



CRUPE / LARINGITE ESTRIDULOSA PEDIÁTRICA

ATENDIMENTO PADRONIZADO NO PRONTO-SOCORRO

OBJETIVOS DO PROTOCOLO



CLÍNICO

Reconhecer precocemente gravidade e causas alternativas de obstrução de via aérea superior.



SEGURANÇA

Padronizar tratamento, reavaliação e alta. Reduzir agitação e manipulações possam piorar a obstrução.



OPERACIONAL

Apoiar comunicação clara (CROSS) e transporte seguro entre unidades.

Aplicável a toda equipe da Rede Municipal de Urgência e Emergência.

DEFINIÇÃO E RECONHECIMENTO CLÍNICO

Contexto: Inflamação aguda viral (laringe/traqueia), típica entre 6 meses e 3 anos. Piora noturna.

TOSSE LADRANTE	Sinal clínico característico.
ROUQUIDÃO	Sugere acometimento laríngeo.
ESTRIDOR INSPIRATÓRIO	Obstrução de via aérea (avaliar se ocorre em repouso).



REGRA DE OURO

Estridor mais fraco associado a exaustão, piora da perfusão ou rebaixamento da consciência pode significar obstrução crítica — não melhora.

Avaliação Estruturada (ABCDE Adaptado)

A

Via aérea: Estridor, sialorreia, tripé.

Ação: Conforto, não examinar garganta se grave.

B

Respiração: Tiragens, entrada de ar, SpO₂.

Ação: Oxigênio apenas se hipoxemia, pelo método tolerado.

C

Circulação: Perfusão, FC.

Ação: Acesso venoso apenas se estritamente necessário.

D

Neurológico: Letargia, exaustão.

Ação: Tratar rebaixamento como falência iminente.

E

Exposição: Febre, edema, toxemia.

Ação: Buscar anafilaxia ou causas invasivas.

PRIMEIRO CONTATO: Avalie visualmente antes de tocar. Mantenha criança no colo do responsável.

