

Director
Luís Lemos

Editor
Luís Januário

Redacção
Boavida Fernandes
Fernando Fagundes
Manuel Salgado

Conselho de leitura
Os profissionais do
quadro técnico do
Hospital Pediátrico

Neonatologia
Concelção 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: 239 482 918
Tel.: 239 484 464
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt
www.asic.pt

Assinaturas 2003
Anual — € 25,00
Sócios da ASIC — € 20,00
Estrangeiro — € 29,00
PALOPs — € 20,00

Concepção gráfica e paginação electrónica
RPM-Ideias e Comunicação, Lda
Rua Antero de Quental, 250
3000-031 Coimbra
Tel.: 239 852 940
Fax: 239 852 949
E-mail: atelier@rpm.pt

Montagem e Impressão
Rainho & Neves, Lda.

Depósito Legal nº242/82

Editorial

Transmissão mãe-filho do VIH ————— 3
Maria da Graça Domingues Rocha

Laringites e laringotraqueítes a *Parainfluenza* 1
(surto epidémico no Outono de 2003) ————— 5
Luís Lemos, Fernanda Rodrigues

Síndrome da morte súbita do lactente.
Estaremos mesmo a prevenir? ————— 13
Márcia Castro Ferreira, Anabela Gomes, Elvira Pinto, Rui Marques

Gastroenterite aguda no ambulatório.
Consensos na orientação? ————— 23
Pascoal Moleiro, Bilhota Xavier

A chupeta - prós e contras ————— 35
Marta Rola, A. Paula Aguiar, Sofia Aroso

Nascer islâmico ————— 39
Alexandra Lemos, Ivete Monteiro

Textos de apoio da consulta de pediatria geral
Conflito alimentar ————— 45

Casos clínicos

Torção de quisto do ovário em adolescentes ——— 47
Pedro Carvalho, Dolores Faria, Maria Manuel Zarcos, Bilhota Xavier

Desidratação hipernatrémica em criança
amamentada ————— 52
Fernanda Rodrigues, Luís Januário, José A. Pinheiro, Luís Lemos

"Picada" de anémoma ————— 57
Márcia Castro Ferreira, Eduarda Marques, Jorge Sales Marques

Doença da arranhadela do gato simultaneamente
em dois irmãos ————— 61
Fernanda Rodrigues, Raquel Santos, Manuel Salgado, Luís Lemos

Um caso inesquecível
A menina das pernas azuis... ————— 65

Revisões bibliográficas ————— 67

Informações ————— 69



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. Poderá também ser enviado para asic.hp@mail.telepac.pt.
 - 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-mail 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 descodificado 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.

Transmissão mãe-filho do VIH

Em 1983 era identificado um novo vírus – o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Passadas 2 décadas estima-se que 40 milhões de pessoas estejam infectadas por este vírus, das quais 2,5 milhões são crianças. No ano de 2003 ocorreram cerca de 5 milhões novas infecções, 700 000 em crianças com menos de 15 anos (ONUSIDA Dezembro 2003). A transmissão do VIH de uma mulher infectada para o seu filho é o modo predominante de infecção VIH pediátrica. Desde o início da epidemia de VIH/SIDA cerca de 19 milhões de mulheres, a maioria em idade fértil, já foram infectadas, em todo o mundo.

Nos países desenvolvidos tem havido grandes avanços na redução da transmissão vertical do VIH. A terapêutica anti-retrovírica pode reduzir profundamente o risco de transmissão mãe-filho do VIH. A associação desta terapêutica na grávida, com a cesariana electiva, a administração de AZT intra-parto e ao recém-nascido e o não aleitamento materno têm conduzido a taxas de transmissão vertical do VIH de 1 a 2%.

Em Portugal, a epidemia da SIDA continua a crescer de forma preocupante. Segundo a ONUSIDA estima-se que haja 30000 a 50000 casos de pessoas infectadas pelo VIH no nosso País.

No estudo sobre transmissão vertical do VIH em Portugal, realizado pelo Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança (GTIVHC), referente aos anos de 99 a 2002, 50% das grávidas só tiveram conhecimento de estarem infectadas pelo VIH na gravidez, o que documenta que um número significativo das pessoas infectadas desconhece o seu estado. Mais grave ainda, 10% destas mães só foram diagnosticadas no momento do parto ou, até mesmo, depois do diagnóstico no filho de infecção VIH.

Para melhorar estes números e diminuir a transmissão vertical do VIH a Direcção Geral de Saúde publicou em 04/02/04 a Circular Normativa nº 01/DSMIA sobre Gravidez e VIH. Esta Circular, cujo teor deverá ser conhecido por todos os técnicos de saúde, entre outros pontos, determina que a serologia VIH deve realizar-se após o consentimento esclarecido da mulher no período pré-concepcional e 2 testes durante a gravidez (no 1º trimestre, com

repetição às 32 semanas); nas grávidas em trabalho de parto com serologia desconhecida ou não realizada deverá ser efectuado teste rápido; estimular a participação do futuro pai no aconselhamento e realização simultânea do teste.

Todos temos o dever de prevenir a infecção VIH na criança.

Maria da Graça Domingues Rocha

GTIVHC – é constituído por pediatras de 36 hospitais e está integrado na Secção de Infecologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

saúde infantil

Laringites e laringotraqueítes a *Parainfluenza* 1 (surto epidêmico no Outono de 2003)

Luís Lemos¹, Fernanda Rodrigues²

Resumo

No decurso do Outono de 2003 ocorreu na nossa região um surto de laringites-laringotraqueítes. A maioria desses casos que vieram ao Serviço de Urgência do nosso Hospital, puderam regressar ao domicílio mas alguns necessitaram de admissão nas Unidades de Internamento de Curta Duração. A algumas dessas crianças foi solicitada a pesquisa de *Adenovírus*, *Parainfluenza* e Vírus Respiratório Sincicial nas secreções da nasofaringe. O *Parainfluenza* 1 foi o único vírus isolado e é reconhecidamente o agente etiológico mais frequente nestas situações clínicas.

Analisa-se alguns casos clínicos que revelam diversos aspectos das formas de apresentação e das modalidades terapêuticas utilizadas.

Palavras-chave: laringites, laringotraqueítes, *Parainfluenza* 1.

Summary

In the Autumn of 2003 there was a regional outbreak of laringitis and laringotracheitis. The great majority of cases that attended our Emergency Department, had been able to return home but a few were admitted to our Short Stay Unit and in some of them a viral investigation in the respiratory secretions was performed. *Parainfluenza* 1 was the only isolated virus (investigation was also focused on *Adenovirus* and *Respiratory Sincitial Virus*) and it is recognised as the most frequent pathogen in these clinical situations.

We analyse some clinical cases and discuss clinical presentation and therapeutic attitudes.

Keywords: laringitis, laringotracheitis, *Parainfluenza* 1.

¹ Chefe de Serviço

² Assistente Hospitalar de Pediatria
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

Os vírus *Parainfluenza* são dos mais importantes patogêneos de entre os vírus respiratórios que afectam a espécie humana (1-6).

A frequência desta infecção é maior na idade pré-escolar.

Identificaram-se 4 serotipos, sendo que os 1 e 2 são conhecidos por provocarem surtos outonais, em climas temperados.

A transmissão faz-se sobretudo por gotículas respiratórias. As crianças infectadas transportam grandes quantidades de vírus nas secreções respiratórias. As manifestações clínicas sobrevivem 2-4 dias após a inoculação e variam com a idade, serotipo e estação do ano. A contagiosidade é de 4-7 dias para o serotipo 1 e 3-4 semanas para o serotipo 3.

As primo-infecções em geral são sintomáticas e, sobretudo nas crianças de baixa idade, afectam numa elevada percentagem o tracto respiratório inferior e sobretudo a região subglótica, com edema mais ou menos acentuado.

O início é típico com sinais agudos de infecção alta (rinite, odinofagia), depois tosse, rouquidão/estridor e febre elevada em 75% dos casos (1-6).

As manifestações clínicas mais frequentes do serotipo 1 são, no primeiro ano de vida, traqueobronquite, laringite, infecção respiratória alta e faringite. Entre um e cinco anos de idade predominam a laringite, as infecções respiratórias altas e a faringite. Acima dos 5 anos são mais frequentes a laringite, a faringite e a traqueobronquite (1-5).

Nos casos mais severos também pode haver dispneia e hipoxémia.

Manifestações menos frequentes destes vírus são as bronquiolites, pneumonias, parotidites. As reinfecções são comuns e traduzem-se frequentemente por "constipações".

O diagnóstico diferencial faz-se sobretudo com a traqueíte bacteriana (o contexto epidemiológico positivo aponta para a etiologia vírica, o estado geral é muito conservado nas infecções a *Parainfluenza* e, em caso de visualização da traqueia, encontra-se edema subglótico e ausência total das pseudo-membranas características da etiologia bacteriana) e com a epiglote aguda (agora raríssima, após a vacinação anti-*Haemophilus b*, caracterizando-se mais por disfonia do que por tosse estridulosa e não sendo habitualmente precedida por infecção respiratória alta).

Os agentes etiológicos que podem ocasionar laringotraqueobronquites são: *Parainfluenza* 1, 2, 3 e Vírus Respiratório Sincicial (frequentes), *Influenza A* e *B*, Adenovírus, *Mycoplasma pneumoniae* (menos comuns) e Rinovírus, Enterovírus, *Herpes simplex* e Sarampo (raros) (1-3).

O *Parainfluenza* 1 é o agente causal mais frequente das laringotraqueobronquites e também o que ocasiona as formas potencialmente mais graves (0.2 a 1.2% necessitam de cuidados intensivos) (3,4).

No Outono de 2003 constatámos a existência de um surto de casos clínicos com sintomatologia muito semelhante: tosse estridulosa acompanhada por vezes de febre muito elevada. Procedemos a investigação virológica nalgumas das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência (SU).

Métodos

Obtivémos, através do Serviço de Informática do Hospital Pediátrico (HP), o número de casos admitidos por cada mês no S.U. do nosso Hospital, nos anos de 2002 e 2003, com os diagnósticos de laringite/laringotraqueíte. Foi também analisada a orientação desses casos no SU: número de urgências simples (com regresso ao domicílio, sem necessidade de aerossóis nem exames complementares), número de urgências implicando exames/aerossóis e regresso ao domicílio e número de admissões em Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

A partir de Setembro de 2003, quando começámos a valorizar o que parecia ser o início de um surto comunitário de casos de laringotraqueíte, decidimos solicitar pesquisas vírusais no aspirado nasofaríngeo, para Adenovírus, *Parainfluenza* e Vírus Respiratório Sincicial, a algumas crianças com uma clínica compatível com o diagnóstico de laringite/laringotraqueíte e que fossem admitidas nas UICD. A pesquisa etiológica, realizada por imunofluorescência directa no Instituto de Microbiologia da Faculdade de Medicina, só foi solicitada quando os quadros clínicos foram mais intensos e/ou prolongados e quando as crianças foram observadas por elementos da equipa fixa do Serviço de Urgência.

No período de Agosto a Dezembro de 2003, foram também analisadas as admissões na Unidade de Cuidados Intensivos do H.P., com os diagnósticos de Laringotraqueíte/Laringite, bem como a investigação virológica realizada.

No nosso Serviço, nestes casos e quando a clínica o justifica, utilizamos a Adrenalina, solução milesimal, em aerossol, na dose de 0,1 ml/kg, com soro fisiológico, sendo a frequência decidida caso a caso. Como anti-inflamatório temos utilizado a Dexametasona, por via i.v. na dose de 0,6 mg/kg ou a Prednisolona, 1 a 2 mg/kg/24 h per os.. Não há habitualmente recurso a broncodilatadores nem a humedificação das vias aéreas superiores.

Resultados

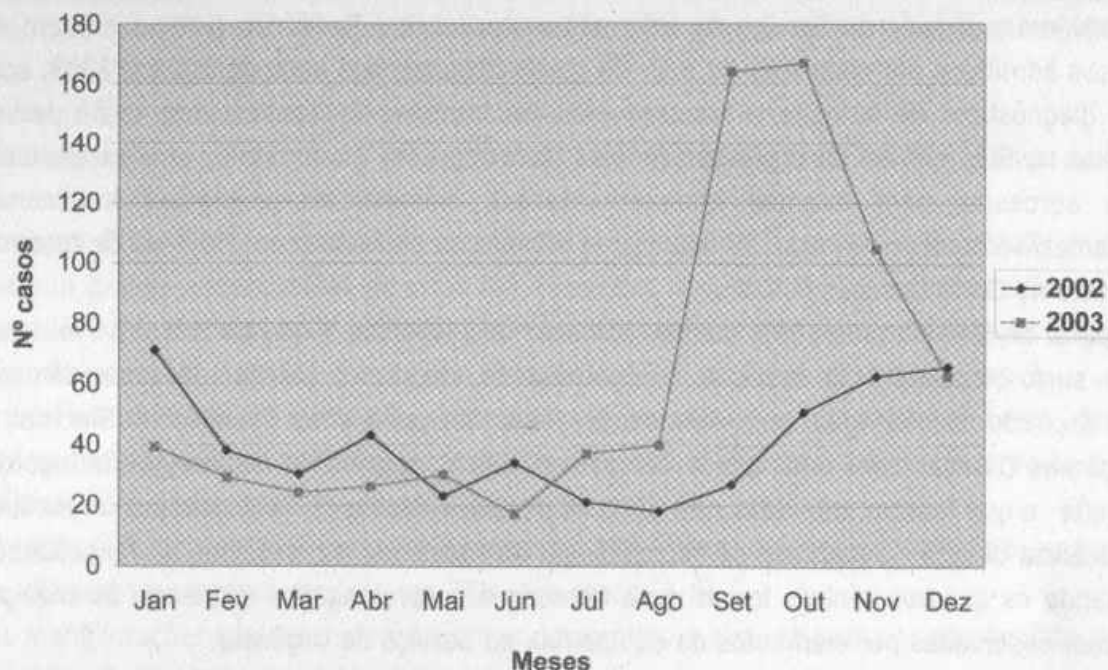
As admissões por Laringite e Laringotraqueíte em 2002 e 2003 no S U do HP estão indicadas no quadro.

Quadro: Admissões no SU por Laringites/Laringotraqueítes em 2002 e 2003.

Laringites/Laringotraqueítes	2002	2003
Urgência simples	89 / 278	174 / 369
Urgência c/ exames / nebul.	15 / 182	82 / 327
UICD	5 / 25	6 / 45

É evidente um aumento do número de casos no último ano, em relação a 2002.

Como é bem patente no gráfico que compara o total de diagnósticos de laringotraqueítes em 2002 e 2003, verifica-se um claro aumento de admissões no nosso SU em 2003, a partir do mês de Agosto, mas particularmente evidente em Setembro, Outubro e ainda Novembro. Poucos casos necessitaram de admissão em UICD mas ainda assim a diferença é clara entre 2002 (total de 6 casos de Agosto a Outubro) e 2003 (total de 22 casos no mesmo período).

Gráfico: Laringotraqueítes - Serviço de Urgência

Durante os meses de Agosto a Dezembro, quatro crianças foram conduzidas ao Bloco Operatório/Cuidados Intensivos do nosso Hospital com o diagnóstico de de Laringotraqueíte ou Laringite. As idades eram de dez meses, um, dois, e três anos. Duas foram enviadas por Hospitais Distritais já com entubação endotraqueal e ventilação por quadros de SDR importante e cansaço progressivo. Nos quatro casos a observação da glote e epiglote no momento da entubação é descrita como normal. Num caso a serologia colhida na admissão (e não repetida) evocava a possibilidade de uma infecção actual por *Parainfluenza 1*. Todos tiveram evolução final favorável.

Em Setembro de 2003 foram admitidas em UICD oito crianças com o diagnóstico de laringotraqueíte. Em três foram pesquisados vírus na orofaringe e em dois casos a pesquisa veio positiva para o vírus *Parainfluenza 1* e negativa para os restantes vírus.

Posteriormente mais alguns casos vieram a revelar-se positivos, sempre e apenas para o *Parainfluenza 1*.

Apresentamos em seguida os dados mais relevantes de alguns destes casos clínicos.

I - Hugo, 8 meses

Motivo de admissão: Tosse estridulosa, dispneia.

Antecedentes pessoais: irrelevantes para a afecção actual.

Antecedentes familiares: mãe actualmente constipada.

Afecção actual: Catarro respiratório superior desde há 20 dias. Febril desde há cinco dias ($\leq 38.4^\circ$ na véspera) com tosse estridulosa, rouquidão e dificuldade respiratória.

Foi medicado no exterior com Amoxicilina ao segundo dia de febre.

Por agravamento dos sintomas foi conduzido a um S U do Hospital da sua área e aí foram prescritas nebulizações de ?, mantiveram o antibiótico e iniciou Salbutamol. Foi pedida

uma radiografia do tórax cujo resultado ignoramos.

Por manutenção da situação clínica veio ao S.U. do HP.

Observação: criança irritada, 37.6º, tosse estridulosa se agitado, tiragem intercostal ligeira.

Diagnóstico: Laringotraqueíte.

Orientação: Nebulização com Adrenalina e admissão em UICD.

Evolução: À entrada em UICD foi-lhe prescrita Dexametasona 0,6 mg/kg por via parenteral. Esteve sempre apirético e com valores de saturações de hemoglobina normais sem suplemento de oxigénio. Houve diminuição progressiva da intensidade dos sintomas. Regressou ao domicílio 10 horas após a admissão.

Pesquisa viral nas secreções da nasofaringe: *Parainfluenza* 1 positiva, Adenovírus e Vírus Respiratório Sincicial negativas.

II - Vasco, 3 anos.

Motivo de admissão: Febre, tosse estridulosa.

Afecção actual: Febre (39º) desde a véspera, com tosse rouca e dispneia. Consultado o médico de família foi-lhe prescrito Clavamox DT400®, Mucosolvan® e Ben-u-ron®.

Face à persistência do quadro clínico e por suspeita de Bronquiolite ou Laringotraqueíte, a criança foi enviada ao nosso S.U.

Observação: Temperatura de 39.5º, dificuldade respiratória moderada, tiragem sub e supra-esternal, tosse estridulosa e estridor inspiratório. Saturação de hemoglobina de 98% (ar ambiente).

Diagnóstico: Laringotraqueíte.

Orientação: Nebulização com Adrenalina.

