

Formação em
Suporte Básico de Vida Pediátrico
– *“Ajude a salvar o seu filho”*

Curso ____/____

Faro

2010

Bem-vindos.

Se está a ler esta introdução optou por obter conhecimentos na área reanimação pediátrica básica.

O curso ministrado por enfermeiros do Hospital de Faro EPE, terá uma carga horária de 8 horas e é essencialmente prático.

A formação será constituída por dois módulos. No primeiro será feita uma breve abordagem à temática da prevenção de acidentes e ao Algoritmo do Suporte Básico de Vida pediátrico. No segundo módulo será realizado o treino de toda a teoria transmitida.

Uma vez que iremos dar mais ênfase à parte prática, torna-se fundamental a leitura do manual que se anexa.

Teremos de ter a sua total atenção e disponibilidade durante a formação, pelo que não traga a sua criança e venha preparado para um dia de alguma actividade física, traga roupa e calçado confortável, boa disposição e vontade de trabalhar connosco.

O local de encontro será no Centro de Formação do Hospital de Faro EPE às 9h.

Até ao nosso encontro,

Atenciosamente,

Cumprimentos.

Passo-a-Passo

Formadores:

Ana Cristina Guerreiro

Ana Cristina Silvério

Cláudia Leitão

Elsa Silva

José António Neutel

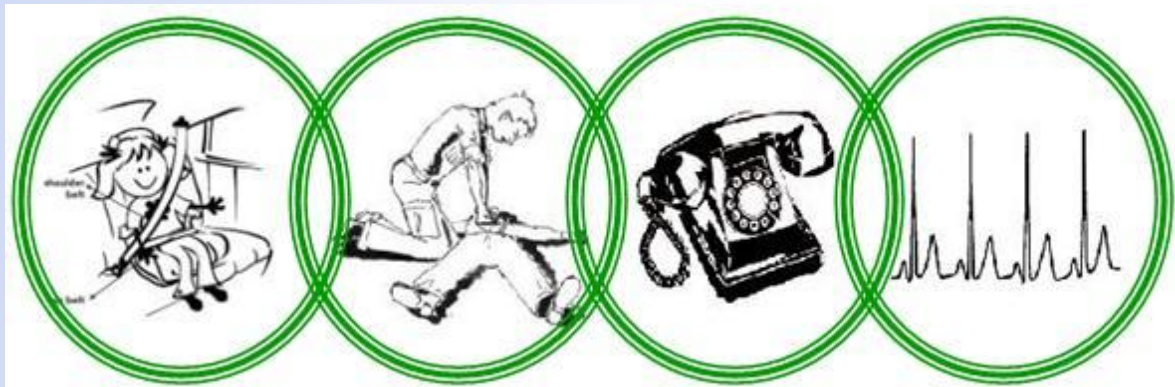
Maria José Afonso

Pedro Silva

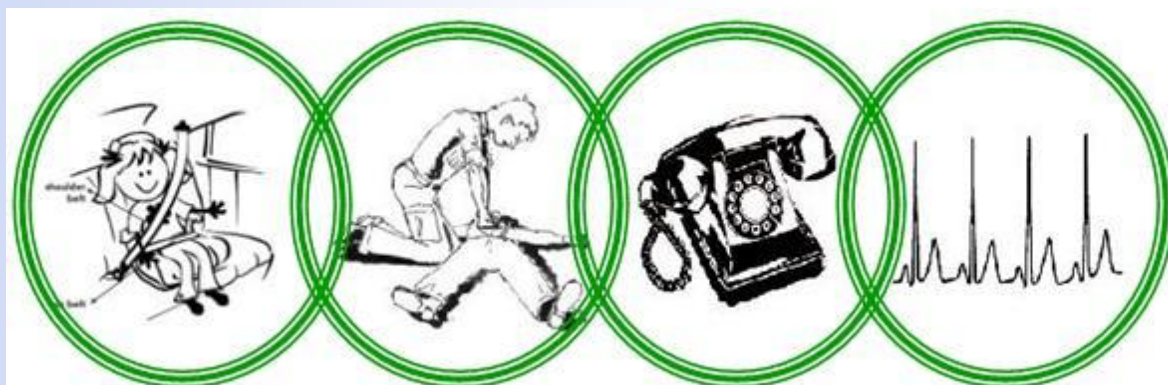
Rosalina Romão

Susana Vicente

Vânia Chavarria



Suporte Básico de Vida Pediátrico



Suporte Básico de Vida Pediátrico

Faro
2011

Passo-a-Passo

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	5
1 CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA	7
2 SUPORTE BÁSICO DE VIDA	9
2.1 <i>AVALIAÇÃO CONDIÇÕES DE SEGURANÇA</i>	9
2.2 <i>AVALIAÇÃO ESTADO DE CONSCIÊNCIA</i>	10
2.3 <i>A – VIA AÉREA</i>	10
2.4 <i>POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA - PLS</i>	12
2.5 <i>B – VENTILAÇÃO</i>	14
2.6 <i>C – CIRCULAÇÃO</i>	16
3 OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA ALTA POR CORPO ESTRANHO	22
4 CONCLUSÃO	27
5 GLOSSÁRIO	28
6 BIBLIOGRAFIA	29

