



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
Príncia 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

ANAFILAXIA

Laura Maria Pouzas Torres¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/5761718238289157>

Laura Rodrigues Silva²;

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

<http://lattes.cnpq.br/5590734800238945>

Maria Clara Matos Moraes³;

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

<http://lattes.cnpq.br/1359091525550316>

Thiago Lima Carvalho⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/4730847275126026>

Alice Campos Veloso Rezende⁵.

Professora de Medicina da UNIVÃO.

<http://lattes.cnpq.br/6525282438417438>

DEFINIÇÃO DO QUADRO E FISIOPATOLOGIA

A anafilaxia representa o espectro mais grave das reações alérgicas. Os sinais e sintomas da doença surgem de forma súbita (minutos a algumas horas) após exposição ao alérgeno, acometendo mais de um sistema orgânico (sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal e cutâneo), podendo envolver mais de 40 manifestações clínicas, que variam de leves até graves e fatais.

A imunoglobulina E (IgE) está relacionada ao principal mecanismo responsável pela maior parte dos casos de anafilaxia. O mecanismo tem seu início com a diferenciação de células B em células produtoras de IgE por estímulo das células Th2 e de citocinas inflamatórias (como IL-4 e IL-13), no tecido linfóide periférico. Uma vez produzida, a IgE se difunde pelos tecidos, por via hematogênica e se acopla aos receptores de IgE nos mastócitos e basófilos, iniciando a sinalização intracelular, que resulta na desgranulação do mastócito, o qual libera histamina, triptase e fator de necrose tumoral, que agem nos tecidos causando os sintomas alérgenos ou recrutando outras células, como os eosinófilos, para ampliar a resposta inflamatória.

Outros mecanismos de anafilaxia já foram descritos, como as reações mediadas por IgG (que ainda não foram identificadas em humanos), as reações mediadas por complemento e a anafilaxia não imunológica (quando os alérgenos causam desgranulação súbita dos mastócitos e basófilos).

SINTOMAS

Os sintomas são observados em diversos sistemas orgânicos, incluindo manifestações cutâneas: angioedema, urticária, eritema e prurido. Gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, náusea e diarreia. Respiratórias: tosse, dispneia, rinite, rouquidão, edema de glote, broncoespasmo e falência respiratória. Cardiovasculares: hipotensão, redução do estado de alerta, perda da consciência, cianose, taquicardia, tontura, sudorese e parada cardiorrespiratória.

A anafilaxia ocorre de forma súbita, sendo os sinais e sintomas geralmente de início abrupto, minutos a horas após a exposição e envolvem 2 ou mais sistemas orgânicos, sendo os mais comuns o cutâneo concomitante ao respiratório.

DIAGNÓSTICO

A clínica é de grande importância no diagnóstico da anafilaxia, a anamnese bem detalhada é essencial. É necessário interrogar sobre o horário de início dos sintomas, local de ocorrência, possível fator desencadeante (ingestão de alimentos, uso de medicamentos, picada de himenópteros, exposição ao látex ou atividade física), forma de contato, episódios semelhantes ocorridos anteriormente e tratamentos realizados.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) preconiza para diagnóstico os critérios da WorldAllergyOrganization (WAO), pois estão relacionados à alta probabilidade diagnóstica em pacientes adultos e pediátricos (sensibilidade de 95%).

A orientação da WAO sugere fortemente o diagnóstico de anafilaxia quando um dos 2 critérios são observados:

1. Sintomas agudos com envolvimento da pele (urticária generalizada, prurido ou rubor, lábios e olhos edemaciados) concomitante com acometimento do sistema respiratório, gastrointestinal, redução da pressão arterial e/ou sinais de disfunção de órgão alvo.
2. Quadro agudo de broncoespasmo e/ou acometimento laríngeo e/ou hipotensão após contato com gatilho anafilático conhecido ou fortemente indicativo para o paciente.

A dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica específica, muita das vezes proverá resultado negativo durante o quadro emergencial. Todavia, esse exame é de grande importância para confirmar a etiologia do gatilho de acordo com a história clínica, e deverá ser feito posteriormente para definir estratégias, juntamente ao paciente, para afastar os riscos.

Os exames laboratoriais não são encontrados à disposição em todos os centros, não são específicos e seus níveis normais não excluem a doença. Pode ser realizada a dosagem de triptase, histamina e fator de ativação de plaquetas.

Os diagnósticos diferenciais de anafilaxia são: síncope vasovagal com ausência de acometimento cutâneo, mastocitose sistêmica, angioedema hereditário, feocromocitoma, síndrome carcinoide, disfunção de cordas vocais e escromboidismo, urticária aguda por infecção viral ou por droga, laringotraqueomalácia, aspiração de corpo estranho, bronquiolite, asma, choque cardiogênico e séptico.

