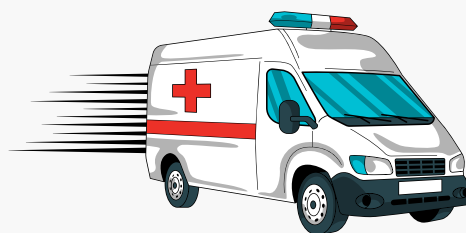


**Luciano Timbó Barbosa
Almira Alves dos Santos
Geraldo Magela Teixeira
Ana Angélica Freire Timbó**

**Luciano Timbó Barbosa
Almira Alves dos Santos
Geraldo Magela Teixeira
Ana Angélica Freire Timbó**



Direitos Autorais © 2024

Este ebook é protegido por leis de direitos autorais. Nenhuma parte deste conteúdo pode ser reproduzida, distribuída ou transmitida de qualquer forma, seja eletrônica ou física, sem a permissão prévia por escrito do autor. O uso não autorizado deste material pode resultar em penalidades legais.

LISTA DE SIGLAS

CTM3	Concepção, Referencial Teórico e Referencial Metodológico com base nas Três Teorias (Análise Transacional, Multissensorialidade e Neurolinguística)
DE	Departamento de Emergência
EAP	Edema Agudo de Pulmão
EAS	Sumário de Urina
ECG	Eletrocardiograma
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
FC	Frequência Cardíaca
FiO2	Fração de oxigênio inspirado
FR	Frequência Respiratória
GASA	Gradiente de albumina soro-ascite
H	Hora
IAM	Infarto
IM	Intramuscular
ISR	Intubação de Sequência Rápida
IV	Intravenoso
KG	Quilograma
MG	Milígrama
MIN	Minuto
ML	Mililitro
N/A	Não se Aplica
PA	Pressão Arterial
PaO2	Pressão parcial de O2
PCR	Parada Cardiorrespiratória
Ph	Representa o potencial hidrogeniônico presente em uma determinada solução ou mistura
SAA	Síndrome Aortica Aguda
SAM	Suitability Assessment of Materials
SciELO	Scientific Electronic Library On-line
SpO2	Saturação
Tep	Tromboembolismo Pulmonar
STM	Sistema de Triagem de Manchester
TSH	Hormônio tireoestimulante
UTI	Tecnologias de Unidade de Terapia Intensiva

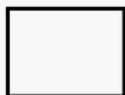
LISTA DE SÍMBOLOS



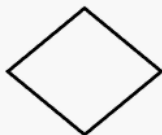
Início



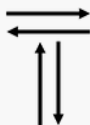
Fim



Processo



Fluxo



Decisão



Saída do conector



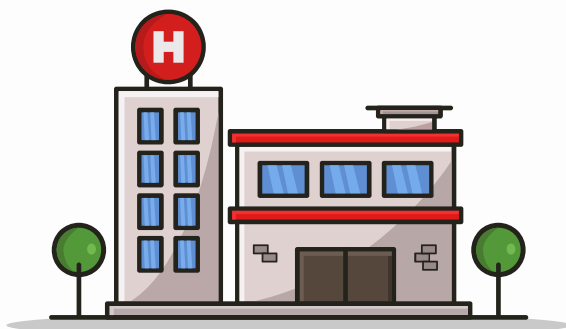
Entrada do conector

SUMÁRIO

1	Apresentação.....	06
2	Introdução.....	07
3	Método de estruturação dos fluxogramas.....	10
4	Fluxogramas	14
4.1	Fluxograma de Abstinência Alcoólica.....	15
4.2	Fluxograma de Anafilaxia.....	17
4.3	Fluxograma de Ascite.....	19
4.4	Fluxograma de Bradicardia.....	20
4.5	Fluxograma de Diarreia.....	21
4.6	Fluxograma de Dor Abdominal.....	23
4.7	Fluxograma de Edema Agudo de Pulmão.....	25
4.8	Fluxograma de Emergência Hipertensiva.....	26
4.9	Fluxograma de Estado de Mal Convulsivo.....	28
4.10	Fluxograma de Hemorragia Digestiva Alta.....	29
4.11	Fluxograma de Hemorragia Digestiva Baixa.....	32
4.12	Fluxograma de Infecção do Sistema Nervoso Central.....	34
4.13	Fluxograma de insuficiência Respiratória Aguda.....	37
4.14	Fluxograma de Intubação de Sequência Rápida.....	38
4.15	Fluxograma de Pneumonia.....	41
4.16	Fluxograma de Rabdomiólise.....	43
4.17	Fluxograma de Tamponamento Cardíaco.....	45
4.18	Fluxograma de Trombose Venosa Profunda.....	46
5	Referências Bibliográficas.....	49

APRESENTAÇÃO

Disponibilizamos este e-book com fluxogramas das principais patologias tratadas em um hospital de urgência/emergência. Com base no Método CTM3, este e-book foi criado como produto da dissertação intitulada "Estruturação e Validação de Produto Educacional em Urgência/Emergência: uma proposta de fluxogramas dos principais agravos". Seu objetivo é padronizar os processos, e apresentar um passo a passo para o manejo clínico dessas patologias, visando melhorar a eficiência no atendimento. Com isso, busca-se auxiliar os profissionais da saúde a adotarem uma abordagem precisa, rápida e uniforme, além de beneficiar os pacientes, reduzindo o risco de morte ou de sofrimentos graves.



INTRODUÇÃO

Os hospitais de urgência/emergência desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados à comunidade, atendendo a uma variedade de casos. No entanto, o fluxo de pacientes em uma unidade de emergência pode ser caótico, e a falta de organização pode resultar em atrasos no atendimento, subutilização de recursos e piora dos resultados clínicos (Rocha; Farre; Filho, 2021).

Os eventos adversos são um grave problema de saúde pública (Rodziewicz; Houseman; Hipskind, 2022; Olinda et al., 2019). Em países desenvolvidos, 3% das práticas inadequadas e incertas, assim como 16% das negligências, são ocasionadas por profissionais de saúde (Siman et al., 2019). A negligência é a principal causa de morte nos Estados Unidos (Hubbeling, 2019; Robertson; Long, 2017; Rodziewicz; Houseman; Hipskind, 2022).

Na ocorrência de eventos adversos, é possível deparar-se com o erro médico, definido como a falha em completar uma ação planejada ou a adoção de uma conduta imprecisa na tentativa de atingir um objetivo específico (Heyland et al., 2015). Assim, subtrai-se ou excede-se no desempenho de uma função, ação ou avaliação (Heyland et al., 2015; Hubbeling, 2019).

No Departamento de Emergência, estima-se que 10% dos eventos adversos ocorram, sendo esse um local sabidamente desafiador e propenso ao caos (Rocha; Farre; Filho, 2021). O emergencista é treinado para organizar esse ambiente, aceitando como parte rotineira de sua conduta situações de superlotação, exaustão física e mental, falta de supervisão, altos níveis de ruído, interrupções frequentes e incerteza no diagnóstico (Crock; Hansen, 2019).

Os eventos adversos evitáveis são incidentes inesperados que resultam em danos ao paciente durante o processo de atendimento, perceptíveis pelo enfermo ou familiar, e que poderiam ser evitados (Barbara et al., 2016; Heyland et al., 2015). Em hospitais de

emergência, esses eventos podem incluir erros de medicação, diagnósticos equivocados, quedas de pacientes, infecções hospitalares e atrasos no atendimento, entre outros (Rocha; Farre; Filho, 2021).

Em 2000, o Institute of Medicine já havia apresentado recomendações para melhorar a segurança do paciente. Um dos domínios destacados foi o aprimoramento na prestação de serviços de maneira congruente com o conhecimento, aliado à implementação de ações baseadas em evidências para melhorar a qualidade do atendimento (Kohm, 2000).

Os fluxogramas podem ser inseridos como recursos educacionais, pois ajudam a padronizar processos, proporcionando maior eficiência, constância e identificação de etapas desnecessárias ou obstáculos, além de sistematizar condutas no ambiente de trabalho (Galvão, 2017).

A criação de fluxogramas para as principais doenças tratadas no hospital de emergência pode ser uma estratégia eficaz de gestão, organizando os processos de atendimento e melhorando a assistência. Assim, objetiva-se a redução da superlotação e a utilização mais eficaz dos recursos, com passos coordenados e decisões harmônicas (Chapin, 1970; Galvão, 2017).

Considerado o pai dos fluxogramas, John Von Neumann foi o primeiro a publicar sobre recursos gráficos sistemáticos em 1947 (Goldstine; Von Neumann, 1947). Com o passar dos anos, diversas modificações ocorreram na forma e no conteúdo dos fluxogramas devido à necessidade de padronização por parte de fabricantes de computadores. Desde 1957, programas de computador buscam uniformizá-los (Chapin, 1970).

Em 1970, o American National Standards Institute (ANSI) finalmente padronizou os símbolos, permitindo que fossem compreendidos universalmente. O tamanho dos símbolos pode variar, mas a proporção deve ser mantida, assim como a espessura das linhas do contorno (Chapin, 1970).

Na presença de processos ou problemas complexos, os fluxogramas auxiliam na lembrança de episódios e na interação entre esses eventos (Kimber et al., 2018). Dessa forma, docentes podem utilizá-los para ensinar ou orientar seus discentes, seja em sala de aula, em apostilas, livros, ou durante a educação permanente e continuada (Kimber et al., 2018).



MÉTODO DE ESTRUTURAÇÃO DOS FLUXOGRAMAS

Os fluxogramas foram estruturados de acordo com o que preconiza o Método CTM3, o que facilita sua construção e compreensão, tornando-os mais acessíveis e eficazes (Blanco; Navajas, 2017).

O método é constituído pelos seguintes passos: C - Concepção do Produto, T - Referencial Teórico e M - Referencial Metodológico, esse, dividido em três etapas e baseado em três teorias: Análise Transacional, Aplicação Multissensorial e Neurolinguística (Santos et al., 2019).

A Concepção é a fase de planejamento e consiste na escolha do tema, o que fazer, como fazer, para quem será direcionado e como divulgar o material. Sempre mantendo a coerência para obter maior eficiência, utilizando os recursos disponíveis e alcançando os melhores resultados.

O Referencial Teórico é baseado em fontes de dados eletrônicas seguras para a elaboração do produto, podendo ser extraído, por exemplo, de: Biblioteca Virtual em Saúde - BVS Brasil, Google Scholar, PubMed, SciELO (Santos et al., 2019).

O Referencial Metodológico (M3) é estruturado baseando-se em três teorias:



Análise Transacional, que apresenta a estrutura da personalidade dos indivíduos em Estados de Ego, conforme conceituado por Eric Berne: Estado de Ego Pai, Estado de Ego Adulto e Estado de Ego Criança (Berger, 1999). A introdução desses três estados em um produto educacional facilita a comunicação com a população, atingindo a todos de maneira igualitária.

Aplicação Multissensorial, que busca aproximar-se do indivíduo utilizando elementos dos cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato/sinestésico) no produto. Isso é importante, pois focar em apenas um sentido pode não prender a atenção de quem não possui destaque naquele sentido específico (Lindstrom, 2011).

Programação Neurolinguística, que ativa componentes subconscientes. Dentro de seus objetos de estudo, há as chamadas "âncoras", que recuperam memórias originais e deflagram uma conduta esperada (O'Connor; Seymour, 1995). Por exemplo, imagens como o punho cerrado remetem à solidariedade e apoio a causas sociais, como xenofobia, racismo e sexismo. Outro exemplo é o laço vermelho, símbolo da luta contra a AIDS. Também, o "X" feito com caneta ou batom vermelho na palma da mão, que representa a mulher vítima de violência doméstica, desencadeando o acionamento da Polícia Militar.

Dessa forma, foram inseridos nos fluxogramas elementos que evocam os três Estados de Ego, bem como estímulos para os cinco sentidos.



A escolha das cores dos diagramas baseia-se no Sistema de Triagem de Manchester (STM), uma técnica de triagem logo após a entrada do paciente na unidade hospitalar, que se baseia em critérios classificatórios de risco de vida. Nesse sistema, conforme o agravamento, são atribuídas cores que indicam o tempo de espera para atendimento, acelerando o socorro às pessoas mais debilitadas (Souza, 2015).

O STM foi implementado no Brasil em 2008 e agrupa os doentes em 5 níveis de prioridade, identificados por pulseiras de cores diferentes, correspondentes ao tempo de atendimento. A pulseira vermelha é para doentes muito graves, que necessitam de atendimento imediato. A cor laranja também significa urgência, mas permite esperar até 10 minutos para o primeiro contato com a equipe. A cor amarela indica que não há risco imediato, podendo aguardar até 60 minutos. A cor verde tranquiliza a equipe, pois o primeiro contato

pode ser feito em até 2 horas, enquanto a pulseira azul é para pacientes sem pressa, que podem aguardar até 4 horas para serem atendidos (Cooke, 1999).

Conforme a cor da pulseira atribuída, o profissional de saúde poderá seguir o diagrama do fluxograma da mesma cor, agilizando o atendimento e tomando decisões mais precisas e harmônicas.

Os temas foram escolhidos por serem os principais agravos de urgência/emergência, de modo a torná-los úteis no dia a dia dos profissionais de saúde, organizando os processos de atendimento e proporcionando, passo a passo, o processo assistencial, com ações coordenadas para a melhoria no atendimento.

Entretanto, para garantir a fidedignidade e a qualidade do instrumento, o processo de validação é fundamental e indispensável, sendo aceito como prova da legitimidade do instrumento medido, ou seja, verificando se o que está sendo medido corresponde à propriedade estudada (Pasquali, 2009).

Assim, todos os fluxogramas passaram por um processo de validação com 9 juízes especialistas na área de emergência. Eles avaliaram individualmente cada fluxograma, utilizando um questionário já validado, chamado Suitability Assessment of Materials (SAM).

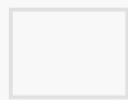
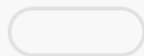
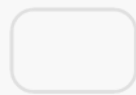
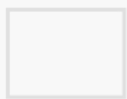
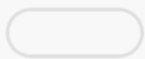
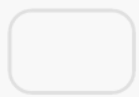
As modificações sugeridas pelos juízes especialistas foram implementadas, tornando os fluxogramas ainda mais eficientes.

Este estudo justifica-se pela importância de os profissionais de saúde que trabalham em hospitais de urgência/emergência terem um guia visual para auxiliar no entendimento do fluxo de trabalho e seus componentes, a fim de reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência de eventos adversos. Isso também os ajuda a seguir procedimentos uniformes, promovendo um atendimento consistente e de alta qualidade. Quanto mais conhecimento os colaboradores adquirirem, mais condutas corretas terão. Através de um conhecimento atualizado, simplificado e de fácil consulta, as equipes terão melhor

comunicação entre os membros, assegurando que todos estejam em sintonia com o plano terapêutico, o que proporcionará melhores condições de atendimento aos doentes.

