
NEXOMED®
CONHECIMENTO MÉDICO SEM FRONTEIRAS
ATUALIZADO BASEADO EM DIRETRIZES INTERNACIONAIS E BRASILEIRAS
2026
APOSTILA MÉDICA ESTRUTURADA
EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS
NO PRONTO-SOCORRO
DA AVALIAÇÃO INICIAL AO MANEJO DAS PRINCIPAIS SITUAÇÕES CLÍNICAS
Abordagem da criança grave (ABCDE)
Desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos
Convulsão febril
Febre sem sinais localizatórios
Doenças exantemáticas
Síndrome de Kawasaki
Síndrome inflamatória multissistêmica (SIM-C)
ALGORITMOS PRÁTICOS
QUADROS DE DOSES
FLUXOGRAMAS ILUSTRADOS
CASOS CLÍNICOS COMENTADOS
QUESTÕES DIRECIONADAS
DICAS E PÉROLAS NEXOMED
protocolositariri.com
ESTUDO PRÁTICO. CONDUTA SEGURA. PACIENTES MAIS PROTEGIDOS.
NEXOME
PROTOCOLOSITAR

NEXOMED
EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS NO PRONTO-SOCORRO

Apostila médica estruturada • Edição Premium 2026

Aula-base + revisão científica externa explicitamente identificada



NEXOMED® CONHECIMENTO MÉDICO SEM FRONTEIRAS

EMERGÊNCIA: PEDIÁTRICAS NO PRONTO-SOCORRO

APOSTILA MÉDICA ESTRUTURADA | 2026

SUMÁRIO

1 **Introdução** 7
O internato, a Pediatria no pronto-socorro e objetivos da apostila

2 **Avaliação inicial da criança no pronto-socorro** 12
Triagem, identificação da gravidade e abordagem sistematizada

3 **Abordagem da criança gravemente enferma (ABCDE)** 18
Via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição

4 **Sinais vitais e parâmetros importantes** 28
Valores por faixa etária e interpretação clínica

5 **Anamnese e exame físico direcionados (SAMPLE)** 35
Roteiro prático para avaliação no PS

6 **Desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos** 43
Classificação, planos A, B e C e fluidoterapia (Holliday–Segar)

7 **Convulsão febril** 61
Diagnóstico, conduta, prevenção e "o que não fazer"

8 **Lactente febril sem sinais localizatórios** 73
Estratificação de risco (8–60 dias) e conduta atualizada

9 **Doenças exantemáticas mais comuns** 86
Identificação clínica e conduta

10 **Síndrome de Kawasaki** 104
Diagnóstico, critérios, tratamento e seguimento (AHA 2024)

11 **Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (SIM-C)** 118
Definição, diagnóstico e manejo

12 **Outras situações frequentes no pronto-socorro** 132
Dor abdominal, infecção respiratória, bronquiolite, asma, sepse, entre outras

13 **Dicas práticas e pérolas NEXOMED** 156
O que fazer, o que evitar e erros comuns

14 **Casos clínicos comentados** 164
Situações reais para raciocínio e conduta

15 **Questões direcionadas** 182
Com gabarito e discussão

16 **Materiais complementares** 190
Fluxogramas, mapas mentais e página de bolso

DIRETRIZES E FONTES PRINCIPAIS DE ATUALIZAÇÃO (2026)

- American Academy of Pediatrics (AAP)
- American Heart Association (AHA) – PALS e Kawasaki 2024
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)
- Ministério da Saúde – Protocolos de Diarreia e Desidratação
- Organização Mundial da Saúde (OMS)–SIM-C

CIÊNCIA | PRÁTICA | SEGURANÇA | VIDA

NEXOMED | protocolositariri.com

1. Escopo e método editorial

Esta apostila parte da aula transcrita fornecida ao projeto NEXOMED. A organização, os temas e o raciocínio didático seguem a aula-base. Em caixas intituladas “ATUALIZAÇÃO NEXOMED 2026”, pontos selecionados foram confrontados com documentos externos. Assim, conteúdo da aula e revisão científica não são apresentados como se fossem a mesma fonte.

⚠ Uso educacional. Protocolos locais, disponibilidade de recursos, idade, comorbidades, estado hemodinâmico e avaliação médica individual devem prevalecer na assistência.

2. O pronto-socorro pediátrico

- Grande volume de quadros de baixa complexidade, mas necessidade de reconhecer rapidamente a minoria potencialmente grave.
- Febre e doenças respiratórias aparecem como motivos centrais de procura na aula.
- Pais e cuidadores são aliados diagnósticos: mudanças do comportamento habitual podem anteceder sinais objetivos de deterioração.
- Classificação de risco ajuda a priorizar, mas não substitui avaliação médica sistemática.

