

CAPITULO 42

Ressuscitação cardiopulmonar na pediatria

Emily Mie Arai | Graziela de Araujo Costa | Albert Bouso

RESPOSTAS

1. Assim que você nota a mudança no paciente que já estava mostrando sinais importantes de gravidade em seu estado clínico, é necessário verificar a respiração e pulsos centrais por até 10 segundos.
2. R: Se ausentes, sinalizar para que a equipe traga o carrinho de parada e para que alguém inicie prontamente a RCP com compressões torácicas, até que seja possível analisar o ritmo do paciente.
3. IMAGEM ECG de AESP

R: O ritmo mostrado a seguir é de atividade elétrica sem pulso. Neste tipo de ritmo (ou se fosse assistolia), não devo administrar choque. Apenas para ritmos chocáveis como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular é que se recomenda a desfibrilação com choque inicial com carga de 2 J/kg, ou seja, se fosse indicado para este caso 24 J (joules).

4. Para ritmos não chocáveis não é necessário aguardar para administração de medicação. Após a última atualização de 2020, é recomendado que, para estes ritmos de parada, a epinefrina seja feita o mais precoce possível e durante as compressões torácicas, na dose de 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg se usada solução diluída de concentração 0,1 mg/mL). Neste caso então, solicitamos para que o profissional responsável pela medicação aspire 1 mL da ampola de epinefrina (ou adrenalina, que a concentração é de 1 mg/mL) e na mesma seringa, aspire mais 9 mL de SF 0,9%. Após isso, faça a administração via IV ou IO de 1,2 mL em *bolus* com *flush* de soro após e em crianças maiores, com elevação do membro.