



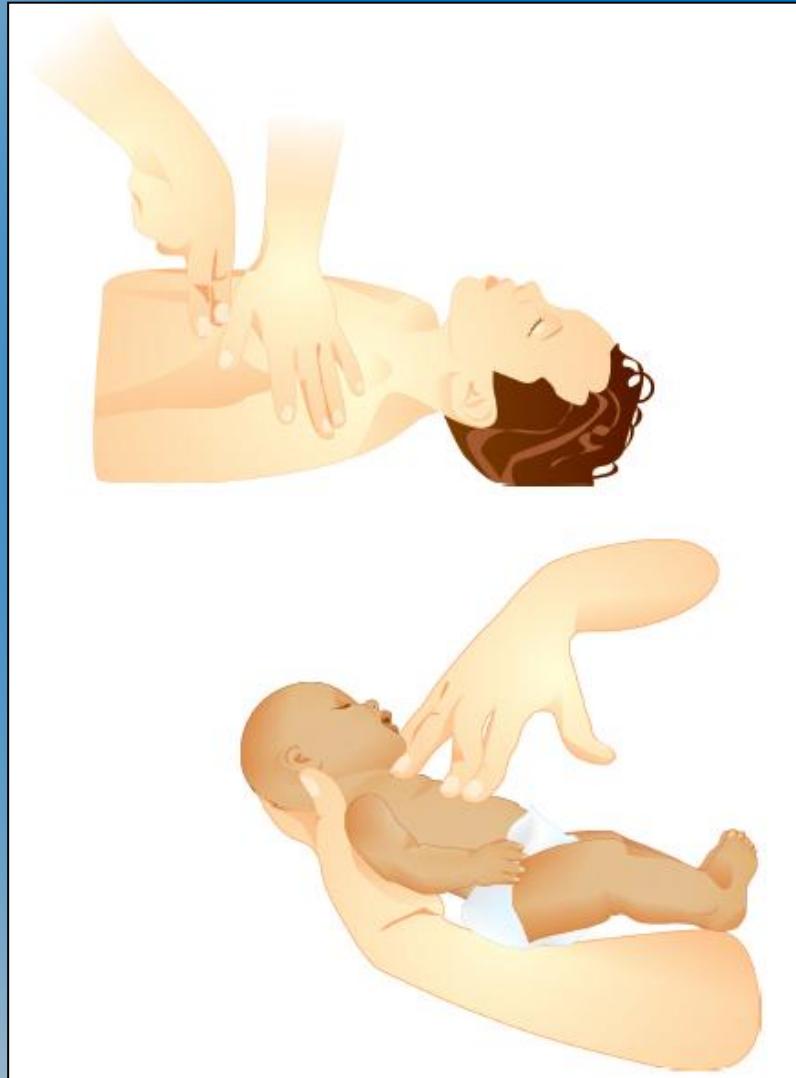
SUporte BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA

**Profa. Dra. Nicézia Vilela Junqueira Franqueiro
Profa. Ma. Ana Elisa Pereira da Silva**

OBJETIVOS DIDÁTICOS

- ★ Ao final dessa sessão você deve ser capaz de:
- ★ Lembrar-se das diferenças entre a RCP de adultos, **lactentes e crianças**;
- ★ Demonstrar os passos básicos da RCP em **lactentes e crianças**.
- ★ Administrar RCP de alta qualidade em lactentes e crianças.

SUPORTE BÁSICO DE VIDA



Inclui o reconhecimento dos sinais de **PCP**, a realização de **RCP** de alta qualidade e a desfibrilação quando indicado.

***PCP** – parada cardiopulmonar.

***RCP** - ressuscitação cardiopulmonar.



DEFINIÇÃO

- ✓ Lactentes: menores de 1 ano, excluindo os Recém Nascidos (RN).
- ✓ Crianças: maiores de 1 ano.
- ✓ Adolescentes: apresentam sinais de puberdade (broto mamário em meninas e em meninos, presença de pelos em região axilar).
- ✓ Neste grupo, aplicam-se as recomendações dos adultos.

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA

- Prevenção da PCR;
- RCP precoce de alta qualidade por pessoas presentes no local;
- Rápido acionamento do serviço médico de emergência;
- Suporte avançado de vida eficaz (incluindo rápida estabilização e transporte rápido para cuidados pós-PCR);
- Cuidados integrados pós-PCR.
- Recuperação.

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA



PARADA CARDIOPULMONAR

É o súbito cessar da atividade miocárdica ventricular útil, associada à ausência de respiração.



PCR SÚBITA EM LACTENTES E CRIANÇAS

- Predominantemente extra cardíaca;
- **Deterioração da função respiratória ou choque** - ocasionando hipoxemia e acidose progressiva.



ETIOLOGIA DA PCR

- SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE (SMSL);
- DOENÇAS RESPIRATÓRIAS;
- OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS;
- SUBMERSÃO;
- SEPSE;
- DOENÇAS NEUROLÓGICAS;
- DEPOIS DO PRIMEIRO ANO DE VIDA – **TRAUMA.**

EPIDEMOLOGIA DA PCR

- ★ Frequentemente utilizada no nascimento;
- ★ 5% a 10% dos RNs precisam de algum tipo de ressuscitação ativa no momento do parto, como estimulação da respiração;
- ★ 1% a 10% dos nascidos em hospitais – ventilação assistida;
- ★ Mais de 5 milhões de mortes neonatais no mundo – 19% - asfixia ao nascer.



EPIDEMIOLOGIA DA PCR

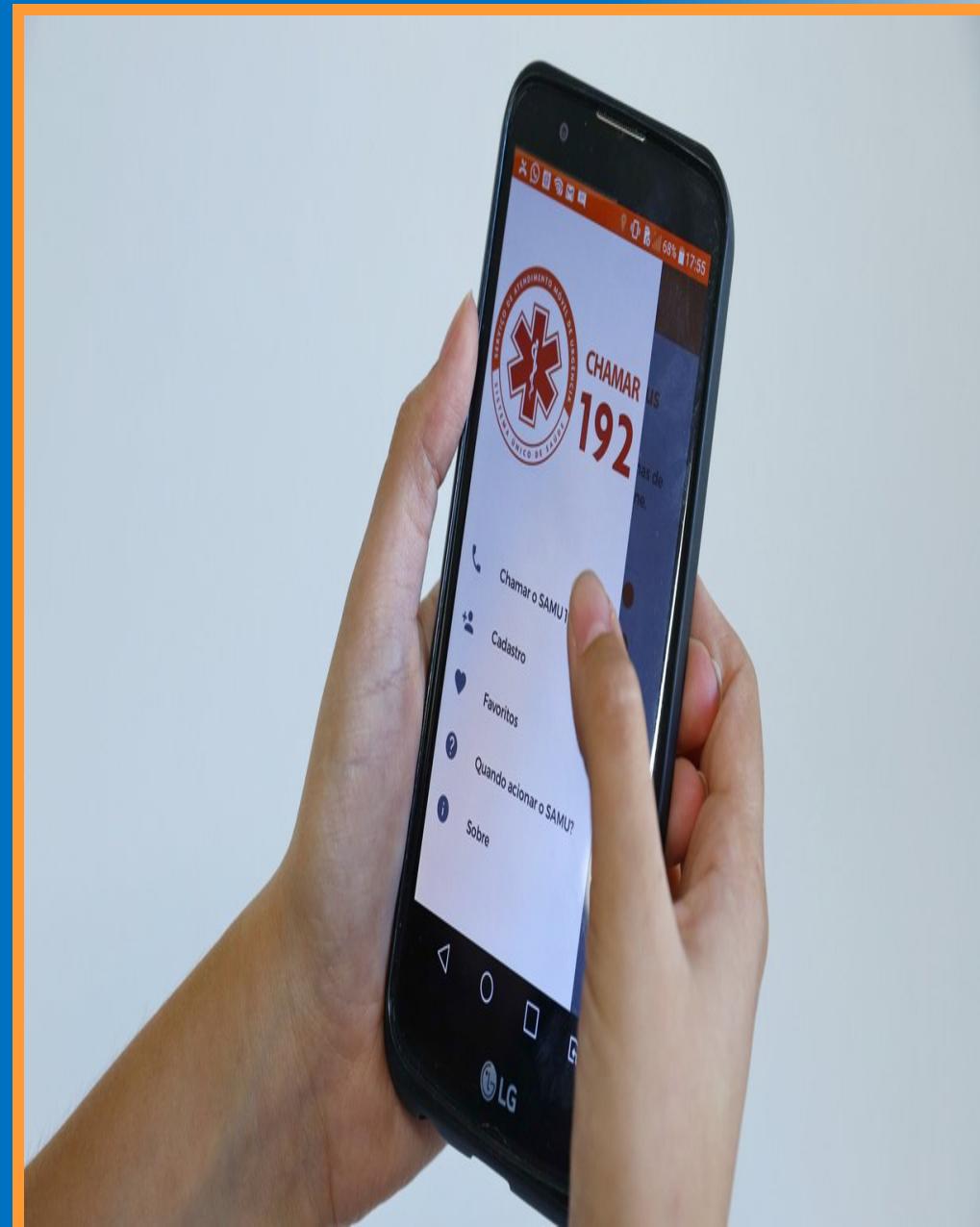
- A PCR primária de causa cardíaca, (**TV ou FV**), constitui causa menos frequente, entre 5 a 15% das PCR pediátricas pré-hospitalares.
- Nas crianças, os principais ritmos cardíacos que indicam PCR são: **bradicardia, assistolia e AESP**.
- A sobrevivência no ambiente pré-hospitalar – 3% a 17% - com sequelas neurológicas.

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- ★ Para melhorar o atendimento infantil pré-hospitalar – a equipe do SME precisa ser treinada e ter equipamentos para cuidar das vítimas pediátricas;
- ★ Usar protocolo para lactentes e criança;
- ★ Ter acordos com serviço pediátrico terciário – para receber cuidados pós-ressuscitação em UTIs pediátricas.

CHECAR A RESPONSIVIDADE

- ✓ Vítima não responde e se encontra fora do ambiente hospitalar - **grite por socorro ou ative o serviço de emergência por telefone celular – 192 SAMU.**



CHECAR A RESPONSIVIDADE



- ✓ Segundo socorrista disponível - ele deve chamar ajuda do serviço médico de emergência e buscar um DEA no extra-hospitalar.
- ✓ No intra-hospitalar, se houver o TRR, este deve ser ativado. Caso não haja disponibilidade TRR no hospital, prosseguir o atendimento.
- ✓ **TRR = Time de Resposta Rápida.**

TRATAMENTO DA PCR

- ★ Checar respiração e pulso central simultaneamente (braquial em lactentes e carotídeo ou femoral em crianças) por, no mínimo, 5 e máximo de 10 segundos.
- ★ Pulso presente, realize respirações de resgate (20 a 30 rpm). Para as ventilações, realizar a abertura das vias aéreas, utilizando a técnica da inclinação da cabeça para trás e elevação do mento.



