

## **RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR**

Conceito de PCR : interrupção súbita da atividade mecânica cardíaca. É a falência cardio-pulmonar aguda que torna insuficiente o fluxo sanguíneo para manter a função cerebral.

### **ACLS (ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT)**

#### **ABCD PRIMÁRIO**

A – ALERTA (avaliar responsividade) e se não houver, acionar AJUDA. ABRIR vias aéreas, ver, ouvir e sentir se há respiração. Alinhamento da cabeça com o tronco. Extensão do pescoço. Tração anterior da mandíbula.

B – RESPIRAÇÃO – aplicar duas ventilações amplas iniciais com “ambu”, que deve estar ligado à fonte de O<sub>2</sub> com 10l/min.

C – CIRCULAÇÃO – massagem cardíaca externa, com frequência de 100/minuto, de forma regular e rítmica.

#### **DEVEM SER REALIZADAS 30 COMPRESSÕES PARA 2 VENTILAÇÕES, INDEPENDENTE SE 1 OU 2 SOCORRISTAS**

D – DESFIBRILAÇÃO – checagem do ritmo e na presença de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso, administrar os choques. Devem ser administrados até 3 choques em seqüência, sem a retirada das pás do tórax e sem a checagem do pulso entre os choques. Recomenda-se 200J para o primeiro choque, seguida de 300J e 360J.

#### **ABCD SECUNDÁRIO**

A – ASSEGURAR VIAS AÉREAS – intubação orotraqueal.

B – VENTILAÇÃO – conferir a posição do tubo traqueal e avaliar se o paciente está ventilando adequadamente.

C – CIRCULAÇÃO – obter acesso venoso e administrar os medicamentos. Local preferível para os acessos é a região antecubital dos membros superiores. Após cada medicação, recomenda-se a administração de 10 a 20 ml de soro fisiológico, seguido por elevação do membro superior por alguns segundos.

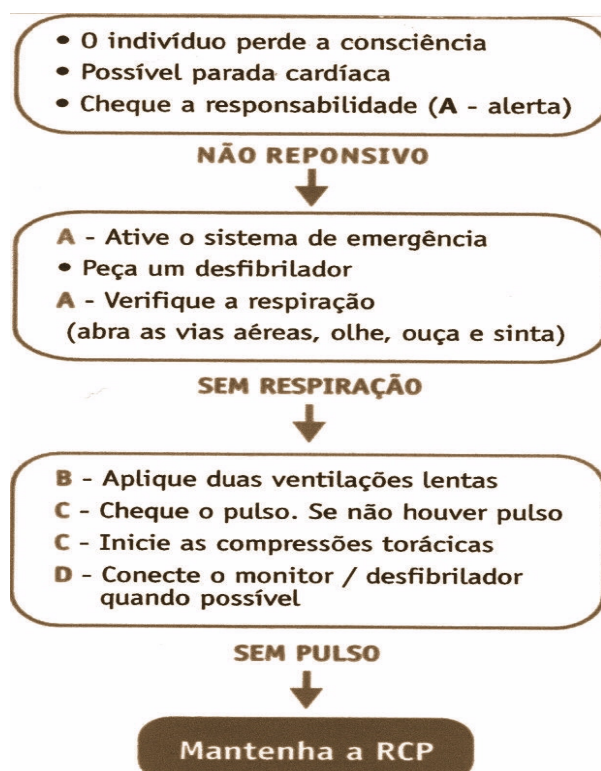
Não deve ser realizada a punção de veia central durante o procedimento de reanimação.

Se não for possível o acesso venoso periférico, a injeção de alguns medicamentos pode ser feito pelo tubo orotraqueal – ADRENALINA, ATROPINA, LIDOCAÍNA, NARCAN. Utilizar nestas situações o dobro da dose intravenosa e lavar o tubo com 10 ml de soro para ajudar a infundir o medicamento.