Classificação de Gravidade e Destino

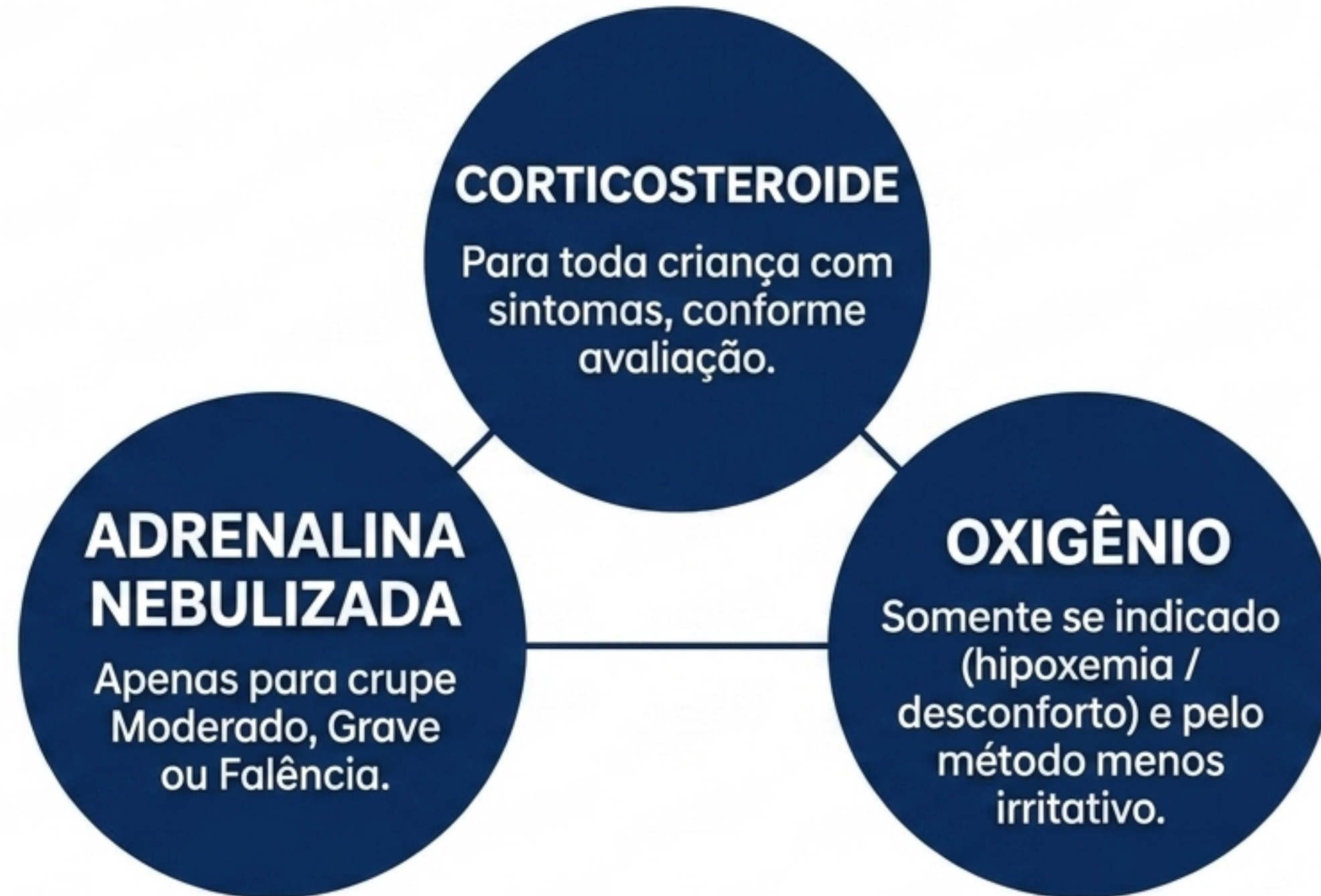
LEVE	Sem estridor em repouso; alerta.	Destino: Observação breve
MODERADO	Estridor em repouso; tiragens; alerta.	Destino: Atendimento prioritário/ imediato
GRAVE	Estridor intenso/bifásico; tiragens marcadas; ar reduzido.	Destino: Sala Vermelha + Preparar Transferência.
FALÊNCIA IMINENTE	Exaustão; estridor fraco; cianose; letargia.	Destino: Sala Vermelha + CROSS/Vaga Zero

IMPORTANTE: A classificação é dinâmica.
Reclassifique após toda intervenção.

Diagnósticos Diferenciais Críticos

Hipótese	Pistas de Alerta	Conduta Imediata
Corpo Estranho	 Súbito após engasgo, assimetria ventilatória.	Não atrasar transferência.
Epiglotite	 Sialorreia, disfagia, tripé, tóxico.	NÃO manipular orofaringe.
Traqueíte Bacteriana	 Febre alta, toxemia, sem resposta à adrenalina.	Antibiótico / UTI.
Anafilaxia	 Urticária, edema facial.	Protocolo anafilaxia (Adrenalina IM).
Difteria	 Pseudomembrana, vacinação incompleta.	Isolamento imediato.

Princípios Terapêuticos



O exame clínico e a tolerância da criança guiam a intervenção. Minimize o estresse.

Dexametasona (Primeira Linha)

DEXAMETASONA

Indicação: Todos os graus de Crupe.

0,6 mg/kg

Via: VO
(Preferencial)
ou IM
(Se vômito/VO
inviável)

Posologia: Dose única. Máximo usual: 10 mg.



SEGURANÇA: Dose máxima deve ser conferida. Diluições exigem dupla checagem de enfermagem. Não atrasar o tratamento tentando VO forçada.

Adrenalina Nebulizada (Resgate)

ADRENALINA L 1 mg/mL (1:1.000)

Indicação: Crupe Moderado, Grave ou Falência Iminente.

5 mL

Via: Nebulização pura

Dose padronizada. Repetir sob reavaliação médica, se necessário.

