



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 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
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 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

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

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 Sarmiento

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 Brandião 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

CRISE CONVULSIVA

Ana Paula de Castro Gomes Gervásio¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/0435592659281821>

Bárbara Quiuqui Soares²;

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

<http://lattes.cnpq.br/8858270181928171>

Luiza de Azevedo Freitas³;

Acadêmica da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF Campus Governador Valadares.

<http://lattes.cnpq.br/9624022261466903>

Aline Fonseca Lima⁴.

Médica residente de pediatria do Hospital Márcio Cunha- Fundação São Francisco Xavier.

<http://lattes.cnpq.br/1159820494647022>

Médica Neurologista Infantil do Hospital Márcio Cunha- Fundação São Francisco Xavier.

<http://lattes.cnpq.br/5636452568836777>

DEFINIÇÃO DO QUADRO

A crise convulsiva é uma das condições neurológicas mais comuns na pediatria, afetando cerca de 4% a 10% de todas as crianças, e sendo responsável por 1% das emergências pediátricas. A crise convulsiva caracteriza-se por sinais e sintomas anormais súbitos e transitórios, como a perda da consciência ou não, abalos musculares, eventos sensitivos e ou sensoriais, autonômicos involuntários percebidos ou não pelo paciente. Nota-se que a incidência das crises convulsivas diminui com o tempo, sendo mais prevalentes em crianças menores de três anos.

Cerca de metade das admissões na emergência por crises convulsivas são de primeiros episódios convulsivos, e em sua maioria, de origem febril. Saber a etiologia do quadro convulsivo é muito importante, uma vez que dita prognóstico e tratamento. Nesse sentido, é válido lembrar que as crises convulsivas têm diversas etiologias e são divididas em crises focais e crises generalizadas.

Apesar de bastante frequente, grande parte das crises convulsivas costumam ter bom prognóstico, não afetando ou tendo grandes implicações no desenvolvimento infantil.

FISIOPATOLOGIA

As crises convulsivas são manifestações clínicas da interrupção temporária da função cerebral devido a descargas hipersincrônicas e excessivas de neurônios corticais. São marcadas pela descarga de impulsos de alta frequência sobre um grupo neurônios cerebrais, que pode se espalhar por todo o cérebro, determinando a manifestação dos sintomas, que se expressam de acordo com a região cerebral

afetada. Em nível celular, o que se observa é a redução da atividade inibitória do GABA devido a internalização dos receptores GABA_A e o aumento da estimulação neuronal devido ao acréscimo do número de receptores glutaminérgicos na superfície neuronal.

Estudos realizados apontam para diferentes causas das crises epiléticas. Alguns, ressaltam a importância de diferenciá-las como “convulsões não provocadas” e “convulsões provocadas”, uma vez que as primeiras têm um alto risco de recorrência enquanto que as últimas possuem um maior risco de mortalidade em curto prazo.

Classificam-se como não provocadas, as crises que não possuem a presença de uma condição clínica relevante, que poderia justificar o quadro, estando nestes casos, mais associadas a questões genéticas. Já as crises provocadas, possuem uma causa bem estabelecida, como febre, epilepsia, infecções, doenças ou malformações do sistema nervoso central, traumatismo crânio encefálico, erros do metabolismo, hemorragia intracraniana, hipoglicemia, distúrbios metabólicos, intoxicações exógenas, dentre outros.

Cerca de 15% das crianças e adolescentes com menos de 15 anos de idade, irão ter ao menos um episódio convulsivo na vida e destes, 10% serão transtorno paroxístico epilético, 3 a 4% serão devido à crise febril e apenas 1 a 1,5% serão autênticas crises epiléticas.

SINTOMAS

As crises convulsivas podem ser classificadas de acordo com seu início como crise focal, onde o paciente pode estar consciente (crise parcial simples ou crise focal perceptiva) ou não (crise parcial complexa ou focal disceptiva). Na crise parcial simples, a criança pode apresentar sintomas como crises versivas (caracterizada pela virada dos olhos, cabeça e/ou tronco), parestesia, alterações de sensibilidade, sintomas auditivos e fenômenos visuais, como luzes piscando e atividade motora focal, habitualmente unilateral. Já na crise parcial complexa, o paciente pode apresentar automatismos motores frequentemente bilaterais, caracterizados por movimentos bucais como mastigação e fenômenos motores complexos (como pular, chutar, girar), ao final da crise, não consegue recordar o que aconteceu.

