

Guia de prescrição para o seu plantão

Material educacional para apoio ao raciocínio médico.

Não substitui diretrizes oficiais, protocolos institucionais ou julgamento clínico.



URGÊNCIA

PATOLOGIAS BÁSICAS

1. DENGUE
2. [NÁUSEAS E VÔMITOS](#)
3. [EPISTAXE](#)
4. [CONJUNTIVITE](#)
5. INTOXICAÇÃO
6. DIARREIA AGUDA
7. MORDEDURA + TÉTANO
8. QUEIMADURAS
9. CORPO ESTRANHO
10. GOTA
11. DOENÇAS ANORIFICIAIS
12. HEMOTRANSFUSÕES
13. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA
14. [ANAFILAXIA](#)

DISTÚRBIOS METABÓLICOS

1. HIPO+HIPERGLICEMIA
2. HIPO+HIPERPOTASSEMIA
3. HIPOMAGNESEMIA
4. [HIPOCALCEMIA](#)
5. HIPO+HIPERNATREMIA

NEUROLÓGICO

1. [CEFALÉIAS + TONTURA](#)
2. [CRISE CONVULSIVA](#)
3. AVC + AIT
4. PARALISIA DE BELL

CARDÍACO

1. [ARRITMIAS](#)
2. FIBRILAÇÃO ATRIAL
3. SÍNDROME CORONARIANA AGUDA
4. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA
5. CRISE HIPERTENSIVA

RESPIRATÓRIO

1. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

2. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
3. DPOC +ASMA
4. PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE
5. INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES
6. EDEMA AGUDO DE PULMÃO

ABDOMEN

1. DOR ABDOMINAL
 - a. ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO
 - b. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO
2. HEMORRAGIAS DIGESTIVA
 - a. ALTA
 - b. BAIXA

GENITO-URINÁRIO

1. CÓLICA NEFRÉTICA
2. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO
3. ABUSO SEXUAL
4. SANGRAMENTO UTERINO AGUDO
5. DOR TESTICULAR

DERMATOLÓGICO

1. [HERPES ZOSTER +ERISPELA+ESCABIOSE](#)

NÁUSEAS E VÔMITOS

Opções EV:

1. Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV.

**Atenção à possível efeito colateral de reação extrapiramidal. Infundir lento pode reduzir risco de efeito.*

OU

Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + 10ml de AD, EV.

**Atenção à possível efeito colateral de reação extrapiramidal. Infundir lento pode reduzir risco de efeito.*

OU

Ondansetrona 8mg/4ml - 1 amp + 10ml de AD, EV.

Opções VO:

1. Ondansetrona (vonau) 4mg - Tomar 1 comp, via sublingual, de 8/8h, se vômitos

OU

Bromoprida 10mg - Tomar 1 comp, VO, de 8/8h, se náusea ou vômitos.

OU

Bromoprida 4mg/ml - Tomar 40 gotas, VO, de 8/8h se náusea ou vômitos.

OU

Metoclopramida 10mg - Tomar 1 comp, VO, de 8/8h se náusea ou vômitos.

OU

Metoclopramida 4mg/ml - Tomar 40 gotas, VO, de 8/8h se náusea ou vômitos.

[**VOLTAR PARA O SUMÁRIO**](#)

EPISTAXE

- Compressão digital da narina **OU** uso de pequeno tampão de gaze.
 - Pode ser utilizado um dedo de luva preenchido por gaze, que deve ser lubrificado e introduzido na fossa nasal.
 - Colocar uma compressa no local embebida com vasoconstrictor (cloridrato de oximetazolina ou fenilefrina)
- Se sangramento posterior: tamponamento posterior usando sonda Foley, introduzindo pela narina até a faringe, insuflar o cuff com 10 ml de soro ou 20cc de ar e tracionar para obstruir as coanas.

Opção VO:

1. Ácido tranexâmico 500mg - 1 comp, 3x/dia (8/8h) VO por 7 dias.

**se sangramento muito intenso.*

Opções EV/IM:

1. Ácido tranexâmico 250mg/5ml - 1 ampola + 10ml de AD, EV.

OU

Ácido tranexâmico 250mg/5ml - 1 ampola + 100ml de SF 0,9%, EV.

OU

Vitamina K - 1 ampola, IM.

[**VOLTAR PARA O SUMÁRIO**](#)

CONJUNTIVITE

VIRAL

Causa mais comum.

Duas entidades clínicas:

- Febre faringoconjuntival: febre alta de início abrupto, faringite e linfonodomegalia periauricular.
- Ceratoconjuntivite epidêmica: Mais grave, secreção aquosa, hiperemia, inchaço da conjuntiva e linfadenopatia ipsilateral.

PRESCRIÇÃO VIRAL:

Orientações:

- Aplicar compressa de água gelada 4x/dia, por 15 min.
- Lavar os olhos com SF 0,9% sem conservante gelado.

