

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO DE ENFERMAGEM

DAYANNE GOMES SANTOS DO CARMO

**Caracterização do cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória
em um Hospital Universitário do Distrito Federal**

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2013

DAYANNE GOMES SANTOS DO CARMO

**Caracterização do cenário de atendimento da parada
cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Universidade de Brasília -
Faculdade de Ceilândia como exigência para
obtenção do título de bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da
Silva Magro

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL

2013

C287c Carmo, Dayanne Gomes Santos do.
Caracterização do cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal/ Dayanne Gomes Santos do Carmo. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

49f.: il.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro

1. Parada cardíaca 2. Avaliação em Enfermagem 3. Prognóstico 4. Incidência I. Carmo, Dayanne Gomes Santos do II. Título.

CDU 616-08-057.5

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DAYANNE GOMES SANTOS DO CARMO

**Caracterização do cenário de atendimento da parada
cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
à Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia como exigência para obtenção do
título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da
Silva Magro

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina S. Magro
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Paula Regina de Souza
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof MsC. Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

CEILÂNDIA, ____ de julho de 2013.

Dedicado àqueles que são os pilares de minha vida e sem os quais a mesma não teria sentido: Deus, Nossa Senhora, meus pais, Lucimar e Waldecyr, meu irmão, George. A todos familiares que são a essência dessa vida, no qual não existe acaso ou destino. Em especial ao meu namorado, Guilherme, e minha orientadora, Prof.^a Dr^a Marcia Magro, pelo imensurável apoio e confiança depositados em todos esses anos de estudo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e acima de tudo agradeço a Deus que me deu tudo, o dom da vida e esta oportunidade. Em especial à Virgem Maria que sempre esteve ao meu lado e a frente das situações, e que não deixou de me amparar na caminhada.

Aos meus pais pelo amor, incentivo e apoio incondicional; por acreditarem em mim quando nem eu mais acreditava; por me proverem os princípios mais nobres edificando meu caráter para o bem.

Ao meu namorado pela compreensão e apoio, pelos momentos em que deixou de lado suas importantes atividades para me ajudar em tarefas da faculdade.

Aos grandes amigos e colegas da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, pela paciência e apoio. Aos amigos e supervisores conquistados no Programa de Estágio Extracurricular do Senado Federal, pelo aprendizado, amizade e ensinamentos que ficarão para toda a vida.

A todos os professores que colaboraram para meu engrandecimento científico; em especial Marcia Magro e Otávio Toledo de Nóbrega.

À Faculdade de Ceilândia, pela oportunidade de participar no processo único de construção do curso, sendo parte de sua 1ª Turma de Enfermagem.

Sem vocês, não chegaria até aqui. Muito obrigada!

*“Se você acredita que pode, você tem razão. Se
você acredita que não pode, também tem razão.”
(Henry Ford)*

RESUMO

CARMO, D. G. S. **Caracterização do cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal.** 2013. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013, 49 p.

Introdução: A frequência da PCR em várias unidades hospitalares como nas unidades de pronto socorro, clínica médica, unidade de terapia intensiva (UTI) e clínica cirúrgica é significativa. A demanda de cada unidade determina o perfil da equipe de assistência, com ênfase na capacitação/preparo, controle emocional, entre outras características. Objetivo geral: Caracterizar o cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal. Método e casuística: estudo prospectivo, descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no Hospital Universitário do Distrito Federal. Os dados foram coletados durante o período de dezembro/2012 a março/2013. A casuística desse estudo foi constituída por dois grupos distintos (enfermeiros - 20 e pacientes-18) do Centro de Pronto Atendimento (CPA) e Centro de Terapia Intensiva (CTI), elegíveis por conveniência. Foram incluídos os pacientes com idade superior a 18 anos e excluídos aqueles sob cuidados paliativos; sem aquiescência do TCLE. A coleta de dados foi baseada nos dados clínicos e laboratoriais existentes no prontuário referente ao histórico clínico do paciente e no perfil dos enfermeiros atuantes nos setores de CTI e CPA. Na análise estatística, todos os dados foram expressos em média e desvio padrão e mediana percentil 25 e 75. Conclusão: De acordo com os resultados é possível concluir a relevante necessidade de adequação de processos de cuidado junto aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros para obter melhorias no atendimento ao evento de PCR, bem como qualidade assistencial e maior segurança ao paciente.

Descritores: Parada cardíaca. Avaliação em Enfermagem. Prognóstico. Incidência.

ABSTRACT

CARMO, D. G. S. **Characterization of service scenario of cardiac arrest in the University Hospital of the Federal District.** 2013. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Nursing, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013, 49 p.

Introduction: The frequency of cardiorespiratory arrest (CRA) in several hospital units such as Emergency rooms, medical clinic, Intensive Care Unit (ICU), and surgical clinic is significant. The demand of each unit shows the assistance team profile, emphasizing the qualification/preparation, emotional control, among other characteristics. General Objective: To feature the cardiorespiratory arrest attendance scenario in a University Hospital in the Federal District of Brazil. Method and casuistry: prospective, descriptive study of a quantitative approach developed in the University Hospital of the Federal District of Brazil. The data were collected during the period from December/2012 through Mars/2013. This study casuistry was constituted by two different groups (nurse – 20 and patients – 18) from the Prompt Service Center (PSC) e Intense Therapy Center (ITC), elected by convenience. The patients older than 18 were included and those under palliative care were excluded; without the consent TCLE. The data collection was based on the clinical and laboratorial data existent in the records regarding to the patient clinic historic and in the active nurse profile in the sectors ITC and PSC. In the statistical analysis, all the data were expressed on an average and standard deviation and percentile median 25 and 75. Conclusion: According to the results it is possible to conclude the relevant necessity of care process adequacy with the health professionals, particularly the nurses to obtain improvements in the PCR event attendance, as well as in the assistance quality and higher safety to the patient.

Keywords: Cardiac arrest. Nursing Assessment. Prognosis. Incidence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Cadeia de sobrevivência em Atendimento de Emergência Cardiovascular da AHA, 2010.....	15
Figura 2. Algoritmo de SAVC circular, 2010.....	16
Figura 3. Fibrilação Ventricular.....	19
Figura 4. Taquicardia Ventricular.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatística do hospital nos meses de dezembro/2012 a março/2013.....	24
Tabela 2. Distribuição dos recursos humanos e materiais do CPA e CTI.....	25
Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros avaliados do CPA e CTI de acordo com suas características.....	25
Tabela 4. Dificuldades relatadas pelos enfermeiros do CPA e do CTI diante da PCR.....	26
Tabela 5. Distribuição de dados demográficos e clínicos dos pacientes do CPA e do CTI.....	27
Tabela 6. Dados referentes a PCR primária dos pacientes do CPA e do CTI.....	28
Tabela 7. Dados referentes ao período de 72 horas pós-PCR dos pacientes do CPA e do CTI.....	29
Tabela 8. Principal causa de óbito dos pacientes do CPA e do CTI.....	30
Tabela 9. Caracterização das anotações dos prontuários dos pacientes sob regime de internação no CPA e CTI.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS – *Advanced Care Life Support*

AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso

AHA – *American Heart Association*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CPA – Centro de Pronto Atendimento

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

DEA – Desfibrilador Externo Automático

DF – Distrito Federal

DM – Diabetes Melito

ERC – *European Resuscitation Council*

FCE – Faculdade de Ceilândia

FS – Faculdade de Saúde

FV – Fibrilação Ventricular

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUB – Hospital Universitário de Brasília

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ILCOR/AICR – *International Liaison Committee Resuscitatio/ Aliança Internacional Dos Comitês De Ressuscitação*

IOT – Intubação Orotraqueal

IR – Insuficiência Renal

IV – Intravenosa

MV – Máscara de Venturi

PCR – Parada Cardiorrespiratória

RCE – Retorno da Circulação Espontânea

RCP – Reanimação Cardiorrespiratória

SAV/ALS – Suporte Avançado de Vida/*Advanced Life Support*

SAVC – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia

SBV/BLS – Suporte Básico de Vida/*Basic Life Support*

SCA – Síndrome Coronariana Aguda

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TQT – Traqueostomia

TV – Taquicardia Ventricular

UNB – Universidade de Brasília

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VE – Ventilação Espontânea

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	21
3 METODOLOGIA.....	22
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÃO.....	32
6 CONCLUSÕES.....	37
7 LIMITAÇÕES.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A carência de informações sobre as doenças cardíacas, nos primórdios, culminava no confinamento dos pacientes acometidos, por um período indeterminado ao leito (AHA, 2010).

