

Plantão durante o carnaval



Guia prático sobre as emergências mais comuns durante o feriado

Conteudistas:

Ronaldo Gismondi, Dayanna Quintanilha,
Isabel Mendes Mello e Rafael Horácio Lisboa

Fevereiro 2023



Guia para o Plantão durante o Carnaval

Dicas práticas sobre as emergências mais comuns durante o feriado

Carnaval é época de festividades. Um dos feriados mais queridos e esperados pelos brasileiros, é conhecido pelos blocos e fantasias, mas também pelos excessos – o alto consumo de bebida alcoólica e o aumento no número de relações sexuais são dois fatores que costumam estar presentes na vida dos foliões.

Se você, médico, vai passar este feriado de plantão, não se preocupe: este **e-book** vai te dar algumas dicas sobre condições comuns que aparecem durante o plantão de Carnaval. Confira já, neste guia prático exclusivo!

Fevereiro de 2023

Boa leitura!

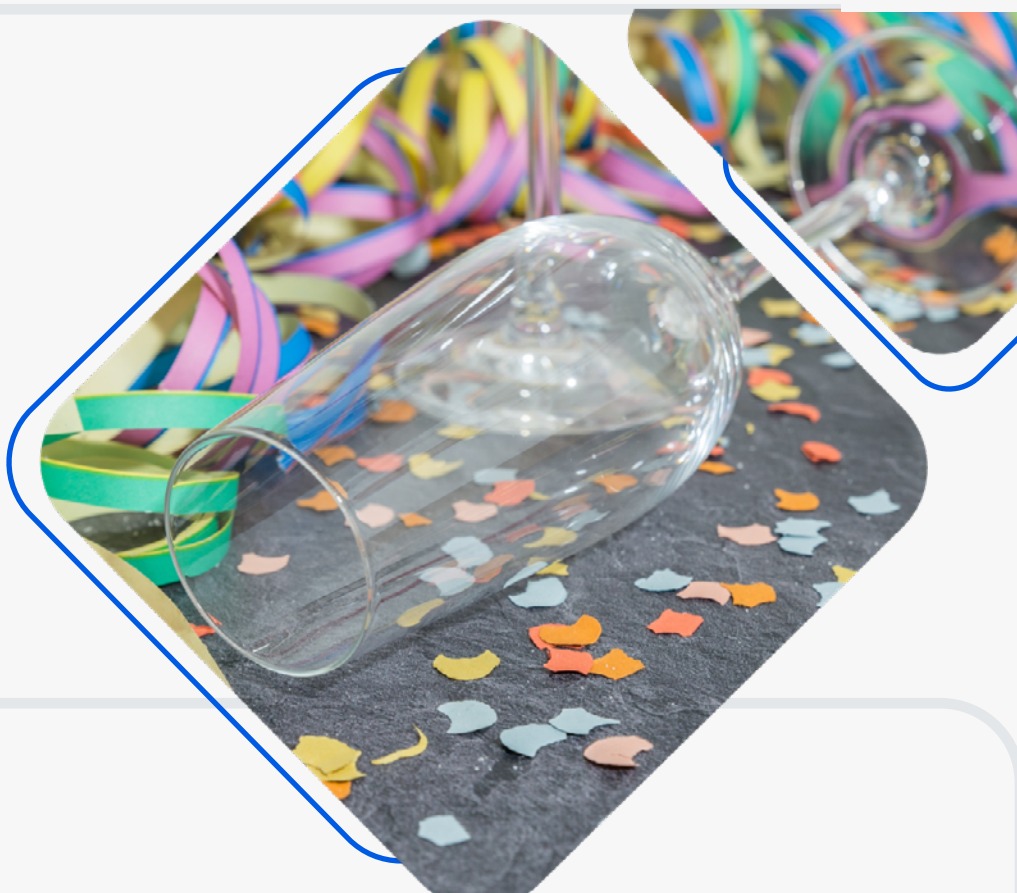
Sumário:

	5
	21
	24
	29
	33
	22



1. Como cuidar de alguém com intoxicação alcoólica no plantão?

Rafael Horácio Lisboa, Clínico Geral e colunista do Portal PEBMED



1. Como cuidar de alguém com intoxicação alcoólica no plantão?

Intoxicação alcoólica

O etanol é um álcool solúvel em água que atravessa rapidamente a membrana celular. Sua absorção ocorre pelo trato gastrointestinal, principalmente no duodeno e restante do intestino delgado (em torno de 80%) e no estômago (em torno de 20%). Com o paciente em jejum (tempo de esvaziamento gástrico e trânsito intestinal melhorados), os níveis máximos de etanol no sangue são atingidos de 30–90 minutos após a ingestão.

