



Reanimação Neonatal

Do primeiro minuto à adrenalina: os números que você precisa ter na ponta da língua — e na palma da mão.

FONTE ÚNICA DESTE CONTEÚDO

Textbook of Neonatal Resuscitation, 9ª edição

Neonatal Resuscitation Program® (NRP) · American Academy of Pediatrics, 2025 · Ed. Gary M. Weiner

60 segundos que definem a reanimação

A Cordão umbilical

RN que não precisa de reanimação imediata: clampeamento adiado por ≥ 60 s. O manejo do cordão nunca deve atrasar a ventilação.

B Avaliação rápida

A termo? Bom tônus? Respira ou chora? Um único “não” → berço de calor radiante.

C Passos iniciais

Aquecer, secar e posicionar a via aérea; estímulo tátil se apneia. **Sem aspiração de rotina** — inclusive no líquido meconial.

GATILHO PARA VPP

Apneia, gasping ou FC < 100 bpm com 1 min de vida → iniciar ventilação com pressão positiva.

VPP: o passo mais importante e mais eficaz

FiO₂ INICIAL POR IDADE GESTACIONAL

≥ 35 sem

21%

32–34 sem

21–30%

< 32 sem

≥ 30%

Ajuste pela oximetria pré-ductal (mão direita) até a SpO₂ alvo.

FR

30–60

ventilações/min

PIP INICIAL

25

cmH₂O

PEEP

5

cmH₂O, se usada

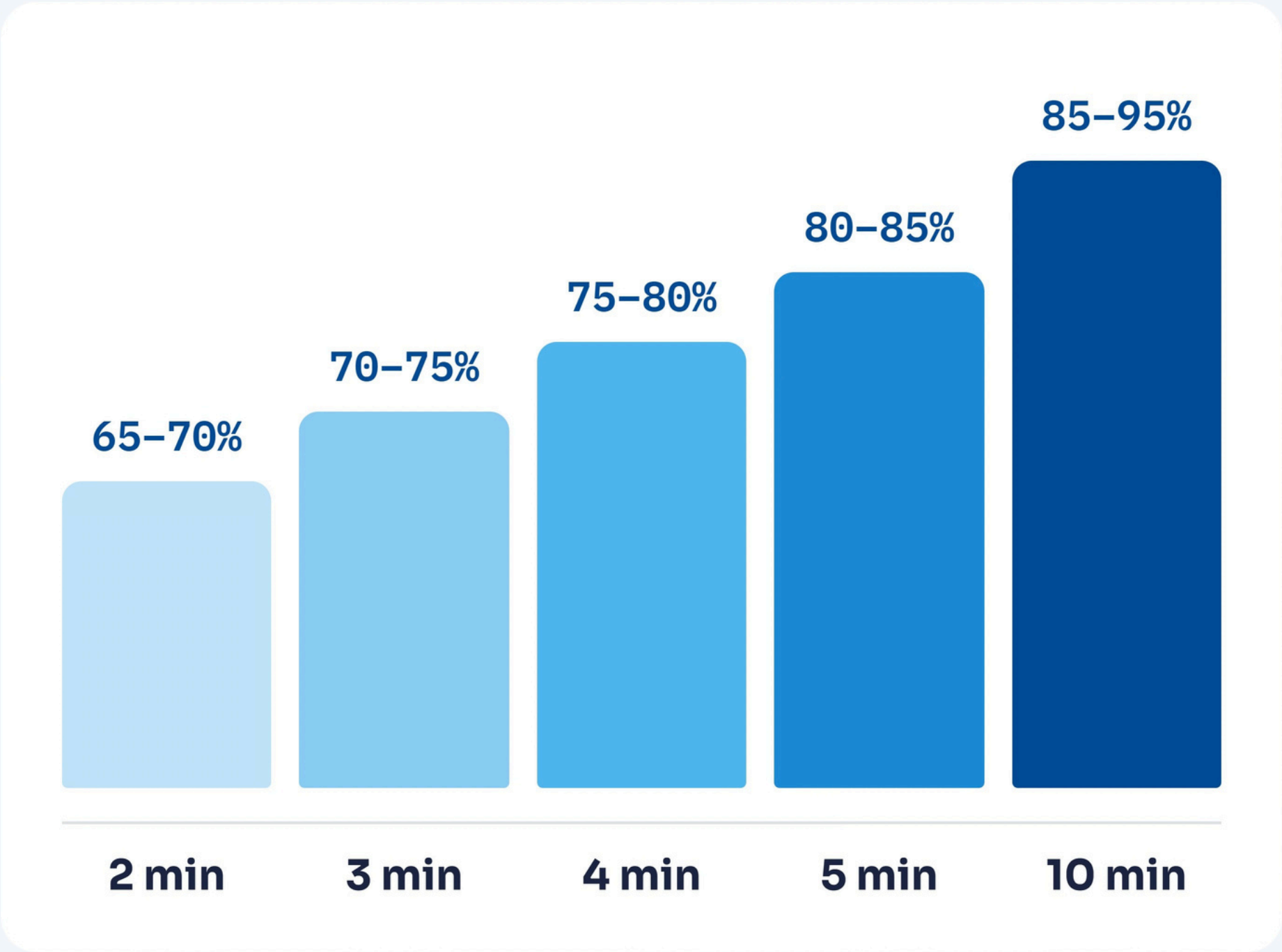
PIP aceitável: 25–30 cmH₂O no termo e IG ≥ 32 sem • 20–25 cmH₂O se IG < 32 sem.

