

PCR Pediátrica na Sala Vermelha

Decisões Críticas, Segurança e Transferência

Treinamento Baseado em Casos Clínicos



O Padrão Ouro do Treinamento

OBJETIVO

Treinar decisões sob pressão, trabalho em equipe (AHA 2025) e preparação para a regulação.

DINÂMICA

Um cenário clínico será apresentado. A equipe tem 30 segundos para discutir e decidir a conduta inicial antes de avançar.

Regras de Ouro na Sala Vermelha



Liderança Clara

1 Líder designado. Avalia, coordena e delega. Não executa compressões.



Comunicação em Circuito Fechado

Ordens repetidas e confirmadas:
— "Prepare 1 mg de Adrenalina."
— "Preparando 1 mg de Adrenalina."
— "1 mg administrada."



Segurança e Posição

EPIs corretos e divisão espacial fixa ao redor do leito.



Registro Contínuo

Anotação de tempos exatos: início, ciclos de 2 min, e medicações.

CASO 1: Insuficiência Respiratória Grave

Paciente: Lactente, 7 meses.

História: Trazido com esforço respiratório há 2 dias.

Apresentação: Letárgico, cianose central, má perfusão periférica, respiração agônica (gasping) alternando com apneias.



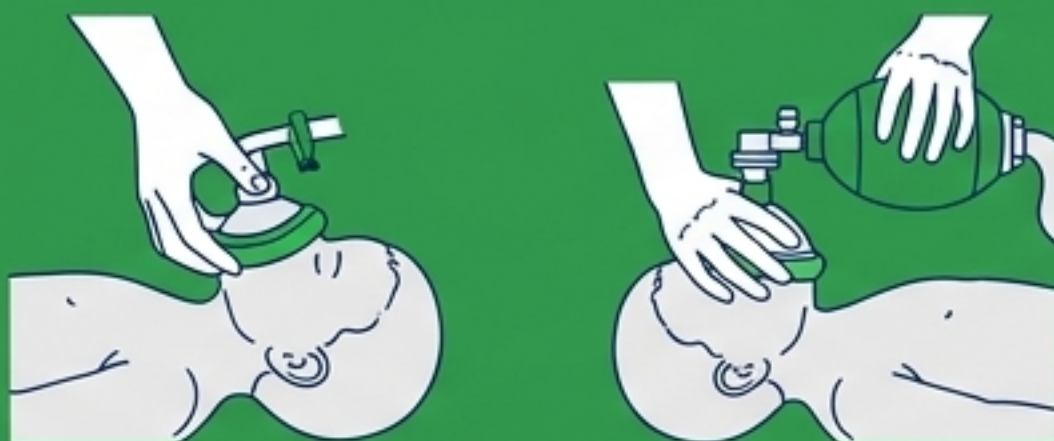
DECISÃO CRÍTICA (30 SEGUNDOS)

O **pulso** está presente, mas a **FC é 55 bpm com sinais de choque**. Qual é a **ação imediata**? O que define se iniciamos as compressões torácicas?

CONDUTA 1: VPP e Início de RCP

1. Oxigenação Imediata

VPP via Bolsa-Válvula-Máscara (BVM) + O₂ a 100%.



2. Critério para RCP

Pulso < 60 bpm + má perfusão (apesar da VPP) = INICIAR RCP

3. RCP de Alta Qualidade (AHA 2025)

Técnica Lactente: 2 polegares circundando o tórax.
Profundidade 4 cm.

Relação: 15 compressões : 2 ventilações



ERROS CRÍTICOS

- Não espere a FC cair a zero para iniciar massagem.
- Não atrase a VPP tentando intubar prematuramente.
- Não ventile sem verificar elevação torácica visível.

CASO 2: Choque Séptico Evoluindo

Paciente: Criança, 4 anos, 18 kg.

História: Recebendo expansão volêmica.

Apresentação: Subitamente perde a consciência e para de respirar.

Avaliação: Pulso central AUSENTE (checagem em < 10 seg).



