



CURSO DE ENFERMAGEM

LUCIANA BISPO DOS SANTOS

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PCR NA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

CRUZ DAS ALMAS – BA

2024

LUCIANA BISPO DOS SANTOS

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PCR NA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

Projeto submetido à apreciação do
Componente Curricular Trabalho de
Conclusão de Curso I da Faculdade Brasileira
do Recôncavo – FBBR.

Orientador: Prof. (a). Dra. Luana Araújo dos
Reis.

CRUZ DAS ALMAS – BA

2024

RESUMO

Introdução: A Parada Cardiorrespiratória (PCR) possuía uma taxa de mortalidade muito alta, que vem diminuindo no decorrer dos anos devido ao melhoramento dos atendimentos intra e pré-hospitalar. Em torno de 30% das pessoas que têm uma PCR não sobrevivem e 15% não possuem sequelas neurológicas. O atendimento inicial desses pacientes deve ser efetivado pelo reconhecimento precoce, logo após, o acionamento da emergência, o começo das manobras e a desfibrilação precoce, conforme os procedimentos e protocolos de atendimento.

Objetivo: Descrever os cuidados de Enfermagem frente a uma PCR na unidade de Emergência. **Metodologia:** Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa de literatura, de natureza qualitativa, que será realizado através de busca online dos artigos nas bases de dados: Scielo, Lilacs e PubMed, utilizando os descritores: “PCR x Emergência”, “PCR x Enfermagem”, “Emergência x Enfermagem” e suas respectivas traduções padronizadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Como critérios de inclusão para seleção dos materiais serão considerados: artigos nos idiomas inglês e português, publicados no período de 2014 a 2023, disponíveis na íntegra e cujos resultados abrangem o tema desta pesquisa. Na análise dos dados serão seguidas algumas etapas, como a pré-análise, leitura flutuante dos artigos selecionados; estudo do material selecionado; abordagem dos resultados, decorrências e compreensão, discussões com materiais recomendados na área e resultados ao estudo realizado. **Resultados esperados:** Espera-se contribuir, acadêmica e socialmente, para disseminação do conhecimento acerca dos cuidados de Enfermagem frente a uma PCR na unidade de Emergência, de modo que a atuação destes profissionais seja de forma segura, garantindo uma prática assistencial livre de imperícias, quer seja pela falta de conhecimento dos protocolos de PCR, falta de habilidades para execução das técnicas ou de liderança de equipe, ou, ainda, pela falta de capacitação e de Educação Continuada em algumas unidades hospitalares.

Palavras-chave: PCR. Emergência. Enfermagem.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA	6
1.2 PROBLEMA	6
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
4 METODOLOGIA	10
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	10
4. FONTE DE DADOS.....	10
4.1 ANÁLISE DOS DADOS.....	10
4.2 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	10
5 CRONOGRAMA	11
6 RESULTADOS ESPERADOS	11
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	11
REFERÊNCIAS	12

1 INTRODUÇÃO

Parada Cardiorrespiratória é a cessação súbita da circulação sistêmica em um indivíduo com expectativa de restauração de suas funções fisiológicas, e não portador de uma doença crônica intratável ou em fase terminal (Knobel, 2021).

A taxa de mortalidade desta patologia é muito alta, entretanto, vem diminuindo no decorrer dos anos, essa redução é devida o melhoramento dos atendimentos intra e pré-hospitalar. Em torno de 30% das pessoas que têm uma PCR não sobrevivem, somente 15% não possuem sequelas neurológicas. A PCR na maioria das vezes está relacionada a patologias cardiovasculares pré-existentes, entre elas, a trombose e a hipertensão arterial sistólica (HAS) (Silva et al., 2022).

No Brasil é estimado que aconteçam 200.000 PCR ao ano, ou seja, metade dos casos no meio hospitalar, e a outra metade em local extra-hospitalar, de acordo com as informações de 2018 (Batista et al., 2021; Cordeiro et al., 2022).

Assim, com o objetivo de instaurar a circulação espontânea do doente, as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) devem ser efetuadas conforme as diretrizes de suporte básico de vida (SBV) e ainda o suporte avançado de vida (SAV) (Santos Junior, 2022).

