



# GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO:

## URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

### VOLUME 1

**Organizadores:**

Catarina Amorim Baccharini Pires  
Lúcia de Fátima Pais de Amorim  
Alice Campos Veloso Rezende  
Aline Fonseca Lima  
Elisa Benetti de Paiva Maciel  
Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto  
Bárbara Quiuqui Soares  
Letícia Luiza Miranda Amaral  
Príncia Christino de Abreu Carvalho  
Raquel Dias Esteves  
Roberta Lara Napoleão Nogueira  
Thiago Lima Carvalho



# GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO:

## URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

### VOLUME 1

**Organizadores:**

Catarina Amorim Baccharini Pires  
Lúcia de Fátima Pais de Amorim  
Alice Campos Veloso Rezende  
Aline Fonseca Lima  
Elisa Benetti de Paiva Maciel  
Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto  
Bárbara Quiuqui Soares  
Letícia Luiza Miranda Amaral  
Príncipia Christino de Abreu Carvalho  
Raquel Dias Esteves  
Roberta Lara Napoleão Nogueira  
Thiago Lima Carvalho

Editora Omnis Scientia

**GUIA PRÁTICO PARA O INTERNO: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE  
2021

**Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

**Organizadores**

Catarina Amorim Baccharini Pires

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

Alice Campos Veloso Rezende

Aline Fonseca Lima

Elisa Benetti de Paiva Maciel

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Bárbara Quiuqui Soares

Letícia Luiza Miranda Amaral

Príncia Christino de Abreu Carvalho

Raquel Dias Esteves

Roberta Lara Napoleão Nogueira

Thiago Lima Carvalho

**Conselho Editorial**

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

**Editores de Área - Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

**Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

**Imagem de Capa**

Freepik

**Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

**Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

G943 Guia prático para o interno [livro eletrônico] : urgências e emergências pediátricas: volume 1 / Organizadores Catarina Amorim Baccarini Pires... [et al.]. – 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 Brandião Costa

Juliana Cesconetto

Lorena Rodrigues Dias Martins Silva

Vitória Barreto Salomão

Alice Campos Veloso Rezende

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/62-67**



**CAPÍTULO 8.....68**

**ABORDAGEM PEDIÁTRICA DA CETOACIDOSE DIABÉTICA**

Letícia Luiza Miranda Amaral

Luiza Lourensute Porto

Marlon Costa Ferreira

Sávio Ricardo Bezerra Sena

Lara Vieira Marçal

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/68-75**

**CAPÍTULO 9.....76**

**ANAFILAXIA**

Laura Maria Pouzas Torres

Laura Rodrigues Silva

Maria Clara Matos Morais

Thiago Lima Carvalho

Alice Campos Veloso Rezende

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/76-81**

**CAPÍTULO 10.....82**

**INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR MEDICAMENTOS**

Camila Brandão Leal Pereira

Júlia Siqueira Fernandes Silveira

Dener Geruso Costa Mascarenhas

Michelle Pereira de Faria e Silva

Roberta Lara Napoleão Nogueira

Alice Campos Veloso Rezende

Rafaela Drumond Araújo

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/82-95**

**CAPÍTULO 11.....96**

**ANIMAIS PEÇONHENTOS**

Ana Beatriz Campos Gomes

Bárbara Luiza Klein

Raquel Dias Esteves

Vítor Rocha Natal

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/96-110**

**CAPÍTULO 12.....111**

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

Aline Fonseca Lima

Júlia Mariana Costa Roque

Letícia Nogueira Chauke Piovezan

Magno Freire de Souza

Marco Túlio Freire de Souza

Maria Luiza Dutra Sá

Ellen White Rodrigues Bacelar Almeida

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/111-116**

**CAPÍTULO 13.....117**

**ABORDAGEM AO PACIENTE PEDIÁTRICO QUEIMADO**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Bárbara Quiuqui Soares

Letícia Luiza Miranda Amaral

Raquel Dias Esteves

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/117-126**

**CAPÍTULO 14.....127**

**AFOGAMENTO**

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Camila Leal Brandão

Eduarda Santos Benevides

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Lúcia de Fátima Pais de Amorim

