

NEXOMED

CINCO ATUALIZAÇÕES
NA PRÁTICA DAS EMERGÊNCIAS

SEPSE • TEP • AVC • ASMA • IAM



CONHECIMENTO • PRÁTICA • MELHORES DESFECHOS

ATUALIZAÇÃO
BASEADA EM
EVIDÊNCIAS
APLICADA À
REALIDADE
DA EMERGÊNCIA

CINCO ATUALIZAÇÕES

NA PRÁTICA DAS
EMERGÊNCIAS



2026

O QUE MUDOU.
POR QUE IMPORTA.
COMO APLICAR NO PLANTÃO.



EMERGÊNCIA
DECISÃO HOJE.
VIDAS AMANHÃ.



SEPSE
SURVIVAL
CAMPAIGN 2026



TEP
NOVA ABORDAGEM
DIAGNÓSTICA E
ESTRATIFICAÇÃO



**AVC
ISQUÊMICO**
A JANELA NÃO
TERMINA EM
4,5 HORAS



ASMA
GINA 2026
E USO MAIS
CRITERIOSO DO
β2-AGONISTA



IAM
NOVA DEFINIÇÃO
E CONDUTA
NA EMERGÊNCIA

MEDICINA DE EMERGÊNCIA NA PRÁTICA.
ATUALIZAÇÃO QUE FAZ DIFERENÇA.



ESTUDO
PRÁTICO



APLICAÇÃO
REAL



MELHORES
DESFECHOS

Apostila médica prática baseada na transcrição da aula
Edição 2026

Como usar esta apostila

A aula seleciona cinco atualizações de 2026 consideradas de alto impacto para quem atende urgências e emergências. Em vez de reproduzir a fala de forma linear, o conteúdo foi reorganizado em cinco capítulos operacionais. Em cada um, a pergunta central é: o que muda na decisão do plantonista?

- Capítulo 1 - Seps: antibiótico, fluido, volume e vasopressores.
- Capítulo 2 - TEP: probabilidade antes do diagnóstico e estratificação de risco depois do diagnóstico.
- Capítulo 3 - AVC: janela terapêutica ampliada e suporte clínico enquanto se organiza a referência.
- Capítulo 4 - Asma: graduação da exacerbação e uso mais criterioso de beta-2 agonista.
- Capítulo 5 - IAM: nova organização conceitual apresentada na aula e cuidado para não atrasar reperfusão.

SEXTA ATUALIZAÇÃO A transcrição anuncia insuficiência cardíaca descompensada como uma sexta atualização, porém o tema seria desenvolvido em outra aula. Por isso, não foi incorporado como capítulo clínico desta apostila.

1. SEPSE - o que muda na abordagem inicial

O QUE A AULA DESTACA A atualização de 2026 da Campanha de Sobrevivência à Seps é apresentada como sucessora da edição de 2021. O professor seleciona dois eixos para a prática: tempo de antibiótico e escolha/quantidade de fluido, além do início precoce de vasopressor.

1.1 Diagnóstico continua sendo clínico

A transcrição enfatiza que não existe um exame isolado que, na chegada, simplesmente 'diga' que o paciente tem seps. O raciocínio precisa integrar quadro clínico, foco infeccioso, perfusão e exames disponíveis. A aula cita escores como ferramentas auxiliares, mas ressalta a dificuldade de aplicar classificações complexas em serviços de poucos recursos.

1.2 Tempo para antibiótico

Segundo a aula, a diretriz diferencia cenários de seps confirmada/provável, possível e de baixa probabilidade, especialmente conforme a presença de choque. O professor considera que essa gradação pode criar hesitação no pronto atendimento e propõe, como conduta pessoal apresentada na aula, não atrasar uma primeira dose quando a hipótese de seps é clinicamente relevante.

EXEMPLO DA AULA Paciente com insuficiência cardíaca prévia, dispneia, edema, crepitações e possível pneumonia: infecção pode tanto simular quanto precipitar descompensação cardíaca. A decisão exige reavaliação, exames e, quando disponível, radiografia e POCUS.

PRESCRIÇÃO CITADA NA TRANSCRIÇÃO Em suspeita de foco pulmonar, a aula usa como exemplo ceftriaxona 2 g, diluída em 100 mL de SF, infundida em 20 minutos. Esta é uma prescrição citada pelo professor, não uma recomendação independente desta apostila.

1.3 Qual cristalóide?

A aula relata preferência crescente por cristalóide balanceado, especialmente Ringer lactato, e contrasta essa opção com o risco de acidose hiperclorêmica associado a grandes volumes de solução fisiológica. O estudo BASIC é citado para lembrar que a comparação de mortalidade entre soluções não é apresentada como simples superioridade de uma sobre a outra.

