

Novas Recomendações para Reanimação Cardiorrespiratória e Cuidados Cardiovasculares de Emergência

Prezado Editor,

O ano se inicia com várias novidades em Reanimação Cardiorrespiratória (RCR). No final de 2010, as novas diretrizes para RCR e Cuidados Cardiovasculares de Emergência (CCE) foram publicadas¹. O assunto é de grande importância para toda a comunidade médica, especialmente para os anestesiológicos, por vezes envolvidos em reanimações. Novas prioridades são dadas ao atendimento da parada cardíaca. Por outro lado, condutas adotadas há muito tempo agora têm menos importância. É a medicina baseada em evidências. As palavras de ordem da nova publicação são: “compressões torácicas de alta qualidade” e “simplificação”. A terminologia “em média 100 compressões por minuto” foi substituída por “no mínimo 100 compressões por minuto”. O procedimento “ver, ouvir e sentir”, relacionado à avaliação das vias aéreas das diretrizes anteriores², foi excluído nesta nova edição. Não mais se indica a atropina no tratamento da atividade elétrica sem pulso (AESP) e da assistolia. Incluíram-se cuidados pós-reanimação como parte integrada da cadeia de sobrevivência. Deu-se, ainda, importância maior à monitoração da capnografia e o soco precordial volta a ser recomendado em situações especiais.

Compressões torácicas de alta qualidade no paciente adulto, segundo as novas diretrizes, são definidas como aquelas na frequência mínima de 100 por minuto e profundidade mínima de 5 cm, com retorno ou relaxamento total do tórax após cada compressão, reduzindo-se as interrupções (por exemplo, após a desfibrilação, para a garantia da via aérea ou para a verificação do pulso). Ventilações excessivas devem ser evitadas. Mantém-se o padrão de duas ventilações para 30 compressões ou 8 a 10 ventilações por minuto assíncronas com as compressões, se a via aérea já foi garantida com algum dispositivo (tubo traqueal ou máscara laríngea, por exemplo). Diferentemente do que se praticava até então, preconizam-se agora as compressões torácicas de alta qualidade como o primeiro passo do algoritmo de atendimento da parada cardíaca, seguidas por abertura da via aérea e ventilação – C (*chest compressions*); A (*airway*); B (*breathing*) e não mais A; B; C.

Os leigos ou aqueles menos treinados devem realizar apenas as compressões torácicas (*hands only*), tornando mais rápida a tomada de decisão após breve avaliação da capacidade de resposta da vítima e se a mesma está respirando de forma anormal ou se não está respirando. A literatura indica que a precocidade da realização das compressões torácicas melhora o prognóstico da parada cardíaca. O leigo deverá manter as compressões torácicas até a chegada de um desfibrilador ou de um socorrista treinado.

O profissional de saúde deve agora observar a ventilação enquanto também verifica se o paciente está respondendo (consciente ou não) e, então, iniciar prontamente 30 compressões torácicas de alta qualidade, para depois desobstruir a via aérea e realizar duas ventilações. Se não estiver sozinho, as ações podem ser realizadas simultaneamente, lembrando-se que as compressões torácicas são prioridade. O desfibrilador, no caso da fibrilação ventricular ou da taquicardia ventricular sem pulso, deve ser utilizado o quanto antes. No colapso testemunhado, enquanto se instala o desfibrilador automático devem-se manter as compressões torácicas e, tão logo o choque seja administrado, as compressões torácicas devem ser reiniciadas. Quando a parada cardíaca extra-hospitalar não for testemunhada, considerar a realização de compressões torácicas por cerca de um e meio a três minutos antes da tentativa de desfibrilação. Quando indicado, o ideal é que o choque seja administrado até três minutos após o colapso.

Na edição de 2005², não havia recomendações envolvendo o soco precordial. Essa técnica de RCR foi incluída na nova edição como alternativa para a taquicardia ventricular instável com início testemunhado em paciente monitorado, quando não há um desfibrilador pronto para uso. Mais uma vez, a publicação enfatiza que o soco precordial não deve retardar a RCR nem a aplicação do choque.

Mais atenção foi dada à monitoração da capnografia. Antes sutilmente recomendada para confirmar o posicionamento do tubo endotraqueal e para ser útil como indicativo do débito cardíaco gerado durante as compressões torácicas, agora é enfaticamente recomendada para os mesmos propósitos inclusive para a detecção do aumento do fluxo sanguíneo quando há retorno da circulação espontânea.

Os protocolos de medicação também foram modificados. A utilização rotineira de atropina nos casos de assistolia ou AESP foi excluída do algoritmo, pois as evidências não são sólidas para se indicarem os benefícios de seu uso. Além disso, a adenosina pode ser empregada nos casos de taquicardia monomórfica regular de complexo largo, com finalidade diagnóstica e terapêutica, e não apenas nos casos de taquicardia supraventricular como anteriormente.

Por fim, enfatizam-se os cuidados organizados pós-reanimação, com a implementação de um sistema abrangente, estruturado, integrado e multidisciplinar de cuidados, ou seja, avaliação contínua e suporte hemodinâmico, respiratório e neurológico incluindo intervenções coronárias percutâneas, se indicadas, assim como a hipotermia após todos os tipos de parada cardíaca. Considera-se ainda que o ideal seja manter a saturação arterial de oxigênio entre 94% e 99%, evitando-se hiperóxia após a reanimação.

Diante das novidades sobre um assunto tão importante em nossa área de atuação, salientamos a necessidade da atualização e da educação continuada. As novas diretrizes podem ser obtidas gratuitamente no *website* da *American Heart Association*¹. Os destaques das novas diretrizes, também com acesso gratuito, foram publicados em vários idiomas, incluindo o português³. A comunidade médica precisa estar atenta e treinada dominando um assunto antigo, porém renovado para 2011.

Dra. Camila Sampaio Chiarantano
ME do CET/SBA do Departamento de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Dr. Paulo do Nascimento Junior
Professor Adjunto do Departamento de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

REFERÊNCIAS / REFERENCES

01. 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. *Circulation*, 2010;122(18 suppl 3):S639-S946. Disponível em: http://www.circ.ahajournals.org/content/vol122/18_suppl_3/
02. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 2005;112(24 suppl):iv1-iv211.
03. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Disponível em: <http://guidelines.ecc.org/guidelines-highlights.html>