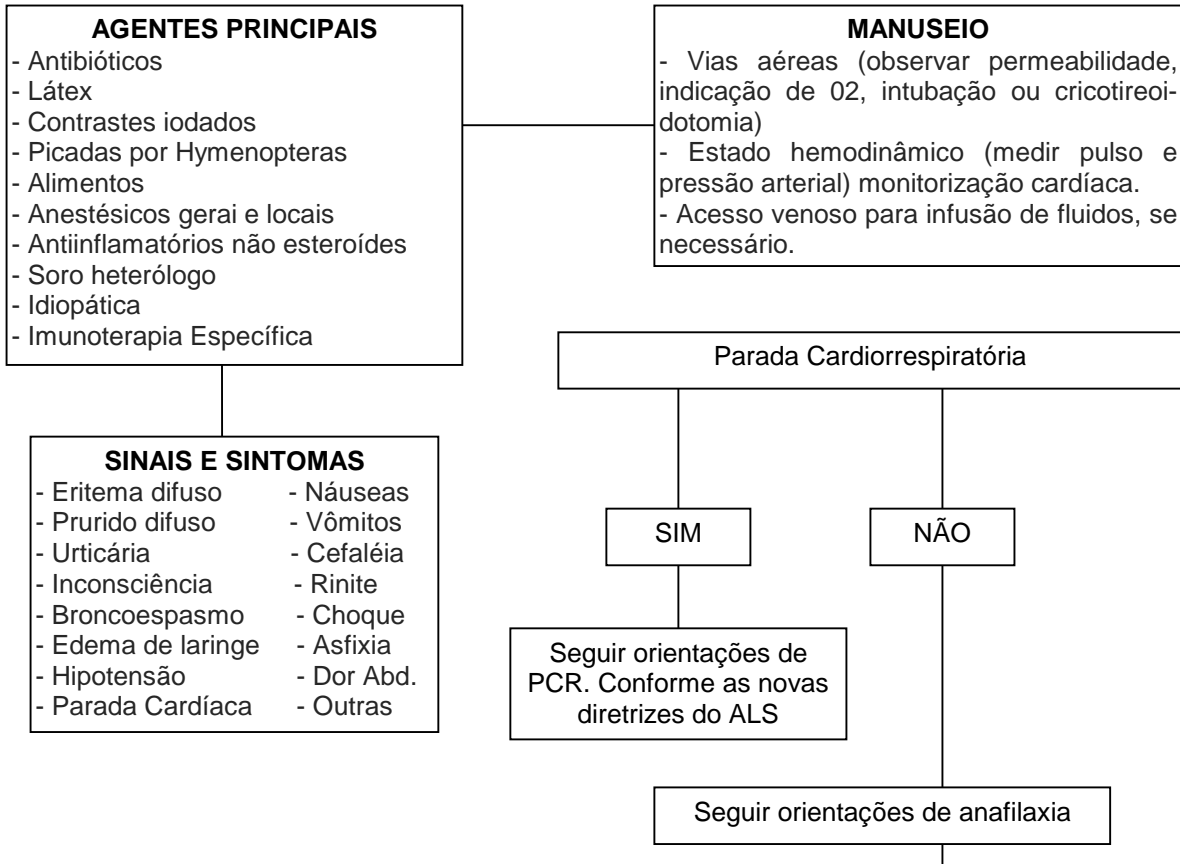


## ANAFILAXIA



- **Adrenalina** ( preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa ( 1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.01 ml/kg ( 10µg/kg ) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.

- **Anti-histamínicos:** manifestações clínicas de menor gravidade, como urticária e angioedema.

Preferência aos de primeira geração:

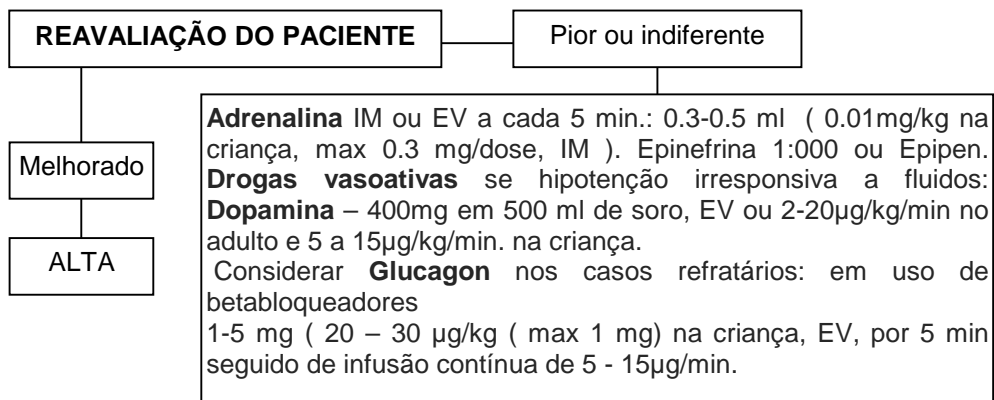
- **Dexclorfeniramina** na dose de 0.08mg/kg

- **Prometazina** na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.

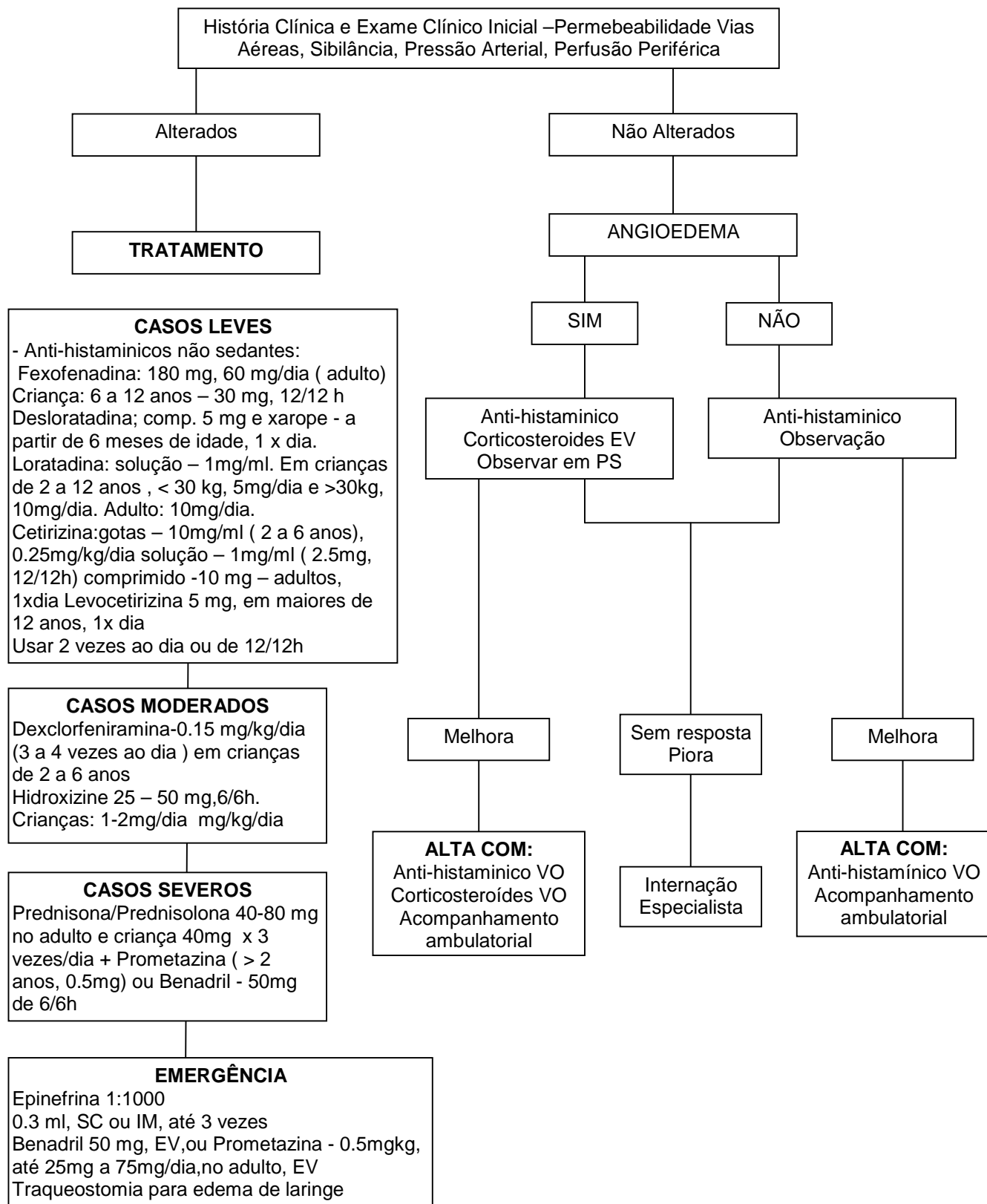
- **Corticosteroídes:** usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.

