



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 Moraes

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 DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM PEDIATRIA

Daniela Batista Souza¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/9296001042254800>

Isabela Oliveira Eugenio²;

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

<http://lattes.cnpq.br/3165583476474126>

Kellen Letícia Sarmento³;

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

<http://lattes.cnpq.br/2731373829960686>

Príncia Christino de Abreu Carvalho⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/2318175798996184>

Catarina Amorim Baccarini Pires⁵.

Médica Docente do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univão), Ipatinga-MG.

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

DEFINIÇÃO DO QUADRO

O coração é uma bomba contrátil que ejeta sangue para todo o nosso corpo, sendo essencial para manutenção da oxigenação e nutrição de órgãos e tecidos. Em casos de falha mecânica ineficaz ou total, ocorre a interrupção do fluxo sanguíneo, ocasionando a parada cardiorrespiratória. A ausência de oxigenação por um período prolongado poderá ocasionar em necrose e perda permanente, caso não ocorra intervenção precoce. A apresentação clínica é de um paciente irresponsivo, confirmado pela ausência de pulso e respiração.

A PCR ocorre por meio de uma parada cardíaca súbita com hipoxemia, sendo que a causa mais prevalente na pediatria ocorre mediante a um choque hipotensivo ou insuficiência respiratória. Segundo o jornal de pediatria a faixa etária mais acometida por PCR abrange menores de 1 ano, sendo a Síndrome da morte súbita do lactente (SMLS) uma causa significativa nos menores de 6 meses. Além disso, destacamos o ambiente extra-hospitalar (PCREH) como principal local de ocorrência da PCR em pacientes pediátricos.

FISIOPATOLOGIA

A parada cardiorrespiratória é ocasionada basicamente por uma diminuição do débito cardíaco com desbalanço no volume sistólico e redução da perfusão dos cardiomiócitos. Tal alteração impossibilita a remoção adequada de metabólicos, ocasionando desequilíbrio ácido básico com a acidose láctica e sobrecarga transitória de cálcio, a qual por sua vez promove depressão da contratilidade cardíaca. Diante disso, tem-se a ocorrência da isquemia global e como o cérebro se trata de órgão extremamente sensível, em poucos minutos se dá a escassez de adenosina trifostato (ATP).

Assim sendo, a falta de energia provoca insuficiência da bomba de sódio e potássio cumulada com a perda da integridade das membranas, bem como demais consequências danosas ao organismo. Ademais, o aumento de Ca^{2+} induz dano mitocondrial ocasionando alta na produção de óxido nítrico com formação de radicais livres e edema por excesso de sódio. Por fim, tem-se o aumento da pressão intracraniana e da hipóxia cerebral, sendo que, se prolongada e juntamente com a acidose metabólica, predispõe a alterações orgânicas irreversíveis.

IDENTIFICAÇÃO DA PCR

A identificação imediata, com intervenção em tempo hábil na PCR, presenciada ou não, pelos profissionais da área da saúde, proporciona uma taxa significativa de sucesso na reversão do quadro. É de suma importância que todo o algoritmo esteja bem estabelecido para melhor prognóstico. Assim, para obtenção de sucesso no atendimento, este deve ser realizado de forma sequencial e integrada.

Diante disso, a *American Heart Association (AHA)*, propôs a Corrente de Sobrevivência, elencando uma série de ações interdependentes que devem ocorrer imediatamente após o evento, a qual se subdivide em 5 passos:

Figura 1: Cadeia de sobrevivência da AHA para PCRIH e PCREH pediátricas



Fonte: AHA, 2020, p.17.

Sinais:

Para reconhecimento do paciente em PCR, é necessária a detecção dos seguintes sinais: irresponsividade, seguido de apneia e ausência de pulso braquial (para menores de um ano), carotídeo e/ou femoral por 10 segundos.

Causas reversíveis:

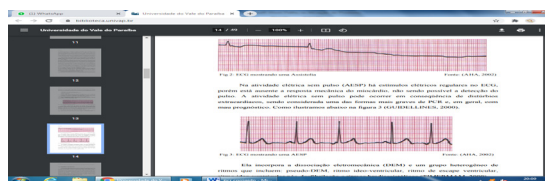
Uma vez identificada a PCR podemos pensar como causas reversíveis os 6H's (Hipovolemia, Hipóxia, Hidrogênio-acidemia-, Hipoglicemia, Hipo/Hipercalcemia e Hipotermia) e 5T's (Tensão do tórax por pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronariana e trombose pulmonar). Estes devem ser identificados o mais rápido possível, levando em conta a prioridade para início da reanimação cardiopulmonar.

