



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

ANIMAIS PEÇONHENTOS

Ana Beatriz Campos Gomes¹;

Acadêmico (a) do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES.

<http://lattes.cnpq.br/3116399424107480>

Bárbara Luiza Klein²;

Acadêmico (a) do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES.

<http://lattes.cnpq.br/0760480518844207>

Raquel Dias Esteves³;

Acadêmico (a) do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES.

<http://lattes.cnpq.br/9087484555186686>

Vítor Rocha Natal⁴;

Acadêmico do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES.

<http://lattes.cnpq.br/2828752178267915>

Lúcia de Fátima Pais de Amorim⁵.

Médica graduada pela UFMG, especialista em Pediatria pelo MEC e SBP, mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG.

<http://lattes.cnpq.br/2858735628332723>

OFIDISMO

O acidente ofídico tem importância médica pela sua gravidade e incidência no Brasil. Observamos no nosso meio a prevalência de acidentes causados por quatro gêneros de serpentes. O mais frequente é o gênero *Bothrops*, as jararacas, seguido do gênero *Crotalus*, as cascavéis e, com menor prevalência, o gênero *Laquesia*, as surucucus, e o *Micrurus*, as corais. Ocorrem por ano aproximadamente 20.000 casos de acidentes ofídicos no Brasil, com maior prevalência na Amazônia, entretanto, o desmatamento tem implicado em aumento da incidência em todas as regiões do país.

Acidente Botrópico

As serpentes do gênero *Bothrops* são conhecidas popularmente por Jararaca e habitam a periferia e zonas rurais de grandes cidades. O veneno tem ação proteolítica (edema local, bolhas e necrose), hemorrágica, com hemorragias alterando a membrana basal e função das plaquetas, e coagulante (coagulopatia de consumo de fibrinogênio).

O quadro clínico desenvolvido depende da quantidade de veneno inoculado, da localização da picada, da idade e, principalmente, do tempo decorrido entre o acidente e o atendimento médico. As manifestações clínicas locais se apresentam como dor imediata, edema, rubor, equimoses, lesões bolhosas e sangramentos no local da picada. Pode ocorrer também, nos casos mais graves, necrose

tecidual, infarto ganglionar, formação de abscessos e síndrome compartimental, consequente ao edema volumoso e hemorragias. As manifestações sistêmicas podem incluir náuseas, vômitos, sudorese, hemorragias à distância, como epistaxe, gengivorragia, hematúria, hemoptise, hematêmese e sangramentos cavitários. As complicações sistêmicas mais comuns são insuficiência renal aguda, infecções secundárias, sepse, coagulação intravascular disseminada (CIVD) hipotensão e choque grave. O tempo decorrido entre o acidente ofídico e o atendimento constitui variável de fundamental importância no prognóstico e na morbidade e possíveis complicações e sequelas.

Inicialmente lavar o local da picada, não garrotear o membro. O tratamento específico é baseado na gravidade do quadro e deve ser estabelecido no prazo mais breve possível, preferencialmente com soro antiofídico (SAB), antiofídico-crotálico (SABC) ou antiofídico-laquétrico (SABL), por via endovenosa, em ambiente hospitalar. Exames a serem solicitados incluem: hemograma, coagulograma com ênfase no Tempo de Coagulação (TC) e fibrinogênio, ionograma completo, função renal e função hepática, proteína sérica, exame de urina rotina. Esses exames são úteis para a avaliação inicial do quadro, assim como, para nortear a conduta sequencial. O soro antiofídico deve ser diluído em soro glicosado ou fisiológico e a quantidade de ampolas deve ser adequada à intensidade das manifestações clínicas. Pode ser administrado antihistamínico e/ou corticoide para evitar reação alérgica ao soro. Material e medicações para reanimação devem estar disponíveis para atendimento imediato no caso de reações alérgicas severas incluindo o choque anafilático. O tratamento geral inclui hidratação adequada, manter diurese de (1 a 2 mL/kg/h), elevar o segmento corporal picado, não realizar torniquete, alívio da dor com analgésicos, antibioticoterapia se sinais de infecção, profilaxia de tétano, debridamento, drenagem de abscessos e fasciotomia, se necessários.

Acidente Crotálico

As serpentes do gênero *Crotalus* são conhecidas popularmente por Cascavel, possuem um chocalho/guizo na cauda, que emite um ruído característico quando ameaçada. São encontradas em campos abertos, áreas secas, arenosas e pedregosas. Os acidentes por Cascavel são graves, responsáveis, segundo estatísticas disponibilizadas, por quase metade das mortes em consequência de acidentes por serpentes no Brasil. O veneno crotálico, na maioria das vezes, não produz lesão local, possuindo atividade neurotóxica, causada pela interrupção da liberação de acetilcolina na placa motora com paralisia muscular; miotóxica (rabdomiólise generalizada); coagulante e proteolítica.

