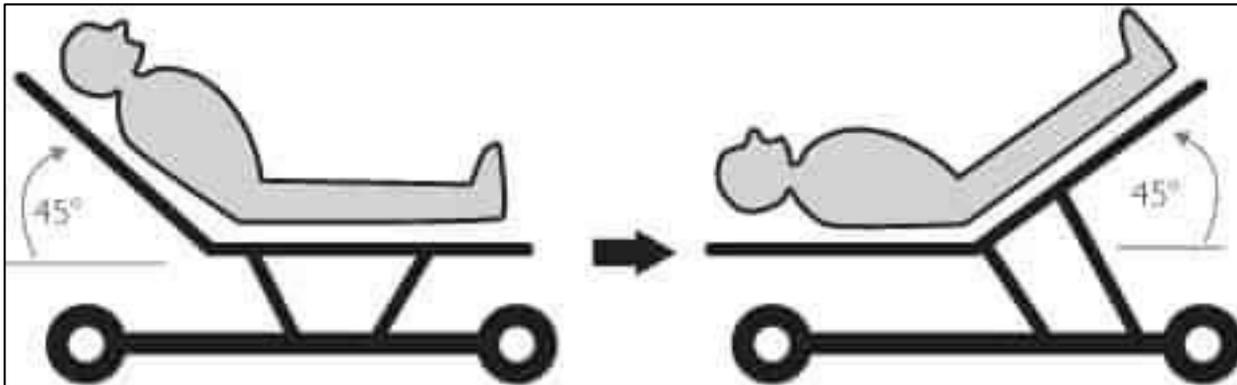
### Mecanismo de Frank-Starling e Interação Coração-Pulmão

- Durante a ventilação mecânica:
  - Inspiração reduz retorno venoso → diminui VS do VD → reduz VS do VE durante a expiração.
  - $\Delta PP$  (variação da pressão de pulso) reflete essas mudanças.
- $\Delta PP \geq 13\%$  em condições ideais sugere responsividade a fluidos.



### ELEVAÇÃO PASSIVA DAS PERNAS

- Mobiliza cerca de 300 mL de sangue centralmente.
- Aumento >10% no débito cardíaco indica responsividade.
- Reversível e não afetada por arritmias ou modo de ventilação.
- Ideal partir da posição semissentada (45°) para EPP.
- Manter na posição de EPP por 1 minuto



### PROVA DE VOLUME

- Infusão rápida de 300-500 mL de fluido para testar resposta hemodinâmica.
- Risco de sobrecarga volêmica se usada repetidamente.

### TURGOR DA PELE

- **Método mais utilizado:** Teste do beliscão (“pinch test”).
  - Pinçar suavemente prega da pele por 3 segundos
  - Observar tempo para que a pele retorne à posição original
  - Turgor normal: retorno da pele em até 1 a 2 segundos
- Testes como pressão arterial sistólica baixa, osmolaridade da saliva e bioimpedância mostraram-se mais confiáveis.
- Variações naturais da pele com o envelhecimento influenciam os resultados.
- A avaliação do turgor pode ser útil como triagem rápida em emergências, mas **não deve ser usada isoladamente** para diagnóstico de desidratação, principalmente em idosos.

## PERFUSÃO TISSULAR

### Tempo Ideal para Reanimação Baseada na Perfusão

- Melhor validada no pós-operatório de alto risco e em choque séptico com lactato > 4 mmol/L.
- Deve ocorrer nas primeiras 6 a 8 horas; reanimação tardia pode ser prejudicial.
- Monitorização clínica precoce é tão eficaz quanto estratégias baseadas em metas invasivas.

### Monitorização da Perfusão Global

- **Enchimento capilar:**
  - Tempo > 4,5 segundos indica hipoperfusão.
  - Após digitopressão no segundo quirodáctilo por 20 segundos, um tempo de reenchimento capilar superior a 4,5 segundos indica hipoperfusão global.
  - Também pode-se usar uma pressão sem tempo fixo, considerando normal o reenchimento em até 2 segundos.
  - Poucos fatores, como temperatura ambiente, metabolismo local e controle sistêmico do fluxo sanguíneo, influenciam essa avaliação, permitindo seu uso confiável na UTI como método não invasivo de monitorização da perfusão.
- **Fluxo urinário:**
  - Indicador sensível da perfusão renal.
  - Meta:  $\geq 0,5$  mL/kg/h.
  - Oligúria pode persistir apesar da normalização macro-hemodinâmica.
  - Expansão volêmica excessiva e hiperclôremia agravam a função renal.
- **Lactato sérico:**
  - Aumento indica mau prognóstico, mesmo sem hipóxia clássica.
  - Redução de >10% em 6 horas associa-se a melhor evolução.
  - Clareamento do lactato é independente da estratégia de reanimação.
  - Tempo de enchimento capilar pode ser superior para guiar reanimação em comparação ao lactato (estudo ANDROMEDA).

## SUPORTE NUTRICIONAL

### SUPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATÓRIO

#### INDICAÇÕES DE SUPORTE NUTRICIONAL

- Privação nutricional prévia, ingestão inadequada, doença multissistêmica grave.
- Cirurgias gastrointestinais com recuperação lenta do trânsito intestinal são situações de risco.
- A alimentação enteral precoce pode ser benéfica e é preferida ao jejum prolongado.
- Em DII grave, pode ser necessário jejum.

#### SUPORTE NUTRICIONAL PÓS-OPERATÓRIO

- Nutrição enteral precoce (<24h) é geralmente possível e benéfica.
- Parenteral só deve ser iniciada se a função intestinal não retornar em até 10 dias.
- Em desnutrição grave ou pós-operatório complicado, iniciar antes.

#### ALIMENTAÇÃO ENTERAL PRECOCE

- Pode reduzir infecções, sem impacto claro em mortalidade ou tempo de internação.
- Meta-análises mostraram:
  - Redução de complicações (em algumas revisões)
  - Redução de infecções e tempo de internação com suplementos orais
  - Aumento de vômitos com alimentação precoce em alguns casos

# PRINCIPAIS AFECÇÕES CRÔNICAS

## ANEMIA

### DIAGNÓSTICO

- MULHERES: HB < 11,5 OU HT <35%
- HOMENS: HB < 13,5 OU HT <40%

### MANEJO

1. HMG, UR, CR, NA, K, PCR, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, COAGULOGRAMA, RETICULÓCITOS, DHL, FERRO, FERRITINA, SATURAÇÃO DE TRASNFERINA, VITAMINA B12, FOLATO, U1

(Se disponível)

2. ESFREGAÇO DE SANGUE PERIFÉRICO

(Suspeita de hemólise)

2. HAPTOGLOBINA

## ANEMIA MICROCÍTICA

### CAUSAS COMUNS DE MICROCITOSE

#### 1. Deficiência de Ferro

- Crianças: ingestão inadequada
- Adultos: perdas crônicas (menstruação, TGI)
- Diagnóstico: ferritina baixa, ferro sérico baixo, TIBC aumentado
- RDW aumentado

#### 2. Anemia de Doença Crônica (ACD/AI)

- Inflamação crônica bloqueia o uso do ferro (hepcidina ↑)
- Ferritina normal ou alta (reagente de fase aguda)
- VCM geralmente normal; microcitose leve possível

#### 3. Talassemia

- Redução na síntese de cadeias globínicas alfa ou beta
- Hb normal ou levemente baixa; VCM muito reduzido (65–75 fL)
- RDW pode ser normal
- Hemograma: Hb eletroforese ou HPLC para beta-talassemia; análise genética para alfa-talassemia

# ANSIEDADE

Última atualização: 15/06/2025

## TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

### MANEJO

A. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

B. TTO FARMACOLÓGICO

C. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL + TTO FARMACOLÓGICO

### PRESCRIÇÃO

#### 1. ISRS

(Tempo para efeito terapêutico inicial: 2-4 semanas)

##### 1A. PAROXETINA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ

(Dose inicial: 10-20mg/dia; Dose de manutenção: 20-50mg/dia; Ajustar dose em 10mg a cada 1-4 semanas)

##### 1B. SERTRALINA 50MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 25-50mg/dia; Dose de manutenção: 50-200mg/dia; Ajustar dose em 25-50mg a cada 1-4 semanas)

##### 1C. ESCITALOPRAM 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL 1X/DIA

(Dose inicial: 5-10mg/dia; Dose de manutenção: 10-20mg/dia; Ajustar dose em 5-10mg a cada 1-4 semanas)

#### 2. BENZODIAZEPÍNICO

(Contraindicado se histórico de abuso de substâncias psicoativas; Duração do tratamento: 4-6 semanas)

##### A. LORAZEPAM 1MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL COM ALGUMA REFEIÇÃO 1X/DIA SE CRISE DE ANSIEDADE, POR ATÉ 4 SEMANAS

(Dose inicial: 0,5-1,0 mg 1-3x/dia; Dose de manutenção usual: 1-6 mg/dia; Dose máxima: 10mg/dia; Ajuste de dose em 1mg/dia 1x/2-3 dias)

(Sintomas leves)

##### 3. VALESSONE (VALERIANA OFFICINALIS) 225,75MG COMPRIMIDO (0,8% DE ÁCIDO VALERÂNICO)

TOMAR 2 COMPRIMIDOS VIA ORAL 1H ANTES DE DORMIR POR 2 MESES

(Dose equivalente a 3,6mg/dia de ácido valerânico, em estudo externo foi validado com 4mg/dia de ácido valerânico; Estudos de segurança limitados a 2 meses)

## DEFICIÊNCIA DE FERRO

### DIAGNÓSTICO

A. FERRITINA < 30

B. SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA < 20%

C. MELHORA DE ANEMIA APÓS REPOSIÇÃO DE FERRO

### MANEJO

#### Reposição de Ferro

- O tratamento padrão é a reposição de ferro, preferencialmente oral, salvo em casos de intolerância ou má absorção.
- A transfusão de sangue é reservada para anemias graves com instabilidade hemodinâmica.

#### Objetivo da Ferritina

- Meta geral: ferritina  $\geq 50$  ng/mL após reposição.
- Em algumas condições (síndrome das pernas inquietas, alopecia), metas mais altas podem ser necessárias (>70-75 ng/mL).

#### Reposição de Ferro Oral

- Preferida em casos simples, eficaz, barata e segura, mas pode causar efeitos colaterais gastrointestinais em até 70% dos pacientes.
- Regimes de dose única diária ou em dias alternados são igualmente eficazes, com menos efeitos adversos em dias alternados.
- Duração da terapia: até normalização da Hb ou manter 6 meses após normalização

#### Reposição de Ferro Intravenoso

- Indicado em casos de intolerância oral, má absorção, necessidade rápida de reposição ou anemia grave (Hb < 7).

### PRESCRIÇÃO

1. **SULFATO FERROSO** 40MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO 2X/DIA EM DIAS ALTERNADOS. TOMAR 1 HORA ANTES DAS REFEIÇÕES.

(Duração da terapia: até normalização da Hb ou manter 6 meses após normalização)

(Exames para realizar daqui a 3 semanas)

2. HMG, UR, CR, NA, K, PCR, FERRO, FERRITINA, SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA, VITAMINA B12, FOLATO, TGO, TGP, FA, GGT, BTF, COAGULOGRAMA, RETICULÓCITOS, DHL

# DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 E ÁCIDO FÓLICO

Última atualização: 16/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### • Exames laboratoriais:

- Hemograma: anemia macrocítica, neutrófilos hipersegmentados, pancitopenia, reticulócitos baixos.
- Níveis séricos de B12 e folato.
- **MMA e homocisteína:**
  - Ambos aumentados → deficiência de B12.
  - Apenas homocisteína aumentada → deficiência de folato.
- Anticorpos anti-fator intrínseco → diagnóstico de anemia perniciosa.
- Resposta à reposição vitamínica pode confirmar o diagnóstico.

## MANEJO

### VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- **Vitamina B12:** IM/subcutânea profunda, oral ou sublingual. Formas intranasal, transdérmica e IV não são recomendadas.
- **Ácido fólico:** IV, IM, SC ou oral.

### ESCOLHA DA VIA

- **Sintomáticos:** iniciar com via parenteral.
- **Má absorção:** preferir via parenteral, mas doses orais altas também podem ser eficazes.
- **Deficiência por dieta:** via oral geralmente suficiente.

### FORMULAÇÕES DISPONÍVEIS

- **Vitamina B12:** cianocobalamina (EUA) e hidroxocobalamina (Europa), ambas eficazes.
- **Folato:** ácido fólico (sintético) e folinato (leucovorina, mais caro, usado em situações específicas).

### DURAÇÃO DO TRATAMENTO

- **Causas permanentes:** reposição vitalícia.
- **Causas reversíveis:** suspensão após correção.

## PRESCRIÇÃO

1. **CIANOCOBALAMINA** 500 MCG/ML AMPOLA COM 2ML

ADMINISTRAR 1.000 MCG IM 1X/SEMANA POR 4 SEMANAS

(Dose: 1.000 mcg 1-7x/semana na 1ª semana; seguido de 1x/semana por 4-8 semanas)

# DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D

Última atualização: 16/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### DEFINIÇÃO DE SUFICIÊNCIA

- A suficiência é estimada pela dosagem sérica de 25-hidroxivitamina D (25[OH]D).
- Níveis recomendados:
  - **Suficiência:**  $\geq 20$  ng/mL ( $\geq 50$  nmol/L)
  - **Insuficiência:** 12 a  $< 20$  ng/mL (30 a 50 nmol/L)
  - **Deficiência:**  $< 12$  ng/mL ( $< 30$  nmol/L)
  - **Risco de toxicidade:**  $> 100$  ng/mL ( $> 250$  nmol/L)

## MANEJO

### SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D

- **Forma preferida:** Colecalciferol (D3)
- D3 é mais eficaz que D2 em aumentar os níveis séricos.
- Doses:
  - **$< 12$  ng/mL:** 25.000–50.000 UI/semana por 6–8 semanas, depois 800 UI/dia
  - **12–20 ng/mL:** 800–1000 UI/dia
  - **$\geq 20$  ng/mL:** 600–800 UI/dia para manutenção
  - **Má absorção:** até 50.000 UI/dia ou formas hidroxiladas (calcidiol, calcitriol)

## PRESCRIÇÃO

(VIT D 12-30)

### 1. COLECALCIFEROL 7.000 UI COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS VIA ORAL 1X/SEMANA POR 3 MESES.

TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.

(VIT D  $< 12$ )

### 1. COLECALCIFEROL 50.000 UI COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/SEMANA POR 2 MESES.

TOMAR JUNTO COM REFEIÇÃO.

## DEPRESSÃO

### TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

#### *DEPRESSÃO LEVE SEM EPISÓDIOS PRÉVIOS*

##### 1. EXERCÍCIO FÍSICO

#### *DEPRESSÃO MODERADA / LEVE COM EPISÓDIOS PRÉVIOS OU SINTOMAS PERSISTENTES*

##### 1. EXERCÍCIO FÍSICO

##### 2a. PSICOTERAPIA

##### 2b. ANTIDEPRESSIVO

#### *DEPRESSÃO GRAVE / MODERADA COM SINTOMAS INTENSOS OU DURADOUROS*

##### 1. EXERCÍCIO FÍSICO

##### 2. PSICOTERAPIA

##### 3. ANTIDEPRESSIVO

#### *ANTIDEPRESSIVO*

##### 1a. ESCITALOPRAM 10MG COMPRIMIDO

(Dose inicial) TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose de manutenção: 10-20mg/dia; Ajustar dose a cada 2-4 semanas)

##### 1b. SERTRALINA 50MG COMPRIMIDO

(Dose inicial) TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose de manutenção: 50-200mg/dia; Ajustar dose a cada 2-4 semanas)

## DERMATITE ATÓPICA

### TTO AMBULATORIAL – DA LEVE

1. SABONETE EM BARRA CETAPHIL LIMPEZA SUAVE  
USAR EM ÁREAS AFETADAS DURANTE O BANHO

2. LOÇÃO HIDRATANTE CERAVE  
APLICAR 2X/DIA, PREFERENCIALMENTE APÓS O BANHO

3a. ACETATO DE HIDROCORTISONA (CORTIGEN) 1% CREME  
APLICAR EM ÁREAS AFETADAS 1-2X/DIA POR ATÉ 3 DIAS APÓS MELHORA DAS LESÕES. NÃO APLICAR POR MAIS DE 2 SEMANAS. NÃO APLICAR EM FACE, DOBRAS OU CONDUTO AUDITIVO.  
(Evitar em áreas sensíveis)

3b. TACROLIMO (PROTOPIC) 0,1% POMADA  
APLICAR FINA CAMADA EM ÁREAS AFETADAS 2X/DIA ATÉ MELHORA DAS LESÕES. NÃO APLICAR POR MAIS DE 6 SEMANAS.

## DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

TTO INICIAL – HIPERGLICEMIA NÃO GRAVE E ASSINTOMÁTICA

1. METFORMINA (GLIFAGE XR) 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL DURANTE O JANTAR

TTO INICIAL – HIPERGLICEMIA GRAVE OU SINTOMÁTICA

1. INSULINA NPH INJETÁVEL

(70kg) APLICAR 14 UNIDADES POR VIA SUBCUTÂNEA ÀS 22:00

(Dose: 0,2 UI/kg; Dose máxima: 20 UI)

## DISPEPSIA FUNCIONAL

### PLANO TERAPÊUTICO

1. Terapia inicial com IBP por 1 a 2 meses
2. Orientações dietéticas
- 3a. (Melhora dos sintomas) Manutenção da terapia por 6 meses, seguida de descontinuação gradual
- 3b. (Quadro refratário) Considerar EDA se não realizada previamente

### TERAPIA INICIAL COM IBP

#### 1a. VONOPRAZANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1b. DEXLANSOPRAZOL 30MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL PELA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1c. ESOMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1d. OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 2. MYLANTA PLUS (HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 80 MG/ML + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO 80 MG/ML + SIMETICONA 6 MG/ML) SUSPENSÃO ORAL

TOMAR 10ML VIA ORAL ATÉ 3X/DIA ENTRE AS REFEIÇÕES SE DOR OU QUEIMAÇÃO EPIGÁSTRICA, POR ATÉ 4 DIAS (Posologia: 10-20 mL entre as refeições e/ou antes de dormir; Dose máxima: 40-60 mL/dia)

### ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS

EVITAR ALIMENTOS GORDUROSOS.

FAZER 5 A 6 REFEIÇÕES PEQUENAS AO LONGO DO DIA.

EVITAR O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL.

# DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE)

Última atualização: 10/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO

- **Pacientes com sintomas típicos:** diagnóstico clínico geralmente suficiente. Exames são indicados se houver sinais de alarme, fatores de risco para Barrett, refratariedade ou achados de imagem.
- A resposta ao IBP não confirma nem exclui a DRGE.
- **Pacientes sem sintomas típicos:** sintomas isolados (ex: dor torácica, tosse) requerem exclusão de outras causas antes de se atribuir à DRGE.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Sintomas clássicos:** azia (sensação de queimação retroesternal, pós-prandial) e regurgitação (subida de conteúdo gástrico até a boca).
- **Outros sintomas:** disfagia, dor torácica, hipersalivação (water brash), sensação de bolo na garganta (globo), odinofagia, náuseas e sintomas extraesofágicos (tosse crônica, rouquidão, sibilância).
- Dor torácica pode imitar angina.

### AValiação em Pacientes Seleccionados

#### Endoscopia digestiva alta (EDA)

- Indicações:
  - Presença de sinais de alarme
  - Rastreamento de esôfago de Barrett em pacientes com fatores de risco
  - Sintomas refratários ao tratamento
- Suspender IBP ou bloqueadores de ácido por 2–4 semanas antes do exame.

#### Sinais de alarme:

- Dispepsia nova após os 60 anos
- Sangramento GI; Anemia ferropriva; Perda de peso inexplicada
- Disfagia ou odinofagia; Vômitos persistentes; História familiar de câncer GI

#### Achados endoscópicos:

- Pode ser normal ou revelar esofagite (avaliada pela classificação de Los Angeles):
  - Grau A a D conforme extensão das lesões.

### TESTES FUNCIONAIS

- **Manometria esofágica:** usada para excluir distúrbios motores em pacientes com dor torácica ou disfagia com endoscopia normal. Não diagnostica DRGE.
- **pH-metria ambulatorial (com ou sem impedância):**
  - Avalia exposição ácida e correlação com sintomas.
  - Útil em casos refratários ao tratamento ou sem diagnóstico claro.

## MANEJO

### VISÃO GERAL

## ORIENTAÇÕES E MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA

### Educação do paciente:

- DRGE é multifatorial, não causada apenas por ácido.
- Explicação do papel da sensibilidade esofágica, barreira antirrefluxo e eixo cérebro-intestino.
- Estresse e fatores psicossociais podem agravar sintomas.

### Modificações sugeridas:

- Identificação e exclusão de gatilhos alimentares (ex: refrigerantes, frituras, café).
- Evitar refeições tardias (manter 3 horas antes de deitar).
- Dormir em decúbito lateral esquerdo e com a cabeceira elevada.
- Perda de peso em casos de sobrepeso/obesidade.
- Cessar tabagismo.
- Outras medidas: exercícios respiratórios, atividade física, goma de mascar, evitar álcool e roupas apertadas.

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO INICIAL

### Sintomas leves e intermitentes:

- Estratégia "step-up" (aumentar gradualmente potência da terapia).
  - Antiácidos, alginatos ou bloqueadores H<sub>2</sub> (H<sub>2</sub>RA) conforme necessidade.
  - H<sub>2</sub>RA 2x/dia se resposta parcial.
  - Início de inibidor da bomba de prótons (IBP) se sintomas persistirem.

### Sintomas frequentes ou graves:

- IBP em dose padrão 1x/dia por 8 semanas.
- Alternativa: vonoprazana (bloqueador competitivo de potássio), mais rápida e potente, porém mais cara.

### PLANO TERAPÊUTICO

1. Terapia inicial com IBP por 1 a 2 meses

2. Orientações dietéticas

3a. (Melhora dos sintomas) Manutenção da terapia por 6 meses, seguida de descontinuação gradual

3b. (Quadro refratário) Considerar EDA se não realizada previamente

## PRESCRIÇÃO

### 1. IBP

#### 1A. VONOPRAZANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1B. DEXLANSOPRAZOL 30MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL PELA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1C. ESOMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 1 MÊS

#### 1D. OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 1 MÊS

### 2. MYLANTA PLUS (HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 80 MG/ML + HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO 80 MG/ML + SIMETICONA 6 MG/ML) SUSPENSÃO ORAL

TOMAR 10ML VIA ORAL ATÉ 3X/DIA ENTRE AS REFEIÇÕES SE DOR OU QUEIMAÇÃO EPIGÁSTRICA, POR ATÉ 4 DIAS (Posologia: 10-20 mL entre as refeições e/ou antes de dormir; Dose máxima: 40-60 mL/dia)

### 3. DIETA:

EVITAR ALIMENTOS GORDUROSOS.

FAZER 5 A 6 REFEIÇÕES PEQUENAS AO LONGO DO DIA.

EVITAR O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL.

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO DA DPOC <sup>2</sup>

- O diagnóstico de DPOC é **confirmado por**:
  - **Espirometria** demonstrando **limitação ao fluxo aéreo**:
    - Relação VEF1/CVF (volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada) < **0,7** ou abaixo do limite inferior da normalidade (LLN)
    - Essa limitação deve ser **incompletamente reversível** após o uso de broncodilatador inalatório
  - **Ausência de explicações alternativas** para os sintomas e para a limitação ao fluxo aéreo

## MANEJO

### CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

Critério de Avaliação	Descrição	Observações/Relevância
<b>Classificação GOLD (VEF1 % previsto)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GOLD 1: VEF1 <math>\geq</math> 80%</li> <li>- GOLD 2: VEF1 50–79%</li> <li>- GOLD 3: VEF1 30–49%</li> <li>- GOLD 4: VEF1 <math>&lt;</math> 30%</li> </ul>	<p>Simple e amplamente usada</p> <p>Capacidade prognóstica limitada</p>
<b>Ferramenta ABE (GOLD - sintomas e história)</b>	<p>Usa sintomas (mMRC ou CAT) + histórico de exacerbações para guiar o tratamento inicial</p> <p><b>Grupo A:</b> Poucos sintomas, baixo risco mMRC 0–1 ou CAT <math>&lt;</math>10 0–1 exacerbação por ano, sem hospitalização</p> <p><b>Grupo B:</b> Muitos sintomas, baixo risco mMRC <math>\geq</math>2 ou CAT <math>\geq</math>10 0–1 exacerbação por ano, sem hospitalização</p> <p><b>Grupo E:</b> Alto risco de exacerbação <math>\geq</math>2 exacerbações por ano ou <math>\geq</math>1 hospitalização</p>	<p>Complementa a classificação espirométrica</p> <p>Direciona a escolha da terapia inicial</p>

### TRATAMENTO

Grupo	Características Clínicas	Terapia Inicial Recomendada	Observações Importantes
<b>Grupo A</b>	Poucos sintomas e baixo risco de exacerbações	<b>LAMA</b> ou <b>LABA</b> (longa duração)	LAMA preferido por maior eficácia em prevenir exacerbações. Escolha baseada em efeitos colaterais.
<b>Grupo B</b>	Muitos sintomas, mas baixo risco de exacerbações	<b>Duplo broncodilatador:</b> LABA + LAMA	Combinação melhora dispneia, função pulmonar e qualidade de vida. Preferir inalador único para adesão.
<b>Grupo E</b>	Alto risco de exacerbações ( $\geq$ 2/ano ou $\geq$ 1 hospitalização)	<b>LABA + LAMA</b> (duplo broncodilatador)	Reduz exacerbações e efeitos colaterais em comparação a LABA + ICS. ICS evitado inicialmente.
<b>Grupo E com eosinofilia <math>\geq</math>300 células/<math>\mu</math>L ou hospitalização recente</b>	Igual ao Grupo E, com biomarcadores ou evento grave	<b>LABA + LAMA + ICS</b> (terapia tripla)	ICS pode reduzir exacerbações e melhorar função pulmonar. Risco aumentado de pneumonia.
<b>Pacientes com DPOC + Asma (ACO)</b>	Sinais clínicos ou história de asma associada	<b>LABA + ICS</b> ou <b>LABA + LAMA + ICS</b>	ICS essencial. Preferência por terapia tripla se sintomas graves ou exacerbações frequentes.

## EXCESSO DE GÁS INTESTINAL

### DIAGNÓSTICO

#### ARROTO (ERUCTAÇÃO)

##### Diagnóstico e critérios:

- Baseado em história clínica e critérios de Roma IV: arroto incômodo  $\geq 3$  dias/semana, há  $\geq 3$  meses.
- Avaliação complementar se houver sinais de alarme (ex: dor, emagrecimento, disfagia).

#### FLATULÊNCIA

##### Diagnóstico:

- História alimentar, exame físico e avaliação de sinais de alarme (dor noturna, perda de peso, diarreia, etc).
- Exames adicionais em presença de sinais de alarme (teste de hidrogênio no ar expirado, sorologias, endoscopia).

#### INCHAÇO E DISTENSÃO ABDOMINAL

##### Diagnóstico:

- História clínica, padrão diurno dos sintomas, relação com dieta.
- Exames laboratoriais (hemograma, sorologia celíaca, teste respiratório).
- Imagem pélvica em mulheres para excluir câncer de ovário.

## MANEJO

### MANEJO GERAL

- Simeticona
  - Dose: 40-125mg até 4x/dia após refeições e ao dormir

### MANEJO POR SINTOMA

#### ARROTO (ERUCTAÇÃO)

##### Tratamento:

- Educação, modificação de hábitos (evitar goma, bebidas gaseificadas).
- Terapia comportamental (ex: respiração diafragmática).
- Baclofeno pode ser útil em casos refratários.

