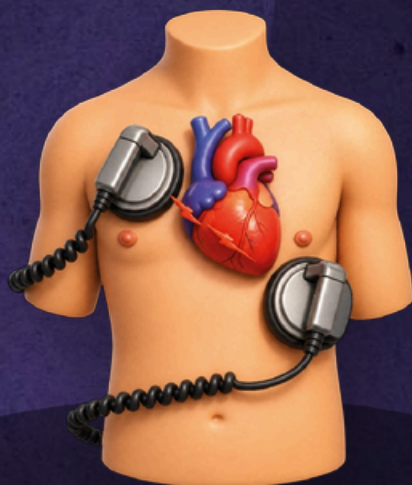




MED-REVIEW



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

Primeira conduta	Avaliar a segurança da cena. Só depois checar responsividade e chamar ajuda.
Identificação da PCR	Ausência de pulso/respiração (no máximo 10 segundos para avaliar). Gasping = considerar como PCR , porque não é respiração efetiva.
Compressão de Alta Qualidade	100 a 120 compressões/minuto ; profundidade de 5 a 6 cm . Permitir o retorno total do tórax.
Melhor forma de avaliar eficácia da RCP	Capnografia (ETCO ₂). Valores < 10 mmHg indicam compressão ineficaz; idealmente deve ser > 20 mmHg. Salto súbito indica retorno à circulação espontânea (RCE).
Ritmos Chocáveis (FV/TVSP)	Desfibrilação precoce (Bifásico: 200J ou carga máxima; Monofásico: 360J). Retornar à RCP <i>imediatamente</i> após o choque. Adrenalina após o 2º choque e a cada 3-5 minutos, antiarrítmico após o 3º e 5º choques.
Ritmos Não-chocáveis (AESP/Assistolia)	Adrenalina imediatamente, iniciar compressões e pensar nas causas reversíveis de PCR.
Por que fazer adrenalina	Faz vasoconstrição alfa-adrenérgica, subindo a pressão diastólica da aorta e perfundindo as coronárias.
Ventilação	Sem via aérea avançada : sincronizar com as compressões numa proporção de 30:2 (30 compressões para 2 ventilações) Com via aérea avançada : 1 ventilação a cada 6 segundos (10/min) sem pausar as compressões torácicas.
Gestante em PCR	Mesma carga de choque e mesma posição de massagem. Fazer desvio uterino manual para a esquerda (>20 semanas) e cesárea perimortem (também chamada de "parto ressuscitativo") aos 4-5 min sem RCE.

INTRODUÇÃO

Contexto clínico

Você está caminhando na rua ou de plantão no pronto-socorro e, de repente, alguém desaba à sua frente. O cenário muda em frações de segundo. A **parada cardiorrespiratória (PCR)** é a emergência máxima da medicina. Não importa a sua especialidade: a pessoa mais apta a salvar aquela vida naquele momento pode ser você.

O atendimento inicial da PCR exige um raciocínio mecânico, rápido e sem hesitações. Cada minuto em fibrilação ventricular sem desfibrilação diminui a chance de sobrevida em cerca de 10%.

Por que esse tema cai tanto

O protocolo de Suporte Básico de Vida (BLS) e Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) da *American Heart Association* (AHA) salva vidas todos os dias. As bancas cobram esse tema à exaustão porque o conhecimento desses algoritmos reflete a capacidade do candidato de tomar decisões críticas sob extrema pressão.

As provas adoram testar os detalhes práticos: qual a carga do choque, quando fazer a adrenalina e como lidar com situações especiais (como gestantes e afogamento). A narrativa a seguir vai te colocar dentro da sala de emergência.

DIAGNÓSTICO

Reconhecimento inicial e Parada Respiratória

A primeira regra inquebrável do socorrista é **avaliar a segurança da cena**. Se o local for seguro, você avalia a responsividade tocando vigorosamente os ombros da vítima e chamando em voz alta. Não respondeu? Chame ajuda de forma direcionada ("Você de azul, ligue para a emergência e traga um desfibrilador!").

