



Assunto: Protocolos de Regulação Médica de Urgência do SAMU- DF 192 e Critérios Médicos de Despacho de Viaturas.

TÓPICO: Regulação de Emergências Pediátricas

1. OBJETIVOS

GERAL : Apresentar elementos que devem ser observados pelo médico de urgências do SAMU DF a fim de identificar os principais agravos a saúde em Pediatria.

ESPECÍFICO

Definir critérios de gravidade para despacho de viatura.

Direcionar o encaminhamento dos usuários por meios próprios nas situações em que não é indicado o envio de viaturas.

Orientar as equipes de suporte básico e avançado nos cenários de atendimentos de emergência, conforme bibliografia atual e fluxos de atendimento vigentes.

Esta Nota Técnica está baseada no Protocolo de Suporte Avançado de Vida do Ministério da Saúde, 2016 e em pesquisa bibliográfica referente a cada tema, com as adequações necessárias à SES/DF.

Esta Nota Técnica não pretende retirar a autonomia do médico regulador, pelo contrário, serve como referencial teórico para apoiar as decisões gestoras nas mais diversas áreas de conhecimento.

Colaboradores: Ana Luiza Ribeiro Diogo, Franciara Letícia Moraes da Cunha, Jaksmínio Rodrigues Machado, Laura Haydee Silva Teixeira, Larissa Michetti da Silva, Luana Capritch de Macedo Maia Oliveira, Luis Henrique Jorge Costa, Maria Clara de Melo Canedo, Soraya Vasconcelos Almeida, Thaise de Andrade Novaes Dantas e Câmara Técnica de Emergência Pediátrica do Distrito Federal.



PED 01. Dispneia em Pediatria (Asma e Laringotraqueite)

Critérios de inclusão:

Paciente pediátrico com história de falta de ar, desconforto respiratório ou cansaço, associado a sibilos/chiado e/ou estridor laringeo.

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente);

- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?).

Caso haja suspeita de PCR, iniciar **PROTOCOLO DE PCR EM PEDIATRIA**.

Excluída gravidade maior:

- Há quanto tempo se iniciou a crise?
- Tem história de asma, bronquite ou uso de “bombinha”?
- Família tem alguma medicação no domicílio (broncodilatador)?
- Fala ou choro entrecortado? (se possível pedir ouvir o choro ou a fala da criança)
- Comorbidades?

Considerar o envio de USA se houver (crise muito grave):

- Criança não reativa Agitação, confusão, sonolência intensa
- Cianose, sudorese, exaustão
- Estridor audível
- Frases entrecortadas Frases curtas ou monossilábicas e no lactente dificuldade alimentar



- Dispneia intensa
- Uso de musculatura acessória com retrações acentuadas
- Início agudo após trauma

Considerar o envio de USB se houver (crise grave)

- Sibilos audíveis
- Agitação
- Dispneia moderada
- Uso de musculatura acessória com retrações acentuadas
- Frases incompletas e, no lactente, choro curto e dificuldade alimentar
- Esforço respiratório aumentado
- Comorbidade: fibrose cística, mucoviscidose, doença falciforme
- Paciente com antecedente de asma moderada a grave sem medicação de resgate e sem meios próprios para obtê-la
- História Discordante

Realizar orientação médica se houver (crise leve a moderada)

- Febre, tosse produtiva, paciente com relato de falta de ar, porém verbalizando sem dificuldade, dispneia leve com retrações leves ou ausentes, estado mental normal: orientar encaminhamento para unidade de urgência e emergência por meios próprios imediatamente.

Observação:

- História Discordante pode ser um marcador de maus tratos, abuso ou negligência em populações vulneráveis. Sempre que suspeitar, enviar equipe para melhor avaliação no local e, caso persista a SUSPEITA, acionar o NUSAM e registrar a notificação em documento pertinente para o caso.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação



1. Realizar avaliação primária;
 - o Manter o paciente em posição confortável. Mantenha sempre o familiar próximo da criança e evite condutas que possam causar dor ou amedrontar a criança e piorar o esforço respiratório.
2. Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - o Caracterizar crises prévias e atual, medicações e internação em UTI por crise de asma
3. Avaliar sinais vitais – frequência cardíaca, frequência respiratória e oximetria, temperatura axilar.

