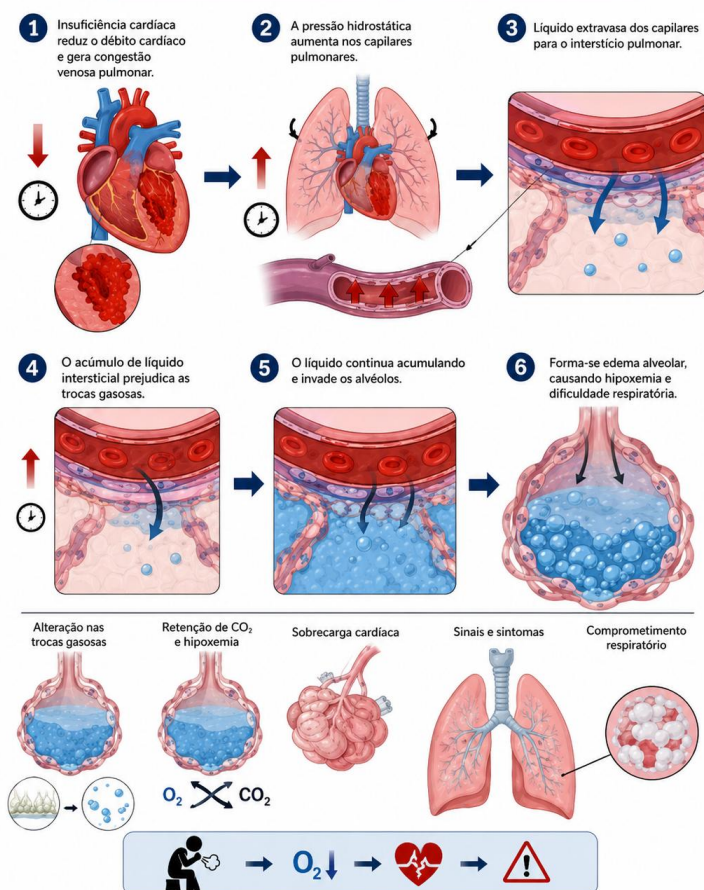


APOSTILA PRÁTICA MUNICIPAL EDEMA AGUDO DE PULMÃO (EAP)

Sala Vermelha • Pronto Atendimento • Educação Permanente

FISIOPATOLOGIA



Material educacional e assistencial construído a partir das aulas, transcrições, slides e imagens fornecidos no projeto. Conduas e doses devem ser validadas conforme apresentação disponível e padronização institucional.



Apresentação

Esta versão ampliada foi reconstruída para funcionar como material de estudo e consulta prática. Preserva a lógica e a terminologia das aulas, acrescentando organização editorial, quadros operacionais e ilustrações fornecidas nas fontes.

Objetivos de aprendizagem

- Reconhecer EAP e seus principais mecanismos.
- Diferenciar cardiogênico, sobrecarga volêmica, baixa pressão oncótica e agressão pulmonar direta.
- Usar PAS e perfusão como eixo do raciocínio.
- Organizar suporte ventilatório e farmacológico descrito nas aulas.
- Reconhecer deterioração, choque e necessidade de transferência.

1. Por que EAP importa na Sala Vermelha

O edema agudo de pulmão é apresentado nas aulas como uma condição frequente e potencialmente grave, em que o paciente procura a emergência sobretudo pela dispneia. A proposta didática das fontes é que o profissional não memorize apenas uma prescrição: ele deve reconhecer o mecanismo dominante, avaliar a pressão arterial e a perfusão, iniciar suporte respiratório e procurar a causa em paralelo. A intervenção é tempo-dependente, principalmente nas formas com hipoxemia importante, esforço respiratório, síndrome coronariana ou choque.

2. Definição

Nas fontes, EAP é definido como acúmulo de líquido extravascular no interstício e nos alvéolos pulmonares. Esse líquido aumenta a distância para difusão dos gases, compromete a entrada de oxigênio e a eliminação de dióxido de carbono e, quando invade os alvéolos, produz hipoxemia e grande desconforto respiratório. O conceito é simples, mas a aula insiste que a origem desse líquido pode ser diferente e, por isso, o tratamento também deve variar.

