

Realizar radiografias para visualizar corpos radiopacos no pescoço, tórax e abdome.

34. DESIDRATAÇÃO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causada principalmente por diarreia (gastroenterite), queimaduras, alimentos excessivamente hipertônicos, diabetes mellitus complicado, infecção febril com ingestão inapropriada de água.

A perda aguda de líquido pode ser medida em perda de peso (1 litro de água = 1 kg de peso).

Avaliar a perda de peso e calcular a gravidade da desidratação.

A desidratação pode ser classificada em leve, moderada e grave. A exceção é a desidratação com hipernatremia na qual a perda intracelular e intersticial é maior que a intravascular.

Investigação laboratorial geralmente não é necessária em casos leves. Dosar natremia, calemia, bicarbonato e glicemia.

b. QUADRO CLÍNICO – DESIDRATAÇÃO

Características clínicas da desidratação

CARACTERÍSTICA	LEVE	MODERADA	GRAVE
Perda de líquido (peso)	< 5% do peso corporal	5 a 10% do peso corporal	> 10% do peso corporal
Avaliação rápida	Ativo	Agitado	Hipoativo, Sonolento
Olhos	Normais	Pouco encovados	Encovados
Lágrimas	Presentes no choro	Podem estar ausentes no choro	Ausentes mesmo no choro
Boca	Úmida	Algo seca	Seca
Sede	Um pouco	Bastante	Muito doente para beber
Pinçamento da pele	Retorno imediato	Retorno um pouco mais lento	Retorno claramente lentificado

c. CONDUTA

Avaliar se o paciente apresenta choque é a prioridade.

Identificar as causas que possuem tratamento específico (por exemplo Diabetes Mellitus).

Administrar líquido para repor perdas já ocorridas e que estejam em curso e a necessidade de líquido basal.

Escolher a via de hidratação (VO ou IV).

Obter acesso acesso IV periférico caso indicado, utilizar cateteres mais calibrosos em casos mais graves.

Colher material para exames laboratoriais caso necessário (hemograma, natremia, calemia, cloro, glicemia e gasometria).

Tratar imediatamente o choque hipovolêmico com bolus IV ou intra-óssea (IO) de 20 ml/kg de salina isotônica (Ringer lactato ou SF 0,9%). Pode ser repetido até ocorrer melhora da consciência, sinais vitais e perfusão periférica.

Tentar reidratação oral em crianças com desidratação leve a moderada.

Internar em hospital: crianças menores que 3 meses de idade, desidratação grave, vômitos persistentes, falha na reidratação oral, hipernatremia e acidose metabólica.

Reposição volêmica nos pacientes com desidratação

Choque hipovolêmico	20 ml/kg de salina (Ringer lactato ou SF 0,9%) em bolus podendo ser repetido por 3 vezes (60 ml/kg)	Parar quando houver melhora do nível de consciência e perfusão
Manutenção 24 horas 1/3 do volume calculado como solução salina e 2/3 como glicose a 5%	Crianças <10 kg: 100 ml/kg. Crianças 10 a 20 kg: 1000 ml + 50 ml por kg adicional a 10 kg. Crianças > 20 kg: 1500 ml + 20 ml por kg adicional a 20 kg	Após diurese adicionar 20 mEq/l de potássio a solução
Déficit 1/3 do volume calculado como solução salina e 2/3 como glicose a 5%	Calcular através da tabela acima.	Administrar 50% do total nas primeiras 8 horas e os outros 50% em 16 horas. Reduzir velocidade de administração em caso de hipernatremia

35. GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Os ataques em pacientes com estreitamento da câmara anterior podem ser precipitados em cinemas, lendo, após o uso de dilatadores de pupila ou anticolinérgicos inalatórios.

b. QUADRO CLÍNICO

Apresentação com dor ocular ou cefaléia, visão nublada, halos coloridos ao redor de luzes, hiperemia conjuntival e pupila dilatada e fixa.