Abordagem terapêutica

- Instalar O2 para manter saturação >94%, considerar melhor dispositivo disponível (cateter nasal, máscara facial com ou sem reservatório).
- Obter acesso venoso somente nos casos graves em que o paciente possa evoluir para exaustão, fadiga muscular ou necessitar de via aérea avançada.
- Realizar abordagem medicamentosa (na crise de asma, os métodos de administração (inalador dosimetrado com espaçador e máscara e nebulizador) são comparáveis, desde que exercidos com a técnica adequada, levando em consideração a idade do paciente, possibilidade de cooperação e gravidade do quadro; porém em crises muito graves com dessaturação (SatO2 <90%) ou com incapacidade de utilizar os inaladores, as nebulizações com oxigênio são indicadas):
 - o Beta-2 agonista de curta duração:
 - Salbutamol inalatório (solução para nebulização-5mg/ml): dose: 0,15 mg/kg/dose (0,03 ml/kg/ dose até o máximo de 5 mg/dose ou 20 gotas), diluídos em 4 ml de soro fisiológico, com fluxo de oxigênio de 6 a 8 l/ min, podendo ser administrados até a cada 20 minutos.

Regra prática: pacientes de até 10kg: 0,25 ml;

10 a 20 kg, 0,5 ml;

acima de 20 kg, 0,75 ml, até uma dose máxima de 1,0 ml em pacientes maiores.

- Salbutamol aerossol acoplado a espaçador e máscara: dose: 1 jato para cada 3kg de peso (mínimo de 4 e máximo de 10 jatos). Pode ser repetido por até 3 vezes em um intervalo de 20min cada. Deixar O2 sob cateter nasal 3l/min durante a inalação, se saturação < 94%.



- Alternativa ao salbutamol:
 - Fenoterol gotas. Dose: 1 gota para cada 3kg de peso (mínimo de 4 e máximo de 10 gotas), diluídas em 3 a 5mL de SF0,9%. Fazer nebulização com O2 a 6L/min. Pode ser repetido por até 3 vezes em um intervalo de 20min cada.
- Nas crises graves, associar ao beta-2 agonista (na 2ª nebulização):
 - Brometo de Ipatrópio: pode ser feito na nebulização com o fenoterol ou fazer nebulização com 3 a 5mL de SF0,9% logo após o uso do salbutamol. Dose: até 10kg de peso – 10 gotas. De 11 a 30kg de peso – 20 gotas. Acima de 30kg – 40 gotas. Repetir a cada 20 min por 3 doses e após a cada 2-4h.
- Corticosteroides devem ser administrados na primeira hora de crise nos quadros graves (em regiões próximas da unidade hospitalar, o corticoide pode ser administrado no ambiente intra-hospitalar); A via oral sempre deve ser a preferencial, uma vez que não existe diferença em termos de eficácia ou rapidez de ação, quando comparada com a via parenteral.

Pode-se fazer:

- Prednisolona oral 2mg/kg (máximo de 60mg).
- Metilprednisolona 1-2mg/kg EV
- Hidrocortisona 4mg/kg EV (máximo de 250mg)– dose de ataque (casos em que o paciente estiver com muito desconforto respiratório ou com vômitos).
- Laringotraqueíte aguda (obstrução de via aérea alta associada a estridor inspiratório e desconforto respiratório variável)
 - Dexametasona IM 0,6mg/kg (0,15mL/kg). Máximo de 10mg (2,5mL) ou
 - Metilprednisolona 1-2mg/kg EV
- Nebulização com adrenalina: 0,5mL de adrenalina 1:1000 para cada 2kg de peso. Máximo de 5mL. Completar para 5mL o restante do volume com SF0,9%.

Observações:

- Água destilada não deve ser utilizada na nebulização, pois pode agravar o quadro clínico respiratório.
- Indicação de intubação traqueal e ventilação assistida: hipoxemia refratária persistente, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, exaustão e fadiga da musculatura acessória. A intubação raramente será necessária na Laringotraqueíte aguda. Tanto na asma quanto na laringotraqueíte considerar o tempo de remoção para a unidade hospitalar e se possível, a depender do quadro clínico, proceder a intubação em ambiente hospitalar.



