



American
Heart
Association.

DESTAQUES

de 2024 das American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid

A American Heart Association agradece às seguintes pessoas pela contribuição que fizeram para o desenvolvimento desta publicação: Eric J. Lavonas, MD, MS; Elizabeth K. Hewett Brumberg, MD; Matthew J. Douma, MN, RN; Amber V. Hoover, MSN, RN; Mark Whelchel, DNP, ACNP-BC e a equipe do projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. Revisor da versão de português do Brasil: Hélio Penna Guimaraes

Introdução

Estes Destaques resumem as recomendações novas e atualizadas mais significativas de *2024 das American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid*.¹ Eles foram desenvolvidos para que os prestadores e instrutores de primeiros socorros se concentrem na ciência e na fundamentação das recomendações que resultam em mudanças no treinamento e na prática de primeiros socorros.

Tais Destaques abrangem as ações recomendadas que sofreram alterações significativas em relação às diretrizes anteriores de primeiros socorros da American Heart Association (AHA)/American Red Cross. Como esta publicação é um resumo, não faz referência aos estudos comprovativos publicados e não lista as Classes de recomendação ou os Níveis de evidências para cada recomendação. Para obter informações e referências mais detalhadas, leia as diretrizes de 2024.¹

Para criar as *2024 AHA and Red Cross Guidelines for First Aid*, os membros do grupo de redação primeiro criaram e aprovaram uma lista de tópicos de primeiros socorros, com base no escopo das diretrizes anteriores e em novos tópicos que ganharam destaque desde que as últimas diretrizes completas de primeiros socorros foram publicadas em 2010.² Uma pergunta sobre a população, intervenção, comparação e resultado foi criada para cada tópico. As recomendações baseadas em evidências foram criadas com base no documento Consensus on Science With Treatment Recommendations (Consenso sobre a ciência com recomendações de tratamento) do International

Liaison Committee on Resuscitation (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação) (ILCOR) e em avaliações de evidências estruturadas realizadas pelo grupo de redação. As recomendações de primeiros socorros de overdose de opioides são baseadas nas diretrizes fornecidas pela AHA em 2023,³ que foram confirmadas com novas evidências adicionais e adaptadas para o ambiente e o prestador de primeiros socorros. Os métodos usados pela ILCOR para realizar avaliações de evidências⁴ e pela AHA para avaliar e traduzir os resultados das avaliações de evidências em diretrizes de primeiros socorros⁵ foram publicados em detalhes. O processo de avaliação de evidências da ILCOR e o processo de desenvolvimento das diretrizes da AHA e da Red Cross são regidos por políticas de divulgação rigorosas, projetadas para tornar as relações com a indústria e outros conflitos de interesse totalmente transparentes e para proteger esses processos contra influência indevida.

Estas diretrizes substituem as diretrizes abrangentes de primeiros socorros da AHA/Red Cross publicadas em 2010² e as atualizações direcionadas publicadas em 2015,⁶ 2019,⁷ e 2020.⁸ Elas consistem em 179 recomendações de tratamento específicas, organizadas em 38 blocos de conhecimento modulares.⁹ Cada recomendação nas diretrizes é categorizada com base na força da recomendação e no nível (certeza) das evidências de suporte. Estes Destaques apresentam as inclusões e mudanças mais significativas contidas nas diretrizes de primeiros socorros de 2024.

Tópicos abrangidos nas 2024 AHA/Red Cross Guidelines for First Aid

Administração de oxigênio

Anafilaxia

Asma

Picadas de abelha e vespa

Cuidados com queimaduras térmicas após o resfriamento

Exposições químicas aos olhos

Exposições químicas à pele

Dor torácica

Concussão

Resfriamento de queimaduras térmicas

Avulsão dentária

Epistaxe (hemorragia nasal)

Desidratação por esforço

Sangramento nas extremidades não controlado por pressão direta

Fraturas

Ulceração por frio

Hipertermia e intermação

Hipoglicemia

Hipotermia

Picadas de água-viva

Ferimentos torácicos abertos

Overdose de opioides

Hera venenosa, carvalho venenoso e sumagre venenoso

Posicionamento da pessoa doente ou ferida

Posicionamento da pessoa em choque

Pré-síncope

Reconhecimento de AVC (adultos)

Reconhecimento de AVC (crianças)

Convulsões

Hemorragia externa grave

Mordida de cobra

Envenenamento por aranha e escorpião

Entorses e distensões

Ferimentos superficiais

Suspeita de corpo estranho nos olhos

Suspeita de lesão na coluna

Picadas de carrapatos

Uso da oximetria de pulso

Primeiros socorros

Os *primeiros socorros* são definidos como atitudes de ajuda e cuidados iniciais para tratar uma doença ou lesão aguda.⁶ Os primeiros socorros podem ser prestados por qualquer pessoa, inclusive a pessoa doente ou ferida (autocuidado), pessoas presentes na proximidades e socorristas treinados com o dever de prestar socorro (por exemplo, salva-vidas). O escopo dos primeiros socorros fornecidos baseia-se no nível de treinamento do prestador de primeiros socorros, nos equipamentos e recursos disponíveis, no cenário geral e na necessidade. As competências de primeiros socorros, em todos os níveis de treinamento, incluem o seguinte:

- Reconhecer, avaliar e priorizar a necessidade de primeiros socorros
- Prestar cuidados com base em conhecimentos, habilidades e comportamentos apropriados
- Reconhecer as limitações e providenciar cuidados adicionais quando necessário

Estas diretrizes destinam-se ao público geral que presta primeiros socorros em ambientes comuns residenciais, de trabalho e recreativos. Em geral, o atendimento de primeiros socorros tem início quando o prestador de primeiros socorros começa a avaliar e assistir a pessoa doente ou ferida e continua até que a situação não exija mais intervenção urgente, até a chegada de profissionais do Serviço Médico de Emergência ou até que a pessoa receba assistência médica definitiva. Os prestadores de primeiros socorros com treinamento e deveres adicionais (por exemplo, salva-vidas, membros da equipe de segurança industrial, membros da equipe de resposta tática) devem seguir seu treinamento e protocolos especializados.

