



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 Brancaloneone

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

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

CHOQUE

Leandra Covre Barbosa¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/4387729967758338>

Lorena Rodrigues Dias Martins Silva²;

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

<http://lattes.cnpq.br/3704180989109984>

Maria Cecília Alcure Dias Scussulim³;

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

<http://lattes.cnpq.br/6555913318293910>

Maria Luíza Dutra Sá⁴;

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

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

Rafaela Alves Carvalho⁵;

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

<http://lattes.cnpq.br/3606209362095436>

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

Choque é um estado fisiopatológico caracterizado por uma diminuição na perfusão tecidual, fomentando em fornecimento reduzido de oxigênio aos tecidos corporais. Inicialmente, os efeitos resultados do déficit da perfusão aos tecidos são reversíveis, porém, a persistência da hipoxemia pode afetar o indivíduo de forma sistêmica, interrompendo processos bioquímicos críticos, causando disfunção da bomba de íons da membrana celular, subsequente edema e desregulação do pH intracelular, e por fim, morte da célula.

O choque pode ser classificado em quatro tipos de choque de acordo com a sua fisiopatologia:

- Choque hipovolêmico, o qual ocorre devido a níveis extremamente reduzidos de sangue intravascular, e conseqüentemente diminuindo o débito cardíaco. Considera-se a hipovolemia como a principal causa de choque em crianças, e pode ocorrer devido a distúrbios gastrintestinais, renais, cutâneos ou perdas intersticiais.
- Choque distributivo, caracterizado pelo relaxamento da resistência vascular periférica,

ocasionando distribuição anormal do fluxo sanguíneo e inadequação da perfusão tecidual. Os principais motivos que ocasionam essa categoria incluem sepse, anafilaxia e lesão neurológica.

- Choque cardiogênico, resultante de condições prejudiciais ao débito cardíaco, comumente causado em crianças devido a doenças congênitas do coração, cardiomiopatias e miocardite.
- Choque obstrutivo, provocado em ocasiões nas quais o fluxo sanguíneo pulmonar ou sistêmico são prejudicados, sucedendo uma redução do débito cardíaco. As causas da obstrução geralmente são extrínsecas ou intrínsecas, congênitas ou adquiridas, por exemplo, lesões cardíacas congênitas obstrutivas, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, embolia pulmonar e hipertensão pulmonar grave.

FISIOPATOLOGIA

Cada tipo de choque possui sua fisiopatologia característica. Em primeira análise, relacionado ao choque hipovolêmico, ele subdivide-se em dois tipos principais:

- Choque hemorrágico traumático, em que ocorre acometimento de tecido mole, gerando inflamação pós-aguda, consequentemente ativando o sistema imunológico, por meio de liberação de leucócitos pelo endotélio lesado, e destruição de proteoglicanos presentes na membrana endotelial e de glicosaminocicanos, fomentando, por fim, disfunção microvascular. Em contrapartida, intracelular será desencadeado um desequilíbrio metabólico, com danos mitocondriais e efeitos negativos sobre o sistema vasomotor.
- Choque hipovolêmico traumático, o qual se origina de uma diminuição considerável no volume de plasma circulante, com perda abundante de glóbulos vermelhos, ocasionando à hipóxia. No entanto, não há presença de hemorragia aguda, devido a não ocorrência de lesão em tecidos moles, e consequentemente a não liberação de mediadores imunológicos.

Já o choque distributivo, pode ser subdividido em três etiologias principais:

- Choque séptico, resultante de uma resposta desregulada do corpo a uma infecção. Desse modo, ocorre uma disfunção endotelial, consequentemente ocasionando uma vasodilatação, prejuízo à distribuição sanguínea e alterações nos volumes macro e microvasculares, elevando a permeabilidade vascular.
- Choque anafilático é uma reação sistêmica aguda caracterizado pela ocorrência de vasodilatação mediada por histaminas e mastócitos, e má distribuição de fluidos do espaço intravascular para o extravascular.
- Choque neurogênico geralmente ocorre em pacientes que sofrem traumatismos acima da coluna torácica, e estes desenvolvem falhas na conexão descendente dos centros reguladores bulbares até a medula espinhal. Logo, tem-se desequilíbrio entre a ação parassimpática cardíaca muscular e vascular.

