



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



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

AFOGAMENTO

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/8232248888692044>

Camila Leal Brandão²;

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

<http://lattes.cnpq.br/9762854339908102>

Eduarda Santos Benevides³;

Acadêmica do Centro Universitário Presidente Tranquedo de Almeida Neves – UNIPTAN.

<http://lattes.cnpq.br/9886358920087553>

Noelly Mayra Silva de Carvalho⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/9994191614560271>

Lúcia de Fátima Pais de Amorim⁵.

Médica graduada pela UFMG, especialista em Pediatria pelo MEC e SBP, mestre em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG.

<http://lattes.cnpq.br/2858735628332723>

DEFINIÇÃO

O afogamento é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer condição em que um indivíduo em submersão ou imersão em um líquido sofra o processo de insuficiência respiratória. A OMS estima que quase 400 mil mortes no ano ocorram devido a afogamento, o que representa, aproximadamente, 0,7% das mortes no mundo, dados ainda subestimados, uma vez que não incluem situações como acidentes de navegação, enchentes e tsunamis, além da subnotificação. O afogamento é considerado em muitos países uma das três principais causas de morte acidental entre 1 a 4 anos e 15 a 19 anos e 80% são considerados evitáveis.

FISIOPATOLOGIA

Dois processos ocorrem nesse contexto: diminuição gradativa da saturação de oxigênio arterial e diminuição do débito cardíaco. Ocorre uma taquicardia e hipertensão, seguida de bradicardia com hipotensão e dissociação eletromecânica e parada cardiorrespiratória (PCR).

O processo de afogamento ocorre quando a vítima apresenta a via aérea acometida por qualquer líquido e, dentro de poucos minutos, já não consegue eliminar a água voluntariamente. Dessa maneira, ocorre uma aspiração do conteúdo líquido estimulando a resposta reflexa da tosse e, caso essa situação não seja interrompida, em poucos segundos ou minutos o indivíduo entra em um

estado de hipóxia, com consequente perda de consciência e apneia. Caso a vítima não seja resgatada precocemente, os sintomas de taquicardia evoluem para bradicardia, atividade elétrica sem pulso e assistolia ou fibrilação ventricular.

Cabe ressaltar que a temperatura em que a vítima se encontra irá influenciar no prognóstico do afogamento, uma vez que em casos de hipotermia extrema há uma redução no consumo cerebral de oxigênio, com consequente retardo no início das lesões hipóxicas e das sequelas. Assim, a hipóxia secundária ao afogamento é uma das principais causas de PCR.

SINTOMAS

O quadro clínico é definido a partir da quantidade de água aspirada e seus posteriores efeitos. Tanto o afogamento em água salgada quanto em água doce, provocam rompimento na membrana alveolar pelo desequilíbrio osmótico, aumentando a permeabilidade e consequente disfunção. Esse quadro resulta em edema pulmonar, com diminuição e alteração bioquímica do surfactante, e da troca de oxigênio, podendo apresentar áreas de atelectasia e broncoespasmo severo refratário à terapêutica convencional.

Geralmente, lesões cervicais ocorrem quando há trauma de alto impacto, sobretudo mergulhos em águas rasas ou de profundidade desconhecida.

Sintomas e sinais incluem tosse, taquipneia, disfunção do padrão respiratório, broncoespasmo, disfunção da função miocárdica, vasoespasmo, vômitos e comprometimento do estado de consciência.

Dessa maneira, é importante reconhecer precocemente os sinais e sintomas de afogamento apresentados pela vítima. O quadro pode se iniciar com um período de pânico intenso, em que o indivíduo assume uma postura de luta para respirar, manter um padrão respiratório normal, com esforço (*gasping*) respiratório, taquipneia e intensa dispneia. Não sendo resgatado da situação de risco evolui, progressivamente, para um processo de exaustão com apneia, hipoxemia severa, hipercapnia, inconsciência com consequentes lesões hipóxicas em todos os sistemas orgânicos. A hipoxemia é, portanto, preditor de morbidade e mortalidade se relacionando às lesões no sistema nervoso central e demais órgãos até o óbito.

DIAGNÓSTICO

O afogamento pode ser classificado de três formas:

- Quanto ao tipo de água, sendo doce, salgada, salobra ou outros líquidos. Temperatura do líquido.
- Quanto à causa, sendo ela primária quando não houver indícios de agente causal ou secundária quando existe uma causa que impediu que a vítima permanecesse na superfície da água.
- Quanto a gravidade do quadro, que permite e facilita a definição de conduta.

De acordo com a bibliografia consultada não se observa diferença clínica importante entre afogamentos em água salgada ou doce. As alterações eletrolíticas identificadas em animais estão presentes em vítimas com aspiração de grande volume de água e que seria incompatível com a sobrevivência.

