

DIRETRIZ OPERACIONAL DE SALA VERMELHA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
PMUE-REAN-001 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO		
Aplicação: Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar		
Público-Alvo: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Condutores e Equipe de Urgência		
Validade: 2 anos (Revisão: 2028)		

Rede Municipal de Urgência e Emergência de Itariri-SP

A estabilização inicial define o prognóstico do paciente

Cenário Ideal

- Recursos avançados imediatos
- Especialistas de plantão
- UTI no mesmo prédio
- Hemodinâmica disponível

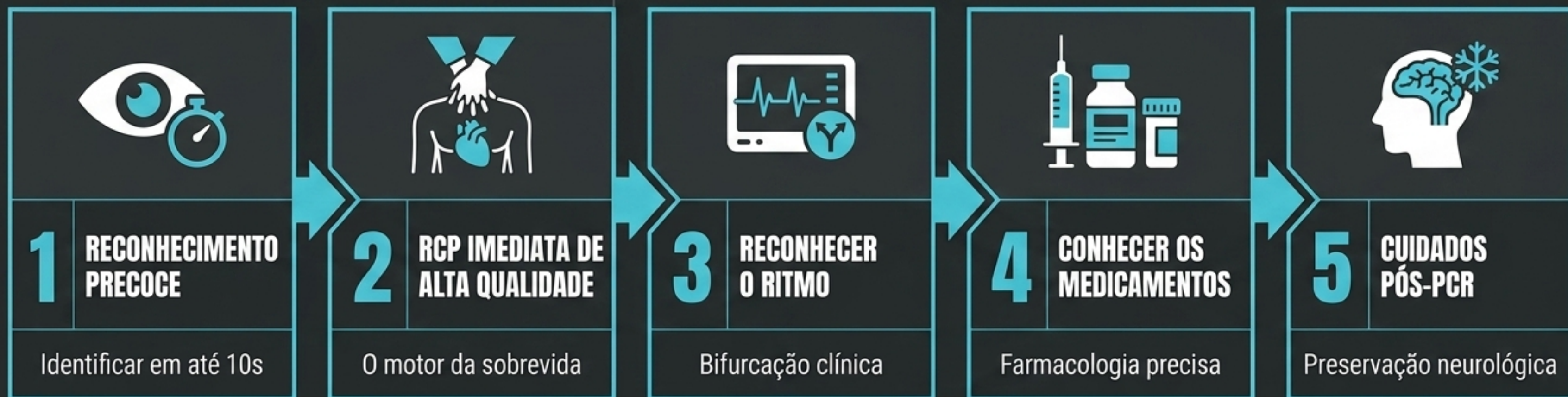
Cenário Real / Município Remoto

- Limitação de recursos diagnósticos
- Equipe APS/ESF na linha de frente
- Regulação CROSS obrigatória
- Hospital de referência a 90 km de distância



Consultor SUS: Em municípios remotos, a qualidade da reanimação inicial é frequentemente mais importante que a disponibilidade de recursos avançados no destino. O tempo de resposta local salva o cérebro.

A sequência vital da reanimação cardiopulmonar



O diagnóstico da PCR é exclusivamente clínico e deve ocorrer em 10 segundos

Chamar o paciente (Inconsciência?)



Chamar a equipe (Mínimo: 4 pessoas)



Checar pulso carotídeo
(Máximo: 10 segundos)



SEM PULSO = PCR. Iniciar nível preto
(Tempo máximo aceitável para compressões: menor que 60 segundos).

Alerta Vermelho

Atenção ao Gasping:
Respiração agônica
equivale a ausência de
respiração.

Não perca tempo
procurando pulso além
de 10 segundos.

