

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA – A ROTINA NAS SALAS DE EMERGÊNCIA

Talia Eduarda Zucchi Klauss¹; Gabriela Massafra Porazzi¹; Marina Rocha Assis¹; Maiara Flores Scariot¹;
Rafaella Resplande Xavier¹

¹Centro Universitário de Várzea Grande. UNIVAG. Várzea Grande, Brasil.

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é considerada uma condição de emergência, sendo a principal causa de morte nos Estados Unidos, segundo o ACLS 2020. É definida pela interrupção da circulação cardíaca gerando disfunções hemodinâmicas. Neste contexto, é fundamental o seguimento da cadeia de sobrevivência, a qual aumenta a probabilidade da sobrevida em eventos cardíacos. O primeiro elo da cadeia consiste no reconhecimento do paciente em PCR e chamar por auxílio, já o segundo elo refere-se ao início na reanimação cardiopulmonar (RCP), seguindo o atendimento, o terceiro indica a desfibrilação precoce, o quarto consiste no atendimento de suporte avançado precoce e, por fim, o quinto abrange os cuidados pós-PCR e a investigação e resolução das causas de base. É importante lembrar, o sucesso do suporte avançado de vida (SAV) depende de um bom atendimento de suporte básico (SBV), associado a uma equipe capacitada. Desta forma, este estudo objetiva enfatizar o atendimento adequado para as situações de parada cardiorrespiratória, associando as atualizações do atendimento trazidas pelo ACLS 2020. **Método:** Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando-se o ACLS 2020, a I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar, Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia e arquivos dos bancos de dados da Scielo, utilizando-se as palavras chave “parada cardiorrespiratória”, “ressuscitação cardiopulmonar” e “suporte avançado de vida”. **Resultados:** A parada cardiorrespiratória é considerada uma condição de emergência. Cerca de 56 a 74% dos casos dela, no ambiente pré-hospitalar, são de fibrilação ventricular (FV) e tal ritmo tem excelente prognóstico em 85% dos casos, quando ocorre a desfibrilação precoce, pois a cada minuto que se passa a taxa de sobrevida reduz em até 10%. Sendo assim, o manejo moderno da PCR foi iniciado em agosto de 1961, quando houve a incorporação de massagem cardíaca com o suporte de vias aéreas e a comprovação de melhor prognóstico com este manejo veio em seguida após o estudo de Judes. Desde então, os protocolos da Parada cardiorrespiratória passaram por inúmeras alterações, chegando ao último protocolo recomendado pelo ACLS 2020, no qual o atendimento segue a sequência da Cadeia de sobrevivência, que engloba o suporte básico de vida e o suporte avançado de vida. Desta maneira, o ACLS 2020 recomenda que o atendimento se inicie pela checagem da segurança do local, pois evitar riscos à equipe deve ser prioridade.

Caso seja uma situação segura, deve-se avaliar a responsividade do paciente e a respiração, se ele não estiver responsivo e/ou não respirando o desfibrilador externo automático (DEA) e o serviço médico de emergência deve ser solicitado que, na realidade brasileira, é representado pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Em seguida, checa-se o pulso durante 5 a 10 segundos no máximo e, caso este não esteja presente ou haja dúvida, inicia-se a ressuscitação cardiopulmonar o mais precocemente possível, até a chegada do DEA, com o mínimo de interrupções possíveis. O Curso de Treinamento de Emergências Cardiovasculares da Sociedade brasileira de cardiologia (SBC) cita a possibilidade de se realizar apenas as compressões torácicas (hands only) em casos nos quais o socorrista possua pouca experiência. Ademais, o recomendado pelo ACLS 2020 são 30 compressões torácicas, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto – para que a pressão de perfusão das artérias coronárias mantenham-se em 35 mmHg – para 02 ventilações de oxigênio a 100%. Para que as compressões sejam consideradas eficazes é necessário que, além dos critérios supracitados, elas afundem cerca de 5 cm do tórax e permitam que este retorne totalmente antes da próxima compressão. Com a chegada do DEA, deve-se checar o ritmo e se ele é passível de choque ou não, priorizando-se que neste momento todos afastem-se do paciente. Uma das limitações do DEA, é que ele apenas avalia se o ritmo é chocável ou não, não realizando assim, a especificação de qual ritmo o paciente apresenta. Atenção especial deve ser dada aos pacientes portadores de marca-passos e crianças de 0 a 8 anos. No primeiro caso, a pá do desfibrilador pode ser acoplada 2,5 cm de distância do marca-passos ou ser acoplada no sentido anteroposterior, além disso, pacientes com o tórax molhado, devem ter seu tórax seco antes da administração do choque. Associado a isso, é de suma importância que o período entre o DEA ser carregado e a administração do choque a RCP deve ser mantida. Estando carregado o DEA, cabe ao líder da equipe certificar-se que os demais componentes da equipe se afastem do paciente. Após o atendimento de SBV e com a chegada da equipe de atendimento avançado, o desfibrilador monofásico ou bifásico e medicamentos devem ser empregados para o melhor atendimento ao paciente. A energia administrada por desfibriladores monofásicos deve ser de 360J, já a energia dos desfibriladores bifásicos deve estar entre 120 a 200J. Além disso, estudos comparativos entre o uso de desfibriladores bifásicos e monofásicos demonstram igualdade e até mesmo superioridade do primeiro, podendo-se relacionar este fato a menor voltagem o que causa menor lesão miocárdica. Sabe-se que existem quatro ritmos de parada cardiorrespiratória, dos quais FV e taquicardia ventricular (TV) são passíveis de choque, e assistolia e atividade

