

O aleitamento materno para crianças menores de um ano de vida é considerado como uma estratégia essencial na promoção e proteção da saúde das mesmas. Neste sentido, responda quais recomendações devem ser dadas às famílias sobre o leite materno, seus fatores de proteção e possíveis consequências do desmame precoce. (2,5 pontos)

Síntese: o candidato deverá responder que as recomendações para as famílias são: aleitamento materno exclusivo até a idade de 6 meses de vida, orientar sobre as dificuldades na amamentação (fissuras, mastite, uso de medicamentos, pega incorreta e contra indicações nos casos de doença materna viral do grupo dos retrovírus).

Fatores de proteção: predomínio de proteínas do soro sobre a caseína (60:40) favorecendo melhor digestibilidade; fatores bioativos dão proteção contra infecções; proteção contra doenças atópicas e alérgicas; estreitamento do vínculo mãe-filho; menor prevalência de obesidade.

Interrupção precoce do aleitamento materno pode :favorecer mortes infantis, causar diarreia, vômito, desnutrição e infecções respiratórias, aumentar chance de alergias alimentares e obesidade e reduzir possibilidade de melhor vínculo entre mãe e filho.

O incentivo e o apoio ao aleitamento materno devem ocorrer no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e após a alta hospitalar, bem como nas unidades de alto risco que atendem o recém-nascido. Desde 1990, com o objetivo de desenvolver mecanismos e ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, foram definidos os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, descritos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Eles visam às modificações de rotinas hospitalares e à mobilização de profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, nos cuidados da díade mãe-bebê.

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7. Praticar o alojamento conjunto – ou seja, permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, aos quais as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Como a criança mama

Ao nascer, a criança é movida por reflexos que asseguram sua sobrevivência. Uma criança nascida a termo e sadia tem reflexos que facilitam a mamada. O reflexo de busca (procura)

auxilia o bebê a encontrar o mamilo mediante um estímulo realizado na face, lábios ou região perioral, o que faz com que ele gire a cabeça para o mesmo lado, com a boca aberta, e abocanhe o mamilo e a aréola, dando início ao reflexo de sucção. Para extrair o leite, o bebê suga o mamilo e a aréola, que penetram em sua boca até tocar o palato; a pressão da aréola tracionada contra o palato com a língua propulsiona o leite dos seios lactíferos para a boca da criança, de modo que ela possa engolir (reflexo de deglutição)

Manejo clínico da amamentação

Apesar de a sucção do recém-nascido ser um ato reflexo, a prática bem-sucedida do aleitamento materno depende, em grande parte, do apoio e das orientações recebidas pelas mães na gestação e nos primeiros momentos após o nascimento e a alta hospitalar.

Muitas vezes, a técnica de amamentar precisa ser ensinada e, para tanto, é necessário que o pediatra realize a observação da mamada (posição e pega).

O bebê deve começar a mamar logo após o nascimento, ainda na sala de parto, desde que a mãe esteja em boas condições e o recém-nascido com manifestação ativa de sucção e choro. O contato precoce, da criança com a mãe, e a estimulação sensorial da mama, ajudam a consolidar o reflexo da sucção, com a abreviação do tempo de apojadura (descida do leite) e o fortalecimento do vínculo mãe-filho.

Para que o bebê sugue o peito eficientemente, é necessário estar em posição que lhe permita abocanhar, adequadamente, o mamilo e a aréola. A mãe pode estar sentada, recostada ou deitada e apoiar a mama com a mão, colocando o polegar logo acima da aréola e os outros dedos e toda a palma da mão debaixo da mama; o polegar e o indicador devem formar a letra C, de modo que o lactente possa abocanhar o mamilo e boa parte da aréola (os depósitos de leite estão sob a aréola). Não é recomendado pinçar o mamilo entre o dedo médio e o indicador (posição de segurar o cigarro). O bebê deve estar bem apoiado, com a cabeça e o corpo alinhados; o corpo, bem próximo e voltado para o da mãe (barriga com barriga), o queixo tocando o peito e a boca bem aberta, de frente para o mamilo.