A via primária de metabolismo do álcool ocorre principalmente no fígado, pela enzima álcool desidrogenase, que também está presente na mucosa gástrica e tem quantidade reduzida em mulheres (esse fato, combinado com o menor volume de distribuição, explica o porquê de as mulheres serem mais susceptíveis à intoxicação alcoólica).

A intoxicação aguda por etanol se inicia a partir da ingestão de aproximadamente 360 mL de cerveja ou 50 mL de destilados, porém a apresentação clínica varia em função da história de abuso, superfície corporal, comorbidades e até susceptibilidade genética.

Os sinais e sintomas de intoxicação podem incluir:

- Fala arrastada;
- Nistagmo;
- Marcha instável;
- Coma;
- Comportamento desinibido;
- Incoordenação motora;
- Comprometimento da memória;
- Obnubilação emarcha;

Hipotensão e taquicardia podem ocorrer devido à vasodilatação periférica provocada pelo etanol ou secundária à perda volêmica. Podem ocorrer vários distúrbios metabólicos, sendo os principais:

- Hipoglicemia;
- Hipomagnesemia;
- Hiperlactatemia;
- Hipocalcemia;
- Hipocalemia;
- Hipofosfatemia;

A gravidade da intoxicação leva ao quadro de rebaixamento do nível de consciência, com predisposição a vômitos, broncoaspiração e hipoxemia, além de arritmias cardíacas.

Abordagem prática

Imagine-se em um plantão no box de emergência quando um grupo de pessoas que estavam em uma festa traz um amigo desacordado. A história é que ele **“bebeu demais”**. **Por onde começar?**

Usaremos uma estratégia em dois caminhos que devem ocorrer de modo paralelo: **Suporte clínico e Informação / história.**



Suporte clínico

- Manejo de vias aéreas, oxigenação e circulação.
- Avaliar presença de lesões traumáticas.



A resposta pupilar inadequada pode ser indício de lesão estrutural cerebral e déficit focal.

- Em caso de trauma ou déficit neurológico focal: **solicite tomografia computadorizada de crânio e coluna cervical.**
- Determine rapidamente a glicemia capilar do paciente e corrija-a com solução de glicose 50% (entre 30–40 mL por via endovenosa) em casos de hipoglicemia (glicemia capilar <70 mg/dL).
- Hidratação com cristaloídes com bolus inicial de 10–20 mL/kg, seguido por manutenção de 20–30 mL/kg/24h para pacientes desidratados. **Adicione solução de glicose 50% 200 mL à etapa de manutenção.**
- Pacientes comatosos devem receber ao menos **100 mg de Tiamina por via parenteral para prevenir/tratar Encefalopatia de Wernicke.**
- Vômitos são frequentes e podem evoluir para broncoaspiração (**avalie o uso de antieméticos, manutenção do paciente em decúbito lateral direito e até necessidade de proteção de vias aéreas com intubação orotraqueal**).
- Lavagem gástrica e carvão ativado **não são úteis para manejo da intoxicação por álcool** devido à rápida absorção deste no trato gastrointestinal.

Solicite exames laboratoriais em pacientes com quadro de maior gravidade (**rebaixamento do nível de consciência, uso de outras drogas associadas, trauma ou déficit neurológico focal**):

- Hemograma;
- Ureia;
- Creatinina;
- Gasometria arterial;
- Sódio;
- Potássio;
- Magnésio;
- Fosfatase alcalina;
- Bilirrubinas totais e frações;
- Gamaglutamil transferase;
- Aspartato aminotransferase;
- Alanina aminotransferase;
- Proteínas totais e frações;
- Tempo de protrombina;
- Proteína C reativa

Informação / História



Colha o máximo de informações possível

Consulte o próprio paciente, se possível, familiares, amigos ou acompanhantes sobre como se deu a intoxicação, além de outras drogas que possam ter sido utilizadas (incluindo medicações de uso contínuo ou recente). **Lembre-se que depressores do sistema nervoso central, como heroína e benzodiazepínicos, potencializam o efeito do álcool.**



Consulte histórico de comorbidades do paciente, principalmente cardiopatias.