Já no choque cardiogênico, os mecanismos envolvendo esse distúrbio da função cardíaca dizem respeito a uma redução crítica da capacidade de bombeamento do coração, fomentado por uma alteração sistólica ou diastólica, por meio de uma ejeção ou enchimento sanguíneo prejudicados. Toda a disfunção ocorre oportunamente ao miocárdio, que se desequilibra em suas funções rítmicas

ou mecânicas.

Em relação ao choque obstrutivo classifica-se de acordo com a localização da obstrução no sistema vascular. Fatores intra ou extravasculares diminuem o fluxo sanguíneo nos grandes vasos, com uma redução considerável do débito cardíaco e do suprimento sistêmico de oxigênio.

SINAIS E SINTOMAS

As manifestações fisiológicas variam de acordo com a causa do choque. De maneira geral as mais recorrentes são: taquicardia, taquipneia, hipotensão, diaforese, alteração dos pulsos periféricos, da perfusão dos órgãos e do nível de consciência. Entretanto, alguns possuem suas particularidades.

Além desses indícios, no choque hipovolêmico há diminuição da temperatura das extremidades, palidez, ressecamento de mucosas, redução da pressão de pulso, pulsos filiformes, tempo de enchimento capilar prolongado. Podem estar presentes hematêmese, melena, oligúria e hemorragia pulmonar.

Em quadros de choque cardiogênico expressam-se também dispneia (principalmente às mamadas), baixo ganho pânderoestatural, pele mosqueada, esforço respiratório, frequentes infecções respiratórias, presença de estertores pulmonares, diferença da pressão arterial e da amplitude dos pulsos nos membros inferiores se comparadas aos superiores, extremidades frias, cianóticas e edemaciadas.

No choque anafilático, em decorrência da vasodilatação sistêmica, pode ocorrer comprometimento respiratório, agitação, náusea, vômito, diarreia, urticária, angioedema e cianose.

Em casos de choque obstrutivo pode haver taquicardia evoluindo para bradicardia e conseqüente parada cardíaca, hipofonese das bulhas cardíacas, dor pleurítica, hipertimpanismo no hemitórax acometido, murmúrio vesicular ausente ipsilateralmente, desvio de traqueia, turgência de jugular, cianose, tosse e hemoptise.

Por fim, no choque séptico hipodinâmico, manifestações como pele em aspecto mosqueado, extremidades frias, pulsos filiformes, redução do DC, ICC e oligúria, são frequentes. Já o choque séptico hiperdinâmico apresenta-se com extremidades quentes, pulsos oscilantes, aumento do débito cardíaco e oligúria.

DIAGNÓSTICO

Para uma abordagem diagnóstica eficiente é necessário a realização de uma anamnese bem investigada acompanhada por um exame físico detalhado. Além disso, são necessários exames complementares, a fim de diferenciar as causas e os tipos de choque. Dessa forma, o profissional da saúde terá maior embasamento no momento de escolher o melhor método de tratamento para o quadro clínico do paciente.

As novas diretrizes da American Heart Association (AHA) 2020 sugerem que para o diagnóstico de choque exista uma triagem sistemática para uma avaliação oportuna e recomendam a condução do caso baseada nos protocolos e a necessidade de realizar uma hemocultura antes de iniciar a terapia antimicrobiana.

Conforme a causa e o tipo de choque, os sinais e sintomas se diferem e, dessa forma, modificam o diagnóstico.

Os exames laboratoriais requeridos são:

- Hemograma completo, o qual pode apresentar alterações como anemia, leucocitose ou leucopenia, com aumento do número de neutrófilos e das formas imaturas.
- Coagulograma, expressando tempos de protrombina e de tromboplastina parcialmente altos ou baixos.
- Eletrólitos séricos, com alterações de sódio e potássio, além de hipocalcemia.
- Glicemia, apresentando alterações por meio de hiper ou hipoglicemia.
- Gasometria arterial, demonstrando acidose metabólica, podendo estar associada à alcalose ou acidose respiratória.
- Função hepática e renal, com alterações renais, através da elevação de ureia e creatinina.
- Lactato arterial, apresentando valores aumentados.
- Saturação venosa central de oxigênio, expressando valores abaixo da referência.

