PRONTUÁRIO CRÍTICO · REVISÃO M&M

ARMADILHAS QUE CUSTAM VIDAS NO AFOGAMENTO

Atualização de condutas e correção de erros históricos
(Protocolo NEXOMED V2)

Discussão Clínica em Dupla | Duração Estimada: 12-16 minutos



A Intuição Histórica

Médica Plantonista: Representa hipóteses **intuitivas** comuns, porém ancoradas em **dogmas e mitos médicos perigosos**.

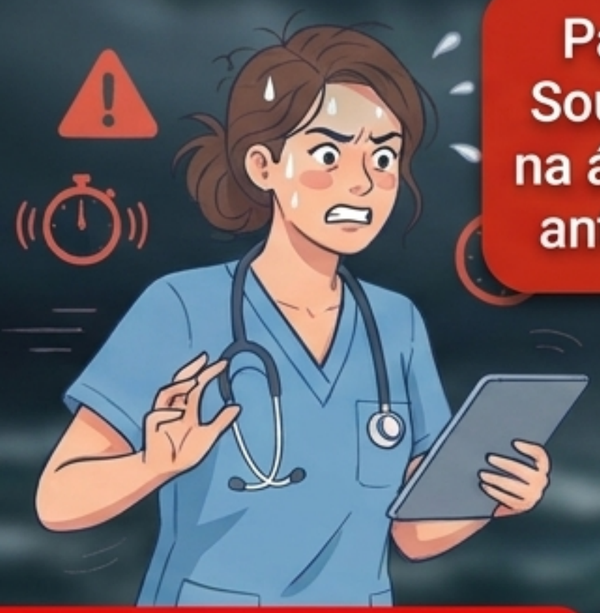
Metodologia:

Problema → Hipótese Equivocada → Correção Assistencial



O Padrão V2

Médico Intensivista: Representa as diretrizes atualizadas NEXOMED V2 baseadas em **evidências**. **Corrige vieses com fisiopatologia pura.**



Paciente afogando! Sou médica, vou pular na água para resgatá-lo antes que ele afunde.

A Hipótese do Erro

O profissional de saúde acredita que sua obrigação ética de agir se sobrepõe à segurança física, assumindo que sabe nadar o suficiente.

Não entre na água. Acione o resgate e lance material de flutuação.



A Correção V2

O risco de se tornar uma segunda vítima é altíssimo. O socorrista sem treinamento e equipamento de resgate aquático não deve entrar na água. A prioridade é acionar guarda-vidas (193) e oferecer alcance de local seguro.



A paciente foi retirada da piscina e não está tossindo. Ausculta limpa. Não foi afogamento.

A ausência isolada de tosse NÃO exclui o processo de afogamento. Veja a estratificação completa.



Escala de Estratificação de Risco

Resgate:
Sem tosse, avaliação normal. Investigar outras causas.

Grau 1:
Tosse presente, ausculta normal.

Grau 2:
Estertores discretos / pouca espuma.

Grau 3 a 6:
Zona de Alto Risco (Edema pulmonar, choque, apneia, PCR).

Definição OMS: Aspiração de líquido não corporal com comprometimento respiratório. A tosse é comum, mas não é um critério obrigatório para fechar o diagnóstico.

Paciente Grau 1
(Tosse isolada, ausculta inicial limpa)

Ação: Alta médica imediata.

Protocolo WMS 2024: Observação rigorosa no Pronto-Socorro.

