

PROTÓCOLOS DE DILUIÇÕES E ORIENTAÇÕES			
Concentrações das soluções (mcg/ml)			
Concentração (mg/ml) por solução	Diluição (volume de diluição em mL)	Concentração (mcg/ml)	
750	250	3000	
Noradrenalina simples (4ml + 96ml SG5%): 40 mcg/ml Noradrenalina dobrada (8ml + 92ml SG5%): 80 mcg/ml Noradrenalina concentrada (20ml + 80ml SG5%): 200 mcg/ml Dobutamina simples (20ml [250mg por ml] + 230ml SG5%): 1000 mcg/ml Dobutamina dobrada (40ml [500mg por ml] + 210ml SG5%): 2000 mcg/ml Dobutamina concentrada (60ml [750mg por ml] + 190ml SG5%): 3000 mcg/ml			
Cálculo para transformação de ml/h (B/C) em mcg/kg/min			
Taxa de Infusão (ml/h)	Concentração da Droga (mcg/ml)	Peso do Paciente (kg)	Dose (µg/kg/min) (fixo)
10	40	70	0,09523809524
Cálculo para transformação de mcg/kg/min em ml/h (B/C)			
Taxa de Infusão (ml/h) (fixo)	Concentração da Droga (mcg/ml)	Peso do Paciente (kg)	Dose (µg/kg/min)
26,25	80	70	0,5
Diluição máxima (Dose / concentração máxima (mg/ml))			
Como descobrir quando ml/h para infundir em X minutos (60min) x Volume da solução			
Exemplo: Infundir 120 ml em 15 minutos → (60 / 15) x 120 = 480 ml/h			
VASOATIVOS INOTRÓPICOS			
Droga Apresentação Diluição	Observações e concentrações		
Noradrenalina 1 mg por ml - Ampola de 4 ml (Simple): Diluir 4 ml em 96 ml SG5%. Via intravenosa. Titular em BIC. (Dobrada): Diluir 8 ml em 92 ml SG5%. Via intravenosa. Titular em BIC. (Concentrada): Diluir 20 ml em 20ml SG5%. Via intravenosa. Titular em BIC. (Periferico): Diluir 8 ml em 232 ml SG5%. Acesso venoso exclusivo. (Padrão SP): Diluir 16 ml em 224 ml SG5% (solução de 64mcg/ml). Via intravenosa. Titular em BIC. Se 70kg iniciar 7ml/h Diluir 8 ml em 242 ml SG5% (solução de 16mcg/ml). Via intravenosa.	Pode ser diluída tanto em SF0.9% como em SG5%.		
Vasopressina 20UI por ml - Ampola de 1 ml Diluir 1 ml em 99 ml SF0.9%. Via intravenosa. Contínuo. Iniciar com 5 ml/h em BIC. Indicado se >0,5 mcg/kg/min. (dose máxima 12 ml/h). — Se choque séptico realizar desmame inicialmente de noradrenalina.			
Adrenalina 1 mg por ml - Ampola de 1 ml (Simple): Diluir 20 ml em 80 ml SG5%. Uso em BIC. Vesicante (Bolsa): Administrar 1 ml puro. Vesicante. (PushDose): Diluir 1 ampola (1ml) + 99 ml SF0.9%. Fazer 0,5-2ml EV em bolus // 1 ml + 9 ml SG5% - Fazer 1 ml e titular (Analflaxia): Administrar 0,5mg IM (metade da ampola) no vasto lateral. A mesma dose pode ser feita a cada 5/5min de acordo com a resposta			
Dobutamina 12,5 mg por ml - Ampola de 10 ml (Dose ideal): 2,5-15 mcg/kg/min. Titular conforme hemodinâmica (Simple): Diluir 20 ml em 230 ml SG5% (iniciar em 10 ml/h BIC) por via intravenosa e titular 5 ml a cada 5 min (Dobrada): Diluir 40ml em 210ml SG5% (iniciar em 5 ml/h BIC) por via intravenosa e titular 2,5 ml a cada 10 min (Concentrada): Diluir 60 ml em 190 ml SG5% por via intravenosa. Titular em BIC.	Como realizar o cálculo de GapCO2: PvCO2 (venosa central) - PaCO2 (arterial) Sempre que for realizar o desmame da dobutamina, calcular o DeltaCO2		
Milrinone 1 mg por ml - Ampola de 20 ml Diluir 40 ml em 210 ml SG5%. Via intravenosa. Iniciar em BIC 20 ml/h.			
Dopamina 5mg por ml - Ampola de 10ml (Simple): Diluir 50 ml (5 ampolas) em 200 ml SG5% (1mg/ml). Uso em bomba de infusão contínuo. Iniciar com 20-25 ml/h Titulação. (Concentrada): Diluir 100 ml (10 ampolas) em 150 ml SG5% (2 mg/ml). Uso em bomba de infusão. Titulação. Dose Dopa até 5 mcg/kg/min: Diluir 50 ml (5 ampolas) em 200 ml SF 0,9% por via intravenosa. Iniciar 12,6 ml/h em BIC (pct 70kg) Dose Beta 5-15 mcg/kg/min: (Doprogolima e Cronotropismo). Diluir 50 mL (5 ampolas) em 200 mL SF 0,9% por via intravenosa. Iniciar 42 ml/h (pct 70kg) Dose Alfa 15-20 mcg/kg/min: (Aumento da RVS e PA). Diluir 100ml em 150 ml SG5% por via intravenosa. Iniciar 68,2 ml/h (pct 70kg)			
Nitroprussiato de sódio [Nitride®] 25mg por ml - Ampola de 2ml Diluir 2ml em 248ml SG5% (200 mcg/ml). Uso em bomba de infusão. Vesicante. Iniciar com 10 ml/h (0,47 mcg/kg/min) e titular 5 ml/h a cada 5 min. Fotosensível (Antídoto): Tiamina ou complexo B para evitar imipregação (ocorrem em altas vazões por >48h) (Observação): Risco de hipertensão por cianeto e tiosulfato em pacientes com uso de altas doses por uso prolongado	Preferência por dilatação de leito arterial		
Nitroglicerina [Tridil®] 5mg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 10 ml em 240ml SG5%. Iniciar com 10 ml/h (0,5 mcg/kg/min se 70kg) em BIC.	Preferência por dilatação em leito venoso (em doses mais baixas). Conforme a dose aumenta ocorre dilatação de leito arterial Contraindicações no contexto do SCA 1. Instabilidade hemodinâmica (PAS<60mmHg) 2. Infarto de VD 3. Uso de Viagra nas últimas 24-48h		
ANTI-HIPERTENSIVOS			
Droga Apresentação Diluição	Observações		
Captopril (Captopens®) 25mg 50mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml água mineral. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual inicial): 50 mg/dia VO. Dose máxima: 450 mg/dia	Classe: IECA Mecanismo de ação: Os IECA atuam inibindo a enzima conversora de angiotensina (ECA), impedindo que ela se converta em angiotensina II, que é um composto ativo que causa vasoconstrição. Efeitos adversos: Tosse seca (20% dos casos) (Pessoas casais trocar por BRA-II) Angioedema Contraindicações: Hipercalcemia >5.5 Cr >3 LRA Estenose unilateral em rim único ou bilateral Gestantes <i>Histórico de angioedema hereditário ou idiossincrático</i>		
Enalapril (Renitec®) 5mg 10mg 20mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual): 10-20mg/dia VO. Dose máxima: 40 mg/dia VO	Classe: BRA-II Mecanismo de ação: BRA-2 vão agir inibindo o receptor final (AT1) em que a angiotensina II irá se ligar, impedindo a sua ação (receptores encontrados principalmente nos vasos sanguíneos, miocárdio e etc) Efeitos adversos: Tosse seca e angioedema são raros. Tontura e cefaleia podem surgir. Contraindicações: Hipercalcemia >5.5 Cr >3 LRA Estenose unilateral em rim único ou bilateral Gestantes Comentário: Efeito uricosúrico (reduz ácido úrico, portanto deve ser usado no contexto de gota)		
Losartana (Aardot®) 25mg 50mg 100mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml de água destilada. Via enteral (Dose usual): 25-100mg/dia em 1-2 tomadas	Classe: Diurético tiazídico Mecanismo de ação: A hidroclorotiazida (assim como clortalidona ou indapamida) agem no cotransportador de NaCl sensível à tiazida, no túbulo contorcido distal do néfron, aumentando a excreção de Na+ Efeitos adversos: Hipovolemia Hiponatremia Hipomagnesemia Hipocalcemia Hipercalcemia Hipercalcemia Hiperuricemia (gota) Distúrbios ácido-básicos Contraindicações: Presença de gota (hipercalcemia) Comentário: Preferível em negros, idosos e osteoporose.		
Hidroclorotiazida (Diurezín®) 25mg 50mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20ml de água destilada, fazer 4ml da solução. Enteral. 1x ao dia. (Dose usual): 50-100 mg/dia VO, divididos em 1-2/dia (Hipermagnesemia): 1 comprimido + 10 ml AD. Via enteral. 1x ao dia.	Classe: Diurético poupador de potássio Mecanismo de ação: A espironolactona age como inibidor competitivo da Aldosterona, ocupando o seu receptor no final do túbulo contorcido distal e no túbulo coletor. Com isso, o sódio é menos reabsorvido, aumentando a natrúrese e a perda de volume, mas preservando o potássio. Efeitos adversos: Ginecomastia (hormônio) Hipercalcemia (em casos de espironolactona + suplementação externa rica em K+) Contraindicações: LRA Anúria Hipocalcemia Doença de Addison		
Espironolactona (Aldactone®) 25mg 50mg 100mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água destilada. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual): 50-100 mg/dia VO, podendo ser aumentada para até 200 mg/dia em intervalos de 2 semanas, nos casos resistentes ou graves	Classe: Diurético de alça Mecanismo de ação: O efeito dos diuréticos de alça consiste no bloqueio do cotransportador de Na+K+2Cl-, localizado no ramo ascendente da alça de Henle. Com isso, ocorre inibição da reabsorção de Cl-, o que leva a maior excreção de Na+ ou seja, o efeito diurético. Efeitos adversos: Hipotensão Hipovolemia Crises de gota (secundário ao aumento da concentração de ácido úrico pela excreção de sódio, água e potássio)		
Furosemida 40 mg por comprimido Diluir 2 comprimido em 20 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual): 20-80 mg/dia VO Furosemida (Lasix®) 10 mg por ml - Ampola de 2 ml Administrar 1 ampola sem diluir. Via intravenosa. Agora.	Classe: Diurético de alça Mecanismo de ação: O efeito dos diuréticos de alça consiste no bloqueio do cotransportador de Na+K+2Cl-, localizado no ramo ascendente da alça de Henle. Com isso, ocorre inibição da reabsorção de Cl-, o que leva a maior excreção de Na+ ou seja, o efeito diurético. Efeitos adversos: Hipotensão Hipovolemia Crises de gota (secundário ao aumento da concentração de ácido úrico pela excreção de sódio, água e potássio)		
Acetazolamida (Diamox®) 250 mg por comprimido Diluir 2 comprimidos em 20ml de água destilada. Via enteral. 8/8h. Aumenta excreção de bicarbonato.	Classe: Diurético inibidor da anidrase carbônica		
Anlodipino (Pressat®) 2,5mg 5mg 10mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual): 5-10 mg/dia VO	Classe: BCC dihidropiridínico Mecanismo de ação: Agem impedindo o aumento da concentração intracelular de cálcio em células do músculo liso dos vasos, inibindo sua contração e levando à diminuição da RVP. Seu sítio alvo são os canais de Ca++ sensíveis à voltagem, que promovem o movimento transmembrana do cálcio para o meio intracelular. <u>Vasodilatador periférico</u> Efeitos colaterais:		

Edema de MMII (diferenciar de IC) Edema malarol Rubor facial Hipertasia gengival Bemalite ocular Rubor facial Cefaleia latejante Tonturas Comentário: Preferência em negros e portadores de doença arterial periférica	
Nifedipino (Nifedipress Retard®) 10mg 20mg por comprimido (simples) Diluir 1 comprimido (10mg) em 10ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. Dose máxima de 20mg 3x ao dia (Dose usual): 10mg VO 2x ao dia.	Classe: BCC (dihidropiridino) Mecanismo de ação: Reduz significativamente a lesão neurológica isquêmica e a mortalidade em pacientes com hemorragia subaracnóidea. Protege de neurônios e estabiliza suas funções, promove o fluxo sanguíneo cerebral e amplia a tolerância isquêmica, agindo nos receptores neurais e vasculares cerebrais ligados ao canal de cálcio.
Nimodipino (Mocardil®) 30mg por comprimido (Dose HS): Diluir 2 comprimidos em 20 ml de água destilada. Via enteral. 4/4h por 21 dias.	Classe: BCC (dihidropiridino) Mecanismo de ação: Agonista alfa-2 central Mecanismo de ação: Agem estimulando os receptores α_2 adrenérgicos no sistema nervoso central, que têm efeito de inibição do sistema simpático. As principais consequências disso são a diminuição da atividade simpática e do reflexo dos barorreceptores, causando bradicardia relativa e hipotensão
Clonidina (Atensina®) 0,100 mcg 0,150 mcg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10ml de água destilada (concentração final 100mcg/10ml). Via enteral. 8/8h ou 12/12h. Anti-hipertensivo de resgate Desemane de nitrato (Dose usual): 0,075-0,200 mg VO 2x/dia - Se hipertensão grave 0,300 mg VO 3x/dia Clonidina (Atensina®) 150 microgramas/mL - ampola com 1 mL 1 ampola em 10-500 ml de SF 0,9%. Uso em BIC. Pouco usual	Classe: Agonista alfa-2 central Mecanismo de ação: Atua diretamente no músculo liso das arteríolas, promovendo vasodilatação
Metilopina (Aldomed®) 500mg 250mg comprimido Diluir 1 comprimido (cp de 500mg) em 10ml de água destilada. Via enteral. 6/8h ou 8/8h. (Dose usual inicial): 250 mg VO 2-3x/dia, nas primeiras 48 horas. (Dose máxima): 2-3 j/dia VO em gestantes	Classe: Vasodilatador central Mecanismo de ação: Atua diretamente no músculo liso das arteríolas, promovendo vasodilatação
Hidralazina 25mg 50mg por comprimido (drágea) Diluir 1-2 comprimidos em 10ml de água destilada. Via enteral. 6/8h ou 8/8h. Ofetar 1-2 comprimidos por via oral. 8/8h ou 8/8h. Hidralazina 20 mg por ml - Ampola de 1 ml Diluir 1ml em 15 ml AD (1mg/ml) ou diluir 1ml em 9 ml AD (2mg/ml). Via intravenosa. Na solução 1mg/ml fazer 5ml (5mg) EV e esperar 30-40min (Pode ser repetida após 2-4 horas, dependendo da dose). (Dose: 30mg).	Classe: Vasodilatador central Mecanismo de ação: Atua diretamente no músculo liso das arteríolas, promovendo vasodilatação
Metoprolol (Selozok®) 25mg 50mg 100 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual HAS): 50-200 mg/dia VO (IC crônica): 25 mg/dia VO, por 2 semanas - Recomenda-se que a dose seja dobrada a cada 2 semanas, até se atingir uma dose máxima de 200 mg/dia VO (Profilaxia enxaquecal): 100-200 mg/dia VO Metoprolol 5 mg por 5 ml Diluir 5 ml em 15 ml SF0,9%. Administrar 5-10 ml da solução em bolus e reavaliar. Contexto agudo. Iniciar primeiro BS, controlar FC e após isso iniciar vasodilatador em DISAcor. Risco: aorta: Dose de ataque 2-5mg EV em 1mg/min. Repetir dose até obter controle da FC	Classe: B-bloqueador [Seletivo para receptores B1]
Atenolol (Ablock®) 25mg 50mg 100mg por comprimido Diluir 1 comprimido (cp de 25mg) em 10ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual): 50-100 mg/dia VO	Classe: B-bloqueador [Seletivo para receptores B1]
Bisoprolol (Concor®) 1,25mg 2,5mg 5mg 10mg por comprimido Diluir 1 comprimido (5mg) em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual HAS angina pectoris): 5 mg/dia VO. A dose pode ser aumentada para 10 mg/dia VO, se necessário	Classe: B-bloqueador [Seletivo para receptores B1]
Propranolol (Amprax®) 10mg 40mg 80mg por comprimido [Não seletivo B1+B2] Diluir 1 comprimido (cp de 40mg) em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h.	Classe: B-bloqueador [Não seletivo. Pega receptores B1 + B2]
Carvedilol (Cardiol®) 3,125mg 6,25mg 12,5mg 25mg por comprimido [Não seletivo B1+B2+Alfa1] Ofetar 1 comprimido por via oral. 12/12h	Classe: B-bloqueador [Não seletivo. Pega receptores B1 + B2 + Alfa-1]

ANTI-DIABÉTICOS | INSULINOTERAPIA

[Resumo das classes de acordo com mecanismo de ação]:
[Diminuição da resistência insulínica]: Biguanidas (ex.: metformina) | Glitazonas (ex.: pioglitazona).
[Aumento da secreção de insulina | Secretagogos]: Sulfonilureias (ex.: glibenclamida) | Glinídas (ex.: repaglinida).
[Ação incretíno-mimética]: Agonistas do GLP-1 (ex.: liraglutida) | Inibidores da DPP4 (ex.: sitagliptina).
[Ação nos túbulos renais]: Inibidores de SGLT2 (ex.: empaglifozina, dapaglifozina).
[Diminuição da absorção intestinal de glicose]: Inibidores da alfa-glicosidase (ex.: acarbose).

Druga Apresentação Diluição	Observações
Metformina (Glibage®) 500mg 800mg por comprimido Tomar 01 cp (500mg) pela manhã (após café da manhã) e 01 cp (500mg) pela noite (após jantar). Deve ser tomada durante ou após refeições (Dose usual): 500 mg VO 2-3x/dia ou 850-1.000 mg VO 1x/dia Metformina (GlibageXR®) 500mg 750mg 850mg 750mg 1g (Dose usual): 500 mg VO 1x/dia no jantar. Conforme a necessidade, a dose será aumentada, a cada 2 semanas, de 1 comprimido, até chegar ao máximo de 4 comprimidos; Ou 750 mg VO 1x/dia no jantar. Conforme a necessidade, a dose será aumentada, a cada 2 semanas, de 1 comprimido, até chegar ao máximo de 3 comprimidos; 850 mg VO 1x/dia no jantar. Conforme a necessidade, a dose será aumentada, a cada 2 semanas, de 1 comprimido, até chegar ao máximo de 3 comprimidos	Classe: Biguanidas Mecanismo de ação: Atua através de três mecanismos diferentes: reduz a produção da glicose hepática através da inibição da gliconeogênese e glicogenólise; no músculo, age aumentando a sensibilidade à insulina e melhorando a captação e utilização da glicose periférica; e promove retardo da absorção intestinal da glicose. Efeitos colaterais: TGI (náusea, vômitos, diarreia, flatulência, dor abdominal) Redução absorção: VI, B12 Reação cutânea (eritema, prurido, etc) Acidose láctica (evento raro) Contraindicações: LDA Condições associadas à acidose láctica [IC descompensada, insuficiência hepática, hipóxia tecidual grave - Sepsis, IAM, SDRA e etc] Alcoolismo agudo ou crônico [risco aumentado para acidose láctica] Procedimento com contraste [risco aumento para acidose láctica] Gravidez* e hipersensibilidade à metformina Monitoramento: Vigilância função renal [3 meses para 45-59 mL/minuto; 6 meses para 30-44 mL/minuto ou TFGe entre 30-44 mL/minuto/1,73m] Vigilância HbA1C [a cada 3 meses] Níveis séricos de vtB12 Vigilância cutânea
Glitazona (Pioglit®) 15mg 30mg 45mg (Dose usual): 15-30 mg VO 1x/dia	Classe: Glitazonas (Agonista do PPAR γ) Mecanismo de ação: Agonista seletivo dos receptores PPAR- γ / receptores ativados por proliferadores de peroxissoma-gama, que estão presentes principalmente no tecido adiposo, músculo esquelético e fígado. Ela melhora a sensibilidade à insulina, aumentando a captação e utilização de glicose nos tecidos-alvo e reduzindo a produção hepática de glicose. Efeitos colaterais: Edema; Insuficiência cardíaca; Aumento de peso corporal; Edema macular; Fratura óssea, artralgia, dor nas costas; Infecção do trato respiratório superior; Bronquite; Distúrbios visuais; Hipotensão, cefaleia, tontura, distúrbio hepatohepático; Dispnéia; Flatulência; Distúrbio erétil; Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes; Insuficiência cardíaca classe III ou IV do New York Heart Association (NYHA).
Glibenclamida (Daonil®) 5mg por comprimido Tomar meio comprimido (12) antes do café e almoço. Deve ser tomada antes das refeições (Dose inicial): 2,5-5 mg/dia VO. A dose diária pode ser aumentada em incrementos de, no máximo, 1/3 comprimido a cada 1-2 semanas	Classe: Sulfonilureias (secretagogos) Mecanismo de ação: Estimula a secreção de insulina pelas células beta pancreáticas. Atua bloqueando canais de potássio dependentes de ATP, causando despolarização da membrana, abertura dos canais de cálcio e aumento do cálcio intracelular, o que promove a liberação de insulina. Efeitos colaterais: Hipoglicemia [devido estimulação excessiva da secreção de insulina] Ganho de peso TGI (náusea, vômito, desconforto, constipação e etc) Reação cutânea (eritema, prurido e etc) Hepatotoxicidade Contraindicações: Praticamente as mesmas da metformina + Definitivamente glicozidilactação. Pacientes tratados com Bosentan, CAD, DM-1 insulín-dependente, disfunção hepática ou renal grave e etc. Monitoramento: Sinais/sintomas de hipoglicemia; glicose no sangue e na urina (regularmente); hemoglobina glicada
Repaglinida (Posprand®) 0,5mg 1mg 2mg (Dose usual): Dose inicial com 0,5 mg/dia VO. Dose de manutenção: 4 mg/dia VO, administrados com as principais refeições. (Dose máxima): 16 mg/dia	Classe: Glinídas (secretagogos) Mecanismo de ação: A Repaglinida atua reduzindo os níveis de glicose de maneira aguda, ao estimular a liberação de insulina pelo pâncreas. Esse efeito é dependente da funcionalidade das células beta, presentes nas ilhotas pancreáticas. Repaglinida promove o fechamento dos canais de potássio ATP-dependentes na membrana da célula beta, através de uma proteína-chave, distinguindo-se, por isso, de outros secretagogos. Como efeito, ocorre a despolarização das células beta, o que leva à abertura dos canais de cálcio com consequente secreção de insulina. Efeitos colaterais: Hipoglicemia [menor em relação a sulfonilureias] Ganho de peso [menor em relação a sulfonilureias] TGI (náusea, vômito, desconforto, constipação e etc) Reação cutânea (eritema, prurido e etc) Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes; Diabetes do tipo 1; CAD; Gravidez e lactação; Crianças; Distúrbios renais ou hepáticas graves; Terapia concomitante com outros medicamentos que interfiram na ação da Repaglinida (ex.: que inibam ou induzam CYP3A4). Monitoramento:
Liraglutida (Victoza®)	
Semaglutida (Ozempic®)	
Sitagliptina (Januvia®)	
Dapagliflozina (Forxiga®)	
Acarbose (Aglucose®)	

ANTIARRITMICOS

Classe I: Bloqueadores dos canais de sódio [Lidocaina, Procainamida, Propafenona...]
Classe II: Beta-bloqueadores [Metoprolol, Esmolol, Atenolol...]
Classe III: Bloqueadores dos canais de potássio [Amiodarona...]
Classe IV: Bloqueadores dos canais de cálcio [Diltiazem, Verapamil]

Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Em geral bloqueiam o canal de sódio, encurtam a repolarização de fase 3 e diminuem a duração do potencial de ação. [Classe IC]: Efeito no ECG: Prolongamento do QRS [Classe IA]: Alargam QRS e QT	Em geral reduzem a despolarização de fase 4 e assim deprimem a automaticidade, prolongam a condução AV e diminuem FC e contratilidade.	Bloqueiam os canais de potássio e, assim, diminuem o efluxo de potássio durante a repolarização das células cardíacas. Prolongam a duração do potencial de ação sem alterar a fase 0 de despolarização ou o de potencial de repouso da membrana. Efeito no ECG: Prolongamento de QT (demora para repolarização dos cardiócitos)	Seu principal efeito ocorre no músculo liso vascular e no coração. No coração, verapamil e diltiazem somente se ligam a canais voltagem-sensíveis, despolarizados abertos, diminuindo, assim, a corrente de entrada levada pelo cálcio. Eles previnem a repolarização até que se dissolva o canal, resultando em diminuição da velocidade da despolarização espontânea na fase 4 Em resumo: inibe o potencial de ação nos nós SA e AV
Druga Apresentação Diluição	Observações		

<p>Metoprolol (Selozok®) 25 50 100 mg por comprimido [Seletivo - B1] Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual HAS): 50-200 mg/dia VO (FC crônica): 25 mg/dia VO, por 2 semanas - Recomenda-se que a dose seja dobrada a cada 2 semanas, até se atingir uma dose máxima de 200 mg/dia VO (Profilaxia enxaqueca): 100-200 mg/dia VO Metoprolol 5 mg por 5 ml Diluir 5 ml em 15 ml SF0.9%. Administrar 5-10 ml da solução em bolus e reavaliar. Contexto agudo. Iniciar primeiro BB, controlar FC e após isso iniciar vasodilatador em DDISSAor. Atenolol (Ablock®) 25 50 100 mg por comprimido [Seletivo - B1] Diluir 1 comprimido (cp de 25mg) em 10ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual): 50-100 mg/dia VO Bisoprolol (Concor®) 1,25 2,5 5 10 mg por comprimido [Seletivo B1] Diluir 1 comprimido (5mg) em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. (Dose usual HAS angina pectoris): 5 mg/dia VO. A dose pode ser aumentada para 10 mg/dia VO, se necessário Propranolol (Amprax®) 10 40 80 mg por comprimido [Não seletivo B1+B2] Diluir 1 comprimido (cp de 40mg) em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. Carvedilol (Cardiol®) 3,125 6,25 12,5 25 mg por comprimido [Não seletivo B1+B2+Alfa1] Ofertar 1 comprimido por via Oral. 12/12h Carvedilol 3,125 6,250 12,5 25 50 mg por comprimido [Não seletivo B1+B2+Alfa1] Ofertar 1 comprimido por via Oral. 12/12h</p>	
---	--

<p>Amiodarona 50 mg por ml - Ampola de 3ml (Dose de ataque): Diluir 2 ampolas (60ml - 300mg) em 84 ml SG5%. Bolus. Correr em 5min. (Dose de manutenção): Diluir 6 ampolas (18ml - 900mg) em 232 ml SG5%. Iniciar 16 ml/h nas próximas 6h e 8 ml/h nas próximas 18h. Outras opções de vazão: Iniciar 20 ml/h por 6h e depois 10 ml/h nas próximas 18h. BIC. Ou Diluir 18 ml em 45ml SG5%, Iniciar 18ml/h por 6h e depois 8 ml/h nas próximas 18h ou colocar em 20 ml/h e correr em 24h (com diluição de 500ml) Amiodarona 100 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água destilada. Via enteral. 8/8h. Ou ofertar 1 comprimido em por via oral. 8/8h. (Como transicionar para VO): 1ª semana: Diluir 2 cp (DT 200mg) de água mineral. Via enteral. 8/8h. 2ª semana: Diluir 2 cp (DT 200mg) em 20 ml de água mineral. Via enteral. 12/12h 3ª semana: Diluir 2 cp (DT 200mg) em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia.</p>	<p>Amiodarona não pode ser diluída com SF0.9%, somente com SG5%. Antiarrítmico classe III Inibe a estimulação adrenérgica (propriedades alfa e betabloqueadoras), afeta os canais de sódio, potássio e cálcio, prolonga o potencial de ação e o período refratário no tecido miocárdico. Diminui a condução AV e a função do nó atrial. [Mecanismo de ação]: Contém Iodo e é estruturalmente relacionada com a Iodrina. Possui efeitos gerais das classes I, II, III e IV. Efeito dominante é o prolongamento da duração do potencial de ação e do período refratário, bloqueando os canais de K+ [Farmacocinética]: Se distribui extensamente pelo tecido adiposo. [Efeitos adversos]: Fibrose pulmonar, neuropatia, hepatotoxicidade, hipertireoidismo, síndrome do homem-azul.</p>
---	---

<p>Adenosina 3 mg por ml - Ampola com 2 ml Administrar 2 mL por via intravenosa em bolus + flush com 20 ml SF0.9% + levantar braço se em AVP. Repetir até 2x com doses de 4 ml. (Sequência de aplicação da adenosina em taquiarritmias estáveis): • Adenosina 6 mg (1 ampola) • Adenosina 12 mg (2 ampolas) se refratário • Adenosina 12 mg (2 ampolas) se ainda refratário</p>	<p>Adenosina é um nucleosídeo que em doses altas, diminui a velocidade de condução, prolonga o período refratário e diminui a automaticidade no nó AV - Bloqueador ultrarrápido do nó AV Início de ação em 10-15 segundos. [Observação diagnóstica]: Caso feito adenosina e revertido: Era TRN ou TRAV Caso feito adenosina e refratário: Descobre taquiarritmias disfarçadas (Se presença de ondas P isoladas: Taquicardia atrial) (Se presença de ondas P isoladas: Flutter atrial) [Mecanismo de ação]: Em geral age como inibidor do sistema parassimpático, promovendo predomínio do sistema simpático Atropina é um parasimpático. Se liga competitivamente aos receptores muscarínicos (M1, M2 e M3) sem ativá-los, impedindo a acetilcolina. Ação no coração [receptores M2]: Inibe o nervo vago, resultando em aumento da FC (cronotropismo positivo) e melhora da condução AV. Ação pulmonar [receptores M3]: Reduz secreção de muco + broncodilatação. Ação TGI, glândulas e pupilas [receptores M3]: diminui motilidade, induz miídiase e reduz secreções salivares</p>
--	--

<p>Atropina 0,25 mg por ml - Ampola de 1 ml [anti-muscarínico] (Dose usual bradicardia estável): Administrar 1 ampola por via intravenosa. Entre 3-5min até chegar dose total de 3mg. (Toxicação por organofosforatos e carbamatos): 1-4mg IV em adultos (0,05-0,1 mg/kg em crianças) a cada 2-15 minutos até que as manifestações respiratórias (brôncoconstricção e depressão respiratória) sejam revertidas.</p>	<p>[Mecanismo de ação]: Inibe a bomba ATPase, diminuindo o período refratário nas células miocárdicas atriais e ventriculares, enquanto prolonga o período refratário efetivo e diminui a velocidade de condução AV.</p>
--	--

<p>Digoxina 0,25 mg por comprimido Ofertar 1 comprimido por via oral. 12/12h Deslanosídeo (Dose usual FAARV/Flutter + IC descompensada): 0,8 mg por via intravenosa em bolus. Sulfato de magnésio 50% - Ampola de 10 ml (5g) (Torções pontes): Fazer 1-2g + 100 ml SF0.9% por via intravenosa seguido com uma infusão de 2 a 4 mg/min, independentemente da concentração sérica de magnésio</p>	<p>[Mecanismo de ação]: Magnésio é necessário para o transporte de sódio, cálcio e potássio através das membranas celulares. Ela diminui a velocidade de formação de impulsos no nó SA e prolonga o tempo de condução ao longo do ciclo cardíaco</p>
---	--

HIDRATAÇÃO | NUTRIÇÃO

<p>Hidratação venosa [HV] - 500ml SF0.9% - 1 etapa - 20 ml/h em BIC 7 gotas por min. Via intravenosa. Hidratação venosa [HV] - 500ml SF0.9% - 2 etapas - 40 ml/h em BIC 14 gotas por min. Via intravenosa. Hidratação venosa [HV] - 500ml SF0.9% - 3 etapas - 60 ml/h em BIC 21 gotas por min. Via intravenosa. Hidratação venosa [HV] - 500ml SF0.9% - 4 etapas - 80 ml/h em BIC 28 gotas por min. Via intravenosa. Hidratação venosa [HV] - 500ml SF0.9% - 5 etapas - 100 ml/h em BIC 35 gotas por min. Via intravenosa.</p> <p>Observação: Se dieta enteral, prescrever: água mineral 200 ml SNE 6/8h</p>	<p>1 etapa de 500 ml = 7 gts/min 2 etapas de 500 ml = 14 gts/min 3 etapas de 500 ml = 21 gts/min 4 etapas de 500 ml = 28 gts/min 5 etapas de 500 ml = 35 gts/min 6 etapas de 500 ml = 42 gts/min</p> <p>1 mL = 20 gotas Como transformar mL/h em macrogotas: Dividir por 3 Como transformar macrogotas em mL/h: Multiplicar por 3 Cálculo para macrogotas: Volume / 3 x Tempo (hora) Cálculo para microgotas: Volume / Tempo (hora)</p> <p>Dinâmica ROSE: [Resuscitation]: paciente hipotenso, hipovolêmico, hemodinamicamente instável. O paciente está na fase de reavaliação. Fazer 30 ml/kg cristalóide [Optimization]: paciente normotenso, hemodinamicamente estável. O paciente está na fase de otimização de terapia [Stabilization]: Paciente normotenso, hemodinamicamente estável, com lactato normalizado. O paciente está na fase de estabilização [Evacuation]: A partir dessa fase, vamos fazer restrição de líquido e se necessário dar diuréticos para o paciente secar. (negativo Bx)</p>
--	---

<p>Cálculo energético 15 a 20 kcal/kg Cálculo proteico 1,8 g/kg/dia (padrão). 2,5 g/kg/dia [obesos] ESPEN (1,3 g/kg/dia) ASPEN (1,2-2g/kg/dia) BRASPEN (1,5-2g/kg/dia)</p> <p style="text-align: center;">Mesmo com a meta calórica batida, colocar um módulo proteico Feusbin 1 kcal por ml</p>	
--	--

<p>Dieta oral [Branda Liquidificada Livre]</p> <p>Dieta enteral Dieta enteral - 1 etapa de 300 ml - 38 ml/h/BIC Dieta enteral - 1 etapa de 500 ml Dieta enteral - 2 etapas de 500 ml - 63 ml/h/BIC</p>	<p>Medida para não obstruir SNE Água mineral - 4 etapas - 200ml</p> <p>Contra-indicações para dieta enteral (interromper dieta) Choque descompensado e metas de perfusão não alcançadas Hipotensão não controlada Acidose respiratória ou metabólica Sangramento alto Resíduo gástrico maior que 500ml (contra-indicação relativa - SPPT)</p>
---	---

<p>NPT (acesso venoso exclusivo) - Evitar pausar infusão e não manipular via de infusão Iniciar com 400 mL/dia e progredir.</p> <p>[Outras apresentações] Kabiven 900 KCal por 1026 mL Kabiven 1900 KCal por 2053 mL Gimel NBE 1070 KCal por 1000 mL</p>	<p>Iniciar reposição de vitaminas e oligoelementos</p> <p>[Vitamina C - 500 mg por Ampola] (Dose BRASPEN): 100 mg/dia Diluir 1 ampola em 100 ml de SF0.9%. Via intravenosa. 1x ao dia.</p> <p>[Vitamina K 10 mg por ampola] (Dose BRASPEN): Dose: 2-5 mg/semana Administrar 1 ampola via intramuscular, sem diluir. 1x por semana</p> <p>[Gluconato de cálcio 10%] (Dose BRASPEN): 10-15 mEq/dia Administrar 1 ampola por via intravenosa de 8/8h.</p> <p>[Complexo B injetável] Diluir 2 ampolas em 100 ml de SF 0.9%. Infundir lentamente. 12/12h. Via intravenosa.</p> <p>[Oligoelementos] Diluir 1 ampola em 250 ml SG 5%. Via intravenosa. 1x ao dia.</p> <p>Indicações formais de NPT Falha em manter aporte calórico >80% durante os 5 primeiros dias Fisúlas digestivas de alto débito Síndrome do intestino curto Ileo paralítico prolongado</p>
--	---

ANTIBIÓTICOS

Orientações na prescrição de antibióticos

1. Definir provável foco da infecção (Meningite; Pneumonia; Infecção de partes moles; Infecção intra-abdominal; Infecção do trato urinário; Infecção de corrente sanguínea e etc.)

