



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

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

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Juliana Nunes de Figueiredo¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/5259585472407254>

Marina Pinto Almeida Barbosa²;

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

<http://lattes.cnpq.br/1419173532918318>

Mylla Carollyna Cizoski Aquino Teixeira³;

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

<http://lattes.cnpq.br/6831968089053833>

Milton Henriques Guimarães Júnior⁴.

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

<http://lattes.cnpq.br/4385604002428419>

DEFINIÇÃO:

A insuficiência respiratória aguda é uma síndrome definida pela incapacidade do organismo em promover adequadamente as trocas gasosas, ou seja, realizar oxigenação e eliminação de gás carbônico. A instalação aguda dessa síndrome é decorrente da disfunção em algum componente do sistema respiratório (pleura, diafragma, vias aéreas, alvéolos, circulação pulmonar, sistema nervoso central e periférico).

FISIOPATOLOGIA:

A principal função do sistema respiratório é conceder O₂ ao passo que remove CO₂ do organismo. A respiração compreende a troca de gases entre o meio ambiente e as células; areação intracelular do O₂ com as moléculas orgânicas, com consequente produção de CO₂, água e ATP; além do transporte de O₂ através do sangue.

CLASSIFICAÇÃO:

Do ponto de vista de parâmetros gasométricos, a Insuficiência Respiratória Aguda é classificada como:

- IRpA do tipo I ou hipoxêmica: pela presença de $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, com o paciente respirando em ar ambiente ($\text{FIO}_2 = 0,21$)
- OBS: Caso o paciente já esteja recebendo suplementação de O_2 , a definição passa ser dada pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ a qual apresenta valores dentro da normalidade de 200-300.
- IRpA do tipo II ou hipercápnic: associada a $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg, usualmente determinado acidose respiratória ($\text{pH} < 7,35$)
- OBS: pode ocorrer insuficiência respiratória do tipo mista, quando ocorrem concomitantemente $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg e $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg.

Insuficiência respiratória do tipo I ou hipoxêmica ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg):

A hipoxemia ocorre principalmente devido a inadequação do balanço entre ventilação/perfusão pulmonar (V/Q). Sendo que, em sala de emergência e UTI o principal mecanismo é:

- Distúrbio ventilação/perfusão: em um contexto fisiológico, ocorre de forma heterogênea a relação V/Q no parênquima pulmonar, uma vez que a ventilação e a perfusão são maiores nas bases pulmonares se comparadas aos ápices. Desta forma, a ocorrência da vasoconstrição hipóxica é imprescindível para compensar os distúrbios pulmonares que geram desbalanço da relação ventilação/perfusão, neste cenário quando há baixa pressão parcial de oxigênio em determinadas unidades alveolares ocorre um estímulo que induz o aumento da resistência ao fluxo da microcirculação daquela região, fazendo com que o sangue seja desviado dessa área (ineficaz para a hematose) para outras em que a ventilação se encontra apropriada. Quando esses mecanismos se tornam insuficientes há evolução com hipoxemia. Neste panorama pode ocorrer duas situações, sendo elas: shunt que é uma circunstância no qual há uma área pobremente ventilada com uma circulação pulmonar adequada; e espaço morto no qual existe adequada ventilação, mas pobre perfusão.

Além dos distúrbios V/Q, existe também:

- Disfunção da capacidade difusional do oxigênio pela membrana alveolocapilar, por exemplo, edema intersticial e processos inflamatórios intersticiais etc.
- Baixa pressão inspirada de oxigênio, por exemplo, em elevadas altitudes.

- Hipoventilação alveolar, que ocorre em geral em situações que diminuem a expansibilidade da caixa torácica.

Insuficiência respiratória do tipo 2 ou hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$):

A hipercapnia ocorre devido à elevação na pressão parcial de CO_2 (PaCO_2). Sendo que, os níveis de CO_2 arterial dependem de forma diretamente proporcional à taxa de produção de CO_2 tecidual, e de forma inversa à taxa de eliminação do CO_2 pelos alvéolos (ventilação alveolar - VA). Esta última, por sua vez, é definida pelo volume minuto expirado oriundo de áreas pulmonares perfundidas. Dessa maneira, elevação da PaCO_2 pode resultar tanto do aumento da produção de CO_2 quanto da diminuição da sua excreção.

