



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

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

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

SEPSE PEDIÁTRICA

Bruna Latif Rodrigues Carvalho¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/3221435243242078>

Elisa Benetti de Paiva Maciel²;

Médica generalista formada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/2716285552844687>

Isabella Alvarenga Abreu³;

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

<http://lattes.cnpq.br/4070761714641879>

Natália Quintão Barros⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/6634997701909455>

Valéria Lopes Cupertino⁵;

Médica generalista formada no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/7828625549341024>

Catarina Amorim Baccarini Pires⁶.

Pediatra neonatologista e intensivista do Hospital Márcio Cunha, docente do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/Univaço), Ipatinga-MG.

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

DEFINIÇÃO DO QUADRO

Para Weiss et al. (2020, p. 4) “definimos choque séptico em crianças como infecção grave levando a disfunção cardiovascular (incluindo hipotensão, necessidade de tratamento com uma medicação vasoativa ou perfusão prejudicada) e ‘disfunção orgânica associada à sepse’ em crianças como infecção grave levando a disfunção orgânica cardiovascular e/ou não-cardiovascular”.

Deve-se interrogar a possibilidade de sepse em todo paciente pediátrico com infecção visto que ela é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em crianças de todo o mundo. A disfunção orgânica causada pela sepse precisa ser manejada com cautela e rapidez pela hipoperfusão tecidual que a doença gera. Logo, reconhecer e tratar precocemente garante um melhor prognóstico para o paciente.

Além disso, como a hipotensão é considerada um sinal tardio de que o choque se instalou deve-se redobrar a atenção para que a identificação do choque ocorra de forma precoce garantindo ao paciente uma melhor evolução clínica.

FISIOPATOLOGIA

A sepse ocorre devido a uma liberação exacerbada de mediadores pró inflamatórios que vencem as barreiras locais, causando uma infecção generalizada. Esta pode ser caracterizada como uma inflamação intravascular maligna. Sabe-se que sua etiologia é multifatorial, podendo destacar algumas causas como: aumento exagerado dos mediadores pró inflamatórios; ativação do sistema complemento e suscetibilidade genética.

A fisiopatologia da sepse é marcada pela disfunção orgânica que tem como precursor a lesão tecidual. Os fatores que contribuem para essas lesões são a isquemia tecidual, lesão citopática e aumento da apoptose celular, sendo estas descritas abaixo.

A isquemia tecidual ocorre devido a uma demanda excessiva de oxigênio para uma oferta reduzida do mesmo, além disso, muitas das vezes, lesões no endotélio e na microcirculação são encontradas na sepse. Com isso, há um ambiente favorável para o desenvolvimento da isquemia uma vez que a área para troca de oxigênio se encontra reduzida.

A lesão citopática na sepse é marcada pela desregulação mitocondrial que ocorre devido a ativação dos mediadores favoráveis à inflamação e/ou outros tipos de produtos da inflamação causando uma citotoxicidade.

A morte celular programada, também chamada de apoptose celular, se encontra alterada na sepse. Nesta, ocorre um atraso na morte das células senescentes ou disfuncionais, favorecendo então o processo infeccioso. Ademais, a sepse leva a uma apoptose exagerada das células dendríticas e dos linfócitos, alterando assim a resposta imune contra agentes agressores e reduzindo a eficácia do sistema imunológico.

SINTOMAS

Crianças que possuem sintomas relacionados a um quadro infeccioso na vigência de alterações significativas dos sinais vitais, devem ser investigadas para sepse. As manifestações variam de acordo com a faixa etária, sendo que quanto mais novos, mais inespecíficos são os sintomas. Nos primeiros meses de vida, pode-se observar letargia, alteração na alimentação/aleitamento, pele pálida, gemência e vômitos. Em crianças maiores, nota-se febre ($T > 38,5 \text{ } ^\circ\text{C}$) ou hipotermia ($T < 36 \text{ } ^\circ\text{C}$), taquicardia, taquipnéia, ambos de acordo com o percentil da idade. Estas alterações são sensíveis aos parâmetros fisiológicos, indicativo de um estado inflamatório sistêmico. A taquicardia é um sinal precoce de choque, ao passo que, a hipotensão um sinal tardio. Tempo de enchimento capilar > 2 segundos pode ser encontrado em casos de choque frio.