Imersão abrupta, ressaltando-se a imersão da face, em águas em temperatura de congelamento, podem provocar o chamado “reflexo de diving” em que o organismo provoca um desvio de todo o fluxo sanguíneo periférico para coração e pulmões, além de manter uma frequência cardíaca extremamente baixa. Com isso há relatos de resgatados após esse tipo de ocorrência que se recuperaram após um tempo maior de submersão.

Vítimas de afogamento que sejam assintomáticas ou apresentem sintomas leves, como tosse, e que não manifestem alterações na ausculta pulmonar, comumente não apresentam evolução fatal e podem apenas ser observados clinicamente durante 4 a 6 horas. A mortalidade nesse grupo de pacientes aumenta a medida que ocorrem alterações na ausculta pulmonar, hipotensão (de acordo com a média de cada faixa etária) e rebaixamento do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), representando fatores determinantes na avaliação inicial e que devem ser considerados para o encaminhamento imediato ao serviço de urgência.

CONDUTA:

A principal complicação fisiológica em vítimas de afogamento é a hipóxia cerebral, sendo o principal objetivo a reversão desse quadro por meio do salvamento, incluindo restauração da ventilação, circulação e trocas gasosas. Diante de uma vítima de afogamento, a primeira providência é retirá-la da água, com atenção a proteção cervical, sempre atento a proteção das vias aéreas diante do risco de aspiração de conteúdo subsequente à vômitos. Indivíduos sem treinamento formal de resgate em água devem ser mais cautelosos no momento do resgate, por exemplo, jogando uma corda ou uma boia para puxar a vítima. Pessoas que tenham treinamento formal para esse tipo de resgate devem operar de acordo com o nível de treinamento e segurança de acordo com a cena, avaliando a necessidade de equipamentos de proteção no momento do resgate, como forma de garantir a segurança individual. É importante, mesmo ainda na água, tentar manter via aérea livre e um mínimo de ventilação. Lembre-se a hipoxemia é o gatilho inicial para todas as demais lesões.

Em seguida, avalia-se a respiração e pulso da criança. Se a vítima estiver com pulso e respiração preservados, adotaremos a posição de decúbito lateral de forma a proteger as vias aéreas, com atenção a proteção cervical. Caso a vítima tenha ausência de pulsos palpáveis e rebaixamento do nível de consciência, iniciaremos a reanimação cardiopulmonar (RCR), dando ênfase à respiração de resgate, já que a mesma é considerada a medida mais importante em vítimas de afogamento. Deve ser oferecido oxigênio a todas as vítimas com dificuldade respiratória, seja boca-a-boca, bolsa-válvula-máscara ou intubação orotraqueal, no caso de habilidade para realizá-la e material disponível. Uma opção importante é o uso de máscara laríngea. Durante a ressuscitação deve-se fazer movimento da mandíbula para frente e evitar hiperextensão da coluna cervical, mantendo, rigorosamente, todos os protocolos de reanimação.

Caso o resgatado da água se apresente assintomático, sem qualquer desconforto respiratório, consciente, com ritmo e frequência cardíaca normais e saturação de oxigênio acima de 96% ao ar ambiente poderá ser orientado e liberado ao domicílio. É relevante salientar que mesmo que pareça bem, todos os pacientes com qualquer mínimo sintoma devem ser levados ao hospital com monitoramento de frequência e ritmo cardíaco, saturação de oxigênio, pressão arterial, frequência

e padrão respiratório. Se os sintomas não estiverem presentes ou desaparecerem, a saturação de oxigênio estiver normal e a vítima estiver bem 6 a 8h após o acidente, poderá ter alta do hospital. Caso contrário, de acordo com a intensidade e gravidade das alterações clínica, laboratoriais e radiológicas, a vítima será mantida em ambiente hospitalar, podendo requerer cuidados intensivos.

Além disso, a manobra de Heimlich e compressões abdominais não apresentam benefícios em casos de afogamento, a não ser que, juntamente com o quadro de submersão, nos deparamos com uma obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