Nas crises generalizadas há comprometimento da consciência, pois acometem as redes neuronais bilaterais que, muitas vezes, é a manifestação inicial, além de manifestações motoras e não motoras. A crise tônico-clônica, como o próprio nome diz, tem o componente tônico, ou seja, contrações musculares mantidas, e o componente clônico, que é a contração alternada por breve relaxamento, de forma rítmica e repetitiva. Durante essas crises as contrações são por todo o corpo e a criança pode apresentar salivação excessiva, virar os olhos, respirar ofegantemente e urinar.

Além da crise tônico-clônica também se tem as crises mioclônicas, que são crises generalizadas, nas quais há contrações musculares que, quando em baixa amplitude, são semelhantes às crises focais com comprometimento da consciência. Há também as crises atônicas, onde há a perda do tônus muscular e quedas. Outrossim, também existem as crises de ausência, entretanto, essas são consideradas crises epiléticas não motoras.

DIAGNÓSTICO

A história clínica é o primeiro passo para a diferenciação entre eventos epiléticos e não epiléticos, assim como no reconhecimento do tipo de crise para um manejo apropriado. Quando as crianças apresentam uma convulsão, deve-se investigar a causa questionando o histórico completo através de uma boa anamnese e exame físico, incluindo exame neurológico. De acordo com a suspeita clínica, solicitar exames laboratoriais (por exemplo, exame toxicológico, punção lombar, coleta de eletrólitos, glicemia capilar, nível sérico de medicações anticrises, se paciente epilético, erros inatos do metabolismo) ou de imagem (por exemplo, Tomografia computadorizada (TC) ou, Ressonância Magnética (RM) do encéfalo, metabolismo.

O diagnóstico com neuroimagem não deve ser realizado em todas as crianças que apresentam convulsões. É indicado quando há suspeita de lesões neurológicas agudas e deve ser realizado após a estabilização das funções vitais, usando uma abordagem ABCDE. A tomografia computadorizada (TC) de crânio é preferida em pacientes agudos. Na convulsão febril, quando diagnosticada corretamente, não há indicação de exames de imagem.

Tabela 1: principais causas de convulsão infantil.

Convulsão febril	6 meses a 60 meses, idade de pico 18 meses Associado à febre devido a infecção extracraniana (por exemplo doença viral, gastroenterite, infecção do trato urinário e outros) Presença de febre >38°C Geralmente autolimitada
Metabólico	Hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólitos
Drogas/toxinas	Qualquer idade Acidental ou não acidental
Infecção do SNC (encefalite/meningite)	Qualquer idade Pode ser causado por bactérias/vírus Geralmente acompanhado de cefaleia, rebaixamento do nível de consciência, sonolência, vômitos
Epilepsia	Crise convulsiva recorrente Sem relação com infecção Pesquisar uso de medicamento contínuo
Estado de mal epilético	Atividade epilética única e prolongada com duração superior a 30 minutos OU crises repetidas sem recuperação da consciência entre elas por um período maior que 30min Emergência clínica Qualquer tipo de crise epilética

Ataques anóxicos reflexos	Bebês e crianças Etiologia cardíaca Breve episódio com rápida recuperação Os gatilhos são dor, febre, comida fria
Pseudoconvulsões não epiléticas (crises psicogênicas)	Adolescentes (10 a 18 anos) Movimentos aleatórios dos membros, rápido retorno à consciência Não é característico de qualquer tipo de convulsão
Outros	Idiopáticas, TCE, tumores cerebrais, isquemia/hemorragia, malformações, AVC

Fonte: construída a partir de informações contidas em (CAPLAN et al, 2016) e (BRITO; VASCONCELOS; ALMEIDA, 2017) e (EL-RADHI, 2015).

CONDUTA

- **Realizar abordagem inicial conforme o protocolo ABCDE.**

Garantir proteção e permeabilidade das vias aéreas, além de ofertar oxigenação suplementar a 100% por meio de máscara (considerar intubação traqueal, se necessário). Estabelecer monitorização cardíaca e oximetria de pulso. Providenciar acesso venoso periférico ou intraósseo. Realizar exame neurológico sumário e excluir causas traumáticas à exposição do paciente.

