



Parada Cardiorrespiratória Pediátrica

Reconhecimento, Reanimação e Transferência Segura

Treinamento Institucional — Sala Vermelha

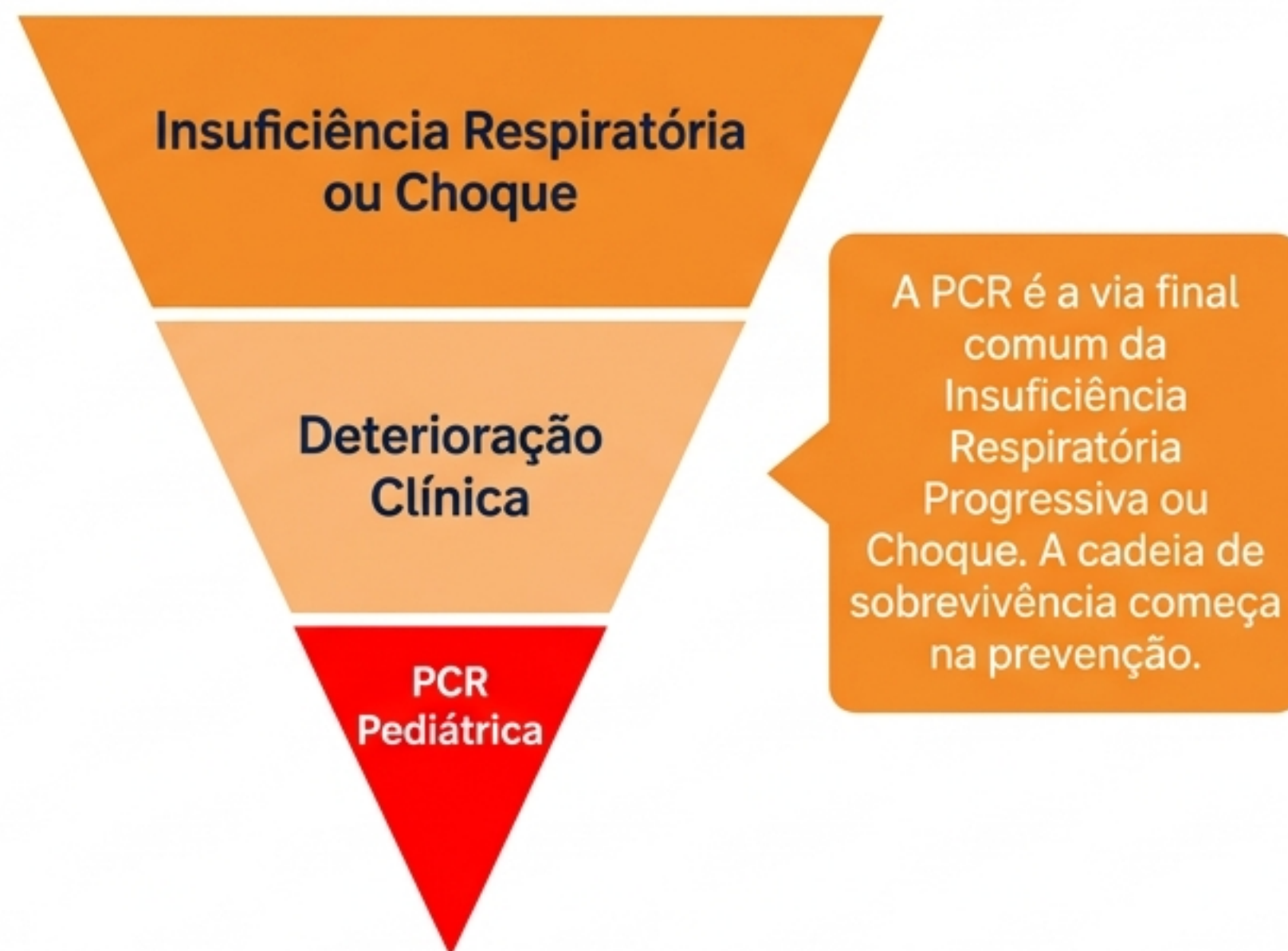
Público-alvo: Médicos, Enfermeiros, Técnicos, Socorristas e Condutores

Objetivos da Sala Vermelha

- ✓ Reconhecer precocemente a deterioração.
- ✓ Executar RCP e ventilação de alta qualidade.
- ✓ Aplicar o algoritmo de SAVP com segurança.
- ✓ Garantir estabilização e transferência (CROSS).