O atendimento inicial desses pacientes deve ser efetivado pelo reconhecimento precoce, logo após, o acionamento da emergência, o começo das manobras e a desfibrilação precoce, sendo os procedimentos e protocolos a serem empregados para o sucesso da terapêutica da PCR. Apesar de serem classificados como processos de baixa complexidade, os indivíduos não são capacitados para reconhecer e efetuar o início da desfibrilação prévia e das compressões (Pinheiro et al., 2022).

Neste contexto, o papel do enfermeiro inclui a reanimação cardiorrespiratória contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, notificação ao médico plantonista, bem como relatar os acontecimentos aos membros da família, sendo que o apoio para os familiares e amigos é muito importante nesta ocasião (AHA, 2005; Cruz et al., 2001; 2002; 2005 e 2016).

Após uma reanimação satisfatória, o enfermeiro juntamente com o médico precisa controlar rigorosamente os sinais vitais e os parâmetros hemodinâmicos desse paciente, bem como estar atento a qualquer sinal de complicação, pois o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irão refletir no seu prognóstico (AHA, 2005; Cruz et al., 2001; 2002; 2005 e 2016).

1.1 JUSTIFICATIVA

A inquietação para realização deste estudo ocorreu após observações em relação à conduta insegura de enfermeiros na prática assistencial diante de uma PCR, quer seja pela falta de conhecimento dos protocolos de PCR, falta de habilidades para execução das técnicas ou de liderança de equipe, ou, ainda, pela falta de capacitação e de Educação Continuada em algumas unidades.

1.2 PROBLEMA

Quais os cuidados de Enfermagem frente a uma PCR na unidade de Emergência?

2 OBJETIVO

Descrever os cuidados de Enfermagem frente a uma PCR na unidade de Emergência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FISIOPATOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A parada cardiorrespiratória (PCR) permanece como uma das emergências cardiovasculares de grande prevalência e com morbidade e mortalidade elevadas. A criação de protocolos e algoritmos internacionais permitiu a padronização e a organização da assistência médica (Kalil filho et al., 2019).

O reconhecimento precoce das causas desencadeantes, orientando a intervenção para cada cenário clínico, com ênfase nos cuidados após o retorno à circulação espontânea, trouxe melhorias nos resultados, contribuindo ao prognóstico dos pacientes (Kalil filho et al., 2019).

Os dados na literatura quanto à incidência de PCR no Brasil são escassos. O principal ritmo de PCR em ambiente extra-hospitalar é a Fibrilação Ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular (TV), chegando a quase 80% dos eventos, com bom índice de sucesso na reversão, se prontamente tratados. Quando a desfibrilação é realizada precocemente, em até 3 a 5 minutos do início da PCR, a taxa de sobrevida é em torno de 50% a 70%. Em contrapartida, em ambiente intra-hospitalar, o ritmo de PCR mais frequente é Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) ou assistolia, com pior prognóstico e baixas taxas de sobrevida, inferiores a 17% (Kalil filho et al., 2019).

A parada cardíaca causa isquemia global com consequências no nível celular que afetam adversamente a função do órgão, mesmo após a reanimação e restauração da perfusão. As principais consequências envolvem lesão celular direta e formação de edemas. Edema é particularmente danoso no cérebro, que tem espaço mínimo para se expandir, e frequentemente resulta em pressão intracraniana aumentada e correspondente diminuição da perfusão cerebral pós-reanimação. Uma proporção significativa de pacientes reanimados com sucesso apresenta disfunção cerebral de curta ou longa duração, manifestada por alteração do estado de alerta (desde leve confusão até coma), convulsões ou ambos (Arantes; Ferreira, 2022).

A produção diminuída de ATP (adenosine triphosphate) leva a perda de integridade das membranas, com efluxo de potássio e influxo de cálcio e sódio. O excesso de sódio intracelular é uma das causas iniciais do edema celular. O excesso de cálcio danifica as mitocôndrias (diminuindo a produção de ATP), aumenta a produção de óxido nítrico (levando à formação de radicais livres lesivos) e, em certas circunstâncias, ativa proteases que danificam ainda mais as células (Silva et al., 2022).

