ASSUNTO: Protocolos de Regulação Médica de Urgência do SAMU- DF 192 e Critérios Médicos de Despacho de Viaturas.

TÓPICO: Regulação de Emergências Clínicas

DOS OBJETIVOS

GERAL

Apresentar elementos que devem ser observados pelo médico de urgências do SAMU DF a fim de identificar os principais agravos a saúde em Clínica Médica

ESPECÍFICOS

1. Identificar os principais agravos de saúde e determinas envio de recursos adequados;
2. Direcionar o encaminhamento dos usuários por meios próprios nas situações em que não é indicado o envio de viaturas;
3. Orientar as equipes de suporte básico e avançado nos cenários de atendimentos de emergência, conforme bibliografia atual e fluxos de atendimento vigentes.

Esta Nota Técnica está baseada no Protocolo de Suporte Avançado de Vida do Ministério da Saúde, 2016 e em pesquisa bibliográfica referente a cada tema, com as adequações necessárias à SES/DF.

Esta Nota Técnica não pretende retirar a autonomia do médico regulador, pelo contrário, serve como referencial teórico para apoiar as decisões gestoras nas mais diversas áreas de conhecimento.

Colaboradores: Ana Luiza Ribeiro Diogo, Franciara Letícea Moraes da Cunha, Larissa Michetti da Silva, Luana Caprith de Macedo Maia Oliveira, Maria Clara de Melo Canedo, Soraya Vasconcelos Almeida, Thaise de Andrade Novaes Dantas, Victor Leonardo Arimatea Queiroz e Câmara Técnica de Medicina de Emergência do Distrito Federal.

CM01. Dor Abdominal, Diarréia e Vômitos

Critérios de Inclusão:

Dor abdominal de início recente, associada a vômitos, diarréia ou outros sintomas com possível gravidade.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quantas vezes vomitou?
- Quando iniciou o quadro?
- Consegue falar?
- Urinou hoje?
- Desmaiou?
- Tem suor?
- Qual a coloração da pele?
- Sente alguma dor? Qual intensidade (de 0 a 10)? Qual localização?
- Quando iniciou a dor?
- Fezes/vômitos com sangue?* (Protocolo CM02)
- Houve trauma recente?
- Está gestante?
- Outras queixas ou doenças?

Considerar o envio de USA se houver::

- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar compressão torácica.
- Sinais de instabilidade hemodinâmica ou respiratória

Considerar o envio de USB se houver:

- Vômitos persistentes com sinais de desidratação;

- Dor intensa;

Realizar orientação médica se houver:

- Febre ou vômitos;
- Dor moderada;
- Orientar a terapia de reidratação oral com soro caseiro e analgésicos de uso habitual. Se não houver melhora procurar a regional mais próxima por meios próprios.

Orientar a paciente sobre a necessidade de reportar ao médico do pré-natal sobre alterações de pressão arterial e outras intercorrências na gestação, e em caso de dificuldade de acesso ao médico do pré-natal, procurar atendimento por meios próprios em emergência de sua regional.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária;
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Caracterizar a dor: localização, intensidade, duração, tipo; presença de irradiação; instalação (explosiva, em segundos; rápida e progressiva, em 1 a 2h; e gradual, em várias horas); fatores de melhora e piora, periodicidade;
- Identificar critérios de gravidade; e obter dados relativos a fatores associados (febre, vômitos, alteração do ritmo intestinal, alterações urinárias e ginecológicas).

Critérios de gravidade:

- Avaliação USA Sinais de irritação peritoneal (Descompressão brusca dolorosa e rigidez a palpação) e alterações hemodinâmicas (pulso >100bpm; PAD < 60 ou > 120mmHg; PAS < 90 ou > 220mmHg; hipertermia e mau estado geral).
- Avaliação USB Alterações hemodinâmicas (pulso >100bpm; PAD < 60 ou > 120mmHg; PAS < 90 ou > 220mmHg; hipertermia e mau estado geral

Abordagem terapêutica

- Instalar acesso venoso periférico. (Considerar reposição volêmica, se instabilidade hemodinâmica. (30ml/kg/h))

- Instalar O2(cateter ou máscara) se SatO2<94%

Realizar abordagem medicamentosa

Analgesia:

- Dipirona na dose de 1g EV;
- Omeprazol 40 mg EV.
- Buscopam (escopolamina) 20mg/ml, 1 amp, EV.

Vômitos ou náuseas, administrar:

- Ondansetrona: 1 ampola = 4mg = 2mL, via IV (preferir essa opção especialmente em idosos); infundir em 2 a 5 minutos diluído em no mínimo 100ml de SF via IV, 10ml/min, se náuseas e/ou vômitos.
- Metoclopramida: 1amp = 5,26mg/ml (2ml), via IM.

*Metoclopramida pode causar efeitos extrapiramidais.

*Atenção ao uso de antieméticos em casos de choque, depressão do nível de consciência, suspeita de aumento da pressão intracraniana e suspeita de abdome agudo cirúrgico. Transportar o paciente na posição de recuperação/confortável, de acordo com a suspeita diagnóstica e/ou sintomas prioritários (ex: em decúbito elevado quando tiver dispneia, em decúbito lateral quando estiver vomitando, em decúbito lateral esquerdo quando estiver grávida, etc.).

Hematêmese:

- Omeprazol: 80mg, via EV.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM02. Hemorragia Digestiva

Critérios de inclusão:

Pacientes apresentando sangramento digestivo, podendo estar vomitando sangue vivo ou coagulado, ou evacuando sangue vivo ou coagulado.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Vômitos ou fezes com sangue? Encharca uma toalha (volume)?
- Cor vermelha ou preta?
- Quando iniciou o sangramento?
- Quantos episódios?
- Já teve sangramentos anteriores?
- Tem costume de beber?
- Tem dor?
- Outras queixas ou doenças?
- Uso de anticoagulante/Aine?

Considerar o envio de USA se houver:

- Palidez e sudorese intensa; Orientar decúbito dorsal, lateralizar a cabeça e elevar os membros inferiores.
- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Sangramento digestivo volumoso;

Considerar o envio de USB se houver:

- História de hemorragia digestiva recorrente;

- Evacuação de sangue vivo ou escurecido;
- História aguda de vômito de sangue;
- Dor intensa;
- História de hepatopatia/etilismo

Realizar orientação médica se:

- Vômitos com rajas de sangue;
- Dor leve a moderada;
- Outras queixas;
- Orientações: terapia de reidratação oral e antieméticos de uso habitual. Procurar na rede de emergência da sua regional.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
- Avaliar nível de consciência;
- Proteger via aérea; e, se USA, considerar intubação oro traqueal, quando houver rebaixamento do nível de consciência ou sinais de choque (hipovolemia severa).
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Monitorizar função cardíaca, oximetria de pulso e sinais vitais. Instalar acesso venoso periférico;
- Colher história SAMPLA (ênfase para patologias prévias e uso de medicações).

Abordagem terapêutica:

- Oferecer O2 suplementar com reservatório, se SatO2 < 94%;
- Administrar solução cristaloide, priorizando Ringer para manter níveis pressóricos adequados (30ml/kg/h)* *Observar contraindicações para terapia com volume - ICC/Doença Renal Dialítica.

Realizar abordagem medicamentosa

- Omeprazol - dose inicial de 80mg (2amp) IV em “bolus”.
- Manutenção: infusão contínua IV: 8mg/hora.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM03. Alterações Glicêmicas

Critérios de inclusão

Hiperglicemias

- Cetoacidose diabética: glicemia capilar>250 mg/dL: hiperglicemia + cetonemia + acidemia. Fadiga, náuseas, hálito cetônico, vômitos, polidipsia, poliúria, estupor mental até estado comatoso.
- Estado hiperosmolar hiperglicêmico: glicemia capilar >600 mg/dL, alteração variável no nível de consciência (confusão a coma) e sinais de desidratação severa.

