

RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA BÁSICA NA CRIANÇA

Eliana de Andrade Trotta

Parada Cardíaca

É a cessação súbita da atividade mecânica cardíaca, diagnosticada pela ausência de resposta (inconsciência), ausência de ventilação (apnéia) e ausência de movimentação (ou de pulso central). É uma situação potencialmente reversível.

Suporte Básico de Vida

Também conhecido como MANOBRAS BÁSICAS DE RESSUSCITAÇÃO, é a realização de manobras de reanimação cardiorrespiratória sem equipamentos ou medicamentos, até a chegada do socorro avançado. São exceções o uso de máscara e balão (“ambu”), oxigênio, equipamentos de barreira ou desfibrilador externo automático (DEA) (Figuras 1, 2 e 3)



Figura 1 Ambu



Figura 2 Equipamento de Barreira



Figura 3 Desfibrilador Externo Automático

Para efeitos das técnicas de ressuscitação, definem-se as vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) como segue:

- Recentemente nascido: nascido há menos de 5 min, estando ainda na Sala de Parto
- Lactente: até 1 ano de idade
- Criança: de 1 a 8 anos de idade
- “Adulto”: acima de 8 anos de idade ou com sinais de puberdade.

Epidemiologia e Fatores de Risco para PCR em Crianças

A PCR, em crianças, raramente é evento súbito, diferente do que acontece no adulto. Nestes, 90% das PCR ocorrem em ambiente extrahospitalar e predominam as causas cardíacas primárias, sendo fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso os ritmos mais comuns de parada. Nas crianças, 90% sofrem de PCR no ambiente hospitalar, secundariamente a doenças não-cardíacas, e tendo a assistolia como ritmo mais freqüentemente encontrado (90%). Por isso, o prognóstico da PCR é pior na criança: apenas 10% se recuperam de assistolia, e a maioria com seqüelas neurológicas.

A seqüência mais comum de eventos na criança é HIPÓXIA E HIPERCAPNIA → FALÊNCIA RESPIRATÓRIA → BRADICARDIA → ASSISTOLIA. Se a criança

for bem conduzida ainda na fase de falência respiratória, há mais de 70% de chance de recuperação.

Por esse motivo, a seqüência da CADEIA DA SOBREVIVÊNCIA, na criança, difere do adulto (Figura 4).

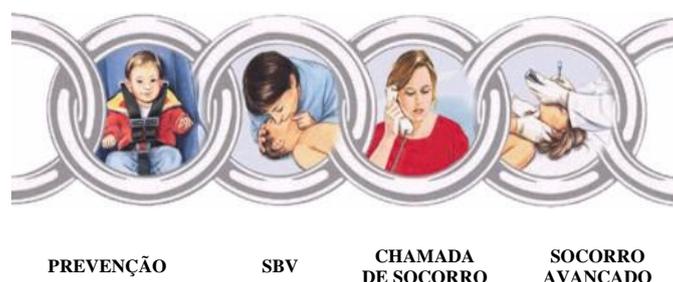


Figura 4 Cadeia de Sobrevivência

Socorrer Primeiro ou Chamar Socorro Primeiro

Quando houver apenas um socorrista e for necessário deixar a vítima para pedir socorro:

- Crianças menores de 8 anos: fazer dois minutos de manobras de reanimação e depois chamar de socorro. Exceções: criança portadora de cardiopatia, intoxicação ou abuso de drogas, pois nessas situações provavelmente a PCR é de origem cardíaca primária.
- Crianças maiores de 8 anos: chamar socorro e depois fazer manobras de reanimação. Exceções: afogamento e outras situações de hipóxia, pois nessas situações provavelmente a PCR é secundária.