TIPOS DE CHOQUE	SATURAÇÃO VENOSA CENTRAL (SvO2)	DEBITO CARDIACO (DC)	PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	RESISTENCIA VASCULAR SISTÊMICA (RVS)	PRESSÃO DE OCLUSÃO DE ARTERIA PULMONAR (POAP)
Hipovolêmico	Diminuída	Diminuída	Diminuída	Elevada	Diminuída
Distributivo	Elevada	Elevada	Variável	Diminuída	Variável
Cardiogênico	Diminuída	Diminuída	Elevada	Elevada	Elevada
Obstrutivo	Diminuída	Diminuída	Elevada	Elevada	Diminuída

Acresce que, exames de imagem como raio-x de tórax e eletrocardiograma são indispensáveis. Por fim, caso seja necessário para auxiliar o médico indica-se radiografia de abdômen, tomografia computadorizada do abdômen, ecocardiograma e EAS.

CONDUTA

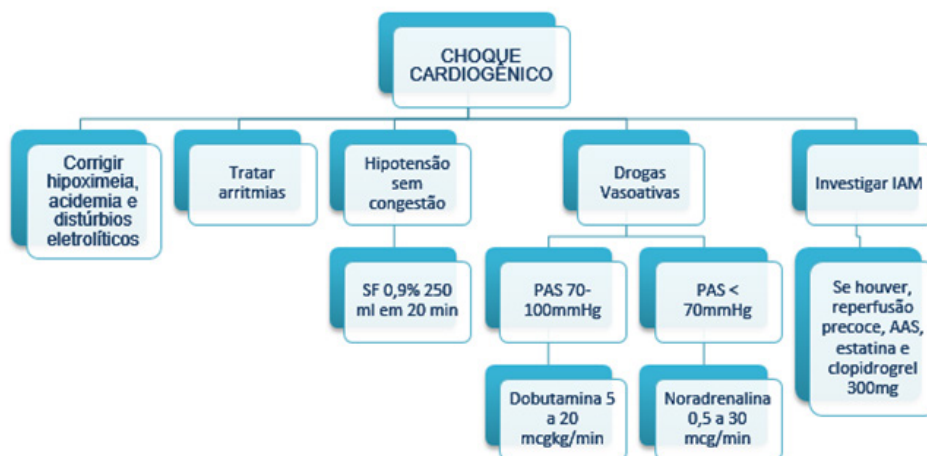
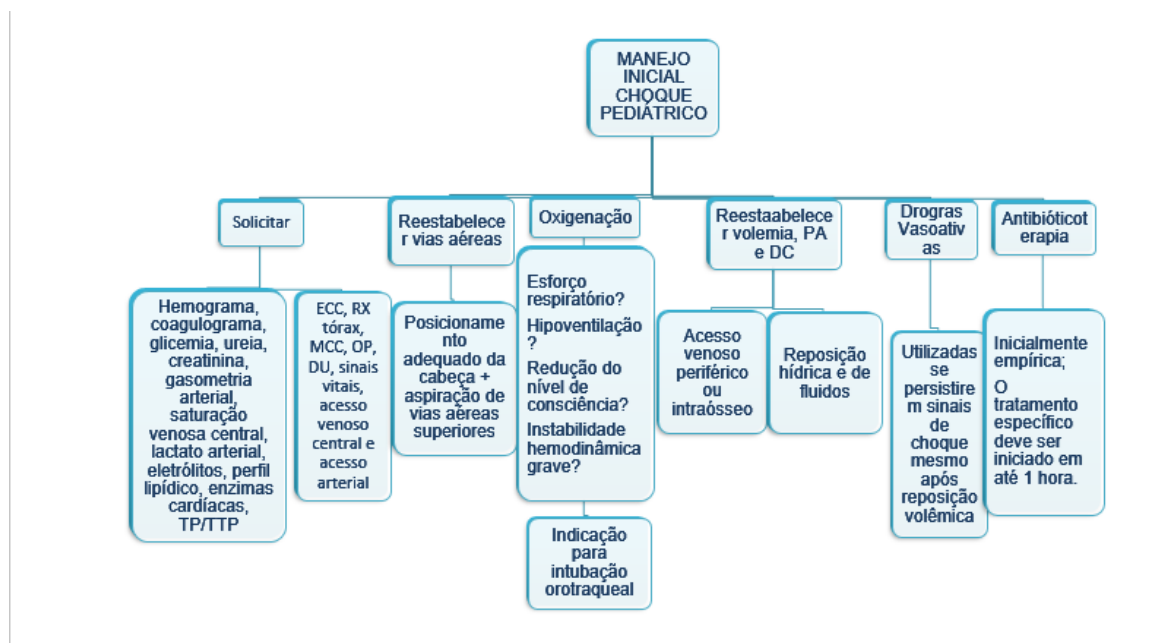
Em um quadro de choque, é de extrema importância um diagnóstico precoce e rápida correção do desarranjo fisiológico. O tratamento baseia-se em aumentar a oferta e a captação de oxigênio, repor o volume circulante, aumentar a contratilidade cardíaca, corrigir fatores inotrópicos e diminuir a resistência vascular periférica. A conduta inicial se dá pela oferta de oxigênio por dispositivos não reinalantes, acesso venoso periférico, monitorização constante da frequência cardíaca, da oximetria e da atividade elétrica do coração. No entanto, ao distinguir a causa, o tratamento se difere:

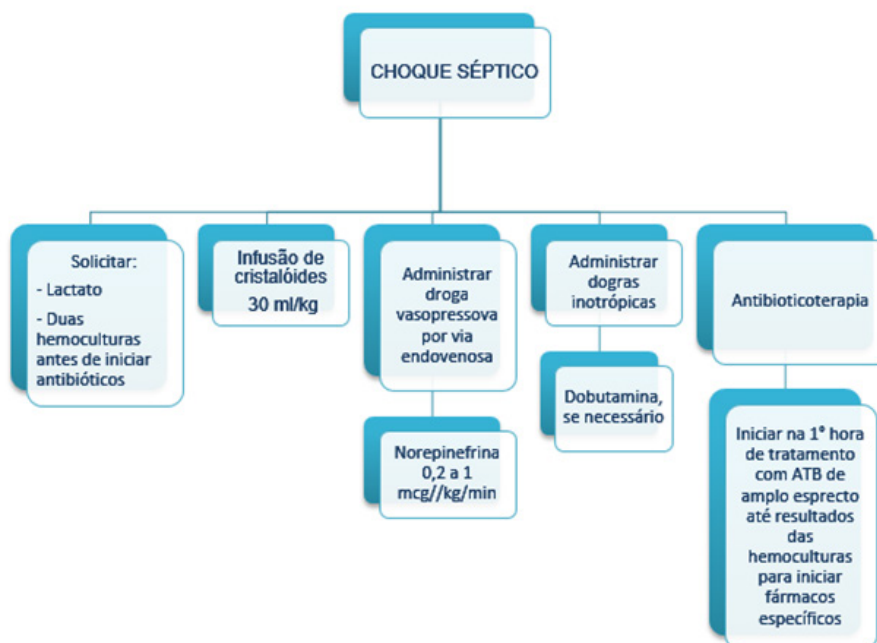
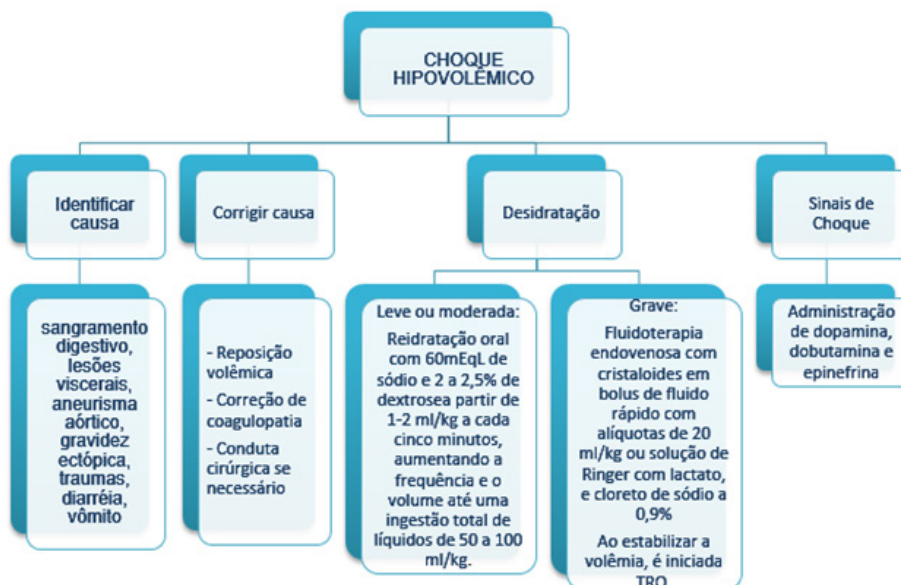
- Choque cardiogênico: oxigenoterapia e ventilação não invasiva/invasiva com saturação acima de 95%, administração de atropina (< 1 ano ou bradicardia), fentanil e rocurônio. Em casos com sobrecarga de fluidos e disfunção ventricular, diuréticos (como a furosemida) devem ser usados para retornar ao estado euvolêmico. Para restauração do débito cardíaco, deve ser utilizado dobutamina na dose de 5–20 µg/kg/min, porém, a pressão arterial deve manter-se estável. Para regular a perfusão, vasopressores podem ser combinados a inotrópicos, aconselhando o uso de noradrenalina como fármaco de primeira linha. O pH arterial, juntamente aos níveis de lactato sanguíneo devem ser avaliados repetidamente para avaliação do curso do choque. Além disso, valores de SpO₂, ECG, ecocardiografia, de íons plasmáticos, ureia e creatinina sanguíneas, glicose sanguínea, transaminases devem ser monitorizados continuamente, a fim de descartar possíveis disfunções orgânicas.
- Choque hipovolêmico: os tratamentos indicados geralmente são para reposição volêmica e distúrbios hemorrágicos. Crianças apresentando desidratação leve ou moderada devem receber terapias de reidratação oral (TRO), com 60 mEq/L de sódio e 2-2,5% de dextrose, a partir de volumes iniciais de 1-2 ml/kg administrados aproximadamente a cada cinco minutos, aumentando a frequência e o volume até uma ingestão total de líquidos de 50 ml/kg e 100 ml/kg. No entanto, em