**Manual Emergências Clínicas**

**Departamento de Bombeiros de Puerto Esperanza**

# INTRODUÇÃO

Este documento foi criado para ser um guia de conhecimento para o pessoal do Departamento de Bombeiros de Puerto Esperanza e destina-se apenas a ser utilizado como um guia de referência, não sendo um protocolo de tratamento médico definitivo.

| **SBV** | Suporte Básico de Vida |
| --- | --- |
| **SAV** | Suporte Avançado de Vida |

| CUIDADOS GERAIS NA ABORDAGEM |
| --- |
| **RESPONDE À CENA DE FORMA SEGURA**   * Verifica as informações fornecidas no Dispatch. * Usa luzes e sirenes apropriadas para responder ao local. * Garante a segurança do local e estabelece o controlo da situação.   **CHEGADA AO LOCAL E OBSERVAÇÃO INICIAL**  Apura as precauções a ter na abordagem, o número de vítimas, a segurança do local, os possíveis riscos ambientais e os recursos adicionais necessários.  **ABORDAGEM À VÍTIMA**   * Determina as lesões / natureza da doença * Estabelece a responsividade. * Avalia de forma geral a vítima.   **VIAS AÉREAS E RESPIRAÇÃO**   * Vias Aéreas   + Garante que as vias aéreas estão livres de obstruções. Inclina a cabeça/levanta o queixo ou utiliza a técnica de empurrar o maxilar para abrir a via aérea.     - **NOTA: SE SUSPEITARES DE LESÃO NA COLUNA, MANTÉM A ESTABILIZAÇÃO DA CERVICAL.**   + Aspirar a via aérea, se necessário ( remover secreções, vômito ou outras substâncias que possam comprometer a ventilação)   + Tratar possíveis problemas da via aérea se necessário.   + Considerar o uso da via aérea oral ou nasal.     - Membros com o SAV podem recorrer ao manejo avançado da via aérea (intubação endotraqueal ou dispositivos supraglóticos). * Respiração   + Avaliar a frequência respiratória, o esforço e os sons respiratórios.   + Se a respiração não estiver estável ou dentro dos valores aconselháveis, ventila a vítima com oxigênio a 100% usando uma máscara facial.   + Administra oxigênio para manter a saturação de oxigénio da vítima 94%   + Considerar pressão positiva contínua nas vias aéreas para ventilação com pressão positiva em pacientes conscientes.   + Avaliar os sons pulmonares e a capacidade de expansão do tórax durante a respiração. |

| **CUIDADOS GERAIS NA ABORDAGEM AO PACIENTE** |
| --- |
| **AVALIAÇÃO FOCADA E TRATAMENTO**   * Obtém o nome do paciente, data de nascimento e a morada. * Obtém o principal motivo de queixa do paciente. * Avalia o nível de dor relatada pelo mesmo. * Consider field diagnostic tests: glicemia, temperatura, monitoramento cardíaco/ECG de 12 derivações. * Limpa, desinfeta e enfaixa lacerações e abrasões. * Estabiliza possíveis objetos penetrantes.   **NOTA**   * Se o paciente estiver sob custódia, uma unidade da polícia deve escoltar a ambulância até ao Hospital de Davis, entrando esta pelo acesso das urgências e transportando a vítima para um quarto que não seja do acesso geral, deixando sempre as portas do mesmo trancadas.   **Sinais Vitais Normais em Pacientes Adultos**   |  | **Normal** | **Alto** | **Baixo** | | --- | --- | --- | --- | | **Pressão Arterial** | **120/80 mmHg** | **140/90 mmHg ou acima** | **90/60 mmHg ou abaixo** | | **Frequência Cardíaca** | **60 - 100 bpm** | **100 bpm ou acima** | **60 bpm ou abaixo** | | **Frequência Respiratória** | **12 - 20 bpm** | **28 bpm ou acima** | **10 bpm ou abaixo** | | **Temperatura** | **370 C** | **38.30 C ou acima** | **360 C ou abaixo** | |