elétrica sem pulso (AESP) não. Frente a um caso de ritmo chocável, o seguimento do atendimento se dá pela realização do choque, preferencialmente bifásico, seguido por um ciclo de RCP durante 2 min. Após o segundo ciclo de RCP a primeira droga pode ser administrada, priorizando-se o uso de um vasopressor – para otimizar a perfusão do musculo cardíaco – sendo a droga de escolha a Epinefrina 1mg a cada 3 a 5 min. Em situações em que há a persistência do quadro de FV ou TV, após a RCP, desfibrilação e o uso de vasopressor, indica-se um antiarrítmico, optando-se pela Amiodarona e, na ausência desta, deve-se administrar Lidocaína. Referente a isso, o uso de amiodarona demonstrou aumento do retorno da circulação espontânea (RCE) e sobrevida na admissão hospitalar em adultos com FV/TV refratária, segundo a Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Além destes cuidados, devemos tratar as causas reversíveis de PCR, que nos casos de FV/TV refratária, a principal a ser considerada é a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), sendo a reperfusão precoce importante para melhores prognósticos. Entretanto, a terapêutica trombolítica durante a RCP não demonstrou melhora dos desfechos. Tratando-se de um caso de assistolia ou AESP, a desfibrilação não está indicada, então, a conduta a ser realizada é uma RCP de qualidade, associada ao uso de vasopressor – Epinefrina 1 mg a cada 3 a 5 min – e a identificação das causas tratáveis. Frente ao ritmo de assistolia, devemos lembrar de checar os ganhos do desfibrilador - pois pode tratar-se de uma FV fina, sendo inaceitável não chocar este ritmo – as derivações da monitorização e os cabos (CAGADA). Após a checagem do mnemônico CAGADA, deve-se lembrar das principais causas tratáveis destes ritmos, os 5 Hs e os 5 Ts. É importante destacar que a decisão de usar uma via aérea definitiva cabe à equipe, levando-se em consideração a situação do local e da vítima. Vale lembrar ainda dos benefícios deste procedimento, como a redução do tempo de interrupção entre compressão e ventilação, uma vez que quando há a instalação de uma via aérea avançada, o primeiro socorrista deve realizar as compressões de forma contínua e o segundo deve manter as ventilações a cada 6 a 8 segundos. Em estudo de PCR extra-hospitalar, os pacientes que foram intubados apresentaram taxa de sobrevida maior do que aqueles que não foram intubados. Por fim, com o RCE iniciam-se os protocolos de cuidados pós-ressuscitação com reavaliação de exame clínico e monitorização de parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios, metabólicos e neurológicos. Sendo de suma importância citar o uso da hipotermia para a proteção neurológica em pacientes pós-parada comatosos. O uso da capnografia com onda contínua quantitativa também é indicada em pacientes intubados durante o período peri-PCR,

para a confirmação do posicionamento correto do tubo endotraqueal, controle da qualidade da RCP e avaliação do RCE baseada nos valores da detecção de dióxido de carbono (PetCO₂) ao final da expiração. **Conclusão:** A presente revisão literária mostrou a alta taxa de mortalidade da parada cardiorrespiratória, enfatizando a importância do conhecimento dos protocolos de RCP, haja vista que ao serem aplicados corretamente, aumentam a expectativa de sobrevivência do paciente. Além disso, foi entendido a diferença entre o DEA e outros equipamentos, sendo esse ainda mais acessível a leigos. Já para profissionais da área da saúde, com acesso a desfibriladores, foi mostrado sua forma de uso e de verificação, diante do ritmo cardíaco presente. Sendo de grande relevância identificar todos os critérios necessários no processo de ressuscitação, visto que há várias mudanças no ACLS 2020, como o uso da capnografia.