PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

Revisado: Enfª Dra. Karynne Borges Cabral, Especialista em Neonatologia e Pediatria. Mestra e Doutora em Enfermagem – FEN/UFG. Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente em Saúde – HMU.

Aprovado: Enf°Esp. Thiago dos Santos Souza, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva – IBEED; Controle de Infecção Hospitalar – CEEN/PUC-GO e em Enfermagem do Trabalho – IBEED. Diretor de Enfermagem – HMU.

RIO VERDE-GO

2020

Revisão	Data	Revisado por	Aprovado por
02	07/02/2020	Enfª Dra. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente	Enfº Esp. Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem

APRESENTAÇÃO

O **Núcleo de Qualidade e Educação Permanente** (NQEP) do Hospital Municipal Universitário (HMU) foi criado em 08/01/2018, com o objetivo de planejar, organizar e fornecer ações de Educação Permanente a equipe de enfermagem e, revisar protocolos institucionais. Tais ações possuem a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem em nossa instituição. Assim, propomos a revisão do Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco Pediátrica (ACRP).

A tomada de decisão para atualização desse protocolo foi realizada com base em avaliação interna do setor e de prontuários médicos. Nessa avaliação, desenvolvida como parte integrante das atividades do NQEP, com apoio da ferramenta PDCA, identificou-se que 31 sinais e sintomas descritos no prontuário das crianças na classificação de risco, não eram contemplados no protocolo, o que prejudicava a efetividade das atividades desempenhadas no setor. Isso porque, a ausência de sinais/sintomas, situações/ queixas no protocolo, comuns na rotina do Pronto-socorro pode gerar dúvidas quanto ao risco atribuído a essas situações/queixas. Outros balizadores, também foram incluídos com base na revisão da literatura, identificados como ausentes no protocolo institucional. No intuito de tornar o nosso protocolo o mais completo possível.

Apresentamos, portanto, a revisão do protocolo de Acolhimento Avaliação e Classificação de Risco Pediátrico do HMU em sua segunda versão. Pautada na revisão da literatura atual, realizada em bases científicas, para identificação de protocolos existentes, validados ou em processo de validação e em literatura considerada âncora de sinais e sintomas e possíveis evoluções.

Com o intuito de oferecer um atendimento de maior qualidade às crianças que procuram o nosso serviço, nessa versão atual do protocolo de ACRP incluiu-se 40 (quarenta) balizadores (sinais/sintomas; situação/queixa). Quanto à estrutura geral do Protocolo de ACRP, foram incluídos nessa versão: página de sumário, para facilitar a consulta dos profissionais e, discriminação de funções dos membros da equipe de classificação de risco. Além disso, foi realizada revisão ortográfica e gramatical.

"Sempre existe um jeito melhor de fazer o que já estamos fazendo"

Clailton Luiz – Fundador da Line Coaching

Revisão	Data	Revisado por	Aprovado por
02	07/02/2020	Enfª Dra. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente	Enfº Esp. Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução	04
Objetivo Geral	05
Objetivos Específicos	06
Justificativa	06
Finalidade	06
Equipe Necessária e funções	06
Função do Enfermeiro	06
Função do Técnico em Enfermagem	07
Processo de Acolhimento e Classificação de Risco	07
Protocolo de Classificação de Risco	09
Vermelho – Prioridade zero – Situação / Queixa	09
Amarelo – Prioridade 1 – Situação / Queixa	12
Verde – Prioridade 2 – Situação / Queixa	16
Azul – Prioridade 3 – Situação / Queixa	17
Itens a considerar durante a avaliação da criança	19
Referências	20
Apêndices	21
Apêndice 1 – Sinais vitais	22
Valores de referências de frequência respiratória	22
Valores de referências de frequência cardíaca	22
Valores de referências de temperatura axilar	22
Valores de referências de pressão arterial	23
Definição de hipotensão / idade	23
Apêndice 2 - Avaliação do estado de consciência, reflexos e neurocomportamental em pediatria	24
Avaliação neurocomportamental – Escala de Brazelton	25
Estados de consciência segundo Brazelton	25
Escala de Glasgow para menores de 1 ano	26
Escala de Glasgow para crianças entre 1 e 2 anos	27
Escala de Glasgow convencional 3 e 15 anos	27
Apêndice 3 – Níveis alvo de glicemia capilar	28
Apêndice 4 – Referência de área queimada para crianças	29
Apêndice 5 – Outros	30
Diagnósticos diferenciais do lactente de aparência séptica	30
Sinais de alerta a gravidade em crianças e adolescentes	31
Avaliação clínica da icterícia	32

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1930, as discussões sobre a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares ganharam destaque e a criação de protocolos, fichas, sistemas, políticas e programas, passaram a fazer parte do planejamento da gestão hospitalar(1).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está dividido em três níveis. As unidades básicas de saúde (UBS) representam a atenção primária e são responsáveis pelas ações de promoção e proteção da saúde. Os hospitais gerais e ambulatórios especializados representam a atenção secundária e desenvolvem ações voltadas para o tratamento precoce e minimização de agravos à saúde. As ações de maior complexidade e de reabilitação são desenvolvidas no nível terciário pelas unidades hospitalares especializadas (2).

Os serviços de emergência são responsáveis pelo atendimento de pacientes em situações agudas de saúde de causa clínica, traumática ou psiquiátrica e têm como propósito a resolução dos problemas de saúde de seus clientes. Considerados como a porta de entrada para o SUS, as urgências e emergências enfrentam uma série de dificuldades para oferecer um serviço de qualidade a seus usuários(3). E seu principal desafio é prestar uma assistência de qualidade em um local em que as demandas das urgências propriamente ditas se misturam às urgências sociais e às urgências individuais do usuário(4).