casos de desidratação grave se administra fluidos endovenosos, através de cateter intravenoso, e caso não obtenha sucesso, opta-se por cateter intraósseo colocado na porção medial da tíbia proximal. Os fármacos administrados como fluidoterapia inicial são os cristaloides em bolus de fluido rápido com alíquotas de 20 ml / kg ou solução de Ringer com lactato, e cloreto de sódio a 0,9%. A fluidoterapia endovenosa deve ser continuamente realizada até se alcançar a estabilidade volêmica necessária do indivíduo para se iniciar a terapia de reidratação oral. Acresce que casos de hemorragia traumática (concentração de hemoglobina for < 10 g/dL em crianças ou < 12 g/dL em recém-nascidos) o tratamento é realizado através de concentrado de hemácias. Dobutamina, dopamina e epinefrina são indicadas caso os sinais de choque persistam mesmo após a adequação da volemia.
- Choque distributivo séptico: requer tratamento com intuito de regular a circulação sanguínea. Logo, realiza-se infusão de cristaloides, administração de vasopressora via endovenosa, como norepinefrina (0,2-1 mcg/kg/min) e se necessário, drogas inotrópicas, por exemplo, dobutamina. Pacientes com níveis hemodinâmicos graves devem receber monitoramento invasivo avançado. A antibioticoterapia de amplo espectro deve ser iniciada em primeira hora de tratamento, e se possível ao realizar análise microbiana, entrar com fármacos específicos.
- Choque distributivo anafilático: tratamento inclui monitoramento constante, evitando o