O bebê deve mamar em livre demanda, ou seja, todas as vezes que quiser, sem horários fixos ou determinados. Depois de ele esvaziar o primeiro peito, a mãe deve oferecer-lhe o segundo; o completo esvaziamento da mama assegura a manutenção do estímulo de produção do leite. O tempo de esvaziamento da mama é variável para cada criança; algumas conseguem fazê-lo em poucos minutos e outras em até 30 minutos. Para retirar o bebê do peito, recomenda-se introduzir gentilmente o dedo mínimo no canto da sua boca; ele largará o peito sem tracionar o mamilo. Após a mamada, colocá-lo para arrotar.

Vale lembrar que o ritmo intestinal no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros meses, é diferenciado. Nos primeiros meses, a criança pode evacuar todas as vezes que mama, devido à presença do reflexo gastrocólico, ou evacuar com intervalo muito longo, até de dias; isso é considerado normal desde que as fezes estejam amolecidas, não apresentem rajas de sangue e o aumento de peso seja adequado.

O ganho ponderal da criança deve ser acompanhado mensalmente para monitorar o seu crescimento.

É importante ressaltar que a prolactina é o hormônio responsável pela produção de leite e tem seus níveis regulados pelo estímulo de sucção do complexo mamilo-areolar através da pega adequada e da frequência das mamadas. No entanto, a ocitocina, hormônio responsável pela ejeção de leite, é influenciada por fatores emocionais maternos: ela aumenta em situações de autoconfiança e diminui em momentos de ansiedade e insegurança. Por conseguinte, é fundamental que o pediatra dê apoio, oriente e proponha soluções para as dificuldades.

Disserte sobre as medidas de prevenção da obesidade na infância. (2,5 pontos)

Síntese: O candidato deverá responder que as principais medidas de prevenção são: Orientação sobre alimentação saudável e hábitos de atividade física, evitar sedentarismo; intervir precocemente no uso de alimentos calóricos; reduzir uso de gorduras saturadas e adequar horários e quantidade dos alimentos em geral.

Prevenir obesidade na infância é a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave, que pode se iniciar desde a vida intrauterina até a adolescência. A importância da prevenção na infância decorre da associação da obesidade com doenças crônicas do adulto, que podem surgir já na infância.

A fase intrauterina é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade, assim como o primeiro ano de vida e a adolescência.

Pré-natal

- Identificar os fatores de risco familiares: diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo e determinados tipos de câncer, entre outros fatores.
- Avaliar e monitorizar o estado nutricional da gestante.
- Orientar sobre a alimentação adequada da gestante e estilo de vida, evitando o sedentarismo.
- Prevenir o nascimento de RN prematuros ou de baixo peso.

Puericultura

- Avaliar e monitorar o peso e a estatura da criança, calculando o Índice de Massa Corporal (IMC), preenchendo adequadamente as curvas existentes na Caderneta de Saúde da criança ou do adolescente e reconhecendo de maneira segura o risco de obesidade e quando devemos intervir.
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e o aleitamento materno complementado até os 2 anos de vida ou mais, se estiver sendo nutricionalmente eficiente.
- Caso não seja possível o leite materno, indicar uma fórmula infantil com quantidade de proteína reduzida.
- Informar os pais sobre a atenção e o respeito aos sinais de saciedade do lactente, como parar de mamar, fechar a boca, desviar a face, brincar e/ou morder o mamilo ou dormir.
- Educar os pais quanto ao reconhecimento e à aceitação da saciedade da criança maior sem forçar nem exigir a ingestão total ou excessiva de alimentos. Não se deve forçar uma ingestão, pois a criança saudável tem plena capacidade de autorregular sua ingestão.
- Ensinar os pais a identificar os diferentes tipos de choro (nem sempre choro significa fome).
- Orientar sobre a alimentação complementar de acordo com as necessidades nutricionais e o desenvolvimento da criança. Também é importante ressaltar a importância da qualidade da alimentação (por exemplo, estimular o consumo regular de frutas, verduras e legumes e estar atento ao tipo de gordura consumida).
- Levar em conta a história familiar de doenças crônicas como obesidade e doenças cardiovasculares para melhor conduzir a orientação nutricional.
- Esclarecer os pais sobre a importância da educação alimentar aos seus filhos, como: estabelecer e fazê-los cumprir os horários das refeições (colocando limites); não pular refeições nem substituí-las por lanches (deve haver um intervalo regular entre elas); dar orientações sobre mastigar bem os alimentos; realizar as refeições em ambiente calmo e com a televisão desligada; evitar o consumo de alimentos de e levada densidade calórica como salgadinhos, doces, frituras e refrigerantes. Os pais atuam como modelos para as crianças, especialmente para

