



CURITIBA
A CIDADE DA GENTE

ATENDIMENTO À DEMANDA AGUDA PEDIÁTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



INVERNO 2023

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

ATENDIMENTO À DEMANDA AGUDA PEDIÁTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- INVERNO 2023

CRISE CONVULSIVA
EM PEDIATRIA

DERMATOSES MAIS
COMUNS EM
PEDIATRIA

DIARREIA AGUDA
EM PEDIATRIA

DOENÇAS
EXANTEMÁTICAS

DOR ABDOMINAL
EM PEDIATRIA

DOR DE GARGANTA

DOR DE OUVIDO

ESCROTO AGUDO

ESTRIDOR EM
PEDIATRIA

FEBRE EM
PEDIATRIA

INFECÇÃO DO
TRATO URINÁRIO

NÁUSEAS E/OU
VÔMITOS

OLHO VERMELHO

PNEUMONIA EM
PEDIATRIA

SIBILÂNCIA EM
PEDIATRIA

CRISES CONVULSIVAS EM PEDIATRIA

PACIENTE QUE CHEGA COM OU APRESENTA CRISE CONVULSIVA

- Proteger vias aéreas e garantir oxigenação (elevação do mento ou mandíbula);
- Suplementação de O₂, se necessário, com cateter nasal ou máscara facial;
- Verificar sinais vitais;
- Acesso venoso calibroso;
- Verificar **glicemia capilar** (se dextro < 60mg/dl: administrar Sg 10% 2,5ml/kg IV)
- Sg 10%: 450ml de Sg 5% + 50ml de Sg 50%

*MANEJO CLÍNICO

- **Com acesso venoso:**
 - Diazepam 0,2-0,5mg/kg/dose IV em 2 min (não usar IM!).
- **Sem acesso venoso:**
 - Midazolam 0,2mg/kg/dose IM
 - Diazepam via retal: 0,3mg/kg

↓ PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

repetir a dose

↓ PERSISTE APÓS 5 MINUTOS?

Acionar SAMU 192

SINAIS DE ALERTA

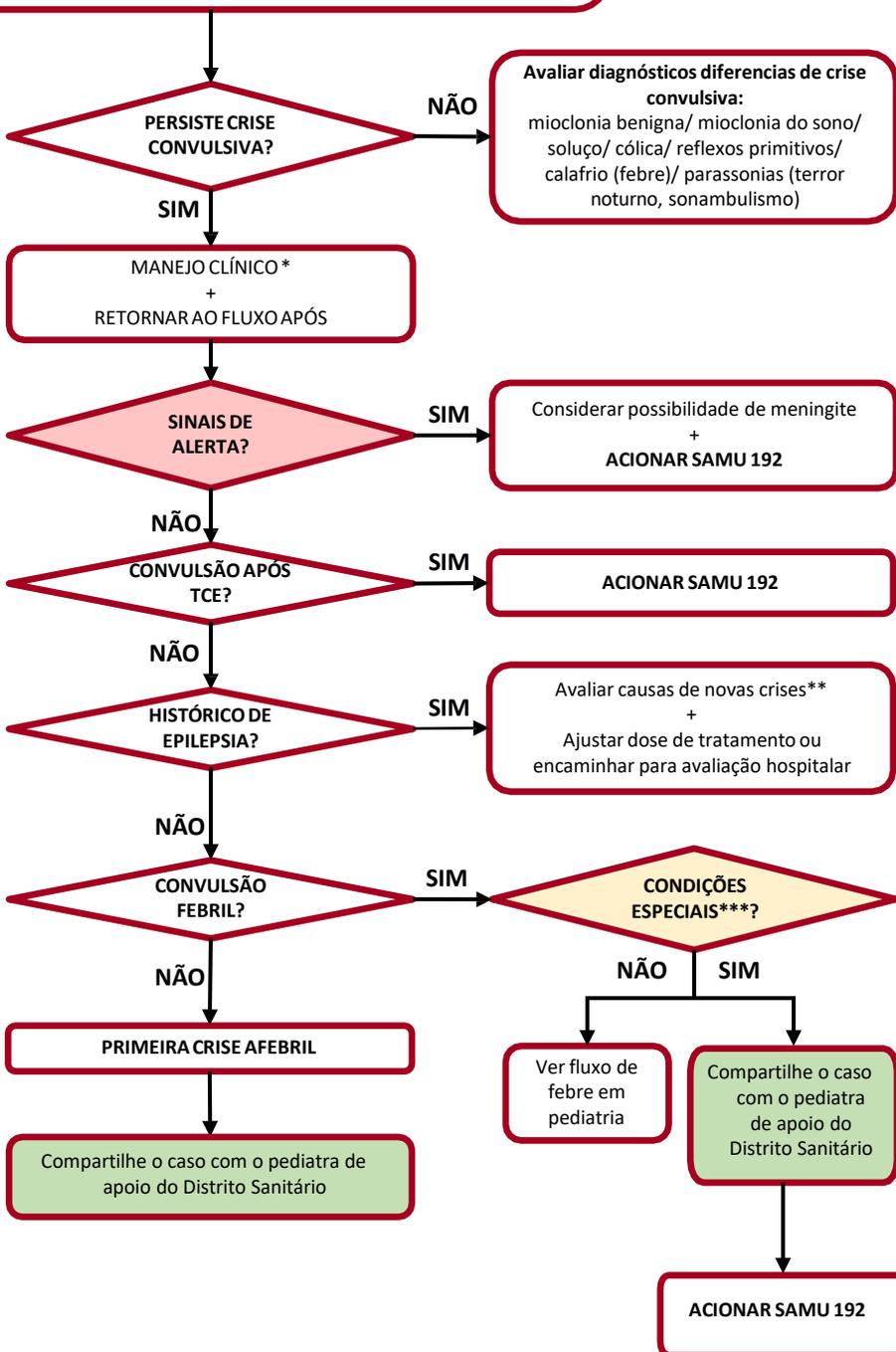
- Aspecto toxêmico;
- Prostração acentuada, letargia ou coma;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Petéquias;
- Rigidez nuchal/ sinais meníngeos;
- Irritabilidade;
- Fontanela abaulada.

**CAUSAS DE NOVAS CRISES

- Abstinência (abandou tratamento);
- Subdose (criança ganhou peso e dose não foi ajustada);
- Febre/ infecções;
- Vômitos/ diarreia (diminui biodisponibilidade).

***CONDIÇÕES ESPECIAIS

- Idade < 18 meses;
- Uso prévio de antibiótico;
- Crise febril complexa (duração > 15 min, crises focais, crises repetitivas).



DERMATOSES

DOENÇA	IMAGEM ILUSTRATIVA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	MANEJO CLÍNICO
IMPETIGO		<p>Lesões eritematopapulosas com rápida evolução para formação de vesículas e crosta.</p> <p>O mais comum é a forma de crostas melicéricas típicas com cor de caramelo mesclado com sangue coagulado, predominando nas extremidades e na face.</p> <p>No impetigo bolhoso, as bolhas ou vesículas se rompem deixando ulcerações rasas com colarete descamativo e é mais frequente em área de fraldas.</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR:</p> <p>Limpeza e remoção de crostas, com água e sabão, 2-3x ao dia. +</p> <p>ANTIBIOTICOTERAPIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª OPÇÃO: Penicilina benzatina IM: 1.200.000UI para adultos e crianças com peso > 27Kg; e 50.000U/kg até o máximo de 900.000UI para crianças < 27 kg OU • Cefalexina 50mg/kg/dia de 6/6h por 7-10 dias - preencher ficha • 2ª OPÇÃO: Azitromicina 500mg ou 10mg/ml 1x ao dia por 3 a 5 dias (preencher ficha); • 3ª OPÇÃO: Amoxicilina com Clavulanato 50mg/kg/dia de 8/8h por 7 dias - preencher ficha <p>Teleconsultoria Pediátrica* Para apoio à decisão clínica</p>
ECTIMA		<p>Piodermite profunda e dolorosa em forma de úlcera recoberta por crosta espessa e aderente. Mais frequente nas pernas e regiões glúteas.</p>	
ERISPELA		<p>Placas eritematosas bem delimitadas, quentes, eventualmente com bolhas. Forma mais superficial de celulite nos membros inferiores, face ou mãos. Quase sempre por estreptococcus com infecção em ferida prévia (úlceras de estase, micose interdigital, traumas, picadura de insetos). Há febre, calafrio, prostração e pode haver sinais de toxemia, linfangite, linfadenite e linfedema residual.</p>	
CELULITE		<p>Infecção aguda que atinge o subcutâneo provocando dor, eritema e edema, usualmente após trauma, queimaduras ou infecção prévia, com bordas mal delimitadas.</p> <p>Membros inferiores são mais afetados. Pode haver febre, mal-estar, prostração e septicemia.</p> <p>Pesquisar sempre por tromboflebite e afastar fasciíte necrotizante</p>	

DERMATOSES

DOENÇA	IMAGEM ILUSTRATIVA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	MANEJO CLÍNICO
FURÚNCULO		<p>Nódulo eritematoso, doloroso, com calor e ponto central de drenagem, podendo se estender até o subcutâneo formando abscessos.</p> <p>Lesões muito superficiais são chamadas de foliculite e as profundas e confluentes são denominadas antraz. Mais frequentes em áreas pilosas sujeitas a fricção (axilas, virilhas, coxas, região glútea e dorso).</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR Calor local para acelerar liquenificação e drenagem espontânea do nódulo (não tentar drenar lesões ainda sólidas). + ANTIBIOTICOTERAPIA</p> <p><i>Teleconsultoria Pediátrica*</i> <i>Para apoio à decisão clínica</i></p>
ESTRÓFULO		<p>Desencadeado por picadas de insetos (pulgas, mosquito, formiga).</p> <p>Caracteriza-se por lesões papulosas encimadas por vesícula central e lesões pápulo-crostosas, escoriadas, geralmente em áreas expostas.</p> <p>O prurido geralmente é intenso e a evolução dá-se em surtos que coincidem com picada de inseto.</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR Anti-histamínicos + Corticosteróides tópicos (dexametasona)</p> <p>Casos extensos necessitam de Corticoterapia sistêmica: Prednisolona 1mg/kg/dia 5-7 dias ou até melhora, se ocorrer antes.</p> <p><i>Teleconsultoria Pediátrica*</i> <i>Para apoio à decisão clínica</i></p>
ESCABIOSE		<p>pápulas de 1 a 2mm, pruriginosas, algumas encimadas por uma crosta de sangue, escoriações por coçadura. O prurido é pior à noite.</p> <p>Em adultos, as lesões distribuem-se principalmente em áreas flexoras de punhos, região interdigital, cotovelos, axilas, cintura, nádegas e região peniana e escrotal nos homens e nos mamilos em mulheres.</p> <p>Em crianças as lesões predominam principalmente na face, couro cabeludo, pescoço, região palmar e plantar.</p> <p>orientar que vestimentas, toalhas e roupas de cama devem ser lavadas e passadas com ferro quente.</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR Anti-histamínicos +</p> <ul style="list-style-type: none"> Permetrina 5%: deve ser aplicada a noite, do pescoço para baixo, com atenção à região interdigital e extremidades subungueais e retirar na manhã seguinte. Não precisa repetir a dose. Ivermectina: somente para pacientes com contraindicação ou dificuldade de aplicação de terapia tópica, como nas lesões muito eczematizadas. Contraindicado em gestantes e lactantes. A dose é 200mcg/kg, podendo ser utilizada a partir dos 5 anos de idade ou 15kg. Pode ser repetida em 7 dias <p><i>Teleconsultoria Pediátrica*</i> <i>Para apoio à decisão clínica</i></p>
DERMATITE DE CONTATO		<p>Lesões eczematosas, podendo as vezes ser urticariformes, e surgem nas áreas expostas ao irritante.</p> <p>Principais agentes causais: perfumes, níquel de bijouteria, parabenos (conservantes de cosméticos), sabões, detergentes, urina e fezes (dermatite das fraldas), óleos, resinas, ...</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR Interromper o contato com o agente causal + Corticóide tópico (dexametasona creme) + Anti-histamínicos quando necessário</p> <p>Casos extensos podem exigir corticoterapia sistêmica: Prednisolona 1mg/kg/dia</p> <p><i>Teleconsultoria Pediátrica*</i> <i>Para apoio à decisão clínica</i></p>

