

Checklist de PS

CHECKLIST DE CONDUTAS NO PS ADULTO



Como funciona este PDF?

Este Checklist de Plantão para Pronto-Socorro Clínico (Adulto) foi desenvolvido para ser uma ferramenta prática, rápida e confiável para médicos que atuam em atendimento de urgência e emergência.

O conteúdo foi elaborado **com base em protocolos oficiais** do Ministério da Saúde, sociedades médicas brasileiras (como a SBC e ILAS) e diretrizes internacionais reconhecidas (AHA, Surviving Sepsis Campaign, entre outras).

Objetivos do material:

- Servir como **guia rápido** para tomada de decisão no pronto-socorro, especialmente em casos de alta gravidade.
- Oferecer **passo a passo objetivo** para cada situação clínica, garantindo que nenhum procedimento crítico seja esquecido.
- Atuar também como **ferramenta de estudo** para médicos e estudantes que desejam reforçar condutas atualizadas.

Como utilizar:

- O material está organizado por **queixa principal ou situação de emergência**, facilitando a localização do protocolo.
- Cada protocolo segue o formato de **checklist prático**, permitindo que o médico confirme rapidamente se todos os passos essenciais foram executados.
- Pode ser **impresso** e levado no bolso do jaleco, ou aberto no celular/tablet durante o plantão.
- A versão em PDF possui **caixas de marcação ([])** para que, em casos de IMPRIMIR este documento, o médico possa marcar os itens já realizados.

Importante:

- Este material **não substitui o raciocínio clínico**, a experiência profissional ou protocolos institucionais da unidade de atendimento.
- Em caso de divergência com normas locais, **sempre siga as diretrizes institucionais**.

Bom plantão!

Sepse (Adulto)

(Base: ILAS, PCDT MS, SSC 2021)

Identificação

- Suspeita ou confirmação de infecção
- Disfunção orgânica presente (PAS < 100, FR > 22, alteração consciência, lactato > 2)

Primeira hora - Bundle 1h

- Oxigênio se SatO₂ < 94%
- Acesso venoso calibroso (ou dois periféricos)
- Coletar lactato e hemoculturas antes do ATB
- Iniciar antibiótico EV amplo espectro até 60 min
- Reposição volêmica 30 mL/kg cristalóide se PAM < 65 ou lactato ≥ 4
- Reavaliar perfusão (PA, diurese, exame físico, lactato)

Até 3 horas

- Meta PAM ≥ 65 mmHg
- Se refratário: iniciar norepinefrina
- Ajustar antibiótico conforme cultura
- Repetir lactato se inicial elevado

Exames

- Hemograma
- Função renal, eletrólitos
- PCR/procalcitonina
- Imagem conforme foco

UTI / Internação

- Vasopressor necessário
- Hipoxemia grave
- Disfunção múltipla
- Lactato elevado persistente

Dor Torácica (Adulto)

(Base: SBC 2021, PCDT SCA MS, diretrizes internacionais STEMI/NSTEMI e TEP)

Identificação inicial

- Dor torácica súbita ou progressiva
- Início, duração e características (opressiva, em queimação, pontada)
- Irradiação (mandíbula, braço, dorso)
- Fatores de risco cardiovascular (HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, história familiar)
- Sintomas associados (dispneia, sudorese, náuseas, síncope)

Primeiros passos

- Avaliar **ABC** (via aérea, respiração, circulação)
- Monitor cardíaco contínuo
- Oximetria de pulso
- Acesso venoso calibroso
- ECG em até 10 minutos da chegada
- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Analgesia conforme necessidade

Condutas imediatas - Suspeita de SCA

- AAS 160-300 mg VO mastigável (se não houver contraindicação)
- Nitrato sublingual se PA sistólica > 100 mmHg e ausência de uso recente de inibidor de PDE5
- Morfina EV se dor intensa refratária a nitrato
- Solicitar marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB)
- Encaminhar conforme diagnóstico (PCI emergencial se STEMI; estratificação se NSTEMI)

Considerar diagnóstico diferencial

- TEP (solicitar angioTC se suspeita e paciente estável)
- Dissecção de aorta (angioTC de aorta; evitar anticoagulação até exclusão)
- Pericardite (ECG e ecocardiograma)
- Pneumotórax (radiografia de tórax)
- Pneumonia (RX tórax, exames laboratoriais)

Exames iniciais recomendados

- ECG seriado
- Troponina e CK-MB seriadas
- Hemograma e função renal
- RX de tórax
- Gasometria arterial (se hipoxemia)

Critérios de internação / UTI

- Diagnóstico confirmado ou alta probabilidade de SCA
- Alterações significativas no ECG ou marcadores elevados
- Instabilidade hemodinâmica
- Complicações arrítmicas ou insuficiência cardíaca aguda

Dispneia / Insuficiência Respiratória Aguda

(Base: Ministério da Saúde, SBPT, protocolos institucionais de urgência)

Identificação

- Dispneia súbita ou progressiva
- Uso de musculatura acessória
- SatO₂ < 94%
- FR > 24 irpm
- Estridor ou sibilância
- História de asma, DPOC, IC, TEP

Primeiros passos

- Avaliar ABC
- Monitor cardíaco e oximetria contínua
- O₂ suplementar para SatO₂ ≥ 94%
- Acesso venoso
- Gasometria arterial
- RX tórax

Condutas iniciais

- Broncodilatador inalatório se asma/DPOC
- Corticoide sistêmico precoce
- Furosemida EV se congestão pulmonar/edema agudo
- Antibiótico se pneumonia grave
- Considerar ventilação não invasiva (VNI)
- Intubação se insuficiência respiratória iminente

PCR - Parada Cardiorrespiratória (Adulto)

(Base: AHA 2020 Guidelines, protocolos ACLS)

Reconhecimento

- Sem resposta verbal ou motora
- Sem respiração normal ou apenas gasping
- Sem pulso central (carotídeo)

Primeiras ações

- Acionar equipe de emergência
- Iniciar RCP - compressões a 100-120/min, 5-6 cm profundidade
- Ventilar a cada 30:2 (se sem via aérea avançada)
- Monitor/desfibrilador disponível rapidamente

Algoritmo

- Ritmo chocável (FV/TV sem pulso): desfibrilar 200 J bifásico, RCP imediata após choque
- Ritmo não chocável (AESP/assistolia): RCP + adrenalina 1 mg a cada 3-5 min
- Checar ritmo a cada 2 min
- Tratar causas reversíveis (5H/5T)

5H - Causas metabólicas/tóxicas

Hipovolemia → perda de volume circulante (hemorragia, desidratação grave)

Hipóxia → oxigenação inadequada

Hidrogênio (acidose) → acidose metabólica ou respiratória grave

Hipo/hipercalemia → distúrbios de potássio

Hipotermia → temperatura corporal muito baixa

5T - Causas mecânicas/obstrutivas

Tamponamento cardíaco → acúmulo de líquido no pericárdio

Trombose coronariana → infarto agudo do miocárdio

Trombose pulmonar → embolia pulmonar maciça

Tensão (pneumotórax hipertensivo)

Tóxicos → intoxicações por drogas ou venenos

Arritmias Instáveis

(Base: AHA 2020 ACLS, SBC)

Identificação de instabilidade

- Hipotensão
- Alteração do nível de consciência
- Choque
- Dor torácica
- Sinais de insuficiência cardíaca aguda

Conduta

- Monitorização e ECG
- Oxigênio se necessário
- Acesso venoso
- Bradicardia instável: atropina 0,5 mg EV, repetir até 3 mg; considerar marca-passo transcutâneo
- Taquicardia com QRS estreito instável: cardioversão sincronizada (50-100 J)
- Taquicardia com QRS largo instável: cardioversão sincronizada (100 J), considerar amiodarona 150 mg EV

Anafilaxia

(Base: Ministério da Saúde, WAO Guidelines)

Diagnóstico

- Início súbito de sintomas
- Comprometimento de pele/mucosa + respiratório ou circulatório
- Hipotensão após exposição a alérgeno conhecido

Conduta imediata

- Adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg) na face ântero-lateral da coxa - repetir a cada 5-15 min se necessário
- Colocar paciente deitado com pernas elevadas
- O₂ suplementar
- Acesso venoso + SF 0,9% EV rápido se hipotensão
- Anti-histamínico e corticoide após estabilização
- Monitorização contínua

Observação

- Manter em observação 6-8 h
- Prescrever autoinjetor ou orientação pós-alta

Rebaixamento do Nível de Consciência / Coma

(Base: Ministério da Saúde, protocolos neurológicos de urgência)

Avaliação inicial

- Escala de Glasgow
- Checar glicemia capilar
- Avaliar pupilas
- ABC - via aérea protegida se Glasgow ≤ 8

Condutas imediatas

- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Corrigir hipoglicemia se presente
- Acesso venoso + coleta de exames básicos
- TC de crânio se suspeita de AVC ou TCE
- Investigar causas reversíveis (hipóxia, hipotensão, hipo/hiperglicemia, intoxicações, distúrbios metabólicos)

Crise Hipertensiva (Urgência / Emergência)

(Base: SBC, PCDT HAS - Ministério da Saúde)

Identificação

- PA sistólica \geq 180 mmHg e/ou diastólica \geq 120 mmHg
- Investigar sintomas de lesão de órgão-alvo (LOA): dor torácica, dispneia, déficit neurológico, alteração visual, insuficiência renal aguda.