INDICE DE FIGURAS

Figura I: Cadeia de Sobrevivência Pediátrica.	7
Figura II – Desobstrução da via aérea.....	11
Figura III – Pesquisa da ventilação VOS.....	12
Figura IV, V, VI, VII – Colocação em PLS.	13
Figura VIII – Localização de local de compressão	
Figura IX – Técnica de compressão cardíaca em crianças com menos de um ano.....	17
Figura X – Técnica de compressão cardíaca tipo “abraço”.....	17
Figura XI – Técnica de massagem cardíaca em crianças com mais de um ano com uma mão.	18
Figura XIII – Técnica de massagem cardíaca em crianças, com mais de um ano, com ambas as mãos.	18
Figura XIV – Pancadas costais em lactente.	22
Figura XV – Compressões torácicas lactentes.	23
Figura XVI – Pancadas interescapulares em crianças.....	24
Figura XVII, XVIII – Manobra de Heimlich em criança consciente e em pé.....	24

SIGLAS E ABREVIATURAS

cm – centímetros

Kg – Quilogramas

Fig. - Figura

Min – Minuto

p. – Página

ERC – European Resuscitation Council

Ex. – Exemplo

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

PCR – Paragem cardiorespiratória

PLS- Posição Lateral de Segurança;

RCP – Reanimação Cardiorespiratória;

SBV – Suporte Básico de Vida

SAV – Suporte Avançado de Vida

0. INTRODUÇÃO

Saber o que fazer e quando fazer pode ser a diferença entre a vida e a morte de um ser humano.

Como pais, familiares, amigos ou cidadãos, torna-se valioso obter conhecimentos na área da Reanimação.

No entanto, é essencial que para isso também se esteja desperto para a prevenção de acidentes, evitando assim entrar na cadeia que nos levará a uma reanimação.

Nesta acção de formação, iremos enfatizar a importância dos diferentes níveis de prevenção em que todos, não só como pais, familiares, amigos, mas principalmente como sociedade, devemos actuar.

Nas diferentes idades existem diferentes causas de acidentes que poderão levar à morte. Dentro dos acidentes que podemos prevenir, estão os relacionados com o trauma, resultantes de acidentes de viação, quedas, queimaduras, e afogamentos.

Daí a necessidade da melhoria dos elementos de prevenção do trauma, actuando na prevenção primária e prevenindo os acidentes com medidas de protecção, como a implementação de barreiras de protecção de piscinas, ou actuando na prevenção secundária, através da redução dos acidentes, com a utilização de coletes salva-vidas e braçadeiras nas crianças ou vigilância atenta na utilização de piscinas. E na prevenção terciária, que será onde esta formação se irá debruçar mais, que visa a diminuição das consequências do acidente, melhorando a eficácia dos serviços de emergência após a instalação da lesão, adquirindo formação de Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Os objectivos desta formação são conhecer e aprofundar conhecimentos sobre a sequência de Suporte Básico de Vida Pediátrico para não profissionais de saúde, que se baseia nas orientações publicadas pelo European Council of Resuscitation (ERC), após a Conferência Internacional de Ressuscitação Cárdiopulmonar e Emergência Cardiovascular, que decorreu em 2010.

Estas orientações assentam em variados estudos, em modelos animais e modelos matemáticos. É enfatizada a necessidade de simplificar e uniformizar os algoritmos de reanimação, partindo da premissa que a maioria das pessoas não executava manobras de reanimação a crianças, uma vez que tinham um algoritmo diferente dos adultos. Assim, os princípios gerais são os mesmos dos adultos, apenas com algumas diferenças.

Devido à sua fragilidade anatómica, todas as manobras têm de ser feitas com mais suavidade, para que não sejam causados traumatismos.

O controlo de temperatura é um aspecto de grande importância na criança devendo ser dada especial atenção para manter a temperatura dela.

Nas orientações do ERC, estão a ser considerados dois grupos etários pediátricos:

- Lactentes – com menos de um ano;
- Crianças – com mais de um ano.

O marco de passagem à vida adulta é a puberdade, sendo este o marco de passagem para o algoritmo de adulto. Todavia, uma vez que as causas de paragem se mantêm durante o início da vida adulta, não existem danos se for aplicado o algoritmo pediátrico a um jovem adulto.