## REAÇÃO ALÉRGICA/ANAFILAXIA

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Para anafilaxia com sinais e sintomas graves, administra o EpiPen ou o Auto Injector no músculo da perna do paciente, mantendo-o no local por 10 segundos   + Se fôr necessária uma dose adicional, contacta o **SEM. 📞**   + Solicita unidades com o Suporte Avançado de Vida se necessário. * Não demores com o transporte, pois a epinefrina tem um tempo de ação curto. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Para anafilaxia:   + Administra o auto-injetor de epinefrina para adultos (preferencial) OU   + Epinefrina 0.3 mg (3 mL para uma solução 1:1,000) IM. Podes repetir a Epinefrina 0.3 mg IM, a cada 5 minutos (3 doses total).     - Se for necessária uma dose adicional, contacta o **SEM. 📞**   + Considera a administração de Salbutamol 2.5 mg via nebulizador, se a vítima emitir um chiado ao respirar.Repete o Salbutamol 2.5mg, a cada 5 minutos (4 doses total) * Difenidramina 25 a 50 mg, IV * Para refratar a anafilaxia, após 3 ou mais doses de epinefrina, considera:   Infusão de Epinefrina 2-10 microgramas/minuto (diluída no soro e administrada via gotejamento intravenoso) até que os sintomas se resolvam. |

## ESTADO MENTAL ALTERADO

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Administra oxigênio se a saturação estiver abaixo de 94%. Se o paciente não conseguir manter a via aérea, considera a colocação de uma cânula nasal ou máscara facial dependendo do nível de consciência. * Verifica os níveis de glicose no sangue e se estes estão acima de 80 mg/dL. * Considera transportar o paciente em posição lateral de segurança. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Estabelece o acesso IV/IO. * Se houver hipoglicemia ou hiperglicemia, consulta [- Emergências Diabéticas](#_3fbs1b5tnyqm). * Para depressão respiratória grave, administra naloxona 0,4 até 2 mg, IV/IM/IO/IN.   + Administra conforme a resposta. * Realiza a desobstrução e garante que a via aérea se encontra adequada para a respiração, utilizando a estabilização avançada das vias aéreas (tubo endotraqueal, supraglóticos) * Avalia e monitoriza o ritmo cardíaco. * Se a hipotensão persistir após a administração de 2L de Soro, considera vasopressores. |

## 

## 

## EPILEPSIA

| **SBV** | **Cuidados gerais de abordagem à vítima:**   * Garante a segurança do local e da vítima, afastando objetos perigosos. * Se a vítima estiver no meio de uma crise convulsiva, evita colocar algo na boca ou restringir os movimentos. Em vez disso, amortece a cabeça e protege a vítima de lesões. * **Após a convulsão:**   + Posiciona a vítima em decúbito lateral (posição lateral de segurança) para prevenir aspiração.   + Verifica a permeabilidade das vias aéreas e a respiração.   + Administra oxigênio se a saturação estiver abaixo de 94%.   + Monitora os sinais vitais e o nível de consciência.   + Se a vítima estiver inconsciente por mais de 5 minutos após a convulsão, solicita suporte avançado de vida. |
| --- | --- |
| **SAV** | **Manejo Avançado:**   * **Estabelece o acesso IV/IO** para administração de medicamentos ou fluidos. * **Convulsão contínua (status epilepticus):**   + Administra *Diazepam* 5-10 mg IV lentamente, repetido a cada 10-15 minutos conforme necessário, até um máximo de 30 mg.   + OU Administra *Lorazepam* 4 mg IV, repetido uma vez após 10-15 minutos se necessário.   + OU Administra *Midazolam* 2.5 mg IV/IN, podendo ser repetido a cada 5 minutos, até um máximo de 10 mg. * **Após a convulsão:**   + Realiza avaliação detalhada do paciente, incluindo monitoramento contínuo dos sinais vitais e ECG.   + Se houver risco de recorrência de convulsões, considera iniciar uma infusão contínua de *Midazolam* 0.05-0.1 mg/kg/h ou *Propofol* sob supervisão médica.   + Avalia a necessidade de intubação endotraqueal se houver comprometimento respiratório ou risco de aspiração. * **Caso a convulsão dure mais de 5 minutos** ou se a vítima tiver múltiplas convulsões sem recuperação total entre elas, considera o transporte urgente para o hospital.   **Pacientes com história conhecida de epilepsia devem ser avaliados quanto ao uso regular de anticonvulsivantes e se houve falha no uso dos mesmos.** |

