



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES
FUNDAÇÃO DR. GERALDO DA SILVA VENANCIO
HOSPITAL GERAL DE GUARUS



PROTOCOLO ***de*** ***SINAIS e SINTOMAS*** ***em*** ***PEDIATRIA***

Esse Protocolo tem a finalidade de auxiliar a
CONSULTA de ENFERMAGEM da EMERGÊNCIA – HGG

RESPONSÁVEL pela compilação do TEXTO :

Dr. Roberto Dias Duarte Jr.
Coordenador de Clientes Internos – HGG

Reprodução e uso proibido fora do HGG sem o consentimento do responsável acima

PROTOCOLO DE SINAIS E SINTOMAS EM PEDIATRIA

VERMELHO : encaminhar imediatamente à consulta

- Inconsciente; alteração do nível de consciência; agressividade; agitação excessiva ; coma
- Taquipnéia c/ dispnéia intensa c/s cianose
- Taquicardia + Arritmia
- Taquicardia + taquipnéia não hipercinéticas mantidas
- Palidez e/ou cianose
- Dor abdominal aguda
- Crise convulsiva
- Desidratação grave
- Hemorragia
- Hipertensão e/ou Hipotensão Arterial
- Reação Alérgica (*edema; rush; dispnéia; estridor laríngeo*)
- Intoxicação exógena
- Déficit motor agudo (< 24 hs)
- Cefaléia intensa aguda sem hipertensão e / ou Cefaléia associada a vômitos
- Crise de Dor Falcêmica resistente
- Dor ocular intensa com náuseas e vômitos
- Semi-oclusão intestinal c/s peritonite
- Dor óssea + febre + queda do estado geral
- SEPSE
- DENGUE hemorrágica
- Cetoacidose diabética
- Insuficiência Renal ; Insuficiência Cardíaca

A M A R E L O : pode aguardar até 30 minutos

- Alteração do comportamento sem agressividade ou agitação
- Taquicardia sem taquipnéia
- Taquipnéia sem dispnéia
- Desidratação moderada
- Dor abdominal + cólica
- Dor abdominal c/s vômitos
- Hemorragia Digestiva baixa sem Hipotensão
- Impetigo ; abscessos ; celulite sem comprometimento do estado geral
- Erisipela bolhosa
- Hematuria + disuria

V E R D E : pode aguardar até uma hora

- Desidratação leve (TRO) ; Diarréia + febre + vômitos
- Dispnéia leve
- Síndrome edemigênica a esclarecer c/s hipertensão
- Infecção respiratória com febre sem dispnéia
- Ingestão de corpo estranho sem sintomatologia
- ADENOPATIA a esclarecer sem comprometimento do estado geral
- Icterícia a esclarecer
- Desnutrição sem comprometimento do estado geral
- Anemia a esclarecer
- Escabiose infectada ou não

I S O L A M E N T O : encaminhar imediatamente à consulta

- Hepatite viral
- Doenças Exantemáticas
- Doenças infecciosas não exantemáticas a esclarecer diagnóstico

PROTOCOLO DE SINAIS + SINTOMAS → AUXÍLIO NO DIAGNÓSTICO

1- QUANDO SUSPEITAR de MENINGITE ?

SINAIS	FEBRE	EM CRIANÇAS :	EM LACTENTES :
	CEFALÉIA	<ul style="list-style-type: none"> • irritabilidade • sonolência • recusa alimentar 	(além dos anteriores) + <ul style="list-style-type: none"> • abaulamento de fontanela
GERAIS	E	EM ADOLESC. / ADULTOS	
	VÔMITOS	<ul style="list-style-type: none"> • alteração súbita do comportamento simulando desequilíbrio psiquiátrico 	

SINAIS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • rigidez de nuca ; Sinais de Kerning / Brudzinsky ; sudorese ; extremidades frias • Púrpura (mal prognóstico) : petéquias < 3 mm e/ou equimoses
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2- QUANDO SUSPEITAR de COMA ? → Consciência reduzida

A diminuição da consciência, a inconsciência e o coma sempre requerem avaliação médica imediata.

Causas mais comuns:

trauma cefálico ; fadiga extrema ou privação do sono ; convulsões (epilepsia); choque ou falta de oxigênio (hipóxia); derrame cerebral (AVC); insuficiência cardíaca ; arritmia ; coma diabético (coma hiperosmolar hiperglicêmico diabético); anormalidades metabólicas (hipoglicemia); cetoacidose ; lesão cefálica ; intoxicação (drogas, álcool ou toxinas); intoxicação por medicamentos (analgésicos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, benzodiazepinas, digoxina, etanol; metais pesados, hidrocarbonos, barbitúricos, insulina, lítio, organofosfatos, fenciclidina, fenotiazinas orais, salicilatos orais ou antidepressivos tricíclicos

3- QUANDO SUSPEITAR de : DIABETES ?

Tríade Clássica → **poliúria + polidipsia + emagrecimento progressivo**

Outros quadros → * **apetite aumentado + emagrecimento ;**
 * **quadro agudo de desidratação, choque e/ou coma de instalação abrupta**
 * **desidratação em lactente desproporcional ao quadro da diarreia e que não corrige com as medidas terapêuticas habituais**

O consumo inadequado de fluidos pode resultar em:

desidratação → *pele seca ; membranas mucosas ressecadas ; aparência de olhos afundados. ; fontanelas afundadas (fontanela protuberante) em bebês ; baixa temperatura corporal ; frequência cardíaca acelerada ; perda de peso ;*

desequilíbrio de eletrólitos : fadiga, letargia ; dor de cabeça ; irritabilidade ; dores musculares

Cetoacidose Diabética → náuseas e vômitos incoercíveis + dor abdominal com defesa abdominal + febre + aumento da poliúria → **desidratação e/ou choque** ; Fome de ar + hálito cetônico + modificação do comportamento , obnubilação mental até o coma.