Com a ajuda a caminho, você tem, no máximo, **10 segundos** para checar o pulso central (carotídeo ou femoral) e observar a respiração do paciente simultaneamente. Cuidado com o *gasping* (respiração agônica): o paciente faz barulho, mas o ar não entra. Isso é equivalente a PCR.



1. SEGURANÇA DA CENA

2. RESPONSABILIDADE

3. CHAME AJUDA!



SHAKE AND SHOUT



4. RESPIRAÇÃO



5. PULSO



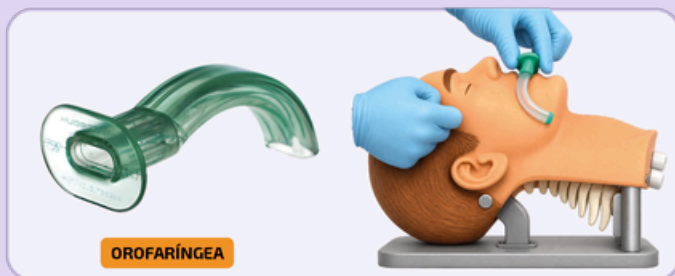
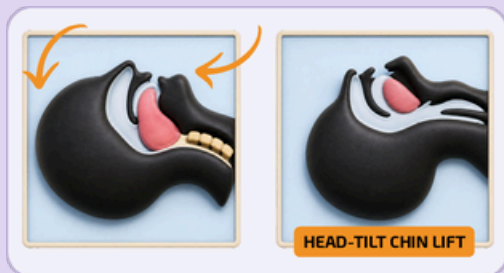
Se o paciente tem pulso, mas não respira, ele está em **Parada Respiratória**. A sua prioridade aqui é o "A" e o "B", de *Airway* (via aérea) e *Breathing* (respiração).



DICA PRÁTICA

Em pacientes inconscientes, a musculatura relaxa e ocorre a "queda da base da língua", que obstrui a passagem de ar. Use a manobra de *Head Tilt-Chin Lift* (inclinação da cabeça e elevação do queixo) para abrir a via aérea. Se houver suspeita de trauma cervical, use o *Jaw Thrust* (tração da mandíbula). Além disso, você também pode usar a cânula orofaríngea (*famosa cânula de Guedel*) ou nasofaríngea para ajudar a desobstruir a via aérea.

Agora sim, você conseguirá ventilar o paciente: 1 ventilação a cada 6 segundos (10/minuto), durante 1 segundo cada, com volume suficiente apenas para elevar o tórax (500 a 600 ml).



Questão Estratégica — Reconhecimento da PCR



QUESTAO ENARE - 2022

Enunciado: Um homem de aproximadamente 50 anos apresenta um colapso na recepção do pronto-socorro e é levado diretamente para a sala de emergência. Após verificar a responsividade, qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar compressões torácicas.
- B) Aplicar duas ventilações de resgate.
- C) Acesso venoso calibroso e expansão volêmica.

D) Eletrocardiograma de 12 derivações.

E) Checar o pulso carotídeo e a respiração.

Comentário:

Cada segundo é importante. Após confirmar que o paciente está arresposivo, o próximo passo imediato é avaliar se ele de fato está em PCR. Para isso, você tem no máximo 10 segundos para checar o pulso central e avaliar a respiração simultaneamente. Só depois dessa rápida confirmação é que as compressões devem ser iniciadas.

Gabarito: Letra E.

COMPRESSÕES DE ALTA QUALIDADE

Se o paciente não tem pulso, iniciamos com a Letra "C" de Compressões, seguindo a ordem: **C-A-B**. Mas não se esqueça: a qualidade das compressões na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é extremamente importante!

Afinal, o que são compressões de boa qualidade?

- **Local:** Metade inferior do osso esterno.
- **Frequência:** 100 a 120 compressões por minuto.
- **Profundidade:** 5 a 6 cm.
- **Retorno do tórax:** Permita o retorno total da parede torácica; não fique apoiado sobre o paciente.



ATENÇÃO NA PROVA

Minimize as interrupções das compressões para menos de 10 segundos. Se o tempo de interrupção for longo, a pressão de perfusão coronariana cai a zero e demora muito para se recuperar quando você volta a massagear. Troque a pessoa responsável a cada 2 minutos (1 ciclo) para evitar fadiga.