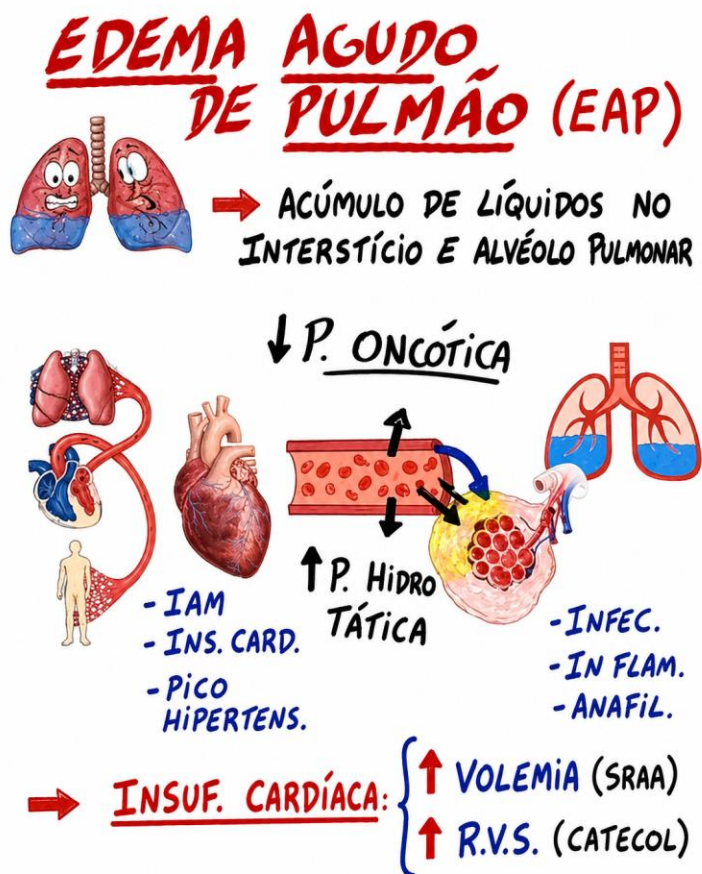


Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 2. definição.

3. Modelo mental: coração → vaso → pulmão

A aula propõe dividir a fisiopatologia em três territórios. No coração, IAM, insuficiência cardíaca e picos hipertensivos podem reduzir o esvaziamento ventricular e represar sangue na circulação pulmonar. No compartimento vascular, aumento da pressão hidrostática ou redução da pressão oncótica favorecem extravasamento. No pulmão, processos inflamatórios, anafilaxia, toxinas e afogamento podem alterar diretamente a permeabilidade ou a função alveolar. Esse modelo é útil para não confundir todo EAP com simples hipervolemia.

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

- **DISPNEIA**
- **ORTOPNEIA**
- **ANTECEDENTES**
- **HAS, IAM, MEDICAMENTOS**



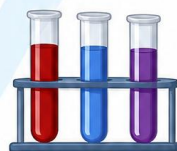
EXAME FÍSICO

- **PA, FC, SATO2 e FR**
- **AUSCULTA CARDÍACA**
- **AUSCULTA PULMONAR**
- **TURGÊNCIA JUGULAR**
- **EDEMA MMII**



EXAMES LABORATORIAIS

- **TROPONINA**
- **BNP**
- **PRÓ-BNP**



SÉRIOS

Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 3. modelo mental: coração → vaso → pulmão.

4. EAP cardiogênico

O material dedica maior atenção ao EAP cardiogênico. No IAM, a perda súbita de músculo contrátil pode reduzir o débito e elevar as pressões a montante. Na insuficiência cardíaca crônica, o paciente pode acumular volume e descompensar progressivamente. No pico hipertensivo, o aumento abrupto da resistência vascular periférica dificulta a ejeção do ventrículo esquerdo, favorecendo congestão pulmonar mesmo sem grande ganho de volume corporal.



5. Pressão hidrostática e sobrecarga volêmica

Quando a pressão dentro do capilar pulmonar aumenta, o líquido tende a migrar para o interstício. As aulas citam como exemplos excesso de volume intravenoso e doença renal crônica com retenção hídrica, além da própria insuficiência cardíaca. A mensagem prática é verificar contexto de infusão de fluidos, diurese, doença renal, adesão a diuréticos e sinais sistêmicos de congestão.