TRATAMENTO DA PCR

- ★ FC - menor que 60 bpm e não aumenta rapidamente após o início das ventilações de resgate, observe se há sinais de má perfusão.
- ★ Na presença de **hipoperfusão**, a **bradicardia** apresenta repercussão hemodinâmica e está indicado o início precoce das compressões torácicas intercaladas com ventilação.
- ★ Reavaliar em 2 minutos; se o pulso estiver ausente ou houver dúvida da presença de pulso após 10 segundos, reiniciar compressões torácicas.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA

- ✓ Criança inconsciente e você é o único socorrista presente e não presenciou a PCR – forneça SBV – 5 ciclos ou 2 min. de RCP – **antes de ativar o SME;**
- ✓ Determine que a vítima não responde, grite por socorro;



AVALIAÇÃO DOS SINAIS DE CIRCULAÇÃO

- ❖ Pulso – mais de 60bpm;
- ❖ Respiração (não agônica);
- ❖ Tosse;
- ❖ Movimentos – avaliação não demorar mais que 10 seg.



SINAIS DE CIRCULAÇÃO INSATISFATÓRIOS

- ❖ Temperatura: extremidades frias;
- ❖ Alteração do estado mental: diminuição progressiva da consciência/capacidade de resposta;
- ❖ Pulsos: fracos;
- ❖ Pele: palidez, moteamento (aparência irregular) e cianose (pele azulada).

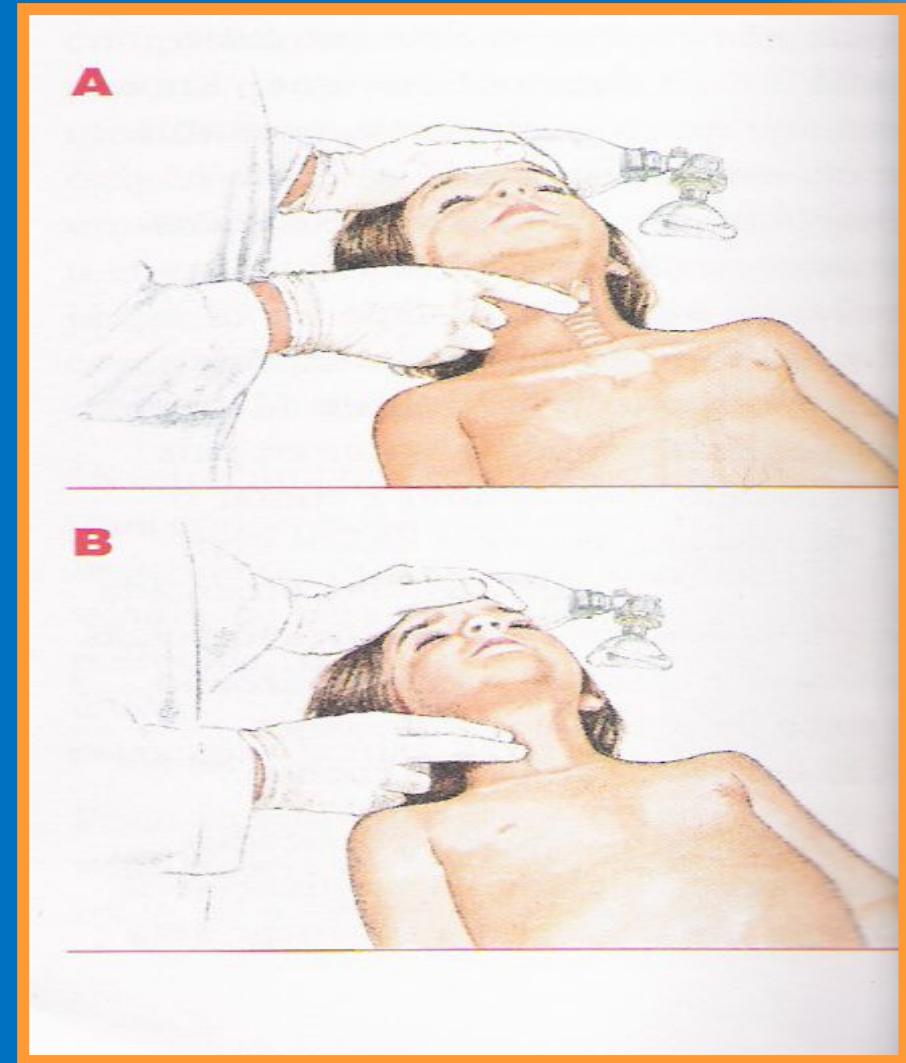
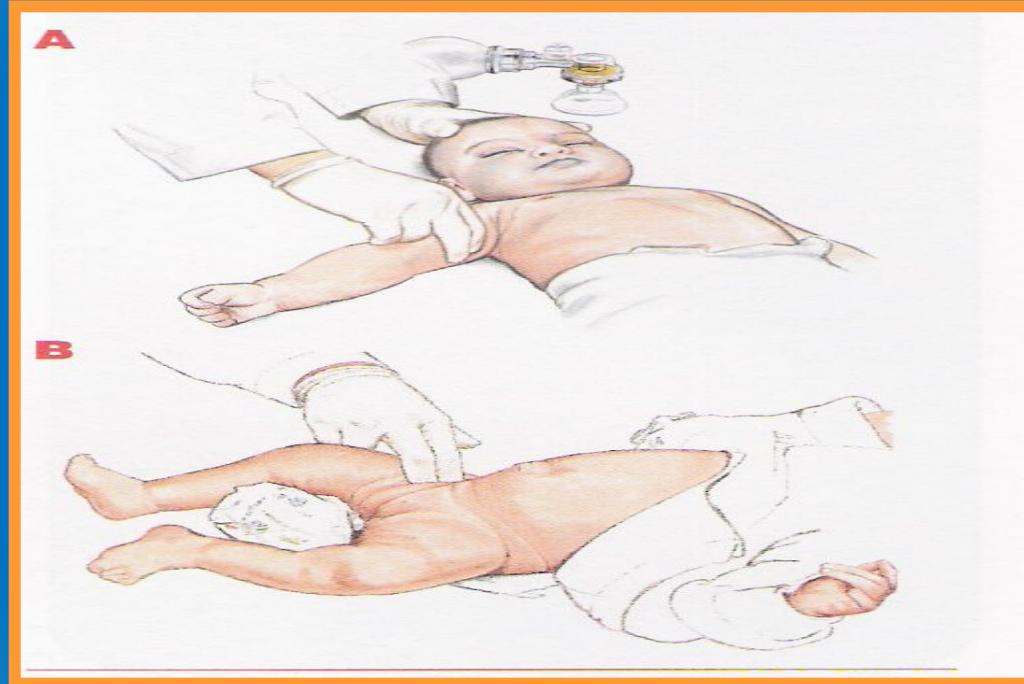


AVALIAÇÃO – VERIFICAÇÃO DO PULSO

- ✓ Tempo para verificar pulso – mínimo 5 segundos, mas não mais que 10 segundos.
- ✓ **Criança** - Artéria carótida ou femoral.
- ✓ **Bebê** – artéria braquial.



VERIFICAÇÃO DO PULSO CENTRAL

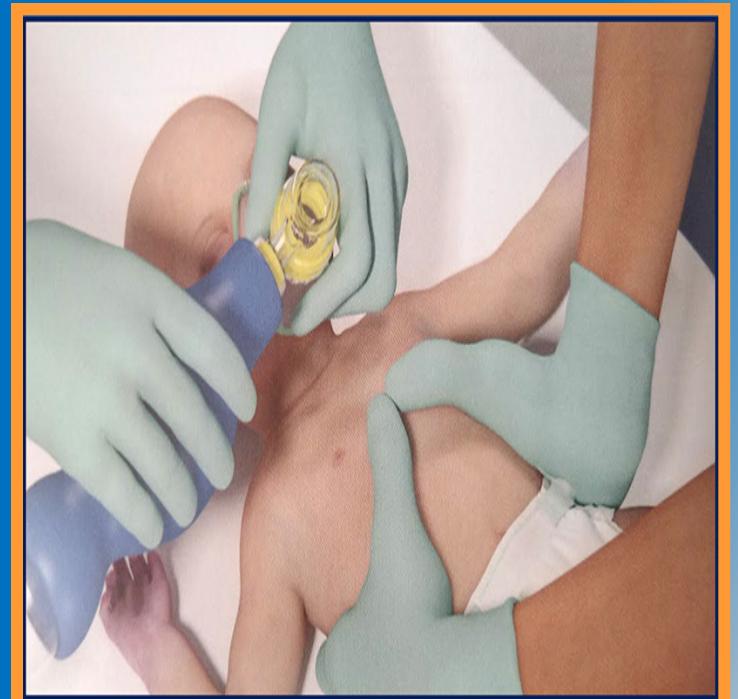


RELAÇÃO COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO LACTENTES E CRIANÇAS