Classificação

- Urgência hipertensiva** - sem LOA, redução gradual da PA em 24-48h com medicação VO
- Emergência hipertensiva** - com LOA, redução controlada da PA em minutos-horas com medicação EV

Conduas

- Monitorização contínua
- Acesso venoso
- Avaliar função renal, eletrólitos, ECG
- VO (urgência): captopril 25 mg VO SL, reavaliar
- EV (emergência): nitroprussiato, nitroglicerina, esmolol ou outros conforme causa

Hipoglicemia Grave

(Base: Ministério da Saúde, ADA Guidelines)

Identificação

- Glicemia < 54 mg/dL ou sintomas graves (confusão, convulsão, coma)
- Paciente incapaz de ingerir carboidrato VO com segurança

Condutas

- Acesso venoso
- Administrar glicose EV: 20-50 mL de solução glicosada a 50% em bolus lento
- Sem acesso venoso: glucagon 1 mg IM ou SC
- Monitorizar glicemia a cada 15 min até > 100 mg/dL
- Investigar causa e prevenir recorrência

Hiperglicemia Grave (CAD / EHH)

(Base: ADA Guidelines, PCDT DM MS)

Identificação

- CAD: hiperglicemia + cetonemia/cetonúria + acidose metabólica
- EHH: hiperglicemia grave sem cetose significativa + osmolaridade elevada

Condutas iniciais

- Monitorização contínua
- Acesso venoso
- Reposição volêmica inicial com SF 0,9% (15-20 mL/kg na 1ª hora)
- Insulina regular EV contínua (0,1 U/kg/h) após hidratação inicial
- Reposição de potássio se $K^+ < 5,3$ mEq/L
- Corrigir causa precipitante

Hiponatremia Grave

(Base: Ministério da Saúde, UpToDate)

Identificação

- $\text{Na}^+ < 120 \text{ mEq/L}$ ou sintomas graves (convulsão, coma)

Condutas

- Acesso venoso
- SF 3% EV 100 mL em bolus lento, repetir se necessário
- Monitorizar Na^+ a cada 2-4h
- Meta: aumento máximo de 8-10 mEq/L nas primeiras 24h
- Investigar causa e corrigir lentamente

Hipercalemia Grave

(Base: Ministério da Saúde, AHA)

Identificação

- $K^+ \geq 6,5$ mEq/L ou sintomas graves (arritmia, fraqueza, ECG alterado)

Condutas imediatas

- Monitor cardíaco contínuo
- Gluconato de cálcio 10% - 10 mL EV lento em 2-5 min
- Insulina regular 10 U + glicose 50% 50 mL EV
- Beta-agonista inalatório (salbutamol 10-20 mg em nebulização)
- Resina de troca ou diálise conforme disponibilidade

Hipocalemia Grave

(Base: Ministério da Saúde, UpToDate)

Identificação

- $K^+ < 2,5$ mEq/L ou sintomas graves (arritmia, fraqueza muscular, íleo paralítico)

Condutas

- Monitor cardíaco contínuo
- Reposição EV: cloreto de potássio diluído, infusão máx. 10-20 mEq/h (via periférica até 40 mEq/L; via central até 60 mEq/L)
- Reposição VO se possível (mais segura e lenta)
- Tratar causa base

Hipocalcemia Sintomática

(Base: Ministério da Saúde, UpToDate)

Identificação

- Ca^{2+} total < 7,5 mg/dL ou ionizado < 1,0 mmol/L
- Sintomas: tetania, convulsões, prolongamento QT no ECG

Conduas

- Gluconato de cálcio 10% - 10-20 mL EV diluídos em 50-100 mL SG 5%, infusão em 10 min
- Monitor cardíaco durante infusão
- Corrigir hipomagnesemia associada
- Investigar e tratar causa

Insuficiência Adrenal Aguda

(Base: Ministério da Saúde, Endocrine Society)

Identificação

- Hipotensão refratária a volume e vasopressores
- História de corticoterapia recente, doença autoimune, sepse grave
- Sintomas: fraqueza, náusea, vômitos, dor abdominal, hipoglicemia, hiponatremia, hipercalemia

Condutas

- Acesso venoso
- Hidrocortisona 100 mg EV imediato, depois 50 mg EV 6/6h
- Reposição volêmica com SF 0,9%
- Corrigir hipoglicemia se presente
- Investigar causa precipitante

Abdome Agudo Inflamatório

(Base: Ministério da Saúde, protocolos cirúrgicos de urgência)

Identificação

- Dor abdominal súbita ou progressiva
- Sinais de peritonite: defesa muscular, rigidez, dor à descompressão brusca
- Febre, leucocitose

Condutas

- Avaliar estabilidade hemodinâmica
- Acesso venoso e hidratação
- Jejum absoluto
- Analgesia
- Antibiótico EV precoce (ceftriaxona + metronidazol ou conforme protocolo local)
- Solicitar exames laboratoriais e imagem (USG ou TC abdome)
- Acionar equipe cirúrgica

Abdome Obstrutivo

(Base: Ministério da Saúde, protocolos cirúrgicos de urgência)

Identificação

- Dor abdominal difusa + distensão + vômitos
- Ausência de eliminação de fezes e gases
- Ruídos hidroaéreos aumentados ou ausentes

Condutas

- Acesso venoso e hidratação
- Jejum absoluto
- Sonda nasogástrica para descompressão
- Analgesia
- Solicitar exames laboratoriais e imagem (RX abdome ou TC)
- Acionar cirurgia geral

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

(Base: Ministério da Saúde, SBAD)

Identificação

- Hematêmese, vômitos em borra de café ou melena
- Sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, choque)

Condutas

- Monitorização contínua e acesso venoso calibroso (2 acessos)
- Reposição volêmica com cristaloides
- Transfusão se Hb < 7 g/dL ou instabilidade
- Iniciar IBP EV (omeprazol 80 mg EV em bolus + 8 mg/h contínuo)
- Suspende antiagregantes/anticoagulantes se possível
- Solicitar endoscopia digestiva alta assim que possível
- Tratar causa base (ex.: varizes esofágicas - considerar octreotida/terlipressina)

Hemorragia Digestiva Baixa (HDB)

(Base: Ministério da Saúde, SBAD)

Identificação

- Hematoquezia (sangue vivo ou em coágulos)
- Sinais de instabilidade hemodinâmica

Condutas

- Monitorização contínua e acesso venoso calibroso
- Reposição volêmica com cristaloides
- Transfusão conforme instabilidade ou Hb < 7 g/dL
- Solicitar colonoscopia / angioTC conforme estabilidade
- Investigar causa (diverticulose, angiodisplasia, neoplasia, inflamatória)

Peritonite

(Base: Ministério da Saúde, protocolos cirúrgicos)

Identificação

- Dor abdominal difusa
- Defesa muscular involuntária
- Rigidez abdominal
- Febre, taquicardia, sinais de sepse

Condutas

- Estabilização hemodinâmica
- Jejum absoluto
- Acesso venoso + hidratação
- Antibiótico EV de amplo espectro precoce (ex.: ceftriaxona + metronidazol)
- Solicitar exames laboratoriais e imagem (TC abdome com contraste)
- Acionar cirurgia geral imediatamente

Fascite Necrosante

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de infecção grave)

Identificação

- Dor desproporcional ao exame físico
- Eritema, edema e calor local com rápida progressão
- Sinais sistêmicos: febre, taquicardia, hipotensão
- Crepitação ou bolhas hemorrágicas

Condutas

- Estabilização hemodinâmica
- Antibiótico EV imediato de amplo espectro (carbapenêmico ou cefalosporina + clindamicina)
- Solicitar exames laboratoriais e imagem (TC/RM)
- Cirurgia desbridante urgente (em até 6h)

Síndrome de Stevens-Johnson / Necrólise Epidérmica Tóxica (NET)

(Base: Ministério da Saúde, protocolos dermatológicos)

Identificação

- Lesões cutâneas bolhosas, erosões e descamação difusa
- Comprometimento de mucosas
- História recente de uso de medicações de risco (antiepilépticos, sulfas, AINEs)

Condutas

- Suspende imediatamente droga suspeita
- Encaminhar para unidade de queimados ou UTI
- Hidratação venosa e reposição eletrolítica
- Controle de dor e prevenção de infecção secundária
- Avaliar necessidade de imunossupressores conforme protocolo

Queimaduras Extensas e Graves

(Base: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Queimaduras)

Identificação

- Queimaduras de 2º grau > 10% da SCQ (superfície corporal queimada)
- Queimaduras de 3º grau
- Queimaduras de face, pescoço, mãos, pés, períneo ou grandes articulações
- Sinais de inalação de fumaça (fuligem, rouquidão, queimadura de vias aéreas)

Condutas

- Interromper agente causador
- Avaliar via aérea imediatamente (intubar precocemente se risco)
- Acesso venoso calibroso
- Reposição volêmica (Fórmula de Parkland: $4 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{SCQ} - 50\%$ nas primeiras 8h)
- Analgesia adequada
- Avaliar necessidade de transferência para centro especializado

Celulite Grave / Abscesso Profundo

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de infecção grave)

Identificação

- Eritema, calor e dor local
- Edema progressivo
- Febre e toxemia
- Flutuação ou sinais de abscesso profundo

Condutas

- Acesso venoso
- Antibiótico EV de amplo espectro (oxacilina ou cefazolina; considerar vancomicina em risco para MRSA)
- Incisão e drenagem se abscesso
- Marcar área acometida para acompanhar evolução
- Orientar sinais de alarme para retorno imediato

Intoxicação Medicamentosa

(Base: Ministério da Saúde, protocolos do CIT)

Identificação

- História de ingestão acidental ou intencional
- Alterações de consciência, sinais vitais ou ECG

Condutas

- Garantir via aérea, ventilação e circulação
- Identificar substância, dose e tempo de ingestão
- Acesso venoso + monitorização
- Carvão ativado 1 g/kg VO (até 50 g) se até 1h da ingestão (exceto corrosivos, hidrocarbonetos, metais)
- Antídoto específico conforme substância (ex.: naloxona, flumazenil, N-acetilcisteína)
- Acionar CIT (Centro de Informação Toxicológica) para conduta especializada

Intoxicação Alimentar Grave

(Base: Ministério da Saúde)

Identificação

- Diarreia intensa, febre alta, dor abdominal importante
- Sinais de desidratação grave (hipotensão, taquicardia, confusão)
- História de ingestão de alimento suspeito

