

O RELÓGIO CONTRA A VIDA



**Cada
segundo
importa.**

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO
Protocolo Sala Vermelha | PMUE-REAN-001

A MISSÃO DA SALA VERMELHA: OBJETIVOS DO TREINAMENTO



Foco em Velocidade

1. Reconhecimento

Diagnóstico clínico visual e tátil em

< 10 segundos



Foco em Precisão

2. ACLS Uniforme

Aplicação impecável dos algoritmos de ritmo (Chocáveis e Não Chocáveis).



Foco Investigativo

3. Tratamento

Busca implacável e tratamento rápido das causas reversíveis (Os 6Hs e 6Ts).



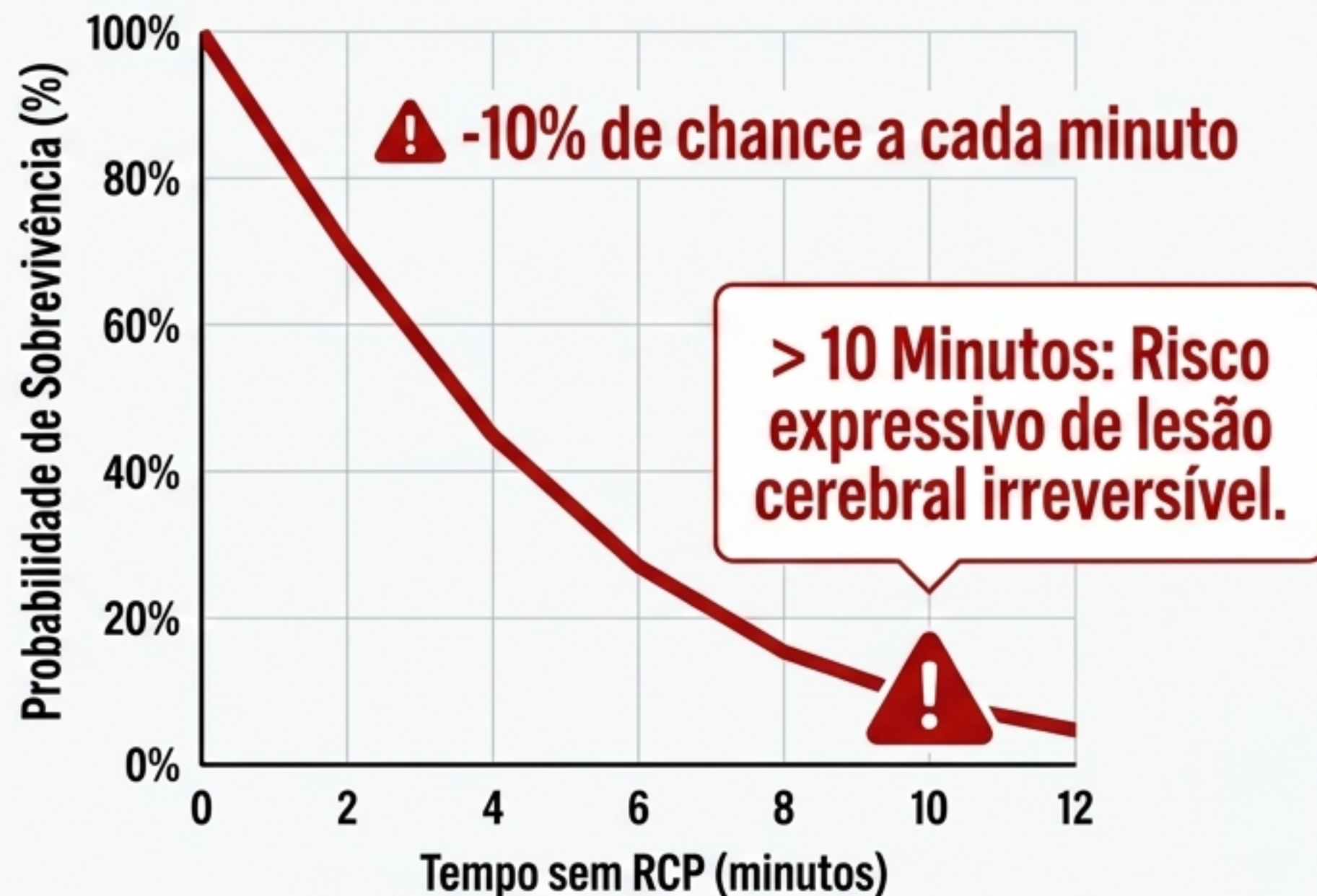
Foco em Transição

4. Regulação e Transporte

Estabilização pós-retorno e transferência intensiva via CROSS.

TEMPO É CÉREBRO: A MATEMÁTICA DA SOBREVIVIDA

PROBABILIDADE DE SOBREVIVÊNCIA VS. TEMPO SEM RCP



O Desafio do Município Remoto



“A qualidade da sua reanimação inicial define se o paciente sobrevive à transferência. Nas nossas mãos, tempo é cérebro.”

A CASCATA FISIOPATOLÓGICA

**Débito Cardíaco
Zero**

**Hipoperfusão
Sistêmica**

**Hipóxia
Tecidual**

**Acidose Metabólica
Massiva**

**Falência Orgânica
e Morte**



**A RCP ATUA
COMO ELEVADOR**

Circulação Artificial: Mantém o fluxo basal de oxigênio para o cérebro.

Pausa Mecânica: Interrompe a morte biológica até o tratamento definitivo.

OS PRIMEIROS 5 MINUTOS: O DIAGNÓSTICO (CÓDIGO PRETO)

DIAGNÓSTICO 100% CLÍNICO



Inconsciente / Sem resposta verbal



Sem respiração normal
(Presença de apneia ou Gasping)



