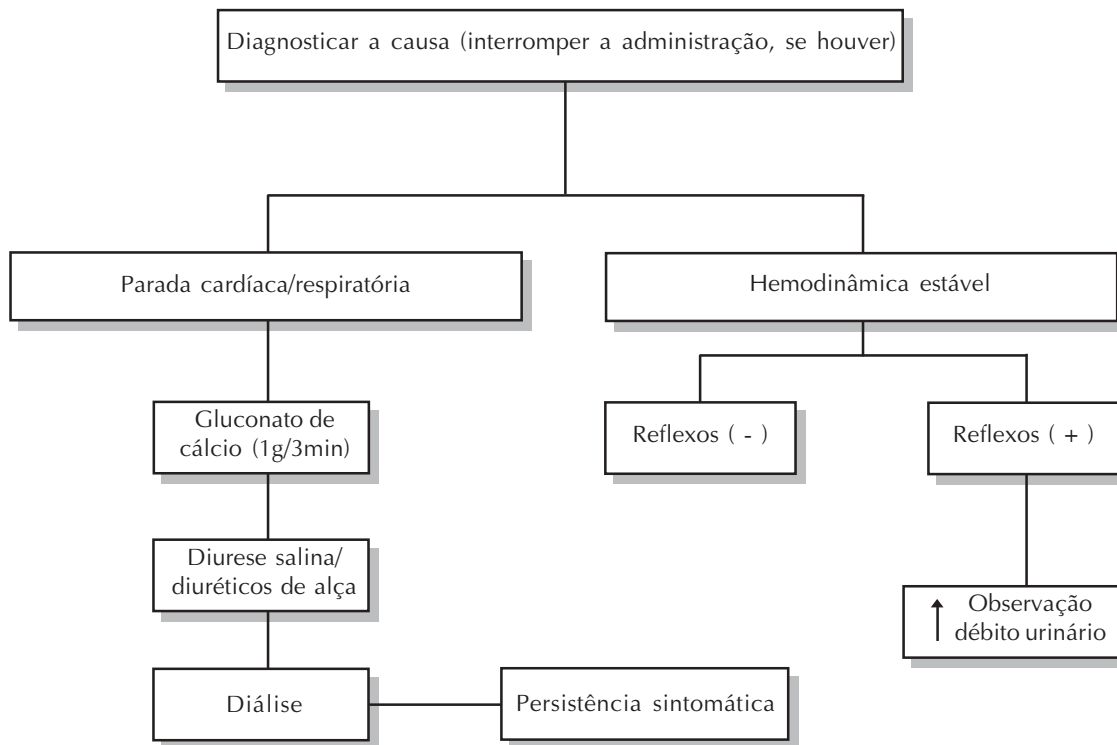




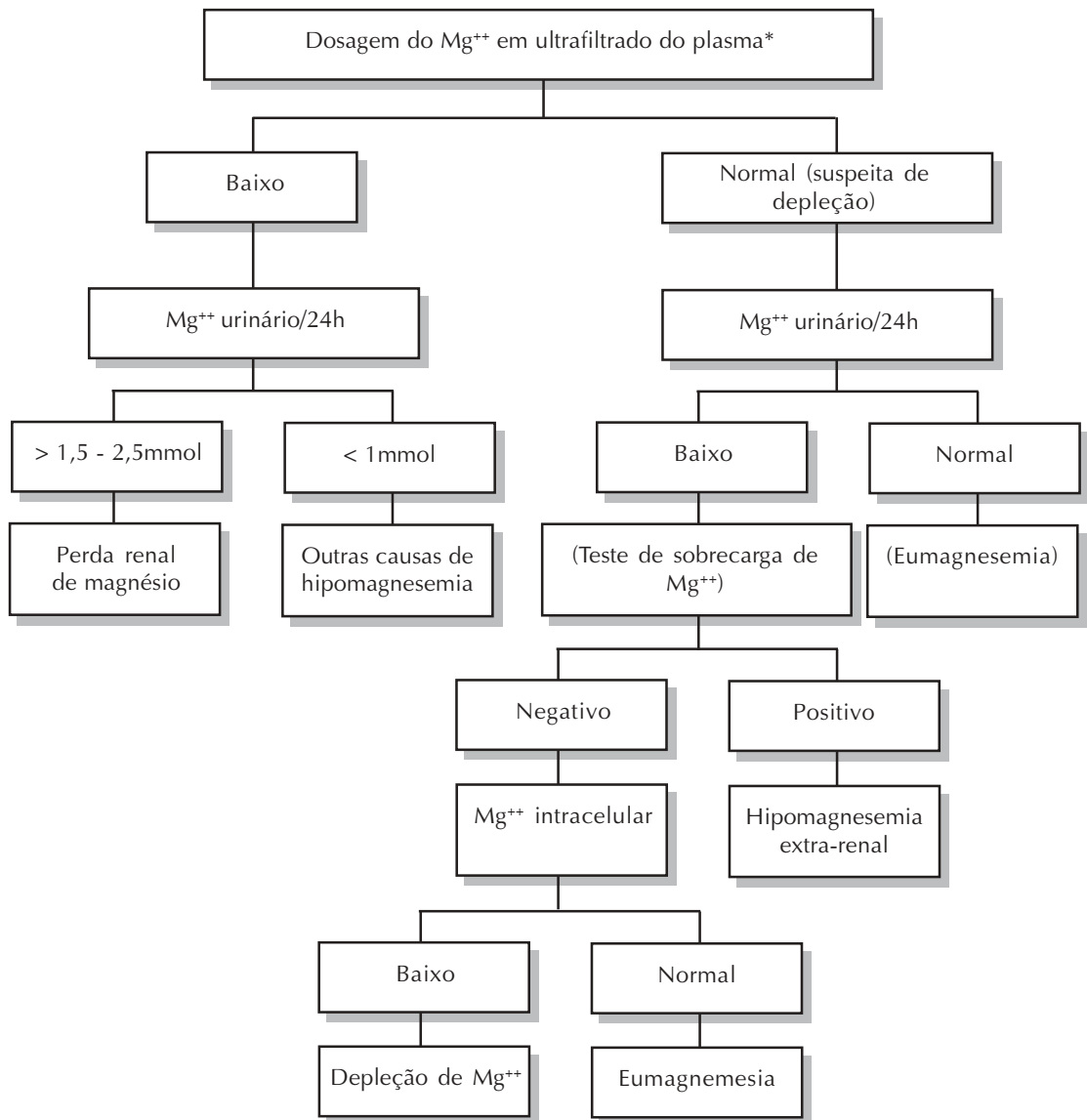
Hipermagnesemia



Administração de cálcio (15mg/kg/4 horas)



Hipomagnesemia



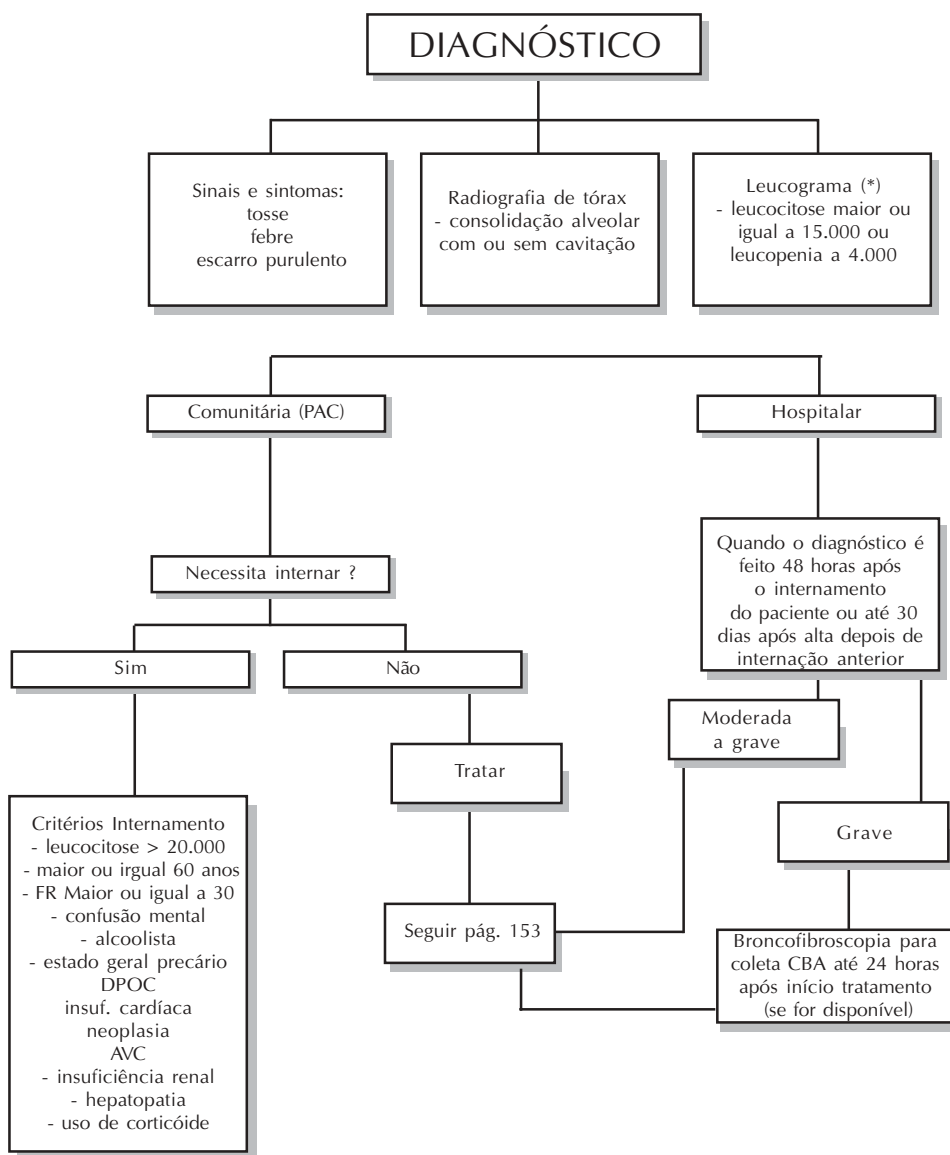
*Dosagem do Mg⁺⁺ em soro desproteinizado/ultrafiltrado (sistema de micropartição).

**O teste é considerado positivo quando a reposição reverte os sinais e os sintomas clínicos prévios.



Aparelho Respiratório

Pneumonias (PN)

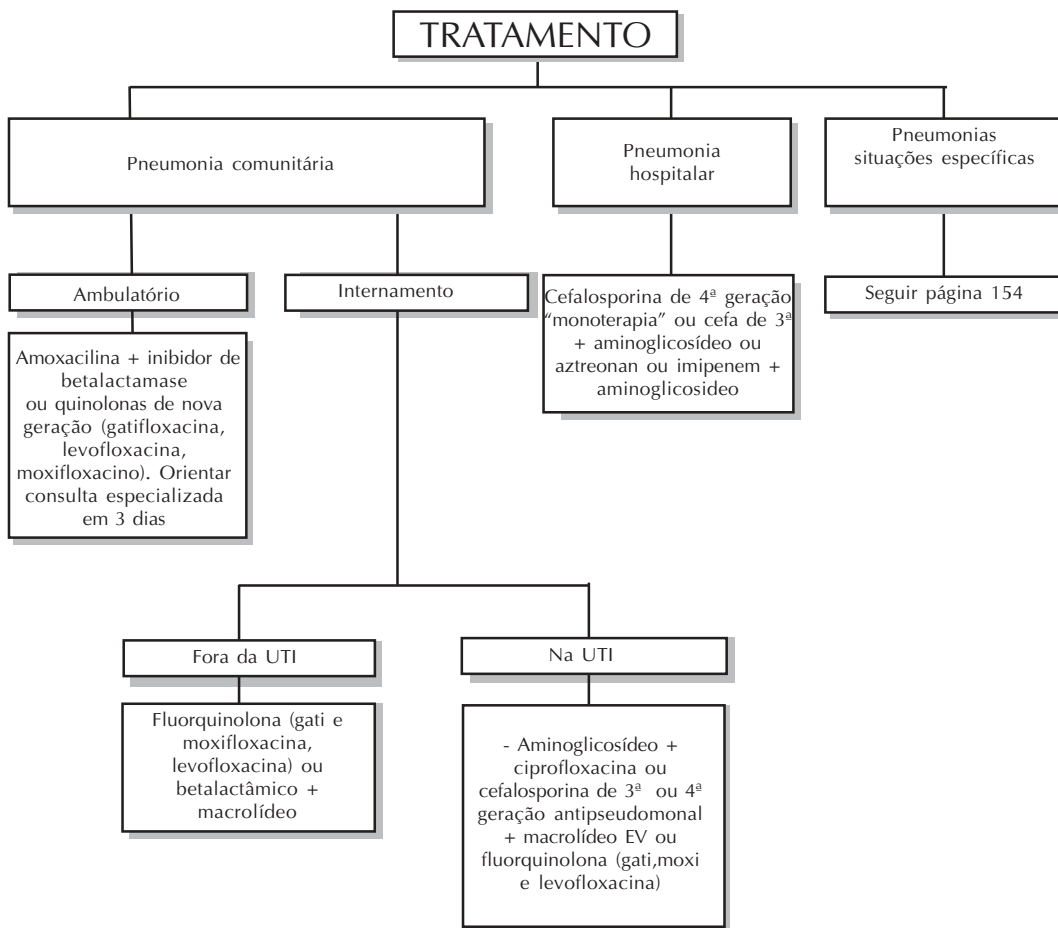


*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.



