

FINALIDADE:

- Estabelecer condutas para o atendimento de pacientes adultos (18 anos completos ou mais) com suspeita de Parada Cardiorrespiratória (PCR), na UTI-Geral, Unidades de Internação e Pronto Atendimento do Hospital Centro;
- Padronizar condutas a serem realizadas pelos Fisioterapeutas junto com a equipe multiprofissional;
- Minimizar a ocorrência de eventos adversos previsíveis;
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e seguro aos pacientes.

JUSTIFICATIVA:

- Sistematizar o atendimento de pacientes com suspeita de PCR, organizar um sistema de atendimento das emergências médico-cirúrgicas intra-hospitalar e aumentar a taxa de sobrevida em pacientes com PCR.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

- PCR – Parada Cardiorrespiratórias
- RCP – Reanimação Cardiopulmonar

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fisioterapeutas/Técnico de Enfermagem/Enfermeiro/Médico

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Equipamentos de Proteção individual (EPI's) (óculos, máscara, luvas, avental);
- Kit aspirador (latex e umidificador);
- Sonda de aspiração nº 12 e 14;
- Ventilador manual com máscara (AMBU);
- Ventilador pulmonar montado.

PROCEDIMENTO:**ETAPA 1: Competências Fisioterapêuticas**

1. Ao identificar uma parada cardiorrespiratória ou ser informado do evento, o fisioterapeuta deverá auxiliar a equipe de terapia intensiva nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar;
2. Habitualmente o fisioterapeuta deve ser responsável pela monitorização e cuidados com a via aérea, ventilação e manutenção da permeabilidade das vias aéreas;
3. Quando não estiver responsável pelas vias aéreas o fisioterapeuta pode auxiliar nas manobras de compressões torácicas.

ETAPA 2: Parada Cardiorrespiratória

1. Identificação do evento;
2. Utilizar EPI's (luva de procedimento, óculos de proteção, máscara de procedimento);
3. Certificar-se da disponibilidade de um ressuscitador manual em bom estado;
4. Conectar o ressuscitador manual a rede de oxigênio;
5. Em caso de paciente ventilando espontaneamente, colocar a máscara de coxim inflável na face do paciente e iniciar a ventilação até procedimento de intubação orotraqueal (conforme POP Fisioterapia UTI 005);
6. Em caso de paciente em ventilação mecânica, desconectar o paciente do respirador mecânico e conectar o

paciente ao ressuscitador manual;


7. Quando julgar necessário, o fisioterapeuta deve solicitar o revezamento da manipulação do ressuscitador manual, a fim de manter a qualidade da ventilação;
8. Durante as manobras de compressões torácicas o fisioterapeuta pode auxiliar no revezamento do procedimento (caso seja necessário);
9. Comprimir o tórax do paciente com as mãos entrelaçadas, região hipotênar de uma das mãos sobre o esterno do paciente e a outra mão sobre a primeira, cotovelos em extensão completa, posicionar-se num ângulo de cerca de 90° acima do paciente;
10. A compressão deve ser realizada numa profundidade de cerca de 5cm, em um ritmo de 100 compressões por minuto, permitir o retorno por completo do tórax após cada compressão;
11. Em caso de necessidade de cardio-desfibrilação, obedecer a ordem dada pelo médico assistente de afastar, soltar o ressuscitador manual ou suspender as manobras de compressões torácicas;
12. Solicitar revezamento quando achar necessário, a fim de manter a qualidade das manobras de ressuscitação.

ETAPA 3: Recuperação Pós Ressuscitação Cardiopulmonar

1. Em caso de manobras de ressuscitação cardiopulmonares efetivas, com retorno dos batimentos cardíacos do paciente, reconectá-lo a ventilação mecânica;
2. Ajustar parâmetros ventilatórios para normoventilar o paciente, manter volume corrente e frequência respiratória para PaCO₂ 35-45mmHg, fração inspirada de oxigênio suficiente para saturação periférica de 94-96%;
3. Realizar ausculta pulmonar;
4. Aspirar (se necessário) via aérea artificial, cavidade nasotraqueal e oral, (conforme POP Fisioterapia UTI 003 ou POP Fisioterapia UTI 004);
5. Conferir gasometria pós-parada cardiorrespiratória para ajustes na ventilação mecânica;
6. Conferir Rx de tórax pós-parada cardiorrespiratória;
7. Registrar em evolução fisioterapêutica.

CONSIDERAÇÕES:

- Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas;
- Manter durante os primeiros minutos da RCP, compressões torácicas sem interrupção para prover troca gasosa adequada, assim, a inserção da via aérea avançada não deve retardar e nem prejudicar as compressões torácicas ou a desfibrilação;
- Desconectar as fontes de oxigênio durante a desfibrilação;
- Aplicar o primeiro choque no tempo ideal que compreende os primeiros 3 a 5 minutos da PCR;
- Não se devem pausar as compressões para aplicar as ventilações, no caso de via aérea avançada instalada;
- Interromper a RCP por menos de 10 segundos, apenas para IOT e checagem do posicionamento do dispositivo, e não para a laringoscopia;
- Para facilitar a ventilação com bolsa-válvula-máscara, a cânula orofaríngea pode ser utilizada em pacientes sem reflexo de tosse ou vômito, sendo inserida apenas por profissionais treinados em seu uso;
- O tamanho adequado da cânula orofaríngea é obtido pela distância entre a parte distal da asa do nariz e a proximal no trago da orelha. Na suspeita de fratura de base de crânio ou uma coagulopatia severa, está contraindicada.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)		
	POP.HC.FST.006	Versão: 002	Página: 3 de 3

da;

- Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP testados, em boas condições de uso e em número adequado;
- Providenciar a troca dos equipamentos e/ou materiais em casos de falhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.
2. COSTA, R.P. Técnicas e recursos para remoção de secreção brônquica. In: SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas Clínicas. Editora Manole, 2005.
3. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.
4. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013;
5. Protocolo de Ventilação Mecânica Hospital do Trabalhador – Curitiba/PR.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

02/07/2024 – Revisado e atualizado