#### FLATULÊNCIA

##### Tratamento:

- Evitar alimentos formadores de gás.
- Dieta pobre em FODMAPs orientada por nutricionista.
- Tratamento de causas específicas (intolerância à lactose, supercrescimento bacteriano).
- Antiflatulentos e probióticos geralmente não são eficazes.

#### INCHAÇO E DISTENSÃO ABDOMINAL

##### Tratamento:

- Dieta pobre em FODMAPs, evitar alimentos gasogênicos.
- Tratamento das causas subjacentes.
- Biofeedback respiratório e respiração diafragmática.
- Terapias medicamentosas adjuvantes (neuromoduladores) em casos refratários.
- Probióticos e antiespumantes com benefício incerto.

## PRESCRIÇÃO

1. **SIMETICONA** 125MG CÁPSULA (LUFTAL GEL)

TOMAR 1 CÁPSULA APÓS REFEIÇÕES, ATÉ 4X/DIA, SE DESCONFORTO ABDOMINAL, ARROTOS OU FLATULÊNCIA

## GASTRITE POR HELICOBACTER PYLORI

### MANEJO

#### 1. TERAPIA PARA ERRADICAÇÃO DO H. PYLORI

##### 1a. TERAPIA TRIPLA PADRÃO

2. TESTE RESPIRATÓRIO COM UREIA, REALIZAR 1 MÊS APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO  
(Suspender IBP 2 semanas antes)

### TERAPIA TRIPLA PADRÃO

#### 1a. VONOPRAZANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

#### 1b. ESOMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS, TOMAR 30 MINUTOS ANTES DAS REFEIÇÕES

#### 2. CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

#### 3. AMOXICILINA 500MG CÁPSULA

TOMAR 2 CÁPSULAS A CADA 12 HORAS POR 14 DIAS

# HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Última atualização: 14/06/2025

## DIAGNÓSTICO

- **Pressão arterial em consultório:** ( $\geq 2$  medidas em intervalos de dias a semanas)
  - Sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou
  - Diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg
- **Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA):** (maneira mais assertiva)
  - **Média de 24 horas:** PAS  $\geq 130$  mmHg e/ou PAD  $\geq 80$  mmHg
  - **Durante a vigília:** PAS  $\geq 135$  mmHg e/ou PAD  $\geq 85$  mmHg
  - **Durante o sono:** PAS  $\geq 120$  mmHg e/ou PAD  $\geq 70$  mmHg
- **Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA):** (maneira mais assertiva)
  - PAS  $\geq 130$  mmHg e/ou PAD  $\geq 80$  mmHg

## MANEJO

### CLASSIFICAÇÃO

- PA ótima: < 120 / < 80 mmHg
- PA normal: 120–129 / 80–84 mmHg
- Pré-hipertensão: 130–139 / 85–89 mmHg
- HA estágio 1: 140–159 / 90–99 mmHg
- HA estágio 2: 160–179 / 100–109 mmHg
- HA estágio 3:  $\geq 180$  /  $\geq 110$  mmHg

### AValiação CLÍNICA E COMPLEMENTAR

#### Exame Físico

- Medir PA e frequência cardíaca corretamente em ambos os braços.
- Avaliar peso, altura, IMC e circunferência abdominal.
- Procurar sinais de LOA e causas secundárias de HA.
- Realizar exame cardiovascular (ictus, ausculta cardíaca), carotídeo e neurológico.
- Realizar fundoscopia para avaliar retinopatia hipertensiva.
- Avaliar o índice tornozelo-braquial (ITB), útil no diagnóstico de doença arterial periférica e risco CV.

#### Exames complementares

- Eletrocardiograma
- Urina tipo I
- Potássio, creatinina, ácido úrico
- Glicemia de jejum, HbA1c
- Perfil lipídico (CT, HDL, TG, LDL)
- Avaliar função renal e presença de albuminúria/proteinúria:
  - Preferência por RAC (relação albumina/creatinina) ou RPC (proteína/creatinina).
  - Laboratórios devem fornecer RAC e RPC, não apenas concentrações isoladas.

## PRESCRIÇÃO

### MONOTERAPIA

>> HAS Estágio 1 de baixo risco / Idoso frágil / PA levemente elevada

(Opção preferencial)

1A. **ENALAPRIL 5MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 5-10 mg 1x/dia; Dose de manutenção: 5-40mg/dia 1-2x/dia; Ajuste de dose em 2-4 semanas)

1B. **LOSARTANA 25MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 25-50 mg 1x/dia; Dose de manutenção: 50-100mg/dia 1-2x/dia; Ajuste de dose em 2-4 semanas)

1C. **ANLÓDIPINO 2,5MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 2,5-5 mg 1x/dia; Dose de manutenção: 2,5-10mg/dia 1x/dia; Ajuste de dose em 2-4 semanas)

1D. **HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO**

TOMAR MEIO COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ

(Dose inicial: 12,5-25 mg 1x/dia; Dose de manutenção: 25-50mg/dia 1x/dia; Ajuste de dose em 2-4 semanas)

### TERAPIA DUPLA

>> Demais casos

- Preferência por iniciar com combinação de dois fármacos:
  - (1ª escolha) IECA + BCC ou DIU
  - BRA + BCC ou DIU

## HIPERTIREOIDISMO

Última atualização: 27/05/2025

### DIAGNÓSTICO

#### *HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO*

1. TSH BAIXO

2A. T4L ELEVADO

2B. T3 ELEVADO

#### *HIPERTIREOIDISMO SUBCLÍNICO*

1. TSH BAIXO

2. T4L NORMAL

3. T3 NORMAL

#### *VALORES DE REFERÊNCIA*

TSH: 0,4 – 4,5

T4L: 0,9 – 1,8

T3: 70 – 200

## MANEJO

### DETERMINAÇÃO DA ETIOLOGIA

### SEM BÓCIO/NÓDULO PALPÁVEL

#### 1. TRAB

### DOENÇA DE GRAVES

### CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE

A. T4L < 1,5 X LSN => LEVE

B. T4L < 2 X LSN => MODERADO

C. T4L > 2 X LSN / BÓCIO VOLUMOSO / ALTO RISCO => GRAVE

### PLANO TERAPÊUTICO

#### LEVE

##### 1. TIOAMIDA

(Considerar)

##### 2. RADIOIODO

#### MODERADO

##### 1. TIOAMIDA POR TEMPO PROLONGADO

(Considerar)

##### 2A. RADIOIODOTERAPIA

(Considerar)

##### 2B. CIRURGIA

#### GRAVE

##### 1. TIOAMIDA

##### 2. BETABLOQUEADOR

##### 3A. RADIOIODOTERAPIA

##### 3B. CIRURGIA

### OPÇÕES DE TRATAMENTO

#### LEVE

##### 1. TIAMAZOL 5MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 5-10mg 1x/dia)

#### MODERADO

##### 1. TIAMAZOL 5MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 10-20mg 1x/dia)

#### GRAVE

##### 1. TIAMAZOL 10MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS

(Dose inicial: 20-40mg/dia 2-3x/dia)

##### 2. ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL 1X/DIA

(Dose inicial: 25-50mg 1x/dia)

## HIPOTIREOIDISMO

### DIAGNÓSTICO

#### *HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO*

1. TSH ELEVADO

2. T4L BAIXO

#### *HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO*

1. TSH ELEVADO

2. T4L NORMAL

#### *HIPOTIREOIDISMO CENTRAL*

1. TSH NORMAL OU BAIXO

2. T4L BAIXO

#### *VALORES DE REFERÊNCIA*

TSH: 0,4 – 4,5

T4L: 0,9 – 1,8

### MANEJO

#### *HIPOTIREOIDISMO PRIMÁRIO*

1. **ANTI-TPO**

2. **LEVOTIROXINA**

(Ajuste de dose em 12,5-25 mcg/dia a cada 3-6 semanas)

(Adulto hígido de 70kg)

2A1. LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO PELA MANHÃ EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ

(Dose inicial: 1,6 mcg/kg/dia)

(Adulto hígido de 70kg)

2A2. LEVOTIROXINA 12,5 MCG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO PELA MANHÃ EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ

(Dose inicial: 1,6 mcg/kg/dia)

(Idoso)

2B. LEVOTIROXINA 12,5 MCG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS PELA MANHÃ EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ

(Dose inicial: 25-50 mcg/dia)

## HIV

### TRATAMENTO INICIAL

TDF (TENOFIVIR) 300MG / 3TC (LAMIVUDINA) 300MG – USO ORAL  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA

DTG (DOLUTEGRAVIR) 50MG – USO ORAL  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA

#### REFERÊNCIAS:

- MS - PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – 2017

### COINFECÇÃO COM TUBERCULOSE SEM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

TDF (TENOFIVIR) 300MG / 3TC (LAMIVUDINA) 300MG / EFV (EFAVIRENZ) 600MG – USO ORAL  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA

#### REFERÊNCIAS:

- MS - PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – 2017

### COINFECÇÃO COM TUBERCULOSE COM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

TDF (TENOFIVIR) 300MG / 3TC (LAMIVUDINA) 300MG – USO ORAL  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 1 VEZ AO DIA

RAL (RALTEGRAVIR) 400MG – USO ORAL  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS

#### REFERÊNCIAS:

- MS - PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – 2017

### MENINGITE OU MENINGOENCEFALITE CRIPTOCOCÓCICA

> INDUÇÃO (>= 2 SEMANAS)

ANFOTERICINA B DESOXICOLATO EV 1MG/KG/DIA

FLUCITOSINA VO 100MG/KG/DIA 6/6H

> CONSOLIDAÇÃO (>= 8 SEMANAS)

FLUCONAZOL VO 400-800MG/DIA 12/12H

> MANUTENÇÃO (>= 12 MESES)

FLUCONAZOL VO 200MG/DIA 12/12H

#### REFERÊNCIAS:

- MS - PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – 2017

## NEUROTOXOPLASMOSE

### >> TTO PREFERENCIAL

SULFADIAZINA VO POR 5 SEMANAS

< 60KG: 1.00MG 6/6H

>= 60KG: 1.500MG 6/6H

PIRIMETAMINA VO POR 6 SEMANAS

200MG NO 1º DIA

< 60KG: 50MG/DIA NOS DEMAIS DIAS

>= 60KG: 75MG/DIA NOS DEMAIS DIAS

ÁCIDO FOLÍNICO VO 10MG/DIA POR 6 SEMANAS

### >> TTO ALTERNATIVO

SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA VO/EV 25MG/KG 12/12H POR 6 SEMANAS

### >> EDEMA CEREBRAL DIFUSO / EFEITO DE MASSA INTENSO

CORTICOIDE

### REFERÊNCIAS:

- MS - PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – 2017

## OBESIDADE

### DIAGNÓSTICO

#### DEFINIÇÕES

- **Obesidade** é definida como **acúmulo excessivo de gordura corporal**, com risco à saúde.
- O **IMC (Índice de Massa Corporal)** é utilizado para classificar:
  - Sobrepeso: **IMC 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>**
  - Obesidade: **IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>**
    - Classe I: 30–34,9
    - Classe II: 35–39,9
    - Classe III (grave): ≥40

#### CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

##### Obesidade clínica:

- Obesidade com sintomas ou doenças associadas, como:
  - Hipertensão, IC, fibrilação atrial, diabetes, apneia do sono, esteatose hepática.
  - Sintomas como incontinência urinária, dor articular, dispneia, limitação funcional.

##### Obesidade pré-clínica:

- Excesso de adiposidade **sem efeitos clínicos atuais**, mas com risco aumentado se:
  - Alta circunferência abdominal
  - Dislipidemia, tabagismo, ganho de peso na idade adulta
  - Obesidade infantil ou ganho de ≥5 kg após os 18 anos

## MANEJO

### VISÃO GERAL

#### TRATAMENTO INICIAL

- **Intervenção de estilo de vida abrangente:** dieta + atividade física + terapia comportamental.
- Revisar medicamentos que promovem ganho de peso e considerar substituições.

#### DIETA

- Redução calórica é o mais importante, independentemente da composição da dieta.
- Preferir dietas personalizadas com ingestão de **1 a 2 g de proteína/kg de peso ideal**.

#### EXERCÍCIO

- Menos eficaz na perda de peso do que dieta, mas essencial na **manutenção** e preservação da massa magra.
- Recomenda-se **≥150 min/semana** (idealmente 300 min para manutenção), incluindo aeróbico e resistência.

#### TERAPIA COMPORTAMENTAL

- Inclui técnicas para modificar hábitos alimentares e de atividade física.
- Realizada por psicólogos ou programas estruturados.

#### TRATAMENTOS SUBSEQUENTES

- **Fármacos:** indicados se IMC  $\geq 30$  ou  $\geq 27$  com comorbidades, após tentativa com estilo de vida.
  - Preferência atual: **tirzepatida, semaglutida**.
  - Outras opções: liraglutida, fentermina-topiramato, naltrexona-bupropiona, orlistate.
- **Dispositivos:** balões intragástricos, gastroplastia endoscópica. Perda de peso: 6–20%.
- **Cirurgia bariátrica:** indicada em IMC  $\geq 35$  ou  $\geq 30$  com DM2. Eficaz em manter perda de peso e reduzir morbimortalidade.

#### TERAPIAS NÃO RECOMENDADAS

- **Lipoaspiração:** não melhora perfil metabólico.

#### EFEITOS ADVERSOS POSSÍVEIS

- **Colelitíase:** comum com perda rápida; pode-se considerar ácido ursodesoxicólico.
- **Perda de massa óssea e muscular:** pode ser atenuada com proteína, vitamina D e exercício.
- **Efeitos adversos de medicamentos:** geralmente leves, mas alguns exigem cautela.

#### MANUTENÇÃO DO PESO PERDIDO

- **Recidiva frequente.** Estratégias eficazes incluem:
  - Auto-pesagem frequente.
  - Atividade física regular (~1h/dia).
  - Participação contínua em programas estruturados.
- O corpo tende a retornar ao "set point" de gordura por mecanismos hormonais e redução do gasto energético basal.
- **Cirurgia e uso contínuo de fármacos** podem ajudar a superar essa resistência fisiológica.

## PRESCRIÇÃO

### A. TIRZEPATIDA

(Dose inicial: 2,5mg SC 1x/semana por 4 semanas; Dose de manutenção: 5-15 mg SC 1x/semana (10-15 mg se houver comorbidades associadas); Incremento de dose em 2,5mg/semana 1x/4 semanas; Alteração do dia da semana requer intervalo mínimo de 72h)

A1. TIRZEPATIDA 2,5MG SOLUÇÃO INJETÁVEL CANETA PREENCHIDA COM 0,5ML

APLICAR 2,5MG POR VIA SUBCUTÂNEA EM ABDOME, COXA OU BRAÇO 1X/SEMANA POR 4 SEMANAS.

(APÓS 4 SEMANAS)

A2. TIRZEPATIDA 5MG SOLUÇÃO INJETÁVEL CANETA PREENCHIDA COM 0,5ML

APLICAR 5MG POR VIA SUBCUTÂNEA EM ABDOME, COXA OU BRAÇO 1X/SEMANA POR 4 SEMANAS.

(APÓS 4 SEMANAS)

A3. TIRZEPATIDA 7,5MG SOLUÇÃO INJETÁVEL CANETA PREENCHIDA COM 0,5ML

APLICAR 7,5MG POR VIA SUBCUTÂNEA EM ABDOME, COXA OU BRAÇO 1X/SEMANA POR 4 SEMANAS.

(APÓS 4 SEMANAS)

A4. TIRZEPATIDA 10MG SOLUÇÃO INJETÁVEL CANETA PREENCHIDA COM 0,5ML

APLICAR 10MG POR VIA SUBCUTÂNEA EM ABDOME, COXA OU BRAÇO 1X/SEMANA POR 4 SEMANAS.

## OSTEOPOROSE

Última atualização: 01/06/2025

### DIAGNÓSTICO

#### Mulheres pós-menopáusicas:

- Baseiam-se no T-score da DMO por densitometria óssea (DXA):
  - **Osteoporose:**  $T \leq -2,5$
  - **Osteopenia:** T entre -1 e -2,5
  - **Normal:**  $T \geq -1$
- Também pode ser diagnosticada na presença de:
  - Fratura por fragilidade
  - Risco elevado de fratura pelo score FRAX ( $\geq 20\%$  para fratura osteoporótica maior ou  $\geq 3\%$  para fratura de quadril em 10 anos)

#### Homens <50 anos:

- Diagnóstico requer Z-score  $\leq -2,0$  *mais* histórico de fratura por fragilidade e/ou fator de risco maior (ex: hipogonadismo, corticoide, hiperparatireoidismo).

#### Homens $\geq 50$ anos:

- Diagnóstico se baseia em fratura por trauma mínimo ou T-score  $\leq -2,5$ .

## MANEJO

### MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS

#### Medidas de estilo de vida

- **Cálcio e vitamina D:** Ingesta diária de ~1200mg de cálcio e 800 UI de vitamina D.
- **Exercício físico:** Exercícios com sustentação de peso, de força e equilíbrio (30 min na maioria dos dias).
- **Parar de fumar e evitar álcool em excesso.**
- **Prevenção de quedas:** Orientações ambientais e comportamentais.

#### Tratamento medicamentoso

- **Indicações principais:** Mulheres pós-menopáusicas com fratura por fragilidade, T-score  $\leq$  -2,5 ou risco elevado pelo FRAX.
- **Primeira escolha:** Bisfosfonatos orais (alendronato, risedronato).
  - Alternativas: ácido zoledrônico IV (para intolerância oral), denosumabe (para casos específicos).
- **Alto risco de fratura:** Preferência por agentes anabólicos (teriparatida, abaloparatida, romosozumabe), seguidos por anti-reabsortivos.
- **Alternativas específicas:** Raloxifeno (bom para quem tem risco de câncer de mama), terapia hormonal da menopausa (em casos selecionados).

## PRESCRIÇÃO

### 1. ALENDRONATO 70MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/SEMANA, TOMAR 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ, NÃO DEITAR APÓS ATÉ O CAFÉ DA MANHÃ.

(Duração: 5-10 anos; Corrigir deficiência de vitamina D e cálcio antes de iniciar terapia)

## EPIDEMIOLOGIA

<b>Fatores de risco clínico para fratura independentes da densidade mineral óssea</b>
Idade avançada
Fratura prévia
Uso de glicocorticoides
Histórico parental de fratura de quadril
Baixo peso corporal
Tabagismo atual
Consumo excessivo de álcool
Artrite reumatoide
Osteoporose secundária (ex: hipogonadismo ou menopausa precoce, má absorção, doença hepática crônica, doença inflamatória intestinal)

## QUERATOSE SEBORREICA

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

**PÁPULAS** ADERENTES, ESCAMOSAS, HIPERCERATÓTICAS, COR DE **BEGE CLARO** A PRETA, COM ASPECTO CEREBRIFORME



### MANEJO

#### 1. ORIENTAÇÕES

(Em geral não requer tratamento, orientar sobre benignidade)

(Minioria dos casos com sintomas)

#### 2. TRATAMENTO

##### 2A. CRIOTERAPIA COM NITROGÊNIO LÍQUIDO

## RINITE ALÉRGICA

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO

##### Clínico:

- Baseado em sintomas típicos, fatores de risco e exame físico.
- Testes cutâneos ou IgE sérico são úteis mas não indispensáveis para diagnóstico inicial.

##### Testes diagnósticos:

- **Testes cutâneos por puntura (prick test):** custo-efetivos, alta sensibilidade.
- **IgE sérico específico:** alternativa quando o teste cutâneo é inviável.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

##### Sintomas principais:

- Espirros, coriza clara, obstrução nasal e prurido nasal.
- Gotejamento pós-nasal, tosse, irritabilidade, fadiga.
- Conjuntivite alérgica associada: prurido e lacrimejamento bilateral.

### ACHADOS FÍSICOS

- Edema infraorbital ("olheiras alérgicas"), linhas de Dennie-Morgan, sulco nasal transversal.
- "Face alérgica" em crianças: palato arqueado, respiração bucal, má oclusão dentária.
- Mucosa nasal pálida ou azulada, edema de cornetos, secreção clara.
- Faringe com "aspecto de paralelepípedos" (cobblestoning).
- Disfunção tubária com retração ou fluido em orelhas.

## MANEJO

### ABORDAGEM FARMACOLÓGICA:

#### 1. Crianças pequenas (<2 anos)

- **Tratamento:**
  - Anti-histamínicos minimamente sedativos (cetirizina, loratadina, fexofenadina) em formulações líquidas.
  - **Evitar anti-histamínicos sedativos** (ex.: difenidramina) devido ao risco de agitação paradoxal e efeitos perigosos.

#### 2. Crianças maiores (≥2 anos) e adultos

- **Sintomas leves ou episódicos:**
  - Anti-histamínico oral não sedativo (uso regular ou conforme necessidade).
  - Spray nasal de corticoide (mais eficaz que anti-histamínicos).
  - Spray nasal de anti-histamínico (azelastina >6 anos, olopatadina >12 anos).
  - Spray nasal de cromoglicato (para exposições previsíveis).
- **Sintomas persistentes ou moderados a graves:**
  - Corticoides nasais são a terapia de escolha.
  - Se necessário, adicionar um segundo agente:
    - Spray nasal de anti-histamínico.
    - Anti-histamínico oral (menor benefício comprovado).
    - Combinação de anti-histamínico/decongestionante (uso limitado por efeitos adversos).
    - Imunoterapia subcutânea para casos graves.

#### 3. Pacientes com Comorbidades

- **Conjuntivite alérgica:** Preferência por corticoide nasal + colírios anti-histamínicos ao invés de corticoide nasal + anti-histamínico oral.
- **Asma moderada a grave:** Biológicos como omalizumabe e dupilumabe ajudam na rinite alérgica associada.

### TERAPIAS FARMACOLÓGICAS:

#### 1. Irrigação Nasal com Soro Fisiológico

#### 2. Medicamentos Mais Eficazes

- **Sprays nasais de glicocorticoides:** São a terapia mais eficaz para sintomas nasais persistentes.[
- **Anti-histamínicos orais:**
  - Segunda geração preferíveis por menor sedação e efeitos adversos.
  - Mais eficazes para prurido, espirros e coriza, mas menos eficazes na congestão nasal em comparação com glicocorticoides.
- **Combinações de glicocorticoide + anti-histamínico nasal:**
  - Estudos mostram melhora superior em sintomas em relação ao uso isolado dos componentes.

## PRESCRIÇÃO

### 1. **SORO FISIOLÓGICO 0,9%** - USO **NASAL**

APLICAR 10ML EM CADA NARINA, COM AUXÍLIO DE SERINGA, ATÉ 6 VEZES AO DIA

### 2. **NASONEX** (FUROATO DE MOMETASONA 50MCG/JATO) - USO **NASAL**

APLICAR 2 JATOS EM CADA NARINA PELA MANHÃ E À NOITE APÓS LAVAGEM NASAL, POR 7 DIAS. APÓS, REDUZIR PARA 2 JATOS EM CADA NARINA APENAS PELA MANHÃ, POR 30 DIAS.

(Quadro intenso de prurido nasal, espirros ou coriza)

### 3. **BILASTINA** 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA, TOMAR EM JEJUM 1H ANTES DAS REFEIÇÕES, POR 7 DIAS.

## SÍNDROME DA TOSSE DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES (STVAS)

Última atualização: 08/06/2025

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO

- Baseado em combinação de sinais, sintomas, exames de imagem e resposta ao tratamento.
- A ausência de sintomas típicos não exclui UACS como causa da tosse.
- A melhora com anti-histamínico de primeira geração + descongestionante confirma o diagnóstico.

#### QUADRO CLÍNICO

- Tosse crônica acompanhada por sensação de secreção na garganta, necessidade de pigarrear, obstrução nasal, coriza e, às vezes, rouquidão.
- Pode ocorrer mesmo sem sintomas típicos de vias aéreas superiores.
- Achados frequentes: secreções na faringe posterior, aparência em “paralelepípedos” da mucosa, muco visível
- Achado frequente descrito em estudo endoscópico de 2021 (>90%): “sinal da cortina avermelhada”



Imagem endoscópica da orofaringe em pacientes com STVAS

Visão representativa mostrando um sinal da cortina avermelhada na parede faríngea posterior, atrás do arco palatofaríngeo.

## PRESCRIÇÃO

### 1. LAVAGEM NASAL

#### 1a. SORO FISIOLÓGICO 0,9%

APLICAR 10ML EM CADA NARINA, COM AUXÍLIO DE SERINGA, ATÉ 6 VEZES AO DIA

### 2. CORTICOIDE NASAL

#### 2a. NASONEX (FUROATO DE MOMETASONA) 50MCG/JATO SUSPENSÃO NASAL

APLICAR 2 JATOS EM CADA NARINA PELA MANHÃ APÓS LAVAGEM NASAL, POR 30 DIAS

(Dose adulto: 2 jatos 1x/12-24h; Dose criança > 12 anos: 2 jatos 1x/dia; Dose criança 2-11 anos: 1 jato 1x/dia)

#### 2b. CLENIL NASAL AQUOSO (DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA) 50MCG/JATO SUSPENSÃO NASAL

APLICAR 1 JATO EM CADA NARINA PELA MANHÃ E À NOITE, APÓS LAVAGEM NASAL, POR 30 DIAS

(Dose adulto: 1-2 jatos 12/12h; Dose criança > 6 anos: 1 jato 12/12h; Contraindicado em < 6 anos)

### 3. HEDERA HELIX (HEDERA CIMED) 7MG/ML SOLUÇÃO ORAL

(> 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 8 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(6 – 12 anos) TOMAR 5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

(2 – 6 anos) TOMAR 2,5ML POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS, POR 5 A 7 DIAS

## SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII)

### DIAGNÓSTICO

#### Diagnóstico

- Diagnóstico clínico baseado em critérios de sintomas e exclusão de doenças orgânicas.

#### Critérios diagnósticos:

- **Critérios de Roma IV:**
  - Dor abdominal recorrente ( $\geq 1x$ /semana nos últimos 3 meses)
  - Associada a pelo menos dois dos seguintes:
    - Relacionada à evacuação
    - Alteração na frequência das evacuações
    - Alteração na forma das fezes

#### Subtipos de SII (com base na escala de fezes de Bristol):

- SII com constipação predominante (SII-C)
- SII com diarreia predominante (SII-D)
- SII com hábitos intestinais mistos (SII-M)
- SII não classificada (SII-I)

## MANEJO

### TERAPIA INICIAL PARA TODOS OS PACIENTES

- **Modificações de estilo de vida:**
  - Atividade física regular (3-5x/semana).
  - Higiene do sono.
  - Terapias comportamentais intestino-cérebro: hipnoterapia, mindfulness, TCC.

### ABORDAGENS DIETÉTICAS

- **Dieta tradicional para SII:**
  - Refeições menores, fibra solúvel (psyllium), evitar alimentos que produzem gás, consumo adequado de líquidos.
  - Evitar fibra insolúvel (ex: farelo de trigo) e tentar dieta restrita em lactose se necessário.
- **Dieta com baixo teor de FODMAPs:**
  - Mais eficaz para SII-D; idealmente acompanhada por nutricionista.

### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- **SII-C:**
  - Primeira linha: polietilenoglicol (PEG).
  - Segunda linha: agonistas da guanilato ciclase (linaclotida, plecanatida), lubiprostona, tenapanor.
- **SII-D:**
  - Primeira linha: loperamida.
  - Segunda linha: sequestrantes de ácidos biliares (colestiramina, colestipol, colesevelam).
- **SII-M e SII-I:**
  - Evitar fármacos direcionados ao hábito intestinal.
  - Reforçar dieta e estilo de vida, tratar sintomas globais com antiespasmódicos ou antidepressivos tricíclicos.