O quadro clínico local se dá por manifestações discretas, como dor, parestesia local ou regional e leve edema. A ação neurotóxica periférica gera paralisia flácida da musculatura esquelética, principalmente ocular, facial e, às vezes, diafragmática e intercostal, progredindo para insuficiência respiratória. Um quadro importante observado é a *facies* neurotóxica ou miastênica caracterizada por: ptose palpebral, oftalmoplegia, anisocoria, diplopia, diminuição do reflexo do vômito e paralisia do véu palatino. Ocorre, também, intensa mialgia generalizada e mioglobinúria (urina avermelhada/marrom), devido à miólise causada pela miotoxicidade. Este quadro pode evoluir para insuficiência renal aguda por necrose tubular, sendo a principal complicação do quadro, de instalação nas primeiras 48h, geralmente.

Inicialmente proceder limpeza do local da picada e não garrotear o membro. O tratamento específico é a infusão endovenosa do soro anticrotálico (SAC) ou soro antibotrópico-crotálico (SABC) com quantidade baseada na gravidade da sintomatologia. Exames como hemograma, coagulograma completo, creatinofosfoquinase, desidrogenase láctica, transaminases, eletrólitos, função renal e hepática, urina rotina são fundamentais para avaliação inicial do quadro e posteriores condutas. O tratamento geral consiste em manter hidratação rigorosamente e controle hemodinâmico adequados, diurese de 1 a 2 mL/kg/h, manter pH urinário acima de 6,5, corrigir possíveis distúrbios hidroeletrólíticos, oferecer suporte ventilatório e diálise, se necessário. Assim como nos demais acidentes ofídicos a precocidade no início da terapêutica específica com o soro é fundamental para permitir melhor prognóstico. Nos casos leves a moderados, atendidos na primeira hora após a picada, o prognóstico é bom.

Os acidentes laquéticos e elapídicos são mais raros e também necessitam de soroterapia específica e cuidados.

ACIDENTE ESCORPIÔNICO

Os acidentes decorrentes da picada de escorpião são de grande importância para a saúde pública do Brasil, devido ao aumento de sua incidência e alto potencial de gravidade. De acordo com dados notificados pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), entre o ano de 2016 e 2017, os casos aumentaram em 36,5%. Os agentes mais prevalentes e de maior importância médica são os do gênero *Tityus*, sendo o *Tityus serrulatus* (amarelo) o principal quando se trata de picadas em crianças e responsável pelos casos mais graves, o *Tityus bahiensis* (preto) e *Tityus stigmurus*. Estão amplamente difundidos no país sendo sua presença detectada em lixos, madeiras acumuladas, tijolos e outros locais com acúmulo de lixo e detritos.

No conteúdo do veneno que é inoculado pelo ferrão do escorpião, foram identificadas algumas toxinas com diferentes componentes com algumas variantes de acordo com as espécies e mesmo entre os indivíduos da mesma espécie. Algumas proteínas neurotóxicas, com capacidade de interagir em sítios de canais de sódio e potássio, interagem com as terminações nervosas pós-ganglionares desencadeando a despolarização e subsequente liberação de neurotransmissores, dentre eles: epinefrina, norepinefrina e acetilcolina. Além disso, alguns mediadores inflamatórios como óxido nítrico, interleucinas e fator de necrose tumoral- α (TNF- α) estarão envolvidos no processo. Essa sobrecarga de acetilcolina é responsável por alguns sinais e sintomas no paciente, como: hipersecreção de glândulas sudoríparas, alteração nos termorreguladores, espasmos musculares, priapismo, bradicardia e hipotensão. Somado a isso, a grande carga de catecolaminas leva a uma vasoconstricção que pode culminar em aumento na pressão de enchimento do ventrículo esquerdo, que contribui para a precipitação do edema agudo de pulmão. Alterações glicêmicas (hiperglicemia) e aumento da amilase sérica, assim como leucocitose são achados frequentes e podem ser úteis na avaliação da resposta terapêutica. Em crianças a barreira hematoencefálica ainda está em desenvolvimento, o que contribui para a penetração dessas toxinas no sistema nervoso central.

A manifestação clínica vai depender da espécie do escorpião, idade do paciente e doenças prévias. O início do aparecimento dos sintomas ocorre na maioria das vezes de maneira imediata, com dor intensa que se irradia da região da picada somado a uma parestesia no membro acometido. Em alguns casos pode haver sudorese, hiperemia e edema no local discretos, sendo esses os quadros leves. Os quadros moderados vão apresentar: náuseas, vômitos, sialorreia, ansiedade, taquicardia e taquipnéia, com picos hipertensivos. Já nos casos graves, o paciente pode apresentar: agitação psicomotora, hipotermia, convulsões, arritmias cardíacas, edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca congestiva e choque cardiogênico.

O diagnóstico vai se basear na descrição do escorpião e no quadro clínico do paciente. A suspeita de acidente escorpiônico pode se associar a evidência do quadro clínico descrito e a avaliação de diagnóstico diferencial incluindo edema agudo pulmonar, cetoacidose diabética, arritmias cardíacas, feocromocitoma, dentre outros. Nos quadros leves, geralmente, os sintomas são locais e não se evidencia alteração em exames laboratoriais, sendo necessária observação hospitalar por no mínimo 12 horas após estabilização. Já os casos moderados e graves necessitam de exames laboratoriais que incluem hemograma completo, bioquímica que pode apresentar no momento da admissão: hiperglicemia, hiperamilasemia e hipopotassemia; função renal, função hepática; coagulograma; dosagem de creatinofosfoquinase (CPK). Nos casos de acidentes moderados, graves e nos casos pediátricos, realizar RX de tórax e eletrocardiograma.

