

ATUALIZAÇÃO DAS NOVAS DIRETRIZES DE RCP PARA A EDUCAÇÃO CONTINUADA DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE UM HOSPITAL PRIVADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva; Fabiano Limeira da Silva; Larissa Inês Galvão de Lima

Universidade Potiguar - callcenter@unp.br

RESUMO

Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é o conjunto de manobras realizadas para restabelecer a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea. A atualização das diretrizes de RCP pela American Heart Association é o resultado de um processo internacional de avaliação de evidências que envolveu 250 revisores de 39 países durante os últimos 5 anos, visto que, a última atualização foi realizada no ano de 2010. Desde a década de 1960 novos esforços são realizados a fim de estabelecer um bom parâmetro para a prestação da assistência à vítima de RCP. A Sociedade Brasileira de Cardiologia também faz parte deste consenso internacional. No campo do estudo cardiológico, a RCP está no ranking das produções acadêmico-científicas de maior relevância e de maior número de produções anuais. As doenças cardíacas são responsáveis por 60% das mortes em todo o mundo e em grande parte destas vítimas, ocorreu a Parada Cardíaca Súbita. Em observação aos aspectos apresentados, e visando a garantia de uma assistência à vítima de PCR em excelência, o presente tema foi abordado em uma oficina exploratória para a equipe multidisciplinar de um determinado hospital de Natal, município do Rio Grande do Norte. O principal objetivo foi atualizar as equipes multidisciplinares de saúde sobre as novas diretrizes de RCP, apresentadas pela American Heart Association, objetivando a eficácia de sua implementação. A RCP realizada de forma correta é fundamental no atendimento de qualquer vítima, chegando a dobrar ou triplicar as chances de sobrevivência.

Palavras-chave: Novo protocolo, ressuscitação cardiopulmonar, RCP, novas diretrizes.

INTRODUÇÃO

A *American Heart Association* (AHA) publicou a mais recente edição de suas diretrizes de *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS). As atualizações não foram em larga escala, porém, há a necessidade de que os profissionais da saúde atualizem-se para a execução de uma assistência eficaz e resultante em um quadro reversível de RCP para a vítima. Segundo Guidelines (2015), a Atualização das Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE se baseia em um processo internacional de avaliação de evidências que envolveu 250 revisores de 39 países. Ainda, segundo Guidelines (2015) o processo da revisão sistemática de 2015 do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) foi bastante diferente quando comparado com o processo utilizado em 2010. A Atualização das Diretrizes de 2015 fornece às partes interessadas uma nova perspectiva sobre os sistemas de atendimento, diferenciando as PCR ocorridas no ambiente hospitalar (intra-hospitalares) (PCR IH) das PCR extra-hospitalares (PCREH). Segundo Dane (2000, apud CAVALCANTE, 2006, pág. 2): “A incidência de ressuscitação cardiorrespiratória em pacientes hospitalizados não é tão simples quando comparada com a PCR extra-hospitalar. Isso porque as doenças pré-existentes nos pacientes hospitalizados podem

predizer pior prognóstico. Fatores tais como situação pré-parada, tempo de início para reanimação e ritmo inicial têm sido demonstrados como preditores de sobrevivência em pacientes hospitalizados em estudos já realizados”.

A ventilação com via aérea avançada foi simplificada, agora, recomendando-se a realização de 10 ventilações por minuto, ou seja, 1 ventilação a cada 6 segundos. As compressões torácicas necessitam de profundidade (mínimo 5 cm e máximo 6 cm) e rapidez (100 a 120 por minuto).

Contudo, manter a circulação corpórea ativa é mais importante que o suporte ventilatório. A realização imediata de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em uma vítima de parada cardiorrespiratória (PCR), ainda que for apenas com compressões torácicas, contribui sensivelmente para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de parada cardíaca (Larsen, 1993).



Imagem registrada durante à oficina.

Por isso, o protocolo de suporte básico sofreu uma alteração de A-B-C para C-A-B.



Google Imagens.

Provavelmente a mudança de maior repercussão é a retirada da vasopressina do suporte avançado. O motivo foi por mera simplificação de conduta, visto que a vasopressina não oferece vantagem alguma em relação à adrenalina. Portanto, não há motivos de mantê-la no protocolo. Sobre a adrenalina, a mudança é que assim que a droga esteja disponível para pacientes com ritmo não-chocável, ela deve ser administrada, mudança essa, em função dos estudos que demonstraram melhores desfechos na administração precoce da droga. A capnografia (inclusa em 2010 no protocolo), para monitorização da ressuscitação, agora, é recomendada como um sinal prognóstico para a determinação de quando parar a ressuscitação. Em pacientes com via aérea avançada, um ETCO₂ de até 10 mmHg na capnografia após 20 minutos de ressuscitação, indica baixa probabilidade de