## ASMA

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Manter a saturação de oxigênio da vítima ≥ 94% (90% in DPOC); Aumenta o fluxo de Oxigênio com cautela e procura por sinais de fadiga, diminuição de consciência e insuficiência respiratória. * Ajuda o paciente a usar o seu inalador corretamente: administra 4 a 6 doses.   + Pode ser repetido a cada 5 minutos se necessário.   + O inalador pode conter Albuterol, Levalbuterol ou uma combinação de Albuterol com Ipratrópio de Brometo. * Considera administrar albuterol 0.083% 2.5 mg via nebulizador a cada 5 minutos, conforme o necessário. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Para pacientes que não respondem aos tratamentos ou que estão em iminência de insuficiência respiratória, considera:   + CPAP até um máximo de pressão de 10 cm de H₂O * Administrar Brometo de Ipratrópio a 0.02% (3 mg) via nebulizador em conjunto com as três primeiras nebulizações de Albuterol. * Realiza a desobstrução e garante que a via aérea se encontra adequada para a respiração, utilizando a estabilização avançada das vias aéreas (tubo endotraqueal, supraglóticos) * Considera:   Administrar metilprednisolona 125 mg, IV  Administrar dexametasona 12 mg, IV   * Realizar estabilização avançada das vias aéreas (Intubação Endotraqueal ou Intubação Sequencial Rápida) para dificuldade iminente respiratória ou em caso de vias aéreas instáveis. * Para pacientes que não respondem aos tratamentos ou para casos de falha respiratória iminente, considera:   Epinefrina 0.3 mg (0.3 mL de uma solução 1:1,000) IM, preferencialmente na coxa lateral. |

## 

## INALAÇÃO DE FUMO

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Oxigênio 100% via máscara não-reinalante ou insuflador. * Descontaminação simultânea com a ressuscitação inicial. * O paciente deve receber oxigênio puro através de uma máscara de oxigênio de alta concentração ou de um insuflador. Ao mesmo tempo, é importante realizar a descontaminação do paciente enquanto se inicia o tratamento inicial. * Se disponível, utiliza um oxímetro específico para monóxido de carbono para verificar os níveis dessa substância no organismo. Além disso, se houver um dispositivo de medição, verifica os níveis de monóxido de carbono e cianeto no ambiente onde ocorreu a exposição. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Para casos em que haja histórico de exposição ao fumo com alteração do nível de consciência e/ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório, administra, se disponível:   + Hidroxocobalamina através do uso de Cyanokit. * Para suspeita de acidose metabólica, hipercalemia suspeita ou conhecida (paciente em diálise), overdose conhecida de antidepressivos tricíclicos ou suspeita de agitação/excitação. |

| **Sintomas:** dor de cabeça, confusão, falta de ar, aperto no peito, náuseas.  **Sinais:** fuligem no nariz ou na boca, alteração no nível de consciência, convulsão, pupilas dilatadas, tosse, taquipneia e hipertensão (inicial), bradipneia e hipotensão (tardia), choque, vômito. |
| --- |

## DIABETES

| **SBV/SAV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Administrar O2 se a saturação de oxigênio estiver abaixo de 94%, Se o paciente não conseguir manter a respiração, considera a cânula nasal ou a máscara facial com base no nível de consciência. * Verifica os níveis de glicose no sangue:   + Se estiver abaixo de 80 mg/dL com sinais de alteração do estado mental ou outros sintomas associados, consulta [HIPOGLICEMIA](#_fu409i80scgm).   + Se estiver acima de 300 mg/dL com sinais de alteração do estado mental, taquipneia ou sinais de desidratação **OU** leitura acima de 500 mg/dL, consulta [HIPERGLICEMIA](#_5m81v1ux2rez). * Transporta o paciente em posição lateral. |
| --- | --- |