1 CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA

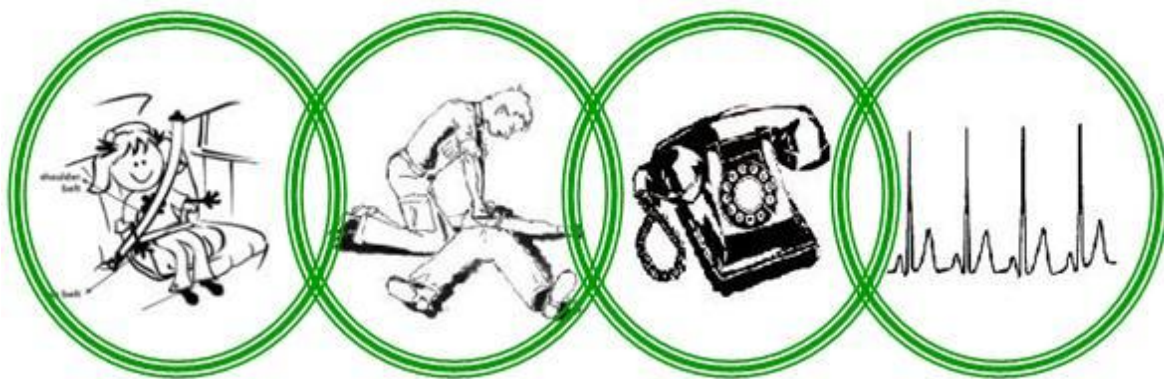


Figura I: Cadeia de Sobrevivência Pediátrica. (Fonte: Grupo de Formação: Passo-a-Passo)

Esta cadeia “corresponde ao conjunto de acções que se considera que melhoram o prognóstico das crianças em situações de emergência” (INEM, 2006, p. 198).

Os quatro elos da cadeia são:

- Prevenção da paragem cardiorrespiratória;
- Suporte Básico de Vida;
- Activação do Sistema de Emergência Médica;
- Suporte Avançado de Vida.

O primeiro elo é de particular importância, uma vez que é mais fácil prevenir uma situação de potencial perigo de vida do que tratar uma paragem cardiorrespiratória. Esta prevenção passa pela sociedade civil em geral, adoptando atitudes tão simples como:

- Uso de sistemas de retenção nos veículos, como cadeiras de transporte, cintos de segurança;

- Acondicionamento de produtos tóxicos, medicação, e produtos de limpeza longe do alcance das crianças;
- Barreiras de protecção de piscinas, tanques e poços;
- Vigilância aquando da utilização por crianças de piscinas, tanques, mar, etc.

O segundo elo da cadeia de sobrevivência consiste no início precoce e eficaz de Suporte Básico de Vida, que pode levar ao restabelecimento da circulação e da respiração espontâneas, sem sequelas.

A activação do Sistema de Emergência Médica - 112, que constitui o terceiro elo, deverá ser feita apenas após ter efectuado um minuto de Suporte Básico de Vida, com excepção de situações de criança com doença cardíaca ou história de arritmias.

Na abordagem ao quarto elo, temos que ter em consideração que, a cadeia de sobrevivência pediátrica difere da do adulto, uma vez que a causa de paragem cardiorespiratória na criança é diferente da do adulto. Nestas idades predominam as causas não cardíacas e em geral não é um acontecimento súbito. Sendo os problemas relacionados com a via aérea e a respiração os mais frequentes, a prioridade é a permeabilização da via aérea e o restabelecimento da respiração.

O desenrolar típico da situação de paragem cardiorespiratória em Pediatria será o de um processo de deterioração da função respiratória, correspondendo a insuficiência respiratória a um mecanismo de compensação, seguido de uma deterioração da função cardíaca, devido à falta de oxigénio. Assim, ocorre primeiro a paragem respiratória, seguida de paragem cardíaca.

2 SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O Suporte Básico de Vida (SBV) é a pedra basilar para o sucesso de uma reanimação. Sem uma correcta actuação, as probabilidades de sobrevivência são bastantes reduzidas.

O SBV é a combinação de manobras e competências que, sem adjuvantes técnicos, permite o reconhecimento de uma pessoa em paragem cardíaca ou respiratória com o propósito de “ganhar tempo” até que o tratamento diferenciado chegue, e deverá ser iniciado o mais rapidamente possível, com objectivo de conseguir uma oxigenação suficiente para preservar o cérebro e os outros órgãos vitais.

As recomendações do ERC visam uma uniformização dos algoritmos de adulto e de criança, evitando situações em que a criança não receba cuidados por medo ou receio por parte do socorrista.

Na sequência de acções do Suporte Básico de Vida Pediátrico, os consensos do ERC de 2010 dizem que os profissionais de saúde treinados em SBV de adulto e que não têm conhecimentos específicos de reanimação pediátrica podem usar a sequência utilizada no adulto, visto que o resultado será pior se nada for feito. Aos profissionais não diferenciados que querem aprender reanimação pediátrica por terem responsabilidades com crianças (p. ex. professores, enfermeiras escolares, nadadores-salvadores) deve ser ensinado que é preferível modificar o SBV de adulto e efectuar 5 insuflações iniciais, seguidas de 1 min de RCR, antes de procurar ajuda.

2.1 Avaliação condições de segurança

Antes de iniciar manobras, o socorrista deve avaliar as condições de segurança, de modo a que ele não seja colocado em perigo ou que seja repetida a agressão à criança.

Deve ter atenção a:

- Pisos escorregadios;
 - Fios descarnados;
 - Animais ferozes;
-

- Pessoas agressivas;
- Perigo de derrocada;
- Cheiros estranhos;
- Falta de sinalização em caso de acidentes de viação;

Por essa razão, é necessário antes de executar quaisquer medidas de suporte, assegurar que o local em que se encontra a vítima é seguro.

