

PACIENTE GRAVE

RECAPITULAÇÃO DOS 3 PILARES

Raciocínio clínico aplicado por meio de casos

COMO CONDUZIR PACIENTES GRAVES COM SEGURANÇA EM 3 PASSOS

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE

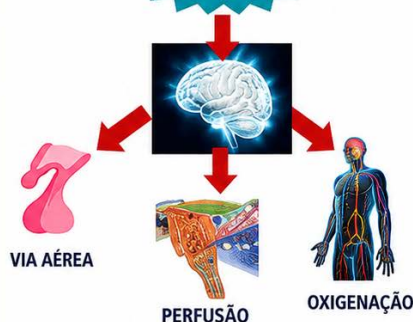


AVALIAÇÃO DE 7 PARÂMETROS

- | | | |
|--|----------|--|
| | 1 | FC < 40 ou > 110 bpm |
| | 2 | PAS < 90 ou > 180 mmHg |
| | 3 | FR > 24 irpm |
| | 4 | SAT _{O₂} < 90% |
| | 5 | FEBRE |
| | 6 | EXTREMIDADES
(CIANOSE; TEC > 3 seg) |
| | 7 | SENSÓRIO
(CONFUSÃO MENTAL,
LETARGIA, AGITAÇÃO) |



AGRESSÃO



QUALQUER ALTERAÇÃO EM 1 OU MAIS PARÂMETROS
PODE INDICAR UM PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE!



IDENTIFICOU,
AVALIOU,
INTERVÉM!

OBJETIVO

Revisar, de forma sucinta e operacional, os três pilares do atendimento inicial ao paciente potencialmente grave e, em seguida, aplicar o raciocínio em casos clínicos com questões comentadas.

01 COMO USAR ESTA APOSTILA

Esta apostila foi construída a partir da aula bônus de consolidação da “Trilogia da Emergência Médica” e das imagens fornecidas. A proposta não é reproduzir a aula comercial, mas organizar seu núcleo didático em uma revisão dos três pilares seguida de casos clínicos comentados.

HIERARQUIA DE LEITURA

1) reconheça gravidade; 2) formule diagnósticos sindrômicos; 3) estabilize ventilação e hemodinâmica; 4) aborde a causa; 5) reavalie continuamente.

NOTA EDITORIAL E DE SEGURANÇA

As respostas e justificativas abaixo refletem o conteúdo da fonte fornecida. Elas não foram silenciosamente substituídas por recomendações externas. Para uso assistencial, doses, diluições, contraindicações e algoritmos devem ser conferidos no protocolo institucional vigente e nas diretrizes atualizadas.

Sumário

- Recapitulação: Pilar 1 — identificação e raciocínio inicial
- Recapitulação: Pilar 2 — suporte ventilatório e IOT
- Recapitulação: Pilar 3 — suporte hemodinâmico
- Caso 1 — Berlinácio: gravidade, choque, sepse, fluidos e DVA
- Caso 2 — Agnela: estado de mal epilético e IOT
- Caso 3 — Florisbaldo: TCE grave e IOT
- Caso 4 — Cremildina: broncoaspiração, choque e IOT
- Caso 5 — pós-PCR com choque
- Caso 6 — Clementina: bradiarritmia instável
- Caso 7 — Jobson: IC descompensada e choque cardiogênico
- Síntese final — algoritmo mental de bolso

02 RECAPITULAÇÃO DOS 3 PILARES

PILAR 1 — IDENTIFICAR O PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE

1. FC < 40 ou > 110 bpm
2. Pas < 90 ou > 180 mmHg
3. FR > 24 irpm
4. SATO2 < 90%
5. FEBRE
6. EXTREMIDADES (CIANOSE; TEC > 3 seg)
7. SENSÓRIO (CONFUSÃO MENTAL, LETARGIA, AGITAÇÃO)

- Frequência cardíaca muito baixa ou elevada.
- Pressão arterial muito baixa ou muito elevada.
- Taquipneia ou padrão respiratório anormal.
- Hipoxemia.
- Febre no contexto clínico apropriado.
- Extremidades frias/cianose e enchimento capilar prolongado.
- Alteração do sensorio: confusão, letargia ou agitação.

IDEIA-CHAVE

O primeiro passo não é “fechar” o diagnóstico. É perceber rapidamente que existe uma desordem potencialmente grave e impedir que sinais de hipoperfusão, insuficiência respiratória ou deterioração neurológica passem despercebidos.

PILAR 1 — PASSO 2: DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS

COMO CONDUZIR PACIENTES GRAVES COM SEGURANÇA EM 3 PASSOS

PASSO 2: DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS



A fonte enfatiza reunir anamnese, exame físico e exames complementares disponíveis para entender o problema antes de saltar diretamente para um diagnóstico etiológico ou para uma conduta definitiva.

RACIOCÍNIO

Pergunte primeiro: qual síndrome ameaça o paciente agora? Choque? Insuficiência respiratória? Sepses? Síndrome coronariana? Taquiarritmia? Evento neurológico? A etiologia pode ser refinada depois, enquanto a estabilização já está em curso.

PILAR 2 — SUPORTE VENTILATÓRIO E IOT

COMO CONDUZIR PACIENTES GRAVES COM SEGURANÇA EM 3 PASSOS

PASSO 3: ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE

AS CONDUTAS OBRIGATÓRIAS NOS ATENDIMENTOS DE EMERÊNCIA

A.SUPORTE VENTILATÓRIO

• CATETER NASAL > MÁSCARA > VNI > IOT

B.SUPORTE HEMODINÂMICO

• CRISTALOIDE (RL > SF 0,9% > RINGER SIMPLES); DVA

C.ABORDAR A CAUSA

• IAM; TEP; TAQUIARRITMIAS; SEPSE, AVC; CAD/EHH



- Escalonar suporte de oxigênio conforme necessidade clínica: dispositivos simples → VNI quando indicada → IOT quando necessária.
- A IOT não é um ato puramente mecânico: a escolha dos fármacos depende da fisiologia e das comorbidades.
- Pré-oxigenação, preparo, estratégia de indução e bloqueio neuromuscular devem reduzir o risco de colapso peri-intubação.
- Hipotensão e hipoxemia se potencializam; pacientes chocados e hipoxêmicos toleram mal a apneia.

PERGUNTA ANTES DE INDUZIR

Qual medicamento pode piorar este paciente? Qual agente preserva melhor a hemodinâmica? Há contraindicação ao bloqueador neuromuscular escolhido?

PILAR 3 — SUPORTE HEMODINÂMICO

- Identifique o fenótipo de choque e a presença de hipoperfusão, não apenas o valor isolado da pressão arterial.
- Cristaloídes são a base da ressuscitação volêmica quando volume é indicado; reavaliar resposta e risco de sobrecarga.
- Vasopressor e/ou inotrópico devem ser escolhidos pela fisiopatologia predominante.
- Tratar a causa faz parte da estabilização: antibiótico na sepse, reperfusão quando indicada, correção de arritmias, etc.

