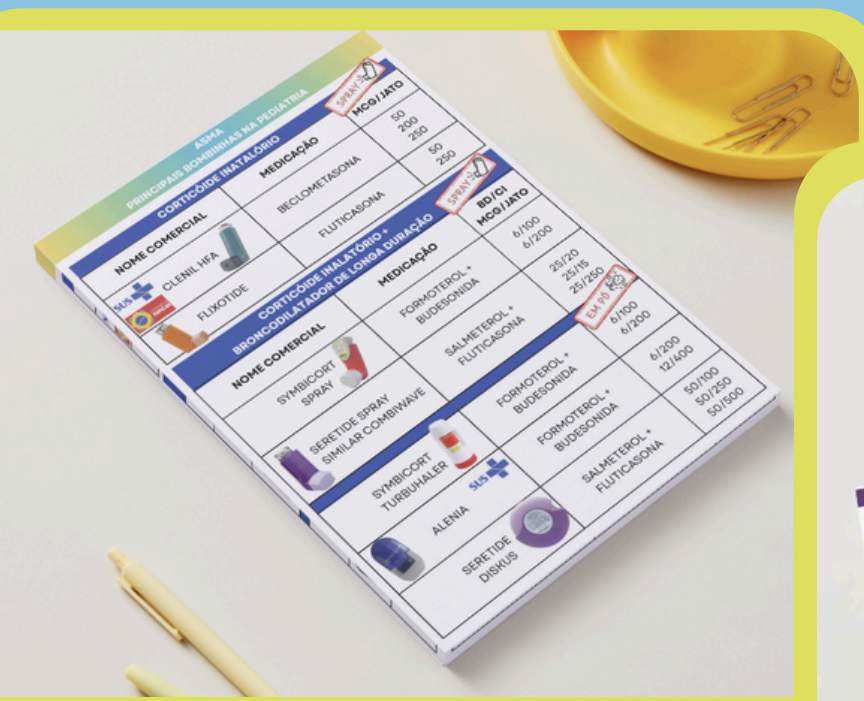
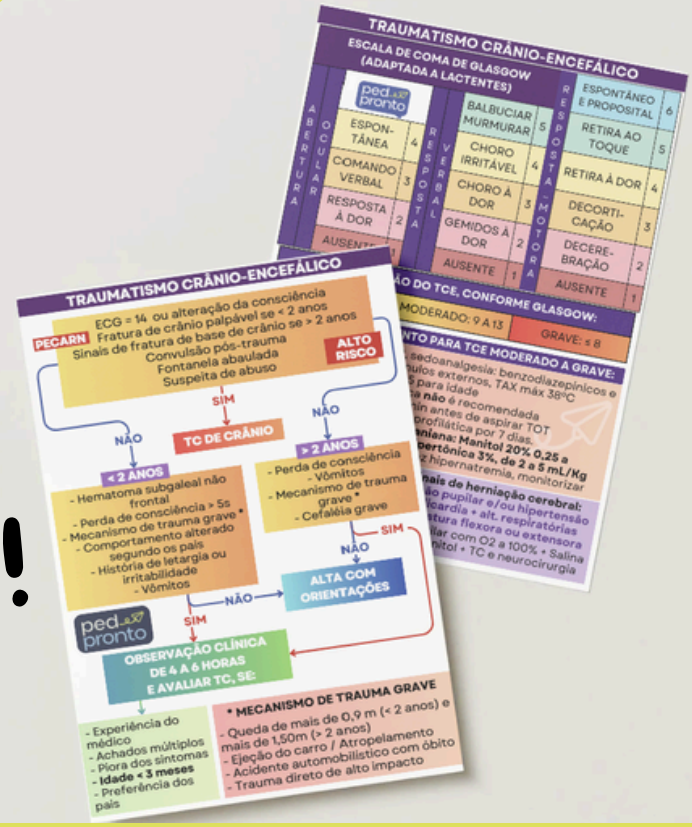
pedpronto

CATÁLOGO DE CARDS

PRATICIDADE NA HORA DE VERIFICAR DOSES E FLUXOGRAMAS 2.0





Novos modelos!

@PEDPRONTO

Em parceria com a Dra. Amanda Fogaça, pediatra atuante na área de urgências e emergências pediátricas, a PedPronto apresenta uma série exclusiva de cards práticos para pediatria.

Os materiais foram desenvolvidos para facilitar a tomada de decisão clínica no dia a dia, reunindo informações essenciais de forma rápida, objetiva e baseada em evidências.

Os cards estão separados por temas , são plastificados ou em forma de crachá e possuem frente e verso!

TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO

Novo!

FLUXOGRAMA AVALIAÇÃO/TRATAMENTO + ESCALA DE GLASGOW PARA LACTENTES

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

PECARN — **ALTO RISCO**

- ECG = 14 ou alteração da consciência
- Fratura de crânio palpável se < 2 anos
- Sinais de fratura de base de crânio se > 2 anos
- Convulsão pós-trauma
- Fontanela abaulada
- Suspeita de abuso

SIM → **TC DE CRÂNIO**

NÃO → **< 2 ANOS**

- Hematoma subgaleal não frontal
- Perda de consciência > 5s
- Mecanismo de trauma grave *
- Comportamento alterado segundo os pais
- História de letargia ou irritabilidade
- Vômitos

NÃO → **> 2 ANOS**

- Perda de consciência
- Vômitos
- Mecanismo de trauma grave *
- Cefaléia grave

SIM → **OBSERVAÇÃO CLÍNICA DE 4 A 6 HORAS E AVALIAR TC, SE:**

NÃO → **ALTA COM ORIENTAÇÕES**

- Experiência do médico
- Achados múltiplos
- Piora dos sintomas
- **Idade < 3 meses**
- Preferência dos pais

*** MECANISMO DE TRAUMA GRAVE**

- Queda de mais de 0,9 m (< 2 anos) e mais de 1,50m (> 2 anos)
- Ejeção do carro / Atropelamento
- Acidente automobilístico com óbito
- Trauma direto de alto impacto

TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ADAPTADA A LACTENTES)

Abertura ocular		Resposta verbal		Resposta motora	
ESPONTÂNEA	4	BALBUCIAR MURMURAR	5	ESPONTÂNEO E PROPOSITAL	6
COMANDO VERBAL	3	CHORO IRRITÁVEL	4	RETIRA AO TOQUE	5
RESPOSTA À DOR	2	CHORO À DOR	3	RETIRA À DOR	4
AUSENTE	1	GEMIDOS À DOR	2	DECORTICAÇÃO	3
		AUSENTE	1	DECEREBRAÇÃO	2
				AUSENTE	1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE, CONFORME GLASGOW:

LEVE: 14 A 15	MODERADO: 9 A 13	GRAVE: ≤ 8

1ª LINHA DE TRATAMENTO PARA TCE MODERADO A GRAVE:

- Cabeceira elevada 30°, sedoanalgesia: benzodiazepínicos e opióides, minimizar estímulos externos, TAX máx 38°C
- Manter PAS maior que p5 para idade
- Hiperventilação profilática **não** é recomendada
- Lidocaína 1 mg/kg - 3 a 5min antes de aspirar TOT
- Para TCE grave, **Fenitoína** profilática por 7 dias.
- Tratar **hipertensão intracraniana: Manitol 20% 0,25 a 1g/Kg em 30 min** ou **Salina hipertônica 3%, de 2 a 5 mL/Kg** em 10 a 20 min → Salina 3% faz hipernatremia, monitorizar

PIC alvo: < 20 mmHg

Alvo de pressão de perfusão cerebral:
≤ 5a: 40-50mmHg
5 a 17a: 50-60 mmHg

Se sinais de herniação cerebral:
Dilatação pupilar e/ou hipertensão + bradicardia + alt. respiratórias e/ou postura flexora ou extensora
Hiperventilar com O2 a 100% + Salina 3% ou manitol + TC e neurocirurgia

pedpronto

CRITÉRIOS DE PHOENIX

Novo!

