



# EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO  
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO  
NORBERTO DE SÁ NETO



# EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO  
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO  
NORBERTO DE SÁ NETO

Editora Omnis Scientia

**EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - ABORDAGEM PRÁTICA**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Autores**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Norberto de Sá Neto

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área – Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L839e Lomanto, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas.  
Emergências clínicas [livro eletrônico] : abordagem prática / Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto, Noelly Mayra Silva de Carvalho, Norberto de Sá Neto. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022.  
141 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-91-9

DOI 10.47094/978-65-88958-91-9

1. Emergências clínicas. 2. Conduta terapêutica. 3. Identificação diagnóstica. I. Carvalho, Noelly Mayra Silva de. II. Sá Neto, Norberto de. III. Título.

CDD 610

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# PREFÁCIO

O livro *Emergências Clínicas: Abordagem Prática* consta com 13 capítulos curtos, práticos e diretos sobre as principais emergências clínicas, para checagem rápida de identificação diagnóstica e conduta terapêutica na emergência, principalmente para o interno e recém formado.

Os autores

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....11**

### **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVAS**

Luiza Giordani Mileo

Luiza Junqueira de Miranda

Larissa de Araújo Franco

Norberto de Sá Neto

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/11-15**

## **CAPÍTULO 2.....16**

### **SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS**

Beatriz Carvalho Pestana

Fernanda Akemi Andrade Hirahata

Pedro Henrique Menezes Ribeiro

Noberto de Sá Neto

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/16-29**

## **CAPÍTULO 3.....30**

### **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

Melini Costa Duarte

Pedro Paulo Brandão Lima

Stanley Almeida de Oliveira

Danilo Ribeiro de Miranda

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/30-41**

## **CAPÍTULO 4.....42**

### **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Eduarda Santos Benevides

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Iriley Castro Souza

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/42-48**

**CAPÍTULO 5.....49**

**SEPSE/CHOQUE SÉPTICO**

Chayenne Emanuelle Sales Araújo

Ihágara Souza Faria

Marília Gabriela Silva Paiva

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/49-57**

**CAPÍTULO 6.....58**

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

João Vitor Sathler Vidal

Maria Gabriela Elias D'Assumpção

Raquel do Carmo Hubner Moreira

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/58-84**

**CAPÍTULO 7.....85**

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Milton Henriques Guimarães Júnior

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/85-92**

**CAPÍTULO 8.....93**

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**

Juliana Nunes de Figueiredo

Marina Pinto Almeida Barbosa

Mylla Carollyna Cizoski Aquino Teixeira



Milton Henriques Guimarães Júnior

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/93-101**

**CAPÍTULO 9.....102**

**CETOACIDOSE DIABÉTICA**

Camila Maria Braga Tameirão

Leticia Rocha Costa

Maria Eduarda Ferreira Gomes

Alexandra Mara Ferreira de Souza Mansur

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/102-108**

**CAPÍTULO 10.....109**

**CRISE DE ASMA**

Clara Regina Claudino Coelho

Iara Gomes Breder

Henrique de Castro Mendes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/109-115**

**CAPÍTULO 11.....116**

**DESCOMPENSAÇÃO DE DPOC**

Camilla Carvalho Murta Botelho

Fernanda Caroline Correa Freitas

Igor Augusto Costa e Costa

Henrique De Castro Mendes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/116-124**

**CAPÍTULO 12.....125**

**INTOXICAÇÕES EXÓGENAS**

Danielle Pereira Vieira

Isabela de Sousa Martins

Lucas Campos Lopes

Iriley Castro Souza

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/125-132**

**CAPÍTULO 13.....133**

**SURTO PSICÓTICO**

Ana Beatriz Gomes Silva

Daniele Araújo Caires

Gabriel Siman Santos

Samuel Torres da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/133-137**

### PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

#### **Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto<sup>1</sup>;**

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/ MG.

<http://lattes.cnpq.br/8232248888692044>

#### **Noelly Mayra Silva de Carvalho<sup>2</sup>;**

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/ MG.