- Sempre evitar/adiar condutas que provoquem choro ou dor (podem piorar o quadro clínico da criança por piora do desconforto respiratório).
- Optar sempre pela rápida remoção hospitalar, assim que possível.

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Rede Referenciada: conforme portaria n° 386/2017



PED 02 Convulsão em Pediatria

Critérios de inclusão:

- Movimentos involuntários tônicos ou clônicos de início súbito, geralmente com perda da consciência ou apresentando convulsão parcial, podendo ser seguidos de sialorréia, cianose com eventual liberação esfinteriana;
- Considerar no RN: movimentos anômalos dos olhos, lábios ou língua, movimento de pedalar ou apneia;
- Na fase pós-ictal: sonolência, confusão mental, agitação, flacidez muscular e cefaleia, sinais de liberação esfinteriana, informação de pessoa que presenciou o evento.

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)

- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar **PROTOCOLO DE PCR EM PEDIATRIA**.

Excluída gravidade maior:

- Há quanto tempo se iniciou a crise?
- Tem febre?
- Tem história de crise convulsiva prévia?
- Faz uso de anticonvulsionante? Se sim, usou a medicação corretamente nos últimos dias?
- Quantas vezes já convulsionou no dia de hoje?
- Tem algum problema de saúde? Usou algum medicamento?
- Tem história de trauma recente? (Bateu a cabeça antes ou depois da crise)
- Tem erupção cutânea fixa ou púrpura? (Manchas roxas surgindo no dia)



Considerar o envio de USA se houver:

- Crise convulsiva com duração superior a 5 minutos ainda vigente durante o chamado.
- Episódios recidivantes (mais de 2 episódios seguidos sem recuperar a consciência entre os episódios)
- História Doença Falciforme (pensar em AVC)
- História recente de trauma cranioencefálico (há menos de 24 horas)
- Possibilidade de intoxicação/envenenamento

Considerar o envio de USB se houver:

- História recente de trauma cranioencefálico (há mais de 24 horas)
- História de Diabetes (pensar em descompensação metabólica)
- Erupção cutânea fixa ou púrpura (pensar em doença meningocócica)
- Sinais de meningismo
- Primeiro episódio de convulsão na vida
- História discordante
- Valência Social muito alta (considerar convulsão em via pública, especialmente em faixa etária pediátrica).

Realizar orientação médica se:

- Paciente sabidamente epilético: enfatizar importância de aderir ao tratamento. Orientar família a procurar médico assistente para seguimento ambulatorial e avaliação de ajuste de dose.
- Crise convulsiva cujo paciente já esteja consciente no momento do chamado.
 - Nesses casos a remoção, se necessária, pode ser feita por meios próprios, salvo crise com duração superior a 5 minutos ainda vigente durante o chamado ou crises recidivantes (estado de mal epilético).
- Sempre orientar o solicitante a retornar chamado para o SAMU caso haja piora clínica.

Orientações médicas durante o chamado:

- Durante a crise: orientar o solicitante a segurar e proteger a cabeça. Orientar a não “tentar segurar a língua” ou colocar qualquer tipo de objeto na cavidade oral. Mantenha o paciente deitado de lado (preferencialmente decúbito lateral esquerdo).



- Se a crise já cessou durante a regulação: explicar que o paciente pode ficar alguns minutos sonolento ou “aéreo”, com olhar fixo ou sem se comunicar. Mantenha o paciente de lado até recuperar a consciência.