CONDUTA

O manejo inicial da anafilaxia inicia-se com uma rápida avaliação do paciente, que inclui a verificação das vias aéreas, a respiração, a circulação, a responsividade, os aspectos da pele e o peso. Posteriormente, realiza-se a administração imediata de epinefrina (Prescrição 1). Ressalta-se que, na anafilaxia, não há contraindicação absoluta para o uso desse medicamento.

Prescrição 1: Epinefrina

Administrar imediatamente epinefrina IM (Intramuscular) na região ântero-lateral da coxa na dose de 0,01mg/ kg até o máximo de 0,3 mg.

Se ausência ou inadequação da resposta: repetir em 5 a 15 minutos.

Observação: os pacientes costumam responder em até 3 aplicações e a maioria das crianças em 1 a 2 aplicações

O cuidado na administração da epinefrina é imprescindível, tendo em vista que:

- A falha da administração pode ocasionar uma encefalopatia hipóxica / isquêmica ou o óbito.
- A injeção intramuscular de epinefrina pode associar-se a efeitos farmacológicos transitórios leves como palidez, tremor ou taquicardia.
- Em caso de superdosagem, efeitos adversos graves, como arritmias ventriculares e edema pulmonar podem ocorrer, principalmente quando administrada por via intravenosa (IV).

Em seguida, deve-se preparar o paciente adequadamente no que diz respeito à:

- **Posição** – decúbito dorsal associado à elevação dos membros inferiores (se possível);
- **Oxigênio** – introduzir cateter nasal ou máscara facial com objetivo de manter saturação adequada de O₂ > 94%.
- **Bolus rápido de solução salina** (Prescrição 2)

Prescrição 2 – Solução salina em bolus

Infusão rápida de 10 a 20 ml/kg.

Reavaliar e repetir o bolus de fluidos, se necessário.

Observação: há a possibilidade de grandes deslocamentos de fluidos com consequente perda grave de volume intravascular.

Monitoramento da diurese concomitante.

- **Tratamentos adjuvantes**

Devem ser realizados concomitantes à epinefrina caso os pacientes apresentem broncoespasmo, prurido, urticária ou para prevenção de reações bifásicas e prolongadas da anafilaxia (Prescrição 3).

Prescrição 3 – Fármacos auxiliares

Beta-2 Agonistas (Salbutamol– indivíduos com broncoespasmo)

Adolescentes: administrar 4-10 jatos, a cada 20 min,
Crianças: administrar 1 jato a cada 2 kg (máximo 10 jatos) a cada 20 min (3 vezes).

Anti-Histamínicos (Prometazina, Difenidramina, Ranitidina)

Adolescentes: administrar 12,5 – 50 mg EV até 10 min
Crianças: administrar 1mg/kg EV até no máximo 50 mg.

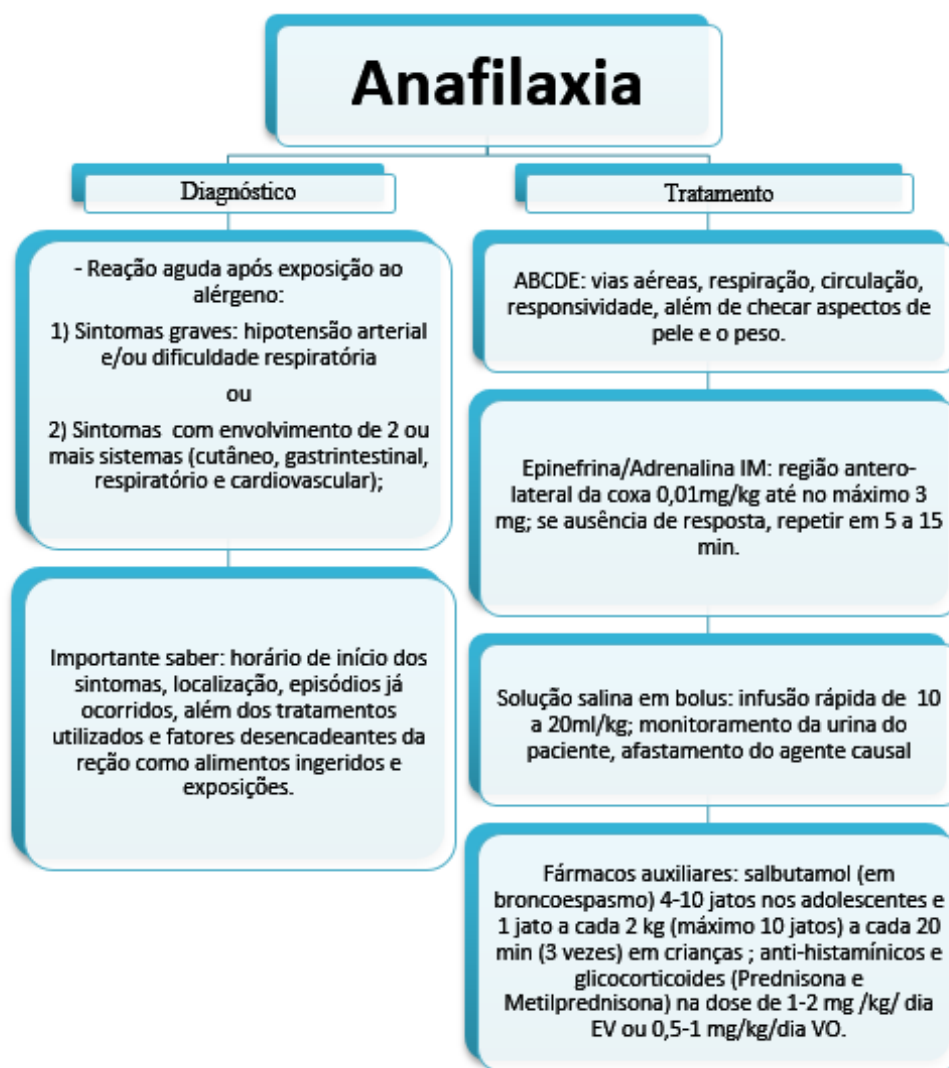
Glicorticoides (Metilprednisona, Prednisona)