**Sem pulso
carotídeo central**



**Checar em
NO MÁXIMO
10 SEGUNDOS**



**META DE AÇÃO: Iniciar
compressões torácicas em
MENOS DE 60 SEGUNDOS
a partir do colapso.**

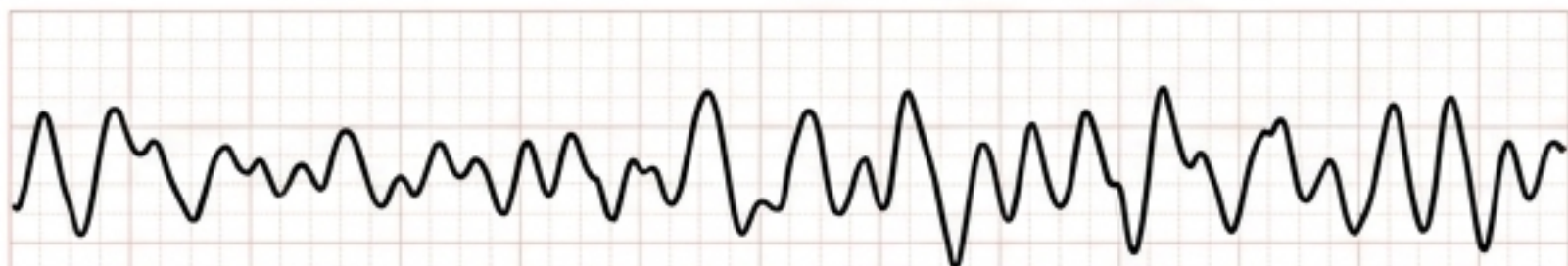


**O diagnóstico dispensa monitor ou estetoscópio.
Diagnóstico rápido = Peito comprimido rápido.**

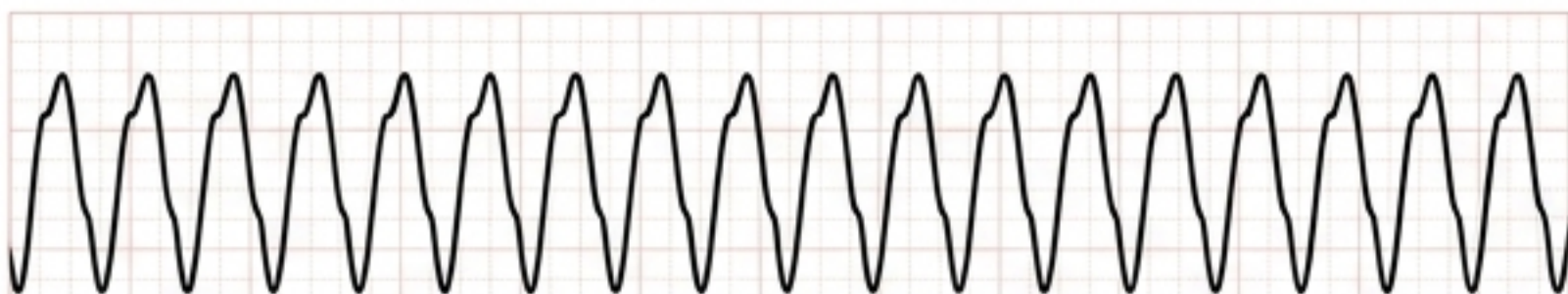
A BIFURCAÇÃO: MATRIZ DE RITMOS DA PCR

RITMOS **CHOCÁVEIS**

FIBRILAÇÃO VENTRICULAR (FV)



TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO (TVSP)



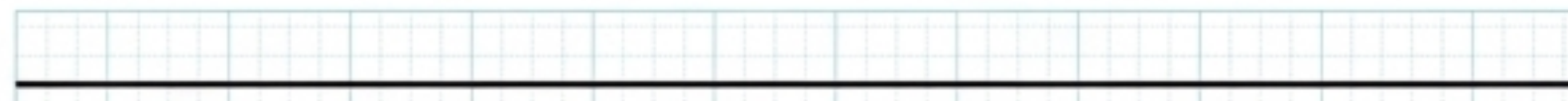
**CONDUTA: DESFIBRILAÇÃO
IMEDIATA**

RITMOS **NÃO CHOCÁVEIS**

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO (AESP)