**Hidrocortisona:** na dose de 5 -10 mg/kg ou a **Metiprednisolona** na dose de 1 – 2 mg/kg.

- **Broncodilatadores e oxigenoterapia** (se necessário)



## URTICÁRIA E ANGIOEDEMA



**ASMA****CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:**

<b>ACHADO *</b>	<b>LEVE/MODERADA</b>	<b>GRAVE</b>	<b>MUITO GRAVE</b>
<b>Pico de fluxo</b> (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
<b>Gerais</b>	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
<b>Dispnéia</b>	Ausente/leve	Moderada	Grave
<b>Fala</b>	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar
<b>Estado mental</b>	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
<b>Musculatura acessória</b>	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
<b>Sibilos</b>	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
<b>Frequência Respiratória</b> (irpm)**	Normal ou ↑	↑	↑
<b>Frequência Cardíaca</b> (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
<b>SaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
<b>PaO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
<b>PaCO<sub>2</sub></b> (ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

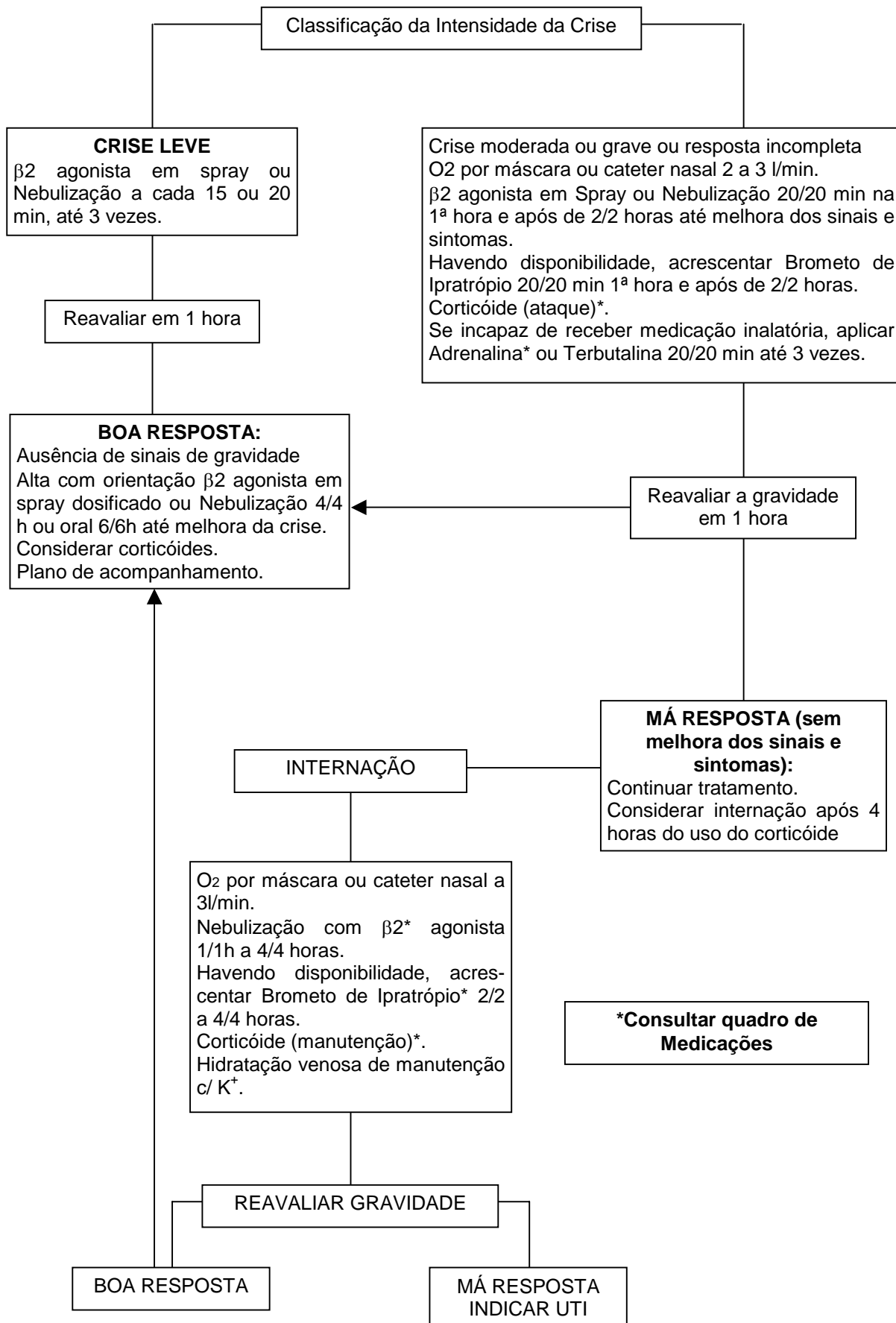
\*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.

\*\*FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;  
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm  
> 8 anos = adulto

**Exames complementares:**

1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO<sub>2</sub> ≤ 93%)
2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave);
3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos);
4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de β2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

## MANEJO DA CRISE DE ASMA



**INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA UTI:**

- PaCO<sub>2</sub> > 40 mmHg
- PO<sub>2</sub> < 60 mmHg
- Saturação O<sub>2</sub> < 90 mmHg em FiO<sub>2</sub> > 60 %
- Piora dos parâmetros clínicos: dificuldade em falar, uso intenso da musculatura acessória, exaustão, cianose e inconsciência
- Pico de fluxo < 30% do basal
- Acidose metabólica
- Pulso Paradoxal > 18 mmHg (adolescente) e > 10 mmHg (criança)
- Pneumotórax/ Pneumomediastino
- Alteração do ECG

**NA UTI:**

Terapias não convencionais: Magnésio EV, Mistura de gases oxigênio e hélio, Quetamina e Anestésicos por inalação



**Características de pacientes asmáticos de alto risco:**

Três ou mais visitas à emergência ou duas ou mais hospitalizações por asma nos últimos 12 meses;  
 Uso freqüente de corticosteróide sistêmico;  
 Crise grave prévia, necessitando de intubação;  
 Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado de broncodilatador/mês  
 Problemas psicossociais (ex: depressão);  
 Co-morbidades – doença cardiovascular ou psiquiátrica;  
 Asma lábil, com marcadas variações de função pulmonar (> 30% do PFE ou do VEF previstos);  
 Má percepção do grau de obstrução.

**Recomendações Importantes:**

Utilizar O<sub>2</sub> a 3 l/min sob cateter nasal, quando Sat. = 95%

Dar preferência ao uso do β<sub>2</sub> agonista por via inalatória. O efeito por nebulização a jato é o mesmo que obtido por aerossol dosimetrado com espaçador, mesmo em casos de crise muito grave e pode resultar em reversão mais rápida da obstrução.

Brometo de Ipratrópio associar na nebulização ao β<sub>2</sub> agonista, quando crise grave

Corticóide oral ou parenteral tem efeito equivalente, portanto dar preferência à via oral. Prescrever a via parenteral a pacientes incapazes de deglutir. Os corticóides sistêmicos devem ser utilizados precocemente na emergência.

Não sedar.

Aminofilina: Não tem indicação como tratamento inicial. Em pacientes muito graves, hospitalizados, poderá ser considerada como tratamento adjuvante.

Uso de corticóide em casa, por 5 a 10 dias, em pacientes com história de:

- Asma corticóide-dependente.
- Duração da crise > 6 horas.
- Crises severas anteriores.
- Insuficiência respiratória durante crise anterior ou nesta crise.
- Internações anteriores.
- Ausência de resposta à Adrenalina ou a nebulizações.

**MEDICAÇÕES DA ASMA:**

MEDICAMENTOS	CRIANÇAS	ADULTOS
<b>β<sub>2</sub>-agonista:</b> Spray Dosimetrado	200 a 300 µg/dose, limite de dose: FC>120 bpm, tremores e arritmias, a cada 20 minutos, até 1 hora + aerocâmara.	400 a 500g ,até 800 mg/dose até 15/15 minutos ou 1 jato/minuto + espaçador de grande
<b>Nebulizador de jato:</b> Adicionar soro fisiológico 3 a 5 ml e O <sub>2</sub> 6 l/min, com máscara bem adaptada à face	0,1 a 0,15 mg/Kg/dose mínimo: 5 gotas máximo:5 mg/dose (20 gotas)	2,5 mg a 5 mg (10 a 20 gotas/dose)
<b>Solução</b>	Contínua: 5 mg/Kg/h (máx.10 mg/h).	
<b>Comprimido</b>	0,6mg/ mg/kg/dia 6/6 h (1 ml/kg/dia) (máximo = 2mg = 5ml/dose)	1 cp (2mg) 6/6 horas
<b>Endovenoso</b>	Ataque:10 mcg/kg em 30 minutos Manutenção: 0,3mcg/Kg/min*	Ataque: 250 mcg em 10 minutos Manutenção: 3 a 20 mcg/min**
<b>Anti-colinérgico:</b> Brometo de Ipratrópio	250-500mcg/dose (20 a 40 gotas)	250 - 500 mcg/dose (20 a 40 gotas)

<b>Corticóides Sistêmicos</b> <b>Hidrocortisona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	20 mg/Kg/dose 20 mg/Kg/dia 6/6 h	200 mg /dose 200 mg 6/6 h
<b>Metilprednisolona EV</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/ Kg/dose 1 a 2 mg/ Kg/dia 6/6 h	40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg 6/6 h
<b>Prednisona ou Prednisolona</b> Dose de Ataque Dose de Manutenção	1 a 2 mg/Kg até 40 mg/dia 1 a 2 mg/ Kg/dia 1 a 2 x / dia	1 a 2 mg/ Kg até 40 a 60 mg/dose 40 a 60 mg/dia
<b>Aminofilina (amp. 24mg/ml)</b> Dose de Ataque  Dose de Manutenção	Infusão contínua: 1 a 6 meses= 0,5 mg/kg/h 6 m a 1 ano = 1 mg/kg/h 1 a 9 anos = 1,5 mg/kg/h  10 a 16 anos = 1,2 mg/kg/h	5-6mg, se não usou nas últimas 24h (50% desta nos demais).  Depuração: Normal – 0,6 mg/Kg/hora Aumentada- 0,9 mg/Kg/hora Reduzida- 0,3 mg/Kg/hora
<b>Adrenalina (1:1000) SC ou IM</b>	0,01 ml/kg/dose, de 20/20 min, até 3 doses (máx. 0,3 ml/dose)	

\*Aumentar 0,1 mcg/Kg a cada 30 min até melhora clínica ou queda da PaCO<sub>2</sub> ( dose máxima 8 mcg/Kg/min). Reduzir taxa de infusão se ocorrer queda da PaCO<sub>2</sub> > 10 mmHg, FC>200 bpm, arritmia cardíaca ou hipotensão. Iniciar desmame após 12 horas de uso de taxa de infusão considerada ótima, melhora clínica, PaCO<sub>2</sub> < 40 mmHg. Reintroduzir β<sub>2</sub> agonista sob nebulização.

