



# EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO  
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO  
NORBERTO DE SÁ NETO



# EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO  
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO  
NORBERTO DE SÁ NETO

Editora Omnis Scientia

**EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - ABORDAGEM PRÁTICA**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Autores**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Norberto de Sá Neto

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área – Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L839e Lomanto, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas.  
Emergências clínicas [livro eletrônico] : abordagem prática / Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto, Noelly Mayra Silva de Carvalho, Norberto de Sá Neto. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022.  
141 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-91-9

DOI 10.47094/978-65-88958-91-9

1. Emergências clínicas. 2. Conduta terapêutica. 3. Identificação diagnóstica. I. Carvalho, Noelly Mayra Silva de. II. Sá Neto, Norberto de. III. Título.

CDD 610

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# PREFÁCIO

O livro *Emergências Clínicas: Abordagem Prática* consta com 13 capítulos curtos, práticos e diretos sobre as principais emergências clínicas, para checagem rápida de identificação diagnóstica e conduta terapêutica na emergência, principalmente para o interno e recém formado.

Os autores

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....11**

### **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVAS**

Luiza Giordani Mileo

Luiza Junqueira de Miranda

Larissa de Araújo Franco

Norberto de Sá Neto

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/11-15**

## **CAPÍTULO 2.....16**

### **SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

Beatriz Carvalho Pestana

Fernanda Akemi Andrade Hirahata

Pedro Henrique Menezes Ribeiro

Noberto de Sá Neto

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/16-29**

## **CAPÍTULO 3.....30**

### **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

Melini Costa Duarte

Pedro Paulo Brandão Lima

Stanley Almeida de Oliveira

Danilo Ribeiro de Miranda

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/30-41**

## **CAPÍTULO 4.....42**

### **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Eduarda Santos Benevides

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Iriley Castro Souza

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/42-48**

**CAPÍTULO 5.....49**

**SEPSE/CHOQUE SÉPTICO**

Chayenne Emanuelle Sales Araújo

Ihágara Souza Faria

Marília Gabriela Silva Paiva

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/49-57**

**CAPÍTULO 6.....58**

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

João Vitor Sathler Vidal

Maria Gabriela Elias D'Assumpção

Raquel do Carmo Hubner Moreira

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/58-84**

**CAPÍTULO 7.....85**

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Milton Henriques Guimarães Júnior

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/85-92**

**CAPÍTULO 8.....93**

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**

Juliana Nunes de Figueiredo

Marina Pinto Almeida Barbosa

Mylla Carollyna Cizoski Aquino Teixeira



Milton Henriques Guimarães Júnior

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/93-101**

**CAPÍTULO 9.....102**

**CETOACIDOSE DIABÉTICA**

Camila Maria Braga Tameirão

Leticia Rocha Costa

Maria Eduarda Ferreira Gomes

Alexandra Mara Ferreira de Souza Mansur

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/102-108**

**CAPÍTULO 10.....109**

**CRISE DE ASMA**

Clara Regina Claudino Coelho

Iara Gomes Breder

Henrique de Castro Mendes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/109-115**

**CAPÍTULO 11.....116**

**DESCOMPENSAÇÃO DE DPOC**

Camilla Carvalho Murta Botelho

Fernanda Caroline Correa Freitas

Igor Augusto Costa e Costa

Henrique De Castro Mendes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/116-124**

**CAPÍTULO 12.....125**

**INTOXICAÇÕES EXÓGENAS**

Danielle Pereira Vieira

Isabela de Sousa Martins

Lucas Campos Lopes

Iriley Castro Souza

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/125-132**

**CAPÍTULO 13.....133**

**SURTO PSICÓTICO**

Ana Beatriz Gomes Silva

Daniele Araújo Caires

Gabriel Siman Santos

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/133-137**

### SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

**Chayenne Emanuelle Sales Araújo<sup>1</sup>;**

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/MG.

<http://lattes.cnpq.br/5306342917174518>

**Ihágara Souza Faria<sup>2</sup>;**

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/MG.

<http://lattes.cnpq.br/0495657491572130>

**Marília Gabriela Silva Paiva<sup>3</sup>;**

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/MG.

<http://lattes.cnpq.br/9999475619228431>

**Samuel Torres da Silva<sup>4</sup>.**

Médico docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/MG.

