

20. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Karina Suzuki¹

Ítalo Seixas Costa²

Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro³

Silvio José de Queiroz⁴

Crissiane Vilela Souza Costa Amaral⁵

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 422/2012. Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica.

Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN 567/2018. Aprova o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução.

Parecer de Câmara Técnica nº 024/2018/CTAS/COFEN. Carro de Emergência. Conferência. Vistoria. Reposição.

Resolução COFEN nº 619/2019. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 641/2020. Utilização de Dispositivos Extraglótricos (DEG) e outros procedimentos para acesso à via aérea, por Enfermeiros, nas situações de urgência e emergência, nos ambientes intra e pré-hospitalares.

Resolução COFEN nº 648/2020. Dispõe sobre a normatização, capacitação e atuação do enfermeiro na realização da punção intraóssea em adultos e crianças em situações de urgência e emergência pré e intra-hospitalares.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

¹ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

² Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás de Goiânia- Goiás.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Promoção em Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-Goiás.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás.

Com o crescente aumento no número de atendimentos de urgência e emergência no país, gerados pelos “acidentes” de trânsito, violência, e doenças de várias etiologias, sobretudo cardiovasculares, surge a necessidade de prestar um atendimento rápido nos primeiros cuidados a estas vítimas de traumas e males súbitos, com a finalidade de evitar o agravamento do quadro apresentado e/ou morbidades. As situações de emergências exigem intervenções de enfermagem e médica, imediatas, pelo risco iminente de morte, enquanto em urgência, existe o risco de morte só que de caráter menos imediatista.

1 TRAUMA

1.1. Introdução e definição

O trauma é uma das principais causas de mortalidade e de problema de saúde pública no Brasil e no mundo entre jovens de 11 a 44 anos. Caracteriza-se por qualquer evento nocivo que promova lesões decorrentes de liberação ou barreiras físicas ao fluxo normal de energia (afogamentos, quedas, violência interpessoal, autoextermínio, queimaduras, atropelamentos, acidentes automobilísticos e motociclísticos).

Em relação à avaliação da vítima, destacam-se duas etapas: a avaliação primária (inicial) e a secundária (histórico e exame físico detalhado).

1.1.1. Avaliação primária: impressão geral. Priorizar ações, avaliar e solucionar os comprometimentos de sangramentos externos graves, permeabilidade de vias aéreas (garantir desobstrução após inspeção e utilização da manobra de tração da mandíbula, uso de dispositivos mecânicos, se indicado) e a estabilização da coluna cervical (uso do colar cervical, estabilização manual, protetores laterais), seguida do padrão respiratório (expansão torácica, simetria, frequência e necessidade de oxigênio, curativo valvulado), circulatórias (possibilidade de hemorragia interna e externa, sinais de choque: perfusão prejudicada, sudorese, pele fria, sede, taquicardia), alterações neurológicas (nível de consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow) e a exposição da vítima para a investigação de possíveis lesões, prevenindo a hipotermia (XABCDE).

- X – Contenção de sangramentos externos graves;
- A – Atendimento à Via Aérea e Controle da Coluna Cervical;
- B – Ventilação;
- C – Circulação;
- D – Disfunção Neurológica;
- E – Exposição e ambiente.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
VARIÁVEIS	RESPOSTA	ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1

Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	≤ 8

Fonte: Autores deste protocolo (2017) baseado nas referências consultadas (PHTLS, 2020).

1.1.2. Avaliação secundária: identificar e tratar lesões não observadas na 1ª avaliação, incluindo a avaliação céfalo-caudal, neurológica, do diâmetro pupilar, foto reação e aferição de sinais vitais. Evitar o retardo do transporte da vítima, já que a sua avaliação pode ser realizada durante o transporte. Para obtenção do histórico rápido, sugere-se o método **SAMPLA**.

S – Sintomas;

A – Alergias

M – Medicações;

P – Passado médico e antecedente cirúrgico;

L – Líquido e alimentos;

A – Ambiente.

Sinais vitais

Respiração (frequência, ritmo e amplitude)

Pulso (frequência, ritmo e volume);

Pressão arterial;

Pele (temperatura, cor, turgor e umidade).

2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

2.1. Introdução e definição

O acidente vascular cerebral (AVC), pode ser definido como um déficit neurológico, geralmente, local, de instalação súbita ou de evolução rápida, sem outra causa aparente que não a vascular. Os tipos de AVC são definidos basicamente em:

a) Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos (AVCI): 80-85 % dos casos;

b) Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos (AVCH): 15-20 % dos casos.

2.2. Etiologia

2.2.1. Mecanismos do AVCI:

- a) Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo;
- b) Valvulopatias, miocardiopatias, arritmias (mais frequente, fibrilação atrial);
- c) Hipertensão arterial sistêmica crônica;
- d) Arterites, estados de hipercoagulabilidade (trombofilias), dissecções arteriais cervicais.

2.2.2. Mecanismos do AVCH:

1. Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP): hipertensão arterial sistêmica, angiopatia amiloide cerebral, malformações vasculares, aneurismas vasculares e micóticos rotos, distúrbios da coagulação, sangramentos de tumores cerebrais, artrites e drogas.
2. Hemorragia subaracnóidea espontânea (HSAe): ruptura de uma dilatação (aneurismas) em uma artéria.

2.3. Achados clínicos

O tempo de evolução do déficit neurológico é fundamental. Se o início do AVC não pode ser determinado, considera-se a última condição normal da pessoa.

