



GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO:

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

VOLUME 1

Organizadores:

Catarina Amorim Baccharini Pires
Lúcia de Fátima Pais de Amorim
Alice Campos Veloso Rezende
Aline Fonseca Lima
Elisa Benetti de Paiva Maciel
Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto
Bárbara Quiuqui Soares
Letícia Luiza Miranda Amaral
Príncia Christino de Abreu Carvalho
Raquel Dias Esteves
Roberta Lara Napoleão Nogueira
Thiago Lima Carvalho



GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO:

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

VOLUME 1

Organizadores:

Catarina Amorim Baccarini Pires
Lúcia de Fátima Pais de Amorim
Alice Campos Veloso Rezende
Aline Fonseca Lima
Elisa Benetti de Paiva Maciel
Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto
Bárbara Quiuqui Soares
Letícia Luiza Miranda Amaral
Príncipia Christino de Abreu Carvalho
Raquel Dias Esteves
Roberta Lara Napoleão Nogueira
Thiago Lima Carvalho

Editora Omnis Scientia

GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Volume 2

2ª Edição

TRIUNFO - PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Catarina Amorim Baccarini Pires

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

Alice Campos Veloso Rezende

Aline Fonseca Lima

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Bárbara Quiuqui Soares

Letícia Luiza Miranda Amaral

Príncia Christino de Abreu Carvalho

Raquel Dias Esteves

Roberta Lara Napoleão Nogueira

Thiago Lima Carvalho

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

G943 Guia prático para o interno [livro eletrônico] : urgências e emergências pediátricas / Organizadores Catarina Amorim Baccarini Pires... [et al.]. – 2.ed. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.
169 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-51-3

DOI 10.47094/978-65-88958-51-3

1. Medicina de emergência. 2. Emergências pediátricas. I. Pires, Catarina Amorim Baccarini. II. Amorim, Lúcia de Fátima Pais de. III. Rezende, Alice Campos Veloso. IV. Lima, Aline Fonseca. V. Maciel, Elisa Benetti de Paiva. VI. Lomanto, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas. VII. Soares, Bárbara Quiuqui. VIII. Amaral, Letícia Luiza Miranda. IX. Carvalho, Príncia Christino de Abreu. X. Esteves, Raquel Dias. XI. Nogueira, Roberta Lara Napoleão. XII. Carvalho, Thiago Lima.

CDD 616.025

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....12

ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

Ana Clara Moreira Noronha Fonseca

Debbie Priscila Weber

Letícia Mendes Givisiez

Victor Hugo Ferraz Freitas

Catarina Amorim Baccharini Pires

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/12-20

CAPÍTULO 2.....21

ABORDAGEM INICIAL DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM PEDIATRIA