Como resposta a esse importante desafio, a reduzida eficiência e dificuldade para atender a população em suas necessidades reais, foi elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH), com o intuito de contribuir com a atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos profissionais e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (5).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe, na Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, a criação do Acolhimento que é entendido como uma ação técnico-assistencial, capaz de gerar uma mudança na relação profissional/usuário e em sua rede social através de ações técnicas, éticas, humanitárias e de solidariedade, reconhecendo o usuário como participante ativo do processo de produção de saúde. É também, uma forma de atender a todos que procuram o serviço, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de pactuar respostas adequadas ao usuário(6).

Além disso, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia de reestruturação dos serviços de saúde, uma vez que opera os processos de trabalho com o intuito de atender a todos que procuram as

unidades de urgência e emergência, ouvindo seus pedidos, elegendo suas necessidades reais e assumindo um papel acolhedor capaz de apresentar respostas mais adequadas às queixas e necessidades do usuário, o que permite um atendimento com maior responsabilidade e resolutividade[7].

A PNH tem como principal diretriz de implantação, a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Essa estratégia visa diminuir o risco de mortes consideradas evitáveis, a extinção da triagem realizada por porteiro ou profissional não capacitado e a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada[3].

A implantação da classificação de risco no acolhimento é capaz de gerar vários benefícios para o atendimento tais como: a diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários; melhoria das relações interpessoais na equipe de saúde; padronização de dados relevantes para pesquisas e estudos; fornecimento de informações para o planejamento de ações de gestão para melhoria do atendimento e, o aumento da satisfação dos usuários. Isso é possível, uma vez que, essa estratégia se pauta no atendimento ao usuário com uma abordagem integral e de forma rápida e efetiva, onde o foco não será na doença e sim, no doente como um todo[8].

Conforme indicado pela PNH[6] o enfermeiro de nível superior é o profissional responsável por avaliar e classificar o usuário quanto ao risco, nos serviços de urgência e este processo deve ser orientado por um protocolo direcionador[9]. Nessa perspectiva o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução 423/ 2012, determina que a avaliação e classificação de risco para priorização da assistência médica em Serviços de Urgência e Emergência é uma atividade privativa do Enfermeiro. Para tanto, considerou a Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.

Portanto, o Enfermeiro que atua no serviço de classificação de risco, deverá estar dotado dos conhecimentos, competência e habilidades que garantam rigor técnico - científico ao procedimento. Além disso, o processo de Avaliação e Classificação de Risco, realizado pelo enfermeiro, deve ser orientado por um protocolo direcionador[10].

OBJETIVO GERAL

Realizar de forma sistematizada a classificação do risco dos pacientes pediátricos atendidos no Hospital Municipal Universitário, estabelecendo fluxos de atendimento com base no nível de risco, por meio desse protocolo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Avaliar a criança logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento;
- Descongestionar o Pronto-Socorro, promovendo orientações seguras ao nosso usuário quanto ao atendimento realizado em nossa unidade;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que a criança seja vista o mais precocemente possível de acordo com a sua gravidade;
- Informar aos pais ou responsável pela criança os tempos de espera para atendimento médico;
- Retornar informações a familiares;
- Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- Adequar á estrutura física a logística do setor de Emergência e Pronto-Socorro.

JUSTIFICATIVA

Com a crescente demanda na procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto-Socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho de nossa unidade, de forma a atender os diferentes graus de especificidade, visando a resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, o serviço prestado seja de acordo com diferentes graus de necessidade ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada.

FINALIDADE

Padronizar o atendimento pela equipe de enfermagem no serviço de Acolhimento e Classificação de Risco Pediátrico do Hospital Municipal Universitário.

EQUIPE NECESSÁRIA E FUNÇÕES

1 Enfermeiro e 1 Técnico em Enfermagem a cada turno de trabalho nas 24 horas do dia.

Funções do Enfermeiro:

- Operação do processo de classificação de risco;
- Consulta de enfermagem;
- Avaliação dos sinais e sintomas / queixas / duração;
- Determinação do nível de risco;
- Ordenação do fluxo de pacientes para priorização da assistência médica;
- Supervisão técnica no serviço de classificação de risco.
- Orientações e informações a pais/acompanhantes/criança (nível de risco, tempo de espera, dúvidas sobre condutas médicas, internações e exames).

Funções do Técnico em Enfermagem:

- Auxiliar o enfermeiro;
- Fazer chamada dos pacientes para atendimento em consulta de enfermagem e médica;
- Aferir todos os sinais vitais necessários na classificação de risco (Frequência cardíaca (FC); Frequência respiratória (FR); Pressão arterial (PA); Temperatura (Tº) e STO2);
- Realizar aferição de medidas antropométricas (peso e altura);
- Intermediar atendimento entre AACR e o atendimento médico;
- Fazer controle de reavaliações médicas;

- Na ausência do enfermeiro, será realizada apenas triagem, ou seja, aferição dos sinais vitais e medidas antropométricas e encaminhamento das crianças ao consultório médico.

PROCESSO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O usuário ao procurar o Pronto-Socorro deverá direcionar-se a Recepção que terá como objetivo:

- Realizar ficha de atendimento e determinar as áreas de atendimento em nível primário (Pronto-Socorro infantil; Pronto-Socorro ortopédico e Sutura);
- Encaminhar ficha para atendimento no AACR.

Em seguida o usuário será chamado na sala de espera da recepção pelo técnico em enfermagem ou enfermeiro, com os seguintes objetivos:

- Aferição de sinais vitais;
- Aferição de medidas antropométricas;

- Consulta de enfermagem;
- Determinação do nível de risco.