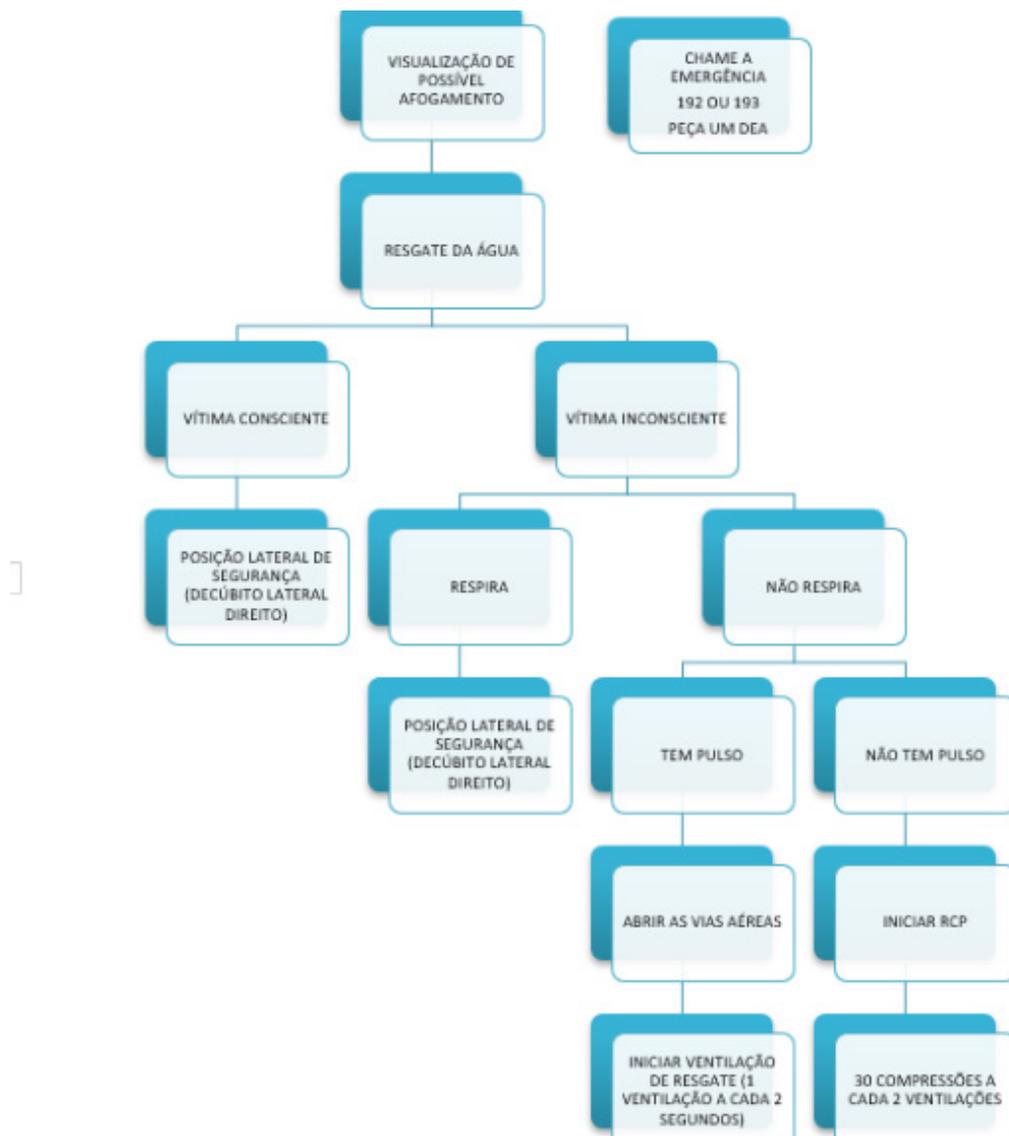
No hospital, deve haver continuidade na garantia de suporte respiratório individualizado, variando desde oxigênio suplementar por cateter nasal ou máscara facial até métodos invasivos. A intubação traqueal é indicada considerando o estado de consciência ($ECG < 8$) e o padrão respiratório e gasométrico, com hipoxemia refratária e hipercapnia severa. Pode ser utilizada a ventilação não invasiva na dependência do estado de consciência e aceitação da vítima ao método. Especial atenção deve ser dada a possibilidade de vômitos, lembrando que a vítima pode ter ingerido grande volume do líquido da submersão. Os parâmetros ventilatórios seguirão os protocolos necessários para manter a melhor oxigenação com menores níveis de pressão positiva inspiratória (PPI), da fração inspirada de oxigênio (FiO_2), otimizando o valor da pressão positiva expiratória (PEEP). O uso de surfactante exógeno ainda é controverso.

Esteroides não estão indicados podendo se associar a um pior prognóstico. Antibióticos não são indicados de rotina. Devem ser considerados em casos de submersão em ambientes altamente contaminados, considerando a flora bacteriana possível. No caso de broncoespasmo, broncodilatadores por inalador dosimetrado ou nebulizador podem ser usados, lembrando a menor resposta nesses pacientes.

À admissão na emergência o paciente deve ter monitorizadas suas funções vitais, inclusive temperatura corporal, devem ser solicitados radiografia de tórax, hemograma completo, gasometria arterial, ionograma completo, glicemia capilar e sérica, função renal. Gasometria arterial deve ser repetida de acordo com a evolução clínica. Ionograma deverá ser repetido a cada seis horas nas primeiras 24 horas e sempre que necessário para ajustes.