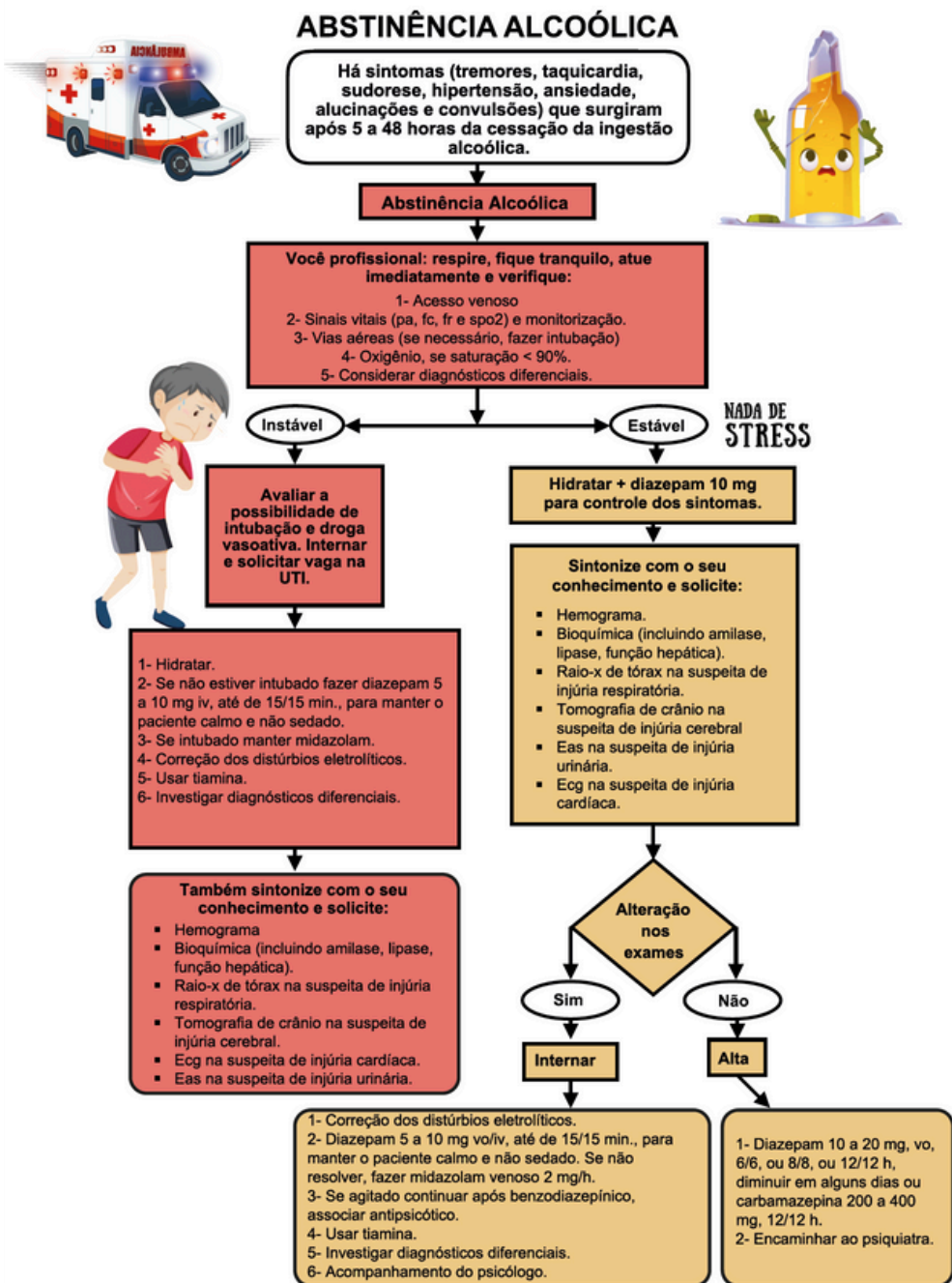
A seguir disponibilizamos os fluxogramas para:

- Figura 1 - Abstinência;
- Figura 2 - Anafilaxia;
- Figura 3 - Ascite;
- Figura 4 - Bradicardia;
- Figura 5 - Diarreia;
- Figura 6 - Dor abdominal;
- Figura 7 - Edema Agudo de Pulmão;
- Figura 8 - Emergência Hipertensiva;
- Figura 9 - Mal Convulsivo;
- Figura 10 - Hemorragia Digestiva Alta;
- Figura 11 - Hemorragia Digestiva Baixa;
- Figura 12 - Infecção do Sistema Nervoso Central;
- Figura 13 - Insuficiência Respiratória Aguda;
- Figura 14 - Intubação de Sequência Rápida;
- Figura 15 - Pneumonia;
- Figura 16 - Rabdomiólise;
- Figura 17 - Tamponamento Cardíaco;
- Figura 18 - Trombose Venosa Profunda.



FLUXOGRAMAS

Figura 1 – Representação gráfica do Fluxograma de Abstinência Alcoólica com a utilização do método CTM3 - parte 1



Fonte: O autor (2024)

ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA



No delirium tremens deve ser usado:

Fenobarbital: dose de 120 a 360 mg iv, repetida a cada 15 a 20 minutos até controle de sintomas.

Caso não resolva:
intubar e manter propofol.



Pensar em Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff em todos os pacientes rebaixados e com uso descontrolado e crônico de bebida alcoólica, mas em pacientes desnutridos.

Triade clássica da encefalopatia de Wernicke:

- 1- Confusão mental
- 2- Oftalmoplegia
- 3- Ataxia

Quando os pacientes apresentarem confusão mental e tiver história de etilismo crônico, iniciar o tratamento com tiamina imediatamente.

Critérios diagnósticos de Caine para Encefalopatia de Wernicke:

Precisa ter 2 dos seguintes sintomas:

- 1- Alterações de estado mental ou memória.
- 2- Alterações oculomotoras.
- 3- Alterações cerebelares.
- 4- Déficit nutricional.

Olhe aqui com urgência:

A fenitoína não funciona na convulsão causada pela síndrome de abstinência alcoólica, dando preferência aos benzodiazepínicos, propofol e fenobarbital.



Como usar tiamina:

1- Na suspeita da Síndrome de Wernicke:

Fazer 100 a 200 mg iv/im, antes da glicose. A via oral não é confiável, devido a má absorção.

Depois manter 100 a 200 mg iv/im ao dia, por 3 a 5 dias. Onde passa para 100 mg, vo, 3 x ao dia, por 1 a 2 semanas. Continuando com 100 mg, vo, 1 x ao dia, contínuo.

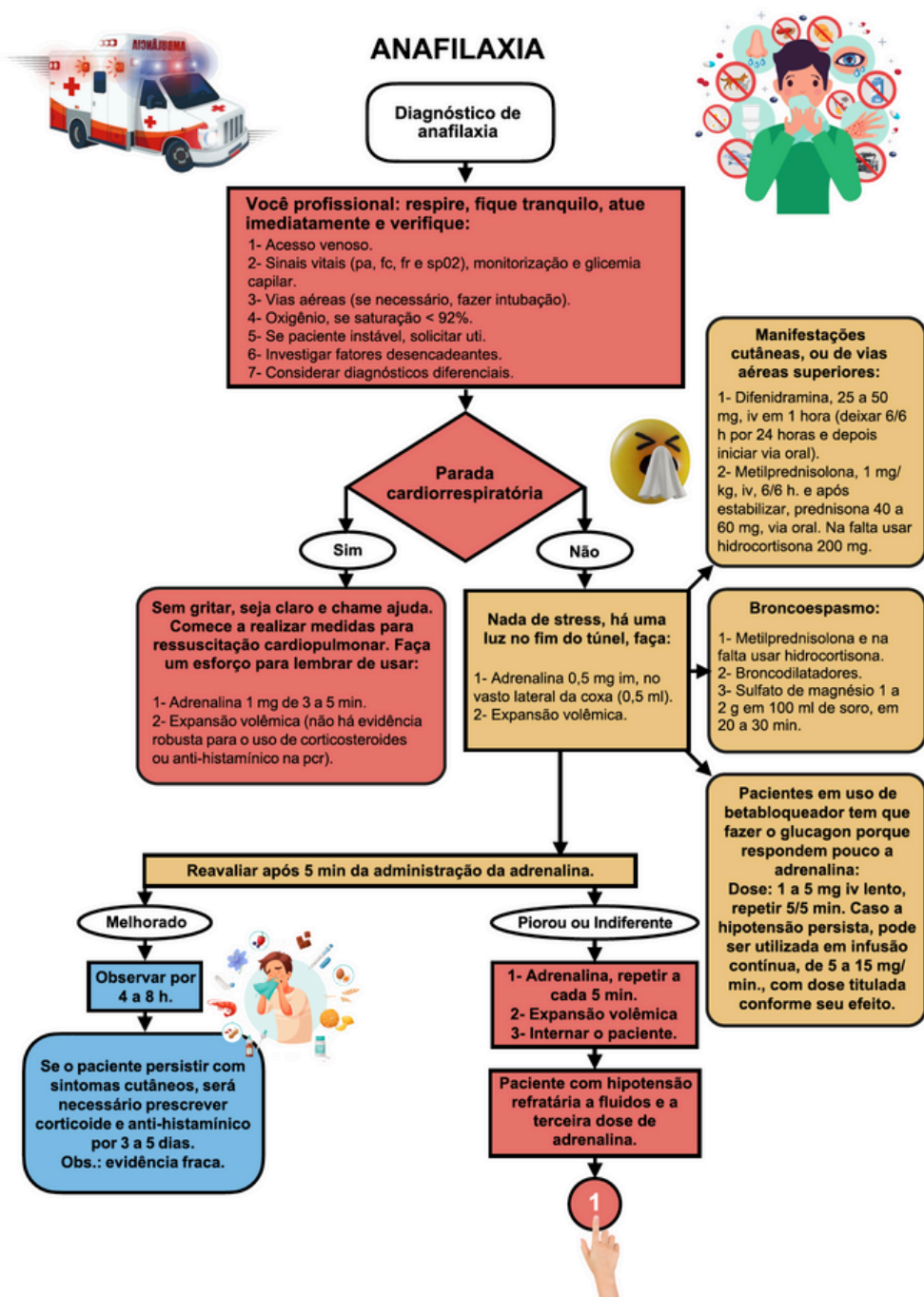
2- No tratamento da Síndrome de Wernicke:

500 mg, iv, associada a 100 ml de s.f. 0,9%, em 30 min. 8/8 h, por 2 a 3 dias. Após melhora, fazer igual a profilaxia. Caso não apresente melhora, suspender.



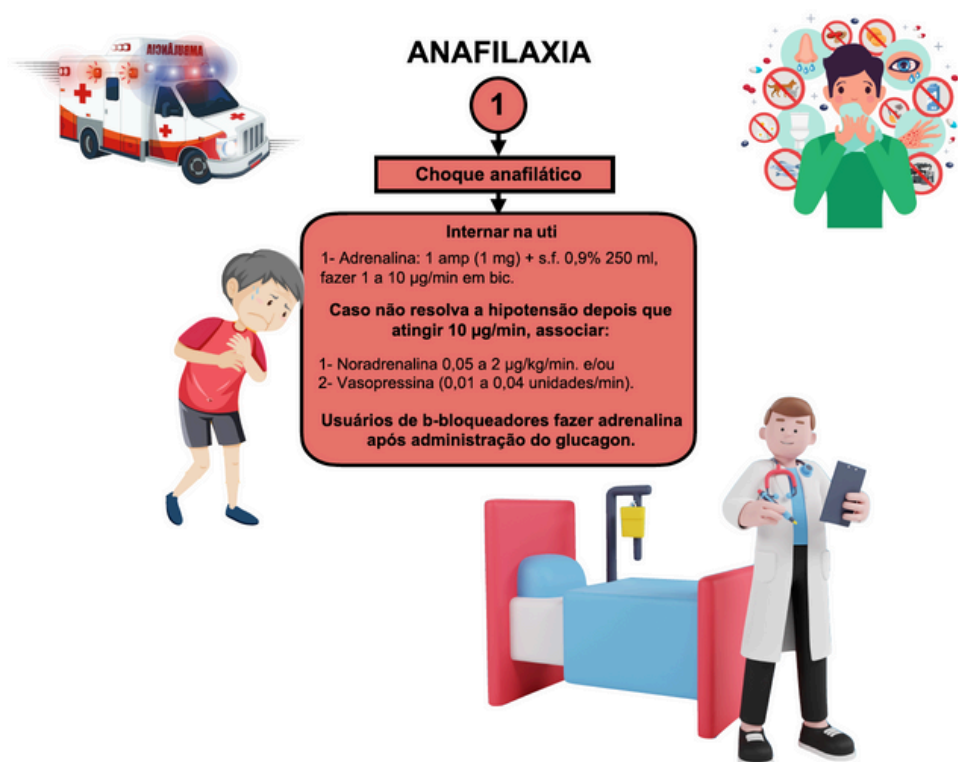
Fonte: O autor (2024)

Figura 2 – Representação gráfica do Fluxograma de Anafilaxia com a utilização do método CTM3 – parte 1



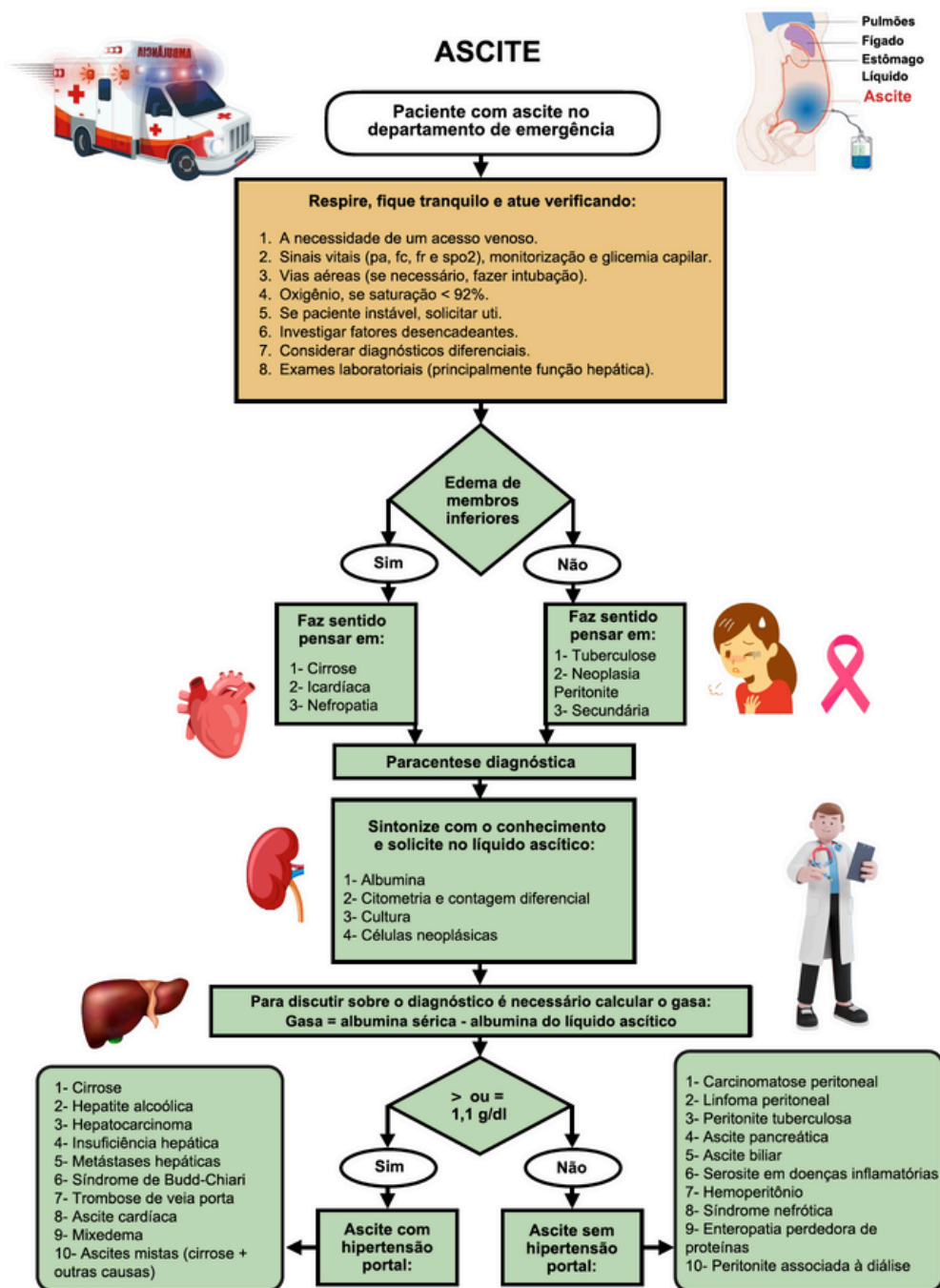
Fonte: O autor (2024)