Insuficiência respiratória mista ($\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ e $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$):

Esta modalidade ocorre quando há uma combinação entre IRp hipoxêmica e hiperclínica.

TABELA 1: Mecanismos e causas da IRpA

Hipoxêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasias • Infecções: vírus, bactérias, fungos • Embolia pulmonar • Atelectasias • Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)
Hiperapnia	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • DPOC • Medicções depressoras do SNC: opióides, benzodiazepínicos etc. • Doenças neuromusculares: distrofia muscular, Guillain-Barré etc. • Metabólicos: hiponatremia, hipernatremia, hipoglicemia, hipercalcemia etc. • Apneia obstrutiva do sono • Transtornos do SNC: elevação da pressão intracraniana, AVC etc.
Mista	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbação de DPOC/asma grave • Politrauma: trauma cranioencefalico e torácico • IRpA evoluindo com fadiga muscular
Outras:	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução de vias aéreas superiores • Distúrbios tórax/pleura/pele • Choques

Fonte: Medicina de Emergência - abordagem prática, 2020.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

A apresentação clínica da insuficiência respiratória inclui diversos sinais e sintomas, no qual a intensidade também é ampla. Os achados clínicos podem ser os seguintes, a depender do tipo de insuficiência respiratória:

Hipercapnia	Hipoxemia
<ul style="list-style-type: none">• Sonolência• Inquietação• Tremor• Cefaleia• Papiledema• Letargia• Coma	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade• Diaforese• Taquipneia• Taquicardia e arritmias• Confusão mental• Rebaixamento do nível de consciência: agitação ou sonolência• Convulsões• Hipotensão ou hipertensão

Fonte: Emergências clínicas - abordagem prática, 2015.

Além destes, também é possível presenciar: respiração paradoxal (assincronia entre a respiração abdominal e torácica, no qual há colabamento na inspiração e abaulamento na expiração); uso de musculatura acessória; batimento de aletas nasais; tiragem intercostal, supraesternal e de fúrcula; cianose; sudorese; sibilos ou estertores crepitantes; diminuição do murmúrio vesicular.

DIAGNÓSTICO:

O profissional de saúde pode considerar a o diagnóstico de insuficiência respiratória baseado em sinais, sintomas e resultados do exame físico.

Os sinais, sintomas e alterações de exame físico característicos de insuficiência respiratória são taquipnéia, respiração paradoxal, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, supraesternal e de fúrcula, alteração do nível de consciência, cianose, sudorese, taquicardia, sibilos, estertores crepitantes, diminuição do murmúrio vesicular e diminuição da saturação de oxigênio.

Todavia, o diagnóstico é confirmado com dosagens das quantidades de oxigênio, dióxido de carbono e pH no sangue arterial. Na avaliação da insuficiência respiratória, exames de imagem como radiografia de tórax são comumente solicitados. Em casos selecionados, também é utilizada a tomografia de tórax. É crescente o uso da ultrassonografia pulmonar na emergência para avaliação da causa de insuficiência respiratória.

CONDUTA E TRATAMENTO:

O tratamento da insuficiência respiratória possui como objetivo a manutenção fisiológica do sistema respiratório, com adequada execução de duas funções primordiais: fornecimento de oxigênio suficiente às demandas teciduais e remoção do CO₂. Determinar o fator etiológico é de suma importância no estabelecimento da conduta adequada. Todos os pacientes encaminhados à sala de emergência são elegíveis para monitorização multiparamétrica, oxigenoterapia suplementar e acesso venoso.

De forma sistemática, o ABCDE é a primeira etapa na avaliação do paciente com insuficiência respiratória aguda, sendo que será explicado detalhadamente as etapas A e B.

Airway (vias aéreas):

Assegurar que a via aérea está pérvia. No adulto, a causa mais importante de obstrução de via aérea superior é a queda da musculatura hipoglossa sobre a hipofaringe em situações de rebaixamento de nível de consciência. Assim, essa causa deve ser prontamente revertida e, para auxiliar na obtenção da via aérea patente, pode-se instituir a manobra de Chin-Lift que consiste em posicionar os dedos de uma das mãos do examinador sob o mento, que é suavemente tracionado para cima e para frente, enquanto o polegar da mesma mão deprime o lábio inferior, para abrir a boca; a outra mão do examinador é posicionada na região frontal para fixar a cabeça da vítima.