1 SOCORRISTA: relação compressão/ventilação **30:2**



2 SOCORRISTAS: relação compressão/ventilação **15:2**



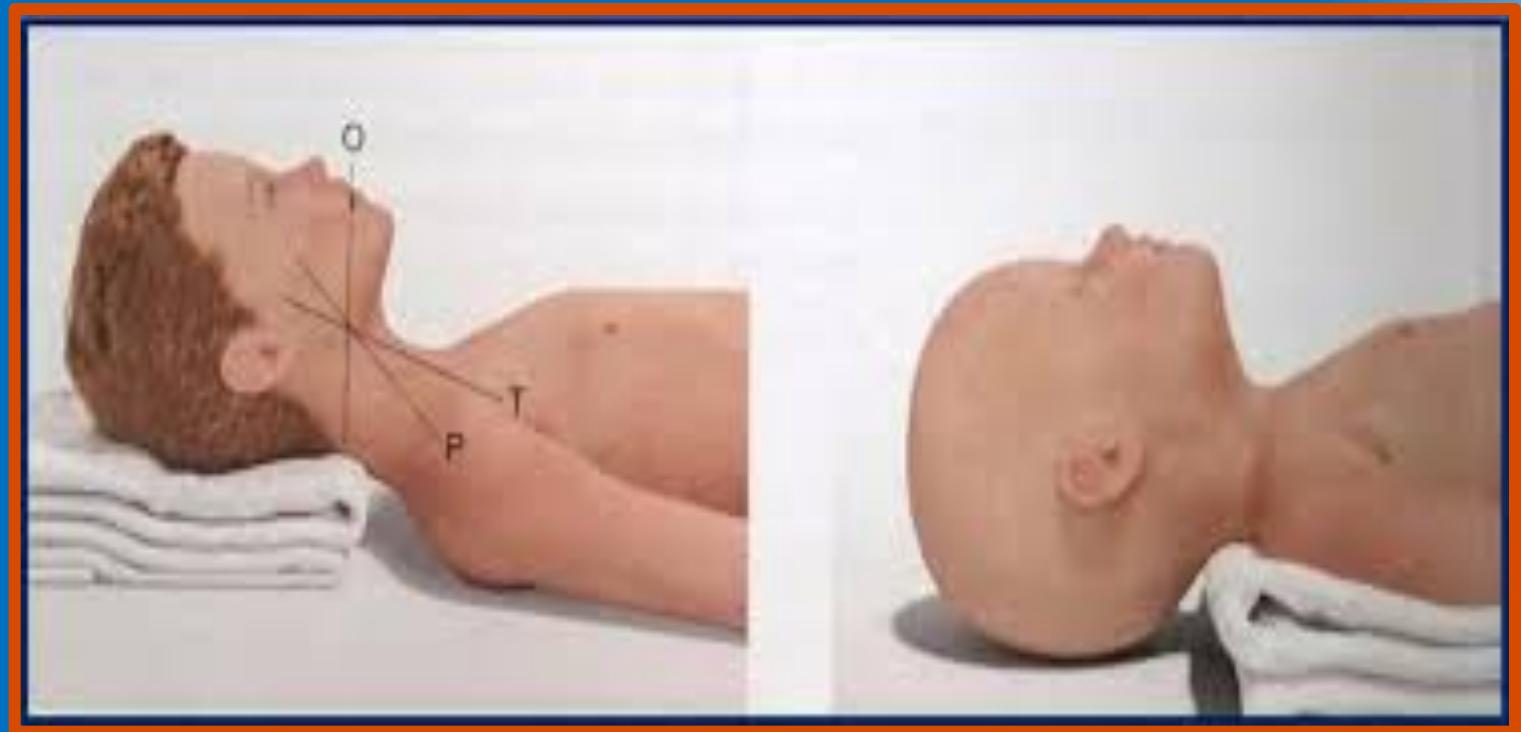
EFICÁCIA DAS COMPRESSÕES

- ❖ Coloque o lactente em superfície firme e plana;
- ❖ Traçar uma linha imaginária entre os mamilos e colocar dois dedos logo abaixo da linha intermamilar.
- ❖ Administre as compressões a uma velocidade de 100 a 120/min.
- ❖ No final de cada compressão, permita o retorno completo do tórax.

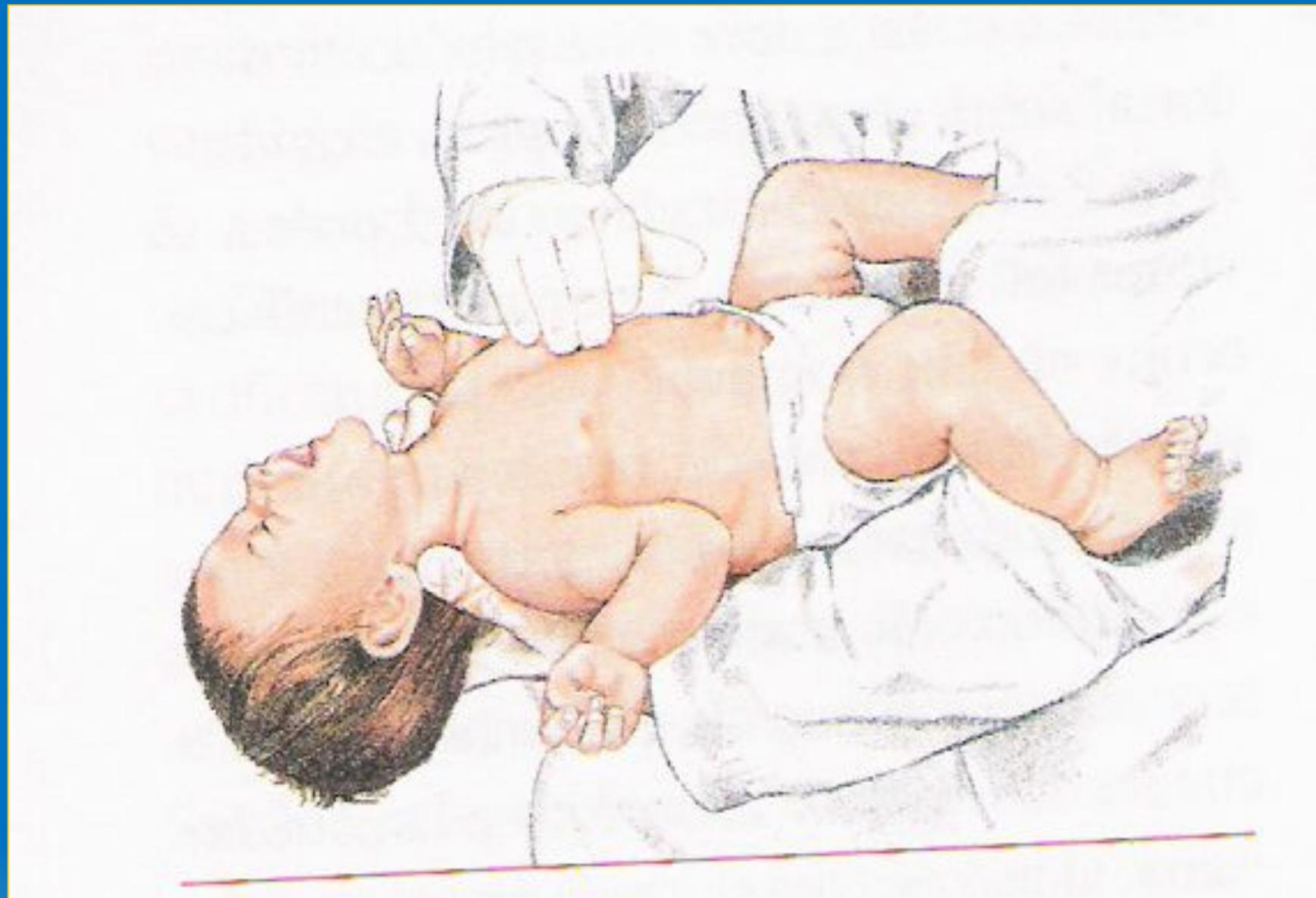


EFICÁCIA DAS COMPRESSÕES

❖ Posição da cabeça x cervical



COMPRESSÕES TORÁCICAS LACTENTE



EFICÁCIA DAS COMPRESSÕES

PROFOUNDADE DAS COMPRESSÕES TORÁCICAS

Adultos

no mínimo, 2 polegadas (5 cm);
não exceder 2,4 polegadas (6 cm);

Crianças

no mínimo, 1/3 do diâmetro
anteroposterior do tórax, cerca
2 polegadas (5 cm);

Bebês

no mínimo, 1/3 do diâmetro
anteroposterior do tórax, cerca
1,5 polegadas (4 cm);

COMPRESSÕES - POSICIONAMENTO DA VÍTIMA

Reavaliar a cada 2 minutos o pulso central e rodizar, quando houver mais de um ressuscitador, a função de compressão do tórax, para minimizar a fadiga.

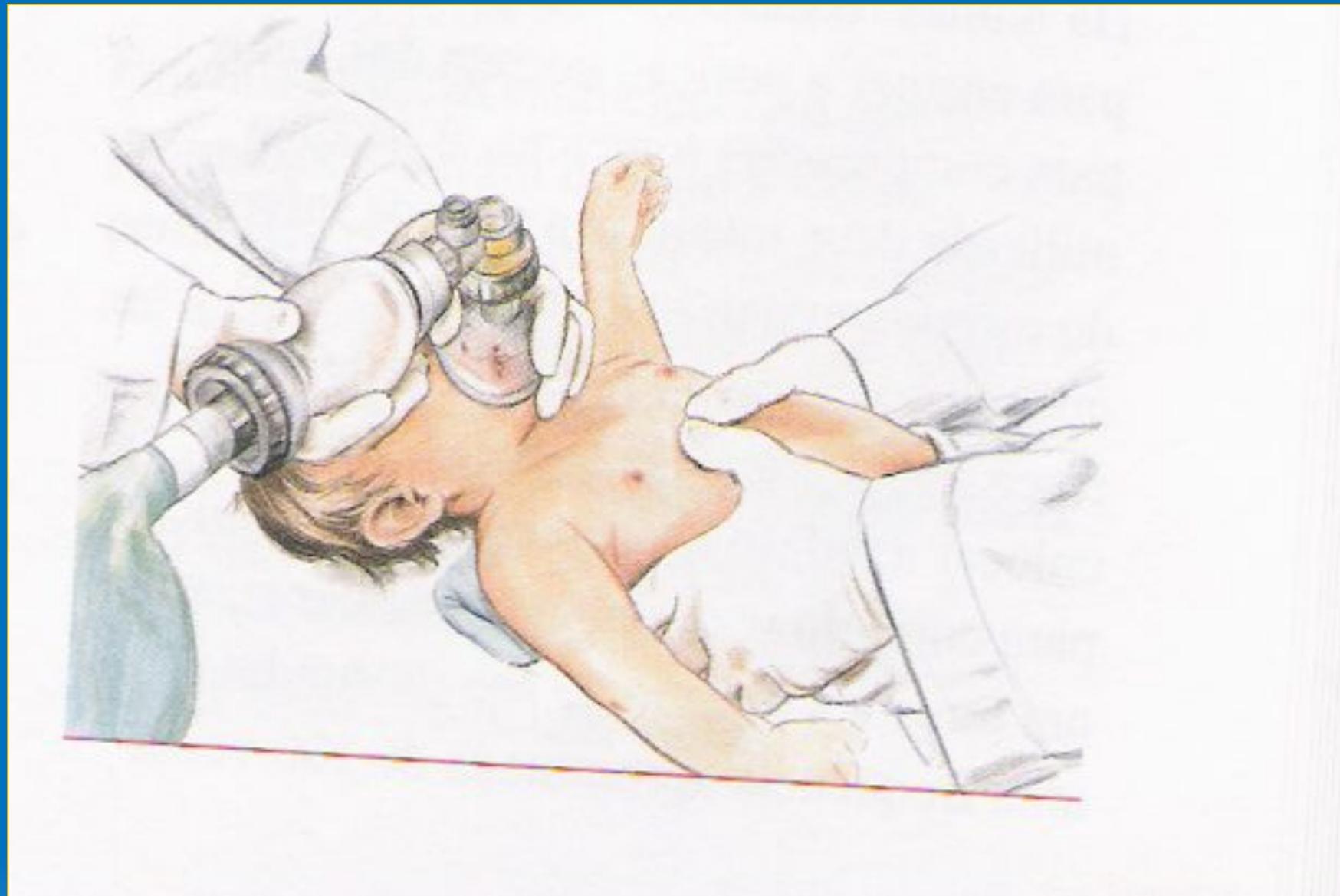
Caso esteja presente e a FC for maior que 60 bpm com respiração regular, deixar a criança em posição de recuperação (decúbito lateral).

