



# 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](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto: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 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**

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO 15.....</b> | <b>133</b> |
|-------------------------|------------|

## **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**

### TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

**Aline Fonseca Lima<sup>1</sup>;**

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

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

**Júlia Mariana Costa Roque<sup>2</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/7163973410061572>

**Letícia Nogueira Chauke Piovezan<sup>3</sup>;**

Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE.

<http://lattes.cnpq.br/4312384570566136>

**Magno Freire de Souza<sup>4</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/3692929202859543>

**Marco Túlio Freire de Souza<sup>5</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/9972166594868653>

**Maria Luiza Dutra Sá<sup>6</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/0652435119794699>

**Ellen White Rodrigues Bacelar Almeida<sup>7</sup>.**

Médica neurologista infantil do Hospital Márcio Cunha - Fundação São Francisco Xavier.

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

### DEFINIÇÃO DO QUADRO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) na infância é uma causa importante de atendimento nos serviços de emergência, sendo considerado um problema de saúde pública devido à sua prevalência e potencial de morbimortalidade. Define-se por qualquer força externa exercida sobre o segmento cranioencefálico independente da energia do trauma ou as suas consequências ao paciente. As principais razões estão relacionadas a acidentes domésticos, quedas da própria altura, acidentes automobilísticos, atropelamentos e “shaken baby syndrome” (síndrome da criança sacudida). Pode estar associado a traumatismo raquimedular que sempre deve ser investigado.

Através da Escala de Coma de Glasgow (ECG), pode-se classificar o TCE em: leve (ECG 14-15), moderado (9-13) e grave (3-8), cada qual com uma abordagem específica. Atualmente essa escala está sendo atualizada para levar em consideração o grau da dilatação pupilar. Paciente com alterações

pupilares ditam pior prognóstico.

Deve-se fazer o reconhecimento precoce e realizar o gerenciamento agudo do TCE pediátrico a fim de minimizar complicações.

## FISIOPATOLOGIA

O mecanismo de TCE decorre de uma força mecânica externa sobre o crânio. Essa força pode movimentar o cérebro dentro do crânio e induzir lesão contra a membrana meníngea ou contra a estrutura óssea.

Existem propriedades únicas para lesão cerebral pediátrica em comparação com adultos: o crânio da criança é menos rígido e as suturas abertas permitem certo movimento; as crianças têm cabeças maiores que adultos em relação ao tamanho corporal, aumentando a chance de a cabeça ser atingida no trauma; além do tamanho, a cabeça é mais pesada em comparação com o corpo; a protuberância da testa de crianças aumenta a chance de lesões diretamente no crânio frontal e parênquima cerebral subjacente.

As lesões causadas pelo TCE podem ser classificadas como primárias ou secundárias.

- **Primárias:** decorrentes do trauma direto e forças de aceleração/desaceleração no momento da lesão, por exemplo, contusão cerebral, fraturas, hematomas epidurais, hematoma subdural e lesão axonal difusa.
- **Secundárias:** danos decorrentes de eventos sistêmicos ou intracranianos em resposta ao trauma inicial contribuindo para a perda neuronal, por exemplo, hipotensão, hipóxia, hiponatremia, hipertensão intracraniana (HIC), hipertermia e distúrbios eletrolíticos como a hiperglicemia.

## SINTOMAS

Os sintomas envolvendo TCE na infância relacionam-se quanto à gravidade da lesão (leve, moderada ou grave), de acordo com a forma da lesão (aberta ou fechada), com o tipo de impacto gerado no momento do acidente, com a localização intracerebral (difusa ou focal) e, por fim, associados ao tempo de desenvolvimento (primário ou secundário).

Lesões de baixa gravidade associam-se a acidentes de impacto cranioencefálicos leves e geralmente apresentam sintomas mais brandos e temporários – como, estado mental alterado, por meio de agitação, sonolência, resposta lenta a comunicação verbal ou discurso repetitivo, perda da consciência até trinta minutos após o trauma e amnésia lacunar. Em relação aos sintomas relacionados ao TCE moderado ou grave, usualmente fomentados por acidentes de alto impacto, tendo a capacidade de alterar funções cognitivas e físicas do paciente a longo prazo.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de TCE pediátrico se dá inicialmente pela avaliação clínica do paciente, baseando-se em monitorização sistêmica e neurológica. Desse modo, utiliza-se o neuro-check, através do qual se faz análise do estado mental, dos pares cranianos, da motricidade, da sensibilidade, dos reflexos, da coordenação, do equilíbrio, da marcha, e por fim, dos sinais de irritação meníngea. Emprega-se também a ECG para execução da avaliação. Diante disso, o paciente com a hipótese diagnóstica de TCE será classificado em leve, moderado ou grave.