A apresentação clínica depende da região comprometida, de maneira geral, pode ocorrer:

- a) Déficit motor ou sensitivo;
- b) Alterações de nervos cranianos do tronco encefálico (diplopia, anisocoria, nistagmo, vertigem, disfagia, disartria, afasia);
- c) Cefaleia;
- d) Náuseas, vômitos;
- e) Crises convulsivas (principalmente AVCH lobares);
- f) Sinais de irritação meníngea (HSA).

2.4. Conduta

Suporte clínico na fase aguda

1. Permeabilidade das vias aéreas. O2 suplementar se saturação < 95% à oximetria de pulso;
2. Nível de consciência: observação periódica → necessidade de mais medidas de suporte;
3. PA: avaliação periódica (pode variar de forma rápida);
4. Hidratação adequada;
5. Correção imediata de distúrbios metabólicos (hiper/hipoglicemia);
6. Controle da temperatura corporal de 2/2 horas;
7. Alimentação: dieta oral zero nas primeiras 24 horas;
8. Profilaxia para infecção do trato urinário e pulmonar; lesão por pressão, Trombose Venosa Profunda (TVP) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP);

9. Fisioterapia motora e respiratória precoce, após a estabilização clínica do paciente.

Tratamentos específicos: recanalização do vaso ocluído com o uso de trombolíticos (quando indicado), ou procedimentos neurocirúrgicos em alguns casos de AVCH.

- a) Prevenção e tratamento de complicações neurológicas;
- b) Instituição precoce de uma profilaxia secundária, baseada no mecanismo fisiopatológico determinante do AVC;
- c) Início precoce de reabilitação.

3. INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

3.1. Introdução e definição

Intoxicação exógena é causa frequente de admissão hospitalar e, também, de morbimortalidade. A maioria dos pacientes com intoxicação exógena aguda apresenta uma evolução favorável, se tratada adequadamente.

Em relação ao agente causal, os medicamentos mais frequentes são: benzodiazepínicos (diazepam®), antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos (haloperidol). Em seguida, produtos de limpeza de uso doméstico e em terceiro lugar, os herbicidas e pesticidas, seguidos por produtos industriais.

3.2. Etiologia e fisiopatologia

Cada tipo de intoxicação tem sua particularidade e seu mecanismo fisiopatológico. Os centros toxicológicos assumem um papel importante em informar o comportamento das substâncias e o manejo do paciente exposto.

3.3. Achados clínicos

É importante realizar uma investigação detalhada com o paciente ou a família acerca de:

1. Medicamentos ingeridos: nome, dosagem, número de cartelas vazias;
2. Solicitar a busca de frascos, líquidos ou de qualquer material suspeito no domicílio;
3. Hora e data da ingestão, o mais preciso possível;
4. Se a ingestão foi acidental ou intencional.

Os achados da história e do exame físico podem classificar os pacientes em síndromes, o que é importante não só por sugerir a etiologia, mas também para guiar a terapêutica.

QUADRO 1. SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS E CAUSAS PRINCIPAIS

SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS	SINAIS/ SINTOMAS	CAUSAS
Síndrome anticolinérgica	midríase, agitação, confusão mental, retenção urinária, vasodilatação periférica e hipertensão arterial.	antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, antiespasmódicos

Síndrome colinérgica	miose, bradicardia, sialorreia, lacrimejamento, diarreia, sudorese, hipertensão arterial, coma e convulsões	carbamatos, fisostgmina, pilocarpina, organofosforados
Síndrome simpato-lítica	bradicardia, hipotensão, vômitos e rebaixamento do nível de consciência.	alfa e beta bloqueadores, inibi-dores dos canais de cálcio, amiodarona/digital
Síndrome adrenérgica	agitação, taquicardia, hipertensão e midríase, dor precordial (infarto agudo do miocárdio), acidente vascular cerebral, rbdomioli-se e convulsões	cocaína/anfetaminas, hormônios tireoidianos, inibidores da monoaminoxidase, derivados de ergotaminicos
Síndrome de hipoatividade	rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória.	opióides, benzodiazepínicos, álcool, anticonvulsivantes
Síndrome dissociativa	taquicardia, tremores, hipertensão arterial, hipertermia, euforia, alucinações e desidratação	LSD, ecstasy
Síndrome asfixiante	dispneia, cefaleia, convulsão, náuseas e vômitos; depressão respiratória, coma, hipotensão, arritmias, edema pulmonar	cianeto, gases, vapores, monóxido de carbono

Fonte: Autores deste protocolo (2022) baseado nas referências consultadas.

3.4. Conduta

Avaliação dos sinais vitais, nível de consciência, tamanho da pupila e glicemia capilar. Priorizar os sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico. Monitorização cardíaca, ECG, oximetria de pulso e acesso venoso são essenciais. Realizar, quando aplicável, notificação compulsória.

Princípios gerais: identificar o tóxico, avaliar gravidade do paciente e estabilização clínica, diminuir absorção do tóxico, aumentar eliminação e prevenir reexposição.

- **Lavagem Gástrica:** realizar com, no máximo, 1 hora da ingestão, através de sondagem nasogástrica de grosso calibre, doses de 250 ml de soro, com retorno do conteúdo, até não haver mais retorno de qualquer substância. **Não realizar sondagem em pacientes com ingestão de substâncias corrosivas.**

4. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (IRpA)

4.1. Introdução e definição

A instalação aguda da incapacidade de atender as demandas de oxigenação do organismo pelo sistema respiratório define a Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA).