DECISÃO CRÍTICA (30 SEGUNDOS)

Há um ritmo organizado no monitor, mas não há pulso. Qual é o ritmo?
Qual a prioridade medicamentosa absoluta segundo a diretriz AHA 2025?

CONDUTA 2: AESP e Adrenalina Precoce

DIAGNÓSTICO: Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).

Passo 1: RCP contínua (15:2) e VPP.
Pausas < 10 segundos.



Passo 2: Acesso IV ou Intraósseo (IO) imediato.



Passo 3: Adrenalina precoce (0,01 mg/kg).
Meta AHA 2025: Administrar preferencialmente em < 5 minutos.



Passo 4: Tratar Causas Reversíveis (5Hs e 5Ts).
Foco em hipovolemia.



A REGRA DE OURO
AESP NÃO É RITMO
CHOCÁVEL!

Um único choque indevido interrompe compressões vitais e danifica um miocárdio já isquêmico.

Foco exclusivo em compressão, ventilação e Adrenalina.

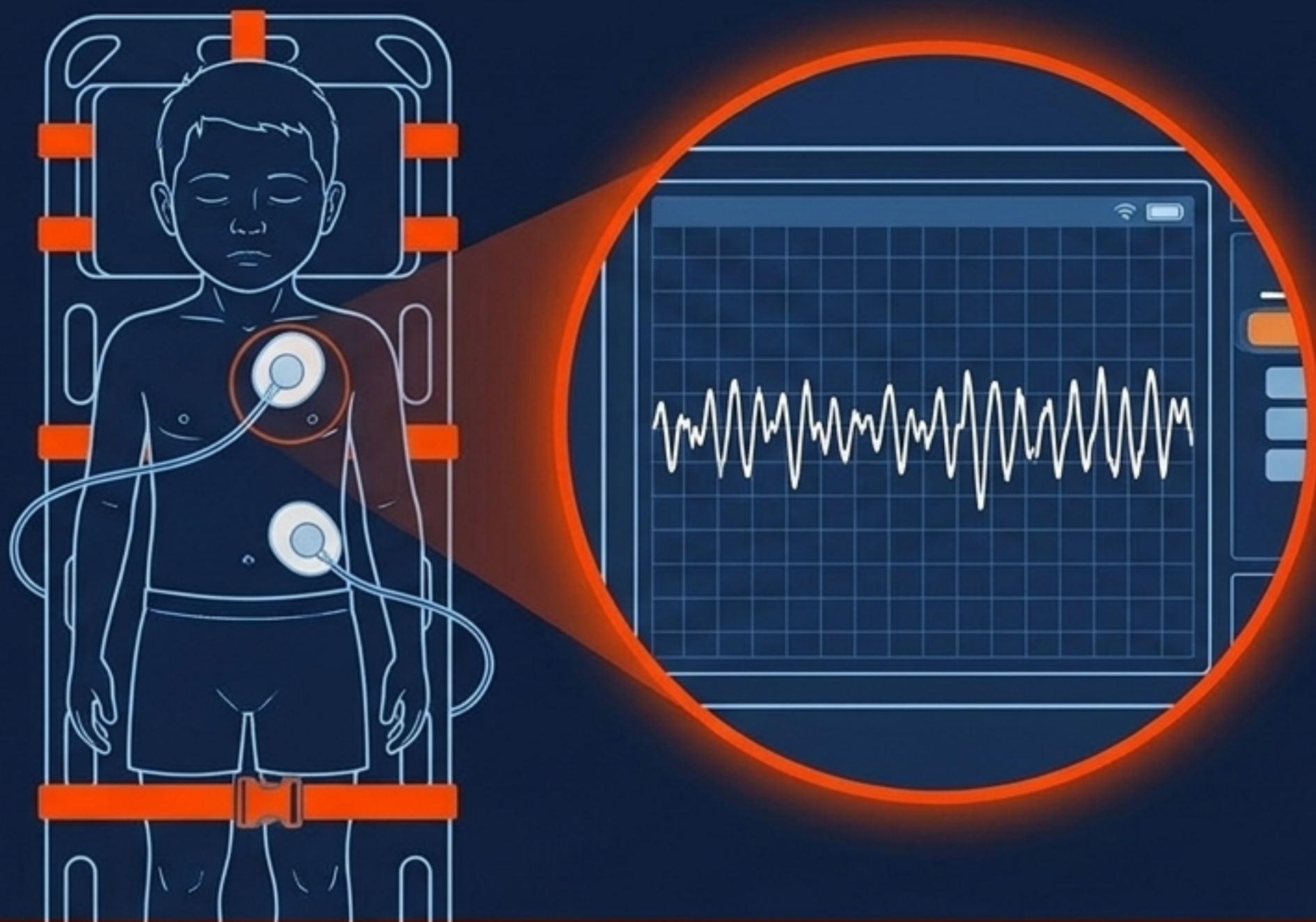
CASO 3: O Paciente Cardiopata

Paciente: Criança, 8 anos, 25 kg.

História: Aguardando transferência, síncope súbita na maca.

Apresentação: Ventritientia.

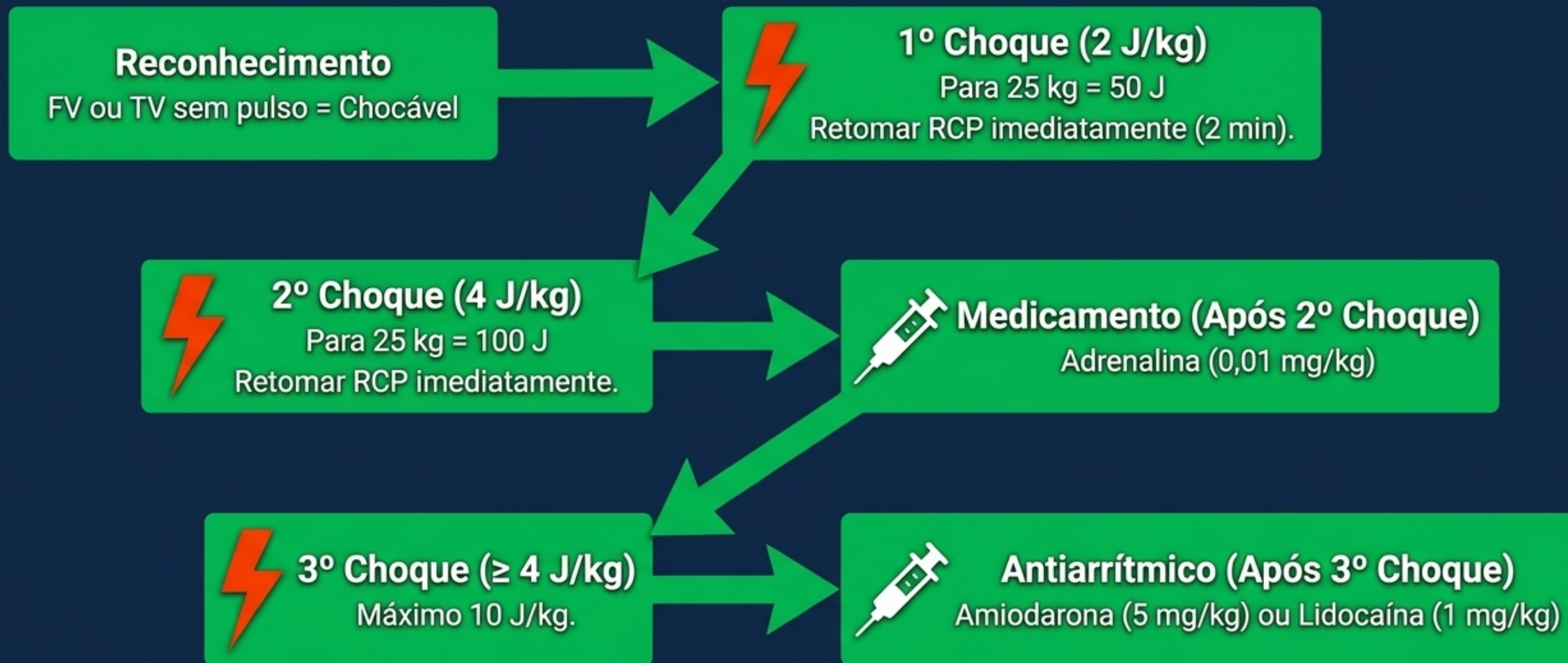
Apresentação: Inconsciente, apneia, pulso carotídeo ausente.



