



# 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**

## ANAFILAXIA

**Laura Maria Pouzas Torres<sup>1</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/5761718238289157>

**Laura Rodrigues Silva<sup>2</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/5590734800238945>

**Maria Clara Matos Moraes<sup>3</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/1359091525550316>

**Thiago Lima Carvalho<sup>4</sup>;**

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

<http://lattes.cnpq.br/4730847275126026>

**Alice Campos Veloso Rezende<sup>5</sup>.**

Professora de Medicina da UNIVAÇO.

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

**DEFINIÇÃO DO QUADRO E FISIOPATOLOGIA**

A anafilaxia representa o espectro mais grave das reações alérgicas. Os sinais e sintomas da doença surgem de forma súbita (minutos a algumas horas) após exposição ao alérgeno, acometendo mais de um sistema orgânico (sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal e cutâneo), podendo envolver mais de 40 manifestações clínicas, que variam de leves até graves e fatais.

A imunoglobulina E (IgE) está relacionada ao principal mecanismo responsável pela maior parte dos casos de anafilaxia. O mecanismo tem seu início com a diferenciação de células B em células produtoras de IgE por estímulo das células Th2 e de citocinas inflamatórias (como IL-4 e IL-13), no tecido linfóide periférico. Uma vez produzida, a IgE se difunde pelos tecidos, por via hematogênica e se acopla aos receptores de IgE nos mastócitos e basófilos, iniciando a sinalização intracelular, que resulta na desgranulação do mastócito, o qual libera histamina, triptase e fator de necrose tumoral, que agem nos tecidos causando os sintomas alérgenos ou recrutando outras células, como os eosinófilos, para ampliar a resposta inflamatória.

Outros mecanismos de anafilaxia já foram descritos, como as reações mediadas por IgG (que ainda não foram identificadas em humanos), as reações mediadas por complemento e a anafilaxia não imunológica (quando os alérgenos causam desgranulação súbita dos mastócitos e basófilos).

## SINTOMAS

Os sintomas são observados em diversos sistemas orgânicos, incluindo manifestações cutâneas: angioedema, urticária, eritema e prurido. Gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, náusea e diarreia. Respiratórias: tosse, dispneia, rinite, rouquidão, edema de glote, broncoespasmo e falência respiratória. Cardiovasculares: hipotensão, redução do estado de alerta, perda da consciência, cianose, taquicardia, tontura, sudorese e parada cardiorrespiratória.

A anafilaxia ocorre de forma súbita, sendo os sinais e sintomas geralmente de início abrupto, minutos a horas após a exposição e envolvem 2 ou mais sistemas orgânicos, sendo os mais comuns o cutâneo concomitante ao respiratório.

## DIAGNÓSTICO

A clínica é de grande importância no diagnóstico da anafilaxia, a anamnese bem detalhada é essencial. É necessário interrogar sobre o horário de início dos sintomas, local de ocorrência, possível fator desencadeante (ingestão de alimentos, uso de medicamentos, picada de himenópteros, exposição ao látex ou atividade física), forma de contato, episódios semelhantes ocorridos anteriormente e tratamentos realizados.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) preconiza para diagnóstico os critérios da WorldAllergyOrganization (WAO), pois estão relacionados à alta probabilidade diagnóstica em pacientes adultos e pediátricos (sensibilidade de 95%).

A orientação da WAO sugere fortemente o diagnóstico de anafilaxia quando um dos 2 critérios são observados:

1. Sintomas agudos com envolvimento da pele (urticária generalizada, prurido ou rubor, lábios e olhos edemaciados) concomitante com acometimento do sistema respiratório, gastrointestinal, redução da pressão arterial e/ou sinais de disfunção de órgão alvo.
2. Quadro agudo de broncoespasmo e/ou acometimento laríngeo e/ou hipotensão após contato com gatilho anafilático conhecido ou fortemente indicativo para o paciente.

A dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica específica, muitas das vezes proverá resultado negativo durante o quadro emergencial. Todavia, esse exame é de grande importância para confirmar a etiologia do gatilho de acordo com a história clínica, e deverá ser feito posteriormente para definir estratégias, juntamente ao paciente, para afastar os riscos.

Os exames laboratoriais não são encontrados à disposição em todos os centros, não são específicos e seus níveis normais não excluem a doença. Pode ser realizada a dosagem de triptase, histamina e fator de ativação de plaquetas.

Os diagnósticos diferenciais de anafilaxia são: síncope vasovagal com ausência de acometimento cutâneo, mastocitose sistêmica, angioedema hereditário, feocromocitoma, síndrome carcinoide, disfunção de cordas vocais e escromboidismo, urticaria aguda por infecção viral ou por droga, laringotraqueomalácia, aspiração de corpo estranho, bronquiolite, asma, choque cardiogênico e séptico.

