

PAPEL DO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PARADA CARDÍACA NO PEQUENO HOSPITAL

*Ana Maria Amorim Müller **
*Sylvio Roberto Corrêa de Borba ***

RESUMO: Os autores enfatizam a importância do trabalho em equipe para a eficácia do atendimento à parada cardíaca em pequeno hospital. Ressaltam a importância do treinamento de todo o pessoal de enfermagem para dar início e prosseguindo às medidas de suporte básico da vida.

1. INTRODUÇÃO

A parada cardíaca é a mais grave das emergências médicas e seu tratamento definitivo exige o trabalho de uma equipe rápida, eficiente e plenamente consciente dos objetivos que se pretende alcançar, uma vez que a recuperação do cérebro deve iniciar-se dentro de apenas quatro minutos.

Cerca de 10 a 30% dos casos de morte inesperada ou súbita, pode se tornar reversível se houver um atendimento precoce adequado.

Muito embora o tratamento inicial possa ser administrado por uma só pessoa, dispondo-se de pouco ou nenhum equipamento, o tratamento definitivo não é, de forma alguma, trabalho para um indivíduo, uma vez que muitas atitudes necessitam ser tomadas em curto espaço de tempo.

Para o sucesso e eficácia do tratamento é necessária uma equipe de ressuscitação hospitalar onde as responsabilidades de cada indivíduo estejam plenamente estabelecidas. Isso somente será possível através do preparo e de uma atuação consciente da equipe de enfermagem de qualquer hospital, juntamente com um trabalho integrado e contínuo com a equipe médica.

* Professora do Departamento de Assistência e Orientação Profissional EE-UFRGS. Enfermeira da Sala de Recuperação Pós Anestésica do HCPA.

** Especialista em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Instrutor do Centro de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia do HCPA.

2. ALGUMAS CAUSAS DA PARADA CARDÍACA:

Um grande número de fatores, atuando isolada ou conjuntamente, pode produzir ou predispor à parada cardíaca¹, dificultando, além disto, a pronta recuperação do paciente. São eles:

- a) HIPÓXIA — é a causa mais freqüente. Ocorre na insuficiência respiratória, na isquemia miocárdica, no choque, na obstrução das vias aéreas, nas doenças pulmonares, nas convulsões, etc.
- b) MEDICAMENTOS — digitálicos, antiarrítmicos, vasopressores, antibióticos, anestésicos e sedativos.
- c) ARRITIMIAS CARDÍACAS
- d) DISTÚRBIOS METABÓLICOS — acidose e alcalose metabólicas.
- e) ESTÍMULOS VAGAIS

3. DIAGNÓSTICO DA PARADA CARDÍACA

No hospital de pequeno porte, quando se pretende a melhor possibilidade de recuperação para o indivíduo que sofre uma parada cardíaca, o diagnóstico deve ser estabelecido, ou pelo menos presumido, pelos componentes da equipe de enfermagem, e medidas terapêuticas apropriadas devem ser imediatamente instituídas.

O diagnóstico da parada cardíaca pode ser estabelecido com base nos seguintes sinais: ^{1, 2}

- a) AUSÊNCIA DE PULSO EM GRANDE ARTÉRIA: carótida ou femoral. É o mais importante sinal da parada cardíaca, o seu achado determina o início imediato do tratamento.
- b) APNÉIA: costuma ocorrer de 5 a 20 segundos após a parada cardíaca.
- c) PERDA SÚBITA DA CONSCIÊNCIA: é um sinal muito precoce, mas muito pouco específico, uma vez que outras situações em que não há parada cardíaca também determinam perda da consciência (traumatismo craniano, convulsões, etc.)
- d) DILATAÇÃO DAS PUPILAS: a completa dilatação das pupilas ocorre cerca de dois minutos após a parada cardíaca; é, portanto, um sinal tardio.