💡 PÉROLA NEXOMED — Em pediatria, “parece diferente do habitual” relatado pelo cuidador merece ser incorporado à avaliação, especialmente quando associado a alteração de interação, hidratação, respiração ou perfusão.

3. Primeira impressão: aparência • respiração • circulação

A aula organiza a primeira olhada em três domínios: aparência/estado neurológico, trabalho respiratório e cor/perfusão. O objetivo é reconhecer rapidamente insuficiência respiratória, choque ou alteração neurológica antes da deterioração para parada cardiorrespiratória.

- APARÊNCIA: interação, irritabilidade extrema, responsividade, reconhecimento do cuidador.
- RESPIRAÇÃO: tiragens, batimento de asa nasal, balanço da cabeça, ruídos, esforço e padrão ventilatório.
- CIRCULAÇÃO/COR: palidez, cianose, moteamento/cútis marmórea e sinais de hipoperfusão.

4. ABCDE da criança gravemente enferma

A — Airway / via aérea

Perviedade, posição, secreções, estridor, ruídos e sinais de obstrução. Corrigir posicionamento, abrir via aérea, aspirar quando indicado, ofertar oxigênio e proteger coluna cervical no trauma.

B — Breathing / respiração

Expor o tórax, observar expansibilidade e simetria, FR, esforço respiratório, ausculta e SpO_2. Identificar rapidamente broncoespasmo grave, tórax silencioso, hipoxemia e fadiga.

C — Circulation / circulação

Pulsos centrais/periféricos, amplitude, FC, PA, TEC, temperatura das extremidades, estado mental e diurese. Procurar hepatomegalia e sinais de congestão quando pertinentes.

D — Disability / neurológico

Consciência, AVDI/Glasgow conforme contexto, pupilas e glicemia capilar. Hipoglicemia é causa reversível importante de alteração neurológica.

E — Exposure / exposição

Despimento dirigido e controle térmico: trauma, sangramento, exantemas, queimaduras, fraturas e outras pistas etiológicas.

🔁 REGRA NEXOMED — Avaliar → intervir → reavaliar. Nenhuma intervenção crítica termina sem nova avaliação do efeito produzido.

5. Avaliação secundária — SAMPLE

Letra	Pergunta-chave
S	Sinais e sintomas
A	Alergias
M	Medicamentos, inclusive automedicação/ingestão acidental
P	Passado médico, cirurgias, imunização
L	Last meal: última refeição/ingesta
E	Eventos e cronologia que precederam o quadro

6. Desidratação e doença diarreica aguda

A aula enfatiza fontanela, lágrimas, olhos, mucosas, sede, turgor, pulsos, diurese e enchimento capilar. A classificação orienta Planos A, B ou C.

Plano A — sem desidratação

- Tratamento domiciliar; manter alimentação e aleitamento.
- Aumentar líquidos e oferecer SRO após perdas.
- Orientar sinais de alarme e retorno.
- Zinco é recomendado pelo Ministério da Saúde para crianças com DDA, conforme esquema vigente.

Plano B — desidratação sem gravidade

- SRO na unidade de saúde, em pequenos volumes e de forma contínua.
- Como orientação inicial, 50–100 mL/kg em 4–6 h é referência do material oficial brasileiro.
- Reavaliar continuamente; desaparecendo os sinais, migrar ao Plano A.
- Persistência de desidratação pode exigir gastroclise; piora para desidratação grave → Plano C.

Plano C — desidratação grave

- Reidratação endovenosa e reavaliação frequente.
- Iniciar SRO em pequenos volumes assim que houver tolerância.
- Interromper EV quando hidratado, tolerando SRO e sem vômitos relevantes, conforme avaliação clínica.

🆕 ATUALIZAÇÃO NEXOMED 2026 — A página atual do Ministério da Saúde mantém a estratégia Planos A/B/C e reforça SRO, manutenção da alimentação, zinco e reavaliação. A abordagem deve ser guiada pelo estado de hidratação e gravidade.

7. Fluidos de manutenção

A aula utiliza Holliday–Segar para estimar necessidade hídrica diária: 100 mL/kg para os primeiros 10 kg; 50 mL/kg para os 10 kg seguintes; 20 mL/kg para cada kg acima de 20 kg.

Exemplo: 22 kg → 1.000 + 500 + 40 = 1.540 mL/24 h.

🆕 ATUALIZAÇÃO NEXOMED 2026 — Para a maioria dos pacientes de 28 dias a 18 anos que necessitam manutenção intravenosa, a AAP recomenda soluções isotônicas com dextrose e KCl apropriado, por reduzirem hiponatremia. A recomendação possui exclusões importantes (p.ex., algumas doenças renais, cardíacas, hepáticas, neurocirúrgicas, grandes queimados, perdas aquosas volumosas e neonatos <28 dias). A composição não deve ser aplicada como "receita universal".

