



# PRINCIPAIS CAUSAS DE URGÊNCIA EM PEDIATRIA

## Abordagem inicial das emergências mais frequentes

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

## 1. Emergências Respiratórias — 25 a 33% (Brasil) |

20 a 30% (Internacional) As doenças respiratórias constituem a principal causa de internação pediátrica no Brasil (SIH/SUS, 2010–2024) e a causa mais frequente de emergência de alto risco nos PS pediátricos. Na primeira infância (0–4 anos), bronquiolite e pneumonia lideram as hospitalizações; na faixa escolar (5–12 anos), asma e pneumonia comunitária predominam.

Diagnósticos que o recém-formado deve dominar:

- Bronquiolite viral aguda (VSR): Principal causa de hospitalização respiratória em lactentes < 2 anos. Sazonalidade outono-inverno. Sinais de gravidade: FR > 70/min, SpO<sub>2</sub> < 92%, apneia, recusa alimentar.
- Pneumonia adquirida na comunidade (PAC): Bacteriana ou viral. Sinais de gravidade: FR elevada para a idade, retração intercostal, saturação < 93%, gemido expiratório.
- Crise asmática / Broncoespasmo: Avaliar escore de Wood-Downes ou PRAM. Leve (0–3): broncodilatador inalatório. Moderada (4–7): BDZ + corticoide sistêmico. Grave (≥ 8): O<sub>2</sub> + salbutamol contínuo + ipratrópio + corticoide IV.
- Crupe (Laringotraqueobronquite): Estridor inspiratório, tosse metálica, rouquidão. Escore de Westley para gravidade. Dexametasona VO/IM e nebulização com adrenalina nos casos moderados/graves.
- Infecção de via aérea superior (IVAS): Causa mais comum de atendimento não emergencial. Tratamento sintomático. Atenção: otite média aguda com otalgia intensa = LARANJA.
- Corpo estranho em via aérea: Emergência imediata (VERMELHO). Sibilância unilateral, assimetria respiratória ou hipotransparência unilateral na radiografia são sinais de alerta. Laringoscopia/broncoscopia urgente.

## 2. Febre sem Foco / Síndromes Febris — 20 a 28%

(Brasil) | 25 a 45% (Internacional) A febre é a queixa isolada mais frequente nos serviços de emergência pediátrica. Embora a maioria dos episódios seja autolimitada e de etiologia viral, o recém-formado deve identificar os casos que sinalizam infecção bacteriana grave ou condição sistêmica de risco.

Abordagem obrigatória:

- Sistema de Triagem — Semáforo (NICE/AAP): Verde: bem-estar preservado. Amarelo: sinais de alerta (irritabilidade, taquicardia, tempo de enchimento capilar > 3s). Vermelho: criança seriamente enferma (hipotonia, petéquias, gemido, cianose).
- Infecção do trato urinário (ITU): Causa bacteriana mais comum de febre sem foco em < 2 anos. Urocultura obrigatória antes do antibiótico. Considerar ITU em meninas < 2 anos com febre > 39°C sem foco.



- Meningite bacteriana: Rigidez de nuca, petéquias, fontanela abaulada, alteração de consciência. Punção lombar + antibiótico imediato. Não atrasar ATB por espera de neuroimagem se não houver sinais de HIC.
- Dengue / Arboviroses: Alta prevalência no Brasil, especialmente Nordeste e Sudeste. Pesquisar NS1 (dias 1-5) e sorologia. Sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangramento, queda abrupta da febre com deterioração clínica.
- Bacteremia oculta: Em lactentes < 3 meses com febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ : sepse neonatal até prova contrária. Hemocultura + internação + ATB empírico.
- Convulsão febril: 2-5% das crianças de 6 meses a 5 anos. Simples vs. complexa (ver protocolo específico). Investigar e tratar a causa da febre.

### 3. Doenças Gastrointestinais — 12 a 18% (Brasil) |

10 a 20% (Internacional) Os distúrbios gastrointestinais formam o terceiro maior grupo de atendimentos pediátricos. A desidratação secundária à gastroenterite aguda (GEA) é a principal causa de óbito evitável em crianças < 5 anos em países de média renda.