Treinamento de primeiros socorros

A metodologia de ensino de primeiros socorros é crucial. A abordagem Aprender, Ver, Praticar, Comprovar, Fazer, Manter a consistência, proposta por Sawyer et al¹⁰, começa com a *aprendizagem*, idealmente através de recursos de multimídia, seguida por demonstrações na vida real (*ver*). Tais etapas representam um modelo de sala de aula invertida, com o aprimoramento de tarefas avançadas de aprendizagem na presença de um professor e de colegas. A *prática* deliberada combina frequência de treinamento apropriada, ambientes de prática de baixo risco e observação direta para fins de feedback. A *comprovação* envolve a aplicação de avaliações válidas e confiáveis para garantir resultados de aprendizagem eficazes. A etapa de *fazer* o trabalho de forma independente e, o que é mais importante, *manter* a consistência dos conjuntos de habilidades de primeiros socorros, exigem atualizações de habilidades intermitentes, denominadas *aprendizagem espaçada*, de modo a impedir o esquecimento. Nenhum esforço educacional integra perfeitamente todos os aspectos da abordagem “Aprender, Ver, Praticar, Comprovar, Fazer, Manter”, mas tal modelo serve como um guia abrangente para que os educadores planejem o treinamento de primeiros socorros, abrangendo conteúdos, métodos de ensino e estratégias de avaliação.

Novas recomendações de primeiros socorros

Overdose de opioides

2024 (novo): recomenda-se que os prestadores de primeiros socorros recebam treinamento para socorrer a overdose de opioides, incluindo o fornecimento de naloxona.

2024 (novo): um prestador de primeiros socorros que encontre uma pessoa com suspeita de overdose de opioides que esteja inconsciente e não respire ou não respire normalmente deve acionar o sistema médico de emergência, fornecer RCP de alta qualidade (compressão mais ventilação) e administrar naloxona.

Motivo: a overdose de opioides é uma das principais causas de morte evitável nos Estados Unidos, Canadá e em outros lugares. Embora o tema seja abordado atualmente no treinamento básico e avançado de suporte de vida para adultos e crianças, as recomendações de primeiros socorros anteriores não incluíam primeiros socorros para overdose de opioides. A naloxona reverte o efeito da overdose de opioides, permitindo restaurar a consciência e a respiração e, muitas vezes, evitar a PCR. O spray nasal de naloxona está disponível nos Estados Unidos e no Canadá sem receita médica. Diversos estudos demonstram o benefício da administração de naloxona por membros da comunidade, e os índices de administração de naloxona aumentam quando os membros da comunidade recebem treinamento. A inclusão do tratamento de overdose de opioides no treinamento de primeiros socorros, incluindo a administração de naloxona, multiplica o número de membros da comunidade dispostos e capazes de realizar essa habilidade que salva vidas (Figura 1).

Figura 1. Algoritmo de emergência da AHA associado a opioides para socorristas leigos.



*Para vítimas adultas e adolescentes, os socorristas devem executar compressões e ventilação de resgate para emergências associadas a opioides se forem treinados para realizar ventilação de resgate, caso não sejam, eles devem realizar a RCP somente com as mãos. Para bebês e crianças, a RCP deve incluir compressões com ventilações de resgate.

© 2020 American Heart Association

Reconhecimento de AVC em crianças

2024 (novo): se houver suspeita de AVC pediátrico, o Serviço Médico de Emergência deve ser acionado e a criança deve ser transportada para um departamento de emergência.

2024 (novo): aconselha-se considerar a ocorrência de AVC quando os sintomas pediátricos comuns estão presentes em associação com outros sinais e sintomas neurológicos.

2024 (novo): as pontuações de AVC em adultos não são validadas na população pediátrica e não devem ser usadas de forma exclusiva para identificar a apresentação ampla de AVC em crianças.

Motivo: embora as diretrizes anteriores de primeiros socorros tenham incluído o reconhecimento de AVC em adultos, aproximadamente 40.000 crianças em todo o mundo sofrem AVC a cada ano. Os sinais e sintomas iniciais de AVC em crianças são muitas vezes ignorados, o que acarreta atraso no diagnóstico e possivelmente perda da oportunidade de intervir. Embora o AVC pediátrico possa se apresentar de maneira semelhante ao AVC em adultos, também pode se apresentar de maneiras inespecíficas e ser muito parecido a outras doenças da infância (Tabela 1).

Tabela 1. Sinais e sintomas comuns de AVC em crianças

Sinais e sintomas focais
<ul style="list-style-type: none">• Hemiparesia• Fraqueza dos membros• Paralisia facial• Sensação alterada• Distúrbio visual• Distúrbio da fala
Sinais e sintomas gerais
<ul style="list-style-type: none">• Estado mental alterado• Convulsão• Dor de cabeça• Ataxia• Vertigem/tontura• Náusea/vômito

Uso da oximetria de pulso em primeiros socorros

2024 (novo): um exame físico e histórico médico devem ser os principais métodos de avaliação para os prestadores de primeiros socorros avaliarem uma pessoa doente ou ferida.

2024 (novo): aconselha-se que os prestadores de primeiros socorros usem os resultados da oximetria de pulso no contexto de uma avaliação completa e estejam cientes das limitações da oximetria de pulso antes de adotar medidas com base nos resultados.

Motivo: o uso de oxímetros de pulso domésticos tornou-se generalizado desde a pandemia de COVID-19. No entanto, esses equipamentos podem não ser sempre precisos (consulte a Tabela 2 para obter informações sobre as limitações do dispositivo). Os prestadores de primeiros socorros são incentivados a usar suas habilidades de avaliação básicas como a principal maneira de avaliar uma pessoa doente ou ferida e evitar a dependência excessiva da tecnologia.

Tabela 2. Limitações dos oxímetros de pulso

Fatores do paciente
<ul style="list-style-type: none">• Doença respiratória crônica• Espessura das unhas e pintura ou esmalte de unhas• Ritmo cardíaco e débito cardíaco• Espessura, perfusão, pigmentação e temperatura da pele
Fatores do dispositivo
<ul style="list-style-type: none">• Nível/carga da bateria• Condição do dispositivo, como estar empoeirado, sujo ou danificado• Tamanho e orientação da luz e do sensor <p>Precisão e calibração do dispositivo (categorias da Food and Drug Administration):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Produto de consumo2. Dispositivos médicos de uso doméstico3. Dispositivo médico
Fatores ambientais
<ul style="list-style-type: none">• Extremos de temperatura• Movimento ou vibração, como transportes• Umidade• Interferência de fontes de luz externas diretas, inclusive luz solar

Picadas de abelha e vespa

2024 (novo): se uma pessoa sofrer anafilaxia devido a uma picada de abelha ou vespa e uma caneta injetora de epinefrina estiver disponível, a pessoa deve autoadministrar o autoinjeter.