Observação:

- História Discordante pode ser um marcador de maus tratos, abuso ou negligência em populações vulneráveis. Sempre que suspeitar, enviar equipe para melhor avaliação no local e, caso persista a SUSPEITA, acionar o NUSAM e registrar a notificação em documento pertinente para o caso.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação:

- Realizar avaliação primária; promover estabilização cervical em caso de trauma.
- Realizar avaliação primária com ênfase para:

-Avaliar responsividade

-Aspirar vias aéreas, se necessário

-Manter vias aéreas pérvias (promover estabilização cervical em caso de trauma)

- Realizar avaliação secundária com ênfase para:

- Monitorizar ritmo cardíaco, oximetria de pulso e sinais vitais

-Checar glicemia capilar

-Coletar história SAMPLE

-Proteger o paciente para evitar possíveis traumas adicionais, principalmente na cabeça

Abordagem terapêutica:



- Instalar O2 para manter saturação >94%. Considerar melhor dispositivo disponível (cateter nasal, máscara facial com ou sem reservatório).
- Se USA, considerar via aérea avançada, a qualquer momento, se indicado.
- Obter acesso venoso periférico ou intraósseo
- Corrigir glicemia capilar, se necessário, conforme **PROTOCOLO DE ALTERAÇÕES GLICÊMICAS EM PEDIATRIA**.
- Na crise vigente com duração superior a 3 a 5 minutos, administrar:

Primeira escolha:

- Diazepam intravenoso/ intraósseo: – 0,2 a 0,5mg/kg/dose (0,04 a 0,1ml/Kg da solução 5mg/ml), seguido de flush de 3 a 5ml de SF0,9%. Infundir lento. Pode repetir em 5 minutos se a atividade convulsiva persistir, e até 3 vezes.
 - Dose máxima:
- Recém-nascido: 2mg;
- Menores de 5 anos: 5mg,
- A partir de 5 anos: 10mg.
- Diazepam Retal (crianças maiores de 1 mês) – 0,5 a 2mg/Kg/dose (0,1 a 0,4ml/Kg da solução 5mg/ml). Dose máxima 20mg.
- NÃO administrar IM (absorção errática)

Segunda escolha:

- Midazolam Intranasal: 0,3mg/Kg/dose (0,06ml/Kg da solução 5mg/ml) – aplicar na mucosa nasal, metade em cada narina. Dose máxima 5 mg.
- Midazolam intramuscular: 0,2mg/Kg/dose (0,04ml/Kg da solução 5mg/ml). Dose máxima 5mg.
- Estado de mal epiléptico (preferencialmente USA): se, após as medidas acima, a crise persistir por mais de 30 minutos ou duas ou mais crises reentrantes, sem recuperação da consciência entre elas, com duração superior a 30 minutos, administrar:
- Fenitoína Intravenosa ou intraóssea: dose de ataque de 20mg/kg/dose (0,4ml/kg), dose máxima inicial de 500mg, com velocidade máxima de infusão de



1mg/kg/min (em torno de 20 minutos), com concentração usual de 10mg/ml após diluição em solução salina 0,9% ou água destilada.).

- **OBSERVAÇÃO:** fazer a fenitoína em uma via DIFERENTE do diazepam; é importante que a via venosa seja adequada, pois a medicação é cáustica e pode causar lesão local, caso extravase. PRECIPITA em soluções GLICOSADAS.
- Fenobarbital Intravenoso ou intraósseo: 20mg/kg/dose (0,2ml/kg) com velocidade máxima de infusão de 20mg/min.
- Se crise persistir fazer midazolan Intravenoso ou Intraósseo: 0,2mg/kg em bolus, com manutenção de 0,06-1mg/kg/h
- Manter monitoramento contínuo; há risco de depressão respiratória, sedação e hipotensão.
- Avaliar sempre a necessidade de via aérea avançada.

Período neonatal

- NÃO administrar diazepam.
- Corrigir glicemia capilar, se necessário, conforme **PROTOCOLO DE ALTERAÇÕES GLICÊMICAS EM PEDIATRIA**.

Primeira escolha:

- Fenobarbital intravenoso ou intraósseo 20mg/kg – 0,2ml/kg, pode ser repetido uma vez, na mesma dose.
- Se crise persistir: fenitoína 20mg/kg
- Se crise persistir: midazolam 0,2mg/kg de ataque seguido de infusão contínua de 0,1 a 0,2mg/kg/hora

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente. Recomenda-se sempre encaminhar para avaliação hospitalar, mesmo nos casos de suspeita de convulsão febril.