Resolvida a intercorrência clínica, com paciente assintomático, não representando um perigo para si ou para os outros e ausência de critérios de internação, o paciente pode receber alta médica. Em caso de abuso de substâncias, o paciente deverá ser encaminhado para assistência especializada.

Dica

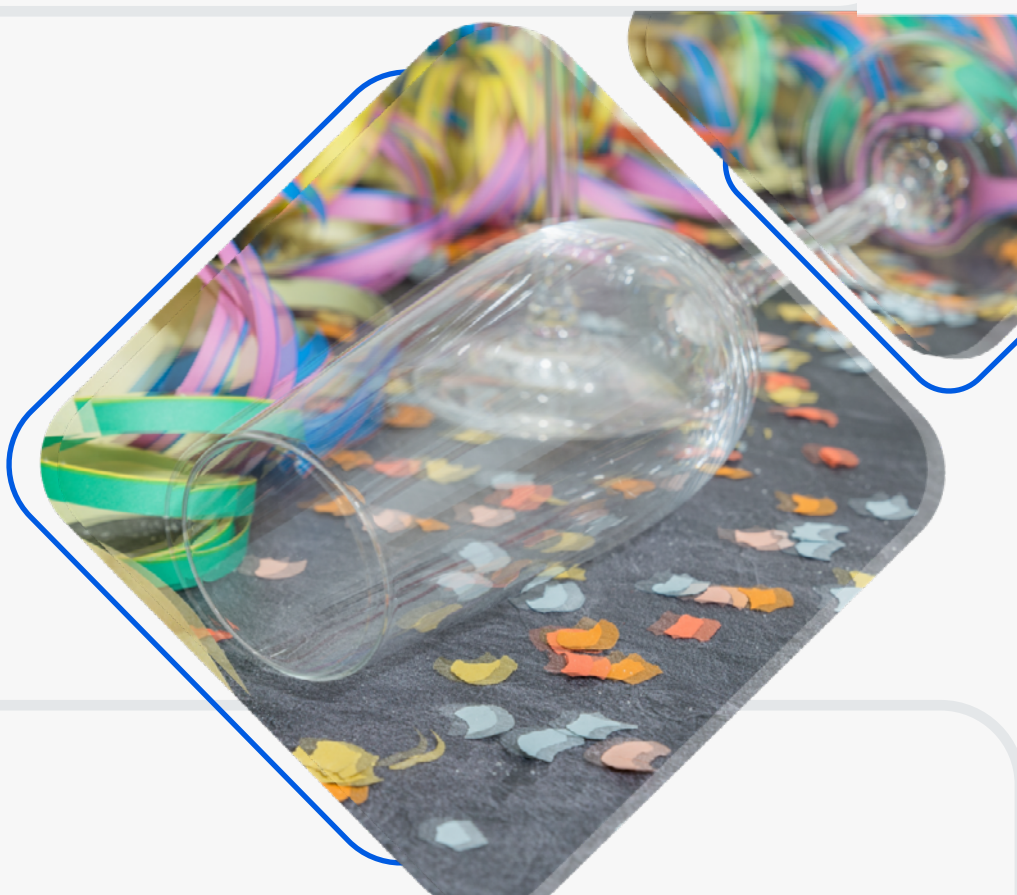


Sempre que estiver frente a **um caso de intoxicação aguda** entre em contato com o Centro de intoxicações de sua região.

Há equipes preparadas para orientar sobre **o manejo e as peculiaridades das síndromes clínicas relacionadas às drogas e substâncias**.

2. Tudo que você precisa saber sobre a ressaca

Ronaldo Gismondi, Cardiologista e editor-chefe médico da PEBMED



2. Tudo que você precisa saber sobre a ressaca

Com certeza você sabe bem o que é uma ressaca, mas o que talvez você não saiba é que seu nome técnico é **VEISALGIA**, do **norueguês KVEIS**, “**mal-estar posterior a uma farra**”, e do **grego ALGOS**, “**dor**”.

Não há uma definição oficial, mas aceita-se que seja o conjunto de sintomas “**desagradáveis**” no dia seguinte a uma ingestão excessiva de álcool. Ao contrário da intoxicação alcoólica aguda, a ressaca foi pouco estudada.

O termo “**hangover**” (**ressaca, em inglês**) resulta em apenas **566 estudos no Pubmed**; “**alcohol withdrawn**”, por comparação, resulta em 13.455.