as pequenas, que tendem a imitá-los; por isso os hábitos alimentares saudáveis precisam ser adotados por toda a família.

- Informar sobre a evolução normal do comportamento alimentar da criança, a fim de evitar o desencadeamento de distúrbios do apetite gerados pela insegurança ou desinformação dos pais.
- Estimular e orientar o lazer ativo de acordo com as diversas faixas etárias, respeitando as preferências da criança e do adolescente:
 - Lactentes: estimular atividades praxicas, como rolar, engatinhar, andar.
 - Pré-escolares: passeios ao ar livre, andar de bicicleta, jogar bola, correr, brincar com o cachorro, pular corda.
 - Escolares e adolescentes: recreação, esportes em geral e atividade física programada, incluindo atividade de força e resistência muscular.
- Limitar o tempo de lazer passivo a no máximo duas horas por dia, controlando os horários de TV, computador e videogame.

Família

- Orientar toda a família sobre os hábitos alimentares; verificar desvios na dinâmica familiar capazes de influenciar o comportamento alimentar da criança; avaliar, com a participação da família, a quantidade e o tipo de alimentos que são rotineiramente adquiridos (perfil da compra).
- Abordar questões relativas ao vínculo mãe-filho.
- Estimular a adesão dos pais ao estilo de vida ativo.

Escola

- Educar e capacitar os diversos profissionais envolvidos com a criança.
- Orientar os pais sobre o controle da merenda escolar, a avaliação dos alimentos oferecidos na cantina e os lanches preparados em casa e levados à escola, no que diz respeito à quantidade de colesterol, gordura trans, gordura saturada, sal e açúcar, com o objetivo de assegurar uma dieta saudável.
- Inserção da educação nutricional no currículo escolar.
- Promoção de atividade física programada e com metas.
- Envolvimento ativo da família.

Comunidade

- Estimular os pais a reivindicar uma comunidade mais ativa e segura.
-
- Reivindicação de áreas de lazer e de esporte disponíveis no bairro.
- Promoção de eventos de lazer ativo e esportivo.
- Segurança

Além da participação da família e da escola, é necessário o envolvimento das sociedades científicas (divulgar os trabalhos científicos que mostrem os benefícios de uma alimentação adequada e da prática de atividade física), da mídia (evitar propaganda de alimentos não nutritivos nos horários de programação infantil na TV; promover estilo de vida saudável), da indústria alimentícia (produzir alimentos com menor conteúdo de gordura total, saturada, sal e açúcar; fornecer melhores informações nos rótulos dos produtos alimentícios) e dos órgãos governamentais (criar, obrigatoriamente, nas áreas urbanas centros recreativos e parques com maior segurança e maior espaço para pedestres; estimular o transporte ativo com ciclovias seguras; controlar melhor os rótulos dos alimentos e os subsídios para produtos com baixa densidade energética). A prevenção da obesidade é mais barata e mais eficiente do que o tratamento de suas morbidades.