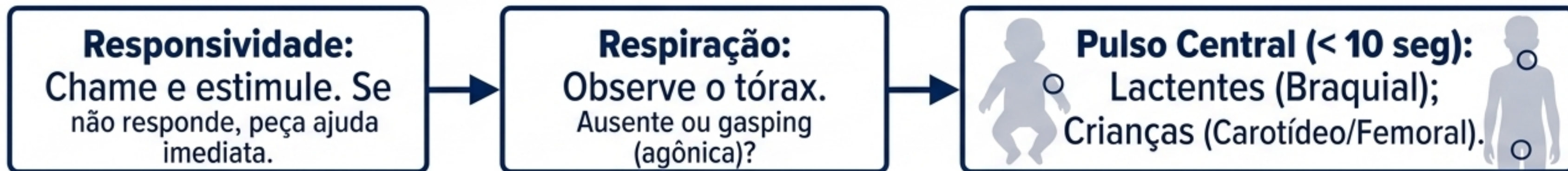
O Foco Pediátrico é a Prevenção

Diferente dos adultos, a PCR pediátrica raramente é de origem primariamente cardíaca.



O Gatilho: Avaliação Inicial e Início da RCP

⌚ 10 segundos



CRITÉRIOS PARA INÍCIO IMEDIATO DA RCP

Inicie as compressões imediatamente se:

1. Ausência total de pulso central. OU
2. Frequência Cardíaca < 60 batimentos/minuto com má perfusão, apesar de oxigenação e ventilação eficazes.

⚠ Não perca mais que 10 segundos checando o pulso. Na dúvida, inicie as compressões!

A Base: Parâmetros da RCP de Alta Qualidade

Parâmetro	Lactente (< 1 ano) 	Criança (> 1 ano) 
Frequência:	100 a 120 por minuto	100 a 120 por minuto
Profundidade:	4 cm (ou 1/3 do diâmetro)	5 cm (ou 1/3 do diâmetro)
Relação C-V (2 socorristas):	15 compressões : 2 ventilações	15 compressões : 2 ventilações
Revezamento:	A cada 2 minutos ou fadiga	A cada 2 minutos ou fadiga

Retorno Total do Tórax: Permita a expansão completa entre as compressões para maximizar o fluxo sanguíneo. Pausas nas compressões devem ser menores que 10 segundos.

A Linha de Vida: Ventilação Pediátrica

Na pediatria, a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) tem prioridade crítica.

✓ Conduta Correta

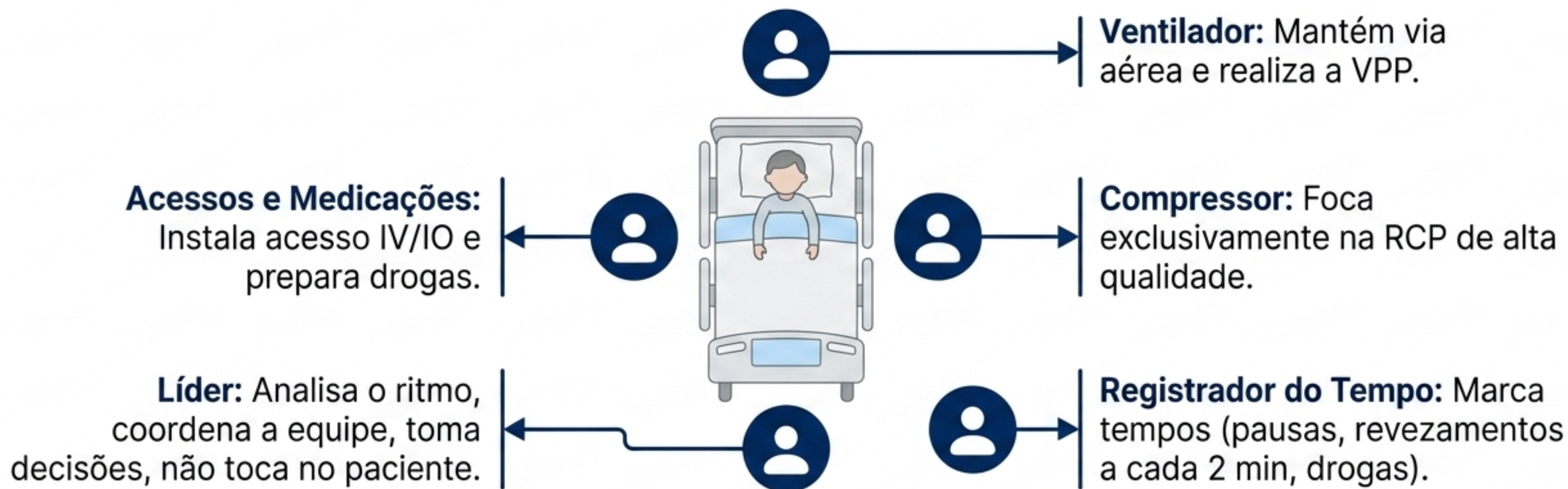
- Técnica “C-E” para fixar e selar a máscara.
- Ventilar de forma a elevar o tórax suavemente em 1 segundo.
- Conectar Bolsa-Válvula-Máscara (BVM) a fonte de O₂ a 100%.



