

[ERRATA] Manual de Urgência e Emergência em Pediatria
Capítulo 01 – PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Páginas 48 e 49

RITMO CHOCÁVEL: FIBRILAÇÃO VENTRICULAR/TAQUICARDIA VENTRICULAR

Algoritmo 1: Ritmo chocável

Aplicar um choque de 2J/Kg de peso.

Imediatamente, após choque, reiniciar RCP por 2 minutos, com ciclos de 30:2 ou 15:2 a depender do número de socorristas.

Instalar acesso intravenoso periférico ou intraósseo.

Após 2 minutos, checar o ritmo.

Se ritmo chocável, aplicar choque único de 4J/kg.

Imediatamente após choque, reiniciar RCP por 2 minutos, com ciclos de 30:2 ou 15:2 a depender do número de socorristas.

Administrar epinefrina 0,01mg/kg (0,1ml/kg da solução 1:10.000), máximo de 1mg/dose, IV ou IO seguido de flush de 5ml de solução salina 0,9%, repetindo a cada 3-5 minutos (em geral, a cada duas verificações de ritmo, ou seja, uma sim, um não).

Após 2 minutos, checar novamente o ritmo e o pulso.

Se ritmo chocável: choque único >4J/kg (máximo de 10J/kg ou carga adulta).

Imediatamente após choque, reiniciar RCP por 2 minutos, com ciclos de 30:2 ou 15:2 a depender do número de socorristas.

Administrar antiarrítmico:

- Amiodarona: 5mg/kg (0,1ml/Kg), IV/IO, máximo de 300mg/dose, em bolus, seguido de flush 5ml de solução salina 0,9%, pode ser repetido até duas vezes (máximo de 15mg/kg); OU
- Lidocaína: dose de ataque: 1mg/kg, seguido de flush 5ml de solução salina a 0,9%.

Dose de manutenção: sucessiva ao bolus, 20 a 50 mcg/kg/min. Repetir bolus se a infusão contínua iniciar mais de 15 minutos após o bolus inicial.

OBS.: No caso de PCR secundária, a taquicardia ventricular polimórfica (Torsade de Pointes), administrar sulfato de magnésio 25 a 50mg/kg (máximo 2g), IV/IO, em bolus.

Após 2 minutos checar novamente o ritmo e pulso e se a qualquer momento o ritmo evoluir para não chocável (AESP e assistolia), mudar para o protocolo de ritmo não chocável.

RITMO NÃO CHOCÁVEL: ASSISTOLIA/ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

Algoritmo 2: Ritmo não chocável

Observado ritmo ao monitor/desfibrilador e ausência de pulso configura AESP.

Ausência de atividade elétrica configura diagnóstico provável de assistolia, devendo ser realizado o protocolo da linha reta para confirmação.

Protocolo da linha reta: 1) Checar cabos; 2) Checar ganho; 3) Checar derivações no monitor.

Assistolia/AESP confirmada, iniciar RCP com ciclos de 30:2 ou 15:2 a depender do número de socorristas.

Instalar acesso intravenoso periférico (IV) ou intraósseo (IO).

Sem interromper a RCP, administrar epinefrina 0,01mg/kg (0,1ml/kg da solução 1:10.000), máximo de 1mg/dose, IV ou IO seguido de flush de 5ml de solução salina 0,9%, repetindo a cada 3-5 minutos (em geral, a cada duas verificações de ritmo, ou seja, uma sim, uma não).

Após 2 minutos, checar novamente o ritmo e o pulso.

Se ritmo não chocável, reiniciar RCP por 2 minutos, com ciclos de 30:2 ou 15:2 a depender do número de socorristas.

Realizar simultaneamente à RCP:

- Instalar dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal; considerar o uso de máscara laríngea ou outro dispositivo supraglótico no caso de intubação difícil, para não retardar a realização das compressões de boa qualidade.
- Após a instalação da via aérea avançada, manter compressões torácicas contínuas na frequência de 100 a 120 por minuto, sem pausas para as insuflações e oferecer uma insuflação a cada 6 segundos (10 insuflações por minuto), não sincronizadas, e checar o ritmo a cada 2 minutos;
- Considerar as causas possivelmente reversíveis (regra dos 6Hs e 5Ts): tabela 1