Evolução: Melhoria significativa.

Orientação: Regressou ao domicílio com manutenção do antibiótico.

Re-admissão no S.U. após algumas horas (enviado de um SAP, por agravamento da tosse estridulosa): Temperatura de 39.1º, tosse estridulosa mas sem dificuldade respiratória. Saturação de hemoglobina: 98% sem suplemento de oxigénio. Regressou ao domicílio.

Pesquisa viral nas secreções da nasofaringe: *Parainfluenza* 1 positiva, Adenovírus negativas.

III - João, 18 meses

Motivo de admissão: Início súbito, durante a noite, de estridor e febre elevada.

Observação: Temperatura 39.9º, adejo nasal, estridor, tosse irritativa, subcianose labial, roncos e fervores bilaterais.

Diagnóstico: Laringotraqueobronquite

Orientação: Nebulização com Adrenalina, Dexametasona (0.6mg/kg i.v.). Necessidade de 2L de oxigénio para saturações normais.

Em UICD: Febre elevada (40º) inicialmente, estridor sobretudo quando chorava, a dormir não necessitava de oxigénio. Foi-lhe prescrito ainda 10 mg de Prednisolona cada 12 h, via oral, Adrenalina em aerossol segundo as necessidades e Amoxicilina + ácido clavulânico. Esteve hospitalizado 25 horas, havendo progressiva melhoria dos sintomas.

Pesquisa de vírus na nasofaringe: *Parainfluenza* 1 positiva, *Parainfluenza* 2 e 3, Adenovírus e Vírus Respiratório Sincicial negativa.

IV - Leonardo, 2 anos**Motivo de admissão:** Febre, prostração**Afecção actual:** Febre (não quantificada) com 24 h de evolução, "sinais de má perfusão", muito prostrado mesmo fora dos períodos febris. No Centro de Saúde local foi-lhe diagnosticada "inflamação na garganta", tinha tosse produtiva rouca discreta e sialorreia. Prescrito Brufen e Bactrim®.

Por apresentar posteriormente recusa alimentar total vem ao nosso S.U.

Antecedentes pessoais: Problema social, má evolução ponderal.**Observação:** Temperatura 36.7º, prostrado, sialorreia, tosse estridulosa, choro rouco, ligeira hiperémia das amígdalas**Diagnóstico:** Laringotraqueíte**Evolução:** Temperatura de 39º pouco após a admissão. Melhoria global de todos os sintomas e realimentação possível. O Ibuprofeno foi o único fármaco utilizado. Alta após 22 h em UICD.Nas secreções da nasofaringe foi isolado um **Parainfluenza 1**, sendo a pesquisa negativa para Adenovírus e Vírus Respiratório Sincicial.**V - Rodrigo, 2 anos****Motivo de admissão:** Estridor**Afecção actual:** Catarro respiratório superior com rinorreia serosa e tosse seca na manhã do dia da admissão. Para o final do dia: tosse estridulosa e estridor intenso e permanente. Sub-febril.

Consultou um médico no Centro de Saúde local e foi-lhe administrado Procaterol e Soludacortina i.m., sem melhoria pelo que recorre ao nosso S.U.

Observação: (sob aerossol de adrenalina) Apirético, prostrado, pálido, estridor inspiratório importante, tiragem global. Saturação de hemoglobina: 93% em ar ambiente.**Diagnóstico:** Laringotraqueíte**Evolução:** A terapêutica consistiu em aerossóis de Adrenalina, Predisolona per os e oxigénio. Foi notada hipoxémia transitória coincidindo com episódios de agravamento do estridor, pelo que necessitou, por períodos, de 1L/min de oxigénio suplementar. Esteve sempre apirético. Teve alta após 32 horas em UICD.Pesquisa de vírus na orofaringe: **Parainfluenza 1** positiva, Adenovírus e **Parainfluenza 2 e 3** negativa**Discussão**

Assistimos no início do Outono de 2003 a um surto de infecções respiratórias com uma clínica muito estereotipada: tosse estridulosa com início relativamente rápido após ou coincidindo com um catarro respiratório superior. Na maioria dos casos estes sintomas eram acompanhados por febre muito elevada mas outros evoluíram sem febre ou com temperaturas sub-febris e algumas crianças queixavam-se de odinofagia mais ou menos intensa e um ou outro caso apresentava sialorreia. A maioria tinha um estado geral bem conservado e valores de saturação de hemoglobina normais sem suplemento de oxigénio.

A resposta à adrenalina em aerossol foi de um modo geral muito boa mas muitos não necessitaram desta intervenção terapêutica. A maioria dos casos que estiveram em UICD necessitaram, para além da adrenalina, de dexametasona ou prednisona/prednisolona e a algumas crianças estes últimos fármacos foram ainda prescritos para o domicílio, por via oral, por dois ou três dias.

A alguns terão sido prescritos antibióticos, por receio de um quadro de laringotraqueíte bacteriana – embora o carácter epidémico comunitário e a clínica fossem incompatíveis com esse diagnóstico, na esmagadora maioria dos casos.

Num ou noutro caso com odinofagia intensa, sialorreia, febre e tosse estridulosa foi também evocado o diagnóstico de epigloteite mas na realidade nunca havia disфонia e a tosse estridulosa, o carácter epidémico e o facto das crianças estarem já vacinadas contra o *Haemophilus* de tipo b, contrariavam essa hipótese.

As quatro crianças admitidas na Unidade de Cuidados Intensivos, confirmam a pouca frequência dessas admissões por Laringotraqueíte (habitualmente motivadas pela ocorrência de edema sub-glótico significativo).

Agradecimento: À Dra. Gina Marrão e colaboradoras, do Instituto de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, responsáveis pela pesquisa de vírus nas secreções da nasofaringe.

Bibliografia

1. Breese Hall C. Parainfluenza viruses in: Feigin RD, Cherry JD. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia.WB Saunders,1998:2041-54.
2. Welliver RC. Parainfluenza viruses in: Long SS, Pickering LK, Prober CG. Principles and practice of Pediatric Infectious Diseases. New York.Churchill Livingstone,1997:1239-42.
3. Bell LM. Middle Respiratory Tract Infections in: Jensson HB, Baltimore RS. Pediatric Infectious Diseases.Principles and practice. Philadelphia.WB Saunders, 2002:771-774.
4. Yang TY, Lu CY, Kao CL et al. Clinical manifestations of Parainfluenza infection in children. J Microbiol Immunol Infect 2003;36(4):270-4.
5. Knott AM, Long CE, Hall CB. Parainfluenza viral infections in pediatric outpatients: season patterns and clinical characteristics. Ped Infect Dis J 1994;13(4):269-73.
6. Counihan ME, Shay DK, Holman RC et al. Human Parainfluenza vírus-associated hospitalizations among children less than five years of age in the United States. Ped Infect Dis J 2001;20(7):646-53.

saúde infantil

Síndrome da morte súbita do lactente. Estaremos mesmo a prevenir?

Márcia Castro Ferreira¹, Anabela Gomes², Elvira Pinto³, Rui Marques⁴

Resumo

Objectivo: Avaliar até que ponto, medidas comprovadamente preventivas de síndrome de morte súbita do lactente (SMSL), estão a ser aplicadas e/ou aconselhadas por profissionais que lidam com crianças menores de 1 ano.

Material e métodos: Aplicou-se um inquérito relativo a medidas preventivas da SMSL a médicos, a enfermeiros e a educadores e auxiliares de educação infantil num hospital, num centro de saúde e em 28 creches/jardins de infância do concelho de Vila Nova de Gaia.

Resultados: Setenta e quatro por cento dos inquiridos colocam e/ou aconselham a colocar o lactente no berço na posição "de lado" e 5% em decúbito ventral. Apenas 16% dos inquiridos utilizam e/ou aconselham a recomendada posição de decúbito dorsal. Quanto à utilização (e/ou ao aconselhamento da utilização) de "auxiliares" do sono no berço, 61% dos inquiridos respondeu não o fazer. Verificou-se uma grande discrepância nas respostas dentro dum mesmo local de trabalho no que respeita à permissão de fumar. Houve 100% de respostas nas opções: "manter a cabeça destapada", durante o sono e "colocar apenas uma fina peça de roupa de algodão", se detectada febre. Às 2 questões abertas ("Defina SMSL" e "Diga alguns factores que se pensa aumentarem o risco") houve uma elevada percentagem de não resposta (15% e 29%, respectivamente) e notou-se alguma tendência para atribuir uma causa orgânica para a morte (p.e. "aspiração de vómito").

Conclusão: Na opinião dos autores existe falta de informação actualizada, por parte dos profissionais de saúde e da educação infantil, relativamente ao tema sendo urgente a programação e execução de campanhas de sensibilização relativamente a esta matéria, com especial destaque para o posicionamento no leito e hábitos tabágicos.

Palavras-chave: síndrome da morte súbita do lactente, medidas preventivas.

Summary

Objectives: Evaluate how preventive measures of the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) are being applied and/or recommended by professionals dealing with children aged less than one year.

¹Interna Complementar de Pediatria – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

²Assistente Hospitalar de Pediatria – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

³Assistente Graduada de Clínica Geral – Centro de Barão Corvo, Vila Nova de Gaia

⁴Chefe de Serviço de Saúde Pública – Unidade de Saúde Pública de Vila Nova de Gaia
Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Material and Methods: An inquiry about these preventive measures was made to physicians, nurses and pre-school caregivers in two health centers and 28 nurseries in Vila Nova de Gaia, Porto.

Results: Seventy four percent of those inquired position at and/or recommend positioning infants to sleep in lateral decubitus and 5% in ventral decubitus. Only 16% of those inquired use and/or recommend dorsal decubitus position. As to using (and/or recommending) sleep "helpers", 61% of those inquired answered no. There was discordance of answers in the same institution respecting permission to smoke. There were 100% positive answers in the options: "keep head uncovered" during sleep, and "place only light cotton cloth" if fever detected. Concerning the 2 open questions – "Define SIDS" and "Name factors thought to increase risk of SIDS" – there was a high percentage of no-answer (15% and 29%, respectively) and we noted a tendency to attribute an organic cause for death (ex. "aspiration of vomit").

Conclusion: We think that healthcare and educational professionals lack up-to-date information relative to this subject. Information campaigns are urgent, particularly regarding positioning to sleep and smoking habits.

Keywords: sudden infant death syndrome, preventive measures.

Introdução

Apesar da incidência ser desconhecida em Portugal, a SMSL representa a principal causa de morte pós-neonatal nos países desenvolvidos(1, 2). À luz dos conhecimentos actuais, acredita-se que medidas preventivas simples possam reduzir drasticamente a incidência desta síndrome de patogénese não totalmente esclarecida.

Assim, no que se refere à prevenção, destacam-se três grandes medidas destinadas a alterar os principais factores de risco que, de um modo mais ou menos consensual, têm sido associados a incidência aumentada de SMSL: 1- promoção do aleitamento materno(1-4), 2- redução da exposição do lactente ao fumo do tabaco(1-9), e 3- aconselhamento do posicionamento do lactente em decúbito dorsal no berço(1-5, 7-10). Muitos outros factores de risco (alguns deles, também, modificáveis) vêm sendo apontados como estando relacionados com esta síndrome: sobreaquecimento do lactente(1-3, 5, 9); ausência de cuidados pré-natais adequados(2, 3, 8); prematuridade(1-3, 7) e baixo peso(1-3, 7, 8); dormir em superfícies moles ou de lã(2, 3, 7); presença de fraldas ou outras peças de roupa junto ao rosto ou de qualquer material acolchoado no berço(2, 7); partilha da cama com adultos(2, 3, 9); baixo nível socio-económico(1, 3, 8); etc.

Pretende-se com este trabalho avaliar até que ponto medidas comprovadamente preventivas de SMSL estão a ser aplicadas e/ou aconselhadas por profissionais que lidam com crianças menores de 1 ano na área do concelho de Gaia.

Material e métodos

Aplicou-se um inquérito relativo a medidas preventivas de SMSL (com perguntas de escolha múltipla e questões abertas), a três grupos profissionais:

- 21 médicos(as) e 17 enfermeiros(as) do Centro de Saúde de Barão do Corvo (CS Barão do Corvo)

- 26 médicos(as) e 35 enfermeiros(as) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNGaia)
- 26 educadores(as) e 39 auxiliares de educação infantil, que trabalhavam directamente com crianças < de 1 ano, funcionários em Creches/Jardins de Infância da área do concelho de Gaia

A selecção do 3º grupo efectuou-se através de lista telefónica contactando-se a totalidade do universo (30 instituições) e tendo sido o inquérito aplicado a todas as instituições excepto a 2 que não se mostraram disponíveis (total de creches/infantários com respostas – 28). Realizou-se um total de 164 inquéritos tendo sido eliminados 14 por irregularidades nas respostas, o que perfaz um total de 150 inquéritos analisados.

Resultados

1 - Em que posição coloca e/ou aconselha a colocar as crianças no berço para dormir?

Fig. 1 - Posição para dormir

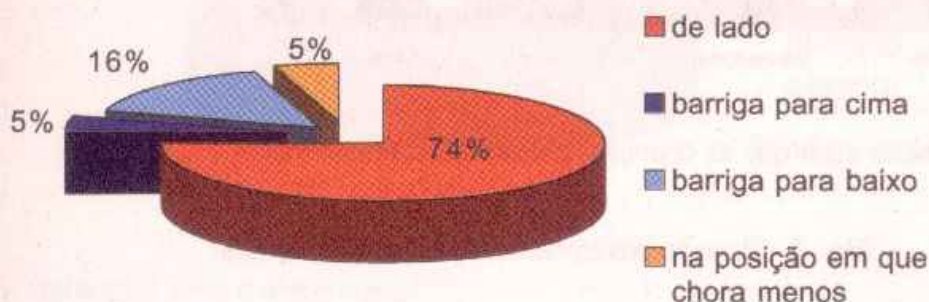


Fig. 2 - Posição para dormir (por instituição)

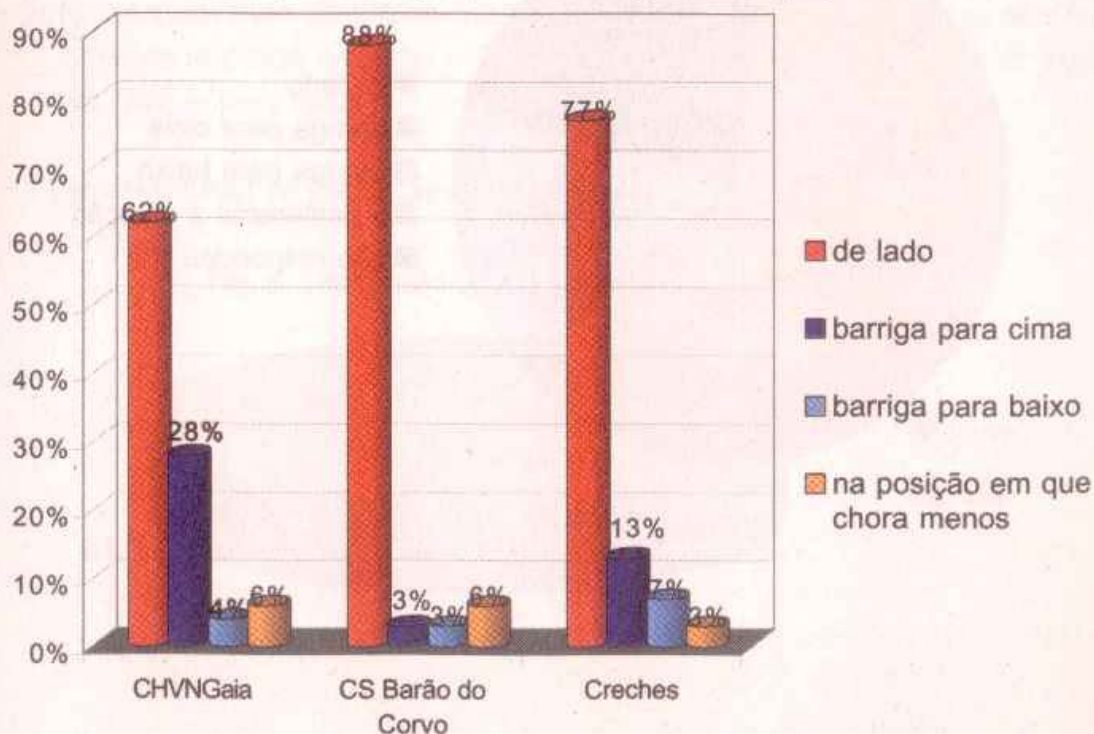
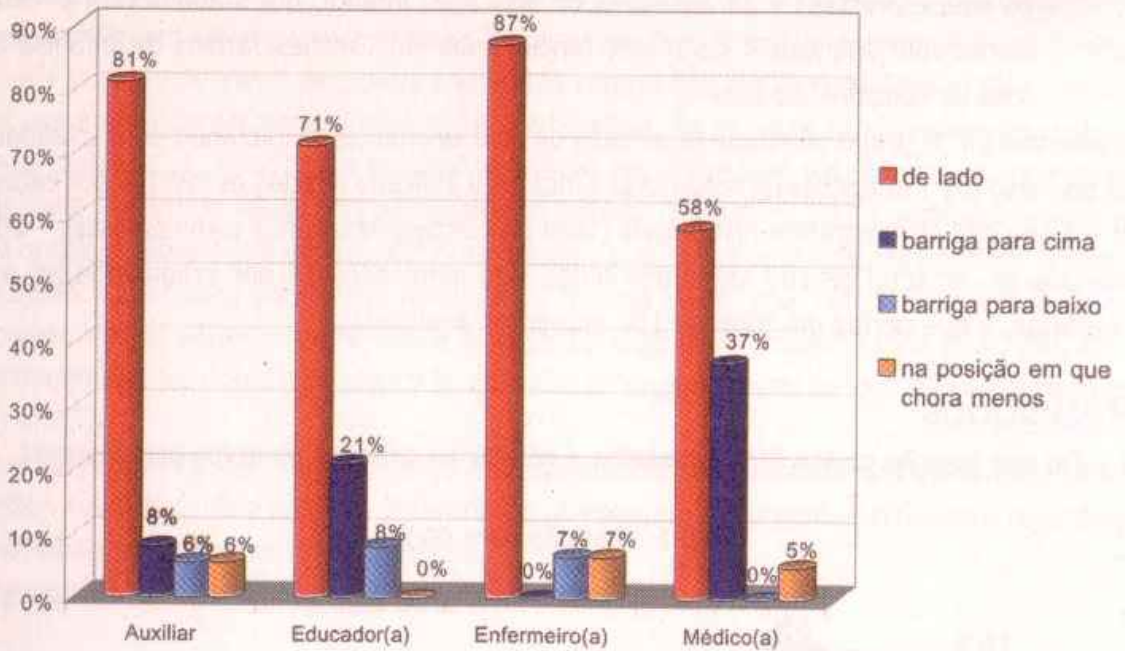


