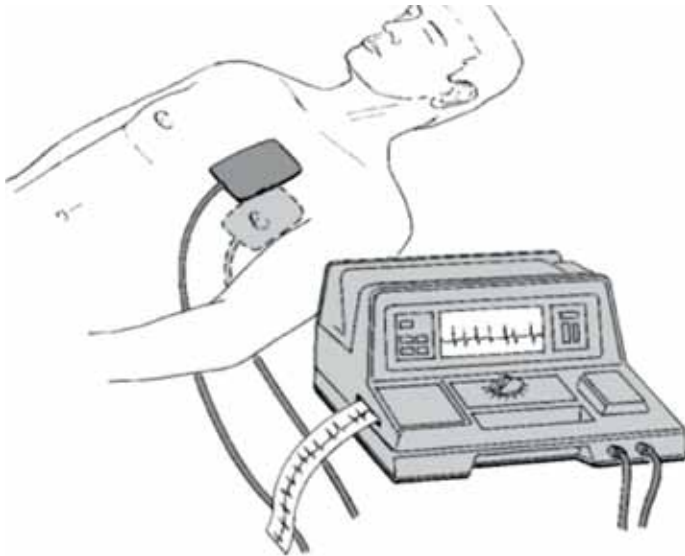


Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assíncrono.



*Cardioversão elétrica em episódio de fibrilação atrial aguda.*

## 127. MONITORIZAÇÃO COM O OXÍMETRO DE PULSO

### a. INDICAÇÕES

Deve ser utilizado em todos os casos, pois é comum o desenvolvimento de hipoxemia não detectada clinicamente.

A precisão nas leituras é de aproximadamente 4% em valores de saturação situados entre 95 e 70%.

### b. VANTAGENS

Identificação precoce da hipoxemia.

Monitorização não invasiva contínua.

Tempo de resposta rápida a alterações.

Portabilidade.

Simplicidade.

Maior segurança se houver indicação de curva pletismográfica e alarmes para baixa saturação, taquisfigmia, bradisfigmia, deslocamento do sensor e desaparecimento da captação do pulso.

### 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.