

## **CAPÍTULO 18**

### **EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS**

#### **1. Introdução**

Na maior parte do mundo, o trauma ocupa a primeira causa de morte na infância; daí sua grande importância.

Consideramos criança traumatizada aquela na faixa etária compreendida entre 0 e 13 anos completos. Várias características psicofisiológicas a diferenciam da população adulta.

Ter em mente que "criança não é um adulto pequeno", não devendo ser tratada como tal.

Psicologicamente, as crianças em geral temem pessoas estranhas e situações novas e desconhecidas. No atendimento à criança consciente que sofreu algum tipo de trauma, o profissional deve ser gentil, paciente e carinhoso, procurando transmitir-lhe confiança e tranquilidade.

Dessa forma, o socorrista pode estabelecer vínculo com a criança, que se torna colaborativa, diminuindo a tensão e favorecendo o atendimento.

Imobilizações, curativos e tratamentos a serem ministrados, quando possível, devem ser explicados previamente e feitos com o máximo cuidado, utilizando materiais de tamanho adequado.

Pais ou conhecidos da criança devem permanecer junto, exceto quando, por desconforto emocional, atrapalhem a condução do atendimento.

#### **2. Diferenças entre Criança e Adulto**

- **Temperatura corporal:** a criança tem, proporcionalmente ao adulto, maior área de superfície corporal; logo, maior probabilidade de troca de calor. Em função disso, revela maior tendência à hipotermia, situação que lhe poderá agravar o estado geral.

- **Maior risco de lesões sistêmicas:** por causa da menor massa corporal, a energia aplicada pelo trauma é parcialmente absorvida mais intensamente pelo corpo, resultando em lesões de múltiplos órgãos com mais frequência.

- **Vias aéreas:** no atendimento à criança traumatizada, as prioridades são as mesmas do atendimento à vítima adulta. Portanto, manter em mente a

seqüência ASC. Para a abertura e manutenção de vias aéreas, a posição ideal é a extensão moderada do pescoço, mantendo a coluna cervical alinhada, com uso de coxim posterior na região interescapular (2 a 3 cm), deixando-a em "posição de cheirar". A hiperextensão ocasionará compressão das vias aéreas, que são mais flexíveis na criança. Quanto menor a criança, menor deve ser a extensão. Na utilização de cânula orofaríngea, introduzi-la já na posição correta, sem fazer a rotação. Pode utilizar uma espátula como auxílio. É importante que a cânula seja de tamanho adequado e usada apenas em crianças inconscientes. Para definir o tamanho, medir a distância da comissura labial ao lóbulo da orelha.

● **Ventilação:** a região axilar é ótima área de ausculta para verificar a ventilação pulmonar na criança. Lembrar que a frequência respiratória nela é maior que no adulto.

Tabela 18.1 Frequência respiratória	
Recém-nato	40 movimentos respiratórios por minuto
Pré-escolar	30 movimentos respiratórios por minuto
Adolescente	20 movimentos respiratórios por minuto

- Ofertar oxigênio suplementar sob máscara - 10 a 12 litros/minuto
  - Usar ressuscitador infantil para prevenir barotrauma (os pulmões são pequenos, sensíveis e sujeitos a lesões se insuflados demais). A quantidade de ar a ser insuflada é a suficiente para demonstrar expansibilidade pulmonar bilateral.
- **Circulação:** como a criança tem maior reserva fisiológica, poderá manifestar sinais de choque mais tardiamente. Esteja atento a eles:
- Pulso fraco e enchimento capilar lento
  - Taquicardia
  - Palidez, cianose
  - Hipotermia
  - Hipoatividade
  - Gemidos
  - Dificuldade respiratória.

A quantidade aproximada total de sangue na criança é 80 ml/kg; portanto, uma perda de 160 ml em criança de 10 kg representa perda de 20% da volemia.

Medir PA com manguito adequado, para evitar resultados alterados.

- **Esqueleto:** em fase de crescimento, seu esqueleto não está totalmente calcificado, tendo, portanto, maior elasticidade que o do adulto. São comuns as lesões de órgãos internos sem fraturas associadas. Fraturas de costelas raramente acontecem na criança traumatizada, porém a contusão pulmonar é freqüente.

### 3. Traumas específicos

#### 3.1. Traumatismo Crânioencefálico (TCE)

Traumatismo cranioencefálico é freqüente em criança, dado que sua cabeça pesa mais que o restante do corpo, sendo projetada como a "ponta de uma lança" em situações diversas.

Cuidar com hemorragia de vasos do couro cabeludo em crianças pequenas, que pode levar à perda sangüínea importante e ao choque.

Crianças menores de 3 anos são mais sensíveis a TCE, apresentando, em função disso, pior prognóstico.

Após TCE, manifestações de vômito na criança não indicam, necessariamente, hipertensão intracraniana .

Convulsão pós-TCE também não sinaliza gravidade (exceto se for de repetição).

Nas crianças abaixo de 4 anos de idade, a escala de Glasgow dos adultos deverá ser substituída.

Tabela 18.2 Escala de Glasgow Modificada	
Resposta Verbal	Escala
Responde com palavras apropriadas; apresenta sorriso facial; fixa e segue objetos	5 pontos
Chora, mas controla-se	4 pontos
Apresenta-se irritada; chora sem consolo	3 pontos
Apresenta-se agitada ou inquieta	2 pontos
Não apresenta resposta	1 ponto

Tratamento correto: ABCD.

### **3.2. Trauma Torácico**

Sendo a parede torácica bastante flexível, as fraturas de costelas são raras, mas quando presentes indicam trauma violento.

Lesões internas (pulmões, coração, grandes vasos) são freqüentes, mesmo na ausência de fraturas.

Fazer a abordagem de forma semelhante à do adulto, munido de materiais em tamanho adequado. '

### **3.3. Trauma Abdominal**

As lesões contusas são mais comuns.

Pai par delicadamente o abdômen, acalmando a criança para conseguir boa avaliação.

Pod e haver distensão abdominal (gástrica), com comprometimento da dinâmica respiratória. Nesse caso, o médico deverá realizar sondagem nasogástrica.

### **3.4. Choque**

Manifesta-se mais tardiamente na criança, pois sua reserva fisiológica é maior que a do adulto.

Má perfusão periférica, enchimento capilar maior que 25 e taquicardia são sinais que devem ser detectados precocemente. Na evolução, desenvolve palidez, hipotermia e cianose.

A hipotensão arterial só se manifesta após perda de pelo menos 30% do volume de sangue.

Consideramos hipotensão quando:

- PA do Recém-nato ou pré- escolar está abaixo de 70 mmhg;
- PA da criança em idade escolar ou adolescente está abaixo de 80 mmhg;

No atendimento de criança em choque, os cuidados são os mesmos do adulto, com atenção especial para evitar hipotermia.

Em resumo, o atendimento da criança traumatizada é feito pela seqüência ABC, com adaptação de técnica e equipamentos.

Lembre-se:

- Manifestações do choque são tardias e, se não tratadas precocemente, letais.
- Lesões internas (órgãos ou vasos) ocorrem sem sinais externos evidentes.