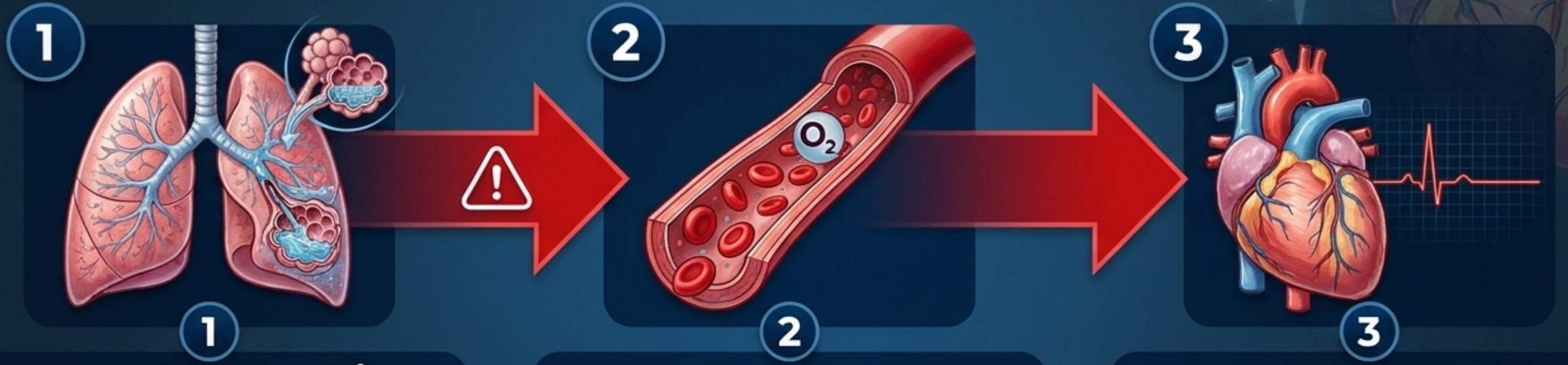
A Hipótese do Erro

Risco: Edema pulmonar tardio e hipoxemia oculta. Uma ausculta inicial normal não elimina piora progressiva da permeabilidade alvéolo-capilar.

Checklist de Alta Segura

- ☑ Período de observação de 4 a 6 horas concluído.
- ☑ Consciência e exame neurológico perfeitamente normais.
- ☑ Respiração e SpO_2 adequadas em ar ambiente.
- ☑ Nenhuma piora clínica ou dispneia no período.

Por que o afogamento quebra as as regras tradicionais da PCR?



1

Alvéolos: Aspiração de Água → Retirada/Alteração do Surfactante → Colapso/Shunt.

2

Corrente Sanguínea: Hipoxemia Sistêmica Grave.

3

Coração: Bradicardia induzida por asfixia → AESP (Atividade Elétrica Sem Pulso) → Assistolia.

Ao contrário da PCR primariamente cardiológica, o afogamento é um processo de ASFIXIA. Tratar o coração sem reverter a hipóxia garante a falha da ressuscitação.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO

A Relação de Compressão

Plantonista: Estamos em dois médicos. Vamos usar 15:2.

Intensivista: Erro crítico. Em adultos sem via aérea avançada, o padrão AHA 2025 é sempre 30:2, independentemente de ser 1 ou 2 socorristas.

