

CRUPE PEDIÁTRICO

TOMADA DE DECISÃO, SALA VERMELHA E TRANSFERÊNCIA

[Médicos]

[Enfermagem]

[Técnicos]

[Condutores]

[Regulação]

CÓDIGO: PMUE-PED-CRUPE-001 | **VERSÃO:** 2026 | **TIPO:** Simulação Interativa em Equipe



**PREFEITURA DE
ITARIRI**



OBJETIVOS TÁTICOS



Reconhecer precocemente a gravidade e diagnósticos alternativos.



Reduzir a agitação da criança (evitar piora da obstrução).



Padronizar o fluxo:
Tratamento →
Reavaliação →
Regulação (CROSS).



A REGRA DE OURO

Estridor mais fraco associado a **exaustão**, piora da perfusão ou rebaixamento da consciência pode significar **OBSTRUÇÃO CRÍTICA** — não melhora.

PRIMEIRO CONTATO: Avalie visualmente ANTES de tocar. Mantenha a criança e o responsável juntos, em posição de conforto e ambiente silencioso.

A

Via Aérea

Estridor, voz,
posição em
tripé.



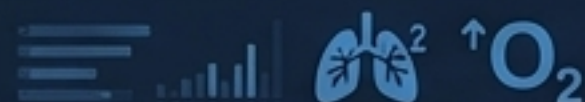
Mínima
manipulação.
NÃO examinar
garganta se
grave.



B

Respiração

Tiragens, FR,
entrada de ar.



O2 apenas se
hipoxemia
grave (método
tolerado).



C

Circulação

Perfusão, FC.



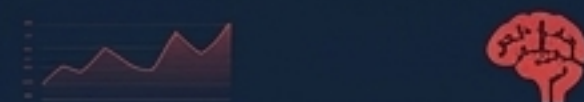
Acesso venoso
apenas se
estritamente
necessário.



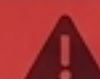
D

Neurológico

Alerta,
letargia.



Se
rebaixamento/
exaustão =
Falência
Iminente.



E

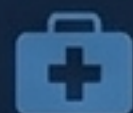
Exposição

Febre,
urticária.



Buscar
anafilaxia ou
infecção
invasiva.





MATRIZ DE DECISÃO CLÍNICA



GRAU DE GRAVIDADE

ACHADOS CLÍNICOS PRINCIPAIS

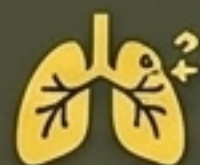
DESTINO E AÇÃO IMEDIATA



LEVE

Sem estridor em repouso; mínima ou nenhuma tiragem; alerta.

Avaliação e observação breve.



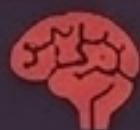
MODERADO

Estridor em repouso; tiragens visíveis; desconforto, porém alerta.

Atendimento prioritário e tratamento imediato.



GRAVE



Estridor intenso/bifásico; tiragens marcadas; fadiga; entrada de ar reduzida.

SALA VERMELHA; preparar transferência.



FALÊNCIA IMINENTE

Exaustão; estridor silenciado; cianose; perfusão ruim.

SALA VERMELHA; Suporte Avançado + Vaga Zero/CROSS.

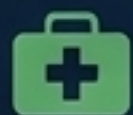


IMPORTANTE: A classificação é dinâmica. Reclassifique após toda intervenção e diante de qualquer mudança clínica.



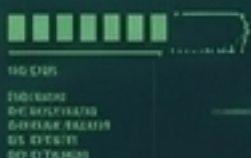
DINÂMICA DA EQUIPE



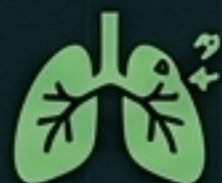


CASO CLÍNICO 1: CRUPE LEVE

DADOS CLÍNICOS



PACIENTE:
Criança, 2 anos.



APRESENTAÇÃO:
Tosse ladrante noturna.



SINAIS VITAIS & EXAME:
Sem estridor em repouso.
Sem tiragens.
Criança alerta e responsiva.

CONSOLE DE DECISÃO



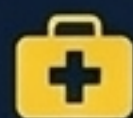
CONDUTA ESPERADA:
Prescrever Dexametasona VO.
Reavaliar.