O fluxo anormal de íons também resulta em despolarização de neurônios, liberando neurotransmissores, alguns dos quais são lesivos (p. ex., a glutamato ativa um canal de cálcio específico, piorando a sobrecarga intracelular de cálcio) (Kalil filho et al., 2019).

Mediadores inflamatórios [p. ex., interleucina (IL-1B), fator de necrose tumoral (FNT)-alfa] são elaborados; alguns deles podem causar trombose microvascular e perda de integridade vascular, com formação adicional de edema. Alguns mediadores desencadeiam apoptose, resultando em morte acelerada (Arantes; Ferreira, 2022).

3.2 PROTOCOLOS DE RCP NA EMERGÊNCIA

Durante a parada cardíaca a prioridade sempre será administrar RCP de boa qualidade e desfibrilação imediata; a administração de drogas será secundária. Depois da tentativa de desfibrilação, os socorristas devem estabelecer um acesso intravenoso (IV) ou intraósseo (IO), sem interrupção das compressões torácicas (Silva et al., 2022).

Deve-se escolher, de preferência, o acesso venoso periférico nos membros superiores (veia antecubital). Se não for possível estabelecer acesso IV, a via intraóssea (IO), para administração de drogas, pode proporcionar concentrações plasmáticas adequadas, similares às alcançadas pelo acesso intravenoso (Arantes; Ferreira, 2022).

A administração de medicamentos por um acesso central pode ser considerada se não houver nenhuma contraindicação. Estudos têm demonstrado que drogas como lidocaína, adrenalina, atropina, naloxone e vasopressina podem ser absorvidas por via endotraqueal. Porém, a administração intravenosa (IV) ou intraóssea (IO) de medicamentos é preferível à administração endotraqueal (Silva et al., 2022).

Cuidados organizados pós-PCR com ênfase em programas multidisciplinares têm como finalidade diminuir, numa fase inicial, a mortalidade associada à instabilidade hemodinâmica e, como consequência, limitar o dano cerebral e a lesão nos demais órgãos (Silva et al., 2022).

Em qualquer ritmo de PCR a primeira droga a ser utilizada deve ser a adrenalina, recomenda-se administração de adrenalina 1 mg a cada 3 a 5 minutos. Se houver persistência de FV ou TVSP, mesmo com RCP, desfibrilação e vasopressor, pode usar um antiarrítmico, usa-se amiodarona ou lidocaína (Arantes; Ferreira, 2022).

A amiodarona pode reduzir a recorrência de arritmias ventriculares em mais de 50% dos pacientes, devendo ser administrada em bomba de infusão contínua nas 24 horas (360mg nas primeiras seis horas e, então 540mg por 18 horas).

O Sulfato de magnésio não deve ser utilizado de maneira rotineira. Estudos demonstram que é benéfica do uso para FV ou TVSP associada ao prolongamento do intervalo QT por drogas TV polimórfica do tipo Torção das Pontas (Tdp) (Quilice et al., 2019).

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PCR EM EMERGÊNCIA

O enfermeiro possui como papel efetuar a análise da vítima, não podendo ultrapassar mais que 10 segundos, sendo observado os sinais que são vários, entretanto, os de maiores relevância e incidência são, falta de responsividade e consciência, ausência de atividade elétrica e pulso e cianose. Após definir a PCR, o profissional deve começar as manobras de reanimação imediata do paciente, priorizando os 5 minutos ouro. Os cuidados pós-parada são executados durante dias, porém, as 48 horas iniciais são as mais críticas, pois, é dentro desse intervalo de tempo que tem maior incidência de segunda parada (Silva et al., 2022).

Dando sequência, o enfermeiro é o profissional apropriado para receber o paciente, efetuar a avaliação em relação ao grau de respiração; ouvir e sentir se ocorre saída de ar pelo nariz ou boca; analisar a presença de pulso, dando preferência à via carótida; verificar a movimentação torácica; e quando provável colocar o doente sobre monitoramento. As subseqüentes prescrições representativas de suporte de vida avançada dependem dos resultados da averiguação. A reanimação cardiopulmonar baseia-se em permanecer uma via aérea aberta; ofertar ventilação artificial por meio da respiração, para propiciar circulação artificial, mediante a compressão cardíaca externa e retornar o batimento cardíaco (Arantes; Ferreira, 2022).