Quadro 2 - Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência



Descreva as manifestações clínicas, os critérios e peculiaridades do diagnóstico da tuberculose pulmonar na criança. (2,5 pontos)

Síntese: O candidato deverá descrever achados clínicos, radiográficos, lavado gástrico e prova tuberculínica, contactantes. Apresentar os critérios de pontuação para o diagnóstico de TB pulmonar (FNS).

As manifestações clínicas podem ser variadas. O achado clínico que chama atenção na maioria dos casos é a febre, habitualmente moderada, persistente por 15 dias ou mais e frequentemente vespertina. São comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa; a hemoptise é rara. Muitas vezes, a suspeita de tuberculose é feita em crianças com diagnóstico de pneumonia sem melhora com o uso de antimicrobianos para germes comuns. Há predomínio da localização pulmonar sobre as demais formas de tuberculose, isto é, as formas extrapulmonares.

Os achados radiográficos mais sugestivos da tuberculose pulmonar em crianças são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (ganglios mediastínicos aumentados de volume); pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associadas a adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução; infiltrado nodular difuso (padrão miliar).

O diagnóstico de tuberculose pulmonar, na prática, segundo o sistema de escore validado em nosso meio está resumido no quadro

1. Pelo sistema de pontuação

(SANT'ANNA et al., 2006; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002; PEDROZO et al., 2009).

- 40 pontos – permite iniciar o tratamento do paciente;
- 30 pontos – pode ser considerado como indicativo de tuberculose e orienta o início de tratamento da criança a critério clínico; e
- < 30 pontos – a criança deverá continuar a ser investigada. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico nesse sentido como lavado gástrico, broncoscopia, escarro induzido, punções e métodos rápidos.

A prova tuberculínica pode ser interpretada como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis* quando igual ou superior a 5mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos, ou com qualquer condição imunodepressora.

Em crianças vacinadas há menos de dois anos, considera-se sugestivo de infecção PT igual ou superior a 10mm.

O lavado gástrico somente é indicado quando for possível a realização de cultura para *M. tuberculosis*. O exame de escarro (baciloscopia e cultura), em geral, somente é possível a partir dos 5 ou 6 anos de idade.

Quadro 2 - Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e em adolescentes negativos à baciloscopia

Quadro clínico – radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico*	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas 15 pts	Adenomegalia hilar ou padrão miliar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15 pts	Próximo, nos últimos dois anos 10 pts	≥ 5mm em não vacinados com BCG; vacinados ≥ 2 anos; imunossuprimidos ou ≥ 10mm em vacinados < 2 anos 15 pts	Desnutrição grave 5 pts
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas 5 pts	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas	Ocasional ou negativo 0 pts	0 - 4mm 0 pts	0 pts
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal	0 pts	0 pts	0 pts

Nota: pts = pontos; esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG.

Interpretação:	Maior ou igual a 40 pontos Diagnóstico muito provável	30 a 35 pontos Diagnóstico possível	Igual ou inferior a 25 pontos Diagnóstico pouco provável
----------------	--	--	---

Caracterize o choque na dengue; e discorra sobre as apresentações clínicas e laboratoriais no diagnóstico diferencial com choque séptico. (2,5 pontos)

Síntese: O candidato deverá descrever as características clínicas e laboratoriais da síndrome do choque da dengue, a saber hemodinâmicas, imunológicas e disfunção miocárdica. Saber reconhecer clínica e laboratorial o choque séptico e o choque da dengue, diferenciar os choques quanto as alterações hematológicas, hemodinâmicas, lactato, laboratoriais e clínicas.