DECISÃO CRÍTICA (30 SEGUNDOS)

Fibrilação Ventricular (FV). Ritmo chocável. Como é a sequência e o cálculo exato de carga (Joules)? Qual medicamento entra se o choque for refratário?

CONDUTA 3: A Sequência de Desfibrilação



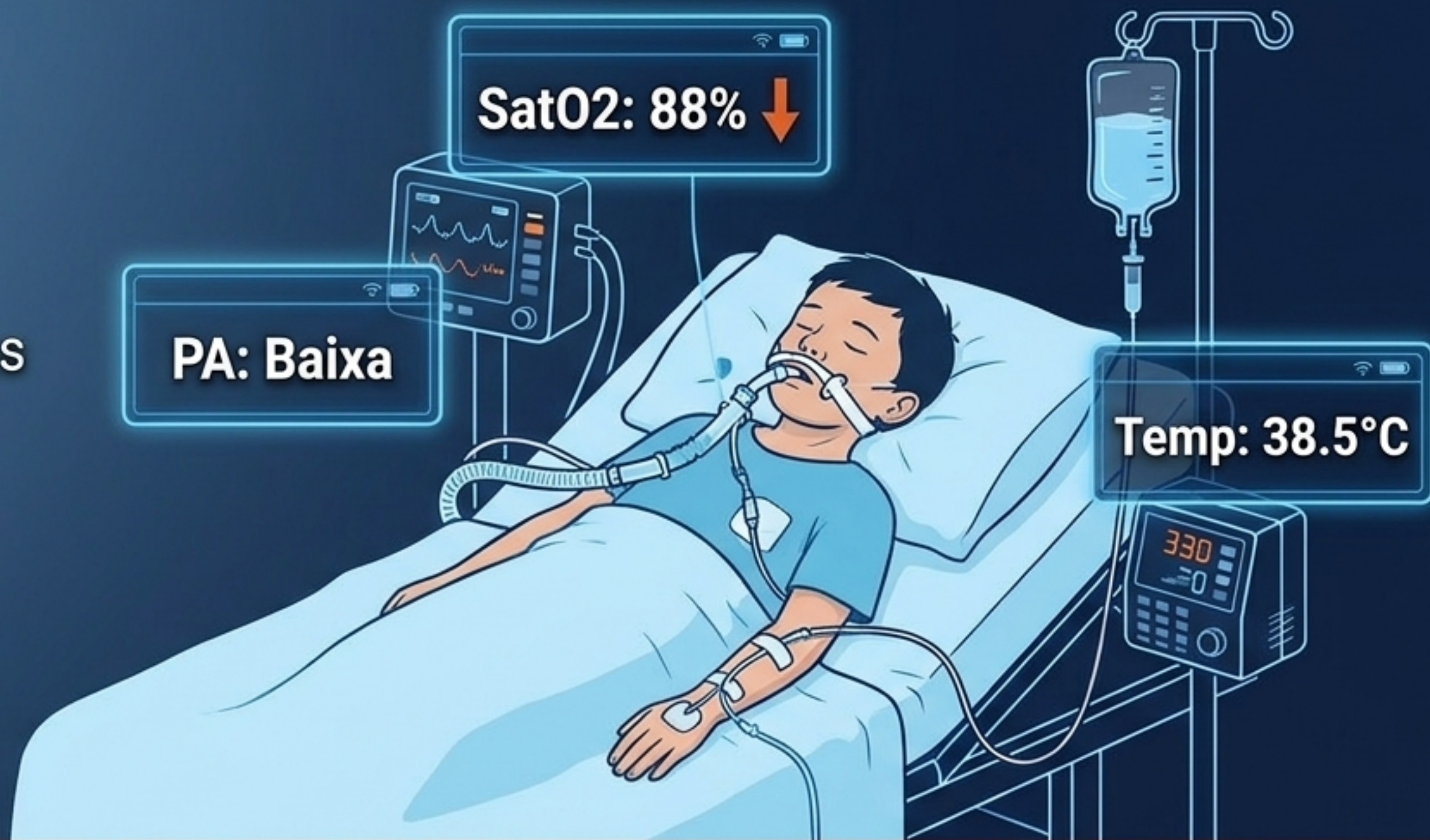
NÃO atrase o 1º choque. NÃO pare compressões enquanto o aparelho carrega (Pausa apenas no 'Afaste-se').