Chamada de Socorro Avançado:

- Na rua – SAMU – fone 192
- No HCPA, ramal 655

Passos para o Atendimento de Criança Vítima de PCR

1. Verificar a segurança do local para o socorrista: na rua, não se expor a ambiente perigoso. No ambiente hospitalar, usar máscara, óculos e luvas.
2. Verificar a consciência da criança, chamando pelo nome e batendo levemente no ombro. Não sacudir a criança.
3. Verificada inconsciência, iniciar as manobras de ressuscitação ou chamar socorro avançado, conforme a idade da criança (vide acima).
4. Posicionar a criança em decúbito dorsal, sobre superfície rígida. Movimentar a criança em bloco, evitando flexão ou extensão da cabeça para evitar lesionar ou piorar lesões na medula.
5. Iniciar o ABCD da ressuscitação:
 - A “Airway” ABRIR A VIA AÉREA
 - B “Breathing” BOCA - A – BOCA
 - C “Circulation” CIRCULAÇÃO
 - D “Defibrillation” DESFIBRILAÇÃO

ABCD da Ressuscitação

Abrir a Via Aérea

Utilizar a manobra de extensão da cabeça com elevação da mandíbula. Não hiperestender a cabeça para não obstruir a via aérea. Ao elevar a mandíbula, tocar apenas na parte óssea da mandíbula (Figura 5).



Figura 5 Abertura da Via Aérea

Boca a boca

Verificar se há entrada de ar. Com o rosto próximo ao rosto da criança, escutar se há ruído de entrada e saída de ar, olhar se há movimentação do tórax e sentir se há ar quente exalado do pulmão (Figura 5). Não demorar mais do que 10 segundos nessa etapa. Se não houver ventilação, promover 2 ventilações de resgate, por boca-a-boca e nariz (nos lactentes) ou boca-a-boca (nas crianças e adolescentes) (Figura 6).



BOCA A BOCA E NARIZ



BOCA A BOCA

Figura 6 Ventilação Boca a Boca

Nos ambulatórios e hospitais, deve ser usado o AMBU com oxigênio ao invés do boca-a-boca. Nesses casos, é necessário haver dois ou mais socorristas e é necessário saber manusear o equipamento.

Havendo falha na obtenção de ventilação efetiva, reposicionar a criança pois a causa mais comum é obstrução respiratória por mau posicionamento. Se não houver novamente ventilação eficaz, deve ser inspecionada a boca para verificação se há corpo estranho. Se não houver corpo estranho, não dispenda tempo com tentativas de ventilação e passar para a circulação.

Circulação

Após as 2 ventilações de resgate, verificar se há circulação. Profissionais da saúde devem procurar pulso central, sendo o braquial nos lactentes e carotídeo nas crianças e adolescentes. Não demorar mais do que 10 segundos nessa etapa. Como os leigos costumam ter dificuldade em buscar o pulso, devem passar diretamente para as compressões torácicas.

Se não houver pulso central, ou a pulsação é menor do que 60 bpm em lactentes e há sinais de baixo débito cardíaco (palidez, cianose), passar para a fase das compressões torácicas externas.

Nos lactentes, as compressões devem ser feitas com 2 dedos, sobre o esterno, na linha intermamilar, na frequência correspondente a 100 cpm. O tórax deve afundar 1/3 a 1/2 do seu diâmetro antero-posterior. O tempo de compressão deve ser igual ao de decompressão. Intercalar 30 compressões com 2 ventilações se houver um único socorrista, ou 15 compressões com 2 ventilações, se houver dois socorristas. Usar apenas uma das mãos – a outra deverá manter a via aérea aberta.

Nas crianças, as compressões devem ser feitas com o calcanhar de uma das mãos, sobre a metade inferior do esterno, na frequência correspondente a 100 cpm. O tempo de compressão deve ser igual ao de decompressão. Intercalar 30 compressões com 2 ventilações se houver um único socorrista, ou 15 compressões com 2 ventilações, se houver dois socorristas. Usar apenas uma das mãos – a outra deverá manter a via aérea aberta.

Nos adolescentes, as compressões devem ser feitas no meio do tórax, com as duas mãos, intercalando 30 compressões com 2 ventilações, com um ou dois socorristas, na frequência correspondente a 100 cpm (mesma técnica do adulto) (Figura 7).



Figura 7 Compressões Cardíacas

Desfibrilador

Após 5 ciclos, ou 2 minutos, deve ser chamado socorro (se ainda não foi feito), aplicado o DEA, se for adequado para a idade da criança, ou trocadas as funções do socorrista, se houver mais de um.

Referências Bibliográficas

1. American Heart Association. Circulation 2005; 156-166.