Após a consulta de enfermagem e determinação do nível de risco o paciente poderá ser imediatamente encaminhado à sala de emergência; sala de sutura; consultório médico ou a sala de espera. Em conformidade com o nível de risco atribuído, que se dará nos seguintes critérios:

Vermelho **Sala de emergência / Sutura**	**Prioridade zero** – emergência; necessita de atendimento imediato.
Amarelo **Consultório médico**	Prioridade 1 – urgência; atendimento entre 15 – 30 minutos.
Verde **Aguarda chamada na recepção**	Prioridade 2 - urgência menor, atendimento em até 2 horas.
Azul **Aguarda chamada na recepção**	Prioridade 3 – não urgente - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar de 3 a no máximo 4 horas, de acordo com a demanda dos atendimentos de urgências e emergências.

O processo de classificação de risco obedecerá às determinações da Resolução COFEN 423/2012, que normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. A saber:

Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Paragrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Art. 2º O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser realizado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução COFEN 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

Além disso, a determinação do grau de risco deverá ser orientada por esse protocolo. Após a identificação dos sinais e sintomas, o enfermeiro deverá correlacionar os achados com esse protocolo. A determinação do risco se dará pelo agrupamento de sinais/sintomas/queixa, contidos em cada grupo de risco, sendo que, caso as queixas apresentadas tenham sinais/sintomas/queixas em mais de um nível, o enfermeiro deverá considerar o maior risco atribuído. Exemplo: A criança apresenta uma situação/queixa do grupo vermelho e duas situações/queixas do grupo verde. Ela deverá receber nível de risco vermelho, pois, mesmo que a criança tenha mais sintomas/situação/queixa do grupo verde, o fato de ter uma queixa do grupo vermelha a coloca no maior nível de risco.

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO – Prioridade Zero – Emergência – Atendimento imediato: Pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) / Sala de Sutura devido à necessidade de atendimento imediato:

Situação / Queixa

- Abuso sexual com sangramento em genitália e ou região anal, e /ou sinais de laceração local.
- Acidentes com animais peçonhentos (todos os tipos);
- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h;
- Acidentes envolvendo forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões;
- Acidentes com material biológico;
- Acidentes com materiais químicos;
- Acidentes em geral com óbitos no local da ocorrência, mesmo que a criança esteja aparentemente estável;
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;
- Alterações de Sinais Vitais (observar tabela de SSVV para a idade – apêndices), associado à comorbidades (história reconhecida de cardiopatias, diabetes, problemas respiratórios) sintomático:
  - Pulso: taquicardia/bradicardia;
  - Hipertensão - PA sistólica ≥ 240 mmHg ou Hipotensão – PA sistólica < 80 mmHg;

- FR >irpm com comorbidades ou FR> 36 irpm sem comorbidades;
- Temperatura > 38,5 ºC em crianças imunodeprimidas (Aids, leucoses, em tratamento recente - < 15 dias – por uso de quimioterapia, radioterapia, iodoterapia e transplantados);
- Febre maior que 40,5º C, em qualquer idade;

- Cefaleia intensa acompanhada de rigidez de nuca, abaulamento das fontanelas, febre e vômito em jato;
- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva; acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos (parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia) com ou sem alterações de sinais vitais;
- Complicações de diabetes:
  - Hipoglicemia (HGT < 50 mg/dl) ou Hiperglicemia (HGT > 300 mg/dl); com sonolência; vômitos; dor abdominal e desidratação grave.
- Comprometimentos da Coluna Vertebral pós – trauma grave;
- Crises convulsivas (em atividade e /ou inclusive pós-crise imediata < que 2 horas);
- Desconforto respiratório grave (dispnéia, taquipnéia, tiragem sub ou intercostal, estridor em repouso, batimentos das asas do nariz);
- Desidratação grave – evidenciada por relato de dificuldade de ingesta hídrica, boca seca, mucosas ressecadas, letargia. Associada ou não com quadro de vômitos e/ou diarreia e / ou fontanela muito deprimida;
- Dor abdominal com sinais vitais alterados: hipotensão, taquicardia e febre;
- Dor ou cólica abdominal intensa; associada a trauma recente;
- Dor torácica aguda de inicio súbito com irradiação, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos, dispneia, cianose e/ou qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso;
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas ou intoxicação exógena de qualquer natureza;
- Fratura exposta e/ ou trauma fechado de ossos longos e pelve.
- Fraturas da 1. ª e 2. ª costela;
- Fraturas da 9. ª, 10.ª, 11ª . Costela ou mais de três costelas;
- Hemorragias de qualquer natureza, não controláveis:
  - Hematêmese associada a sinais de choque;

- Melena associada a sinais de choque;
- Enterorragia associada a sinais de choque;
- Hemoptise franca ou Epixtaxe com alteração de Pressão Arterial;
- Hemorragia associada a traumas diversos;

- História importante de alergia, associada a edema de face e dificuldade respiratória.
- História de anemia falciforme sintomática: palidez, hipotensão, suspeita de sequestro esplênico;
- Insuficiência respiratória (incapacidade de falar, cianose, letargia, dispnéia extrema ou fadiga muscular, obstrução de via aérea, Saturação < 90%);
- Inalação de fumaça (com gases e partículas suspensas). ***Em caso de monóxido de carbono – instale imediatamente oxigenioterapia com umidificação;***
- Inalação ou banho de agrotóxico ou produtos agropecuários ***(retire toda a roupa da criança, se possível, realize banho de chuveiro)***. ***Lembre-se a absorção destes produtos e maior por via ID;***
- Intoxicações exógenas de qualquer natureza; com alterações do nível de consciência ou sonolência; alterações de sinais vitais e ECG ≤ 14;
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, com alteração do nível de consciência;
- Lesão ocular por produto químico
- Lesão ocular por perfuração de qualquer natureza, com sangramento ativo;
- Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas;
- Obstrução das vias aéreas por corpo estranho, com desconforto respiratório de grau leve / moderado / intenso.
- Parada cardiorrespiratória;
- Perfurações no peito, abdome e cabeça.
- Perda total aguda da visão, sem causa aparente;
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente automobilístico;
- Possível contusão pulmonar;
- Politraumatizado grave com ECG ≤ 12;
- Politraumatizado com sinais de choque (hipotensão, taquicardia, sudorese, taquipnéia).
- Possível broncoaspiração com desconforto respiratório;