DERMATOSES

DOENÇA	IMAGEM ILUSTRATIVA	APRESENTAÇÃO CLÍNICA	MANEJO CLÍNICO
HERPES SIMPLES		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo 1: infecções na face e tronco; ➤ Tipo 2: infecções genitais. <p>Máculas eritematosas, no local da inoculação, acompanhadas de dor, queimação ou prurido, sob a base eritematosa, formam-se vesículas agrupadas, que, após 3-5 dias, vão ulcerar e evoluir com crostas. Linfadenite regional é frequentemente observada.</p> <p>A localização mais frequente é nos lábios, mas podem se localizar em qualquer lugar da pele ou mucosa.</p> <p>A gengivoestomatite herpética é mais comum em crianças. Pode variar de um quadro discreto, com poucas lesões vesicoerosivas, até quadros graves com comprometimento sistêmico e formação de ulcerações e placas esbranquiçadas, com edema de gengivas.</p> <p>Herpes genital ocorre 5-10 dias após o contato, surgem vesículas agrupadas, dolorosas, na região perigenital ou anorretal. Pode ter sintomas sistêmicos como cefaleia, mal-estar e pode ser recidivante.</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR sintomáticos (analgésicos) + Orientações (resolução espontânea em 7-10 dias).</p> <p>Teleconsultoria Pediátrica* Para apoio à decisão clínica</p>
DERMATITE ATÓPICA		<p>Associação frequente com asma ou rinite alérgica.</p> <p>Evolução cíclica, com remissões e exacerbações. As manifestações variam conforme a faixa etária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactente: eczema agudo na face que poupa regiões perinasal e perioral ou eczema crônico nas superfícies extensoras dos membros; • Pré-puberal: lesões eczematosas agudas e crônicas nas flexuras (pescoço, fossas antecubitais e poplíteas); • Adulto: eczema crônico nas mãos e face, com prurido. <p>Quando as lesões são em formato de moeda é chamado de eczema numular.</p>	<p>TRATAMENTO DOMICILIAR Hidratantes e emolientes. Banhos rápidos, mornos, sem buchas. + Corticóide tópico por 1-2 semanas</p> <p>Teleconsultoria Pediátrica* Para apoio à decisão clínica</p>

DIARREIA AGUDA EM CRIANÇAS

ANAMNESE

- **Duração** de até 14 dias;
- **Característica:** aquosa/ com muco/ com pus/ com sangue;
- **Fator desencadeante:** mudança de hábito alimentar/ alimentos/ viagem/ medicações/ frequentar creche;
- **Sintomas associados:** náuseas, vômitos/ dor abdominal/ fraqueza/ sede excessiva/ dor ou prurido anal/ sintomas urinários/ sintomas respiratórios;

EXAME FÍSICO

- Criança deve estar totalmente sem roupa para o exame físico;
- Avaliar: estado de alerta, hidratação de mucosas, turgor da pele, ausculta pulmonar, exame abdominal completo, oroscopia, otoscopia, exame do períneo;
- Anotar: temperatura axilar, frequência respiratória.

SINAIS DE GRAVIDADE:

- Aspecto toxêmico;
- Prostração acentuada, letargia ou coma;
- Doença grave de base;
- Esforço respiratório (tiragem subcostal/ retração supraesternal);
- Taquipneia.

IDADE	TAQUIPNEIA
< 2 M	> 60 ipm
2M-1A	> 50 ipm
1 A- 2A	> 40 ipm
3-5A	> 30 ipm
>5A	>25ipm

DESIDRATAÇÃO GRAVE

- Comatoso, hipotônico;
- Olhos muito fundos;
- Lágrimas ausentes;
- Boca e língua muito secas;
- Não consegue beber ;
- Sinal da prega desaparece lentamente;
- Pulso débil ou ausente;
- Tempo de enchimento capilar (TEC) > 5 seg.

DESIDRATAÇÃO LEVE

- Irritado, intranquilo
- Olhos fundos
- Lágrima ausente
- Boca e língua semi úmidas
- Sedento, bebe com avidez
- Sinal da prega desaparece rapidamente
- Pulso rápido
- TEC de 3 a 4 seg

MANEJO CLÍNICO

- Acesso venoso calibroso;
 - O2 suplementar 2l/min se SatO2 < 92%;
 - Monitorizar dados vitais;
- HIDRATAÇÃO:**
- Fase de expansão:
Sf 0,9% : 20ml/kg (RN: 10ml/kg) em 30 min. repetir até que criança esteja hidratada, reavaliando os sinais vitais a cada fase.
- *SINTOMÁTICOS, SE NECESSÁRIO:**
- Dipirona 500mg/ml IV ou IM 15mg/kg/dose, se febre ou dor
 - Metoclopramida 5mg/ml 0,1mg/kg/dose, se vômitos
- + ACIONAR SAMU 192**

MANEJO CLÍNICO

- Sais para rehidratação oral: 40 a 100 ml/kg em 4hs VO ou 20-30ml/kg IV a cada 30min
- + Sintomáticos*, se necessário

PERSISTE DESIDRATAÇÃO?

NÃO SIM

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Dieta habitual: manter o aleitamento materno; evitar excesso de gordura e açúcares;
- Hidratação: soro de rehidratação oral (SRO);
- Paracetamol 200mg/ml-1 gota/kg ou 15mg/kg/dose de 4/4 ou de 6/6hs se necessário;
- Metoclopramida 4mg/ml 1 gota/kg de 8/8hs se náuseas e vômitos;
- Retorno à unidade de saúde, se sinais de alerta;
- Reavaliação em 24hs, se necessitou de hidratação na aps;
- Se disenteria (sangue ou pus nas fezes): sulfametoxazol + trimetopim 200 + 40mg/5ml- 40+8mg/kg/dia 12/12hs por 7 dias (> 2 meses)
- Considerar verminose: se > 2 anos: Albendazol 400mg/ml- 1 frasco ao dia por 3 dias (5 dias se giardíase).
- Se dúvidas acionar Teleconsultoria Pediátrica**

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

ACIONAR SAMU 192

SEM DESIDRATAÇÃO

NÃO

NÃO

SIM

SIM

NÃO

SIM

SINAIS DE GRAVIDADE?

DESIDRATAÇÃO LEVE?

SEM DESIDRATAÇÃO

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Dieta habitual: manter o aleitamento materno; evitar excesso de gordura e açúcares;
- Hidratação: soro de rehidratação oral (SRO);
- Paracetamol 200mg/ml-1 gota/kg ou 15mg/kg/dose de 4/4 ou de 6/6hs se necessário;
- Metoclopramida 4mg/ml 1 gota/kg de 8/8hs se náuseas e vômitos;
- Retorno à unidade de saúde, se sinais de alerta;
- Reavaliação em 24hs, se necessitou de hidratação na aps;
- Se disenteria (sangue ou pus nas fezes): sulfametoxazol + trimetopim 200 + 40mg/5ml- 40+8mg/kg/dia 12/12hs por 7 dias (> 2 meses)
- Considerar verminose: se > 2 anos: Albendazol 400mg/ml- 1 frasco ao dia por 3 dias (5 dias se giardíase).
- Se dúvidas acionar Teleconsultoria Pediátrica**

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

ACIONAR SAMU 192

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

AValiação INICIAL

- **Idade;**
- **Estação do ano/ situação epidemiológica;**
- **Anamnese:**
 - Antecedentes: exantemas prévios, história vacinal, história de alergia, situação imunológica (asplenia, doenças hematológicas, imunodeficiência), viagens recentes, uso recente de medicações, período de incubação;
 - Período prodromico: duração, febre, manifestações respiratórias, gastrointestinais, neurológicas, outras;
 - Exantema: tipo, progressão, distribuição, prurido, descamação;
- **Exame físico:**
 - Exantema: tipo, distribuição, descamação, lesões associadas, regiões afetadas/ polpadas;
 - Sinais associados: adenomegalia, anemia, artrite/artralgia, hepato/esplenomegalia, meningismo, conjuntivite, faringoamigdalite.



DOENÇA	EPIDEMIOLOGIA	PERÍODO PRODRÔMICO	EXANTEMA	MANEJO CLÍNICO
SARAMPO  	<ul style="list-style-type: none"> • Idade entre 2 e 9 anos e pessoas não imunizadas; • Primavera e inverno; • Período de incubação: 10-12 dias 	Coriza, tosse seca, mal-estar, febre alta	Maculopapular que inicia na cabeça, atrás das orelhas, com progressão craniocaudal de máxima intensidade no 3º dia, desaparecendo em 4-6 dias, com descamação furfurácea. MANCHAS DE KOPLIK: pontos vermelhos brilhantes com centro branco ou branco-azulado, podendo localizar-se em qualquer parte da boca, muitas vezes precedem o exantema generalizado.	Tratamento domiciliar <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre + Preencher Notificação https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/SARAMPO-RUBEOLA-EXANTEMATICAS_NET.pdf + Investigação laboratorial: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Fluxo%20completo%20Sarampo%20SMS%20Ctba%2012set2019.jpg
RUBÉOLA  	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças maiores, adolescentes e pessoas não imunizadas; • Inverno e primavera; • Período de incubação: 14-21 dias. 	Geralmente ausente em crianças	Máculas róseas que se desenvolvem na face, pouco confluentes. Início na cabeça com rápida generalização para tronco e membros, sem descamação. Associação com linfadenopatia cervical e retroauricular.	Tratamento domiciliar <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre + Preencher Notificação https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/SARAMPO-RUBEOLA-EXANTEMATICAS_NET.pdf + Coletar IgG e IgM para Rubéola e registrar no sistema GAL.
Eritema Infeccioso  	<ul style="list-style-type: none"> • Idade 5-15 anos; • Inverno e primavera; • Período de incubação: -14 dias. 	Ausente	Três estágios: <ol style="list-style-type: none"> 1. Exantema facial maculopapular em regiões malares (face esbofetada); 2. Lesões maculopapulares em membros, de aspecto rendilhado; 3. Desaparecimento do exantema com recorrência induzida por irritantes cutâneos. 	Tratamento domiciliar <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

DOENÇA	EPIDEMIOLOGIA	PERÍODO PRODRÔMICO	EXANTEMA	MANEJO CLÍNICO
EXANTEMA SÚBITO 	<ul style="list-style-type: none"> Idade de 6-36 meses Primavera e outono; Período de incubação: 10-15 dias. 	Febre alta (3-4 dias) e irritabilidade; Bom estado geral	Lesões similares a da Rubéola, não confluentes, que <u>iniciam após a febre</u> em tronco, com curta duração.	Tratamento domiciliar ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre
ESCARLATINA 	<ul style="list-style-type: none"> Idade entre 5 e 12 anos; Inverno e primavera; Período de incubação: 1-4 dias 	Febre alta (12-48h) associada à cefaleia, amigdalite e dor abdominal.	Exantema puntiforme confluyente, áspero ao tato, de rápida evolução craniocaudal; palidez perioral (<i> sinal de Filatov</i>), lesões acentuadas nas dobras cutâneas (<i> sinal de Pastia</i>), descamação em placas. Associação com “ <i>língua em framboesa</i> ”.	Tratamento domiciliar ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre + Antibioticoterapia: <ul style="list-style-type: none"> Penicilina benzatina IM: 1.200.000UI para adultos e crianças com peso > 27Kg; e 50.000U/kg até o máximo de 900.000 UI para crianças < 27 kg Amoxicilina VO: 50-70mg/kg/dia de 8/8h por 10 dias
VARICELA 	<ul style="list-style-type: none"> Idade entre 2 e 8 anos; Inverno e primavera; Período de incubação: 10-21 dias. 	Geralmente ausente em crianças	Evolução rápida de exantema maculopapular para vesícula e desta para crosta. Início em tronco e progressão rápida para a face e extremidades poupando região palmo-plantar. Presença de polimorfismo regional.	Tratamento domiciliar ➤ Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre; Anti-histamínicos para alívio do prurido; ➤ Se infecção secundária: <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina 50mg/kg/dia de 6/6h por 7 dias (preencher ficha)
MENINGOCOCCICEMIA 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças e adultos jovens; Inverno e primavera; Período de incubação: 1 a 10 dias. 	Febre (24h), mal-estar, vômitos e cefaleia.	Lesões petequiais e purpúricas sem distribuição precisa, precedidas por um exantema maculopapular.	ACIONAR SAMU 192 + <ul style="list-style-type: none"> Monitorização de dados vitais; Acesso venoso periférico Proteger via aérea e oxigenação se necessário; Hidratação; Sintomáticos; + Preencher Notificação https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/MENINGITE_NET.pdf

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

DOENÇA	EPIDEMIOLOGIA	PERÍODO PRODRÔMICO	EXANTEMA	MANEJO CLÍNICO
MONONUCLEOSE INFECCIOSA 	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente adolescentes; • Inverno; • Período de incubação: 4-6 semanas 	Variável: febre baixa, mal-estar, adenomegalia, amigdalite.	Lesões maculopapulares discretas em tronco, sem descamação. Pode ser petequiral e urticariforme. Exantema piora após uso de penicilina (amoxicilina).	Tratamento domiciliar > Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre + Não prescrever penicilina/ amoxicilina!
DOENÇA DE KAWASAKI 	<ul style="list-style-type: none"> • Incomum em crianças > 12 anos; 	Febre alta de início abrupto que geralmente não responde aos antitérmicos.	Início após três dias de febre, podendo ser variante. Frequentemente escarlatiniforme no tronco e eritematoso em palmas, com descamação de extremidades ao final. Pode estar associado a envolvimento de mucosas, conjuntivite e “ <i>língua em framboesa</i> ”.	ACIONAR SAMU 192 + <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de dados vitais; • Acesso venoso periférico • Proteger via aérea e oxigenação se necessário; • Hidratação + sintomáticos; • AAS VO em altas doses: 20-25mg/kg, 4x/dia
SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade entre 6 meses e 3 anos; • Verão e outono; • Período de incubação: 3-6 dias. 	Sintomas inespecíficos (febre, mal-estar, perda de apetite).	Lesões vesiculares em boca, mãos e pés. <ul style="list-style-type: none"> • Lesões bucais: pontos avermelhados, pequenas bolhas com úlceras dolorosas na língua, no palato e partes internas dos lábios e bochechas. • Lesões nas palmas das mãos e na planta dos pés: pequenas bolhas, com um halo avermelhado ao seu redor. Também pode haver lesões em nádegas, coxas, braços, tronco e face.	Tratamento domiciliar <u>Afastamento do doente por 7 dias</u> à partir do início dos sintomas; + Tratamento sintomático: Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre
ERITEMA SOLAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer idade; • Verão; 	ausente	Exantema maculopapular, confluyente em regiões fotoexpostas com descamação.	Tratamento domiciliar > Tratamento sintomático: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg VO de 6/6h se dor ou febre + <ul style="list-style-type: none"> • Hidratação da pele

DOR ABDOMINAL EM CRIANÇAS

ANAMNESE

- **Tempo de início da dor:** aguda (< 7 dias)/ não aguda (> 7 dias)/ crônica ou recorrente (>2 meses);
- **Característica da dor:** localização/ irradiação/ intensidade/ duração/ evolução/ fatores desencadeantes ou agravantes/ fatores de alívio;
- **História progressa:** cirurgias abdominais, trauma/ viagem/ histórico familiar/ histórico de doenças/ uso de medicação/ histórico ou suspeita de abuso/ vulnerabilidade social;
- **Sintomas associados:** náuseas/ vômitos/ diarreia/ obstipação /disúria/ urgência miccional/ febre/ diminuição do ganho de peso ou emagrecimento/ hiporexia ou anorexia/ icterícia/ prurido/ manchas pelo corpo/ dor articular/ dor anal/ prurido anal/ sede excessiva/ saída de vermes nas fezes.

EXAME FÍSICO

- Estado de alerta;
- Choro inconsolável;
- Temperatura axilar;
- Hidratação de mucosas;
- Pele (manchas/ petéquias/ vesículas/ exantema);
- Fontanelas;
- Linfonodomegalia;
- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Ausculta pulmonar e cardíaca;
- Exame abdominal completo (manobra de Blumberg a partir de 2 anos/ presença de hérnia abdominal ou inguinal) / hiperemia peri-umbilical;
- Avaliação de articulações;
- Otoscopia;
- Oroscoopia;
- Sinais de abuso;
- Exame da genitália (torção testicular) ;
- **Glicemia capilar.**

SINAIS DE GRAVIDADE:

- Toxemia/ letargia;
- Má perfusão periférica;
- Hiperemia/ edema periumbilical;
- Defesa e rigidez abdominal;
- Distensão abdominal importante;
- Dor a descompressão brusca (blumberg)
- Dor intensa que não melhora com analgésicos;
- Icterícia;
- Ausência de diurese por mais de 24hs;
- Hematêmese;
- Hematoquezia;
- Trauma abdominal;
- Doenças graves de base;
- Hiperglicemia;
- Taquipneia*.

IDADE	*TAQUIPNEIA
< 2 M	> 60 ipm
2M-1A	> 50 ipm
1 A- 2A	> 40 ipm
3-5A	> 30 ipm
>5A	>25 ipm

DOR ABDOMINAL EM CRIANÇAS

AVALIAÇÃO INICIAL

SINAIS DE GRAVIDADE?

SIM

ACIONAR SAMU 192
+
MANEJO CLÍNICO**

NÃO

PERITONITE DIFUSA E/OU LOCALIZADA?

SIM

ACIONAR SAMU 192
+
MANEJO CLÍNICO**

NÃO

DOR INTENSA, SEM PERITONITE?

SIM

MANEJO CLÍNICO**

REAVALIAR APÓS
MEDICAÇÃO

PERSISTE A DOR?

NÃO

SIM

Teleconsultoria Pediátrica

NÃO

SIM

GANHO DE PESO E EXAME FÍSICO NORMAL:

- Psicossomática
- Dispepsia funcional
- Síndrome do intestino irritável
- Enxaqueca abdominal
- Dor abdominal funcional da infância
- Constipação

DIMINUIÇÃO DO GANHO DE PESO OU PERDA DE PESO:

- Doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE)
- ITU (ver fluxo itu em pediatria)
- Doença inflamatória intestinal
- Doença celíaca
- Parasitose intestinal
- Intolerância a lactose
- Alergia à proteína do leite de vaca

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS:

- IVAS
- Amigdalite
- Rinossinusite
- Otite média aguda
- Covid-19

Investigação epidemiológica para [sar-cov-2 e influenza](#) (ver [fluxo geral de atendimento doença respiratória- covid-19 e influenza](#))

GECA:

[Ver fluxo de diarreia aguda em pediatria](#)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO:

[Ver fluxo de ITU em pediatria](#)

**MANEJO CLÍNICO

- Acesso venoso;
- O2 suplementar 2l/min se SatO2<92%;
- Monitorizar dados vitais;

HIDRATAÇÃO:

- Fase de expansão:
Sf 0,9% : 20ml/kg (rn: 10ml/kg) em 30 min. repetir até que criança esteja hidratada, reavaliando os sinais vitais a cada fase.

SINTOMÁTICOS, SE NECESSÁRIO:

- Dipirona 500mg/ml IV ou IM 15mg/kg/dose, se febre ou dor
- Metoclopramida 5mg/ml 0,1mg/kg/dose, se vômitos

Encaminhamentos para UPA após avaliação pediátrica presencial e/ou teleconsultoria.

AVALIAÇÃO DA DOR DE GARGANTA

ABSCESSO PERIAMIGDALIANO

- Disfagia;
- Febre;
- Adenopatia cervical;
- Sialorreia;
- Toxemia;
- Trismo;
- Eritma e exudato tonsilar;
- Abaulamento do pálate com desvio da úvula.

CAUSAS DE PSEUDOMEMBRANA EM TONSILAS

- **MONONUCLEOSE INFECCIOSA**
 - Febre, dor de garganta e linfadenomegalia;
 - Astenia, hepatomegalia;
 - Tonsilas hipertrofiadas, eritematosas, com exsudato branco-amarelado recobrimdo as amígdalas, mas não atinge a úvula.
 - Edema de úvula e de palato são sinais característicos;
 - Pode ocorrer exantema máculo-papular após uso de penicilina.
- **DIFTERIA**
 - Febre baixa, toxemia, dor de garganta pouco intensa, palidez e prostração;
 - Placas branco-acinzentadas aderidas em tonsilas, pilares e úvula;
 - Linfadenopatia cervical e submandibular;
 - Edema periganglionar, manifestações hemorrágicas, miocardite precoce e insuficiência renal;
 - Insuficiência respiratória alta: obstrução causada pela pseudomembrana.

ABSCESSO PERIAMIGDALIANO?

SIM

Encaminhar para unidade de pronto atendimento (UPA) para avaliação.

Avaliar necessidade de transporte sanitário (SAMU 192)

NÃO

FORMAÇÃO DE PSEUDOMEMBRANA ?

SIM

SE MONONUCLEOSE:

- Tratamento domiciliar com sintomáticos;
- Não prescrever amoxicilina/penicilina!
- Orientar sobre o quadro.

SE DIFTERIA:

- Preencher ficha de notificação https://saude.curitiba.pr.gov.br/imagens/difteria_net.pdf

+

Encaminhar para unidade de pronto atendimento (UPA) para avaliação. avaliar necessidade de transporte sanitário (SAMU 192)

NÃO

PRESEÇA DE VESÍCULAS?

SIM

Tratamento domiciliar com sintomáticos

NÃO

TONSILITE AGUDA

CAUSAS DE VESÍCULAS EM TONSILAS

- Herpangina;
- Doença mão-pé-boca;
- Herpes vírus simples.

FATORES PREDITIVOS DE INFECÇÃO VIRAL

- Febre baixa;
- Odisfagia moderada;
- Hipertrofia ou hiperemia tonsilar com ou sem exsudato;
- Coriza, congestão nasal, espirros.

Tratamento domiciliar com sintomáticos

Investigação epidemiológica para sar-cov-2 e influenza (ver [fluxo geral de atendimento doença respiratória-covid-19 e influenza](#))

FATORES PREDITIVOS DE INFECÇÃO BACTERIANA

- Febre alta;
- Início abrupto;
- Odisfagia intensa;
- Hipertrofia ou hiperemia tonsilar com ou sem exsudato;

SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA

- 1ª opção: Penicilina benzatina IM: 1.200.000 UI para adultos e crianças com peso > 27kg; e 50.000u/kg até o máximo de 900.000 UI para crianças < 27 kg **OU** Amoxicilina 500mg VO de 8/8h ou 50mg/kg/dia de 8/8h por 7 a 10 dias (80-90mg/kg/dia se não resposta **ou** uso de amoxicilina < 3 meses);
- 2ª opção: Azitromicina 500mg VO ou 10mg/kg 1x ao dia por 5 dias ([preencher ficha](#))
- 3ª opção:
 - Amoxicilina + Clavulanato 50mg/kg/dia de 8/8h por 7 dias ([preencher ficha](#))

AVALIAÇÃO DA DOR DE OUVIDO

Lactentes podem se apresentar como febre, vômitos, diarreia, alteração do sono, choro excessivo, puxar/esfregar/segurar a orelha

SINAIS DE ALERTA

- Bradicardia ou taquicardia persistente;
- Letargia ou agitação excessiva;
- Desidratação;
- Indisponibilidade de administração de medicação via oral (acionar [Telconsultoria pediátrica***](#));
- Presença de complicações que necessitem de antibioticoterapia venosa (mastoidite/ paralisia facial/ meningismo).