CRITÉRIOS DE PHOENIX PARA CRIANÇAS + TABELA DE OXIGÊNIO/FIO2

ESCORE DE SEPSE DE PHOENIX EM CRIANÇAS - 2024

	0 PONTOS	1 PONTO	2 PONTOS
Respiratório 0-3 pontos	PaO_2: FiO_2 ≥ 400 ou SpO_2:FiO_2 ≥292 (SpO_2:FiO_2 usada apenas se SpO_2 ≤ 97%)	PaO_2:FiO_2<400 em qualquer suporte respiratório ou SpO_2:FiO_2<292 em qualquer suporte respiratório	PaO_2:FiO_2 100-200 e VMI ou SpO_2:FiO_2 148-220 e VMI
			3 PONTOS
			PaO_2:FiO_2<100 e VMI ou SpO_2:FiO_2<148 e VMI
	0 PONTOS	**1 PONTO**	**2 PONTOS**
Cardiovascular 0-6 pontos	Sem DVA Lactato: < 5 mmol/L	1 pt cada até 3 1 DVA Lactato: 5 - 10,9 mmol/L 2 pts cada até 6 ≥ 2 DVA	2 pontos cada até 6 ≥ 2 DVA Lactato: ≥ 11 mmol/L
Idade	Pressão arterial média, mmHg		
Até 1 m	> 30	17 - 30	< 17
1 a 11 m	> 38	25 - 38	< 25
1 a < 2a	> 43	31 - 43	< 31
2 a < 5a	> 44	32 - 44	< 32
5 a < 12a	> 48	36 - 48	< 36
12 a < 17a	> 51	38 - 51	< 38

ESCORE DE SEPSE DE PHOENIX EM CRIANÇAS - 2024

	0 PONTOS	1 PONTO	
Coagulação 0-2 pontos	Plaquetas ≥ 100 x 103/µL RNI ≤ 1,3 D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada até 2 Plaquetas < 100 x 103/µL RNI>1,3 D-dímero > 2 mg/L FEU Fibrinogênio < 100 mg/dL	
	0 PONTOS	**1 PONTO**	**2 PONTOS**
Neurológico 0-2 pontos	ECGlasgow > 10 Pupilas reativas	ECGlasgow ≤ 10	Pupilas fixas bilateralmente

PaO2: pressão parcial arterial de oxigênio; FiO2: fração inspirada de oxigênio; SpO2: saturação de pulso de oxigênio; VMI: ventilação mecânica invasiva; DVA: drogas vasoativas; RNI: razão normalizada internacional (tempo de atividade de protrombina do paciente/controle; ECGlasgow: escala de coma de Glasgow).

CRITÉRIO DE SEPSE DE PHOENIX

SEPSE	CHOQUE SÉPTICO
INFECÇÃO SUSPEITADA E PSS ≥2 PONTOS	SEPSE COM ≥1 PONTO NO ESCORE CARDIOVASCULAR

FLUXO EM L/MIN = FIO2

1	24%	5	40%	9	56%	13	72%
2	28%	6	44%	10	60%	14	76%
3	32%	7	48%	11	64%	15	80%
4	36%	8	52%	12	68%		

pedpronto

DROGAS VASOATIVAS

Novo!

EFEITO / USO CLÍNICO / DOSE / CÁLCULO E DILUIÇÃO PARA AVC E AVP

DROGAS VASOATIVAS

pedpronto

DROGA	RECEPTORES			EFEITO	USO CLINICO	EFEITOS COLATERAIS
	A-1	B-1	B-2			
EPINEFRINA	+++	+++	++	DOSE DEPENDENTE BAIXA: ↑ CONTRATILIDADE E FC DC ↑↑, RVS ↓ ALTA: ↑ RVS	CHOQUE, ICC, BRADICARDIA SINTOMATICA	ARRITMIA VENTRICULAR HIPERTENSÃO GRAVE ISQUEMIA CARDIACA MORTE SUBITA
NOREPINEFRINA	+++	++	0	VASOCONSTRIÇÃO POTENTE, INOTRÓPICO (MENOS POTENTE) RVS ↑↑, DC ↔/↑	CHOQUE	ARRITMIAS BRADICARDIA ISQUEMIA PERIFERICA HIPOTENSÃO
DOBUTAMINA	0/+	+++	++	INOTROPO POTENTE, CRONOTROPO FRACO, VASODILATAÇÃO LEVE, VASOCONSTRIÇÃO ↑ PROPORCIONAL AO AUMENTO DA INFUSÃO	BAIXO DC BRADICARDIA SINTOMATICA	TAQUICARDIA ARRITMIAS VENTRICULARES HIPERTENSÃO HIPOTENSÃO
MILRINONE	INIBIDOR SELETIVO DA FOSFODIES-TERASE-3			AUMENTA CONTRATILIDADE MIOCARDICA DC ↑↑, RVS ↓	BAIXO DC	ARRITMIAS VENTRICULARES HIPOTENSÃO ISQUEMIA CARDIACA TORSADE DE POINTES

DROGAS VASOATIVAS

	DOSE (MCG/KG/MIN) MÁX. MÁXIMA	AC. VENOSO CENTRAL	AC. VENOSO PERIFÉRICO	
			CÁLCULO	DILUIÇÃO
EPINEFRINA AP.: 1 MG/ML EST.: 24 H	0,05 A 0,2 CONC. MÁX: 64 MCG/ML (6 ML : 94 ML)	PESO X DOSEX1440 / 1000	PESO X DOSE **X 3** = VAZÃO (EM ML/H)	20 MCG/ML = DILUIR 2 ML EM 100 ML DE SG5%
NOREPINEFRINA AP.: 1 MG/ML EST.: 24 H	0,05 A 1 CONC. MÁX: 100 MCG/ML (1 ML : 10 ML)	PESO X DOSEX1440 / 1000	PESO X DOSE **X 3,75** = VAZÃO (EM ML/H)	16 MCG/ML = DILUIR 4 ML EM 250 ML DE SG5%
DOBUTAMINA AP.: 12,5 MG/ML EST.: 24 H	2 A 20 CONC. MÁX: 5000 MCG/ML (20ML : 50ML)	PESO X DOSEX1440 / 12500	PESO X DOSE **X 0,06** = VAZÃO (EM ML/H)	1000 MCG/ML = DILUIR 20 ML EM 250 ML DE SG5% OU SF0,9%
MILRINONE AP.: 1 MG/ML EST.: 24 H	0,25 A 0,75 CONC. MÁX: 200 MCG/ML (10 ML : 50 ML)	PESO X DOSEX1440 / 1000	PESO X DOSE **X 0,6** = VAZÃO (EM ML/H)	100 MCG/ML = DILUIR 10 ML EM 100 ML DE SG5% OU SF0,9%

pedpronto

DISTÚRBIOS DE CÁLCIO E SÓDIO

Novo!

HIPO E HIPERNATREMIA / HIPO E HIPERCALCEMIA / QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO

Cálcio — DISTÚRBIOS DE ELETRÓLITOS

HIPOCALCEMIA (< 8mg/dL | Cai <1mEq/L)

GliCa 10% 0,465 mEq/mL
CaCl2 10% 1,36 mEq/mL

Quadro clínico: - Neuromusculares: fraqueza, espasmos musculares, clônus, parestesia, sinais de Chvostek e Trousseau, hiper-reflexia e convulsões

- Cardíacos: prolongamento do intervalo QT e bloqueios, bradicardias, hipotensão e parada cardiorrespiratória.

- Bronco e laringoespasmo

Tratamento:

I) Assintomáticos: Gluconato de Cálcio 10%, via oral
- Dose: 4 a 8 ml/Kg/dia (Máx: 60ml/dia) por 3 a 4 dias

II) Sintomáticos: 1. ECG + Monitorização contínua
2. Gluconato de Cálcio 10% - 1ml/kg/dose
-- Diluição: 10-50mg/mL (1:1 = 50mg/mL) | Máx: 2000 mg
-- IV lenta, em 10 a 30 minutos, veloc máx: 100 mg/min
-- Adultos: 100 a 300mg de Ca elementar em 5 a 10 min
3. Após a correção rápida = correção lenta em 24h
-- Gluconato de Cálcio 10%: 2 a 4 ml/kg/dia em 24h

HIPERCALCEMIA (> 10,5 mEq/L | Cai > 2,7 mEq/L)

Quadro clínico: Astenia, anorexia, fadiga, mal-estar | Renal: litíase, hematúria, nefrite, poliúria e polidipsia, nefrocalcinose | Cardiovascular: hipertensão arterial, arritmias e bradicardia sinusal | Gastrointestinal: constipação intestinal, dor abdominal | Cutâneo: prurido, calcificação metastática | Esquelético: fraturas e dor óssea | SNC: transtornos psiquiátricos, coma

Tratamento:
- 1ª linha: HV vigorosa + induzir calciurese: SF 0,9% 10 a 20ml/kg/h (ou 1L/1,73m²/h) + Adicionar Furosemida 1 a 2 mg/Kg/dose a cada 2 a 4 horas **após correção da volemia.** Monitorizar potássio e magnésio.
- Bifosfonato EV: Pamidronato 0,5-1 mg/kg (Máx: 90mg)
- Considerar: Calcitonina; Corticosteroides se mediado por Vitamina D
- **Medidas adicionais:** Restrição dietética de Cálcio; suspender Vitamina D; evitar mobilização prolongada; investigar e tratar causa subjacente.