DESFECHO OPERACIONAL:
Alta segura com orientações
documentadas no prontuário.



BARREIRA DE SEGURANÇA:
Não separar a criança do responsável
nem insistir em exame físico forçado
(avaliação estritamente visual).

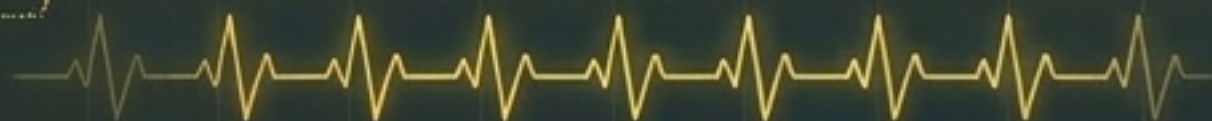


CASO CLÍNICO 2: CRUPE MODERADO

DADOS CLÍNICOS

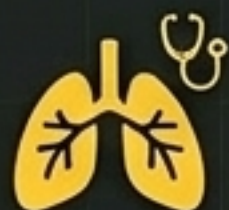


SAÍDA
SÍNDROME DE
DIFERENÇA
DE SÍNDROME
DE SÍNDROME
DE SÍNDROME



PACIENTE:

Criança, 18 meses.



APRESENTAÇÃO:

Criança alerta, mas apresentando desconforto evidente.



SINAIS VITAIS & EXAME:

Estridor presente EM REPOUSO.
Tiragens leves observadas.

CONSOLE DE DECISÃO



CONDUTA ESPERADA:

Dexametasona VO + Adrenalina nebulizada imediata.



DESFECHO OPERACIONAL:

Observação contínua.



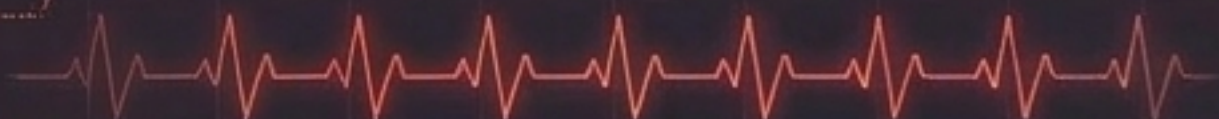
BARREIRA DE SEGURANÇA:

É PROIBIDO dar alta precoce. O protocolo exige observação rigorosa ≥ 3 horas após a última nebulização de adrenalina sem recorrência.



CASO CLÍNICO 3: CRUPE GRAVE

DADOS CLÍNICOS



PACIENTE:
Criança, 3 anos.



SINAIS VITAIS & EXAME:

Tiragens marcadas.
Entrada de ar criticamente reduzida.

Sinais evidentes de início de fadiga muscular.

CONSOLE DE DECISÃO



CONDUTA ESPERADA:

Movimentação IMEDIATA para Sala Vermelha.
Adrenalina nebulizada imediata (não esperar).
Oxigênio apenas se tolerado.



DESFECHO OPERACIONAL:

Acionamento precoce da CROSS.



BARREIRA DE SEGURANÇA:

Erro cognitivo perigoso: interpretar estridor que diminui como melhora sem avaliar o esforço respiratório e o nível de consciência.

CASO CLÍNICO 4: DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO



DADOS CLÍNICOS



EMERGENCY SISTEM INTERRUPTION



Apresentação:

Criança intensamente febril.
Aparência "tóxica" e abatida.



Sinais Clínicos:

Sialorreia intensa (babando).
Assumindo posição em tripé.



Alerta do Sistema:

A gravidade não condiz com a
evolução típica de crupe viral.

CONSOLE DE DECISÃO

RE 258: 0 8813



Conduta Esperada:

Suspeita de epiglotite, abscesso ou
traqueíte. PROIBIDO EXAMINAR A
OROFARINGE. Proteger a via aérea.



Desfecho Operacional:

Acionamento de **VAGA ZERO**
imediata para referência pediátrica
especializada.



Barreira de Segurança:

Risco de oclusão total e súbita da via
aérea por manipulação intempestiva
da garganta.