Coma Hiperosmolar → raro na infância. *Quadro agudo com febre + anorexia + vômitos e estupor progressivo → coma em 48 horas.*

Caracteriza-se por : *hiperglicemia acentuada + desidratação + hipernatremia severa sem cetose*

4- QUANDO SUSPEITAR DE: ASMA ?

→ Doença inflamatória crônica devido hiperresponsividade das vias aéreas inferiores (**VAI**) levando a limitação variável do fluxo respiratório.

Modelo de Anamnese dirigida :

- 1 – Alguma vez, no passado, você (seu filho), teve sibilos ? [] – **SIM** [] – **NÃO**
- 2 – Nos últimos 12 meses você (seu filho) teve sibilos ? [] – **SIM** [] – **NÃO**
- 3 – Nos últimos 12 meses, quantas crises de sibilos você (seu filho) teve?
 [] – **Nenhuma** [] - **1 a 3** [] - **4 – 12** [] - **Mais de 12**
- 4 – Nos últimos 12 meses, com que frequência você (seu filho) teve o sono prejudicado por sibilos?
 [] – **Nunca** [] – **Menos de 1 noite por semana** [] – **Mais de uma noite por semana**

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA → formas clínicas dependem da gravidade da inflamação e do grau de obstrução das VAI (vias aéreas inferiores)

História clínica

- [] * - Tosse (piora a noite)
- [] * - Sibilância recorrente
- [] * - Dificuldade respiratória recorrente (dispnéia)
- [] * - Opressão torácica recorrente

Fatores desencadeantes

- [] * - Exercício
- [] * - Infecção viral
- [] * - Animais de pelos ou penas
- [] * - Poeira doméstica
- [] * - Mofo, fumaça, pólen
- [] * - Variação climática
- [] * - Forte fator emocional
- [] * - Detritos ambientais

Obs *Principalmente à noite e ao acordar*

CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DAS CRISES

	Leve	Moderada	Grave
Dispnéia	Ausente ou leve Fala frases completas Deambula	Fala Frases incompletas Lactente: choro curto, com dificuldade alimentar	Fala frases curtas Posição preferencial semi sentada Maior dificuldade alimentar
Consciência	Normal	Norma ou excitado	Excitado ou deprimida
FR	Desde Normal a > 1 DP / Idade	Aumentada até 2 DP / Idade	Aumentada e > 2 DP / idade
Uso da musculatura acessória	Leve ou Sem retração intercostal	Moderadas retrações subcostais e esternocleidomastóideas	Retração intensa c/ Batimento de asa nasal
Ausculta	Sibilos ao final da expiração	Sibilos INS e EXPIRATÓRIOS	Murmúrio inaudível, pobre entrada de ar

5- QUANDO SUSPEITAR DE: DESIDRATAÇÃO ?

FATORES DESENCADEANTES : *diarréia ; vômitos; febre; taquipnéia / dispnéia ; anorexia ; falta de ingestão de líquidos;*

AValiação do ESTADO de HIDRATAÇÃO:

1- OBSERVE			
<ul style="list-style-type: none"> • Estado Geral • Olhos • Lágrimas • Boca / Língua • Sede: 	<ul style="list-style-type: none"> • Bem / alerta • Normais • Presente • Úmidas • Bebe normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritada / intranquila • Fundos / encovados • Ausentes • Secas • Bebe rápido e ávido 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>comatosa / hipotônica</u> * • Muito fundos • Ausentes • muito secas • <u>bebe mal / incapaz</u> *
2- EXPLORE :			
<ul style="list-style-type: none"> • sinal da prega • pulso • Enchimento capilar 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaparece logo • Cheio • Normal (< de 3 segundos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaparece lento • rápido e débil • prejudicado (< de 4 segundos) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Desaparece muito lento</u> • <u>muito débil - ausente</u> * • Muito prejudicado * (> 5 segundos)
	↓	↓	↓
3- DECIDA E DIAGNOSTIQUE:	SEM DESIDRATAÇÃO	TEM DESIDRATAÇÃO (se 2 ou + sinais acima)	DESIDRATADO GRAVE [se 2 ou + sinais acima incluindo 1 dos (*)]

6- QUANDO SUSPEITAR DE : PNEUMONIA ?

QUADRO CLÍNICO :	SINAIS INDICADORES DE GRAVIDADE
<p>SINAIS e SINTOMAS :</p> <p><i>TOSSE; FEBRE; TAQUIPNÉIA e/ou DISPNEIA</i></p> <p>AUSCULTA PULMONAR :</p> <p><i>estertores crepitantes / sub-crepitantes; sopro tubário; Diminuição MV; timpanismo ; macicez</i></p> <p>DOR PLEURAL :</p> <p><i>movimentos respiratórios curtos; gemidos; posição antálgica; Irradiação da dor para o abdome, ombros e pescoço</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • TOXEMIA; • DISPNÉIA; APNÉIA ; • GEMIDOS; PROSTRAÇÃO / AGITAÇÃO; • CIANOSE; PALIDEZ; • CONVULSÃO; • HEPATO-ESPLENOMEGLIA ; • HIPOTERMIA; • VÔMITOS; DIFICULDADE de INGERIR LÍQUIDOS; → DESIDRATAÇÃO; • DISTENSÃO ABDOMINAL; DOR ABDOMINAL • RAIO-X : SINAIS DE CONDENSAÇÃO EXTENSA e/ou DERRAME PLEURAL

AUSCULTAR :

Contar a Frequência Respiratória e a Frequência Cardíaca : durante 1 minuto

FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL
RN até 3 m. : > 80 bpm a 200 bpm	< de 1 ano 30 – 60 irpm
3 m. a 2 anos : 100 -190	1 a 2 anos 24 – 40 irpm
2 anos a 5 anos : 80 bpm a 140 bpm	Pré - Escolar 22 – 34 irpm
> 5 anos a 10 anos : 60 bpm ou 120 bpm	Escolar 18 – 30 irpm
>10 anos : 60 - 100 bpm	Adolescente 12 – 16 irpm