4. A EQUIPE DE RESSUSCITAÇÃO HOSPITALAR E O PAPEL DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Em hospitais de grande porte acima de 150 leitos existem equipes de saúde (médicos e pessoal de enfermagem) especializados no atendimento à parada cardíaca. Neste caso estas equipes desenvolvem suas atividades de rotina em unidades especializadas (Unidades de Tratamento Intensivo) e são especialmente treinadas para atender qualquer situação de parada cardíaca em todo o Hospital, com exceção das áreas restritas onde há pessoal e material especializado para atendimento destas emergências (bloco cirúrgico, UTI Pediatria, Neonatologia, Centro Obstétrico. .).

Num hospital de médio e pequeno porte (até 100 leitos) se faz necessário o treinamento de toda a equipe de saúde no sentido de dar assistência à parada cardíaca. Isto se deve ao fato de que neste tipo de instituição existe menor especialização tanto de material como de pessoal. Neste caso a equipe de enfermagem da unidade onde está o paciente é que vai dar início e prosseguimento ao tratamento definitivo da parada cardíaca, juntamente com a equipe médica.

Para o atendimento eficaz à parada cardíaca são necessárias quatro a cinco pessoas. Devido ao caráter permanente da equipe de enfermagem junto ao paciente, cabe a esta fazer o diagnóstico, dar o alarme e iniciar o tratamento.

É importante que aquele que detectar parada cardíaca tenha idéia do horário de início do tratamento, pois é relevante na administração de medicamentos e na observação da evolução do paciente.

O papel de cada membro da equipe de ressuscitação, diante de uma parada cardíaca seguirá a seguinte seqüência de atendimento:

1ª PESSOA: faz o diagnóstico e dá o alarme. Geralmente é um elemento da equipe de enfermagem. A pessoa que identifica a parada cardíaca permanece junto ao paciente e dá início ao tratamento estabelecendo uma via aérea permeável e iniciando a ventilação.

— São manobras importantes para realizar uma boa ventilação: hiperextensão do pescoço (retirar travesseiros), tração da mandíbula e abertura da boca, limpeza da via aérea supraglótica com aspirador ou com o dedo indicador (retirar próteses e/ ou restos alimentares), ventilação boca-a-boca ou sob máscara e cânula de oxigênio a 100%, tão logo seja possível.

2ª PESSOA: solicita ajuda e providencia a tábua de parada cardíaca. O paciente não deve ser removido do leito para o chão pois isto dificultará o atendimento.

Após ter solicitado ajuda, auxilia no tratamento inicial colocando a tábua sob o tórax e tão logo seja possível iniciando a massagem cardíaca externa após uma pancada seca no precórdio.

As duas primeiras pessoas seguem o tratamento até a chegada do médico.

Quando se dispõe de duas pessoas, a primeira faz compressões cardíacas e a segunda ventila o paciente após cada cinco compressões. Caso só exista uma pessoa a relação é de duas ventilações para cada quinze compressões cardíacas.³

É importante observar se a massagem cardíaca é eficaz, isto é, se há pulso em grande artéria, quando se efetua a compressão cardíaca.

3ª PESSOA: providencia as drogas, material de ventilação, monitor, desfibrilador e o material de acesso ao sistema venoso.

Enquanto os dois primeiros seguem o tratamento, a terceira pessoa irá puncionar uma veia, caso não haja veia disponível.

4ª PESSOA: o médico de plantão ou aquele que estiver mais próximo no momento, assume o comando da equipe e confirma o diagnóstico, estabelecendo as medidas adicionais a serem tomadas para a recuperação do paciente.

5ª PESSOA: obtém o prontuário do paciente para a consulta, se necessário. Anota as drogas administradas, doses e momento de administração em folha apropriada. Atua também como reserva técnica, auxiliando nos procedimentos em que o trabalho de um só indivíduo é insuficiente.

É importante lembrar que durante situações de atendimento à parada cardíaca, não devem ser esquecidos os demais pacientes da unidade, cabendo, portanto, aos demais membros da equipe de enfermagem dar continuidade à assistência dos outros pacientes proporcionando-lhes calma e segurança.

Caso haja presença de familiares, os outros membros da equipe de enfermagem deverão dar-lhes atenção e apoio emocional.