Se pulso central ausente ou menor 60 bpm, manter as compressões torácicas.

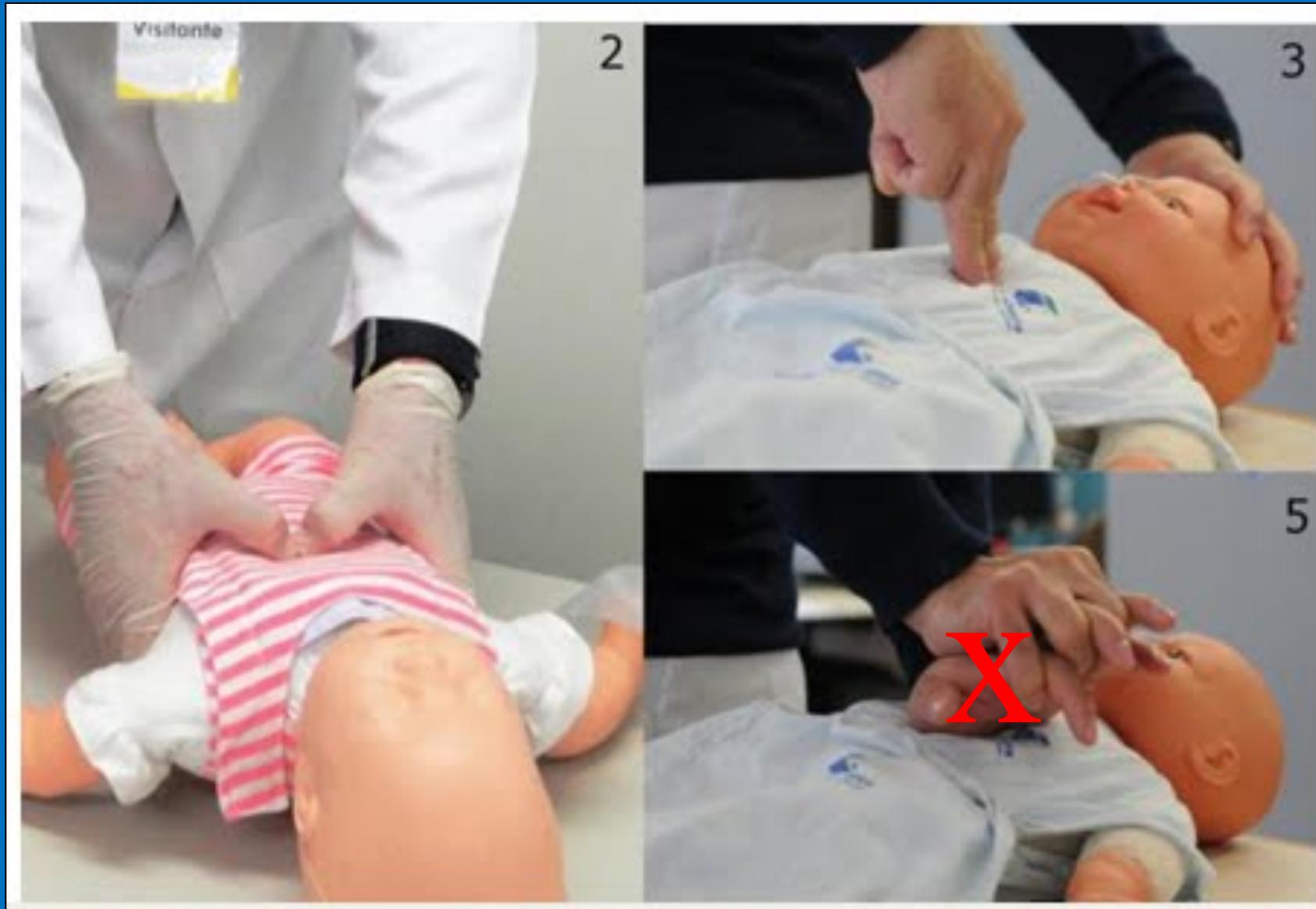
COMPRESSÕES - POSICIONAMENTO DA VÍTIMA



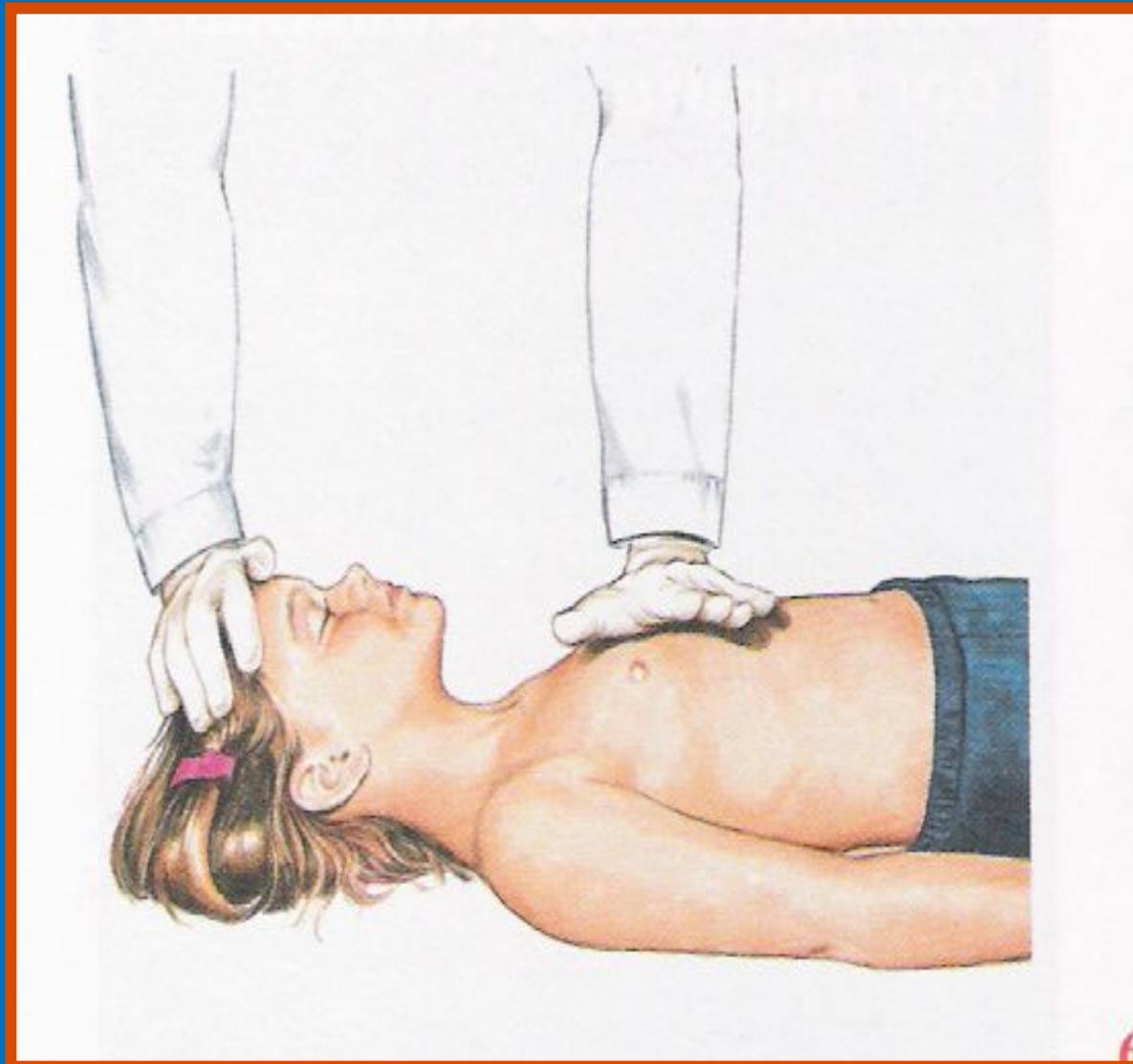
TÉCNICA DE 2 POLEGARES



COMPRESSÕES TORÁCICAS

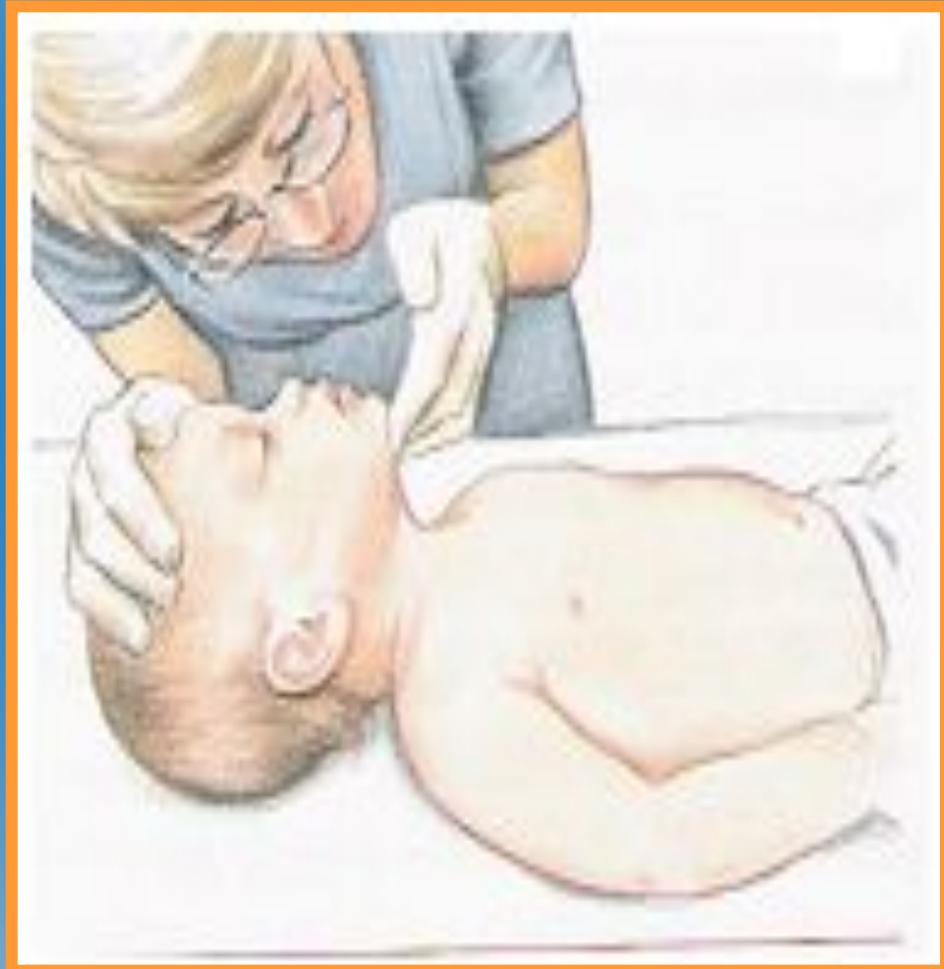