Figura 2 – Representação gráfica do Fluxograma de Anafilaxia com a utilização do método CTM3 – parte 2



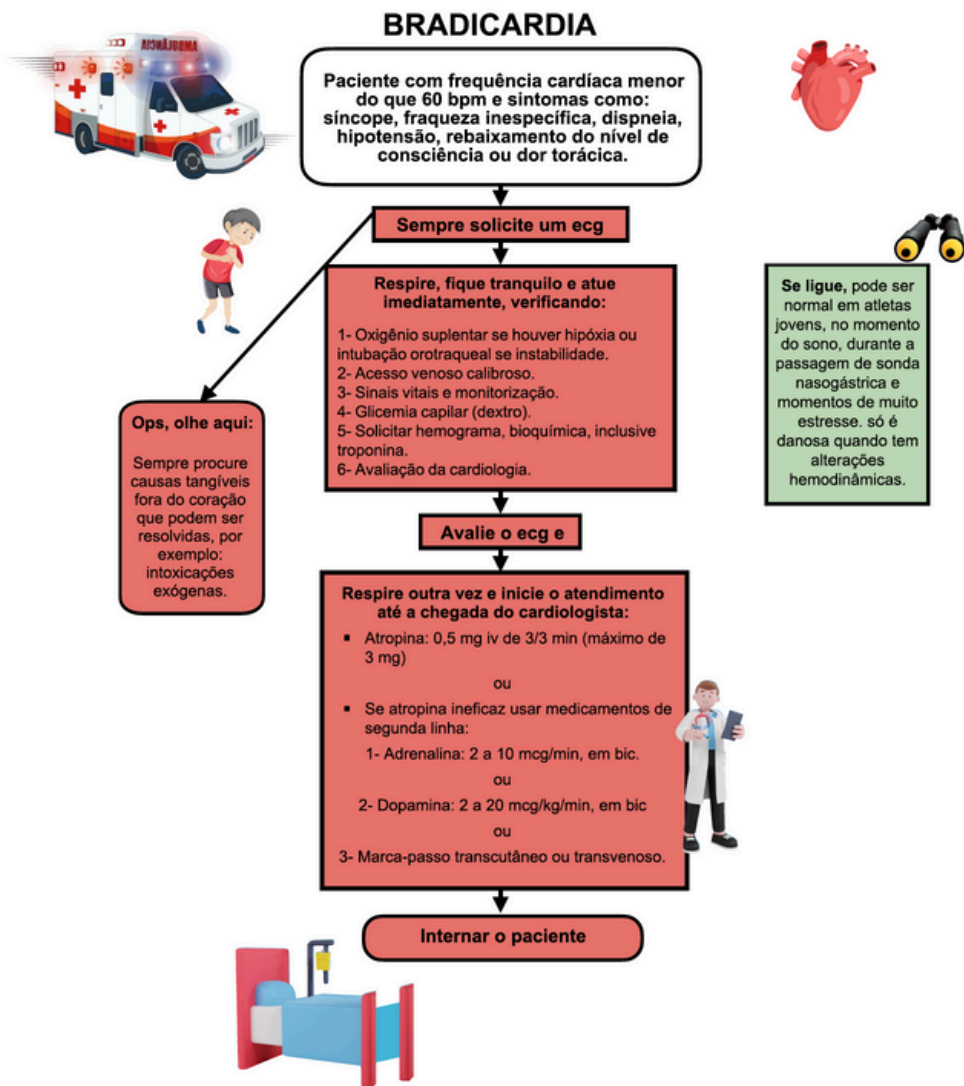
Fonte: O autor (2024)

Figura 3 – Representação gráfica do Fluxograma de Ascite com a utilização do método CTM3



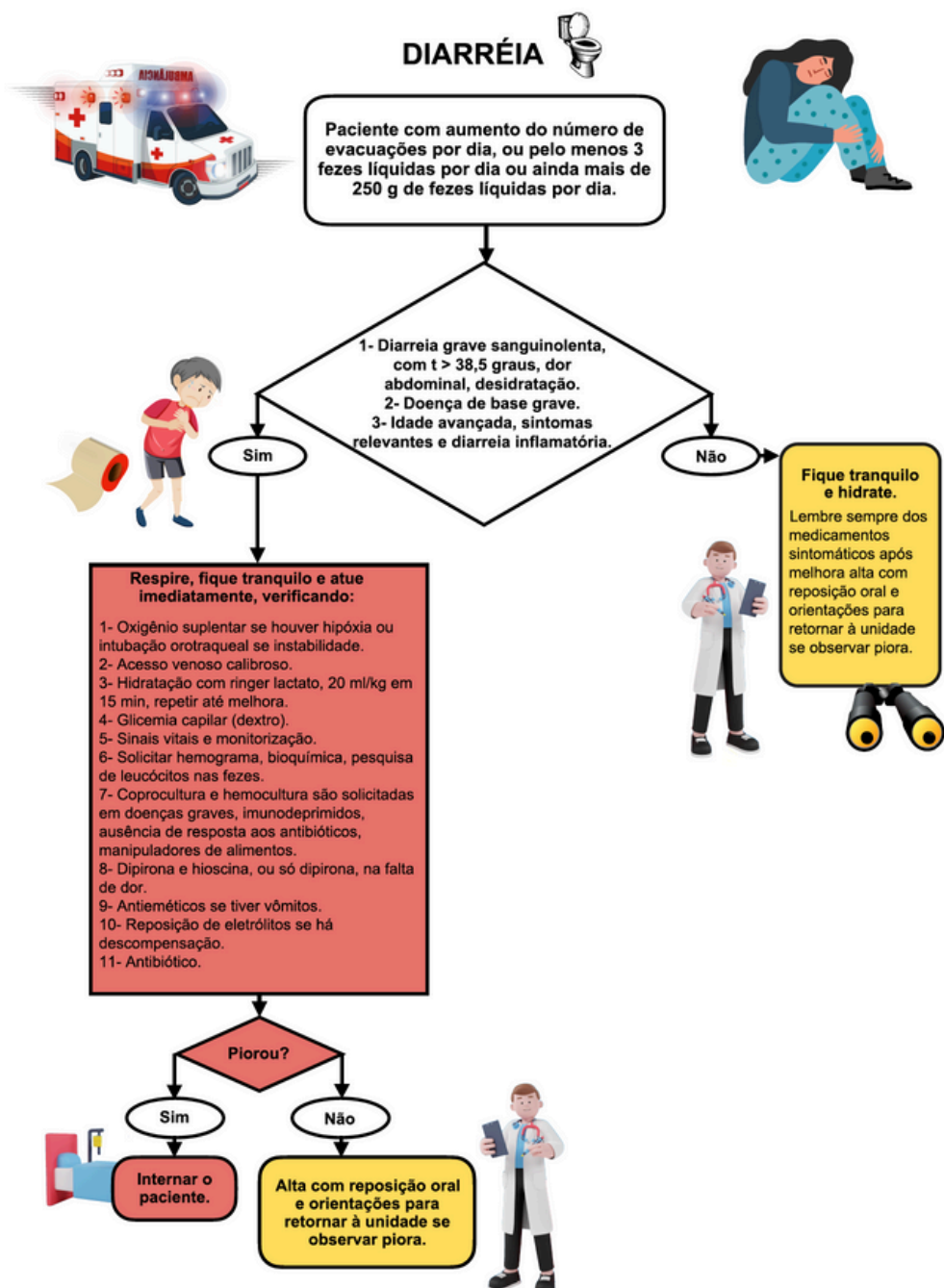
Fonte: O autor (2024)

Figura 4 – Representação gráfica do Fluxograma de Bradicardia com a utilização do método CTM3



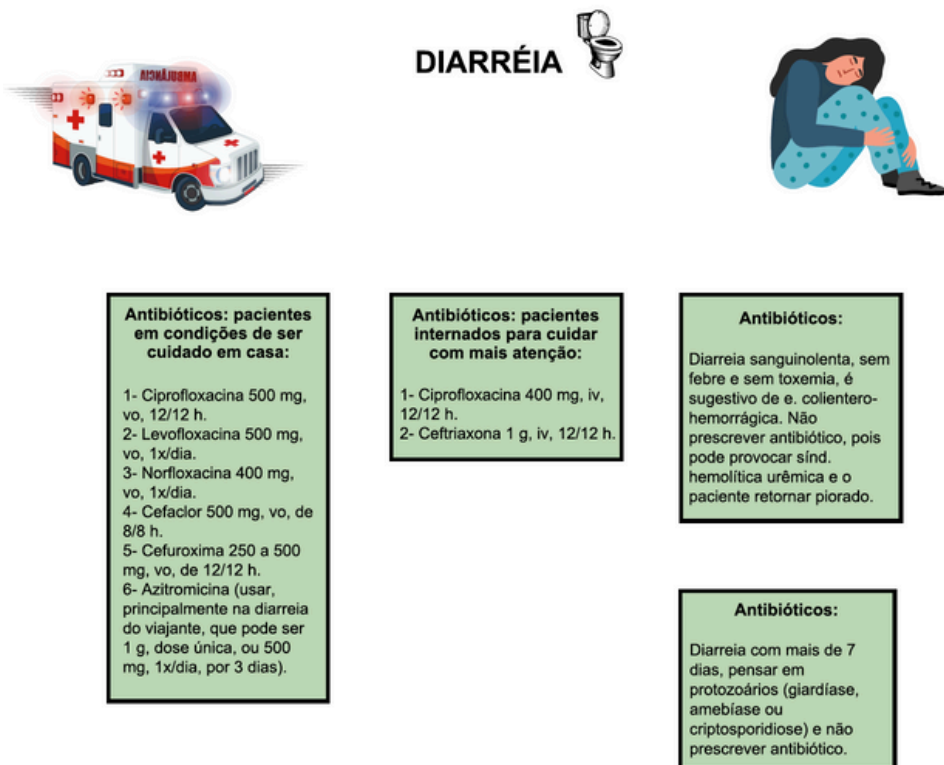
Fonte: O autor (2024)

Figura 5 – Representação gráfica do Fluxograma de Diarreia com a utilização do método CTM3 – parte 1



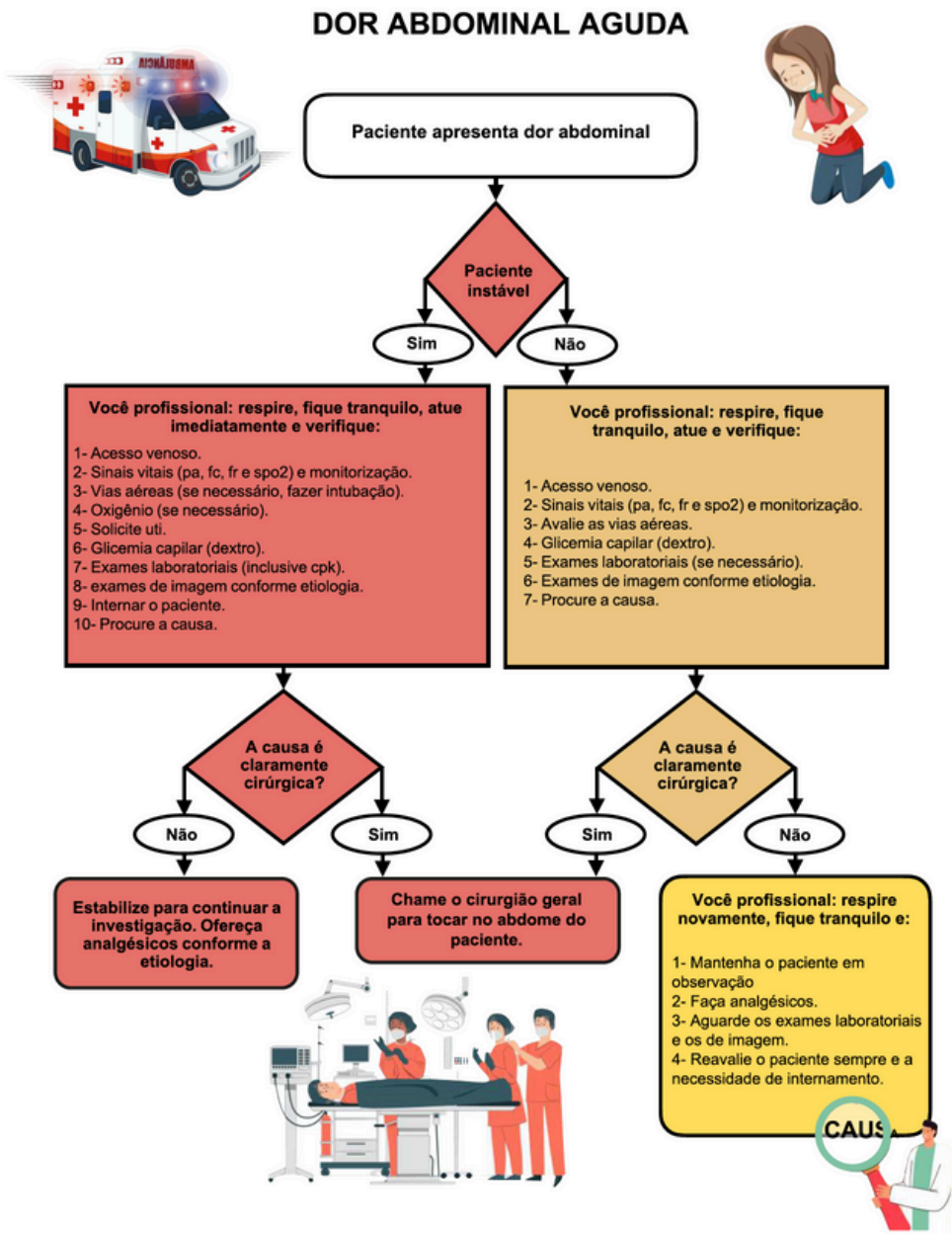
Fonte: O autor (2024)

Figura 5 – Representação gráfica do Fluxograma de Diarreia com a utilização do método CTM3 – parte 2



Fonte: O autor (2024)

Figura 6 – Representação gráfica do Fluxograma de Dor Abdominal com a utilização do método CTM3 – parte 1



Fonte: O autor (2024)

Figura 6 – Representação gráfica do Fluxograma de Dor Abdominal com a utilização do método CTM3 – parte 2