⚠ Alertas de Risco

- **Hiperventilação:** Pressão ou frequência excessivas reduzem o retorno venoso.
- **Máscara Inadequada:** Tamanho errado causa fuga de ar ou lesão ocular.
- **Atraso na compressão:** Não atrase a RCP para tentar intubação precoce.

Dinâmica de Equipe na Sala Vermelha



Comunicação em Alça Fechada: Líder solicita -> Membro repete e confirma -> Membro executa -> Membro avisa a conclusão.

O Algoritmo SAVP: Visão Geral



Ritmos Chocáveis: FV e TV Sem Pulso



Energias de Desfibrilação

1º Choque: 2 J/kg

2º Choque: 4 J/kg

Choques Seguintes: ≥ 4 J/kg

(Máximo de 10 J/kg ou dose de adulto)

Após o choque, REINICIE A RCP IMEDIATAMENTE. Não pause para checar o pulso ou o ritmo neste momento.

Terapia Farmacológica

- **Adrenalina:** Se o ritmo persistir, administrar a cada 3 a 5 minutos.
- **Antiarrítmicos** (Após o 3º choque):
 - **Amiodarona:** 5 mg/kg (Bolus máximo 300 mg).
 - Alternativa: Lidocaína: 1 mg/kg.

Ritmos Não Chocáveis: Assistolia e AESP

AESP e Assistolia são os ritmos mais comuns na pediatria, geralmente de origem hipóxica.



Ação Crítica: ADRENALINA PRECOCE.

Estudos **AHA 2025** mostram que a administração em **menos de 5 minutos** aumenta expressivamente a sobrevida neurológica intacta.

Protocolo de Adrenalina

- Dose IV/IO: 0,01 mg/kg da solução 0,1 mg/mL.
- Dose Máxima: 1 mg por aplicação.
- Repetição: A cada 3 a 5 minutos.

Manter a RCP contínua (mínimo de pausas) e iniciar investigação imediata das causas reversíveis.

Acessos e Administração Segura de Drogas

Via de Acesso



- Acesso Intravenoso (IV): Tentativas simultâneas rápidas.

NÃO ATRASAR O ACESSO IO! Se o IV não for obtido rapidamente no paciente chocado, instale o Intraósseo (IO) imediatamente. É a via de ouro para fluidos e amins na emergência.

Regras de Administração



- Toda medicação na PCR deve ser feita em bolus rápido.
- **Flush Obrigatório:** Seguir a droga com 5 a 10 mL de Soro Fisiológico 0,9% para empurrar o fármaco para a circulação central.
- Elevar o membro temporariamente se o acesso for venoso periférico.

Diagnóstico Diferencial: Causas Reversíveis

O retorno da circulação depende do tratamento da causa base.

Os H's



Hipóxia: Checar O₂, tubo, expansão torácica.