Uso ocular

1. Hialuronato de sódio colírio - Aplicar 1 gota, 4-8x/dia, até melhora dos sintomas.

**lubrificante ocular*

2. Acetato de prednisolona 0,12% ou 0,1% colírio - Aplicar 1 gota 4x/dia até melhora do quadro.

**se pseudomembrana e infiltrado subepitelial - cuidado com o GLAUCOMA*

BACTERIANA

- Quadro de instalação agudo, associado a hiperemia, sensação de corpo estranho, secreção mucopurulenta leve a moderada, reação papilar, linfonodo pré-auricular ausente.

PRESCRIÇÃO BACTERIANA

Orientações:

- Aplicar compressa de água gelada 4x/dia, por 15 min.
- Lavar os olhos com SF 0,9% sem conservante gelado.

Uso tópico

1. Tobramicina 0,3% - Aplicar 1 gota no olho afetado, 4x/dia, por 7 dias.

OU

Ciprofloxacino 0,3% - Aplicar 1 gota no olho afetado, 4x/dia, por 7 dias.

ALÉRGICA

- Causada por alérgenos desencadeantes.
- Prurido, secreção aquosa, associado a espirros e coriza. Pode apresentar ainda edema palpebral, edema de conjuntiva e reação papilar leve.

PRESCRIÇÃO ALÉRGICA

Orientações:

- Aplicar compressa de água gelada 4x/dia, por 15 min.
- Lavar os olhos com SF 0,9% sem conservante gelado.

Uso oral

1. Loratadina 10mg - Tomar 1 comp, VO, 1x/dia, até 7 dias.

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)

ANAFILAXIA

Quadro clínico: Apresenta-se com manifestações isoladas ou em combinação com diversos sistemas, normalmente iniciando-se 15 minutos após a exposição.

Sintomas podem incluir:

- **Pele:** Eritema, prurido, urticária e angioedema;
- **Gastrointestinal:** Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal;
- **Cardiovascular:** Síncope, tontura, taquicardia, hipotensão e choque;
- **Vias aéreas:** Estridor, disfonia, rouquidão ou dificuldade de falar, dispneia, tosse, rinorreia, espirros, edema de glote e broncoespasmo;
- **Outros:** Convulsões e morte súbita.

Abordagem terapêutica: varia de acordo com o grau de gravidade.

💡 Em todos os casos, a administração de Epinefrina deve ser realizada imediatamente após o diagnóstico.

- Corticoterapia é útil para prevenir reação bifásica (exacerbação tardia), mas não atua nos sinais agudos e não deve ser priorizado no primeiro momento.

▶ **Indicação de IOT:** Estridor, parada respiratória, edema de língua e orofaringe ou alterações vocais.

Caracterização do episódio:

- **Leve:** Manifestações cutâneas isoladas: Rash difuso, urticária, angioedema (exceto de face, mucosa oral), prurido, ou associadas a sintomas respiratórios leves, tais como espirros e coriza.
- **Moderada:** Manifestação cutânea (rash, urticária, prurido) associada a sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômitos, diarreia) e/ou sintomas respiratórios não ameaçadores à vida (taquipneia, broncoespasmo leve, tosse, esforço respiratório leve) e/ou sintomas circulatórios não ameaçadores à vida (taquicardia, hipertensão).
- **Grave:** Presença de manifestação cutânea e/ou gastrointestinal associada a sinais respiratórios (estridor laríngeo, esforço respiratório moderado/grave, obstrução alta, dessaturação) ou cardiocirculatórios (taquicardia ou bradicardia com sinais de instabilidade, diminuição de perfusão periférica, arritmias) ameaçadores à vida.

PRESCRIÇÃO

▶ **Em caso de PCR, conduzir como o preconizado no ACLS.**

💡 Todo paciente deve **permanecer em observação hospitalar por até 24h**, após estabilização clínica, indicada continuidade de tratamento ambulatorial por 5 dias (corticoide e/ou anti-histamínicos).

LEVE:

1. Dieta suspensa.
2. Manter aporte de glicose venoso se paciente permanecer mais de 6 horas em jejum.
3. Prometazina 50 mg /2 ml - Fazer 1 amp , IM, agora, ou 6/6h (S/N).

OU

Loratadina 10 mg - Tomar 1 comp, VO, de 24/24 horas. Pode ser mantido até 5 dias pós alta.

4. Dexametasona 10 mg /2,5ml - Fazer 1 amp + 10 ml AD, EV, agora.

OU

Metilprednisolona 125 mg/2 mL - Fazer 1 amp + SF 0,9% 48 mL, divididos em até de 6/6 horas. Correr em 20 minutos.

OU

Hidrocortisona 100 mg/frasco - Fazer 2-3 frascos + SF 0,9% 10 mL. Administrar 200-300 mg EV de 6/6 horas

OU

Prednisona 20 mg - Fazer 1 mg/kg/dia, VO (dose máxima: 60 mg/dia), dividir dose diária até de 12/12 horas. Pode ser mantido por até 5 dias após alta.

5. Observação de no mínimo 6 horas.

▶ **Se angioedema de face ou mucosa oral/nasal, deve ser considerado moderado/grave.**

MODERADA:

1. Dieta suspensa.
2. Manter aporte de glicose venoso se paciente permanecer mais de 6 horas em jejum.
3. Adrenalina 1mg/mL - Aplicar 0,5 ml , IM, no musculo vasto lateral da coxa.
**Em crianças: 0,01mg/kg*
4. Prometazina 50 mg /2 ml - Fazer 1 amp , IM, agora, ou 6/6h (S/N).
5. Hidrocortisona 100 mg/frasco - Fazer 2-3 frascos + SF 0,9% 10 mL. Administrar 200-300 mg, EV, de 6/6 horas.