Em 1915, um grupo pioneiro de médicos e assistentes sociais constituiu a primeira associação de Prevenção e Assistência à Doenças do Coração em Nova York, para melhor esclarecer os eventos fisiopatológicos e as condições prognósticas dos pacientes, além de viabilizar o retorno as atividades normais com segurança (AHA, 2010). O interesse pelo assunto expandiu para outras cidades dos Estados Unidos e Canadá e em 1924, seis cardiologistas, representantes de vários outros grupos, fundaram a *American Heart Association (AHA)*, cuja divulgação pública foi conquistada apenas em 1948, após reorganização e reformulação de seus principais objetivos, missão e agregação de novos voluntários além da classe médica (AHA, 2010).

Atualmente, a AHA é referência mundial em diretrizes de atendimento de emergências cardiovasculares, e integrante da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (AICR/ILCOR).

A ILCOR criada em 1992, prevê as questões acerca das dificuldades que permeiam a ressuscitação cardiorrespiratória e sobretudo, concernentes a carência de padronização de uma linguagem universal nessa temática, através de fóruns com o objetivo de ampliar as discussões entre as principais organizações de ressuscitação de todo o mundo – *American Heart Association (AHA)*, *European Resuscitation Council (ERC)*, entre outras (TIMERMAN et al., 2010).

Sabidamente, a parada cardiorrespiratória definida como a cessação da atividade mecânica cardíaca é confirmada por ausência de pulso palpável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica (AHA, 2010; SANDRONI et al., 2007). O conceito de PCR foi publicado há aproximadamente 50 anos e a despeito de muitos avanços nessa temática, os desfechos permanecem sombrios (SCHNEIDER et al., 1993; DANS et al., 1985). A morte súbita ou PCR se destaca entre os principais acometimentos cardiovasculares citados na literatura científica (AHA, 2010; SCHNEIDER et al., 1993; DANS et al., 1985).

A taxa de sobrevivência após PCR, independente da etiologia e apesar de inalterada nos últimos anos, é representada por valores inferiores a 40% no cenário intra-hospitalar, enquanto ambulatorialmente esses números são reduzidos para 10% (PEREIRA, 2008). No Brasil, ocorrem 820 mortes por dia devido à enfermidade cardiovascular, escala seis vezes maior comparada a mortalidade oriunda da síndrome da imunodeficiência adquirida (GOMES et al., 2005). Nesta vertente, evidências mostram que a PCR é responsável por 212 mil mortes anuais no Brasil (TIMERMAN et al., 2010).

Dados atuais obtidos no DataSUS (2013) revelam que em Brasília foram registrados cerca de 530 mil casos de doenças do aparelho circulatório, variando entre o Infarto Agudo do Miocárdio e Transtornos de condução e arritmias cardíacas.

Frente a este panorama, os profissionais de saúde são orientados à prestação imediata de manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) com o propósito de restaurar as atividades cardíacas e cerebrais (BOA VENTURA; ARAÚJO, 2006), uma vez que nenhuma situação clínica supera a prioridade de atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR), na qual a rapidez e a eficácia das intervenções adotadas são cruciais para um melhor resultado do atendimento (MARTINS et al., 2013).

O atendimento da PCR envolve o Suporte Básico de Vida (SBV) com a avaliação primária para reconhecimento da PCR e o suporte hemodinâmico e respiratório através da RCP, e o Suporte Avançado de Vida (SAV) oferecido em ambulâncias preparadas e unidades que garantam a utilização de dispositivos invasivos de via aérea, estabelecimento de acesso venoso, utilização de drogas, desfibrilações elétricas e estabilização do paciente após a reversão da PCR (MARTINS et al., 2013).

A ressuscitação intra-hospitalar representa um desafio singular, exacerbado pela existência de comorbidades e doenças severas do quadro clínico do paciente (GOMES et al., 2005), uma vez que estas representam fatores de risco modificáveis e contribuintes para doença cardiovascular e diabetes, níveis elevados de colesterol, hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, marcadores inflamatórios, entre outros (BARBARA, 2013).

A carência de definições e orientações padronizadas interferem na qualidade da RCP intra-hospitalar (BALLEW et al., 1994), sendo assim torna-se fundamental a

apropriação das terminologias e protocolos atuais adotados nesse cenário pela equipe multidisciplinar (JERRY et al., 2010), considerando que características inerentes à equipe podem interferir na RCP, bem como o perfil do paciente (PEREIRA, 2008; GOMES, 2005; BOA VENTURA, 2006; BERTELLI, 1999).

Sendo assim, a AHA publicou em 2010 as novas diretrizes de RCP com relevância para as compressões torácicas. As alterações propostas contemplam a substituição da sequência de ações de A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração), enfatizando a qualidade das compressões (mínimas de 100/minuto), profundidade (5 cm), retorno total do tórax após cada compressão e a necessidade de minimizar as interrupções durante a sua realização, a fim de otimizar o prognóstico dos pacientes (AHA, 2010).

As novas diretrizes visando maior alcance à população estão direcionadas a todos os socorristas, sejam eles profissionais de saúde ou leigos (AHA, 2010). Dessa forma, encoraja-se por meio da orientação telefônica aos socorristas sem treinamento (leigos) à reanimação adotando apenas compressões torácicas ou o “aperto do peito” (AHA, 2010). Pressupõe-se que essa estratégia reduza a morbimortalidade decorrente da parada cardiorrespiratória (AHA, 2010).

Em soma, as novas diretrizes para o atendimento da PCR em adultos, destacadas no *Guideline* de 2010 pela AHA, acrescentaram o quinto elo da cadeia de sobrevivência (Figura 1), concernente ao atendimento pós-RCP, como estratégia fundamental, relevante e, sobretudo que visa assegurar um melhor prognóstico ao paciente (AHA, 2010).

Figura 1. Cadeia de sobrevivência em Atendimento de Emergência Cardiovascular da AHA, 2010.

Os elos na nova Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA são:

1. **Reconhecimento** imediato da PCR e **acionamento** do serviço de emergência/urgência
2. **RCP** precoce, com ênfase nas compressões torácicas
3. Rápida **desfibrilação**
4. **Suporte avançado de vida** eficaz
5. **Cuidados pós-PCR** integrados



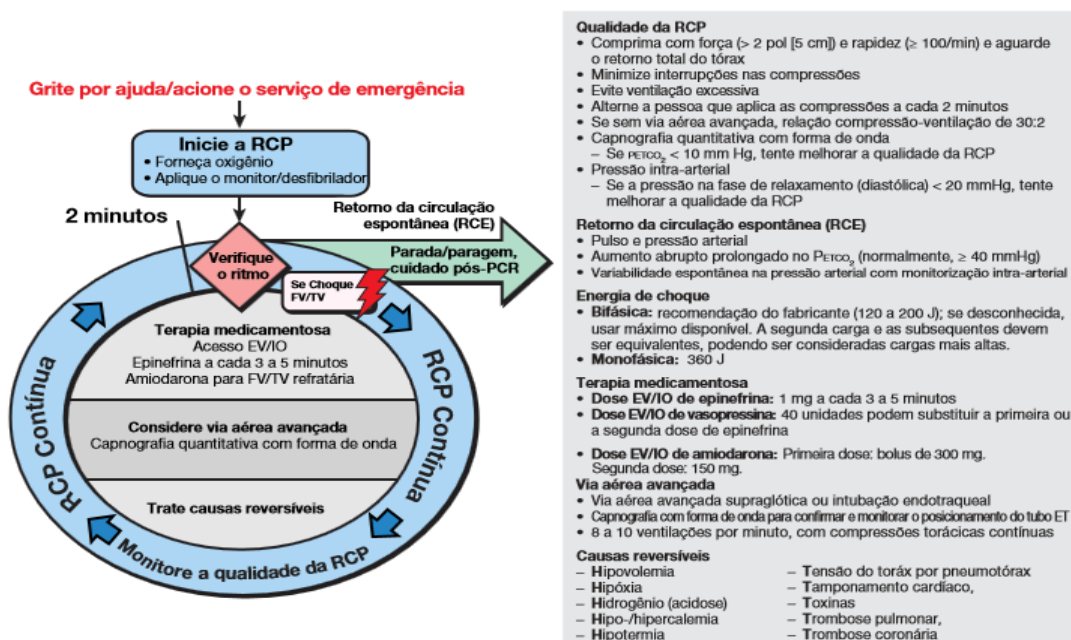
Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010. Guideline CPR ECC 2010.

O quinto elo traz a proposta de implementação de uma estratégia com o objetivo essencial da construção de um plano de tratamento abrangente a ser

executado com consistência em um ambiente multidisciplinar treinado até o retorno do estado funcional normal ou próximo do normal do paciente (AHA, 2010), a partir da otimização da função cardiopulmonar e da perfusão de órgãos vitais após o RCE (retorno da circulação espontânea), do transporte ou transferência do paciente para um hospital apropriado ou unidade de terapia intensiva (UTI) com completo sistema de tratamento pós-PCR, da identificação e tratamento de SCAs (Síndromes Coronarianas Agudas) e outras causas reversíveis, do controle da temperatura para otimização da recuperação neurológica – hipotermia e da reversão, tratamento e prevenção da disfunção múltipla de órgãos, evitando ventilação excessiva e hiperóxia (AHA, 2010).