Hipovolemia: Sangramento ativo, desidratação severa.



H⁺ (Acidose): Ventilação eficaz, bicarbonato se indicado.



Hipoglicemia: Teste rápido na beira do leito.



Hipo/Hipercalemia: Histórico renal, distúrbios eletrolíticos.

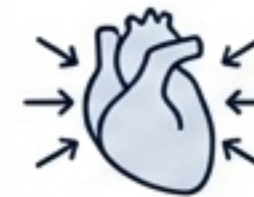


Hipotermia: Aquecimento ativo.

Os T's



Tensão no tórax: Pneumotórax hipertensivo (descompressão).



Tamponamento cardíaco: Avaliar necessidade de pericardiocentese.



Toxinas: Histórico de ingestão, uso de antídotos.



Trombose: Coronariana ou Pulmonar (TEP).

O 6º Elo da Sobrevivência: Cuidados Pós-RCE

O cuidado intensivo começa após o Retorno da Circulação Espontânea (RCE).



Hemodinâmica:

Pressão Arterial:

Manter PAS e PAM > 10º percentil para a idade.
Usar fluidos e drogas vasoativas se necessário.



Oxigenação:

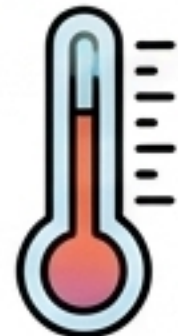
Respiração:

Evitar hipóxia e hiperóxia.
Alvo de SatO2: 94-99%.
Manter normocapnia.



Metabólico:

Glicemia: Monitorar continuamente. Evitar e corrigir tanto hipo quanto hiperglicemia.



Neuroproteção:

Temperatura:

Prevenção rigorosa de febre.
Estratégia de temperatura direcionada (32–37,5°C) para pacientes comatosos.

A - B - C - D - E

Regulação CROSS e Transferência Segura

Acione a CROSS precocemente. Municípios de pequeno porte necessitam de suporte rápido em UTI Pediátrica após a estabilização inicial.



Checklist Rigoroso Pré-Transporte:

- ✓ Via aérea avançada garantida e firmemente fixada.
- ✓ Cilindros de Oxigênio cheios e calculados para o tempo de viagem.
- ✓ Monitorização contínua fixada e visível.
- ✓ Acessos (IV/IO) testados, pérvios e seguros.
- ✓ Drogas vasoativas em infusão contínua por bomba de seringa.
- ✓ Maleta de transporte conferida exclusivamente com material pediátrico.
- ✓ Documentação clínica completa e cópia de exames.

Vigilância: Erros Frequentes e Barreiras de Segurança



Armadilha: Perder minutos tentando intubação e parando a RCP.



Barreira: Priorize a ventilação com BVM. O tubo pode esperar; as compressões não.



Armadilha: Retardar a Adrenalina por falta de acesso venoso.



Barreira: Se acesso IV falhar, puncione via Intraóssea (IO) imediatamente.



Armadilha: Choque com carga de adulto em paciente pediátrico.



Barreira: Calcule e cheque em voz alta: 2 J/kg no 1º choque, 4 J/kg no 2º.



Armadilha: Hiperventilar a criança após o retorno do pulso (RCE).



Barreira: Siga o alvo de 94–99% de SatO₂. O₂ em excesso e alcalose causam vasoconstrição cerebral.

Resumo Executivo: Os 6 Mantras da Sala Vermelha



1. Reconheça Cedo:
PCR pediátrica é respiratória ou por choque. Ataque a causa.



2. Ventile com Eficácia: A hipóxia é a grande vilã. Elevação do tórax em 1 segundo.



3. Comprima com Qualidade:
100-120/min.
Profundidade certa. Retorno total. Sem pausas.



4. Desfibrile Rápido: FV/TVSP identificadas? Choque de 2 a 10 J/kg sem hesitar.



5. Adrenalina Precoce:
Assistolia ou AESP? Epinefrina em menos de 5 minutos salva cérebros.



6. Transfira com Segurança:
Estabilize o ABCDE e regule via CROSS imediatamente.

"O sucesso na ressuscitação depende da organização da equipe, não apenas de um herói. Treinem juntos."