CUIDADOS PÓS-PCR



O algoritmo de Sala Vermelha: Como conduzir com segurança.

Coleção NEXOMED | Medicina de Emergência.

O RCE inaugura uma nova fase de risco.

A falência não é de um órgão, é um processo sistêmico.

Isquemia
Déficit de ATP

→

RCE
Reperfusão

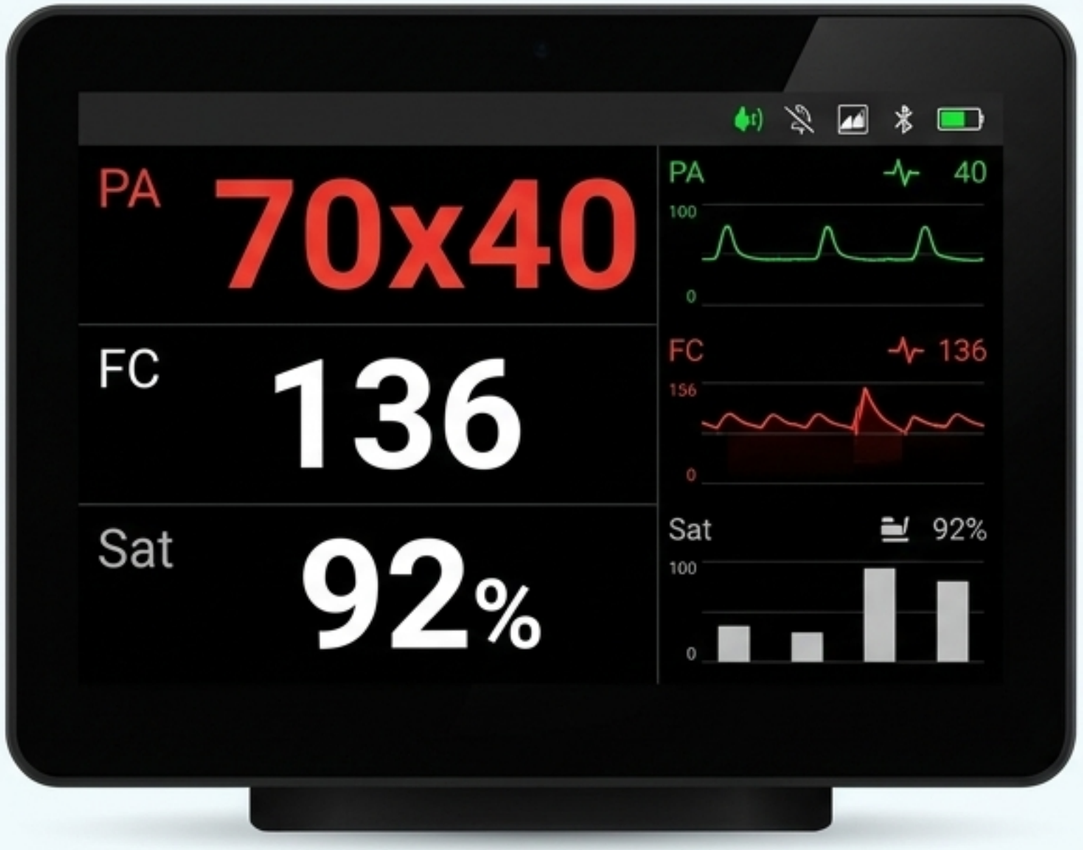
→

SIRS
Estresse Oxidativo
e Inflamação

Ventilação	Circulação	Proteção Orgânica
Troca gasosa comprometida, edema.	Disfunção miocárdica e redistribuição do fluxo (SIRS).	Risco neurológico e metabólico.

Paciente: Arruda, 67 anos.

Evento: PCR por provável broncoaspiração. RCE após 15 min de RCP. M.O.V instalado.



MATRIX ROADMAP

1. AVALIANDO A GRAVIDADE

2. SUPORTE VENTILATÓRIO

3. SUPORTE HEMODINÂMICO

4. OTIMIZANDO CUIDADOS

Qual a prioridade?
Iniciar os 4 Passos.

Passo 1: O que ameaça a vida agora?