Classifica-se a IRpA em:

I - TIPO I ou HIPOXÊMICA ($PAO_2 < 50$ mmHg) → neoplasias, traumas, infecções, DPOC's, entre outras etiologias;

II - TIPO II ou HIPERCÁPNICA ($PACO_2 > 50$ mmHg) → uso de medicamentos depressores do SNC, aumento da pressão intracraniana, doenças metabólicas, infecções entre outras.

Os achados clínicos mais comuns estão associados às alterações que dependem da etiologia. A assistência de enfermagem, inicialmente, deve ser voltada ao atendimento das necessidades primárias comprometidas pela troca gasosa ineficaz (suporte ventilatório), monitorização cardíaca, oximetria de

pulso, exame físico direcionado (ausculta cardíaca, pulmonar, nível de consciência, perfusão tecidual, coloração da pele, anamnese, interpretação de exames complementares, como gasometria arterial e raio X de tórax. O suporte ventilatório poderá ser oferecido com dispositivos de alto fluxo invasivos e não invasivos (máscaras faciais, ventilação mecânica não invasiva e invasiva). O Fluxograma I de atendimento à IRpA está no final deste protocolo.

5. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)

5.1. Introdução e definição

Qualquer obstrução da via aérea poderá determinar um padrão respiratório prejudicado, devendo o enfermeiro saber diferenciar uma obstrução grave (total), que necessita de intervenção imediata, de uma obstrução leve (parcial). Os principais sinais e sintomas de OVACE estão associados às alterações do nível de consciência (agitação à sonolência e coma), dificuldade ou ausência de ventilações espontâneas, taquicardia, tosse difícil ou ausente, impossibilidade de falar, palidez cutânea, cianose e o sinal universal de engasgo (mãos envolvendo a região cervical anterior).

Para desobstrução das VAS, utilizam-se métodos manuais como a **manobra de Heimlich**, para vítimas conscientes com obstrução grave por corpo estranho, e para vítimas inconscientes, é indicada a inclinação da cabeça e elevação da mandíbula (*chin lift*) e, em casos de trauma, tração da mandíbula (*jaw trust*) e dispositivos mecânicos supraglóticos quando capacitados e habilitados. O Fluxograma II de atendimento à OVACE está no final deste protocolo.

6. SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

6.1. Introdução e definição

Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma manifestação ameaçadora à vida, provocada por uma obstrução permanente ou transitória de uma artéria coronária que reflete um quadro de isquemia miocárdica aguda. Os Fluxogramas III e IV de atendimento à SCA estão no final deste protocolo.

As SCA incluem:

- a) Angina instável (AI);
- b) Infarto do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST;
- c) Infarto do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST.

Sintomas

Angina instável (AI)	Desconforto torácico, normalmente começa no centro ou à esquerda do tórax e, então, se irradia para o braço (especialmente para o dedo mínimo, região ulnar do braço esquerdo), punho, mandíbula, epigástrico, ombro esquerdo ou entre as escápulas. Os sintomas podem iniciar gradualmente ou podem aparecer e desaparecer.
-----------------------------	--

IAM sem supra ST	Dor torácica persistente, dispneia, palpitações ou síncope. Associar com a inversão de onda T, infra desnivelamento do segmento ST ou mesmo ECG normal. No entanto, com elevações significativas de marcadores de lesão cardíaca (Troponina ou CKMB quando troponina não disponível).
IAM com supra ST	Dor ou desconforto no peito, que pode irradiar-se para as costas, mandíbula, braço esquerdo e, mais raramente, para o braço direito. A dor costuma ser intensa e prolongada, acompanhada de sensação de peso ou aperto sobre tórax. Menos frequentemente, a dor é localizada no abdome, podendo ser confundida com gastrite ou esofagite de refluxo. Especialmente nos idosos, a falta de ar, pode ser o principal sintoma. Outros sintomas: incluem sudorese, palidez e alteração dos batimentos cardíacos. Nos diabéticos e nos idosos, o infarto pode ser “silencioso”, dispneia, mal-estar, confusão mental, síncope ou edema pulmonar.
CONDUTA: estratificação precoce do risco por meio da história, exame físico, ECG, marcador cardíaco. Triagem rápida e obtenção do ECG (12 derivações) diagnóstico até 10 minutos da chegada do paciente no serviço de emergência, dosagem de marcadores de necrose miocárdica, particularmente troponina (T ou I). Se normal na coleta inicial, deve ser repetida em três horas e, caso normal novamente, IAM é excluído. Caso os valores de troponina estejam alterados, tem-se o diagnóstico de IAM e indica-se cateterismo.	

Fonte: Autores deste protocolo (2022) baseado nas referências consultadas.

CONDUTA INICIAL:

- **MOVE:** Monitoração contínua de ECG; **Oxigênio** (cateter nasal de 3 L/min nas primeiras 3 horas, e depois, caso a saturação for < 90% ou durante episódio de dor); **Acesso Venoso**, Eletrocardiograma (ECG - exame)

MONABCH:

- **MORFINA:** sulfato de morfina, 1amp (10 mg) + 8 ml AD ou SF0,9%) – 2 ml a cada 5 min.

Atenção: queda na PA, depressão respiratória, náuseas e vômitos, bradicardia, prurido e broncoespasmo. Naloxone 0,4 a 0,8 mg para reverter depressão respiratória.

- **OXIGÊNIO:** cateter nasal de 3L/ min nas primeiras 3-6 horas. Se a saturação for < 90%, instalar máscara de oxigênio a 10L/ min.

