**MANUAL INTEGRADO DE FORMAÇÃO MÉDICA**

*Departamento de Bombeiros de Puerto Esperanza*



# **FORMAÇÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E PRIMEIROS SOCORROS.**

* *O operacional será capaz de prestar cuidados médicos iniciais em emergências, com conhecimentos tanto de primeiros socorros quanto de suporte básico de vida, garantindo a estabilização das vítimas até ao transporte para o hospital.*

[**1 Avaliação Primária e Secundária do Paciente**](#_shneo54zg0or)

[1.1 Abordagem inicial (segurança da cena, avaliação de risco)](#_4v0fifvriwl3)

[1.2 Avaliação de sinais vitais e histórico médico](#_18el10vpufty)

[1.3 Monitoramento contínuo do paciente até a chegada ao hospital](#_qm2nobyijibh)

[**2 Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Desfibrilação Automática (DEA)**](#_wuf4a7leaeil)

[2.1 Manobras de RCP em adultos](#_chpt78e9mdfo)

[2.2 Uso do desfibrilador externo automático (DEA)](#_w0labi4w6zts)

[2.3 Reanimação em vítimas de paragem cardíaca](#_8u83433x8cz7)

[**3 Controlo de Hemorragias e Feridas**](#_k2ljd1ah7gaz)

[3.1 Técnicas de controlo de hemorragias externas: compressão, torniquete, curativos de pressão](#_y5ycsd244ojy)

[3.2 Limpeza e curativos de feridas superficiais e profundas](#_mh2stxn82gd3)

[3.3 Prevenção de infeções](#_2c9qco8w2gmn)

[**4 Imobilização e Transporte de Pacientes**](#_q0bsvqwiia91)

[4.1 Imobilização de fraturas com talas e bandagens](#_63zfq24mt4sz)

[4.2 Uso de plano-duro e colares cervicais](#_luw5lu3s97n9)

[4.3 Técnicas seguras de movimentação e transporte](#_gxt7wzc5hplk)

[**5 Emergências Respiratórias e Manejo de Vias Aéreas**](#_sqyhmn7h3n7e)

[5.1 Técnicas de desobstrução das vias aéreas (Heimlich, ventilação assistida)](#_otae0q9rwcq1)

[5.2 Uso de máscara e ambu para ventilação assistida](#_wqhp5fka1tsk)

[5.3 Crises asmáticas, hiperventilação e insuficiência respiratória](#_i59a0soa10oy)

[**6 Tratamento de Traumas**](#_6ae0ms3h9eh4)

[6.1 Avaliação inicial de traumas (cabeça, coluna, tórax, extremidades)](#_chz9guvs3je9)

[6.2 Controlo de sangramentos graves e tratamento de lesões internas](#_mbrc25a1wln7)

[6.3 Tratamento de queimaduras e choque térmico](#_b068olow7q64)

[**7 Emergências Clínicas**](#_ak1qwmzakx9k)

[7.1 Reconhecimento e tratamento de emergências cardíacas (infarto, arritmia)](#_nnolubbc1och)

[7.2 Emergências diabéticas (hipoglicemia, hiperglicemia)](#_w8y52fyhpgg7)

[7.3 Crises alérgicas e anafilaxia](#_axonk6o2fggy)

[7.4 Emergências neurológicas (convulsões, AVC)](#_r6j8asaasfz4)

[**8 Oxigenoterapia**](#_6dvmwx5iazo3)

[8.1 Uso de oxigénio suplementar em pacientes com insuficiência respiratória](#_755mrbej7zkq)

[8.2 Cuidados com o uso de máscaras de oxigénio e dispositivos de ventilação](#_jhezy9ap0pu7)

## 

## **1 Avaliação Primária e Secundária do Paciente**

### **1.1 Abordagem inicial (segurança da cena, avaliação de risco)**

**Segurança da Cena:**

* **Avaliação do Ambiente:** Antes de prestar qualquer atendimento, o operacional deve garantir que o local é seguro para ele, para a vítima e para os restantes presentes. Verificar potenciais perigos, como incêndios, vazamentos de gás, tráfego intenso ou exposição a substâncias tóxicas. Caso necessário, remover pessoas em risco para um local mais seguro.

### **1.2 Avaliação de sinais vitais e histórico médico**

**Avaliação de Sinais Vitais:**

* **Consciência:** Avaliar a consciência da vítima utilizando a Escala de Coma de Glasgow (avaliação da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora). Estimular a vítima com voz ou toque.
* **Respiração:** Observar a frequência, profundidade e regularidade da respiração, além dos movimentos torácicos. Verificar sinais de dificuldade respiratória.
* **Circulação:** Medir o pulso, avaliando a sua frequência e qualidade. Observar a cor da pele e sinais de perfusão, como temperatura e humidade. Identificar possíveis sinais de choque, como palidez e suor frio.

**Histórico Médico:**

* **Recolha de Informação:** Perguntar à vítima ou acompanhantes sobre condições médicas pré-existentes (diabetes, hipertensão), alergias, medicações em uso e eventos recentes (traumas, doenças).
* **Sintomas Atuais:** Identificar sintomas como dor, dificuldade respiratória, alterações no estado mental, ou qualquer outro sinal relevante.

### **1.3 Monitoramento contínuo do paciente até a chegada ao hospital**

**Monitoramento Contínuo:**

* **Reavaliação Frequente:** Acompanhar constantemente os sinais vitais e o estado geral da vítima durante o atendimento e o transporte. Reavaliar regularmente a consciência, oxigenação e pressão arterial.
* **Ajustes no Atendimento:** Modificar as intervenções conforme a evolução do estado da vítima, como iniciar a reanimação cardiopulmonar (RCP) se necessário ou ajustar a ventilação assistida conforme a oxigenação do paciente.
* **Comunicação com o Hospital:** Manter contacto com os médicos do Hospital, atualizando sobre a condição da vítima e recebendo orientações adicionais.

**Preparação para Transporte:**

* **Estabilização e Imobilização:** Garantir que a **vítima** esteja **estável** e **imobilizada** adequadamente para o transporte.
* **Entrega ao Hospital:** Ao chegar ao hospital, relatar o estado da vítima, as intervenções realizadas e informações importantes sobre o histórico médico e sintomas apresentados.

## **2 Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Desfibrilação Automática (DEA)**

### **2.1 Manobras de RCP em adultos**

**Avaliação Inicial da Paragem Cardiorrespiratória:**

* Verificar a responsividade da vítima (uso de estímulos verbais e físicos).
* Avaliar rapidamente se a vítima apresenta respiração ausente ou anormal (gasping) e ausência de pulso carotídeo (no máximo 10 segundos a avaliação).
* Iniciar a RCP imediatamente após confirmar paragem cardiorrespiratória.

**Técnica de Compressão Torácica:**

* **Posicionamento Correto:** Colocar a base de uma mão no centro do tórax da vítima, entre os mamilos, e a outra mão sobre a primeira, mantendo os cotovelos esticados e os ombros alinhados acima das mãos.
* **Profundidade das Compressões:** Comprimir o tórax a uma profundidade de 5 a 6 cm, permitindo o retorno completo do tórax entre as compressões para otimizar a perfusão coronariana.
* **Ritmo das Compressões:** Realizar compressões a uma frequência de 100–120 compressões por minuto, minimizando as interrupções durante o ciclo.
* **Minimizar Pausas:** Limitar as interrupções nas compressões a menos de 10 segundos, exceto para intervenções necessárias, como o uso do DEA.

**Ventilação Assistida:**

* Após 30 compressões, realizar 2 ventilações, com duração de 1 segundo cada, observando a elevação do tórax.
* Se houver dificuldade na ventilação, reposicionar as vias aéreas com a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo.
* Em casos de risco elevado de contaminação, utilizar uma máscara com válvula unidirecional (máscara facial ou bolsa-válvula-máscara).

**Ciclos de RCP:**

* Reavaliar a vítima a cada 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) de compressões e ventilações, verificando sinais de retorno à circulação espontânea, como respiração ou movimentos.
* Se houver sinais de retorno à circulação, interromper a RCP e monitorar os sinais vitais continuamente.

### **2.2 Uso do desfibrilador externo automático (DEA)**

**Ativação e Preparação:**

* **Ligar o DEA:** Assim que disponível, ligar o dispositivo imediatamente.
* **Preparar a Vítima:** Expor o tórax, removendo roupas em excesso. Secar o tórax se estiver molhado para garantir a adesão dos elétrodos.
* **Posicionamento dos Elétrodos:**
  + Colocar um elétrodo logo abaixo da clavícula direita.
  + Posicionar o segundo elétrodo abaixo da linha axilar esquerda, na lateral do tórax.
  + Evitar colocar os elétrodos diretamente sobre dispositivos implantados, como pacemakers.

**Análise e Choque:**

* Permitir que o DEA analise o ritmo cardíaco, assegurando que ninguém toque na vítima durante a análise para evitar interferências.
* Se indicado choque, garantir que todos ao redor se afastem (comando de “afastem-se”) e aplicar o choque pressionando o botão do DEA.
* Após o choque, reiniciar imediatamente as compressões, seguindo as instruções do DEA.

### **2.3 Reanimação em vítimas de paragem cardíaca**

**Continuidade da RCP e Uso do DEA:**

* Continuar a realizar compressões e ventilações em ciclos de 30:2. O DEA reavaliará o ritmo cardíaco a cada dois minutos (ou cinco ciclos) e indicará se um novo choque é necessário.
* O objetivo é manter a perfusão cerebral e cardíaca até a chegada do suporte avançado.

**Gestão Pós-Reanimação:**

* Se houver retorno da circulação espontânea (pulso presente), interromper a RCP, verificar sinais de respiração e monitorar continuamente os sinais vitais.
* Se a respiração espontânea retornar, colocar a vítima na posição lateral de segurança para evitar aspiração.
* Continuar a monitorar até à chegada do suporte avançado, garantindo que a vítima não entre novamente em paragem cardiorrespiratória.

**Intervenções Adicionais:**

* Em casos de paragem cardíaca refratária (sem resposta após vários ciclos de RCP e desfibrilação), chama unidades médicas disponíveis ou suspende as manobras após o 20 minutos.

## **3 Controlo de Hemorragias e Feridas**

### **3.1 Técnicas de controlo de hemorragias externas: compressão, torniquete, curativos de pressão**

* Reconhecer sinais de hemorragia severa, como sangramentos pulsáteis (arteriais) ou fluxos contínuos (venosos).
* Avaliar o local e a quantidade de perda sanguínea, priorizando o controlo imediato para evitar choque hemorrágico.

**Compressão Direta:**

* **Técnica:** Aplicar pressão direta e firme sobre a ferida com um pano estéril, gaze ou outro material limpo.
* **Manutenção:** Continuar a pressão até o controlo do fluxo sanguíneo, enquanto prepara o curativo adequado.
* **Considerações:** Elevar o membro afetado, quando possível, para reduzir o fluxo sanguíneo e facilitar o controlo da hemorragia.

**Curativos de Pressão:**

* Após a compressão, aplicar um curativo de pressão sobre a ferida.
* Usar gaze estéril ou compressas bem ajustadas para manter a pressão no local.
* Verificar regularmente o curativo e reajustá-lo se o sangramento persistir.

**Torniquete:**

* Usado como último recurso em hemorragias de extremidades incontroláveis por compressão.
* **Posicionamento:** Aplicar 5 a 7 cm acima da ferida, evitando articulações, garantindo que seja apertado o suficiente para interromper o fluxo arterial (sem pulso distal ao torniquete).
* **Monitorização:** Registar o tempo de aplicação e informar a equipa de médicos na chegada. Nunca remover o torniquete no campo, a menos que tenha o SAV.

### **3.2 Limpeza e curativos de feridas superficiais e profundas**

**Limpeza de Feridas Superficiais:**

* **Solução Salina Estéril:** Utilizar soro fisiológico ou água limpa para irrigar e remover detritos das feridas.
* **Desinfeção:** Se possível, desinfetar com soluções antissépticas (como clorexidina ou iodopovidona) para prevenir infeção.
* **Cobertura:** Aplicar gaze estéril ou curativo adesivo, fixando-o adequadamente para proteger a ferida de contaminação.

**Curativo de Feridas Profundas:**

* **Feridas com Exposição de Tecidos Profundos:** Manter a pressão com gazes estéreis para controlar o sangramento, e aplicar um curativo estéril que permita a absorção de fluidos.
* **Imobilização Adicional:** Se necessário, imobilizar a área afetada (especialmente nas extremidades) para evitar maior dano aos tecidos.

**Manutenção e Troca de Curativos:**

* Verificar periodicamente o curativo e atentar para sinais de saturação com sangue ou secreção.
* Trocar o curativo sempre que estiver saturado ou a cada 24 horas, caso o ferimento esteja estável e sob controlo.

### **3.3 Prevenção de infeções**

**Técnicas de Prevenção de Infeções:**

* + **Higienização das mãos:** Lavar as mãos antes e após tocar na ferida para evitar a introdução de patógenos.
  + **Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** Utilizar luvas estéreis sempre que possível, além de óculos de proteção ou máscaras, se houver risco de contacto com sangue ou fluidos corporais.