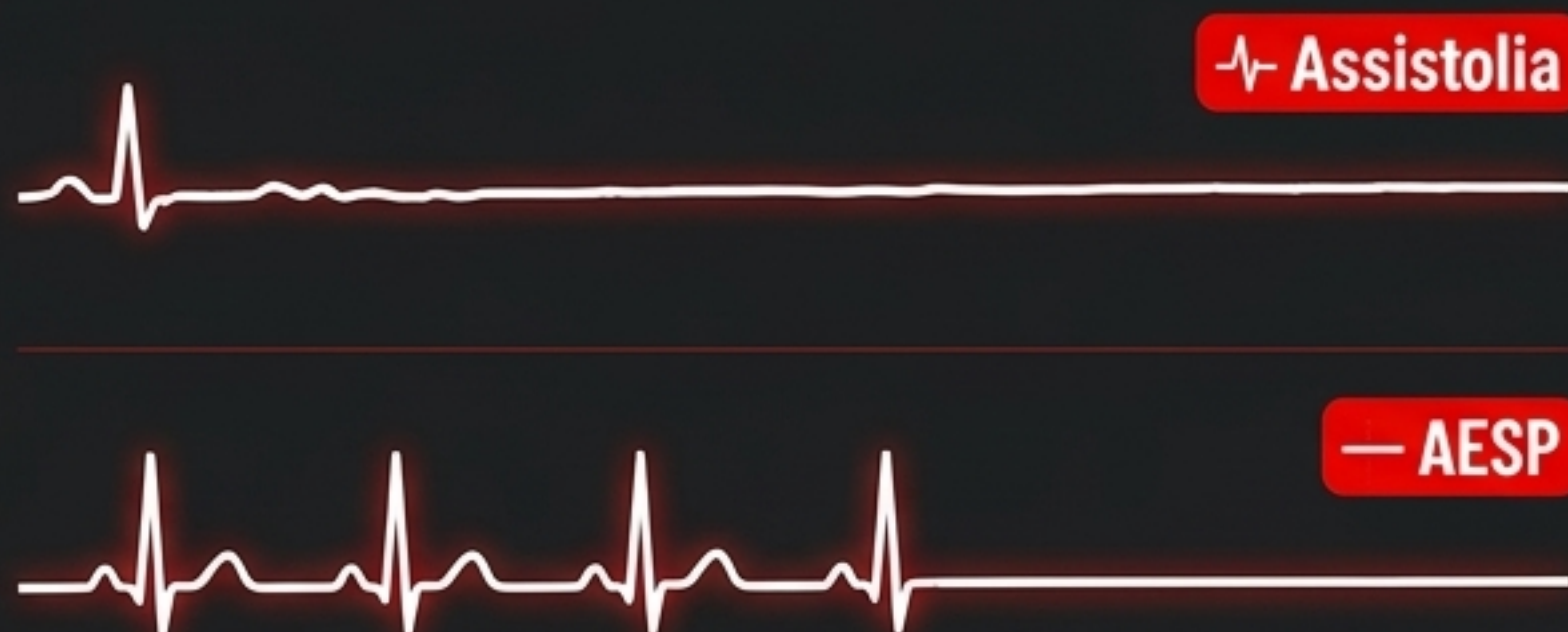
A bifurcação do atendimento: Classificação imediata de ritmos