## CONDUTA

O manejo inicial da anafilaxia inicia-se com uma rápida avaliação do paciente, que inclui a verificação das vias aéreas, a respiração, a circulação, a responsividade, os aspectos da pele e o peso. Posteriormente, realiza-se a administração imediata de epinefrina (Prescrição 1). Ressalta-se que, na anafilaxia, não há contraindicação absoluta para o uso desse medicamento.

### Prescrição 1: Epinefrina

Administrar imediatamente epinefrina IM (Intramuscular) na região ântero-lateral da coxa na dose de 0,01mg/ kg até o máximo de 0,3 mg.

**Se ausência ou inadequação da resposta:** repetir em 5 a 15 minutos.

**Observação:** os pacientes costumam responder em até 3 aplicações e a maioria das crianças em 1 a 2 aplicações

O cuidado na administração da epinefrina é imprescindível, tendo em vista que:

- A falha da administração pode ocasionar uma encefalopatia hipóxica / isquêmica ou o óbito.
- A injeção intramuscular de epinefrina pode associar-se a efeitos farmacológicos transitórios leves como palidez, tremor ou taquicardia.
- Em caso de superdosagem, efeitos adversos graves, como arritmias ventriculares e edema pulmonar podem ocorrer, principalmente quando administrada por via intravenosa (IV).

Em seguida, deve-se preparar o paciente adequadamente no que diz respeito à:

- **Posição** – decúbito dorsal associado à elevação dos membros inferiores (se possível);
- **Oxigênio** – introduzir cateter nasal ou máscara facial com objetivo de manter saturação adequada de O<sub>2</sub> > 94%.
- **Bolus rápido de solução salina** (Prescrição 2)

### Prescrição 2 – Solução salina em bolus

Infusão rápida de 10 a 20 ml/kg.

Reavaliar e repetir o bolus de fluidos, se necessário.

Observação: há a possibilidade de grandes deslocamentos de fluidos com consequente perda grave de volume intravascular.

Monitoramento da diurese concomitante.

- **Tratamentos adjuvantes**

Devem ser realizados concomitantes à epinefrina caso os pacientes apresentem broncoespasmo, prurido, urticária ou para prevenção de reações bifásicas e prolongadas da anafilaxia (Prescrição 3).

**Prescrição 3 – Fármacos auxiliares**

**Beta-2 Agonistas (Salbutamol– indivíduos com broncoespasmo)**

Adolescentes: administrar 4-10 jatos, a cada 20 min,  
Crianças: administrar 1 jato a cada 2 kg (máximo 10 jatos) a cada 20 min (3 vezes).

**Anti-Histamínicos (Prometazina, Difenidramina, Ranitidina)**

Adolescentes: administrar 12,5 – 50 mg EV até 10 min  
Crianças: administrar 1mg/kg EV até no máximo 50 mg.

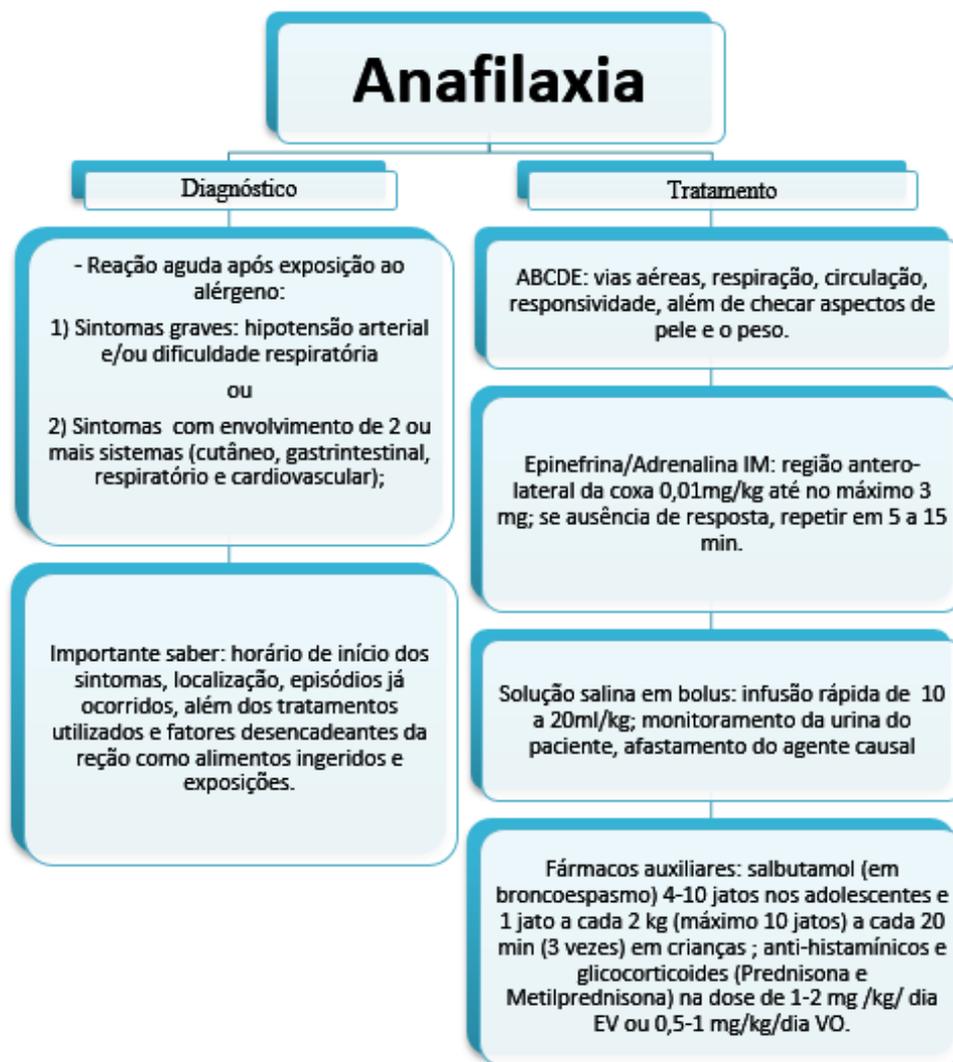
**Glicorticoides (Metilprednisona, Prednisona)**