OTITE MÉDIA AGUDA

Presença de líquido na orelha média com hiperemia, opacificação e/ ou abaulamento de membrana timpânica.

FATORES DE RISCO

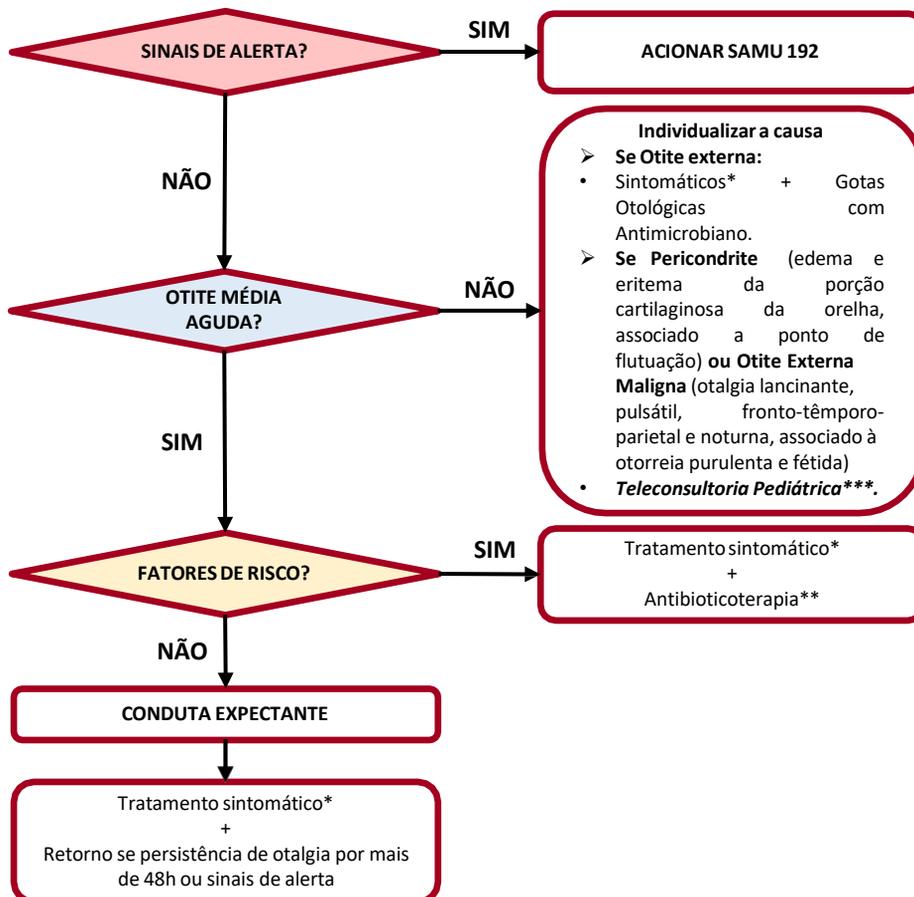
- Crianças < 6 meses;
- Criança de 6m-2a com otite bilateral;
- Presença de otorreia;
- Sintomas graves (otalgia por mais de 48h, febre alta, queda do estado geral);
- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;
- Risco aumentado de complicações (malformações craniofaciais, imunossuprimidos).

***INDICAÇÕES PARA USO DE AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO:

- < 6 meses;
- OMA grave em < 2 anos;
- Falha no tratamento com amoxicilina (sem melhora após 48-72h);
- OMA com conjuntivite purulenta (*h. influenzae*);
- Uso de amoxicilina nos últimos 30 dias.

ENCAMINHAR PARA OTORRINOLARINGOLOGISTA:

- OMA recorrente (3 ou + episódios em 6 meses ou 4 ou + episódios em 1 ano);
- Sem resposta ao tratamento (já usou duas séries de antimicrobianos);
- Otorreia persistente há mais de 3 meses;
- Resistente a vários fármacos;
- Presença de colesteatoma.



*TRATAMENTO SINTOMÁTICO

- Paracetamol: 15 mg/ kg/dose, de 6/6h
- Sf 0,9% nasal se sintomas de congestão nasal associada.
- Evitar usar anti-histamínicos

**ANTIBIOTICOTERAPIA

- 1ª Ppção: Amoxicilina 50mg/kg/dia de 8/8h;
- ❖ <2 anos: 10 dias;
- ❖ ≥2 anos: 7 dias;
- Dobrar dose para 80-90mg/kg/dia se não responder ao primeiro tratamento ou uso de antimicrobiano nos últimos 3 meses.
- 2ª Opção: Azitromicina 10mg/kg 1x ao dia por 3 a 5 dias ([preencher ficha](#));
- 3ª Opção: ***Amoxicilina + Clavulanato 50mg/kg/dia + 6,4mg/kg/dia de 8/8h ([preencher ficha](#));
- ❖ <2 Anos: 10 dias;
- ❖ ≥2 Anos: 7 dias;
- Se presença de supuração visível:
 - Limpeza com pano limpo;
 - Gotas otológicas com antibiótico;
 - Reavaliação em 48h.

ESCROTO AGUDO

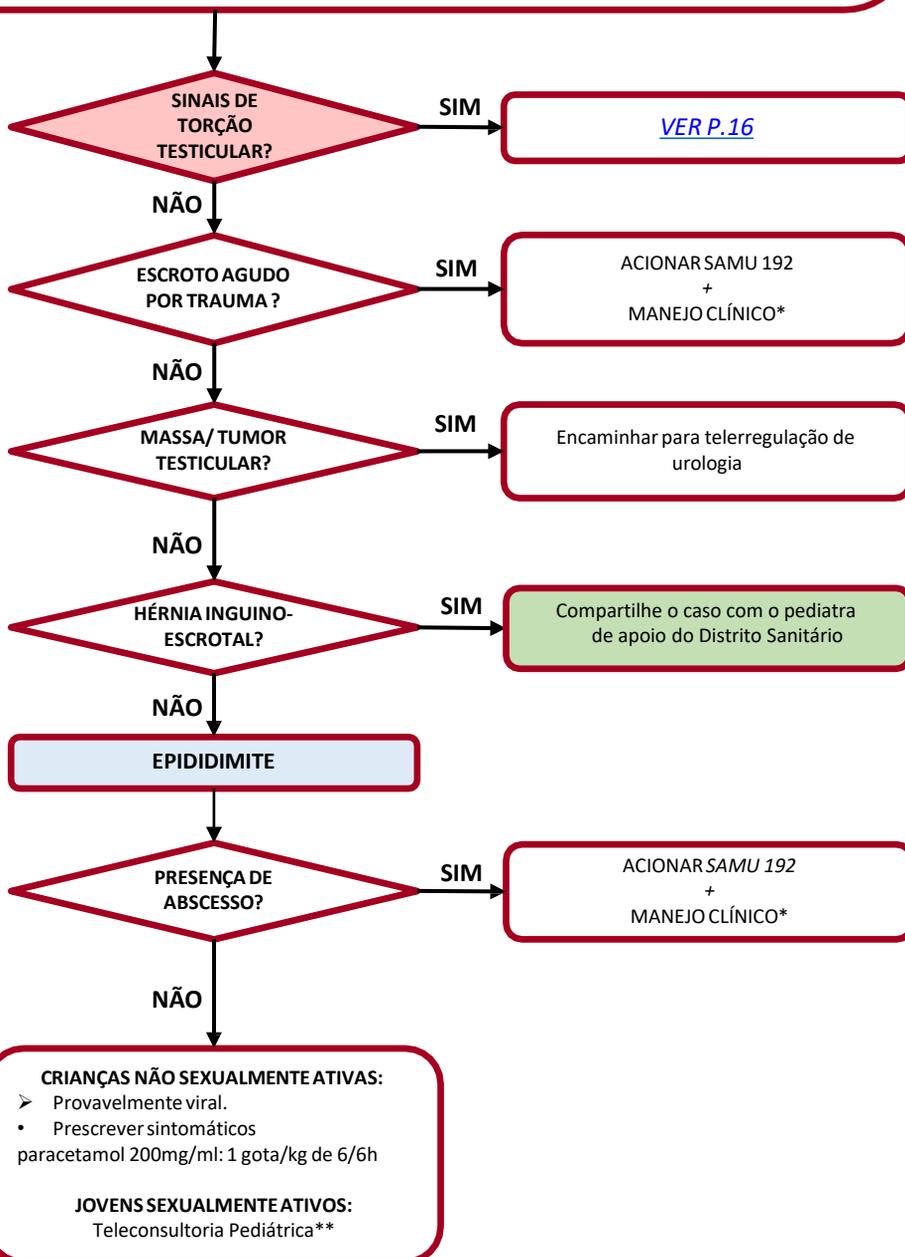
ANAMNESE

- **Tempo de início:** súbito/ progressivo
- **Irradiação da dor:** região inguinal/ abdome
- **Sintomas associados:** febre/ disúria/ uretrite/ manchas cutâneas
- **Histórico de trauma**

EXAME FÍSICO

- **Inspeção:** procurar por hiperemia, aumento do volume escrotal, manchas.
- **Palpação:** procurar pela posição do epididimo e testículo, edema, massas, presença de hérnia inguino-escrotal
- **Transiluminação:** pesquisa de edema ou massa testicular.
- **Testes específicos:**
 - Sinal de angel: posição horizontalizada do testículo contralateral;
 - Sinal de prehn: alívio da dor ao elevar a bolsa testicular do lado afetado;
 - Sestis redux: elevação do testículo por contração cremastérica;
 - Sinal de rabinowitz: ausência do reflexo cremastérico;
 - Sinal do ponto azul: coloração azulada na área do apêndice testicular. indica infarto e necrose local.

	EPIDIDIMITE	TORÇÃO TESTICULAR
IDADE	sexualmente ativos abaixo de 35 anos	primeiro ano de vida, e puberdade
DOR	início gradual	Súbita (geralmente < 6h), unilateral
SINTOMAS URINÁRIOS	presente	ausente
SINAL DE PREHN	presente	ausente
REFLEXO CREMASTÉ RICO	presente	ausente
SINAL DE ANGEL	ausente	presente
SINAL DO PONTO AZUL	ausente	presente



*MANEJO CLÍNICO

- **Analgesia simples:**
 - Dipirona 500mg/ml IV ou IM 15mg/kg/dose,
- **Sintomáticos auxiliares:**
 - Metoclopramida 5mg/ml IV (se vômitos)

tentar manobra de distorção!