Sinais Vitais e Monitorização (Interpretar, não apenas ler)	Exame Físico e Dados Complementares
☑ **Monitor:** Checar cabos e eletrodos. Acesso venoso pérvio? Cabeceira elevada.	☑ **Tórax**: Inspeção, ausculta (Atenção a pneumotórax).
☑ **PA e FC**: Há tendência de queda? A PA condiz com a perfusão clínica?	☑ **Perfusão e Sensório**: Avaliar extremidades e capacidade de proteger via aérea.
☑ **SpO2**: O valor é confiável perante a perfusão?	☑ **Imediatos**: Glicemia Capilar e ECG 12 derivações.

AÇÃO IMEDIATA: Achados alterados mudam a prioridade.
Hipotensão grave ou rebaixamento puxam os Passos 2 e 3 simultaneamente.

Passo 1 no Caso Arruda

Achados Clínicos

PA **70x40** → **Choque grave, instabilidade hemodinâmica imediata.**

FC **136** → **Taquicardia compensatória? Avaliar contexto circulatório.**

Sat **92%** + **Broncoaspiração** → **Via aérea em risco iminente.**

O que ameaça a vida agora?

Abordagem em paralelo.

A investigação de exames não deve atrasar a estabilização respiratória e cardiovascular.

Avançar imediatamente para Passos 2 e 3.

Passo 2: Metas de Oxigenação e IOT



Metas de Oxigenação

FiO2 inicial = 100% (titular para baixo)
Sat O2: 90 - 98%
PaO2: 60 - 105 mmHg
PaCO2: 35 - 45 mmHg

Matriz IOT (Indução e Bloqueio)

Indução	Bloqueio
Etomidato (0,3mg/kg) **OU** Cetamina (1,5mg/kg)	Succinilcolina (1,5mg/kg) **OU** Rocurônio (1,2mg/kg)

Resgate: Adrenalina Push Dose em prontidão.

ATENÇÃO: Poupar o paciente. Seguir os 7 Ps da SRI com foco em evitar colapso hemodinâmico.