CASO 4: O Período Pós-Parada (ROSC)

Paciente: Criança, 6 anos.

História: Afogamento. RCE após 12 minutos de RCP.

Apresentação Atual: Pulso palpável e forte, FC 120 bpm. Paciente intubada, em coma. SatO2 oscilando. PA limítrofe.



DECISÃO CRÍTICA (30 SEGUNDOS)

Alcançamos o 6º Elo da Cadeia de Sobrevivência. O coração voltou, mas o cérebro corre risco. Quais são as metas imediatas pós-parada para evitar uma nova PCR?

CONDUTA 4: Metas Fisiológicas Pós-RCE

Diretrizes AHA 2025



A & B

Vias Aéreas e Respiração

- TOT fixado. Capnografia contínua (ETCO₂).

**Alvo SatO₂:
94% a 99%**

Evite hiperóxia
(100% contínuo causa dano cerebral).

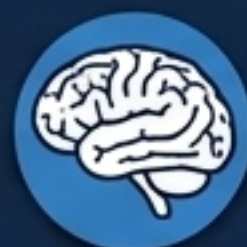


C

Circulação

- Evitar hipotensão! Usar expansão ou inotrópicos.

**PA Sistólica
> 10º percentil**



D

Disfunção Neurológica

- Otimizar fluxo (decúbito a 30°).

**Glicemia controlada
(evitar <70 e >180)**



E



Exposição

- Controle rigoroso.

**Prevenir
Hipertermia
(Febre)**

Aumenta o metabolismo cerebral.

As metas fisiológicas são cruciais para a neuroproteção e sobrevivência a longo prazo

