

SP02

NIBP

--

--/--

RESP

ETC02

--

--

EAP NA SALA VERMELHA

TRATAMENTO GUIADO PELA PRESSÃO ARTERIAL E PERFUSÃO

SP02

NIBP

--

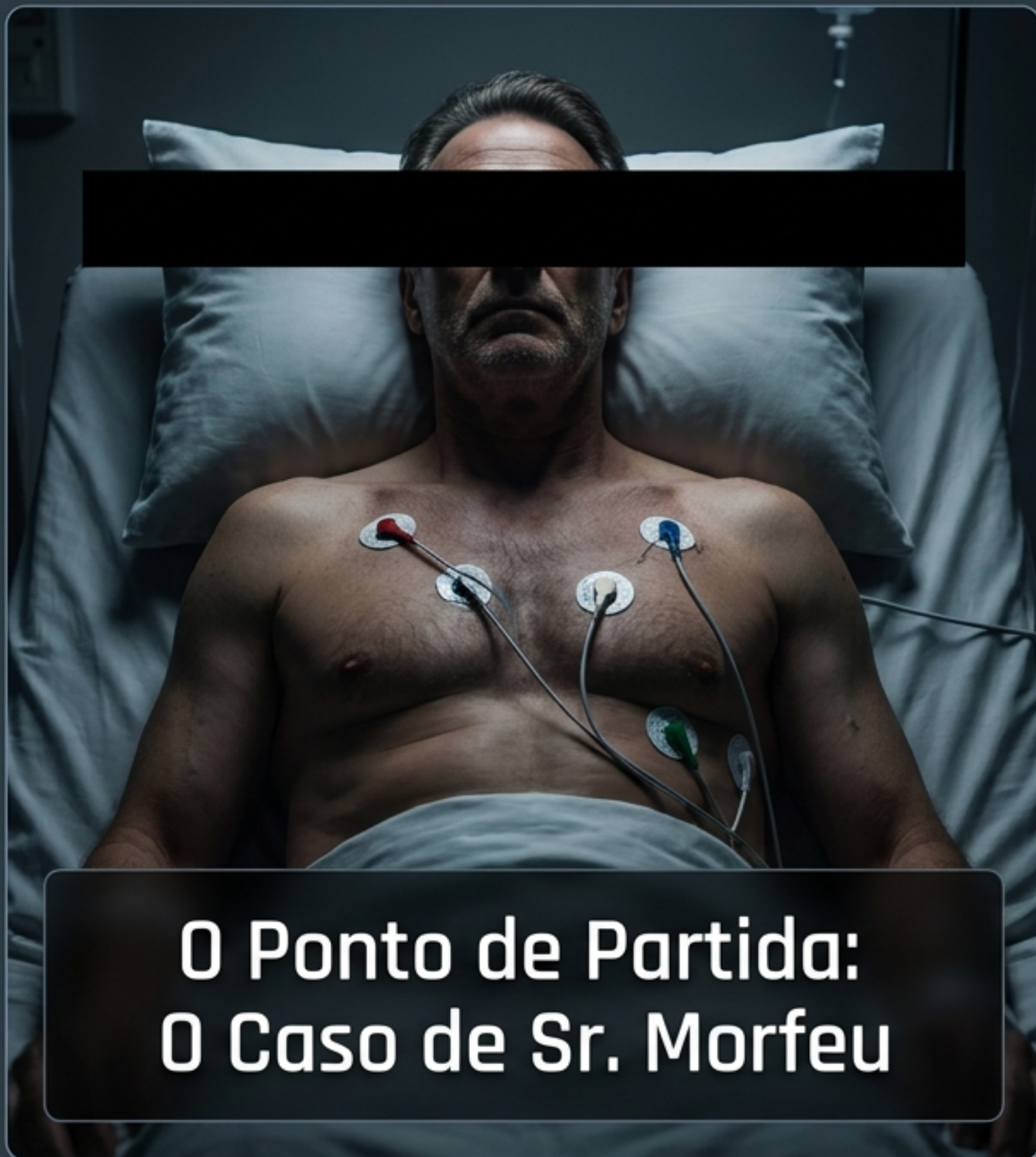
--

RESP

ETC02

--

--



O Ponto de Partida: O Caso de Sr. Morfeu

Saturação: 84% em ar ambiente

- Homem, 62 anos, chega à Sala Vermelha agitado, ortopneico e sudoreico.
- Expectoração rósea ('espumante') evidente.
- Crepitação audível até os ápices pulmonares.

**Qual é o seu primeiro instinto?
Furosemida para todos?**

A Mudança de Paradigma

Para tratar o EAP, não foque apenas no pulmão. O diagnóstico é clínico, mas o tratamento é estritamente **HEMODINÂMICO**.



