



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

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

DESIDRATAÇÃO

Ivy Letícia Brandião Costa¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/4326465387609674>

Juliana Cesconetto²;

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

<http://lattes.cnpq.br/9102011479132895>

Lorena Rodrigues Dias Martins Silva³;

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

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

Vitória Barreto Salomão⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/3542889619222261>

Alice Campos Veloso Rezende⁵.

Médica Graduada pelo Instituto Metropolitano do Ensino Superior. Residência em Pediatria Hospital Márcio Cunha, FSFX. Residência em Gastroenterologia Pediátrica Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, FHEMIG. Docente do Instituto Metropolitano do Ensino Superior Univaço IMES

<http://lattes.cnpq.br/6525282438417438>

DEFINIÇÃO DO QUADRO

A desidratação é caracterizada por um déficit de água corporal total (ACT), em que há perda da água e eletrólitos, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em lactentes e crianças maiores. A desidratação na infância geralmente está relacionada à diarreia, vômitos ou infecções. Quanto mais nova a criança mais sujeita ela está aos efeitos deletérios da desidratação por sua maior necessidade hídrica.

Classificar o grau de desidratação, em leve, moderada ou grave, é essencial para um tratamento eficaz. Para isso, estima-se a perda de peso, sendo que na desidratação leve ocorre uma perda de 3% a 5%, na moderada 5% a 10% e na grave mais de 10% do peso corporal. Além disso, devemos observar o estado de alerta da criança, se os olhos estão fundos, se há presença de lágrimas, se as mucosas estão úmidas e coradas, se a criança tem muita sede. Também se deve examinar o sinal da prega, o enchimento capilar e o pulso.

FISIOPATOLOGIA

Na desidratação tem-se uma perda de fluidos corporais, que ficam retidos no interior dos vasos, nos espaços intercelulares e extracelulares dos tecidos e células. Os fluidos corporais contêm substâncias dissolvidas e sua perda transitória pode alterar a redistribuição de água através das membranas. Desse modo, um gradiente osmótico é criado e parte da perda de água é compartilhada entre o espaço intra e extracelular, sendo um recurso limitado, que posteriormente leva o organismo às consequências da desidratação, que pode ser dividida em isotônica, hipertônica ou hipotônica.

A desidratação isotônica é caracterizada pela perda equivalente de água e eletrólitos em relação ao organismo. Na desidratação hipertônica, a perda de água é desproporcional à quantidade ínfima de eletrólitos, desencadeando a transferência de água do espaço intracelular para o extracelular. A desidratação hipotônica consiste na transferência do líquido extracelular para dentro da célula, devido a concentração elevada de eletrólitos em relação à água.

SINTOMAS

É de grande importância saber reconhecer os sintomas da desidratação, a fim de diagnosticar e intervir de forma correta de acordo com a classificação.

Podemos citar como sintomas da desidratação: irritabilidade, olhos fundos, lágrimas ausentes, saliva escassa, lábios secos, palidez, fontanela deprimida, diminuição do turgor da pele, sinal da prega que desaparece lentamente, enchimento capilar prejudicado (3 a 5 segundos), pulso rápido e fraco, hipotensão arterial, extremidades frias, urina muito concentrada e beber água rapidamente.

Vale ressaltar que a criança que se encontra em estado comatoso ou hipotônico, que bebe pouca água ou que não é capaz de beber, que tem pulso débil ou ausente, com sinal da prega que desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos) e tempo de enchimento capilar acima de 5 segundos, encontra-se em um estágio de desidratação grave.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado na combinação de inúmeras variáveis clínicas que compõem as escalas de desidratação. As três escalas mais populares são a escala de desidratação clínica (CDS), a escala da OMS e a escala de Gorelick. Na prática clínica a desidratação pode ser classificada em leve, moderada ou grave, a partir da porcentagem de perda de peso associado a intensidade dos sinais e sintomas.