Regulação CROSS: O Elo Crítico de Transferência



1. Identificação: Idade e peso estimado (fundamental para dosagens).

2. Evento Primário: Causa presumida (Ex: Afogamento, Choque).

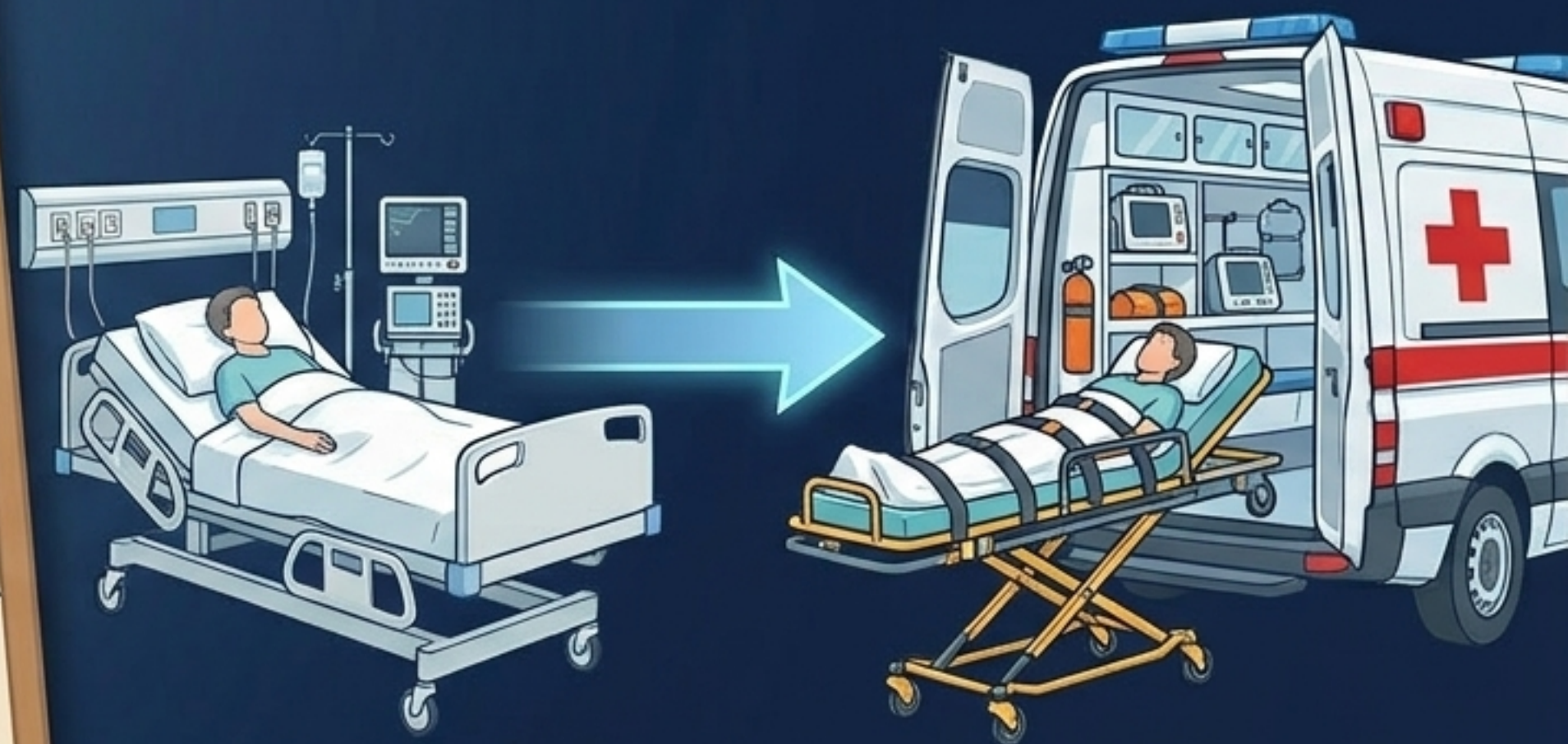
3. Dados da Parada: Tempo de PCR, ritmo inicial, medicações feitas.

4. Status Atual (Pós-RCE): Via aérea (Tubo/SatO2), Hemodinâmica (PA/Drogas), Acessos.

5. O Pedido Direto: "Paciente pós-PCR, risco iminente de instabilidade. Necessitamos vaga UTIP e VTR USA."

Checklist Pediátrico Pré-Transporte

- ☒ **Via Aérea:** TOT testado, fixação impermeável, cuff checado.
- ☒ **Oxigênio:** Cilindro calculado para o trajeto + margem.
- ☒ **Acessos:** 2 acessos patentes. Drogas vasoativas em bomba/polifix.
- ☒ **Sondas:** Gástrica aberta (evita aspiração). Vesical pérvia (não clampear).
- ☒ **Estabilidade:** Paciente em prancha rígida com coxins.
- ☒ **Documentação:** Prontuário, resumo e contato da família.



Transferência Segura

O Quadro Vermelho: Erros Críticos Imperdoáveis

1



Atraso na Ventilação

Focar na massagem e atrasar a VPP compromete o cérebro (causa principal é asfixia).

2



Atraso na Adrenalina

Em AESP/Assistolia, a 1ª dose DEVE ocorrer em < 5 minutos. Tempo é cérebro.

3



Tentativa Prolongada de IV

Perder > 90 seg caçando veia. Vá direto para Acesso Intraósseo (IO).

4



Choque Indevido

Desfibrilar AESP/Assistolia interrompe RCP vital e queima o miocárdio.

5



Falha no “Afaste-se”

Esquecer de afastar a fonte de O₂ livre durante o choque (risco de explosão).

