



Material técnico-científico destinado exclusivamente a profissionais de saúde. É proibida a reprodução total e parcial deste conteúdo.
Este material foi desenvolvido pela NeopedHub, sendo de sua total responsabilidade. A Danone não possui ingerência sobre o conteúdo e não se responsabiliza pelas informações apresentadas.

MUNDIAL DE EMERGÊNCIAS: O QUE VOCÊ PRECISA SABER

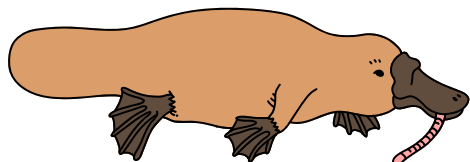
O PRIMEIRO CONGRESSO MUNDIAL DE EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS ACONTECEU NO MÊS DE MARÇO/26, EM SÃO PAULO, MARCADO POR PALESTRANTE DE DIVERSOS LOCAIS DO MUNDO, COM MUITAS ATUALIZAÇÕES IMPORTANTES EM DIVERSOS TEMAS. O NEOPEDHUB ACOMPANHOU TUDO E TRAZ, NESTA EDIÇÃO ESPECIAL, OS PRINCIPAIS HIGHLIGHTS.

O médico da emergência atua na primeira hora crítica daquela criança que precisa de cuidados imediatos, sendo um pouco de cada especialidade pediátrica. Essa é a arte da medicina de emergência.



por José Maria Lopes, fundador e diretor do NeoPedHub

Tivemos o privilégio de ter o primeiro Congresso Mundial de Emergências Pediátricas sediado no Brasil, mais especificamente em São Paulo. Foram três dias intensos com muitas novidades e questionamentos com evidências em conceitos históricos na pediatria, diversos palestrantes internacionais trazendo sua vivência da pediatria do exterior e as perspectivas futuras de muitas mudanças na medicina. O símbolo do congresso foi um ornitorrinco, como metáfora para o emergencista. Assim como o ornitorrinco é um animal único, mas características de "um pouco de cada mamífero" o médico da emergência atua na primeira hora crítica daquela criança que precisa de cuidados imediatos, sendo um médico que domina um pouco do mais grave e essencial de cada especialidade pediátrica. Essa é a arte da medicina de emergência.



Mudança histórica: nem todo recém-nascido com febre precisa de punção lombar.



A palestra trouxe evidências do manejo de febre sem foco em lactentes < dois meses, com base no protocolo PECARN, agora validado em bebês a partir de 8 dias de vida. **Página 3.**

Novo exame point-of-care com resultados rápidos e que pode substituir a cultura nos próximos anos.

Comentado em pelo menos cinco das maiores salas do congresso, foi muito falado sobre exames moleculares: bioassinaturas de RNA que reconhecem o patógeno e seu perfil de sensibilidade. **Página 2**

Esqueça o que sempre falamos de bronquiolite...

Os avanços no maior entendimento da fisiopatologia da bronquiolite traz mudanças históricas, inclusive no conceito. **Página 5.**

Mudanças importantes no manejo de sepse, para além dos critérios de Phoenix.

O reconhecimento precoce continua sendo a principal barreira. Foi destacado o triângulo de avaliação pediátrica como ferramenta que deve ser utilizada na área de triagem do pronto-socorro pediátrico. Além disso, soluções balanceadas parecem ser mais seguras e fisiológicas, com potencial de melhores desfechos clínicos em comparação ao SF 0,9%, especialmente em pacientes críticos.

A evidência crescente respalda uma mudança de paradigma no manejo do choque séptico pediátrico: menos fluidos e início mais precoce de inotrópicos para melhorar os desfechos. **Página 2.**

Mudanças no manejo de sepse, para além dos critérios de Phoenix.

por Maria Paula Aquino

A palestra abordou a sepse e o choque séptico pediátrico, destacando a evolução de sua definição — dos critérios baseados em SIRS para um enfoque na disfunção orgânica com o Phoenix Sepsis Score.

Foi enfatizado que a detecção precoce é a principal barreira nos departamentos de emergência, especialmente em contextos de recursos limitados como a América Latina, e que muitas mortes infantis poderiam ser evitadas com medidas simples.