Existe TAQUIPNÉIA se :	Existe DISPNEIA se está presente um dos sinais abaixo :
<ul style="list-style-type: none"> • FR > 60 irpm em < 2 m • FR > 50 irpm em 2m-12m • FR > 40 irpm em 1a.-5a. 	<i>tiragem subcostal ; tiragem intercostal ; tiragem supraclavicular ; batimentos de aletas nasais; estridor / sibilância ; cornagem</i>

VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO	OBSERVAR:
A criança consegue beber ou mamar no peito ?	Verificar se a criança está letárgica
A criança vomita tudo o que ingere ?	Verificar se a criança está inconsciente
AVALIAR GRAU de DESIDRATAÇÃO	AVALIAR GRAU de CONSCIÊNCIA

7- QUANDO SUSPEITAR DE : ABDOME AGUDO ?

Sintomatologia DOR ABDOMINAL AGUDA :

- Dor- febre- vômito
- Dor-febre- vômito- defesa abdominal
- Dor- febre- vômito- desidratação- constipação
- Dor- febre- vômito- distensão abdominal
- Dor- febre- vômito- desidratação
- Dor- febre- vômito- desidratação- diarreia
- Dor- febre- vômito- massa abdominal

ABORDAGEM CLÍNICA

OBSTRUTIVO	INFLAMATÓRIO	PERFURATIVO	HEMORRÁGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Cólica • Vômitos • Parada de eliminação de fezes • Distensão abdominal • Massa palpável 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Febre • Vômitos • Parada de eliminação de fezes • Sinais de irritação peritoneal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor súbita • Distensão abdominal • Sinais de irritação peritoneal • Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Sinais de irritação peritoneal • Choque

APENDICITE AGUDA

Processo inflamatório agudo do apêndice cecal. De progressão rápida evolui de inflamação aguda para a supuração, podendo chegar a necrose e a peritonite difusa.

* **Considerações diagnósticas:**

- dor periumbilical de início, com posterior localização na fossa ilíaca direita; desconcompressão dolorosa
- náuseas e/ou vômitos (achado constante); Constipação ; Diarreia; Toxemia;
- palpação abdominal – defesa, às vezes ausente no início, surge depois na fossa ilíaca direita;
- febre-moderada, elevando-se com a rotura do apêndice;
- leucocitose – típica de processo tóxico e infeccioso agudo;

- *anorexia – muito constante nas crianças;*
 - *manobras propedêuticas – Blumberg, Rovisig e toque retal;*
 - *radiografia de abdome: escoliose, apagamento da linha pré-peritoneal, fecalito calcificado e alça ileal “sentinela”.*

Indicação Operatória: Imediata (hospitalização nos casos de diagnóstico incerto) – iniciar antibioticoterapia após ter certeza do diagnóstico.

SEMI OCLUSÃO INTESTINAL POR ASCARIS : SOI p/ Ascaris

Oclusão digestiva parcial ou total consequente à formação de enovelado de áscaris na luz do intestino delgado, com contração espasmódica e edema inflamatório da alça que aloja os vermes.

* **Considerações Diagnósticas:**

- quadro clínico e radiológico de oclusão intestinal mecânica: **vide acima tipo obstrutivo**
 - um ou mais tumores abdominais, móveis, de forma e consistências variáveis, na topografia do intestino delgado
 - eliminação anal ou oral de áscaris (*não é patognomônico ou constante*)
 - imagem radiológica de bolo de áscaris, identificada pelo revestimento radiopaco de queratina dos vermes.

ESTENOSE HIPERTROFICA DE PILORO

I- Incidência

- RN com + de 3 semanas ou lactentes jovens ; Sexo masculino (5:1); Primogênito

II- Quadro Clínico

-Vômitos em projétil, sem bile; Perda de peso; Irritabilidade; Bebê faminto

III- Exame Físico

-Desidratação ; Sinal da “azeitona” (região epigástrica pilórica profunda) ; Desenho de alças

INVAGINAÇÃO INTESTINAL

É a entrada por telescopagem de um segmento intestinal em outro imediatamente aferente, geralmente do íleo no ceco e colo.

* **DIAGNÓSTICO: tríade sintomática: dor abdominal + vômito + fezes sanguinolenta**

- episódios periódicos de dor abdominal abrupta em cólica; palpação de massa abdominal móvel ; vômito, eliminação de fezes com muco e sangue posteriormente à instalação do quadro.; toque retal → geléia de framboesa
 - clister opaco mostra o ponto de parada da “cabeça da invaginação”, exceto nas invaginações de delgado.

HERNIA INGUINAL

- **Incidência** - < 1 ano; sexo masculino; 60% lado direito
 - Hérnia inguinal encarcerada (massa dolorosa inguino crural, sem mobilização) X estrangulada
 - **Reduzir de forma delicada, com pressão no sentido do canal inguinal**
 - Sinais de irritação peritonial e obstrução intestinal → Tratamento → **cirurgia.**

8- QUANDO SUSPEITAR de : SINDROMES EDEMIGÊNICAS RENAIIS ?