Considerando a assistência intra-hospitalar, a AHA apresenta um algoritmo circular (Figura 2) de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) que afirma que mesmo neste cenário, o acesso vascular, a administração de fármacos e a colocação de via aérea avançada, embora ainda recomendados, não devam causar interrupções significativas nas compressões torácicas, nem retardar os choques (AHA, 2010).

Figura 2. Algoritmo de SAVC circular, 2010.



Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010. Guideline CPR ECC 2010.

A PCR independente da unidade hospitalar, não se caracteriza como um indicador de má qualidade da assistência prestada, mas sinaliza o estágio de gravidade do paciente (SILVA; PADILHA, 2001). Uma vez presente, a sobrevida dependerá da realização imediata, competente e segura das manobras de ressuscitação cardiopulmonar e da oferta adequada de suporte avançado de vida – ACLS (SILVA; PADILHA, 2001; AHA, 2010). No entanto, estas manobras isoladamente não garantem a sobrevivência, mas minimizam as complicações decorrentes da redução do fluxo sanguíneo cerebral, que podem culminar em sequelas irreversíveis (SILVA; PADILHA 2001; AHA, 2010).

Em 1994, Ballew et al, demonstrou o impacto de diferentes definições de parada cardiorrespiratória, sobre as taxas de sobrevida. Evidências (GOMES et al., 2005; BERTELLI et al., 1999) têm ressaltado que o resultado desfavorável da PCR está intimamente associado a existência das injúrias e doenças de base, como a oligúria, o câncer com metástase, a septicemia, a pneumonia e o choque agudo.

Bertelli et al. (1999) destaca que as relações existentes entre a duração da parada cardiorrespiratória e as suas consequências às vítimas de trauma, mostraram melhores resultados com uma maior taxa de sobrevida naqueles que receberam as manobras de RCP no intervalo de tempo de 4 minutos, assim como as condutas do ACLS num período de até 8 minutos.

Luzia e Lucena (2009) identificaram algumas variáveis como o tipo de parada, o tempo de reanimação, o tempo de PCR até início da RCP, a desfibrilação precoce e a equipe treinada em ACLS como preditores de sobrevida. Ainda foi ressaltado, o acidente vascular cerebral ou a insuficiência renal pré-internação e a insuficiência cardíaca congestiva durante a internação como indicadores de pior sobrevida.

A efetividade dos esforços no atendimento à PCR era limitada pelo déficit na padronização dos seus elementos e sobretudo, restringia a paridade dos resultados intra-hospitalares com os diversos serviços de saúde (AVANSI; MENEHIN, 2008). Vale ressaltar ainda, que no Brasil, a insuficiência de registros da PCR pode ser caracterizada em parte pela carência da padronização de um formulário específico para coleta destes dados (BOA VENTURA; ARAÚJO, 2006).

O modelo Utstein, por exemplo, inicialmente desenvolvido pela AHA, ERC e colaboradores em 1990 em Abadia de Utstein na Noruega, destacou a uniformização dos relatórios referentes aos dados da parada cardiorrespiratória

extra-hospitalar, com relevância comprovada por estudos internacionais, e que subsidiaram em 1995 a construção de um instrumento para análise intra-hospitalar dos fatores envolvidos na PCR (AVANSI; MENECHIN, 2008).

A partir de 1997, esse instrumento foi publicado e adotado como ferramenta norteadora na pesquisa científica para elaboração de outras propostas mais resumidas a serem utilizadas nas unidades assistenciais de saúde em todo o Brasil, contemplando desde variáveis relacionadas ao hospital, ao paciente, a própria PCR e aos resultados obtidos após o atendimento (AVANSI; MENECHIN, 2008).

Seguramente, um registro adequado da PCR é vital para obter melhor monitoração do paciente (PEBERDY et al., 2003). Entretanto, muitas barreiras ainda perpetuam a dificuldade na documentação da ressuscitação intra-hospitalar (JONES; MILES, 2008). Em particular, o intervalo de tempo para documentação da PCR, foi reconhecida como uma missão desafiante (KAYE; MANCINI; TRUITT, 2005). Dessa forma, a meta de muitos profissionais tem-se respaldado na busca pela construção de instrumentos mais simples e práticos para registrarem os acontecimentos inerentes à PCR, que posteriormente, poderão subsidiar a avaliação da qualidade dos serviços prestados (BOA VENTURA; ARAÚJO, 2006).

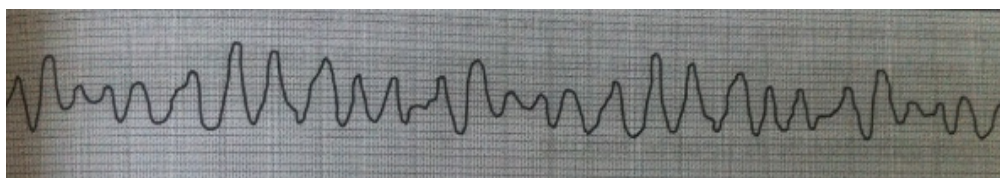
A frequência da PCR em várias unidades hospitalares como nas unidades de pronto socorro, clínica médica, unidade de terapia intensiva (UTI) e clínica cirúrgica é significativa (ZANINI et al., 2006). Na UTI, unidade de atendimento ao paciente crítico, a instabilidade hemodinâmica é habitual e sendo assim, a PCR um acontecimento consideravelmente comum (SILVA; PADILHA, 2001). A demanda de cada unidade determina o perfil da equipe de assistência, com ênfase na capacitação/preparo, controle emocional, entre outras características (PEREIRA, 2008).

O modelo de atendimento à PCR tem impacto sobre a alta e o prognóstico do paciente acometido por essa injúria cardíaca (SANDRONI et al., 2007; ZANINI et al., 2006), assim como o nível de conhecimento e a prática assistencial da equipe refletem-se sobre os resultados (AHA, 2010). Especificamente, no ambiente intra-hospitalar, a PCR impõe a necessidade da participação das equipes médica e de enfermagem e nesse panorama, situações de estresse são por vezes instaladas, na medida em que salvar a vida do outro representa um desafio coletivo (ZANINI et al., 2006).

Os ritmos cardíacos mais comumente identificados durante a ocorrência da PCR são a Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia, sendo os dois últimos mais frequentes no ambiente intra-hospitalar (FERNANDES, 2010). Estes ritmos devem ser reconhecidos pela equipe prestadora do primeiro atendimento, considerando que apenas os dois primeiros são passíveis de choque (AHA, 2010).

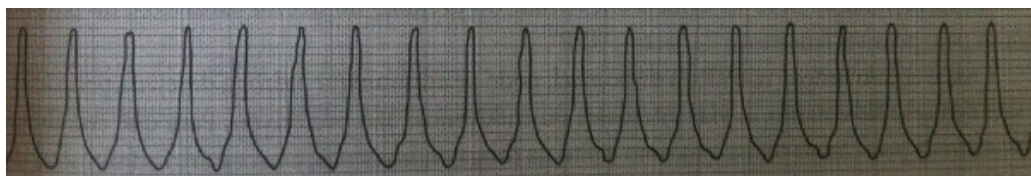
Somadas, a FV e a TV sem pulso (Figuras 3 e 4) são responsáveis por até 80% dos casos de morte súbita e são os ritmos elétricos de melhor prognóstico para reversão, desde que tratadas adequadamente e em tempo hábil (MARTINS et al., 2013).

Figura 3. Fibrilação Ventricular.



Fonte: MARTINS, H. S. et al. Emergências Clínicas: abordagem prática. Barueri, SP: Manole, 2013.

Figura 4. Taquicardia Ventricular.



Fonte: MARTINS, H. S. et al. Emergências Clínicas: abordagem prática. Barueri, SP: Manole, 2013.

Após a colocação das pás no tórax da vítima, a identificação de qualquer atividade elétrica diferente das atividades de FV/TV sem pulso caracteriza uma PCR em ritmo não passível de choque - AESP ou assistolia (MARTINS et al., 2013).

AESP decorre de algum fator que impede o acoplamento entre a atividade elétrica organizada do miocárdio e a contração muscular efetiva que deveria resultar dessa atividade elétrica (MARTINS et al., 2013). Já a assistolia é o ritmo de pior prognóstico, sendo caracterizada pela ausência de atividade elétrica no coração, em que as causas são as mesmas da AESP – hipovolemia, hipóxia, hipotermia, tamponamento cardíaco, trombose de coronária, entre outras (MARTINS et al., 2013).