O tratamento se baseia na administração de soroterapia específica e medidas suportivas, sendo o tratamento sintomático dependente da clínica do paciente. Crianças menores de 3 anos, mesmo que oligossintomáticas, devem receber a soroterapia específica. Crianças com mais de 6 anos com quadros leves, deve ser administrado analgésicos para alívio da dor, mantendo hidratação e observação hospitalar. Nos quadros moderados são administradas duas ampolas de soro intravenoso, somado ao tratamento da dor e distúrbios hidroeletrólitos. Já nos casos graves é indicado o uso de quatro ampolas de soro intravenoso. Todos os pacientes que receberem soro específico devem permanecer internados por no mínimo 24 horas após a estabilização. O soro é sempre administrado de maneira intravenosa, em aproximadamente 10 minutos, independente de peso e idade do paciente. Nos casos de pacientes graves e de acordo com a clínica, deve ser iniciado tratamento suportivo com oferta suplementar de oxigênio imediata, possível reposição volêmica criteriosa, monitorização de frequência e ritmo cardíaco, padrão respiratório, saturação de oxigênio, e, eventualmente, pressão venosa central.

Nos casos moderados e graves o paciente pode desenvolver hipocalcemia que deverá ser corrigida de acordo com os protocolos.

Ressalta-se, novamente, a importância do início precoce da soroterapia antiescorpiônica específica, assim como a disponibilização de material de reanimação para atendimento às reações alérgicas mais graves, incluindo choque anafilático.

ACIDENTE POR LONÔMIA

Faz-se necessário o estudo dos acidentes causados pelas taturanas, devido à alta prevalência de acidentes, os quais possuem potencial para causar graves danos à integridade física da criança. As taturanas pertencem à ordem dos lepidópteros, que se dividem por algumas famílias, das quais só algumas possuem importância médica: *Megalopygidae*, *Saturniidae* e *Arctiidae*. Com exceção do gênero *Lonomia sp* (pertencente a família *Saturnidae*), que pode causar síndrome hemorrágica; o contato com essas lagartas urticariantes apresenta-se, de maneira predominante, com afecções dermatológicas urticariformes, hiperemia, edema e dor, variando de acordo com a potência e área de contato com as lagartas.

As lagartas de *Lonomia* se distribuem por todo o país, podendo ser encontradas em várias espécies de vegetação como abacateiros, pessegueiros, ameixeiras, árvores comuns nos quintais das casas brasileiras. Assim como nos acidentes anteriormente descritos tem sua incidência aumentada progressivamente em consequência do desmatamento. As lagartas possuem corpo marrom esverdeado com listras e espinhos pontiagudos.

Ainda não está descrito com exatidão a fisiopatologia do envenenamento por *Lonomia*. Sabe-se que as espécies desse gênero excretam um veneno contendo substâncias com atividades procoagulantes e fibrinolíticas (enzima lonofibrase¹²) que desencadeiam uma síndrome hemorrágica que se assemelha à coagulação intravascular disseminada (CIVD), porém com uma ênfase nos produtos de degradação do fibrinogênio(PDFs) e na redução plasmática do fator XIII, plasminogênio e fibrinogênio.

De modo geral, as afecções dermatológicas, resultadas da ação dos *Lepidopteros*, apresentam essa evolução temporal. No primeiro dia sinais e sintomas locais característicos de irritação dermatológica como dor intensa, edema, eritema e prurido local. Pode-se observar enfartamento ganglionar regional, doloroso. A lesão, causada pelo contato com as larvas, evoluem com formação de vesículas e bolhas até necrose tecidual. Sinaliza uma evolução favorável a regressão dos sintomas em até 3 dias, sem complicações. Importante destacar os sinais e sintomas causados pelo gênero *Lonomia sp*: além das alterações locais e específicas já citadas, após um a três dias pode haver o surgimento de sintomas gerais e inespecíficos resultando em um quadro de discrasia sanguínea, que potencialmente evolui para fenômenos hemorrágicos. Não se observa alteração nas plaquetas. O quadro causado pelo contato com esse gênero deve ser classificado em: leve, moderado e grave, de acordo com a clínica. Nos casos leves a manifestação local é discreta e não há alteração da coagulação, já nos casos moderados e graves as manifestações locais e sistêmicas estão presentes, assim como distúrbio de coagulação, podendo, nos graves, apresentar comprometimento hemodinâmico.

O diagnóstico é clínico, e muitas vezes, não será possível o diagnóstico etiológico devido a semelhança dos sintomas entre as espécies, sendo necessário apenas identificar a etiologia da doença causada pelo gênero *Lonomia sp*, pela maior gravidade e presença de complicações. A partir da identificação da lagarta deve-se investigar hemorragias e alteração nos processos de coagulação. Além disso, pode ser realizado a avaliação do tempo de coagulação, a avaliação do tempo de trombina e das concentrações de fibrinogênio logo à admissão do paciente. Caso os valores não estejam dentro da normalidade o exame deve ser repetido 6 horas após o acidente, se normal repetir após 12 horas.