PRESCRIÇÕES-MODELO INSTITUCIONAIS

DEXAMETASONA



Dose Padrão: 0,6 mg/kg (Registro obrigatório em mg e mL no prontuário).

Via Preferencial: Via Oral (VO), dose única.

Exceção: Intramuscular (IM) apenas se a via oral for inviável ou não for segura (casos graves/sala vermelha).

ADRENALINA



Fórmula: Solução padrão L 1 mg/mL (1:1.000).

Dose Padrão: 5 mL puros por nebulização.

Regra Crítica: Observar rigorosamente pelo menos 3 horas após o término da nebulização antes de considerar alta.

ACIONAMENTO DO SISTEMA E TRANSFERÊNCIA



INTERNAÇÃO COMUM

Estridor persistente em repouso; necessidade de O₂; hidratação inadequada.

Solicitar internação/transferência regulada.



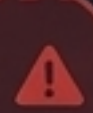
CROSS PRECOCE

Doses repetidas de adrenalina sem resolução estável; resposta transitória; casos graves óbvios (Sala Vermelha).

Não aguardar resposta completa para decidir transferência.



VAGA ZERO (PRIORIDADE MÁXIMA)



Hipoxemia, exaustão, via aérea ameaçada, suspeita de epigloteite/corpo estranho.

Acionamento imediato.



REGRA DE OURO DA TRANSFERÊNCIA:

Acionar Vaga Zero quando o risco de permanência no local supera o risco do transporte.

COMUNICAÇÃO CRÍTICA COM A CROSS

[S] Situação: Idade, peso, gravidade, necessidade imediata.

[B] Background: Início, alergias, comorbidades.

[A] Avaliação: Estridor, tiragens, perfusão, consciência.

[R] Recomendação: Destino solicitado, nível de UTI/Transporte.

SCRIPT INSTITUCIONAL DE LIGAÇÃO:

Criança de ____ anos, ____ kg, com crupe ____, estridor em repouso e _____.
Recebeu dexametasona ____ mg por via ____ às ____ h e adrenalina nebulizada às ____ h, com resposta _____. Encontra-se _____.
Solicita-se regulação para unidade pediátrica de maior complexidade devido a ____.

SEGURANÇA EM TRÂNSITO PEDIÁTRICO

Pre-Flight Checklist

- | | |
|-----|---|
| [] | Responsável acompanhante presente e ciente. |
| [] | Posição de conforto mantida (nunca forçar decúbito). |
| [] | Terapias documentadas (horário/dose exata de Dexa e Adrenalina). |
| [] | Cilindro de O2, nebulizador e materiais de ventilação pediátrica validados na ambulância. |
| [] | Relatório de transferência médico preenchido (peso, vitais, remédios). |

ALERTA DE SEGURANÇA: Nunca transferir criança com obstrução alta grave em ambulância básica ou com equipe incompatível com o risco clínico.

ARMADILHAS E BARREIRAS DE SEGURANÇA



O ERRO COGNITIVO / OPERACIONAL



Tentar examinar a orofaringe à força.



Achar que a diminuição do estridor significa melhora.



Atrasar a adrenalina buscando outros recursos.



Dar alta imediata após a nebulização ter efeito.



A BARREIRA DO PROTOCOLO



Avaliação estritamente visual inicial.



Correlacionar sempre com o esforço respiratório e a consciência (Regra de Ouro).



Classificação visual rápida; adrenalina imediata e disponível na Sala Vermelha.



Trava no sistema exigindo observação ≥ 3 horas documentada sem recorrência.

DEBRIEFING E INDICADORES DE QUALIDADE

O QUE MANTER (Metas de Sucesso)



- $\geq 90\%$ dos casos de crupe com Dexametasona corretamente documentada em prontuário.



- $\geq 95\%$ das transferências saindo com relatório médico completo.

O QUE MELHORAR (Alvo de Treinamento)



- Monitorar e reduzir progressivamente o tempo até a aplicação da primeira adrenalina nos casos moderados/graves.

O QUE REGISTRAR (Cultura de Segurança)



- Registrar obrigatoriamente a presença/ausência de estridor EM REPOUSO.
- Entregar orientações de retorno (48–72h) por escrito na alta.