ALGORITMO MENTAL

RECONHECER → SINDROMIZAR → ESTABILIZAR VENTILAÇÃO → ESTABILIZAR HEMODINÂMICA → ABORDAR A CAUSA → REAVALIAR.

03 CASO 1 — BERLINÁCIO ARAÚJO, 67 ANOS

NA PRÁTICA

CASO CLÍNICO

BERLINÁCIO ARAÚJO, 67 ANOS, COM QUEIXA DE MAL ESTAR HÁ 12 HORAS. HOJE “NÃO QUIS COMER E ESTÁ MAIS QUIETO” SEGUNDO A FILHA BRIGITTE.

ANTECEDENTES: HAS, TABAGISTA E ARRITMIA

AO EXAME: REG, LETÁRGICO, POUCO DESORIENTADO, FC: 134 BPM, FR: 28 IRPM, PA: 95X70 MMHG, SATO₂: 94%

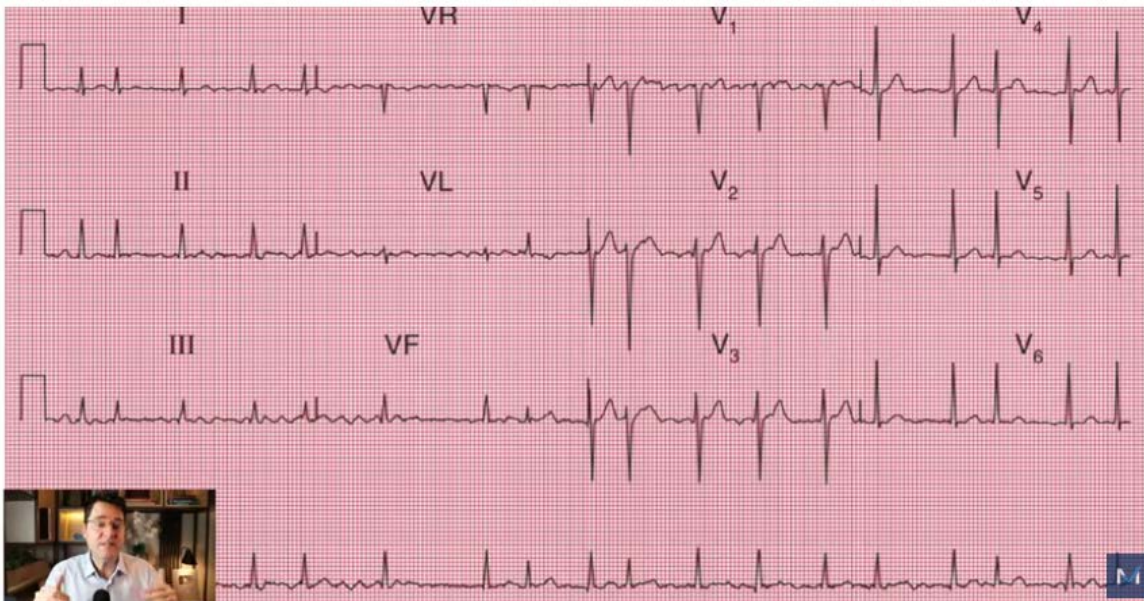
AUSCULTA PULMONAR SP; CARDÍACA: BULHAS ARRÍTMICAS NF
ABDOME SP



EXTREMIIDADES FRIAS, TEC: 8 SEG

CASO

Mal-estar há 12 horas, redução da ingesta e maior quietude. Antecedentes de HAS, tabagismo e arritmia. Letárgico, pouco desorientado, FC 134 bpm, FR 28 irpm, PA 95x70 mmHg, SatO₂ 94%, extremidades frias e TEC 8 s. ECG compatível, na leitura da aula, com fibrilação atrial de resposta ventricular elevada.



ECG apresentado na aula.

PERGUNTA

Você considera este paciente grave?

A) Sim

B) Não

RESPOSTA CORRETA: A

A	Correta. A fonte destaca alteração do sensório, taquicardia, taquipneia, extremidades frias e enchimento capilar muito prolongado — múltiplos sinais de deterioração e hipoperfusão.
B	Incorreta. Uma pressão sistólica ainda próxima de 90 mmHg não exclui gravidade quando outros marcadores fisiológicos estão claramente alterados.

NA PRÁTICA

Gravidade é reconhecida pelo conjunto fisiológico. Não espere hipotensão profunda para agir.

PERGUNTA

O paciente está em choque?

A) Sim

B) Não

RESPOSTA CORRETA: A

A	Correta. A aula define choque, em última análise, como hipoperfusão tecidual. Alteração do sensório, extremidades frias e TEC de 8 s sustentam essa interpretação.
B	Incorreta. Choque não exige obrigatoriamente pressão arterial muito baixa; o quadro de perfusão deve ser integrado ao contexto basal e aos demais sinais.

NA PRÁTICA

PA “aceitável” não tranquiliza quando a perfusão periférica e o sensório estão comprometidos.

PERGUNTA 2: VOCÊ CONSIDERA QUE O PACIENTE ESTÁ EM CHOQUE?

(a) SIM

(b) NÃO

PASSO 2: DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS

DIAS. HOJE “NÃO QUIS COMER E ESTÁ MAIS QUIETO” SEGUNDO A FILHA BRIGITTE.

ANTECEDENTES: HAS, TABAGISTA

AO EXAME: REG, LETÁRGICO, POUCO DESORIENTADO, FC: 134 BPM, FR: 28 IRPM, PA: 110X95 MMHG, SATO2: 94%

AUSCULTA PULMONAR SP; CARDÍACA: BNF ARRÍTMICAS

ABDOME SP



MEMBRANAS FRIAS, TEC: 8 SEG

NOVA INFORMAÇÃO

A filha relata dificuldade para urinar há cerca de 5 dias e episódios prévios de infecção associados à retenção urinária. Temperatura: 38,6 °C.

PERGUNTA

Qual diagnóstico sindrômico melhor organiza o quadro, segundo a aula?

A) Instabilidade causada primariamente pela fibrilação atrial

B) Sepses com provável foco urinário

C) Síndrome coronariana aguda

D) Crise hipertensiva

RESPOSTA CORRETA: B

A	Incorreta. A fonte ressalta que a FA já era conhecida e que FC em torno de 134 bpm, isoladamente, não explicaria tão bem a hipoperfusão.
B	Correta. Febre, história urinária, alteração do sensorio, taquipneia e sinais de hipoperfusão tornam sepsis o diagnóstico sindrômico priorizado na aula.
C	Incorreta no contexto apresentado: não há dados na fonte que sustentem SCA como síndrome dominante.
D	Incorreta. O paciente não apresenta hipertensão; há, ao contrário, sinais de choque.

NA PRÁTICA

Evite ancoragem no ECG. Uma arritmia pode ser consequência/resposta ao estresse sistêmico, e não a causa principal da instabilidade.