Ritmos Chocáveis



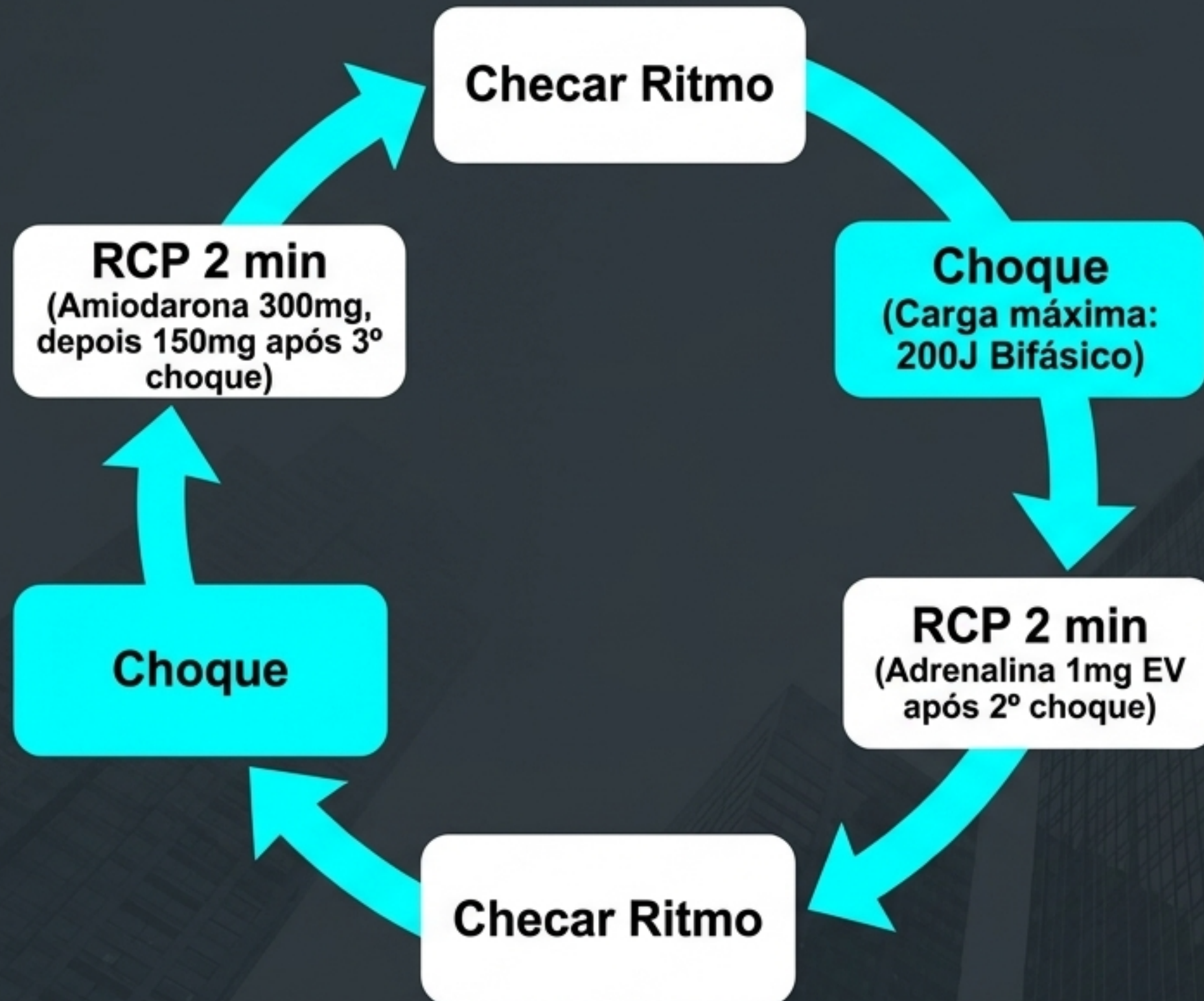
- Significado: Causa Cardíaca
- Ritmos: Fibrilação Ventricular (FV) & Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP)
- Ação Principal: **CHOQUE / DESFIBRILAR**