\*\* Ajustar de acordo com a resposta e FC

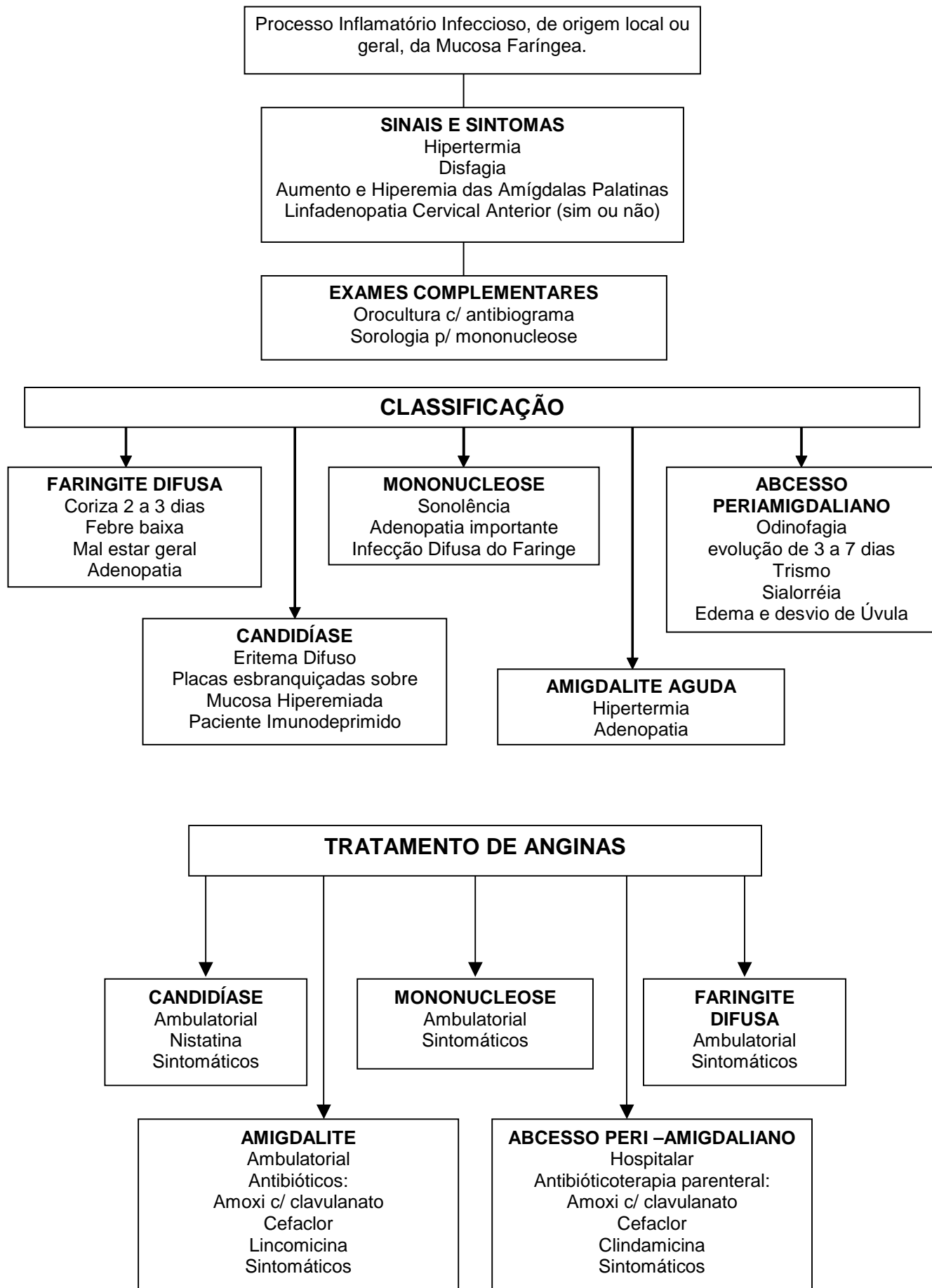
Solução 10 ampolas em 500 ml de S.F.- (10 mcg/ml) 1 ampola = 500mcg/ml

#### Erros e Deficiências mais comuns nas Emergências.:

- Uso de mucolíticos ou fluidificantes VO ou inalados.
- Uso de dexametasona via inalatória.
- Nebulização com álcool ou vodka ou água destilada.
- Tapotagem.
- Percepção inadequada da gravidade da crise por parte do paciente e/ou médico.
- História e exames físicos inadequados
- Hiperhidratação.
- Falta de reposição de potássio.
- Uso de aminofilina como tratamento central.
- Demora ou não indicação de corticosteróides.
- Antibióticos de rotina.
- Uso de sedativos.
- Falta de suplementação de oxigênio.
- Alta precoce do pronto-socorro ou hospital.
- Falta de intensificação no tratamento após a alta.
- Não informar ao paciente ou responsável sobre o diagnóstico adequado da Crise de Asma usando termos como Bronquite ou Chiado no peito;
- Falta de medidas funcionais para avaliação da gravidade e da resposta ao tratamento;
- Uso incorreto de medicações
- Entregar a receita sem o total entendimento do uso da medicação;
- Não fazer a Classificação da Gravidade da Asma e encaminhamento inadequado aos Centros de Referência do Programa de Asma

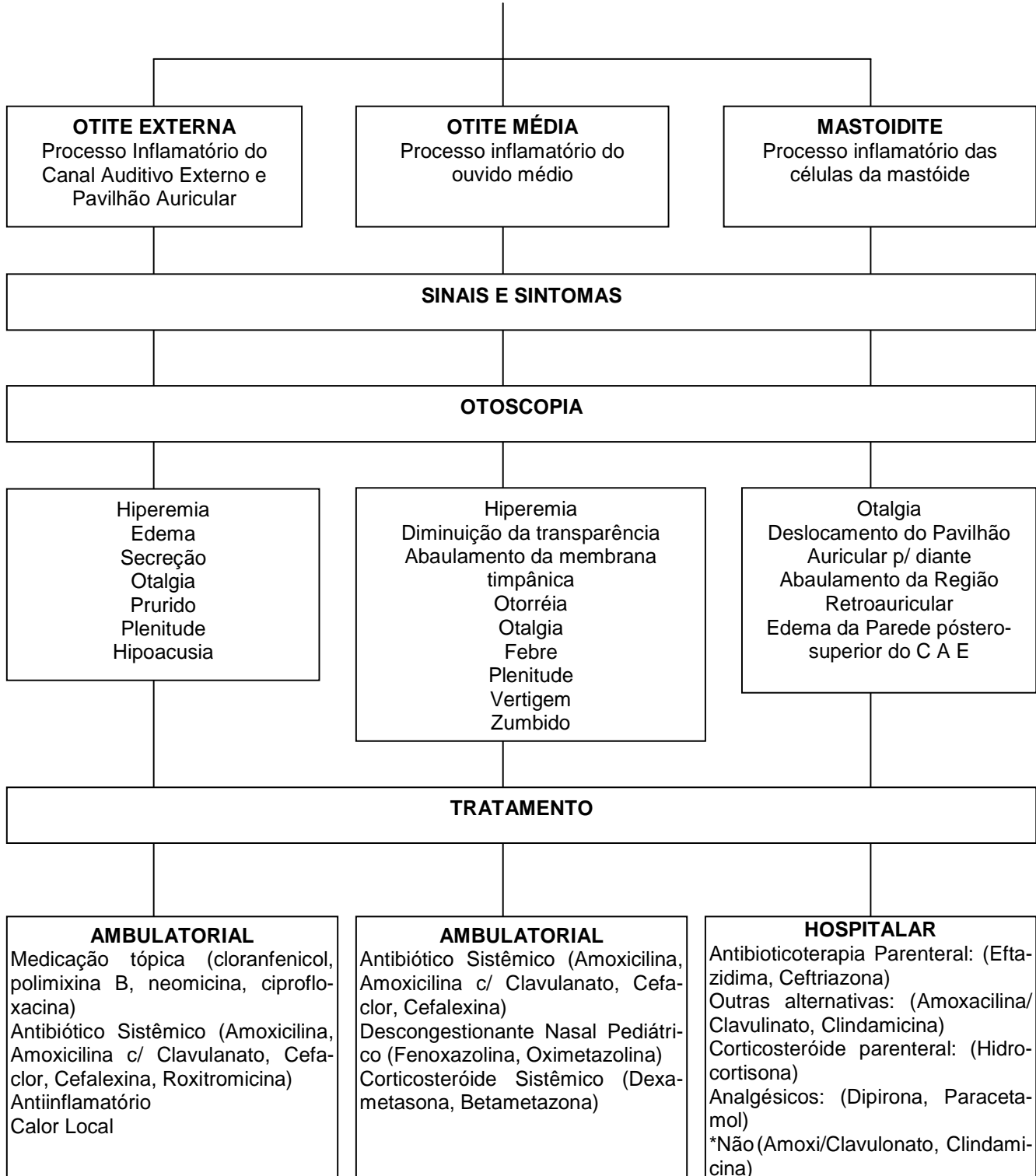
**“A crise de asma é como um incêndio: quanto mais cedo se apaga, menores as perdas e danos e menos água se gasta.”**