2.2 Avaliação estado de consciência

Procede-se a uma breve avaliação do estado de consciência da criança. Para tal, perguntar-se à criança se está bem, tocando suavemente nos ombros, com o objectivo de perceber se existe reacção por parte da criança, já que pode não se tratar de uma situação crítica.

Para determinar a reactividade da criança é necessário estimular, de forma táctil, tocando-a suavemente, e de forma verbal, chamando a criança pelo nome ou pedindo para esta acordar.

Nunca sacudir a criança.

Se a criança responder, seja verbalmente seja, mexendo-se, chorando, falando:

- Deixar a criança na posição em que se encontrou, desde que isto não a coloque em perigo;
- Avaliar a situação e solicitar ajuda se necessário;
- Reavaliar regularmente.

Se não houver nenhum tipo de resposta, deverá **grita-se por ajuda** “Ajuda tenho uma criança desmaiada” e continua-se os passos seguintes do SBV. Não se abandona a criança nesta altura.

2.3 A – via aérea

A obstrução da via aérea poderá ser o problema principal da criança devido a sua aptidão para colocar tudo o que esteja ao seu alcance na boca. Daí ser de grande relevância a realização

da desobstrução da via aérea, uma vez que esta manobra poderá resultar na recuperação da criança sem necessidade de outras intervenções.

Uma criança com dificuldade respiratória encontrará a posição ideal para melhorar a sua respiração, não devendo ser contrariada.

Antes de iniciar manobras de abertura da via aérea, abre-se a boca da criança, olha-se para dentro da boca na tentativa de se ver algum objecto. Nunca se deve introduzir os dedos para tentar palpar algum objecto. Apenas se removem se forem visíveis e estiverem acessíveis.

Seguidamente procede-se à permeabilização manual da via aérea.

Colocar a palma da mão mais próxima da cabeça na testa da criança e incliná-la ligeiramente para trás. Ao mesmo tempo, levantar o queixo com o dedo médio e indicador da outra mão por baixo do queixo. Ter em atenção que não deve pressionar os tecidos moles por baixo do queixo, uma vez que irá provocar obstrução mecânica (ver fig. II).



Figura II – Desobstrução da via aérea.

O grau de inclinação efectuado varia com a idade da criança, variando entre uma posição neutra nos lactentes a posição de fungador nas crianças maiores. Atenção deve ser dada para não inclinar em demasia (hiper-extensão) o pescoço da criança, por esta manobra provocar obstrução da via aérea.

Mantendo estas manobras, verifica-se se as vias aéreas estão desobstruídas e se o ar entra sem dificuldades. Para tal, socorrista coloca a sua face junto da boca da criança, observa o tórax e avalia o **VOS** (ver fig. III):

✚ Ver – movimentos torácicos ou abdominais;

- ✚ Ouvir – sons respiratórios;
- ✚ Sentir – a respiração contra a face;



Figura III – Pesquisa da ventilação VOS

Realiza-se o VOS durante de 10 segundos, procedendo-se a contagem destes 10 segundos, dizendo-o em voz alta, calmamente, (ex: e 1, e 2, e 3... até 10).

Se a criança respira espontaneamente e não é vítima de trauma, coloca-se em posição lateral de segurança (PLS). Se ainda não foi feito chama-se ajuda e avalia-se a respiração periodicamente.

Nos primeiros minutos após uma paragem cardíaca, uma criança pode ter alguns ciclos respiratórios tipo agónico (“gasps”) lentos e ocasionais. No caso de duvida de que a respiração é normal, actuar como se não fosse normal.

2.4 Posição lateral de segurança - PLS

A criança não reactiva, que respira espontaneamente, deverá ser colocada sobre um dos lados, excepto se houver suspeita de lesão da coluna.

O objectivo da PLS é assegurar que não ocorra a queda da língua, que irá provocar obstrução da via aérea e reduzir o risco de aspiração de secreções.

Os procedimentos a seguir são:

- O socorrista deverá colocar-se à esquerda da criança;
- Estender os braços e pernas da criança ao longo do corpo;
- Retirar óculos ou outros objectos pontiagudos que possam causar alguma lesão;
- Abrir a roupa em volta do pescoço;
- Colocar o braço esquerdo da criança, perpendicular ao corpo da criança (Fig. IV);
- Pegar na mão direita da criança e colocá-la junto da face esquerda da criança (Fig. V);



Figura IV, V, VI, VII – Colocação em PLS.

- Com a mão direita do socorrista, flectir o joelho direito da criança (Fig. VI);

- Fazendo pressão sobre o joelho dobrado, deverá rolar a criança para si;
- A mão que estava colocada contra a face da criança deverá ser verificada para assegurar que não esta a provocar uma pressão indevida na face;
- A cabeça da criança poderá ser posicionada ligeiramente para trás, somente se necessário para assegurar que a via aérea fica permeável;
- A respiração da criança deve ser reavaliada com frequência enquanto se espera pela ajuda diferenciada;
- No lactente poderá ser colocada uma toalha ou um cobertor enrolado ao longo das costas para segurar e garantir que não descai de novo para a posição dorsal.

Para posicionar uma criança em PLS, é indiferente se o socorrista se coloca à esquerda ou à direita. Para facilidade de explicação utilizamos o socorrista do lado direito.