Ritmos Não Chocáveis

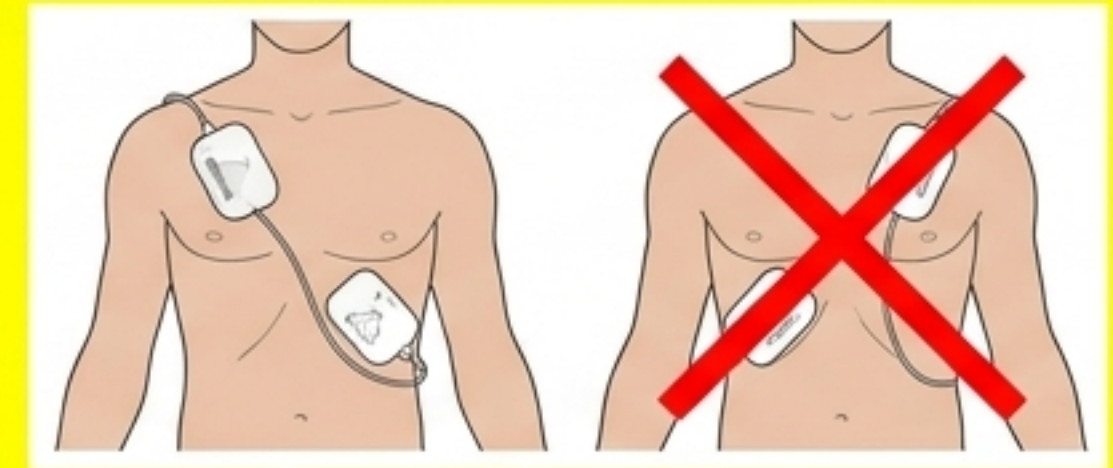


- Significado: Causa Extra-cardíaca
- Ritmos: Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) & Assistolia
- Ação Principal: **RCP + Tratamento de Causas (6H & 6T)**

Protocolo de ritmos chocáveis exige desfibrilação sem interrupção da RCP



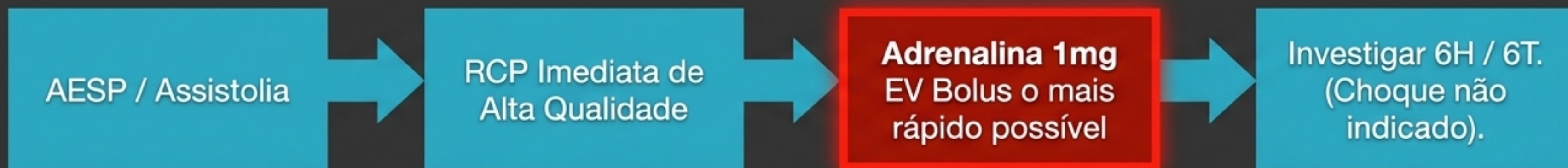
Alerta Amarelo



Mito: Dupla Desfibrilação.

Fato: Não recomendado pela AHA. Evidências do *New England Journal of Medicine* confirmam ausência de benefício de rotina.

Protocolo de ritmos não chocáveis depende de adrenalina precoce



Protocolo da Linha Reta

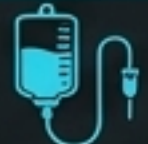
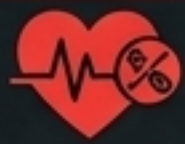
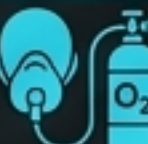
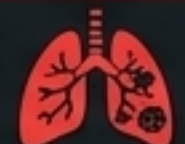
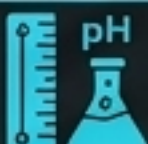
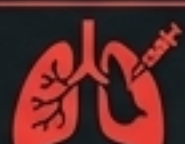
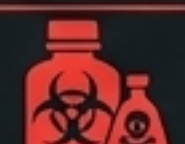
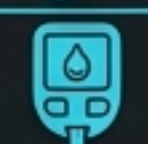
Para confirmar verdadeira Assistolia, aplique a regra **Ca-Ga-Da**:

Ca: Checar Cabos
Ga: Aumentar Ganho
Da: Trocar Derivação



Emergencista:
Na AESP/Assistolia, a sobrevida despenca a cada minuto de atraso da adrenalina. Não perca tempo.

Investigação clínica simultânea: Causas reversíveis (6H e 6T)

6H		6T	
	Hipovolemia		Trombose Coronária
	Hipóxia		TEP (Tromboembolismo Pulmonar)
	H+ (Acidose)		Tamponamento Cardíaco
	Hiper/Hipo K (Potássio)		Tórax (Pneumotórax Hipertensivo)
	Hipotermia		Toxinas
	Hipoglicemia		Trauma

A identificação clínica rápida é a única chance de RCE nestes cenários. Trate a causa enquanto comprime.

Farmacologia na PCR: Evitando iatrogenia na sala vermelha

Recomendado/ Fundamental

Adrenalina (1mg EV a cada 3-5 min), Amiodarona (FV/TV refratária).