**Identificação de Sinais de Infeção:**

* + **Sinais Locais:** Monitorar a ferida para sinais de infeção, como aumento da vermelhidão, calor, dor ou presença de secreção purulenta.
  + **Sinais Sistémicos:** Estar atento a sinais de infeção generalizada, como febre, aumento da frequência cardíaca e mal-estar.
  + **Intervenção Rápida:** Se houver sinais de infeção, o paciente deve ser encaminhado rapidamente ao hospital para avaliação médica e possível administração de antibióticos.

**Vacinação Contra Tétano:**

* + Em casos de ferimentos com risco de contaminação por tétano (especialmente feridas profundas ou causadas por objetos enferrujados), assegurar que a vítima tenha a vacinação antitetânica atualizada. Caso contrário, recomendar profilaxia tetânica.

## **4 Imobilização e Transporte de Pacientes**

### **4.1 Imobilização de fraturas com talas e bandagens**

**Identificação de Fraturas e Lesões Ósseas:**

* Avaliar sinais de fratura, como dor localizada, deformidade, edema, crepitação e incapacidade de movimentar o membro.
* Estabilizar a área lesionada antes de movimentar o paciente para evitar agravar a lesão e minimizar o risco de danos a tecidos, nervos e vasos.

**Aplicação de Talas:**

* **Talas Rígidas:** Usar talas de madeira, plástico ou metal para imobilizar o membro fraturado, imobilizando as articulações acima e abaixo da fratura.
* **Talas Infláveis:** Podem ser usadas em fraturas menos complexas, proporcionando estabilização sem compressão excessiva.
* **Fixação:** Fixar a tala com bandagens ou fita, certificando-se de que a circulação não está comprometida.
* **Verificação de Circulação:** Após a imobilização, verificar a circulação distal do local da fratura (pulso, cor, temperatura e sensibilidade).

**Uso de Bandagens para Imobilização:**

* **Fraturas Menores e Lesões Articulares:** Utilizar bandagens elásticas para entorses, luxações e fraturas menores.
* **Técnicas de Enrolamento:** Aplicar as bandagens de forma firme, sem restringir a circulação. Monitorar sinais de má circulação, como inchaço ou mudança de cor.

### **4.2 Uso de plano-duro e colares cervicais**

**Indicações para Uso de Plano-Duro:**

* Usado em casos de suspeita de lesões na coluna vertebral, múltiplos traumas ou traumas cranianos.
* A vítima deve permanecer imóvel durante o transporte, minimizando o risco de lesões secundárias.

**Técnica de Imobilização em Plano-Duro:**

* **Manobra de Rolamento:** Com a ajuda de outro socorrista, realizar o rolamento em bloco (log roll) para colocar a vítima no plano-duro, garantindo a estabilização da cabeça e pescoço.
* **Fixação ao Plano-Duro:** Prender a vítima com cintas ou tiras de fixação, assegurando que o corpo, membros e cabeça estão devidamente alinhados.

**Uso de Colares Cervicais:**

* **Indicações:** Usado quando há suspeita de lesão na coluna cervical, como em acidentes de trânsito ou quedas graves.
* **Tamanhos e Ajuste:** Escolher o tamanho adequado, garantindo suporte suficiente sem comprimir excessivamente.
* **Aplicação:** O colar cervical deve ser aplicado com a vítima em posição neutra, estabilizando o pescoço antes de qualquer movimentação. Não remover o colar até a avaliação médica.

### **4.3 Técnicas seguras de movimentação e transporte**

**Princípios de Movimentação Segura:**

* **Comunicação Eficaz:** A equipa de socorristas deve coordenar-se e comunicar claramente cada passo para garantir a segurança do paciente.
* **Posicionamento Corporal Adequado:** Manter as costas retas e usar a força das pernas para levantar, evitando lesões nos socorristas.
* **Evitar Movimentos Desnecessários:** Manter o paciente em posição estável, evitando movimentações bruscas.

**Uso de Dispositivos de Transporte:**

* **Maca Rígida:** Utilizada para transportar vítimas com múltiplos traumas ou fraturas graves. Garantir que o paciente está devidamente imobilizado antes de movê-lo.
* **Cadeiras de Transporte:** Usadas em espaços restritos, como escadas, garantindo que a vítima está segura e imóvel.
* **Lona de Resgate:** Usada para transporte rápido em emergências, envolvendo o corpo da vítima para evitar movimentos bruscos.

**NOTA:** Durante o transporte em escadas, os socorristas devem manter o plano-duro ou cadeira nivelados, evitando inclinações que agravem as lesões.

## **5 Emergências Respiratórias e Manejo de Vias Aéreas**

### **5.1 Técnicas de desobstrução das vias aéreas (Heimlich, ventilação assistida)**

**Reconhecimento de Obstruções de Vias Aéreas:**

* **Obstrução Parcial vs. Completa:** Avaliar se a obstrução é parcial (ruídos respiratórios, tosse fraca, dificuldade moderada para respirar) ou completa (incapacidade de respirar, falar ou tossir, cianose, perda de consciência).
* Identificar sinais de dificuldade respiratória, como uso de musculatura acessória, retrações intercostais e confusão mental.

**Manobra de Heimlich (Compressões Abdominais):**

* **Indicação:** Para obstrução completa por corpo estranho em vítimas conscientes.
* **Técnica para adultos:** Posicionar-se atrás da vítima, envolver o abdómen com os braços, colocar uma das mãos em punho logo acima do umbigo e realizar compressões rápidas e firmes para cima.
* **Repetição:** Continuar até que o objeto seja expelido ou até a vítima perder a consciência. Se desmaiar, iniciar RCP imediatamente.

**Ventilação Assistida (Respiração Boca-a-Boca ou Máscara-Resgate):**

* **Indicação:** Usada quando a vítima está inconsciente e não respira, mas tem pulso.
* **Técnica Boca-a-Boca:** Após desobstrução das vias aéreas (inclinação da cabeça e elevação do queixo), vedar a boca da vítima e realizar duas ventilações lentas, observando a elevação do tórax.
* **Uso de Máscara-Resgate:** Colocar a máscara corretamente, vedando nariz e boca da vítima, e administrar ventilação com balão de ventilação (ambu), observando a elevação torácica.

### **5.2 Uso de máscara e ambu para ventilação assistida**

**Uso do Balão de Ventilação Manual (Ambu):**

* **Indicação:** Em casos de insuficiência respiratória grave ou parada respiratória.
* **Técnica de Utilização:** Conectar o ambu a uma máscara facial, garantindo vedação. Comprimir o balão a cada 5-6 segundos (10 a 12 ventilações por minuto em adultos), observando a elevação do tórax.
* **Oxigénio Suplementar:** Se disponível, conectar o tubo de oxigénio ao ambu para aumentar a concentração de oxigénio fornecida.

**Considerações:**

* Manter vigilância contínua sobre a resposta do paciente, verificando a expansão adequada do tórax e sinais de complicações como distensão gástrica (ventilação excessiva).