2.5 B – Ventilação

Se, após as manobras de desobstrução das vias aéreas não há respiração espontânea, então deverão ser iniciadas insuflações artificiais.

Mantendo a permeabilidade da via aérea, efectuar cinco (5) insuflações e avaliar resposta da criança às insuflações.

Em SBV temos três maneiras de efectuar insuflações:

1. Boca/Boca;
2. Boca/Nariz Boca,
3. Pocket – mask®

1. Boca/Boca (na criança)

- Mantendo a via aérea permeável, com o polegar e o indicador da mão que está na cabeça fecha as asas do nariz e abre ligeiramente os lábios da criança com a outra mão.
 - Inspira e coloca a sua boca à volta da boca da criança, selando-a para evitar qualquer fuga.
 - Insuflar, lentamente, durante cerca de 1 a 1,5 segundos, observando o tórax a expandir.
-

- Mantendo a extensão da cabeça e a elevação do queixo, afastar a boca da criança e avaliar a descida do tórax à medida que o ar é expelido.
- Ter em atenção que deverá inspirar ar fresco no intervalo das insuflações, para maximizar a oxigenação da criança.

2. Boca/Nariz Boca (no lactente)

- Mantendo a via aérea permeável com posição neutra da cabeça e elevação do queixo inspira e coloca a sua boca à volta da boca e nariz da criança, selando-a para evitar qualquer fuga.
- Na criança mais velha, pode optar por utilizar só o nariz ou só a boca, tendo em atenção que deverá fechar com os dedos aquela que não estiver a utilizar.
- Expira lentamente, durante cerca de 1 a 1,5 segundos, observando o tórax a expandir.
- Ao afastar a boca, avaliar a descida do tórax à medida que o ar é expelido.
- Ter em atenção que deverá inspirar ar fresco no intervalo das insuflações, para maximizar a oxigenação da criança.

3. Pocket-mask®

Utilizando a pocket – mask®, o socorrista tem que:

- Colocar a máscara na face da criança, de modo a obter um bom selo, se esta for muito pequena colocar a máscara ao contrário da colocação do adulto;
- Expira, lentamente, durante cerca de 1 a 1,5 segundos, observando o tórax a expandir;
- Ao afastar a boca, avaliar a descida do tórax à medida que o ar é expelido.

Se não se conseguir expansão torácica, em cada uma das cinco insuflações iniciais, em cada uma delas devemos:

- Pesquisar a presença de objectos estranhos na boca;
 - Reposicionar a criança assegurando uma boa abertura das vias aéreas;
 - Certificar que o pescoço da criança não está inclinado em demasia (hiper-extensão).
-

- Realizar 5 tentativas de insuflação eficazes. Se continuar sem se conseguir, avançar para as compressões torácicas.

2.6 C – Circulação

Após as 5 insuflações iniciais efectuar VOS para pesquisa de sinais de respiração, se não respirar **executar 1 minuto de SBV**, o que significa realizar 3 ciclos de 30:2, sendo que a cada 30 compressões torácicas, executam-se 2 insuflações. Compressões cardíacas desnecessárias raramente são prejudiciais.

Compressões torácicas

A criança deverá já estar deitada, de costas para baixo, numa superfície plana e dura para facilitar as manobras de reanimação.

Em todas as crianças deverá ser comprimido a metade inferior do esterno. Evitar comprimir o abdómen. Para tal, após localizar o apêndice xifóide, percorrendo o rebordo inferior da grelha costal, determina-se o local da compressão, um dedo acima do apêndice xifóide (Fig. VIII).



Figura VIII – Localização de local de compressão

A compressão deverá ser suficiente para deprimir cerca de um terço da amplitude do tórax. (cerca de 4 cm no lactente e cerca de 5cm na criança). Aliviar a pressão e repetir operação a um ritmo de 100 compressões por minuto. Após 30 compressões realizar 2 insuflações, mantendo uma razão de 30:2. O melhor método de execução de compressões cardíacas varia ligeiramente entre lactentes e crianças.

Lactentes (crianças com menos de um ano)

- Mantém-se permeabilidade da via aérea;
- Localiza-se o ponto de compressão;

- O socorrista sozinho utiliza as pontas de dois dedos (Indicador e médio / médio e anelar), para fazer compressão (ver fig. IX);
- Comprime o tórax na vertical, deprimindo cerca de um terço do tórax da criança;
- Alivia a pressão para que o tórax retome a sua forma original;
- Repete-se a operação de forma a conseguir uma frequência de 100 por minuto;
- Após 30 compressões executar 2 ventilações;
- Prosseguir a uma razão de 30:2



Figura IX – Técnica de compressão cardíaca em crianças com menos de um ano

Quando há dois ou mais socorristas e lactente pequeno, recomenda-se a utilização da técnica do “abraço”, em que o técnico abraça a criança com ambas as mãos e no ponto atrás descrito, comprime o tórax com ambos os polegares (ver fig. X).



Figura X – Técnica de compressão cardíaca tipo “abraço”.