O tratamento definitivo (entubação e oxigenação, desfibrilação, utilização de drogas necessárias à recuperação e passagem de sonda nasogástrica, quando necessário) é responsabilidade médica. Esta tarefa que não é fácil, uma vez que, mesmo bons serviços, nos quais os pacien-

tes recebem tratamento definitivo em oito minutos, o percentual de altas hospitalares pós parada cardíaca é baixo (43%).

De acordo com a evolução das condições do paciente, após cerca de 60 minutos de esforços máximos de ressuscitação, não havendo sinais de recuperação provável ou potencial, o médico decidirá o prosseguimento ou não das manobras de ressuscitação. Esta decisão é sempre mais fácil se o paciente está em fase terminal de doença incurável e mais difícil se dispõe de poucos dados a seu respeito.

A fase terminal, identificada como a que antecede a morte constitui-se num problema e num desafio a todos. . Os Hospitais, e aqueles que nele trabalham, não aceitam a fase final por serem "instituições de cura", e ela se apresenta como uma possível derrota diante de seus interesses⁴.

Algumas vezes a parada cardíaca ocorre em pacientes em fase terminal, e trata-se de consequência de uma patologia bem definida, de muito mau prognóstico determinando uma inviabilidade de recuperação do paciente. Neste caso pode haver um posicionamento da equipe de saúde no sentido de preservar o "Direito de Morte" do indivíduo não iniciando as manobras de ressuscitação.

5. EQUIPAMENTO NECESSÁRIO À RESSUSCITAÇÃO

O equipamento necessário do tratamento definitivo da parada cardíaca está descrito no Anexo I.

Em instituições de pequeno ou médio porte este material permanecerá na área destinada ao tratamento intensivo e deslocado para as unidades de acordo com a necessidade. Todos os membros da equipe de enfermagem devem ter conhecimento da localização do material e forma de acesso.

O material necessário do atendimento da parada cardíaca deve estar sempre revisado e pronto para uso. Logo após seu uso em alguma emergência deverá ser testado e reabastecido com as drogas utilizadas.

Para a sistematização e eficácia do atendimento à parada cardíaca é imprescindível o treinamento e educação de toda a equipe de saúde.

6. RESUMO DAS RESPONSABILIDADES DO PESSOAL DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PARADA CARDÍACA.

1 — Dar o alarme ao **suspeitar** do diagnóstico, mesmo que não tenha certeza. A responsabilidade de diagnóstico de certeza é do médico e não do pessoal de enfermagem.

2 — Ao suspeitar do diagnóstico, iniciar as manobras de manutenção da via aérea e de ventilação e providenciar alguém para executar a massagem cardíaca externa. Quanto mais rapidamente isto for executado, maior é a probabilidade de obter-se êxito no tratamento.

3 — Fazer reunir rapidamente a equipe de ressuscitação cardio pulmonar e o material necessário, descrito no Anexo 1.

4 — Manter sempre limpo e em condições de uso todo o equipamento de ressuscitação.

5. Uma vez iniciadas as manobras de ressuscitação, não abandoná-las, a não ser por ordem médica.

7. CONCLUSÕES

A parada cardíaca é uma grave emergência, na qual se dispõe de cerca de três a quatro minutos para o início da recuperação do paciente.

O êxito no tratamento desta emergência depende diretamente da rapidez, eficiência, interesse e plena compreensão dos objetivos a que se propõe uma equipe multidisciplinar especialmente treinada para tanto, na qual todos os indivíduos executam tarefas específicas e igualmente importantes. Todo o pessoal de enfermagem de pequeno hospital deve estar treinando para iniciar as medidas de suporte básico da vida, sempre que necessário.

Os membros da equipe de enfermagem são indivíduos insubstituíveis no atendimento à parada cardíaca, uma vez que basta um médico na equipe, mas este não pode, por si só, realizar todas as tarefas necessárias à recuperação definitiva da vítima.

Finalmente, vitórias e fracassos da equipe de ressuscitação devem ser creditados à equipe como um todo e não à indivíduos em particular.

SUMMARY: The authors emphasize the importance of team work for the care effectiveness in face of heart failure in a small hospital. They enhance the importance of the whole nursing personnel's training so that the measures of basic support of life can be started and referred.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LÓPEZ, M. Ressuscitação cardiopulmonar. In: LÓPEZ, M. *Emergência médica*, Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1976. Cap.1, p.2-16.