[Quando pensar em infecção nosocomial]: Uso de ATB nos últimos 3 meses; Alta hospitalar com retorno <15 dias; Usuários de assios ou diálise ambulatorial; Pacientes que frequentemente vão ao hosp.

3. Germes mais prováveis

4. Se possui o ATB possui concentração no foco que irei tratar

5. Se fez uso de antibiótico recente

Cobertura para germes atípicos

Macrolídeos
Quinolonas
Tetraciclina (Doxiciclina)
Clindamicina

Cobertura para germes anaeróbios

Piperacilina-Tazobactam
Metronidazol
Clindamicina

Moxifloxacino (levofloxacino não possui cobertura)

Amoxicilina + Clavulanato
Ampicilina + Sulbactam
Cefepímicos
Cefoxitina

Cobertura para enterococcus

Ampicilina
Vancomicina
Piperacilina + Tazobactam

Linhazida
Daptomicina

Cobertura para Pseudomonas aeruginosa

Piperacilina + Tazobactam (tazobactam)
Carbapenênicos (exceto ertapenem)
Ceftazidima
Cefepime

Quinolonas [Levofloxacino e ciprofloxacino]
Aminoglicosídeos

(Polimixina e colistina + tazobactam ou reservado para pseudomonas multR)

Cobertura para MRSA

Vancomicina
Clindamicina (CA-MRSA)
TMP/SMX (bactrim)
Ceftarolina (cefalosporina 5ªG)

ATB que não precisam de ajuste pelo peso

Ceftazidima-Avibactam
Ceftazozan-Tazobactam
Doripêrem
Meropenem
Imepem-Cilastatina

Cefepime X Piperacilina-Tazobactam

Ambos com cobertura para pseudomonas

[Cefepime]:
Cobertura para SNC
Cobre ESBL (Dose máx.) e AMPc (Dose usual)

Sem cobertura para anaeróbios
[Tazobactam]:
Sem cobertura para SNC
Sem cobertura para ESBL e AMPc
Possui cobertura para anaeróbios

Druga Apresentação Diluição	Correção pelo Clcr (Consultar SANFORD)	Observações específicas
Penicilina Benzatrina 1.200.000 UI por frasco - DI xx (Esquema pr afítia recente): Administrar 1 frasco IM em cada glúteo (dose total 2.4MI de UI) em dose única (Esquema pr afítia tardia): Administrar 1 frasco IM em cada glúteo (dose total 2.4MI de UI), 1x por semana por 3 semanas (próxima dose xxx e xxx). (Esquema pr amigdalite): Administrar 1 frasco IM no glúteo (dose total 1,2MI de UI) em dose única.	CrCl >30-90: 0,5-4 million U q8h CrCl 10-50: 0,5-4 million U q8h CrCl <10: 0,5-4 million U q12h	
Penicilina G cristalina 5.000.000 UI por frasco - DI xx (D1/D7) (Esquema leptosepsis): Diluir 1 frasco em 100ml SF0,9%. Via intravenosa. 6/8h. (Esquema tétano): 2-4MI UI de 4/4h ou 6/6h		
Ampicilina-Sulbactam 1,5g ou 3g por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 6/8h. Correr em 90 min.	Clcr > 30 ml/min - 1,5 a 3g a cada 6h Clcr 15 a 29 ml/min - 1,5 a 3g a cada 12h Clcr 5 a 14 ml/min - 1,5 a 3h a cada 24h	
Amoxicilina-Clavulanato (Clavulin®) 500mg/125mg por comprimido (Esquema PAC): Ofetar 1 comprimido. Via oral. 8/8h (dose usual sanford)	VO CrCl >30: No dosage adjustment CrCl 10-30: 250-500 mg (amox) q12h CrCl <10: 250-500 mg (amox) q24h	
Oxacilina 500mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco (2g) em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 4/4h. Correr em 90min. Cobertura para MSSA.	CrCl >30: No dosage adjustment CrCl 10-30: 250-500 mg (amox) q12h CrCl <10: 250-500 mg (amox) q24h	
Piperacilina-Tazobactam (Tazocin) 4,5g por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 6/8h. Correr em 90 min. Cobertura para pseudomonas. (Dose preconizada de 6/6h). Sem cobertura para S. Aureus.	Clcr >40 ml/min - 4,5g IV a cada 6h Clcr 20-40 ml/min - 3,3g IV a cada 6h Clcr <20 ml/min - 2,25g IV a cada 6h	
Cefalexina 500 mg por comprimido (Infecção de partes moles/Enfisema/Celulite): Ofetar 1 comprimido. Via oral. 6/8h. Dose máxima 4g/dia	Clcr >40 ml/min - Não precisa de ajuste Clcr 10-50 ml/min - 250-1000mg de 8/8h ou 12/12h Clcr <10 ml/min - 250-1000mg 1x ao dia	
Cefazolin 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Administrar 1-2 frascos: Via intravenosa ou intramuscular. 8/8h. Dose usual. Dose máxima 12g/dia (Profilaxia cirúrgica): 2 frascos (2g) IV 1h antes da incisão cirúrgica. 3 frascos (3g) se >12kg e repetir dose após 1h se ainda estiver em cirurgia	Clcr >60 ml/min - 1-2g IV durante 8h Clcr 10-50 ml/min - 0,5-2g IV durante 8 a 12h Clcr <10 ml/min - 0,5-1g IV durante 24h	
Cefadroxila 500mg por frasco (Dose usual): Tomar 01 comprimido (500mg) de 12/12h por 7-10 dias.		
Cefalotina 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Diluir 1 frasco em 20 ml de água destilada. Via intravenosa. 6/8h.	Clcr 50-80ml/min - Administrar 2g cada 6 horas. Clcr = 25-50ml/min - Administrar 1,5g cada 6 horas. Clcr = 10-25ml/min - Administrar 1g cada 6 horas. Clcr = 2-10ml/min - Administrar 0,5g cada 6 horas. Clcr = < 2ml/min - Administrar 0,5g cada 6 horas.	
Cefuroxima 750mg (com diluente de 7ml) (Dose usual): 750mg IM ou IV de 6/6h	Clcr >50 ml/min - Não precisa de ajuste Clcr 10-50 ml/min - 0,75mg -1,5mg de 8/8h ou 12/12h Clcr <10 ml/min - 0,75mg -1,5gm 1x ao dia	
Ceftriaxone 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. Sem cobertura para pseudomonas. (Meningite bacteriana): Diluir 2 frascos em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min.	Não precisa de ajuste	
Ceftazidima 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h.	Clcr >60 ml/min - 6g IV durante 24h Clcr 31-50 ml/min - 4g IV durante 24h Clcr 11-29 ml/min - 2g IV durante 24h	
Cefepime 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h ou 12/12h. Nefrotoxicidade.	Clcr >60 ml/min - 6g IV durante 24h Clcr 30-60 ml/min - 4g IV durante 24h Clcr 11-29 ml/min - 2g IV durante 24h	
Meropenem 1g por frasco - DI xx (D1/D10) (Dose usual): Diluir 1 ou 2 frascos em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h. Correr em 3h. (Esquema meningite): Diluir 2 frascos em 100ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h. Correr em 3h.	Clcr >50 ml/min - 1g a cada 6h Clcr 25-50 ml/min - 1g a cada 12h Clcr 10-25 ml/min - 0,5g a cada 12h Clcr <10 ml/min - 0,5g a cada 24h	
Imepem-cilastatina (500mg/500mg) 1g por frasco - DI xx (D1/D10) 500 mg EV de 8/8h ou 1 mg EV de 12/12h para infecções moderadas ou 500 mg EV de 6/6 horas para infecções graves. Sugestão de diluição: Reconstituir 1 frasco em em 10-20ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h. Correr em 3h	CrCl ≥90: No dosage adjustment CrCl 60 to <90: 500 mg q8h CrCl 30 to <60: 500 mg q8h CrCl 15 to <30: 500 mg q12h	
Ertapenem 1g por 10 ml - DI xx (D1/D10) Diluir 10 ml em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 1x ao dia. Correr em 3h. Sem cobertura para Pseudomonas.	CrCl >30 mL/min/1,73 m²: No dosage adjustment CrCl ≥30 mL/min/1,73 m²: 500 mg q24h	
Vancomicina 500mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 2 frascos em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. (Dose de ataque pelo sanford): 20 a 30 mg/kg (infundido em 10-15 min com dose máxima 3g) (Dose de manutenção pelo sanford): 15 a 20 mg/kg de 8/8 ou 12/12h.	CrCl >100: No dosage adjustment CrCl >50-100: 15-20 mg/kg q12h CrCl 20-50: 15-20 mg/kg q24h CrCl <20: 15-20 mg/kg q48h	
Telocoplanina 400mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. (Dose de ataque): 6 mg/kg IV de 12/12h 3x (Dose de manutenção): 6 mg/kg IV de 24/24h.	CrCl 30-80: Load, then 6-12 mg/kg q48h CrCl <30: Load, then 6-12 mg/kg q72h	
Polimixina B (Polytek B6) 500.000UI por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h. Reconstituir 1 frasco em 2 ml SF0,9%. Rediluir em 500 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. Sem cobertura urinária. Neurotoxicidade e Nefrotoxicidade (dano tubular direto) (Dose usual): 15.000-25.000 UI/kg/dia por via intravenosa de 12/12h. (Dose de ataque sanford): 2,5 mg/kg infundido em 2h (Dose de manutenção sanford): Depois de 12h iniciar 1,5 mg/kg infundido em 1h de 12/12h. [1]	Não precisa de ajuste	
Polimixina E [Colistina] (Dose de ataque): 300mg de colistina base (Dose usual): após 8-12 horas da dose de ataque: 2,5-5mg/kg/dia de colistina base a cada 6-12 horas (Ajuste de dose para insuficiência renal): CrCl > 80ml/min: não é necessário ajuste; CrCl 50-79 ml/min: 2,5-3 mg/kg/dia a cada 12 horas; CrCl 30-49 ml/min: 2,5 mg/kg/dia a cada 24 horas ou a cada 12 horas; CrCl 10-29ml/min: 1,5mg/kg a cada 36 horas (Dose de manutenção na diálise contínua): CVVH: 2,5mg/kg q24-48h; CVVHDF: 2,5 mg/kg q24-48h		Germes que a Polimixina E (colistina) Não cobre Providência Proteus Morganelia Serratia
Amicacina 250 mg por mL - Ampola com 2 ml - DI xx (D1/D10) Diluir 2 ml em 100 ml de SF0,9%. Via intravenosa. (Dose usual): 7,5 mg/kg IV ou IM de 12/12h ou 15 mg/kg IV ou IM 1x ao dia	[7,5 mg/kg IMIV 12/12h]: CrCl >50: No dosage adjustment CrCl 10-50: 7,5 mg/kg q24h CrCl <10: 7,5 mg/kg q48h [15 mg/kg IMIV 24/24h]: CrCl 60-80: 15 mg/kg q24h CrCl 40-60: 7,5 mg/kg q24h CrCl 30-40: 4 mg/kg q24h CrCl 20-30: 7,5 mg/kg q48h CrCl 10-20: 4 mg/kg q48h CrCl <10: 3 mg/kg q72h	
Gentamicina 80mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 2 frascos (160mg) em 200 ml SF0,9%. Via intravenosa. 1x ao dia. Correr em 30min. (Dose usual): Dose de ataque de 2 mg/kg e dose de manutenção 2 mg/kg de 8/8h	[1,7 mg/kg IMIV 8/8h]: CrCl >50: No dosage adjustment CrCl 10-50: 1,7-2,0 mg/kg q12-24h CrCl <10: 1,7-2,0 mg/kg q48h [5,1 mg/kg IMIV 24/24h]: CrCl 60-80: 4 mg/kg q24h CrCl 40-60: 3,5 mg/kg q24h CrCl 30-40: 2,5 mg/kg q24h CrCl 20-30: 4 mg/kg q48h CrCl 10-20: 3 mg/kg q48h CrCl <10: 2 mg/kg q72h	

<p>Ciprofloxacino 2 mg por ml - Bolsa com 200ml - DI xx (D1/D10) Administrar 2 bolsas. Via intravenosa. 12/12h. (Dose usual): 200-400 IV de 8/8h ou 12/12h.</p> <p>Ciprofloxacino 500mg por comprimido - DI xx (D1/D10) Ofertar 1 comprimido. Via oral. 12/12h por 5-7 dias. (Dose usual VO): 250-750 mg VO 12/12h por 5-7 dias</p>	<p>[Correção IV]: CrCl >50-90: 200-400 mg q8-12h CrCl 30-50: 200-400 mg q8-12h CrCl 5-29: 200-400 mg q16-24h</p>	<p>[Cobertura]: BGP BGN (incluindo pseudomonas) Anaeróbios (Bacteroides e Clostridium) Atípico (Legionella, Mycoplasma, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, Coxiella burnetii) Mycobacterias</p> <p>[Efeitos adversos]: Febre (raro); Erupção cutânea (2%); Fotossensibilidade; Anafilaxia; Eosinofilia; Trombocitopenia (raro); Náuseas (7%); Vômitos (2%); Diarreia (5%); Colite por C. Difficile (raro) e etc</p> <p>[De acordo com sanford, 1a linha ou alternativo para os germes abaixo]: Chlamydia trachomatis Haemophilus influenzae Kingiella sp. Legionella sp. Mycoplasma pneumoniae Shigella sp. Yersinia enterocolitica</p>
<p>Levofloxacino 750 mg por comprimido - DI xx (D1/D10) Diluir 1 comprimido em 20 ml de água destilada. Via enteral. 1x ao dia OU tomar 01 comprimido (750mg) 1x ao dia por 5-7 dias (Dose usual): 750 mg VO ou IV 1x ao dia</p> <p>Levofloxacino 5mg por ml (Levotac®) - Bolsa de 100ml [500mg por bolsa] - DI xx (D1/D10) Administrar 01 bolsa por via intravenosa. 1x ao dia.</p>	<p>CrCl >50-90: 750 mg q24h CrCl 20-49: 750 mg q48h CrCl <20: 750 mg x1, then 500 mg q48h</p>	
<p>Azitromicina 500 mg por comprimido - DI xx (D1/D10) (Esquema PAC): Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia. Ou ofertar 1 comprimido (500mg) VO de 12/12h.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Clarithromicina 500mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml de SFO 9%. Via intravenosa. 12/12h.</p>	<p>CrCl >50-90: 500 mg q12h CrCl 10-50: 500 mg q12-24h CrCl <10: 500 mg q24h</p>	
<p>Eritromicina 50 mg por ml Diluir 20 ml em 20 ml de água destilada. Via enteral.</p> <p>Sulfametoxazol-Trimetoprima (Bactrim®) (800mg/160mg) - DI xx (D1/D45) Diluir 2 comprimidos em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. Cobertura para germes fastidiosos (Burkholderia cepacia, Stenotrophomonas maltophilia, Elizabethkingia meningoseptica) (Esquema PCP): 15 mg/kg/dia IV de 8/8h ou 8/8h. Profilaxia esquema HIV-TX segue mesmo regime acima + apenas 1 dose 3x/semana.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p> <p>CrCl >60-90: 5-20 mg/kg/day (dividido q6-12h) CrCl 30-50: 5-20 mg/kg/day (div q6-12h) CrCl 10-29: 5-10 mg/kg/day (div q12h) CrCl <10: Not recommended (but if used: 5-10 mg/kg q24h)</p>	
<p>Clindamicina 600mg por frasco - DI xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml SFO 9%. Via intravenosa. 8/8h. Cobertura para Gram-Positivos (CA-MRSA) e anaeróbios (Esquema infecções cutâneas): 300mg ou 600mg de 8/8h ou 8/8h.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Metronidazol 250 a 400 mg por comprimido - DI xx (D1/D10) Diluir 1 ou 2 comprimidos em 20 ml de água mineral. Via enteral. 8/8h. Cobertura para Bacteroides fragilis.</p> <p>Metronidazol 500 mg por bolsa - DI xx (D1/D10) Administrar 1 bolsa por via intravenosa. 8/8h. Cobertura para Bacteroides fragilis.</p>	<p>CrCl >50-90: 7.5 mg/kg q6h CrCl 10-50: 7.5 mg/kg q6h CrCl <10: 7.5 mg/kg q12h</p>	
<p>Doxiciclina (Vibramicina®) 100mg por comprimido (Dose usual): Tomar 1 comprimido (100mg) VO de 12/12h. Por 5-7 dias. Cobertura para S. Aureus e Germes atípicos (Profilaxia da diarreia de viajantes em adultos): 200mg VO 1 dia antes da viagem. Seguida de 100 mg 4x/dia durante a permanência na área (Tratamento de malária falciparum resistente à cloroquina): 200 mg VO por um mínimo de 7 dias (Tratamento e profilaxia seletiva de cólera): 300 mg VO em dose única (Profilaxia da leptospirose): 200 mg VO semanal de durante todo o período de permanência na área. e 200 mg VO no final da viagem.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Linezolida 600 mg por 10 ml Diluir 10 ml em 100 ml SFO 9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90 min. Usado em multi-IR.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Neomicina + Bacitracina 20 g por frasco Aplicar pomada 3 vezes ao dia</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Permetrina a 5% (Pediculose): Aplicar 1 frasco durante o banho - 1-2x/dia.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Primetamina 25 mg por comprimido Administrar 1 comprimido por via enteral. 8/8h.</p>	<p>Não precisa de ajuste</p>	
<p>Mupirocina 2% (pomada) Aplicar sobre área afetada 3x ao dia. tópico.</p>		
<p>Daptomicina 500mg por frasco (Dose usual sanford (depende do foco): Se endocardite: 8-12 mg/kg IV (2min - bolus) ou infundido em 30min. 1x ao dia.</p>	<p>CrCl >= 30: No dosage adjustment CrCl <30: 6-10 mg/kg de 48-48h</p>	
ANTIPARASITÁRIOS		
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações	
<p>Ivermectina (Levercin®) 6mg por comprimido (Dose usual): 150-200 microgramas/kg/dia. VO em dose única. Dose máxima: 200 microgramas/kg/dia (Estrongilidase, filariose, ascariidase, escabiose e pediculose): Tomar 2 comprimidos VO em dose única (se 65-84 kg)</p> <p>Ivermectina (Soolantra®) 10mg/g tópico</p>	<p>Se uso de corticoide usar como profilaxia para estrongilidase</p> <p>[Espectro e cobertura]: 1ª opção para: Estrongilidase Escabiose Pediculose Alternativa para: Ascariidase Tricuriase</p> <p>[Não precisa de ajuste renal]</p>	
<p>Albendazol (Benzol®) 400 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 12/12h. (Ascariidase, necatoriasse, tricuriase, enterobiasse e ancilostomiasse): 400mg VO em dose única (Estrongilidase, teniasse e himenolepiasse): 400mg/dia VO por 3 dias (Larva migrans cutânea): 400 mg/dia VO por 1-3 dias</p>	<p>A dose pediátrica (indicado >2 anos) é a mesma da adulto</p> <p>[Espectro e cobertura] 1ª opção para: Ascariidase Tricuriase Ancilostomiasse Alternativa para: Giardiasse Estrongilidase</p> <p>[Não precisa de ajuste renal]</p>	
<p>Nitazoxanida (Anitta®) 500 mg por comprimido (Dose usual adultos): 500mg VO de 12/12h por 3 dias Nitazoxanida 20mg/mL - Frasco com 45 mL ou 100 mL após reconstituição. (Dose usual pediatria): 7,5 mg/kg (0,375 mL) VO de 12/12 horas, por 3 dias. Medicamento contraindicado se <1 ano.</p>	<p>Sem ação para toxocaríase e cisticercose. Nitazoxanida reduz tempo de sintomas de diarreia causada por norovírus e rotavírus, porém sem indicação antimicrobiana formal para rotavírus. Amnita é o antiparasitário de maior espectro, pouco efeito colateral, posologia favorável.</p> <p>[Espectro e cobertura] 1ª opção para: Cryptosporiasse Alternativa para: Giardiasse Amebiasse Teniasse Ascariidase Tricuriase Estrongilidase Ancilostomiasse Isosporiasse</p>	
ANTIFÚNGICOS		
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações	
<p>Fluconazol 200 mg por frasco Administrar 2 frascos. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 30min. Ou 150 mg por comprimido. Diluir 2 comprimidos em 20 ml de água mineral. Via enteral. 12/12h. (Dose usual sanford): 100-400mg 1x ao dia (Dose pediátrica): 6-12 mg/kg/dia</p> <p>Cetoconazol 20mg/g tópico Aplicar em lesões 2x ao dia por 14 dias</p> <p>Caspofungina 70 mg por 10 ml Diluir 10 ml em 100 ml SFO 9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90 min. (Dose usual): 70mg no primeiro dia (dose de ataque) seguido de 50mg a cada 24h.</p> <p>Antofoterina B (Ipposoma) 50 mg por ml Administrar 3-5 mg/kg por via intravenosa. 1x ao dia. Sem cobertura urinária. Antofoterina B (Desoxicolato)</p>	<p>[Correção pelo CrCl]: CrCl >50: No dosage adjustment CrCl 50: 50-200 mg q24h</p> <p>[Não precisa de ajuste pelo CrCl] Indicada para crescimento de candidas resistentes ao fluconazol (Krusel, Glabrata, Paralapsiasse e Orthopsiasis)</p> <p>[Não precisa de ajuste pelo CrCl] Antofoterina B desoxicolato é indicada para candidas resistentes ao fluconazol com crescimento na urina (Krusel, Glabrata, Paralapsiasse e Orthopsiasis)</p>	
ANTIRRetrovirais		
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações	
<p>Osetamivir (Tamiflur®) 75 mg por frasco Administrar 1 frasco por via intravenosa. 12/12h.</p>	<p>[Treatment]: CrCl >60: No dosage adjustment CrCl >30-60: 30 mg q12h x5 days CrCl >10-30: 30 mg q24h x5 days CrCl ≤10, no HD: Not recommended</p> <p>[Prophylaxis]: CrCl >60: No dosage adjustment CrCl >30-60: 30 mg q24h CrCl >10-30: 30 mg q48h CrCl ≤10, no HD: Not recommended</p>	
<p>Dolutegravir 50 mg Diluir 1 comprimido em 10 ml água destilada. Via enteral. 1x ao dia</p>	<p>[Não precisa de ajuste pelo CrCl]</p>	
<p>Tenofovir (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg Diluir 1 comprimido em 10 ml de água destilada. Via enteral. 1x ao dia.</p>	<p>[Correção pelo CrCl]: CrCl ≥ 15: No dosage adjustment</p>	
<p>Aciclovir 250mg por frasco [Pó para solução injetável] - DI XX.XX (D1/D21) (Encefalite herpética): 10 mg/kg por 21 dias) Diluir 2 frascos em 200 ml de Ringer Lactato. Via intravenosa. 9/8h. Por 21 dias. (Reconstituição WB): Reconstituir 250 mg em 10 mL de água para injetável ou SF 0,9%, obtendo uma solução com concentração de 25 mg/mL.</p>	<p>[Correção pelo CrCl IV]: CrCl >50: No dosage adjustment CrCl 10-50: = 12.5 mg/kg q12-24h CrCl <10: 2.5-5.25 mg/kg q24h</p>	
<p>Aciclovir 200mg (Zovirax®) por comprimido (Herpes genital) Herpes simples 1ª episódio: 200mg VO Sódica, de 4/4 horas, omitindo a dose noturna OU 400mg VO de 12/12h por 5-7 dias (Herpes lábio): 800 mg VO Sódica, de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por 7 dias [Tomar 4 comprimidos de 200mg de 4/4h omitindo dose noturna por 7 dias]</p>		
ANTIALÉRGICO ANTI-HISTAMÍNICO		
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações	

<p>Loratadina 10mg (Claritin®) por comprimido Tomar 01 comprimido (10mg) ao dia. (Dose usual adulto e pedi: 10mg por dia (não exceder dose usual)</p> <p>Prometazina (Fenergan®) 25 mg/mL - ampola com 2 mL 25 mg por comprimido (Dose usual): Se uso oral: 50-150 mg/dia VO, divididos em 2-4 tomadas. Se uso injetável: 25-50 mg/dose IM profunda. Não exceder 100 mg/dia.</p> <p>Difenidramina (Difenidrin®) 50 mg/mL - ampola com 1 mL Administrar 10-50 mg EV/IM (até 100 mg, se necessário)</p> <p>Dimenidrato (Dramin®) 25 mg por ml - Ampola de 2 ml Diluir 2ml em 50 ml SFD 0,9%. Via intravenosa. 8/8h.</p> <p>Dimenidrato 3mg/ml + Piridoxina 5mg/ml + F + G (Dramin B6 DL®) - Ampola de 10 ml Diluir 1 ampola (10ml) em 10 ml SF 0,9%. Administrar em 5 minutos. 6/6h ou 4/4h se necessário.</p> <p>Dimenidrato 25mg ou 50mg por cápsula (Dose usual): 50-100 mg VO de 4-6 horas ou de 6-8 horas, imediatamente antes ou durante as refeições. Alergias leves-moderadas.</p>	
ANALGESIA SEDAÇÃO SRI BNM NEUROLÉPTICOS	
Droga Apresentações Diluição	Observações
Analgésicos Anti-inflamatórios Antitérmicos	
<p>Buscopam (dipirona 10mg + escopolamina 250mg) composto comprimido Tomar 1-2 comprimidos VO, 3 a 4 vezes/dia.</p> <p>Buscopam (dipirona 6,67mg + escopolamina 333,4mg/mL) composto gotas [Frasco com 20gotas] 20 a 40 gotas, VO, 3 a 4 vezes/dia.</p> <p>Buscopam (dipirona 4mg + escopolamina 500mg/mL) composto - Ampola de 5ml Administrar 1 ampola (5ml), EV ou IM, podendo ser repetida 2 a 3 vezes/dia, se necessário. Preparo: Via EV direta. Se necessário diluição, fazer em 50mL de SF 0,9%, SG 5% ou RL.</p> <p>Dipirona 500mg 1g por comprimido Tomar 1 comprimido (1g) de 6/6h</p> <p>Dipirona 500mg por ml [Gotas] - Frasco de 20 ml Diluir 20-40 gotas em meio copo de água e tomar 6/6h. 20 gts = 500mg; 40 gts = 1g</p> <p>Dipirona 500mg por ml - Ampola de 2 ml (Dose usual): Diluir 2ml em 8ml de água destilada. Via intravenosa ou intramuscular. Administrar em 5 minutos. (Dose antitérmica): Diluir 2ml em 16ml de água destilada. Via intravenosa ou intramuscular. 6/6 ou 8/8h. (Dose analgésica): Diluir 4 ml em 16 ml de água destilada. Via intravenosa ou intramuscular. Administrar em 5 minutos. (Dose máx): 1g por dose ou 4g/dia</p>	<p>Classe: Antiespasmódico e analgésico</p> <p>Indicação: Em estados espásticos-dolorosos e cólicas do trato gastrointestinal, das vias biliares e urinárias, e do aparelho genital feminino; dismenorria.</p> <p>Classe: Analgésico e antipirético não opioide [Derivado da pirazolona]</p> <p>Ação: [Analgésico]: 1g dia [Anti-pirético]: 500mg dia</p>
<p>Paracetamol 500mg 750mg por comprimido Tomar 1 comprimido por via oral de 6/6h (Via enteral): Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral (SNE), 8/8h.</p> <p>Paracetamol Gotas (200 mg/mL) Administrar 35-60 gotas de 6/6h por via oral ou SNE. (Dose máxima): 65 mg/kg/dia ou 4 g/dia</p> <p>Paracetamol injetável [Haleximophen®] Essa formulação é rara no Brasil. Pouco usada.</p>	<p>Classe: Analgésico e antipirético não opioide simples</p> <p>Ação: [Analgésico e Anti-pirético]: 500 mg/dose de 4/4h ou 750-1.000 mg/dose de 6/6h</p> <p>Observações: Propriedade anti-inflamatória mínima. Pico da concentração 4h após ingestão.</p> <p>Dose tóxica: Ingesta única de 10g ou 200mg/kg em período <8h 200mg/dia ou 10g em 24h >150 mg/kg ou 6 g/dia em 48 horas</p> <p>>100 mg/kg/dia ou 4 g/dia associado a fatores de risco (gravidez, abuso crônico de álcool, jejum prolongado ou uso de isoniazida)</p>
<p>Ibuprofeno 400mg 600mg por comprimido Tomar 1 comprimido VO de 6/6h</p> <p>Ibuprofeno 50mg por ml (Via enteral): Diluir 40 gotas em 20 ml de água potável. Via enteral. 6/6h. (Dose máxima): 3,2g/dia</p>	<p>Classe: AINE</p> <p>Ação: [Anti-inflamatório]: 400-800 mg/dose, 3-4x ao dia Ação analgésica e anti-térmica em menor grau</p> <p>Observação: Ação anti-inflamatória leve-moderada</p>
<p>Cetoprofeno (Profenid®) 50mg por comprimido (cápsula dura) (Dose usual): Tomar 3-6 comprimidos (150-300 mg/dia) VO. Dose máxima 300mg/dia. - OBS: Se for na apresentação 150mg, tomar 1op de 12/12h por 3 dias</p> <p>Cetoprofeno (Profenid®) 100mg por frasco Reconstituir 1 frasco em 100 ml SFD 0,9%. Via intravenosa. Infusão em 20min.</p>	<p>Classe: AINE</p> <p>Ação: [Anti-inflamatório]: 150-300 mg/dia</p> <p>Observação: Ação anti-inflamatória potente [Artrite reumatóide, osteoartrite e lombalgias intensas]</p>
<p>Tenoxicam (Tilatil®) 20mg por comprimido (Dose usual): Tomar 1 comprimido (20mg) VO durante ou imediatamente após a refeição por 2-5 dias. Pode ser usado em desmorrangia primária, dor em PO e crise de gota. Dose máxima 40mg/dia</p> <p>Tenoxicam 20mg por frasco-ampola (po) (Dose usual): 20mg/dia EV ou IM por 3-5 dias. Reconstituir 20 ou 40 mg + 2 mL de diluente próprio ou água para injetáveis.</p>	<p>Classe: AINE</p> <p>Ação: [Anti-inflamatório]: 20 mg/dia</p> <p>Observação: Ação anti-inflamatória potente [Artrite reumatóide, osteoartrite e lombalgias intensas] Cuidado em idosos, considerar BIP</p>
<p>Trometamol cetorolato [Toragesic®] 10 mg por comprimido Tomar 01 comprimido 3x, de 6/6h se dor moderada a alta intensidade. (Dose usual recomendada): 10-20mg em dose única ou 10mg de 6/6h ou 8/8h. Dose máxima 60mg/dia. A duração do tratamento não deve durar >5d</p> <p>Contraindicações: DRC, insuficiência hepática, gestantes...</p>	<p>Classe: AINE</p> <p>Ação: [Analgésico potente]: 10-20mg</p> <p>Observação: Ação analgésica potente (indicado em dor moderada a grave) [Pós-Op, cólica renal e etc]</p>
<p>Tramadol (Tramal®) 150 mg por ml - Ampola de 2 ml Diluir 2 ml em 80 ml SFD 0,9%. Via intravenosa. 8/8h ou 6/6h (máx). Infusão em 30-60min. Dose máxima 400mg/dia Nunca prescrever com ondansetrona (um inibe o efeito do outro)</p>	<p>Classe: Opióide fraco</p> <p>Ação: [Analgésico potente]</p> <p>Observação: Útil em pacientes com dor de componente misto ou neuropático em pacientes que não toleram AINES (ou que possuem risco ou contraindicação: DRC e etc)</p>
<p>Metadona 10 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml de água potável. Via enteral. 12/12h ou 8/8h. Ou diluir 1 ml (ampola de 1 ml) em 10 ml AD por via</p> <p>Metadona 10mg por ml - Ampola de 1 ml Diluir 1 ml em 10 ml AD por via intravenosa. 8/8h ou 12/12h.</p>	<p>Classe: Opióide</p>
<p>Morfina 10mg por ml - Ampola de 1ml. Diluir 1ml em 8ml de Água Destilada. Fazer 3ml da solução. 12/12h. (Curativos). (Conforto): Diluir 1 ml + 9 ml AD - EV - Fazer 2-3 ml da solução. (Oncológicos BIC): 10 ml + 90 ml SFD 0,9% (1mg/ml). Iniciar com 1 ml/h</p>	<p>Classe: Opióide</p>
Sedoanalgesia contínua (BIC)	
<p>Fentanil 50 mcg por ml - Ampola de 10ml Diluir 20ml em 80ml de SFD 0,9%. Uso em bomba de infusão. Vesicante. (Dose usual: 0,5-2 µg/kg/h)</p> <p>Midazolam 5 mg por ml - Ampola de 10ml Diluir 20ml em 80ml de SFD 0,9%. Uso em bomba de infusão. Vesicante. (Sedação paliativa): 20 ml + 80 ml SFD 0,9%. Iniciar com 1 ml/h (1mg/h) em BIC (Dose usual): 0,02-0,5 mg/kg/h</p> <p>Cetamina 50 mg por ml - Ampola de 10ml Diluir 20ml em 80ml de SFD 0,9%. Uso em bomba de infusão. Vesicante. (Dose usual): 1-20 mcg/kg/min</p>	<p>Cuidado com síndrome da infusão do propofol [Quando pensar]: Propofol >4mg/kg/h por >48h</p> <p>Curso: Toxicidade hepática (elevação de transaminases) Rabdomiólise + LRA Hipertiglicidemia Acidose metabólica grave Artrias [FA]</p> <p>Manejo: Suspensão imediata do propofol Considerar TSR</p>
<p>Propofol 1% - 10 mg por ml - Frasco com 100 ml Diluir com 1 ml/h para cada 10kg de peso (se 70kg iniciar com 7 ml/h). Via intravenosa. (Dose usual): 0,5-6 mg/kg/h</p>	
<p>Dexmedetomidina (Precedex®) 100 mcg por ml - Ampola de 2ml Diluir 4 ml em 96 ml de SFD 0,9%. Uso em bomba de infusão (iniciar com 5-10 ml/h). Via intravenosa. Desmame. (Dose usual): 0,2-1,5 µg/kg/h</p>	
Seqüência rápida de intubação (SRI)	
<p>Pedir MALTA M [medicações]: Fentanil 2 ml + 8 ml AD Midazolam 2 ml + 8 ml AD Succinilcolina 1 frasco + 10 ml AD A [ambu]: Bolsa válvula-máscara 10 a 15 L por 3 a 5 min - Ligado no fluxômetro em 15 L/min. L [laringo]: Tamanho 4 ou 5 T [tubo testado]: Tamanho 8-8,5 para homem adulto e 7-7,5 para mulheres) A [aspiração]: Pedir sonda de aspiração</p> <p>Passo a passo (7p's) P [Preparação]: Acionar equipe + Preparar equipamentos [laringoscópio testado e seringa para insuflação do cuff] + Monitorização [PA seriada] + Checar tamanho do tubo P [Pré-oxigenação]: O2 noambu por pelo menos 3-5min [Ligado no fluxômetro em 15 L/min] com cabeceira elevada pelo menos 30° P [Pre-intubação]: Fentanil 2 ml + 8 ml AD EV [fazer em 5min] P [Paralisação com indução]: Midazolam 2 ml + 8 ml AD EV Rocurônio 10 ml + 10 ml AD P [Posicionamento e laringoscopia]: Posição do chavador "sniffing position" - Coxim occipital + Flexão cervical e extensão da cabeça + Cabeceira elevada a 35-45° P [Passagem do tubo]: Relativamento da língua para a esquerda + Tração para cima e para frente na válvula + Se O2 difícil - BURP (para trás, para cima e para direita - movimentação da cricóide). P [Posicionamento confirmado]: Ausculta (em C - sempre começar em base esquerda), Capnografia (onda quadrada e o padrão ouro) e Bx. Max (2-4cm acima da carina)</p> <p>Avallar complicações [Intubação esofágica]: Insuflar o CUFF, dobrar o tubo pro lado e pedir outro tubo. [Intubação seletiva]: O tubo precisa estar 2cm acima da carina.</p> <p>Cuffômetro Manter pressão do CUFF entre 20-30 cmH2O. Se muito elevada (ocasiona isquemia) e se muito diminuída (risco de broncoaspiração)</p>	
<p>Fentanil 50 mcg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 3 ou 2 ml em 7 ou 8 ml de água destilada. Via intravenosa. Infusão lenta. Início de ação em 2-3 minutos. Fazer em 3-5 antes do hipnótico. SRI.</p> <p>(Dose ideal 1-3 mcg/kg) (Início do efeito): 2-3min (Pico do efeito): 3-5min</p> <p>Lidocaína 20 mg por ml Diluir 2 ml em 8 ml AD. Via intravenosa. Infusão lenta. (Dose ideal: 1 mg/kg) (Início do efeito): 45-60s</p>	<p>Observações Reduz estímulo vagal (cardioprotetor) Pode causar rigidez torácica (toax rígido - paciente não ventila) Pacientes chocados não é preferível usar Indicado usar em sangramento ativo intracraniano, dissecação de aorta e crise hipertensiva</p>
<p>Etomidato 2 mg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 10 ml em 10 ml de água destilada. Via intravenosa. Infusão lenta. SRI. [Pode ser feito puro (10 ml puro se <70kg)] (Dose ideal 0,3mg/kg) (Início do efeito): 15-15s (Duração do efeito): 3-5min</p>	<p>Observações Pode causar insuficiência adrenal Atenção em pacientes com sepse (contraindicação relativa) Indicado para pacientes com PIC elevada Méio-Vida 3h</p>

