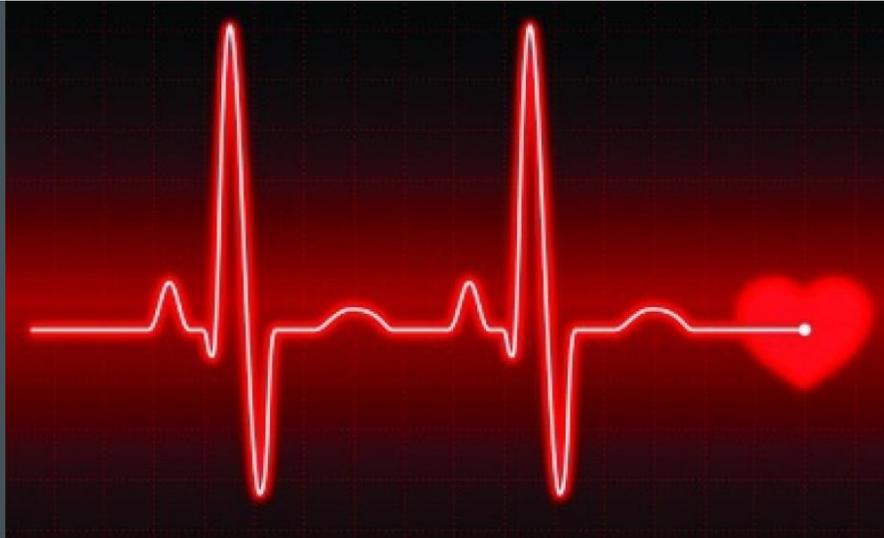

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RCP PEDIÁTRICA



ENFA. MA. AMANDA ROSSI MARQUES-CAMARGO

ETIOLOGIA

- Adulto → PCR súbita e de origem cardíaca;
- Criança → PCR resulta de **insuficiência respiratória e choque**

O reconhecimento dos sinais de angústia e insuficiência respiratória e choque, seguida de intervenção imediata podem evitar a PCR e salvar uma vida

EVOLUÇÃO DA PCR PEDIÁTRICA

- Mesmo com as manobras de ressuscitação a evolução é ruim;
- Ambiente extra hospitalar → 5 a 12% das crianças vítimas de PCR sobrevivem;
- Ambiente hospitalar → desfecho melhor, sobrevivem cerca de 27% das crianças;

A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA



A maioria dos bebês e das crianças desenvolvem parada respiratória e bradicardia antes de evoluir para uma PCR. Portanto, **se estiver sozinho e encontrar uma criança que não responde e sem respiração e/ou gasping você deverá iniciar RCP antes de chamar ajuda.**

Atenção!!!

Frequência cardíaca inferior a 60/min, com sinais de baixo débito cardíaco é indicado iniciar os ciclos de compressão e ventilação.

ETAPAS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Novas diretrizes AHA, 2015:



C A B

Mantém-se a sequência ABC somente para os recém-nascidos em sala de parto, pois as PCR decorrem normalmente por asfixia (obstrução de vias aéreas).

C

CIRCULAÇÃO

Verificação do pulso

Bebês (até 12 meses)



Crianças (1 ano à puberdade)



C

CIRCULAÇÃO

Técnica para as compressões cardíacas

Bebês (até 12 meses)



1 socorrista



2 socorristas

Crianças (1 ano à puberdade)



C

CIRCULAÇÃO

Profundidade e frequência das compressões cardíacas

- Profundidade: $1/3$ do diâmetro anteroposterior
 - ✓ Bebês: 4 cm
 - ✓ Crianças: 5 cm
 - ✓ Crianças na puberdade e Adolescentes: máximo de 6 cm
- Compressões de 100 a 120 mov/min
 - ✓ Permitir o retorno total do tórax

C

CIRCULAÇÃO

Relação Compressão Cardíaca / Ventilação

RN = 3:1

Lactente e Crianças = 30:2 (1 socorrista)

Lactentes e Crianças = 15:2 (2 socorristas)

Como a PCR
frequentemente é decorrente de uma insuficiência respiratória ou choque anterior, o teor de O_2 já estará reduzido. Dessa forma, somente as compressões torácicas não são suficientes para irrigar os órgãos vitais.