- Queimaduras com mais de 15% de área de superfície corporal queimada e/ou com comprometimento de vias aéreas superiores.
- Sinais de cardiopatias congênitas (sopro cardíaco, sinais de hipotensão, cianose geral e etc.);
- Vitimas de afogamento;
- Sinais de torção testicular em crianças de qualquer idade;
- Situações de Traumas:
  - Trauma de face com sangramento ativo e/ou escala de coma de Glasgow menor ou igual a 12 ou Escala de Brazelton – Estado 1;
  - Trauma Crânio Encefálico com ECG < 8, acompanhado de inconsciência; dificuldade respiratória; vômito; otorragia e /ou crise convulsiva;
  - Trauma torácico associado a desconforto respiratório grave;
  - Trauma raqui-medular;
- Vitimas de eletrocussão (todo tipo de choque elétrico);

✓ **Importante:** Toda criança < 7 dias de vida deve ser atendida como prioridade, devido o risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cárdicas congênitas não diagnosticadas e sepse.

✓ ***Pacientes com ferimentos com possibilidade de controle rápido de sangramento e sutura deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.***

AMARELO - Prioridade 1 – Urgência - Atendimento entre 15 – 30 minutos: Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco, após realização de cadastro na recepção.

Situação / Queixa:

- Agressão física/ violência doméstica, sinais vitais normais, sem ferimentos hemorrágicos;
- Abuso sexual, sem sangramento de genitália ou ânus.
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental, sem história de trauma e sem história prévia de doença mental;

- Alterações do comportamento em crianças com diagnóstico prévio de doença mental em tratamento – agitação; letargia; confusão mental, estado de pânico ou que representa risco de agressão a si e/ou outros;
- Alterações de sinais vitais sem outros sintomas associados:
  - Pulso: bradicardia / taquicardia;
  - PA: Hipertensão - PA sistólica ≥ 240 mmHg ou Hipotensão – PA sistólica < 80 mmHg;
  - FR ≥ 60 ipm e ≤ 69 ipm em crianças de 2 meses a 1 ano;
  - FR entre 50 ipm a 59 imp; em crianças com idade entre 1 e 5 anos;
  - FR entre 40 imp e 49 ipm em crianças com idade > 5 anos;
  - Febre ≥ 38 ºC em crianças menores de 3 meses;
  - Febre > 39° e < 40°C em qualquer idade;
  - Hipotermia – T °C ≤ 35;
  - Imunodeprimidos com temperatura axilar ≥ 37,8;
- Baixo débito urinário (oligúria) ou anúria, com sinais de desidratação grave e/ou edema facial / generalizado / sinais de distensão abdominal acentuada;
- Cavidade oral:
  - Dores agudas, associadas à febre;
  - Abcessos / feridas com ou sem febre;
  - Traumas com avulsão de dentes ou cortes em qualquer seguimento;
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de um ou mais sinais ou sintomas neurológicos: paraestesias; alterações do campo visual, dislalia, afasia;
- Cefaleia, associada à dor cervical, com ou sem história de trauma;
- Crise hipertensiva (PA Sistólica ≥ 180 mmHg e PA diastólica ≥ 110 mmHg), sem sintomatologia;
- Crise asmática (incursões respiratórias rápidas e dificultosas; uso de musculatura assessoria; batimento de asa do nariz; tosse seca / produtivas com sibilação expiratória a ausculta pulmonar);
- Complicações do diabetes:

➢ Hipoglicemia: HGT < 70 mg/dl associado a outros sintomas;

➢ Hiperglicemia: HGT ≥ 181 mg/dl associado a outros sintomas;

➢ Hipergicemia: HGT ≥251 mg/dl e ≤ 350 mg/dl sem nenhum outro sintoma associado;

➢ Criança com história de diabetes apresentando um ou mais sintomas: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia;

- Choro persistente / fáceis de sofrimento, sem causa aparente / relatada pelos pais e / ou responsáveis, em crianças menores de 3 anos;
- Desmaios / Sincope;
- Diarreia: > de 5 evacuações/dia ou evacuações com presença de sangue;
- Diarreia associada a vômitos / náuseas persistentes com sinais de desidratação moderada: letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;
- Dispneia/taquipnéia, com uso de musculatura acessória, saturação de oxigênio 92-94%, broncoespasmo e suspeita de broncoaspiração;
- Diminuição do nível de consciência sem causa aparente;
- Dor abdominal atual e persistente em qualquer idade;
- Dor abdominal intermitente em < de 2 anos;
- Dor abdominal aguda, de grau moderado, com distensão abdominal, retenção urinária, associada à febre e prostração;
- Dor abdominal aguda com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão e febre);
- Dor articular intensa, com impotência funcional, com ou sem febre;
- Dor articular, associada à mialgia, petéquias e alterações dos sinais vitais (hipotermia ou hipertermia; taquicardia; bradicardia; taquipineia ou hipotensão);
- Dor de ouvido intensa, com secreção purulenta, com presença ou não de tumefação e febre;
- Dor ou cólica lombar intensa associada ou não a trauma recente;
- Dor torácica moderada com melhora ao repouso;
- Edema de face com sinais de celulite, sem sinais respiratórios;
- Epistaxe sem alteração de sinais vitais;
- Fraturas anguladas e luxações com ou sem comprometimento neuro-vascular ou dor intensa (exceto ossos longos e pelve);
- Hipotensão com PA sistólica < 90 mmHg;
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia, sangramento não atual > 24 horas, sinais vitais normais ou apresentando PA hipotensão sistólica e / ou frequência cardíaca aumentada (taquicardia);
- Ingestão de corpo estranho sem desconforto respiratório;
- Intoxicação exógenas de qualquer natureza, sem alterações de sinais vitais, ECG 15, ocorrido há mais de 6 horas;