1.4 Volume no choque séptico

O ponto verbal enfatizado é a mudança de 'até' para 'pelo menos' 30 mL/kg na ressuscitação inicial, sempre com individualização em cardiopatia e doença renal. A aula recomenda administrar em alíquotas, reavaliando pressão, sensorio, diurese e sinais de congestão.

- Administrar alíquotas de 250-500 mL.
- Reavaliar resposta clínica após cada etapa.
- Observar turgência jugular, crepitações e piora ventilatória.
- Não esperar necessariamente completar todo o volume-alvo para iniciar vasopressor em choque profundo e não responsivo.

1.5 Vasopressor precoce

A aula coloca a noradrenalina como vasopressor inicial e descreve escalonamento com vasopressina e, em choque refratário, epinefrina. O raciocínio central é reconhecer cedo o paciente que permanece hipotenso, oligúrico ou com alteração do sensório apesar das primeiras alíquotas.

MENSAGEM PARA O PLANTÃO Volume e vasopressor não são etapas rigidamente sequenciais. No paciente muito chocado e sem resposta às primeiras alíquotas, a aula orienta iniciar noradrenalina precocemente enquanto a ressuscitação e a reavaliação continuam.

ERRO DE ALTO RISCO Persistir em volume sem reavaliar congestão ou, no extremo oposto, atrasar suporte vasoativo em paciente francamente hipoperfundido.

2. TEP - uma escada diagnóstica

IDEIA CENTRAL Antes do diagnóstico, pense em probabilidade. Depois que o TEP foi confirmado, pense em estratificação de risco.

2.1 Dispneia pode ser enganosa

A aula insiste que dispneia é sintoma subjetivo e que sinais vitais relativamente preservados não eliminam TEP. O diagnóstico diferencial deve ser lembrado mesmo quando saturação, frequência respiratória e ausculta não parecem dramaticamente alteradas.

2.2 A escadinha proposta na aula

Degrau	Ferramenta	Função na aula
1	Wells	Estimar probabilidade pré-teste.
2	PERC	Em baixa probabilidade, identificar paciente em que a investigação pode ser encerrada sem dímero-D.
3	Dímero-D / YEARS	Excluir TEP em cenários selecionados e ajustar limiar de investigação.
4	Angio-TC	Exame apresentado como confirmatório do diagnóstico.

2.3 PERC e dímero-D

Na organização didática da aula, Wells de baixa probabilidade seguido de PERC totalmente negativo permite encerrar a investigação sem solicitar dímero-D. Se PERC for positivo ou a probabilidade for intermediária, passa-se ao dímero-D.

2.4 YEARS e ajuste por idade

A transcrição ensina a nota de corte convencional de 500 e, acima de 50 anos, o ajuste idade x 10. Também apresenta o YEARS como ferramenta de três itens que, quando negativos, pode ampliar o limiar do dímero-D para 1.000, reduzindo a necessidade de angio-TC em pacientes selecionados.

PONTO DIDÁTICO PERC, YEARS e dímero-D são apresentados como instrumentos para excluir ou reduzir a necessidade de imagem; não são apresentados como exames que confirmam TEP.

2.5 Enquanto aguarda a angio-TC

A aula afirma que, quando a investigação ultrapassa os limiares definidos e o paciente precisa de angio-TC, pode-se iniciar enoxaparina enquanto aguarda o exame, desde que não haja contraindicação.

2.6 Depois do diagnóstico: estratificar risco

A transcrição apresenta uma classificação em cinco classes, de A a E. O objetivo didático é separar pacientes assintomáticos ou de baixo risco daqueles com repercussão ventricular direita, biomarcadores alterados ou instabilidade hemodinâmica.

- A - TEP incidental/assintomático, conforme exemplo da aula.
- B - sintomático, porém de baixo risco por escores como PESI; a aula menciona possibilidade de tratamento ambulatorial em selecionados.
- C - repercussão em ventrículo direito e/ou biomarcadores como BNP/troponina.
- D - instabilidade hemodinâmica importante.
- E - instabilidade refratária e/ou parada cardiorrespiratória.

ALERTA A transcrição menciona alta e anticoagulação oral em pacientes selecionados das classes A/B. Critérios formais, contraindicações e esquema de anticoagulação não são detalhados de modo suficiente na fonte para que esta apostila os transforme em prescrição completa.