CLÍNICA : EDEMA + HIPERTENSÃO + OLIGURIA e/ou HEMATURIA

VALORES NORMAIS da P.A.- mmHg / IDADE

IDADE	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica	Cálculo Empírico
RN	60 – 90	20 – 60	PA Sist. = 2 x idade em anos + 80
Até 6 meses	87 - 105	53 – 66	
Até 2 anos	95 – 105	53 – 66	PA Diast. = PA Sist. + 2 + 10
Até 7 anos	97 – 112	57 – 71	
Até 15 anos	112 – 128	66 – 80	

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL BÁSICO entre: *síndromes edemigênicas*

SÍNDROME NEFRÍTICA :	SÍNDROME NEFRÓTICA :
<input type="checkbox"/> <i>Edema agudo (face + MMII → Anasarca)</i> <input type="checkbox"/> <i>Hematuria glomerular</i> <input type="checkbox"/> <i>Hipertensão arterial</i> <input type="checkbox"/> <i>Insuficiência renal (retenção de escórias)</i> <input type="checkbox"/> <i>Proteinúria < 50 mg/kg/dia (3,5 g / dia)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Edema insidioso (anasarca)</i> <input type="checkbox"/> <i>Proteinúria > 50 mg/kg/dia (> 3,5 g / dia)</i> <input type="checkbox"/> <i>Hipoalbuminemia</i> <input type="checkbox"/> <i>Hipercolesterolemia</i>

9- QUANDO SUSPEITAR de: Infecção no Trato Urinário ?**DIAGNÓSTICO CLÍNICO :**

- *Febre, calafrios*
- *Mau desenvolvimento pômbero-estatural*
- *Prostração ou irritabilidade*
- *Distúrbios gastro -intestinais*
: *diarréia; vômitos ; anorexia*
- *Dor espontânea e /ou à palpação do flanco e /ou do ângulo costo-vertebral posterior*
- *Micção imperiosa ; Polaciúria ; Disúria*

10- QUANDO SUSPEITAR de : DOENÇAS ÓSTEO-ARTICULARES ?**OSTEOMIELEITE :****QUADRO CLÍNICO :**

- DOR : na metáfise óssea*
- IMPOTÊNCIA FUNCIONAL : claudicação (MMII) : com limitação dos movimentos*
- FEBRE : alta em 80 % dos casos*
- ERITEMA + EDEMA + RUBOR : pús rompeu a córtex óssea*
- PROSTRAÇÃO ; CHORO e IRRITABILIDADE à MANIPULAÇÃO*

ARTRITE SÉPTICA

QUADRO CLÍNICO : DOR + EDEMA + FLOGOSE_

ANAMNESE: artralgia; febre alta; inapetência; limitação movimentos c/ flogose local; precedidos de quadro infeccioso, trauma ou manipulação recente

EX. FÍSICO : *toxemia; febre; sudorese*; Inspeção articular : *rubor e edema* ; Palpação articular : *derrame articular + DOR + CALOR + posição antálgica*

DOR : 90% monoarticular ; *quadril > joelho > tornozelo*

=> irritabilidade ; posição antálgica ; dor à manipulação

DERIVAÇÃO da DOR : Distensão capsular pela inflamação => *dor ao movimento*

Art. Séptica de Quadril => *dor no joelho*

Art. Sacro Ilíaco simula => *apendicite ; ITU ; neoplasia pélvica*

FEBRE REUMÁTICA (DOENÇA REUMÁTICA) :

Doença sistêmica não supurativa, devido complicação tardia, causada pelo Streptococcus Beta hemolítico do Grupo A – Lancefield – que ocorre em indivíduos geneticamente predispostos a desenvolver hipersensibilidade a antígenos liberados por esse germe

INCIDÊNCIA : Acima de 5 anos aos 14 anos. Rara abaixo dos 3 anos.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS : *SINAIS MAIORES e/ou SINAIS MENORES + INFECÇÃO PRÉVIA por Streptococos Beta hemolítico (Grupo A)*

SUSPEITA DIAGNÓSTICA → *2 sinais maiores ou 1 sinal maior + 2 sinais menores*
EXCEÇÃO : **CORÉIA** (mais tardia) ; **CARDITE INSIDIOSA** (evolução mais lenta)

SINAIS MAIORES	SINAIS MENORES	CONDIÇÃO FUNDAMENTAL
* POLIARTRITE MIGRATÓRIA * CARDITE * CORÉIA * NÓDULOS SUB-CUTÂNEOS * ERITEMA MARGINADO	* ARTRALGIA * FEBRE * antecedentes familiares / pessoais (+) p/ D.R. * Provas laboratoriais da fase aguda : PCR , VHS, ASTO, MUCOPROTEINA * ECG: intervalo PR , QT	Evidência de infecção EGA : Cultura de OF positiva ASTO elevado

11- QUANDO SUSPEITAR de DOENÇA FALCIFORME ?**SINAIS e SINTOMAS MAIS COMUNS:**

ICTERÍCIA ; **CRISES** de DOR ; **SINDROME** da DOR TORÁCICA AGUDA ; **CRISES APLÁSTICAS** SEQUESTRO ESPLÊNICO; CÁLCULO BILIAR ; ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ; ÚLCERA de PERNA; PRIAPISMO ; DOENÇA PULMONAR HIPÓXICA PROGRESSIVA.

FATORES DEFLAGRANTES :

Hipóxia; Desidratação; Infecção; Acidose; Estresse; Febre; Exercício físico; alterações climáticas → **VASO OCLUSÃO**

Crise de dor mão-pé:	Distribuição
É o sinal mais comum em crianças < 2 anos Dor e inchaço nas mãos e nos pés Choro persistente Primeiro sinal da doença	Lactentes - sínd. mão-pé e pequenas articulações Pré escolar - abdominais Escolar - osteo articular - ossos longos Simétrica e bilateral - 60% dos casos
Acidente Vascular Cerebral	→ Frequência e Mortalidade: alta
Probabilidade: <ul style="list-style-type: none"> • Idade de 20 anos - 11% • Idade de 30 anos - 15% • Idade de 45 anos - 24% 	Fatores de risco: <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave • Problema Pulmonar • Pressão Alta

Síndrome torácica aguda :	Sinais e Sintomas
Mais freqüente causa de morte em adultos Fator de risco para morte precoce <ul style="list-style-type: none"> Causas precipitantes: <ul style="list-style-type: none"> <i>Crise de dor</i> <i>Embolia pulmonar</i> <i>Pneumonia</i> 	Dor torácica intensa Febre, tosse Dor abdominal referida Rx com infiltrado pulmonar Hipóxia Insuf. respiratória aguda