<http://lattes.cnpq.br/9994191614560271>

#### **Milton Henriques Guimarães Júnior<sup>3</sup>.**

Médico docente do curso de Medicina da UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga/MG.

<http://lattes.cnpq.br/4385604002428419>

### DEFINIÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma situação de extrema emergência que pode ser definida como a interrupção súbita da função cardíaca e respiratória ocasionando sintomatologia de um colapso hemodinâmico, quando ainda há possibilidade de retorno da circulação espontânea por meio da reanimação cardiopulmonar. Nesse contexto, a vítima encontra-se sem resposta, em apneia ou respiração anormal e sem sinais circulatórios presentes. Caso não sejam realizadas medidas de socorro adequadas, a vítima poderá evoluir para morte.

### ETIOLOGIA

A determinação da causa que originou a PCR é muito variável e de difícil diagnóstico durante a abordagem inicial. Geralmente ocorre em pacientes com doença cardíaca subjacente. Estima-se que 70% das causas de PCR sejam por causas isquêmicas, como a doença arterial coronariana com infarto agudo do miocárdio (IAM) ou angina.

Outras causas de doença cardíacas isquêmicas ou estruturais que podem estar presentes nesse contexto incluem insuficiência cardíaca, cardiomiopatia hipertrófica, embolia de artéria coronária e espasmo coronariano. Alguns pacientes ainda podem apresentar causa de origem arritmica, como fibrilação ou taquicardia ventricular, síndrome do QT longo, síndrome de Brugada, síndrome de Wolff-Parkinson-White, entre outras.

Além disso, é importante ressaltar que existem alguns gatilhos agudos para o desenvolvimento da PCR. Estes incluem distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente hipo/hipercalemia, hipo/hipermagnesemia, acidose, hipóxia, hipotermia, hipovolemia, hipoglicemia, arritmia desencadeada por medicamentos, toxinas, fatores psicossociais, entre outros, que podem ser causas transitórias de uma PCR.

## **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO**

O reconhecimento imediato de uma vítima de PCR é fundamental para definição de uma abordagem adequada e minimização de sequelas dessas vítimas. Sendo assim, paciente irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente e sem pulso carotídeo/femoral palpável durante 10 segundos, caracterizam um quadro de PCR.

Como a principal causa de PCR é o IAM, esses pacientes antes de estarem irresponsivos podem apresentar sintomas sugestivos de isquemia cardíaca, como pressão ou aperto em região precordial, com duração de alguns minutos, bem como irradiação do desconforto torácico para ombros, pescoço, um ou ambos os braços, mandíbula. Ainda podem apresentar tontura, dispneia intensa, sudorese, náuseas ou vômitos.

Dessa maneira, perda súbita de consciência, a princípio, consiste em uma das principais suspeitas de PCR, contudo, é importante ressaltar outras patologias que podem cursar com essa mesma sintomatologia, como a hipoglicemia. Além disso, no momento em que se identifica um paciente com provável quadro de PCR, ao conferir a responsividade, um dos passos iniciais do atendimento, podemos encontrar ainda discretos movimentos motores, abertura ocular ou mesmo presença de alguma resposta verbal, descartando a hipótese inicial de PCR e evitando manobras torácicas desnecessárias.

## **CONDUTA/TRATAMENTO**

A utilização de protocolos já estabelecidos, bem como um adequado treinamento da equipe são fundamentais diante de uma vítima em PCR. O objetivo inicial do manejo desses pacientes é reestabelecer o fluxo adequado de oxigênio para órgãos nobres, como cérebro e coração.

### **Suporte Básico de Vida (SBV)**

Define estratégias minimamente organizadas de suporte à vítima ou suspeita de PCR, até que se tenha a chegada de uma equipe de emergência, sendo fundamentais para o prognóstico da vítima em um contexto extra-hospitalar.

O SBV é composto por quatro passos que compõem um mnemônico definido como CAB para descrever de forma simplificada as etapas do atendimento.