<p>Cetamina 50mg por ml - Ampola de 10ml Diluir 2ml em 8ml SF0,9% ou 3 ml + 7 ml de água destilada [pode ser feito puro]. Administrar em 5 minutos. Início de ação em 60 segundos. SRI. (Dose ideal 1,5 mg/kg) (Início do efeito): 45-60s (Duração do efeito): 10-20min</p>	<p>Observações Não deprime o centro respiratório Pode elevar a PIC e a PAS fazer em TCE ou AVE (diminui reabsorção do liquor/aumenta PIC) Não é cardiopressora É uma droga broncodilatadora (preferível usar em asma e broncoespamo) Meia-vida 2h30min</p>
<p>Propofol 10mg por ml (1%) - Ampola de 20ml Administrar 7ml sem diluição (puro). Via intravenosa. Início em 15 segundos. SRI. (Dose ideal 1,5 mg/kg -> Se 70kg fazer 10,5ml) (Início do efeito): 30-60s (Duração do efeito): 5-10min</p>	<p>Observações Início de ação rápido e duração de efeito curta Cuidado em pacientes hipotensos (depressor miocárdico) Droga broncodilatadora (droga de escolha para asma e dpo). De preferência fazer com quetamina</p>
<p>Midazolam 5 mg por ml - Ampola de 10ml Diluir 3ml em 7ml de água destilada. Via intravenosa. Administrar em 5 minutos. Início de ação em 60 segundos. SRI. (Dose ideal 0,3 mg/kg) (Início do efeito): 60-90s (Duração do efeito amnésico): 15-30min</p>	<p>Observações Pode causar hipotensão severa em hipovôlemicos Atenção em idosos e cardiopatas Meia-vida de eliminação 1,5-3h</p>
<p>Succinilcolina 100 mg por frasco Diluir 1 frasco em 10 ml de água destilada (1 ampola para pacientes leves e 2 ampolas para obesos). Via intravenosa. Aguardar fasciculação. SRI. (Dose ideal: 1,5 mg/kg) (Início do efeito): 30-60s (Duração do efeito): 6-10min (Antídoto): Antídoto para hipertermia maligna secundário a succinilcolina: Dantrolene</p>	<p>Observações Cuidado em pacientes queimados / acamados >48h Agente despolarizante Início rápido Contraindicações Hipercalcemia Grandes queimados Pacientes acamados >48h Alteração osteomuscular grave / AVC com grandes sequelas motoras Meia-vida: 10 min</p>
<p>Rocurônio 10 mg por ml - Ampola de 5 ml Diluir 1 ampola em 15 ml de água destilada [pode ser feito puro]. Infusão lenta. SRI. (Dose ideal 1,2 mg/kg) (Início do efeito): 60-90s (Duração do efeito): 25-60min (Antídoto): Antídoto: Sugamadex 16mg/kg</p>	<p>Observações 1. Início de ação rápida e duração de efeito curta 2. Agente não-despolarizante 3. Ação maior. Sua indicação é quando existir contra-indicação para succinilcolina Meia-vida 1 hora</p>
Bloqueadores neuromusculares [BIC]	
<p>Rocurônio 10 mg por ml - Ampola de 5 ml - Manutenção para BNM Diluir 50 ml em 80 ml de SF0,9%. Fazer de 0,24 a 0,56 mg/kg/h. Via endovenosa. Rocurônio 10 mg por ml - Ampola de 5 ml - BNM Diluir 20 ml em 80 ml ou 10 ml em 90 ml SF0,9%. Iniciar com 10 ml/h (4 mgc/kg/min). Via intravenosa. (Dose usual em BIC): 10-12 mg/kg/min</p>	<p>Meia-vida 1 hora</p>
<p>Pancurônio 2 mg por ml - Ampola de 2 ml - BNM Diluir 20 ml em 80 ml SF0,9%. Iniciar com 10 ml/h (2 mg/ml = 4 mgc/kg/min) OU 100 ml puro 10 mg/ml (2-4 ml em BIC).</p>	<p>Meia-vida 2 horas</p>
<p>Cisatracúrio 2 mg por ml Diluir 50 ml em 50 ml de SF0,9%. Fazer de 0,15 a 0,18 mg/kg/h. Via endovenosa. Iniciar com 10 ml/h em BIC. (Dose usual): 1-3 µg/kg/min Off label SRI: 5 ml puro</p>	<p>Meia-vida 22 min</p>
Antipsicóticos e anticonvulsivantes	
<p>Haloperidol (Haldol®) 5 mg por mL - Ampola de 1 mL Administrar 1 ampola por via intramuscular - 12/12h, 8/8h ou 6/6h, se agitação psicomotora. Haldol Gotas (2 mg por mL) Diluir 20 gotas + 10 mL água potável - Via enteral - 12/12h, 8/8h ou 6/6h, se agitação psicomotora. Haldol 1 mg por comprimido Diluir 2 comprimidos + 20 mL água potável - Via enteral - 12/12h, 8/8h ou 6/6h, se agitação psicomotora</p>	<p>Classe: Antipsicótico/Neuroleptico de 1ª geração (típico) Subclasse: Butirofenona Mecanismo de ação: Bloqueio de receptores D2 no SNC (sistema mesolímbico e nigroestriatal) Uso clínico: Agitação psicomotora severa e delírium (preferido uso nesses casos) Esquizofrenia e transtorno bipolar (fase maníaca) Síndromes neuropsiquiátricas (tourtet) Náuseas e vômitos em casos específicos Etc Efeitos adversos: Efeitos extrapiramidais (Distonias agudas, parkinsonismo, acatisia) Discinesia tardia (Com uso prolongado) Hiperprolactinemia (Galactosemia, ginecomastia, disfunção menstrual)</p>
<p>Clorpromazina 25 mg por comprimido Diluir 1 comprimido + 20 mL de água potável - Via SNE - até 6/6h Clorpromazina 5 mg por mL Ampola com 5 mL - Administrar 1 ampola - Via Intramuscular - até 6/6h.</p>	<p>Classe: Antipsicótico/Neuroleptico de 1ª geração (típico) Subclasse: Fenotiazínicos Mecanismo de ação: Bloqueio de receptores D2 no SNC Uso clínico: Agitação psicomotora e delírium Esquizofrenia Mania associado transtorno bipolar Etc Efeitos adversos: Efeitos extrapiramidais (Parkinsonismo: rigidez muscular, tremores, distonia (espasmos musculares involuntários) Sedação excessiva Efeitos anticolinérgicos Hipotensão ortostática Ginecomastia e galactorréia</p>
<p>Risperidona 1 mg por comprimido Diluir 1 comprimido + 10 mL água potável - Via enteral - 24/24h ou 12/12h.</p>	<p>Classe: Antipsicótico/Neuroleptico de 2ª geração (atípico) Mecanismo de ação: Bloqueio dos receptores D2 no sistema mesolímbico e receptores serotoninérgicos 5-HT2A no córtex Uso clínico: Esquizofrenia Transtorno bipolar Intabilidade associada ao autismo Transtornos de comportamento: Especialmente em idosos com demência Efeitos colaterais: Ganho de peso e aumento do apetite Hiperprolactinemia Efeitos extrapiramidais Aumento do intervalo QT</p>
<p>Quetiapina 25 mg por comprimido Diluir 1-2 comprimidos + 10 mL de água potável - Via enteral - 24/24h ou 12/12h</p>	<p>Classe: Antipsicótico/Neuroleptico de 2ª geração (atípico) Mecanismo de ação: Bloqueio os receptores dopaminérgicos D2 (controla sintomas positivos da esquizofrenia). Antagonista dos receptores serotoninérgicos 5-HT2A (modula sintomas negativos e reduz efeitos extrapiramidais). Afinidade por receptores histamérgicos H1 e adrenérgicos α1 (responsáveis por efeitos sedativos e hipotensão ortostática) Uso clínico: Esquizofrenia Transtorno bipolar Insônia (off-label devido ação sedativa) Efeitos colaterais: Praticamente os mesmo de reiperidona (incluindo alargamento do intervalo QT)</p>
<p>Fentoina (Hidantal®) 50 mg por ml - Ampola de 5 ml (Profílatia anticonvulsivante pós TCE): Diluir 2ml em 18ml ou 48 ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h. Indicado por 7 dias (D1/D7) (ataque): Dose de ataque 20 mg/kg. Se 70kg fazer 6 ampolas (30 ml - 250mg) + 220 ml SF0,9%. Iniciar aproximadamente 500 ml/h (Infusão em 30min). Seguir dose de manutenção com mesmo esquema da neuroprofílatia pós TCE (Observação): Nunca diluir com SG5%. Somente com NaCl 0,9%</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (clássico) Subclasse: Hidantoínas Mecanismo de ação: Bloqueador dos canais de sódio dependentes de voltagem.</p>
<p>Carbamazepina 200 mg por comprimido Diluir 1 comprimido + 20 mL de água potável - Via enteral - até 8/8h Carbamazepina 400 mg por comprimido Diluir 1 comprimido + 20 mL de água potável - Via SNE - até 12/12h Carbamazepina Suspensão (20 mg por mL) Diluir 10 mL + 20 mL de água potável - Via enteral - até 8/8h</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (clássico) Subclasse: Iminostilbenos Bloqueador dos canais de sódio dependente voltagem Mecanismo de ação: Bloqueador dos canais de sódio dependentes de voltagem. Uso clínico: Epilepsia Neuralgia do trigêmio Transtorno bipolar</p>
<p>Oxcarbazepina 60 mg por mL Diluir 5 mL + 15 mL água potável - Via enteral - 12/12h</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos Subclasse: Iminostilbenas Mecanismo de ação: Bloqueador os canais de sódio dependentes de voltagem</p>
<p>Fenobarbital 100 mg por ml - Ampola de 2 ml (Dose de ataque): Diluir 2ml em 2ml SF0,9%. Via intravenosa. Infundir em 4min. (Infusão contínua): Diluir 2ml em 98ml SF0,9%. Via intravenosa. Iniciar 20 ml/h BIC (0,5-10 mg/kg/h)</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (clássico) Subclasse: Barbitúrico Mecanismo de ação: Potencialização dos receptores GABA ao aumentar a duração da abertura dos receptores de cloro Uso clínico: Crises epilépticas generalizada tônico-clônico e parciais Etc...</p>
<p>Ácido Valpróico Suspensão - 50 mg por ml Diluir 1 mL em 10 mL de água potável - Via SNE - 24/24h a 12/12h. (Dose padrão WB): 10-15 mg/kg/dia VO</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (clássico) Além de anticonvulsivante também atua como estabilizador de humor</p>
<p>Ácido Valpróico Cápsula [Depakene®] - 250mg por cápsula</p>	

<p>Levetiracetam 250 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água potável. Via enteral. 12/12h. → 500 mg 12/12h.</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (recente) Subclasse: Modulador da proteína vesicular SV2A. Mecanismo de ação: O levetiracetam atua ao se ligar à proteína vesicular sináptica SV2A nos neurônios. Essa ação regula a liberação de neurotransmissores, reduzindo a excitabilidade neuronal e prevenindo crises epilépticas. Não afeta diretamente os canais de sódio ou cálcio. Uso clínico: Crises focais (parciais) com ou sem generalização secundária. Crises mioclônicas em pacientes com epilepsia mioclônica juvenil. Crises tônico-clônicas generalizadas idiopáticas em pacientes com epilepsia generalizada</p>
<p>Topiramato 50 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 24/24h ou 12/12h.</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (recente) Mecanismo de ação: Atua em diversas vias Uso clínico: Epilepsia (Crises focais e generalizadas tônico-clônicas, Síndrome de Lennox-Gastaut) Profílatia de enxaqueca. Transtorno bipolar (off-label, como adjuvante). Perda de peso (em combinação com a fentermina, em formulações aprovadas para obesidade)</p>
<p>Pregabalina 75mg por comprimido Tomar 01 comprimido VO às 21h. Insônia Neuropatia diabética</p>	<p>Classe: Anticonvulsivante/Antiepilépticos (recente) Subclasse: Gabapentinóide Uso clínico: Epilepsia [Como adjuvante no tratamento de crises parciais] Dor neuropática [No tratamento de neuralgia pós-herpética e neuropatia diabética] Transtorno de ansiedade generalizada [Como tratamento de primeira linha, em alguns casos] Fibromialgia [Para alívio da dor generalizada]</p>
<p>Prometazina 25 mg por mL Ampola de 1 mL - Administrar 1 ampola - Via Intramuscular - 8/8h. Antialérgico.</p>	<p>Classe: Anti-histamínico Subclasse: Fenotiazinas</p>
<p>Dimenidrato (Dramin®) 25 mg por ml - Ampola de 2 ml Diluir 2 ml em 50 ml SFO 9%. Via intravenosa. 8/8h.</p>	<p>Classe: Anti-histamínico Ação: Anti-êmfético e anti-vertiginoso</p>
<p>Amitriplina 25 mg por comprimido Diluir 1-2 comprimidos + 10 mL de água potável - Via enteral - 24/24h ou 12/12h.</p>	<p>Classe: Antidepressivo tricíclico</p>
<p>Fluoxetina (Prozac®) 20mg por comprimido (Dose usual): 20-60 mg/dia VO. Titular conforme resposta clínica</p>	<p>Classe: Antidepressivo serotoninérgico <small>(os antidepressivos serotoninérgicos são mais seguros que os tricíclicos)</small></p>
<p>Sertralina (Toleret®) 25mg por comprimido (Dose usual): 25-50 mg/dia VO. Se necessário, aumentar a dose semanalmente até, no máximo, 200 mg/dia</p>	<p>Classe: Antidepressivo serotoninérgico</p>
<p>Citalopram 20mg por comprimido (Dose usual): 10-20 mg/dia VO</p>	<p>Classe: Antidepressivo serotoninérgico</p>
<p>Diazepam 10mg por ml - Ampola de 1 ml Administrar 1 ampola, via intravenosa. 1x ao dia. Se não manter diazepam de 6/6 horas. (Síndrome adrenérgica por cocaína): Diazepam 5-10mg EV a cada 5-10min até controle das manifestações Diazepam 5 ou 10 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml SFO 9%. Via intravenosa. 8/8h ou 6/8h. <i>Antídoto flumazenil.</i> Diazepam (Compaz) 10 mg por 2 mL Diluir 2 mL + 8 mL AD - Via intravenosa - 12/12h ou 8/8h. <i>Antídoto Flumazenil.</i> Clonazepam (Rivotril®) 0,25mg por comprimido (Ansiolítico em geral): 0,5-1,5 mg/dia VO (divididos em 3x/dia) (Crises agudas de pânico): 0,25 mg SL. Deve-se deixar o comprimido 3 minutos sob a língua sem deglutar ou mastigar Clonazepam gotas 2,5mg por ml - Frasco com 20 ml (Via enteral): Diluir 7 a 10 gotas + 10 ml de água potável. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual conforme transformação abaixo): 5 gotas VO (Observação): 1 gota da solução oral é equivalente a 0,1 mg de Clonazepam. Clonazepam 2mg por comprimido (Via enteral): Diluir 1 comprimido em 10 ml de água potável. Via enteral. 1x ao dia</p>	<p>Classe: Benzodiazepínico</p>
ESTATINAS	
<p>Droga Apresentação Diluição</p>	<p>Observações</p>
<p>Sinvastatina (Sinvascor®) 10 20 40 80 mg por comprimido Diluir 1 (cp de 40mg) comprimido 20 ml de água destilada. Via enteral ou oral. 1x ao dia. Às 21h. (Dose usual hipercolestecolemia): 10-20 mg/dia, administrados em dose única, à noite</p>	
<p>Rosuvastatina (Rosucor®) 5 10 20 40 mg por comprimido (Dose usual): 10-40 mg/dia VO. Titulação deve ser realizada em intervalos 2-4 semanas. Dose máxima de 40 mg/dia VO</p>	
<p>Atorvastatina (Lipitor®) 10 20 40 80 mg por comprimido (Dose usual): 10-80 mg/dia VO. Iniciar com 10mg/dia e avaliar</p>	
<p>Ciprofibrato 100mg por comprimido Tomar 01 comprimido VO após o jantar. 1x ao dia. Monitorar função hepática.</p>	
PROTETORES GÁSTRICOS PROCINÉTICOS ANTIEMÉTICOS	
<p>Droga Apresentação Diluição</p>	<p>Observações</p>
<p>Omeprazol 40mg por frasco (profilaxia de úlcera de estresse): Diluir 1 frasco-ampola em diluente próprio (10ml). Via intravenosa. 1x ao dia. Ou diluir 1 comprimido (40mg) em 10 ml de água mineral por via oral ou enteral. (HDA não varicosa): 40mg EV em dose de ataque, seguido de 40mg EV de 12/12h como dose de manutenção. Fazer por 5 dias. Ou (gastro) frasco de 12/12h (80mg/dia) (Em BIC): Diluir 2 frascos (80mg) em 80 ml SFO 9%. Via intravenosa. Iniciar em BIC 8 ml/h por 5 dias. [2]</p>	<p>Indicações para profilaxia de úlcera de estresse: VMI, grandes queimados e coagulopatia</p>
<p>Pantoprazol 40mg por frasco Reconstituir em diluente próprio. Administrar em 5 minutos.</p>	
<p>Sucralfam 200 mg por mL - Flaconete de 10 mL Ofertar 1 flaconete - Via Oral - 8/8h. [3]</p>	
<p>Metoclopramida (Aristopramida®) 5mg por ml - Ampola de 2ml [solução injetável] Diluir 2ml em 10ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h</p>	
<p>Metoclopramida (Plasil®) 10mg por comprimido 1 comprimido VO antes das refeições. Dose máxima de 30mg/dia</p>	
<p>Metoclopramida (Plasil®) 4mg por ml [solução oral] Tomar 13 gotas VO antes das refeições. Dose máxima de 30mg/dia. [4]</p>	
<p>Bromoprida (Flamets®) 5mg por ml - Ampola de 2ml [solução injetável] Diluir 2ml em 18ml de água destilada. Via intravenosa. Infusão em 5min. 8/8h. [5]</p>	
<p>Ondasetrona (Nausectron®) 2mg por ml - Ampola de 2 ml ou 4 ml [solução injetável] Diluir 4 ml em 15 ml SFO 9% via intravenosa. 8/8h.</p>	
<p>Ondasetrona (Vonau Flash®) 4 mg ou 8mg por comprimido [comprimido] (Dose usual): 16mg VO dia. Tomar 01 comprimido (4mg) VO 8/8h ou 02 comprimidos (8mg) VO 12/12h</p>	
<p>Eritromicina 25 mg por ml 50 mg por ml - Frasco de 500mg Diluir 5 ml em 15 ml de água mineral. Via enteral. 8/8h. Ou diluir 20 ml em 20 ml de água mineral. 8/8h.</p>	<p>Efeito adverso: Alargamento de QT</p>
<p>Eritromicina 50 mg por ml - Frasco de 500mg (pó) + 10 ml de reconstituinte Reconstituir 01 frasco em 10 ml de diluente próprio. Resiluir 5ml em 20 ml AD. Via enteral. 8/8h</p>	
<p>Domperidona (Motilium®) 10 mg por comprimido (Dose usual): 01 comprimido (10mg) VO 3x ao dia antes das refeições 15-30min. Dose máxima 40mg/dia por no máximo 4 semanas.</p>	
<p>Domperidona (Motilium®) 1 mg por ml Diluir 10 ml em 20 ml de água destilada. Via oral. 8/8h.</p>	
<p>Simeticona (Dimetiliv®) 75 mg por mL Diluir 20 gotas + 20 ml água mineral - Via SNE - 8/8h a 6/6h. Dose máxima 500mg/dia</p>	
<p>Simeticona (Luftal®) 40 mg por comprimido Tomar 1-3 comprimidos VO 3x/dia</p>	
<p>Simeticona (Luftal® gotas) 75 mg por ml Tomar 13 gotas VO 3x ao dia</p>	
<p>Dimeticona 150mg por ml Diluir 50 gotas em 20 ml de AD. Via enteral. 6/6h.</p>	
<p>Dimenidrato 3mg/ml + Piridoxina 5mg/ml + F + G (Dramin B6 DL®) - Ampola de 10 ml Diluir 1 ampola (10ml) em 10 ml SFO 9%. Administrar em 5 minutos. 8/8h ou 4/4h se necessário.</p>	
<p>Dimenidrato 25mg ou 50mg por cápsula (Dose usual): 50-100 mg VO de 4-4 horas ou de 6-6 horas, imediatamente antes ou durante as refeições. [6]</p>	
LAXATIVOS	
<p>Droga Apresentação Diluição</p>	<p>Observações</p>
<p>Óleo mineral - Frasco com 120ml ou 200ml (Dose adultos enteral/LUT): Administrar 20ml puro, após, lavar com 50 ml de água destilada. 8/8h. Monitorar frequência e consistência das fezes (Dose adultos ambulatorio): 15 ml VO pela noite e 15 ml VO pela manhã, podendo aumentar 30ml pela noite e 15ml pela manhã (Dose pediatria): 1-2ml/kg à noite ou pela manhã</p>	<p>Contraindicado em idosos pelo risco de pneumonia lipóidica</p>
<p>Lactulona 667mg por mL - Frasco com 120 ml (Dose usual adultos): Diluir 20mL em 20mL de água destilada. Via enteral. 8/8h. (Dose encefalopatia hepática adultos): 50-150mL/dia VO (Dose pediatria 6-12 anos): 10-15mL/dia VO</p>	
<p>Clister glicerinado 125 mg por frasco (solução retal) Administrar 1 frasco, mono, via retal, gota a gota. 1x ao dia.</p>	
<p>Bisacodil 5 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20mL de água destilada. Via enteral. 1x ao dia. (Dose usual adultos): 5-10 mg/dia VO à noite (Dose usual pediatria 4-10 anos): 5 mg/dia VO (à noite)</p>	
<p>Muvintax Sachê Diluir 8 sachês + 1L de água mineral - Ofertar 200 mL de 1/1h (por 5h) - 1L/dia (Dose usual WB): Diluir 8 sachês + 1L de água mineral. Administrar 250 mL VO a cada 10-15min até livre de partículas sólidas ou máx de 4L. (Dose usual pediatria): 1-2 envelopes/dia VO. Contraindicado se <7 anos.</p>	
<p>Simeticona (Dimetiliv®) 75 mg por mL Diluir 20 gotas + 20 mL água mineral - Via SNE - 8/8h a 6/6h. Dose máxima 500mg/dia</p>	
<p>Simeticona (Luftal®) 40 mg por comprimido Tomar 1-3 comprimidos VO 3x/dia</p>	
<p>Simeticona (Luftal® gotas) 75 mg por ml Tomar 13 gotas VO 3x ao dia</p>	

Loperamida 2 mg por comprimido			Antidiarreico
Diluir 1 comprimido + 20 mL água mineral - Via SNE - até 6/6h - 1a dose: dar 4 mg (Dose máxima: 16 mg/dia)			
VITAMINAS			
Druga Apresentação Diluição	Observações		
Vitamina C 500 mg por Ampola Diluir 1 ampola em 100 ml de SF0,9%. Via intravenosa. 1x ao dia.			
Tiamina (vitamina B1) 300mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 20 ml de água mineral. Via enteral. 1x ao dia. (Profilaxia de encefalopatia de Wernicke): 100mg de tiamina EV ou VO - 1x ou 2x ao dia.	A encefalopatia de Wernicke-Korsakoff é uma manifestação da deficiência de vitamina B1 e sua principal causa é o alcoolismo crônico. [Diagnóstico]: Déficit nutricional + Alterações cerebrales + Alterações oculomotoras + Alterações do estado mental ou da memória		
Vitamina B injetável Diluir 1 ampola em 100 ml de SF0,9%. Via intravenosa. 1x ao dia.			
Ácido Fólico 5 mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml de água destilada. Via enteral. 1x ao dia.			
Complexo B Injetável Diluir 2 ampolas em 100 ml de SF 0,9%. Infundir lentamente. Via intravenosa. 12/12h.			
Oligoelementos Diluir 1 ampola em 250 ml SG 5%. Via intravenosa. 1x ao dia.			
Vitamina K Administrar 1 ampola por via intramuscular, sem diluir.			
PROFILAXIAS			
Druga Apresentação Diluição	Observações		
Omeprazol 40mg por frasco (Profilaxia p/ úlcera de estresse): Diluir 1 frasco-ampola em diluente próprio (10ml). Via intravenosa. 1x ao dia. Ou diluir 1 comprimido (40mg) em 10 ml de água mineral por via oral ou enteral.	Indicações para profilaxia de úlcera de estresse: VMI, grandes queimados e coagulopatia		
Hemofol 5.000UI em 0,25 ml (Tromboprofilaxia): Administrar seringa de 0,25ml por via subcutânea 12/12h. (Heparina em BIC): Diluir 5 ml em 245 ml SG5%. Uso em bomba de infusão. Risco de sangramento. Acompanhar INR. Seguir protocolo de heparina em BIC na instituição.	Indicações formais 1. PADUA > 4 2. Imobilidade Contraindicações formais 1. Sangramento ativo (absoluta) 2. PlaQ <40.000 (absoluta) 3. Discrasia sanguínea 4. Pós-op imediato 5. Pré-procedimentos Quando iniciar trombo profilaxia [PO em geral]: Iniciar em 24h [PO Ncx Oftálmica Vascular]: Iniciar após 3 dias (72h), na prática 5 dias [PO ortopédico]: Iniciar em até 8h		
Clexane 40 mg por seringa - Seringa de 0,4 ml (Tromboprofilaxia): Administrar 0,4 ml por via subcutânea. Sem diluir. 1x ao dia. (Anticoagulação plena): 1mg/kg SC 12/12h [Pex 70kg - Administrar 0,7ml SC de 12/12h]			
Lacrimplus (Profilaxia para úlcera de córnea): Aplicar 01 gota em cada olho. Via oftálmica. 6/6h.	Profilaxia úlcera de córnea		
SAT 5.000UI por ampola (Profilaxia para tétano): Administrar 1 ampola por via intramuscular. Dose única.	Profilaxia tétano		
Vacina dt (antitétânica) (Profilaxia para tétano): Fazer 0,5 ml IM. Vasto lateral. Dose única.			
ANTICOAGULANTES TROMBOLÍTICOS			
Druga Apresentação Diluição	Observações		
Antiplaquetários			
AAS 100mg por comprimido (AINE/TXA2) (Dose de ataque): Administrar 3 comprimidos VO mastigado. Agora. Ou 03 comprimidos via sublingual. (Dose de manutenção): Administrar 1 comprimido VO. 1x ao dia. Ou diluir 01 comprimido em 10 ml AD por via enteral 1x ao dia.	Antídoto DDAVP (Desmopressina) 0,2 mcg podendo ser repetido +1x Druga de primeira escolha no sangramento uterino (devido inibição da atividade plaquetária)		
Clopidogrel 75mg por comprimido (IP2Y-12/ADP) (Dose de ataque): Administrar 4 comprimidos VO mastigado. Agora. (Dose de manutenção): Administrar 1 comprimido VO. 1x ao dia.			
Antagonistas da vitamina K			
	Racional fisiológico Inibição da vitamina K e de seus fatores dependentes (II [protrombina], VII, IX, X) - Via extrínseca Dependem diretamente da produção hepática Monitorar INR (via extrínseca) Se TEV/TVP manter entre 2-3 (preditor de boa coagulação) Antídoto Vitamina K (Fitometadiona) 10 mg/ampola - Fazer 1 ampola IM 1x ao dia. Demora 6h para iniciar o efeito ou Plasma fresco congelado (PFC) 200ml por bolsa - Fazer 20ml/kg. Abrir 6 bolsas pra um adulto. Demora 1h para iniciar o efeito. (Contém os fatores VIII, fibrinogênio e FVW)		
Varfarina (Marevan®) 5 mg por comprimido Ofetar 1 comprimido (5mg) por via oral. 1x ao dia. Acompanhar INR.			
Inibidores direto do fator Xa			
Rivaroxabana (Xarelto®) 15mg por comprimido Ofetar 1 comprimido por via oral. 12/12h por 21 dias (terapêutico). Iniciar profilático - 1 comprimido de 20mg. 1x ao dia.	Antídoto Andexanet alfa (pó num frasco para injetáveis de 20 ml). Fazer 30mg/min ao longo de 15min (bolus), seguido de 4mg/min ao longo de 120min		
Inibidores direto da trombina			
Dabigatran (Pradaxa®) 150mg por comprimido (Prevenção de TVP): 150 mg (1 comprimido) VO 2x/dia. O tratamento deve ser mantido por toda a vida, dependendo do risco individual do paciente.	Antídoto Idarucizumabe		
Heparinas			
Enoxaparina (Clexane®) 40mg por seringa - Seringa de 0,4 ml (HBPM) (Anticoagulação plena): 1 mg/kg de 12/12h por 3-4 a depender do contexto clínico. (Tromboprofilaxia): Administrar seringa de 0,4 ml (40mg) por via subcutânea. 1x ao dia.	Racional fisiológico As heparinas costumam alterar a via intrínseca Monitorar TTPa e RT [relação normalizada da via intrínseca] (Via intrínseca) Manter TTPa 1,5-2,5x o valor normal Antídoto Cloridrato de protamina 10mg por ml - Ampola de 5 ml Diluir 5 ml + 250 ml SG5% - Via intravenosa - Correr em 1 hora (muito rápido faz arritmia) Cada 10mg (1ml) de protamina neutraliza 1.000UI de HNF Cada 1mg de protamina neutraliza 1mg de HBPM (se 8h de administração) ou cada 1 mg de protamina neutraliza 0,5 de HBPM (se 8-12h de administração)		
Heparina sódica (Hemofol®) 5.000UI em 0,25 ml (HNF) (Tromboprofilaxia): Administrar seringa de 0,25ml por via subcutânea 12/12h. Heparina sódica (Hemofol) 5.000UI por ampola - Ampola com 5 ml (Anticoagulação plena): Fazer bolus 80-100 unidades/kg (máx 10.000UI), seguido de infusão contínua 18-20 UI/kg/hora. Seguir protocolo de heparina em BIC.			
Trombolíticos			
Alteplase tPA (Actilyse) 50 mg por 50 ml (solução completa com 1mg por ml) - Primeiro furar o líquido e depois furar o po (Esquema AVE): Administrar 0,9 mg/kg (Dose máx 90mg). Fazer 10% da dose em bolus e 90% da dose em 1h em BIC. Como fazer na prática: 0,9mg/kg (Dose total 63mg para paciente de 70kg). Fazer 10% (6,3ml) em bolus + 89% (56,7ml) em 1h (iniciar + 1minh BIC) (Esquema SCA): Regime de administração em 90min para pacientes com início dos sintomas <6h: Se >=65kg: 15mg (15ml) EV bolus, seguido de 50mg EV infundido em 30min (iniciar 100ml/h BIC) e seguido imediatamente de 35mg EV infundido nos 60min (iniciar 35ml/h BIC) restantes, até a dose total de 100mg. (Regime de administração em 3h para pacientes com início dos sintomas 6h-12h: Se >=65kg: 10mg (10ml) EV bolus, seguido de 50mg EV infundido em 60min (iniciar 50ml/h BIC), e seguido imediatamente de 40mg EV infundido nas 2 horas seguintes (iniciar 20ml/h BIC), até a dose total de 100mg. (Esquema TEP): Se >= 65kg Administrar 2 frascos (100mg) IV infundido em 2h BIC - como fazer na prática: Administrar 10mg (10ml) EV bolus em 2 minutos, seguido de 90mg EV infundido nas 2 horas seguintes (iniciar 45ml/h BIC), até a dose total de 100mg.	Contraindicações absolutas TCE grave nos últimos 3 meses Hemorragia intracraniana prévia (em qualquer tempo) Diagnóstico ou suspeita de neoplasia intracraniana ou MAV Cirurgia intracraniana ou medular nos últimos 3 meses Sangramento ativo de qualquer sítio Dissecção de aorta PAS >185 mmHg ou PAD >100 mmHg* (controle pressórico compatível com medicações é aceitável) Coagulopatia ou uso de anticoagulantes Plaquetopenia <100.000 TC evidenciando hipodensidade maior que 1/3 do hemisfério (controle pressórico compatível com medicações permite a realização da trombolise) Contraindicações relativas Escala NIHSS <5 (considerar a terapia se houver afasia) Rápida melhora dos sintomas Gravidez IAM nos últimos 3 meses Trauma ou cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses Cirurgia abdominal ou urogenital nos últimos 21 dias Antídoto Transamin Crio precipitado Complexo protrombínico (Beriplex)		
	[7]		
	[8]		
ANTI-HEMORRÁGICOS			
Druga Apresentação Diluição	Observações		

Vitamina K (Fitomenadiona) 10 mg por ampola - Ampola de 1 ml Administrar 1 ampola por via intramuscular. 1x ao dia. (NPT): Administrar 1 ampola IM 1x por semana.	Indicações formais ao seu uso 1. INR > 1,5 2. Antídoto para Varfarina (umarinico) 3. Nutrição parenteral total (NPT)
Transamin 50 mg por ml - Ampola de 5 ml (Dose de ataque): Diluir 4 ampolas em 250 ml SG5% em 1h. Via intravenosa. (Dose de manutenção): Diluir 2 ampolas em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 8/8h (Dose por via inalatória): 2 frascos + 10 ml SF0,9% por via inalatória de 6/6h (risco de broncoespasmo)	Indicações formais ao seu uso 1. Trauma (estudo CRASH-2) 1g ataque e seguido de 1g em até 8h 2. Pós-parto hemorrágico (estudo WOMAN trial) 3. Cx cardíaca 4. Transplante hepático 5. Cirurgia ortopédica 6. Hemoptise e epistaxe
Octroetide (Sandostatina®) 100 mcg por ml - Ampola de 1 ml (D1/D6) (Dose usual): Diluir 1 ml em 5 ml SF0,9% por via intravenosa (infusão dolorosa, aquecer em mão antes de injetar). (HDA varfórica): Administrar 50 mcg IV em bolus [Dose de ataque]. Seguindo de 1 ampola (250mcg) diluído em 250 ml SG5%. Iniciar 25 mlh por 2 dias (manter 50 mcg/h entre 2-3 dias) [Dose de manutenção]. [9] (Dose de manutenção): 50 mcg/dia	
Tertipressina (Glypressin®) 0,12 mg por ml - Ampola de 4,2 ml 1 mg + ampola diluente com 5 mL Caso solução injetável, reconstituir 1 mg em 5 mL do diluente. (HDA varfórica): 1-2 mg EV em bolus [Dose de ataque]. 1-2 mg EV de 4/4h [Dose de manutenção]. Dose máxima diária: 150 mcg/kg. Pode ser entendido por até 3 dias ou até o controle do sangramento. (SHT): 0,5-2 mg EV em bolus de 4/4h.	