PERGUNTA

Qual fluido é apontado como mais adequado para a ressuscitação inicial?

- A) SG 5%
- B) Cristaloide — SF 0,9% ou Ringer lactato**
- C) Coloide — albumina ou hidroxietilamido
- D) Soro glicofisiológico

RESPOSTA CORRETA: B

A	Incorreta. SG 5% não é apresentado como fluido de ressuscitação para choque séptico.
B	Correta. A aula escolhe cristaloide e utiliza Ringer lactato como exemplo prático.
C	Incorreta como primeira escolha no caso proposto.
D	Incorreta. Não é a estratégia de reposição volêmica defendida na fonte.

NA PRÁTICA

Faça volume com reavaliação seriada da perfusão e da tolerância, em vez de administrar fluidos sem reexaminar o paciente.

PASSO 3: ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE

QUAL O MELHOR SORO PARA ESTE PACIENTE NESTE MOMENTO?

- A. SG5%
- B. CRISTALOIDE (SF0,9% OU RL)**
- C. COLOIDE (ALBUMINA OU VOLUVEN)
- D. SORO GLICOFISIOLÓGICO**

PERGUNTA

Após evolução com PA 70x50 mmHg, qual DVA é a escolha apresentada para o choque distributivo séptico?

- A) Adrenalina
- B) Dopamina
- C) Dobutamina
- D) Noradrenalina**

RESPOSTA CORRETA: D

A	Não é a primeira escolha apresentada para este cenário na aula.
B	Não é a primeira escolha apresentada para choque distributivo séptico.
C	É inotrópico; não é a droga inicial escolhida para restaurar o tônus vascular neste caso.
D	Correta. A fonte identifica noradrenalina como vasopressor de primeira escolha no choque distributivo relacionado à sepse.

NA PRÁTICA

Vasopressor não substitui raciocínio sobre volume, perfusão e controle da causa.

PASSO 3: ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE

APÓS 6 HORAS DE EVOLUÇÃO, PACIENTE APRESENTA PA: 70X50 MMHG.

QUAL A DVA MAIS INDICADA NESSE MOMENTO?

- A. ADRENALINA
- B. DOPAMINA
- C. DOBUTAMINA
- D. NORADRENALINA**



NORADRENALINA

PRESCRIÇÃO MOSTRADA NA AULA

A imagem original inclui dieta zero/cabeceira elevada, Ringer lactato, ceftriaxona, noradrenalina em BIC, gasometria, exames laboratoriais, culturas, RX de tórax e sondagem vesical. Use-a como registro da fonte; para assistência, confirme doses/diluições no protocolo institucional vigente.

04 CASO 2 — AGNELA SOARES, 34 ANOS

EMERGÊNCIA + M.O.V + GLICEMIA CAPILAR (196 MG/DL) + ECG

1. DIETA ZERO E CABECEIRA ELEVADA
2. RINGER LACTATO 500 ML EV EM 10 MIN E ACM
3. CEFTRIAXONE 2G + SF 0,9% 100 ML EV EM 10 MIN
4. NORADRENALINA 2 AMPOLAS + SG5% 92 ML EV EM BIC - INICIAR EM 5 ML/H
5. GASOMETRIA ARTERIAL
6. HMG, SÓDIO, POTÁSSIO, UREIA, CREATININA, TGO, TGP, HEMOCULTURA
7. EAS, UROCULTURA
8. RX TÓRAX
9. SVD N 16

CASO

Crise convulsiva há 15 minutos. Após midazolam e fenitoína, persiste convulsionando. A aula caracteriza o cenário como estado de mal epilético refratário, com provável necessidade de IOT para permitir sedação contínua e proteção ventilatória.

PERGUNTA

Qual esquema é considerado mais adequado para IOT neste caso, segundo a aula?

- A) Fentanil + midazolam
- B) Lidocaína + cetamina + succinilcolina
- C) Fentanil + midazolam + succinilcolina**
- D) Lidocaína + etomidato + rocurônio

RESPOSTA CORRETA: C

A	Incorreta no raciocínio da aula porque não contém bloqueador neuromuscular, considerado necessário para facilitar a intubação no paciente em crise.
B	A aula considera a lidocaína pouco necessária neste contexto, embora cetamina e succinilcolina possam ter propriedades úteis em outros cenários.
C	Correta segundo a fonte: analgesia com fentanil, sedação com midazolam — já em uso — e bloqueio com succinilcolina.
D	Não é a combinação preferida pela aula para este caso; a lidocaína é apontada como dispensável.

NA PRÁTICA

A sequência de IOT deve ser escolhida pela fisiologia do paciente; não existe uma combinação universal para todos os cenários.

05 CASO 3 — FLORISBALDO MELO, 18 ANOS

CASO

Queda de árvore. Glasgow 7, FC 62 bpm, FR 10 irpm e irregular, PA 210×110 mmHg, anisocoria. A aula interpreta o quadro como TCE grave com sinais de hipertensão intracraniana e tríade de Cushing.

PERGUNTA

Qual combinação é apontada como a melhor para IOT neste cenário?

- A) Fentanil + etomidato + rocurônio
- B) Fentanil + cetamina + succinilcolina
- C) Lidocaína + midazolam + rocurônio
- D) Fentanil + etomidato + succinilcolina**

RESPOSTA CORRETA: D

A	A fonte prefere succinilcolina neste cenário por sua duração mais curta caso haja dificuldade de via aérea; rocurônio é reconhecido como alternativa.
B	A aula reconhece que cetamina pode ser utilizada, mas prefere evitá-la ou reduzir dose no contexto de hipertensão importante/hipertensão intracraniana.
C	Não é a combinação preferida; midazolam pode reduzir a pressão e a lidocaína não é colocada como rotina.
D	Correta segundo a aula: fentanil para atenuar resposta adrenérgica à laringoscopia, etomidato pela estabilidade cardiovascular e succinilcolina para bloqueio rápido.

NA PRÁTICA

No TCE grave, a fonte enfatiza evitar tanto agravamento da hipertensão intracraniana quanto hipotensão peri-intubação.

06 CASO 4 — CREMILDINA ALBUQUERQUE, 64 ANOS

Paciente Cremildina Albuquerque, 64 anos, com vômitos há 1 dia. Hoje apresentando dispneia e expectoração.

Antecedentes: AVC há 2 anos (acamada e afasia)

Cianose extremidades, FR: 36 irpm, PA: 70 x 40 mmHg, FC: 126 bpm, SATO2: 82%, Tax: 39° C

Uso de musculatura acessória, creptações difusas

Qual o esquema mais adequado para IOT?

(A) Fentanil + Midazolam

(B) Cetamina + Rocurônio

(C) Fentanil + Propofol + Rocurônio

(D) Etomidato + Succinilcolina

CASO

Vômitos há 1 dia, depois dispneia e expectoração. Antecedente de AVC há 2 anos, acamada e afásica. Cianose, FR 36, PA 70x40 mmHg, FC 126 bpm, SatO₂ 82%, T 39 °C, uso de musculatura acessória e creptações difusas. A aula considera broncoaspiração como hipótese central.