Achados clínicos em crianças com sepse podem sugerir o local primário de infecção ou ser causado por disfunção orgânica, como sinais de desidratação, tremores, estado mental alterado (irritabilidade, ansiedade, confusão, letargia, sonolência), tônus diminuído em neonatos e bebês,

convulsões, meningismo, depressão ou insuficiência respiratória, abdome distendido e sensível, icterícia, dentre outros.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de sepse precoce é imprescindível para reduzir a morbimortalidade do paciente pediátrico pois permite a introdução do tratamento adequado imediatamente, que é feito através de uma suspeita ou confirmação de infecção baseada em dois ou mais critérios para SIRS. Ainda, é necessário ficar atento aos potenciais fatores de risco e conhecer suas manifestações clínicas e parâmetros clínicos que sugira infecção grave. Os principais fatores de gravidade são alterações da perfusão tecidual e do nível de consciência da criança, que costuma se manifestar como um choro incontrolável, irritabilidade, sonolência e baixa interação familiar. Ademais, as patologias que constituem as causas mais comuns de sepse em crianças são pneumonia, infecções na pele, trato urinário ou corrente sanguínea e menos comumente, meningite.

Idade	Taquicardia (batimentos/ minuto)	Bradicardia (batimentos/ minuto)	Frequência respiratória (respirações/ minuto)	Contagem de leucócitos (leucócitos x $10^3 / \text{mm}^3$)	Pressão arterial sistólica (mmHg)
Recém-nascido (0 dias a 1 semana)	> 180	<100	> 50	> 34	<59
Recém-nascido (1 semana a 1 mês)	> 180	<100	> 40	> 19,5 ou <5	<79
Bebês (1 mês a 1 ano)	> 180	<90	> 34	> 17,5 ou <5	<75
Criança pequena e pré- escolar (> 1 a 5 anos)	> 140	N / D	> 22	> 15,5 ou <6	<74
Idade escolar (> 5 a 12 anos)	> 130	N / D	> 18	> 13,5 ou <4,5	<83
Adolescente (> 12 a <18 anos)	> 110	N / D	> 14	> 11 ou <4,5	<90

CONDUTA

Após o uso do *bundle* (pacote) de reconhecimento, feito por meio da triagem do paciente com suspeita de sepse, ou seja, do paciente que apresente critérios de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) acompanhados por infecção confirmada ou suspeita, a conduta médica deve ser iniciada imediatamente, com a intenção de realizar intervenção suficiente antes que ocorra hipotensão arterial e choque. Deverão ser utilizados os *bundles* de ressuscitação, estabilização e desempenho.

Bundle de ressuscitação

- 5 minutos: estabelecer acesso IV ou IO, oferecer oxigênio;
- 30 minutos: iniciada ressuscitação volêmica (40 a 60 mL/kg, iniciando com bolus de 20mL/kg em 5 a 10 min de ringer, albumina a 5% ou solução salina);
- 60 minutos: antibiótico empírico de grande abrangência (vide figuras 1 e 2), tendo colhido a hemocultura caso esta não atrase a antibioticoterapia, e avaliar uso de inotrópicos caso o paciente apresente choque refratário a volume (de preferência epinefrina 0,05-0,3 g/kgmin). O ideal é que o fornecimento IV de antibióticos inicie em até 3 horas e baseie-se na epidemiologia local, terapias prévias, comorbidades associadas, foco de infecção e protocolos. Microrganismos gram negativos devem ser especialmente considerados.
- Exames do pacote de primeira hora devem incluir: hemograma, gasometria, lactato arterial, creatinina, bilirrubina, coagulograma e culturas. Avaliações como glicemia, TGO/TGP, troponina, ureia, sódio, cálcio iônico e potássio ficam a critério do profissional.

Figuras 1 e 2. Sugestão de antibioticoterapia e uso dos antibióticos.