Condutas

- Reposição volêmica EV
- Coletar amostra de fezes e sangue para análise
- Antibiótico apenas em casos selecionados (shigelose, cólera, febre tifoide)
- Tratar sintomas (antitérmico, antiemético)
- Notificar vigilância epidemiológica se surto

Envenenamento por Animais Peçonhentos

(Base: Ministério da Saúde - Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos)

Identificação

- História de acidente com cobra, aranha, escorpião, entre outros
- Sinais locais (dor, edema, necrose)
- Sinais sistêmicos (alterações de coagulação, neurotoxicidade, miotoxicidade)

Condutas

- Lavar local com água e sabão
- Manter membro em posição funcional
- Não fazer torniquete, corte ou sucção
- Acesso venoso e monitorização
- Administrar soro antiveneno específico conforme classificação de gravidade
- Tratar complicações associadas (ex.: insuficiência renal, sangramento)

Exposição a Gases Tóxicos

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de toxicologia)

Identificação

- História de exposição a fumaça, CO, gases industriais
- Sintomas: cefaleia, tontura, confusão, dispneia, náuseas, coloração ruborizada ou cianótica

Condutas

- Retirar vítima da área contaminada com segurança
- Oxigênio 100% por máscara com reservatório
- Acesso venoso + monitorização
- Gasometria arterial + carboxi-hemoglobina (se CO)
- Considerar câmara hiperbárica para COHb \geq 25% ou sintomas neurológicos
- Tratar complicações associadas

Insolação / Exaustão pelo Calor

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de urgência)

Identificação

- Exposição prolongada a altas temperaturas
- Temperatura corporal $\geq 40^{\circ}\text{C}$ (insolação)
- Alteração do estado mental, convulsão, colapso circulatório

Condutas

- Retirar paciente do ambiente quente
- Resfriamento rápido (imersão em água fria, compressas frias em regiões inguinal, axilar e cervical)
- Hidratação EV com cristaloides
- Monitorização cardíaca e de temperatura
- Tratar complicações (rabdomiólise, CIVD, insuficiência renal)

Hipotermia Grave

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de emergência)

Identificação

- Temperatura central < 32°C
- Alterações de consciência, bradicardia, bradipneia, arritmias

Condutas

- Retirar roupas molhadas, cobrir com manta térmica
- Aquecimento passivo e ativo (ar aquecido, fluidos EV aquecidos)
- Monitorização cardíaca contínua
- Evitar movimentar bruscamente (risco de FV)
- Tratar distúrbios hidroeletrólíticos e complicações

Choque Cardiogênico

(Base: Ministério da Saúde, SBC)

Identificação

- Hipotensão persistente (PAS < 90 mmHg)
- Sinais de hipoperfusão (pele fria, oligúria, alteração mental)
- Evidência de disfunção ventricular (clínica ou ecocardiográfica)

Condutas

- Monitorização hemodinâmica
- Oxigênio suplementar
- Acesso venoso central se possível
- Reposição volêmica cautelosa
- Inotrópicos (dobutamina, milrinona) se baixo débito
- Vasopressores (norepinefrina) se hipotensão grave
- Tratar causa base (ex.: SCA - revascularização urgente)

Síndrome de Guillain-Barré

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de neurologia)

Identificação

- Fraqueza simétrica ascendente, iniciando em membros inferiores
- Perda de reflexos tendinosos
- Formigamento ou parestesias
- História recente de infecção viral ou bacteriana
- Sinais de insuficiência respiratória (dispneia, queda da capacidade vital)

Condutas

- Monitorização respiratória (espirometria seriada, gasometria)
- Solicitar eletroneuromiografia e punção lombar (proteínoorraquia dissociada)
- Internação hospitalar, preferencialmente em UTI se risco respiratório
- Imunoglobulina EV 0,4 g/kg/dia por 5 dias ou plasmaférese
- Fisioterapia precoce

Estado de Mal Epiléptico Refratário

(Base: Ministério da Saúde, protocolos de emergência)

Identificação

- Crise convulsiva > 5 min ou crises repetidas sem recuperação da consciência
- Persistência após benzodiazepínico de primeira linha

Condutas

- Garantir via aérea e oxigenação
- Monitorização contínua
- Após BZD: fenitoína EV 20 mg/kg ou valproato de sódio EV 20-40 mg/kg
- Se refratário: considerar midazolam EV contínuo, propofol ou tiopental em UTI
- Investigar e tratar causa precipitante

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

(Base: PCDT TEP MS, ESC Guidelines)

Identificação

- Dispneia súbita, dor torácica, taquicardia
- Fatores de risco (cirurgia recente, imobilização, câncer, trombofilia)
- Avaliar escore de Wells e probabilidade clínica

Conduas

- Estabilizar paciente, O₂ suplementar
- Solicitar dímero-D (se baixa probabilidade)
- Solicitar angioTC de tórax (paciente estável)
- Anticoagulação imediata se alta probabilidade clínica e baixo risco de sangramento
- Trombolítico sistêmico (alteplase) se TEP maciço com instabilidade hemodinâmica

Tamponamento Cardíaco

(Base: SBC, protocolos de emergência)

Identificação

- Triade de Beck: hipotensão + bulhas cardíacas abafadas + turgência jugular
- Pulso paradoxal (> 10 mmHg queda na PAS durante inspiração)
- ECG: baixa voltagem, alternância elétrica
- ECO: derrame pericárdico com colapso de câmaras direitas

Condutas

- Estabilização hemodinâmica
- Oxigênio suplementar
- Expansão volêmica cautelosa
- Pericardiocentese imediata guiada por ecocardiografia

Dissecção de Aorta

(Base: SBC, ESC Guidelines)

Identificação

- Dor torácica ou dorsal súbita e intensa (“em facada”)
- Diferença de pressão arterial entre membros
- Sinais de isquemia de órgãos (neurológica, renal, coronária)

Condutas

- Controle rigoroso da PA (alvo PAS 100–120 mmHg) e FC (< 60 bpm)
- Betabloqueador EV (esmolol, metoprolol)
- Nitroglicerina se dor persistente após controle de FC
- Solicitar angioTC de aorta
- Acionar cirurgia cardiovascular imediatamente

Pneumotórax Hipertensivo

(Base: ATLS, Ministério da Saúde)

Identificação

- Dispneia grave, taquicardia, hipotensão
- Ausência de murmúrio vesicular unilateral
- Desvio de traqueia contralateral
- Hipertimpanismo à percussão

Condutas

- Diagnóstico clínico - **não esperar exames**
- Punção imediata no 2º espaço intercostal, linha hemiclavicular, com jelco nº 14
- Drenagem torácica definitiva no 5º espaço intercostal, linha axilar média

Edema Agudo de Pulmão (EAP)

(Base: SBC, protocolos de emergência)

Identificação

- Dispneia súbita, ortopneia, crepitações difusas
- Hipertensão, taquicardia
- Espuma rosada em vias aéreas (grave)

Conduas

- Posição sentada, O₂ suplementar
- Diurético de alça (furosemida EV 20-40 mg)
- Vasodilatador (nitroglicerina EV) se PA elevada
- Morfina EV se ansiedade/dor intensa (avaliar risco)
- Tratar causa base (IAM, arritmia, crise hipertensiva)

Crise Tireotóxica

(Base: ATA, Ministério da Saúde)

Identificação

- Febre, taquicardia > 140 bpm, agitação, confusão
- História de hipertireoidismo
- Sinais de descompensação cardíaca ou hepática

Condutas

- Beta-bloqueador (propranolol VO ou EV)
- Tionamidas (propiltiouracil VO ou por sonda)
- Iodeto de potássio (após tionamida)
- Hidrocortisona EV 100 mg a cada 8h
- Resfriamento externo, suporte hemodinâmico

Coma Mixedematoso

(Base: ATA, protocolos de emergência)

Identificação

- Hipotermia, bradicardia, hipotensão
- Depressão respiratória, hiponatremia
- História de hipotireoidismo grave ou não tratado

Conduas

- Aquecimento passivo
- Levotiroxina EV (dose de ataque + manutenção)
- Hidrocortisona EV 100 mg 8/8h até excluir insuficiência adrenal
- Ventilação mecânica se hipoventilação grave
- Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos

Síndrome da Lise Tumoral

(Base: PCDT Oncologia, MS)

Identificação

- História de câncer hematológico ou tumores volumosos em quimioterapia
- Hiperuricemia, hiperpotassemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia
- Sinais de insuficiência renal aguda

Conduas

- Hidratação vigorosa EV
- Alopurinol ou rasburicase conforme protocolo
- Monitorização de eletrólitos seriada
- Tratar distúrbios hidroeletrólíticos individualmente
- Considerar hemodiálise se refratário

IAM com Supra de ST

(Base: Diretrizes SBC 2023, AHA 2025)

Identificação

- Dor torácica típica < 12h
- Supra de ST ≥ 1 mm em ≥ 2 derivações contíguas (ou ≥ 2 mm em V2-V3)
- Bloqueio de ramo novo com clínica compatível
- ECG interpretado em até 10 minutos da chegada

Conduas

- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso calibroso (2 se possível)
- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 90\%$
- AAS 300 mg VO mastigável
- Clopidogrel 300-600 mg VO ou Ticagrelor 180 mg VO
- Anticoagulação: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h ou HNF conforme protocolo
- Nitrato sublingual se dor e PAS > 90 mmHg
- Morfina se dor refratária
- Betabloqueador se sem contraindicação
- Estatina de alta potência (Atorvastatina 80 mg VO)

Reperusão

- Angioplastia primária em até 120 min se disponível
- Trombólise imediata se angioplastia indisponível (avaliar contraindicações)
- Reavaliar ECG e dor após 60-90 min

Pós-reperusão

- Manter antiagregação dupla
- IECA ou BRA precocemente se indicado
- Controle glicêmico rigoroso
- Internar em UCO/UTI