- **Avaliar história clínica atual e progressa do paciente.**

Realizar, simultaneamente, anamnese sucinta com o familiar ou acompanhante, buscando identificar sinais e sintomas que justifiquem a crise convulsiva. Investigar história progressa do paciente, incluindo comorbidades, uso de medicamentos contínuos e ocorrência de eventos semelhantes prévios. Faz-se importante diferenciar eventos epiléticos de não epiléticos e reconhecer adequadamente o tipo de crise convulsiva para oferecer a melhor conduta.

- **Afastar causas reversíveis e tratá-las, quando indicado.**

Providenciar mensuração de glicemia capilar, temperatura axilar e coleta de exames iniciais (hemograma, ionograma, gasometria arterial, TGO, TGP e outros como líquor, conforme a suspeita etiológica do evento). Hipoglicemia, hipertermia e distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos devem ser considerados.

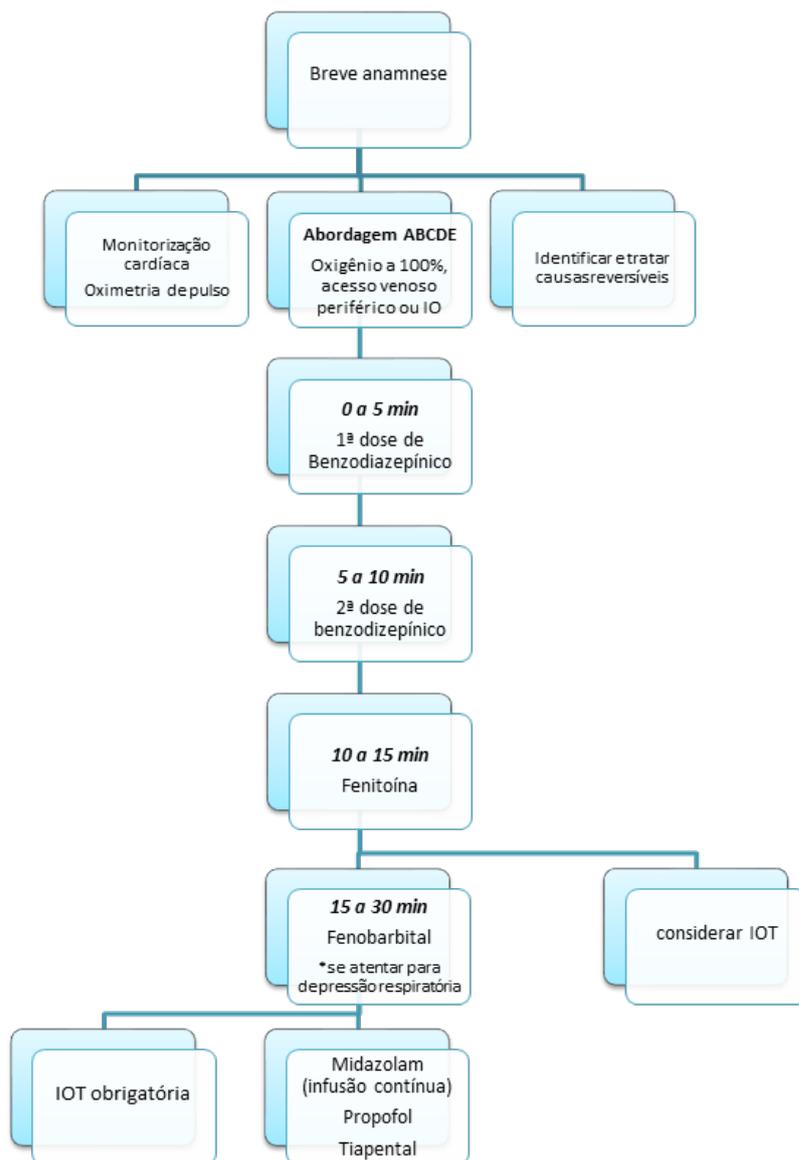
- **Administrar drogas anticonvulsivantes para interrupção do quadro.**

A terapia medicamentosa inicial (tabela 2) visa cessar a convulsão clínica e eletrográfica, a fim de reduzir complicações. No caso de crises refratárias, considerar infusões contínuas de anticonvulsivos (como o midazolam contínuo) e/ou anestésicos (como propofol ou tiopental).