6.9 Comparações entre SCD e choque séptico

Quadro 4. Comparações entre SCD e choque séptico	
SCD	Choque séptico
Temporalidade clássica – choque hipovolêmico após defervescência	Comprometimento hemodinâmico variável
Normo ou hipotermia	Hipertermia
Nível de consciência melhor	Nível de consciência comprometido
Síndrome de extravasamento vascular mais insidiosa	Síndrome de extravasamento plasmático mais rápida
<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de RVS ↑ (choque frio) / extravasamento vascular • DC ↓↓ (bradicardia) = débito cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • RVS ↓ / extravasamento vascular • RVS ↑ / sem extravasamento vascular • DC ↓ (taquicardia)
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão – PA diferencial convergente <20 mmHg • Pressão de pulso estreita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão • Pressão de pulso ampla
Lactato ↑↑	Lactato ↑
CIVD (+ precoce?)	CIVD
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento mais vultoso (VAS) • HT ↑ • Plaquetas ↓ • Leucócitos ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento • HT ↓ • Plaquetas ↑ • Leucócitos ↑
Evolução e recuperação mais rápidas	Evolução e recuperação mais lentas
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Menor necessidade de ventilação mecânica (VM) e drogas vasoativas • Menor SIRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Maior necessidade de VM e drogas vasoativas • Maior SIRS

Fonte: *Pediatric Emergency Care*, vol. 23, nº 6, jun., 2007.

A Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e a Síndrome do Choque da Dengue (SCD) constituem as formas de sepse por vírus e assim devem ser abordadas. São inegáveis algumas peculiaridades existentes na fisiopatologia dessa infecção, especialmente aquelas relacionadas ao aumento significativo e precoce da permeabilidade vascular, assim como as decorrentes do distúrbio de coagulação sanguínea.

A FHD/SCD é caracterizada pelo extravasamento de fluidos e proteínas do leito vascular para os espaços intersticiais e cavidades serosas, devido ao aumento de permeabilidade vascular generalizada, ocasionada por uma resposta inflamatória sistêmica generalizada ou seletiva, que, quando desregulada, leva a formas de choque e Síndrome de Função de Múltiplos Órgãos (SDMO).

O choque é de início súbito e acontece na fase de defervescência, em geral depois de dois a cinco dias do início da febre.

A SCD caracteriza-se por sinais de insuficiência circulatória demonstrada por:

- pulso rápido e fraco;
- diminuição da pressão de pulso (menor ou igual a 20 mmHg) ou hipotensão para a idade;
- perfusão capilar prolongada (>2 seg.), pele fria e úmida, mosqueada;
- ausência de febre;
- taquicardia/bradicardia;
- taquipneia;
- oligúria;
- agitação ou torpor.

Não é incomum os pacientes, na fase inicial de choque, apresentarem nível sensorial preservado. Na fase do choque, as manifestações hemorrágicas, quando presentes, geralmente se intensificam, como também se acentua a trombocitopenia, a medida que a síndrome de extravasamento se mantém. O choque da dengue é de curta duração, ainda pode ser recorrente e, na maioria dos casos, não excede a 24-48 horas.

Este fenômeno resulta na diminuição do volume plasmático, gerando hipovolemia, aumento do hematócrito, diminuição da albumina, baixo débito cardíaco, diminuição do débito urinário, hipoperfusão tecidual, hipotensão arterial e choque, e, se não tratada adequadamente, com reposição volêmica adequada, pode levar o paciente ao risco de disfunção orgânica pós-choque e ao óbito.

- Formas refratárias à reposição volêmica (cristaloide ou coloide):
 - » devesse ser investigado sangramento, CIVD e tratados com hemocomponentes específicos;
 - » outra possibilidade seria a disfunção miocárdica, que cursa com o desempenho ventricular diminuído (FE <50%), que pode ser documentado por ecocardiograma, e necessita, para otimização do débito cardíaco, do uso de inotrópicos e drogas vasoativas (Dopamina, Dobutamina, Milrinona, Levosimendan).

O choque da dengue apresenta como principal componente hemodinâmico o aumento da permeabilidade vascular, que pode cursar com o aumento do tônus vascular (aumento da Resistência Vascular Sistêmica – RVS), que se comporta clinicamente como choque frio, com

deficiência do volume intravascular (componente hipovolemico) e pode estar associado a uma disfunção miocárdica (componente cardiogenico), que podem ocorrer simultaneamente e tornar mais complexa a fisiopatologia e a sequência do tratamento.