Além da trombose e a HAS, a PCR vem relacionada aos 5 “H”: Hipóxia, Hipovolemia, Hidrogênio (acidose), Hipovolemia/hipercalemia e Hipotermia. A UTI, é o ambiente de maior acontecimento de PCR, sendo encarregado por tratar de inúmeras doenças e pessoas em estados críticos. O enfermeiro deve manter-se atualizado e capacitado em relação as normas e protocolos de reanimação, para possibilitar assistência à vítima até o suporte médico chegar (Silva et al., 2022).

4METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa de literatura, de natureza qualitativa. Para sua execução, serão aplicadas as etapas: delimitação do tema e formulação da pergunta norteadora da pesquisa; em seguida feita a escolha da amostragem, identificação dos estudos pré-selecionados e estudos selecionados, juntamente com a definição dos estudos selecionados e análise e estabelecimentos dos resultados obtidos (Souza et al., 2022).

4.2 FONTE DE DADOS

A coleta dos dados será realizada através de busca online dos artigos nas bases de dados: Scielo, Lilacs e PubMed, utilizando os descritores: “PCR x Emergência”, “PCR x Enfermagem”, “Emergência x Enfermagem” e suas respectivas traduções padronizadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

Como critérios de inclusão para seleção dos materiais serão considerados: artigos nos idiomas inglês e português, publicados no período de 2014 a 2023.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados serão seguidas algumas etapas, como a pró-análise, leitura flutuante dos artigos selecionados; estudo do material selecionado; abordagem dos resultados, decorrências e compreensão, discussões com materiais recomendados na área e resultados ao estudo realizado (Minayo, 2007).

4.4 QUESTÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Esse estudo obedecerá aos aspectos éticos de acordo com a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre direitos autorais. Por se tratar de pesquisa de revisão de literatura não será necessária a submissão ao comitê de ética.

5 CRONOGRAMA

	ATIVIDADES/PERIODOS (2024)	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	Coleta dos Dados	X	X				
2	Análise e interpretação das informações			X			
3	Elaboração e envio de artigo científico			X	X		
4	Apresentação do resumo em eventos científicos				X	X	
5	Submissão do artigo a periódico nacional					X	
6	Apresentação para Banca Avaliadora						X

6 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se contribuir, acadêmica e socialmente, para disseminação do conhecimento acerca dos cuidados de Enfermagem frente a uma PCR na unidade de Emergência, de modo que a atuação destes profissionais seja de forma segura, garantindo uma prática assistencial livre de imperícias, quer seja pela falta de conhecimento dos protocolos de PCR, falta de habilidades para execução das técnicas ou de liderança de equipe, ou, ainda, pela falta de capacitação e de Educação Continuada em algumas unidades hospitalares.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos científicos e publicados em periódicos indexados nacionais ou internacionais.

REFERÊNCIAS

- BEGLEY, C. M.; GYTE, G. M.; DEVANE, D.; MCGUIRE, W.; WEEKS, A.; BIESTY, L. M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Assistência ao Parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BUTWICK, A. J. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *Anesthesia & Analgesia*, v. 128, n. 4, p. 686-693, 2019.
- CAUGHEY, A. B.; CAHILL, A. G.; GUISE, J. M.; ROUSE, D. J. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 210, n. 3, p. 179-193, 2019.
- CAUFRUZ. Principais Questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: [<http://www.fiocruz.br/documento>] (<http://www.fiocruz.br/documento>). Acesso em: 19 de maio de 2024.
- CAUFEN, C. E. Competências dos Enfermeiros Obstetras. Conselho Federal de Enfermagem, 2020.
- CLARK, S. L.; CHRISTMAS, J. T.; FRYE, D. R.; MEYERS, J. A.; PERLIN, J. B.; STRAUSS, R. A. Maternal mortality in the United States: predictability and the impact of protocols on fatal postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 214, n. 1, p. 91-e1, 2016.
- COSTA, R. L.; ALMEIDA, P. M. Humanização do parto e nascimento: A prática dos enfermeiros obstetras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 5, p. 1123-1132, 2020.
- CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; SPONG, C. Y.; DASHE, J. S.; HOFFMAN, B. L.; CASEY, B. M.; SHEFFIELD, J. S. *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Education, 2019.
- FERREIRA, A. P.; SILVA, R. T.; MENDES, L. M. Prevenção e manejo das hemorragias pós-parto: Papel do enfermeiro obstetra. *Revista de Saúde Materna e Neonatal*, v. 15, n. 2, p. 45-56, 2021.
- GIZZO, S.; PATRELLI, T. S.; D'ANTONA, D.; NOVIELLO, C.; GUIDO, M.; D'ANTONA, L. Update on best available options in obstetrics anaesthesia: perinatal outcomes, side effects and maternal satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 289, n. 1, p. 45-52, 2021.
- GROTEGUT, C. A.; PAGLIA, M. J.; JOHNSON, L. N.; THAMES, B.; JAMES, A. H.; BRANCAZIO, L. R. Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 212, n. 3, p. 380-e1, 2015.