Diante deste cenário da parada cardiorrespiratória, a equipe de enfermagem tem a peculiaridade de estar grande parte do tempo próxima ao paciente e o enfermeiro, frequentemente, é responsável pela realização da avaliação inicial e pelo início das manobras de RCP em conjunto com a equipe médica (FERNANDES, 2010).

Nesse contexto, o reconhecimento do perfil do paciente pela equipe multiprofissional é de extrema relevância para uma tomada de decisão acertada. O domínio do conhecimento e a segurança em relação ao início ou abandono das manobras de ressuscitação se reflete na recuperação e adequação do planejamento e das prioridades do cuidado (GOMES et al., 2005).

Contudo, em que pese os avanços científicos adquiridos ao longo das últimas décadas a PCR continua maculando a sobrevivência do paciente. Conhecimentos e estratégias relevantes são paulatinamente incorporadas em um arsenal de ferramentas, com vistas a garantir qualidade e segurança aos pacientes. Nesta direção, a equipe multiprofissional é reconhecidamente a chave certa para a solução e direcionamento das condutas, mediada é claro, de conhecimento teórico-técnico-científico.

Frente ao exposto, essas alusões mediaram à escolha dessa temática a fim de caracterizar não apenas o perfil do paciente acometido pela PCR em Brasília - Distrito Federal onde os registros do Ministério da Saúde, referentes apenas ao mês de dezembro de 2012 mostram que as principais etiologias determinantes da PCR (infarto agudo do miocárdio e arritmias) culminaram em uma taxa de mortalidade intra-hospitalar na rede pública superior a 10% sobre o número total de pacientes internados, mas também da equipe responsável pelo salvamento dessas vidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar o cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal (HUB-DF).

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil do paciente em parada cardiorrespiratória de um Hospital Universitário do Distrito Federal;
- Identificar os fatores de risco determinantes do evento de parada cardiorrespiratória de um Hospital Universitário do Distrito Federal;
- Caracterizar o perfil do profissional enfermeiro envolvido na assistência ao paciente que sofre parada cardiorrespiratória no CTI e CPA do HUB-DF.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e no Centro de Pronto Atendimento (CPA) do Hospital Universitário de Brasília, no período de dezembro/2012 a março/2013.

De acordo com Gil (2008), este tipo de pesquisa permite a descrição das características do grupo, bem como o estabelecimento das relações existentes entre elas. E os métodos quantitativos descritos por Victora, Krauth e Hassen (2000) ilustram a variável quanto a sua tendência central ou dispersão.

A casuística desse estudo foi constituída por dois grupos distintos (enfermeiros e pacientes) do CPA e CTI, elegíveis por conveniência.

Foram acompanhados 18 pacientes que sofreram parada cardiorrespiratória nos setores de CPA e CTI. Os critérios de inclusão contemplavam idade superior a 18 anos, pacientes sob regime de internação no CPA e CTI. Os critérios de exclusão compreendiam pacientes sob cuidados paliativos e/ou sem aquiescência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A) pelo familiar ou representante legal.

Em relação ao grupo de enfermeiros do CPA e CTI, 20 fizeram parte da casuística, para caracterização do perfil e participação desse profissional diante do evento de PCR.

Em ambos os grupos foi obtido o consentimento para desenvolvimento do estudo.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS – UnB) sob o protocolo nº 144/2012. Após tal etapa, os dados foram coletados a partir dos registros existentes no prontuário dos pacientes que sofreram a PCR e informados ao pesquisador pela equipe multiprofissional ou coletados no Livro de Ocorrências Diárias de cada unidade.

Para a caracterização das anotações referentes ao evento da PCR, foi utilizado o modelo “Utstein” (FERNANDES et al., 2010) a fim de comparar as

informações disponíveis na evolução dos profissionais, já que as unidades não possuíam um instrumento padrão para a coleta de dados com ênfase em PCR.

Nesse panorama os dados foram armazenados em planilha Excel, a partir dos registros realizados em três questionários estruturados (ANEXOS B, C e D) respeitando as especificidades relativas aos enfermeiros assistenciais, suas chefias e aos pacientes. Dessa forma, os eventos concernentes a PCR foram registrados (hora do início e término, tempo de duração do evento, responsável pelo atendimento, número e cargo dos profissionais que participaram do evento, drogas administradas, utilização da tábua de reanimação, gasometria de parada, desfecho do evento - óbito ou recuperação), assim como relacionados aos pacientes (características clínicas, laboratoriais e hemodinâmicas).

A coleta de dados do grupo de enfermeiros, foi realizada em um único momento. Entretanto, em relação aos pacientes as informações foram coletadas até 72 horas de pós-PCR, a fim de traçar um perfil de recuperação e prognóstico desses indivíduos.

Os resultados foram expressos em frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão, bem como mediana (percentil 25 e 75).

4 RESULTADOS

Os resultados desse estudo mostram o quantitativo de internações e tempo de permanência hospitalar dos pacientes do CTI e CPA do Hospital Universitário de Brasília, bem como o perfil dos enfermeiros e pacientes que sofreram parada cardiorrespiratória sob regime de internação nesses setores.

No CTI e CPA, encontram-se estabelecidos os protocolos de atendimento à PCR e a educação permanente é uma estratégia oferecida semestralmente à equipe, porém há reduzida adesão (segundo chefia enfermagem). A autonomia, declarada, do enfermeiro para iniciar o atendimento à PCR na ausência do médico utilizando o modo automático do desfibrilador é uma prática que ainda não faz parte do processo assistencial.

Nessa perspectiva, segue abaixo os resultados relacionados ao perfil dos enfermeiros e dos pacientes nos cenários de CTI e CPA do Hospital Universitário de Brasília.

Os registros do setor de estatística do HUB mostraram que nos meses de dezembro/2012 a março/2013, ocorreu uma média de 150 internações mensais no CPA e 17 na UTI, com uma média de permanência dos pacientes de 3 dias no CPA e 15 dias no CTI.

Tabela 1. Estatística de permanência e internação dos pacientes no HUB no período de dezembro/2012 a março/2013. Distrito Federal, 2013.

Estatística	CPA	CTI
média de internações mensais	150	17
média de permanência (dias)	3	15

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados mostram que no CPA o quantitativo de enfermeiros supera o do CTI (20/9), respectivamente. Essa relação apresenta similaridade com a distribuição do número de técnicos, haja vista que o CPA apresenta o dobro do número de leitos que o CTI (12/6), respectivamente. Em relação ao número de carros de parada o CPA contempla 4, enquanto o CTI apenas 1.

Tabela 2. Distribuição dos recursos humanos e materiais do CPA e CTI. Distrito Federal, 2013.

Características	CPA	CTI
Enfermeiros	20	9
Técnicos	57	25
leitos de internação oficiais	12	6
Carros de parada	4	1

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise dos dados da Tabela 3, permite afirmar que dos enfermeiros que responderam ao questionário do estudo 13 eram do CPA e 7 do CTI. Dessa distribuição houve predomínio do sexo feminino nos dois setores, sendo CPA (92,3%) e CTI (57,1%), sem praticamente diferença de idade. Os enfermeiros do CTI apresentaram tempo de experiência significativamente superior aos do CPA.

Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros avaliados do CPA e CTI de acordo com suas características. Distrito Federal, 2013.

Características	CPA	CTI
n	13	7
Sexo		
Feminino ^b	12 (92,3%)	4 (57,1%)
Masculino	1 (7,7%)	3 (42,9%)
Idade (anos) ^a	30 ± 5	33 ± 7
Tempo de trabalho (meses) ^c	18 (14 - 30)	48 (12 - 60)
Escolaridade		
Graduação	7 (53,8%)	2 (28,6%)
Especialização	6 (46,2%)	5 (71,4%)
Mestrado	0	0 (0,0%)
Doutorado	0	0 (0,0%)
Capacitação em RCP*	6 (46,2%)	7 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^amédia, ± desvio padrão, ^bn (%), ^cmediana (25% - 75%), *a partir de 2010

Nos dois setores um percentual relevante de enfermeiros do CPA e UTI (46,2% e 71,4%) realizaram algum curso de especialização e o mesmo percentual desses profissionais do CPA fizeram capacitação com ênfase no atendimento em

RCP, enquanto no CTI, todos realizaram. Não há enfermeiros com mestrado e doutorado nesses setores.

Das dificuldades relatadas pelos enfermeiros do CPA e CTI foram destacadas com maior frequência (46,7% e 38,5%), respectivamente, a insegurança, falta de preparo e a carência na capacitação da equipe multidisciplinar.