### SINTOMAS GLOBAIS

- **Agentes antiespasmódicos:** uso pontual para crises (ex: hiosciamina, óleo de hortelã-pimenta).
- **Antidepressivos tricíclicos (TCAs):** dor abdominal persistente.
- **Rifaximina:** para sintomas persistentes ou subtipo misto.

### INDICAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO

- Presença de sinais de alarme: perda de peso, anemia inexplicada, diarreia noturna, sangramento retal importante, ≥45 anos com novos sintomas, história familiar de câncer colorretal, DII ou doença celíaca.

### TERAPIAS COM EVIDÊNCIA LIMITADA OU INCERTA

- Dieta sem glúten, probióticos, transplante de microbiota fecal, dieta baseada em testes de alergia, mesalazina, aldafermina e fitoterápicos como Iberogast têm evidência limitada ou riscos importantes.

## PRESCRIÇÃO

(SII-C / SII-D)

### 1. AGENTE PARA MELHORA DO HÁBITO INTESTINAL

(SII-C)

1A. **POLIETILENOGLICOL 4.000 PÓ**

DISSOLVER 15G EM 200ML DE ÁGUA

TOMAR 1X/DIA

(Dose: 15-30 mg/dia)

(SII-D)

1B. **LOPERAMIDA 2MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL ANTES DE CADA REFEIÇÃO, ATÉ 4X/DIA

(Dose máxima diária: 16mg)

### 2. ANTIESPASMÓDICO

2A. BULTIBROMETO DE **ESCOPOLAMINA 10MG COMPRIMIDO**

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL SE CÓLICA ABDOMINAL, ATÉ 3X/DIA, POR ATÉ 3 DIAS

### 3. DIETA

DÊ PREFERÊNCIA POR REFEIÇÕES MENORES

BEBA ÁGUA

DÊ PREFERÊNCIA POR FIBRAS SOLÚVEIS: AVEIA, MANGA, MAÇÃ SEM CASCA, CENOURA COZIDA, BATATA-DOCE, ABACATE

EVITE ALIMENTOS QUE PRODUZEM GASES: FEIJÃO, LENTINHA, GRÃO-DE-BICO, BRÓCOLIS, COUVE-FLOR, REPOLHO, CEBOLA CRUA, ALHO, REFRIGERANTES, ADOÇANTES ARTIFICIAIS

EVITE FIBRAS INSOLÚVEIS: FARELO DE TRIGO, ARROZ INTEGRAL, MILHO, CASCA DE FRUTAS

EVITE LACTOSE: LEITE COMUM, QUEIJOS

### 4. ATIVIDADE FÍSICA, NO MÍNIMO 30 MINUTOS 5X/SEMANA

## TABAGISMO

### MANEJO

#### MODELOS DE INTERVENÇÃO

- **Modelo das 5 A's:**
  - Perguntar, Aconselhar, Avaliar prontidão, Ajudar, Acompanhar.
  - Etapa 3 baseada nos estágios de mudança:
    - Pré-contemplação (não considera parar de fumar nos próximos seis meses)
    - Contemplação (considera parar de fumar nos próximos seis meses, mas não no próximo mês)
    - Preparação (planeja tentar parar de fumar no próximo mês)
    - Ação (está no processo de parar de fumar ou parou de fumar nos últimos seis meses)
    - Manutenção (alcançou cessação do tabagismo, frequentemente definida como pelo menos seis meses de abstinência)

#### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

##### Escolha Inicial de Tratamento

- **Primeiras opções:** TRN (preferencialmente combinada), vareniclina e bupropiona.
- **Vareniclina ou TRN combinada** (adesivo + goma ou pastilha) são preferidas, pois têm eficácia semelhante.
  - Evitar TRN em pacientes pós-IAM
- **Bupropiona:** opção razoável para quem tem depressão, histórico de sucesso prévio ou medo de ganhar peso; contraindicada em pessoas com epilepsia.
  - Segura em pacientes pós-IAM

# TENDINOPATIAS

Última atualização: 08/06/2025

## DEFINIÇÃO

### DEFINIÇÃO E DIFERENCIAÇÃO

- Tendinopatia é uma condição clínica caracterizada por dor localizada no tendão e perda de função, geralmente causada por sobrecarga mecânica repetida.
- Diferente da ruptura do tendão (dor aguda e rompimento de fibras), a tendinopatia tem início insidioso com o tendão estruturalmente íntegro, mas com tecido alterado.

## DIAGNÓSTICO

### ACHADOS CLÍNICOS PRINCIPAIS

- Dor localizada ao longo do tendão e dor com carga (resistência ou alongamento).
- Espessamento tendíneo (mais perceptível em tendões superficiais como o de Aquiles).
- A dor pode apresentar latência ("efeito aquecimento"): melhora com o exercício, mas piora horas depois.
- Avaliação clínica pode revelar causas mecânicas remotas (fraquezas, alterações posturais, rigidez articular).

### IMAGEM DIAGNÓSTICA

- Ultrassonografia com Doppler e ressonância magnética são úteis para confirmar tendinopatia, avaliar espessamento, áreas hipoeoicas e vascularização aumentada.
- Não há forte correlação entre achados de imagem e gravidade dos sintomas.
- Imagem não é recomendada de rotina no seguimento se o paciente está em melhora clínica com reabilitação.

## MANEJO

### TRATAMENTO: ABORDAGEM GERAL

- O tratamento é prolongado (3 a 6 meses ou mais) e baseado em exercícios resistidos progressivos com carga elevada.
- Os sintomas podem piorar inicialmente, o que não indica piora estrutural. Educação do paciente é essencial para adesão ao tratamento.

### ETAPAS DO TRATAMENTO

1. **Avaliação inicial:** excluir outras causas, avaliar estruturas associadas.
2. **Modificação de atividade e início de exercícios:** reduzir atividades que causam dor e iniciar programa supervisionado por pelo menos 12 semanas.
  - Monitorar dor com modelo de avaliação de dor.
  - Evitar compressão óssea em tendinopatias de inserção.

### TRATAMENTO PRIMÁRIO: EXERCÍCIOS COM CARGA

- **Exercício resistido com carga elevada** é a base do tratamento. Tipos incluem:
  - Isométricos, isotônicos (concêntricos e excêntricos), pliométricos.
- Programas de maior intensidade (maior carga) e menor frequência (permitindo recuperação adequada) parecem ser mais eficazes.

### OUTRAS INTERVENÇÕES DE SUPORTE

- **Anti-inflamatórios (AINEs):** uso curto (5-7 dias) pode ajudar na dor aguda, mas há pouca evidência de benefício duradouro.
- **Corticosteroides:** alívio rápido, porém piora em longo prazo; risco de ruptura tendínea; evitar uso rotineiro.
- **Terapias manuais:** mobilização articular pode ajudar em alguns casos, embora com evidência limitada.
- **Alongamento:** pode aliviar sintomas e melhorar a função da cadeia cinética, mas deve ser evitado em tendinopatias de inserção.
- **Órteses:** podem reduzir carga sobre o tendão (ex: palmilhas, faixas compressivas).

### INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

- Considerar cirurgia após 6–12 meses de falha de tratamento conservador bem conduzido.
- Procedimentos incluem debridamento aberto, endoscópico ou técnicas minimamente invasivas (ex: tenotomia ultrassônica).
- Estudos mostram resultados semelhantes entre cirurgia e reabilitação bem feita. Cirurgia deve ser último recurso.

## PRESCRIÇÃO

### 1. AINE / CORTICOIDE

1A. **CETOPROFENO** 150MG COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO PROLONGADA (BI-PROFENID)

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL APÓS O ALMOÇO 1X/DIA SE DOR, POR ATÉ 7 DIAS

(Dose de ataque: 300mg/dia; Dose de manutenção: 150-300 mg/dia, reduzir para 150mg/dia assim que possível)

1B. DICLOFENACO 50MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 8 HORAS SE DOR, POR ATÉ 7 DIAS. TOMAR COM REFEIÇÕES.

1C. CETOPROFENO 100MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL

ADMINISTRAR 100MG EV DILUÍDO EM 100ML DE SF 0,9%, INFUSÃO EM 20-30 MINUTOS

(>= 1 semana após a lesão)

1D. DEXAMETASONA 2,5MG/ML AMPOLA COM 4ML

ADMINISTRAR 10MG (1 AMPOLA) IM

(Dose ideal: 0,1mg/kg IM dose única; Dose: 4-20mg IM dose única; Ideal aplicar entre 7 e 11 dias após a lesão;

Intervalo mínimo entre aplicações IM: 10 dias)

2. **FISIOTERAPIA:** EXERCÍCIO RESISTIDO COM CARGA PROGRESSIVA

3. **REDUZIR ATIVIDADES** QUE CAUSAM DOR

4. **ÓRTESE LOCAL**

(Sintomas < 72h)

5. **GELO LOCAL** EM TOALHA FINA E ÚMIDA 15MIN 2/2H

## TUBERCULOSE (TB)

### ESQUEMA BÁSICO MAIS UTILIZADO

(Fase intensiva)

1. RIPE (RIFAMPIZINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL) 150/75/400/275 MG  
(> 70kg) TOMAR 5 COMPRIMIDOS 1 HORA ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ, POR 2 MESES

(Fase de manutenção)

1. RI (RIFAMPIZINA + ISONIAZIDA) 150/75 MG  
(> 70kg) TOMAR 5 COMPRIMIDOS 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ, POR 4 MESES

## ÚLCERA PÉPTICA

### PLANO TERAPÊUTICO

1. Pesquisa para H pylori => Erradicação do H pylori se pesquisa positiva

2. Terapia com IBP

Duração e dose de tratamento:

- (Úlcera gástrica não complicada) Dose padrão por 8 semanas
- (Úlcera duodenal não complicada) Dose padrão por 4 semanas
- (Úlcera gástrica complicada) Dose alta por 8-12 semanas (reduzir dose após 4 semanas)
- (Úlcera duodenal complicada) Dose alta por 4-8 semanas (reduzir dose após 4 semanas)

3. (Quadro refratário) Repetir EDA após 2 meses do término da terapia com IBP

### PESQUISA PARA H. PYLORI

(Suspender IBP 1-2 semanas antes; Suspender ATB 4 semanas antes)

A. (Com EDA) TESTE DE UREASE EM BIÓPSIA ENDOSCÓPICA

B. (Sem EDA) TESTE RESPIRATÓRIO COM UREIA

### TERAPIA COM IBP: ÚLCERA GÁSTRICA NÃO COMPLICADA

1a. VONOPRAZANA 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL PELA MANHÃ POR 2 MESES

1b. DEXLANSOPRAZOL 60MG CÁPSULA

TOMAR 1 CÁPSULA VIA ORAL PELA MANHÃ POR 2 MESES

1c. ESOMEPRAZOL 40MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 2 MESES

1d. OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO

TOMAR 2 COMPRIMIDOS VIA ORAL EM JEJUM 30 MINUTOS ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ POR 2 MESES

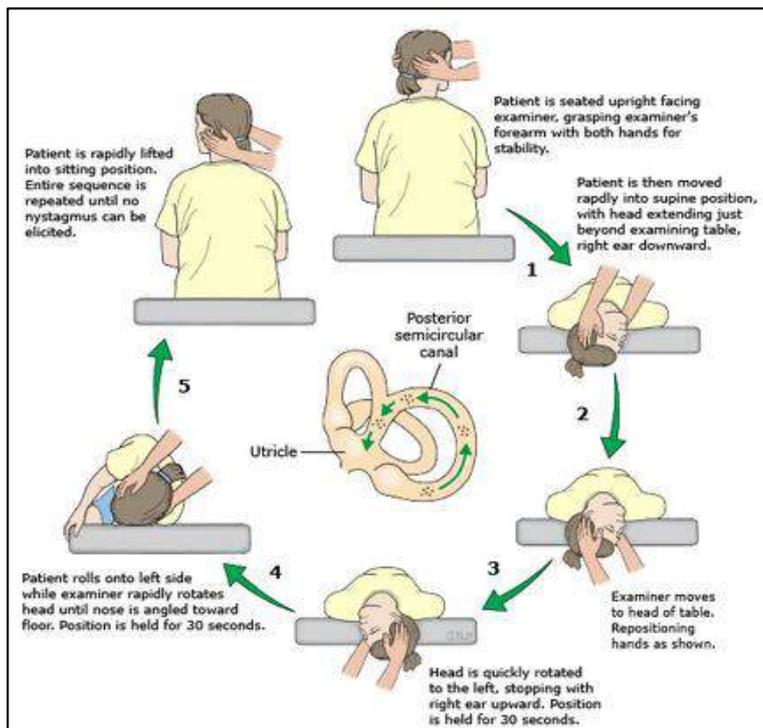
## VERTIGEM POSICIONAL PAROXÍSTICA BENIGNA (VPPB)

### TRATAMENTO

#### 1. BETAISTINA 24MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO POR VIA ORAL A CADA 12 HORAS POR 1 SEMANA. INICIAR 1 SEMANA ANTES DA DATA MARACADA PARA A MANOBRA DE EPLEY.

#### 2. MANOBRA DE EPLEY



0. PACIENTE SENTADO > POSICIONAR-SE À DIREITA DO PACIENTE > ROTACIONAR A CABEÇA PARA A DIREITA

1. DEITAR RAPIDAMENTE O PACIENTE, COM A CABEÇA PENDENTE ALÉM DA BORDA DA MACA

2. POSICIONAR-SE ATRÁS DO PACIENTE

3. ROTACIONAR A CABEÇA PARA A ESQUERDA > MANTER POR 30 SEGUNDOS

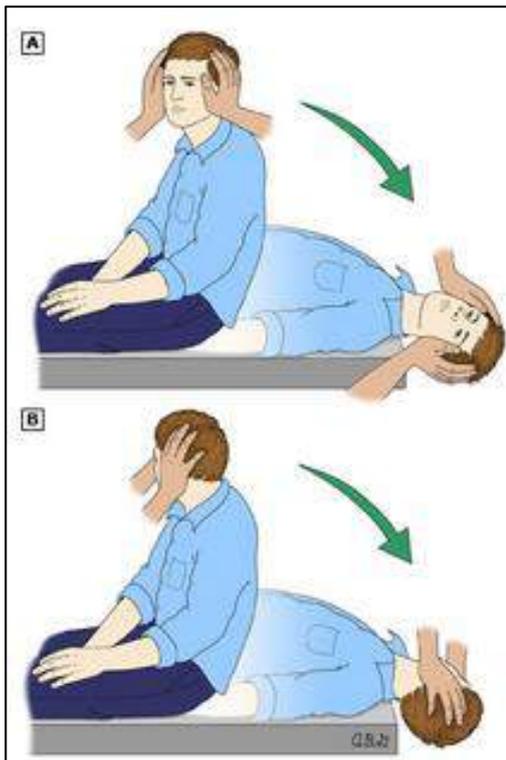
4. PACIENTE ADOTA DECÚBITO LATERAL ESQUERDO > ROTACIONAR A CABEÇA PARA A ESQUERDA COM NARIZ EM DIREÇÃO AO CHÃO

5. SENTAR RAPIDAMENTE O PACIENTE

X. REPETIR A SEQUÊNCIA ATÉ QUE NENHUM NISTAGMO SEJA OBSERVADO

## DIAGNÓSTICO

### 1. MANOBRA DE DIX-HALLPIKE



1. PACIENTE SENTADO > POSICIONAR-SE À DIREITA DO PACIENTE > ROTACIONAR A CABEÇA PARA A DIREITA
  2. DEITAR RAPIDAMENTE O PACIENTE, COM A CABEÇA PENDENTE ALÉM DA BORDA DA MACA
  3. OBSEVAR POR 30 SEGUNDOS A PRESENÇA DE NISTAGMO
- X. SE O NISTAGMO NÃO FOR PROVOCADO, REPETIR A MANOBRA PARA O OUTRO LADO

# CLÍNICA MÉDICA

## CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

### PRESCRIÇÃO

1. **INSULINA REGULAR** 100U/ML AMPOLA COM 3, 5 OU 10ML

ADMINISTRAR POR VIA SC CONFORME DEXTRO: 181–220 MG/DL, 2 UI; 221–260 MG/DL, 4 UI; 261–300 MG/DL, 6 UI; 301–350 MG/DL, 8 UI; >350 MG/DL, 10 UI E AVISAR MÉDICO

(Glicemia alvo: 140-180)

2. **GLICOSE 50%** AMPOLA COM 10ML

ADMINISTRAR 50ML EV SE DEXTRO < 70

(Glicemia alvo: 140-180)

## MEDICINA PREVENTIVA

### VISÃO GERAL

#### GERAL

1. ORIENTO ATIVIDADE FÍSICA

2. ORIENTO ALIMENTAÇÃO

3. ORIENTO IMUNIZAÇÕES

4. ORIENTO CHECK-UP PERIÓDICO

(< 50 anos: 1x/3 anos; > 50 anos: 1x/ano)

(Conforme contexto)

5. ORIENTO PROTEÇÃO SOLAR

X1. Rastrear HAS

X2. Rastrear obesidade

X3. Rastrear tabagismo

X4. Rastrear uso de álcool e outras drogas

X5. Rastrear depressão

(> 12 anos)

X6. Rastrear ansiedade

(12 – 64 anos)

X7. Rastrear violência doméstica

*> 18 anos*

1. HBSAG, ANTI-HBS, ANTI-HBC, ANTI-HCV

(1 vez)

2. ANTI-HIV

(até os 75 anos)

*> 20 anos*

X1. Calcular risco cardiovascular 1x/5 anos

(Utilizar calculadora PREVENT se 30-79 anos)

*> 21 anos*

1. COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA 1X/3 ANOS

(até os 64 anos)

*> 35 anos*

1. PERFIL LIPÍDICO 1X/5 ANOS

(até os 65 anos)

2. HBA1C

(até os 70 anos)

> 40 anos

1. MAMOGRAFIA 1X/2 ANOS

(Até os 75 anos)

> 45 anos

1. COLONOSCOPIA 1X/10 ANOS

(Até os 75 anos)

> 50 anos

(Homens – decisão compartilhada)

1. PSA 1X/2 ANOS

(Tabagismo > 20 anos-maço)

2. TC TÓRAX DE BAIXA DOSE

(até os 80 anos)

> 65 anos

(Mulheres)

1. DENSITOMETRIA ÓSSEA 1X/2-10 ANOS

(Intervalo depende do resultado)

(Homens com história de tabagismo)

1. USG DE AORTA

(até os 75 anos)

## IMUNIZAÇÕES

### CRIANÇAS

#### CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA 2025:

Vacina	Nº de Doses	Idade Recomendada
<b>BCG*</b>	Dose única	Ao nascer
<b>Hepatite B (HB - recombinante)</b>	Dose ao nascer	Ao nascer
<b>Poliomielite 1, 2 e 3 (VIP - inativada)*</b>	3 doses + reforço	2, 4, 6 e 15 meses
<b>Rotavírus humano (ROTA)</b>	2 doses	2 e 4 meses
<b>Penta (DTP/HB/Hib)**</b>	3 doses + 2 reforços	2, 4, 6 meses + reforços
<b>Pneumocócica 10-valente (VPC10)</b>	2 doses + reforço	2, 4 e 12 meses
<b>Meningocócica C (conjugada)*</b>	2 doses + reforço	3, 5 e 12 meses
<b>COVID-19***</b>	2 doses	6 e 7 meses
<b>Febre Amarela (VFA)</b>	1 dose + reforço	9 meses e 4 anos
<b>Sarampo, Caxumba, Rubéola (SCR)</b>	2 doses	12 meses e 15 meses
<b>Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV)</b>	1 dose	15 meses
<b>Hepatite A (HA - inativada)*</b>	1 dose	15 meses
<b>Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)**</b>	3 doses + 2 reforços	2, 4, 6 meses + reforços aos 15 meses e 4 anos
<b>Difteria e Tétano (dT)</b>	3 doses + reforços	A partir de 7 anos + reforço a cada 10 anos
<b>Papilomavírus humano (HPV4)</b>	Dose única	9 e 10 anos
<b>Pneumocócica 23-valente (VPP23)</b>	2 doses	Povos indígenas ≥ 5 anos
<b>Varicela (VZ – atenuada)</b>	1 dose	4 anos

Observações:

\* Podem ser administradas em crianças até 4 anos, 11 meses e 29 dias.

\*\* Indicadas para crianças de 2 meses até 6 anos, 11 meses e 29 dias.

\*\*\* A vacina COVID-19 (ômicron XBB.1.5) é recomendada com 2 doses aos 6 e 7 meses. Se não iniciada até essa idade, pode ser aplicada até 4 anos, 11 meses e 29 dias, respeitando intervalo de 4 semanas. Para imunocomprometidos, o esquema é de 3 doses (6, 7 e 9 meses).

\*\*\*\* A vacina SCR (tetra viral) pode substituir a vacina varicela em crianças a partir de 4 anos vacinadas previamente com pelo menos uma dose da tríplice viral, em caso de indisponibilidade.

\*\*\*\*\* A vacina HPV4 (recombinante) é indicada como dose única no SUS para crianças e adolescentes não vacinados de 9 a 14 anos, 11 meses e 29 dias. Deve ser aplicada antes de completar 15 anos.

\*\*\*\*\* A vacina pneumocócica 23-valente (VPP 23) só deve ser administrada na ausência de histórico vacinal com vacinas pneumocócicas conjugadas.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

<b>Vacina</b>	<b>Esquema recomendado para profissionais de saúde</b>	<b>Observações</b>
<b>BCG</b>	1 dose, se não houver cicatriz ou comprovação	Contraindicada em imunodeprimidos e gestantes
<b>Hepatite B</b>	3 doses (0, 1 e 6 meses)	Verificar esquema vacinal anterior; não reiniciar esquema se incompleto
<b>dT (dupla adulto)</b>	Reforço a cada 10 anos após esquema primário (3 doses)	Antecipar se ferimento grave ou contato com difteria
<b>dTpa (acelular)</b>	1 dose única	Recomendado para todos os profissionais da saúde, estagiários em neonatologia e parteiras tradicionais
<b>Tríplice viral (SCR)</b>	2 doses, com intervalo mínimo de 30 dias	Independentemente da idade
<b>Varicela (atenuada)</b>	1 ou 2 doses, conforme o fabricante	Para não vacinados ou sem história pregressa da doença
<b>Febre amarela</b>	1 dose única	Avaliar risco/benefício em caso de contraindicação; contraindicado em imunodeprimidos
<b>Influenza (gripe)</b>	1 dose anual	Incluída em campanhas anuais de vacinação
<b>COVID-19 (atualizada XBB)</b>	2 doses para profissionais não vacinados ou com esquema incompleto	Considerar esquema de reforço com base em atualizações anuais

## 1. Princípios Gerais

- **Vacinas de agentes vivos** podem ser contraindicadas em caso de **imunodepressão grave**, sendo necessário **avaliar risco-benefício individualmente**.
- Idealmente, **adiar vacinação em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave**, até que se obtenha melhora com TARV.

## 2. Classificação da Imunodepressão por Idade

Idade	Ausente	Moderada	Grave
< 12 meses	≥ 1.500 cels/mm <sup>3</sup> (≥34%)	750–1.499 (26–33%)	< 750 (<26%)
1 a 5 anos	≥ 1.000 (≥30%)	500–999 (22–29%)	< 500 (<22%)
6 a 12 anos	≥ 500 (≥26%)	200–499 (14–25%)	< 200 (<14%)
≥ 13 anos	≥ 350	200–349	< 200

## 3. Esquema Vacinal para Adultos com HIV

Vacina	Esquema
<b>VPC13 + VPP23</b>	VPC13 seguida de VPP23 após 2 meses. Segunda dose de VPP23 após 5 anos.
<b>Hib</b>	2 doses com intervalo de 8 a 12 semanas
<b>Hepatite B</b>	4 doses (0, 1, 2, 6–12 meses) com <b>dose dobrada</b>
<b>SCR</b>	2 doses, se categoria imunológica permitir
<b>Varicela</b>	2 doses se suscetível e se imunidade permitir
<b>Febre amarela</b>	Avaliação individual
<b>Influenza (INF3)</b>	Anual
<b>Hepatite A</b>	2 doses com intervalo de 6–12 meses
<b>dT/dTpa</b>	3 doses básicas e reforço a cada 10 anos; dTpa em toda gestação
<b>HPV4</b>	3 doses (0, 2, 6 meses) – para homens e mulheres de 9 a 45 anos
<b>MenACWY</b>	2 doses com intervalo de 8–12 semanas + reforço a cada 5 anos

## 4. Vacina de Febre Amarela em PVHA

- **Contraindicada** em imunodepressão grave.
- Pode ser considerada se:
  - **CD4+ ≥ 350 cels/mm<sup>3</sup>**
  - **Carga viral indetectável (<6 meses)**

## REAÇÕES ADVERSAS

### VACINA PENTAVALENTE (DTP / HEP B / HIB)

Última atualização: 10/06/2025

#### EVENTOS ADVERSOS MAIS COMUNS RELACIONADOS À VACINA PENTA (DTP/HEPB/HIB):

##### Manifestações locais

- **Sintomas frequentes:** Vermelhidão, calor, endurecimento, edema e dor no local da aplicação.
- **Conduta:** Tratamento sintomático. Não contraindica doses subsequentes.

##### Manifestações sistêmicas

**Febre - Conduta:** Antitérmicos (não profiláticos). Não contraindica novas doses.

**Sonolência - Conduta:** Observação por 24h. Não contraindica novas doses.

**Anorexia - Conduta:** Sem necessidade de tratamento. Não contraindica novas doses.

**Vômitos - Conduta:** Evitar antieméticos sedativos. Não contraindica novas doses.

**Irritabilidade - Conduta:** Sintomáticos, observação por 24h. Não contraindica novas doses.

**Choro persistente - Conduta:** Sintomáticos e observação por 24h. Não contraindica novas doses.

##### Episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH)

- Início até 48h, mais comum até 6h após vacina DTp/tetra.
- Transiente, bom prognóstico.
- **Conduta:** Observar rigorosamente. Substituir DTp por vacina acelular (DTpa).

##### Convulsões

- Ocorrem até 72h após DTp/tetra.
- **Conduta:** Tratamento adequado, seguimento neurológico. Substituir DTp por DTpa.

##### Encefalopatia

- Raríssima (até 10,5/milhão de doses).
- **Conduta:** Tratar manifestações. Contraindicar pertússis (até mesmo acelular). Substituir por DT.

##### Reações de hipersensibilidade

- **Anafilaxia:** Muito rara. Contraindica doses subsequentes da penta e seus componentes.
- **Reações cutâneas leves:** Urticária ou exantema geralmente têm outras causas (ex. viroses, alimentos).
- **Conduta:** Investigar e tratar adequadamente. Apenas anafilaxia contraindica novas doses.