Fig. 3 - Posição para dormir (por grupo profissional)



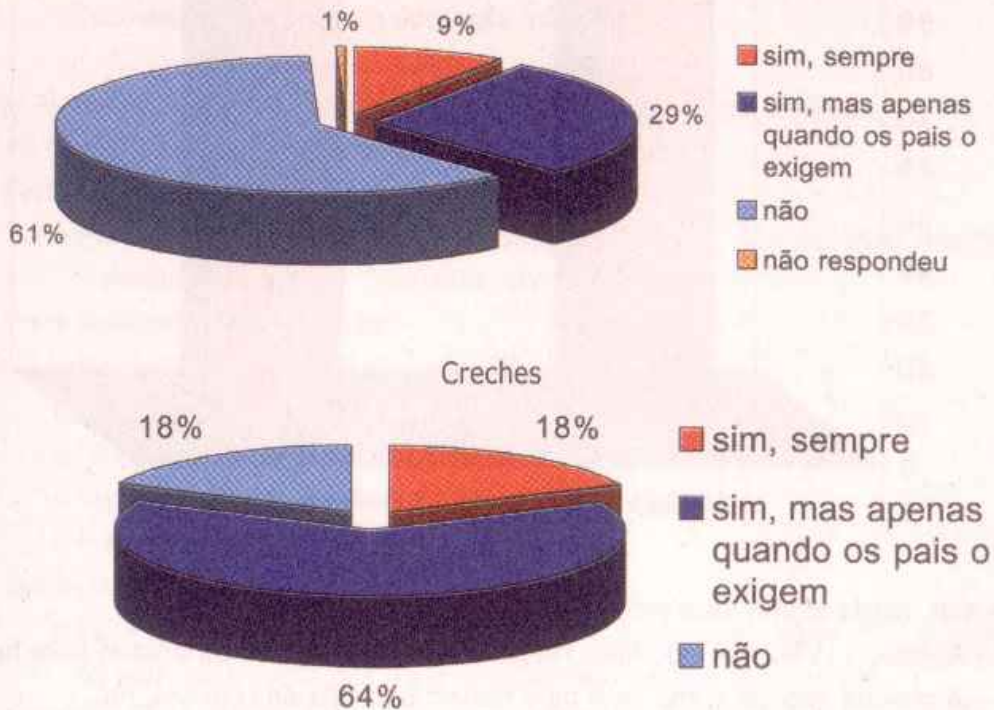
2 - Em que posição acha que as crianças "bolçam"/"vomitam" mais?

Fig. 4 - Relação posicionamento e "bolçar"/vomitar



3 - É habitual utilizar-se (e/ou aconselhar a utilização de) "auxiliares" do sono no berço? (por exemplo, fraldas na cabeça, peluches, gorros, etc)

Fig. 5 - Utilização/aconselhamento de "auxiliares" do sono



4 - Durante o sono é preferível...?

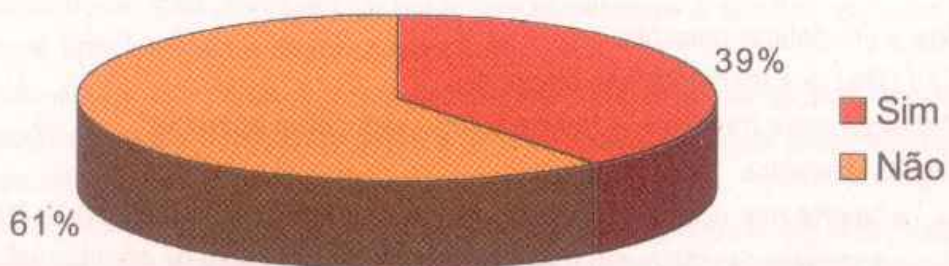
100% de respostas na opção - Manter a cabeça destapada (vs. Tapar bem a cabeça)

5 - Se for detectada febre, além da medicação para baixar a temperatura, o que se deve fazer?

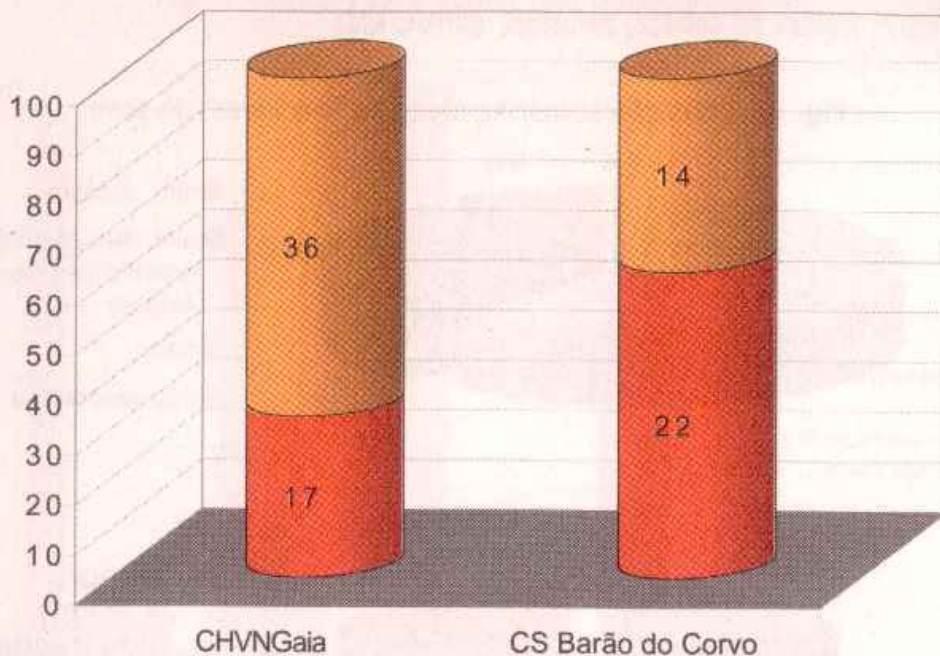
100% de respostas na opção - Colocar apenas uma fina peça de roupa de algodão (vs. Colocar mais roupa)

6 - É permitido fumar na instituição em que trabalha?

Fig. 6 - Permissão de fumar na instituição de trabalho



Por instituição



7 - Se sim, existe algum local próprio para o fazer? Qual?

- Apenas 3 (5%) dos inquiridos responderam não haver local próprio para fumar.
- A maioria aponta, como local para fumar: bar, sala de convívio, etc.

8 - Na sua opinião, a exposição ao fumo do tabaco é prejudicial para a criança...?

- "Durante a gravidez" - 2
- "Após o nascimento" - 0
- "Durante a gravidez e após o nascimento" - 149
- "Nunca é prejudicial" - 0

9 - Já alguma vez, ouviu falar de "Síndrome da Morte Súbita do Lactente"?

- Sim - 145
- Não - 4
- Não respondeu - 1

10 - Defina-a em poucas palavras.

- 22 (15%) dos inquiridos não respondeu
- Definição mais frequente - "morte súbita, sem causa aparente"
- Alguns exemplos:
 - o "morte que ocorre no lactente de forma inexplicável e inesperada tendo sido excluídas causas que o pudessem explicar: aspiração de vômito, asfixia, etc" (médico(a) - CHVNGaia)
 - o "morte do lactente, mais frequentemente até aos 6 meses, sem causa clínica ou anatomo-patológica aparente" (médico(a) - CHVNGaia)

- o "morte súbita cuja autópsia é branca" (médico(a) – CHVNGaia)
- o "morte que nem a ciência define" (auxiliar de educação infantil)
- o "sufocar quando vomitam" (auxiliar de educação infantil)
- o "aparentemente está bem, começa a chorar e morre" (educador(a))
- o "convulsão" (auxiliar de educação infantil)

11 - Diga alguns factores que se pensa aumentarem o risco desta síndrome.

- 43 (29%) dos inquiridos não respondeu
- Factores mais vezes referidos:
 - o Posicionamento no berço – não especificado qual - 32 / decúbito ventral – 25 / decúbito dorsal – 8 / decúbito lateral – 1
 - o Sobreaquecimento – 28
 - o Exposição ao fumo de tabaco – 27
 - o Vómitos / RGE – 22
 - o "Auxiliares" do sono – 16
 - o Tapar demasiado a criança – 15
 - o Prematuridade – 11
- Também referidos:
 - o Falta de vigilância médica, "não arrotar", baixo peso, febre alta, dormir com os pais, más condições socio-económicas, história familiar, etc.
- Apenas 3 (2%) dos inquiridos referiram o modo de aleitamento como factor de risco (2 médicos e 1 enfermeiro)
- Causas orgânicas foram apontadas como factores de risco por 27 dos inquiridos (p.e. doença congénita, cardiopatia, etc)

Discussão

Já passou mais de duas décadas desde que se reconheceu que o decúbito ventral se associa à SMSL. Foi em 1992 que a Academia Americana de Pediatria lançou as suas primeiras recomendações relativas a este tema, desaconselhando o decúbito ventral no berço para os lactentes, devendo-se optar pelo decúbito lateral ou dorsal(7, 8, 11). Posteriormente e à medida que as evidências demonstravam que a posição de decúbito dorsal era a que menos risco de SMSL apresentava, aquela academia alterou as suas recomendações (em 1996) tornando-as mais restritivas de modo que se passasse a adoptar apenas o decúbito dorsal como posicionamento recomendado(7, 8).

Desde essa altura, nos países em que decorreram campanhas de promoção do decúbito dorsal, verificou-se um decréscimo de 40 a 50% na incidência desta síndrome(1-3, 7-10), o que veio reforçar, ainda mais, a importância dessa medida.

Em Portugal desconhece-se até que ponto as medidas preventivas de SMSL estão a ser implementadas, aconselhadas e aplicadas. No Boletim de Saúde Infantil da Direcção Geral de Saúde constava, anteriormente, "deitem o(a) vosso(a) filho(a) de preferência de costas ou de lado", no entanto, desde a nova edição, de 2001, apenas se recomenda o decúbito dorsal (pág. 12). Existe também uma "Proposta de consenso para a redução do risco da

SMSL" (5) da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Apesar de tudo isto, analisando os resultados do inquérito aplicado, pode-se constatar que apenas 16% dos inquiridos utilizam e/ou aconselham essa posição. Destes a maioria são médicos(as) e educadores(as) de infância. Note-se também que a opção de decúbito dorsal foi a escolhida por 28% dos inquiridos no CHVNGaia (todos eles médicos(as)), que nenhum enfermeiro(a) (nem do CHVNGaia nem do CS Barão do Corvo) escolheu essa opção e que apenas 1 dos 38 profissionais inquiridos no estabelecimento de Cuidados de Saúde Primários (CS Barão do Corvo) assinalou essa resposta (1 médico(a)). Analisando, novamente, a totalidade dos inquiridos, a maioria (74%) coloca e/ou aconselha a colocar o lactente na posição "de lado" e quanto ao decúbito ventral esta foi a opção assinalada por 5% dos inquiridos (nenhum dos quais médico(a)).

O facto de nenhum enfermeiro(a) ter escolhido o posicionamento recomendado parece extremamente revelador uma vez que, estudos recentes, demonstraram que a probabilidade dos pais colocarem os seus filhos na posição de decúbito dorsal é tanto maior se, no período pós-parto imediato, observarem os profissionais do berçário, continuamente, utilizarem aquele posicionamento e se forem especificamente aconselhados por esses profissionais a fazerem-no(10).

Mais controversa é a relação entre a SMSL e a utilização de colchões moles, objectos acolchoados ou outros utensílios (p.e. fraldas) no berço. Discute-se se a sua utilização poderá conduzir a uma alteração da circulação/renovação do ar levando à reinalação do dióxido de carbono pelo lactente e estando, deste modo, implicados na patogénese desta síndrome(3). De qualquer modo, é geralmente recomendada a evicção desses objectos mesmo que seja como medida de prevenção, não da SMSL, mas, da morte por asfixia. Neste inquérito o tema foi abordado questionando sobre a utilização (e/ou ao aconselhamento da utilização) de "auxiliadores" do sono no berço. Sessenta e um por cento dos inquiridos responderam não o fazer, no entanto, analisando as creches isoladamente, 82% dos educadores(as) e auxiliares de educação infantil respondeu utilizar (sempre ou pelo menos quando os pais o exigem).

Também a exposição ao fumo do tabaco, quer pré quer pós-natal, tem sido implicado como factor de risco de SMSL(1, 3, 5-7). Foi recentemente demonstrado que a concentração de nicotina nos pulmões dos lactentes vítimas de SMSL é significativamente maior do que nos pulmões de lactentes que morreram por outros motivos(6). O mecanismo de causa-efeito ainda não está totalmente esclarecido, de qualquer forma, esta relação (exposição ao fumo de tabaco/SMSL) tornou-se ainda mais evidente quando se foi estudar o peso relativo de cada factor de risco antes e depois de o decúbito ventral ter sido abandonado em favor do decúbito dorsal. Notou-se, de facto, que após a redução drástica da incidência da SMSL que se verificou na era pós-campanha "back-to-sleep", o peso da exposição ao tabaco como factor de risco aumentou(8, 9).

No nosso inquérito, relativamente à permissão de fumar no local de trabalho, 39% dos inquiridos respondeu ser permitido fumar no seu local de trabalho. Apesar disso, repare-se que existe uma grande discrepância nas respostas dentro de uma mesma instituição (CHVNGaia e CS Barão de Corvo) o que traduz, possivelmente, interpretações diferentes de "permissão" (p.e. "não é permitido, mas fuma-se na mesma").

Houve duas questões às quais foram dadas 100% de respostas na mesma opção: "manter a cabeça destapada", durante o sono e "colocar apenas uma fina peça de roupa de algo-

dão", se detectada febre, o que demonstra um elevado grau de esclarecimento dos profissionais relativamente a estas medidas do cuidado geral da criança.

Do inquérito faziam parte, ainda, 2 questões abertas – "Defina SMSL" e "Diga alguns factores que se pensa aumentarem o risco desta síndrome". A estas perguntas verificou-se uma elevada percentagem de não resposta (15% e 29%, respectivamente).

A SMSL é definida como a morte súbita de uma criança com menos de 1 ano de idade, para a qual não se encontra explicação depois de uma investigação minuciosa do caso (incluindo autópsia completa, exame do local da morte e revisão da história clínica da criança) (1-3, 9), no entanto, notou-se alguma tendência, por parte dos inquiridos, para atribuir uma causa orgânica para a morte na definição de SMSL (p.e. "aspiração de vómito"). Este último factor foi também apontado por 22 (15%) dos inquiridos como factor de risco para a síndrome em resposta à segunda questão aberta do inquérito. De facto, a aspiração do vómito é o acontecimento mais temido desde que o decúbito dorsal foi recomendado(11). Muitos questionaram se, concomitantemente à diminuição da mortalidade por SMSL, que se verificou após aquele posicionamento ter sido adoptada, não iria haver um aumento do número de mortes por aspiração de vómito. Pelo contrário, trabalhos recentes demonstram que, durante o período de tempo em que a prevalência do decúbito dorsal aumentou nos Estados Unidos da América, a taxa de mortalidade relacionada com a aspiração de vómito diminuiu(11) ou pelo menos manteve-se constante(8).

Quanto aos factores de risco referidos pelos inquiridos, o posicionamento no berço (embora na maioria das vezes não especificado qual) foi apontado por 66 (44%) como sendo factor de risco. Na realidade, de todos os factores referidos este foi o mais frequentemente assinalado. Isto parece demonstrar que já existe um reconhecimento da sua importância na SMSL, no entanto, nota-se ainda alguma confusão sobre qual o posicionamento a escolher. Senão repare-se, mais uma vez, que apenas 16% dos inquiridos responderam utilizar e/ou aconselhar a recomendada posição de decúbito dorsal (1ª pergunta do inquérito). Também, analisando as respostas à questão aberta – "Diga alguns factores que se pensa aumentarem o risco desta síndrome" – se pode constatar que houve 8 profissionais que referiram aquele posicionamento como sendo de risco.

De referir ainda que apenas 3 (2%) dos inquiridos referiram o aleitamento artificial como factor de risco. O efeito protector do aleitamento materno não é consensual, no entanto, alguns estudos têm demonstrado, consistentemente, que os lactentes que nunca foram alimentadas ao peito têm um risco 2 a 3 vezes superior de morrer de SMSL(3). Outros, porém, têm questionado se a relação é, efectivamente, causal ou se se deve à existência de variáveis de confusão(1).

A SMSL representa, compreensivelmente, um drama que deixa marcas profundas e permanentes no seio familiar. O posicionamento no berço (que não o decúbito dorsal), a exposição ao fumo de tabaco (principalmente materno) e a forma de aleitamento (artificial) são considerados os três factores de risco major desta síndrome(3). Por exemplo, na Nova Zelândia (país de alta incidência de SMSL) os três factores em conjunto foram encontrados em 79% dos casos de SMSL(1). As medidas preventivas que visam contrariar estes factores de risco são medidas simples de promoção de saúde que, além de tudo, podem acarretar também benefícios noutras áreas da saúde da criança.

Conclusão

Os autores são da opinião que, face aos resultados expostos, é urgente programar campanhas de sensibilização sobre as medidas preventivas desta síndrome, com particular destaque para o posicionamento do lactente no berço e para os malefícios da exposição ao fumo de tabaco.

Estas campanhas devem-se destinar não só a pais mas também, e provavelmente de forma prioritária, a pessoal prestador de cuidados de saúde e a profissionais cuidadores de crianças como educadores e auxiliares de educação infantil.