Se pacientes em condições de alta com remissão de sintomas nas primeiras 12 horas, manter medicação em uso domiciliar por 5 dias (anti-histamínico + corticoide oral).

GRAVE:

▶ Paciente deve ser tratado em sala de emergência ou UTI, com apoio da cirurgia geral ou médico experiente, acionar carrinho de parada e preparar material para manejo de vias aéreas e oxigenioterapia. **A terapia mais importante é a Adrenalina (Epinefrina)**

intramuscular precoce, esta deverá ser sua prioridade. Todas as outras medicações têm papel secundário e adjuvante.

1. Dieta suspensa.
2. Manter aporte de glicose venoso se paciente permanecer mais de 6 horas em jejum.
3. Adrenalina 1mg/mL - Aplicar 0,5 ml , IM, no musculo vasto lateral da coxa.
**Em crianças: 0,01mg/kg*
4. Prometazina 50 mg /2 ml - Fazer 1 amp , IM, agora, ou 6/6h (S/N).
5. Hidrocortisona 100 mg/frasco - Fazer 2-3 frascos + SF 0,9% 10 mL. Administrar 200-300 mg EV de 6/6 horas
6. Salbutamol 5 mg/mL- Fazer 10-20 gotas + SF 0,9% 3 mL, em nebulização. Pode ser repetido a cada 15-20 minutos (até 3x na primeira hora).
**Se broncoespasmo refratário ao uso de Adrenalina. Não reduzem o edema de mucosas, mas podem ser utilizados como adjuvantes na presença de broncoespasmos.*

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)

HIPOCALCEMIA

Níveis de cálcio no sangue abaixo de 8,5 mg/dL (na faixa normal de 8,5-10 mg/dL) **OU** cálcio iônico abaixo de 4,65 mg/dL ou 1,16 mmol/L (com valores normais situando-se entre 4,65-5,25 mg/dL ou 1,16-1,31 mmol/L).

Quadro clínico: depende da gravidade e velocidade da instalação.

- Leve: pouco ou nenhum sintoma.
- Graves:
 - Parestesias (mais precoce).
 - Sinal de Trousseau e/ou Chvostek.
 - Convulsões.
 - Arritmias.
 - Papiledema.
 - Manifestações psiquiátricas.
 - Hipotensão.

Exames complementares: PTH, Fósforo, Magnésio, 25-OH-vitamina D, Creatinina.

	Cálcio	PTH	Fósforo	Magnésio	25-OH-Vit.D	Cr
HipoPara	↓	↓	↑	Normal	Normal	Normal
HipoMg	↓	↓/ Normal	Normal	↓	Normal	Normal
Resist. PTH	↓	↑	↑	Normal	Normal	Normal
Def. VitD	↓	↑	↓/Normal	Normal	↓	Normal
DRC	↓	↑	↑	Normal / ↑	Normal/↓	↑

PRESCRIÇÃO:

Leve:

1. Dieta oral, conforme quadro clínico e aceitação do paciente.
2. SF 0,9% - 500-1.000 mL EV em 24 horas caso haja necessidade de hidratação.
3. Carbonato de cálcio 500 mg - Tomar 1comp, VO, de 8/8 horas, separado das refeições;
OU

Gluconato de cálcio 10% 10 mL + 50 mL de SG 5% ou SF 0,9% EV em BI, correr em 30 minutos.

**somente em sintomas leves que não melhoram com VO*

Grave:

**(sintomas/ sinais graves: Espasmo do carpo, tetania, convulsões, função cardíaca diminuída ou intervalo QT prolongado)*

Corrigir o cálcio pela albuminemia: Acrescentar 0,8 mg/dL de Cálcio para cada grama de Albumina abaixo de 4 g/dL.

1. Dieta oral, conforme quadro clínico e aceitação do paciente.

2. SF 0,9% - 500-1.000 mL EV em 24 horas caso haja necessidade de hidratação.

3. Gluconato (Gliconato) de cálcio 10%

Ataque: 20 mL + SG 5% (ou SF 0,9%) 50 mL EV em BI, correr em 20 minutos

Manutenção: 110 mL + SG 5% ou SF 0,9% 890 mL EV em BI.

**Correr a 50 mL/hora por 24 horas, e depois ajustar conforme dosagem de cálcio sérico.*

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)

CEFALEIA + TONTURA

CEFALEIAS

Red flags

- **Alguma comorbidade relacionada a cefaleia:** HIV, câncer...
- **Características da dor:**
 - É a primeira, início súbito ou a pior cefaleia da vida? (HSA/dissecação arterial)
 - Mudança de padrão da cefaleia ou cefaleia progressiva ou cefaleia refratária? (lesão expansiva/arterite temporal)
 - Cefaleia que iniciou após os 50 anos.

Exame físico:

- Sinais meníngeos.
- Vômitos persistentes.
- Sinais neurológicos focais, edema de papila, convulsão.
- Rigidez de nuca.