Importante salientar que o melhor tratamento é a PREVENÇÃO. O uso de telas protetoras cercando piscinas, presença de salva vidas, orientações aos pais e responsáveis quanto a importância de se manter vigilância a cada criança, educação de crianças e jovens quanto aos riscos de esportes aquáticos, incluindo mergulhos em cachoeiras reduz significativamente a incidência de afogamento. O treinamento de cuidados básicos de vida para adultos, adolescentes e crianças com nível de entendimento auxilia no socorro imediato até a chegada dos profissionais treinados.

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

SZPILMAN, D. Sociedade Brasileira de Salvamento. Aquático – SOBRASA. Diretriz de Ressuscitação 2017. AFOGAMENTO. 2017. Disponível em: <https://www.sz-pilman.com/new_szpilman/szpilman/ARTIGOS/afogamento_szpilman_diretriz_17.pdf> .

SCHMIDT, Andrew C. et al. Wilderness Medical Society clinical practice guidelines for the treatment and prevention of drowning: 2019 update. Wilderness & environmental medicine, v. 30, n. 4, p. S70-S86, 2019.

& WOLFMAN, L. S. B. A. Diretrizes de Ressuscitação. Journal of Chemical Information and Modeling, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2013.

BIERENS, J. J. L. M. Review Article. p. 2102–2110, 2014.

BIERENS, J. J. L. M.; KNAPE, J. T. A.; GELISSEN, H. P. M. M. Drowning. Current Opinion in Critical Care, v. 8, n. 6, p. 578–586, 2002.

- COHEN, N. et al. Predictors for hospital admission of asymptomatic to moderately symptomatic children after drowning. *European Journal of Pediatrics*, v. 178, n. 9, p. 1379–1384, 2019.
- DENISE DOWD, M. Dry drowning: Myths and misconceptions. *Pediatric Annals*, v. 46, n. 10, p. e354–e357, 2017.
- LAYON, A. J.; MODELL, J. H. Drowning: Update 2009. *Anesthesiology*, v. 110, n. 6, p. 1390–1401, 2009.
- MARKARIAN, T. et al. Drowning Classification: A Reappraisal of Clinical Presentation and Prognosis for Severe Cases. *Chest*, v. 158, n. 2, p. 596–602, 2020.
- PFEIFFER, L. Y. et al. Nota E special Crianças pequenas não podem ficar sem supervisão de um adulto , principalmente em piscinas e outros ambientes aquáticos. p. 1–3, 2020.
- SZPILMAN, D. et al. “Dry drowning” and other myths. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 85, n. 7, p. 529–535, 2018a.
- SZPILMAN, D. et al. Is drowning a mere matter of resuscitation? *Resuscitation*, v. 129, p. 103–106, 2018b.
- TOPJIAN, A. A. et al. Brain resuscitation in the drowning victim. *Neurocritical Care*, v. 17, n. 3, p. 441–467, 2012.
- TOPJIAN, A. A. et al. Nihms-474150.Pdf. v. 17, n. 3, p. 441–467, 2013.
- Dipak,C., Gerald,L.W. Afogamento (lesões por submersão). In J.Grayzel(Ed.),*UpToDate*. Acessado em 10, dezembro, 2020, por https://www.uptodate.com/contents/drowning-submersion-injuries?search=sinais%20de%20afogamento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13

Índice Remissivo

A

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

B

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

C

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

D

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

E

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

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

F

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

G

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

H

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

I

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

L

Lactato arterial 48
Lagartas de Ionomia 100
Lesão cerebral pediátrica 112

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

M

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

N

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

O

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

P

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

Q

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

R

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

Rompimento na membrana alveolar 128

S

Saturação venosa central de oxigênio 48

Saúde pública 98, 111

Sedativos 102, 133, 139, 141

Segmento cranioencefálico 111

Serotonina 89, 90, 91

Serpentes 96, 97

Sibilos 13, 29

Sinais de hemorragia 13

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

Síndrome da morte súbita do lactente (smls) 21

Sintomas alérgenos 76

Sintomas anormais súbitos e transitórios 55

Sintomas clínicos 12

Sintomas de taquicardia 128

Sistema de informação de notificação de agravos (sinan) 98

Soro antibotrópico (sab) 97

Soroterapia antiescorpiônica 99

Soroterapia específica 98, 99

Substâncias contrarregulatórias 68

Suporte avançado de vida 18

T

Tempo de coagulação (tc) 97

Tosse de duração e intensidade variáveis 29

Toxicidade dos agentes 83

Trauma de origem térmica 117

Traumatismo cranioencefálico (tce) 111

Traumatismo cranioencefálico (tce) na infância 111

Traumatismo raquimedular 111

Triângulo de avaliação pediátrica (tap) 12

U

Unidade de terapia intensiva (uti) 113

Unidades de terapia intensiva (uti) 68

V

Veneno inoculado 96

Via endovenosa 49, 97, 134

Vítimas de tce grave 113



editoraomnisscientia@gmail.com 

<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 