ASSISTOLIA

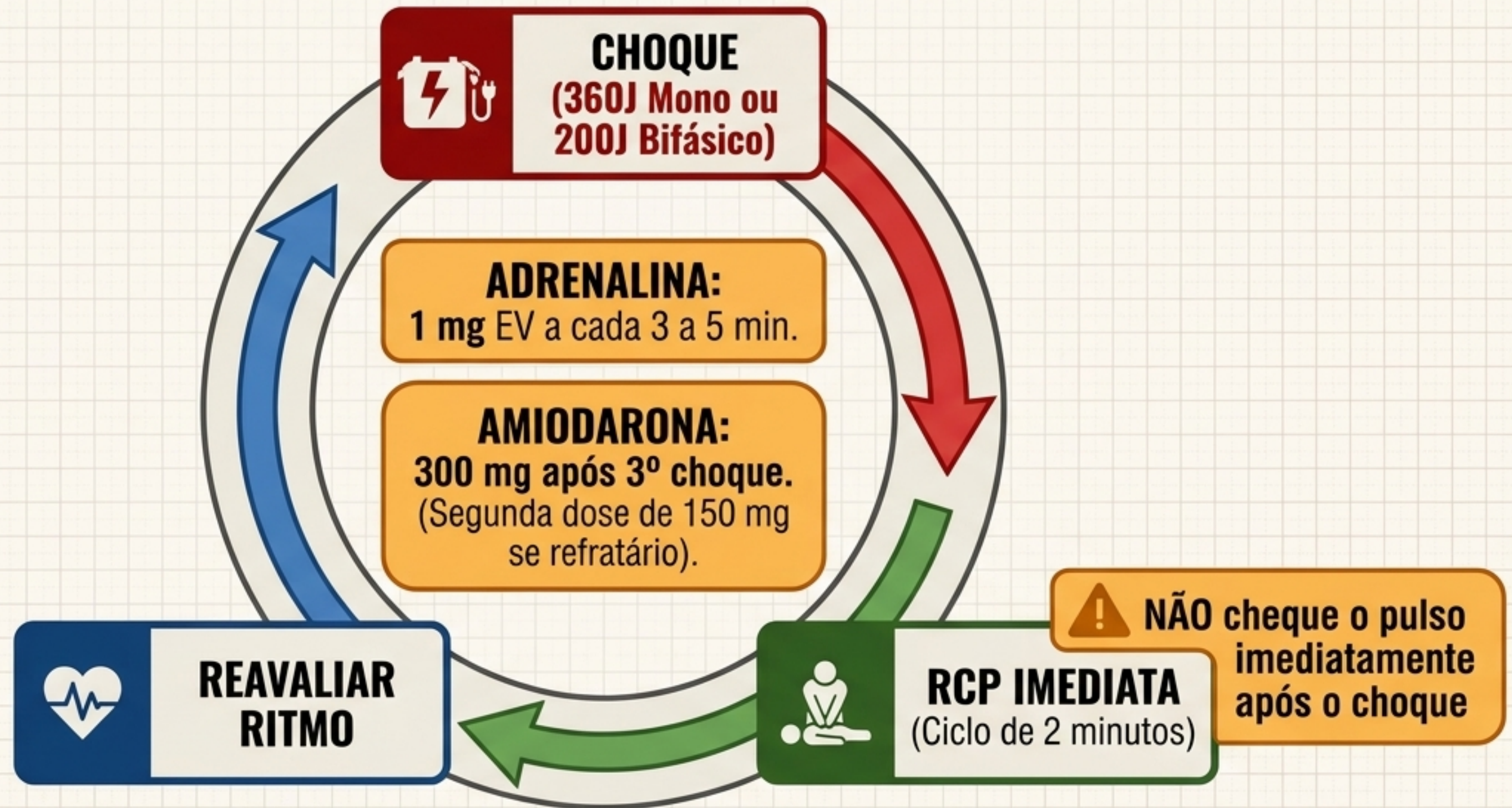


PROTOCOLO DE CHECAGEM: CAGA

- ☒ CABOS (Conectados)
- ☒ GANHO (Sensibilidade)
- ☒ DERIVAÇÃO (Mudar)

**CONDUTA: RCP CONTÍNUA +
ADRENALINA PRECOCE**

ALGORITMO ACLS: RITMOS CHOCÁVEIS (FV / TVSP)



ALGORITMO ACLS: RITMOS NÃO CHOCÁVEIS (AESP / ASSISTOLIA)

0 choque é prejudicial e NÃO indicado

RCP DE ALTA QUALIDADE CONTÍNUA

(Revezar compressor a cada 2 min)



ADRENALINA MAIS PRECOCE POSSÍVEL

1 mg EV. Repetir a cada 3 a 5 min.



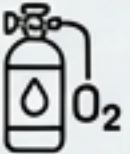
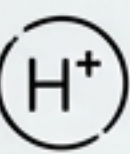
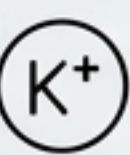
INVESTIGAÇÃO OBRIGATÓRIA:
Identificar e tratar as causas reversíveis



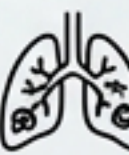
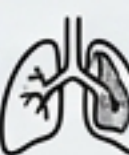
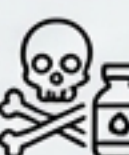
Em ritmos não chocáveis, a massagem e a adrenalina compram tempo. Apenas descobrir e tratar a causa base fará o coração voltar a bater.