Tabela 4. Dificuldades relatadas pelos enfermeiros do CPA e do CTI diante da PCR. Distrito Federal, 2013.

Dificuldades relatadas*	CPA (n=15)	CTI (n=13)
- insegurança; falta de preparo e carência na capacitação da equipe multidisciplinar	7 (46,7%)	5 (38,5%)
- carência de insumos (equipamentos e materiais)	1 (6,7%)	4 (30,8%)
- carência de conhecimento teórico-prático	3 (20,0%)	0 (0,0%)
- insegurança do profissional que coordena a PCR e carência de sincronismo com a equipe coordenada;	2 (13,3%)	1 (7,7%)
- controle emocional	1 (6,7%)	1 (7,7%)
- desinteresse do profissional enfermeiro	0 (0,0%)	2 (15,4%)
- nada a declarar	1 (6,7%)	0 (0,0%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:*Participantes relataram mais de uma resposta

Foram avaliados 18 pacientes, sendo 14 (77,8%) do CPA e 4 (22,2%) do CTI. Os pacientes do CPA foram predominantemente do sexo feminino (57,2%), com média de idade de 61 anos, diferentemente do CTI em que a idade média foi mais avançada (71 anos), mas sem diferença entre o sexo dos pacientes. Nos dois grupos a hipertensão se destacou, sendo a insuficiência renal a grande vilã no CTI. Como diagnósticos da internação as neoplasias sinalizaram superioridade (64,3%) no CPA e no CTI as pneumonias e peritonites tiveram destaque (75%).

Tabela 5. Distribuição de dados demográficos e clínicos dos pacientes do CPA e do CTI. Distrito Federal, 2013.

Características	CPA	CTI
- n	14 (77,8%)	4 (22,2%)
- Sexo		
feminino ^b	8 (57,2%)	2 (50,0%)
masculino	6 (42,8%)	2 (50,0%)
- Idade (anos)^a	61 ± 13	70 ± 2
- Comorbidades		
Hipertensão ^a	8 (57,2%)	3 (75,0%)
Diabetes ^a	5 (35,7%)	1 (25,0%)
Insuficiência Renal ^a	1 (7,1%)	4 (100,0%)
- Diagnóstico de internação^a		
Câncer	9 (64,3%)	0 (0,0%)
Sepse	6 (42,9%)	0 (0,0%)
Outras infecções (pneumonia, peritonite, etc)	1 (7,1%)	3 (75%)
Outros		

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^amédia ± desvio padrão, ^bn (%), ^cmediana (25% - 75%)

No CPA, os pacientes que sofreram PCR estavam predominantemente intubados sob ventilação mecânica (42,9%), enquanto 75% da UTI estavam traqueostomizados. O acesso venoso central em subclávia estava presente em todos os pacientes do CTI e em 50% do CPA. A hipotensão foi a principal determinante da PCR nos dois setores. O ritmo de parada mais frequente no CPA foi AESP (35,7%) e no CTI a assistolia (75%), identificados predominantemente pela equipe médica em ambos setores.

Tabela 6. Dados referentes à PCR primária dos pacientes do CPA e do CTI. Distrito Federal, 2013.

Características	CPA	CTI
n	14 (77,8%)	4 (22,2%)
- Dispositivos preexistentes na PCR		
- Vias aéreas		
Ventilação espontânea	2 (14,3%)	0 (0,0%)
Intubação orotraqueal	6 (42,9%)	1 (25,0%)
Traqueostomia	0 (0,0%)	3 (75%)
Máscara de venturi	5 (35,7%)	0 (0,0%)
- Via de administração de fármacos		
Subclávia	7 (50%)	4 (100%)
Femoral	2 (14,3%)	0 (0,0%)
- Causa imediata da PCR		
Hipotensão	12 (85,7%)	4 (100%)
Sem relato	2 (14,3%)	0 (0,0%)
- Detecção da PCR^b		
Médico	12 (85,7%)	4 (100,0%)
Enfermeiro	2 (14,3%)	0 (0,0%)
- Ritmo PCR		
FV ^d	1 (7,1%)	0 (0,0%)
TV sem pulso ^e	0 (0,0%)	0 (0,0%)
AESP ^f	5 (35,7%)	1 (25%)
Assistolia	2 (14,3%)	3 (75%)
Sem relato	6 (42,9%)	0 (0,0%)
- Tempo RCP (min)^c	30 (11 - 73)	20 (8 - 28)
- Terapêutica farmacológica*		
Epinefrina/adrenalina	7 (50%)	2 (50%)
Atropina;	3 (21,4%)	1 (25%)
Bic. de sódio	2 (14,3%)	0 (0,0%)
Gluc. De Cálcio	1 (7,1%)	0 (0,0%)
Noradrenalina	2 (14,3%)	0 (0,0%)
Sem relato	6 (42,9%)	2 (50%)
- Terapêutica elétrica (choque)	0 (0,0%)	1 (25%)
- Desfecho^b		
Óbito	11 (78,6%)	3 (75,0%)
Continua na mesma unidade	3 (21,4%)	1 (25%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: ^amédia ± desvio padrão, ^bn (%), ^cmediana (25% - 75%), ^dFV (fibrilação ventricular), ^eTV (taquicardia ventricular), ^fAESP (atividade elétrica sem pulso), *houve pacientes com mais de uma terapêutica.

A mediana do tempo de PCR nos dois setores foi elevada, com superioridade no CPA (30 minutos). Não houve diferença na terapêutica farmacológica adotada no CPA e CTI. A terapia elétrica foi adotada em 25% dos pacientes em PCR, apenas do CTI.

O prognóstico foi sombrio nos dois setores, representado por elevadas taxas de mortalidade (CPA – 78,6% e CTI – 75%). Dos pacientes que sobreviveram pós-parada, no CPA 66,6% apresentaram recidivas de PCR nas 72 horas após o evento primário e permaneceram na unidade, e do CTI, 25% permaneceram no setor.

Dos pacientes que sobreviveram pós-parada no CPA, 33,3% apresentaram recidivas de PCR e evoluíram a óbito, respectivamente nas 72 horas após o evento primário (Tabela 7). No CTI, 100% dos pacientes no período de 72 horas pós-parada permaneceram sob regime de internação no setor.

Tabela 7. Dados referentes ao período de 72 horas pós-PCR dos pacientes do CPA e do CTI. Distrito Federal, 2013.

Características	CPA	CTI
n	3	1
- Recidivas de PCR^b	1 (33,3%)	0 (0,0%)
- Desfecho^b		
Óbito	1 (33,3%)	0 (0,0%)
Continua na mesma unidade	2 (66,6%)	1 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^bn (%)

Verificou-se de acordo com os resultados abaixo que a principal causa de óbito nos pacientes do CPA e CTI foram choque séptico (45,5% e 66,7%), respectivamente. A hipercalemia destacou-se em 36,3% dos casos dos pacientes do CPA.

Tabela 8. Principal causa de óbito dos pacientes do CPA e CTI. Distrito Federal, 2013.

Causa principal de óbito	CPA (n=11)	CTI (n=3)
- Choque séptico	5 (45,5%)	2 (66,7%)
- Outros tipos de choque (cardiogênico, hipovolêmico, refratário a medidas clínicas)	2 (18,2%)	1 (33,3%)
- Outras (hipercalcemia, coagulação IV disseminada, IAM e ICC)	4 (36,3%)	0 (0,0%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Constatou-se a partir da coleta de dados que há uma carência de registros nos prontuários (Tabela 9). Em relação a identificação completa dos pacientes, no CPA em 64,3% dos prontuários houve registro, entretanto no CTI, estavam ausentes em 75% dos mesmos. No que se refere aos dispositivos venosos e ventilatórios o CTI apresentou superioridade dos registros em relação ao CPA, assim como a causa imediata da PCR.

Significativamente, o registro referente a tentativa de ressuscitação e da terapia elétrica estavam presentes em todos os prontuários nas duas unidades. Contrariamente, anotações pertinentes as variáveis relacionadas ao seguimento dos pacientes (profissionais envolvidos, destino, escala de coma de Glasgow, principal causa do óbito) não foram encontradas nos prontuários.

Tabela 9. Caracterização das anotações dos prontuários dos pacientes sob regime de internação no CPA e CTI. Distrito Federal, 2013.