PRESCRIÇÃO Hospital

- **Cefaleia tensional:**

1. Dipirona 500mg/ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

E/OU

Diclofenaco 25mg/mL - 1 amp Im

+ **se associada a náuseas/vômitos*

2. Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + AD, EV

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV

- **Crise de enxaqueca:**

1. Dieta oral zero.

2. Dipirona 500mg/ml 1 amp + 10ml de AD, EV

**se refratário:* Tramadol 100mg/mL - 1 amp + 100ml de SF 0,9%, EV lento

E/OU

3. Dexametasona 10mg/2,5ml - 1 amp + AD, EV

OU

Cetoprofeno 100mg/2mL - 1 amp + 100ml de SF 0,9%, EV, lento

+

4. Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + AD, EV

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV

- **Estado migranoso (>72h com dor):**

1. Dieta oral zero.

2. Dexametasona 10mg/2,5ml - 1 amp + AD, EV, lento

3. Clorpromazina 5mg/5ml - 1 amp, IM (0,1-0,25mg/kg)

E/OU

4. Dipirona 500mg/ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

SE NÁUSEA/VÔMITO

5. Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + AD, EV

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV

- **Cefaleia em salvas:**

1. Oxigênio a 100% em máscara, com fluxo de 10-12L/minuto, por 20 minutos.

2. Dipirona 500mg/ml 1 amp + 10ml de AD, EV

+ **se associada a náuseas/vômitos*

3. Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + AD, EV

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV

PRESCRIÇÃO P/casa

1. Cefaliv (Diidroergotamina + Dipirona + Cafeína)

Tomar 1 comp, se crise de enxaqueca. Repetir mais 1 comp se não melhorar. Máx: 6cp/dia.

OU

Cefallium (Diidroergotamina + Paracetamol + Cafeína + Plasil)

Tomar 1 comp, se crise de enxaqueca. Repetir mais 1 comp se não melhorar. Máx: 6cp/dia.

2. Naratriptana 2,5mg

Tomar 1 comp, VO, se crise dor.

**Se, após uma resposta inicial, os sintomas da enxaqueca recidivarem, é possível administrar uma segunda dose, desde que respeitado um intervalo mínimo de 4 horas entre as administrações*

OU

Sumatriptana 50mg

Tomar 1 comp, se crise, máx 4cp/dia.

**Caso o paciente não responda à primeira dose, não se deve considerar uma segunda dose para tratar a mesma crise*

**Se o paciente responder à primeira dose, mas os sintomas retornarem, uma segunda dose pode ser administrada, desde que haja um intervalo mínimo de 2 horas entre elas*

TONTURA/VERTIGEM

Enquadrar o sintoma do paciente em umas das categorias:

- **Vertigem:** Sensação ilusória de movimento, pode ser rotatória ou oscilatória.
- **Tontura inespecífica:** O paciente em geral não consegue descrever seus sintomas de forma tão específica.
 - A maioria apresenta causa psicogênica: depressão, TAG ou síndrome do pânico.
- **Desequilíbrio:** Sensação de perda de equilíbrio durante estática ou marcha.
 - Exemplos de patologias associadas: neuropatias periféricas, alterações musculoesqueléticas, distúrbios vestibulares e cerebelares e espondilose cervical.
- **Pré-síncope:** Sintoma que antecede desmaio, “quase desmaio”, costuma ocorrer de segundos a minutos.
 - Questionar todos os pacientes sobre história de doenças cardiovasculares, arritmias e sintomas específicos (palpitações, desconforto torácico e dispneia).

Avaliação:

- **Vertigem grave prolongada aguda:** duração de horas a dias.
**presentes em casos como neurite vestibular; AVC isquêmico.*
- **Ataques recorrentes espontâneos:** Duração em torno de horas.
**presentes em casos como doença de Ménière; migrânea vestibular.*
- **Ataques recorrentes desencadeados pela posição da cabeça:** Duração em torno de segundos.
**presentes em casos como Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB)*
- **Tontura crônica persistente:** Duração prolongada.
**presentes em casos como Ataxia cerebelar; Tontura perceptual postural persistente (vertigem fóbica; psicogênica).*

! Todos os tipos de vertigem geralmente apresentam piora com o movimento cefálico. Se essa ação não agrava o sintoma, provavelmente se está diante de outro tipo de tontura.

! saber diferenciar vertigem comum de uma vertigem central!

- **Sinais de alarme:**

- Hipotensão;
- Arritmia;
- Anemia grave;
- Hipoglicemia grave;
- Episódio único prolongado;
- Déficits neurológicos focais associados.