A realização de exames de imagem será indicada de imediato para os indivíduos que obtiverem classificação da ECG moderado (entre 9-13), com o intuito de definir e estratificar a lesão, e grave ( $\leq 8$ ), após a estabilização do paciente. Todavia, quando a classificação for leve, considera-se a idade e o grau de risco do paciente, por exemplo, quando houver sinais de perda da consciência, alteração do estado mental ou mecanismos que indiquem trauma grave.

No geral, a confirmação do TCE ocorre através da Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, pois se tem esse método como essencial para avaliação da integridade óssea, além de detectar hemorragias, edema cerebral, contusão e desvio de linha média, permitindo também, a visualização dos ventrículos cerebrais. Os achados típicos encontrados incluem extensa baixa densidade hemisférica, apagamento de sulcos cerebrais e cisternas, tal como o sistema ventricular. Nos pacientes que não apresentarem melhora ou se apresentarem piora da ECG, uma nova TC de crânio deverá ser indicada.

## CONDUTA

A prioridade no atendimento do TCE é corrigir as condições ameaçadoras à vida, seguindo o ABDCE. As vítimas devem ser monitorizadas e seu tratamento baseia-se em relação à classificação de gravidade do trauma conforme já demonstrado.

A conduta no TCE leve consiste na observação do paciente no mínimo quatro a 72 horas com instruções aos familiares por escrito de como avaliar o paciente em casa, não havendo necessidade de internação. Os pacientes que tiveram perda de consciência com uma TC de crânio sem alterações, normalmente não necessitarão de internação para observação neurológica, mas devem receber instruções para retornar em qualquer sinal de alteração do nível de consciência.

As vítimas classificadas como TCE moderado ou grave possuem indicação de internação e devem ser admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em pacientes com EGC  $\leq 8$ , garantir proteção e permeabilidade de vias aéreas através de intubação orotraqueal (IOT), seguir a sequência rápida de IOT e ofertar oxigenação a 100%. Realizar checagem de todos os materiais previamente e associar: fentanil 1mg/kg, midazolam 0,2mg/kg e rocurônio 1mg/kg. Considerar uso de lidocaína (1 mg/kg) como pré-droga para evitar reflexo de tosse, evitando aumento da pressão intracraniana (PIC). A ventilação mecânica deve ser ajustada para manter PaCO<sub>2</sub> entre 35 a 40mmHg.

Nas vítimas de TCE grave, elevar a cabeceira a 30 graus, com a finalidade de facilitar a drenagem venosa e, ainda, manter normovolemia para assegurar uma boa pressão de perfusão cerebral (maior que 40mmHg para evitar isquemia ou hipóxia cerebral). A hidratação venosa deve ser realizada com solução fisiológica a 0,9% e também reposição de potássio; evitar soluções hipotônicas