Na tabela a seguir, vocês podem ver **os sintomas mais frequentes da ressaca**:

- | | |
|--------------|-------------|
| • Cefaleia; | • Diarreia; |
| • Mal estar; | • Anorexia; |
| • Tremor; | • Fadiga; |
| • Náusea; | |

Além dos sintomas mencionados na tabela, a ressaca causa **redução das habilidades cognitivas, executivas/motoras (risco acidentes) e alterações circulatórias, como hipertensão e taquicardia**.

A ressaca em si traz menos riscos à saúde que a intoxicação aguda pelo álcool que a precedeu. Contudo, tem enorme impacto econômico. Não há dados nacionais, mas na Inglaterra foram estimadas perdas de 3

bilhões de dólares. E ao contrário do esperado, não são os alcoólatras os responsáveis por este rombo. Pessoas que fazem uso leve a moderado de álcool (até três drinks/dia em média para homens) são responsáveis por mais da metade desse prejuízo.

Ainda não se conhece toda a fisiopatologia da ressaca. Claro que a dose consumida de álcool influencia (acima de 1,5 g/kg de álcool há ressaca em praticamente todos), mas há certamente outros fatores envolvidos. Um deles é a produção de acetaldeído, um dos metabólitos hepáticos do álcool responsável pela ressaca. Como exemplo, bebidas naturalmente escuras, como vinho tinto e whisky causam mais ressaca que as claras, como vodca e gin.

Também estão associados com ressaca o jejum, pouco sono, excesso de atividade física no dia e sedentarismo. O consumo de água, aumentando a hidratação, é capaz de reduzir a ressaca. Não há medicações aprovadas, apesar de muitas drogas em estudo. No momento, o tratamento é sintomático e direcionado para os sintomas que sejam mais intensos.

3. Infecções sexualmente transmissíveis: como está o cenário no Brasil?

Isabel Cristina Mello Mendes, Infectologista e colunista do Portal PEBMED



3. Dicas para o médico sobre anticoncepção de emergência

Além de possíveis complicações, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) apresentam a particularidade de apresentarem o mesmo modo de transmissão e, com isso, ocorre um risco maior de coinfeções. Pela sua alta incidência, é importante manter vigilância no panorama das ISTs no cenário nacional para que identificação e tratamento precoces sejam estabelecidos.

Sífilis

Os casos de sífilis no Brasil vêm aumentando nos últimos anos. Segundo dados disponíveis pelo DATASUS, foram notificados 7.811 casos de sífilis adquirida em 2016 no país. Já entre os anos de 2017 e 2020, o número de notificações foi de 122.172, 159.232, 155.957 e 115.242 casos, respectivamente.

Uma grande preocupação é a infecção em gestantes, uma vez que a transmissão vertical está associada a desfechos neonatais desfavoráveis — tais como mortalidade intraútero, parto prematuro ou morte neonatal — e a complicações congênitas — tais como alterações ósseas e musculoesqueléticas. Os dados de notificação nacional mostram que o número de casos diagnosticados na gestação também vem aumentando, passando de 49.835 em 2017 para 61.402 em 2020. Felizmente, o número de casos de sífilis congênita demonstrou tendência de queda: de 25.039 notificações em 2017 para 22.136 em 2020.

É sempre importante ter em mente que esses dados são derivados das

notificações nacionais, podendo ser subestimadas.

Uma das dificuldades no diagnóstico de sífilis é a ampla variabilidade em suas formas de apresentação, que podem ir desde formas assintomáticas a quadros com acometimento sistêmico ou comprometimento de sistema nervoso central a quadros crônicos com complicações deformantes e que podem ser irreversíveis.

Penicilina benzatina é considerada o tratamento de escolha, com o número de doses dependendo da forma clínica, sendo o único considerado como eficaz em gestantes. **Recomenda-se o tratamento após um único teste diagnóstico reagente (treponêmico ou não treponêmico) nas seguintes situações:**

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento;
- Pessoas com sinais ou sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

Nas demais situações, recomenda-se que o diagnóstico seja realizado por meio de testes imunológicos sequenciais, preferencialmente iniciando-se com testes treponêmicos (FTA-Abs, ELISA/CMIA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP, teste rápido), os primeiros a se tornarem reagentes.

Testes complementares não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST, USR) podem ser usados para confirmação e acompanhamento dos casos.