Tabela 2: drogas anticonvulsivantes

1ª LINHA	
MIDAZOLAM	Oral, intranasal ou IM 0,2mg/kg (máximo 10mg). Repetir de 3-5 minutos até 2 doses
DIAZEPAM	EV/IO 0,2mg/kg (máximo 10 mg) Retal 0,5mg/kg (máximo 30mg)
*RN: FENOBARBITAL	EV/IO 20mg/kg, com doses adicionais de 5mg/kg até 40mg/kg
2ª LINHA	
FENITOÍNA	15-20mg/kg, com doses adicionais de 5mg/kg até 30mg/kg (diluir exclusivamente em soro fisiológico). Dose máxima 1g.
3ª LINHA	
FENOBARBITAL	EV/IO 20mg/kg. Dose máxima 1g. *Atentar para depressão respiratória com apneia

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

ABEND, N.S., LODDENKEMPER, T. Pediatric status epilepticus management. *Current opinion in pediatrics*. 2014 Dec; 26(6), p. 668-674. doi: 10.1097/MOP.000000000000154. PMID: 25304961; PMCID: PMC4277681. <https://doi.org/10.1097/MOP.000000000000154>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25304961/>.

AU, C. C., BRANCO, R. G., & TASKER, R. C. (2017). Management protocols for status epilepticus in the pediatric emergency room: systematic review article. *Jornal de pediatria*, v. 93 Suppl 1, p. 84–94. Nov-Dec 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.08.004>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941387/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência [recurso eletrônico]; Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 17 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN: 978-85-334-2569-9. Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica. Disponível em: <<http://bvsm.s>

saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf>.

BRITO, A. R.; VASCONCELOS, M. M.; ALMEIDA, S. S. A. Convulsões. Rev. Ped. SOPERJ, v.17, supl. 1. p. 56-62, 2017. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1036. Acesso em: 15 nov. 2020.

CAPLAN E.D., DEY I, SCAMMELL A., BURNAGE K., PAUL S.P. Recognition and management of seizures in children in emergency departments. Emergency Nurse. v. 24, n. 5, p. 30-38. Sep 2016. DOI: 10.7748/en.2016.e1594. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308046661_Recognition_and_management_of_seizures_in_children_in_emergency_departments

DREIER, J. W. et al. Childhood seizures and risk of psychiatric disorders in adolescence and early adulthood: a Danish nationwide cohort study. The Lancet Child & Adolescent Health, v. 3, n. 2, p. 99-108, 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30351-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30351-1)>

EL-RADHI, A. S. Management of seizures in children. British journal of nursing (Mark Allen Publishing). v. 24, n. 3, p. 152-155. mar 2015. DOI: 10.12968 / bjon.2015.24.3.152DO 10.12968/bjon. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272184909_Management_of_seizures_in_children.>

PEÑAS, J. J. G. Valoración del niño con una primera crisis no provocada. Medicina (B Aires), vol. 78, supl. 2, p. 6-11, 2018. Disponível em: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol78-18/s2/6-11-S.II-2-Pen%CC%83as-Neurologi%CC%81a-D.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M.; FLOWER, R. J.; HENDERSON, G. Rang & Dale Farmacologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SARTORI, S.; NOSADINI, M.; TESSARIN, G.; BONIVER, C.; FRIGO, A. C.; TOLDO, I.; BRESSAN, S.; DA DALT, L. First-ever convulsive seizures in children presenting to the emergency department: risk factors for seizure recurrence and diagnosis of epilepsy. Dev Med Child Neurol, v.61, n.1, p. 82-90, 2019.

VASQUEZ, A.; FARIAS-MOELLER, R.; TATUM, W.. Pediatric refractory and super-refractory status epilepticus. Seizure, v. 68, p. 62-71, 2019.

WILFONG, A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features. UpToDate, 29 abr. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features?source=autocomplete&index=0~1&search=CRISE%20EPIL#references>. Acesso em: 30 nov. 2020.

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 Ionomia 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 Ionomia 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.instagram.com/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 