

## Reordenando o ABC

Dr. Karl Kern começou mostrando os principais fatores determinantes de sobrevida que são a o início precoce do suporte básico de vida (SBV) e a precoce desfibrilação.

Mostrou uma tabela com dados de pacientes que começaram SBV precoce e que receberam desfibrilação precoce e as porcentagens de sobrevida.

SBV/ desfibr	<8min	8-16min	>16min
<4min	43%	19%	10%
4-8min	27%	19%	6%
>8min	--	7%	0%

Mostrou eventos que comprovaram a importância do tratamento precoce e ressaltou a importância de melhorar treinamento dos *bystander* e mostrou que o número de *bystander* vem diminuindo ao longo do tempo, o que deveria se esperar justamente o contrário. Citou basicamente 3 causas para esta diminuição que são: falta de treinamento adequado, complexidade do treinamento e medo do atendimento.

As medidas para incrementar o uso precoce do SBV são: simplificar a técnica com mais tempo de prática e menos teoria. Para simplificar o SBV é proposto eliminar a obrigatoriedade do item de checar pulsos, simplificar as compressões torácicas e eliminar a obrigatoriedade da respiração boca-a-boca.

Citou um estudo que analisou a capacidade de verificar pulsos. Foi um estudo em que era solicitado para o indivíduo verificar pulso carotídeo em pacientes que estavam sob cir. Revascularização miocárdica ( não se sabia se estava em CEC ou não) e o indivíduo tinha 10 segundos para dizer se havia pulso ou não. Só 15% fizeram o procedimento correto e só 2% foram capazes de verificar que não havia pulso. (Resuscitation 1996, 33:107-16).

Comentou estudo que avaliava a posição das mãos na MCE. E mostrou que não havia diferenças, nos itens efetividade, inefetividade e prejudicial, entre a posição correta e a MCE sem qualquer instrução.

A técnica de SBV com MCE sem respiração boca-a-boca é uma medida mais aceitável a ser realizada para os leigos e profissionais da saúde.

Foi realizado um estudo com 500 leigos para receberem treinamento para SBV convencional e SBV sem respiração boca-a-boca. Ao final do treinamento foram testados e visto que não houve diferença nos 2 grupos quanto a técnica. Algumas diferenças foram vistas nos itens chamar socorro, abrir vias aéreas, chamar ambulância, todos a favor do grupo com SBV simples.

Algumas diferenças foram vistas quanto ao tempo para iniciar os esforços terapêuticos, sendo 63 x 34 segundos a favor do SBV simples, outra diferença também a favor do SBV simples foi o tempo para reiniciar as compressões entre intervalos para abrir vias aéreas 16s X 9seg. Por fim foi visto que o número médio de compressões/min foi de 39/min X 84/min, novamente favorecendo o SBV simples, extrapolando este dado e considerando uma reanimação de 8 minutos o número de compressões é de 308 x 675 compressões.

O SBV simplificado é mais fácil de captar e os resultados são melhores, fornecendo um melhor suporte hemodinâmico, pois a pressão de perfusão coronariana é melhor neste grupo, pois a interrupção para a ventilação diminui a perfusão coronariana e leva mais tempo para recuperar esta perfusão.

Nas últimas diretrizes há uma recomendação para que o SBV deva ser feito, independente da realização da respiração boca-a-boca, porém ressalta a diretriz que é necessário mais estudos para confirmar a efetividade desta técnica.

No estudo Cerebral Resuscitation Study Group, na Bélgica, comparou as duas técnicas não mostrando diferenças nos dois grupos 16 x 15% e nos pacientes que não foi realizado nenhum procedimento a sobrevida foi de 6%.