### HIPOGLICEMIA (+)

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Administrar O2 se a saturação de oxigênio estiver abaixo de 94%, Se o paciente não conseguir manter a respiração, considera a cânula nasal ou a máscara facial com base no nível de consciência. * Solicitar unidades com suporte avançado de vida se o estado do paciente não fôr estável. * Administra glicose oral nas membranas mucosas do paciente ou por via oral. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Inicia o monitoramento cardíaco. * Inicia uma infusão IV de soro (0.9%) para manter a veia aberta ou um dispositivo de bloqueio salino. * Administra 25gm de Dextrose (50 mL de uma solução 50% ), IV   + Garante que a IV não apresenta infiltração ou resistência.   + LEMBRETE: A dextrose IV causa necrose local nos tecidos. * Pacientes com histórico de diabetes: Administrar 1 mg Glucagon IV, lentamente |

### HIPERGLICEMIA (-)

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Administrar O2 se a saturação de oxigênio estiver abaixo de 94%, Se o paciente não conseguir manter a respiração, considera a cânula nasal ou a máscara facial com base no nível de consciência. * Mantém o paciente numa posição confortável. * Considerar usar suporte ventilatório em pacientes com hiperglicemia grave. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Administrar soro 1000 mL(1L) até 3000 mL (3L), IV/IO * Realiza a estabilização avançada das vias aéreas (Tubo Laríngeo King) em pacientes com insuficiência respiratória ou com vias aéreas gravemente instáveis. |
| **SAV** | * Realiza a gestão avançada das vias aéreas (Intubação Endotraqueal ou Intubação Sequencial Rápida) em pacientes com insuficiência respiratória ou vias aéreas gravemente instáveis. |

## 

## 

## HIPOTERMIA

**Hipotermia Leve: 32ºC-35ºC Hipotermia Moderada: 28ºC-32ºC Hipotermia Grave: 28ºC e abaixo.**

| **SBV** | * Remover roupas molhadas e secar o paciente. * Cobrir o paciente com cobertores secos e aquecidos. * Isolar o paciente do solo frio. * Verificar a temperatura corporal da vítima. * Evitar movimentos bruscos para prevenir arritmias cardíacas. * Fornecer oxigênio suplementar se necessário. * Usar respiração boca-a-boca ou bolsa-válvula-máscara se necessário. * Verificar pulso por 30-45 segundos pois pode ser bradicárdico. * Iniciar RCP caso não haja sinais de vida após verificação prolongada. * Preparar o transporte para o hospital. * Manter o paciente aquecido durante o transporte. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Utilizar bolsas de água morna em áreas vasculares principais ( axilas, virilhas, pescoço). * Administração de fluidos aquecidos intravenosos (soro aquecido a 40-42ºC). * Administrar oxigênio aquecido e umidificado. * Tratar arritmias cardíacas conforme necessário. * Em caso de hipotermia grave, considera o transporte para o hospital com oxigenação por membrana extracorpórea ou bypass cardiopulmonar. * Em caso de considerar interrupção de esforços de reanimação (paciente inconsciente) em casos de hipotermia grave, esta deve ser prolongada até que a temperatura central esteja acima de 32ºC. |