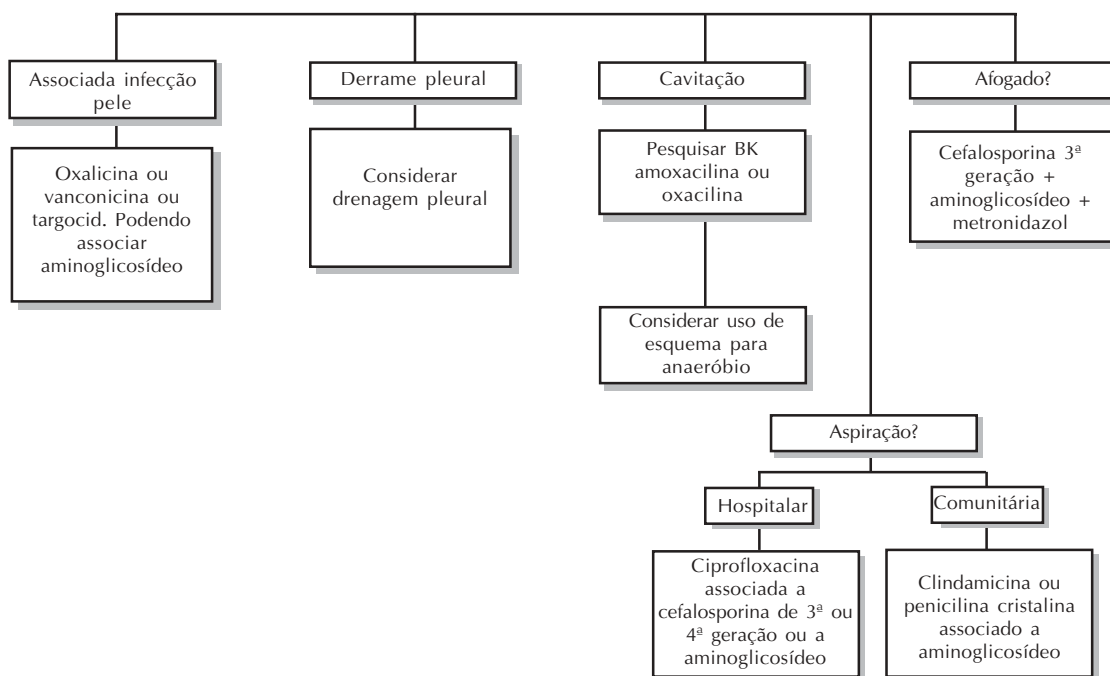
Pneumonias - I





Pneumonias - II

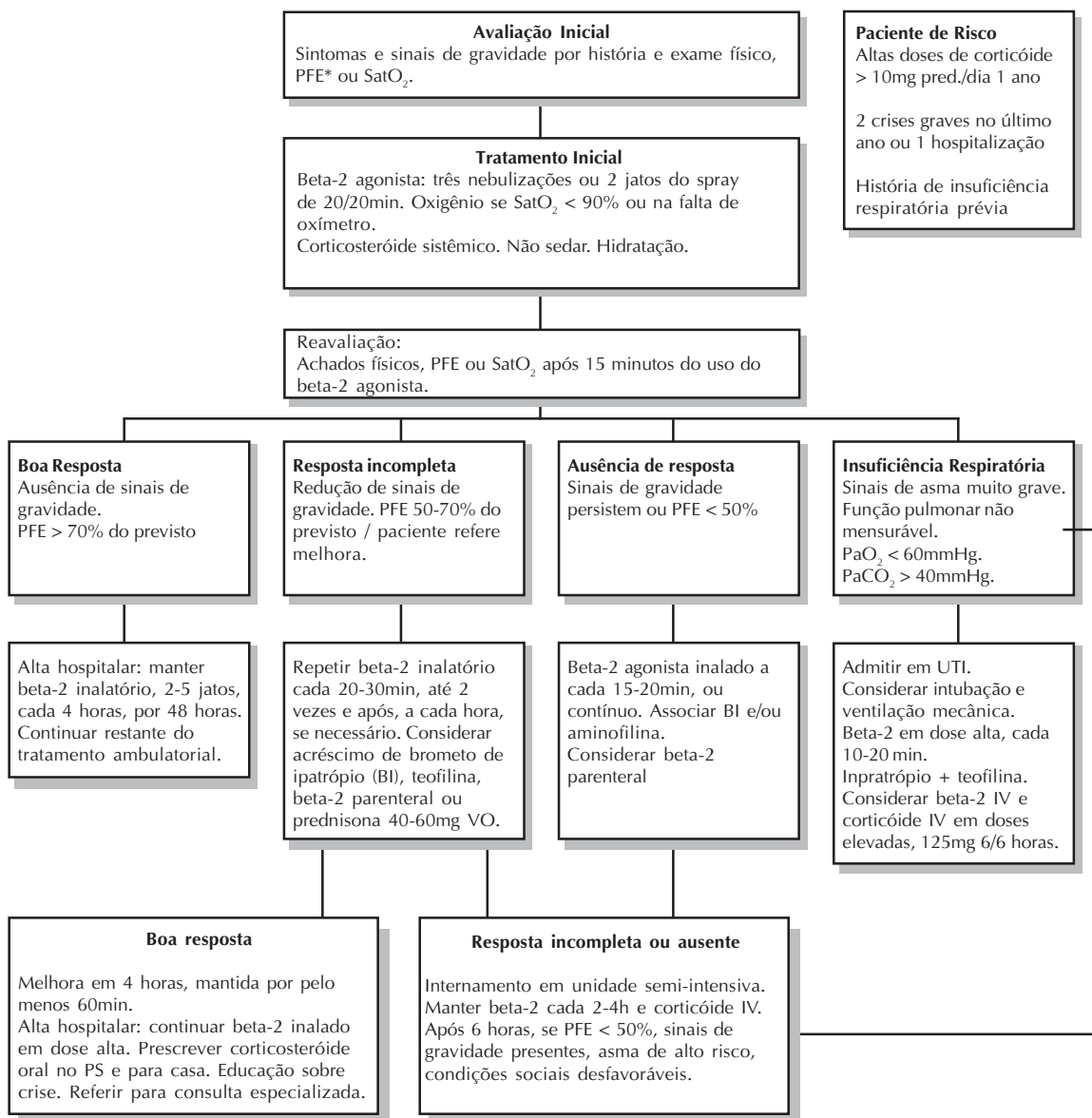
SITUAÇÕES ESPECIAIS





Crise Asmática

Manejo da Crise Aguda no Pronto-socorro em Adultos



Obter: hemograma, sódio e potássio séricos, rad. de tórax PA e perfil, gasometria arterial. *

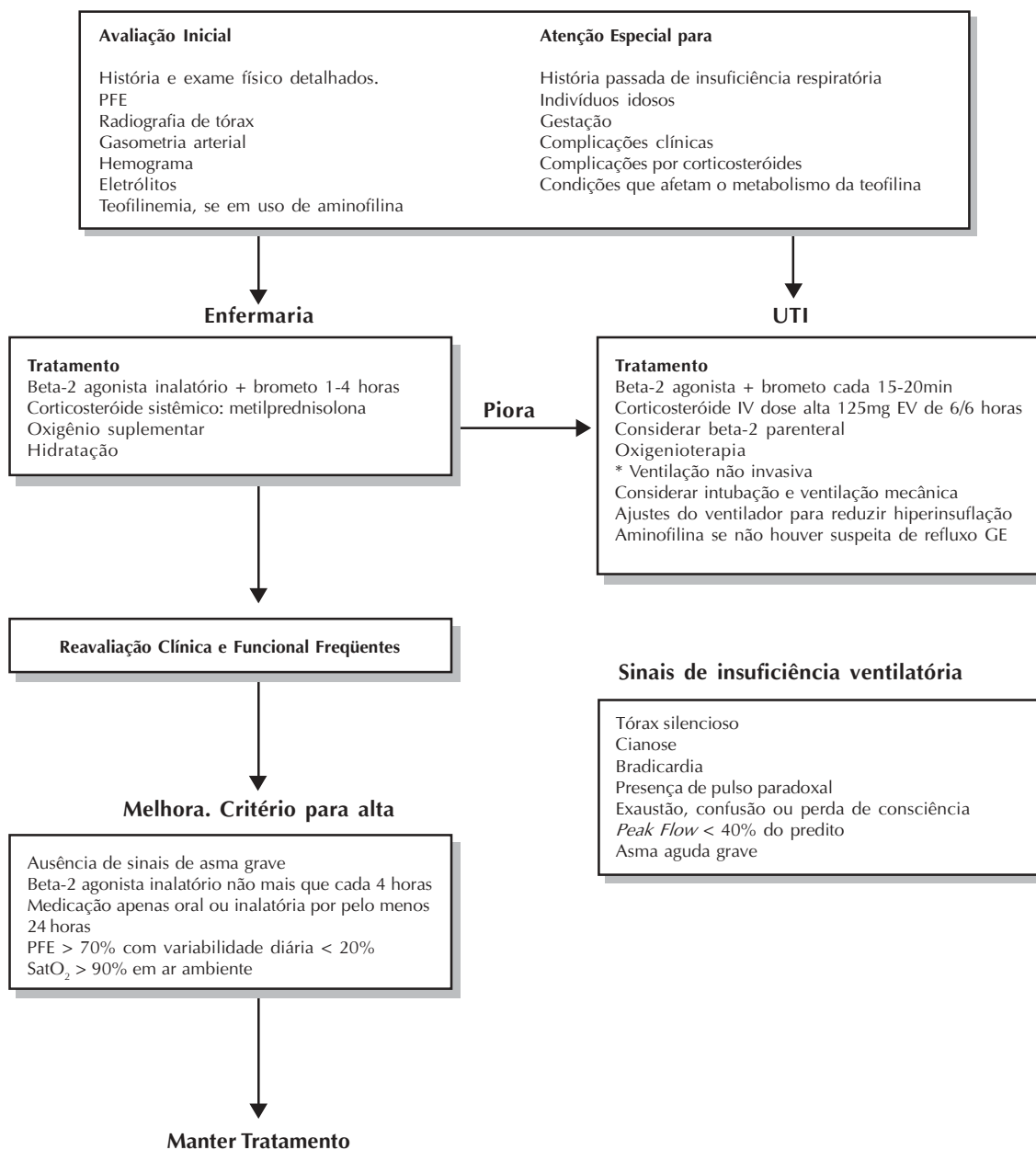
Referência – Consenso de asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia.

* PFE – Pico de Fluxo Expiratório.

** Critérios de intubação: tórax silencioso, cianose, bradicardia, presença de pulso paradoxal, exaustão, confusão ou perda de consciência, *Peak Flow* < 40% do predito ou < 200l/min, asma aguda grave.



Crise Aguda de Asma em Adultos/Manejo Hospitalar





Erros mais Comuns na Asma Aguda

Quadro I

- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Hiper-hidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Utilização de doses baixas de beta-2 adrenérgico por via inalatória.
- Uso de sedativos.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Antibióticos de rotina.
- Falta de intensificação do tratamento após alta.

Drogas e Doses Recomendadas no Adulto/ Asma Aguda

Quadro II

Vias	Drogas	Doses
		Nebulizador Aerosol dosificador com / sem espaçador
1) Beta-2 agonistas		
a) Inalatórios	Fenoterol 0,5% Salbutamol 0,5% Terbutalina 0,5%	2,5mg (0,5ml) / 3ml salina 2,5mg (0,5ml) / 3ml salina 5,0mg (0,5ml) / 3ml salina
		1,0mg (5-10 jatos)* 1,0mg (10 jatos) 0,5mg (3 doses)**
b) Intravenoso	+ Salbutamol	Ataque: 250mcg em 10 minutos Manutenção: 3-20mcg/min*** Ajustar de acordo com a resposta e FC
	Terbutalina	Ataque: 250mcg em 10 minutos Manutenção: 1,5 a 5,0mcg/min Ajustar de acordo com a resposta e FC
2) Brometo de ipatrópio (inalado)		500mcg/dose (2ml) 100mcg (5 jatos)
3) Aminofilina (IV)	(em 30min, diluído SF) Manutenção	Ataque: 5-6mg/kg se não usou nas últimas 24 horas 2,5-3mg/kg se usou e sem sinal de toxicidade Fumantes: 22mg/kg/24 horas Não-fumantes: 15mg/kg/24 horas
4) Corticosteróides	Metilprednisolona (IV) Hidrocortisona (IV ou IM) Prednisona (oral)	40-80mg cada 6-8 horas 125mg 6/6 horas em casos muito graves ou sem resposta a doses usuais 3-4mg/kg/dose cada 6 horas 40-60mg/dia, 6/6 horas no hospital, ou em dose única em casa

* 2 apresentações disponíveis, 100 e 200mcg/jato

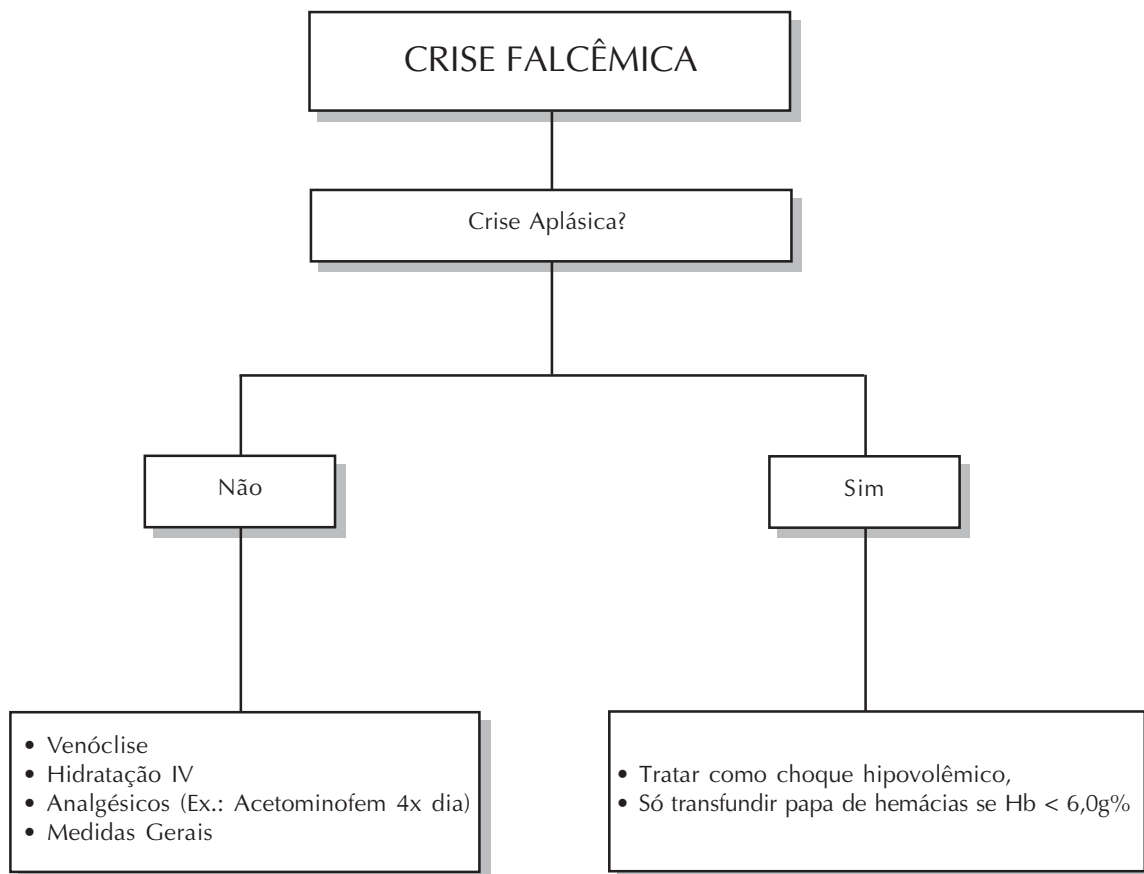
** Turbohaler

*** Solução Aerolin - 10 ampolas em 500ml SF - (10mcg/ml)

1 Ampola = 500mcg/1ml



Hematologia

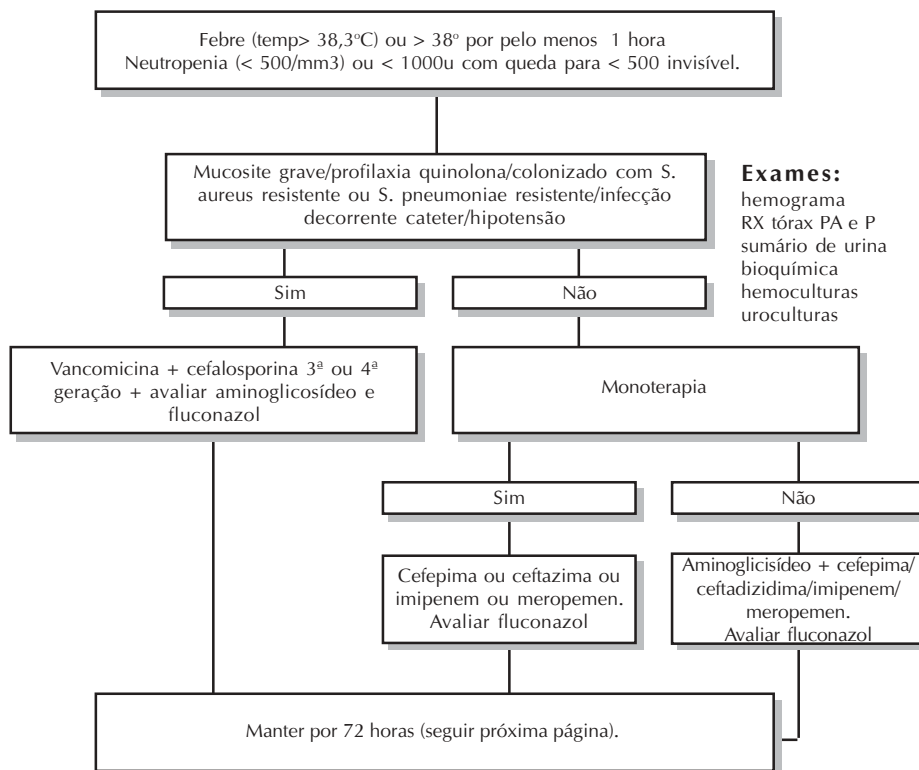


MEDIDAS GERAIS:

- venóclise
- 2 sob catéter nasal
- analgésicos
- ácido fólico, 2,5mg/dia
- pesquisar fator precipitante (frio, infecção, estresse, desidratação, esforço físico)
- pedir hemograma, eletrólitos, RX tórax, sumário de urina.

