

REANIMAÇÃO RCP

Data de aceite: 02/10/2023

Giovanna Buffo

<https://orcid.org/0000-0002-2954-5333>

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida por interrupção das atividades elétricas do coração e respiratórias. Sua taxa de mortalidade é altíssima, porém, com o aperfeiçoamento dos atendimentos pré e intra-hospitalar, vem reduzindo. A intervenção para reversão do quadro baseia-se em um conjunto de procedimentos para restabelecer a circulação e a oxigenação do paciente.

Palavras-chave: Parada cardiorrespiratória; Compressões torácicas; Desfibrilação precoce

Epidemiologia

Cerca de 30% dos pacientes que evoluem para PCR não sobrevivem a ela, sendo 15% os que não apresentam sequelas neurológicas. Em grande parte dos casos, está associada a doenças

cardiovasculares pré-existentes. A PCR sempre está ligada aos 5Hs e 5Ts: hipóxia, hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipotermia e hipo/hipercalcemia; trombose coronária, tromboembolismo pulmonar, tensão no tórax por pneumotórax, toxina e tamponamento cardíaco; sendo essas as suas causas.

Diagnóstico

Os sinais de maior incidência e relevância para a identificação de uma PCR são ausência de consciência e responsividade, ausência de pulso e atividade elétrica cardíaca e cianose. Após identificar a PCR, deve-se iniciar as manobras de reanimação cardíaca pulmonar (RCP) imediata da vítima, priorizando os 5 minutos de ouro.

O paciente em PCR pode apresentar quatro ritmos cardíacos distintos: fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso (ritmos chocáveis imediatos, com uma reversão de cerca de 73%, desde que o paciente seja desfibrilado nos 3 a 4 primeiros minutos de PCR) e ritmos

de assistolia ou atividade elétrica sem pulso (ritmos não chocáveis). Constatadas estas condições, iniciam-se as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP).

Tratamento

Ao se deparar com uma vítima que esteja em PCR, deve-se seguir a Cadeia de Sobrevivência de Atendimento Cardiovascular (ACE) e Emergência da American Heart Association (AHA): 1. Reconhecimento imediato da PCR e acionamento do serviço de emergência/urgência; 2. RCP precoce, com ênfase nas compressões torácicas; 3. Rápida desfibrilação; 4. Suporte avançado de vida eficaz; 5. Cuidados pós-PCR integrados.

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE enfatizam a necessidade de uma RCP de alta qualidade, incluindo: frequência de compressão mínima de 100/minuto; profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças; retorno total do tórax após cada compressão; minimização das interrupções nas compressões torácicas e evitar excesso de ventilação.

Se a pessoa presente for treinada, ela deverá aplicar a RCP somente com as mãos (somente compressões torácicas) na vítima, com ênfase em “comprimir forte e rápido” no centro do tórax, ou seguir as instruções do atendente/operador do Serviço Médico e de Enfermagem (SME). O socorrista deve continuar a RCP somente com as mãos até a chegada e preparação de um desfibrilador externo automático (DEA) para uso ou até que os profissionais do SME ou outros encarregados assumam o cuidado da vítima.

Se o socorrista leigo treinado puder realizar ventilações de resgate, as compressões e as ventilações devem ser aplicadas na relação de 30 compressões para cada 2 ventilações. O socorrista deve continuar a RCP até a chegada e preparação de um DEA/ DAE para uso ou até que os profissionais do SME assumam o cuidado da vítima.

REFERÊNCIAS

1. RASIA, Maíra Antonello. Cuidados de enfermagem a pacientes em pós-parada cardiorrespiratória internados em unidade de terapia intensiva: construção e validação de protocolo. 2016. Doctoral dissertation, Universidade Federal da Santa Catarina.
2. CAMPANHARO, Cassia Regina Vancini. A epidemiologia da parada cardiorrespiratória no serviço de emergência de um hospital universitário. 2015. 116f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2015.
3. LUGON, A.S; SANTOS, V.M; FARIAS, L.G et al. Atuação do profissional enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória de acordo com as novas diretrizes. Centro Universitário São Camilo – ES, Cachoeiro de Itapemirim – ES, 2014.
4. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.