## 

## 

## HIPERTERMIA

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Move a vítima para uma área fresca e protege-a do sol ou de qualquer fonte de calor externa. * Remove o máximo de roupa possível e corta qualquer roupa restritiva. * Se a vítima estiver alerta e orientada, oferece pequenos goles de líquidos frescos. * Monitora e registra os sinais vitais e o nível de consciência da vítima. * Obtém a temperatura – a temperatura retal é a preferida, conforme o apropriado. * Se a temperatura ambiental externa fôr superior a 40ºC ou se houver alteração do estado mental:   + Inicia o resfriamento ativo, borrifando a pele exposta da vítima com água enquanto ventilas o paciente (mais eficaz)   + Pacotes de gelo no tronco e toalhas/lençóis húmidos podem ser usados, mas são menos eficazes do que a evaporação.   + Interrompe o resfriamento ativo quando a temperatura da vítima atingir os 38,5ºC ou se esta estiver a tremer e os membros com SAV não conseguirem controlar (ver abaixo). |
| --- | --- |
| **SAV** | * Considera:   + 500 mL de bolus de soro 0.9% NS IV para desidratação, mesmo que os sinais vitais estejam normais.   + Pacientes com hipertermia grave têm o corpo sobrecarregado e necessitam de nutrientes e fluidos para manter a pressão sanguínea e a circulação de resíduos e nutrientes. |
| **SAV** | * Se a vítima tiver tremores incontroláveis durante o resfriamento:   Midazolam 2.5mg IV/IN, podes repetir uma vez a cada 5 minutos **OU** 5 mg IM podes repetir uma vez a cada 10 minutos **OU**  Lorazepam 1 mg IV, podes repetir uma vez a cada 5 minutos **OU** 2 mg IM, podes repetir uma vez a cada 10 minutos **OU**  Diazepam 2 mg IV, podes repetir uma vez a cada 5 minutos. |

## NÁUSEAS/VÔMITOS

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Fornece oxigênio, conforme fôr tolerado. * Mantêm a via aérea do paciente livre de vômito (por exemplo posicionamento, sucção, etc.). |
| --- | --- |
| **SAV** | * Considera uma bolus IV de soro 500ml para desidratação, mesmo que os sinais vitais estejam normais.   + Podes repetir uma bolus IV de 250 ml se o transporte exceder os 15 minutos e a condição do paciente não tiver melhorado. * Administra ondansetron (Zofran) 4 mg, IV. |
| **SAV** | * Ondansetron 4 mg IV **OU** * Proclorperazina 5 a 10 mg IV ou 5 mg IM, **OU** * Metoclopramida 5 mg IV **OU**   + Podes repetir qualquer um dos medicamentos acima uma vez após 10 minutos se as náuseas/vômitos persistirem. * Granisetron 0.1 a 1 mg IV por 5 minutos (dose única) **OU** * Dolasetron 12.5mg IV (dose única).     **Antídoto:** Para reações distônicas causadas pela administração de Proclorperazina ou Metoclopramida pelo DBPE:   * Administra Difenidramina 25 a 50 mg, IV/IM. |

## **DESIDRATAÇÃO**

| **SBV** | * Verifica os níveis de consciência da vítima. * Verifica os sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura) da vítima. * Move a vítima para uma área fresca e protege-a do sol ou de qualquer fonte de calor externa. * Se a vítima estiver alerta e orientada, oferece pequenos goles de líquidos frescos. * Avalia a mucosa oral (seca, pegajosa) da vítima. * Se a vítima estiver consciente e capaz de engolir, orienta-o a beber pequenos goles frequentes de Solução de Reidratação Oral, água ou líquidos claros (evitar bebidas com cafeína ou álcool). * Se o paciente não melhorar com SOR ou se existirem sinais de desidratação grave (confusão mental, fraqueza extrema, pele fria e úmida, pulso fraco e rápido) realiza transporte urgente para o hospital. * Mantém o paciente confortável e de barriga para cima. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Continua a avaliação detalhada do paciente, incluindo ECG, saturação de oxigênio e monitorização contínua dos sinais vitais. * Considera:   + 500-1000 mL de soro 0.9% IV para desidratação, avaliando a resposta e ajustando conforme o necessário.   + Se o paciente não melhorar significativamente com as intervenções iniciais ou se houver complicações, prepara transporte rápido para o hospital. |