- C: corresponde a Checar responsividade, Chamar por ajuda, Checar o pulso carotídeo e a respiração da vítima, iniciar Compressões (30 compressões);
- A: abertura das vias aéreas;
- B: boa ventilação: 2 ventilações a cada 30 compressões
- D: desfibrilação, com o Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Sendo assim, deve-se inicialmente avaliar a segurança do local antes de prosseguir o atendimento. Caso não seja uma cena segura, deve-se aguardar a segurança da cena ou se possível remover a vítima para um local seguro. A avaliação da responsividade consiste em chamar a vítima e tocá-la pelos ombros. A checagem de pulso carotídeo ou femoral não deve ser feita por mais de 10 segundos e pode ser realizada no momento inicial e após 2 minutos de RCP, caso já se tenha um monitor no local e este apresente um ritmo capaz de gerar pulso.

Caso a vítima esteja irresponsiva e com ausência de pulso, deve-se prosseguir para o próximo passo chamando a equipe de resgate, por exemplo, o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. É importante designar tarefas a outros indivíduos que estejam presentes na cena, como ligar para equipe de resgate e procurar/solicitar um desfibrilador, agilizando o atendimento.

Feito isso, deve-se iniciar as compressões, realizadas em ciclos de 30 compressões para cada 2 ventilações ou compressões contínuas. A frequência adequada é de 100 a 120 compressões por minuto e para que sejam feitas de forma adequada, a profundidade deve ser de até 5 cm, com retorno total do tórax entre cada compressão. Serão realizados ciclos de 2 minutos entre cada socorrista, sendo permitido a troca em tempo inferior caso o mesmo se encontre cansado, a fim de garantir a qualidade do atendimento. Caso gestante, desviar manualmente o útero para a esquerda ou incliná-la a 15-30° para este lado.

A via aérea deve estar pérvia, sendo garantida a partir da inclinação da cabeça para trás de forma delicada, com anteriorização da mandíbula. Devem ser feitas duas ventilações, de 1 segundo cada, após 30 compressões (30:2), avaliando a permeabilidade da via aérea e eficácia da ventilação através da expansão torácica. Entretanto, estudos recentes demonstraram não haver aumento de sobrevida com as ventilações de resgate para socorristas leigos, podendo manter apenas as compressões torácicas de alta qualidade, que comprovadamente pode diminuir a mortalidade.

Caso disponível, pode-se realizar a desfibrilação com o DEA caso o dispositivo informe um ritmo chocável, como Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP) ou Fibrilação Ventricular (FV), reiniciando as compressões imediatamente após o choque e durante 2 minutos. Em caso de ritmo não chocável, como AESP (Atividade Elétrica Sem Pulso) ou Assistolia, deve-se manter as compressões torácicas conforme orientado anteriormente. Após esses passos prosseguir para um suporte avançado de vida com a equipe do serviço médico de emergência, caso o paciente não retorne à consciência.

## **Suporte Avançado de Vida**

Com a chegada da equipe do serviço de emergência teremos a realização do algoritmo de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support). Ao chegar na cena, os socorristas devem estar organizados para cada função a ser desempenhada, de forma a agilizar e aumentar a eficácia do atendimento.

As compressões torácicas devem ser iniciadas/continuadas enquanto se conecta o desfibrilador ao tórax paciente, mantendo também a oferta de oxigênio se necessário. Outro indivíduo da equipe deve conseguir um acesso venoso imediato para possível administração de medicamentos e instalação de monitor para controle dos parâmetros clínicos do paciente. Se necessário, instituir via aérea avançada, realizando 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

### **Ritmos chocáveis: TVSP ou FV**

Deve-se interromper as compressões para avaliar o ritmo. Se houver assistolia ou AESP (ritmos não chocáveis), deve-se continuar a RCP. Se FV ou TVSP estiver presente, aplicar o choque imediatamente. As diretrizes do ACLS não recomendam verificar o pulso após o choque, uma vez que nesse curto intervalo de tempo é improvável que já se tenha perfusão reestabelecida.

Assim, se FV ou TVSP persistir após mais um ciclo de 2 minutos de RCP, é preciso, além do choque, administrar epinefrina na dose de 1 mg intravenoso ou intraósseo a cada três a cinco minutos, enquanto se continua mais um ciclo de 2 minutos de RCP.