RCP DE QUALIDADE



- ☒ 1/2 inferior do esterno
- ☒ 100-120 CP/min
- ☒ 5-6 cm de profundidade
- ☒ Permitir retorno do tórax
- ☒ Compressão: ventilação 30-2 ou 10 ventilações por minuto se via aérea avançada
- ☒ Interrupção < 10 segundos

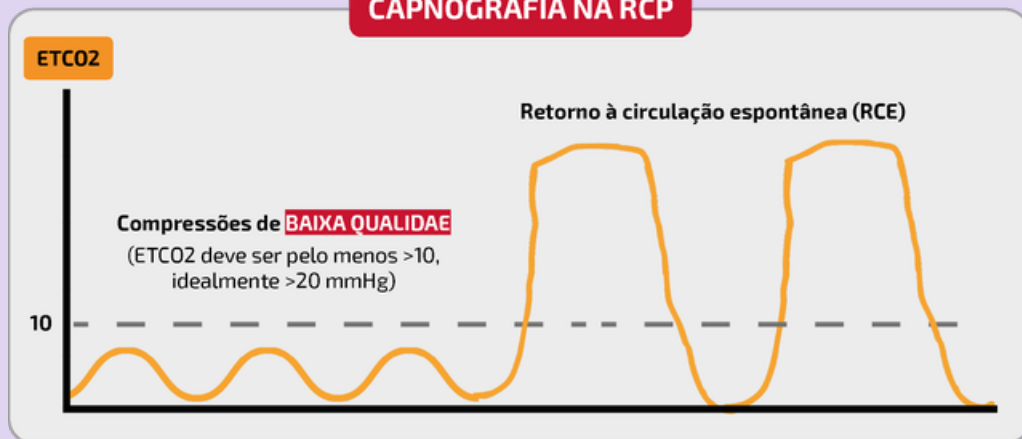


O PULO DO GATO

A **Capnografia** (ETCO₂, ou seja, pressão parcial do CO₂ no final da expiração) é o melhor exame para monitorar a qualidade das compressões e detectar o Retorno da Circulação Espontânea (RCE).

Um ETCO₂ < 10 mmHg indica massagem ineficaz. O objetivo é manter o ETCO₂ > 10 mmHg (idealmente ≥ 20 mmHg). Se houver um aumento súbito na ETCO₂ maior que 10mmHg (exemplo, de 10 para 25 mmHg), esse é um forte indicativo de que o paciente voltou à circulação espontânea!

CAPNOGRAFIA NA RCP



Outra forma de monitorar a qualidade das compressões é pela curva de pressão arterial invasiva, especialmente a pressão diastólica, que é crucial para a perfusão das coronárias. Apesar disso, o ACLS 2025 não recomenda um valor de corte específico como temos para a ETCO2. Algumas fontes sugerem manter uma pressão diastólica > 20mmHg. Assim como na capnografia, o aumento súbito da pressão arterial também indica RCE.

Questão Estratégica — Monitorização da RCP



QUESTAO SUS/SP - 2022

Enunciado: Em um caso de parada cardiorrespiratória, em um setor de emergência, após realizada a intubação orotraqueal, nota-se, no monitor do leito, o valor de pressão arterial diastólica de 25 mmHg e a capnometria (ETCO2) de 17 mmHg. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a orientação que deverá ser dada à equipe no momento.

A) aumentar o número de compressões por minuto, visto que pressões menores de 25 mmHg indicam baixa velocidade de compressão

B) aumentar a força da massagem cardíaca para aumentar a profundidade de compressão para além de 5 cm, visto que a pressão arterial diastólica está abaixo de 40 mmHg

C) continuar com o protocolo, visto que os parâmetros indicam massagem cardíaca adequada

D) diminuir o número de compressões por minuto, visto que pressões menores de 25 mmHg indicam alta velocidade de compressão

E) trocar de socorrista, visto que ETCO₂ abaixo de 35 a 40 mmHg indica fadiga do socorrista

Comentário:

Durante a RCP, utilizamos o ETCO₂ para guiar a qualidade das compressões. O alvo mínimo aceitável é ETCO₂ $\geq$ 10 mmHg, idealmente acima de 20. A pressão diastólica também é um marcador de qualidade, um número sugerido é acima de 20mmHg. Como o paciente está com ETCO₂ de 17 e PAD de 25, os alvos estão sendo atingidos. Não se mexe em time que está ganhando, logo, basta continuar a massagem adequada.