3. AVC ISQUÊMICO - a janela não termina simplesmente em 4,5 horas

MUDANÇA DE MENTALIDADE O paciente que chega fora da janela clássica de 4,5 horas ainda pode ter opções terapêuticas. A aula destaca trombólise estendida, seleção por imagem e trombectomia em pacientes apropriados.

3.1 O papel da porta de emergência

O foco proposto não é decorar critérios especializados de trombectomia ou de janela estendida. É reconhecer que existe tecido potencialmente salvável, estabilizar o paciente e acelerar neuroimagem, discussão com referência e transferência.

3.2 Parâmetros clínicos destacados

Parâmetro	Alvo/conduita apresentada na aula
Oxigenação	Manter SpO ₂ acima de 94%.
Glicemia	Corrigir hipoglicemia; corrigir hiperglicemia acima de 180 mg/dL. A fala menciona alvo entre 140-180 mg/dL.
Pressão arterial sem reperfusão definida	Não reduzir rotineiramente; tolerar até 220/120 mmHg no cenário apresentado.
Se candidato à trombólise	A aula menciona redução para aproximadamente 185/115 mmHg antes da trombólise.

3.3 Por que não baixar a pressão indiscriminadamente?

A analogia usada na aula é a de uma mangueira parcialmente obstruída: a elevação pressórica ajuda a sustentar fluxo pelas colaterais e a perfusão da zona de penumbra. Reduzir abruptamente a pressão pode comprometer esse fluxo e ampliar a lesão isquêmica.

ERRO DE ALTO RISCO A aula contraindica a tentativa de 'normalizar' a pressão com captopril, clonidina ou hidralazina na fase inicial do AVC sem uma estratégia de reperfusão definida.

OBSERVAÇÃO DA FONTE Para redução intravenosa da pressão, a transcrição cita nitroprussiato de sódio no contexto brasileiro e comenta que nicardipina/labetalol aparecem em guidelines internacionais. Essa escolha deve ser validada em protocolo local antes de adoção institucional.

3.4 Wake-up stroke e janela estendida

A aula destaca que pacientes que acordam com déficit ou chegam além das 4,5 horas podem, em cenários selecionados, ser avaliados por imagem avançada para terapias de reperfusão. O ponto operacional é não encerrar o caso com a frase 'perdeu a janela' antes da avaliação apropriada.

MENSAGEM PARA O PLANTÃO Estabilize, proteja a penumbra, faça neuroimagem o mais rápido possível e transfira/discuta com centro de referência. O tempo continua importando mesmo fora da janela clássica.

4. ASMA - menos beta-2 agonista indiscriminado

O QUE MUDOU NA AULA O GINA 2026 é apresentado como reforçando a separação entre exacerbação leve, moderada e grave, com doses de beta-2 agonista proporcionais à gravidade e maior atenção à toxicidade.

4.1 Por que a cautela?

- Beta-2 agonistas podem causar taquiarritmias.
- Podem provocar hipocalcemia.
- Doses elevadas podem contribuir para acidose láctica.
- Em paciente já acidótico, a acidose metabólica pode se somar ao componente respiratório.
- Piora da dispneia por acidose láctica pode ser interpretada erroneamente como broncoespasmo persistente, levando a novas doses.

4.2 Esquema apresentado na transcrição

Gravidade	Salbutamol em puff	Adjuvantes	Reavaliação
Leve	Preferencialmente 2 puffs; até 4 puffs.	Conforme avaliação clínica.	Aguardar 30-60 min antes de nova dose, conforme a aula.
Moderada	4-6 puffs a cada 20 min.	Ipratrópio + corticoide.	Reavaliar resposta clínica.
Grave	6-10 puffs a cada 20 min, 3 vezes na primeira hora.	Ipratrópio + corticoide; magnésio nos refratários.	Se falha apesar da sequência completa, considerar suporte ventilatório/IOT.

4.3 Fenoterol e aminofilina

A aula afirma que o fenoterol não é recomendado no manejo da exacerbação e diferencia fenoterol de formoterol. Também reforça que aminofilina não deve ser utilizada na exacerbação grave, apontando que essa retirada já vinha sendo mantida em edições anteriores.

ERRO DE ALTO RISCO Paciente piora, o plantonista interpreta toda dispneia residual como broncoespasmo e continua escalando beta-2 agonista sem considerar toxicidade, hipocalcemia ou acidose láctica.

MENSAGEM PARA O PLANTÃO Doseie a intensidade do broncodilatador pela gravidade e reavalie. 'Mais salbutamol' não é automaticamente a resposta para toda piora.