Depois de restabelecido do choque, com o fim do estímulo imunológico, o paciente inicia a fase de recuperação, com reabsorção espontânea do plasma extravasado, que ocorre em torno de 48 horas após o término do choque, quando advém hipervolemia, diminuição do hematócrito, aumento da diurese, normalização da função cardiovascular e regressão progressiva dos derrames serosos. Nessa fase, de grande mobilização de líquido de retorno ao compartimento intravascular, é importante a diminuição ou descontinuação de infusão de líquidos, pelo risco de provocar sobrecarga volêmica, edema pulmonar e insuficiência cardíaca.

Embora a disfunção miocárdica seja frequentemente transitória e limitada a fase de choque, em alguns casos pode se prolongar para a fase de recuperação do choque, na qual o paciente não tolera a sobrecarga volêmica imposta (fisiológica e ou iatrogenica); e evoluir para edema pulmonar e insuficiência cardíaca, necessitando de inotrópicos e diuréticos. Quando o choque se prolonga ou se torna recorrente, pode haver evolução para SDRA, caracterizada por edema pulmonar não-cardiogenico, no qual as imagens radiológicas mostram edema intersticial, que representa a complicação da doença, tornando o prognóstico sombrio.

Durante a fase de recuperação da dengue, geralmente entre o sexto e oitavo dias da doença, podem ocorrer sinais de complicação infecciosa bacteriana, como pneumopatia ou sepse, cujo quadro, as vezes, se superpõe ao quadro da dengue. Alguns pacientes desenvolvem bradicardia sem repercussão hemodinâmica, desaparecendo no final da convalescência.

O conhecimento da sequência das manifestações clínicas e laboratoriais ajuda a detectar pacientes que estejam evoluindo para formas graves. Pela complexidade e não-conhecimento claro da fisiopatologia da dengue, pela presença de co-morbidade e co-infecções associadas, pode-se ter apresentações clínicas diferentes das formas clássicas. Quando não existem complicações, a recuperação é rápida e sem sequelas.

Drogas inotrópicas

- Dopamina: 5-10 microgramas/kg/min.
- Dobutamina: 5-20 microgramas/kg/min.
- Milrinona: 0,5 a -0,8 microgramas/kg/min. - Atenção - Dose corrigida.

Drogas vasoativas

- Quando necessário, usar protocolo para choque séptico pediátrico.

6.9 Comparações entre SCD e choque séptico

Quadro 4. Comparações entre SCD e choque séptico	
SCD	Choque séptico
Temporalidade clássica – choque hipovolêmico após defervescência	Comprometimento hemodinâmico variável
Normo ou hipotermia	Hipertermia
Nível de consciência melhor	Nível de consciência comprometido
Síndrome de extravasamento vascular mais insidiosa	Síndrome de extravasamento plasmático mais rápida
<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de RVS ↑ (choque frio) / extravasamento vascular • DC ↓↓ (bradicardia) = débito cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • RVS ↓ / extravasamento vascular • RVS ↑ / sem extravasamento vascular • DC ↓ (taquicardia)
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão – PA diferencial convergente <20 mmHg • Pressão de pulso estreita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão • Pressão de pulso ampla
Lactato ↑↑	Lactato ↑
CIVD (+ precoce?)	CIVD
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento mais vultoso (VAS) • HT ↑ • Plaquetas ↓ • Leucócitos ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento • HT ↓ • Plaquetas ↑ • Leucócitos ↑
Evolução e recuperação mais rápidas	Evolução e recuperação mais lentas
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Menor necessidade de ventilação mecânica (VM) e drogas vasoativas • Menor SIRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Maior necessidade de VM e drogas vasoativas • Maior SIRS

Fonte: *Pediatric Emergency Care*, vol. 23, nº 6, jun., 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. pag 39-42.