Administrar 1-2 mg /kg/ dia EV ou 0,5-1 mg/kg/dia VO.

Posteriormente, deve ser feito o monitoramento do paciente por um tempo mínimo de 2 horas e, preferencialmente 8 horas, sendo esse realizado através de:

- Estado hemodinâmico;
- Oximetria de pulso;
- Monitoramento da produção de urina.

É importante salientar que, se houver indícios de parada cardiorrespiratória ou hipotensão profunda que não respondeu à expansão de volume ou às múltiplas injeções de epinefrina IM, deve-se administrar a epinefrina IV nas diluições de 1: 10.000 ou 1:100.000.



REFERÊNCIAS

1. ANAGNOSTOU, K. Anaphylaxis in children: epidemiology, risk factors and management. *Curr Pediatr Rev*, Sharjah (Emirados Árabes Unidos), v. 14, n. 3, p. 180-186, 2018. Disponível em: DOI: 10.2174/1573396314666180507115115. Acesso em 23 nov 2020.
2. BASTOS, P. G. A.; CAMELO-NUNES, I. C.; COCCO, R. R.; SOLÉ, D.; ENSINA, L. F. C. Anafilaxia: dados de um registro de pacientes atendidos em um serviço especializado. *Arq Asma, AlergImunol*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 168-176, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/2526-5393.20190029. Acesso em 23 nov 2020.
3. CAMPBELL, R. L.; KELSO, J. M. Anafilaxia: tratamento de emergência. In: POST, T. W. (ed.) *UpToDate*. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
4. CARDONA, V.; ANSOTEGUI, I. J.; EBISAWA, M.; EL-GAMAL, Y.; RIVAS, M. F. et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organ J*, Atlanta (Estados Unidos), v. 13, n. 10, p. 100472, 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.waojou.2020.100472. Acesso em 23 nov 2020.

5. KELSO, J. M. Anaphylaxis: confirming the diagnostics and determining the cause(s). In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
6. KEMP, S. F. Pathophysiology of anaphylaxis. In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
7. LOVERDE, D.; IWEALA, O. I.; EGINLI, A.; KRISHNASWAMY, G. Anaphylaxis. *Chest*, Nova York (Estados Unidos), v. 153, n. 2, p. 528-543, 2017. Disponível em: DOI: 10.1016/j.chest.2017.07.033. Acesso em 23 nov 2020.
8. MARQUES, M. L.; GOUVEIA, J.; CUNHA, I. M.; GOMES, E. R. Anafilaxia em idade pediátrica: uma visão global. *NascCresc*, Porto (Portugal), v. 29, n. 2, p. 92-100, 2020. Disponível em: DOI: 10.25753/BirthGrowthMJ.v29.i2.17896. Acesso em 23 nov 2020.
9. REBER, L. L.; HERNANDEZ, J. D.; GALLI, S. J. The pathophysiology of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*, Saint Louis (Estados Unidos), v. 140, n. 2, p. 335-348, 2017. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jaci.2017.06.003. Acesso em 23 nov 2020.
10. SICHERER, S. H. Anafilaxia em lactentes. In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
11. SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. *Anafilaxia – Guia Prático de Atualização*. Porto Alegre: SBP, 2016.
12. ZÚÑIGA, V. A.; SANCHO, G. P. Manejo de anafilaxia na pediatria. *RevMed Sinergia*, San José (Costa Rica), v. 5, n. 7, p. e536, 2020. Disponível em: DOI: 10.31434/rms.v5i7.536. Acesso em 23 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
Bradicardia 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 