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/127-132**

**CAPÍTULO 15.....133**

**PRINCIPAIS DROGAS USADAS NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Daniel Cardoso Pereira

Lucas Campos Lopes

Pedro Henrique Menezes Ribeiro

Sofia Andrade de Araújo

Iara Gail Lopes

**DOI: 10.47094/978-65-88958-51-3/133-164**

## ABORDAGEM INICIAL DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

**Ana Clara Moreira Noronha Fonseca<sup>1</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/5756566423511693>

**Debbie Priscila Weber<sup>2</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/5668711252135831>

**Letícia Mendes Givisiez<sup>3</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/7304556329369691>

**Victor Hugo Ferraz Freitas<sup>4</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/2362241931497489>

**Catarina Amorim Baccarini Pires<sup>5</sup>.**

Médica do Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

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

### VISÃO GERAL

Diariamente milhares de crianças são hospitalizadas gravemente enfermas, sendo os neonatos menores de 12 meses a faixa etária mais acometida. Na emergência pediátrica a estabilização do paciente é prioritária, fazendo-se necessário rápida avaliação inicial reconhecendo os sinais e sintomas e realizando uma abordagem resolutiva.

### AVALIAÇÃO INICIAL

A análise do paciente pediátrico na emergência foi definido pela Academia Americana de Pediatria (AAP) a partir do **Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP)**. Este método é composto pela observação da aparência, respiração e circulação da pele, permitindo avaliação geral da criança em 30 a 60 segundos a fim de determinar a gravidade da doença e a intervenção. O cuidado precoce pode prevenir a progressão para PCR, insuficiência respiratória, choque ou agravamento de outros sintomas clínicos.

Figura 1: Triângulo de avaliação pediátrica

## Triângulo de avaliação pediátrica



Fonte: adaptado do manual do PALS, 2017.

### 1- Aparência

Na avaliação da aparência da criança consideramos o nível de consciência e sua interação com o meio, abrangendo o tônus, a interatividade, a consolabilidade, o olhar e a fala ou choro.

### 2- Respiração

Na avaliação da respiração verificamos a FR e presença de esforço respiratório, atentando para posições indicativas de desconforto respiratórios e para os sons de respiração anormal, como sibilos, estridor e gemidos.

### 3- Circulação

Na avaliação da circulação utilizamos coloração de pele e mucosas, sinais de hemorragia e lesões de pele.

Parâmetros	Anormalidades
<b>Esforço respiratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batimento de asa nasal</li> <li>• Retrações ou uso de músculos acessórios</li> <li>• Esforço respiratório elevado, inadequado ou ausente</li> </ul>
<b>Sons nos pulmões e nas vias aéreas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração com ruídos</li> </ul>
<b>Cor da Pele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez</li> <li>• Moteamento</li> <li>• Cianose</li> </ul>
<b>Petéquias ou púrpura ou lesões hemorrágicas visíveis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia evidente e significativa</li> <li>• Hemorragia na pele</li> </ul>

Possíveis alterações encontradas na avaliação baseada no TAP

## AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

Quando a criança não possui um possível estado fatal após realização do TAP, devemos seguir o atendimento pela avaliação primária, secundária e terciária.

### Avaliação primária

Na avaliação primária abordamos o **ABCDE**, na seguinte ordem: via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição, incluindo os dados de sinais vitais e oximetria de pulso. Caso ocorra a identificação de sinais de alerta estes devem ser tratados rapidamente antes de prosseguirmos com a avaliação.

**A - Via aérea:** deve-se avaliar se estão abertas a partir do movimento do tórax ou abdômen, ausculta de sons respiratórios ou fluxo de ar no nariz ou boca.