Hipoglicemia

- Glicemia capilar<70mg/dL com sinais e sintomas de hipoglicemia como: tremores, sudorese, palidez, taquicardia, tonturas, cefaleia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência (de confusão mental à convulsões e inconsciência), dentre outros.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quando foi a última refeição?
- Foi medida a glicemia?
- Usa qual a medicação?
- Teve desmaio?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Apresentou convulsão?
- Faz algum outro tratamento?
- Tem vômitos?
- Tem dor abdominal?

Considerar o envio de USA se houver:

- Inconsciente. Orientar a lateralizar a cabeça do paciente e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Convulsão ou convulsionando; Orientar a lateralizar a cabeça do pacientes e não colocar a mão na boca do paciente.

Considerar o envio de USB se houver:

- Alteração súbita da consciência;
- Dor abdominal intensa;
- Vômitos persistentes;
- Hipotermia;
- Hipoglicemia (com sintomas);
- Hiperglicemia acima de 500 mg/dl (se tiver sido medido);

Realizar orientação médica se:

- Febre;
- Outras queixas;
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
    - Ênfase para avaliar a responsividade.
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Coletar história SAMPLA;
- Avaliar glicemia capilar;
- Monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais

Abordagem terapêutica:

- Oferecer O2 suplementar se Sat de O2< 94%
- Se glicemia capilar>250 mg/dl + sintomas de cetoacidose ou glicemia>500 mg/dl, administrar SF 0,9% EV rápido.

- Se glicemia capilar< 70 mg/dl, se consciente administrar a medicação por via oral, administrar 30 ml de glicose a 50% IV/IO e repetir a glicemia capilar e se ainda em níveis baixos ou persistência dos sintomas, administrar glicose novamente, conforme recomendação supracitada.

Encaminhamento:

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM04. Alergia e anafilaxia

Critérios de inclusão:

Anafilaxia é altamente provável quando apresentar as seguintes alterações:

Doença de início agudo (minutos a horas), com envolvimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido ou rubor, inchaço de lábios, língua ou úvula) e pelo menos mais uma das condições a seguir:

- Acometimento respiratório (dispneia, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); e
- Redução da pressão arterial ou sintomas relacionados à disfunção de órgãos-alvo (síncope,
- hipotonia, incontinência). Obs.: presente em 80% dos casos.
- Sintomas gastrointestinais persistentes (dor abdominal, diarreia, vômitos).

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- É alérgico a alguma coisa?
- Faz barulho quando respira?
- Consegue falar direito?
- Como está a língua e o rosto (edema de lábios, pálpebras e língua)?
- Perdeu os sentidos?
- Tem alguma lesão ou sintoma na pele?
- Qual a coloração da pele?

Considerar o envio de USA se houver:

- Estridor laríngeo;
- Frases entrecortadas;
- Edema facial (difuso ou de lábios) ou de língua;

- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.

Considerar o envio de USB se houver:

- História alérgica importante.

Realizar orientação médica se houver:

- Dor ou coceiras intensas;
- Erupções ou vesículas disseminadas;
- Inflamação local;
- Outras queixas;
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.
- Orientar a procurar a unidade de saúde de pronto atendimento mais próxima.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária da gestante com ênfase para:
- Suspender, se possível, a exposição ao provável agente desencadeante;
- Preservar a permeabilidade das vias aéreas;
- Considerar intubação oro traqueal precoce se ocorrer rouquidão, edema lingual, estridor ou edema de orofaringe (USA);
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e elevar membros inferiores;
- Se apresentar dispneia ou vômitos, colocar em posição de conforto; e não permitir que o paciente sente ou se levante bruscamente, nem o colocar em posição vertical, pelo risco de morte súbita (síndrome da veia cava e do ventrículo vazio).
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Avaliar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.

Abordagem terapêutica

- Oferecer O2 suplementar por máscara não reinalante se SatO2 < 94%;

Abordagem medicamentosa

- Administrar Epinefrina 1:1000 (1 mg/mL), na dose de 0,01 mg/kg, máximo em adultos de 0,5 mg (0,5ml), via IM (na região anterolateral do terço médio da coxa); pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, baseado na gravidade e na resposta à aplicação anterior;
- Na presença de choque, repor volemia com 1 a 2 litros de solução salina 0,9%, IV/IO rapidamente, ou seja, 5 a 10ml/kg nos primeiros 5 a 10 minutos (em adultos);
- Adicionar Hidrocortisona, via IV/IO, na dose de 5 a 10 mg/kg, máximo de 100 mg; e Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 1 jato para cada 2 kg de peso (máximo de 10 jatos) a cada 15 a 20 minutos. Alternativa: inalações com Fenoterol (1 gota para cada 3 kg de peso, máximo de 10 gotas, diluído em 3-5mL de soro fisiológico) a cada 20 minutos.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM05. Asma e DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Critérios de inclusão:

Relato de falta de ar associada a tosse, chiado no peito e secreção pulmonar em paciente com história de asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica.

Classificação da Gravidade da Crise:

Leve/Moderada: Impressão clínica e estado mental sem alterações; dispnéia ausente ou leve; fala frases completas; retração intercostal ausente ou leve; sibilância ausente ou presente; frequência respiratória normal ou aumentada; frequência cardíaca < 110 bpm; Sat O2 > 95%

Grave: Impressão clínica e estado mental sem alterações; dispnéia moderada; fala frases incompletas/parciais; retração subcostal e/ou de fúrcula acentuadas; sibilância presente difusa ou localizada; frequência respiratória aumentada; frequência cardíaca > 110 bpm; Sat O2 91-95%

Muito Grave: Impressão Clínica: cianose, sudorese, exaustão; estado mental: agitação, confusão, sonolência; dispnéia intensa; fala frases curtas ou monossilábicas; retrações acentuadas ou em declínio (exaustão); sibilância ausente ou presente, difusa ou localizada; frequência respiratória aumentada; frequência cardíaca > 140 bpm ou bradicardia; Sat O2 <90%

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Costuma sentir essa falta de ar? (História de Asma / Bronquite)
- Há quanto tempo se iniciou a crise?
- Paciente consegue falar uma frase completa ou apenas entrecortada? (Se possível pedir para falar com paciente)
- Qual a coloração da pele?
- Faz barulho quando respira?

- Teve algum desmaio?
- Já fez ou faz uso da medicação para falta de ar ("bombinha")? Houve melhora?
- Faz algum outro tratamento?
- Já se internou antes por asma?
- Tem história de tabagismo?

Considerar o envio de USA houver:

- Paciente não reativo;
- Frases entrecortadas;
- Alteração súbita de consciência; Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.

Considerar o envio de USB houver:

- História respiratória significativa;
- Não usou medicação (sem acesso à medicação);
- Sem melhora com a medicação habitual;

Realizar orientação médica se houver:

- Melhorou com a medicação habitual;
- Dispnéia leve (frases não entrecortadas) e de início recente;
- Outras queixas;

Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

OBSERVAÇÕES:

- A infecção respiratória geralmente causa tosse produtiva com escarro purulento (verde ou amarelo).
- " História respiratória significativa": história prévia de internação por condição semelhante em UTI ou condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex. asma lábil, uso domiciliar de O2 ou ventilação não invasiva);

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária e secundária.

- Manter paciente sentado e/ou posição confortável.

