



INEM

SBV

Suporte Básico de Vida





“As melhores e mais belas coisas na vida não podem ser vistas nem tocadas, devem ser sentidas com o coração.”

HELLEN KELLER

Versão 2,0

1ª Edição, 2012

ISBN 978-989-8646-00-2



9 789898 646002 >



NOTA DE ABERTURA

Caro Formando,

O conceito de cadeia de sobrevivência (utilizado pela primeira vez em finais da década de 80 e incorporado nas recomendações de 1992 sobre reanimação cardíopulmonar, da American Heart Association) tem servido de base ao desenvolvimento de um volume significativo de conhecimento científico que se tem traduzido (como demonstrado por vários estudos) em inúmeras vidas salvas.

Os primeiros três elos desta cadeia são abordados neste Manual SBV, com o Suporte Básico de Vida (SBV) a pretender garantir o primeiro (reconhecimento precoce e ativação do sistema de emergência médica) e segundo (reanimação imediata) elos da cadeia e com a Desfibrilhação Automática Externa (DAE) a garantir o terceiro (desfibrilhação precoce).

Os procedimentos específicos definidos nas recomendações sobre reanimação, quando devidamente aplicados, aumentam de forma significativa a probabilidade de sobrevivência em caso de paragem cardíco-respiratória (PCR), pelo que a pronta e a correta execução de SBV (e DAE) são essenciais para reduzir a mortalidade e morbilidade (sequelas) associadas à PCR.

Concebido de acordo com as últimas recomendações

sobre reanimação do European Resuscitation Council (ERC) e num formato sintético e objetivo, pretendeu-se condensar a informação mais relevante num Manual de leitura fácil e atrativa, focando os aspetos essenciais mas que não esgotam toda a informação sobre estas matérias. Assim, há espaço para a procura de novas informações e conhecimentos sobre SBV (e DAE) que também deve ser estimulada, num processo incessante de melhoria contínua das competências individuais de cada um.

Com este Manual, o INEM espera melhorar a capacidade de resposta a um problema que afeta toda a comunidade, disponibilizando uma ferramenta valiosa para apoio à formação nestas duas áreas fundamentais garantindo um direito que é de todos nós: o direito a ser reanimado de forma adequada.

Boa formação!

Luis Meira

Diretor do Departamento de Formação em Emergência Médica (INEM)



FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Miguel Soares de Oliveira,
Presidente do Conselho Diretivo do INEM

Miguel Valente,
INEM (Departamento de Formação em Emergência Médica), Enfermeiro

Rodrigo Catarino,
INEM (Departamento de Formação em Emergência Médica), Enfermeiro



AUTORES

Miguel Valente,
INEM (Departamento de Formação Emergência Médica), Enfermeiro

Rodrigo Catarino,
INEM (Departamento de Formação Emergência Médica), Enfermeiro

COLABORADORES

Helder Ribeiro,
INEM (Delegação Regional do Sul), Enfermeiro

Artur Martins,
INEM (Departamento de Emergência Médica),
Enfermeiro



VALIDADO PELA COMISSÃO DE PERITOS

Ana Teresa Lufinha,
Hospital Militar Principal, Médica (Anestesiologia)

António Marques,
Hospital de Santo António, Médico (Anestesiologia)

Armando Almeida,
Administração Regional de Saúde (Algarve),
Enfermeiro

José Artur Paiva,
Hospital de São João, Médico (Medicina Interna)

Cândida Durão,
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
(Enfermeira)

Carlos Luz,
Hospital Garcia de Orta, Médico (Cirurgia)

Daniel Ferreira,
Hospital da Luz, Médico (Cardiologia)

Ernestina Gomes,
Hospital Pedro Hispano, Médica (Anestesiologia)

Fernando Próspero,
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro,
Médico (Cirurgia)

Francisco Abecasis,
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Médico (Pediatria)

Hélder Pereira,
Hospital Garcia de Orta, Médico (Cardiologia)

João João Mendes,
Centro Hospitalar Lisboa Central, Médico (Medicina
Interna)

Miguel Félix,
Centro Hospitalar de Coimbra, Médico (Pediatria)



DESIGN E PAGINAÇÃO

David Rafachinho

SECÇÃO 1

A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

1. Cadeia de sobrevivência 12

SECÇÃO 2

SUPORTE BÁSICO DE VIDA, ADULTO

1. Compressões torácicas 16
2. Ventilação "boca-a-boca" 18
3. Suporte Básico de Vida, Adulto 20
4. SBV com dois reanimadores 24

SECÇÃO 3

VENTILAÇÃO COM ADJUVANTE DA VIA AÉREA

1. Ventilação com máscara de bolso 28

SECÇÃO 4

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

1. Obstrução da via aérea 32
2. Algoritmo de desobstrução da via aérea: adulto e criança 34

SECÇÃO 5

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

1. Posição lateral de segurança 38
2. Riscos para o reanimador 40

SECÇÃO 6

SIGLAS 44

BIBLIOGRAFIA 46






SECÇÃO 1

A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA







SECÇÃO 1

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Salvar uma vida envolve uma sequência de passos. Cada um deles influencia a sobrevivência. Esses passos são frequentemente descritos como os elos da “cadeia de sobrevivência”.