Daniela Batista Souza

Isabela Oliveira Eugenio

Kellen Letícia Sarmento

Príncia Christino de Abreu Carvalho

Catarina Amorim Baccharini Pires

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/21-28

CAPÍTULO 3.....29

CRISE ASMÁTICA

Ana Beatriz Gomes Silva

Beatriz Carvalho Pestana

Fernanda Akemi Andrade Hirahata

Melini Costa Duarte

Lea Rache Gaspar

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/29-37

CAPÍTULO 4.....38

SEPSE PEDIÁTRICA

Bruna Latif Rodrigues Carvalho

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Isabella Alvarenga Abreu

Natália Quintão Barros

Valéria Lopes Cupertino

Catarina Amorim Baccharini Pires

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/38-44

CAPÍTULO 5.....45

CHOQUE

Leandra Covre Barbosa

Lorena Rodrigues Dias Martins Silva

Maria Cecília Alcure Dias Scussulim

Maria Luíza Dutra Sá

Rafaela Alves Carvalho

Catarina Amorim Baccharini Pires

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/45-54

CAPÍTULO 6.....55

CRISE CONVULSIVA

Ana Paula de Castro Gomes Gervásio

Bárbara Quiuqui Soares

Luiza de Azevedo Freitas

Aline Fonseca Lima

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/55-61

CAPÍTULO 7.....62

DESIDRATAÇÃO

Ivy Letícia Brandão Costa

Juliana Cesconetto

Lorena Rodrigues Dias Martins Silva

Vitória Barreto Salomão

Alice Campos Veloso Rezende

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/62-67

CAPÍTULO 8.....	68
------------------------	-----------

ABORDAGEM PEDIÁTRICA DA CETOACIDOSE DIABÉTICA

Letícia Luiza Miranda Amaral

Luiza Lourensute Porto

Marlon Costa Ferreira

Sávio Ricardo Bezerra Sena

Lara Vieira Marçal

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/68-75

CAPÍTULO 9.....	76
------------------------	-----------

ANAFILAXIA

Laura Maria Pouzas Torres

Laura Rodrigues Silva

Maria Clara Matos Morais

Thiago Lima Carvalho

Alice Campos Veloso Rezende

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/76-81

CAPÍTULO 10.....	82
-------------------------	-----------

INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR MEDICAMENTOS

Camila Brandão Leal Pereira

Júlia Siqueira Fernandes Silveira

Dener Geruso Costa Mascarenhas

Michelle Pereira de Faria e Silva

Roberta Lara Napoleão Nogueira

Alice Campos Veloso Rezende

Rafaela Drumond Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/82-95

CAPÍTULO 11.....	96
-------------------------	-----------

ANIMAIS PEÇONHENTOS

Ana Beatriz Campos Gomes

Bárbara Luiza Klein

Raquel Dias Esteves

Vítor Rocha Natal

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/96-110

CAPÍTULO 12.....111

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Aline Fonseca Lima

Júlia Mariana Costa Roque

Letícia Nogueira Chauke Piovezan

Magno Freire de Souza

Marco Túlio Freire de Souza

Maria Luiza Dutra Sá

Ellen White Rodrigues Bacelar Almeida

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/111-116

CAPÍTULO 13.....117

ABORDAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO QUEIMADO

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Bárbara Quiuqui Soares

Letícia Luiza Miranda Amaral

Raquel Dias Esteves

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/117-126

CAPÍTULO 14.....127

AFOGAMENTO

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Camila Leal Brandão

Eduarda Santos Benevides

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/127-132

CAPÍTULO 15.....	133
-------------------------	------------

PRINCIPAIS DROGAS USADAS NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Daniel Cardoso Pereira

Lucas Campos Lopes

Pedro Henrique Menezes Ribeiro

Sofia Andrade de Araújo

Iara Gail Lopes

DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/133-164

ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

Ana Clara Moreira Noronha Fonseca¹;

Acadêmica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/5756566423511693>

Debbie Priscila Weber²;

Acadêmica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/5668711252135831>

Letícia Mendes Givisiez³;

Acadêmica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/7304556329369691>

Victor Hugo Ferraz Freitas⁴;

Acadêmico do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/2362241931497489>

Catarina Amorim Baccarini Pires⁵.

Médica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

<http://lattes.cnpq.br/2711316103706637>

VISÃO GERAL

Diariamente milhares de crianças são hospitalizadas gravemente enfermas, sendo os neonatos menores de 12 meses a faixa etária mais acometida. Na emergência pediátrica a estabilização do paciente é prioritária, fazendo-se necessário rápida avaliação inicial reconhecendo os sinais e sintomas e realizando uma abordagem resolutiva.

AValiação INICIAL

A análise do paciente pediátrico na emergência foi definido pela Academia Americana de Pediatria (AAP) a partir do **Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP)**. Este método é composto pela observação da aparência, respiração e circulação da pele, permitindo avaliação geral da criança em 30 a 60 segundos afim de determinar a gravidade da doença e a intervenção. O cuidado precoce pode prevenir a progressão para PCR, insuficiência respiratória, choque ou agravamento de outros sintomas clínicos.

Figura 1: Triângulo de avaliação pediátrica

Triângulo de avaliação pediátrica



Fonte: adaptado do manual do PALS, 2017.

1- Aparência

Na avaliação da aparência da criança consideramos o nível de consciência e sua interação com o meio, abrangendo o tônus, a interatividade, a consolabilidade, o olhar e a fala ou choro.

2- Respiração

Na avaliação da respiração verificamos a FR e presença de esforço respiratório, atentando para posições indicativas de desconforto respiratórios e para os sons de respiração anormal, como sibilos, estridor e gemidos.