PRESCRIÇÃO:

- **Ambulatorias** (*crise leve*):

**indicados para aliviar episódios agudos com duração de algumas horas ou dias, pois são ineficazes em episódios mais curtos.*

1. Dimenidrinato + Piridoxina 50 mg

Tomar 1 comp, VO de 6/6 horas por 3 a 5 dias

OU

2. Meclozina 50 mg

Tomar 1 comp, VO de 12/12 horas por 3 a 5 dias

OU

3. Cinarizina 25 mg

Tomar 1 comp, VO de 8/8 horas por 3 a 5 dias

OU

4. Flunarizina 10 mg

Tomar 1 comp, VO de 24/24 horas por 3 a 5 dias

- **Hospitalar** (*crise aguda*):

1. Dieta zero.

2. SF 0,9% 20-30 mL/kg/dia EV

**se vômitos associados e persistentes.*

3. Dimenidrinato + Piridoxina 50 mg

Tomar 1 comp, VO de 6/6 horas por 3 a 5 dias

OU

Meclozina 50 mg

Tomar 1 comp, VO de 12/12 horas por 3 a 5 dias

OU

Cinarizina 25 mg

Tomar 1 comp, VO de 8/8 horas por 3 a 5 dias

OU

Flunarizina 10 mg

Tomar 1 comp, VO de 24/24 horas por 3 a 5 dias

+ **se associada a náuseas/vômitos*

4. Metoclopramida 5mg/ml - 1 amp + AD, EV

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)

CRISE CONVULSIVA

Geralmente, o paciente chega ao serviço de emergência já no período pós-ictal (pós crise), apresentando apenas sonolência ou confusão mental. **Crises costumam resolver espontaneamente em 2-3 minutos.**

- Paciente já apresenta algum diagnóstico prévio ou atual?
- Episódios prévios?
**má adesão terapêutica é uma importante causa*
- Avaliar história de ingestão de medicamentos.
- Avaliar história de trauma.
- Crises generalizadas: associadas à alteração imediata da consciência.
- Crises focais: podem ou não ter consciência comprometida.
- Período pós-ictal: geralmente se apresenta com confusão mental e sonolência.

Exames:

- Depende do cenário e suspeita clínica em que o paciente foi admitido.
- **Paciente epilético (já diagnosticado e sem sinais de alarme) que não estava em uso de medicação:** não necessita > restituir medicação e fazer acompanhamento ambulatorial.
- Paciente com crises contínuas/repetidas ou história de doença neurológica: Solicitar exame.
- Primeira crise: Solicitar exame.
- Laboratório + Neuroimagem (TC/RNM) + ECG (em todo paciente com perda de consciência)

QUANDO INTERNAR? Depende da causa base.

- Causa benigna pode liberar para acompanhamento ambulatorial.
- **Internar:**
 - causas potencialmente graves (tumores cerebrais; AVC)
 - se o fator desencadeante não foi tratado (ex. distúrbio metabólico).
 - ainda em investigação diagnóstica e vigilância neurológica.
 - Estado pós-ictal prolongado

PRESCRIÇÃO

- Medicamentos em casos reservados, pois a maioria das crises é autolimitada.
- Não introduzir objetos na cavidade oral do paciente durante as crises.
- Proteger o paciente, principalmente a cabeça, para evitar traumas.

1. Dieta oral zero.

2. SF 0,9% 20-30 mL/kg/dia EV.

3. Diazepam 5mg/mL – 1 amp, EV, em bólus, lento **OU** Midazolam (5mg/mL) - fazer 0,5-1ml (10mg) EV ou IM

SE PERSISTÊNCIA (5min) pode repetir mais uma dose de Diazepam

SE PERSISTÊNCIA (10-15min) 🖱️ estado de mal epilético > **"hidantalizar"** ⬇️

4. Fenitoína (50mg/mL) – 5 amp (25ml) + SF 0,9% 250ml, EV, lento, fazer de 15-20mg/kg (concentração final = 5mg/ml)

**esse é o famoso "hidantalizar"*

**monitorização cardíaca contínua durante a infusão*

**não fazer em SG*

Exemplo (paciente 60 kg):

*Administrar 900–1.200 mg EV (180–240 mL da solução preparada), em 20–30 minutos, sob monitorização cardíaca contínua (*pode causar hipotensão ou arritmias)*

VOLTAR PARA O SUMÁRIO

ARRITIMIAS

TAQUIARRITMIAS

PACIENTE INSTÁVEL

- **Conduta** = Cardioversão elétrica.
**sempre analisar se a instabilidade está realmente sendo causada pela arritmia antes de revertê-la ou se a instabilidade tem outras causas.*
- **Sinais de instabilidade:**
 - Dispneia.
 - Dor torácica.
 - Hipotensão.
 - Rebaixamento nível de consciência.

Sedação pré-cardioversão:

**pode ser bastante dolorosa e incômoda.*

**preferência por Etomidato!*

1. Midazolam (5mg/mL) - 1 amp + 10ml de AD (concentração final = 0,5mg/ml), fazer 0,05-0,1mg/kg EV lento

**Exemplo (paciente 60 kg):*

$0,05 \text{ mg/kg} \times 60 \text{ kg} = 3 \text{ mg}$ (dose máxima é o dobro)

Com concentração de 0,5 mg/mL: $3 \text{ mg} = 6 \text{ mL EV lento}$

OU

Etomidato (2mg/ml)

fazer 0,15mg/kg EV lento

**Exemplo (paciente 60 kg):*

$0,15 \text{ mg/kg} \times 60 \text{ kg} = 9 \text{ mg}$

$9 \text{ mg} \div 2 \text{ mg/mL} = 4,5 \text{ mL EV lento}$

2. Morfina 10mg/ml - 1 amp + 10ml de AD (concentração final = 1mg/ml)

fazer 0,05-0,1mg/kg EV lento

**Exemplo (paciente 60 kg):*

$0,1 \text{ mg/kg} \times 60 \text{ kg} = \mathbf{6 \text{ mg}}$

fazer 6 mL EV lento (1mg/ml)

Sequência:

Ligar o aparelho.