## PRESCRIÇÃO

*Última atualização: 14/06/2025*

(Considerar)

A. **CENTRUM SELECT** HOMEM 50+

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA POR 2 MESES

(Considerar)

B. **CENTRUM SELECT** MULHER 50+

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA POR 2 MESES

## PROFILAXIA DE TEV

### MANEJO

#### *PACIENTE HOSPITALIZADO COM AFECÇÃO AGUDA*

Decisão sobre indicação ou não de profilaxia:

- Avaliar o risco de TEV
  - Escore de Padua
    - Critérios
      - Mobilidade reduzida (3 pontos)
      - Idade > 70 anos (1 ponto)
      - Obesidade (1 ponto)
      - Infecção aguda / Doença reumatológica (1 ponto)
      - Insuficiência cardíaca / Insuficiência respiratória (1 ponto)
      - IAM / AVC (1 ponto)
      - TTO hormonal vigente (1 ponto)
      - Trauma ou cirurgia recente (< 1 mês) (2 pontos)
      - Câncer ativo (3 pontos)
      - TEV prévio (3 pontos)
      - Trombofilia (3 pontos)
    - Interpretação
      - $\geq 4$  pontos  $\Rightarrow$  Alto risco de TEV: Profilaxia farmacológica indicada
      - $< 4$  pontos  $\Rightarrow$  Baixo risco de TEV
  - Escore IMPROVE Bleeding
    - Critérios
      - Idade
        - > 85 anos (3,5 pontos)
        - > 40 anos (1,5 ponto)
      - Sexo masculino (1 ponto)
      - Plaquetas < 50.000 (4 pontos)
      - INR > 1,5 (2,5 pontos)
      - Função renal
        - TFG < 30 (2,5 pontos)
        - TFG < 50 (1 ponto)
      - Câncer ativo (2 pontos)
      - Doença reumatológica (2 pontos)
      - CVC (2 pontos)
      - UTI (2,5 pontos)
      - Sangramento nos últimos 3 meses (4 pontos)
      - Úlcera gastroduodenal ativa (4,5 pontos)
    - Interpretação
      - $< 7$  pontos  $\Rightarrow$  Realizar anticoagulação profilática, se indicada
      - $\geq 7$  pontos  $\Rightarrow$  Evitar anticoagulação profilática

## TERAPIA DE FLUIDOS

### VISÃO GERAL

#### Terapia de manutenção em pacientes hospitalizados

- Indicado quando o paciente não comerá ou beberá por tempo prolongado.
- Objetivo: manter o equilíbrio hídrico/eletrolítico e fornecer aporte calórico mínimo.
- O sódio sérico é o melhor indicador de equilíbrio hídrico; o peso corporal indica alterações no volume.
- Pacientes afebris, inativos e sem ingestão oral precisam de menos de 1 L/dia de água livre de eletrólitos.
- Fatores que aumentam a necessidade de água: febre, sudorese, taquipneia, diarreia, poliúria.
- Fatores que reduzem a necessidade: insuficiência renal, uso de ar umidificado, SIADH.

#### Prescrição inicial recomendada

- 2 L/dia de soro glicosado a 5% com 0,45% de salina + 20 mEq de KCl por litro.
- Fornece 400 kcal e níveis adequados de sódio e potássio.

#### Escolha do fluido de reposição

- Depende do tipo de perda e distúrbio eletrolítico:
  - Hipernatremia: soluções hipotônicas.
  - Hiponatremia: salina isotônica ou hipertônica.
  - Hipocalemia: adicionar potássio.
  - Acidose metabólica: considerar bicarbonato.

#### Reposição de bicarbonato

- Indicada na acidemia grave ( $\text{pH} < 7,15-7,2$ ) ou em perdas persistentes (ex: diarreia).
- Bicarbonato com salina pode gerar soluções hipertônicas — úteis apenas em pacientes hiponatrêmicos.

#### Uso de dextrose

- Útil em hipoglicemia, cetose alcoólica ou jejum.
- Deve ser evitado em diabetes descompensado ou hipocalemia.

#### Hiperglicemia induzida por dextrose

- Pode ocorrer com infusão  $>4-5 \text{ mg/kg/min}$ .
- Cuidado com infusões rápidas de glicose em pacientes criticamente enfermos.

## VALORES DE REFERÊNCIA

- 1 bolsa de NaCl 0,9% 1L: 154 mmol de NaCl
- 1 bolsa de Ringer Lactato 1L: 131 mmol de Na / 5 mmol de K
- 1 ampola de KCl 19,9% 10mL: 25 mmol de KCl
- 1 ampola de NaCl 20% 10mL: 34 mmol de NaCl

## PRESCRIÇÃO

(70kg)

### **A. COM POTÁSSIO**

(Dose diária: 2L de volume; 68 mmol de NaCl; 50 mmol de KCl; 100g de dextrose)

(Evitar nas primeiras 24-48h do pós-operatório)

1. GLICOSE 5% FRASCO COM 1.000ML

ADICIONAR NAACL 20% 10ML

ADICIONAR KCL 19,9% 10ML

ADMINISTRAR 1.000ML EV 12/12H, INFUSÃO EM 12 HORAS

(Contraindicada no choque)

(70kg)

### **B. SEM POTÁSSIO**

(Dose diária: 2L de volume; 65 mmol de Na; 75g de dextrose)

A1. GLICOSE 5% FRASCO COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV 8/8H, INFUSÃO EM 6 HORAS

(Contraindicada no choque)

A2. RINGER LACTATO BOLSA COM 500ML

ADMINISTRAR 500ML EV 1X/DIA, INFUSÃO LENTA

(Evitar em caso de hipercalemia)

# CARDIOLOGIA

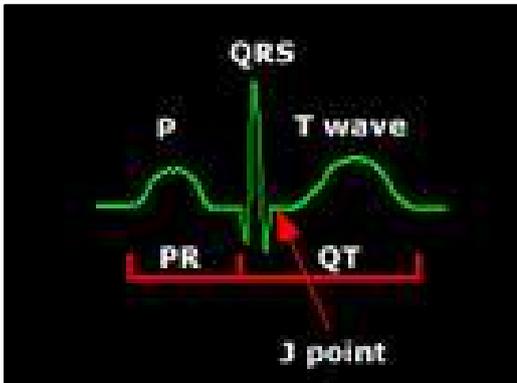
## ECG

### PRINCÍPIOS BÁSICOS

#### PAPEL DE ECG

- Papel quadriculado com caixas de 1 mm<sup>2</sup>.
- Velocidade padrão: 25 mm/s (cada quadrado pequeno = 0,04 s).
- Calibração padrão: 10 mm = 1 mV.

#### COMPLEXOS E INTERVALOS



#### ONDA P

- Normal: <0,12 s (3 q) e <0,25 mV (2,5 q).

#### INTERVALO PR

- Normal: 0,12 a 0,20 s (3-5 q).

#### COMPLEXO QRS

- Normal: 0,06–0,10 s. (1,5-2,5 q)
- Progressão da onda R deve ocorrer de V1 a V6.

#### SEGMENTO ST

- Normalmente isoelétrico com concavidade superior discreta.

#### ONDA T

- Assimétrica, com ascenso lento e descenso rápido.
- Normalmente concordante com o eixo do QRS.

#### INTERVALO QT

- Corrigido pela FC (QTc), sendo o QTc normal até 440 ms (11 q) (homens) e 450–460 ms (11,5 q) (mulheres).

#### ONDA U

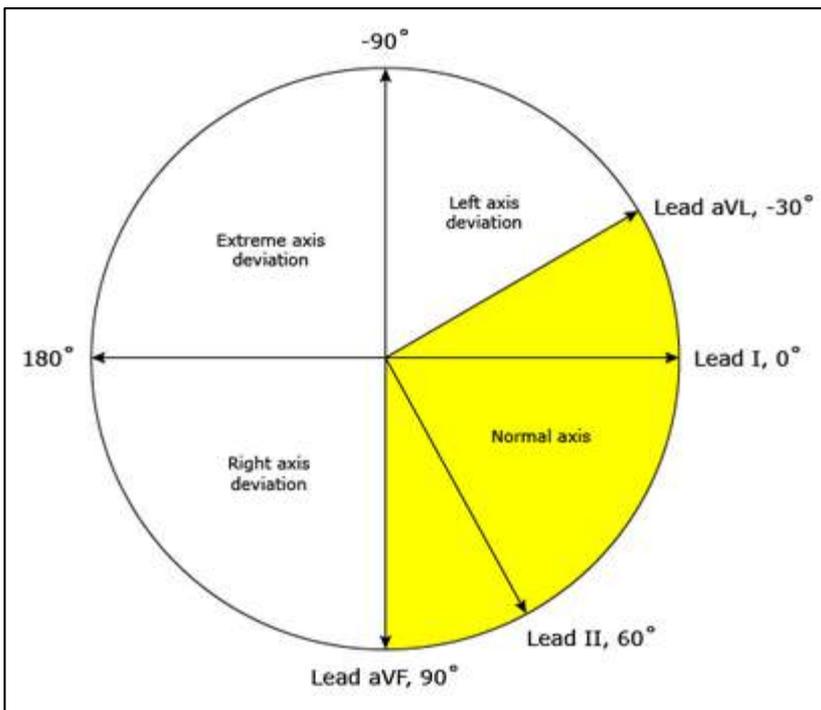
- Pode ser vista em V2-V4; causa incerta.
- Mais visível na bradicardia e hipocalemia.
- Normalmente <0,2 mV (2 q) e separada da onda T.

## FREQUÊNCIA CARDÍACA

- Se ritmo regular: usar número de quadrados grandes entre QRS (300 dividido por n.º de quadrados).
- Se ritmo irregular: contar batimentos em 10 s (50 quadrados grandes) e multiplicar por 6.
- Normal: 60–100 bpm

## EIXO ELÉTRICO

- Eixo QRS normal:  $-30^\circ$  a  $+90^\circ$ . (DI + / DII +)
- Desvios:
  - Eixo esquerdo:  $-30^\circ$  a  $-90^\circ$ . (DI + / DII -)
  - Eixo direito:  $+90^\circ$  a  $+180^\circ$ . (DI - / aVF +)
  - Eixo extremo:  $-90^\circ$  a  $-180^\circ$ . (DI - / aVF -)
- Métodos para determinar o eixo: derivadas I, II e aVF; derivada mais isoelétrica; maior amplitude positiva.
- Desvios podem indicar hipertrofias, bloqueios de ramo ou fasciculares, infartos, anomalias congênitas.



### Cálculo do eixo no plano frontal

Se o complexo QRS for positivo nas derivações I e II, ele está entre  $-30^\circ$  e  $90^\circ$  e é considerado normal, conforme indicado pela área amarela. Se o complexo QRS for negativo em I e positivo em aVF, há desvio do eixo para a direita. Se o QRS for positivo em I e negativo em II, há desvio do eixo para a esquerda. Se o QRS for negativo em I e em aVF, há desvio extremo do eixo.

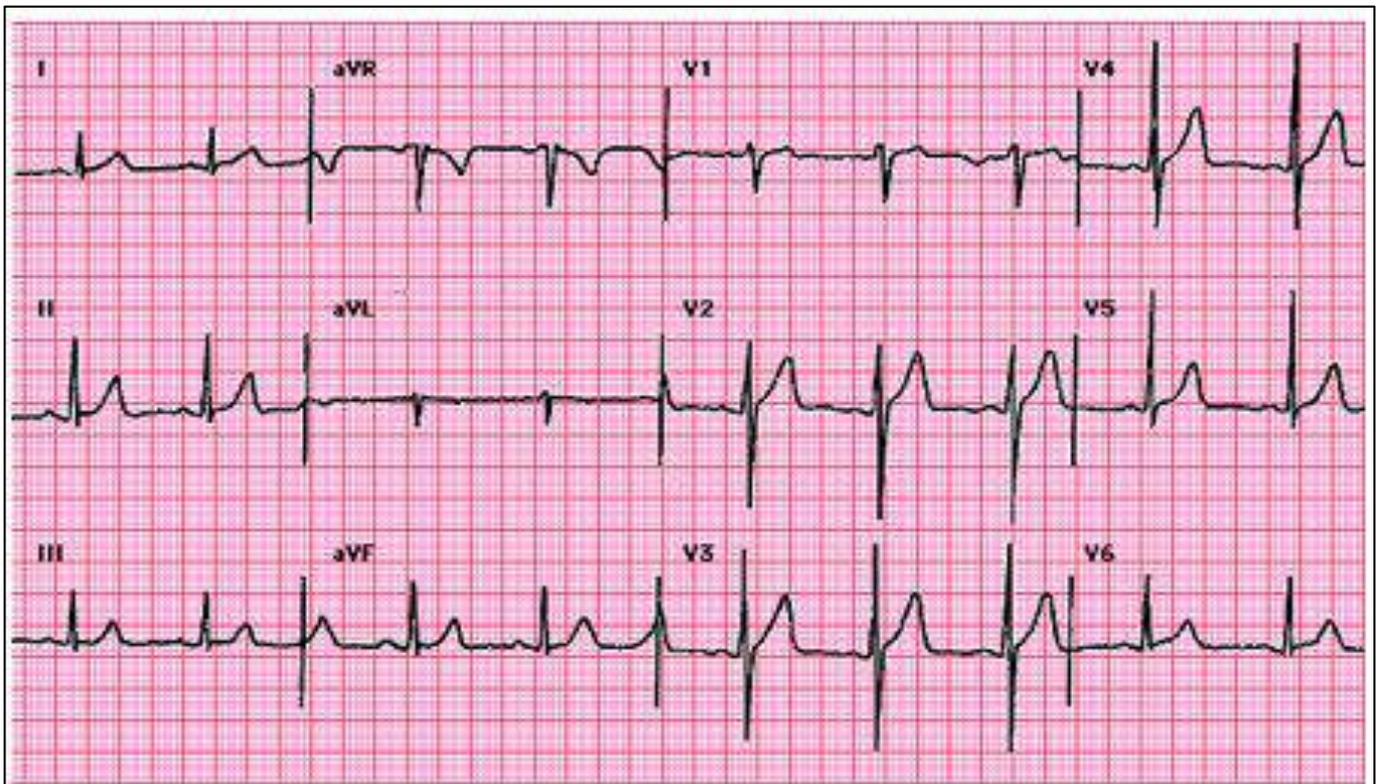
## INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA DO ECG

1. **Frequência:** entre 60–100 bpm?
2. **Ritmo:** ondas P presentes? Relação 1:1 com QRS? Intervalo PR constante?
3. **Eixo:** normal, desviado à direita ou esquerda?
4. **Intervalos:** PR, QRS e QT normais ou alterados?
5. **Onda P:** morfologia, amplitude e duração indicam ritmo sinusal ou não?
6. **Complexo QRS:** largura, morfologia, presença de ondas Q, hipertrofias?
7. **Segmento ST e onda T:** elevação ou depressão do ST? T invertida?

## ANÁLISE DO RITMO

1. **Identificar a onda P:** presença, morfologia e localização.
2. **Relacionar ondas P com QRS:** relação 1:1? P antes ou depois do QRS? PR fixo?
3. **Analisar QRS:** duração <0,12 s sugere origem supraventricular; QRS largo sugere bloqueio, pré-excitação ou ritmo ventricular.
4. **Buscar pistas adicionais:** pausas, irregularidades, batimentos de captura ou fusão.
5. **Contextualizar clinicamente:** histórico clínico pode orientar diagnóstico (ex: TV em cardiopata isquêmico; TSV em jovem saudável).

## ECG NORMAL



### ECG normal

Eletrcardiograma normal mostrando ritmo sinusal normal com frequência de 75 batimentos por minuto, intervalo PR de 0,14 segundos, intervalo QRS de 0,10 segundos e eixo do QRS de aproximadamente 75°.

## AUMENTO OU HIPERTROFIA DE CÂMARAS CARDÍACAS

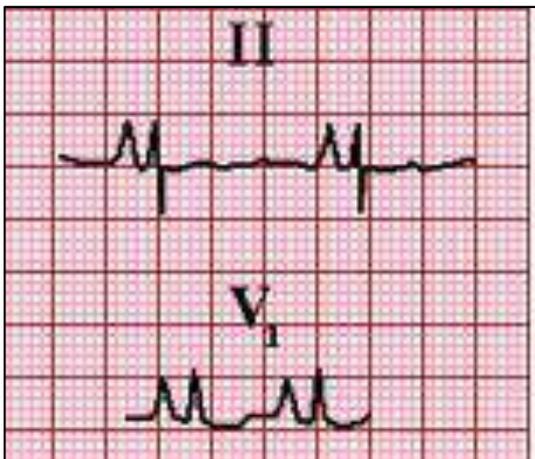
### AUMENTO DO ÁTRIO ESQUERDO

- Onda P alargada e entalhada (intervalo entre picos  $>0,04s$ )
- Porção terminal negativa em V1  $>1$  mm de largura e profundidade
- Duração da onda P  $\geq 0,12s$  em DII



### AUMENTO DO ÁTRIO DIREITO

- Onda P estreita, mas com **amplitude aumentada**
- P  $>2,5$  mm em DII,  $>1,5$  mm em V1/V2



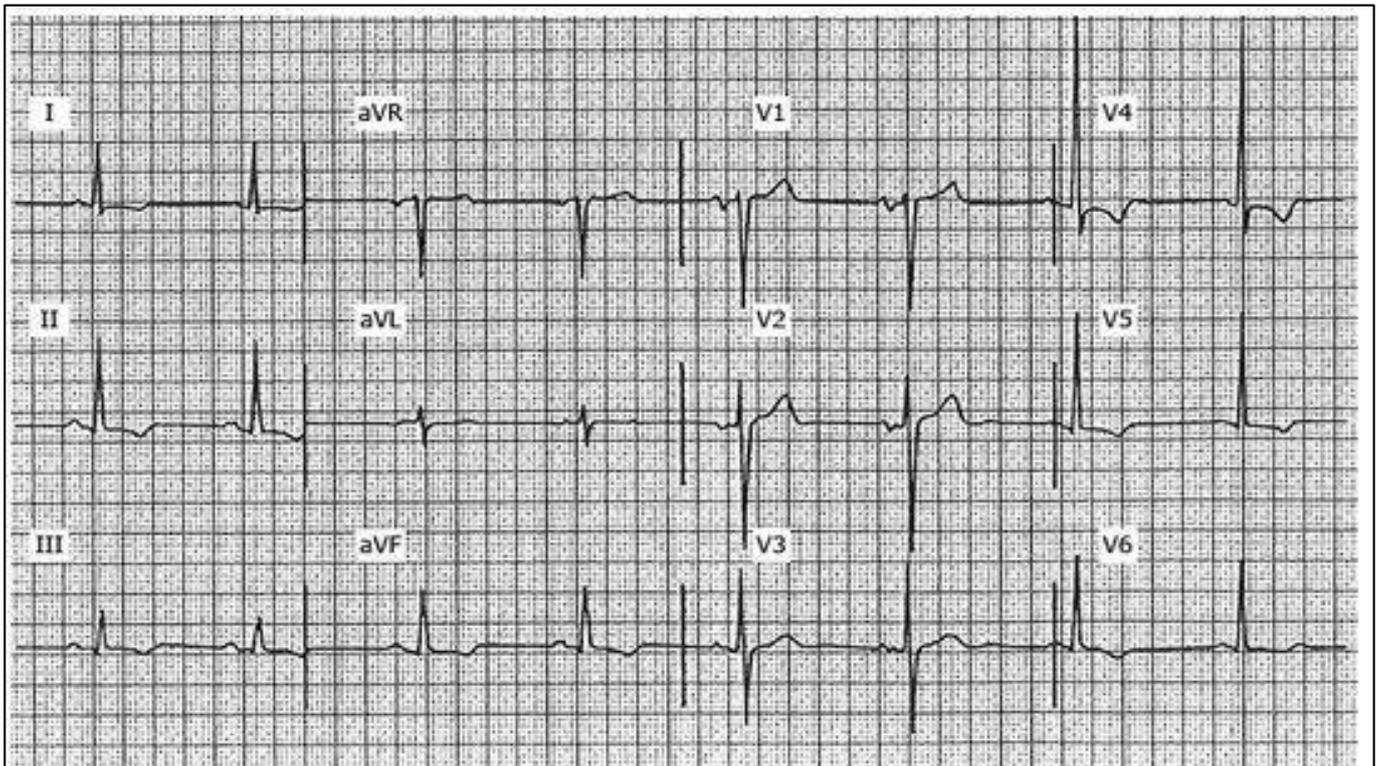
## HIPERTROFIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO

- **CrITÉRIOS eletrocardiográficos:**

- **Sokolow-Lyon:** S em V1 + R em V5 ou V6  $\geq$  35 mm
- **Cornell:** R em aVL + S em V3  $>$  28 mm (homens) ou  $>$  20 mm (mulheres)
- **Romhilt-Estes:** Escore  $\geq$  5 indica HVE definitiva

- **Alterações associadas:**

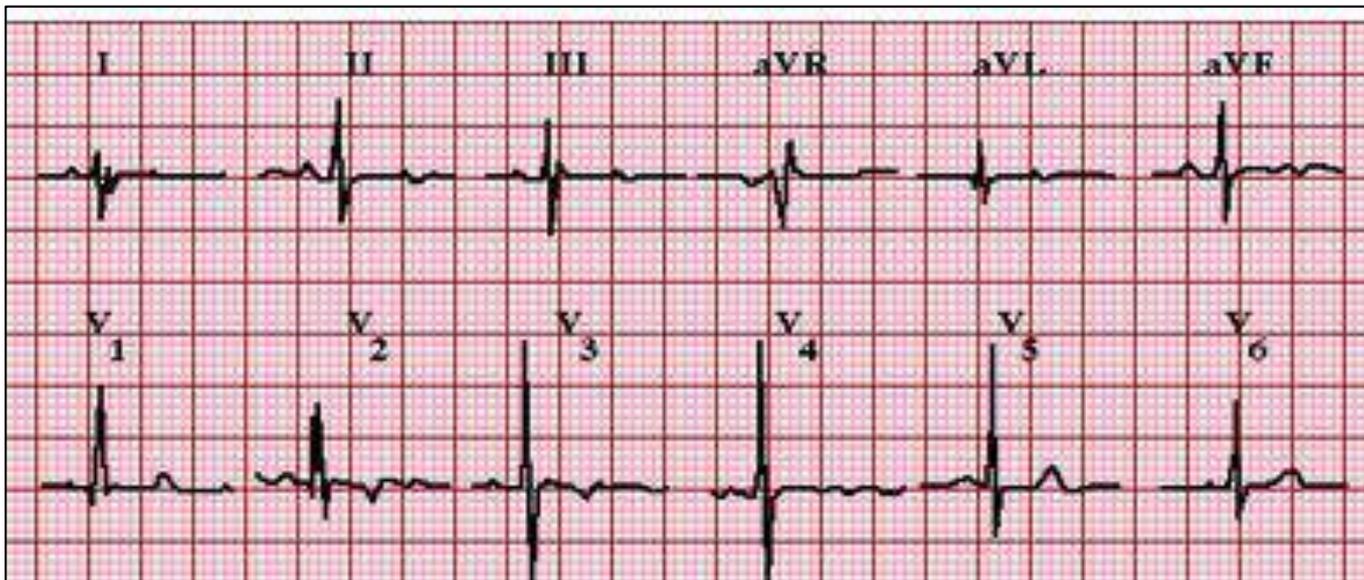
- Desvio do eixo para a esquerda
- Onda T invertida e depressão do segmento ST (“padrão de strain”)
- Anormalidade de átrio esquerdo



## HIPERTROFIA DO VENTRÍCULO DIREITO

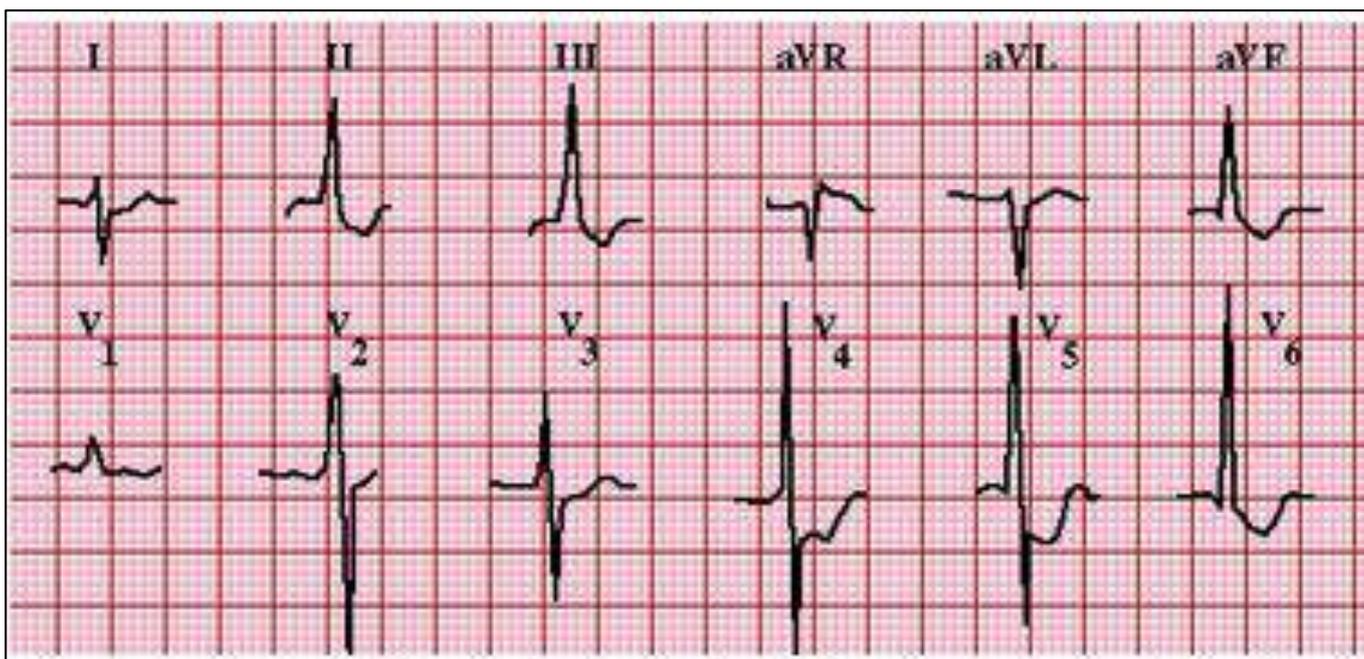
- **Crítérios eletrocardiográficos:**

- R em V1 >6 mm
- R em V1 + S em V5/V6 >10,5 mm
- R/S em V1 >1
- Desvio do eixo para a direita (> +90°)
- Sobrecarga atrial direita e padrão de strain em precordiais direitas



## HIPERTROFIA BIVENTRICULAR

- **Indícios no ECG:**
  - Critérios de HVE associados a:
    - Desvio do eixo para a direita
    - R proeminente em V1-V2
    - S profunda em V5-V6
    - Complexos R/S altos e bifásicos
    - Sobrecarga atrial direita
- **Outros achados possíveis:**
  - Onda R e S com somatório >60 mm em V2-V4
  - Critérios de HVD concomitantes (R/S >1 em V1-V2)



### **Hipertrofia ventricular combinada**

Este ECG atende aos critérios de voltagem para hipertrofia ventricular esquerda (S em V2 + R em V5 >35 mm), combinados com uma onda R proeminente em V1 e desvio do eixo para a direita (sugestivo de hipertrofia ventricular direita).

# DIREITO MÉDICO

## VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS

- **Notificação compulsória de violência contra a mulher**  
A Lei nº 10.778/2003 determina que todos os casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados devem ser obrigatoriamente notificados em todo o território nacional.
- **Violência contra menores de 18 anos**
  - Qualquer suspeita ou confirmação de violência física ou abuso sexual deve ser obrigatoriamente comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude.
- **Violência contra idosos (maiores de 60 anos)**
  - O Estatuto do Idoso (art. 19) exige a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos às autoridades policiais, ao Ministério Público ou aos Conselhos Estaduais/Municipais do Idoso.
  - Também podem ser utilizados canais como “disque denúncia” e “disque idoso”.

# OUTRAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

## ROUQUIDÃO

Última atualização: 09/06/2025

### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

- **História clínica:** duração, padrão dos sintomas, gatilhos, comorbidades, uso vocal, cirurgias prévias, exposição a irritantes.
- **Exame físico:** avaliar qualidade vocal, sinais associados (ex: dor, disfagia, otalgia), exame neurológico.
- **Laringoscopia:** indicada se rouquidão >4 semanas ou fatores de risco para câncer.

#### ENCAMINHAMENTO

- Encaminhar para otorrinolaringologista se:
  - Rouquidão >2 semanas sem infecção respiratória.
  - História de tabagismo, álcool, ou sintomas sugestivos de câncer.
  - Pós-cirurgias cervicais ou intubação recente.
  - Sintomas neurológicos associados.

