

ATUALIZAÇÃO SOBRE ASSISTÊNCIA EM PARADA CÁRDIO-RESPIRATÓRIA*

*Márcia Carolina Calsa Nunes**

RESUMO: Enfatiza a importância da atuação do profissional enfermeiro junto à equipe de saúde e junto ao paciente em situações de parada cardíaco-respiratória. Descreve técnicas de ressuscitação exercidas basicamente por leigos e pelo profissional e, ainda, recursos e tratamentos dispensados ao indivíduo.

INTRODUÇÃO

A idéia de fazer um estudo a respeito de reanimação cardíaco-respiratória surgiu durante o primeiro dia de estágio, na Universidade de Cuidados Intermediários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, quando presenciei a uma parada, o que me chamou muito a atenção. Os aparelhos e os medicamentos utilizados e toda a seqüência de ações precisas e imediatas despertaram curiosidade de saber o que estava sendo feito, como estava sendo feito e por quê.

O presente trabalho tem por objetivos apresentar o que existe de mais atual a respeito de técnicas, aparelhos e medicamentos mais usados em casos de parada cardíaco-respiratória, para reanimação, bem como focar os cuidados de enfermagem dispensados àqueles pacientes que em unidades hospitalares fazem um quadro de parada e são reanimados.

* Tema do trabalho apresentado à Disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, sob a orientação do professor Vanderlei Carraro.

**Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MEDIDAS DE SUPORTE DE VIDA

Mais de noventa por cento das situações de morte súbita se devem à miocardiopatia isquêmica, fundamentalmente, infarto do miocárdio.¹

Existem duas técnicas de ressuscitação: as medidas de suporte básico de vida (exercidas quase sempre por leigos) e as medidas de suporte avançado de vida (exercidas pelo pessoal técnico).

As primeiras, segundo opinião de Nonohay, em conferência, geralmente são iniciadas pelo leigo, quando ocorre morte súbita e visam prevenir a parada cardíaca ou respiratória através de seu pronto reconhecimento e intervenção e, conhecer o suporte externo de circulação através do ABC (aéreas, boca-a-boca, circulação) da ressuscitação cardiopulmonar.

Visto que a maioria das pessoas apresentam morte súbita antes de chegar ao hospital, se elaborou um programa, nos Estados Unidos, de educação do leigo para exercer estas medidas frente a uma situação de morte súbita. Atualmente, oitenta milhões de pessoas já estão preparadas.

Mais de quarenta por cento (40%) das fibrilações ventriculares documentadas foram recuperadas pelas medidas de suporte básico e cerca de cem a duzentas mil pessoas são recuperadas antes de chegarem ao hospital.^{1,7}

As medidas de suporte avançado de vida geralmente são feitas pelo médico ou com sua supervisão e consistem nas medidas de suporte básico mais o uso de equipamentos adjuntos, a obtenção de uma via venosa, a administração de drogas, a monitorização cardíaca, a desfibrilação, o controle das arritmias e os cuidados pós-ressuscitação.

O suporte básico de vida no adulto, tem os seguintes passos: inicialmente o diagnóstico da inconsciência pelo leigo, o providenciamento de chamada de uma unidade cardiocoronária móvel até o local do acidente e o posicionamento da vítima em decúbito dorsal, iniciando assim, o ABC da ressuscitação cardiopulmonar. O primeiro cuidado é a manutenção de uma via aérea e detecção da presença ou ausência de apnéia. Se a apnéia existe, inicia-se a respiração boca-a-boca e a desobstrução da via aérea quando existe corpo estranho. Se identifica a presença ou ausência de pulso e se inicia a massagem torácica, se o pulso estiver ausente. É feita flexão da cabeça para trás e o pescoço para frente com o intuito de deslocar a língua da porção posterior da garganta. A

ventilação artificial visa, basicamente, manter uma via aérea permeável e manter a ventilação adequada.