<http://lattes.cnpq.br/7891577997964569>

### DEFINIÇÃO

A sepse é uma disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada pela resposta imunológica desregulada do hospedeiro à infecção<sup>1</sup>. Embora muito tenha se esclarecido a respeito da fisiopatologia, a taxa de mortalidade permanece alta, atingindo 35% a 40%<sup>2</sup>. O choque séptico ocorre quando as injúrias celulares causadas pela resposta inflamatória são intensas o suficiente culminando em prejuízo à função circulatória e metabólica, sendo definido na necessidade de uso de drogas vasoativas e hiperlactatemia persistente na ausência de hipovolemia<sup>1</sup>.

### FISIOPATOLOGIA

Os fatores envolvidos na modulação da resposta inflamatória, definidora da evolução da infecção para a sepse ainda permanecem obscuros. Entre os mediadores celulares reconhecidamente envolvidos estão o fator de necrose tumoral alfa (TNF-A) e a interleucina-1 (IL-1), os quais reproduzem a sintomatologia de sepse quando administradas

exogeneamente<sup>3</sup>. A liberação exacerbada desses mediadores inflamatórios durante o estado séptico leva a lesão de múltiplos sistemas e órgãos havendo: nos pulmões (aumento de permeabilidade alveolar e capilar), rins (disfunção endotelial, alterações hemodinâmicas, inflamação do parênquima e obstrução dos túbulos com células necróticas e detritos), fígado (hipóxia tissular atrelada às alterações celulares e imunológicas)<sup>3</sup>. A depressão da função cardíaca, causada pelos efeitos depressores das citocinas inflamatórias no miocárdio é observada em até 60% dos pacientes sépticos<sup>4,5</sup>.

O choque séptico é classificado como distributivo e figura-se como o tipo mais frequente desta modalidade. A vasodilatação está relacionada à liberação de mediadores vasoativos como prostaciclina e óxido nítrico. Esses mediadores desordenam a autorregulação do fluxo sanguíneo e perfusão nos leitos circulatórios centrais, periféricos e na microcirculação produzindo vasodilatação e hipotensão. Esta última é acentuada pela lesão endotelial de origem inflamatória, havendo perda da integridade do endotélio vascular, aumento da permeabilidade e perda de fluido e proteínas para os tecidos perivasculares e linfáticos. Este extravasamento é suficiente para reduzir a volemia e dar ao choque séptico características do choque hipovolêmico<sup>4</sup>.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Pacientes com suspeita de sepse ou sepse confirmada costumam apresentar manifestações clínicas inespecíficas como hipotensão, taquicardia, febre e leucocitose, sendo que, conforme a evolução do quadro manifestam-se sinais de choque e disfunção orgânica – pele fria, cianose, oligúria, lesão renal aguda e alteração do estado de consciência, por exemplo.<sup>6</sup>

## SINAIS E SINTOMAS

- ✓ Hipotensão arterial – pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg, pressão arterial média (PAM) < 70 mmHg, diminuição da PAS > 40 mmHg ou < 2 desvios padrão (DP) abaixo do normal para a faixa etária.
- ✓ Temperatura > 38,3 ou < 36°C.
- ✓ Frequência cardíaca (FC) > 90 bpm ou > 2 DP acima da normalidade para a idade.
- ✓ Taquipneia, frequência respiratória (FR) > 20 irpm;
- ✓ Pele quente e eritematosa. Conforme a progressão para o choque, a pele esfria a fim de redirecionar o fluxo sanguíneo para os órgãos centrais.
- ✓ Aumento do tempo de enchimento capilar, cianose e manchas no

choque.

✓ Outros sinais de hipoperfusão – alteração do estado de consciência, obnubilação/inquietação, oligúria/anúria, ausência de ruídos hidroaéreos.

É importante avaliar se os pacientes apresentam sinais e sintomas específicos de uma fonte infecciosa (MAIA, 2021; VELASCO et al., 2021).

## DIAGNÓSTICO

Consoante com o Instituto Latino Americano de Sepse (2018), na suspeita de uma infecção, deve-se pensar na possibilidade de sepse, realizar exames clínicos e laboratoriais para definir se há presença de disfunção orgânica e avaliar a gravidade. É importante abrir o protocolo de sepse específico da instituição, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e técnicos.