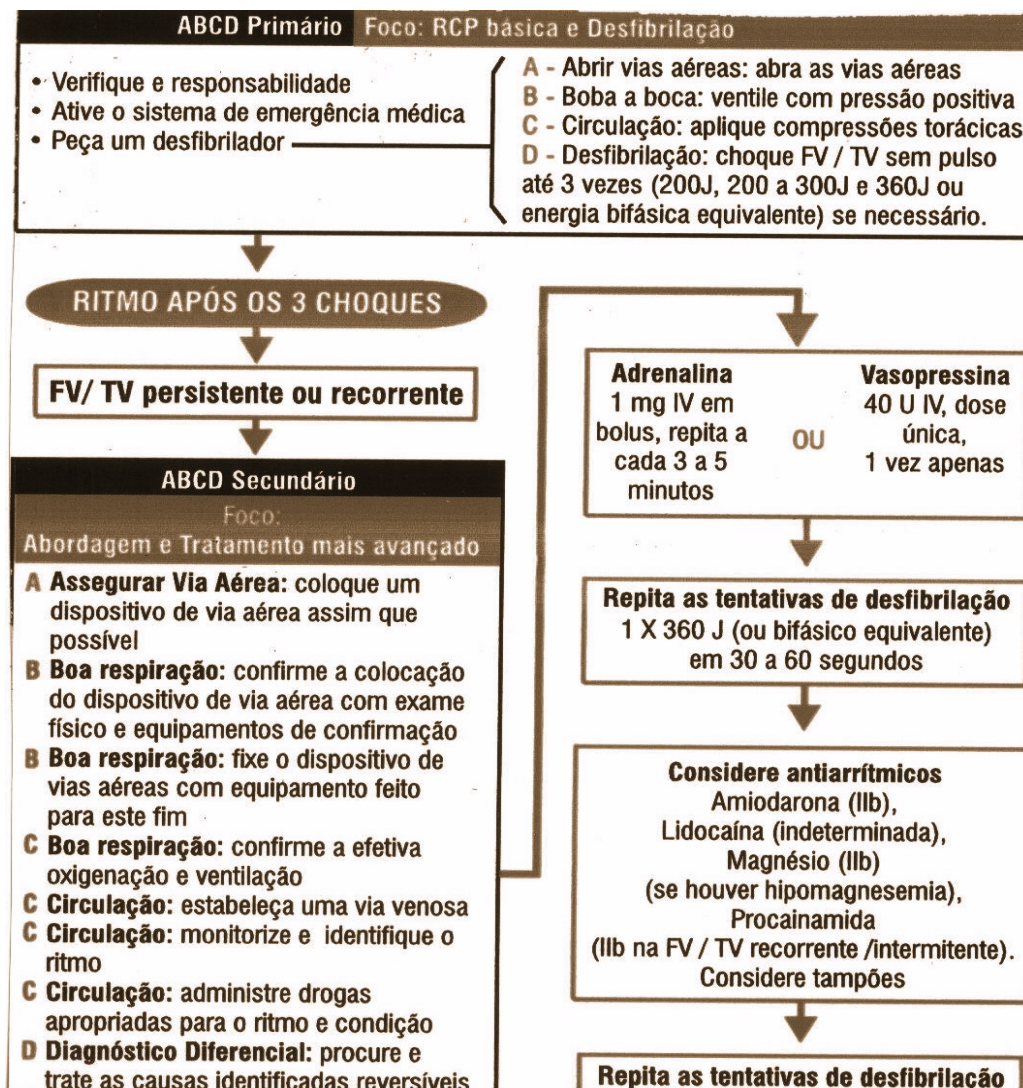
D – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## ALGORITMOS

