

Editorial

Hoje faço de bush e tu de blair	3
Luís Januário	

Pneumonias em idade pediátrica, adquiridas na comunidade: reflexão sobre orientação antibiótica	5
Luís Lemos	

Aerocolia	15
Carolina Duarte, Manuel Salgado, Luís Simões de Moura	

Análise do movimento da unidade de internamento de curta duração (UICD) - 1998/1999	25
Teresa Gouveia, Zaida Charepe, Fátima Matos, M ^a Jesus Balseiro	

Alimentação da criança no grupo etário dos 1-5 anos de idade	35
M ^a Eugénia Morais, Fátima Couto, Conceição Tenreiro, M ^a José Carvalho, Helena Ribeiro	

Adenomegalias	45
Carla Moreira, Isolina Aguiar, Pedro Rodrigues, Delfina Coelho, Alice Chorão	

Importância da Urgência Neonatal na Urgência Pediátrica	55
Carmen Bento, Eduarda Osório, Luís Lemos	

Textos de apoio da consulta de pediatria geral	
Corticoterapia em pediatria	
— aspectos práticos	63

Caso clínico	
Síndrome de Gianotti-Crosti	65
Carla Moreira, Delfina Coelho, Alice Chorão, Pedro Freitas, Paulo Varela	

Um caso inesquecível	
Nem sempre o gesto é tudo, meia palavra basta... ou se é bom entendedor!	69

Textos para os pais	
Convulsões febris	73

Revisões bibliográficas	75
-------------------------	----

Informações	77
-------------	----

Director
Luís Lemos

Editor
Luís Januário

Redacção
Boavida Fernandes
Fernando Fagundes
Manuel Salgado

Conselho de leitura
Os profissionais do
quadro técnico do
Hospital Pediátrico

e

Neonatologia
Conceição Ramos
Gabriela Mimoso
Mário Branco
António Marques

Clínica Geral
Maria José Hespanha

Dermatologia
Ana Moreno

Estatística e Métodos
Pedro Ferreira

Propriedade
Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado
Sandra Fonseca
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra
3000-076 Coimbra
Fax: 239 484 464
Tel.: 239 480 335
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt
www.asic.pt

Assinaturas 2001
Anual — 4.000\$00
Sócios da ASIC — 3.500\$00
Estrangeiro — 4.500\$00
PALOP's — 3.000\$00

Concepção gráfica e paginação electrónica
RPM-Ideias e Comunicação,Lda
Rua Antero de Quental, 250
3000-031 Coimbra
Tel.: 239 85 29 40
Fax: 239 85 29 49
E-mail: atelier@rpm.pt

Montagem e impressão
Gráfica Mealhadense
Depósito Legal nº242/82



1. A revista "Saúde Infantil" destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.
4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
6. Preparação dos originais:
 - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
 - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que o sejam a duas entrelinhas com pelo menos 2,5 cm de margem. A página de título, os resumos em português e em inglês, os nomes dos autores e as instituições onde trabalham devem ser dactilografados em páginas separadas.
 - C. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.
 - D. Página do título: deve conter o título do artigo (conciso e informativo), os apelidos e nomes dos autores e respectivo grau profissional ou académico, o nome da instituição donde provém o trabalho, o nome, telefone e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.

E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).

F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções: a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho). b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica). c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros). d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações supérfuas ou repetir no texto dados dos quadros.

G. Bibliografia (deverá ser mencionada por ordem de entrada no texto). Estilo Vancouver.

Exemplos:

artigo de revista - Soter NA, Wasserman SL, Austen KF. Cold urticaria. *N Engl J Med* 1976; 89:34-46.

artigo de livro - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganismus. In: Sodeman WA, ed. *Pathologicphysiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

livro - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.

H. Quadros e ilustrações:

- Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas separadamente em suporte de papel.
- A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
- Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
- Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
- As radiografias devem ser fotografadas pelo autor. As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.

Hoje faço de bush e tu de blair

Estamos em guerra finalmente de novo outra vez. Temos um inimigo. É um vilão como deve ser, um cobarde, um louco. A família deserdou-o. Vive nas grutas, um troglodita. Temos um nome para aqular os nossos cães pachorrentos. Um alvo para os dardos dos clubes de tédio. Uma cara para as nossas crianças cuspirem.

E somos os melhores. Fomos sempre. Ganhámos todas as guerras desde a reconquista. Praticamente desde Pelagio que não sofremos derrotas. Desde que nos lembramos que colecionamos cabazadas. Com perdas reduzidas. Quase nulas. Na Grande Guerra ainda tivemos um bisavô gaseado. Não bem um bisavô. Foi mais um soldado desconhecido. Daqueles monólitos de pedra que enfeitam os nossos jardins. Na Segunda Guerra Mundial demos cabo dos nazis e dos amarelos mantendo-nos sempre neutrais. Na Terceira o inimigo implodiu. No Golfo foi um fartote. Nos Balcãs esmagámos sem perdas. Nem deu luta. E agora na Quarta grande guerra é o que se vê. Vê-se um bocado mal por acaso. Não por culpa nossa que bem trocávamos a novela da vida real, o *bigbrother* e o *surviver* pela guerra em directo. O soldado Ryan a entrar nas grutas à hora do *prime time* e as nossas bandeiras desfraldadas nas grutas pacificadas. Mas o inimigo não colabora e deixa as nossas televisões às portas da guerra. Peshawar e Quetta onde não se passa nada de excitante, afinal. Ou aquela seca das montanhas com os nossos aliados da Aliança do Norte a bocejar nos treinos. Ou o Uzbequistão onde ao menos podíamos ver um dos 7 000 presos políticos se as câmaras se virassem para trás um bocadinho que fosse. Mas o melhor está para vir, esperamos. Dizem-nos que esta guerra será longa. Talvez os próximos episódios sejam mais emocionantes. Dissemos: Agora a Cavalaria, em força! Queríamos dizer afinal: A Aviação! É mais seguro. Sobretudo quando os nossos mísseis de longa distância já destruíram os aviões e os aeroportos inimigos.

Acção! Pedimos acção. Acção lá longe e paz nas nossas cidades que queremos paz para poder construir os estádios do Euro 2004. Mas acção que se veja. Trocamos o canal Panda pela Al-Jahzeera que esses ao menos estão em Cabul e sempre podem emitir umas imagens que se vejam. O Hotel Intercontinental a arder, por exemplo, e com ele os livros seculares que, dizem, um afegão guardava num dos quartos à espera de melhores dias. Queremos a Al-Jahzeera na TV Cabo. Pode ser codificada.

Connosco ganharam sempre todos! Nós somos multiculturalistas. Temos reservas de índios e esquimós. Fazemos excursões aos templos aztecas. Temos um pacote para os esquimós e outro para o *Inca trail*. No Ramadão só bombardearemos após o pôr-do-sol, está prometido. Um empresário chinês já reproduziu os Budas das montanhas numa espécie de Disneylandia chinesa que conta receber um milhão de turistas na próxima época. Os nossos estilistas fazem passar nas *passerelles* mulheres lindíssimas de *burkas* transparentes.

Luís Januário

PNEUMONIAS EM IDADE PEDIÁTRICA, ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE: REFLEXÃO SOBRE ORIENTAÇÃO ANTIBIÓTICA

Luís Lemos¹

Resumo

Face à melhor caracterização etiológica das pneumonias em idade pediátrica e à evolução das resistências, sobretudo do *Streptococcus pneumoniae*, pretendemos analisar a experiência do Serviço e reflectir sobre o padrão de prescrições antibióticas.

Foram revistos os processos clínicos de 234 crianças cujo diagnóstico de pneumonia foi feito no Serviço de Urgência, no ano de 1999. Foram admitidas em Unidade de Internamento de Curta Duração 192 crianças e destas 51% tiveram alta para o domicílio nas 24 horas seguintes.

A escassez de dados microbiológicos não permite qualquer análise dos mesmos.

Tivemos conhecimento de uma única evolução fatal (em meio hospitalar).

Globalmente os antibióticos mais prescritos foram a Amoxicilina + Ác. clavulânico, o Cefuroxime, a Claritromicina/Azitromicina e a Amoxicilina – sendo esta última utilizada frequentemente em dosagem normal.

Julgamos que a Amoxicilina e os macrólidos (Eritromicina,...), dependendo da clínica e da idade, podem (devem) ter plena aplicação, como terapêutica inicial.

Palavras-chave: pneumonia, comunidade, antibióticos.

Summary

Because we are now concerned with a better knowledge of the etiology of community-acquired pneumonia and *Streptococcus pneumoniae* resistances, we analysed our emergency department experience, in 1999. Two hundred and thirty four children had the diagnosis of pneumonia and 192 have been hospitalised in the short stay unit. From these, 51% have been discharged before 24 h.

Microbiological data is unavailable. One child aged of 9 months, died in the hospital.

The more prescribed antibiotics have been Amoxicillin + clavulanic acid, Cefuroxime, Claritromycin/Azithromycin and Amoxicillin.

We hope Amoxicillin and macrolides (Erythromycin,...) – depending on age and clinic - will be more prescribed.

Keywords: pneumonia, community, antibiotics.

1. Chefe de Serviço, Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

As infecções respiratórias baixas adquiridas na comunidade continuam a ocupar um lugar importante nas casuísticas dos Serviços de Urgência hospitalares.

É sabido que estas infecções predominam na baixa idade pediátrica – sobretudo nos 2 primeiros anos de vida – sendo os vírus os agentes mais frequentes (1,2).

As broncopneumonias têm merecido contínuo interesse, nomeadamente no que diz respeito à investigação etiológica (3).

A sofisticação crescente da investigação microbiológica tem permitido conhecer melhor os agentes etiológicos. Destes estudos prospectivos, tem-se obtido informação muito útil para a actuação diária (4-8). Nos casos suspeitos de infecção bacteriana a escolha do antibiótico é empírica, baseada em critérios clínicos (de reconhecido valor limitado) e na probabilidade etiológica, tendo os trabalhos acima referidos contribuído largamente para a caracterização epidemiológica desta patologia.

Em países do norte da Europa e EUA as bactérias actualmente predominantes são, de modo destacado, o *Streptococcus pneumoniae* e o *Mycoplasma pneumoniae*. A *Bordetella pertussis* e a *Clamídia trachomatis* são isoladas sobretudo nos primeiros meses de vida. O *Haemophilus influenzae* b, praticamente desapareceu como causa significativa, nas mais recentes e maiores séries publicadas, certamente como resultado da respectiva imunização introduzida em larga escala nesses países. A *Moraxela* aparece também aí, como um germe residual (4-8,11).

A evolução das resistências dos *Streptococcus pneumoniae* à Penicilina e a outros antibióticos vulgarmente utilizados no ambulatório, constitui um factor de preocupação.

A investigação microbiológica que vem sendo efectuada em Portugal (9,10,12), permite uma escolha do fármaco mais adaptada às susceptibilidades registadas. A escolha criteriosa dos antibióticos no tratamento das broncopneumonias supostamente bacterianas, no ambulatório, é também um passo importante no sentido de tentar evitar o aumento das resistências ou mesmo vir a reduzi-las (4,5,11).

Pretendemos com o presente estudo analisar a casuística de Broncopneumonias contraídas no ambulatório e admitidas no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico em 1999, conhecer a sua orientação global e reflectir sobre o padrão de prescrições, segundo critérios de referência.

Metodologias

Foram pesquisados, através do sistema informático, todos os casos registados como pneumonia/broncopneumonia, de acordo com a ICD- 9 –CM e admitidos no Serviço de Urgência (S.U.) deste hospital desde 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 1999.

Através desta primeira análise foram encontrados 30 casos como urgências simples (inscrição no Serviço e regresso ao domicílio, após observação clínica, sem pedido de qualquer exame complementar de diagnóstico), 31 casos que, após a observação clínica inicial e solicitação de uma radiografia do tórax, também foram orientados para o domicílio e 200 casos com admissão na Unidade de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.).

Foi possível obter a informação desejada (idade, antecedentes pessoais, antibioterapia prévia à admissão – se existente – e prescrita no(s) Serviço(s), destino do doente e evolução final) em 15 dos 30 casos de urgência simples, em 27 dos 30 com exame complementar solicitado e em 192 dos 200 processos de internamento em U.I.C.D. ou seja, num total de 234 processos clínicos.

Foi pesquisada a informação microbiológica disponível.

Resultados

Dos 15 casos admitidos como urgências simples, três tinham < 12 meses de vida, oito entre 12 meses e 3 anos e três mais de 4 anos, sendo a idade ignorada num caso.

Em 13 casos não foi possível saber se foi prescrito (ou prosseguido) um antibiótico e qual, no Serviço. A Amox.+Ác.clav. foi prescrita num caso e a Claritromicina no outro.

Doa 27 casos em que a pneumonia foi confirmada por RX do tórax solicitada no Serviço e as crianças não ficaram internadas, cinco tinham < 12 meses, onze entre 12 meses e 3 anos e os restantes onze mais de 4 anos.

A associação Amox.+Ác.clav. foi prescrita em 13 crianças, na dose de 50 mg/kg/24 h (de amoxicilina) em cinco e em dosagem desconhecida nos restantes.

A Amoxicilina foi utilizada em seis casos, sendo em três na dose de 50 mg/kg/24h e nos restantes a posologia não registada.

A Azitromicina ou a Claritromicina foram utilizadas em seis crianças e o Cefuroxime axetil em uma.

Não há registo do antibiótico prescrito num caso.

Em oito destes 27 casos já havia sido instituída no exterior do Serviço de Urgência terapêutica antibiótica. As modificações de orientação foram registadas em cinco casos e estão resumidas no Quadro 1.

Antibióterapia prévia	Antibióterapia no S.U.	Idades
Claritromicina	Amox.+Ac.clav.	5M, 10 A*, 10 A *
Amox.+Ac.clav.	Azitromicina	3 A
Amoxicilina	Claritromicina	2A

*estavam no 10º dia de medicação quando vieram ao S.U.

Quadro 1 – Alterações à antibioterapia prévia nos casos com R.X. pedida no S.U. e sem internamento.

No que diz respeito aos 192 internamentos em U.I.C.D. (referentes a 170 crianças) verificou-se que 63 tinham idade < 12 meses, 79 entre 12 meses e 3 anos e 28 > 4 anos.

Do total de internamentos verificou-se que 99 (51%) tiveram alta para o domicílio nas 24 horas após a admissão e 93 foram posteriormente internados na enfermaria de Medicina ou directamente na Unidade de Cuidados Intensivos (dois casos).

Globalmente os antibióticos mais frequentemente utilizados em U.I.C.D. foram as aminopenicilinas – 63% (amoxicilina com – 43% ou sem Ác. clavulânico – 12% e ampicilina – 8% (Quadro 2).

Amoxicilina + Ác. clavulânico:	84
Cefuroxime:	38
Claritromicina/Azitromicina:	35
Amoxicilina:	24
Ampicilina:	8
Ceftriaxone:	7
Outros:	5

Quadro 2 – Broncopneumonias em U.I.C.D. – antibióticos.

Analisando as prescrições mais frequentes por grupos etários, verificamos que a associação Amox.+Ác.clav. foi a preferida em todos os grupos etários mas com maior incidência nas crianças com < 2 A (59/84 casos) (Quadro 3).

	< 2 A	2-4 A	> 4 A
Amox.+Ác clav. (84)	59	16	9
Cefuroxime (38)	27	8	3
Macrólide/Azálido (35)	28*	4	3
Amoxicilina (24)	7	11	5
Ampicilina (8)	3	3	2

() = nº total de casos

* < 12 meses: 10

Quadro 3 – Antibióticos / grupos etários (U.I.C.D.).

De notar que dos 28 casos (22%) em que foi prescrito um macrólide/azálido, dez tinham < 12 meses e um quadro clínico evocador de infecção a *Chlamydia trachomatis* ou a *Bordetella pertussis*.

Nas crianças com idade > 4 anos (n=22), nove casos receberam Amox.+Ác.clav., cinco Amoxicilina e três Macrólidos/Azálidos.

No grupo destas crianças admitidas em U.I.C.D. e que já vinham com medicação antibiótica do exterior, - excluídos 23 casos com patologia crónica (respiratória, neurológica, cardíaca ou nutricional) - as modificações na terapêutica antibiótica estão resumidas no quadro 4.

Antibioterapia prévia	Antibioterapia prescrita S.U.	Idades
Amoxicilina	Ampicilina / Amoxicilina *	9 M, 21 M
	Amox.+Ac. clav.**	6M,9M,11M,12M,1A 5A,8A
	Cefuroxime	3M
Macrólidos /Azálidos	Amox.+Ac.clav.***	18M,2A,2A,8A
	Cefuroxime	4M,5M,6M,14M,14M 19M,19M
	Macrólidos	8 M
	Amoxicilina****	7M,4A
Amox.+Ac.clav.	Amox.+Ac.clav.*****	1M,3M,7M,8M,15M, 18M,22M,2A,4A,5A
	Cefuroxime	18M,3A
	Ceftriaxone	2A
	Macrólido	7 M
Cefalosporina 1ª ger.	Amox.+Ac.clav.*****	2M,11M,1A,10A

*dose > 80mg/kg/24 h em 1 caso ** em 2 casos dose > 80mg/kg/24 h

***dose 75mg/kg/24 h em 1 caso, dose ? em 1 caso

**** dose > 80mg/kg/24 h em 1 caso

*****dose = 70 mg/kg/24 h em 2 casos e dose ? em 1

*****dosagem = ou < a 50 mg/kg/24 h em todos

Quadro 4 – Admitidas em U.I.C.D. com antibioterapia prévia e modificações
(excluídos 23 casos com patologia crónica).

Nos dois quadros seguintes analisámos especificamente os casos em que foi prescrita a Amoxicilina, Ampicilina ou Amox.+Ác.clav no grupo das crianças que tiveram alta da U.I.C.D. para o domicílio e no das que necessitaram de internamento na enfermaria de Medicina ou na Unidade de Cuidados Intensivos (U.C.I.), procurando registar as doses dos fármacos utilizadas.

Verificamos (Quadro 5) que das 70 crianças que tiveram alta da U.I.C.D. para o domicílio, em 37 casos (52%) a posologia foi de 50 mg/kg/24 h e superior a 80 mg/kg/24 h em 12 casos (17%). Em nove casos não ficou registada a dosagem utilizada.

	Amox.+Ác clav.	Amoxicilina	Ampicilina
Dose ?	4	4	1
45-50 mg/kg/24 h	34	2	1
Intermédia	8	2	2
< 80 mg/kg/24 h	3	2	7

Quadro 5 - U.I.C.D. com alta para o domicílio
(dosagens de aminopenicilinas com ou sem associação ao ác. clavulânico).

No grupo das 43 crianças que necessitaram de internamento noutros sectores do hospital e em que foram prescritos os antibióticos acima referidos, verificamos que em 21 casos (48%) a dose utilizada foi a corrente e em 12 crianças (27%) > 80 mg/kg/24 h (Quadro 6).

	Amox.+Ác.clav.	Amoxicilina	Ampicilina
Dose ?	3		1
40-50 mg/kg/24 h	20	1	
intermédia	5	1	
> 80 mg/kg/24 h	4	4	4

Quadro 6 - U.I.C.D. com internamento posterior em Medicina/U.C.I.
(dosagens de aminopenicilinas com ou sem associação ao ác. clavulânico).

Do conjunto da casuística, nove crianças voltaram ao S. U. nos dias seguintes à alta da U.I.C.D. ou do S.U., por persistência / agravamento da febre ou dificuldade respiratória. Três tinham menos de 1 ano de vida, dois tinham 18 e 20 meses, um dois anos, dois 3 anos e um 7 anos. Das quatro crianças, previamente medicadas com Amoxicilina+Ác clavulânico em três a posologia não ultrapassava 50 mg/kg/24 h de Amoxicilina. Em dois casos a medicação inicial consistiu em Amoxicilina na dose de 80mg/kg/24 h. Destes seis casos há indicações da orientação de terapêutica em cinco: três receberam Ceftriaxone, um Cefuroxime e outro manteve a Amoxicilina+Ác. clav. na mesma dose.

A maior parte dos casos de broncopneumonia investigados neste estudo não voltaram ao S.U. após o regresso ao domicílio pelo que a respectiva evolução final não é, em rigor, conhecida. Do total de casos internados quatro foram admitidas na Unidade de Cuidados Intensivos (dois a partir da enfermaria de Medicina) tendo tido três evolução final favorável.

Faleceu uma criança de 9 meses, bem conhecida do S.U., que apresentava além da broncopneumonia sequelas neurológicas graves após traumatismo crânio-encefálico aos 4 meses, por acidente de viação.

Não existiam dados microbiológicos disponíveis para a esmagadora maioria dos doentes.

Discussão

O número de casos estudados nesta casuística permite abordar os principais objectivos definidos.

Na impossibilidade de identificar os casos de etiologia exclusivamente viral, as crianças com pneumonia e quando observadas fora de um quadro epidemiológico típico (por exemplo a V R Sincicial), são habitualmente medicadas com antibiótico.

Em relação ao pequeno número de casos de Urgências simples verificou-se que os registos elaborados foram muito escassos. É provável que os diagnósticos de broncopneumonia tenham sido exclusivamente clínicos e/ou confirmados por R.X feitas no exterior e trazidas pelos pais. Pelas razões iniciais acima expostas não é possível qualquer análise sobre orientação terapêutica desta (pequena) parte da casuística.