De acordo com os novos guidelines da Surviving Sepsis Campaign (2021), os hospitais e sistemas de saúde são recomendados a implementar programas de melhoria de desempenho no manejo da sepse, envolvendo triagem de sepse para pacientes com doença aguda, alto risco e sistematização de protocolos de tratamento.<sup>9</sup>

Na investigação inicial deve-se colher a anamnese e exame físico, exames laboratoriais, microbiológicos e de imagem, fornecendo informações acerca da origem infecciosa, presença de disfunção orgânica e gravidade. É preferível obter essas informações dentro de 45 minutos, sem atrasar a administração de fluidos e antibióticos.<sup>6,7</sup>

Tabela 1: Propedêutica laboratorial.

Hemograma completo	Leucocitose (leucócitos > 12.000 $\mu\text{L}^{-1}$ ) Leucopenia (leucócitos < 4000 $\mu\text{L}^{-1}$ ) Contagem de leucócitos com mais de 10% de formas imaturas Trombocitopenia (plaquetas < 100.000 $\mu\text{L}^{-1}$ )
Glicemia	Hiperglicemia (glicose > 140 mg/dL ou 7,7 mmol/L)
PCR	> 2 desvios padrão acima do valor normal
Gasometria arterial	Hipoxemia ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ )
Débito urinário	Oligúria (DU < 0,5 mL/kg/hora por pelo menos duas horas)
Creatinina	Aumento > 0,5 mg/dL ou 44,2 $\mu\text{mol/L}$

Coagulograma	RNI > 1,5 ou TTPa > 60 segundos. Podem estar muito elevados na CIVD.
Dímero D e Fibrinogênio	Aumentado no choque grave/CIVD.
Bilirrubina total	Hiperbilirrubinemia (BBT > 4 mg/dL ou 70 µmol/L)
Lactato sérico	Hiperlactatemia (> 2 mmol/L ou maior do que o limite superior normal do laboratório)
Pró-calcitonina	> 2 desvios padrão acima do valor normal (sensibilidade de 71% e especificidade de 71% para sepse por infecção bacteriana)
Hemoculturas	Aeróbicas e anaeróbicas de pelo menos 2 locais diferentes, de preferência antes do início da antibioticoterapia, se este não ultrapassar 45 minutos.
Culturas	Sítio a depender da suspeita clínica. Ex.: expectoração, urina, cateter intravascular, ferida cirúrgica.

Nos exames radiológicos não se visualizam sinais específicos de sepse, mas aqueles associados ao foco infeccioso – consolidações na radiografia de tórax indicando pneumonia, por exemplo.<sup>6,7</sup>

Com o passar dos anos, ocorreram muitas atualizações sobre as definições e o diagnóstico da sepse. Os critérios de 1992 (Sepsis-2), consideravam a sepse como uma resposta inflamatória sistêmica (SIRS) secundária à infecção. Os critérios de SIRS (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e leucograma) são muito sensíveis, mas pouco específicos. Diante disso, em 2016, foram publicadas novas diretrizes para sepse (Sepsis-3), que encorajam o uso da Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA).<sup>10</sup>

O escore SOFA (Tabela 2) foi indicado para detectar disfunção orgânica, sendo que um foco infeccioso detectado e 2 ou mais pontos nesse escore é sugestivo de sepse. Apresenta alta especificidade e é um bom preditor de gravidade, pois quanto maior a pontuação pior é o prognóstico. Entretanto, é pouco sensível, por isso, não deve ser utilizado para estabelecer o diagnóstico da sepse.<sup>7</sup>

Visto que o SOFA é um método pouco acessível, em razão da necessidade de exames laboratoriais, foi criado o quick-SOFA (Tabela 3), um escore mais simples, que pode ser feito à beira-leito, servindo como triagem de pacientes com pior desfecho.<sup>11</sup>

