

# Reanimação Cardiopulmonar Cerebral

Prezado Sr. Editor

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) precisa encampar a causa da Reanimação Cardiopulmonar Cerebral (RCPC). Em razão da grande relevância que o assunto envolve para a especialidade e da inegável implicação para a Saúde Pública, torna-se necessária uma posição clara da SBA, em conjunto com outras Sociedades médicas relacionadas direta ou indiretamente com o assunto, assumindo a vanguarda neste espaço que infelizmente permanece claro por muitos e muitos anos. No jubileu da introdução da massagem cardíaca externa (MCE)<sup>1</sup>, a RCPC não pode continuar orfã. Por outro lado, a RCPC é um assunto por demais sério e complexo para ficar apenas sob a responsabilidade, como temos observado, de grupos isolados de heróicos e entusiastas colegas. A Reanimação é atribuição intrasferível das entidades médicas, e do Estado, que para ela deve encaminhar recursos. Encontramo-nos em uma fase incipiente em RCPC e, se em países altamente desenvolvidos, tem sido questionada a habilidade de anestesiólogos em serem "experts" em RCPC<sup>2</sup>, mesmo em suas etapas básicas, que dizer de países os quais não destinam recursos para a difusão desses conhecimentos nos hospitais ou para os amplos programas de treinamento na comunidade?

A anestesiologia tem assumido papel de destaque em importantes conclave de reanimação<sup>3,4</sup> e anestesiólogos de renome têm se devotado ao estudo do problema, abrindo inclusive, em nível experimental, linha de pesquisa avançada. A rea-

nimatologia, a ciência da reanimação<sup>5</sup>, está em vias de se constituir numa nova especialidade, dada a complexidade e especificidade que o assunto adquiriu.

Acreditamos que um passo importante a esta altura seria a constituição de um Comitê de Reanimação Cardiopulmonar Cerebral da SBA. Este Comitê teria um papel normativo e executivo sobre as questões de reanimação e subcomitês nas Regionais deveriam ser constituídos. Num prazo de cinco anos, já poderíamos pensar na realização do I Simpósio Brasileiro de Reanimação Cardiopulmonar Cerebral, com a participação de várias Sociedades Médicas de áreas correlatas, bem como de entidades leigas.

Esperando acolhimento em nossas ponderações e tanto mais que conhecemos sua dedicação e publicação sobre o assunto<sup>6</sup> e sem mais para o momento, renovamos nossos protestos de alta consideração e estima.

Atenciosamente

F. C. A. do Carmo Ramos, TSA  
SQS 106 - Bloco C - Apto. 402  
70000 - Brasília - DF

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kouwenhoven W B, Jude J R, Knickerbocker G G — Closed Chest Cardiac massage. JAMA, 1960; 173: 1064 - 1067.

2. Garman J K — Are Anesthesiologists experts in Cardiopulmonary Resuscitation? *Anesthesiology*, 1979; 50: 182 - 184.
3. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECG). *JAMA*, Supplement, 1974; 227: 7: 831 - 868.
4. Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECG). *JAMA*, 1980; 244: 5: 453 - 512.
5. Safar P — Reanimatology - the Science of resuscitation. *Crit Care Med*, 1982; 10: 134 - 136.
6. Katayama M — Reanimação do Recém-nascido. Em Lane J C: *Reanimação*. 1ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981; 178 - 187.