## 

## 

## 

## 

## TRATAMENTO DA DOR

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Usa bastante acolchoamento ao imobilizar lesões musculoesqueléticas. * Considera a aplicação de compressas frias por 30 minutos. * Pede à vítima para avaliar a sua dor numa escala de 0 a 10 ou utiliza outra escala de dor apropriada. |
| --- | --- |
| **SAV** | * A menos que o paciente apresente alteração do estado mental, considera uma das seguintes opções para controlar a dor:   + Fentanil 25 – 100 microgramas IV, a cada 2 – 5 minutos até um total de 300 microgramas para alívio da dor; 50 – 100 microgramas IM/IN, a cada 5 minutos até um total de 300 microgramas titulado para alívio da dor **OU**   + Morfina 2 – 5 mg IV/IM a cada 10 minutos até um total de 20 mg titulado para alívio da dor e se a pressão arterial sistólica for >100 mmHg. * Para náuseas: vê [- Náuseas/Vómitos](#_jqzb7zp2wf5p)   + Antídoto: Para hiperventilação devido à administração de opiáceos por parte do pessoal do DBPE, auxilia na ventilação e administra Naloxona 0,4 mg IV/IM ou 2 mg IN. Se não houver resposta, podes repetir a dose inicial a cada 5 minutos, até um total de 10 mg. * Administra ondansetron 4 mg IV/PO **OU** * Administra proclorperazina 5 – 10 mg IV, ou 5 mg IM, **OU** * Administra metoclopramida 5 mg IV **OU**   + Podes repetir qualquer um dos medicamentos acima uma vez após 10 minutos se a náusea/vómito persistir. * Administra granisetron 0.1 – 1 mg IV ao longo de 5 minutos (dose única) **OU** * Administra dolasetron 12.5mg IV (dose única).     **Antídoto:** Para reações distônicas causadas pela administração de proclorperazina ou metoclopramida por pessoal do DBPE:   * Administra difenidramina 25 – 50mg IV/IM. |
| **SAV** |

## ENVENENAMENTO/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS/ OVERDOSE

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Para suspeita de overdose de opiáceos com grave depressão respiratória, considera:   + Naloxona 1 mg (1 mL, total de 2 mg/2 mL) por narina (IN) através de seringa pré-cheia e atomizador, totalizando 2 mg.   + Se não houver resposta, repete em 3-5 minutos.   + Para doses adicionais ou suspeita de envenenamento, contacta o **SEM.** |
| --- | --- |
| **SAV** | * Para suspeita de overdose de opiáceos com depressão respiratória grave, considera:   + Naxolona 0.4 – 2.0 mg IV/IM ou 2 mg IN.   + Se não houver resposta, podes repetir a cada 3 - 5 minutos até um total de 10 mg. |
| **SAV** | * Se o paciente apresentar uma reação distônica:   + Difenidramina 25 – 50 mg, IV/IM * Suspeita de Estimulante:   + Midazolam 2.5 mg IV/IN, pode ser repetido 1x a cada 5 minutos; ou 5 mg IM, pode ser repetido 1x a cada 20 minutos, **OU**   + Lorazepam 1 mg IV, pode ser repetido 1x a cada 5 minutos; ou 2 mg IM pode ser repetido 1x a cada 20 minutos, **OU**   + Diazepam 2 mg IV, pode ser repetido 1x a cada 5 minutos; ou 5 mg IM, pode ser repetido 1x a cada 20 minutos |

## 

## 

## 

## PARAGEM CARDÍACA

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima — com foco no CPR * Compressões torácicas imediatas. * Aplica o DEA e usa-o o mais rápido possível (com interrupção mínima das compressões torácicas). * Se a ventilação for adequada com o ventilador manual, o posicionamento avançado da via aérea pode ser adiado e não deves interromper as compressões torácicas. * Monitora a capnografia de forma quantitativa durante toda a ressuscitação, se disponível, para avaliar e monitorar o posicionamento da via aérea, a qualidade da RCP e para detectar sinais de Retorno da Circulação Espontânea. * Considera as causas tratáveis: hipóxia, overdose/intoxicação, hipotermia, hipoglicemia e hipovolemia—trata conforme o protocolo específico. |
| --- | --- |
| **SAV** | * Minimiza as interrupções das compressões torácicas para a colocação de IV. * Para fibrilação ventricular (FV) / taquicardia ventricular sem pulso (TV):   + Desfibrilação quando disponível, com interrupção mínima nas compressões torácicas (use 360 joules para desfibriladores monofásicos de 120 - 200 joules para desfibriladores bifásicos); e RCP por 5 ciclos/2 minutos; então verificação do ritmo; então:     - Considera epinefrina (1:10.000) 1 mg IV; repetir a cada 3 - 5 minutos.   + Para assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP):     - Continua a RCP por 2 minutos.     - Considera: epinefrina (1:10.000) 1 mg IV; repetir a cada 3 - 5 minutos. * Continua a RCP por 2 minutos entre as intervenções; para apenas para verificação do ritmo ou Retorno da Circulação Espontânea. |
| **SAV** | * Se a ventilação for adequada com o ventilador manual, o posicionamento avançado da via aérea pode ser adiado e não deves interromper as compressões torácicas. * A colocação de uma via aérea avançada durante a parada cardíaca não deve interromper as compressões torácicas. Nesse contexto, as vias aéreas supraglóticas e os tubos endotraqueais podem ser considerados equivalentes. * Considera pneumotórax sob tensão e trata com decompressão por agulha. * Para suspeita de acidose metabólica, hipercalemia suspeita ou conhecida (paciente   em diálise), overdose conhecida de antidepressivos tricíclicos ou suspeita de agitação/excitação. |