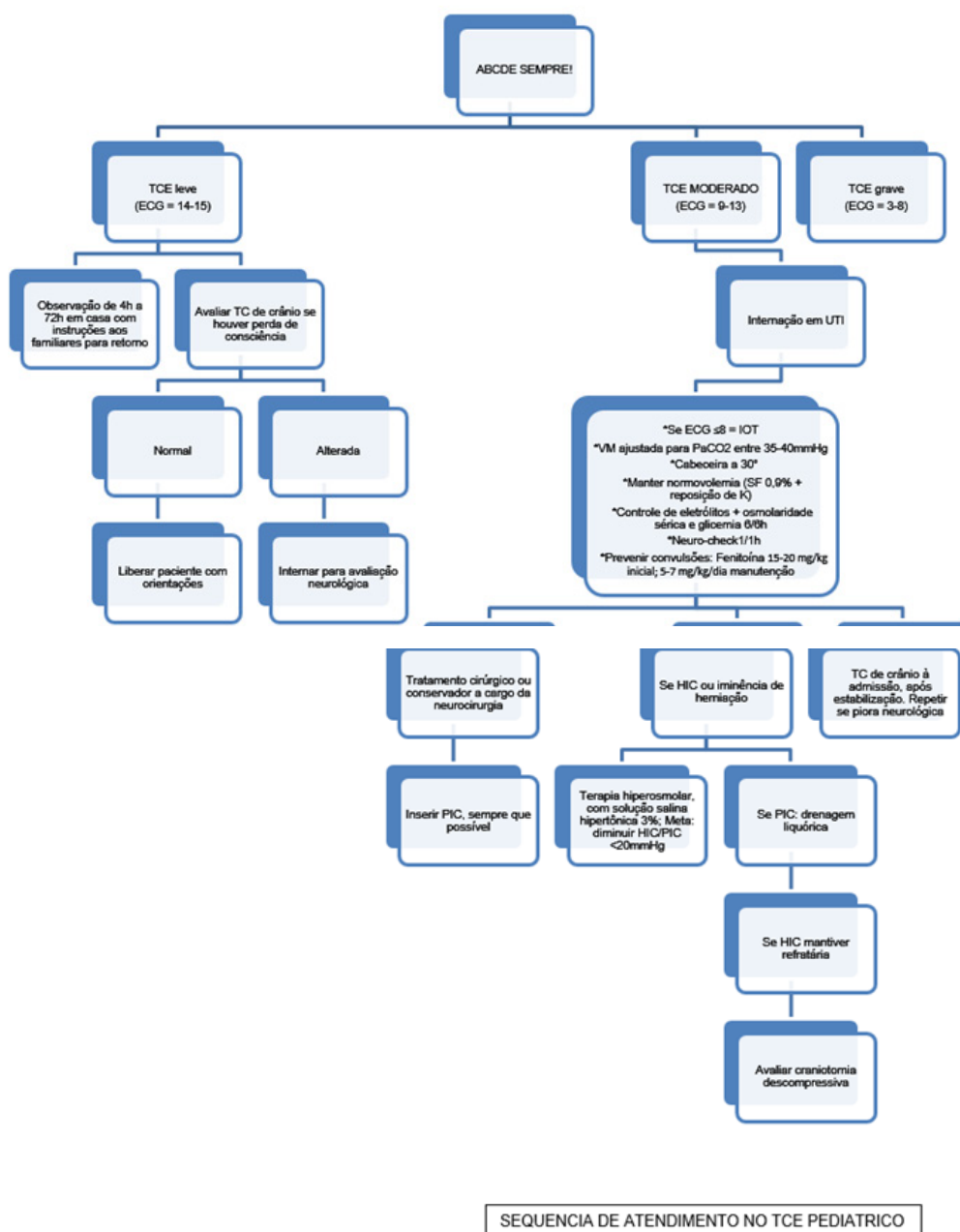
(ringer, soluções glicosadas), uma vez que estas poderão causar edema cerebral. Realizar o controle adequado dos eletrólitos, da osmolaridade sérica e da glicemia a cada seis horas, com o objetivo de evitar lesões secundárias ao trauma.

O paciente que sofre um TCE grave possui risco aumentado de ter convulsões, portanto, recomenda-se o uso de fenitoína (dose inicial 15-20 mg/kg; manutenção 5-7 mg/kg/dia) ou levetiracetam nos primeiros 7 dias após o trauma. Além disso, é recomendado o início da dieta enteral até 72 horas após o trauma, devido à perda de peso e de nitrogênio causados pelo TCE (idealmente essa reposição deve estar completa até o 7º dia após a lesão). Não há indicação de corticoterapia nesses pacientes.

A decisão por tratamento cirúrgico ou conservador é da neurocirurgia, mas deve-se inserir monitor de pressão intracraniana (PIC), sempre que possível, por ser um excelente parâmetro para conduzir casos de TCE grave. Em caso de suspeita de HIC e iminência de herniação cerebral, a conduta baseia-se em terapêutica hiperosmolar com solução salina hipertônica a 3% (bolus: Nacl 3% 2 a 5ml/kg em 10 a 20 min; manutenção: Nacl 3% 0,1 a 1ml/kg/hora, em pacientes com monitorização de PIC), tendo como meta diminuir hipertensão intracraniana/ PIC menor que 20mmHg. Nos pacientes com hipertensão intracraniana (HIC), preferencialmente implantar o cateter intraventricular, por permitir a mensuração contínua dessa pressão e proporcionar o tratamento com drenagem liquórica intraventricular. Craniectomia descompressiva é o tratamento de última escolha para HIC refratária por estar associada a muitas complicações e piores prognósticos clínicos.

