

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PARADA CARDIORESPIRATÓRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HELENA COUTO MOLINA¹; ALINE RAMSON BAHR²; LICELI BERWALDT CRIZEL³; LUCIANA FARIAS⁴; MANOELLA SOUZA DA SILVA⁵; NORLAI ALVES DE AZEVEDO⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas – lenikah_ @hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – alineramsonbahr@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – liceli.crizel@hotmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – enf.evander@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – manoellasouza@msn.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – norlai2011@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão dentre as principais causas de óbito no mundo. No Brasil, este tipo doença apresenta uma alta taxa de mortalidade (DUARTE; FONSECA, 2010). Os fatores de risco, como alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo, associados ao envelhecimento da população somam quase 90% do risco atribuído as doenças cardiovasculares, percentual correspondente ao Brasil e também ao redor do mundo (BRASIL, 2006).

Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares são histórico familiar de doença arterial coronariana prematura; homens com mais de 45 anos e mulheres acima dos 55 anos; tabagismo; hipertensão arterial sistêmica; hipercolesterolemia; diabetes mellitus; obesidade (IMC > 30 kg/m²); gordura abdominal; sedentarismo; alimentação inadequada e estresse psicossocial (BRASIL, 2007). Dentro dos agravos causados pelas doenças cardiovasculares encontramos a parada cardiorrespiratória (PCR) (DUARTE; FONSECA, 2010).

A PCR é definida como “a cessação da eficácia das funções do coração (circulação) e dos pulmões (respiração)” (MIRANDA, 2010. p. 10). A parada ocorre quando o coração não é capaz de produzir impulso elétrico e de bombear sangue, pode ser causada por um evento elétrico como bradicardia profunda e fibrilação ventricular; quando não há ritmo cardíaco como a assistolia ou quando existe atividade elétrica, porém a contração cardíaca é ineficaz, evento conhecido como atividade elétrica sem pulso. Pode ainda seguir com parada respiratória (SMELTZER et al., 2011).

Trata-se de um problema mundial de saúde pública, ainda que não exista a exata dimensão do problema pela falta de estatísticas a respeito. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia ocorrem cerca de 200.000 PCRs anualmente no Brasil, sendo metade dos casos em ambiente hospitalar. É considerada a situação clínica de maior emergência na medicina, sendo fundamental a rápida intervenção para o êxito no atendimento. Das vítimas de PCR em ambiente intra-hospitalar, em torno de 37% apresentam ritmo de atividade elétrica sem pulso e 39% assistolia, os ritmos de fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso são responsáveis por 23% a 24%, apresentando as maiores taxas de sobrevida, 36% a 37%, sendo a média geral de sobrevida pós PCR na média dos 18% (SBC, 2013).

A Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é um conjunto de manobras realizadas a fim de converter uma PCR, visando proporcionar o retorno da circulação sanguínea para os órgãos vitais até que o fluxo normal seja reestabelecido, evitando maiores danos ao paciente (SMELTZER et al., 2011).

Estima-se que após instalada a PCR, a sobrevida do indivíduo é reduzida em cerca de 7 a 10% a cada minuto transcorrido sem manobras de ressuscitação (SBC, 2013).

O atendimento de RCP deve seguir a seguinte sequência: C (compressões torácicas); A (abertura de via aérea); B (ventilação). Quando a PCR é detectada deve-se prosseguir com o reconhecimento da parada; acionar o serviço de emergência/urgência; iniciar as compressões, para suporte básico de vida a relação é 30 compressões para duas ventilações; no suporte avançado quando estabelecido via aérea definitiva ligada à rede de oxigênio a 100% realiza-se o mínimo de 100 compressões por minuto e uma ventilação em cada seis a oito segundos (aproximadamente oito a dez ventilações por minuto). As compressões são realizadas na linha mamilar comprimindo o esterno cerca de cinco cm de profundidade (HAZINSKI et al, 2010).

A enfermagem tem papel importante nos cuidados ao paciente vítima de parada, pois presta cuidados diretos e imprescindíveis, tais como: cuidados com a ventilação (aspiração do tubo orotraqueal - tubo, nariz e boca, fixação e mudança de posição do tubo na comissura labial); manter a cabeceira do leito elevada, cateterismo naso/orogástrico e vesical de demora; monitorar sinais vitais, oximetria de pulso (saturação deve manter-se acima de 94%); acesso venoso periférico; promover conforto e medicar conforme prescrição (SMELTZER et al., 2011).

