

ATUALIZAÇÕES NO ATENDIMENTO A VITIMA PEDIATRICA EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

UPDATES ON CALL A PEDIATRIC VICTIM IN CARDIAC ARREST

Tamiris da Silva Neves¹; Michelle Machado de Farias²; Fábio José de Almeida Guilherme³; Flavio Sampaio David⁴; Danielle Costa de Souza⁵; Maria da Soledade Simeão dos Santos⁶.

¹Enfermeira. Pós - Graduanda de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy - UNIGRANRIO. e-mail: sn.tamiris@yahoo.com.br

²Enfermeira. Pós - Graduanda de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO)

³Enfermeiro. Instrutor do ATCN, capítulo Brasil. Coordenador do Curso de Pós Graduação lato senso de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNIGRANRIO. Professor Especialista da UNIGRANRIO.

⁴Enfermeiro. Instrutor do ATCN, capítulo Brasil. Coordenador do Curso de Pós Graduação lato senso de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNIGRANRIO. Professor Especialista da UNIGRANRIO. Capitão Enfermeiro do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro – CBMERJ.

⁵Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde da Família. Professora Assistente I da Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO).

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Professora Adjunto Doutor da Escola de enfermagem Anna Nery – UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa Educação Saúde e Enfermagem – NUPESenf.

Considerações Iniciais: Este estudo tem como objeto a atuação de Enfermagem na assistência à criança em situação de Parada Cardiorrespiratória - PCR, visando então a qualidade do serviço assistencial, uma vez que a PCR em crianças apresenta desafios peculiares na ressuscitação. Nosso interesse em desenvolver o presente estudo surgiu após observarmos a ausência de dados específicos sobre o tema, causando prejuízos ao atendimento desta faixa etária. O atendimento em emergência cardiorrespiratória e em ressuscitação cardiopulmonar desenvolve-se, a partir da década de 60 do século passado, por meio de programas e procedimentos estandarizados, decorrentes de propostas de organizações internacionais para o treinamento em urgências e em medidas de técnicas básicas e avançadas. Na década de 80, foi padronizado o atendimento pediátrico e neonatal para ressuscitação cardiopulmonar – RCP, denominado Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida Pediátrico. Esses cursos de treinamento em RCP pediátrica foram introduzidos no Brasil, a partir de 1998, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em convênio com a Sociedade Brasileira de Pediatria, priorizando a capacitação do profissional médico e, posteriormente, dos profissionais de enfermagem (TACSIL, VEENDRUSCOLO, 2004). A PCR na faixa etária

pediátrica raramente é um evento súbito. Em geral, ela é decorrente de uma falência respiratória ou circulatória. O Enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado ao paciente, portando reconhecer e intervir no momento da PCR, iniciando as manobras de ressuscitação precocemente, possibilitará que o paciente tenha um bom prognóstico sem lesões neurológicas. Diante das mudanças apresentadas pela *American Heart Association - AHA*, consideramos importante a atualização dos profissionais de saúde, com participação em cursos e eventos sobre o assunto ou até mesmo a leitura dessas Diretrizes que ocorrem constantes mudanças a cada cinco anos. A atuação da enfermagem exige conhecimento, capacitação técnica e tecnológica, habilidade e agilidade, tomada de decisões, trabalho de equipe, manifestando segurança, calma, empatia e racionalidade, para atender à criança e a sua família numa situação de emergência (TACSIL, VEENDRUSCOLO, 2004). Deste modo, parte a relevância/justificativa do estudo em trazer através dos conhecimentos adquiridos a mudança no comportamento da equipe de saúde frente a uma PCR pediátrica, aonde traremos uma literatura atualizada que facilitará a compreensão desses profissionais a respeito do tema, de forma a gerar condutas de conscientização sobre a necessidade de atualizar. Assim, sendo, foi estabelecido que o seguinte objetivo desta pesquisa é identificar as alterações para o atendimento a vítima pediátrica em PCR publicada pela AHA em 2010 e discutir sua aplicabilidade, com ênfase no atendimento avançado em pediatria. **Métodos:** O estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo qualitativa, propiciando melhor compreensão tanto dos aspectos objetivos como subjetivos das diferentes realidades encontradas no que se referem a valores e atitudes (MINAYO, 2000). Os protocolos utilizados foram os publicados no período de 2005-2010 pelo fato de ser o intervalo entre as últimas publicações realizadas pela AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; 2010). **Resultados:** Foram elaboradas duas tabelas comparativas dos protocolos, apresentando as principais alterações ocorridas no suporte básico e avançado de vida em pediatria.