2024 (novo): um prestador de primeiros socorros deve ajudar uma pessoa com anafilaxia a usar o autoinjeter, caso haja necessidade de assistência.

2024 (novo): se uma pessoa sofrer anafilaxia devido a uma picada de abelha ou vespa, o sistema médico de emergência deve ser acionado.

2024 (novo): as picadas nos olhos devem ser avaliadas por um profissional médico treinado.

2024 (novo): pode ser benéfico remover um ferrão remanescente na pele, o mais rápido possível, por meio de métodos como arrancar ou raspar.

2024 (novo): anti-histamínicos orais de venda livre podem ser usados para aliviar a coceira local.

2024 (novo): corticosteroides tópicos podem ser usados para aliviar a coceira local.

2024 (novo): aconselha-se lavar a área de uma picada de abelha ou vespa com água e sabão.

2024 (novo): pode-se administrar agentes anti-inflamatórios não esteroides e paracetamol de venda livre para aliviar a dor local.

2024 (novo): pode-se usar gelo ou compressas frias para o alívio da dor local.

Motivo: picadas de abelha e vespa são muito comuns. Embora a maioria das vítimas apresente apenas efeitos locais, como dor, inchaço e coceira, a anafilaxia causada por picadas de abelha e vespa resulta em cerca de 60 mortes por ano nos Estados Unidos. A capacidade de socorrer casos de envenenamentos leves e potencialmente fatais é um complemento importante ao treinamento de primeiros socorros.

Picadas de carrapatos

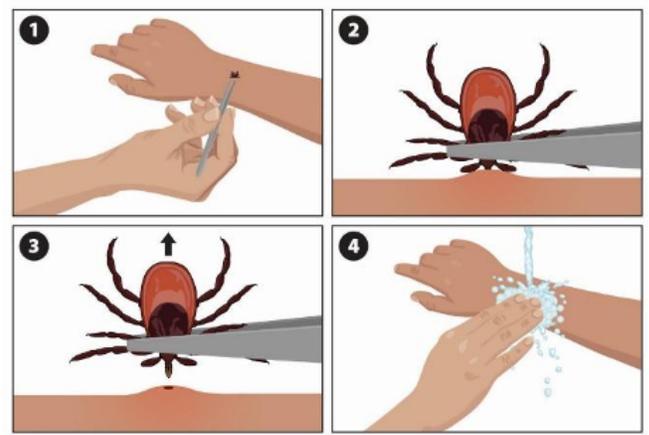
2024 (novo): as picadas de carrapatos que ocorrem em regiões com alta prevalência da doença de Lyme devem receber consulta imediata por um profissional de saúde no prazo de 72 horas após a remoção de um carrapato ingurgitado.

2024 (novo): recomendamos a remoção do carrapato o mais rápido possível.

2024 (novo): para remover um carrapato, recomendamos segurar a cabeça do carrapato o mais próximo possível da pele com uma pinça ou um dispositivo comercial de remoção de carrapatos e puxar para cima com uma pressão constante e uniforme.

Motivo: pelo menos 48.000 pessoas são diagnosticadas anualmente com doenças transmitidas por carrapatos nos Estados Unidos, e mais de 100.000 procuram tratamento em serviços de atendimento de emergência devido à exposição a picadas de carrapatos. A incidência de doenças transmitidas por carrapatos e o alcance dos carrapatos *Ixodes* estão aumentando. A remoção precoce do carrapato (geralmente dentro de 24 a 48 horas após a fixação) pode prevenir a transmissão da doença de Lyme, mas o carrapato deve ser removido adequadamente de modo a extrair com sucesso as partes da boca do carrapato e minimizar o risco de infecção (Figura 2).

Figura 2. Remoção de carrapatos.



Reproduzido do Centers for Disease Control and Prevention.¹¹

Picadas de aranhas e de escorpião

2024 (novo): deve-se chamar os serviços de emergência se uma pessoa picada por uma aranha ou por um escorpião desenvolver sintomas em todo o corpo, como dificuldade para respirar, rigidez muscular, tontura ou confusão.

2024 (novo): uma pessoa picada por uma aranha ou por um escorpião deve procurar atendimento médico se a dor se estender além do local da picada, ficar intensa e não for controlada por analgésicos de venda livre; se uma ferida aberta se desenvolver; ou se a pessoa apresentar sintomas em todo o corpo.

2024 (novo): pode-se usar agentes anti-inflamatórios não esteroides e paracetamol de venda livre para aliviar a dor local de picadas de escorpião.

2024 (novo): se a pele estiver intacta, a lidocaína tópica pode ser útil para aliviar a dor local de picadas de escorpião.

2024 (novo): o uso de gelo pode ser útil para o alívio da dor local de picadas de escorpião.

Motivo: picadas de viúva negra e aranhas relacionadas (gênero *Latrodectus*, encontradas em todo o território dos Estados Unidos [exceto Alasca] e no sul do Canadá) causam câibras intensas, rigidez muscular, diaforese e hipertensão. Embora uma erupção cutânea às vezes seja observada ao redor do local da picada, as picadas de aranha viúva não causam lesão local nos tecidos. Picadas de aranha reclusa marrom e aranhas relacionadas (gênero *Loxosceles*, encontradas na metade sul dos Estados Unidos) causam feridas ulceradas dolorosas que evoluem ao longo de dias a semanas, às vezes associadas à hemólise e rhabdomiólise. As picadas de escorpião *sculpturatus* (*Centruroides*, encontrados no sudoeste do deserto dos EUA) causam dor localizada intensa e câibras musculares que podem prejudicar a respiração em crianças. Os efeitos do envenenamento por aranhas e escorpiões variam muito em todo o mundo. As diretrizes de 2024 capacitam o prestador de primeiros socorros a controlar picadas de aranha e de escorpião que ocorram nos Estados Unidos e no Canadá. Aranhas e escorpiões em outras partes do mundo apresentam efeitos venenosos diferentes e podem exigir outras medidas de primeiros socorros.

Hera venenosa, carvalho venenoso e sumagre venenoso

2024 (novo): assim que for identificada uma exposição a hera, carvalho ou sumagre venenosos, a área exposta deve ser lavada com água e sabão ou um produto de descontaminação comercialmente disponível.