### Alterações:

- Via aérea preserváveis: pode ser desobstruída por intervenção simples
- Via aérea não preserváveis: necessitam de intervenção avançada para desobstrução

## Conduta:

Tabela 2. Medidas simples para manter a via aéreas

Medidas Simples	Considerações
<b>Posicionamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Criança consciente:</b> permita que a criança assuma uma posição de conforto ou eleve a cabeceira da cama</li><li>• <b>Criança inconsciente:</b> vire a cabeça de lado, caso não tenha lesão cervical ou use a inclinação da cabeça</li></ul>
<b>Inclinação da cabeça (elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sem suspeita de lesão:</b> use a manobra com elevação do queixo, porém evite hiperestender a cabeça/pescoço</li><li>• <b>Com suspeita de lesão:</b> abra a via aérea usando a anteriorização da mandíbula sem extensão da cabeça. Durante a RCP, estabilize a cabeça e o pescoço com as mãos. Abrir via aérea é prioridade.</li></ul>
<b>Aspiração</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspiração do nariz e orofaringe</li></ul>

<b>Técnicas de alívio para obstrução por corpo estranho</b>	Criança não emite som e está consciente: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Menos de 1 ano de idade:</b> 5 pancadas nas costas e 5 compressões torácicas</li><li>• <b>1 ano ou mais:</b> administre compressões abdominais Se, a criança deixar de responder, ative a emergência e inicie a RCP.</li></ul>
<b>Dispositivos para vias aéreas</b>	Para impedir que a língua enrole para trás e obstrua a via aérea.

## Intervenções avançadas:

- Intubação endotraqueal ou uso de máscara laríngea
- Uso de CPAP ou ventilação não invasiva
- Remoção de corpo estranho
- Cricotireotomia

**B – Respiração:** deve-se avaliar a frequência, padrão respiratório e sinais de esforço respiratório através da observação de movimentação do tórax e utilização de músculos acessórios, sons respiratórios através da ausculta e saturação de oxigênio por oximetria de pulso.

### Alterações:

- FR e padrão respiratório: respiração irregular, taquipneia, bradipneia, apneia
- Esforço respiratório: batimento de asa nasal, retrações, respiração paradoxal
- Sons respiratórios anormais: estridor, ronco, sibilo, crepitações
- Saturação inferior a 94%

### Conduta:

Quando a saturação de O<sub>2</sub>, com a criança respirando em ar ambiente, é inferior a 94% a situação é de hipoxemia e deve ser considerado a administração de O<sub>2</sub> suplementar.

**C – Circulação:** deve-se avaliar a frequência e o ritmo cardíaco pela ausculta ou ECG, pulsos periféricos e centrais pela palpação, tempo de preenchimento capilar, coloração e temperatura da pele, pressão arterial com manguito de tamanho apropriado

### Alterações:

- FC: bradicardia, taquicardia, PCR
- Tempo de preenchimento capilar acima de 2 segundos
- Coloração: palidez, moteamento, cianose
- PA: hipotensão e hipertensão

**D – Disfunção neurológica:** deve ser avaliada a partir da Escala de Resposta Pediátrica AVDI (Alerta, Voz, Dor, Inconsciente), Escala de Coma de Glasgow (GCS), resposta das pupilas a luz, exame de glicemia.

### Alterações:

- Redução no nível de consciência, irritabilidade, letargia, agitação

### Conduta:

Quando a criança apresentar algum distúrbio neurológico deve-se avaliar novamente a ventilação, a perfusão e a glicemia.

**E – Exposição:** as roupas do paciente devem ser retiradas, de acordo com a necessidade, para melhor exame físico buscando identificar hemorragias, queimaduras, marcas de trauma



## Avaliação secundária

Na avaliação secundária deve ser realizado anamnese e exame físico detalhado e específico sobre o paciente e o incidente. A fim de colher uma história completa do paciente utilizamos a mnemônica **SAMPLE**:

**S** – Sinais e sintomas no início do evento e sua evolução (dificuldade respiratória, alterações de FR, alterações de RC, redução no nível de consciência, agitação, febre, diarreia, dor...)