Bibliografia

1. Lozano G. Síndrome de la muerte súbita del lactante. <http://www.aepap.org/previnfad/muertesubita.htm>.
2. Grupo de Trabajo para el Estudio e Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Medidas preventivas ambientales. *An Esp Pediatr* 2001; 54:573-574.
3. Kum-Nji P, et al. Reducing the Incidence of Sudden Infant Death Syndrome in the Delta Region of Mississippi: A Three-Pronged Approach. *South Med J* 2001; 94(7):704-710.
4. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del Lactante de la AEP. Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. <http://www.aeped.es/infamilia/smsl-padres.htm>.
5. Proposta de Consenso para a Redução do Risco da Síndrome de Morte Súbita do Lactente. <http://www.spp.pt/>.
6. McMartin K, et al. Lung tissue concentrations of nicotine in sudden infant death syndrome. *J Pediatr* 2002; 140:205-9.
7. Brouillette R, Nixon G. Risk factors for SIDS as targets for public health campaigns. *J Pediatr* 2001; 139:759-61.
8. Paris C, Remler R, Daling J. Risk factors for sudden infant death syndrome: Changes associated with sleep position recommendations. *J Pediatr* 2001; 139:771-7.
9. Arnestad M, et al. Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984-1998: implications for future prevention and research. *Arch Dis Child* 2001; 85:108-115.
10. Colson E, Joslin S. Changing Nursery Practice Gets Inner-city Infants in the Supine Position for Sleep. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:717-720.
11. Malloy M. Trends in Postneonatal Aspiration Deaths and Reclassification of Sudden Infant Death Syndrome: Impact of the "Back to Sleep" Program. *Pediatrics* 2002; 109:661-665.

Correspondência: Márcia Castro Ferreira
 Serviço de Pediatria
 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
 Tel.: 223 778 100

saúde infantil

Gastroenterite aguda no ambulatório. Consensos na orientação?

Pascoal Moleiro¹, Bilhota Xavier²

Resumo

Objectivos: 1. Inquirir sobre a orientação da gastroenterite aguda (GEA) pelos médicos que lidam com crianças e adolescentes, quanto a alimentação e hidratação, utilização de fármacos e critérios para internamento e realização de exames complementares de diagnóstico. 2. Confrontar essa orientação com as recomendações mais actuais.

Métodos: Questionário anónimo sobre as recomendações relativas à alimentação, à hidratação, prescrição de fármacos e sobre os critérios para internamento e pedido de exames complementares de diagnóstico numa gastroenterite aguda. Aplicação do questionário aos Médicos dos Centros de Saúde (CS) da área de influência do Hospital de Santo André (HSA) – Leiria e aos Pediatras/ Internos de Pediatria de oito hospitais previamente escolhidos.

Resultados: Participaram oito CS e seis Hospitais. Responderam ao questionário 128 médicos: 51% médicos de família (MF), 36% pediatras e 13% internos de Pediatria.

Preconizam a realização de pausa alimentar 65,6%, considerando que deve ser inferior a 6 horas 57%. Aconselham uma dieta alimentar 90,6%, sendo os "caldos de arroz e cenoura" os mais referidos. A solução de re-hidratação oral (SRO) e a água são os líquidos mais apontados na hidratação, respectivamente, 82,8% e 75,8%.

Prescrevem antibiótico 41,4%, leveduras 35,2%, anti-emético 26,6% e anti-espasmódico 14,8%. O principal critério para internamento foi a presença de sinais de desidratação (95,3%) assim como para a realização de exames complementares de diagnóstico (24,2%).

Conclusão: Comparativamente às recomendações da ESPGHAN e da Academia Americana de Pediatria, na prática clínica persistem orientações não fundamentadas nas evidências mais actuais.

Palavras-chave: gastroenterite aguda, solução de re-hidratação oral, ambulatório.

Summary

Aims: 1. To analyse management practices regarding diet, rehydration, drug therapy, admission criteria and investigations among doctors dealing with children and adolescents with acute gastroenteritis. 2. To challenge these practices with current guidelines.

¹Interno do Internato Complementar de Pediatria

²Director de Serviço de Pediatria
Hospital de Santo André, SA- Leiria

Methods: Anonymous questionnaire regarding management of acute gastroenteritis – dietary, hydration, and drug therapy recommendations as well as admission criteria and investigations carried out. Questionnaire applied to general practitioners working within the geographical boundaries of Santo André's Hospital – Leiria as well as paediatricians and paediatric residents working in eight different hospitals.

Results: One hundred and twenty eight doctors replied: 51% were general practitioners, 36% were paediatricians and 13% were paediatric residents.

A nil-by-mouth regimen was advised by 65,6% of the participants, with 57% of these recommending a period of less than six hours. A light diet, particularly 'rice and carrot soup' was advised by 90,6%.

The Oral Rehydration Solution and water were the fluids most often prescribed for hydration purposes, 82,6% and 75,6%, respectively. Antibiotics were prescribed by 41,4%, anti-emetics by 26,6% and anti-spasmodics by 14,8%. The main criteria for admission was the existence of dehydration signs (95,3%) as well as for diagnostic investigational purposes (24,2%).

Conclusion: It is necessary to revise and apply standardised and up to date guidelines, particularly in general practices.

Keywords: acute gastroenteritis, oral rehydration solution, general practice.

Introdução

A Gastroenterite Aguda (GEA) pode ser definida como uma diarreia de instalação mais ou menos rápida, auto-limitada, durando menos de 14 dias e acompanhada ou não de outros sintomas, tais como a febre, as náuseas, os vômitos e/ou as cólicas abdominais (1,2).

É uma patologia frequente na população em geral e particularmente na idade pediátrica. Nos Estados Unidos da América estima-se que na criança abaixo dos 3 anos a sua incidência seja de 1.3 a 2.3 episódios/criança/ano, sendo mais elevada em infantários (na população em geral varia entre 1.2 a 1.9 episódios/pessoa/ano) (1,2).

Nos países ocidentais, os agentes etiológicos principais são os vírus, em especial o rotavírus (3).

Quadro 1: Os nove pilares para o bom tratamento da gastroenterite aguda* - ESPGHAN (4).

-
- I. Uso de solução de re-hidratação oral (SRO)
 - II. Solução hipotónica (Na⁺ 60 mmol/L, glucose 74-111 mmol/L)
 - III. Re-hidratação oral em 3-4 horas
 - IV. Realimentação precoce sem restrições (incluindo sólidos), após hidratação
 - V. Não se justifica o uso de fórmulas especiais
 - VI. Não se justifica o uso de fórmulas diluídas
 - VII. Manter sempre o aleitamento materno
 - VIII. Manutenção das perdas com SRO
 - IX. Não medicar desnecessariamente
-

* Recomendações para a criança europeia com desidratação ligeira a moderada.

À data actual existem orientações consensuais quanto à sua abordagem em pediatria, quer definida pela European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) quer pela Academia Americana de Pediatria (AAP): quadros 1 e 2 (1,4).

Quadro 2: Abordagem da gastroenterite aguda na criança pequena* – AAP (1).

-
1. Numa criança com desidratação ligeira a moderada, a SRO é o tratamento de escolha das perdas de fluidos e electrólitos por diarreia.
 2. A criança com diarreia e sem desidratação deve manter uma alimentação adequada à idade. Se desidratada, essa alimentação deve ser reiniciada tão precoce quanto possível.
 3. Regra geral, a utilização de fármacos não está preconizada no tratamento da diarreia aguda.
-

* Criança entre 1 mês e 5 anos de idade.

Com o presente trabalho, os autores pretenderam:

1. Inquirir sobre a orientação da GEA pelos médicos que trabalham com crianças e adolescentes quanto à alimentação e hidratação, à utilização de fármacos, critérios de internamento e de realização de exames complementares de diagnóstico;
2. Confrontar as orientações com as recomendações actuais.

Métodos

Procedeu-se a um estudo transversal do âmbito da estatística descritiva com uma vertente exploratória. Foi aplicado um questionário anónimo (ver anexo) aos médicos dos Centros de Saúde (CS) da área de influência do Hospital de Santo André, SA - Leiria (HSA) e pediatras/ internos de Pediatria de oito hospitais previamente escolhidos e distribuindo-se pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) do continente. Todos os CS pertencem à ARS da área de influência do serviço de Pediatria (SP) do HSA - Leiria (ARS Centro), excepto um que pertence à ARS de Lisboa e Vale do Tejo (mas com estreita ligação com o serviço); dos SP inquiridos seleccionaram-se dois hospitais por cada uma das cinco ARS. O estudo decorreu entre 2 de Setembro e 10 de Outubro de 2002, correspondendo respectivamente à data de envio e à data limite de recepção dos questionários.

As variáveis estudadas foram, relativas à identificação, especialidade/categoria profissional e ARS; relativas à orientação da GEA, recomendações relativas à alimentação e à hidratação, prescrição de fármacos, critérios para internamento e pedido de exames complementares de diagnóstico.

Os dados registados e analisados tiveram como suporte informático, o programa SPSS. Os testes utilizados foram o Qui-quadrado e o Teste Exacto de Fisher.

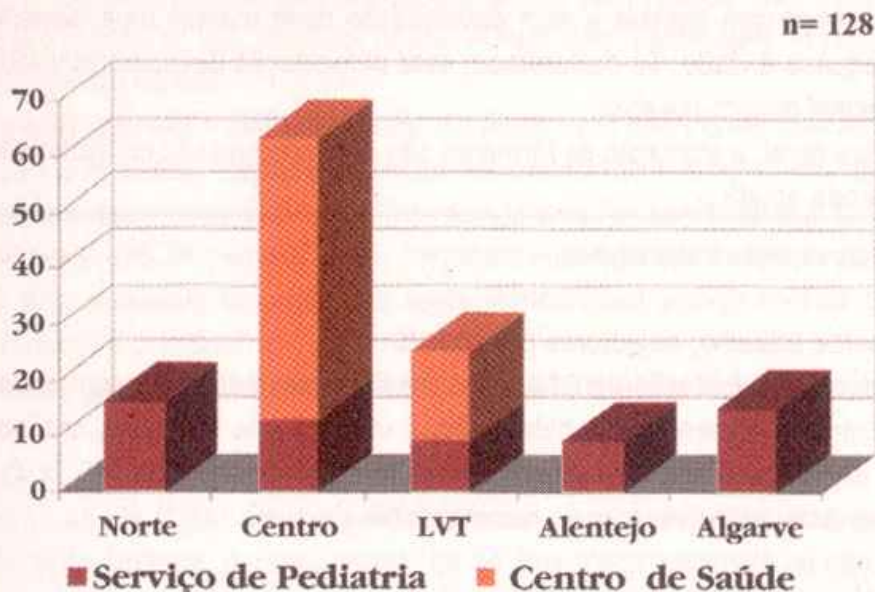
Resultados

No período de tempo considerado enviaram-se questionários a dezasseis instituições de saúde: oito Centros de Saúde (CS) e oito Serviços de Pediatria (SP), participando todos os

CS e seis SP. Dos seis SP participantes dois pertencem à ARS Centro, um à ARS Norte, um à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, um à ARS do Alentejo e outro à ARS do Algarve. A distribuição dos médicos participantes por ARS está representada na fig. 1.

Responderam ao questionário 128 médicos: 51% Médicos de Família (MF), 34% Pediatras e 13% Internos de Pediatria.

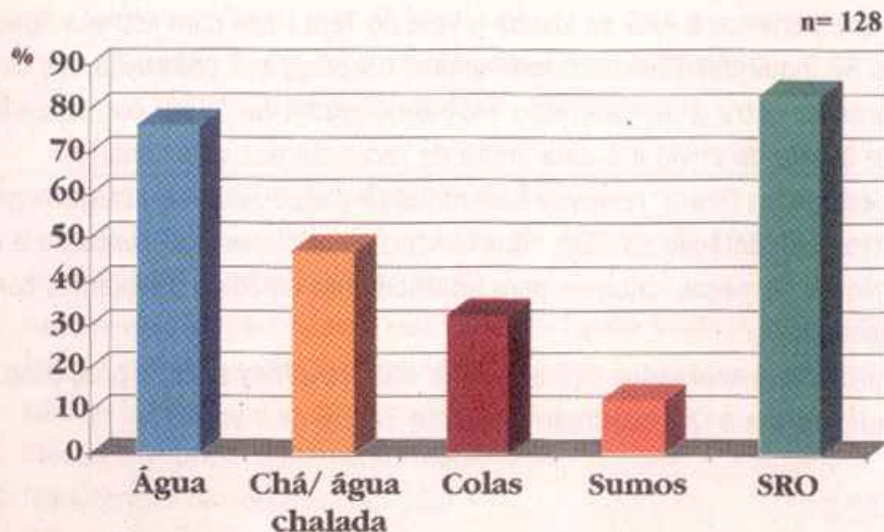
Fig. 1 - Distribuição dos médicos participantes por Administrações Regionais de Saúde (ARS).



LVT - Lisboa e Vale do Tejo

Preconizam pausa alimentar 65,6%. Destes, 57% consideram que deve ser inferior a 6 horas e 24% entre 6 a 12 horas. Aconselham uma dieta em situações de GEA 90,6%, sendo os "caldos de arroz e cenoura" os mais recomendados (85,3%), seguidos de refeição

Fig. 2 - Hidratação: líquidos recomendados e modo de administração.



Sempre à vontade 3,1%

Sempre fraccionada 21,8%

Se vômitos fraccionada... 75%

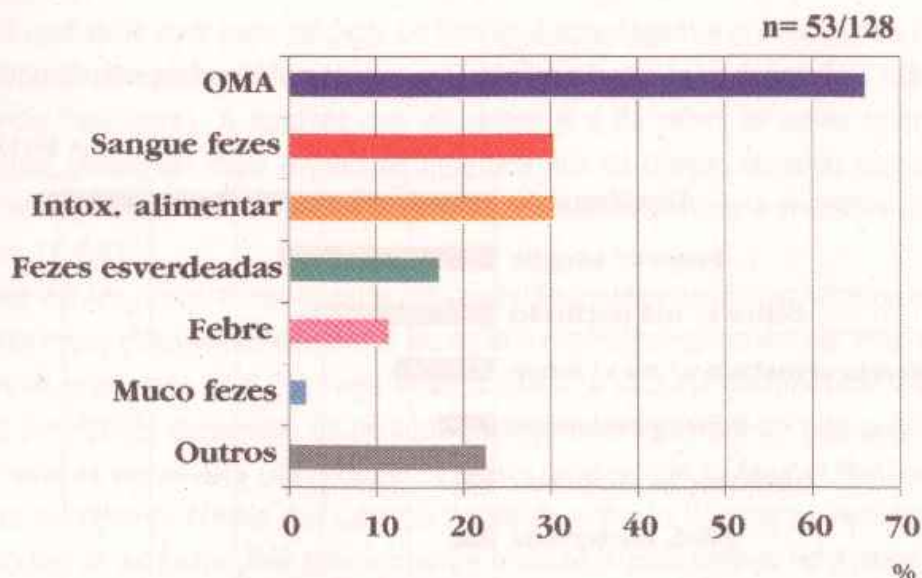
ções com eliminação parcial ou total de produtos lácteos (leite diluído 37,9%, leite sem lactose 22,4%, dieta sem leite ou derivados 20,7%). A solução de re-hidratação oral (SRO) e a água são os líquidos mais referidos para hidratar, respectivamente em 82,5% e 75,8%. Cerca de metade dos inquiridos refere ainda o chá/água chalada como forma de hidratação (fig. 2). O modo de hidratar é em 75% dos casos, fraccionado se vômitos, à vontade se tolerar.

No lactente, a SRO é recomendada em 91,5%, a água em 54,3% e o chá/água chalada em 19,1%. Neste grupo etário, entre 2,1% e 3,2% refere também recomendar água açucarada, água de arroz e soro glicosado.

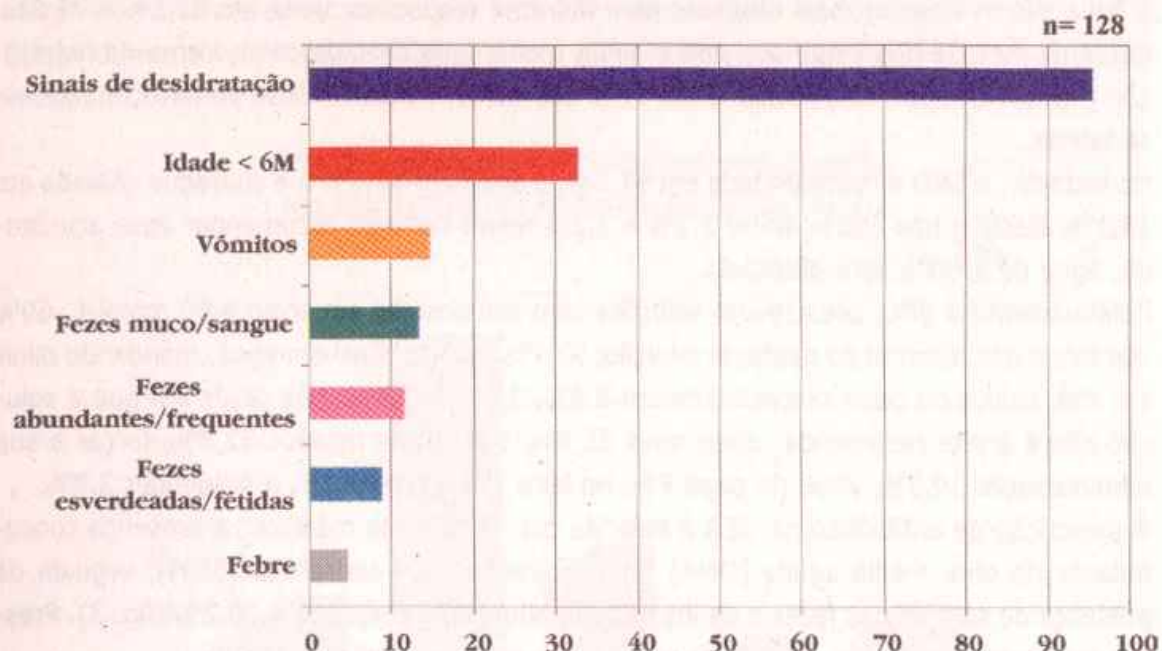
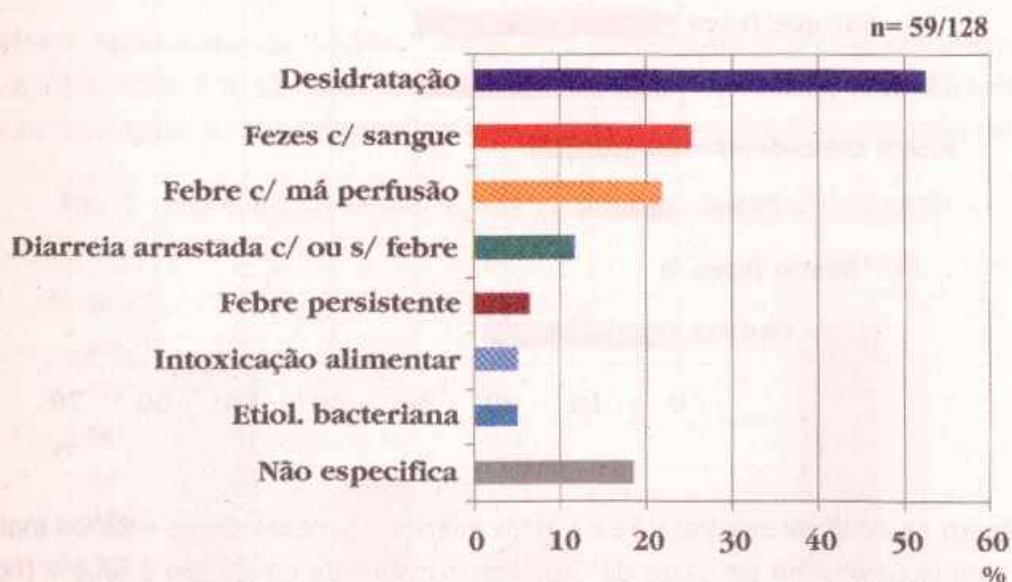
Relativamente à SRO, prescrevem soluções com composição em sódio a 60 mmol/L, 69% dos inquiridos. Quanto ao modo de diluição, 97,7% manda diluir em água, mandando diluir em chá, caldos ou papa respectivamente 8,6%, 1,6% e 0,8%. Nos casos em que a solução não é aceite recomenda: diluir mais 35,9%, dar outros líquidos 32,8%, forçar a sua administração 10,9%, diluir na papa 7%, no leite 7% no chá 3,1% e suspender 3,9%.