6. Pressão oncótica e permeabilidade

A redução de albumina diminui a força que mantém líquido no compartimento intravascular. As fontes citam desnutrição, neoplasias, cirrose e síndrome nefrótica. Em paralelo, processos inflamatórios ou agressões pulmonares diretas aumentam permeabilidade capilar; são lembradas infecções, anafilaxia, toxinas e afogamento. Esses cenários exigem tratar a causa e não devem ser conduzidos automaticamente como EAP cardiogênico.

7. Insuficiência cardíaca: SRAA e sistema simpático

A aula usa a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e do sistema nervoso simpático para explicar a progressão da congestão. Menor débito renal estimula retenção de sódio e água; a resposta adrenérgica aumenta frequência, contratilidade e vasoconstrição periférica. Inicialmente compensatórios, esses mecanismos elevam volemia e resistência vascular sistêmica e podem contribuir para a descompensação.

8. Quadro clínico

Dispneia é o sintoma central. Ortopneia, tosse, instalação rápida, esforço respiratório, agitação e sonolência são destacados. Expectoração espumosa rosada é descrita como achado de formas extremas e, quando presente, altamente sugestivo. O paciente pode chegar sentado, incapaz de tolerar decúbito, sudorético, hipoxêmico e com sensação intensa de sufocamento.

③ MEDICAÇÕES

→ DOBUTAMINA

* INICIAR COM
PAs ≥ 90 mmHg



4 AMPOLAS
+
SG5% 170 mL
(5 - 10 mcg/kg/min)

→ MORFINA = NÃO USAR DE ROTINA!

APLICANDO NA PRÁTICA

EAP - HIPERTENSIVO (PAs > 140 mmHg)

TRiDiL

FUROSEMIDA 20-40 mg (EV)

EAP - NORMOTENSO (PAs 140-90 mmHg)

FURO 1mg/kg ATÉ 25 x DIÁRIA

TRiDiL ou ISORDiL

EAP - PACIENTE HIPOTENSO (PAs < 90 mmHg)

① NORADRENALINA

② DOBUTAMINA

③ FUROSEMIDA

④ ~~NORA~~

⑤ NITRATO



Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 8. quadro clínico.

9. Exame físico dirigido

As fontes enfatizam frequência respiratória, uso de musculatura acessória, retrações, saturação, ausculta pulmonar, extremidades, turgência jugular e edema periférico. Crepitações bilaterais são clássicas, mas a própria aula alerta que pacientes com insuficiência cardíaca crônica podem apresentar congestão importante com poucos estertores. A avaliação da perfusão — temperatura das extremidades, tempo de enchimento capilar e estado mental — ganha especial importância no paciente hipotenso.

10. Diagnóstico é clínico

Uma das mensagens mais repetidas nas aulas é que o diagnóstico inicial é clínico. Exames complementares não devem atrasar suporte ventilatório ou correção hemodinâmica. História e exame físico estabelecem a suspeita; os exames ajudam principalmente a identificar a causa, mensurar repercussões e afastar diagnósticos diferenciais.

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA PRÁTICA 

EAP HIPERT. **EMERG + M.O.V + ECG**

- ① DIETA ZERO + CABECEIRA ELEVADA
- ② ACESSO VENOSO (COLETAR EXAMES*)
- ③ NITROGLICERINA 50mg } Bic: 5ml/h
SG 5% 240 mL } Mic. GOTAS: 5 gotas/min
(ALTERNATIVA: ISORDIL 5mg SL 10'/10' ACM)
- ④ FUROSEMIDA 20mg - 2 AMPOLAS (EV) BOLUS
- ⑤ MÁSCARA O₂ 2-10 L/min
(SE DISPONÍVEL = V.N.I.)