2024 (novo): pode-se usar compressas frias para o alívio dos sintomas locais da exposição a hera, carvalho ou sumagre venenosos.

2024 (novo): pode-se tomar banhos de aveia para o alívio dos sintomas locais da exposição a hera, carvalho ou sumagre venenosos.

2024 (novo): a utilidade dos esteroides tópicos de venda livre para aliviar os sintomas locais de hera, carvalho ou sumagre venenosos é incerta.

2024 (novo): a utilidade dos anti-histamínicos de venda livre para aliviar os sintomas locais de hera, carvalho ou sumagre venenosos é incerta.

Motivo: a dermatite de contato de plantas do gênero *Toxicodendron* (anteriormente *Rhus*) é comum e resulta em milhões de visitas a estabelecimentos de cuidados de saúde a cada ano. Aproximadamente 50% a 75% das pessoas reagem ao urushiol, o composto alérgico encontrado nas folhas, caules e raízes de *Toxicodendron*. A descontaminação precoce da pele pode reduzir a extensão e a gravidade dos sintomas. Embora a utilidade dos medicamentos de venda livre seja incerta, é recomendável experimentá-los para alívio dos sintomas.

Suspeita de corpo estranho nos olhos

2024 (novo): uma pessoa que sofra lesão ocular de alta velocidade (como lesões por moagem, esmalte ou máquinas), lesão ocular penetrante devido a um objeto afiado ou metálico, pupila irregular após trauma, sangramento ocular após trauma ou perda de visão após trauma deve procurar atendimento médico imediato.

2024 (novo): uma pessoa que tenha sensação persistente de corpo estranho nos olhos deve procurar atendimento médico imediato.

2024 (novo): uma pessoa que desenvolva sensação de corpo estranho nos olhos associada ao uso de lentes de contato deve remover as lentes de contato, interromper o uso de lentes de contato e procurar atendimento médico.

2024 (novo): uma pessoa com uma sensação de corpo estranho nos olhos não deve esfregar os olhos.

2024 (novo): colocar um protetor de plástico rígido, copo de papel ou copo de plástico sobre o olho pode ajudar a evitar o toque não intencional no olho.

2024 (novo): aconselha-se que uma pessoa com um corpo estranho nos olhos decorrente de um mecanismo de baixa energia (por exemplo, poeira, sujeira, outro objeto soprado nos olhos pelo vento; cílios nos olhos) tente remover o corpo estranho, permitindo que as lágrimas naturais possam expelir o objeto ou irrigando os olhos com água da torneira ou uma solução comercial para lavagem dos olhos.

2024 (novo): aconselha-se tomar medicamentos anti-inflamatórios não esteroides ou paracetamol de venda livre para tratar o desconforto residual após a remoção do corpo estranho dos olhos.

Motivo: lesões oculares são uma razão comum pela qual as pessoas procuram tratamento em serviços de atendimento de emergência. Cerca de metade dessas consultas devem-se a corpos estranhos nos olhos. Uma sensação de corpo estranho pode ser causada por um corpo estranho solto (por exemplo, um cílio ou pedaço de poeira ou areia), um corpo estranho embutido na superfície da córnea, um arranhão no olho, exposição à radiação ultravioleta ou uma situação mais perigosa, como lesão ocular penetrante, lesão química ou infecção. Corpos estranhos nos olhos constituem uma lesão comum no local de trabalho. Embora muitas dessas situações exijam tratamento por um profissional de saúde, as lesões de corpos estranhos de baixa energia muitas vezes podem ser controladas com segurança no ambiente de primeiros socorros, e a remoção de corpos estranhos por lacrimejamento natural ou irrigação suave é uma importante técnica de primeiros socorros.

Hemorragia nasal (epistaxe)

2024 (novo): uma pessoa com epistaxe deve sentar-se com a cabeça ligeiramente para a frente com as narinas apertadas por 10 a 15 minutos.

2024 (novo): se a epistaxe não parar após 15 minutos de pressão manual contínua ou a pessoa ficar tonta por epistaxe, deverá procurar atendimento médico.

2024 (novo): uma pessoa com epistaxe devido a trauma deve procurar atendimento médico se apresentar sinais de lesão cerebral, deformidade nasal óbvia ou sinais de fratura facial.

2024 (novo): aconselha-se que uma pessoa com epistaxe que tome medicação anticoagulante ou antiplaquetária ou que tenha um distúrbio de coagulação do sangue procure atendimento de um profissional de saúde, a menos que o sangramento pare.

2024 (novo): a utilidade da crioterapia (gelo) para controlar a epistaxe no ambiente de primeiros socorros é desconhecida.

Motivo: hemorragias nasais (epistaxe) podem ocorrer espontaneamente ou como resultado de trauma. Trata-se de uma condição clínica muito comum, responsável por 1 em cada 313 visitas ao departamento de emergência nos Estados Unidos. A maioria das hemorragias nasais pode ser tratada apertando e segurando a frente do nariz por 10 a 15 minutos, o que potencialmente evita a necessidade de cuidados médicos. No entanto, uma hemorragia nasal pode ser uma verdadeira emergência médica, particularmente em adultos mais velhos e pessoas que tomam medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários.

Recomendações de primeiros socorros com grandes mudanças

Reconhecimento de AVC em adultos

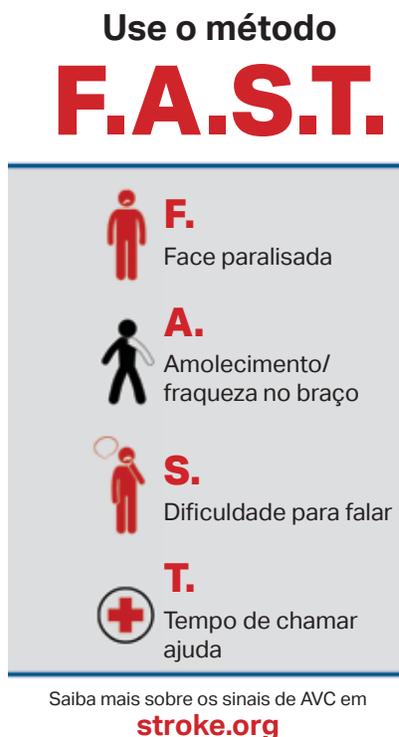
2024 (novo): se houver suspeita de AVC, o Serviço Médico de Emergência deve ser acionado imediatamente.