DOR ABDOMINAL AGUDA



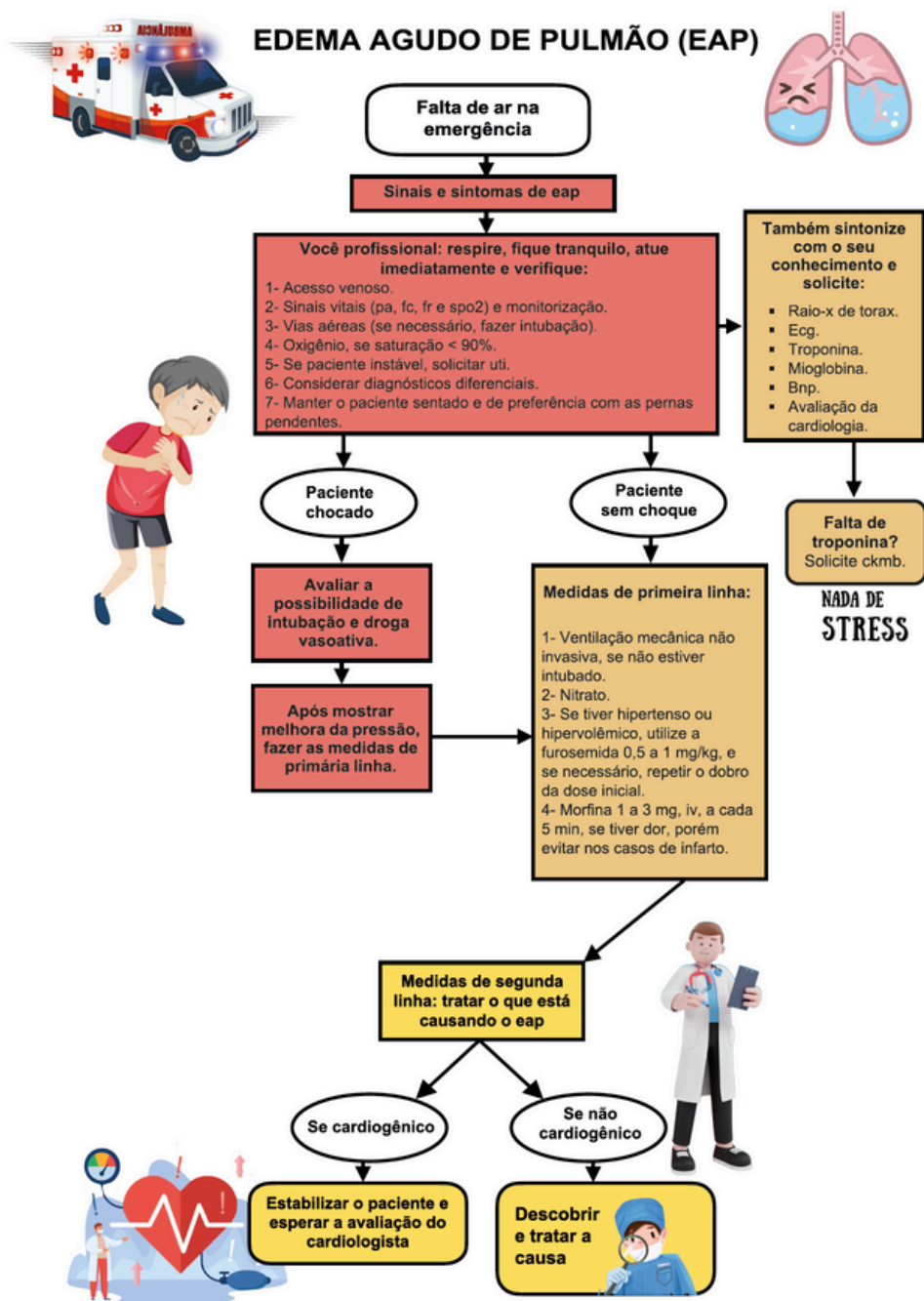
Algumas causas de dor abdominal aguda:

- Apendicite
- Cetoacidose diabética
- Cólica nefrética
- Desidratação
- Diverticulite
- Doença das vias biliares
- Gastroenterite
- Gestação ectópica rota
- Isquemia mesentérica
- Pancreatite
- Perfuração intestinal
- Obstrução intestinal
- Síndrome aórtica aguda
- Úlcera péptica



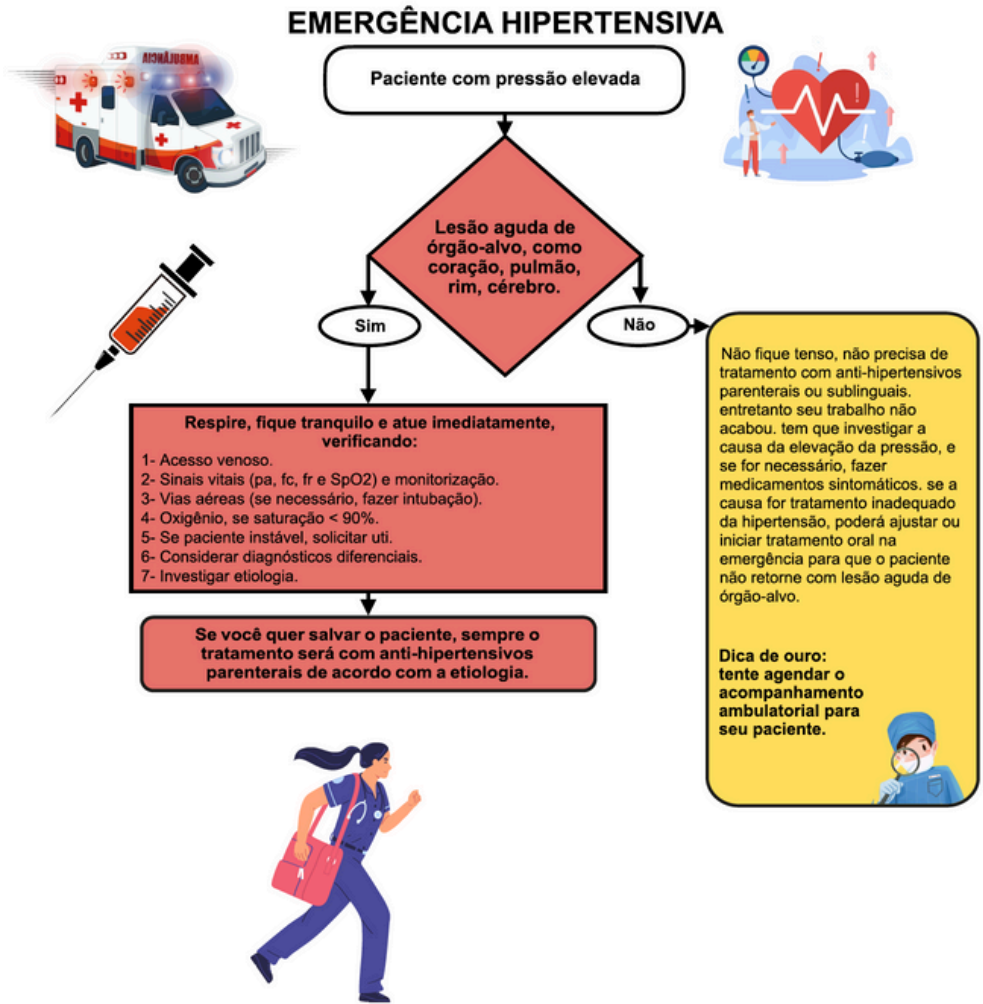
Fonte: O autor (2024)

Figura 7 – Representação gráfica do Fluxograma de Edema Agudo de Pulmão com a utilização do método CTM3



Fonte: O autor (2024)

Figura 8 - Representação gráfica do Fluxograma de Emergência Hipertensiva com a utilização do método CTM3 - parte 1



Fonte: O autor (2024)

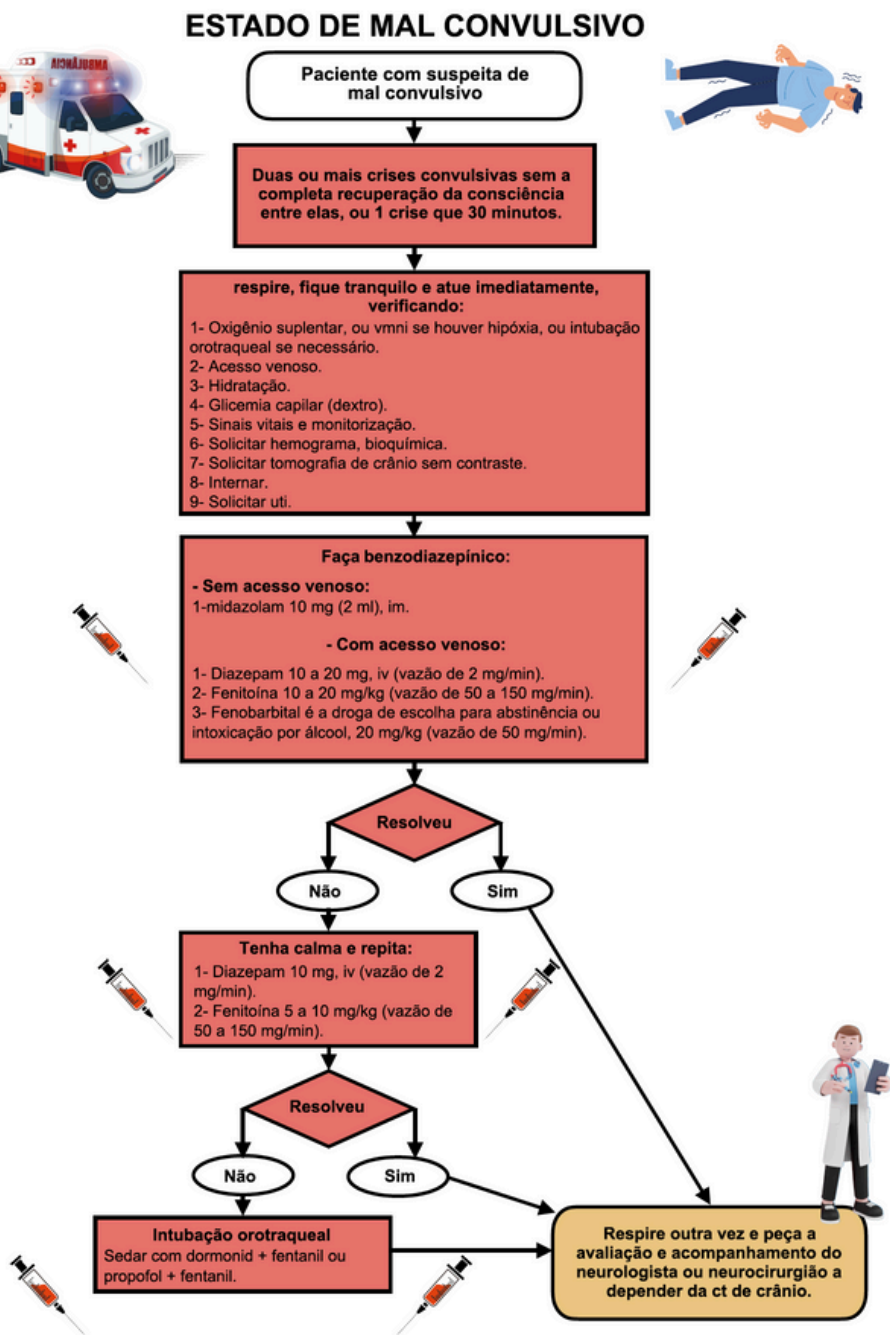
Figura 8 – Representação gráfica do Fluxograma de Emergência Hipertensiva com a utilização do método CTM3 – parte 2



Medicações parenterais para emergência hipertensiva	Dose	Contraindicações (sempre pergunte sobre alergia)	Efeitos colaterais
Nitroprussiato de sódio	0,3 a 10 mcg/kg/min	Relativas	Toxicidade por cianeto (raro), bradicardia, taquicardia, palpitação, confusão, aumento da pressão intracraniana, miose, tontura, cefaleia.
Nitroglicerina	5 a 200 mcg/min	Medicações para disfunção erétil, tamponamento cardíaco, hipotensão	Cefaleia, tontura, síncope, aumento da pressão intracraniana
Metoprolol	2,5 a 5 mg, por 2 min., iv, repetir até 3 vezes. depois manter 25 a 100 mg, 12/12 h, vo. liberação prolongada 50 a 200 mg, 1x ao dia	Sínd. de Wolff-Parkinson-White, bav 2º e 3º graus, ic grave, hipotensão, bradicardia e broncoespasmo	Hipotensão, bradicardia, exacerbação da ic e broncoespasmo
Esmolol	0,5 mg/kg/min, iv e depois manter 0,05 a 0,3 mg/kg/min. iv	Sínd. de Wolff-Parkinson-White, bav 2º e 3º graus, ic grave, hipotensão, bradicardia e broncoespasmo	Bradicardia, bavt, broncoespasmo, hipotensão e tremor
Hidralazina	1 a 10 mg, iv de 20/20 min até completar 40 mg e depois manter 0,2 a 0,3 mcg/min. iv	Dissecção de aorta, sca, lupus, insuficiência cardíaca devido obstrução, insuficiência cardíaca de ventrículo direito, taquicardias graves.	Taquicardia, palpitação, angina pectoris, cefaleia, artralgia, mialgia, diarreia, vômitos, agitação, ansiedade.

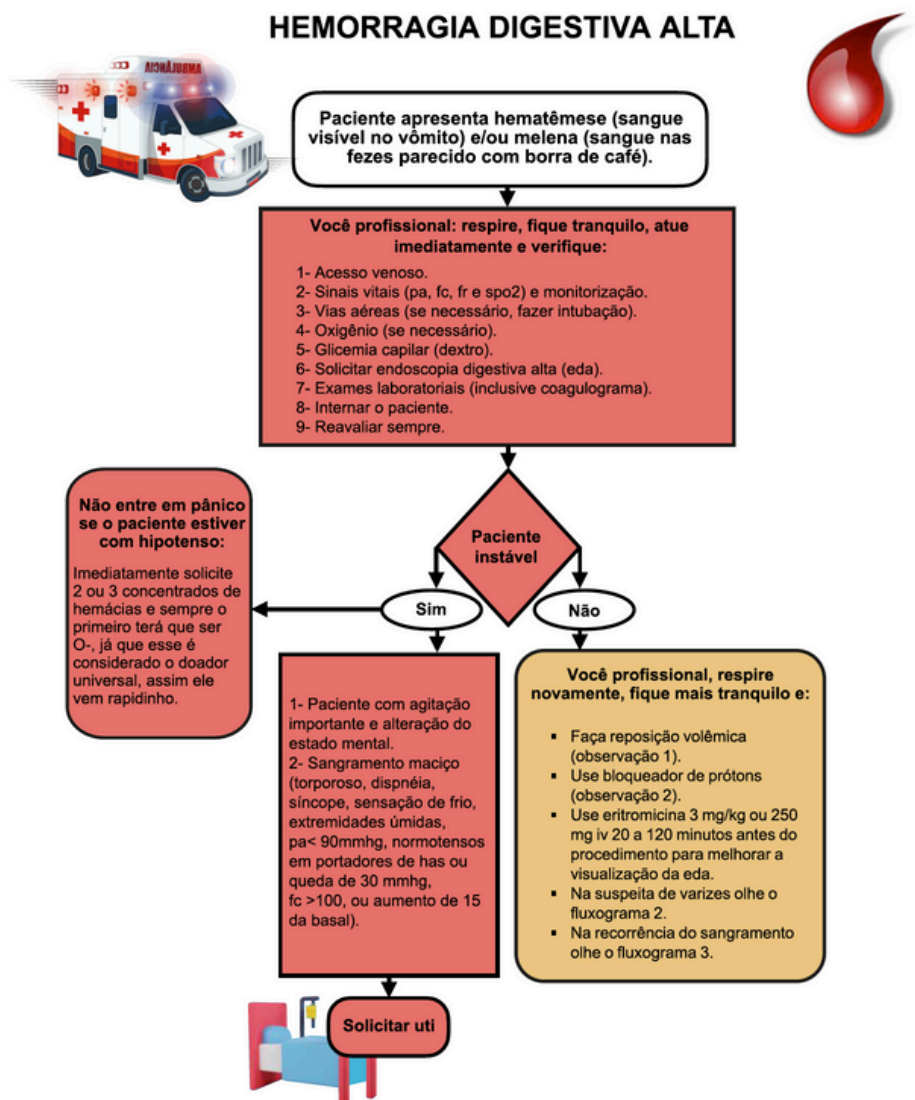
Fonte: O autor (2024)

Figura 9 – Representação gráfica do Fluxograma de Estado de Mal Convulsivo com a utilização do método CTM3



Fonte: O autor (2024)

Figura 10 – Representação gráfica do Fluxograma de Hemorragia Digestiva Alta com a utilização do método CTM3 – parte 1



Fonte: O autor (2024)

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



Observação 1:

Reposição volêmica:

- O objetivo é alcançar uma pressão sistólica de aproximadamente 100 mmhg, pois em paciente com sangramento por varizes esofágicas uma pressão maior pode causar mais sangramento.
- Fazer 1 a 2 litros de solução salina.
- Não respondeu é prudente fazer concentrado de hemácias e esperar o resultado dos exames para decidir se irá repor plaquetas ou plasma.