Rede Referenciada: conforme portaria nº 386/2017



PED 03 Desidratação em Pediatria

Critérios de inclusão:

Pacientes pediátricos com história de diarreia (três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas), vômitos ou baixa ingestão com sinais de desidratação.

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)

- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar **PROTOCOLO DE PCR EM PEDIATRIA**.

Excluída gravidade maior:

- Quantos episódios de diarreia ou vômitos no último período?
- Tem sangue nas fezes?
- Tem febre?
- Quanto tempo sem ingerir algum líquido ou comida?
- Fontanela anterior ("moleira") baixa, funda, diferente do normal?
- Movimenta-se ativamente, consegue falar? ("Criança está molinha ou espertinha?")
- Encontra-se gemente? Choro fraco?
- Urinou hoje?
- Choro sem lágrimas? Boca seca? Pálida? Olhos fundos? Tem sede?

(Se bebe normal, provavelmente sem desidratação. Bebe rápido e ávido, desidratação. Se bebe mal ou é incapaz de beber, desidratação grave).

- Tem alguma comorbidade ou usa alguma medicação?



Considerar o envio de USA se houver:

- Criança hipoativa (prostração e hipotonia) ou não reativa (solicitante descreve a criança como "molinha". O tônus geralmente está diminuído – o sinal mais característico é a cabeça caída).
- Lábios cianóticos
- Alteração súbita da consciência

Considerar o envio de USB se houver:

- Vômitos incoercíveis;
- Vômitos ou diarreia persistentes associados a sinais de desidratação (diminuição na diurese, irritadiço, choro sem lágrimas, boca seca, olhos fundos);
- Impossibilidade de remoção por transporte próprio enquanto desidratação moderada e com possibilidade de piora (considerar comorbidades associadas, local de residência e distância da unidade de saúde, idade, valência social);
- História Discordante.

Realizar orientação médica se houver:

- Paciente com diarreia e vômito, sem os sinais de gravidade descritos acima:
 - Orientar aumento de ingestão hídrica (principalmente soro de reidratação oral ou soro caseiro (1L de água fervida ou filtrada, 2 colheres de sopa de açúcar e 1 colher de chá rasa de sal) e com parcimônia (PLANO A):

-Menores de 1 ano: 50-100ml após cada evacuação diarreica ou episódio de vômito

-1 a 10 anos: 100-200ml após cada evacuação diarreica ou episódio de vômito

- Maiores de 10 anos: quantidade que o paciente aceitar

- Orientar avaliação no centro de saúde mais próximo por transporte próprio.;
- Retornar ligação se quadro clínico piorar ou surgirem novos sintomas (Piora na diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa de alimentos, sangue nas fezes, diminuição da diurese).

Observação:



- História Discordante pode ser um marcador de maus tratos, abuso ou negligência em populações vulneráveis. Sempre que suspeitar, enviar equipe para melhor avaliação no local e, caso persista a SUSPEITA, acionar o NUSAM e registrar a notificação em documento pertinente para o caso.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária;
- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
- Frequência dos episódios de diarreia e vômito, última diurese, estado da fontanela anterior, turgor da pele e comorbidades.
- Avaliar sinais vitais – frequência cardíaca, pulso, frequência respiratória, oximetria, temperatura axilar, tempo de enchimento capilar (manter a mão fechada por 15seg e avaliar em quanto tempo a palma volta à coloração normal).
- Classificar o estado de hidratação e decisão terapêutica:
- Desidratação leve: consegue beber líquidos, paciente alerta, pulso cheio, sem sinais de gravidade.
 1. Conduta: administração de soro de reidratação oral no domicílio ou soro caseiro (10mL/kg máximo 200mL) após cada episódio de vômito ou diarreia. Orientar avaliação na Atenção Básica e orientar quanto a sinais de alerta (piora na diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa de alimentos, sangue nas fezes, diminuição da diurese).
- Desidratação moderada: paciente irritado, olhos fundos, lágrima ausente, bebe água avidamente, pulso rápido.
 1. Conduta: Remover para Hospital de Referência para seguimento do tratamento (Solução de Reidratação Oral na Unidade de Saúde – Plano B)
- Desidratação Grave: paciente comatoso, hipotônico, olhos muito fundos e secos, não é capaz de beber líquidos, pulso muito fraco.
 1. Conduta: Avaliar via aérea. Considerar via aérea avançada se necessário. Soro Fisiológico 0,9% 20mL/kg (cardiopatas ou RN iniciar com 10mL/kg) em 30 minutos. Remover para Hospital Regional de Referência para seguimento do tratamento.
- Em casos de vômitos persistentes pode ser administrado Ondasentrona 0,1mg/kg, máximo 4mg, via oral ou endovenosa.