3- Circulação

Na avaliação da circulação utilizamos coloração de pele e mucosas, sinais de hemorragia e lesões de pele.

Parâmetros	Anormalidades
Esforço respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Batimento de asa nasal • Retrações ou uso de músculos acessórios • Esforço respiratório elevado, inadequado ou ausente
Sons nos pulmões e nas vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração com ruídos
Cor da Pele	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez • Moteamento • Cianose
Petéquias ou púrpura ou lesões hemorrágicas visíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia evidente e significativa • Hemorragia na pele

Possíveis alterações encontradas na avaliação baseada no TAP

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

Quando a criança não possui um possível estado fatal após realização do TAP, devemos seguir o atendimento pela avaliação primária, secundária e terciária.

Avaliação primária

Na avaliação primária abordamos o **ABCDE**, na seguinte ordem: via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição, incluindo os dados de sinais vitais e oximetria de pulso. Caso ocorra a identificação de sinais de alerta estes devem ser tratados rapidamente antes de prosseguirmos com a avaliação.

A - Via aérea: deve-se avaliar se estão abertas a partir do movimento do tórax ou abdômen, ausculta de sons respiratórios ou fluxo de ar no nariz ou boca.

Alterações:

- Via aérea preserváveis: pode ser desobstruída por intervenção simples
- Via aérea não preserváveis: necessitam de intervenção avançada para desobstrução

Conduta:

Tabela 2. Medidas simples para manter a via aéreas

Medidas Simples	Considerações
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none">• Criança consciente: permita que a criança assuma uma posição de conforto ou eleve a cabeceira da cama• Criança inconsciente: vire a cabeça de lado, caso não tenha lesão cervical ou use a inclinação da cabeça
Inclinação da cabeça (elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula)	<ul style="list-style-type: none">• Sem suspeita de lesão: use a manobra com elevação do queixo, porém evite hiperestender a cabeça/pescoço• Com suspeita de lesão: abra a via aérea usando a anteriorização da mandíbula sem extensão da cabeça. Durante a RCP, estabilize a cabeça e o pescoço com as mãos. Abrir via aérea é prioridade.
Aspiração	<ul style="list-style-type: none">• Aspiração do nariz e orofaringe

Técnicas de alívio para obstrução por corpo estranho	Criança não emite som e está consciente: <ul style="list-style-type: none">• Menos de 1 ano de idade: 5 pancadas nas costas e 5 compressões torácicas• 1 ano ou mais: administre compressões abdominais Se, a criança deixar de responder, ative a emergência e inicie a RCP.
Dispositivos para vias aéreas	Para impedir que a língua enrole para trás e obstrua a via aérea.

Intervenções avançadas:

- Intubação endotraqueal ou uso de máscara laríngea
- Uso de CPAP ou ventilação não invasiva
- Remoção de corpo estranho
- Cricotireotomia

B – Respiração: deve-se avaliar a frequência, padrão respiratório e sinais de esforço respiratório através da observação de movimentação do tórax e utilização de músculos acessórios, sons respiratórios através da ausculta e saturação de oxigênio por oximetria de pulso.

Alterações:

- FR e padrão respiratório: respiração irregular, taquipneia, bradipneia, apneia
- Esforço respiratório: batimento de asa nasal, retrações, respiração paradoxal
- Sons respiratórios anormais: estridor, ronco, sibilo, crepitações
- Saturação inferior a 94%

Conduta:

Quando a saturação de O₂, com a criança respirando em ar ambiente, é inferior a 94% a situação é de hipoxemia e deve ser considerado a administração de O₂ suplementar.

C – Circulação: deve-se avaliar a frequência e o ritmo cardíaco pela ausculta ou ECG, pulsos periféricos e centrais pela palpação, tempo de preenchimento capilar, coloração e temperatura da pele, pressão arterial com manguito de tamanho apropriado

Alterações:

- FC: bradicardia, taquicardia, PCR
- Tempo de preenchimento capilar acima de 2 segundos
- Coloração: palidez, moteamento, cianose
- PA: hipotensão e hipertensão

D – Disfunção neurológica: deve ser avaliada a partir da Escala de Resposta Pediátrica AVDI (Alerta, Voz, Dor, Inconsciente), Escala de Coma de Glasgow (GCS), resposta das pupilas a luz, exame de glicemia.