## Resumo de Literatura

### ISQUEMIA MIOCÁRDICA PERIOPERATÓRIA LEVA A INFARTO DO MIOCÁRDIO PÓS-OPERATÓRIO

*No sentido de determinar se existe alguma relação entre isquemia miocárdica perioperatória (IMP) e infarto do miocárdio pós-operatório (IMPO), foram registradas alterações hemodinâmicas, eletrocardiográficas e outras, desde a chegada do paciente na sala cirúrgica até o início da circulação extracorpórea, em 1023 pacientes submetidos a cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio. Ocorreu isquemia documentada pelo ECG em 36,9% dos pacientes, sendo que cerca da metade dos episódios isquêmicos ocorreram antes da indução da anestesia. A incidência de IMPO foi quase três vezes mais elevada nos paciente que apresentaram IMP (6,9% x 2,5%) e não mostrou relação com a ocasião em que ocorreu a isquemia. A IMP, por sua vez, relacionou-se significativamente com TAQUICARDIA mas não com hipertensão/hipotensão arterial; ela foi frequente mesmo na ausência de qualquer anormalidade hemodinâmica (ocorrência ao acaso). Nove anestesiólogos atenderam os 1023 pacientes. O anestesiólogo cujos pacientes tiveram o maior grau de TAQUICARDIA e ISQUEMIA, teve também a maior freqüência de IMPO. Embora não se tenha relacionado a freqüência de IMPO com características pré-operatórias do paciente, a parada cardíaca prolongada bem como a qualidade sub-ótima do ato cirúrgico fizeram elevar-se a probabilidade de IMPO, independentemente da ocorrência de isquemia do miocárdio. Os autores concluem que a IMP é frequente em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, ocorre ao acaso bem como em resposta a alterações hemodinâmicas, e é um dos três fatores de risco independentes relacionados com o IMPO. Este, por sua vez, não tem relação com características pré-operatórias do paciente tais como fração de ejeção ventricular e doença grave de artéria coronária esquerda.*

*(Slogoff S, Keats A S — Does perioperative myocardial ischemia lead to postoperative myocardial infarction? *Anesthesiology*, 1985, 62: 107 - 114).*

**COMENTÁRIO:** *Os resultados deste trabalho trazem um importante subsídio aos médicos envolvidos no tratamento de coronariopatas: a isquemia do miocárdio perioperatória nestes pacientes pode ocorrer ao acaso, independentemente de alterações hemodinâmicas importantes, daí a importância da monitorização contínua do ECG no sentido de facilitar a instalação de medidas profiláticas do infarto do miocárdio. Por outro lado, o anestesiólogo cuja técnica anestésica permitiu o desenvolvimento do maior grau de taquicardia, foi o "aquinhoadado" também com a maior freqüência de IMPO. Estes dados clínicos estão plenamente de acordo com os estudos que apontam o aumento da freqüência cardíaca como um fator crucial para o aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio. (J R Nocite).*

## TSA — 1984 — COMENTÁRIOS DAS QUESTÕES

Já no segundo ano consecutivo, são publicadas na Revista Brasileira de Anestesiologia, as questões comentadas da prova escrita para obtenção do Título Superior em Anestesiologia, desta vez com a prova realizada em B. Horizonte.

O propósito desta publicação iniciado com as Edições dos "Ciências Básicas em Anestesiologia" é facilitar ao eventual candidato a execução das provas escritas, mediante um contato prévio. Destina-se, também, àqueles já portadores do título que queiram proceder um auto-teste de avaliação. Finalmente, tem a finalidade de apurar conhecimentos de forma atualizada, com a apresentação dos comentários.

Desta vez, foi possível à Comissão entregar ao Editor da Revista todo o material de forma precoce. Este fato deve-se ao elevado espírito de colaboração dos membros da Comissão do T.S.A., bem como a uma automatização de trabalho visando apresentação logo após a realização da prova.

São 56 questões do tipo SIMPLES, onde só há uma alternativa correta; 39 do tipo MÚLTIPLA, onde a resposta A indica as alternativas 1,2 e 3; B representa 1 e 3; C indica as alternativas 2 e 4; D corresponde a alternativa 4 e E quando todas as alternativas estão corretas; e 5 questões do tipo GRÁFICO, onde algumas são de correlação e 99 é de escolha simples.

Os comentários são de responsabilidade dos autores das questões, fundamentados nas referências bibliográficas que os seguem.

### A COMISSÃO DO TSA

Antonio Leite Oliva Filho - Presidente  
Jaime Pinto de Araújo Neto - Secretário  
Mirian Marteleite  
Irimar de Paula Posso  
Pedro Thadeu Galvão Vianna  
Newton da Silva Carvalho Leme