

Cuidados clínicos após PCR (Parada Cardiorrespiratória)

Autores e Afiliação:

Letícia Taniwaki. Ex- médica residente do Departamento de Clínica Médica - FMRPUSP; Carlos Henrique Miranda. Docente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica - FMRPUSP.

Área:

Área: Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: domingo, 27 de janeiro de 2019

Objetivos:

Definir os cuidados clínicos imediatos após recuperação de circulação espontânea após parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar.

Definição / Quadro Clínico:

Cuidados intensivos aplicados imediatamente após um episódio de parada cardiorrespiratória que visam aumentar a taxa de sobrevivência e diminuir as sequelas neurológicas possibilitando uma melhor qualidade de vida ao sobrevivente desta condição.

Exames Complementares:

Os seguintes exames complementares são necessários após recuperação espontânea da circulação:

- Gasometria arterial;
- Lactato;
- Glicemia;

- Radiografia de tórax;
- Eletrólitos (sódio, potássio, cálcio);
- Hemograma;
- Marcadores de necrose miocárdica (CK-MB, troponina); se suspeita de Síndrome Coronariana Aguda como causa da PCR;
- TP/TTPA;
- Eletrocardiograma de 12 derivações;
- Outros exames podem ser necessários de acordo com a suspeita do motivo da PCR.

Tratamento:

Avaliação do exame clínico e monitorização de parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios, metabólicos e neurológicos imediatamente após o episódio de parada cardiorrespiratória.

- Otimização da ventilação e oxigenação:
 - Via aérea avançada (intubação orotraqueal);
 - Manter saturação de O₂ entre 94-99%;
 - Evitar hiperventilação;
 - Utilização de capnografia se possível.
- Otimização hemodinâmica:
 - Manter PAS \geq 90mmHg;
 - Acesso venoso/intraósseo rápido;
 - Administração de fluidos endovenosos;
 - Administração de drogas vasopressoras (noradrenalina, dopamina, dobutamina);
 - Eletrocardiograma de 12 derivações;
 - Tratar causas reversíveis de PCR (5 “H”s e 5 “T”s);
 - Monitorização de pressão arterial invasiva se possível;
 - Acesso venoso central após estabilização do paciente.
- Terapia neuroprotetora:
 - Considerar hipotermia para pacientes não responsivos;
 - Evitar hipertermia;
 - Tratar crises convulsivas.
- Suporte de órgãos específicos: - Evitar hipoglicemia;
 - Considerar sedação após PCR em pacientes com disfunção cognitiva;

- Considerar investigação coronária invasiva em pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio.

- Prognóstico pós-PCR:

- Avaliação neurológica 72h após PCR;
- Algoritmo de avaliação prognóstica (Algoritmo 2).

HIPOTERMIA INDUZIDA

- Objetivo: minimizar injúria neurológica

- Indicação:

- Pós PCR em FV/TV em ambiente extra-hospitalar;
- Ressuscitação bem sucedida e estabilidade hemodinâmica;
- Glasgow<8, em ventilação mecânica.

- Critérios de exclusão:

- Outra razão para o estado comatoso (overdose de drogas, TCE, AVC, status epilepticus);
- Temperatura inicial <32°C;
- Gravidez;
- < 18anos;
- Coagulopatia ou sangramento prévio.

- Início: <10h após parate cardiorrespiratória.

- Cuidados antes do início: sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular - Fentanil: ataque 1-2mcg/kg e manutenção 1-4mcg/kg/h.

- Midazolam: ataque 2-6mg e manutenção 1-2mg/h;
- Rocurônio: ataque 0,5mg/kg e manutenção 0,5mg/kg/h.