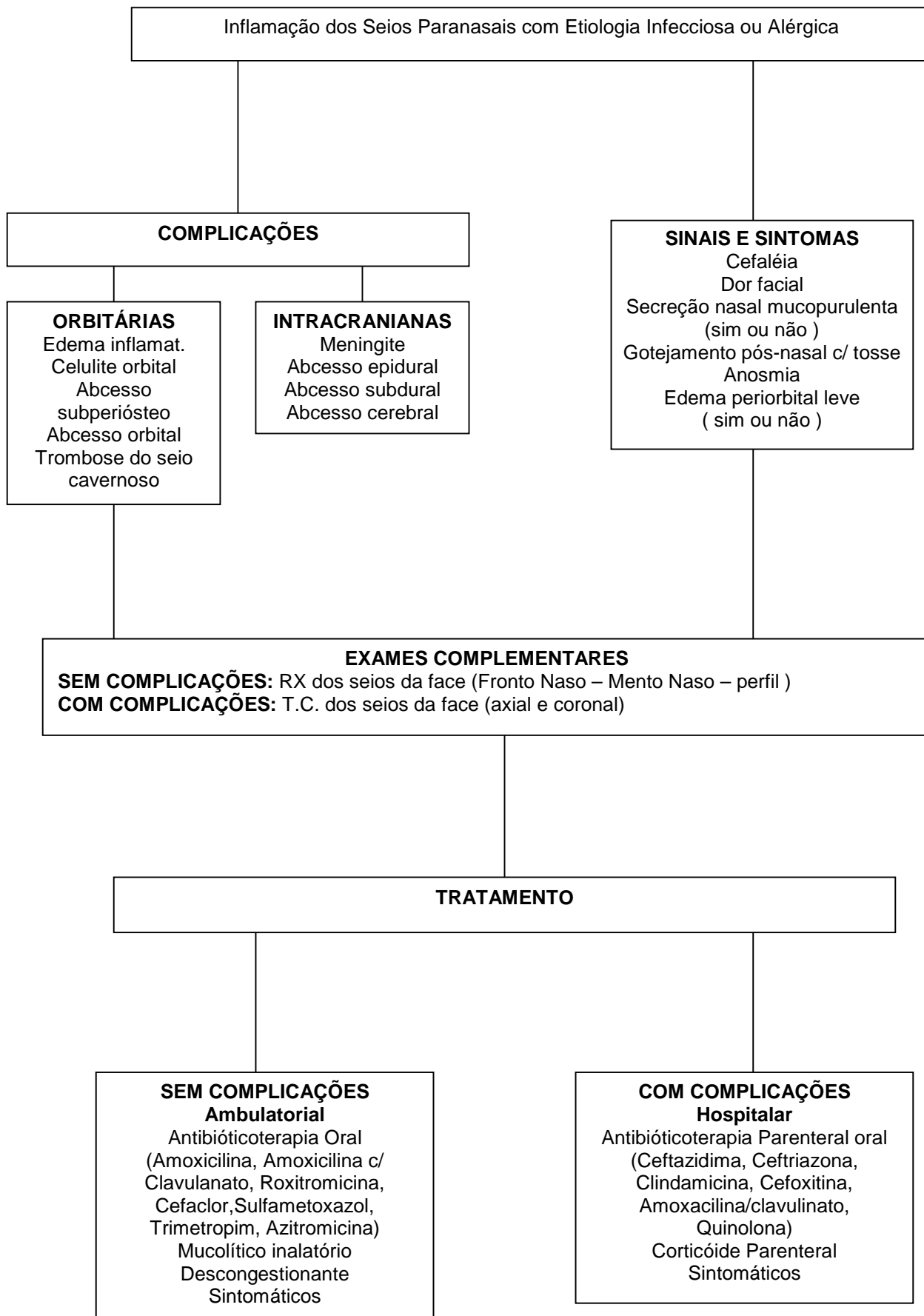
## ANGINAS





# OTALGIAS



**SINUSITE**

## SURDEZ SÚBITA

### FATORES PREDISPOANTES

Barotraumas  
Anestesia Geral  
Doenças Vestibulares  
Gravidez  
Virose  
Distúrbios Endocrinológicos  
Distúrbios Hematogênicos  
Esforço físico  
Doenças do Colágeno  
Manobra de Valsalva  
Espirros Violentos

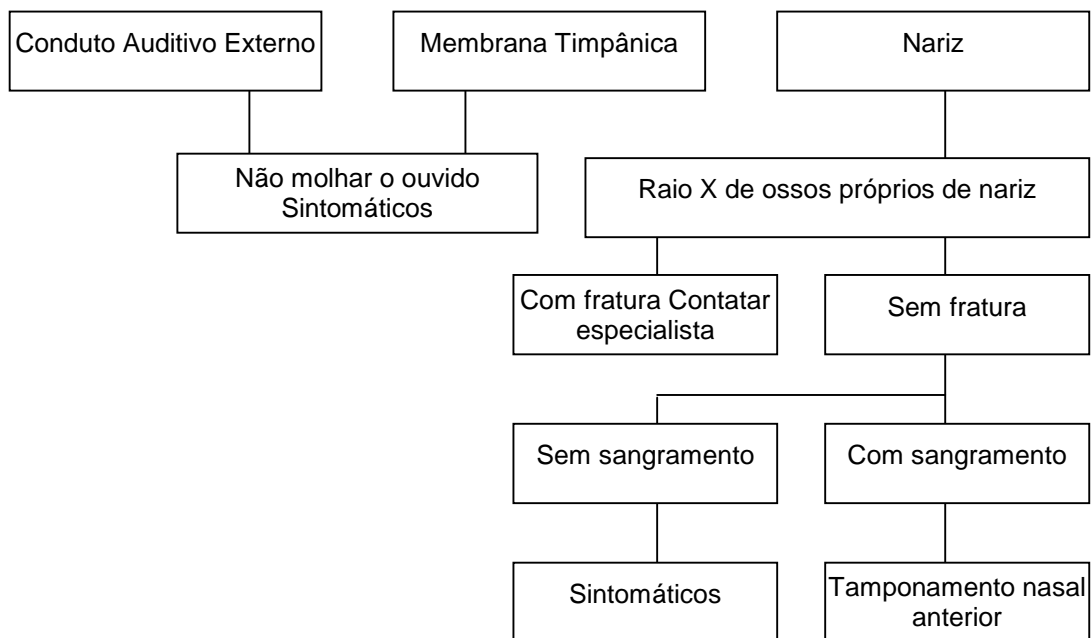
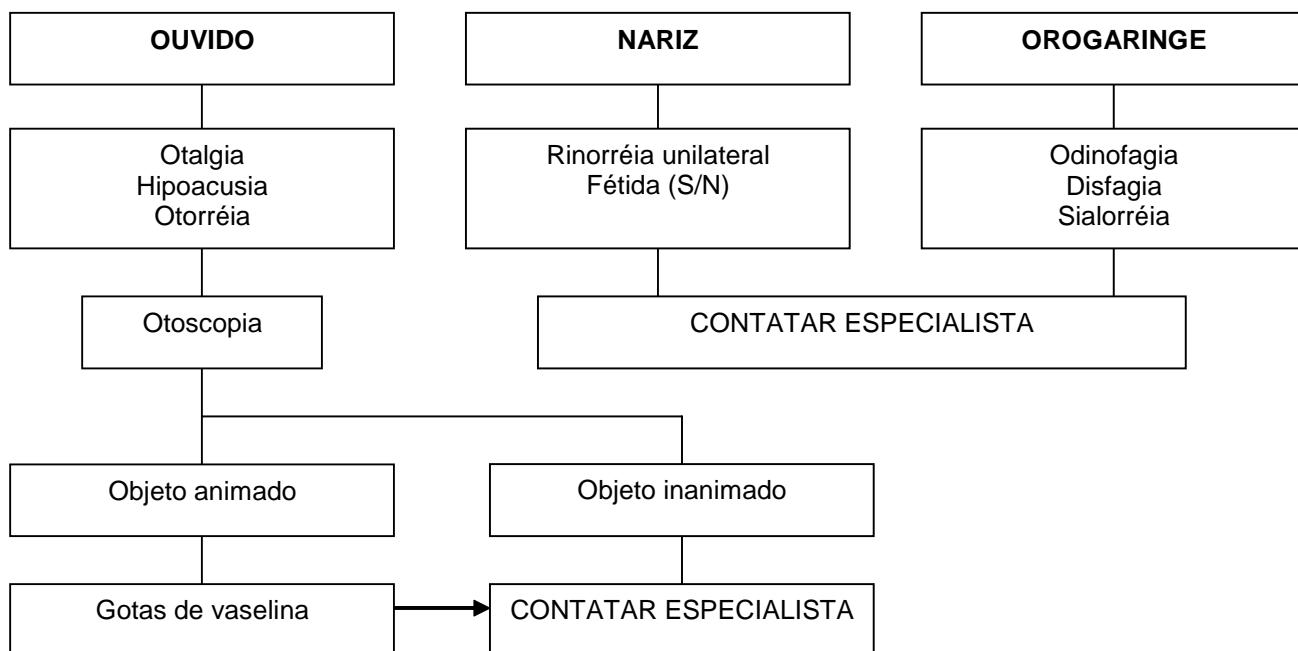
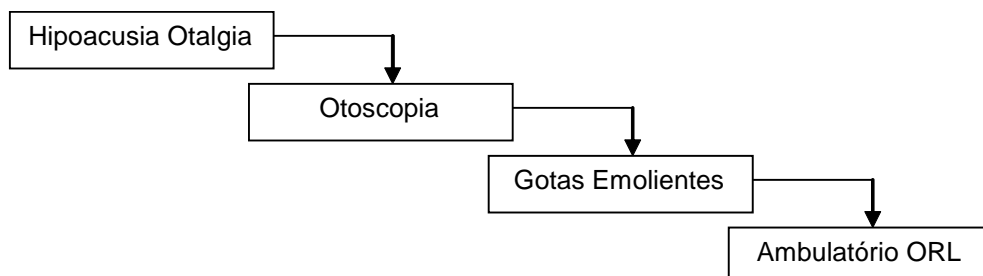
### EXAMES LABORATORIAIS

Audiometria + impedânciometria  
Avaliação Hematológica  
Reações Sorológicas  
Lipidograma  
Curva Glicêmica  
TC de Crânio  
RM de Meato Acústico Interno