O Fator Tempo e o DEA

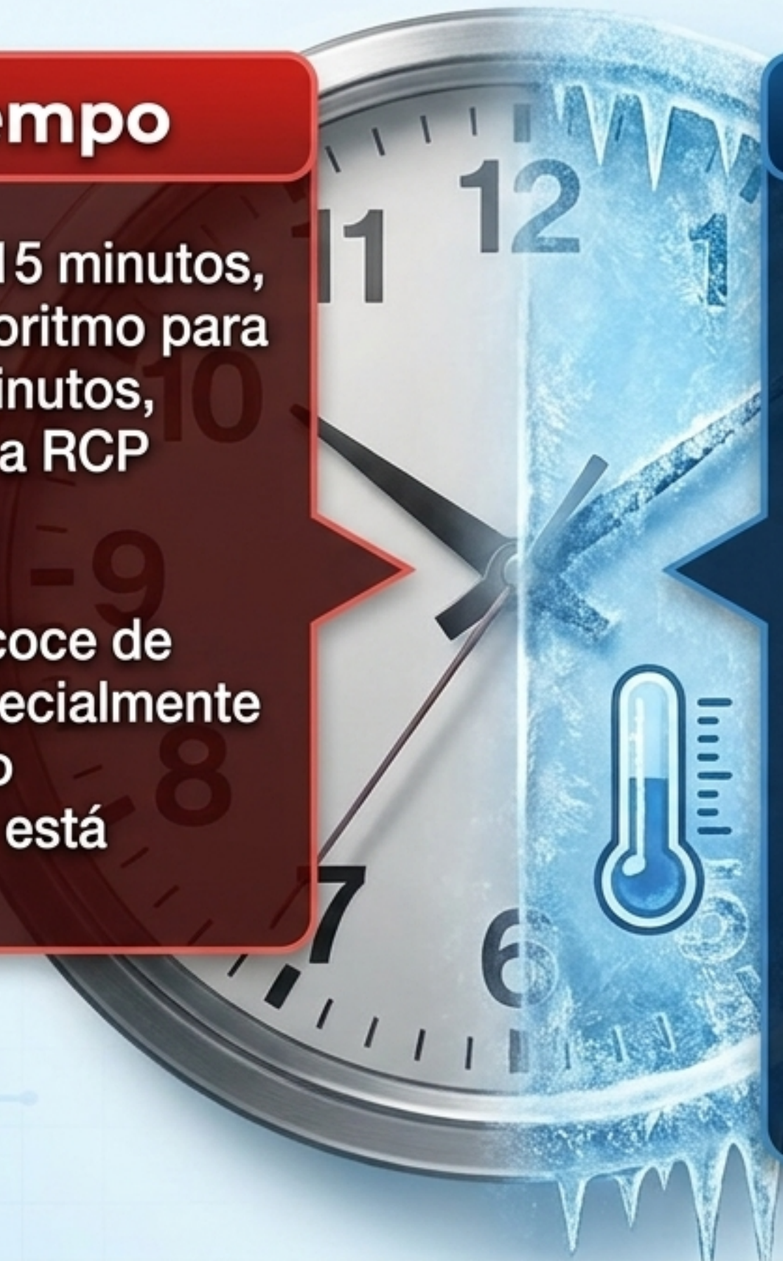
Plantonista: Vou parar as ventilações e focar em instalar o DEA primeiro.

Intensivista: Não atrase a via aérea. Aplique o DEA assim que disponível, mas NÃO postergue as 5 ventilações iniciais (ERC 2025) e as compressões. O ritmo base quase sempre será não-chocável (AESP/Assistolia).

*NEXOMED de so odimiode entro retaultanto sicimarte inpaorannioteso de internleso eng.ratoir.nsnopmerior do NEXOMED.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO



O limite de tempo

- **Hipótese:** Passou de 15 minutos, devemos mudar o algoritmo para CAB. Passou de 60 minutos, devemos interromper a RCP automaticamente.
- **Risco:** Abandono precoce de pacientes viáveis, especialmente em águas frias, onde o metabolismo cerebral está reduzido.

Decisão Contextual

- **Correção:** A duração da RCP não possui um limite fixo aplicável universalmente ao afogamento.
- **Fatores de decisão:** Tempo de submersão, temperatura central (hipotermia grave exige algoritmo próprio), sinais de morte inequívocos e qualidade das manobras.
- **Nota AHA/ERC:** Os 15 minutos de RCP não determinam mudança automática de ABC para CAB.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO

O paciente recuperou pulso. Precisamos obrigatoriamente colocá-lo em Decúbito Lateral Direito (DLD).



O lado direito NÃO é obrigatório.

A DECISÃO CLÍNICA (WMS 2024)

A Realidade: A posição lateral de recuperação é essencial para proteger a via aérea contra vômitos em pacientes inconscientes que respiram espontaneamente.