- Método:

- Paciente despido, em ventilação mecânica com compressas úmidas e pacotes de gelo em regiões de dobras cutâneas;
- Infusão de 30-50ml/kg de SF0,9% ou RL a 4°C por 30min (repetir se não atingir 34°C em 4h);

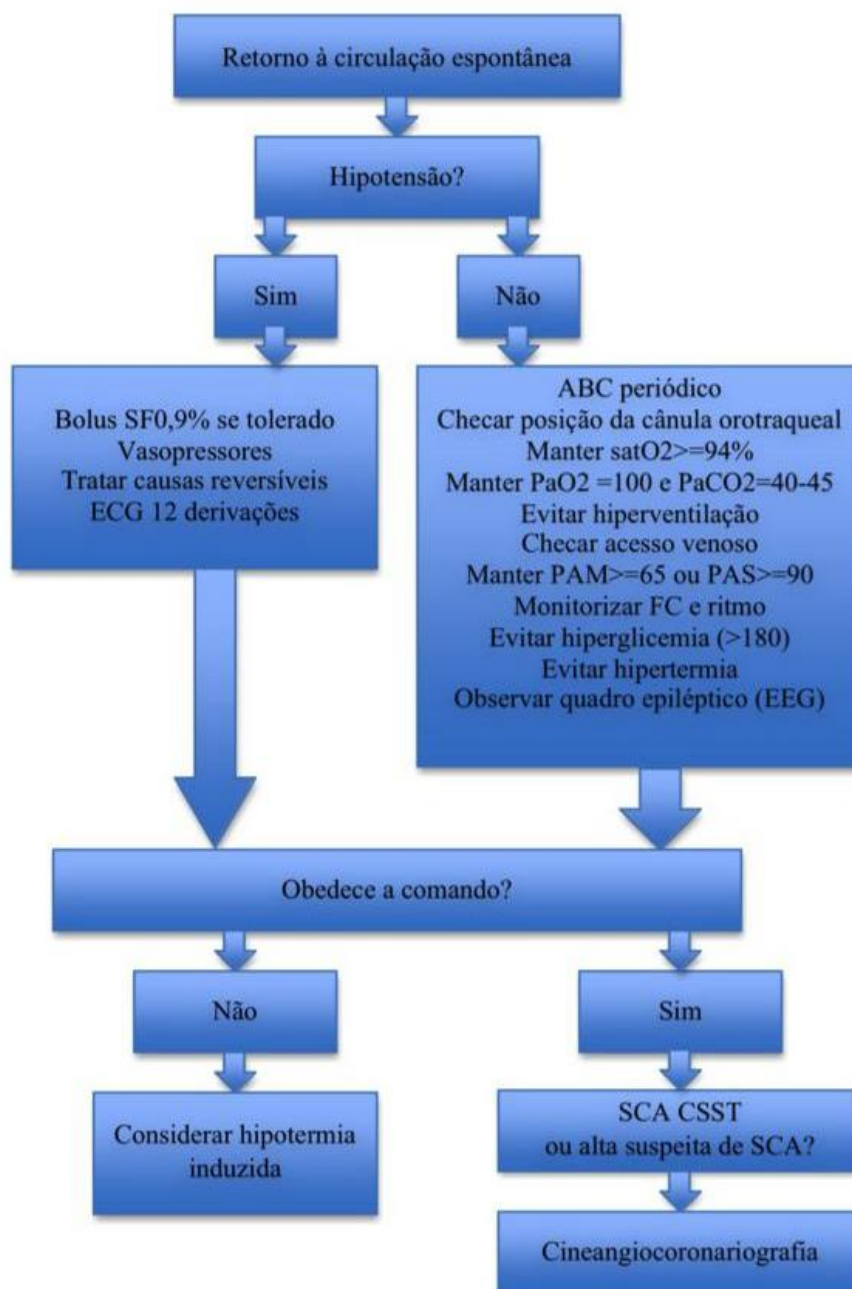
- Monitoração da T^o: esofágica ou venosa central (cateter de Swan-Ganz).
- Alvo: temperatura entre 34-36°C por 12-24h.
- Cuidados durante: monitorar potenciais complicações.
 - Distúrbios metabólicos (hipocalemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hiperglicemia);
 - Arritmias;
 - Infecções;
 - Coagulopatias;
 - Status epilepticus.
- Reaquecimento:
 - Início após 18h da indução;
 - Velocidade de 0,3-0,5°C/h até atingir 36°C;
 - Método passivo ou ativo, através de cobertor térmico.
- Cuidados após:
 - Suspender sedação e bloqueio neuromuscular após reaquecimento;
 - Evitar hipertermia.