IAM sem Supra de ST

(Base: Diretrizes SBC 2023, AHA 2025)

Identificação

- Dor torácica típica ou equivalente isquêmico > 20 min
- ECG sem supra de ST persistente (pode haver infra de ST ou inversão de onda T)
- Troponina positiva ou em ascensão
- Estratificação de risco (TIMI ou GRACE)

Condutas

- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso calibroso
- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 90\%$
- AAS 300 mg VO mastigável
- Clopidogrel 300-600 mg VO ou Ticagrelor 180 mg VO
- Anticoagulação: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h ou HNF conforme protocolo
- Nitrato sublingual se dor e PAS > 90 mmHg
- Morfina se dor refratária
- Betabloqueador se sem contraindicação
- Estatina de alta potência (Atorvastatina 80 mg VO)

Estratificação e internação

- Alto risco: cinecoronariografia em < 24h
- Risco intermediário/baixo: estratificação não invasiva
- Manter antiagregação dupla
- IECA ou BRA precocemente se indicado
- Controle glicêmico rigoroso
- Internar em UCO/UTI se indicado

Taquicardia Supraventricular Instável

(Base: ACLS 2025, SBC 2023)

Identificação

- FC geralmente > 150 bpm
- Sinais de instabilidade: hipotensão, dor torácica, alteração do nível de consciência, sinais de choque ou insuficiência cardíaca
- ECG compatível com QRS estreito e regular (pode variar conforme tipo de TSV)

Condutas

- Oxigênio suplementar se $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso periférico
- Cardioversão elétrica sincronizada imediata (50-100 J, aumentar se necessário)
- Sedação rápida se possível, sem atrasar o choque
- Se ritmo irregular, descartar FA prévia antes de cardioversão

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

(Base: Diretrizes ESC 2023, Diretriz Brasileira de TEP 2022)

Identificação

- Dispneia súbita, dor torácica pleurítica, síncope ou hemoptise
- Taquicardia e taquipneia frequentes
- Hipotensão ou choque → TEP maciço
- Sinais clínicos de TVP em MMII
- Avaliação de probabilidade clínica (Escore de Wells, Geneva)

Condutas

- Oxigênio para $\text{SatO}_2 < 90\%$
- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso calibroso
- Anticoagulação imediata (Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h ou HNF EV conforme protocolo) se baixa chance de sangramento
- Solicitar angioTC de tórax se estabilidade hemodinâmica
- Ecocardiograma à beira-leito se instabilidade
- Trombólise sistêmica se TEP maciço com instabilidade
- Considerar embolectomia se trombólise contraindicada
- Internação em UTI ou enfermaria conforme gravidade

Dissecção Aguda de Aorta

(Base: Diretrizes ESC 2022, SBC 2023)

Identificação

- Dor torácica ou dorsal súbita, intensa e em “rasgo” ou “facada”
- Assimetria de pulsos ou PA entre membros
- Sopro de insuficiência aórtica
- Déficit neurológico associado
- Fatores de risco: hipertensão, síndrome de Marfan, valva aórtica bicúspide, uso de cocaína

Condutas

- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso calibroso
- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 94\%$
- Controle rigoroso da PA (PAS 100-120 mmHg) com betabloqueador EV (ex: Esmolol ou Metoprolol)
- Analgesia potente (morfina)
- Solicitar angioTC de aorta toracoabdominal se estável
- Se instável → avaliação cirúrgica imediata
- Tipo A (ascendente): cirurgia de urgência
- Tipo B (descendente): tratamento clínico inicial salvo complicações

Taquicardia Supraventricular Instável

(Base: Estudo ESC 2019, ACC/AHA 2025)

Identificação

- FC > 150bpm com irregularidade e sinais de instabilidade (hipotensão, dor torácica, alteração de consciência)
- ECG compatível com QRS estreito e regular (supraventricular)

Condutas

- Oxigênio se SatO₂ <94%
- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso
- Cardioversão elétrica sincronizada (50-100J) com sedação rápida se possível
- Após estabilização, encaminhar para estratificação eletrofisiológica ou cardiologia de ritmo

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

(Base: Diretrizes ESC 2022, TEP MS 2022)

Identificação

- Dispneia súbita, dor torácica pleurítica, taquicardia/taquipneia
- Sinais de instabilidade hemodinâmica (hipotensão, choque)

Condutas

- Oxigênio se $\text{SatO}_2 < 90\%$
- Monitor cardíaco contínuo
- Acesso venoso calibroso
- Anticoagulação imediata (Enoxaparina ou HNF) se baixo risco de sangramento
- Angio-TC de tórax se estável; ecocardiograma à beira-leito se instável
- Trombólise sistêmica se TEP maciço com instabilidade; considerar embolectomia se contraindicação

Exacerbação Grave de DPOC

(Base: SBPT, GOLD 2024)

Identificação

- Dispneia progressiva, tosse e/ou aumento de escarro (purulento)
- FR elevada, uso de musculatura acessória, cianose
- SatO₂ baixa (alvo 88-92%)
- Comorbidades cardíacas ou infecciosas associadas

Condutas

- Oxigênio titulado para SatO₂ 88-92%
- Broncodilatador de curta ação: salbutamol + ipratrópio em nebulização repetida
- Corticoide sistêmico: prednisona 40 mg VO por 5 dias OU metilprednisolona EV equivalente
- Antibiótico se ↑ purulência, volume de escarro e/ou febre (ex.: amox/clav VO; em grave considerar ceftriaxona EV ± macrolídeo)
- Gasometria arterial, RX de tórax, eletrólitos; considerar PCR
- VNI (ventilação não invasiva) se acidose/hipercapnia e esforço respiratório aumentado
- Intubação se falha da VNI, rebaixamento, instabilidade ou hipoxemia refratária
- Profilaxia de tromboembolismo e manejo de comorbidades

AVC Isquêmico Agudo (Trombólise/Trombectomia)

(Base: AHA/ASA 2024, Diretriz Brasileira de AVC 2023)

Identificação

- Início súbito de déficit focal neurológico (definir "último momento visto bem")
- Janela para trombólise $\leq 4h30$ e/ou elegibilidade para trombectomia
- Glicemia capilar para excluir hipoglicemia mimetizadora

Condutas

- TC de crânio sem contraste imediata (excluir hemorragia)
- Se elegível: alteplase 0,9 mg/kg (máx. 90 mg; 10% bolus, restante em 60 min) OU tenecteplase 0,25 mg/kg em bolus único quando indicado
- PA antes/ durante trombólise: $< 185/110$ mmHg (tratar se necessário)
- Trombectomia mecânica para oclusão de grande vaso (até 6 h; até 24 h em critérios de seleção por imagem)
- Se não trombolisado: AAS 300 mg após excluir hemorragia; se trombolisado, iniciar antiagregação após 24 h e nova TC
- Controle de temperatura, glicemia (140-180 mg/dL), hidratação e proteção de vias aéreas
- Internação em unidade de AVC/UTI, prevenção de TEV e reabilitação precoce

Meningite Bacteriana Aguda (Adulto)

(Base: Ministério da Saúde, IDSA)

Identificação

- Febre, cefaleia, rigidez de nuca, alteração do nível de consciência
- Petéquias/púrpura (sugestivo de meningococo)
- Imunossupressão, idade > 50 anos ou comorbidades

Conduas

- Coletar hemoculturas e iniciar antibiótico empírico imediato (não atrasar por punção)
- Dexametasona EV 10 mg 6/6 h iniciada antes/junto da 1ª dose de antibiótico
- Punção lombar após TC se sinais de hipertensão intracraniana/risco (déficit focal, crises, papiledema, imunossupressão)
- Esquema empírico:
 - 18-50 anos: ceftriaxona 2 g EV 12/12 h + vancomicina
 - > 50 anos/imunossuprimidos: ceftriaxona + vancomicina + ampicilina (Listeria)
- Isolamento por gotículas em suspeita de meningococo até 24 h de ATB adequado; notificação compulsória
- Suporte hemodinâmico, controle de dor/febre, correção de distúrbios eletrolíticos
- Ajustar antibiótico conforme cultura/ PCR/ LCR e descalonar quando possível

Exacerbação Grave de Asma (Adulto)

(Base: GINA 2024, Ministério da Saúde)

Identificação

- Dispneia intensa, FR > 30, fala entrecortada
- Uso de musculatura acessória, tiragem intercostal
- Sibilos difusos ou ausência de murmúrio vesicular (silêncio auscultatório)
- SatO₂ < 90% em ar ambiente

Condutas

- Oxigênio suplementar para manter SatO₂ 93-95%
- Broncodilatador: salbutamol 10-20 gotas + ipratrópio 20 gotas em SF 0,9% 3 mL, nebulizar a cada 20 min nas 1^a hora
- Corticoide sistêmico precoce: prednisona 40-60 mg VO ou metilprednisona 1 mg/kg EV
- Monitorar resposta clínica e sinais vitais a cada 15-30 min
- Se refratário: considerar sulfato de magnésio EV 2 g em 20 min
- Gasometria se hipoxemia grave ou deterioração
- Intubação em falha terapêutica ou sinais de fadiga respiratória

Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (Adulto)

(Base: American Red Cross, ILCOR, 2024)

Identificação

- Tosse ineficaz, estridor, cianose, incapacidade de falar ou respirar
- História de ingestão/inalação súbita de alimento/objeto

Condutas

- Se tosse eficaz: incentivar tosse, monitorar
- Se obstrução grave e paciente consciente: manobra de Heimlich até desobstrução ou perda de consciência
- Se inconsciente: RCP, inspeção visual da orofaringe e tentativa de retirada com pinça se visível
- Após desobstrução: avaliação de corpo estranho residual (laringoscopia/broncoscopia)
- Oxigênio suplementar e monitorização

Insuficiência Renal Aguda Grave

(Base: KDIGO 2023)

Identificação

- Creatinina aumentada ou diurese $< 0,5 \text{ mL/kg/h}$ por $> 6 \text{ h}$
- História de insulto renal recente (hipotensão, sepse, nefrotóxicos)
- Sinais de sobrecarga volêmica, distúrbios eletrolíticos graves

Conduas

- Acesso venoso e monitorização
- Suspender nefrotóxicos, ajustar doses de medicamentos
- Identificar e tratar causa base (hipotensão, sepse, obstrução urinária)
- Controle de potássio: resina de troca, glicoinulina, bicarbonato, $\beta 2$ -agonista inalatório
- Restrição hídrica se sobrecarga
- Indicação de diálise se: hipercalemia refratária, acidose grave, hipervolemia, uremia grave

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

(Base: ACG 2023, SBAD)

Identificação

- Hematêmese, melena ou instabilidade hemodinâmica com suspeita de sangramento alto
- Uso de AAS/AINH/anticoagulantes, história de hepatopatia ou úlcera

Condutas

- Acesso venoso calibroso (2)
- Reposição volêmica com cristaloides; transfusão se Hb < 7 g/dL (ou < 9 se instabilidade)
- IBP EV: omeprazol 80 mg EV bolus + 8 mg/h infusão contínua
- Octreotida se suspeita de varizes esofágicas
- Suspender anticoagulantes e considerar reversão se necessário
- Endoscopia em até 24 h (urgente se instável)
- Profilaxia de encefalopatia e infecção em hepatopatas

Hemorragia Digestiva Baixa (HDB)

(Base: ASGE 2024)

Identificação

- Hematoquezia, sangramento retal visível
- Instabilidade hemodinâmica possível
- História de diverticulose, doença inflamatória intestinal, neoplasia ou uso de anticoagulantes

Condutas

- Acesso venoso, reposição volêmica conforme perda
- Suspende anticoagulantes e antiagregantes se indicado
- Solicitar hemograma, função renal, coagulograma
- Colonoscopia preferencial após preparo intestinal (urgente se instável e sangramento ativo)
- Angiotomografia ou arteriografia se sangramento persistente e instabilidade
- Tratar causa específica após diagnóstico

IAM com Supra de ST (SCACS com Supra)

(Base: Diretriz Brasileira de SCACS 2023 - SBC)

Identificação

- Dor torácica típica > 20 min
- Supra de ST ≥ 1 mm em ≥ 2 derivações contíguas ou novo BRE
- Início dos sintomas < 12h (ou > 12h se instabilidade ou dor persistente)

Conduas

- Monitor cardíaco, O₂ se SatO₂ < 90%
- AAS 300 mg VO mastigado
- Clopidogrel 300-600 mg VO ou ticagrelor 180 mg VO
- Analgesia com morfina se dor intensa
- Nitrato sublingual se PA > 90 mmHg e sem uso de sildenafil/tadalafil
- Definir estratégia de reperfusão:
 - Angioplastia primária (preferencial) se < 120 min para acesso
 - Trombolítico se indisponível, até 12h do início (alteplase, tenecteplase, estreptoquinase)
- Beta-bloqueador se não houver contra-indicação
- Anticoagulação: enoxaparina ou heparina não fracionada conforme protocolo
- Encaminhar para UCO pós-reperfusion

Taquicardia Supraventricular Instável

(Base: ACLS 2024)

Identificação

- FC > 150 bpm
- Instabilidade hemodinâmica: hipotensão, choque, alteração de consciência, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca aguda
- ECG com QRS estreito (< 0,12 s), regular

Condutas

- Cardioversão elétrica sincronizada imediata
- Dose inicial: 50-100 J bifásico (aumentar se necessário)
- Sedação rápida se possível e seguro
- Após reversão: investigar causa e prevenir recorrência

Taquicardia Ventricular sem Pulso / Fibrilação Ventricular

(Base: ACLS 2024)

Identificação

- Ausência de pulso central
- ECG com TV sem pulso ou FV

Condutas

- Iniciar RCP imediata (30:2)
- Desfibrilação:
 - 1ª: 200 J bifásico (ou 360 J monofásico)
 - Retomar RCP por 2 min, reavaliar
- Adrenalina 1 mg EV a cada 3-5 min após 2º choque
- Amiodarona 300 mg EV no 3º choque; repetir 150 mg se necessário
- Continuar ciclos até reversão ou óbito confirmado
- Corrigir causas reversíveis (5H + 5T)

Bradiarritmia Grave

(Base: ACLS 2024)

Identificação

- FC < 50 bpm com sintomas (hipotensão, choque, alteração consciência, dor torácica, insuficiência cardíaca)
- ECG com bloqueio AV de 2º grau tipo II, bloqueio AV total ou bradicardia sinusal grave

Condutas

- Atropina 0,5 mg EV a cada 3-5 min (máx. 3 mg)
- Se refratário:
 - Infusão de dopamina 5-20 mcg/kg/min
 - Infusão de adrenalina 2-10 mcg/min
 - Marca-passo transcutâneo
- Investigar e tratar causa base

Parada Cardiorrespiratória (Suporte Avançado Adulto)

(Base: ACLS 2024)

Identificação

- Inconsciente, sem respiração normal, sem pulso central

Condutas

- Iniciar RCP 30:2 imediatamente, alternando socorristas a cada 2 min
- Acesso venoso ou intraósseo
- Ritmo chocável (FV/TV sem pulso): desfibrilar + adrenalina após 2º choque + amiodarona após 3º
- Ritmo não chocável (AESP/assistolia): adrenalina 1 mg EV a cada 3-5 min, reanimação contínua
- Identificar e corrigir causas reversíveis (5H + 5T)
- Considerar via aérea avançada e capnografia
- Encerrar se sem retorno de circulação após tentativa adequada ou ordem médica

Choque Séptico

(Base: *Surviving Sepsis Campaign 2023, PCDT Sepsis MS*)

Identificação

- Suspeita ou confirmação de infecção
- Hipotensão (PAM < 65 mmHg) apesar de reposição volêmica adequada
- Lactato sérico > 2 mmol/L

Condutas - Primeira Hora

- O₂ suplementar para manter SatO₂ ≥ 94%
- Acesso venoso calibroso (2 periféricos ou central)
- Coletar culturas antes do antibiótico (sem atrasar)
- Iniciar antibiótico empírico de amplo espectro em até 1h
- Reposição volêmica inicial: 30 mL/kg de cristalóide
- Vasopressor se PAM < 65 mmHg após volume (noradrenalina 1ª escolha)
- Monitorar diurese (≥ 0,5 mL/kg/h)
- Reavaliar lactato seriado

Crise Hipertensiva

(Base: Diretriz Brasileira de Hipertensão 2024)

Identificação

- PA \geq 180 x 120 mmHg
- Com sinais de lesão aguda de órgão-alvo = Emergência hipertensiva
- Sem sinais de lesão aguda = Urgência hipertensiva

Condutas - Emergência Hipertensiva

- UTI / sala de emergência
- Reduzir PAM em até 25% na 1ª hora
- Fármacos EV conforme causa: nitroprussiato, nitroglicerina, labetalol, esmolol
- Evitar redução excessiva da PA

Condutas - Urgência Hipertensiva

- Sem necessidade de internação imediata
- Ajuste/introdução de anti-hipertensivo VO
- Acompanhamento ambulatorial em 24-72h

Edema Agudo de Pulmão (Cardiogênico)

(Base: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca 2022)

Identificação

- Dispneia súbita intensa
- Crepitações difusas à ausculta
- Sinais de congestão e/ou hipoperfusão

Condutas

- O₂ suplementar para SatO₂ ≥ 94%
- Monitor cardíaco e oximetria
- Furosemida EV (20-40 mg)
- Nitrato EV ou SL se PA > 100 mmHg
- Morfina EV se ansiedade/dor intensa
- Tratar causa precipitante (IAM, arritmia, crise hipertensiva)

Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

(Base: Diretriz Brasileira de TEP 2022)

Identificação

- Dispneia súbita, dor torácica pleurítica, taquicardia
- História de imobilização, cirurgia recente, câncer, TVP
- Escore de Wells / Geneva para estratificação de risco

Conduas

- O₂ suplementar para SatO₂ ≥ 94%
- Anticoagulação imediata (enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h ou HNF EV) se risco moderado/alto e sem contraindicação
- Suporte hemodinâmico (noradrenalina se choque)
- TEP maciço com instabilidade: trombólise sistêmica (alteplase)
- Solicitar angioTC ou cintilografia pulmonar conforme estabilidade

AVC Isquêmico Agudo

(Base: Diretriz Brasileira de AVC 2023)

Identificação

- Início súbito de déficit neurológico focal
- Tempo de início dos sintomas < 4h30 (janela trombólise)
- Excluir hipoglicemia como causa

Condutas

- Avaliação imediata com escala de NIHSS
- TC de crânio sem contraste urgente (excluir hemorragia)
- Se dentro da janela e sem contraindicações: trombólise IV com alteplase (0,9 mg/kg, máx. 90 mg)
- Se grande vaso e até 6h: considerar trombectomia mecânica
- PA < 185/110 mmHg antes da trombólise
- Controle de glicemia e temperatura
- Encaminhar para unidade de AVC

AVC Hemorrágico (HIC/HSA)

(Base: Diretriz Brasileira de AVC 2023)

Identificação

- Déficit neurológico súbito com cefaleia intensa/vômitos
- TC de crânio sem contraste com sangue intracraniano (parênquima, ventrículos, espaço subaracnoide)

Condutas

- Controle de PA: alvo PAS 140-160 mmHg (individualizar)
- Reversão de anticoagulação/antiagregação conforme fármaco
- Cabeceira a 30°, controle de dor e náusea
- Evitar hiperglicemia (> 180 mg/dL) e hipertermia
- Considerar neurocirurgia (hematoma volumoso, hidrocefalia, HSA aneurismática)
- UTI/neuro-UTI e monitorização estreita