Tabela 2: Escore SOFA (Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> / FiO <sub>2</sub>	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Plaquetas × 10 <sup>3</sup> /μL	≥ 150.000	< 150.000	< 100.000	< 50.000	< 20.000
Bilirrubina (mg/dL)	< 1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0- 11,9	> 12
Sistema cardiovascular	PAM ≥ 70 mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina < 5 mg/kg/min ou qualquer dose de dobutamina	Dopamina 5,1-15 mg/kg/min ou noradrenalina/adrenalina ≤ 0,1 mg/kg/min	Dopamina > 15 mg/kg/min ou noradrenalina/adrenalina > 0,1 mg/kg/min
Escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Creatinina (mg/dL)	< 1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	> 5,0
Débito urinário (mL/dia)	Usual	Usual	Usual	< 500	< 200

Tabela 3: ESCORE q-SOFA

Sistema	Pontuação
Frequência respiratória ≥ 22 irpm /min	1
Alteração do nível de consciência	1
Pressão sistólica ≤ 100 mm/Hg	1

Os novos guidelines da Surviving Sepsis Campaign (2021) não recomendam a utilização do q-SOFA quando comparado a outros escores como SIRS, NEWS ou MEWS para screening de sepse ou choque séptico.<sup>9</sup> Entretanto, esses últimos não serão abordados neste capítulo.

## CONDUTA E TRATAMENTO

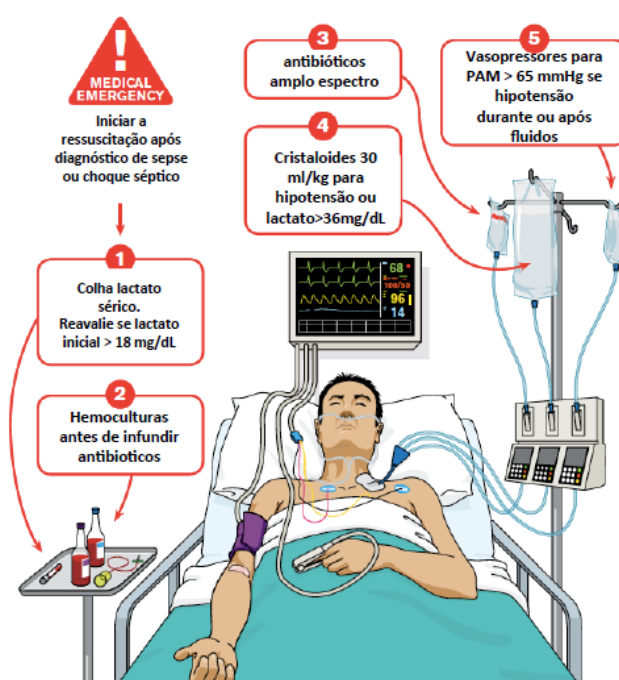
De acordo com o Surviving Sepsis Campaign Bundle (2018), a intervenção da equipe assistencial deve ser realizada até uma hora: anamnese breve e objetiva, exame físico inicial e propedêutica com exames complementares. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para a redução da mortalidade, logo não há necessidade de aguardar o resultado dos exames para manejo hemodinâmico e antibioticoterapia empírica.

## MANEJO HEMODINÂMICO

Diante de uma suspeita de sepse ou choque séptico, garanta acesso venoso calibroso para administração de fluidos e início da terapia antimicrobiana. O SSC (2021) recomenda o uso de cristalóide para expansão volêmica e o uso de albumina em pacientes que demandam altos volumes.

Apesar de haver diferentes graus de evidência, o uso de noradrenalina como primeira linha no manejo do choque séptico ainda é preconizado com relação a outras drogas vasoativas. Em caso de pressão arterial média (PAM) inadequada (alvo de PAM: 65mmHg), recomenda-se a associação de vasopressina.

Figura 1. Ressuscitação inicial da sepse e do choque séptico - Bundle 1 hora



Fonte: Surviving Sepsis Campaign

## SUPOORTE VENTILATÓRIO

Em primeiro lugar, certifique-se de uma via aérea pérvia e efetiva ainda que seja necessária uma via aérea avançada. Em adultos com síndrome da angústia respiratória aguda (SARA) induzida por sepse, recomenda-se ventilação mecânica com baixo volume corrente (6mL/kg). Altos PEEPs (pressão expiratória final positiva), posição prona por mais de 12h/dia e uso de bloqueadores neuromusculares de forma intermitente são outras considerações a se fazer para adultos com sepse e SARA moderada a grave.