Úlcera de perna	<ul style="list-style-type: none"> Mais comum → <i>adolescente e adulto jovem</i> Muito dolorosa
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sequestro esplênico	Características
mais frequente em criança, <i>antes dos 2 anos</i> <ul style="list-style-type: none"> 20% - primeira manifestação da doença 10 – 15% mortalidade 50% de recorrência Anemia grave → choque Retirada do baço após 1º evento (> 2 anos)	Piora da anemia, Reticulocitose Esplenomegalia volumosa súbita Infecção associada

Priapismo	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes e adultos jovens Ereção dolorosa, dor abdominal e perineal, disúria, e retenção urinária Alta morbidade 46% de impotência sexual Punção com irrigação com adrenalina Manobras anestésico cirúrgicas precoces
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Na emergência : identificar DAF (atendimento prioritário)

- Dor torácica** → Síndrome torácica aguda
- Dor abdominal** → *Abdome agudo, colecistite, isquemia mesentérica, seqüestro esplênico, hepático.*
- Crise algica atípica** → *osteomielite, infarto ósseo*
- Priapismo** → *intervenção adequada*

12- QUANDO SUSPEITAR DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA ?

A- RINOFARINGITE VIRAL

HISTÓRIA CLÍNICA	EXAME FÍSICO
FEBRE ; MAL ESTAR ; CEFALÉIA; MIALGIA; CORIZA e ESPIRROS; ODINOFAGIA ; OBSTRUÇÃO NASAL OTALGIA; LACRIMEJAMENTO EXSUDATO (pontos brancos) CONGESTÃO OCULAR	OF: hiperemia e hipertrofia amígdalas ; congestão vasc.; sem focos purulentos NF: coanas nasais hiperemiadas e hipertrofiadas ; coriza clara ou mucóide OUVIDOS : abaulamento tímpano s/ secreção purulenta AP. RESP.: MV rude ; roncos pulmonares difusos OLHOS : congestão ocular

QUADRO CLÍNICO	MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS	DIAGNÓSTICO
Resfriado prolongado com febrícula	<i>Assadura das narinas Descamação pele paranasal Impetigo nasolabial</i>	NASO-FARINGITE por Estreptococos G.A.
Secreção mucopurulenta	<i>Secreção nasal ou retronasal</i>	RINOSINUSITE PURULENTA
Otalgia c/ ou s/ febre	<i>Otoscopia sugestiva</i>	OTITE MÉDIA AGUDA

Secreção purulenta ocular	C/ Secreção nasal ou retronasal	CONJUNTIVITE PURULENTA
FEBRE > 39° C + calafrios	FARINGITE em lactente < 6 m.	BACTEREMIA :Pneumococos ou Haemophilus influenza b

B- FARINGOAMIGDALITES BACTERIANAS

Quadro Clínico → início súbito de febre e dor de garganta.; prostração ; abatimento; queda do estado geral ; c/ halitose ; adenopatia cervical ; anorexia

ETIOLOGIA :

Viral	Bacteriana
< 3 anos; Início gradual; Febre moderada; Espirros, coriza; Conjuntivite; Hiperemia difusa da faringe; Vesículas e úlceras	> 3 anos; Início súbito; Febre elevada Adenomegalia dolorosa; Petéquias no pálate Hipertrofia de amígdalas; Exsudato tonsilar Erupção escarlatiniforme

C- SINUSITES

SINAIS e SINTOMAS	EXAME FÍSICO
Tosse noturna e diurna; vômitos; anorexia ; Cefaléia e febre; Dor abdominal; Rinorréia purulenta, gotejamento retronasal, halitose.	mucosa nasal eritematosa e congesta com presença de rinorréia amarela esverdeada. Edema e halo escuro, arroxeadado infra orbitário

D- ADENOIDITES

SINAIS e SINTOMAS	EXAME FÍSICO
. Rinorréia purulenta, obstrução nasal e febre. . Infecções recidivantes ou crônicas e hiperplasia obstrutiva das adenóides . Respiração oral crônica, rouquidão e fala anasalada → hiperplasia obstrutiva adenoidiana	Fácies adenoidiana (boca aberta, aspecto de criança com deficiência mental, face alongada). Círculos escuros nos olhos Deformidade dentária Hipoplasia maxilar

E- OTITES

Processo inflamatório agudo do ouvido médio; é usualmente complicação bacteriana de reação inflamatória da rinofaringe, sobretudo de origem viral

HISTÓRIA e QUADRO CLÍNICO	EXAME FÍSICO : OTOSCOPIA
febre , otalgia, irritabilidade, choro intenso, otorréia purulenta, vômito, diarreia e meningismo	hiperemia de conduto e de membrana timpânica, abaulamento, opacificação da membrana

F- LARINGOTRAQUEOBRONQUITES

Processo inflamatório agudo da laringe com edema subglótico e conseqüente obstrução local.

QUADRO CLÍNICO	EXAME FÍSICO
Antecedentes de infecção de vias aéreas superiores com febre baixa Tosse “de cachorro”, rouquidão e estridor laríngeo inspiratório agudo início noturno	Taquipnéia, e dispnéia com retração subcostal e diafragmática e tiragem nos casos mais graves Tosse metálica, estridor inspiratório Fome de ar

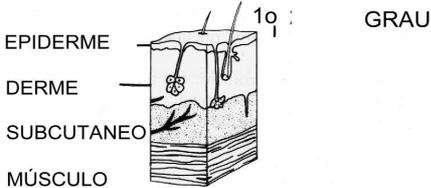
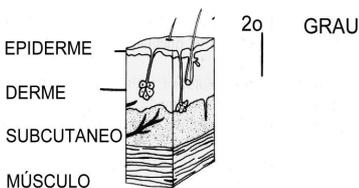
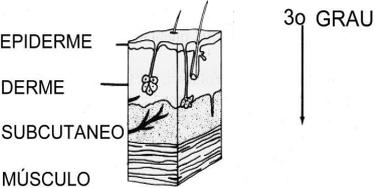
G- EPIGLOTITE

Infecção das estruturas supraglóticas, (epiglote), com envolvimento das pregas ariepiglóticas e tecidos subjacentes.

