

**RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR VERSUS
RESSUSCITAÇÃO CARDIOCEREBRAL**
*CARDIOPULMONARY RESUSCITATION VERSUS
CARDIOCEREBRAL RESUSCITATION*

José Victor de Miranda Pedroso*

O preço do sucesso de uma reanimação cardiopulmonar pode ser a seqüela neurológica irreversível.

Considerando toda sorte de dificuldades envolvidas no resgate de uma vida, o atendimento por leigos (não entendem porque quando a massagem cardíaca cessa os pacientes fecham os olhos...) ou mesmo por pessoal preparado, onde os cuidados respiratórios e suas implicações inerentes - ventilação boca a boca, insuflações gástricas e/ou longas paradas para ventilação onde a pressão positiva do tórax causa diminuição do retorno venoso, com consequentes baixos débitos (cardíaco, coronariano e cerebral) - tornam aparentes adequadas ressuscitações precoces, na realidade, inadequadas e tardias. Em ambiente hospitalar a sobrevida é de 40%, fora dele 10%.

Revendo trabalhos de Ewy, Gordon A e Kern, Karl B em JACC 2009:53:2:149-157, Davis, D P em JACC 2009:53:2:158-160 e Pereira, J C R G em RBTI 2008:20:2:190-196, temos que o protocolo de recuperação cardiopulmonar do ACLS pode ser falho em termos de proteção cerebral.

Desde 2003, no Arizona e Wisconsin, outro protocolo foi desenvolvido e desde 2008 a AHA aceita alterações no ACLS.

O atendimento pela ressuscitação cardiocerebral focado em resgate do ritmo cardíaco (desfibrilação e até três

séries de 200 compressões cardiopulmonares criando pressão pulmonar negativa - com análise e correção do mesmo sem intubação orotraqueal) seguido de cuidados como hipotermia, e cateterismo/angioplastia imediatos tem mostrado melhor recuperação neurológica.

Há necessidade de educar as próprias equipes de resgate quanto ao momento de desfibrilação, sendo de 4 a 5 minutos na fase elétrica e até 15 minutos na fase circulatória, seguidos de cuidados pós-ressuscitação, onde o débito cardíaco, a circulação coronariana e a consequente oxigenação cerebral são imprescindíveis: isso faz a diferença!

É proverbial que a flexibilidade do protocolo de atendimento à parada cardiorespiratória impeça insucessos. O suporte de vida em ambiente hospitalar adequado com manutenção do ritmo cardíaco, pressões arterial e intracraniana, glicemia, hipotermia, ventilação mecânica, sedação, controle de eletrólitos, anticoagulação, anticonvulsivantes são indispensáveis em todo e qualquer serviço.

Seja qual for o protocolo adotado nos diversos serviços é imperativo o bom senso dos responsáveis e da equipe de emergência adequando condutas às consagradas desde que endossadas por evidentes resultados satisfatórios.

The early 20th century witnessed a call to “view patient treatment from the concrete point of view of the care of the individual and not from the abstract point of view of the treatment of disease”.

Peabody FW. The care of patient. JAMA. 1927; 88:877-82.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 1, p. 35, 2010

* Médico intensivista, responsável pela UTI Adulto do Hospital Santa Lucinda da PUC-SP e pela UTI Adulto do Hospital Leonor Mendes de Barros do CHS.

Recebido em 6/10/2009. Aceito para publicação em 11/11/2010.

Contato: drjv@uol.com.br