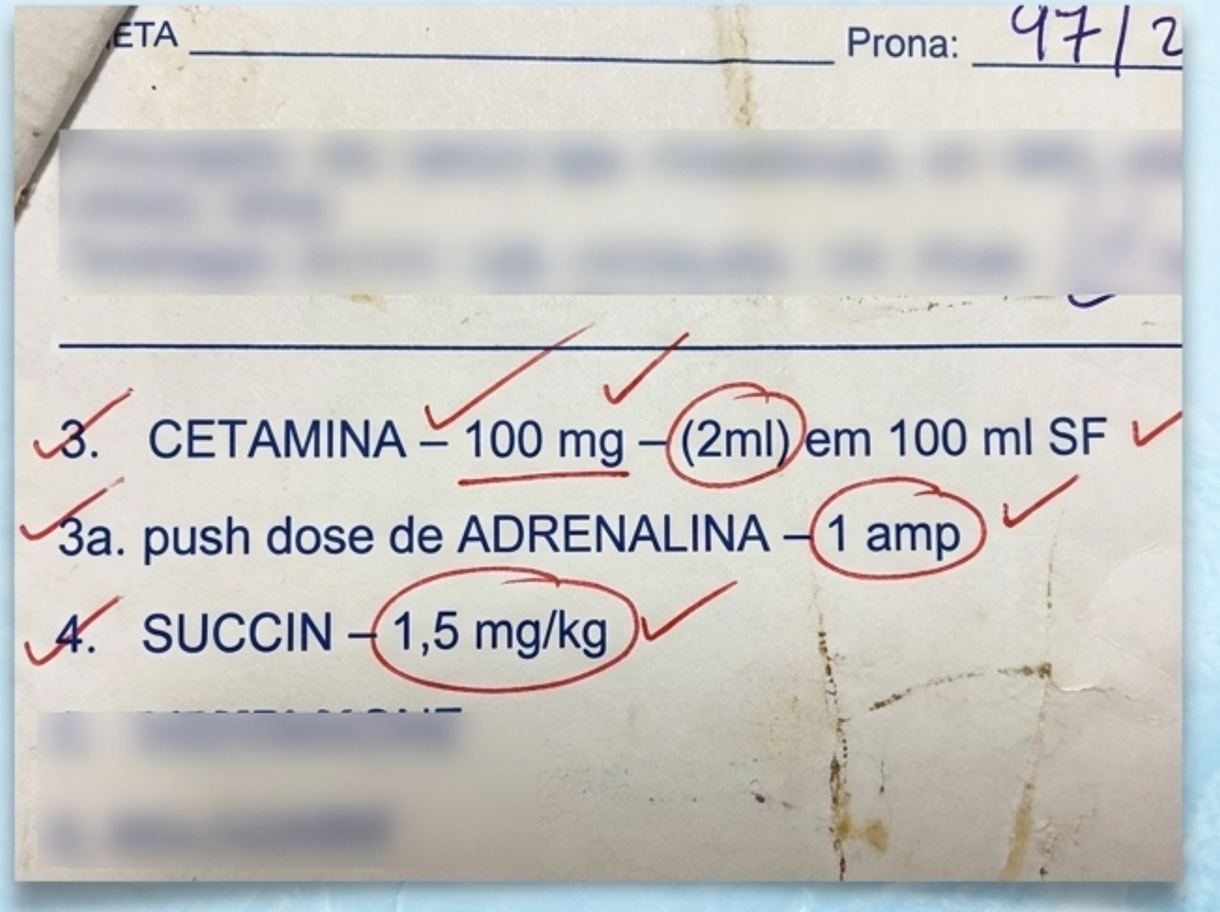
Passo 2 no Caso Arruda

Gatilho

Via aérea em risco iminente + Choque grave (PA 70x40).

Resposta Esperada

- Via aérea isolada e protegida (broncoaspiração isolada).
- Início de ventilação mecânica controlada (Volume Corrente protetor de 6-8 ml/kg).
- Alerta: Cetamina escolhida devido à severa hipotensão. Adrenalina em push pronta para resgate.



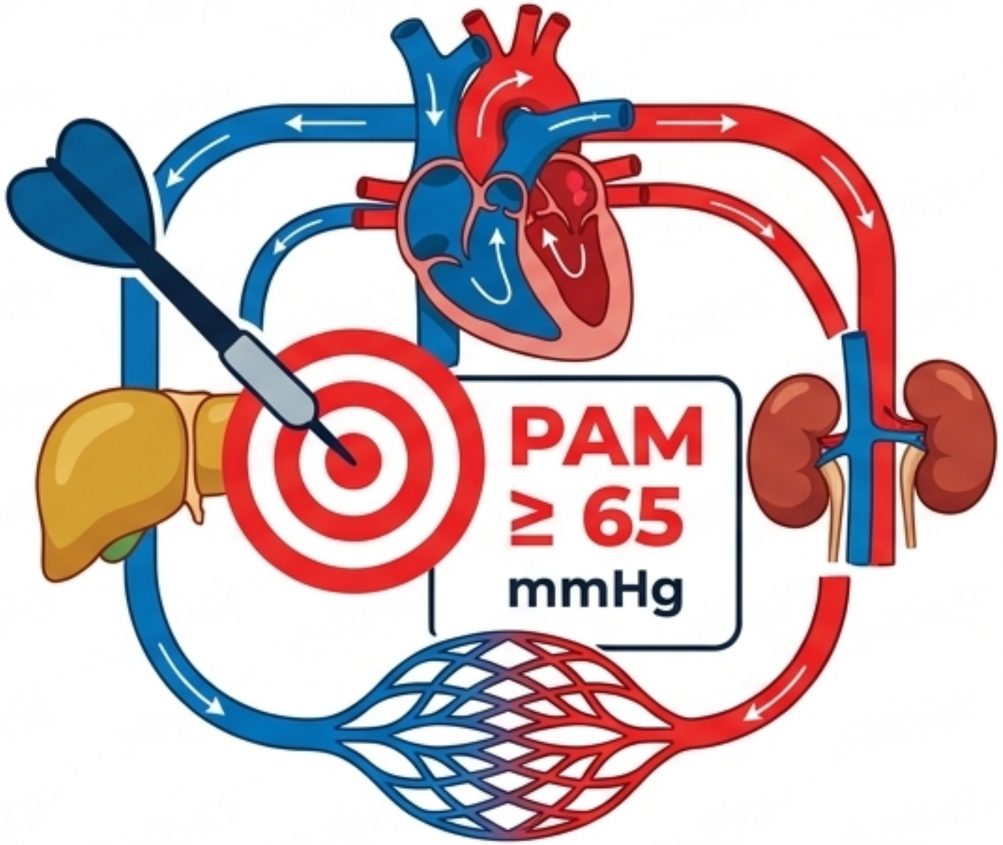
Passo 3: O Perfil do Choque

Não trate a pressão sem tratar a perfusão

Cristalóide

Alíquotas de 250 a 500 ml.