Benefício Incerto na PCR

Bloqueadores, Sotalol, Corticoide.

CONTRAINDICADO DE ROTINA

Bicarbonato de Sódio, Cálcio, Magnésio.



Médico Intensivista: Administrar bicarbonato ou cálcio de rotina sem indicação específica agrava a acidose intracelular e piora o prognóstico.

O limite da reanimação: Critérios técnicos para interrupção

CRITÉRIOS DE DECISÃO

Considerar Interrupção se **TODOS** presentes:

Parada não presenciada

Sem RCP imediata

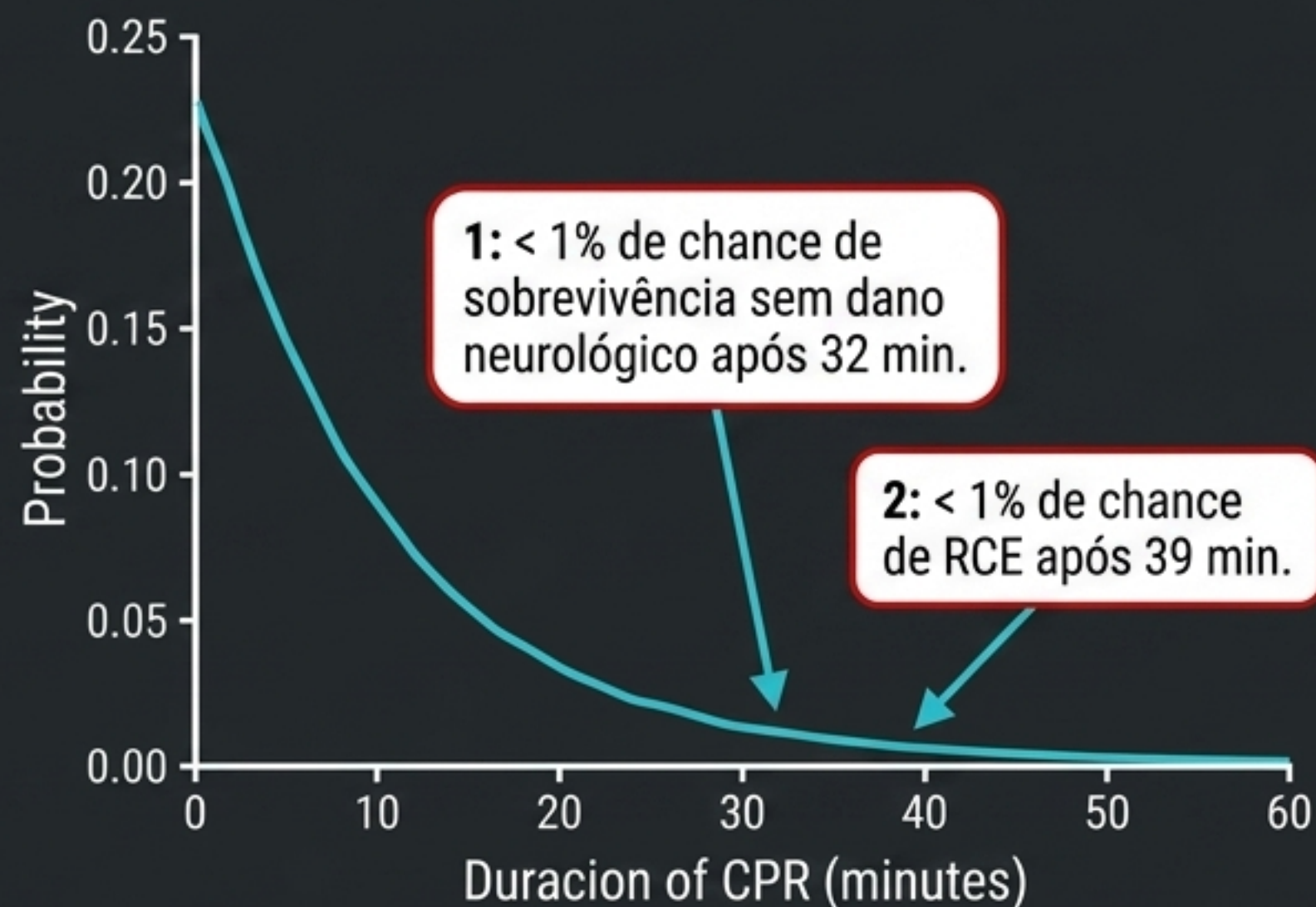
Sem RCE

Nenhum choque administrado

Indicador Crítico: ETCO₂ < 10 após 20 min de RCP indica falência metabólica extrema.

PROBABILIDADE DE SOBREVIVÊNCIA

Dados BMJ: 348.996 participantes.



RCE (Retorno da Circulação Espontânea): O trabalho apenas começou

1º Avaliando o Estrago

- Monitorização cardíaca
- ECG 12 derivações
- Gasometria
- RX Tórax no leito.



2º Suporte Ventilatório



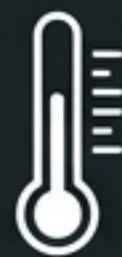
Alvo Inicial **SpO2 94–98%**.
(Evitar hiperóxia. Começar com **FiO2 100%** e titular para baixo).

3º Suporte Hemodinâmico



Meta: **PAM $\geq$ 65 mmHg** ou
PAS $\geq$ 90 mmHg.
Iniciar vasopressor se necessário.

4º Otimizando Cuidados



- Controle de Temperatura
(**$\leq 37,5^{\circ}\text{C}$** - evitar hipertermia)
- Controle Glicêmico (140-180 mg/dL)
- Sedoanalgesia.

Transferência segura: Regulação via CROSS para centros de referência

O que estabilizar ANTES da ambulância rodar 90km

- ☐ Via aérea definitiva garantida (IOT fixada)
- ☐ Acesso venoso pérvio e seguro
- ☐ PAM mantida ≥ 65 mmHg (Drogas vasoativas instaladas em bomba)
- ☐ ECG 12 derivações transmitido para regulação

Texto Padrão para CROSS

Paciente adulto, pós-PCR por ritmo [X], tempo de parada [Y] min. RCE obtido.

