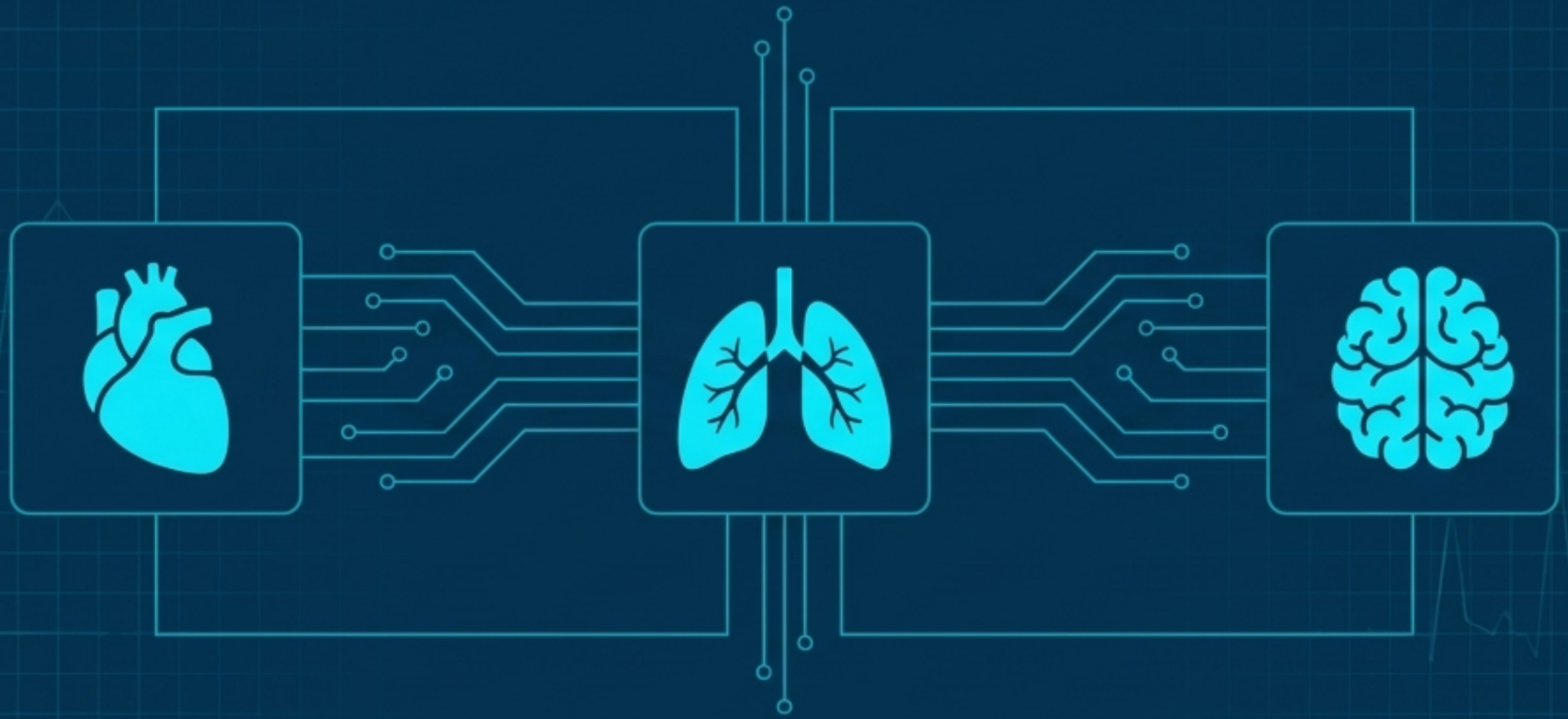
Da Isquemia à Estabilização

Cuidados Pós-PCR: Como Conduzir com Segurança.