Gabarito: Letra C.

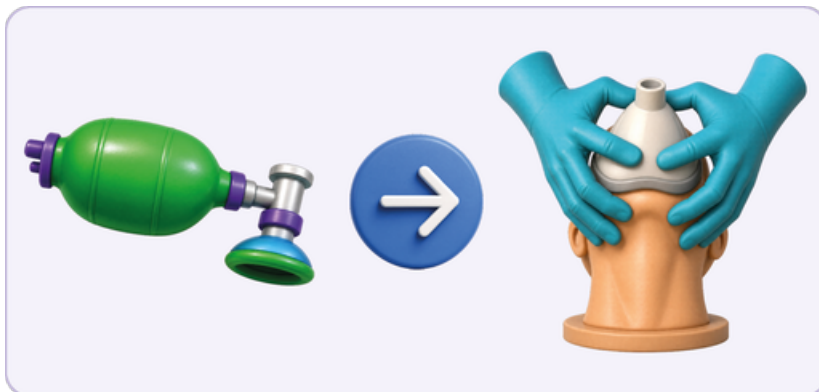
Ventilação durante a RCP

Seguindo o mnemônico C-A-B, a nossa segunda prioridade é garantir a patência das vias aéreas e administrar uma ventilação eficaz. Isso pode ser feito de duas formas:

Se o paciente **NÃO** estiver com via aérea avançada (tubo orotraqueal, por exemplo): a recomendação é seguir o protocolo 30:2, ou seja: 30 compressões, seguidas de 2 ventilações sob máscara. Para abrir as vias aéreas e facilitar a passagem do ar, use as manobras que vimos anteriormente (*chin lift* ou *jaw thrust*, *cânula orofaríngea* se necessário).

Se o paciente **TIVER** uma via aérea avançada, a história é outra... as ventilações serão **ASSÍNCRONAS** com as compressões, fazendo uma ventilação a cada 6 segundos (frequência respiratória = 10 incursões por minuto).

Independentemente da técnica de ventilação, devemos tomar **MUITO CUIDADO** para **NÃO** hiperventilar o paciente, já que isso pode comprometer o retorno venoso e a perfusão.



RITMOS CHOCÁVEIS (FV E TVSP)

Reconhecimento clínico

Enquanto você já está fornecendo o suporte básico de vida (C-A-B), você precisa obter um desfibrilador, seja ele manual ou um desfibrilador externo automático (DEA). Quando o desfibrilador chegar, você precisa analisar o **RITMO CARDÍACO!**

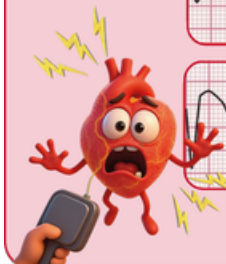
Se o ritmo for caótico, irregular, onde não se diferencia onda P, QRS ou onda T, estamos diante de uma **Fibrilação Ventricular (FV)**. Se você observar um ritmo com complexos QRS largos e aberrantes (monomórfico ou polimórfico), e o paciente não tiver pulso, estamos diante de uma **Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP)**.

RCP DE QUALIDADE

FIBRILAÇÃO VENTRICULAR



TAQUICARDIA VENTRICULAR (SEM PULSO)





ATENÇÃO NA PROVA

FV e TVSP são os **únicos** ritmos chocáveis na PCR. A sua prioridade absoluta nesses casos é a **DESFIBRILAÇÃO**.