+ Rx TÓRAX NO LEITO

HMG, Na, K, UREIA, CREATININA,

* TROPONINA, BNP, GLICEMIA

① DIETA ZERO

② ACESSO VENOSO

③ NITROGLICERINA

④ FUROSEMIDA

⑤ MÁSCARA O₂

M.O.V = MONITORIZAÇÃO
O.V = OXIGENOTERAPIA
ECG = ELETROCARDIOGRAMA
EV = ENDOVENOSO
SL = SUBLINGUAL
ACM = ANTES DAS REFEIÇÕES
V.N.I = VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

* EXAMES: TROPONINA, BNP, GLICEMIA, HMG, Na, K, UREIA, CREATININA

Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 10. diagnóstico é clínico.

11. Radiografia, ECG e exames laboratoriais

A radiografia pode mostrar infiltrado bilateral e aumento da área cardíaca no contexto cardiogênico. O ECG é considerado essencial para pesquisar IAM, arritmias e sinais de sobrecarga. Hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicemia, troponina e BNP/NT-proBNP aparecem nas fontes. Albumina e provas relacionadas podem



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
EDEMA AGUDO DE PULMÃO (EAP)



ser úteis quando há suspeita de baixa pressão oncótica. A aula lembra que troponina ultrasensível pode se elevar em outros contextos e deve ser interpretada clinicamente.

12. Diagnósticos diferenciais

Embora as fontes não apresentem uma tabela formal extensa de diferenciais, o próprio raciocínio da aula exige distinguir EAP cardiogênico de pneumonia, causas pulmonares inflamatórias, anafilaxia, intoxicações e afogamento. O RX, ECG, antecedentes e padrão de instalação são usados para direcionar essa diferenciação. Na apostila municipal, o princípio operacional é: estabilize primeiro, procure o mecanismo em paralelo.

13. Primeiros 10 minutos

A abordagem prática descrita nas fontes inclui cabeceira elevada, monitorização multiparamétrica, oximetria, acesso venoso, ECG precoce e coleta de exames sem atrasar tratamento. O material também destaca que a Sala Vermelha deve trabalhar de forma simultânea: enquanto um profissional monitora e obtém acesso, outro prepara VNI e medicamentos e o médico define perfil hemodinâmico e causa provável.

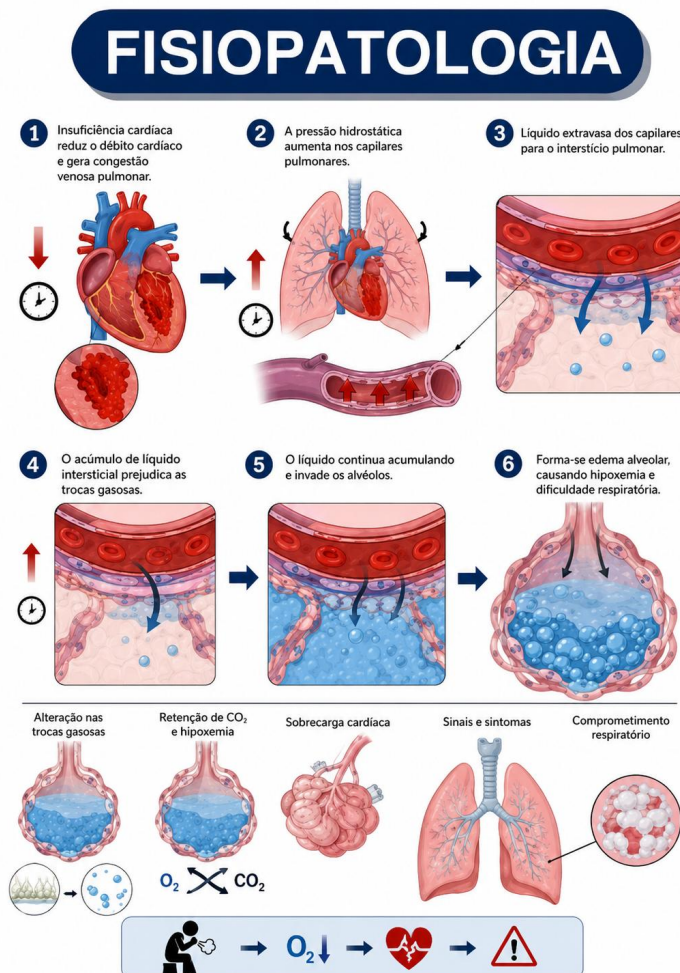


Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 13. primeiros 10 minutos.

