

### Resumo das Recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação para o Suporte Básico e Avançado de Vida 2005

Tradução e adaptação do documento original **ERC Guidelines for  
Resuscitation 2005 Summary** retirado do link

([http://www.erc.edu/index.php/guidelines\\_download\\_2005/en/](http://www.erc.edu/index.php/guidelines_download_2005/en/))

Fortunato Silva\*, Esmael Tomas\*\*

\* Especialista de Medicina Intensiva \*\* Clínico Geral e provedor de ACLS pela American Heart Association

Rev CSE 2007;1:34-36

#### ALTERAÇÕES PRINCIPAIS NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA OS ADULTOS

- A decisão de iniciar as manobras de reanimação é tomada de imediato se a vítima não responde e não respira normalmente.
- Os reanimadores devem ser ensinados a colocar as mãos no centro do tórax, ao invés de perder mais tempo usando o método de “localizar as costelas”.
- Cada ventilação deve durar 1 segundo e não 2 segundos.
- O *ratio* compressão ventilação é 30:2 para todos os adultos vítimas de paragem cardíaca. O mesmo *ratio* deve também ser usado para crianças quando reanimadas por leigos.
- Para um adulto, as 2 ventilações iniciais não são efectuadas, devendo realizar-se imediatamente 30 compressões quando se estabelece o diagnóstico de paragem cardíaca.

#### Alterações Principais Na Desfibrilação Automática Externa (DAE)

- Programas de acesso público aos DAE estão recomendados para áreas onde o uso esperado de um DAE para paragem cardíaca duplica em 2 anos.
- Administra-se um choque único (de pelo menos 150J em desfibriladores bifásicos ou 360J em monofásicos), seguido imediatamente de 2 minutos de manobras de compressão-ventilação sem interrupção, sem ser

necessário verificar se houve conversão da Fibrilação Ventricular (FV) nem verificar sinais de vida nem pulso.

#### ALTERAÇÕES PRINCIPAIS NO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PARA OS ADULTOS

##### Compressão- Ventilação antes da desfibrilação

- Numa paragem cardíaca em ambiente extra-hospitalar, não presenciada por profissionais de saúde equipados com desfibriladores manuais, deve-se proceder a manobras de compressão-ventilação durante 2 minutos (i.e., cerca de 5 ciclos de 30:2).
- Não atrase a desfibrilação numa paragem cardíaca em ambiente extra-hospitalar presenciada por um profissional de saúde.
- Não atrase a desfibrilação numa paragem cardíaca intra-hospitalar.

##### Estratégia de desfibrilação

- Trate os ritmos desfibriláveis – Fibrilação Ventricular/ Taquicardia Ventricular sem pulso (FV/TVsp) com um choque único, seguido imediatamente de manobras de compressão-ventilação sem interrupção(30:2). Não verifique o ritmo nem o pulso. Após 2 minutos de manobras, verifique o ritmo e dê outro choque (se indicado).

- A energia inicial de choque recomendada para os desfibriladores bifásicos é 150- 200J. Dê o segundo e os subsequentes choques a 150- 360J.
- A energia de choque recomendada para os desfibriladores monofásicos é de 360J tanto para o choque inicial como para os subsequentes.

#### Fibrilação Ventricular fina

- Caso haja dúvida se o ritmo é asistolia ou FV fina, NÃO desfibrile; ao invés disso, continue compressões torácicas e ventilação.

#### Adrenalina

##### FV/ TVsp

- Administre 1 mg EV se a FV/ TVsp persiste após o segundo choque.
- Em seguida, repita a dose de adrenalina a cada 3-5 minutos se a FV/ TVsp persiste.

##### Assistolia/ Dissociação Electromecânica (DEM)

- Administre adrenalina 1 mg EV tão logo se obtenha um acesso venoso, em seguida repita a cada 3-5 min até se obter sinais de circulação.

#### Drogas anti- arrítmicas

- Caso a FV/ TVsp persista após três choques, administre Amiodarona 300 mg EV em *bolus*. Uma dose adicional de 150 mg pode ser administrada para FV/ TVsp recorrente ou refractária, seguida de uma infusão de 900 mg nas 24h.
- Caso não tenha disponível a Amiodarona, lidocaína 1 mg/kg, pode ser usada como alternativa, mas não dê lidocaína se já administrou Amiodarona. Não exceda a dose total de 3 mg/kg durante a primeira hora.

#### Terapêutica com trombolíticos na paragem cardíaca

- Considere sempre o uso de trombolíticos quando se suspeita que

a paragem cardíaca tenha ocorrido por Tromboembolismo Pulmonar (TEP). A trombólise deve ser considerada na paragem cardíaca em adultos após avaliação caso a caso se houver falência das medidas padronizadas de ressuscitação em doentes cuja etiologia de Tromboembolismo for suspeita como responsável pela paragem. As manobras de reanimação em curso não contraindicam a trombólise.