O PAINEL INVESTIGATIVO: CAUSAS REVERSÍVEIS (6H e 6T)

FATORES FISIOLÓGICOS E METABÓLICOS

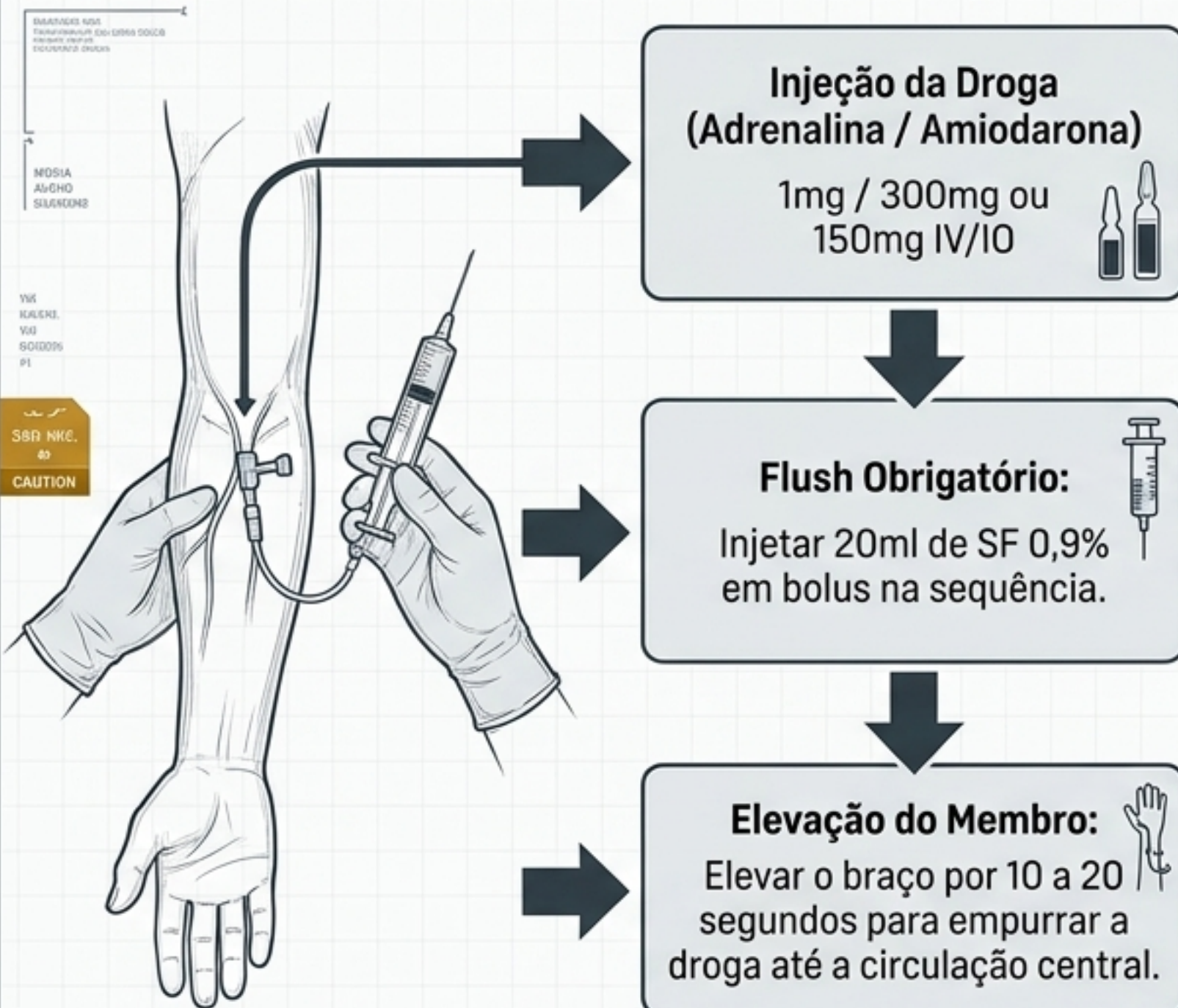
	Hipóxia	→ IOT + FiO ₂ 100%	
	Hipovolemia	→ Expansão com Cristaloide	
	H ⁺ (Acidose)	→ Bicarbonato de Sódio	
	Hipo/Hiper K ⁺ (Potássio)	→ Gluconato de Cálcio	
	Hipotermia	→ Aquecimento Ativo	
	Hipoglicemia	→ Glicose 50%	