Coleção NEXOMED | Edição Integral (Uso Educacional)

A Vitória Enganosa:
O RCE Inicia uma Nova Fase



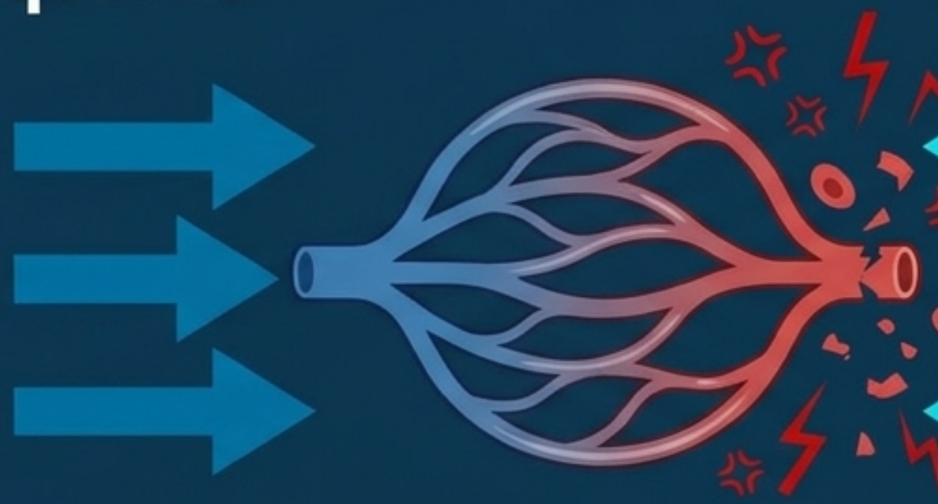
O Retorno da Circulação Espontânea (RCE) não resolve o quadro. A parada cria um déficit severo de energia (ATP), alterando membranas e funções celulares. Não é apenas falta de batimento; é falência sistêmica.

A isquemia sustentada acumula disfunções que persistem após o pulso retornar.

O Paradoxo da Reperfusão

Isquemia

- Hipóxia
- Falta de ATP



Reperfusão

- **SIRS**
- **Radicais Livres**
- **Citocinas**

Reperfundir é vital, mas oxigênio em tecido lesionado gera estresse oxidativo, alteração de permeabilidade vascular e disfunção microcirculatória.
A consequência hemodinâmica assemelha-se ao choque distributivo.

A Síndrome Pós-PCR é Multissistêmica



Miocárdio

Redução contrátil e instabilidade elétrica.



Pulmões

Edema, acúmulo de CO_2 e troca gasosa comprometida.



Cérebro

Lesão hipóxico-isquêmica e risco de dano secundário.



Microcirculação

Vasoplegia, inflamação e **distribuição anômala** do fluxo (SIRS).

A disfunção não é de um órgão só. Exige priorização simultânea.

O Método NEXOMED: 4 Passos de Estabilização

1

Avaliando a Gravidade

Quão grave está? (Disfunção e causa).



2

Suporte Ventilatório

O oxigênio chega aos tecidos?



3

Suporte Hemodinâmico

O fluxo é suficiente?



Execução simultânea à beira do leito.

4

Otimizando Cuidados

Que lesões podem ser evitadas?



Passo 1: Avaliando a Gravidade

Monitorização



- **Ação:** Checar cabos, eletrodos e traçado. Confirmar acesso venoso.

Exame Clínico

- **Perfusão:** Tempo de enchimento capilar (TEC).
- **Tórax:** Ausculta (Atenção com pneumotórax e assimetria).
- **Sensório:** Proteção de via aérea.

ALERTA: Não deduzir condutas apenas por números isolados; valide o sinal no paciente.

Passo 2: Suporte Ventilatório Direcionado

Oxigenar e ventilar não são sinônimos.
Inicie com FiO2 100%, depois titule.

Metas de Oxigenação



SpO2: 90 – 98%

PaO2: 60 – 105 mmHg

Metas de Ventilação



PaCO2: 35 – 45 mmHg

FR Inicial: 10 – 12/min
(modo VCV ou PCV)

Se intubado na RCP: confirmar tubo, fixação, cuff e capnografia.