TERAPIA TRANSFUSIONAL

Droga Apresentação Diluição	Observações
Concentrado de hemácias (bolsa com 300 ml) Administrar 1 bolsa por via intravenosa, agora. Gota a gota. (Observações): Nunca fazer >02 bolsas, somente se trauma. 01 bolsa (300ml) repõe 1,5 de Hb (70kg)	Indicações formais ao seu uso 1. Hb < 7 2. Protocolo de transfusão maciça
Concentrado de plaquetas (bolsa com 40 a 70 mL) Administrar 1 bolsa a cada 10kg. Por via intravenosa. Gota a gota. Espera-se que aumente 7.000UI por bolsa.	Indicações formais ao seu uso 1. Plaquetopenia leve (50k-100k): Nox. Cx cardiovascular, Cx oftálmica [Hb > 100k] 2. Plaquetopenia moderada (20k-50k): Qualquer procedimento e qualquer manifestação de sangramento 3. Plaquetopenia grave (10k-20k): Qualquer manifestação de sangramento ou febre 4. Plaquetopenia severa (<10k): Sempre [pelos risco de sangramento SNC] Se dengue ou PTI somente transfundir se plaq <5k Contraindicações 1. PTI (pelo aumento do risco da criação de microtrombos)
Plasma fresco congelado (bolsa com 200 ml) Administrar 01 bolsa por via intravenosa de 6/6h. Gota a gota. Início do efeito em 1h. Duração do efeito de 6h (Dose padronizada trauma CVD insuficiência hepática Coagulopatias hereditárias exceto hemofilia A): 20 ml/kg com bolsa de 200ml (Dose padronizada para reversão imediata da varfarina): 5-8 ml/kg	Indicações formais ao seu uso 1. Protocolo de transfusão maciça 2. Reversão imediata da varfarina 3. PTI 4. Deficiência de ADAMTS13, FV e Antitrombina Componentes 1. Fatores da coagulação (VII, fibrinogênio, FVV) 2. Albumina Imunoglobulina Proteína e sais minerais
Crioprecipitado [fibrinogênio] - (bolsa com 15 ml) Administrar 1 unidade EV cada 10kg. (Dose padronizada): 1 bolsa a cada 10 kg (sobe 50 mg/dL). A dose deve ser repetida até nível plasmático de fibrinogênio >100	Indicações formais ao seu uso 1. Disfibrinogemias (Fibrinogênio <150) 2. CIVD por trauma 3. Choque hemorrágico 4. PO de Cx ortopédica 5. Deficiência de fator XIII 6. Doença de Von Willebrand (não responsiva a desmopressina) Componentes 1. Fibrinogênio (150 mg/dL — 900 a 1.300mg ao frasco) 2. Fator V (100 a 150UI) 3. Fator VIII (60 UI) 4. Fator XIII (50-75UI) Não possui o fator V

INTOXICAÇÕES

Síndromes tóxicas					
Síndrome anticolinérgica	Síndrome colinérgica	Síndrome adrenérgica <small>Simpatoconstrictiva</small>	Síndrome serotoninérgica	Síndrome sedativo-hipnótica	Síndrome opioide <small>(síndrome narcótica)</small>
Principais agentes Antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) Anti-histamínicos (dimenidrato, difenidramina) Antipsicóticos (fenotiazina, clozapina...) Relaxantes musculares (clodenzaprina) Atropina Escopolamina Manifestações clássicas Mioclase Agitação, delírium, alucinação, convulsões Secura de pele e mucosas Hipertemia e hiperemia Alterações visuais Redução de peristaltase Retenção urinária Antídoto Fisostigmina 1-2mg EV 2-5min	Principais agentes Pesticidas e herbicidas no cenário rural (esquitosídeos) Organofosforatos Carbamatos Manifestações clássicas Miose Diarreia Broncorreia Broncoespasmo Incontinência urinária Lacrimagem Aumento do débito urinário Antídoto Atropina (1ª linha) 1-4mg IV em adultos (0,05-0,1 mg/kg em crianças) a cada 2-15 minutos até que as manifestações respiratórias (broncorreia e depressão respiratória) sejam revertidas. Fralidoxina (2ª linha)	Principais agentes Cocaina Crack Anfetaminas Cafeína Clembuterol etc Manifestações clássicas Mioclase Hipertemia Taquicardia Taquipneia e diáforese Sem antídoto específico	Principais agentes SSRI IMAO Manifestações clássicas Mioclase Alteração do estado mental Hipertemia Agitação Hiper-reflexia Cônus Hipertonia (MMII) Tremor Rigidez Trismo Diáforese Sem antídoto específico	Principais agentes BDZ Etanol Barbitúricos Manifestações clássicas Pupilas variáveis (sem mudança) Sedação Eventual perda do tônus muscular Perda dos reflexos de proteção da via aérea Sem mudanças em relação as pupilas Antídoto (BDZ): Flumazenil 0,1-0,2 mg EV em bolus (em crianças 0,01 mg/kg) podendo ser repetido até dose máxima de 1mg. Efeito em 2min e duração de 30min	Principais agentes Morfina Fentanil Manifestações clássicas Miose Bradycardia Bradipneia Antídoto Naloxone 0,4 mg IV bolus

Manejo de bolso

(Principais intoxicações e antídotos)

Cloridrato de Protamina (Protamina 1.000®) 10 mg por ml - Ampola com 5 ml (50mg/ampola) Diluir 5 ml + 245 ml SG5%. Via intravenosa. Iniciar 4 mlh em BIC (correr em 1h - muito rápido faz anemia)	Antídoto da heparina Cada 10mg (1ml) de protamina neutraliza 1.000UI de HNF Cada 1mg de protamina neutraliza 1mg de HBPM (se 8h de administração) ou cada 1 mg de protamina neutraliza 0,5 de HBPM (se 8-12h de administração)
Naloxone 0,4 mg por mL - Ampola de 1 mL Administrar 01 ampola (1 ml) IV ou IM. Podendo repetir a cada 2min (pode máxima acumulativa de 15mg). Se PCR iniciar 2mg IV bolus. Após administração paciente deve ser observado por pelo menos 2h (Dose usual IV): 0,4 mg IV bolus (Dose usual SC): 0,4-0,8 mg (Dose usual intranasal): 2-4mg (Dose usual inalatória): 2mg + 3ml SF0,9% (o paciente deve estar respirando)	Antídoto do opóide (Fentanil, morfina, metadona, heroína...)
Flumazenil 0,1 mg por mL - Ampola de 5 mL Diluir 2 mL + 8 mL SF0,9%. Via intravenosa - Bolus - Pode ser repetido a cada 1 min (Dose 0,1 mg) até dose máxima de 1 mg (Dose usual): 0,1-0,2 mg EV em bolus (em crianças 0,01 mg/kg) podendo ser repetido até dose máxima de 1mg. (Efeito em 2min e duração de 30min) (Teste terapêutico): 0,5mg em bolus	Antídoto de benzodiazepínicos (Clonazepam, diazepam, midazolam, alprazolam...)
Neostigmina 0,5 mg por mL - Ampola de 1 mL Administrar 1 ampola - Via intravenosa ou intramuscular - 4/4h ou conforme necessidade (Dose: 1-5 mg). Sugamadex [antídoto específico]	Antídoto de BNM (rocurônio)
Vitamina K (Fitomenadiona) 10 mg por mL - Ampola de 1 mL Administrar 1 ampola - Via intramuscular - 1x ao dia.	Antídoto da varfarina
N-acetilcisteína (Via intravenosa): Total 300 mg/kg — 150 mg/kg em 1 hora + 50 mg/kg em 4 horas (12,5 mg/kg/h) + 100 mg/kg em 16 horas (6,25 mg/kg/h) (Via oral): Total 1.330 mg/kg — 140 mg/kg por 4 horas (35 mg/kg/h) + Manutenção com 70 mg/kg a cada 4 horas por 17 vezes (68 h) (17,5 mg/kg/h) Outro esquema: (Via oral): ataque de 140 mg/kg + manutenção de 70 mg/kg de 4/4 h, por 72 h ou até que paciente permaneça assintomático, sem sinais de hepatotoxicidade e com nível sérico < 10 µg/mL. (Via intravenosa [incapacidade por via oral, INR > 2 e gestantes]): Ataque de 150 mg/kg em 1 hora diluído em 200-300 mL de SF ou SG 5% + manutenção de 12,5 mg/kg/h por 4 horas, seguido de 6,25 mg/kg/h por 16 horas. Gluconato de cálcio 10% Infundir 3-6g IV em 3-5min. Os níveis de cálcio e fósforo devem ser monitorizados (Dose usual): Gluconato de cálcio 10% administrar 30-60ml + 100 ml SF0,9% IV, 5-10min. A dose pode ser repetida até 4x, a cada 20min	Antídoto do paracetamol
Anticorpo anti-digoxina (anticorpo policlonal DigiFab®) (Ingesta aguda): 10 a 20 frascos (400-800 mg) EV. Início da ação em 20-30min. Cada frasco neutraliza 0,5 mg de digoxina. (Acúmulo crônico): 3 a 6 frascos (120-240 mg) EV.	Antídoto da digoxina
Hidroxicolabamina + (Dose usual): 70 mg/kg IV, com no máximo 5g (5 g diluído em 100 mL de água destilada infundidos por 15-20 min) (recomendação do livro medicina intensiva abordagem prática 2022	Antídoto do cianeto
Tiosulfato de sódio 25% (Dose usual): 1,65 ml/kg IV, com no máximo 50 ml. Pode repetir +1x. Dose máxima de 12,5g	Antídoto da síndrome anticolinérgica (Antidepressivos tricíclicos): Amitriptilina Norfepirina (Anti-histamínicos): Difendramina Prometazina Dimenidrato (Antipsicóticos): Clorpromazina Haloperidol (Anticolinérgicos/Antimuscarínicos): Atropina Escopolamina (Relaxantes musculares): Clodenzaprina
Intoxicações exógenas	
Carvão ativado [descontaminação gástrica] (Adultos): 25-100mg por via oral (sem RNC) ou orogástrica (Crianças 1-12 anos): 25-50 g ou 0,5-1 g/kg por via oral (sem RNC) ou orogástrica (Crianças <1 ano): 10-25 g ou 0,5-1 g/kg por via oral (sem RNC) ou orogástrica	Indicações 1. Contaminação VO de substâncias 2. Tempo de chegada até 2h (idealmente se <1h da chegada) Contraindicações 1. Intoxicação por substâncias não absorvidas pelo carvão ou substâncias corrosivas (exp.: ácidos, álcalis, cianeto, lítio, metais pesados); 2. Risco de perfuração ou obstrução intestinal 3. Recém-nascidos 4. Gestantes 5. Rebaixamento do nível de consciência sem proteção de via aérea 6. Agitação psicômotor Complicações 1. Broncoaspiração 2. Constipação ou obstrução intestinal 3. Redução da eficácia de antídotos orais
Intoxicações por drogas de abuso e álcool	

<p>Diazepam 5-10mg EV a cada 5-10 min - [Agitação e convulsão] (não é antídoto. Somente medida de suporte)</p> <p>Observações 1. Se suspeita de intoxicação por MDMA não fazer haloperidol 2. Em caso de Ttmento refratário a crise convulsiva em intoxicação por antetaminas, iniciar fenobarbital</p>	<p>Cocaína e crack Clínica: Agitação, hipertensão, taquicardia, sudorese, arritmias e miúria não fotoreagente</p> <p>Antetaminas (MDA e metanfetamina) Clínica: Agitação, náuseas, vômitos, taquicardia (em casos graves: hipertermia, vasoespasmo, rabdomiólise, convulsões e etc)</p> <p>Ecstasy / MDMA / Bala Clínica: + Aumento da energia, sociabilidade e da disposição sexual (Complicação com SIADH)</p> <p>LSD Clínica: Alterações na percepção, labilidade de humor.</p> <p>Maconha Clínica: Hiperemia conjuntival, Boca seca, Aumento do apetite, Falta pastosa, Euforia, Diminuição da ansiedade e da atenção</p>
<p>Diazepam 5-10mg EV a cada 5-10 min - [Agitação e convulsão] ou Midazolam 2ml IM Glicose 50% - Administrar 5 ampolas EV</p> <p>Vitamina B1 (tiamina) 300mg por comprimido (profilaxia de encefalopatia de Wernicke): 100mg de tiamina EV ou VO</p>	<p>Etanol Clínica: Depende da concentração sérica [50-100 mg/dL]: Diminuição de reflexos, visão borrada, verborragia, excitação ou depressão mental [>200 mg/dL]: Coma, falência respiratória, colapso hemodinâmico, óbito</p>
<p>Etanol [Antídoto] (Dose de ataque): Dose de ataque de 600 mg/kg de etanol absoluto (7,6 mL/kg de solução de etanol a 10% endovenoso ou 1,8 mL/kg de solução alcoólica oral a 43%) em 1 hora (Dose de manutenção): 66 mg/kg/h de etanol absoluto (0,83 mL/kg/h de solução a 10% endovenoso ou 0,2 mL/kg/h de solução alcoólica oral a 43%) (154 mg/kg/h de etanol absoluto - 1,96 mL/kg/h de solução endovenosa a 10% ou 0,46 mL/kg/h de solução alcoólica oral a 43% em etilistas crônicas) (Diálise): 189 mg/kg/h (2,13 mL/kg/h da solução a 10%) em não etilistas e para 257 mg/kg/h (3,26 mL/kg/h da solução a 10%) em etilistas. O etanol deve ser diluído em uma solução a 10% com solução glicosada a 5% (7,9 g de etanol/L).</p> <p>Observações 1. Monitorização do nível sérico de etanol de 22h e ajustar a infusão para alvo de 100-150 mg/dL. 2. Fomepizol o de 1ª escolha mas não tem no Brasil</p> <p>Ácido fólico 1mg/kg (até 50kg) + 100 ml SGS% 4/4h</p> <p>Verificar indicações de diálise Indicações clássicas de diálise de urgência + Alterações visuais + Nível sérico de metanol >50 mg/dL.</p> <p>Lavagem gástrica Somente até 30min da ingestão (absorção extremamente rápida). Carvão ativado é contraindicado pois seriam necessários doses muito elevadas para adsorção do EG</p> <p>Verificar indicações de diálise As mesmas do tóxico passado (etanol)</p> <p>Tiamina e Piridoxina (Medicamento de eliminação): 100mg EV de ambas</p>	<p>Metanol Clínica: Semelhante ao quadro de intoxicação a etanol + Sintomas abdominais + Sinais de parkinsonismo devido lesão de gânglios da base + acidose metabólica grave após 12-24h Dose letal: Dose letal de 30-240ml</p>
Intoxicações por fármacos e outras substâncias	
<p>Reussuscitação volêmica Em pacientes desidratados visando diurese 2-3 mL/kg/hora + monitorizar sódio 6/5h devido o risco de diabetes insipidus nefrogênico</p> <p>Diálise de urgência [Principal medida] [Indicações formais]: Lítio > 5 mEq/L, independentemente dos sintomas; Lítio > 4 mEq/L e insuficiência renal (Cr > 2 mg/dL); Lítio > 2 mEq/L e insuficiência renal + sintomas neurológicos; Intoxicação grave, independentemente da tiamina (alteração do nível de consciência, convulsões, arritmias ameaçadoras a vida)</p> <p>Fiumazetil 0,1 mg por mL - Ampola de 5 mL [Antídoto] Diluir 2 mL + 8 mL SF0,9%. Via Intravenosa - Bolus - Pode ser repetido a cada 1 min (Dose 0,1 mg) até dose máxima de 1 mg (Dose usual): 0,1-0,2 mg EV em bolus (em crianças 0,01 mg/kg) podendo ser repetido até dose máxima de 1mg. Efeito em 2min e duração de 30min (Teste terapêutico): 0,5mg em bolus</p> <p>Naloxone 0,4 mg por mL - Ampola de 1 mL [Antídoto] Administrar 0,1 ampola (1 mL) IV ou IM. Podendo repetir a cada 2min (pode máxima acumulativa de 15mg). Se PCR iniciar 2mg IV bolus. Após administração paciente deve ser observado por pelo menos 2h (Dose usual): 0,4 mg IV bolus (Dose usual SC): 0,4-0,8 mg (Dose usual intranasal): 2-4mg (Dose usual inalatória): 2mg + 3ml SF0,9%</p> <p>N-acetilcisteína [Antídoto] (Via intravenosa): Total 300 mg/kg — 150 mg/kg em 1 hora + 50 mg/kg em 4 horas (12,5 mg/kg/h) + 100 mg/kg em 16 horas (6,25 mg/kg/h) (Via oral): Total 1.330 mg/kg — 140 mg/kg por 4 horas (35 mg/kg/h) + Manutenção com 70 mg/kg a cada 4 horas por 17 vezes (6h) (17,5 mg/kg/h)</p> <p>Outro esquema: (Via oral): ataque de 140 mg/kg + manutenção de 70 mg/kg de 4h h. por 72 h ou até que paciente permaneça assintomático, sem sinais de hepatotoxicidade e com nível sérico < 10 µg/mL. (Via intravenosa [incapacidade por via oral, INR > 2 e gestantes]): Ataque de 150 mg/kg em 1 hora diluídos em 200-300 mL de SF ou SG 5% + manutenção de 12,5 mg/kg por 4 horas, seguido de 6,25 mg/kg por 16 horas.</p>	<p>Lítio Clínica: toxicidade aguda (tentativa de suicídio) em geral são mais leves secundário a penetração lenta no SNC (Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal; Nistagmo, hiper-reflexia, ataxia e alteração do nível de consciência). No contexto da toxicidade crônica, os sintomas de neurotoxicidade são maiores</p> <p>Benzodiazepínicos (Diazepam, clonazepam, midazolam...) Clínica: RNC, depressão respiratória, sonolência, ataxia, disartria, hiporreflexia. Maior gravidade quando associada a outras drogas depressoras do SNC (álcool, antidepressivos, barbitúricos, opioides)</p> <p>Opióides (Morfina, metadona, fentanil) Clínica: Bradicardia, bradipneia (<12 IRPM) e o sinal que melhor prediz intoxicação por opioides é miose pupilar</p> <p>Paracetamol Clínica: 72-96h: Surgimento de sintomas (náuseas e vômitos), icterícia, coagulopatia, LRA, encefalopatia hepática e manifestações SNC (confusão, sonolência, coma e etc). Dose tóxica e fatais: Ingesta única de 10g ou 200mg/kg em período <8h >100mg/kg ou 10g em 24h >150 mg/kg ou 6 g/dia em 48 horas >100 mg/kg/dia ou 4 g/dia associado a fatores de risco (gravidez, abuso crônico de álcool, jejum prolongado ou uso de isoniazida)</p>
<p>Gluconato de cálcio 10% [Antídoto] Infundir 3-6g IV em 3-5min. Os níveis de cálcio e fósforo devem ser monitorizados</p> <p>Atropina 0,25 mg por mL - Ampola de 1 mL (antagonista muscarínico) Administrar 1 ampola por via intravenosa. 1ª linha pra bradicardia sintomática</p> <p>Glucagon [Antídoto] 2-5mg em bolus lento. Caso a dose tenha sido eficaz, inicia-se infusão contínua a 1 a 5 mg/hora. Ausência de melhora em 10 min implica provável ineficácia em segunda dosagem. Indicado no contexto do paciente com bradicardia sintomática e hipotensão.</p> <p>Recomendação da AHA: Insulinoterapia e administração de glicose Administrar 50 ml de glicose 50% (se D10-200 mg/dL) e considerar infusão contínua de glicose 10% a 100 ml/h (titular para euglicemia). Caso K+ <3 mEq/L, administrar 20 mEq de potássio IV. Iniciar insulinoterapia com dose bolus de 1 UI/kg de insulina regular, seguido de 0,5 UI/kg/hora em infusão contínua, com titulação até o máximo de 10 UI/kg até que a hipotensão seja corrigida. A resposta hemodinâmica ocorre após 20 a 60 minutos.</p> <p>Anticorpo anti-digoxina (anticorpo policlonal Digifab®) [Antídoto] (Ingesta aguda): 10 a 20 frascos (400-800 mg) EV. Início da ação em 20-30min. Cada frasco neutraliza 0,5 mg de digoxina. (Acumulo crônico): 3 a 6 frascos (120-240 mg) EV.</p> <p>Carvão ativado [descontaminação gástrica] Pode ser feito em múltiplas doses e em até 24 horas (principalmente se ingestão de comprimidos de liberação prolongada)</p> <p>Alcalinização urinária [Principal medida - não é antídoto específico] Indicada em pacientes com sintomas clínicos leves e pH < 7,3 ou sintomas moderados. Dose inicial de 1 a 2 mEq/kg em bolus, seguido de infusão de solução bicarbonatada (150 mL de NaHCO3 8,4% em 1.000 mL de glicose 5%) para manter o pH urinário entre 7,5 e 8,0. Seriar gasometria a cada 2 horas para evitar que o pH arterial ultrapasse 7,6.</p> <p>Indicações de diálise Salicatos > 100 mg/dL, mesmo na ausência de gravidade clínica; Acidose metabólica grave (pH < 7,2) ou distúrbios hidroeletrólitos; Toxicidade do SNC (delírium, coma, letargia); Hiperventilação grave (PaCO2 < 25 mmHg); Edema pulmonar ou hídrico. Edema cerebral; Insuficiência renal (ClCr < 45 mL/min) não responsiva a hidratação; Pacientes em ventilação mecânica.</p>	<p>Bloqueadores do canal de cálcio (Verapamil, diltiazem e amlodipino) Clínica com quadro suspeito: Bradicardia Hipotensão sem RNC Hiperglicemia (liberação pancreática de insulina limitada)</p> <p>Betabloqueadores (Propranolol, carvedilol...) Clínica: Cardiovascular: Bradicardia, hipotensão e choque cardiogênico SNC: RNC e convulsões podem ocorrer com drogas estabilizadoras de membrana (propranolol) Broncoespasmo por BB em pacientes com asma e DPOC</p> <p>Digoxina Clínica: Tontura, sintomas TGI, distúrbios visuais, palpitações e respiração curta, alteração do nível de consciência, extrasístoles é a anormalidade no ECG mais comum [Triade da intoxicação por digoxina: Hipotensão, bradicardia e hipercalemia]</p> <p>Salicilatos (AAS = Ácido acetilsalicílico) Clínica (fase precoce 3-8h): Zumbido, Vertigem, Náuseas, Vômitos, Diarreia, Sudorese, Febre. Com a evolução os sintomas podem se agravar com RNC e acidose metabólica de AG aumentado (associado a alcalose respiratória) e choque cardiogênico</p>
<p>Fisostigmina [Inibidor de colinesterase] [Antídoto] 1-2mg EV bolus, lento, em 2-5min (risco de bradicardia severa)</p> <p>Uso de carvão ativado é controverso</p> <p>Sulfato de magnésio 1-2g EV em 100ml SF0,9%. Indicado em caso de torções de pontes</p> <p>Difenidramina 25-50mg EV (crianças 0,5-1 mg/kg) se acatisia e distonia</p> <p>Carvão ativado [descontaminação gástrica] Indicado se <1-2h na dose de 1g/kg (máx 50g) e na capacidade do paciente proteger a via aérea. Deve ser considerada somente em casos de intoxicação ameaçadora a vida</p> <p>Bicarbonato de sódio 8,4% Iniciar 1-2 mEq/kg EV bolus no contexto de arritmia. Se refratário iniciar sulfato de magnésio (1-2g EV em 15min). Se restabelecimento de QRS, considerar manutenção com 150 a 250 mL/h de solução bicarbonatada (150 mL NaHCO3 8,4% + 1.000 mL SGS%) objetivando pH entre 7,5 e 7,55 e mantendo monitorização seriada de gases. Infusão pode ser mantida por 12 a 24 horas após o retorno do QRS ao normal.</p> <p>Diazepam 5-10mg EV a cada 5-10min até controle das crises convulsivas</p> <p>Observação: A fisostigmina está contraindicada neste cenário pelo risco de arritmia grave ou PCR por assístolia (apesar de ser uma das drogas responsáveis pela síndrome anticolinérgica)</p>	<p>Anticolinérgicos Principais fármacos: (Antidepressivos tricíclicos): Amitríptilina Nortríptilina (Anti-histamínicos): Difendramina Prometazina Dimenidrato (Antipsicóticos): Clorpromazina Haloperidol (Anticolinérgicos/Antimuscarínicos): Atropina Escopolamina (Relaxantes musculares): Clonazepamina Clínica: Agitação, delírium, alucinação, convulsões Secura de pele e mucosas Midríase Hipertermia Hiperemia Alterações visuais</p> <p>Antipsicóticos Principais fármacos: Haloperidol, Clorpromazina, Risperidona, Quetiapina Clínica: RNC Efeitos extrapiramidais (acatisia: inquietação e agonia distonia: contrações musculares involuntárias) Ataxia Diarria Manifestações cardiovasculares (bradicardia sinusual, hipotensão ortostática, prolongamento dos intervalos e anormalidades da onda T. Onda U aumentada e etc)</p>
<p>Carvão ativado [descontaminação gástrica] Indicado se <1-2h na dose de 1g/kg (máx 50g) e na capacidade do paciente proteger a via aérea. Deve ser considerada somente em casos de intoxicação ameaçadora a vida</p> <p>Bicarbonato de sódio 8,4% Iniciar 1-2 mEq/kg EV bolus no contexto de arritmia. Se refratário iniciar sulfato de magnésio (1-2g EV em 15min). Se restabelecimento de QRS, considerar manutenção com 150 a 250 mL/h de solução bicarbonatada (150 mL NaHCO3 8,4% + 1.000 mL SGS%) objetivando pH entre 7,5 e 7,55 e mantendo monitorização seriada de gases. Infusão pode ser mantida por 12 a 24 horas após o retorno do QRS ao normal.</p> <p>Diazepam 5-10mg EV a cada 5-10min até controle das crises convulsivas</p> <p>Observação: A fisostigmina está contraindicada neste cenário pelo risco de arritmia grave ou PCR por assístolia (apesar de ser uma das drogas responsáveis pela síndrome anticolinérgica)</p>	<p>Antidepressivos tricíclicos (Amitríptilina) Clínica: Em intoxicações moderadas ocorre sintomas da síndrome anticolinérgica. Em casos graves ocorre hipotensão, arritmias (V, TV, bradismarrmas, prolongamento de intervalos PR, QRS e QT) e sintomas e neurotoxicidade (delírium, agitação, psicose, letargia, coma, convulsões)</p>
<p>Praticamente as mesmas medidas da intoxicação por antetaminas e antidepressivos tricíclicos (Descontaminação gástrica com carvão ativado + BDZ pra crise convulsiva + Bicarbonato se QRS largo)</p>	<p>Antidepressivos serotonérgicos (Amitríptilina) Clínica: Alterações do estado mental: agitação, ansiedade, confusão mental e hipomania. Instabilidade autonômica: taquicardia, hipertensão, sudorese, hipertermia e midríase. Hiperreflexia neuromuscular: hiper-reflexia, mioclônias, rigidez e tremores</p>

<p>Hidroxicolobamina + [Antídoto] (Dose usual): 70 mg/kg IV com no máximo 5g (5 diluções em 100 mL de água destilada infundidos por 15-20 min) <i>Recomendação do livro medicina intensiva abordagem prática 2022</i></p> <p>Tiosulfato de sódio 25% (Dose usual): 1,65 ml/kg IV, com no máximo 50 ml. Pode repetir +1x. Dose máxima de 12,5g</p>	<p>Cianeto Inalação de fumaça de incêndio é a principal etiologia</p> <p>Pontos na fisiopatologia: Inibição da enzima citocromo c oxidase e culminando acidose [intracelular] metabólica de AG aumentado [Hiperlactatemia] depende do nível de oferta de O₂ [gasometria arterial com boa O₂ e boa SaO₂ periférica]</p> <p>Clinica: Náuseas e vômitos, Cefaleia, Confusão mental, Tontura, Taquipneia [intoxicação grave: Bradicardia, hipotensão, convulsão, choque, LRA, RFA, Acidose láctica, dor abdominal]</p> <p>Investigação: Hiperlactatemia >10mmol/L, é preditor de especificidade Hipoxia venosa (PVO)</p>
<p>Oxigenioterapia em altas concentrações [A literatura também coloca como opção a câmara hiperbárica]</p>	<p>Monóxido de carbono [CO] Gás incolor, insípido e inodoro sendo a principal fonte a queima de combustíveis fósseis</p> <p>Pontos na fisiopatologia: Afinidade extrema com a hemoglobina (200xO₂) formando a carboxiemoglobina - A SaO₂ não é útil pois não consegue diferenciar carboxiemoglobina de oxiemoglobina</p> <p>Clinica: Cefaleia, mal-estar, náuseas, vertigem; Síncope, convulsões, RNC, ataxia, arritmias, acidose metabólica e coma.</p> <p>Investigação: Eletrólitos, hemograma, gasometria arterial, ECG e TC de crânio [O aparecimento de hemorragia do globo palido bilateral pode ocorrer]</p>
<p>Deferaxamina [Antídoto] (Dose usual): 15mg/kg/hora, infusão EV. Não ultrapassar dose máxima de 80mg/kg/dia (Diluir 1 frasco + 100 ml SF0.9%). A urina varia com cor de vinho rosé tonalidade marrom ou enfiada [final de que fez efeito]</p>	<p>Ferro Clnica: Dor abdominal, vômito, diarreia, coagulopatia, disfunção hepática com elevação de AST e ALT</p>
<p>Quelante [Antídoto] Dimercaprol 75 mg/ml (4mg/kg) de 4/4 horas por 5 dias, seguido de 3-5mg/kg IM de 6/6h ou 12/12h até a transição por Succimer 10 mg/kg VO a cada 8 h por 5 dias, seguido por 10 mg/kg VO a cada 12 horas</p>	<p>Chumbo Clnica: Neurotoxicidade Cardiotoxicidade Nefrototoxicidade Hematotoxicidade</p>
<p>Quelante [Antídoto] Dimercaprol 5 mg/kg IM de 4/4h por 2 dias, seguido por 2,5 mg/kg IM de 6/6h por 2 dias, seguidos por 2,5 mg/kg IM a cada 12/12h ou 2x/dia até que ocorra melhora clínica. Após essa melhora clínica, pode-se passar o tratamento para via oral com Succimer 10 mg/kg VO de 8/8h por 5 dias, e depois de 12/12h por 14 dias.</p>	<p>Arsênico Clnica: Sintomas neurológicos [cefaleia, delírium confusão], respiratórios [tosse, SDR], e dermatológicos [erupções cutâneas], rabdomiólise e LRA</p> <p>Mercúrio O mercúrio é um metal líquido Clnica: Dispneia, febre/calafrios, tosse, náusea, diarreia, paladar metálico, dores de cabeça, fraqueza e visão embaçada; LRA, SDR, Sinais clássicos: paronectas onícolicas, eritema, acrodinia</p>
<p>Quelante [Antídoto] D-penicilamina 250-500mg/dia com incrementos de 250mg a cada 4-7 dias até um máximo de 1g-1,5g em 2-4 doses diárias. A dose de manutenção é 750mg-1g/dia administrado em duas doses divididas.</p>	<p>Cobre Clnica: Sintomas TGI — náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, hematêmese, anorexia, hipotensão, melena, coma, icterícia e desconforto gastrointestinal, podendo ainda ocorrer desidratação e choque hipovolêmico.</p>
ANIMAIS PECONHENTOS	
Acidentes por ofídicos [cobras]	
<p>Soro antiofídico [pentavalente] + antiofídico (SAB-c) - Frasco-ampola com 10ml Administrar 10-12 ampolas por via intravenosa para pacientes em quadro moderado-grave. Individualizar dose. (Observação): Cada mL do soro neutraliza no mínimo 5,0 mg de veneno-referência de Bothrops jararaca e 1,5 mg de veneno-referência de Crotalus durissus terrificus, no total de no mínimo 50,0 mg de veneno-referência de Bothrops jararaca e 15,0 mg de veneno-referência de Crotalus durissus terrificus por frasco-ampola com 10 mL.</p>	<p>Jararaca [gênero botrópico] e Cascavéis [gênero cotrídico] O antídoto SAB-C cobre ambas espécies [Como identificar jararaca]: Cauda lisa [Como identificar cascavel]: Cauda com presença de guizo</p>
<p>Soro antiofídico (pentavalente) + antiiaquético (SABL) Administrar 10-20 ampolas por via intravenosa em casos moderados-graves. Individualizar dose</p>	<p>Suruucu [gênero iaquético] [Como identificar]: Cauda com últimas fileiras de escamas eriçadas</p>
<p>Soro anti-elapídico (SAE) Administrar 10 ampolas por via intravenosa em casos moderados-graves. Individualizar dose.</p>	<p>Coral [gênero elapídico]</p>
Acidentes por escorpiónicos [escorpião]	
<p>Soro anti-escorpiónico (SAE) Administrar 6-10 ampolas por via intravenosa em casos moderados-graves. Individualizar dose.</p>	<p>Escorpião (Principais gêneros): Escorpião amarelo [Tityus serrulatus]; Escorpião marrom [T. bahiensis]; T. stigmurus</p>
Acidentes por aracnídeos [aranhas]	
<p>Soro Antiaracnídeo Administrar 5-10 ampolas por via intravenosa. Infusão lenta. Individualizar dose.</p>	<p>Aranha armadeira [Phoneutria] Aranha marrom [Loxosceles] Aranha viúva negra [latrodéctico]</p>
CORTICOIDES	
Conversão rápida:	
<p>Dexametasona 4mg + Prednisona 25mg Dexametasona 10mg + Prednisona 65mg Hidrocortisona 100mg + Prednisona 30mg Hidrocortisona 500mg + Prednisona 100mg Mepredisona 125mg + Prednisona 150mg</p>	
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações
<p>Dexametasona (Decadron®) 0,5 0,75 4mg por comprimido (Dose usual): 0,75-15 mg/dia VO (Condições alérgicas): 1^ª dia: 1 injeção IM (fazer com decadron em hosp.) de 4-8 mg de Fofato dissolvido de dexametasona, 2^ª e 3^ª dias: 2 comprimidos de Dexametasona (0,5 mg) 2x/dia; 4^ª e 5^ª dias: 1 comprimido de Dexametasona (0,5 mg) 2x/dia; 6^ª e 7^ª dias: 1 comprimido de Dexametasona (0,5 mg) por dia; 8^ª dia: Exame clínico de controle.</p>	<p>Potente anti-inflamatório [Duração de ação]: 36-54h [Mecanismo de ação]: Diminui a inflamação pela supressão da migração de neutrófilos, diminuição da produção de mediadores inflamatórios e reversão da permeabilidade capilar aumentada, suprime a resposta imune normal.</p>
<p>Dexametasona (Decadron®) 4mg por ml - Ampola de 2,5ml Diluir 2,5ml (10mg) em 17,5ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h. (Edema de glote): 10mg 1x ao dia. (Neuro-HIV e edema cerebral): 4mg 6/8h (DEXA-ARDS SDRA): Administrar 10mg IV 2x ao dia por 5 dias e 10mg IV 1x ao dia por mais 5 dias.</p>	<p>[Dose imunossupressora]: 0,7 mg/dia a 2,0 mg/dia [geralmente 60 mg/dia]</p>
<p>Prednisona (Prednisona®) 5 20mg por comprimido (Dose inicial): 5-60 mg/dia VO, de acordo com a indicação</p>	<p>[Dose imunossupressora]: 0,7 mg/dia a 2,0 mg/dia [geralmente 60 mg/dia]</p>
<p>Prednisolona (Prednim®) 5 10 20 40mg por comprimido (Dose inicial): 5-60 mg/dia VO, de acordo com a indicação</p>	<p>[Dose imunossupressora]: 0,7 mg/dia a 2,0 mg/dia [geralmente 60 mg/dia]</p>
<p>Hidrocortisona 100mg 500mg por frasco (Choque refratário Noradrenalina >0,25 mcg/kg/min): Diluir 1 frasco (500mg) em 10 ml de água destilada. Administrar 1 ml da solução (50mg) por via intravenosa de 6/6h ou Diluir 1 frasco (200mg) em 10 ml de água destilada. Administrar 5 ml da solução (50mg) por via intravenosa. 6/6h. (Dose total 200mg/dia). D1/D5. (PAC grave): 200mg IV em dose de ataque, seguido 10mg/IV por 7 dias (Manutenção do potencial dosador): Diluir 1 frasco (500mg) em 20 ml SF0.9%. Administrar 4ml (100mg) por via intravenosa. 6/8h. Dose usual de 100mg de 8/8h (Crise asmática): 2-3 mg/kg EV de 4/4h.</p>	<p>[Duração de ação]: 8-12h [Mecanismo de ação]: Exerce seus efeitos farmacológicos após se ligar aos receptores de glicocorticoides, promovendo a redução ou a supressão da transcrição de genes que codificam citocinas. Apresenta propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, com alguma atividade mineralocorticoide.</p>
<p>Metilprednisolona (Unimedrol®) [125mg + ampola diluente com 2 mL 500 mg + ampola diluente com 8 ml] Diluir 1 frasco em 2 ml de água destilada. Via intravenosa. [Recomendação da diluição após reconstrução]: Diluir em 50-200ml SF0.9% (concentração ideal: 2,5-20 mg/mL) (Distúrbios reumáticos refratários com exarcebação): 1 g/dia EV por 1-4 dias - Administrar como pultoterapia EV por, pelo menos, 30 minutos (Crise asmática): 40-50mg EV de 6/6h ou 8/8h</p>	<p>[Dose imunossupressora]: 8 a 16 mg/kg [Pulsoterapia]: 500mg a 1g IV por 3 dias [Desmame]: A cada 23 semanas diminuir 10% da dose e manter a hidroxicoclorquina Pacientes com uso prolongado de corticoide Sempre associar IHC, Tiamina (B1), Reposição de cálcio.</p>
BRONCODILATADORES	
MISCELÂNEA	
<p>Druga Apresentação Diluição</p>	Observações
<p>Solução polarizante Diluir 10UI de insulina regular + 10 ampolas de glicose 50% ou 20 ampolas de glicose 25%. Via intravenosa. Infundir em 30min. Seriar e acompanhar K+</p>	
<p>Insulina Regular 100 UI por ml - Ampola de 10 ml Administrar x UI via subcutânea. Iniciar com 0,1 UI/kg à noite. Titular conforme controle glicêmico.</p>	
<p>Insulina em Bomba de Infusão Contínua Diluir 1ml (100UI) de insulina regular em 99ml de SF 0,9%. Iniciar com 6 ml/h. Via intravenosa. Checar DX 2/2h.</p>	
<p>COXP-4 (150mg + 75mg + 400mg + 272mg) (Esguema tuberculoso): Diluir 4 comprimidos em 20ml de Água Mineral. 1x ao dia. Via Enteral.</p>	
<p>Albumina humana 20% - Frasco com 50ml - D1/D5. Administrar 1 frasco por via intravenosa. Sem diluir. 8/8h. Individualizar indicação.</p>	
<p>NBZ de 6/6h por 20 min - 10 gts Berotec + 20gts Atrovent Diluir 10 gts de Berotec + 20 gts de Atrovent em 5 ml de SF0.9%. Via inalatória. 6/6h</p>	
<p>NBZ de 6/6h-4/4h por 20min - 5 mL SF0.9% - Via inalatória NBZ com Adrenalina - 4 mL Adrenalina - Via inalatória - até 2x/dia</p>	
<p>Terbutalina 0,5 mg por mL - Ampola de 1 mL. Diluir 10 mL + 1000 mL SF0,9% - Via intravenosa - 2g gtt/asthm</p>	
<p>Aminofilina 24 mg por mL - Ampola de 10 mL. Diluir 40 mL + 210 mL SF0,9% - Via intravenosa - Melo frasco de Ataque e o resto correr lento</p>	
<p>Manitol 200 mg por frasco - Frasco de 250 mL. Administrar 7,5 mL por kg - Via intravenosa - Em 60 minutos OU Administrar 100 mL - Via intravenosa - 8/8h.</p>	
<p>NaCl 20% Administrar 0,5-0,7ml/kg (máximo de 150ml em adultos). Via intravenosa. Infundir em 10min.</p>	
<p>Soluções hipertônicas objetivando NaCl 3% NaCl 3%: [opção com NaCl 20%]: Diluir 10ml NaCl 20% + 90ml SF0.9%. Via intravenosa. Correr em 30min. Agora. [Essa solução equivale a NaCl 2,61%] NaCl 3%: [opção com NaCl 10%]: Diluir 25ml NaCl 20% + 75ml SF0.9%. Via intravenosa. Correr em 30min. Agora. [Essa solução equivale a NaCl 3,18%] Dose ideal: 2,5ml/kg em 10-15min [European Renal Best Practice (ERBP) e da American College of Emergency Physicians (ACEP)]</p>	
<p>Dinitrato de Isossorbida (Isordil) 5 mg por comprimido Administrar 1 comprimido sublingual de 5-5min (SCA). (Angina pectoris): 5-10 mg (comprimido SL) de 2x ou 3x/3 horas</p>	<p>Contraindicações 1. Instabilidade hemodinâmica (PAS<90mmHg) 2. Infarto de VD (SupraST de Dil, Dili e AVF + V1) 3. Uso de Viagra nas últimas 24-48h</p>
<p>Sorcal® 1 Envelope + 100 mL água mineral VO 8/8h</p>	