**Ventilação com Suplemento de Oxigénio:**

* **Uso de Máscaras de Oxigénio:** A máscara facial com reservatório é utilizada para administrar uma alta concentração de oxigénio (até 90–100%) em casos de insuficiência respiratória.
* **Administração com Ambu e Oxigénio:** Em pacientes com respiração irregular ou ineficaz, combinar o uso do ambu com oxigénio suplementar para maximizar a oxigenação.

### **5.3 Crises asmáticas, hiperventilação e insuficiência respiratória**

**Crises Asmáticas:**

* **Reconhecimento:** Sinais como sons e/ou dificuldade em respirar, cianose, ansiedade e aumento da frequência respiratória.
* **Tratamento Imediato:** Aplicar broncodilatadores inalatórios (salbutamol) com espaçador ou inalador. Administrar oxigénio suplementar se houver sinais de hipoxemia.
* **Monitorização:** Avaliar continuamente a resposta à medicação e a ventilação. Ventilação assistida pode ser necessária em casos graves.

**Hiperventilação:**

* **Reconhecimento:** Respiração rápida e superficial, tontura, sensação de desmaio, formigamento nas extremidades e confusão mental, geralmente associados a ansiedade.
* **Tratamento:** Acalmar o paciente e encorajá-lo a respirar lentamente. Respirar para dentro de um saco de papel pode ajudar a equilibrar os níveis de dióxido de carbono.
* **Cuidados:** Diferenciar hiperventilação causada por ansiedade de condições graves como insuficiência respiratória.

**Insuficiência Respiratória:**

* **Reconhecimento:** Respiração rápida e superficial, cianose, confusão mental, fadiga extrema e possível perda de consciência.
* **Intervenção Imediata:** Administração de oxigénio suplementar e monitorização constante dos sinais vitais e oximetria de pulso.
* **Ventilação Assistida:** Iniciar ventilação assistida com ambu em casos graves, mantendo o suporte ventilatório até a chegada ao hospital ou da equipa de suporte avançado.

## **6 Tratamento de Traumas**

### **6.1 Avaliação inicial de traumas (cabeça, coluna, tórax, extremidades)**

**Avaliação Primária do Trauma:**

* **Segurança da Cena:** Garantir que o local seja seguro para o socorrista e para a vítima, observando potenciais riscos.
* **Abordagem Sistemática (ABCDE):**
  + **A (Airway — Via Aérea):** Verificar e desobstruir as vias aéreas.
  + **B (Breathing — Respiração):** Avaliar ritmo, frequência e profundidade da respiração, buscando sinais de trauma torácico.
  + **C (Circulation — Circulação):** Verificar pulso, hemorragias externas e sinais de choque.
  + **D (Disability — Incapacidades):** Avaliar nível de consciência e estado neurológico com a escala de Glasgow.
  + **E (Exposure — Exposição):** Expor áreas lesadas para avaliar o trauma, prevenindo a hipotermia.

**Traumas na Cabeça:**

* **Reconhecimento:** Sinais de trauma cranioencefálico incluem perda de consciência, pupilas desiguais, hematomas periorbitais, líquido cefalorraquidiano nas orelhas ou nariz, e vómitos.
* **Intervenção:** Imobilizar a coluna cervical e monitorar respiração e consciência.

**Traumas na Coluna:**

* **Sinais:** Dor intensa no pescoço ou nas costas, perda de sensibilidade ou movimento, ou deformidade visível da coluna.
* **Intervenção:** Imobilização com colar cervical e plano-duro, monitorando as funções respiratórias.

**Traumas no Tórax:**

* **Reconhecimento:** Sinais de fraturas de costelas, pneumotórax, hemotórax e contusão pulmonar.
* **Intervenção:** Aplicar curativo oclusivo em ferimentos abertos, monitorar dificuldades respiratórias e fornecer oxigénio.

**Traumas nas Extremidades:**

* **Reconhecimento:** Deformidade, inchaço, dor intensa e sinais de má circulação distal.
* **Intervenção:** Imobilizar com talas e bandagens. Proteger fraturas expostas com curativos estéreis.

### **6.2 Controlo de sangramentos graves e tratamento de lesões internas**

**Controle Imediato de Hemorragias Externas:**

* **Compressão Direta:** Aplicar pressão sobre o local da hemorragia com curativos estéreis.
* **Elevação do Membro:** Elevar o membro lesionado acima do nível do coração para reduzir o fluxo sanguíneo.
* **Torniquete:** Em hemorragias incontroláveis em membros, usar torniquetes, anotando o tempo de aplicação.

**Hemorragias Internas:**

* **Sinais:** Dor intensa, inchaço, rigidez abdominal, hematomas extensos, palidez, pulso rápido e fraco, e queda da pressão arterial.
* **Intervenção:** Manter repouso, administrar oxigénio e transportar imediatamente ao hospital, evitando movimentação desnecessária.

### **6.3 Tratamento de queimaduras e choque térmico**

**Queimaduras Térmicas:**

* **Classificação:**
  + **Primeiro Grau:** Vermelhidão, dor e inchaço na epiderme.
  + **Segundo Grau:** Bolhas e dor intensa envolvendo a epiderme e parte da derme.
  + **Terceiro Grau:** Destruição de todas as camadas da pele, com insensibilidade e áreas esbranquiçadas ou carbonizadas.
* **Tratamento Inicial:**
  + **Primeiro e Segundo Grau:** Irrigar o local com soro fisiológico 10–20 minutos e cobrir com curativos limpos.
  + **Terceiro Grau:** Não aplicar soro diretamente. Cobrir com um pano limpo e estéril e manter a vítima aquecida.

**Queimaduras Químicas e Elétricas:**

* **Químicas:** Lavar a área afetada com bastante água.
* **Elétricas:** Desligar a fonte de energia antes de tocar na vítima e monitorar para lesões internas.

**Choque Térmico (Hipertermia):**

* **Reconhecimento:** Sinais de insolação incluem pele quente e seca, confusão e perda de consciência.
* **Intervenção:** Levar a vítima a um local fresco, remover roupas excessivas, aplicar compressas frias e fornecer líquidos, se a vítima estiver consciente. Transportar imediatamente em casos graves.

## **7 Emergências Clínicas**

### **7.1 Reconhecimento e tratamento de emergências cardíacas (infarto, arritmia)**

**Reconhecimento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM):**

* **Sinais e Sintomas:** Dor torácica intensa, em aperto, irradiando para o braço esquerdo, mandíbula ou costas; dispneia; sudorese fria; náuseas; tonturas.
* **Intervenção Imediata:** Manter a vítima em repouso, semi-sentada. Administrar oxigénio, se disponível, e aspirina (se não houver contraindicações). Monitorar sinais vitais e preparar para suporte avançado.