⚠️ SEGURANÇA — Potássio em manutenção exige avaliação de função renal/diurese e eletrólitos conforme o caso e protocolo institucional.

8. Convulsão febril

- Faixa típica: 6–60 meses, associada a febre ≥38 °C, sem infecção do SNC e sem causa metabólica que explique a crise.
- Simples: generalizada, <15 min e não recorre em 24 h.
- Complexa: focal e/ou ≥15 min e/ou recorrente em 24 h.
- Se crise ativa: estabilização ABC, monitorização e tratamento anticonvulsivante de resgate conforme protocolo de crise convulsiva/status.

🆕 CORREÇÃO IMPORTANTE DA AULA — Punção lombar NÃO é recomendada rotineiramente apenas por a criança ter menos de 12 meses. Segundo a diretriz da AAP para crise febril simples, deve ser realizada quando há sinais/sintomas sugestivos de meningite ou infecção intracraniana; entre 6–12 meses é uma opção se imunização contra Hib/pneumococo for incompleta/desconhecida, e também pode ser considerada quando houve pré-tratamento antibiótico.

🆕 AAP — Em criança neurologicamente saudável com crise febril simples, EEG, exames laboratoriais e neuroimagem não são rotineiramente necessários apenas para explicar a convulsão. O foco é determinar a causa da febre.

9. Lactente jovem com febre

A aula original usa uma divisão antiga e ampla (<30 dias; 1–3 meses; 3–36 meses) e apresenta Rochester. Isso é mantido como registro histórico da aula, mas não deve ser usado isoladamente como algoritmo NEXOMED atual.

🆕 ATUALIZAÇÃO NEXOMED 2026 — A diretriz da AAP para lactentes a termo, previamente saudáveis e com boa aparência, febris (≥38 °C), organiza a faixa de 8–60 dias em três algoritmos: 8–21 dias, 22–28 dias e 29–60 dias. Criança com aparência tóxica ou fora dos critérios de inclusão exige abordagem própria e mais agressiva. O algoritmo completo será transformado em fluxograma específico na versão de protocolo.

10. Doenças exantemáticas — reconhecimento rápido

Doença	Pista clínica
Sarampo	Febre + pródromos catarrais + conjuntivite + manchas de Koplik + progressão craniocaudal.
Roséola/exantema súbito	Febre alta seguida de defervescência e então exantema; geralmente bom estado geral.

Eritema infeccioso	Parvovírus B19; face esbofeteada e exantema rendilhado.
Rubéola	Exantema róseo e linfonodomegalia retroauricular/occipital como pistas.
Varicela	Lesões simultâneas em diferentes estágios; atenção à infecção bacteriana secundária.
Escarlatina	Faringite/febre, língua em framboesa, exantema áspero, Pastia e palidez perioral.

11. Doença de Kawasaki

A aula apresenta o padrão clássico: febre persistente associada a alterações orais, conjuntivite bilateral não exsudativa, linfonodomegalia cervical, exantema e alterações de extremidades, com preocupação central para aneurismas coronarianos.

🆕 ATUALIZAÇÃO NEXOMED 2026 — A American Heart Association publicou atualização científica em 2024. Kawasaki continua sendo diagnóstico clínico; a avaliação contemporânea inclui reconhecimento de apresentações completas/incompletas, estratificação do risco coronariano e seguimento baseado em dimensões coronarianas normalizadas (Z scores). A imunoglobulina intravenosa permanece elemento central do tratamento; o manejo antiplaquetário/anti-inflamatório e terapias adicionais dependem do risco e da resposta.

12. SIM-C / MIS-C

A aula utiliza a definição preliminar da OMS: 0–19 anos, febre >3 dias, pelo menos dois grupos de manifestações (mucocutâneas, choque/hipotensão, cardíacas, coagulopatia ou gastrointestinais), inflamação elevada, ausência de outra causa microbiana evidente e evidência/contato com COVID-19.

📌 CONTEXTO — Esta definição da OMS é de 2020 e foi explicitamente publicada como preliminar. Para material assistencial contemporâneo, critérios epidemiológicos e protocolos locais devem ser verificados, pois a epidemiologia da COVID-19 e as definições de vigilância evoluíram.

13. Pérolas NEXOMED para a Sala Vermelha

- Uma criança compensada pode manter PA até fases tardias do choque: não espere hipotensão para reconhecer hipoperfusão.
- Estado mental, pulsos, perfusão periférica, TEC, temperatura das extremidades e diurese ajudam a reconhecer choque antes da queda da PA.
- Tórax silencioso em criança com asma e esforço/fadiga é sinal de extrema gravidade.
- Recusa de líquidos é mais preocupante que simples redução da alimentação.
- Reavaliação seriada é parte do tratamento, não um passo opcional.
- Alta pediátrica exige orientação explícita de sinais de alarme e possibilidade real de retorno.