Quando há suspeita de fratura da coluna cervical em um acidente, não se deve flexionar a cabeça para trás, apenas empurrar a mandíbula para frente. É preciso remover próteses dentárias, quando presentes e retirar corpos estranhos através de três manobras básicas. A primeira manobra é a de pancadas nas costas, na altura da espinha entre os dois ombros, com o objetivo de deslocar o corpo estranho. A segunda manobra é a compressão manual ou acima do apêndice xifóide e rebordo costal ou abaixo na altura do epigástrico, desenvolvendo um punho cerrado com a outra mão e dando quatro rápidas compressões com o objetivo de produzir uma saída de ar do pulmão, uma tosse artificial e a eliminação do corpo estranho. A terceira é para gestantes e pessoas obesas e para idosos, também na altura do tórax, só que por trás.

Se o indivíduo não volta a ventilar uma vez estabelecida a via aérea desobstruída, se utiliza uma ventilação artificial através da respiração boca-a-boca, boca-a-nariz e, para indivíduos com traqueostomia, boca-a-estômago, e se aplica quatro rápidas ventiladas e se observa se o indivíduo volta a respirar. Se isto não ocorre, se começa uma respiração a cada cinco segundos quando há dois operadores e, quando há um só, faz-se duas respirações a cada quinze segundos.

Deve-se palpar o pulso carotídeo e, se ausente, deve-se estabelecer o diagnóstico de parada cardíaca.

Coloca-se a vítima sobre uma superfície dura e se comprime o esterno quatro a cinco centímetros a fim de prensar o coração entre o esterno e a coluna vertebral. Faz-se uma média de sessenta compressões por minuto. Quando existem dois recuperadores, o ritmo é de cinco massagens para uma ventilação, em cada cinco segundos e, quando há um recuperador, quinze massagens para duas ventilações em cada quinze segundos, palpando o pulso carotídeo periodicamente para ver se a massagem está sendo efetiva.

A palma da mão do recuperador deve ser colocada no terço superior do esterno, acima do apêndice xifóide e a cada compressão quatro a cinco centímetros, do esterno para baixo, utilizando o peso do corpo, em direção ao coração com a palma da mão sobre o esterno, com os dedos erguidos não encostando nas costelas para evitar fraturas.

Em crianças, as manobras obedecem a mesma sequência, apenas com algumas variações. Uma criança tem um pescoço que se flete muito mais, nós não devemos fletir-lo demais porque podemos obstruir as vias aéreas. Na ventilação se faz boca do recuperador envolvendo a boca

e o nariz da criança. A massagem é feita tendo-se em vista que a posição do tórax e do coração é um pouco mais alta, no terço médio do esterno, utilizando-se dois a três dedos ou uma palma da mão, quando a criança é maior. Geralmente, a parada, em crianças, se deve à obstrução das vias aéreas por corpo estranho.^{2,3,7}

Quanto ao suporte avançado de vida, que consiste no suporte cardíaco de vida básico mais o uso de equipamentos e técnicas especiais para manter a ventilação e a circulação do paciente, são utilizados a monitorização cardíaca para o reconhecimento de arritmias, a manutenção de uma via venosa e a terapêutica para pacientes com suspeita de infarto do miocárdio, confirmada durante a parada cardíaca e fase pós-parada, drogas e desfibrilação.

Usa-se, basicamente, a oxigenoterapia, que é fundamental nas manobras de reanimação, visto que a hipóxia irá fazer com que haja o uso de metabolismo anaeróbico, provocando acidose, por isto ser importante uma boa ventilação para que as manobras de refracção sejam eficazes. A ventilação pode ser feita por catéter, por máscara de oxigênio a cinquenta por cento e pelo ambu com oxigênio. Também pode-se usar o obturador esofágico, pouco usado. Este é um catéter que se introduz no esôfago, quando se tem dificuldade de entubar o paciente. Insufla-se o balão o qual evita a entrada de ar para o estômago e refluxo e deposição do material na cavidade.

A entubação endotraqueal é fundamental para isolar a via aérea e fornecer uma concentração maior de oxigênio aos pulmões e evitar o refluxo do material gástrico. Quando há obstrução de via aérea e não se consegue retirar o material que a está obstruindo, pode-se fazer uma incisão na membrana hipotireoidea e colocar uma cânula e ventilar através dela. Quando o indivíduo não precisa mais ser massageado, usa-se ventiladores automáticos ciclados por pressão.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A hipóxia é corrigida com líquidos endovenosos, sulfato de morfina para aliviar a dor, drogas para controle do ritmo e frequência cardíaca — a lidocaína e procainamida, propanolol, sulfato de atropina e isoproterenol e drogas para elevar o débito cardíaco e a pressão sanguínea — o hidrocloreto de epinefrina e a norepinefrina, a dopamina, digitálicos, além da nitroglicerina, o bicabornato de sódio, diuréticos e corticóides.