- Considere a realização das manobras de ressuscitação até 60- 90 minutos quando se administram trombolíticos durante a ressuscitação.

#### Cuidados pós- ressuscitação – Hipotermia terapêutica

- Doentes adultos inconscientes, com respiração espontânea, após paragem cardíaca em FV extra- hospitalar devem ser mantidos a temperatura de 32- 34°C por 12- 24h.
- Hipotermia moderada pode ser benéfica em doentes adultos inconscientes, com circulação, após paragem cardíaca extra- hospitalar por ritmo não desfibrilável ou após paragem cardíaca hospitalar.

#### ALTERAÇÕES PRINCIPAIS NO SUPORTE DE VIDA PEDIÁTRICO

##### Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Reanimadores leigos ou reanimador único ao presenciar uma paragem cardíaca pediátrica devem usar um *ratio* de 30 compressões para 2 ventilações. Eles deverão iniciar com 5 ventilações e continuar com o *ratio* 30:2 como ensinado no Suporte básico para adultos.
- Dois ou mais reanimadores treinados usarão o *ratio* 15:2 em crianças até a puberdade. É inapropriado e desnecessário estabelecer o início da puberdade formalmente, caso o reanimador acredite que a vítima é uma criança deve usar as *guidelines* pediátricas.
- Num lactente (menos de 1 ano) a técnica de compressão é a mesma: compressão com dois dedos para reanimador único e a técnica de compressão com dois polegares

envolvendo o tórax para dois ou mais reanimadores. Após 1 ano de idade, não há regra que indique o uso da técnica de uma ou duas mãos, cabe ao reanimador escolher de acordo com a sua preferência.

- Os DAE podem ser usados em crianças maiores de 1 ano de idade. Atenuadores da descarga eléctrica são recomendados entre 1 e 8 anos de idade.
- Para o tratamento da obstrução da via aérea por corpo estranho, numa criança ou lactente inconsciente, realize 5 ventilações e caso não haja resposta, inicie compressões torácicas sem verificação adicional de sinais de circulação.

#### Suporte Avançado de Vida Pediátrico

- A máscara laríngea é um dispositivo aceitável para permeabilização da via aérea para utilizadores com experiência. Num hospital, um tubo traqueal com *cuff* pode ser útil em certas circunstâncias, por ex. casos de baixa *compliance* pulmonar, resistência das vias aéreas ou grande fuga de ar pela glote durante a ventilação. A pressão de insuflação do *cuff* deve ser monitorizada regularmente e mantida abaixo de 20 cm de H<sub>2</sub>O.
- A hiperventilação é prejudicial durante a paragem cardíaca. O volume corrente ideal deve ser aquele que permite expansão moderada da parede torácica.
- Quando usar um desfibrilador manual, uma dose de 4 J/Kg (em desfibrilador bifásico ou monofásico) deve ser usada para o primeiro e para os subsequentes choques.

#### Assistolia/ DEM

- Adrenalina EV ou IO deve ser administrada na dose de 10µg/Kg e repetida a cada 3- 5 minutos. Caso não se tenha acesso vascular disponível mas está colocado um tubo endotraqueal, a adrenalina deve ser administrada na dose de 100µg/Kg através desta via até se obter um acesso EV ou IO.

#### Estratégia de desfibrilação

- FV/ TVsp deve ser tratada com choque único, seguido imediatamente de compressões- ventilações (15:2). Não verifique o ritmo nem o pulso antes de 2 minutos de manobras; verifique o ritmo e administre outro choque (se indicado).
- Administre adrenalina 10µg/Kg EV se FV/TVsp persiste após o segundo choque.
- Em seguida, repita a dose de adrenalina a cada 3-5 minutos se a FV/ TVsp persiste.

#### Controle da temperatura

- Após a paragem cardíaca, trate a febre agressivamente.
- Se uma criança após ressuscitação volta a ter sinais de circulação mas continua em coma, pode ser útil ser mantida a uma temperatura central de 32- 34°C por 12- 24h. Após um período de hipotermia moderada, a criança deve ser reaquecida lentamente a 0.25- 0.5°C/h.

#### Ressuscitação de um recém- nascido

- Proteja o recém- nascido da perda de calor. Bebés prematuros devem ser cobertos com cobertas plásticas na cabeça e corpo (não na face), sem antes secar o bebé. Uma vez coberto deve-se colocar então o bebé sob calor radiante.
- Ventilação: uma insuflação inicial de 2- 3 segundos deve ser feita nas primeiras pequenas ventilações para auxiliar a expansão pulmonar.
- Adrenalina pela via endotraqueal não é recomendada. Se a via endotraqueal for a única disponível, uma dose de 100µg/Kg deve ser administrada.
- Aspiração de mecónio do nariz e boca do bebé antes da visualização do tórax do bebé durante o parto (aspiração intraparto) não é útil e já não está recomendada.
- A ressuscitação padrão na sala de parto deve ser feita com oxigénio a 100%. Contudo concentrações inferiores são aceitáveis.