Alterações:

- Redução no nível de consciência, irritabilidade, letargia, agitação

Conduta:

Quando a criança apresentar algum distúrbio neurológico deve-se avaliar novamente a ventilação, a perfusão e a glicemia.

E – Exposição: as roupas do paciente devem ser retiradas, de acordo com a necessidade, para melhor exame físico buscando identificar hemorragias, queimaduras, marcas de trauma

Avaliação secundária

Na avaliação secundária deve ser realizado anamnese e exame físico detalhado e específico sobre o paciente e o incidente. A fim de colher uma história completa do paciente utilizamos a mnemônica **SAMPLE**:

S – Sinais e sintomas no início do evento e sua evolução (dificuldade respiratória, alterações de FR, alterações de RC, redução no nível de consciência, agitação, febre, diarreia, dor...)

A – Alergias a medicamentos, alimentos e reações associadas

M – Medicações, dose e horário

P – Passado Médico incluindo enfermidades prévias, cirurgias, hospitalizações e estado de imunizações

L – Última refeição incluindo hora e natureza do alimento ou líquido e o tempo decorrido entre a refeição e os sintomas

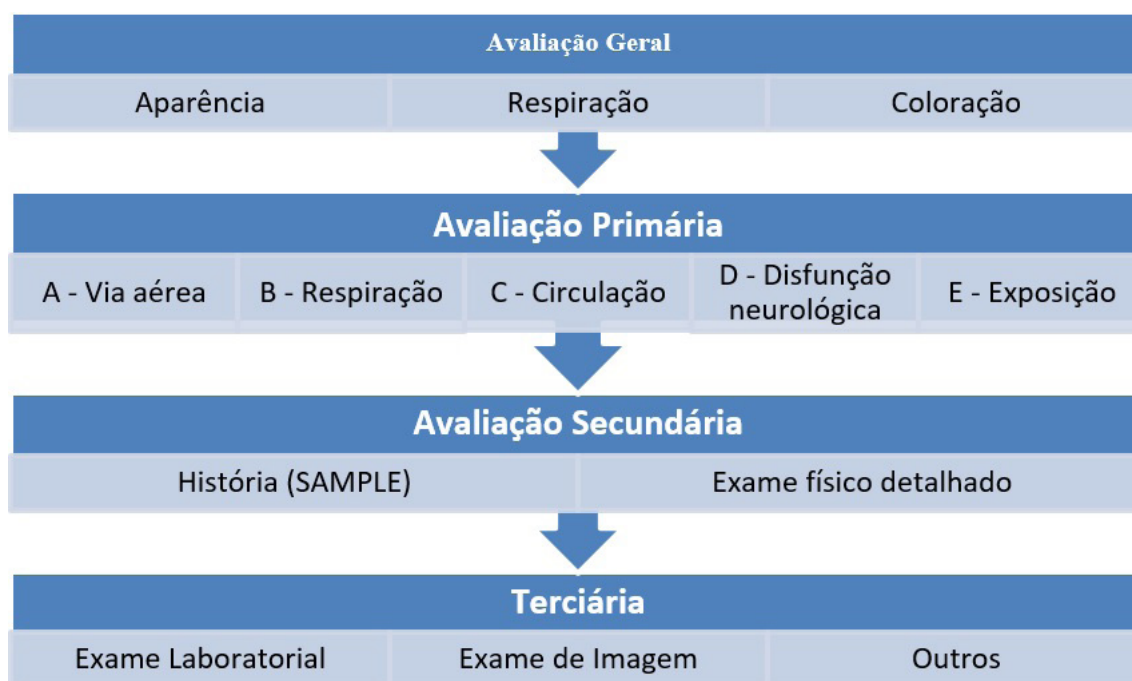
E – Eventos que levem a doença e suas características, como início súbito ou gradual, tipo de lesão e tratamento utilizado até a avaliação médica

Logo após finalizarmos a história clínica do paciente seguimos com o exame físico, focado principalmente na área acometida. Alguns exemplos de áreas para avaliar cuidadosamente em busca de doenças ou lesões são o aparelho respiratório, circulatório e abdominal. Durante todo esse processo é prudente a reavaliação contínuo do paciente com o intuito de acompanhar o seu desenvolvimento frente aos problemas constatados ou identificar precocemente novas adversidades.