No que se refere aos 27 casos não hospitalizados em que o diagnóstico foi feito no S.U. e confirmado por R.X solicitado no Serviço, podemos questionar a prescrição da associação com ác. clavulânico em duas crianças de 10 anos (não se prevê nenhum germe produtor de beta-lactamases nesta idade). A optar-se por uma aminopenicilina, a Amoxicilina seria a melhor escolha.

Do total dos 192 internamentos em U.I.C.D. com broncopneumonia, pouco mais de metade teve condições para regressar ao domicílio nas 24 h após a admissão, o que revela certamente uma situação clínica bem tolerada - para além de um apoio familiar adequado.

De entre os fármacos mais prescritos em U.I.C.D. encontramos dois com um espectro de acção muito semelhante para germes produtores de beta-lactamases: Amoxicilina+ Ác. Clavulânico e Cefuroxime. No contexto de broncopneumonias e tendo em conta a informação etiológica classicamente conhecida (1,2) seria sobretudo o *Haemophilus influenzae b* e principalmente nos dois primeiros anos de vida, o alvo para aqueles fármacos. Verifica-se, com efeito, que dos 122 casos em que estes antibióticos foram prescritos, 86 (70%) estavam neste grupo etário.

Os quadros clínicos evocadores de infecções a *Clamidia trachomatis* e a *Bordetella pertussis* em crianças nos primeiros meses de vida, justificaram a prescrição de macrólidos/azálidos. Nesta casuística, como noutras, a broncopneumonia foi um diagnóstico pouco frequente em doentes internados, a partir dos 4 anos de idade: 22 casos (11%). Não parece justificada, pelas razões já expostas anteriormente, a prescrição da associação Amoxicilina+Ác. clavulânico a nove crianças neste grupo etário.

Algumas crianças vinham já medicadas com antibióticos do exterior. Nos que estavam sob Amoxicilina a introdução da associação Amoxicilina+Ác. clavulânico no S.U. parece justificada face à idade da maioria das crianças (mas explica-se mal nos 2 casos com 5 e 8 anos de idade, pelas razões já anteriormente aduzidas). Em relação aos que já vinham medicados com macrólidos/azálidos a mudança para Amoxicilina+Ác. Clavulânico/Cefuroxime em 11 dos 12 casos parece lógica quanto ao espectro pretendido já que, com excepção de uma criança, todos tinham idade igual ou inferior a 2 anos. A maioria dos casos previamente

medicados com Amoxicilina+Ác. clavulânico (em dose que não foi possível apurar) foi depois medicada no S.U. com o mesmo fármaco, em doses habituais (40 a 50 mg/kg/24h de Amoxicilina).

O aumento das resistências do *Streptococcus pneumoniae* à penicilina preocupa-nos, evidentemente, neste tipo de situação clínica que abordamos. Procurámos saber, na ausência de informação microbiológica relevante na presente casuística, se as dosagens utilizadas de Amoxicilina, Ampicilina ou Amoxicilina+Ác. clavulânico tinham sido adequadas a germes resistentes, o que não se confirmou em pelo menos metade dos casos. Na realidade, nos casos em que isso está registado, foi empregue uma posologia normal destes antibióticos em 36 dos 61 (61%) doentes que foram da U.I.C.D. para o domicílio e em 21 dos 39 (53%) dos que foram da U.I.C.D. para as enfermarias de Medicina ou para a U.C.I.

A evolução final dos casos de pneumonia admitidos no nosso S.U. em 1999 - e em relação aos quais não houve necessidade de marcar um controlo posterior ao regresso ao domicílio - é em rigor desconhecida. Por variadas razões podemos presumir que foi favorável. Com efeito o nosso Hospital é o único recurso assistencial para os casos mais complicados da zona centro do país e não existe Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado a nível dos Cuidados de Saúde Primários no Concelho de Coimbra. As orientações foram (são) da responsabilidade de uma equipa médica estável, com responsabilidade hierarquizada - não há médicos extra-institucionais, vulgo "tarefeiros", contratados para a Urgência, como é corrente noutras zonas do país. Finalmente, as crianças tiveram alta porque os médicos consideraram que havia condições clínicas e subjectivas que o permitiam e faz parte do aconselhamento habitual a disponibilização do S.U. para re-observação das crianças, em caso de evolução não favorável.

A revisão desta casuística leva-nos a equacionar algumas questões que julgamos particularmente actuais e pertinentes:

- 1) A progressiva imunização dos lactentes com a vacina anti-*Haemophilus influenzae b* leva a que este germe venha a ser, também entre nós e tal como tem sido constatado noutros países, cada vez menos frequentemente responsável por broncopneumonias. Outros tipos de *Haemophilus* e a *Moraxella* são também residuais (4-8,11), pelo que a prescrição de inibidores de beta-lactamases em crianças correctamente imunizadas contra o *Haemophilus b*, parece cada vez menos justificável, quer por razões ecológicas quer económicas. O *Streptococcus pneumoniae* é o germe actualmente mais frequente nos primeiros anos de vida pelo que a Amoxicilina (na ausência de comercialização de Penicilina oral, em formulação pediátrica, no país) parece ser a melhor opção na idade pré-escolar (como na escolar, sempre que se suspeita desta bactéria) (4,5,8,11). A eficácia da Amoxicilina estende-se aos *S. pneumoniae* com susceptibilidade intermédia ou resistentes à Penicilina (11).

- 2) A utilização do Cefuroxime tem sido justificada pelo seu espectro favorável em caso de germe produtor de beta-lactamase (*Haemophilus*, *Moraxella*) e pela terapêutica oral permitir uma grande comodidade de administração. Mas na prática, sobretudo pelas razões apontadas no ponto 1), é um fármaco que deverá ter cada vez menos indicações iniciais nesta patologia, em crianças imunizadas contra o *Haemophilus influenzae b*.
- 3) Os macrólidos têm certamente justificação nas broncopneumonias dos primeiros meses de idade em que a *Bordetella pertussis* ou a *Clamídia trachomatis* são evocadas e na idade escolar, em que o *Mycoplasma pneumoniae* é um dos germes predominantes e a *Chlamydia pneumoniae* já é frequente. Verificamos todavia, pelos estudos recentes publicados em países com maiores recursos financeiros e em que os constrangimentos económicos no sector da saúde são uma realidade monitorizada, que a prescrição continua a ser feita eficaz e preferencialmente com Eritromicina.(4) A utilização da Claritromicina, apesar da excelente comodidade de administração, deve ser ponderada, em razão dos custos da actual única formulação.
- 4) Se é certo que muitos casos de broncopneumonia evoluíram bem com doses habituais de Amoxicilina – o que indicia que se estava em causa o *Streptococcus pneumoniae* ele era provavelmente susceptível à Penicilina – não é menos verdade que, face à crescente evolução dos níveis de resistência, será cada vez mais de ponderar a utilização, *ab initio*, de uma dose igual ou superior a 80 mg/kg/24 h, que permita atingir com mais eficácia os germes com susceptibilidade intermédia (e que, no ambulatório e pelos dados nacionais disponíveis ainda que em parte controversos, deve corresponder 13% das estirpes (10). É todavia importante lembrar que num trabalho recente (envolvendo poucos casos pelo que deve ser confirmado) se constatou que a Amoxicilina em doses de 40-60 mg/kg/24 h era bem eficaz mesmo para *S. pneumoniae* com resistência intermédia à Penicilina (13).

Bibliografia

1. Feigin RD, Cherry JD. Textboob of Pediatric Infecious Diseases. W B Saunders, Philadelphia 4th edition. 1998.
2. Phelan PD, Olinsky A, Robertson C. Respiratory illness in children. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 4th edition. 1994.
3. Isaacs D. Problems in determining the etiology of community-acquired childhood pneumonia. *Pediat Infect Dis J* 1989;8:143-8.
4. Clements H, Stephenson T, Gabriel V et al. Prescrição racional nas pneumonias adquiridas na comunidade: uma auditoria fechada. *Arch Dis Child (Ed Portuguesa)* 2000;VIII (nº6):285-292.
5. Wubbel L, Muniz L, Ahmed A et al. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Ped Infect Dis J* 1999;18:98-104.
6. Heiskanen-Kosma T, Korpi M, Jokinen C et al. Etiology of childhood pneumonia: serologic results of a prospective, population-based study. *Ped Infect Dis J* 1998;17:986-91.

7. Juvén T, Mertsola J, Waris M et al. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:293-8.
8. Drummond P, Clark J, Wheeler J et al. Pneumonia adquirida na comunidade - estudo prospectivo no Reino Unido. *Arch Dis Child (Ed Portuguesa)* 2001;IX(nº 1) :9-16.
9. De Lencastre H, Kristinsson K G, Brito-Avô et al. Carriage of respiratory tract pathogens and molecular epidemiology of antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* colonizing children in day-care centers in Lisbon: the Portuguese day-care center initiative. *Clin Microb Infect* 1999;5:455-63.
10. Melo-Cristino J, Fernandes M L , Serrano N et al. A multicenter study of the antimicrobial susceptibility of *haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* and *Moraxella catarrhalis* isolated from patients with community-acquired lower respiratory tract infections in 1999 in Portugal. *Microbial Drug Resistance* 2001;7:33-37.
11. McCracken G H. Diagnosis and management of pneumoniae in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:924-8.
12. Beorlegui M, Timas R, Roche G et al. Evolução das resistências bacterianas de *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* não hospitalares. *Rev Port D Infec* 1999;22(1):23-6.
13. Tan T Q, Mason E O Jr, Barson W J et al. Clinical characteristics and outcome of children with pneumonia attributable to penicillin-susceptible and penicillin-nonsusceptible *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatrics* 1998;102:1369-75.

Resumo

A presença de um volume excessivo de gás no aparelho digestivo constitui uma queixa frequente e motiva um número significativo de consultas em Pediatria. Na maioria das situações a causa não é identificada.

Perante uma aerocolia, a abordagem inicial tem como objectivo excluir patologia orgânica potencialmente tratável.

Os autores apresentam uma revisão da fisiopatologia e das manifestações clínicas associadas ao aumento do gás digestivo e, motivados por dois casos clínicos tendo a aerocolia como denominador comum, abordam a intolerância à lactose tipo adulto e aerofagia patológica, situações comuns mas subdiagnosticadas.

Palavras-chave: aerocolia, aerofagia patológica, eructação, flatulência, intolerância à lactose.

Summary

The excessive gas in the intestinal tract is one of the most common complaints in pediatric care. In many cases the etiology is unknown.

The first step when dealing with this symptom is to exclude organic disease that can be treated.

The authors summarize the pathophysiology and clinical manifestations associated with increased intestinal gas and, based on two clinical situations, present a brief overview of adult-type lactose intolerance and pathologic aerophagy, two common but underdiagnosed entities.

Keywords: bloating, belching, pathologic aerophagy, flatulence, lactose intolerance.

1. Interno de Pediatria

2. Assistente Graduado de Pediatria

3. Chefe de Clínica da Consulta Externa

Hospital Pediátrico de Coimbra

Definições

Aerocolia é a existência de excesso de gás no tubo digestivo (1, 2). *Aerofagia* é a ingestão de ar. A *aerofagia* é patológica quando a ingestão de ar é excessiva, geralmente resultante de um hábito (tique, ingestão rápida dos alimentos, etc.).

Definem-se como *eructações* as regurgitações involuntárias, por vezes ruidosas, de ar gástrico pela boca (2). A *flatulência* é o excesso de produção de gás intestinal, que se manifesta sob a forma de distensão abdominal e da eliminação de "flatus" (1, 2).

Origem e composição do gás digestivo

O gás do tubo digestivo resulta de três mecanismos: deglutição, produção intraluminal e difusão a partir do sangue (Quadro 1) (1-3). Qualquer alteração num destes processos pode resultar em excesso de gás. Do gás expulso pelo recto, 99% é composto por cinco gases: azoto, oxigénio, dióxido de carbono, hidrogénio e metano (1-3). O azoto (N_2) e o oxigénio (O_2) são essencialmente resultantes do ar deglutido e os restantes da produção intra-luminal (1-3).

Aumento do gás do lúmen	Redução do gás do lúmen
— deglutição	— difusão da corrente sanguínea
— produção intra-luminal	através da mucosa:
— para o lúmen (N_2 e O_2) (de	(N_2 , H_2 , CO_2 , O_2 , metano)
— difusão para a corrente sanguínea	
para o lúmen (N_2 e O_2)	

Quadro 1: Origem do gás digestivo (1-3).

O N_2 é muito pouco absorvido através da mucosa. Visto que apenas uma pequena quantidade de N_2 é expulsa pelo recto, depreende-se que grande parte do ar deglutido seja eliminada através das eructações (1). Embora de pouco significado, algum do N_2 deglutido difunde nos dois sentidos entre o lúmen intestinal e corrente sanguínea através da mucosa, sendo o sentido do fluxo de N_2 dependente dos diferenciais de pressão parcial de N_2 no sangue e tubo digestivo (1,3).

O oxigénio ingerido difunde para o sangue, desaparecendo rapidamente do tubo digestivo (3). O dióxido de carbono (CO_2), o hidrogénio e o metano resultam essencialmente da produção intraluminal (1-3).

O CO_2 forma-se no duodeno durante a neutralização do ácido (pelo bicarbonato), da digestão intestinal das gorduras e proteínas, mas sobretudo da fermentação bacteriana dos glúcidos no cólon (1-3). Na sua maior parte, o CO_2 é absorvido e posteriormente eliminado pela respiração, sendo escasso o volume expulso pelo anus (1-3).

O hidrogénio (H_2) resulta da fermentação bacteriana, no cólon, dos hidratos de carbono (HC) e das proteínas da dieta ou resultantes da destruição das células epiteliais (1-3). A quantidade de HC que atinge o cólon varia com o tipo e volume dos HC ingeridos e com a magnitude da digestão e absorção no intestino delgado (1-3). Alguns oligossacáridos presentes em certos frutos e vegetais (exemplo sorbitol, a frutose, etc.) sofrem uma digestão incompleta no intestino delgado, servindo de substrato à fermentação pelas bactérias do cólon, com produção de hidrogénio (1). Igualmente todo o défice em lactase, como nos quadros de malabsorção ou nos défices em lactase, conduzirá ao aumento de produção de H_2 no cólon (1-3). O volume de hidrogénio que é expulso pelo recto depende ainda da proporção consumida pelas bactérias fecais e da quantidade que se combina com o CO_2 para produzir metano (1-3). Apenas uma parte do H_2 produzido (entre 14% a 21%) (2) é absorvido para a corrente sanguínea e depois eliminado pelos pulmões (1-3).

À semelhança do H_2 , o metano é produzido pela fermentação dos HC não absorvidos pelas bactérias do cólon (2,3). Apenas de um terço a metade da população possui bactérias capazes de produzir este gás (2,3).

Os gases responsáveis pelo odor representam menos de 1% dos gás eliminado pelo recto, contendo derivados de enxofre (hidrogénio sulfuroso, metanetiol, dimetilssulfito) (1-3).

Manifestações clínicas de aerocolia

1. Eructações

As eructações são fisiológicas se surgem ocasionalmente, durante ou após uma refeição. Quando repetitivas, podem traduzir uma situação patológica ou um hábito (2,4). A etiologia mais comum é a aerofagia. As situações orgânicas mais frequentemente implicadas são o refluxo gastroesofágico, a hérnia do hiato e a úlcera péptica (2,4).

Na criança de tenra idade as eructações são frequentes após as refeições e o choro, por deglutição do ar, sendo consideradas normais (1). Quando observadas em crianças mais velhas, em geral resulta da ingestão de bebidas gasosas, uso excessivo de pastilha elástica, ingestão muito rápida da comida ou bebida, ou resulta de aerofagia patológica (1).

2. Distensão abdominal

A distensão abdominal, geralmente associada a dor tipo cólica, pode resultar de aerofagia ou do aumento da produção gasosa intraluminal (1). No adulto as causas mais comuns são a sín-

droma do cólon irritável, mas outras causas poderão estar em causa: intolerância à lactose, obstipação, gastrite por *Helicobacter pylori*, úlcera péptica, parasitoses intestinais, doença inflamatória intestinal crónica, síndromas de malabsorção, aerofagia patológica, etc. (1,2,4). Na ausência de massas palpáveis, de organomegalias e de hiperlordose, as principais causas de distensão abdominal crónica na criança são a obstipação crónica, ingestão de bebidas gasosas, a aerofagia, variados síndromas de malabsorção (5). Algumas crianças manifestam distensão abdominal moderada na ausência de doença.

A anamnese deve incidir no horário e na duração do sintoma, na existência de outras queixas gastrointestinais e na dieta; a relação temporal com a ingestão de produtos lácteos, frutos, leguminosas ou produtos contendo sacarose ou sorbitol, pode orientar para a causa; o consumo frequente de bebidas gaseificadas ou de pastilhas elásticas é uma informação importante e comumente esquecida (1,2).

A ausência de distensão abdominal de manhã e o agravamento notório ao longo do dia, sem relação aparente com as refeições, são aspectos sugestivos de aerofagia patológica (6,7).

A associação de perda ponderal, sintomas nocturnos, vómitos ou diarreia, deve evocar uma causa orgânica (2,4).

3. Flatulência

As etiologias responsáveis pelo aumento da produção intestinal de gás e consequente eliminação sob a forma de "flatus" são também causas de distensão abdominal (2).

O aumento da flatulência verificada nas dietas ricas em fibras torna a fermentação bacteriana dos hidratos de carbono (HC) uma explicação muito provável (1,2). A lactose não digerida (por défice selectivo de lactase intestinal) é o HC mais vezes responsável (1-3). Tal como na distensão abdominal, a história clínica detalhada e uma investigação dirigida permitem excluir patologia orgânica.

Apresentam-se dois casos clínicos paradigmáticos de aerocolia:

Caso clínico n.º 1

A.M., sexo masculino, 9 anos e 10 meses, é enviado à consulta de Pediatria Geral por diarreia crónica e má progressão estatura-ponderal.

Nos 10 meses anteriores iniciara um quadro de diarreia líquida, fétida, com 7 a 8 dejectões diárias, associada a flatulência e distensão abdominal exuberantes e a um cruzamento de percentis de peso e estatura. Nas diversas consultas realizadas fez dois exames parasitológicos de fezes, ambos positivos para *Giardia lamblia*. Foi medicado sucessivamente

com tinidazol, ornidazol e metronidazol em doses terapêuticas e, posteriormente, com suplementos de lactase, sem melhoria. Dos antecedentes pessoais salientava-se uma distensão abdominal descrita como permanente.

Na história familiar era referida "intolerância ao leite" pela mãe. Ao exame objectivo eram notórios distensão abdominal, timpanismo e flatulência (figura 1).

Foram evocados os diagnósticos de défice de lactase, giardíase, défice de IgA, mucoviscidose e celiacua.

Realizou investigação — hemograma, albuminémia, velocidade de sedimentação, exame parasitológico de fezes (nº 3), xilosémia, doseamento sérico de vitamina B12 e ácido fólico,

imunoglobulinas e anticorpos anti-gliadina — que não mostrou alterações. Não foi possível o doseamento do hidrogénio expirado. Como prova terapêutica, foi proposta a substituição dietética do leite por iogurte.

Três dias depois estava sem diarreia e, passados 15 dias, o apetite aumentara e a distensão abdominal e a flatulência tinham desaparecido (figura 2). Com a reintrodução do leite, 2 meses depois, assistiu-se ao reaparecimento da distensão abdominal e da flatulência.

Foi assumido o diagnóstico de intolerância à lactose tipo adulto e foi proposta a substituição do leite por iogurte e a suplementação dietética com cálcio e fósforo.

Actualmente com 17 anos, o A.M. mantém a dieta prescrita e continua assintomático, excepto quando ingere alimentos com lactose; nessas alturas, apresenta distensão abdominal e flatulência notórias.



Figura 1: rapaz de 9 anos com intolerância à lactose: é evidente distensão abdominal marcada.



Figura 2: o mesmo doente após suspensão do leite e derivados na alimentação: ausência de distensão abdominal.

Intolerância à lactose tipo adulto

A lactose é um dissacarídeo de glicose e galactose presente no leite e derivados lácteos, em diversos alimentos cuja confecção inclui o uso de leite e no excipiente de vários medicamentos (8). A sua digestão depende da lactase presente no bordo em escova das células epiteliais do jejuno. No feto humano, a lactase é detectável desde o terceiro mês de gestação e, entre as 26ª e 34ª semanas, a sua actividade é de cerca de 30% da verificada no recém-nascido de termo. A partir do final do primeiro ano de vida a lactase começa

progressivamente a diminuir, apresentando a partir do quarto ano de vida uma actividade inferior a 60% da existente ao nascimento (9-13).

Quando a enzima está diminuída ou ausente, a lactose não digerida atinge o intestino delgado distal e o cólon, onde exerce efeito osmótico com difusão de fluidos e electrólitos para o lúmen. A lactose é metabolizada pelas bactérias do cólon, convertendo-se em ácido láctico e ácidos gordos voláteis. Da fermentação bacteriana resulta ainda a produção de hidrogénio, metano e dióxido de carbono, que difundem para o sistema porta, são absorvidos e, posteriormente, eliminados pela respiração. A clínica de diarreia aquosa e ácida, distensão e dor abdominais e flatulência é uma consequência directa destes mecanismos (2,8,9). Frequentemente usadas como sinónimos, intolerância e malabsorção de lactose têm significados diferentes: a intolerância é um diagnóstico clínico, nem sempre associada a deficiência enzimática; a malabsorção é um diagnóstico laboratorial muitas vezes existente em indivíduos sem queixas relacionadas com a ingestão de lactose (1).