A prescrição de antibiótico na GEA é referida por 41,4% dos médicos: a presença concomitante de otite média aguda (OMA) foi a indicação mais assinalada (66%), seguida da presença de sangue nas fezes e da intoxicação alimentar, ambas com 30,2% (fig. 3). Prescrevem leveduras 35,2%, anti-emético 26,6% e anti-espasmódico 14,8%.

Fig. 3 - Motivos de utilização de antibioterapia na GEA.



A presença de sinais de desidratação e a idade inferior a 6 meses são os critérios mais referidos para internamento em casos de GEA, respectivamente em 95,3% e 32,8% (fig. 4). Dos 46,1% médicos que preconizam a realização de exames complementares de diagnóstico em situações de GEA, apontam a presença de sinais de desidratação mais frequentemente (52,4%) como motivo para essa atitude. Na fig. 5 estão resumidos os vários motivos apontados.

Fig. 4 - Critérios para internamento.**Fig. 5** - Indicações para a realização de exames complementares de diagnóstico.

No quadro 3 resume-se a análise estatística visando comparar a abordagem da GEA entre a Pediatria (pediatras e internos de pediatria) e os médicos de família.

Quadro 3: Análise estatística entre abordagem da pediatria (pediatras/internos de pediatria) vs médicos de família.

Abordagem	Pediatria (n=62)		Médico de Família (n=66)		p*
	Sim	Não	Sim	Não	
Pausa alimentar	50,8%	49,2%	89,8%	10,2%	0,000
Dieta alimentar	90,5%	9,5%	96,7%	3,3%	0,273
Antibiótico	36,5%	63,5%	46,2%	53,8%	0,268
Anti-espasmódico	4,8%	95,2%	25,4%	74,6%	0,001
Anti-emético	15,9%	84,1%	38,1%	61,9%	0,005
Leveduras	32,8%	67,2%	41,7%	58,3%	0,312

* Teste Qui-quadrado/Teste exacto de Fisher

Discussão

Quer para pediatras quer para médicos de família a abordagem e orientação da GEA é uma situação comum no ambulatório (termo que inclui infelizmente as "consultas" nos Serviços de Urgência Pediátrica). A questão que se coloca é a de saber se essas orientações se baseiam nas evidências mais actuais de uma boa prática clínica, ou seja, numa medicina baseada na evidência. E no que se refere à GEA essas evidências e medidas consensuais já existem (1,4,5).

O presente estudo procura responder a esta questão, questionando pediatras e médicos de família sobre que orientações dão nesta situação e confrontando-as com as recomendações actualmente existentes (1,4,5). Cabe aqui justificar a escolha da amostra: incluíram-se apenas e por razões numéricas os pediatras/internos de Pediatria de oito serviços nacionais cobrindo as várias ARS (do continente), para saber o que se faz em Portugal; inquiriram-se os médicos de família dos Centros de Saúde afins ao Serviço de Pediatria do HSA, para perceber se as formações anteriormente realizadas pelo serviço no âmbito das UCF's (sobre situações comuns do ambulatório) surtiram efeito e/ou precisam de ser reforçadas. No entanto, admite-se a amostra representativa e os resultados obtidos válidos para uma reflexão.

Partindo, não de um caso clínico concreto, mas de um quadro mais abrangente de GEA que à partida se diz não ter critérios para internamento, focam-se no questionário vários aspectos fundamentais a ter em conta na orientação desta situação no ambulatório: os aspectos base no tratamento da GEA são o restabelecimento e/ou preservação do estado de hidratação e do equilíbrio electrolítico e a manutenção de um adequado aporte nutricional. Assim, no nosso estudo, as orientações concordantes com as recomendações actuais

(1,4,5) disseram respeito à não indicação de pausa alimentar (29,7%), e no caso de se preconizar ser de duração inferior a 6 horas (57%); a prescrição de uma SRO como forma de hidratação (82%) e contendo 60mmol/L de sódio (69%). As crianças e adolescentes que no ambulatório se apresentam com GEA, na maioria cursam sem desidratação e com um adequado estado de nutrição. Nestes casos a pausa alimentar não se justifica visto só ser necessária nos casos de desidratação e por um período de 4 a 6 horas que é o tempo necessário para corrigir as perdas para logo se reiniciar a alimentação habitual e assim a manutenção do estado de nutrição (1,4,5). A recomendação da SRO na re-hidratação fundamenta-se em vários aspectos (1,4,5,6,7): é uma solução cuja concentração dos seus componentes, nomeadamente do sódio e da glicose, é otimizada de modo a maximizar o princípio fisiológico do co-transporte sódio - glicose ao nível intestinal e por conseguinte de água, tão importante para a homeostasia hidroelectrolítica. É tanto ou mais eficaz do que a re-hidratação endovenosa e tem a vantagem de ser mais barata, "mais fisiológica" e de se correrem menos risco iatrogénicos; de referir que ambas têm um efeito nulo quanto à duração da diarreia e à consistência das fezes. A utilização de soluções com 60mmol/L de sódio baseia-se no facto de entre nós, à semelhança do que acontece nos outros países ocidentais, as GEA não serem hipersecretórias não necessitando de SRO tão ricas em sódio, como a inicialmente recomendada pela Organização Mundial de Saúde com 90 mmol/L e com a desvantagem de estas, por não ser necessário um aporte tão rico em sódio apresentarem menor aceitabilidade pelo seu paladar mais salgado (1,4,5).

Se por um lado encontramos concordância/consonância na recomendação das SRO e na sua concentração em sódio, por outro é também na preparação destas mesmas soluções e na hidratação em geral que se verificam algumas das discrepâncias. Aconselham uma preparação incorrecta da SRO com diluição em chá, caldos e/ou papa 10,9% (situação apontada também como alternativa em 17,1% quando estas soluções não são aceites) quando apenas se pode diluir em água de modo a preservar o princípio fisiológico anteriormente referido (1,4,5,6). Outro erro é a hidratação com base em soluções inadequadas (por exemplo chá/ água chalada em 46,9% e "colas" em 32%), nomeadamente no primeiro ano de vida (o principal chá/ água chalada em 19,1%). Estas soluções são desaconselhadas por um lado pela sua hipertonidade e por outro pela sua pobreza em electrólitos (1,4,5,6).

Cabe aqui fazer alguns reparos:

- as SRO estão indicadas, como o nome indica, para a re-hidratação – nesta fase estas soluções geralmente são toleradas e a dificuldade na sua administração pode dever-se a questões de paladar após o primeiro ano de vida ou à presença de vómitos. Neste último caso, e como apontado por 75% dos inquiridos no nosso estudo, o fraccionamento com um aumento gradual e rápido do aporte é a solução (antes do recurso à terapêutica endovenosa) (1,4,5).
- as SRO podem também ser continuadas uma vez restabelecido o estado de hidratação, para compensar as perdas persistentes e a manutenção (1,4,5). No caso de recusa nesta fase e o mesmo acontecendo nos casos sem desidratação, recomenda-se um maior aporte de líquidos e o consumo livre de outros líquidos ao gosto, nomeadamente água e leite (incluindo o leite materno) (1,4,5).

A discrepância por nós mais frequentemente encontrada foi o aconselhamento generalizado de uma dieta alimentar (90,6%), nomeadamente passando pelo aconselhamento de leite diluído e/ou sem lactose ou mesmo pelo não consumo de produtos lácteos. Os estudos mais recentes evidenciaram que a reintrodução tão precoce quanto possível do habitual regime alimentar (nos casos em que há uma desidratação ligeira a moderada logo após a correcção da mesma ao fim de cerca de 4 horas) não só não agrava os sintomas como também pode reduzir o volume das fezes e ter um efeito benéfico na melhoria do estado de nutrição (1,4,5,8,9). Os benefícios advêm da diminuição da permeabilidade intestinal induzida pela infecção, pela mais fácil regeneração dos enterócitos e a manutenção da actividade das dissacaridasas (8). Quando se fala do "habitual regime alimentar", inclui-se a continuação, se praticado, do aleitamento materno, quer na fase de re-hidratação quer posteriormente e o consumo sem restrições e/ou diluições das fórmulas lácteas, do leite e dos derivados habitualmente consumidos (incluindo com lactose, bem tolerada na maior parte das vezes) (1,4,5,8).

Relativamente aos fármacos, constatamos uma prescrição ainda elevada (antibióticos 41,4%, leveduras 35,2%, anti-eméticos 26,6%, anti-espasmódicos 14,8%), com os estudos até ao momento realizados a não mostrarem quaisquer benefícios e antes pelo contrário efeitos secundários que são inaceitáveis na população pediátrica (1,4,5). A elevada taxa de antibioterapia, mesmo que justificada em 66% dos inquiridos pela existência de uma otite média aguda, é preocupante. Por um lado porque a maioria das GEA associadas ou não a uma otite, têm uma etiologia viral; por outro, porque mesmo que a causa da GEA ou da otite seja bacteriana, é nos dois casos geralmente auto-limitada; além disso acresce-se o risco de prolongamento da diarreia e da colite associada à antibioterapia (4). Os antibióticos devem ficar reservados para as crianças com infecção a *Salmonella typhi* invasiva e shigella; considerados em lactentes abaixo dos 6 meses com outras infecções a salmonella e com repercussão sistémica e nos imunodeprimidos (5, 10).

Os dois critérios mais apontados para o internamento (sinais de desidratação em 95,3% e idade inferior a 6 meses em 32,8%) são legítimos e enquadram-se nos que são defendidos para esta situação (5):

- Desidratação severa;
- As crianças com maior risco de desidratação: lactentes menores de 6 meses, crianças com dejectões aquosas muito frequentes ou vómitos persistentes;
- No caso dos pais ou outros responsáveis evidenciarem incapacidade para adequadamente tratarem da criança.

Nos casos de desidratação ligeira a moderada aconselha-se a observação em meio hospitalar pediátrico para assegurar a re-hidratação (3-4 horas) e a manutenção da hidratação. No nosso estudo, as indicações para a realização de exames complementares de diagnóstico foram pouco criteriosas e vagas. A criança/adolescente com diarreia aguda, com ou sem vómitos, deverá realizar ureia/ionograma/gasimetria se (5):

- Desidratação severa com compromisso circulatório;
 - Desidratação moderada com achados objectivos sugestivos de hipernatrémia;
 - Desidratação moderada cuja história e/ou clínica são discordantes de uma diarreia "banal".
- O exame directo e cultural das fezes poderá ser pensado se existirem sinais de instabili-

dade sistêmica, diarreia severa ou prolongada, história sugestiva de intoxicação ou viagem recente a zonas onde os agentes etiológicos mais frequentes divirjam dos encontrados no nosso país (5).

Na globalidade, não houve diferenças significativas nas orientações preconizadas entre pediatras e médicos de família, excepto na pausa alimentar e na prescrição de anti-eméticos e anti-espasmódicos. Estes e os anteriores resultados por nós encontrados sobrepõem-se aos obtidos noutros estudos, nomeadamente o estudo multicêntrico realizado pela ESPGHAN entre Outubro de 1998 e Março de 1999 no qual Portugal participou (5,11).

Conclusão

Na prática clínica persistem orientações não fundamentadas nas evidências mais actuais. A optimização da prestação de cuidados às crianças e adolescentes com GEA passa por reforçar o seu ensino desde o curso de medicina e pela sua mais frequente abordagem nas múltiplas reuniões de formação pós-graduada que se vão realizando.

Bibliografia

1. Provisional committee on quality improvement, subcommittee on acute gastroenteritis. Practice Parameter: Management of Acute Gastroenteritis in Young Children. *Pediatrics* 1996; 93:424-36.
2. Guerrant RL, Gilder TV, Steiner TS et al. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 32:331-51.
3. Pickering LK, Snyder JD. Gastroenteritis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 2000: 765-8.
4. Szajewska H, Hoekstra JH, Sandhu B. Management of Acute Gastroenteritis in Europe and the Impact of the New Recommendations: A Multicenter Study. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 2000; 30:522-27.
5. Armon K, Stephenson T, MacFaul R, Eccleston P, Werneke U. An evidence and consensus based guideline for acute diarrhoea management. *Arch Dis Child* 2001; 85:132-42.
6. ESPGAN Working Group. Recommendations for Composition of Oral Rehydration Solutions for Children of Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 1992; 14:113-5.
7. Andelman RD, Solhaug MJ. Fluid and Electrolyte Treatment of Specific Disorders. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders, 2000: 218-9.
8. ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. Recommendations for Feeding in Childhood Gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 1997; 24: 619-20.
9. Margolis PA, Litteer T, Hare N, Pichichero M. Effects of Unrestricted Diet on Mild Infantile Diarrhea. *AJDC*, 1990; 144: 162-4.
10. Ashkenazi S, Cleary TG. Antibiotic treatment of bacterial gastroenteritis. *Pediatric Infect Dis J* 1991; 10: 140-8.
11. Bezerra JA, Stathos TH, Duncan B. Treatment of Infants with Acute Diarrhea: What's Recommended and What's Practiced. *Pediatrics* 1992;90:1-4.

Correspondência:

Pascoal Moleiro
 Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, SA
 Rua das Olhalvas
 2410- 196 LEIRIA
 E- mail: pediatriahsa@netc.pt

ANEXO

Identificação

Especialista	<input type="checkbox"/>	ARS: _____
Interno da Especialidade	<input type="checkbox"/>	
Medicina Geral e Familiar	<input type="checkbox"/>	
Pediatria	<input type="checkbox"/>	

Abordagem da Gastroenterite Aguda (GEA)

Num quadro de GEA, sem critérios para internamento, que orientações fornece aos pais relativamente:

1.1 À alimentação:

- a) Aconselha pausa alimentar? Não ☐ Sim ☐ Se sim, duração:
 < 6h ☐ 6-12h ☐ 13-24h ☐ > 24h ☐
- b) Recomenda dieta alimentar? Não ☐ Sim ☐ Se sim, qual?
 Caldos de arroz, de cenoura ☐
 Leite diluído ☐
 Leite sem lactose ☐
 Sem leite ou derivados ☐
 Outra dieta ☐
 Se outra, qual? _____

1.2 À hidratação:

- a) Líquidos recomendados: Água ☐
 Chá preto/ água "chalada" ☐
 Colas sem gás(ex.º Coca-Cola) ☐
 Sumos sem gás ☐
 Solução de rehidratação oral (SRO) ☐
- b) Dos líquidos anteriores, qual/quais recomenda em idades inferiores aos 12 meses?

- c) No lactente, criança e/ou adolescente, se recomenda SRO:
 Qual a composição em sódio?
 60 mM/L ☐
 90 mM/L ☐
 Como manda diluir?
 C/ água ☐
 C/ chá ☐
 C/ caldos ☐
 Misturado no leite ☐
 Misturado na papa ☐
 Outro ☐
 Qual? _____
 Se a SRO não é aceite, o que faz?
 Dilui mais ☐
 Dilui na papa ☐
 Dilui no leite ☐
 Manda forçar a sua ingestão ☐
 Outra ☐
 Qual? _____

V.S.F.F.

d) Modo de administração dos líquidos:

- Sempre à vontade ☐
- Sempre fraccionada ☐
- Se vômitos, fraccionada. Se tolerar, à vontade. ☐

1.3 Outras terapêuticas na GEA:**a) Prescreve antibiótico?**Não ☐ Sim ☐**Se sim, quando?**

- Otite média aguda ☐
- Febre ☐
- Fezes com muco ☐
- Fezes esverdeadas ☐
- Fezes com sangue ☐
- Intoxicação alimentar ☐
- Outra situação ☐
- Que situação? _____

Se sim, qual? _____

b) E anti-espasmódico?Não ☐ Sim ☐**c) E anti-emético?**Não ☐ Sim ☐**d) E leveduras?**Não ☐ Sim ☐**Num quadro de GEA, quando sugere o internamento?**

1. Na presença de vômitos ☐
2. Na presença de febre ☐
3. Na presença de muco e/ou sangue nas fezes ☐
4. Dejeções muito frequentes e/ou abundantes ☐
5. Dejeções esverdeadas e fétidas ☐
6. Existência de sinais de desidratação ☐
7. Idade até 6 meses ☐
8. Outra ☐
- Se outra, qual? _____

3. Na GEA, preconiza a realização de exames complementares de diagnóstico? Não ☐ Sim ☐. Se sim quando e quais? _____

Muito obrigado pela sua colaboração.