Avaliação terciária

Na avaliação terciária são realizados exames laboratoriais, radiográficos e outros testes visando a identificação das condições fisiológicas e anatômicas da criança para um diagnóstico preciso. Os exames são realizados de acordo com a situação clínica do paciente, mas os preconizados são: gasometria arterial, gasometria venosa, gasometria capilar, concentração de hemoglobina, saturação de O₂ venoso central, lactato arterial, monitorização da pressão venosa central, monitorização invasiva da pressão arterial, radiografia do tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma e fluxo expiratório de pico

Fluxograma 1. Esquema de avaliação da criança gravemente enferma



Suporte Avançado de Vida de Pediatria

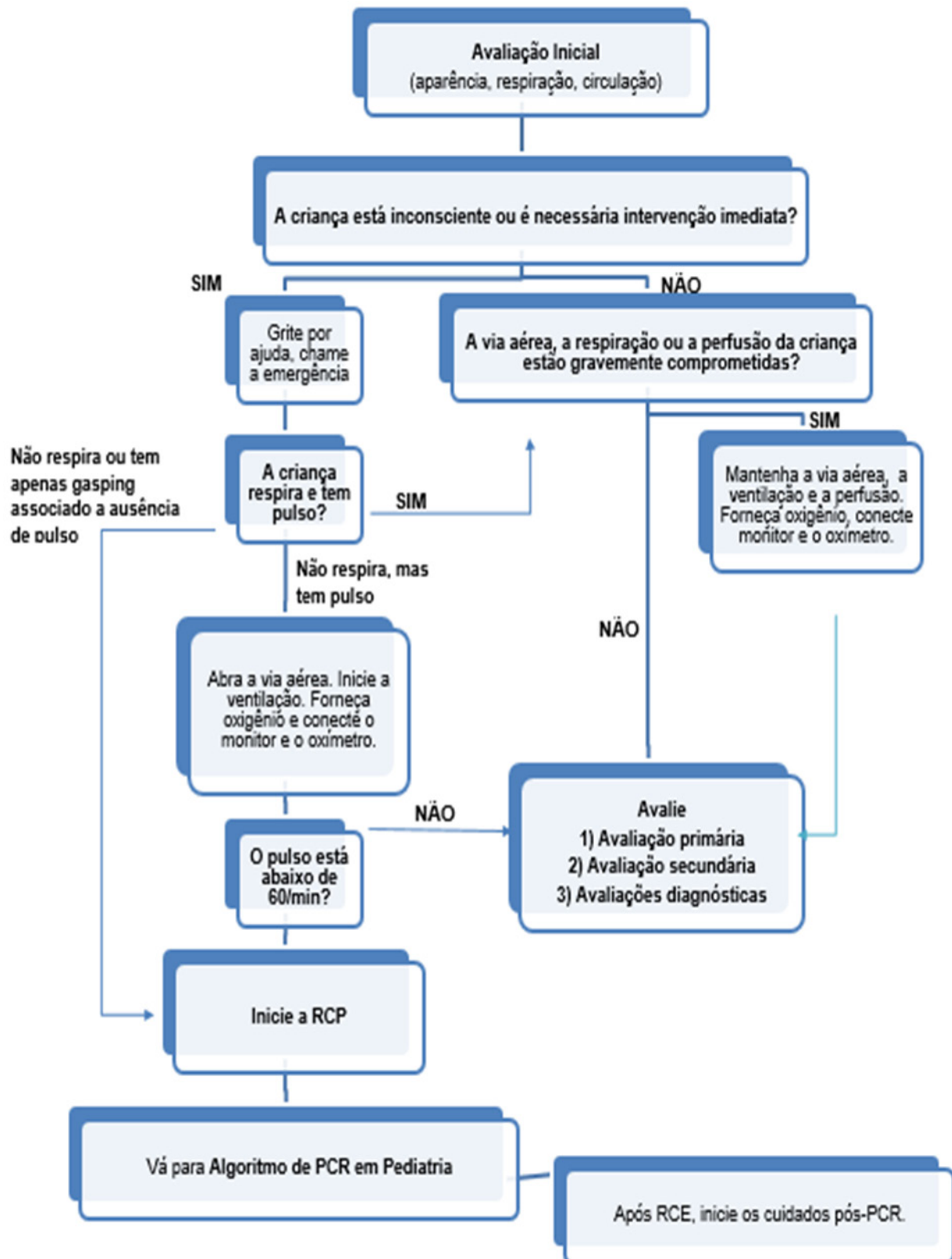
Quando a criança apresentar sinais potencialmente fatais deve-se iniciar imediatamente o suporte avançado de vida. Os sinais de alerta incluem a criança que não responde e não respira ou apresenta apenas gasping podendo, ou não, estar associado a ausência de pulso e inconsciência.