BASIC LIFE SUPPORT - BLS

2005	2010
A ressuscitação cardiopulmonar era iniciada com a abertura da via aérea e a aplicação de 2 respirações antes das compressões torácicas.	Iniciar a RCP em bebês e crianças com compressões torácicas, em vez de ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C). Inicie a RCP com 30 compressões (socorrista atuando sozinho) ou 15 compressões (para a reanimação de bebês e crianças por dois profissionais de saúde), em vez de 2 ventilações.

Comprimir com força suficiente para deprimir o tórax até, aproximadamente, um terço ou metade de seu diâmetro anteroposterior.	Para obter compressões torácicas eficazes, os socorristas devem comprimir, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax. Isto corresponde, aproximadamente, a 1 polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças.
O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" era usado para avaliar a respiração após a abertura da via aérea.	O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da seqüência de avaliação da respiração após a abertura da via aérea.
Se você for um profissional de saúde, tente palpar um pulso. Não demore mais do que 10 segundos.	Se, em 10 segundos, você não sentir o pulso ou estiver inseguro quanto a isso, inicie as compressões torácicas.
Dados são insuficientes para que se emita uma recomendação pro ou contra o uso de DEA/DAE em bebês com menos de 1 ano de idade.	Se não houver um desfibrilador manual disponível, prefira um DEA/DAE equipado com um atenuador de carga pediátrico.

Tabela comparativa (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; 2010)

ADVANCE CARDIOLOGIC LIFE SUPPORT - ACLS

2005	2010
A carga de energia da Desfibrilação em uma primeira tentativa era de 2 J/kg e deve 4 J/kg nas tentativas subsequentes	A carga de energia inicial passa a ser de 2-4J/kg e em tentativas subsequentes a carga deverá ser de no mínimo 4J/kg não excedendo 10J/kg
A administração de cálcio de rotina não melhora o resultado da PCR.	A administração de cálcio de rotina não é recomendada para a PCR pediátrica na ausência de hipocalcemia, overdose documentada de bloqueador dos canais de cálcio, hipermagnesemia ou hipercalemia. A administração de cálcio de rotina em PCR não produz benefícios e pode ser nociva.
Quando pacientes pediátricos permanecerem comatosos após a ressuscitação, resfrie-os até 32°C a 34°C por 12 a 24 horas.	A hipotermia terapêutica (até 32°C a 34°C) também pode ser considerada para bebês e crianças que permaneçam comatosos após a reanimação de uma PCR.

Tabela comparativa (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; 2010)

Conclusão: Consideramos que os profissionais de enfermagem necessitam de uma capacitação técnica e científica voltada para o atendimento pediátrico em parada cardiorrespiratória, devido à carência de dados publicados e pouca capacitação da equipe multidisciplinar para intervir na assistência prestada a vítima em PCR. A partir tabelas

elaboradas, analisamos a necessidade de uma atualização dos profissionais, pois foram realizadas algumas alterações significativas nas diretrizes pela American Heart Association que resultaram em modificações na prática da ressuscitação cardiopulmonar. Cabe à equipe de saúde iniciar precocemente a avaliação do quadro clínico da criança, iniciando o protocolo BLS. Ao Enfermeiro, além de atuar em consonância com o profissional médico, deverá organizar as ações da sua equipe, delegando as funções, aumentando assim, as chances de sobrevivência da criança em parada cardiopulmonar.

Referências

1. TACSIL YR, VEENDRUSCOLO DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.12, n.3, p. 477-84, 2004.
2. MINAYO MCS. Pesquisa Social: Teoria método e criatividade. 16ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines 2005 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Part 3. Overview of CPR. Circulation, 2005.
4. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Highlights of the 2010 American Heart Association Guidelines for the CPR and ECG.