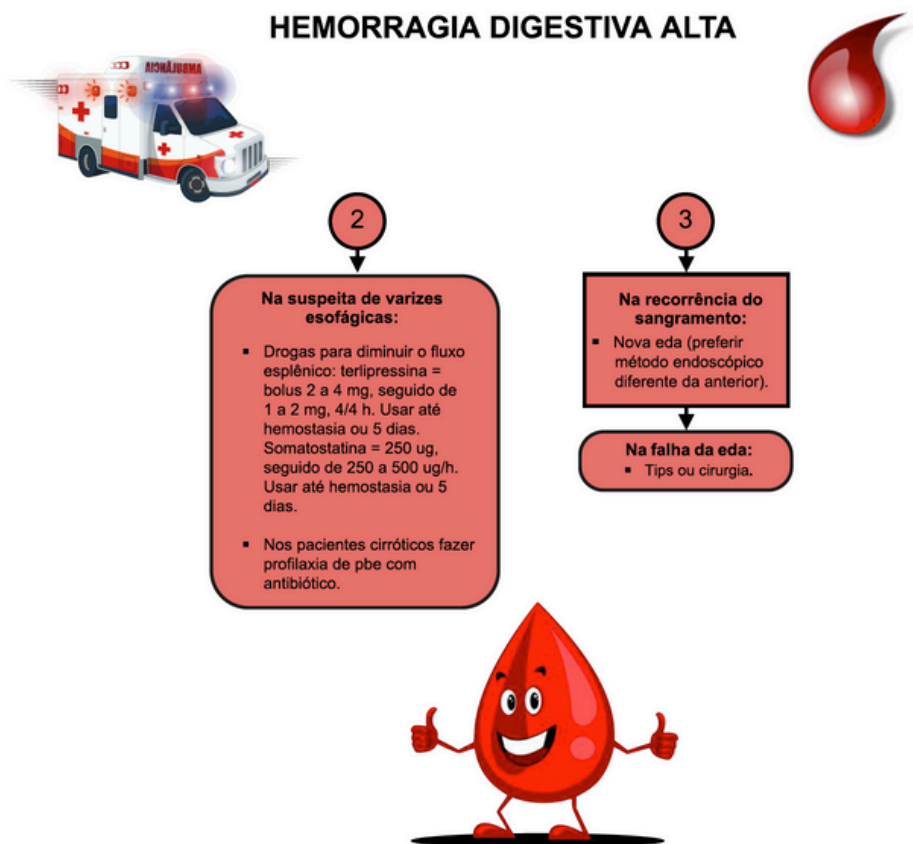
Observação 2:

Bloqueador de prótons:

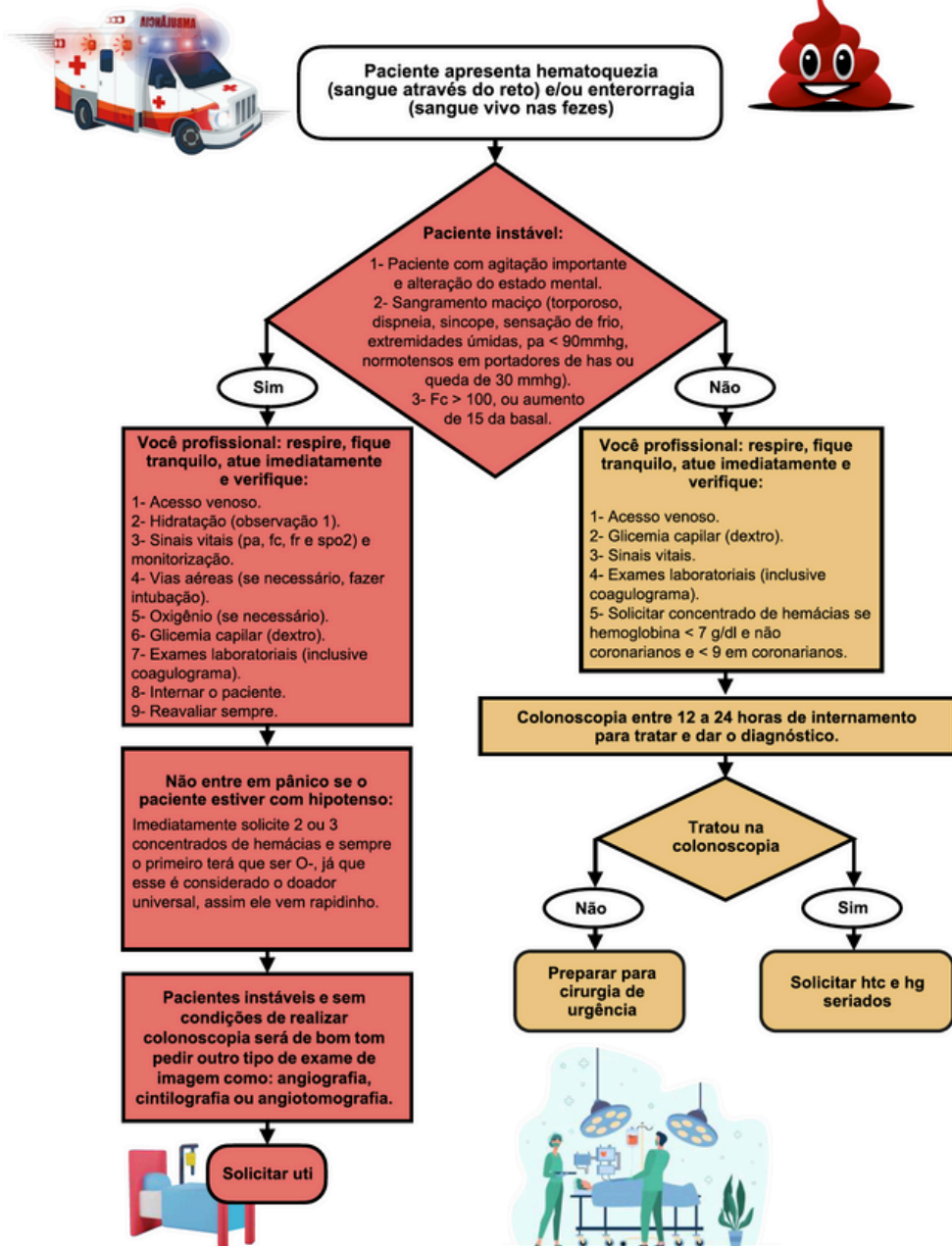
- Pantoprazol, esmolol ou omeprazol.
- Fazer 80 mg (2 amp em bolus).
- Alto risco = deixar 8 mg/h, em infusão contínua.
- baixo risco = 40 a 80 mg, de 12/12 h.
- Usar por 72 h. Após esse tempo, fazer 1 vez ao dia e quando puder, utilizar vo, porém se depois da eda o paciente estiver estável e sem sinais de recorrência de sangramento no exame de eda, pode trocar de venoso para oral imediatamente.

Fonte: O autor (2024)

Figura 10 – Representação gráfica do Fluxograma de Hemorragia Digestiva Alta com a utilização do método CTM3 – parte 3



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



Observação 1: Reposição volêmica:

- O objetivo é alcançar uma pressão sistólica de aproximadamente 100 mmHg, pois em paciente com sangramento por varizes esofágicas uma pressão maior pode causar mais sangramento
- Fazer 1 a 2 litros de solução salina.
- Não respondeu é prudente fazer concentrado de hemácias e esperar o resultado dos exames para decidir se irá repor plaquetas ou plasma.

A colonoscopia não conseguiu achar a causa:

Tenha calma porque ainda tem recursos para ajudar no diagnóstico, como:

Angiografia
Cintilografia ou
Angiotomografia



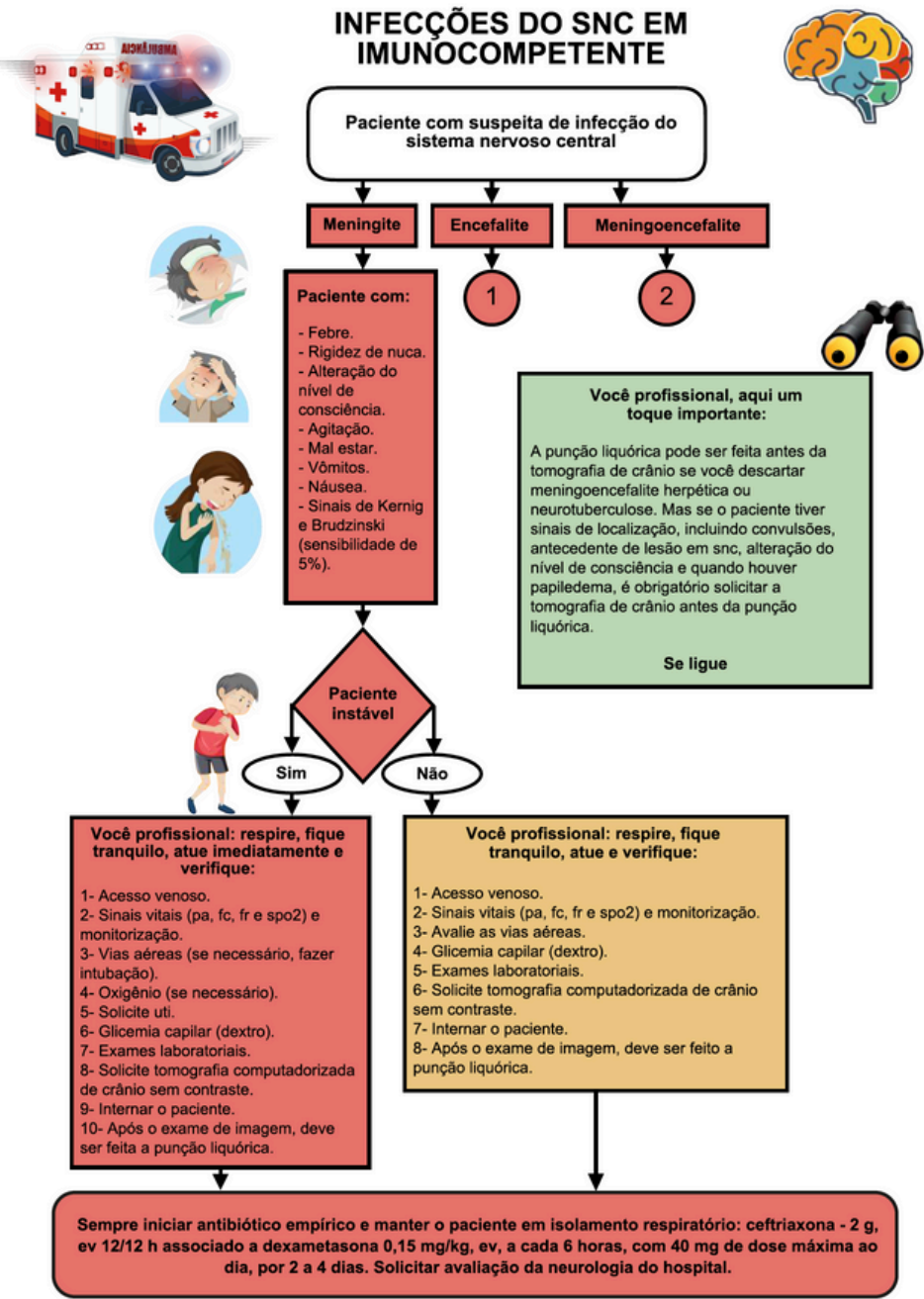
Uma dica importante:

Quando tiver muito sangramento, peça uma endoscopia digestiva alta, principalmente em locais que a prevalência de hda é alta.



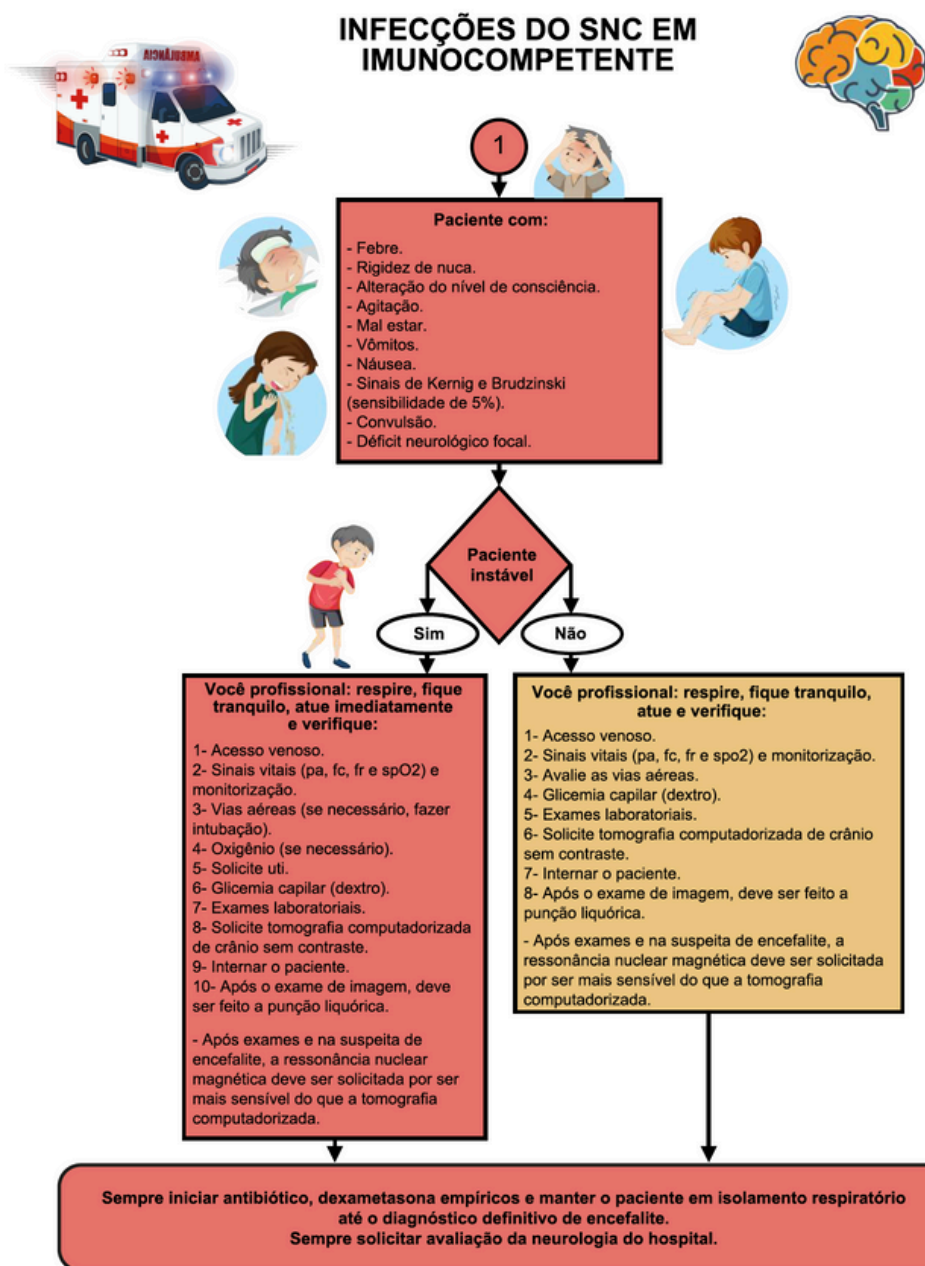
Fonte: O autor (2024)

Figura 12 – Representação gráfica do Fluxograma de Infecção do Sistema Nervoso Central com a utilização do método CTM3 – parte 1