Passo 3: Suporte Hemodinâmico

O Elástico (Cristalóides)



- RL ou SF 0,9%. Alíquotas de 250 - 500 ml.
- **Objetivo:** Melhorar pré-carga/retorno venoso.
- **Atenção:** Risco de congestão e turgescência jugular.

PAM ≥ 65 mmHg
(monitorando diurese e perfusão)

A Esponja (DVA)



- Noradrenalina ou Adrenalina.
- **Objetivo:** Corrigir vasoplegia e/ou força de contração.

Passo 4: Otimizando a Proteção Orgânica



Temperatura & Glicemia

- Manter < 37,5º C (evitar hipertermia).
- Glicemia entre **70 e 180 mg/dL**.



Sedoanalgesia

- Midazolam + Fentanil.
- Sincronia ventilatória e conforto.



Controle Neurológico

Banod pressão: **70 e 180 mg/dL**.

- Tratar convulsões (Fenitoína/Levetiracetam).
- Não prognosticar precocemente.



Correção (6H e 6T)



- Focar em HMG, eletrólitos (K, Na).
- Avaliar Angiografia (coronariana).

Reavaliação Integrada: Três Eixos Interdependentes

Ventilação
Via aérea, troca gasosa, oxigenação.



Circulação
PAM, perfusão (TEC), ritmo e congestão.



Proteção
Diurese (>0,5ml/Kg/h), temperatura, sedação.



Pressão em melhora não garante débito cardíaco. Os problemas ocorrem em paralelo: reavaliar cada eixo enquanto trata a causa inicial.

Aplicação Clínica: Caso de Broncoaspiração



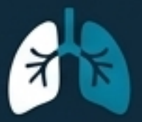
Cenário: Homem, 67 anos. PCR por broncoaspiração provável. RCE após 15 min.

Monitor: PA **70x40**, FC **136**, Sat **92%**.

Ventilar	Via aérea fisiologicamente difícil (**hipoxemia + hipotensão**). Indução otimizada.
Perfundir	**Choque grave**. SF 0,9% (500ml) + DVA (Noradrenalina) precoce.
Otimizar	**Sedoanalgesia** em BIC (Midazolam+Fentanil) e **antimicrobianos**. Cabeceira elevada.

Checklist de Sala Vermelha e Transferência

- [ ] Checar oposição de cabos, FC, ritmo e SpO2 real.
- [ ] Confirmar vias aéreas, capnografia e modo V.M.
- [ ] Reavaliar PAM e tempo de enchimento capilar.
- [ ] Instalar DVA/Cristalóides; documentar volume e resposta.
- [ ] Colher laboratório, radiografia e investigar 6H/6T.




A transferência regulada começa a ser planejada durante a estabilização, não depois. Comunique estabilidade, suporte usado e pendências.

Verificação de Raciocínio (1/3)

?

Por que a oxigenação pulmonar do paciente pode piorar logo após o retorno da circulação espontânea (RCE)?

Porque a reperfusão desencadeia resposta inflamatória, alteração de permeabilidade vascular e edema intersticial. Coração e pulmão não falham isoladamente; o choque sistêmico prejudica a troca gasosa.

Verificação de Metas Clínicas (2 e 3)

Cardiovascular

Qual é a meta pressórica imediata para o paciente pós-PCR e o que deve ser reavaliado junto a ela?

PAM ≥ 65 mmHg. Deve ser avaliada com a perfusão periférica (TEC) e diurese (>0,5 mL/kg/h).

Ventilação

Qual a meta de saturação (SpO2) após estabilização inicial e desmame de FiO2 100%?

SpO2 entre 90% e 98%, evitando hiperóxia desnecessária.

Princípios de Ação Pós-PCR



OBSERVAR

Verificar continuamente a qualidade dos sinais vitais. Tendências valem mais que números isolados.



INTERPRETAR

O RCE é apenas o início. Relacione os dados do monitor ao exame físico e à fisiopatologia da isquemia/reperfusão.



AGIR

Siga os 4 Passos. Priorize a oxigenação real e a perfusão tecidual (**PAM ≥ 65**). Adapte o cuidado, planeje a transferência e evite lesões secundárias.