PERGUNTA

Qual esquema é considerado mais adequado para IOT?

A) Fentanil + midazolam

B) Cetamina + rocurônio

C) Fentanil + propofol + rocurônio

D) Etomidato + succinilcolina

RESPOSTA CORRETA: B

A	Incorreta. Paciente em choque profundo; a aula alerta para piora hemodinâmica e ausência de bloqueador neuromuscular.
B	Correta segundo a fonte. Cetamina é apontada como opção útil no contexto de choque e rocurônio evita o problema atribuído à succinilcolina em paciente cronicamente acamada.
C	Incorreta. Propofol associado a fentanil é considerado de alto risco para agravar hipotensão neste cenário.
D	Etomidato é considerado aceitável, porém a succinilcolina é apontada como inadequada na paciente acamada devido ao risco de hipercalemia relacionado à imobilidade prolongada.

NA PRÁTICA

Antes da IOT em choque, antecipe colapso peri-intubação: pré-oxigene, prepare suporte hemodinâmico e escolha agentes compatíveis com a fisiologia.

07 CASO 5 — PÓS-PCR COM CHOQUE

Paciente em PCR com RCE após 15 minutos de RCP, com PA 60x40 mmHg, FC 123 bpm, TEC > 10 seg em IOT, SATO2: 88%

Qual melhor DVA para este caso

(A) Dopamina

(B) Noradrenalina

(C) Adrenalina

D) Dobutamina

CASO

Retorno da circulação espontânea após 15 minutos de RCP. PA 60x40 mmHg, FC 123 bpm, TEC >10 s, paciente intubado, SatO₂ 88%.

PERGUNTA

Qual DVA é escolhida pela aula como a que melhor se encaixa neste cenário?

- A) Dopamina
- B) Noradrenalina
- C) Adrenalina**
- D) Dobutamina

RESPOSTA CORRETA: C

A	Não é a opção priorizada pela fonte para o cenário descrito.
B	A própria aula ressalta que noradrenalina também poderia ser utilizada; portanto, esta alternativa não é apresentada como absurda, apenas não é a escolhida na questão.
C	Correta segundo a questão da aula. O argumento didático é a ação alfa e beta da adrenalina, oferecendo vasoconstrição, estímulo cardíaco e broncodilatação.
D	Incorreta como monoterapia inicial em hipotensão tão profunda; a aula alerta que dobutamina pode piorar a pressão.

NA PRÁTICA

Esta é uma questão em que a fonte admite mais de uma estratégia possível e escolhe adrenalina como resposta didática. Não transforme a alternativa da aula em regra universal.

08 CASO 6 — CLEMENTINA SIQUEIRA, 74 ANOS

Paciente Clementina Siqueira, 74 anos, com queixa de mal estar e dispneia há 2 horas.

FC: 30 bpm, PA: 80x60 mmHg, SATO2: 90%

Feito Atropina sem resposta.

Qual melhor DVA para este caso

(A) Dopamina ou Adrenalina

(B) Noradrenalina ou Dopamina

(C) Adrenalina ou Dobutamina

(D) Dobutamina ou Vasopressina



CASO

Mal-estar e dispneia há 2 horas. FC 30 bpm, PA 80x60 mmHg, SatO₂ 90%. Atropina sem resposta. O ECG da aula é interpretado como bloqueio 2:1, com instabilidade hemodinâmica.

PERGUNTA

Enquanto se prepara marca-passo transcutâneo, quais DVAs são apresentadas como opções adequadas?

- A) Dopamina ou adrenalina
- B) Noradrenalina ou dopamina
- C) Adrenalina ou dobutamina
- D) Dobutamina ou vasopressina

RESPOSTA CORRETA: A

A	Correta segundo a aula: dopamina ou adrenalina são citadas como infusões apropriadas no paciente com bradiarritmia sintomática/instável sem resposta à atropina.
B	Inclui dopamina, mas noradrenalina não é a dupla selecionada na questão.
C	Inclui adrenalina, porém dobutamina não é a alternativa apresentada para bradicardia instável.
D	Não corresponde às opções priorizadas na fonte.

NA PRÁTICA

O suporte farmacológico é ponte. A aula enfatiza preparar marca-passo transcutâneo e transferência para tratamento definitivo quando indicado.

09 CASO 7 — JOBSON AGUIAR, 74 ANOS

Paciente Jobson Aguiar, 74 anos, com queixa de mal estar e dispneia há 10 dias, com piora progressiva.

Antecedentes de HAS, DM, Tabagismo, IAM, Dislipidemia

FC: 112 bpm, PA: 80x55 mmHg, SATO2: 88%, GC: 396 mg/dL

Creptação em bases pulmonares. Edema MMII e turgência jugular. TEC = 8 seg

Qual melhor DVA / inotrópico para este

(A) Dopamina

(B) Noradrenalina

(C) Dobutamina

(D) Dobutamina + Noradrenalina

(E) Dopamina + Adrenalina

CASO

Mal-estar e dispneia há 10 dias, piora progressiva e ortopneia. HAS, DM, tabagismo, IAM prévio e dislipidemia. FC 112 bpm, PA 80x55 mmHg, SatO₂ 88%, glicemia 396 mg/dL, crepitações basais, edema de MMII, turgência jugular e TEC 8 s. A aula classifica como insuficiência cardíaca descompensada, perfil C: “frio e úmido”.

PERGUNTA

Qual estratégia de DVA/inotrópico é escolhida na aula?

- A) Dopamina
- B) Adrenalina
- C) Dobutamina
- D) Dobutamina + noradrenalina**
- E) Dopamina + adrenalina

RESPOSTA CORRETA: D

A	Não é a estratégia escolhida para o fenótipo apresentado.
B	Não é a estratégia preferida pela fonte para este perfil de IC descompensada.
C	Dobutamina é o inotrópico destacado, porém isoladamente pode agravar a hipotensão pela vasodilatação periférica.
D	Correta segundo a aula: noradrenalina sustenta a pressão enquanto a dobutamina melhora a contratilidade no paciente frio, úmido e hipotenso.
E	Não corresponde à combinação defendida na fonte.

NA PRÁTICA

No paciente congesto e hipoperfundido, a aula enfatiza primeiro restaurar perfusão suficiente para que outras medidas — inclusive diurético — tenham melhor chance de funcionar.

10 SÍNTESE FINAL — ALGORITMO MENTAL DE BOLSO

1. RECONHEÇA

Procure sinais de deterioração nos sete parâmetros: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação, temperatura, perfusão periférica e sensorio.

2. SINDROMIZE

Antes de perseguir um diagnóstico etiológico perfeito, nomeie a ameaça fisiológica dominante: choque, insuficiência respiratória, sepse, arritmia instável, síndrome neurológica, etc.