**A** – Alergias a medicamentos, alimentos e reações associadas

**M** – Medicações, dose e horário

**P** – Passado Médico incluindo enfermidades prévias, cirurgias, hospitalizações e estado de imunizações

**L** – Última refeição incluindo hora e natureza do alimento ou líquido e o tempo decorrido entre a refeição e os sintomas

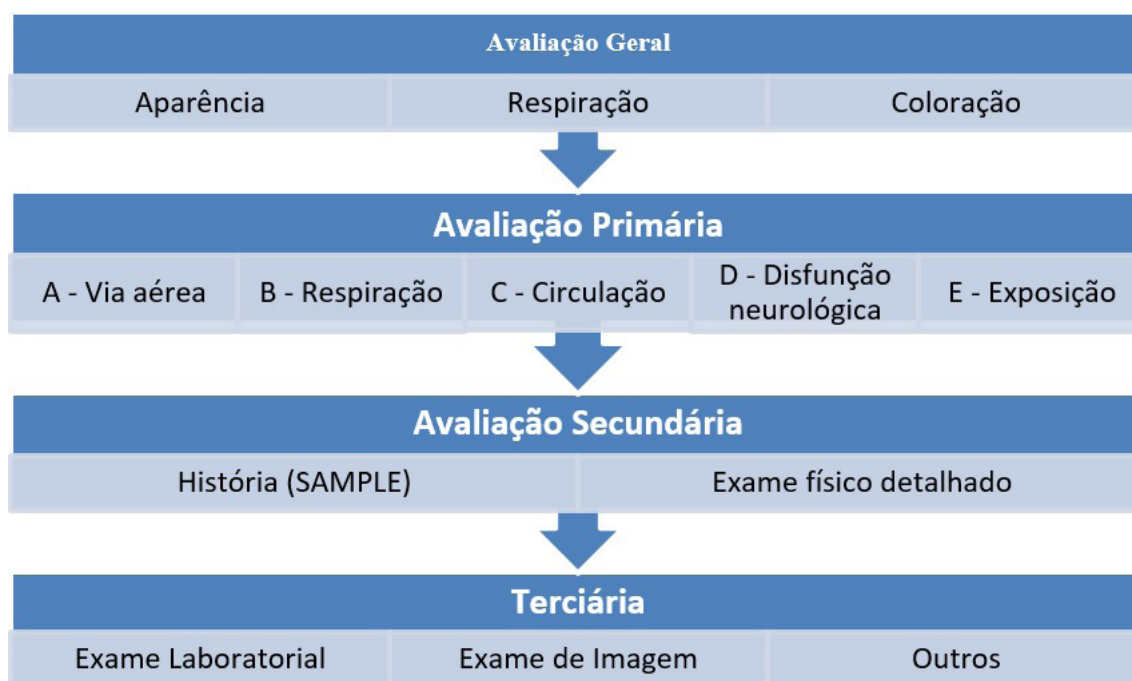
**E** – Eventos que levem a doença e suas características, como início súbito ou gradual, tipo de lesão e tratamento utilizado até a avaliação médica

Logo após finalizarmos a história clínica do paciente seguimos com o exame físico, focado principalmente na área acometida. Alguns exemplos de áreas para avaliar cuidadosamente em busca de doenças ou lesões são o aparelho respiratório, circulatório e abdominal. Durante todo esse processo é prudente a reavaliação contínuo do paciente com o intuito de acompanhar o seu desenvolvimento frente aos problemas constatados ou identificar precocemente novas adversidades.

## Avaliação terciária

Na avaliação terciária são realizados exames laboratoriais, radiográficos e outros testes visando a identificação das condições fisiológicas e anatômicas da criança para um diagnóstico preciso. Os exames são realizados de acordo com a situação clínica do paciente, mas os preconizados são: gasometria arterial, gasometria venosa, gasometria capilar, concentração de hemoglobina, saturação de O<sub>2</sub> venoso central, lactato arterial, monitorização da pressão venosa central, monitorização invasiva da pressão arterial, radiografia do tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma e fluxo expiratório de pico