**Arritmias Cardíacas:**

* **Reconhecimento:** Batimentos irregulares, taquicardia, bradicardia, tontura, desmaio, dor torácica ou dificuldade para respirar.
* **Intervenção:** Manter a vítima calma em arritmias leves. Em casos graves, como taquicardia ou fibrilação ventricular, iniciar RCP e desfibrilação com DEA.

### **7.2 Emergências diabéticas (hipoglicemia, hiperglicemia)**

**Hipoglicemia (Baixo Nível de Açúcar no Sangue):**

* **Sinais e Sintomas:** Tremores, sudorese, confusão, fraqueza, visão turva, perda de consciência em casos graves.
* **Intervenção:** Se consciente, oferecer açúcar de ação rápida (suco, mel). Se inconsciente, colocar em posição lateral de segurança e aguardar suporte avançado.

**Hiperglicemia (Alto Nível de Açúcar no Sangue):**

* **Sinais e Sintomas:** Sede intensa, urinação frequente, respiração rápida e profunda (Kussmaul), hálito cetónico, fraqueza e confusão.
* **Intervenção:** Manter a vítima hidratada, sem administrar insulina sem orientação médica. Monitorar sinais vitais e preparar para transporte urgente.

### **7.3 Crises alérgicas e anafilaxia**

**Reconhecimento de Reações Alérgicas Leves e Graves:**

* **Reações Leves:** Comichão, urticária, inchaço localizado.
* **Reações Graves (Anafilaxia):** Dificuldade respiratória, inchaço generalizado, pressão baixa, pulso rápido e fraco, perda de consciência.

**Intervenção em Anafilaxia:**

* **Epinefrina:** Administrar uma dose de adrenalina com auto-injetores (EpiPen) e seguir instruções. Fornecer oxigénio e monitorar sinais vitais. Iniciar RCP em caso de parada respiratória ou cardíaca.

### **7.4 Emergências neurológicas (convulsões, AVC)**

**Convulsões:**

* + **Reconhecimento:** Contrações musculares involuntárias, perda de consciência, movimentos descontrolados, salivação excessiva, incontinência urinária.
  + **Intervenção:** Proteger a vítima afastando objetos perigosos, colocar em posição lateral de segurança após a convulsão, não tentar imobilizar membros ou colocar objetos na boca.

**Acidente Vascular Cerebral (AVC):**

* + **Reconhecimento Rápido (Escala FAST):**
    - **F (Face):** Queda num lado do rosto.
    - **A (Arms — Braços):** Fraqueza ou incapacidade de levantar um dos braços.
    - **S (Speech — Fala):** Fala arrastada ou incompreensível.
    - **T (Time — Tempo):** O tempo é essencial para tratamento imediato.
  + **Intervenção Imediata:** Manter a vítima em repouso, com a cabeça ligeiramente elevada. Administrar oxigénio e monitorar sinais vitais enquanto aguarda o transporte urgente.

## **8 Oxigenoterapia**

### **8.1 Uso de oxigénio suplementar em pacientes com insuficiência respiratória**

**Indicações para Oxigenoterapia:**Oxigenoterapia é indicada em casos de insuficiência respiratória onde a oferta de oxigénio é insuficiente para manter os tecidos oxigenados. Condições como asma grave, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), pneumonia e insuficiência cardíaca são exemplos em que pode ser necessária.

**Critérios de Utilização:**

* Saturação de oxigénio abaixo de 90%.
* Dispneia severa.
* Cianose (coloração azulada da pele e mucosas).
* Sinais de esforço respiratório, como uso de músculos acessórios e batimentos nasais.

**Tipos de Dispositivos de Oxigenoterapia:**

* **Cânula Nasal:** Baixo fluxo de oxigénio (1-6 L/min), usada para casos menos graves.
* **Máscara Simples:** Fluxo moderado de oxigénio (5-10 L/min), para necessidades maiores.
* **Máscara de Reinalação Parcial e Não Reinalação:** Altas concentrações de oxigénio (10–15 L/min). A máscara de não reinalação é para emergências graves, evitando a inalação do ar expirado.

**Avaliação do Paciente durante a Oxigenoterapia:**

* **Monitoramento Contínuo:** Saturação de oxigénio (SpO2) deve ser monitorada com oxímetro de pulso. Meta: 94–98%, ou 88–92% para DPOC e condições crónicas.
* **Avaliação Clínica:** Monitorar sinais de melhora: redução da dispneia, coloração da pele normalizada, frequência respiratória adequada e nível de consciência estabilizado.

### **8.2 Cuidados com o uso de máscaras de oxigénio e dispositivos de ventilação**

**Cuidados Gerais:**

* **Higiene:** Limpar regularmente os dispositivos para evitar infeções.
* **Ajuste Correto:** Garantir que a máscara ou cânula esteja bem ajustada para evitar vazamentos.
* **Monitoramento Frequente:** Verificar desconforto e possíveis complicações, como secura nasal ou danos cutâneos ao redor do local de aplicação.

# **FORMAÇÃO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA**

* O operacional será capaz de realizar intervenções de suporte avançado de vida, como intubação, desfibrilação manual, administração de medicamentos intravenosos e manejo avançado de traumas e emergências médicas.

[**1 Ressuscitação Cardiopulmonar Avançada (ACLS) 17**](#_i7yn6ydizxzp)

[1.1 Manobras de reanimação avançada 17](#_9xuh8dsdgcpr)

[1.2 Uso de desfibriladores manuais 18](#_g6veufsjd682)

[1.3 Administração de medicamentos em emergências cardíacas (adrenalina, amiodarona, etc.) 18](#_80ogpkflm8tt)

[**2 Manejo Avançado das Vias Aéreas 19**](#_e0cd2tvwbtc6)

[2.1 Intubação endotraqueal 19](#_ryqakff2r7g)

[2.2 Uso de dispositivos supraglóticos e ventilação mecânica 19](#_lc6a5nvw9m08)

[2.3 Cricotireoidostomia em emergências 20](#_vopz7k5bu0l)

[**3 Suporte Avançado em Traumas 20**](#_1nhbee2jdtpp)

[3.1 Descompressão torácica em pneumotórax 20](#_50ng2tuge8gq)

[3.2 Controlo de hemorragias críticas com técnicas avançadas 20](#_ojoz874aylkx)

[3.3 Avaliação e estabilização em politraumas 21](#_yp6kp9s14k9o)

[**4 Farmacologia de Emergência 21**](#_kcyhfecq5mt4)

[4.1 Administração de medicamentos intravenosos 21](#_fedqriwxpmr2)

[4.2 Uso de fluidos e vasopressores 22](#_nj7cj73b0gko)