Breathing (respiração):

Os pacientes que apresentam via aérea pérvia, porém sem respiração espontânea ou com rápida deterioração clínica, devem ser prontamente submetidos à intubação orotraqueal. Naqueles que apresentam vias aéreas pérvias e possuem respiração espontânea, opta-se à suplementação de oxigênio. Contudo, vale ressaltar que caso a SatO₂ seja maior que 94%, não há indicação de suplementação de O₂.

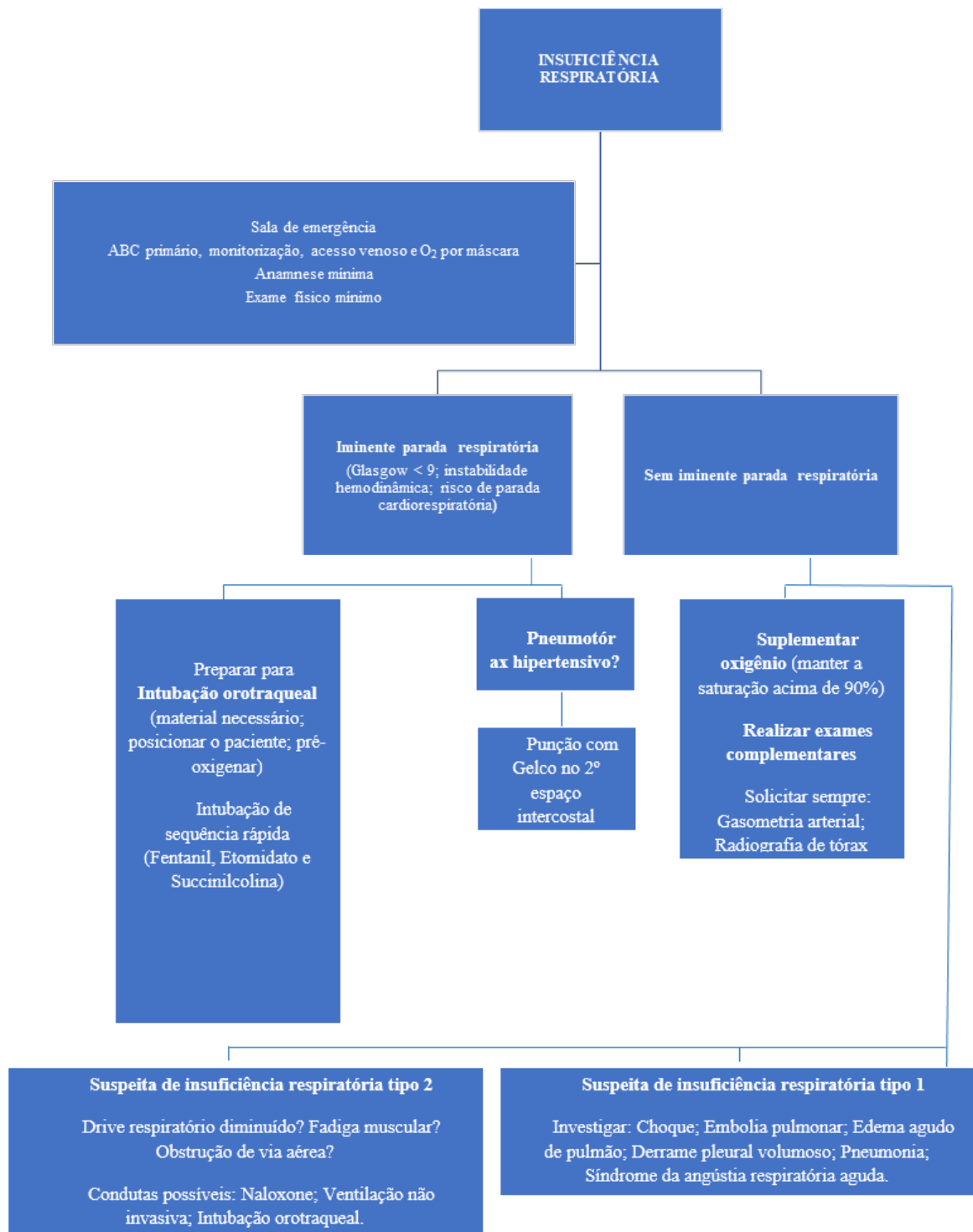
O suporte de O₂ pode ser fornecido por diversas interfaces, a escolha leva em consideração a concentração e o fluxo de O₂ a fim de se manter a oxigenação adequada, além da tolerância do paciente e da restrição que o dispositivo impõe a ele.