Sódio — DISTÚRBIOS DE ELETRÓLITOS

HIPONATREMIA (<135 mEq/L)

NaCl 10% 1,7 mEq/mL
NaCl 20% 3,4 mEq/mL

Quadro clínico: Irritabilidade, cefaleia, náuseas, perda de reflexos tendinosos profundos, letargia, confusão, convulsões e coma.

Tratamento: 1. Tratar causa base + 2. Corrigir a volemia + 3. Se grave (<120 mEq/L) ou sintomas:

A correção é feita com: NaCl 3% (0,5mEq/mL)

- Se convulsões (HIC) = Correção em 10 a 15min

1. **NaCl 3%**
NaCl 10%----30 mL
AD----------70 mL

2. Dose: 3 a 5 mL/Kg = 2,5 a 4 mEq/L

- Outros sintomas = Correção em 24 horas

Na+ = (Na+ desejado – Na+ encontrado) X 0,6 X peso

*Peso em Kg *Na+ desejado = 120 mEq/L se crônicos ou 130 mEq/L se agudos (<48h)

OU Dose: Até 10 mL/Kg de NaCl 3% em 24 horas = Até 8 mEq/L em 24h (máximo)

HIPERNATREMIA (> 150 mEq/L)

Quadro clínico: Irritabilidade, hiper-reflexia, tremores, tetania, convulsões, coma, congestão sistêmica, hemorragias intracranianas, arritmias cardíacas.

Tratamento: Reposição do déficit de água livre (DAC):

DAC = [(Na encontrado ÷ 140) – 1] X 0,6 X peso

*Peso em Kg
- Resultado em litros de SG5%, acrescentado ao soro de manutenção para pacientes normovolêmicos

LIMITE MÁXIMO DE CORREÇÃO:
- Redução: 08 a 10 mEq/L em 24h
- Velocidade de queda: 0,5 mEq/L/h

Síndrome Desmielinizante Osmótica

pedpronto

DISTÚRBIOS DE POTÁSSIO

Novo!

HIPO E HIPERPOTASSEMIA / QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO

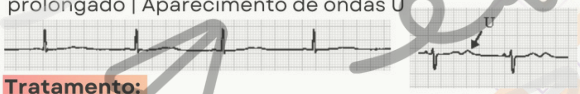
DISTÚRBIOS DE ELETRÓLITOS — Potássio

HIPOCALEMIA (<3,5 mEq/L)

KCl 10% 1,34 mEq/mL
NaCl 19,1% 2,56 mEq/mL

Quadro clínico: Letargia, irritabilidade, confusão, depressão, parestesias, fasciculações, hipotensão postural, palpitação, arritmias cardíacas, náuseas, vômito, distensão abdominal, íleo paralítico, poliúria, polidipsia

Alterações do ECG: Onda T -> redução da amplitude ou invertida | Segmento ST -> depressão | Intervalo PR -> prolongado | Aparecimento de ondas U



Tratamento:

*Se associado à acidose, usar Citrato de potássio
*Se assoc. à hipofosfatemia, usar Fosfato de potássio

I) Leve (2,5 a 3,5 mEq/L): 2 a 4 mEq/Kg/dia, via oral
- KCl 6% (xarope) 0,8mEq/mL ou Comp 600mg/8 mEq

II) Moderada ou Grave (<2,5 mEq/L): ECG + Repor EV
- Se AVP: 40 a 60 mEq/L
- Se AVC: 100 mEq/L (em média 80mEq/L)
- Velocidade de infusão máxima: 0,5 a 1 mEq/kg/h
- Repetir dosagem sérica em no máximo 6h

Dose: 0,3 a 0,5 mEq/Kg/h

Cálculo para K em mEq: **Dose x Peso x horas**

EXEMPLO: K: 2,4 | Peso: 4,5 Kg | AVC

1. 0,4 x 4,5 x 4 = 7,2 mEq
2. Volume de KCl 10%: 7,2 ÷ 1,34 = **5** mL
3. Diluição (SF 0,9%): 80 mEq --- 1000 mL; 7,2 mEq --- x -> x = 90 mL

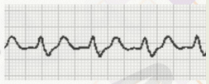
Prescrição: KCl 10% ---- **5** mL; SF 0,9% ---- 85 mL; VT: **90** mL em 4 horas

pedpronto

DISTÚRBIOS DE ELETRÓLITOS — Potássio

HIPERCALEMIA (> 5 mEq/L)

Quadro clínico: Câibras, parestesias, paralisia, tetania, deficits neurológicos focais.
Alterações do ECG: OndaT em tenda | Onda P ausente | QRS: Prolongamento progressivo até fibrilação vent. e assistolia.



Tratamento:

I) **Leve** (6 a 8 mEq/L + ECG normal): Furosemida 1mg/kg
→ Manutenção: 0,5 a 4 mg/Kg/dia

II) **Moderada** (6 a 8 mEq/L) **a grave** (> 8 mEq/L):

1. Estabilizar a membrana cardíaca		
Cl. de Ca 10%	0,25 a 0,5 mL/Kg	EV em 5 a 10 minutos
Gluc. de Ca 10%	0,5 a 2 mL/Kg	EV em 5 a 10 minutos
2. Aumento da troca transcelular		
Bic. de Na	1 a 2 mEq/Kg	EV em 10 a 15 minutos
Solução Polarizante	0,1 UI/Kg de insulina + 0,5 g/Kg de glicose em 30 min	
Agonistas beta-adrenérgicos: Salbutamol		
3. Remoção de potássio corporal:		
Sorcal	0,5 a 1 g/Kg	VO ou VR, a cada 6h
Kayexalate	1 g/Kg	VO ou VR, a cada 6h
Furosemida	1 mg/Kg	EV, a cada 6 h
Diálise		

pedpronto

HEMODERIVADOS ESPECIAIS

Novo!

FILTRADOS / IRRADIADOS / LAVADOS / FENOTIPADOS / AQUECIDOS

HEMOCOMPONENTES ESPECIAIS

FILTRADOS / DESLEUCOCITADOS

- Remoção de **leucócitos** de um componente celular (**hemácias ou plaquetas**)
- **Principais indicações**: Politransfundidos (profilaxia de reação transfusional febril não hemolítica (RFNH), pacientes candidatos a transplante, prevenção de infecção por CMV

IRRADIADOS

- Irradiação gama em hemocomponentes celulares (**hemácias ou plaquetas**), impossibilitando a proliferação de linfócitos
- **Principais indicações**: Prevenção de doença enxerto *versus* hospedeiro, pacientes candidatos a transplante de medula óssea

LAVADOS

- Lavagem com solução isotônica de cloreto de sódio estéril dos hemocomponentes celulares (**hemácias ou plaquetas**), para eliminar a maior quantidade de plasma possível
- **Indicações**: 1. Reações alérgicas **graves** não evitadas com uso de medicamentos.
2. Deficientes de IgA, haptoglobina ou transferrina com história prévia de **anafilaxia** em transfusões anteriores.

FENOTIPADOS

- Detecção dos antígenos presentes na superfície das células, mais comumente usado para **hemácias**.
- **Indicações**: 1. Sexo feminino, idade fértil, PAI (Anticorpos antieritrocitários irregulares) negativa; 2. Paciente PAI positivo; 3. PAI negativos que poderão entrar em esquema de transfusão crônica

AQUECIDOS

- Aquecimento em temperatura controlada
- **Contra-indicado** em componentes plaquetários, por comprometer a função.

pedpronto

HEMOCOMPONENTES ESPECIAIS

	INDICAÇÕES
FILTRADO	Hemoglobinopatias | Anemias hemolíticas hereditárias com 2 ou mais Reações transfusionais febris não hemolíticas | Candidatos a TMO | Doenças onco-hematológicas graves | Doença plaquetária | Prevenção de CMV (SE negativo para CMV + HIV positivo ou transplante) | RNPT e BP de mães CMV negativo ou desconhecido
IRRADIADO	Exsanguineo-transfusão, quando transfusão uterina prévia | RN < 28 sem e/ou < 1200g | Pós-TMO ou célula progenitora hematopoiética (CPH) | Tratados com análogos de purina; fludarabina, cladribine, deoxicoformicina | Receptor de transpl. de tumor sólido em uso de imunossupressor | Receptor de CPHLA compatíveis | Receptor com grau de parentesco com doador
FILTRADO E IRRADIADO	Sínd. de imunodeficiência congênita | Anemia aplástica | Leucemia mielóide aguda | Linfomas | Tumores sólidos | Transfusão intrauterina em mães não reativas para CMV
AQUECIDO	Adulto com vel. de infusão > 15mL/Kg/h por mais de 30 min | Criança com vel. de infusão > 15mL/Kg/h | Transfusões maciças | Altos títulos de anticorpo hemolítico frio | Portadores de Fenômeno de Raynaud | Exsanguineo-transfusão

pedpronto

SIND. RESPIRAT. AGUDA GRAVE

Novo!