**Fluxograma 1.** Esquema de avaliação da criança gravemente enferma



### Suporte Avançado de Vida de Pediatria

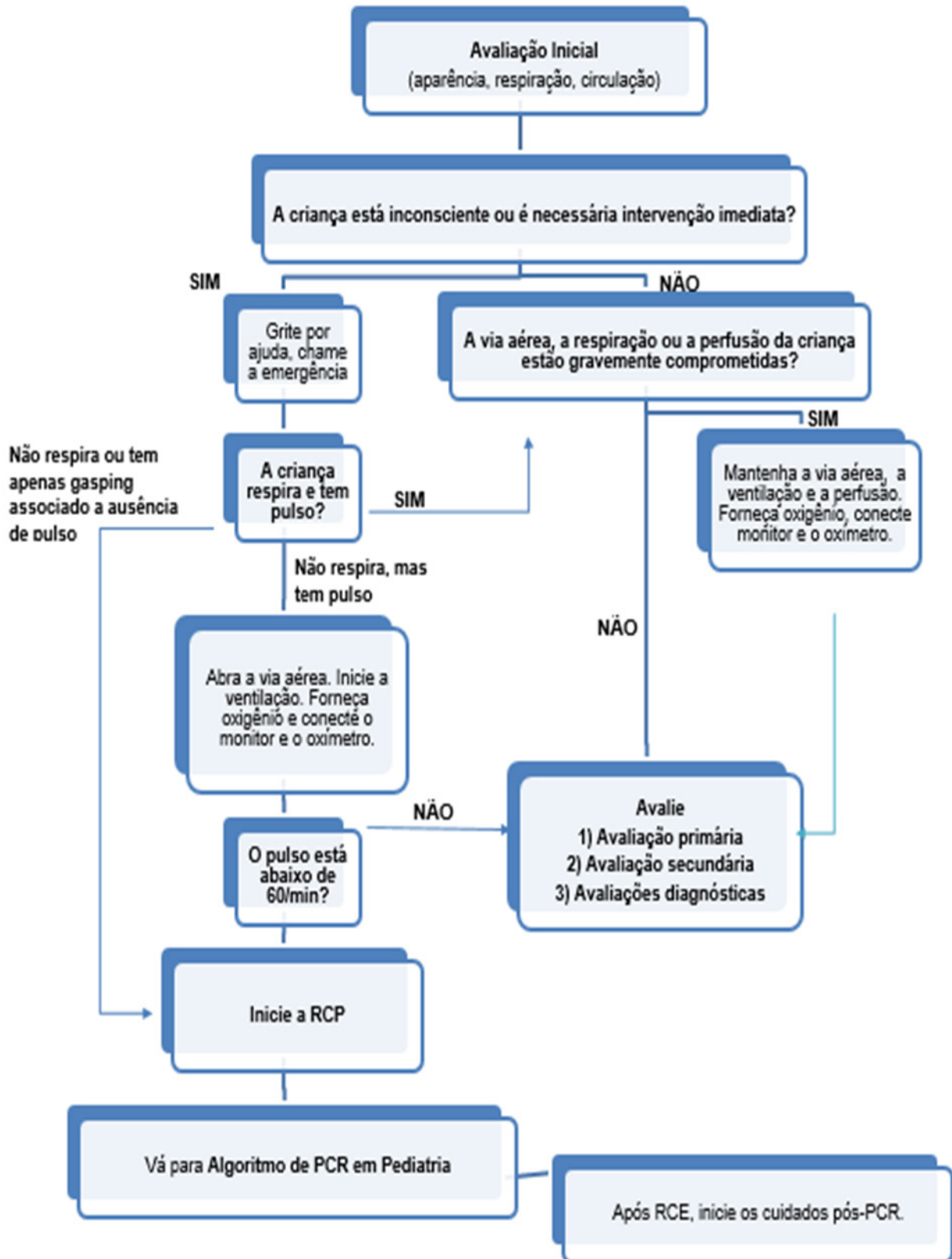
Quando a criança apresentar sinais potencialmente fatais deve-se iniciar imediatamente o suporte avançado de vida. Os sinais de alerta incluem a criança que não responde e não respira ou apresenta apenas gasping podendo, ou não, estar associado a ausência de pulso e inconsciência.