DISTÚRBIOS DO SÓDIO

Valores de normalidade
135-145 mEq/L

NaCl 5%: 5 gramas de NaCl em cada 100 mL de solução.
 NaCl 3%: 3 gramas de NaCl em cada 100 mL de solução.
 NaCl 0,9%: 0,9 gramas de NaCl em cada 100 ml de solução
 NaCl 0,45%: 0,45 gramas de NaCl em cada 100 ml de solução

Solução e administração	Observações
<p>NaCl 5% (855 mEq/L de Na⁺)</p> <p>NaCl 3% (513 mEq/L de Na⁺)</p> <p>[Diluindo com NaCl 20%]: Diluir 55 ml NaCl 20% (ampola de 10 ml) + 445 ml SF0.9% Subir no máximo 8-10 de Na⁺ em 24h. Diluir 50 ml NaCl 20% (ampola de 10 ml) + 450 ml SF0.9% Subir no máximo 8-10 de Na⁺ em 24h.</p> <p>[Diluindo com NaCl 10%]: Diluir 100ml NaCl 10% (ampola de 10ml) + 400ml SF0.9%. Subir no máximo 8-10 de Na⁺ em 24h</p> <p>NaCl (SF) 0,95% (154 mEq/L de Na⁺) SF0.9% 500 ml.</p> <p>NaCl 0,45% (77 mEq/L de Na⁺) Diluir 250 ml SF0.9% + 250 ml SG5%. Diminuir no máximo 8-10 de Na em 24h.</p> <p>NaCl 0,225% (38,5 mEq/L de Na⁺) Diluir 125 ml SF0.9% + 375 ml SG5%. Diminuir no máximo 8-10 de Na em 24h.</p> <p>Ringer lactato (130 mEq/L de Na⁺)</p> <p>SG5% (0 mEq/L de Na⁺)</p>	<p>Fórmula de Adroque-Madias</p> $\Delta Na^+ = \frac{(Na^+_{infusão} + K^+_{infusão}) - Na^+_{sérico}}{Água\ corporal\ total + 1}$ <p>ΔNa^+ = mudança esperada no Na⁺ a cada litro de solução infundido * caso a solução não possua K⁺, exclua essa variável da fórmula</p> <p>Como calcular em bomba de infusão contínua (BIC) Calcular solução total em mL e dividir por 24h - Resultado em ml/h De forma resumida, a cada 1 etapa (500 ml) se calcula 20 ml/h em BIC</p>

HIPERNATREMIA (Na⁺ >145 mEq/L)

Solução e administração	Observações
<p>Água mineral (água livre) 200 ml Administrar 1 etapa de 200 ml de 4/4h (2.000 ml em 24h). Em BIC</p> <p>NaCl 0,45% (77 mEq/L de Na⁺) Diluir 250 ml SF0.9% + 250 ml SG5% ou água destilada. Diminuir no máximo 10 de Na em 24h.</p> <p>NaCl 0,225% (38,5 mEq/L de Na⁺) Diluir 125 ml SF0.9% + 375 ml SG5%. Diminuir no máximo 8-10 de Na em 24h.</p> <p>SG5% (0 mEq/L de Na⁺)</p>	<p>Considerando variação 8 mEq/L em 24h para um paciente com 70 kg e 150 de Na⁺ sérico</p> <p>Água livre: 2.286 mL Soro Glicosado: 2.286 mL Solução salina 0,45%: 4.706 mL</p> <p>Cálculo em BIC (alvo 8 mEq/L em 24h, 70kg e 150 Na⁺ sérico) Água livre ou SG5%: 4 etapas de 500 ml (2000 ml) - 83 ml/h em 24h (arredondado) Solução salina 0,45%: 9 etapas de 500 ml (4.500 ml) - 187 ml/h em 24h (arredondado) Solução salina 0,225%: 6 etapas de 500 ml (3.000 ml) - 125 ml/h em 24h (arredondado)</p>

HIPONATREMIA (Na⁺ <135 mEq/L)

Solução e administração	Observações
<p>NaCl a 3% (513 mEq/L de Na⁺) Diluir 55 ml NaCl 20% (ampola de 10 ml) + 445 ml SF0.9% Subir no máximo 8-10 de Na em 24h. Diluir 50 ml NaCl 20% (ampola de 10 ml) + 450 ml SF0.9% Subir no máximo 8-10 de Na em 24h.</p>	<p>Considerando variação 8 mEq/L em 24h para um paciente com 70 kg e 130 de Na⁺ sérico (alvo 140)</p> <p>NaCl 3%: 2 etapas de 500 ml (1.000 ml) - 40 ml/h em 24h (arredondado)</p>

DISTÚRBIOS DO POTÁSSIO

Valores de normalidade
3,5-5,5 mEq/L

HIPERCALÊMIA (LEVE K⁺>5,5 | MODERADA K⁺>6 | GRAVE K⁺>6,5 mEq/L)

Solução e administração	Observações
Estabilização de membrana	
<p>Gluconato de cálcio 10% Diluir 10 ml em 10 ml de água destilada (ou 20 ml + 20 ml de água destilada) por via intravenosa. Administrar até o QRS regularizar. A dose pode ser repetida entre 3-5 min. Efeito em minutos. Meia vida de 30min.</p>	<p>Indicações: K⁺ < 6,1 com alteração eletrocardiográfica (apicamento de onda T) ou K⁺ > 6,1 independente do ECG</p>
Translocação de potássio (Shift)	
<p>Solução polarizante Diluir 10 UI de insulina regular (IR) + 10 ampolas de glicose 50% OU 20 ampolas de glicose 25% por via intravenosa. Infusão em 30min.(avaliar horário conforme indicação clínica. Seriar potássio).</p> <p>Sulfato de salbutamol (Aerolin) 5 mg/ml (Beta-agonista inalatório) Diluir 10-20 mg em 10 ml SF0.9% por via inalatória em 90min.</p> <p>Bicarbonato de sódio 8,4% Administrar 1 ml/kg (paciente de 70kg administrar 70ml) por via intravenosa. Infundir em 1-2h. Tempo de ação 2h (aprox.)</p>	
Esfoliação de potássio	
<p>Furosemida 10 mg por ml - Ampola de 2 ml Administrar 1 ampola sem diluir. Via intravenosa. 8/8h.</p> <p>Sorcal (Poliestirenosulfonato de cálcio - Resina de troca) Diluir 30-60 mg em 100 ml de manitol 10%. Administrar por via oral. 4/4h, 6/6h ou 8/8h.</p>	<p>Contra-indicações: Presença de doenças inflamatórias intestinais. No paciente crítico a resina de troca do tipo poliest sulf de calcio tem sido associada complicações do tipo necrose colônica</p>

HIPOCALÊMIA (<3,5 mEq/L)

Solução e administração	Observações
<p>Xarope de potássio 6% Administrar 15-20 ml por via oral. 8/8h.</p> <p>KCL comprimido 6% (1 comprimido equivale a 8 mEq) Administrar 1 comprimido 3x ao dia. Via oral.</p> <p>KCL 19.1% (25,6 mEq) - Ampola de 10 ml Diluir 20 ml em 230 ml SF0.9% por via intravenosa. 12/12h.</p> <p>KCL 19.1% (25,6 mEq) - Ampola de 10 ml Diluir 20 ml em 280 ml SF0.9% por via intravenosa. Iniciar com 100 ml/h/BIC (concluir 1 etapa em 3h)</p> <p>KCL 10% (13,4 mEq) - Ampola de 10 ml Diluir 20 ml em 230 ml SF0.9%. Via intravenosa. 8/8h. Iniciar 45 ml/h/BIC.</p>	<p>Xarope de Potássio só é indicado em situações de K⁺ levemente baixo (mais usado em enfermaria)</p> <p>Velocidade de infusão: Precisa ser infundido numa taxa máxima de 10 mEq/h em uma concentração de 40 mEq/L (via periférica) e 60 mEq/L (via central).</p>

DISTÚRBIOS DO CÁLCIO

Valores de normalidade
 Cálcio total 8,5-10,5 mg/dL
 Cálcio ionizado 4,5 a 5,6 mg/dL (1,12 a 1,40 mmol/L)

Formúla do cálcio total corrigido pela albumina
 Ca corrigido = [cálcio sérico total (mg/dL) + (0,8 x (4 g/dL - albumina do paciente))]

HIPERCALCEMIA (Total >10.5 mg/dL ou ionizado > 5.6 mg/dL)

Solução e administração	Observações
<p>Hidratação venosa vigorosa SF0.9%</p> <p>Furosemida 10 mg por ml - Ampola de 2 ml (Dose usual 20-40 mg/kg): Administrar 1 ampola sem diluir. Via intravenosa. Agora.</p>	<p>Diurese alvo por SVD 100 ml/h</p>

HIPOCALCEMIA (Total <8.6 mg/dL ou ionizado <4.5 mg/dL)

Solução e administração	Observações
<p>Hipocalcemia leve Gluconato de cálcio 10% (1g) - Ampola de 10 ml Diluir 20 ml (2 ampolas = 2g) + 80 ml SF0.9%. (20 mg/ml). Via intravenosa. Infundir em 1h (100 ml/h em BIC).</p>	<p>Máxima taxa de infusão permitida BIC 1 mg/kg/h</p> <p>Sinais de hipocalcemia grave Espasmos musculares Tetania Convulsões QT prolongado</p> <p>Se disfunção renal, deficiência de vitamina D e/ou hipoparatiroidismo: Calcitriol (forma ativa da vitamina D) 0,25-0,5 mcg VO 12/12h por 4-12 semanas.</p>
<p>Hipocalcemia grave Gluconato de cálcio 10% (1g) - Ampola de 10 ml Diluir 20 ml (2 ampolas = 2g) + 40 ml SF0.9% (33 mg/ml). Via intravenosa. Infundir em 20min (180 ml/h em BIC).</p>	
<p>Manutenção Gluconato de cálcio 10% (1g) - Ampola de 10 ml (Esquema padrão): Diluir 110 ml (11 ampolas = 11g) + 890 ml SF0.9% (11 mg/ml). Via intravenosa. Infundir em 24h (45 ml/h em BIC) ou diluir 110 ml + 170 ml SF0.9% (40 mg/ml). Via intravenosa. Infundir em 24h (10 ml/h em BIC) (Esquema USP): Diluir 70 ml + 430 ml SF0.9%. Via intravenosa. Infundir em 7h (70 ml/h em BIC).</p>	
<p>Alta hospitalar Carbonato de cálcio 500 mg VO de 8/8h</p>	

DISTÚRBIOS DO MAGNÉSIO

Valores de normalidade

1,5-2,5 mg/dL

HIPERMAGNESEMIA (>2,5 mg/dL)

Solução e administração	Observações
<p>Hidratação venosa SF0.9%</p>	<p>Manejo alvo hidratação e diureticoterapia</p> <p>Manejo emergencial (se >7 mg/dL) Cálcio venoso é uma antagonista do magnésio Cloreto de cálcio é a droga de escolha em casos de arritmias graves ou PCR</p> <p>Manifestações ECG Arritmias</p>
<p>Furosemida 10 mg por ml - Ampola de 2 ml Administrar 1 ampola sem diluir. Via intravenosa. Agora.</p>	

HIPOMAGNESEMIA (<1,5 mg/dL)

Solução e administração	Observações
<p>Sulfato de magnésio 10% (1g) (Dose usual): Diluir 20 ml + 230 ml SF0.9%. Via intravenosa. Iniciar 45 ml/h em BIC. (Torsades pointes): Diluir 20 ml + 10 ml SG5%. Via intravenosa. Fazer em bolus.</p>	<p>Manifestações ECG Arritmias atriais e ventriculares Angina Prolongamento de QT, PR e presença de onda U Torsades de pointes</p>

DISTÚRBIOS DO FÓSFORO

Valores de normalidade

2,5-4,5 mg/dL

HIPERFOSFATEMIA (>4,5 mg/dL)

Solução e administração	Observações
<p>Hidratação venosa SF0.9%</p>	<p>Manejo alvo hidratação e diureticoterapia</p> <p>Observação A hiperfosfatemia pode levar a hipocalcemia severa</p>
<p>Furosemida 10 mg por ml - Ampola de 2 ml Administrar 1 ampola sem diluir. Via intravenosa. Agora.</p>	

HIPOFOSFATEMIA (<2,5 mg/dL)

(Suspeitar de síndrome a realimentação)

Solução e administração	Observações
<p>Fosfato de potássio Diluir 20 ml + 230 ml SF0.9%. Via intravenosa. Iniciar 45 ml/h em BIC.</p>	<p>Reposição indicada somente quando fosf <1,8 mg/dL</p>

ANAFILAXIA	
Medidas iniciais	Observações e concentrações
Adrenalina 1 mg por ml - Ampola de 1 ml (Anafilaxia): Administrar 0,5mg IM (metade da ampola) no vasto lateral. A mesma dose pode ser feita a cada 5/5min de acordo com a resposta	Medida de 1º linha
Difenidramina (Difenidrin®) 50 mg/mL - ampola com 1 mL Administrar 10-50 mg EV/IM (até 100 mg, se necessário) (Dose usual USP): 25-50mg EV infundido em 5min, podendo ser repetido até dose máxima de 400mg (Dose PED): 1 mg/kg até dose máxima de 50 mg.	Medida de 2º linha [anti-histamínico] Via intravenosa preferencialmente Observação: Mais indicado se presença de urticária [principal indicação]
Hidrocortisona Diluir 1 frasco (500mg) em 20 ml SF0.9%. Administrar 4ml (100mg) por via intravenosa. 12/12h. (Dose usual nesse contexto): 200mg Prednisona (Dose usual nesse contexto): 1mg/kg Metilprednisolona (Dose usual): 40mg	Medida de 2º linha [corticoide] Observação: Indicado no contexto de broncoespasmo instalado [principal indicação]
URTICÁRIA E ANGIOEDEMA	
Medidas iniciais	Observações e concentrações
Difenidramina (Difenidrin®) 50 mg/mL - ampola com 1 mL Administrar 10 a 50 mg de 6/6 h em via IV ou IM. Dose PED – 1 a 2 mg/kg IV lentamente (até 50 mg). Loratadina 10mg (Claritin®) por comprimido Tomar 01 comprimido (10mg) ao dia. (Dose usual adulto e ped): 10mg por dia (não exceder dose usual)	Em geral somente os anti-histamínicos precisam ser usados. Mas se sintomas de anafilaxia eles nunca podem ser usados sozinhos.
BRONCOESPASMO	

Atendimento em sequência ABCDE

Paciente masculino, 55 anos, sem comorbidades, trazido a este serviço por SAMU/USA secundário a quadro de politrauma com TCE grave por atropelamento há cerca de 1h.

Avalio paciente em maca em sequência ABCDE

A: Via aérea pérvia em uso de IOT-VMI, em uso de colar cervical e imobilização em prancha rígida

B: Tórax apresentando MV+ e expansibilidade torácica preservada bilateralmente, tórax simétrico, SPO₂>96%.

C: PAS >90X60 MMHG. FC >120 bpm. TEC>3s; **Shock index (>1,2)? ABC score (>=2)?** abdome flácido e sem sinais de peritonite || Ossos longos || Pelve

D: ECG 1+1T+1 (3T), pupilas não avaliadas por presença de hematoma periorbitário bilateral /

E: Presença de múltiplas escoriações tronco e membros + Presença de abaulamento e afundamento de crânio.

Trauma crânioencefálico (TCE)

Modelo prescrição abaixo:

Dipirona 500mg por ml - Ampola de 2 ml

Diluir 2ml + 18 ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h.

Fentanil 50mcg/ml - Ampola de 20 ml

Diluir 20 ml + 80 ml SG5%. Via intravenosa. 10ml/h BIC

Midazolam 5mg/ml - Ampola de 20 ml

Diluir 20 ml + 80 ml SG5%. Via intravenosa. 10ml/h BIC

Ceftriaxone 1g por frasco [Profilaxia PAV]

Administrar 02 frascos + 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. Agora.

Hidantal 50mg/ml - Ampola de 5 ml - DI:XX (D1/D7) [Neuroprofilaxia]

(Dose de ataque): 5 ampolas + 250 ml SG5%. Via intravenosa. Correr em 1h.

(Dose de manutenção): 2ml em 18ml ou 48 ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h.

NaCl 10% 45 ml + 445 ml SF0.9% - Via intravenosa - BIC 15 ml/h (meta de sódio 145-155

mEq/L [avaliar manutenção com controle de sódio]

NaCl 3% [Medida para HIC]

Diluir 15ml NaCl 20% + 85ml SF0.9%. Via intravenosa. Correr em 30min. Agora.

Diluir 30 ml NaCl 10% + 70 ml SF0.9%. Via intravenosa. Correr em 30min. Agora. ou

NaCl 20%

Administrar 0,5-0,7ml/kg (máximo de 150ml em adultos). Via intravenosa. Infundir em 10min.

Vacina dT [Profilaxia tétano]

Administrar 0,5 ml por via intramuscular. Dose única

SAT 5.000UI por ampola

Administrar 01 ampola por via intramuscular. Dose única

MENINGITES MENINGOENCEFALITES (esquema empírico) Principais germes: <i>S. pneumoniae</i> ; <i>Haemophilus influenzae</i> ; <i>Neisseria meningitidis</i>	
Droga Apresentação Diluição	Observações
Ceftriaxone 1g por frasco Diluir 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min.	Dose para cobertura da BHE Cobertura e espectro: Streptococcus Pneumoniae (20% de resistência a ceftriaxone) Haemophilus influenzae (0% resistência a ceftriaxone) Neisseria Meningitidis Meningococo (0% resistência a ceftriaxone)
Vancomicina 500mg por frasco Diluir 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. (Dose de ataque pelo sanford): 20 a 30 mg/kg (infundido em 10-15 min com dose máxima 3g) (Dose de manutenção pelo sanford): 15 a 20 mg/kg de 8/8 ou 12/12h.	Atravessa a BHE Cobertura e espectro: Streptococcus Pneumoniae MRSA
Aciclovir 250mg por frasco Diluir 2 frascos em 200ml de Ringer Lactato. Via Intravenosa. Infusão de 60min. 8/8h. Por 14-21 dias. (Dose usual adulto pelo sanford): 10-12,5 mg/kg IV de 8/8h por 14-21 dias (Dose usual pediatria pelo sanford): 10-15 mg/kg de 8/8h IV se <12 anos	Cobertura e espectro: Encefalite herpética (Herpes simplex)
Ampicilina 1,5g ou 3g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Correr em 90 min. (Dose usual adulto pelo sanford): 2g IV de 4/4h (Dose usual pediatria pelo sanford): 300-400 mg/kg/dia IV de 6/6h	Cobertura e espectro: Listeria monocytogenes Indicações e fatores de risco Idade >50 anos ou RN Imunossuprimidos História de etilismo Neoplasia Gestantes
Ponto no atendimento (corticoterapia)	
Dexametasona 4mg por ml (D1/D4) Diluir 2,5ml (10mg) em 17,5ml de água destilada. Via intravenosa. 6/6h. Fazer por 4 dias. Sendo a primeira dose antes do antibiótico.	Usado com o objetivo de diminuir o edema cerebral e diminuição do surgimento de sequelas como comprometimento auditivo e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Indicação e recomendação formal Pneumococo e H. Influenzae (se crescimento de meningococo a diretriz europeia recomenda suspensão)
PNEUMONIA Principais germes: <i>S. pneumoniae</i> ; <i>H. influenzae</i> ; <i>Moraxella catarrhalis</i> ; <i>Legionella</i> ; <i>Mycoplasma</i> ; <i>Chlamydia pneumoniae</i> ; <i>Coxiella burnetii</i>	
Pneumonia comunitária (PAC) de baixo risco (CURB 0-1) <48h da admissão ou >15 dias da alta hospitalar Manejo ambulatorial	
Sem comorbidades ou sem uso de ATB recente	Monoterapia Não é mais recomendado uso de macrolídeos (azitromicina) pelo alto grau de resistência na comunidade
Com comorbidades ou uso de ATB recente Amoxicilina-Clavulanato (Clavulin® 500mg/125mg por comprimido) + Tomar 1 comprimido por via oral de 8/8h por 3-5 dias. Retorno em 48h para reavaliação se piora dos sintomas. Azitromicina 500 mg por comprimido Tomar 1 comprimido por via oral de 12/12h por 3-5 dias. Ou Levofloxacino 500 mg 750 mg por frasco Tomar 1 comprimido (750mg) por via oral. 1x ao dia.	Terapia combinada (exceto com levofloxacino) Não é mais recomendado uso de macrolídeos (azitromicina) pelo alto grau de resistência na comunidade Atenção para as comorbidades DPOC, DRC, DM, Neoplasia, uso prévio de ATB parenteral nos últimos 3 meses, etilismo, malignidade e imunossupressão
Pneumonia comunitária (PAC) de risco intermediário (CURB 2) <48h da admissão ou >15 dias da alta hospitalar Manejo na enfermaria (internação hospitalar)	
Ceftriaxone 1g por frasco + Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. Por 5-7 dias. Claritromicina 500mg por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml de SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Por 5-7 dias. Azitromicina 500 mg por comprimido Tomar 1 comprimido por via oral de 12/12h por 5-7 dias. Ou Levofloxacino 500 mg 750 mg por frasco Tomar 1 comprimido (750mg) por via oral. 1x ao dia. Por 5-7 dias.	Terapia combinada (exceto com levofloxacino)
Pneumonia comunitária (PAC) de risco alto (CURB ≥3) <48h da admissão ou >15 dias da alta hospitalar Manejo na UTI (internação de unidade de terapia intensiva)	
Ceftriaxone 1g por frasco + Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. Por 5-7 dias. Claritromicina 500mg por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml de SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Por 5-7 dias. Levofloxacino 500 mg 750 mg por frasco Tomar 1 comprimido (750mg) por via oral. 1x ao dia. Por 5-7 dias. Piperacilina-Tazobactam (tazocin) 4,5g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Por 10 dias. Correr em 90 min. Cobertura para pseudomonas. Vancomicina 500mg por frasco Diluir 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Por 10 dias. Cobertura para MRSA.	Fatores de risco e indicações de cobertura para pseudomonas 1. História de infecção ou colonização por pseudomonas no último ano (Especificamente em até 3 meses) 2. Hospitalização recente (principalmente em UTI) e uso de antibióticos de amplo espectro (cefalosporinas, carbapenênicos e quinolonas) 3. Pacientes com alteração pulmonares anatômicas (bronquiectasias, fibrose cística) 4. Pacientes com DPOC grave (VF1 <30%) 5. Pacientes traqueostomizados Indicações para cobertura de MRSA 1. Infecção pulmonar prévia com MRSA
Pneumonia nosocomial Hospitalar >48h da admissão ou <15 dias da alta hospitalar Pacientes que frequentam clínica de diálise, moram em asilos, história prévia de múltiplas internações e uso de ATBterapia nos últimos 3 meses	
Piperacilina-Tazobactam (tazocin) 4,5g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Por 10 dias. Correr em 90 min. Cobertura para pseudomonas Teicoplanina 400mg por frasco - Di xx (D1/D10) Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. (Dose de ataque): 6 mg/kg IV de 12/12h 3x (Dose de manutenção): 6 mg/kg IV de 24/24h. Polimixina B (Polytek B®) 500.000UI por frasco - Di xx (D1/D10) Reconstituir 1 frasco em 2 ml SF0.9%. Rediluir em 500 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. (Dose usual): 15.000-25.000 UI/kg/dia por via intravenosa de 12/12h. (Dose de ataque sanford): 2,5 mg/kg infundido em 2h (Dose de manutenção sanford): Depois de 12h iniciar 1,5 mg/kg infundido em 1h de 12/12h. [10]	
Pneumonia aspirativa	
Ceftriaxone 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min.	De livro: Associar betalactâmico + macrolídeo Indicações para cobertura de anaeróbios

Doença periodontal grave
Escarro purúlo
Abscessos pulmonares
Pneumonia necrosante

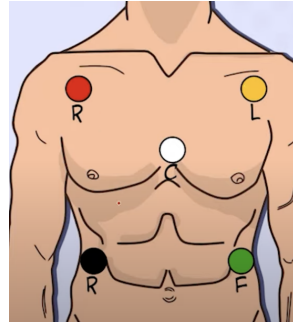
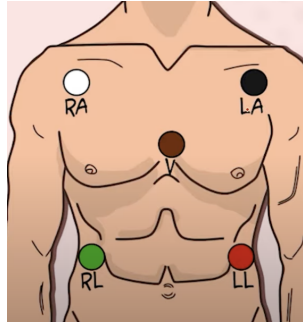
Clindamicina 600mg por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h.			
INFECÇÃO INTRA-ABDOMINAIS <i>Principais germes: Anaeróbios; Enterococcus (enterobactérias); Streptococcus; Pseudomonas</i> <i>Principais anaeróbios: Bacterioides fragilis; Clostridium difficile</i>			
Peritonite comunitária			
Baixo risco <i>Sepse Extremos de idade Extensão da infecção Adequação do controle de foco Presença ou persistência de germe MDR</i>			
Amoxicilina-Clavunolato (875mg/125mg por comprimido) Tomar 1 comprimido de 8/8h por 5-10 dias.		Cobertura do esquema: Cobertura para Gram-Positivos, Gram-Negativos e anaeróbios Observação: Uso prático em casos de alta hospitalar	
Ceftriaxone 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. + Metronidazol 500mg por bolsa Administrar 01 bolsa por via intravenosa. 8/8h		Cobertura do esquema: Ceftriaxone [Cobertura para Gram-Positivos (Streptococcus) e Gram-Negativos] Metronidazol [Cobertura para anaeróbios (B. Fragilis e C. Difficile)] Observação: [Nesse contexto, todas as cefalosporinas devem ser feitas junto ao metronidazol, pois não cobrem anaeróbios, com exceção da cefoxitina]	
Ciprofloxacino 400 mg por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. + Metronidazol 500mg por bolsa Administrar 01 bolsa por via intravenosa. 8/8h		Observação: Ciprofloxacino também pode ser feita VO se paciente com boa aceitação (vantagem ainda com cobertura anti-pseudomonas)	
Alto risco <i>Sepse Extremos de idade Extensão da infecção Adequação do controle de foco Presença ou persistência de germe MDR</i>			
Cefepime 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa. 8/8h. Fazer por 10 dias.		Observação: Cobertura para pseudomonas [Esse esquema também pode ser feito se paciente de baixo risco]	
Piperacilina-Tazobactam (tazocin) 4,5g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Por 10 dias. Correr em 90 min.		Cobertura do esquema: Cobertura para Pseudomonas, anaeróbios e enterococcus	
Meropenem 1g por frasco (Dose usual): Diluir 1 ou 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 8/8h. Correr em 3h.		Cobertura do esquema: Cobertura para pseudomonas, anaeróbios. <i>Não cobre enterococcus</i>	
Peritonite nosocomial [Necessário cobrir enterobactérias, enterococcus, anaeróbios e MRSA]			
[Cobertura para anaeróbios e enterobactérias] Piperacilina-Tazobactam (tazocin) 4,5g por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Por 10 dias. Correr em 90 min. Meropenem 1g por frasco (Dose usual): Diluir 1 ou 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 8/8h. Correr em 3h.			
[Cobertura para enterococos e MRSA] Vancomicina 500mg por frasco ou Diluir 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. (Dose de ataque pelo sanford): 20 a 30 mg/kg (infundido em 10-15 min com dose máxima 3g) (Dose de manutenção pelo sanford): 15 a 20 mg/kg de 8/8 ou 12/12h. Teicoplanina 400mg por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min. (Dose de ataque): 6 mg/kg IV de 12/12h 3x (Dose de manutenção): 6 mg/kg IV de 24/24h. Daptomicina 6mg/kg 1x ao dia			
[Cobertura para fungo] Fluconazol 200mg EV 12/12h ou Caspofungina 70mg EV de ataque, seguido de 50mg EV 1x ao dia ou Micafungina 100mg EV 1x ao dia ou Anidulafungina 200mg EV de ataque, seguido de 100mg 1x ao dia		Indicações de cobertura para fungo: Perfuração do TGI superior Perfuração intestinal recorrente Pancreatite tratada cirurgicamente Uso prolongado de antibióticos	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO			
Cistite não complicada			
Nitrofurantoina 100mg por cápsula Tomar 1 comprimido por via oral de 12/12h ou 6/6h. Usar por 5 dias.			
Fosfomicina 5,6 Tomar 1 envelope (3g) em dose única com meio corpo água pela noite (maior concentração urinária)			
SMX-TMP 160-800/160 mg 12/12h — Usar por 3 dias			
Pielonefrite aguda Complicada Duração do Ttmento para complicada: 14-21 dias Duração do Ttmento para não complicada: 7 dias			
Risco baixo para resistência bacteriana Ceftriaxone 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min.			
Risco aumentado para infecção bacteriana Meropenem 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa. 8/8h. Infundir em 3h. Tazocin 4,5g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. (Cobertura para pseudomonas)			
Amicacina 250 mg por mL - Ampola com 2 ml Diluir 2 ml em 100 ml de SF0.9%. Via intravenosa. Fazer se Infecção nosocomial (Dose usual): 7,5 mg/kg IV ou IM de 12/12h ou 15 mg/kg IV ou IM 1x ao dia			
INFECÇÃO DE PARTES MOLES			
Esquema empírico			
Ceftriaxone 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. Correr em 90min.			
Clindamicina 600mg por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h.			
Erisipela			
Esquema ambulatorial: Clindamicina 300mg por cápsula Tomar 2 cápsulas (600mg) de 6/6h por 5-6 dias.			
Esquema de internação: Clindamicina 600mg por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Fazer por 5-7 dias. Penicilina G cristalina 5.000.000 UI por frasco Fazer 2.000.000 UI de 4/4h.		Agentes: Streptococcus dos grupos A, G, C, B, S. Aureus (mais raro)	
Celulite			

<p>[Esquema ambulatorial]: Cefalexina 500mg por comprimido ou Tomar 2 comprimidos (2g) por via oral de 6/6h por 5-7 dias. <i>Dose máxima 4g/dia</i> Clindamicina 300mg por cápsula ou Tomar 2 cápsulas (600mg) de 6/6h por 5-6 dias. Amoxicilina-Clavunolato (Clavulin® 500mg/125mg por comprimido) Tomar 1 comprimido por via oral de 8/8h por 5-7 dias.</p> <p>[Esquema de internação]: Clindamicina 600mg por frasco ou Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Fazer por 10 dias. Oxacilina 500mg por frasco Diluir 4 frascos (2g) em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 4/4h. Correr em 90min. Cobertura para MSSA.</p>	<p style="text-align: center;">Agentes: Streptococcus dos grupos A, S. Aureus</p>
Fasceíte necrotizante	
<p>Clindamicina 600mg por frasco + Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 6/6h. Fazer por 10 dias. Meropenem 1g por frasco + Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa. 8/8h. Infusão em 1h. Fazer por 10 dias Cefepime 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa. 8/8h.</p> <p>Esquema inicial para sepse e imunossuprimidos Vancomicina 500mg por frasco + Diluir 2 frascos em 100 ml SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h. (Dose de ataque pelo sanford): 20 a 30 mg/kg (infundido em 10-15 min com dose máxima 3g) (Dose de manutenção pelo sanford): 15 a 20 mg/kg de 8/8 ou 12/12h. Cefepime 1g por frasco Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa. 8/8h.</p>	<p style="text-align: center;">Agentes: Clostridium Sp; S. beta-hemolítico; Flora intestinal; S. aureus e etc</p>