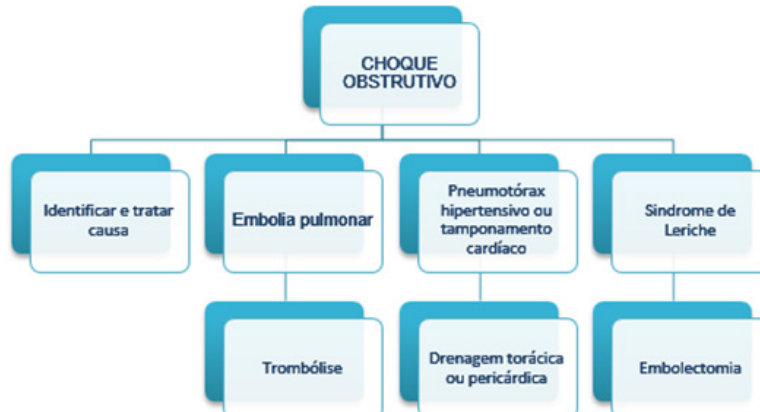
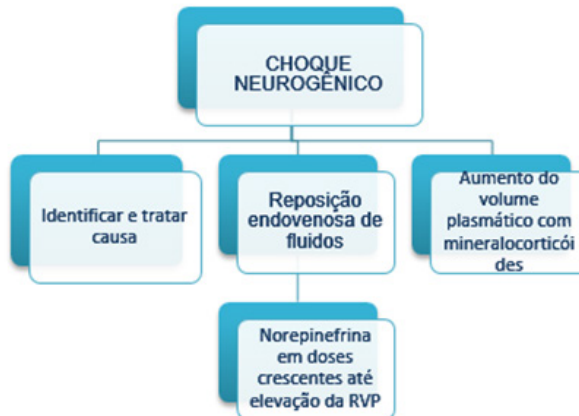
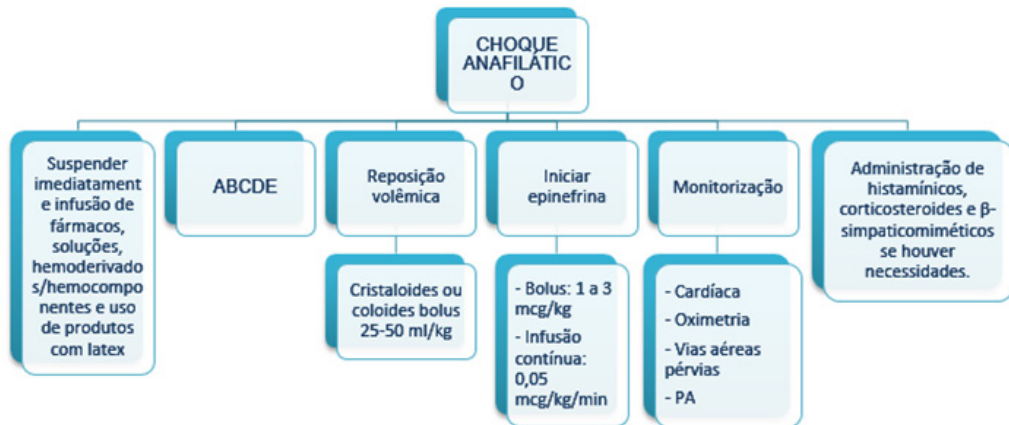
desenvolvimento de reações tardias ao trauma, como arritmias, isquemia miocárdica, insuficiência respiratória. Logo, os fármacos de escolha são epinefrina endovenosa, histamínicos, corticosteroides e β -simpaticomiméticos se houver broncoespasmos.