PERGUNTA 1: Qual é a PA?

Define o problema mecânico:
Alta resistência vascular vs.
Falência de bomba.



PERGUNTA 2: O paciente está perfundindo?

Define a gravidade tecidual:
Risco iminente de choque
e falência orgânica.

O Algoritmo Tático

EAP
[Dispneia + Congestão]

PA + PERFUSÃO

HIPERTENSIVO
[PAS > 140 mmHg]

Problema central:
Vasoconstrição
severa (Alta RVP).

NORMOTENSO
[PAS 90–140 mmHg]

Problema central:
Hipervolemia real e
retenção crônica.

HIPOTENSO
[PAS < 90 mmHg]

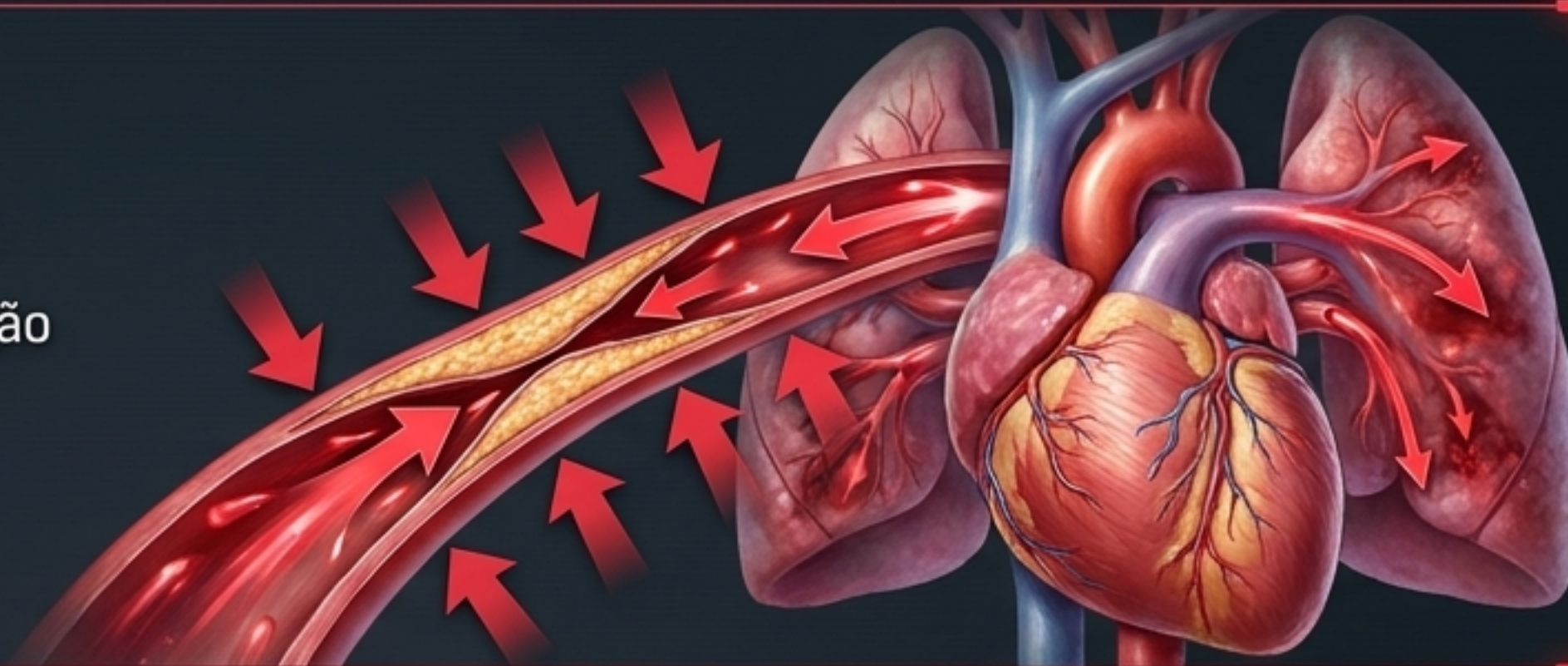
Problema central:
Choque e falência
de bomba.