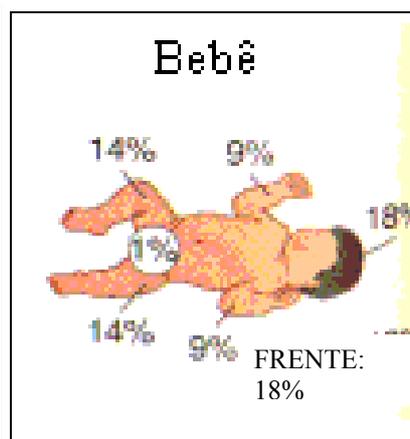
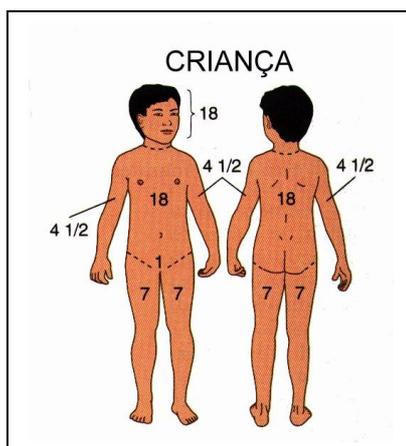
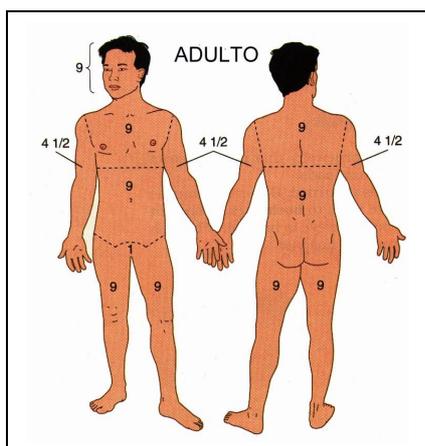
QUADRO CLINICO	EXAME FÍSICO
Início súbito de tosse noturna, estridor, odinofagia, febre alta agitação, hiperextensão do pescoço, procura se sentar no leito.	sinais toxêmicos, febre alta a moderada; taquipnéia com dispnéia → tiragem subdiafragmática e intercostal, batimento de aleta nasal. Fome de ar

13- IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE QUEIMADURAS :

COMPLICAÇÕES : DESIDRATAÇÃO ; CHOQUE ; INFECÇÕES SECUNDÁRIAS; LESÕES INALATÓRIAS; REPERCUSSÃO CÁRDIO-PULMONAR; REPERCUSSÃO no SIST. NERVOSO CENTRAL; INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA ; DESNUTRIÇÃO

Io. GRAU	Ilo. GRAU	IIlo. GRAU
<p>1º Grau ou superficial</p> <ul style="list-style-type: none"> . atinge epiderme; . lesão eritematosa e dolorosa; . cicatrização espontânea; . causada por exposição excessiva à luz solar; . ausência de bolhas - superfície seca; . cura: 3-6 dias. 	<p>2º Grau ou superficial</p> <ul style="list-style-type: none"> . destruição total da epiderme e parcial da derme; . edema e base eritematosa; . formação de bolhas – superfície úmida; . extremamente dolorosa; . cicatrização depende da proporção da parte não lesada da derme e se há ou não presença de infecção; . causada por líquidos quentes e chama; . hiperestesia sensível ao vento; . cura: 2-4 semanas (variável). 	<p>3º Grau ou profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> . destruição total da epiderme e derme; . cicatrização espontânea impossível; . ausência de bolhas – superfície seca; . ausência ou redução da dor . lesão característica é a escara - necrose tecidual e trombose de vasos; . causada por substâncias químicas, eletricidade e chamas; . cor variável: branca, vermelha ou enegrecida; . cura: só com enxerto.
<p>PROFUNDIDADE DAS QUEIMADURAS</p>  <p>1º GRAU</p>	<p>PROFUNDIDADE DAS QUEIMADURAS</p>  <p>2º GRAU</p>	<p>PROFUNDIDADE DAS QUEIMADURAS</p>  <p>3º GRAU</p>

CÁLCULO DE ÁREA QUEIMADA



14 - SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA !!!
PODE SER CANCER ?