3. ESTABILIZE

Garanta ventilação/oxigenação, restaure perfusão quando necessário, escolha fármacos de IOT e drogas vasoativas de acordo com a fisiologia e trate a causa.

4. REAVALIE

Cada intervenção muda o paciente. Reavalie consciência, FR, SatO₂, PA/PAM, FC, TEC, extremidades, diurese e resposta ao tratamento.

Mensagens essenciais

- Paciente grave é reconhecido pelo conjunto fisiológico — não por um único número.
- Choque pode existir antes de hipotensão profunda.
- Evite ancoragem diagnóstica: uma arritmia ou glicemia alterada pode não ser a causa principal da instabilidade.
- IOT é procedimento fisiológico: a escolha dos fármacos pode salvar ou descompensar o paciente.
- Hipoxemia e hipotensão se potencializam.
- Cristaloide, vasopressor e inotrópico têm indicações diferentes; escolha pela fisiopatologia.
- Após cada intervenção, reavalie.
- Protocolos institucionais e diretrizes atualizadas devem prevalecer na aplicação assistencial.

FONTE DESTA EDIÇÃO

Transcrição integral da aula bônus e imagens fornecidas pelo usuário. O conteúdo comercial/promocional da aula foi excluído da apostila para manter foco exclusivamente educacional.

10 CASOS CLÍNICOS INÉDITOS — INTEGRAÇÃO DOS PILARES 1, 2 E 3

Casos fictícios elaborados para treinamento e consolidação do raciocínio clínico. Não representam pacientes reais. As respostas foram construídas a partir dos conceitos ensinados na fonte da apostila, sem pretensão de substituir protocolos institucionais ou diretrizes específicas de cada doença.

MAPA MENTAL DOS 3 PILARES

- 1. RECONHECER** FC • PA • FR • SatO₂ • temperatura • perfusão periférica • sensorio
- 2. ORGANIZAR** Anamnese + exame físico + exames disponíveis → diagnóstico sindrômico
- 3. ESTABILIZAR** Ventilação → hemodinâmica → causa → reavaliação contínua

10 CASOS CLÍNICOS INÉDITOS INTEGRAÇÃO DOS PILARES 1, 2 E 3

CASOS FICTÍCIOS ELABORADOS PARA TREINAMENTO E CONSOLIDAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO.

Não representam pacientes reais. As respostas foram construídas a partir dos conceitos ensinados na fonte da apostila, sem pretensão de substituir protocolos institucionais ou diretrizes específicas de cada doença.

PILAR 1 RECONHECIMENTO DO PACIENTE GRAVE  Identificar precocemente e avaliar de forma sistemática.	PILAR 2 SUPOORTE VENTILATÓRIO  Garantir oxigenação e ventilação adequadas. IOT quando indicada.	PILAR 3 SUPOORTE HEMODINÂMICO  Reposição volêmica e uso racional de drogas vasoativas.
---	--	---

OS 10 CASOS

01 PNEUMONIA COMUNITÁRIA E CHOQUE DISTRIBUTIVO  Homem, 58 anos, febre alta, tosse produtiva, dispnéia progressiva e confusão mental há 1 dia. PA 80x50 mmHg, FC 132 bpm, FR 28 irpm, SatO ₂ 88%, lactato 3,8 mmol/L. Extremidades frias e moteadas. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	02 ASMA GRAVE COM FADIGA RESPIRATÓRIA  Mulher, 24 anos, asmática, crise grave refratária ao tratamento inicial. FR 34 irpm, uso de musculatura acessória, fala em palavras isoladas, SatO ₂ 85%, PaCO ₂ 58 mmHg. Sonolenta. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	03 HEMORRAGIA DIGESTIVA E CHOQUE HIPOVOLÊMICO  Homem, 65 anos, hematêmese volumosa e melena. PA 70x40 mmHg, FC 120 bpm, FR 24 irpm, extremidades frias, sudorese. Hematócrito 24%. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	04 CHOQUE COM PRESSÃO ARTERIAL PRESERVADA  Mulher, 71 anos, com dor abdominal e vômitos. PA 120x70 mmHg, FC 128 bpm, FR 26 irpm, SatO ₂ 90%, lactato 4,2 mmol/L, extremidades frias, tempo de enchimento capilar > 4 seg. confusa. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	05 ESTADO DE MAL EPILEPTICO E INDICAÇÃO DE IOT  Homem, 32 anos, convulsões tônico-clônicas há 20 minutos, sem recuperação do nível de consciência. FR 30 irpm, SatO ₂ 86%, PA 140x80 mmHg. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3
06 TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE E IOT  Homem, 27 anos, vítima de acidente, Glasgow 6 (E1V1M4), anisocoria, vômitos. PA 150x90 mmHg, FC 96 bpm, SatO ₂ 92%. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	07 BRONCOASPIRAÇÃO COM HIPÓXEMIA E CHOQUE  Homem, 69 anos, aspirou conteúdo gástrico durante vômito. FR 30 irpm, SatO ₂ 82%, PA 85x55 mmHg, FC 130 bpm, febril. Estertores difusos. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	08 PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (RCE)  Homem, 60 anos, PCR de causa presumida cardíaca, RCE por 18 min. Retorno da circulação espontânea (ROSC). PA 90x60 mmHg, FC 110 bpm, SatO ₂ 92%, coma. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	09 BRADIARRITMIA INSTÁVEL  Mulher, 76 anos, tontura, fraqueza súbita e sudorese. FC 28 bpm, PA 70x40 mmHg, SatO ₂ 93%, rebaixamento importante do nível de consciência. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3	10 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA / CHOQUE CARDIOGÊNICO  Homem, 63 anos, IC conhecida, dispnéia intensa, edema agudo de pulmão. PA 80x50 mmHg, FC 118 bpm, SatO ₂ 88%, extremidades frias, crepitações difusas. PILARES TRABALHADOS: 1 2 3

APLIQUE SEMPRE OS 3 PILARES:



1. 1. IDENTIFICAR
Avalie os 7 parâmetros e reconheça o paciente potencialmente grave.



2. ESTABILIZAR
Garanta via aérea, oxigenação e ventilação adequadas. Indique IOT quando necessário.



3. TRATAR E REAVALIAR
Reposição volêmica adequada, drogas vasoativas conforme o tipo de choque e monitoração contínua.



LEMBRE-SE:
TRATE A PESSOA, NÃO APENAS OS NÚMEROS. REAVALIE SEMPRE!

CASO 8 — PNEUMONIA COM DETERIORAÇÃO E CHOQUE DISTRIBUTIVO

PILARES 1 + 3, COM INTERFACE VENTILATÓRIA

Helena Duarte, 72 anos, hipertensa e diabética, chega acompanhada da filha por tosse produtiva, febre e prostração há 3 dias. Nas últimas 6 horas ficou sonolenta e passou a respirar mais rápido. Na triagem: T 39,1 °C, FC 124 bpm, FR 32 irpm, PA 92×58 mmHg, SatO₂ 89% em ar ambiente. Está confusa, extremidades quentes inicialmente, TEC 4 s. Ausculta: crepitações em base direita. Após oxigênio e avaliação inicial, mantém sinais de hipoperfusão e a pressão cai para 78×46 mmHg.