O esquema de tratamento atualmente recomendado no Brasil está sintetizado a seguir:

Estadiamento	Esquema terapêutico	Tratamento alternativo (exceto gestantes)	Seguimento (com teste não-treponêmico)
Sífilis recente: primária, secundária e latente recente (até 1 ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2, 4 milhões UI, IM, dose única	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 15 dias	Trimestral (em gestantes, o controle é mensal)
Sífilis tardia: terciária, latente tardia (com mais de 1 ano de evolução) e latente com duração ignorada	Benzilpenicilina benzatina 2, 4 milhões UI, IM, 1x/semana por 3 semanas (total de 7,2 milhões UI)	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias	Trimestral (em gestantes, o controle é mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina cristalina, 3 – 4 milhões UI, IV, 4/4 horas, por 14 dias	Ceftriaxone 2 g, IV, 1x/dia, por 10 – 14 dias	Exame de LCR a cada 6 meses até normalização

Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

Gonorreia e clamídia

***Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* são os principais agentes de uretrite**, sendo altamente prevalentes. São altamente transmissíveis, com risco de 50% e 20% por ato sexual, respectivamente.

A apresentação clínica da infecção gonocócica depende do local primário de infecção, podendo estar relacionada a casos de uretrite, cervicite, proctite, faringite e conjuntivite. **Enquanto a uretrite em homens é majoritariamente sintomática, com mais de 80% dos casos apresentando corrimento uretral, as mulheres são frequentemente assintomáticas.**

Embora a uretrite não gonocócica possa ser causada por diversos agentes, estima-se que *C.trachomatis* seja responsável por aproximadamente 50% dos casos. Em mulheres, a infecção pode estar associada ao desenvolvimento de doença inflamatória pélvica.

O diagnóstico pode ser realizado por meio de testes moleculares, mas esses ainda são pouco disponíveis. A presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em material clínico de corrimento uretral confirma o diagnóstico de gonorreia, mas não exclui coinfeção por clamídia.

Devido à dificuldade diagnóstica, muitas vezes uma abordagem sindrômica, com tratamento para os dois agentes é frequentemente utilizado:

Condição clínica	Esquema terapêutico	Tratamento alternativo	Comentários
Uretrite sem diagnóstico etiológico	Ceftriaxone 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2cp, VO, dose única	Ceftriaxone 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias	-
Uretrite gonocócica	Ceftriaxone 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2cp, VO, dose única	-	-
Uretrite não gonocócica / por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2cp, VO, dose única	Doxiciclina 100 mg, 1 cp, VO, 12/12 horas, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após término do tratamento

Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

HIV

Apesar do avanço nas estratégias de prevenção e tratamento, o controle da infecção pelo vírus HIV ainda é uma preocupação mundial. No Brasil, felizmente, os dados mostram tendência de redução no número de novos diagnósticos: em 2020 foram 30.638 casos identificados, comparados com 39.095 em 2017.

Entretanto, o aumento no número de casos entre jovens chama a atenção e reforça a necessidade de divulgação e implementação de medidas

preventivas. O incentivo ao uso de preservativos, de tratamento regular pelos indivíduos que convivem com o vírus, e a prescrição de profilaxia pré-exposição (PrEP) são ferramentas importantes para a redução na transmissão.

Práticas sexuais seguras

Apesar do uso de preservativo dever ser sempre incentivado, somente essa estratégia é considerada ineficaz como forma de prevenção para ISTs. Outras medidas de prevenção são consideradas complementares para práticas sexuais seguras:

- Usar preservativo;
- Imunizar para HAV, HBV e HPV;
- Conhecer o status sorológico para HIV das parcerias sexuais;
- Testar regularmente para HIV e outras ISTs;
- Tratar com terapia antirretroviral de alta potência todas as pessoas vivendo com HIV;
- Realizar exame preventivo de câncer de colo de útero;
- Realizar PrEP quando indicado;
- Conhecer e ter acesso a métodos de anticoncepção e concepção;
- Realizar profilaxia pós-exposição (PEP) quando indicado.

4. Conduta em casos de abuso sexual

Este conteúdo foi formulado a partir do [Whitebook Clinical Decision](#)



4. Conduta em casos de abuso sexual

Seguindo nossa série de reportagens sobre condutas de aconselhamento e terapêutica de condições que podem surgir no atendimento médico no Carnaval, **selecionamos a conduta no “abuso sexual”, que infelizmente ocorre mesmo no contexto da festividade do feriado.**

Diante de um quadro de abuso sexual, devemos ter em mente os seguintes conceitos de atendimento:

1

Deve ser definido **um local específico**, preferencialmente **fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem**, a fim de **garantir a privacidade** durante a entrevista e os exames.