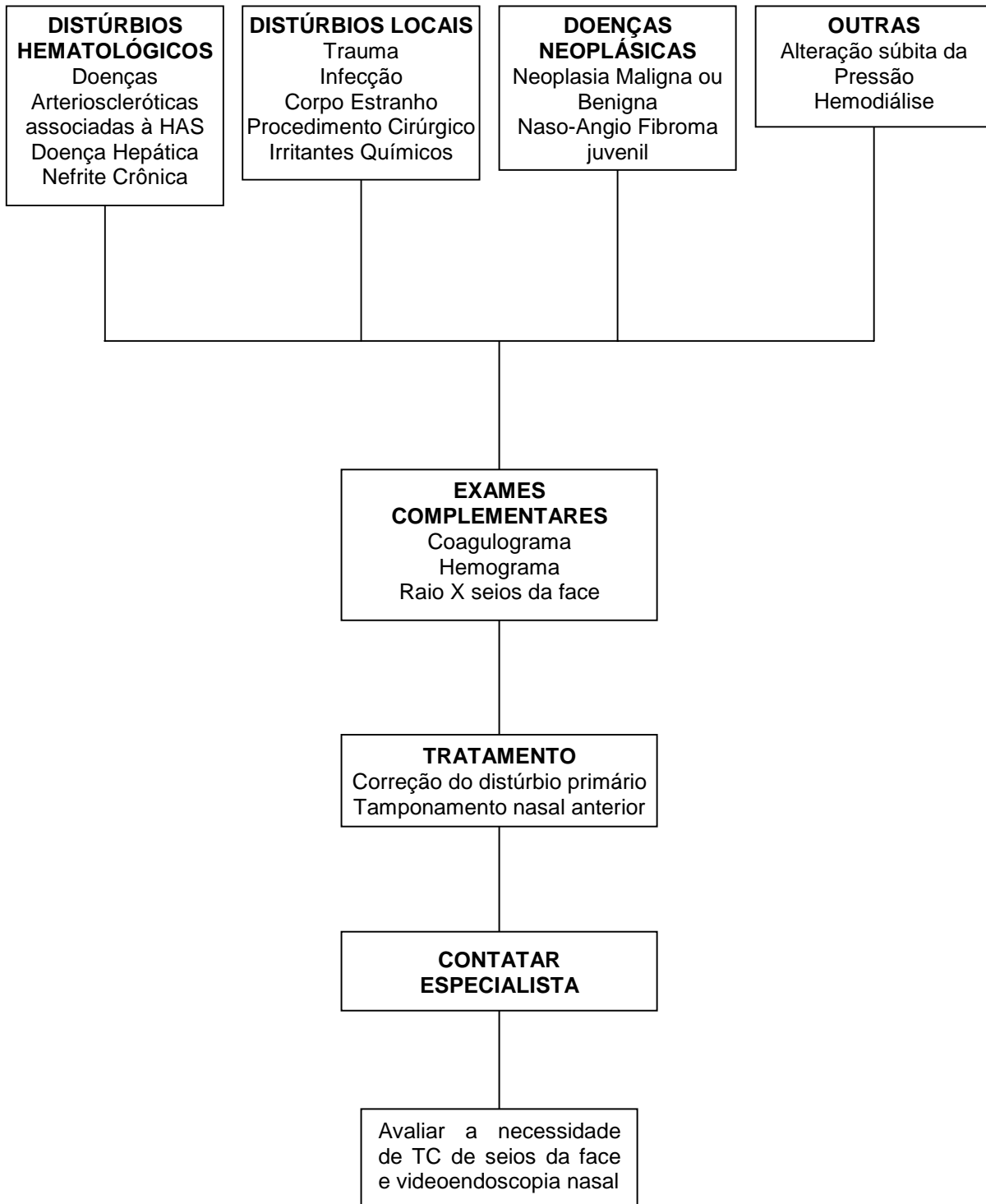
### TRATAMENTO

Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h  
Prednisolona 1mg/kg/dia  
Aciclovir 200mg 4/4h  
Vasodilatador  
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)  
Corticosteróide  
(Dexametazona 02mg – 6/6h E.V.)  
Dextran40  
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)  
Tratamento de causas especificamente identificadas

### INTERNAMENTO

**TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA****CORPO ESTRANHO****ROLHA CERUMINOSA**

## EPISTAXE



**OBS.:**

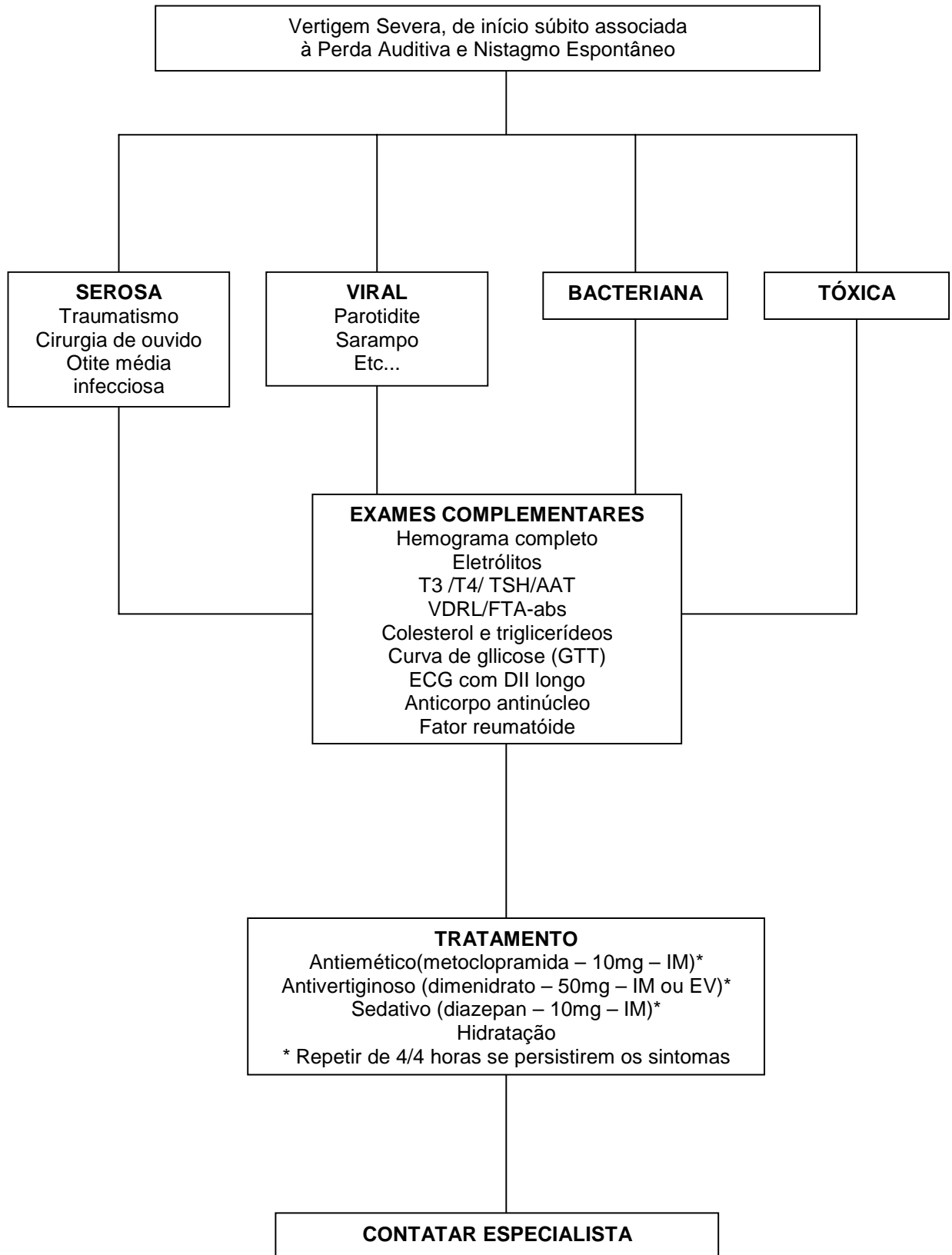
**Tamponamento Nasal Anterior.**

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

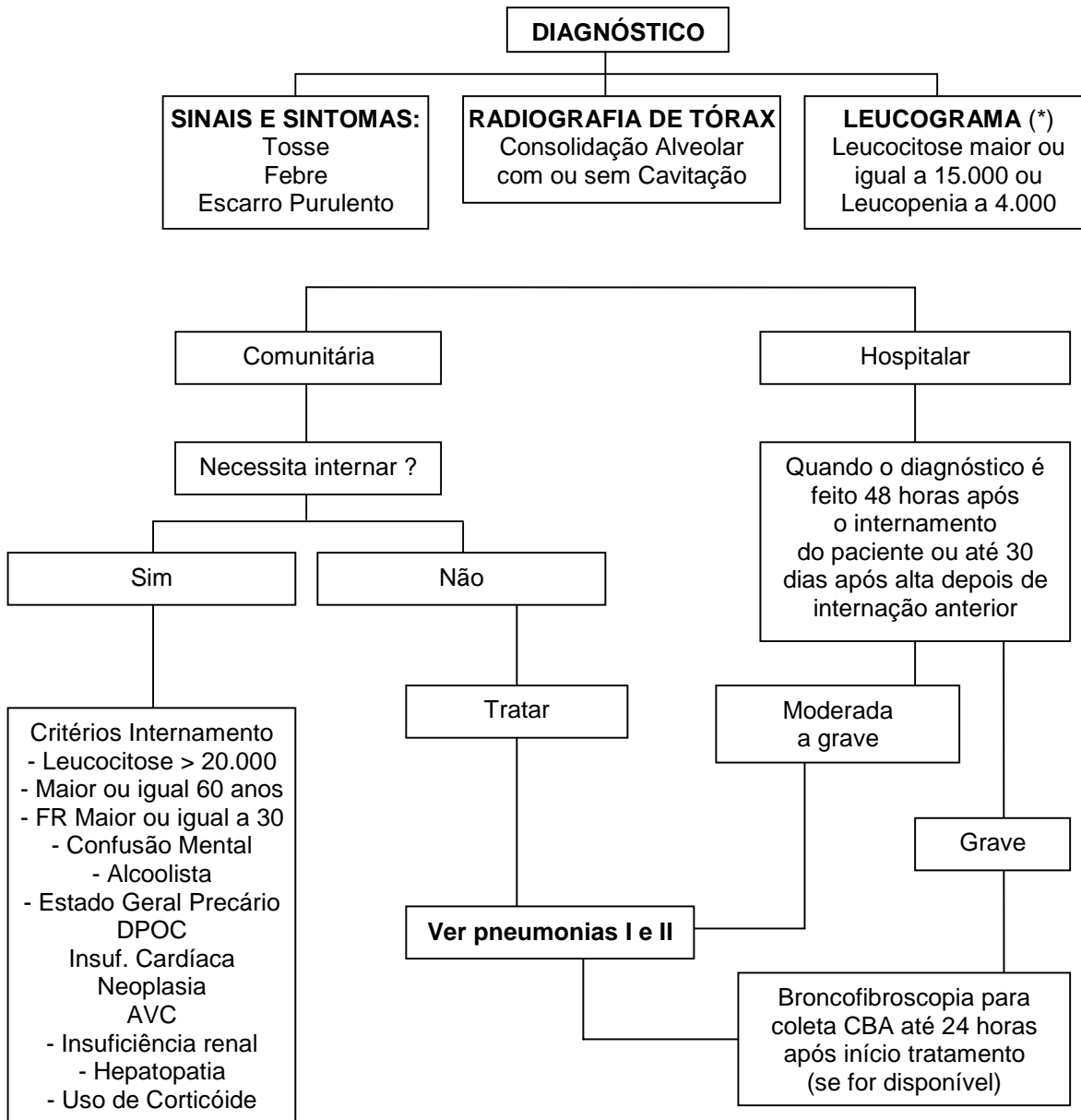
**Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)**