Sugestão de antibióticos:

- **Recém-nascido:** ampicilina + gentamicina + aciclovir + vancomicina
- **Lactente > 4 semanas de idade:** cefotaxima + vancomicina
- **Síndrome de choque tóxico:** clindamicina + vancomicina
- **Meningite:** ceftriaxona
- **Hematológico/oncológico:** cefepima + tobramicina + vancomicina

* Dependendo do foco primário e da resistência antimicrobiana local

Ampicilina (50 mg/kg) infundir em 3-5 minutos
Aciclovir (20 mg/kg; máx. 1000 mg) infundir em 1 hora
Cefepima (50 mg/kg; máx. 2000 mg) infundir em 3-5 minutos
Cefotaxima (50 mg/kg) infundir em 3-5 minutos
Ceftriaxona (100 mg/kg; máx. 2000 mg) infundir em 10 minutos
Clindamicina (10 mg/kg; máx. 900 mg) infundir em 15 minutos
Gentamicina.....mg IV x 1ª dose. Infundir em 30 minutos
Idade < 7 dias e peso > 1800 g: 4 mg/kg x 1 dose
Idade < 7 dias e peso < 1800 g: 3 mg/kg x 1 dose
Idade > 7 dias: 2.5 mg/kg x 1 dose
Tobramicina (2.5 mg/kg; máx. 250 mg) infundir em 30 minutos
Vancomicina (15 mg/kg; máx. 1500 mg) infundir em 1 hora

Fonte: SBP, 2019.

Bundle de estabilização

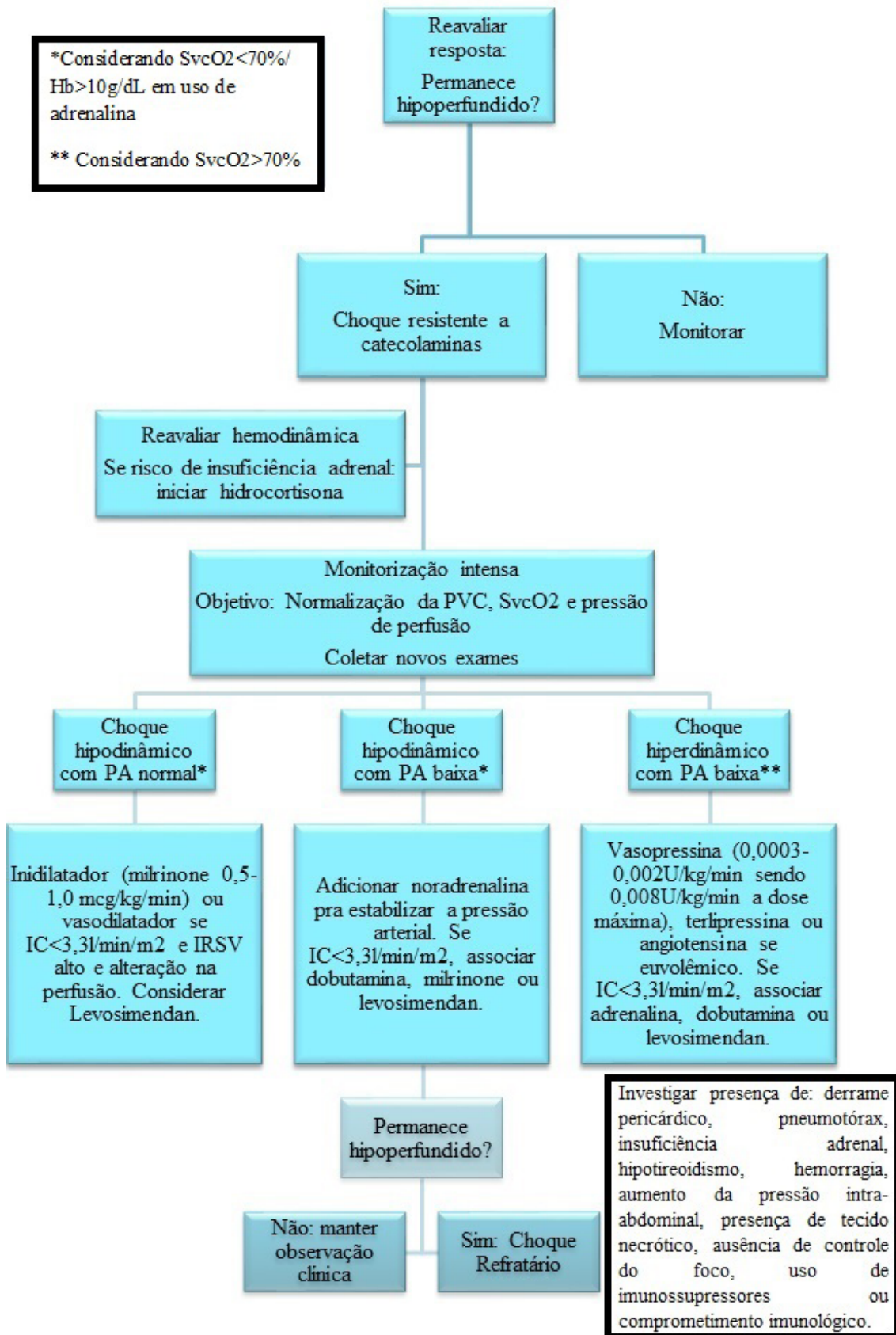
- Monitorização intensiva para atingir metas hemodinâmicas (PA, temperatura, diurese, estado neurológico, pulso, extremidades etc.) e avaliar terapêutica;
- Normalizar Pressão de Perfusão PP = PAM - PVC p/ idade ($55+1,5 \times \text{anos}$);
- Saturação Venosa Central de O₂ maior que 70%;
- Hemoglobina > 10g/dL
- Índice cardíaco > 3,3 L/min.
- Ventilação mecânica satisfatória em caso de desconforto respiratório;
- Corrigir distúrbios metabólicos;
- Antibióticos adequados, suporte a órgãos e sistemas e controle do foco de infecção (remoção física de focos infectados responsáveis pelo quadro, seja por meio de drenagens, debridamentos, amputações, entre outros).