Questão Estratégica — Monitorização da RCP



QUESTAO MEDREVIEW - 2026

Enunciado: Considerando um paciente que apresenta taquicardia ventricular sem pulso no intraoperatório, o tratamento deve:

- A) Ser iniciado pelas compressões externas antes da desfibrilação.
- B) Ser iniciado pela desfibrilação o mais breve possível.
- C) Ser iniciado pela administração de 1 mg de epinefrina.
- D) Ser intercalado pela desfibrilação e ciclos de 1 minuto de compressões externas.

Comentário:

A armadilha clássica é o aluno ansioso que deseja fazer adrenalina imediatamente em um cenário de PCR. Contudo, em ritmos chocáveis, a **desfibrilação precoce é a intervenção de maior impacto na sobrevida**, mais do que a epinefrina ou as compressões cardíacas (letras A e C incorretas). A cada minuto de atraso no choque, a chance de reversão cai de 7 a 10%. Assim que o desfibrilador estiver disponível, a conduta é administrar o choque não-sincronizado imediatamente (letra B correta). Os ciclos durante a RCP são de dois minutos. Após esse tempo, se o ritmo continuar chocável, devemos administrar um novo choque, seguido de mais dois minutos de compressão até a próxima avaliação de ritmo (letra D incorreta).

Gabarito: Letra B.

A DESFIBILAÇÃO

Como vimos, a conduta imediata no ritmo chocável é **DEFIBRILAR**. E, logo após a desfibrilação, você **NÃO PODE** perder tempo checando novamente ritmo ou pulso. A conduta obrigatória é reiniciar as compressões e só checar o ritmo novamente após dois minutos de RCP.

O motivo é simples: após um choque, o coração ainda está "atordoado", então ele precisa dessa ajuda externa independentemente de ter assumido um ritmo organizado ou não. Guarde assim: **CHOQUE é IGUAL a +2 minutos de RCP**.



O PULO DO GATO

E QUAL É A CARGA DESSE CHOQUE? ⚡

Bom, depende do aparelho que você tem disponível. O aparelho **monofásico** administra uma corrente que vai apenas em um sentido e demanda cargas maiores, recomenda-se **360 J** para desfibrilação.

Já o **bifásico** é mais moderno: tem uma corrente elétrica que viaja nos dois sentidos e precisa de uma carga menor. É sempre recomendado conhecer as instruções do fabricante (exemplo: carga inicial de 120 a 200 J). Se você está no meio de uma PCR e não conhece a recomendação do manual, **use a CARGA MÁXIMA disponível!** ⚡

DEFIBRILAÇÃO



MONOFÁSICO: 360 J

BIFÁSICO: VER MANUAL (120-200J)
SE NÃO SABE = **CARGA MÁXIMA!**

A FARMACOLOGIA DO RITMO CHOCÁVEL

Suponha que, após sua primeira desfibrilação, seguida de +2 minutos de RCP, você detectou novamente um ritmo chocável. Nesse caso, a conduta é administrar **UM NOVO CHOQUE!**

Só agora, depois desse segundo choque, você deve fazer um bolus de **Adrenalina**. O ACLS reforça: em ritmos chocáveis, ela entra *após* a falha da desfibrilação inicial. Em ritmos não chocáveis (Assistolia/AESP), ela deve ser feita o mais rápido possível.

A dose em adultos é **1mg (1 ampola) a cada 3-5 minutos**. Para facilitar a memorização, grave que é a cada 4 minutos, ou seja: a cada dois ciclos (ciclo sim, ciclo não).

Se após o terceiro choque ainda houver um ritmo chocável, é hora de administrar um antiarrítmico: **Amiodarona** ou **Lidocaína**. Segundo o último ACLS, os dados ainda são insuficientes pra distinguir a eficácia entre as duas no contexto de PCR, então você pode escolher qual delas fazer (doses a seguir).

POR ONDE ADMINISTRAR AS MEDICAÇÕES NA PCR?

Bom, idealmente por via **intravenosa**, mas também pode ser utilizada a via **intraóssea** se houver dificuldade em obter um acesso venoso periférico. Se nada der certo, considere puncionar um **acesso central**.

A via endotraqueal deve ser evitada, já que resulta em concentrações baixas e muito imprevisíveis.

ALGORITMO RITMO CHOCÁVEL



DÚVIDA COMUM: CHECAR RITMO OU PULSO?

