



Trabalhos Científicos

Título: Choque Hipovolêmico No Lactente

Autores: FERNANDA DOS SANTOS SOBRINHO; INGRID N. DE O. BARROS; THAYANE M. FRACALOSSO; ALINE A. FEVEREIRO

Resumo: **INTRODUÇÃO:** O choque hipovolêmico caracteriza-se por má perfusão tecidual devido volume intravascular inadequado por perda de fluido ou diminuição da entrada de líquido. A hipovolemia é a principal causa de choque em crianças, resultante de hemorragia, sepse, doença diarreica e vômitos, queimaduras, sendo a doença diarreica umas das principais causas de morte em crianças menores de 5 anos **OBJETIVO:** Discutir o manejo do choque hipovolêmico na pediatria **METODOLOGIA:** Não se aplica **RESULTADOS:** A.C.G, 6 meses de vida, previamente hígida, deu entrada em PSI com queixa de vômitos e diarreia há 2 dias. Encontrava-se desidratada 4+/4+, descorada 3+/4+, cianose perioral e rendilhada, taquicardica, gasping, enchimento capilar de 4 segundos, pulsos periféricos não palpáveis. Admitida em sala de emergência, monitorizada, oxigenioterapia. Realizados dois acessos intra ósseos, expansão volêmica com NaCl 0.9% (50ml/kg em 1 hora) mantendo-se desidratada, hipoativa e com pulsos finos. Realizado ceftriaxona 100mg/kg e intubada. Realizado dextro (25mg/dl), corrigido com push de glicose 10% (2ml/kg), dextro após: 69. Gasometria ph 7 HCO₃ 4,9 BE -24,7, realizada reposição de bicarbonato (1,4meq/kg) e adrenalina 0,1 mcg/kg/min. Admitida em UTI, realizado ecocardiograma: veia cava de fino calibre, realizado nova expansão com 50ml/kg de NaCl 0,9%, após devido a PAM 93 suspenso adrenalina, extubada, acesso venoso central e acoplada em VNI devido a sedação. Checado Bicarbonato de 9,3 com nova reposição com 8meq/kg. Paciente evoluiu com melhora clinica em 48 horas. **CONCLUSÃO:** Os sinais do choque hipovolêmico são taquicardia, pressão arterial normal ou hipotensão, diminuição do enchimento capilar, desidratação, alteração do sistema nervoso central, redução do débito urinário, insuficiência renal pré-renal, acidose láctica, hipoglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos. O manejo consiste em manutenção das vias aéreas, oxigenioterapia, acesso vascular que deve ser estabelecido rapidamente, venoso ou intraosseo. A infusão dos fluídos deve ser de 20ml/kg com cristalóide isotônico em 10 a 20 minutos, até 3 vezes em pacientes sem melhora clínica e sem sinais de sobrecarga. Iniciar drogas vasoativas se o paciente mantiver sinais de choque. Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos, principalmente nos casos de acidose metabólica quando a reposição de HCO₃ deverá ser feita com PH inferior a 7,1 e HCO₃ menor que 8. A administração de corticoides esta indicada em crianças com risco de insuficiência adrenal com choque refratário a catecolaminas.