Exames laboratoriais iniciais incluem hemograma e coagulograma completos, com ênfase ao tempo de coagulação que deve ser repetido após 12 horas e a critério clínico.

O tratamento local dos acidentes por lepidópteros é feito através de limpeza com água fria, analgésicos (não utilizar salicilatos), infiltração com anestésicos e uso de corticoides tópicos. Nas manifestações hemorrágicas, a conduta é repouso absoluto para evitar traumas mecânicos. Podem ser usados antifibrinolíticos, ácido épsilon-aminocaproico (30 mg/kg como dose inicial, EV, seguida de 15 mg/kg a cada 4 horas) para normalizar a coagulação. A anemia deve ser corrigida pela administração de concentrado de hemácias. Plasma fresco e sangue total não estão indicados, a princípio, nesses pacientes. Nos casos moderados e graves o soro específico antilonômico (5 a 10 ampolas) endovenoso, diluído em soro fisiológico ou glicosado, de acordo com a gravidade, deve ser administrado ressaltando-se a precocidade e os cuidados já descritos com reações alérgicas.

ACIDENTE ARACNÍDEO

É de grande relevância o conhecimento dos acidentes pelo contato com as aranhas, devido à alta prevalência dos acidentes e o potencial de gravidade. Dentre os muitos gêneros dos aracnídeos três tem importância médica, sendo os únicos capazes de causar danos, são eles: *Phoneutria* (aranha armadeira), *Loxosceles* (aranha marrom) e *Latrodectus* (viúva negra). É necessário falarmos de cada uma de um modo particular pela diferença, entre elas, das manifestações clínicas.

A aranha do gênero *Phoneutria* é descrita como agressiva, pode saltar até 40cm e tem maior atividade noturna. Pode ser encontrada em jardins e quintais e dentro de armários e frestas. Seu veneno tem ação neurotóxica, relacionada a ativação exagerada e retardo da inativação dos canais iônicos, prioritariamente, de canais dependentes de sódio.

A aranha do gênero *Loxosceles* não é agressiva, pica quando comprimida e tem hábitos noturnos. Pode ser encontrada nos jardins e quintais, assim como dentro do domicílio, em locais escuros. Seu veneno tem ação inflamatória, da enzima esfingomielinase-D. Atua desestruturando as membranas celulares do endotélio vascular, com subsequente ativação da cascata de coagulação e do sistema complemento, obstruindo vasos, causando edema, hemorragia e isquemia, até necrose. A ativação dessas cascatas também é responsável pela hemólise intravascular disseminada, que é rara e ocorre nas formas graves da doença.

A aranha do gênero *Latrodectus* não é agressiva, tem hábitos noturnos e pode ser vista em quintais e jardins e no domicílio em locais mais escuros. Seu veneno tem ação neurotóxica, ligada a ação da α -latrotoxina, que se conecta a receptores específicos nos neurônios, causando uma elevação de cálcio intracelular e liberação excessiva de neurotransmissores.

Os sintomas podem variar de gênero para gênero, sendo que na *Phoneutria*, predominam os sintomas locais com dor no momento da picada de intensidade e extensão variável, podendo irradiar por todo membro acometido; edema; eritema, parestesia de membro acometido e sudorese no local da picada. É possível observar as marcas dos pontos de inoculação. Além das manifestações locais pode haver, raramente, manifestações sistêmicas como agitação; hipertensão arterial; sudorese profusa; sialorreia; vômitos frequentes; hipertonía muscular; priapismo; choque; edema pulmonar agudo. Já no

caso da *Loxosceles*, o quadro de manifesta pela forma cutânea (87 a 98% dos casos), e se inicia com uma bolha de conteúdo seroso, edema, evolui para uma massa mais dura, equimose até se transformar na lesão característica com dor em queimação, lesões hemorrágicas focais, mescladas com áreas pálidas de isquemia (placa marmórea) e necrose. Nos acidentes causados pelo gênero *Latrodectus* é mais comum sintomas locais como dor, edema discreto, sudorese, dor nos membros inferiores, parestesia em membros, tremores e contraturas. Também pode haver sintomas sistêmicos, como dor abdominal; sudorese generalizada; agitação; mialgia; dificuldade de deambulação; cefaleia; tontura; hipertermia; taquicardia ou bradicardia; hipertensão arterial; taquidispneia; náuseas; vômitos; priapismo; retenção urinária; *facies latrodectística* (eritema facial, blefarconjuntivite, queilite e trismo masseteriano).

O diagnóstico é realizado pela história e pelo exame clínico. A investigação detalhada história terá que ser feita considerando a dificuldade do inseto ser encontrado no momento do acidente. Nos casos de acidentes com *Loxosceles* podem ser realizados alguns exames laboratoriais, sendo que o exame pode apresentar alterações que vão variar a partir de forma clínica do envenenamento. Em caso de reação cutânea, o hemograma pode apresentar leucocitose e neutrofilia, já forma sistêmica, os exames podem apontar alterações como: anemia aguda, hiperbilirrubinemia indireta, trombocitopenia, coagulopatias, alterações nos níveis de potássio, creatinina e uréia. O diagnóstico diferencial inclui escorpionismo, devido à similaridade das manifestações dolorosas e sintomas gerais.