Diagnósticos prioritários:

- Gastroenterite aguda com desidratação: Classificar grau: leve (<5%), moderada (5-10%), grave (>10%). TRO (Soro Oral) para leve/moderada; hidratação venosa (20 mL/kg SF em bolus) para grave. Triagem: AMARELO para leve, LARANJA para moderada/grave.
- Dor abdominal aguda: Diagnóstico diferencial amplo: apendicite, invaginação intestinal, torção ovariana, DII, cólica renal. Sinais de peritonite (sinal de Blumberg, abdome em tábua) = VERMELHO.
- Apendicite aguda: Score de Alvarado ( $\geq 7$ : alta probabilidade). USG abdominal como primeira imagem em crianças; TC apenas com critério rigoroso. Perfuração em < 24h em crianças pequenas.
- Invaginação intestinal: < 3 anos, dor em cólica intermitente, massa abdominal palpável, 'geleia de groselha' (sinal tardio). USG confirma. Enema pneumático como tratamento de eleição. Urgência cirúrgica se peritonite.
- Vômitos cíclicos / DRGE grave: Atenção à síndrome de vômitos cíclicos; excluir causas metabólicas (cetose, distúrbios eletrolíticos) e neurológicas (HIC) antes de atribuir etiologia funcional.

### 4. Traumas e Causas Externas — 8 a 15% (Brasil) |

15 a 20% (Internacional) As causas externas representam a principal causa de óbito em crianças > 1 ano no Brasil. Quedas predominam na faixa de 1-4 anos; acidentes de trânsito e esportes na faixa escolar e adolescência. Queimaduras têm maior incidência nas regiões Nordeste e Sudeste.

Situações de domínio obrigatório:

- TCE (Traumatismo Cranioencefálico): Leve (Glasgow 14-15): aplicar PECARN para decisão de TC — evitar radiação desnecessária. Moderado (9-13) e grave ( $\leq 8$ ): via aérea definitiva, controle de PIC, evitar hipotensão.
- Politrauma pediátrico: ABCDE do trauma. Score de Trauma Pediátrico ( $\text{PTS} \leq 8$  = alto risco de mortalidade). Atenção às diferenças anatômicas: mediastino mais móvel, maior risco de lesão de órgãos sólidos sem fratura de costelas.



- Queimaduras: Regra dos 9 adaptada para crianças (cabeça = 18% em lactentes). Classificação por profundidade: 1º, 2º superficial/profundo, 3º grau. Transferência precoce para centro especializado se > 10% SCQ em crianças ou comprometimento de face/mãos/genitais.
- Intoxicações exógenas: Paracetamol (N-acetilcisteína até 8-10h), organofosforados (atropina + pralidoxima), medicamentos domésticos. Carvão

ativado: eficaz em até 1h da ingestão. Contato com Centro de Informação Toxicológica (CIT): 0800-722-6001.

- Afogamento: Ressuscitação cardiopulmonar imediata — não aguardar remoção de água dos pulmões. Hipotermia protetora em afogados graves sem retorno à consciência.
- Suspeita de maus-tratos: Notificação compulsória ao Conselho Tutelar (ECA Art. 13). Sinais de alerta: padrão de lesão incompatível com a história, múltiplas lesões em diferentes estágios de cicatrização, fraturas em lactentes sem história de trauma significativo, lesões em áreas cobertas pelo vestuário. Documentar detalhadamente o prontuário. Não depende de confirmação para notificar.

## 5. Emergências Neurológicas — 8 a 12%

As emergências neurológicas representam o grupo de maior risco de seqüela e morte quando não manejadas com agilidade. Crises convulsivas correspondem à maioria dos casos; o Estado de Mal Epiléptico (EME) exige reconhecimento e tratamento em minutos.

- Estado de Mal Epiléptico (EME): Crise  $\geq 5$  min ou ausência de recuperação entre crises. Benzodiazepínico IV/IM em 0-5 min. Cada minuto de atraso reduz a eficácia do tratamento (ver protocolo específico).
- Crise convulsiva febril complexa: Duração > 15 min, focal ou recorrente em 24h. Investigação obrigatória: EEG, considerar neuroimagem. Encaminhamento para neuropediatria.
- Meningite/Encefalite: Sinal de Kernig, Brudzinski, rigidez nucal, fontanela abaulada, petéquias. TC  $\rightarrow$  PL  $\rightarrow$  antibiótico/antiviral. Não atrasar o ATB.
- AVC Isquêmico Pediátrico: Déficit focal agudo em criança: AVC até prova contrária. RM de urgência. Acionar neurologia pediátrica imediatamente.
- TCE grave: Glasgow  $\leq 8$ : via aérea definitiva, controle PIC (meta < 20 mmHg), evitar hipotensão (PAS  $\geq$  percentil 5 para a idade).
- Hipertensão intracraniana (HIC): Tríade de Cushing: bradicardia + hipertensão arterial + irregularidade respiratória (sinal tardio e grave). Osmoterapia: manitol 0,5-1 g/kg IV ou SF hipertônico 3% 2-5 mL/kg.

## 6. Doenças Infeciosas e Sepses — 5 a 10% (Brasil) |

3 a 8% (Internacional) A sepse pediátrica deve ser reconhecida em até 1 hora — o protocolo SBP/ILAS recomenda antibioticoterapia em até 60 minutos após identificação. Os Critérios de Phoenix (2024) substituem os critérios SIRS para definição de sepse pediátrica, com maior especificidade.