Resumo

A chupeta, objecto controverso, não reúne consenso entre os profissionais de saúde. Os seus possíveis efeitos na amamentação, no ouvido médio e na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente têm sido motivo de múltiplos estudos. A informação detalhada aos pais das possíveis vantagens e desvantagens da chupeta poderá ser a abordagem mais adequada.

Palavras-chave: chupeta, amamentação, síndrome da morte súbita do lactente.

Summary

Health care professionals do not reach consensus on the pacifier, a controversial object. Its possible effects on breastfeeding, on the middle ear and on the preventive effect against sudden infant death syndrome have been the subject of multiple studies. Detailed information for parents about the possible advantages and disadvantages may be the most reasonable attitude.

Keywords: pacifier, breastfeeding, sudden infant death syndrome.

¹ Interna Complementar de Pediatria

² Assistente Hospitalar de Pediatria

Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – Matosinhos

Quantas vezes somos questionadas pelos pais sobre o interesse e segurança em usar chupeta. A resposta a estas e outras perguntas sobre este objecto de borracha tão "epidemicamente" divulgado está longe de reunir consenso entre os diferentes autores.

Vários estudos têm sido efectuados para avaliar as vantagens e desvantagens do uso da chupeta. E, se é verdade que a maioria dos autores que estudou a sua relação com o aleitamento materno conclui que a chupeta contribui para o desmame precoce (1-4), outros não encontraram esta relação. A teoria que os recém-nascidos aprendem técnicas de sucção impróprias e usam métodos de sucção diferentes na chupeta e/ou biberão e no mamilo não é corroborada por alguns estudos (5,6), onde a ideia da "confusão do mamilo" não foi confirmada. Para estes autores a causa está mais nas mães, e o uso da chupeta é um marcador para dificuldades de aleitamento ou tentativa de desmame (7,8). Nos casos em que as mães estão confiantes na amamentação, esta provavelmente não será afectada (8). Outro dos problemas do uso de chupeta é que esta parece ser um factor de risco prevenível para otite média aguda (OMA) na criança (9). A restrição do seu uso a momentos em que a criança está a adormecer, em alguns estudos, parece prevenir eficazmente os episódios de OMA. Possivelmente as chupetas ajudam a transferir patógenos que colonizam a orofaringe para o ouvido médio, via trompa de Eustáquio (10). Mas mais uma vez não existe consenso e alguns autores não encontram esta relação (5) e questionam a existência de uma causalidade reversa – será que as chupetas aumentam o risco de OMA, ou as mães tentam acalmar com a chupeta o seu bebé que habitualmente tem OMAs recorrentes (7). Para além destes inconvenientes a chupeta está ainda associada a um aumento da incidência de candidíase oral e má oclusão dentária, principalmente se não for retirada antes dos dois anos.

Mas existem também vantagens em usar uma chupeta! A chupeta consola o bebé e diminui a sua ansiedade, principalmente quando este está longe da mãe e sente a sua falta. A chupeta conforta quando o lactente está frustrado, triste ou cansado. É um instrumento útil para acalmar a ansiedade momentânea do bebé em períodos de dificuldade (11,12) e na hora de adormecer. A chupeta satisfaz as necessidades de sucção intensa do recém-nascido e lactente, o que não implica um problema psicológico. Pelo contrário, o uso de objectos para auto-conforto é um sinal de saúde psicológica (4). No entanto, e apesar da sua função tranquilizante (em inglês diz-se "pacifier"), devemos tentar antes entender o motivo do choro e ter sempre em mente que a chupeta não substituiu a mãe ou o pai.

E se já há muito é sabida esta vantagem pacificadora da chupeta, só na última década os diferentes autores se têm debruçado sobre a possibilidade da chupeta poder ser um factor preventivo para o Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). Vários mecanismos têm sido postulados: a chupeta previne o movimento de virar a cabeça para baixo, com a face virada para o colchão; a chupeta poderá fortalecer os músculos das vias aéreas; com a sucção repetida o bebé aprende precocemente a manter a sua via aérea, incluindo o nariz, abertos para respirar, e sabe respirar pela boca quando ocorre obstrução nasal (7,13,14).

O uso da chupeta estará também associado a uma ligeira hipercapnia, o que estimula a ventilação (14). Os estudos não são conclusivos quanto ao efeito de dose-resposta, isto é, só o uso repetido poderá ser eficaz, por exemplo através da sucção repetida, o que aumentará o tônus da musculatura e abertura da orofaringe. No entanto, alguns autores não encontraram associação entre o uso da chupeta e a posição de dormir (15) e só encontraram efeito protector da chupeta se usada no último sono, não encontrando relação com o seu uso repetido (15,16).

Não podemos ser decisivos e absolutos numa opinião sobre a chupeta, pelo menos até mais estudos serem efectuados. Confrontamo-nos com ideias tão diferentes como os da Organização Mundial de Saúde que desaconselha o seu uso (17), e a opinião de autores que recomendam o uso da chupeta até aos 12 meses, para confortar o bebé, e por ter um efeito preventivo para SMSL (10).

A maior desvantagem da chupeta é, sem dúvida, o seu efeito sobre o aleitamento materno. Com os conhecimentos recentes sobre o seu efeito preventivo sobre a SMSL, podemos aconselhar a chupeta a todos os bebés que são alimentados exclusivamente com biberão (13), ou então recomendar o seu uso só após o recém-nascido aprender bem a mamar e a mãe ter um bom suplemento de leite (4,13), desencorajando o seu uso para além do 1º ano de vida e evitando-a seriamente para além do segundo ano (10). Ou podemos, finalmente, escolher dar à mãe o conselho nem a favor nem contra o uso de chupeta. Podemos apenas...informar os pais dos seus, ainda não bem comprovados, prós e contras.

Bibliografia

1. Howard C, Howard FM, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 111(3):511-518
2. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998; 25(1):40-4
3. Soares MEM, Giugliani ERJ, et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *Jornal de Pediatria (Rio J)* 2003;79 (4):309-16
4. Pacifiers: in or out? Disponível em [www <URL:file:///A:\ PACIFIERS%20IN%20OR%20OUT.htm>](http://www.PACIFIERS%20IN%20OR%20OUT.htm) (consultado em 25 de Outubro de 2003)
5. Aliboni VG, Alfie JD, Pastrana SC. Uso del chupete: hallazgos preliminares. *Arch. Argen. Pediatría* 2002; 100(2):114-119
6. Kramer MS, Barr RG, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behaviour. *JAMA* 2001; 286(3):322-326
7. Engelberts AC, L'Hoir MP. Pacifier use and SIDS. *Archives of disease in childhood* 2000; 82(3):266
8. Victora CG, Behague DP, et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997; 99(3):445-453
9. Niemelä M, Pihakari O, et al. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counselling. *Pediatrics* 2000; 106(3):483-488
10. Post JC, et al. Pacifiers may cause ear infection. *The Lancet* 2001 ; 357 :823-4
11. Carbajal R, Chauvet X, et al. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates *BMJ* 1999; 319: 1393-1397
12. Gunnar MR, Fisch RO, Malone S. The effects of a pacifying stimulus on behavioural and adrenocortical responses to circumcision in the newborn. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1984; 23(1):34-38

13. Pacifiers cut risk of crib death, study findings. Disponível em www: <URL: <http://sids-network.org/experts/pacifiers.htm> >(consultado em 23 de Outubro de 2003)
14. Silva J. O uso da chupeta e a síndrome da morte súbita do lactente. *Saúde Infantil* 2000; 22/3: 39-42
15. Fleming PJ, Blair PS, et al. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. *Archives of disease in childhood* 1999;81:112-116
16. Díaz-Rossello J, Conde-Agudelo A, Forteza AC. Pacifiers: protection against sudden infant death syndrome. *The Lancet* 2000; 335: 1829
17. World Health Organization. Division of Child Health and Development. Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1998.

Correspondência:

Marta Rola Reis

Rua Calouste Gulbenkian nº169 10ºH3

4050-145 Porto

Resumo

A era da globalização veio trazer inúmeras questões que necessitam de resposta, ou pelo menos, que deveriam ser alvo de reflexão. Entre elas encontra-se a problemática do nascimento em famílias migrantes. A possibilidade de alguém ir para outro país e aí construir uma nova vida, num contexto social e cultural diferente, implica, não raras vezes, uma adaptação difícil e, muito frequentemente, não facilitada pela cultura de acolhimento. Este artigo aborda algumas práticas relacionadas com o nascimento na cultura islâmica e os cuidados que se têm com o recém-nascido e com a mãe. Visa igualmente dar a conhecer uma parte da realidade que pode ser encontrada pelos profissionais de saúde no seu contexto de trabalho, permitindo assim que estes estejam mais despertos para a problemática da multiculturalidade em contexto de saúde.

Palavras-chave: islamismo, nascimento, recém-nascido, cuidar, multiculturalidade.

Summary

Globalization brought along several open questions which need to be answered or, at least, which should be carefully considered. Amongst those is the problematics of birth in migrant families. The possibility of anyone going to another country and building a new life there, in a social and cultural different context, implies very often a difficult adaptation, not always made easier by the receiving culture. This article deals with some of the practices related with birth in islamic culture and the care and watchfulness one should have with the new-born baby and its mother. It is also the aim of this article to impart information about part of the reality encountered by the professionals of health in their work context, thus allowing them to be more alert to the question of multiculturality in healthcare.

Keywords: islamism, birth, new-born baby, to care, multiculturality.

¹ Enfermeira - Centro de Saúde de Algueirão

² Enfermeira - Hospital de D. Estefânia

Introdução

O nascimento de uma criança é sempre fonte de alegria, de esperança. Ela representa o futuro e a confiança numa vida melhor, mais próspera. A fé e a expectativa que estão associadas ao nascimento permitem que a família se sinta viva e que tenha que reformular os seus objectivos e prioridades de uma forma constante.

Mas ... e quando o nascimento da criança ocorre num país distante? E se as práticas associadas ao nascimento referem-se a uma cultura totalmente diferente? E se a estes pontos de referência diferentes está também associada a doença?

O início de uma história de vida

A mudança para um país diferente implica necessariamente uma ruptura com alguns valores e crenças a que um indivíduo está familiarizado. Essa ruptura pode ser mais ou menos agressiva, consoante o país de destino, a capacidade do indivíduo em se adaptar e também consoante lhe é permitido ou não manter os seus valores fundamentais e as suas práticas e costumes. A migração transporta sempre consigo uma carga de perda, de dano que muitas vezes é difícil de superar. E mais difícil é quando se deixa para trás a família e os amigos. Porém, a necessidade de procurar uma vida melhor para si e para os seus é mais forte e funciona como impulso para a busca de novos horizontes.

Uma das estruturas fundamentais para o ser humano é a sua família. É nela que o indivíduo se vai construindo e se vai arquitectando formando os seus alicerces para enfrentar o que a vida lhe oferece. Assim, muitas vezes após ter-se estabelecido, o migrante providencia a vinda da sua família, dando-lhe continuidade com o nascimento de crianças.

Esse nascimento, que habitualmente ocorria em casa, rodeado de familiares e amigos, passa a ser realizado em hospitais, por pessoas, que desconhecem as tradições de outras culturas. Esta nova adaptação torna-se mais complicada se está associada a doença, ocorrendo um acréscimo nas dificuldades mas também no medo e ansiedade inerentes a uma situação de doença.

Conhecer a realidade de uma família com uma cultura diferente, neste caso uma família islâmica, é interessante e muito reveladora sendo de extrema utilidade não só para a nossa vida profissional mas também para enriquecer a nossa visão sobre o homem e sobre o mundo, pois é através do outro que eu me conheço e é através das suas diferenças que nos vamos formando.

Os cuidados com o recém-nascido (1-5)

O tipo de cuidados que são prestados ao recém-nascido na cultura islâmica varia visto ser influenciado pelos hábitos culturais de cada país, pelas condições de vida de cada família e pelas percepções que cada casal tem sobre a prestação desses mesmos cuidados.

Nesta cultura a maternidade é entendida como um milagre que Deus concede à maior parte das mulheres, pelo que este período é vivido em pleno. A grávida vai fazendo as orações, que foram ensinadas pela mãe ou outras mulheres da família, para que tudo corra bem. A vida espiritual tem um cariz muito forte nesta cultura reflectindo-se na quantidade de orações que se realizam durante o dia e nos diferentes momentos da vida. O amor e a con-

fiança em Deus sustenta todo o sistema islâmico em termos não só da vida pessoal, familiar e social como também da vida económica, política e internacional.

Os cuidados a ter para com a criança começam a partir do momento em que se considera que já tem alma pelo que todos os cuidados à mãe são essenciais. A ela é permitido que realize as orações apoiada ou sentada, se não o puder fazer de pé. A sua condição física é motivo de preocupação por parte das pessoas que a rodeiam, as quais tentam minimizar qualquer desconforto que a futura mãe possa sentir.

A higiene praticada durante a gravidez é de extrema importância para o bom desenvolvimento da criança. Assim, é recomendado que se proceda à raspagem dos pêlos das regiões púbicas e axilares não devendo permanecer mais de quarenta dias sem se efectuar uma nova raspagem. Atribui-se a esta prática de higiene um significado de purificação.

No momento do parto e sobretudo no momento das contracções é importante que a grávida recite determinadas orações para ficar mais calma e para que este momento se desenrole da melhor forma possível. Não é recomendado ao pai assistir ao parto por uma questão de respeito pelo espaço feminino.

Até um período de quarenta dias a seguir ao parto a mulher é considerada impura estando-lhe aconselhado o recolhimento no domicílio. Este período, denominado de resguardo, é também um período de restabelecimento do seu corpo. A atribuição de impureza é devida às perdas sanguíneas que se mantêm após o parto pelo que fica isenta da prática das orações e das relações sexuais. No término do resguardo a mulher deverá proceder ao ritual de purificação do corpo isto é, deverá realizar a «ablução maior».

Em algumas sociedades islâmicas a mãe e o recém-nascido devem permanecer na casa da avó materna durante quarenta dias após o parto para serem ajudadas por esta; o marido poderá acompanhá-los se assim o entender.

Logo a seguir ao nascimento do bebé há determinadas recomendações, que não são obrigatórias e que se prendem com a atribuição do nome islâmico, o corte do cabelo e a circuncisão no caso de se tratar de um rapaz. O ritual de sacrifício de um animal é facultativo mas é "quase obrigatório" o chamamento.

O chamamento deve ser realizado logo que o bebé nasça ou até um período máximo de 24 a 48 horas de vida. Poderá ser realizado pelo pai mas, preferencialmente, deverá sê-lo feito por um *sheik*. Consiste na recitação em árabe da seguinte fórmula, junto do ouvido direito do recém-nascido:

"Deus é o maior

Eu testemunho que Ele é Único

Eu testemunho que Maomé é o seu mensageiro

Vem à oração

Vem ao sucesso

Deus é o maior

E não há ninguém semelhante a Ele".

De seguida repete-se essa mesma fórmula junto do ouvido esquerdo precedido da frase "Esta oração já começou".

Depois de realizado o chamamento atribui-se o nome ao recém-nascido. A regra islâmica "recomenda que se tenha bons nomes; nomeadamente aqueles que evocam a servidão e o louvor perante Deus ou as qualidades relativas à piedade, à excelência do carácter ou à beleza. O nome, ou o apelido, é como um modelo santificador para o ser; é um ideal a alcançar, um valor a desenvolver ou a não esquecer". Em Portugal, os muçulmanos adoptam geralmente para os filhos um nome islâmico (e por isso provido de significado) estando já acordadas algumas facilidades para que os possam registar com esse nome. No caso de um determinado nome não estar contemplado, pode ser solicitada uma declaração ao *sheik* da Mesquita Central de Lisboa certificando que o nome é islâmico de modo a que possa ser autorizado para esse recém-nascido.

Segundo algumas tradições, e principalmente no caso de ser o primeiro filho, o nome do recém-nascido é escolhido pela irmã mais velha.

Por norma, o apelido do recém-nascido é o do pai, não o da mãe, aspecto que realça uma vez mais a importância do sexo da criança para continuar o nome da família.

O ritual que se prende com o corte do cabelo está associado ao ritual de purificação do próprio recém-nascido. Este corte deve ser realizado, de preferência, até ao sétimo dia, podendo ir até ao décimo dia. Pesa-se o cabelo e faz-se a equivalência do peso à prata; o valor monetário correspondente é dado aos pobres. Esta equivalência pode ser feita em relação ao arroz ou ao açúcar, no caso de a família ser de posses mais modestas.

O cabelo será enterrado e não deitado ao lixo ou guardado como se procede nas culturas ocidentais. O cordão umbilical e as unhas que se cortam quando crescem também são enterrados. Esta prática tem por base um ditado que diz "da terra viemos e à terra vamos voltar". Relativamente à circuncisão, esta deve ser realizada o mais depressa possível, no caso de se tratar de uma criança do sexo masculino. É uma prática geral na cultura islâmica por ter sido imposta por Deus a Abraão, sua família e descendência. É reconhecida como uma medida de higiene mas desempenha também um papel importante nos rituais de purificação do corpo.

Nalgumas culturas esta prática poderá ser realizada nos primeiros anos de vida, habitualmente até aos seis ou oito anos de idade porque é quando a criança se sociabiliza com outras na escola. Nas crianças do sexo feminino poderá ser realizada a prática de excisão devido aos costumes locais que integraram as práticas islâmicas.

A festa do sacrifício do animal (cabrito, carneiro ou borrego) é realizada no caso de a família ter possibilidade de a fazer. Neste caso a festa é realizada aos quarenta dias de vida da criança, sacrificando-se um animal segundo os preceitos islâmicos ou encomendando-se num talho que siga esses preceitos. Esse animal será dividido em três partes: uma para o casal, outra para a restante família e outra para os pobres. No caso de a criança ser do sexo masculino sacrificam-se dois animais mas se for do sexo feminino sacrifica-se um. Quando a família tem poucas posses poderá sacrificar um animal se se tratar de um rapaz e não terá de o fazer se se tratar de uma rapariga. Se a família não tiver posses não é obrigatório que o faça.