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E USO DE OSELTAMIVIR / DOSE DE OSELTAMIVIR POR PESO E IDADE

SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE

SINDROME GRIPAL COM SUSPEITA DE INFLUENZA

Febre, de inicio súbito (mesmo que referida) + tosse ou dor de garganta + pelo menos um: mialgia, cefaleia ou artralgia

* Em < 2anos: Febre + tosse, coriza e obstrução nasal são suficientes

pedpronto

↓

TEM SINAIS DE GRAVIDADE?

- Dispnéia
- Desconforto respiratório
- Saturação de O2 ≤ 94%
- Exacerbação de doença preexistente

* Em crianças: BAN, tiragem, cianose, desidratação e inapetência

NÃO →

SÍNDROME GRIPAL

FATORES DE RISCO?

Indígena | <5 anos | Pneumopatas | Asma | Comorbidades | Obesidade | Tuberculose

NÃO → **SINTOMÁTICOS E ACOMPANHAMENTO**

SIM → **- OSELTAMIVIR - SINTOMÁTICOS - ACOMPANHAMENTO**

SIM →

SRAG

INDICAÇÃO DE UTI?

- Choque
- Disfunção de órgãos vitais
- Insuf. respiratória
- Instab. hemodinâmica

NÃO → **- OSELTAMIVIR - SUPORTE (O2 E HV) - NOTIFICAÇÃO**

SIM → **- OSELTAMIVIR - SUPORTE DE ACORDO COM GRAVIDADE - UTI - NOTIFICAÇÃO**

OSELTAMIVIR

DISPONÍVEL NO SUS (CÁPSULAS) : 30MG, 45MG E 75 MG

- Maior benefício clínico quando iniciado **até 48 horas** do início dos sintomas
- Indicado **até o 5º dia** do início do quadro

TRATAMENTO = 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS

FAIXA ETÁRIA	OBS	POR DOSE
MENOR DE 1 ANO	0 A 8 MESES	3 MG/KG
	9 A 11 MESES	3,5 MG/KG
MAIOR DE 1 ANO	≤ 15 KG	30 MG
	> 15 A 23 KG	45 MG
	> 23 A 40 KG	60 MG
	> 40 KG	75 MG
RECÉM-NASCIDO	< 38 SEM	1 MG/KG
	38 A 40 SEM	1,5 MG/KG
	> 40 SEM	3 MG/KG

ORIENTAÇÃO DE DILUIÇÃO PELO MS: OSELTAMIVIR 75MG

- Diluir o conteúdo de uma cápsula de 75 mg em 7,5 mL de água fria filtrada ou fervida para preparar uma solução de 10mg/mL de Oseltamivir, e prescrever:

< 3meses	1,2 mL	10-14 Kg	3,0 mL
3 a 5 m	2 mL	15 a 23 Kg	4,5 mL
6 a 11 m	2,5 mL	23 a 40 Kg	6,0 mL

pedpronto

TERAPIA NUTRICIONAL

Novo!

INTERNADOS CRÍTICOS OU NÃO / GASTO ENERGÉTICO BÁSICO OMS E SHOFIELD / META PROTÉICA POR IDADE

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES INTERNADOS

PACIENTE CRÍTICO?
- Uso de DVA
- Ventilação mecânica
- Instabilidade hemodinâmica

SIM

INICIAR NAS PRIMEIRAS 24-48 HORAS DA ADMISSÃO NA UTIP

1 QUAL DIETA PRESCREVER:
- Preferência para dieta polimérica normocalórica para idade.
- Reservar as dietas oligoméricas e elementares para populações específicas (p.ex: intolerância a lactose, diarreia volumosa, APLV)
- Reservar as dietas hipercalóricas para populações específicas (p.ex: cardiopatas, restrição hídrica)

2 QUAIS AS NECESSIDADES CALÓRICAS ?
- Utilizar equações de **Schofield ou FAO/OMS**
- Ofertar pelo menos, 2/3 das necessidades calóricas diárias prescritas até o final da primeira semana na UTIP.
- Ingesta proteica mínima de 1,5 g/Kg/dia

3 POSIÇÃO DA SONDA ENTERAL:
- Preferível a **via gástrica**
- Usar a via pós pilórica em populações específicas (p.ex.: DRGE, intolerância gástrica)

NÃO

- **DAR PREFERÊNCIA PARA VIA ORAL OU ENTERAL**
- **CALCULAR META PROTEICA PARA IDADE**
- **CONSIDERAR ESTADO NUTRICIONAL PRÉVIO**

TRIAGEM INICIAL

ANTROPOMETRIA + CURVAS DE CRESCIMENTO (definir o estado nutricional de acordo com o IMC/Idade) + SCORE DE RISCO NUTRICIONAL (**STRONG KIDS**).

IMUNONUTRIÇÃO

(glutamina, arginina, nucleotídeos, ácidos graxos, fibras, antioxidantes, selênio, cobre e zinco)
Não deve ser utilizada em pacientes sépticos criticamente doentes, mas pode ser considerada em pacientes em perioperatório ou com lesões traumáticas.

CAPACIDADE GÁSTRICA

Peso x 30 = volume máximo em mL

pedpronto

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES INTERNADOS

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO BASAL (GEB) EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

EQUAÇÃO	IDADE (ANOS) MASC	GEB (KCAL/KG/DIA)	IDADE (ANOS) FEM	GEB (KCAL/KG/DIA)
FAO/OMS	0-3	60,9 X P - 54	0-3	61 X P - 51
	3-10	22,7 X P + 495	3-10	22,4 X P +499
	10-18	12,2 X P + 746	10-18	17,5 X P + 651
SCHOFIELD	0-3	0,167 X P + 1517,4 X E - 617,6	0-3	16,25 X P + 1023,2 X E - 413,5
	3-10	19,6 X P + 130,3 X E + 414,9	3-10	16,97 X P + 161,8 X E + 371,2
	10-18	16,25 X P + 137,2 X E + 515,5	10-18	8,365 X P + 465 X E + 200

Legenda - P: peso; E: estatura. Fonte: adaptado de FAO/WHO (1985) e Schofield (1985)

METAS PROTEICAS POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	META PROTEICA HABITUAL (g/Kg/dia)
RN Pré-termo	3,5 - 4,0 g/Kg/dia
RN Termo	2,0 - 3,0 g/Kg/dia
Lactente (1 mês a 1 ano)	2,0 - 3,0 g/Kg/dia
Crianças (1 ano a 10 anos)	1,5 - 2,0 g/Kg/dia
Adolescentes	1,0 - 1,5 g/Kg/dia
Adulto saudável hospitalizado	1,0 - 1,2 g/Kg/dia
Adulto crítico / UTI	1,3 - 2,0 g/Kg/dia

DISPONÍVEL APENAS EM TAMANHO A6!

pedpronto

FÓRMULAS INFANTIS

Novo!