Medicamentos antiarrítmicos podem ser considerados após esse ciclo e posteriormente ao terceiro choque, como Amiodarona em bolus de 300 mg IV/IO, podendo repetir 150 mg IV conforme indicado no fluxograma abaixo. Têm-se a opção de lidocaína em bolus de 1 a 1,5 mg/kg IV/IO, então 0,5 a 0,75 mg/kg a cada 5 a 10 minutos.

### **Ritmos não chocáveis: assistolia e AESP**

O monitor também pode indicar ritmos não chocáveis, como Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP). A assistolia pode ser definida como uma ausência completa de atividade cardíaca elétrica e mecânica demonstrável. Enquanto a AESP se refere a qualquer ritmo organizado no monitor, mas incapaz de produzir pulso palpável, não gerando perfusão adequada.

Nesses casos, não haverá resposta com a desfibrilação, portanto, deve-se manter a RCP de alta qualidade e administrar epinefrina imediatamente, da mesma forma que na FV/TVSP (1 mg IV a cada 3 a 5 minutos). Caso tenhamos a presença de ritmos chocáveis nesse período, realizar abordagem de acordo como orientado acima para essas formas de apresentação. Entretanto, se o paciente continuar em ritmos não chocáveis, manter esse

algoritmo e monitorar o desempenho clínico e parâmetros fisiológicos esperados, a fim de otimizar a abordagem da equipe.

### **Parâmetros de qualidade na RCP:**

Dessa maneira, é importante avaliar a frequência e profundidade das compressões torácicas, bem como o recuo do tórax da vítima. Em pacientes intubados, temos a possibilidade de monitorar a capnografia, através da medição do dióxido de carbono expirado (EtCO<sub>2</sub>), o qual deve estar acima de 10mmHg, refletindo o débito cardíaco e a pressão de perfusão cerebral, e conseqüentemente a qualidade das massagens cardíacas.

### **Consideração da causa da PCR:**

É importante enquanto se realiza todo algoritmo, considerar as causas reversíveis que possam ter causado a PCR desse paciente, tais como hipovolemia, hipóxia, hidrogênio(acidose), hipo/hipercalemia, hipotermia, tensão do tórax por pneumotórax, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronária, trombose pulmonar. No caso de PCR por hipóxia, por exemplo, retornando à respiração normal, o quadro de PCR pode ser revertido.

### **Cuidados após retorno à circulação espontânea:**

Quando houver retorno da circulação espontânea, esse paciente deve ser submetido aos cuidados pós PCR. Esses cuidados devem ser fornecidos por uma equipe multidisciplinar em ambiente intra-hospitalar adequado, com objetivo de diminuir sequelas, prevenir e gerenciar lesões de órgãos que possam ter acometido a vítima.

Nesse momento também é preciso o bom controle dos parâmetros clínicos, mantendo SatO<sub>2</sub> entre 92-98% e PaCO<sub>2</sub> entre 35-45mmHg e parâmetros hemodinâmicos, como pressão arterial sistólica >90mmHg e pressão arterial diastólica >60mmHg, evitando episódios de hipotensão.

### **Considerações sobre interrupção dos esforços:**

Existem poucas evidências para determinar o momento de finalização dos cuidados em uma RCP. Alguns fatores que podem influenciar nessa decisão são esforços realizados por mais de 30 minutos sem aparecimento de ritmo de perfusão sustentado. Paciente encontrado em assistolia, ou em tempo prolongado entre o momento de parada cardíaca e início da RCP. Idade avançada, com doença comórbida e prognóstico previsível. Reflexos de tronco cerebral ausentes.

## Particularidades no atendimento do paciente com covid-19 em PCR:

Utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI) em todo atendimento, conforme diretrizes e disponibilidade locais.

