

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Joyce Ferreira Silveira Rocha¹, Najla Miranda Nacur Nagem ¹, Luiz Carlos Rocha², Rafael Diniz Abrantes³.

1 Acadêmicas do quinto período de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte.

2 Cirurgião Geral do Hospital IPSEMG, Hospital Municipal de Contagem e Cirurgião do trauma no Hospital Regional de Betim.

3 Médico residente de cirurgia cardiovascular do Hospital Madre Tereza

Palavras-chave: ressuscitação cardio-pulmonar; suporte básico de vida; suporte avançado de vida em cardiologia

INTRODUÇÃO: Denomina-se parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e inesperada dos movimentos respiratórios, bem como da atividade mecânica ventricular útil e suficiente para manter o débito cardíaco. É uma intercorrência grave e que deve ser atendida no menor intervalo de tempo possível. A PCR pode acontecer na vigência de: fibrilação ventricular (FV); taquicardia ventricular (TV); assistolia (A), e atividade elétrica sem pulso (AESP). O que se observa imediatamente após a parada é a inconsciência, ausência de pulso em grandes artérias (carótida, femoral) e ausência de movimentos respiratórios. Cianose e palidez cutânea podem estar presentes nesses pacientes. A avaliação inicial precisa ser rápida, de modo que sejam identificados os problemas prioritários e, simultaneamente, instituído medidas terapêuticas.

METODOLOGIA: Esse trabalho foi realizado através de uma revisão bibliográfica sobre parada cardiorrespiratória, dando ênfase aos protocolos de ressuscitação cardio-pulmonar da American Heart Association e do ACLS.

DISCUSSÃO:

Diagnóstico e procedimentos iniciais: Constatação imediata da PCR é de fundamental importância, pois permite iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas e de equipamento adequado. Algumas condições clínicas são consideradas como de “risco” para a PCR, dentre elas destacam-se: a existência de doenças crônicas como cardiopatias, hipertensão arterial e diabetes. É comum que, antes de parar, o paciente apresente alguns sinais que indiquem a eminência da PCR. Dor torácica, sudorese, tontura, perda de consciência e sangramento são alguns deles. Reconhecer a eminência da parada reduz o tempo do

atendimento e melhora o prognóstico. Após o diagnóstico, o atendimento deve ser imediato e precisa seguir um protocolo rígido. A primeira coisa a ser feita é solicitar ajuda. Se a parada ocorreu em um ambiente extra-hospitalar, a ambulância deve ser acionada imediatamente. No hospital, o sinal azul deve ser dado, para que o carrinho de para seja levado até o paciente. O suporte básico de vida deve ser iniciado em seguida. O ABCD primário consiste em: abrir as vias aéreas, dar início à ventilação artificial, fazer as compressões torácicas e, se indicado, utilizar o desfibrilador cardíaco. Este está sempre indicado na FV e na TV, o mais precoce possível. Em outras situações, na ausência de desfibrilador/monitor, o ABC deve ser iniciado e mantido até que se faça o diagnóstico da causa da PCR.

Suporte avançado de vida: suporte avançado de vida consiste no ABCD secundário, que ocorre após o suporte básico de vida. Quando iniciado, deve-se estabelecer a intubação ou, na sua impossibilidade uso da máscara laríngea. Se o paciente não dispuser de um acesso venoso previamente à PCR, deve-se obter rapidamente esse acesso, preferencialmente periférico e nos membros superiores. Em situações em que não se consegue acesso venoso periférico, a via intra-óssea (IO) é a via alternativa. Caso não seja possível a sua implantação, a injeção imediata de medicamentos, pode ser feita através do tubo endotraqueal, seguida de 3 a 4 ventilações amplas. Nessa situação, deve-se utilizar o dobro da dose preconizada no uso IV. A monitoração cardíaca deve ser feita, inicialmente, com as duas pás do desfibrilador, o que permite a desfibrilação imediata. Após este momento, e com o equipamento apropriado, procede-se imediatamente à monitoração do ritmo cardíaco.

Através da monitorização pode-se identificar a modalidade elétrica da PCR, essa diferenciação implica condutas ligeiramente diferentes, principalmente a desfibrilação. As modalidades elétricas são: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem Pulso (TV), Assistolia (A) e Atividade elétrica sem pulso (AESP). A mais prevalente é a FV e, a mais grave, é a AESP, uma vez que essa não responde ao choque.

CONCLUSÃO: Apesar de ser um intercorrência grave, a PCR pode ser reversível e, para que haja sucesso é necessário, além do conhecimento técnico, organização, treinamento e trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS:

1. TIMERMAN, Ari. *Ressuscitação Cardiopulmonar*. Série Clínicas Brasileiras de medicina Intensiva. Ano 3. Volume 4. São Paulo: Atheneu, 1998.
2. COTRAM, R. S; ROBBINS, S.L. *Bases Patológicas das doenças*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.
3. STONE, C.K. CURRENT EMERGENCY. Diagnosis and Treatment. 5ª ed. USA: Lange, 1992.
4. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Management of Cardiac Arrest. Guide for Cardiopulmonary Rexuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 2005.