Quando a criança não responder, não respirar ou apresentar apenas gasping é indicado chamar ajuda e acionar o serviço médico de emergência. Quando esta situação estiver associada a ausência de pulso deve-se realizar imediatamente a RCP, iniciando pelas compressões torácicas. Se ocorrer o retorno da circulação espontânea deve-se prestar os cuidados pós RCP, lembrando sempre de verificar respiração e pulso simultaneamente.

Quando a criança não responder, não respirar ou apresentar apenas gasping, mas apresentar pulso devemos analisar a abertura da via aérea e administrar ventilação de suporte associado a oxigênio suplementar.

Quando a respiração e o pulso estiverem sem alterações, mas a criança estiver inconsciente o serviço médico de emergência deve ser acionado.

Fluxograma 2. Abordagem inicial e avançada de vida em pediatria



REFERÊNCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. Overview of pediatric emergency department visits, 2015. HCUP Statistical Brief #242 (August 2018). <https://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb242-Pediatric-EDVisits-2015.jsp> (accessed 2020 DEZ 10)
- ASSOCIATION, American Heart. Suporte Avançado de Vida em Pediatria: Manual do Profissional. 3. ed. Rio de Janeiro: American Academy of Pediatric, 2017. p. 29-66
- American Academy of Pediatrics, and American College of Emergency Physicians. Continuing medical education. American Academy of Pediatrics; 2017. Available from: <http://www.aap.org/en-us/continuing-medical-education/life-support/Pages/Life-Support.aspx> [cited 30.03.17]
- Benito J, Luaces-Cubells C, Mintegi S, Manrique Martínez I, De la Torre Espí M, Miguez Navarro C, et al. Evaluation and impact of the ‘Advanced Pediatric Life Support’ course in the care of pediatric emergencies in Spain. *Pediatr Emerg Care*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000001038>.
- DAVIS AL, Carcillo JA, Aneja RK et al. American College of Critical Care Medicine clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock. *Crit Care Med*. 2017; 45:1061-93
- FERNANDEZ, Ana; BENITO, Javier; MINTEGI, Santiago. Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 93, supl. 1, p. 60-67, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000700060&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.002>.
- GAUSCHE Hill M, Eckstein M, Horeczko T, McGrath N, Kurobe A, Ullum L, et al. Paramedics accurately apply the pediatric assessment triangle to drive management. *Prehosp Emerg Care*. 2014;18:520-30
- HUGHES, Kaitlin; BUENGER, Lauren. Select topics in the management of critically ill children. *American Society of Health-System Pharmacists* 2019, Indianápolis, v. 76, n. 19, p. 1532-1543, out. /2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/hughes2019.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.
- KOCHANNEK, PM, Tasker RC, Carney N, et al. Guidelines for the management of pediatric severe traumatic brain injury, third edition: update of the Brain Trauma Foundation guidelines. *Pediatr Crit Care Med*. 2019; 20:S1-82
- MELO, M. D. C. B. D. *et al*. Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 21, n. 4.1, p. 12-21, jul. /2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/v21n4s1a03.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.
- SAÚDE, Ministério Da. Protocolo de Suporte Avançado de Vida: Protocolo Samu 192. 2. ed. Brasil: MS, 2016. p. 1-638.