Assistência terapêutica

- Oferecer O2 suplementar sob máscara com reservatório se Sat de O2< 94%(asma); sob cateter nasal 1 a 3l/min se Sat O2 < 90% (DPOC);
- Instalar acesso venoso periférico

Abordagem medicamentosa

- Salbutamol aerossol dosimetrado acoplado a espaçador e máscara: 4 a 8 jatos (400 a 800 mcg). Pode ser repetido a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
- Alternativa ao Salbutamol: nebulização com Fenoterol, 10 gotas diluídas em 5 ml de soro fisiológico sob inalação por máscara com O2 6 l/min. Pode ser repetida a cada 20 minutos, até 3 nebulizações;
- na crise grave associar ao beta-2 agonista:
- Brometo de Ipratrópio: 40 gotas na nebulização com Fenoterol ou em nebulização com 5 mL de soro fisiológico após Salbutamol aerossol;
- Hidrocortisona: 200-300 mg, IV
- Se USA, Adrenalina IM/SC

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM06. Acidente Vascular Cerebral

Critérios de inclusão:

- Início súbito de déficits neurológicos focais, especialmente de um lado do corpo:

1. Paresia, paralisia ou perda de expressão facial e/ou desvio de rima labial; e
2. Paresia, plegia e/ou parestesia;

- Distúrbios da fala;
- Alteração da consciência: de confusão à completa arresponsividade;
- Ocorrência de crise convulsiva (primeiro episódio) sem história prévia de crise anterior ou trauma (só há suspeita de AVC se o paciente tiver sinal focal antes ou depois da crise, caso contrário, o protocolo a ser seguido é o de crise convulsiva)
- Cefaleia súbita e intensa sem causa conhecida;
- Alteração visual súbita (parcial ou completa);
- Vertigem ou perda do equilíbrio ou da coordenação motora;
- Dificuldade súbita para deambular

Conduta 1ª Regulação :

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração /Pulso / Exposição:
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quanto tempo faz? (Qual a última vez que paciente foi visto sem debilidade e acordado)
- Teve algum desmaio?
- Ele convulsionou?
- A boca dele está torta?
- Como está a fala?
- Ele apresenta "dormência" ou "fraqueza" em algum lado do corpo? (pedir para comprar os lados do corpo)
- Já teve um AVC? Faz algum tratamento?
- Tem história de trauma ou intoxicação exógena?
- Está em jejum? É diabético?

Considerar o envio de USA se houver:

- Glasgow abaixo de 9;
- Convulsões (tônico clônicas ou parcial);
- Necessidade de suporte ventilatório;

Considerar o envio de USB se houver:

- Assimetria facial recente (ao sorrir);
- Diminuição recente da sensibilidade e/ou força muscular em um lado do corpo (ao elevar os dois braços)
- Dificuldade recente de articular palavras
- Cefaleia súbita, de grande intensidade, de causa desconhecida (sem diagnóstico de enxaqueca);

Realizar orientação médica se houver:

- Outras queixas;
- Parestesias de lábios, extremidades e generalizadas em pacientes ansiosos.

Orientar a colocar em posição de conforto, acalmar o paciente, e aguardar melhora. Retornar a ligação em caso de persistência do quadro.

Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2ª Regulação :

Avaliação

Avaliação Primária:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequadas;
- Manter decúbito elevado no paciente consciente e decúbito lateral se paciente inconsciente (aspirar orofaringe se necessário).

Avaliação Secundária:

- Avaliar função neurológica: Escala de Cincinnati (1) Paralisia facial, com assimetria do sorriso e do fechamento voluntário dos olhos, (2) redução da força dos membros com dificuldade de vencer a gravidade ou manter o membro estendido, (3) alteração da fala; em que cada parâmetro vale 1 ponto. (pontuação >1 = probabilidade de AVE = 72%).
- Aplicativo Fast- Ed (pontuação > 4 = obstrução de grandes vasos)
- Controlar a temperatura corporal (medicar se TAx > 37,8o C)
- Monitorizar a função cardíaca e oximetria de pulso;
- Controlar os níveis glicêmicos (medicar se glicemia capilar < 70 mg/dl)
- Realizar entrevista SAMPLA;(questionar uso de anticoagulantes: warfarina, rivaroxabana - xarelto -, dabigratana - pradaxa -, AAS; cirurgias recentes, sangramentos, iam e avc prévios, gestação, trauma e intoxicação exógena) - já incluso no Fast-Ed
- Determinar a hora do início dos sintomas e sinais. O horário do início dos sintomas é o último momento que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos. No caso do início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir.
- Não há evidências científicas de benefícios com a utilização da hiperventilação ou hemodiluição.
- Instalar acesso venoso periférico e aferir PA no membro não parético.

Abordagem Medicamentosa

- Oferecer O2 suplementar se SatO2 < 94%;
- Se presença de convulsões: Diazepan 10 mg EV - se crises > 5 min,
- Se persistência hidantalizar (Fenitoína, 15 a 20 mg/kg/dose (0,3 a 0,4 mL/kg/dose) IV, em acesso de grosso calibre, com velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto diluída em 250 a 500 mL de solução salina 0,9%. Se necessário, pode ser administrada dose adicional de 5 a 10 mg/kg (após 20 minutos de atendimento);
- Se TAx > 37,8º C, administrar Dipirona 1g IV;
- Se glicemia < 70 mg/dL, administrar Glicose 50% 30-50 ml;
- Não reduzir PAS na fase pré-hospitalar, exceto se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou se outra doença associada exigir a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar). Nesse caso administrar anti-hipertensivo de forma cautelosa;
- Se indicado, administrar Captopril 25mg VO (início de ação em 15 a 30 min). Não usar Esmolol e Hidralazina no pré-hospitalar
- Se hipotensão, administrar SF0,9% iniciar 500 ml EV e titular

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Observações:

- Mesmo na suspeita de ataque isquêmico transitório, o paciente deve ser encaminhado ao hospital (Hospital Regional de Referência) o mais rápido possível;
- A janela temporal ideal para trombólise é de 3 (três) horas do início dos sintomas. A janela estendida para trombólise é de 4 (quatro) horas e 30 (trinta) minutos; Se 1 achados anormais na escala de Cincinnati e tempo de início dos sintomas até chegada no IHB < que 4 horas, considerar encaminhar para trombólise.
- Critérios de exclusão para trombólise no APH:

a) AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;

b) História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;

c) Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;

d) Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;

e) Glicemia < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;

f) Infarto do miocárdio recente (3 meses).

g) Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecção aguda de aorta.

- Se houver critérios de exclusão e/ou tempo de início de sintomas até IHBDF > 4 horas, encaminhar para hospital da Regional de referência:

CM07. Crise Convulsiva

Critérios de inclusão:

- Súbita perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, cianose, sialorreia, lábios e dentes cerrados.
- Eventual liberação esfincteriana caracterizada por incontinência fecal e urinária.
- Na fase pós-convulsiva: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfincteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.
- Estado de Mal Epiléptico: crises epilépticas prolongadas, acima de 5 min, ou repetitivas, persistindo por 30 min ou mais, que não permitem a recuperação da consciência entre os eventos.
- A Crise Generalizada Tônico-clônica (CGTC) raramente ultrapassa 5 min de duração e é a manifestação mais comum.

Conduta 1ª Regulação:

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Ele é epilético? Está tomando seus remédios?
- Quanto tempo faz?
- Teve quantas vezes?
- Teve febre? (Se criança)
- Bateu a cabeça? Antes ou depois da convulsão?
- Usa drogas ou álcool?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- Ele consegue movimentar o pescoço?

Orientar a lateralizar a cabeça do paciente, não oferecer líquidos e afastar os objetos protegendo contra trauma.

Considerar o envio de USA se houver:

- História de diabetes;
- Déficit neurológico agudo (perda neurológica nas últimas 24 h) ou sinais de AVC;
- Sinais de meningismo (rigidez de nuca associada a cefaléia e a fotofobia)
- História de overdose ou envenenamento;
- Crise com duração de mais de 5 minutos;
- História de trauma craniano (há menos de 24hs);

Considerar o envio de USB se houver:

- História de trauma craniano (há mais de 24hs);
- Déficit neurológico novo (perda neurológica há mais de 24 h)
- Episódios recidivantes (mais de dois episódios seguidos);
- História discordante;
- Etilista ou usuário de drogas;
- Estado pós-ictal alterado;

Realizar orientação médica se houver:

- Febre baixa;
- Cefaleia discreta;
- Convulsão não-febril em paciente sabidamente epilético;
- Outras queixas;
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2ª Regulação:

Avaliação

Realizar avaliação primária com ênfase para:

- avaliar responsividade;
- aspirar secreções, se necessário; e
- manter permeabilidade de vias aéreas.

Realizar avaliação secundária com ênfase para:

- monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais;
- avaliar glicemia capilar;

- coletar história SAMPLA; e
- proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça.

Abordagem terapêutica

Instalar acesso venoso periférico.