O tratamento varia de acordo com as manifestações clínicas, que por sua vez varia de acordo com o gênero. Em todos os casos lavar o local, não fazer garroteamento, não queimar e não espremer. O acidente por *Phoneutria*, em casos leves, recomenda-se apenas observação; em casos moderados é elegível para internação, devem ser administradas 2 a 4 ampolas de soro antiaracnídio (SAAr); já nos quadros graves deve-se tratar em unidade de cuidados intensivos, devem ser administradas 5 a 10 ampolas de SAAr endovenosamente. O acidente por *Loxosceles*, em casos leves sintomáticos deve haver um acompanhamento por até 72 h após a picada; em casos moderados recomenda-se soroterapia 5 ampolas de SAAr endovenosa e/ou Prednisona – adultos: 40 mg/ dia; crianças: 1 mg/ kg/dia, durante 5 dias; nos casos graves realizar soroterapia: 10 ampolas de SAAr e Prednisona durante 5 dias. Já em relação ao acidente por *Latrodectus*, nos quadros leves recomenda-se analgésicos, gluconato de cálcio e observação; nos casos moderados e graves iniciar analgésicos e sedativos, e, de acordo com a clínica, SALatr 1 a 2 ampolas, intramuscular.

ACIDENTE POR PICADA DE ABELHAS

As picadas de abelhas são bastante comuns na infância, principalmente quando se trata de brincadeiras ao ar livre. As abelhas se enquadram na ordem dos himenópteros. Dentre os tipos de abelhas, a mais agressiva é a Abelha Africana (*Apis mellifera adamson lactar*), são polinizadoras e enxameadoras.

Com a picada, as abelhas liberam um veneno que é composto por inúmeras substâncias tóxicas como histamina, melitina e enzimas como hialuronidase e fosfolipase. A Fosfolipase A2 é a principal substância responsável pela reação alérgica.

As reações sistêmicas e as locais extensas são usualmente mediadas por IgE. Ser picado uma vez na vida já é o suficiente para sensibilização, porém, ela é mais comum após múltiplas exposições. Após ser sensibilizado, ocorrerá degranulação de mastócitos e basófilos, com liberação da histamina e outros mediadores preformados e neoformados.

A maioria das reações se limita ao local da picada apresentando dor, eritema e edema. As reações alérgicas normalmente são mais extensas. Quanto à clínica, ela pode corresponder a reações locais, locais extensas, sistêmicas ou anafiláticas e tóxicas. As locais podem apresentar edema, eritema e dor no local da picada, normalmente tem resolução espontânea e raramente são consideradas graves com exceção das ocorridas no pescoço, face e cavidade oral. A local extensa pode chegar a acometer 10cm de diâmetro do local da picada e manifesta com desconforto, dor, coceira e vermelhidão local, tendo piora nas primeiras horas de picada. As reações tóxicas são causadas por uma inflamação não mediada por IgE e dependente da quantidade de veneno injetado, são produzidas por múltiplas ferroadas com liberação direta de mediadores, e causam complicações graves. Por fim, as reações sistêmicas ou anafiláticas acometem mais que um órgão e são mediadas por IgE, é a manifestação grave, pode ocorrer após somente uma picada isolada, e pode ameaçar a vida do paciente.

Para um bom diagnóstico é preciso fazer uma anamnese completa, contendo identificação do inseto, quanto tempo de início dos sintomas, evolução dos sintomas e número de picadas. Pode ser realizado testes cutâneos por punção (Prick testes) e/ou intradérmicos para confirmar o diagnóstico. Os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata que contém o veneno do inseto confirmam os quadros mediados por IgE em pacientes com história clínica positiva e é recomendado que sejam realizados de 4 a 6 semanas após a picada. Como diagnóstico diferencial podemos citar: erisipela, celulite, dermatite de contato, linfedema.