2024 (novo): recomenda-se o uso de uma escala de reconhecimento de AVC para auxiliar o reconhecimento de AVC agudo em adultos, como a abordagem FAST, que são as iniciais em inglês de Face (face), Arms (braços), Speech (fala) e Time (tempo), ou a Escala Pré-Hospitalar de Cincinnati para AVC.

2024 (novo): aconselha-se que os prestadores de primeiros socorros meçam a glicemia capilar em adultos com suspeita de AVC, caso algum método de medição esteja disponível e se não atrasar o acionamento do Serviço Médico de Emergência.

Motivo: casos de AVC representam uma emergência médica grave e urgente que afetam 800.000 pessoas nos Estados Unidos anualmente. Novos dados mostram que a abordagem FAST (Figura 3) e a Escala Pré-Hospitalar de Cincinnati para AVC podem ser realizadas com precisão por prestadores de primeiros socorros e pelo público geral, particularmente pessoas com treinamento de atendimento de Serviço Médico de Emergência.

Figura 3. A ferramenta FAST de reconhecimento de AVC da AHA/American Stroke Association.



© 2020 American Heart Association.

Picada de cobra

2024 (atualização): os serviços de emergência devem ser acionados para o caso de pessoas picadas por uma cobra venenosa ou possivelmente venenosa.

2024 (atualização): aconselha-se descansar e imobilizar a extremidade picada, minimizando o esforço da pessoa que foi picada, se isso não atrasar o acesso ao atendimento médico de emergência.

2024 (atualização): aconselha-se remover anéis e outros objetos de constrição da extremidade picada.

2024 (atualização): a aplicação de gelo em uma ferida de picada de cobra é um benefício não comprovado e pode ser prejudicial em algumas situações.

2024 (atualização): o uso de sucção para tratar picadas de cobra é potencialmente prejudicial.

2024 (atualização): a aplicação de choque elétrico para tratar picadas de cobra é potencialmente prejudicial.

2024 (atualização): o uso de torniquetes para tratar picadas de cobra é potencialmente prejudicial.

2024 (atualização): o uso de ataduras de imobilização por pressão para tratar picadas de cobra é potencialmente prejudicial.

Motivo: aproximadamente 8.000 a 10.000 pessoas recebem tratamento por picadas de cobra nos Estados Unidos a cada ano. Mais de 95% das picadas de cobras venenosas na América do Norte são causadas por cobras crotalíneas (*Crotalinae*, também conhecidas como *víboras*), especificamente cascavéis, cabeças-de-cobre e bocas-de-algodão. O veneno das cobras crotalíneas causa lesão nos tecidos e também pode provocar pressão arterial baixa, sangramento e movimentos musculares desordenados, levando à paralisia. No sul dos Estados Unidos, as picadas de cobras corais (*Elapidae*) não causam lesão nos tecidos; o veneno da cobra coral é principalmente neurotóxico e pode provocar paralisia dentro de minutos a horas. O tratamento definitivo para envenenamento por cobras é o antiveneno, que só pode ser administrado por um profissional de saúde. Muitos tratamentos de primeiros socorros, incluindo a aplicação de torniquetes, imobilização por ataduras de pressão, incisão, sucção, aplicação de gelo ou imersão e aplicação de corrente elétrica, têm sido defendidos com riscos conhecidos e benefícios pouco claros. Tais recomendações são específicas para picadas de cobra que ocorrem nos Estados Unidos e no Canadá e envolvem cobras nativas dessas áreas. Cobras de outras partes do mundo apresentam efeitos de veneno diferentes e podem exigir outras medidas de primeiros socorros.

Uso de broncodilatadores para asma

2024 (atualização): os prestadores de primeiros socorros devem ajudar uma pessoa com asma que esteja com dificuldade para respirar com a administração de seus próprios broncodilatadores prescritos, conforme necessário.

2024 (atualização): aconselha-se o uso de um inalador com espaçador ou um nebulizador ao ajudar uma pessoa com asma a usar sua própria medicação broncodilatadora inalatória, em vez de usar apenas um inalador.

2024 (atualização): se um espaçador comercialmente disponível não estiver disponível, aconselha-se o uso de um espaçador improvisado ao ajudar uma pessoa com um ataque de asma a usar sua própria medicação broncodilatadora inalatória.

Motivo: embora as diretrizes anteriores de primeiros socorros tenham incluído recomendações para ajudar uma pessoa com um ataque de asma a usar sua própria medicação broncodilatadora, as diretrizes de 2024 reforçam as recomendações para usar espaçadores e incluem o uso de espaçadores improvisados (por exemplo, de uma garrafa de bebida [Figura 4]) quando um espaçador comercial não estiver disponível.

Figura 4. Uso de um espaçador improvisado com um inalador dosimetrado.



Convulsões

2024 (atualização): os prestadores de primeiros socorros devem acionar o Serviço Médico de Emergência para o caso de pessoas que sofram convulsões pela primeira vez; convulsões com duração superior a 5 minutos; mais de 1 convulsão sem que a pessoa retorne ao estado mental basal entre as convulsões; convulsões que ocorram na água; convulsões com lesões traumáticas, dificuldade para respirar ou engasgo; convulsão em bebês com menos de 6 meses de idade; convulsão em grávidas; ou se a pessoa não retornar ao estado basal dentro de 5 a 10 minutos após a interrupção da atividade convulsiva (Tabela 3).

2024 (atualização): os prestadores de primeiros socorros devem minimizar o risco de que a pessoa que sofre a convulsão tenha lesões, ajudando-a a ficar no chão, colocando-a de lado na posição de recuperação e desobstruindo a área ao seu redor.

2024 (atualização): os prestadores de primeiros socorros devem ficar com a pessoa que sofre uma convulsão.

2024 (atualização): no caso de crianças que sofreram uma convulsão febril, a administração de antipiréticos como acetaminofeno, ibuprofeno ou paracetamol não é eficaz para interromper uma convulsão ou prevenir uma convulsão febril subsequente.

2024 (atualização): a pessoa que sofre a convulsão não deve ser contida.

2024 (atualização): nada deve ser colocado na boca e nenhum alimento, líquido ou medicamento oral deve ser administrado a uma pessoa que esteja sofrendo uma convulsão ou que tenha diminuído a capacidade de resposta após uma convulsão.