Quando a criança não responder, não respirar ou apresentar apenas gasping é indicado chamar ajuda e acionar o serviço médico de emergência. Quando esta situação estiver associada a ausência de pulso deve-se realizar imediatamente a RCP, iniciando pelas compressões torácicas. Se ocorrer o retorno da circulação espontânea deve-se prestar os cuidados pós RCP, lembrando sempre de verificar respiração e pulso simultaneamente.

Quando a criança não responder, não respirar ou apresentar apenas gasping, mas apresentar pulso devemos analisar a abertura da via aérea e administrar ventilação de suporte associado a oxigênio suplementar.

Quando a respiração e o pulso estiverem sem alterações, mas a criança estiver inconsciente o serviço médico de emergência deve ser acionado.

Fluxograma 2. Abordagem inicial e avançada de vida em pediatria



## REFERÊNCIAS

Agency for Healthcare Research and Quality. Overview of pediatric emergency department visits, 2015. HCUP Statistical Brief #242 (August 2018). <https://hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb242-Pediatric-EDVisits-2015.jsp> (accessed 2020 DEZ 10)

ASSOCIATION, American Heart. Suporte Avançado de Vida em Pediatria: Manual do Profissional. 3. ed. Rio de Janeiro: American Academy of Pediatric, 2017. p. 29-66

American Academy of Pediatrics, and American College of Emergency Physicians. Continuing medical education. American Academy of Pediatrics; 2017. Available from: <http://www.aap.org/en-us/continuing-medical-education/life-support/Pages/Life-Support.aspx> [cited 30.03.17

Benito J, Luaces-Cubells C, Mintegi S, Manrique Martínez I, De la Torre Espí M, Miguez Navarro C, et al. Evaluation and impact of the ‘Advanced Pediatric Life Support’ course in the care of pediatric emergencies in Spain. *Pediatr Emerg Care*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000001038>.

DAVIS AL, Carcillo JA, Aneja RK et al. American College of Critical Care Medicine clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock. *Crit Care Med*. 2017; 45:1061-93

FERNANDEZ, Ana; BENITO, Javier; MINTEGI, Santiago. Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 93, supl. 1, p. 60-67, 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572017000700060&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000700060&lng=en&nrm=iso)>. access on 09 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>.

GAUSCHE Hill M, Eckstein M, Horeczko T, McGrath N, Kurobe A, Ullum L, et al. Paramedics accurately apply the pediatric assessment triangle to drive management. *Prehosp Emerg Care*. 2014;18:520-30

HUGHES, Kaitlin; BUENGER, Lauren. Select topics in the management of critically ill children. American Society of Health-System Pharmacists 2019, Indianápolis, v. 76, n. 19, p. 1532-1543, out. /2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/hughes2019.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

KOCHANEK, PM, Tasker RC, Carney N, et al. Guidelines for the management of pediatric severe traumatic brain injury, third edition: update of the Brain Trauma Foundation guidelines. *Pediatr Crit Care Med*. 2019; 20:S1-82

MELO, M. D. C. B. D. *et al.* Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 21, n. 4.1, p. 12-21, jul. /2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/v21n4s1a03.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

SAÚDE, Ministério Da. Protocolo de Suporte Avançado de Vida: Protocolo Samu 192. 2. ed. Brasil: MS, 2016. p. 1-638.