Para isso, **está sendo validada uma nova ferramenta de detecção precoce adaptada ao contexto latino-americano**, criada por meio de consenso de especialistas (**metodologia Delphi**), que incorpora como parâmetros: 1) Preocupação dos cuidadores ("gut feeling"), 2) Sinais clínicos (incluindo o Triângulo de Avaliação Pediátrica), 3) Fatores de risco/comorbidades e 4) Operacionalidade para ativar um "código sepse" na triagem.

Soro fisiológico ou Ringer Lactato?

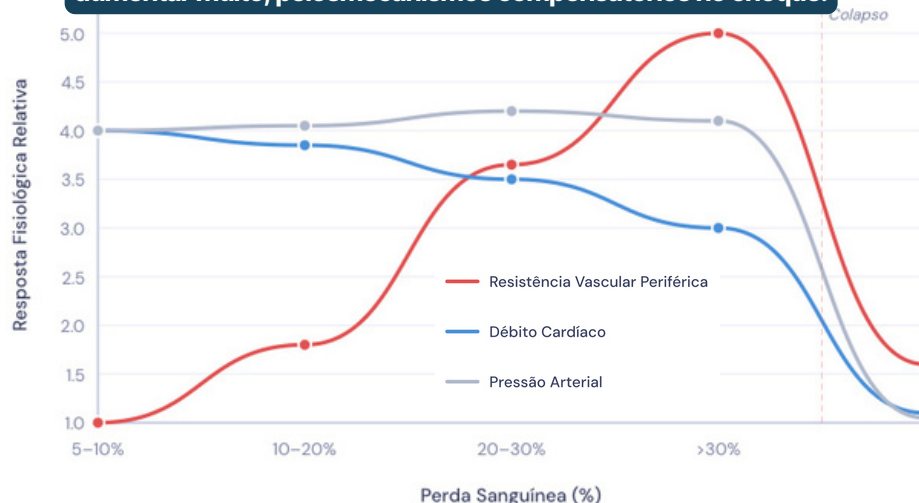
Foram analisadas as estratégias de expansão volêmica, comparando fluidos balanceados (como Ringer lactato) com solução salina a 0,9%, recomendando a solução salina por seu menor risco de acidose, hiperclôremia e nefrotoxicidade.

Além disso, defenderam um manejo mais restritivo e personalizado da fluidoterapia, com recomendação do uso preco-

ce de inotrópicos diante de sinais de sobrecarga hídrica ou má resposta aos fluidos, mesmo antes de atingir os limites de volume convencionais.

Hipotensão? Foi reforçado que, na pediatria, hipotensão é um sinal tardio de choque, pois apenas se manifesta após elevação importante da resistência vascular periférica. É preciso atenção em sinais mais precoces, como taquicardia.

Hipotensão na pediatria acontece após a resistência vascular periférica aumentar muito, pelos mecanismos compensatórios no choque.



Cetoacidose diabética: o medo de hidratar corretamente aumenta o risco de complicações futuras

por Jasmin Pacheco

Ao contrato do que pensam, a fluidoterapia no manejo da CAD não causa edema cerebral. Pelo contrário: a hipoperfusão e a inflamação sistêmica aumentam o risco de complicações neurológicas e renais.

A lesão renal aguda ocorre em cerca de 60% das CADs e dobra o risco de microalbuminúria futura a cada episódio, marcador inicial de doença renal crônica. Declínio cognitivo leve pode persistir por meses após a CAD grave.

Novidades no manejo: soluções balanceadas superam a salina 0,9% — resolvem a CAD mais rápido e encurtam o tempo de insulinoterapia. Insulina em infusão contínua segue como padrão (nunca em bolus); via subcutânea é alternativa emergente. Distúrbios eletrolíticos graves surgem durante o tratamento — monitorização com ECG e coletas seriadas são mandatórias.

Alerta: no Brasil, 50–60% dos DM1 estreiam com CAD. O sinal mais precoce de diabetes é **enurese noturna** — sempre investigar.