FATORES MECÂNICOS E TÓXICOS

	Trombose Coronariana	→ Tratamento de IAM
	Tromboembolismo (TEP)	→ Trombolítico
	Tamponamento Cardíaco	→ Pericardiocentese
	Tensão no Tórax (Pneumotórax)	→ Punção de Alívio / Drenagem
	Toxinas	→ Antídotos Específicos
	Trauma	→ Controle de Danos

LOGÍSTICA CRÍTICA: ARSENAL E VIA AÉREA

A Regra de Ouro do Acesso Venoso

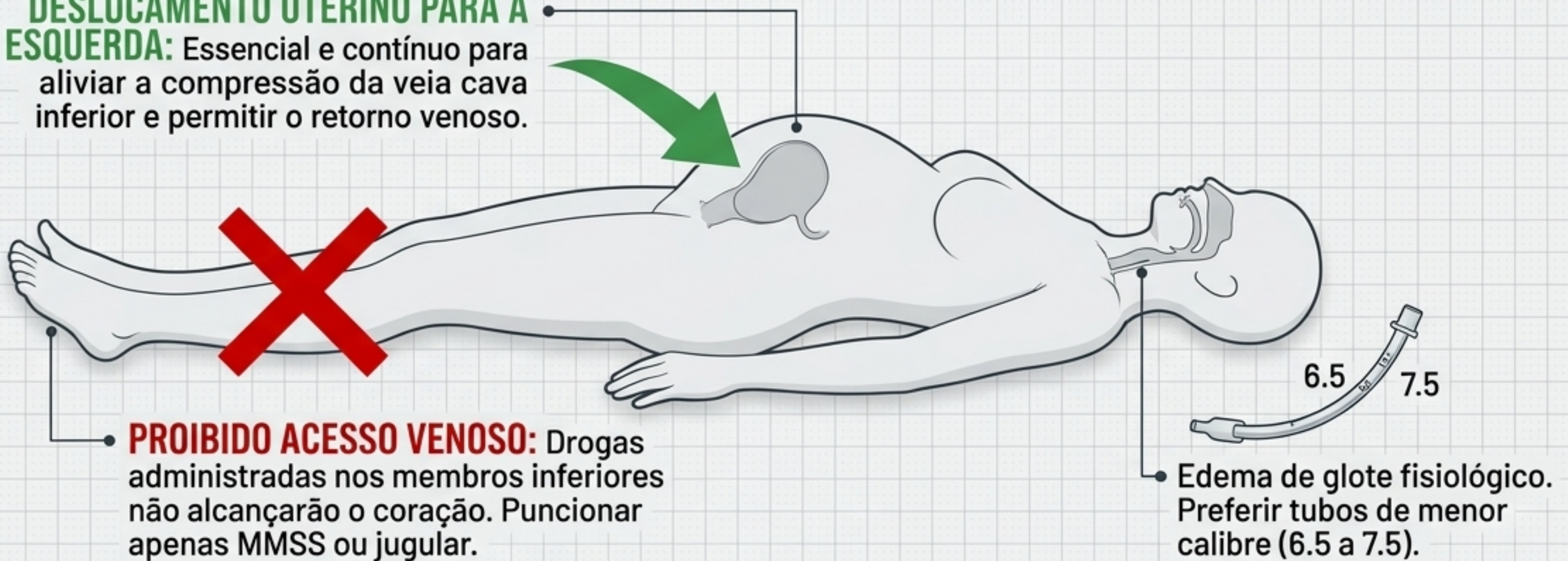


A Regra de Ouro da Intubação



SITUAÇÃO ESPECIAL: PCR NA GESTANTE

DESLOCAMENTO UTERINO PARA A ESQUERDA: Essencial e contínuo para aliviar a compressão da veia cava inferior e permitir o retorno venoso.



PROIBIDO ACESSO VENOSO: Drogas administradas nos membros inferiores não alcançarão o coração. Puncionar apenas MMSS ou jugular.

Edema de glote fisiológico. Preferir tubos de menor calibre (6.5 a 7.5).



Início da RCP



5 minutos

CESÁREA PERIMORTEM: Indicada se não houver retorno após 4 a 5 minutos de RCP (útero acima da cicatriz umbilical).