Indivíduos sintomáticos após ingestão de lactose, assumidos como intolerantes, vêm a apresentar estudos laboratoriais normais. Apesar disso, uma restrição de lactose cursa com melhoria clínica (9).

As formas de intolerância à lactose incluem a deficiência congénita em lactase (uma entidade muito rara), a deficiência secundária em lactase, associada a doenças que cursam com agressão da mucosa intestinal (gastroenterite prolongada, celiacia, etc.), e a intolerância à lactose tipo adulto (8-11,13).

A intolerância à lactose tipo adulto, ou deficiência primária em lactase, é a forma mais prevalente, principalmente em países quentes e em algumas etnias (13) (Quadro 2).

Países/Regiões	Prevalência (%)
Suécia, Dinamarca	3
Espanha	50-60
França (Norte/Sul)	20/40
Itália (Norte/Sul)	51/71
Índia (Norte/Noroeste)	63/0-15
EUA (Branco/Negros)	6/73
Japão, Tailândia, África	100

Quadro 2: Prevalências de intolerância à lactose tipo adulto (*adaptado de B.Flourie et al., 1987*) (13).

A deficiência primária em lactase é geneticamente determinada e tem início entre os três e os cinco anos. Um quadro compatível com intolerância à lactose numa idade mais precoce deve evocar a forma secundária (8-11).

A clínica é dominada por diarreia aquosa (não constante), distensão abdominal e/ou flatulência e a magnitude do quadro varia com a quantidade de lactose ingerida, com a activi-

dade de lactase existente e com a velocidade do trânsito intestinal. Na maioria dos casos trata-se de hipolactásia e não alactásia pura, sendo toleradas quantidades limitadas de leite e/ou derivados (11). Por outro lado, o aumento gradual da quantidade de lactose ingerida pode constituir um estímulo para a síntese de lactase, ao mesmo tempo que adapta a flora bacteriana a uma carga constante, diminuindo a sintomatologia (9,14).

O diagnóstico é sugerido pelo alívio sintomático após uma dieta isenta em lactose mas o método de escolha é o doseamento do hidrogénio expirado (1,2,8-12,15). Após um jejum nocturno, é ingerida uma carga de lactose de 0,25 gr a 2 gr/Kg (máximo 50 gr) numa solução diluída a 20% e são obtidas amostras de ar expirado antes da ingestão e nas três horas seguintes, com intervalos de 30 minutos. Considera-se o teste positivo quando o aumento da concentração de hidrogénio é igual ou superior a 20 ppm em relação ao valor basal, considerado como o valor mínimo obtido (2,13,15). A existência de antibioterapia prévia recente, pode originar falsos negativos (2,15).

O tratamento passa pela exclusão da lactose da dieta, pelo aumento do tempo de esvaziamento gástrico através de maior teor calórico e lipídico da refeição que contém lactose, e pela adição de preparações comerciais de lactase aos alimentos, ainda de eficácia não comprovada (8,13,14). O iogurte parece ser uma boa alternativa (16). A sua concentração em lactose é inferior à do leite (25 gr/L versus 70 gr/L no leite materno e 45 gr/L no leite de vaca) (16) e as bactérias responsáveis pela sua fermentação (*Lactobacillus bulgaricus* e *Streptococcus thermophilus*) produzem uma β -galactosidase que permite a hidrólise da lactose, mesmo no indivíduo carente em lactase (8,9,11,16-18).

Caso clínico n.º 2

D.F.S., sexo feminino, 8 anos e 10 meses, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, é enviada à consulta de Pediatria Geral por distensão abdominal recorrente.

Aos 5 anos iniciou episódios de dor e distensão abdominal, 2 a 3 vezes por semana, mais evidentes ao fim do dia e aliviados pela emissão rectal de gás. Não era aparente relação temporal com as refeições e o trânsito gastrointestinal mantinha-se regular.

No exame objectivo, realizado ao fim do dia, o abdómen distendido e timpanizado e a evidente flatulência chamavam a atenção (figura 3).

Fez investigação para malabsorção (hemograma normal, xilosémia normal, anticorpos antigliadina negativos, exames parasitológicos de fezes negativos) e prova terapêutica com tinidazol. Por manter a clínica, iniciou dieta pobre em lactose, com melhoria significativa, embora os episódios persistissem de forma esporádica.

Cerca de 2.5 anos depois as queixas reapareceram de forma exuberante: distensão abdominal quase diária, mas ausente ao acor-



Figura 3: aerofagia patológica aos 6 anos de idade; ao exame objectivo, realizado ao fim do dia, era notório um abdómen distendido e timpanizado.

dar e crescente ao longo do dia. Para a noite era notório um agravamento da distensão abdominal, tendo justificado ter recorrido, por três vezes, ao Serviço de Urgência local com dispneia associada, tendo motivado descompressão rectal. O trânsito gastrointestinal manteve-se regular e o crescimento evidenciou uma evolução normal.

Manteve-se o diagnóstico de intolerância à lactose, evocando-se um incumprimento eventual da dieta. A radiografia simples do abdómen (figura 4) mostrou uma distensão gastrointestinal gasosa generalizada, sem níveis hidro-aéreos. O doseamento do hidrogénio expirado (duas determinações em períodos diferentes) foi normal. A persistência dos sintomas e a sua progressão ao longo do dia sugeriram tratar-se de uma aerofagia patológica, apesar de não ser evidente uma ingestão excessiva de ar. Foi feito esclarecimento à criança e à família da causa desta distensão abdominal. Manteve-se restrição parcial de lactose e foi programada consulta de Psicologia.

A partir desta altura, as queixas desapareceram. Depois de reinstituída dieta normal (dois meses após o diagnóstico) verificou-se apenas distensão abdominal moderada durante os primeiros dias. Um ano depois do diagnóstico, mantém-se assintomática.



Figura 4: aerofagia patológica: RX simples do abdómen evidenciando distensão gasosa desde o estômago ao cólon (generalizada), sem níveis hidro-aéreos.

Aerofagia patológica

A aerofagia patológica (AP) resulta da deglutição excessiva de ar e pode estar na base de quadros exuberantes, mimetizando patologia cirúrgica abdominal ou respiratória aguda (1,6,7). A AP é raramente descrita na literatura pediátrica e provavelmente subdiagnosticada. As manifestações são relativamente constantes nos casos clínicos descritos. A forma de apresentação é variável, podendo ocorrer dor e distensão abdominal exuberantes e, por vezes, dispneia aguda resultante da compressão diafragmática. Há casos associados a obstipação e encoprese.

Um trânsito gastrointestinal prévio normal, a ingestão excessiva de ar, audível e/ou visível, e um aumento notório da flatulência, constituem uma tríade clínica sugestiva. Contudo, mesmo quando procurado, o mecanismo de ingestão de ar pode não ser evidente. Ao exame objectivo chama a atenção um abdómen distendido e timpanizado especialmente ao fim do dia (1,6,7).

A radiografia simples do abdómen mostra uma distensão gasosa gastrointestinal sem níveis hidroaéreos. Os restantes exames complementares, dirigidos a causas orgânicas de distensão abdominal, são normais (1,6,7).

No tratamento é crucial o reconhecimento da doença e o esclarecimento da família, sendo frequente a necessidade de psicoterapia. Nos casos mais exuberantes pode ser necessá-

ria descompressão nasogástrica ou rectal urgente. O tratamento sintomático, através de agentes procinéticos, anticolinérgicos e modificadores da tensão superficial das bolhas gasosas, apresenta uma eficácia discutível (1,6,7).

Assim, perante uma criança que procura os serviços de saúde ao fim do dia por uma distensão abdominal exuberante, ausente ao acordar e com instalação gradual, devemos pensar em aerofagia patológica. A ingestão excessiva de ar pode resultar de um hábito tão subtil que só a nossa suspeita o torna evidente.

Bibliografia

1. Hyams JS. Intestinal Gas in Children. *Cur Opin Pediatr* 1996;8:467-70.
2. Rao SSC. Belching, Bloating, and Flatulence. *Postgrad Med* 1997;101:263-78.
3. Nancey S, Flourié B. Les Gaz Intestinaux. *Le Concours Médical* 2000;122:1651-4.
4. Flourié B. Flatulences: souvent liées à un intestin irritable. *Rev Pract Med Générale* 2000;14:1782-4.
5. Tunnessen WW Jr. Abdominal Distension. In: Tunnessen W W Jr. *Signs and Symptoms in Pediatrics*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1983:308-13.
6. Gauderer MWL, Halpin TC, Izant RJ. Pathologic Childhood Aerophagia: A Recognizable Clinical Entity. *J Pediatr Surg* 1981;16:301-5.
7. Lecine T, Michaud L, Gottrand F, et al. Les Enfants Avaleur d'Air. *Arch Pédiatr (Paris)* 1998;5:1224-8.
8. Montes RG, Perman JA. Lactose intolerance: pinpointing the source of nonspecific gastrointestinal symptoms. *Postgrad Med* 1991;89:175-84.
9. Rings EHHM, Grand RJ, Büller HA. Lactose intolerance and lactase deficiency in children. *Cur Opin Pediatr* 1994;6:562-7.
10. Lebenthal E. Lactose Malabsorption and Milk Consumption in Infants and Children. *Am J Dis Child* 1979;133:21-3.
11. Srinivasan R, Minocha A. When to suspect lactose intolerance. Symptomatic, ethnic and laboratory clues. *Postgrad Med* 1998;104:109-23.
12. Rossi, Lentze MJ. L'intolérance au lactose chez l'enfant. *Doc Sci Guigoz* 1988;125:26-9.
13. Flourié B, Florent Ch, Desjeux JF, Rambaud JC. Déficit en lactase et intolérance au lactose. *Cah Nutr Diet* 1987;22:367-7.
14. Johnson AO, Semenya JG, Buchowski MS, Enwonwu CO, Scrimshaw NS. Adaptation of lactose maldigesters to continued milk intakes. *Am J Clin Nutr* 1993;58:879-81.
15. Hermier M. Les tests respiratoires ou breath tests. *Pédiatrie (Paris)* 1980;35:271-6.
16. Boudraa G, Toouhami M, Pochart P, et al. Effect of Feeding Yogurt Versus Milk in Children with Persistent Diarrhea. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1990;11:509-12.
17. Gendrel D, Chemillier-Truong M, Dupont Ch, Chausain M. Douleurs abdominales et intolérance au lactose chez le grand enfant. *Ann Pédiatr (Paris)* 1991; 38:692-4.
18. Kolars JC, Levitt MD, Aouji M, Savaiano DA. Yogurt - an autodigesting source of lactose. *N Engl J Med* 1984;310:1-3.

ANÁLISE DO MOVIMENTO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO (UICD) - 1998/1999

Teresa Gouveia¹, Zaida Charepe², Fátima Matos³, M^a Jesus Balseiro⁴

Resumo

Os autores analisaram o movimento estatístico da Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) da Urgência Pediátrica do Hospital de S. Bernardo em Setúbal, referente ao período compreendido entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 1999 (primeiros dois anos de funcionamento)..

Das 56355 crianças observadas na Urgência Pediátrica, apenas 4157 necessitaram de internamento (7,37%). A maioria (60%) tinham menos de 5 anos e 75% dos internamentos ocorreram depois das 16 horas; 79% das crianças admitidas na UICD permaneceram internadas menos de 24 horas. A taxa de transferência para outras Instituições foi de 14,7%. A taxa de mortalidade foi nula.

Palavras-chave: unidade de internamento de curta duração, urgência pediátrica do hospital, internamento.

Summary

The authors present a study concerning the Short Hospitalization Unit from the Pediatric Emergency Service of the Hospital S. Bernardo in Setúbal, from January 1998 to December 1999 (first two years of activity).

From 56355 children examined in the Pediatric Emergency Service, only 4157 were admitted (7,37%); 60% were under 5 years old and 75% of the admissions occurred after four o'clock p.m.; 79% of the admitted children required less than 24 hours of hospitalization; 14,7% of the admitted were transferred to another Hospital. There was no obits.

Keywords: short hospitalization unit, pediatric emergency service, admission.

1. Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria Médica, Hospital de São Bernardo, Setúbal. 2. Enfermeira da Urgência Pediátrica, Hospital de São Bernardo, Setúbal. 3. Enfermeira Graduada da Urgência Pediátrica, Hospital de São Bernardo, Setúbal. 4. Chefe de Serviço de Pediatria Médica, Hospital de São Bernardo, Setúbal.

Introdução

O Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo (HSB) integra a Unidade Coordenadora Funcional (UCF) do distrito de Setúbal, que tem como área de influência os concelhos de Setúbal, Palmela, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago de Cacém e Sines. Serve uma população de cerca de 222000 habitantes, com uma população pediátrica residente estimada em 37380 (dos 0 aos 15 anos).

À semelhança do que ocorre em outros hospitais quer a nível nacional quer a nível internacional, constata-se que o Serviço de Urgência constitui, cada vez mais, o primeiro e muitas vezes o único local de recurso das populações em situação de doença recente, independentemente do seu carácter de urgência. Deste modo inverte-se completamente a pirâmide de prestação de cuidados de saúde preconizada pelo Serviço Nacional de Saúde.

A Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) do HSB vem assistindo a uma progressão de atendimentos dificilmente explicável, já que quase duplicou o seu movimento nos últimos 5 anos (1995 - 18685 doentes inscritos, com uma média diária de 51, e em 1999 - 29018 doentes inscritos, com uma média diária de 80).

Data de 9 de Dezembro de 1997 a separação física e administrativa da UUP relativamente à Urgência Geral do HSB. Esta Unidade possui instalações separadas, adequadas ao grupo etário pediátrico. Atendendo aos seus objectivos programáticos assistenciais e de acordo com a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, foram nessa altura efectivadas as seguintes medidas:

- Admissão até aos 14 anos e 364 dias;
- Criação de condições de humanização global e ambiente adequado;
- Criação de uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) com 5 vagas;
- Criação de condições físicas para o acompanhamento permanente das crianças pelos pais nesta Unidade.

A necessidade da criação de uma UICD era premente, na tentativa de reduzir a sobreutilização da Enfermaria de Pediatria nas situações de previsível resolução rápida, bem como para a vigilância de situações exigindo "cuidados especiais" com carácter permanente a crianças com idades compreendidas entre os 29 dias e os 15 anos.

Objectivos

Os autores pretendem, analisando o movimento da UICD da Unidade de Urgência Pediátrica do HSB nos seus dois primeiros anos de funcionamento (1998/1999), extrair conclusões e ensinamentos sobre os seguintes aspectos:

- Dados epidemiológicos - tipo de patologias que motivam o internamento pediátrico;

- Dados estruturais e organizativos - avaliação da adequação e da qualidade na prestação de cuidados médicos, através da análise das necessidades de meios técnicos e de recursos humanos nomeadamente em relação aos períodos com "picos" de afluência, duração dos internamentos, ligação a outros Serviços e Instituições;
- Contabilização "real" do movimento da UICD.

Material e métodos

A UICD Pediátrica do HSB dispõe das seguintes condições:

- 5 vagas (inclui uma vaga para adolescentes);
- destina-se a internamentos de duração inferior a 48 horas;
- permite a prestação de cuidados "especiais" (Intermédios) a crianças com idades compreendidas entre os 29 dias e os 15 anos;
- dispõe de ambiente adequado e humanizado, permitindo o acompanhamento permanente da criança por um familiar;
- vigilância permanente.

A Urgência Pediátrica é diariamente assegurada por dois Pediatras ou um Pediatra e um Interno do Complementar de Pediatria em regime de presença física, que asseguram igualmente a Urgência Interna, incluindo as urgências neonatais e a UCEN (Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia). Nos "Balcões" da UP, contam com o apoio de um ou dois Clínicos Gerais (contratados). Só existe apoio de Cirurgia Pediátrica em dois dias da semana, durante 24 horas.

Dada a ausência de informatização na UUP à data da execução deste trabalho, a recolha de dados foi efectuada com base no Livro de Registos de Internamentos onde constam os "motivos de internamento".

Num universo de 56355 crianças que recorreram à UUP do HSB nos anos de 1998 e 1999, foram contabilizados e analisados os dados de todos os internamentos efectuados, num total de 4157. Foram analisados os seguintes parâmetros:

1. Idade (<1 A; 1<3 A; 3<5 A; 5<11 A; 11<15 A)
2. Hora de admissão (9-16h; 16-23h; 23-9h)
3. Variação sazonal
4. Duração do internamento (<12h; 12-24h; 24-48h; >48h)
5. Diagnósticos (frequência, relação com grupo etário, relação sazonal)
6. Destino (transferências internas, transferências externas, altas)

No entanto, em alguns itens não nos foi possível obter informação completa por irregularidades nos registos.

Resultados obtidos

No período compreendido entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 1999, recorreram à UUP do HSB um total de 56355 crianças. Destas, foram internadas 4157, tendo sido a taxa de internamento de 7,37%, com uma média de 5,7 internamentos/dia.

Das 4157 crianças admitidas foi possível analisar a **idade** em 4133.

Constatámos que 59,4% das crianças (2455) tinham idades inferiores a 5 anos : 22,4% (926 crianças) tinham menos de 12 meses; 23% (950 crianças) tinham idades compreendidas entre os 12 meses e os 3 anos; e 14% (579 crianças) tinham idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

Em idade escolar (5 A < 11 A) encontravam-se 26,6% dos admitidos (1099); dos 11 aos 14 anos contavam-se 13,8% dos internamentos (570) e somente 0,2% (8) tinham entre 14 e 15 anos.

A **hora de internamento** predominante ocorreu entre as 16 e as 23 horas (41,4%), seguindo-se o horário das 23 às 9 horas (33,3%). No chamado horário "útil", das 9 às 16 horas, internaram-se as restantes 25,3% crianças. Quanto a este item, foi possível analisar 4059 dos 4157 internamentos.

Relativamente à **variação sazonal**, o maior número de internamentos ocorreu no Outono (28%) e no Inverno (27%), mas a taxa de internamento foi relativamente estável, já que 24% dos admitidos o foram na Primavera e 23% no Verão.

Foi possível determinar a **duração do internamento** em 3694 processos. 1034 crianças (28%) permaneceram na Unidade menos de 1 hora, sendo considerados "directos", tratando-se de transferências mais ou menos imediatas para outros Serviços ou Instituições (Enfermaria de Pediatria, UCEN, Bloco Operatório, outros Hospitais). Dos restantes 2660 doentes, 997 crianças (37,5%) permaneceram na UICD entre 1 e 12 horas; 1108 crianças (41,7%) tiveram internamentos entre 12 e 24 horas; entre 24 e 48 horas permaneceram internadas 480 crianças (18%) e somente 74 crianças (2,8%) permaneceram na UICD mais de 48 horas. Excluídos os doentes "directos", constatamos assim que 79% dos internamentos foram inferiores a 24 horas.

No que respeita aos **diagnósticos de entrada/motivos de internamento**, as doenças "médicas" constituíram a esmagadora maioria: 83,2% dos internamentos (3458 crianças). No capítulo das doenças médicas (Fig. 1), salientam-se os síndromes asmáticas (asma, bronquiolite, bronquite sibilante) com 16,2% do total de internados (673 crianças), seguindo-se os vômitos com 15% (623 crianças) e as gastroenterites agudas com 12,4% (515 crianças).

Incluídos ainda nos dez motivos de internamento mais frequentes, salientam-se por ordem decrescente: traumatismos crânio-encefálicos (6,4%), broncopneumonias (5,5%), dor abdominal (3,3%), síndrome febril (3,2%), intoxicações (3%) e infecção urinária / pielonefrite (2,9%). Nas causas menos frequentes de internamento encontram-se as convulsões febris (2%), epilepsia (1,6%), patologia hematológica (1%), meningite/sepsis (0,9%) e problema social (0,4%). Encontrámos ainda 0,1% de crianças internadas sem doença, correspondentes a acompanhantes de adultos internados na Urgência Geral, até à chegada de outros familiares. Uma proporção importante de crianças internadas apresentavam situações de afecções, sinais e sintomas mal definidos (9,3%).

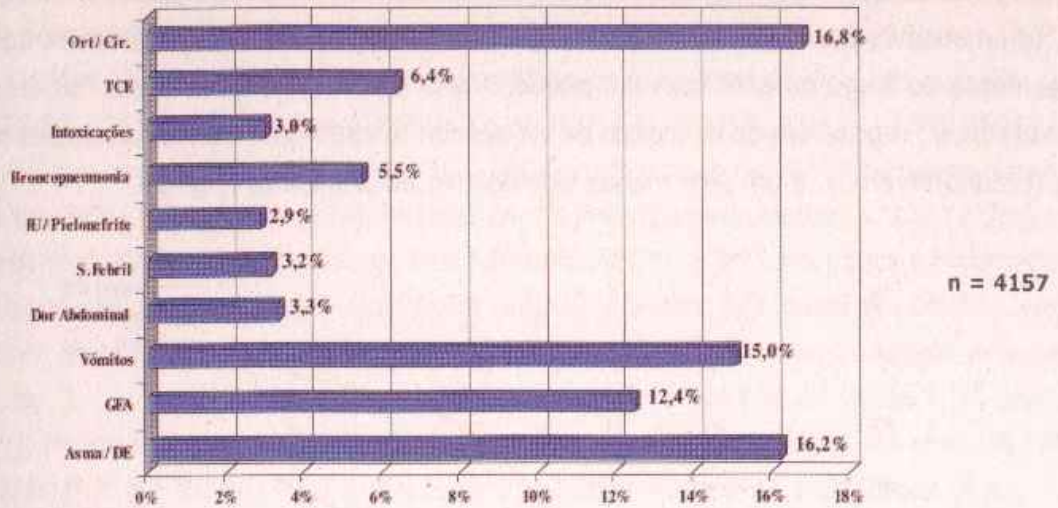


Fig. 1 - Internamentos na U.I.C.D.. Dez motivos mais frequentes.