Bundle de desempenho

- Avaliação da adesão ao tratamento e resolução de falhas.

FLUXOGRAMA

Resumo para atendimento prático à sepse pediátrica, adaptado de: ILAS, 2019.



REFERÊNCIAS

FREIRE, Nilcea de Moura; MEDEIROS, Daniela Nasu Monteiro; TROSTER, Eduardo Juan. Síndrome da resposta inflamatória sistêmica, sepse, choque séptico e sepse grave em pediatria. In: CARVALHO, Werther Bronow de *et al.* Terapia Intensiva. 2. ed. [S.L.]: Manole, 2020. p. 342-374.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). CAMPANHA DE SOBREVIVÊNCIA A SEPSE: protocolo clínico pediátrico. PROTOCOLO CLÍNICO PEDIÁTRICO. 2019. Disponível em: <<https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/pediatria/protocolo-de-tratamento-pediatria.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Fluxograma de atendimento: sepse pediátrica. Sepse pediátrica. 2019. Disponível em: <<https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/pediatria/fluxograma-pediatria.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

NEVIERE, R. Pathophysiology of sepsis. UpToDate. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-sepsis?search=pathophysiology%20of%20sepsis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 11/11/2020.

POMERANTZ, W. J.; WEISS, S. L. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and sepsis in children: Definitions, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/systemic-inflammatory-response-syndrome-sirs-and-sepsis-in-children-definitions-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sepse%20pedi%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13>. Acesso em: 01 dez 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA/SBP (Brasil). Sepse grave e Choque séptico pediátrico. [S.L.]: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019. 15 p.

WEISS, S. L. et al., Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. UpToDate, v. 21, ed. 2, p. e52–e106, 2020. Disponível em: <https://journals.lww.com/pccmjournal/Fulltext/2020/02000/Surviving_Sepsis_Campaign_International_Guidelines.20.aspx?__cf_chl_jschl_tk__=42592ca020533571e018889713645e6e0e29d198-1605118891-0-Aclu-b9jTol_AEhHRPBBFuIb3OZOVWO5Arhn8hhcmvPjxMwEJBUPNNj00OSz4Ra01cKEEi0aFL9tDMDvOOrmiOt9NLUJWRyDF5-EBLjprUfl8KnMeyxiT9Ealg1MhKeW8E7AHd6Z3HkMV7L_vBp1zeQvOaH8IhzR7gIlQV502XxpXH1N2rRDSr00mryk4F7j_At0oT1GIcCkinyI82917z6PPhAj12Tcu3S1H9bJPEXOUnc0ijO9Eg0oJN0mjiVU7tBZUo5nL4LfgA48nMz8sCaqb7in3CB4H6FFOT4M4HUFsXoSakcfww5OgEjS9I0AOoSbVB4LDrh6--gYfvEBZFoXj_3OHfK3B_2DjE_23w6Jp0YTN22ueq6mZMnLzp2I0TwGRu7b-GffVby7NE2FJU2p-qgTk8CcvUMeEA4EM22UyETUr7nrjGQE6Gb2l6yj-cJJ4Mbn4C5kBVBotOcDQA>. Acesso em: 01 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
- 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



EDITORA

OMNIS SCIENTIA

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 