# Índice Remissivo

## A

- Academia americana de pediatria (aap) 12
- Acidente ofídico 96, 97
- Acidente ofídico e o atendimento 97
- Acidentes automobilísticos 111
- Acidentes causados pelas taturanas 100
- Acidentes decorrentes da picada de escorpião 98
- Acidentes domésticos 111
- Acidentes laquéticos e elapídicos 98
- Acidentes pelo contato com as aranhas 101
- Acidentes por cascavel 97
- Afogamento 127, 128, 129, 130, 131
- Ambiente extra-hospitalar (pcreh) 21
- Anafilaxia 35, 46, 76, 77, 78, 79, 81, 103, 135, 137, 143, 153, 158, 160
- Anestésicos 58, 101, 133
- Antiarrítmicos 133
- Antibotrópico-crotálico (sabc) 97, 98
- Antibotrópico-laquético (sabl) 97
- Aparência, respiração e circulação da pele 12
- Aperto torácico 29, 30
- Aporte de glicose 69
- Aracnídeos 101
- Área queimada 121, 122
- Asma 29, 30, 32, 33, 34, 36, 77, 151, 158, 159
- Assistolia 23, 25, 135
- Atendimento médico 96
- Atividade elétrica sem pulso (aesp) 23
- Ausência de oxigenação 21
- Ausência de pulso e respiração 21
- Avaliação da aparência da criança 13
- Avaliação da circulação 13
- Avaliação da respiração 13

## B

- Benzodiazepínicos 83, 84, 90, 122, 140, 149
- Bradycardia 16, 25, 47, 49, 90, 92, 98, 102, 127, 128, 134, 137, 138, 150, 151, 156
- Broncodilatadores 130, 133, 159
- Bundle 41
- Bundle de desempenho 42
- Bundle de estabilização 42
- Bundles de ressuscitação 41

## C

Catecolaminas 69, 98  
Cetoacidose diabética (cad) 68  
Cetoacidose diabética em crianças 69  
Choque 44, 45, 46, 49, 50, 53, 143, 154  
Choque anafilático 46, 154  
Choque cardiogênico 46, 49  
Choque distributivo 45, 49, 50  
Choque hemorrágico traumático 46  
Choque hipotensivo 21  
Choque hipovolêmico 45, 46, 49  
Choque neurogênico 46  
Choque obstrutivo 46, 50  
Choque séptico 44, 46, 143  
Choque séptico em crianças 38  
Coagulograma 48  
Coloração de pele e mucosas 13  
Corticoides sistêmicos 34  
Cortisol 69, 138  
Crianças com sepse 39  
Crise convulsiva 55, 58  
Crises asmáticas 34

## D

Débito cardíaco 22, 46, 47, 127, 135  
Deficiência absoluta ou relativa de insulina 68  
Déficit de água corporal total (act) 62  
Desatenção aos riscos 83  
Desequilíbrio osmótico 128  
Desidratação 39, 49, 62, 63, 64, 69, 70, 71, 118, 139, 154, 160  
Desidratação na infância 62  
Diabetes mellitus tipo 1 (dm1) 68  
Diabetes mellitus tipo 2 (dm2) 68  
Diagnóstico de sepse 40  
Diminuição na perfusão tecidual 45  
Disfunção cardiovascular 38  
Disfunção neurológica 14  
Dispneia 29, 30, 31, 32, 33, 47, 77, 120, 128, 134, 136, 137, 139, 150  
Distúrbios acidobásicos e hidroeletrólíticos 68  
Doença de caráter heterogêneo 29

## E

Edema pulmonar 78, 101, 128, 136, 156  
Efeitos deletérios da desidratação 62  
Emergências pediátricas 55, 68

Envenenamento por Ionomia 100  
Estado de hipóxia 128  
Estado hiperglicêmico hiperosmolar (ehh) 68  
Etiologia do quadro convulsivo 55  
Exposição ao alérgeno 76  
Exposição a substâncias químicas 82

## F

Falha mecânica ineficaz ou total 21  
Falta de supervisão 83  
Ferrão do escorpião 98  
Fibrilação ventricular (fv) 24  
Fluxo aéreo recorrente e reversível 29  
Fluxo sanguíneo 21, 46, 47, 129  
Força mecânica externa sobre o crânio 112  
Função hepática e renal 48

## G

Glicemia 48, 70  
Glucagon 69  
Grau de desidratação, em leve, moderada ou grave 62