Modo pás.

Ajustar carga (120 a 200J bifásico).

Ativar sincronizar (SINC).

Gel nas pás.

Apoiar as pás no tórax.

**"Pá esterno" à direita do paciente (de seu esterno) abaixo da clavícula; "pá ápice" próximo ao ictus cordis (linha axilar anterior esquerda)*

Afastar todos em contato com o paciente/maca e desligar fontes de oxigênio na hora do choque.

Aguardar aviso de carga completa e pressionar os botões de disparo ao mesmo tempo.

Em caso de insucesso, aumentar a energia do choque.

PACIENTE ESTÁVEL

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

ECG = taquicardia com QRS estreito e regular.

Sequência:

Manobra valsalva (padrão e modificada) e/ou massagem do seio carotídeo (um lado por vez)

**contraindicação massagem do seio carotídeo: História de AVC/AIT nos últimos 3 meses, sopro carotídeo conhecido, doença carotídea documentada.*

**padrão: paciente assopra uima seringa de 10-20ml, por 15-20 segundos em posição sentada ou semi-reclinada.*

**modificada: paciente colocado rapidamente em decúbito dorsal, em seguida, o médico eleva os membros inferiores por 15 segundos, retornando após à posição sentada.*

SE NÃO REVERTER ↓

Adenosina 6mg/2ml – fazer 2ml + flush de 20ml de SF
se não houver reversão em 1-2min, fazer 2ª dose de 12mg (4ml).

**fazer direto e rápido, seguido de flush de SF 0,9% 20ml.*

**dose máxima = 18mg*

**pode causar pausa transitória, rubor facial e sensação de morte iminente (avisar o paciente).*

FLUTTER ATRIAL

ECG = taquicardia com QRS estreito e regular com ondas em "dente de serra".

Definir se é:

- Crônico: >48 horas.
- Agudo: <48 horas.
- Em caso de dúvida, considerar como crônico!

! Não realizar cardioversão química/elétrica em pacientes com flutter crônico antes excluir presença de trombo no átrio.

**preferência por cardioversão elétrica*

Anticoagulação pré-cardioversão

1. Heparina não fracionada (HNF) 25.000UI/5 mL - 5 mL + SF 0,9% 245 mL.

EV em infusão contínua de 6/6h (*ajustada pelo TTPa alvo 1,5-2,5x controle*)

**Se ampola de 5.000UI/0,25ml, então seriam 5 ampolas + SF0,9% 245ml (para equivaler às 25.000UI citada acima).*

**preferir em ClCr <30 mL/min.*

OU

Enoxaparina (HBPM) 10 mg/0,1 mL - 1 mg/kg SC de 12/12 horas.

**pacientes obesos, gestantes e com IRC, a terapêutica deve ser guiada pela dosagem do fator Xa)*

Exemplo (Paciente 60kg) - fazer 0,6ml de 12/12h via SC.

Sedação pré-cardioversão

**preferência por Etomidato!*

2. Etomidato (2mg/ml) - fazer 0,15mg/kg EV lento

**Exemplo (paciente 60 kg):*

0,15 mg/kg × 60 kg = 9 mg

9 mg ÷ 2 mg/mL = 4,5 mL EV lento

OU

Midazolam (5mg/mL) - 1 amp + 10ml de AD (*concentração final = 0,5mg/ml*)

fazer 0,05-0,1mg/kg EV lento

**Exemplo (paciente 60 kg):*

0,05 mg/kg × 60 kg = 3 mg (dose máxima é o dobro)

Com concentração de 0,5 mg/mL: 3 mg = 6 mL EV lento

Analgesia

3. Fentanila (50mcg/mL) - Fazer 1ml, EV, em bólus

Cardioversão elétrica

**maior taxa de sucesso e menos efeitos colaterais*

👉 Ligar sincronizador.

👉 Iniciar com 200J no monofásico e 50-75J no bifásico

! pacientes que não foram cardiovertidos, seguir com o controle de FC

Metoprolol (1mg/mL) - Fazer meia ou 1amp (2,5-5mg), em 2min, EV

repetir dose até controle de frequência

**dose máxima = 20mg ou 4 amp.*

Manutenção ritmo sinusal pós-cardioversão

4. Amiodarona 200mg - Tomar 1 comp, de 12/12h.

**individualizado, considerar principalmente se recorrência, cardiopatia estrutural ou orientação da cardiologia.*

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA

ECG = QRS iguais.

Cardioversão química

1. Amiodarona (50mg/mL) - 5-7mg/kg + 100ml de SG 5% EV em 30-60min.

SE FALHA COM PRIMEIRO ANTIARRÍTMICO ↓

Lidocaína 2% (20mg/mL) - 1,5mg/kg EV em bólus lento.