[**5 Tratamento de Arritmias e Choques 22**](#_n5yk6jnrhl2j)

[5.1 Reconhecimento de arritmias cardíacas graves 22](#_mkjdtjvhve5b)

[5.2 Desfibrilação e cardioversão 23](#_4upqwrwq2jkv)

[5.3 Tratamento do choque cardiogénico, anafilático e séptico 23](#_z45p2fwzqcr)

[**6 Cuidados Pós-Paragem Cardíaca 24**](#_qz7p9r3cqiot)

[6.1 Monitoramento de sinais vitais 24](#_8jupz34oqapd)

[6.2 Cuidados contínuos e transporte ao hospital 24](#_5czg9uinxws6)

## **1** **Ressuscitação Cardiopulmonar Avançada (ACLS)**

### **1.1 Manobras de reanimação avançada**

**Identificação de Paragem Cardíaca:**Sinais de parada cardiorrespiratória incluem perda de consciência súbita, ausência de pulso palpável, apneia ou respiração agónica. Reconhecer rapidamente esses sinais é crucial para iniciar o protocolo ACLS, aumentando as hipóteses de sobrevivência.

**Início de RCP Avançada:**O objetivo principal é garantir a perfusão cerebral e cardíaca. As compressões devem ter uma profundidade de 5 a 6 cm, com uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto, garantindo interrupções mínimas.

**Coordenação da Equipa de Emergência:**A reanimação envolve a integração das funções, como compressões, ventilação, desfibrilação e administração de medicamentos. O operacional deve coordenar essas ações para serem feitas de forma rápida e eficiente.

**Avaliação de Ritmos Cardíacos:**A correta identificação de ritmos cardíacos, como fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, assistolia e AESP, é fundamental. Ritmos chocantes, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, necessitam de desfibrilação imediata.

### **1.2 Uso de desfibriladores manuais**

* **Desfibrilação Manual:**Ao contrário dos DEA, o desfibrilador manual requer que o operador reconheça o ritmo cardíaco e determine se é necessária a desfibrilação. A correta aplicação de energia, ajustando os ‘joules’ conforme o tipo de desfibrilador, é essencial para o sucesso da intervenção.
* **Sincronização na Cardioversão:**Utilizada para tratar ritmos com pulso, como taquicardia supraventricular (TSV) e fibrilação atrial, a cardioversão sincronizada ajusta o choque ao ciclo cardíaco, evitando a fibrilação ventricular.
* **Carga e Energia Adequadas:**A energia inicial para ritmos chocáveis com desfibriladores bifásicos varia entre 120 e 200 ‘joules’. A energia deve ser ajustada conforme a resposta do paciente para evitar lesões no miocárdio.

### **1.3 Administração de medicamentos em emergências cardíacas (adrenalina, amiodarona, etc.)**

**Adrenalina (Epinefrina):**Administrada em doses de 1 mg IV a cada 3-5 minutos durante a RCP, a adrenalina aumenta a perfusão cerebral e coronariana, ajudando a reverter assistolia e AESP.

**Amiodarona:**Utilizada em taquicardia ventricular e fibrilação ventricular refratária ao choque. A dose inicial é de 300 mg IV em bolus, com uma dose adicional de 150 mg, se necessário.

**Lidocaína:**Alternativa à amiodarona para arritmias ventriculares, a dose inicial é de 1-1,5 mg/kg IV, seguida de doses adicionais conforme necessidade.

**Atropina:**Indicada em bradicardias sintomáticas, a atropina bloqueia o nervo vago, aumentando a frequência cardíaca. Dose inicial de 0,5 mg IV, repetida a cada 3-5 minutos, com máximo de 3 mg.

**Bicarbonato de Sódio:**Usado em casos de acidose metabólica grave ou após reanimação prolongada, o bicarbonato corrige o pH sanguíneo. A dose inicial é de 1 mEq/kg.

## **2 Manejo Avançado das Vias Aéreas**

### **2.1 Intubação endotraqueal**

* **Indicações da Intubação Endotraqueal:**A intubação endotraqueal é indicada em pacientes com insuficiência respiratória aguda, paragem cardiorrespiratória, necessidade de proteger as vias aéreas contra aspiração devido a rebaixamento do nível de consciência (traumatismo cranioencefálico, intoxicações) e em situações em que a ventilação e oxigenação adequadas não podem ser mantidas por métodos menos invasivos.
* **Técnica de Intubação Endotraqueal:**Envolve a inserção de um tubo na traqueia através da boca ou nariz. O procedimento exige habilidades como a visualização das cordas vocais com laringoscópio, uso de guias para facilitar a introdução do tubo e a confirmação imediata da posição correta.
* **Confirmação da Posição do Tubo:**Após a intubação, a colocação correta do tubo deve ser confirmada via ausculta pulmonar bilateral, observação da expansão torácica, e principalmente pela canografia, que mede o CO₂ expirado e é o método mais confiável para verificação.
* **Complicações da Intubação:**Possíveis complicações incluem intubação esofágica inadvertida, lesões das vias aéreas, trauma dental e broncoaspiração. Reconhecer e corrigir rapidamente essas complicações é essencial para garantir a segurança do paciente.

### **2.2 Uso de dispositivos supraglóticos e ventilação mecânica**

**Dispositivos Supraglóticos:**Incluem a Máscara Laríngea (LMA), Combitube e i-gel, usados quando a intubação endotraqueal falha ou é impossível. Esses dispositivos permitem uma ventilação adequada e são inseridos de forma mais rápida, especialmente em emergências, como em pacientes com anatomia difícil ou trauma facial.

**Técnicas de Inserção e Manutenção:**A inserção correta e o ajuste do volume corrente e frequência respiratória são cruciais para otimizar a ventilação. A manutenção do dispositivo, monitorando a sua posição e função, é essencial para garantir a oxigenação do paciente.

**Ventilação Mecânica:**Após a intubação, a ventilação mecânica é frequentemente iniciada. Os parâmetros ventilatórios, como modos de ventilação assistido/controlado, pressão de pico e PEEP, devem ser ajustados conforme a condição do paciente. O monitoramento contínuo de SpO₂, CO₂ expirado e pressão arterial é crucial para ajustar o suporte ventilatório conforme necessário.

### **2.3 Cricotireoidostomia em emergências**

**Indicação da Cricotireoidostomia:**Esse procedimento é realizado em casos de obstrução severa das vias aéreas superiores, como trauma facial extenso, edema de glote (por anafilaxia) ou queimaduras severas na face, quando outras tentativas de assegurar uma via aérea segura falham.

**Técnica de Cricotireoidostomia:**Envolve uma incisão horizontal na membrana cricotireóidea, entre a cartilagem tireoide e a cricoide, para inserção de um tubo de traqueostomia ou cateter, criando uma via aérea direta. O procedimento deve ser feito rapidamente para evitar complicações graves.