Quando você encerra um ciclo de dois minutos, a conduta imediata é **INTERROMPER** as compressões e **analisar o RITMO!** Assim você pode definir em qual algoritmo você está (*ritmos chocáveis versus não-chocáveis*).

E quando é que checamos o PULSO? Quando o monitor mostra um **RITMO ORGANIZADO!**

Do contrário, caso você veja uma FV ou uma assistolia verdadeira (após fazer o protocolo da linha reta), **não tem o menor sentido checar o pulso** nesse momento, afinal, esses ritmos não são capazes de gerar pulso significativo e são **SEMPRE** ritmos de PCR.

RITMOS NÃO CHOCÁVEIS (ASSISTOLIA E AESP)

Reconhecimento clínico

Se o monitor mostrar uma linha reta, temos a **Assistolia**. Se o monitor exibir qualquer ritmo organizado (como um ritmo sinusal, bloqueios, etc.), mas o paciente continuar sem pulso, chamamos de **Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)**.



ERRO COMUM

Nem toda linha reta é assistolia, pode ser só um erro de monitorização. Por isso, existe o Protocolo da Linha Reta (ou "Protocolo Cagada" para os íntimos). Você deve checar os **Cabos**, aumentar o **Ganho** e trocar a **Derivação**. Se depois disso ainda tiver uma linha reta no monitor, aí sim você confirma que é uma assistolia mesmo.

RITMOS NÃO CHOCÁVEIS

ASSISTOLIA



**CABOS
GANHO
DERIVAÇÃO**



ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)

Nesses casos, não há indicação de desfibrilação e nem de antiarrítmicos. A prioridade é administrar **adrenalina 1mg** imediatamente (e a cada 3-5 minutos) e **ENCONTRAR LOGO A CAUSA!**



E quais são as possíveis causas de PCR? Aqui, nós usamos o famoso mnemônico dos **5 Hs e 5 Ts**:

- **5 Hs:** Hipovolemia, Hipóxia, Hidrogênio (acidose), Hipo/Hipercalcemia, Hipotermia.
- **5 Ts:** Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo), Tamponamento cardíaco, Toxinas, Trombose pulmonar (TEP), Trombose coronariana (Infarto).



SITUAÇÕES ESPECIAIS

GESTANTES

A maioria das condutas vai ser IGUAL ao que já vimos, incluindo a carga de desfibrilação, as drogas e a técnica de compressão torácica.

Mas atenção! Quando a gestação tem mais de 20 semanas, o útero gravídico comprime a veia cava inferior, prejudicando o retorno venoso. Pode comprimir também até a aorta, prejudicando muito o débito cardíaco. É o que chamamos de "compressão aortocava" na gestante.

Por causa disso, em gestações com mais de 20 semanas (ou seja, fundo uterino palpável acima da cicatriz umbilical), devemos fazer o **alívio da compressão aortocava por meio do deslocamento manual e contínuo do útero para a esquerda**.

E o feto? Preciso monitorizar o bem estar fetal? NÃO!!! Guarde o seguinte: **A melhor chance de sobrevivência fetal é o sucesso da ressuscitação materna**. A monitorização fetal pode distrair os reanimadores e atrapalhar as manobras de reanimação.

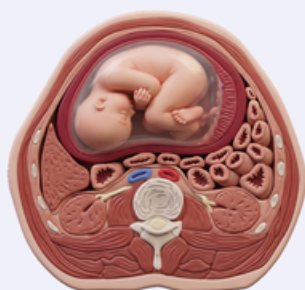
Inclusive, se não houver RCE em 4 a 5 minutos de RCP deve-se realizar a **cesárea perimortem** (ou "parto ressuscitativo") no próprio local. O objetivo principal é otimizar a reanimação materna, já que a retirada do feto alivia a compressão aortocava e provoca uma autotransfusão de grande quantidade de sangue, aumentando drasticamente o retorno venoso. Essa conduta de emergência está indicada nas gestações > 20 semanas.

Entre as causas de PCR na gestante, precisamos dar uma atenção especial aqui: hemorragia maciça, hemorragia intracraniana associada à eclâmpsia, toxicidade por fármacos (anestésicos locais e sulfato de magnésio), embolia por líquido amniótico.