2. MC CALL III, M. M. Cardiac arrest and its treatment. In: HURST, J. W. *The heart*, New York, McGraw-Hill, 1978. cap. 50, p. 734-40.
3. BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 4 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.
4. GELAIN, Ivo. *Deontologia e Enfermagem*. São Paulo, EPU, 1983.
5. NUNES, Márcia C.C. Atualização sobre a assistência em parada cardio-respiratória. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 5 (2): 279-286, Jul 1984.

ANEXO I

EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO DE PARADA CARDIACA

1. Equipamento de ventilação:

- Laringoscópio com lâminas curvas retas de vários tamanhos.
- Tubos endotraqueais de 12 a 26 sem balonete e de 28 a 42 com balonete.
- Seringa para insuflar balonete e pinça para balonete.
- Guias de Megill adulto e pediátrica de pinças de Magill adulto e pediátricas.
- Aspirador potente.
- Sondas de aspiração traqueal calibres 6 a 20.
- Máscaras faciais para adulto e pediátricas de vários tamanhos.
- Válvulas sem reinalação.
- Bolsas auto-insufláveis tipo Ambú, adulto e pediátrica.
- Cilindro de oxigênio cheio, com válvula redutora e fluxômetro instalados.

2. Equipamentos de monitorização, desfibrilação e manutenção da atividade cardíaca:

- Eletrocardioscópio com 3 ou 5 eletrodos.
- Desfibrilador com eletrodos de adulto e pediátrico.
- Fio de marca-passo e gerador de marca-passo.

3. Equipamento de acesso ao sistema venoso:

- Escalpe calibres 16, 19, 21, 23, 25 e 27.
- Bandeja de intracath e catéter nº 14.
- Bandeja de flebotomia.
- Álcool e álcool iodado.
- Equipos de soro (gotas e microgotas)
- Soluções parenterais (soro fisiológico, soro glicosado a 5%, soluções de gelatina a 3,5% (Haemacel, Hiplax) solução de dextran e sangue total.)

4. Drogas utilizadas no atendimento à parada cardíaca:

- Solução de bicarbonato de sódio a 8,4% (bicarbonato de sódio molar). Manter estoque de trinta frascos. Em crianças e recém-nascidos utiliza-se diluído pela metade com soro fisiológico.
- Adrenalina 1:1000 (Epinefrina milesimal). Diluir uma ampola em nove mililitros de soro fisiológico.
- Atropina 0,25 ou 5mg.
- Cloreto de cálcio a 10%.
- Lidocaína a 2% sem adrenalina (xylocaína, xilocard).
- Dopamina (Revivan 50 mg). Diluir a ampola em nove ml de soro fisiológico em equipo de microgotas.
- Furosemide (Lasix 20 mg).
- Metaraminol (Araminol 10 mg). Diluir uma ampola em nove ml de soro fisiológico.
- Etilnorepinefrina (Efortil 10 mg). Diluir uma ampola em nove ml de soro fisiológico.
- Digoxina 0,5 mg.
- Isoproterenol (Isuprel).
- Dobutamina (Dobutrex).
- Hidrocortisona (Solu-cortef, flebocortid 100 e 500 mg).
- Metilprednisolona (Solu-Medrol 500 mg).
- Tiopental (Thionembital 1 g).
- Difenhidantol (Hidantal, Epelin).
- Procainamida (procamide).
- Dexametasona (Decadron).
- Manitol.
- Morfina 10 mg.
- Dinidrato de isossorbide (Isordil sublingual 5 mg).
- Nitroprussiato de sódio (Nipride 50 mg). Diluir 10 mg em 90 ml de soro fisiológico em equipo de microgotas.

Além destas drogas, outras poderão ser necessárias, dependendo da situação, mas em geral, as acima descritas são suficientes para o manejo da parada cardíaca.

Endereço do Autor: Ana Maria A. Müller
Author's Address: Rua São Manoel, 963
90.620 – Porto Alegre (RS)