Realizar abordagem medicamentosa:

- Oferecer O2 suplementar sob máscara não reinalante, se SatO2 < 94%;
- Glicose 50% IV, se glicemia < 60 mg/dl.
- Deve ser iniciado o uso de medicamentos apenas nas crises com duração superior a 5 min;
- Primeira escolha: administrar Diazepam 10 mg IV lento (1 a 2 mg/min) até o controle da crise (administração deve ser interrompida tão logo cesse a crise). Início de ação: 1 a 3 minutos. Na persistência da crise, repetir a dose a cada 5 a 10 min (máximo de 30mg).
- Se a crise não cessar após dose máxima de Diazepam (30 mg), entre 10 e 20 minutos do início do atendimento, realizar Conduta do Estado de Mal Epiléptico
- Conduta do Estado de Mal Epiléptico: Fenitoína, 15 a 20 mg/kg/dose (0,3 a 0,4 mL/kg/dose) IV, em acesso de grosso calibre, com velocidade máxima de infusão: 50 mg/minuto diluída em 250 a 500mL de solução salina 0,9%. Se necessário, pode ser administrada dose adicional de 5 a 10 mg/kg (após 20 minutos de atendimento);
- Se a crise persistir após a dose máxima de Fenitoína (incluindo a dose adicional), utilizar Fenobarbital em solução aquosa na dose de 10 mg/kg (0,1 ml/Kg) IV ou IO lento, repetindo mais uma única vez, se necessário. Nos casos de abstinência de Fenobarbital (por interrupção de tratamento), esta é a droga de escolha, antes da Fenitoína;
- Se a crise persistir após o Fenobarbital:

Se USA

- Utilizar Midazolan IV contínuo (0,2 a 0,3 mg/kg). Considerar suporte ventilatório;

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Observações:

- Cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, com consequente hemorragia potencialmente perigosa.
- Cuidados com a administração de Diazepan: não diluir; não administrar IM; e não administrar se a crise já tiver cessado e o paciente encontrar-se em período pós-convulsivo.
- Cuidados com a administração de Fenitoína: utilizar apenas acesso IV de grosso calibre, infusão por via SC ou IM causa necrose; infusão muito rápida causa bradiarritmias e hipotensão; não deve ser utilizada em conjunto com solução glicosada; e não administrar dose de ataque em quem já faz uso da droga. Nestes casos utilizar diretamente, 5 a10 mg/kg.
- Cuidados na administração de Fenobarbital: pode causar parada respiratória, hipotensão arterial e bradicardia.

CM08. Epistaxe e Hemoptise

Critérios de inclusão:

Sangramento nasal ativo ou expctoração sanguinolenta proveniente das vias aéreas geralmente em pequenas quantidades.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Há quanto tempo?
- Teve história de trauma?
- Houve introdução de corpo estranho?
- Está em uso de medicação anticoagulante ou tem história de coagulopatia?
- Teve desmaio?

Considerar o envio de USA se houver:

- Alteração do nível de consciência Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Hemorragia maior não controlável Orientar a compressão externa mantida.

Considerar o envio de USB se houver:

- Sangramento menor não controlável Orientar a compressão externa mantida.
- História de trauma.
- História de uso de anticoagulante ou história de coagulopatia.

Realizar orientação médica se houver:

- Se sangramento em pequena quantidade e paciente sem sinais de instabilidade, orientar compressão digital por 5 a 10 min e compressa gelada no dorso do nariz, se não melhora, encaminhar para unidade de EMERGÊNCIA por meios próprios

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária com ênfase para:
- Garantir permeabilidade das vias aéreas;
- Manter cabeceira elevada;
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Identificar as principais causas
- Abordagem terapêutica
- Oferecer O2 suplementar, se SatO2 > 94%.
- Controlar sangramento através de compressão digital por 5 a 10 min; e aplicar compressa gelada no dorso nasal, se disponível.
- Considerar a instalação de acesso venoso periférico.

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

CM 09.Cefaleia

Critérios de inclusão:

Dor de cabeça de início recente, de maior intensidade e associada a outros sintomas.

As cefaleias primárias são doenças cujo sintoma principal, porém não único, são episódios recorrentes de dor de cabeça (ex.: migrânea, cefaleia do tipo tensional, cefaleia em salvas).

As cefaleias secundárias são o sintoma de uma doença subjacente, neurológica ou sistêmica (ex.: meningite, dengue, tumor cerebral). A causa da cefaleia secundária habitualmente deve ser investigada por meio de exames subsidiários. Sinais de alerta para cefaleias secundária ("MNEMÔNICO SNOOP"):

S (Systemic) Sinais sistêmicos como toxemia, rigidez de nuca, rash cutâneo, portadores de neoplasia ou HIV, usuários de imunossupressores.

N (Neurologic) Presença de déficits neurológicos focais, edema de papila, convulsão.

O (Older) Cefaleia que iniciou após os 50 anos.

O (Onset) Cefaleia de início súbito ou primeira cefaleia.

P (Pattern) Mudança de padrão da cefaleia prévia ou cefaleia progressiva (intensidade, frequência ou duração).

Conduta 1ª Regulação:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quanto tempo faz?
- Já teve essa dor antes?

- Teve desmaio?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?
- História de trauma?
- Está sentindo mais alguma coisa?
- Ele faz algum tratamento?

Considerar o envio de USA se houver:

- Cefaleia com convulsão (tônico-clinica ou parcial); Orientar a lateralizar a cabeça do paciente, não oferecer líquidos e afastar os objetos protegendo contra trauma.
- Início abrupto com dor intensa (Início em segundos ou minutos. Pode acordar o paciente)
- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Déficit neurológico agudo (qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h);
- Perda aguda total da visão (perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal);

Considerar o envio de USB se houver:

- História de trauma craniano;
- História de inconsciência;
- Dor intensa (a pior dor de cabeça já sentida);
- Distúrbio de coagulação;
- História discordante;
- Redução da acuidade visual na última semana;
- Vômitos persistentes;
- Déficit neurológico novo (há mais de 24hs);
- Sinais de meningismo (classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia)

Realizar orientação médica se houver:

- Dor à palpação no couro cabeludo temporal;
- Febre;
- Vômitos;
- Dor leve a moderada recente;
- Outras queixas;

- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Orientar analgesia de uso habitual, e caso não haja melhora procurar a UBS.

Conduta 2ª Regulação:

Avaliação

1. Realizar a avaliação primária e secundária

- Ênfase para história SAMPLA, sobre patologias prévias e uso de medicações.
- Pesquisa de sinais de alerta (SNOOP*)

Abordagem terapêutica

1. Instalar O2 se Sat02<94%
2. Se cefaleia tensional ou enxaqueca/migrânea - tratamento abortivo:

- Dipirona 1 g (2 ml) EV
- Tilatil 40 mg EV
- Metoclopramida 1amp - 5,26mg/ml (2ml) IM, se náusea.

3. Se cefaleia em Salvas:

- Administrar O2 a 100% em máscara a 10-12 mll/min

4. Com febre sem sinais de alerta: suspeita de infecção sistêmica associada (sd gripal, dengue, sin):

- Tratamento sintomático.

5. Com febre e com sinais de alerta: suspeita de infecção do SNC (meningite, encefalite, abscesso cerebral, empiema)

- Reposição de fluídos e antitérmicos

6. Sem febre e com sinais de alerta: HSA, HIP, AVCi, Trombose venosa cerebral

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

CM10. Obstrução por corpo estranho

Critérios de inclusão:

Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ ou sinais de sufocação.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Como foi que ocorreu?
- Faz barulho quando respira?
- Tem tosse?
- Dificuldade respiratória? Orientar ao solicitante posicionar-se por trás do paciente; colocar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal do paciente, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical; Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e pra cima (em J);
- Consegue falar direito?
- Dificuldade para deglutir?
- Orientado ou confuso (não diz "coisa com coisa")?