Novo exame point-of-care com resultados rápidos e que pode substituir a cultura nos próximos anos.

por Jasmin Pacheco

O horizonte dos exames complementares está na expressão de RNA do hospedeiro, que cria "mapas de calor" capazes de diferenciar infecções bacterianas de virais com alta precisão e de forma rápida, além de avaliar perfil de sensibilidade aos antimicrobianos, sendo **mencionado perspectiva de, no futuro, substituir as culturas.**

O exame avalia a resposta do hospedeiro a diferentes patógenos, como se cada microorganismo criasse uma "assinatura" única durante a infecção que permite com que ele seja identificado. **Exames de biologia molecular como o futuro sendo mencionado em várias palestras do congresso.**

Mudança histórica: nem todo recém-nascido com febre precisa de punção lombar.

por Jasmin Pacheco

O manejo do lactente febril com menos de 2 meses ganhou atualizações relevantes — especialmente para recém-nascidos. A principal mudança vem da validação do protocolo PECARN para RNs a partir de 8 dias de vida, publicada na revista JAMA agora em 2026.

Contexto epidemiológico: houve redução do Estreptococo do Grupo B (GBS) pelo rastreamento materno, com aumento relativo de E. coli e HSV como patógenos prevalentes nessa faixa etária.

O objetivo dos protocolos é não deixar passar **Infecção Bacteriana Grave (IBG), que ocorre em 8–10% dos lactentes febris com boa aparência — incluindo ITU, bacteremia e meningite bacteriana.** O perfil de risco muda com a idade: na primeira semana predominam bacteremia e meningite; a partir de 2–3 semanas, ITU passa a ser a IBG mais comum e o risco de meningite bacteriana cai substancialmente.

Investigação laboratorial deve incluir procalcitonina (PCT) e contagem absoluta de neutrófilos



Para acessar o artigo original da JAMA, escaneie aqui:



(CAN) – mais sensíveis que PCR e leucocitose para predição de IBG. A urina pode ser triada com saco coletor: negativo tem alta especificidade; positivo exige confirmação por sonda vesical.

Regra PECARN combina três variáveis: urinálise, CAN >4.000/mm³ e PCT >0,5 ng/mL.

Nos estudos, atingiu 98% de sensibilidade para IBG e não deixou passar nenhum caso de meningite bacteriana. Calculadora disponível no MDCalc.

A grande mudança: PECARN agora é validado a partir de 8 dias de vida. **Para RNs com PECARN negativo e bom estado geral, a nova recomendação é internação para observação — sem punção lombar imediata e sem antibióticos empíricos.**

Anafilaxia Pediátrica: O Que Mudou e O Que Não Pode Errar

por Carolina Paixão

Apesar da queda na mortalidade, as hospitalizações por anafilaxia seguem em alta. **Nas crianças, alimentos são a principal causa** — leite e ovo dominam nos primeiros dois anos, e a maioria das reações ocorre em casa.

Diagnóstico exige início agudo com **envolvimento cutâneo/mucoso associado a comprometimento respiratório, hipotensão ou sintomas gastrointestinais** persistentes após exposição a alérgeno.

Tratamento: adrenalina já na suspeita. IM na face anterolateral da coxa, **0,01 mg/kg (sol. 1:1.000), máximo 0,3 mg, repetível a cada 5–15 minutos.** Anti-histamínicos e corticosteroides são adjuvantes — jamais substitutos. Corticosteroides têm indicação específica em asma mal controlada e anafilaxia refratária; não previnem reação bifásica e não devem ser usados com esse objetivo.

Anafilaxia bifásica: após resolução inicial, nova reação pode surgir em 1–12 horas. Pacientes com reação grave ou que necessitaram de mais de uma dose de adrenalina devem permanecer em observação prolongada.

Na alta: orientar família sinais de alarme e encaminhar ao alergista.

Eventos trombóticos não são apenas de adulto, apesar de não serem tão comuns na infância.

por Maria Paula Aquino

A palestra abordou a atuação da emergência pediátrica diante de eventos trombóticos em crianças e adolescentes, enfatizando cenários de alta relevância no pronto-socorro: tromboembolismo pulmonar (TEP), síndrome da veia cava superior (SVCS), infarto do miocárdio associado à doença de Kawasaki e acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) pediátrico. Bancos de dados mostram **dois picos de eventos: em < um ano e adolescência.**

- **TEP:** foram discutidos subtipos etiológico: in situ, séptico, gorduroso, por corpo estranho ou tumoral, sendo o in situ (trombo formado na artéria pulmonar por hipercoagulabilidade), é aquele que apresenta maior severidade, associado a piora da sobrevida. Ainda sobre TEP há uma nova classificação de risco (baixo, intermediário, alto), que substitui a antiga e impacta o prognóstico e a sobrevida dos pacientes.