As manobras que se usam no manejo da fibrilação ventricular são as seguintes:

Uma vez estabelecida a fibrilação ventricular, iniciam-se as manobras básicas de massagem e ventilação e, se o indivíduo estiver monitorizado, está indicado o soco pré-cardíaco. Se isso não oferecer resultados, continua-se com as manobras de ressuscitação enquanto se mantém uma via venosa e o suprimento de oxigênio e se prepara a desfibrilação elétrica. Faz-se um choque elétrico de trezentos a quatrocentos joules, se insucesso, se aplica outro, se ainda o resultado não for bom se mantém os cuidados básicos e se aplica a epinefrina. Para combater a acidose, usa-se bicarbonato de sódio e aplica-se só então, o terceiro choque elétrico. Quando há bom resultado, após a reversão, aplica-se xilocaína, apenas um miligrama por quilo de peso e mantém-se uma infusão venosa de dois miligramas por minuto. No caso de recorrência de fibrilação ventricular, tenta-se usar a lidocaína e a procainamida, visando uma melhor resposta na próxima desfibrilação.

No caso de assistolia, se iniciam as manobras de ressuscitação: entuba-se o paciente, mantém-se uma veia e aplica-se a epinefrina e o bicarbonato de sódio para se tentar fazer com que o paciente passe para uma fibrilação ventricular. Se isso for inefetivo, usa-se o cloreto de cálcio endovenoso e, se não surtir resultado, passa-se para a atropina, repetindo-se bicarbonato a cada dez minutos e, se persistir essa assistolia tentamos isoproterenol endovenoso com epinefrina intra-cardíaca. Caso nenhuma destas medidas surta resultado temos de fazer uma passagem de marca-passo transverso ou transvenoso.^{5,7}

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE PARADA CÁRDIO-RESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR ESPECIALIZADA

Em nossa vivência em unidade, verificamos que em caso de parada, o enfermeiro se mantém sempre junto ao paciente. Tem-se como rotina a presença de um funcionário também, durante o atendimento.

Às vezes, pode-se prever que um paciente vai parar. Se sabemos que um paciente tem risco de fazer uma parada, mantém-se o material próximo a ele, uma observação bem contínua, vias aéreas superiores desobstruídas e monitorização e uma veia puncionada.

Quando se constata que o paciente teve uma parada respiratória, o cuidado imediato do enfermeiro é com relação à ventilação, desobstrução das vias aéreas e, se for uma parada cardíaca também, inicia-se a massagem e chama-se imediatamente um médico. Logo após, é instalada monitorização e o médico assume a ventilação e a massagem. O enfermeiro, dedica-se à punção venosa e administração de medicamentos, podendo também alternar-se com o médico na ventilação e massagem do paciente. Mantém o material à mão, as pás para uma possível cardioversão, e toda a medicação, seringas, material para aspiração.

Durante a fase mais crítica da reanimação, podem acontecer complicações no estado do paciente. Ele pode ter uma convulsão, comprometimento neurológico, pode não reverter, pode ter feito uma parada respiratória que evoluiu para uma parada cardíaca e demorar muito para recuperar o que pode acarretar comprometimento cerebral mais sério, comprometimento cardíaco, arritmias as quais serão corrigidas com medicamentos.

Após a recuperação efetivada, o enfermeiro estabelecerá um novo plano de cuidados, o qual envolverá: cuidados com a orientação do paciente, tranquilizá-lo dizendo por que ele foi entubado, por que está sendo aspirado, cuidado com aspiração sempre que necessário, registro da evolução da parada, reposição da medicação, observação do nível de consciência do paciente, cuidados com sinais vitais, tubo endotraqueal (aspiração, fixação, permeabilidade), higiene oral, troca do sistema de aspiração (catéteres e sondas), fluidificação das secreções e outros cuidados pertinentes ao estado geral do paciente como hidratação, alimentação, cuidados com volume e aspecto da urina, observação das extremidades, cianose, observação do escopo na monitorização, troca de local dos eletrodos e higiene do paciente.