ALERTA: Crianças em falência iminente necessitam de suporte avançado imediato em Sala Vermelha, simultâneo à nebulização.

O Que NÃO Usar Rotineiramente



Salbutamol

Beta-2 agonistas não têm eficácia fisiológica no crupe.



Sedativos ou Antitussígenos

Mascaram clinicamente os sinais de rebaixamento e falência.



Antibióticos

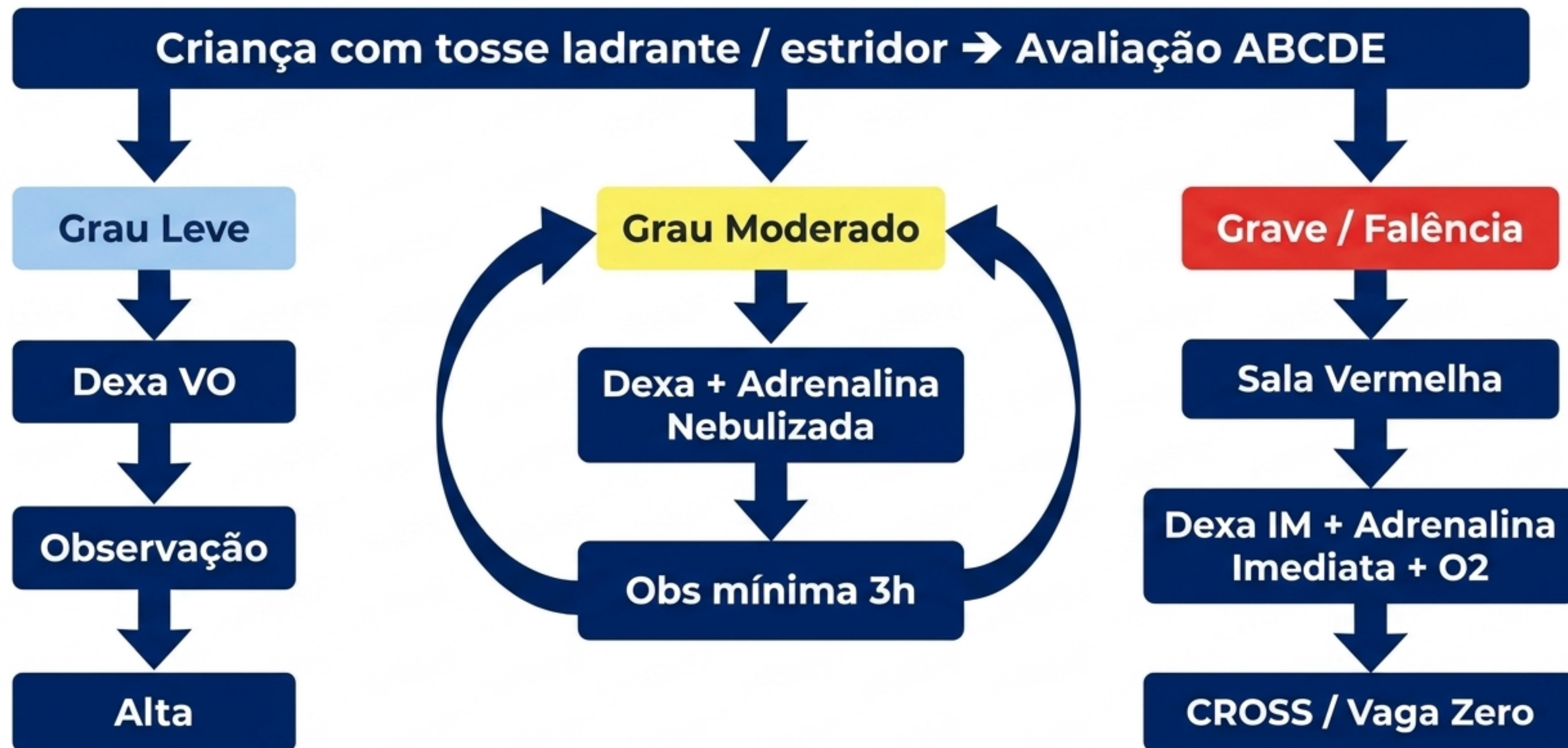
Crupe típico é viral; reserve o uso apenas para suspeita de Traqueíte.