RECONHECIMENTO PRECOCE E PEDIDO DE AJUDA

Os serviços de emergência devem ser chamados de imediato se se suspeitar, por exemplo, de um enfarte agudo do miocárdio ou de uma paragem cardiorrespiratória (PCR). O número universal de emergência nos países da união europeia é o 112.

SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) PRECOCE PARA GANHAR TEMPO

Se ocorrer uma PCR (o coração pára), iniciar compressões torácicas e ventilações (SBV) de imediato poderá duplicar as hipóteses da vítima sobreviver.

DEFIBRILHAÇÃO PRECOCE PARA REINICIAR O CORAÇÃO

Na maioria dos casos de PCR o coração pára de bater, eficazmente, devido a uma perturbação do ritmo designada fibrilhação ventricular (FV). O único tratamento eficaz para a FV é a administração de um choque elétrico (desfibrilhação). A probabilidade de sucesso da desfibrilhação decresce entre 7 a 10% por minuto após o colapso, a não ser que o SBV seja realizado (Cummins, 1989).

CUIDADOS PÓS REANIMAÇÃO PARA RECUPERAR COM QUALIDADE DE VIDA

Após uma reanimação com sucesso os reanimadores podem aumentar as possibilidades de recuperação. Para os leigos, isto pode passar apenas pela colocação da vítima em posição lateral de segurança. Os profissionais de saúde devem usar técnicas diferenciadas para otimizar a recuperação.

NOTAS:



Figura 1: Cadeia de sobrevivência




SECÇÃO 2

SUORTE BÁSICO
DE VIDA, ADULTO





Figura 2



SECÇÃO 2

SBV, ADULTO

1. COMPRESSÕES TORÁDICAS

Os dois elementos fundamentais do SBV são as compressões torácicas e as ventilações.

São as compressões torácicas que mantêm o fluxo de sangue para o coração, o cérebro e outros órgãos vitais.

Para aplicar corretamente compressões torácicas num adulto:

1. Posicionar-se ao lado da vítima;
2. Certificar-se que a vítima está deitada de costas, sobre uma superfície firme e plana;
3. Afastar/remover as roupas que cobrem o tórax da vítima;
4. Colocar a base de uma mão no centro do tórax, entre os mamilos;
5. Colocar a outra mão sobre a primeira entrelaçando os dedos;
6. Braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
7. Aplicar compressão sobre o esterno, deprimindo o esterno 5-6 cm a cada compressão (as compressões torácicas superficiais podem não produzir um fluxo sanguíneo adequado);
8. No final de cada compressão garantir a re-expansão total do tórax, aliviando toda a pressão sem remover as mãos do tórax (o retorno completo da parede torácica permite que mais sangue encha o coração entre as compressões torácicas);
9. Aplicar compressões de forma rítmica a uma frequência de pelo menos 100 por minuto, mas não mais do que 120 por minuto (a evidência científica demonstra que esta frequência produz um fluxo sanguíneo adequado e melhora a sobrevivência; ajuda se contar as compressões em voz alta);
10. NUNCA INTERROMPER AS COMPRESSÕES MAIS DO QUE 5 SEGUNDOS (com o coração parado, quando não se comprime o tórax, o sangue não circula).

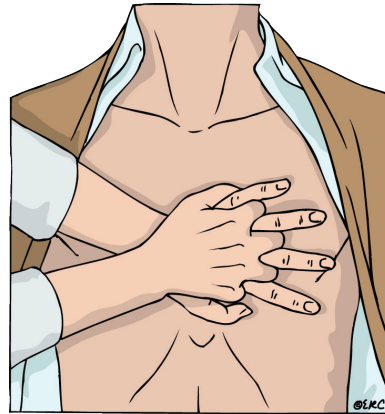


Figura 3



Figura 4

NOTAS:



SECÇÃO 2

SBV, ADULTO

2. VENTILAÇÃO "BOCA-A-BOCA"

Na impossibilidade de utilizar um adjuvante da VA (máscara de bolso ou insuflador manual), a ventilação "boca-a-boca" é uma maneira rápida e eficaz de fornecer oxigénio à vítima. O ar exalado pelo reanimador contém aproximadamente 17% de oxigénio e 4% de dióxido de carbono, o que é suficiente para suprir as necessidades da vítima.