Crianças (com mais de um ano)

- Mantém-se permeabilidade da via aérea;
- Localiza-se o ponto de compressão;
- Coloca-se a palma de uma mão no ponto localizado;
- Levantam-se os dedos de modo a assegurar que não é exercida pressão nas costelas da criança;
- O socorrista posiciona-se verticalmente por cima da criança com o braço estendido e pressiona o esterno para deprimir o tórax cerca de um terço da cavidade torácica (ver fig. XI);
- Em crianças maiores ou em caso de socorristas mais pequenos, podem utilizar-se as duas mãos com os dedos interligados (ver fig. XII);
- Alivia-se a pressão e repete-se a um ritmo de cerca de 100 por minuto;
- Após 30 compressões executa-se duas insuflações;
- Reiniciam-se compressões e ventilações a uma razão de 30:2.



Figura XI – Técnica de massagem cardíaca em crianças com mais de um ano, com uma mão.



Figura XII – Técnica de massagem cardíaca em crianças, com mais de um ano, com ambas as mãos.

Se estiver sozinho, executam-se manobras de SBV durante 1 minuto (3 ciclos de 30:2) e, após este minuto, deverá ir pedir ajuda diferenciada ligando 112.

Sempre que possível, deve-se transportar a criança quando se vai pedir ajuda (112), numa tentativa de minimizar o tempo de paragem de manobras.

Ao ligar 112, o socorrista vai ser atendido por um operador especializado, que lhe vai fazer várias perguntas, no sentido de determinar a gravidade da situação e que meios vão ser disponibilizados para essa situação. Deve estar apto para informar:

- O seu nome;
- O seu nº de contacto;
- A sua localização exacta;
- A situação exacta;
- As manobras efectuadas.

O Suporte Básico de Vida mantém-se até que:

- Haja sinais de vida – respiração espontânea normal, com pulso adequado (**mais de 60bpm**) ou **movimentos**;

- Chegue ajuda diferenciada e seja substituído na realização de manobras;
- O socorrista esteja exausto.

Algoritmo De Suporte Básico De Vida Pediátrico - Não profissionais de saúde

Avaliar Condições de Segurança

Avaliar estado de consciência

Se não responde
GRITAR POR AJUDA



Se responde
Continuar avaliação

Pesquisar a boca. Permeabilizar via aérea. Avaliar **VOS** durante 10 segundos

Se não respira
Efectua **5** insuflações



Se respira
Continuar avaliação
Coloca em PLS

Na ausência de respiração, efectuar **5** insuflações iniciais



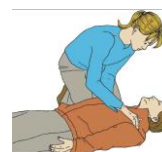
Avaliar VOS durante 10 segundos

Se não RESPIRA



Efectuar SBV 1 min
3 ciclos 30/2
Pedir ajuda

Se respira



Continuar avaliação
Coloca em PLS

Continue SBV até:
Chegar ajuda
Recuperar respiração
Ficar exausto

3 OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA ALTA POR CORPO ESTRANHO

É uma situação muito mais frequente em pediatria do que nos adultos, devido à anatomia da criança e à sua tendência inata de colocar na boca tudo aquilo que pode.

Muitas das situações, ocorrem durante a refeição ou a brincar com pequenos objectos, havendo um cuidador por perto, que deverá iniciar o socorro de imediato.

Pancadas intercostais, compressões torácicas e compressões abdominais, todas estas técnicas produzem aumento da pressão intratorácica, numa tentativa de expulsão do corpo estranho. Não existem evidências de que, uma das técnicas produza melhores efeitos que a outra. Na realidade, na grande maioria dos casos é necessário mais do que um tipo de manobra.

O algoritmo de obstrução da via aérea alta por corpo estranho foi simplificado e aproximado da versão de adulto, de forma a melhorar a aprendizagem de conceitos e técnicas e a incentivar os socorristas mais renitentes a executar manobras de desobstrução em crianças.

A grande diferença em relação ao algoritmo de adulto são as compressões abdominais, que no lactente não se realizam devido ao alto risco de lesão de órgãos. Isto deve-se à anatomia particular das crianças que, nesta altura da sua vida, apresentam costelas mais horizontalizadas, deixando as vísceras mais expostas ao trauma.

Raramente o diagnóstico de aspiração de corpo estranho é fácil mas, é de suspeitar nos casos em que:

- O desenrolar da dificuldade respiratória é súbita e associada a tosse, engasgamento;
- A criança que tenha estado a brincar com objectos pequenos;
- E não existam sinais de doença.

Ter em atenção que a obstrução da via aérea também pode ocorrer por infecção. Estas situações necessitam de uma abordagem diferente.

Se está presente uma obstrução parcial, a criança tosse, consegue falar ou chorar, a tosse deve ser encorajada e nenhuma intervenção deverá ser feita a não ser que a criança pare de tossir ou perca o conhecimento. A tosse é mais eficaz do que qualquer outra manobra. No entanto

devemos estar preparados para agir com firmeza e determinação se a criança por si só não conseguir expelir o corpo estranho.

Quando a obstrução é total, a actuação é determinada pelo estado de consciência e idade da vítima, sendo que a actuação em caso de desmaio é idêntico em ambos grupos etários.