ESCROTO AGUDO

SUSPEITA DE TORÇÃO AGUDA DE TESTÍCULO (< 6H)

CALCULAR TWIST ESCORE

0-2 PONTOS
 BAIXO RISCO

[VER P.15](#)

3-4 PONTOS
 RISCO INTERMEDIÁRIO

Compartilhe o caso com o
 pediatra de apoio do
 Distrito Sanitário

5-7 PONTOS
 ALTO RISCO

ACIONAR SAMU 192
 +
 MANEJO CLÍNICO* ([VER P.15](#))

TWIST ESCORE

SINAL/SINTOMA	PONTOS
AUMENTO DE VOLUME TESTICULAR	2
ENDURECIMENTO TESTICULAR	2
NÁUSEAS/VÔMITOS	1
TESTÍCULO MAIS ALTO QUE O CONTRALATERAL	1
REFLEXO CREMASTÉRICO AUSENTE	1

AVALIAÇÃO DO ESTRIDOR EM PEDIATRIA

ANAMNESE

- **Início dos sintomas:** agudo, crônico, transitório, intermitente;
- **Sintomas agudos:**
 - pesquisar por sintomas de infecções do trato respiratório superior (coriza, febre, faringite), alergia (prurido, espirros, edema de face, exantema);
- **Sintomas intermitentes:**
 - avaliar fatores de melhora e piora (posição, exposição a alérgenos, ansiedade, frio, alimentação, choro, sintomas de refluxo);
- **Outros sintomas associados:**
 - dor de garganta, tosse ladrante, sialorreia, dispneia, cianose, disfagia, febre;
- **Investigar:**
 - história perinatal, anomalias congênicas, história vacinal;

SINAIS DE GRAVIDADE

- Alteração do nível de consciência;
- Tempo de enchimento capilar > 3 seg;
- Sialorreia intensa;
- cianose;
- Hipoxemia (SatO₂ < 92% em crianças e 90% em adultos);
- Posição de tripé (*paciente sentado e inclinando o corpo para a frente, com hiperextensão do pescoço, promovendo protrusão do queixo e colocando a língua para fora*).

ACIONAR SAMU 192

+ *MANEJO CLÍNICO

- Monitorizar dados vitais;
- Acesso venoso periférico;
- Nebulização com Adrenalina 1:1000 0,5ml/kg (máx 5 ml) não diluída; *se persistir com insuficiência respiratória após nebulização com Adrenalina:*
 - Proteção de via aérea:
 - ventilação com máscara seguida de IOT;
 - Usar lâmina curva e cânula traqueal 0,5 a 1mm menor que a recomendada para a idade;
 - Corticoterapia:
 - Dexametasona 0,6mg/kg IM dose única;

SINAIS DE GRAVIDADE?

SIM

NÃO

CALCULAR ESCORE CLÍNICO DO ESTRIDOR**

LEVE

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Paracetamol 200mg/ml se dor ou febre;
- Dexametasona 0,15-0,3 mg/kg IM em dose única.

MODERADO

Nebulização com Adrenalina 1:1000 0,5ml/kg (máx 5 ml) não diluída
+
Dexametasona 0,3-0,6mg/kg im dose única
+
Observação por 3-4 horas

GRAVE

ACIONAR SAMU 192

+ *MANEJO CLÍNICO

ACIONAR SAMU 192
+
Repetir nebulização com adrenalina a cada 2h conforme a necessidade
+
Completar Dexametasona até 0,6mg/kg
+
Sintomáticos

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

SIM

MELHORA DO QUADRO?

NÃO

**ESCORE CLÍNICO DO ESTRIDOR

SINAL	0	1	2	3
ESTRIDOR	AUSENTE	COM AGITAÇÃO	LEVE E EM REPOUSO	GRAVE EM REPOUSO
RETRAÇÃO	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE
ENTRADA DE AR	NORMAL	NORMAL	DIMINUÍDA	MUITO DIMINUÍDA
COR	NORMAL	NORMAL	CIANÓTICA COM AGITAÇÃO	CIANÓTICA EM REPOUSO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	NORMAL	AGITÇÃO SOB ESTÍMULO	AGITAÇÃO	LETÁRGICO

ESCORE TOTAL: < 6= LEVE; 7-8 = MODERADA; >8 + GRAVE

FEBRE (TEMPERATURA AXILAR $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$)

ANAMNESE

- **Idade**
- **Tempo de início**
- **Sintomas associados:** tosse/ diarreia/ vômitos/ dor de garganta/ manchas pelo corpo/ prurido/ dor abdominal/ dor em membro / alteração da marcha/ dor de ouvido/ choro
- **Epidemiologia:** contato com pessoas doentes/ viagem/ uso de medicação/ avaliar situação vacinal

EXAME FÍSICO

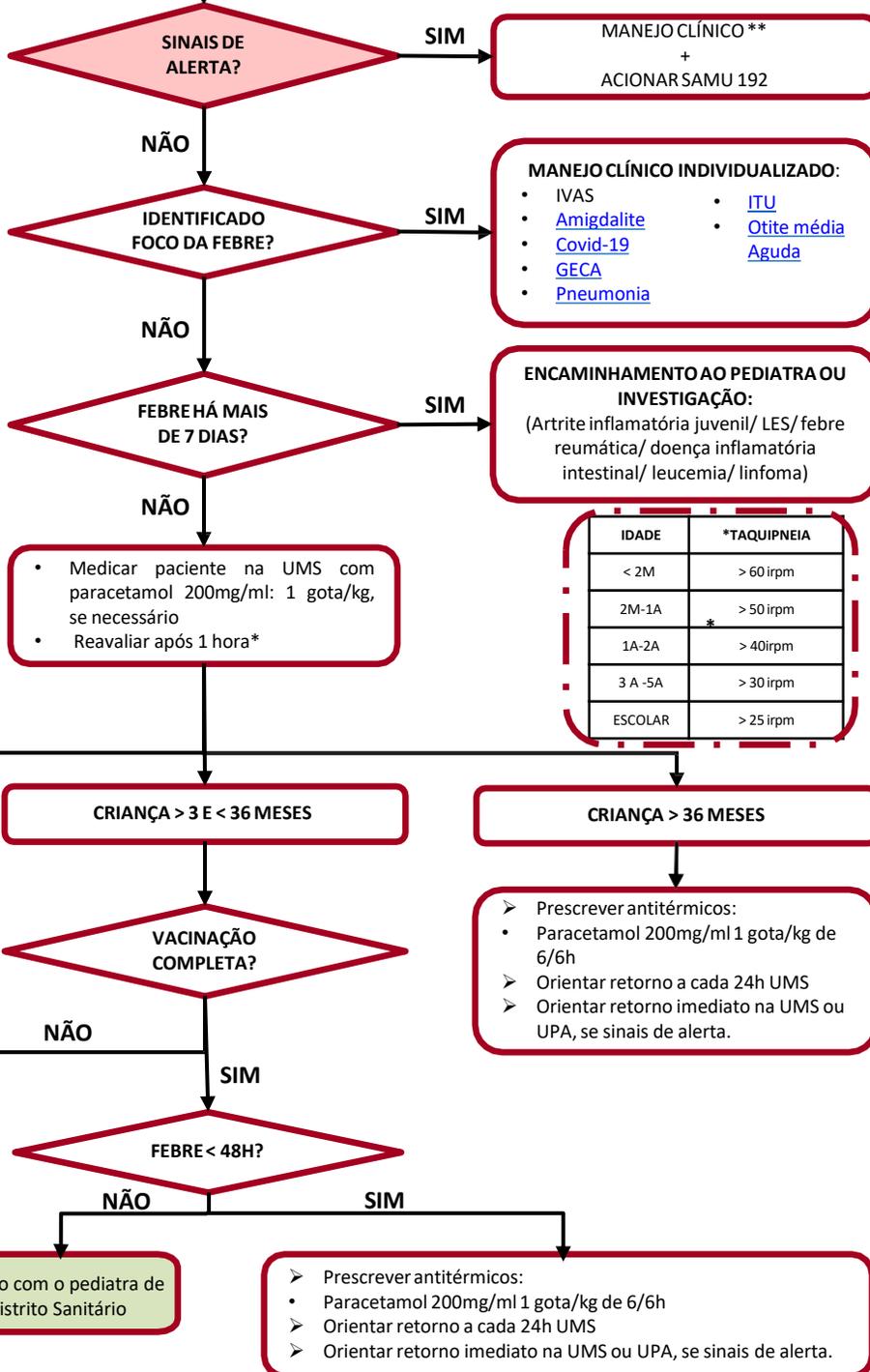
- Criança deve estar totalmente sem roupa para o exame físico
- Avaliar: estado de alerta, hidratação de mucosas
- Pele: (manchas/ petéquias/ vesículas/ exantemas), fontanelas, otoscopia, oroscopia, palpar linfonodos, ausculta pulmonar e cardíaca, exame abdominal completo (inclusive cicatriz umbilical), exame da genitália
- Procurar por sinais meníngeos (lactente pode não apresentar)
- Anotar: frequência respiratória, frequência cardíaca (após diminuição da febre)

SINAIS DE ALERTA:

- Toxemia/ letargia;
- Irritabilidade/prostração;
- Dispneia/ taquipneia*;
- Cianose;
- Hipóxia (sato2 < 92%aa);
- Abaulamento de fontanela anterior;
- Sinais meníngeos;
- Petéquias/ sufusões hemorrágicas;
- Má perfusão periférica;
- Vômitos incoercíveis;
- Doença grave de base.

**MANEJO CLÍNICO:

- Acesso venoso calibroso;
- O2 suplementar 2l/min se SatO2 < 92%;
- Monitorar dados vitais;
- **Hidratação:**
- SF 0,9% 20ml/kg em 30 min, repetindo até reidratação completa.
- **Sintomáticos:**
- Dipirona 500mg/ml IV ou IM 15mg/kg/dose, se febre ou dor



MANEJO CLÍNICO**
+
ACIONAR SAMU 192

MANEJO CLÍNICO INDIVIDUALIZADO:

- IVAS
- [Amigdalite](#)
- [Covid-19](#)
- [GECA](#)
- [Pneumonia](#)
- [ITU](#)
- [Otite média Aguda](#)

ENCAMINHAMENTO AO PEDIATRA OU INVESTIGAÇÃO:
(Artrite inflamatória juvenil/ LES/ febre reumática/ doença inflamatória intestinal/ leucemia/ linfoma)

IDADE	*TAQUIPNEIA
< 2M	> 60 irpm
2M-1A	> 50 irpm
1A-2A	> 40 irpm
3 A -5A	> 30 irpm
ESCOLAR	> 25 irpm

• Medicar paciente na UMS com paracetamol 200mg/ml: 1 gota/kg, se necessário
• Reavaliar após 1 hora*

CRIANÇA COM < 3 MESES

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

CRIANÇA > 3 E < 36 MESES

VACINAÇÃO COMPLETA?

NÃO

FEBRE < 48H?

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

➢ Prescrever antitérmicos:
• Paracetamol 200mg/ml 1 gota/kg de 6/6h
➢ Orientar retorno a cada 24h UMS
➢ Orientar retorno imediato na UMS ou UPA, se sinais de alerta.

CRIANÇA > 36 MESES

➢ Prescrever antitérmicos:
• Paracetamol 200mg/ml 1 gota/kg de 6/6h
➢ Orientar retorno a cada 24h UMS
➢ Orientar retorno imediato na UMS ou UPA, se sinais de alerta.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) EM CRIANÇAS

ANAMNESE

- Pesquisa de sintomas urinários;
- Sintomas associados: prostração, febre, anorexia, vômitos, dor abdominal, cefaleia, crescimento deficiente.