A educação dos filhos está confinada às mulheres. É também à mulher (mãe, tia, irmã, entre outras) que se confia os cuidados de higiene ao recém-nascido, nomeadamente o banho. Quanto à alimentação, está indicado desde o nascimento a prática da amamentação por o leite materno ser considerado o melhor alimento. No caso da mãe não ter leite ou não poder

amamentar por uma outra razão torna-se uma preocupação para a família e nestes casos é lícito que procure uma "ama de leite". Os critérios exigidos para essa ama são, entre outros, o ter "bom" leite e o ter "cuidado com o corpo" (higiene, alimentação, vestuário).

Não são só as práticas de educação, de higiene e de alimentação que estão ligadas, sobretudo, às mulheres como também as práticas de conforto, de segurança e de saúde.

Todas estas práticas realizadas ao recém-nascido se irão reflectir na sua vida futura porque "a qualidade de cuidados infantis e a atenção e adaptação do adulto às necessidades da criança, sobretudo nos primeiros tempos de vida, constituem uma das bases do seu desenvolvimento e saúde psíquica futura, são elementos essenciais para que a criança adquira uma base de segurança emocional, aceda às fases posteriores do seu desenvolvimento, invista suficientemente o domínio cognitivo para seguir uma escolaridade sem problemas, interiorize correctamente as imagens parentais a fim de abordar a adolescência sem grandes conflitos" (2).

Temos a noção de que muito ainda haveria para explorar relativamente aos cuidados a prestar à criança na cultura islâmica mas fica a satisfação de tudo aquilo que aprendemos sobre esta cultura.

Conclusões

Na cultura islâmica o nascimento de uma criança é entendido como uma benção para a família onde nasce pois é ela que irá perpetuar o modo de ser dessa família.

Contudo, é um ser ainda frágil e desprovido de valores. É portanto desde os primeiros momentos de vida que a criança vai necessitar de referências humanas para se formar como pessoa. A criança irá receber, integrar e tornar suas todas as referências de que necessita para viver, através de um processo contínuo que se desenvolverá ao longo de toda a sua vida.

O cuidar humano é um fenómeno universal, comum em todas as culturas e, desta forma, cuidar faz parte da própria pessoa, da sua forma de estar no mundo, de se relacionar consigo e com os outros. Inserida num meio familiar, comunitário e cultural, a criança desenvolverá atitudes cuidativas através da sua experiência em cuidar e em ser cuidada.

Bibliografia

1. Adamgy MY, coord. Guia Para Aqueles Que Desejam Abraçar o Islão. Loures: Al Furqân, 1ª edição, 2001: 65, ISBN 972-8217-50-1.
2. Ramos N. Educação precoce e práticas de cuidados em meio urbano. Actas do Colóquio viver (n)a cidade, Lisboa: LNEC, 1990: 317.
3. Adamgy MY, coord. O Islão – História e Conceitos. Loures: Al Furqân, 1ª edição, 1998, ISBN 972-8217-40-4.
4. Collière MF. Promover a Vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, ISBN 972-95420-0-7.
5. Ramos N. Comunicação, Cultura e Interculturalidade: para uma consolidação intercultural. "Revista Portuguesa de Pedagogia". Coimbra. Ano 35-2, 2001: 155-178, ISSN 0870-418.

Correspondência: Trav. Escultor Mestre Anjos Teixeira, Lt2

Portela de Sintra

2710-190 Sintra

alexandra.lemos@mail.telepac.pt

ivete-monteiro@clix.pt

Conflito alimentar



A queixa comportamental mais frequente que os médicos ouvem dos pais é que o seu filho não está a comer o suficiente (cerca de 85% das crianças estão classificadas como sendo "piscos"¹). Esta luta sobre a comida muitas vezes encontra uma resistência considerável por parte das crianças e cedo a hora das refeições se torna num pesadelo.

Sugestões para melhorar apetites fracos:

1. Respeite os gostos de comida da criança.
2. Ofereça alimentação variada.
3. Não ofereça doces em vez de comida com medo que a criança passe fome.
4. Não suborne ou force a criança a comer – apesar de ser difícil os pais devem tentar não mostrar que estão perturbados pela recusa alimentar. Os castigos e recompensas devem ser evitados.
5. Limite a ingestão de sumos e de leite – a ingestão de muitos líquidos pode suprimir o apetite da criança.
6. Deixe as crianças comerem sozinhas – quando tiverem fome comerão. Deixe que a criança coma o que desejar e retire o prato sem comentários ("guerras") após um período razoável.
7. Sirva pequenas porções de comida – as crianças têm maior probabilidade de acabar uma pequena quantidade de comida; se ficarem com fome pode sempre ser servida mais.
8. Sirva as refeições a horas regulares.
9. Torne as refeições agradáveis – evite discussões, não obrigue a criança a sentar-se à mesa após o resto da família ter acabado de comer.
10. Deixe a criança decidir quando quer comer – as crianças têm uma capacidade interna para saberem se precisam ou não de comida; é necessário respeitar o apetite da criança.

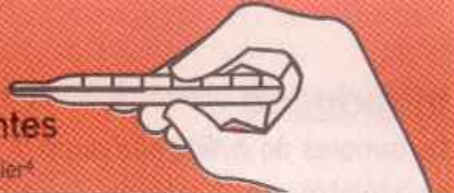
Ana Vaz

¹ Greenberg S.: Problemas comportamentais. Bergman A. B.: 20 Problemas Frequentes – Pediatria. Mc Graw Hill. 1ª edição; 17: 250-63.

Agradecimento: ao Dr Mendes António pela revisão e sugestões.

Torção de quisto do ovário em adolescentes

Pedro Carvalho¹, Dolores Faria², Maria Manuel Zarcos³, Bília Xavier⁴



Resumo

Os autores apresentam dois casos clínicos de torção de quisto do ovário em adolescentes. Descrevem-se os prováveis mecanismos etiopatogénicos e discute-se o seu tratamento. De realçar o papel do exame ecográfico no diagnóstico precoce desta patologia.

Palavras-chave: torção do ovário, quisto do ovário, tumor do ovário, adolescentes.

Summary

The authors review two cases of ovarian cyst torsion in female adolescents, and discuss the possible etiopathogenic mechanisms and treatment. Ultra-sound scan is important to a rapid diagnosis.

Keywords: ovarian torsion, ovarian cyst, ovarian tumor, adolescents.

¹ Interno Complementar de Pediatria

² Assistente de Pediatria

³ Assistente Graduado de Pediatria

⁴ Director do Serviço de Pediatria

Serviço de Pediatria – Hospital de Santo André – Leiria

Introdução

Os tumores do ovário são raros. A sua incidência não ultrapassa 1% do total dos tumores na adolescência. A maioria, cerca de 75 a 98%, são formas benignas cuja apresentação é habitualmente quística (1-4).

No passado, estes quistos eram descobertos, quando atingiam um tamanho suficiente para serem palpáveis ou na sequência de uma complicação (torção, hemorragia, ruptura...) (1). Actualmente, com a generalização da ecografia são muitas vezes um achado ocasional, na sequência de uma exploração ecográfica do abdómen (1-5).

A torção do ovário é rara, surgindo sobretudo nas primeiras três décadas de vida (1-4). A apresentação clínica é polimórfica (6-9).

CASO 1

TSG, adolescente de 14 anos, previamente saudável, iniciou 24 horas antes do internamento dor abdominal generalizada com posterior focalização à fossa ilíaca esquerda e vômitos incoercíveis. Sem dejeções há três dias, sem febre e sem queixas urinárias.

Antecedentes pessoais de obstipação. Menarca aos 11 anos, ciclos menstruais irregulares de 20-30/5-7. Último período menstrual 10 dias antes. Sem história de leucorreia, actividade sexual ou traumatismo abdominal prévios.

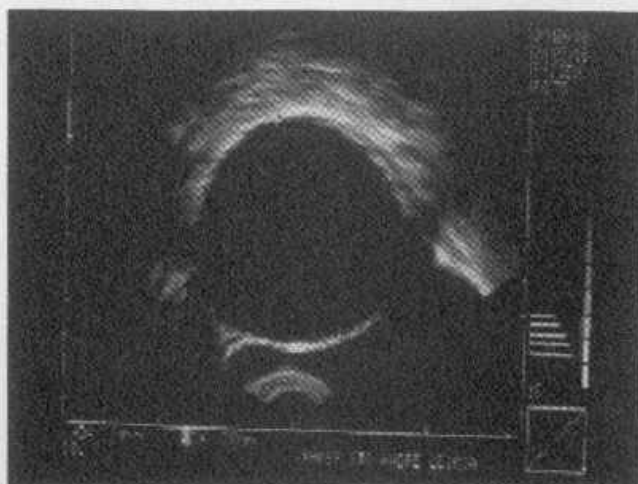
Exame objectivo: palidez cutânea, claudicação do membro inferior esquerdo, por vezes adoptava uma posição genupeitoral, defesa no flanco e fossa ilíaca esquerdos com ruídos hidroaéreos ausentes. O toque rectal despertou dor no fundo de saco de Douglas.

Avaliação laboratorial: leucócitos-15200/ μ L, neutrófilos-12900/ μ L, hemoglobina-14,3g/dL, plaquetas-379000/ μ L, hormona gonadotrofina coriónica beta (b-HCG) negativa, antígeno carcinoembrionário (CEA) e cancer antigen 125(CA125) normais.

A ecografia abdominal e pélvica identificou no polo superior do ovário esquerdo uma formação quística de 7,5 cm de conteúdo homogéneo (figura 1).

A laparotomia revelou um quisto no ovário esquerdo com 8 cm de maior diâmetro, conteúdo hemorrágico, associado a torção e necrose da trompa esquerda. Foi feita anexectomia homolateral.

Fig. 1 - Ecografia abdominal e pélvica.



O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de quisto do ovário não classificável devido à necrose, hemorragia e dissociação das estruturas.

Um ano após a cirurgia a adolescente encontra-se clinicamente bem.

CASO 2

ASP, adolescente de 14 anos, previamente saudável, iniciou 4 dias antes dor abdominal periumbilical intensa, limitativa da actividade e dejeções semilíquidas, número 2-3/dia, sem muco ou sangue. Sem vômitos, sem febre nem queixas urinárias.

Menarca aos 11 anos, ciclos menstruais irregulares de 20-30/5-7. Último período menstrual 15 dias antes. Sem história de leucorreia, actividade sexual ou traumatismo abdominal prévios.

Exame objectivo: palidez cutâneo-mucosa, abdómen doloroso à palpação dos quadrantes inferiores sem defesa.

Nas seis horas seguintes houve um agravamento da dor abdominal, surgindo sinais de irritação peritoneal.

Avaliação laboratorial: leucócitos-19400/ μ L, neutrófilos-15400/ μ L, hemoglobina-9 g/dL, hematócrito-27.6%, plaquetas-432000/ μ L.

A ecografia abdominal e pélvica identificou uma massa heterogénea, com 10.9 cm de diâmetro na dependência do anexo direito. Adjacente àquela, existia uma formação quística de 7.1 cm (figura 2).

A TAC abdominal e pélvica mostrou formação quística anexial, com conteúdo hemorrágico, não se podendo excluir origem neoplásica (figura 3).

A laparotomia revelou um quisto complexo do ovário direito com 8 cm de maior diâmetro, associado a torção do anexo direito e hematosalpinge. Apêndice edemaciado e com focos de fibrina. Realizou-se anexectomia direita e apendicectomia.

O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de quisto anexial direito não classificável devido a hemorragia maciça.

Um ano após a cirurgia encontra-se clinicamente bem.

Fig. 2 - Ecografia abdominal e pélvica.

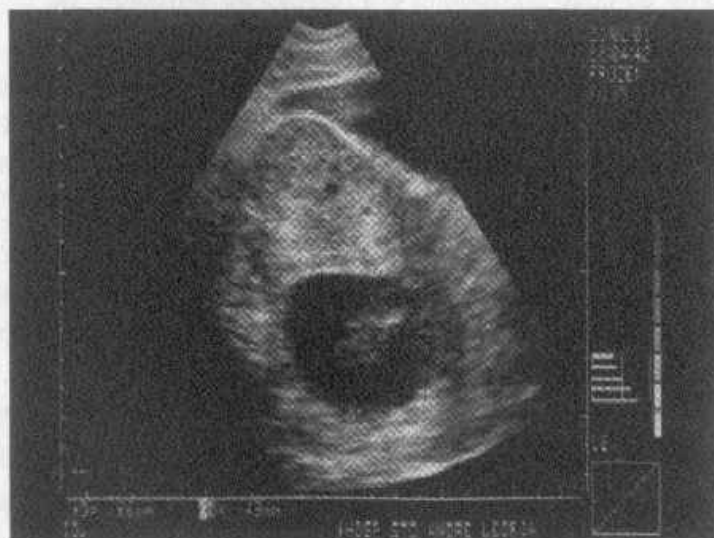


Fig. 3 - TAC abdominal e pélvica.

Discussão

A torção do ovário resulta da rotação parcial ou completa do pedículo ovárico sobre o seu eixo, com consequente compromisso vascular, congestão do parênquima e eventualmente enfarte hemorrágico. Pode ocorrer em anexos normais, no entanto está mais frequentemente associado a massas ováricas que proporcionam a torção, tal como ocorreu nos casos apresentados (2,3,6-8). O risco de torção é mínimo quando os quistos são menores que 5 cm, aumentando significativamente acima deste valor (risco de 30%) (1). Nos casos apresentados o risco de torção era elevado por apresentarem quistos com um diâmetro de 7,5 cm e 7,1 cm respectivamente.

Os prováveis mecanismos implicados na torção de anexos saudáveis são: factores anatómicos como a excessiva mobilidade e comprimento da Trompa de Falópio assim como um corpo uterino pequeno, factores funcionais como a estimulação ovárica transitória poderá explicar a maior frequência de torção na puberdade (7-8-10).

É mais frequente a torção do anexo direito devido à maior amplitude da pélvis à direita e ao maior peristaltismo do cego e duodeno em relação ao sigmóide. No entanto, tal não se verificou nos casos apresentados (7-8-10).

O quadro clínico é polimorfo e pouco específico, tal como ocorreu nos nossos casos, podendo incluir: dor abdominal intensa tipo cólica localizada aos quadrantes inferiores do abdómen que pode durar vários dias, associada a náuseas, vômitos, diarreia ou obstipação. O toque rectal normalmente doloroso pode evidenciar uma massa a nível do fundo do saco de Douglas.

O diagnóstico diferencial inclui outras patologias do foro cirúrgico como apendicite, divertículo de Merckel, gravidez ectópica, bem como situações médicas ileíte regional, gastroenterite aguda, salpingite, cólica renal (2-6-10).

Perante a suspeita de torção do ovário é imperativa a realização urgente de uma ecografia pélvica para confirmação diagnóstica. Esta pode revelar uma massa sólida, quística ou complexa, com ou sem derrame do fundo de saco de Douglas, que são características pouco específicas. A imagem característica de torção é a de um aumento difuso do parên-

quima ovárico, com múltiplos folículos de 8 a 12 mm de diâmetro na porção cortical do ovário. Esta imagem é encontrada em 66-75% dos casos, tem um valor preditivo positivo de 90% para o diagnóstico de torção e uma especificidade de 93,3% (8-10). Nos nossos casos a ecografia revelou uma massa quística no primeiro caso e uma massa heterogênea no segundo caso.

Os resultados laboratoriais são pouco específicos, podendo revelar discreta leucocitose e neutrofilia, tal como ocorreu nos nossos casos. Quando há dúvida acerca da benignidade da lesão, deve-se proceder ao doseamento de marcadores tumorais (5-8).

Na TAC a torção do ovário pode revelar-se como uma massa pélvica heterogênea ou calcificada (6).

A abordagem terapêutica dependerá da precocidade do diagnóstico e da experiência do cirurgião, iniciando-se habitualmente com uma laparotomia ou laparoscopia exploratória. Se o diagnóstico é precoce, o ovário e a trompa apresentam um aspecto são, há a possibilidade de realizar destorção e fixação, associado à fixação do ovário contralateral. Existindo necrose anexial, é necessária anexectomia, não se aconselhando a destorção pelo risco de insucesso e de embolia, apesar de rara na criança (7-9). Nas nossas doentes realizou-se laparotomia seguida de anexectomia unilateral pela necrose que apresentavam os anexos, em consequência do diagnóstico tardio (24h e 4 dias respectivamente).

Conclusão

A torção do quisto do ovário é uma patologia rara. No entanto, perante uma adolescente com dor abdominal referida aos quadrantes inferiores, esta patologia deve ser evocada.

A ecografia é o exame de escolha para o seu diagnóstico. O alto nível de suspeição e o exame ecográfico precoce são importantes para evitar abordagens radicais que conduzam irremediavelmente à perda de um ou de ambos os ovários (1,2,6-9).

Bibliografia

1. Fernandes A, Salgado M, Castro O, Moura L, Silva P, Fonseca N. Quistos do Ovário na Criança. *Acta Pediatr Port* 1995; 6: 295-301.
2. Pfeifer S, Gosman G. Evaluation of Adnexal Masses in Adolescents. *The Pediatr Clin North Am* 1999; 3: 573-92.
3. Temleman C, Fallat ME, Blinchevsky A, Hertweck SP. Noninflammatory ovarian masses in girl and young woman: *Obstet Gynecol*. 2000; 96: 229-33.
4. Hamrick HJ, Fordham LA. Ovarian cyst and torsion in a young infant. *Arch Pediatr Adolesc. Med*. 1998; 152: 1245-6.
5. Magrina JF, Cornella JL. Office management of ovary cysts. *Mayo Clinic Proceedings* 1997; 72: 653-56.
6. Meyer J, Harmon C, Harty M, Phubbar A. Ovarian torsion: Clinical and Imaging Presentation in children. *J Ped Surg* 1995; 10: 1433-36.
7. Cruz J, Merino F, Alonso M, Petri A, Caro A. Torsión de Ovario en la Edad Infantil. *An Esp Pediatr* 1986; 25: 205-7.
8. Heloury Y, Plattner V, Cohen JY, David A, Quéré MP, Neel JC. Les Torsions d'Annexe Saine Chez l'Enfant. *Arch Fr Pediatr* 1990; 47: 13-5.
9. Kristen E, Laufer M, Perlman S. Conservative Management of Bilateral Asynchronous Adnexal Torsion with Necrosis in a Prepubescent Girl. *Journal of Pediatric Surgery* 2000; 8: 1248-51.
10. Graif M, Itzhak Y. Sonographic Evaluation of Ovarian Torsion in Childhood and Adolescence. *AJR* 1988; 150: 647-49.

