



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FEIRA DE SANTANA



POP 03: Edema Agudo de Pulmão



SAMU
192

ELABORADORES

2

UEFS/ GRUPO PET- SAÚDE/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/ SAMU 192

Profa . Me. Aline Silva Gomes Xavier

Tutora

Profa . Me. Maíza Sandra Ribeiro Macêdo Silva

Preceptora

Enfa . Rita de Oliveira Lima

Preceptora

Flávia Daniele Barreto Chaves

Bolsista

Henrique Rosário Santana

Bolsista

Karolina Carvalho da Silva

Bolsista

Laureana Oliveira da Silva

Bolsista

Tarciso Maia Santos

Bolsista

Ubiraci Queirós dos Santos

Bolsista

2014

PRIMEIRA REVISÃO

Maíza Sandra Ribeiro Macedo

Coordenação Geral

Robson Batista

Coordenação Administrativa

Fabrcia Passos Pinto

Coordenação de Enfermagem

José Luiz Oliveira Araújo Júnior

Coordenador Médico

Milena Soares Araújo Amorim

Coordenação do NEP

Rodrigo do Santos Matos

Médico do NEP

Julho/2015

SAMU 192 – É vedada a reprodução total ou parcial do conteúdo deste protocolo sem prévia autorização sob pena de sofrer as penalidades previstas nas leis de direitos autorais.



SEGUNDA REVISÃO

Maíza Sandra Ribeiro Macedo
Coordenação Geral

Fabricia Passos Pinto
Coordenação do NEP

Bruno Passos Sampaio
Médico do NEP

Março/2020

COLABORADORES

Equipe SAMU 192

SAMU

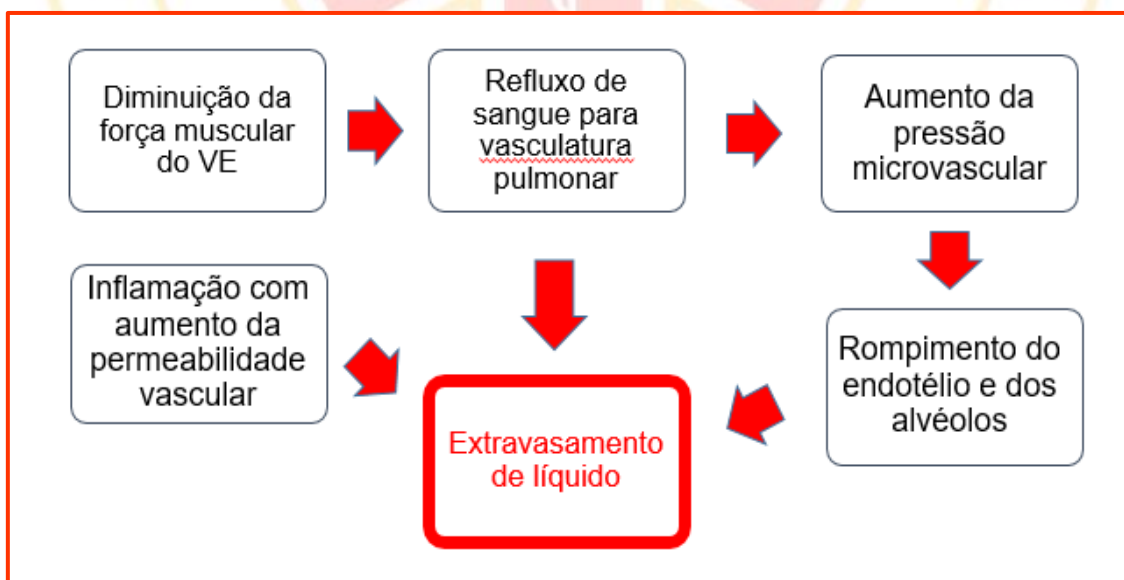
192



POP 03: Edema Agudo de Pulmão

O edema agudo de pulmão (EAP) pode ser definido como uma síndrome clínica de insuficiência respiratória hipoxêmica composta por sinais e sintomas decorrentes do acúmulo anormal e súbito de líquidos, provenientes dos capilares pulmonares para o espaço intersticial e alveolar, que se acumulam nessas regiões ao ultrapassarem a capacidade de drenagem dos vasos linfáticos, comprometendo a troca gasosa alvéolo-capilar.

O EAP pode ser clinicamente classificado em cardiogênico e não cardiogênico. No EAP cardiogênico está associado à excessiva elevação da pressão hidrostática no interior dos capilares pulmonares, superando a capacidade de drenagem dos vasos linfáticos e sanguíneos; no que tange o EAP não cardiogênico ocorre inflamação e aumento da permeabilidade capilar com exsudação de líquido para o interstício pulmonar.



O quadro clínico apresenta-se inicialmente com taquipnéia e dispnéia leve, tosse seca e hipoxemia relativa. Na evolução clínica surge dispnéia intensa, ortopnéia, sensação de opressão torácica, palidez cutânea, extremidades frias, sudorese, cianose, tosse com expectoração clara ou rósea, taquicardia, estertores pulmonares à ausculta (inicialmente na base, depois em todo o pulmão) com ou sem roncospilobios. Assim sendo observa-se que o diagnóstico do EAP é eminentemente clínico, devendo ser prontamente identificado para ser tomado a terapêutica imediata.



Quadro clínico do EAP:



É de grande importância salientar que o EAP é uma emergência médica que, geralmente, é uma consequência de uma patologia de base e nesse caso a história é importante para tentar identificar a causa e, se possível, tratá-la.

Na abordagem inicial deve-se atentar para a idade do paciente, antecedentes cardiológicos, as características dos sintomas como dispnéia importante, presença de secreção rósea pela boca e intolerância ao decúbito dorsal. Avaliar sinais de gravidade como os distúrbios de consciência, dispnéia, sudorese e palidez.

Na decisão técnica a USA deve ser enviada quando identificado necessário. Aos solicitantes deve ser orientado que estimule o repouso absoluto do paciente em posição sentado e, se possível, com os membros inferiores pendentes, diminuindo, assim, o retorno venoso. Deve-se solicitar também o afrouxamento das vestes e que não seja realizada nenhuma ingestão oral.

Na conduta intervencionista deve-se:

- ✓ Manter o paciente em posição sentada;
- ✓ Realizar monitorização multiparamétrica;
- ✓ Instalar acesso venoso periférico;
- ✓ Administrar O₂ por meio de máscara não reinalante e, se necessário, por ventilação assistida (com dispositivo bolsa válvula máscara, máscara laríngea ou intubação traqueal);
- ✓ Administrar Furosemida (Lasix)
 - em adultos 0,5 a 1 mg/kg/dose IV;
 - em crianças a dose deve ser de 1 a 2mg/kg/dose.
 - A dose pode ser repetida após 20 minutos.
 - 1 ampola = 20 mg (não deve ser utilizada em pacientes com hipotensão ou choque cardiogênico);
- ✓ Dinitrato de isossorbida (Isordil, Isocord) na dose de 5mg SL a cada 5min desde que a PAS seja > que 90mmHg.
 - A dose máxima, via sublingual, é de 30 mg;



- ✓ Sulfato de morfina (Dimorf): dose 3 mg IV (infusão lenta), podendo ser repetida a cada 05 minutos.
 - 1 ampola = 1 ml = 10 mg (diluída em 9ml de AD), máxima de 10 mg;
- ✓ Uso de inotrópicos e/ou vasopressores de acordo com a clínica e fluxograma a seguir.

Fluxograma de atendimento aos pacientes com EAP.