Radiografia / Exames Laboratoriais

Apenas se apresentação atípica.
Punções e raios-X geram choro e pioram a obstrução.

Algoritmo Municipal de Conduta



Reavaliação e Acionamento

Acionamento CROSS



Classificação Dinâmica

Reclassifique rigorosamente o paciente após toda intervenção médica.

- S** (Situação): Criança de ____ anos, ____ kg, com crupe ____, estridor em repouso e ____.
- B** (Background): Recebeu dexametasona ____ mg via ____ às ____h e adrenalina às ____h, resposta ____.
- A** (Avaliação): Sinais vitais atuais, entrada de ar, nível de consciência.
- R** (Recomendação): Solicita-se regulação para unidade pediátrica complexa devido a ____.



Lembrete Crítico: Estridor que 'desaparece' junto com exaustão = Piora clínica severa, não melhora.

Observação Pós-Adrenalina



Critérios de Alta Segura

✓	Sem estridor em repouso.
✓	Entrada de ar normal e simétrica nos pulmões.
✓	Nível de consciência completamente normal (alerta e responsivo).
✓	Tolerando dieta e ingestão de líquidos por via oral.
✓	Tempo mínimo de observação cumprido (3h pós-adrenalina, se utilizada).

Se qualquer critério acima NÃO for atingido, manter observação contínua ou indicar internação/transferência.

Orientações aos Responsáveis

AMBIENTE

Manter a criança calma; o choro agrava severamente a obstrução. Oferecer líquidos conforme a aceitação natural, sem forçar.

ALERTA

Retornar **IMEDIATAMENTE** ao PS se houver: dificuldade intensa para respirar, lábios roxos (cianose), sonolência anormal ou recusa total de líquidos.

RETORNO

Retorno garantido à Unidade Básica de Saúde (UBS) em **48-72h** para acompanhamento clínico rigoroso após a alta da crise aguda.

Barreiras de Segurança e Erros Comuns



Armadilhas Clínicas

Tentar exame oral forçado (usando abaixador de língua) em criança com crupe grave.

Atrasar o uso da adrenalina nebulizada para tentar conseguir um acesso venoso primeiro.

Ignorar o fato de o estridor ter "desaparecido" em uma criança visivelmente exausta.



Barreiras Operacionais

Realizar dupla checagem de enfermagem nas doses e diluições exatas de Dexametasona e Adrenalina.

Registro exato no prontuário médico: medicamento, dose em mg, volume em mL, via de administração, horário e resposta terapêutica.

Indicadores de Qualidade Institucional



Registro formal de gravidade e avaliação de estridor em repouso no prontuário.



Uso de Dexametasona documentado e checado em todos os casos de crupe atendidos.



Observação adequada e monitorada de 3h após o uso de adrenalina antes da alta médica.



Transferências inter-hospitalares (CROSS) executadas com relatório clínico padrão SBAR completo.

Mensagens Finais: Casos Rápidos

Caso 1 (Leve)

Cenário: Criança 2 anos, sem tiragem, sem estridor em repouso.

Conduta: Dexa VO, reavaliar, alta segura.

Caso 2 (Moderado)

Cenário: Criança 18 meses, estridor em repouso, alerta.

Conduta: Dexa + Adrenalina nebulizada, observação rigorosa >3h.

Caso 3 (Grave)

Cenário: Criança 3 anos, tiragens marcadas, letárgica.

Conduta: Sala Vermelha imediata, Adrenalina, O2, CROSS.

Caso 4 (Atípico)

Cenário: Tóxica, febre alta, posição de tripé, sialorreia.

Conduta: **Risco de Epiglotite.** Não examinar orofaringe, proteger via aérea, transferir.