14. Fluxo mental de 60 segundos

1. Aparência → trabalho respiratório → cor/perfusão.
2. Instável? ABCDE + monitorização + glicemia + acesso conforme necessidade.
3. Trate imediatamente a ameaça à vida identificada.
4. Reavalie após cada intervenção.
5. SAMPLE + exame dirigido.
6. Defina síndrome, gravidade e necessidade de exames.
7. Decida: alta segura × observação × internação × transferência.

15. Checklist de alta pediátrica

- Sinais vitais e estado geral compatíveis com alta.
- Hidratação/ingesta aceitáveis para o quadro.
- Sem progressão de desconforto respiratório ou hipoperfusão.
- Cuidador compreendeu diagnóstico provável e tratamento.
- Sinais de alarme explicados verbalmente e, idealmente, por escrito.
- Plano de reavaliação/retorno definido.
- Dúvida diagnóstica relevante ou barreira ao retorno → reduzir limiar para observação/internação.

16. Pontos da aula que exigiram atualização

Tema	Aula-base	NEXOMED 2026
Punção lombar na convulsão febril	Aula sugere coleta de forma ampla em <12 meses.	Não rotineira por idade isolada; usar sinais de meningite, imunização 6–12 m e pré-antibiótico como contexto.
Febre no lactente jovem	Divisão <30 d / 1–3 m + Rochester.	AAP 2021: algoritmos 8–21, 22–28 e 29–60 dias para lactente elegível e bem-aparente.
Manutenção IV	Aula ensina mistura isotônica como fórmula fixa.	AAP: isotônico + dextrose + KCl apropriado para maioria de 28 d–18 a, respeitando exclusões e monitorização.
Kawasaki	Critérios clássicos e IVIG + AAS.	AHA 2024 acrescenta atualização diagnóstica, estratificação coronariana e manejo baseado em risco.
SIM-C	Critérios OMS apresentados como atuais.	Definição citada é preliminar de 2020; usar contexto epidemiológico e protocolo vigente.

16A. Algoritmos e quadros visuais NEXOMED

Os quadros abaixo transformam o conteúdo da aula e as atualizações já identificadas em ferramentas de consulta rápida para treinamento. Eles não substituem protocolos institucionais.

Criança grave — 60 segundos	Ação
1. Primeira impressão	Aparência + trabalho respiratório + cor/perfusão.
2. Instável?	ABCDE imediato, monitorização, glicemia e acesso conforme necessidade.
3. Ameaça identificada	Tratar imediatamente.
4. Após intervenção	Reavaliar resposta clínica.
5. Estabilizou	SAMPLE + exame dirigido + hipótese sindrômica.
6. Destino	Alta segura, observação, internação ou transferência.

Quadro rápido — Desidratação

Plano	Perfil	Via principal	Reavaliação
A	Sem desidratação	Oral em domicílio	Orientar perdas e sinais de alarme
B	Algum grau de desidratação	SRO supervisionada	Reavaliar durante 4–6 h
C	Desidratação grave	EV + SRO quando tolerada	Frequente, guiada por perfusão e clínica

⚠ Pontos de segurança para a edição 2026

• Convulsão febril simples: punção lombar não é indicada apenas pela idade <12 meses; usar contexto clínico e fatores específicos.

• Lactente febril: o material assistencial definitivo deve usar algoritmo contemporâneo por faixa etária e elegibilidade, não Rochester isoladamente.

• Manutenção IV: não usar uma mistura fixa como receita universal; individualizar solução e eletrólitos.

• Kawasaki e SIM-C: utilizar critérios e protocolo vigente no serviço na tomada de decisão.

17. Referências essenciais para validação editorial

- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. Pediatrics. 2021.
- American Academy of Pediatrics. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. Pediatrics. 2011.
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Maintenance Intravenous Fluids in Children. Pediatrics. 2018.
- American Heart Association. Update on Diagnosis and Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement. Circulation. 2024.
- Ministério da Saúde (Brasil). Doenças diarreicas agudas — manejo pelos Planos A, B e C.
- World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. Scientific Brief. 2020.

18. Próximos derivados NEXOMED

- Fluxograma A3: criança gravemente enferma — impressão inicial + ABCDE.
- Fluxograma: lactente febril 8–60 dias.
- Quadro: desidratação Planos A/B/C.
- Cartão de bolso: convulsão febril.
- Painel comparativo: exantemas pediátricos.
- Algoritmo: suspeita de Kawasaki / Kawasaki incompleto.
- Checklist de alta segura do PS pediátrico.
-