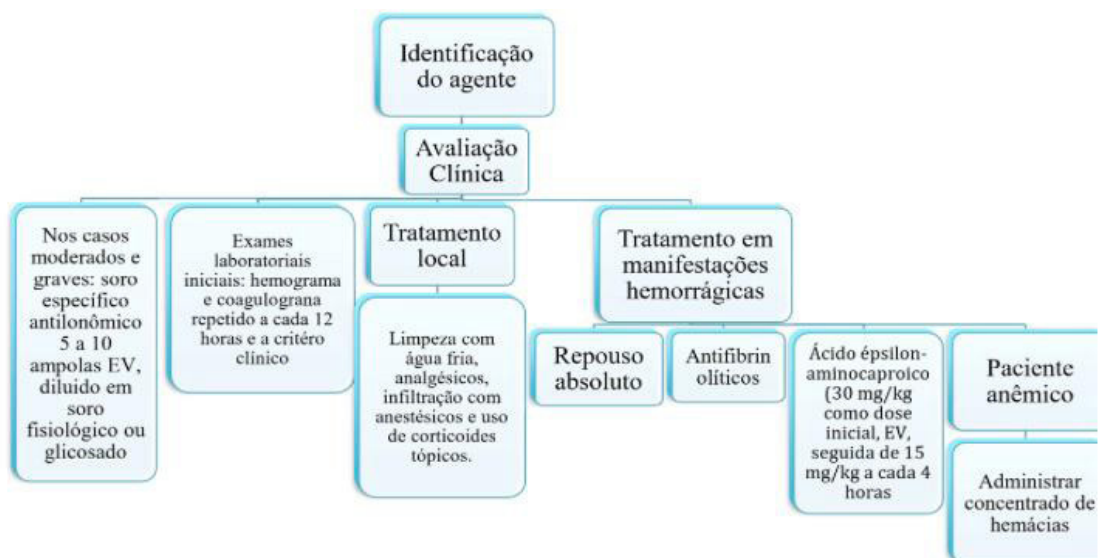
Para iniciar o tratamento, primeiramente deve-se fazer a retirada do ferrão cuidadosamente sem comprimi-lo para evitar que ocorra maior liberação e inoculação de veneno. Importante higienizar o local com água e antisséptico, aplicar compressas de gelo em caso de dor e edema. Na presença de prurido utilizar anti-histamínicos sistêmicos e corticosteroides tópicos. Analgésicos como Dipirona 10mg/kg em crianças, é utilizado para alívio dos sintomas algícos. Reações locais extensas podem exigir curso rápido de corticosteroides orais como metilprednisolona, 1 a 2 mg/kg/dia. Na evidência de anafilaxia e choque anafilático instituir prontamente as medidas de reanimação sendo a epinefrina, intramuscular na dose de, 0,01 mL/kg (máximo 0,3 mL), sem diluição, da solução de 1/1000 indicada. As doses podem ser repetidas a cada 15 a 20 minutos, de acordo com a resposta, sem prejuízo as medidas de reanimação instituídas.

A prevenção de todos os acidentes descritos incluem: limpeza de quintais e jardins, retirada de entulhos, uso adequado de calçados e luvas no caso da necessidade do trabalho em áreas com risco, manter o domicílio com os cômodos arejados, limpeza de cortinas, frestas, mobiliário. Verificar sempre roupas e calçados antes de vesti-los nas crianças, verificar camas, lençóis e demais cobertas. No caso de qualquer acidente procurar a unidade de saúde o mais rapidamente possível para a instituição das medidas indicadas.