A

ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Retificação das vias aéreas



Não hiperextender o pescoço, para evitar colapso traqueal

A

ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Retificação das vias aéreas



A - Em um lactente inconsciente, o **occipício proeminente** flexiona o pescoço. **A língua cai para trás**, podendo causar obstrução das vias aéreas.



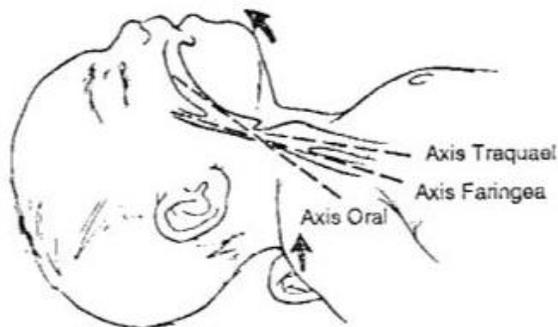
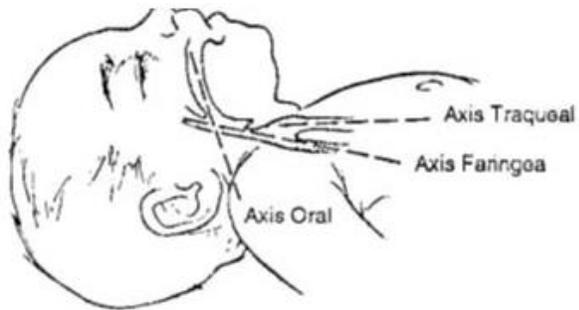
B - Maximize a potência das vias aéreas colocando o lactente com o **pescoço em uma posição neutra** e fazendo que o **trago da orelha fique à mesma altura que a parte superior (anterior) do ombro**.

A

ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Retificação das vias aéreas - eixos oral, faríngeo e laringotraqueal

Bebês (coxim escapular)



Crianças (coxim occipital)

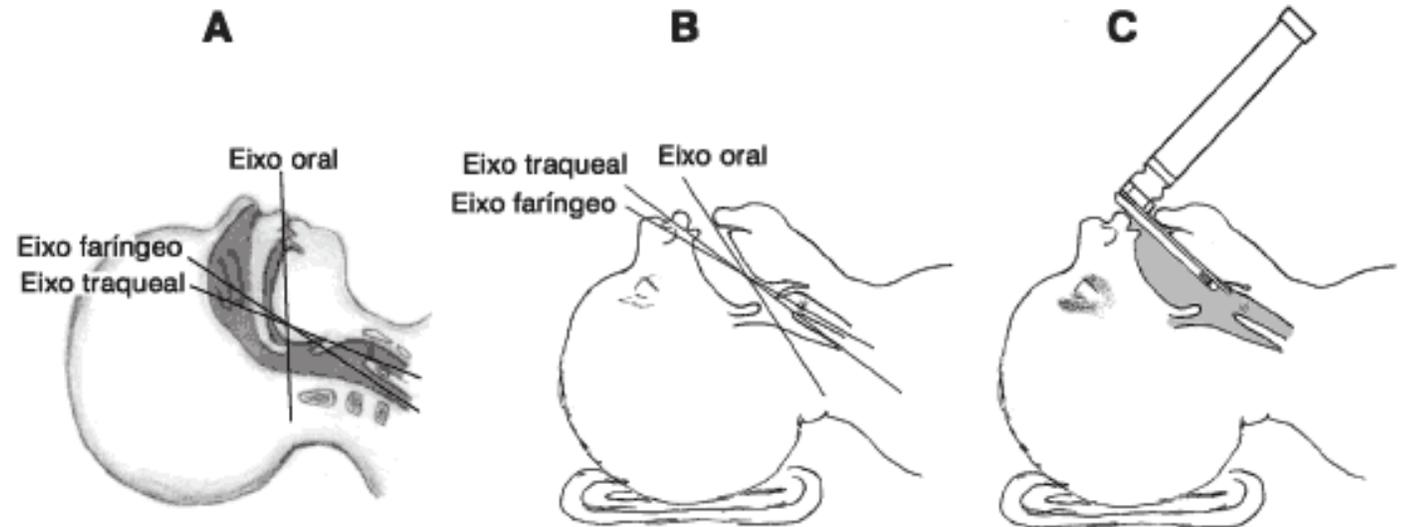


Figura 3 - A) Demonstração dos eixos (oral, faríngeo e traqueal); B) alinhamento destes eixos com o posicionamento adequado; C) visualização da fenda glótica com a utilização de uma lâmina reta

B

VENTILAÇÃO

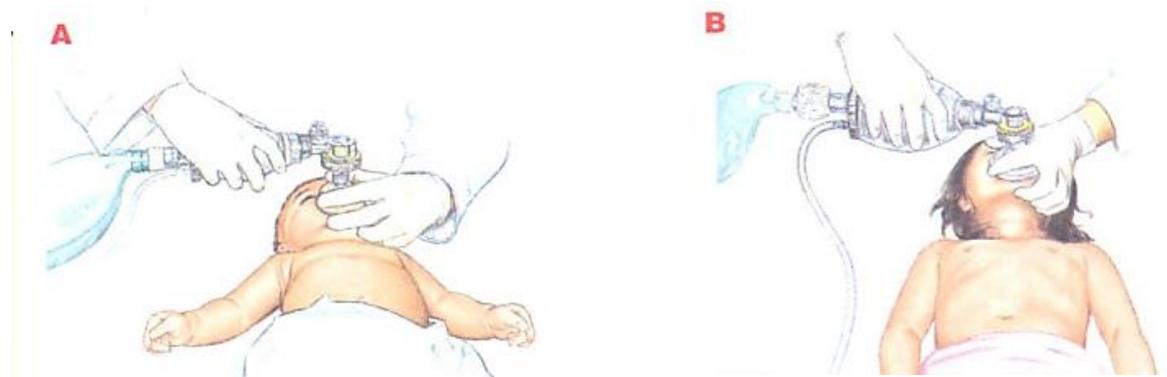
Ambiente Extra-hospitalar

- Boca - boca, nariz (menores de 1 ano)
- Boca – boca (maiores de 1 ano)
- No caso de dúvida: COMPRESSÕES



Ambiente Hospitalar

- Bolsa - válvula - máscara (com reservatório O₂ – 10 a 15l/min)
- Intubação orotraqueal + ventilação



Não hiperventilar, para evitar aumento da pressão intratorácica (↓ débito cardíaco e ↓ perfusão coronariana)

B

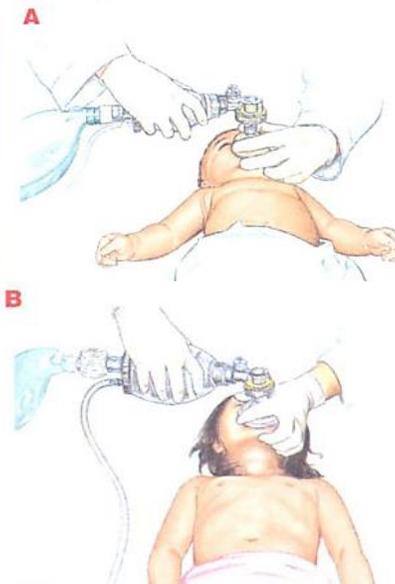
VENTILAÇÃO: BOLSA-VÁLVULA-MASCARA

▪ Bolsa-Válvula-Máscara (Ambu):

- ✓ Neonatal: até 6 Kg
- ✓ Pediátrico: de 7 a 30 Kg
- ✓ Adulto: após 30 Kg

▪ Máscara:

- Transparente
- Cobrir da ponta do nariz à cissura do queixo (vedação hermética)
- C - E



errado



correto

- **PCR:** 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 vent/min)
- Assincronia com compressões torácicas
- Cerca de 1 segundo por ventilação
- Elevação visível do tórax
- **Parada respiratória:** 1 ventilação a cada 3 a 5 seg (12 a 20 vent/min)

B

VENTILAÇÃO: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

MATERIAIS	IDADE	CÂNULA N°	
Cânulas	- Sem "cuff" (< 8 anos)	RN (< 1 Kg)	2,5
		RN (> 1 Kg)	3,0
	- Com "cuff" (> 8 anos)	RN (> 2 Kg)	3,5
		Até 1 ano	4,0

▪ Acima de 1 ano
(cânula sem "cuff"):
 $\text{Idade}(\text{anos})/4 + 4$

▪ Acima de 1 ano
(cânula com "cuff"):
 $\text{Idade}(\text{anos})/4 + 3$

▪ Profundidade:
 $\text{Idade}(\text{anos})/2 + 12$
ou N° da cânula x 3

DESFIBRILAÇÃO - DEA

- Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível
- Realizar um ciclo completo (5x) e administrar choque
- Choque inicial: 2 J/kg
- Posteriores: 4 J/kg
- Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque
- Reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque



ATENÇÃO: DROGAS E MEDICAMENTOS

- Objetivo: aumentar a taxa de sucesso da reanimação;
- Envolve: **otimização das perfusões coronariana e cerebral; o estímulo e a intensificação da contratilidade miocárdica; o tratamento de arritmias; além da correção de acidose metabólica;**
- Principais vias: Acesso venoso (calibroso, em local que não atrapalhe manobras), intraósseo e endotraqueal;
- Ritmos não chocáveis (assistolia e a AESP): **epinefrina** (única droga indicada na RCP dos ritmos não-chocáveis em crianças);
- Ritmos chocáveis (FV e a TV sem pulso): **epinefrina, amiodarona ou lidocaína;**



ATENÇÃO: DROGAS E MEDICAMENTOS

- **Adrenalina (epinefrina).** Dose: IV ou Intraóssea é de 0,01 mg/kg ou 0,1 mL/kg da solução 1:10.000 (1 ampola diluída para 10 mL), podendo ser **repetida em intervalos de 3 a 5 minutos**. A dose pela via endotraqueal deve ser 10 vezes maior.



- **Amiodarona.** Dose: 5 mg/kg IV ou IO (dose máxima única 300 mg); repetir até 2 vezes em FV/TV refratárias;
- **Lidocaína.** Dose: 1 mg/ kg IV ou IO.

Não esquecer: administrar flush com SF0,9% após a infusão de cada droga!

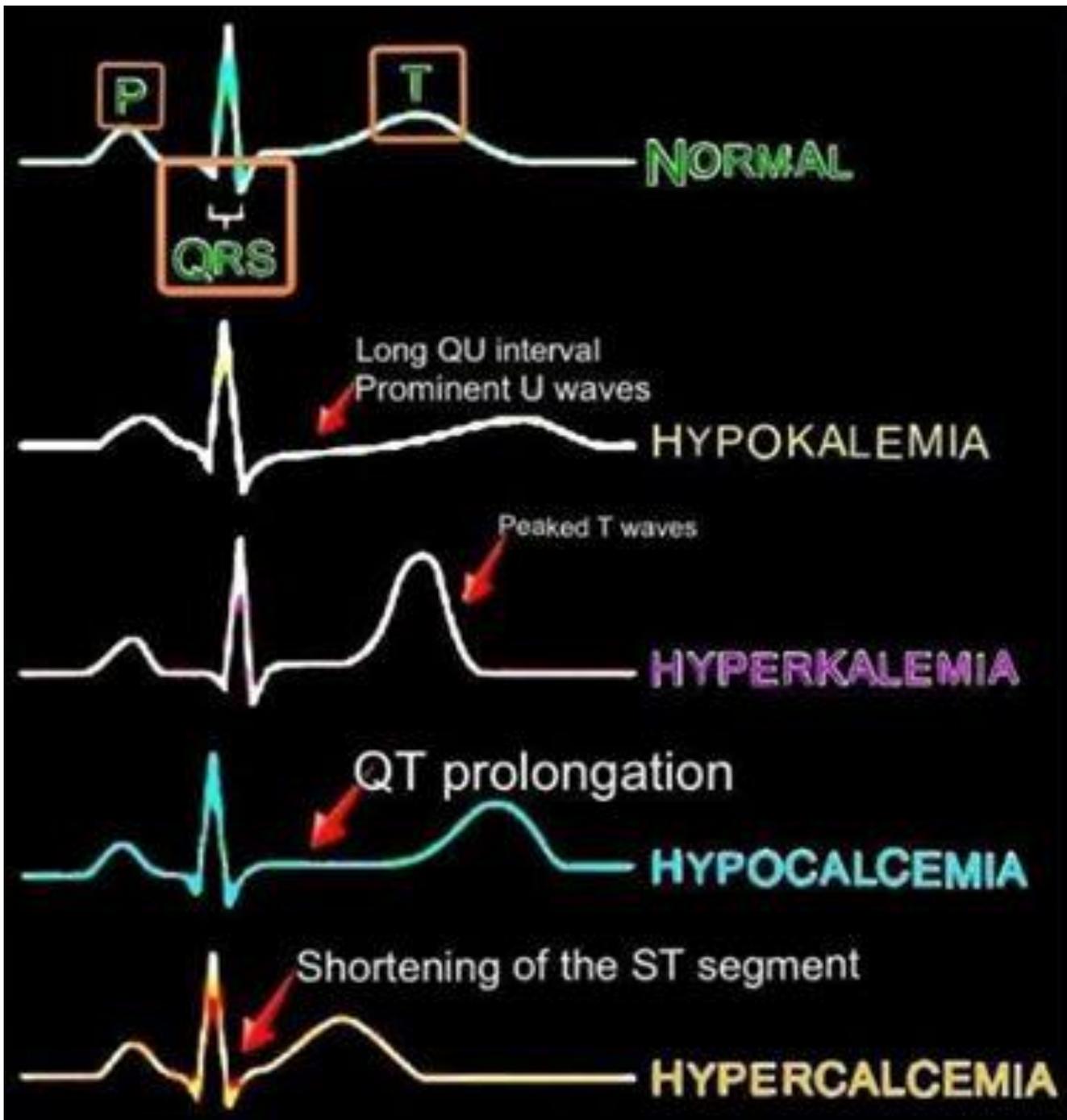
ATENÇÃO: DROGAS E MEDICAMENTOS

- **Bicarbonto de sódio** Dose: 1 mEq/Kg IV. Uso em Acidose metabólica grave (hipercalemia).
- **Atropina**: Não há evidências que respaldem o uso rotineiro como pré-medicação para **evitar bradicardia em intubações pediátricas de emergência**, porém deve ser considerada em situações que haja maior risco de bradicardia.
- **Cálcio**: Administração rotineira não está indicada na ausência de hipocalcemia



Atenção: **seringas de 3 e 5 ml – graduação em 0,1 ml**

seringa 10 ml – graduação em 0,2 ml



Importante:
monitorização
cardíaca

DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

Bebês (até 12 meses)

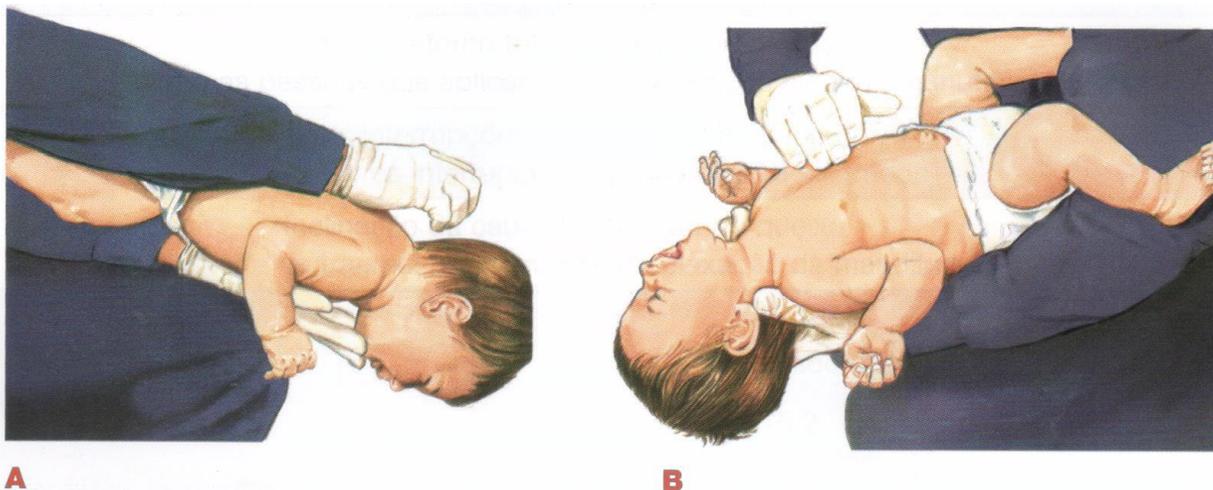


Figura 32. Alívio do engasgo em um bebê. **A**, Pancadas nas costas. **B**, Compressões torácicas.

Dar 5 pancadas vigorosas entre as escápulas com o calcanhar da mão, em seguida fazer 5 compressões torácicas.

Crianças (1 ano à puberdade)

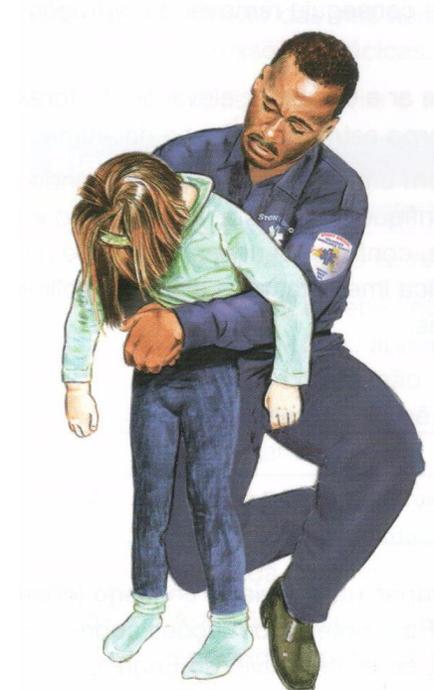


Figura 31. Compressões abdominais (manobra de Heimlich) com vítima em pé.

DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

- **Manter as manobras até que o objeto seja expelido ou a criança e/ ou bebê pare de responder.**
- **Se o bebê ou a criança parar de responder inicie RCP com 1 etapa extra: antes de abrir a via aérea procure pelo objeto e se puder removê-lo facilmente, remova-o.**
- Não execute varreduras às cegas pois pode empurrar o corpo estranho de volta para a via aérea, causando mais obstruções.

EM ATENDIMENTO DE PCR



OBRIGADA

marquescamargo.ar@gmail.com



O CUIDADO
CRESCER
JUNTO COM
A GENTE.