



Assunto: **ASSISTÊNCIA À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

1. ABRANGÊNCIA

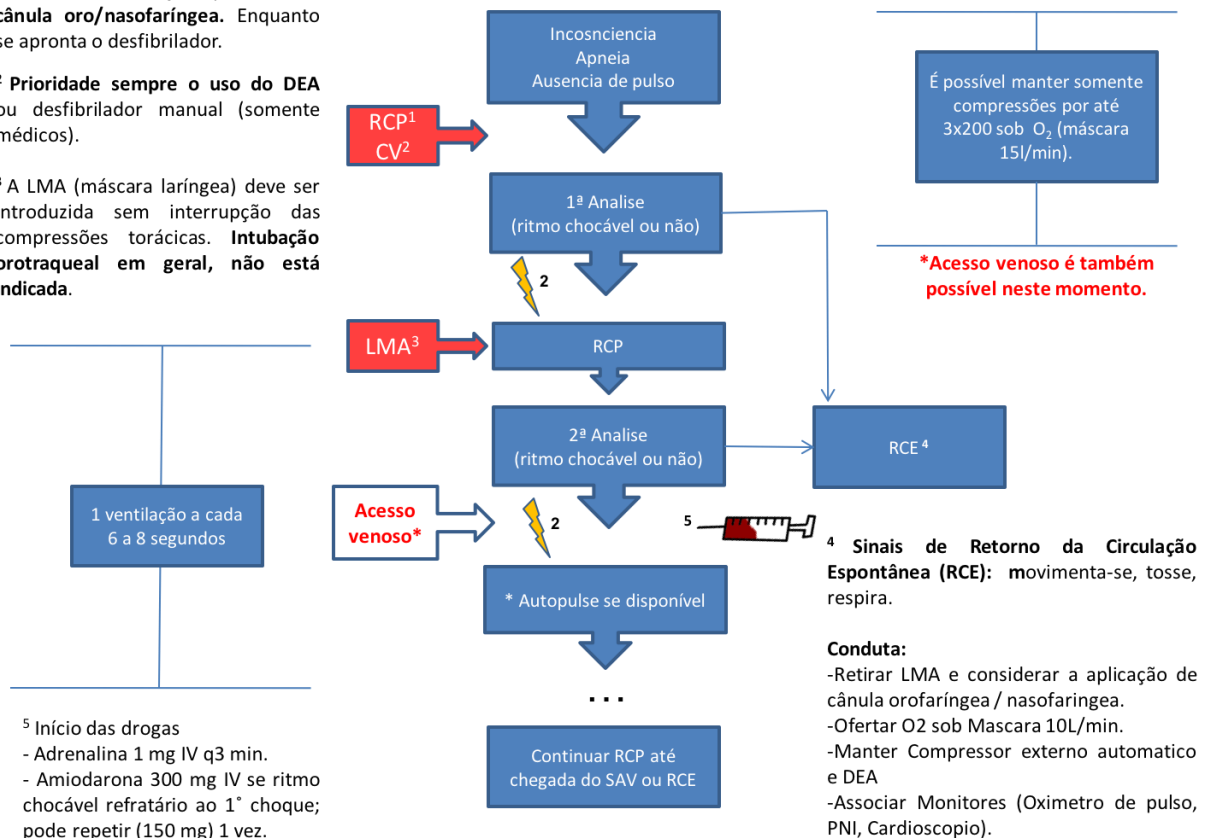
Estas recomendações se destinam a todos os bombeiros militares do GSE, no entanto, pode haver diferenças com relação à autonomia sobre alguns procedimentos, em respeito à norma jurídica e aos conselhos de classe profissional.

2. ALGORITMO DE ABORDAGEM SISTEMATIZADA À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO

¹ "CAB". Introdução precoce de cânula oro/nasofaríngea. Enquanto se apronta o desfibrilador.

² Prioridade sempre o uso do DEA ou desfibrilador manual (somente médicos).

³ A LMA (máscara laríngea) deve ser introduzida sem interrupção das compressões torácicas. Intubação orotraqueal em geral, não está indicada.



⁵ Início das drogas
- Adrenalina 1 mg IV q3 min.
- Amiodarona 300 mg IV se ritmo chocável refratário ao 1º choque; pode repetir (150 mg) 1 vez.

A parada cardiorrespiratória (PCR) no adulto é identificada através de três sinais: inconsciência, apneia e ausência de pulso arterial carotídeo.

¹ "CAB" se refere à **seqüência de abordagem circulação-vias aéreas-ventilação**.

² A prioridade nas PCR presumidamente primárias (causa cardíaca), é o emprego do DEA (desfibrilador externo automático) ou cardioversor. Deve ser aplicado tão logo disponível. Porém, deve-se **manter RCP** com relação compressão ventilação/compressão 30:2, **até o momento que esteja pronto para a análise de ritmo**.