## H

Hemograma 48, 70  
Hiperglicemia 35, 68, 73, 98, 99, 112, 143  
Hiperresponsividade das vias aéreas 29  
Hipotensão 16, 25, 38, 39, 41, 47, 63, 77, 79, 84, 91, 97, 98, 112, 127, 129, 134, 137, 138, 141, 150, 151, 158  
Hipotermia 39, 84, 91, 99, 128  
Hipoxemia 16, 21, 45, 128, 129, 130  
Hipóxia secundária ao afogamento 128  
Hormônio do crescimento 69

## I

Imunoglobulina e (ige) 76, 77  
Incidência das crises convulsivas 55  
Inflamação 118  
Inflamação crônica das vias aéreas inferiores 29  
Insuficiência respiratória 12, 21, 40, 50, 97, 123, 127, 137  
Intoxicação medicamentosa 84  
Intoxicações acidentais na infância 83  
Intoxicações exógenas 82, 94

## L

Lactato arterial 48  
Lagartas de Ionomia 100  
Lesão cerebral pediátrica 112

Lesões de pele 13, 151  
Lesões hipóxicas 128  
Lesões secundárias 114, 117  
Localização da picada 96

## M

Manutenção da oxigenação 21  
Mecanismo de tce 112  
Mecanismos homeostáticos de tamponamento 69  
Mediadores inflamatórios sistêmicos 118  
Metabolismo de carboidratos e lipídeos 68  
Morbimortalidade em lactentes e crianças 62

## N

Necessidade hídrica 62  
Neonatos 12, 39, 135  
Neurolépticos 133  
Nutrição de órgãos e tecidos 21

## O

Obstrução brônquica 29, 30  
Organização mundial de saúde (oms) 127  
Oximetria de pulso 14, 15, 58, 120

## P

Paciente pediátrico 12, 20, 24, 38, 40  
Paciente queimado 117, 122, 126  
Parada cardíaca súbita 21  
Parada cardiorrespiratória 21, 22, 24, 25, 27, 77, 79, 127  
Perda da água e eletrólitos 62  
Perda da consciência 55, 77, 112, 113  
Picadas de abelhas 102  
Potencial de morbimortalidade 111  
Pressão de perfusão cerebral 113  
Primeiros episódios convulsivos 55  
Primeiros socorros 117  
Principais drogas usadas no pronto atendimento em pediatria 133

## Q

Quantidade de água aspirada 128  
Queimadura 117, 118, 120, 121, 122, 123, 125, 126  
Queimaduras químicas, elétricas, térmicas e por radiação 118

## R

Reações alérgicas 76, 97, 99, 101, 103, 151, 159  
Reações mediadas por igg 76



Rompimento na membrana alveolar 128

## S

Saturação venosa central de oxigênio 48

Saúde pública 98, 111

Sedativos 102, 133, 139, 141

Segmento cranioencefálico 111

Serotonina 89, 90, 91

Serpentes 96, 97

Sibilos 13, 29

Sinais de hemorragia 13

Sinais vitais 14, 39, 84, 86, 87, 120

Síndrome da morte súbita do lactente (smls) 21

Sintomas alérgenos 76

Sintomas anormais súbitos e transitórios 55

Sintomas clínicos 12

Sintomas de taquicardia 128

Sistema de informação de notificação de agravos (sinan) 98

Soro antibotrópico (sab) 97

Soroterapia antiescorpiônica 99

Soroterapia específica 98, 99

Substâncias contrarregulatórias 68

Suporte avançado de vida 18

## T

Tempo de coagulação (tc) 97

Tosse de duração e intensidade variáveis 29

Toxicidade dos agentes 83

Trauma de origem térmica 117

Traumatismo cranioencefálico (tce) 111

Traumatismo cranioencefálico (tce) na infância 111

Traumatismo raquimedular 111

Triângulo de avaliação pediátrica (tap) 12

## U

Unidade de terapia intensiva (uti) 113

Unidades de terapia intensiva (uti) 68

## V

Veneno inoculado 96

Via endovenosa 49, 97, 134

Vítimas de tce grave 113



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



**editoraomnisscientia@gmail.com** 

**<https://editoraomnisscientia.com.br/>** 

**@editora\_omnis\_scientia** 

**<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9>** 

**+55 (87) 9656-3565** 