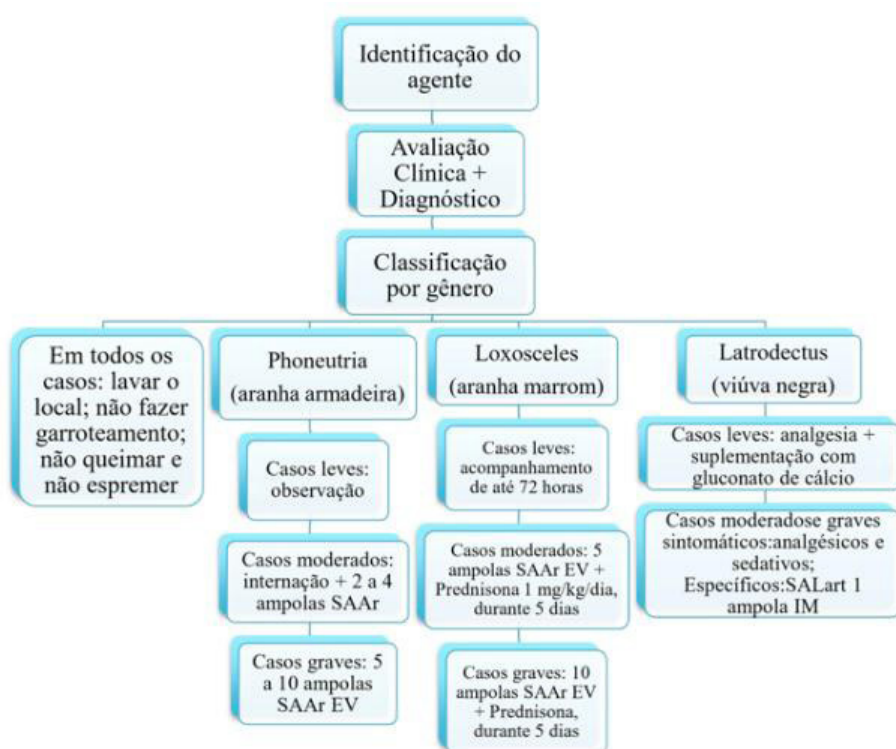
FLUXOGRAMA ACIDENTE ESCORPIÔNICO



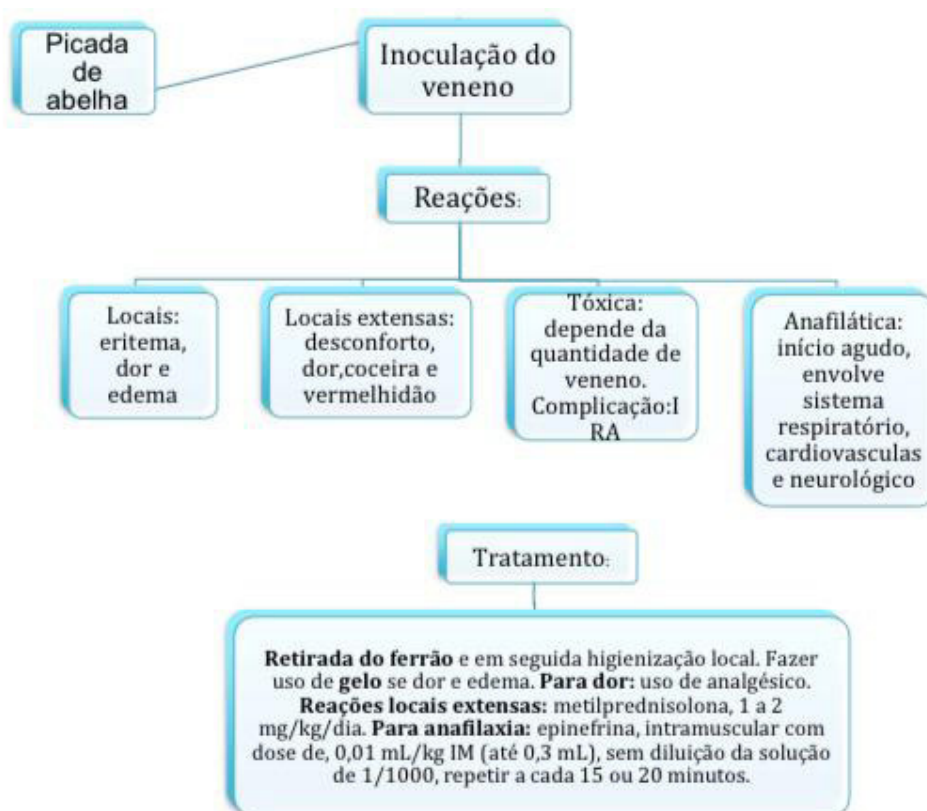
FLUXOGRAMA ACIDENTE POR LONÔMIA

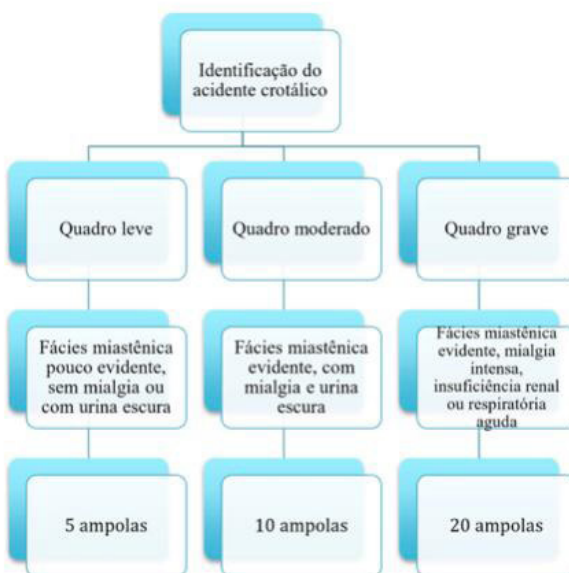
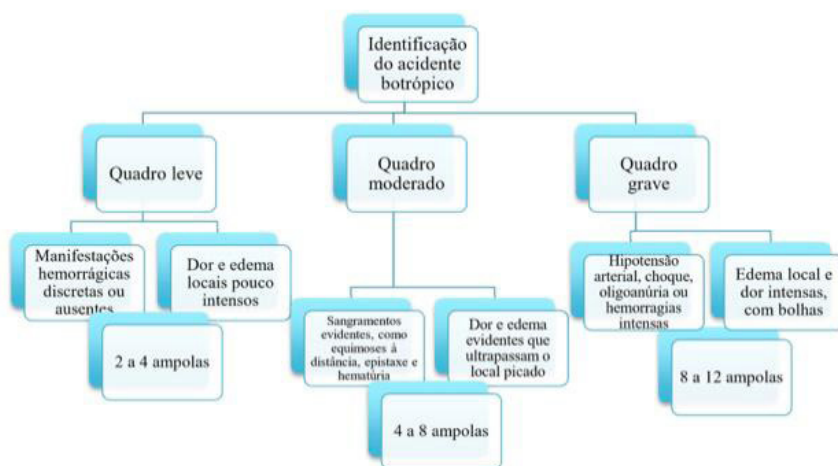


FLUXOGRAMA ACIDENTE ARACNÍDEO



FLUXOGRAMA ACIDENTE POR PICADA DE ABELHAS





Soroterapia específica nos principais acidentes por animais peçonhentos

Animal	Gravidade			Tipo de soro
	Leve (ampolas)	Moderado (ampolas)	Grave (ampolas)	
Escorpião <ou= 7 anos	0	2	4	SAEsc*
Escorpião > 7 anos	0	2 a 4	4 a 6	SAEsc*
		Serpentes		
Botrópico	2 a 4	4 a 8	12	SAB**
Crotálico	5	10	20	SAC***
		Aranhas		
Loxosceles	0	5	10	SALox**** ou SAAr*****
Foneutra	0	2 a 4	5 a 10	SAAr*****
		Taturanas		
Lonómia	0	5	10	SALon*****