Os doentes cirúrgicos e ortopédicos contribuíram com uma fracção importante para os internamentos, correspondendo a 16,8% (699) do total de crianças internadas. Destes 699 doentes, 69,8% eram do foro cirúrgico, 13% eram do foro da Ortopedia e 17,2% eram politraumatizados. Confrontando os diagnósticos com o grupo etário, constata-se que os "síndromes asmáticas" e as "gastroenterites agudas" predominaram na 1ª infância. Os "traumatismos cranianos" foram uma causa de internamento importante na idade escolar e adolescência. Os "vômitos" foram mais frequentes na idade escolar, embora também tenham sido uma causa importante de internamento nos 5 primeiros anos de vida. As "broncopneumonias" distribuíram-se de uma forma estável por todos os grupos etários. O internamento por "síndrome febril" adquiriu maior expressão na 1ª infância (Fig. 2).

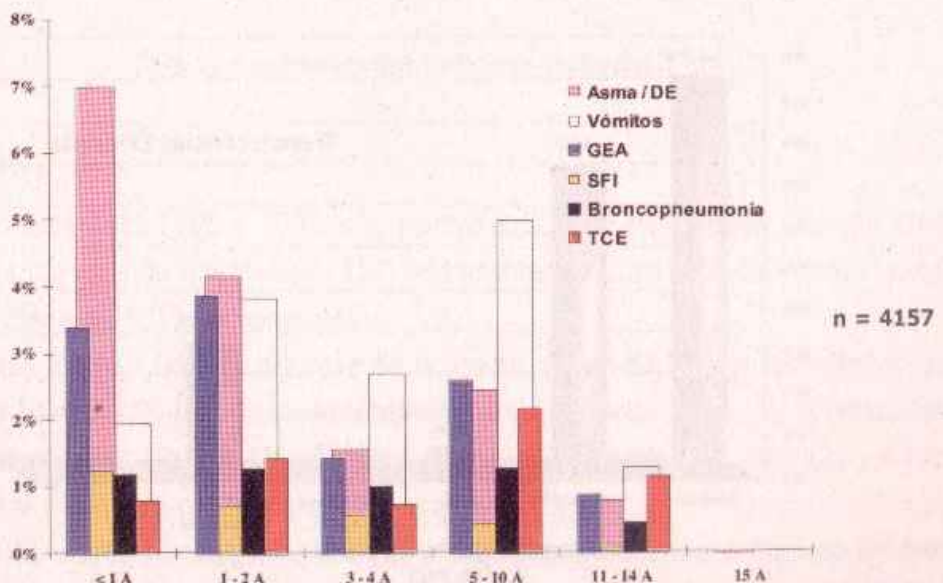


Fig. 2 - Idade/Patologia (Motivos mais frequentes de internamento na U.I.C.D.).

A análise da variação sazonal dos motivos de internamento revela um pico de incidência dos "traumatismos cranianos" no verão. As "gastroenterites agudas" distribuíram-se homogeneamente ao longo do ano, com um pequeno pico no inverno. Quanto aos "síndromes asmáticas", registaram-se dois picos de incidência: um aumento franco nos meses mais frios (outono/inverno), e um pico menos significativo na primavera (Fig. 3).

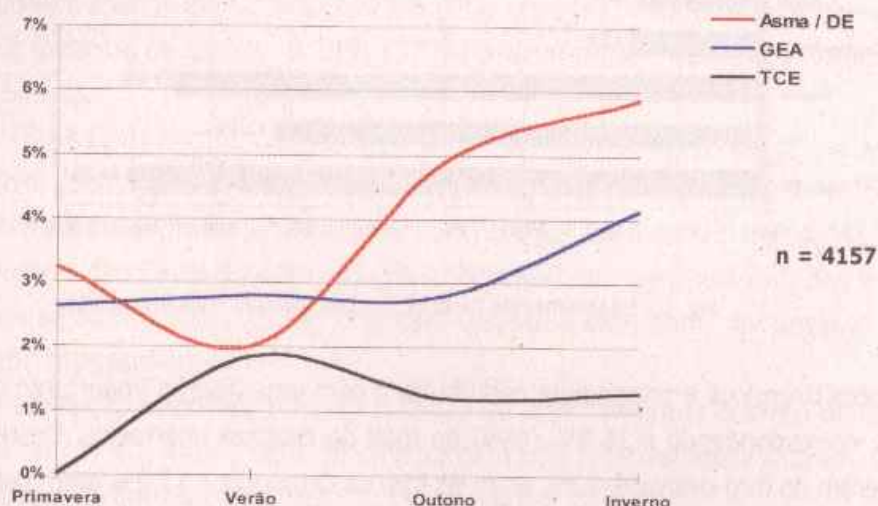


Fig. 3 - Variação sazonal / Motivos de admissão na U.I.C.D.

A análise do **destino/encaminhamento** das crianças admitidas na UICD foi possível em 4083 casos (Fig. 4). Excluídas as admissões "directas" (1034 crianças), tiveram alta da UICD para o domicílio 1898 crianças (62,3% das que permaneceram na Unidade mais de 12 horas).



Fig. 4 - Encaminhamentos.

No entanto, se analisarmos o total de internamentos, incluindo os "directos", constatamos que a percentagem de altas da Unidade para o domicílio foi de 46,5% (1898) e que 53,5% das crianças (2185), necessitaram de internamentos para além do de curta duração. Destes, 38,8% do total (1584) permaneceram na nossa Instituição, tendo 14,7% (601) sido transferidos para outras Instituições. Das 1584 crianças que ficaram internadas no nosso Hospital, 36%(1474) foram encaminhadas para a Enfermaria de Pediatria, 102 (2.5%) para a Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia (UCEN) e 8 (0,2%) para a Maternidade.

As transferências para outras instituições (Fig. 5) incluíram 601 crianças (14.7%), com a seguinte distribuição: Hospital S. José - 272 crianças (45% das transferências externas); Hospital D. Estefânia - 136 crianças (23%); Hospital Ortopédico do Outão - 91 crianças (15%); Hospital Garcia de Orta - 42 crianças (7%); Hospital Sta. Maria - 24 crianças (4%); Hospital N.ª S.ª Rosário - 12 crianças (2%) e outros Hospitais - 24 crianças (4%).

Não se registaram óbitos.

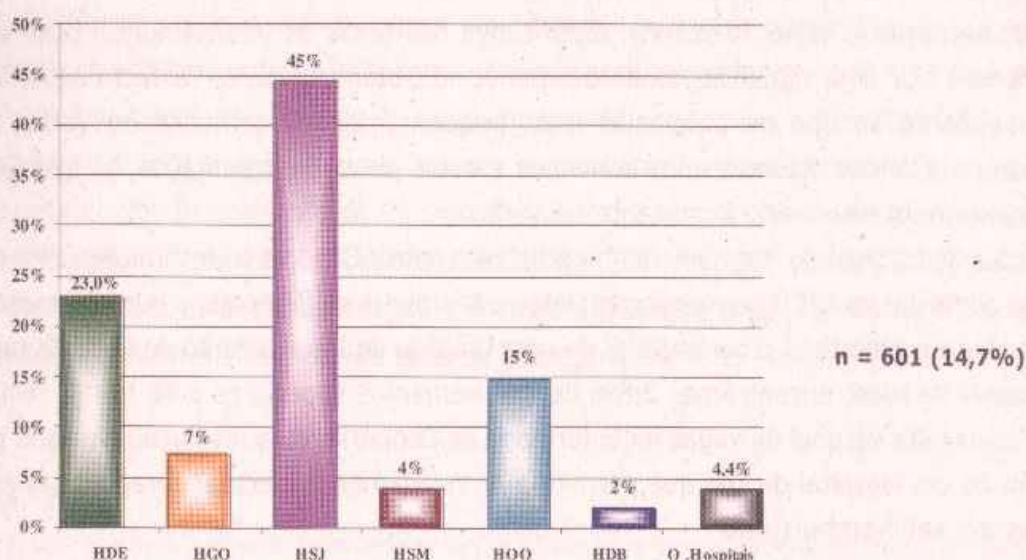


Fig. 5 - Encaminhamentos para outras instituições.

Comentários

Nos 2 anos considerados, 1998 e 1999, recorreram à UUP do HSB 56355 crianças (média diária de 77,2), tendo sido internadas 4157, representando uma taxa de internamento de 7,4% (média diária de 5,7 internamentos).

A demora média foi de 1,04 dias e a taxa de ocupação foi de 88,9% (taxas estas excluindo os doentes "directos"). Esta taxa de internamento é superior à de outros Hospitais de dimensões semelhantes (Faro-4,1% em 1991 (1) ; Funchal-5,3% em 1989 (2) ; e idêntica à do Hospital Pediátrico de Coimbra - 7% em 1994 (3).

À semelhança de outras Instituições (4) e (5) , a desproporção entre o número de atendimentos na Urgência e a taxa de internamentos, vem confirmar a ideia de que a maioria das crianças que acorre à Urgência Hospitalar apenas necessitaria de Cuidados Primários de Saúde

disponíveis e eficazes. Apesar de longas esperas e riscos de contágios vários, ainda compensa vir com um filho que adoeceu recentemente a um local onde existem Especialistas e Exames Complementares gratuitos, sem antes tentar consultar o médico assistente da criança... Verificou-se uma não concordância dos dados apresentados relativamente aos resultados dos registos administrativos do Hospital, em que só são contabilizados os internamentos que permaneçam na UICD às 24 horas de cada dia. A título de exemplo, os resultados administrativos não incluem os internamentos "directos", excepto se ocorridos à meia-noite!. Tal facto dever-se-á em parte também à ausência de informatização na época estudada, tal como os lapsos de informação detectados em muitos dos processos consultados. À semelhança do encontrado noutros Hospitais, cerca de 60% das crianças internadas tinham idades inferiores a 5 anos, tendo 45% menos de 3 anos e 22,5% menos de 1 ano. Os internamentos foram nitidamente mais frequentes a partir das 16 horas e até às 9 horas (75%), o que evidencia o peso das patologias mais graves no chamado horário pós-laboral. Tal reflecte também os picos de afluência à UUP.

Não se registou variação sazonal significativa nas taxas de internamento, pese embora o afluxo à UUP seja significativamente superior no Outono/Inverno. Tal facto dever-se-á provavelmente ao tipo de patologias mais frequentemente internadas no Verão, exigindo maior vigilância: traumatismos cranianos e outra patologia traumática, já que Setúbal se localiza num eixo viário importante no Verão.

- Excluindo os casos de internamento "directo" para outros Serviços ou Instituições, 79% das crianças admitidas na UICD permaneceram internadas menos de 24 horas, o que nos parece corresponder aos objectivos programáticos de uma Unidade de Internamento de Curta Duração.

Apesar de tudo, encontrámos 2,8% de internamentos superiores a 48 horas, resultado da crónica falta sazonal de vagas na Enfermaria de Pediatria, cuja resolução passaria pela criação de um Hospital de Dia que permitiria nomeadamente efectuar terapêuticas parentéricas em semi-ambatório.

A patologia médica foi responsável por 83,2% dos internamentos, e as patologias cirúrgica e ortopédica contribuíram com os restantes 16,8% (70% cirúrgicos; 13% ortopédicos e 17% politraumatizados).

No grupo médico, a patologia preponderante foi a gastrointestinal (27,4%), seguida da respiratória (21,7%). Até aos 3 anos, predominou a patologia respiratória, seguida da gastrointestinal; a partir dessa idade, sobressaíram a patologia gastrointestinal e os traumatismos cranianos. Registou-se um pico de gastroenterites no Inverno, sobretudo na 1ª infância. Como é usual, as doenças respiratórias apresentaram um pico importante nos meses frios, e os traumatismos registaram um pico importante no Verão.

Tais resultados fazem-nos pensar na segurança das crianças em época de férias, quando normalmente passam a maior parte do seu tempo com as suas famílias.

Quanto ao destino das crianças admitidas na UICD, 46,5% tiveram alta para o domicílio e 53,5% necessitaram internamento mais prolongado: 38,8% no nosso Hospital e 14,7% em outros Hospitais; 45% das transferências externas efectuaram-se para o Hospital S. José, na altura centro de referência para os traumatismos cranianos.

Por necessidade de cuidados mais diferenciados e falta de Cirurgia Pediátrica foram transferidos para Hospitais Centrais cerca de 35% dos casos de transferência externa, o que faz ressaltar o peso da patologia cirúrgica como motivo de internamento.

A nossa taxa de transferências foi superior à de outros Hospitais Distritais, nomeadamente à de Faro (5) e (1), 2,2% em 1988 e 1,1% em 1991). Tal facto dever-se-á em parte ao facto da curta distância de Setúbal a Lisboa (40 km), e à existência de maior diferenciação naquele Hospital, dada a distância dos grandes Centros. Por outro lado, o HSB não tem internamento de Ortopedia, o qual se efectua no Hospital Ortopédico do Outão, na mesma cidade. A nossa taxa de mortalidade foi de 0%.

Conclusões

A UICD veio permitir vigiar as situações clínicas com previsível internamento de curta duração e o internamento de crianças cuja patologia requer maior vigilância, monitorização e apoio multidisciplinar. A administração de terapêuticas parentéricas em ambulatório (função de Hospital de dia) e funcionar como unidade de internamento até ser possível a transferência.

Pretende-se no futuro a criação de uma Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos; a existência de uma equipa permanente de Cirurgia Pediátrica; a criação de um Hospital de Dia e a informatização da Unidade de Urgência Pediátrica. Tais medidas visam a redução da taxa de transferências para outros Hospitais, fixando a criança e a sua família na sua área de residência, bem como a redução da taxa de internamento.

Bibliografia

1. Rosa J, Silva P, Maio J. Análise do Internamento de Curta Duração no Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro. *Saúde Infantil* 1993;XV:51-57.
2. Ferreira AG, Magno C, Freitas EJ, Castanheira L. Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Funchal. *Saúde Infantil* 1990;XII:137-141.
3. Damas L, Bicho A, Lemos L. Casuística do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Saúde Infantil* 1990;XII: 67-82.
4. Lemos L, Brinca B, Seabra J, Matos Coimbra JA, Bento Soares F. Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra - 1994: Informatização global. *Saúde Infantil* 1996;XVIII: 5-26.
5. Soares IMM, Mendes EM, Nereu VHC. Serviço de Urgência de Pediatria de um Hospital Distrital. *Saúde Infantil* 1989; XI: 105-111.

Correspondência: Teresa Gouveia
 Serviço de Pediatria
 Hospital S. Bernardo
 Av. Camilo Castelo Branco
 2910 Setúbal

saúde infantil

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO GRUPO ETÁRIO DOS 1-5 ANOS DE IDADE

M^a Eugénia Morais¹, Fátima Couto², Conceição Tenreiro², M^a José Carvalho², Helena Ribeiro²

Resumo

As autoras realizaram um estudo exploratório com o objectivo principal de conhecer os hábitos alimentares das crianças no grupo etário dos 1-5 anos de idade.

A sua concretização passou pela realização de um inquérito a um grupo de 153 crianças que no período de Janeiro a Abril de 2001 recorreram ao serviço de Consultas Externas do Hospital Pediátrico. De acordo com a análise e interpretação dos resultados, pode concluir-se que nos últimos 10 anos não se têm verificado grandes avanços na alimentação da criança neste grupo etário. A carne e o peixe fazem parte da alimentação diária da criança, em alguns casos há uma tendência para um consumo exagerado de leite e seus derivados, algumas crianças continuam a ter contextos favoráveis para o consumo de bebidas alcoólicas e a fruta e legumes não são ingeridos sistematicamente às principais refeições. Nesta conformidade, é importante que os profissionais de saúde que prestam cuidados à criança continuem a dar atenção à sua dieta e valorizem as preocupações dos pais e outros familiares mais próximos.

Palavras-chave: hábitos alimentares, dieta, diversificação, nutrição, pré-escolar.

Summary

The authors conducted a study with the prime purpose of knowing the food habits of children between 1-5 years old.

It was made by conducting an inquiry to a group of 153 children that, from January to April 2001, have used the service of External Consulting in Hospital Pediátrico.

According to the analysis and interpretation of results, one can say that in the past 13 years there hasn't been great changes in children's eating habits (1-5 years old). Meat and fish are part of the daily meals. In some cases there is a tendency to an exaggerated consumption of milk and its subproducts, some children continue to present favourable contexts to alcohol consumption, fruits and vegetables aren't present on a regular basis. In order to better serve these children well-being, health professionals should pay close attention to their diet as well as to their parents and closer relatives' preoccupations.

Keywords: feeding habits, diet, diversification, nutrition, pre-school.

1. Enfermeira Chefe do Serviço de Consultas Externas do Hospital Pediátrico 2. Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica do Serviço de Consultas Externas do Hospital Pediátrico

Introdução

Tem sido consensual entre diversos autores e estudiosos desta matéria que durante a idade pré-escolar dá-se a maturação do autocontrolo da ingestão alimentar assim como uma diminuição das necessidades de energia por kg de peso em relação a períodos anteriores (1,3). Para a família, estas alterações podem condicionar atitudes que são interpretadas como diminuição do apetite e em algumas circunstâncias levam à perturbação da relação mãe-filho e até da dinâmica familiar.

Por outro lado, o desenvolvimento do paladar é um factor essencial para uma alimentação correcta e depende fundamentalmente da aprendizagem (1,2). A este respeito importa recordar que por volta dos 3 anos, há um receio por tudo o que é novo (neofobia) daí que surja uma clara resistência a alimentos novos e por isso a criança prova-os em pequena quantidade e os pais muitas vezes atribuem esse facto à falta de apetite.

Como já referido, as necessidades energéticas vão diminuindo gradualmente a partir do 1º ano de vida até aos 10 anos. Nesta conformidade, é muito difícil estabelecer um padrão alimentar recomendável (1,3). A ingestão aconselhada de energia e diferentes nutrientes é de 100 cal/kg/dia, ou seja; 1300 a 1500 kcal/dia (1,6). Se uma criança cresce mantendo uma relação peso/estatura correcta com estatura e estágio pubertário normal, considera-se que a sua nutrição é adequada (1,3,5,6).

As orientações da Direcção Geral de Saúde (DGS) recomendam que a partir dos 2- 3 anos se inicie uma transição gradual para uma composição dietética desejável sem recurso a restrições alimentares demasiado rigorosas em crianças e adolescentes saudáveis (2).

Deste modo, a diversificação alimentar (que deve acontecer no primeiro ano de vida), carece de orientação e monitorização por parte de profissionais experientes, uma vez que a introdução de novos alimentos tanto em qualidade como em quantidade devem tomar em consideração as limitações digestivas relacionadas com a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra (7).

Neste sentido, apontam também as conclusões de um trabalho realizado em 1988, onde se enfatiza a mensagem: nas consultas de Saúde infantil, é indispensável que na idade pré-escolar, se continue a dar atenção à alimentação da criança, corrigindo erros e dando instruções claras aos pais (4).

De igual modo, se acentua que, na prevenção de doenças relacionadas com a nutrição o papel dos profissionais é essencial para uma intervenção efectiva que reúna simultaneamente uma atitude clínica e uma orientação educacional.

Com base nestes pressupostos, nas preocupações manifestadas pela mãe ou familiar que acompanha a criança à consulta e na necessidade de adequar a nossa intervenção às necessidades da criança e família, realizamos um estudo exploratório com o objectivo principal de conhecer os hábitos alimentares das crianças com idades compreendidas entre os 1 e 5 anos de idade que frequentam o serviço de consultas externas do Hospital Pediátrico.

Material e métodos

Face aos objectivos delineados para a realização deste trabalho, foi aplicado um inquérito a 153 crianças com idades compreendidas entre os 1 e 5 anos de idade, que no período de Janeiro a Abril de 2001 frequentaram as consultas externas do HP.

A amostra foi seleccionada aleatoriamente entre as crianças que se apresentaram para as consultas no período determinado, desde que se incluíssem no grupo etário seleccionado e os pais ou acompanhantes aceitassem responder voluntariamente ao inquérito.

Para além de considerar os objectivos traçados, a construção do inquérito obedeceu a três aspectos fundamentais:

- Caracterização da população em termos demográficos e familiares.
- Antecedentes de saúde da criança.
- Hábitos alimentares,

Para além da qualidade e quantidade da dieta, procurou-se saber alguns aspectos relacionados com o comportamento da criança em relação à alimentação, a forma como a mãe ou outros familiares lidam com este aspecto e as expectativas que têm face aos serviços de saúde.

Resultados

Relativamente aos dados demográficos e familiares, obtiveram-se os seguintes resultados:

A média de idades encontrada foi de três anos, com um desvio padrão de um ano. De acordo com o gráfico 1, verifica-se que o maior número de crianças que frequenta actualmente este serviço tem 3 anos de idade. O menor número corresponde actualmente ao ano de idade.