Obstrução total, lactente consciente

O lactente é colocado com a cabeça para baixo ao longo de um dos braços do socorrista. A cabeça é suportada pelo polegar e 2º e 3º dedo, ao nível do ângulo do maxilar, tendo o cuidado de não comprimir os tecidos moles existentes nessa área. O outro braço posiciona-se nas coxas da criança e com a palma da mão administram-se até cinco pancadas (ver fig. XIII). O objectivo será de atingir a desobstrução em cada pancada, podendo não ser necessário administrar as cinco pancadas.

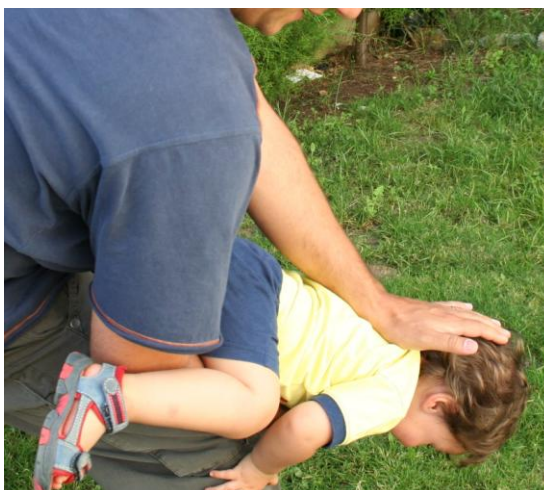


Figura XIII – Pancadas costais em lactente.

Não conseguindo provocar a desobstrução da via aérea, passe para a realização de compressões torácicas.

Roda-se o lactente em bloco e posiciona-se, ainda com a cabeça para baixo, na coxa do técnico. Administram-se até cinco compressões, utilizando as mesmas referências da massagem cardíaca. As compressões são similares às compressões cardíacas mas mais secas e mais lentas, um ritmo de uma por segundo (ver fig. XIV).



Figura XIV – Compressões torácicas lactentes.

Após a realização das compressões, verifique a cavidade oral, removendo apenas corpos estranhos visíveis. Repete-se a sequência de pancadas interescapulares e compressões torácicas até resolução da obstrução ou inconsciência.

Se não se viu o corpo estranho a ser expelido e a criança continua consciente, mantém-se esta sequência de manobras. Pede-se a alguém para ir buscar ajuda, se tal ainda não aconteceu, não se abandona a criança nesta fase.

Se observou a expulsão do corpo estranho, avalia-se o estado clínico da criança. Há a possibilidade de não ter sido removida a totalidade do corpo estranho e esse facto pode provocar complicações. Em caso de dúvida, a criança deverá ser observada por um médico.

Obstrução total, criança consciente

Na criança, a cabeça deve estar mais baixa, de modo a força da gravidade poder auxiliar na retirada do corpo estranho. Uma criança pequena pode ser colocada ao colo do socorrista (ver fig. XV). Se tal não é possível, inclinar a criança para a frente e administrar as pancadas.



Figura XV – Pancadas interescapulares em crianças.

Administram-se até cinco pancadas interescapulares, tentando provocar a saída do corpo estranho.

Não havendo desobstrução da via aérea, efectuam-se compressões abdominais – manobra de Heimlich, até 5 vezes.

Na realização de compressões abdominais, a criança consciente pode estar em pé, ajoelhada ou sentada.

O técnico coloca-se por detrás da criança e envolve-a com os seus braços. Devido à diferença de alturas poderá ser recomendado colocar a criança em cima de uma cadeira ou ajoelhar-se atrás dela.

Uma das mãos fechada é colocada no centro de uma linha imaginária entre o umbigo e o apêndice xifóide. A outra é colocada por cima e é exercida uma força seca e rápida para cima e para o abdómen. Repete-se até cinco vezes, a menos que haja desobstrução da via aérea (ver fig. XVI). Ter atenção de não efectuar compressão no apêndice xifóide.



Figura XVI, XVII – Manobra de Heimlich em criança consciente e em pé.

Após a realização das compressões abdominais, verifique a cavidade oral, removendo apenas corpos estranhos visíveis. Repete-se a sequência de pancadas interescapulares e compressões abdominais, até resolução da obstrução ou inconsciência.

Se não se viu o corpo estranho a ser expelido e a criança continua consciente, mantém-se esta sequência de manobras. Pede-se a alguém para ir buscar ajuda, se tal ainda não aconteceu, não se abandona a criança nesta fase.

Se observou a expulsão do corpo estranho, avalia-se o estado clínico da criança. Há a possibilidade de não ter sido removida a totalidade do corpo estranho e esse facto pode provocar complicações. Em caso de dúvida, a criança deverá ser observada por um médico.

Crianças em que foram aplicadas manobras abdominais, deverão ser observadas por um médico devido ao risco de lesão abdominal.

Lactente e criança inconsciente

Se a criança fica ou está inconsciente, deita-se em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e dura. Grita ou pede a alguém ajuda. Não se abandona a criança nesta fase.