### MANEJO

#### TRATAMENTO

- **Repouso vocal:** essencial em laringite aguda e hemorragia vocal.
- **Terapia vocal:** indicada para nódulos, disфонia funcional, tensão muscular.
- **Medicações:** antibióticos (em infecções bacterianas), corticoides (em casos específicos), antiácidos (refluxo).
- **Cirurgia:** para lesões benignas, paralisia persistente, tumores malignos.
- **Toxina botulínica:** usada para disфонia espasmódica e tremores laríngeos.
- **Reabilitação neurológica:** em doenças como Parkinson (ex: técnica Lee Silverman).

## ETIOLOGIAS

### ETIOLOGIAS DA ROUIDÃO

- **Aguda (<3 semanas):** geralmente viral ou por esforço vocal; autolimitada.
- **Crônica (>3 semanas):** investigar causas estruturais, inflamatórias, neurológicas ou funcionais.

### PRINCIPAIS CAUSAS

#### 1. Laringites

- Aguda: viral, esforço vocal, infecção respiratória.
- Crônica: refluxo (LPR), tabagismo, irritantes, sinusite crônica.

#### 2. Disfonia por tensão muscular

- Hiperfunção muscular com fechamento inadequado das pregas.
- Pode ser primária (sem lesão) ou secundária (compensatória por lesão prévia).

#### 3. Lesões benignas das pregas vocais

- *Cordite polipoide (edema de Reinke):* tabagismo crônico, voz grossa.



#### *Edema de Reinke*

*Edema de Reinke (cordite polipoide) das pregas vocais verdadeiras bilaterais. Nesta imagem, o paciente está inspirando de forma forçada; observa-se a aparência macia e gelatinosa das porções mediais das pregas vocais. Nota-se também o espessamento e a aparência irregular da mucosa interaritenóide posteriormente, compatível com alterações associadas ao refluxo laringofaríngeo.*

- *Papilomatose respiratória recorrente:* HPV tipos 6 e 11.
- *Pólipos e nódulos:* abuso vocal, refluxo; nódulos geralmente bilaterais e simétricos.

#### 4. Câncer de laringe

- Predomina carcinoma escamoso; associado a tabagismo e álcool.
- Pode ser assintomático ou cursar com rouquidão persistente.

#### 5. Disfunção neurológica

- *Paralisia unilateral da prega vocal:* pós-cirurgias (tireoidectomia), trauma, AVE, neoplasias.
- *Paralisia bilateral:* risco respiratório; geralmente iatrogênica.
- *Disfonia espasmódica:* distonia laríngea focal.
- *Doenças neurológicas:* Parkinson, ELA, miastenia, tremores.

## 6. Distúrbios funcionais

- Disfonia funcional: sem causa orgânica; comum em professores.
- Transtornos conversivos ou somatização.
- Movimento paradoxal das pregas vocais: simula asma.

## 7. Outras condições

- *Leucoplasia*: lesão branca precursora de câncer.
- *Amiloidose laríngea*: forma localizada, causa rouquidão progressiva.
- *Infecções e doenças inflamatórias*: tuberculose, artrite reumatoide, lúpus.

# OUTRAS AFECÇÕES AGUDAS

## CARDIOLOGIA

### ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA

Última atualização: 05/06/2025

#### DIAGNÓSTICO

- Início insidioso: cefaleia, náuseas, vômitos, agitação, confusão, convulsões, coma.
- Diferenciar de AVC isquêmico ou hemorragia cerebral → solicitar imagem (TC ou RM).

#### MANEJO

##### Tratamento

- **Objetivo inicial:** reduzir a pressão arterial média em 10–15% na 1ª hora e no máximo 25% em 24h.
  - Após controle inicial, introduzir terapia oral e reduzir PA para <130/80 mmHg em 2–3 meses.
- **Terapia parenteral preferida:**
  - Clevidipina, Nicardipina, Fenoldopam (melhor para pacientes com lesão renal), Nitroprussiato (cuidado com toxicidade), Labetalol (evitar sem bloqueio alfa prévio em estados hiperadrenérgicos).
- **Alternativas orais** (em locais sem acesso a EV):
  - Captopril sublingual ou nifedipina podem causar queda abrupta e imprevisível da PA → risco de isquemia → evitar se possível.

## ENDOCRINOLOGIA

### CRISE ADRENAL

Última atualização: 10/06/2025

#### DIAGNÓSTICO

##### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Na insuficiência adrenal primária: colapso cardiovascular, dor abdominal, febre, hiperpigmentação, perda de peso e distúrbios eletrolíticos.
- Pode ser confundida com abdome agudo.
- Na insuficiência adrenal central: hipotensão menos proeminente, possível hipoglicemia, sintomas de outras deficiências hormonais hipofisárias.

##### TESTES DIAGNÓSTICOS BIOQUÍMICOS

###### Cortisol basal e após estímulo com ACTH

- Cortisol total é preferido, exceto em casos com alteração de CBG (globulina ligadora de corticosteroide).
- O teste de estímulo com ACTH é necessário quando o cortisol basal é inconclusivo.

###### CORTISOL BASAL (6–9H)

- **≤3 mcg/dL**: indica insuficiência adrenal.
- **>3 e <18 mcg/dL** (ou <13–14 mcg/dL com métodos mais específicos): requer teste com ACTH.
- **≥18 mcg/dL**: exclui insuficiência adrenal, exceto em casos com CBG aumentado (ex.: uso de estrogênios).

###### TESTE DE ESTÍMULO COM ACTH (DOSE PADRÃO - 250 MCG)

- Realizado a qualquer hora do dia.
- Procedimento:
  - Coletar cortisol basal.
  - Administrar 250 mcg de cosintropina IV ou IM.
  - Coletar cortisol aos 30 e 60 minutos.
- Interpretação:
  - **<14 mcg/dL**: confirma insuficiência.
  - **14–18 mcg/dL**: depende do método e quadro clínico.
  - **≥18 mcg/dL**: exclui insuficiência adrenal.

**CONDUTA EMERGENCIAL**

- **Indicação de tratamento imediato:** suspeita de crise, independentemente da confirmação diagnóstica.
- **Tratamento inicial:**
  - Acesso venoso com infusão de soro fisiológico 0,9%.
  - Hidrocortisona 100 mg IV em bolus, seguida de 50 mg IV a cada 6h ou infusão contínua.
  - Coletar exames laboratoriais antes da administração de glicocorticoide, se possível.
- **Mineralocorticoide:**
  - Fludrocortisona não é necessária durante altas doses de hidrocortisona.
  - Necessária se utilizado metilprednisolona ou dexametasona.
- **Reposição de eletrólitos:**
  - HipoNa e hipoG: corrigidas com soro + glicocorticoide.
  - HiperK: corrigida com hidrocortisona, sem necessidade de outras medidas iniciais.

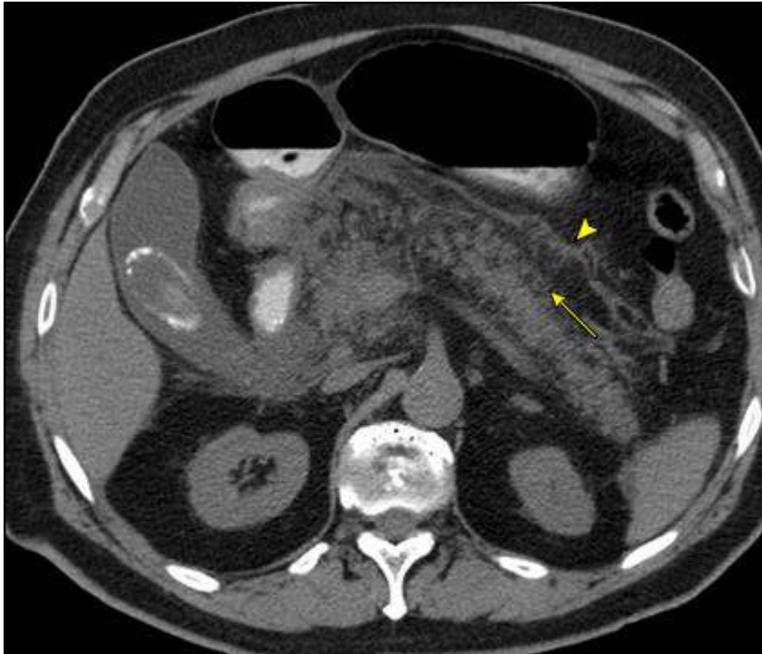
## GASTROENTEROLOGIA

### PANCREATITE AGUDA

#### DIAGNÓSTICO

É necessário ter **dois dos três critérios** a seguir:

1. Dor abdominal epigástrica intensa e persistente (geralmente irradiada para as costas).
2. Elevação de amilase ou lipase  $\geq 3x$  o limite superior da normalidade.
3. Achados de pancreatite em exames de imagem (TC, RM ou USG).



*Tomografia computadorizada da pancreatite aguda intersticial edematosa*

*A tomografia computadorizada (TC) de um homem de 75 anos com pancreatite intersticial aguda revela aspecto heterogêneo do pâncreas (seta) e estriações na gordura peripancreática (cabeça de seta).*

## MANEJO INICIAL

- **Reposição volêmica:**
  - Preferência por *Ringer lactato*, exceto se hipercalcemia.
  - Volume inicial moderado: *bolus de 10 mL/kg*, seguido por 1,5 mL/kg/h.
  - Reavaliar frequentemente nas primeiras 6h e ao longo de 48h.
  - Evitar excesso de volume (>48h), que pode causar complicações.
- **Controle da dor:**
  - *Opioides* (como fentanil ou hidromorfona) são preferidos.
  - Analgésicos devem ser descontinuados assim que possível.
  - PCA pode ser usado, mas está associada a maior tempo de internação.

## SUPORTE NUTRICIONAL

- Iniciar alimentação oral precoce ( $\leq 48h$ ) se possível.
- Para pacientes que não toleram via oral em até 5–7 dias:
  - Preferir nutrição *enteral* (nasogástrica ou nasojejunal).
  - Nutrição *parenteral* apenas se a enteral for inviável.
- A nutrição enteral reduz mortalidade, falência orgânica e infecções.

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA CAUSA SUBJACENTE

### 1. História Clínica

- Investigar colelitíase prévia, etilismo (>50 g/dia por >5 anos), medicamentos, trauma, CPRE, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, doenças autoimunes, história familiar.

### 2. Exames Laboratoriais Iniciais

- Triglicerídeos (>1000 mg/dL).
- Cálcio (pode estar falsamente baixo durante crise).
- Enzimas hepáticas (ALT >150 U/L sugere pancreatite biliar).

### 3. Ultrassonografia Abdominal

- Deve ser feita em todos os pacientes para avaliar vesícula e ducto biliar.

### 4. Investigação Adicional em Casos Sem Etiologia Clara

- **Episódio isolado:** realizar ecoendoscopia (EUS) e/ou colangiorressonância (MRCP).
- **Recorrência:** EUS + análise da bile para cristais biliares.
- **CPRE** apenas se houver indicação terapêutica ou anomalia confirmada por EUS/MRCP.

## MANEJO DE ETIOLOGIAS SUBJACENTES

- **Pancreatite biliar:**
  - ERCP precoce (<48h) *se houver colangite*.
  - ERCP não urgente se houver suspeita de obstrução biliar.
  - Realizar colecistectomia durante a mesma internação se possível (casos leves); postergar nos casos graves.
- **Outras causas:**
  - *Alcoolismo*: Intervenção breve durante a internação.
  - *Hipertrigliceridemia*: Manejo específico (ver tópico separado).
  - *Hipercalcemia*: Corrigir níveis e investigar causa.
  - *Drogas*: Avaliar necessidade de descontinuação.

## COMPLICAÇÕES

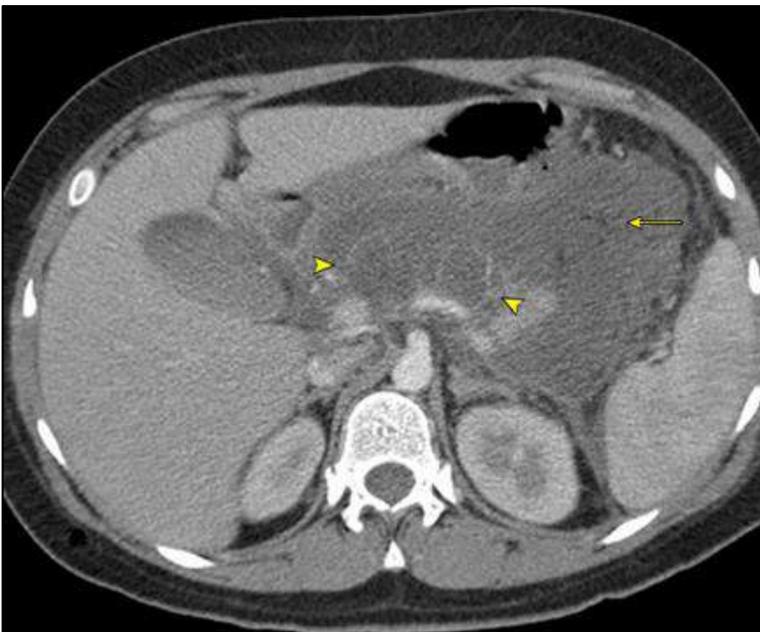
### HISTÓRIA NATURAL E COMPLICAÇÕES

- 75–80% dos casos são **leves** e autolimitados.
- 15–25% desenvolvem **necrose** pancreática e complicações graves.
- **Complicações locais:**
  - Coleções fluídas peripancreáticas, pseudocisto, necrose aguda, necrose encapsulada.
- **Complicações sistêmicas:**
  - Falência orgânica (respiratória, renal, circulatória), especialmente em formas graves.



#### *Pseudocisto pancreático*

Uma lesão cística arredondada e bem delimitada é observada ocupando a cabeça do pâncreas. Não há realce da sua parede, e o tecido pancreático e a veia mesentérica superior estão distendidos ao redor da lesão. A lesão foi inicialmente detectada por ultrassonografia e confirmada por tomografia computadorizada (TC).



#### *Tomografia computadorizada de coleção necrótica aguda*

A tomografia computadorizada (TC) revela uma **coleção necrótica aguda** em uma paciente de 20 anos com **pancreatite aguda**.

A imagem axial da TC mostra **necrose pancreática** com uma **área sem realce** na região do **colo e do corpo do pâncreas** (entre as setas). No espaço pararrenal anterior adjacente, observa-se **um grande acúmulo de líquido** que contém **áreas de necrose** (seta).

## TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

- **Coleções locais:**
  - *Coleção peripancreática aguda e coleção necrótica aguda (<4 semanas):* geralmente não necessitam intervenção imediata.
  - *Pseudocisto pancreático e necrose encapsulada (>4 semanas):* manejo depende de sintomas e complicações.
- **Necrose infectada:**
  - Suspeitar em deterioração clínica ou febre tardia.
  - Iniciar antibióticos empíricos.
  - *Intervenção adiada* (drenagem ou necrosectomia) se possível.
  - Estratégia “step-up” é preferida: drenagem minimamente invasiva → necrosectomia se necessário.
- **Necrose estéril:**
  - Sem sinais de infecção, geralmente não necessita antibióticos ou intervenção.
  - Avaliar intervenção em casos sintomáticos persistentes.

## HEMATOLOGIA

### CRISE APLÁSTICA

#### *CRISE APLÁSTICA TRANSITÓRIA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO PARVOVÍRUS B19*

### DIAGNÓSTICO

- 1. Anemia aplástica
  - Anemia normocítica normocrômica.
  - Reticulocitopenia profunda.
  - Medula óssea normocelular com <1% de eritroblastos.
  - Linhagens não-eritroides normais.
- 2. Infecção pelo parvovírus B19
  - Anticorpos IgM são detectáveis a partir do terceiro dia em grande parte dos casos.
  - A presença de IgM confirma a infecção aguda, mas sua ausência não exclui o diagnóstico.

### MANEJO

- A IVIG, que contém anticorpos contra o vírus, pode reverter a PRCA.
- Doses eficazes variam de 400 mg/kg a 2 g/kg (divididos em dois a cinco dias).
- A taxa inicial de resposta à IVIG é superior a 90%, mas recaídas ocorrem em até um terço dos pacientes após uma mediana de quatro meses.
- A maioria dos indivíduos não requer imunossupressão após o tratamento com IVIG.

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Manifesta-se com palidez, fraqueza e letargia devido à anemia grave.
- Raramente, pode ser fatal, causando:
  - Insuficiência cardíaca congestiva.
  - Acidentes cerebrovasculares.
  - Sequestro esplênico agudo.
- O exantema é raro, especialmente porque os pacientes com TAC costumam ser mais velhos.
- A condição é autolimitada, com recuperação da eritropoiese em 1 a 2 semanas, após a resolução da viremia.
- Em indivíduos imunocompetentes, a TAC geralmente ocorre apenas uma vez devido à imunidade adquirida.

### EPIDEMIOLOGIA

- A TAC ocorre em indivíduos com anormalidades hematológicas, como:
  - Aumento da destruição de hemácias (ex: anemia falciforme, esferocitose hereditária).
  - Redução da produção de hemácias (ex: anemia ferropriva).

## INFECTOLOGIA

### INFECÇÃO POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE

Última atualização: 09/06/2025

#### DIAGNÓSTICO

##### Avaliação diagnóstica

- Suspeitar de CDI em pacientes com diarreia aguda sem outra causa aparente e fatores de risco.
- Testes devem ser realizados apenas em fezes líquidas.
- Métodos preferidos:
  - Teste em duas etapas: NAAT + EIA para toxinas A/B.
  - Alternativa: GDH + EIA com confirmação com NAAT.
- NAAT isoladamente é sensível, mas não distingue infecção ativa de portador assintomático.
- Não repetir teste dentro de 7 dias da mesma diarreia ou após cura.

#### MANEJO

##### Indicações para Tratamento

- CDI deve ser tratado quando há sintomas e teste positivo, ou alta suspeita clínica.
- Não tratar pacientes assintomáticos, mesmo com teste positivo.

##### Avaliação da Gravidade

- **Doença não fulminante:**
  - *Não grave*: Leucócitos  $\leq 15.000/\mu\text{L}$  e creatinina  $< 1,5 \text{ mg/dL}$
  - *Grave*: Leucócitos  $> 15.000/\mu\text{L}$  e/ou creatinina  $\geq 1,5 \text{ mg/dL}$
- **Colite fulminante**: Hipotensão, íleo ou megacólon.

##### Tratamento Antibioticoterápico

##### Episódio inicial (não fulminante)

- **Primeira escolha**: Fidaxomicina oral.
- **Alternativa**: Vancomicina oral (preferível ao metronidazol).
- **Metronidazol**: Apenas se as opções acima não estiverem disponíveis, e evitar em pacientes  $\geq 65$  anos, frágeis ou com DII.

##### Colite fulminante

- Vancomicina oral 500 mg 6/6h + Metronidazol EV 500 mg 8/8h.
- Vancomicina retal em casos com íleo.
- Avaliar necessidade de cirurgia em caso de piora clínica.

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### Manifestações clínicas

- A infecção pode variar de portador assintomático até colite fulminante com megacólon tóxico.
- Os sintomas geralmente iniciam-se durante ou após uso de antibióticos (em até 10 semanas).
- Outros fatores de risco: idade >65 anos, internação recente, uso de inibidores de bomba de prótons.

### Formas clínicas

- **Portador assintomático:** elimina a bactéria nas fezes sem sintomas; não requer triagem ou tratamento.
- **Diarreia com colite:** 3 ou mais evacuações líquidas/24h, dor abdominal, febre baixa, náusea, anorexia.
- **Doença grave ou fulminante:** pode causar distensão abdominal, febre alta, hipotensão, acidose láctica, íleo ou megacólon.

### Achados laboratoriais

- Leucitose comum (>15.000 céls/ $\mu$ L); em formas graves, pode ultrapassar 40.000 céls/ $\mu$ L.
- Creatinina  $\geq$ 1,5 mg/dL e hipoalbuminemia podem indicar gravidade.
- Leucitose isolada pode ser o primeiro sinal em pacientes hospitalizados.

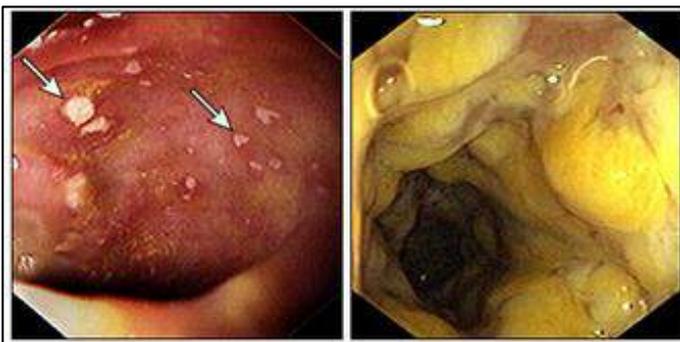
### Achados radiológicos e endoscópicos

- Achado clássico: colite pseudomembranosa (placas elevadas amarelas na mucosa).
- TC pode mostrar espessamento da parede do cólon, edema, sinal do "acordeão".
- Radiografia pode detectar megacólon (dilatação colônica >7 cm).
- Endoscopia pode ser necessária em casos sem diarreia ou com suspeita diagnóstica alternativa.



#### *Colite pseudomembranosa*

Aspecto macroscópico do cólon de um paciente com colite pseudomembranosa. As pseudomembranas são placas elevadas de coloração amarela ou branco-amarelada, com diâmetro entre 0,2 e 2,0 cm, distribuídas sobre mucosa colônica aparentemente normal entre as lesões.

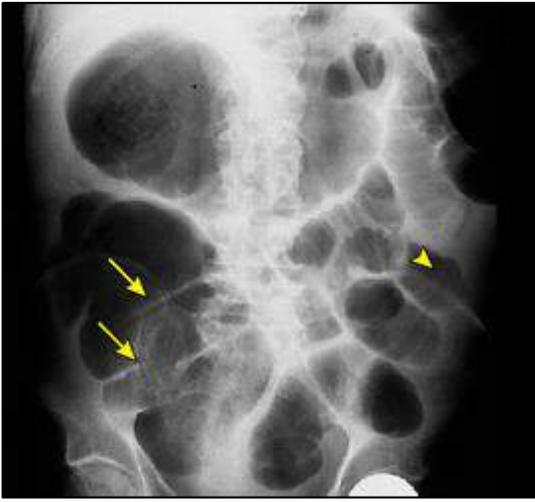


#### *Colite pseudomembranosa*

Aspecto endoscópico da colite pseudomembranosa induzida por *Clostridioides* (anteriormente *Clostridium*) *difficile*.

(Painel esquerdo) Pseudomembranas dispersas são visíveis sobre a mucosa, separadas por áreas de mucosa relativamente normal. Algumas lesões apresentam um halo avermelhado (setas).

(Painel direito) Pseudomembrana amarelada recobrendo circunferencialmente toda a mucosa colônica.



**Megacólon tóxico em infecção por Clostridioides difficile**

Radiografia simples de abdome de um paciente com megacólon tóxico associado à infecção por Clostridioides (anteriormente Clostridium) difficile. Os intestinos delgado e grosso estão visivelmente dilatados. A dilatação do intestino delgado, que apresenta as finas pregas transversais das válvulas conniventes (cabeça de seta), é mais evidente no quadrante inferior esquerdo. A dilatação do intestino grosso ocupa a maior parte do quadrante inferior direito e apresenta as marcas haustrais espessas características, que não se estendem por todo o lúmen (setas).



**Colite por Clostridioides difficile – tomografia computadorizada**

A tomografia computadorizada (TC) mostra espessamento acentuado da parede do cólon sigmoide (setas). Esse achado não é específico da colite pseudomembranosa e pode ser observado em qualquer forma de colite.

## MENINGITE BACTERIANA

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO

- Suspeita clínica: febre + cefaleia + rigidez de nuca e/ou alteração do sensório.
- Confirmação: isolamento de bactéria no líquido ou culturas sanguíneas com pleocitose no líquido.
- **Achados típicos no líquido:**
  - Glicose <40 mg/dL
  - Relação glicose líquido/sangue  $\leq 0,4$
  - Proteína >200 mg/dL
  - Leucócitos >1.000/mm<sup>3</sup>, predominando neutrófilos
- **Gram:**
  - Sensibilidade de 50–90%, especificidade ~100%
  - Permite inferir etiologia antes do resultado da cultura
- **Cultura:**
  - Positiva em 50–90%
  - Reduzida por antibióticos prévios, especialmente no *meningococcus*

## MANEJO

### Tratamento por Agente Etiológico:

#### **Streptococcus pneumoniae**

- Empírico em países com resistência à ceftriaxona  $\geq 1\%$ : vancomicina + ceftriaxona/cefotaxima.
- Se isolado sensível à penicilina: pode-se usar penicilina G ou ampicilina.
- Duração: 10 a 14 dias.

#### **Neisseria meningitidis**

- Empírico: ceftriaxona ou cefotaxima.
- Se sensível à penicilina: pode-se trocar para penicilina G ou ampicilina.
- Duração: 7 dias.
- Necessita quimioprofilaxia para erradicação da colonização (rifampicina ou ciprofloxacino).
- Precauções por gotículas por 24h após início do antibiótico.

#### **Haemophilus influenzae**

- Tratamento: ceftriaxona ou cefotaxima por no mínimo 7 dias.
- Pode requerer rifampicina para erradicação da colonização em domicílios com crianças não vacinadas.

#### **Listeria monocytogenes**

- Tratamento: ampicilina ou penicilina G + gentamicina (por sinergismo).
- Duração:  $\geq 21$  dias. Se cerebrite/rombencefalite:  $\geq 6$  semanas.

#### **Staphylococcus aureus**

- Empírico: vancomicina (devido à possibilidade de MRSA).
- Duração: 14 dias (isolado); até 6 semanas se houver endocardite ou osteomielite.

#### **Bacilos Gram-negativos**

- Esquema depende da sensibilidade:
  - Enterobacteriaceae sensíveis: ceftriaxona/cefotaxima.
  - Produção de beta-lactamase: meropenem.
  - Pseudomonas: ceftazidima, cefepime ou meropenem.
- Duração: 10 a 21 dias.

#### **Streptococcus agalactiae (grupo B)**

- Tratamento: ampicilina ou penicilina G; alternativa: ceftriaxona. Vancomicina se alergia.
- Duração: 14 a 21 dias.

### Dexametasona Adjuvante:

- Indicada em meningite pneumocócica: continuar por 4 dias.
- Pode ser benéfica em outros agentes comunitários, exceto Listeria (uso controverso).
- Não indicada em meningites associadas a cuidados de saúde.

## MENINGITE TUBERCULOSA

### DIAGNÓSTICO

#### Suspeita clínica:

- Paciente com sintomas neurológicos subagudos + fatores epidemiológicos relevantes.

#### Confirmação diagnóstica:

- Positividade no líquido para BAAR, cultura ou teste de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT).
- Pode ser necessário diagnóstico presuntivo com base em clínica e líquido típico:
  - **Pleocitose:** 100 a 500 células/ $\mu$ L, com predomínio de linfócitos.
    - No início da doença, pode haver contagem menor e/ou predomínio de neutrófilos.
  - **Proteína:** geralmente entre 100 e 500 mg/dL.
  - **Glicose:** menor que 45 mg/dL na maioria dos casos.

### MANEJO

#### Esquema tradicional para formas sensíveis

- **Fase intensiva (2 meses):** isoniazida, rifampicina, pirazinamida + 1 quarto fármaco (idealmente com boa penetração no SNC, como estreptomicina, levofloxacino ou etionamida).
- **Fase de manutenção (7–10 meses):** isoniazida + rifampicina.

#### Corticosteroides

- Recomendados por 6–8 semanas para todos os pacientes com meningite tuberculosa.
- Ex: dexametasona IV seguida de redução gradual; prednisolona oral pode ser alternativa.

## OTITE EXTERNA AGUDA

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO

- Clínico, baseado na história e exame físico.

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Sintomas comuns: dor, prurido, secreção e perda auditiva.
- Dor à palpação do trago e tração da orelha é sugestiva.
- Otoscopia: conduto eritematoso e edemaciado; visualização parcial da membrana timpânica.
- Pneumoscopia: membrana timpânica deve ser móvel (caso contrário, pensar em otite média).
- Gradação da gravidade:
  - **Leve:** prurido e desconforto leve, sem oclusão do canal.



*Otite externa leve*

- **Moderada:** dor moderada e oclusão parcial do canal.



*Otite externa moderada*

- **Grave:** dor intensa, oclusão total, febre, linfadenopatia.



*Otite externa grave*

## MANEJO

### PRESCRIÇÃO

1. **OTOCIRIAX** (CIPROFLOXACINO + HIDROCORTISONA 2MG/ML + 10MG/ML) SUSPENSÃO OTOLÓGICA  
INSTILAR 3 GOTAS NA ORELHA AFETADA A CADA 12 HORAS, POR 7 DIAS  
(Dose adicional de 7 dias pode ser indicada se houver melhora apenas parcial)

### VISÃO GERAL

#### 1. Limpeza do canal auditivo (toailete auricular)

- Etapa inicial essencial do tratamento.
- Deve ser feita com visualização direta (com otoscópio), utilizando cureta ou cotonete.
- Em MT íntegra, irrigação com solução de peróxido de hidrogênio diluído pode ser usada.
- Em casos com MT perfurada ou não visualizada, encaminhar ao otorrino para limpeza com microscopia.

#### 2. Abordagem terapêutica conforme gravidade e condição do paciente

##### A) Membrana timpânica íntegra

- *Leve*: prurido e desconforto leve, sem edema significativo. Usar preparações tópicas não antibióticas (ácido acético + corticoide), 3–4x/dia por 7 dias (estender se necessário).
- *Moderada*: dor/prurido intermediários, canal parcialmente ocluído. Usar antibiótico + corticoide tópico (ciprofloxacino-dexametasona ou hidrocortisona; evitar neomicina se possível).
- *Grave*: dor intensa, oclusão total do canal, febre, linfadenopatia. Usar antibiótico + corticoide tópico, antibiótico oral (levofloxacino ou alternativa), mecha auricular se necessário.

##### B) MT não íntegra ou status desconhecido

- Evitar aminoglicosídeos, soluções ácidas ou ototóxicas.
- Usar fluoroquinolonas tópicas (ciprofloxacino, ofloxacino) por 7 dias.
- Associar antibiótico oral em casos com febre ou celulite.
- Avaliar necessidade de antibiótico IV se falha terapêutica ou resistência bacteriana.

#### 3. Orientações ao paciente

- Aplicação correta das gotas: inclinar a cabeça, puxar a orelha, preencher canal, manter posição por 3–5 min.
- Evitar água no ouvido; usar algodão com vaselina ao tomar banho.
- Evitar fones e aparelhos auditivos até resolução do quadro.
- Para prevenção: não introduzir objetos no ouvido, usar tampões ao nadar, secar bem os ouvidos.

## MEDICINA DE EMERGÊNCIA

### MORDEDURA

#### MORDEDURA POR ANIMAL

#### MANEJO

#### VISÃO GERAL

### EXAME FÍSICO E PREPARO DA FERIDA

#### Preparo inicial:

- Controle de sangramento, limpeza com água e sabão ou solução antisséptica, irrigação com soro fisiológico ou água corrente.

#### Inspeção da ferida:

- Avaliação de profundidade, envolvimento de articulações, tendões, ossos, sinais de infecção, material estranho (ex: dente), viabilidade de fechamento.

---

### EXAMES COMPLEMENTARES

#### Imagem:

- **Rx:** pesquisa de corpo estranho, fratura, gás subcutâneo.
- **USG:** útil para abscessos superficiais.
- **RM ou TC:** se suspeita de infecção profunda.

#### Culturas:

- Coletar de ferida infectada (Gram + culturas aeróbias e anaeróbias).

---

### MANEJO

#### Profilaxia para raiva e tétano:

- Indicada conforme tipo de ferida, animal envolvido e status vacinal.
- Rabipra e soro antirrábico se necessário.
- Vacina antitetânica ± imunoglobulina tetânica conforme o caso.

#### Tratamento de feridas infectadas:

- Antibioticoterapia + desbridamento se necessário.
- **Antibióticos orais** (casos leves): amoxicilina-clavulanato é primeira escolha.
- **Antibióticos EV** (casos graves): ampicilina-sulbactam ou ceftriaxona + metronidazol.
- MRSA: considerar cobertura adicional com TMP-SMX ou doxiciclina, se fatores de risco presentes.

#### Duração:

- Geralmente 5–14 dias, dependendo da gravidade.
-

## ANTIBIOPROFILAXIA (FERIDAS NÃO INFECTADAS)

### Indicada em casos com risco aumentado:

- Mordidas em mão, face, genitália.
- Feridas profundas, punções (gato), necessidade de sutura ou debridamento.
- Imunossuprimidos ou feridas não lavadas por >8h.

**Esquema preferido:** amoxicilina-clavulanato por 3 a 5 dias.

---

## FECHAMENTO DE FERIDAS

- **Deixar aberta** (cicatrização por segunda intenção): mais seguro na maioria dos casos.
- **Fechamento primário:** pode ser considerado em feridas faciais recentes, sem sinais de infecção.
- **Fechamento primário tardio:** após 3–4 dias, se não houver sinais de infecção.

PROFILAXIA PARA RAIVA

Tipo de Exposição	Cão ou gato sem suspeita de raiva	Cão ou gato com suspeita de raiva	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto / animais de produção	Morcegos e outros animais silvestres
<b>Contato Indireto (ex: lambedura de pele íntegra, utensílios, agulhas)</b>	Lavar com água e sabão. <b>Não tratar.</b>			
<b>Acidentes Leves (ferimentos superficiais únicos em tronco/membros, lambedura de lesões superficiais)</b>	Lavar com água e sabão. <b>Observar o animal por 10 dias.</b> Se permanecer sadio, <b>encerrar o caso.</b> Se morrer/desaparecer/ficar raivoso, administrar <b>4 doses de vacina</b> (IM: dias 0, 3, 7, 14 ou ID: dias 0, 3, 7, 28).	Lavar com água e sabão. Iniciar <b>2 doses</b> (dias 0 e 3). Observar o animal por 10 dias. Se suspeita descartada, <b>suspender esquema.</b> Se evoluir para raiva, completar com mais 2 doses (total 4) nos dias 7–10 e 14 (IM ou ID).	Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente <b>4 doses de vacina</b> (IM: dias 0, 3, 7, 14 ou ID: dias 0, 3, 7, 28).	Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente <b>oro + 4 doses de vacina</b> (IM: dias 0, 3, 7, 14 ou ID: dias 0, 3, 7, 28).
<b>Acidentes Graves (ferimentos em cabeça, face, mãos, planta dos pés, múltiplos/profundos, lambedura de mucosas ou lesão grave)</b>	Lavar com água e sabão. <b>Observar o animal por 10 dias.</b> Iniciar <b>2 doses</b> (dias 0 e 3). Se animal saudável, <b>encerrar o caso.</b> Se morrer/desaparecer/ficar raivoso, <b>iniciar soro e completar 4 doses</b> (IM ou ID).	Lavar com água e sabão. Iniciar <b>oro + 4 doses de vacina</b> (IM: dias 0, 3, 7, 14 ou ID: dias 0, 3, 7, 28). Observar o animal por 10 dias. Se suspeita descartada, <b>suspender esquema.</b>	Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente <b>oro + 4 doses de vacina</b> (IM ou ID).	Lavar com água e sabão. Iniciar imediatamente <b>oro + 4 doses de vacina</b> (IM ou ID).

## NEFROLOGIA

### SÍNDROME DA SECREÇÃO INAPROPRIADA DO HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO (SIADH)

#### DIAGNÓSTICO

**Hiponatremia:** concentração de sódio sérico <135 mEq/L.

- **Calcular sódio sérico corrigido:**  $Na + [(Glicemia - 100) / 100 * 2]$  <sup>1,2</sup>

Na corrigido normal => **HIPONATREMIA INDUZIDA POR HIPERGLICEMIA**

- **Calcular osmolaridade efetiva** =  $2 \times Na + (Glicemia / 18)$

- **Classificar quanto à tonicidade:**

- Hipotônica (verdadeira): Osm < 280
- Isotônica: Osm 280-295
- Hipertônica: Osm > 295

#### 1. Hiponatremia hipotônica

TFG < 15 => **INSUFICIÊNCIA RENAL**

Uso de diurético tiazídico => **HIPONATREMIA INDUZIDA POR TIAZÍDICO**

Paciente edemaciado => **HIPONATREMIA POR VOLUME ARTERIAL INEFETIVO (p.ex., ICC, Cirrose)**

- **Calcular sódio urinário e osmolalidade urinária**

1A. Paciente sem sinais de hipovolemia

1A1. Osmolalidade urinária > 100

1A1A. Sódio urinário > 40

- **Dosar cortisol matinal, ACTH e TSH**

Exames normais => **SIADH (SÍNDROME DA SECREÇÃO INAPROPRIADA DO HORMÔNIO ANTIDIURÉTICO)**

Cortisol matinal ou ACTH alterado => **DEFICIÊNCIA DE GLICOCORTICOIDE**

TSH muito elevado => **HIPOTIREOIDISMO GRAVE**

## MANEJO

### 3.1. Tratamento da causa base

- Suspensão de drogas (ex: ISRS), tratamento de infecções (meningite, TB), reposição hormonal (hipotireoidismo, insuficiência adrenal).

### 3.2. Restrição hídrica

- Primeira linha na maioria dos casos. Meta: <800 mL/dia.
- Eficácia limitada quando a soma de Na+K urinário é  $\geq$  Na sérico.
- Contraindicada em hemorragia subaracnoide, onde há risco de vasoespasmos cerebrais.

### 3.3. Salina hipertônica (3%)

- Indicada em hiponatremia grave/sintomática.
- Deve-se evitar uso isolado de salina isotônica, pois pode agravar a hiponatremia.
- Cálculos mostram que seu efeito corretor é transitório, pois o sódio será excretado.

### 3.4. Ingestão de soluto (sal ou ureia)

- Aumenta a diurese e eleva a natremia.
- Pode ser combinada com diurético de alça para reduzir osmolaridade urinária.

### 3.5. Diuréticos de alça

- Diminuem a capacidade de concentração urinária, facilitando a excreção de água livre.
- Furosemida ou torsemida com vigilância para hipocalcemia.

### 3.6. Antagonistas de receptor de vasopressina (vaptans)

- Ex: tolvaptan, conivaptan.
- Induzem "aquarese" (diurese de água livre).
- Eficácia demonstrada, mas com risco de correção rápida e toxicidade hepática.
- FDA: não usar por mais de 30 dias ou em pacientes com doença hepática.

### 3.7. Ureia

- Alternativa eficaz, embora pouco disponível.
- Dose: 15 a 30 g/dia.
- Eficaz em estudos observacionais, especialmente quando comparada a vaptans.

### 3.8. Inibidores de SGLT2

- Empagliflozina mostrou aumento da natremia via diurese osmótica.
- Estudos de longo prazo são necessários.

### 3.9. Demeclociclina e lítio

- Diminuem a resposta tubular ao ADH.
- Podem causar nefrotoxicidade; uso restrito.

#### **4. Velocidade de Correção**

- Sintomas graves: corrigir 4–6 mEq/L nas primeiras 4 horas com salina hipertônica.
- Risco de síndrome da desmielinização osmótica (SDO) se corrigir >8 mEq/L/24h.
- Monitorar sódio sérico a cada 2–3h em correções iniciais.

#### **5. Escolha da Terapia**

- Depende da gravidade e sintomas:
  - Sintomas graves: bolus de 100 mL de salina hipertônica repetido conforme resposta.
  - Sintomas leves/moderados: salina hipertônica em infusão lenta ou abordagem oral.
  - Assintomáticos: iniciar com restrição hídrica, progredir para sal, ureia ou diurético se necessário.

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Hiponatremia hipotônica euvolêmica
- Na urinário  $>40$  mEq/L e osmolalidade urinária  $>300$  mosmol/kg
- Uricemia e BUN baixos

## NEUROLOGIA

### ENCEFALOPATIA DE WERNICKE

#### DIAGNÓSTICO

- **Clínico**, de alta suspeição, especialmente se há risco de deficiência de tiamina.
- **Crítérios de Caine** ( $\geq 2$  dos seguintes em usuários crônicos de álcool):
  - Deficiência dietética
  - Anormalidades oculomotoras
  - Disfunção cerebelar
  - Estado mental alterado ou déficit de memória

#### MANEJO

- Início **imediate de tiamina parenteral**: não aguardar exames.
- Esquema sugerido:
  - **500 mg IV 3x/dia por 2 dias**, seguido de **250 mg/dia por 5 dias**.
  - Continuar com **tiamina oral 100 mg/dia** até cessar o risco.
- Sempre administrar tiamina **antes da glicose**.
- Corrigir **magnésio** e demais deficiências nutricionais.

#### PREVENÇÃO

- Tiamina **deve ser administrada antes da glicose** em pacientes sob risco.
- Profilaxia com tiamina em:
  - Etilistas,
  - Desnutridos,
  - Pacientes em nutrição parenteral ou com outras causas de deficiência.

#### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

##### Tríade clássica:

1. **Encefalopatia** (confusão, apatia, desorientação)
  2. **Disfunção oculomotora** (nistagmo, paralisia do reto lateral)
  3. **Ataxia de marcha**
- Apenas 1/3 dos pacientes apresenta a tríade completa.
  - Outros sinais:
    - **Coma, hipotensão, hipotermia**, neuropatia periférica distal (MMII), disfagia vestibular sem perda auditiva.
    - Desnutrição pode estar ausente (ex.: etilistas obesos).

## ORTOPEDIA

### LESÃO MENISCAL

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO / DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR EXAME DE IMAGEM

#### MANEJO INICIAL

1. REPOUSO DO JOELHO. EVITAR: AGACHAMENTOS, AJOELHAR-SE, FLEXÕES REPETIDAS (SUBIR ESCADAS, PISAR NA EMBREAGEM OU FREIO, CORRIDA).

2. APLICAR GELO POR 15 MINUTOS A CADA 4-6 HORAS, MANTENDO A PERNA ELEVADA.

3. (Dor intensa) USAR MULETA

4. (Episódios frequentes de “falseio” do joelho) USAR JOELHEIRA COM SUPORTE PATELAR

5. INICIAR EXERCÍCIOS PARA FORTALECIMENTO DO QUADRÍCEPS QUANDO A DOR COMEÇAR A DIMINUIR

5a. ELEVAÇÃO DA PERNA ESTICADA:

DEITE-SE EM UMA CAMA OU NO CHÃO. DOBRE O JOELHO "BOM" E COLOQUE O PÉ NO CHÃO. MANTENHA A PERNA LESIONADA ESTICADA. DO LADO LESIONADO, MANTENHA O JOELHO ESTICADO E ELEVE A PERNA CERCA DE 45 CM DO CHÃO. ABAIXE LENTAMENTE A PERNA DE VOLTA ATÉ A CAMA OU O CHÃO.

COMEÇAR COM SÉRIES DE 10 REPETIÇÕES, EVOLUINDO ATÉ 20–25 REPETIÇÕES COM SUSTENTAÇÃO DE 5 SEGUNDOS CADA.

PROGREDIR COM PESOS LEVES NO TORNOZELO (COMEÇAR COM 1 KG E AUMENTAR GRADUALMENTE ATÉ 2,5 A 5 KG).



6. EXERCÍCIOS FÍSICOS PERMITIDOS QUANDO A DOR E INCHAÇO DIMINUÍREM: CAMINHADAS, NATAÇÃO COM PERNADA LEVE, HIDROGINÁSTICA.

7. RETORNO SE TRAVAMENTO DA ARTICULAÇÃO OU AUSÊNCIA DE MELHORA APÓS 1 MÊS DE FISIOTERAPIA

#### DÚVIDA DIAGNÓSTICA

1. RM JOELHO

## RADICULOPATIA LOMBOSSACRAL AGUDA

### MANEJO

#### PACIENTE SEM SINAIS DE ALARME

##### 1a. NAPROXENO 500MG COMPRIMIDO

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 12 HORAS SE DOR, POR ATÉ 2 SEMANAS

##### 1b. CETOPROFENO 50MG CÁPSULA

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL A CADA 6 HORAS SE DOR, POR ATÉ 2 SEMANAS

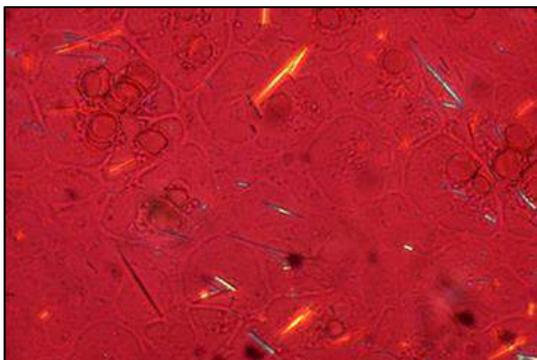
2. EVITAR REPOUSO ABSOLUTO. RETOMAR ATIVIDADES GRADUALMENTE CONFORME TOLERÂNCIA.

## REUMATOLOGIA

### CRISE DE GOTA

#### DIAGNÓSTICO

- Confirmado preferencialmente pela identificação de cristais de urato monossódico no líquido sinovial por microscopia de luz polarizada (formato de agulha, birrefringência negativa)..



#### MANEJO

##### 1. Antes de Iniciar o Tratamento

- **Exclusão de outros diagnósticos:** Gota pode simular ou coexistir com outras artrites inflamatórias, como artrite séptica.
  - Avaliação urgente se: imunossupressão, febre/calafrios, trauma, apresentação atípica.
  - Pode ser necessária artrocentese com análise do líquido sinovial.
- **Início precoce do tratamento:** Idealmente nas primeiras horas dos sintomas, para melhor resposta.
- **Terapia de base:** Manter alopurinol ou outros agentes hipouricemiantes mesmo durante crises.
- **Mudanças não farmacológicas:** Podem ser iniciadas durante ou após a crise (ex: ajuste de medicações, controle de comorbidades).

##### 2. Terapia Inicial

- **Opções principais:**
  - Glucocorticoides sistêmicos
  - AINEs
  - Colchicina
  - Inibidores de IL-1 (ex: anakinra)

##### Glucocorticoides

- **Via oral preferida:** Prednisona 40 mg/dia até resolução, seguida de redução progressiva.
- **Duração:** De 5-10 dias até várias semanas, conforme gravidade e resposta.

##### Colchicina

- **Esquema padrão:** 1-1,2 mg inicial + 0,5-0,6 mg após 1h; depois 0,5-0,6 mg 2x/dia até 48h após resolução.

## *ETIOLOGIA*

### **FATORES DE RISCO**

- Fatores de risco não modificáveis: idade avançada, sexo masculino, menopausa, etnia asiática, genética.
- Fatores de risco modificáveis: obesidade, hipertensão, DM, DRC, dieta rica em purinas, álcool, uso de diuréticos (p.ex., hidroclorotiazida).

# OUTRAS AFECÇÕES CRÔNICAS

## CIRURGIA VASCULAR

### LIPEDEMA

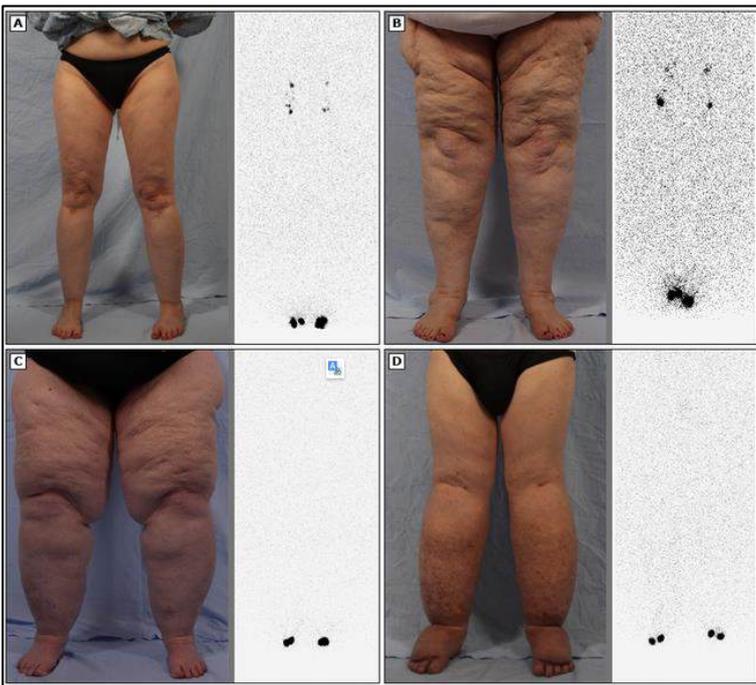
#### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO

- Baseado na **história clínica e exame físico**.
- Critérios principais: aumento adiposo desproporcional e simétrico nas extremidades inferiores + dor.
- O diagnóstico pode ser dificultado em obesas (IMC >30), pois os sinais clássicos podem ser mascarados.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS CLÁSSICAS

- Apenas mulheres são afetadas.
- Aumento simétrico e bilateral dos membros inferiores (nádegas, quadris, coxas e pernas), com preservação dos pés.
- Almofadas de gordura na região maleolar.
- Dor espontânea ou à palpação.
- Sinal de Stemmer negativo (função linfática preservada): O examinador consegue pinçar e levantar uma prega de pele na base do segundo dedo do pé
- História familiar positiva.
- Queixas de hematomas fáceis.



#### Lipedema, obesidade e linfedema

**(A) Lipedema.** O tamanho dos membros inferiores desta paciente tornou-se desproporcional em relação ao restante do corpo na adolescência. Ela se queixa de dor e hematomas nas pernas. Ao exame físico, observa-se aumento de tecido adiposo nos membros inferiores com um limite nítido na altura dos tornozelos e pés de aparência normal. A linfocintilografia mostrou captação normal do traçador radioativo pelos linfonodos inguinais após injeção nos pés.

**(B, C)** Essas duas mulheres apresentavam membros inferiores assintomáticos e de aparência normal na adolescência e início da vida adulta. Na idade adulta, ganharam peso progressivamente e desenvolveram aumento de volume e edema nos membros inferiores.

- **(B) OWL (obesidade sem linfedema):** IMC de 44 e linfocintilografia normal.

- **(C) OIL (linfedema induzido por obesidade):** IMC de 48, linfocintilografia sem captação inguinal do traçador e com refluxo dérmico.

**(D) Linfedema primário.** Esta paciente apresentou edema bilateral dos membros inferiores desde a infância. Nota-se aumento significativo dos pés e edema. A linfocintilografia não mostra captação do traçador radioativo nos linfonodos inguinais.

IMC: índice de massa corporal; OIL: linfedema induzido por obesidade; OWL: obesidade sem linfedema.

## TRATAMENTO

*Objetivos: controlar dor, prevenir linfedema secundário e melhorar qualidade de vida.*

### Medidas conservadoras:

- **Controle da dor:** pode incluir encaminhamento à clínica da dor.
- **Compressão:** útil para pacientes com IMC >30 e edema associado; pode piorar dor em pacientes magras.
- **Suporte psicossocial:** essencial pela carga emocional e social da doença.
- **Controle de peso:**
  - Dieta saudável e exercício regular ajudam a reduzir a progressão.
  - Mesmo sem cura, perda de peso pode melhorar sintomas e função linfática.
  - Pacientes com IMC >40 devem ser encaminhados a programas de perda de peso e cirurgia bariátrica, se indicado.

### Lipoaspiração:

- Remove tecido adiposo afetado.
- Melhora dor, aparência e qualidade de vida.
- Mais eficaz em fases iniciais e com IMC <35.
- IMC >40 aumenta risco de complicações.
- Requer avaliação prévia com linfocintilografia e RM.
- Pós-operatório inclui compressão por no mínimo seis semanas.



#### Manejo do lipedema com lipoaspiração

(A) Mulher adulta com lipedema sintomático.

(B) Linfocintilografia normal.

(C) Ressonância magnética mostra aumento de tecido adiposo subcutâneo e pés não afetados.

(D) Visão intraoperatória do procedimento de lipoaspiração.

(E) Lipoaspirado.

(F) Aparência da paciente após a operação na perna esquerda e antes do procedimento na perna direita.

(G) Redução do volume das extremidades e melhora dos sintomas após o tratamento de ambos os membros inferiores.

## DERMATOLOGIA

### DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA

#### DIAGNÓSTICO

##### Diagnóstico

- **Clínico**, baseado na história e exame físico.
- **Teste de contato (patch test)**: essencial para identificar alérgenos relevantes.
- **Teste de uso repetido (ROAT)** pode ser útil quando patch test não é possível.
- **História detalhada**: produtos de uso pessoal, ocupação, hobbies, exposições ambientais.
- **Exame físico**: eritema, descamação e prurido nas áreas de contato.
- **Biópsia cutânea**: raramente necessária; mostra dermatite espongiosa, mas sem especificidade.

##### Manifestações Clínicas

- **Dermatite alérgica direta**: lesões eczematosas agudas (eritema, vesículas) ou crônicas (liquenificação), com prurido.



**Dermatite de contato alérgica**

*Erupção eczematosa no rosto devido a alergia de contato a cosméticos.*



**Dermatite de contato alérgica aguda**

*Pápulas e placas vermelhas, escamosas, exsudativas, crostosas, discretas e confluentes. Uma paciente de 25 anos procurou um dermatologista devido a uma dermatite eczematosa aguda no couro cabeludo, pescoço e ombros. A erupção surgiu 5 dias após a aplicação de tinta preta no cabelo em um salão de beleza. Os testes de contato foram positivos para parafenilendiamina.*



**Dermatite de contato alérgica**

*Dermatite de contato alérgica ao látex envolvendo o dorso da mão.*



**Dermatite de contato alérgica crônica**

*A pele está seca, escamosa e espessada como resultado de hiperqueratose, acantose e infiltração de células linfomononucleares.*



**Dermatite de contato alérgica**

*Erupção eczematosa no tronco e nas pregas axilares devido a alergia de contato a corantes de tecidos ou têxteis.*

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

### Dermatite aguda localizada

- Corticoides tópicos de alta potência (exceto em face e áreas flexurais).
- Tacrolimo tópico como alternativa.
- Emolientes como coadjuvantes.

### Face e áreas flexurais

- Corticoides tópicos de média a baixa potência.
- Alternativas: inibidores de calcineurina (ex: tacrolimo), inibidores de JAK tópicos (ex: ruxolitinibe) para casos resistentes.

### DCA extensa, grave ou incapacitante

- Corticoides sistêmicos (ex: prednisona 0,5–1 mg/kg/dia por 7 dias, seguidos de desmame gradual).
- Útil especialmente para hera venenosa severa.

### DCA crônica

- Evitar uso prolongado de corticoides.
- Emolientes frequentes para manutenção da barreira cutânea.
- Esquema de corticoide tópico intermitente para áreas espessas (ex: mãos, pés).
- Tacrolimo ou ruxolitinibe tópico para áreas sensíveis ou resistentes.
- **Terapias de segunda linha:**
  - Fototerapia (PUVA, NBUVB)
  - Imunossupressores sistêmicos (metotrexato, azatioprina, micofenolato, ciclosporina) em casos refratários.

## PRESCRIÇÃO

### DERMATITE AGUDA LOCALIZADA, EXCETO EM FACE E ÁREAS FLEXURAS

1. DIPROPIONATO DE **BETAMETASONA** 0,64MG/G **CREME** DERMATOLÓGICO (DIPROSONE, CORTIFAR)  
APLICAR FINA CAMADA EM ÁREAS AFETADAS 1X/DIA POR ATÉ 2 SEMANAS. NÃO APLICAR EM FACE OU REGIÕES DE DOBRAS.