MENORES E MAIORES DE 1 ANO / ELEMENTARES, SEMI-ELEMENTARES E POLIMÉRICAS / CALORIAS, PROTEINAS, CARBOIDRATOS E LIPIDIOS

TERAPIA NUTRIC. ENTERAL - FÓRMULAS INFANTIS < 1 ANO

Proteínas, carboidratos e lipídeos em gramas

Valores por 100ml	KCAL	PROT	CARB	LIP
FÓRMULA DE PARTIDA PARA TERMO (< 6 MESES)				
Aptamil 1 Profutura (Danone)	68	1,3	7,4	3,5
Nan Comfor 1 (Nestlé)	67	1,2	7,2	3,7
Aptamil 1 Profutura Gold (Danone)	67	1,3	7,1	3,5
NAN Supreme 1 (Nestlé)	67	1,2	7,8	3,4
FÓRMULA DE SEGUIMENTO (> 6 MESES)				
Aptamil 2 Profutura (Danone)	68	1,4	8,4	3,1
NAN Comfort 2 (Nestlé)	67	1,3	8,5	3,1
Aptamil2 Profutura Gold (Danone)	68	1,4	8,4	3,1
NAN Supreme 2 (Nestlé)	67	1,5	8	3,2
FÓRMULA ELEMENTAR				
Alfamino (Nestlé)	66	1,8	7,3	3,3
Neocate LCP (Danone)	67	1,9	7,4	3,4
FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR				
Aptamil Pepti (Danone) Contém lactose	69	1,6	7,5	3,5
Pregomin Pepti (Danone)	66	1,8	6,9	3,5
Pregomin Plus (Danone)	101	2,6	11	5,1
Alfaré (Nestlé)	67	1,9	7,3	3,4
FÓRMULA HIPERCALÓRICA DE 0 A 12 MESES				
Infatrini (Danone)	101	2,6	10	5,4

ELEMENTAR: Totalmente hidrolisado (aminoácidos livres); SEMI-ELEMENTAR: Parcialmente hidrolisado (peptídeos); POLIMÉRICA: Macronutrientes em forma integral (proteína íntegra)

TERAPIA NUTRIC. ENTERAL - FÓRMULAS INFANTIS > 1 ANO

Proteínas, carboidratos e lipídeos em gramas

Valores por 100ml	KCAL	PROT	CARB	LIP
FÓRMULA POLIMÉRICA DE 1 A 10 ANOS				
Isosource Junior (Nestlé)	103	3,5	15	3,2
Trophic Infant (Prodiet)	100	3,1	13	3,9
Frebini Original (Frenesius)	100	2,5	13	4,4
PediaSure (Abbott)	100	3	13	3,9
FÓRMULA POLIMÉRICA E HIPERCALÓRICA PARA > 1 ANO				
Nutrini Energy Multi fiber (Danone)	150	4,0	19	6,7
Frebini Energy (Frenesius)	150	3,8	19	6,7
Fortini Plus Multi fiber (Danone)	150	3,3	19	6,8
FÓRMULA ENTERAL HIPERPROTEICA				
Cubison (Danone)	100	5,6	13	3,1
FÓRMULA HIDROLISADA NORMOCALÓRICA				
Peptamen Junior (Nestlé)	100	3,1	15	3,1
FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR NORMOCALÓRICA				
Nutrini Pepti (Danone)	102	2,9	14	3,9
FÓRMULA ELEMENTAR				
Neoadvance (Danone)	100	2,8	12	4,6
Neoforte (Danone)	127	3,9	14	5,9
SUPLEMENTO HIPERPROTEICO E HIPERCALÓRICO PARA > 10 ANOS				
Novasource Proline (Nestlé)	150	10	16,5	4,9
Nutridrink Protein (Danone)	150	9,2	17	5,2

Atualizado em: Junho 2026

DISPONÍVEL APENAS EM TAMANHO A6!

pedpronto

PRINCIPAIS BOMBINHAS

Novo!

NOME COMERCIAL / MEDICAÇÃO / CONCENTRAÇÃO (MCG/JATO) / LIMPEZA DO ESPAÇADOR E MÁSCARA

ASMA
PRINCIPAIS BOMBINHAS NA PEDIATRIA

CORTICOIDE INATALÓRIO (SPRAY)

NOME COMERCIAL	MEDICAÇÃO	MCG/JATO
CLENIL HFA	BECLOMETASONA	50 200 250
FLIXOTIDE	FLUTICASONA	50 250

CORTICÓIDE INALATÓRIO + BRONCODILATADOR DE LONGA DURAÇÃO (SPRAY)

NOME COMERCIAL	MEDICAÇÃO	BD/CI MCG/JATO
SYMBICORT SPRAY	FORMOTEROL + BUDESONIDA	6/100 6/200
SERETIDE SPRAY SIMILAR COMBIWAVE	SALMETEROL + FLUTICASONA	25/20 25/15 25/250
EM PÓ		
SYMBICORT TURBUHALER	FORMOTEROL + BUDESONIDA	6/100 6/200
ALENIA	FORMOTEROL + BUDESONIDA	6/200 12/400
SERETIDE DISKUS	SALMETEROL + FLUTICASONA	50/100 50/250 50/500

ASMA
PRINCIPAIS BOMBINHAS NA PEDIATRIA

BRONCODILATADOR DE CURTA DURAÇÃO (SPRAY)

NOME COMERCIAL	MEDICAÇÃO	MCG/JATO
AEROLIN AEROFRIN AERODINI AEROLGOLD	SALBUTAMOL	100
CLENIL COMPOSITUM HFA	SALBUTAMOL + BECLOMETASONA	100/50

VAZIA OU CHEIA?

Cilindro fica na superfície **VAZIA**

Cilindro afunda **CHEIA**

LIMPEZA DO ESPAÇADOR

Peças desmontadas de molho em água em temperatura ambiente com 2 a 3 gotas de detergente neutro por 15 a 30 minutos. Depois lavar em água corrente. Secagem natural.

- Pelo menos 1x/ semana
- Não usar esponjas ou escovas
- Cuidado para não perder as válvulas plásticas

Programa farmácia popular - Pague Menos
Atualmente nesses locais:

- Av. André Araújo, 72, Aleixo
- Av. João Valério/Djalma Batista, 280, Chapada
- Av. Autaz Mirim, 5981, São José
- Av Brasil, 2395, Compensa

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

DISPONÍVEL APENAS EM TAMANHO A6!

pedpronto

ASMA

ATUALIZADO!

FLUXOGRAMA DA CRISE ASMÁTICA

EXACERBAÇAO DE ASMA

AVALIAÇÃO INICIAL
A - B - C

→ **CRISE DE ASMA?**
Outras causas:, ICC, pneumotórax, anafilaxia...

SIM

AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE
Considerar o pior sinal clínico

pedpronto

LEVE / MODERADO
Frases completas / Sem agitação /FR aumentada ou não / Uso de musc. acessória ou não
$SatO_2$ em AA:
Leve: >94% | Mod: > 92%
PEF > 50-70% do previsto

- **Salbutamol jato:**
- **Leve**: 1x, pode repetir em 30-60 min
ou **em > 6 anos:**
Budesonida + Formoterol
- **Mod**: até 3x SN de 20/20 ou 30//30 min
- **Moderados:**

+ Alvo de Sat: 92-95%
+ Ipratrópio (até 3x)
+ Corticóides VO

↓

Se deterioração, tratar como grave e avaliar para UTI

GRAVE
Não fala, posição tripé / Agitação / FR >30 irpm
Uso de musc. acessória
Tórax silencioso
$SatO_2$ < 92% em AA
PEF < 50% do previsto
RISCO IMINENTE DE MORTE:
Alteração mental, cianose

Se Anafilaxia: Epinefrina IM

- **Salbutamol jato:**
- Até 3x SN de 20/20 ou 30/30 min

+ Ipratrópio (até 3x)
+ Alvo de Sat: 92-95%
+ Corticóides VO ou EV
+ Considerar Sulfato de Magnésio EV

SE RISCO DE MORTE: UTI
Todos acima + O2 100%
+ Sulf. de Magnésio
+ RX + Gasometria
+ Monitorizar p/ toxicidade de SABA

EXACERBAÇAO DE ASMA

SALBUTAMOL

- **Apresentação:**
Spray 100 mcg/jato
+ Espaçador e máscara
- **Dose:**
< 5 anos: 2 a 6 jatos/dose
> 6 anos: 4 a 10 jatos/dose
- **Resgate:** Até 3x na 1ª hora
- **Manutenção:** Cada 1 a 3 h

IPRATRÓPIO

- **Apresentação:**
- Solução 250 mcg/mL
- Via nebulização
- **Dose:**
< 20Kg: 20 gotas (250mcg)
> 20Kg: 40 gotas (500mcg)
- Apenas na 1ª hora: Até 3x alternando c/ Salbutamol

SULFATO DE MAGNÉSIO

- EV, 100mg/mL (10%) e 500mg/mL(50%)
- Necessita de monitorização cardíaca
- Dose única: 50-75mg/Kg
- Infusão em 20-40 min, diluído em até 50mL de SF0,9% ou SG5%
- Máx: 2000 mg