*Em caso de população pediátrica seguir para OVACE EM PEDIATRIA (PED06. OVACE)

Considerar o envio de USA se houver:

- Estridor laríngeo;
- Dificuldade respiratória intensa; realizar a manobra de Heimlich, e manter o paciente com tronco ereto.
- Alteração súbita da consciência. Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas

Considerar o envio de USB se houver:

- Dificuldade respiratória moderada
- História discordante;

Realizar orientação médica se houver:

- Inflamação ou infecção local;
- Outras queixas;
- Incentivar tosse e desencorajar tentativas de provocar vômito.
- Orientar que em caso de sensação de dificuldade para deglutir deve procurar unidade de emergência mais próxima.
- Nesses casos, a remoção (se necessária) deve se dar por transporte próprio.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Avaliar a severidade:
- Obstrução leve: paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, falar e respirar; e
- Obstrução grave: paciente consciente de que não consegue falar. Pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa, tosse silenciosa e/ou inconsciência.

Abordagem terapêutica

Obstrução leve:

- Não realizar manobras de desobstrução;
- Acalmar o paciente;
- Incentivar tosse vigorosa;
- Monitorar e suporte de O2, se sat <94%
- Observar atenta e constantemente; e se evoluir para obstrução grave: ver item obstrução grave.

Obstrução grave:

Em paciente responsivo - executar a manobra de Heimlich:

- Posicionar-se por trás do paciente com seus braços à altura da crista ilíaca; Posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical; Com a outra mão

espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e pra cima (em J);

- Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo.

Obs.: Em pacientes obesos e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome.

Em paciente irresponsivo

USA

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
- Diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
- Abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
- Se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;
- Caso não haja sucesso pode-se tentar a visualização direta por laringocospia e a remoção com a utilização da pinça de Magill;
- Tentar a ventilação transtraqueal (cricotireoidostomia por punção); e
- Checar o pulso e iniciar a RCP em caso de PCR

USB

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
- Diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho;
- Checar o pulso e iniciar RCP, em caso de PCR.

Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de desobstrução, ou apoio rápido de USA.

Encaminhamento

- Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente;

CM11. Dispneia no Adulto

Critérios de inclusão:

Queixa de dispneia ou taquipnéia em paciente adulto sem história de asma.

Conduta 1ª Regulação

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Quando começou a falta de ar?
- Consegue falar direito (pedir pera falar com o paciente)?
- Faz barulho quando respira?
- Teve abalo emocional?
- Perdeu a consciência?
- Está orientado?
- Qual a coloração da pele?
- Tem edema?
- Tem outras queixas?
- Tem alguma comorbidade?

Considerar o envio de USA se houver:

- Extremidades frias, sudorese, cianose
- Estridor
- Dor precordial
- Não consegue falar frases completas
- Início agudo após trauma
- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Exaustão

- Pulso anormal (bradicardia, taquicardia)

Considerar o envio de USB se houver:

- História de insuficiência cardíaca
- Sibilância audível ou chiado no peito
- Hemoptise
- Dor pleurítica (dor no peito em pontada, que piora com a respiração ou tosse)
- História respiratória significativa (DPOC, ASMA, uso de O2 domiciliar)
- Hipertensão arterial
- História de arritmia ou doença arterial coronariana

Orientações médicas se houver:

- Dispneia decorrente de obstrução de vias aéreas altas (obstrução nasal, rinorreia), orientar remoção por meios próprios
- Tosse produtiva, orientar remoção por meios próprios
- Dispneia surgiu após abalo emocional, acalmar o paciente e remoção por meios próprios caso o sintoma persista nos próximos minutos.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

Avaliação primária e secundária com ênfase para o enquadramento do paciente:

Sinais de Insuficiência Cardíaca

Identificar o perfil do paciente:

- Perfil A (quente e seco): perfusão adequada e sem congestão

- Perfil B (quente e úmido): Perfusão adequada e congestão (Edema de membros inferiores, creptção na ausculta)

- Perfil C (frio e húmido): Hipoperfusão e congestão (extremidades frias, pulso filiforme, velocidade de enchimento capilar lentificada)

- Perfil L (frio e seco): Hipoperfusão e sem congestão

Abordagem terapêutica

USB

- Orientar manter o paciente com decúbito elevado e em repouso
- Ofertar oxigênio suplementar (MV reinalante) se SatO2 < 94%
- Instalar acesso venoso periférico
- Monitorar sinais vitais

Orientar condutas:

- Perfil A (quente e seco): se hipertenso, administrar captopril 25mg VO
- Perfil B (quente e húmido): Furosemida 0,5 a 1mg/kg IV
- Perfil C (frio e húmido): Furosemida 0,5 a 1mg/kg IV
- Perfil L (frio e seco): Pensar nas causas reversíveis

USA

- Manter o paciente com decúbito elevado e em repouso
- Ofertar oxigênio suplementar (MV reinalante) se SatO2 < 94%
- Instalar acesso venoso periférico
- Monitorar sinais vitais, monitorização cardíaca e anamnese sobre a história patológica cardíaca pregressa
- Realizar ECG de 12 derivações (Tratar eventual isquemia / arritmia)

Abordagem medicamentosa:

- Perfil A (quente e seco): se hipertenso, administrar captopril 25mg VO
- Perfil B (quente e húmido): Furosemida 0,5 a 1mg/kg IV + Isordil sublingual 5mg, se hipertenso (pode repetir até 15mg)
- Perfil C (frio e húmido): Furosemida 0,5 a 1mg/kg IV
- Perfil L (frio e seco): Tratar causas reversíveis:

1. Isquemia miocárdica
2. Hipertensão arterial
3. Arritmias
4. Hipertermia
5. Choque hipovolêmico
6. Hiperglicemia

Edema Agudo de Pulmão

- Orientar manter decúbito elevado
- Ofertar oxigênio suplementar (MV reinalante) se USA de acordo com a necessidade: ventilação assistida por bolsa-valva-mascara ou intubação orotraqueal.
- Instalar acesso venoso periférico
- Se PAS> 90mmHg, administrar Isordil 5mg sublingual, a cada 5 a 10 minutos
- USA: Morfina - de 2 a 4 mg IV (diluída em 9ml de AD), USB (não disponível)
- Furosemida 0,5 a 1mg/Kg IV
- Encaminhar com urgência a unidade de saúde

Encaminhamento

1. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

CM12. Dor Torácica

Critérios de inclusão:

Dor prolongada, localizada nas regiões precordial, retroesternal ou epigástrica, com irradiação para dorso, pescoço, mandíbula ou membros superiores, principalmente o esquerdo. Características da dor: opressiva, "em aperto", contínua, com duração de vários minutos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos, sudorese fria, dispneia, sensação de morte iminente e ansiedade. Desencadeada por estresse emocional ou esforço físico, podendo também surgir em repouso, durante o sono ou durante o exercício leve.

Conduta 1ª Regulação:

Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

Solicitar falar com o paciente:

- Quando iniciou a dor?
- Como é a sua dor?
- Esta dor é recorrente?
- Teve abalo emocional?
- Esta com falta de ar?
- A dor piora com a palpação ou respiração profunda?
- Esta com febre, dor no corpo ou vômitos?
- História anterior de angina e/ou IAM ou uso de medicamentos anti-anginosos?
- Tem outras queixas?
- Quais comorbidades?

Considerar o envio de USA se houver:

- Dor precordial intensa em aperto ou peso que pode irradiar para membro superior esquerdo, pescoço ou mandíbula
- Dor intensa (dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida)
- Sudorese fria
- Dispneia aguda
- Pulso anormal (bradicardia, taquicardia, irregular)

Considerar o envio de USB se houver:

- Dor precordial atípica (dor no peito, em fincada, que piora com a respiração, tosse ou movimentação)
- Vômitos persistentes (vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios)
- História cardíaca importante (doença coronariana, arritmia)
- Dor moderada (dor intensa, mas suportável)
- História de hipertensão arterial
- História de Diabetes Mellitus

Realizar orientação médica se houver:

- Dor atípica em paciente de risco cardiovascular leve, orientar remoção por meios próprios
- Dor de leve intensidade, orientar remoção por meios próprios

Conduta 2ª Regulação:

USB

Alta suspeita de SCA

- Realizar avaliação primária com ênfase para: manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
    - monitorar sinais vitais, oximetria de pulso e glicemia capilar; e
    - entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação).
- Oferecer O2 por máscara não reinalante 10 a 15 l/mim se SatO2 < 94%.
- Instalar acesso venoso periférico

- Orientar dupla antiagregação plaquetária (AAS 200mg + Clopidogrel 300mg se <75anos ou 75mg se >75anos)
- Se paciente normotenso ou hipotenso, não fazer Isordil (risco de Infarto de VD)

Baixa suspeita de SCA

Orientar encaminhar o paciente a unidade de saúde mais próxima.