COMPRESSÃO TORÁCICA EM CRIANÇAS – 1 ANO À PUBERDADE

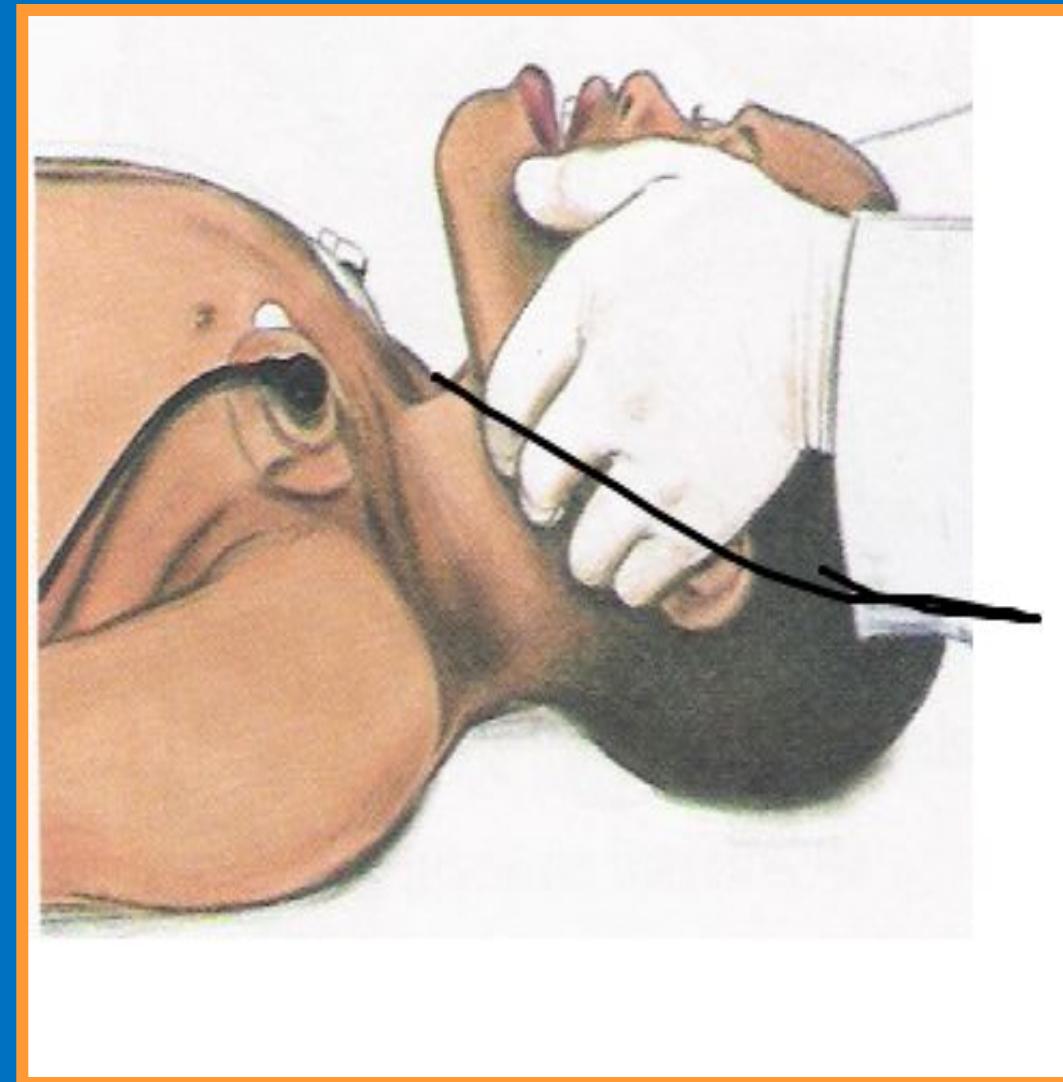


POSICIONAMENTO DAS VIAS AÉREAS

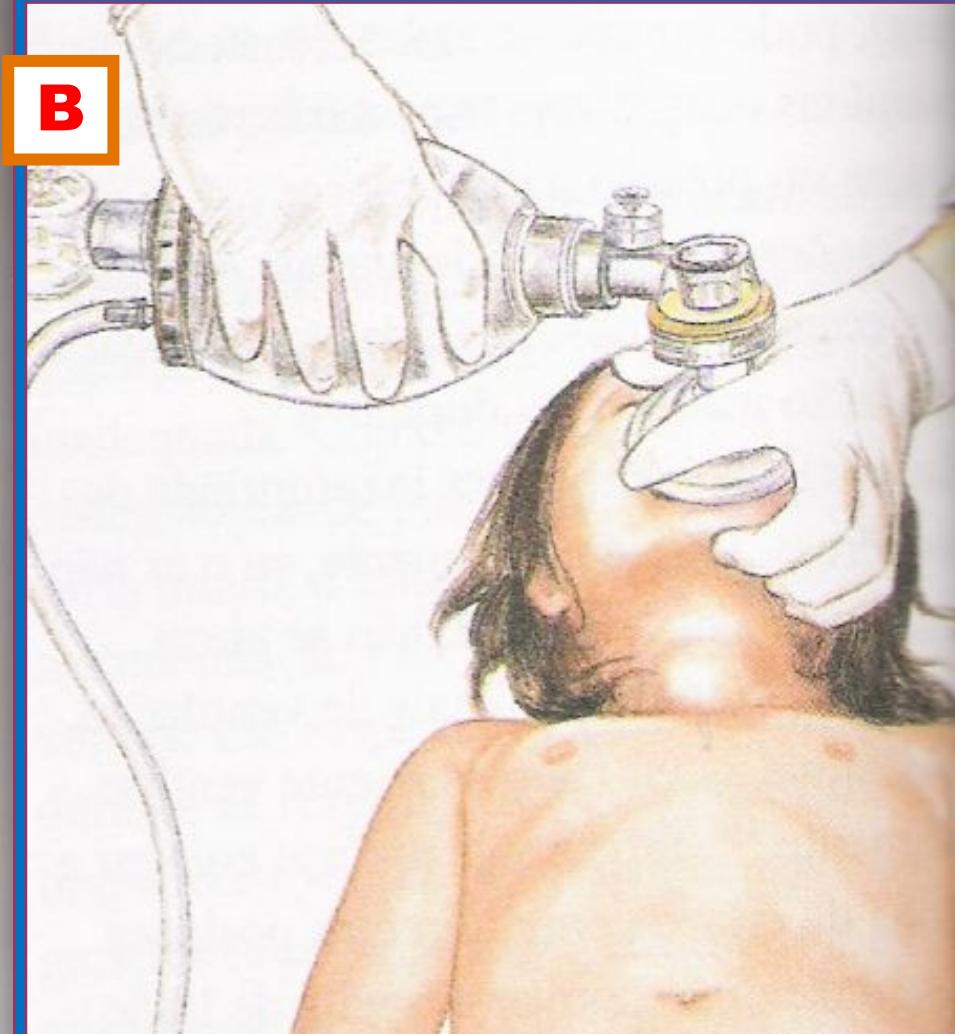
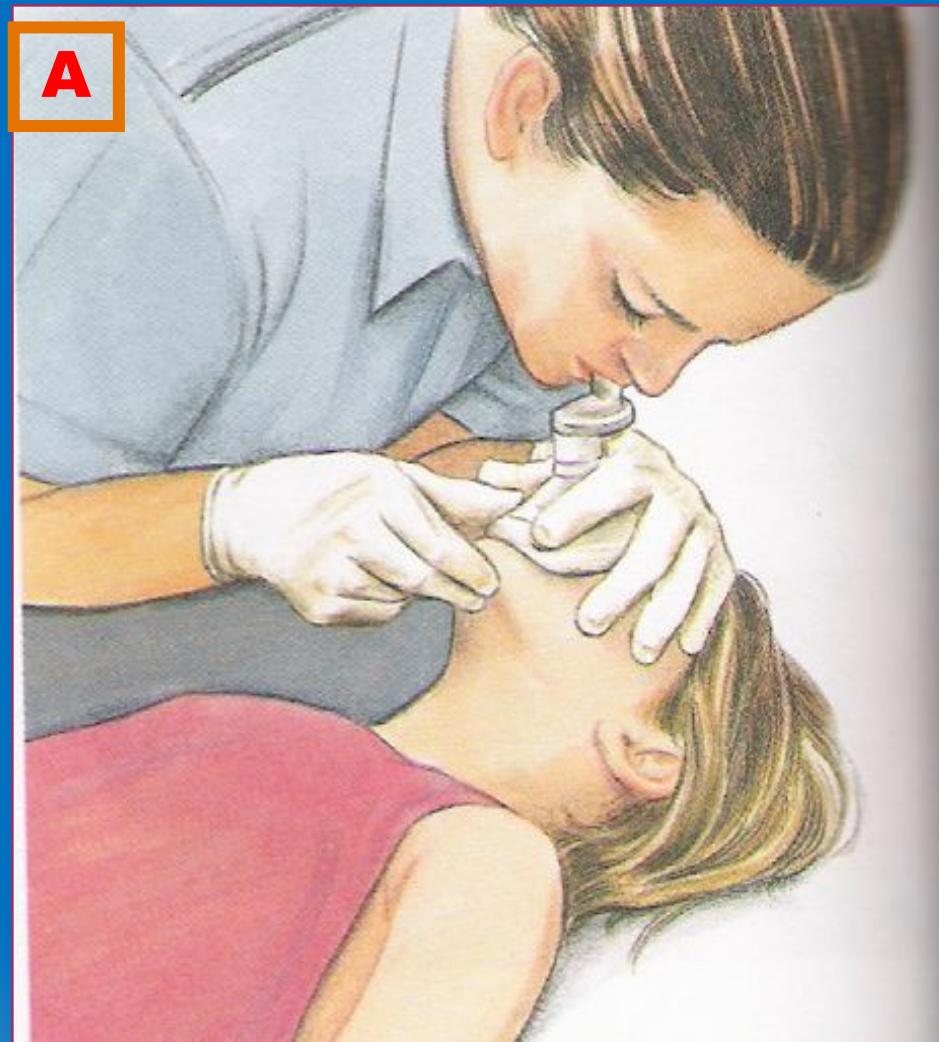
- Métodos para abrir a via aérea:
manobras de inclinação da cabeça – elevação do queixo e anteriorização da mandíbula.