CORTICÓIDES

1. Metilprednisolona
- EV, 125mg e 500mg
- **Ataque:** 1 a 2mg/Kg
- **Manutenção:** 4mg/Kg/dia no 1º dia, 1 a 2mg/Kg/dia até 3 a 5 dias | 6 em 6 horas
- Máx: < 2a: 20mg
3 a 5a: 30mg | > 5a: 40mg

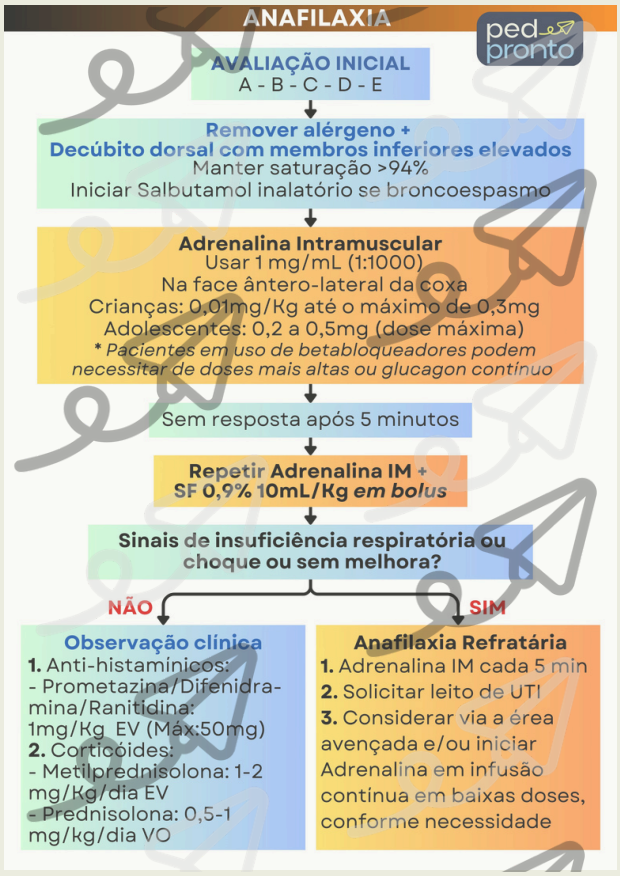
2. Dexametasona
- VO (0,1mg/mL) ou EV, IM (2mg/mL e 4mg/mL)
- **Ataque:** 0,3 a 0,6mg/Kg
- **Manutenção:** 0,3 a 0,6 mg/Kg 1x ao dia por 1 a 2 dias
- Máx: 12 a 16mg/dia

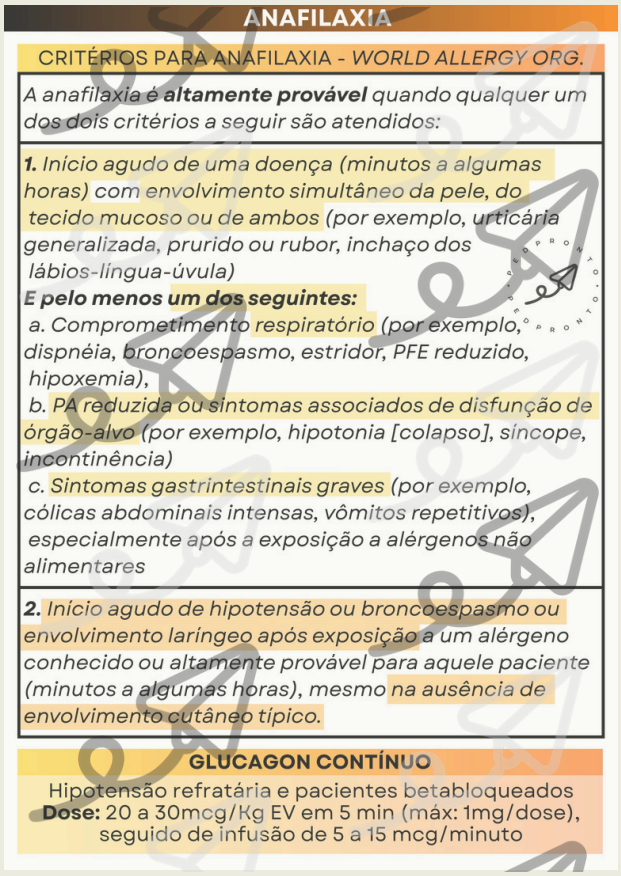
3. Prednisolona
- VO, 3mg/mL (solução)
- **Ataque:** 1 a 2mg/Kg
- Manutenção e dose máxima: mesma da metilprednisolona

4. Hidrocortisona
- EV, 100mg e 500mg
- **Ataque:** 10mg/Kg
- **Manutenção:** 20mg/Kg/dia no 1º dia, reduzir a partir do 2º dia
- Máx: 200mg/dia

ANAFILAXIA

FLUXOGRAMA AVALIAÇÃO/TRATAMENTO + CRITÉRIOS

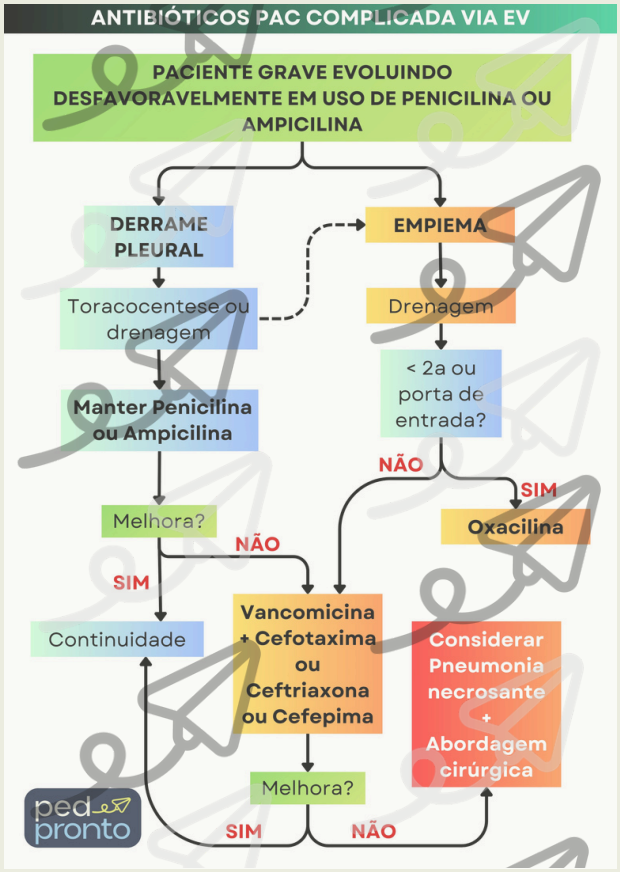




pedpronto

PNEUMONIA

ANTIBIÓTICOS NA PNM COMPLICADA + DOSES



ANTIBIÓTICOS PAC COMPLICADA VIA EV

ANTIBIÓTICO	DOSE	INTERVALO
AMPICILINA	150-200mg/kg/dia	6/6 h
AMICACINA	15mg/kg/dia	12/12 h
AMOXICILINA + CLAVULANATO	50-9mg/kg/dia de amoxicilina	8/8 h
AZITROMICINA	10mg/kg/dia	24/24 h
CEFOTAXIMA	100-200mg/kg/dia	6/6 h ou 8/8 h
CEFTRIAXONA	100mg/kg/dia	12/12 h
CEFUROXIMA	100-150mg/kg/dia	8/8 h ou 12/12 h
CEFEPIMA	50mg/kg/dose	8/8 h
CLINDAMICINA	30-40mg/kg/dia	6/6 h ou 8/8 h
CLARITROMICINA	15mg/kg/dia	12/12 h
GENTAMICINA	3-7,5mg/kg/dia	8/8 h
PENIC. CRISTALINA	150.000-200.000 UI/kg/dia	4/4 h ou 6/6 h
VANCOMICINA	40-60mg/kg/dia	6/6 h
METRONIDAZOL	7,5mg/kg/dose ou 500mg/dose em 12a	8/8 h