ANEMIA	L.A. [LLA / LnLA] : LINF. Ñ HODGKIN: T. EWING : D. HODGKIN:
ANIRIDIA	TUMOR de WILMS [1 : 70]
CEFALÉIA MATINAL E VÔMITOS	TUMOR do SIST. NERVOSO CENTRAL
CORRIMENTO SANGUINOLENTO	SARCOMAS BOTRIÓIDE - VAGINA / ÚTERO
DES. PRECOCE Caracteres SEXUAIS SECUNDÁRIOS	HEPATOBLASTOMAS: T. SUPRA-RENAL
DORES ÓSSEAS	LEUCEMIAS: NEUROBLASTOMA: e T. PRIMÁRIO DO OSSO
DORES e MASSAS ABDOMINAIS	LINF. Ñ. HODGKIN: T. WILMS: NEUROBLASTOMA: T. HEPÁTICO: T. SUPRA-RENAL: T. GERMINATIVO
DIARRÉIA PERIÓDICA	NEUROBLASTOMA- Ganglioneuroblastoma Abdominal
EQUIMOSSES	L. A. : LINF. Ñ. HODGKIN: NEUROBLASTOMA
FEBRE	LEUCEMIAS: D. de HODGKIN : LINF. HODGKIN: cansaço: anorexia e perda de Peso
HEMATURIA	T. WILMS (25%) : LEUCEMIAS: LINF. Ñ. HODGKIN
HEMI-HIPERTROFIA CÓRPOREA	T. WILMS (1 : 32) : T. HEPÁTICOS e de S. RENAL
HETERO Cromia	NEUROBLASTOMA
HIPERTENSÃO ARTERIAL	T. WILMS (25%) : T. S. RENAL: NEUROBLASTOMA (RARA)
LINFADENOPATIA	Auricular posterior; Epitrocleana; Supraclavicular : * se GENERALIZADA : LEUC. LINFOCÍTICA OU NÃO LINFOC. AGUDA * se REGIONAL: D. HODGKIN: NEUROBLASTOMA: L. N. HODGKIN : D. METASTÁTICA
NÓDULOS SUBCUTÂNEOS em R.N.	NEUROBLASTOMA em R.N.: LEUCEMIAS no R.N. (LMA > LLA)
ODONTALGIA REBELDE	HISTIOCITOSE X : LINF. Ñ. HODGKIN (BURKITT)
OTALGIA CRÔNICA	HISTIOCITOSE X : T. ÓSSEO (Temporal) : SARCOMAS de OUVIDO MÉDIO
POLICITEMIA	T. de WILMS
PROTUSÃO do GLOBO OCULAR	HISTIOCITOSE X : NEUROBLASTOMA : L.M.A. (cloroma)
PINTAS em ÁREAS de ATRITO	Nevus Congênito ... MELANOMA (10%)

REFLEXO do OLHO do GATO | RETINOBLASTOMA

SUDORESE NOTURNA

NEUROBLASTOMA: D. HODGKIN:
Fase Terminal de NEOPLASIAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

DOENÇA	AG. ETIOL.	PER. INCUB.	SINAIS / SINTOMAS	EXANTEMA
RO SÉ OLA	Virus Herpes Humano tipo -6- (HHV-6)	10 a 15 dias	Febre alta : 3-4 dias, caindo abruptamente com o início do exantema. Irritabilidade, convulsões febris, pequena hipertrofia dos gânglios linfáticos (cervical / auricular)	Máculo-papular Início: tronco Evolução: pescoço, MMSS e MMII, respeita a face. Duração: 1 a 2 dias Não ocorre descamação Rash macular: final da doença Ocorre : 6m – 2 anos
EN TE RO VI RO SES	Virus Coxsackie	2 a 5 dias	Febre alta até +/- 4 dias. Adenopatia, odinofagia, distúrbios gastro-intestinais . Mal estar geral	Maculo papular discreto, disseminado. Vesicular (pés/mãos).
	Grupo A : 23 sorotipos			Enantema vesicular na boca. Duração : +/- 6 dias
	Grupo B : 6 sorotipos..			Maculo papular. Enantema no palato mole ou úvula ;
	Virus Echo 31 sorotipos			exantema peteiquial (ECHO 9). Evolução: face, tronco e dorso
ERI TE MA IN FEC CIO SO	Parvovirus (B19)	6 a 14 dias	Pródromos : sem febre 1ª fase: manchas avermelhadas bochechas, com palidez perioral 2ª fase: pápulas nas faces de extensão dos membros com aspecto "rendilhado" (24/48h após) podendo surgir no tronco, com duração de 1a 2 semanas . 3ª fase: reaparecimento do exan tema diante de trauma físico ou psicológico	Manchas avermelhadas Evolução em 3 estágios Caráter recorrente Acomete geralmente crianças de 2 a 12 anos
SA RAM PO	Vírus do Sarampo Gen: Morbillivirus Fam: Paramyxovirus	7 – 18 dias em geral = 10 d.	Pródromos:Febre alta +/-10 d. Sinal de Koplik 48 h. antes do exantema (mucosa lateral da boca) ; coriza, conjuntivite, tosse. Edema facial	maculo-papular Início: retro-auricular ->face -. Extremidades Evolução: céfalo-caudal Rash vermelho brilhante e confluyente. Duração: 4 – 5 dias Final: descamação furfurácea
RU BÉ OLA	Vírus da Rubéola Gen: Rubivirus Fam: Togaviridae	14 – 21 dias em geral = 17 d.	Pródromos: geralmente sem. Febre baixa até +/- 4 d. Adenomegalia retroauricular, cervical post. E sub-occipital. Poliartralgia, mialgia, coriza, conjuntivite, tosse. Est. geral pouco comprometido	Róseo, máculo-papular puntiforme discreto Início: face, couro cabeludo e pescoço. Dissemina rápido. Evolução: céfalo-caudal Duração +/- 5 dias Não há descamação
ES CAR LA TI NA	Estreptococos Beta hemolítico do grupo – A -	2 a 5 dias	Febre alta até +/- 4d. Amigdalite eritematosa intensa, língua "em framboesa", cefaléia, vômitos. Sinal Filatov: palidez perioral Sinal Pastia: linhas transversas nas dobras de flexão	Eritematoso e puntiforme semelhante a uma lixa. Início: dobras cutâneas (pescoço, cotovelos, axilas, região inguinal) Evolução: tronco e membros Duração: +/- 5 dias Final: descamação furfurácea intensa, de forma laminar nas regiões palmares e plantares
DEN GUE	Vírus do Dengue Arbovirus	1 a 6 dias	Febre alta até +/- 4 d. Cefaléia, dor retro-auricular, astenia, mialgia, artralgia, náuseas, vômitos,	Fugaz: Máculo-papular Início: tronco Evolução: p/ face e membros

	Gen: Flavivirus Fam: Flaviviridae Tipos: 1,2,3 e 4	dor abdominal generalizada, pequenas manifestações hemorrágicas, epistaxe, petéquias, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia. Prurido cutâneo.	Duração: 1 a 5 dias
--	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES –

Identificar maus tratos e notificá-los às autoridades são obrigações dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes.