**se falhar, repetir metade da dose a cada 5-10min.*

Se falha da cardioversão química ➡ Cardioversão elétrica

120-200J com desfibrilador bifásico e 360J em monofásico.

TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA

Desfibrilar em carga máxima.

TORSADES DE POINTES

1. Sulfato de magnésio 10% (10mL/ampola = 1g) - diluir 2amp + 50-100ml de SG 5% administrar EV em 10-15min, se necessário, repetir até dose total máxima de 4g.

Manutenção:

Sulfato de magnésio 10% (10mL/ampola = 1g) - 1-2 amp + 100-250ml de SF 0,9%.

Dose: 0,5-1g/hora (8-16mg/min), por 24 horas.

BRADIARRITMIAS

PACIENTE INSTÁVEL

Situações de instabilidade:

- Hipotensão ou choque.
- Dispneia ou insuficiência respiratória.
- Dor precordial.
- Rebaixamento de nível de consciência.

! Abordar causas reversíveis.

- Hipovolemia;
- Hipoxemia;

- Hipotermia;
- H⁺ (acidose);
- Hipo/hipercalcemia;
- Tensão torácica (pneumotórax);
- Trombose coronariana (IAM);
- Tóxicos (intoxicações exógenas);
- Tamponamento cardíaco;
- Tromboembolismo pulmonar.

Tratamento imediato da arritmia, enquanto se pesquisam causas secundárias:

1. Atropina (0,25mg/mL) - 4 amp (1mg) EV em bólus rápido (máx de 3 mg)
repetir a cada 3-5 minutos.

**BAVs avançados não costumam responder bem à Atropina.*

SE REFRATARIEDADE ↓

Dopamina (5mg/mL) - 5amp (50ml = 250mg) + 200ml de SG 5% EV (*concentração final = 1000mcg/mL*)

Fazer 5-20 mcg/kg/minuto em bomba infusora.

**uso exclusivo em BIC*

Exemplo (paciente 60 kg):

$$5 \times 60 = 300 \text{ mcg/min}$$

$$300 \text{ mcg/min} \div 1000 \text{ mcg/mL} = 0,3 \text{ mL/min}$$

$$0,3 \times 60 = 18 \text{ mL/h} \quad (0,3 \times 60 = 18 \text{ mL/h})$$

OU

Epinefrina/Adrenalina (1mg/mL) - 2 opções:

20 mL + SG 5% 80 mL EV (concentração: 200 microgramas/mL);

1 mL + 250 mL de SG 5% ou SF 0,9% (concentração: 4 microgramas/mL)

PODE-SE INSTALAR LOGO APÓS ↓

2. Marca-passo transvenoso ou transcutâneo

**Pode-se iniciar marca-passo transcutâneo imediatamente, sem aguardar resposta às aminas, se instabilidade grave.*

PACIENTE ESTÁVEL

Não há necessidade de intervenção imediata para elevar FC.

Conduta preconizada:

- Análise do ECG.
- Determinar se bradicardia benigna ou maligna.
 - Benigna: Observar e solicitar avaliação do cardiologista.
 - Maligna: BAV 2º tipo II/3º, FA/Flutter com FC <40bpm ➡ Considerar internação e passagem de marca-passo provisório.

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)

HERPES ZOSTER

✓ Doença na pele causada pela reativação do vírus varicela-zóster.

Quadro clínico:

- Pode ser precedida por dor, queimação ou prurido no local, 1 a 5 dias antes da lesão surgir.
- Lesões com múltiplas vesículas, com base eritematosa, seguindo o trajeto de um dermatomo (caminho de um nervo específico).
 - Unilateral, não ultrapassando a linha média do corpo.
- Após cicatrização se apresentam com crostas, sem vesículas ou bolhas.
- Costuma durar de 2 a 4 semanas.
- A dor pode persistir mesmo após resolução do quadro (neuralgia pós-herpética).

Internação: Casos disseminados em indivíduos imunodeprimidos, na presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos associados.

- Pacientes sem complicações ou comorbidades graves podem ser acompanhadas ambulatorialmente.
 - Dependendo das complicações, encaminhar para especialista (oftalmo, otorrino, neuro...).

Tratamento:

- Iniciar de preferência antes de 72h de início.
- Iniciar após 72h se:
 - Surgimento de novas vesículas.
 - Complicações cutâneas, motoras, neurológicas ou oculares.
 - Imunossuprimidos.
- Limpar lesões corretamente, para evitar infecção bacteriana secundária.

PRESCRIÇÃO

1. Aciclovir 400mg - Tomar 2 comp (800mg), VO, 5x/dia (às 6,10, 14, 18 e 22h), por 7-10 dias.

OU

Valaciclovir 500mg - Tomar 2 comp (1g), VO, de 8/8h, por 7 dias.

**ajustar dose dos antivirais em insuficiência renal:*

ClCr 30-49 mL/min → 800 mg VO a cada 8h.

ClCr 10-29 mL/min → 800 mg VO a cada 12h.

ClCr < 10 mL/min → 800 mg VO 1x/dia.

2. Prednisolona 5; 10 ou 20mg - Tomar 1 comp, VO, 1x/dia, por 5 dias.

OU

Prednisona 5 ou 20mg - Tomar 1 comp, VO, 1x/dia, por 5 dias.