14. Oxigenoterapia

Oxigênio suplementar é direcionado ao paciente hipoxêmico. As fontes usam metas em torno de 94–95% e reforçam que não se deve administrar oxigênio de rotina quando a saturação já é normal. O dispositivo deve ser escolhido conforme gravidade e disponibilidade, sempre com reavaliação do trabalho respiratório e da saturação.

15. Ventilação não invasiva

A VNI é apresentada como estratégia preferencial quando disponível, sobretudo CPAP ou BiPAP. A aula cita CPAP na faixa de 5–10 cmH₂O e descreve BiPAP com pressão expiratória de 5–10 cmH₂O e inspiratória ao redor de 15 cmH₂O. Contraindicações mencionadas: rebaixamento do nível de consciência, agitação importante, secreção relevante, gasping, obstrução de via aérea e vômitos. A tolerância e a resposta precisam ser acompanhadas continuamente.

DIAGNÓSTICO

ANAMNESE

- DISPNEIA
- ORTOPNEIA
- ANTECEDENTES
- HAS, IAM, MEDICAMENTOS



EXAME FÍSICO

- PA, FC, SATO2 e FR
- AUSCULTA CARDÍACA
- AUSCULTA PULMONAR
- TURGÊNCIA JUGULAR
- EDEMA MMII



EXAMES LABORATORIAIS

- TROPONINA
- BNP
- PRÓ-BNP



SÉRIOS

Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 15. ventilação não invasiva.

16. Quando considerar IOT

Falha do suporte não invasivo, insuficiência respiratória franca, deterioração do sensório ou incapacidade de proteger a via aérea aparecem como indicações de escalonamento para intubação. As aulas alertam que o paciente com falência cardíaca pode piorar hemodinamicamente durante a indução. O material original cita etomidato, lidocaína e succinilcolina e faz ressalva ao uso de midazolam e propofol por hipotensão; esses pontos precisam ser adaptados à rotina de via aérea institucional.

17. A PAS como eixo operacional

O material didático organiza o EAP cardiogênico em três perfis: hipertensivo, com PAS >140 mmHg; normotenso, com PAS entre 90 e 140 mmHg; e hipotenso, com PAS <90 mmHg. Essa divisão não substitui a avaliação de perfusão, mas funciona como atalho para definir a prioridade: vasodilatação no hipertensivo, maior ênfase em descongestão no normotenso e suporte de perfusão no hipotenso.

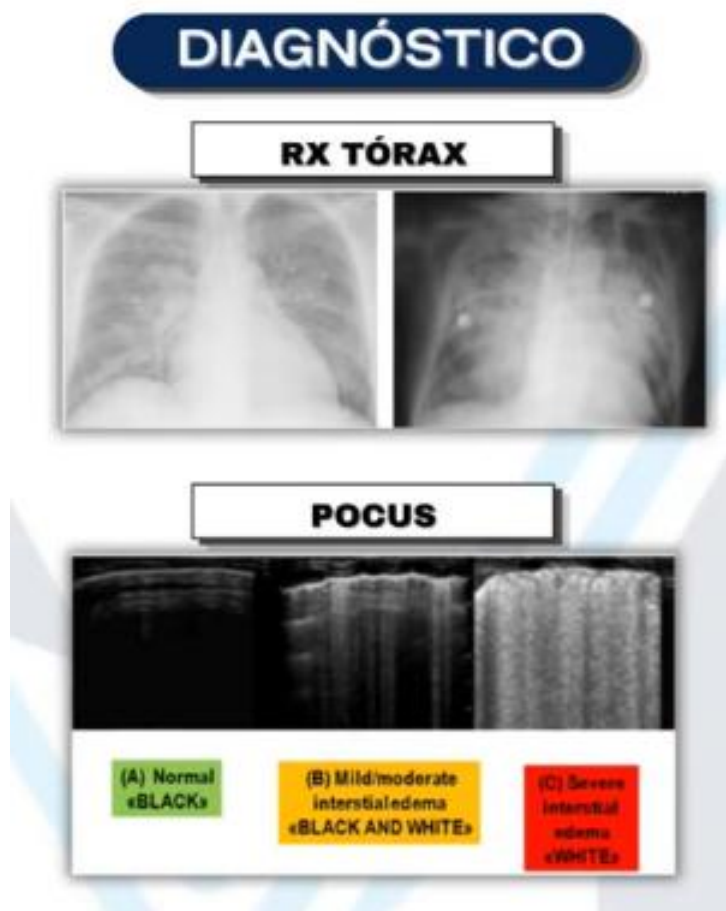


Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 17. a pas como eixo operacional.