MELHOR INDICADOR DE SUCESSO

FC em ascensão. Sem melhora em 15–30 s e sem expansão torácica → passos corretivos.

SpO₂ pré-ductal alvo, minuto a minuto

Sensor na mão direita. Cianose visual não é indicador confiável da saturação.



Monitore a oximetria quando houver previsão de reanimação, cianose persistente, oferta de O₂ suplementar ou necessidade de ventilação.

Tórax não expande? MR SOPA

M

Ajuste da máscara

R

Reposicionar cabeça e pescoço

S

Aspirar boca e nariz

O

Abrir a boca

P

Aumentar a pressão

A

Via aérea alternativa: tubo ou máscara laríngea

ESCALONAMENTO

**30
s**

FC < 60 bpm após ≥ 30 s de VPP que expande o tórax → **via aérea alternativa** e mais 30 s de ventilação.

**30
s**

Persistindo FC < 60 bpm → **FiO₂ 100%** e início das **compressões torácicas**.

VPP com máscara ou CPAP por mais de alguns minutos: inserir sonda orogástrica.

Tubo certo, em até 30 segundos

PESO	IG	TUBO (mm DI)
< 800 g	22–25 sem	2,5*
800–1.200 g	26–28 sem	2,5
1.201–2.200 g	29–34 sem	3,0
> 2.200 g	> 34 sem	3,5

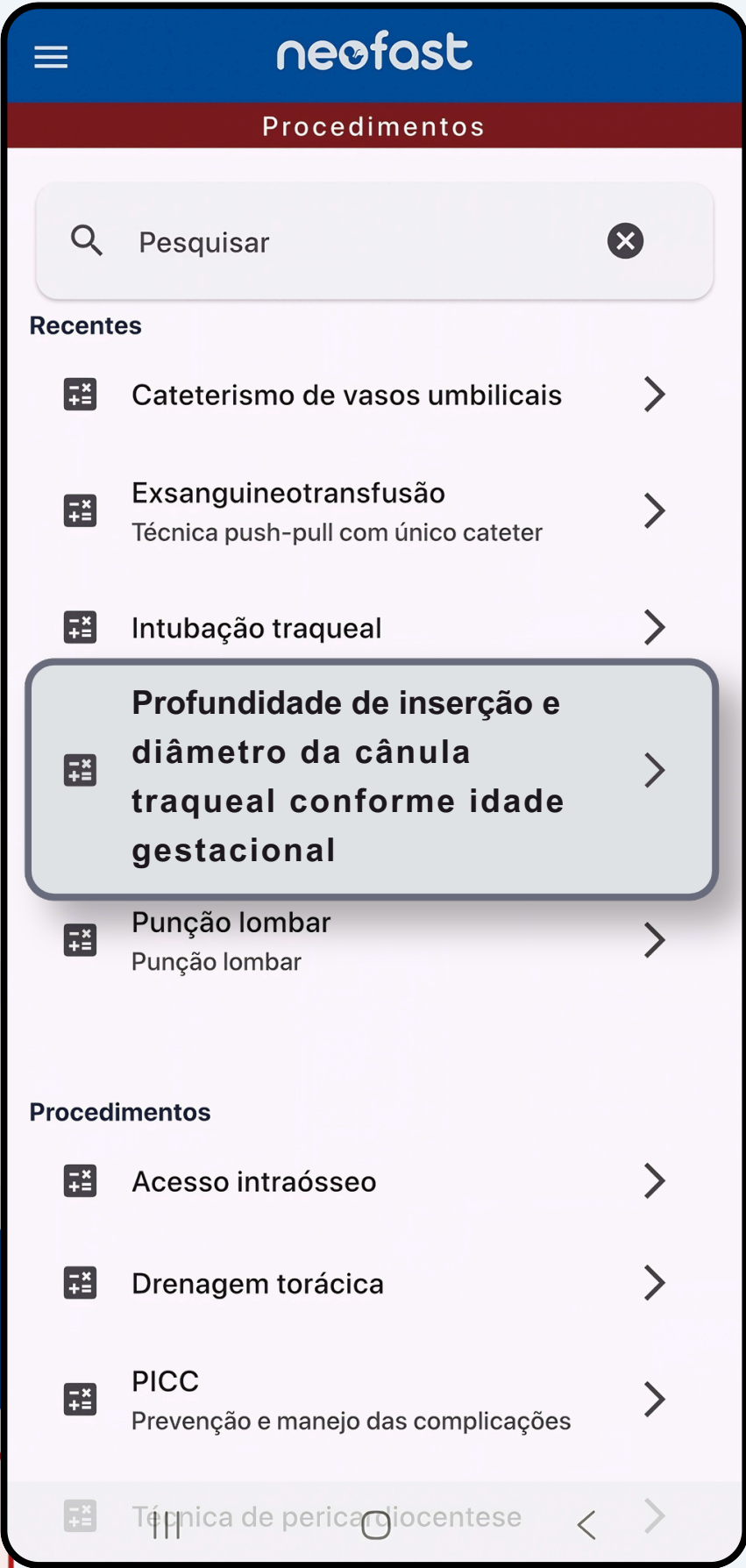
*Tubo 2,0 opcional pode ser considerado.