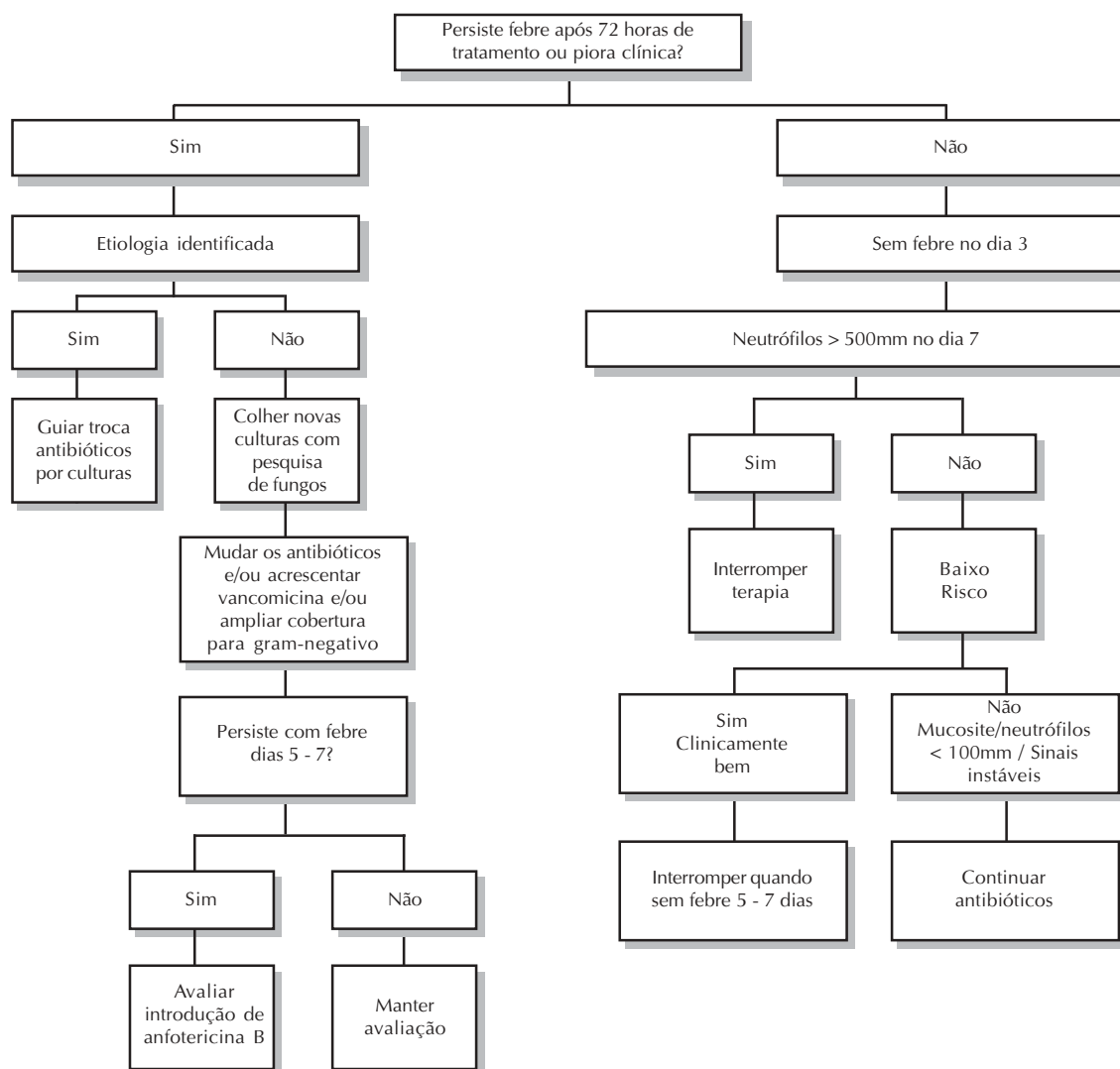


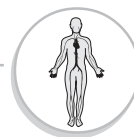
Neutropenia Febril - I



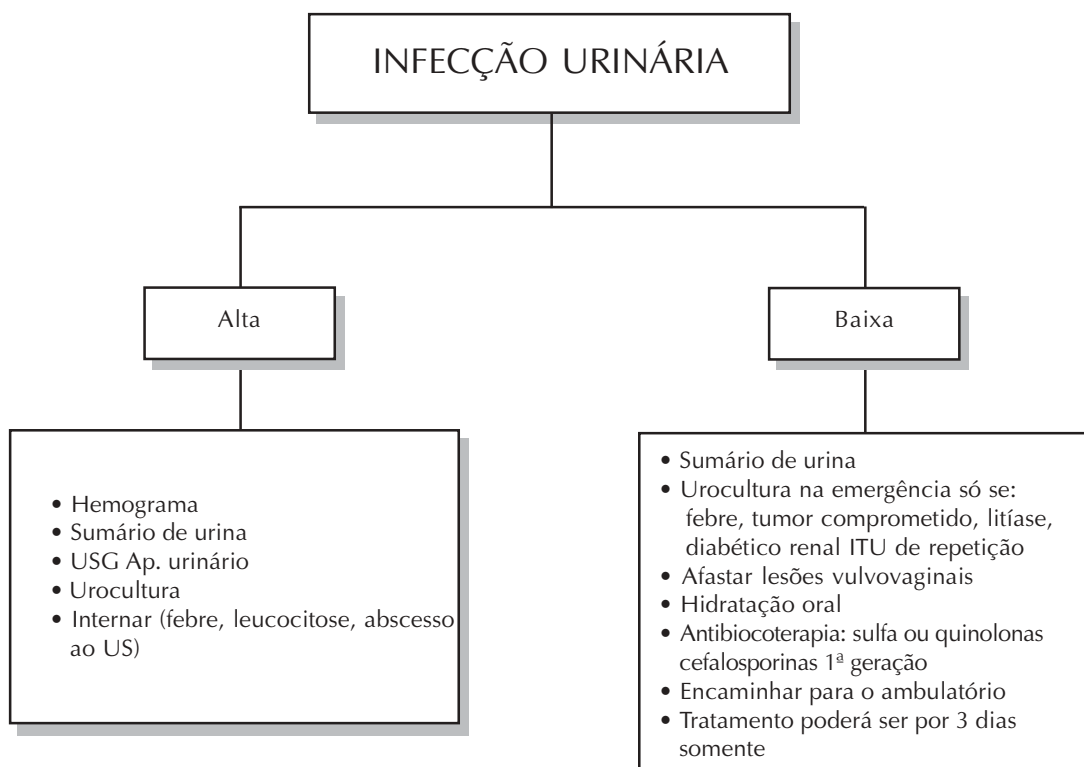


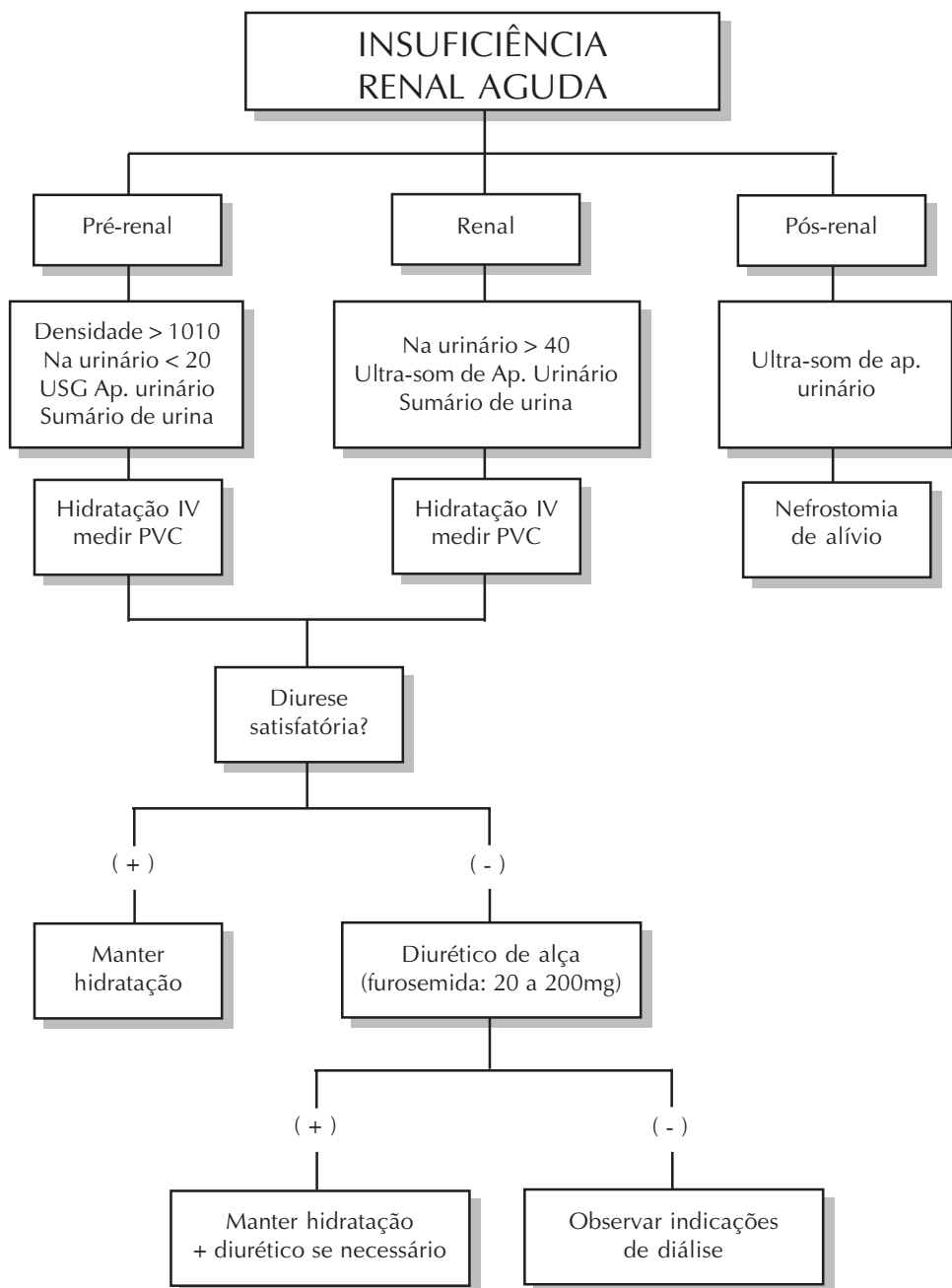
Neutropenia Febril – II





Aparelho Urinário



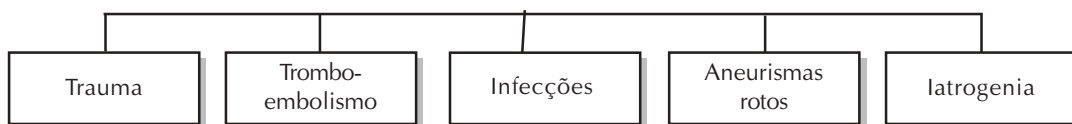


MEDIDAS GERAIS:

- Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos
- Manter infusão de dopamina dose dopaminérgica
- Tratar causa precipitante



Urgências Vasculares

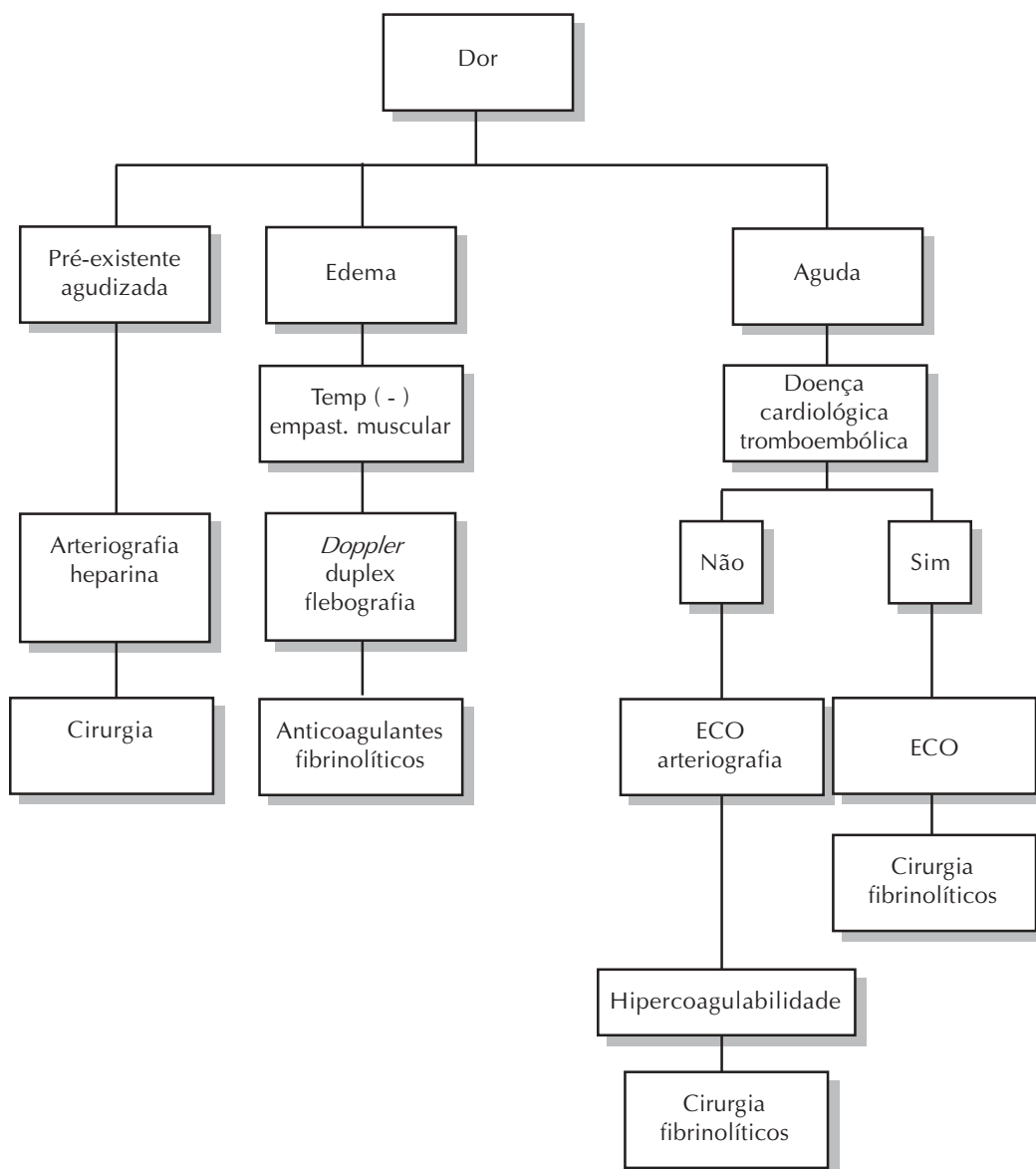


Traumas (Sinais)