Para ventilar adequadamente uma vítima adulta:

1. Posicionar-se ao lado da vítima;
2. Permeabilizar a VA (a posição incorreta da cabeça pode impedir a ventilação adequada por OVA):
 - Colocar uma mão na testa da vítima e empurrar com a palma da mão, inclinando a cabeça para trás (extensão da cabeça);
 - Colocar os dedos da outra mão por baixo da parte óssea da mandíbula, perto do queixo (pressão excessiva nos tecidos moles por baixo do queixo podem obstruir a VA);
 - Elevar a mandíbula, levantando o queixo da vítima (Atenção: não feche a boca da vítima!);
3. Aplicar 2 ventilações na vítima, mantendo a VA permeável:
 - Com a mão na testa da vítima comprimir as narinas da vítima;
 - Respirar normalmente e selar os lábios ao redor da boca da vítima;
 - Aplicar 1 ventilação (soprar por 1 segundo; esta duração maximiza a quantidade de O₂ que chega aos pulmões, com menor probabilidade de distensão gástrica), observando se existe a elevação do tórax da vítima. Cada insuflação deve ser suficiente para provocar elevação do tórax como numa respiração normal (se o tórax não se elevar, repetir as manobras de permeabilização da VA);
 - Aplicar uma segunda ventilação, observando se existe elevação do tórax;
 - Caso uma ou ambas as tentativas de insuflação se revelem ineficazes, deve avançar de imediato para as compressões torácicas.



Figura 5



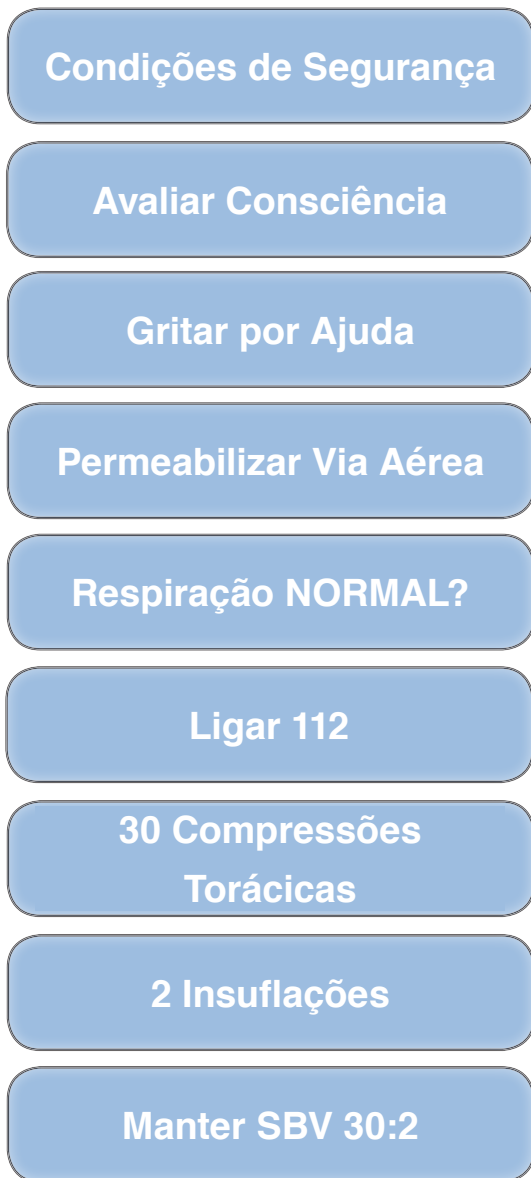
Figura 6

NOTAS:

SECÇÃO 2

SBV, ADULTO

3. SUPORTE BÁSICO DE VIDA, ADULTO



NOTAS:

Figura 7: Algoritmo de SBV Adulto

NOTAS:

AVALIAR AS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

Aproximar-se da vítima com cuidado, garantindo que não existe perigo para si, para a vítima ou para terceiros (atenção a perigos como por exemplo: tráfego, eletricidade, gás ou outros).

AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Abanar os ombros com cuidado e perguntar em voz alta: “Sente-se bem?”.
Se a vítima não responder gritar por AJUDA.



Figura 8

GRITAR POR AJUDA

Se houver alguém perto peça para ficar ao pé de si, pois pode precisar de ajuda.
Se estiver sozinho grite alto para chamar a atenção, mas sem abandonar a vítima.



Figura 9

PERMEABILIZAR A VA

Numa vítima inconsciente a queda da língua pode bloquear a VA. Esta pode ser permeabilizada pela extensão da cabeça e pela elevação do queixo, o que projeta a língua para a frente.



Figura 10

Se tiver ocorrido trauma ou suspeita de trauma, devem ser tomadas medidas para proteção da coluna da vítima e não deve ser realizada a extensão da cabeça. Como alternativa, deverá ser realizada a protusão (sub-luxação) da mandíbula (requer um reanimador à cabeça para estabilização/controlo da coluna cervical e manutenção da VA permeável). Para efetuar a protusão da mandíbula:

- Identificar o ângulo da mandíbula com o dedo indicador;
- Com os outros dedos colocados atrás do ângulo da mandíbula, aplicar uma pressão mantida para cima e para frente de modo a levantar o maxilar inferior;
- Usando os polegares, abrir ligeiramente a boca através da deslocação do mento para baixo.