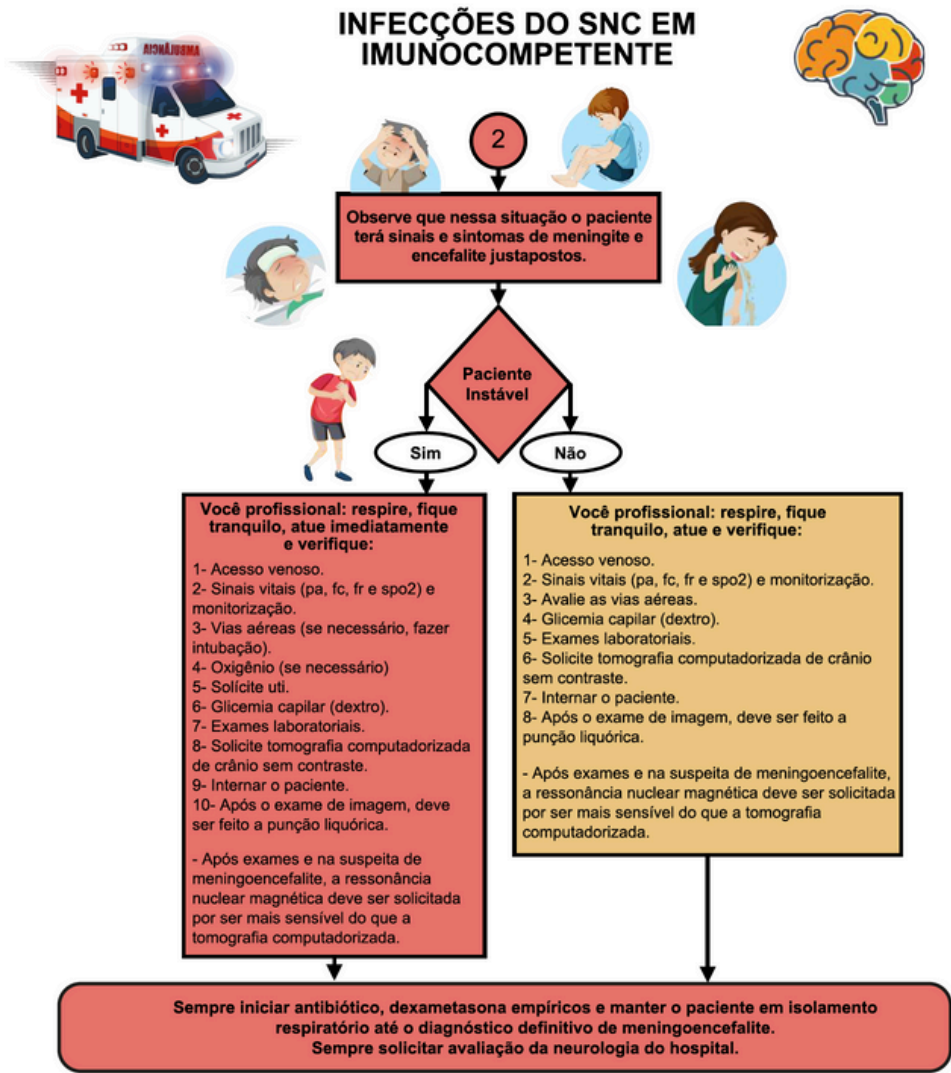
Fonte: O autor (2024)

Figura 12 – Representação gráfica do Fluxograma de Infecção do Sistema Nervoso Central com a utilização do método CTM3 – parte 2



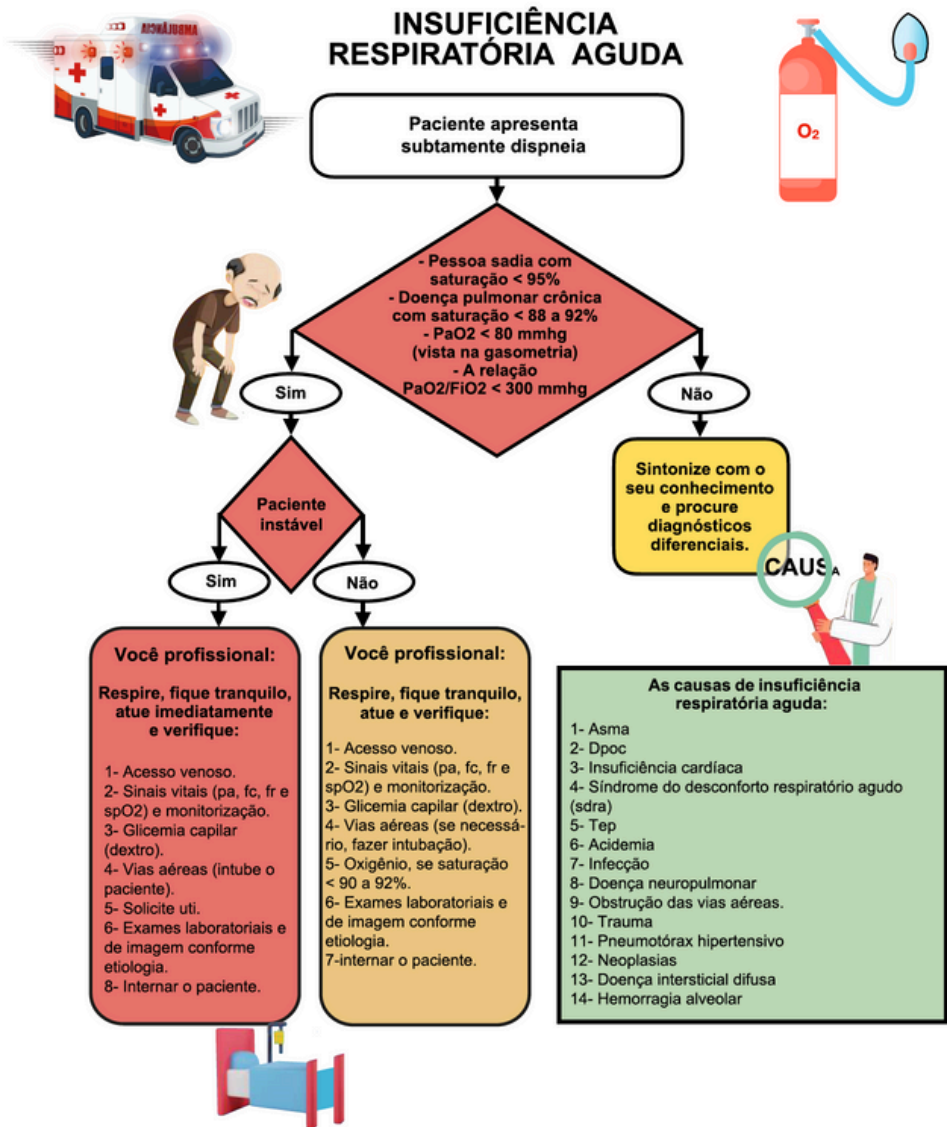
Fonte: O autor (2024)

Figura 12 – Representação gráfica do Fluxograma de Infecção do Sistema Nervoso Central com a utilização do método CTM3 – parte 3



Fonte: O autor (2024)

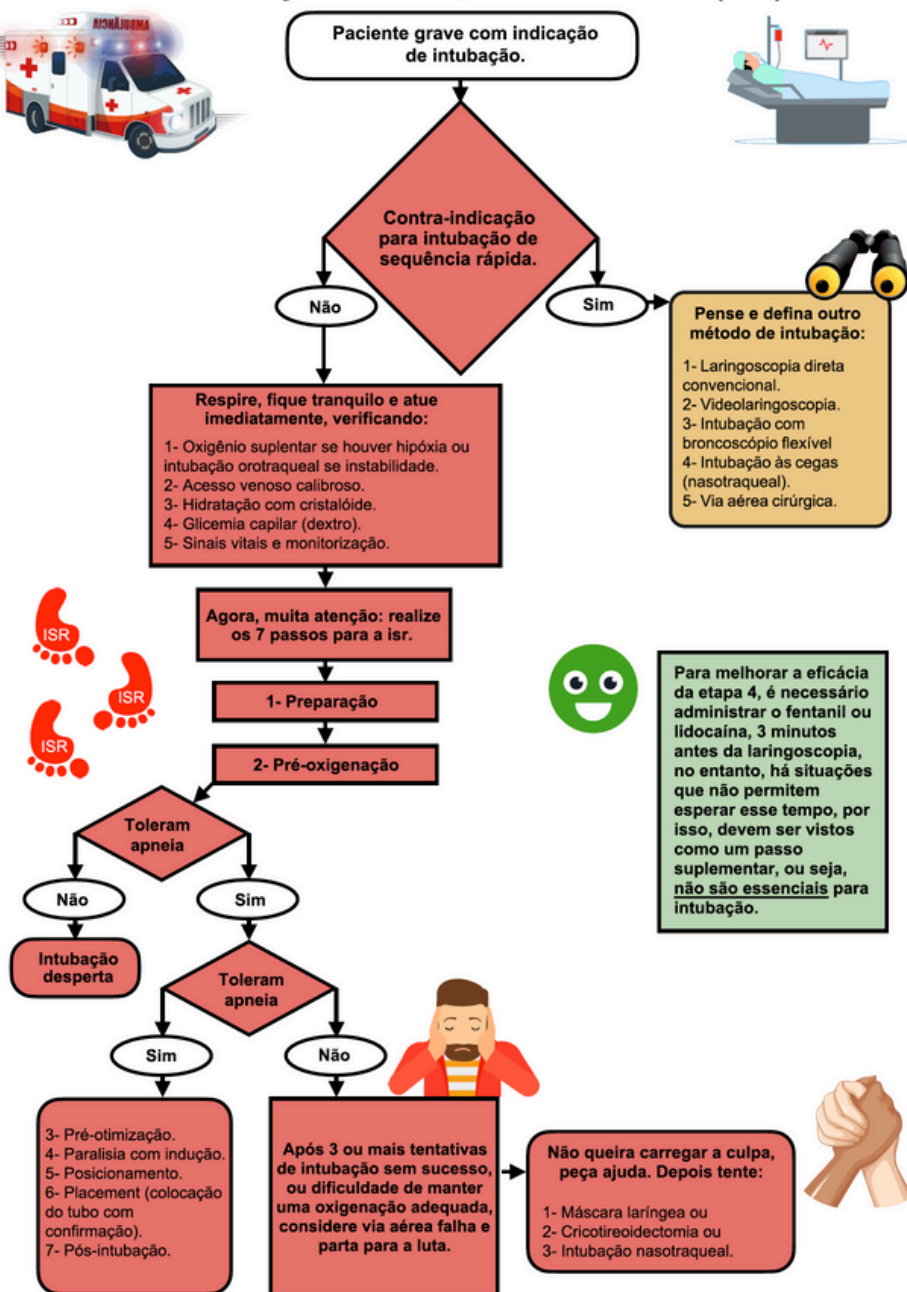
Figura 13 – Representação gráfica do Fluxograma de Insuficiência Respiratória Aguda com a utilização do método CTM3



Fonte: O autor (2024)

Figura 14 – Representação gráfica do Fluxograma de Intubação de Sequência Rápida com utilização do método CTM3 – parte 1

INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA (ISR)



INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA (ISR)



Realizar os 7 ps: vamos lá.

1- Preparação:

Acesso venoso + monitorização + escolha das drogas + verificação do equipamento (principalmente se a luz do laringoscópio está ascendendo) + posicionamento do paciente + avaliar se há presença de via aérea difícil + avaliar o risco de colapso cardiopulmonar após administração dos medicamentos + identificar hipóxia e hipotensão.

Para avaliar se há presença de via aérea difícil, utilize o lemon (limão):

Se pontuar em qualquer dessas categorias, considere via aérea difícil:

L (look externally) = olhe se há trauma de face, ou alteração anatómica.

E (evaluate - 3-3-2 rule) = avaliar 3-3-2. o paciente pode abrir a boca para admitir 3 dos seus próprios dedos? a distância do mento à junção do pescoço equivale a 3 dedos do paciente? a distância da junção do pescoço ao osso hióide, equivale a 2 dedos do paciente?

M (mallampati) = classe iii mostra dificuldade e iv a extrema dificuldade. Caso o paciente não coopere para o exame com uma abertura bucal adequada, pode ser usado o laringoscópio para a observação da língua.

O (obstruction/obesity) = obstrução ou obesidade = orofaringe com neoplasia, sangramento, trauma, corpo estranho, partes moles volumosas...

N (neck mobility) = mobilidade do pescoço pode ser prejudicada em doenças articulares, trauma.

2- Pré-oxigenação:

Oxigênio a 100%, por 3 minutos, no mínimo.

Pacientes cooperando: ventilar apenas se necessitar de resgate ventilatório. Use máscara, bolsa e válvula, porém utilize as 2 mãos para causar completa vedação. Se o enfermo não puder esperar 3 minutos, solicite que inspire 8 vezes profundamente, em um espaço de 1 minuto e depois prossiga o procedimento.

Pacientes com ventilação espontânea inadequada: pode ventilar apertando a bolsa (ambu) de forma sincrônica com as inspirações.

Pacientes com doenças pulmonares graves, como pneumonia, sdra. É necessário utilizar ventilação mecânica não invasiva (vmni) ou high flow.

Pacientes que não toleram apneia é necessário realizar a intubação desperta e não a isr.

Pacientes com ventilação espontânea, mas não cooperativos: realizar a intubação de sequência atrasada (dsi).

3- Pré-otimização:

Antes da intubação e simultâneo à fase de pré-oxigenação, se faz necessário a resolução de vulnerabilidade fisiológica, como a transfusão de concentrado de hemácias, drenagem do pneumotórax, correção de hipóxia, hipotensão, hipertensão grave e desidratação.

4- Paralisia com indução (tabela 02 e 03): primeiro hipnóticos e depois bloqueadores neuromusculares.

Reservar o fentanil para pacientes com síndrome coronariana aguda, dissecção aguda de aorta, hipertensão intracraniana ou ave-h. Fazer antes dos hipnóticos.

Reservar a lidocaína em hipertensão intracraniana e broncoespasmos, fazer antes dos hipnóticos.

5- Posicionamento:

Após a administração dos hipnóticos e bloqueadores neuromusculares.

6- Placement (colocação do tubo com confirmação):

Utilizar capnógrafo para confirmar e caso não tenha pode ser feito a ausculta.

7- Pós-intubação:

Fixação do tubo + manutenção da sedação + raio-x de tórax.

Figura 14 – Representação gráfica do Fluxograma de Intubação de Sequência Rápida com utilização do método CTM3 – parte 3



INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA (ISR)

Tabela 01		Indicação
Fentanil	3 mcg/kg	Em pacientes com sca, dissecção aguda de aorta, hipertensão intracraniana ou ave-h.
Lidocaína	1,5 mg/kg	Em hipertensão intracraniana e broncoespasmos.

Tabela 02		Indicação
Midazolam	0,3 mg/kg	Pacientes convulsionando
Etomidato	0,3 mg/kg	Pacientes críticos em geral
Quetamina	1,5 mg/kg	Pacientes em broncoespasmos
Propofol	1,5 mg/kg	Pacientes estáveis e grávidas

Tabela 03		Indicação
Succinilcolina	1,5 mg/kg	É o de escolha
Succinilcolina	1 mg/kg	Se tiver contra-indicação para usar a succinilcolina

Contra-indicação da succinilcolina:

- 1- Hipercalemia.
- 2- Rabdomiólise.
- 3- Distrofia muscular e miopatias hereditárias.
- 4- Após 5 dias de um grande queimado.
- 5- Esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica.
- 6- Obstrução de via aérea.
- 7- História familiar de hipertermia maligna.
- 8- Grande esmagamento.

Contra-indicação da rocurônio:

- 1- Anafilaxia anterior.

Fonte: O autor (2024)

PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)

Paciente com suspeita de pac

Com sinais de gravidade avaliados pelos escores curb-65 (2 pontos) ou crb-65 (1 ponto) ou no psi (70 pontos). Paciente com patologias crônicas descompensadas, com hipóxia, sem condições de tomar medicação oral.

Sim

Não

Paciente instável

Sim

Não

Não tema, ele pode ser tratado e acompanhado em domicílio.