PERFIL HIPERTENSIVO (PAS > 140)

Fisiopatologia

- O problema primário **NÃO** é o excesso de líquido total no corpo. O problema é a **Resistência Vascular Sistêmica (RVP)** elevadíssima. O coração perde a batalha para a pós-carga e o sangue reflui para os pulmões.

Foco: Hemodinâmica e Pós-Carga

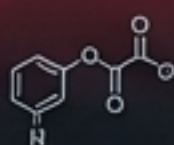


Tática de Combate



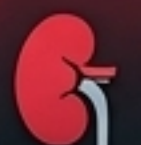
PRIORIDADE 1

VNI (CPAP 7,5–10)
+ **Vasodilatação**.
Objetivo: Reduzir PAS
para < 140 na 1ª hora.



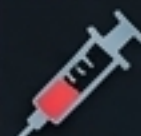
A CHAVE

Nitratos (Tridil/Isordil).
Abrem o sistema e
acomodam o volume.



SUPORTE

Furosemida (20–40 mg).
Não cometa o erro de
tratar o pico de pressão
com altas doses de
diurético.



REAVALIAÇÃO

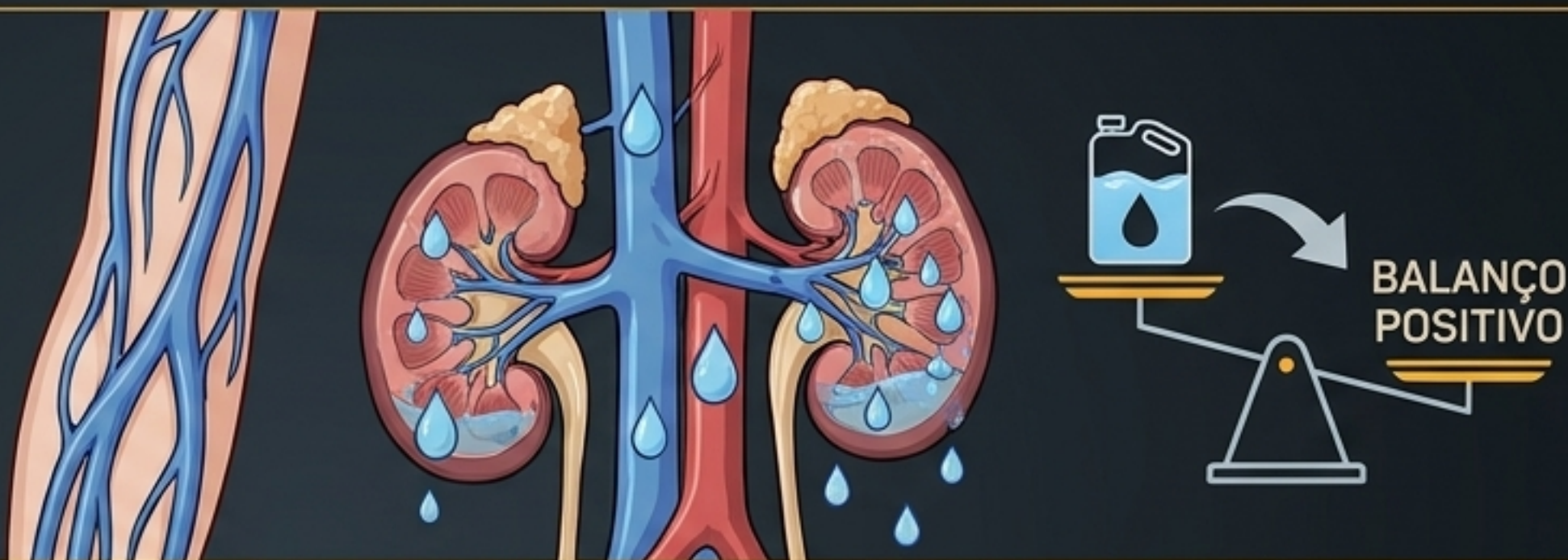
Titular nitrato a cada
5–10 min.