- Irritabilidade em crianças menores de 2 anos, sem causa conhecida;
- Lesão lacerante causada por qualquer tipo de animal peçonhento;
- Mordeduras;
- Pós-crise convulsiva: criança alerta, sinais vitais normais, epilepsia prévia; sem crise nas últimas 24 horas, ou primeiro episódio (curto), sem desmaio nas últimas 6 horas;
- Presença de corpo estranho no nariz sem desconforto respiratório;
- Presença de corpo estranho em ouvido sem sangramento ativo;
- Possível broncoaspiração, sem desconforto respiratório;
- Processo alérgico com prurido intenso, bolhas ou eritema disseminado, sem alterações do padrão respiratório;
- Qualquer tipo de lesão com sangramento ativo, grau moderado, controlável com curativo compressivo simples, sem história de trauma;
- Queimaduras com superfície corporal ≥ 10% e ≤ 15% de extensão sem comprometimento de vias aéreas e sem alterações hemodinâmicas;
- Queixas respiratórias de menor intensidade com FR > 20 e ≤ 24 ipm;
- Rouquidão em < 2 anos;
- Traumas:
    - Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 (ou escala de Brazelton – Estado 5-6), sem alterações de sinais vitais;
    - Trauma cranioencefálico leve, ocorrido em qualquer situação, com estado de consciência normal, ocorrido há mais de 6 horas;
    - Trauma de qualquer natureza, ocorrido em menos de 6 horas, associado à dificuldade de deambulação e / ou lombalgia intensa;
    - Queda da própria altura / altura não superior a 1 metro e meio, associada à sonolência;
- Tontura / Vertigem associada à náusea, vômito, sudorese, palidez e distúrbio da marcha;
- Tumorações evidentes / abcessos associada à febre;
- Urticária com edema facial / urticária extensa / feridas tipo bolhas ou prurido intenso, pelo corpo com ou sem febre;
- Varicela (ver possibilidade de isolamento enquanto aguarda).
- Intoxicação exógena de qualquer natureza, sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15, ocorrida há mais de 6 horas;

- Sinais de purpura: criança indisposta, sono irregular, hematomas em MMII; **pequenas** hemorragias evidenciadas por petéquias, eritema; equimoses, sangramento gengival e nasal;
- Sonolência ou torpor, com ou sem história de trauma de qualquer natureza;

VERDE – Prioridade 2 – Urgência menor - Atendimento em até 2 horas: Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples.

- Cefaleia aguda ou subaguda, sem sinais de alerta, associada a náuseas e/ vômitos, com presença de foto e fonofobia;
- Cefaleia em pacientes com diagnóstico conhecido de enxaqueca;
- Dor abdominal aguda, moderada, com sinais vitais normais e ausência de prostração e febre;
- Dor a deglutição;
- Dor epigástrica;
- Dor lombar moderada, acompanhada de disúria, hematúria, febre, com irradiação ou não para a região abdominal;
- Dor de ouvido de moderada intensidade, sem febre / febre baixa;
- Dor de garganta; com presença se placas esbranquiçadas e febre baixa;
- Dor torácica não aguda, moderada e sem dispneia;
- Diarreia (acima de 4X) sem sinais de desidratação;
- Diarreia e vômito sem sinais de desidratação;
- Distúrbios neurovegetativos;
- Halitose;
- Hérnias (umbilical, inguinal, epigástrica) sem sinais de estrangulamento;
- Hipoatividade sem alterações de sinais vitais;
- Historia de asma fora de crise;
- História de convulsão sem alteração de consciência, há mais de 24 horas;
- Irritação / prurido / lacrimejamento/ ardência ocular;
- Insônia associada à recusa de ingesta e débito do autocuidado;
- Intercorrências ortopédicas menores de qualquer natureza: torções, dor moderada pós-trauma, sem comprometimento vascular, ocorridas há menos de 12 horas;
- Intercorrências urológicas, exceto suspeita de torção de testículo;
- Lesão craniana menor, sem perda da consciência, sem vômito, sem sintomas cervicais;

- Lesões infectadas de pele, associadas à febre baixa;
- Miíase com infestação intensa;
- Processo alérgico cutâneo com inflamação local, prurido ou dor leve, com início há mais de 24 horas, sem alterações respiratórias;
- Queimaduras de 1° grau, < 10% de área não crítica;
- Queimaduras de qualquer grau e área, ocorridas há mais de 48 horas, apresentando inflamação, infecção e/ou dor moderada;
- Queixas relacionadas ao sistema urinário:

➢ Baixo débito urinário (oligúria), sem sinais de desidratação grave; sem edema facial / generalizado;
➢ Hematúria;
➢ Urina rosada, não associada a uso de medicamentos;
➢ Anúria há menos de 6 horas, sem edema de face / generalizado, abdome levemente distendido;
➢ Disúria;

- Sintomas gripais (cefaleia; coriza; febre baixa; mialgia; sem dispneia);
- Tosse seca ou produtiva há mais de 3 semanas;
- Temperatura axilar entre 37,8°C e 38,°C; em crianças maiores de 3 meses;
- Temperatura axilar entre 37,5 °C e 37, 9 °C em crianças menores de 3 meses;
- Tumorações evidentes / abcessos, sem febre;
- Urticária localizada;
- Vômitos sem sinais de desidratação;

❖ **Situações especiais:**
✓ RN entre 8-28 dias com queixas clínicas;
✓ Deficiente físico;
✓ Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica;
✓ Clientes em privação de liberdade e/ou sob Tutela do conselho Tutelar.

AZUL – Prioridade 3 – Não urgente – Atendimento entre 3 e no máximo 4 horas: Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima. Após a consulta médica / enfermagem e/ou medicação o paciente é liberado.