### 1 .SUPORTE BÁSICO DE VIDA

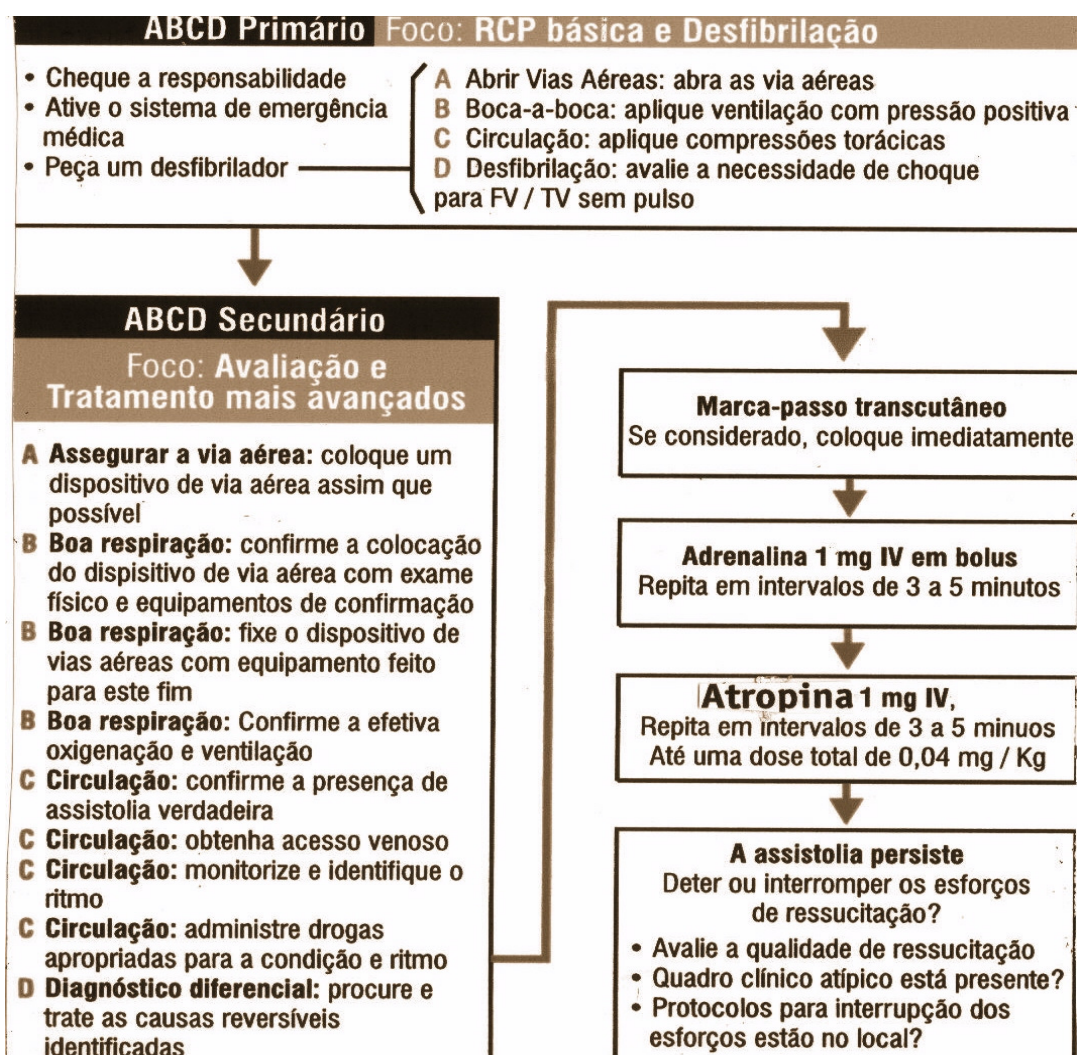


## 2. FIBRILAÇÃO VENTRICULAR/ TAQUICARDIA VENTRICULAR SEM PULSO



**Obs:** 1. Não há dosagem máxima de adrenalina, que deverá ser mantida enquanto durar a tentativa de reanimação. 2. Dentre os antiarrítmicos, a amiodarona é que apresenta os melhores resultados (dose inicial 300mg IV em bolus, podendo ser repetida metade da dose em 3 a 5 minutos, se o paciente persistir em FV/TV sem pulso).