PERFIL NORMOTENSO (PAS 90-140)

Fisiopatologia

Retenção crônica de líquidos.
A hipervolemia real é o vilão.
O coração "afoga" no próprio volume excessivo.



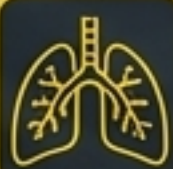
Tática de Combate



PRIORIDADE 1



Diurético (Furosemida). Foco absoluto na descongestão e retirada de volume.



SUPORE RESPIRATÓRIO



VNI ou O2 para manter SatO2 > 94%.



APOIO HEMODINÂMICO



Nitrato em dose baixa/titulada, apenas se tolerado, para ajudar na redução da pré-carga sem derrubar a pressão.

PERFIL HIPOTENSO (PAS < 90)

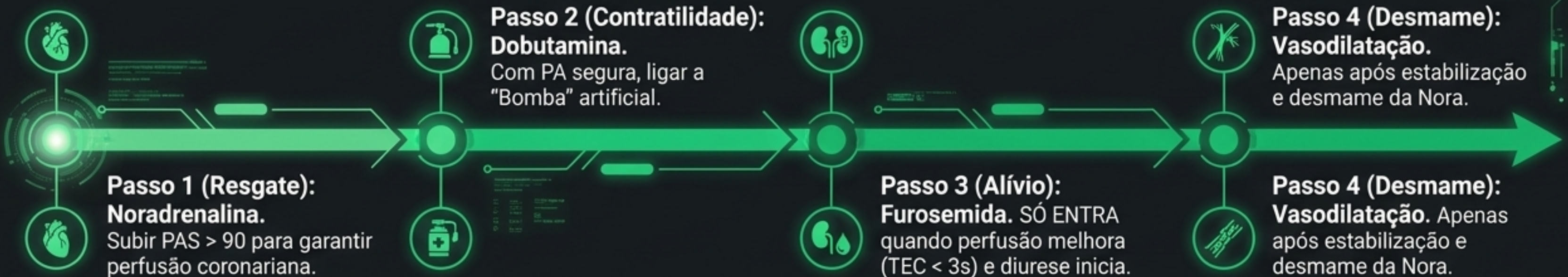
O Desafio do Choque

Falência de bomba ("Perfil C").
Hipoperfusão tecidual severa (TEC > 3s, letargia).

O Grande Alerta: Fazer diurético ou vasodilatador neste momento irá agravar o choque e pode levar à PCR.