Anotações	CPA (n=14)	CTI (n=4)
1 Identificação (iniciais, registro, leito, idade, sexo, peso, altura, data de admissão, diagnóstico de internação)		
Completo	9 (64,3%)	1 (25%)
Ausência de relatos	5 (35,7%)	2 (75%)
2 Dispositivos preexistentes (vias aéreas, via de administração de fármacos)		
Completo	11 (78,6%)	4 (100%)
Ausência de relatos	3 (21,4%)	0 (0,0%)
3 Causa imediata da PCR		
Completo	12 (85,7%)	4 (100%)
Ausência de relato	2 (14,3%)	0 (0,0%)
4 Tentativa de ressuscitação		
Completo	14 (100%)	4 (100%)
Ausência de relato	0 (0,0%)	0 (0,0%)
5 Ritmo inicial		
Completo	8 (57,1%)	4 (100%)
Ausência de relato	6 (42,9%)	0 (0,0%)
6 Hora dos eventos (PCR e RCP)		
Completo	9 (64,3%)	0 (0,0%)
Ausência de relatos	5 (35,7%)	4 (100%)
7 Terapêutica farmacológica		
Completo	8 (57,1%)	2 (50%)
Ausência de relatos	6 (42,9%)	2 (50%)
8 Terapêutica elétrica		
Completo	14 (100%)	4 (100%)
Ausência de relatos	0 (0,0%)	0 (0,0%)
9 Variáveis de seguimento (profissionais envolvidos, destino, Glasgow, principal causa do óbito)		
Completo	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ausência de relatos	14 (100%)	4 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

A qualidade da RCP é seguramente, o fator determinante do desfecho do paciente (AHA, 2010). A PCR reflete o estado de gravidade em que o paciente se encontra e uma vez presente, a chance de sobrevivência depende em grande parte, da aplicação imediata, competente e segura das manobras de reanimação com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível (LIMA et al., 2009).

Os profissionais de enfermagem são, em geral, os primeiros a presenciarem uma PCR no cenário hospitalar e o enfermeiro, frequentemente, responsável por acionar a equipe de atendimento (LIMA et al., 2009). Desta forma, além de um adequado ambiente para atendimento do indivíduo em PCR, esses profissionais necessitam de conhecimento técnico e habilidades práticas para contribuir de forma efetiva às manobras de RCP (LUZIA; LUCENA, 2009).

De acordo com a Lei nº 7.498/86 do exercício profissional de enfermagem, os enfermeiros são responsáveis pela assistência direta aos pacientes graves com risco de vida e pelas práticas que exijam maior complexidade e conhecimentos científicos.

A RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, elaborada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza que na UTI, por exemplo, a escala de dimensionamento contemple dois enfermeiros por turno para uma média de 12 leitos de internação, essa proporção foi verificada no CTI do estudo em questão, possibilitando afirmar que quantitativamente há uma adequação na distribuição de recursos humanos no cenário estudado.

De acordo com Berden et al. (1993) os intervalos de seis meses são recomendados como tempo ideal para retreinamento dos protocolos de atendimento em RCP, estratégia também adotada nesse estudo, visto que a retenção do conhecimento pelos profissionais sofre deterioração ao longo do tempo (LIMA et al., 2009). Aliado a tal fato, estudo de Madden (2006) constatou, que após 10 semanas, houve deterioração no conhecimento e nas habilidades em reanimação entre estudantes de enfermagem submetidos a 4 horas de treinamento em RCP.

Verplancke et al. (2008) verificaram que as possíveis causas para a baixa qualidade do Suporte Básico de Vida - SBV e desempenho no atendimento a PCR são associados com a frequência de participação dos profissionais em atendimentos relacionados a esse evento.

Nesta vertente, sabe-se que o modelo de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), o nível de conhecimento e a prática assistencial da equipe tem impacto sobre a alta e prognóstico do paciente (LUZIA; LUCENA, 2009; LIMA et al., 2009). Sustentação encontrada em estudo de Dane e cols. (2000) que mostrou relação da elevação da sobrevivência em cerca de quatro vezes quando o profissional de enfermagem possui treinamento em Suporte Avançado de Vida - SAV. Mas apesar dessa compreensão, os enfermeiros participantes desse estudo alegaram que limitações e dificuldades na prática clínica permeiam esse processo, assim como a insegurança, a falta de preparo e a carência na capacitação da equipe multidisciplinar.

Em que pese, o relevante papel da enfermagem aliado a equipe médica no atendimento da RCP, a produção científica de enfermagem nacional e internacional tem-se mostrado numericamente menor que a da área médica, representando menos de 10% do total (LUZIA; LUCENA, 2009).

Em estudo de Luzia e Lucena (2009), após revisão da literatura científica, a enfermagem foi mencionada de maneira crítica, por conseguir identificar os sinais de deteriorização dos pacientes, mas não saber agir diante deles. Nesse contexto, é importante contextualizar que a parada cardiorrespiratória envolve grupos heterogêneos de pacientes que necessitam de engajamento de várias especialidades, integração entre variados setores hospitalares e profissionais de saúde aliados para otimização dos resultados de ressuscitação e não apenas de uma classe profissional isoladamente (CHAN et al., 2012).

O desfecho da parada cardiorrespiratória em ambiente intra-hospitalar tem relação com a existência de alguns fatores como a idade, o sexo, a presença de doença de base, a etiologia da parada, tempos de PCR e RCP, ritmo inicial, drogas utilizadas, resposta da equipe multidisciplinar, entre outros (GOMES et al., 2005; LUZIA; LUCENA, 2009; GONZALEZ et al, 2013).

Nessa direção, pacientes acima de 60 anos frequentemente acumulam mais comorbidades (FREITAS, 2010), similar ao perfil identificado entre os pacientes desse estudo, que embora majoritariamente do sexo feminino, contrário à literatura, (GOMES et al., 2005; FREITAS, 2010), apresentavam idade média entre 61 e 70 anos, e comorbidades como a hipertensão arterial e insuficiência renal.

A doença de base é reconhecida cientificamente, como uma variável que isoladamente tem maior poder prognóstico sobre a sobrevida dos pacientes (GOMES et al., 2005; LUZIA; LUCENA, 2009), em paridade com o estudo ora apresentado.

Na literatura nacional, há um reduzido percentual de trabalhos publicados abordando o desfecho e prognóstico dos pacientes reanimados nos hospitais (GOMES et al., 2005; LUZIA; LUCENA, 2009). No panorama internacional, o desfecho dos pacientes após parada cardiorrespiratória tem melhorado nas últimas décadas (GIROTRA et al., 2011). Vários estudos epidemiológicos tem identificado como fatores associados com sobrevida o reduzido atraso para a desfibrilação (CHAN et al., 2008), PCR não testemunhada (PEBERDY et al., 2008) e raça negra (Chan et al., 2009). Entretanto, há uma variação significativa no desfecho da sobrevida desses pacientes entre os hospitais (NICHOL et al., 2009) sugerindo que algumas facilidades podem determinar melhores estratégias para ressuscitação. Estas estratégias podem necessitar de adequação na implementação de processos de cuidado, pois a aplicação de tecnologias como monitorização, desfibriladores automáticos externos, têm mostrado melhorias inconsistentes na sobrevivência (CHAN et al., 2012).

Bedell et al. (1983) em seus estudos, constataram que nenhum paciente com diagnóstico de pneumonia ou sepse, como etiologia da parada cardiorrespiratória, sobreviveu à alta hospitalar. Similaridade verificada nesse estudo identificada entre a maioria dos pacientes com diagnósticos de internação de neoplasias (64,7%), sepse (42,9%) e outras infecções, como pneumonia (75%).

Vários estudos têm demonstrado que quanto menor for o tempo de atendimento da PCR, maior a chance de sobrevida da vítima (GOMES et al., 2005; LUZIA; LUCENA, 2009; GONZALEZ et al, 2013). As recomendações do suporte básico de vida preconizam que esse tempo de atendimento seja inferior a 4 minutos

e o suporte avançado de vida inferior a 8 minutos. Nesta perspectiva, a sobrevida na alta hospitalar tem apresentado uma variação entre 36% a 70% (LUZIA; LUCENA, 2009).

O prognóstico imediato após a parada cardíaca pode ser classificadas em três fases, dependendo do tempo do evento. A primeira etapa refere-se ao período de tempo de cerca de 4 a 5 minutos a partir da identificação da parada cardíaca. Neste período de tempo não há danos ao tecido, no entanto, se a perfusão cardíaca é recuperada, o paciente pode recuperar-se sem qualquer prejuízo para os tecidos corporais. A segunda etapa corresponde ao período de tempo compreendido entre 4~5 minutos a 10 minutos, a partir do momento da PCR. Neste intervalo de tempo, a exaustão súbita de energia acontece nos tecidos e a lesão isquêmica inicia. O terceiro estágio representa o período após 10 minutos de PCR. Nesta fase, vários fatores metabólicos são gerados devido a isquemia nos tecidos, danos de reperfusão e várias citocinas liberadas no sangue provocam reações sistêmicas semelhantes à síndrome da resposta inflamatória (LEE et al., 2012).