Estado de Mal Epiléptico

(Base: AAN/ILAE 2020, protocolos de emergência)

Identificação

- Crise > 5 min ou crises recorrentes sem recuperação da consciência
- Avaliar glicemia capilar e causas precipitantes

Condutas

- Via aérea, oxigênio, monitorização, acesso venoso
- 1ª linha: benzodiazepínico (midazolam IM/EV, diazepam EV ou lorazepam EV)
- 2ª linha: fenitoína/fosfenitoína EV 20 mg/kg ou valproato EV 20-40 mg/kg ou levetiracetam EV 40-60 mg/kg
- Refratário: sedação contínua (midazolam/propofol/tiopental) em UTI
- Investigar e tratar causa (hipóxia, infecção SNC, distúrbios metabólicos, abstinência, tóxicos)

Hipoglicemia Grave

(Base: ADA 2024)

Identificação

- Glicemia < 54 mg/dL ou sintomas neuroglicopenia com incapacidade de ingerir VO

Condutas

- Acesso venoso
- Bolo de glicose EV: 20-50 mL de SG 50% (ou 100-200 mL de SG 10%)
- Sem acesso: glucagon 1 mg IM/SC
- Reavaliar glicemia a cada 15 min até > 100 mg/dL e manter oferta de carboidrato
- Investigar causa e ajustar terapia para prevenir recorrência

Hipercalemia Grave

(Base: AHA/Nephrology 2023)

Identificação

□ $K^+ \geq 6,5$ mEq/L ou alterações no ECG (ondas T apiculadas, alargamento QRS) ou sintomas neuromusculares

Condutas

- Estabilizar membrana: gluconato de cálcio 10% - 10 mL EV lento (repetir se necessário)
- Deslocar K^+ para intracelular:
 - Insulina regular 10 U EV + 25-50 g de glicose
 - Beta-agonista inalatório em dose alta
 - Bicarbonato EV se acidose
- Remover K^+ : resina trocadora, diurético se possível, hemodiálise se refratário/IRA
- Tratar causa precipitante e monitorização contínua/ECG seriado

Cetoacidose Diabética (CAD)

(Base: ADA 2024, PCDT DM MS)

Identificação

- Hiperglicemia (geralmente > 250 mg/dL) + acidose (pH $< 7,30$, HCO_3^- baixo) + cetonemia/cetonúria
- Desidratação, taquipneia (Kussmaul), náusea/vômitos, dor abdominal

Conduas

- Hidratação: SF 0,9% 15-20 mL/kg na 1ª hora; ajustar conforme estado volêmico
- Insulina regular EV: 0,1 U/kg/h após início da hidratação (ou bolus 0,1 U/kg seguido de 0,1 U/kg/h)
- Potássio: repor se $\text{K}^+ < 5,3$ mEq/L; não iniciar insulina se $\text{K}^+ < 3,3$ mEq/L até correção
- Bicarbonato apenas se pH $< 6,9$
- Monitorizar glicemia horária, eletrólitos, gasometria e anion gap
- Tratar fator precipitante; transição para VO quando resolvida a acidose e o paciente puder ingerir/alimentar

Síndrome Hiperosmolar Hiperglicêmica (EHH)

(Base: ADA 2024, PCDT DM - MS)

Identificação

- Glicemia geralmente > 600 mg/dL
- Osmolaridade efetiva elevada (> 320 mOsm/kg)
- Ausência de acidose/cetose significativas (pH > 7,30; cetonas mínimas)
- Alteração do estado mental, desidratação importante

Conduas

- Hidratação vigorosa: SF 0,9% 15-20 mL/kg na 1ª hora; depois ajustar (0,45% se Na+ corrigido alto)
- Insulina regular EV: 0,05-0,1 U/kg/h após início da hidratação
- Potássio: repor conforme K+ sérico (não iniciar insulina se K+ < 3,3 mEq/L)
- Corrigir fatores precipitantes (infecção, drogas, IAM, AVC)
- Metas: queda de glicemia 50-75 mg/dL/h; osmolaridade reduzir gradualmente
- UTI se instabilidade hemodinâmica ou rebaixamento importante

Anafilaxia (Adulto)

(Base: WAO 2020/2023, Ministério da Saúde)

Identificação

- Início súbito após exposição a alérgeno provável
- Comprometimento cutâneo/mucoso + respiratório e/ou circulatório
- Hipotensão, broncoespasmo, estridor, edema de glote, síncope

Conduas

- Adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg) na face ântero-lateral da coxa; repetir a cada 5-15 min se necessário
- Decúbito dorsal com pernas elevadas (ou lateral se vômitos)
- Oxigênio suplementar; monitorização; acesso venoso
- SF 0,9% EV rápido se hipotensão
- Anti-histamínico H1 (ex.: dexclorfeniramina) e corticoide (ex.: metilprednisolona) após estabilização
- Broncoespasmo: β 2 inalatório de curta ação
- Observação por 6-8 h (\geq 24 h se reação grave/bifásica, asma ou uso de beta-bloqueador)
- Alta com plano de ação, prescrição de anti-histamínico, orientação e encaminhamento para alergista

Insuficiência Respiratória Aguda (inclui Sequência Rápida de Intubação - SRI)

(Base: SBPT, AHA 2020+, protocolos de emergência)

Identificação

- $\text{SatO}_2 < 90\%$ em O_2 ambiente ou sinais de esforço/ fadiga
- $\text{FR} > 30$ irpm, uso de musculatura acessória, alteração de consciência
- Hipercapnia/acidose na gasometria ou hipoxemia refratária

Condutas (suporte inicial)

- O_2 titulado para meta (ARDS/hipercápnicos: metas individualizadas; DPOC: 88-92%)
- Considerar VNI se acidose hipercápnica e cooperativo, sem choque ou rebaixamento importante
- Se falha/contraindicação de VNI ou sinais de exaustão → SRI

Sequência Rápida de Intubação (resumo)

- Preparar material, monitorização, pré-oxigenação 3-5 min (ou 8 ventilações profundas)
- Indução: etomidato/ketamina/propofol conforme hemodinâmica
- Bloqueador neuromuscular: rocurônio/succinilcolina
- Intubação orotraqueal, confirmar com capnografia e ausculta
- Pós-IOT: ajustar ventilador (objetivar platô < 30 cmH_2O), analgesia/sedação, proteção gástrica e trombopprofilaxia

Politrauma: Abordagem Inicial (ABCDE - ATLS)

(Base: ATLS 10ª edição, MS)

Identificação

- Mecanismo de alta energia ou múltiplas lesões
- Sinais de choque, rebaixamento, sangramento ativo

Condutas

A - Via aérea com proteção da coluna cervical

- Avaliar patência; imobilização cervical; considerar IOT precoce se comprometida

B - Respiração e ventilação

- Inspeção, ausculta, saturação; tratar de imediato pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço, tórax instável

C - Circulação e controle de hemorragias

- Compressão direta, torniquete quando indicado; 2 acessos venosos calibrosos; reposição com cristaloides aquecidos e hemoderivados (protocolo de transfusão maciça quando necessário)

D - Déficit neurológico

- Avaliar Glasgow, pupilas, glicemia

E - Exposição e controle do ambiente

- Retirar roupas, examinar todo o corpo, prevenir hipotermia
- FAST/TC conforme estabilidade; acionar cirurgia precoce quando indicado

Queimaduras Graves (Adulto)

(Base: Sociedade Brasileira de Queimaduras, MS)

Identificação

- 2º grau > 10% SCQ, qualquer 3º grau, face/pescoço/mãos/pés/períneo/articulações
- Sinais de inalação (fuligem, rouquidão, queimadura nasal/oral)
- Lesão elétrica, química ou associada a trauma inalatória/explosão

Condutas

- Interromper agente térmico/químico; remover roupas/objetos quentes
- ABC com atenção à via aérea: considerar IOT precoce em suspeita de lesão inalatória
- Acesso venoso calibroso; analgesia adequada
- Reposição volêmica (Parkland): $4 \text{ mL} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{SCQ}$ nas 1ª 24 h (50% nas primeiras 8 h)
- Coberturas limpas e secas; evitar hipotermia
- Tétano conforme calendário; antibiótico apenas se infecção
- Avaliar transferência para centro de queimados conforme critérios

Bradiarritmia Grave (Adulto)

(Base: ACLS 2023, SBC)

Identificação

- FC < 50 bpm associada a sintomas (hipotensão, confusão mental, dor torácica, sinais de choque)
- Ritmo: BAV de alto grau, BAV total, pausas sinusais sintomáticas

Condutas

- O₂ suplementar se hipoxemia, monitor cardíaco e acesso venoso
- Atropina 0,5 mg EV a cada 3-5 min (máx. 3 mg)
- Se refratário: infusão EV de dopamina (2-20 mcg/kg/min) ou adrenalina (2-10 mcg/min)
- Considerar marcapasso transcutâneo precoce
- Tratar causa reversível (IAM, distúrbio eletrolítico, intoxicação)

Taquicardia Ventricular / Fibrilação Ventricular (Parada)

(Base: ACLS 2023, AHA)

Identificação

- Ritmo chocável (FV ou TV sem pulso) no monitor/desfibrilador
- Ausência de pulso central, inconsciência, apneia

Condutas

- Iniciar RCP imediata (30:2 ou contínua com via aérea avançada)
- Desfibrilar: bifásico 120-200 J (monofásico 360 J)
- Repetir RCP por 2 min → reavaliar → desfibrilar se persistir
- Adrenalina 1 mg EV a cada 3-5 min (após 2º choque)
- Amiodarona 300 mg EV (dose única), repetir 150 mg se necessário
- Reversar causas 5H5T

Crise Tireotóxica

(Base: ATA 2016, protocolos de emergência)

Identificação

- História de hipertireoidismo + febre, taquicardia > 140 bpm, confusão/agitação, IC ou arritmias
- Fatores precipitantes: infecção, cirurgia, suspensão de drogas antitireoidianas

Condutas

- Beta-bloqueador: propranolol VO/EV (atenolol/metoprolol alternativos)
- Antitireoidiano: propiltiouracil ou metimazol
- Iodo 1h após antitireoidiano (Lugol ou solução de iodeto de potássio)
- Corticoide: hidrocortisona 100 mg EV 8/8h
- Suporte: hidratação, resfriamento, tratar gatilho

Coma Mixedematoso

(Base: ATA 2016, protocolos de emergência)

Identificação

- Hipotermia, bradicardia, hipotensão
- Depressão respiratória, hiponatremia
- História de hipotireoidismo grave ou não tratado

Condutas

- Aquecimento passivo
- Levotiroxina EV (dose de ataque + manutenção)
- Hidrocortisona EV 100 mg 8/8h até excluir insuficiência adrenal
- Ventilação mecânica se hipoventilação grave
- Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos

Intoxicação Exógena Grave (Abordagem Geral)

(Base: SBPT, MS, protocolos toxicológicos)

Identificação

- Exposição confirmada/suspeita a substância tóxica
- Alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou respiratória
- Sinais específicos (miose, midríase, arritmias, convulsões)

Condutas

- ABC e suporte vital, O₂, acesso venoso, monitorização
- Contatar CIATox (0800 722 6001)
- Descontaminação: carvão ativado 1 g/kg (até 50 g adulto) se até 1h da ingestão e sem contraindicações
- Antídotos específicos se disponíveis (ex.: naloxona, flumazenil, atropina, etc.)
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e glicemia
- Considerar diálise/hemoperfusão conforme substância

AVC Isquêmico Agudo

(Base: Diretrizes AHA/ASA 2023, SBC)

Identificação

- Início súbito de déficit neurológico focal
- Tempo de início dos sintomas < 4,5h (para trombólise)
- Escala de Cincinnati ou NIHSS alterada

Conduas

- ABC, O₂ se SpO₂ < 94%, monitorização
- Glicemia capilar e correção se < 60 mg/dL
- TC de crânio sem contraste urgente (descartar sangramento)
- Trombólise com alteplase se dentro da janela e sem contraindicações
- Controle de PA conforme protocolo (< 185/110 mmHg para trombólise)
- Encaminhar para centro de referência com suporte neurovascular

AVC Hemorrágico

(Base: AHA/ASA 2022, SBC)

Identificação

- Déficit neurológico súbito com TC evidenciando hemorragia intracraniana
- História de HAS, uso de anticoagulantes, trauma craniano

Condutas

- ABC e estabilização hemodinâmica
- Controle rigoroso de PA (meta sistólica < 140 mmHg se seguro)
- Suspender e reverter anticoagulação se aplicável
- Evitar hiperglicemia e hipertermia
- Encaminhar para neurocirurgia/neurointensivismo
- Monitorar e tratar hipertensão intracraniana (HIC)

Edema Agudo de Pulmão (Cardiogênico)

(Base: SBC 2022, protocolos emergência)

Identificação

- Dispneia súbita, ortopneia, estertores difusos
- Hipoxemia, hipertensão ou sinais de baixo débito
- Radiografia com congestão pulmonar

Condutas

- Posição sentada, O₂ suplementar
- Furosemida EV (20-40 mg)
- Vasodilatador (nitroglicerina EV) se PA sistólica > 100 mmHg
- Morfina EV (2-4 mg) se ansiedade intensa/dor
- Tratar causa base (IAM, arritmia, crise hipertensiva)
- Considerar CPAP/BiPAP precoce

Crise Hipertensiva

(Base: SBC 2022, Diretrizes HAS)

Identificação

- PA \geq 180/120 mmHg
- Emergência hipertensiva: dano agudo de órgão-alvo (EAP, AVC, dissecção de aorta, IRA)
- Urgência hipertensiva: sem lesão de órgão-alvo, sintomas leves

Conduas

Emergência:

- Reduzir PA em 20-25% na 1ª hora (drogas EV: nitroprussiato, nitroglicerina, esmolol)

Urgência:

- Ajuste/introdução de anti-hipertensivo VO, observação e seguimento ambulatorial

Anafilaxia

(Base: WAO 2023, Diretrizes Brasileiras)

Identificação

- Início súbito de sintomas após exposição a alérgeno
- Comprometimento respiratório, hipotensão, sintomas cutâneos generalizados

Condutas

- Adrenalina 0,3-0,5 mg IM (1:1000) na face ântero-lateral da coxa, repetir a cada 5-15 min se necessário
- O₂ suplementar, acesso venoso, monitorização
- Cristalóide EV se hipotensão
- Anti-histamínico e corticoide após adrenalina
- Observação por 4-6h (24h se grave)

Pancreatite Aguda Grave

(Base: Diretriz Brasileira de Pancreatite Aguda 2021, ACG)

Identificação

- Dor epigástrica intensa irradiando para dorso, náuseas/vômitos
- Amilase/lipase > 3x limite superior
- Critérios de gravidade (choque, insuficiência respiratória, falência orgânica, BISAP \geq 3)

Conduas

- Jejum e hidratação vigorosa com cristalóide (SF 0,9% ou RL), reavaliar metas hemodinâmicas
- Analgesia adequada (opioides se necessário)
- Ultrassom abdominal (avaliar litíase) \pm TC se dúvida diagnóstica/complicações após 48-72 h
- Antibiótico apenas se infecção comprovada (necrose infectada)
- Tratar causa (CPRE precoce se colangite ou Ictericia obstrutiva)
- UTI se falência orgânica ou instabilidade

Abdome Agudo Perfurativo (Perfuração de Viscera Oca)

(Base: Ministério da Saúde, protocolos cirúrgicos)

Identificação

- Dor abdominal súbita, intensa, difusa
- Sinais de peritonite (defesa, rigidez, descompressão dolorosa)
- RX tórax/abdome: pneumoperitônio; TC confirma/localiza perfuração

Condutas

- Jejum absoluto, acesso venoso calibroso, reposição volêmica
- Antibiótico EV de amplo espectro (cobertura entérica/anaeróbios)
- Analgesia, antiemético
- Correção de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos
- Avaliação e **encaminhamento cirúrgico imediato**

Rabdomiólise

(Base: KDIGO/UpToDate, protocolos de emergência)

Identificação

- Dor/edema muscular, fraqueza, urina escura
- CPK elevada (geralmente > 5.000 U/L), mioglobínúria
- Risco de IRA, hipercalemia, distúrbios ácido-básicos

Condutas

- Hidratação vigorosa EV (objetivar diurese \geq 200-300 mL/h)
- Monitorização eletrolítica séria (K⁺, Ca²⁺, fosfato, bicarbonato)
- Tratar hipercalemia conforme protocolo
- Considerar alcalinização urinária se CPK muito elevada e sem alcalose/hipocalcemia
- Suspender fármacos desencadeantes; tratar causa (compressão, hipertermia, convulsão, drogas)
- Diálise se IRA com complicações refratárias

Meningococemia

(Base: Ministério da Saúde, IDSA)

Identificação

- Febre alta, mal-estar, vômitos
- Exantema petequial/púrpura rapidamente progressivo
- Sinais de choque/sepse (hipotensão, extremidades frias, lactato elevado)

Conduas

- Coletar hemoculturas (não atrasar ATB) e iniciar **antibiótico EV imediato** (ceftriaxona 2 g 12/12 h; considerar adicionar vancomicina conforme cenário local)
- Reanimação volêmica (30 mL/kg cristalóide) e vasopressores se necessário
- Dexametasona se meningite associada (antes/junto ao 1º antibiótico)
- Isolamento por gotículas por 24 h após ATB adequado
- Notificação compulsória e **quimioprofilaxia dos contatos** (rifampicina/ciprofloxacino conforme protocolo)
- UTI para suporte hemodinâmico/ventilatório se grave

Dengue Grave

(Base: Ministério da Saúde - Guia Dengue 2023/2024, OMS)

Identificação

- Sinais de alarme: dor abdominal intensa/contínua, vômitos persistentes, sangramento de mucosas, letargia/irritabilidade, hipotensão postural, hepatomegalia > 2 cm, aumento progressivo do hematócrito com queda de plaquetas
- Dengue grave: choque, sangramento grave, disfunção orgânica (hepática, neurológica, miocárdica)

Condutas

- Classificar (A/B/C/D) e **iniciar reposição volêmica guiada por metas** (cristaloide em bolus nas classes C/D)
- Monitorização seriada de PA, diurese, hematócrito, plaquetas
- Evitar AINEs e AAS; analgésico/antitérmico: paracetamol
- Transfusão hemoderivados se sangramento grave/instabilidade
- Investigar e manejar co-infecções/complicações (hepatite, miocardite)
- Internação em unidade com suporte intensivo para choque/sangramento grave

Leptospirose Grave

(Base: Ministério da Saúde 2024, OMS)

Identificação

- História de exposição a água/lama possivelmente contaminada
- Febre, mialgia intensa (panturrilhas), cefaleia
- Icterícia, insuficiência renal aguda, hemorragias, dispneia (forma grave - Síndrome de Weil)

Condutas

- Coletar exames (ureia, creatinina, eletrólitos, hemograma, provas hepáticas)
- Iniciar antibiótico EV precoce: penicilina cristalina 1,5 milhão UI 6/6h ou ceftriaxona 1g 12/12h (MS)
- Hidratação adequada, monitorizar balanço hídrico
- Tratar IRA conforme protocolos (hemodiálise se necessário)
- Oxigenoterapia/ventilação se insuficiência respiratória
- Notificação compulsória

Compressão Medular por Tumor

(Base: NCCN Guidelines, MS - Urgência Oncológica)

Identificação

- Dor lombar/cervical progressiva, pior à noite ou ao deitar
- Déficit motor, sensitivo, distúrbios esfincterianos
- História de câncer primário conhecido ou suspeita de neoplasia

Conduas

- Solicitar RNM da coluna total o mais rápido possível
- Dexametasona 10 mg EV inicial, depois 4 mg EV 6/6h
- Manter repouso absoluto, estabilizar coluna
- Encaminhar para neurocirurgia ou radioterapia emergencial conforme tumor
- Controle da dor

Retenção Urinária Aguda

(Base: Diretriz Brasileira de Urologia, EAU)

Identificação

- Incapacidade súbita de urinar com dor/sensação de bexiga cheia
- Distensão abdominal suprapúbica, ausência de jato urinário
- Possíveis causas: HPB, obstrução uretral, neurogênica, pós-operatório

Condutas

- Cateterismo vesical de alívio (sonda Foley nº 14-18)
- Analisar diurese inicial (cuidado com diurese pós-obstrutiva)
- Tratar dor (analgesia simples ou opioide leve)
- Solicitar exames: urina, creatinina, USG se necessário
- Investigar e tratar causa de base (HPB, cálculos, estreitamento, tumores)

Cólica Renal Complicada

(Base: Diretriz Brasileira de Litíase Urinária, EAU)

Identificação

- Dor lombar súbita, intensa, em cólica, irradiada para fossa ilíaca/genitália
- Hematúria, náuseas/vômitos
- Febre ou anúria (sugere complicação)

Condutas

- Analgesia potente (dipirona EV + AINE ± opioide)
- Hidratação EV moderada
- Se febre/sepsis: iniciar antibiótico EV imediato (cobertura Gram-negativos)
- Solicitar exames: urina, creatinina, hemograma, USG/TC de abdome
- Internar e indicar desobstrução urgente se infecção associada ou rim único

Insuficiência Renal Aguda (IRA)

(Base: KDIGO 2023, MS)

Identificação

- Aumento súbito de creatinina sérica, oligúria ($< 0,5$ mL/kg/h por > 6 h)
- Classificar em pré-renal, renal intrínseca ou pós-renal
- Identificar fatores precipitantes (hipovolemia, sepse, drogas nefrotóxicas, obstrução)

Condutas

- Interromper nefrotóxicos (AINEs, aminoglicosídeos, contraste)
- Corrigir hipovolemia com reposição de fluidos
- Tratar causas específicas (antibiótico, desobstrução, suporte hemodinâmico)
- Monitorar balanço hídrico e eletrólitos (K^+ , Na^+)
- Diálise se refratário com hipercalemia, acidose grave, uremia sintomática ou sobrecarga hídrica grave

Politrauma

(Base: ATLS 10ª edição, MS)

Identificação

- Paciente com múltiplas lesões traumáticas
- Mecanismo de alta energia (acidente automobilístico, queda > 2 m, atropelamento)
- Instabilidade hemodinâmica ou comprometimento de via aérea

Condutas

- Seguir protocolo ABCDE do trauma
- A: Garantir via aérea com proteção cervical (colocar colar cervical)
- B: Avaliar respiração e ventilação (oxigenoterapia, dreno de tórax se necessário)
- C: Controle de hemorragia e reposição volêmica com cristaloides e hemoderivados
- D: Avaliar déficit neurológico (Escala de Glasgow)
- E: Exposição total e controle da temperatura
- Solicitar exames de imagem conforme estabilidade (FAST, RX, TC)
- Acionar equipe cirúrgica se indicado

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)

(Base: Diretriz Brasileira de HDA 2023)

Identificação

- Hematêmese, melena ou vômitos com sangue
- História de doença hepática, uso de AINEs, úlcera péptica ou varizes esofágicas
- Sinais de choque hipovolêmico em casos graves

Conduas

- Estabilizar via aérea se rebaixamento de consciência ou sangramento ativo volumoso
- Monitorização e acesso venoso calibroso (2 vias)
- Reposição volêmica e transfusão conforme hemoglobina e instabilidade
- Iniciar IBP EV (omeprazol 80 mg em bolus, depois 8 mg/h contínuo)
- Em suspeita de varizes: iniciar octreotida/terlipressina + ceftriaxona 1g/dia
- Encaminhar para endoscopia de urgência (ideal < 24h)

Hipoglicemia Grave

(Base: ADA 2024, MS)

Identificação

- Glicemia capilar < 54 mg/dL com sintomas neuroglicopênicos
- Alteração de consciência, convulsões, coma
- Uso prévio de insulina ou secretagogos de insulina

Conduas

- Administrar glicose EV: 20-50 mL de glicose a 50% em bolus (ou 10% se acesso central difícil)
- Se sem acesso venoso: glucagon 1 mg IM/SC
- Monitorar glicemia a cada 15 min até estabilização
- Investigar e corrigir causa (erro medicamentoso, jejum prolongado, sepse)
- Manter dieta/carboidratos VO quando possível para evitar recorrência

AVC Isquêmico

(Base: Diretriz Brasileira de AVC 2023, AHA 2024)

Identificação

- Início súbito de déficit focal neurológico (< 24h)
- Alterações motoras, sensitivas, fala, visão, coordenação
- Tempo de início dos sintomas bem definido

Condutas

- Acionar protocolo de "Código AVC"
- Solicitar TC de crânio sem contraste imediata
- Avaliar elegibilidade para trombólise IV (até 4,5h) ou trombectomia mecânica (até 6-24h em casos selecionados)
- Manter PA < 185/110 mmHg para trombólise (senão, até 220/120 mmHg se não candidato)
- Oxigenoterapia se SatO₂ < 94%
- Monitorização em unidade especializada

Hipertensão Maligna

(Base: SBC 2022, ESC 2023)

Identificação

- PA \geq 180/120 mmHg com lesão aguda de órgão-alvo (EAM, AVC, IRA, edema agudo de pulmão)
- Sintomas: cefaleia, dor torácica, dispneia, déficit neurológico

Conduas

- Internação em ambiente monitorizado
- Reduzir PA de forma controlada (10-20% na primeira hora)
- Antihipertensivos EV de escolha conforme situação (nitroprussiato, nitroglicerina, labetalol, esmolol)
- Investigar e tratar causa desencadeante
- Monitorar função renal, cardíaca e neurológica

Choque Hipovolêmico

(Base: ATLS 10ª edição, MS)

Identificação

- Hipotensão, taquicardia, extremidades frias, tempo de enchimento capilar aumentado
- História de trauma, hemorragia, desidratação grave ou perdas GI importantes
- Sinais de perfusão tecidual inadequada (confusão, oligúria)

Condutas

- Garantir via aérea e oxigenação adequada
- Monitorização contínua (FC, PA, SatO₂, diurese)
- Acesso venoso calibroso (2 vias) ou acesso intraósseo
- Reposição rápida com cristaloides (20-30 mL/kg)
- Considerar transfusão precoce se hemorragia grave
- Tratar causa subjacente (controle de sangramento, reposição de líquidos perdidos)

Intoxicação Exógena Grave

(Base: PCDT Intoxicações Agudas, MS)

Identificação

- História de exposição a substância tóxica (medicamentos, drogas, produtos químicos)
- Alteração de consciência, instabilidade hemodinâmica, convulsões, arritmias
- Sinais clínicos compatíveis com síndrome tóxica específica

Conduas

- Garantir via aérea, ventilação e oxigenação
- Acesso venoso, monitorização cardíaca e coleta de exames
- Descontaminação conforme tempo de ingestão e tipo de tóxico (carvão ativado 1g/kg, máximo 50g)
- Antídotos específicos conforme substância (ex.: naloxona, flumazenil, N-acetilcisteína)
- Suporte hemodinâmico e sintomático
- Acionar CIATox (Centro de Informação e Assistência Toxicológica)

Insuficiência Cardíaca Aguda Descompensada

(Base: Diretriz Brasileira de IC 2023, ESC 2023)

Identificação

- Dispneia súbita ou progressiva, ortopneia, estertores, edema periférico
- Sinais de congestão pulmonar e/ou hipoperfusão
- História prévia de IC ou cardiopatia estrutural

Conduas

- Oxigenoterapia se $\text{SatO}_2 < 90\%$
- Monitorização contínua e acesso venoso
- Diurético de alça EV (furosemida 20-40 mg ou mais conforme uso prévio)
- Vasodilatadores EV se PA sistólica > 110 mmHg (nitroglicerina, nitroprussiato)
- Suporte inotrópico se baixo débito e hipotensão (dobutamina, milrinona)
- Investigar e tratar causa precipitante (IAM, arritmia, infecção)

Embolia Pulmonar Aguda

(Base: Diretriz Brasileira de TEP 2023, ESC 2023)

Identificação

- Dispneia súbita, dor torácica pleurítica, hemoptise, síncope
- Fatores de risco: imobilização, cirurgia recente, câncer, TVP prévia
- Sinais de sobrecarga de VD ou instabilidade hemodinâmica

Condutas

- Oxigenoterapia, monitorização e acesso venoso
- Solicitar exames: gasometria, D-dímero, angioTC pulmonar (ou cintilografia V/Q)
- Iniciar anticoagulação imediata se suspeita alta e baixo risco de sangramento (heparina não fracionada ou enoxaparina)
- Trombólise sistêmica em casos de instabilidade hemodinâmica
- Encaminhar para UTI em casos graves

Pneumotórax Hipertensivo

(Base: ATLS 10ª edição, MS)

Identificação

- Dispneia grave, hipotensão, desvio de traqueia, hipofonese unilateral
- História de trauma torácico penetrante/fechado ou complicação de ventilação mecânica

Condutas

- Diagnóstico é clínico, não esperar exame de imagem
- Realizar imediatamente punção de alívio (2º espaço intercostal, linha hemiclavicular, cateter calibroso)
- Seguir com drenagem torácica em selo d'água (5º ou 6º espaço, linha axilar média)
- Oxigenoterapia e suporte ventilatório conforme necessidade
- Monitorar sinais vitais e reexpansão pulmonar