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

## LABIRINTITE AGUDA

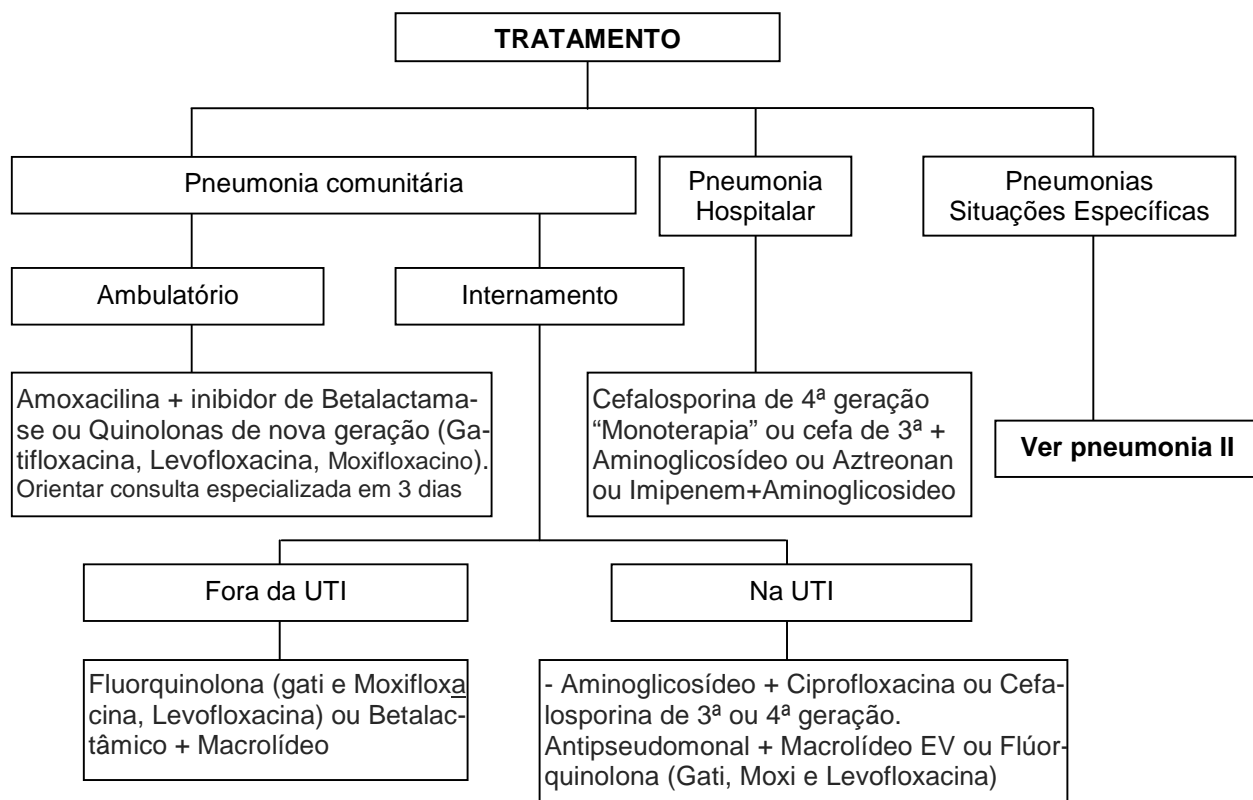
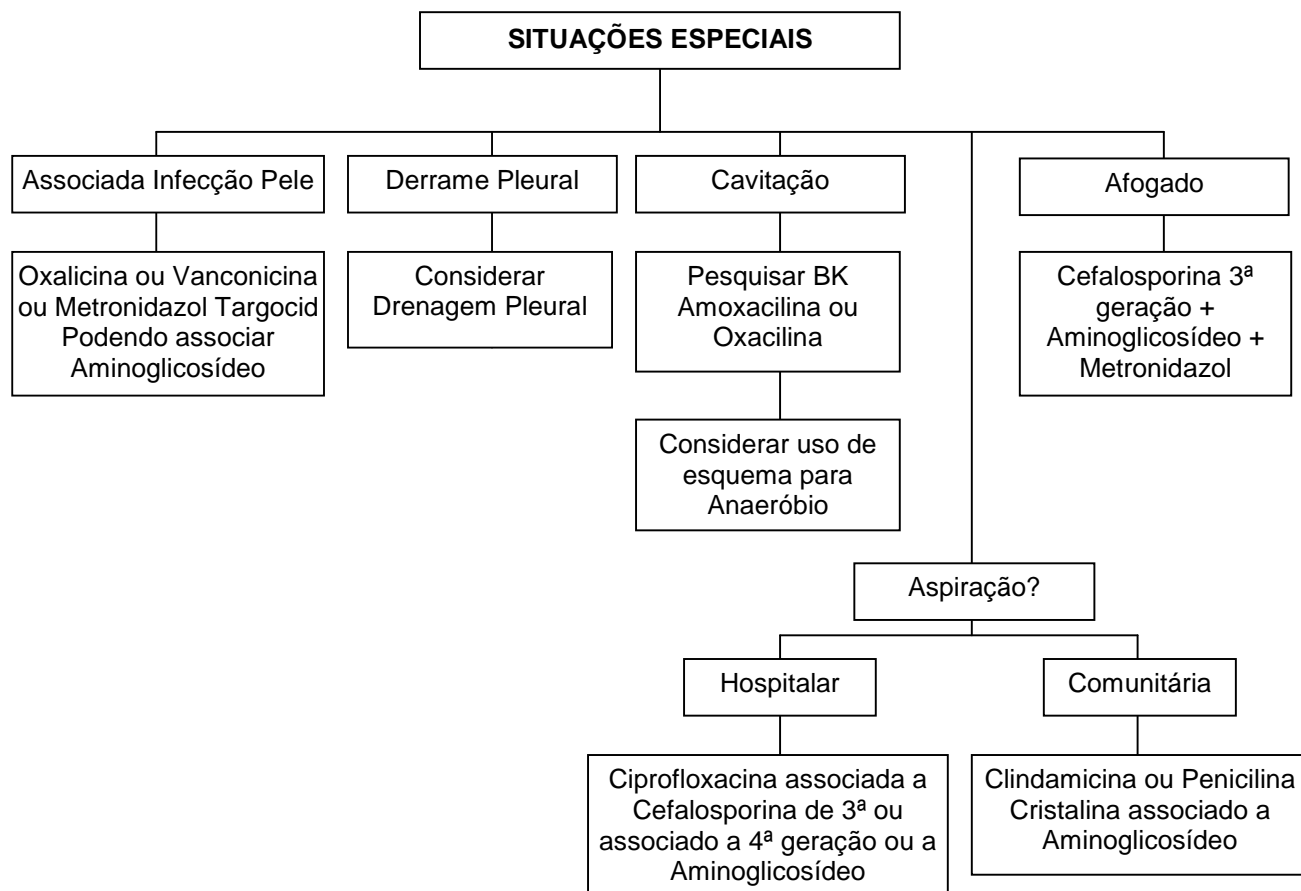


## PNEUMONIAS (PN)



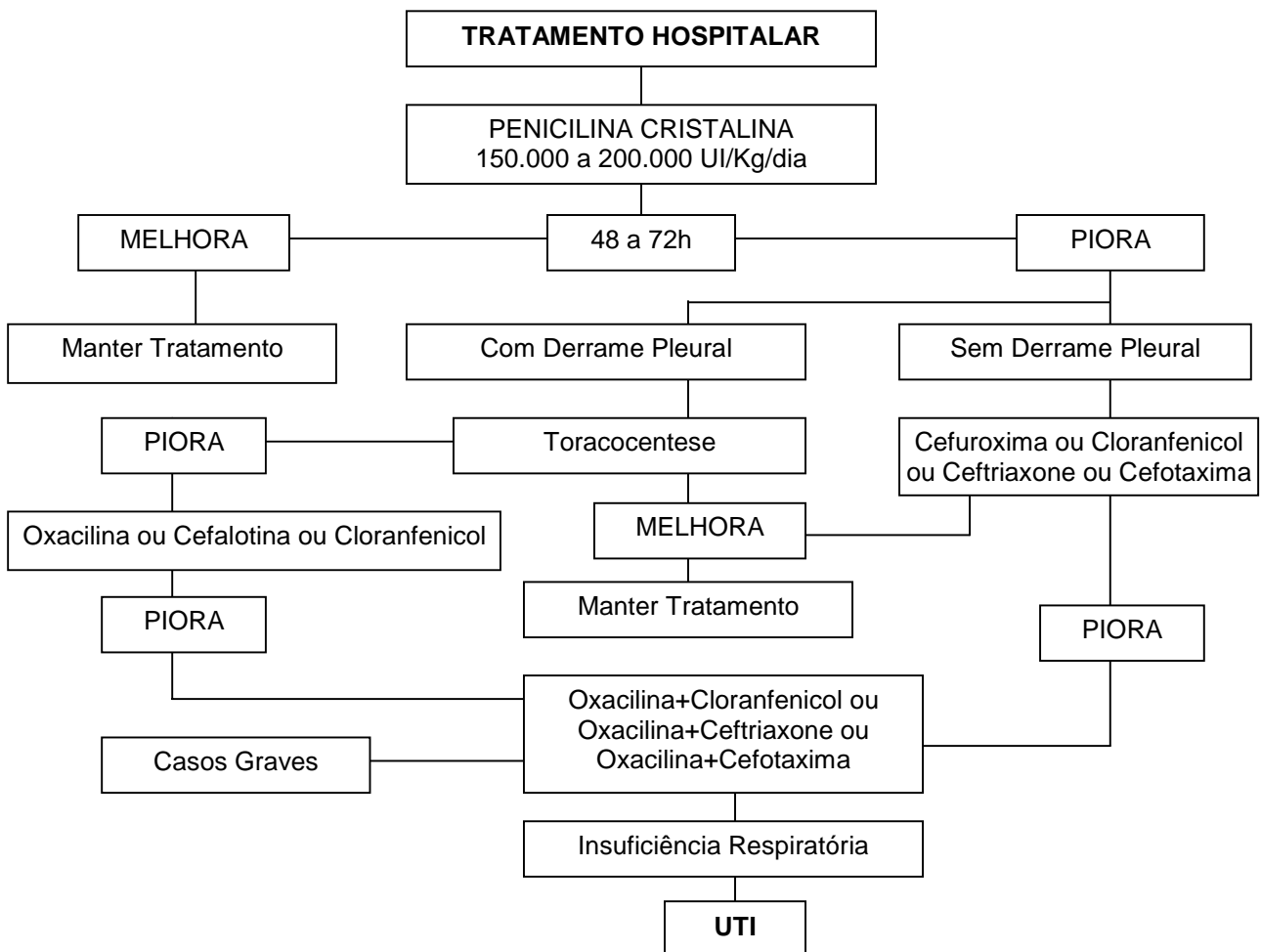
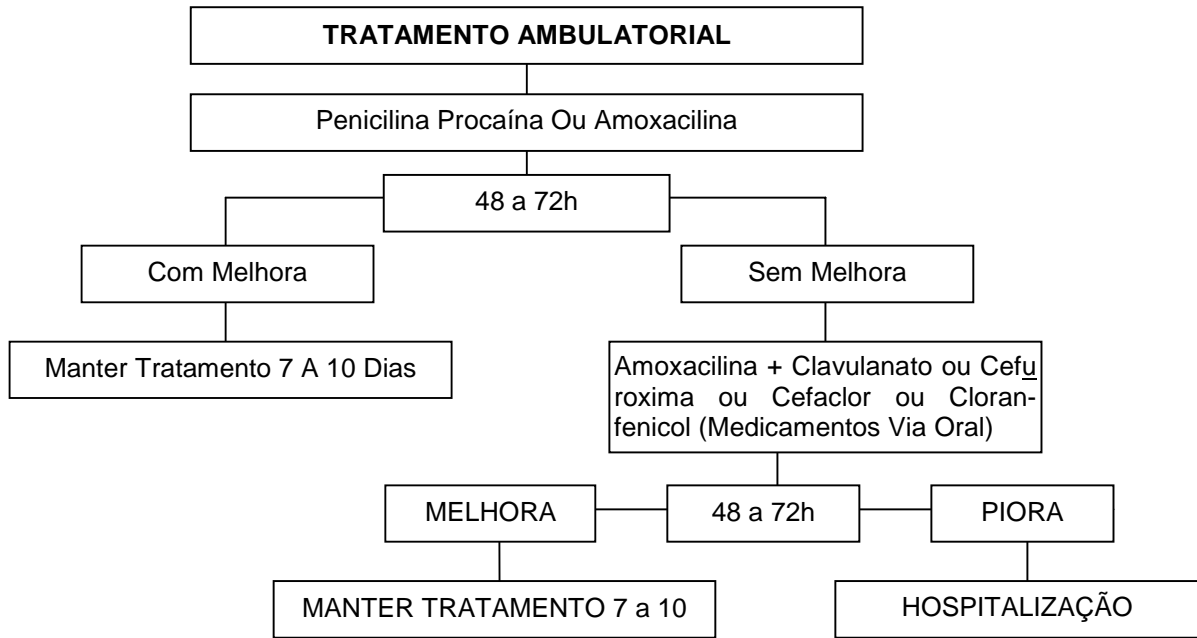
\*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