Lâmina Miller: nº 1 no termo · nº 0 no pré-termo (00 opcional no extremo).

Profundidade: distância nariz-trago + 1 cm, ou pela IG; confirmar com ausculta simétrica.

Confirmação primária: CO₂ exalado + FC em rápida ascensão.

Piorou após intubar? DOPE: deslocamento, obstrução, pneumotórax, falha do equipamento.



Só depois de uma ventilação que expande o tórax

Indicação: FC < 60 bpm apesar de ≥ 30 s de ventilação efetiva — idealmente por cânula traqueal (ou máscara laríngea se a intubação falhar).

3:1

90 compressões + 30 ventilações por minuto

“Um-e-dois-e-três-e-ventila”

Técnica: dois polegares no esterno, logo abaixo da linha intermamilar, mãos envolvendo o tórax.

Profundidade: $\sim 1/3$ do diâmetro anteroposterior.

Posição: compressor na cabeceira — libera acesso ao cateter umbilical.

100%

FiO₂ durante as compressões

60 s

reavaliar FC, de preferência com monitor cardíaco

≥ 60

bpm: suspender e manter VPP a 30–60/min

FC < 60 bpm após 60 s de compressões coordenadas → **acesso vascular e adrenalina**. Próximo slide.

Adrenalina: a conta que não pode errar

FC < 60 bpm após 30 s de ventilação efetiva + 60 s de compressões com O₂ 100%.

Concentração 0,1 mg/mL

EV / IO • VIA PREFERENCIAL

0,02 mg/kg

= 0,2 mL/kg · faixa 0,01–0,03 mg/kg
Seringa de 1 mL · em bolus rápido
Flush de 3 mL de SF · repetir a cada 3–5 min

ENDOTRAQUEAL • ENQUANTO SE OBTÉM ACESSO

0,1 mg/kg

= 1 mL/kg · faixa 0,05–0,1 mg/kg · seringa de 3–5 mL

Acesso imediato após o nascimento: veia umbilical. Sem resposta à via traqueal, doses seguintes por EV/IO.

neofast

Medicamentos

+

Epinefrina (Adrenalina)

▼

EV bolus

IM ou SC

1mg/mL

+

Peso (Kg)

2

+

Dose desejada (mg/kg/dose)

0,02

Dose sugerida: 0,001 a 0,1mg/kg/dose

Epinefrina (Adrenalina)

EV bolus - 1mg/mL

Dose	0,04mg
Intervalo	5/5min ACM
Diluição	
Retirar do frasco	1mL
Diluir com SF0,9%	9mL
Concentração final após diluição	0,1mg/mL
Dose após diluição	0,4mL
Dose após diluição	40 UI

FC segue < 60 bpm com adrenalina?

Pense em **hipovolemia** e **pneumotórax**.

EXPANSÃO VOLÊMICA

Indicação: sem resposta às etapas da reanimação e com sinais de choque ou história de perda sanguínea aguda.

DOSE

10 mL/kg

INFUSÃO

5–10 min

Solução: soro fisiológico ou concentrado de hemácias O Rh negativo

Via: EV ou IO • seringa de 30–60 mL identificada

QUANDO DISCUTIR A INTERRUPÇÃO

Ausência confirmada de FC após todas as etapas: ~20 min após o nascimento é um marco razoável — decisão individualizada, com equipe e família.

Intubou. E agora, como ventilar?

O RN reanimado segue para os cuidados pós-reanimação. No NeoFast, o módulo de Ventilação Mecânica continua de onde a sala de parto parou.