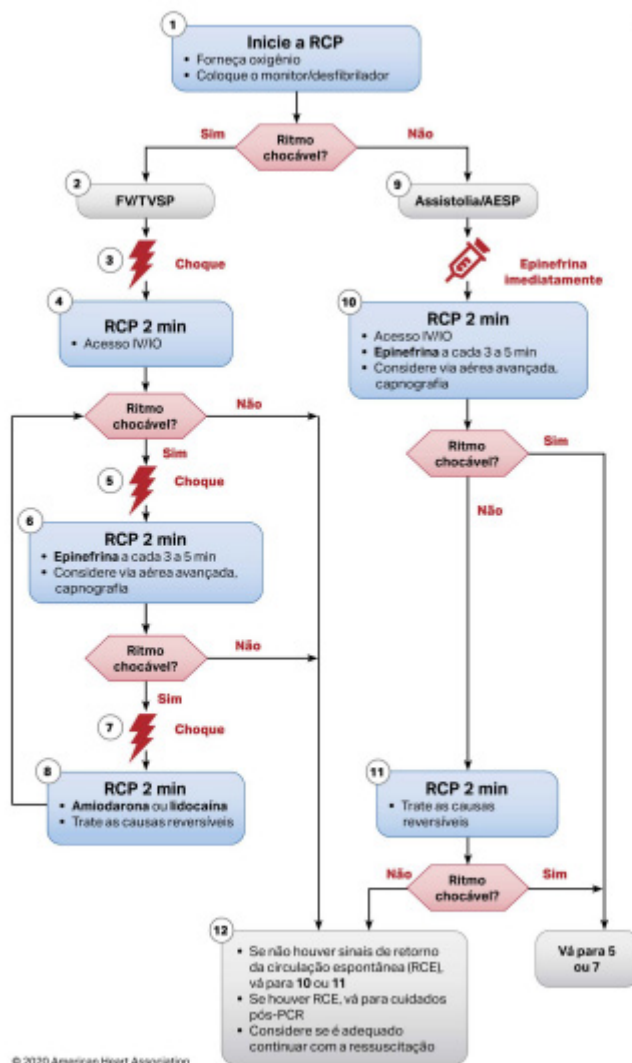
Para pacientes que intercorrem com PCR quando em posição prona, as compressões torácicas podem ser realizadas com o paciente em decúbito ventral, desde que ele esteja intubado. Caso o paciente não esteja intubado, deve-se colocá-lo em decúbito dorsal antes de iniciar a RCP. Considerar a embolia pulmonar como importante causa de parada, devido aos altos índices de complicações tromboembólicas nesses pacientes.

## FLUXOGRAMA



Fonte: American Heart Association





© 2020 American Heart Association

<b>Qualidade da RCP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.</li> <li>• Minimize interrupções nas compressões.</li> <li>• Evite ventilação excessiva.</li> <li>• Altome os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.</li> <li>• Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.</li> <li>• Capnografia quantitativa com forma de onda               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se PETCO<sub>2</sub>, estiver baixo ou câmbio, revele a qualidade da RCP</li> </ul> </li> </ul>
<b>Carga do Choque para Defibrilação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bifásica:</b> Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J; se desconhecida, usar o máximo disponível). A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.</li> <li>• <b>Monofásica:</b> 360 J</li> </ul>
<b>Tratamento medicamentoso</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dose IV/IO de epinefrina:</b> 1 mg a cada 3 a 5 minutos</li> <li>• <b>Dose IV/IO de amiodarona:</b> Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou</li> <li>• <b>Dose IV/IO de lidocaina:</b> Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,6 a 0,75 mg/kg</li> </ul>
<b>Via aérea avançada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada</li> <li>• Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET</li> <li>• Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 5 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas</li> </ul>
<b>Retorno da Circulação Espontânea (RCE)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso e pressão arterial</li> <li>• Aumento abrupto prolongado na PETCO<sub>2</sub> (tipicamente, &gt;40 mmHg)</li> <li>• Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial</li> </ul>
<b>Causas reversíveis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipovolemia</li> <li>• Hipóxia</li> <li>• Hipotermia (acidemia)</li> <li>• Hipo/hipercalemia</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Tensão do tórax por pneumotórax</li> <li>• Tamponamento cardíaco</li> <li>• Toxinas</li> <li>• Trombose coronária</li> <li>• Trombose pulmonar</li> </ul>

Fonte: American Heart Association

## REFERÊNCIAS

American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Adult Basic and Advanced Life Support, v.142, 2020.