MANOBRA DE ANTERIORIZAÇÃO DA MANDÍBULA

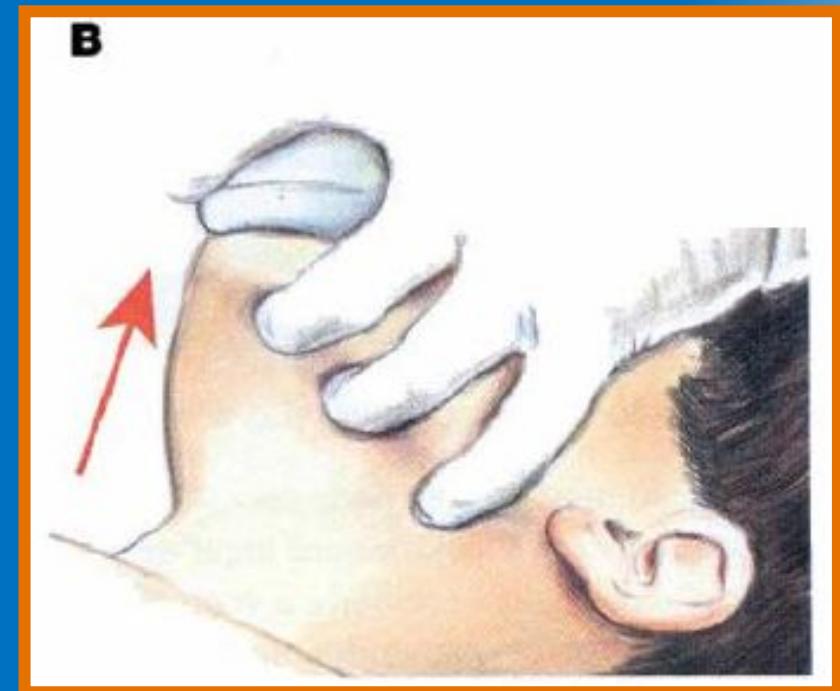


VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVOS DE BARREIRA



POSIÇÃO DAS MÃOS

A posição mais comum das mãos –
preensão E - C.

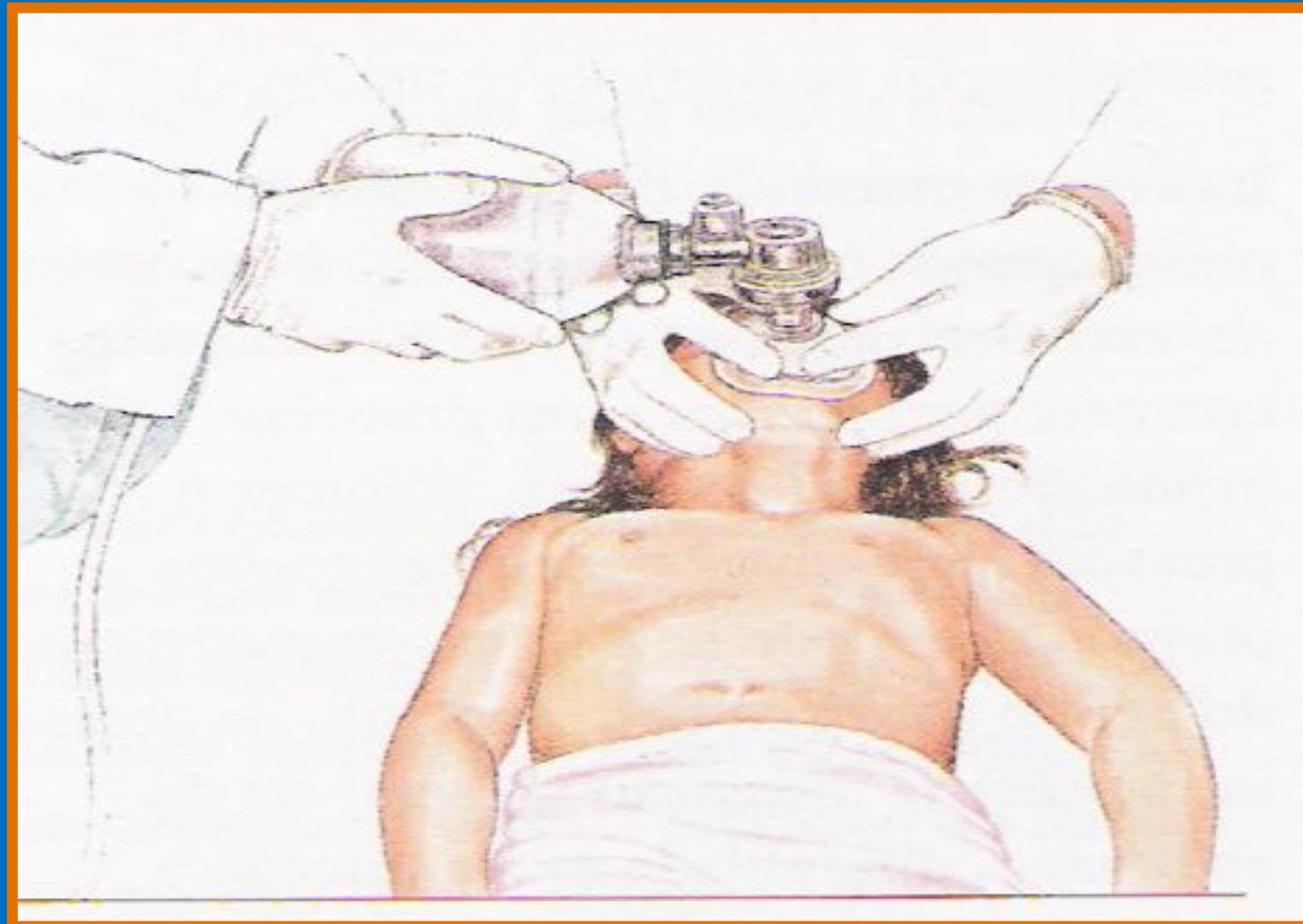


VENTILAÇÃO BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA

- ❖ Bolsa-válvula-máscara – tamanho adequado.
- ❖ A máscara deve cobrir a boca e nariz da vítima.
- ❖ **Sem sinais de trauma** – incline a cabeça da vítima.
- ❖ **Com sinais de trauma** – anteriorize a mandíbula.



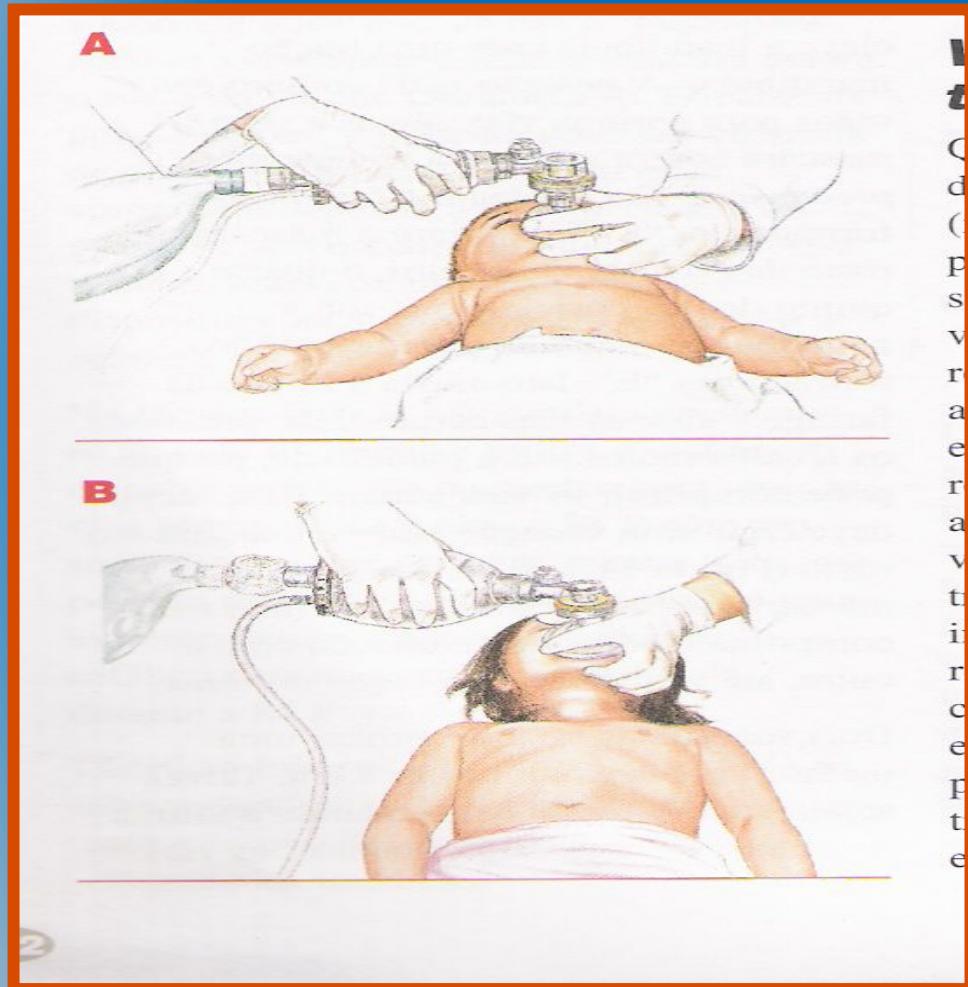
VENTILAÇÃO COM BOLSA-VÁLVULA- MÁSCARA



VENTILAÇÃO BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA

- ❖ É recomendada a ventilação intercalada com as compressões torácicas em crianças e adolescentes.
- ❖ **Recomendação:** a RCP convencional intercalando ventilação e a compressão torácica está indicada na PCR pediátrica intra e extra-hospitalar.
- ❖ Se não for possível ventilar o paciente, os ressuscitadores devem, ao menos, realizar as compressões torácicas.