- Constipação intestinal, sem sinais de distensão abdominal ou massa palpável;
- Dor abdominal recorrente; sem alterações de sinais vitais;

- Dor leve de qualquer natureza;
- Escabiose;
- Inapetência sem sinais de prostração ou desidratação e sinais vitais normais;
- Fraqueza; sem vômitos; sem diarreia; sem sinais de desidratação e sinais vitais normais;
- Náuseas sem vômitos; sem diarreia e sem febre;
- Pediculose;
- Queixas crônicas de qualquer natureza, sem alterações agudas;
- Procedimentos como:
  - Avaliação de resultados de exames, solicitados em outras unidades de saúde, crianças sem queixas;
  - Curativos;
  - Passagem / Troca de sondas;
  - Troca /Requisição de receitas médicas de medicamentos/insumos de uso contínuo;
  - Solicitações de atestados médicos;
  - Retirada de pontos;
  - Administração de medicamentos de uso hospitalar, criança com receita médica;
  - Vacinação antirrábica em esquemas já iniciados;
- Tosse seca ou produtiva, sem febre com início há menos de 3 semanas;
- Sintomas gripais (coriza; dor de garganta; sem sinais respiratórios sem febre);

ITENS A CONSIDERAR DURANTE A AVALIAÇÃO DA CRIANÇA:

1. **Existem sinais de perigo?** (11, 12)

P – Qual a queixa PRINCIPAL do paciente?

P – O que PROVOCOU a queixa atual?

Q – Qual a QUALIDADE da queixa atual? Descrição feita pelo paciente / acompanhante de como se apresenta a patologia atual.

R – A queixa e RECIDIVA?

S – Até onde a queixa é SEVERA? Realiza o Exame físico sumário, verifique sinais vitais. Classifique a dor em escala de 1 – 10.

T – Há quanto TEMPO o paciente apresenta esta queixa?

M – Está em uso de algum MEDICAMENTO?

Revisão: Enfª Dra. Karynne Borges Cabral

Aprovado por: Enfº Esp.Thiago dos Santos Souza

Revisão	Data	Revisado por	Aprovado por
02	07/02/2020	Enfª Dra. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente	Enfº Esp. Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem

Referências Bibliográficas:

1. Bellucci-Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Rev bras enferm. 2012;65(5):751-7.
2. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013; 21(2):[01-7 pp.]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0500.pdf.
3. Nascimento ERPd, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncello KCG. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev Eletr Enf [Internet]. 2011 13/08/2013; 13(4):[597-603 pp.]. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf.
4. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. Rev Min Enferm. 2008;12(4):581-6.
5. Zem KKS, Montezeli JH, Peres AM. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. Rev RENE. 2012;13(4):899-908.
6. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004.
7. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev APS [Internet]. 2008; 11(1):[74-84 pp.]. Available from: http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/074-084.pdf.
8. Torres HC, Lelis RB. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. Cienc enferm. 2010;16(2):107-13.
9. Souza CCd, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):1-8.
10. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 423. Normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos 2012. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.
11. Sociedade Quixadeaense de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância, Hospital Maternidade Jesus Maria José. Manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Hospital Maternidade JMJ [Internet]. 2014 14 mar 2018:[11 p.]. Available from: http://www.hmjmj.com.br/wp-content/uploads/2014/08/Manual-Classifica%C3%A7%C3%A3o-de-Risco.pdf.
12. Magalhães-Barbosa MCd, Prata-Barbosa A, Cunha AJLAd, Lopes CdS. CLARIPED: um novo instrumento para classificação de risco em emergências pediátricas. Rev Paul Pedatr [Internet]. 2016; XXX(XX):[1-9 pp.]. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010305821600006X.

Apêndices

Revisão	Data	Revisado por	Aprovado por
02	07/02/2020	Enfª Dra. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente	Enfº Esp. Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem

Apêndice 1- Sinais vitais

Valores de Referência de Frequência Respiratória

Idade	Frequência respiratória (mpm)
Recém - nascido	30 – 50
Lactente (1 mês a 12 meses)	30 – 40
1 ano	25 – 30
Fases pré – escolar e escolar (3 anos a 11 anos e 11 meses)	20 – 25
Acima de 10 anos	20

Valores de Referência de Frequência Cardíaca

Idade	Freqência cardíaca (bpm)
Recém – nascido	70 – 170
11 meses	80 – 160
2 anos	80 – 130
4 anos	80 – 120
6 anos	75 – 115
8 anos	70 – 110
10 anos	70 – 110
Adolescente	60- 119

Valores de Referência de Temperatura Axilar

Condição	Temperatura (°C)
Normotermia	36 – 37
Hipotermia	Abaixo de 36
Estado subfebril	37 – 37,5
Febre baixa	37,6 – 38,5
Febre moderada	38,6 – 39,5
Febre alta	39,6 – 40,5
Febre muito alta	Acima de 40,5

Valores de Referência de Pressão arterial

Idade	Pressão Arterial (mmHg)
Recém – nascido	80 X 60
1 mês a 2 anos	90 X 60
3 – 5anos	100 X 70
6 – 10 anos	110 X 70
Acima de 12 anos	120 X 80

*** Sinais Vitais: Alves; Almeida; Esteves at al.; 2008.

Definição de Hipotensão

Idade	Referência
Abaixo de 1 mês	< 60 mmHg de pressão sistólica
Abaixo de 1 ano	< 70 mmHg de pressão sistólica
1 a 10 anos	(70 + 2 X idade e anos) mmHg
10 anos	< 90 mmHg de pressão sistólica

Apêndice 2 - Avaliação do estado de Consciência, reflexos e neurocomportamental em pediatria