sucesso, assim, a ressuscitação não faz-se mais eficaz e o uso de esforços ineficazes podem ser cessados. Ainda com uma evidência pequena, já pode ser recomendado o uso de circulação extracorpórea para ressuscitação em pacientes que não responderam ao protocolo de ressuscitação e que sinalizam apresentar algum benefício recorrente. O uso de beta-bloqueadores e lidocaína está indicado após o retorno da circulação espontânea em paradas por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. Nova recomendação, que recebeu críticas (pelo nível de evidência baixo por estar baseado em apenas um estudo), indica o benefício de se usar a combinação vasopressina 20 U + adrenalina 1 mg a cada 3 minutos, associando no primeiro ciclo uma dose de metilprednisolona 40 mg. Seguindo esta recomendação, deve-se manter hidrocortisona 300 mg/dia por 7 dias após retorno de circulação espontânea. Baseado nessas novas diretrizes, o presente tema foi proposto pela equipe acadêmica de enfermagem, em estágio Supervisionado I, pela sensibilização ao perceber a deficiência do conhecimento das atualizações do novo protocolo de assistências às vítimas de RCP pelas equipes hospitalares. Visando um caráter educativo, a presente equipe desenvolveu uma oficina participativa para promover uma educação continuada. Este

estudo teve como objetivo atualizar as equipes multidisciplinares do hospital parceiro para o estágio, sobre o novo parecer do protocolo de RCP, atualizado pela American Heart Association em 2015. Assim, contribuindo para uma assistência qualificada para vítimas por RCP.



Google Imagens.

METODOLOGIA

Uma oficina expositiva e participativa foi desenvolvida e foram aplicadas as novas diretrizes de RCP atualizadas pela American Heart Association. Convites foram enviados a cada setor pertencente ao quadro hospitalar para a atividade intra-hospitalar referente à conclusão do estágio supervisionado. Um total de 31 profissionais, pertencentes a 5 equipes multidisciplinares, participaram da oficina. As equipes foram divididas em dois grupos para duas etapas (suporte básico e suporte avançado à vida). Utilizamos bonecos

simuladores, diferentes tipos de aparatos para suporte ventilatório, roupas de centro cirúrgico e banner expositivo. Assim, conduzindo cenários com algumas situações temáticas e hipotéticas para demonstração.

RESULTADOS

A oficina apresentou grande valia no processo de atualização do novo protocolo de assistência às vítimas de RCP. As equipes multidisciplinares, do referido hospital, foram receptivas e demonstraram um feedback positivo sobre as novas informações. Reconheceram a importância da atualização e do conhecimento da equipe sobre estes novos fatores. Entretanto, é viável reconhecer que ainda é numérica a quantidade de profissionais da saúde que apresentam dificuldades na execução da prática no ambiente intra e extra-hospitalar. Muitos deles não tinham conhecimento prévio das diretrizes antigas, mantendo os primeiros contatos sobre a temática durante a oficina. É possível identificar um déficit na educação continuada, uma ferramenta primordial para a intensificação da qualidade na assistência prestada a qualquer indivíduo.

DISCUSSÕES

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aparece como uma proposta de ação estratégica para contribuir

para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (Brasil, 2004). No cenário atual de educação permanente em saúde, verifica-se a necessidade premente de atualização técnico-científica relatada por muitos profissionais. A esse respeito, estudo evidenciou a importância do perfil do enfermeiro na atuação profissional, valorizando a formação pedagógica, ética e o fator humano, além do conhecimento técnico-científico e determinadas características pessoais (Lima, 2009). A equipe multiprofissional deve manter-se informada e atualizada para exercer suas ações com segurança. Ressalta-se, pois, a importância em preparar profissionais com base no desenvolvimento de competências, entre estes, conhecimentos, habilidades e atitudes, para prestação da assistência adequada durante a parada cardiorrespiratória. A PCR é uma emergência de impacto no processo saúde/ doença e é responsável pelos altos índices de mortalidade nas vítimas de doenças cardíacas. O enfermeiro e a equipe de saúde exercem um papel fundamental para a

garantia de sobrevivência, que por sua vez, é intrinsecamente ligada ao sucesso da atuação da equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

Em relação às novas diretrizes no atendimento ao paciente vítima de parada cardiorrespiratória, é evidente a importância da atualização das equipes multidisciplinares para a prestação de uma assistência íntegra e qualificada. A Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) promove a cada cinco anos uma revisão literária vigente e pública com recomendações para que os comitês de ressuscitação atualizem seus protocolos. A grande ênfase atual na nova diretriz é a alteração na sequência de procedimentos de suporte básico de vida de A-B-C para C-A-B, pois, com isso as compressões torácicas são iniciadas mais cedo e com atraso mínimo na ventilação, além do mais foram acrescentados os cuidados pós-PCR. Ressaltamos a importância das ideias expostas, por contribuir na sensibilização dos profissionais da área de saúde, no sentido de atualizarem seus conhecimentos sobre as novas mudanças no atendimento à PCR, e também proporcionar ao seu paciente uma taxa maior de sobrevivência. É imprescindível que cada profissional da saúde tenha conhecimento do novo protocolo e que toda a

equipe interaja de maneira sistêmica nesse processo assistencial.

profissionais de enfermagem. Arq Bras
Cardiol. 2009; 93(6):630-6.

REFERÊNCIAS

1. Guidelines. **Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE.** Edição em português: Hélio Penna Guimarães, MD, PhD, FAHA e a equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA, 2015.
2. Cavalcante TMC, Lopes RS. **O atendimento à parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein.** Acta Paulista de Enfermagem (Impact Factor: 0.3). 03/2006; 19(1).
3. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. **Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model.** *Ann Emerg Med.* 1993;22(11):1652-8.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.* Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
5. Lima SG, Macedo LA, Vidal ML, Sá MPBO. **Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos**