American Heart Association®

SAVP

Sinais Vitais em Crianças

Frequência Cardíaca (por minuto)

Idade	Frequência em Vigília	Frequência em Sono
Recém-nascido a 3 meses	85 a 205	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	75 a 160
2 anos a 10 anos	60 a 140	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	50 a 90

Frequência Respiratória (respirações/min)*

Idade	Frequência
Bebê	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
Idade pré-escolar	22 a 34
Idade escolar	18 a 30
Adolescente	12 a 16

Definição de Hipotensão por Pressão Arterial Sistólica e Idade

Idade	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)
Neonatos a termo (0 a 28 dias)	< 60
Bebês (1 a 12 meses)	< 70
Crianças de 1 a 10 anos (5º percentil de pressão arterial)	< 70 + (idade em anos × 2)
Crianças >10 anos	< 90

Escala de Coma de Glasgow Modificada para Bebês e Crianças†

	Criança	Bebê	Valor codificado
Abertura dos olhos	Espontânea	Espontânea	4
	Em resposta a pedido verbal	Em resposta a pedido verbal	3
	Em resposta à dor	Em resposta à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	Orientada, apropriada	Murmura e balbucia	5
	Confusa	Irritável, chora	4
	Palavras inapropriadas	Chora em resposta à dor	3
	Sons incompreensíveis	Geme em resposta à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Melhor resposta motora‡	Obedece a comandos	Move espontânea e objetivamente	6
	Localiza estímulo doloroso	Retira em resposta ao toque	5
	Retira em resposta à dor	Retira em resposta à dor	4
	Flexão em resposta à dor	Postura de flexão anormal em resposta à dor	3
	Extensão em resposta à dor	Postura de extensão anormal em resposta à dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1

*Reproduzido de Hazinski MF. Children are different. Em: *Manual of Pediatric Critical Care*. 1999:1-13. De Hazinski MF. Children are different. Em: *Nursing Care of the Critically Ill Child*. 2ª ed. 1992:1-17. Ambos © Elsevier.

†Modificado de Davis RJ et al. Head and spinal cord injury. In: Rogers MC, ed. *Textbook of Pediatric Intensive Care*. 1987:649-699, © Lippincott Williams & Wilkins; James HE, Trauner DA. The Glasgow Coma Scale. Em: James HE et al, eds. *Brain Insults in Infants and Children*. 1985:179-182; and Hazinski MF. Neurologic disorders. Em: *Nursing Care of the Critically Ill Child*. 2ª ed. 1992:521-628, © Elsevier.

‡Se o paciente estiver entubado, inconsciente ou for pré-verbal, a parte mais importante desta escala será a resposta motora. Os profissionais devem avaliar com muita atenção este componente.

©2011 American Heart Association. Edição original em inglês: Pediatric Advanced Life Support Pocket Reference Card Set. 90-1053
©2012 Edição em português: American Heart Association. Conjunto de Referências de Bolso de Suporte de Vida em Pediatria. Impresso nos EUA: Integracolor, LTD., 3210 Innovative Way, Mesquite, Texas, USA 75149.
ISBN: 978-1-61669-277-3. Português 90-2228BR, Data da impressão: 11/16

Resumo das Etapas de RCP para Adultos, Crianças e Bebês

Componente	Recomendações		
	Adultos	Crianças	Bebês
Reconhecimento	Não responde (para todas as idades)		
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)	Sem respiração ou apenas com gasping	
	Nenhum pulso sentido em 10 segundos		
Sequência da RCP	Compressões torácicas, via aérea, ventilação (C-A-B)		
Frequência de compressão	No mínimo, 100/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 5 cm	No mínimo, ⅓ do diâmetro AP Cerca de 5 cm	No mínimo, ⅓ do diâmetro AP Cerca de 4 cm
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas Tente limitar as interrupções a menos de 10 segundos		
Vias Aéreas	Inclinação da cabeça–elevação do queixo (suspeita de trauma: anteriorização/subluxação da mandíbula)		
Relação compressão-ventilação (até a colocação da via aérea avançada)	30:2 1 ou 2 socorristas	30:2 Um socorrista 15:2 2 socorristas	
Ventilações com via aérea avançada	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações/min) Assíncronas com compressões torácicas Cerca de 1 segundo por ventilação Elevação visível do tórax		
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP, começando com compressões, imediatamente após cada choque.		

Abreviações: AP, anteroposterior; DEA/DAE, desfibrilador automático externo; RCP, ressuscitação cardiopulmonar.

Algoritmo de Choque Séptico em Pediatria

Primeira hora

Reconheça alteração do estado mental e da perfusão
Forneça oxigênio e ventilação de suporte; estabeleça acesso vascular e comece a ressuscitação de acordo com as diretrizes de SAVP
Considere gasometria venosa ou arterial, lactato, glicose, cálcio ionizado, culturas, hemograma completo

Primeira hora: repetidos bolus de 20 mL/kg de cristaloide isotônico para tratar o choque. Administre até 3, 4 ou mais bolus, a não ser que se desenvolvam crepitações, desconforto respiratório ou hepatomegalia.
Tratamentos adicionais:
- Corrija a hipoglicemia e a hipocalcemia
- Administre a primeira dose de antibiótico
- Considere iniciar imediatamente infusão contínua de vasopressor e **hidrocortisona* em "dose de stress"**
- Estabeleça um segundo local de acesso vascular se for prevista infusão vasoativa

Responde a fluido (isto é, normalização hemodinâmica/perfusão)?

Sim → Considere monitorização em UTI

Não → Inicie o tratamento medicamentoso vasoativo e titule para corrigir a hipotensão/perfusão inadequada; considere estabelecer acesso arterial e venoso central
- **Normotenso:** inicie a **dopamina**
- **Choque vasodilatado (quente) hipotenso:** iniciar **norepinefrina**
- **Choque vasoconstrito (frio) hipotenso:** inicie a **epinefrina**, em vez da **norepinefrina**

Avalie $ScvO_2$; meta de sat. $ScvO_2 \geq 70\%$?

$ScvO_2 \geq 70\%$, PA baixa ("choque quente")	$ScvO_2 < 70\%$, PA normal, mas perfusão inadequada	$ScvO_2 < 70\%$, PA baixa e perfusão inadequada ("choque frio")
Bolus de fluido adicionais **Norepinefrina ± vasopressina**	*Transfusão para Hgb > 10 g/dL* *Otimize a saturação de oxigênio arterial* *Bolus de fluido adicionais* *Considere* ***milrinona*** *ou* ***nitroprussiato*** *Considere* ***dobutamina***	*Transfusão para Hgb > 10 g/dL* *Otimize a saturação de oxigênio arterial* *Bolus de fluido adicionais* *Considere* ***epinefrina*** *ou* ***dobutamina + norepinefrina***

*** O choque refratário a fluido e dependente de dopamina ou de norepinefrina define o paciente com risco de insuficiência suprarrenal.**

Faça dosagem de cortisol basal; considere o teste de estimulação de ACTH, se inseguro quanto à necessidade de esteroides

Se houver suspeita de insuficiência suprarrenal, administre bolus de **hidrocortisona** ~2 mg/kg IV; máximo de 100 mg

Modificado de Brierley J, Carcillo JA, Choong K, et al. *Crit Care Med.* 2009;37(2):666-688.

Medicações usadas no SAVP

Medicamento	Indicações/Dosagens
Adenosina	**TSV** • 0,1 mg/kg IV/IO em bolus *rápido* (máx 6 mg), segunda dose 0,2 mg/kg IV/IO em bolus *rápido* (máx 12 mg)
Albumina	**Choque, trauma, queimaduras** • 0,5 g a 1 g/kg por infusão *rápida* IV/IO (10 a 20 mL/kg de solução a 5%)
Salbutamol	**Asma, anafilaxia (broncoespasmo), hipercalemia** • IDM: 4 a 8 jatos via inalação a cada 20 minutos, conforme a necessidade, com espaçador (OU ET se entubado) • Nebulizador: 2,5 mg/dose (peso < 20 kg) OU 5 mg/dose (peso > 20 kg) via inalação a cada 20 minutos, conforme a necessidade • Nebulizador contínuo: 0,5 mg/kg por hora via inalação (máx 20 mg/h)
Amiodarona	**TSV, TV (com pulso)** • 5 mg/kg IV/IO em dose de *ataque* por 20 a 60 minutos (máx 300 mg), repetir até a dose máxima diária de 15 mg/kg (2,2 g em adolescentes) **Parada/paragem sem pulso (isto é, FV/TV sem pulso)** • 5 mg/kg IV/IO por *bolus* (máx 300 mg), repetir até a dose máxima diária de 15 mg/kg 2,2 g em adolescentes)
Sulfato de atropina	**Bradicardia (sintomática)** • 0,02 mg/kg IV/IO (dose mín: 0,1 mg, dose única máx para criança: 0,5 mg, dose única máx para adolescente: 1 mg), é possível repetir a dose uma vez, dose máx total para criança: 1 mg, dose máx total para adolescente: 3 mg • 0,04 a 0,06 mg/kg ET **Toxinas/overdose (p.ex., organofosfato, carbamato)** • < 12 anos: 0,02 a 0,05 mg/kg IV/IO, inicialmente; em seguida, repetir IV/IO a cada 20 a 30 minutos até a reversão dos sintomas muscarínicos • > 12 anos: 2 mg IV/IO inicialmente, em seguida 1 a 2 mg IV/IO a cada 20 a 30 minutos até a reversão dos sintomas muscarínicos
Cloreto de cálcio a 10%	**Hipocalcemia, hipercalemia, hipermagnesemia, overdose de bloqueadores dos canais de cálcio** • 20 mg/kg (0,2 mL/kg) por bolus IV/IO *lento* durante parada/paragem, repetir conforme a necessidade
Dexametasona	**Crupe** • 0,6 mg/kg PO/IM/IV (máx: 16 mg)
Dextrose (glicose)	**Hipoglicemia** • 0,5 a 1 g/kg IV/IO (D_{25} 2 a 4 mL/kg; D_{10} 5 a 10 mL/kg)
Difenidramina	**Choque anafilático** • 1 a 2 mg/kg IV/IO/IM a cada 4 a 6 horas (dose única máxima: 50 mg)
Dobutamina	**Insuficiência cardíaca congestiva, choque cardiogênico** • 2 a 20 mcg/kg por minuto em infusão IV/IO, titular até o efeito desejado
Dopamina	**Choque cardiogênico, choque distributivo** • 2 a 20 mcg/kg por minuto em infusão IV/IO, titular até o efeito desejado
Epinefrina	**Parada/paragem sem pulso, bradicardia (sintomática)** • 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração padrão 1:10 . 000) IV/IO a cada 3 a 5 minutos (dose única máx: 1 mg) • 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg na alta concentração de 1:1000) ET a cada 3 a 5 minutos **Choque hipotensivo** • Infusão de 0,1 a 1 mcg/kg por minuto IV/IO (considere doses mais altas, se necessário) **Anafilaxia** • Autoinjetor IM 0,3 mg (para pacientes com peso ≥30 kg) ou autoinjetor IM júnior 0,15 mg (para pacientes de 10 a 30 kg) • 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg na alta concentração de 1:1000) IM a cada 15 minutos, conforme a necessidade (dose única máx: 0,3 mg) • 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração padrão 1:10 . 000) IV/IO a cada 3 a 5 minutos (dose única máx: 1 mg) se hipotensivo • 0,1 a 1 mcg/kg por minuto IV/IO por infusão se a hipotensão persistir, apesar dos fluidos e injeção IM **Asma** • 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg) 1:1000 subcutaneamente a cada 15 minutos (máx: 0,3 mg ou 0,3 mL) **Crupe** • 0,25 a 0,5 mg de solução *racêmica* (2,25%) misturada em 3 mL SF via inalação • 3 mL de epinefrina 1:1000 misturada com 3 mL SF (que gera 0,25 mL de solução de epinefrina racêmica) via inalação

Medicações usadas no SAVP *(continuação)*

Medicamento	Indicações/Dosagens
Etomidato	**Sequência Rápida de Entubação** • 0,2 a 0,4 mg/kg IV/IO infundidos durante 30 a 60 segundos (máx: 20 mg) produzirão sedação rápida por pelo menos 10 a 15 minutos
Hidrocortisona	**Insuficiência suprarrenal** • 2 mg/kg IV por bolus (máx: 100 mg)
Brometo de Ipratrópio	**Asma** • 250 a 500 mcg via inalação a cada 20 minutos, conforme a necessidade × 3 doses
Lidocaína	**FV/TV sem pulso, taquicardia de complexo largo (com pulso)** • 1 mg/kg IV/IO por bolus • Manutenção: infusão IV/IO de 20 a 50 mcg/kg por minuto (repita a dose de bolus se a infusão for iniciada mais de 15 minutos após o bolus inicial). • 2 a 3 mg/kg ET
Sulfato de magnésio	**Asma (estado de mal asmático refratário), torsades de pointes, hipomagnesemia** • 25 a 50 mg/kg IV/IO por *bolus* (máx: 2 g) (TV sem pulso) OU durante 10 a 20 minutos (TV com pulso) OU infusão *lenta* durante 15 a 30 minutos (estado de mal asmático)
Metil prednisolona	**Asma (estado de mal asmático), choque anafilático** • Dose de ataque: 2 mg/kg IV/IO/IM (máx: 60 mg); use apenas sal acetato IM • Manutenção: 0,5 mg/kg IV/IO a cada 6 horas (máx: 120 mg/d)
Milrinona	**Disfunção miocárdica e RVS/RVP aumentada** • Dose de ataque: 50 mcg/kg IV/IO durante 10 a 60 minutos seguida por 0,25 a 0,75 mcg/kg por minuto por infusão IV/IO
Naloxona	**Reversão narcótica (opiácea)** • Reversão total necessária (para toxicidade narcótica decorrente de overdose): 0,1 mg/kg IV/IO/IM/bolus subcutâneo a cada 2 minutos, conforme a necessidade (máx: 2 mg) • Reversão total *desnecessária* (por exemplo, para depressão respiratória associada ao uso terapêutico de narcóticos): 1 a 5 mcg/kg IV/IO/IM/subcutaneamente; titular até obter o efeito desejado • Manutenção universal: 0,002 a 0,16 mg/kg por hora via infusão IV/IO.
Nitroglicerina	**Insuficiência cardíaca congestiva, choque cardiogênico** • Inicie a infusão IV/IO em 0,25 a 0,5 mcg/kg por minuto; titule em 1 mcg/kg por minuto a cada 15 a 20 minutos, conforme a tolerância. A faixa de dosagem típica é 1 a 5 mcg/kg por minuto (dose máx: 10 mcg/kg por minuto) • Em adolescentes, comece com 5 a 10 mcg *por minuto* (***não*** por quilograma por minuto) e aumente até o máx de 200 mcg *por minuto*
Nitroprussiato de sódio	**Choque cardiogênico (isto é, associado à alta RVS), hipertensão grave** • Dose inicial de 0,3 a 1 mcg/kg por minuto; em seguida, titule até 8 mcg/kg por minuto, conforme a necessidade
Norepinefrina	**Choque hipotensivo (geralmente distributivo) (isto é, baixa RVS e refratário a fluidos)** • 0,1 a 2 mcg/kg por minuto em infusão IV/IO, titular até o efeito desejado
Procainamida	**TSV, Flutter Atrial/Auricular, TV (com pulso)** • 15 mg/kg IV/IO em dose de ataque durante 30 a 60 minutos (não use rotineiramente com amiodarona)
Prostaglandina E_1 (PGE_1)	**Doença cardíaca congênita dependente do canal arterial (todas as formas)** • 0,05 a 0,1 mcg/kg por minuto em infusão IV/IO inicialmente, em seguida, 0,01 a 0,05 mcg/kg por minuto IV/IO
Bicarbonato de sódio	**Acidose metabólica (intensa), hipercalemia** • 1 mEq/kg IV/IO em bolus *lento* **Overdose de bloqueadores dos canais de sódio (p.ex., antidepressivos tricíclicos)** • Bolus de 1 a 2 mEq/kg IV/IO até que o pH sérico seja > 7,45 (7,50 a 7,55 para envenenamento grave), seguido de infusão IV/IO de 150 mEq de solução $NaHCO_3$/L titulada para manter a alcalose
Terbutalina	**Asma (estado de mal asmático), hipercalemia** • Infusão IV/IO de 0,1 a 10 mcg/kg por minuto; considere ataque de 10 mcg/kg IV/IO por 5 minutos • 10 mcg/kg SC a cada 10 a 15 minutos até a infusão IV/IO ser iniciada (dose única máxima: 0,4 mg)
Vasopressina	**PCR** • Bolus de 0,4 a 1 unidade/kg (máximo: 40 unidades) **Hipotensão resistente a catecolaminas** • Infusão contínua de 0,0002 a 0,002 unidade/kg por minuto (0,2 a 2 miliunidades/kg por minuto)

Fita de Ressuscitação Pediátrica Codificada por Cor e Baseada no Comprimento

Equipamento	CINZA* 3-5 kg	ROSA Bebê pequeno 6-7 kg	VERMELHO Bebê 8-9 kg	ROXO 1 a 3 anos 10-11 kg	AMARELO Criança pequena 12-14 kg	BRANCO Criança 15-18 kg	AZUL Criança 19-23 kg	LARANJA Criança grande 24-29 kg	VERDE Adulto 30-36 kg
Bolsa de ventilação/ insuflador		Bebê/criança	Bebê/criança	Criança	Criança	Criança	Criança	Criança	Adulto
Máscara de oxigênio (NRB)		Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica/ adulta
Cânula orofaríngea (mm)		50	50	60	60	60	70	80	80
Lâmina laringoscópica (tamanho)		1 reta	1 reta	1 reta	2 reta	2 reta	2 reta ou curva	2 reta ou curva	3 reta ou curva
Tubo ET (mm)†		3,5 sem cuff 3,0 com cuff	3,5 sem cuff 3,0 com cuff	4,0 sem cuff 3,5 com cuff	4,5 sem cuff 4,0 com cuff	5,0 sem cuff 4,5 com cuff	5,5 sem cuff 5,0 com cuff	6,0 com cuff	6,5 com cuff
Comprimento de inserção do tubo ET (cm)	3 kg 9-9,5 4 kg 9,5-10 5 kg 10-10,5	10,5-11	10,5-11	11-12	13,5	14-15	16,5	17-18	18,5-19,5
Cateter de aspiração (F)		8	8	10	10	10	10	10	10-12
Esfigmo-manômetro	Neonatal Nº 5/Bebê	Bebê/criança	Bebê/criança	Criança	Criança	Criança	Criança	Criança	Adulto pequeno
Cateter IV (ga)		22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20
IO (ga)		18/15	18/15	15	15	15	15	15	15
Tubo NG (F)		5-8	5-8	8-10	10	10	12-14	14-18	16-18
Cateter urinário (F)	5	8	8	8-10	10	10-12	10-12	12	12
Tubo torácico (F)		10-12	10-12	16-20	20-24	20-24	24-32	28-32	32-38

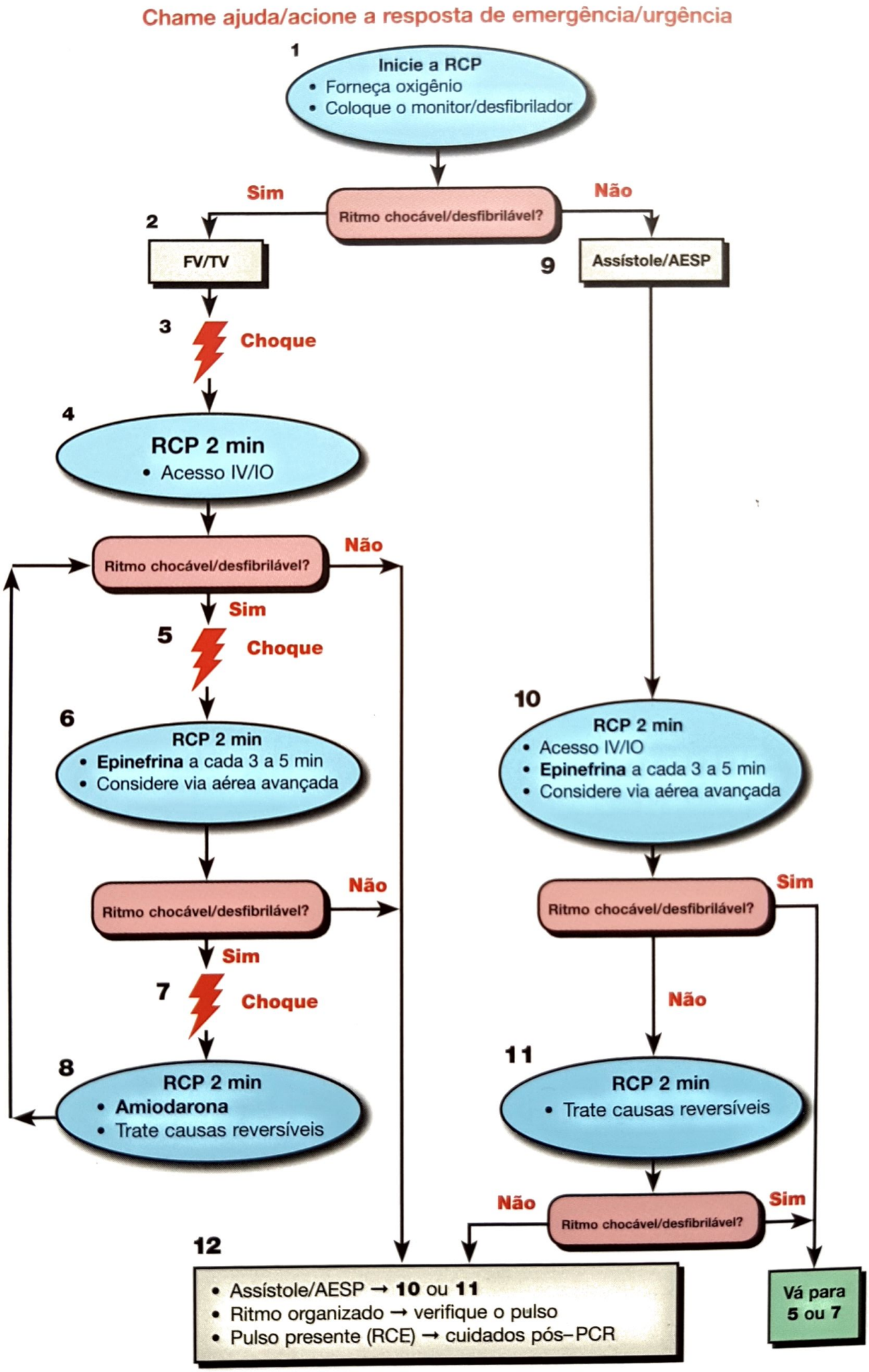
Abreviações: ET, endotraqueal; F, French; IO, intraósseo; IV, endovenoso; NG, nasogástrico; NRB, "non-rebreathing" (sem reinalação).

*Para a coluna Cinza, use os tamanhos de equipamento Rosa ou Vermelho, se nenhum tamanho estiver indicado.

†De acordo com as *Diretrizes da AHA 2010*, em ambiente hospitalar, podem ser usados tubos com ou sem cuff (veja tamanhos de tubos com cuff abaixo).

Adaptado de *Broselow™ Pediatric Emergency Tape.* Distribuído por Armstrong Medical Industries, Lincolnshire, IL - Estados Unidos. Copyright 2007 Vital Signs, Inc. Todos os direitos reservados.

Algoritmo de PCR em Pediatria



Doses/Detalhes dos Algoritmos de PCR

Qualidade da RCP

- Comprima com força (≥1/3 do diâmetro torácico anteroposterior) e rapidez (no mínimo, 100/min) e permita o retorno completo
- Minimize interrupções nas compressões
- Evitar ventilação excessiva
- Alterne a pessoa que aplica as compressões a cada 2 minutos
- Se estiver sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2. Se estiver com via aérea avançada, 8 a 10 ventilações por minuto, com compressões torácicas contínuas

Energia de choque para desfibrilação

Primeiro choque de 2 J/kg, segundo choque de 4 J/kg, choques subsequentes ≥ 4 J/kg, máximo de 10 J/kg ou carga adulta.

Tratamento medicamentoso

- **Dose de epinefrina IV/IO:** 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg de concentração 1:10.000). Repita a cada 3 ou 5 minutos. Se sem acesso IV/IO, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg de concentração 1:1000).
- **Dose IV/IO de amiodarona:** bolus de 5 mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida até 2 vezes para FV/TV sem pulso refratária.

Via aérea avançada

- Entubação endotraqueal ou via aérea supraglótica
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Uma vez colocada a via aérea avançada, aplique 1 ventilação a cada 6 ou 8 segundos (8 a 10 ventilações por minuto).

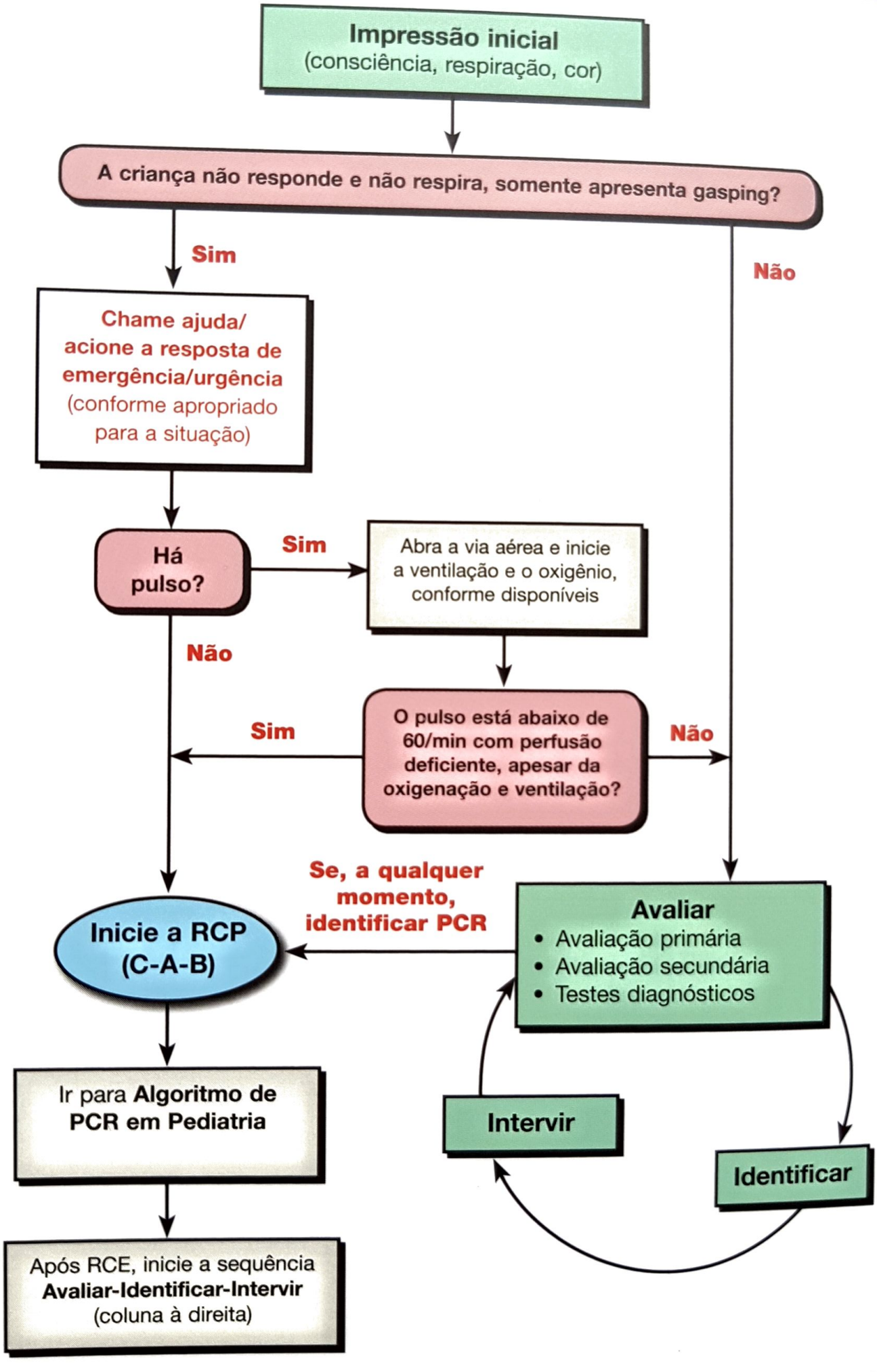
Retorno da circulação espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Sinal de onda espontâneo na pressão arterial com monitorização intra-arterial

Causas Reversíveis

– **H**ipovolemia
– **H**ipóxia
– **H**idrogênio, íon/ião de (acidose)
– **H**ipoglicemia
– **H**ipo-/hipercalemia
– **H**ipotermia
– **T**ensão no tórax (pneumotórax)
– **T**amponamento, cardíaco
– **T**oxinas
– **T**rombose, pulmonar
– **T**rombose, coronária

Algoritmo da Abordagem Sistemática de SAVP



Algoritmo de Bradicardia Pediátrica com Pulso e Perfusão Inadequada

Identifique e trate a causa subjacente

- Mantenha a via aérea patente; auxilie a respiração, conforme a necessidade
- Oxigênio
- Monitor cardíaco para identificar ritmo; monitore a pressão arterial e a oximetria
- Acesso IV/IO
- ECG de 12 eletrodos, se disponível; não retarde o tratamento

O comprometimento cardiopulmonar persiste?

Não

- Mantenha o ABC
- Forneça oxigênio
- Observe
- Considere consultar um especialista

Sim

RCP se FC < 60/min com perfusão inadequada, apesar da oxigenação e ventilação

A bradicardia persiste?

Não

Sim

- **Epinefrina**
- **Atropina,** se tônus vagal aumentado ou bloqueio AV primário
- Considere marcapasso transtorácico/transvenoso
- Trate as causas subjacentes

Se ocorrer parada/paragem sem pulso, vá para "Algoritmo de PCR"

Comprometimento cardiopulmonar

- Hipotensão
- Alteração aguda do estado mental
- Sinais de choque

Doses/detalhes

Dose IO/IV de epinefrina: 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg na concentração 1:10.000) Repita a cada 3 ou 5 minutos. Se o acesso IV/IO não estiver disponível, mas tiver sido colocado tubo endotraqueal (ET), pode-se administrar dose ET: 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg de 1:1.000).

Dose IV/IO de atropina: 0,02 mg/kg. Pode ser repetida uma vez. Dose mínima de 0,1 mg e dose única máxima de 0,5 mg.

Algoritmo de Taquicardia Pediátrica com Pulso e Perfusão Inadequada

Identifique e trate a causa subjacente

- Mantenha a via aérea patente; auxilie a respiração, conforme a necessidade
- Oxigênio
- Monitor cardíaco para identificar ritmo; monitore a pressão arterial e a oximetria
- Acesso IV/IO
- ECG de 12 eletrodos, se disponível; não retarde o tratamento

Avalie a duração do QRS

Estreito (≤ 0,09 s)

Largo (> 0,09 s)

Avalie o ritmo com ECG de 12 eletrodos ou monitor

Provável taquicardia sinusal

- Histórico compatível consistente com causa conhecida
- Ondas P presentes/normais
- R-R variável; P-R constante
- Bebês: frequência normalmente < 220/min
- Crianças: frequência normalmente < 180/min

Pesquise e trate a causa

Provável taquicardia supraventricular

- Histórico compatível (vago, inespecífico); histórico de alterações abruptas na frequência cardíaca
- Ondas P ausentes/anormais
- FC que não varia
- Bebês: frequência normalmente ≥ 220/min
- Crianças: frequência normalmente ≥ 180/min

Considere manobras vagais (Sem retardos)

Possível taquicardia ventricular

Comprometimento cardiopulmonar?

- Hipotensão
- Alteração aguda do estado mental
- Sinais de choque

Sim

Cardioversão sincronizada

Não

Considere adenosina se ritmo regular e QRS monomórfico

- Se houver acesso IV/IO, administre **adenosina**
  OU
- Se o acesso IV/IO estiver indisponível ou se a adenosina for ineficaz, cardioversão sincronizada

Recomenda-se consultar especialista

- **Amiodarona**
- **Procainamida**

Doses/detalhes

Cardioversão sincronizada: Comece com 0,5 a 1 J/kg; se ineficaz, aumente para 2 J/kg. Aplique sedação, se necessário, mas não retarde a cardioversão.

Dose IV/IO de adenosina: Primeira dose: bolus rápido de 0,1 mg/kg (máximo: 6 mg). Segunda dose: bolus rápido de 0,2 mg/kg (segunda dose, máximo: 12 mg).

Dose de amiodarona IV/IO: 5 mg/kg por 20 a 60 minutos

ou

Dose IV/IO de procainamida: 15 mg/kg por 30 a 60 minutos

Não administre amiodarona e procainamida juntas, rotineiramente.

Cuidados Pós-Ressuscitação em SAVP

Tratamento de Choque após RCE

Otimize a ventilação e a oxigenação

- Titule FIO_2 para manter a saturação de oxi-hemoglobina ≥ 94%; se possível, ajuste gradualmente o FIO_2 se a saturação for de 100%
- Considere colocação de via aérea avançada e capnografia com forma de onda

Avalie se há choque persistente e trate-o

- Identifique e trate fatores de contribuição*.
- Considere bolus de 20 mL/kg IV/IO de cristaloide isotônico. Considere bolus menores (p.ex., 10 mL/kg), se houver suspeita de função cardíaca comprometida.
- Considere a necessidade de suporte inotrópico e/ou vasopressor para choque refratário a fluido.

***Possíveis fatores causais**

Hipovolemia
Hipóxia
Hidrogênio,Ion/lão (acidose)
Hipoglicemia
Hipo-/hipercalemia
Hipotermia
Tensão no tórax (pneumotórax)
Tamponamento, cardíaco
Toxinas
Trombose, pulmonar
Trombose, coronária
Trauma

Choque hipotensivo

- Epinefrina
- Dopamina
- Norepinefrina

Choque normotensivo

- Dobutamina
- Dopamina
- Epinefrina
- Milrinona

- Monitore e trate agitação e convulsões
- Monitore e trate hipoglicemia
- Avalie a gasometria arterial, os eletrólitos séricos e o cálcio no sangue
- Se o paciente permanecer comatoso após a ressuscitação de uma PCR, considere hipotermia terapêutica (32 °C a 34 °C)
- Considere consultar um centro de tratamento terciário e transportar o paciente para esse local

Estimativa das Necessidades de Fluido de Manutenção

- **Bebês < 10 kg:** 4 mL/kg por hora

  Exemplo: para um bebê de 8 kg, taxa estimada de fluido de manutenção
  = 4 mL/kg por hora × 8 kg
  = 32 mL por hora

- **Crianças 10-20 kg:** 4 mL/kg por hora para os primeiros 10 kg + 2 mL/kg por hora para cada kg acima de 10 kg

  Exemplo: para uma criança de 15 kg, taxa estimada de fluido de manutenção
  = (4 mL/kg por hora x 10 kg) + (2 mL/kg por hora x 5 kg)
  = 40 mL/hora + 10 mL/hora
  = 50 mL/hora

- **Crianças > 20 kg:** 4 mL/kg por hora para os primeiros 10 kg + 2 mL/kg por hora para kg 11-20 + 1 mL/kg por hora para cada kg acima dos 20 kg.

  Exemplo: para uma criança de 28 kg, taxa estimada de fluido de manutenção
  = (4 mL/kg por hora x 10 kg) + (2 mL/kg por hora x 10 kg) + (1 mL/kg por hora x 8 kg)
  = 40 mL por hora + 20 mL por hora + 8 mL por hora
  = 68 mL por hora

Após a estabilização inicial, ajuste a taxa e a composição dos fluidos intravenosos segundo a condição clínica e o estado de hidratação do paciente. Em geral, forneça uma infusão contínua de solução contendo dextrose para bebês. Evite soluções hipotônicas em crianças criticamente enfermas; para a maioria dos pacientes, use fluido isotônico, como solução salina normal (0,9% NaCl) ou solução de Ringer-Lactato com ou sem glicose, segundo o estado clínico da criança.