- **NITRATOS*:** nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5 mg ou mononitrato de isossorbida 5 mg), desde que não haja contraindicações (infarto de ventrículo direito, uso de Sildenafil ou derivados nas últimas 24 h, hipotensão arterial). Após 5/10 min, realizar novo ECG para avaliar resolução ou manutenção do supra desnível do ST (afastar espasmo)

Atenção: observe o aparecimento de **cefaleia, hipotensão, síncope, taquicardia.**

- **AAS:** 150 a 300 mg por via oral (dose de ataque), previamente macerados ou mastigados

- **BETABLOQUEADORES:** Fase aguda – Esmolol 50 a 300 mcg/Kg/min EV, ou Metoprolol 5 mg até dose máx. 15 mg. Manutenção – Propranolol 20 a 80 mg VO até 8/8 h.

- **CLOPIDOGREL:** dose de ataque de 300 mg. Deve ser utilizado de rotina, precocemente, na dose de 75 mg/d, sempre VO.

Atenção: Pacientes > 75 anos não devem utilizar dose de ataque. Entretanto, quando se indica estra-

tégia invasiva imediata, pode-se aguardar a definição de anatomia e não necessidade de tratamento cirúrgico para início do clopidogrel.

- **HEPARINA NÃO FRACIONADA:** Bolus inicial: 60 U/kg (máximo 5.000 U). Infusão inicial: 12 UI/kg/hora (máximo 1000 U/hora), EV; TTP alvo: entre 50-70 seg), é recomendada em caso de **indisponibilidade** de **fondaparinux** ou **enoxaparina**. Fondaparinux - 2,5 mg/dia SC, NA FALTA DESTES utilizar Enoxeparina 1 mg/Kg SC – 2x/dia.

* Nitrato é contraindicado, se houve uso recente de sildenafil (Viagra®) ou similares. Morfina e nitrato são contraindicados se houver hipotensão (PAS < 100 mmHg), ou sinais de disfunção do VD (turgência jugular patológica com “pulmões limpos”, IAM de parede inferior etc.).

7. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

7.1. Introdução e definição

Interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da respiração. Iniciar as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado. A principal causa no adulto é a Fibrilação Ventricular (FV), ritmo cardíaco mais comum nos primeiros dois minutos de PCR. Evolui, rapidamente, para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de Suporte Básico de Vida (SBV). Os Fluxogramas V e VI de atendimento à PCR estão no final deste protocolo.

Sinais e sintomas: inconsciência, ausência de movimentos respiratórios, *gasping*, ausência de pulso central palpável.

Qualidade da RCP	Retorno da Circulação Espontânea (RCE)
<ul style="list-style-type: none"> ● Comprima, com força (5 a 6 cm), e rápido (100 a 120/min), e permita o retorno total do tórax; ● Minimizar interrupções nas compressões, no máximo em 10s; ● Evitar ventilação excessiva; ● Sem via aérea avançada: relação compressão-ventilação. <p>30:2*</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Com via aérea avançada: 1 ventilação a cada 6s; ● Alternar a pessoa que aplica compressão a cada 2 minutos ou 5 ciclos de 30:2; ● PAD < 20 mmHg melhorar qualidade RCP. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pulso e pressão arterial. ● Aumento abrupto do PETCO₂ (≥ 40 mmHg). <p>Energia de choque</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bifásica: 120 a 200 J (de acordo com o fabricante); se desconhecida, a máxima energia disponível. ● O segundo choque e os subsequentes devem ser equivalentes, pode-se considerar cargas mais altas. ● Monofásica: 360J. <p>Via Aérea Avançada</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Via aérea avançada supra glótica ou Intubação endotraqueal. ● 10 ventilações/min com compressões torácicas contínuas.

*30:2=1 ciclo

Terapia Medicamentosa	Causas reversíveis	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adrenalina EV/IO: 1 mg a cada 3 a 5 minutos <p>Após o 3º choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amiodarona EV/IO: <ul style="list-style-type: none"> ● 1ª dose: 300 mg em bolus. ● 2ª dose: 150 mg. ✓ Lidocaína EV/IO <ul style="list-style-type: none"> ● 1ª dose: 1 a 1,5 mg/ Kg; ● 2ª dose: 0,5 a 0,75 mg/ Kg. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipovolemia; ● Hipóxia; ● Hidrogênio (acidose); ● Hipo ou Hipercalemia; ● Hipotermia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tensão do tórax por pneumotórax; ● Tamponamento cardíaco; ● Toxinas; ● Trombose pulmonar; ● Trombose coronariana

Fonte: AHA (2020).

REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. **Destaques da American Heart Association 2020. Atualização das diretrizes RCP e ACE**, 2020. 31 p.

HAMM C. W. *et al.* ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation: The Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur. Heart J.**, England, v. 32, n. 23 p. 2999-3054, ago. 2011

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda**. Hospital Sírio Libanês. 2013. Disponível em: < <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/protocolo-sca.pdf>>. Acesso em:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 3, supl. 1, mar. 2014.

MARTINS. H. S. *et al.* **Emergências clínicas: abordagem prática**. 11. ed. Manole: São Paulo, 2016.