QUIZ — Qual sequência melhor aplica os três pilares neste momento?

- A) Aguardar radiografia para só então iniciar qualquer estabilização.
- B) Tratar a taquicardia isoladamente e reavaliar depois.
- C) Reconhecer gravidade, organizar o quadro como síndrome infecciosa com choque, oferecer suporte ventilatório, cristalóide quando indicado, reavaliar e considerar noradrenalina se a hipotensão persistir.
- D) Iniciar dobutamina como primeira DVA por causa da taquicardia.
- E) Considerar o quadro não grave porque a pressão sistólica inicial era maior que 90 mmHg.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

A incorreta: a fonte enfatiza que exames complementares não devem atrasar a estabilização do paciente grave.

B incorreta: taquicardia pode ser resposta à agressão; tratá-la isoladamente pode desviar do diagnóstico sindrômico.

C correta: integra reconhecimento de gravidade, síndrome provável, suporte ventilatório/hemodinâmico e vasopressor coerente com choque distributivo persistente.

D incorreta: dobutamina não é a primeira escolha para o padrão distributivo descrito.

E incorreta: choque é hipoperfusão; PA isolada não exclui gravidade.

NAPRÁTICA

A pergunta inicial não é “qual antibiótico?”, mas “este paciente está grave e hipoperfundido?”. O tratamento da causa vem junto da estabilização, sem pular etapas.

CHOQUE: OLHE ALÉM DA PRESSÃO

PERFUSÃO

Sensório, extremidades, tempo de enchimento capilar e diurese contextualizam a PA.

PADRÃO

Hipoperfusão pode existir antes de hipotensão profunda.

AÇÃO

Reconhecer → fenotipar → suporte → reavaliar.

CASO 9 — ASMA GRAVE COM FADIGA RESPIRATÓRIA

PILARES 1 + 2

Rafael Mendes, 29 anos, asmático, procura o PS após 8 horas de piora progressiva de dispneia. Usou repetidamente broncodilatador em casa sem melhora sustentada. Chega agitado, fala palavras isoladas, FR 38 irpm, FC 132 bpm, PA 138×82 mmHg e SatO₂ 86%. Há uso intenso de musculatura acessória. Após medidas iniciais, torna-se sonolento, a FR cai para 18 irpm, o murmúrio vesicular fica muito reduzido e a SatO₂ permanece baixa apesar do suporte disponível.

QUIZ — Qual interpretação é mais segura para a queda da frequência respiratória?

- A) Melhora clínica, porque a FR aproximou-se do normal.
- B) Possível fadiga e falência ventilatória iminente; deve-se reavaliar imediatamente a necessidade de IOT.
- C) Efeito esperado da taquicardia e sem relevância respiratória.
- D) Indicação de interromper a monitorização e observar.
- E) Evidência de choque cardiogênico como diagnóstico principal.

RESPOSTA CORRETA: B

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: normalização isolada da FR pode ser enganosa quando o sensório piora e o esforço respiratório se esgota.
- B correta: o Pilar 1 exige integrar FR, SatO₂ e sensório; o Pilar 2 orienta escalonar suporte e considerar IOT quando necessária.
- C incorreta: a mudança respiratória é central no quadro.
- D incorreta: deterioração exige monitorização e ação, não redução de vigilância.
- E incorreta: os dados apresentados organizam primeiro uma síndrome de falência respiratória.

NA PRÁTICA

Em emergência, “número melhor” não significa paciente melhor. Tendência clínica, sensório e trabalho respiratório precisam ser lidos juntos.

ANTES DA IOT: FISILOGIA PRIMEIRO

OXIGENAÇÃO

Pré-oxigenar e prever baixa tolerância à apneia.

HEMODINÂMICA

Antecipar colapso peri-intubação no paciente em choque.

FÁRMACOS

Escolher indução e bloqueio conforme fisiologia, comorbidades e contraindicações.

CASO 10 — HEMORRAGIA DIGESTIVA E CHOQUE HIPOVOLÊMICO

PILARES 1 + 3

Mauro Nascimento, 61 anos, relata três episódios de hematêmese volumosa e fezes enegrecidas desde a madrugada. Refere tontura ao sentar. Está pálido, sudoreico e ansioso. FC 128 bpm, FR 26 irpm, PA 84×52 mmHg, SatO₂ 95%, T 36,0 °C. Extremidades frias, TEC 6 s e sensório preservado, porém lentificado. Não há crepitações pulmonares. Dois acessos venosos são obtidos e a equipe inicia avaliação e preparo para transferência.

QUIZ — Qual dado melhor demonstra que o problema imediato é hipoperfusão e não apenas “pressão baixa”?

- A) Temperatura de 36,0 °C isoladamente.
- B) Saturação de 95% isoladamente.
- C) Extremidades frias, TEC de 6 s, taquicardia e alteração funcional do sensório.
- D) Ausência de crepitações pulmonares.
- E) História de melena sem sinais vitais.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: temperatura isolada não define choque.
- B incorreta: SatO₂ preservada não exclui falha circulatória.
- C correta: reúne marcadores clínicos de perfusão destacados no Pilar 1 e organiza o choque no Pilar 3.
- D incorreta: ajuda no contexto, mas não é marcador suficiente de hipoperfusão.
- E incorreta: a história sugere a causa, mas a gravidade é demonstrada pela fisiologia atual.

NA PRÁTICA

Choque é uma síndrome de perfusão. A etiologia orienta a correção definitiva, mas a gravidade é reconhecida à beira-leito.

REAVALIAÇÃO É PARTE DO TRATAMENTO

DEPOIS DE CADA AÇÃO Ver PA, FC, FR, SatO₂, perfusão e sensório.

SE NÃO RESPONDE Reconsiderar diagnóstico sindrômico, volume, ventilação e DVA.

OBJETIVO Evitar sequência automática de condutas sem resposta fisiológica.

CASO 11 — CHOQUE COM PRESSÃO “QUASE NORMAL”

PILARES 1 + 3

Sônia Ribeiro, 66 anos, hipertensa habitual com pressões em torno de 160/90 mmHg, apresenta dor abdominal, febre e prostração há 24 horas. Na chegada: FC 118 bpm, FR 25 irpm, PA 104×66 mmHg, SatO₂ 96%, T 38,8 °C. Está desorientada no tempo, com extremidades frias e TEC 7 s. A equipe comenta que “a pressão ainda está boa”.

QUIZ — Qual é a melhor leitura dos dados?

- A) Não há choque porque a PAS é maior que 90 mmHg.
- B) Há sinais consistentes com hipoperfusão; o valor da PA deve ser interpretado junto do basal e dos demais parâmetros.
- C) O único problema relevante é a febre.
- D) A desorientação deve ser atribuída à idade até prova em contrário.
- E) A taquicardia deve ser tratada antes de investigar a causa.