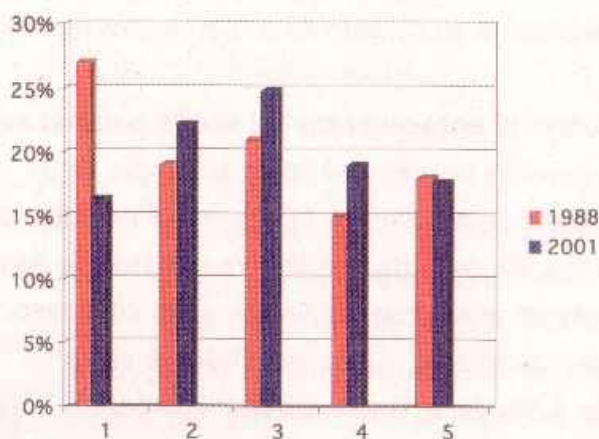


Gráfico 1 - Idade.

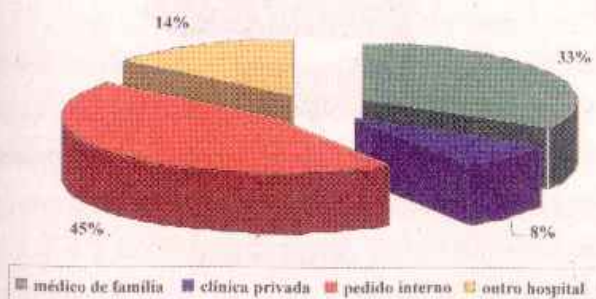


Gráfico 2 - Proveniência segundo a origem do pedido.

54,9% dos inquiridos pertencem ao sexo masculino e 45,1% ao sexo feminino.

Conforme mostra o gráfico 2, a maioria 44,4% recorre ao serviço por referência interna, 33,3% a pedido do médico de família e só 7,8% vêm da clínica privada.

Para 63,4% a zona de residência é o meio rural, o número de irmãos existentes varia entre zero e um. A maioria das crianças (94,1%) cumpre o calendário de vigilância de Saúde Infantil.



Gráfico 3 - Recursos económicos.

De acordo com o gráfico 3, verifica-se que em termos económicos, a maioria disse ter uma situação razoável. Apenas 3,9% referiu ter "maus recursos económicos".

Sobre os hábitos alimentares, 56,2% classifica-os como "razoáveis" e 2,6% acha que são "maus".

45,8% das crianças frequenta o infantário ou creche e 14,4% a pré-escola. As outras ficam geralmente ao cuidado da avó ou outros familiares.

Sobre os antecedentes de saúde pessoal verificou-se que:

A gravidez teve em média uma duração de 38 semanas.

O **peso** de nascimento foi em média de 3 Kg com um desvio padrão de 0,5 kg. De referir que 3,9% das crianças tinham um peso de nascimento < P5 e actualmente a mesma % mantém esse peso. 2,6% nasceram com peso > ao P95 e actualmente 9,0% apresenta esse parâmetro, o que significa que cerca de 6,5% das crianças atingiram no peso o P95. Relativamente à estatura, 9,8% nasceram com percentil < 5 e 9,1% mantem este parâmetro.

1,3% nasceu com estatura > P95 e actualmente 3,2% atingiu esse percentil. O gráfico 4 ilustra estes resultados.

37,9% referiu ter como doenças anteriores problemas do foro respiratório e 26,1% não referiu qualquer problema de saúde. 51,6% já esteve uma experiência de hospitalização enquanto que 48,4% disse nunca ter tido.

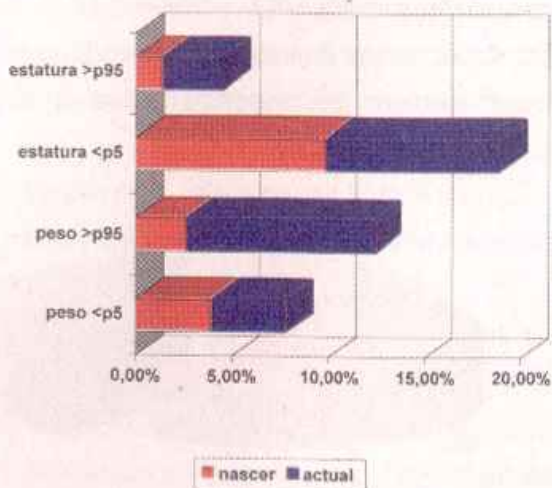


Gráfico 4 - Peso e Estatura.

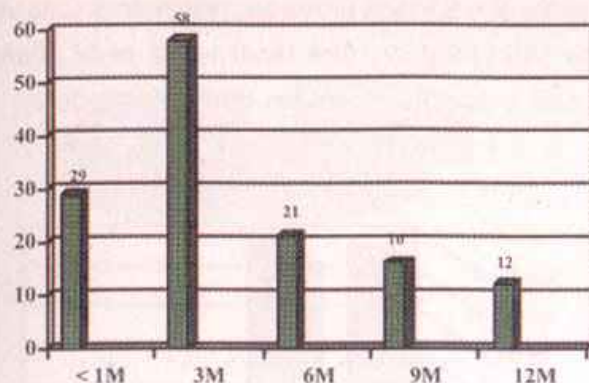


Gráfico 5 - Idade da amamentação.

Apenas 7,8% foi amamentada até aos 12 meses de idade. A maioria 37,9% só mamou ao peito até aos 3 meses.

No que diz respeito aos hábitos alimentares verificou-se que:

O número de refeições por dia é em média de 5 com um desvio padrão de 0,6. De acordo com o gráfico 6, a maioria das crianças faz actualmente cinco refeições por dia.

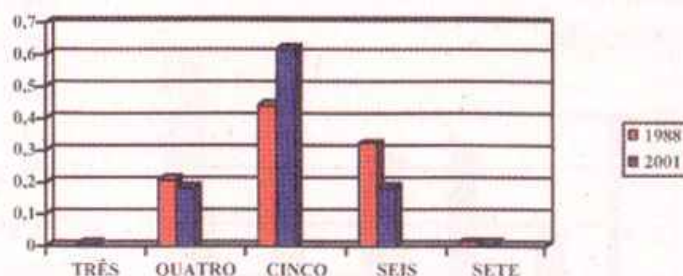


Gráfico 6 - Número de refeições.

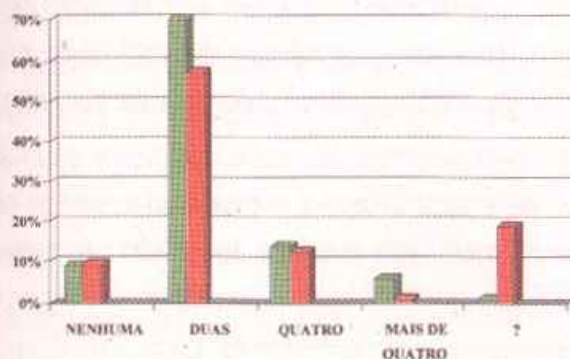


Gráfico 7 - ingestão de ovo por semana

Em média as crianças ingerem 523,3 ml de leite por dia, com um desvio padrão de 252,7. Apenas 5,9% toma menos de 250 ml e os que ingerem mais de um litro são uma percentagem de 14,3%. O número de iogurtes consumidos, varia entre 1/2 a dois por dia.

Para a maioria das crianças, o ovo é introduzido na alimentação uma a duas vezes por semana. Cerca de 10% não ingerem este alimento nenhuma vez e aproximadamente 11% ingerem-no quatro ou mais vezes por semana.

Ingerem peixe em média 6,3 vezes por semana e carne 6,6 vezes com um desvio-padrão de 1,7 e 1,8 respectivamente. Sobre o consumo de peixe, constatou-se que este alimento faz parte da dieta de praticamente todas as crianças. A maioria, 78,4% come no intervalo das refeições e 41,8% referiu também beber sumos entre as refeições.

94,1% nunca ingeriu bebidas alcoólicas enquanto que 5,9% já provaram pelo menos uma vez. Os contextos em que esta ingestão ocorreu são variados: (têm tendência a pedir quando vêem à mesa; por engano; a mãe tem um café e as pessoas davam-lhe; curiosidade).

Os legumes fazem parte da alimentação diária da criança. 90,8% incorporam-nos na dieta uma vez por dia enquanto que só 4,5% não come nenhuma vez. Verifica-se no entanto haver uma ligeira diminuição da sua ingestão a partir dos três anos de idade. Há ainda a referir que 2% das crianças com um ano de idade, não têm este componente na sua alimentação.

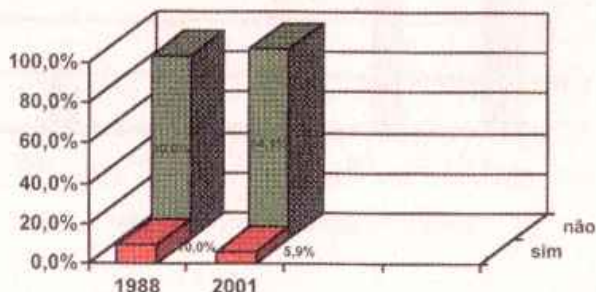


Gráfico 8 - Idade e ingestão de legumes.

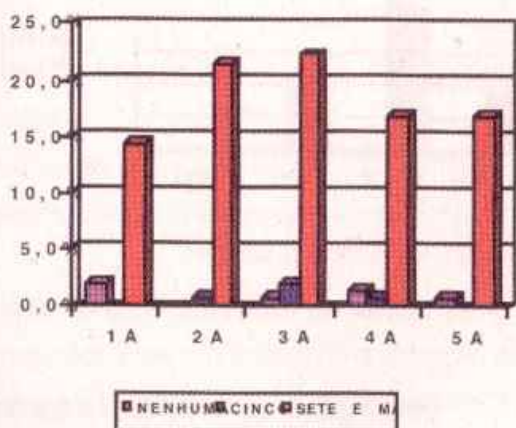


Gráfico 9 - Ingestão de bebidas alcoólicas.

47,7% dos inquiridos come fruta uma vez por dia e 4,5% não a come nenhuma vez. Em relação às bebidas geralmente preferem: sumos artificiais, água e leite. 92,8% disse tomar as refeições a horas certas e quando questionados sobre a existência de algum acontecimento que em seu entender tenha influenciado os hábitos alimentares da criança, 62,1% disseram não ter existido nenhum.

No que diz respeito aos alimentos preferidos, constatou-se que a massa e arroz são os eleitos, seguindo-se os salgados, fritos e peixe. A sopa, pão e doces aparecem nos últimos lugares das suas preferências.

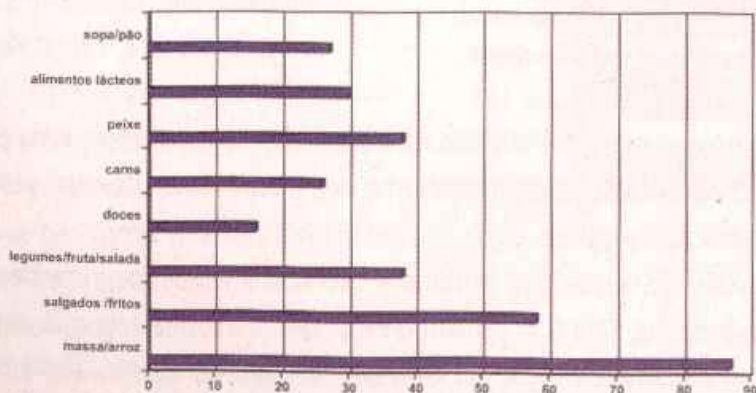


Gráfico 10 - Alimentos preferidos.

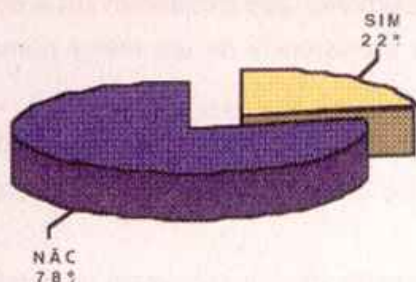


Gráfico 11 - Estimulantes para o apetite.

A maioria das crianças (78%) nunca tomou estimulantes para o apetite. Há no entanto 22% que disse já ter tomado, verificando-se que nestas situações as crianças freqüentavam a consulta por baixo peso.

No global as mães referiram lidar razoavelmente com a alimentação da criança, embora não seja desprezível o facto de 6,5% lidarem mal e 2% muito mal.

De acordo com a opinião dos inquiridos são muito poucas as crianças que se comportam bem em relação à alimentação. A maioria faz birras, assalta o frigorífico e pede muitas vezes comida. Alguns precisam ser distraídos para comer e outros não mostram interesse em ir para a mesa.



Gráfico 12 - Comportamento em relação à alimentação.

Na opinião dos inquiridos e se lhes fosse possível voltar atrás, mudavam algumas regras a respeito da alimentação, nomeadamente: tinham evitado tão cedo dar doces; davam mais legumes; exigiam melhor comportamento à mesa; não eram tão permissivos; davam sopa mais cedo (...).

Dos serviços de saúde esperam mais e melhor informação, disponibilidade dos profissionais e apoio para modificar o comportamento da criança.

Discussão

Considerando a natureza e especificidade do contexto em que o trabalho foi realizado, admitem-se as devidas reservas quanto à generalização dos resultados.

No entanto, dada a importância atribuída à dieta da criança e à sua relação com o crescimento e desenvolvimento, os resultados devem ser entendidos como referência para análise e reflexão das práticas sobre alimentação da criança nos primeiros anos de vida.

Pelo que nos foi dado constatar, nos últimos 13 anos não houve alterações significativas nos hábitos alimentares das crianças (4).

Por seu lado, o número de crianças com a idade de um ano que freqüentavam a consulta em 1988 era maior, mantendo-se a tendência para a existência de um maior número de crianças do sexo masculino a freqüentar este serviço (4).

Actualmente, são mais as crianças que freqüentam o infantário ou creche e de acordo com a análise do percentil de peso e estatura, parece existir uma certa tendência para que estas desenvolvam obesidade.

Cerca de metade das crianças que constituem a amostra, nunca estiveram hospitalizadas mas, em muitos casos há referência a problemas do foro respiratório.

No que diz respeito ao número de refeições e consumo de leite por dia, os dados encontrados são idênticos aos de 1988. O consumo de iogurtes é mais variável e a ingestão de ovo parece ter diminuído.

O número de crianças que não come peixe nenhuma vez é menor que em 1988. Por outro lado, parece não haver um incremento do número de vezes que este alimento é ingerido por semana.

Quanto ao consumo de carne, verificou-se que este é menos variável. Diminuiu o número de crianças que não ingere carne nenhuma vez e houve um aumento do número de vezes que é consumida por semana.

Embora se tenha verificado uma diminuição do número de crianças que ingere bebidas alcoólicas, continuam a existir contextos familiares e sociais que favorecem a curiosidade das crianças para as provarem.

De acordo com a opinião dos pais/acompanhantes, o comportamento das crianças face à alimentação é muito variável, o que provavelmente dificulta o estabelecimento de um plano alimentar adequado.

Conclusões/Sugestões

Globalmente os objectivos que presidiram à realização deste trabalho, foram atingidos. Os aspectos relacionados com a alimentação da criança nos primeiros anos de vida, não devem ser minimizados pelos profissionais que tomam ao seu cuidado a condução da dieta nesta etapa do seu crescimento e desenvolvimento.

Nesta medida, devem tomar em consideração as mudanças que vão acontecendo no meio sócio-familiar, o facto de muitos serem filhos únicos, a preocupação com a vigilância de saúde de rotina, a susceptibilidade para o aparecimento de problemas do foro respiratório e a tendência para a diminuição do aleitamento materno.

Concretamente em relação à dieta, é importante monitorizar o consumo de carne, peixe e ovo, assim como de leite e seus derivados, sobretudo de iogurte.

Importa tomar em atenção a tendência para o aumento do consumo de hidratos de carbono, sal e gorduras provenientes de óleos e margarinas.

A resistência por parte de algumas crianças na ingestão de legumes e fruta, e ainda que em poucas situações, a ingestão de álcool devem também merecer a melhor atenção.

Nesta medida, mantém-se actual e oportuna a mensagem:

É indispensável que na idade pré-escolar se continue a dar atenção à alimentação da criança, corrigindo erros e dando instruções claras aos pais (4).

Bibliografia

1. Marti-Henneberg C, Capdevila F. Alimentacion del pré-escolar. *Pediatría Integral* 1995 1 (4) 225-231.
2. Gomes-Pedro J. A Criança e a Nova Pediatria. Ed. Calouste Gulbenkian. Lisboa 1999.
3. Gonçalves MJ. As Perturbações Alimentares na Primeira Infância. *Nascer e Crescer* 7 (3) Setembro 1998.
4. Fonseca N, Cardoso L, Gonçalves I et al. Alimentação da Criança em Idade Pré-escolar. Trabalho realizado no 2º Encontro de Nutrição e Dietética. Coimbra 1988.
5. Guerra AJM, Koletzko B, Feldi F et al. Avaliação dos Lipidos, Lipoproteínas e Ácidos Gordos Plasmáticos numa População Infantil de 24 meses. *Nascer e Crescer* 7 (3) Jan./Fev.1996.
6. Tojo R, Leis R, Quiero T et al. Dieta y otros factores de risco de hipercolesterolemia y aterogenicidade en la idade Infantil, Prevención Cardiovascular. *Nutricion en Pediatria Extrahospitalaria*. Ed. Ergon, S.A. Madrid 1992.
7. Silva D, Prata A, Esvedoso H et al. Avaliação prospectiva (0-36 meses) dos Hábitos Alimentares de uma População Infantil Urbana. *Nascer e Crescer*, 7 (3) Jan./Fev. 1999.

Correspondência: Maria Eugénia Morais

Consultas Externas - Hospital Pediátrico
3000-075 Coimbra



Desenho de Patrícia V. Gamboias, de 5 anos (com auto-avaliação).

Resumo

Objectivo: A presença de adenomegalias em idade pediátrica é comum e cria grande ansiedade nos pais. Embora possa ocultar patologia mais grave, corresponde na maioria dos casos a doenças infecciosas benignas.

Os objectivos deste trabalho foram caracterizar as adenomegalias e estabelecer correlação com o diagnóstico; e ainda avaliar um protocolo de actuação.

Material e métodos: Os autores apresentam o estudo retrospectivo das crianças internadas por adenomegalia no Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães entre 1995 e 1999. Foram analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, características da adenomegalia, orientação, diagnóstico e evolução.

Resultados: Foram internadas por adenomegalia 48 crianças, com predomínio do sexo masculino e idades compreendidas entre os 5 meses e os 14 anos. A infecção foi a etiologia mais frequente (68,7%), apresentando um curto tempo de evolução na quase totalidade dos casos. Nas neoplasias, observou-se ausência de sinais inflamatórios locais, maior dureza na consistência da adenomegalia, localização supraclavicular em metade dos casos e verificou-se um tempo de evolução igual ou superior a 1 mês na maioria das situações. Em todos os quadros neoplásicos estavam presentes factores de risco e com frequência vários em simultâneo. Os resultados dos exames complementares pouco contribuíram para o diagnóstico e realizaram antibioterapia 34 (70,8%) crianças.

Conclusão: Realça-se a importância da valorização de certos achados clínicos na criança e adolescente com adenomegalia e apresenta-se uma estratégia para a sua abordagem diagnóstica.

Palavras-chave: adenomegalia, criança, adolescente, orientação.

1. Interna Complementar de Pediatria Médica do Departamento de Pediatria do Hospital de São João - Porto
2. Interno Geral do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães
3. Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães
4. Assistente Hospitalar do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Summary

Objective: Lymph node enlargement is a common finding in childhood and cause anxiety in parents. Although in the majority of cases lymph node enlargement results from benign infectious diseases, sometimes may herald the presence of more serious diseases.

The aims of this study were to characterize the adenopathy and to establish a correlation with diagnosis; and also to evaluate a protocol.

Patients and methods: The authors present the retrospective study of the children with adenopathy admitted to the Pediatric's Service of Senhora da Oliveira Hospital - Guimarães from January 1995 to December 1999.

The following parameters were studied: age, gender, adenopathy characteristics, orientation, diagnosis and evolution.

Results: Forty eight children, 5 months to 14 years of age with a predominance of male were included in the study. Infection was the more frequent etiology (68,7%), with a short history in almost all cases. In malignancy, no signs of inflammation in the lymph node, firm nodes, supraclavicular node involvement in half of the cases and long standing (over 1 month) of lymphadenopathy in the majority of cases were observed. In all neoplasms two or more risk factors were present. The results of the laboratory studies were not so useful as expected and 34 (70,8%) children made antibiotic treatment.

Conclusion: The authors note the importance of some diagnostic clues in children and adolescents with adenopathy and present strategies for a better diagnosis.

Keywords: lymphadenopathy, children, adolescent, management.

Introdução

Crianças e adolescentes com adenomegalias é um problema frequente em Pediatria. O aumento dos gânglios linfáticos é habitualmente devido a um processo infeccioso benigno e auto-limitado que resolve sem sequelas. No entanto, ocasionalmente associa-se a doenças mais graves, sendo exemplo a tuberculose e os linfomas em que o diagnóstico precoce é essencial (1,2).

A maioria das crianças saudáveis tem gânglios linfáticos cervicais, axilares e/ou inguinais palpáveis, pelo que se considera que um gânglio está aumentado quando o seu maior diâmetro é superior a 0,5 cm para os gânglios epitrocleares, a 1 cm para os cervicais e axilares e a 1,5 cm para os inguinais. Gânglios supraclaviculares, poplíteos e ilíacos palpáveis são sempre considerados anormais (1).