**Pode ser considerado em idosos ou dor intensa, sempre associado a antiviral, em pacientes imunocompetentes, sem contraindicações.*

3. Diclofenaco 50mg - Tomar 1 comp, VO, de 12/12h, por 5 dias, se dor aguda.

OU

Ibuprofeno 400mg - Tomar 1 comp, VO, de 8/8h, por 5 dias, se dor aguda.

OU

Paracetamol + codeína 500/7,5mg - Tomar 1 comp, VO, de 4/4h, se dor intensa.

OU

Tramadol 50mg - Tomar 1 comp, VO, de 8/8h, se dor intensa.

**vai de acordo com a dor do paciente e se ele apresenta refratariedade, então, vai escolhendo de cima para baixo.*

ERISIPELA

Quadro clínico:

- Geralmente precedido de febre, calafrios, mialgia, cefaleia.
- Após, surge placa bem delimitada com eritema e bolhas superficiais, associadas a dor, eritem, edema, queimação e prurido.

Erisipela **Celulite** ➡ Na celulite, o acometimento é mais profundo, acometendo tecido subcutâneo, além de ser mal delimitada e com menor elevação da pele.

Quando internar? Quadros moderados a graves.

- Acometimento facial.
- Crianças ou idosos.
- Imunocomprometidos.
- Transtornos que limitem tratamento ambulatorial.

PRESCRIÇÃO

Ambulatório

1. Amoxicilina + clavulanato 875/125mg - Tomar 1 comp, VO, de 12/12h, por 7-14 dias.

OU

Cefalexina 500mg - Tomar 1 comp, VO, de 6/6h, por 5-14 dias.

OU

Clindamicina 300mg - Tomar 1 comp, VO, de 6/6h, por 5-14 dias.

OU

Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160mg - Tomar 1 comp, VO, de 12/12h, por 5-14 dias.

**sendo esse último com muita resistência na população.*

2. Neomicina + bacitracina pomada 20g/frasco - Aplicar na lesão 1-3x/dia.

**se presença de bolhas abertas*

3. Dipirona 500mg/mL - Tomar 1 gota/kg/dose ou 40 gotas (>12 anos), VO, 6/6h, se dor.

OU

Paracetamol gotas 200mg/mL - Tomar 1 gota/kg/dose ou 40 gotas (>12 anos), VO, 6/6h, se dor.

**máx 35 gotas <12 anos e máx 50 gotas >12 anos.*

3. Bromoprida gotas 4mg/mL - Tomar 1 gota/kg/dose, VO, de 8/8h.

**dose máx de 50 gotas.*

Hospitalar

1. Dieta oral livre conforme aceitação.

2. Hidratação venosa dependendo da necessidade do paciente.

3. Ceftriaxona (1g) - 1 frascos (1g) + 10mL de AD, EV, 12/12h, por 7-14 dias.

OU

Clindamicina 150mg/mL - Fazer 4 mL (600mg) + 100mL de SF 0,9%, EV, de 8/8h, por 7-14 dias.

**após melhora com atb EV, você pode escolher um VO (ambulatorial) para dar seguimento.*

4. Dipirona 500mg/ml - 1 amp + 10ml de AD, EV.

OU

Paracetamol gotas (200g/mL) - 40 gotas, VO, de 6/ 6h.

5. Metoclopramida 5mg/ml - 1amp + AD, EV, se náusea ou vômito.

OU

Bromoprida 10mg/2ml - 1 amp + 10ml de AD, EV, se náusea ou vômito.

OU

Ondasetrona 4mg/mL - 1 amp + 10ml de AD, EV, se náusea ou vômito.

ESCABIOSE

Quadro clínico:

- Prurido, que piora à noite e após banhos quentes.
 - Prurido pode persistir por 2-4 semanas 🟡 não significa falha terapêutica.
- As lesões são pápulas eritematosas com crostículas e escoriações.

PRESCRIÇÃO

1. Ivermectina 6mg - Tomar 200mcg/kg (2 comp), VO, em dose única. Repetir dose após 7 dias.

**para os contactantes: 2 comp, VO, em dose única.*

**paciente 60kg = 2comp; paciente 80kg = 3 comp. Dose máxima = 5 comp.*

2. Permetrina 5% loção ou creme - Aplicar por todo o corpo por 1-3 noites seguidas, lavar o corpo na manhã seguinte. Repetir após 7 dias.

3. Loratadina 10mg - Tomar 1 comp, VO, 1x/dia, por até 7 dias, se prurido.

OU

Hidroxizina 25mg - Tomar 1 comp, VO, 8/8h, por até 7 dias, se prurido.

OU

Desloratadina 5mg - Tomar 1 comp, VO, 1x/dia, por até 7 dias, se prurido.

**Prurido pode persistir por até 4 semanas após tratamento eficaz.*

Orientações gerais:

- Trocar roupa de cama, de banho e do corpo que foi usada no dia do tratamento e anteriormente.
- Tratar os contactantes domiciliaries, mesmo sem sintomas.

[VOLTAR PARA O SUMÁRIO](#)