



RESUMO DAS ATUALIZAÇÃO DAS LINHAS DE ORIENTAÇÃO DE REANIMAÇÃO

OUTUBRO DE 2015

Atualização de Dados

- Existe uma importância crítica na interação entre os operadores telefónicos de emergência médica, o prestador de Suporte Básico de Vida (SBV) e o tempo gasto na chegada de um Desfibrilhador Automático Externo (DAE);
- A aplicação de SBV e Desfibrilhação Automática Externa em 3 a 5 minutos após o colapso, produz percentagens de sobrevivência de 50% a 75%;
- O ataque cardíaco afeta 350.000 a 700.000 indivíduos por ano na Europa;
- 25% a 30% das vítimas de ataques cardíacos apresentam fibrilhação ventricular (FV), percentagem que tem vindo a decrescer nas últimas 2 décadas. É provável que a percentagem seja superior, pois o primeiro eletrocardiograma é realizado pelas equipas de emergência já algum tempo após o colapso. Quando isto acontece, principalmente por DAE no local, os registos indicam que até 76% estão em FV;
- O ataque cardíaco acontece na primeira hora, a entre 25% a 33% das vítimas que apresentam dor no peito;
- SBV imediato no local, após o colapso, duplica ou quadruplica a probabilidade de sobrevivência à FV num ataque cardíaco;
- A cada minuto que passa após o colapso sem SBV e DAE, a probabilidade de sobrevivência da vítima reduz 10% a 12%. Quando está a ser prestado SBV logo após o colapso, a probabilidade de sobrevivência da vítima reduz 3% a 4% por minuto;
- Em SBV existe uma incidência de 13% a 49% em faturas de costelas e de 1% a 43% em faturas de esterno, especialmente quando a profundidade das compressões torácicas é superior a 6cm;
- Existe uma maior probabilidade de obstrução da via aérea naqueles que têm uma descida do nível de consciência, intoxicação por álcool ou drogas, enfarte, doença de Parkinson, doença respiratória, deficiência mental, demência, pobre dentição e idade avançada;
- O aumento do ritmo das compressões torácicas está associado à diminuição da profundidade das mesmas.

Atualização do Suporte Básico de Vida

- Os operadores telefónicos de emergência médica devem ajudar o prestador de SBV, dando-lhe indicações de como realizar as manobras;
- Deve-se avaliar a respiração das vítimas que apresentem crises convulsivas, pois podem ser consequência de uma falta de abastecimento de oxigénio ao cérebro;

- A pausa nas compressões torácicas para realizar ventilações não deve demorar mais que 10 segundos;
- Para pessoas sem formação, os serviços de emergência devem instruí-los telefonicamente a realizar apenas compressões torácicas;
- Deve-se iniciar SBV se a vítima não responde e não respira normalmente;
- Crises convulsivas por falta de oxigénio no cérebro podem ser confundidas com epilepsia. O reanimador deve imediatamente verificar a presença de respiração nestes casos;
- A pesquisa de objetos móveis na boca não deve ser realizada na abertura da via aérea;
- Deve fazer parte da formação de SBV ligar o sistema “alta voz” do telefone;
- A 1ª ajuda deixou de fazer parte do algoritmo de SBV, passando a ser realizada em conjunto com o pedido de 2ª ajuda (112);
- Os principais sinais de respiração são: vítima acordar, mover-se, abrir os olhos, respiração e tossir;
- Deve-se parar de realizar SBV quando estiver exausto (retomando logo que possível), um profissional de saúde o solicitar ou quando a vítima der um sinal de respiração;
- A utilização de luvas durante a realização de SBV é razoável, mas não se deve atrasar o início das manobras por não se ter luvas, a não ser que não existam condições de segurança;
- A qualidade de SBV é superior quando as manobras são realizadas com máscara de reanimação, comparando com insuflador manual de balão ou face shield.