BASTOS, Thalita da Rocha et al. Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Suporte Básico de Vida no Atendimento à Parada Cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 44, 2020.

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, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_suporte\\_basico\\_vida.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf)

EDELSON, D.P; TOPJIAN, A.A. Interim guidance for basic and advanced life support in children and neonates with suspected or confirmed COVID-19. Circulation, 2020. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463>

PODRID, P. J. Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. UpToDate, 2019. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sudden-cardiac-arrest-and-sudden-cardiac-death?search=parada%20cardiorrespirat%C3%B3ria&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sudden-cardiac-arrest-and-sudden-cardiac-death?search=parada%20cardiorrespirat%C3%B3ria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 5 nov. 2021.

PODRID, P. J. Pathophysiology and etiology of sudden cardiac arrest. UpToDate, 2020. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-and-etiology-of-sudden-cardiac-arrest?search=parada%20cardiorrespirat%C3%B3ria&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-and-etiology-of-sudden-cardiac-arrest?search=parada%20cardiorrespirat%C3%B3ria&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4). Acesso em: 7 nov. 2021.

POZNER, C. N; WALLS, R. M. Advanced cardiac life support (ACLS) in adults. UpToDate, 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/advanced-cardiac-life-support-acls-in-adults?search=algoritimo%20acls&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H4291291420](https://www.uptodate.com/contents/advanced-cardiac-life-support-acls-in-adults?search=algoritimo%20acls&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4291291420). Acesso em: 5 nov. 2021.

VELASCO, I. et al. Medicina de Emergência: Abordagem prática. 14. ed. São Paulo: Manole, 2020. p 69-100.

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

Acidente vascular encefálico (ave) 58  
Acidente vascular encefálico hemorrágico 12  
Acidente vascular encefálico isquêmico 12  
Acidose 35, 86, 89, 94, 102, 103, 104, 106, 110, 113, 121, 127  
Afecção respiratória obstrutiva 109  
Agitação psíquica e motora 133  
Alucinações 133  
Alvéolos 93, 95  
Anormalidades alveolares 116  
Apneia 85  
Aeração intracelular 93  
Arritmia 86  
Asma 95, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 119  
Aterosclerose 17, 60

## B

Bronquiolite crônica obstrutivas 116  
Bronquite 116

## C

Câmaras cardíacas 30  
Cardiomiopatia hipertrófica 85  
Cerebrovascular 12, 69  
Cetoacidose diabética 102, 104, 105, 106, 108  
Cetonemia 102, 103, 105  
Chieira 109, 118  
Choque séptico 49, 50, 53, 54, 55, 57  
Circulação pulmonar 30, 93, 94  
Coágulos 30  
Colapso hemodinâmico 85  
Comportamento agressivo 133  
Comportamento desorganizados 133  
Crise do feocromocitoma 12  
Crise hipertensiva (ch) 11  
Crises adrenérgicas graves 12

## D

Déficit neurológico 59, 69  
Delírios 133  
Diabetes 16, 61, 102, 103, 104  
Diabetes mellitus tipo1 (dm1) 102

Diabetes mellitus tipo 2 (dm2) 102  
Diafragma 93, 118  
Disfunção endotelial 17  
Disfunção orgânica 49, 50, 51, 52, 130  
Dispneia 12, 32, 39, 43, 86, 109, 117, 118, 119, 120, 121, 122  
Dissecção aguda de aorta 12, 13  
Distúrbios hidroeletrólíticos 86, 103, 127  
Doença arterial coronariana 85  
Doença cardíacas isquêmicas ou estruturais 85  
Doença cardiovascular 30, 118  
Doença coronariana 17, 18  
Doença crônica 11  
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 116  
Doenças cerebrovasculares 58  
Drogas vasoativas 35, 49, 54, 67, 71, 127, 129