Índice Remissivo

A

Academia americana de pediatria (aap) 12
Acidente ofídico 96, 97
Acidente ofídico e o atendimento 97
Acidentes automobilísticos 111
Acidentes causados pelas taturanas 100
Acidentes decorrentes da picada de escorpião 98
Acidentes domésticos 111
Acidentes laquéticos e elapídicos 98
Acidentes pelo contato com as aranhas 101
Acidentes por cascavel 97
Afogamento 127, 128, 129, 130, 131
Ambiente extra-hospitalar (pcreh) 21
Anafilaxia 35, 46, 76, 77, 78, 79, 81, 103, 135, 137, 143, 153, 158, 160
Anestésicos 58, 101, 133
Antiarrítmicos 133
Antibotrópico-crotálico (sabc) 97, 98
Antibotrópico-laquético (sabl) 97
Aparência, respiração e circulação da pele 12
Aperto torácico 29, 30
Aporte de glicose 69
Aracnídeos 101
Área queimada 121, 122
Asma 29, 30, 32, 33, 34, 36, 77, 151, 158, 159
Assistolia 23, 25, 135
Atendimento médico 96
Atividade elétrica sem pulso (aesp) 23
Ausência de oxigenação 21
Ausência de pulso e respiração 21
Avaliação da aparência da criança 13
Avaliação da circulação 13
Avaliação da respiração 13

B

Benzodiazepínicos 83, 84, 90, 122, 140, 149
Bradycardia 16, 25, 47, 49, 90, 92, 98, 102, 127, 128, 134, 137, 138, 150, 151, 156
Broncodilatadores 130, 133, 159
Bundle 41
Bundle de desempenho 42
Bundle de estabilização 42
Bundles de ressuscitação 41

C

Catecolaminas 69, 98
Cetoacidose diabética (cad) 68
Cetoacidose diabética em crianças 69
Choque 44, 45, 46, 49, 50, 53, 143, 154
Choque anafilático 46, 154
Choque cardiogênico 46, 49
Choque distributivo 45, 49, 50
Choque hemorrágico traumático 46
Choque hipotensivo 21
Choque hipovolêmico 45, 46, 49
Choque neurogênico 46
Choque obstrutivo 46, 50
Choque séptico 44, 46, 143
Choque séptico em crianças 38
Coagulograma 48
Coloração de pele e mucosas 13
Corticoides sistêmicos 34
Cortisol 69, 138
Crianças com sepse 39
Crise convulsiva 55, 58
Crises asmáticas 34

D

Débito cardíaco 22, 46, 47, 127, 135
Deficiência absoluta ou relativa de insulina 68
Déficit de água corporal total (act) 62
Desatenção aos riscos 83
Desequilíbrio osmótico 128
Desidratação 39, 49, 62, 63, 64, 69, 70, 71, 118, 139, 154, 160
Desidratação na infância 62
Diabetes mellitus tipo 1 (dm1) 68
Diabetes mellitus tipo 2 (dm2) 68
Diagnóstico de sepse 40
Diminuição na perfusão tecidual 45
Disfunção cardiovascular 38
Disfunção neurológica 14
Dispneia 29, 30, 31, 32, 33, 47, 77, 120, 128, 134, 136, 137, 139, 150
Distúrbios acidobásicos e hidroeletrólíticos 68
Doença de caráter heterogêneo 29

E

Edema pulmonar 78, 101, 128, 136, 156
Efeitos deletérios da desidratação 62
Emergências pediátricas 55, 68

Envenenamento por Isoniazida 100
Estado de hipóxia 128
Estado hiperglicêmico hiperosmolar (ehh) 68
Etiologia do quadro convulsivo 55
Exposição ao alérgeno 76
Exposição a substâncias químicas 82

F

Falha mecânica ineficaz ou total 21
Falta de supervisão 83
Ferrão do escorpião 98
Fibrilação ventricular (fv) 24
Fluxo aéreo recorrente e reversível 29
Fluxo sanguíneo 21, 46, 47, 129
Força mecânica externa sobre o crânio 112
Função hepática e renal 48