Considerações Administrativas: Todos os casos de PCR devem ser documentados em ficha específica do HCFMRP-USP disponível com a Equipe de Enfermagem. Estes dados são importantes para avaliação das áreas de risco do HCFMRP-USP e planejamento de recursos, como avaliação periódica de desfibriladores e troca de equipamentos.

Anexos:

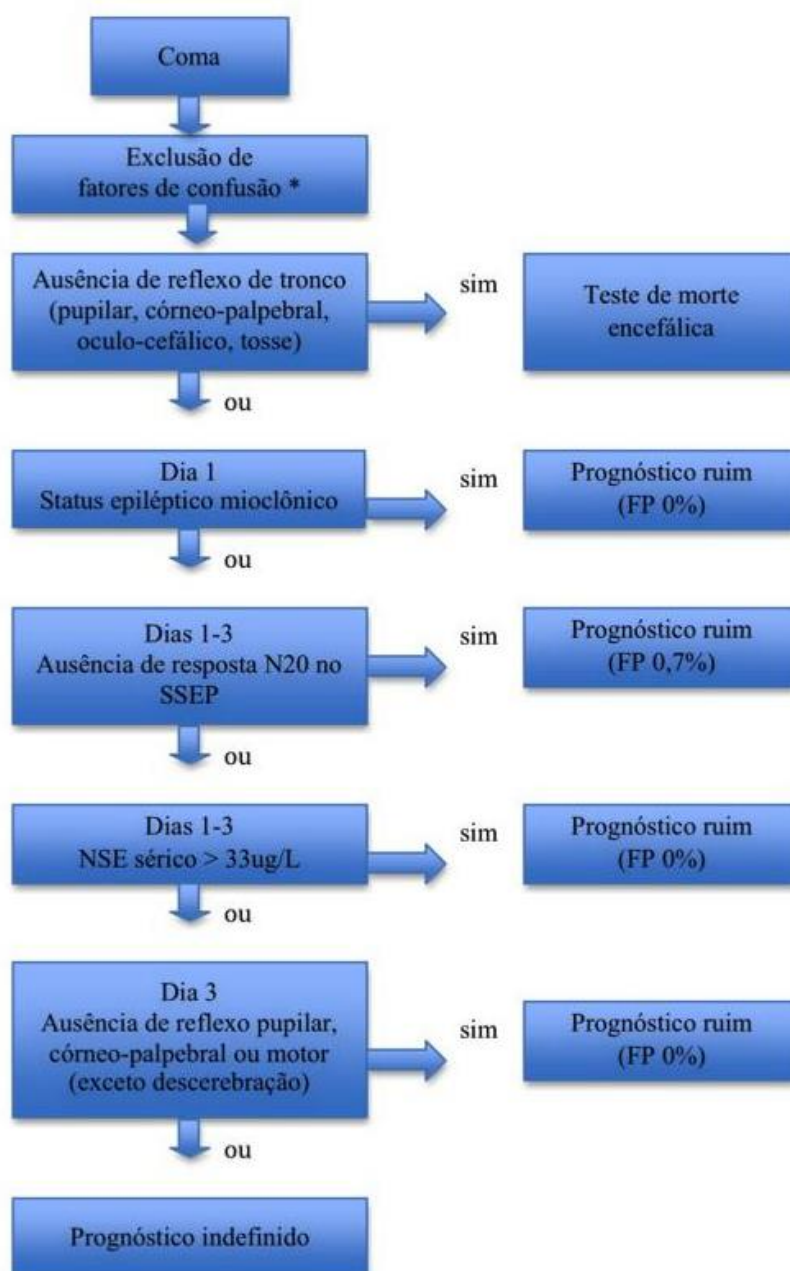
Fluxograma 1: Avaliação geral do paciente após recuperação da circulação espontânea

CUIDADOS PÓS-PARADA



Fluxograma 2: Avaliação do prognóstico neurológico após parada cardiorrespiratória

PROGNÓSTICO NEUROLÓGICO PÓS-PARADA



* Fatores de confusão: bloqueadores neuromusculares, drogas sedativas, hipotermia, falência de órgão, choque

** FP: falso positivo, NSE: enolase neurônio específico, SSEP: potencial somatossensorial evocado