Fortes	Probabilidade
<ul style="list-style-type: none">- Choque- Pulso- Frêmitos- Tumorações pulsáteis- Sangue arterial- Cianose distal- Hematoma expansível	<ul style="list-style-type: none">- Prox. trajeto vascular- Lesão nervosa- Choque refratário- Edema desprop.- Hematoma estável



Tromboembolismo Arterial



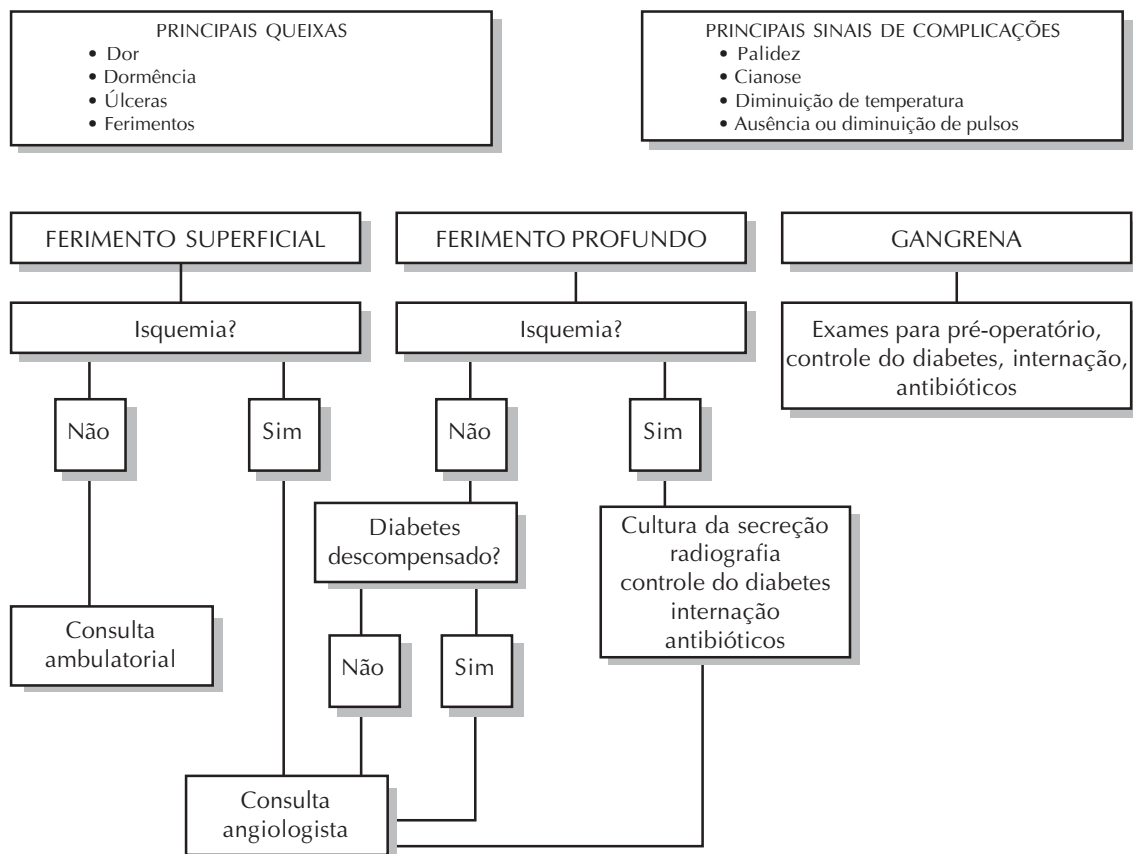


Tromboembolismo Arterial (Sinais e Sintomas)

	VENOSO	ARTERIAL
Dor	Presente	Presente
Edema	Presente	Ausente
Temperatura	Normal/aumentada	Diminuída
Perfusão	Normal	Diminuída
Imobilização	Não	Sim
Empast. muscular	Sim	Não
Cianose/palidez	Não	Sim
Sensibilidade	+	+++
Insf. funcional	Não	Sim
Início	Lento	Súbito
Antecedentes de varizes	Independente (+)	Independente



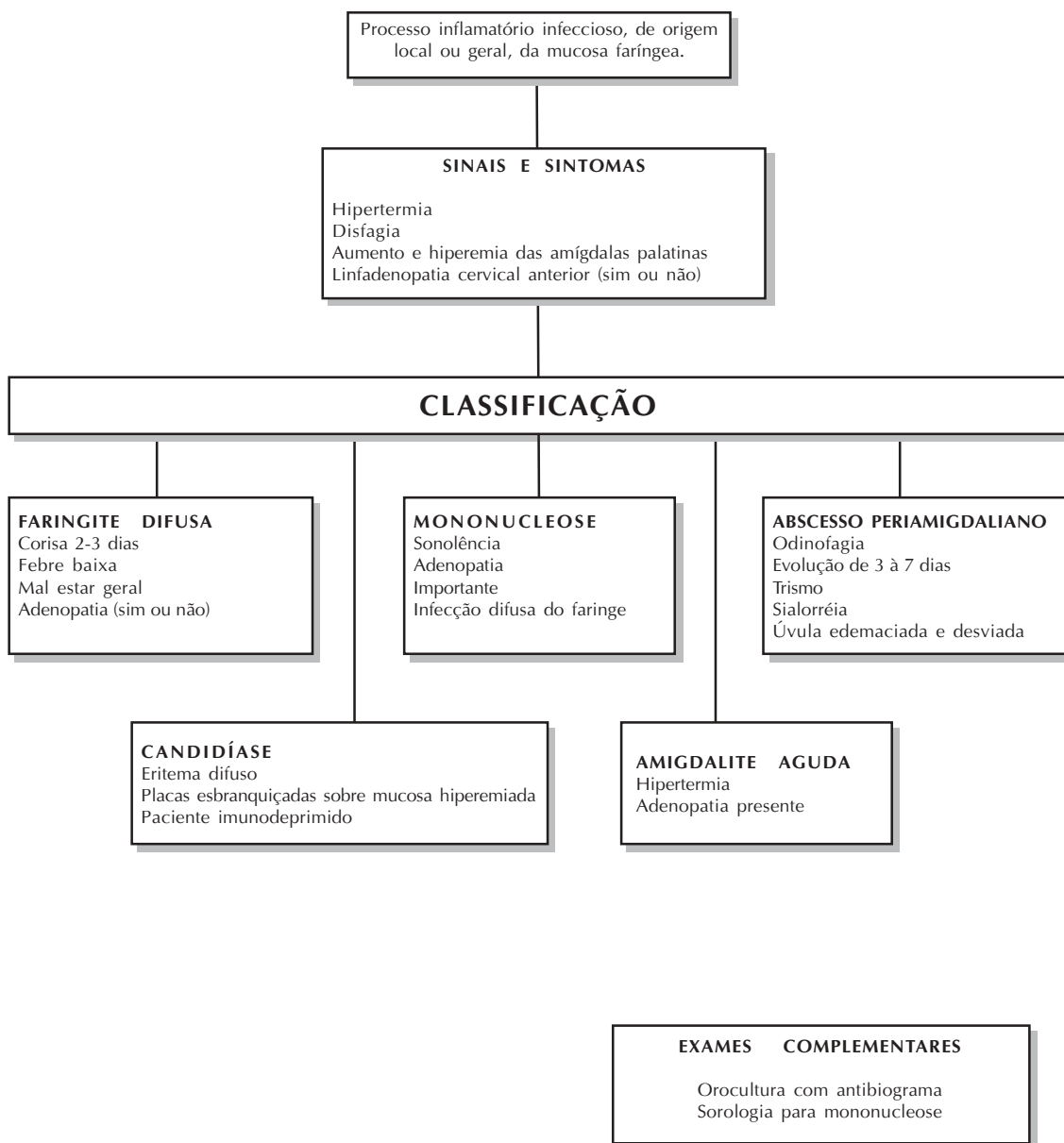
Rotina de Atendimento a Paciente com Pé Diabético

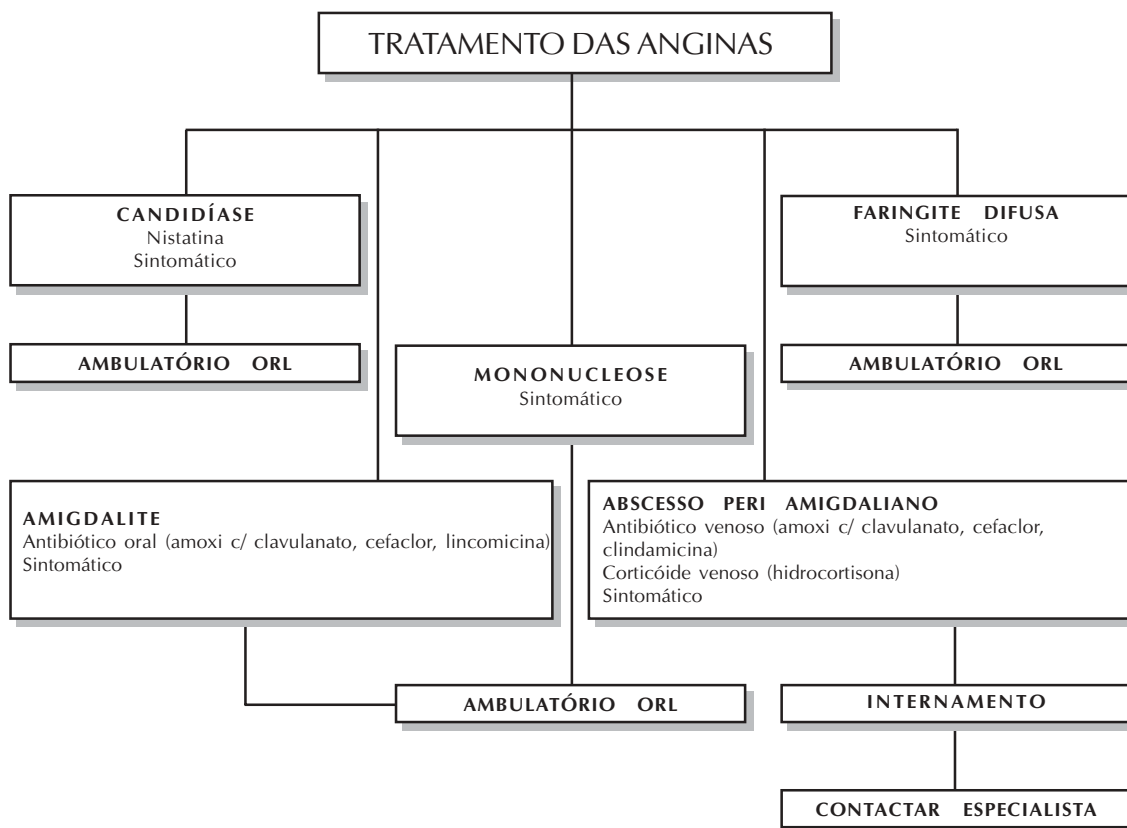


Entende-se por provável presença de isquemia a ausência de qualquer dos pulsos tibiais, em obstrução de artérias digitais.