- Além do soro de hidratação oral, são considerados líquidos adequados: sopa de frango com hortaliças e verduras, água de coco, água. São inadequados: refrigerantes, líquidos açucarados, chás, sucos comercializados, café.



- Vômitos biliosos ou de difícil controle, falha na terapia de reidratação oral, suspeita de doença cirúrgica associada ou falta de condições satisfatórias para tratamento domiciliar ou acompanhamento ambulatorial podem ser utilizados para indicação de remoção hospitalar.

- A OMS recomenda administração de Soro de Reidratação Oral em casos de desidratação moderada, porém por se tratar de um serviço de atenção pré-hospitalar, considerar uso de hidratação venosa (Soro Fisiológico 0,9% 20ml/kg EV) a depender da avaliação clínica in loco e do tempo que o paciente levará para ser atendido. Situações de desidratação leve a moderada podem ser manejadas na Atenção Básica.

- Reavaliar a criança constantemente considerando sinais de sobrecarga hídrica (rebaixamento de fígado, estertores pulmonares, edema periorbital)

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Rede Referenciada: conforme portaria nº 386/2017



PED 04 OVACE em Pediatria

Critérios de inclusão:

Episódio testemunhado de engasgo associado a tosse e/ou sinais de sufocação.

Conduta 1ª Regulação

1. Avaliar os questionamentos:

- Avaliar risco de gravidade - Nível de Consciência / Respiração

- Paciente está desmaiado? (Inconsciente)

- Paciente respira? (Tórax se movimenta? Sente fluxo de ar saindo pelo nariz? Coloração azul dos lábios - cianose?)

Caso haja suspeita de PCR, iniciar **PROTOCOLO DE PCR EM PEDIATRIA**.

Excluída gravidade maior:

- Paciente apresenta dificuldade respiratória? Consegue falar/chorar?
- Se lactente, apresenta dificuldade para mamar?
- Tem tosse?
- Faz barulho para respirar?
- Como foi que ocorreu o engasgo?

Considerar o envio de USA se houver:

- Criança não reativa
- Início súbito de grave dificuldade respiratória (cianose, estridor laríngeo)
- Alteração súbita da consciência
- Sinal de angústia (sinal universal da asfixia: leva as mãos ao pescoço)

Considerar o envio de USB se houver:



- Desconforto respiratório em paciente consciente
- História Discordante

Realizar orientação médica se houver:

- Lactente < 1ano com engasgo com leite materno, água ou outros alimentos: orientar a deitar a criança de barriga para baixo sobre o antebraço esquerdo do solicitante, apoiada na perna do solicitante, bater forte com a mão direita 5 vezes nas costas. Em seguida deitar de barriga para cima e comprimir 5 vezes na região central do peito. Observar se houve desengasgo ou choro. Se lactente chorando, já está desengasgado. Acalmar o solicitante. Orientar a fazer acompanhamento com pediatra na atenção básica. Neste caso, a remoção, se necessária, deve se dar por transporte próprio.
- Obstrução leve cujo paciente já se desengasgou durante o chamado – está corada, reativa, com choro forte(menores), fala sem dificuldade, evoluindo com melhora da tosse, choro. Neste caso, a remoção, se necessária, deve se dar por transporte próprio.

Observação:

- História Discordante pode ser um marcador de maus tratos, abuso ou negligência em populações vulneráveis. Sempre que suspeitar, enviar equipe para melhor avaliação no local e, caso persista a SUSPEITA, acionar o NUSAM e registrar a notificação em documento pertinente para o caso.
- Considerar sempre o tempo resposta. Na situação de obstrução grave de via aérea, enviar o recurso mais próximo, ainda que seja USB e se indicado enviar USA em apoio.