- **Síndrome de Veia Cava Superior:** 47% dos casos em uma revisão de 135 pacientes, é de origem oncológica, seguido da cardíaca com 31% dos casos. No tratamento é comum o uso de fibrinolíticos (sistêmico ou por cateter) frequentemente combinados com anticoagulação, e a mortalidade é elevada.

- **Doença de Kawasaki e os 4 clusters:** fígado, neutrofilia, linfonodopatia cervical e jovem. O grupo de jovens é o que apresenta maior risco de aneurisma de artéria coronária, mesmo com uso de imunoglobulina humana intravenosa, corticoide e imunobiológicos.

- O AVC isquêmico é a 10ª causa de mortalidade pediátrica, com mortalidade de 5 a 10%. A recorrência até 1 em 3 nos 2 anos após o primeiro evento.

- **Times multidisciplinares PERT e Código STROKE** ajudam a estabelecer a elegibilidade e manejo agudo.



Crise Silenciosa nas emergências: Como manejar questões de saúde Mental no Pronto-Socorro

por Carolina Paixão

Ideação suicida, automutilação, distúrbios comportamentais e overdose lideram as queixas de saúde mental em pronto-socorros pediátricos. O manejo adequado exige uma abordagem biopsicossocial estruturada — avaliando fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes — mas no contexto emergencial, fechar diagnóstico não é a prioridade.

Na chegada: garantir segurança imediata, realizar tratamento médico e definir internação *versus* alta. Vale lembrar: **a alta do PS é um período de transição de alto risco, e o planejamento de segurança individualizado — escrito, praticado e desenvolvido junto ao paciente e ao cuidador — reduz comportamento suicida e aumenta o engajamento terapêutico.**

O tratamento combina psicoterapia (TCC para depressão/ansiedade; DBT para automutilação recorrente e desregulação emocional), intervenções familiares e escolares, e farmacoterapia quando indicada: antidepressivos, melatonina para sono e manejo de

agitação com benzodiazepínicos, olanzapina ou medicamentos IM.

No âmbito social, reduzir exposição prejudicial às redes, combater bullying e fortalecer vínculos protetores são medidas essenciais.

Na desescalada de crises, o protocolo é claro: modificar o ambiente (remover objetos de risco, reduzir aglomeração), definir um único comunicador com postura calma e não confrontadora, praticar escuta ativa com validação emocional e identificar o gatilho — medo, dor, frustração ou sobrecarga sensorial.

Em pacientes com TEA ou hipersensibilidade, reduzir estímulos luminosos e sonoros é fundamental. Cuidadores devem ser envolvidos quando contribuem para a contenção.

O risco de suicídio é dinâmico — e o acompanhamento pós-alta, seja pela saúde mental infantojuvenil, atenção primária ou equipes de crise, não é opcional.

O que há de novidade no manejo do paciente vítima de trauma?

por Maria Paula Aquino

- **A hipotensão no trauma é um sinal tardio:** os mecanismos compensatórios (taquicardia e vasoconstricção) são robustos, então **quando ela aparece, a intervenção deve ser imediata.**
- **Crianças têm risco aumentado de malignidades induzidas por radiação ao longo da vida,** e até uma única TC pode elevar significativamente o risco de câncer futuro — o que reforça a necessidade de evitar exames desnecessários.
- O atendimento é tempo-sensível: **cada minuto de atraso reduz a sobrevida em 5%.**
- Em paradas cardíacas, o **POCUS permite identificar pseudoatividade elétrica sem pulso,** aumentando as chances de retorno da circulação espontânea — desde que usado por profissionais treinados, sem atrasar o tratamento definitivo nem interromper as compressões torácicas.
- No manejo das coagulopatias, a base é transfusão maciça, prevenção de sangramentos e controle da hipotermia. **O uso do ácido tranexâmico ainda está sendo investigado em estudos observacionais no Reino Unido.**