Respire, fique tranquilo e atue imediatamente, verificando:

- 1- Oxigênio suplenar, ou vmi se houver hipóxia, ou intubação orotraqueal se necessário.
- 2- Acesso venoso.
- 3- Hidratação vigorosa se tiver chocado.
- 4- Glicemia capilar (dextro).
- 5- Sinais vitais e monitorização.
- 6- Solicitar hemograma, bioquímica.
- 7- Solicitar hemocultura (2 amostras).
- 8- Solicitar raio-x de tórax.
- 9- Internar.
- 10- Solicitar uti.
- 11- Iniciar antibiótico venoso.

Calma e sem estresse, verifique:

- 1- Acesso venoso.
- 2- Hidratação.
- 3- Glicemia capilar (dextro).
- 4- Sinais vitais e monitorização.
- 6- Solicitar hemograma, bioquímica
- 7- Solicitar hemocultura (2 amostras).
- 8- Solicitar raio-x de tórax.
- 9- Internar.
- 10- Iniciar antibiótico venoso ou oral a depender dos sinais e sintomas e da capacidade de paciente de tomar medicação oral.

VER OLHAR

Para melhorar a eficácia do diagnóstico você precisa unir a história, o quadro clínico e os biomarcadores (procalcitonina e a proteína c reativa).

Obs.: nunca utilize os biomarcadores isoladamente.

Acenda uma luz de alerta para pacientes com risco aumentado de ter infecção por pseudomonas, são eles:

- 1- Bronquiectasias.
- 2- Fibrose cística.
- 3- Uso de antibiótico de amplo espectro por mais de sete dias nos últimos 30 dias.
- 4- Internação recente (últimos 7 dias).
- 5- Uso de corticoide (>10 mg de prednisona ou equivalente) cronicamente.
- 6- Neutropênicos (<1000/mm³).



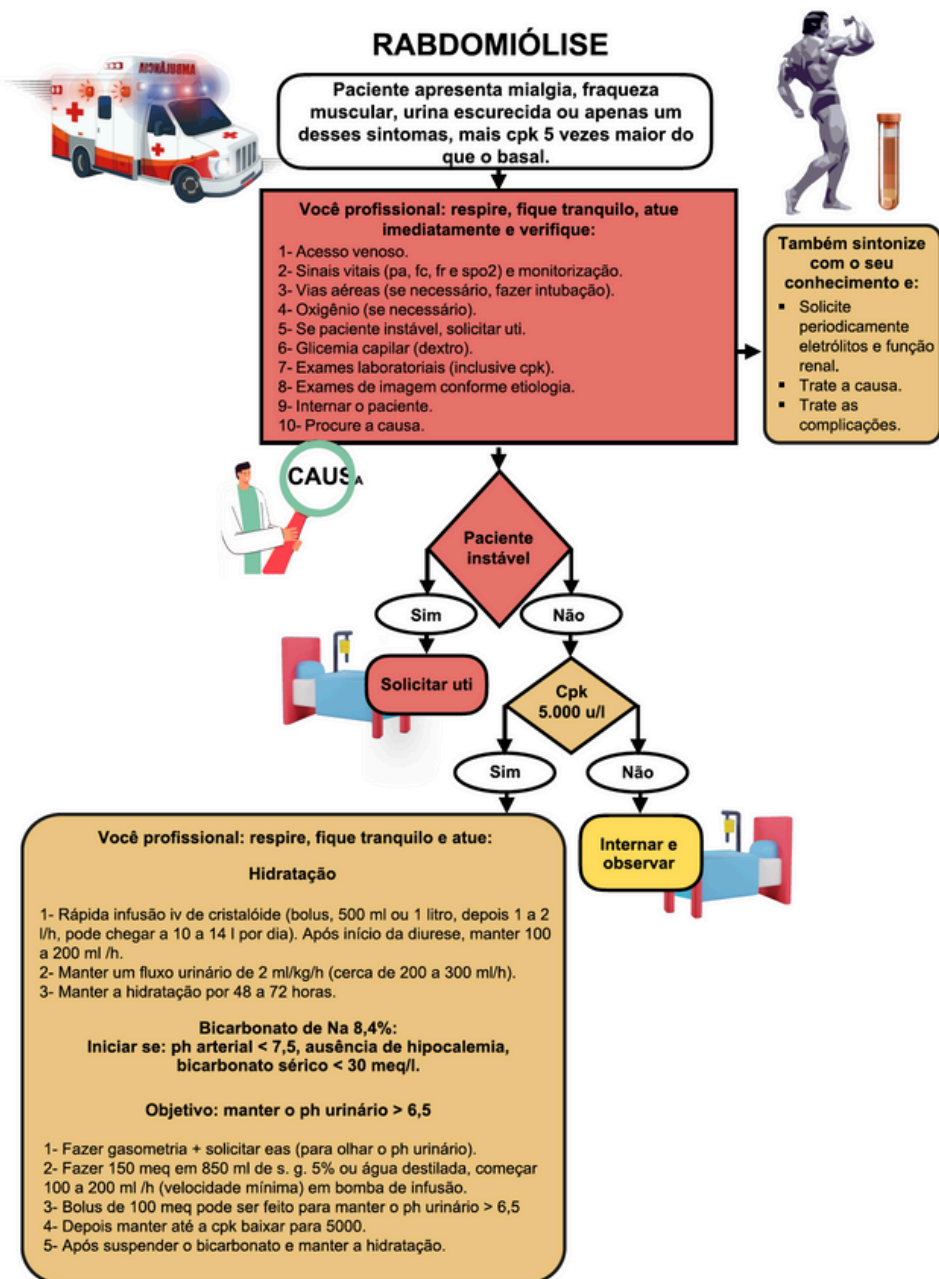
PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE (PAC)



Não trabalhe sozinho, sempre peça ajuda à comissão de controle de infecção hospitalar, ela terá o prazer de orientar a melhor conduta. Outra coisa muito importante, sempre pergunte antecedentes de alergia aos seus pacientes. Mas se quiser iniciar o tratamento para não perder tempo:

- Tratamento em domicílio para pacientes sem comorbidades, sem fatores de risco e sem risco para infecção por pseudomonas: utilize β -lactâmico ou macrolídeos.
- Pacientes com comorbidades, com fatores de risco e com risco para infecção por pseudomonas: associar β -lactâmico e macrolídeos.
- Pacientes com alergia aos lactâmico e macrolídeos, utilizar as fluoroquinolonas.
- Pacientes internados na enfermaria têm que associar cefalosporinas de terceira geração (ou ampicilina/sulbactam) com um macrolídeo. Se tiver alergia, utilizar as fluoroquinolonas sozinha.
- Se você encaminhar o paciente para a UTI, terá que iniciar cefalosporinas de terceira geração (ou ampicilina/sulbactam) com um macrolídeo, ou também pode começar cefalosporinas de terceira geração com fluoroquinolonas.
- Se o paciente tiver risco aumentado de ter infecção por pseudomonas o antibiótico mais assertivo será, fluoroquinolonas antipseudomonas, piperacilina/tazobactam, meropenem (monoterapia ou terapia combinada).

Fonte: O autor (2024)





RABDOMIÓLISE



As pesquisas são conflitantes sobre o uso do manitol, então a sugestão é fazer se o paciente não atingir um fluxo urinário de 2 ml/kg/h. Porém ele precisa ter um fluxo urinário mínimo de 20 ml/h.

Não há evidência de outro diurético na rabdomiólise.

Dose: 1-2 g/kg/dia.

Se não resolver com todas essas medidas, chame o nefrologista porque está na hora de dialisar.

Fonte: O autor (2024)

Figura 17 – Representação gráfica do Fluxograma de Tamponamento Cardíaco com a utilização do método CTM3

TAMPONAMENTO CARDÍACO



A tríade de Beck está presente em poucos casos:

Mnemônico = tapa

T = turgência jugular
A = abafamento de bulha
Pa = diminuição da Pa

Após a pericardiocentese, coletar o líquido e enviar ao laboratório solicitando:

- 1- Celularidade total e diferencial.
- 2- Proteínas totais.
- 3- Ada.
- 4- Dhl.
- 5- Glicose.
- 6- Culturas.
- 7- Pcr.
- 8- Pesquisa de células neoplásicas.
- 9- Pesquisa de baar + cultura de baar.

Simultaneamente solicitar no sangue periférico:

- 1- Proteínas totais.
- 2- Dhl.
- 3- Glicose.
- 4- Culturas.
- 5- Pcr.
- 6- Pesquisa de baar + cultura de baar + teste rápido.
- 7- Tsh + T4.
- 8- Pesquisa de doenças auto-imune

Paciente com suspeita de tamponamento cardíaco:

- 1- Dor torácica.
- 2- Dispneia (com os pulmões limpos).
- 3- Síncope.
- 4- Taquicardia (fase inicial).
- 5- Bradicardia (fase avançada, exceto se o paciente já tiver de base, por exemplo: bradicardia por hipotireoidismo ou uso de medicação).
- 6- Hipotensão.
- 7- Pulso paradoxal (diminuição da pressão > 10 mmhg na inspiração).
- 8- Edema periférico.
- 9- Pressão venosa jugular aumentada (turgência jugular, distensão venosa na testa e no couro cabeludo).

Respire, fique tranquilo e atue imediatamente, verificando:

- 1- Oxigênio suplementar se houver hipóxia ou intubação orotraqueal se instabilidade, porém evitar pressão positiva, pois piora o enchimento cardíaco.
- 2- Acesso venoso.
- 3- Glicemia capilar (dextro).
- 4- Sinais vitais e monitorização.
- 6- Exames laboratoriais (inclusive troponina, mioglobina, ckmb, tap e ttpa).

Realize uma pericardiocentese

Chame um cardiologista

Tenha calma, ilumine sua mente e pense nos diagnósticos diferenciais:

- 1- Iam.
- 2- Eap.
- 3- Tep.
- 4- Saa.
- 5- Pericardite constrictiva.
- 6- Insuficiência cardíaca.
- 7- Derrame pleural volumoso.



Vejo que é difícil descobrir esse diagnóstico, mas ele é principalmente clínico. para ajudar na descoberta se pede:

- 1- Eletrocardiograma.
- 2- Raio-x de tórax no leito.
- 3- Ecocardiograma no leito.

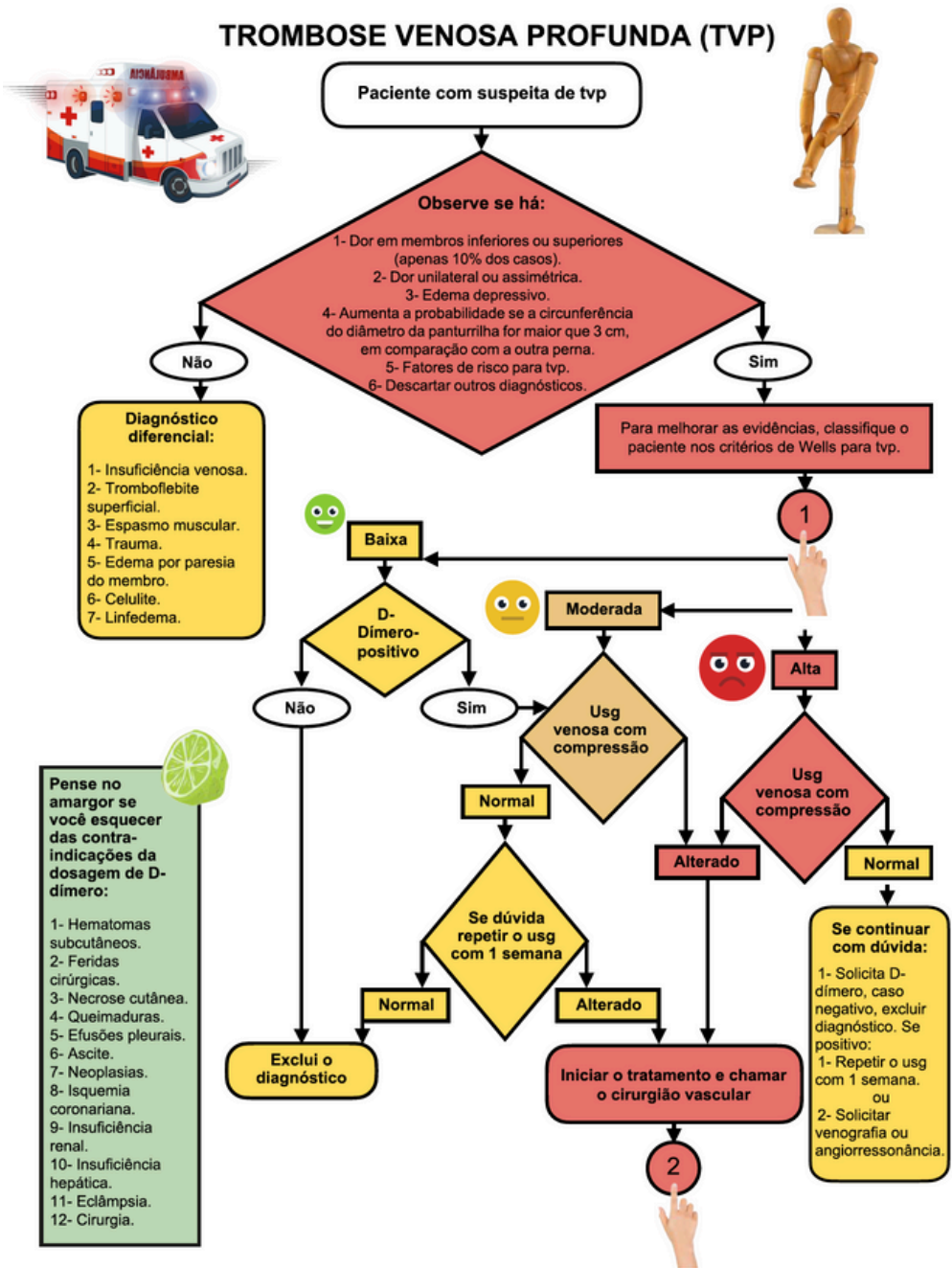
Caso isso não ajude, e o paciente possa ser transportado até uma tomografia computadorizada, acompanhe ou peça ajuda.

Se o paciente sofrer uma parada cardíaca antes da pericardiocentese as compressões torácicas são de pouca valia, sendo imprescindível a realização da pericardiocentese, então não tenha medo e faça porque você salvará uma vida.



Fonte: O autor (2024)

Figura 18 – Representação gráfica do Fluxograma de Trombose Venosa Profunda com a utilização do método CTM3 – parte 1



Fonte: O autor (2024)

Figura 18 – Representação gráfica do Fluxograma de Trombose Venosa Profunda com a utilização do método CTM3 – parte 2

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)



1

Critérios de Wells para tvp

Achados clínicos pontuação	Pontuação
Neoplasia ativa	1
Paresia ou imobilização de extremidades	1
Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia há menos de 4 semanas	1
Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
Diâmetro da região das panturrilhas com 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Diagnóstico alternativo mais provável	-2

O ponto: baixa probabilidade; 1-2 pontos: probabilidade intermediária, 3 ou mais pontos: alta probabilidade.

2

Não tenha medo porque há opções para o tratamento:

Para pacientes com tvp não complicada, a diretriz da sociedade americana de hematologia recomenda tratamento domiciliar em vez de tratamento hospitalar (baixa evidência):

1- Monoterapia com rivaroxabana ou apixabana: tem como vantagem a não utilização de medicações parenterais. Rivaroxabana (inibidor do fator xa): dose inicial de 15 mg 2 vezes ao dia por 3 semanas e depois dose de 20 mg 1 vez ao dia. Apixabana: dose de 10 mg vo 12/12 horas por 7 dias, substituindo para 5 mg vo 12/12 horas.