PCR NA GESTANTE

IG > 20 SEMANAS:

DESLOCAMENTO UTERINO



CESAREA PERIMORTEM



HIPOTERMIA

A hipotermia grave (temperatura central < **30 °C**) é uma causa reversível de PCR (um dos Hs) e é frequentemente associada a vítimas de afogamento, por exemplo. Ela pode mascarar os sinais vitais, gerando um pulso extremamente fino e impalpável. Sob temperaturas tão baixas, o metabolismo e o consumo de oxigênio estão reduzidos, o que aumenta as chances de um melhor prognóstico neurológico mesmo após uma PCR prolongada.

Existem algumas peculiaridades da PCR na hipotermia que vale a pena conhecer:

1. **DESFIBRILAÇÃO:** a desfibrilação pode ser MENOS eficaz, e choques sucessivos podem até agravar o dano miocárdico! Por causa disso, o ACLS orienta desfibrilar apenas UMA vez e, caso seja necessário um novo choque, o ideal é adiar para quando a temperatura for maior que 30°C.
2. **ADRENALINA:** também pode ser menos eficaz na hipotermia grave... não existem evidências robustas quanto a isso, mas o ACLS sugere administrar adrenalina só quando a temperatura for maior que 30°C.
3. **REAQUECIMENTO:** pode ser feito de forma passiva (p.ex. cobertores) e ativa (manta aquecida, fluidos aquecidos e até por ECMO, que parece estar associada a melhora de sobrevida). Porém, não podemos reaquecer rápido demais! Isso pode levar a uma hipertermia cerebral relativa, piorando o prognóstico neurológico. Ainda não se sabe ao certo a velocidade ideal de reaquecimento, mas o ACLS recomenda um aumento de 1,5 a 5°C por hora.

AFOGAMENTO

Sabemos que nos casos de afogamento, a causa primária da PCR é a hipóxia, o que torna a **ventilação uma prioridade absoluta**, mais até do que as compressões! Profissionais treinados podem iniciar a ventilação de resgate ainda dentro da água, mas as compressões torácicas só devem ser iniciadas após a vítima ser colocada em uma superfície firme.

Falando em compressões torácicas, seu início assim que possível é mais importante do que o uso de desfibrilador externo automático (DEA) nos casos de afogamento. O motivo é simples: **apenas uma minoria dos casos de PCR por afogamento tem ritmo chocável (2-12%)**. Ou seja, a prioridade absoluta no afogamento é a ventilação, depois as compressões, e depois a avaliação do ritmo com DEA.

TORSADES DE POINTES

Esse tipo de TV polimórfica está associado ao intervalo QT longo. Por ser um ritmo chocável, está indicada a desfibrilação. Mas existe um cuidado aqui: normalmente, faríamos amiodarona no algoritmo do ritmo chocável. O problema é que amiodarona pode alargar mais ainda o intervalo QT, por isso ela é **CONTRAINDICADA!**

Nesse caso, podemos lançar mão do **sulfato de magnésio** como antiarrítmico para prevenir a recorrência dessa arritmia.



CUIDADOS PÓS-PCR

EXAMES INICIAIS

Imagine que, após 12 minutos de reanimação, seu paciente alcançou o tão sonhado RCE (retorno à circulação espontânea)! O trabalho não acabou; o cérebro e o coração estão sofrendo as consequências da isquemia.

Como você deve imaginar, as prioridades nesse momento são:

- 1) identificar e tratar a causa da PCR, caso isso ainda não tenha sido feito;
- 2) identificar e tratar complicações da PCR e das manobras de reanimação.

Para o primeiro objetivo, é provável que precisemos de alguns exames complementares. Entre eles, o **eletrocardiograma de 12 derivações** está indicado pra absolutamente TODOS os pacientes após uma PCR! E, se houver suspeita de infarto, o paciente deve ser encaminhado para o setor de hemodinâmica para angiografia coronária (famoso CATE).