É de nossa responsabilidade e dever notificar, os casos suspeitos de maus-tratos sofridos por crianças e adolescentes, como dispõem os Artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n o 8069, de 13/07/1990.

Artigo 13 " os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais".

Denúncias devem ser encaminhadas → aos *Conselhos Tutelares*; ao *Juiz da Infância e Juventude* ; à *polícia*, ao *Promotor de Justiça da Infância e da Juventude*, aos *Centros de Defesa da Criança e do Adolescente* e aos *Programas SOS-Criança*.

Artigo 245 prevê punições: " Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente".

- **ALGUNS INDICADORES FÍSICOS DE VIOLÊNCIA :**



O local mais acometido pelos maus-tratos no corpo da criança e do adolescente é a pele. Tipos de lesão incluem desde vermelhidão, equimoses ou hematomas até queimaduras de 3º grau.

É comum haver marcas do instrumento utilizado para espancar crianças ou adolescentes: elas podem apresentar forma de vara, de fios, de cinto ou até mesmo da mão do agressor.

Abaixo temos algumas marcas que sinalizam a violência ocorrida:

Marcas de queimaduras



Marcas de objetos





JOHNSON, Charles F. *Lesões Infligidas Versus Lesões Acidentais*. In: *Abuso da Criança*. adaptado: *Clínica Pediátricas da América do Norte*. Interlivros, v.4, p.874 e 878, 1990

RECONHECIMENTO DOS DIFERENTES TIPOS de VIOLENCIA :

Violência física

Uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos ou líquidos quentes.

Violência psicológica

Rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas são formas comuns desse tipo de agressão, que não deixa marcas visíveis, mas marca por toda a vida.

Negligência

Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento.

Síndrome do bebê sacudido (Shaken Baby Syndrome)

Esta síndrome se refere a lesões de gravidade variáveis, que ocorrem quando uma criança, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida.

Podem ocorrer em consequência:

- cegueira ou lesões oftalmológicas
- atraso no desenvolvimento
- convulsões
- lesões da espinha
- lesões cerebrais
- morte

Síndrome de Münchausen

Entidade relativamente rara, de difícil diagnóstico, caracterizado pela fabricação intencional ou simulação de sintomas e sinais físicos ou psicológicos em uma criança ou adolescente, levando a procedimentos diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos.

Violência sexual

Abuso de poder no qual a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com / sem violência física: **Bullying**

Bullying é : *usar o poder ou força para intimidar ou perseguir os outros. As vítimas de intimidação e chantagem recorrente (Bullying) são normalmente pessoas que sem defesas que incapazes de motivar outras para agirem em sua defesa. Trata-se, infelizmente, de um problema que afeta as nossas escolas, comunidades e toda a sociedade.*

INDICE por ASSUNTOS

ASSUNTOS	Pag.
CÓDIGO de CORES da EMERGÊNCIA	02
QUANDO SUSPEITAR DE : MENINGITE ?	
QUANDO SUSPEITAR DE : COMA ?	03
QUANDO SUSPEITAR DE : DIABETES ?	
QUANDO SUSPEITAR DE : ASMA ?	04
• <i>CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DAS CRISES</i>	
QUANDO SUSPEITAR DE : DESIDRATAÇÃO ?	05
QUANDO SUSPEITAR DE : PNEUMONIA ?	
QUANDO SUSPEITAR DE : ABDOME AGUDO ?	06
• <i>APENDICITE AGUDA</i>	
• <i>SEMI-OCCLUSÃO INTESTINAL por ÁSCARIS</i>	
• <i>ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO</i>	
• <i>INVAGINAÇÃO INTESTINAL</i>	
• <i>HÉRNIA INGUINAL</i>	07
QUANDO SUSPEITAR DE : SÍNDROMES EDEMIGÊNICAS RENAIS ?	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL BÁSICO entre : Síndromes Edemigênicas	
QUANDO SUSPEITAR DE : Infecção no Trato Urinário ?	
QUANDO SUSPEITAR DE : DOENÇAS ÓSTEO-ARTICULARES ?	08
• <i>OSTEOMIELITE</i>	
• <i>ARTRITE SÉPTICA</i>	
• <i>FEBRE REUMÁTICA (D. REUMÁTICA)</i>	
QUANDO SUSPEITAR DE : DOENÇA FALCIFORME ?	
<i>Sinais e Sintomas mais comuns na Doença Falciforme</i>	09
• <i>Crise da dor mão-pé</i>	
• <i>Acidente Vascular Cerebral</i>	
• <i>Síndrome Torácica Aguda</i>	
• <i>Úlcera de Perna</i>	
• <i>Seqüestro Esplênico</i>	
• <i>Priapismo</i>	10
<i>Na Emergência : Identificar Doença Anemia Falciforme (DAF)</i>	
QUANDO SUSPEITAR DE : INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA ?	
<i>A- Rinofaringite Viral</i>	
<i>B- Faringoamigdalites Bacterianas</i>	
<i>C- Sinusites</i>	
<i>D- Adenoidites</i>	
<i>E- Otites</i>	11
<i>F- Laringotraqueobronquites</i>	
<i>G- Epiglotite</i>	
IDENTIFICAÇÃO do TIPO de QUEIMADURAS	12
CÁLCULO de ÁREA QUEIMADA	
SINAIS e SINTOMAS de ALERTA → Pode ser Câncer ?	13
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	14
MAUS TRATOS CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE	
<i>Alguns Indicadores Físicos de Violência</i>	15
<i>Marcas de Queimaduras</i>	
<i>Marcas de Objetos</i>	
RECONHECIMENTO DOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA	
<i>Violência Física</i>	
<i>Violência Psicológica</i>	
<i>Negligência</i>	16
<i>Síndrome do Bebê Sacudido</i>	
<i>Síndrome de Munhausen</i>	
<i>Violência Sexual</i>	

Campos dos Goytacazes / RJ – dezembro 2006