RESPOSTA CORRETA: B

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: a aula enfatiza que choque não exige hipotensão profunda.
- B correta: sensório, perfusão periférica e contexto basal tornam o quadro potencialmente grave.
- C incorreta: febre é apenas um dos sinais; há disfunção perfusional.
- D incorreta: alteração aguda do sensório é parâmetro de gravidade.
- E incorreta: a taquicardia pode ser resposta compensatória à agressão.

- **NA PRÁTICA**
Compare a PA atual com o contexto do paciente. Uma pressão aparentemente aceitável pode representar queda importante para quem é cronicamente hipertenso.

CHOQUE: OLHE ALÉM DA PRESSÃO

PERFUSÃO

Sensório, extremidades, tempo de enchimento capilar e diurese contextualizam a PA.

PADRÃO

Hipoperfusão pode existir antes de hipotensão profunda.

AÇÃO

Reconhecer → fenotipar → suporte → reavaliar.

CASO 12 — ESTADO DE MAL EPILEPTICO E PREPARO PARA IOT

PILARES 1 + 2

Luciana Prado, 41 anos, sem informações médicas disponíveis, chega pelo resgate em crise convulsiva contínua. A equipe pré-hospitalar relata início há cerca de 12 minutos. Após tratamento inicial, mantém atividade convulsiva e rebaixamento importante. FC 126 bpm, PA 118×72 mmHg, SatO₂ 91% com oxigênio, ventilação irregular e secreção oral abundante. A equipe decide preparar via aérea definitiva.

QUIZ — Qual princípio deve orientar a escolha da sequência de IOT?

- A) Utilizar sempre o mesmo esquema de fármacos em todos os pacientes.
- B) Priorizar apenas a passagem do tubo, independentemente da fisiologia.
- C) Integrar pré-oxigenação, condição hemodinâmica, necessidade de sedação e bloqueio neuromuscular, escolhendo agentes compatíveis com o cenário.
- D) Evitar bloqueio neuromuscular em qualquer paciente convulsionando.
- E) Adiar a proteção de via aérea até cessar espontaneamente toda atividade convulsiva.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: a aula reforça que não existe um único esquema universal de IOT.
- B incorreta: sucesso não é apenas “passar o tubo”; é evitar deterioração peri-intubação.
- C correta: resume o raciocínio do Pilar 2 aplicado ao paciente grave.
- D incorreta: o material destaca a importância do bloqueio neuromuscular quando indicado para facilitar a IOT.
- E incorreta: falência ventilatória/proteção inadequada de via aérea pode exigir intervenção antes disso.

NA PRÁTICA

A IOT é uma intervenção fisiológica. Antes da laringoscopia, pense no que pode derrubar a pressão, piorar a oxigenação ou dificultar o procedimento.

ANTES DA IOT: FISILOGIA PRIMEIRO

OXIGENAÇÃO

Pré-oxigenar e prever baixa tolerância à apneia.

HEMODINÂMICA

Antecipar colapso peri-intubação no paciente em choque.

FÁRMACOS

Escolher indução e bloqueio conforme fisiologia, comorbidades e contraindicações.

CASO 13 — TCE GRAVE: EVITAR A SEGUNDA AGRESSÃO

PILARES 1 + 2

Diego Campos, 24 anos, sofreu queda de aproximadamente 4 metros. Chega imobilizado, Glasgow 7, pupilas assimétricas, FC 58 bpm, FR 9 irpm e irregular, PA 198×108 mmHg, SatO₂ 90%. Há suspeita de trauma cervical. A equipe prepara IOT e transferência para centro de trauma.

QUIZ — Qual objetivo deve pesar mais na estratégia peri-intubação?

- A) Produzir hipotensão para reduzir rapidamente a pressão intracraniana.
- B) Evitar hipóxia e hipotensão, ao mesmo tempo em que se facilita a IOT com proteção cervical.
- C) Evitar bloqueio neuromuscular para permitir movimentação espontânea.
- D) Priorizar apenas a redução da frequência cardíaca.
- E) Adiar a IOT porque a pressão arterial está elevada.

RESPOSTA CORRETA: B

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: a própria aula alerta que hipotensão pode agravar o dano neurológico.
- B correta: integra suporte ventilatório, estabilidade hemodinâmica e técnica que facilite a via aérea em trauma.
- C incorreta: o material destaca que relaxamento adequado pode facilitar a IOT quando a mobilidade cervical é limitada.
- D incorreta: bradicardia é parte do quadro fisiológico e não o alvo isolado.
- E incorreta: Glasgow baixo e ventilação irregular sustentam necessidade de proteção da via aérea.

NA PRÁTICA

No TCE grave, a intubação não deve criar uma segunda agressão. Oxigenação e perfusão cerebral dependem de uma transição hemodinamicamente segura.

REAVALIAÇÃO É PARTE DO TRATAMENTO

DEPOIS DE CADA AÇÃO Ver PA, FC, FR, SatO₂, perfusão e sensorio.

SE NÃO RESPONDE Reconsiderar diagnóstico sindrômico, volume, ventilação e DVA.

OBJETIVO Evitar sequência automática de condutas sem resposta fisiológica.

CASO 14 — BRONCOASPIRAÇÃO, HIPOXEMIA E CHOQUE

PILARES 1 + 2 + 3

Odete Lima, 79 anos, acamada após AVC, apresenta vômitos recorrentes desde a manhã. Durante alimentação teve episódio de engasgo seguido de tosse intensa e piora súbita da dispneia. Chega cianótica, sonolenta, FR 34 irpm, FC 122 bpm, PA 76×44 mmHg, SatO₂ 80% e T 38,5 °C. Há uso de musculatura acessória e crepitações difusas.

QUIZ — Qual erro é mais perigoso ao preparar a IOT dessa paciente?

- A) Reconhecer que ela tem baixa reserva fisiológica.
- B) Antecipar que hipoxemia e hipotensão podem se potencializar.
- C) Escolher indução sem considerar a instabilidade hemodinâmica e as contraindicações do bloqueador neuromuscular.
- D) Pré-oxigenar o máximo possível antes da tentativa.
- E) Preparar suporte hemodinâmico paralelamente à via aérea.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: reconhecer baixa reserva aumenta segurança.
- B incorreta: é exatamente um dos pontos enfatizados na aula.
- C correta: a escolha automática de fármacos pode precipitar colapso peri-intubação.
- D incorreta: pré-oxigenação é parte essencial do preparo.
- E incorreta: ventilação e circulação devem ser tratadas de forma integrada.

NA PRÁTICA

Quanto mais hipoxêmico e chocado o paciente, menor a margem para uma indução mal planejada. Via aérea e hemodinâmica precisam ser preparadas em paralelo.

CHOQUE: OLHE ALÉM DA PRESSÃO

PERFUSÃO

Sensório, extremidades, tempo de enchimento capilar e diurese contextualizam a PA.