RETORNO DA CIRCULAÇÃO (RCE): O COMBATE PÓS-PARADA

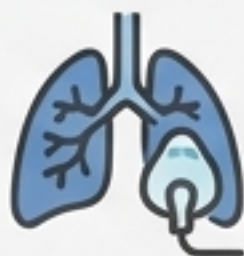
META HEMODINÂMICA:
PAM $\geq$ 65 mmHg



3565

Se hipotenso, iniciar
Noradrenalina de imediato.

META DE OXIGENAÇÃO:
SpO2 94% a 98%



94 a 98

Evitar hiperóxia. O excesso de
O2 é tóxico para o cérebro pós-PCR.

META TÉRMICA:
 $\leq 37,5^{\circ}\text{C}$



37,5°C

Prevenir e tratar febre
agressivamente.

REGULAÇÃO IMEDIATA: TEXTO PADRÃO CROSS

Todo paciente pós-RCE necessita de UTI. Informar à central:

- Idade e cenário da PCR (presenciada/não presenciada): _____
- Ritmo inicial (FV/TVSP/AESP/Assistolia): _____
- Tempo total até RCE e doses de Adrenalina: _____
- Sinais vitais atuais (PAM, FC, SpO2, Glasgow): _____

SIMULAÇÃO MENTAL: O TESTE DE FOGO

FICHA DE ATENDIMENTO



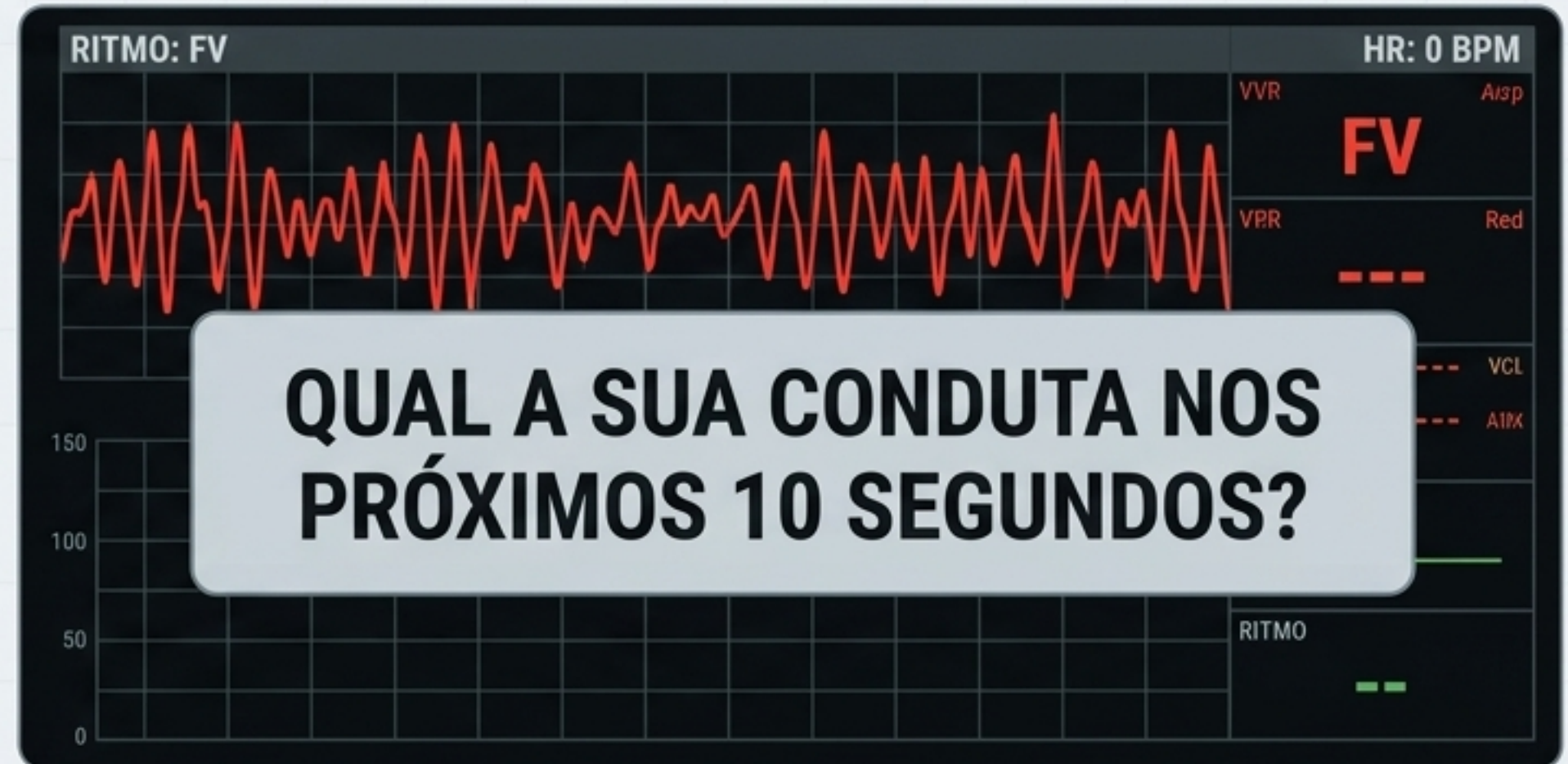
PACIENTE: Homem, 55 anos.