### 3. ASSISTOLIA



**Obs:** 1. Certificar-se antes de qualquer conduta, que o paciente está em assistolia.

#### **4. ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO**



**ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO**  
(AESP = ritmo no monitor, sem pulso detectável)

**ABCD Primário** Foco: RCP básica e Desfibrilação

- Cheque a responsabilidade
  - Ative o sistema de emergência médica
  - Peça um desfibrilador
- A** Abrir Vias Aéreas: abra as vias aéreas  
**B** Boca a boca: aplique ventilação com pressão positiva  
**C** Circulação: aplique compressões torácicas  
**D** Desfibrilação: avalie a necessidade de choque para FV / TV sem pulso

**ABCD Secundário**

Foco: Avaliação e Tratamento mais avançados

- A** Assegurar a via aérea: coloque um dispositivo de via aérea assim que possível  
**B** Boa respiração: confirme a colocação do dispositivo de via aérea com exame físico e equipamentos de confirmação  
**B** Boa respiração: confirme a efetiva oxigenação e ventilação  
**C** Circulação: obtenha acesso venoso  
**C** Circulação: monitore e identifique o ritmo  
**C** Circulação: administre drogas apropriadas para a condição e ritmo  
**C** Circulação: cheque a presença de fluxo sanguíneo oculto (pseudo dissociação eletromecânica)  
**D** Diagnóstico Diferencial: procure e trate as causas reversíveis identificadas

**REVEJA AS CAUSAS MAIS FREQUENTES**

- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio-acidose
- Hiper / hipocalemia
- Tóxicos
- Tamponamento cardíaco
- Tensão do tórax - pneumotórax hipertensivo
- Trombose coronária (SCA)
- Tromboembolismo pulmonar

**Adrenalina 1 mg IV em bolus,**  
Repita em intervalos de 3 a 5 minutos

**Atropina**

1 mg IV (se a frequência cardíaca for lenta). Repita em intervalos de 3 a 5 minutos se necessário, até uma dose total de 0,04 mg / Kg

## **Medicamentos utilizados na PCR:**

### **Adrenalina**

- efeito vasoconstritor periférico – melhora fluxo coronário e cerebral.
- dose: 1 mg (IV) a cada 3-5 minutos
- 1 ampola – 1 ml – 1 mg

### **Atropina**

- utilizado em bradicardias, BAV e assistolias
- bloqueador vagal.
- dose: 0,5 a 1,0mg (IV) a cada 3-5 minutos, com dose máxima de 0,04mg/Kg.
- 1 amp – 1ml – 0,25mg

### **Vasopressina**

- vasoconstritor
- dose: 40UI (IV)

### **Amiodarona**

- indicada nos casos de FV/TV sem pulso
- dose: Na PCR - 300mg (IV) em bolus, podendo ser administrada metade da dose em 3-5min. Nas arritmias, 150mg em 10 minutos pode ser repetida em 10 minutos ou por infusão lenta de 60mg/hora por 6 horas. Dose máxima em 24 horas:2,2g.

### **Lidocaína**

- indicada nos casos de FV/TV refratária
- dose: 1,0-1,5mg/Kg (IV) em bolus, podendo ser repetida a cada 5-10 minutos, num total de 3mg/Kg. Manter manutenção de 2 a 4 mg/min.

### **Procainamida**

- dose inicial: 30mg/min num total de 17mg/Kg, com manutenção de 1 a 4 mg/min.

### **Gluconato de cálcio**

- usado se hipercalemia, hipocalcemia ou hipermagnesemia
- dose: gluconato de cálcio a 10% - 5 a 10 ml (IV) lento, repetindo a cada 10 minutos, se necessário
- não utilizar junto ao bicarbonato de sódio na mesma via de infusão.

### **Sulfato de magnésio**

- utilizado em FV e TV refratárias e recorrentes.
- dose: 1 a 2 gramas diluído em 100 ml de SG5% e administrado em até 60 minutos. Pode ser feito em bolus em casos de FV/TV refratária.

### **Bicarbonato de sódio**

- ventilação e massagem cardíaca adequada são as medidas mais efetivas no controle da acidose metabólica durante PCR.
- dose: 1mEq/Kg, repetir se necessário após 10 minutos.