## E

Edema agudo de pulmão 12, 13, 43  
Eliminação de gás carbônico 93  
Embolia de artéria coronária 85  
Emergência hipertensiva (eh) 12  
Encefalopatia hipertensiva 12  
Enfisema pulmonar 116, 117  
Espasmo coronariano 24, 85  
Estresse oxidativo 17  
Evento cardiovascular 12  
Exposição a produtos químicos 125  
Exposições alérgicas 109

## F

Fisiopatologia da dpoc 117  
Fluxo sanguíneo coronariano 16, 17  
Fonte de energia 102  
Fumantes 117  
Função cardíaca e respiratória 85  
Função cerebral 58  
Função circulatória e metabólica 49  
Função pulmonar 109, 110, 111, 113, 117, 120

## G

Glicose 51, 68, 102, 105, 127

## H

Hemorragia subaracnóidea 12, 69  
Hiperglicemia 24, 67, 102, 103, 104, 105, 106  
Hiperlactatemia 49

Hiperresponsividade brônquica 109  
Hiperresponsividade das vias aéreas 109  
Hipertensão acelerada/maligna 12  
Hipertensão arterial (ha) 11  
Hipertensão de múltiplos órgãos alvo 12  
Hipoglicemia 24, 60, 68, 86, 95, 127, 134  
Hipo/hiper calemia 86  
Hipo/hiper magnesemia 86  
Hipotermia 86, 89  
Hipovolemia 86, 89, 105  
Hipovolemia<sup>1</sup> 49  
Hipoxemia 23, 36, 77, 94, 110, 118, 119, 121  
Hipóxia 43, 50, 86, 89, 106

## I

Ic aguda descompensada (icad) 42  
Ic crônica 42  
Ic refratária 42  
Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento st (iamcst) 16  
Infarto agudo do miocárdio (iam) 85  
Infecção<sup>1</sup> 49  
Infecções virais respiratórias 109  
Inflamação 17  
Insuficiência cardíaca 48, 85, 106  
Insuficiência cardíaca (ic) 42  
Insuficiência respiratória aguda 93, 101, 106  
Insulina 67, 78, 102, 104, 105, 106  
Intoxicação 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 136  
Intoxicação exógena 125, 132

## M

Mecanismos neuro-humorais 43  
Medicação anti-hipertensiva 11  
Ministério da saúde 92, 125, 132  
Moléculas orgânicas 93

## N

Níveis pressóricos 11, 67

## O

Obstrução coronariana 17  
Oclusão aguda coronariana 17  
Oxigenação 32, 67, 93, 120

## P

Pa diastólica (pad) 11

Parada cardiorrespiratória (pcr) 85  
Pa sistólica (pas) 11  
Pleura 31, 93, 95  
Pré-eclâmpsia 12  
Pressão torácica 109  
Produção de co2 93, 95

## R

Reanimação cardiopulmonar 85  
Respiração anormal 85  
Resposta imunológica desregulada 49  
Resposta inflamatória 31, 49, 52, 117, 118

## S

Saúde pública 125  
Segmentos do miocárdio 17  
Segmentos pulmonares 30  
Sepse 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 67, 122, 127  
Sinais de gravidade/eclâmpsia 12  
Síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento st (scassst) 16  
Síndrome de brugada 85  
Síndrome de wolff-parkinson-white 85  
Síndromes coronarianas agudas 12, 16  
Síndrome tóxica 125  
Sistema nervoso central (snc) 60  
Sistema respiratório 93  
Sistema venoso 30  
Surto psicótico 133, 135, 136

## T

Tosse 75, 109, 117, 118, 119  
Transporte de o2 93  
Transtorno conversivo dissociativo 60  
Transtornos mentais 133  
Trocias gasosas 93, 110, 118  
Tromboembolismo pulmonar (tep) 30  
Tromboembolismo venoso (tev) 30  
Trombose venosa profunda (tvp) 30

## U

Urgência hipertensiva (uh) 11

## V

Vias aéreas 66, 77, 87, 93, 95, 109, 116, 117, 118, 121, 127



**editoraomnisscientia@gmail.com** 

**<https://editoraomnisscientia.com.br/>** 

**@editora\_omnis\_scientia** 

**<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9>** 

**+55 (87) 9656-3565** 





[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 