Ritmos de parada:

A PCR se relaciona a um dos seguintes estados:

Atividade elétrica sem pulso (AESP): Caracterizado por atividade elétrica desorganizada associada à ausência de pulso. Ritmo não chocável, prevalente na população pediátrica.

Figura 2: ECG mostrando uma AESP

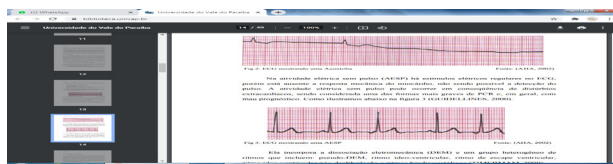


Fonte: AHA, 2002

Assistolia:

Comumente encontrado entre as crianças e definido como ausência de atividade elétrica no monitor.

Figura 3: ECG mostrando uma Assistolia



Fonte: AHA, 2002

Contudo, sempre que identificada, é necessária a checagem do cabo ganho e derivação para confirmação diagnóstica, de maneira que sua principal causa se encontra dentro dos 6H's e 5T's

Fibrilação Ventricular (FV):

Ritmo chocável, definido pela atividade elétrica em ritmo caótico oriundo da disfunção da contabilidade cardíaca, pulsos não palpáveis. A FV pode ser primária ou subjacente, sendo a última mais comum em crianças.

Figura 4: ECG mostrando uma Fibrilação Ventricular



Fonte: AHA, 2002

Destacam-se assistolia e AESP como os casos mais comuns na população pediátrica, ritmos considerados não chocáveis.

CONDUTA

Tendo em vista a percepção pelo profissional de que o paciente pediátrico se encontra em uma parada cardiorrespiratória, inicia-se imediatamente a RCP seguida da avaliação do ritmo, podendo ser chocável (FV/TV sem pulso) ou não (AESP e assistolia). A seguir deve-se conferir o pulso central por 10 segundos, sendo esta checagem uma competência designada apenas ao profissional da saúde. Posteriormente inicia-se a RCP, faz-se oxigenação do paciente, e ligue o monitor.

Ao avaliar o ritmo, deve-se estimar se ele é chocável. Em caso positivo, o primeiro passo é sincronizar monitor em 2J/kg e iniciar RCP por 2 minutos no centro torácico com aprofundamento de um terço da caixa torácica. Além disso, é imperioso se atentar em comprimir, preferencialmente, 4 cm em crianças menores de um ano e 5 cm em maiores de um ano e esperar retorno total do tórax. Enquanto isso, preparar acesso intravenoso (IV) ou intraósseo (IO).

Reavaliar o ritmo, se chocável, sincroniza 4J/kg. Inicia-se segundo ciclo da RCP, sendo que nesse ciclo administra-se 0,01 mg/kg de epinefrina a cada 3 ou 5 minutos. Nesse momento, verifique a saturação e, se necessário, avalie a possibilidade de via aérea avançada realizada via endotraqueal ou extra glótica conforme a indicação clínica do paciente. Em seguida, ligar o aparelho de capnografia ou capnômetro para avaliar eficiência da RCP e o posicionamento do tubo.

Reavaliar monitor, caso choque recomendável ajustar para maior ou igual 4J podendo chegar a 10 J/kg ou dose para adulto. Reinicia-se, novamente, RCP por 2 minutos e aplica-se amiodarona em bolus 5 mg/kg podendo ser reaplicada em até 3 doses se caso não houver resolução do quadro. Além da amiodarona, tem-se lidocaína 1mg/kg como opção sendo utilizada em dose única de ataque.

Havendo retorno da circulação espontânea encaminhar esse paciente para UTI para receber cuidados pós PCR. Não ocorrendo o retorno da circulação espontânea, deve-se iniciar o RCP por 2 minutos com acesso venoso ou intraósseo aplicando, concomitantemente, epinefrina 0,01 mg/kg a cada 3 a 5 minutos.

AESP ou Assistolia:

Ritmo não chocável: Providenciar acesso IV ou IO com administração imediata de epinefrina 0,01 mg/kg e início de RCP por 2 minutos. Deve-se reiniciar o processo até haver remissão do quadro clínico com retorno da circulação espontânea. Encaminhar o paciente para UTI onde receberá cuidados pós PCR e, por fim, pesquisar a causa base da parada cardiorrespiratória, lembrando dos 6H's e 5T's. Se continuar não chocável, deve ser repetido o referido processo até a melhora do quadro ou óbito declarado.