A Orquestração do Resgate



O ARSENAL: FUROSEMIDA

Action Card: Bula de Emergência



NOME:	Furosemida (Diurético de Alça)
INDICAÇÃO:	Descongestão (Excesso de volume).
DILUIÇÃO:	Nenhuma (Aspirar direto).
VIA / VELOCIDADE:	EV em bolus / Lenta.
MONITORIZAÇÃO:	Diurese horária (esperado $\geq 0,5$ mL/kg/h).

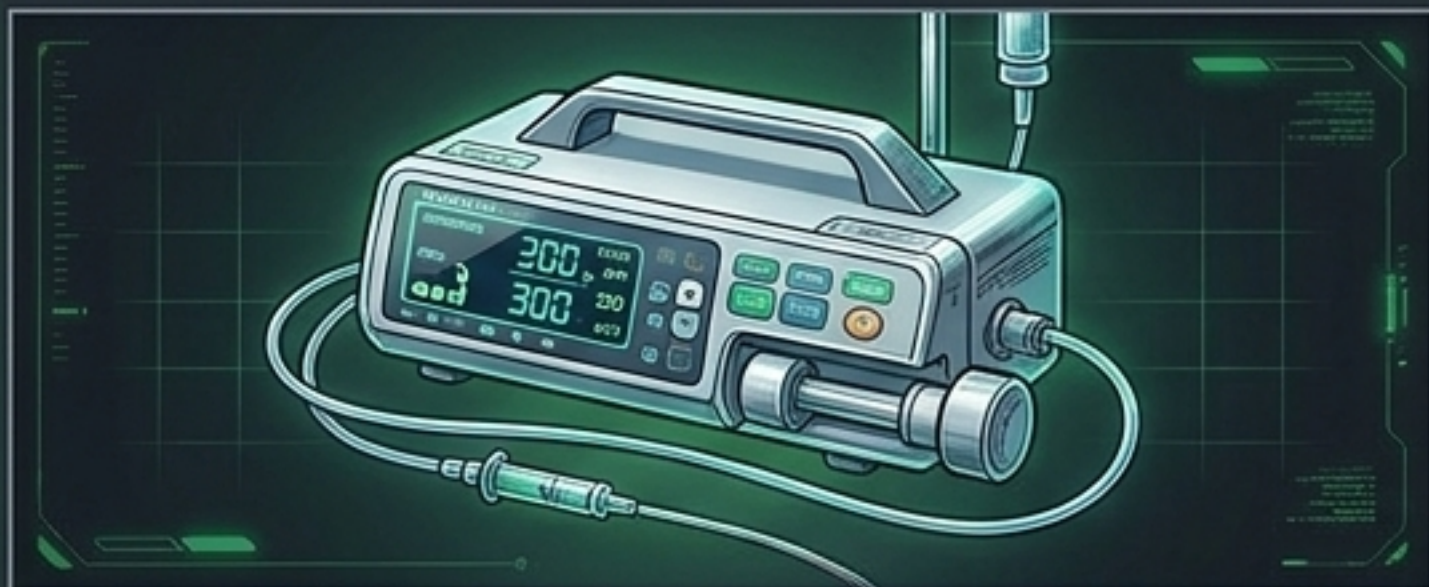
DOSE:

- 20–40 mg (Sem uso prévio)
- 1 mg/kg (Paciente francamente congesto)
- Até 2,5x dose diária (Uso crônico)

ALERTA PRINCIPAL: Furosemida NÃO abaixa pressão sistêmica isoladamente. Causa falência se feita durante o choque hipotenso.

O ARSENAL: NITRATOS

Nitroglicerina (Tridil)



INDICAÇÃO: EAP Hipertensivo.

DOSE / DILUIÇÃO: 50 mg (1 amp) + 240 mL SG 5%.

VIA / VELOCIDADE: EV contínuo. BIC: 5 a 60 mL/h (Titular aumentando 3 mL/h a cada 5 min).

ALERTA: Cefaleia intensa; necessita reavaliação de PA a cada 5 min.