Administrar 1-2 mg /kg/ dia EV ou 0,5-1 mg/kg/dia VO.

Posteriormente, deve ser feito o monitoramento do paciente por um tempo mínimo de 2 horas e, preferencialmente 8 horas, sendo esse realizado através de:

- Estado hemodinâmico;
- Oximetria de pulso;
- Monitoramento da produção de urina.

É importante salientar que, se houver indícios de parada cardiorrespiratória ou hipotensão profunda que não respondeu à expansão de volume ou às múltiplas injeções de epinefrina IM, deve-se administrar a epinefrina IV nas diluições de 1: 10.000 ou 1:100.000.



**REFERÊNCIAS**

1. ANAGNOSTOU, K. Anaphylaxis in children: epidemiology, riskfactorsand management. *CurrPediatrRev*, Sharjah (Emirados Árabes Unidos), v. 14, n. 3, p. 180-186, 2018. Disponível em: DOI: 10.2174/1573396314666180507115115. Acesso em 23 nov 2020.
2. BASTOS, P. G. A.; CAMELO-NUNES, I. C.; COCCO, R. R.; SOLÉ, D.; ENSINA, L. F. C. Anafilaxia: dados de um registro de pacientes atendidos em um serviço especializado. *Arq Asma, AlergImunol*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 168-176, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/2526-5393.20190029. Acesso em 23 nov 2020.
3. CAMPBELL, R. L.; KELSO, J. M. Anafilaxia: tratamento de emergência. In: POST, T. W. (ed.) *UpToDate*. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
4. CARDONA, V.; ANSOTEGUI, I. J.; EBISAWA, M.; EL-GAMAL, Y.; RIVAS, M. F. et al. World allergyorganizationanaphylaxisguidance 2020. *World AllergyOrgan J*, Atlanta (Estados Unidos), v. 13, n. 10, p. 100472, 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.waojou.2020.100472. Acesso em 23 nov 2020.

5. KELSO, J. M. Anaphylaxis: confirming the diagnostics and determining the cause(s). In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
6. KEMP, S. F. Pathophysiology of anaphylaxis. In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
7. LOVERDE, D.; IWEALA, O. I.; EGINLI, A.; KRISHNASWAMY, G. Anaphylaxis. *Chest*, Nova York (Estados Unidos), v. 153, n. 2, p. 528-543, 2017. Disponível em: DOI: 10.1016/j.chest.2017.07.033. Acesso em 23 nov 2020.
8. MARQUES, M. L.; GOUVEIA, J.; CUNHA, I. M.; GOMES, E. R. Anafilaxia em idade pediátrica: uma visão global. *Nasc Cresc*, Porto (Portugal), v. 29, n. 2, p. 92-100, 2020. Disponível em: DOI: 10.25753/BirthGrowthMJ.v29.i2.17896. Acesso em 23 nov 2020.
9. REBER, L. L.; HERNANDEZ, J. D.; GALLI, S. J. The pathophysiology of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*, Saint Louis (Estados Unidos), v. 140, n. 2, p. 335-348, 2017. Disponível em: DOI: 10.1016/j.jaci.2017.06.003. Acesso em 23 nov 2020.
10. SICHERER, S. H. Anafilaxia em lactentes. In: POST, T. W. (ed.) UpToDate. Waltham (Estados Unidos). Acesso em 23 nov 2020.
11. SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. *Anafilaxia – Guia Prático de Atualização*. Porto Alegre: SBP, 2016.
12. ZÚÑIGA, V. A.; SANCHO, G. P. Manejo de anafilaxia na pediatria. *Rev Med Sinergia*, San José (Costa Rica), v. 5, n. 7, p. e536, 2020. Disponível em: DOI: 10.31434/rms.v5i7.536. Acesso em 23 nov 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](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** 