Pequenas intervenções, reavaliação frequente.



Droga Vasoativa (DVA)

Noradrenalina ou Adrenalina.

Não atrasar o início se choque grave.

Gatilhos de Reavaliação

❓ Melhora do TEC? | ❓ Diurese > 0,5 ml/Kg/h? | ⚠️ Atenção a sobrecarga (Turgescência jugular, crepitação pulmonar).

Passo 3: Preparações Vasoativas

Noradrenalina 4mg/4ml



2 amp + SG5% 92 ml
Velocidade: 3 ml/h (3 gotas/min)

Epinefrina 1mg/ml



1 amp + SG5% 100 ml
Velocidade: 12 ml/h (12 gotas/min)

Padronização visual para mitigar erros matemáticos no preparo da medicação.

Passo 3 no Caso Arruda

Achados Prévios: PA 70x40 | FC 136

Ação Simultânea

Volume agressivo (SF 0,9% 500ml) simultâneo ao acoplamento precoce da Noradrenalina em BIC.

Resultado Alvo

PAM atingindo o platô de 65 mmHg, melhora térmica das extremidades (TEC), e queda da taquicardia (FC < 100) com a restauração do fluxo.

2. **SF 0,9%** - 500 ml - ml EV

5. **NORA BIC** - NORA 4mg = 2amp em 92ml de SF EV em 30'

Passo 4: Fixando a Estabilidade

Sedoanalgesia e Temperatura





- **Tolerância** ao tubo mecânico e redução do VO2.
- **Alvo térmico**: Manter < 37,5º C (prevenção de febre).

Laboratório e Diurese





- **Exames base**: HMG, Na, K, Ureia, Creat, TAP, Tropo.
- **Controle Glicêmico**: 70 a 180 mg/dL.
- **Alvo urinário:** Diurese ≥ 0,5ml/Kg/h.

Correção de Causas (6Hs e 6Ts)





- Investigação ativa imediata.
- Foco em Hipóxia, Hipovolemia, Trombose e Tóxicos.

Vigilância Neurológica





- Monitorização contínua.
- Prevenção e controle de Convulsões (Fenitoína/Levetiracetam se indicado).