Em alguns casos, se o paciente tiver condições de transporte, pode ser interessante a realização de TOMOGRAFIAS que podem mostrar: hemorragia cerebral, TEP, tamponamento, dissecção de aorta, pneumotórax.

Nesse mesmo sentido, você também pode lançar mão do **ultrassom point-of-care** para encontrar rapidamente diversas causas reversíveis de PCR, como tamponamento cardíaco, sinais de TEP, pneumotórax, hipovolemia, disfunção de contratilidade segmentar que sugere infarto, dissecção de aorta, dentre outras causas.

Por outro lado, quando pensamos no segundo objetivo, sabemos que uma de nossas preocupações agora é minimizar o dano cerebral pelo tempo de hipoperfusão durante a PCR, como você verá a seguir:

SÍNDROME PÓS-PCR

A tal da "**Síndrome Pós-PCR**" exige cuidados rigorosos para evitar o dano secundário por isquemia-reperfusão. Afinal, a **encefalopatia hipóxico-isquêmica** é a principal causa de morbimortalidade nos pacientes que atingem o RCE.

Ou seja, independentemente da causa da PCR, existem alguns cuidados BÁSICOS no pós-PCR que você precisa saber, que estão listados no quadro a seguir:



SENDO ASSIM, SE LEMBRE

CUIDADOS BÁSICOS PÓS-PCR:

- **Hemodinâmica:** O alvo de PAM é ≥ 65 mmHg.
- **Via aérea:** se ainda não tiver dispositivo de via aérea avançada, esse é o momento de avaliar a necessidade de intubação / dispositivo supraglótico.
- **Alvo de saturação de oxigênio:** 90-98%, usando a menor FiO2 possível (ou alvo de PaO2 entre 60-105mmHg). Mas detalhe: é recomendado usar uma FiO2 de 100% só até você conseguir mensurar a saturação ou a PaO2.
- **PaCO2 entre 35 - 45 mmHg** (daí a utilidade da capnografia nesses pacientes pós-PCR). A hipocapnia causa vasoconstrição e pode agravar isquemia cerebral. Já a hipercapnia causa o oposto e pode exacerbar um aumento da pressão intracraniana.
- **Controle Direcionado de Temperatura (CDT):** é recomendado para todos os pacientes que estão arresponsivos após o RCE. O objetivo é manter uma temperatura entre 32 e 37,5°C por pelo menos 36 horas (atenção, mudança recente no ACLS). Ou seja, manter hipotermia leve ou normotermia (não há evidência forte que favoreça uma sobre a outra), evitando hipertermia.
- **Eletroencefalograma:** fortemente recomendado em todo paciente pós-PCR que não segue comandos para diagnóstico de convulsões e status epilepticus (incidência de 10-35% nesses pacientes).
- **Controle da glicemia:** evitar hipoglicemia (< 70 mg/dL) e hiperglicemia (> 180 mg/dL).

CUIDADOS PÓS-PCR



SpO₂ 90-98%



Pressão Arterial
Média ≥ 65 mmHg



Temperatura 32-37.5°C
se arresponsivo



Evitar hipoglicemia (< 70) e
hiperglicemia (> 180)



PaCO₂ 35-45 mmHg



EEG se não segue comandos

Resumo em 1 minuto

- **C-A-B da PCR:** Compressões em primeiro lugar (100-120/min, 5-6 cm). Interrupções < 10 segundos.
- **Gasping = PCR:** Respiração agônica não é respiração; inicie compressões.
- **Via Aérea Avançada:** Compressões contínuas e 1 ventilação a cada 6 segundos (10/min).
- **Capnografia:** O melhor marcador de qualidade da RCP. Alvo de ETCO₂ > 10 mmHg (ideal ≥ 20 mmHg). Salto abrupto = RCE.
- **Ritmos Chocáveis (FV / TVSP):** Desfibrilação. Adrenalina após o 2º choque. Amiodarona (300mg) ou lidocaína (1,5mg/kg) após o 3º choque.
- **Ritmos Não Chocáveis (Assistolia / AESP):** Protocolo da Linha Reta. Adrenalina o mais rápido possível. Tratar SHs e STs.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review**...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA a Medicina?**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.

Clique Aqui!

Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