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na assistência ao usuário em parada cardiorrespiratória em uma unidade de emergência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado no Pronto Socorro de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul tendo como objetivo a assistência emergencial a um cliente em parada cardiorrespiratória. O acompanhamento do usuário foi realizado por acadêmicas de enfermagem, no mês de Junho de 2015, no qual foram realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, assistência de enfermagem e coleta de dados sobre o ocorrido junto ao familiar do cliente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Usuário F. F. L., 61 anos, casado, residente em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, hipertenso, diabético, obeso (aproximadamente 160 kg), renal crônico transplantado. Iniciou com um quadro de dispneia intensa em sua residência, foi acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, e encaminhado a Unidade de Pronto Socorro, aonde chegou acordado, porém confuso, com quadro de cianose e dispneia intensa, evoluindo a parada respiratória seguida de parada cardíaca.

Imediatamente a equipe de plantão iniciou as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, com compressões torácicas e ventilação com ambu ligado a rede de O₂, não sendo necessário realizar a intubação endotraqueal, pois o mesmo reverteu rapidamente o quadro, recobrando a consciência. Após foi instalada máscara de Hudson a 15 l/min e monitoração cardíaca contínua. Também verificou-se a pressão arterial constatando quadro hipertensivo: 250x180 mmHg. Punctionada jugular esquerda por impossibilidade de acesso venoso periférico, administrada a medicação atensina para controle de quadro hipertensivo.

As acadêmicas de enfermagem realizaram higiene íntima, pois o mesmo liberou esfíncteres durante a parada cardiorrespiratória e posteriormente sondagem vesical de demora para controle da diurese.

Após a estabilização do quadro clínico o mesmo foi encaminhado para a sala de emergência do Pronto Socorro, onde permaneceu internado até a manhã seguinte, logo foi transferido para a enfermaria masculina da Unidade. No dia seguinte ao episódio, realizou-se a visita ao paciente fazendo a anamnese e exame físico.

Durante a entrevista foi possível verificar que o mesmo encontrava-se lúcido e orientado, assim foi possível aprofundar-se sobre sua história pregressa e atual, constatando-se que o mesmo realizou transplante renal há aproximadamente dois anos, anteriormente realizava sessões de hemodiálise em um serviço de terapia renal substitutiva do município durante cinco anos. Conforme relatos do usuário, após o transplante houve aumento excessivo do peso corporal, chegando ao quadro de obesidade mórbida. Outro aspecto relevante relatado foi sua internação pregressa por diagnóstico de pneumonia, o qual recebeu alta no dia anterior a internação atual, sendo isto a possível causa da complicaçāo respiratória.

Após obtenção de leito hospitalar, o usuário recebeu alta e seria transferido para um hospital do município, porém houve complicaçāo do quadro ainda na emergência, pois o mesmo apresentou dispneia intensa saturando 76%, logo foi encaminhado para a sala de emergência, onde recebeu suporte de oxigênio, após estabilização foi transferido para a unidade de internação do hospital citado anteriormente.

4. CONCLUSÕES

Compreende-se a importância de um atendimento rápido e efetivo aos usuários vitimas de parada cardiorrespiratória, tendo em vista que isto acarretará na sobrevida do mesmo. É imprescindível que haja controle dos fatores de risco que levam o indivíduo à PCR, no caso do usuário citado neste estudo, há prevalência dos principais fatores de risco como hipertensão, obesidade e quadro de pneumonia, além disso, foi possível constatar que após o transplante renal, os cuidados na alimentação foram negligenciados, provocando assim complicações de saúde.

Neste caso, as compressões torácicas e as ventilações através do dispositivo bolsa válvula máscara (ambu), foram suficientes para reverter à PCR, e a medicação administrada após conteve o quadro hipertensivo severo. Dessa forma, ressalta-se ainda mais a efetividade de uma equipe bem treinada para atender a estes casos e a maior chance de reversão quando iniciada imediatamente a RCP.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. Agência Nacional de Saúde Complementar. 2^a ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional para o controle integrado das DCNT: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2006.

DUARTE, R. N.; FONSECA, A. J. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral.

Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v.22, n.2, Roraima 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a09v22n2.pdf>>. Acesso: 16 jul 2015.

HAZINSKI, M. F. et al. Guidelines CPR, ECC. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. American Heart Association, 2010. 32p.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v. 101, n. 2, 2013. 240p.

SMETZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2236p.