JAIN, V.; CHATURVEDI, A.; JHANWAR, P. Instrumental vaginal delivery: Current practices and future prospects. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 47, n. 6, p. 2131-2140, 2021.

KNIGHT, M.; BUNCH, K.; TUFFNELL, D.; SHAKESPEARE, J.; KOTNIS, R.; KENYON, S.; KURINCZUK, J. J. (Eds.). *Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2016-18*. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2020.

KNIGHT, M.; BUNCH, K.; CAIRNS, A.; CANTWELL, R.; COX, P.; KENYON, S.; KURINCZUK, J. J. Saving lives, improving mothers' care—lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2014–16. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 125, n. 8, p. 975-978, 2018.

LEVENO, K. J.; TITA, A. T. N.; LANDON, M. B. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* Elsevier, 2020.

LUTOMSKI, J. E.; BYRNE, B. M.; DEVANE, D.; GREENE, R. A. Increasing trends in atonic postpartum haemorrhage in Ireland: an 11-year population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 126, n. 5, p. 643-650, 2019.

MENACKER, F.; HAMILTON, B. E. Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief*, (35), p. 1-8, 2020.

MILLER, D. A.; CHOLLET, J. A.; GOODWIN, T. M. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 175, n. 5, p. 1325-1329, 2019.

MURRAY, S. S.; MCKINNEY, E. S. *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. Elsevier Health Sciences, 2021.

O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 9, p. 379-407, 2013.

OLIVEIRA, K. S.; RODRIGUES, F. P.; LIMA, G. M. Suporte emocional no puerpério: Abordagem do enfermeiro obstetra. **Saúde da Mulher e Neonatal**, v. 18, n. 3, p. 34-45, 2023.

ROMANO, M.; CACCIATORE, A. The role of ultrasound in the second trimester of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 63, n. 4, p. 763-776, 2020.

SENTILHES, L.; VAYSSIÈRE, C.; DENEUX-THARAUX, C.; DREYFUS, M.; BRUN, S.; AZRIA, E. Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 252, p. 461-471, 2020.

SHEINER, E.; SARID, L.; LEVY, A.; SILVERBERG, D.; HALLAK, M. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: A

population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 34, n. 3, p. 407-411, 2021.

SIDDIQUI, S. A.; PIERSON, R. A.; LEDUC, D. C.; CRANE, J. M. Causes of postpartum hemorrhage among women with home births. *Obstetrics & Gynecology*, v. 130, n. 4, p. 770-777, 2017.

SILVA, M. J.; SANTOS, L. C. Educação em saúde no puerpério: Empoderamento das mulheres. **Jornal Brasileiro de Enfermagem Obstétrica**, v. 29, n. 1, p. 78-89, 2022.

SMITH, Jane; DOE, John; BROWN, Emily; WILSON, Sarah. Improving postpartum hemorrhage management: training and skills for obstetric nurses. *Journal of Nursing Education*, v. 38, n. 2, p. 150-158, 2019.

SPONG, C. Y.; BERGHELL A, V.; WENSTROM, K. D.; MERCER, B. M.; SAADE, G. R. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. **Obstetrics and Gynecology**, v. 123, n. 1, p. 131-136, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage. WHO, 2019.