PERFIL	PAS NAS FONTES	PRIORIDADE DIDÁTICA
Hipertensivo	> 140 mmHg	VNI + vasodilatação; diurético como suporte
Normotenso	90–140 mmHg	Descongestão; nitrato conforme tolerância
Hipotenso	< 90 mmHg	Perfusão: noradrenalina → dobutamina → diurese após melhora

18. Perfil hipertensivo

No EAP hipertensivo, a aula ensina que o problema central pode ser o aumento abrupto da pós-carga, e não simplesmente excesso absoluto de volume. Por isso, nitrato e VNI ocupam posição de destaque. A furosemida aparece em dose baixa como suporte quando indicada. A fonte também apresenta como objetivo didático

redução da PAS para abaixo de 140 mmHg na primeira hora em situações selecionadas de emergência hipertensiva.

② MEDICAÇÕES



FUROSEMIDA

DOSE: 20-40 mg (SEM USO PRÉVIO)
1 mg/Kg (PACIENTE CONGESTO)
ATÉ 2,5 x DOSE DIÁRIA (USO DIÁRIO DE DIURÉTICO)



NITRATOS



NITROGLICERINA 50mg
+ SG5%: 240 mL
Bic: 5-60 mL/h

ISORDIL 5 mg (SL) 10/10' (MÁX 15mg)

NITROPRUSSATO DE SÓDIO (NIPRIDE®)



1 AMPOLA + SG5%: 248 mL
Bic: 3 mL/h

Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 18. perfil hipertensivo.

19. Perfil normotenso

No perfil normotenso, o material enfatiza a congestão e o uso de diurético. Para paciente sem uso prévio, cita furosemida 20–40 mg EV; para paciente congesto, 1 mg/kg; para uso crônico, até 2,5 vezes a dose diária, conforme o conteúdo da aula. Nitrato EV ou dinitrato de isossorbida sublingual aparece como opção conforme pressão e tolerância.

20. Perfil hipotenso

O paciente com PAS <90 mmHg e sinais de má perfusão é tratado nas fontes como choque cardiogênico até prova em contrário. A sequência didática é: noradrenalina para restaurar pressão de perfusão; depois dobutamina quando persistir baixo débito; somente após perfusão adequada, considerar furosemida para congestão. Vasodilatadores são evitados na fase inicial hipotensa. O caso 'Seu Morfeu' é usado para demonstrar esse raciocínio.

③ MEDICAÇÕES

→ DOBUTAMINA

* INICIAR COM
PAS ≥ 90 mmHg



4 AMPOLAS
+
SG5% 170 mL
(5 - 10 mcg/kg/min)

→ MORFINA = NÃO USAR DE ROTINA!

APLICANDO NA PRÁTICA

EAP - HIPERTENSIVO (PAS > 140 mmHg)

TRIDIL

FUROSEMIDA 20-40 mg (EV)

EAP - NORMOTENSO (PAS 140-90 mmHg)

FURO 1mg/kg ATÉ 25 x DIÁRIA

TRIDIL ou ISORDIL

EAP - PACIENTE HIPOTENSO (PAS < 90 mmHg)

① NORADRENALINA

② DOBUTAMINA

③ FUROSEMIDA

④ ~~NORA~~

⑤ NITRATO



Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 20. perfil hipotenso.

21. Furosemida

A fonte cita furosemida 20–40 mg EV em pacientes sem uso prévio, 1 mg/kg em pacientes clinicamente congestos e até 2,5 vezes a dose diária nos que já usam diurético. O ponto didático mais importante é que a furosemida não é automaticamente a primeira intervenção em todo EAP: no hipertensivo, vasodilatação pode ser prioritária; no hipotenso mal perfundido, diurese deve esperar melhora da perfusão.



Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 21. furosemida.