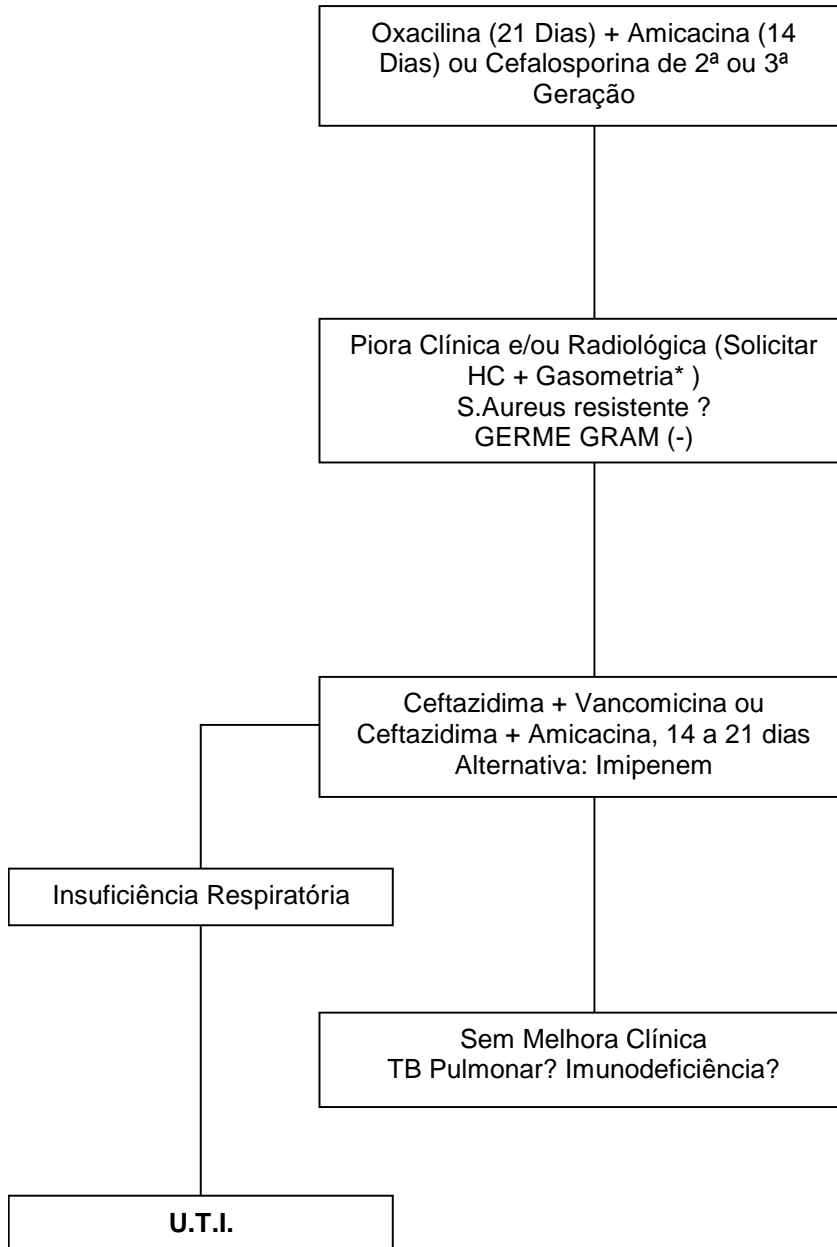
**PNEUMONIAS - I****PNEUMONIAS - II**



## PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

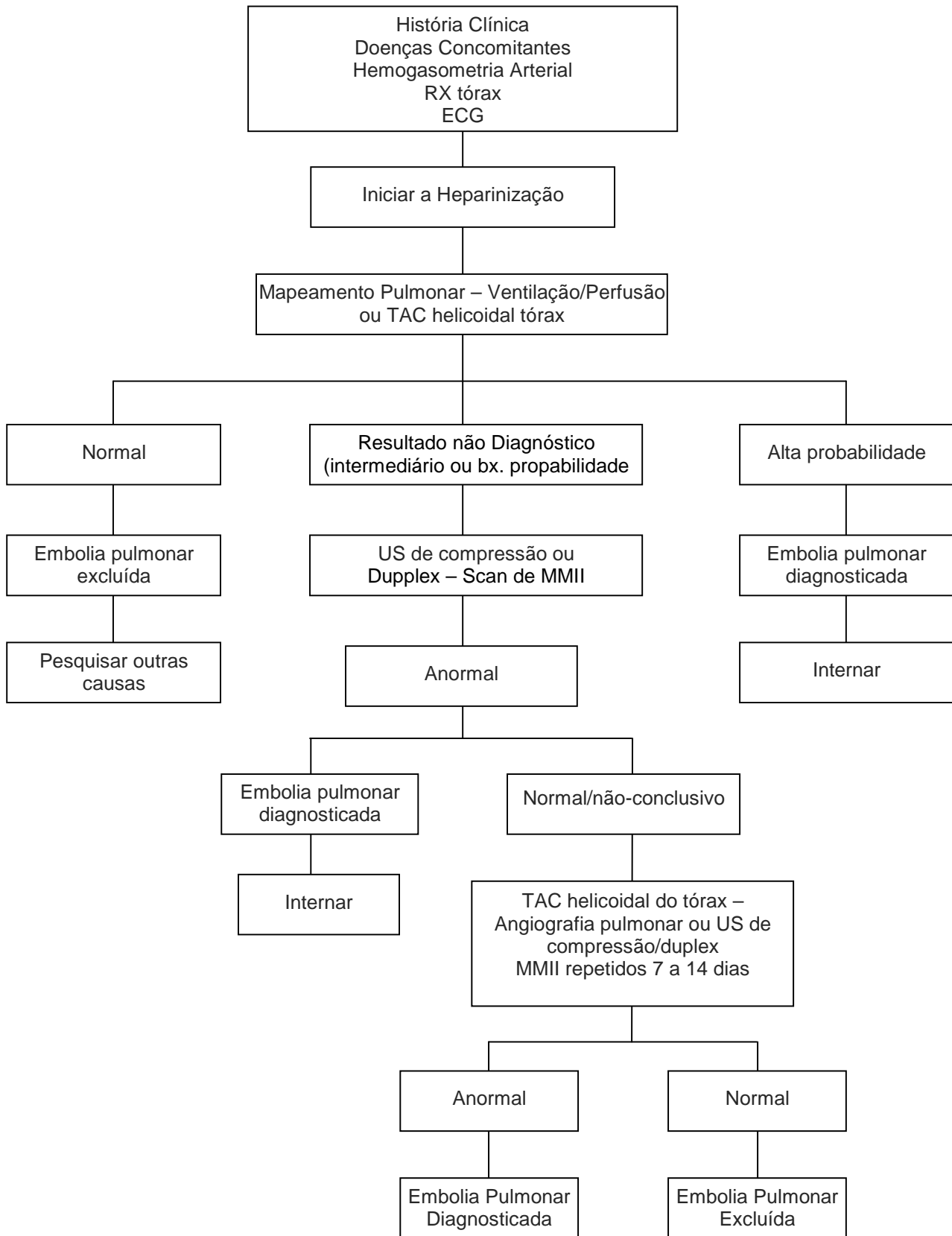


## PNEUMONIA HOSPITALAR

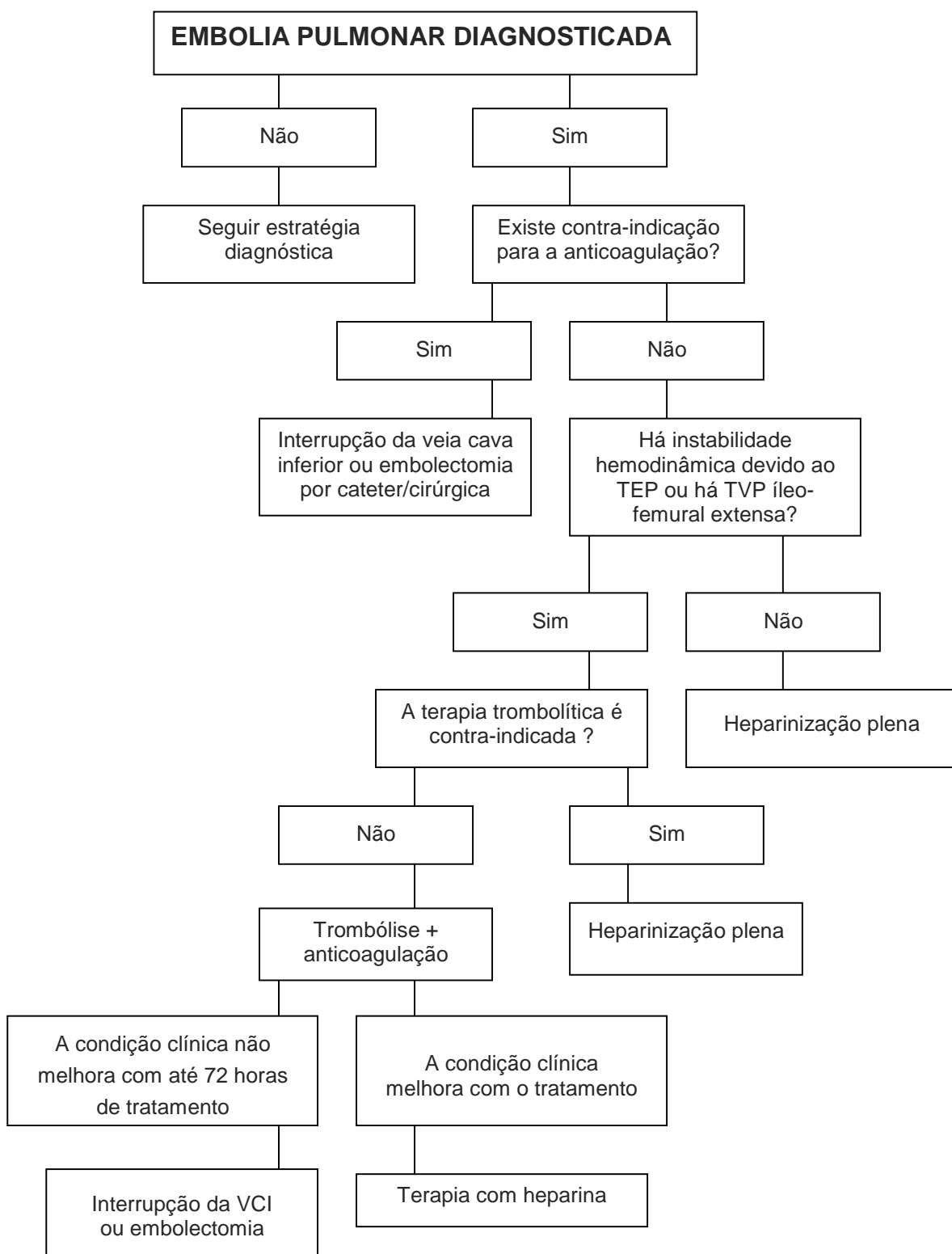


\* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

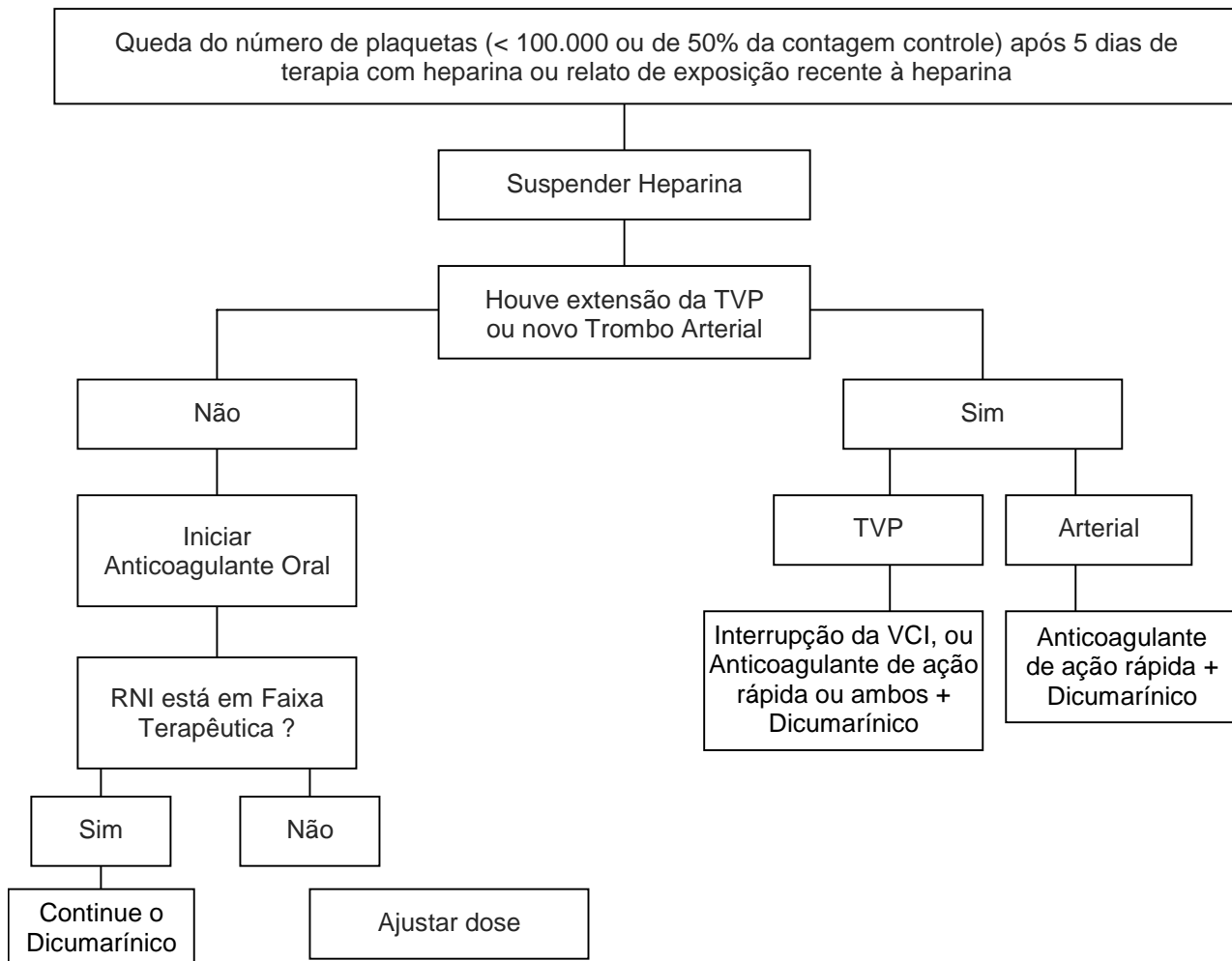
## EMBOLIA PULMONAR SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



## TERAPÊUTICA PARA A EMBOLIA PULMONAR



## MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



### TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.

Disfunção Sistólica de VD.

TEP Maciço.

TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.

TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

#### OBS.:

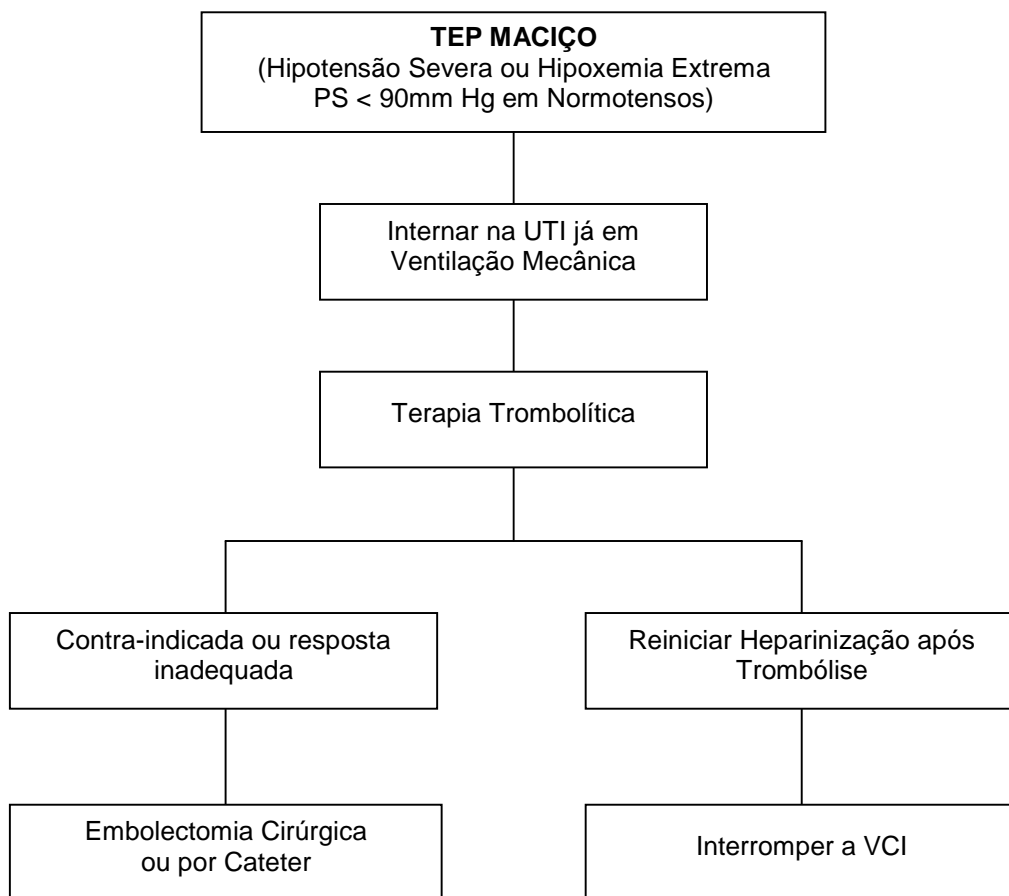
1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.

2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa  $\leq$  80seg ou após 12 horas da Trombólise.

3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.

4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.

5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

**ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)****PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA**

TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)  
Dose 80mg Kg IV bolus