VENTILAÇÃO DE RESGATE SEM COMPRESSÕES TORÁCICAS



- * Vítima irresponsiva e sem respiração: aplicar 1 vent. a cada 2 a 3 segundos ou cerca de 20 a 30 ventilações/min.

DESFIBRILAÇÃO

O DEA – desfibrilador externo automático analisa o ritmo cardíaco para identificar a presença de um ritmo que responda a um tratamento de choque – **ritmo chocável em FV ou TVSP.**



DESFIBRILAÇÃO

ABAIXO DE 8 ANOS

- Use o DEA quando disponível;
- Pás pediátricas, se disponíveis, caso contrário pás para adulto;
- DEA com atenuador de carga, tecle o botão para administrar carga pediátrica.

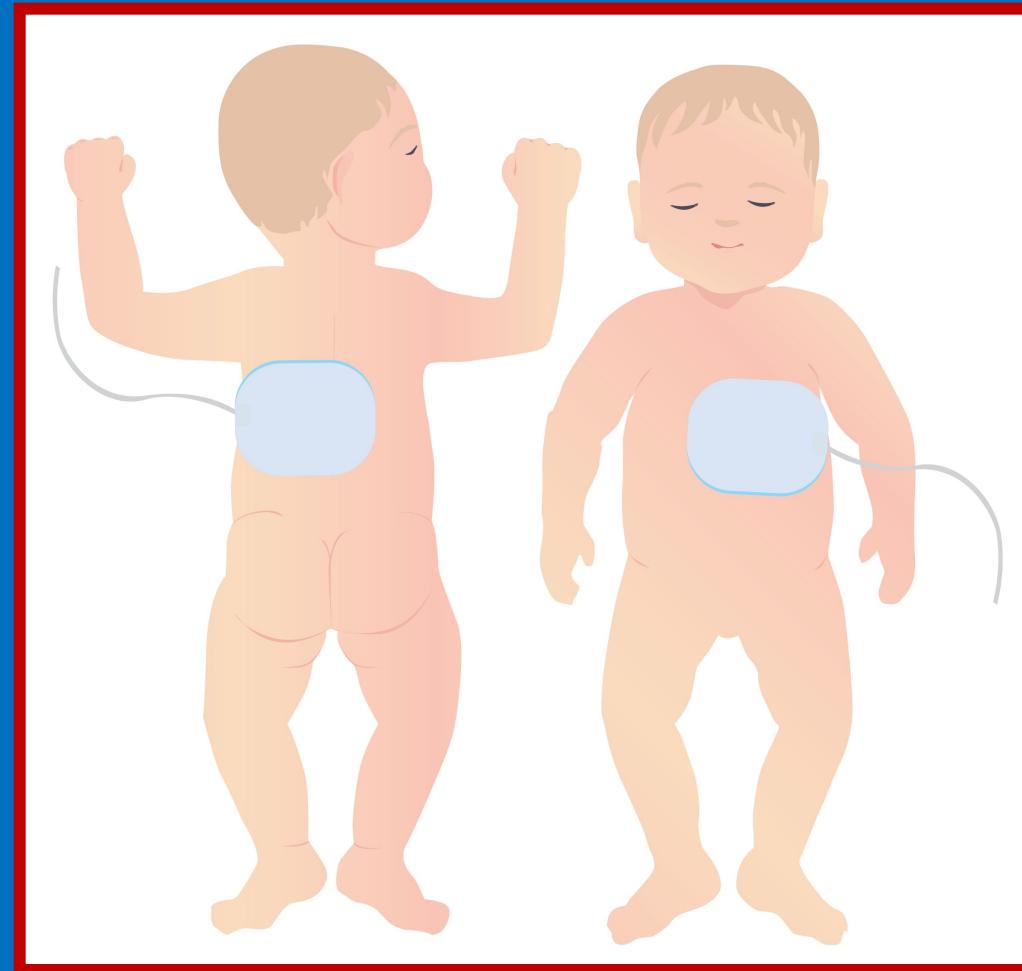
8 ANOS OU MAIS

- Use o DEA quando disponível;
- Pás para adulto, não use pás pediátricas – carga baixa.

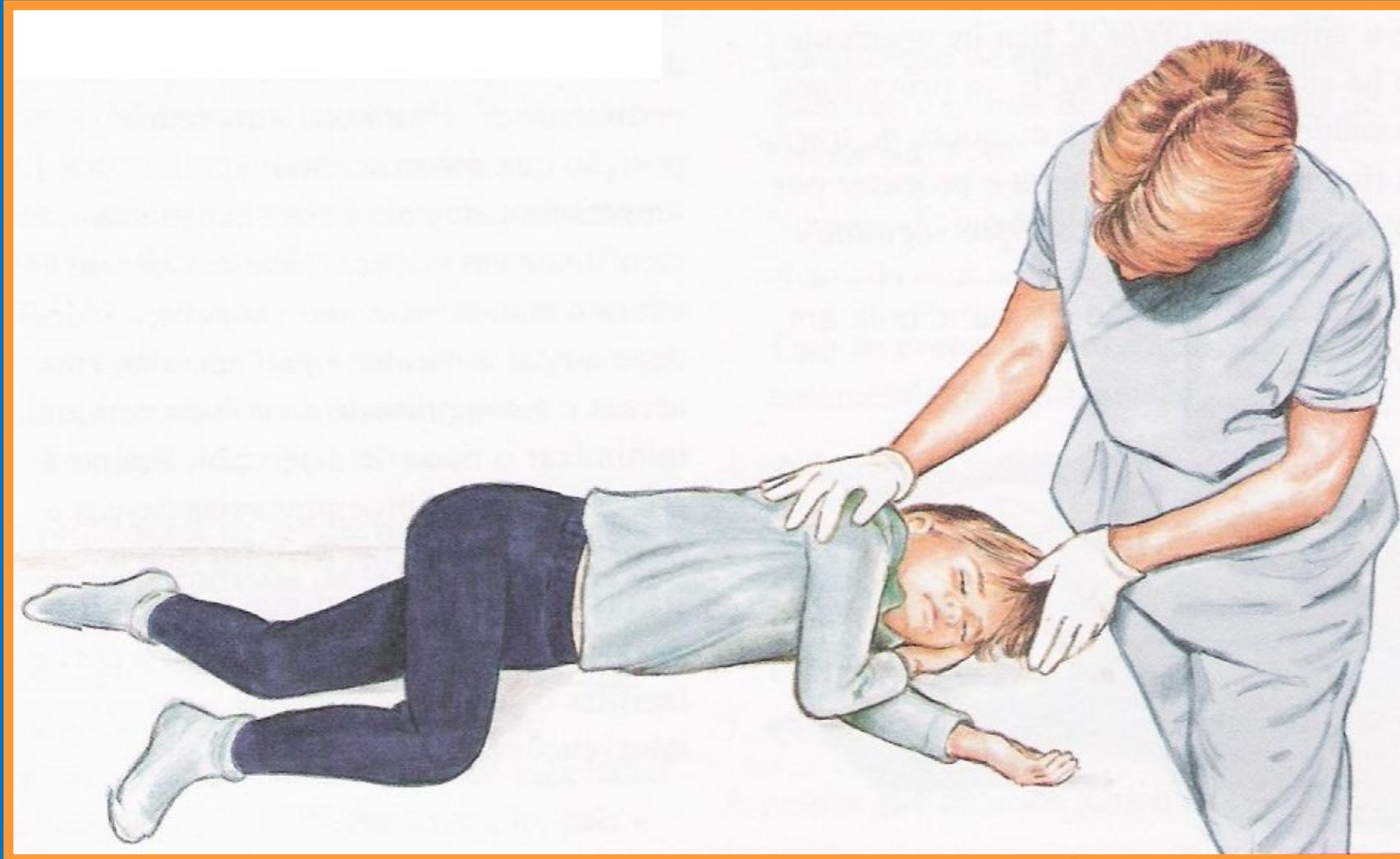
DESFIBRILAÇÃO



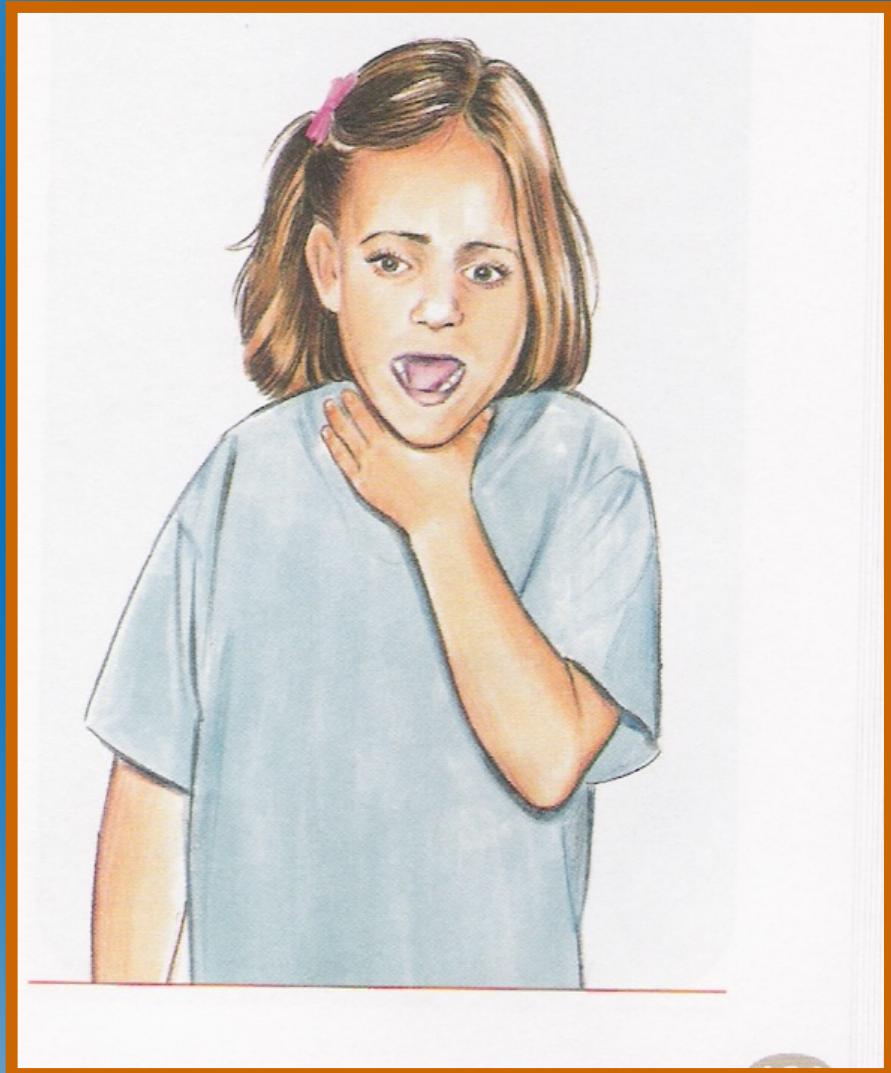
COLOCAÇÃO DE ELETRODOS



POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO



OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - OVACE



Predominantemente - menores de 5 anos;

- 65% abaixo de 1 ano.

