

Suporte Avançado

de Vida em Afogamento

Dr David Szpilman - Diretor Médico

SAVA.10. PROGNÓSTICO E ESCALAS DE GRAVIDADE – 15 MIN

Afogamentos grau 1 a 5 recebem alta hospitalar em 95% dos casos sem sequelas.

Afogamentos grau 6 podem evoluir com falência de múltiplos órgãos.

- ✓ Com o progresso da terapia intensiva, o prognóstico é cada vez mais baseado na lesão neurológica. Questões como: “quais vítimas devemos tentar ressuscitar? Por quanto tempo devemos investir? Qual conduta adotar e o que devemos esperar em termos de qualidade de vida após a ressuscitação?” necessitam de respostas mais precisas.
- ✓ Tanto na cena quanto no hospital, nenhuma variável clínica parece ser absolutamente confiável para determinar o prognóstico final no afogado grau 6, portanto, a recomendação é insistir na ressuscitação em todos os casos.
- ✓ A RCP deve ser iniciada sem demora em todas as vítimas sem ventilação que não responderam a ventilação artificial, que estiveram em submersão por menos de uma hora, ou que não apresentem sinais clínicos evidentes de morte (*rigor mortis*, decomposição corporal ou livores).
- ✓ Embora alguns autores afirmem que a ressuscitação com êxito de vítimas com grande tempo de submersão só ocorre em águas geladas, existem relatos de vítimas com grande tempo de submersão que foram ressuscitadas sem sequelas, mesmo quando resgatadas em águas ditas quentes (acima de 20°C).
- ✓ Múltiplos estudos mostram que o prognóstico depende quase que unicamente de um único fator: o tempo de submersão, embora não seja determinante para não se realizar a RCP.





SAVA.10. PROGNÓSTICO E ESCALAS DE GRAVIDADE – 15 MIN

Os esforços de RCP só devem ser interrompidos após o aquecimento da vítima acima de 34°C e a evidência de assistolia no monitor cardíaco – “nenhum afogado está morto, até estar quente e morto!”.

Um dos escores mais poderosos é a avaliação da escala de coma de Glasgow no período imediato após a ressuscitação (primeira hora) e de 5 a 8 horas depois. Variáveis prognósticas são importantes para o aconselhamento dos familiares de afogados nos primeiros momentos após o incidente e, principalmente, para indicar quais pacientes são propensos a se recuperar com a terapia de suporte padrão e quais deveriam ser candidatos a terapias de ressuscitação cerebral ainda em fase experimental de investigação clínica.

Após a realização da RCP com êxito, a estratificação da gravidade das lesões cerebrais é crucial para permitir a comparação das diversas opções terapêuticas. Vários escores prognósticos foram desenvolvidos para prever quais pacientes vão evoluir bem com a terapia-padrão e quais estão mais propensos a desenvolver a encefalopatia anóxica isquêmica, requerendo assim medidas mais agressivas e inovadoras para proteger o cérebro.

Escala de prognóstico neurológico pós-PCR em afogamento

A - Primeira hora

Alerta - 10
Desorientado - 9
Torpor - 7
Coma com tronco normal - 5
Coma com tronco anormal - 2

B - 5-8 h após

Alerta - 9,5
Desorientado - 8
Torpor - 6
Coma com tronco normal - 3
Coma com tronco anormal - 1

Recuperação sem sequelas

Excelente (13)	95%
Muito bom (10-12)	75-85%
Bom (8)	40-60%
Regular (5)	10-30%
Ruim (3)	< 5%

Adaptada de Orlowski, et al.

Tabela - Classificação prognóstica para o pós-PCR por afogamento, utilizando a escala de Glasgow (escore ainda em estudo)

SAVA.10. PROGNÓSTICO E ESCALAS DE GRAVIDADE – 15 MIN


Recentemente com o emprego de sedação + analgesia importante nas primeiras horas em pacientes com Glasgow inicial menor de 8, seja para tolerância da hipotermia submetida ou ainda pela necessidade inicial de redução do consumo celular neuronal para uma maior viabilidade celular, a tabela anterior poderá não ser utilizada, pois o desmame medicamentoso nesses casos pode ser prejudicial.



www.sobrasa.org



Tabela - Fatores importantes no prognóstico de afogamentos pós-RCP

- O suporte básico e avançado precoce apresenta melhores prognósticos.
- No afogamento, a redução de 10°C na temperatura cerebral reduz em 50% o consumo energético da célula, dobrando o tempo de sobrevivência da célula neuronal cerebral.
- Duração da submersão e risco de lesão neurológica grave e morte cerebral após alta hospitalar:
 - 0-5 min – 10% 
 - 6-10 min – 56%
 - 11-25 min – 88%
 - 25 min – quase 100%
- Sinais de lesão de tronco cerebral predizem lesão neurológica grave.