Configuração inicial

CPAP, cateter de alto fluxo, VNI, PCV, VCV, volume garantido, NAVA, VAF a jato e oscilatória

Alvos clínicos

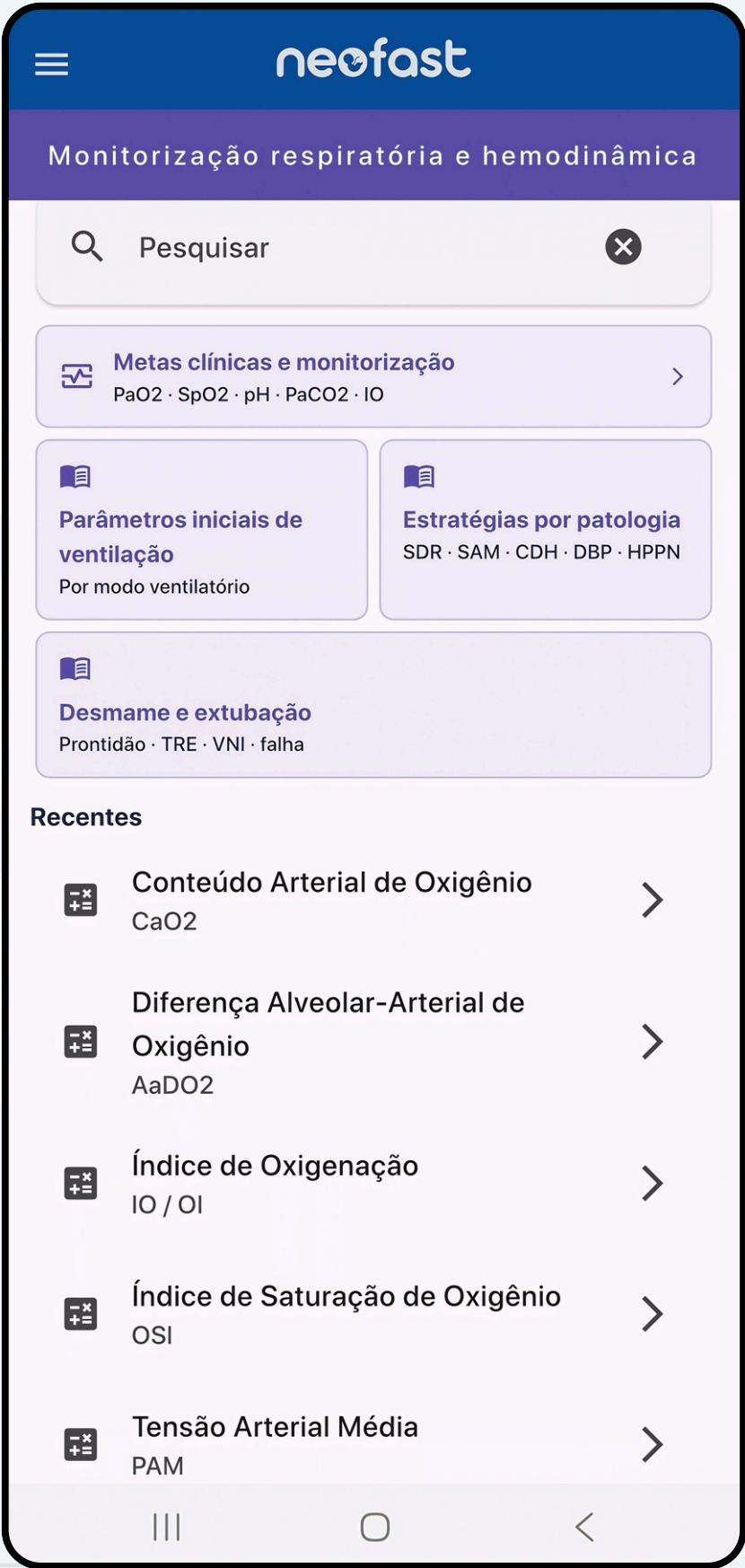
Metas de oxigenação e ventilação à mão

Estratégias por patologia e desmame

Do ajuste fino à extubação

Calculadoras respiratórias

IO, OSI, SpO_2/FiO_2 , PaO_2/FiO_2 , pressão média de vias aéreas, complacência e mais



neofast



Em todos os momentos. Principalmente nos críticos.

Quando cada segundo conta, a conta já vem pronta: doses pelo peso, intubação e ventilação mecânica no seu bolso.

- ✓ Medicações com dose e volume calculados
- ✓ Intubação: tubo, lâmina e sequência rápida
- ✓ Ventilação mecânica do ajuste ao desmame

SALVE E COMPARTILHE

Leve para o próximo plantão

ASSINE O NEOFAST

Link na bio .



Download on the
App Store



GET IT ON
Google Play

Conteúdo baseado exclusivamente no Textbook of Neonatal Resuscitation, 9ª ed. (AAP/NRP, 2025). Não substitui o julgamento clínico nem o treinamento NRP.