Avaliação dos Reflexos Primitivos do RN

Reflexos	***Avaliação***	***Respostas esperadas***	***Duração***
Reflexo de Moro	Deixe o recém-nascido em decúbito dorsal, segure-o pelas mãos elevando seu tórax até aproximadamente 3 cm da superfície e solte suas mãos lentamente.	O bebê deverá responder abrindo os braços simetricamente (simulando um abraço), podendo ser acompanhado de choro. Assume uma forma de C com o polegar e o indicador	Dura até o terceiro ou quarto mês sendo mais intenso no segundo mês de vida.
Reflexos de Sucção	Coloque o dedo na boca do bebê.	O bebê suga o dedo (ou o mamilo da mãe) forçada e ritmicamente. A sucção é coordenada com a deglutição e a respiração. A coordenação da sucção, deglutição e respiração que ocorre em torno de 32 semanas de idade gestacional.	Dura toda a lactância, mesmo sem estímulo, como durante o sono.
Fuga à Asfixia	Coloque o RN em decúbito ventral no leito, com a face voltada para o colchão.	Em alguns segundos o RN deverá virar o rosto liberando o nariz para respirar adequadamente.	------
Babinski	Estimule a parte externa da região plantar, no sentido superior, em direção aos artelhos, a partir do calcanhar e passando por todo o arco do pé.	O recém - nascido hiper estende os artelhos, faz uma flexão hálux, seguindo da abertura dos artelhos para fora.	Desaparece até 12 anos.
Reflexão da preensão palmar ou plantar	Coloque um dedo na palma da mão do recém – nascido.	O bebê agarra o dedo.	A preensão palmar começa a ser substituída por movimentos voluntários por volta do terceiro mês de vida e a plantar diminui por volta do oitavo mês.
Reflexo de busca	Toque a bochecha ou o canto da boca do bebê por alguns segundos.	O bebê vira a cabeça na direção do estímulo, abre a boca e procura a fonte de estímulo.	Desaparece por volta do quarto mês.
Reflexo da marcha	Eleve o bebê pelo tronco e faça com que ele roce os pés em uma superfície plana.	O bebê faz movimentos alternados de flexão e extensão e adução das pernas, imitando o caminhar.	Desaparece entre um e dois meses.
Reflexo tônico cervical assimétrico esgrimista, ou Magnus-De-Kleijn	Gire a cabeça do recém – nascido para o lado direito ou esquerdo.	O bebê estenderá o braço e a perna para esse lado e o braço e a perna opostos permanecem fletidos.	Desaparece por volta do quarto mês.
Reflexos de Gallant (encurvamento do tronco)	Tocar levemente a região dorsal do bebê, em um dos lados, ao longo da coluna.	O estímulo faz com que o bebê gire os quadris que se voltam para o lado estimulado.	Desaparece por volta de quatro semanas de vida.

*** Rodrigues; 2012.

Avaliação Neurocomportamental - Escala de Brazelton

A escala de Brazelton é empregada na avaliação neurocomportamental de RNs entre 36 e 44 semanas e em prematuros quando atingem 40 semanas bem como na avaliação das relações parentais iniciais. Através da escala, o bebê é avaliado em sua capacidade de organizar os estados de consciência, habituar-se diante de eventos pertubadores, prestar atenção e processar eventos ambientais, simples e complexos, controlar a atividade motores integrados. Os estados de consciência são avaliados a partir de 6 tipos de comportamentos denominados estados comportamentais de Brazelton.

Estados de consciência segundo Brazelton

Estado 1	Sono profundo, sem movimentos, respiração regular.
Estado 2	Sono leve, olhos fechados, algum movimento corporal.
Estado 3	Sonolento, olhos abrindo e fechando;
Estado 4	Acordado, olhos abertos, movimentos corporais mínimos.
Estado 5	Totalmente acordado, movimentos corporais vigorosos.
Estado 6	Choro.

*** Rodrigues; 2012.

Escala de Glasgow para menores de 1 ano

Abertura ocular	***Pontos***
Acompanha com o olhar	4
Movimentos oculares extrínsecos e intrínsecos íntegros	3
Movimentos oculares extrínsecos e intrínsecos comprometidos	2
Movimentos oculares extrínsecos e intrínsecos ausentes	1
Melhor resposta Motora	***Pontos***
Flete e estende as 4 extremidades	4
Retira seguimento ao estímulo tátil	3
Hipertonia das 4 extremidades	2
Ausência de resposta motora com paralisia flácida	1
Melhor resposta verbal	***Pontos***
1 mês: guturais; 2 meses: balbucia vogais; 3 meses: riso fácil; 4 meses: vocaliza vogais; 5-6 meses: balbucia para pessoas ou brinquedos; 7-8 meses: “ba”, “ma”, “dada”; 9-12 meses: mamã, papá, dada, etc.	5
1m: pisca com estímulo. 2m: sorri quando acariciada. 3m: sorri com estímulo sonoro. 4m: sorri espontaneamente ou com estímulo. 5-6 meses: reconhece familiares. 7-12 meses: balbucia.	4
1 mês: grito espontâneo. 2 meses: fecha o olho ao estímulo luminoso. 3m: fixa olhar, olha ambiente. 4m: vira a cabeça procurando som. 5-6m: localiza direção do som. 7-8m: reconhece familiar. 9-12m: reconhece e sorri.	3
Grita ao ser estimulada.	2
Ausência de resposta	1

Escala de coma de Glasgow entre 1 e 2 anos

Abertura ocular	***Pontos***
Fixa o olhar, acompanha, reconhece e sorri.	4
Olhar fixo; acompanha (inconstante) e reconhece.	3
Acorda momentaneamente.	2
Sem contato com o ambiente.	1
Melhor resposta motora	***Pontos***
Movimentação espontânea normal.	6
Retirada do seguimento a estímulo tátil.	5
Retirada do seguimento a estímulo doloroso	4
Flexão dos 4 membros com estímulo doloroso.	3
Extensão dos 4 membros com estímulo doloroso.	2
Ausência, paralisia flácida.	1
Melhor resposta verbal	***Pontos***
Fala “mama”, “papa” e outras palavras simples.	5
Choro irritado; reconhece pessoas e balbucia.	4
Choro com estímulo doloroso; recusa alimento; localiza direção de sons.	3
Gemido à dor, agitação.	2
Ausente	1