Líquidos - responsáveis pela obstrução na maioria dos casos;

- Pequenos objetos: balões, alimentos (salsichas, castanhas e uvas).

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES POR LÍQUIDOS

- 1º. Posicionar a criança sentada ou semissentada;
- 2º. Retirar o excesso de líquidos da boca - usando um lenço ou algo semelhante;

3º. Observar a resposta:

- A. A criança tosse e/ou vomita, e logo volta a respirar normalmente: ajude-a e observe;
- B. Ela permanece sintomática após o engasgo (**dispneia, desconforto, choro, chiado**), por provável aspiração líquida: leve-a a um Serviço de Emergência;
- C. Ela para de respirar (**apneia**) – estimule delicadamente as costas dela, esfregando-a. A maioria das crianças se recupera, retornando à respiração;
- D. Caso não volte a respirar e perca a consciência: chame por ajuda e inicie as manobras de RCP.

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - OVACE

Reconhecimento - quando houver aparecimento abrupto de estridor, tosse, cansaço e broncoespasmo na ausência de febre ou sintomas prodrômicos.

Em geral, os episódios de engasgo ocorrem durante a alimentação ou recreação.

A entrada de um corpo estranho em vias aéreas desencadeia imediatamente o reflexo de tosse na tentativa de expulsá-lo.

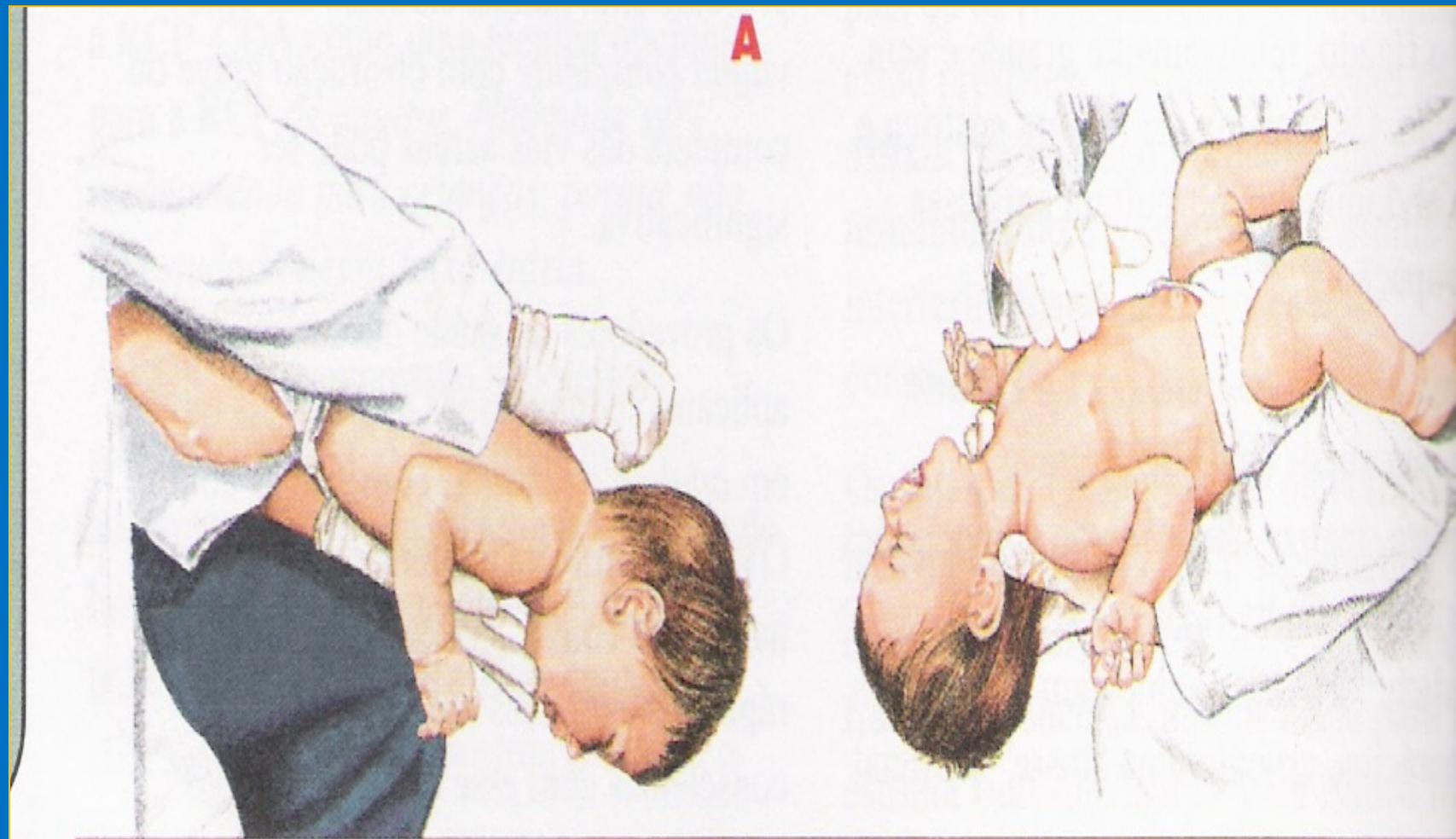
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - OVACE

Tosse silenciosa e o paciente não consegue chorar ou falar, podem ser indícios de obstrução completa.

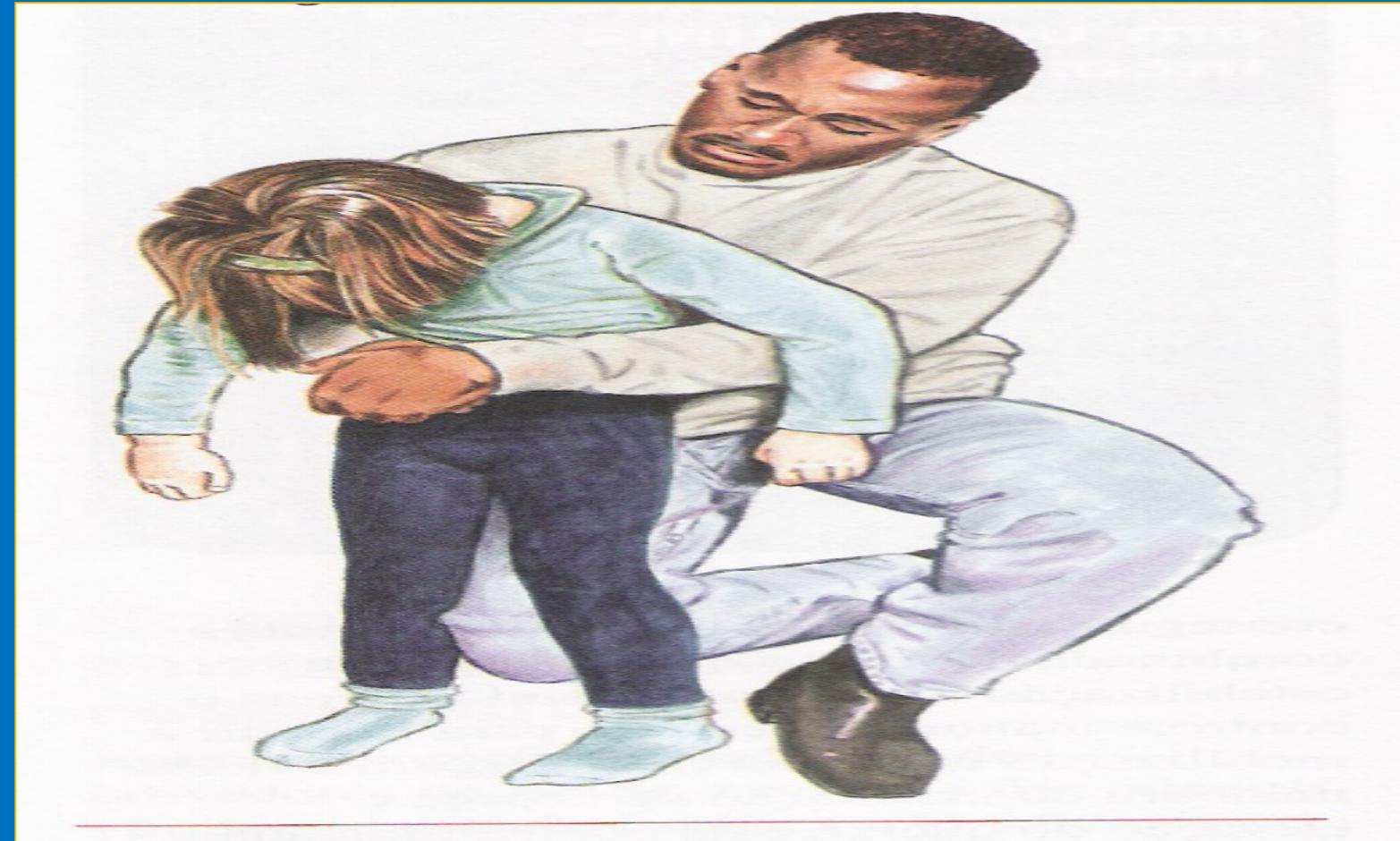
Indicadas as manobras de desobstrução, na tentativa de deslocar o corpo estranho somente quando este for sólido.

Estas manobras dependem do nível de consciência e da faixa etária. As manobras visam aumentar a pressão intratorácica para expulsar o corpo estranho da via aérea.

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - OVACE



COMPRESSÕES ABDOMINAIS RÁPIDAS CRIANÇA CONSCIENTE COM OVACE – MANOBRA DE HEIMLICH



OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES - OVACE

Vítima inconsciente, iniciar RCP pelas compressões.

Posicionar sobre uma superfície rígida, gritar ou enviar alguém para ajuda, iniciar RCP pelas compressões e, ao abrir a via aérea, inspecioná-la.

Caso seja visível, retirar em movimento de pinça sem realizar varredura, pois há risco de mobilizar o objeto.

PACIENTE INCONSCIENTE COM OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES



REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **ACLS Advanced Cardiac Life Suport:** provider handbook. Las Vegas: Satori Continuum Publishing, 2016.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Básico de Vida:** manual do profissional. Mesquite: Integracolor LTD, 2020.



OBRIGADA!!!