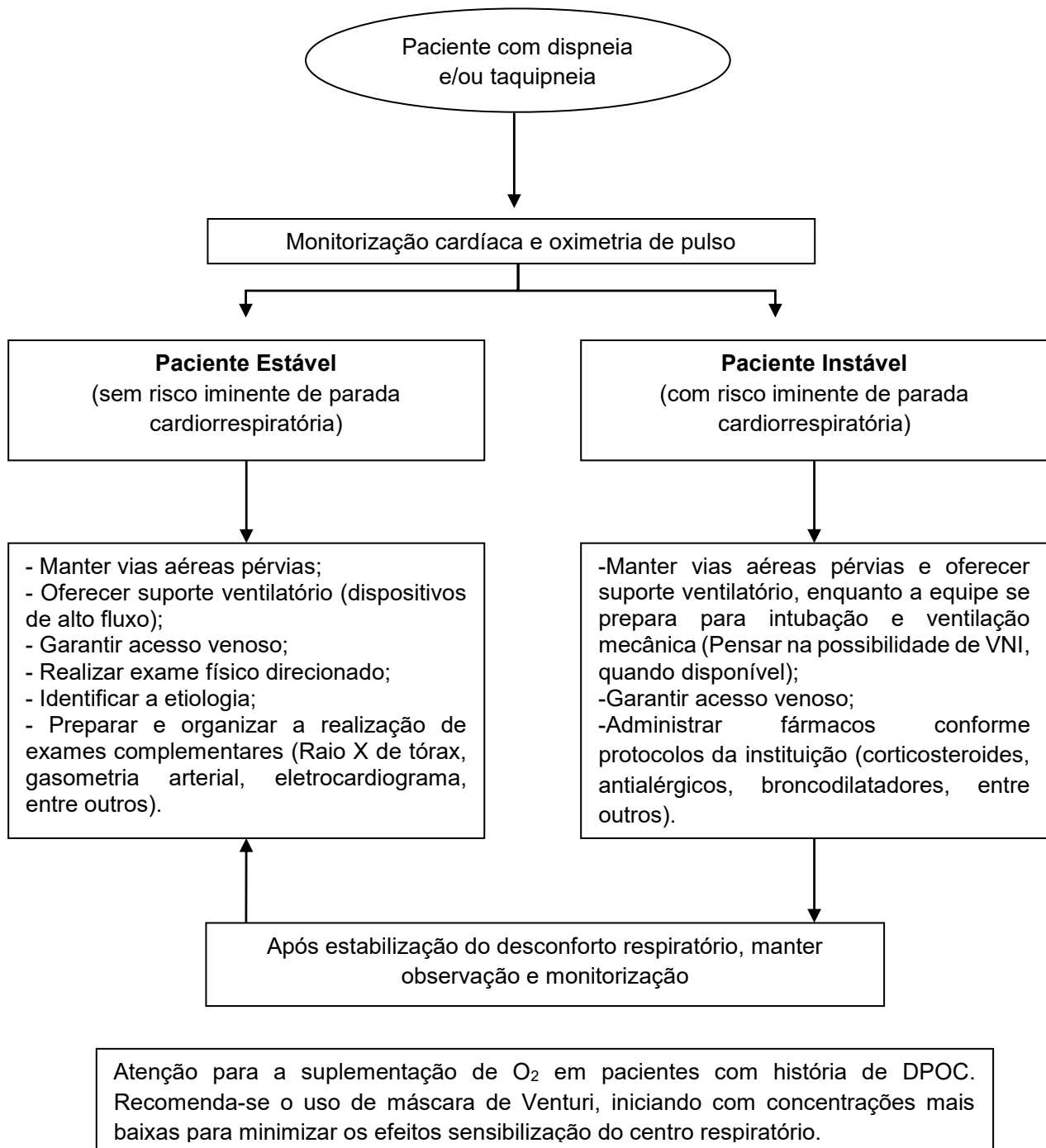
MARTINS. H. S. *et al.* **Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 3. ed. Manole: São Paulo, 2012.

NAEMT. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/ NAEMT. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011

PIRES, M. T. *et al.* **Manual de urgências em pronto-socorro**. 10. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.

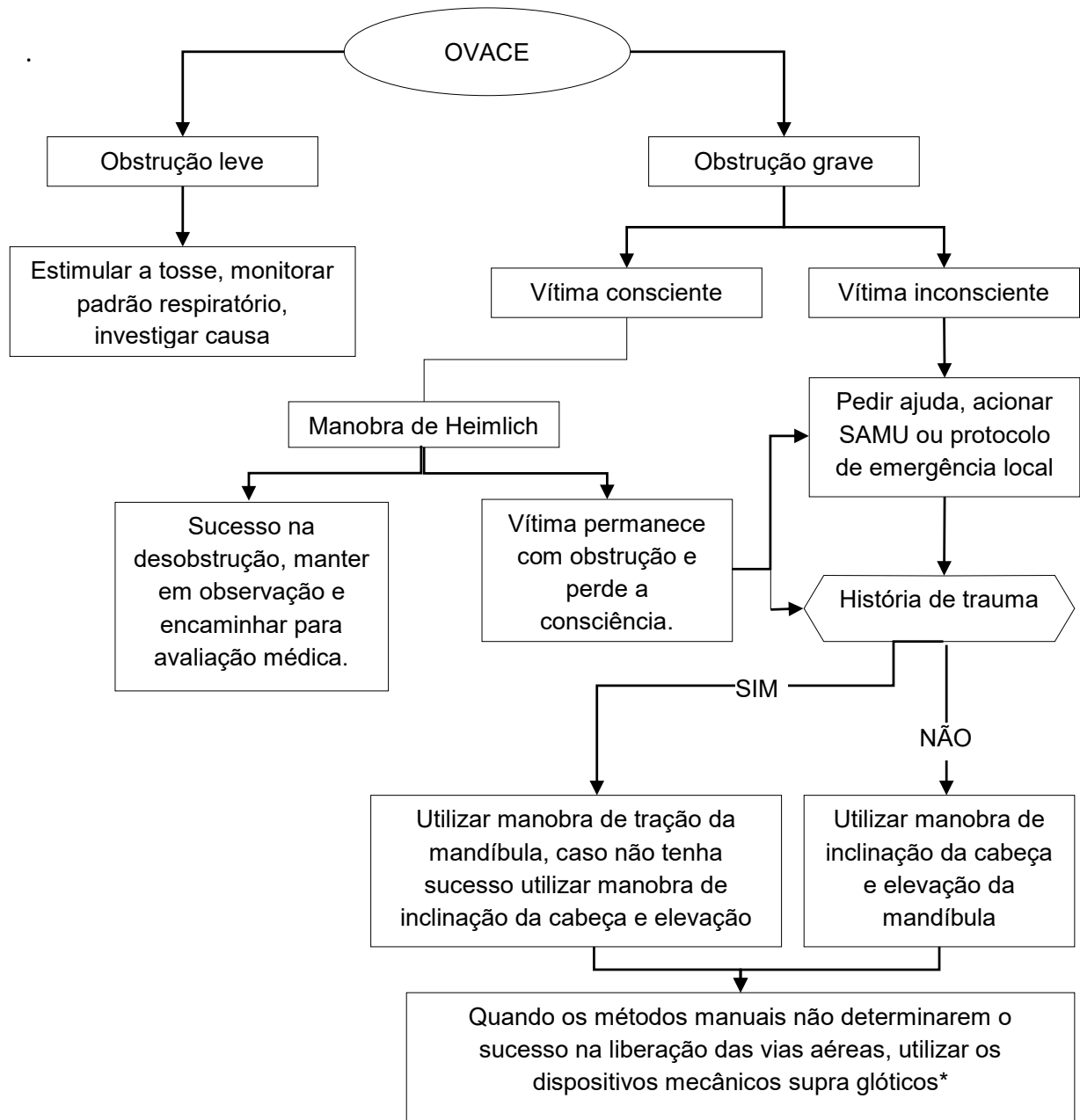
PHTLS - **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.