Motivo: convulsões são uma condição clínica comum. Quase 3 milhões de adultos dos EUA vivem com epilepsia, e convulsões febris ocorrem em 2% a 4% das crianças, mais comumente entre 6 meses e 2 anos de idade. Embora as convulsões sejam situações dramáticas, muitas convulsões não exigem tratamento por um profissional de saúde. Os prestadores de primeiros socorros podem ajudar protegendo contra lesões a pessoa que sofre uma convulsão, e devem ligar para o Serviço Médico de Emergência em situações apropriadas. As diretrizes de 2024 incluem recomendações muito ampliadas para primeiros socorros para convulsões.

Tabela 3. Razões para acionar o sistema médico de emergência no caso de convulsões

- Convulsão pela primeira vez
- Convulsão em criança <6 meses de idade
- Convulsão com duração >5 minutos
- Convulsão em pessoa grávida
- Mais de 1 convulsão sem o retorno ao estado mental basal entre as convulsões
- A pessoa não retorna ao estado basal dentro de 5 a 10 minutos após a convulsão ter parado
- Convulsão com lesões traumáticas
- Convulsão com engasgo
- Convulsão com dificuldade para respirar
- Convulsão que ocorre na água

Ferimentos torácicos abertos

2024 (atualização): um ferimento torácico aberto é uma emergência médica que exige o acionamento imediato do sistema médico de emergência.

2024 (atualização): se um curativo for colocado, o prestador de primeiros socorros deve monitorar a pessoa quanto ao agravamento da respiração/sintomas e soltar ou remover o curativo se a respiração piorar.

2024 (atualização): na situação de primeiros socorros, aconselha-se deixar um ferimento torácico aberto exposto ao ar ambiente, colocar um curativo limpo, não oclusivo e seco (por exemplo, curativo de gaze, parte de uma camiseta) ou colocar um curativo especializado, como uma vedação torácica ventilada.

Motivo: as diretrizes de 2024 fornecem orientações ampliadas para o tratamento de ferimentos torácicos abertos. O objetivo de vedar um ferimento torácico aberto é aumentar a resistência ao fluxo de ar através do ferimento sem causar a formação de um pneumotórax hipertensivo. As diretrizes revisam a literatura sobre vedações torácicas, incluindo estudos em animais e estudos de simulação.

Hipotermia

2024 (atualização): uma pessoa com sinais e sintomas de hipotermia (Tabela 4) deve ser protegida de uma maior perda de calor, com a passagem do ambiente frio para um ambiente quente, a remoção de roupas saturadas de modo a permitir o reaquecimento passivo com cobertores e o reaquecimento ativo se houver recursos disponíveis.

2024 (atualização): se a pessoa com hipotermia não puder ser imediatamente transferida do ambiente frio para um ambiente quente, deve ser protegida para evitar uma maior perda de calor por isolamento do solo, cobertura da cabeça e do pescoço e proteção contra perda de calor pelo vento por meio de uma camada de plástico ou papel alumínio, além de uma camada isolante seca.

2024 (atualização): ao usar dispositivos de reaquecimento de qualquer tipo, o prestador de primeiros socorros deve seguir as instruções do fabricante do dispositivo usado, colocar um isolamento entre a fonte de calor e a pele e monitorar frequentemente queimaduras e lesões por pressão.

2024 (atualização): se uma pessoa com hipotermia apresentar diminuição da capacidade de resposta, como inconsciência, incapacidade de permanecer acordada, fala murmurante, confusão, incapacidade de participar da remoção de roupas ou apresentar palidez, cianose ou pele congelada, o sistema médico de emergência deve ser acionado enquanto a pessoa é reaquecida por qualquer método disponível.

2024 (atualização): no caso de pacientes com estresse por frio ou hipotermia leve que estão alertas e podem consumir alimentos ou líquidos orais com segurança, recomenda-se fornecer alimentos ou bebidas com alto teor calórico.

2024 (atualização): se uma pessoa com hipotermia com diminuição da capacidade de resposta estiver usando roupas úmidas (não saturadas), como velo de poliéster, e não puder ser imediatamente transferida para um ambiente quente, aconselha-se iniciar o reaquecimento ativo através da roupa úmida com a técnica de envoltório de hipotermia, usando cobertores térmicos químicos, camadas de plástico ou papel alumínio e cobertores isolantes.

2024 (atualização): não é benéfico usar o reaquecimento corpo a corpo para reaquecimento ativo em comparação com outras técnicas de reaquecimento ativo, como bolsas de calor químico ou sistemas de ar forçado.

2024 (atualização): não é eficaz tratar uma pessoa com hipotermia com pequenas bolsas de calor químico de inserção em luvas ou botas como o único ou principal meio de reaquecimento.

2024 (atualização): fontes de calor, fricção e massagem não devem ser aplicadas nas extremidades de uma pessoa com hipotermia.

2024 (atualização): é potencialmente prejudicial usar um chuveiro quente ou imersão em água morna para reaquecer uma pessoa com hipotermia que apresente diminuição da capacidade de resposta (hipotermia moderada a grave) devido ao risco de resfriamento contínuo da temperatura central, hipotensão, quedas e afogamento.

Motivo: a hipotermia acidental é uma emergência ambiental que pode ser encontrada em ambientes urbanos, rurais e austeros. Nos Estados Unidos, a hipotermia é responsável por cerca de 1.300 mortes por ano. Há uma grande quantidade de estudos sobre as formas mais eficazes de prevenir e controlar a hipotermia, inclusive estudos que comparam diferentes métodos de reaquecimento. As diretrizes de 2024 se baseiam na literatura de medicina selvagem e montanhismo para fornecer recomendações de tratamento de primeiros socorros que são mais abrangentes do que as encontradas nas diretrizes anteriores.