- Sepses / Choque séptico: Critérios de Phoenix (2024): disfunção em  $\geq 2$  sistemas (cardiovascular, respiratório, neurológico, coagulação). Acesso venoso + cristalóide (10-20 mL/kg) + ATB empírico < 60 min. Norepinefrina como vasopressor de 1ª linha.



- Celulite / Fasciite necrosante: Eritema com progressão rápida, dor desproporcional ao exame, crepitação e instabilidade hemodinâmica: fasciite necrosante até prova contrária. Cirurgia de urgência + ATB de amplo espectro.
- Meningococemia: Petéquias + febre + instabilidade hemodinâmica: penicilina G cristalina IV imediata + UTI. Não aguardar resultado de cultura.
- Dengue grave / Arboviroses: Dengue com sinais de alarme: extravasamento plasmático (derrame pleural, ascite), sangramento espontâneo, choque. Hidratação IV criteriosa; monitorar hematócrito.
- COVID-19 / Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P): Febre persistente > 5 dias + inflamação multissistêmica + PCR/VHS elevados em criança com exposição ao SARS-CoV-2: SIM-P. Ecocardiograma obrigatório (risco de aneurisma coronariano).

## 7. Doenças Dermatológicas e Alérgicas — 4 a 7%

Triagem estratificada — não classificar toda a categoria com a mesma cor

- VERMELHO — Anafilaxia: adrenalina IM 0,01 mg/kg no vasto lateral imediatamente. Anti-histamínico e corticoide são adjuvantes — nunca substitutos.
- AMARELO — Urticária aguda isolada: anti-histamínico de 2ª geração. Investigar desencadeante. Afastar anafilaxia antes de classificar como AMARELO.
- AMARELO — Exantemas: diferenciar escarlatina, roseola, sarampo, dengue, meningococemia. Petéquias com febre = VERMELHO.

## 8. Doenças Urológicas e Renais — 2 a 5%

- Infecção do trato urinário (ITU): Urocultura antes do antibiótico. USG renal e de vias urinárias pós-primeiro episódio em < 2 anos e em meninos de qualquer idade. Sinais de pielonefrite (febre alta, dor lombar, calafrios) = LARANJA.
- Síndrome Hemolítica-Urêmica (SHU): Tríade: anemia hemolítica microangiopática + plaquetopenia + insuficiência renal aguda. Pós-diarreia por E. coli O157:H7. Suporte: diálise se indicada. Evitar antibióticos e antidiarreicos (aumentam liberação de toxina Shiga).
- Cólica nefrética / Litíase: Incomum em crianças; investigar causas subjacentes: hipercalcúria idiopática, acidose tubular renal, hiperoxalúria. Analgesia + hidratação. USG como primeira imagem.

## 9. Emergências Metabólicas — 2 a 4%

- Cetoacidose Diabética (CAD): pH < 7,3 + glicose > 250 + cetonúria/cetonemia. Hidratação criteriosa (evitar bolus excessivos) — risco de edema cerebral, a complicação mais temida. Insulina apenas após 1h de hidratação e  $K^+ \geq 3,5$  mEq/L. Monitorar neurológico a cada 30 min.
- Hipoglicemia: Glicemia < 60 mg/dL (ou < 45 em neonatos): glicose IV imediata (SG 10% 2 mL/kg em lactentes; SG 25% 2 mL/kg em crianças maiores). Investigar causa: hiperinsulinismo, insuficiência suprarrenal, erros inatos do metabolismo.
- Distúrbios eletrolíticos graves: Hiponatremia sintomática (convulsão, rebaixamento): SF hipertônico 3% 2-4 mL/kg IV em 20 min. Correção lenta da hiponatremia crônica ( $\leq 10$  mEq/L/24h) para evitar mielinólise pontina central.



## 10. Emergências Neonatais e Perinatais — 3 a 6%

O recém-nascido e o lactente jovem apresentam fisiologia radicalmente diferente das demais faixas etárias: margens estreitas de compensação, sinais clínicos inespecíficos e rápida deterioração. É a área de maior insegurança entre recém-formados — acionar neonatologia precocemente é sempre a conduta correta quando há dúvida.