Abre-se a boca e procura-se visualizar o corpo estranho. Se for visível, realiza-se uma tentativa de remoção. Não executar tentativas de remoção de corpo estranho “às cegas” ou de forma repetida pois estas manobras podem provocar lesão da boca ou maior encravamento do corpo estranho.

Realizar manobras de abertura da via aérea e tentam-se administrar cinco insuflações. Avalia-se a eficácia de cada insuflação. Em caso de não provocar expansão torácica, reposiciona-se a cabeça antes de cada tentativa.

Se não se observam respostas (movimentos, tosse ou respiração espontânea) procede-se a manobras de compressão cardíaca.

Seguir a sequência de reanimação para socorrista sozinho durante 1 minuto antes de pedir ajuda diferenciada, se tal ainda não foi feito por outra pessoa.

Quando se procede à abertura da via aérea para efectuar ventilações, pesquisar presença de corpo estranho na boca. Se for observado, efectua-se uma tentativa de remoção.

Se a obstrução parece ter sido resolvida, procede-se à abertura das vias aéreas e pesquisa de respiração durante 10 segundos (VOS). A actuação seguinte será de acordo com os dados encontrados.

Em caso da criança recuperar a consciência e a respiração normal, coloca-se em PLS e monitoriza-se a respiração até à chegada de ajuda diferenciado.

4 CONCLUSÃO

Sem a correcta execução de Suporte Básico de Vida, uma reanimação Cárdiopulmonar não será bem sucedida. O Suporte Básico de Vida é o pilar fundamental.

A desobstrução das vias aéreas, a avaliação da respiração, o início de insuflações, a avaliação da circulação e o início das compressões cardíacas são um conjunto de acções que na totalidade visam manter as funções básicas fundamentais, prevenir e evitar a deterioração dos órgãos nobres até que o Suporte Avançado de Vida seja instaurado.

As medidas de Suporte Avançado de Vida, mesmo que executadas correctamente, sem um correcto Suporte Básico de Vida não irão, por si só, restabelecer as funções vitais da vítima. O Suporte Básico de Vida inicia-se e mantém-se durante o Suporte Avançado de Vida.

Quando se trata de uma vida, todos os segundos contam, daí a importância de todos nós termos conhecimento do algoritmo de SBV, para sabermos o que fazer quando confrontados com uma situação de potencial perigo de vida.

5 GLOSSÁRIO: ÍNDICE DE CONCEITOS

Consciência (Consciente) – Implica a percepção de si mesmo e do ambiente

Inconsciente – incapacidade de responder a estímulos

Insuflações Acto de insuflar; sopro (insuflar – encher de ar, soprando)

Lactente – criança com menos de um ano

Obstrução por corpo estranho – objecto que se encontra na passagem aérea que provoca falta de ar, engasgamento, respiração ofegante ou tosse.

Período Neonatal – Período que vai desde o nascimento até os 28 dias vida

Pré-escolar - compreende o período que se estende dos três anos até o final do quinto ano de vida.

Poli traumatizado – Caracteriza-se por 1 ou mais traumatismos (pancada forte ou contusão)

Via aérea - Incluem a boca, garganta, traqueia e brônquios

Ventilação - Acto ou efeito de ventilar.

Socorrista - Pessoa capaz de prestar auxílio ou acudir.

6 BIBLIOGRAFIA

ADIRIM, Terry A, *et al*; Pediatric Education for Prehospital Professionals, 2ª Edição, EUA, Jones and Bartlett Publishers. 2006.

ARGENT, A., *et al*; Advanced Paediatric Life Support, The Practical Approach, 3ª edição. Londres, BMJ Books. 2001.

FIORI, Renato Machado; PITREZ, José Luiz Bohrer; GALVÃO, Nilo Milano – Prática Pediátrica de Urgência; 4ª Edição; ed. MEDSI; Rio de Janeiro; 1991.

HANDLEY, A; *et al*; European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 – Adult Basic Life Support and use of automated external defibrillators. [em Linha], 2010, consultado em 2 de Dezembro de 2010, às 19 horas. Disponível em <http://www.erc.edu/index.php/guidelines_download_2010/en/>.

HANDLEY, A; *et al*; European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 – Paediatric Life Support. [em Linha], 2010, consultado em 2 de Dezembro de 2010, às 19 horas. Disponível em <http://www.erc.edu/index.php/guidelines_download_2010/en/>.

HAWKINS, Harriet S. – Emergency Nursing Pediatric Course. Emergency Nurses Association. Terceira edição. Estados Unidos da América, 2004.

INEM; Manual de Suporte Básico de Vida, Profissionais de Saúde; Direcção dos Serviços de Formação, Lisboa, Fevereiro de 2006.

INEM; Manual de Suporte Avançado de Vida, Profissionais de Saúde; Direcção dos Serviços de Formação, Lisboa, Fevereiro de 2006.

MESQUITA, Armindo; Manual da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Protocolos de Actuação, 3ª edição, Tomo II, Instituto Nacional de Emergência Médica. 2000. P.357.

PITREZ, José Luiz B.; PITREZ, Paulo Márcio Condessa e colaboradores – Pediatria consulta rápida; Editora Artes médicas, Porto Alegre

WONG, Donna L. – Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 1999.