GERMES MULTIRRESISTENTES	
GRAM-POSITIVOS	
Padrão de resistência	ATBterapia de escolha
<p>MSSA <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilicina (oxacilina)</p>	<p>Oxacilina 500mg por frasco Diluir 4 frascos (2g) em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 4/4h. Correr em 90min.</p>
<p>MRSA <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à metilicina (oxacilina) (Resistente a todos os betalactâmicos, exceto ceftazolidina) (MIC <4 mcg/ml)</p>	<p>Vancomicina 500mg por frasco Diluir 2 frascos em 100 ml SF0,9%. Via intravenosa. 12/12h. (Dose usual pelo sanford): 15-20 mg/kg IV de 8/8h ou 12/12h</p> <p>Linezolida 600mg IV/VO de 12/12h</p> <p>Daptomicina (endocardite): 4-6 mg/kg 1x ao dia. (bacteremia): 8-12 mg/kg 1x ao dia</p>
<p>VISA <i>Staphylococcus aureus</i> com padrão de resistência intermediária à vancomicina (MIC 4 a 8 mcg/ml)</p>	<p>Linezolida 600mg IV/VO de 12/12h</p> <p>Daptomicina 4-6 mg/kg 1x ao dia</p>
<p>VRSA <i>Staphylococcus aureus</i> com padrão de resistência aumentada à vancomicina (MIC >8 mcg/ml)</p>	<p>Ceftarolina (exceção dos betalactâmicos) 600mg IV 8/8h (se bacteremia) ou 12/12h</p>
<p>VRE <i>Enterococcus faecium</i> resistente à vancomicina (Também possui resistência a penicilinas e aminoglicosídeos)</p>	<p>Se for sensível a ampicilina: Ampicilina 1-2g EV de 4/4h ou 6/6h</p> <p>Se for resistente a ampicilina: Linezolida 600mg EV ou VO de 12/12h ou Daptomicina 8-12 mg/kg EV 1x ao dia ou Tigeciclina 200mg IV em dose de ataque e 100mg 12/12h para dose de manutenção</p>
GRAM-NEGATIVOS (Classificação de AMBLER)	
Serina-betalactamase (grupo A, C e D), Metallo-betalactamase (grupo B) Carbapenemase distribuídas entre os grupos A, B e D	
<p>ESBL (betalactamase de espectro estendido) <i>Serina-betalactamase</i> Principais germes: E. Coli e Klebsiella P. Resistente a todos os betalactâmicos, exceto carbapenêmicos e cepime em dose máxima</p>	<p>Meropenem 1-2g EV 8/8h ou Cefepime 2g EV de 8/8h</p>
<p>KPC (carbapenemase classe A) <i>Serina-metalactamase</i> Principais germes: Klebsiella P. (1ª descrição) Resistente a todos os betalactâmicos</p>	<p>Mundo ideal: Ceftazidima + Avibactam 2,5 g de 8/8h</p> <p>Se MIC<4 mcg/ml Meropenem (2g) de 8/8h IV</p> <p>Se MIC>8 mcg/ml Meropenem (2g) de 8/8h IV + Polimixina B</p>
<p>MLB <i>Metallobetalactamase</i> <i>Metallo-betalactamase (Carbapenemase classe B)</i> Principais germes: Klebsiella, Pseudomonas, acinetobacter e enterobactérias (NDM) Principais enzimas: NDM (New Delhi Metallo-betalactamases) - Resistente ao aztreonam VMI (Verona integron-encoded metallo-betalactamase) IMP (Imepenem-hydrolyzing metallo-betalactamase)</p>	<p>Ceftazidima-Avibactam 2,5g EV de 8/8h + Aztreonam 2g EV de 6/6h ou Cefiderocol 2g EV de 8/8h infundido por 3h.</p>
<p>AMPc <i>Serina-betalactamase (Cefalosporinase)</i> Principais germes: Citrobacter freundii, Enterobacter cloacae e Klebsiella aerogenes (grupo CEK)</p>	<p>Cefepime dose plena (preferir se sensível e MIC<2mcg/ml) 1ª escolha</p> <p>ou</p> <p>Meropenem 1-2g EV de 8/8h</p>
<p>OXA 23 58 48 <i>Serina-betalactamase (Carbapenemase) Oxacilinase</i> Principais germes: Acinetobacter baumannii (OXA-23/OXA-58)</p>	<p>Ceftazidima-Avibactam 2,5g EV de 8/8h</p>

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR				
Reconhecimento da PCR e seguimento	Membros da equipe	Compressões de alta qualidade	5Hs e 5Ts	Observações
<p>Checar pulso central de 5-10s (pulso ausente)</p> <p>↓</p> <p>Chamar ajuda</p> <p>Pedir carrinho de parada com desfibrilador iniciar compressões (30x2)</p> <p>↓</p> <p>Monitorizar/Colocar as pás TV e TSVP: Chocar AESP e assistolia: Não chocar</p>	<p>Líder da equipe Supervisão e orientação de toda a reanimação</p> <p>Coach garantir que todos entendam as instruções e executem suas funções eficazmente</p> <p>Compressor Revezar a cada 2 min</p> <p>Via aérea Responsável pela IOT e preparar todos os dispositivos</p> <p>Desfibrilador/Monitor Monitorizar o paciente e desfibrilar</p> <p>Medicamentos</p> <p>Documentação Tempo de reanimação e etc</p>	<p>Velocidade de 100-120 compressões por min</p> <p>Profundidade 5-6 cm</p> <p>Retorno completo do tórax</p> <p>Ausência de interrupções >10s</p> <p>PetCO2 [capnografia] >10 mmHg (Se >35/45mmHg avaliar RCE)</p> <p>PAI (PAD>20 mmHg)</p> <p>SpO2 Se começar a aparecer as ondas na saturação, significa que existe pulso e débito cardíaco (off label?)</p>	<p>5Hs Hipoxemia Hipovolemia Hipotermia H+ (acidose) Hipercalemia/Hipopotalemia Hipoglicemia</p> <p>5Ts Trombose coronariana (SCA) Tromboembolismo pulmonar (TEP) Tamponamento cardíaco Tamponamento torácico (PNMT) Toxinas</p>	<p>Ritmos Chocáveis: FV e TVSP Não chocáveis: AESP e assistolia Depois de monitorizado (colocado eletrodos), os ritmos passíveis de checar pulso são AESP e TV</p> <p>Observações Se durante a PCR surgir linha reta - Chocar cabos, mudar o ganho e trocar derivações</p> <p>Desfibrilador Monofásico (360J) Bifásico (200J) Na prática mandar colocar carga máxima</p> <p>Fármacos Adrenalina (1mg) 3-5min Amiodarona (1ª dose: 300mg 2ª dose: 150mg) 3-5min Lidocaína (1ª dose: 1-1,5 mg/kg 2ª dose: 0,5-0,75 mg/kg) [usado caso ausência de adrenalina] 3-5min</p>
FIBRILAÇÃO VENTRICULAR (FV) TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO (TVSP)		ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP) ASSISTOLIA		
1º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) 30 compressões x 2 ventilações	Adrenalina 1mg EV bolus 30 compressões x 2 ventilações		
	Observações: Preparar adrenalina 1mg (em ritmos chocáveis entre somente no 2º ciclo) Preparar material da intubação	Observações: Em ritmos não chocáveis adrenalina entra no 1º ciclo		
2º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) Adrenalina 1mg EV bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s	Adrenalina 1mg EV em bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s		
	Observações: Preparar amiodarona 300mg (2 ampolas) Intubação (<10s de interrupção das compressões)	Observações: Intubação (<10s de interrupção das compressões) + Checar posição		
3º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) Amiodarona 300mg EV bolus Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s	Adrenalina 1mg EV em bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s		
	Observações: Preparar adrenalina 1mg	Observações: Pensar nos 5Hs e 5Ts		
4º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) Adrenalina 1mg EV bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s	Adrenalina 1mg EV em bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s		
	Observações: Preparar amiodarona 150mg (1 ampola)	Observações: Pensar nos 5Hs e 5Ts		
5º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) Amiodarona 150mg EV bolus Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s	Adrenalina 1mg EV em bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s		
	Observações: Preparar adrenalina 1mg	Observações: Pensar nos 5Hs e 5Ts		
6º ciclo (2min)	Desfibrilar (Bifásico 200J Monofásico 360J Carga máxima) Adrenalina 1mg EV bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s	Adrenalina 1mg EV em bolus (3-5min) Compressão por 2 min + 1 ventilação a cada 6s		
	Observações: Preparar adrenalina 1mg	Observações: Pensar nos 5Hs e 5Ts		
Ritmo organizado com pulso presente? Retorno da circulação espontâneo (RCE)				
A (Airways)	IOT: Se não tiver intubado, prosseguir com intubação e checar posicionamento SatO2: 92-98% PetCO2 Capnografia: 35-45 (40) mmHg			
B (Breathing)	Avaliar expansibilidade pulmonar			
C (Circulation)	PA: PAS >90mmHg e PAM >65 mmHg TEC: <3s Avaliar necessidade de reposição volêmica (20-30ml/kg SF0.9%) ou DVA (noradrenalina)			
D (Disability) Estado neurológico	Se paciente desacordado: Controle direcionado de temperatura (CDT): Tx 32-36°C por 24h (a recomendação atual é somente evitar febre <37,5°C)			
E (Exposure)	Expôr completamente o paciente e solicitar exames: Laboratório geral (hemograma, Ur, Cr, AST, ALT, enzimas cardíacas e etc) Eletrocardiograma de 12 derivações Eletroencefalograma TC de crânio Rx de tórax			

Observação prática: Como colocar os eletrodos - Existe o padrão AHA (1º) e o IEC (2º)



MALTA (o que sempre solicitar na decisão de intubar um paciente)				
M (medicações)	A (ambu)	L (laringoscópio tamanho 4-5)	T (tubo testado)	A (sonda de aspiração)
Fentanyl 2ml + 8ml SF0.9% Midazolam 2ml + 8ml SF0.9% ou 3ml + 7 ml SF0.9% Succinilcolina 1 frasco + 10 ml SF0.9%	Conectar em fonte de O2 Checar possíveis vazamentos	Testar luz do laringoscópio	Testar cuff Tamanho do tubo 7.5 para mulheres 8 para homens	Se politrauma preferir tubo rígida

PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL (VAD)				
MACOCHA	LEMON	ROMAN	RODS	SMART
<i>(O escore e MACOCHA avalia via aérea anatomicamente, fisiologicamente difícil e características relacionadas ao operador)</i> MACOCHA >= 3 (VAD) Fatores relacionados ao paciente Mallampati III e IV (5 pontos) Apnéia obstrutiva do sono (2 pontos) Redução na mobilidade cervical (1 ponto) Abertura limitada de boca (1 ponto) Fatores relacionados a causa da IOT Coma (1 ponto) Hipoxemia severa (1 ponto) Fatores relacionados ao operador Médico não anestesologista (1 ponto)	<i>O escore LEMON prediz dificuldade na laringoscopia (laringoscopia difícil)</i> L (look) — Obje externamente E (evaluate) — Aevalie (9,3,2) M (mallampati) O (obstruction) — Obstrução e obesidade N (mobility) — Mobilidade	<i>Fatores que predisõem a dificuldade na ventilação bolsa-máscara (VNI)</i> R — Radiação Restrição à abertura da boca O — Obesidade Obstrução Apnéia obstrutiva do sono M — Vedação da máscara (mask seal) Mallampati Sexo masculino A — Idade (Age) >55 anos N — Nenhum dente	<i>Fatores que predizem dificuldade na passagem de dispositivo supraglótico</i> R — Restrição da abertura da boca O — Obstrução Obesidade D — Distorsão da via aérea S — Distância tireomontoliana curta (Short)	<i>Fatores que predisõem a dificuldade na obtenção de via aérea cirúrgica (SMART)</i> S — Cirurgia (Surgery) prévia no pescoço M — Massa (hematoma ou abscesso cervical) A — Acesso Anatomia (obesidade ou qualquer fator que dificulte acesso à membrana cricoide). R — Radiação ou fibrose T — Tumor cervical

CLASSIFICAÇÃO DE CORMACK-LEHANE
(Faça a classificação de acordo com o tamanho de visualização da glote pelo laringoscópio direto. Grau 1 e 2A são associados a IOT fácil) Grau 3 (visualização da laringe anterior parcial) Grau 4 (visualização da glote anterior) Grau 5 (visualização da glote anterior) Grau 6 (visualização da glote anterior)



Figura 5 Classificação de Cormack-Lehane modificada.

VIA AÉREA FISIOLÓGICAMENTE DIFÍCIL
Condições que fazem com que o paciente tenha instabilidade hemodinâmica na IOT

HIPOXEMIA HIPERCAPNIA	COR PULMONALE AGUDO	ACIDOSE (PH<7,2)	CHOQUE OCULTO (CIM >1,3)
Sequência retardada de intubação	Dobutamina	Iniciar BIC	Reposição volêmica Vasopressor

7PS E SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO (SRI)

Preparação	Pré-O2	Pré-otimização Pré-intubação	Paralisia com indução	Posicionamento e Laringoscopia	Passagem do tubo	Posição Confirmada
Pontos na preparação Acionar equipe MALTA Monitorização (PA seriada) Checar acesso venoso Checar tamanho do tubo (7-7,5 para mulheres e 8-8,5 para homens) Dispositivos supraglóticos Dispositivos de via aérea difícil Planos de via aérea Plano A Laringoscopia direta para IOT (fo guai) com dois médicos + sequência rápida adequada Plano B Dispositivos supra-glóticos (máscara laríngea, Combitube e tubo laringeo) Plano C Não intubo mas ventilo (ambu) — Dispositivos avançados se MANCHOCHOE-3 — Videolaringoscopia. Plano D Cricotireoidostomia (via aérea CRASH) Técnica de cricotireoidostomia — Incisão de 2cm na membrana cricotireoide. Passagem da cânula. Ventilação.	Principais pontos A pré-oxigenação deve ser feita por 3-5min com a cabeceira a 30° Nunca ambaruzar o paciente. Quanto maior pressão, maior pressão na câmara gástrica. Bolsa válvula-máscara 10 a 15 L por 3 a 5 min — Ligado no fluxômetro em 15 L/min.	Fentanyl 2ml + 8ml SF0.9% ou 3ml + 7ml SF0.9% em 5min ou Lidocaina [quase nunca usado na prática] Preferível usar fentanyl em casos de sangramento ativo, dissecação de aorta e crise hipertensiva	Etomidato 10ml + 10ml SF0.9% em 5min Cetamina 2ml + 8ml SF0.9% ou 3ml + 7ml SF0.9% em 5min Propofol Administrar 7ml puro Midazolam 2ml + 8ml ou 3ml + 7ml em 5min Succinilcolina (1ª escolha) 1 frasco + 10 ml SF0.9% Rocurônio (2ª escolha) Pancurônio (3ª escolha)	Posição do cheirador "sniffing position" (Coxim occipital) Flexão cervical e extensão da cabeça Cabeceira elevada a 35-45°.	Rebatimento da língua para à esquerda Tracionar para cima e para frente na valécua. Se IOT difícil — BURP (para trás, para cima e para direita movimentação da cricoide) B — Backward U — Upward R — Rightward P — Pressure	Posicionamento do tubo 1 marca (linha proximal das pregas), 2 marcas (pregas entre as marcas) Colocar tubo na marcação 22cm. Avaliar posicionamento do tubo Ausculta, Capnografia e RX tórax Ausculta em C Sempre começar em base esquerda. Capnografia em onda Capnografia com onda quadrada e o exame padrão ouro (o formato da onda quer dizer a saída do CO2). RX tórax Precisa estar 2-4cm acima da carina

NA PRÁTICA

- Passo a passo**
- Oxigenação (bolsa válvula-máscara 15L/min)
 - Solicitar MALTA (medicações, ambu, laringoscópio 4-5, tubo testado e sonda de aspiração)
 - Avaliação de via aérea anatomicamente difícil (MACOCHA >=3)
 Seguir com IOT de sequência retardada (objetivando pré-oxigenação com cetamina e pressão de suporte)
 Administrar cetamina 2ml + 8ml SF0.9%
 Acoplar AMBU na VM (cotaqem: PCV | PEEP 10 | Psuporte 10 | FIO2 100% | FR 10
 De preferência acoplar VNI ao invés do AMBU
 - Avaliação de via aérea fisiologicamente difícil (hipoxemia, acidose, cor pulmonale e choque oculto)
 Hipoxemia (IOT de sequência atrasada)
 Cor pulmonale agudo (dobutamina)
 Acidose (BIC)
 Choque oculto (volume | vasopressor)
 - Se falha prosseguir com plano B (dispositivos supraglóticos)
 - Se falha prosseguir com plano C (videolaringeo)
 - Se falha prosseguir com plano D (crico cirúrgica - Traqueo tamanho 5)

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Ventilação mecânica protetora

Pplatô <30
 Driving pressure <15
 VC 4-6
 MP <17
 PT <23

MODOS VENTILATÓRIOS	<i>PCV</i> <i>(pressão controlada)</i>	<i>VCV</i> <i>(volume controlado)</i>	<i>PSV</i> <i>(pressão de suporte)</i>
PARÂMETROS COMUNS	FIO2: 100% Titular conforme gasometria arterial		
	Frequência respiratória (FR): 12 a 16 (14) Titular		
	PEEP: 5 cmH2O Titular		
PARÂMETROS INDIVIDUAIS	Tempo inspiratório (Tins): 1s (idealmente 0,8 a 1,2s)	Fluxo inspiratório (Tins): 40 L/min	Pressão de suporte: Cetar o mínimo para o conforto do paciente
	protetora (Ppico<40)	Pressão controlada inspiratória: 10 e titular conforme VM protetora (Ppico<40)	
	Sensibilidade à pressão: -1	Sensibilidade a fluxo: 2 a 3	Acompanhar com P0.1
	Relação Ins/Exp: 1:2		

FOLHA PARA ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS, URGÊNCIAS E PROCEDIMENTOS

Unidade da Criança e do Adolescente e UTIP - HC-UFMG/Ebserh

Nome:	GUSTAVO GOMES CARDOS			DN:	12/16/2022
Peso (kg):	3,500	Idade:	6 MESES	Data:	6/6/2023

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Droga / Apresentação	Dose / Via	Cálculo	Prescrição		
Adrenalina 1mg/ml	0,01mg/kg EV/IO Máx: 1mg	PX0,1	Diluir 1 ml de Epinefrina em 9 ml de ABD e		
		>50 kg: 10ml	Administrar	0,35	ml em bolus. Máx. 10 ml
	TOT 0,1 mg/kg Máx. 2,5 mg	P X 0,1	Administrar	0,35	ml de Epinefrina no TOT em
			bolus, lavar com 5 ml de NaCl0,9% após. Máx. 2,5 ml		
	RN	Solução 1:10.000	Diluir 1 ml de Epinefrina em 9 ml de ABD e		
	0,01 mg/kg EV	P x 0,1	Administrar	0,35	ml EV em bolus Máx. 10 ml
	0,1 mg/kg TOT	P x 0,5	Administrar	1,75	ml no TOT. Máx. 2,5 ml
NaCl 0,9% ou Ringer Lactato	10 - 20 ml/kg EV/IO		Administrar	35	ml de NaCl 0,9% ou RL EV livre
			Maior que 50 kg - 500 ML		
Glicose 50%	1 g/kg EV/IO Adulto 25g/dose	P x 1	Diluir	3,5	ML SGH 50% em
0,5g/mL		Solução 1:1			ML de ABD e administrar EV, em bolus
	RN: solução 1:4	P x 2	Diluir 2 ML de SGH50% em 8 ML de ABD e administrar		
			7	ML	EV em bolus.
Gluconato de calcio 10% Ca++/mL 0,45mEq/mL	9mg/kg EV/IO Máx. 3 g	P x 1	Diluir	3,5	ML de Glu de Calcio 10% em
		Solução 1:1			de ABD e administrar EV lento
			(Máximo de 30 ml de GluCa++ 10%)		
Cloreto de calcio 10% 27,2 mg Ca++/mL 1,35 mEq/mL	5,4 mg/kg Máx. 10 mL	P x 0,2	Diluir	0,7	ML de Cl Ca 10% em
					de ABD e administrar EV lento
			(Máximo de 10 ML de Cl de Calcio 10%)		
Bicarbonato de sodio 8,4% 1mEq/ml	1 mEq/kg EV/IO	P x 1	Diluir	3,5	ML de NaHCO3-8,4% em
					de administrar EV lento

DOSE PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL

Atropina 0,5mg/ml	0,02 mg/kg	P x 0,02	Administrar	0,07	ML de atropina EV em bolus
	EV/IO/IM	P x 0,04	(pode ser repetida somente 1 vez e, se necessário,		
	Máx 1 mg		dose dobrada). Máx. 2 ML.		
Lidocaina, cloridrato 1% 10 mg/mL	1-2mg/kg EV/IO	P x 0,1	Administrar	0,035	ML de Lidocaina 1% EV, lento
Cetamina 50 mg/mL	2mg/kg EV/IO 3-5 mg/kg IM	P x 0,04 P x 0,06	Administrar	0,14 em 2 minutos. Ou 0,21	ML de cetamina EV, lento UE100 IM
Fentanil 50 mcg/mL	2-4 mcg/kg EV/IO/IM	P x 0,04	Administrar	0,14	ML de fentanil em 3mL de
			ABD e administrar EV lento - 3 minutos. IM sem diluir		
Midazolam 5mg/mL	0,2 mg/kg EV/IO/IM/N > 50 kg: 10 mg (2mL)	P x 0,04	Administrar	0,14	ML de midazolam IV lento
			(se nasal, metade da dose em cada narina).		
Etomidato 2mg/ml	0,3 mg/kg EV/IO	P x 0,15	Administrar	0,525	ML de Etomidato, EV lento.
Propofol 10 mg/mL	2 mg/kg EV/IO	P x 0,2	Administrar	0,7	ML de Propofol EV, lento.
Succinilcolina,Suxametônio (10 mg/ml) Diluir em 10 mL de ABD	2 mg/kg EV/IO 4 mg/kg IM	P x 0,2 P x 0,4	Administrar	0,7 ou 1,4	ML EV em bolus UE100 IM (máx. 7,5 mL)
Rocurônio 10mg/mL	1,2 mg/kg EV/IO	P x 0,12	Administrar	0,42	ML de rocurônio EV em bolus

OUTROS

Fenilefrina 10.000mcg/mL	5 mcg/kg EV/IO/IM	P x 0,005	Diluir 1 ml de Fenilefrina em 9 ml de ABD e administrar		
			0,0175	ML	IM ou EV em bolus. Máx. 1 ML
	Fenilefrina: para infusão diluir 5 ml da solução 1:9 em 100 ml de SGI		infundir a	0,4	ml/hora (0,1mcg/kg/min)

ANAFILAXIA

Epinefrina 1:1.000 1 mg/mL (1 mL)	0,01mg/kg IM	P x 0,01	Administrar	0,0035	ML no vasto lateral da
	Máx: 0,3 mL (criança) e 0,5 mL (adulto)		coxa. Repetir a cada 5 a 15 minutos se necessário.		

URGÊNCIAS NEUROLÓGICAS / ANTICONVULSIVANTES

Diazepam 5mg/ml (2 mL)	0,2 mg/kg EV	P x 0,04	Administrar	0,014	ML de diazepam EV, lento.
	Máx: 5 mg (<5anos) e 10 mg (> 5 anos)		Máx.	1 mL (< 5anos)	e 2mL (>5 anos)
Midazolam (50 mg/10mL)	0,2 mg/kg IV/IM/IN/IO 0,5 mg/kg (Jugal)	P x 0,04 P x 0,1	Administrar	0,014	ML de midazolam EV lento/IM
			Máx 2 mL (10 mg). Se jugal: 0,35 UE100		
Fenobarbital 100 mg/mL	20 mg/kg EV	P x 0,2	Diluir	0,7	ML de fenobarbital em 0,7
	SN completar até 30 mg/kg		administrar EV lento em 10 minutos		
Fenitoína 50mg/mL	20 mg/kg EV	P x 0,4	Diluir	1,4	UE100 de Fenitoína em
	SN completar até 30 mg/kg	Solução 1:5	7	mL de SF 0,9% e administrar lento em 30 minutos. Infundir 10 ml de SF0,9% antes e após.	

Tiopental	50mg/mL	1 -3mg/kg EV		P x 0,02		Diluir	0,07	ML	em 10mL de	
SGI 5% e administrar EV, lento em 10 minutos.										
Propofol	vide dose para entubação endotraqueal.									
Manitol 20%		0,5 -1 g/kg EV		P x 2,5		Administrar	8,75	mL de Manitol EV, lento em 30		
200mg/mL	a 60 minutos									
ANTAGONISTAS										
Naloxona		0,01 - 0,1mg/kg/dose		P x 0,025		Administrar	0,0875	ML	de Naloxona EV em bolus	
0,4mg/mL	Repetir a cada 2 a 3 minutos se necessário									
Flumazenila		0,01 mg/kg		P x 0,1		Administrar	0,35	ML	de flumazenila EV, bolus	
0,1mg/mL	Repetir a cada 1 minuto, SN, até máximo de 5 doses (Máx: 1mg)									
DISTÚRBO DE RITMO										
Desfibrilação	Não sincronizar	1ªdose: 2J/kg		P x 2		Aplicar		Joules.		
		2ªdose: 4J/kg		P x 4		>60kg: dose máxima 200 J (bifásico) ou 360 J (monofásico)				
		3ªdose: 4-10J/kg								
Cardioversão (sincronizar)		1ªdose: 1 J/kg		P x 1		Aplicar		Joules		
		2ªdose: 2 J/kg		P x 2		> 60 kg: 1ª dose 100 J e demais doses 200 J				
adenosina	3 mg/mL	1ªdose: 0,1mg/kg		P x 0,03		Administrar	0,105	ML	de adenosina EV em	
		2ªdose:0,2mg/kg		P x 0,06		bolus seguido de Flush de SFO,9%. Máx: 12 mg (4mL).				
Amiodarona		1ªdose: 5mg/kgEV		Px0,1		Diluir	0,35	ML	de amiodarona em	
50mg/mL		2ªdose: 2,5 mg/kg EV		P0,05		7	mL de SGI5% e administrar EV lento -10			
		Máx: 300 mg		Solução 1:20		minutos.				
Lidocaína, cloridrato 1%		1 mg/kg EV/IO		Px0,1		Administrar	0,35	ML	de lidocaína 1% EV,	
10 mg/mL	lento									
Sulfato Mg 50%	500mg/mL	25-50mg/kg EV		P x 0,05		Diluir	0,175	ML	de Sulfato Mg 50% em	
		Máx: 2g (40mL)				10	mL de SGI5% e administrar EV, lento 15-30 min.			
TABELA PARA PROCEDIMENTOS (marcar faixa etária desejada)										
Idade	L. laringeo	Tubo traqueal		Fixação	Sonda aspiração	Jelco (tórax)	Dreno tórax	Cateter venoso central	Jelco (PIA)	SVD
		com cuff	s/cuff							
RNPT	Reta 0	2,5	2,5-3	7 a 8	4 a 6	20	8 a 10	3F/22G	24	4 a 6
RNT	Reta 0-1	3	3,5	9 a 11	6	18	10 a 12	3F/22G	24	6 a 8
6 m	Reta 1	3	3,5	9 a 11	6	18	10 a 12	4F/20-22G	22-24	8 a 10
1 ano	Reta/curva1-2	3	3,5	11-13,5	6 a 8	18	16-20	4F/20-22G	22-24	8 a 10
2 anos	Reta/curva 2	3,5	4	12-13,5	8	18	16-20	5F/18-20G	22	8 a 10
4 anos	Curva 2	4,5	5	13,5-15	8	16	20-28	5F/18G	22	8 a 10
6 anos	Curva 2-3	5	5,5	15-16,5	10	16	20-28	5F/18G	22	10 a 12
8 anos	Curva 2-3	5,5	6	16,5-18	10	14	28-32	6F/16-18G	20-22	10 a 12
10 anos	Curva 2-3	6	6,5	18-19,5	12	14	28-32	6F/16-18G	20-22	10 a 12
12 anos	Curva 3	6,5	7	19,5-21	12	14	28-32	6F/16G	20	10 a 12
Adolescente	Curva 3	7-7,5	7,5-8	21-24	12	14	32-38	6F/14-16G	20	14
Assinatura/CRM										

CONTROLE GLICÊMICO UTI | ENFERMARIA

Insulinas	Controle glicêmico	IR de resgate conforme esquema
Regular (ação rápida) Início em 30min Pico em 2-3h Duração 5-8h	Enfermária: 100-180 mg/dL UTI: 140-180 mg/dL American Diabetes Association (ADA)	Entre 180 a 200 mg/dL: 2 UI SC Entre 201 a 250 mg/dL: 4 UI SC Entre 251 a 300 mg/dL: 6 UI SC >300 mg/dL: Avaliação médica
NPH (ação intermediária) Início em 2-4h Pico 4-8h Duração 10-16h		

PROTOCOLO DE INSULINA EM BOMBA (BIC)

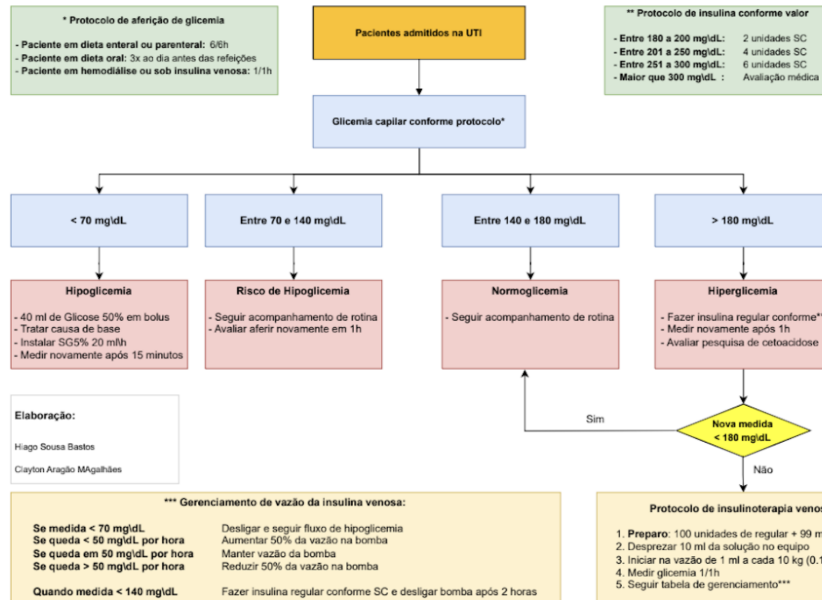
Como preparar	Gerenciamento
1. Preparação: 100UI (1ml) + 99 mL SF0.9% 2. Desprezar 10 ml da solução no equipo 3. Iniciar vazão de 1 ml a cada 10 kg (0,1 UI por kg) 4. Medir glicemia 1 em 1h 5. Seguir gerenciamento	Se medida <70 mg/dL: Desligar BIC e manejar como hipoglicemia Se queda <50 mg/dL por hora: Aumentar 50% da vazão da bomba Se queda em 50 mg/dL por hora: Manter vazão da bomba Se queda >60 mg/dL por hora : Reduzir 50% da vazão da bomba Quando medida <140 mg/dL: Fazer IR conforme SC e desligar bomba após 2h

Observação

Em casos de suspeita de CAD, seguir protocolo diferente de diagnóstico e tratamento para tal, lembrando de nunca desligar a insulina venosa até a total reversão da acidose. Nesses casos, ao atingir a glicemia abaixo de 140 mg/dL, deve-se manter vazão mínima de 1 ml/h na bomba e associar a SG5% a 20 ml/h até que a CAD tenha sido totalmente revertida na gasometria



PROTOCOLO DE CONTROLE GLICÊMICO NAS UTIs



Observações:

Em casos de suspeita de cetoacidose diabética, seguir protocolo diferente de diagnóstico e tratamento para tal, lembrando de **NUNCA** desligar a insulina venosa até a total reversão da acidose. Nestes casos, ao atingir a glicemia abaixo de 140 mg/dL, deve-se manter vazão mínima de 1 ml/h na bomba e associar soro glicosado 5% a 20 ml/h até que a cetoacidose tenha sido totalmente revertida na gasometria.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

PA ≥ 180x120 mmHg + Sem LOA

Droga Apresentação Diluição	Orientações
Clonidina (Atensina) 0,100 0,150 mcg por comprimido Diluir 1 comprimido em 10 ml de água destilada. Via enteral. 12/12h. Ofertar 1 comprimido por via oral.	Dose ideal: 0,1 - 0,2 mg VO Primeira escolha em pacientes ansiosos
Captopril 25mg 50mg por comprimido Ofertar 1 comprimido por via oral. 8/8h	Primeira escolha pelo rápido início de ação (15-30min)
Hidralazina 25mg 50mg por comprimido [drágea] - Vasodilatador direto Diluir 1-2 comprimidos em 10ml de água destilada. Via enteral. 6/6h ou 8/8h. Ofertar 1-2 comprimidos por via oral. 6/6h ou 8/8h. Hidralazina 20 mg por ml - Ampola de 1 ml Diluir 1 ml em 19 ml de água destilada [1mg/1ml] (ou diluir 1 ml em 9 ml de água destilada). Via intravenosa. Observação - (dose máxima: 30 mg por evento de tratamento para gestantes). <i>Pode ser feita 5 ml (5mg) IV e esperar entre 30-40min. Pode ser repetida até 6x (respeitando dose máx. 30mg).</i>	Droga de escolha para gestantes
Losartana 25mg 50mg 100mg por comprimido - BRA-II Ofertar X comprimidos (50-100mg) por via oral. 1x ao dia.	Não prescrever furosemida EV Não prescrever nifedipina pelo risco de hipotensão abrupta
Anlodipino 2,5mg 5mg 10mg por comprimido - BCC Ofertar X comprimidos (10mg) por via oral. 1x ao dia.	

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

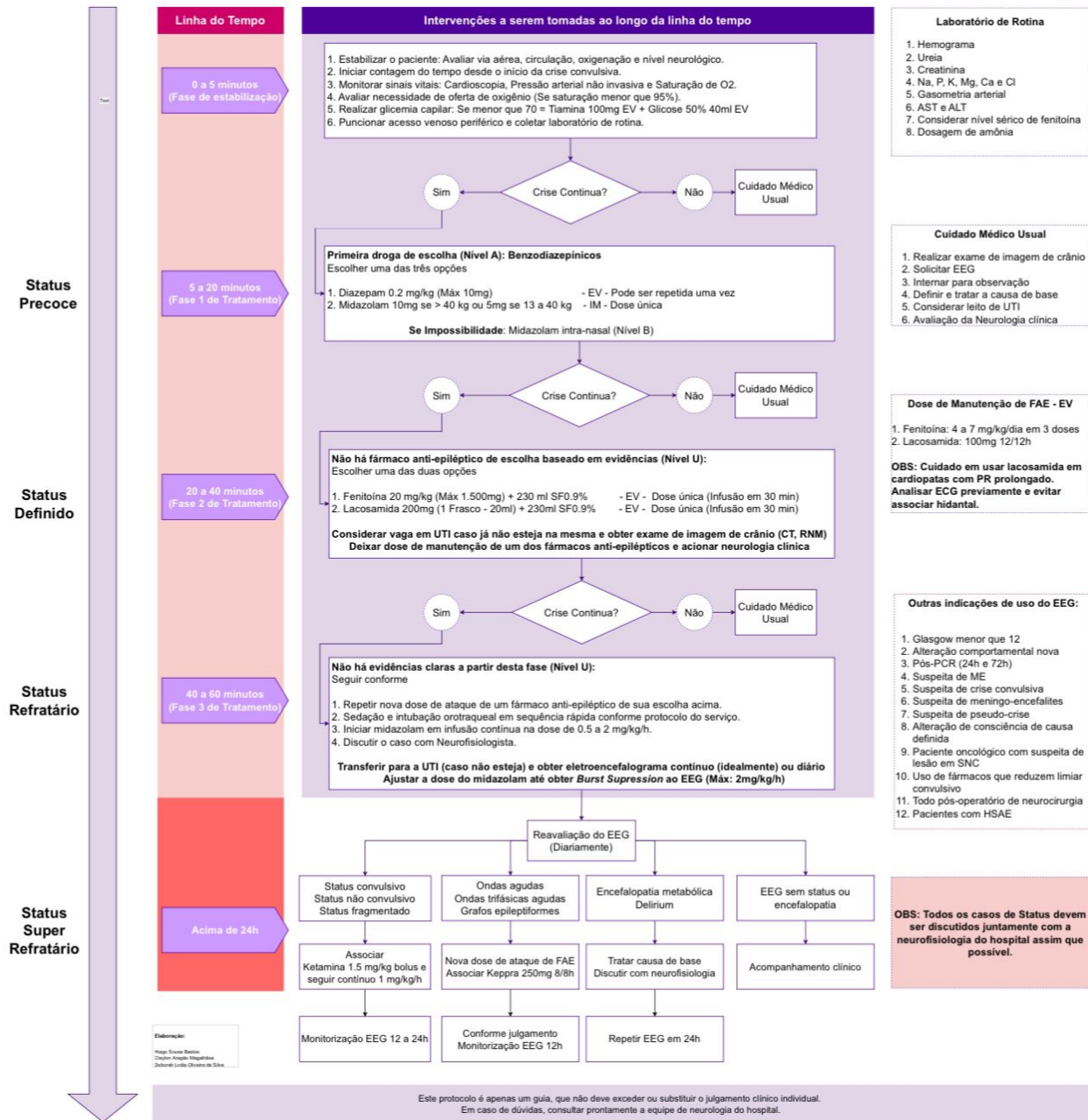
PA ≥ 180x120 mmHg + Com LOA

Nitroprussiato de sódio (nipride) 25mg por ml - Ampola de 2ml
Diluir 2ml em 248ml SG5% (200 mcg/mL). Uso em bomba de infusão. Vesicante. Iniciar com 10 ml/h (0,47 mcg/kg/min) e titular 5 ml/h a cada 5 min.
Antídoto (tiamina ou complexo B para evitar impregnação (comum em altas vazões por >48h).