Principais condições:

- Icterícia neonatal patológica: Bilirrubina total acima do limiar de fototerapia pela curva de Bhutani (conforme IG e horas de vida). Afastar incompatibilidade ABO/Rh, deficiência de G6PD. Fototerapia intensiva; exsanguineotransfusão se encefalopática ou nível crítico.
- Sepses neonatal precoce (< 72h) e tardia (> 72h): RN com febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou hipotermia  $< 36^{\circ}\text{C}$ : sepsis até prova contrária. Hemocultura + punção lombar (se estável) + ATB empírico imediato (ampicilina + gentamicina para precoce; oxacilina + ampicilina para tardia nosocomial). Jamais postergar ATB.
- Apneia do prematuro: Pausas  $\geq 20\text{s}$  ou acompanhadas de bradicardia/dessaturação. Monitorização contínua obrigatória. Cafeína (citrate) como primeira linha farmacológica. CPAP nasal se recorrente.
- Hipoglicemia neonatal: Glicemia  $< 45\text{ mg/dL}$  em RN de termo;  $< 50\text{ mg/dL}$  em prematuros. Glicose IV imediata (SG 10% 2 mL/kg bolus). Investigar: RN GIG (hiperinsulinismo), PIG (reservas reduzidas), filho de mãe diabética.
- Desconforto respiratório neonatal: Taquipneia transitória, síndrome do desconforto respiratório (SDR por deficiência de surfactante), pneumonia neonatal e pneumotórax compõem o diagnóstico diferencial. Escore de Silverman-Andersen para gravidade. Surfactante exógeno nos prematuros com SDR.
- Enterocolite necrosante (NEC): Prematuros: distensão abdominal, resíduo gástrico bilioso, hematoquezia. Radiografia: pneumatose intestinal ou gás portal = NEC avançada. Dieta zero + ATB + cirurgia se perfuração.

Guia de Prioridade de Estudo — Recomendação para Médicos Recém- Formados A ordem abaixo reflete a combinação entre frequência de atendimento, potencial de morbimortalidade e necessidade de decisão imediata:

1º Emergências Respiratórias — reconhecer insuficiência respiratória iminente salva mais vidas do que qualquer outro conhecimento isolado.

2º Febre e Triagem — estratificar risco febril evita tanto o subtratamento quanto o supertratamento. Dominar o semáforo NICE/AAP.

3º Emergências Neurológicas (EME e TCE) — segundos fazem diferença.

Memorizar o protocolo escalonado do EME.

4º Sepses / Infecções Graves — o protocolo de 1 hora salva vidas. Memorizar os Critérios de Phoenix 2024.

5º Trauma e Maus-Tratos — ABCDE do trauma pediátrico, PECARN para TCE e reconhecimento de maus-tratos com notificação compulsória.

6º Gastrointestinal / Desidratação — classificação e tratamento da desidratação é competência básica inegociável.



7º Anafilaxia — adrenalina IM imediata. Não hesitar, não esperar anti-histamínico. 8º CAD / Distúrbios Metabólicos — risco de edema cerebral na correção rápida. Protocolo rigoroso de hidratação.

9º Neonatal — RN doente tem margens estreitíssimas. Acionar neonatologia precocemente. Não subestime sintomas vagos no neonato.

10º ITU e Doenças Alérgicas — frequentes, manejo protocolar, bom prognóstico quando bem conduzidas.

Complemento formativo recomendado: cursos PALS (Pediatric Advanced Life Support) e ATLS Pediátrico são obrigatórios para o médico que atua em urgência/emergência pediátrica. Consulte SBP, ACEP e AHA para calendário de cursos.

Referências Bibliográficas Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Proposta de inclusão dos pediatras na atenção básica: Os números da morbidade. Ministério da Saúde; 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) — DATASUS. Internações pediátricas 2010–2024.

Acervo Saúde (Revista Eletrônica). Análise das principais urgências e emergências pediátricas no Brasil entre 2020 e 2023. Acervo Saúde. 2026 Mar.

Brazilian Journal of Health Review. Causas de hospitalização em crianças de 0 a 9 anos no Brasil: análise com base no SIH/SUS (2013–2024). 2025.

American Academy of Pediatrics (AAP). Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Guidelines for pediatric emergency care. Pediatrics. 2023. Harvard Medical School / Boston Children's Hospital. Pediatric Emergency Medicine — Clinical Practice Guidelines. 2023.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fever in under 5s: assessment and initial management. NICE Guideline NG143. London: NICE; 2021. Asociación Española de Pediatría (AEP). Protocolos de Urgencias Pediátricas. 4ª ed. Madrid: AEP; 2020.

Weiss SL, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children (Phoenix Criteria). Pediatr Crit Care Med. 2024.

Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS). Critérios de Sepse de Phoenix — Nota Técnica. 2024.

Dharmar M, et al. Common diagnoses among pediatric attendances at emergency departments. BMC Emerg Med. 2021;21:55.

CDC / MMWR. Pediatric Emergency Department Visits Before and During the COVID- 19 Pandemic — United States, January 2019–January 2022. MMWR. 2022;71(8). Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Manual de Urgências e Emergências em Pediatria — PALS. 3ª ed. 2023.

American Heart Association (AHA) / American Academy of Pediatrics (AAP). Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. 2020.