

c. LIMITAÇÕES

Leitura incorreta dos níveis de saturação de oxigênio pode ser causada por: vibração, movimentação excessiva do paciente e excesso de luz.

A hipotermia com temperaturas corporais menores que 30° C e a vasoconstricção com ou sem hipotensão, produzem um sinal de baixa qualidade. Os oxímetros convencionais não diferenciam a hemoglobina ligada ao monóxido de carbono (carboxihemoglobina) da hemoglobina oxigenada. Em pacientes gravemente anêmicos (Hb < 5 mg/dl) os valores obtidos são menos confiáveis.

128. DESFIBRILAÇÃO

A desfibrilação imediata é o tratamento de escolha nos casos de fibrilação ou taquicardia ventricular (FV/TV) de curta duração, associado a evento de morte súbita assistida em até 3 minutos.

Após 4 minutos de parada cardíaca, a desfibrilação será mais eficaz se as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) forem iniciadas precocemente. Deverão ser realizados 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2), com duração de cerca de 2 minutos; e, em seguida, deve ser avaliado o ritmo cardíaco.

Aplicar pasta condutora nas pás. Na ausência da pasta pode ser utilizada gaze umedecida em solução fisiológica. Monitorar os pacientes com as pás do aparelho.

No caso de FV/TV selecionar o nível de energia desejado para adultos, com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Posicionar a pás sobre o tórax do paciente. Uma sobre o hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra sobre o hemitórax esquerdo na linha axilar anterior lateral ao mamilo.

Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.

Evitar o contato com o corpo do paciente.

Contar em voz alta avisando aos auxiliares o momento do choque.

Pressionar os botões de choque.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Obter acesso venoso periférico.

Administrar adrenalina 1 mg IV. Repetir a dose a cada 3 ou 5 minutos.

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Considerar o uso de antiarrítmicos durante as manobras de RCP (antes ou após o choque): **amiodarona** 300 mg IV em uma dose inicial, podendo ser repetido 150 mg IV em uma dose adicional ou lidocaína com dose inicial de 1 a 1,5 mg/kg, seguido de doses adicionais de 0,5 a 0,75 mg/kg, até o máximo de 3 doses ou 3 mg/kg.

Considerar o uso de sulfato de magnésio de 1 a 2 g IV no caso de *torsades de pointes*.

129. MASSAGEM DO SEIO CAROTÍDEO PARA REVERSÃO DA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA

Evitar a realização do procedimento na presença de sopro carotídeo e história de isquemia cerebral.

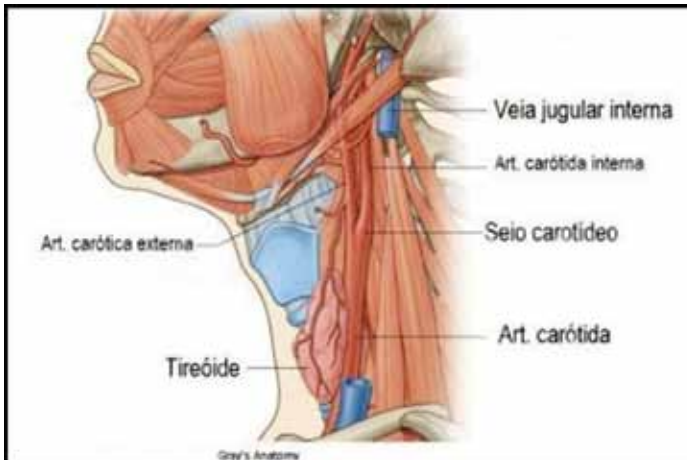
Efetuar pressão e massagem gentilmente sobre o seio carotídeo durante dez a vinte segundos.

Tentar a manobra no lado esquerdo em caso de insucesso.

Massagear sempre um seio carotídeo por vez.

Manter o paciente monitorizado, pois pode provocar bradicardia sintomática.

Estar preparado para atuar em caso de parada cardíaca ou de bradicardia sintomática.



Anatomia do seio carotídeo.