RESPIRAÇÃO NORMAL?

Avaliar a ventilação/respiração

Mantendo a VA permeável, verificar se a vítima respira **NORMALMENTE**, realizando o VOS até 10 segundos:

- **V**er os movimentos torácicos;
- **O**uvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- **S**entir o ar expirado na face do reanimador.



Figura 11

Algumas vítimas, nos primeiros minutos após uma PCR, podem apresentar uma respiração ineficaz, irregular e ruidosa. Não deve ser confundido com respiração normal.

Se a vítima ventila normalmente colocar em Posição lateral de segurança (PLS) (Ver Secção 5 deste manual)

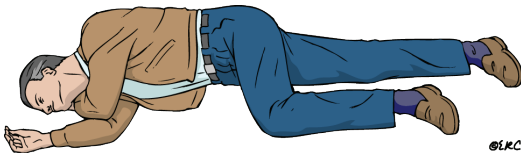


Figura 12

LIGAR 112

Se a vítima não responde e não tem ventilação normal ative de imediato o sistema de emergência médica, ligando 112.

- Reanimador único: Se necessário abandone a vítima/local;
- Se estiver alguém junto a si, deve pedir a essa pessoa que ligue 112;
- Se CRIANÇA ou vítima de afogamento (qualquer idade) só deve ligar 112 após 1 minuto de SBV.

Após ligar 112:

- Se DAE DISPONÍVEL, ligue-o e siga as indicações do DAE;
- Se não há DAE disponível inicie SBV.



Figura 13

INICIAR COMPRESSÕES TORÁCICAS

Fazer 30 compressões deprimindo o esterno 5-6 cm a uma frequência de pelo menos 100 por minuto e não mais que 120 por minuto.



Figura 14

INICIAR VENTILAÇÕES

Após 30 compressões fazer 2 ventilações. Se não se sentir capaz ou tiver relutância em fazer ventilações, faça apenas compressões torácicas. Se apenas se fizerem compressões, estas devem ser contínuas, cerca de 100 por minuto (não existindo momentos de pausa entre cada 30 compressões).



Figura 15

MANTER SBV

Manter 30 compressões alternando com 2 ventilações. PARAR apenas se:

- Chegar ajuda (profissionais diferenciados);
- Estiver fisicamente exausto;
- A vítima recomeçar a ventilar normalmente.

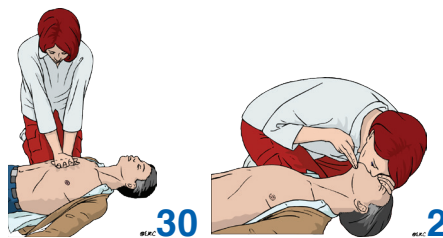


Figura 16

NOTAS:

SECÇÃO 2

SBV, ADULTO

4. SBV COM DOIS REANIMADORES

Se estiverem presentes dois elementos com treino em SBV, quando o elemento que foi efetuar o pedido de ajuda diferenciada regressar, deve entrar para as compressões torácicas, aproveitando o tempo em que o primeiro elemento efetua as 2 insuflações para localizar o ponto onde deverá fazer as compressões. Deste modo reduzem-se as perdas de tempo desnecessárias.

REDUZIR PERDAS DE TEMPOS EM MANOBRAS DE SBV:

- Iniciar as compressões logo que esteja feita a segunda insuflação (não é necessário aguardar que a expiração se complete passivamente);
- As mãos devem ser mantidas sempre em contacto com o tórax, mesmo durante as insuflações (nesta fase não exerça qualquer pressão, caso contrário aumenta a resistência à insuflação de ar, podendo causar ventilação ineficaz com insuflação gástrica e consequente regurgitação);
- O reanimador que está a fazer as insuflações deverá preparar-se para iniciar as mesmas logo após a 30ª compressão, com o mínimo de perda de tempo possível.

TROCA DE REANIMADORES EM MANOBRAS DE SBV

A necessidade de efetuar compressões “com força e rápidas” leva naturalmente à fadiga do reanimador, pelo que se torna necessário trocar. A troca deve ser efetuada perdendo o mínimo de tempo possível a cada 2 minutos de SBV (5 ciclos de 30:2).

Logo que complete a 5ª série de 30 compressões o mesmo reanimador deve efetuar de seguida as duas insuflações. Durante esse período o outro reanimador localiza o ponto de apoio das mãos, para que, uma vez terminada a segunda insuflação, possa fazer de imediato compressões.