SITUAÇÕES ESPECIAIS	RECOMENDAÇÃO
Suspeita de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina	Oxacilina
Abscesso pulmonar	Cefotaxima + Clindamicina
Pneumonia aspirativa	- Penicilina cristalina - Amoxicilina + clavulanato EV - Amoxicilina + sulbactam EV - Cefalosporina de segunda ou terceira geração associada a clindamicina

pedpronto

TUBERCULOSE

SCORE CLÍNICO DIAGNÓSTICO + DOSE DO ESQUEMA RHZ

ESCORE CLÍNICO PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM BACILOSCOPIA NEGATIVA OU TRM-TB NÃO DETECTADO

QUADRO CLÍNICO-RADIOLÓGICO		CONTATO DE ADULTO COM TB	PT OU IGRA	ESTADO NUTRICIONAL
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais **15 PONTOS**	Adenomegalia hilar ou padrão miliar **e/ou** Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais **e/ou** Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns **15 PONTOS**	Próximo, nos últimos 2 anos **10 PONTOS**	PT entre 5-9mm **5 PONTOS**	Desnutrição grave (peso/IMC < p10) **5 PONTOS**
			PT ≥10mm OU IGRA reagente /indeterminado **10 PONTOS**	
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas **O PONTO**	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas **5 PONTOS**	Ocasional ou negativo **O PONTO**	PT <5 mm OU IGRA não reagente **0 PONTO**	Peso/IMC ≥ percentil 10 **0 PONTO**
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos **10 PONTOS**	Radiografia normal **5 PONTOS**			

ESCORE CLÍNICO PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM BACILOSCOPIA NEGATIVA OU TRM-TB NÃO DETECTADO

	INTERPRETAÇÃO
≥40 pontos (diagnóstico muito provável)	Recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.
30 a 35 pontos (diagnóstico possível)	Indicativo de tuberculose; orienta-se iniciar o tratamento, a critério médico.
≤25 pontos (diagnóstico pouco provável)	Deve-se prosseguir com a investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podendo ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloscopias e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

ESQUEMA BÁSICO PARA TRATAMENTO < 10 ANOS

ESQUEMA	PESO (KG)	DOSE/DIA	DURAÇÃO
RHZ 75/50/150 mg	4 a 7 Kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 Kg	2 comprimidos	
	12 a 15 Kg	3 comprimidos	
	16 a 24 Kg	4 comprimidos	
RH 75/50 mg	4 a 7 Kg	1 comprimido	4 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 Kg	2 comprimidos	
	12 a 15 Kg	3 comprimidos	
	16 a 24 Kg	4 comprimidos	

R: Rifampicina; H: Isoniazida; Z: Pirazinamida

EFEITOS ADVERSOS MAIORES DO RHZ = SUSPENDER

Hipersensibilidade moderada a grave (R,H) | Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma (H) | **Hepatotoxicidade (RHZ)** | Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; Nefrite (R) | Rabdomiólise, mioglobinúria e insuf. renal (Z)

DISPONÍVEL APENAS EM TAMANHO A6!

pedpronto

SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS + DÉBITO URINÁRIO + SC + PA + NECESSIDADE CALÓRICA

ped pronto

SINAIS VITAIS

Frequências normais para pacientes em estado clínico normal em repouso

Idade	Cardíaca (bpm)	Respiratória (irpm)
1 - 12 meses	100 - 180	30 - 53
1 a 2 anos	98 - 140	22 - 37
3 a 5 anos	80 - 120	20 - 28
6 a 12 anos	75 - 118	18 - 25
> 12 anos	60 - 100	12 - 20

bpm: batimentos/minuto; irpm: incursões respiratórias/minuto

Pressões arteriais normais (p50 para altura) em mmHg

Idade	PAS	PAD	PAM
1 - 12 meses	72 - 104	37 - 56	50 - 62
1 a 2 anos	86 - 106	42 - 63	49 - 62
3 a 5 anos	89 - 112	46 - 72	58 - 69
6 a 12 anos	97 - 120	57 - 80	66 - 79
> 12 anos	110 - 131	64 - 83	73 - 84

HIPOTENSÃO

1 a 12 meses	PAS < 70 mmHg
1 a 10 anos	PAS < 70 + (2 x idade em anos) mmHg
> 10 anos	PAS < 90 mmHg

Necessidades diárias normais de líquidos (por Kg de peso)

Até 10 Kg	100 mL/Kg
10 a 20 Kg	1000 mL + 50 mL por Kg acima de 10 Kg
> 20 Kg	1500 mL + 20 mL por Kg acima de 20 Kg
> 80 Kg	2700 mL/dia

Cálculo de superfície corpórea

Até 10 Kg	> 10 Kg
[(Peso X 4) + 9] ÷ 100	[(Peso X 4) + 7]÷ (Peso + 90)

Débito urinário

Volume urinário ÷ (Peso x Tempo) = mL/Kg/h
Esperado é de 1 a 2 mL/Kg/h

Vol. urinário (mL); Peso (Kg), Tempo (h)

Doses usuais

Medicamento	Apres.	Dose	Max
Dipirona	EV | IM: 500mg/mL	20 - 25 mg/Kg/dose	500mg/dose 7,5mg/dia
Paracetamol (> 12 anos)	EV: 10mg/mL	15 mg/Kg/dose em 15 minutos	60mg/Kg/dia 4g/dia
Ondansetrona	EV: 2mg/mL	0,15 mg/Kg/dose	16mg/dose

PEDIATRIA COM PRATICIDADE E CIÊNCIA

@PEDPRONTO (92) 98172-8930

REFERÊNCIAS

pedpronto

SEQUENCIA RÁPIDA DE IOT

PREPARAÇÃO + DOSES COM CÁLCULO RÁPIDO

CÁLCULO RÁPIDO DE SRI

Droga	Apres.	Dil. em AD	Conc. da solução	Cálculo rápido	Dose
Atropina	0,25 mg/mL	Puro	-	P x 0,08	0,02 mg/Kg
Midazolam	5 mg/mL*	1 : 4 **	1mg/mL	P x 0,1 = 0,1 mg/Kg	0,1 a 0,4 mg/Kg
Fentanyl	50 mcg/mL	1 : 4	10mcg/mL	P x 0,1 = 1 mcg/Kg	1 a 4 mcg/Kg
Cetamina	50 mg/mL	1 : 4	10 mg/mL	P x 0,1 = 1 mg/Kg	1 a 4 mg/Kg
Etomidato	2 mg/mL	Puro	2 mg/mL	P x dose ÷ 2	0,2 a 0,4 mg/Kg
Rocurônio	10 mg/mL	Puro	EV ou IM	P x dose ÷ 10	0,6 a 1,2 mg/Kg
Atracúrio	10 mg/mL	Puro	-	P x dose ÷ 10	0,3 a 0,6 mg/Kg
Succinil.	500 mg	***	10 mg/mL	P x dose ÷ 10	1 a 2 mg/Kg
Pancurônio	2 mg/mL	1 : 1	1 mg/mL	P x 0,1 = 1 mg/Kg	1 mg/Kg

*Se apresentação de 1 mg/mL, fazer puro, sem diluição | **1 : 4 = 1 mL da medicação para cada 4 mL de água destilada (AD) | *** Succinilcolina: Diluir em 10 mL de AD, retirar 2 mL e adicionar em 8 mL (rediluir) de AD para solução 10mg/mL

(1)(2) PREPARAÇÃO E PRÉ-OXIGENAÇÃO

Pré-oxigenação com O_2 a 100% por 3 a 5 min:
- Se tem respiração espontânea = máscara não reinalante
- Se não respira ou irregular = bolsa-valva-máscara

Checar equipamentos / Sinais de via aérea difícil ou alergias

Tamanho do TOT:
Com cuff: 3,5 + (idade ÷ 4)
Limitar pressão em < 20 a 25 mmH_2O

(3) PRÉ-TRATAMENTO

Atropina
Indicações:
1) **Menores de 1 ano**
- Dilata pupilas, não elimina o reflexo fotomotor, mas dificulta a avaliação do estado mental
2) **Choque séptico**
3) Em ≤ 5 anos que receberão 1ª dose de **succinilcolina** e > 5 anos que receberão 2ª dose de succinilcolina

PARALISIA COM INDUÇÃO (4)

Agente sedativo primeiro, seguido de agente paralítico rapidamente

(5)(6) POSICIONAMENTO E PASSAGEM DO TOT

PÓS-INTUBAÇÃO (7)

- Fixação do TOT: nº do tubo x 3
- Posição do tubo no RX de tórax: 1 a 3 cm acima da carina

SEDAÇÃO CONTÍNUA

Midazolam (5mg/mL ou 1mg/mL)
Dose = 2 a 10 mcg/Kg/min

$$\frac{\text{Peso x dose x 1440}}{\text{5000 (se amp 5mg/mL)}} = \text{vol em mL em 24 horas}$$