O tempo de ressuscitação é considerado a variável de maior poder prognóstico na RCP. No estudo de Bedell et al. (1983), os pacientes que apresentaram tempo de PCR superior a 15 minutos, a sobrevida foi reduzida de 65% para 5%, e quando acima de 30 minutos de tempo de reanimação, não houve sobreviventes, resultado também verificado nesse estudo em que o tempo médio de RCP esteve entre 20 e 30 minutos, no CTI e CPA, respectivamente, culminando em elevada taxa de óbitos.

Em estudo de Gomes et al (2005) constatou-se que a não utilização de epinefrina aumentou em 12,5 vezes a chance de sobrevida dos pacientes, em que pese, os 50% dos pacientes acompanhados nos setores de CTI e CPA que não utilizaram epinefrina, evoluíram com o desfecho sombrio e elevada mortalidade.

Questionamentos sobre o real benefício da ação da adrenalina, têm-se discutido, haja vista que a vasopressina está sendo atualmente considerada como um dos agentes farmacológicos mais promissores no cenário da RCP (GONZALEZ et al., 2013). Neumar et al. (2010) afirma que embora não haja uma vantagem demonstrada da vasopressina sobre epinefrina, não há nenhuma evidência de danos. Entretanto, vasoconstritores, ou seja, adrenalina e vasopressina, são

rotineiramente administradas durante a parada cardíaca, e não há evidências que este uso afeta positivamente o retorno à circulação espontânea (NEUMAR et al., 2010). Até o momento não houve ensaios clínicos controlados por placebo publicados demonstrando que a administração de qualquer medicamento vasopressor em qualquer fase da gestão de taquicardia ventricular sem pulso (VT), fibrilação ventricular (FV), atividade elétrica sem pulso (PEA), ou assistolia aumenta a taxa de sobrevivência neurológica na alta hospitalar (NEUMAR et al., 2010).

Estudo clínico multicêntrico, controlado, analisou os casos de 5.638 pacientes, e os investigadores concluíram que, embora a adição de medicamentos cardioativos aumente a sobrevida na internação, não afetou a sobrevivência pós-PCR até a alta hospitalar (STIELL et al., 1999).

Nesta perspectiva, vale ressaltar que o sistema circulatório humano é uma rede vascular complexa e a sua disfunção conduz rapidamente a redução da oferta de oxigênio, disfunção celular progressiva, lesão de órgãos, e em última análise, a morte do paciente (WILLIAMSON et al., 2012). Portanto, as intervenções para as vítimas de parada cardíaca devem ser realizadas de forma rápida e eficiente para maximizar a chance de um resultado cardíaco e neurológico favorável na tentativa de resolver esta disfunção e alterar sua história natural (AHA, 2010; WILLIAMSON et al., 2012).

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados é possível concluir a relevante necessidade de adequação de processos de cuidado junto aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros para obtenção de melhorias no atendimento ao evento de PCR, bem como qualidade assistencial e maior segurança aos pacientes, considerando o prognóstico sombrio revelado pela maioria deles.

Até o momento, não existe nenhum modelo prognóstico eficiente que subsidie os profissionais de saúde. Todos os aspectos aqui realçados apontam para a relevância da necessidade de novos estudos, com objetivo de tentar esclarecer o valor prognóstico das principais variáveis da PCR.

Os dados apresentados podem oferecer subsídios úteis aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, que estão envolvidos diretamente com a tomada de decisão frente a pacientes potencialmente graves e/ou de risco para morte súbita.

7. LIMITAÇÕES

Ocorreram muitas limitações ao longo da pesquisa por dificuldades estruturais, organizacionais e funcionais da própria instituição hospitalar. O acesso aos registros foi dificultado pelo fluxo relativamente rápido de encaminhamento dos prontuários (disponíveis apenas na versão impressa) dos pacientes que evoluíram ao óbito ou receberam alta, para o faturamento, dificultando o acesso/consulta. O tempo de espera para acesso de cada prontuário foi cerca de 1 mês.

A carência de um registro ou instrumento específico de registro para os profissionais em relação as intercorrências do setor, tornou o processo de identificação dos casos de parada moroso. Frente a tal fato, houve necessidade de acessar o livro de ocorrências diárias dos enfermeiros em que minimamente constava de relatos casuais/esporádicos ou relato verbal de algum profissional que se recordava de determinado evento relacionado a PCR.

Essas limitações justificam a casuística reduzida de pacientes que sofreram PCR em ambas as unidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHA - American Heart Association . **Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010**. Guideline CPR ECC 2010.
- AVANSI, P. A; MENEGHIN, P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-hospital Utstein Style. **Rev Esc Enfermagem USP**, v.42, n. 3, 2008. P. 504-11.
- BALLEW, K. A.; PHILBRICK, J. T.; CAVEN, D. E.; SCHORLING, J. B. Differences in case definitions as a cause of variation in reported in-hospital CPR survival. **J Gen Intern Med**, Charlottesville, v. 9, n. 5, 1994. P. 283-5.
- BARBARA, Aehlert. ACLS, Suporte Avançado de Vida em Cardiologia: emergência em cardiologia. [tradução de Bianca Tarrise da Fontoura]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- BEDELL, S. E. et al. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. **N Engl J Med**, v. 309. 1983. p. 569-76.
- BERDEN, H. J. et al. How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills? **BMJ**, v. 306. 1993. p. 1576-7.
- BERTELLI , A. et al. Estudo preliminar das relações entre duração da parada cardiorrespiratória e suas consequências nas vítimas de trauma. **Rev Esc Enf USP**, v. 33, n. 2, 1999. P.130-41.
- BOA VENTURA, A. P.; ARAÚJO I. E. M. Registro do atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: aplicabilidade de um instrumento. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, 2006. P. 434-42.
- CHAN, P. S. Nallamothu BK.,Improving Outcomes Following In-Hospital Cardiac Arrest Life After Death. **JAMA**, v. 307, n. 18, may 2012.
- CHAN, P. S. et al. American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. **N Engl J Med**, v. 358, n. 1, 2008. P.9-17.
- CHAN, P. S. et al. American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR) Investigators. Racial differences in survival after in-hospital cardiac arrest. **JAMA**, v. 302, n. 11, 2009. P. 1195- 1201.
- DANE, F. C. et al. In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. **Resuscitation**, v. 47, 2000. P. 83-7.
- DANS, P. E. at al. In hospital CPR 25 years later: why has survival decreased? **South Med J**, v. 78, n. 10, 1985. P. 1174-8.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 10 mai 2013.

FERNANDES, A. P. et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo *Utstein*. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, 2010. P.757-63.

FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3. 2010.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIROTRA, S. et al. Trends in survival after in-hospital cardiac arrest [abstract 11152]. **Circulation**. v. 124, A509, 2011.

GOMES, A. M. C. et al. Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 4, Oct. 2005. P. 262-271.

GONZALEZ et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2. 2013. p. 105-113.

HAZINSKI M. F. et al. Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**, v. 122, n. 16, suppl. 2, 2010. P. 250-75.

JERRY, P. N. et al. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. **Resuscitation**, v. 815, 2010. P.e1-e25.

JONES, P. G.; MILES, J. L. Overcoming barriers to in-hospital cardiac arrest documentation. **Resuscitation**, v. 76, 2008. P.369-75.

KAYE, W.; MANCINI, M. E.; TRUITT, T. L. When minutes count--the fallacy of accurate time documentation during in-hospital resuscitation. **Resuscitation**, v. 65, 2005. P.285-290.

LEE, K. Cardiopulmonary Resuscitation: New Concept. **Tuberc Respir Dis**, v. 72, 2012. P. 401-408.

LIMA et al. Educação Permanente em SBV e SAVC em Enfermagem. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n.6. 2009. p. 630-636

LUZIA, M. F.; LUCENA, A. F. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, 2009. P.328-337.

MADDEN, C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. *Nurse Educ Today*, v. 26, n. 3, 2006. P. 218-27.

MARTINS, H. S. et al. *Emergências Clínicas: abordagem prática*. – 8. Ed. rev. E atual. – Barueri, SP: Manole, 2013.

MOREIRA, D. e cols. Estudo Retrospectivo de Sobrevida de Pacientes Submetidos à Reanimação Cardiorrespiratória em Unidade de Tratamento Intensivo. **Arq Bras Cardiol**, v. 78, n. 6, 2002. P. 545-548.

MORRISON L. J. et al. Part 8: Advanced life support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**, v. 122, n. 16, suppl. 2, 2010. P. 345-421.

NEUMAR, R. W. et al. 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. Part 8: adult advanced cardiovascular life support. *Circulation*, v.122, 2010. P. S729–S767.

NICHOL, G. et al. American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR) Investigators. Hospital variation in time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. **Arch Intern Med**, v. 169, n. 14, 2009.p. 1265-1273.

PEBERDY, M. A. et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. **Resuscitation**, v. 58, 2003. P.297-308.