2. LOÇÃO **HIDRATANTE** CERAVE  
APLICAR 2-4X/DIA EM ÁREAS AFETADAS

### DERMATITE AGUDA LOCALIZADA EM FACE OU ÁREAS FLEXURAS

1. **ADINOS** 0,5MG/G **POMADA** (ADINOS, DESOSKIN)  
APLICAR FINA CAMADA EM ÁREAS AFETADAS 1X/DIA POR ATÉ 2 SEMANAS

2. LOÇÃO **HIDRATANTE** CERAVE  
APLICAR 2-4X/DIA EM ÁREAS AFETADAS

### DERMATITE AGUDA EXTENSA OU GRAVE

1. **PREDNISONA** 20MG COMPRIMIDO  
TOMAR 2 COMPRIMIDOS PELA MANHÃ POR 7 DIAS. APÓS, REDUZIR PARA 1 COMPRIMIDO PELA MANHÃ POR 7 DIAS. APÓS, REDUZIR PARA MEIO COMPRIMIDO PELA MANHÃ POR 7 DIAS. APÓS, SUSPENDER.  
(Posologia: 0,5-1,0 mg/kg/dia por 7 dias, seguido de desmame gradual)

2. LOÇÃO **HIDRATANTE** CERAVE  
APLICAR 2-4X/DIA EM ÁREAS AFETADAS

### DERMATITE CRÔNICA

1. LOÇÃO **HIDRATANTE** CERAVE  
APLICAR 2-4X/DIA EM ÁREAS AFETADAS

## VASCULITE URTICARIFORME

Última atualização: 14/06/2025

### DIAGNÓSTICO

#### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- **Cutâneas:**
  - Pápulas urticariformes durando >24h, pruriginosas e dolorosas, podendo deixar púrpura ou hiperpigmentação.
  - Angioedema e livedo reticularis são comuns.



**Vasculite urticariforme**

*Placas urticariformes na testa.*



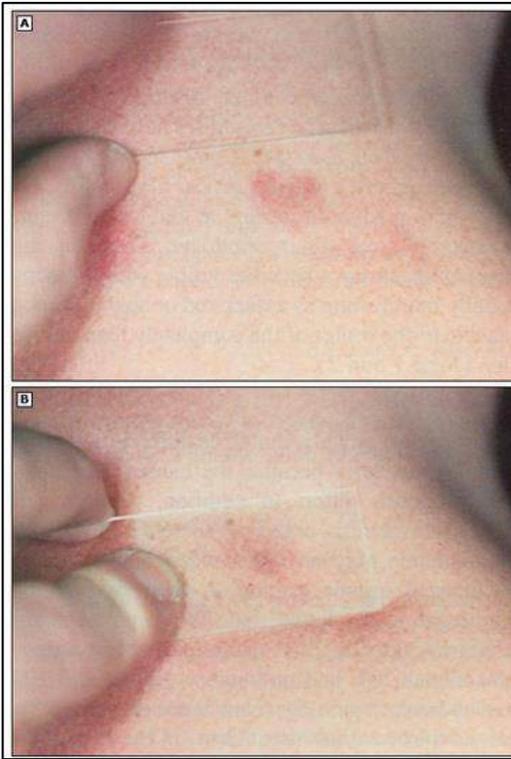
**Vasculite urticariforme**

*Placa anular com bordas elevadas.*



**Vasculite urticariforme**

*Placa urticariforme com equimose central.*



**Diascopia de lesão cutânea de vasculite urticariforme**

(A) Lesão de vasculite urticariforme no pescoço.

(B) A diascopia faz o halo eritematoso desaparecer, revelando púrpura clinicamente inaparánte.

## DIAGNÓSTICO

- Requer:
  - Manifestações clínicas de urticária prolongada (>24h)
  - Biópsia de pele com vasculite leucocitoclástica.
- Complementação com imunofluorescência e exames laboratoriais específicos.

## MANEJO

### TRATAMENTO

- **Formas leves:** anti-histamínicos e AINEs para controle sintomático.
- **Doença moderada:** corticosteroides sistêmicos (0,5–1 mg/kg/dia), associados ou não a:
  - Dapsona (monitorar G6PD)
  - Colchicina
  - Hidroxicloroquina
- **Doença grave ou refratária:**
  - Imunossuppressores: micofenolato, metotrexato, azatioprina, ciclosporina.
  - Biológicos: rituximabe, anakinra, canakinumabe, omalizumabe.
  - Casos específicos: interferon-alfa (hepatite C), imunoglobulina EV.

## GASTROENTEROLOGIA

### DOENÇA CELÍACA

Última atualização: 10/06/2025

#### DIAGNÓSTICO

#### ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

##### 1. Avaliação sorológica

- Teste preferido: anticorpo anti-transglutaminase tecidual IgA (tTG-IgA), associado à dosagem total de IgA.

##### 2. Endoscopia com biópsia duodenal

- Indicada em pacientes com sorologia positiva ou forte suspeita clínica.
- Realizar múltiplas biópsias: 1–2 do bulbo duodenal + 4 do duodeno distal.

#### DIAGNÓSTICO FINAL

- Confirmado com:
  - Sorologia celíaca positiva e
  - Biópsia com Marsh 2 ou 3.
- Normalização histológica após dieta isenta de glúten **não é necessária** para o diagnóstico.

## DIETA SEM GLÚTEN: ORIENTAÇÕES

### Indicações:

- Recomendada para pacientes com diagnóstico confirmado ou com sintomas e sorologia positiva.
- Não indicada para doença celíaca latente ou potencial assintomática, mas esses pacientes devem ser monitorados.

### Alimentos a evitar:

- Trigo, centeio e cevada.

### Alimentos geralmente seguros:

- Arroz, milho, soja, trigo sarraceno, mandioca, batata.

### Cuidados especiais:

- Ler rótulos cuidadosamente.
- Evitar cervejas, vinagres de malte e produtos com aditivos derivados de glúten.
- Evitar aveia inicialmente; pode ser reintroduzida com cautela.

### Laticínios:

- Devem ser evitados inicialmente em pacientes com intolerância secundária à lactose.

### EVITAR GLÚTEN DE FORMA ESTRITA: É NECESSÁRIO?

- Apesar da variabilidade individual, recomenda-se evitar totalmente o glúten

### MONITORAMENTO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO

- Avaliação inicial após 3 a 6 meses: hemograma, ferro, B12, folato, enzimas hepáticas, sorologia.
- Monitoramento anual clínico e laboratorial.

### Testes sorológicos:

- IgA anti-transglutaminase (tTG) ou IgA/IgG anti-peptídeo de gliadina (DGP).
- Testes negativos não garantem recuperação da mucosa intestinal.

### Biópsia de controle:

- Indicada após 2 anos de dieta.
- Repetida em casos de sintomas persistentes ou má resposta clínica.

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### Manifestações Clínicas

- **Gastrointestinais:** diarreia gordurosa, flatulência, perda de peso, anemia, osteopenia.
- **Extraintestinais:**
  - **Cutâneas:** dermatite herpetiforme, glossite atrófica.
  - **Ósseas:** osteomalácia, osteoporose e fraturas.
  - **Hematológicas:** anemia ferropriva, hipoplasia esplênica.
  - **Hepáticas:** elevação de transaminases.
  - **Neurológicas/Psiquiátricas:** cefaleia, neuropatia periférica, depressão.
- Sintomas podem surgir tardiamente (10 a 40 anos), e muitas vezes de forma atípica.

## HEMATOLOGIA

### ANEMIA FALCIFORME

#### DIAGNÓSTICO

##### 1. ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS:

Condição	Genótipo $\beta$ -globina	Triagem Neonatal*	Até 6 semanas <sup>¶</sup>	Crianças $\geq$ 5 anos, adolescentes e adultos				
				Hb A (%)	Hb A2 (%) <sup>Δ</sup>	Hb F (%) <sup>◊</sup>	Hb S (%)	Hb C (%)
Traço falciforme	$\beta\beta S$	FAS $\S$ (ou FSA $\S$ )	FAS	50–60	<3,5	<2	35–45	0
Anemia falciforme (Hb SS)	$\beta S\beta S$	FS	FS	0	<3,5	5–15 (pode ser maior em casos raros ou com uso de hidroxiureia)	85–95	0

#### MANEJO

##### MANEJO HOSPITALAR

###### Hidratação

- Hidratação adequada reduz complicações:
  - Lactato de Ringer é preferido à solução salina 0,9% para hipovolemia.
  - Evitar sobrecarga hídrica.
  - Manter hidratação oral sempre que possível.

###### Incentivo Espirométrico

- Usado para prevenir síndrome torácica aguda.
- Recomenda-se 10 respirações a cada 2 horas em vigília.
- Balões podem substituir espirometria onde esta não está disponível.

###### Controle da Dor

- Avaliar dor imediatamente sem atrasar analgesia.
- Investigar causas alternativas sérias de dor (infecções, infarto esplênico, embolia pulmonar).

###### Uso de Transfusões

- Indicadas para anemia sintomática ou redução do percentual de HbS.

###### Manejo Medicamentoso

- Continuar hidroxiureia, L-glutamina, ácido fólico e profilaxia com penicilina.
- Usar AINEs com cautela devido a risco renal e gastrointestinal.
- Evitar G-CSF, devido ao risco de vaso-oclusão e falência multiorgânica.

# TALASSEMIA

Última atualização: 05/06/2025

## DIAGNÓSTICO

### DIAGNÓSTICO

#### Exames laboratoriais:

- Hemograma: microcitose, hipocromia, contagem elevada de hemácias.
- Testes de hemólise: LDH, bilirrubina indireta, haptoglobina.
- Estudos de ferro: para descartar deficiência ou sobrecarga.
- Eletroforese de hemoglobinas e/ou teste genético: confirmação diagnóstica.
- Distinção com anemia ferropriva: ferritina baixa na deficiência de ferro (não na talassemia).

#### SUBTIPOS

Síndrome	Genótipo	Achados típicos no hemograma (CBC)	Análise de hemoglobina (HPLC ou outros métodos)
<b>Talassemias alfa (redução das cadeias alfa)</b>			
<b>Talassemia alfa maior (ATM)</b>	(-- / --)	Anemia microcítica grave com hidropisia fetal; geralmente letal intraútero	Hb Barts (tetrâmeros de $\gamma$ ); Hb Portland; ausência de Hb F, Hb A e Hb A2
<b>Doença da Hb H</b>	( $\alpha$ - / --) ou ( $\alpha$ $\alpha^t$ / --)*	Anemia microcítica moderada	Hb H (até 30%); Hb A2 (até 4%)
<b>Talassemia alfa menor (ou traço talassêmico alfa)</b>	( $\alpha$ - / $\alpha$ -) ou ( $\alpha$ $\alpha$ / --)	Anemia microcítica leve	Hb Barts (3 a 8%, apenas no período neonatal)
<b>Talassemia alfa mínima (ou portador silencioso)</b>	( $\alpha$ $\alpha$ / $\alpha$ -)	Hemoglobina normal ou levemente reduzida; VCM normal ou discretamente baixo	Normal
<b>Talassemias beta (redução das cadeias beta)</b>			
<b>Dependente de transfusão (TDT, ou beta maior)</b>	$\beta^0$ / $\beta^0$ ou $\beta^0$ / $\beta^+$	Anemia microcítica grave com células-alvo; Hb típica de 3 a 4 g/dL	Hb A2 ( $\geq 5\%$ ); Hb F (até 95%); ausência de Hb A
<b>Não dependente de transfusão (NTDT, ou beta intermedia)</b>	$\beta^+$ / $\beta^+$ ou $\beta^0$ / $\beta^+$ ou coinheritance $\Delta$	Anemia microcítica moderada	Hb A2 ( $\geq 4\%$ ); Hb F (até 50%)
<b>Talassemia beta menor (traço ou portador)</b>	$\beta$ / $\beta^0$ ou $\beta$ / $\beta^+$	Anemia microcítica leve	Hb A2 ( $\geq 4\%$ ); Hb F (até 5%)

## MANEJO

### MANEJO DA ANEMIA

- **Transfusões crônicas:**
  - Indicadas para formas major/intermedia graves.
  - Meta: manter Hb pré-transfusão entre 9,5 e 10,5 g/dL.

### SUPLEMENTAÇÃO E DIETA

- Suplementação com ácido fólico (1-2 mg/dia) se hemólise estiver presente.

### SOBRECARGA DE FERRO E QUELAÇÃO

- Indicações para iniciar quelação:
  - Ferritina >1000 ng/mL.
  - 20–25 unidades de hemácias transfundidas.
  - RM com sobrecarga hepática.

### LUSPATERCEPT

- Agente que melhora maturação eritroide, reduz transfusões em adultos com beta talassemia dependente.

### ESPLENECTOMIA

- Indicada em anemia grave, aumento abrupto da necessidade transfusional, hiperesplenismo ou desconforto abdominal.

### TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOÉTICAS (TCH)

- Potencialmente curativo para formas graves.
- Melhor indicação: crianças pequenas com doador HLA compatível e sem comorbidades.

## MEDICINA DO ESPORTE

### SÍNDROME DA BANDA ILIOTIBIAL

#### DIAGNÓSTICO

- Baseado na história clínica e exame físico sugestivo.
- Diagnóstico confirmado se injeção local de anestésico alivia a dor durante atividade.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Dor insidiosa na face lateral do joelho, inicialmente só durante a prática esportiva.
- Dor aguda ou em queimação, acentuada na fase de apoio na corrida ou na extensão do joelho na pedalada.
- Em casos crônicos, a dor pode persistir após o exercício.

#### EXAME FÍSICO

- Sensibilidade localizada sobre o EFL.



#### PONTO DE MÁXIMA SENSIBILIDADE NA SÍNDROME DA BANDA ILIOTIBIAL

*O ponto onde a banda iliotibial (ITB) passa sobre o epicôndilo femoral lateral é, geralmente, o local de maior sensibilidade dolorosa nos pacientes com síndrome da banda iliotibial. Nas fotografias acima, esse local está marcado pelo polegar do examinador.*

- Teste de compressão de Noble: principal teste clínico para diagnóstico.



Teste de compressão de Noble.mp4

## MANEJO

### Fase aguda (controle da dor)

- Repouso de atividades que causam dor.
- Gelo local.
- Uso de anti-inflamatórios (orais ou tópicos).

### Fase subaguda (correção de déficits)

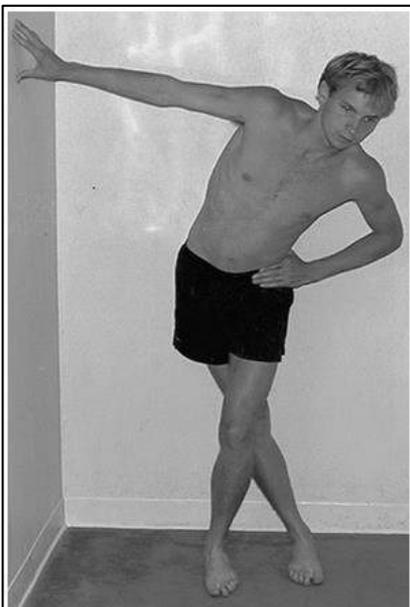
- Reforço muscular (principalmente abdutores do quadril).



#### ABDUÇÃO EM DECÚBITO LATERAL

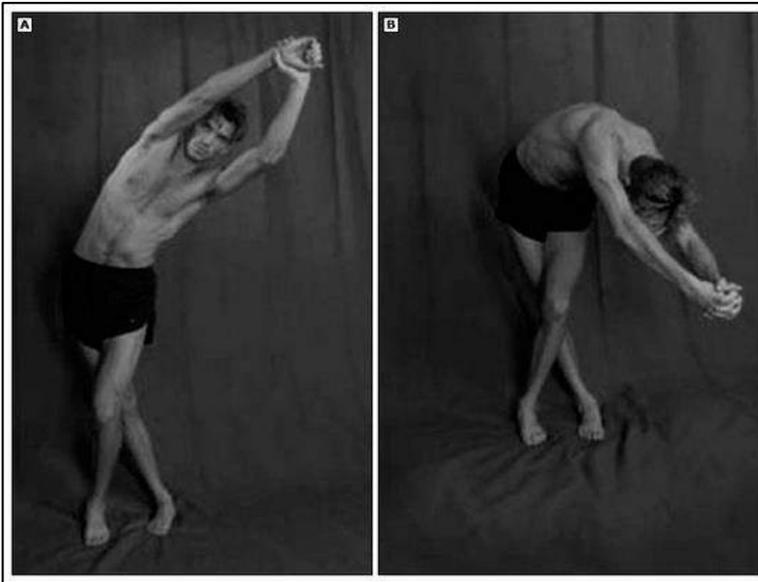
O exercício de abdução em decúbito lateral é realizado com o paciente deitado sobre o lado não afetado. O paciente eleva a perna afetada até aproximadamente 30 graus de abdução, evitando a rotação interna ou externa do quadril, e depois retorna lentamente à posição inicial. Comece realizando a abdução contra a gravidade e, quando isso se tornar fácil, adicione pesos no tornozelo, aumentando gradualmente a resistência. A fotografia A acima mostra a posição inicial e a B, a posição final.

- Alongamentos da ITB e músculos associados.



#### ALONGAMENTO EM PÉ DA BANDA ILIOTIBIAL (ITB)

O alongamento em pé da ITB é realizado posicionando a perna afetada atrás da perna não afetada e aproximando as pernas ao avançar o pé de trás, de modo que os dedos de ambos os pés fiquem quase alinhados ("pernas bem cruzadas"). A partir dessa posição, empurre o quadril da perna afetada em direção à parede. Deve-se sentir uma sensação de alongamento sobre a ITB e na face lateral da coxa da perna posterior.



#### ALONGAMENTOS EM PÉ E COM FLEXÃO DA BANDA ILIOTIBIAL (ITB)

São utilizados alongamentos da ITB em pé e com flexão. O posicionamento para cada alongamento envolve colocar a perna afetada atrás da perna não afetada e avançar o pé de trás de modo que os dedos de ambos os pés fiquem quase alinhados ("pernas bem cruzadas"). A partir dessa posição, o alongamento é obtido ao empurrar gradualmente o quadril da perna afetada para o seu próprio lado. Deve-se perceber uma sensação de alongamento sobre a ITB e na face lateral da coxa da perna posterior.



#### MOBILIZAÇÃO DA FACE LATERAL DA COXA COM ROLO DE ESPUMA

Um rolo de espuma pode ser utilizado para mobilizar os tecidos moles e romper aderências.

- Uso eventual de palmilhas ou calços para correção de discrepância de membros.
- Uso de órtese ou joelheira compressiva (pouca evidência, mas baixo risco).

#### Fase crônica

- Opções adicionais em casos refratários:
  - Infiltração com corticosteroide (alívio temporário).
  - Tenotomia percutânea (microperfurações).
  - Injeção de plasma rico em plaquetas (sem evidência controlada).
  - Proloterapia.
  - Uso tópico de nitroglicerina.
  - Terapia por ondas de choque extracorpóreas (algumas evidências favoráveis).

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Dor insidiosa na face lateral do joelho, inicialmente só durante a prática esportiva.
- Dor aguda ou em queimação, acentuada na fase de apoio na corrida ou na extensão do joelho na pedalada.
- Em casos crônicos, a dor pode persistir após o exercício.

### EXAME FÍSICO

- Sensibilidade localizada sobre o EFL.



#### PONTO DE MÁXIMA SENSIBILIDADE NA SÍNDROME DA BANDA ILIOTIBIAL

*O ponto onde a banda iliotibial (ITB) passa sobre o epicôndilo femoral lateral é, geralmente, o local de maior sensibilidade dolorosa nos pacientes com síndrome da banda iliotibial. Nas fotografias acima, esse local está marcado pelo polegar do examinador.*

- Teste de compressão de Noble: principal teste clínico para diagnóstico.



Teste de compressão de Noble.mp4

## MEDICINA OCUPACIONAL

### EXPOSIÇÃO AO AMIANTO

#### **Doenças relacionadas à exposição ao asbesto**

- **Asbestose:** fibrose pulmonar difusa e progressiva causada pela inalação de fibras.
- **Doença pleural benigna:** derrame pleural benigno, placas pleurais localizadas ou difusas.
- **Neoplasias:** carcinoma pulmonar (de pequenas e não pequenas células) e mesotelioma maligno.

## TENDINOPATIA DE QUERVAIN

### DIAGNÓSTICO

- Baseado na história clínica e exame físico:
  - Sensibilidade sobre o primeiro compartimento dorsal.



#### *Palpação da estilóide radial*

*O punho é colocado em posição neutra, com o lado radial voltado para cima. A porção mais distal da estilóide radial é identificada, marcada e palpada em busca de sensibilidade local.*

- Dor com manobra de Finkelstein (flexão do polegar com desvio ulnar do punho).
- Ultrassonografia pode mostrar espessamento dos tendões e aumento da vascularização.

### MANEJO

#### **Tratamento**

- A doença é autolimitada e geralmente melhora em até um ano.
- A maioria dos casos não requer cirurgia.

#### **Conduta Inicial**

- Imobilização com tala tipo "thumb spica" (deixando interfalangeana livre).
- Uso de AINEs e aplicação de gelo.

#### **Injeção de Corticoide**

- Indicada em casos refratários à imobilização e AINEs ou em apresentações mais graves desde o início.

#### **Cirurgia**

- Indicada em casos refratários a tratamento conservador.

### EPIDEMIOLOGIA

#### **Fatores de risco e ocupações associadas:**

- Movimentos repetitivos de pinça e preensão com o polegar e punho, especialmente com desvio ulnar
- Uso prolongado de tesouras, facas, alicates, ou atividades que exigem esforço de pinçamento manual
- Comum em trabalhadores da costura, jardinagem, cabelereiros, instrumentadores cirúrgicos, etc.

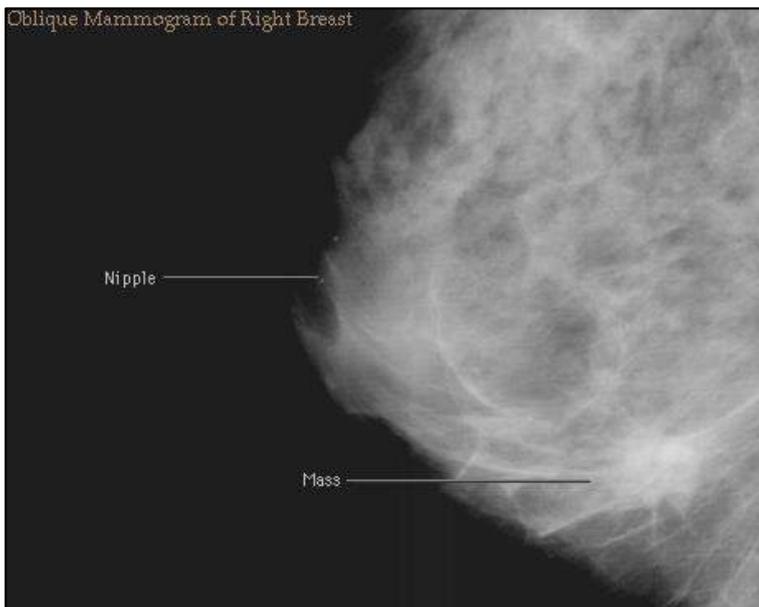
## ONCOLOGIA

### CÂNCER DE MAMA

#### DIAGNÓSTICO

- **Mamografia:**

- Achados clássicos incluem massa de tecido mole ou microcalcificações suspeitas.
- O sinal mais específico é uma massa espiculada de alta densidade (BI-RADS 5), mas a biópsia ainda é necessária.



*Câncer de mama: Mamografia*

## MANEJO

ESTÁGIO INICIAL: ESTÁGIOS 1; 2A; 2B (T2N1)

### Tratamento Primário

- Cirurgia primária (lumpectomia ou mastectomia) com ou sem radioterapia (RT)
- Terapia sistêmica adjuvante baseada em:
  - Tamanho e grau do tumor
  - Linfonodos comprometidos
  - Receptores hormonais (ER/PR)
  - Expressão do receptor HER2
- Alguns casos (HER2-positivo ou triplo-negativo) recebem terapia neoadjuvante antes da cirurgia

### Terapia Conservadora da Mama (BCT)

- Inclui cirurgia conservadora (lumpectomia) + RT

### Mastectomia

- Indicada para pacientes que não são candidatos à BCT ou que preferem mastectomia
- RT pós-mastectomia indicada para alto risco de recorrência

### Avaliação dos Linfonodos Axilares

- Avaliação pré-operatória:
  - Linfonodos suspeitos → ultrassom + punção aspirativa ou core biopsy
  - Linfonodos positivos → dissecação axilar na cirurgia
  - Linfonodos negativos → biópsia de linfonodo sentinela
- Pacientes com 1-2 linfonodos positivos podem evitar dissecação completa

### Terapia Sistêmica Adjuvante

Subtipo de Câncer	Tratamento
Receptor hormonal positivo	Terapia endócrina (e, se alto risco, quimioterapia)
Triplo-negativo	Quimioterapia se tumor $\geq 0,5$ cm
HER2-positivo	Quimioterapia + terapia anti-HER2 (se tumor $>1$ cm)

## LOCALMENTE AVANÇADO: ESTÁGIOS 2B (T3N0); 3A; 3B; 3C

- Tratamento multimodal (terapia sistêmica + loco-regional)
- Terapia neoadjuvante indicada para:
  - Tumores triplo-negativos ou HER2-positivos
  - Reduzir tumor para conservação mamária
  - Avaliar resposta terapêutica
- Cirurgia após neoadjuvante sempre necessária
- Pacientes com resposta completa não precisam de quimioterapia adjuvante

### **Terapia Adjuvante Pós-Cirurgia**

- Hormonal positivo → Terapia endócrina
- Triplo-negativo com resposta incompleta → Capecitabina
- HER2-positivo sem resposta completa → Ado-trastuzumabe emtansina

## CÂNCER DE PÂNCREAS

### NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS

#### DIAGNÓSTICO

##### Avaliação diagnóstica

- **Imagem inicial:** RNM com colangiopancreatografia (MRCP) ou TC com protocolo pancreático.
  - Avalia tipo de cisto e sinais de malignidade (tamanho, nódulos, dilatação ductal).
- **Ultra-sonografia endoscópica com punção aspirativa por agulha fina (EUS-FNA):**
  - Utilizada para cistos  $\geq 1,5$  cm e/ou com características suspeitas.
  - Permite coleta de líquido para análises

##### Biomarcadores no líquido cístico

- **CEA  $>192$  ng/mL:** sugere cisto mucinoso.
- **Glicose  $<50$  mg/dL:** sensível e específico para cistos mucinosos.
- **Amilase:** diferencia neoplasia cística mucinosa (baixo) de neoplasia papilar mucinosa intraductal (IPMN) (alto)
- **Mutação KRAS/GNAS:** diagnóstico de MCN/IPMN.

##### Níveis de amilase e marcadores tumorais no líquido de cistos pancreáticos:

Tipo de Lesão	Amilase	CEA	CA 72-4	CA 19-9	CA 125
Cistoadenoma seroso	Baixo	Baixo	Baixo	Variável	Baixo
Neoplasia cística mucinosa	Baixo	Alto	Alto	Variável	Variável
Neoplasia papilar mucinosa intraductal (IPMN)	Alto	Alto	Alto	Variável	Baixo
Pseudocisto	Alto	Baixo	Baixo	Alto	Baixo

##### Legenda:

IPMN: Neoplasia papilar mucinosa intraductal

CEA: Antígeno carcinoembrionário

CA: Antígeno carboidrato

#### MANEJO

- **Cirurgia** indicada para:
  - Lesões com displasia de alto grau ou malignidade
  - Cistos com alto risco (MCNs, IPMNs de ducto principal, SPNs)
  - Cistos sintomáticos ou com múltiplas características suspeitas
- **Vigilância com imagem** para:
  - Cistos  $<3$  cm sem características suspeitas
  - Intervalos de imagem baseados em tamanho e estabilidade

## MELANOMA

### DIAGNÓSTICO

#### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

##### Ferramentas diagnósticas:

- **Regra do ABCDE:**
  - A: Assimetria
  - B: Bordas irregulares
  - C: Cores variadas
  - D: Diâmetro  $\geq 6$  mm
  - E: Evolução
- **Sinal do "patinho feio":**
  - Lesão que difere das demais em um paciente com múltiplos nevos.



