



1- Todos os pacientes suspeitos ou portadores de COVID-19 que estejam sob maior risco de deterioração aguda ou parada cardiorrespiratória devem ser adequadamente sinalizados aos Times de Resposta Rápida (TRR) ou equipes que irão proceder o atendimento



2 - Adequada proteção individual (conforme diretiva de atendimento a casos de COVID-19) durante a RCP devem ser provisionados antes que a PCR ocorra. A segurança da equipe é prioritária e o uso de EPIs adequados é indispensável pela equipe que atende a PCR. Conjuntos de EPI devem estar disponíveis no carrinho de ressuscitação ou parada, para pronto uso.



3 - O reconhecimento da PCR segue a conduta preconizada pelo ILCOR/AHA com avaliação de pulso central e ausência de respiração efetiva.



4 - A PCR deve ser iniciada por compressões torácicas e monitorização do ritmo da parada cardíaca(chocáveis ou não chocáveis)o mais rápido possível para estabelecimento do algoritmo adequado.



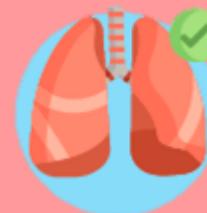
5 - A desfibrilação em ritmos chocáveis não deve ser adiada para acesso às vias aéreas ou outros procedimentos.



Material elaborado de acordo com as recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar de pacientes com diagnóstico suspeita de COVID-19. FONTE: GUIMARÃES, Hélio Penna et al (org.). **Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19.** 2020. Elaborada por Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/RCP-ABRAMEDE-SBC-AMIB-7-230320.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.



6 - Considerando ser a hipóxia uma das principais causas de PCR nestes pacientes, o acesso invasivo da via aérea deve ser priorizado. A ventilação boca a boca e uso de máscara de bolso são proscritos. Deve-se evitar a ventilação com bolsa valva máscara (BVM). No caso de absoluta necessidade de ventilação com BMV, a técnica de selamento da máscara deve sempre envolver dois profissionais e deve-se utilizar uma cânula orofaríngea (Guedel). Além disso, preconiza-se a instalação de filtros (HEPA) entre a máscara e a bolsa. A intubação traqueal com videolaringoscópio deve ser prioridade desde a primeira tentativa, realizada sempre pelo operador mais experiente.



7 - Quando a RCP ocorrer em pacientes sob ventilação mecânica, deve-se manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado, com fração inspirada de oxigênio a 100%, modo assíncrono, frequência respiratória em torno de 10 a 12 por minuto. Alguns ventiladores apresentam a função "RCP/PCR", que ajusta automaticamente os limites de alarme e aciona os parâmetros alinhados acima.

**H's
& T's**

8 - Identifique e trate quaisquer causas reversíveis antes de considerar interromper a RCP, com especial consideração para hipóxia, acidemia e trombose coronária, causas citadas como frequentes nas publicações atuais sobre COVID-19.



9 - Descarte ou limpe todo o equipamento usado durante a RCP seguindo as recomendações do fabricante e as diretrizes locais da instituição.



10 - Remova o EPI com segurança para evitar autocontaminação. Higienize as mãos.

Elaborado por: Profa Dra Juliana Faria Campos e revisado por: Profa Dra Liana Amorim Corrêa Trote, professoras da Escola de Enfermagem Anna Nery. Infográfico elaborado por acadêmicas de Enfermagem da EEAN/UFRJ: Ana Carolina S Menezes; Ana Claudia dos S Cunha; Daniela C Pereira; Karol K S Costa; Leticia B Rubim; Simone A Santos; Vanessa A G Câmara.