Quando os gânglios linfáticos aumentados de volume envolvem duas ou mais regiões não contíguas, a linfadenopatia denomina-se generalizada (2). Consideram-se adenopatias agudas as que têm uma evolução inferior a duas semanas; crónicas ou sub-agudas as de evolução para além de duas semanas (3).

Segundo diversos autores (3) definem-se como factores de risco nesta situação os seguintes:

- Manifestações de doença sistémica
- Clínica de doença progressiva
- Localização supraclavicular ou cervical inferior
- Duração superior a 2-3 semanas, sobretudo se não há resposta à antibioterapia
- Idade inferior a um ano ou superior a dez anos
- Alteração das características da adenomegalia, nomeadamente na dimensão, mobilidade, dureza e/ou sinais inflamatórios locais

Material e métodos

Analisaram-se retrospectivamente os processos clínicos das crianças internadas por adenomegalia, no Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, no período de 1 de Janeiro de 1995 a 31 de Dezembro de 1999.

As situações em que a adenomegalia se inseria num contexto clínico que a tornava óbvia foram excluídas.

Colheram-se dados referentes a: idade, sexo, características da adenomegalia, orientação, diagnóstico clínico e evolução.

Resultados

No período de tempo considerado (5 anos) foram internadas por adenomegalia 48 crianças com idades compreendidas entre os 5 meses e os 14 anos. Quase todas (87,5%) apresentavam idade igual ou inferior a 5 anos e pouco mais de metade (54,2%) idade igual ou inferior a 2 anos. Observou-se um predomínio do sexo masculino e a relação masculino/feminino foi de 2,4:1.

O diagnóstico mais frequente foi de infecção, encontrado em 33 casos (68,7%). Os quatro diagnósticos de neoplasia - Linfoma de Hodgkin (em duas crianças), pilomatricoma e neuroblastoma corresponderam a crianças do sexo feminino (Quadro I).

O agente infeccioso na maioria dos casos (69,7%) não foi identificado (Quadro II).

Na análise da distribuição dos diagnósticos por idade, verificou-se que os únicos dois casos de adenomegalia após os 10 anos corresponderam a situações neoplásicas, não havendo neste estudo registo de casos oncológicos em lactentes.

A localização supraclavicular observou-se em três dos diagnósticos de infecção (n=33) e em dois dos diagnósticos de neoplasia (n=4).

As características das adenomegalias e as manifestações associadas estão descritas no Quadro III.

Diagnóstico	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total
Infecção	8	25	33 (68,7%)
Neoplasia	4	0	4 (8,3%)
Lesão Linfoproliferativa	0	1	1 (2,2%)
Inconclusivo	2	8	10 (20,8%)
Total	14	34	48 (100%)

Quadro I: Adenomegalias - Diagnósticos.

Bactérias (7)	
<i>Staphylococcus aureus</i>	2
<i>Staphylococcus pyogenes</i>	1
<i>Streptococcus grupo A</i>	1
<i>Streptococcus grupo D</i>	1
<i>Micobacterium tuberculosis</i>	2
Vírus (2)	
Vírus Citomegálico	2
Parasitas (1)	
Toxoplasma	1
Sem identificação do agente (23)	

Quadro II: Agentes infecciosos isolados (n = 33).

Na quase totalidade dos casos, independentemente do diagnóstico, a adenomegalia apresentou-se como múltipla; na maioria das situações infecciosas e em dois casos de neoplasia como localizada. Nas situações neoplásicas observou-se uma maior dureza na consistência da adenomegalia, ausência de sinais inflamatórios locais e, ao contrário do esperado, a descrição de adenomegalia móvel. A dor foi o sinal inflamatório local mais referido. Manifestações de doença sistêmica, nomeadamente febre persistente, anorexia, emagrecimento, astenia e/ou hepatoesplenomegalia só estavam presentes em dois casos de neoplasia. A anorexia foi referida por uma criança com neuroblastoma e em quatro com o diagnóstico de infecção. No que diz respeito ao emagrecimento, presente em 2 casos, relacionou-se com neoplasia e lesão linfoproliferativa. As quatro crianças com esplenomegalia apresentavam situações infecciosas.

Em relação ao tempo de evolução - intervalo de tempo decorrido entre o aparecimento das primeiras manifestações e o internamento - constatou-se que a maioria das situações infecciosas apresentaram uma evolução curta e que três dos quatro casos de neoplasia tiveram um tempo de evolução igual ou superior a 1 mês (Quadro III). Dois dos cinco casos de infecção com longo tempo de evolução (≥ 1 mês) corresponderam às situações de tuberculose e numa delas o tempo de evolução foi de 3 anos.

A análise dos factores de risco revelou que estes estavam presentes em todas as situações neoplásicas (Quadro III) e geralmente vários em simultâneo, enquanto que nas infecções só eram mencionados em cerca de metade dos casos e muitas vezes a manifestação de doença sistémica era o único factor de risco referido.

A demora do diagnóstico - intervalo de tempo decorrido entre o internamento e o diagnóstico - teve uma duração igual ou inferior a uma semana na maioria das situações. Salienta-se um caso com demora superior a 30 dias correspondente a um diagnóstico final de neoplasia (Quadro III).

	Infecção	Neoplasia	Lesão Linfoproliferativa	Inconclusivo	Total
Única	5	1	0	0	6
Múltipla	28	3	1	10	42
Localizada	29	2	0	10	41
Generalizada	4	2	1	0	7
Elástica	8	0	0	2	10
Dura-elástica	4	1	0	1	6
Dura	9	2	1	4	16
Móvel	10	3	0	2	15
Aderente	5	0	1	3	9
Sinais inflamatórios locais	19	0	0	5	24
Dor	19	0	0	5	24
Calor	12	0	0	2	14
Rubor	13	0	0	2	15
Manifestações de doença sistémica	19	2	1	4	26
Febre	18	0	1	4	23
Tempo de evolução					
≤ 2 semanas	27	1	1	8	37
2 semanas-1mês	1	0	0	0	1
≥ 1 mês	5	3	0	2	10
Factores de risco	16	4	1	3	24
Demora do diagnóstico					
≤ 1 semana	14	2	1	4	21
1-2 semanas	6	0	0	2	8
2 semanas-1mês	3	0	0	0	3
≥ 1 mês	5	1	0	1	7

Nota: os valores de cada característica variam por falta de dados.

Quadro III: Características das adenomegalias.

Em relação aos exames complementares pedidos (Figura 1), as alterações predominaram no hemograma e no valor da Proteína C Reactiva - PCR. A leucocitose foi o achado mais frequente; registaram-se três casos de eosinofilia, um com o diagnóstico de tuberculose e os outros dois de infecção sem identificação do agente. A única radiografia de tórax com alterações correspondeu a uma situação infecciosa sem identificação do agente. Vinte e cinco crianças realizaram ecografia local e o achado mais frequente foi o de múltiplas adenomegalias. Pedidos exames culturais em 11 casos, demonstraram-se inconclusivas as três zaragatoas da orofaringe e isolou-se o agente etiológico em pouco mais de metade (55,5%) das situações de drenagem / punção do gânglio. No Quadro IV estão registados os resultados das dezasseis biópsias efectuadas.

Realizaram antibioterapia 34 (70,8%) crianças, algumas das quais antes do diagnóstico. Receberam apenas um antibiótico 23 crianças e duas iniciaram quatro antibióticos.

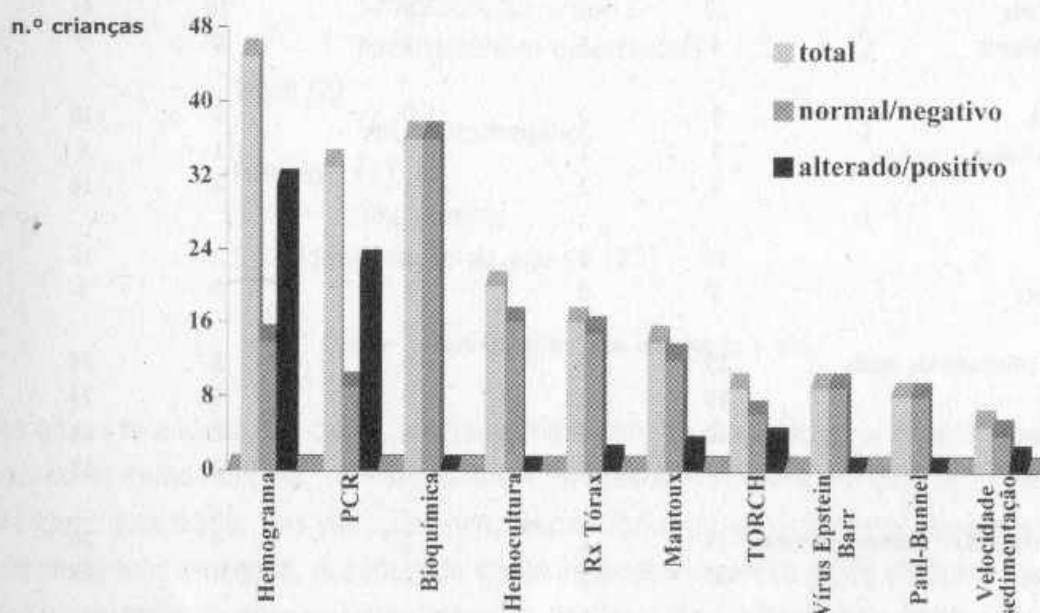


Figura 1: Exames complementares.

Hiperplasia reactiva	6
Doença granulomatosa	2
Doença neoplásica	2
Linfadenite	2
Lesão linfoproliferativa	1
Inconclusivo	3

Quadro IV: Biópsia (n=16).

Discussão

A presença de uma ou mais adenomegalias numa criança, qualquer que seja a sua idade, não é normalmente critério de hospitalização. O número elevado de internamentos por adenomegalia na nossa série deve-se em grande parte à dificuldade sentida no nosso Hospital em realizar determinados exames complementares de diagnóstico na consulta externa, particularmente em tempo oportuno. Alguns destes internamentos foram também motivados pelo mau estado geral da criança ou por factores sociais.

O diagnóstico de infecção na maioria (68,7%) dos casos está de acordo com a opinião geral de adenomegalia na infância ser habitualmente uma entidade benigna (1,2).

Este estudo, à semelhança de outros publicados na literatura (4), apresenta uma elevada percentagem de diagnósticos inconclusivos (20,8%).

Os agentes infecciosos bacterianos identificados foram o estafilococos, o estreptococos e o *Mycobacterium tuberculosis*. É referido por diversos autores que a maioria dos casos de linfadenite bacteriana são devidos ao estreptococos e ao estafilococos (5). Perante a criança com adenopatias cervicais ou torácicas persistentes deve-se pensar sempre em tuberculose no diagnóstico diferencial, dado a tuberculose continuar a ser muito frequente em Portugal e o seu diagnóstico na criança exigir um elevado índice de suspeição clínica (6).

Observou-se um grande número de situações infecciosas sem identificação do agente etiológico.

Devido à distribuição anatómica do sistema linfático de drenagem, a adenomegalia localizada geralmente representa a manifestação clínica de um processo patológico local - *adenomegalia satélite* - e a infecção é a causa mais frequente (7,8). A adenomegalia localizada obriga portanto à procura de um processo inflamatório/infeccioso próximo.

Muitas das adenomegalias sem identificação do agente correspondiam de facto a quadros de otite média aguda, amigdalites ou rinofaringites em que a identificação do agente não iria alterar o plano terapêutico, pelo que não se terá prosseguido a investigação.

É referido por diversos autores que o envolvimento dos gânglios supraclaviculares implica uma atenção especial por estar geralmente associado a doença grave e que perante uma adenomegalia com esta localização está indicado realizar biópsia (7,9). Neste estudo, dois dos quatro casos de neoplasia apresentavam uma adenomegalia de localização supraclavicular.

A consistência dos gânglios pode ser útil para o diagnóstico diferencial. No entanto, muitas lesões inflamatórias, especialmente se associadas a reacção fibrótica podem ser duras, como também com frequência o Linfoma de Hodgkin apresenta gânglios com consistência elástica (4).

Ao contrário do referido na literatura (1,2), nesta casuística as adenomegalias nas situações neoplásicas estavam descritas como não aderentes aos planos adjacentes.

Verificou-se que a anorexia é na criança um sintoma inespecífico e que o emagrecimento nem sempre traduz uma doença grave. Também a esplenomegalia não se apresentou como sinal de gravidade pois esteve apenas associada a situações infecciosas benignas.

Um longo tempo de evolução foi sugestivo de tuberculose ou neoplasia.

Uma história clínica detalhada e um exame físico cuidadoso com frequência permitiram identificar a causa da linfadenopatia. No entanto, após esta avaliação inicial, um subgrupo de crianças permaneceu sem diagnóstico.

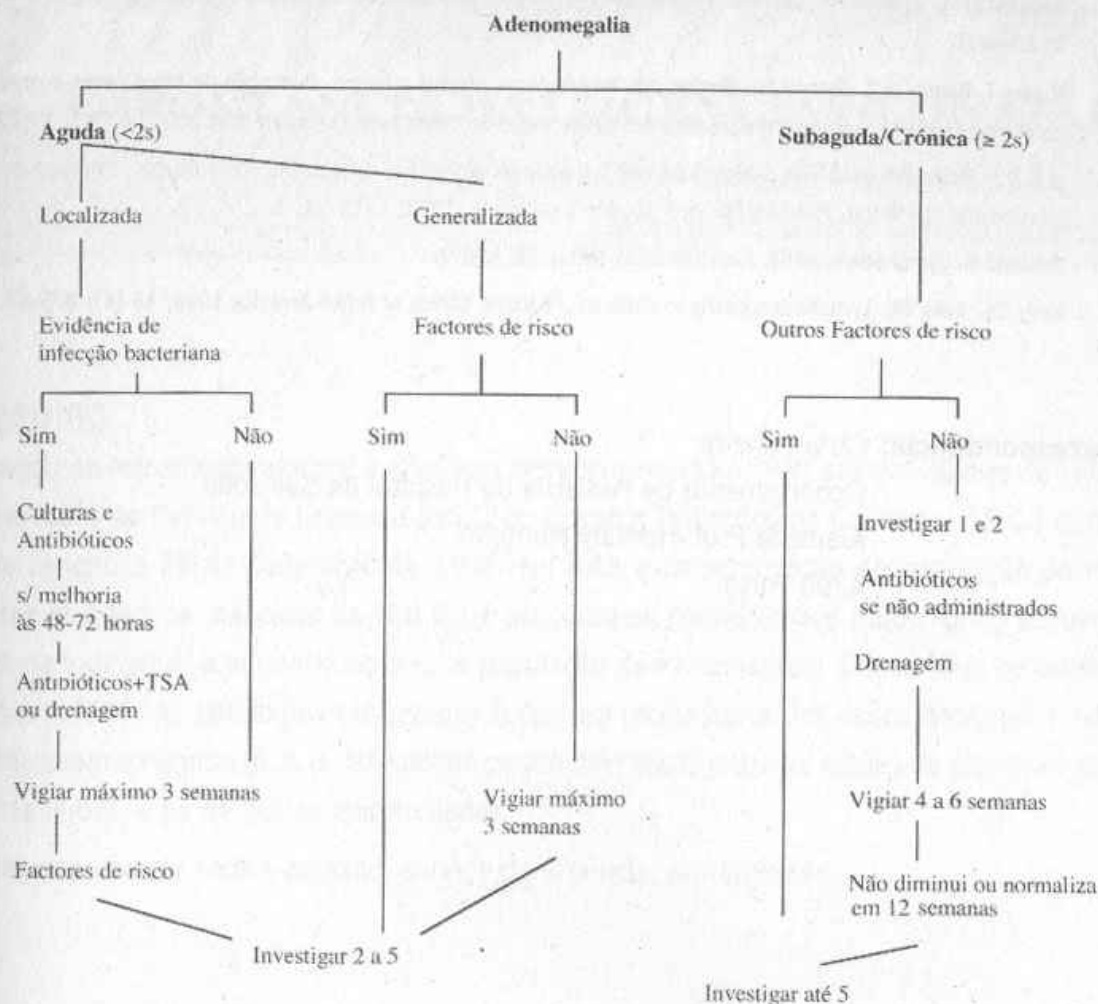
Em face dos resultados obtidos neste trabalho, os autores são de opinião que o protocolo do Hospital Pediátrico de Coimbra revisto em 1997 e em vigor, constitui uma norma de abordagem prática e útil a seguir nestes casos (figura 2). A atitude inicial dependerá do tempo de evolução da adenomegalia e os exames complementares (Quadro V) deverão ser pedidos de forma programada e progressiva. As culturas de material ganglionar e de prováveis focos serão uma boa abordagem inicial embora opcional, recomendando-se a drenagem se existirem sinais inflamatórios francos com flutuação. Em caso de dúvida em relação ao agente etiológico será sempre defensável instituir antibioterapia dirigida contra o estreptococos e o estafilococos com duração mínima de 14 dias (3).

-
- 1 - Culturas (foco provável, punção do gânglio)
 - 2 - Hemograma, PCR
Serologias (TORCH, EBV), prova de Mantoux
Radiografia do tórax, Ecografia
 - 3 - Serologias para outros vírus, parasitas e fungos
Pesquisa de germens menos habituais
 - 4 - Marcadores tumorais: DHL, Ferritina, ENE
AVM, AHV, α -fetoproteína ...
 - 5 - Biópsia
-

DHL- desidrogenase láctica; EBV- vírus de Epstein Barr;

ENE - enolase; AVM - ácido vanilmandélico; AHV - ácido homovanílico

Quadro V: Exames complementares (Adaptado de Winckler L (3)).



TSA — Teste de sensibilidade aos antibióticos

1, 2, 3, 4, 5 — Quadro V

Figura 2: Adenopatias - protocolo de avaliação (Adaptado de Winckler L (3)).

Agradecimentos: Agradecemos ao Dr. Luís Lemos do Hospital Pediátrico de Coimbra, o protocolo cedido e o entusiasmo pela aplicação do mesmo numa casuística da região norte.

Bibliografia

1. Grossman M, Shiramizu B. Evaluation of lymphadenopathy in children. *Curr Opin Pediatr* 1994; 6: 68-76.
2. Fikar CR. Enlarged lymph nodes. In: Ziai M ed. *Bedside pediatrics diagnostic evaluation of the child*. Boston. Little Brown and company. 1983: 337-42.
3. Winckler L, Oliveira ML, Heitor F, Lemos C, Bicho A, Baptista R. Adenopatias na criança. *Saúde Infantil* 1991; XIII: 89-94.
4. Knight PJ, Mulne AF, Vassy LE. When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes?. *Pediatrics* 1982; 69 (4): 391-6.

5. Bodenstein L, Altman RP. Cervical lymphadenitis in infants and children. *Seminars in Pediatric Surgery* 1994; 3: 134-41.
6. Nunes T, Bandeira T, Amaral MI. Pensar em Tuberculose... Isolar o bacilo. Descrição de cinco casos e revisão da literatura sobre a marcha diagnóstica em tuberculose na criança. *Acta Pediatr Port* 2000; 1 (31): 17-22.
7. Link MP, Donaldson SS. The lymphomas and lymphadenopathy. In: Nathan DG, Oski FA eds. *Hematology of infancy and childhood*. Philadelphia. WB Saunders company. 1993: 1319-53.
8. Morland B. Lymphadenopathy. *Arch Dis Child* 1995; 73: 476-9.
9. Kelly CS, Kelly RE. Lymphadenopathy in children. *Pediatric Clinics of North America* 1998; 45 (4): 875-87.

Correspondência: Carla Moreira

Departamento de Pediatria do Hospital de São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 Porto

saúde infantil

IMPORTÂNCIA DA URGÊNCIA NEONATAL NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Carmen Bento¹, Eduarda Osório², Luís Lemos³

Resumo

Estudou-se retrospectivamente a afluência de recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de vida, observados ao Serviço de Urgência (S.U.) do Hospital Pediátrico de Coimbra (H.P.C.) entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1999. Foi feita a caracterização da população de RN (entre os quais os nascidos na M.B.B.) e procurou-se conhecer que mudança de atitudes poderiam diminuir a afluência ao S.U. A população de RN constituiu 1% do total de urgências em 1999. As patologias observadas foram na maior parte dos casos benignas e não justificavam o recurso ao S.U. Não encontraram diferenças entre as razões de admissão dos RN da M.B.B. e os de outras Maternidades.

Palavras-chave: recém-nascido, serviço de urgência, maternidade.

Summary

The authors describe a retrospective study about the newborn frequency in the Hospital Pediátrico Urgency Room during 1999. They characterized this population and the newborns of the Maternidade Bissaya Barreto and tried to find what kind of attitude could change the number of newborns in the urgency room. The newborn population was 1% of all the urgency cases during 1999. In most cases found benign diseases and unnecessary hospital observation. The authors didn't find any difference between M.B.B. newborns and the others.

Keywords: newborn, urgency room, maternity.

1. Interna de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra
Bissaya Barreto

2. Assistente Graduada de Pediatria da Maternidade
3. Chefe de Serviço do Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A afluência de recém-nascidos (RN) ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (S.U. do H.P.C.) deve ter múltiplas razões. Estas devem ser correctamente avaliadas para que a possibilidade de uma resposta adequada, possa permitir a diminuição da afluência de situações não urgentes (1). Desde o segundo semestre de 1998, após um acordo com a A.R.S. de Coimbra, a observação no S.U. do H.P.C. deveria ser feita após uma triagem inicial dos doentes no Centro de Saúde da zona de residência ou pelo Pediatra Assistente, com excepção das situações urgentes (2). Contudo o horário de atendimento dos Centros de Saúde do Concelho de Coimbra ou do Pediatra Assistente não é extensível às 24h do dia, o que leva a que muitos pais destas crianças recorram ao S.U. (3).