Tabela 4. Sinais e sintomas da hipotermia e possíveis estratégias de reaquecimento

Nível de hipotermia	Sinais e sintomas	Estratégias de reaquecimento
Estresse por frio 35–37°C	<ul style="list-style-type: none">AlertarPossíveis calafrios	Retire a pessoa do ambiente frio; proteja contra mais perda de calor. O reaquecimento passivo é frequentemente adequado em pessoas saudáveis.
Hipotermia leve 32–35°C	<ul style="list-style-type: none">Alteração da capacidade de respostaCalafrios	Proteja contra perigos, como quedas. Os métodos de reaquecimento passivos e ativos podem ser usados em conjunto. Busque cuidados adicionais.
Hipotermia moderada 28–32°C	<ul style="list-style-type: none">Diminuição da capacidade de resposta± Calafrios± Frequência cardíaca baixaPalidez, pele exposta não pálidaAssociado a tecido congelado/ulceração por frio	A hipotermia com diminuição da capacidade de resposta, como responder apenas a voz alta ou dor, constitui uma emergência médica. Empregue todos os métodos de reaquecimento passivo e ativo disponíveis, trate o paciente com cuidado e acione o sistema médico de emergência.
Hipotermia grave <28°C	<ul style="list-style-type: none">Inconsciência, pode parecer sem vida	
Hipotermia profunda <24°C	<ul style="list-style-type: none">Cessaçã dos calafriosFrequência cardíaca e respiração lentasAlto risco de ritmo cardíaco irregular e PCR	

Ulceração por frio

2024 (atualização): o método preferencial para aquecer o tecido congelado é a imersão em água morna limpa entre 37 e 40°C (99–104°F).

2024 (atualização): o tecido congelado deve ser reaquecido na primeira oportunidade, desde que não haja risco de congelar novamente.

2024 (atualização): se a imersão em água morna limpa não for viável, deve-se permitir que o tecido congelado reaqueça espontaneamente em ar ambiente quente ou junto à pele aquecida da própria pessoa.

2024 (atualização): uma pessoa que sofra ulceração por frio deve procurar atendimento médico imediato.

2024 (atualização): joias ou outros materiais de constricção devem ser removidos de uma extremidade congelada o mais rápido possível.

2024 (atualização): uma pessoa com hipotermia moderada a grave deve receber reaquecimento central antes que a ulceração por frio seja tratada.

2024 (atualização): se possível, a pessoa deve proteger o tecido congelado contra novas lesões e evitar andar com os pés e dedos dos pés congelados.

2024 (atualização): no caso de tecidos congelados e descongelados e entre os dedos dos pés e das mãos, deve-se aplicar gaze volumosa, limpa e seca ou curativos de algodão estéril. Os curativos circunferenciais devem ser enrolados de forma frouxa para permitir o inchaço sem pressionar o tecido subjacente.

2024 (atualização): aconselha-se que uma pessoa que sofra ulceração por frio tome ibuprofeno para evitar mais danos aos tecidos e tratar a dor.

2024 (atualização): não se recomenda que os prestadores de primeiros socorros desbridem as bolhas associadas a ulceração por frio.

Motivo: lesões de ulceração por frio podem causar danos permanentes aos tecidos e a perda de dedos ou membros. A ulceração por frio pode ocorrer em áreas povoadas ou remotas; como o reaquecimento e o recongelamento pioram a lesão, o tratamento da ulceração por frio pode variar dependendo do ambiente. As diretrizes de 2024 de primeiros socorros para ulceração por frio ampliam essas recomendações de forma detalhada.

Reidratação oral da desidratação por esforço

2024 (atualização): na ausência de choque, confusão ou incapacidade de engolir, os prestadores de primeiros socorros devem ajudar ou encorajar as pessoas com desidratação por esforço a reidratarem-se oralmente com qualquer bebida de reidratação disponível ou água potável.

2024 (atualização): aconselha-se escolher uma bebida com 4% a 9% de carboidratos e eletrólitos em vez de água potável, bebidas com 0% a 3,9% de carboidratos e eletrólitos, água de coco ou leite de vaca com baixo teor de gordura, se tais opções estiverem prontamente disponíveis.

Motivo: tais disposições foram atualizadas com base em novas informações que demonstram que bebidas com 4% a 9% de carboidratos e eletrólitos geralmente apresentam melhor retenção do que outras opções de reidratação oral.

Picadas de água-viva

2024 (atualização): o prestador de primeiros socorros deve observar a reação sistêmica de uma pessoa com picada de água-viva e ligar para os serviços de emergência em caso de dificuldade para respirar, sinais de choque ou dor intensa.

2024 (atualização): aconselha-se remover quaisquer tentáculos remanescentes levantando-os ou puxando-os e evitando o contato manual. Enxaguar a área afetada com água do mar para remover o tentáculo é uma alternativa aconselhável caso a remoção mecânica não seja possível.

2024 (atualização): após a remoção dos tentáculos, aconselha-se a imersão/irrigação com água quente não escaldante ou a aplicação de uma fonte de calor para aliviar a dor.

2024 (atualização): uma pomada ou gel tópico de lidocaína pode ser aconselhável para o controle da dor se não houver água quente disponível.

Motivo: as picadas de água-viva ocorrem em áreas costeiras em todo o mundo e envolvem animais de muitos gêneros diferentes. Embora os estudos de tratamento de primeiros socorros para picada de água-viva variem amplamente, o objetivo geral é remover ou desativar os nematocistos e diminuir a dor. Nesta revisão atualizada, não foram encontrados dados consistentemente positivos para a aplicação de água quente, vinagre, bicarbonato de sódio, urina/ureia, amaciante de carne/papaína ou outras intervenções de primeiros socorros comumente defendidas. Atualmente, considera-se a remoção mecânica de tentáculos (por exemplo, com uma pinça) como o tratamento principal. Com base em uma revisão científica da Red Cross de 2016¹² e uma revisão crítica da literatura mais recente, as diretrizes de 2024 são mais limitadas em seu escopo do que as diretrizes anteriores e o foco consiste na remoção de nematocistos, além de intervenções para o controle da dor.

Cuidados com queimaduras térmicas após o resfriamento

2024 (atualização): uma pessoa com uma queimadura de espessura total ou com uma queimadura de espessura parcial maior do que a sua palma da mão ou que envolva o rosto, as mãos, os pés ou os órgãos genitais da pessoa deve buscar imediatamente o atendimento por um profissional de saúde.

2024 (atualização): no caso de uma pessoa com evidência de lesão por inalação de fumaça, como queimaduras faciais, dificuldade para respirar, pelos nasais chamuscados ou fuligem ao redor do nariz ou da boca, o Serviço Médico de Emergência deve ser acionado.

2024 (atualização): alguém com queimaduras térmicas deve remover imediatamente todas as joias, cintos e outros itens apertados das áreas queimadas.