MANEJO PRESSÓRICO EM GESTANTES	
Droga Apresentação Diluição	OBSERVAÇÕES E ORIENTAÇÕES
<p>Hidralazina 50mg por comprimido (Vasodilatador direto) Diluir 1 comprimido em 10ml de água destilada. Via enteral. 8/8h.</p> <p>Hidralazina 20 mg por ml - Ampola de 1 ml Diluir 1 ml em 19 ml de água destilada (ou diluir 1 ml em 9 ml de água destilada). Via intravenosa. Observação - (dose máxima: 30 mg por evento de tratamento para gestantes). Pode ser feita de 5 em 5 minutos de 4 a 6 vezes (se 1-9=2.5mg/ml, se 1-19=5mg/ml).</p> <p>Metildopa 500mg por comprimido (Agonista alfa-2 central) Diluir 2 comprimido em 10ml de água destilada. Via enteral. 8/8h.</p> <p>Metildopa 250mg por comprimido Diluir 1 comprimido em 9 ml de água destilada. Via enteral. 8/8h. Observação - (Dose inicial: 500-750mg. Dose máxima: 2-3g)</p>	<p>METAS PRESSÓRICAS Diminuir 20% - PAS 140-155 mmHg e PAD 90-105 mmHg</p>
PROFILAXIA ANTICONVULSIVANTE	
Droga Apresentação Diluição	OBSERVAÇÕES E ORIENTAÇÕES
Esquema Zuspan (intravenoso exclusivo)	
<p>Sulfato de magnésio 50% - Ampola de 10 ml (5g) - Dose de ataque Diluir 8 ml (4g) em 12 ml de água destilada ou SF0.9% (Concentração final 4g/20ml.). Via intravenosa. Infusão lenta 15-20min.</p> <p>Sulfato de magnésio 50% - Ampola de 10 ml (5g) - Dose de manutenção Diluir 10 ml (5g) em 490 ml SF0.9% (Concentração final 1g/100ml.). Via intravenosa. Iniciar em BIC 100 ml/h (totalizando 1gh em um tempo total de 5h)</p> <p>Esquema Pritchard (intravenoso e intramuscular)</p> <p>Sulfato de magnésio 50% - Ampola de 10 ml (5g) - Dose de ataque Diluir 8 ml (4g) em 12 ml de água destilada ou SF0.9% (Concentração final 4g/20ml.). Via intravenosa. Infusão lenta 15-20min. + Administrar 2 ampolas (10g) por via intramuscular. 1 ampola em cada nádega (5g + 5g).</p> <p>Sulfato de magnésio 50% - Ampola de 10 ml (5g) - Dose de manutenção Administrado 1 ampola (5g) por via intramuscular. 4/4h.</p>	<p>VIGILÂNCIA (INTOXICAÇÃO POR MAGNÉSIO) Suspender caso Mg >8 mEq/L. Indicado iniciar quando Mg <7 mEq/L. Mg >12 mEq/L (diplopia, SpO2 <95%, perda de reflexo patelar) Administrado gluconato de cálcio 1g (1g/10ml) por via IV. Mg >35 mEq/L (risco eminente de PCR) Administrado gluconato de cálcio 1g (1g/10ml). Pode administrar também 2g em 20 ml SF. levantar membro por 10 segundos.</p>
INDICAÇÕES DE CESÁREA DE EMERGÊNCIA	
<p>1. Síndrome HELLP (diagnóstico de bolso) - Hemólise (DHL ≥600 UI/L; BD x1.2 valor de normalidade) - AST >70 UI - Plaquetopenia <100.000 células/μL</p> <p>2. Eclâmpsia (diagnóstico de bolso) - Crise convulsiva tônico-clônica</p> <p>3. Descolamento prematuro de placenta</p> <p>4. Hipertensão refratária ao tratamento com 3 anti-hipertensivos</p> <p>5. Restrição grave ao crescimento fetal</p> <p>6. Alterações da vitalidade fetal</p> <p>7. Óbito fetal</p>	

MANEJO CRISE CONVULSIVA	
STATUS EPILEPTICUS PRECOCE / ESTADO DE MAL EPILEPTICO PRECOCE	
Droga Apresentação Diluição	
Diazepam 10mg por ml - Ampola de 1 ml Administrar 1 ampola por via intravenosa sem diluir. Pode ser repetido apenas 1x. (Dose ideal): 0.2 mg/kg (Dose máx): 10 mg	
Midazolam 5 mg por ml - Ampola de 10 ml Administrar 2 ml (10 mg) por via intramuscular sem diluir. Dose única. (Dose ideal): 10 mg se >40 kg ou 5 mg se 13 a 40 kg	
STATUS EPILEPTICUS DEFINIDO / ESTADO DE MAL EPILEPTICO DEFINIDO	
Droga Apresentação Diluição	
Fenitoína (hidantal) 50 mg por ml - Ampola de 5 ml 20 mg/kg diluído em 230 ml SF0.9% por via intravenosa. Infusão em 30min. Dose única. (Dose ideal): 20 mg/kg (Dose máx): 10 mg	
STATUS EPILEPTICUS REFRACTÁRIO / ESTADO DE MAL EPILEPTICO REFRACTÁRIO	
Droga Apresentação Diluição	Observações
Fentanil 50 mcg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 2 ml em 8 ml de água destilada. SR	Repetir nova dose de ataque de um fármaco anti-epiléptico de sua escolha acima Sequência rápida de intubação conforme protocolo do serviço
Midazolam 5 mg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 2 ml em 8 ml de água destilada. SR	
Midazolam 5 mg por ml - Ampola de 10 ml Fazer em BIC 0,5 - mg/kg/h	

PROTOCOLO DE MANEJO DO PACIENTE COM CRISE CONVULSIVA E STATUS



MANEJO (CRISE ASMÁTICA E DPOC EXARCEBADO)

CORTICOIDES

Droga Apresentação Diluição	Observações
Metilprednisona 125 mg por frasco Administrar 1 mg/kg/dia de 8/8h a 12/12h por via intravenosa.	
Prednisona 20 mg por comprimido Administrar 1 mg/kg/dia por via oral. Desmame lento ao longo dos dias.	

TERAPIA BRONCODILATADORA

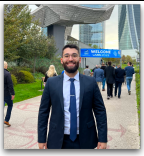





Droga Apresentação Diluição	Observações
Salbutamol (Aerolin®) - SPRAY Administrar 4 puffs a cada 20min por via inalatória (totalizando 12 puffs em 1h).	Se TOT-VMI Administrar 8 puffs de 4/4h ou 6/6h tanto de salbutamol como de brometo de Ipratrópio Associar Alenia (fumarato de formoterol + budesonida) de 12/12h
Brometo de Ipratrópio (Atrovent®) - SPRAY Administrar 4 puffs a cada 20min por via inalatória (totalizando 12 puffs em 1h).	
Nebulização (NBZ) Diluir 10 gts de salbutamol + 40 gts brometo de ipratrópio + 5 ml SF0.9%. Nebulização de 20/20min.	

ANTIBIOTICOTERAPIA

Droga Apresentação Diluição	Observações
Ceftriaxone 1g por frasco - Frasco com 1g - D10 Diluir 1 frasco em 100 ml SF0.9% por via intravenosa de 12/12h.	
Clarithromicina 500mg por frasco - D10 Diluir 1 frasco em 100 ml de SF0.9%. Via intravenosa. 12/12h.	
Levofloxacino 500mg por frasco - D10 Diluir 1 comprimido em 20 ml de água destilada. Via enteral. 1x ao dia.	

SULFATO DE MAGNÉSIO

Droga Apresentação Diluição	Observações
Sulfato de magnésio 5% - Ampola de 10 ml Diluir 1g em 100 ml SF0.9% para correr em 1h por via intravenosa.	

		@gabrielalme1da	Gabriel Almeida Lisboa Oliveira Interno de medicina [5º ano] na Universidade UniCeuma	
		Gabrieloliveira8303@gmail.com		
		@gabr1elalme1da		
FÓRMULAS BÁSICAS NA VENTILAÇÃO MECÂNICA <small>Ajustando o ventilador mecânico pela gasometria</small>				
Relação P/F (troca gasosa)				
PaO2 (mostrada na gasometria arterial) / FIO2 (cetada no ventilador %) P/F > 300 [Normal] P/F 150-300 [SDRA leve] P/F 100-150 [SDRA moderada] P/F < 100 [SDRA leve]				
PaO2 ideal corrigida pela idade <small>[109 - (0.41 x idade)]</small>				
Peso (kg)			PaO2 ideal (mmHg)	
50			#ERROR:	

GHOST CAP	
G (glicose)	Dx 80 a 180 mg/dL
H (hemoglobina)	Hb 7 a 9 g/dL
O (oxigênio)	SpO2 94 a 97%
S (sódio)	Na+ até 155 mEq/L
T (temperatura)	Tax <38°C
C (cálcio)	Controle da dor Agitação
A (arterial blood)	Pressão de perfusão cerebral (PPC) ≥ 80 mmHg Pressão arterial média (PAM) ≥ 60 mmHg
P (PaCO2)	PaCO2 35-45 mmHg Hiperventilação excessiva causa isquemia cerebral

AVE ISQUÊMICO							
Bandle	Trombólise (Porta balão 30min)				Trombectomia mecânica		
	Parâmetros	Indicações	Contraindicações		Indicações	Contraindicações	
DeltaT 4h30min <i>Trombolisar imediatamente.</i>	1. TC de crânio sem contraste (em até 15min) Diagnóstico definitivo 2. AngioTC de crânio e vasos cervicais Investigação oclusão de grandes vasos (M1, carótida e basilar) 3. RNM Avaliação de MISMATCH	NIHSS 6-20 pontos ASPECTS >7 pontos MISMATCH >20% Delta T < 4h30min Idade >18 anos TC crânio afastando AVEH	Contraindicações absolutas TCE nos últimos 3 meses Cirurgia SNC nos últimos 3 meses AVEH prévia Neoplasia ou MAV (diagnóstico ou suspeita) Sangramento ativo PAS >185 ou PAD >110 mmHg Coagulopatia ou uso de coagulantes Plaqt <100.000 TC evidenciando hipodensidade > 1/3 do hemisfério		Contraindicações relativas Gravidez IAM nos últimos 3 meses Trauma ou cirurgia de grande porte nos últimos 3 meses Cirurgia abdominal ou geniturinária nos últimos 21 dias Rápida melhora dos sintomas NIHSS <5	Delta T <8h (máx 24h) Oclusão de grandes vasos (M1, carótida, basilar)	Anatomia tortuosa (MAV) Plaqt <40.000 INR >3
DeltaT 4h30min - 8h <i>Vale a pena trombolisar ?</i>	1. TC de crânio sem contraste (em até 15min) Diagnóstico definitivo 2. AngioTC de crânio e vasos cervicais Investigação oclusão de grandes vasos (M1, carótida e basilar) 3. RNM Avaliação de MISMATCH	NIHSS 6-20 pontos ASPECTS >7 pontos MISMATCH >20%			Delta T <8h (máx 24h) Oclusão de grandes vasos (M1, carótida, basilar)	Anatomia tortuosa (MAV) Plaqt <40.000 INR >3	
DeltaT 8h - 24h <i>Não vale a pena trombolisar - Trombectomia ?</i>	1. TC de crânio sem contraste (em até 15min) Diagnóstico definitivo 2. AngioTC de crânio e vasos cervicais Investigação oclusão de grandes vasos (M1, carótida e basilar) 3. RNM Avaliação de MISMATCH						
DeltaT >24h <i>Terapia de reabilitação</i>	1. TC de crânio sem contraste (em até 15min) Diagnóstico definitivo	Profilaxia para eventos secundários AAS 100 mg por dia (em até 48h) Sinvastatina 80 mg por dia Anticoagulação plena (nunca iniciar com <72h)					

SUGESTÃO DE PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES	
Seguimento com trombólise química	
Druga Apresentação Diluição	Orientações
Alteplase (Actilyse) 50 mg por 50 ml Administrar 0,9 mg/kg (máx 90mg). Administrar 10% da dose em bolus e correr 90% da dose ao longo de 1h em BIC.	Cuidados pós trombólise 1. Manter PA, SpO2, Dx e Tax estáveis 2. Não passar sonda ou qualquer acesso nas primeiras 24h 3. Não dar antiagregantes ou anticoagulantes (AAS, clopidogrel ou clexane) nas primeiras 24h 4. Atenir pressão de 2/2h e em seguida aplicar NIHSS Aguardar 24h pós trombólise para administrar Aguardar 24h pós trombólise para administrar
Tenecteplase (Metalyse) Administrar 1 ml/kg da solução em bolus.	
AAS 100 mg por comprimido Administrar 1 comprimido por via enteral. 1x ao dia. Sinvastatina 40 mg por comprimido Administrar 2 comprimido por via enteral. 2x ao dia.	
Seguimento sem trombólise química	
Druga Apresentação Diluição	Orientações
AAS 100 mg por comprimido Administrar 1 comprimido por via enteral. 1x ao dia. Sinvastatina 40 mg por comprimido Administrar 2 comprimido por via enteral. 2x ao dia.	

AVE HEMORRÁGICO			
Bandle	Abordagem cirúrgica	Exames de investigação	Medidas clínicas
AVEh HIPE	Conduta cirúrgica se desvio de linha média >5mm (0,5 cm) ou apagamento de sistema mesencefálica (* ventricular) Conduta conservadora se desvio de linha média <5mm (0,5 cm)	TC de crânio sem contraste Vigilância neurológica Neurocheck 24h após admissão 72h depois ou antes caso deteriorização neurológica <i>(Perda de reflexo, inco, anisocora, midriase)</i> Observação Em casos de pós operatório NCX somente desligar sedação após avaliação da neurocirurgia	Medidas para HIC 1. Neurocheck 2/2h 2. Sedação leve (alvo RASS 0 a -2) Evitar agitação 3. Cabeceira centralizada 30-45° Otimização drenagem venosa cerebral 4. Estabilidade hemodinâmica (PAM>65 mmHg) e ventilatória (PaCO2 35-45 mmHg SaO2 94%) Observação: Terapia hiperosmolar (NaCl20% 0,5-0,7 ml/kg em 10min) manito 1g/kg em bolus) em CVC Pode ser feita como parte para craniectomia descompressiva Tromboprofilaxia Iniciar mecânica e após 72h-120h (3-5 dias) alterar para medicamentosa (pós abordagem + Sem evidência ou risco de sangramento) Manejo GHOSTCAP
AVEh HSA		1. TC de crânio sem contraste (em até 15min) Diagnóstico definitivo	1. Angiografia cerebral Documentação da etiologia aneurismática (obrigatório) 2. Eletroencefalograma (EEG) Investigação e documentação de Status 3. Doppler transcraniano Investigação de vasoespasmo

SUGESTÃO DE PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES	
Druga Apresentação Diluição	Orientações
Nimodipino 30mg por comprimido Diluir 2 comprimidos em 200mL de água destilada. Via enteral. 4/4h por 21 dias. (profilaxia isquemia cerebral tardia) Hidantal 50 mg por ml - Ampola de 5 ml (D1D7) Diluir 2ml em 10 ou 40 ml de água destilada. Via intravenosa. 8/8h. Indicado por 7 dias (D1-D7) em casos de TCE HSA (profilaxia convulsão)	SUSPENDER QUAISQUER TIPOS DE ANTICOAGULANTES E ANTIPLAQUETÁRIOS

TCE			
Rotina admissional do trauma	Profilaxia para tétano e anticonvulsivante	Indicações cirúrgicas e parecer NCX	Medidas clínicas
			Medidas para HIC 1. Neurocheck 2/2h 2. Sedação leve (alvo RASS 0 a -2)

Solicitar rotina radiológica do trauma para todos os pacientes que forem admitidos na UTI

1. TC de crânio sem contraste
2. TC de cervical
3. TC de tórax e coluna torácica
4. TC de abdome
5. TC de coluna lombar

Profilaxia tétano

1. Vacina dT - Administrar 0,5 ml IM (vaso lateral) em dose única
2. SAT (soro antitetânico) - Administrar 1 ampola IM em dose única

Profilaxia anticonvulsivante

1. Hidantal 50 mg por ml - Diluir 2 + 18 ml AD 8/8 (D1/D7) - Fazer 100 mg

Craniectomia descompressiva

1. Hematoma epidural
Desvio de linha média >5mm (0,5cm) ou
Volume do hematoma >30 ml
2. Hematoma subdural
Desvio de linha média >5mm (0,5cm)
3. Contusão cerebral

Parecer NCX para avaliação e conduta

Evitar agitação

3. Cabeceira centralizada 30-45°
Otimização drenagem venosa cerebral
 4. Estabilidade hemodinâmica (PAM-65 mmHg) e ventilatória (PaCO2 35-45 mmHg SaO2 94%)
- Observação:** Terapia hiperosmolar (NaCl20% 0,5-0,7 ml/kg em 10min) manito 1g/kg em bolus) em CVC
Pode ser feita como pode para craniectomia descompressiva

Tromboprofilaxia

Iniciar mecânica e após 72h-120h (3-5 dias) alterar para medicamentosa (de abordagem + Sem evidência ou risco de sangramento)

[Manejo GHSTCAP](#)

ABORDAGEM CLÍNICA | MEDICAMENTOSA

	Pontos no atendimento	Dipirona	Nitrito	Morfina
M <small>(Monitorização Estabilização Controle algico)</small>	1. Atendimento em sequência CAB + MOVE 2. Descartar dissecção de aorta, TEP e pneumotórax hipertensivo 3. Solicitar ECG em 10min 4. Solicitar marcadores de necrose miocárdica (<i>Troponina T</i> <i>CKMB</i> <i>CPK</i>) 5. Curvar troponina T (<i>0h 3h 6h</i>)	Analgésia inicial Diluir 2 ml + 18 ml AD EV lento	Contraindicações formais 1. Instabilidade hemodinâmica (bradi ou taquiaritmias) 2. Infarto de parede inferior (DII, DIII e AVF) - Coronária direita 3. Uso de sildenafil ou tadalafil (viagra) nas últimas 24h. (inibidor seletivo da fosfodiesterase-5)	
			Nitrato sublingual (isordil) Primeiro e a ser fornecido. Progredir para EV se não houver controle <i>Isordil 5 mg SL</i> Nitrato intravenoso (Nitroglicerina Tridil) Último recurso a ser usado <i>Nitroglicerina 5 mg por ml - Ampola de 10 ml</i> <i>Diluir 10 ml em 240 ml SSG%. Via intravenosa.</i>	Feito quando analgesia refratária com dipirona ou nitrato SL <i>Morfina 4 mg.</i>
O <small>(Oxigênio)</small>	SpO2 alvo 94% para não pneumopatas SpO2 alvo 90% para pneumopatas			
	Betabloqueadores (BB)		IECA	BCC
B <small>(BB IECA BCC)</small>	Contraindicações formais (SBC) 1. Sinais de insuficiência cardíaca 2. Sinais de baixo débito cardíaco 3. Risco aumentado para choque cardiogênico Orientações: 1. Nunca fazer nas primeiras 24h (fase aguda) 2. Necessário documentar FE (caso <30% possui risco para choque cardiogênico)		Indicações: 1. FE <40% Orientações: 1. Nunca fazer nas primeiras 24h (forma aguda)	Orientações 1. Nunca fazer nas primeiras 24h (fase aguda) 2. São usadas em anginas com contra-indicação a BB
	<i>Carvedilol 25 mg por comprimido</i> Tomar 1 comprimido 2x ao dia. Via oral.		<i>Captopril</i>	<i>Verapamil 80 a 120 mg três vezes ao dia</i> <i>Diltiazem 60 mg três a quatro vezes ao dia</i>
	AAS + IP2Y12 (Clopidogrel)		Estatina	Heparina
A <small>(Antiagregante Anticoagulante Estatina)</small>	Orientações: 1. Drogas que mudam a mortalidade 2. Fazer imediatamente quando afastado dissecção de aorta		Orientações: 1. Deve ser iniciada o mais precocemente possível	Indicações: 1. IACSST com indisponibilidade de CATE em 2h 2. IAMSST sem indicação de CATE ultraprecoce Orientações: 1. Se indicada trombólise, administrar clexane 30 mg IV e iniciar anticoagulação plena (1 mg por kg) após 12h do trombolítico por 7 dias ou até a realização do CATE
	DOSE DE ATAQUE: <i>AAS 100 mg por comprimido</i> Administrar 3 comprimidos VO mastigado. <i>Clopidogrel 75 mg por comprimido</i> Administrar 4 comprimidos VO mastigado por tempo indeterminado. Se CATE de prontidão iniciar 600mg de clopidogrel		<i>Sinvastatina 40 mg por comprimido</i> Administrar 2 comprimidos (80mg) VO diariamente.	Se trombólise Clexane 30mg EV Anticoagulação plena Clexane 1 mg por kg por 7 dias ou até a realização do CATE

TERAPIAS DE REPERFUSÃO


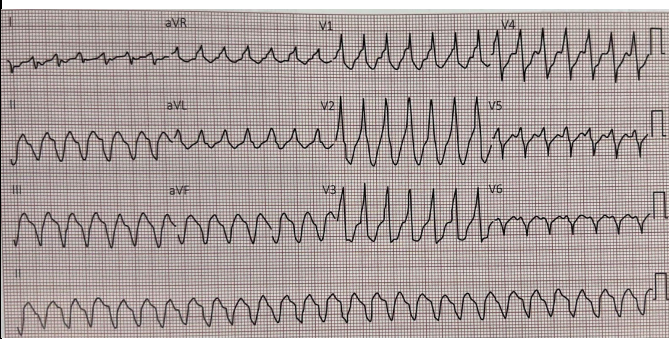
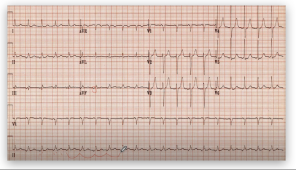
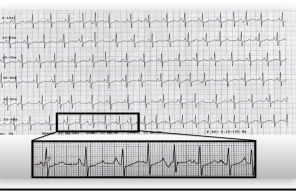
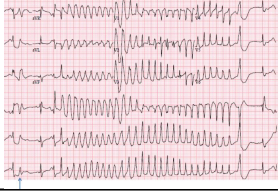
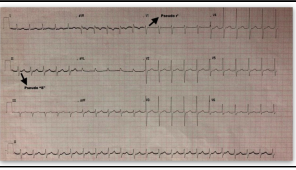
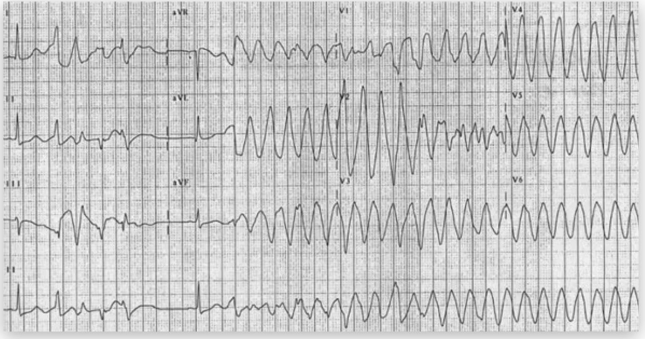
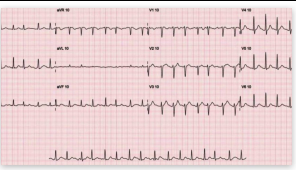

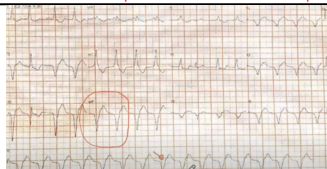
	IAMCSST	IAMSSST							
C A T E	CATE ultraprecoce Até 120min (2h) <i>Tempo porta-agulha 30min</i> <i>Tempo porta-balão 90min</i> CATE precoce Até 24h CATE retardado Após 24h	Indicação DeltaT <120min (2h)	Indicação DeltaT <24h CATE PRECOCE OU CATE ULTRAPRECOCE <i>(Se instabilidade hemodinâmica, dor refratária ou nova alteração no ECG)</i>						
		Indicação DeltaT >120min (2h)							
Trombólise Química	Alteplase Tenecteplase Estreptoquinase	Tabela 9 Dose dos fibrinolíticos <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <td style="width: 30%;">Estreptoquinase (SK)</td> <td>1.500.000 UI EV em 30-60 minutos</td> </tr> <tr> <td>Alteplase (tPA)</td> <td>15 mg EV em bolus 0,75 mg/kg (até 50 mg) em 30 minutos seguidos 0,5 mg/kg (até 35 mg) em 60 minutos</td> </tr> <tr> <td>Tenecteplase (TNK-tPA)</td> <td>Dose em bolus: • 30 mg se < 60 kg • 35 mg se 60 a 70 kg • 40 mg se 70 a 80 kg • 45 mg se 80 a 90 kg • 50 mg se > 90 kg</td> </tr> </table>	Estreptoquinase (SK)	1.500.000 UI EV em 30-60 minutos	Alteplase (tPA)	15 mg EV em bolus 0,75 mg/kg (até 50 mg) em 30 minutos seguidos 0,5 mg/kg (até 35 mg) em 60 minutos	Tenecteplase (TNK-tPA)	Dose em bolus: • 30 mg se < 60 kg • 35 mg se 60 a 70 kg • 40 mg se 70 a 80 kg • 45 mg se 80 a 90 kg • 50 mg se > 90 kg	
Estreptoquinase (SK)	1.500.000 UI EV em 30-60 minutos								
Alteplase (tPA)	15 mg EV em bolus 0,75 mg/kg (até 50 mg) em 30 minutos seguidos 0,5 mg/kg (até 35 mg) em 60 minutos								
Tenecteplase (TNK-tPA)	Dose em bolus: • 30 mg se < 60 kg • 35 mg se 60 a 70 kg • 40 mg se 70 a 80 kg • 45 mg se 80 a 90 kg • 50 mg se > 90 kg								

MODELO PRESCRIÇÃO

AAS 100 mg por comprimido (Dose de ataque): Tomar 03 comprimidos (Dt 300mg) mastigados. Via oral. Agora. (Dose de manutenção): Tomar 01 comprimido (Dt 100mg). 1x ao dia. Clopidogrel 75 mg por comprimido (Dose de ataque): Tomar 4 comprimidos (Dt 300mg) mastigados. Via oral. Agora. (Dose de manutenção): Tomar 01 comprimido (Dt 75mg). 1x ao dia. Sinvastatina 40 mg por comprimido Administrar 2 comprimidos (Dt 80mg) por via oral. 1x ao dia. (Observação): Manter dose de 80mg/dia de Ttmento conservador.	Excluir imediatamente dissecção de aorta antes da administração
Clexane 40 mg por seringa de 0,4 ml (Dose durante trombólise): 30mg por via intravenosa. Bolus. Dose única. (Anticoagulação plena): 1mg/kg por via subcutânea de 12/12h durante 7 dias ou até a realização do CATE; Na prática fazer 0,7ml (70kg)	Administrar 30mg EV pré-trombólise

<p>Alteplase tPA (Actilyse) 50 mg por 50 ml [solução completa com 1mg por ml] [Regime de administração em 90min para pacientes com início dos sintomas <6h]: Se >= 65kg: 15mg (15ml) EV bolus, seguido de 50mg EV infundido em 30min (iniciar 100ml/h BIC) e seguido imediatamente de 35mg EV infundido nos 60min (iniciar 35ml/h BIC) restantes, até a dose total de 100mg.</p> <p>[Regime de administração em 3h para pacientes com início dos sintomas 6h-12]: Se >= 65kg: 10mg (10ml) EV bolus, seguido de 50mg EV infundido em 60min (iniciar 50ml/h BIC), e seguido imediatamente de 40mg EV infundido nas 2 horas seguintes (iniciar 20ml/h BIC), até a dose total de 100mg.</p>	<p>Analisar contraindicações absolutas e relativas</p>
<p>Nitroglicerina [Tridil] 5mg por ml - Ampola de 10 ml Diluir 10 ml em 240ml SG%. Iniciar com 10 ml/h (0,5 mcg/kg/min se 70kg) em BIC</p> <p>Morfina 10mg por ml</p>	<p>Contraindicado em casos de IAM de VD, instabilidade hemodinâmica e uso de sildenafil (viagra)</p>

TAQUIARRITMIAS

QRS ESTREITO <i>Taquicardias Supraventriculares (<120ms ou <3 quadrados pequenos)</i>	QRS LARGO <i>Taquicardias ventriculares (>120ms ou >3 quadrados pequenos)</i>
Taquicardia sinusal Ritmo sinusal + Ritmo regular + FC > 100 bpm	Taquicardia ventricular monomórfica Ritmo regular + QRS > 120ms
	
Taquicardia atrial Onda P sem características sinusais	
	
Taquicardia atrial multifocal Ondas P morfologicamente diferentes entre si + Ritmo irregular	Taquicardia ventricular polimórfica Ritmo irregular
	
Taquicardia por reentrada nodal (TRN) Presença de pseudo r' na derivação V1, V2 e AVR ou deflexão pseudo S' nas derivações inferiores Na prática paciente chega com palpitações + sensação de pulsação no pescoço — Pensar em TRN	Torsades de pointes Associada a QT longo. Comumente > 500ms
	
Fibrilação atrial (FA) Ritmo irregular + Taquicardia + Ausência de onda P Diagnóstico diferencial: Holiday Heart Syndrome — FA após libação alcoólica	
	
Flutter atrial Presença de ondas F + Ritmo regular/irregular + QRS estreito (olhar para DII, DIII e aVF)	Ritmo idioventricular acelerado (RIVA) QRS largo > 120ms + Normo/Bradicardia Geralmente associada a pós trombolise — Arritmia de reperfusão
	

MANEJO

Avaliar critérios de instabilidade

1. Rebaixamento do nível de consciência
2. Dispneia (de origem cardiogênica - EAP)
3. Dor torácica (anginosa)
4. Hipotensão (PAS < 90mmHg)
5. Sinais de choque

Observação: Palpitação não é critério de instabilidade

Taquicardia estável		Taquicardia instável
QRS estreito (supraventricular)	QRS largo (ventricular)	Protocolo OSASCO
Manobra Vagal Solicitar que o paciente faça contração abdominal sustentada enquanto assopra uma seringa vazia de 20 ml, tentando empurrar o êmbolo	Amiodarone	Orientar Orientar o paciente sobre o procedimento Sedar Fentanil 2ml + 7ml AD — Administrar lentamente em 4min EV Midazolam 2ml + 7ml AD — Administrar 1 ml EV de 20min

<p>sentado à 45° graus durante 15 segundos. Depois abaixa-se a cabeça para 0° graus, elevando os membros inferiores do indivíduo, passivamente a 45° graus por mais 15 segundos.</p>	<p>Amiodarona (50 mg por ml - Ampola com 3ml)</p> <p>Na prática: Dose inicial 1 ampola (150mg - 3ml) em 10min. Repetir se necessário e TV persistir</p>	<p>Midazolam 3ml + 7ml AD — Administrar 1 ml EV de 2/2min:</p> <p>Ambuzar ventilar paciente com bolsa-valva-máscara. Sincronizar Apertar a tecla "Sync" do aparelho desfibrilador. Cardioverter Cardioversão sincronizada com 100J Observar</p> <p>Não retirar as pás do tórax do paciente até que haja a reversão para ritmo sinusal. Se o paciente não reverter no primeiro choque, lembrar se apertar novamente a tecla "Sync" e aumentar a carga em joules para o segundo choque.</p>
<p>Adenosina (3mg por ml - Ampola com 2 ml)</p> <p>Administrar com flush 20ml SF0.9%. Em casos de WPW fazer adenosina em dose baixa (3mg)</p> <p>Adenosina 6mg (1 ampola) <i>Se refratário</i></p> <p>Adenosina 12mg (2 ampolas) <i>Se refratário</i></p> <p>Adenosina 12mg (12 ampolas) <i>Se refratário</i></p> <p>Considerar CVE 100J</p>	<p>Dose de manutenção 6 ampolas (900mg - 18ml) + 232 ml SG5% Iniciar 10-20 ml/h BIC <i>Dose ideal: 1mg/min em 6h</i></p> <p>No ACLS: Amiodarona 150mg (1 ampola) EV de 10-15min podendo ser repetido por até 3x</p>	<p>Na prática</p> <ol style="list-style-type: none"> Oxigenoterapia (cateter nasal) Analgesia (fentanil 1 ml + 9 ml SF0.9% e Midazolam 1 ml + 9 ml SF0.9%) Colocar as pás Apertar o botão de sincronizar. CVE com 100J — Se reverter iniciar amiodarona Se refratário iniciar CVE com 150J Se refratário iniciar cardioversão química Iniciar nova tentativa de CVE.

Fibrilação atrial (FA)

FA estável		FA instável	
<p>FA aguda <48h New Onset FA de início recente</p>	<p>FA crônica >48h ou desconhecida</p>		
<p>CVE ou CVQ seguida ou não se anticoagulação por 4 semanas <i>(precisa ser avaliado pelo CHADSVASC)</i></p> <p>Cardioversão química</p> <p>Amiodarona Dose de ataque: 2 ampolas + 100ml SG5% em 10min. <i>Se não reverter repetir a mesma dose</i></p> <p>Dose de manutenção: 6 ampolas + 232ml SG5%. Iniciar com 10-20 ml/h BIC. <i>Se não reverter pode ser feito CVE</i></p> <p>Anticoagulação plena</p> <p>Clexane 1mg/kg por 4 semanas</p>	<p>Anticoagulação por 3 semanas CV elétrica ou química + Antiarrítmico Anticoagulação por 4 semanas pós CVE</p> <p>Ou</p> <p>ECO transesofágico (exclusão de trombo) CV elétrica ou química + Antiarrítmico Manter anticoagulação por mais 4 semanas</p> <p>Ou</p> <p>Controle da FC e anticoagulação permanente Drogas de 1ª linha BB (esmolol) e BCC NDH (verapamil e diltiazem) Drogas de 2ª linha Digitálicos (Digoxina)</p>	<p>Orientar Orientar o paciente sobre o procedimento</p> <p>Sedar Fentanil 1ml + 9ml AD — Administrar lentamente em 4min EV Midazolam 1ml + 9ml AD — Administrar 1 ml EV de 2/2min.</p> <p>Ambuzar ventilar paciente com bolsa-valva-máscara. Sincronizar Apertar a tecla "Sync" do aparelho desfibrilador. Cardioverter Cardioversão sincronizada com 100J Observar</p> <p>Não retirar as pás do tórax do paciente até que haja a reversão para ritmo sinusal. Se o paciente não reverter no primeiro choque, lembrar se apertar novamente a tecla "Sync" e aumentar a carga em joules para o segundo choque.</p> <p>Na prática</p> <ol style="list-style-type: none"> Oxigenoterapia (cateter nasal) Analgesia (fentanil 1 ml + 9 ml SF0.9% e Midazolam 1 ml + 9 ml SF0.9%) Colocar as pás Apertar o botão de sincronizar. CVE com 100J — Se reverter iniciar amiodarona Se refratário iniciar CVE com 150J Se refratário iniciar cardioversão química Iniciar nova tentativa de CVE. 	