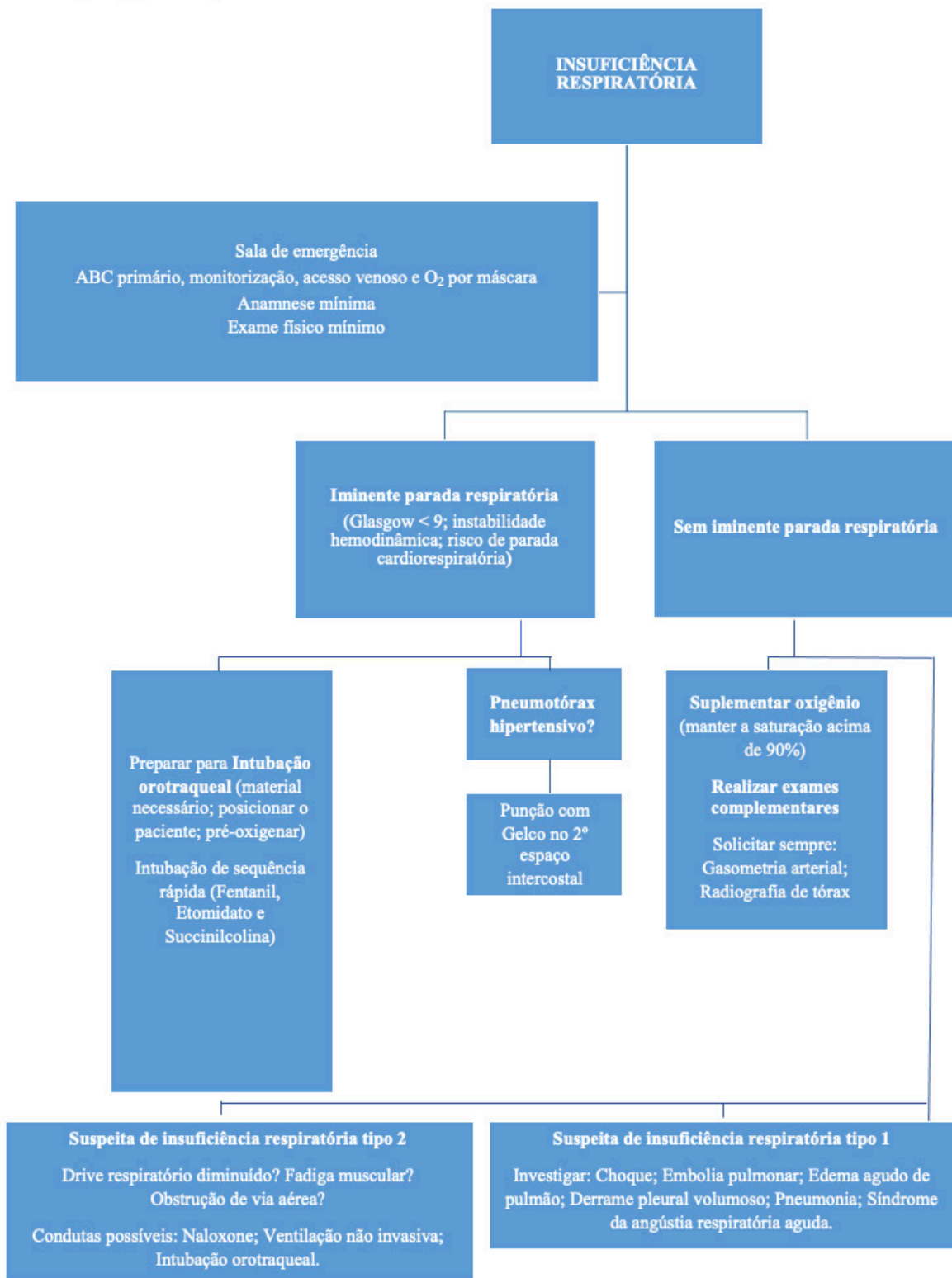
- Cateter nasal de O₂: Utiliza fluxos de 0,5-6 L/min, sendo que aumento de 1 L/min tendem a elevar a FiO₂ em 3 a 4%. É utilizado para casos sem necessidade de altos fluxos de oxigênio ou para pacientes com doenças pulmonares crônicas que necessitem de baixa FiO₂.
- Máscara de Venturi: Proporciona mistura entre o O₂ e o ar ambiente, alcançando níveis precisos de FiO₂ de 24 a 50%. As máscaras de Venturi possuem indicação na suplementação de O₂ quando se necessita titular de forma adequada a FiO₂.
- Máscara facial com reservatório: pode propiciar alto fluxo e alta concentração de