PADRÃO

Hipoperfusão pode existir antes de hipotensão profunda.

AÇÃO

Reconhecer → fenotipar → suporte → reavaliar.

CASO 15 — PÓS-PCR: O PACIENTE VOLTOU, MAS CONTINUA CRÍTICO

PILARES 1 + 2 + 3

Antônio Freitas, 58 anos, recupera circulação espontânea após 18 minutos de RCP. Está intubado. Imediatamente após o RCE: FC 116 bpm, PA 64×38 mmHg, SatO₂ 87%, TEC 9 s, pele fria e ausência de resposta a comandos. A equipe comemora o retorno do pulso, mas os parâmetros permanecem muito alterados.

QUIZ — Qual afirmação melhor traduz o raciocínio dos pilares?

- A) O retorno do pulso encerra a fase de emergência.
- B) A prioridade passa a ser apenas investigar a causa da PCR.
- C) O paciente permanece grave e exige estabilização ventilatória e hemodinâmica imediata, seguida de reavaliação e investigação da causa.
- D) Dobutamina isolada é obrigatória em todo pós-PCR.
- E) SatO₂ baixa é esperada e não muda a conduta inicial.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: a aula destaca que o paciente pode retornar extremamente instável e até parar novamente.
- B incorreta: investigar a causa é importante, mas não substitui estabilização imediata.
- C correta: aplica os três pilares de forma sequencial e integrada.
- D incorreta: a escolha de DVA depende da fisiologia; não há uma droga universal para todo pós-PCR.
- E incorreta: hipoxemia é um problema ativo e deve ser abordada.

NA PRÁTICA

RCE não é “fim do caso”. É o início de outra fase crítica, em que ventilação, perfusão e causa precisam ser tratadas simultaneamente.

ANTES DA IOT: FISIOLÓGIA PRIMEIRO

OXIGENAÇÃO

Pré-oxigenar e prever baixa tolerância à apneia.

HEMODINÂMICA

Antecipar colapso peri-intubação no paciente em choque.

FÁRMACOS

Escolher indução e bloqueio conforme fisiologia, comorbidades e contraindicações.

CASO 16 — BRADIARRITMIA INSTÁVEL E PONTE PARA MARCA-PASSO

PILARES 1 + 3

Irene Alves, 76 anos, apresenta síncope breve e dispneia súbita. Na chegada: FC 28 bpm, PA 78×48 mmHg, SatO₂ 92%, pele fria e tontura persistente. O ECG mostra bloqueio atrioventricular avançado. Após atropina, não há melhora significativa. A equipe prepara marca-passo transcutâneo.

QUIZ — Segundo o raciocínio apresentado na aula, qual estratégia farmacológica pode servir como ponte no paciente instável enquanto o marca-passo é preparado?

- A) Dopamina ou adrenalina, conforme o cenário e monitorização.
- B) Vasopressina isolada.
- C) Dobutamina isolada como primeira escolha para aumentar a frequência.
- D) Noradrenalina obrigatoriamente em todos os casos.
- E) Nenhuma intervenção hemodinâmica é necessária se o diagnóstico eletrocardiográfico estiver definido.

RESPOSTA CORRETA: A

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A correta: é a opção ensinada na aula para bradiarritmia instável sem resposta à atropina enquanto se prepara o marca-passo.
- B incorreta: não é a estratégia destacada para aumentar cronotropismo nesse cenário.
- C incorreta: não é a escolha apresentada para bradiarritmia instável.
- D incorreta: o material não a coloca como obrigatória nesse cenário.
- E incorreta: diagnóstico não substitui estabilização de um paciente hipoperfundido.

NA PRÁTICA

O ECG organiza a síndrome, mas a perfusão define a urgência. Trate a instabilidade enquanto prepara a terapia elétrica definitiva.

REAVALIAÇÃO É PARTE DO TRATAMENTO

DEPOIS DE CADA AÇÃO Medir PA, FC, FR, SatO₂, perfusão e sensório.

SE NÃO RESPONDE Reconsiderar diagnóstico sindrômico, volume, ventilação e DVA.

OBJETIVO Evitar sequência automática de condutas sem resposta fisiológica.

CASO 17 — IC DESCOMPENSADA: FRIO, ÚMIDO E HIPOTENSO

PILARES 1 + 3

Carlos Viana, 69 anos, com IAM prévio, hipertensão e diabetes, relata 12 dias de dispneia progressiva, ortopneia e edema de pernas. Chega sentado, dispneico, FC 110 bpm, PA 82×54 mmHg, SatO₂ 87%. Apresenta turgência jugular, crepitações bibasais, edema de MMII, extremidades frias e TEC 7 s. Está lúcido, porém exausto.

QUIZ — Qual combinação melhor corresponde ao raciocínio hemodinâmico ensinado para o paciente congesto e hipoperfundido com pressão muito baixa?

- A) Grande expansão volêmica como primeira medida, independentemente da congestão.
- B) Furosemida em altas doses antes de corrigir a perfusão, porque há edema.
- C) Dobutamina associada a noradrenalina inicialmente, com reavaliação e posterior ajuste conforme a pressão e perfusão.
- D) Vasopressina isolada para tratar a congestão.
- E) Nenhum suporte hemodinâmico porque o problema é apenas pulmonar.

RESPOSTA CORRETA: C

COMENTÁRIO DAS ALTERNATIVAS

- A incorreta: o paciente já apresenta sinais de congestão; volume automático pode piorar o quadro.
- B incorreta: a aula ressalta que hipoperfusão renal pode limitar a resposta ao diurético antes da estabilização.
- C correta: corresponde ao raciocínio apresentado para perfil frio/úmido e hipotenso: suporte inotrópico com vasopressor para sustentar a pressão.
- D incorreta: não é a estratégia descrita para o fenótipo apresentado.
- E incorreta: há sinais claros de hipoperfusão sistêmica e congestão.

NA PRÁTICA

Não trate o edema isoladamente. Primeiro identifique o perfil hemodinâmico: congestão + hipoperfusão muda a sequência das intervenções.

CHOQUE: OLHE ALÉM DA PRESSÃO

PERFUSÃO

Sensório, extremidades, tempo de enchimento capilar e diurese contextualizam a PA.

PADRÃO

Hipoperfusão pode existir antes de hipotensão profunda.

AÇÃO

Reconhecer → fenotipar → suporte → reavaliar.

SÍNTESE DOS 10 NOVOS CASOS

1. Reconheça gravidade pelos parâmetros fisiológicos e pela tendência clínica, não por um número isolado.
2. Organize o problema em síndromes antes de saltar para uma etiologia ou uma conduta automática.
3. Na IOT, pense em oxigenação, hemodinâmica, escolha de fármacos e bloqueio neuromuscular como um único plano.
4. Em choque, identifique o padrão de perfusão e escolha volume, vasopressor e/ou inotrópico de acordo com a fisiologia predominante.
5. Depois de cada intervenção, reavalie. A resposta do paciente determina o próximo passo.