Fentanyl (50 mcg/mL)
Dose = 1 a 4 mcg/Kg/hora

$$\frac{\text{Peso x dose x 24}}{50} = \text{vol em mL em 24 horas}$$

Diluir em SG5% para infusão em 24 h

ANTÍDOTOS

Naloxone (Amp: 0.4 mg/mL)
Opióides (Fentanil / Morfina)
Dose: < 20Kg: 0,1mg/Kg IV | > 20 Kg: 2mg (máx)
Solução 1:3 com AD -> Peso em mL = 0,1mg/Kg
Adolescentes: Iniciar com 0,04mg ou 0,4mg por dose

Flumazenil
Benzodiazepínicos (Midazolam / Diazepam)
Dose inicial: 0,01 mg/Kg (máx: 0,2mg) a cada 15 segundos. Pode repetir 0.01 mg/Kg (Max 0,2mg) após 45 segundos. Depois cada 1 min até dose cumulativa de 0,05mg/Kg ou 1 mg

pedpronto

VENTILAÇÃO MECÂNICA

MODOS VENTILATÓRIOS + DOPE

VENTILAÇÃO MECÂNICA CONVENCIONAL

pedpronto

Escolha do tamanho:
< 5Kg: Neonatal | 5-20 Kg: Pediátrico | > 20 Kg: Adulto

PARÂMETROS INICIAIS para **SALA DE EMERGÊNCIA**

1 - MODO	**Assistido-controlada por volume ou pressão**	Limite de Pressão: 30 - 35 cmH_2O Limite de VC: 6 - 8 mL/Kg
2 - PINSP	**15 a 20 cmH_2O**	Diminuição da complacência necessita de maiores pressões
3 - DISPARO (SENSIBILIDADE)	**Preferência por fluxo** Pode ser pressão ou fluxo	0,5 PP | 1 P | 2 G
4 - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	**2/3 da FR de chegada ou adequado para idade**	
5 -TINSP	**0,6 a 1,2s** RN: 0,45 a 0,75s Adulto: 0,9 a 1,5s	- Relação entre **inspiração e expiração ideal para iniciar a VM é de 1:2** - Obstrutivas precisam de tempo expiratório maior - Tinsp prolongado (Entre 1,5 a 2s) aumenta o risco de barotrauma
6 - FIO2	**< 60%**	Pode iniciar com 100% e diminuir, de acordo com SpO_2 e PaO_2, até chegar próximo a 60%
7 - PEEP	**Começando entre 4 e 6**	- Até 8, máximo de 12 (PARDS) **- A diferença entre o PEEP e o Pinsp deve ser no máximo de 15**

MANUTENÇÃO DO PACIENTE EM VM

NECESSIDADES HÍDRICAS
80% das necessidades hídricas basais

PROFILAXIA DE SANGRAMENTO DIGESTIVO
Antiácido **e/ou** Cimetidina **e/ou** Sucralfato

APORTE CALÓRICO
Iniciar nutrição enteral o mais precoce possível (associada ou não à parenteral)

SEDAÇÃO E CURARIZAÇÃO
- Agitação é um dos sinais de hipoventilação, ajustar parâmetros antes de ajustar a sedação
- Curarizar paciente com dificuldade de sedar

Troubleshooting da VM convencional

DOPE

D	DESLOCAMENTO do tubo endotraqueal - Fixação, cuff, e posição
O	OBSTRUÇÃO do tubo endotraqueal - Muco, sangue, tubo dobrado
P	PNEUMOTÓRAX
E	EQUIPAMENTO - Ventilador, traquéia...

SÍNDROME DO ESCAPE AÉREO

Sinais precursores de pneumotórax:
-Enfisema intersticial pulmonar
- Enfisema subcutâneo
- Enfisema mediastinal

Após o pneumotórax:
- Minimizar pico de pressão inspiratória
- Drenagem imediata

PCR:
- Compressão pulmonar + insuflação pulmonar espontânea = pressão nas vias aéreas de 90-100 cmH_20 = frequente barotrauma após RCP

pedpronto

HEMOTRANSFUSÃO

CH + PLAQUETAS+ PLASMA + PFC

HEMOTRANSFUSÕES

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

Indicações:
- Hemorragias agudas com perdas > 15-20%
- Anemia aguda com hemoglobina < 7g/dL
- Se instabilidade hemodinâmica, hipoxemia severa, perda sanguínea aguda ou doença cardíaca cianótica, transfundir acima de 7g/dL, à critério

Vel. infusão: 2,5mL/min, máx em 4 horas

10 a 15 mL/Kg

3mL/Kg aumenta 1g/dL

CONCENTRADO DE PLAQUETAS

1 unid cada 7-10Kg

Indicações:
- Sangramento ativo e plaq. < 100.000/mm³
- < 50.000 plaq/mm³ se proced. invasivos
- < 100.000 plaq/mm³ se cirurgias de SNC ou oftalmológicas
- < 10.000-20.000/mm³ se comprometimento da produção de plaquetas (p.ex leucemias)

Na Púrpura Trombocitopênica Idiopática é restrita a situações de sangramento graves com risco à vida

1 unidade tem aprox. 50 a 70mL

CRIOPRECIPITADO

1 unid cada 10Kg

Indicações:
- Deficiência congênita de fibrinogênio e disfibrinogenemia
- Tratamento de 2ª escolha p/ Hemofilia A

1 unidade aumenta 5-10mg/dL de fibrinogênio

HEMOTRANSFUSÕES

PLASMA FRESCO CONGELADO

10-20 mL/Kg

Indicações:
- Coagulopatias por deficiência combinada de fatores múltiplos
- Reconstituição de sangue total, quando indicado
- Intoxicação por dicumarínico com hemorragia franca

Tempo máximo de infusão: 1 hora

10-20 mL/Kg aumenta 20-30% os níveis de fat. de coagulação

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Reação	Clínica	Manejo
Reação febril não hemolítica	Febre, tremores, calafrios, rubor facial Comum em politransfundidos Início mais tardio (30min a 2h do início)	- Interromper a transfusão - Sintomáticos - Diferenciar de contaminação bacteriana - Profilaxia: uso de filtro leucocitário
Reação alérgica	Urticária Anafilaxia	- Interromper a transfusão - Anti-histamínico /corticoide sistêmico - Adrenalina (se anafilaxia) - Profilaxia: antihistamínico/ corticosteroide sistêmico pré-transfusional, hemocomponente lavado em casos graves

pedpronto

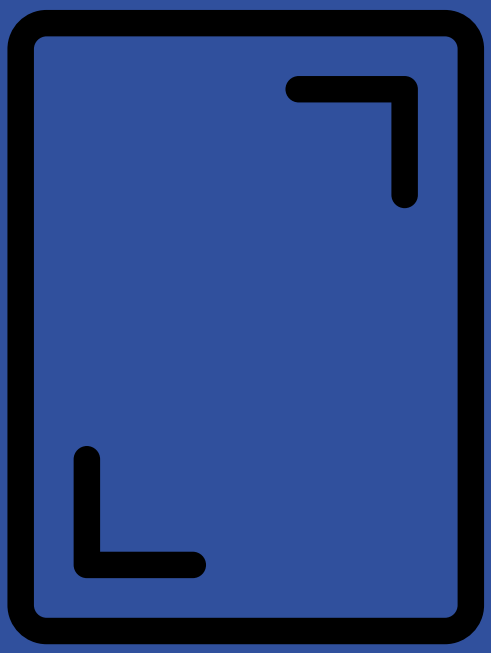
CRISES CONVULSIVAS

MANEJO DA CRISE CONVULSIVA E EME

pedpronto

VALORES

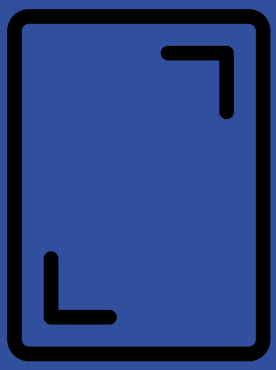
pedpronto



TAMANHO 10X15 CM PLASTIFICADO

R$ 12

COMPRE OS 9 CARDS POR R$ 90



TAMANHO 54X86 MM CRACHÁ EM PVC

R$ 15

NA COMPRA DE 3 OU MAIS: GANHE UM BRINDE!

*Indisponível para o card de TB, Terapia nutricional, Fórmulas infantis e Bombinhas

VALORES JÁ INCLUINDO FRENTE E VERSO

COMO PEDIR?

ESCOLHA SEUS CARDS

MANDE MENSAGEM

@pedpronto agradece a preferência