SITUAÇÃO NA AULA	FUROSEMIDA CITADA	OBSERVAÇÃO
Sem uso prévio	20–40 mg EV	Dose apresentada pela fonte
Clinicamente congesto	1 mg/kg EV	Avaliar perfusão
Uso crônico	Até 2,5× dose diária	Conforme material didático

22. Nitratos e nitroprussiato

A aula apresenta dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual a cada 10 minutos, máximo de 15 mg, como alternativa. Para nitroglicerina, mostra preparo de 50 mg em 240 mL de SG 5% e infusão em BIC, com titulação. Nitroprussiato de sódio também aparece como vasodilatador, com necessidade de equipo fotossensível. Esses



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
EDEMA AGUDO DE PULMÃO (EAP)



esquemas são reproduzidos aqui como conteúdo da fonte e requerem conferência da apresentação e padronização institucional antes da assistência.

FÁRMACO	ESQUEMA DA FONTE	ALERTA
Isordil	5 mg SL 10/10 min; máx. 15 mg	Conferir PA e contraindicações
Nitroglicerina	50 mg + SG5% 240 mL; BIC titulada	Validar concentração/apresentação
Nitroprussiato	1 ampola + SG5% 248 mL; BIC	Equipo fotossensível segundo a fonte

23. Noradrenalina e dobutamina

No choque, a noradrenalina é usada nas fontes para recuperar pressão mínima de perfusão. O caso didático utiliza duas ampolas totalizando 8 mg em volume final de 100 mL, titulando para PAS >90 mmHg. A dobutamina é apresentada como inotrópico para melhorar contratilidade após pressão mínima adequada, em faixa de 5–10 mcg/kg/min. O objetivo clínico é melhorar sensório, enchimento capilar e diurese.

TRATAMENTO

MEDICAMENTOS



PA < 100 x 70 mmHg
+ SINAIS DE MÁ
PERFUSÃO

→ **INOTRÓPICO**
 → **DIURÉTICO**



Paciente/dose	5 mcg	7,5 mcg	10 mcg
50 kg	4 ml/h	6 ml/h	8 ml/h
70 kg	5 ml/h	8 ml/h	11 ml/h
90 kg	7 ml/h	10 ml/h	14 ml/h

ABORDAR FATOR DESENCADEANTE

Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 23. noradrenalina e dobutamina.

FÁRMACO	USO DIDÁTICO	META CLÍNICA
Noradrenalina	Hipotensão/choque	Restaurar pressão de perfusão
Dobutamina	Baixo débito após pressão mínima	Melhorar contratilidade/perfusão

24. Morfina

As duas fontes são explícitas: morfina não deve ser utilizada de rotina no EAP. Esse alerta é mantido como mensagem de segurança na apostila e no protocolo.



25. Monitorização e reavaliação

A resposta terapêutica deve ser acompanhada por pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação, estado mental, perfusão periférica, ausculta, esforço respiratório e diurese. As fontes também propõem controle rigoroso de balanço hídrico quando diurético é utilizado. Qualquer piora exige reclassificação do perfil e escalonamento do suporte.

26. Fatores desencadeantes

As aulas orientam procurar a causa enquanto o paciente é estabilizado: IAM, arritmias, hipertensão, descompensação de insuficiência cardíaca, interrupção de medicamentos, excesso de ingestão ou infusão de volume, doença renal, infecção e outras agressões pulmonares. O tratamento definitivo depende de corrigir o gatilho.

27. Trabalho em equipe

O material complementar organiza funções: técnico de enfermagem inicia monitorização, posicionamento, ECG e preparo; enfermagem coordena VNI, bombas de infusão, dupla checagem de drogas de alto alerta e balanço hídrico; médico confirma a hipótese clínica, classifica o perfil, prescreve, decide estratégia ventilatória e identifica necessidade de transferência. O objetivo é realizar tarefas em paralelo.



Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 27. trabalho em equipe.

28. Erros que a aula procura evitar

Tratar todo EAP da mesma forma; esperar exames antes de estabilizar; administrar volume livre sem indicação em paciente congesto; usar altas doses de diurético como resposta automática ao EAP hipertensivo; iniciar vasodilatador em paciente hipotenso; diurético precoce em choque mal perfundido; manter VNI apesar de falha; usar morfina de rotina; e não procurar a causa precipitante.