- Choque distributivo neurogênico necessita de tratamento da sua causa. Desse modo, inicia-se a terapia com reposição endovenosa de fluidos, através de norepinefrina administrada em doses crescentes até elevação da RVP. Na restauração dos tónus vasculares, simpaticomiméticos de ação direta ou indireta também podem ser opção de escolha. Por fim, para aumentar o volume plasmático, mineralocorticoides são indicados.
- Choque obstrutivo necessita de tratamento causal imediato. Embolias pulmonares são tratadas com trombolise, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco são aliviados com drenagem torácica ou pericárdica, e Síndrome de Leriche por meio de cirurgia de embolectomia.

FLUXOGRAMAS







REFERÊNCIAS

- AIRES, Roberto. Anafilaxia na sala de emergência. *Revista de pediatria SOPERJ*, v. 17(supl 1), n. 1, p. 12–21, 2017. Disponível em: <http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1031>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- ANGUS, Derek C.; VAN DER POLL, Tom. Severe Sepsis and Septic Shock. *New England Journal of Medicine*, v. 369, n. 9, p. 840–851, 2013. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1208623>>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- SARINHO, Emanuel; HERBERTO, Secretário; NETO, José; *et al.* Anafilaxia. Sociedade Brasileira de Pediatria. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/documentos_cientificos/Alergia-GuiaPratico-Anafilaxia-Final.pdf>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- CARLOTTI, Ana Paula. Choque em crianças. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 45, n. 2, p. 197, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47596>>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- LA TORRE, Fabiola; *et al.* Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa, v. 2, 2013.
- MENDELSON, Jenny. Emergency Department Management of Pediatric Shock. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 36, n. 2, p. 427–440, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29622332/>>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- FITZGERALD, Julie C.; WEISS, Scott L.; KISSOON, Niranjan. 2016 Update for the Rogers' Textbook of Pediatric Intensive Care. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 17, n. 11, p. 1073–1079, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27749512/>>. Acesso em: 8 Dez. 2020.
- BALAMUTH, F *et al.* Choque. In: *Fleisher & Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 7th ed, p.55, Philadelphia. 2016.
- CHAMEDIE, S *et al.* post-resuscitation management. In: *Pediatric Advanced Life Support: Provider Manual*, p.171, American Heart Association. 2016
- STANDL, T. The Nomenclature, Definition and Distinction of Types of Shock. *Deutsches Ärzteblatt*, v. 115, n. 45, p. 757-768, 9 novembro. 2018. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/202264>. Acesso em: 10 Dez. 2020.
- DAVIS, A.L. *et al.* American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Critical Care Medicine*, v. 45, n. 6, p. 1061-1093, 2017.
- DELLINGER, R.P. *et al.* Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Medicine*, v. 39, n. 2, 165–228, 2013.
- TOPIJAN, A.A. *et al.* Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020.
- CREEDON, Jessica K. *et al.* Timing of antibiotic administration in pediatric sepsis. *Pediatric*

emergency care, v. 36, n. 10, p. 464-467, 2020. Disponível em: <https://journals.lww.com/pec-online/toc/9000/00000>. Acesso em: 9 dez. 2020.

DE SOUZA, Daniela Carla; MACHADO, Flávia Ribeiro. Epidemiology of pediatric septic shock. *Journal of pediatric intensive care*, v. 8, n. 01, p. 003-010, 2019. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1676634>. Acesso em: 9 dez. 2020

FUSTIÑANA, A. et al. Recommendations for the management of pediatric septic shock in the first hour (part one). *Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 117, n. 1, p. e14-e23, 2019. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n1a13e.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

GARCIA, P. C. R et al. Septic shock in pediatrics: the state-of-the-art. *Jornal de Pediatría*, v. 96, p. 87-98, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572020000700087&script=sci_arttext. Acesso em: 9 dez. 2020.

GILIO, A. E et al. Urgências e emergências em pediatria geral. *Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. 2015. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002695683>. Acesso em: 9 dez. 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION PALS. *Pediatric Advanced Life Support, Provider Manual*. 2006. Acesso em : 9 dez. 2020.

TOPIJAN, A.A. et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020, American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 142, n. 16, p. 469-523. 2020. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000901. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000901>. Acesso em: 9 dez. 2020.

STAPE, A. *Manual de Normas: Terapia Intensiva Pediátrica*. 2ª edição. São Paulo: SARVIER, 2011. Acesso em: 9 dez. 2020.

TEWELDE, S.Z et al. Cardiogenic Shock, *Cardiol Clin*, v. 36, n. 1, p. 53-61. Fevereiro 2018. DOI: 10.1016/j.ccl.2017.08.009. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.119.011991>. Acesso em: 9 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 