## QUEIMADURAS

| **SBV** | * Cuidados gerais de abordagem à vítima. * Para o processo de queimadura. Remove produtos químicos secos escovando-os. * Retire as jóias da vítima caso esta tenha alguma junto à zona afetada. * Descontamina o paciente conforme apropriado. * Avalia a via aérea do paciente em busca de evidências de inalação de fumo ou queimaduras: fuligem ao redor da boca ou das narinas, cabelo chamuscado, escarro carbonáceo, consulta o Protocolo de Inalação de Fumo. * Mantém as vias aéreas desobstruídas. * Determina a porcentagem de extensão da queimadura usando a regra dos nove. * Não inclua queimaduras de primeiro grau na área da superfície corporal (ASC)%. * Determina a profundidade da lesão. * Se uma queimadura de espessura parcial (segundo grau) for <10% da área da superfície corporal, aplica água na temperatura ambiente ou toalhas úmidas em temperatura ambiente na área queimada por no máximo 15 minutos. O resfriamento prolongado pode resultar em hipotermia. * Mantém a temperatura corporal da vítima. * Cobre as queimaduras com lençóis secos e estéreis ou curativos secos e estéreis. * Não apliques pomadas, cremes ou géis na área queimada. |
| --- | --- |
| **SAV** | Tempo de transporte inferior a 1 hora:   * + Administrar NaCl 0,9% a 500 mL/hora.   Tempo de transporte superior a 1 hora:   * + Administrar NaCl 0,9% a 1 - 2 mL/kg x % de queimadura/8 = taxa horária x primeiras 8 horas. * Se o paciente apresentar dificuldade respiratória, queimaduras ao redor da boca ou pescoço, ou estiver produzindo escarro carbonáceo, considera o manejo avançado das vias aéreas. |

| **NOTAS:**   * Pacientes com lesões graves por congelamento devem receber tratamento urgente com ativador de plasminogênio tecidual (medicamento trombolítico usado para dissolver coágulos sanguíneos) via IV num centro de queimaduras. * Pacientes que sofram queimaduras elétricas devem ser ligados ao monitor cardíaco para avaliar possíveis danos no coração. |
| --- |

## TRIAGEM EM CATÁSTROFES EM MASSA

****

| **Processo de Triagem**  Utiliza um sistema de triagem como o “CAIT” (Classificar, Avaliar, Intervenções para Salvamento de Vida, Tratamento/Transporte) para priorizar os pacientes.   * Avalia cada paciente o mais rapidamente possível. * Realiza as avaliações de forma rápida. * Atribui categorias a pacientes com base na necessidade de tratamento (Estável, Responsivo, Anda). * Lembra-te: Triagem não é tratamento! Deixar de cuidar de um paciente só vai atrasar o atendimento aos outros. O cuidado padrão de triagem é apenas para corrigir problemas de via aérea e de sangramento grave.   **Categorias da Triagem CAIT**  **Sistema de Categorias**   * Utiliza etiquetas de triagem repelentes à água com marcadores à prova d’água e prende-as ao paciente. * Indica a prioridade de triagem do paciente, o grau de descontaminação realizada, tratamento e medicamentos recebidos. |
| --- |