Porém, caso se perceba através do monitor que o ritmo voltou a ser chocável: choque e inicie RCP por 2 minutos com administração amiodarona 5 mg/kg ou lidocaína 1 mg/kg.

Bradicardia:

Inicialmente, é importante a identificação dos sinais de instabilidade, sendo estes: rebaixamento do nível de consciência, hipotensão e sinais de choque.

Na presença destes faz-se avaliação e suporte, os quais consistem em manter as vias aéreas pervias e ventilar mecanicamente conforme o necessário. É importante lembrar de manter a pressão de oxigênio positiva e verificar o monitor cardíaco a fim de identificar o ritmo, monitorar o pulso, avaliar oximetria e pressão arterial. Feito isso, se a frequência cardíaca apresentar-se inferior a 60 batimentos por minuto, mesmo o paciente estando oxigenado e ventilado, inicia-se a RCP.

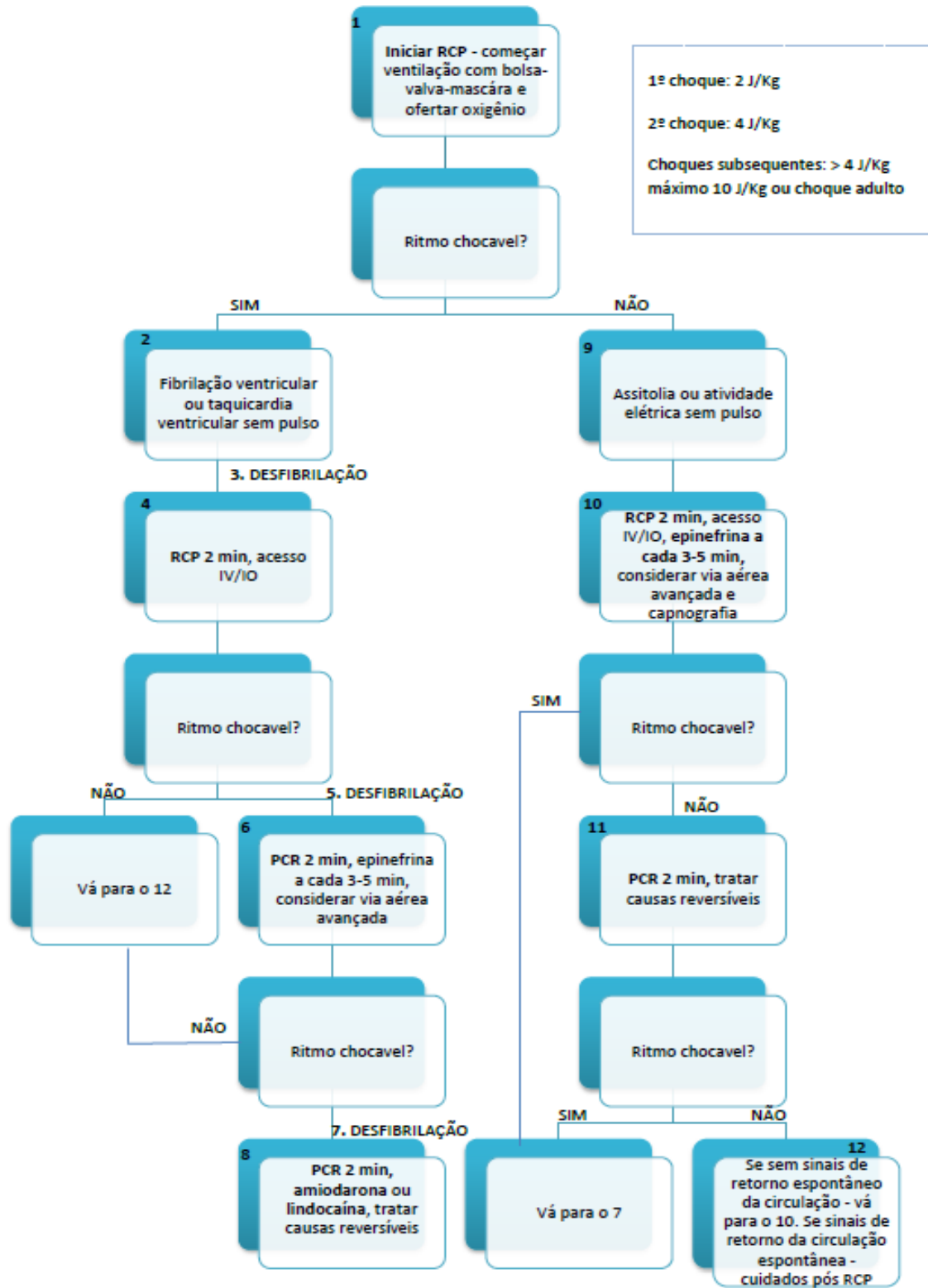
Caso a bradicardia persista, realiza-se acesso IV ou IO com administração de epinefrina 0,01 mg/kg, repetindo-se a dose a cada 3 a 5 minutos. Na impossibilidade de IV ou IO, em que o paciente esteja intubado (tubo endotraqueal), deve-se aplicar a dose via ET 0,1 mg/kg.