As manobras de SVB a 2 reanimadores requerem treino para que não haja perda de tempo e execução incorreta das manobras.

NOTAS:



SECÇÃO 3

VENTILAÇÃO COM ADJUVANTE DA VIA AÉREA





SECÇÃO 3

VENTILAÇÃO COM ADJUVANTE DA VIA AÉREA

1. VENTILAÇÃO COM MÁSCARA DE BOLSO

Uma máscara de bolso pode ser utilizada por leigos com treino mínimo na realização de ventilações durante uma RCP. Este dispositivo adapta-se na face da vítima, sobre o nariz e boca e possui uma válvula unidirecional que desvia do reanimador o ar expirado da vítima. Um reanimador ÚNICO deve aproximar-se da vítima de lado. Isto irá permitir uma troca fácil entre ventilações e compressões torácicas.

1. Colocar a máscara sobre o nariz e boca da vítima (a parte mais estreita da máscara de bolso deverá ficar sobre o dorso do nariz; a parte mais larga da máscara deverá ficar a boca);
2. Colocar o polegar e o indicador na parte mais estreita da máscara;
3. Colocar o polegar da outra mão a meio da parte mais larga da máscara e usar os outros dedos para elevar o queixo da vítima, criando uma selagem hermética;
4. Soprar suavemente pela válvula unidirecional durante cerca de 1 segundo (por cada ventilação), por forma a que o tórax da vítima se eleve;
5. Retirar a boca da válvula da máscara após insuflar.



Figura 17: Ventilação com máscara de bolso

NOTAS:




SECCÃO 4

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA





SECÇÃO 4

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

1. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea (OVA) é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência. É importante distinguir esta situação de emergência do desmaio/síncope, do “ataque cardíaco” (enfarte agudo do miocárdio), das convulsões, da overdose por drogas e de outras condições que possam causar insuficiência respiratória súbita, mas que requerem um tratamento diferente. O reanimador (observador) treinado geralmente sabe detetar sinais de obstrução da VA.

NOTAS:

Podemos classificar a OVA quanto à gravidade:

- LIGEIRA: vítima reativa, eventual ruído respiratório na inspiração, mantém trocas gasosas, mantém reflexo de tosse eficaz;
- GRAVE: incapacidade de chorar (lactente), ruído agudo alto à inspiração ou ausência total de ruído, cianose, incapacidade de falar, agarra pescoço com as mãos (sinal universal de asfixia), incapacidade de movimentar o ar (trocas gasosas ineficazes ou ausentes), tosse ineficaz ou ausente.



Figura 18: Sinal universal de asfixia

Definição de "cianose":

Coloração azulada ou violácea da pele, especialmente na face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue.



SECÇÃO 4

DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

2. ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA: ADULTO E CRIANÇA (COM MAIS DE 1 ANO DE IDADE)

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA: ADULTO E CRIANÇA (COM >1 ANO DE IDADE)

(A ação do reanimador está descrita nos quadros em azul)

NOTAS:

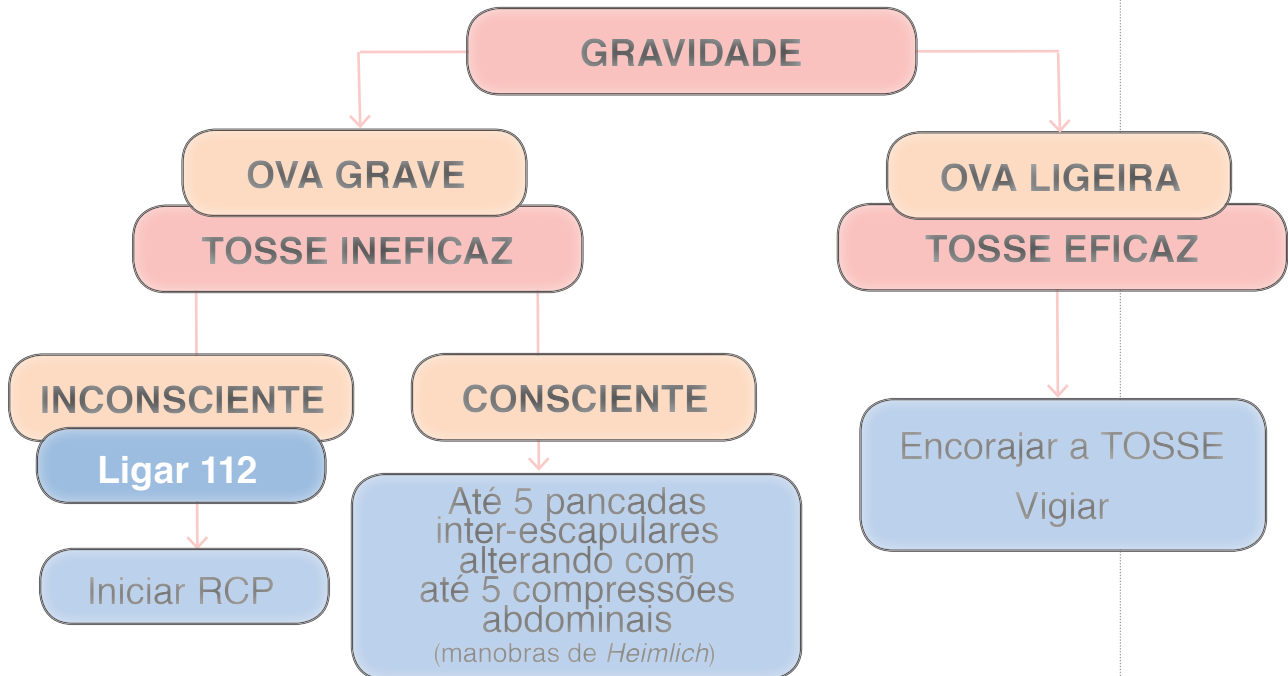


Figura 19: Algoritmo OVA

PANCADAS INTER-ESCAPULARES

1. Coloque-se ao lado e ligeiramente por detrás da vítima, com uma das pernas encostadas de modo a ter apoio;
2. Passe o braço por baixo da axila da vítima e suporte-a a nível do tórax com uma mão, mantendo-a inclinada para a frente, numa posição tal que se algum objeto for deslocado com as pancadas possa sair livremente pela boca;
3. Aplique até 5 pancadas com a base da outra mão, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas, isto é, na região inter-escapular;
4. Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução;
5. Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida, aplicando até 5 pancadas no total.

COMPRESSÕES ABDOMINAIS

Com vítima de pé ou sentada

1. Fique por trás da vítima e circunde o abdómen da vítima com os seus braços;
2. Feche o punho de uma mão;
3. Posicione o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima;
4. Sobreponha a 2ª mão à já aplicada;
5. Aplicar uma compressão rápida para dentro e para cima;
6. Repita as compressões até que o objeto seja expelido da VA;
7. Aplique cada nova compressão (até 5) como um movimento separado e distinto.



Aplique cada compressão individual com a intenção de resolver a OVA. Pode ser preciso repetir a compressão várias vezes para eliminar a OVA.

As compressões abdominais podem causar complicações, como lesões de órgãos internos. Uma vítima que tenha recebido compressões abdominais deve ser examinada por um médico para exclusão de quaisquer complicações.




SECÇÃO 5

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS







SECÇÃO 5

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

1. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

Se ao abordar a vítima ela:

- Responde: deixe-a como encontrou, procure quaisquer problemas, reavalie-a regularmente;
- Está inconsciente mas respira normalmente, coloque-a na posição lateral de segurança (PLS). A PLS mantém a permeabilidade da VA numa vítima inconsciente que respira normalmente. Previne que a queda da língua obstrua a VA e permite a drenagem de fluidos pela boca.

TÉCNICA PARA COLOCAR UMA VÍTIMA EM PLS

Ajoelhar-se ao lado da vítima

- Remover corpos estranhos do corpo da vítima, que ao posicionar a vítima possam eventualmente causar lesões (ex: óculos, canetas);
- Assegurar de que as pernas da vítima estão estendidas;
- Colocar o braço mais perto (do seu lado) em ângulo reto com o corpo, e com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima.



Figura 25

Segurar o braço mais afastado

Segure o outro braço (mais afastado) cruzando o tórax e fixe o dorso dessa mão na face do seu lado



Figura 26

Levantar a perna do lado oposto

Com a outra mão levantar a perna do lado oposto acima do joelho dobrando-a, deixando o pé pousado no chão.



Figura 27

Rolar a vítima

- Enquanto uma mão apoia a cabeça a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;
- Estabilizar a perna para que a anca e joelho formem ângulos retos;
- Efetuar a inclinação da cabeça para trás assegurando a permeabilidade da VA;
- Ajustar a mão debaixo do queixo, para manter a extensão;
- Reavaliar regularmente a respiração (na dúvida desfazer a PLS, permeabilizar a VA e efetuar VOS até 10 segundos).



Figura 28



Se a vítima tiver que permanecer em PLS por um longo período de tempo, recomenda-se que ao fim de 30 minutos seja colocada sobre o lado oposto, para diminuir o risco de lesões resultantes da compressão sobre o ombro.

A PLS é contraindicada se trauma ou suspeita de trauma: nestes casos, a mobilização da vítima deve ser efetuada apenas se não puder manter a VA permeável, se o local não for seguro ou se não conseguir realizar SBV na vítima. Nesses casos, é necessário proteger a coluna da vítima para rodar o seu corpo.