Os carros de parada contêm material necessário e poderão ser utilizados numa situação de parada cárdio-respiratória. Eles contêm um monitor, às vezes um eletrocardiógrafo, pasta condutora, micropore para fixar os eletrodos ao paciente, tubos endotraqueais de vários tamanhos e calibres, seringas, agulhas, laringoscópio (é importante que esteja com pilhas e lâmpadas funcionando), lâminas de diferentes tamanhos e formatos, ambu (tendo-se o cuidado de que a máscara esteja bem inflada e que seja do tamanho do rosto do paciente para que a respiração seja eficiente), medicação de urgência, pinça de maguil (para facilitar a colocação do tubo endotraqueal), tábua para sustentar o paciente durante a massagem cardíaca.^{5,6}

Convém enfatizar a importância do atendimento aos familiares dos pacientes, quando presentes, por parte da equipe de saúde, tendo em vista o envolvimento emocional decorrente da situação, levando-se em conta que o paciente não deve ser visto como um ser isolado e sim como um ser inserido num amplo contexto social. E, quando não presentes, deve-se informá-los, sobre o ocorrido, dando-lhes apoio.

CONCLUSÃO

Para maior aprendizado do aluno-enfermeiro julga-se importante conversas com profissionais, tanto da equipe de enfermagem quanto da médico-hospitalar, como também conferências sobre o assunto, a fim de que se compreenda todas as atividades e atitudes desencadeadas no que diz respeito à reanimação cardíaco-respiratória.

O trabalho integrado da equipe de saúde é fundamental para um efetivo atendimento a indivíduos em parada.

Enfatiza-se sobretudo, a orientação do leigo para um atendimento imediato a indivíduos que, por inúmeras razões, podem apresentar um quadro de parada. São medidas simples, mas de grande importância para que se promova a reanimação ou, pelo menos, se proporcione os primeiros cuidados até que se possa dar um atendimento mais especializado.

Considera-se importante a lembrança de que tanto o paciente como sua família necessitam de atenção e consideração constantes.

Outro ponto a salientar é a necessidade de cursos de atendimento básico oferecidos à comunidade, tendo em vista a grande importância dos primeiros socorros ao indivíduo que sofre uma parada antes de receber atendimento especializado, à nível hospitalar.

SUMMARY: Emphasizes the importance of the professional nurse performance next to the health team and next to the patient in situations of cardio-respiratory arrests. Describes resuscitation techniques performed basically by laymen and by the professional, as well as resources and treatments offered to the individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. *Programa de reanimação da AMRIGS: Fisiologia normal da respiração e da circulação*. Porto Alegre, s.d. 4p.
2. BRUNNER, Lilian S. & SUDDARTH, Doris S. Assistência ao paciente na unidade de tratamento cardíaco: intervenção de emergência na parada cardíaca. In:_____. *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap. 28. p.565-78.
3. _____. Assistência de emergência: medidas para ressuscitação de emergência. In:_____. *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap. 61. p. 1485-1522.
4. _____. Manuseio de pacientes com distúrbios cardíacos: parada cardíaca. In:_____. *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap. 30, p.597-634.
5. CHAVES, Enaura (enfermeira) & BARROS, Elvino (médico). Profissionais da Unidade de Cuidados Intermediários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nov. 1983. (entrevistas).
6. GOMES, Alice M. Parada cárdio-respiratória. In:_____. *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo, EPU-EDUSP, 1978. p. 131-41.
7. NONOHAY, Nelson. *Cardioversão, desfibrilação e ressuscitação cardiopulmonar: técnicas e resultados*. Simpósio realizado durante o 4º Encontro Sulbrasileiro de Cardiologia. Porto Alegre, 18-20, ago. 1983.

Endereço do Autor: Márcia Carolina C. Nunes
Author's Adress: Rua João Teles, 306/205
90.000 – PORTO ALEGRE – RS.