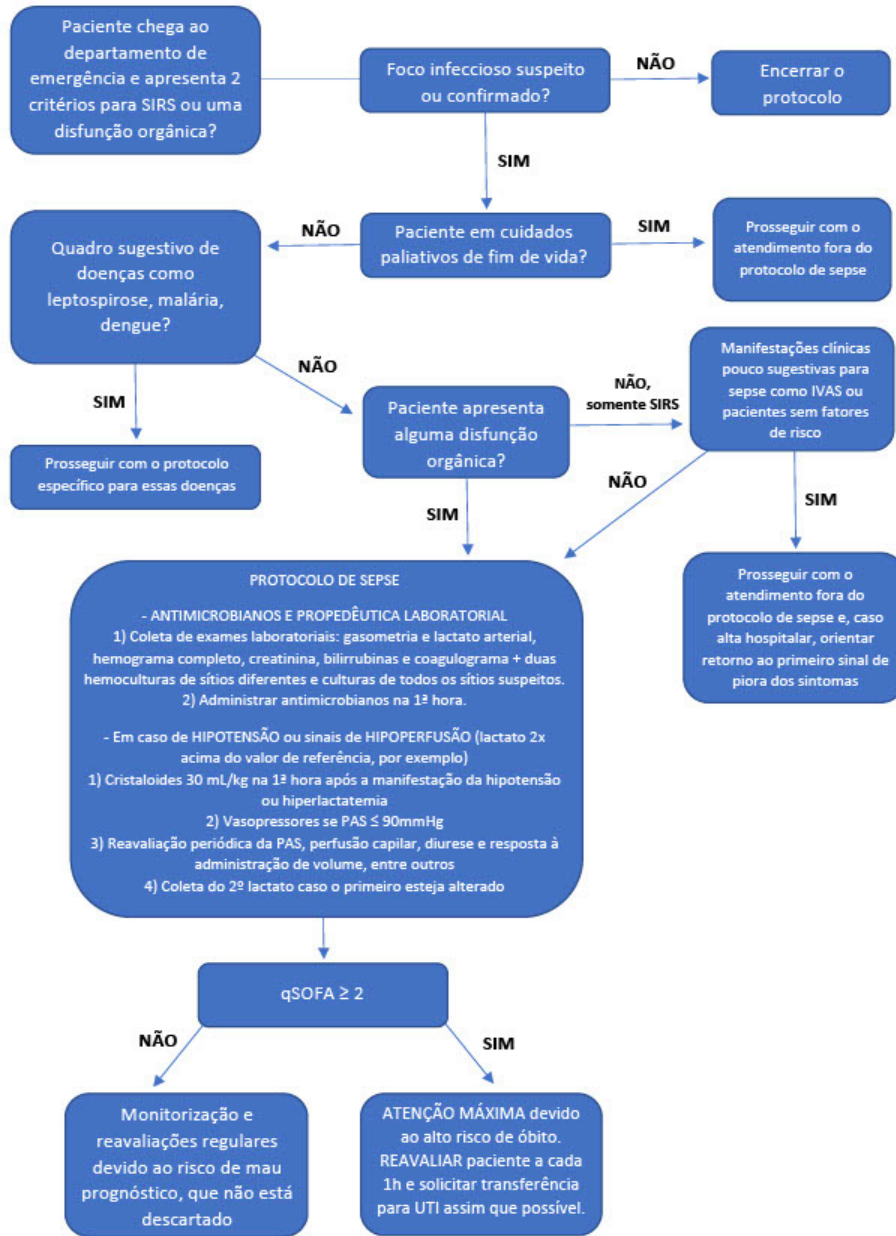


## TERAPIAS ADICIONAIS

- ✓ Uso de corticoesteroides EV para choque séptico e necessidade crescente de vasopressores.

É válido ressaltar a importância de se discutir os objetivos do tratamento tanto com o paciente quanto com os familiares, além de incorporar os cuidados paliativos dentro da mesma abordagem.