USA

Alta suspeita de SCA

- Realizar avaliação primária com ênfase para: manter o paciente com cabeceira elevada em torno de 45° e tranquilizá-lo.
- Oferecer O2 com fluxo de 4 l/min apenas se houver evidência de desconforto respiratório ou se oximetria de pulso < 94%.
- Avaliação secundária com ênfase para: Monitorar sinais vitais; manter monitorização cardíaca; e entrevista SAMPLA e caracterização da dor (qualidade, localização, irradiação, etc.).
- Realizar ECG de 12 derivações. ECG com alterações sugestivas de SCA (elevação do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo, infra desnivelamento do segmento ST ou inversão dinâmica da onda T).
- Instalar acesso venoso periférico.
- Realizar abordagem medicamentosa:
- Administrar dupla antiagregação plaquetária (**AAS** 200mg + **Clopidogrel** 300mg se <75anos ou 75mg se >75anos)(Contraindicações: hipersensibilidade conhecida, úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave, intolerância a galactose)
- Administrar **Dinitrato de Isossorbida** 5 mg SL. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses. Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Controlar PA e FC; (Contraindicações: PAS < 90 mmHg, FC <50bpm, em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD; se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase: Sildenafi nas últimas 24 horas ou de Tadalafi nas últimas 48 horas; ou ainda de outros medicamentos para disfunção erétil nas últimas 24 horas)
- Se a dor isquêmica não for aliviada pelo nitrato, administrar **Sulfato de morfina** de 2 a 4 mg IV (diluída em 9 mL de AD) e repetir a cada 5 a 10 minutos até seu alívio, observando a possibilidade de depressão respiratória. Na

eventualidade de hipotensão severa (<90mm/Hg) e/ou bradicardia (FC<50bpm), considerar o uso de Atropina na dose de 0,5 mg a 1,5 mg.

Observação:

• Estar preparado para realizar RCP e desfibrilação, se necessário.

• Após ECG de 12 derivações, avaliar se o paciente preenche os critérios para fibrinólise e, em caso positivo, informar a Regulação Médica para definição do encaminhamento necessário. Considerar critérios de inclusão para fibrinólise (pré-hospitalar, se disponível).

• Cuidado com quadros atípicos: idosos e diabéticos podem apresentar SCA apenas com desconforto gastrintestinal, dispneia, tontura, estado confusional, síncope e sinais de AVE (acidente vascular encefálico).

• Clopidogrel: para os candidatos a angioplastia primária a dose deverá ser de 600 mg.

• Para reduzir o estresse do transporte: velocidade moderada, evitar o uso de sirenes - se possível, orientar o paciente sobre seu quadro.

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

CM13. Hipertensão Arterial

Critérios de inclusão:

Pacientes geralmente hipertensos, que possuem aparelho de aferição da pressão arterial em casa. A crise hipertensiva caracteriza-se pelo aumento rápido da PAD 120mmHg.

Devemos atentar para os casos de urgência e emergência hipertensiva.

Urgência Hipertensiva: Sem sintomas graves e sem risco imediato a vida. Ausência de lesão aguda de órgão alvo ou comprometimento vascular, mas que pode evoluir para complicações graves.

Emergência Hipertensiva: Quando existe evidente dano agudo e progressivo vascular e de órgão alvo, com rápida descompensação da função de órgãos vitais e com risco iminente a vida ou de lesão orgânica irreversível, demandando início imediato da redução dos níveis pressóricos. Inclui os quadros de: encefalopatia hipertensiva, AVE (hemorragia subaracnóidea), complicações cardiovasculares (IAM, angina instável, dissecção de aorta, edema agudo de pulmão), falência renal.

Conduta 1ª Regulação :

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR, iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

Solicitar falar com paciente

- Tem diagnostico de hipertensão arterial?
- Usou sua medicação anti-hipertensiva hoje?
- Tem dor torácica?
- Esta com falta de ar?
- Perdeu os sentidos ou está desorientado?
- Tem cefaleia?
- Tem outras queixas?
- Possui quais comorbidades?

Considerar o envio de USA se houver:

- Dor precordial
- Dispnéia aguda
- Alteração súbita da consciência Orientar a lateralizar a cabeça, não oferecer líquidos, e se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.
- Cefaleia intensa

Considerar o envio de USB se houver:

- Cefaleia moderada
- Dispneia leve
- Tontura ou escotomas

Realizar orientação médica se houver:

- **Hipertensão arterial crônica descontrolada:** paciente assintomático, sem lesão de órgão alvo, que tem descontrole crônico da pressão arterial, orientar tomar a medicação antihipertensiva e remoção por meios próprios
- **Pseudocrise hipertensiva**: paciente que aferiu a pressão arterial e está hipertenso, mas relata ansiedade, dor ou que esqueceu de usar a medicação antihipertensiva, orientar tratamento da causa base, como acalmar o paciente, usar analgésico, tomar a medicação anti-hipertensiva e remoção por meios próprios caso a pressão arterial não reduza nos próximos minutos.

Conduta 2ª Regulação:

Avaliação Primária:

- Manter a permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequadas;
- Manter decúbito elevado no paciente consciente e decúbito lateral se paciente inconsciente (aspirar orofaringe se necessário).

Avaliação Secundária:

- Entrevista SAMPLA;
- Monitorizar oximetria de pulso, ritmo cardíaco e sinais vitais.
- Instalar acesso venoso periférico.

Urgência Hipertensiva

- Orientar tranquilizar o paciente e repouso
- Ofertar oxigênio se saturação <94%
- Repetir a mensuração dos níveis pressóricos

Se pressão arterial permanecer elevada:

- Administrar captopril 25mg (início de ação 20 a 30 minutos)
- Encaminhar o paciente com urgência a unidade de saúde

Emergência Hipertensiva

- Orientar tranquilizar o paciente e repouso
- Ofertar oxigênio se saturação <94%
- Repetir a mensuração dos níveis pressóricos

USB

Se pressão arterial permanecer elevada:

- Captopril 50mg VO + Furosemida 20mg IV
- Furosemida: 20 a 60mg IV (1 ampola = 20mg). Indicações: insuficiência cardíaca esquerda e nas situações de hipervolemia.
- Hidralazina: Droga de eleição no tratamento da eclampsia e pré-eclampsia. Dose 10 a 20mg IV (1 ampola = 1ml = 20mg). Diluir 1 ampola em 19ml de AD, fazer a infusão intermitente de 5ml a cada 20 minutos até o controle da pressão. Inicio de ação de 10 a 30 minutos. Contraindicação: síndromes isquêmicas agudas, dissecção de aorta, taquicardia grave, nesses casos usar betabloqueador.

USA

Se pressão arterial permanecer elevada:

- Administrar um anti-hipertensivo IV, isoladamente ou em associação, guiado de acordo com a fisiopatologia da urgência hipertensiva. Necessita de controle imediato da pressão arterial (PA), reduzindo a PA aproximadamente 25% em 1h.