EXAME FÍSICO

- Criança deve estar totalmente sem roupa para o exame físico;
- Avaliar estado de alerta, hidratação de mucosas, turgor da pele, ausculta pulmonar, exame abdominal completo, exame de genitálias (balanopostites, fimose, vulvovaginites);
- Avaliar dados vitais;
- Procurar possíveis sinais de abuso.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA CONFORME A IDADE

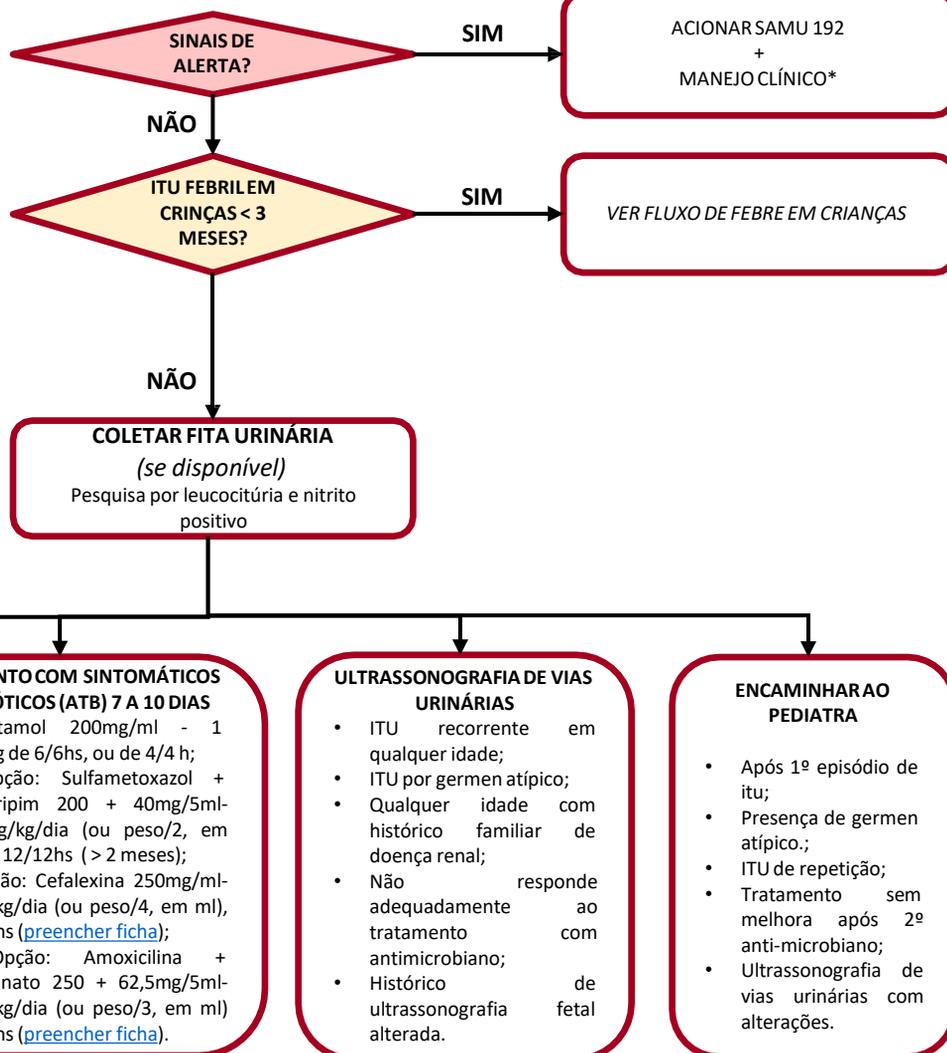
< 3 MESES	3 MESES A 2 ANOS	PRÉ-ESCOLAR
<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Queda do estado geral • Irritabilidade/ apatia • Anorexia • Perda de peso • Vômitos/ diarreia • Icterícia leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Dor abdominal • Recusa alimentar • Vômitos • Disúria/ polaciúria • Anorexia • Ganho de peso inadequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Disúria • Polaciúria • Urgência miccional • Febre • Dor abdominal • Dor em flanco • Giordano positivo

SINAIS DE ALERTA:

- Toxemia/ letargia
- Hipotonia
- Convulsões
- Má perfusão
- Doença grave de base
- Hipoxemia
- Taquipneia

*MANEJO CLÍNICO:

- Acesso venoso;
- O2 suplementar 2l/min se SatO2 ≤ 94%;
- Monitorizar dados vitais;
- **Hidratação:**
- Sf 0,9% 20ml/kg em 30min, repetindo conforme necessidade;
- **Sintomáticos:**
- Dipirona 500mg/ml: 15mg/kg/dose IV ou IM, se febre ou dor;



SE < 2 ANOS:

- Teleconsultoria Pediátrica**

SE > 2 ANOS:

- Se fita urinária duvidosa: sedimentoscopia + Urocultura (se possível); Retorno imediato se persiste febre > 48hs

TRATAMENTO COM SINTOMÁTICOS + ANTIBIÓTICOS (ATB) 7 A 10 DIAS

- Paracetamol 200mg/ml - 1 gota/kg de 6/6hs, ou de 4/4 h;
- 1ª Opção: Sulfametoxazol + Trimetripim 200 + 40mg/5ml-40+8mg/kg/dia (ou peso/2, em ml), de 12/12hs (> 2 meses);
- 2ª Opção: Cefalexina 250mg/ml-50mg/kg/dia (ou peso/4, em ml), de 6/6hs ([preencher ficha](#));
- 3ª Opção: Amoxicilina + Clavulanato 250 + 62,5mg/5ml-50mg/kg/dia (ou peso/3, em ml) de 8/8hs ([preencher ficha](#)).

ULTRASSONOGRRAFIA DE VIAS URINÁRIAS

- ITU recorrente em qualquer idade;
- ITU por germen atípico;
- Qualquer idade com histórico familiar de doença renal;
- Não responde adequadamente ao tratamento com antimicrobiano;
- Histórico de ultrassonografia fetal alterada.

ENCAMINHAR AO PEDIATRA

- Após 1º episódio de itu;
- Presença de germen atípico;
- ITU de repetição;
- Tratamento sem melhora após 2º anti-microbiano;
- Ultrassonografia de vias urinárias com alterações.

NÁUSEAS E VÔMITOS

ANAMNESE

- **Tempo de duração;**
- **Conteúdo/ característica:** alimentos não digeridos/ alimentos parcialmente digeridos/ bilioso/ fecalóide/ sangue vivo/ em “borra de café”.
- **Vômitos x refeição:** imediatamente após: causas psicogênicas/ 1 hora após: gastroparesia ou doença inflamatória (colecistite/apendicite/ pancreatite) / após 12hs: obstrução intestinal.
- **Fatores de risco:** criança < 2 anos/ imunossuprimido/ nefropatia crônico/ cirurgia prévia/ neoplasias/ histórico de quimioterapia/ transtornos alimentares/ doenças psiquiátricas;
- **Sintomas associados:** febre/ dor abdominal/ diarreia/ constipação/ fraqueza/ cefaleia/ emagrecimento/ ansiedade/ depressão/ compulsão alimentar.

EXAME FÍSICO

- Dados vitais/ avaliar rigidez de nuca ou meningismo/ avaliação de mucosas e turgor da pele/ ausculta pulmonar/ exame abdominal

SINAIS DE GRAVIDADE:

- Aspecto toxêmico;
- Prostração acentuada, letargia ou coma;
- Doença grave de base;
- Esforço respiratório (tiragem subcostal/ retração supraesternal);
- Hematêmese presenciada
- Meningismo (rigidez de nuca, sinal de kernig, sinal de brudzinski);
- Hipóxia;
- Glicemia Capilar > 250;
- Taquipneia:

IDADE	TAQUIPNEIA
< 2 M	> 60 ipm
2M-1A	> 50 ipm
1A- 2A	> 40 ipm
3A -5A	> 30 ipm
>5A	>25ipm

DESIDRATAÇÃO GRAVE

- Comatoso, hipotônico;
- Olhos muito fundos;
- Lágrimas ausentes;
- Boca e língua muito secas;
- Não consegue beber ;
- Sinal da prega desaparece lentamente;
- Pulso débil ou ausente;
- Tempo de enchimento capilar (TEC)>3seg.

DESIDRATAÇÃO LEVE

- Irritado, intranquilo
- Olhos fundos
- Lágrima ausente
- Boca e língua semi úmidas
- Sedento, bebe com avidez
- Sinal da prega desaparece rapidamente
- Pulso rápido
- TEC de 3 a 4 seg

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Fracionamento da dieta
- Hidratação com soro de rehidratação oral
- **Sintomáticos:**
 - Dipirona 500mg/ml
 - Paracetamol 500mg ou 200mg/ml
 - Metoclopramida*** 10 mg ou 4mg/ml: 1 cp de 8/8h

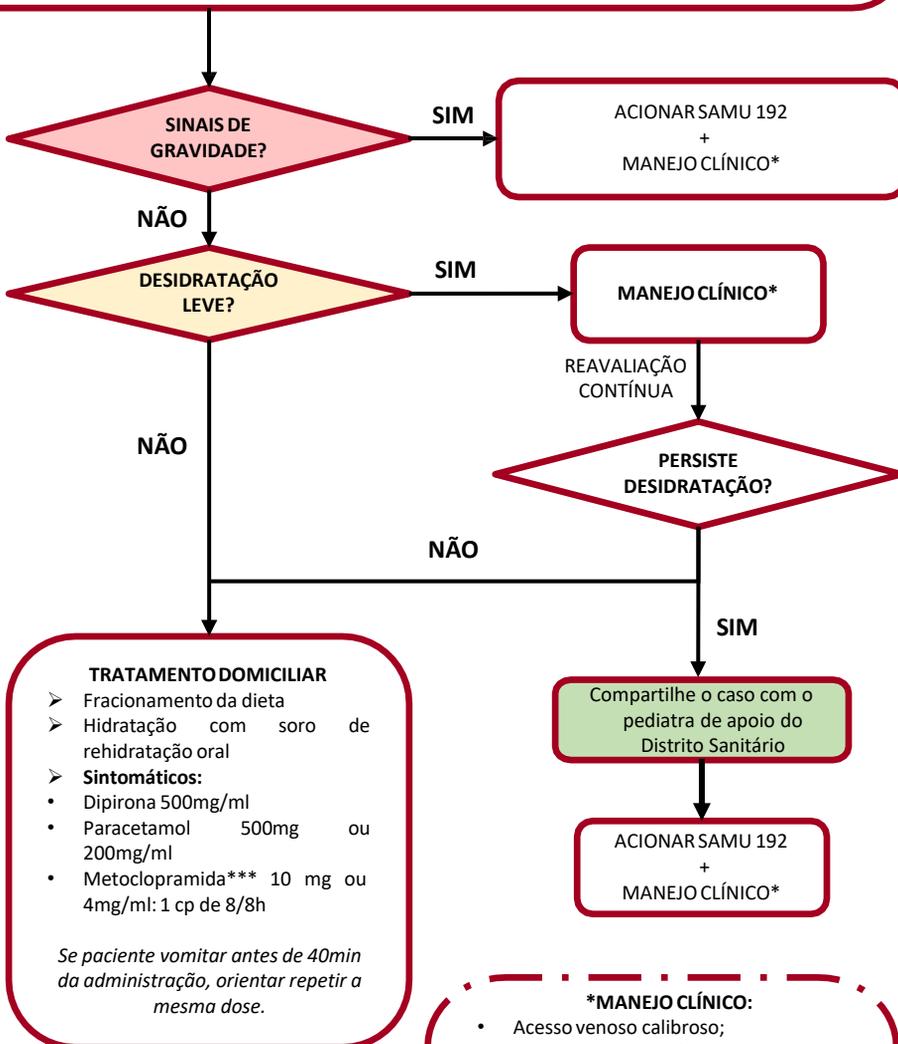
Se paciente vomitar antes de 40min da administração, orientar repetir a mesma dose.