Dinitrato de Isossorbida (Isordil)



INDICAÇÃO: Ponte de vasodilatação rápida.

DOSE / VIA: 5 mg / Sublingual (Sem diluição).

VELOCIDADE: A cada 10/10 min (Máximo 15 mg).

ALERTA: Absorção rápida, cuidado com hipotensão súbita.

O ARSENAL: NITROPRUSSIATO

Action Card: Bula de Emergência

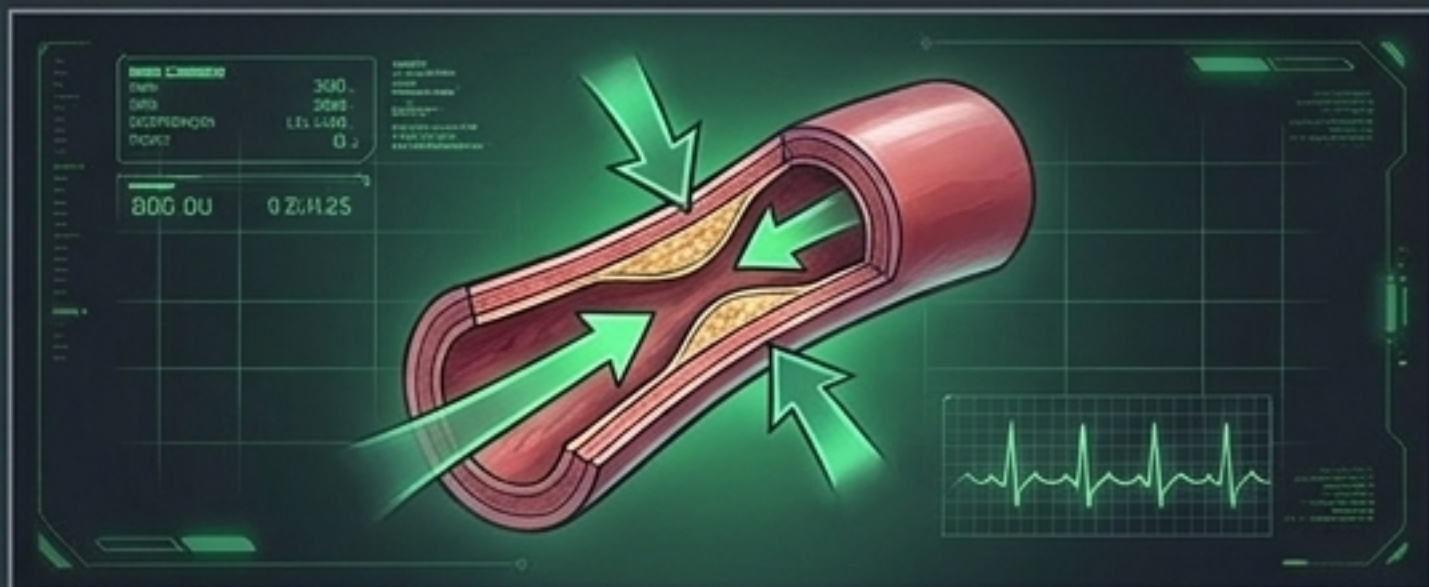


NOME:	Nitroprussiato de Sódio (Nipride)
INDICAÇÃO:	EAP severamente Hipertensivo (Potente vasodilatador arterial e venoso).
DOSE / DILUIÇÃO:	50 mg (1 amp) + 248 mL SG 5%.
VIA / VELOCIDADE:	EV contínuo (Exige equipo fotossensível). BIC: Iniciar a 3 mL/h.
MONITORIZAÇÃO:	Preferencialmente Linha Arterial (PAI) devido à potência.

⚠️ ALERTA PRINCIPAL: Extremamente potente. Risco de queda abrupta e incontrolável de PA se mal titulado. Intoxicação por cianeto em uso prolongado.