Atualização da Desobstrução da Via Aérea Presenciada

- Deve-se perguntar inicialmente a uma vítima com uma suspeita de obstrução da via aérea consciente, se “Está engasgado?”;
- Incline a vítima para a frente nas pancadas interescapulares, para que se o objeto sair, ele saia para a boca em vez de seguir para a via aérea;.

Atualização da Desfibrilhação Automática Externa

- Devem-se implementar programas de acesso público de DAE em locais públicos que tenham alta densidade de pessoas, tais como aeroportos, estações ferroviárias, terminais rodoviários, instalações desportivas, centros comerciais, escritórios e casinos;
- Colocar um DAE num local onde acontece 1 ataque cardíaco a cada 5 anos, compensa a nível económico;

Atualização do Afogamento

- A média mundial de afogamento é de 40 mortes por hora, 372.000 por ano;
- 90% dos afogamentos ocorrem em países em desenvolvimento;
- Os países do leste da Europa têm as maiores taxas de afogamento do continente Europeu;
- O afogamento é mais comum em zonas do interior (lagos, rios) e durante os meses de verão;
- O afogamento por imersão ocorre quando a vítima mantém a via aérea fora de água, normalmente por uso de um colete de salvação, e morre em consequência da hipotermia;
- Publicada a nova cadeia de sobrevivência no afogamento com os seguintes elos: Prevenção, Reconhecimento de vítimas, Providenciar flutuação, Remover da água e Fornecer os cuidados necessários;

- Submersões de menos de 10 minutos têm bons prognósticos, enquanto submersões de mais de 25 minutos têm probabilidades muito baixas.

Atualização do Suporte Básico de Vida Pediátrico

- Pode-se utilizar em crianças, a sequência de SBV para adultos;
- O rácio de compressões torácicas:ventilações em crianças e lactentes, deve ser de 15:2, para pessoas com dever de resposta a estas situações;
- A ventilação pediátrica deve durar 1 segundo;
- A compressão torácica pediátrica deve ser de pelo menos 1/3 do diâmetro antero-posterior da criança (aproximadamente 4 cm em lactentes e 5 cm em crianças);
- Considera-se lactente um ser humano até 1 ano, e criança entre 1 ano e a idade da puberdade (12/13 anos);
- Não se deve usar pesquisa com o dedo, para limpar a boca de uma criança;
- Em crianças grandes ou quando realizadas por um reanimador não muito robusto, as compressões torácicas em crianças podem ser executadas com as 2 mãos.

Atualização da Educação em Reanimação

- A utilização de manequins de maior qualidade na formação de SBV é recomendada;
- A utilização de dispositivos de feedback de suporte básico de vida, é aconselhada (metrónomos, etc.);
- É aconselhada a formação contínua de SBV para uma melhor retenção;
- As técnicas de comunicação em SBV, liderança em SBV e competências dos membros das equipas de SBV, devem ser treinadas.

Atualização da Implementação dos Processos de Reanimação

- Reuniões finais de desempenho, devem ser realizadas com as equipas de SBV/DAE;
- Devem ser criados sistemas regionais, incluindo centros para dar resposta a ataques cardíacos, de forma a melhorar o resultado final destes casos;
- Encoraja-se a criação de novos sistemas que melhorem o rápido início das manobras de SBV e o rápido acesso de um DAE;
- Os serviços de emergência devem avaliar os seus processos, para terem a certeza de que conseguem prestar cuidados, com as mais elevadas taxas de sobrevivência.

Atualização de Orientações para Primeiros Socorros

- Foram publicadas pela primeira vez, orientações para a resposta a casos de primeiros socorros;
- As orientações foram realizadas para as seguintes situações: inconsciência, choque hipovolémico, administração de oxigénio, administração de broncodilatador, enfarte, administração de aspirina para dor no peito, hipoglicemia, desidratação, lesão química ocular, hemorragias, trauma da coluna, trauma da cabeça, queimaduras e lesão dental.