PEBERDY, M. A. et al. National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. **JAMA**, v. 299, n. 7, 2008. P. 785-792.

PEREIRA, J. C. R. G. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, June 2008. P. 190-196.

SANDRONI, C. et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. **Intensive Care Med**, v. 33, 2007. P.237-245.

SCHNEIDER, A. P.; NELSON, D. J.; BROWN D. D. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: a 30-year review. **J Am Board Fam Pract**, St. Joseph Hospital, Lexington, KY, v. 6, n. 2, 1993. P. 91-101.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 35, n. 4, 2001. P.360-365.

STIELL, I. G. et al. Modifiable factors associated with improved cardiac arrest survival in a multicenter basic life support/defibrillation system: OPALS Study Phase I results. **Ann Emerg Med**, v. 33, 1999. p. 44–50.

TIMERMAN, S. et al. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 3, 2010. P.228-37.

VERPLANCKE, T. et al. Determinants of the quality of basic life support by hospital nurses. **Resuscitation**, v. 77, n. 1, 2008. P.75-80.

VICTORA, C. G. KRAUTH. D. R. HASSEN, M. de N. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editora, 2000.

WILLIAMSON, K. et al. The Impact of the Code Drugs: Cardioactive Medications in Cardiac Arrest Resuscitation. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 30, n. 1, fev 2012. P. 65–75

ZANINI, J.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 18, n. 2, 2006. P.143-147.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: **Caracterização do cenário de atendimento da parada cardiorrespiratória em um Hospital Universitário do Distrito Federal.**

O objetivo desta pesquisa é Caracterizar o perfil do paciente em parada cardiorrespiratória de um Hospital da rede pública do Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através da permissão ao acesso nas informações do prontuário. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição (Hospital Universitário de Brasília) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof(a).Marcia Cristina da Silva Magro, na Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia por meio do telefone:(61)8269-0888, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____

ANEXO B – Formulário de Coleta de Dados dos Enfermeiros das Unidades

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE 2)

Unidade: () CTI () CPA

1. Profissional de Enfermagem:

() Enfermeiro (a): () Especialista: _____; () Mestre: _____; () Doutor (a): _____.
 () Outro: _____.

() Técnico de Enfermagem

() Outro: _____.

2. Sexo: () F () M

3. Idade: _____ anos.

4. Tempo de trabalho nesta Unidade: _____.

5. Já realizou algum curso/treinamento/capacitação para o atendimento a PCR a partir de 2010?

() Sim. Onde? _____.

() Não

6. Durante a graduação/formação, realizou alguma disciplina obrigatória que tratasse do atendimento a PCR com base nas diretrizes internacionais, como as publicadas pela American Heart Association (AHA)?

() Sim. Qual? _____.

() Não

7. Conhece as novas diretrizes da AHA publicadas em 2010 que trazem novos conceitos e práticas ao atendimento da PCR?

() Sim.

() Não

8. Quais as principais dificuldades encontradas por você durante o atendimento a PCR:

ANEXO C – Formulário de Coleta de Dados das Chefias de Enfermagem das Unidades

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE 1)

Unidade: () Chefia de Enfermagem da CTI () Chefia de Enfermagem do CPA

1. Quantidade de profissionais que compõem a Equipe de Enfermagem da Unidade:

Enfermeiros (as): _____.

Técnicos de Enfermagem: _____.

Outros (auxiliares de enfermagem, etc.): _____.

2. A Unidade conta com outros profissionais, quais:

_____.

3. Existem protocolos padronizados e específicos para o atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR):

() Sim () Não

4. A Equipe de Enfermagem já realizou algum curso de capacitação/treinamento para o atendimento a PCR, a partir de 2010:

() Sim. Onde? _____ () Não

5. De quantos “carrinhos de parada” a unidade dispõe: _____.

6. Qual profissional realiza a conferência dos mesmos e com qual frequência se dá essa conferência:

_____.

7. Como profissional responsável pela Coordenação da Equipe de Enfermagem da Unidade, quais as principais dificuldades encontradas pela Equipe de Enfermagem durante o atendimento a PCR:

8. O enfermeiro tem autonomia para iniciar o atendimento da PCR na ausência do médico usando o modo DEA do equipamento desfibrilador manual?_____

9. Já realizou algum curso/treinamento/capacitação para o atendimento a PCR a partir de 2010?

Sim. Onde?_____.

Não

10. Há treinamento permanente de atendimento em parada cardiorrespiratória por meio de metodologias ativas adotando as novas diretrizes de 2010 da AHA?_____

11. Durante a graduação, realizou alguma disciplina obrigatória que tratasse do atendimento a PCR com base nas diretrizes internacionais, como as publicadas pela American Heart Association (AHA)?

Sim. Qual?_____.

Não

12. Conhece as novas diretrizes da AHA publicadas em 2010 que trazem novos conceitos e práticas ao atendimento da PCR?

Sim.

Não

ANEXO D – Formulário de Coleta de Dados do Paciente

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (CARACTERIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE)**1. Identificação do(a) paciente:**

Iniciais:_____ RG:_____ Leito:_____ Idade:_____ Sexo: ()F ()M
 Admissão: __/__/__ Diagnóstico de Internação: _____
 Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____.

2. Dados da Parada Cardiorrespiratória (PCR)

Parada detectada e confirmada: ____:____hrs

RCP iniciada: ____:____hrs

RCP terminada: ____:____hrs

Ritmo inicial: ()FV ()TV sem pulso () AESP ()Assistolia ()Outro:_____.

Condições da Via Respiratória no momento da PCR: () Intubado ()Traqueostomizado () Respirador

Circulação espontânea: ()retornou, se sim ____:____hrs ()nunca atingida ()RCE não sustentada(<20min/ >20 min < 24h/ >24 h)

Terapêutica elétrica: Desfibrilação: ()Sim ()Não Joules:_____J Número de Choques:_____

Ritmo Pós-Choque: () Sinusal ()Arritmia:_____

Terapêutica Farmacológica: ()Epinefrina:_____()Atropina:_____()Lidocaína:_____ ()Procainamida:_____ ()Amiodarona:_____ ()Bic. de sódio:_____ ()Sulf. Magnésio:_____ ()Gluc. Ca:_____

Via de administração de fármacos: _____

Desfecho:

Glasgow: _____

Seguimento no hospital: ()Continua na mesma unidade ()Outra unidade:_____

Óbito: ()Sim. Principal causa:_____ ()Não

3. Se desfecho positivo, acompanhamento:

Aspectos clínicos:

Histórico Familiar de Doenças: _____

Comorbidades: () Hipertensão Arterial () Diabetes mellitus () Insuficiência Renal ()
Outras: _____ Glasgow: _____

Medicação em uso antes da PCR: _____.

Ventilação espontânea: () Sim () Não Intubação orotraqueal: () Sim () Não

Uso de drogas vasoativas: () dobutamina () Noradrenalina () Vasopressina () Adrenalina ()
Outros: _____**Dados hemodinâmicos:**

Pós PCR	PAS ^a (mmHg)	PAD ^b (mmHg)	FC ^c (bpm)	FR ^d (irpm)	T ^e (°C)	SpO ₂ ^f (%)	PVC ^g	FU ^h (mL)
24 horas								
48 horas								
72 horas								

^a Pressão arterial sistólica; ^b Pressão arterial diastólica; ^c Frequência cardíaca; ^d Temperatura; ^e frequência respiratória;;
^f saturação periférica de oxigênio; ^g pressão venosa central; ^h fluxo urinário

Dados laboratoriais:

Pós PCR	U ^a	Cr ^b	CKmB ^c	TROPONINA	TGO ^d	TGP ^e	AMILASE
24 horas							
48 horas							
72 horas							

^a uréia; ^b creatinina sérica; ^c creatinino fosfoquinase-MB; ^d Transaminase Glutâmico Oxalacética; ^e Transaminase glutâmico pirúvica

Dados Laboratoriais (Gasometria arterial)

Pós PCR	pH ^a	PCO ₂ ^b	PO ₂ ^c	SAO ₂ ^d	BIC ^e	BE ^f	Lactato
24 horas							
48 horas							
72 horas							

^a potencial hidrogeniônico; ^b pressão parcial de gás carbônico; ^c pressão parcial de oxigênio; ^d saturação arterial de oxigênio; ^e bicarbonato de sódio; ^f excesso de bases

4. Quadro Pós PCR (últimas 72 horas)

Óbito: () Sim. Hora: _____ () Não

ECG: () Sim () Não **Ritmo:** () Sinusal () Arritmia. Qual: _____

Fármacos vasoativos: () Sim () Não

Ventilação Mecânica: () Sim () Não

Sedação: () Sim () Não

Número de recidivas de PCR: _____