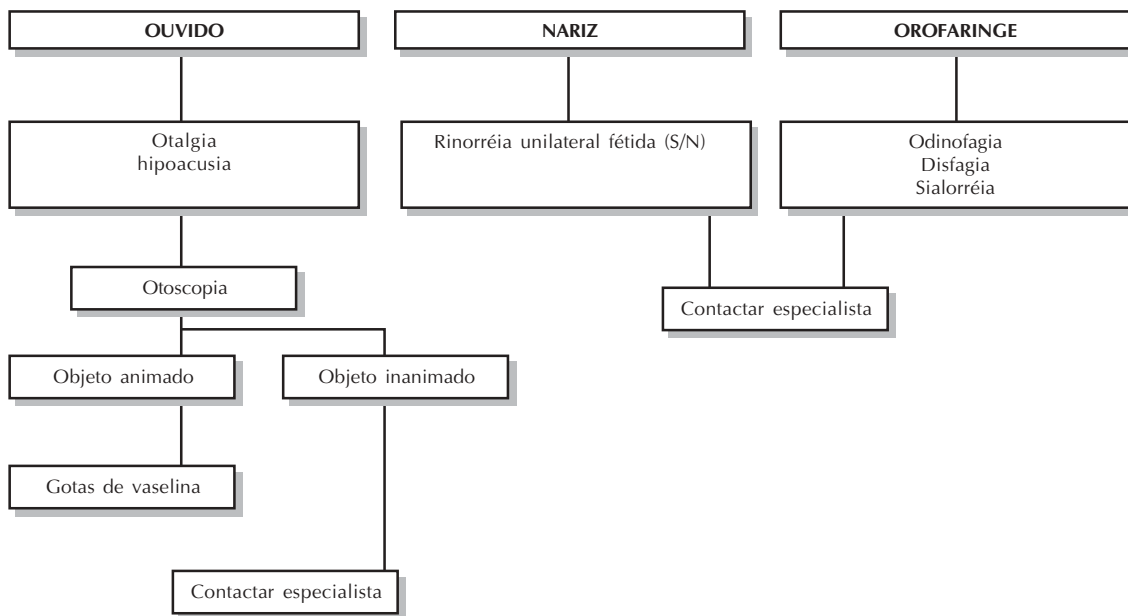
Anginas



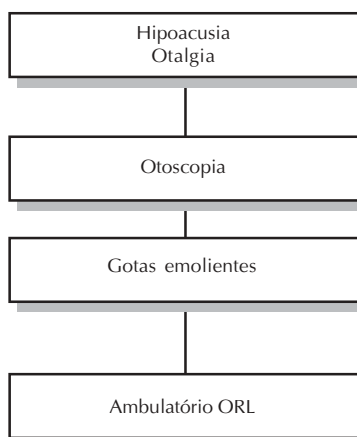




Corpo Estranho

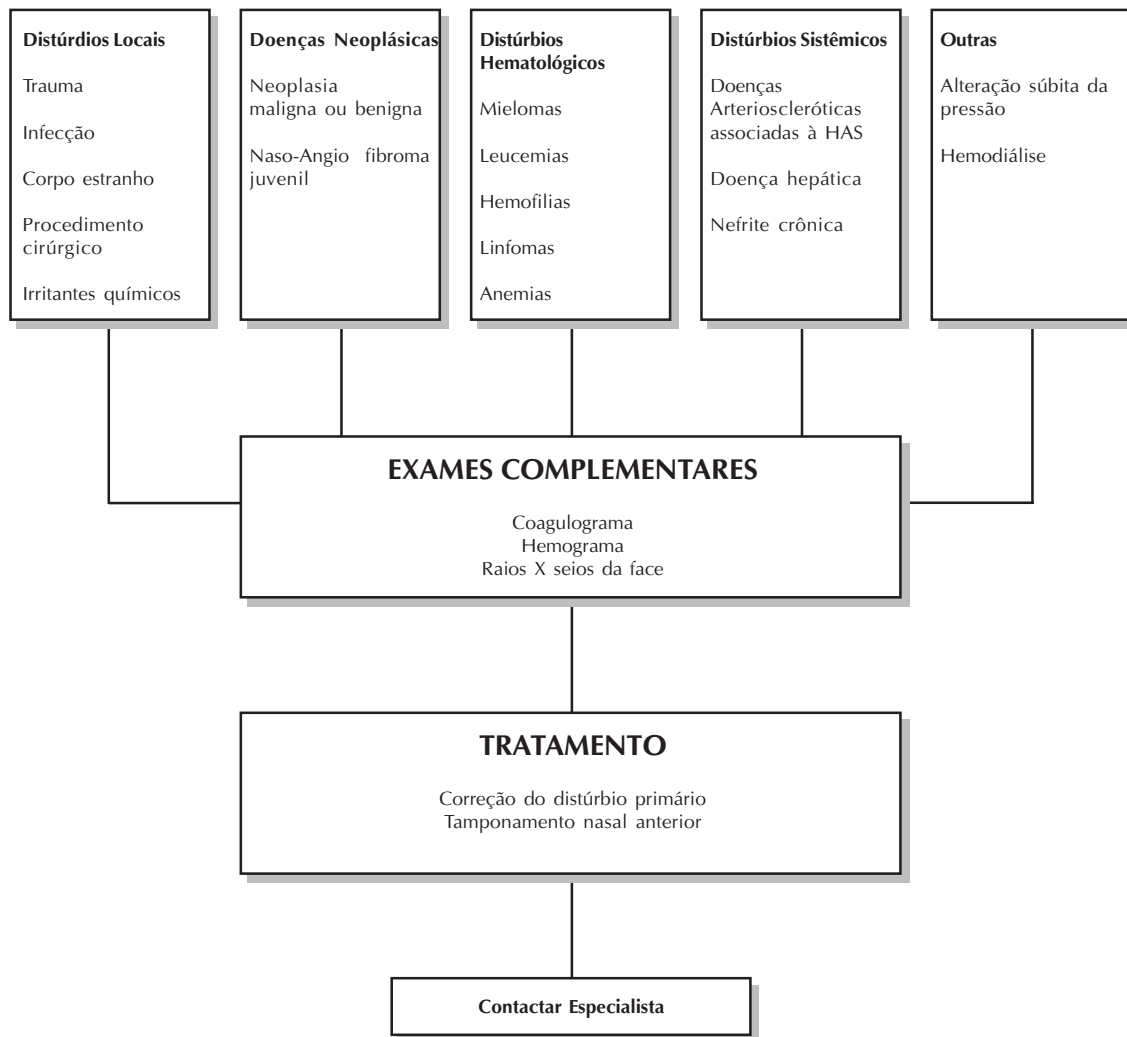


Rolha Ceruminosa





Epistaxe



OBSERVAÇÕES:

TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR

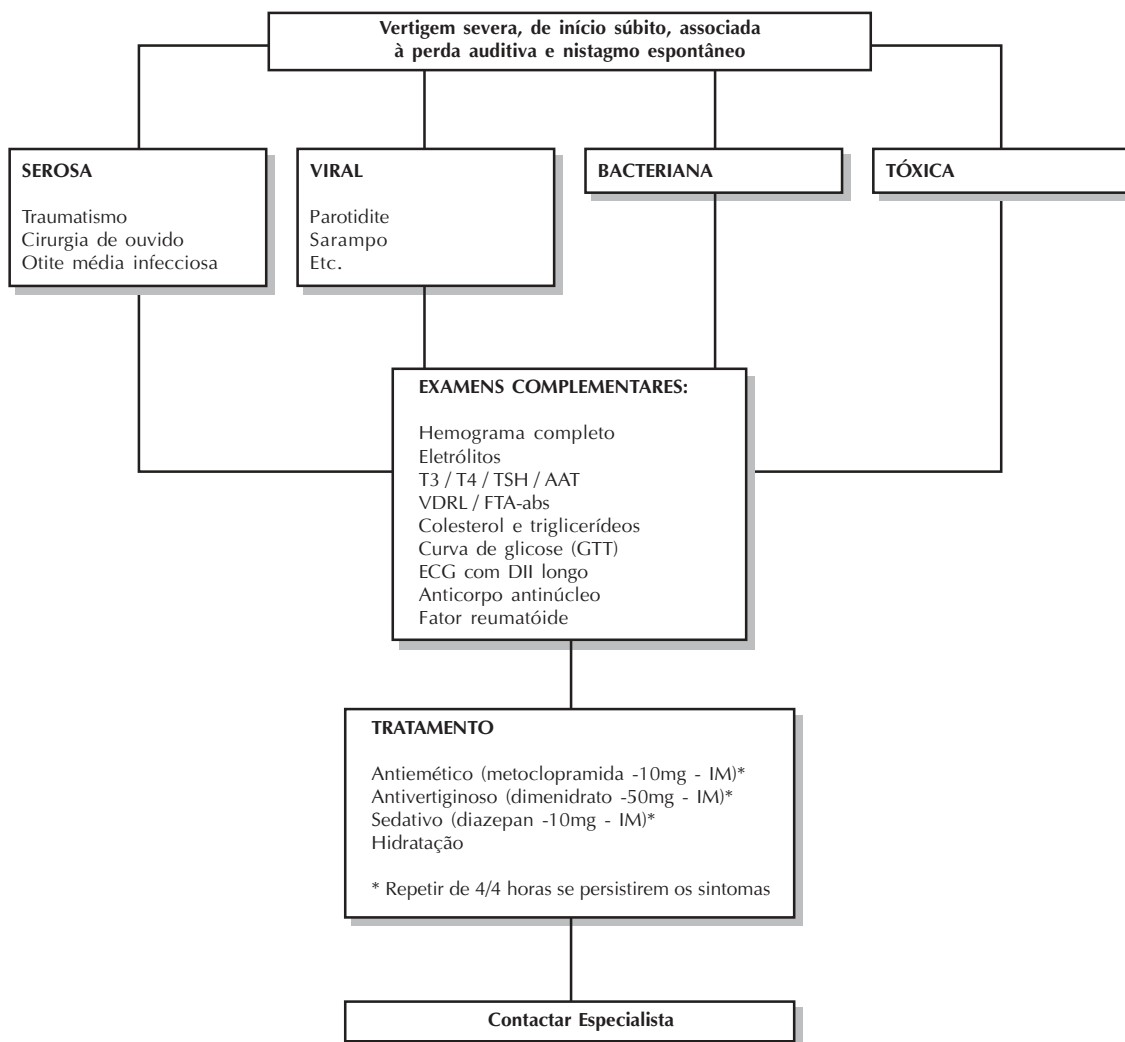
Introduzir na fossa nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona.

TAMPONAMENTO NASAL POSTERIOR (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (PA), Marocel (2 unidades - C. Cirúrgico).

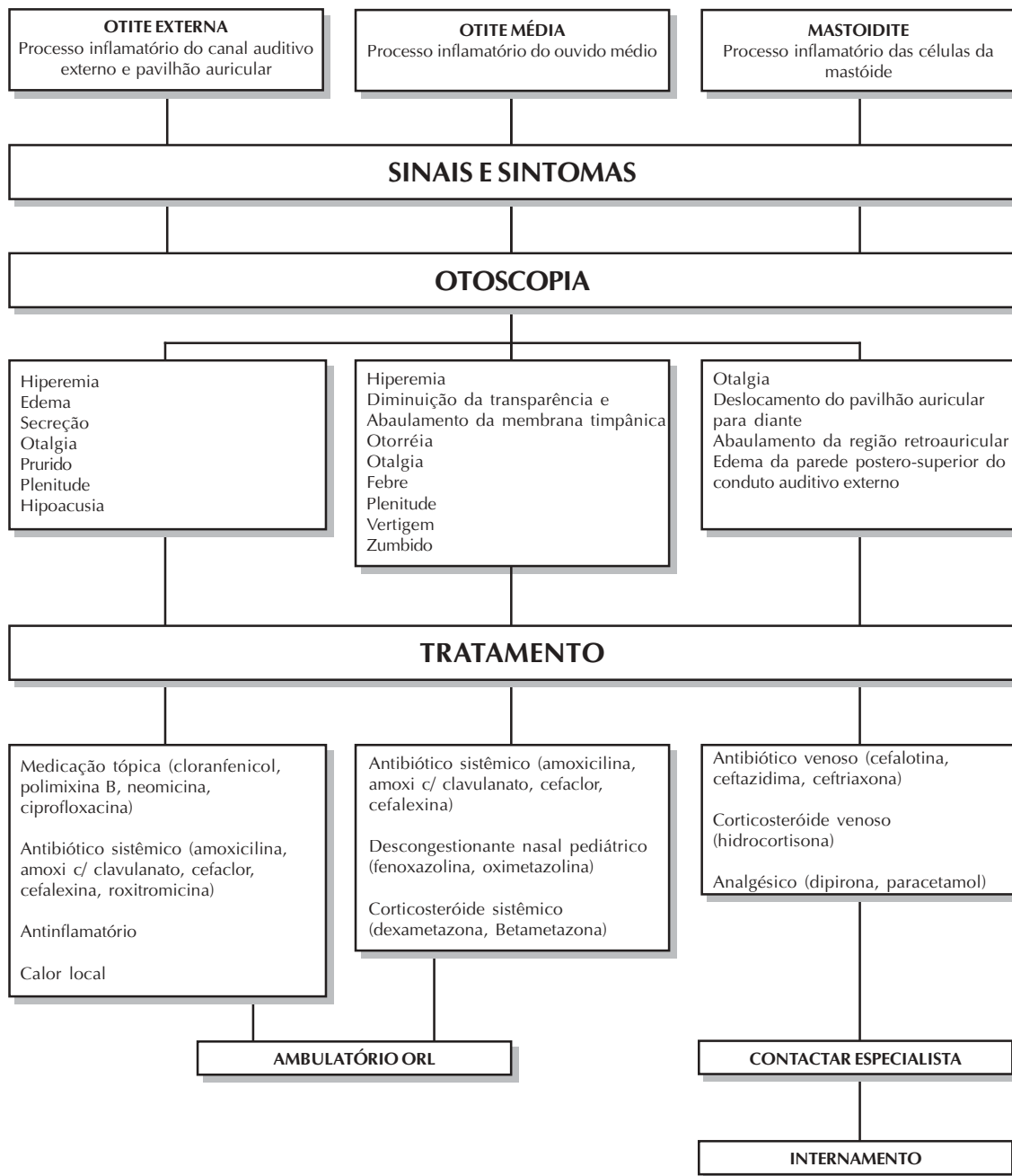


Labirintite Aguda



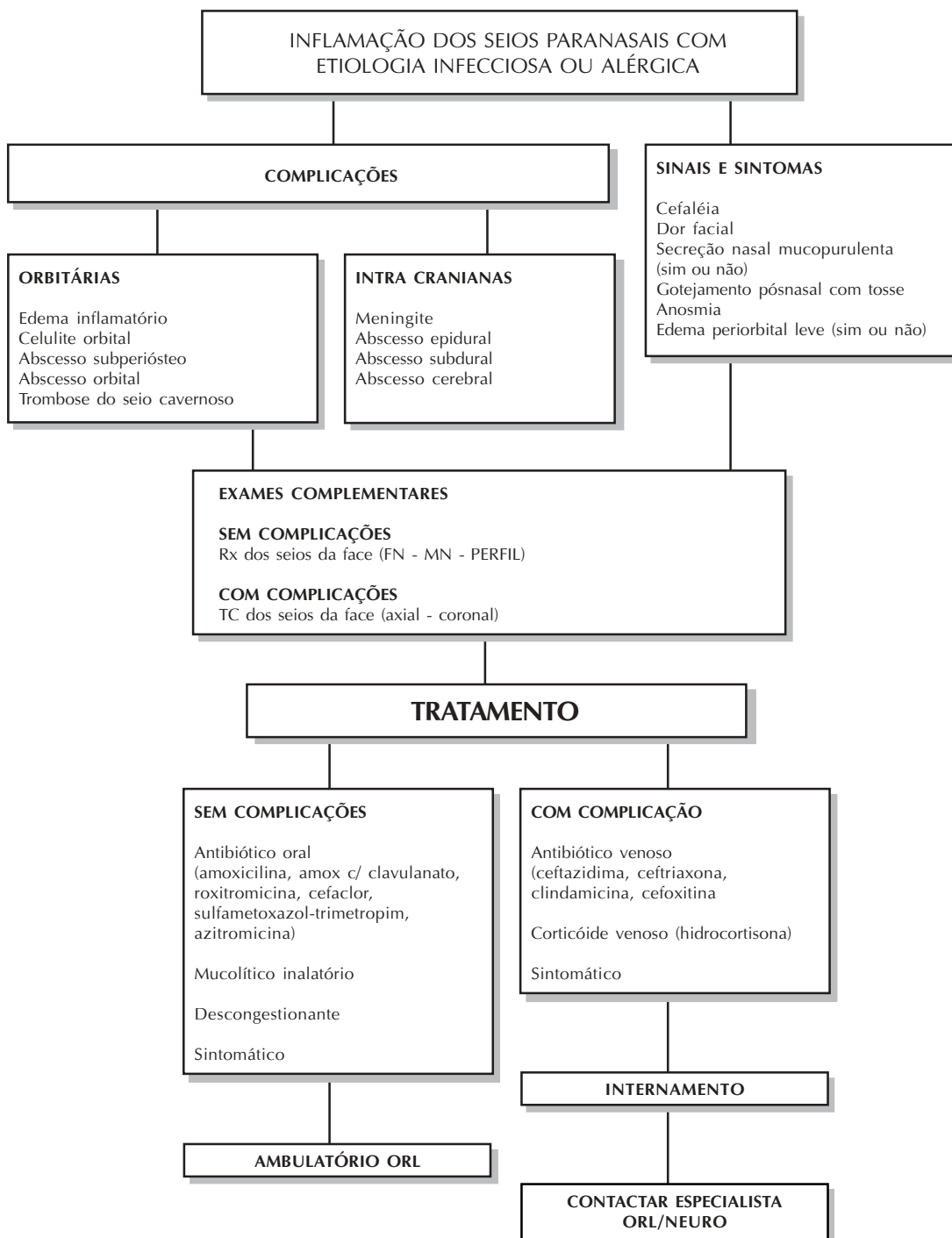


Otalgia





Sinusite





Surdez Súbita

FATORES PREDISPOANTES

Barotrauma
Anestesia geral
Doenças vestibulares
Gravidez
Virozes
Distúrbios endocrinológicos
Distúrbios hematogênicos
Esforço físico
Doenças do colágeno
Manobra de valsalva
Espirros violentos

EXAMES LABORATORIAIS

Avaliação hematológica
Reações sorológicas
Lípidograma
Curva glicêmica
TC de crânio
RM do meato acústico interno

TRATAMENTO

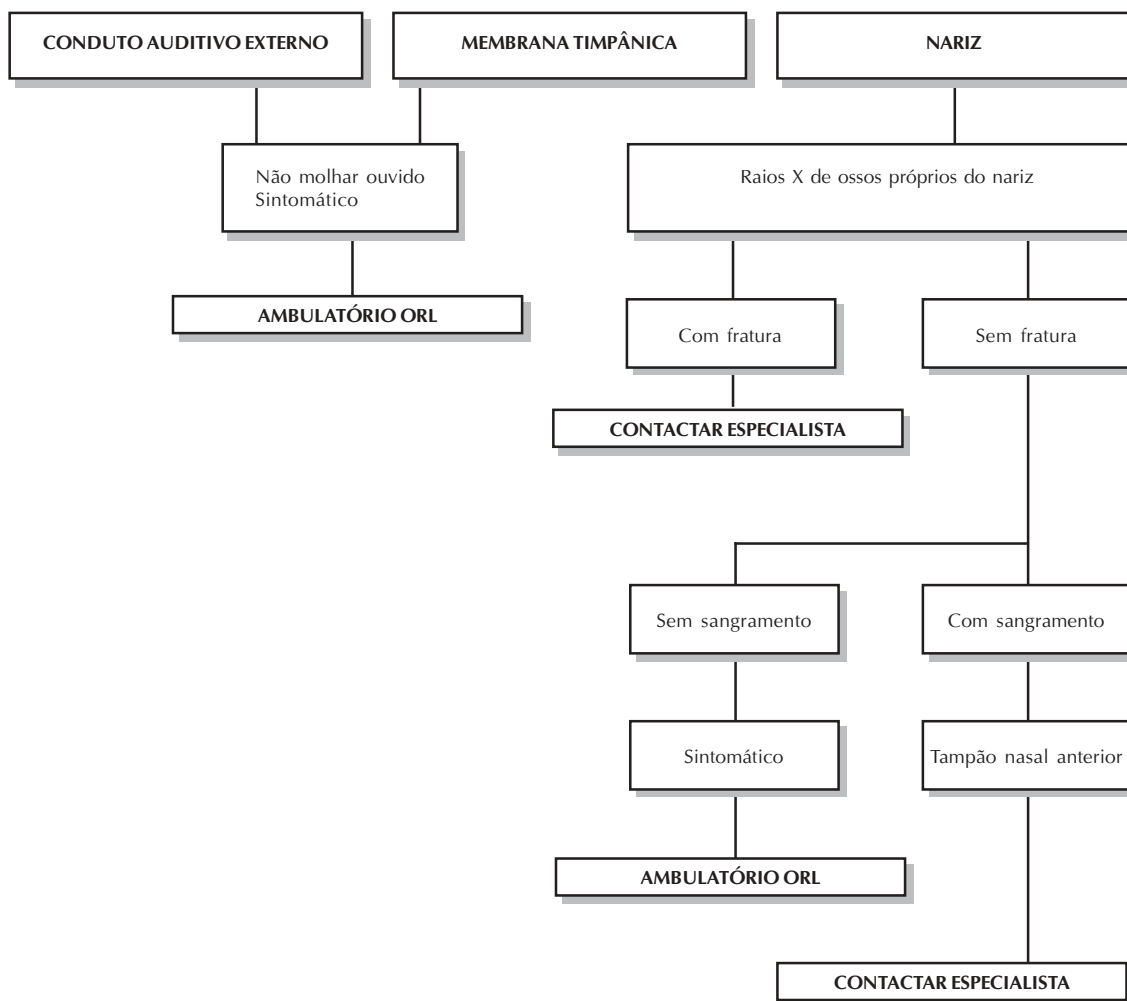
Vasodilatador (flunarizina 10mg -- 8/8 hora VO)
Corticosteróide (dexametazona 2mg -- 6/6 horas EV)
Dextran 40 (500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12 horas EV)
Tratamento de doenças específicas identificadas

INTERNAMENTO

CONTACTAR ESPECIALISTA

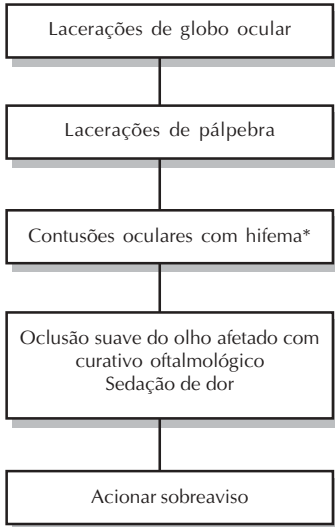


Trauma

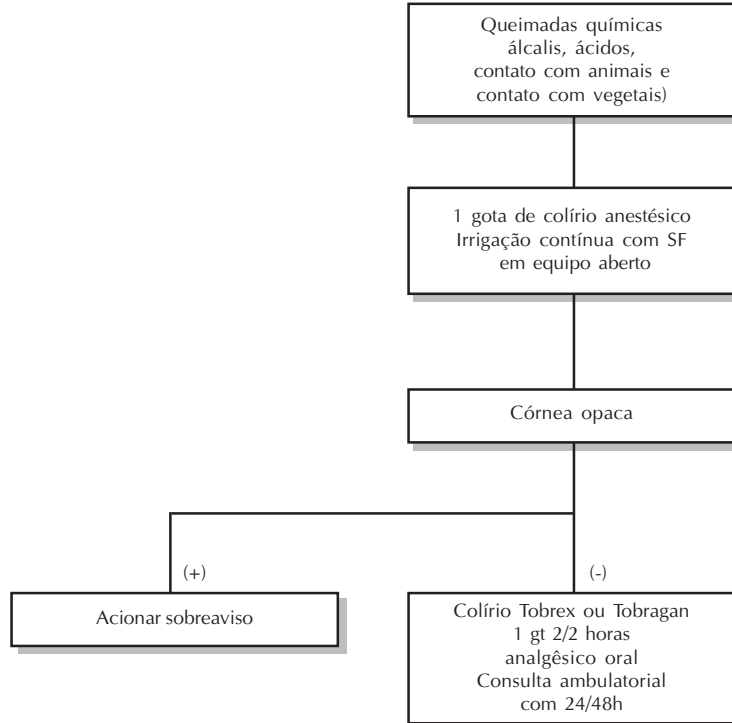




LACERAÇÕES DE GLOBO OCULAR



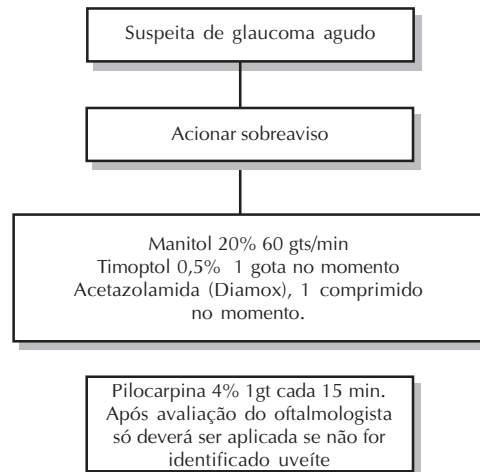
LESÕES QUÍMICAS



* Sangue em câmara anterior.



Glaucoma Agudo



Sinais e Sintomas

- Dor ocular intensa unilateral
- Turvação da visão
- Diminuição da transp. e brilho da córnea
- Midríase
- Olho "duro" à palpação
- Hiperemia pericorneana
- Câmara ant. rasa
- Náuseas e vômitos

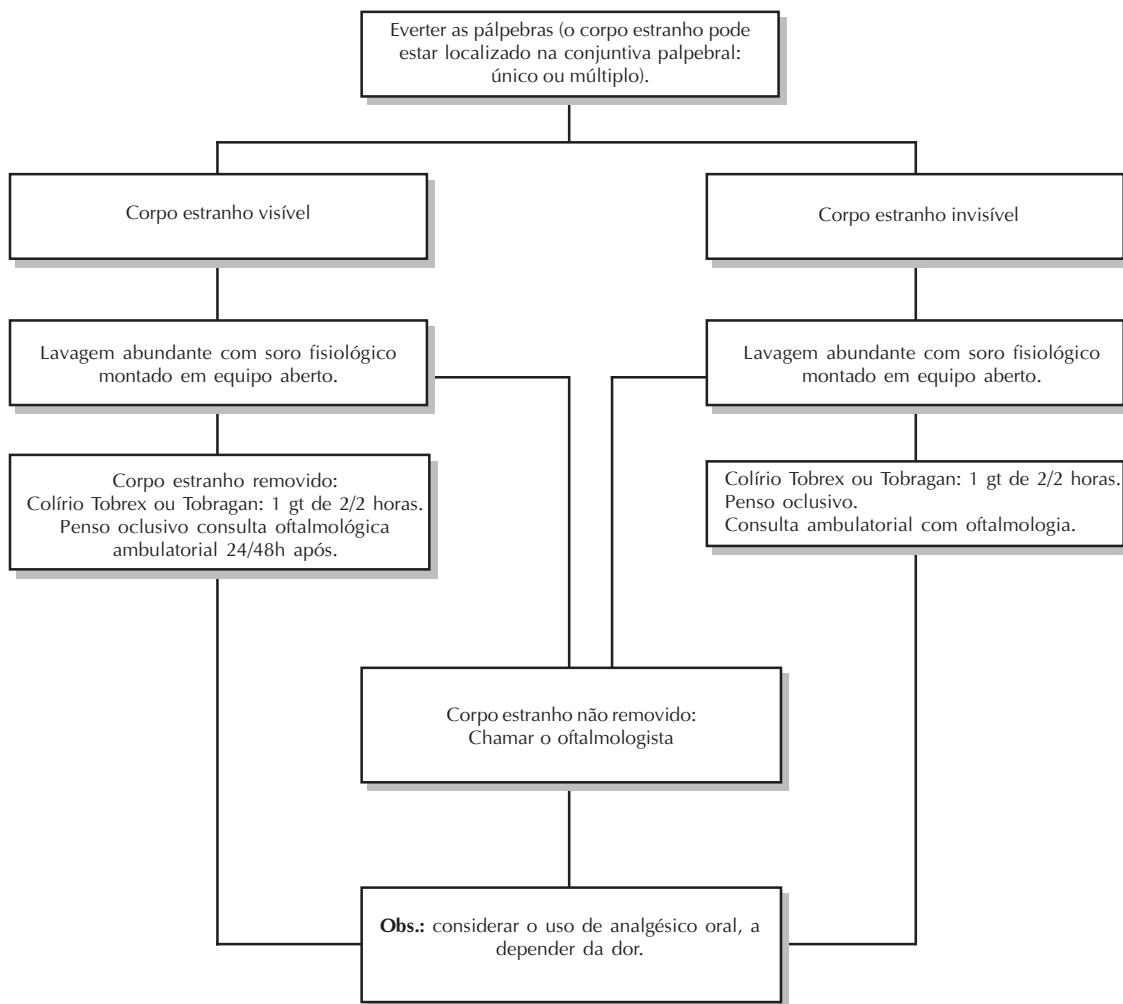


Corpos Estranhos Conjuntivais e/ou Corneanos

História de acidente com esmeril, areia, cisco, pó de serra, talco, etc.

Sintomas:

Sensação de corpo estranho.
Hiperemia conjuntival.





Dor Pós-Operatória em Cirurgias Oftalmológicas

Causas de dor:

Hipertensão ocular e/ou agressão cirúrgica.

Acetazolamida (Diamox) – 3 comp./dia
Aumentar dosagem de analgésico em uso ou considerar prescrição de analgésico mais potente
Antiinflamatório
Dor deverá melhorar em 6 horas após antiinflamatório
Caso não melhore, retornar e avaliação oftalmológica

Consulta oftalmológica ambulatorial

Perda ou Diminuição Súbita de Visão sem Outros Sinais ou Sintomas Externos

Causa:

Acidente vascular retiniano
Hemorragia vítrea
Descolamento de retina
Histeria

Informar ao paciente da necessidade de exames oftalmológicos complementares (ultra-som ocular, angiofluoresceinografia, mapeamento de retina, etc.)
Considerar o uso de tranquilizantes

Consulta oftalmológica ambulatorial

Abrasões Corneanas

Mecânica

Por lentes de contato

Prescrever analgésico V.O.
Colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gota de 2/2 horas
Penso oclusivo

Remover as lentes de contato
Analgésico via oral
Colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gt de 2/2 horas
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial



Conjuntivite Aguda

Sintomas:

Hiperemia difusa da conjuntiva
Córnea íntegra e bem transparente
Reflexo fotomotor presente
Sensação de areia nos olhos
Pode haver secreção purulenta
Edema de palpebra eventual

Prescrever colírio Tobrex ou Tobragan uso: 1 gt de 2/2 horas.
Compressas de gelo
Analgésico oral

Consulta oftalmológica ambulatorial

Úlcera de Córnea

Etiologia:

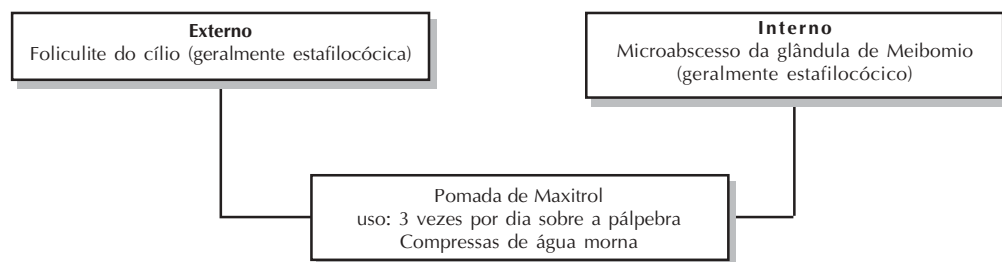
Mecânica
Bacteriana
Viral
Micótica
Acanthamoeba

Analgésico via oral
Colírio Tobrex ou Tobragan
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial



Hordéolo (Terçol)



Quadro clínico:

Dor palpebral
Edema palpebral
Tumoração visível e palpável com sinal de flogose
Pode haver secreção mucopurulenta/purulenta

Consulta oftalmológica ambulatorial

Hemorragia Subconjuntival

Ocorre espontaneamente após pequenos traumas inclusive durante o sono, ou após coçar os olhos. Pode fazer parte do quadro clínico de doenças sistêmicas que causam tosse, vômitos, aumentam a permeabilidade capilar ou diminuem a coagulabilidade sanguínea.

Explicar ao paciente que a hemorragia se absorverá em uma ou duas semanas, sem deixar sequelas.

Prescrever lágrima artificial
Lacrima Plus – 1 gt 4 vezes por dia
Penso oclusivo

Consulta oftalmológica ambulatorial



Ceratoconjuntivite Pós-irradiação Ultravioleta

Não é necessário chamar o oftalmologista de plantão.

Causada por exposição à solda elétrica sem óculos protetores ou exposição solar excessiva.

Sintomas:

Dor ocular geralmente bilateral intensa
Fotofobia
Lacrimajamento
Discreto edema de pálpebra

Pomada oftalmológica Epitezan
Penso oclusivo bilateral
Prescrever analgésico via oral

Consulta oftalmológica ambulatorial

Celulite (abscesso) Orbitária Celulite Periorbitária

Não é necessário chamar o oftalmologista de plantão.

Frequentemente associado com sinusites agudas preferencialmente em crianças ou adultos jovens. Pode ser consequência de trauma prévio e infecções exógenas. Nada poderá ser feito de imediato pelo oftalmologista.

Sintomas:

Febre
Tumefação orbitária, exoftalmo com flogose
Diminuição ou ausência de movimentos oculares

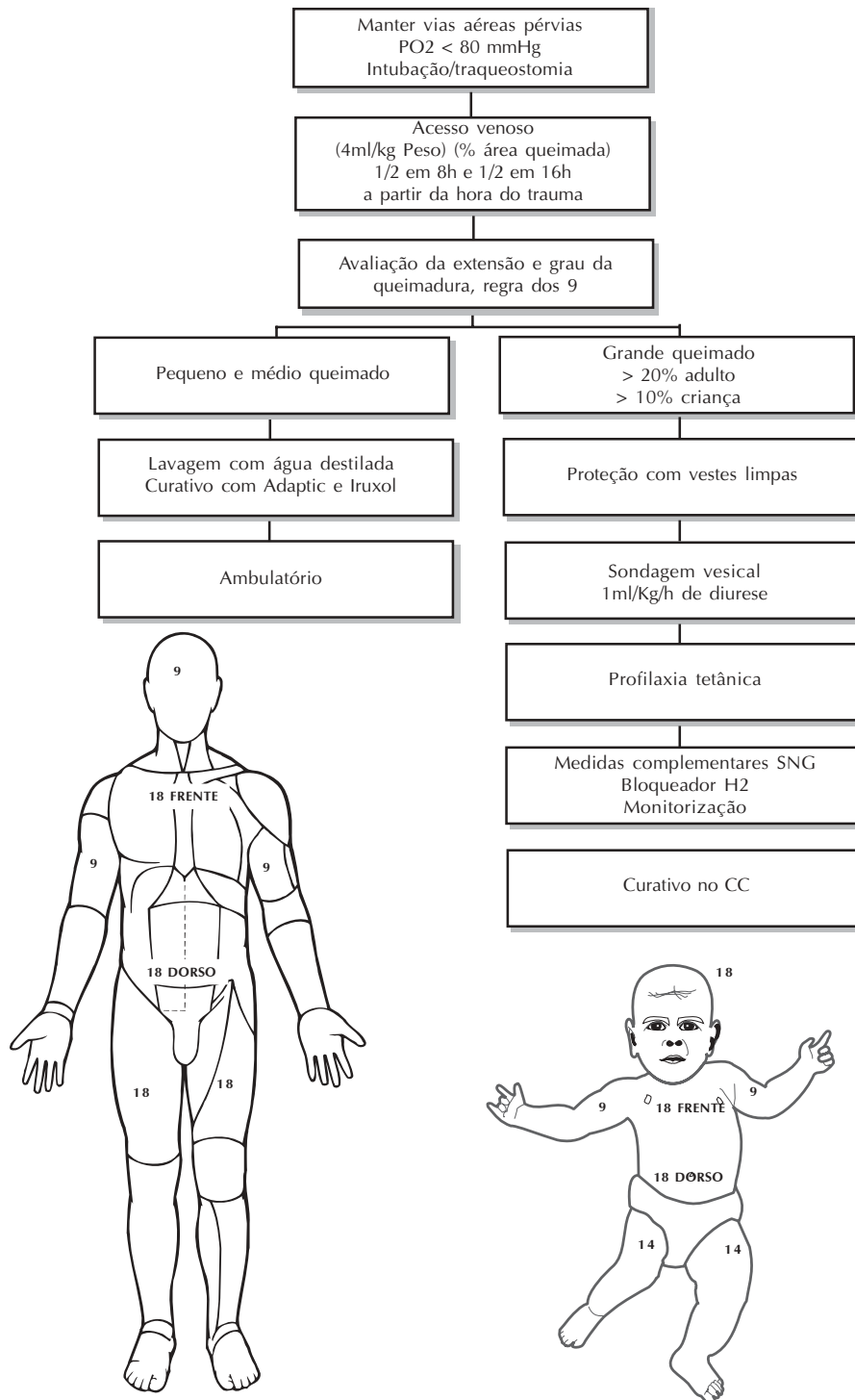
Internar o paciente
Antibioticoterapia intravenosa
Solicitar TC de crânio e órbitas

Consulta oftalmológica ambulatorial



Observe ainda os seguintes aspectos

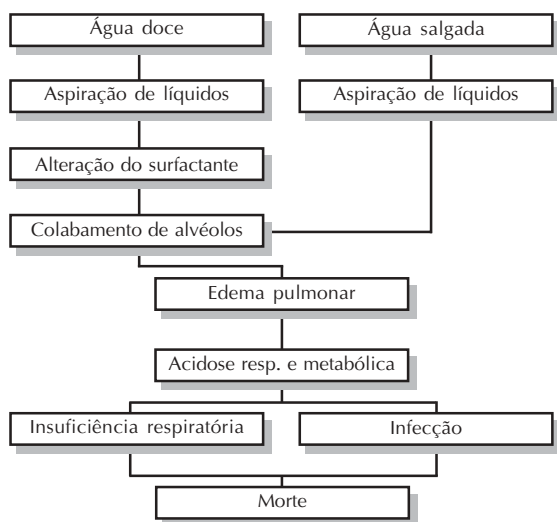
Protocolo de Atendimento Inicial ao Queimado





Afogamento

FISIOPATOLOGIA BÁSICA



Exames de Rotina

Classificação sanguínea e Fator Rh
Hemograma
Hemogasometria em ar ambiente
Eletrólitos
Radiografia de Tórax PA e Perfil
Repetir hemogasometria s/n

Utilize a sequência do ABCD do trauma

A - Vias aéreas

Cuidado com coluna cervical
Examine para afastar presença de corpo estranho com obstrução
Assegure via aérea pérvia e opte pela definitiva se necessário
Manter sat $\geq 95\%$. Observar indicação de entubação.

B - Respiração

Trate o edema pulmonar
Procure hiperreatividade brônquica

C - Choque

Hidratação
Correção de alterações hídricas
Correções de alterações eletrolíticas

D - Neurológico

Avalie status neurológico

E - Exposição

Previna hipotermia
Hidratação
Aquecimento

Após 24 horas:

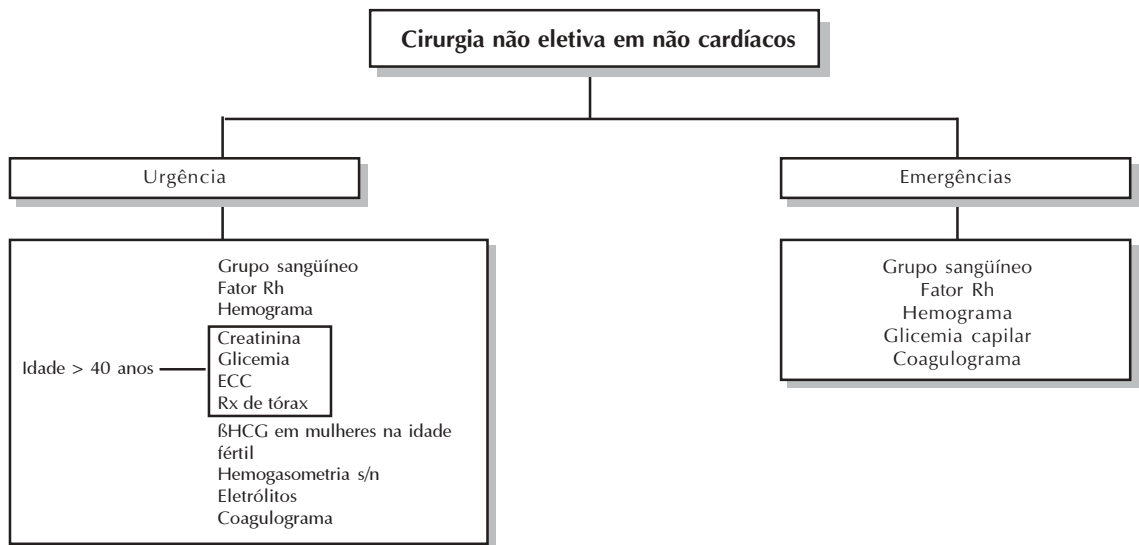
Hemograma
Radiografia de tórax PA e Perfil

Indícios de infecção:

Aminoglicosídeo + Clindamicina
Considera também o grau de contaminação do líquido aspirado



Rotina de Exames Pré-Operatórios na Emergência





Soluções para Infusão Contínua – HSR

- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial , de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta , solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade , efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

1. AMIODARONA

A = 3ml - 150mg

DI = 5 - 10mg/kg em 5 minutos

DM = 5 microgramas/kg/min (10mg/kg/24h via oral)

DL = 4A + 240ml SG - 2,5mg/ml

IT = não significativa

ICB = não descrita

TX = cefaléia, bradicardia, arritmias, hipotensão, ICC, micro-depósitos córneo, distúrbios visuais, hipo/hipertireoidismo, ginecomastia, náusea, vômitos, constipação

Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

2. ESTREPTOQUINASE

FA = 250.000, 750.000 e 1.500.000 unidades

DI = 1.500.000 unidades em 100ml SG em 1 hora

TX = pode ocasionar fenômenos de hipersensibilidade e sangramento em episódios recentes de úlcera péptica, AVC e outros

IT = não relatada

ICB = não relatada

3. HEPARINA

FA = 5 ml - 32.000 / 250ml

DI = 50 - 100 U/kg

DM = 10 - 20 U/kg

DL = 1 ampola + 240ml SG

Dose ajustada de acordo com TTPa (2 a 3 vezes valor basal)

ICB = amicacina. Aminofilina. Epinefrina. Eritromicina. Hidrocortizona. Kanamicina. Tetraciclina. Tobramicina

TX = hemorragia



- A = ampola
- FA = frasco-ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

4. LIDOCAÍNA

FA = 20ml a 1% ou 2%

DI = 1mg/kg

DM = 1 - 4mg/min

DL = 1 g (50ml 2%) + 200ml SG = 4mg/ml

IT = Beta-bloqueadores, cimetidina: diminuem o metabolismo da xilocaína. Observar sinais de toxicidade. Como uso associado de hidantal ocorre efeito depressor cardíaco

ICB = Aminofilina. Ampicilina. Gluconato de calcio. Dexametasona.

Dopamina. Dobutamina. Norepinefrina. Epinefrina. KCL. Penicilina. Procamida

TX = confusão, tremor, letargia, sonolência, convulsões, tremores musculares, hipotensão, bradicardia e outras arritmias, distúrbios visuais, visão dupla

Obs.: níveis terapêuticos séricos entre 2 a 5mcg/ml. Metabolismo hepático. Excreção renal

5. MIDAZOLAN

A = 3ml - 15mg e 5ml - 50mg

DL = 5 ampolas - 50mg + 210ml SG (1ml - 1mg)

DI = Adulto 0,03 - 0,3mg/kg LENTO

DM = Adulto 0,03 - 0,02mg/kg/h

IT = álcool. Não usar em miastenia *gravis*

ICB = não descrita

TX = cefaléia, variação da FC e PA, náusea, vômitos, soluços, diminuição da frequência respiratória

Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

6. NITROGLICERINA

A = 10ml - 50mg

DI = não

DM = 5 - 10mcg/min

DL = 1 ampola - 50mg + 240 SG (1ml - 200mcg)

IT = não significativa

ICB = não descrita

TX = cefaléia latejante, tontura, fraqueza, hipotensão ortostática, taquicardia, náusea, vômitos, reações anafiláticas

Obs.: droga é absorvida em tubo de PVC. Usar *set* de infusão próprio. Metabolismo hepático. Excreção renal



- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

7. RANITIDINA

A = 5ml - 50mg

DI = 50mg + SF 20ml lento 2-3min

DM = 20 - 30mg/h não excedendo 15mg/h nas 24 horas

DL = 5amp + 225 SF (1ml - 1mg)

IT = não relatada

ICB = cefamandole

TX = tontura, erupção cutânea, diarreia, dores musculares

Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal

8. SOMATOSTATINA

A = 250mcg e 3mg

DI 250mcg

DM 3mg em 250ml a cada 12h

DL = 3mg + SF 240ml (1ml - 12,5mcg)

IT = barbitúricos: exacerba os efeitos

ICB = não relatada

TX = inibe secreção de insulina e glucagon, náusea, vertigem, sensação de calor, elevação da RAM e redução do pulso

9. AMINOFILINA

A = 10ml - 240mg

DI = 6mg/kg lento durante 20min

DM = 0,2 - 0,9 mg/kg/h

DL = 4 ampolas = 240ml SG (1ml - 4mg)

IT = beta-bloqueadores efeito agonista. Propranolol e nadolol em particular podem causar broncoespasmo. Cimetidina diminui a depuração hepática e aumenta concentração plasmática de aminofilina. Barbitúricos e fenitoína aumentam o metabolismo e diminuem a concentração plasmática

ICB = ampicilina. Gluconato de cálcio. Dobutamina. Epinefrina. Insulina.

Norepinefrina. Vitamina C. Complexo B. Penicilina. Vancomicina.

Cefalotina. Clindamicina

TX = tontura, cefaléia, insônia, convulsões, tremores musculares, palpitações, taquicardia sinusal, extra-sístoles, *flushing*, hipotensão, náusea, vômitos, diarreia, urticária, taquipnéia.