# FLUXOGRAMA



## REFERÊNCIAS

1. SINGER, M.; DEUTSCHMAN, C.S.; SEYMOUR, C.W., et al. The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA* 315(8):801–810. 2016
2. REINHART, K.; DANIELS, R.; KISSOON, N., et al. Recognizing sepsis as a global health priority—a WHO resolution. *N Engl J Med*;377(5):414–7. 2017
3. FONT, M.D., THYAGARAJAN, B.; KHANNA, A.K. Sepsis and Septic Shock – Basics of diagnosis, pathophysiology and clinical decision making. *Med Clin N Am*
4. JACOBI, J. The pathophysiology of sepsis—2021 update: Part 1, immunology and coagulopathy leading to endothelial injury. *Am J Health Syst Pharm*. 2021
5. VIEILLARD-BARON, A.; CAILLE, V.; CHARRON, C., et al. Actual incidence of global left ventricular hypokinesia in adult septic shock. *Crit Care Med*;36(6):1701–6. 2008
6. VELASCO, I. T. et al. *Medicina de Emergência: abordagem prática*. 15. ed. Barueri: Manole, 2021. 1824 p.
7. MAIA, L. C. Reconhecimento e Manejo do Paciente com Sepse. In: CARVALHO, L. B. et al (ed.). *Descomplicando a Terapia Intensiva*. Belo Horizonte: Mx Editorial, 2021. Cap. 43. p. 327-332.
8. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. Implementação de Protocolo Gerenciado de Sepse Protocolo Clínico: Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico, 2018.
9. EVANS, L. et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, [S.L.], v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>.
10. USMAN, O. A.; USMAN, A. A.; WARD, M. A. Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, [S.L.], v. 37, n. 8, p. 1490-1497, ago. 2019. Elsevier BV.
11. AMLAND R.C.; SUTARIYA B.B. Avaliação de falha de órgão sequencial rápida [relacionada à sepse] (qSOFA) e agente de vigilância da sepse St. John para detectar pacientes em risco de sepse: um estudo de coorte observacional. *American Journal of Medical Quality*. 2018; 33 (1): 50-57. doi: 10.1177 / 1062860617692034
12. WOUDE, V. d. et al. Classifying sepsis patients in the emergency department using SIRS, qSOFA or MEWS. *The Netherlands Journal of Medicine*, [s. l.], v. 76, n. 4, p. 158-166, maio 2018.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

Acidente vascular encefálico (ave) 58  
Acidente vascular encefálico hemorrágico 12  
Acidente vascular encefálico isquêmico 12  
Acidose 35, 86, 89, 94, 102, 103, 104, 106, 110, 113, 121, 127  
Afecção respiratória obstrutiva 109  
Agitação psíquica e motora 133  
Alucinações 133  
Alvéolos 93, 95  
Anormalidades alveolares 116  
Apneia 85  
Aeração intracelular 93  
Arritmia 86  
Asma 95, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 119  
Aterosclerose 17, 60

## B

Bronquiolite crônica obstrutivas 116  
Bronquite 116

## C

Câmaras cardíacas 30  
Cardiomiopatia hipertrófica 85  
Cerebrovascular 12, 69  
Cetoacidose diabética 102, 104, 105, 106, 108  
Cetonemia 102, 103, 105  
Chieira 109, 118  
Choque séptico 49, 50, 53, 54, 55, 57  
Circulação pulmonar 30, 93, 94  
Coágulos 30  
Colapso hemodinâmico 85  
Comportamento agressivo 133  
Comportamento desorganizados 133  
Crise do feocromocitoma 12  
Crise hipertensiva (ch) 11  
Crises adrenérgicas graves 12

## D

Déficit neurológico 59, 69  
Delírios 133  
Diabetes 16, 61, 102, 103, 104  
Diabetes mellitus tipo1 (dm1) 102

Diabetes mellitus tipo 2 (dm2) 102  
Diafragma 93, 118  
Disfunção endotelial 17  
Disfunção orgânica 49, 50, 51, 52, 130  
Dispneia 12, 32, 39, 43, 86, 109, 117, 118, 119, 120, 121, 122  
Dissecção aguda de aorta 12, 13  
Distúrbios hidroeletrólíticos 86, 103, 127  
Doença arterial coronariana 85  
Doença cardíacas isquêmicas ou estruturais 85  
Doença cardiovascular 30, 118  
Doença coronariana 17, 18  
Doença crônica 11  
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 116  
Doenças cerebrovasculares 58  
Drogas vasoativas 35, 49, 54, 67, 71, 127, 129