Em relação à neuroimagem, a TC de crânio deve ser feita na admissão e só deve ser repetida se tiver piora da HIC ou piora do exame neurológico. No paciente entubado e sedado ou em coma induzido, a principal avaliação neurológica é o exame pupilar. O neuro-check deve ser realizado a cada hora e deve-se avaliar a pupila, o grau de dilatação ou de contração e sua reatividade a luz. Em pacientes sedados, a pupila encontra-se miótica e vai se manter enquanto mantiver a sedação. Em casos de herniação, ou de compressão de tronco cerebral, a pupila irá dilatar apesar da sedação.

## FLUXOGRAMA



## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, S et al. "Neuroprotective measures in children with traumatic brain injury." *World journal of critical care medicine*, Baishideng Publishing Group, v. 5, n. 1, p. 36-46, 4 Fevereiro. 2016. DOI:10.5492/wjccm.v5.i1.36. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/2220-3141/full/v5/i1/36.htm>. Acesso em: 2 dez. 2020.
- ARAKI, T et al. Pediatric Traumatic Brain Injury: Characteristic Features, Diagnosis, and Management. *Neurol Med Chir, Jstage*, v.57, n.2, p. 82-93, Fevereiro.2017. DOI: 10.2176/nmc.ra.2016-0191. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/nmc/57/2/57\\_ra.2016-0191/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/nmc/57/2/57_ra.2016-0191/_article). Acesso em: 7 dez. 2020.



BONFIELD, C. M et al. Pediatric skull fractures: the need for surgical intervention, characteristics, complications, and outcomes. *J Neurosurg Pediatr*, v. 14, n. 2, p. 205-11, Agosto. 2014. DOI: 10.3171/2014.5.PEDS13414. Disponível em: <https://thejns.org/pediatrics/view/journals/j-neurosurg-pediatr/14/2/article-p205.xml>. Acesso em: 2 dez. 2020.

COUTO, P.T et al. Criança com traumatismo crânio encefálico na emergência hospitalar: quando tomografar? *Acta médica - Porto Alegre, Biblioteca virtual em saúde*, v. 36, n. 6, p. 16. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879633>. Acesso em: 7 dez. 2020.

INTRODUÇÃO a semiologia neurológica: Exame neurológico. In: CARVALHO, G.T.C *et al.* Neurocirurgia: Temas básicos para médicos e estudantes de medicina. Neurocirurgia blog: Sanar, 2017. cap. Neuroexame, p. 10-70. *E-book* (436 p.). Disponível em: <https://neurocirurgiabr.com/2018/05/31/neurocirurgia-temas-basicos-para-medicos-e-estudantes-de-medicina-editora-sanar-2/>. Acesso em: 8 dez. 2020

KOCHANNEK, P.M et al. Guidelines for the Management of Pediatric Severe Traumatic Brain Injury. Third Edition: Update of the Brain Trauma Foundation Guidelines, Executive Summary. *Neurosurgery*, Oxford academic, v.20, n.03, p. 1169-1178, Junho. 2019. DOI: 10.1093/neuros/nyz051. Disponível em: <https://academic.oup.com/neurosurgery/article/84/6/1169/5367430>. Acesso em: 4 dez. 2020.

LEVIN, L.S et al. Diagnosis, prognosis, and clinical management of mild traumatic brain injury. *Neurology, The Lancet*, v.14, n.5, p. 506-17, Maio.2015. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00002-2. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(15\)00002-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(15)00002-2/fulltext). Acesso em: 04 dez. 2020.

MULLER, H *et al.* Trauma cranioencefálico. Departamento Científico de Terapia Intensiva, Sociedade Brasileira de Pediatria, n. 1, 10 abr. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/index.php?eID=cw\\_filedownload&file=22](https://www.sbp.com.br/index.php?eID=cw_filedownload&file=22). Acesso em: 2 dez. 2020.

REZENDE, F.B.B et al. Traumatismo Cranioencefálico em Pediatria. *Condutas Médicas, EBSEH*, v. 14, p. 0-17, 8 dez. 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/TCE+em+Pediatria+vers%C3%BAo+final.pdf/7adbaaff-9941-4f84-8b58-bc95bbf5eace>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SALEHI, A et al. Response of the cerebral vasculature following traumatic brain injury. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, Sage journals, v.37, n.7, p. 2320-2339, Abril. 2017. DOI: 10.1177/0271678X17701460. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0271678X17701460>. Acesso em: 6 dez. 2020.

ZEITEL, R.S et al. Traumatismo craniano em pediatria. *Revista Pediatria Soperj*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.63-71, dezembro. 2017. Disponível em: [http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1037](http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1037). Acesso em: 4 dez. 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** 