Passo 4: Painel Operacional de Sedoanalgesia



Bomba: 5 ml/h ou 5 microgotas/min

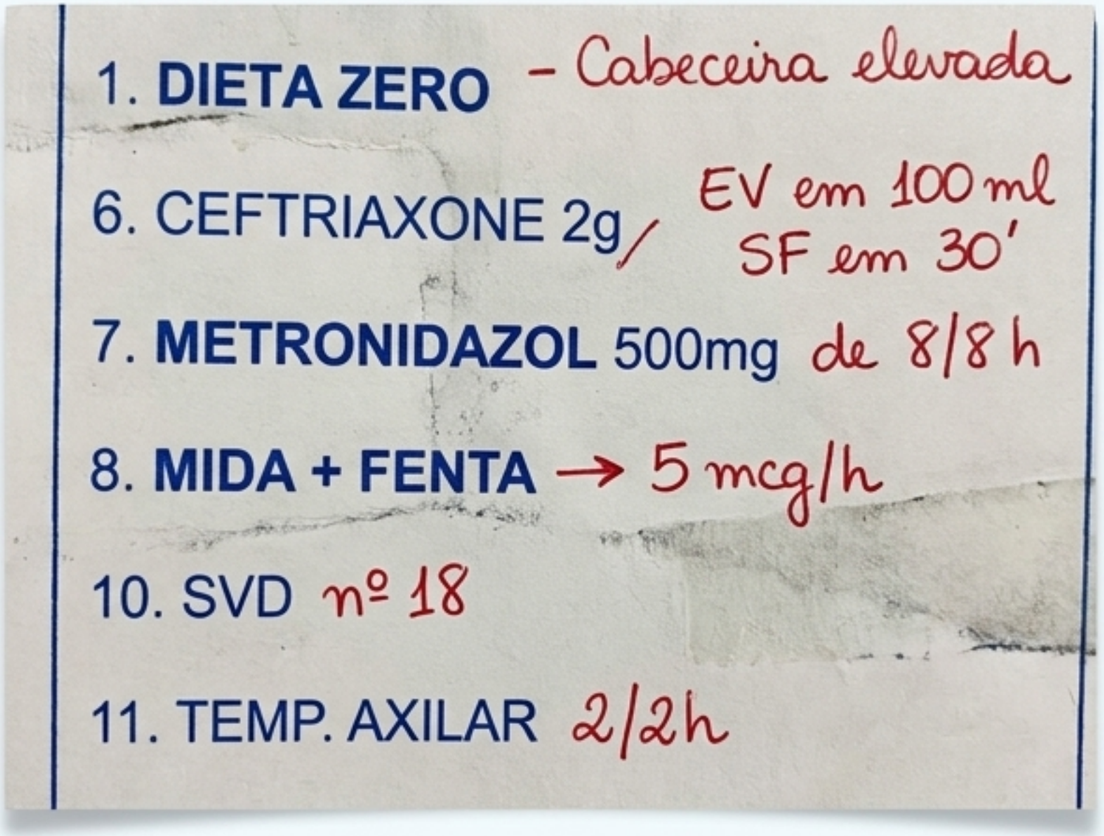
Solução padrão para conforto ventilatório do paciente intubado aguardando UTI ou em transporte.

Passo 4 no Caso Arruda

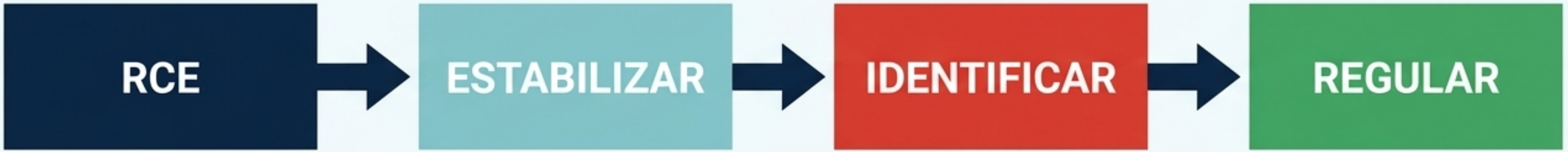
A Amarração Final

- A broncoaspiração confirmada no histórico aciona cobertura antimicrobiana imediata (Ceftriaxone + Metronidazol).
- Cuidados periféricos ativados: Dieta zero, controle de temperatura e sondagem.

⚠ **Gatilho:** O paciente está estabilizado TEMPORARIAMENTE. O fluxo de cuidados não para aqui.



O Destino Assistencial



A transferência começa a ser planejada DURANTE a estabilização, não depois dela.

Matriz de Passagem de Caso			
Evento Inicial	**Condição Atual**	**Suporte**	**Investigação**
Tempo de RCP, mecanismo, ritmo inicial	PAM, FC, SpO2, perfusão, temperatura	Tubo, parâmetros da VM, DVA atual em ml/h	ECG feito, suspeitas ativas, pendências

CHECKLIST FINAL: 3 LEIS INEGOCIÁVEIS

1. O RCE NÃO É O FIM.

Monitorização implacável. O cérebro, o coração e a microcirculação continuam em risco. O paciente tentará parar de novo.

2. PERFUSÃO ≥ PRESSÃO.

Trate o mecanismo do choque (volume/DVA), não apenas o número digital no monitor. Alvo: PAM ≥ 65 mmHg.

3. AÇÃO SIMULTÂNEA.

Siga os 4 Passos. Não atrase intubação ou noradrenalina para completar exames complementares. Estabilize e regule.

Material educacional baseado na transcrição da aula Cuidados Pós-PCR e painéis NEXOMED. Validação clínica necessária antes de uso assistencial.