O₂ (FiO₂ 90-100%). Possui como principais indicações insuficiências respiratórias hipoxêmicas graves (SDRA, pneumonia grave).

- Dispositivo bolsa-máscara-válvula: propicia alto fluxo e alta concentração de O₂. O fluxo de oxigênio deve ser utilizado a 15 L/min. Além de propiciar alta concentração de O₂, em casos de parada respiratória, pode ser utilizada para prover ventilações.
- Ventilação não invasiva (VNI): refere-se à ventilação com pressão positiva mediada por uma interface (nasal, oronasal, máscara facial e capacete).
- Cânula nasal de alto fluxo: Permite a administração de fluxos até 60 L/min, gerando uma pequena pressão positiva nas vias aéreas superiores; a FiO₂ ofertada pode ser regulada conforme a titulação de O₂. Pode apresentar melhor tolerância e conforto pelos pacientes em comparação com dispositivos de VNI.

FLUXOGRAMA:





REFERÊNCIAS

1. DO VALLE PINHEIRO, B.; PINHEIRO, G. S. M.; MENDES, M. M. Entendendo melhor a insuficiência respiratória aguda. *Pulmão RJ*, v. 24, n. 3, p. 3-8, 2015.
2. FREITAS, Marcelo et al. TERAPIA DE ALTO FLUXO COM CÂNULA NASAL NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA HIPOXÊMICA: UM REVISÃO DE LITERATURA. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, v. 3, n. 1, 2017.
3. HOVNANIAN, A. L. D.; DE CARVALHO, C. R. R. Insuficiência Respiratória Aguda. *Livro Clínica Médica: dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico e Tratamento*. Barueri: Manole, 2007.
4. MARINO, L.; ALHER JOÃO, E.; BONARDI, R. Insuficiência respiratória aguda. In: *Medicina de Emergência: Abordagem Prática*. 14. ed. rev. São Paulo: Manole, 2020. v. 1, cap. 6.
5. MARTINS, H. S. et al. *Emergências clínicas: Abordagem prática*. 10. ed. São Paulo: Barueri, 2015. p. 117-127.
6. MARTINS, H. S.; PIZZO, V.; DAMASCENO, M. C. T. Insuficiência respiratória Aguda e Ventilação Invasiva. In: *Emergências clínicas: abordagem prática*. 10. ed. rev. São Paulo: Manole, 2015. v. 1, cap. 5, p. 141-166
7. MATSUNO, A. K. Insuficiência respiratória aguda na criança. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 45, n. 2, p. 168-184, 2012.
8. PATEL, K. B. Insuficiência respiratória. *Manual MSD*, abr. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArios-pulmonares-e-das-vias-respirat%C3%B3rias/fal%C3%AAncia-respirat%C3%B3ria-e-s%C3%ADndrome-da-ang%C3%AAtia-respirat%C3%B3ria-aguda/insufici%C3%AAncia-respirat%C3%B3ria>. Acesso em: 13 dez. 2021.
9. VELASCO, Irineu et al. *Medicina de Emergência: Abordagem prática*. 14. ed. São Paulo: Manole, 2020. p. 115-131.

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
Aração 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
Hipovolemia¹ 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
Infecção¹ 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 (scassst) 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 

<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 

<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 