O que há de updates sobre via aérea?

por Maria Paula Aquino

- **Oxigenação apneica durante a intubação, parece promissora.** Mecanismo: gradiente de pressão/difusão move O₂ para os alvéolos se a via aérea estiver pérvia e lábios selados. Requisitos: pré-oxigenação eficaz, posição cabeceira elevada, via aérea pérvia, selagem labial/elevação do mento. Limitação: não remove CO₂, em crianças. Ocorre hipercapnia e acidose respiratória enquanto não houver ventilação.
- Ajustar fluxo por idade/peso: Bebês <1 ano: 5 L/min • 1-7 anos: 10 L/min • ≥8 anos: 15 L/min ou ≥0,2 L/kg/min.
- Na sequência rápida de intubação o objetivo é otimizar o sucesso na primeira tentativa.
- Na pediatria há uma baixa frequência porém alta complexidade de intubação, o que causa maior risco de falhas.
- **Pré-oxigenação é considerada a alma da sequência rápida:** deve ser maximizada e idealmente com fontes de fluxo contínuo de oxigênio.
- **Na sedação, a cetamina demonstrou menor risco de eventos adversos cardiovasculares comparado a outros agentes,** deve ser a escolha preferencial.
- Para via aérea difícil: importante um time entrosado. **Ventilar é mais importante do que saber intubar,** a meta deve ser evitar hipoxemia.



Esqueça o que sempre falamos de bronquiolite...

por Jasmin Pacheco

Uma das palestras mais esperadas do dia, trouxe questionamento a diversas recomendações históricas – como apenas suporte e oxigenoterapia e a não recomendação de broncodilatadores e salina hipertônica.

A bronquiolite, na palestra, foi destacada não como uma doença e sim uma síndrome heterogênea com diferentes fenótipos (principais: A, B, C e D) e resposta do hospedeiro. Foi ressaltado inclusive sobre possibilidade de mudança do nome!

Por isso, recomendações universais (de incentivar ou contraindicar condutas, como broncodilatadores) não fazem mais sentido. **É necessário individualizar conduta de acordo com o fenótipo.**

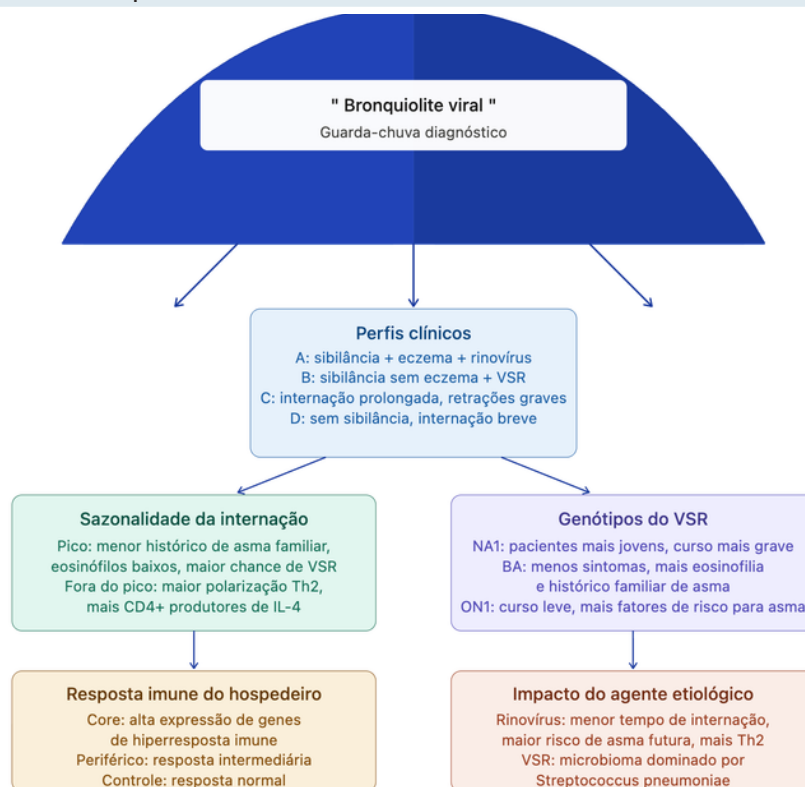
Sobre prova terapêutica com salbutamol: não indicado para menores de 6 meses. Em maiores de 6 meses, realizar prova terapêutica se paciente atópico, infecção por rinovírus (maior risco de sibilância) ou em infecções por RSV fora de temporada.

