**RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Giovanna Sulzbacher Borghetti1; João Carlos Felito Romero2; Julia Cavalari Tabosa2; Mariana Martins Motta1; Rosa Maria Elias3.

1Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC)

2Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

3Orientadora e docente do curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC) e do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG)

**RESUMO**

**Introdução:** A parada cardiorrespiratória em gestantes é um evento rarocom uma ocorrência global de 1 para 30.000 gestantes, que apresenta altos índices de mortalidade materna e fetal. A sobrevivência fetal está diretamente relacionada à sobrevivência materna, portanto uma intervenção adequada deve ser adotada imediatamente para que haja uma reanimação efetiva. Nesta revisão, apresentamos os diferentes manejos para a ressuscitação cardiopulmonar neste grupo em relação à população geral. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica nos bancos de dados SCIELO, MEDLINE e PUBMED, utilizando os descritores “parada cardiorrespiratória”, “gestante”, “ressuscitação cardiopulmonar”, “cardiac arrest” e “pregnant”. **Desenvolvimento:** As modificações anatômicas e fisiológicas durante a gestação são responsáveis peladiminuição de até 30% do débito cardíaco a partir da vigésima semana de gestação, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, podendo ocasionar assim uma diminuição da pressão arterial. Além disso, a presença da placenta demanda uma grande parte desse débito cardíaco, ocasionando uma resposta diferente no organismo da gestante frente à parada cardiorrespiratória. Portanto, o protocolo de reanimação deve levar em conta essas alterações, assim como a idade gestacional e baseia-se no posicionamento da gestante. Durante a RCP, o útero dificulta a eficiência das compressões torácicas, sendo de grande importância o deslocamento manual do órgão para a esquerda, ou o posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo, a fim de aumentar o débito cardíaco e o retorno venoso. Estudos mostram que após 4 minutos de RCP ineficaz, deve-se realizar a cesárea *perimortem* independente da idade gestacional fetal, já que esta melhora a chance de um retorno da circulação espontâneo. Em relação à oxigenação, é preconizado o uso de O2 à 100%, tomando as devidas precauções quanto o risco de hiperventilação. Quanto ao uso de drogas vasoativas e a necessidade de desfibrilação, a AHA (American Heart Association) recomenda o mesmo protocolo da não-gestante. **Conclusão:** Apesar das similaridades entre o manejo da gestante e a não-gestante, deve-se atentar às alterações fisiológicas e anatômicas que ocorrem durante a gestação, tornando-se imprescindível uma ressuscitação eficaz a fim de manter o bem-estar materno e fetal, tendo como principal manobra o deslocamento manual do útero gravídico durante a RCP, para manter uma melhor hemodinâmica da gestante.