BRADIARRITMIAS

Bradicardia sinusal	Bloqueio atrioventricular grau 1 (BAV-1)	Bloqueio atrioventricular grau 2 (BAV-2)	Bloqueio atrioventricular total (BAVT)
<p>Como identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bradicardia <50bpm + Ritmo sinusal Intercalo PR <0,2s 	<p>Como identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atraso na onda P Segmento PR >0,2s Todos os impulsos atriais conseguem ativar os ventrículos (relação AV 1:1) 	<p>Como identificar:</p> <p>Mobitz I</p> <ul style="list-style-type: none"> Fenômeno de weckenbach Onda P avisa que vai parar de gerar o QRS (vai se afastando aos poucos) Alguns estímulos sinusais ou atriais não são conduzidos aos ventrículos Aumento progressivos do intervalo PR até o bloqueio da onda <p>Mobitz II (avanzado)</p> <ul style="list-style-type: none"> Onda P não avisa que não vai gerar QRS (simplesmente para) Condução AV 1:1 com bloqueio súbito da onda P Intervalos PR contantes 	<p>Como identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ondas P completamente desorganizadas. Ausência de condução AV Ritmo cardíaco determinado por escape abaixo da região do bloqueio (Contrações dos átrios e ventrículos independentes - Aparecimento de bulhas em canhão) <p>Observação prática: A forma mais simples de se identificar um BAVT é quando uma onda P cai sobre o QRS (quando altera a morfologia do QRS) Geralmente tende a QRS largo</p>

MANEJO PRÁTICO

Avaliar critérios de instabilidade

- Rebaixamento do nível de consciência
- Dispneia (de origem cardiogênica - EAP)
- Dor torácica (anginosa)
- Hipotensão (PAS <90mmHg)
- Sinais de choque

Bradicardia estável	Bradicardia instável
	<p>Atropina [1ª linha] 1mg EV podendo ser repetido 3-5min (dose máxima de 3 mg) 1 ampola + 20 ml SF0.9% EV em bolus. Se não tiver CVC pode ser feito em periférico. <i>Observação: Quanto mais baixo o bloqueio, menor será a ação da atropina</i></p>

Monitorar e observar

Ver uso medicamentoso
Parecer para cardiologia

Avaliar causas intrínsecas

Intrínsecas
Isquemia
Cardiomiopatias
Doença de Chagas
Doença do Nó Sinusal
Endocardite infecciosa
Colagenoses (LES)
Doenças de depósito

Avaliar causas extrínsecas

Medicamentosas (B-Bloq Bloq. canais de cálcio | Digitálicos | Anti-arrítmicos)
Hipotireoidismo
Distúrbios hidroeletrólíticos (especialmente hipo/hipercalcemia)
Neurocardiogênicas
Hipertemia.

Dopamina [se refratário]

Dose inicial 5-20 mcg/kg/min

50 ml + 200 ml SG5% (1000 mcg/ml) iniciar 10-12 ml/h/bic.
10 ampolas + 90 ML SF0.9% — BIC 1,2 a 6 ml/h

Adrenalina [se ausência de dopamina no serviço]

2-10 mcg/min BIC.

Observação: Na prática dopamina ou adrenalina são usadas como ponte para marca-passo transcutâneo

Marca-passo transcutâneo

*(Possui o mesmo grau de evidência do que as drogas vasoativas pelo ACLS) [Sem diferença de mortalidade]
Realize uma sedação leve (MP incomoda o paciente): **Morfina 2mg***

Posicionamento:

1. Posicionamento das pás (região infraclavicular direita e região inframamária esquerda)
2. Conectar cabos no monitor e colocar na função "MARCA-PASSO"

Passo a passo da cetagem:

FC (Rate): 60-80 bpm

Amperagem (Output): **1º passo:** aumentar a amperagem até a espícula do MP ficar em cima do QRS (valor de referência 8-10 mA). **2º passo:** achar o lımear (valor mínimo de estímulo para que a amperage gere um batimento cardíaco). Se em 8 mA tem estímulo, coloque para 7 mA e caso não tenha estímulo, a numeração 8 mA é o lımear. **3º passo:** ajustar 3-5 mA acima como margem de segurança. **4º passo:** checar pulso femoral para ver se é compatível com o ritmo no monitor. Os dois precisam bater. O objetivo final é o domínio sobre a FC do paciente.

Sensibilidade: Colocar em modo FIXO (não colocar em modo DEMANDA inicialmente)

PRÉ-REQUISITOS PARA DETERMINAÇÃO DE ME

**Não precisa da autorização dos familiares
Avaliação de 2 médicos especialistas (exceto equipe de transplante ou captação de órgãos)

Janela de tempo	Causa conhecida	Ausência de fatores confundidores	Crítérios fisiológicos obrigatórios
Pelo menos 6h de internação e tratamento hospitalar (24h em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica — Afogamento, Enforcamento, PCR e etc).	Causa conhecida do coma Tomografia de crânio demonstrando catástrofe neurológica compatível com evolução para ME. Sempre solicitar TC de cervical para excluir trauma cervical (que é contraindicação)	Excluir fatores de confusão [Drogas depressoras do SNC]: Fentanil, Midazolam, Pancurônio, Succinilcolina e etc. A sugestão é que se aguarde pelo menos 3 meias-vidas se infusão em bolus ou 5 meias-vidas se em infusão contínua do início da determinação de ME. Na prática 12h [Hipernatremia] [Causas que podem mimetizar ME - brain death mimics]: Hipotermia grave (<32°C) Síndrome do encarceramento (locked-in) Intoxicação exógena ou uso de drogas sedativas (com especial atenção ao tiopental) Formas graves de SGB	Deve-se assegurar que o paciente esteja estável do ponto de vista térmico, hemodinâmico e respiratório. [Temperatura central]: >35°C (ou seja 35,1; 35,2 e etc) [Hemodinâmica]: (PAM ≥ 65 mmHg) [Respiratório]: (SpO2 > 94%)

DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

2 exames clínicos (1h de intervalo entre eles) + 1 teste de apneia + 1 exame complementar

Exame clínico compatível	Teste de apneia	Exame complementar confirmatório
<p>Dúvidas comuns</p> <p>[Realizar otoscopia bilateral]: Se um dos lados não puder ser avaliado, documentar no termo o motivo e realizar o teste apenas do outro lado; Se os dois não puderem ser examinados, não é possível determinar ME.</p> <p>[Contraindicações absolutas para abertura do procolo]: Lesão bilateral de conduto auditivo e trauma cervical [Lesão de globo ocular]: Se bilateral, não é possível fazer a determinação de ME</p> <p>Exame neurológico</p> <p>[Coma aperceptivo]: Realizar estímulo doloroso no leito ungueal em MMII, Membros superiores, Trapézios, ATM, Supraorbitário bilateralmente</p> <p>[Reflexo fotomotor]: Aferido pelo 2º par e efetuado pelo 3º par. [Reflexo córneo-palpebral gotinha no olho]: Aferido pelo 5º par (V1 - ramo oftálmico do trigêmeo) e efetuado pelo 7º par. Pode ser feito com gotinha de soro fisiológico em cada córnea. [Reflexo oculocefálico Olhos de boneca]: Aferido pelo 8º par e efetuado pelo 3º, 4º e 6º par: O teste é negativo quando balança a cabeça do paciente e as pupilas não acompanham o movimento, elas permanecem fixas. [Reflexo vestibulo-ocular Prova calórica]: Aferido pelo 8º par e efetuado pelo 3º, 4º e 6º par: Injetar 50 ml de SF0.9% em cada ouvido com os olhos abertos para ver se o paciente faz nistagmo. Manter pálpebra aberta por 2 minutos. Aguardar 5 minutos para realizar ao outro lado. [Reflexo de tronco Reflexo de tosse]: Aferido e efetuado pelo 10º par</p> <p>Revisão dos pares cranianos: I: Olfatório II: Óptico III: Oculomotor IV: Troclear V: Trigêmeo VI: Abdcente VII: Facial VIII: Vestibulococlear IX: Glossofaringeo X: Vago XI: Acessório XII: Hipoglossos</p>	<p>No paciente com morte encefálica, o paciente precisa estar com obrigatoriamente com sensibilidade a pressão (o próprio paciente faz força negativa e o ventilador entrega o disparo). A sensibilidade a fluxo é muito sensível, até o batimento cardíaco interfere.</p> <p>1) Preparação do teste de apneia Temperatura corporal >35°C, SpO2 >94% e pressão arterial conforme faixa etária. [Gasometria pré-teste]: Pré-oxigenar com FIO2 100% durante 10 min. SpO2 obrigatoriamente acima de 94% + PaCO2 obrigatoriamente abaixo de 45 mmHg</p> <p>2) Interrupção da ventilação mecânica com suplementação de oxigênio Como cetar na prática: Modo CPAP ou PSV com frequência respiratória zerada + FIO2 100% + PEEP 10 + Modo CPAP + Sensibilidade a pressão</p> <p>3) Constatação da apneia Ausência de movimentos respiratórios após interrupção + 8 a 10 min são geralmente suficiente para obtenção de PaCO2 > 55 mmHg + Obter gasometria arterial final</p> <p>4) Interrupção do teste Interromper o teste de houver arritmia, SatO2 <85% Coletar sangue para gasometria no momento da interrupção, mesmo com tempo de observação menor. [Gasometria pós-teste]: SpO2 obrigatoriamente acima de 85% + PaCO2 obrigatoriamente acima de 55 mmHg</p> <p>5) Interpretação do teste [Teste positivo]: Ausência de movimentos respiratórios + PaCO2 > 55 mmHg + SatO2 >85% [Teste inconclusivo]: Ausência de movimentos respiratórios e PaCO2 < 55 mmHg [Teste negativo]: Detecção de movimentos respiratórios após a interrupção da ventilação</p>	<p>Lembrar que se for um paciente com intoxicação exógena ou uso de barbitúrico, não se recomenda fazer eletroencefalograma (preferência prova de fluxo com doppler ou arteriografia). Em casos de TCE (fratura de calota e etc) não se recomenda fazer prova de fluxo, mas não é proibido.</p> <p>[Eletroencefalograma] ou [Doppler transcraniano] ou [Arteriografia cerebral] ou [Cintilografia cerebral] ou</p>

MANUTENÇÃO DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

*[Possível doador]: ECG 3T + Reflexo de tosse ausente + Sem drive
[Potencial doador]: Se torna potencial doador quando realizado o primeiro exame clínico.
[Elegível para doação]: Ocorre quando o protocolo é fechado.
[Doador efetivo]: Quando a família é positiva para a doação*

Expansão volêmica 30 ml/kg SF0.9% por via intravenosa.
Iniciar dieta enteral trófica (1 etapa de 300ml) Objetivando 30% do aporte calórico ideal.
Vasopressina 20UI por ml - Ampola com 1 ml Diluir 1 ml em 99 ml SF0.9% Via intravenosa. Continuo. Iniciar com 5 ml/h em BIC.
Noradrenalina 1 mg por ml - Ampola de 4 ml Diluir 4 ml em 96 ml SG5%. Via intravenosa. Titular em BIC.
Hidrocortisona 500mg por frasco Diluir 1 frasco em 20 ml SF0.9%. Administrar 4ml por via intravenosa. 8/8h. (Dose usual): 100mg de 8/8h.
Iniciar antibioticoterapia empírica ou manter se já estiver usando Se houver piora dos critérios infecciosos é necessário escalar a terapia [Cefepime ou ceftazidima].
Retirar neurolépticos e antipiréticos Medicamentos fúteis e confundidores que podem diminuir a temperatura desse paciente
Se hipotermia iniciar expansão com SF0.9% aquecido

CONTRAINDICAÇÕES PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

DE BOLSÃO [...]

Contra-indicações absolutas
Sorológicas [HIV, HTLV I e II]
Sepse refratária
TB ativa
Neoplasia maligna invasiva [com exceção para CA de colo uterino in situ, carcinoma basocelular, neoplasia primária do SNC de baixo grau]
Infecções virais e fúngicas graves na presença de imunossupressão [exceto hepatite B]

EDEMA AGUDO PULMONAR HIPERTENSIVO

Medidas iniciais	Observações e concentrações
Nitroprussiato de sódio (Nipride) 25mg por ml - Ampola de 2ml Diluir 2ml em 248ml SG5% (200 mcg/mL). Uso em bomba de infusão. Vesicante. Iniciar com 10 ml/h (0,47 mcg/kg/min) e titular 5 ml/h a cada 5 min. (Antídoto): Tiamina ou complexo B para evitar impregnação (comum em altas vazões por >48h)	Objetivo [otimizar pós-carga] Reduzir a resistência vascular sistêmica (RVS) com o objetivo de fazer VE trabalhar melhor (no contexto do EAP hipertensivo)
Furosemida 10 mg/ml - Ampola de 2 ml Administrar 4 ampolas por via intravenosa. Sem diluir. Agora. (Se virgem de furosemida): Fazer 1-2 ampolas (20-40mg) EV	Objetivo [otimizar pré-carga] A dose 1mg/kg é preconizada para dose de estresse no contexto da furosemida (e não no contexto isolado da cardiologia)
Morfina 10mg por ml - Ampola de 1mL Administrar 3mg. Via intravenosa. <i>Manejo do ponto de vista sintomático (ansiedade, diaforese e etc)</i>	Notas Grau de evidência IIC (ESC 2021) para o uso de furosemida no EAP de forma rotineira.
Pontos no atendimento	
Passagem de SVD Avaliação da DU (100-150 ml por hora) e resposta a diureticoterapia entre 2-6h	
Considerar VNI (diminui pré-carga e ajuda no esvazimento do VE) Possui indicação formal no contexto da EAP cardiogênico	

DISSECÇÃO/ANEURISMA DE AORTA

Stanford A: Cirurgia de emergência. Alta mortalidade 1-2% por hora nas primeiras 24-48h

Stanford B: Manejo medicamentoso + Parecer da cirurgia vascular

Medidas iniciais	Observações e concentrações
Metoprolol 5 mg por 5 ml Diluir 5 ml em 15 ml SF0,9%. Administrar 5-10 ml da solução em bolus e reavaliar. Contexto agudo. Iniciar primeiro BB, controlar FC e após isso iniciar vasodilatador em DISSaor. (Dissec. aorta): Dose de ataque 2,5-5mg EV em 1mg/min. Repetir dose até obter controle da FC desejada (Dose máx 15mg) Diltiazem 25mg/5ml ou 50mg/10ml (Dose de ataque): 0,25 mg/kg EV, em 2-3 minutos. Segunda dose de 0,35 mg/kg EV em 2-3 minutos. (Dose de manutenção): 5-15 mg/hora. Contraindicado se disfunção ventricular. Verapamil 5mg/2ml (Dose de ataque): 5-10 mg EV, em 2-5 minutos. Se necessário, repetir 1 dose de 5-10 mg após 15-30 minutos (dose máxima: 20 mg). Dose de manutenção: 160-480 mg/dia V.O. Contraindicado se disfunção ventricular.	Controle da FC Manter FC 60-80 bpm + PAS <120 mmHg
Nitroprussiato de sódio [nirpide] 25mg/ml Diluir 2 ml em 248 ml SG5%. Via intravenosa. Iniciar em BIC 10 ml/h. Titulação.	Controle da PA
Morfina 10mg por ml - Ampola de 1ml Diluir 1 ml + 9 ml de água destilada. Via intravenosa. Administrar 2-4 ml EV. Pode-se repetir até a dose máxima de 10 mg (10 ml).	Medidas de conforto

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
ROTINA DE DILUIÇÕES	
ANTIBIÓTICOS E ANTIFÚNGICOS	DROGAS DIVERSAS
SULFAMET. + TRIMET. - 4 AMP + 100 ML DE SF 0,9% EV DE 8/8H	CORTICÓIDES
FLUCONAZOL 200 MG - 1FR EV 1X/DIA	SOLUMEDROL 125 MG - 1AMP EV 12/12 H
VANCOMICINA 500 MG - 1G + 100 ML SF 0,9% EV 12/12H	SOLUMEDROL 125 MG - 1 FR EV 8/8 H
VANCOMICINA 500 MG - 1G + 100 ML SF 0,9% EV 1X/DIA	HIDROCORTIZONA 500 MG - 1 FR EV 8/8 H
VANCOMICINA 500 MG - 1G + 100 ML SF 0,9% EV DE 5/5 DIAS	SOLUCORTEF 100MG - 1FR EV 1X/DIA
UNASYN 1,5MG - 1 FR + 100ML SF0,9% EV 1X/DIA	DECADRON 4MG/ML - 1ML EV 6/6H
AMPICILINA+SULBACTAM 1,5 G - 1FR + 100ML SF0,9% EV 6/6H	Drogas Vasoativas
CEFTRIAXONA 1G - 1FR + 10ML AD EV 12/12 H	NORADRENALINA - 4ML(1 AMP.) + 96 ML SG 5% EV EM BI
AMICACINA 1 G - 1FR + 100 ML SF 0,9% EV 1X/DIA (FAZER SOMENTE 7 DIAS)	NORADRENALINA - 8ML(2AMP.)+ 92 ML SG 5% EV EM BI
AMICACINA 1 G - 1FR + 100 ML SF 0,9% EV 1X/DIA (FAZER SOMENTE 7 DIAS)	NORADRENALINA - 20ML(5AMP.) + 80 ML SG 5% EV EM BI-CONCENTRADA
SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA - 3 AMP + 100 ML SF0,9% EV 8/8 H	DOBUTAMINA - 20ML(1 AMP. 250MG) + 230 ML SF 0,9% EV
METRONIDAZOL 500 MG - 1 FR EV 8/8 H	DOPAMINA - 50ML(5AMP.) + 200 ML SF 0,9% EV
CEFEPIME 1G - 2FR EV 12/12H	NIPRIDE - 2ML + 248ML SG5% EV
CIPRO 200 MG - 2 FR EV 12/12 H	Psicotrópicos
CIPRO 400 MG - 1 FR EV 12/12 H	HIDANTAL - 2ML + 18ML AD EV 8/8H
IMIPENEM 500 MG - 1 FR + 100 ML SF 0,9% EV 6/6 H	HIDANTAL 100MG - 2ML + 48ML SF 0,9% EV 8/8H (NO MICROFIX)
IMIPENEM 500 MG - 1 FR + 100 ML SF 0,9% EV 8/8 H	HALDOL 5MG/ML - 1 ML + 4 ML AD EV
IMIPENEM 500 MG - 1/2 FR + 50 ML SF 0,9% EV 12/12H	AMPLICTIL - 2 ML + 200 ML SF 0,9% EM BI=10ML/H OU ACM
MEROPENEM 1G - 1FR + 100ML SF0,9% EV 8/8H	RIVOTRIL 2MG, 1 COMP, SNE, AS 22H
ERTAPENEM 1G - 1FR + 100 ML SF 0,9% 1X/DIA	AMITRIPTILINA 25 MG - 1 COMP VO À NOITE
TAZOCIN 4,5G + 100ML SF 0,9% - EV EM BIC 16ML/H - 6/6H	ESQUEMAS DE SEDOANALGESIA CONTÍNUA
CEFALOTINA 1G - 1FR EV 6/6 H	SEDAÇÃO CONTÍNUA:
OXACILINA 500MG - 1FR + 100ML SF 0,9% EV 6/6 H	DORMONID - 20ML
CEFOTAXIMA 1G - 1FR EV 12/12 H	FETANIL - 10ML
CEFTAZIDIMA 1 G - 1FR EV 8/8 H	S. FISIOLÓGICO 0,9% - 70 ML - EM BI 10ML/H
POLIMIXINA E - 1000000UI/2ML - 2 ML + 50 ML SF 0,9% EV 1X/DIA	SEDAÇÃO CONTÍNUA:
POLIMIXINA B 5000UI - 1 FR + 100ML SF0,9% EV 8/8H	FENTANIL - 50ML
LEVOPLOXACINA 500MG - 1FR EV 1XD	
TEICOPLAMINA400MG- 1 FR EV 1 X DIA - GRAM POSITIVO	PRECEDEX 200MG/2ML + 48ML SF 0,9% EV BI 6ML/H-(dexmedetomidina)
AVALOX-400MG - 1 COMP. VO 1 X DIA	
PENICILINA CRISTALINA 5000000UI - DILUIR 1FR EM 5 ML, FAZER 4ML + 40ML AD EV 4/4	S. FISIOLÓGICO 0,9% - 50 ML - EM BI 5ML/H
ESQUEMA PARA TUBERCULOSE	SEDAÇÃO CONTÍNUA:
RIFAMPICINA + ISONIAZIDA - 2 CP TRITURADOS E DILUIDOS	MIDAZOLAM - 30ML
P/ SNE EM JEJUM	S. FISIOLÓGICO 0,9% - 70 ML - EM BI 7ML/H
PIRAZINAMIDA 500 MG - 2 CP TRITURADOS E DILUIDOS	Broncodilatador
P/ SNE APÓS LACHE E ALMOÇO	AMINOFILINA - 8ML + 80ML SF0,9% EV 8/8H
RIFAMPICINA 150MG + ISONIAZIDA 100MG - 3 CPS VO 1X/DIA	BAMIFIX 300MG - 2 COMP. VO 12/12H
PIRAZINAMIDA 500MG - 3 COMP. VO 1X/DIA 40KG	
COLÓIDES	Digitálico
PLASMASTERIL 500 ML EV 12/12H	CEDILANIDE 0,4 MG - 1/2 AMP + 9 ML AD EV 12/12 H
VOLUVEN 6% - 500 ML EV 12/12 H	Beta-bloqueador
ALBUMINA HUMANA 20% - 1 FR EV DE 12/12H	METOPROLOL 25 MG - 1 COMP VO 1X/DIA
	CARVERDILOL 3,125 MG 1 CP VO 12/12H
PLASMA FRESCO CONGELADO - 1U EV 8/8H	Analgésico opióide
NEBULIZAÇÃO	TRAMAL 100 MG - 1 AMP + 100 ML SF0,9% EV 12/12 H
BEROTEC - 5 GTS	MORFINA 10MG - 1ML + 9ML. FAZER 2ML EV
ATROVENT -	MORFINA 10 MG/1ML - FAZER 1 ML SC SOS
S. FISIOLÓGICO 0,9% - 5 ML 4/4 H	Anti-arrítmico
	ANCORON 2 AMP + 94ML SG 5%, EV BI EM 1 HORA DOSE DE ATAQUE
	ANCORON 4 AMP + 230ML SG 5%, EV BI 10 ML/H
NEBULIZAÇÃO POR 20 MINUTOS DE 6/6H	
SF 0,9% - 10ML	Anti-hemorragíco
CLENIL - 1 FLACONETE	OCTREOTIDE 0,1 MG - 1 AMP SC 8/8 H
NPT	TRANSAMIM - 1 AMP + 100 ML SF 0,9% EV 8/8 H
NUTRIÇÃO PARENTERAL	Anti-hipertensivos
AMINOPLASMAL 10% - 500 ML	CAPTAPRIL 25 MG - 1 COMP SL SE PA > OU = 180/110MMHG
AMINOPLASMAL 10% - 500 ML	RAMIPRIL 5 MG - 1 COMP , VO, 1X/DIA PELA MANHÃ (CEDO)
LIPOFUNDIN 20% - 150 ML	CAPOTEN 25 MG - 1 CP VO 8/8 H
NACL 10% - 10 ML	ALDACTONE 100MG - 1 CP TRITURADO E DILUÍDO VO 12/12H
KCL 10% - 12 ML	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG - 1CP VO TODO DIA 9:00H DA MANHÃ.
FOSFATO DE POTÁSSIO 25% - 8 ML	ISORDIL 40 MG - 1 CP TRITURADO E DILUIDA PELA SNE 8/8 H
SULFATO DE MAGNÉSIO 50% - 2 ML	NIFEDIPINA RETARD - 1 CP 2X/DIA VO
TRACITRANS - 1 AMPOLA	LOSARTAN 100MG - 1 COMP VO 12/12H
ETAPA ÚNICA EV EM BI - 37 ML/H	APRESOLINA 50MG VO 12/12H
	HIDRALAZINA 50MG - 1 COMP VO 12/12H
NUTRIÇÃO PARENTERAL	DIOVAN 80MG - 1 COMP. VO 1 X DIA
KABIVEN - 1026ML	ATENOLOL 50MG- 1 COMP. SNE 8/8H
01 ETAPA 42ML/H OU 2 ETAPAS 168ML/H	ENALAPRIL 10MG- 1 COMP SNE 8/8H
REPOSIÇÕES	HIDRALAZINA 20ML/ML- 1 AMP + 9ML AD FAZER 5 ML EV 8/8H
SULFATO DE MAGNÉSIO 50% - 5ML + 45ML SF0,9% EV LENTO	NIPRIDE 1 AMP + 250 ML SG 5% EM BI - 10 ML/H
KCL10% - 30ML + 70ML SF0,9% EV BIB 20ML/H	VASODILATADOR PERIFÉRICO
-BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%-----03 AMPOLAS DILUIR	TRENTAL 400 MG - 1 AMP + 250 ML SF 0,9% EV 8/8H
30 ML EM 30 ML AD APLICAR EV EM 01 HORA NO MICROGOTAS	INIBIDOR DE BOMBA DE PRÓTONS
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% -160ML	OMEPRAZOL 40MG - 1 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV 12/12H
	BLOQUEADORES H2

SF 0,9% - 160ML EV BI EM 2 HORAS	RANITIDINA 50MG- 2ML + 18ML AD EV 12/12H
SORCAL 30 GRAMAS 1 PACOTE. (HIPEROTASSEMIA)	RANITIDINA - 0,5 ML + 4 ML AD EV 8/8 H (P/ CRIANÇA DE 1 ANO)
SG5% 225ML+ 25ML GLICOSE 50%+ SORCAL VO 12/12 HS	NEXIUM 40MG - 1 AMP + AD 10ML, EV, 8/8H
SLOW K 600MG - 1 CP, SNE, 6/6H	
PLASMA - 1UI EV 8/8H	BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR CURARIZANTE
PROFILAXIA DE MENINGITE MENINGOCÓCICA P/EQUIPE DE SAÚDE	PAVULON - 2 ML EV 3/3 H
RIFAMPICINA 600 MG VO 12/12H 2 DIAS	ESQUEMA DE INSULINA
VARIADOS	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:
ZYLORIC 300MG - 01 CP VO 01 X/DIA	ATÉ 150 NÃO FAZER
VITAMINA K - 1 AMP EV 1X/SEMANA	151 - 200 = 4UI
VITAMINA B 12 - 1 AMP IM DE 3/3 DIAS	201 - 250 = 8UI
ESQUEMA PARA HANSENIASE	251- 300 = 10UI
RIFAMPICINA 300 MG - 2 COMP A CADA 28 DIAS	> - 300 = 12UI
CLOFAZIMINA 100 MG - 3 COMP A CADA 28 DIAS	INSULINA R – 100UI + 100ML SF0,9% EV EM BIC 10ML/H
CLOFAZIMINA 50 MG - 1 COMP 1X/DIA	ENTRE 60 - 80 - INTEROMPER INFUSÃO
DAPSONA 100 MG - 1COMP 1X/DIA	ENTRE 150 e 220: INICIAR COM 2ML/H
MISTURINHA	> 220:INICIAR COM 4ML/H
AMINOFILINA - 10 ML	
SOLUMEDOL 125 MG - 1 FR	GLICOSE 50 % 03 APOLAS SE GLICEMIA < = 60 MG / DL
S. GLICOSADO 5% - 70 ML	ANTICOAGULAÇÃO PROFILÁTICA
SINTOMÁTICOS	LIQUEMINE 5000 UI - 0,25ML SC 12/12H (GELO LOCAL APÓS)
SINTOMÁTICOS	CLEXANE 40MG - 1FR SC 1X/DIA
DIPIRONA - 2ML + 8ML AD EV SE SENTIR DOR E/OU TAX > OU = 37,8º C	HEPARINA
PLASIL –01 AMPOLA--2 ML + 8 ML AD EV 8/8 HORAS	HEPARINA 5000 UI / 5 ML - FAZER 2,5 ML EM 250 ML SF 0,9%
MIDAZOLAM15MG/3ML-----3 ML+7 ML AD APLICAR EV PARA ENTUBAÇÃO	CORRER EM 1 HORA DE 8/8 H TOTAL = 7500 UI
FENTANIL----- 2 ML+8 ML AD EV	SEDAÇÃO (ACM)
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	2ML FENTANIL + 8ML AD EV
MOTILIUM 10MG-1 CP P/ GTT 6/6H	3ML MIDAZOLAN + 7ML DE AD EV
DIMETICONA 40GTS VIA GTT DE 6/6H	SALGADÃO
LACTULONA 20ML VO 8/8H	SALGADINHO
FLEET ENEMA MORNO 3X/DIA	60ML NACL 20% + 440ML SF 0.9%
ÓLEO MINERAL 10ML VO 8/8H	
AGAROL - 10MO VO 1 XDIA	DOR
MOVINOR - 1 COMP VO 12/12H	TILATIL 20MG - 1 FRASCO + 10ML AD EV 12/12H
MIVINLAX - 1 SACHES VO 12/12H	TRAMAL 100 MG - 1 AMP + 100 ML SF0,9% EV 12/12 H
MEDICAÇÃO PED	
DEPAKENE 200MG/5ML- 5 ML GTT 12/12H	
GARDENAL 4MG/ML-25GTS GTT 12/12H	NIMODIPINA 30MG - 2COMP VO 4/4H
DIAZEPAN- 1/2COMP. GTT 8/8H	OUTRAS
CEFTRIAXONA 1G/10ML- 5ML + 30ML SF0,9% EV 12/12H	SINAVASTATINA 40MG - VO 1 X DIA
METRONIDAZOL5MG/ML- 20ML EV 8/8H	SINAVASTATINA 40MG - VO 1 X DIA
SEDAÇÃO CONTINUA	DEXA-CITONEURIN - 1 AMP., 2 ML , IM
MIDAZOLAN 5MG/ML - 15ML	PERCOF S USP. 10 ML , VO , 8/8 H
FENTANIL MG/ML - 15ML	ESPIRONOLACTONA 25MG , VO , 12/12 H
SF 0,9% - 42ML	NEXIUM 1 AMP + AD 10ML, EV, 8/8H
EV BIC 3ML/H	NOMONITRATO DE ISOSSORBIDA 5 MG 1-COMP , SL , ACM
RANITIDINA 0,4ML + 4ML AD EV 12/12H	ACEBROFILINA XAROPE 10 ML, VO, 8/8H
OXACLINA 500MG/5ML - 1,8ML + 20ML SF0,9% EV DE 6/6H	DRAMIM B6 - 1 AMP + AD 18ML EV - SOS
	DERMODEX TRATAMENTO- APLICAR EM PERINEO APÓS TRACA FRALDAS
ADRENALINA- 0,7ML EV LENT ACM	
PCR TROPINA- 0,5ML EV ACM	
GLUCAGONATO DE CALCIO 10 % - 3ML EV ACM	
BIC DE SODIO 8,4 %- 3,5ML + 3,5ML AD EV ACM	
BACLOFEM 10MG- 1/2 COMP. SNE 8/8H -(anticonvulsivante)	PERIOGARD SOLUÇÃO BUCAL
TOBLEX COLIRIO - 1GT EM CADA OLHO DE 6/6H	DROGAS DE EMERGÊNCIA
TOPIRAMATO 10MG-1 CP SNE DE 8/8H (crises epilépticas parciais)	ADRENALINA 1MG/ ML 0,1 MG/ KG
	ADRENALINA 1MG/ ML DILUIR 0,6 ML + SG 100ML
URBANIL 10MG- 1 CO SNE DE 8/8H anticonvulsivante	ATROPINA 0,5MG/ML 0,02MG/KG
PREDSIM 3MG - 4,5ML GTT 12/12H	BIC DE SÓDIO 8,4% 1ML/KG
VI-FERRIN GOTAS - 20 GTS, GTT, 12/12H	GLICOSE 50% IGR/KG
MEROPENEM 500MG/10ML - 2,8ML + 50ML SF0,9% EV 8/8H	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 0,6 ML/KG
AMPICILINA+SULBACTAM 1,5 G - 1/2FR + 50ML SF0,9% EV 6/6H	LIDOCAÍNA 1% 1MG/KG
FENTOINA 50MG/ML- 0,5ML + 18ML SF0,9% EV 12/12H	DOPAMINA 5MG/ML 2 A 40 UG/KG/MIN
PROFENID 50MG/ML-0,2ML + 18ML SF 0,9% EV 8/8H	DOBUTAMINA 12,5MG/ML 2 A 20 UG/KG/MIN
	FENTANIL - 50UG/ML 0,0785MG/ML 1 A 3UG/KG
	MORFINA 1MG/ML 0,1 MG/KG
	CETAMINA 50 MG/ML 2MG/KG
	MIDAZOLAM - 5MG/ML 0,2 MG/KG
	PROPOFOL 10MG/ML 2 MG/KG
	SUCCINILCOLINA 50 MG/ML 1MG/KG
	PANCURONIO 2MG/ML 0,05MG/KG
	FENTANIL - 50UG/ML 0,0785MG/ML 1 A 3UG/KG
	FENTANIL - 50UG/ML 0,0785MG/ML 1 A 3UG/KG

[1] PERFIL DE AÇÃO

A. baumannii, Aeromonas sp., C. freundii, C. koseri, E. aerogenes, E. cloacae, E. coli, Klebs ESBL, E. coli, Klebs KPC, E. coli, Klebs MBL, E. coli (S), Enterics CRE, NOS, K. oxytoca, K. pneumoniae (S), P. aeruginosa, S. maltophilia.

[2] O Omeprazol atua inibindo a H⁺K⁺ATPase, enzima localizada especificamente na célula parietal do estômago, suprimindo a produção de ácido gástrico.

[3] Quando o pH está abaixo de 4, há substancial polimerização e ligação cruzada de Sucralfato para formar uma substância adesiva viscosa e pastosa (como um gel), branco-amarelado. O Sucralfato adere às células epiteliais e muito fortemente à base das crateras das úlceras. Ele forma seletivamente um revestimento protetor que age localmente para proteger o revestimento gástrico contra ácido péptico, pepsina e sais biliares.

[4] A Metoclopramida bloqueia os receptores de dopamina e, quando em doses mais altas, os receptores de serotonina na zona de gatilho quimiorreceptora do SNC. Eleva a resposta à acetilcolina do tecido no trato gastrointestinal superior, causando motilidade aumentada e esvaziamento gástrico acelerado sem estimular as secreções gástricas, biliares ou pancreáticas, além de aumentar o tônus do esfíncter esofágico inferior.

[5] Sua principal ação está relacionada ao bloqueio dos receptores da dopamina-2 (D2) no sistema nervoso central e no trato gastrointestinal. Aumenta o tônus e amplitude das contrações gástricas e relaxa o esfíncter pilórico resultando no esvaziamento gástrico e aumento do trânsito intestinal.

[6] Dimenidrinato: Inibe a acetilcolina nos sistemas vestibular e reticular, responsáveis por náusea e vômito na doença do movimento;

Cloridrato de piridoxina: Coenzima que participa de diversas transformações metabólicas das proteínas e aminoácidos, da biossíntese dos neurotransmissores GABA, serotonina e dopamina. Atua também como modulador das ações dos hormônios esteroides. Seu efeito trófico sobre o tecido nervoso o torna útil nos casos em que existe degeneração coclear com comprometimento vestibular;

Frutose e Glicose: Coadjuvantes no tratamento da hiperêmese e toxemia gravídicas, bem como de náuseas associadas à fraqueza geral. Suplementa o fornecimento das calorias necessárias para as reações metabólicas, diminui as perdas proteicas e de nitrogênio, reduz a ocorrência de cetose, promove a deposição de glicogênio e reduz a perda de eletrólitos.

[7] Específico SCA

[8] Específico AVEI

[9] Octreotida 100 mcg (0,05mg) por ml - Ampola de 1 ml (D1/D5)

Diluir 1 ml em 5 ml SF0.9% por via intravenosa (infusão dolorosa, aquecer em mão antes de injetar).

Dose de ataque 50 mcg em bolus // Em BIC - 0,5 mg por mL - Ampola de 2 ml - Diluir 1 ml + 99 ml SF0.9%.

Via intravenosa. Inicia com 10 ml/h BIC (50 mcg/h) ----- R.T

[10] PERFIL DE AÇÃO

A. baumannii, Aeromonas sp., C. freundii, C. koseri, E. aerogenes, E. cloacae, E. coli, Klebs ESBL, E. coli, Klebs KPC, E. coli, Klebs MBL, E. coli (S), Enterics CRE, NOS, K. oxytoca, K. pneumoniae (S), P. aeruginosa, S. maltophilia.