Medicações Parenterais disponíveis na USA

- Nitroprussiato de sódio: Vasodilatador direto. Dose 0,25 a 10 mcg/kg/min (1 ampola = 2ml = 50mg). Diluir 1 ampola em 248ml de SG5%, concentração da diluição de 200mcg/ml. Infusão a critério médico. Inicio de ação imediato, com duração de 1 a 2 minutos. Pode causar náuseas, vômitos e tremores. Lembrar que a droga é fotossensível.
- Hidralazina: Droga de eleição no tratamento da eclampsia e pré-eclampsia. Dose 10 a 20mg IV (1 ampola = 1ml = 20mg). Diluir 1 ampola em 19ml de AD, fazer a infusão intermitente de 5ml a cada 20 minutos até o controle da pressão. Inicio de ação de 10 a 30 minutos. Contraindicação: síndromes isquêmicas agudas, dissecção de aorta, taquicardia grave, nesses casos usar betabloqueador.
- Metoprolol: indicado nos casos em que a maior preocupação for a redução da frequência cardíaca e não a da PA, na insuficiência coronária e no aneurisma dissecante de aorta. Dose: 5mg, IV, em 5 minutos (1 ampola = 5ml = 5mg). Inicio de ação: 5 a 10 minutos. Pode ser repetido a cada 10 minutos, até a dose máxima de 15mg. Contraindicação: ASMA, insuficiência ventricular descompensada, presença de bradicardia ou bloqueio cardíaco.
- Furosemida: 20 a 60mg IV (1 ampola = 20mg). Indicações: insuficiência cardíaca esquerda e nas situações de hipervolemia.

Encaminhamento

1. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

CM14. Palpitações

Critérios de inclusão:

Sensação incomoda e as vezes dolorosa do coração estar batendo forte e acelerado.

Conduta 1ª Regulação:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração
- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)
- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso suspeita de PCR iniciar o PROTOCOLO CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Excluída gravidade maior:

- Tem dor torácica?
- Teve abalo emocional?
- Está com falta de ar?
- Usa drogas ou álcool?
- Está há quanto tempo sem ingerir drogas ou álcool?
- Perdeu os sentidos?
- Tem diagnostico de arritmia ou doença do coração?
- Tem outras queixas?
- Quais comorbidades?

Considerar o envio de USA se houver:

- Dor precordial
- Dispneia aguda
- História de overdose ou envenenamento
- Pulso anormal
- Alteração súbita da consciência; Orientar a lateralizar a cabeça e não oferecer líquidos. Se não estiver respirando iniciar as compressões torácicas.

Considerar o envio de USB se houver:

- Palpitação incomoda
- História de inconsciência
- História cardíaca importante

Orientações médicas se houver:

- Febre, orientar uso de antitérmico e remoção por meios próprios
- Paciente com ansiedade, sem fatores de risco cardíaco ou arritmia, tranquilizar o paciente e orientar que se os sintomas persistirem, ele deve procurar o hospital por meios próprios.

Conduta 2ª Regulação

Paciente Taquicardico (FC>100bpm)

Critérios de instabilidade

1. Dor torácica isquêmica
2. Alterção do nível de consciência aguda
3. Dispnéia
4. Hipotensão
5. Sinais de choque
6. Insuficiência cardíaca aguda

Contra Regulação USB

- Paciente consciente, com pressão arterial estável, taquicardico, pensar em:
  - Flutter atrial
  - Taquicardia supra ventricular
  - Fibrilação atrial com alta resposta ventricular
  - Taquicardia ventricular com pulso
- Instalar acesso venoso periférico
- Ofertar oxigênio se satO2 < 94%
- Não realizar massagem de seio carotídeo em pacientes com mais de 60 anos ou sopro carotídeo
- Encaminhar a unidade de saúde

Orientações na USA

- Manter permeabilidade das vias aéreas; considerar ventilação assistida; ofertar oxigênio se saturação menor que 94%
- Monitorizar o ritmo (identificar o ritmo) a pressão arterial e a oximetria.
- Instalar acesso venoso periférico
- Identificar e tratar causas reversíveis, pensar nos 5H'se 5T's.
- Avaliar o grau de instabilidade e determinar se está relacionada à taquicardia

Paciente Instável:

- Realizar cardioversão elétrica sincronizada (independente do ritmo) sob sedação (não atrasar o procedimento).
- Cargas iniciais recomendadas:
- QRS estreito e regular: 50 a 100J
- QRS estreito e irregular: 120 a 200J
- QRS largo e regular: 100J
- Caso o ritmo não seja revertido, aumentar gradativamente a carga.
- Manter atenção para a ocorrência de PCR

Paciente Estável

- Realizar ECG de 12 derivações
- Se QRS estreito (<120ms), avaliar regularidade do ritmo
- Ritmo regular (TSV): realizar manobras vagais (manobra de valsalva ou massagem do seio carotídeo se paciente menor que 60 anos e sem sopro carotídeo) e observar se há reversão. Se não reverteu: administrar adenosina 6mg em bolus IV rápido, seguido de 20ml de SF 0,9%, se não reverter em 1 a 2 minutos administrar 12mg em bolus IV seguida de 20mg de SF 0,9%. Não utilizar adenosina em asmáticos. Se persistir com a arritmia, utilizar betabloqueador para controle da frequência, metoprolol 5mg IV a cada 5 minutos até 15mg. Não administrar betabloqueador em pacientes asmáticos e com disfunção ventricular grave.
- Ritmo Irregular (provável fibrilação atrial): Controlar a frequência com betabloqueador, metoprolol 5mg IV a cada 5 minutos até 15mg. Não administrar betabloqueador em pacientes asmáticos e com disfunção ventricular grave.
- Se QRS largo (>120ms), avaliar a regularidade do ritmo
- Ritmo Regular: Controlar a frequência com amiodarona 150mg IV + SG 5% 200ml em 10 minutos e manter amiodarona de manutenção 900mg IV + SG 5% 500ml correr a 20ml/h.
- Na torsades de pointes: administrar sulfato de magnésio 1-2g em bolus IV seguido de 20ml de SF 0,9%.

Paciente Bradicardico (FC < 50BPM)

Contra regulação USB

Paciente estável

- Ofertar oxigênio se saturação menor que 94%
- Instalar acesso venoso periférico

Paciente instável

- Ofertar oxigênio, manter via aérea pérvia
- Instalar acesso venoso periférico
- Atropina (0,5mg em bolus, repetir a cada 3 a 5 minutos. Máximo de 3mg)
- Encaminhar o paciente para unidade de saúde

Condutas na USA

- Manter permeabilidade das vias aéreas, ventilação assistida se necessário, ofertar oxigênio se saturação menor que 94%.
- Monitorizar o ritmo (identificar o ritmo) a pressão arterial e a oximetria.
- Instalar acesso venoso periférico
- Identificar e tratar causas reversíveis, pensar nos 5H's e 5T's.
- Avaliar presença de sinais de INSTABILIDADE

Sem sinais de baixo debito: observar, monitorar e encaminhar a unidade de saúde.

Presença de sinais de baixo debito: administrar Atropina (0,5mg em bolus, repetir a cada 3 a 5 minutos. Máximo de 3mg). Se não houver resposta, considerar instalação de marcapasso transcutâneo (sempre se bloqueio de 2º grau mobitz tipo II ou BAVT) ou administrar adrenalina (SF0,9% 100ml + 6 ampolas / concentração 60mcg/ml) ou dopamina (SF 0,9% 200ml + 5 ampolas / concentração 1.000mcg/ml).

- Manter atenção para a ocorrência de PCR

Encaminhamento

1. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

CM15. PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA

Critérios de inclusão:

Paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável.

Conduta 1ª Regulação:

- Verifique a responsividade do paciente: orientar tocar os ombros do paciente e chamá-lo em voz alta.
- Se paciente não responsivo, perguntar ao solicitante: Ele respira? Tem pulso? Qual a coloração da sua pele? Se não respira, orientar colocar paciente em decúbito dorsal em superfície rígida (deitá-lo no chão) e iniciar compressões torácicas com mãos entrelaçadas posicionadas entre os mamilos do paciente, com cotovelos estendidos até chegada da viatura
- Quais comorbidades?

Observações:

1. Caso tenha mais de uma pessoa para ajudar, é recomendado que fique com o solicitante na linha, orientando, até a chegada da equipe.
2. O leigo não precisa realizar as ventilações.
3. Oriente que é importante deixar que o tórax do paciente volte a posição normal entre cada compressão.
4. Caso tenha mais de uma pessoa para ajudar, elas devem revezar entre elas a cada 2 minutos. Oriente que é de extrema importância que não se interrompa as compressões.

Considerar o envio de USA se houver:

- Sempre que tratar-se de PCR.