2

É desejável que a **equipe de saúde seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.**

3

A Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, **estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher**, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde.

4

Nas situações de violências contra adolescentes e crianças, **uma cópia da ficha de notificação** deve ser **encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente.**

5

A mulher violentada **não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia**, por isso a **exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.**

Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) Não-virais

O recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina, para profilaxia de sífilis, gonococo e clamídia, respectivamente:

Profilaxia de sífilis	Gonococo	Clamídia
Penicilina G benzatina 1,2 milhão UI: IM 2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única;	Ceftriaxona 250 mg: IM 250 mg em dose única;	Azitromicina 500 mg: VO 2 comprimidos, dose única.

Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>

* Para gestantes, crianças e adolescentes com < 45 kg:

Profilaxia de sífilis	Gonococo	Clamídia
Penicilina G benzatina Frasco-amp. com 150 mil UI, 300 mil UI, 400 mil UI: IM 50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única	Ceftriaxona 250 mg (acompanha diluente de 2 ml): IM aplicar 125 mg (1 ml)	Azitromicina 600 mg/15 ml ou 900 mg/22,5 ml: VO 20 mg/kg (dose máxima: 1 g), dose única

Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>

* Em caso de hipersensibilidade, alternativas:

- **Estearato de eritromicina (alergia a penicilina):**
500 mg, VO, 6/6h por 15 dias (**sífilis**) ou 7 dias (**clamídia**).
- **Ciprofloxacino:**
500 mg VO dose única.

Prevenção da Hepatite B

Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente (0, 1 e 6 meses), além de Imunoglobulina humana anti-hepatite B, na dose de 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina **(até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora seja recomendada a aplicação nas primeiras 48 horas após a violência).**

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B.

Prevenção da Infecção pelo HIV

A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, inclusive se o status sorológico do agressor for desconhecido. **No caso de penetração oral com ejaculação, deve-se individualizar a decisão.**

► Exames:

A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível. Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia antirretroviral não deve ser realizada ou deve ser interrompida.

► Profilaxia:

Deve ser iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas (máximo de 72h) e deve ser mantida por quatro semanas.

► **Esquema:**

O esquema de primeira escolha deve combinar três antirretrovirais, por sua maior potência na redução da carga viral plasmática: dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa, combinados com um inibidor da protease adicionado de ritonavir como adjuvante farmacológico (booster). Entre as reações estão sintomas gastrointestinais, cefaleia e fadiga.

- **1ª escolha:**

Zidovudina (AZT) + Lamivudina 300/150mg de 12/12h + Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg 2cps 12/12h;

- **2ª escolha:**

Tenofovir (TFD) + Lamivudina (3TC) 300 + 300 mg/cp, VO 1x/dia + Atazanavir/ritonavir (ATV/r) 300 + 100 g/cp VO 1 cp 1x/dia por 28 dias.

► **Anticoncepção de Emergência:**

a anticoncepção de emergência (AE) deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa.

5. Dicas para o médico sobre anticoncepção de emergência

Este conteúdo foi formulado a partir do [Whitebook Clinical Decision](#)



5. Dicas para o médico sobre anticoncepção de emergência

Apesar do amplo esforço do governo em conscientizar a importância do sexo seguro e da distribuição de preservativos durante o Carnaval, nos deparamos comumente com pacientes em busca de orientações para anticoncepção de emergência após manter relações sexuais desprotegidas.

Segundo um estudo do CDC, a proporção de mulheres nos Estados Unidos que já usaram anticoncepcionais de emergência aumentou de 4% em 2002 para 11% até 2010. **Durante o plantão no pronto atendimento é comum recebermos pacientes em busca dessa contracepção ou a famosa pílula do dia seguinte.**

Quando estamos frente a frente ao paciente com estas dúvidas, você se sente preparado para lidar da maneira correta?

A anticoncepção de emergência é um método contraceptivo para prevenção de gestação inoportuna ou indesejada seja por relação sexual desprotegida, falha do método de anticoncepção ou violência sexual.