NOTAS:

SECÇÃO 5

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

2. RISCOS PARA O REANIMADOR

Por vezes, o desejo de ajudar alguém que nos parece estar em perigo de vida pode levar a ignorar os riscos inerentes à situação. Se não forem garantidas as condições de segurança antes de se abordar uma vítima poderá, em casos extremos, ocorrer a morte da vítima e do reanimador.

Antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar em perigo de vida, o reanimador deve assegurar primeiro que não irá correr nenhum risco:

- Ambiental (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego);
- Toxicológico (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos);
- Infeccioso (ex. tuberculose, hepatite).

Acidente de viação

Se pára numa estrada para socorrer alguém, vítima de um acidente de viação deve:

- Posicionar o seu carro para que este o proteja funcionando como escudo, isto é, antes do acidente no sentido em que este ocorreu;
- Sinalizar o local com triângulo de sinalização à distância adequada;
- Ligar as luzes de presença ou emergência;
- Usar roupa clara para que possa mais facilmente identificado;
- Desligar o motor para diminuir a probabilidade de incêndio.

Produtos químicos ou matérias perigosas

No caso de detetar a presença desses produtos e/ou matéria é fundamental evitar o contacto com essas substâncias sem medidas de proteção universais (ex. luvas, máscara) e não inalar vapores libertados pelos mesmos.

Intoxicações

Nas situações em que a vítima sofre uma intoxicação podem existir riscos acrescidos para quem socorre, nomeadamente no caso de intoxicação por fumos ou gases tóxicos (como os cianetos ou o ácido sulfúrico). Para o socorro da vítima de intoxicação é importante identificar o produto bem como a sua forma de apresentação (em pó, líquida ou gasosa) e contactar o CODU/CIIV para uma informação especializada, nomeadamente sobre possíveis antídotos. Em caso de intoxicação por produtos gasosos é fundamental não se expor aos vapores libertados, que nunca devem ser inalados. O local onde a vítima se encontra deverá ser arejado ou, na impossibilidade de o conseguir, a vítima deverá ser retirada do local.

Nas situações em que o tóxico é corrosivo (ácidos ou bases fortes) ou em que pode ser absorvido pela pele, como os organofosforados (ex. 605 Forte®), é mandatório, além de arejar o local, usar luvas e roupa de proteção para evitar qualquer contato com o produto, bem como máscaras para evitar a inalação.

Se houver necessidade de ventilar a vítima com ar expirado deverá ser sempre usada máscara ou outro

dispositivo com válvula unidireccional, para não expor o reanimador ao ar expirado da vítima. Nunca efetuar ventilação boca-a-boca.

Transmissão de doenças

A possibilidade de transmissão de doenças durante as manobras de reanimação é real. Estão descritos alguns casos de transmissão de infecções durante a realização de ventilação boca-a-boca (nomeadamente casos de tuberculose cutânea, meningite meningocócica, herpes simplex e salmonelose). No entanto, nem um único caso de de Hepatite B ou vírus da imunodeficiência humana (VIH) foi registado/declarado como resultado da realização de manobras de SBV.

O risco aumenta se houver contato de sangue infetado ou com uma superfície cutânea com soluções de continuidade (feridas). Durante a reanimação tente evitar o contacto com sangue ou outros fluidos corporais como: secreções respiratórias, secreções nasais, suor, lágrimas, vômito, outros. O dispositivo “barreira” mais utilizado é a máscara facial (máscara de bolso e/ou insuflador manual).

NOTAS:



Existe uma regra básica que nunca deve ser esquecida: o reanimador não deve expor-se a si, nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a sua integridade física.




SECÇÃO 6

SIGLAS E
BIBLIOGRAFIA







SECÇÃO 6

SIGLAS

CDI

Cardioversor desfibrilhador implantado

DAE

Desfibrilhação Automática Externa

FV

Fibrilhação Ventricular

ILCOR

International Liaison Committee on Resuscitation

INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica

O₂

Oxigénio

OVA

Obstrução da Via Aérea

PCR

Paragem Cardiorrespiratória

PLS

Posição Lateral de Segurança

RCP

Reanimação Cardio-Pulmonar

RNPCR-PH

Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória,
Pré-Hospitalar

SAV

Suporte Avançado de Vida

SBV

Suporte Básico de Vida

SBVD

Suporte Básico de Vida com
desfibrilhador automático externo

SIEM

Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV

Suporte Imediato de Vida

VA

Via aérea

VOS

Ver, Ouvir e Sentir



SECÇÃO 6

BIBLIOGRAFIA

Cummins RO. From concept to standard-of-care? Review of the clinical experience with automated external defibrillators. *Ann Emerg Med* 1989;18:1269–1275