6

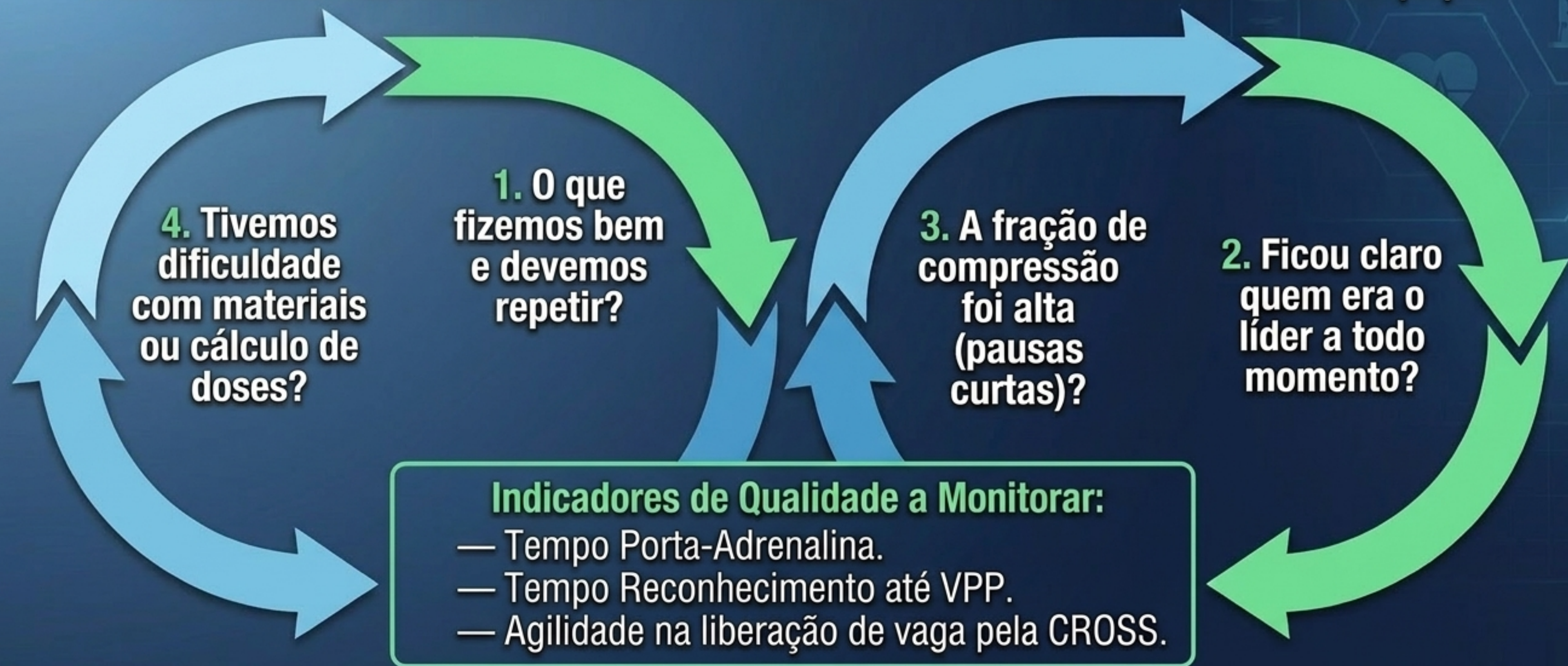


Ordens Genéricas

Líder dando ordens sem direcionar a um membro gera doses dobradas ou esquecidas.

Debriefing e Recuperação (6º Elo AHA)

O sistema de cuidados inclui o bem-estar mental e técnico da nossa equipe.



O Resumo Salva-Vidas

RECONHECER

(cedo a insuficiência e má perfusão)

VENTILAR

(eficazmente e imediatamente)

COMPRIMIR

(com qualidade e pausas mínimas)

DESFIBRILAR

(exclusivamente ritmos indicados)

TRATAR

(causas reversíveis e proteger o cérebro)

REGULAR

(transferência precoce e objetiva)



O sucesso da ressuscitação é resultado de treinamento, técnica e sincronia.