A Correção: Escolha o decúbito que melhor permita a permeabilidade da via aérea, considerando condições associadas como suspeita de trauma cervical, fraturas, facilidade de monitorização e acesso venoso.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO

O Coquetel Iatrogênico

Rx

- ☒ Antibiótico profilático de rotina (A água estava suja!)
- ☒ Corticoide (Para a inflamação pulmonar!)
- ☒ Diurético de alça rotineiro (Para "secar" a água do pulmão!)
- ☒ Surfactante exógeno de rotina

A Correção Clínica V2

- ☑ **Antibióticos:** Apenas se houver pneumonia sustentada e clinicamente comprovada ou contaminação grosseira.
- ☑ **Corticoides:** Não há evidência de benefício no afogamento primário.
- ☑ **Diuréticos:** O edema é de permeabilidade (não-cardiogênico). Furosemida de rotina agrava o choque.
- ☑ **Ventilação:** Tratar com PEEP (5-10 cmH2O) e suporte mecânico ventilatório em vez de drogas ineficazes.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO

Expansão Volêmica Indiscriminada





Red Plantonista

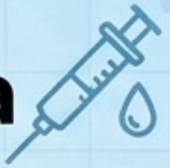
Choque pós-RCE? Corre 2 litros de Ringer rápido!



Blue Intensivista

O pulmão já sofre com alteração de permeabilidade (SDRA). Fluidos devem ser criteriosos, guiados por fenótipo e perfusão (POCUS, lactato), evitando agravar o edema pulmonar não-cardiogênico.

O Erro da Adrenalina





Red Plantonista

O paciente voltou com a adrenalina em bolus (1mg). Vamos deixar esse esquema rolando de horário.