Obs.: metabolismo hepático. Excreção renal. Depuração plasmática ou *clearance* diminui na insuficiência cardíaca e hepática. Fumantes apresentam DP aumentada

Níveis terapêuticos 10 - 20mcg/ml



- A = ampola
- FA = frasco ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

10 . DOPAMINA

A = 10ml - 50mg

DL = 5 ampolas + 210ml SG (1ml - 1.000mcg)

Dose dopamenérgica: 0,5 - 2,0mcg/kg/min

Dose dopa + beta: 2,0 - 5,0mcg/kg/min

Dose beta: 5,0 - 10mcg/kg/min

Dose beta + alfa: 10 - 20mcg/kg/min

Dose alfa: > 20mcg/kg/min

IT = beta - bloqueadores ação antagônica

Inibidores da MAO – possível crise hipertensiva. Evitar fenitoína – possível redução PA nos doentes com estabilidade de PAM em uso de dopamina

ICB = ampicilina. Gentamicina. Penicilina. Bicarbonato de sódio

TX = cefaléia, extrassístoles, bradicardia, alargamento do QRS, náusea, vômitos, piloereção, dispnéia

11. DOBUTAMINA

FA = 20ml - 250mg

DL = 1 frasco ampola + 230ml SG (1ml - 1.000mcg)

Dose: 1 - 40mcg/kg/min

IT = beta-bloqueadores efeito antagônico

Anestésicos gerais: grande incidência de arritmias ventriculares

ICB = sol. alcalinas. Aminofilina. Ampicilina. Betrilium. Heparina

Insulina. KCL

12. EPINEFRINA

A = 1ml - 1.000mcg

DL = 1 ampola + 250ml SG (1ml - 4mcg)

Dose beta: 0,005 - 0,02mcg/kg/min

Dose beta + alfa: > 0,02mcg/kg/min

IT = bloqueadores alfa: hipotensão

Beta-bloqueadores: vasoconstrição e bradicardia reflexa

Anestesia e cedilanide: aumenta risco de arritmias ventriculares

Levodopa, Inibidores MAO, antid. triciclicos: crise hipertensiva

ICB = aminofilina. Bicarbonato de sódio

TX = cefaléia, tremor, euforia, palpitação, edema pulmonar, dispnéia, palidez, hiperglicemia, hipertensão, taquicardia



- A = ampola
- FA = frasco-ampola
- DI = dose inicial, de ataque
- DM = dose de manutenção
- DL = diluição proposta, solução padrão
- IT = interação com outras drogas
- ICB = incompatibilidade endovenosa
- TX = toxicidade, efeitos colaterais
- SC = subcutâneo

13. NORADRENALINA

A = 4ml - 4.000mcg

DL = 1 ampola + 250ml SG (1ml - 16mcg)

Dose beta: 0,01 - 0,03mcg/kg/min

Dose beta + alfa: 0,03 - 0,08mcg/kg/min

Dose alfa: > 0,08mcg/kg/min

IT = bloqueadores alfa-adrenérgicos: hipotensão

Glicosídeos e anest. hálogenos: aumenta risco de arritmias ventric.

Levodopa, inibidores MAO, ant. tricíclicos: aumenta risco de crise hipertensiva.

ICB = aminofilina Cefoxilina Cefalotina Bicarbonato de sódio

TX = tremor, euforia, sudorese, hemorragia cerebral, hipertensão, taquicardia, fibrilação ventricular, edema pulmonar, dispnéia

14. NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

FA = 10ml - 50mg

DL = 1 ampola + 240ml SG (1ml - 200mcg)

Dose média: 0,5 - 10mcg/kg/min

IT = não significativa

ICB = não descrita

TX = celaléia, tontura, ataxia, perda de consciência, coma, reflexos ausentes, pupilas dilatadas, palpitação, dispnéia, dor abdominal, náusea, vômitos, acidose, coloração rósea da pele

Obs.: nível plasmático de tiocianato > 100mcg/ml está associado à toxicidade

15. SALBUTAMOL

A = 1ml = 0,5mg

DL = 10 ampolas + 240ml SG (1ml - 20mcg)

Dose média: 5mcg/min até 20 vezes/mês

IT = droga taquicardizante

ICB = não descrita

TX = taquicardia, tremores



Soluções para Infusão Contínua – HSR

SOLUÇÃO	AMPOLA	DILUIÇÃO	MICROGRAMAS/ML
REVIVAN	5 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 210ML	1ml - 1.000 microgramas
DOBUTREX	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 230 ML	1ml - 1.000 microgramas
NIPRIDE	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 230 ML	1ml - 200 microgramas
AMINOFILINA	4 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 210 ML	1ml - 4 miligramas
DORMONID	5 AMPOLAS - 50 MGX TOTAL-250 MG	SOL. GLICOSADA 5% 210 ML	1ml - 1 miligrama
ANCORON	4 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 2,5 miligramas
ESTREPTOQUINASE	1 AMPOLA 1.500.000 UNIDADES	SOL. GLICOSADA 5% 100 ML	1ml - 15.000 unidades
HEPARINA	1 AMPOLA - 05 ML TOTAL- 32.000 UI	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 1.000 unidades
LIDOCAÍNA	2 AMPOLAS 2 % 50 ML	SOL. GLICOSADA 5% 200 ML	1ml - 4 miligramas
NITROGLICERINA	1 AMPOLA - 50 MG	SOL. GLICOSADA 5% 240 ML	1ml - 200 microgramas
AEROLIN	10 AMPOLAS	SOL. GLICOSADA 240 ML	20 MCG / 1 ML
SOMATOSTATINA	1 AMPOLA - 3 MG	SOL. FISIOLÓGICA 0.9% 240 ML	1ml - 12.5 microgramas
ADRENALINA	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 250 ML	1ml - 4 microgramas
NORADRENALINA	1 AMPOLA	SOL. GLICOSADA 5% 250 ML	1ml -16 microgramas



Reposição Hídrica e Eletrolítica Basal

Pacientes com mais de 40 quilos	
Água	30 a 40ml por quilo
Sódio	1 a 1,5mEq por quilo
Potássio	0,7 a 1mEq por quilo

Pacientes com menos de 40 quilos	
Água	Quantidade
Até 10 quilos	Multiplicar peso por 100
De 10 a 20 quilos	1.000ml + 50 vezes o peso menos 10
De 20 a 40 quilos	1.500ml + 20 vezes o peso menos 20
Sódio	2,5mEq por quilo
Potássio	2,5mEq por quilo

Cálculo do gotejamento

$$\text{Gotas por minuto} = \frac{\text{Quantidade de água em ml}}{\text{Número de horas} \times 3}$$

$$\text{Microgotas por minuto} = \frac{\text{Quantidade de água em ml}}{\text{Número de horas a ser infundida}}$$

ÍNDICE POR ASSUNTO

Afogamento	190
-------------------------	-----

Aparelho Cardiovascular

Choque cardiogênico	91
Classificação síndromes anginosas	88
Crise e emergência hipertensiva	70, 71
Depressão segmento ST/inversão onda T suspeita IAM	82,83
Dissecção aguda da aorta	92
Dor torácica	69
Dor torácica sugestiva de isquemia miocárdia – ECG inespecífico	81
Dor torácica tipo isquêmica	78
Edema agudo de pulmão	72, 73
Elevação do segmento ST	79, 80
Embolia pulmonar	74, 75
Infarto agudo do miocárdio	79,82, 83
Insuficiência cardíaca	89

Aparelho Gastrointestinal

Abdome agudo na criança	51
Colangite	54
Diarréia aguda I e II	58, 59
Dor abdominal aguda	46
Dor abdominal localizada	47, 48
Dor pélvica espontânea	49
Dor abdominal no paciente neutropênico	50
Enterocolite neutropênica	53
Hemorragia digestiva alta	65
Hemorragia digestiva baixa	66
Hipertensão portal	67
Icterícia	57
Ingestão de cáusticos	62
Ingestão de corpo estranho	61
Insuficiência hepática	68
Pancreatite aguda I e II	55, 56

Aparelho Respiratório

Crise asmática	161,162,163
Pneumonias (Diagnóstico)	158
Pneumonias (Situações Especial)	160
Pneumonias (Tratamento)	159

Aparelho Urinário

Infecção urinária	167
Insuficiência renal aguda	168

Arritmias Cardíacas

Assistolia	107
Atividade elétrica sem pulso	106
Bradiarritmia	105
Bradycardia	104
Cardioversão elétrica	110
Estratégia diagnóstica	98,99,100,101
Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso	108
Fibrilação atrial paroxística	111
Flutter atrial	112, 113
Parada cárdiorrespiratória	109
Taquicardia ou taquiarritmias	102, 103

Distúrbios Hidroeletrólíticos

Hipercalemia	153, 154, 155
Hipermagnesemia	156
Hipernatremia	149, 150
Hipocalemia	151, 152
Hipomagnesemia	157
Hiponatremia	147, 148

Emergências Endócrinas

Cetoacidose diabética	42, 43
Diabetes descompensado (crianças)	45
Insuficiência supra-renal aguda (crianças)	39
Insuficiência supra-renal (adultos)	40
Insuficiência supra-renal (algoritmo)	41

Emergências Psiquiátricas

Abordagem psicológica do paciente terminal	146
Abstinência alcóolica	143
Avaliação do paciente violento	141, 142
Reação a experiências estressoras	145
Riscos de suicídio	144

Hematologia

Crise falcêmica	164
Neutropenia febril	165, 166

Oftalmologia

Ceratoconjuntivite pós-irradiação ultra-violeta	188
Conjuntivite aguda	186
Corpos estranhos conjuntivais e/ou corneanos	184
Dor pós-operatória em cirurgias oftalmológicas	185
Glaucoma agudo	183
Hordéolo (Terçol)	187
Trauma	182

Otorrinolaringologia

Anginas	173, 174
Corpo estranho/rolha ceruminosa	175
Epistaxe	176
Labirintite aguda	177
Otalgia	178
Sinusite	179
Surdez súbita	180
Trauma	181

Politraumatizado

Apache	34
Choque	20
Choque hipovolêmico	21
Escala abreviada de lesões	28
Escala de coma Glasgow	14
Escores de trauma	27
Escore de trauma adulto/pediátrico	13
Paciente politraumatizado	13, 19
Politraumatismo choque (estimativa de perda de fluidos ou sangue)	18
Politraumatismo choque hipovolêmico	17
Politraumatismo choque persistente	16
Politraumatismo conduta imediata	15
Politraumatizado I e II (identificação)	11, 12
Profilaxia de tromboembolismo após trauma	38
TCE – Risco relativo de lesão intracraniana	23
Traumatismo abdominal	24
Traumatismo cranioencefálico (TCE)	22
Classificação neurológica da lesão medular	25

Queimadura 189

Reposição Hídrica e Eletrolítica Basal 198

Rotina de Exames Pré-operatórios 191

Sistema Nervoso Central

Cefaléia	128, 129
Coma	120, 122
Crise epiléptica	132, 133
Diagnóstico de morte encefálica	138, 139, 140
Doença cerebrovascular aguda	116, 118
Estado confusional agudo	134, 135
Estado de mal epiléptico	123, 124, 125
Fraqueza muscular aguda	130, 131
Infecção intracraniana	126, 127
Síncope	136, 137

Soluções para Infusão Contínua – HSR

Soluções 192, 197

Urgências Vasculares

Traumas 169

Tromboembolismo arterial 170, 171

Pé diabético 172

COLABORADORES

PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO DESTE LIVRO:

Cardiologia:

Chefe: Prof. Dr. João de Souza Filho

Dra. Marcia M. Noya Rabelo
Dr. Claudio B. das Virgens
Dra. Maria das Graças Viana Pinheiro
Dr. Paulo Vilela
Dra. Regina Oliveira

Unidade de Dor Torácica

Coord. Dra. Marcia M. Noya Rabelo

Cirurgia Geral II:

Chefe: Prof. Dr. Ediriomar Peixoto Matos

Coord. Dr. Carlos Boscolo

Dr. Claudio Azoubel Filho
Dr. Peter Christian Jacobs

Cirurgia Pediátrica

Coord. Dr. Luiz Carlos Medrado Sampaio

Dra. Avani S. Souza
Dra. Lilian A. Lima
Dra. Maria Jesus F. Bendicho
Dr. Mario G. Nunes
Dr. Paulo R. Pepe Serra
Dra. Soraya F. C. Motta

Cirurgia Plástica

Coord. Dr. Marcus Vinicius Moscozo

Dr. Antonio Luiz Lopes Filho
Dra. Cristina Gil de Menezes
Dr. Francisco Tavares
Dr. Jiuseppe Greco Jr.

Cir. Vascular e Angiologia:

Chefe: Dr. Liberato K. Moura

Endocrinologia:

Dra. Débora Angeli

Gastroenterologia:

Chefe: Prof. Dr. Luiz Guilherme Lyra

Dra. Cremilda França
Dra. Cristina Martins
Dra. Genoile Santana
Dra. Livia Leite
Dr. Ramiro Robson Mascarenhas
Dra. Rose Marback

Nefrologia:

Chefe: Prof. Dr. Heonir Rocha

Dr. José Genival dos Santos
Dr. Paulo Benigno Baptista

Neurocirurgia:

Chefe: Prof. Dr. Carlos Bastos

Neurologia:

Chefe: Prof. Dr. Aroldo Bacellar

Dra. Ana Cláudia B. Azoubel
Dr. André Luiz Muniz Santos
Dr. Bruno Bacellar Pedreira
Dra. Gersonita Costa
Dr. Guilherme T. Valença
Dr. Jamary Oliveira Filho
Dr. Luiz Eduardo Vidal da Cunha
Dra. Nadja P. Leite
Dr. Pedro Antônio Pereira de Jesus
Dra. Solana Rios
Dra. Suely Pinheiro

Oftalmologia:

Chefe: Prof. Dr. Roberto Lorens Marback

Otorrinolaringologia:

Chefe: Dr. Suetônio Pepe

Dra. Ana Rita São Pedro
Dra. Carmem Rejane Melo
Dra. Claudia Pato
Dr. Claudio Rogério Lima

Pediatria:

Chefe: Prof. Nelson Barros

Profa. Dra. Isabel Carmen Fonseca Freitas
Dra. Luiza Amélia Cabus Moreira

Pneumologia:

Chefe: Prof. Dr. Antonio Carlos Peçanha Martins

Dr. Antonio Carlos Lemos
Dr. Gilvandro de Almeida Rosa
Dra. Kilma de Matos Pereira
Dra. Margarida Célia Lima Costa
Dra. Nélia Fontes Neri Araújo

Psiquiatria:

Dr. Esdras Cabus Moreira

Unidade de Emergência:

Chefe: Dr. Ediriomar Peixoto Matos

Coord. Dr. Peter Christian Jacobs

Dra. Viviane Guissone

Ao Professor Tripoli Gaudenzi, cabe-nos externar a sincera gratidão, não apenas pela revisão do texto, mas, sobretudo, pelas orientações e pelo estímulo, de extrema valia para a realização deste trabalho.

Ediriomar Peixoto Matos



Editora MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Revisão, reeditoração, normalização, impressão e acabamento)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefones: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, setembro de 2002
OS 0656/2002