***SAEsc soro antiescorpiônico **SAB soro antibotrópico ***SAC soro anticrotálico**

******SALox soro antiloxoceles *****SAAr soro anti aracnídeo**

*******SALon soro antilonómia**

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M., et al. Revisão sistemática: as principais complicações do acidente botrópico. Portal derevistas eletrônicas PUC. Goiás, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001 Disponível em: <https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentes-por-Animais-Peçonhentos.pdf>

CAMPOS, Luísa Lazarino; CARDOSO, Flavys Luciano; FILHO, Adebald Andrade. Fisiopatologia e tratamento dos efeitos cardiovasculares e pulmonares no envenenamento por escorpião. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 30, n. 30203, p. 1-8, mar./2020. Disponível em: <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/2679/e30203.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

CULPO, P. Acidente escorpiônico na Sala de Urgência. Revista Qualidade HC, Ribeirão Preto, dez/2018. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/157/157.pdf>

FILHO, Aderbal Andrade; CAMPOLINA, Délio; DIAS, Mariana Borges. Toxicologia na Prática Clínica. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2013. p. 295-320.

FRAGA, A. M. A.; BELLUOMIN, F.; PEIXOTO, A. O. Conduta em acidentes com animais peçonhentos. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo, nov. 2020. Disponível em: SPSP-DC-Emergências-AnimaisPeçonhentos-09.11.2020.pdf

FRANCO, S. A; GORENSTEIN, J; OLIVEIRA, M. Acidentes causados por lagartas do gênero *Ionomia*, em Minas Gerais, no período de 2001 a 2006. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2675#:~:text=Foram%20registrados%20cem%20acidentes%20com,n%C3>

%BAmero%20de%20casos%20(28).

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Biossegurança-Abelhas. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/virtual%20tour/hipertextos/up2/abelhas.html>. Acesso em: 9 dez. 2020.

GUIMARÃES, Fernanda; ABRAMOVICI, Sulim. Tratado de Pediatria: Sociedade brasileira de Pediatria. 4.ed. São Paulo: Manole, 2017. p. 159-164.

HOSSLER, Eric. W. Lepidopterism: Skin disorders secondary to caterpillars and moths. UpToDate, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/lepidopterism-skin-disorders-secondary-to-caterpillars-and-moths?search=taturana&source=search_result&selectedTitle=1~3&usage_type=default&display_rank=1 Acessado em 09 de dezembro de 2020.

LEIS, L. B; CHEBABO, A. Diretrizes Diagnósticas de Acidentes com Animais Peçonhentos. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE . Abelhas (picada). Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/abelhas-picada/> . Acesso em: 9 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. T. A. L., et al. Acidentes com animais peçonhentos no Brasil: revisão de literatura. Revinter, v.11,n. 03, p. 119-136, out. 2018.

PITCHON, R; REIS, A. P; SILVA, G. C. G; ZOGHEIB, J. B; REIS, D. P. Alergia a himenópteros: do ambulatório à urgência. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 1-4, jan./2012. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/618>. Acesso em: 9 dez. 2020.

ROSTAGNO, Gonzalo; BONETTO, Germán; SAENZ, Silvia. Escorpionismo en pacientes pediátricos internados en terapia intensiva. Serie de casos. Archivos Argentinos de Pediatría, Argentina, v. 4, n. 117, p. 368-372, fev./2019. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n4a18.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

SanarMed. Acidente por aranha marrom . Disponível em: <https://www.sanarmed.com/resumo-de-acidente-por-aranha-marrom-ligas> . Acesso em: 11 jan. 2021.

SWANSON, David. L; VETTER, Richard. S; WHITE, Julian. Clinical manifestations and diagnosis of widow spider bites. UpToDate, 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-widow-spider-bites?search=aranha%20vi%C3%BAva%20negra&source=search_result&selectedTitle=2~11&usage_type=default&display_rank=2#H22850181 Acessado em 09 de dezembro de 2020.

TORRE, F. P. F. L., et al. Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2013.

VETTER, Richard. S; SWANSON, David. L. S. Approach to the patient with a suspected spider bite: An overview. UpToDate, 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-a-suspected-spider-bite-an-overview?search=aranha%20vi%C3%BAva%20negra&source=search_result&selectedTitle=6~11&usage_type=default&display_rank=6 Acessado em 09 de dezembro de 2020.

VETTER, Richard. S; SWANSON, David. L. S. Bites of recluse spiders. UpToDate, 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/bites-of-recluse-spiders?search=aranha%20reclusa%20marrom&source=search_result&selectedTitle=1~10&usage_type=default&display_rank=1 Acessado em 09 de dezembro de 2020.

VETTER, Richard. S; SWANSON, David. L; WHITE, Julian. Management of widow spider bites. UpToDate, 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/management-of-widow-spider-bites?search=aranha%20vi%C3%BAva%20negra&source=search_result&selectedTitle=1~11&usage_type=default&display_rank=1 Acessado em 09 de dezembro de 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 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 