**Complicações e Manejo Pós-Procedimento:**As complicações incluem infeção, sangramento e obstrução do tubo. O cuidado pós-procedimento envolve a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, monitorização contínua e eventual substituição do dispositivo por um método definitivo, como a traqueostomia.

## **3 Suporte Avançado em Traumas**

### **3.1 Descompressão torácica em pneumotórax**

**Identificação de Pneumotórax de Tensão:**O pneumotórax de tensão é uma emergência médica caracterizada pela acumulação de ar na cavidade pleural, causando colapso pulmonar e compressão dos vasos sanguíneos, o que pode resultar em choque. Sinais incluem dificuldade respiratória severa, diminuição ou ausência de sons respiratórios no lado afetado, hipertimpanismo à percussão e desvio da traqueia para o lado oposto.

**Procedimento de Descompressão Torácica:**A descompressão é realizada com a inserção de uma agulha de grande calibre (14G ou 16G) no segundo espaço intercostal, na linha hemiclavicular do lado afetado, para permitir a saída de ar aprisionado. Alternativamente, uma incisão seguida de inserção de um tubo de drenagem torácica pode ser usada para uma descompressão definitiva.

**Complicações e Monitoramento Pós-Procedimento:**Após a descompressão, o paciente deve ser monitorizado quanto à melhora respiratória e hemodinâmica. Complicações como lesões pulmonares, hemorragias e infeções devem ser tratadas imediatamente.

### **3.2 Controlo de hemorragias críticas com técnicas avançadas**

* **Hemorragias Externas Graves:**O controlo de hemorragias externas graves pode ser feito com o uso de torniquetes em membros, quando a compressão direta não é eficaz. O torniquete deve ser aplicado proximalmente à lesão, e a hora da aplicação precisa ser registada para garantir um controle adequado.
* **Uso de Agentes Hemostáticos:**Curativos impregnados com agentes hemostáticos, como quitosana ou zeólita, podem ser aplicados diretamente na ferida para promover a coagulação. Eles são especialmente úteis em cenários onde o transporte para o hospital será demorado e o controlo da hemorragia é crucial.
* **Controlo de Hemorragias Internas:**Em casos de hemorragias internas, como traumas abdominais ou pélvicos, o objetivo é estabilizar o paciente até que uma cirurgia possa ser realizada. Isso pode incluir a utilização de dispositivos de imobilização, como cintos pélvicos, e reposição de fluidos para manter a pressão arterial até uma intervenção definitiva.

### **3.3 Avaliação e estabilização em politraumas**

**Avaliação Inicial no Politrauma:**O protocolo de avaliação primária (ABCDE: via aérea, respiração, circulação, incapacidade e exposição) deve ser seguido para identificar rapidamente lesões com risco de vida. Isso permite priorizar intervenções críticas, como o controlo de hemorragias e a proteção das vias aéreas.

**Estabilização e Imobilização de Lesões Graves:**Lesões graves, como fraturas da coluna cervical, necessitam de estabilização com colares cervicais e dispositivos de imobilização espinhal. Macas rígidas e talas de tração para fraturas de membros, especialmente do fémur, são essenciais para evitar complicações adicionais e reduzir a dor.

**Manuseio de Pacientes Politraumatizados:**A prioridade é estabilizar o paciente, controlar as hemorragias e garantir oxigenação adequada. O transporte rápido para um centro de trauma é crucial, com monitoramento contínuo dos sinais vitais e intervenções avançadas, como intubação, administração de fluidos intravenosos e medicações.

## **4 Farmacologia de Emergência**

### **4.1 Administração de medicamentos intravenosos**

**Indicações para Administração Intravenosa:**A via intravenosa (IV) é crucial em emergências por garantir rápida biodisponibilidade de medicamentos. Situações que requerem administração IV incluem paragem cardiorrespiratória, choque anafilático, infarto do miocárdio e crises hipertensivas. A administração IV permite ação imediata dos fármacos, vital para a estabilização de pacientes em estado crítico.

**Técnicas de Acesso Intravenoso:**O acesso venoso deve ser obtido rapidamente, com preferência para veias periféricas como as da fossa cubital, dorso da mão ou antebraço. Em cenários mais graves, o acesso central pode ser necessário. A escolha correta dos cateteres e a técnica de inserção reduzem o risco de complicações, como extravasamento e infeção.

**Principais Medicamentos Administrados:**Os fármacos mais comuns incluem:

* **Adrenalina:** usada em paragem cardiorrespiratória e anafilaxia.
* **Amiodarona e lidocaína:** para arritmias cardíacas.
* **Nitroglicerina:** para dor torácica em emergências cardíacas.
* **Benzodiazepinas:** para crises convulsivas.  
  A administração precisa das doses e o ajuste conforme o estado clínico do paciente são fundamentais.

**Complicações e Cuidados Pós-Administração:**Complicações como flebite, reações adversas a medicamentos ou infeções podem ocorrer. Monitorar constantemente os sinais vitais e possíveis efeitos colaterais, como arritmias e reações alérgicas, é essencial após a administração IV.

### **4.2 Uso de fluidos e vasopressores**

**Reposição Volémica com Fluidos:**No choque hipovolêmico, causado por perda de sangue ou líquidos, a reposição volémica com soluções cristaloides (ex: Ringer Lactato e solução salina a 0,9%) é a primeira intervenção. A infusão rápida visa restaurar o volume circulante, estabilizar a pressão arterial e garantir a perfusão tecidual.

**Indicações para Vasopressores:**Quando a reposição volémica não é suficiente para corrigir o choque, especialmente no choque séptico, cardiogénico ou anafilático, os vasopressores são indicados. Medicamentos como noradrenalina e dopamina aumentam a pressão arterial por meio de vasoconstrição e aumento do débito cardíaco.

**Técnicas de Administração de Vasopressores:**Os vasopressores são administrados por infusão contínua, preferencialmente via cateter venoso central, devido ao risco de necrose tecidual em casos de extravasamento. A titulação cuidadosa das doses é essencial para evitar efeitos adversos como hipertensão extrema, arritmias ou isquemia.

**Monitoramento durante o Uso de Fluidos e Vasopressores:**O monitoramento contínuo dos sinais vitais, débito urinário e parâmetros hemodinâmicos é fundamental para ajustar a terapia. Deve-se prevenir complicações como edema pulmonar, insuficiência cardíaca ou lesão renal aguda, e garantir uma resposta terapêutica adequada.

## **5 Tratamento de Arritmias e Choques**

### **5.1 Reconhecimento de arritmias cardíacas graves**

**Identificação de Arritmias:**O reconhecimento imediato de arritmias graves é crucial em emergências. As arritmias mais comuns incluem fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), bradicardia sintomática e assistolia. Cada uma dessas condições apresenta padrões distintos no eletrocardiograma (ECG) que devem ser prontamente identificados para garantir um tratamento eficaz.