G

Glicemia 48, 70
Glucagon 69
Grau de desidratação, em leve, moderada ou grave 62

H

Hemograma 48, 70
Hiperglicemia 35, 68, 73, 98, 99, 112, 143
Hiperresponsividade das vias aéreas 29
Hipotensão 16, 25, 38, 39, 41, 47, 63, 77, 79, 84, 91, 97, 98, 112, 127, 129, 134, 137, 138, 141, 150, 151, 158
Hipotermia 39, 84, 91, 99, 128
Hipoxemia 16, 21, 45, 128, 129, 130
Hipóxia secundária ao afogamento 128
Hormônio do crescimento 69

I

Imunoglobulina e (ige) 76, 77
Incidência das crises convulsivas 55
Inflamação 118
Inflamação crônica das vias aéreas inferiores 29
Insuficiência respiratória 12, 21, 40, 50, 97, 123, 127, 137
Intoxicação medicamentosa 84
Intoxicações acidentais na infância 83
Intoxicações exógenas 82, 94

L

Lactato arterial 48
Lagartas de Isoniazida 100
Lesão cerebral pediátrica 112

Lesões de pele 13, 151
Lesões hipóxicas 128
Lesões secundárias 114, 117
Localização da picada 96

M

Manutenção da oxigenação 21
Mecanismo de tce 112
Mecanismos homeostáticos de tamponamento 69
Mediadores inflamatórios sistêmicos 118
Metabolismo de carboidratos e lipídeos 68
Morbimortalidade em lactentes e crianças 62

N

Necessidade hídrica 62
Neonatos 12, 39, 135
Neurolépticos 133
Nutrição de órgãos e tecidos 21

O

Obstrução brônquica 29, 30
Organização mundial de saúde (oms) 127
Oximetria de pulso 14, 15, 58, 120

P

Paciente pediátrico 12, 20, 24, 38, 40
Paciente queimado 117, 122, 126
Parada cardíaca súbita 21
Parada cardiorrespiratória 21, 22, 24, 25, 27, 77, 79, 127
Perda da água e eletrólitos 62
Perda da consciência 55, 77, 112, 113
Picadas de abelhas 102
Potencial de morbimortalidade 111
Pressão de perfusão cerebral 113
Primeiros episódios convulsivos 55
Primeiros socorros 117
Principais drogas usadas no pronto atendimento em pediatria 133

Q

Quantidade de água aspirada 128
Queimadura 117, 118, 120, 121, 122, 123, 125, 126
Queimaduras químicas, elétricas, térmicas e por radiação 118

R

Reações alérgicas 76, 97, 99, 101, 103, 151, 159
Reações mediadas por ige 76

Rompimento na membrana alveolar 128

S

Saturação venosa central de oxigênio 48

Saúde pública 98, 111

Sedativos 102, 133, 139, 141

Segmento cranioencefálico 111

Serotonina 89, 90, 91

Serpentes 96, 97

Sibilos 13, 29

Sinais de hemorragia 13

Sinais vitais 14, 39, 84, 86, 87, 120

Síndrome da morte súbita do lactente (smls) 21

Sintomas alérgenos 76

Sintomas anormais súbitos e transitórios 55

Sintomas clínicos 12

Sintomas de taquicardia 128

Sistema de informação de notificação de agravos (sinan) 98

Soro antibotrópico (sab) 97

Soroterapia antiescorpiônica 99

Soroterapia específica 98, 99

Substâncias contrarregulatórias 68

Suporte avançado de vida 18

T

Tempo de coagulação (tc) 97

Tosse de duração e intensidade variáveis 29

Toxicidade dos agentes 83

Trauma de origem térmica 117

Traumatismo cranioencefálico (tce) 111

Traumatismo cranioencefálico (tce) na infância 111

Traumatismo raquimedular 111

Triângulo de avaliação pediátrica (tap) 12

U

Unidade de terapia intensiva (uti) 113

Unidades de terapia intensiva (uti) 68

V

Veneno inoculado 96

Via endovenosa 49, 97, 134

Vítimas de tce grave 113



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 