CENÁRIO: Trazido por familiares relatando dor toráca, colapso subitamente na recepção do PS.

AVALIAÇÃO (5 Segundos): Inconsciente, apneia/gasping presente, ausência de pulso central.

AÇÃO EQUIPE: Compressões torácicas iniciadas em 30 segundos.

O DESAFIO



CONDUTA IMEDIATA:

Ritmo chocável. Carregar energia máxima (360J mono / 200J bifásico). Afestar equipe. Administrar o choque e retomar a massagem instantaneamente, sem checar o pulso ou olhar para o monitor.

ALERTA TÁTICO: REVISÃO DE ERROS CRÍTICOS



FARMACOLOGIA NÃO CHOCÁVEL

Em ritmos não chocáveis (AESP e Assistolia), qual o erro comum na administração de Adrenalina?

ATRASAR A DOSE. A Adrenalina de 1mg EV deve ser feita o **MAIS PRECOCE POSSÍVEL**, sem esperar ciclos de RCP.



MANEJO DE VIAS AÉREAS

Qual o limite fisiológico para a pausa das compressões durante a passagem do tubo orotraqueal?

MÁXIMO DE 10 SEGUNDOS. O esforço não pode comprometer a perfusão cerebral mínima que a RCP gera.



ANTIARRÍTMICO

Qual a droga e a dosagem de resgate para um paciente em Fibrilação Ventricular refratária ao choque?

AMIODARONA, com primeira dose agressiva de 300mg em bolus, seguida de flush de 20ml.

AS LEIS INQUEBRÁVEIS DA RCP



A QUALIDADE É O ALICERCE

Mais que qualquer droga, uma massagem rápida (**100-120/min**), profunda (**5-6cm**) e ininterrupta é a garantia de sobrevivência. O suor da equipe salva vidas.



O CORAÇÃO NÃO PARA SEM MOTIVO

Ache a causa.
O ACLS mecânico sem raciocínio investigativo (**6Hs e 6Ts**) está fadado ao fracasso.
Tratar a patologia base é a única cura definitiva.



A DECISÃO É COMPARTILHADA

A suspensão das manobras — após **30 a 40 minutos** de ACLS impecável sem causas reversíveis identificadas e sem RCE — é uma decisão médica técnica, balizada pelo protocolo, discutida em equipe e com respeito ético.



PMUE-REAN-001

EQUIPE TREINADA, PACIENTE SEGURO. NAS SUAS MÃOS, CADA SEGUNDO IMPORTA.



QUALITY CPR



HEART



PERFUSION GREEN



SUSPENSÃO DAS



ÉTICAS



RED ALERT