O ARSENAL: DROGAS VASOATIVAS E INOTRÓPICOS

Noradrenalina



INDICAÇÃO: Garantir perfusão no EAP Hipotenso (Choque).

DOSE / DILUIÇÃO: 2 ampolas (8mg) + 92 mL SG 5%.

VELOCIDADE: BIC: Iniciar a 5 mL/h. Titular para PAS > 90.

ALERTA: Aumenta RVP; retirar gradativamente assim que o coração ganhar contratilidade.

Dobutamina



INDICAÇÃO: Aumentar contratilidade no EAP Hipotenso.

DOSE / DILUIÇÃO: 4 ampolas + 170 mL SG 5% (Total 250mL).

VELOCIDADE: BIC: 5 a 10 mcg/kg/min (~4 mL/h).

ALERTA: Só iniciar com PAS > 90 mmHg. Aumenta consumo de O₂ miocárdico.

⚠️ ALERTA CRÍTICO DE PROTOCOLO ⚠️



MORFINA — NÃO USAR ROTINEIRAMENTE!

- Não há evidências de benefício claro ou sobrevida no EAP contemporâneo.
- Pode induzir depressão respiratória mascarada.
- Aumenta drasticamente a necessidade de intubação orotraqueal (IOT) precoce.
- A ansiedade e a sensação de morte iminente do paciente melhoram rapidamente apenas com VNI e Nitratos.

NA PRÁTICA: PERFIS VERMELHO E AMARELO

MINI-CASE 1: EAP HIPERTENSIVO (O Churrasco)

- **Cenário:** Homem, 55 anos. Abandono de remédios. PA 180x110. Crepitante bilateral.
- **Ação Rápida:** 1. VNI imediata.
2. Tridil IV 5 mL/h (titulando).
3. Furosemida 20 mg.
- **Objetivo:** PAS < 140 mmHg em 1 hora.

MINI-CASE 2: EAP NORMOTENSO (A Retenção)

- **Cenário:** Mulher, 70 anos. IC longa data, edema MMII, Turgência Jugular. PA 130x80.
- **Ação Rápida:** 1. Furosemida 1 mg/kg IV (Prioridade). 2. VNI ou O2.
3. Isordil 5 mg SL.
- **Objetivo:** Diurese abundante, alívio mecânico da volemia.

NA PRÁTICA: PERFIL VERDE (O CORAÇÃO FALIDO)



MINI-CASE 3: Sr. Morfeu (O paciente do Slide 2)

Cenário: PA 75x50. Letárgico, extremidades frias (TEC 6s). Sat 84%. Choque iminente.

1

Noradrenalina IV:
Resgatar PAS para
> 90 mmHg.



2

Dobutamina IV:
Iniciada apenas quando
PAS atinge o alvo.



3

Furosemida 80mg:
Administrada SÓ quando
TEC cai para < 3s e
paciente volta a urinar.



A Armadilha Evitada: Fazer a Furosemida como “primeiro instinto”
teria colapsado o retorno venoso e parado o paciente.

PA 95x65

STABLE

ALGORITMO DE DECISÃO SALA VERMELHA

Resumo Tático de Bolso

HIPERTENSIVO (PAS > 140)

- **Prioridade Absoluta:** VNI + Vasodilatação (Tridil).
- **Suporte:** Furosemida dose baixa (20–40mg).
- **Evite:** Tratar pico pressórico apenas com diurético.

NORMOTENSO (PAS 90–140)

- **Prioridade Absoluta:** Descongestão (Furosemida 1mg/kg).
- **Suporte:** Isordil se tolerado, para pré-carga.
- **Evite:** Atrasar o início da diurese.

HIPOTENSO (PAS < 90)

- **Prioridade Absoluta:** Vasopressor (Nora) → Inotrópico (Dobuta) → Furosemida.
- **Suporte:** O2 (Cuidado com VNI se letárgico).
- **Evite:** Vasodilatador e diurético na fase de choque.