Para pacientes com tvp complicada, com fatores de riscos que não podem ser modificados, que não podem comprar a medicação ou que não tenham uma boa adesão a medicamentos, a diretriz da sociedade americana de hematologia recomenda tratamento hospitalar:

1- Heparina de baixo peso molecular (hbpm) ou heparina não fracionada (hnf) pode ser associada a varfarina, entretanto a varfarina oral precisa ser iniciada no primeiro dia e a hbpm tem que ser mantida por pelo menos 5 para a manter o inr entre 2 e 3 por pelo menos 2 dias. Atingindo esse objetivo tem que fazer a retirada da hbpm. A dose inicial da varfarina é de 5 mg via oral em jejum uma vez ao dia.

ou

2- Hbpm ou hbpm associada a dabigatrana ou edoxabana, porém o início deve ser entre o quinto ao décimo dia e não precisa acompanhar com o resultado do inr do paciente. dabigatrana tem a dose de 150 mg via oral de 12/12 horas. E a edoxabana tem dose de 60 mg via oral uma vez ao dia.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)



Hnf: dose de ataque de 80 ui/kg endovenosa (alternativa: dose única de 5.000 u), seguida por infusão contínua com dose inicial de 18 ui/kg/h e ajuste a dose conforme ttpa (dosar de 6/6 h e depois 1 vez ao dia) com o objetivo de atingir valores de relação entre 1,5-2,5.

ou

Pode ser utilizado hnf subcutânea em pacientes com creatinina < 2,3 mg/dl: dose inicial de 333 ui/kg peso seguida por de 250 ui/kg peso de 12/12 h. Não há necessidade de controle de coagulograma.

Hbpm: não precisa acompanhá-lo com exames laboratoriais, por isso é mais prático.

Enoxaparina sc 1 mg/kg 2 vezes ao dia ou 1,5 mg/kg de peso uma vez ao dia (não usar em pessoas com o peso menor do que 40 kg ou maior do que 120 kg).

Dalteparina 200 ui/kg de peso uma vez ao dia (medicação mais interessante quando usada em pacientes com neoplasia).

Nadroparina 171 ui/kg de peso uma vez ao dia (não utilizar em enfermos com peso maior do que 100 kg).

Tinzaparina 175 ui/kg de peso uma vez ao dia (não use em pacientes com idade maior do que 70 anos).

Fonte: O autor (2024)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, Y. et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal, v. 36, p. 2921-2964, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539677/pdf/ehv318.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

AITHAL, G. P. et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. Gut, v. 70, n. 1, p. 9-29, jan. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33067334/>. Acesso em: 08 jun. 2023.

ALVES, J. R.; RODRIGUES, J. M. da S. Hemorragia digestiva: manejo fundamentado na medicina baseada em evidências. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, v. 10, n. 1, p. 5-10, 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/651/pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

ANNANE, D. et al. Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial. Jama, v. 310, n. 17, p. 1809-1817, 2013. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1752245>. Acesso em: 16 dez. 2023.

ANNANE, D. et al. Effects of fluid resuscitation with colloids vs crystalloids on mortality in critically ill patients presenting with hypovolemic shock: the CRISTAL randomized trial. Jama, v. 310, n. 17, p. 1809-1817, 2013. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1752245>. Acesso em: 19 dez. 2023.

ASCIA. Acute Management of Anaphylaxis. Disponível em: https://www.allergy.org.au/images/ASCIA_HP_Guidelines_Acute_Management_Anaphylaxis_2023.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

AZARBAL, A.; LEWINTER, M. M. Pericardial Effusion. Cardiology Clinics, v. 35, n. 4, p. 5515-524, nov. 2017.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BENMASSAOUD, A. et al. Treatment for ascites in adults with decompensated liver cirrhosis: a network meta-analysis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013123.pub2/full#:~:text=Several%20different%20treatments%20are%20available,uncertain,y%20surrounding%20their%20relative%20efficacy>. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 19 dez. 2023.

CARDONA, V. et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organization Journal, v. 13, n. 10, p. 1-25, oct. 2020. Disponível em: <https://www.worldallergyorganizationjournal.org/action/showPdf?pii=S1939-4551%2820%2930375-6>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CASTELLANOS, E. R. et al. Endoscopic injection of cyanoacrylate glue versus other endoscopic procedures for acute bleeding gastric varices in people with portal hypertension. The Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010180.pub2/epdf/full>. Acesso em: 17 dez. 2023.

CORRÊA, R. de A. et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 44, n. 5, p. 405-425, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/9S7zVZvTdSw5DBs7nC3JV5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

CREMERS, I.; RIBEIRO, S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. Therapeutic Advances in Gastroenterology, v. 7, n. 5, p. 206-216, sep. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107701/pdf/10.1177_1756283X14538688.pdf. Acesso em: 17 dez. 2023.

DE SIMONE, B. et al. WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. World Journal of Emergency Surgery, v. 16, n. 1, p. 1-27, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13017-021-00362-3.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2023.

DRIVER, B. E. et al. Flush Rate Oxygen for Emergency Airway Preoxygenation. Annals of Emergency Medicine, v. 69, n. 1, p. 1-6, jan. 2017. Disponível em: <https://broomedocs.com/wp-content/uploads/2017/09/Flush-O2-Driver.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

DRIVER, B. E. et al. Preoxygenation with flush rate oxygen: comparing the nonbreather mask with the bag-valve mask. *Annals of Emergency Medicine*, v. 71, n. 3, p. 381-386, 2018.

ERDEM, H. et al. Central nervous system infections in the absence of cerebrospinal fluid pleocytosis. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 65, p. 107-109, dec. 2017. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2817%2930267-9>. Acesso em: 21 dez. 2023.

GUERRANT, R. L. et al. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, v. 32, n. 3, p. 331-351, feb. 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/32/3/331/282348>. Acesso em: 12 dez. 2023.

GUITTON, C. et al. Nasal high-flow preoxygenation for endotracheal intubation in the critically ill patient: a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, v. 45, n. 4, p. 447-458, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-019-05529-w.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.

HAMP, T. et al. Duration of safe apnea in patients with morbid obesity during passive oxygenation using high-flow nasal insufflation versus regular flow nasal insufflation, a randomized trial. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, v. 17, n. 2, p. 347-355, 2021.

HIGGS, A. et al. Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults. *British Journal of Anaesthesia*, v. 120, n. 2, p. 323-352, 2018. Disponível em: <https://www.bjanaesthesia.org/action/showPdf?pii=S0007-0912%2817%2954060-X>. Acesso em: 15 dez. 2023.

HODROGE, S. S. et al. Adult Patients with Respiratory Distress: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care. *The Western Journal of Emergency Medicine*, v. 21, n. 4, p. 849-857, jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7390576/pdf/wjem-21-849.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

HOLCOMB, J. B. et al. Transfusion of Plasma, Platelets, and Red Blood Cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 Ratio and Mortality in Patients With Severe Trauma The PROPPR Randomized Clinical Trial. *Jama*, v. 313, n. 5, p. 471-482, feb. 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2107789>. Acesso em: 17 dez. 2023.

JARRAYA, F. Treatment of Hypertension: Which Goal for Which Patient? In: ISLAM, S. (ed.). *Hypertension: from basic research to clinical practice*. Cham: Springer, 2017. p. 117-127.

JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Diretriz de tratamento farmacológico da dor nos Pronto Atendimentos. Joinville: Secretaria da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portalam/pdf/jornal/7726f97a0d185fc743e5507c26e540a7.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

JONES, B. E. et al. Summary for clinicians: clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. *Annals of the American Thoracic Society*, v. 17, n. 2, p. 133-138, 2020. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1513/AnnalsATS.201909-704CME>. Acesso em: 15 dez. 2023.

KARUPPASAMY, K. et al. ACR Appropriateness Criteria Radiologic Management of Lower Gastrointestinal Tract Bleeding: 2021 Update. *Journal of the American College of Radiology*, v. 18, n. 5, p. S139-S152, may 2021. Disponível em: <https://www.jacr.org/action/showPdf?pii=S1546-1440%2821%2900153-8>. Acesso em: 19 dez. 2023.

KUSUMOTO, F. M. et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, v. 140, n. 8, p. e382-e482, aug. 2019. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000628>. Acesso em: 12 dez. 2023.

LAU, L. H. S.; SUNG, J. J. Y. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy*, v. 33, n. 1, p. 83-94, jan. 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/den.13674>. Acesso em: 17 dez. 2023.

LINNEMANN, B. et al. Diagnostics and Therapy of Venous Thrombosis and Pulmonary Embolism. The revised AWMF S2k Guideline. *Vasa*, v. 52, n. 111, p. 1-146, oct. 2023. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/0301-1526/a001089>. Acesso em: 18 dez. 2023.

LOTT, C. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation*, v. 161, p. 152-219, apr. 2021. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00064-2/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00064-2/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2023.

MAGNET, F. S. et al. Long-Term Oxygen Therapy: Comparison of the German and British Guidelines. *Respiration*, v. 93, n. 4, p. 253-263, 2017. Disponível em: <https://karger.com/res/article-pdf/93/4/253/3520317/000455879.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2023.

MCMULLAN, J. et al. Midazolam versus Diazepam for the Treatment of Status Epilepticus in Children and Young Adults: A Meta-Analysis. *Academic Emergency Medicine*, v. 17, n. 6, p. 575-582, jun. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149412/pdf/nihms-612147.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

MELLI, G.; CHAUDHRY, V.; CORNBATH, D. R. Rhabdomyolysis: an evaluation of 475 hospitalized patients. *Medicine*, v. 84, n. 6, p. 377-385, nov. 2005.

METLAY, J. P. et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 200, n. 7, p. e45-e67, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6812437/pdf/rccm.201908-1581ST.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MIKKELSEN, T. S.; TOFT, P. Prognostic value, kinetics and effect of CVVHDF on serum of the myoglobin and creatine kinase in critically ill patients with rhabdomyolysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, v. 49, n. 6, p. 859-864, jul. 2005.

MOSIER, J. et al. Time to loss of preoxygenation in emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 59, n. 5, p. 637-642, 2020.

MURPHY, R.; DAUGHERTY, J.; HOURS, D. Contraindications to phenytoin in emergency department patients with seizures. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 37, n. 4, p. 355-358, 2009.

NICE. Meningitis (bacterial) and meningococcal septicaemia in under 16s: recognition, diagnosis and management. 01 feb. 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg102/resources/meningitis-bacterial-and-meningococcal-septicaemia-in-under-16s-recognition-diagnosis-and-management-pdf-35109325611205>. Acesso em: 20 dez. 2023.

OAKLAND, K. et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*, v. 68, n. 5, p. 776-789, may 2019. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/68/5/776.full.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2023.

OLSON, G.; DAVIS, A. M. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Jama*, v. 323, n. 9, p. 885-886, 2020.

ORTEL, T. L. et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Advances*, v. 4, n. 19, p. 4693-4738, oct. 2020.

PETERSON, C. M. et al. ACR appropriateness criteria® right upper quadrant pain. Journal of the American College of Radiology, v. 16, n. 5, p. S235-S243, 2019. Disponível em: <https://www.jacr.org/action/showPdf?pii=S1546-1440%2819%2930153-X>. Acesso em: 17 dez. 2023.

PISANO, M. et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World Journal of Emergency Surgery, v. 15, n. 1, p. 1-26, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13017-020-00336-x.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2023.

PRASAD, K.; SINGH, M. B.; RYAN, H. Corticosteroids for managing tuberculous meningitis. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4916936/pdf/CD002244.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

PRASAD, M. et al. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, 2014. Disponível emkj: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154380/pdf/CD003723.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

RASKOB, G. E. et al. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology, v. 34, n. 11, p. 2363-2371, nov. 2014. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/ATVBAHA.114.304488>. Acesso em: 18 dez. 2023.

REIBERGER, T. et al. Austrian consensus guidelines on the management and treatment of portal hypertension (Billroth III). Wien Klin Wochenschr, v. 129, n. 3, p. 135-158, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5674135/pdf/508_2017_Article_1262.pdf. Acesso em: 08 jun. 2023.

ROBERTS, D. et al. Treatment for bleeding oesophageal varices in people with decompensated liver cirrhosis: a network meta-analysis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 4, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094233/pdf/CD013155.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2023.

ROBERTS, I. et al. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 395, p. 1927-1936, jun. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930848-5>. Acesso em: 18 dez. 2023.

SEVER, M. S.; VANHOLDER, R.; LAMEIRE, N. Management of crush-related injuries after disasters. The New England Journal of Medicine, v. 354, n. 10, p. 1052-1063, mar. 2006. Disponível em: <https://www.orpadt.be/documenten/ManagementOfCrushRelatedInjuriesAfterDisasters.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

SHANE, A. L. et al. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. Clinical Infectious Diseases, v. 65, n. 12, p. e45-e80, dec. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/65/12/e45/4557073>. Acesso em: 12 dez. 2023.

SIEMIENIUK, R. A. C. et al. Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline. BMJ, v. 363, oct. 2018.

SILBERGLEIT, R. et al. Intramuscular versus Intravenous Therapy for Prehospital Status Epilepticus. The New England Journal of Medicine, v. 366, n. 7, p. 591-600, feb. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307101/pdf/nihms360028.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

THOMAS, P. et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. Journal of Physiotherapy, v. 66, n. 2, p. 73-82, apr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165238/pdf/main.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

TORRES, M. C. P. et al. Secondary prevention of variceal bleeding in adults with previous oesophageal variceal bleeding due to decompensated liver cirrhosis: a network meta-analysis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 3, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094621/pdf/CD013122.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

TUNKEL, A. R. et al. 2017 Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis. Clinical Infectious Diseases, v. 64, n. 6, p. e34-e65, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5848239/pdf/ciw861.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

VAN ETTEKOVEN, C. N.; VAN DE BEEK, D.; BROUWER, M. C. Update on community-acquired bacterial meningitis: guidance and challenges. Clinical Microbiology and Infection, v. 23, n. 9, p. 601-606, sep. 2017. Disponível em: <https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/action/showPdf?pii=S1198-743X%2817%2930230-6>. Acesso em: 21 dez. 2023.

VANHAERENTS, S.; GERARD, E. E. Epilepsy Emergencies: Status Epilepticus, Acute Repetitive Seizures, and Autoimmune Encephalitis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, v. 25, n. 2, p. 454-476, apr. 2019.

VELASCO, I. T. et al. (ed.). *Medicina de emergência: abordagem prática*. 16. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

VOURC'H, M. et al. Preoxygenation in difficult airway management: high-flow oxygenation by nasal cannula versus face mask (the PREOPTIDAM study). Protocol for a single-centre randomised study. *BMJ Open*, v. 9, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6501956/pdf/bmjopen-2018-025909.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.

WEINSTEIN, S. et al. ACR Appropriateness Criteria® Left Lower Quadrant Pain: 2023 Update. *Journal of the American College of Radiology*, v. 20, n. 11, p. S471-S4803, nov. 2023. Disponível em: <https://www.jacr.org/action/showPdf?pii=S1546-1440%2823%2900611-7>. Acesso em: 18 dez. 2023.

WELCH, R. D. et al. Intramuscular midazolam versus intravenous lorazepam for the prehospital treatment of status epilepticus in the pediatric population. *Epilepsia*, v. 56, n. 2, p. 254-262, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4386287/pdf/nihms675232.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2023.

YANNOOTSOS, A. et al. Should blood pressure goal be individualized in hypertensive patients? *Pharmacological Research*, v. 118, p. 53-63, apr. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1043661816305886>. Acesso em: 14 dez. 2023.

YOUNG, N.; THOMAS, M. Meningitis in adults: diagnosis and management. *Internal Medicine Journal*, v. 48, n. 11, p. 1294-1307, nov. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/imj.14102>. Acesso em: 20 dez. 2023.

ZACHARIAS, A. P. et al. Carvedilol versus traditional, non-selective beta-blockers for adults with cirrhosis and gastroesophageal varices. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 10, n. 10, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517039/pdf/CD011510.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.