CHEGADA DO PACIENTE

→ SINAIS / SINTOMAS



- DISPNEIA
- ORTOPNEIA
- EXPECTORAÇÃO ROSEA
- ESFORÇO RESPIRATÓRIO
- AGITAÇÃO/SONOLÊNCIA
- INSTALAÇÃO RÁPIDA

EXAME FÍSICO



- CREPTAÇÃO BILATERAL
- USO MUSCULATURA ACESSÓRIA
- TURGÊNCIA JUGULAR
- EDEMA MMII
- SAT O₂ < 90%.

DIAGNÓSTICO

→ É CLÍNICO

EXAMES → IDENTIFICAR CAUSAS

Rx TÓRAX



ECG

- SOBRECARGA VENTRICULAR
- IAM



HMG

BIOQUÍMICA



Figura didática fornecida nas aulas — apoio visual para 28. erros que a aula procura evitar.



29. Transferência e continuidade

As fontes não detalham a regulação municipal, mas sustentam transferência quando o paciente necessita recursos não disponíveis localmente, especialmente ventilação invasiva, drogas vasoativas prolongadas, reperfusão coronariana, suporte intensivo, diálise ou investigação/intervenção especializada. A estabilização e a comunicação estruturada devem preceder o transporte sempre que possível.

30. Mensagens essenciais

O diagnóstico inicial é clínico. Oxigênio é para hipoxemia. VNI deve ser considerada precocemente quando apropriada. A pressão arterial e a perfusão mudam a prioridade farmacológica. No hipertensivo, pense em pós-carga e vasodilatação; no normotenso congesto, em diurese; no hipotenso, em perfusão primeiro. Furosemida não é uma resposta universal. Morfina não é rotina. ECG precoce é importante para pesquisar IAM. Reavalie após cada intervenção e trate o fator desencadeante.

Anexo A — Prescrição didática: EAP hipertensivo

- Emergência + monitorização + ECG.
- Dieta zero e cabeceira elevada.
- Acesso venoso e coleta de exames.
- Nitroglicerina em BIC conforme esquema da fonte; alternativa: Isordil SL.
- Furosemida 20–40 mg EV conforme contexto descrito na aula.
- Oxigênio se hipoxemia; VNI quando disponível e indicada.
- RX tórax, hemograma, eletrólitos, ureia, creatinina, troponina, BNP e glicemia conforme disponibilidade/indicação.

Anexo B — Caso didático 'Seu Morfeu'

Homem de 62 anos, IAM prévio, diabetes e tabagismo, dispneia há 6 horas, FC 102 bpm, FR 28 irpm, PA 75/50 mmHg e SatO₂ 84%. A aula classifica como EAP hipotenso e usa o caso para mostrar que furosemida e nitrato não devem anteceder a restauração da perfusão. A sequência ensinada é noradrenalina, seguida de dobutamina se baixo débito persistente e, após perfusão adequada, diurese.

② MEDICAÇÕES



FUROSEMIDA

DOSE: 20-40 mg (SEM USO PRÉVIO)
1 mg/Kg (PACIENTE CONGESTO)
ATÉ 2,5 x DOSE DIÁRIA (USO DIÁRIO DE DIURÉTICO)



NITRATOS



NITROGLICERINA 50mg
+ SG5%: 240 mL
Bic: 5-60 mL/h

ISORDIL 5 mg (SL) 10/10' (MÁX 15mg)

NITROPRUSSATO DE SÓDIO (NIPRIDE®)



1 AMPOLA + SG5%: 248 mL
Bic: 3 mL/h

Caso didático e prescrição prática fornecidos na aula.

Anexo C — Checklist de bolso

- ☐ Cabeceira elevada
- ☐ PA/FC/FR/SpO₂/ECG
- ☐ Acesso venoso
- ☐ Hipoxemia? O₂/VNI
- ☐ Perfil: hipertensivo, normotenso ou hipotenso
- ☐ Perfusão: TEC, extremidades, sensório
- ☐ IAM/arritmia/gatilho?
- ☐ Reavaliar após cada intervenção
- ☐ Necessita IOT, DVA, diálise, reperfusão ou transferência?