*MANEJO CLÍNICO:

- Acesso venoso calibroso;
- O2 suplementar 2l/min se SatO2<92%;
- Monitorizar dados vitais;

HIDRATAÇÃO:

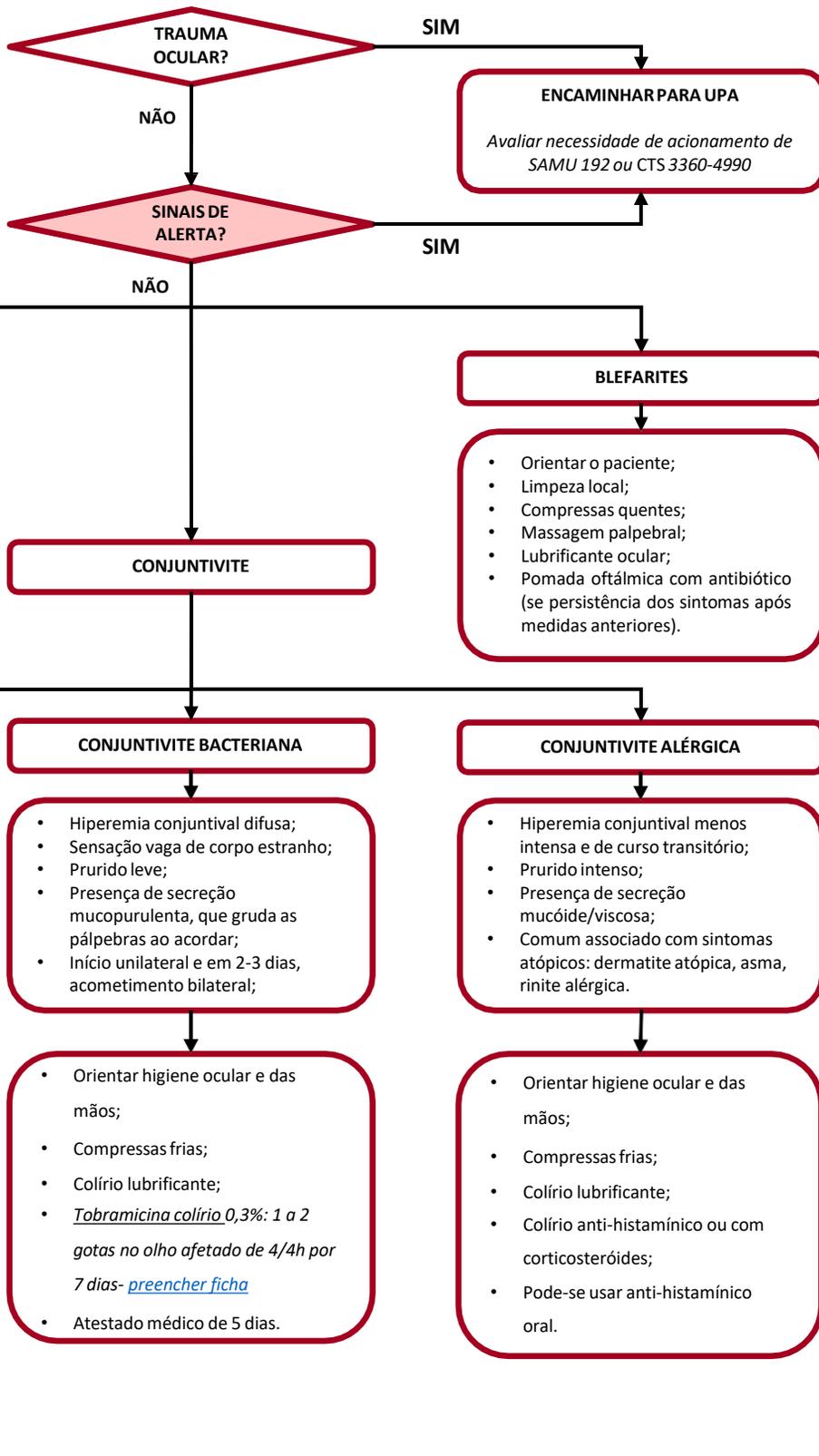
- **FASE DE EXPANSÃO:**
 - SF 0,9% 30ml/kg em 30 min. Repetir até rehidratação, reavaliando os sinais vitais a cada fase.
- +
- **SINTOMÁTICOS:**
 - Metoclopramida 5mg/ml 0,1mg/kg/dose, se vômitos
 - Dipirona 500mg/ml IV ou IM 15mg/kg/dose, se febre ou dor



AVALIAÇÃO DO OLHO VERMELHO

SINAIS DE ALERTA

- Dor ocular;
- Diminuição da acuidade visual;
- Fotofobia;
- Pupilas fixas;
- Pupilas não fotorreagentes;
- Opacidade corneana;
- Conjuntivite refratária;
- Lesão por luz UV;
- Cefaleia e náuseas.



DERRAME SUBCONJUNTIVAL

- Orientar o paciente;
- Limpeza local;
- Compressas frias;
- Lubrificante ocular.

BLEFARITES

- Orientar o paciente;
- Limpeza local;
- Compressas quentes;
- Massagem palpebral;
- Lubrificante ocular;
- Pomada oftálmica com antibiótico (se persistência dos sintomas após medidas anteriores).

CONJUNTIVITE

CONJUNTIVITE VIRAL

- Hiperemia conjuntival;
- Edema palpebral;
- Sensação de corpo estranho;
- Queixa de queimação/ irritação ocular;
- Fotofobia e discreto borramento visual;
- Lacrimejamento;
- Presença de secreção aquosa/ mucóide;
- Início unilateral e em 24-48h, acometimento bilateral;
- Formação de pseudomembrana;
- Linfadenomegalia pré-auricular;
- Investigar sintomas sistêmicos: febre, quadro gripal, cefaleia.

- Orientar higiene ocular e das mãos;
- Compressas frias;
- Colírio lubrificante;
- Atestado médico de 5 dias.

Não usar colírio com corticosteróides!

CONJUNTIVITE BACTERIANA

- Hiperemia conjuntival difusa;
- Sensação vaga de corpo estranho;
- Prurido leve;
- Presença de secreção mucopurulenta, que gruda as pálpebras ao acordar;
- Início unilateral e em 2-3 dias, acometimento bilateral;

- Orientar higiene ocular e das mãos;
- Compressas frias;
- Colírio lubrificante;
- Tobramicina colírio 0,3%: 1 a 2 gotas no olho afetado de 4/4h por 7 dias - preencher ficha
- Atestado médico de 5 dias.

CONJUNTIVITE ALÉRGICA

- Hiperemia conjuntival menos intensa e de curso transitório;
- Prurido intenso;
- Presença de secreção mucóide/viscosa;
- Comum associado com sintomas atópicos: dermatite atópica, asma, rinite alérgica.

- Orientar higiene ocular e das mãos;
- Compressas frias;
- Colírio lubrificante;
- Colírio anti-histamínico ou com corticosteróides;
- Pode-se usar anti-histamínico oral.

PNEUMONIA EM PEDIATRIA

ANAMNESE

- Idade;
- Duração dos sintomas;
- Sintomatologia: tosse seca ou produtiva, chio no peito, dor torácica ventilatório-dependente, dispneia, febre, dor abdominal, vômitos, diarreia, perda de apetite;
- Infecção de vias aéreas superiores (IVAS) recente;
- Comorbidades (anemia, cardiopatia, malformação, imunodeficiência), desnutrição;
- Histórico de pneumonia recorrente;
- Uso prévio de antibióticos;
- Avaliar situação vacinal;
- Investigar possíveis contactantes doentes;

IDADE	*TAQUIPNEIA
< 2M	> 60 irpm
2M-1A	> 50 irpm
1A-2A	> 40irpm
3 A -5A	> 30 irpm
ESCOLAR	> 25 irpm

EXAME FÍSICO

- Peso/estatura;
- Avaliar frequência respiratória, tiragem e saturação de oxigênio;
- **Avaliação da frequência respiratória:** taquipneia* é o sinal clínico mais precoce, enquanto bradpneia e a apneia são de maior gravidade e mais tardios.
- Investigar obstrução de vias aéreas superiores e/ou vias aéreas inferiores;
- Ausculta pulmonar: verificar se crepitanes de médias ou finas bolhas, crepitações grosseiras, diminuição ou aumento do murmúrio vesicular, respiração sopro.

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA SAR-COV-2 E INFLUENZA (ver fluxo geral de atendimento doença respiratória- covid-19 e influenza)

**SINAIS DE GRAVIDADE

- < 3 meses;
- Aspecto toxêmico;
- Prostração acentuada, letargia ou coma;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Tempo de enchimento capilar > 2seg;
- Cianose central ou palidez;
- SatO2 < 92%aa;
- Taquipneia*;
- Apneia;
- Desnutrição grave;
- Convulsão;
- Tiragem intercostal;
- Batimentos de aletas nasais;
- Gemência;
- Impossibilidade de tratamento via oral;
- Recusa alimentar;
- Criança cujo seguimento ambulatorial não seja possível;

SINAIS DE GRAVIDADE**?

SIM

NÃO

Avaliar quadro clínico conforme a idade

MANEJO CLÍNICO

- Monitorização de dados vitais;
- O2 suplementar por cateter nasal se so2 < 92%;
- **HIDRATAÇÃO:**
- SF 0,9% 20ml/kg em 30 min, conforme necessidade;
- **SINTOMÁTICOS:**
- Dipirona IV ou IM 15mg/kg/dose (RN 0,03mg/kg/dose, máx 0,8mg/kg), se febre ou dor
- Metoclopramida 5mg/ml 0,1mg/kg/dose , se vômitos

Acionar SAMU 192

3meses a 5 anos

> 5 anos

PNEUMONIA VIRAL

- Início insidioso;
- Sinais e sintomas gripais, febre, tosse seca, esforço respiratório, com uso de musculatura acessória;
- Pode ocorrer rash cutâneo;
- Estado geral preservado;
- Ausculta: estertores com ou sem sibilos, MV diminuídos;

PNEUMONIA BACTERIANA TÍPICA

- Qualquer idade;
- Início abrupto;
- IVAS prévia;
- Febre, calafrios, toxemia, dor torácica;
- Achados focais na ausculta pulmonar;
- Distúrbios respiratórios moderados a graves;
- Prostração;
- Ausculta: estertores de média e finas bolhas ou crepitanes, respiração sopro e MV assimétrico.

PNEUMONIA BACTERIANA ATÍPICA

- Início abrupto;
- Presença de manifestações extrapulmonares, febre, mal-estar, mialgia;
- Tosse não produtiva de caráter progressivo;
- Crepitações inspiratórias ou sibilos difusos;
- Provas inflamatórias frequentemente normais ou pouco alteradas;
- Crianças que não melhoram com antibioticoterapia preconizada

***Antibioticoterapia

- sem uso recente de antibiótico:
- 1ª opção: Amoxicilina 50mg/kg/dia de 8/8h por 7 a 10 dias;
- 2ª opção: Azitromicina 10mg/kg 1x ao dia por 5 a 7 dias ([preencher ficha](#)) – se pneumonia atípica ou alergia à Amoxicilina
- 3ª opção: Amoxicilina + Clavulanato 50mg/kg/dia de 8/8h por 5 a 7 dias ([preencher ficha](#));
- se falha terapêutica anterior e/ou vacinação incompleta para haemophilus (em menores de 12 anos):
- 1ª opção: 3ª opção: Amoxicilina + Clavulanato 50mg/kg/dia de 8/8h por 7 a 10 dias ([preencher ficha](#));
- 2ª opção: ceftriaxona 90mg/kg/dia IV 1x ao dia por 7 a 10 dias ([preencher ficha](#))

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Antibioticoterapia***;
 - Paracetamol 1gota/kg/dose 6/6h se dor ou febre;
 - SF 0,9% Nasal com frequência;
 - Se broncoespasmo:
 - Salbutamol spray 100mcg/dose 6/6h ou 4/4h por 5 dias;
 - Alimentação e hidratação adequadas;
 - Retorno em 48h ou antes, se apresentar sinais de gravidade*
- Encaminhamentos para UPA após avaliação pediátrica presencial e/ou teleconsultoria

SIBILÂNCIA EM PEDIATRIA

ANAMNESE

- Idade;
- Início dos sintomas/ tempo de evolução;
- Padrão dos sintomas: frequência, intensidade e repercussão clínica;
- Antecedentes pessoais/ familiares;
- Sintomas associados: febre, coriza, tosse seca ou produtiva, vômitos, diarreia, coriza, congestão nasal, eczema em pele;
- Fatores desencadeantes: contato com pessoa com infecção respiratória, mudança climática, exercício físico, exposição a alérgeno;
- Fatores de risco: < 3 meses, prematuridade (IG < 32 semanas), cardiopatia com repercussão hemodinâmica, fibrose cística, imunodeficiências, desordem neuromuscular, risco social.