³ Os dispositivos supraglóticos são a **via aérea artificial de escolha** na PCR em APH. Uma vez introduzidos, a ventilação se torna independente das compressões torácicas, oferecidas agora às taxas de 1:5 segundos e 100 a 120/min, respectivamente.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO



⁴ A recuperação da circulação espontânea (RCE) é diagnosticada pelos sinais: **movimentos espontâneos, tosse ou respiração**. Uma vez identificada RCE, pode ser necessário retirar o dispositivo supraglótico, caso a vítima recobre a consciência. Manter a assistência ventilatória em 1:6 a 8 segundos, caso permaneça inconsciente. **Não desconectar os eletrodos adesivos**, porém o DEA pode ser desligado, mantendo a **reavaliação continuada** (incluindo oximetria de pulso) durante o transporte. Se a vítima evoluir com novo episódio de PCR, torne a ligar o DEA e reinicie o algoritmo acima. Em ASE avançada, manter monitoramento cardíaco, oximétrico e pressão não-invasiva.

⁵ As drogas recomendadas em PCR são (a) adrenalina, 1mg IV a cada 3 minutos, **independente do ritmo cardíaco**; (b) amiodarona para fibrilação/taquicardia ventricular (FV/TV) **refratária ao primeiro choque**, 300 mg IV bolus na primeira dose e 150 mg na segunda (e **última**) dose, **quando necessária**. Ambas as drogas devem ser utilizadas exclusivamente por **oficiais médicos e enfermeiros**, devidamente treinados.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OBJETIVO DO FATOR CAUSAL (5H/5T)

3.1 “5H/5T”

Hipoxemia: afogamento, inalação de fumaça, transtorno respiratório (asma, DPOC, EAP).

Hipercalemia: indícios de insuficiência renal, como a presença de fístula arteriovenosa confeccionada em membros ou esmagamento?

H⁺ (acidose): indícios de insuficiência renal ou diabetes descompensado?

Hipovolemia extrema (exanguinação).

Hipotermia: afogamento e outros.

Trombose coronariana: angina prévia à PCR?

Tensão (pneumotórax): trauma de tórax?

Tóxico (cocaína, opióides, benzodiazepínicos, carbamatos/organofosforados, antidepressivos tricíclicos e outros).

Tromboembolismo pulmonar maciço.

Tamponamento pericárdico.

* Pesquisar sobretudo em PCR por ritmo não-chocável.

3.2 CONTRAMEDIDAS

Em paradas cardiorrespiratórias de natureza presumidamente **asfíxica** (ver item 3.1, hipoxemia, pneumotórax hipertensivo, tóxicos depressores do centro respiratório), a sequência de abordagem deve ser **ainda “ABC”**, como no trauma, ao invés de “CAB”.

Hipoxemia >> ênfase na ventilação com oxigênio suplementar (10l/min)

Hipercalemia >> NaHCO₃ 1 mEq/kg IV bolus (1mEq= 1ml da solução 8,4%)

H⁺ (acidose) >> NaHCO₃ 1 mEq/kg IV bolus (1mEq= 1ml da solução 8,4%)



Assunto: **ASSISTÊNCIA À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Hipotermia >> aquecer o paciente com os meios possíveis durante a RCP, deixando apenas o tórax desnudo.

Trombose coronariana >> transportar para unidade hospitalar com capacidade para angioplastia / trombólise.

Tensão (pneumotórax) >> punção com "Jelco" 14G (vide POP APH nº 02), **somente por oficiais médicos.**

Tóxico >> antídotos (naloxone para opióide, atropina para carbamato)

Tromboembolismo pulmonar -----

Tamponamento pericárdico -----

* O NaHCO₃ em tais circunstâncias pode ser utilizado exclusivamente por **oficiais médicos e enfermeiros**, devidamente treinados.

4. COMPETÊNCIAS ESTENDIDAS DO OFICIAL ENFERMEIRO

- 1) Introdução da máscara laríngea (LMA).
- 2) Infusão da adrenalina e amiodarona (quando indicada).
- 3) Infusão do NaHCO₃ na dose máxima de 1 mEq/kg de peso estimado do paciente, em suspeita de PCR secundária à hipercalemia ou acidose metabólica, em paciente de insuficiência renal crônica ou diabetes.

* O oficial enfermeiro deve utilizar o DEA e não desfibrilador manual.

* Se não houver RCE após o 2º choque e o apoio médico não estiver no local, iniciar a evacuação tentando manter as compressões (com ventilação através de máscara laríngea). Caso disponível, o autopulse deve ser utilizado nestes casos.

5. DESFIBRILAÇÃO MANUAL

Uso exclusivo pelo oficial médico.

- 1) Primeiro choque: dose recomendada pelo fabricante; se ignorada, 200J (bifásico).
- 2) Demais choques: não se demonstrou diferença de prognóstico entre dose escalonada (120 > 150 > 200...200...J) e dose fixa (200 >> 200...J).
- 3) Todavia, caso o primeiro choque tenha seguido a recomendação do fabricante (<200J) sem sucesso, sugerimos elevar a dose dos choques subsequentes para 200J.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO



6. INTERVENÇÕES CONTRAINDICADAS

- 1) Atropina na PCR do adulto, EXCETO em caso de intoxicação por organofosforado/carbamato (2 mg/dose, até 3 doses q15 min; guiar-se pela diminuição da sialorréia e broncorréia). **Uso exclusivo do oficial médico.**
- 2) Marca-passo transcutâneo.
- 3) Vasopressina.
- 4) Amiodarona em PCR por ritmo não-chocável.

6. BIBLIOGRAFIA

2015 AMERICAN HEART ASSOCIATION GUIDELINES UPDATE FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. e suas atualizações online.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na S&CO