**Uso do Monitor Desfibrilador:**Profissionais de saúde devem ser proficientes no uso de monitores desfibriladores para reconhecer ondas anormais no ECG. A FV, por exemplo, apresenta ondas caóticas, enquanto a TVSP mostra complexos QRS largos e rápidos. O reconhecimento imediato dessas características permite iniciar a desfibrilação ou outro tratamento adequado.

**Implicações Clínicas das Arritmias Graves:**A FV e a TVSP requerem desfibrilação imediata para restaurar o ritmo cardíaco normal. A bradicardia sintomática pode comprometer a perfusão sanguínea, sendo tratada com agentes como a atropina ou marca passo temporário. A assistolia, ausência de atividade elétrica do coração, exige manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e administração de adrenalina.

### **5.2 Desfibrilação e cardioversão**

**Desfibrilação:**A desfibrilação aplica uma carga elétrica de alta energia através do tórax para restaurar o ritmo cardíaco normal em casos de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). Essa intervenção deve ser imediata após a identificação do ritmo, com cargas variando entre 200 a 360 ‘joules’. Se necessário, várias tentativas de desfibrilação podem ser realizadas.

**Medicações entre Desfibrilações:**Entre as tentativas de desfibrilação, é importante considerar a administração de medicamentos como adrenalina (1 mg a cada 3-5 minutos) e amiodarona (300 mg em bolus, podendo ser seguido por 150 mg se necessário). A adrenalina ajuda a aumentar a perfusão coronariana e cerebral durante a ressuscitação, enquanto a amiodarona é utilizada para tratar e prevenir a recidiva de arritmias ventriculares.

**Cardioversão Sincronizada:**Utilizada em arritmias com ritmo organizado, como taquicardia supraventricular (TSV) e fibrilação atrial rápida, a cardioversão sincroniza a descarga elétrica com o ciclo cardíaco para evitar indução de fibrilação ventricular. As cargas iniciais são geralmente menores que na desfibrilação, variando entre 50 a 100 ‘joules’, podendo ser aumentadas se necessário.

**Cuidados Pós-Desfibrilação e Cardioversão:**Após a desfibrilação ou cardioversão, o paciente deve ser monitorizado para garantir que o ritmo cardíaco foi restabelecido e para detetar possíveis complicações, como arritmias recorrentes ou parada cardíaca. A monitorização contínua com ECG e suporte avançado são essenciais para assegurar a estabilidade do paciente.

### **5.3 Tratamento do choque cardiogénico, anafilático e séptico**

**Choque Cardiogénico:**O choque cardiogénico ocorre quando o coração não consegue bombear sangue adequadamente, resultando em baixa perfusão tecidual. As causas comuns incluem infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca ou arritmias graves. O tratamento envolve vasopressores como dopamina e noradrenalina para aumentar o débito cardíaco e estabilizar a pressão arterial. Em casos graves, podem ser necessários dispositivos mecânicos, como o balão intra-aórtico, para melhorar a função cardíaca.

**Choque Anafilático:**No choque anafilático, uma reação alérgica severa provoca vasodilatação maciça e colapso circulatório. O tratamento de emergência inclui adrenalina intramuscular ou intravenosa para estabilizar o paciente, seguida de anti-histamínicos, corticosteroides e broncodilatadores. Reposição de fluidos e suporte ventilatório são cruciais para combater a hipotensão grave e o edema das vias aéreas.

**Choque Séptico:**O choque séptico, resultante de uma sistémica grave, causa vasodilatação descontrolada e falência orgânica. O tratamento inclui antibióticos de amplo espectro, reposição agressiva de fluidos e vasopressores para restaurar a perfusão tecidual. O monitoramento contínuo da função renal, pressão arterial e débito cardíaco é fundamental para ajustar as intervenções e garantir a recuperação do paciente.

## **6 Cuidados Pós-Paragem Cardíaca**

### **6.1 Monitoramento de sinais vitais**

**Importância do Monitoramento:**Após a ressuscitação de um paciente em paragem cardíaca, o monitoramento contínuo dos sinais vitais é crucial para avaliar a eficácia da reanimação e a estabilidade do paciente. Os sinais vitais incluem frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura corporal e saturação de oxigénio.

**Frequência do Monitoramento:**Inicialmente, os sinais vitais devem ser monitorados a cada 5 minutos. Se houver instabilidade, essa frequência deve ser aumentada para avaliações contínuas a cada minuto. É importante avaliar a resposta do paciente às intervenções regularmente, permitindo ajustes rápidos no tratamento.

**Avaliação de Parâmetros Hemodinâmicos:**Além dos sinais vitais básicos, a avaliação de parâmetros hemodinâmicos, como débito urinário e nível de consciência, é essencial. Monitorização invasiva, como pressão arterial, pode ser necessária em pacientes gravemente instáveis.

**Identificação de Complicações:**O monitoramento deve incluir a observação de arritmias recorrentes, sinais de insuficiência cardíaca, alterações no nível de consciência e qualquer sinal de deterioração clínica. A deteção precoce de complicações, como síndrome do pós-parada cardíaca, é vital para intervenções rápidas e eficazes.

### **6.2 Cuidados contínuos e transporte ao hospital**

**Cuidados Contínuos Imediatos:**Após a estabilização inicial, o paciente deve ser mantido num ambiente controlado com suporte avançado contínuo. Isso pode incluir ventilação mecânica se o paciente estiver com ventilação inadequada, uso de fluidos intravenosos, e administração de medicamentos como vasopressores ou agentes inotrópicos, conforme necessário para suportar a função cardiovascular.

**Comunicação com a Equipa Médica:**A equipa de emergência deve manter uma comunicação clara e eficaz com a equipa médica do hospital para preparar a transferência do paciente. Relatar a história clínica completa, as intervenções realizadas e a resposta do paciente às mesmas é fundamental para garantir um atendimento contínuo adequado.

**Transporte Seguro:**O transporte do paciente deve ser realizado seguramente e este deve ser monitorado. O uso de uma maca apropriada, a fixação adequada do paciente e a presença de equipamentos de monitoramento são essenciais. A equipa deve estar preparada para intervenções de emergência durante o transporte, caso o estado do paciente se deteriore.

**Avaliação na Chegada ao Hospital:**Ao chegar ao hospital, o paciente deve ser transferido rapidamente para a sala de emergência, onde a equipa de cuidados intensivos dará continuidade ao tratamento. A monitorização contínua deve ser mantida, e todos os dados e informações relevantes devem ser comunicados à equipe de emergência do hospital para garantir a continuidade do cuidado.