

## Você está preparado?

**Profa Dra Norma Suely Oliveira**

*Profa Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)*

*Instrutora do PALS e do BLS*

Para melhor sobrevivência e qualidade de vida, o suporte básico de vida deve fazer parte constante do esforço da Sociedade em manter a Cadeia de Sobrevivência que inclui a prevenção, a precoce reanimação cardiopulmonar (RCP), a rápida resposta do serviço médico de emergência e a instituição rápida do suporte avançado de vida seguido por forte integração do serviço que oferecem os cuidados pós-parada cardiopulmonar (PCR).

RCP rápida e efetiva, realizada imediatamente pela pessoa que encontra a vítima, está associada ao sucesso do retorno à circulação espontânea e a sobrevida neurologicamente intacta em situações de PCR em ambiente extrahospitalar.

As novas orientações do suporte avançado de vida em Pediatria (*American Heart Association - AHA, Guidelines 2010*) baseia-se em dois princípios: a incidência da doença grave, particularmente a PCR e a Injúria física em crianças é menos frequente do que em adultos e a maioria das emergências pediátricas são inicialmente atendidas pelos provedores da equipe de saúde que não são pediatras e por aqueles que tem limitada experiência em serviço médico de emergência. Além disso, as orientações para o suporte avançado de vida em Pediatria devem ser baseadas na melhor evidência científica, ser acessível e simples.

Os cursos de RCP da AHA, foram revistos no último mês de outubro de 2010 e as novas orientações deverão ser expandidas através do treinamento tanto do BLS (*Basic Life Support*) quanto pelo PALS (*Pediatric Advanced Life Support*) para que possamos avançar no alcance dos melhores resultados de taxa de sobrevida e com qualidade neurológica, após evento súbito traumático ou não. Essa Ciência deve fazer parte, sistematicamente, da educação continuada de todos os Membros da Equipe de Saúde, não somente Pediatras ou Intensivistas, mas principalmente, Médicos da Saúde da Família, Médicos Residentes, Médicos especialistas de outras áreas, Graduandos, Professores Acadêmicos, Enfermeiros e Leigos. Assim, haveria disseminação do conhecimento. A responsabilidade de estarmos preparados e atualizados nessas orientações, a mudança de comportamento nesse sentido, cabe a todos nós, Provedores da Saúde, Academia, Sociedade, como também é uma responsabilidade do Estado e da Nação, afinal as nossas crianças merecem e clamam por essa postura social.

### **PCR em Ambiente Público versus Residencial.**

Em um estudo multicêntrico (EUA e Canadá), prospectivo, analisando uma coorte de 14 420 pacientes adultos apresentando paradas cardiorespiratórias (PCR), sem trauma, ambiente extrahospitalar, entre 2005 and 2007, os pesquisadores avaliaram o ritmo inicial de colapso, o uso do desfibrilador externo automático (DEA), a sobrevida e o local em que a PCR ocorreu (residência ou ambiente público).

Entre 12 930 pacientes com conhecido ritmo inicial e que receberam pelo menos um choque, aplicado pela pessoa que o(a) encontrou, a PCR foi testemunhada em 39%, o DEA foi aplicado em 2% desses. A PCR testemunhada pelo serviço médico de emergência (SME: SAMU), o DEA foi aplicado em 9%.

Taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular foram os ritmos iniciais na maioria dos casos de PCR em ambiente público (mais do que os casos de PCR em ambiente residencial). Entre aqueles em que houve testemunha da PCR (60% x 35%; adjusted odds ratio, 2.28), aqueles testemunhados pelo SME: SAMU (38% x 25%; AOR, 1.63) e aqueles em que houve

aplicação do DEA pela pessoa que testemunhou a PCR (79% x 36%; AOR, 4.48). A sobrevida total (alta hospitalar) para os pacientes com ritmo inicial conhecido foi de 7%.

Entre os pacientes com PCR em casa, a sobrevida foi de 2% para PCR não testemunhada, 8% para PCR testemunhada, 10% para PCR testemunhada onde a pessoa que o(a) encontrou realizou a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e 12 % nos casos de PCR testemunhada onde a pessoa que o(a) encontrou aplicou o DEA.

Para pacientes com PCR em ambiente público, testemunhada por alguém, a taxa de sobrevida foi de 20%, 34% para aqueles que aplicaram o DEA e 42% para aqueles que chegaram a aplicar um choque. A taxa de sobrevida foi semelhante para os pacientes que receberam choque, tanto em ambiente público como em residencial.

**Conclusão:** Esse grande estudo multicêntrico reafirma o claro benefício dos programas de suporte básico de vida e aplicação do DEA (*Basic Life Support - BLS*) para serem utilizados em ambientes públicos. Entretanto o DEA não melhora substancialmente o benefício da RCP aplicada pela pessoa que encontra a vítima em PCR, em casa, sugerindo que há necessidade de treinamento, em ampla escala, de como e quando utilizar o DEA também em ambiente residencial.

**Fonte:** Weisfeldt ML *et al.* Ventricular tachyarrhythmias after cardiac arrest in public versus at home. *N Engl J Med.* 2011, Jan 27; 364:31

### **Pesquisa sobre o treinamento da RCP Pediátrica na América Latina, Espanha e Portugal (países iberoamericanos)**

Para determinar como é oferecido o treinamento em RCP pediátrica, experts nesse tema enviaram um questionário para 21 países iberoamericanos (América Latina, Espanha e Portugal). Houve 15 respostas.

O treinamento de RCP Pediátrica não faz parte da graduação médica ou do treinamento da enfermagem nesses países e os médicos residentes recebem treinamento sistemático em somente quatro países.

Cursos de Suporte básico de vida (BLS) são realizados em 86,6%, Pediatric Advanced Life Support (PALS) em 93,3%, cursos de instrutores do PALS em 73,3% desses países. A duração do curso e número de horas de treinamento prático foi variável: SBV 5 horas (variação 4-8 horas); treinamento prático 4 horas (variação 2-5 horas); suporte avançado de vida 18 horas (variação 10-30 horas) e treinamento prático 14 horas (variação 5-18 horas).

Somente nove países (60%) tinham um grupo nacional que organiza o treinamento em RCP. Treze países (86,6%) apresentaram pouco mais de cinco centros oferecendo curso de RCP Pediátrica.

Os que responderam consideram que os principais obstáculos para expansão desse tipo de treinamento seriam o número pequeno de instrutores (28,5%), recurso financeiro reduzido dos participantes (21,4%) e deficiências na organização educacional (21,4%).

**Conclusão:** A RCP Pediátrica não é uniforme na maioria dos países iberoamericanos com pobre sistema organizacional e pouco envolvimento institucional. Grupos nacionais devem ser criados em cada país para planejar e coordenar o treinamento da RCP Pediátrica e para integrar com outros países iberoamericanos.

**Fonte:** López-Herce J, Carrillo A; Iberoamerican Network for the Study of Cardiorespiratory Arrest in Childhood. A survey on training in pediatric cardiopulmonary resuscitation in Latin America, Spain, and Portugal. *Pediatr Crit Care Med.* 2010 Nov 4.