2024 (atualização): aconselha-se o uso de medicamentos analgésicos de venda livre para a dor de queimaduras térmicas.

2024 (atualização): após o resfriamento, para pequenas queimaduras de espessura parcial tratadas em casa, pode ser aconselhável aplicar petrolato, pomada antibiótica à base de petrolato, mel ou aloe vera e um curativo limpo e não aderente para tratar feridas de queimadura abertas.

2024 (atualização): após o resfriamento, enquanto a pessoa aguarda a avaliação por um profissional de saúde, pode ser aconselhável cobrir de forma frouxa com um pano limpo ou curativo seco não aderente uma queimadura que apresente a pele intacta ou uma bolha intacta.

Motivo: embora as recomendações para queimaduras térmicas iniciais permaneçam substancialmente inalteradas desde 2015, as recomendações de 2024 incorporam as melhores práticas para o tratamento de pequenas queimaduras, incluindo o uso de tratamento tópico que cria um bom ambiente para a cicatrização de feridas.

Avulsão dentária

2024 (atualização): quando um dente permanente é avulsionado (extração traumática), as medidas iniciais incluem a remoção de detritos visíveis do dente por meio de breve enxágue (menos de 10 segundos), tomando cuidado para não danificar o dente ou o tecido associado e tentando replantar o dente na cavidade.

2024 (atualização): quando um dente permanente é avulsionado, a pessoa deve buscar atendimento odontológico ou médico imediatamente. Ela deve levar o dente caso não seja replantado com sucesso.

2024 (atualização): se um dente permanente avulsionado não puder ser imediatamente replantado, pode ser benéfico colocar o dente em solução salina balanceada de Hanks, soluções salinas de reidratação oral, própolis ou água de arroz, se for pré-preparada, ou envolver o dente em película aderente para evitar a desidratação.

2024 (atualização): se um dente permanente avulsionado não puder ser imediatamente replantado e as soluções ou intervenções acima mencionadas não estiverem disponíveis, pode-se considerar a conservação do dente em leite de vaca ou saliva.

2024 (atualização): se um dente permanente avulsionado não puder ser imediatamente replantado e nenhum dos meios de conservação acima mencionados estiver disponível, pode-se considerar o uso de um probiótico, clara de ovo ou leite de amêndoa.

Referências

- Hewett Brumberg EK, Douma MJ, Alibertis K; Charlton NP, Goldman MP, Harper-Kirksey K, Hawkins SC, Hoover A, Leichtle S, Kule A, McClure SF, Wang GS, Whelchel M, White L, Lavonas EJ; on behalf of the American Heart Association and American Red Cross. 2024 American Heart Association and American Red Cross guidelines for first aid. *Circulation*. Published online November 14, 2024. doi: 10.1161/CIR.0000000000001281
- Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation*. 2010;122(18)(suppl 3):S934-S946. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150
- Lavonas EJ, Akpunonu PD, Arens M; for the American Heart Association. 2023 American Heart Association focused update on the management of patients with cardiac arrest or life-threatening toxicity due to poisoning: an update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2023;148(16):e149-e184. doi:10.1161/CIR.0000000000001161
- Morley PT, Atkins DL, Finn JC, et al. Evidence evaluation process and management of potential conflicts of interest: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2020;142(16)(suppl 1):S28-S40. doi:10.1161/CIR.0000000000000891
- Magid DJ, Aziz K, Cheng A, et al. Part 2: evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16)(suppl 2):S358-S365. doi:10.1161/CIR.0000000000000898
- Singletary EM, Charlton NP, Epstein JL, et al. Part 15: first aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross guidelines update for first aid. *Circulation*. 2015;132(18)(suppl 2):S574-S589. doi:10.1161/cir.0000000000000269
- Charlton NP, Pellegrino JL, Kule A, et al. 2019 American Heart Association and American Red Cross focused update for first aid: presyncope: an update to the American Heart Association and American Red Cross guidelines for first aid. *Circulation*. 2019;140(24):e931-e938. doi:10.1161/cir.0000000000000730

2024 (atualização): um dente permanente avulsionado não deve ser conservado em água da torneira.

Motivo: embora os princípios de cuidados dentários e replante rápido permaneçam inalterados, as diretrizes de 2024 fornecem uma lista ordenada de possíveis meios de conservação (Tabela 5) para preservar as células nos ligamentos periodontais, que são essenciais para o replante bem-sucedido.

Tabela 5. Opções de meio de conservação para um dente avulsionado

Primeira escolha (maior taxa de sucesso de replante)
<ul style="list-style-type: none"> Solução salina balanceada de Hanks Soluções salinas de reidratação oral Solução de própolis (10%, 50% ou 100%) Água de arroz (pré-preparada) Envolvimento em película aderente
Opções de segunda linha
<ul style="list-style-type: none"> Leite de vaca (qualquer teor de gordura) A saliva da pessoa
Opções de terceira linha
<ul style="list-style-type: none"> A saliva de outra pessoa Meios probióticos (por exemplo, iogurte probiótico, solução de <i>Lactobacillus reuteri</i>) Clara de ovo Leite de amêndoa

8. Pellegrino JL, Charlton NP, Carlson JN, et al. 2020 American Heart Association and American Red Cross focused update for first aid. *Circulation*. 2020;142(17):e287-e303. doi:10.1161/cir.0000000000000900
9. Levine GN, O'Gara PT, Beckman JA, et al. Recent innovations, modifications, and evolution of ACC/AHA clinical practice guidelines: an update for our constituencies: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;139(17):e879-e886. doi:10.1161/CIR.0000000000000651
10. Sawyer T, White M, Zaveri P, et al. Learn, see, practice, prove, do, maintain: an evidence-based pedagogical framework for procedural skill training in medicine. *Acad Med*. 2015;90(8):1025-1033. doi:10.1097/ACM.0000000000000734
11. Centers for Disease Control and Prevention. What to do after a tick bite. Accessed August 2, 2024. <https://www.cdc.gov/ticks/after-a-tick-bite/>
12. American Red Cross Scientific Advisory Council scientific review: jellyfish stings. Approved June 2016. Accessed January 7, 2023. <https://www.redcross.org/content/dam/redcross/Health-Safety-Services/scientific-advisory-council/Scientific%20Advisory%20Council%20SCIENTIFIC%20REVIEW%20-%20Jellyfish%20Stings.pdf>