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

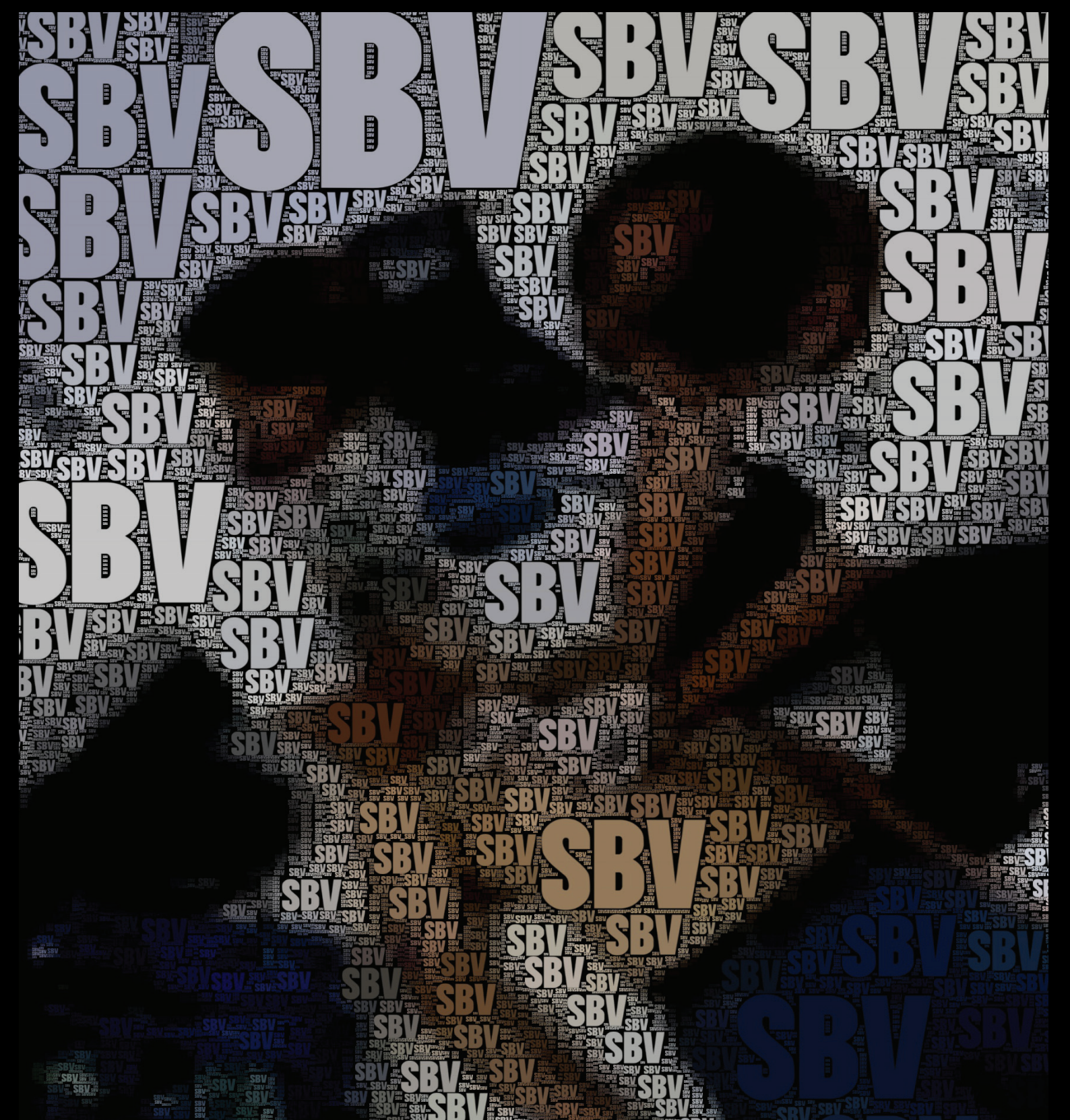
Manual do curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, European Resuscitation Council, Conselho Português de Ressuscitação, 1ª edição, 2011

Manual de Suporte Imediato de Vida Pediátrico Europeu, European Resuscitation Council, Conselho Português de Ressuscitação, 2ª edição, 2011

Manual de Suporte Básico de Vida para profissionais de saúde (versão brasileira), American Heart Association, 2011

IMAGENS (obtidas de diversas fontes):

- Algumas imagens presentes neste manual foram retiradas de páginas eletrónicas de acesso livre, sendo, por este facto, difícil reconhecer a sua autoria. Neste sentido, o INEM encontra-se disponível, através do contato dfem.formacao@inem.pt, para em futuras re-edições fazer o devido crédito de autor, ou retirar as mesmas, caso seja solicitado;
- Imagens do European Resuscitation Council;
- Fotografia (INEM);
- Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (INEM);
- Desenho dos autores/colaboradores;
- APLICATIVO iOS (iPhone):
WordFoto, Version 1.0.2., 2011 bitCycle (www.bitcycle.com)



SBV

Suporte Básico de Vida



ISBN 978-989-8646-00-2



Versão 2.0

1ª Edição, 2012



INEM