## E

Edema agudo de pulmão 12, 13, 43  
Eliminação de gás carbônico 93  
Embolia de artéria coronária 85  
Emergência hipertensiva (eh) 12  
Encefalopatia hipertensiva 12  
Enfisema pulmonar 116, 117  
Espasmo coronariano 24, 85  
Estresse oxidativo 17  
Evento cardiovascular 12  
Exposição a produtos químicos 125  
Exposições alérgicas 109

## F

Fisiopatologia da dpoc 117  
Fluxo sanguíneo coronariano 16, 17  
Fonte de energia 102  
Fumantes 117  
Função cardíaca e respiratória 85  
Função cerebral 58  
Função circulatória e metabólica 49  
Função pulmonar 109, 110, 111, 113, 117, 120

## G

Glicose 51, 68, 102, 105, 127

## H

Hemorragia subaracnóidea 12, 69  
Hiperglicemia 24, 67, 102, 103, 104, 105, 106  
Hiperlactatemia 49

Hiperresponsividade brônquica 109  
Hiperresponsividade das vias aéreas 109  
Hipertensão acelerada/maligna 12  
Hipertensão arterial (ha) 11  
Hipertensão de múltiplos órgãos alvo 12  
Hipoglicemia 24, 60, 68, 86, 95, 127, 134  
Hipo/hiper calemia 86  
Hipo/hiper magnesemia 86  
Hipotermia 86, 89  
Hipovolemia 86, 89, 105  
Hipovolemia<sup>1</sup> 49  
Hipoxemia 23, 36, 77, 94, 110, 118, 119, 121  
Hipóxia 43, 50, 86, 89, 106

## I

Ic aguda descompensada (icad) 42  
Ic crônica 42  
Ic refratária 42  
Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento st (iamcst) 16  
Infarto agudo do miocárdio (iam) 85  
Infecção<sup>1</sup> 49  
Infecções virais respiratórias 109  
Inflamação 17  
Insuficiência cardíaca 48, 85, 106  
Insuficiência cardíaca (ic) 42  
Insuficiência respiratória aguda 93, 101, 106  
Insulina 67, 78, 102, 104, 105, 106  
Intoxicação 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 136  
Intoxicação exógena 125, 132

## M

Mecanismos neuro-humorais 43  
Medicação anti-hipertensiva 11  
Ministério da saúde 92, 125, 132  
Moléculas orgânicas 93

## N

Níveis pressóricos 11, 67

## O

Obstrução coronariana 17  
Oclusão aguda coronariana 17  
Oxigenação 32, 67, 93, 120

## P

Pa diastólica (pad) 11

Parada cardiorrespiratória (pcr) 85  
Pa sistólica (pas) 11  
Pleura 31, 93, 95  
Pré-eclâmpsia 12  
Pressão torácica 109  
Produção de co2 93, 95

## R

Reanimação cardiopulmonar 85  
Respiração anormal 85  
Resposta imunológica desregulada 49  
Resposta inflamatória 31, 49, 52, 117, 118

## S

Saúde pública 125  
Segmentos do miocárdio 17  
Segmentos pulmonares 30  
Sepse 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 67, 122, 127  
Sinais de gravidade/eclâmpsia 12  
Síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento st (scasst) 16  
Síndrome de brugada 85  
Síndrome de wolff-parkinson-white 85  
Síndromes coronarianas agudas 12, 16  
Síndrome tóxica 125  
Sistema nervoso central (snc) 60  
Sistema respiratório 93  
Sistema venoso 30  
Surto psicótico 133, 135, 136

## T

Tosse 75, 109, 117, 118, 119  
Transporte de o2 93  
Transtorno conversivo dissociativo 60  
Transtornos mentais 133  
Trocias gasosas 93, 110, 118  
Tromboembolismo pulmonar (tep) 30  
Tromboembolismo venoso (tev) 30  
Trombose venosa profunda (tvp) 30

## U

Urgência hipertensiva (uh) 11

## V

Vias aéreas 66, 77, 87, 93, 95, 109, 116, 117, 118, 121, 127



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 





[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 