Nos casos de tônus vagal aumentado ou bloqueio atrio-ventricular primário, forneça atropina 0,02 mg/kg, podendo ser administrada uma segunda dose caso não haja efeito primário. Lembrando que a posologia mínima é de 0,1mg e máxima de 0,5 mg/kg em dose única.

Entretanto, se a conduta não surtir efeito, considere a possibilidade de colocar marcapasso transcutâneo ou estimulação transtorácica. Verificar pulso a cada 2 minutos, se ausente, inicia-se o protocolo de PCR.

Em relação a bradicardia sem comprometimento cardiopulmonar, deve-se iniciar sequência ABC e posteriormente considerar a possibilidade de oxigenação conforme a necessidade, observar evolução clínica e seguir propedêutica com realização de eletrocardiograma em 12 derivações. É importante o destaque de que em qualquer caso de bradicardia, instável ou estável, deve-se investigar a causa desencadeadora do quadro clínico e tratá-la.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

- ABMAN SH, HANSMANN G, ARCHER SL, et al; for the American Heart Association Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and the American Thoracic Society. Pediatric pulmonary hypertension: guidelines from the American Heart Association and American Thoracic Society. *Circulation*. 2015;132(21):2037-2099. doi: 10.1161/CIR.0000000000000329;
- ALMEIDA LC, et al. Suporte avançado de vida na parada cardiorrespiratória: aspectos teóricos e assistenciais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2015; 13(1):653-663;
- FARIA JCP, et al. Epinefrina na parada cardiorrespiratória pediátrica: quando e quanto. *Einstein*, 2020; 18;
- FUNG, LUO H, QIU Y, YANG D, MCMANUS B. Myocarditis. *Circ Res*. 2016;118 (3): 496-514. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306573;
- International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2020;142 (suppl 1): In press;
- JEEJEEBHOY FM, ZELOP CM, LIPMAN S, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. Cardiac arrest in pregnancy: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132(18):1747-1773. doi: 10.1161/CIR.0000000000000300;
- LEVONAS EJ, et al. Destaque das diretrizes de RCP e ACE. American heart association, 2020;
- MERCHANT RM, TOPJIAN AA, PANCHAL AR, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(suppl 2): In press;
- MOCONOCHIE IK, et al. Pediatric life support: 2020 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care Science with treatment recommendations. *Circulation*, 2020; 142: S140-S184;
- OSTER ME, LEE KA, HONEIN MA, RIEHLE-COLARUSSO T, SHIN M, CORREA A. Temporal trends in survival among infants with critical congenital heart defects. *Pediatrics*. 2013;131(5):e1502-e1508. doi: 10.1542/peds.2012-3435;
- PIVA JP, et al. Emergência pediátrica no Brasil: a consolidação da área de atuação para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, 2017; 93: 68-74;
- SAKANO TMS, et al. Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96: 4;
- SANTOS JR. A abordagem da equipe de enfermagem do protocolo de parada cardiorrespiratória na unidade básica de saúde. *Revista Científica de Enfermagem- RECIEN*, 2018; 8 (22);

SAWYER KN, CAMP-ROGERS TR, KOTINI-SHAH P, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141:e654-e685. doi: 10.1161/CIR.0000000000000747;

SILVA MAA, et al. Algoritmo de RCP em pediatria no SBV com dois ou mais socorristas: Relato de experiência. *Encontro de Extensão, Docencia e Iniciação Científica (EEDIC)*, 2019; 6.

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 igg 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 