Material e métodos

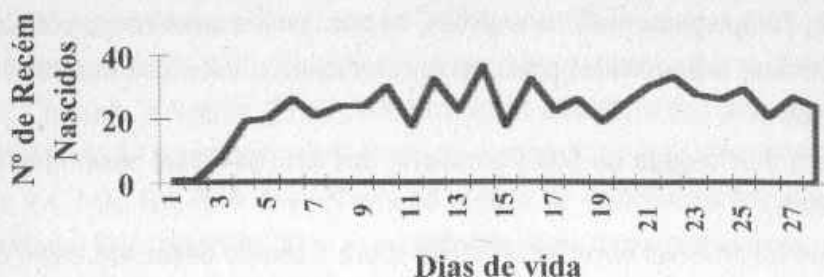
Foi elaborado um estudo retrospectivo, cujo universo foram os RN, até aos 28 dias de vida observados no S.U. do H.P.C., de Janeiro a Dezembro de 1999. Em todos os casos foi obtida a informação através da consulta dos processos clínicos do S.U. procurando conhecer: causas que levaram os RN ao S.U.; número de referenciados ao hospital; idade na data da urgência; hora da urgência; tempo entre o início dos sintomas e o recurso ao S.U.; sazonalidade das patologias observadas; orientação após observação clínica; idas posteriores ao S.U. no período neonatal e idade da primeira consulta de saúde infantil. Foram excluídos à partida 45 RN, cuja passagem pela urgência foi apenas administrativa por se tratar de RN transportados pelo I.N.E.M. directamente para a U.C.I.

Relativamente aos RN que nasceram na Maternidade Bissaya Barreto (M.B.B.) e que recorreram ao S.U., procedeu-se à análise dos processos clínicos da Maternidade procurando obter informações relativas a: idade gestacional; tipo de parto; peso de nascimento; ocorrências no período de internamento na Maternidade; número de referenciados ao S.U. Foi aplicado o método estatístico Regressão Linear e considerados estatisticamente significativos os resultados $p < 0,05$.

Resultados

No S.U. do H.P.C. foram assistidas de Janeiro a Dezembro de 1999, 52376 crianças, das quais 688 (1%) eram RN com idade igual ou inferior a 28 dias. A maioria nasceu nas Maternidades de Coimbra.

O número médio de RN observados por dia foi de 2,3 e a distribuição etária na data da urgência foi relativamente constante ao longo do período neonatal (Fig. 1).



População de RN

Fig. 1 - Dias de vida na data da urgência.

Aos 20 dias de vida, 65% destes RN, já tinham sido observados no S.U., pelo menos uma vez. Dos 643 RN observados, 10 % tiveram várias idas ao S.U. e apenas 7% (42 casos) foram enviados com carta do Médico Assistente para observação clínica.

Os diagnósticos foram agrupados por áreas pediátricas: patologia gastroenterológica (40%), patologia respiratória (19,5%), patologia dermatológica (13%), patologia oftalmológica (5,5%), outros (15%) e puericultura (7%).

Patologia Gastroenterológica (40%): As cólicas do 1º trimestre (45%) e os vômitos / refluxo gastroesofágico (17%) constituíram os diagnósticos mais frequentes. Foram também agrupados nesta área os casos de má progressão ponderal/ hipogaláctia materna (15%), vômitos hemáticos (5,4%), candidíase oral (5%), gastroenterite aguda (4%), falsa diarreia do RN (3%), obstipação (2,8%), hipersensibilidade às proteínas de leite de vaca (1,6%) e "engasgamento" (1,2%).

Patologia Respiratória (19,5%): As infecções do tracto respiratório superior (90%), bronquiolite (7%), pneumonia (2,3%) e o estridor (0,7%).

Patologia Dermatológica (13%): O eritema tóxico constituiu a patologia mais frequente (26,5%) seguida de infecção dérmica (18,9%), onfalite/granuloma umbilical (16,9%), exantema inespecífico (13,6%), dermite seborreica (13,6%), eritema nadegueiro (9,4%) e manchas/nevos (1,1%).

Patologia Oftalmológica (5,5%): A conjuntivite (94%) e a obstrução do canal lacrimal (6%) constituíram os diagnósticos que mais motivaram a ida ao S.U. nesta área.

Em **Outros Diagnósticos** foram agrupados os casos de RN com nódulo do esternocleidomastoideu, politraumatizado, hérnia inguinal, estenose hipertrófica do piloro, malformações dos membros inferiores, artrite séptica, anca instável, febre, convulsões, cardiopatia e icterícia do leite materno e do RN.

Puericultura (7%): Os diagnósticos como dificuldade na mamada (36%), hipertrofia mamária (22%), metrorragia da RN (13%), uratos (9%), má progressão ponderal não confirmada (11%) e cefalohematoma (9%) constituíram as situações mais frequentemente observadas.

Somente 10% das patologias observadas foram consideradas potencialmente urgentes, tais como: febre, "engasgamento", convulsões, sepsis, politraumatizado, vômitos hemáticos, infecção dérmica, bronquiolite, pneumonia, cardiopatia, estenose hipertrófica do piloro e artrite séptica.

Em relação à hora de chegada ao S.U.: a maioria dos RN (84%) foi observada nos turnos das 8-16 e 16-24 h.

Nos casos em que foi possível obter informação sobre o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a ida ao SU (34%), este ocorreu em média nas primeiras 24h. As patologias com menor tempo de espera por parte dos pais foram os vômitos/RGE e hérnia inguinal (< 12h).

A sazonalidade para os três diagnósticos mais frequentes, apenas foi encontrada nas infecções do tracto respiratório superior ($p < 0,0001$) que prevaleceu no primeiro quadrimestre do ano.

Em 93 RN (14,4%), encontramos informação nas folhas de registo do S.U. sobre a idade da primeira consulta de Saúde Infantil. A média desta consulta situou-se nos 20 dias e em apenas 7 dos RN (7,5%) ocorreu em idade inferior a 15 dias de vida.

Após observação 92% dos RN tiveram alta clínica, 6,3% necessitaram de vigilância em internamento: U.I.C.D. e/ou Enfermarias e 1% foram enviados para as Maternidades.

Do estudo geral da população de RN que frequentaram o S.U. 276 (41%) tinham nascido na M.B.B., representando 8,4% dos nascimentos do ano nesta Maternidade. Fez-se um estudo mais pormenorizado desta população de RN. Verificamos que 6% tinham sido referenciados por Neonatologistas ao S.U. para observação por especialidades como a Ortopedia, Dermatologia e Cardiologia. Da restante população neonatal da M.B.B., só 8 % dos RN observados apresentavam situações potencialmente urgentes. Os diagnósticos e a orientação após observação foram idênticos à do total de RN observados no S.U.

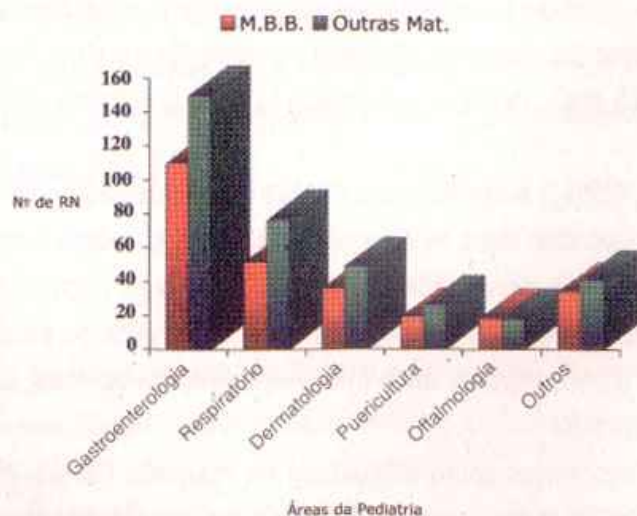


Fig. 2 - Diagnósticos RN MBB / Outras maternidades.

Dos RN da M.B.B. observados no S.U. verificamos que 52% nasceram de parto eutócico, 31% de cesariana. O peso mínimo encontrado foi 2020g e o máximo de 4275g (médio: 3268g). 11% eram pre-termos e 5% ACIU. As patologias encontradas sobrepõe-se à da restante população de RN. Contudo a Sepsis, I.R.S., Malformações dos Membros Inferiores, Hipogaláctia materna e cólicas do 1º trimestre constituíram os diagnósticos mais frequentes no grupo dos pre-termos e A.C.I.U.. Em 70% dos RN não há registo de ocorrências durante o internamento na Maternidade. Dos restantes 30% as ocorrências mais frequentes foram: icterícia (33%), eritema tóxico (11%), pielectasia (7%), anca instável, conjuntivite e dificuldades na mamada. A única associação encontrada entre o diagnóstico do S.U. e o período de internamento na M.B.B. foi de icterícia neonatal.

Conclusões

Do estudo realizado verificou-se que a população neonatal teve um peso pequeno a nível da urgência pediátrica do H.P.C. em 1999. A patologia encontrada nesta faixa etária, foi na maioria dos casos benigna, não justificando o recurso ao S.U. Não encontramos diferenças entre a população geral de RN e os RN da M.B.B.. A primeira consulta de Saúde Infantil na nossa amostra foi tardia.

Controvérsia

A diminuição da procura não justificada na urgência poderá depender da reavaliação da informação dada nas Maternidades na data da alta; a realização da primeira consulta de Saúde Infantil mais precoce e sensibilização da população para numa primeira fase recorrer à consulta aberta dos Centros de Saúde ou aos Médicos Assistentes (2, 4, 5).

Bibliografia

1. Damas L, Bicho A, Lemos L. Casuística do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. Saúde Infantil 1990; XII:67-82.
2. Lemos L. Atendimento de Situações Agudas Benignas nos Centros de Saúde da Cidade de Coimbra. Saúde Infantil 1999; 21/1:3-4.
3. Pereira AJ. O Stress e a Frequência de um Serviço de Urgência. Estudo Exploratório. Acta Pediatr. Port., 1997; Nº6; Vol. 28:505-8.
4. Ferreira AG, Magno C, Freitas EJ, Castanheira L. Serviço de Urgência de Pediatria do Funchal. Saúde Infantil 1990; XI/2:137-141.
5. Pires A, Rocha G, Lemos L. Crianças com Inscrições Frequentes num Serviço de Urgência Hospitalar. Saúde Infantil 1996; 18:53-57.

Correspondência: Carmen Bento
Serviço de Urgência
Hospital Pediátrico de Coimbra

Água para os olhos

Recentemente surgiram no mercado, duas linhas de produtos para a higiene dos bebés. Ambas são água — água do mar "microfiltrada e esterilizada" e água termal (1,2).

Nada tenho a opor à recuperação de terapêuticas tradicionais numa época em que o natu-rismo é moda ("politicamente correcto") mas preocupam-me três factos:

- a) ausência de provas de eficácia acrescida
- b) excesso de indicações
- c) preço

a) Nenhum dos produtos faz referência a dados que sugiram maior eficácia, comodidade ou segurança relativamente aos seus equivalentes habituais — a água da torneira (ou a água mineral engarrafada) ou o "soro fisiológico" (ou a água do mar propriamente dita ou mesmo "microfiltrada e esterilizada")

Entre as indicações desses produtos figuram:

- Limpeza do rosto, dos olhos, e dos pavilhões auriculares
- Para completar a higiene das zonas de pregas
- Enxaguamento do leite de limpeza durante a muda da fralda
- "Borbulhas" de calor
- Higiene quotidiana do recém-nascido e do bebé
- Na muda da fralda

Que razões para os preferir à água da torneira para lavar a cara das crianças ou o rabo dos bebés? Será indispensável **leite** para a **limpeza** do rabo dum lactente, para depois o **enxa-guar** com *eau thermale*?

Não será surpresa que se aconselhe dar banho aos lactentes com *eau thermale*, dado que no banho também se costuma lavar a cara e necessariamente se lava o rabo. ("Rosto, corpo, nádegas" 1^{ère} Eau d'Uriage®). Não tardará uma água de Colónia para o mesmo fim.

A sua composição não apresenta diferenças significativas, a menos que os produtos em análise tenham alguma propriedade oculta à bioquímica normal e que explique os parado-xos de uma "Solução isotónica de água da mar" ter um "Baixo teor em sódio" e de o (TONIMER®) enquanto um "Verdadeiro soro fisiológico natural", Isophy®, sendo "Natu-ralmente isotónica" deter "A mais elevada concentração em sais minerais".

b) É estranho que, entre as "indicações" para a *eau thermale* figure a **higiene diária das fossas nasais** (dado que "elimina as mucosidades do nariz") (além disso, "Tonimer® está indicado nos recém-nascidos"...por "incapacidade do bebé em assoar-se") e a **higiene diária dos olhos**.

Será útil esse excesso de cuidados com os narizes das crianças, sinal duma ansiosa obses-são pela higiene, que já nem é politicamente correcta (3) .

c) O preço exorbitante (3000 escudos (15 euros) por embalagem de meio litro de "eau thermale"), só poderá ser atribuído ao custo da embalagem, **(1. Válvula "one way" impede o refluxo da solução. 2. Extremidade difusora adaptado a cada morfologia nasal. 3. Saco flexível em alumínio plastificado multiestraficado. 4. Ar comprimido, inserido entre a bomba e o saco, assegura a completa propulsão mecânica da solução.)** muitíssimo superior ao do conteúdo.

Quando o valor do produto depende fundamentalmente da embalagem (da confiança induzida pelo aspecto), estamos no domínio do placebo.

Quando a eficácia do placebo depende dum poder mágico que se lhe atribui, entramos no domínio do amuleto. Mesmo a água benta já caiu em desuso.

Em S. Bartolomeu do Mar, no dia do seu padroeiro, os romeiros não dispensam o banho ritual na praia; a eficácia do banho desse dia e nessa praia é tida como incomparável em crianças com gaguez, medos, convulsões e outras manifestações paroxísticas, que fazem alusões ao diabo que, nesse dia, anda à solta.

No mesmo dia, em Ponte de Cavez, a procissão homenageia S. Bartolomeu, cuja imagem segura um diabólico dragão. Numa das margens do rio, junto à ponte, nasce água termal, evidentemente sulfurosa, tida como muito útil em doenças da pele e que as romeiras levam para casa para lavar a cabeça.

Bibliografia

1. Uriage. Laboratoire Biorga
2. Tonimer. Dermoteca. Produtos Químicos e Dermatológicos, S.A.
3. Stradin DP. BMJ 1989;351:1225-32. The "hygiene hypothesis" suggests that the increased incidence of allergy among children from developed countries is a result of an absence of exposure to intestinal infections in infancy and early childhood.

H. Carmona da Mota

Corticoterapia em Pediatria — aspectos práticos



Os corticosteróides, em relação às suas acções, dividem-se em dois grupos:

1. Os mineralocorticóides, cuja forma natural é a aldosterona, têm uma acção decisiva na retenção de sódio. A sua utilização é pouco frequente, apenas em situações de insuficiência da supra-renal com perda de sal.
2. Os glicocorticóides, cuja forma natural é a hidrocortisona, sobretudo pela sua acção anti-inflamatória (depressão da imunidade celular e humoral), são os corticosteróides mais utilizados. Têm também importantes acções metabólicas, estimulando o catabolismo das gorduras e das proteínas, e a neoglicogénese hepática. A sua síntese obedece a um ritmo circadiano, sendo máxima entre as 8-9 horas da manhã. Vai depois diminuindo, atingindo ao fim do dia valores inferiores a 50% em relação à sua produção máxima.

Existem hoje em dia vários corticosteróides de síntese, mais potentes e com maior duração de acção do que as formas naturais, o que permite adaptar o corticóide à situação que se pretende tratar (Quadro 1).

	Potência anti-inflamatória	Capacidade de retenção de sódio	Duração de acção (H)
Hidrocortisona	1	1	8-12
Fludrocortisona	10	125	8-12
Prednisolona	4	0.8	12-36
Metilprednisolona	5	0.5	12-36
Dexametasona	25	0	36-72

Quadro 1

- Quando se administram doses substitutivas, como na insuficiência da supra-renal, o corticóide ideal é a hidrocortisona, 15-20 mg/M²/dia, em duas tomas diárias, respeitando o ritmo de produção circadiano da hidrocortisona, isto é 70% da dose diária de manhã, e 30% à noite.
- Em situações de emergência, por exemplo em determinadas meningites bacterianas, os corticóides mais indicados são os de elevada potência. A duração destes tratamentos, normalmente, não é superior a 5 dias.

- Nos tratamentos prolongados, vários dias ou meses, como é o caso de algumas doenças renais, hematológicas, digestivas, e outras, os corticóides indicados são os de média potência. Na indução da remissão duma determinada doença, a prednisolona, por exemplo, deve administrar-se inicialmente numa dose elevada, 2 mg/Kg/dia, dividida por 2-3 tomas diárias; uma vez estabilizada a doença a dose deverá ser de manutenção, 1 mg/Kg/dia, se possível administrada numa única toma diária, pela manhã. Nesta fase poderá tentar-se a administração em dias alternados, com menos efeitos secundários, sendo a dose do dia sim duplicada.

Quando se administram corticosteróides, tem de ter-se em conta que há uma variabilidade significativa em relação à sua sensibilidade, quer de tecido para tecido, quer mesmo interindividual. A resposta à corticoterapia depende não só da concentração disponível, mas também da resposta do tecido-alvo, isto é, da resposta dos receptores específicos, que pode ser modulada por diversos factores.

O tratamento prolongado com doses elevadas de corticosteróides provoca alguns efeitos secundários indesejáveis:

- Supressão da actividade do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal, com atrofia secundária do córtex da supra-renal, que pode ser irreversível;
- Alterações do metabolismo ósseo (osteopenia);
- Paragem do crescimento por alterações ao nível hipotálamo-hipofisário, da pulsatilidade da secreção da hormona do crescimento;
- Hiperglicemia;
- Aumento da acidez gástrica.

Deste modo, a supressão duma terapêutica contínua com corticóides superior a 7 dias, período a partir do qual se pode já observar atrofia do córtex da supra-renal, deve revestir-se de algum cuidado.

Se a corticoterapia durou entre 7 dias e um mês, nos primeiros 3 dias de suspensão deve administrar-se 75% da dose, nos 3 dias seguintes 50%, e nos últimos 3 dias 25%. No primeiro dia sem corticoterapia é prudente dosear a concentração de hidrocortisona sérica entre as 8-9 horas da manhã, que deve ser superior a 10 ug/dl.

Se a corticoterapia teve uma duração superior a 1 mês, a redução da dose deve ser mais gradual, de 25% por semana. No primeiro dia sem corticoterapia é prudente dosear a concentração de hidrocortisona sérica entre as 8-9 horas da manhã, que deve ser superior a 10 ug/dl.

Síndrome de Gianotti-Crosti

Carla Moreira¹, Delfina Coelho², Alice Chorão³, Pedro Freitas⁴, Paulo Varela⁵



Resumo

O Síndrome de Gianotti-Crosti é uma acrodermatite papular ou pápulo-vesicular auto-limitada que se pode associar a vários agentes infecciosos. A histopatologia cutânea é inespecífica, pelo que o diagnóstico é clínico. A terapêutica é meramente sintomática, dependendo das queixas subjectivas do doente.

A propósito de caso clínico de uma criança de 5 anos de idade, do sexo feminino, com exantema característico, os autores tecem algumas considerações.

Palavras-chave: Síndrome de Gianotti-Crosti, acrodermatite.

Summary

Gianotti-Crosti syndrome is a self-limiting papular or papulovesicular acrodermatitis that is associated to several infectious agents. The diagnosis is based upon clinical findings and therapy on the patient's subjective symptoms.

The authors report the case of a five-year-old girl with a distinct exanthema and some considerations about this syndrome are made.

Keywords: Gianotti-Crosti Syndrome, acrodermatitis.

1. Interna Complementar de Pediatria Médica do Departamento de Pediatria do Hospital de São João - Porto
2. Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães 3. Assistente Hospitalar do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães 4. Chefe de Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães 5. Assistente Hospitalar de Dermatologia do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

O Síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) representa um grupo de acrodermatites papulares ou pápulo-vesiculares auto-limitadas e associa-se a um número crescente de doenças infecciosas (1). Inicialmente era considerado específico da infecção pelo vírus da Hepatite B, mas entretanto, numerosos outros vírus e o *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A têm sido implicados (2-4). Alguns autores também descrevem a ocorrência do SGC após imunização com diversas vacinas (2,5).

No passado, era feita a distinção entre acrodermatite papular da infância causada pelo vírus da hepatite B e síndrome pápulo-vesicular de localização acral relacionado com outros vírus. No entanto, num estudo recente, Caputo et al (6) demonstraram que a distinção clínica entre estas duas entidades não é possível e que as diferenças observadas são provavelmente determinadas pelas características individuais de cada paciente e não pelo agente etiológico. Por esse motivo propuseram que se utilizasse apenas a designação Síndrome de Gianotti-Crosti, eliminando-se os dois outros termos, para referir a erupção cutânea papular ou pápulo-vesicular de localização acral associada a uma infecção vírica subjacente.

Descreve-se o caso clínico de uma criança com SGC provavelmente associado a infecção pelo vírus de Epstein Barr.

Caso clínico

H.A.P.N.S., 5 anos de idade, sexo feminino, raça branca, natural e residente em Guimarães. É a primeira filha de pais jovens, não consanguíneos, aparentemente saudáveis. Tem uma irmã de 16 meses de idade, saudável.