EXAME FÍSICO

- Avaliar:
 - Estado geral, fácies;
 - Nível de atividade (alerta, apático, sonolento, irritado, agitado);
 - Cor da pele;
 - Grau de hidratação;
 - Frequência e padrão respiratório, uso de musculatura acessória (tiragem subcostal, retração supraesternal, batimento de aletas nasais);
 - Temperatura, SatO₂;
 - Ausculta pulmonar e cardíaca;
 - Exame do abdome;
- Achados do exame:
 - Mucosa nasal pálida e hipertrofia de cornetos: sugerem rinite alérgica (atopia), assim como sinais de dermatite atópica;
 - Aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax: sugere quadro ventilatório obstrutivo crônico;
 - Ausculta pulmonar: sibilos localizados podem sugerir aspiração de corpo estranho ou compressão de via aérea. Estertores crepitantes fixos, que não mudam com a tosse, podem sugerir quadros crônicos como bronquiectasias;
 - Ausculta cardíaca: presença de sopro sugere cardiopatia congênita;
 - Abdome distendido pode sugerir fibrose cística.

*SINAIS DE GRAVIDADE

- Cianose central;
- SatO₂ ≤91%;
- Taquipneia*
- Tiragem intercostal;
- Batimentos de aletas nasais;
- Gemência;
- Choque/ hipotensão;
- Taquicardia;
- Tempo de Enchimento Capilar > 2 seg;
- Sonolência, letargia, inconsciência;
- Convulsões;
- Incapacidade de mamar ou beber;
- < 3 meses

SINAIS DE ANAFILAXIA

- Dispneia súbita;
- Sibilos, tosse;
- Angioedema (principalmente lábios e olhos);
- Erupção cutânea (Rash, eritema);
- Prurido sem Rash;
- Urticária;
- Taquicardia;
- Hipotensão/ sinais de choque;
- Convulsão.

ACIONAR SAMU 192 + MANEJO INICIAL

- Monitorização de dados vitais;
- Monitor cardíaco;
- Acesso venoso calibroso;
- Fornecer fio2 até atingir SO₂ > 92%
- Cateter nasal: até 6l/min;
- Mascara com reservatório: > 6l/min;
- Metilprednisolona 1-2mg/kg/dia IV (se disponível)**;
- Salbutamol 100mcg com espaçador, repetindo de 20/20min durante a primeira hora:
 - < 5 anos: 4-6 jatos;
 - > 5 anos: 5-10 jatos

SE ANAFILAXIA:

- Adrenalina: 0,01mg/kg IM na face ântero-lateral da coxa. repetir dose a cada 5-15min até o máx de 0,3mg/kg, conforme necessidade.

SINAIS DE GRAVIDADE?

SIM

NÃO

< 2 ANOS

[ver p.24](#)

> 2 ANOS

[ver p.25](#)

IDADE	TAQUIPNEIA*
< 2 M	> 60 ipm
2M-1A	> 50 ipm
1- 2A	> 40 ipm
3 -5A	> 30 ipm
>5A	>25 ipm

**Diluição metilprednisolona: 500mg em 8 ml de diluente, calcular a dose de acordo com o peso da criança 1-2 mg/kg/dia



SIBILÂNCIA EM PEDIATRIA

FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES EM BRONQUIOLITE

- Prematuridade (IG ≤ 32 sem);
- Baixo peso ao nascer;
- desnutrição.;
- Doença pulmonar crônica/ displasia broncopulmonar;
- Defeitos anatômicos das vias aéreas;
- Cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica;
- Imunodeficiência;
- Doença neurológica/ neuromuscular;
- Exposição intrauterina ao tabaco.

SIBILÂNCIA EM CRIANÇAS < 2 ANOS

+

PRIMEIRO EPISÓDIO DE SIBILÂNCIA

FATORES DE RISCO PARA BRONQUIOLITE?

NÃO

SIM

TRATAMENTO DOMICILIAR:

- Orientar higiene;
- Lavagem nasal com SF 0,9%;
- Paracetamol 200mg/ml 1 gota/kg de 6/6 ou de 4/4h se febre;
- Orientar retorno imediato se [sinais de gravidade*](#)

MANEJO CLÍNICO

- Lavagem de narina com SF 0,9%;
- O2 via cateter nasal (se SatO2 < 92%aa);
- Sintomáticos (se febre)
 - Paracetamol 200mg/ml 1gota/kg VO (se febre)
- Manter dieta VO;
- Considerar hidratação IV se necessário;
- **Não Usar:**
 - Broncodilatadores;
 - Corticoterapia sistêmica;
 - Nebulização com solução salina.

REAVLIAÇÃO CONSTANTE

MELHORA APÓS MEDIDAS?

SIM

NÃO

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário
+
Manter oxigenoterapia

Acionar SAMU 192

SIBILÂNCIA EM PEDIATRIA

SIBILÂNCIA EM CRIANÇAS > 2 ANOS
+
HISTÓRICO PESSOAL E/OU FAMILIAR DE SIBILÂNCIA

ESCORE PEDIÁTRICO PARA GRAVIDADE DE CRISE DE ASMA- PASS

ESCORE		1	2	3
FREQUENCIA RESPIRATÓRIA (irpm)	2 A 3 ANOS	≤34	35 A 39	≥40
	4 A 5 ANOS	≤30	31 A 35	≥36
	6 A 12 ANOS	≤26	27 A 30	≥31
	> 12 ANOS	≤23	24 A 27	≥28
SatO2		> 90%AA	85-90%AA	< 85%AA
AUSCULTA PULMONAR		normal ou com sibilos ao final da expiração	sibilos expiratórios	sibilos inspiratórios e expiratórios, ou ausculta diminuída
SINAIS DE ESFORÇO RESPIRATÓRIO (tiragem subdiafragmática, batimento de aleta nasal, retração de fúrcula e balanço toracoabdominal)		1 ou nenhum	2 sinais presentes	3 ou mais sinais presentes
DISPNEIA		frases completas, murmúrio ou balbúcia	frases incompletas ou choro curto	frases curtas ou monossilábicas, grunhido

**PASS ≤ 7
LEVE**

- Oxigenoterapia (se SatO2 ≤92%aa);
- Salbutamol 100mcg com espaçador, repetindo de 20/20min durante a primeira hora: *
- < 5 anos: 2-4 jatos;
- > 5 anos: 4-6 jatos
- Considerar prednisolona (1-2mg/kg) VO se:
 - História de sintomas nas últimas 48h em uso de B2 domiciliar e sem resposta;
 - História de exacerbações frequentes;
 - Recorrência dos sintomas após 2-3h do tratamento.
- Reavaliações frequentes.

MELHORA APÓS MEDIDAS?

NÃO SIM

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

Acionar SAMU 192

TRATAMENTO DOMICILIAR

- Salbutamol 100mcg/dose de 4/4h*
- Se iniciado Prednisolona, manter por 3 dias;

**PASS 8 A 11
MODERADA**

- Oxigenoterapia (se SatO2 ≤92%aa);
- Salbutamol 100mcg com espaçador, repetindo de 20/20min durante a primeira hora: **
- < 5 anos: 4-6 jatos;
- > 5 anos: 5-10 jatos
- Prednisolona (1-2mg/kg) VO
- Reavaliações frequentes.

MELHORA APÓS MEDIDAS?

SIM NÃO

OBSERVAÇÃO

+ Manter Salbutamol de 1/1h ou com intervalos maiores, de acordo com a gravidade, até de 4/4h**

MELHORA APÓS MEDIDAS?

SIM NÃO

Repetir ataque de Salbutamol com dose máxima **

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

Acionar SAMU 192

**PASS ≥ 12
GRAVE**

- Oxigenoterapia (se SatO2 ≤92%aa);
- Salbutamol 100mcg com espaçador, repetindo de 20/20min durante a primeira hora: ***
- < 5 anos: 4-6 jatos;
- > 5 anos: 5-10 jatos
- Corticoterapia: Prednisolona (1-2mg/kg) VO ou Metilprednisolona 1-2mg/kg/dia IV (se disponível);
- Reavaliações frequentes.

MELHORA APÓS MEDIDAS?

NÃO SIM

OBSERVAÇÃO

+ Manter Salbutamol de 1/1h ou com intervalos maiores, de acordo com a gravidade, até de 4/4h***

Compartilhe o caso com o pediatra de apoio do Distrito Sanitário

Acionar SAMU 192



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

FICHA DE UTILIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL PRESCRITOR

US:		DATA:	
PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:	SEXO: () F () M
DIAGNÓSTICO:		CID:	
ANTIBIÓTICO PRESCRITO:		FOCO DA INFECÇÃO:	
DOSE:	POSOLOGIA:	VIA DE ADMINISTRAÇÃO: () VO () IM () EV () OUTRA	TEMPO DE USO:
PARA ESQUEMA ALTERNATIVO, JUSTIFIQUE OS MOTIVOS:			
() Falta do Medicamento de 1ª escolha () Resultado de Antibiograma			
() Alergia a ATB () Insuficiência Renal () Insuficiência Hepática () Gravidez			
() Falha Terapêutica () Pielonefrite () Profilaxia Odontológica			
() Esquema Vacinal Incompleto para Haemophilus			
() Outros. Quais?			
ANTIBIÓTICOS COM USO JUSTIFICADO: Amoxicilina + clavulanato Azitromicina Cefalexina Ceftriaxona Clindamicina Doxiciclina Levofloxacino Nitrofurantoína			

CARIMBO E ASSINATURA DO PRESCRITOR

FARMÁCIA

FORNECIDO POR: DATA: HORÁRIO:

Data Emissão: Daps/2022

Revisão nº:

Data desta Revisão:

ABSCESSO PERIAMIGDALIANO



TONSILS AND THROAT DISEASES

PERITONSILLAR ABSCESS

HEALTHY THROAT



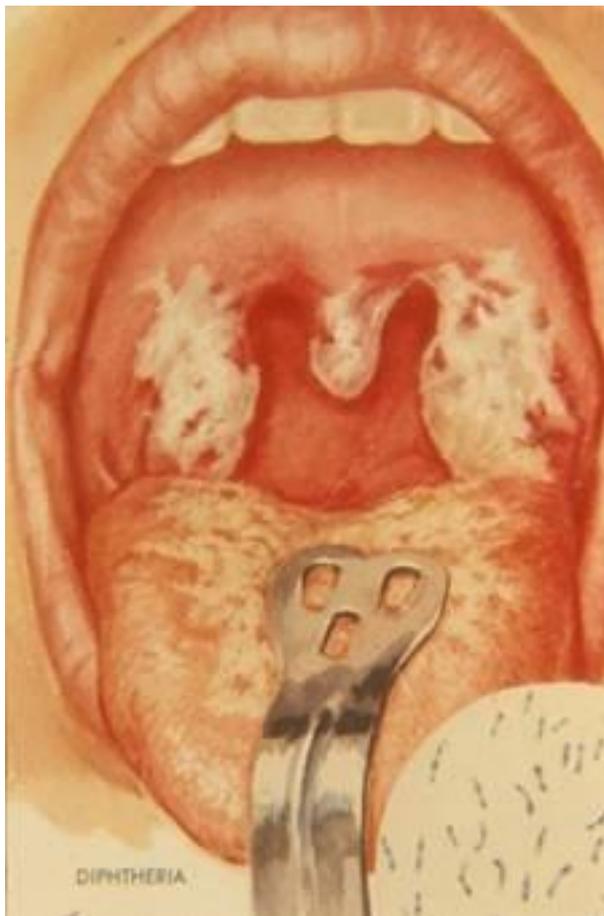
PERITONSILLAR ABSCESS



myloview

VOLTAR

FORMAÇÃO DE PSEUDOMEMBRANA EM AMIGDALAS



[VOLTAR](#)