Escala de Glasgow convencional: 03 a 15 anos

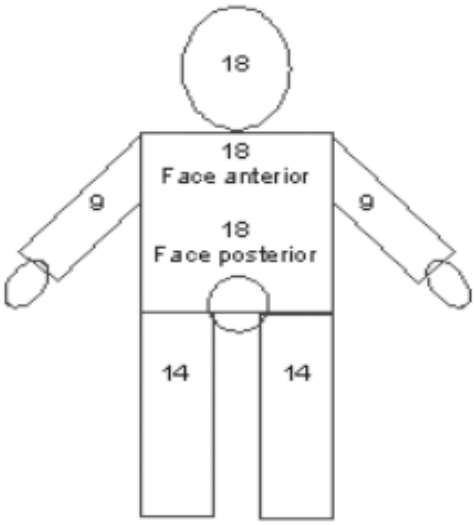
Abertura ocular	***Pontos***	***Resposta verbal***	***Pontos***	***Resposta motora***	***Pontos***
Espontânea	4	Orientado, conversa	5	Obedece a comandos	6
Ordem verbal	3	Confuso, conversa	4	Localiza a dor	5
Estímulo doloroso	2	Palavras desconexas	3	Retira o membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis	2	Flexão (decorticação)	3
		Nenhuma	1	Extensão (descerebração)	2
				Nenhuma; paralisia flácida	1

Total máximo – 15 pontos/ Mínimo – 03 pontos/ Indicação de intubação (correlacionar com clínica) – 08 pontos.

Apêndice 3 - Níveis alvo de glicemia capilar

Idade	Glicemia pré - refeição	Glicemia pós-prandial	Hb glicosilada
< 6 anos	100 a 180 mg/dl	110 a 200 mg/dl	7,5 a 8,5 %
6 a 12 anos	90 a 180 mg/dl	100 a 180 mg/dl	< 8,0%
13 a 18 anos	90 a 130 mg/dl	90 a 150 mg/dl	< 7,5 %

Apêndice 4 - Referência de área queimada para crianças por "regra dos 9"



No entanto, a preferência é para métodos adaptados às variações pediátricas, como o diagrama de Lund & Browder, como apresenta-se na tabela abaixo.

DIAGRAMA DE LUND & BROWDER

Área	Faixa etária					
	< 1	1-4	5-9	10-14	15	>15
Cabeça	19.0	17.0	13.0	11.0	9.0	7.0
Pescoço	2.0	2.0	2.0	2.0	2. 0	2.0
Tronco anterior	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0
Tronco posterior	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0	13.0
Cada braço	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Cada antebraço	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Cada mão*	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genital	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Cada nádega	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Cada coxa	5.5	6.5	8.0	8.5	9.0	9.5
Cada perna	5.0	5.0	5.5	6.0	6.5	7.0
Cada pé	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5

* A palma da mão do paciente corresponde a 1% de sua superfície corporal.

Apêndice 5 – Outros

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DO LACTENTE DE APARÊNCIA SÉPTICA

Cardiopatias	Insuficiência cardíaca congestiva Edema agudo pulmonar Cardiopatias dependentes do canal arterial Pericardite/miocardite Arritmias cardíacas Obstrução do lado esquerdo do coração
Distúrbios endócrinos	Hiperplasia congênita de supra-renal Cetoacidose metabólica Hipoglicemias Distúrbios da tireóide

SINAIS DE ALERTA DE GRAVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Freqüência respiratória	Maior que 60 irpm em qualquer faixa etária. Bradipnéia
Esforço respiratório	Batimentos de aletas nasais, gemência, retração esternal, tiragens intercostais ou subdiafragmáticas ou subcostais, balanço tóraco-abdominal.
Palpação de pulsos	Finos, muito rápidos, ausentes, muito cheios
Freqüência cardíaca	RN: <80-100 ou >200 bpm 0-1 ano: <80-100 ou > 180 bpm Crianças: <60-80 ou >120 bpm Adolescentes: < 60 ou > 110 bpm
Pressão arterial	Pressão sistólica menor que o percentil 5; pressão sistólica ou diastólica maior que o percentil 90
Cianose	Presença de cianose
Hipóxia	Pode ser notada através de saturimetria, palidez cutânea, alteração do sensório, sinais de má circulação.
Alteração de consciência	Não estar reconhecendo os pais, confusão mental, sonolência, irritabilidade, prostração
Diminuição do débito urinário	Sinal de hipovolemia ou choque.

Avaliação Clínica da icterícia neonatal

Ao invés de estimar o nível de icterícia pela simples observação da cor da pele do bebê, pode-se utilizar a progressão céfalo-caudal da icterícia, proposta por Kramer. Kramer chamou a atenção para a observação de que a icterícia começa na cabeça, e se estende para os pés à medida que os níveis séricos de bilirrubina aumentam. Esta análise se tornou útil principalmente em locais onde não há possibilidade de medir os níveis séricos de bilirrubina. Kramer dividiu o Recém - nascido em 5 zonas dérmicas segundo a evolução da icterícia:

Progressão céfalo- caudal da icterícia no RN (zonas de Kramer)	Níveis de bilirrubina total
Zona 1(cabeça e pescoço)	6 mg%
Zona 2 (zona 1+ tórax)	9 mg%
Zona 3 (zona 2 + abdome e coxas)	12 mg%
Zona 4 (zona 3 + braços e pernas)	15 mg%
Zona 5 (zona 4 + mãos e pés)	18 mg%

- Adaptado de Kramer, L. – Brasil; 2011.