Conduta 2ª Regulação

Avaliação

- Realizar avaliação primária com ênfase para:

-Avaliar responsividade

-Aspirar vias aéreas, se necessário

-Manter vias aéreas pérvias (promover estabilização cervical em caso de trauma)



- Realizar avaliação secundária com ênfase para:
 - Monitorizar ritmo cardíaco se necessário, oximetria de pulso e demais sinais vitais
 - Coletar história SAMPLE (Sinais/sintomas, Alergias, Medicações, Patologias Prévias, Líquidos/alimentos(última vez que se alimentou), eventos adversos)
 - Averiguar como ocorreu o engasgo e há quanto tempo

Classificar a gravidade da obstrução:

- Obstrução leve: paciente capaz de tossir, emitir sons e respirar.
- Obstrução grave: paciente com início súbito de dificuldade respiratória, não consegue tossir ou emitir qualquer som.

Abordagem terapêutica

- Instalar O2 para manter saturação >94%, considerar melhor dispositivo disponível (cateter nasal, máscara facial com ou sem reservatório).
- Realizar abordagem específica:
 - Obstrução leve: não realizar manobras de desobstrução; acalmar o paciente; incentivar a tossir; observar constantemente até a desobstrução total.
 - Obstrução grave:

1.No lactente (até 1 ano):

-Apoiar o bebê em decúbito ventral sobre o antebraço do profissional, que deve apoiar a região mentoniana do bebê com os dedos.

-Aplicar 5 golpes no dorso com o calcanhar da mão entre as escápulas. Após apoiar o lactente em decúbito dorsal sobre a coxa do profissional, mantendo a cabeça em nível discretamente inferior ao tórax e aplicar 5 compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar. Aplicar ciclos repetidos em decúbito ventral e dorsal até que o objeto seja expelido ou o bebê se torne irresponsivo

2.Na criança (maior que 1 ano): manobra de Heimlich:



- Abaixar-se, posicionando-se atrás do paciente com os braços à altura da crista ilíaca;
- Fechar uma das mãos em punho e posicioná-la no abdome do paciente, na linha média, acima do umbigo, com o polegar voltado para o abdome;
- Com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e para cima (em J);
- Repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se irresponsivo.
- Após a expulsão do corpo estranho, realizar a avaliação primária e oferecer oxigênio por máscara, se necessário.

3. Se o paciente se tornar irresponsivo, sem movimentos respiratórios iniciar manobras de RCP

-Começar pelas compressões torácicas (mesmo se houver pulso palpável) aplicando inicialmente 30 compressões.

- Abrir vias aéreas e antes de oferecer as ventilações, inspecionar a cavidade oral, retirando o objeto com os dedos em pinça, se visível e facilmente alcançável; NUNCA fazer varredura da boca às cegas por risco de empurrar o corpo estranho ainda mais para dentro da via aérea, além do risco de trauma e sangramento.

- Caso nada seja encontrado, realizar uma insuflação com dispositivo bolsa-válvula-máscara; se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente;

- Se ainda assim o ar não passar ou o tórax não expandir, realizar 30 compressões torácicas (um profissional) ou 15 compressões (dois profissionais) e inspecionar cavidade oral;

- Caso não haja sucesso, pode-se tentar a visualização direta por laringoscopia e a remoção do objeto com a utilização da pinça de Magill, se disponível;

- Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações; • Se necessário, realizar cricotireoidostomia por punção;

4. Considerar o transporte imediato, mantendo as manobras básicas de reanimação;



- Atentar para a ocorrência de parada cardiorrespiratória e seguir **PROTOCOLO DE PCR EM PEDIATRIA**
- Obter acesso venoso ou intraósseo somente se indicado conforme necessidade de terapia endovenosa.

OBSERVAÇÃO: lembrar-se de dosar a força das compressões no paciente pediátrico.

ATENÇÃO: não se deve realizar cricotireoidostomia cirúrgica em bebês e crianças menores de 12 anos.

Encaminhamento

Decisão gestora de acordo com a rede de referência e situação do paciente.

Rede Referenciada: conforme portaria nº 386/2017