5. IAM - nova organização conceitual apresentada na aula

DOIS PONTOS A aula destaca: (1) simplificação dos tipos de IAM em primário, secundário e relacionado a procedimento; (2) distinção entre definição diagnóstica e necessidade de agir rapidamente diante de uma oclusão coronariana aguda.

5.1 Primário, secundário e relacionado a procedimento

Categoria	Protótipo na aula	Raciocínio
Primário	Oclusão coronariana aguda, frequentemente por instabilização de placa e trombo.	O problema principal é a coronária fechando.
Secundário	Desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio.	Sepse, taquiarritmia, choque hemorrágico ou anemia são exemplos citados.
Relacionado a procedimento	Evento após intervenção coronariana.	A aula exemplifica IAM após cateterismo/stent e cita janela de 30 dias.

5.2 Troponina e injúria miocárdica

A transcrição coloca a elevação de troponina como marcador de injúria miocárdica e enfatiza a necessidade de ascensão ou queda em dosagens seriadas para caracterizar agudização. Também cita clínica compatível, alterações eletrocardiográficas e ondas Q como elementos da definição discutida.

5.3 O ponto de tensão para a emergência

O professor chama atenção para o risco de interpretar critérios de definição como se fossem pré-requisitos para iniciar tratamento. O exemplo é o paciente com quadro e ECG compatíveis com IAM com supra: a transcrição reforça que a reperfusão não deve aguardar troponina ou exame de imagem apenas para 'confirmar' a definição.

MENSAGEM CRÍTICA Definição acadêmica e decisão terapêutica não são sinônimos. Na situação de oclusão coronariana aguda com indicação de reperfusão, a aula orienta não atrasar tratamento esperando troponina.

PONTO A VALIDAR A nomenclatura e os critérios descritos nesta seção são reproduzidos da transcrição. Como a própria aula reconhece possíveis dificuldades de aplicação, a adoção em protocolo institucional deve ser precedida de conferência da publicação original e de diretrizes de síndrome coronariana aguda.

6. Cinco mudanças para levar ao próximo plantão

Tema	Mudança-chave da aula	Ação mental na porta
SEPSE	Maior ênfase em cristalóide balanceado, volume inicial e vasopressor precoce.	Antibiótico sem atraso indevido; volume em alíquotas; reavaliar e iniciar noradrenalina cedo se choque não responde.
TEP	Organizar diagnóstico em degraus e separar probabilidade de estratificação pós-diagnóstico.	Wells -> PERC -> dímero-D/YEARS -> angio-TC; confirmado o TEP, estratificar risco.
AVC	Não encerrar possibilidade terapêutica apenas porque passaram 4,5 h.	Estabilizar, proteger penumbra, evitar queda pressórica indevida e acelerar imagem/referência.
ASMA	Beta-2 agonista proporcional à gravidade, com atenção à toxicidade.	Classificar leve/moderada/grave e reavaliar antes de simplesmente repetir broncodilatador.
IAM	Simplificação conceitual e cuidado para não transformar critérios diagnósticos em atraso terapêutico.	Se há oclusão coronariana aguda com indicação de reperfusão, não esperar troponina apenas para confirmar definição.

7. Checklist de segurança antes da transferência

- Diagnóstico sindrômico e principais diferenciais documentados.
- Sinais vitais seriados e resposta às intervenções registradas.
- Medicações, doses, horários e resposta clínica documentados.
- ECG, exames laboratoriais e imagens anexados quando disponíveis.
- Necessidade de oxigênio, vasopressor, anticoagulação ou suporte ventilatório claramente comunicada.
- Tempo de início dos sintomas ou última vez visto bem registrado quando aplicável.
- Contato com serviço de referência/regulação realizado precocemente nos quadros tempo-dependentes.

8. Nota editorial e de segurança

Esta apostila é uma transformação didática da transcrição fornecida. Foram removidos trechos promocionais, chamadas de live/curso e repetições de fala, mantendo-se o conteúdo médico e a lógica de ensino. Não foram acrescentadas, como se fossem parte da aula, recomendações externas não presentes na fonte.

Alguns nomes, números e formulações da transcrição podem decorrer de fala espontânea ou transcrição automática. Por isso, os trechos que exigem validação antes de uso assistencial foram explicitamente sinalizados. Uma próxima versão pode ser submetida à checagem ponto a ponto contra as diretrizes originais, mantendo uma coluna 'Aula' e outra 'Diretriz verificada'.

Fonte primária

Transcrição da aula “Cinco Atualizações na Prática das Emergências”, arquivo fornecido pelo usuário em 16/09/2026.