A CDS é um sistema de pontuação, usada principalmente para crianças de 1 mês a 3 anos de idade. Uma pontuação de 0 representa nenhuma desidratação e uma pontuação de 5–8, desidratação moderada / grave. A Escala Gorelick, aplica a categorização binária de sintomas para classificar as crianças em grupos com nenhuma ou mínima desidratação ou desidratação moderada / grave, sendo a gravidade determinada pela quantidade de sinais físicos alterados. A escala da OMS classifica as crianças agrupando a gravidade dos sintomas e divide em pacientes que não possuem sinais de desidratação (<5%), desidratação moderada (5-10%) e grave (>10%).

Além disso, outro parâmetro utilizado pela OMS e também adotado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) avalia a criança como, sem desidratação e com desidratação, de acordo com a associação de sinais clínicos como a presença de lágrimas nos olhos do paciente, ingestão de água, estado de consciência, sinal da prega cutânea, além da avaliação do pulso e enchimento capilar. Outros achados como paciente em estado comatoso, olhos muito fundos e secos, lágrimas ausentes, incapaz de beber água, sinal da prega que desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos) e pulso fraco ou ausente, determinam o estado de desidratação grave.

Dessa forma, a mudança de peso antes e depois da doença é considerada o padrão ouro e pode ser associada aos achados do exame clínico, permitindo a avaliação da desidratação em crianças mais criteriosa, que pode levar à melhores processos e resultados de cuidados, bem como a uma utilização de recursos mais eficientes.