Considerar o envio de USB se houver:

- Enviar a equipe básica se estiver mais próxima, para que comecem o SBV, levem o DEA e iniciem medicação conforme protocolo da instituição.

Conduta 2ª Regulação:

- Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta).
- Se não responsivo, verificar a respiração e o pulso simultaneamente. ATENÇÃO: Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
- Providenciar maletas de drogas e de vias aéreas.
- Se respiração ausente ou *gasping* e pulso AUSENTE: iniciar ciclos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

  - Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de 30 compressões para 2 ventilações: compressões eficientes (deprimindo o tórax em 5 a 6cm com completo retorno), minimize as interrupções nas compressões.
  - Ventilações eficientes (Insuflação de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax*)*, inicialmente com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional.

- Se USA: obter uma via aérea avançada conforme PROTOCOLO DE MANEJO VIA AÉREA e após realizar compressões na frequência de 100 a 120 por minuto e ventilações não sincronizadas na frequência de 1 ventilação a cada 6 segundos.
- Assim que o desfibrilador estiver disponível, posicionar as pás de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco do paciente.
- Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo.

Se ritmo CHOCÁVEL [fibrilação ventricular (FV)/ taquicardia ventricular sem pulso (TVSP)]:

1. Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
2. Desfibrilar: choque único na potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico);

Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, com ciclos de 100 a 120 compressões por minuto (ou 30 compressões para duas insuflações) por 2 minutos).

3. Realizar simultaneamente acesso venoso (EV/IO);

4. Administrar epinefrina: 1 mg intravenoso (IV)/IO em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos);

5. Após 2 minutos ou 5 ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TV, desfibrilar e reiniciar a RCP

6. Administrar antiarrítmico: Amiodarona 300 mg EV (1ª dose) em bolus, seguido de 20 ml de solução salina a 0,9% e elevação do membro. Pode ser repetida após 3 a 5 minutos na dose de 150 mg (2ª dose); Ou administrar lidocaína (1 a 1,5 mg/Kg IV/IO), pode ser repetida após 5 a 10 minutos na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg); no caso de PCR em taquicardia ventricular polimórfica (Torsades de Pointes), administrar sulfato de magnésio (1 a 2g IV/IO diluído em 10 a 20 ml de glicose a 5%)[3];

7. Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, reinicie desde o item 1.

8. Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:

- Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;
- Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;
- Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120/min sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;
- Instalar eletrodos do monitor;
- Realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).

Se ritmo não chocável (AESP/ASSISTOLIA):

1. Realizar rapidamente (em menos de 10 segundos) o protocolo da linha reta para confirmar assistolia e descartar uma fibrilação ventricular fina:

- Verificar adequada conexão dos cabos e eletrodos;
- Aumentar ganho de sinal no monitor cardíaco (amplitude/potência de sinal); e
- Checar ritmo em outra derivação.

2. Se assistolia ou AESP confirmadas, iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), começando pelas compressões torácicas, 100 a 120 compressões por minuto (ou 30 compressões para duas insuflações) por 2 minutos.

3. Administrar epinefrina o mais rápido possível: 1 mg intravenosa/intraóssea (IV/IO) em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).

4. Após 2 minutos de ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a assistolia, reinicie a partir do item 2.

Realizar simultaneamente os seguintes procedimentos:

• Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente a intubação orotraqueal. Considerar uso de máscara laríngea no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade;

• Confirmar efetiva ventilação e fixar o dispositivo escolhido;

• Após instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas (100 a 120/min) sem pausas para as insuflações, oferecer 10 insuflações/min (uma a cada 6 segundos não sincronizadas) e checar o ritmo a cada 2 minutos;

• Instalar eletrodos do monitor; e

• Tentar realizar o diagnóstico diferencial e procurar tratar as causas reversíveis identificadas (Fatores H e Fatores T).

Observação:

- Considerar segurança da cena.
- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.
- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:
- Mãos entrelaçadas;
- Deprimir o tórax em no mínimo 5 cm e no máximo 6 cm e permitir o completo retorno entre as compressões;
- Manter frequência de compressões de 100 a 120/min;
- Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos;
- Minimizar as interrupções das compressões

Insuflações de boa qualidade compreendem:

- Insuflação de 1 segundo cada
- Visível elevação do tórax.
- Utilizar o desfibrilador assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.
- Não interromper manobras de RCP para administrar drogas no manejo específico).
- Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou a vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).
- Capnografia quantitativa com forma de onda, se ETCO2 < 10mmHg, tente melhorar a qualidade da RCP.

- Se via aérea avançada disponível e dificuldade em acesso EV/IO, pode-se administrar pelo tubo as drogas do mnemônico ANEL (atropina, naloxona, epinefrina, lidocaína) em dose de duas a três vezes a dose habitual, seguida de 10ml de SF 0,9% e 4 ventilações.
- Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR:

• 5H: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e

• 5T: trombose coronariana (infarto agudo do miocárdio), trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax, tóxicos.

3) Retorno da circulação espontânea após manobras de RCP

Otimizar a ventilação e oxigenação com ênfase para:

• Manter ou considerar via aérea avançada;

• Manter a saturação de oxigênio 94%;

• Se ocorrer parada respiratória, manter com 10 a 12 insuflações/min (não hiperventilar);

• Considerar capnografia.

- Avaliar sinais vitais.
- Realizar eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações e, se necessário, ECG de 2ª opinião/telecárdio.
- Controlar glicemia e tratar, se necessário.
- Tratar hipotensão se pressão sistólica < 90mmHg: iniciar infusão de 1 a 2L de ringer lactato ou SF 0,9% EV/IO. Se mantiver hipotensão, iniciar noradrenalina na dose de 0,01 a 2mcg/Kg/min (diluir 2 ampolas em 242ml de Soro Glicosado 5% = 32mcg/mL).
- Manter droga antiarrítmica (lidocaína), se indicado (fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso).
- Tratar possíveis causas reversíveis de PCR.
- Atentar para a recorrência de PCR e a necessidade de reiniciar RCP.
- Preparar para o transporte.
- Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Encaminhamento

1. Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

2. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA - Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 – Regional Fortaleza / Cláudio Roberto Freire de Azevedo (Org.). Volume 2. Fortaleza, CE: SMS Fortaleza, 2016

3. Emergências clínicas : abordagem prática / Herlon Saraiva Martins...[et al.]. -- 10. ed. rev. e atual. -- Barueri, SP : Manole, 2015.

4. Unidade de emergência : condutas em medicina de urgência / Júlio César Gasal Teixeira. -- 2. ed. -- São Paulo : Editora Atheneu, 2011.

5. Protocolo clínico e de Regulação para Dor Abdominal Aguda no Adulto e no Idoso. PEREIRA, AGJ; SANTOS JS; FMUSP – Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

6. Tallo FS, Graff S, Vendrame LS e col. Anafilaxia: reconhecimento e abordagem. Uma revisão para o clínico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 jul-ago;10(4):329-33.

7. Ribeiro ML, Chong Neto HJ, Rosario Filho NA. Diagnóstico e tratamento da anafilaxia. Einstein. São Paulo 2017; 15(4):500-6.

8. Anafilaxia, alergia a alimentos, alergia a drogas, mordedura e picada de insetos, alergia ao látex. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2012;35(2):53-70.

9. CURRENT – Medical Diagnosis & Treatment. Papadakis, A. Maxine, 27ª edição, New York: Mc Graw Hill Education, 2018.

10. Roberto Campos Meirelles Leonardo C. B de Sá Guilherme Almeida abordagem atual das Hemorragias Nasais Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ Ano 11, Julho / Setembro de 2012

11. APS. Balbani, et al. Tratamento da epistaxe. Rev Ass Med Brasil 1999; 45(2): 189-93

12. CP Valera, ME Tamashiro, A. Hyppolito. Protocolo clínico e de regulação para epistaxe. http:saudedireta.com.br.

13. Gonçalves MEP, Cardoso SR, Rodrigues AJ . Corpo estranho em via aérea. Pulmão RJ 2011;20(2):54-58

14. Suporte avançado de vida em anestesia. Sociedade brasileira de anestesiologia. Núlceo SBA Vida, (37-39) 2016.