Sobre o uso de corticoides: deve ser restrito a casos com forte suspeita de um fenótipo asmático ou em episódios muito graves.

E o uso de O2 na bronquiolite quando indicado? Recomendado respeitar hierarquia: cânula nasal

de baixo fluxo, alto fluxo, CPAP, ventilação não invasiva e, por fim, ventilação invasiva. CPAP em enfermaria pode evitar necessidade de cuidados intensivos.

E muito mais ainda para vir...



Adaptado da palestra apresentada no Congresso Mundial de Emergências Pediátricas, SP, 2026.

FPIES: a alergia alimentar que pode parecer sepse no pronto-socorro.

por Carolina Paixão

FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome) é uma alergia alimentar não mediada por IgE que acomete todo o trato intestinal. Diferente das alergias IgE-mediadas (urticária, broncoespasmo), ela se apresenta como vômitos em jato, repetidos, nas primeiras 4 horas após o alérgeno — acompanhados de palidez, hipotensão, hipotermia e risco de choque.

Diagnóstico: 1 critério maior + 3 menores. Critério maior: vômitos em jato nas primeiras 4h, sem sintomas IgE-mediados. Critérios menores: letargia, palidez, diarreia, hipotensão, hipotermia, necessidade de hidratação EV, busca à emergência.

Gatilhos por faixa etária: leite de vaca (1–6m), arroz/soja/aveia (5–9m), ovo/peixe (8–12m). 50% dos casos superam a FPIES aos 3 anos — exceto peixe, que pode persistir por anos. Atenção: 5–60% desenvolvem FPIES a múltiplos alimentos.

Diagnósticos diferenciais: sepse (FPIES cursa com hipotermia, sem febre e sem elevação de provas inflamatórias), enterocolite necrotizante (RNs), alergias IgE-mediadas, erros inatos do metabolismo e síndrome dos vômitos cíclicos.

Manejo agudo: Leve (1–2 vômitos, sem letargia): ondansetrona + reidratação oral. Moderado (3+ vômitos, letargia leve): ondansetrona VO ou IM, observação na emergência. Grave (3+ vômitos, letargia severa, hipotonia, palidez): acesso EV imediato, ondansetrona EV, expansão com SF 20 ml/kg, considerar metilprednisolona EV, monitorização por 4–6h.



Você já ouviu falar em POTS?

por Carolina Paixão

Adolescente chega no pronto-socorro com episódios recorrentes de tontura, palpitações, fraqueza e visão turva ao ficar em pé — há meses, sem diagnóstico. Antes de pensar em arritmia, considere **POTS: Síndrome da Taquicardia Postural Ortostática**.

Diagnóstico à beira do leito: aumento de FC ≥ 40 bpm na passagem para ortostase, mantido >30 segundos, sem queda da PAS >20 mmHg. ECG normal e ausência de red flags cardíacas reforçam a hipótese.

Na emergência: se descompensação aguda, hidratação EV com até 2 litros de SF. Sem indicação de antiarrítmicos. Na alta: encaminhar para reabilitação física progressiva, ingestão de 2–3 L de água/dia e sal (10–12 g de NaCl/dia). Farmacoterapia adjuvante (fludrocortisona, piridostigmina, propranolol, clonidina) é empírica e de eficácia variável. Orientar: não é emergência, mas exige acompanhamento.

5 novas evidências surpreendentes para a prática pediátrica

por José Maria Lopes

1) Preocupação dos pais tem valor preditivo: em estudo prospectivo, a preocupação parental foi mais preditiva de UTI e ventilação mecânica do que os sinais vitais. Quando os pais não estavam preocupados, o risco de desfecho grave era de apenas 1,8%.