FLUXOGRAMA I. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA (IRPa)



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

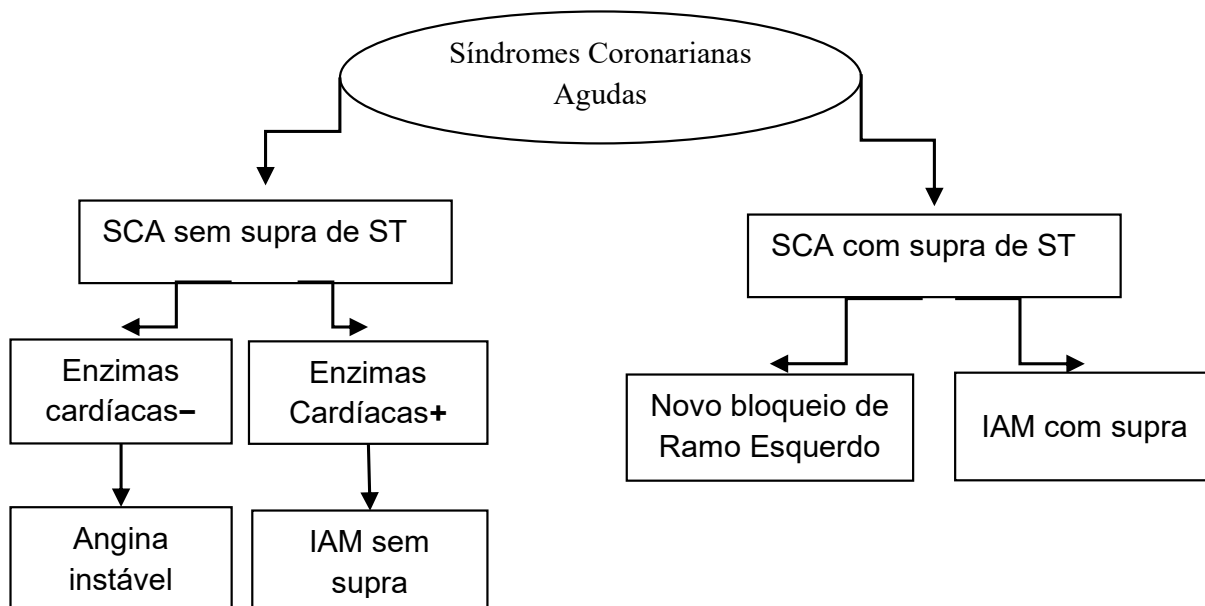
FLUXOGRAMA II. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE)



*“Os principais dispositivos mecânicos supra glóticos são cânula orofaríngea, nasofaríngea, máscara laríngea, tubolaríngeo, Combitube, King tube”.