Os dois métodos mais comuns envolvem **o uso progestágeno (levonorgestrel) em alta dose** ou **o método de Yuzpe** o qual conta com **a associação etinilestradiol e levonorgestrel.**

- **Método Progestágeno (levonorgestrel) em alta dose:**
possui menor taxa de falha e é dose única.
- **Método de Yuzpe:**
administrado em duas doses com intervalos de 12/12h e **não pode ser utilizado em associação com o ritonavir na profilaxia contra o HIV**

Os efeitos colaterais mais comuns desse regime são:

- Náuseas;
- Mastalgia;
- Vômitos;
- Diarreia;
- Vertigem;
- Irregularidade menstrual;
- Cefaleia;
- Dor abdominal.

Se há vômito nas primeiras duas horas após anticoncepção de emergência, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente dentro do mesmo prazo, ou a mulher esteja inconsciente, **recomenda-se a administração por via vaginal.**

- * **A única contraindicação absoluta, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada.**

Mensagem para o seu paciente



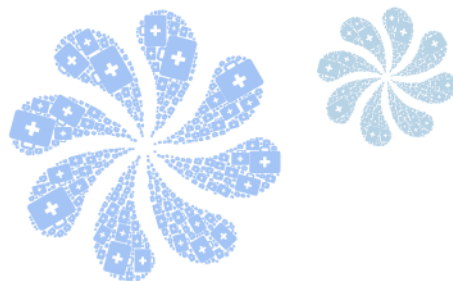
Acima de tudo, é importante orientar o paciente a respeito dos riscos do sexo desprotegido, pois **muito além de gravidez inesperada, podem ocorrer o contato com doenças sexualmente transmissíveis.**

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes Da Violência Sexual Contra Mulheres E Adolescentes. 3ª edição. Brasília, 2012.

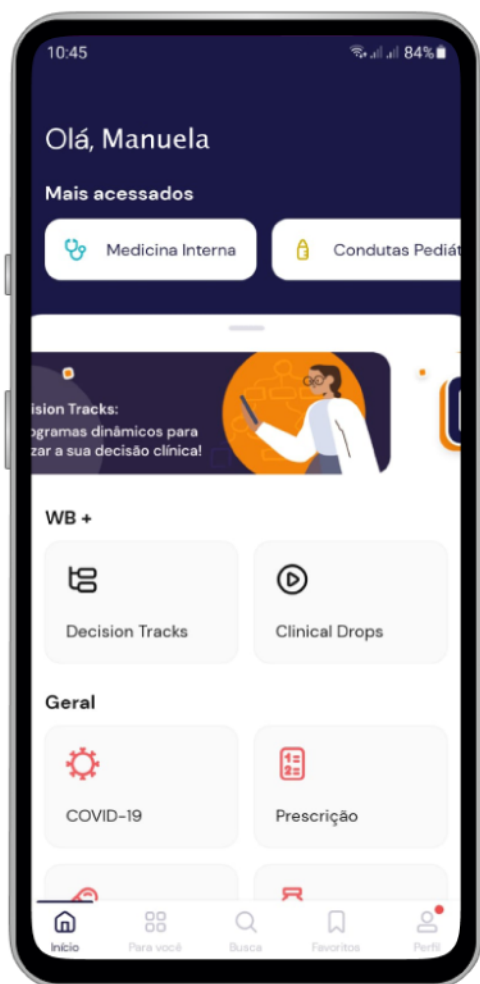
BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
3. Verster JC, Penning R. Treatment and prevention of alcohol hangover. Curr Drug Abuse Rev. 2010 Jun; 3 (2): 103–9. doi: 10.2174/1874473711003020103. PMID: 20712594.
4. Verster JC, Scholey A, van de Loo AJAE, Benson S, Stock AK. Updating the Definition of the Alcohol Hangover. J Clin Med. 2020 Mar 18;9 (3): 823. doi: 10.3390/jcm9030823. PMID: 32197381; PMCID: PMC7141232.
5. Cowan E, Su MS. Ethanol intoxication in adults [Internet]. Traub SJ, Ganetsky M, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Acesso em 23 de novembro, 2022).
6. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, et al. Acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med 2008; 19:561.
7. O'Brien MC, McCoy TP, Rhodes SD, et al. Caffeinated cocktails: energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students. Acad Emerg Med 2008; 15:453.
8. Di Miceli M, Gronier B. Pharmacology, Systematic Review and Recent Clinical Trials of Metadoxine. Rev Recent Clin Trials 2018; 13:114.



Conheça os produtos PEBMED

WB WHITEBOOK
Clinical Decision



PORTAL
PEBMED