2) Preditores de mortalidade e sepse em menores de 60 dias: os mais importantes: choro anormal, dificuldade para se alimentar, sonolência e enchimento capilar lento — este último não constava nas diretrizes da OMS e demonstrou forte poder preditivo.

3) Preparação da emergência salva vidas: serviços que atingem $\geq 87/100$ pontos em checklist de qualidade reduzem em 60% a mortalidade por trauma e 70% por doença grave. O diferencial: ter coordenadores de enfermagem e médico dedicados aos padrões de atendimento.

4) Ondansetrona na alta para gastroenterite: fornecer doses "se necessário" na alta reduziu significativamente a gravidade dos quadros, sem aumento de efeitos adversos. Pode diminuir retornos de atendimento.

5) Atualização na manobra do desengasgo: Crianças: iniciar com 5 golpes nas costas, seguidos de compressões abdominais. Lactentes: 5 golpes nas costas seguidos de compressões torácicas.

Highlights sobre arboviroses: o que há de novo no manejo de dengue e de febre amarela?

por Maria Paula Aquino

Dengue é uma doença dinâmica — risco de choque deve ser reavaliado continuamente. **Sinais de alerta:** perfusão lentificada, taquicardia e pulsos débeis. O hematócrito guia a ressuscitação, mas atenção ao excesso de volume: o extravasamento capilar é lento e sobrecarga hídrica é risco real.

Fluidoterapia em duas fases: expansão com 10 ml/kg em 1h, seguida de manutenção por até 36–48h. **Monitorizar diurese** — alvo 1 ml/kg/h; acima de 3 ml/kg/h, reduzir o aporte.

Marcadores de gravidade: anemia, hipoproteïnemia, edema periorbitário e ferritina elevada (níveis altos associados a 7x maior risco de dengue grave). A marca da dengue grave é a disfunção endotelial com hipoperfusão e falência de órgãos, mediada por tempestade de citocinas (IL-6, IL-8, IL-10 e TNF).

Febre Amarela: predomina na zona equatorial entre dezembro e março. Crianças representam menos de 8% dos casos, com letalidade menor (~25%). Ocorre em picos cíclicos a cada 5–7 anos. O período de remissão (2–24h após início) é o mais crítico. A lesão patológica característica é a apoptose na *midzone* hepática. **Função renal e transaminases são os principais determinantes de desfecho** — elevação $>2x$ das transaminases associada a LDH alto e história epidemiológica compatível levantam a suspeita.

Crise adrenal na emergência: um diagnóstico a ser pensado.

por Carolina Paixão

Choque + hipoglicemia + hiponatremia sem causa aparente = pensar em crise adrenal. Regra de ouro: hidrocortisona imediata, sem aguardar exames.

Risco elevado: insuficiência adrenal conhecida, uso crônico de corticosteroides, doenças autoimunes, tumores hipofisários, pós-neurocirurgia, TB, HIV, cetoconazol ou barbitúricos.

Pistas: fadiga crônica, náuseas, perda de peso, desejo de sal e hiperpigmentação. Laboratorial: hiponatremia, hipoglicemia, hipercalemia e acidose metabólica.

Corrigir hipoglicemia em paralelo: achado comum e não deve ser negligenciado.

// CRÉDITOS DESSA EDIÇÃO ESPECIAL

Editor-Chefe, CEO da NeopedHub: **José Maria Lopes** // Revisão e curadoria de textos e vídeos: **Adlíz Siqueira** // Redação: **Jasmin Pacheco, Maria Paula Aquino, Carolina Paixão** // Direção Criativa: **Jasmin Pacheco** // Marketing & Estratégia de Conteúdo: **Bruna Brandão (Pira.Studio)** // Edição audiovisual: **Mauro Bandeira (Pira.Studio)** // Direção de Fotografia: **Rodrigo Lopes. E muitas outras pessoas** que trabalham diariamente para manter o NeopedHub atualizado, com as últimas evidências científicas na pediatria e neonatologia, de forma gratuita.

#EuApoioPediatria comEvidências

Cadastre-se de forma gratuita no site, receba *newsletter* no seu e-mail e siga a @NeoPedHub no Instagram para receber as atualizações.

Até a próxima edição. Obrigado!



José Maria Lopes
Fundador e Diretor da NeopedHub