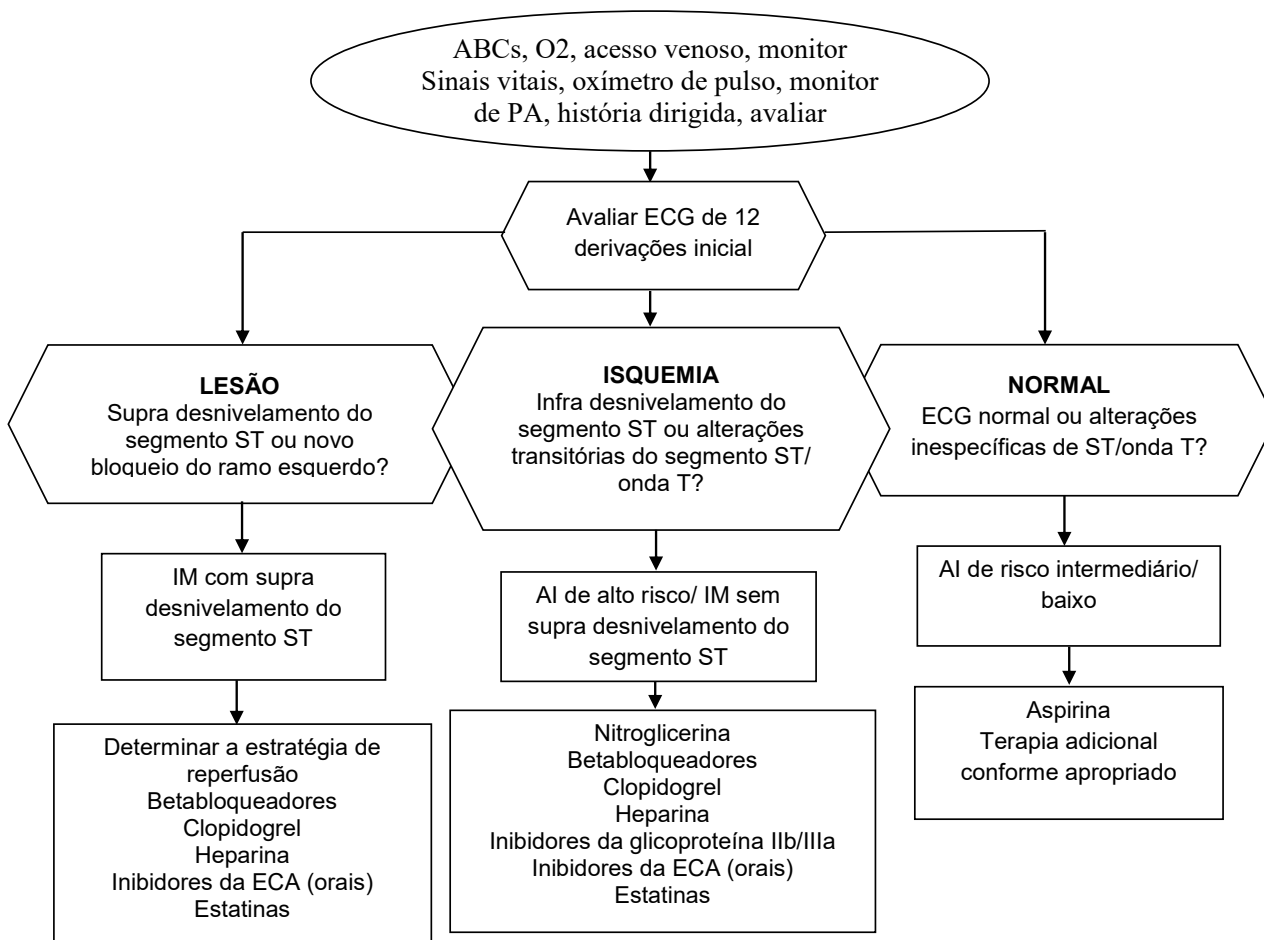
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

FLUXOGRAMA III. SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)



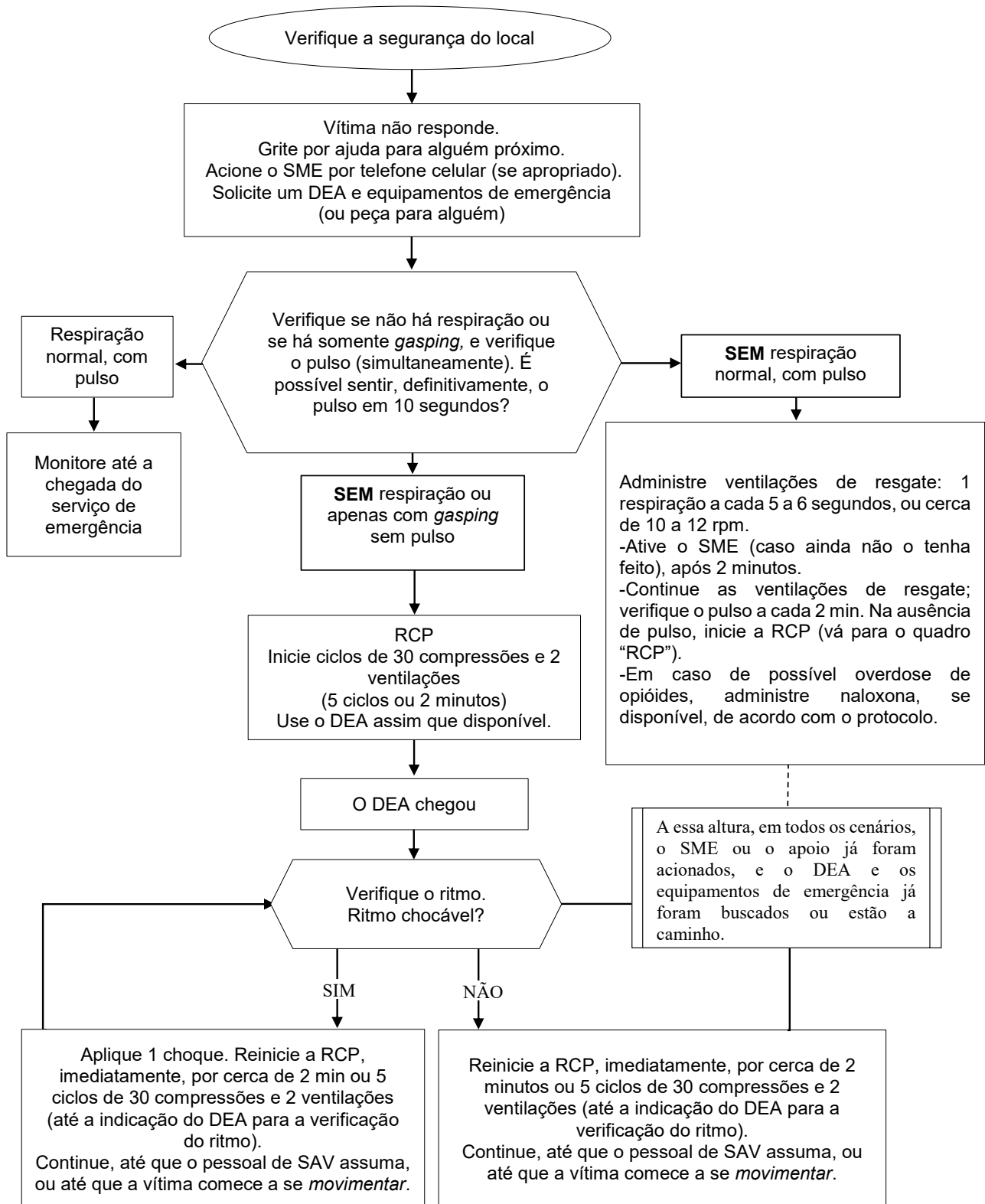
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