Gravidez vigiada, de termo e sem intercorrências. Parto eutócico, hospitalar. Apgar 10 ao 5º minuto e antropometria ao nascimento no percentil 5.

Evolução estatura-ponderal no percentil 50 e desenvolvimento psicomotor adequado. Sem antecedentes patológicos relevantes.

Realizou as imunizações de acordo com o Programa Nacional de Vacinação e ainda a vacina anti-haemophilus (aos 2,4,6 e 18 meses) e a vacina anti-hepatite B (aos 24,25 e 30 meses).

Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Guimarães por exantema generalizado, ligeiramente pruriginoso e não doloroso, com início 2 dias antes. Negava febre ou qualquer outra queixa. Referia ter tido odinofagia na semana anterior.

Ao exame objectivo, de realçar o bom estado geral e múltiplas pápulas eritematosas, liquenóides, monomórficas, com aproximadamente 3-5 mm de diâmetro, de localização predominantemente acral e com distribuição simétrica pela face, nádegas e membros (Figuras 1-3). Observava-se nalgumas delas o fenómeno de Köebner, ou isomórfico (Figura 3). Não apresentava adenomegalias nem hepatoesplenomegalia.



Fig 1 - Distribuição simétrica das lesões pela face e membros; sem envolvimento do tronco.

Efectuou o seguinte estudo analítico: hemograma: Hgb-13,4 g/dl, leucócitos-11,2x10⁹/L (29%N,64%L), plaquetas-285x10⁹/L; esfregaço de sangue periférico sem alterações, bioquímica (glicose, ureia, creatinina e ionograma) normal; serologia para o vírus de Epstein Barr (detecção de anticorpos contra o antígeno da cápside viral) pelo método de ELISA - IgM de 11,268 (positivo > 11) e IgG de 12,159 (positivo > 11); reacção de Paul-Bunnell positiva; serologia para o Citomegalovírus pelo método de MEIA (Microparticle Enzyme Immunoassay) - IgM reactiva (1,975 índice) e IgG não reactiva (1,3 AU/ml); serologia para a Rubéola - IgM não reactiva e IgG reactiva; título de anti-estreptolisina O - 203 UI/ml (VR < 200 UI/ml) e marcadores da hepatite B e C - negativos.

Realizou terapêutica sintomática com um corticosteróide tópico e banhos de aveia coloidal. O exantema desapareceu ao fim de cerca de 2 semanas, sem deixar sequelas.



Fig 2 - Lesões coalescentes na face com marcados sinais inflamatórios.



Fig 3 - Fenômeno de Köebner (setas).

Discussão

Numa criança com SGC não é possível em todos os casos determinar uma etiologia (4,5). No entanto, deve-se considerar sempre a possibilidade de uma infecção pelo vírus da Hepatite B ou pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) dada a gravidade destas situações (3,4). No caso descrito, não foi pedida a serologia HIV por a história familiar e pessoal da criança não o justificarem.

O vírus de Epstein Barr (EBV) e o Citomegalovírus (CMV) têm sido encontrados frequentemente associados ao SGC (5-8). Estes vírus são conhecidos pela sua distribuição ubiquitária nos humanos e, na maioria dos pacientes, a infecção é subclínica (9,10). No caso apresentado, a serologia - reacção de Paul-Bunnell positiva com anticorpos IgM e IgG anti-antígeno da cápside viral positivos para o EBV - permite-nos o diagnóstico de infecção aguda por este agente (10). No entanto, a serologia para o CMV revelou IgM reactiva e IgG não reactiva. Infecção activa por este vírus é melhor demonstrada pelo seu isolamento na urina (que não foi realizado na nossa doente), apesar de, após uma infecção primária por CMV, a excreção deste persistir durante semanas, meses ou mesmo anos. A infecção primária é

confirmada pela seroconversão ou pela detecção simultânea de Ig M e de Ig G, o que não se observou no caso apresentado (9).

No SGC os achados histopatológicos cutâneos não são específicos, pelo que o diagnóstico é fundamentalmente clínico (4,6).

O envolvimento cutâneo generalizado, não verificado no caso descrito, parece correlacionar-se com prurido grave e outros sintomas gerais (4).

O fenómeno de Köebner, desenvolvimento de lesões pelo efeito traumático da fricção, não é um achado frequentemente descrito no SGC (11), mas era evidente em algumas áreas desta doente.

O SGC é uma dermatose auto-limitada que, à semelhança de outras patologias de etiologia vírica, não tem terapêutica específica (4,11). O seu tratamento baseia-se nos sintomas subjectivos do paciente (4). Os anti-histamínicos orais podem ser administrados para alívio do prurido (11). A utilização de corticoterapia local ou sistémica é controversa (4,11). De acordo com alguns autores a sua administração não se justifica (11), mas outros reconhecem-lhe utilidade na diminuição da inflamação e do prurido (4). A esta criança foi aplicado um corticosteróide tópico, para reduzir a marcada inflamação e o prurido.

Bibliografia

1. Carrascosa JM, Just M, Ribera M, Ferrándiz C. Papular Acrodermatitis of Childhood Related to Poxvirus and Parvovirus B19 Infection. *Cutis* 1998; 61 (5): 265-7.
2. Velangi SS, Tidman MJ. Gianotti-Crosti Syndrome after Measles, Mumps and Rubella Vaccination. *Br J Dermatol* 1998; 139 (6): 1122-3.
3. Blauvelt A, Turner ML. Gianotti-Crosti Syndrome and Human Immunodeficiency Virus Infection. *Arch Dermatol* 1994; 130: 481-3.
4. Boeck K, Mempel M, Schmidt T, Abeck D. Gianotti-Crosti Syndrome: Clinical, Serologic and Therapeutic Data from Nine Children. *Cutis* 1998; 62 (6): 271-4.
5. Draelos ZK, Hansen RC, James WD. Gianotti-Crosti Syndrome Associated with Infections other than Hepatitis B. *JAMA* 1986; 256: 2386-8.
6. Caputo R, Gelmetti C, Ermacora E, Gianni E, Silvestri A. Gianotti-Crosti Syndrome: A Retrospective Analysis of 308 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 207-10.
7. Hofmann B, Schuppe HC, Adams O, Lenard HG, Lehmann P, Ruzicka T. Gianotti-Crosti Syndrome Associated with Epstein-Barr Virus Infection. *Pediatr Dermatol* 1997; 14 (4): 273-7.
8. Lacour M, Harms M. Gianotti-Crosti Syndrome as a Result of Vaccination and Epstein-Barr Infection. *Eur J Pediatr* 1995; 154 (8): 688-9.
9. Stagno S. Cytomegalovirus. In: Beharman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson-Textbook of Pediatrics*. 15 th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 895-7.
10. Peter J, Ray G. Infectious Mononucleosis. *Pediatr Rev* 1998; 19 (8): 276-80.
11. Galmetti C. Gianotti-Crosti Syndrome. In: Harper J, Oranje A, Prose N, eds. *Textbook of Pediatric Dermatology*. 1st ed. Oxford: Blackwell Science, 2000: 347-51.

Correspondência: Carla Moreira

Departamento de Pediatria do Hospital de São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 Porto

**Nem sempre o gesto é tudo, meia palavra basta...
ou se é bom entendedor!**



O contacto telefónico dum hospital distante antecipa a admissão na urgência, mas informa apenas da transferência de um recém-nascido de dois dias de vida, intoxicado por paracetamol. A ausência de outros pormenores, mantém sem resposta a interrogação da sala acerca da forma como teria sido administrado ou das circunstâncias da intoxicação.

Duas horas depois, um bebé rosadinho dormia placidamente ao colo da enfermeira que acompanhou o transporte e conta, finalmente o que aconteceu. O pequenino era o primeiro filho dum casal jovem e a gravidez decorrera sem incidentes. O parto, por cesariana, tinha corrido bem e P. de 3075 g era vigoroso, mamava e dormia sem problemas e colaborava na adaptação da sua recém mamã às novas funções. Esta tinha uma particularidade - nos últimos anos havia perdido gradualmente a audição e agora era mesmo surda. Alguns gestos e palavras mais marcadas costumavam facilitar a comunicação.

Naquele dia, logo de manhã, a mãe teria referido sentir dores e estava febril. Um supositório de 1g de paracetamol foi-lhe deixado sobre a mesa de cabeceira juntamente com algumas instruções verbais e gestos "significativos". Por menos sorte, a mãe estava nesse momento a mudar a fralda ao bebé...

No final da tarde voltaram a febre, as dores e novamente 1g de paracetamol... desta vez a mãe verbalizou alguma estranheza pela necessidade do bebé repetir(!) a medicação e nessa altura aperceberam-se do equívoco.

P. tivera um dia normal, mamou cada 3 horas, teve duas dejectões mas recebeu 326 mg de paracetamol por Kg de peso, 20 x a dose terapêutica e mais do dobro da dose tóxica aguda para menores de 12 anos!!

À entrada no Hospital Pediátrico, 12 horas depois da administração do supositório não tinha qualquer clínica e apresentava um exame normal. A função hepática e renal eram adequadas, mas o doseamento de acetaminofeno foi de 87.6 ug/ml, limite inferior para toxicidade de risco elevado, de acordo com o normograma de Rumack e Matthew (Gráfico) tendo indicação para tratamento com N-acetilcisteína. O internamento decorreu sem intercorrências, P. manteve-se sempre assintomático e com valores bioquímicos normais tendo saído cinco dias depois.

Em crianças menores de 6 anos com níveis tóxicos de acetaminofeno raramente se verificaram sinais de toxicidade hepática (menos de 5% apresentaram anomalias transitórias). A toxicidade renal é rara e surge associada à hepatotoxicidade. Contudo, mesmo

sem estes sinais de toxicidade, o tratamento com N-acetilcisteína justifica-se quando houver níveis plasmáticos tóxicos de acetaminofeno de acordo com o normograma de Rumack e Matthew.

Este caso reforça a necessidade de assegurar uma comunicação efectiva técnico-doente e alerta para o risco de mal-entendidos potencialmente perigosos, ocorrendo mesmo com instruções aparentemente simples.

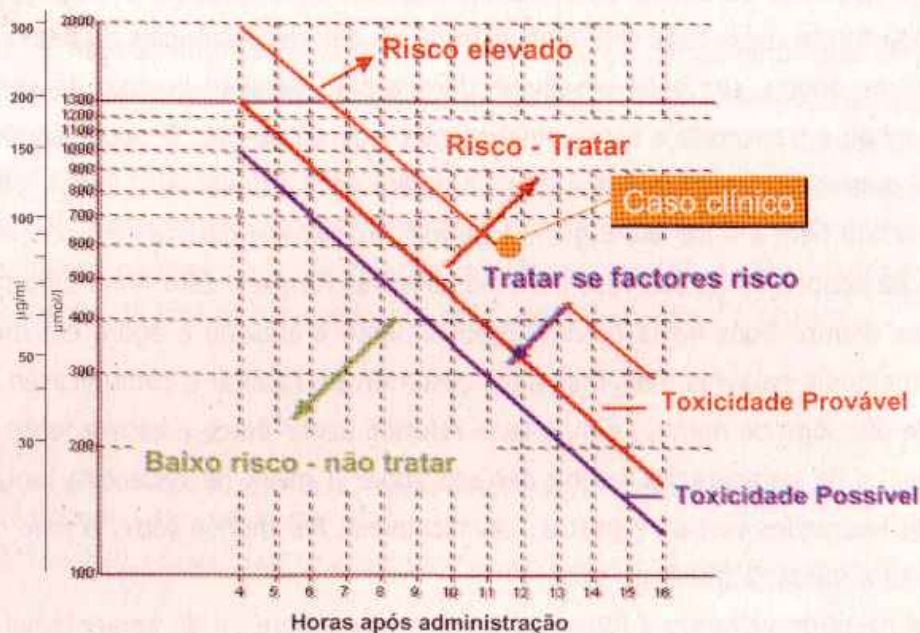
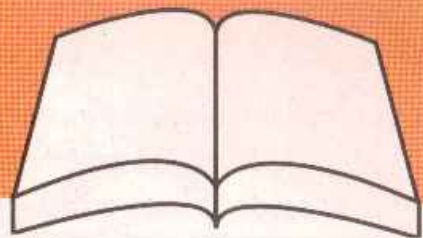


Gráfico I - Normograma de Rumack e Matthew.

Susana Nogueira, Gabriela Mimoso

Convulsões febris



A maioria das convulsões nas crianças são desencadeadas por febre: são as convulsões febris.

Estas atingem uma em cada 25 a 30 crianças saudáveis. Apesar de muito assustadoras para quem as presencia, especialmente para os pais, não são tão perigosas como parecem.

As convulsões febris são graves para a criança?

As convulsões febris, mesmo prolongadas, não irão prejudicar as crianças: apesar do aspecto preocupante das crises elas acabarão por parar e a criança vai ficar bem.

Habitualmente duram poucos minutos e param por si próprias, de forma espontânea. É bastante invulgar prolongarem-se por mais de 10 minutos.

Uma convulsão febril NÃO causa: sufocação, enrolamento da língua, lesões cerebrais, atraso intelectual, dificuldades de aprendizagem, etc.

A maioria destas crianças não precisa de fazer análises, nem electroencefalograma, nem radiografia do crânio, nem TAC. Precisa sim de ser observada por um médico para esclarecer a causa da febre.

Algumas crianças têm convulsões com características especiais (duração superior a 15 minutos, repetição em menos de 24 horas, alterações neurológicas focais) — convulsões febris complexas — que requerem uma abordagem individualizada, variável de caso para caso.

Qual o significado duma convulsão febril?

Não se conhece com precisão o mecanismo que desencadeia o início duma convulsão febril. O mais importante não é a convulsão em si mas sim a febre com convulsão associada.

O que devo fazer se o meu filho tiver uma convulsão?

- O mais importante é manter a calma.
- Deite a criança de lado para que não se engasgue com a saliva ou com os alimentos.
- Não lhe coloque nada na boca. A língua não se enrola e só excepcionalmente poderá ser trincada!
- Não tente parar os movimentos da criança durante a convulsão segurando-a ou apertando-a. A maioria das convulsões desaparece espontaneamente em poucos minutos.
- Procure o medicamento de aplicação rectal que lhe foi receitado para parar a convulsão — STESOLID (diazepam rectal). Mas só se a convulsão ainda não tiver parado é que o deve administrar.
- Coloque o termómetro. Se tiver febre administre-lhe um medicamento para a baixar.
- Controle o tempo: lembre-se de olhar para o relógio.

- Se a convulsão demora a parar (mais do que 10 minutos) dirija-se ao serviço de urgência mais próximo, ou telefone para o 112 para obter transporte acompanhado por técnicos de saúde. O mais provável é que quando lá chegar a convulsão já tenha parado e a criança esteja apenas sonolenta.
- Em qualquer caso, a observação médica é muito importante para avaliar a causa da febre.
- Muitos pais adoptam desnecessariamente atitudes precipitadas e potencialmente perigosas para si e para os outros. Se for para o hospital em viatura própria, cumpra as regras de trânsito, e os limites de velocidade.

O meu filho pode ter outras convulsões?

Sim. A possibilidade de surgir outra convulsão febril, varia de criança para criança. Mais de metade dos casos não se repetem. Terão maior risco de se repetirem os casos em que o primeiro episódio ocorreu em idades inferiores a 12 meses ou surgiu com febre baixa (inferior a 38,5°C) ou existir história de convulsões febris na família.

Existe algum tratamento que possa evitar as convulsões?

Sim, mas a maioria dos especialistas e pais concordam que os efeitos secundários dos medicamentos (alterações de comportamento, hiperactividade, reacções alérgicas, alterações digestivas, sonolência, tonturas, alterações de equilíbrio, etc.) são piores do que o risco de a criança voltar a ter nova convulsão febril. Além do mais, mesmo quando são utilizados para prevenir as crises, nem sempre as evitam.

Vários estudos mostraram também que a utilização vigorosa de medicamentos para baixar a febre pode não impedir novas convulsões.

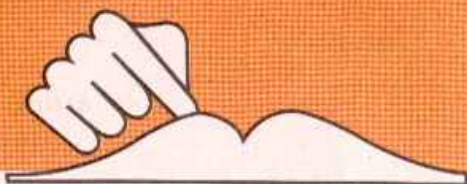
As crianças que têm convulsões febris são epiléticas?

Não. Convulsões febris e epilepsia são situações diferentes. Uma criança com epilepsia tem convulsões mesmo sem febre.

As convulsões febris não causam epilepsia. O risco de ocorrer uma convulsão associada a febre irá desaparecer com o crescimento da criança, sendo raro após os 5 anos de idade.

Bibliografia

1. AAP. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice parameter: Long-term treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*, 1999, 103 (6): 1307-9.
2. Camfield PR, Camfield CS. Management and treatment of febrile seizures. *Curr Probl Pediatr*, 1997, 27:6-13.
3. Baumann RJ, Duffner PK. Treatment of the child with simple febrile seizures: the AAP Practice parameter. *Pediatr Neurol*, 2000, 23 (1):11-7.
4. Verity CM, Greenwood R, Golding J. Long term intellectual and behavioural outcomes of children with febrile convulsions. *N Engl J Med*, 1998, 338 (24): 1723-8.
5. Tarkka R, Rantala H, Uhari M, Pokka T. Risk of recurrence and outcome after the first febrile seizure. *Pediatr Neurol*, 1998, 18 (3):218-20.
6. Berg AT, Darefsky AS, Holford TR, et al. Predictors of recurrent febrile seizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997, 151: 371-8.



A importância de injectar as vacinas bem no músculo! (à atenção sobretudo de quem administra vacinas nos Centros de Saúde)

Muitas vacinas devem ser administradas por via i.m. (região deltóide ou face externa da coxa). Não basta administrar as vacinas... nos locais correctos.

A administração indevida no tecido celular subcutâneo (porventura o erro mais frequente), pode resultar, pela reduzida vascularização e baixa mobilização e processamento dos antígenos, em menores seroconversões e mais rápido desaparecimento da protecção imunológica.

Os antígenos administrados no tecido celular subcutâneo podem também, se aí permanecem durante horas ou dias, ser desnaturados por enzimas locais.

A injeção vacinal feita por erro no tecido adiposo, é uma das causas de abscessos, granulomas ou outras reacções locais bem conhecidas: irritação, inflamação, necrose.

Para estar seguro de que a injeção vai ser feita no músculo deve-se adaptar o comprimento da agulha ao pânículo adiposo do sujeito (num estudo realizado com agulhas padronizadas de 16 mm – injeção na região deltóide – em 17% dos homens e 50% das mulheres a injeção não atingiu o músculo).

A utilização de uma agulha de comprimento padronizado pode comprometer decisivamente o objectivo da vacinação.

Zuckerman JN. Comentário editorial. BMJ2000;321:1237-8.

Prescrição racional nas pneumonias adquiridas na comunidade: uma auditoria fechada

Num estudo prospectivo, após actualização da orientação terapêutica, foi possível constatar as seguintes prescrições antibióticas – ver coluna da direita, em baixo – num país europeu (Reino Unido) onde a preocupação da eficácia vai de par com a económica.

Não existindo entre nós a Penicilina oral (um luxo para os países ricos), com a Amoxicilina e a Eritromicina, poderíamos fazer um figuraço. A questão é perceber porquê e querer!

	Estudo retrospectivo 1994-95 (%)	Estudo prospectivo 1996-97 (%)
Pencilina V	6 (14,3)	43 (48)
Eritromicina	11 (26,2)	16 (17)
Amoxicilina	15 (37,5)	18 (20,2)
Amox+Ác Clav	8 (19)	4 (4,5)
Metronidazol	0 (0)	2 (2,2)
Claritromicina	1 (2,3)	0 (0)

Para fortalecer convicções, ler Arch Dis Child 2000;83:320-324.

Novas vacinas pneumocócicas para crianças

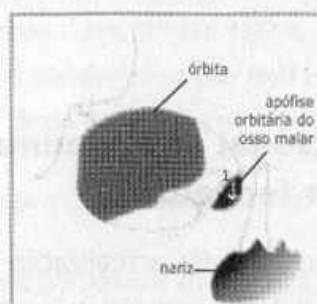
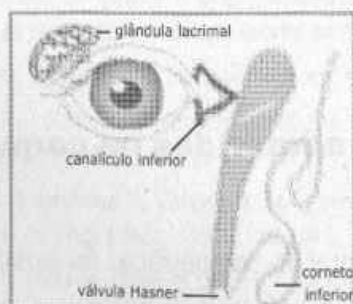
Para um excelente e bem sintetizado ponto da situação sobre as novas vacinas pneumocócicas, é importante ler este artigo.

São revistos os dados epidemiológicos das doenças invasivas e não-invasivas devidas ao Pneumococo e as informações mais importantes sobre a vacina clássica e as conjugadas. Sobre estas últimas são analisadas em detalhe as indicações e vantagens e também algumas incertezas.

Para terminar (em beleza!) fica-se com a ideia de que vêm aí vacinas anti-pneumocócicas bem mais interessantes.

Choo S, Finna. Arch Dis Child 2001;84:289-294

Agradecimento



Agradecemos ao Sr. Carlos Alberto Ferrão a execução destas figuras, parte integrante e indispensável do artigo "Obstrução congénita do canal lacrimal (dacriostenose)", publicado no número de Setembro da *Saúde Infantil* (*Saúde Infantil* 2001; 23/1:65-66).