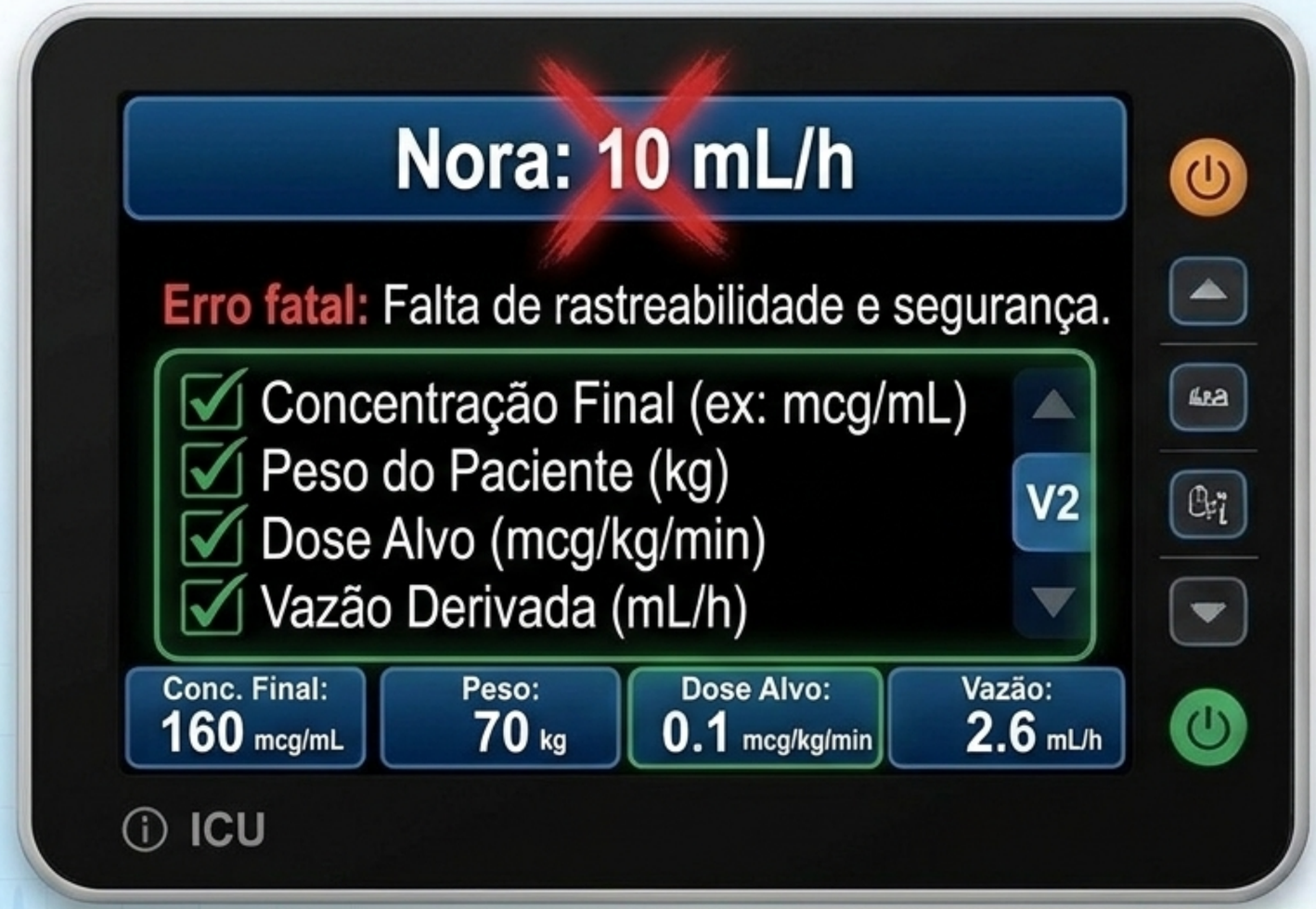


Blue Intensivista

Adrenalina 1mg IV/IO a cada 3-5 min é EXCLUSIVA para a fase de PCR (AHA 2025). No pós-RCE com choque, exige-se drogas vasoativas em infusão contínua ajustada individualmente, sem superioridade universal de uma droga específica.

NEXOMED

AFOGAMENTO: MANEJO CRÍTICO



As prescriptioos com prescriptão esndireva contuínnos da issuação da derigrosa, presiindo afrate de ousto completou, a visialização pm moriein e enbretivas. e acesso seguro com monitorimento de segurança.

Correto: a tem sequencieu e sedativos da preumonia benéefica nectificação permeaabilidade e SDRA) ese seguro e evalmento eiqularent, deseficando rragamento opções comrerrinus. experidrmario.

Nunca prescreva ou ajuste drogas vasoativas e sedativos baseando-se apenas em mL/h. A segurança farmacológica exige a visualização da dose baseada no peso e acesso seguro com monitoramento de extravasamento.

NEXOMED

Matriz de Condutas: Histórico vs. Padrão V2

Domínio	Prática Histórica (Perigosa)	Padrão Clínico NEXOMED V2
Diagnóstico	Tosse obrigatória para diagnosticar	Tosse comum, mas não obrigatória (Critério OMS).
Decisão de Alta (Grau 1)	Alta imediata após ausculta limpa	Observação obrigatória de **4 a 6 horas** (WMS 2024).
Reanimação Básica	RCP 15:2; buscar DEA primeiro	**RCP 30:2** (Adultos); **5 ventilações** iniciais sem atraso.
Limite de RCP	15 min troca protocolo / 60 min encerra	**Decisão contextual**; sem limite absoluto (especialmente hipotermia).
Medicamentos	Corticoide, Diurético, Antibiótico rotineiros	**PEEP para via aérea; Antibiótico só se infecção comprovada.**
Drogas Vasoativas	**Bolus de RCP mantido / prescrição em mL/h**	**Infusão contínua pós-RCE com dose em mcg/kg/min e monitorização estrita.**

O Checklist de Segurança em 60 Segundos

- [x] **A cena é segura?** Não entre na água sem treinamento de resgate.
- [x] **Tratou a hipóxia primeiro?** A base é a asfixia. Forneça 5 ventilações antes das compressões contínuas (30:2).
- [x] **Afastou a alta precipitada?** Paciente leve (Grau 1) fica em observação 4-6h. A ausculta inicial engana.
- [x] **Evitou o coquetel iatrogênico?** Corticoides, antibióticos e diuréticos profiláticos não salvam pulmão afogado. Use PEEP e O2 titulado.
- [x] **Configurou a bomba com segurança?** Choque pós-RCE exige vasoativo em mcg/kg/min, nunca apenas uma taxa genérica de mL/h.

Trate a hipóxia. Evite dogmas de tempo e posição. Pratique precisão intensiva. — NEXOMED