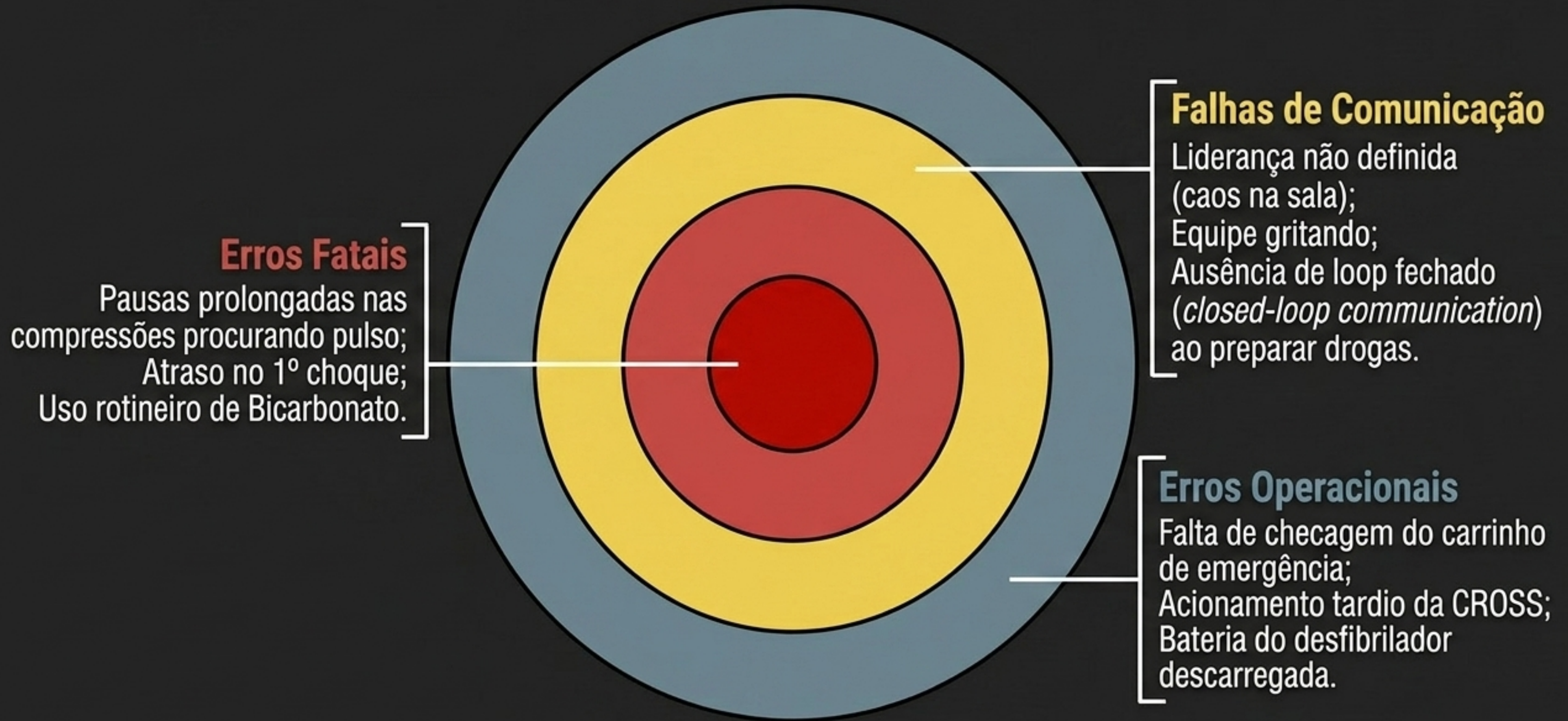
Encontra-se sob IOT, PAM dependente de noradrenalina.

Solicito vaga de UTI/Hemodinâmica.

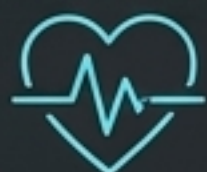


Médico Regulador CROSS: Em Itariri, solicite a vaga assim que houver retorno da circulação. Não espere exames laboratoriais.

Radar de falhas: Evitando erros críticos e sistêmicos



Mesa Redonda: Decisões de fração de segundo



Instrutor ACLS

Quando iniciar **adrenalina**?

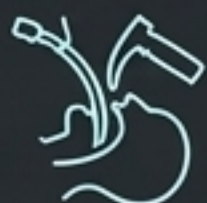
Nos **ritmos chocáveis** (FV/TV), após o 2º choque. Nos **não chocáveis** (Assistolia/AESP), imediatamente após estabelecer acesso.



Enfermeiro de Emergência

Quando **desfibrilar**?

Apenas e imediatamente após confirmar **ritmo chocável**. O **primeiro choque** é o fator isolado mais importante para a sobrevida na FV/TV.



Médico Intensivista

Quando **intubar**?

Não atrase as **compressões** para **intubar**. Use dispositivo **bolsa-válvula-máscara** inicialmente. A **IOT definitiva** só deve ocorrer se a **ventilação básica** falhar ou após o **RCE**.



Especialista em Transporte

Quando **transferir**?

Nunca **transfira** um **paciente instável** no meio de uma **PCR**. Apenas transfira após **RCE consolidado** e **via aérea garantida**.

Mensagens de Alto Impacto

1. COMPRESSÕES DE ALTA QUALIDADE SALVAM VIDAS.

2. DESFIBRILAÇÃO PRECOCE MUDA DESFECHOS.

3. NÃO ATRASE O TRATAMENTO AGUARDANDO EXAMES.

4. FIQUE NA ESTABILIZAÇÃO, NÃO APENAS NO RESGATE.

5. A COMUNICAÇÃO CLARA É UMA INTERVENÇÃO MÉDICA.

Não basta fazer coisas boas, é preciso fazê-las bem.

Santo Agostinho