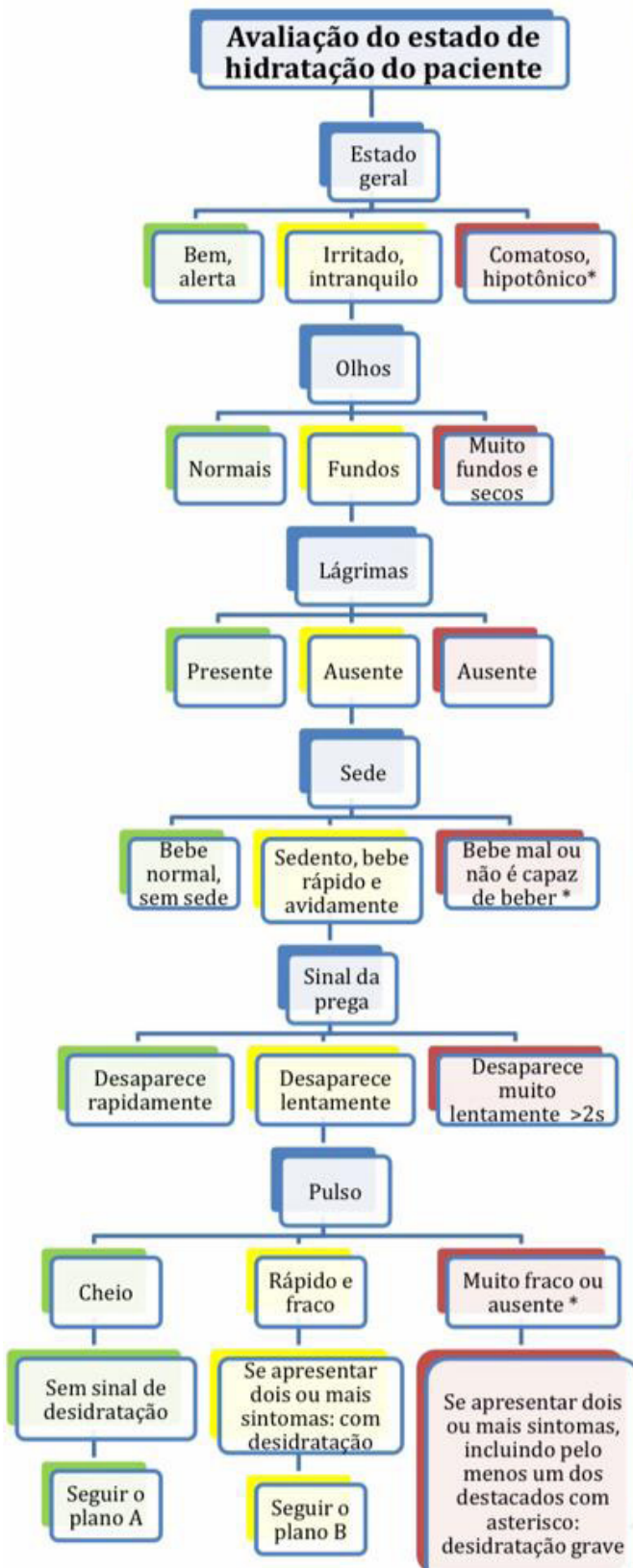
PRESCRIÇÃO / CONDUTA

Para melhor conduzir a abordagem do paciente é de suma importância saber identificar os sinais, sintomas e critérios da desidratação. Em condições que resultem em perdas hidroeletrólíticas significativas, devem ser oferecidos água e eletrólitos de modo adequado, com intuito de evitar consequências graves. A Terapia de Reidratação Oral (TRO) e a Terapia de Reidratação Venosa (TRV) são as mais utilizadas, possuindo grande eficácia e efetividade. O manejo da desidratação, de acordo com o Ministério da Saúde, é feito a partir dos planos A, B e C. O plano A é utilizado para prevenção, o plano B para casos leves e o C para casos graves da desidratação.

A desidratação leve em pacientes pediátricos deve ser tratada em uma Unidade de Saúde, seguindo o plano B. Inicialmente deve-se administrar sais de reidratação oral (SRO), de forma contínua, a criança deve receber de 50 a 100ml/kg administrado no período de 4 a 6 horas, é necessário reavaliar o paciente para confirmar a efetividade da terapêutica, em caso de persistência dos sintomas é indicado a sonda nasogástrica e em caso de evolução desfavorável do quadro muda-se a abordagem. É necessário salientar que o paciente deve permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

A TRV deve ser usada no caso de falha da TRO ou nos casos graves de desidratação, sendo realizada em ambiente hospitalar. O plano C é dividido em duas fases, na fase rápida, em menores de cinco anos, é administrado 20ml/kg de Soro Fisiológico a 0,9%, durante trinta minutos, essa quantidade deve ser repetida até que a criança apresente melhora no quadro clínico, exceto se tratando de recém-nascido e cardiopatas graves, nesse caso inicia-se 10ml/kg. Em crianças maiores de cinco anos, inicialmente deve ser aplicado o Soro Fisiológico a 0,9% 30ml/kg, durante trinta minutos e depois Ringer Lactato ou Solução Polieletrólítica 70ml/kg, no período de duas horas e trinta minutos. Na fase de manutenção e reposição inicia-se com Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 sendo o peso até 10kg administra-se 100ml/kg, peso de 10 a 20kg administra-se 1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg e peso acima de 20kg administra-se 1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg. Associado a isso Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1, iniciar 50ml/kg/dia e reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas da criança. Por fim, KCl a 10% sendo 2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.

FLUXOGRAMA



Plano A

- OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO
- MANTER O ALEITAMENTO MATERNO OU ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO
- SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE: Piora na diarreia • Piora de escusa de alimentos
- Vômitos repetidos • Sangue nas fezes
- Muita sede • Diminuição da diurese
- ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA: Reconhecer os sinais de desidratação. Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.

Plano B

- ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.
- DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"
- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C

• O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA

Plano C

CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS: A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada. Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	30 minutos

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE

FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
ADMINISTRAÇÃO 1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polieletrólita	70ml/kg	2 horas e 30 minutos.

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24H
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg: 1000ml/kg Peso de 10 a 20kg: 1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg Peso acima de 20kg: 1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

- Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.

- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J.A.B. de; OLIVEIRA, J.O.T. de; FAGUNDES NETO, U. Letalidade em crianças hospitalizadas com diarreia aguda - fatores de risco associados ao óbito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 121-127, Abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.
- BONASSO, Patrick C et al. Venous Physiology Predicts Dehydration in the Pediatric Population. *The Journal of surgical research*, v. 238, p. 232- 239, jun. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30776742/>. Acesso em: 08 dez. 2020.
- BRANDT, Kátia Galeão; ANTUNES, Margarida Maria de Castro; SILVA, Gisélia Alves Pontes da. Acutediarrhea: evidence-based management. *Jornal de Pediatria*, v. 91, n. 6, supl. 1, p. S36-S43, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, 2011.
- CHEUVRONT, Samuel N, KENEFICK, Robert W. Dehydration: physiology, assessment, and performance effects. *ComprehensivePhysiology*, v. 4, p. 257-85, jan. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24692140/>. Acesso em: 09 de dezembro de 2020.
- CIENTÍFICO, Conselho; DE SADOVSKY, Ana Daniela Izoton. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. *Sociedade Brasileira de Pediatria-Departamento Científico de Gastroenterologia*, n.1, 2017.
- FA, CAMPOS Jr. D. *Tratado de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ª Ed. Editora Manole, 2017.
- FALSZEWSKA, Anna et al. Diagnostic accuracy of three clinical dehydration scales: a systematic review. *Archives of disease in childhood*, v. 103, p. 383-388, abr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29089317/>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- FREEDMAN, Stephen B et al. Diagnosing clinically significant dehydration in children with acute gastroenteritis using noninvasive methods: a meta-analysis. *The Journalofpediatrics*, v. 166, p. 908-916, abr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25641247/>. Acesso em: 07 dez. 2020.
- GEURTS, D.; MOLL, H.; OOSTENBRINK, R. Do we need repeated weight measurements to assess dehydration in children with acute gastroenteritis at the emergency department?. *EuropeanJournalofPediatrics*, v. 177, p. 273–274, fev. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29116397/>. Acesso em: 08 dez. 2020.
- GRENOV, Benedikte et al. Diarrhea, Dehydration, and the Associated Mortality in Children with Complicated Severe Acute Malnutrition: A Prospective Cohort Study in Uganda. *The Journalofpediatrics*, v. 210, p. 26-33, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30992218/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

IRO, M. A.; SELL, T.; BROWN, N.; MAITLAND, K.. Rapid intravenous rehydration of children with acute gastroenteritis and dehydration: a systematic review and meta-analysis. **BmcPediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-9, fev. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29426307>. Acesso em: 09 de dezembro de 2020.

KAILEMIA, Mukokinya et al. Caregiver oral rehydration solution fluid monitoring charts versus standard care for the management of some dehydration among Kenyan children: a randomized controlled trial. *Internationalhealth*, v. 10, n. 6, p. 442- 450, nov. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29955820/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

KARTHA, Gayathri Bhuvaneshwaran et al. Randomized Double-blind Trial of Ringer Lactate Versus Normal Saline in Pediatric Acute Severe Diarrheal Dehydration. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, v. 65, n. 6, p. 621-626, dez. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28422812/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

KAUNA, Rhondi et al. Oral Rehydration in Children with Acute Diarrhoea and Moderate Dehydration- Effectiveness of an ORS Tolerance Test. *Journal of tropical pediatrics*, v. 65, n. 6, p. 583-391, dez. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31330028/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

LEVINE, Adam C et al. External validation of the DHAKA score and comparison with the current IMCI algorithm for the assessment of dehydration in children with diarrhoea: a prospective cohort study. *The Lancet Global Health*, v. 4, n.10, out. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27567350/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

MACKENZIE, David C et al. Carotid Flow Time Test Performance for the Detection of Dehydration in Children With Diarrhea. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, v. 37, n.6, p. 1397-1402, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29119578/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

NIESCIERENKO, Michelle, and Richard Bachur. Advances in pediatric dehydration therapy. *Current opinion in pediatrics*, v. 25, n. 3, p. 304-309, jun. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23615174/>. Acesso em: 09 dez. 2020.

POMORSKA, Dominika et al. Comparison of three dehydration scales showed that they were of limited or no value for assessing small children with acute diarrhoea. *Acta paediatrica*, v. 107, n. 7, p. 1283-1287, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29461647/> . Acesso em: 09 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 lonomia 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 lonomia 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.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 