FLUXOGRAMA IV. ALGORITMO -SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)



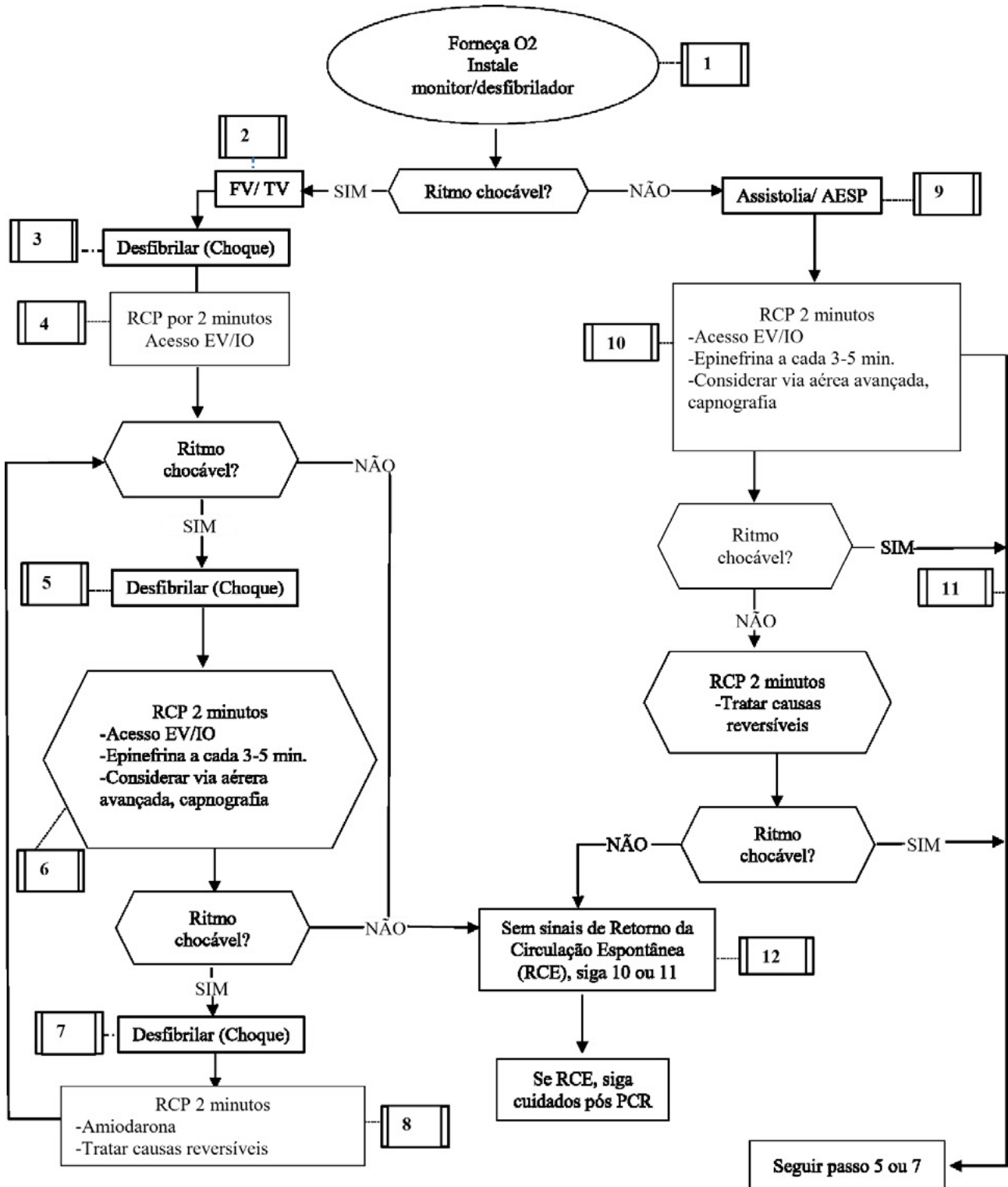
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

FLUXOGRAMA V. ALGORITMO RCP EM ADULTOS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE - SBV



Fonte: AHA (2020).

FLUXOGRAMA VI. SEQUÊNCIA PARA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR



Fonte: ACLS (2020).