##### *Melanoma de disseminação superficial*

*Melanoma de disseminação superficial na face posterior da perna esquerda de uma mulher de 29 anos.*



##### *Melanoma nodular*

*Melanomas nodulares se apresentam como um nódulo bem delimitado, geralmente com pigmentação escura, embora possam ser amelanóticos, como ilustrado acima.*

#### CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

##### Biópsia de pele (preferencialmente excisional):

- Deve incluir margens de 1–3 mm de pele normal e profundidade suficiente.

## MANEJO

### Exérese ampla

- Incisão geralmente elíptica para melhor fechamento.
- Realizada até, mas não incluindo, a fáscia muscular (sua remoção não reduz recidiva).
- A margem deve ser medida clinicamente, pois o tecido encolhe após ressecção.

### Margens cirúrgicas recomendadas (ressecção radial):

- **Melanoma in situ:** 0,5 a 1 cm.
- **T1 ( $\leq 1$  mm):** 1 cm.
- **T2 ( $>1$  a  $2$  mm):** 1 a 2 cm, dependendo da anatomia local.
- **T3/T4 ( $>2$  mm):** 2 cm. Margens maiores não mostraram benefício adicional.

## ORTOPEDIA

### TENDINOPATIA DO EXTENSOR ULNAR DO CARPO

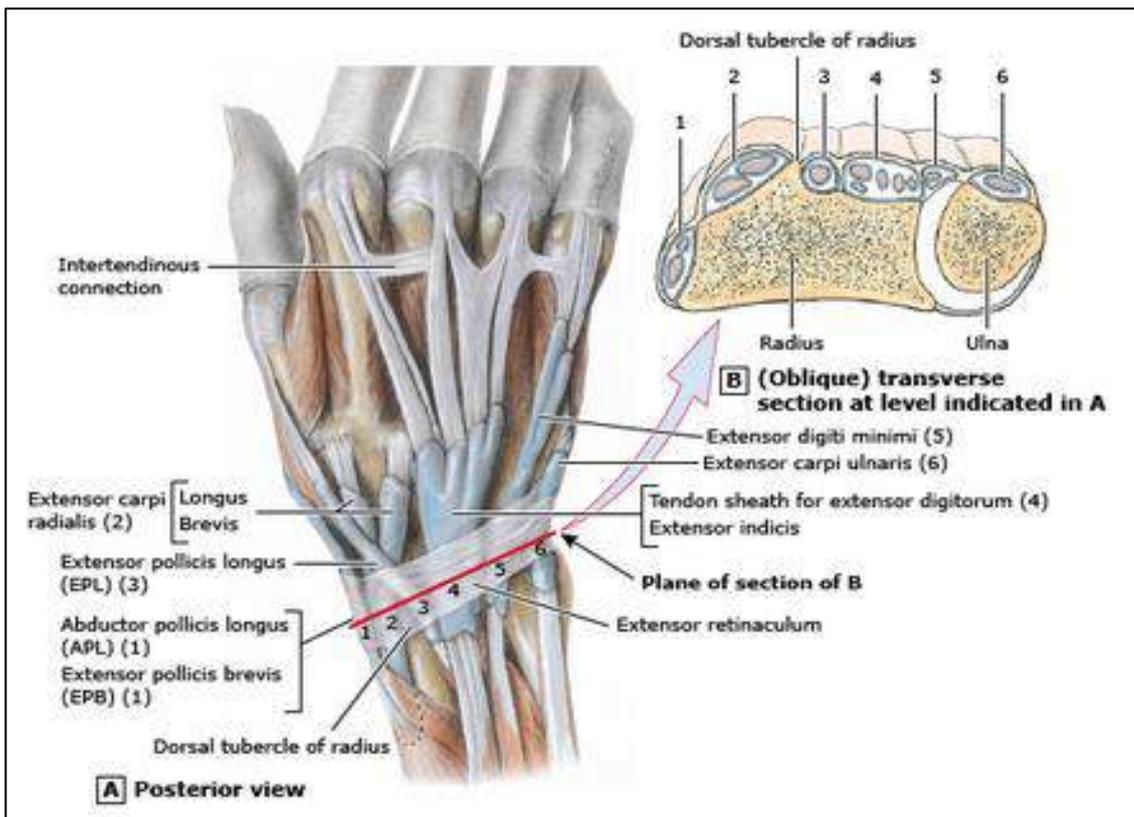
Última atualização: 07/06/2025

#### VISÃO GERAL

- **Tendinopatia do ECU:** <sup>2</sup>
  - Comum em praticantes de esportes com raquete e em usuários frequentes de mouse/teclado com o punho mal posicionado (ex: dorsiflexão excessiva).
  - Resulta de movimentos repetitivos que envolvem torção e dorsiflexão do punho.

#### Anatomia e Mecanismo de Lesão:

- O músculo extensor ulnar do carpo (ECU) origina-se no epicôndilo lateral do cotovelo e insere-se na base do quinto metacarpo.



Tendões extensores que atravessam o punho

#### DIAGNÓSTICO

- **Diagnóstico:**
  - O teste de sinergia do ECU pode reproduzir a dor e confirmar o diagnóstico clínico.

## VISÃO GERAL

- Casos leves: repouso, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), imobilização com tala que restringe desvio radial e ulnar por cerca de 4 semanas.
- Casos graves: injeção de glicocorticoide ou cirurgia. Deve-se alertar o paciente sobre risco de ruptura tendínea com glicocorticoides.

## TRATAMENTO CONSERVADOR

### 1. Fase Inicial:

- Repouso e AINEs.
- Imobilização com órtese ou gesso curto por 4–6 semanas.
- Restrição de movimentos, especialmente supinação e desvio ulnar.

### 2. Reabilitação:

- Início com **exercícios de amplitude de movimento (AROM)** sem dor.
- Progressão para **fortalecimento excêntrico e isométrico** de extensores e desviadores ulnares.
- Estímulo de propriocepção e estabilidade dinâmica.
- Uso de “**wrist widget**” para suporte durante atividades.

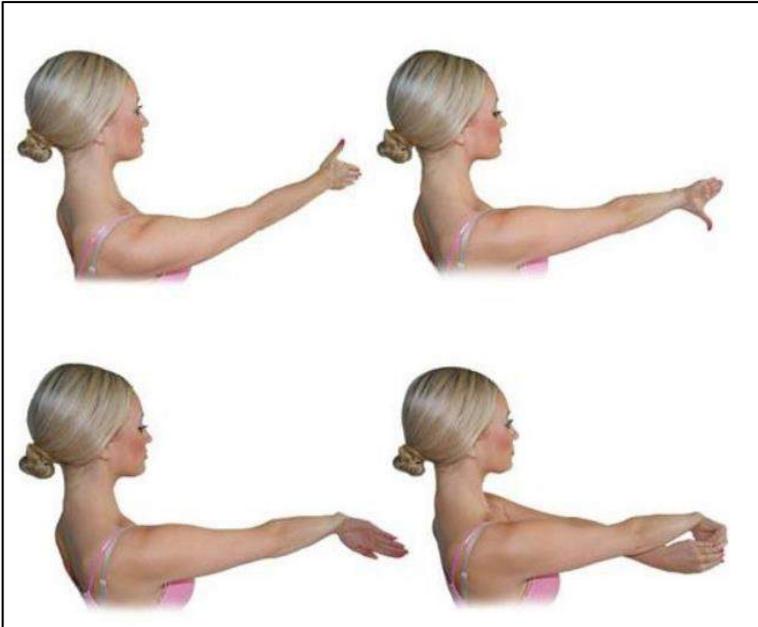
### 3. Modalidades auxiliares (eficácia variável):

- **Ultrassom terapêutico**
- **Iontoforese** com dexametasona
- **Cupping (ventosaterapia)**
- **Agulhamento seco (dry needling)**

## EXERCÍCIOS PARA O EXTENSOR ULNAR DO CARPO:

### 1. Alongamento para prevenir e tratar lesões:

- Estenda o braço à frente do corpo e mantenha-o reto.
- Gire o braço para dentro, de forma que a dobra do cotovelo fique voltada para o chão.
- Dobre o punho para trás e mantenha a posição para alongar.



### 2. Exercício excêntrico para fortalecimento:

- Apoie o braço sobre uma mesa com a palma da mão voltada para baixo.
- Segure um halter de 1 a 2 kg.
- Use a outra mão para levantar o punho e, em seguida, permita que o peso desça lentamente com controle.
- Repita o movimento: levante novamente com ajuda da outra mão e deixe o peso descer de forma controlada.



## PSIQUIATRIA

### FOBIA SOCIAL

#### DIAGNÓSTICO

#### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-5-TR)

- Medo persistente de situações sociais com possível escrutínio.
- Medo de agir de forma humilhante ou ser avaliado negativamente.
- As situações são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade.
- Duração de pelo menos 6 meses.
- Prejuízo funcional significativo.
- Especificador “somente desempenho” pode ser aplicado.

#### MANEJO

##### 1. Escolha da Modalidade Terapêutica

- **TAS generalizado:** escolha entre terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou farmacoterapia, baseada na preferência do paciente.
- **TAS do tipo desempenho:** TCC é preferida se situações forem frequentes; para situações isoladas, benzodiazepínicos ou betabloqueadores podem ser usados pontualmente.

##### 2. Farmacoterapia

- Indicada para pacientes que preferem medicação ou não responderam à TCC.

##### Primeira linha:

- **ISRSs e IRSNs** (ex: paroxetina, sertralina, venlafaxina):

##### 3. Tratamento Específico para TAS do Tipo Desempenho

- **TCC** é primeira escolha se apresentações forem recorrentes.
- **Para eventos pontuais:**
  - **Betabloqueadores** (ex: propranolol) 10–60 mg 30–60 min antes.

## REUMATOLOGIA

### LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

Última atualização: 05/06/2025

#### DIAGNÓSTICO

#### EULAR/ACR 2019:

Critério de entrada	Requisito
<b>FAN <math>\geq</math>1:80 (em células HEp-2 ou teste equivalente positivo, em qualquer momento)</b>	Necessário para considerar a classificação como LES*

#### Regras Gerais para Critérios Aditivos

- **Não contar** um critério se houver explicação mais provável que LES.
- Critérios não precisam ser simultâneos.
- **Somente o critério com maior peso** dentro de cada domínio será considerado

#### Domínios e Critérios Clínicos

Domínio Clínico	Critério	Pontuação
<b>Constitucional</b>	Febre	2
<b>Hematológico</b>	Leucopenia	3
	Plaquetopenia	4
	Hemólise autoimune	4
<b>Neuropsiquiátrico</b>	Delírio	2
	Psicose	3
	Convulsão	5
<b>Mucocutâneo</b>	Alopécia não cicatricial	2
	Úlceras orais	2
	Lúpus cutâneo subagudo ou discoide	4
	Lúpus cutâneo agudo	6
<b>Serosas</b>	Derrame pleural ou pericárdico	5
	Pericardite aguda	6
<b>Musculoesquelético</b>	Comprometimento articular	6
<b>Renal</b>	Proteinúria $>0,5$ g/24h	4
	Biópsia renal com nefrite lúpica classe II ou V	8
	Biópsia renal com nefrite lúpica classe III ou IV	10

#### Domínios e Critérios Imunológicos

Domínio Imunológico	Critério	Pontuação
<b>Anticorpos antifosfolípides</b>	Anticardiolipina, anti-beta-2GP1 ou anticoagulante lúpico	2
<b>Complemento</b>	C3 ou C4 baixos	3
	C3 e C4 baixos	4
<b>Anticorpos específicos para LES</b>	Anti-dsDNA ou anti-Sm (em teste com $\geq$ 90% de especificidade)	6

#### Classificação Final

- **Para classificar como LES:**
  - É necessário **FAN  $\geq$ 1:80** (critério de entrada)
  - Ter  **$\geq$ 1 critério clínico**
  - Soma total dos critérios  **$\geq$ 10 pontos**

## MANEJO

### Abordagem conforme gravidade

- **Doença leve:** pode responder apenas à hidroxicloroquina ± AINEs.
- **Doença moderada:** geralmente exige glicocorticoides em baixa dose + imunossupressor poupador.
- **Doença grave (órgão-ameaçadora):** requer imunossupressão agressiva (ex. pulsoterapia com metilprednisolona, micofenolato, ciclofosfamida, rituximabe).

### Terapias biológicas

- **Anifrolumabe:** eficaz para doença moderada a grave, especialmente cutâneo-articular.
- **Belimumabe:** inibe ativação de células B, útil em doença refratária e nefrite lúpica.
- **Rituximabe:** uso controverso, com dados conflitantes.

## NEFRITE LÚPICA

### DIAGNÓSTICO

- Suspeitar de LN em pacientes com LES e:
  - hematúria persistente, proteinúria, elevação de creatinina e/ou cilindros urinários.
- Anti-dsDNA elevado e consumo de complemento (C3/C4) sugerem atividade de LN.
- Biópsia renal é fundamental para:
  - confirmar o diagnóstico;
  - classificar a LN;
  - guiar tratamento e avaliar prognóstico.
- Indicações de biópsia incluem: proteinúria >500 mg/dia, hematúria dismórfica persistente, aumento da creatinina sem causa clara.

### CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA

- **Classe I (mínima mesangial):** depósitos mesangiais sem alterações à microscopia óptica.
- **Classe II (mesangial proliferativa):** hematúria/proteinúria leves, bom prognóstico.
- **Classe III (focal):** <50% dos glomérulos afetados, com necrose, crescentes e depósitos subendoteliais.
- **Classe IV (difusa):** >50% dos glomérulos afetados; forma mais comum e grave.
- **Classe V (membranosa):** proteinúria nefrótica, depósitos subepiteliais; pode coexistir com classe III/IV.
- **Classe VI (esclerosante):** >90% dos glomérulos esclerosados; doença irreversível, sem benefício de imunossupressão.

## UROLOGIA

### CISTITE INTERSTICIAL

#### DIAGNÓSTICO

"Sensação desagradável (dor, pressão, desconforto) percebida como relacionada à bexiga urinária, associada a sintomas do trato urinário inferior por mais de seis semanas, na ausência de infecção ou outra causa identificável."

#### Avaliação Diagnóstica

- **Cistoscopia:** não obrigatória, mas útil se refratariedade ao tratamento ou suspeita de outra causa.
  - Pode identificar lesões como:
    - Lesões de Hunner (5–10% dos casos; altamente específicas).

#### MANEJO

#### INTERVENÇÕES INICIAIS PARA TODOS OS PACIENTES

##### Educação

- Esclarecer diagnóstico, natureza crônica e variabilidade dos sintomas.
- Não existe cura; o objetivo do tratamento é **alívio sintomático** e melhora da qualidade de vida.
- Incentivar identificação de fatores agravantes (alimentos, comportamentos).
- Estabelecer expectativas realistas: melhora sintomática pode exigir várias tentativas terapêuticas.

##### Modificações comportamentais e de estilo de vida

- Aplicação de calor/frio local
- Evitar alimentos e bebidas gatilho (caféina, álcool, pimentas, vitamina C)
- Treinamento vesical com técnicas de supressão do desejo miccional

---

#### FISIOTERAPIA PARA TENSÃO EM ASSOALHO PÉLVICO

- Indicada para pacientes com dor à palpação muscular pélvica.
- Envolve manipulação dos pontos de dor, liberação de tecido conjuntivo.

---

#### TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

##### Primeira linha: Amitriptilina

##### Alternativa: Pentosano polissulfato de sódio (PPS)

- Único aprovado pelo FDA, mas associado a risco de doença ocular macular.
- Monitoramento oftalmológico é recomendado.

##### Antihistamínicos (ex: hidroxizina)

- Úteis em pacientes com doenças alérgicas associadas.
- Evidência limitada.

### APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Sintoma central: dor/desconforto que piora com enchimento vesical e melhora com micção.
- Outros sintomas: urgência, frequência urinária, noctúria (sem incontinência).
- A dor pode ser suprapúbica, uretral, abdominal unilateral ou lombar.
- Piora com certos alimentos, estresse, exercício, relação sexual ou ciclo menstrual.
- Ao exame: hipersensibilidade abdominal, pélvica, uretral e de assoalho pélvico.
- Pode haver alodinia e disfunção sexual (especialmente em mulheres com vulvodínia).
- Exames de urina geralmente normais; cultura estéril.

# OUTROS TÓPICOS

## MEDICINA

### RACIONALIDADES MÉDICAS

- Medicina Ocidental Contemporânea
- Medicina Homeopática
- Medicina Tradicional Chinesa
- Medicina Ayurvédica
- Medicina Antroposófica

## FARMACOLOGIA

### ANTICOAGULANTES

#### MECANISMOS DE AÇÃO

Anticoagulante	Mecanismo principal
<b>Varfarina</b>	Antagonista da vitamina K
<b>Heparina</b>	Agonista funcional da antitrombina III
<b>Dabigatana</b>	Inibidor direto da trombina (IIa)
<b>Rivaroxabana</b>	Inibidor direto do fator Xa
<b>Fondaparinux</b>	Inibidor indireto do fator Xa (via antitrombina III)

## HEMATOLOGIA

### TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

#### REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

#### FREQUÊNCIA DAS REAÇÕES

- **Comuns (não fatais):**
  - **(1-3%) Reação alérgica simples (ATR):** Urticária e prurido. Continuar transfusão se sintomas forem leves. Antihistamínicos podem ser usados.
  - **(1%) Reação febril não hemolítica (FNHTR):** Febre e calafrios sem outros sinais sistêmicos. Tratamento: sintomático (paracetamol).
  - **Reação hipotensiva:** Queda abrupta da pressão sem outra explicação. Mais comum com plaquetas e em pacientes usando IECA. Geralmente autolimitada.
- **Relativamente comuns (potencialmente fatais):**
  - **(< 1%) TACO (Sobrecarga circulatória associada à transfusão):** Edema pulmonar por excesso de volume; comum em pacientes com doença cardíaca ou sobrecarga prévia. Tratamento: diuréticos, oxigênio.
- **Raras (potencialmente fatais):**
  - **(< 0,01%) TRALI (Lesão pulmonar aguda associada à transfusão):** Inflamação pulmonar grave causada por anticorpos transfundidos. Sintomas: febre, calafrios, desconforto respiratório. Tratamento: suporte ventilatório, exclusão do doador implicado.
  - **(1: 20.000) Anafilaxia:** Reação alérgica grave, comum em indivíduos com deficiência de IgA. Sintomas: angioedema, chiado, hipotensão. Tratamento: epinefrina, suporte hemodinâmico.
  - **(1: 76.000) Reação hemolítica aguda (AHTR):** Hemólise intravascular, geralmente por incompatibilidade ABO. Sintomas: febre, dor lombar, sangramentos. Tratamento: interromper transfusão, hidratação agressiva.
  - **(1:5.000.000 – hemácias / 1:50.000 – plaquetas) Sepses associada à transfusão:** Causada por produto contaminado. Sintomas: febre alta, calafrios, hipotensão. Tratamento: antibióticos de amplo espectro.

# INFECTOLOGIA

## ANTIMICROBIANOS

### PRINCÍPIOS DA TERAPIA ANTIMICROBIANA

#### 1. HISTÓRICO E IMPORTÂNCIA

- Substâncias com propriedades antimicrobianas são utilizadas há milhares de anos (ex.: vinho, sais, mofo em alimentos).
- A era moderna começou em 1936 com as sulfonamidas, seguida da penicilina e estreptomicina nos anos 1940.

#### 2. ESCOLHA DO AGENTE ANTIMICROBIANO

- **Local da infecção:**
  - A eficácia depende da penetração do antibiótico no sítio infeccioso.
  - Ex.: aminoglicosídeos são inativos em abscessos e ambientes anaeróbicos; daptomicina é inativada pelo surfactante pulmonar.
  - pH local, presença de corpos estranhos e oxigenação influenciam a ação do antimicrobiano.

#### 3. USO DE COMBINAÇÕES DE ANTIMICROBIANOS

- **Indicações principais:**
  - Tratamento empírico de pacientes críticos.
  - Infecções polimicrobianas (ex.: infecções intra-abdominais, pé diabético).
  - Sinergismo terapêutico (ex.: penicilina + aminoglicosídeo para endocardite por enterococo).
- **Desvantagens do uso inadequado de combinações:**
  - Aumento de toxicidade (ex.: nefrotoxicidade com aminoglicosídeos).
  - Dificuldade em identificar a causa de reações adversas.
  - Estímulo à resistência microbiana desnecessária

#### 4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA TERAPIA

- **Via de administração:**
  - Oral: para casos leves e pacientes ambulatoriais.
  - Intravenosa: infecções graves, necessidade de altas concentrações séricas.
  - Intramuscular ou intratecal: em situações específicas.
- **Farmacodinâmica e farmacocinética:**
  - Antibióticos podem ser:
    - **Tempo-dependentes** (ex.:  $\beta$ -lactâmicos) – requerem concentração sustentada acima da CIM.
    - **Concentração-dependentes** (ex.: aminoglicosídeos, quinolonas) – requerem picos altos de concentração.

## PENICILINAS

### PENICILINAS

#### Mecanismo de Ação

- Inibem a síntese da parede celular bacteriana, principalmente a transpeptidação do peptidoglicano.
- Ação bactericida envolve inibição de proteínas ligadoras de penicilina (PBPs).
- Algumas PBPs são essenciais à sobrevivência celular e explicam o espectro dos antibióticos  $\beta$ -lactâmicos.

#### Resistência Bacteriana

- Quatro mecanismos principais:
  1. Produção de  $\beta$ -lactamases (mais comum).

### CLASSES DE PENICILINAS

#### 1. Penicilinas Naturais

- Penicilina G e V: eficazes contra Gram-positivos não produtores de  $\beta$ -lactamase e alguns anaeróbios.

#### 2. Penicilinas Resistentes à Penicilinase

- Meticilina, oxacilina, nafcilina, dicloxacilina.
- Específicas para estafilococos sensíveis à meticilina.

#### 3. Aminopenicilinas

- Ampicilina, amoxicilina: maior espectro, incluindo algumas enterobactérias.
- Não são estáveis frente à  $\beta$ -lactamase.

#### 4. Carboxipenicilinas

- Carbenicilina, ticarcilina: ampliam o espectro para *Pseudomonas aeruginosa*.

#### 5. Ureidopenicilinas

- Piperacilina, azlocilina, mezlocilina: amplo espectro contra Gram-negativos, incluindo *Pseudomonas*.

### REAÇÕES ADVERSAS

#### 1. Hipersensibilidade

- Pode variar de exantema a anafilaxia.

#### 2. Outras Reações

- Gastrointestinais (diarreia, colite por *C. difficile*).

### INIBIDORES DE $\beta$ -LACTAMASE

#### 1. Principais Inibidores

- **Clavulanato:** com amoxicilina ou ticarcilina.
- **Sulbactam:** com ampicilina.
- **Tazobactam:** com piperacilina.

## CEFALOSPORINAS

### CLASSIFICAÇÃO POR GERAÇÃO

- **1ª geração:** Ativos contra cocos Gram-positivos (ex.: cefazolina, cefalexina).
- **2ª geração:** Amplo espectro incluindo Gram-negativos respiratórios e anaeróbios (ex.: cefuroxima, cefaclor).
- **3ª geração:** Grande atividade contra bacilos Gram-negativos (ex.: ceftriaxona, ceftazidima).
- **4ª geração:** Maior espectro e resistência a  $\beta$ -lactamases (ex.: cefepime).
- **5ª geração (anti-MRSA):** Ativos contra MRSA, *S. pneumoniae* e *E. faecalis* (ex.: ceftarolina, ceftobiprole).

### MECANISMO DE AÇÃO

- Inibem a síntese da parede bacteriana por ligação às PBPs (penicillin-binding proteins).
- A afinidade por PBPs varia por droga e microorganismo.
- A atividade é tempo-dependente: eficácia máxima ocorre quando o tempo acima da MIC é prolongado.

### RESISTÊNCIA BACTERIANA

- Principais mecanismos:
  1. Hidrólise por  $\beta$ -lactamases (ex.: ESBL, AmpC, KPC).
  2. Alteração das PBPs (ex.: MRSA, PRSP).
  3. Redução de entrada por porinas.
  4. Efluxo ativo (ex.: MexAB em *P. aeruginosa*).
- A resistência a cefalosporinas pode surgir mesmo com MICs consideradas "sensíveis".

### REAÇÕES ADVERSAS

- Reações de hipersensibilidade (rash, urticária, anafilaxia) são as mais comuns.

## CARBAPENÊMICOS

### Fármacos disponíveis:

- *Aprovados nos EUA:* imipenem (com cilastatina), meropenem, ertapenem e doripenem.

### Mecanismo de ação:

- Inibem a síntese da parede celular bacteriana ao se ligarem a múltiplas PBPs (penicillin-binding proteins).
- Penetram a membrana externa de gram-negativos via porinas (ex: OprD em *Pseudomonas aeruginosa*).
- Têm ampla afinidade por PBPs, o que contribui para seu amplo espectro de ação.

### Espectro de ação:

- Amplamente ativos contra cocos gram-positivos, bacilos gram-negativos e anaeróbios.
- *Ertapenem* não é ativo contra *P. aeruginosa* e *A. baumannii*.
- Ativos contra Enterobacteriaceae produtoras de ESBL e AmpC (exceto as que produzem KPC ou NDM).
- Não atuam sobre *E. faecium*, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Burkholderia cepacia* (resistência intrínseca).

### Resistência:

- *Mecanismos principais:*
  - Produção de  $\beta$ -lactamases (classes A, B e D).
  - Redução de porinas (ex: OprD, OmpK35/36).
  - Bombas de efluxo (ex: MexA-MexB-OprM em *P. aeruginosa*).
  - PBPs de baixa afinidade em gram-positivos (ex: PBP2a em *S. aureus*, PBP5 em *E. faecium*).

### Enterobacterias resistentes aos carbapenêmicos:

- Principalmente relacionadas à produção de carbapenemases tipo KPC e NDM.

### Farmacologia:

- Administração exclusivamente parenteral.

### Reações adversas:

- Bem tolerados em geral.
- Efeitos comuns: náusea, vômito, diarreia, rash e flebite.

### Uso clínico:

- Indicados para infecções moderadas a graves, incluindo:
  - Sepses, pneumonia hospitalar, infecções intra-abdominais, urinárias complicadas, osteomielite e infecções ginecológicas.
- *Meropenem* é o único aprovado para meningite.
- *Imipenem* deve ser evitado em meningites devido ao risco de convulsões.

## BACTERIOSCOPIA E CULTURA

### INTERPRETAÇÃO DO GRAM

#### Gram-positivos:

- **Cocos em cachos:** *Staphylococcus spp.* (não diferencia *S. aureus*).
- **Cocos em cadeia:** *Streptococcus, Enterococcus*.
- **Diplococos gram-positivos:** *S. pneumoniae* (patognomônico).
- **Bacilos:** *Clostridium, Gardnerella, Actinomyces*

#### Gram-negativos:

- **Cocos:** *Neisseria spp.*
- **Bacilos:** *E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Haemophilus*

#### Leveduras:

- *Candida:* roxa, com pseudohifas e brotamentos.