Correspondência: Pedro Carvalho

Hospital de Santo André | Rua das Olhalvas - Pousos
2410-197 Leiria
pediatrighsa@netc.pt

Desidratação hipernatrêmica em criança amamentada

Fernanda Rodrigues¹, Luís Januário², José António Pinheiro³, Luís Lemos²

Resumo

A desidratação hipernatrêmica é uma complicação pouco frequente mas potencialmente muito grave nos recém-nascidos amamentados.

Apresenta-se o caso de um recém nascido com aleitamento materno exclusivo, que recorreu ao nosso serviço de urgência ao 7º dia de vida com perda ponderal de 22%, constata-se desidratação hipernatrêmica. Confirmou-se hipogaláctia. Uma hidratação e aporte calórico adequados, com leite materno e suplemento de leite adaptado, sem recurso à via parentérica, corrigiram o valor de sódio e a perda de peso.

Palavras-chave: desidratação hipernatrêmica, aleitamento materno, recém-nascido.

Summary

Breast feeding hypernatremic dehydration is a rare, but potentially serious, complication of breast fed neonates.

We present the case of a neonate who was solely breast fed and attended our paediatric emergency department at 7 days of life with a 22% weight loss, having hypernatremic dehydration. An insufficient breast milk volume was identified. An adequate hydration and caloric intake, with breast milk and complementary feed with formula, without using intravenous fluids, corrected the plasma sodium and weight loss.

Keywords: hypernatremic dehydration, breast feeding, neonate.

¹ Assistente Hospitalar de Pediatria

² Chefe de Serviço de Pediatria

³ Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria

Serviço de Urgência - Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

O leite materno é o alimento que melhor se adapta às necessidades do recém-nascido (RN), sendo bem conhecidos os seus múltiplos benefícios. No entanto, o sucesso da amamentação depende de factores maternos e do bebé. Se o aporte for insuficiente, poderá ocorrer perda de peso e desidratação hipernatrémica que é uma complicação rara mas potencialmente muito grave nos RN amamentados (1-4). Não se sabe qual a sua incidência mas é referido um aumento nos últimos anos (3,4). Habitualmente a gravidez e parto decorreram sem incidentes. Frequentemente são primíparas, estando a mãe muito motivada para amamentar (1,2). Os RN são sossegados o que é entendido pela mãe como sinal de satisfação e bem estar (2). Têm poucas micções e ao contrário do esperado nos primeiros dias de vida não há aumento do número de dejeções (2), não sendo tal facto valorizado pelos pais, pelo que muitas vezes o problema só é identificado na consulta de rotina, por volta do 10º dia de vida (2). Não têm outra doença subjacente. A maioria está com leite materno exclusivo e frequentemente confirma-se a hipogaláctia. Podem apresentar-se com irritabilidade ou pouca vitalidade. Há uma perda ponderal $>10\%$ e podem estar presentes sinais de desidratação e por vezes de choque (1). A concentração de sódio é >147 mmol/L (1).

As complicações mais frequentes são as neurológicas incluindo convulsões (pela hipernatrémia ou durante a correcção da mesma), acidentes vasculares e encefalopatia (1,2). Outras complicações descritas são a coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal (por vezes com necessidade de diálise) e trombozes (1,2).

Numa revisão de 40 casos, publicada em 2001 (1), a incidência era igual em ambos os sexos, tendo como valores médios: idade de apresentação 11.7 dias (4-21); percentagem de perda de peso 26% (10-37); concentração de sódio 182.2 mEq/L (148-214); azoto ureico 47.5 mmol/L (22-303); osmolaridade 556 mosm/L (322-556). Eram primíparas 26/40 e em 7 desconhecia-se esta informação. A concentração de sódio no leite materno, determinada em 23, apresentou um valor médio de 53 mEq/L (16-104), sendo o normal 64.8 mEq/L após o parto, 21.4 mEq/L pelo 3º dia e 7 mEq/L pelo 14º dia (1). As complicações mais frequentes foram convulsões em 14, coagulação intravascular disseminada em 5, necessidade de diálise em 4 e hemorragia intraventricular em 3.

O tratamento consiste em repor a volémia, dar calorias e corrigir os desequilíbrios hidroelectrolíticos (1,2,4).

Caso clínico:

O José foi o primeiro filho de pais jovens, saudáveis, não consanguíneos, com nível socioeconómico elevado. A gravidez decorreu sem incidentes. O parto foi às 38 semanas, eutócico. Apresentava um peso de nascimento de 3070g. Ficou com aleitamento materno exclusivo, estando a mãe muito motivada para amamentar. No 2º dia de vida foi notada icterícia. Foi pesado no 3º dia, tendo perdido 290g (9.5%). Teve alta para o domicílio no 4º dia de vida, mantendo leite materno exclusivo com aparente satisfação. Mamava de 2 em 2 horas, durante cerca de 20 minutos. A mãe referia que "puxava pouco mas ouvia engolir o leite", era muito sossegado, chorando pouco. Houve um aumento progressivo da icterícia e do 4º ao 7º dia não teve dejeções. Nesse dia recorreu ao Centro de Saúde local para

diagnóstico precoce. Foi notada icterícia e perda ponderal de 22%, tendo sido enviado ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico. À entrada apresentava pouca vitalidade, aspecto desnutrido, icterícia generalizada, palpação abdominal sem alterações, tensão arterial de 71/43mmHg e frequência cardíaca de 103/minuto. Confirmou-se a perda ponderal. Foram colocadas as hipóteses de diagnóstico de má progressão ponderal por hipogaláctia com icterícia fisiológica e/ou do aleitamento materno ou galactosémia. Ficou na Unidade de Internamento de Curta Duração. Foi colocado ao peito mas não mamava. Aspirou-se o leite materno que foi oferecido por biberão. Mamava razoavelmente mas havia necessidade de estimulação frequente. Nas aspirações de leite materno seguintes confirmou-se hipogaláctia, tendo-se associado suplemento de leite adaptado. Da investigação laboratorial efectuada destacava-se uma hipernatrémia de 161 mmol/L, ureia de 11.5 mmol/L, bilirrubina total/conjugada de 370/19 mmol/L, pH de 7.28, pCO₂ de 48 mmHg, HCO₃⁻ de 22 mmol/L e BE de -4 (sangue venoso). A primeira micção, que ocorreu cerca de 3 horas após a admissão e após 2 mamadas, tinha uma densidade de 1021. A pesquisa de açúcares redutores na urina foi negativa.

Clinicamente houve uma melhoria progressiva da vitalidade, passando a mamar melhor. Aumentou o número de micções e dejeções. Não foram instituídas outras medidas terapêuticas.

A evolução laboratorial apresenta-se na tabela 1. Ao longo das primeiras 24 horas houve uma descida na concentração plasmática de sódio de 11 mmol com normalização às 36 horas, bem como normalização da urémia.

Teve alta passadas 48 horas, clinicamente bem, com aleitamento misto.

Assistiu-se a um desaparecimento da icterícia na semana seguinte e actualmente com 3 meses mantém-se bem.

Tabela 1 - Evolução laboratorial

Horas de internamento	0	6	12	24	36
Na ⁺ (mmol/L) (VR*: 137-146)	161	160	157	150	144
Ureia (mmol/L) (VR*: 3.2-7.1)	11.5	11.4	12.1	8.3	3.7
Bilirrubina total (mmol/L) (VR: 0.3-22)	370		327	314	
Densidade urinária	1021	1023	1016		
Peso (g)	2390		+120	+220	+300

*VR - valores de referência

Discussão

A hipernatrémia, definida como a concentração de sódio plasmático ≥ 147 mEq/L (5), pode ocorrer quando há perda excessiva de água, diminuição da ingesta de água ou excesso de aporte de sódio. Na desidratação hipernatrémica do RN amamentado o primeiro mecanismo não está presente. Uma diminuição do aporte de água por hipogaláctia, má sucção ou ambos parece ser o factor mais importante (1,2). Sabe-se que a concentração de sódio no leite materno diminui nos dias que se seguem ao parto e mastites,

alguns fármacos e a dieta materna podem aumentar a sua concentração (1). Apesar de constatada elevada concentração de sódio no leite materno em alguns dos casos em que esta determinação foi efectuada, o papel deste mecanismo está pouco esclarecido (1,2,4). Na desidratação hipernatrémica os sinais e sintomas resultam fundamentalmente dos efeitos a nível do sistema nervoso central. Com o aumento da concentração de sódio plasmático, a água sai da célula para equilibrar esta excessiva concentração no meio extracelular (1). Quando a hipertonidade do líquido extracelular se instala gradualmente, como acontece nestes casos, os neurónios têm a capacidade de produzir moléculas osmoprotectoras designadas osmoles idiogénicos (aminoácidos e carboidratos) (6), que desempenham um papel na preservação do volume intracelular (1,2). A posterior degradação destas moléculas ocorrerá ao longo de um período de tempo ainda mal definido. Assim, se a descida da concentração plasmática de sódio se fizer muito rapidamente, a água, seguindo o gradiente osmótico, entra na célula onde ainda estão presentes as moléculas osmoprotectoras, resultando edema cerebral (1,2).

O objectivo do tratamento é repor o volume circulante, evitando descidas demasiado rápidas do sódio. Uma redução da concentração de sódio de 0.5mmol/hora foi considerada segura (7). Sempre que possível deve utilizar-se a via oral mantendo o leite materno e, se insuficiente, associar suplemento de leite adaptado. Se for necessária a via endovenosa usar soro fisiológico ou solutos hipertónicos de acordo com os valores da concentração de sódio. O peso, concentração plasmática de sódio e urémia devem ser monitorizados. Sendo as altas das maternidades cada vez mais precoces há menor tempo de aprendizagem da técnica de amamentação por parte das mães (4,8,9). Neste período curto, sempre que possível, deverão também ser identificados os factores que possam interferir com a amamentação tais como mamilos mal formados e dificuldades na sucção.

Num trabalho efectuado para avaliar a evolução ponderal e sua variabilidade nos recém-nascidos de termo durante a permanência na maternidade, concluiu-se que havia uma grande variabilidade individual nos primeiros dias de vida e que avaliações diárias poderiam ter efeitos negativos sobre a relação mãe filho e na promoção do aleitamento materno (10). Foi assim proposta a avaliação do peso no 2º dia, e a necessidade de pesagens nos outros dias considerar-se-ia em função dos dados clínicos (10). Antes da alta deverá ser dada indicação às mães para controlo de peso durante a primeira semana de vida, nomeadamente quando é efectuado o diagnóstico precoce no Centro de Saúde. Nessa data, ainda que o peso de nascimento não tenha sido recuperado deverá já ter havido algum ganho ponderal. Se assim não for, deve ser avaliado se o leite materno é suficiente usando a dupla pesagem ou a aspiração. As crianças em risco poderão assim ser identificadas antes de uma perda de peso excessiva, podendo alguns problemas ser mais facilmente corrigidos (4,11).

Como foi anteriormente referido, grande percentagem das mães são primíparas, o que pode traduzir menos experiência no reconhecimento de possíveis sinais de alarme.

Este tipo de desidratação repercute-se menos no espaço extracelular, pelo que alguns destes RN não apresentam os sinais clássicos de desidratação, o que pode conduzir a uma incorrecta valorização da mesma (4).

Em muitos RN observados nos Serviços de Urgência por mau aumento ponderal, como a hipogalactia é habitualmente confirmada e o suplemento de leite adaptado instituído, muitas situações serão bem corrigidas, por via oral, sem ter sido feito o diagnóstico. Naqueles em que a perda for $>10\%$ e a criança tiver pouca vitalidade e pouca iniciativa para beber leite materno, será útil efectuar um ionograma. Se for necessária correcção endovenosa e existir hipernatremia, deverão ser tidos em conta os cuidados acima referidos. Em conclusão, o comportamento do RN nem sempre é o esperado em casos de hipogalactia e, como atrás foi referido, estes RN são habitualmente sossegados e pouco reactivos. Assim, em algumas crianças, o controlo da evolução ponderal é necessário para diagnosticar a tempo uma perda de peso excessiva, com eventual hipernatremia, de consequências potencialmente graves.

Bibliografia

1. Amerongen R, Moretta A, Gaeta T. Severe hypernatremic dehydration and death in a breast-fed infant. *Pediatric Emergency Care* 2001;17:175-80
2. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch Dis Child* 2001;85:318-20.
3. Manganaro R, Mami C, Marrone T, Marseglia L, Gemelli M. Incidence of dehydration and hypernatremia in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 2001;139:673-5
4. Livingstone V, Willis C, Abdel-Wareth L, Thissen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *CMAJ* 2000;162:647-52
5. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds). *Nelson textbook of Pediatrics*, ed 15. Philadelphia: Saunders, 1996;2054.
6. Trachtroan H. Physiology review – cell volume regulation: a review of cerebral adaptive mechanisms and implications for clinical treatment of osmolar disturbances. *J Pediatr Nephrol* 1991;5:743-50.
7. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession, ed 4. St Louis: Mosby, 1994;84-86, 119-120.
8. Hall RT, Simon S, Smith MT. Readmission of breastfed infants in the first 2 weeks of life. *J Perinatol* 2000;20:432-7
9. Boumahni B, Pyraly S, Randrianaly H, Robillard PY, Renouil M. Hypernatremic dehydration and breastfeeding. *Arch Pediatr* 2001;8:731-3
10. Cabral A, Macieira L, Osório E. Evolução ponderal no período neonatal precoce. *Saúde Infantil* 1999;21/2:33-40.
11. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273-97.

Correspondência:

Fernanda Rodrigues
Serviço de Urgência
Hospital Pediátrico de Coimbra
Av. Bissaya Barreto
3000-075 Coimbra
Telf: 239 480359

"Picada" de anêmona

Márcia Castro Ferreira¹, Eduarda Marques², Jorge Sales Marques³

Resumo

Apresenta-se o caso clínico de uma criança que foi vítima de "picada" de anêmona após ter tomado banho no mar, junto às rochas. Os autores fazem uma breve revisão teórica sobre envenenamento por Celenterados alertando para a infecção secundária, a qual é a complicação mais frequente, principalmente em consequência do seu carácter intensamente pruriginoso.

Palavras-chave: envenenamento por celenterados, infecção secundária.

Summary

We present a case in which a child suffered an anemone's "sting" while bathing in seawater near rocks. Following, we make a brief theoretical approach to Coelenterates envenomation, alerting to the main complication – secondary infection – which derives from its intensely pruritic character.

Keywords: coelenterates envenomation, secondary infection.

¹ Interna Complementar de Pediatria

² Assistente Hospitalar de Pediatria

³ Assistente Graduado de Pediatria

Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Introdução

A anémone (fig. 1) é um animal marinho pertencente ao filo dos Celenterados (classe Anthozoa) do qual também fazem parte a alforreca (classe Scyphozoa), a caravela portuguesa e os corais (classe Hydrozoa) e a "box jelly fish" (classe Cubozoa) (1). Os Celenterados são responsáveis por mais envenenamentos do que qualquer outro filo de animais marinhos (1) e actuam através da produção de toxinas compostas de uma mistura de catecolaminas, histamina, hialuronidase, fibrolisinas, cininas, fosfolipases e vários componentes hemolíticos, cardiotoxícos e dermatonecróticos (1).

Fig. 1 - *Anemonia sulcata*.



Caso clínico

A.I.O.C. de 7 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, natural e residente em V.N.Gaia, 4 dias antes do internamento, após ter ido à praia onde tomou banho junto às rochas, notou uma lesão cutânea com aspecto em "teia de aranha", vermelha viva, pruriginosa, na face medial do joelho direito. Posteriormente, surgiram 5-6 lesões máculo-papulares ao nível dos M.I., também pruriginosas que foram aumentando de tamanho e adquirindo sinais inflamatórios de agravamento progressivo o que motivou a ida ao SU. Negava febre ou outras queixas.

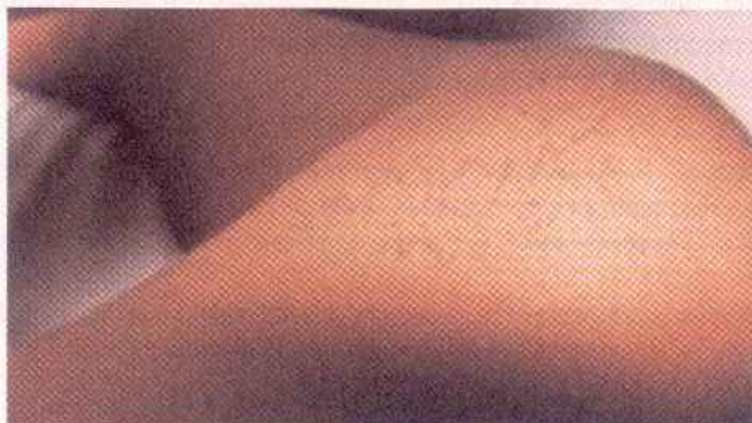
Na admissão apresentava bom estado geral, apirécia e, ao nível dos membros inferiores, lesões pústulo-exsudativas, com intensos sinais inflamatórios circundantes (nomeadamente flebite e celulite) e com centro necrótico (fig. 2) associadas a lesão única com aspecto tipo "teia de aranha" (fig. 3), com cerca de 5x5cm, violácea, sem sinais inflamatórios, localizada na região medial do joelho direito (correspondente à lesão inicial e compatível com lesão de contacto com anémone). O restante exame físico, o hemograma, a bioquímica e a PCR não apresentavam alterações.

Decidiu-se pelo internamento com o diagnóstico de celulite dos membros inferiores secundária a "picada" de anémone. Foi instituída terapêutica parentérica com gentamicina (5 mg/kg/dia - 24/24h - e.v.) e flucloxacilina (100 mg/kg/dia - 8/8h - e.v.) associada a ibuprofeno (20 mg/kg/dia - 8/8h - p.o.) e desinfecção local com iodopovidona verificando-se uma resposta clínica favorável com resolução gradual dos sinais inflamatórios. O exame bacteriológico do exsudado das lesões cutâneas isolou um *S. Aureus* meticilino sensível e a hemocultura foi estéril. Teve alta, ao 3º dia de internamento, medicada com flucloxacilina p.o. (até completar 10 dias de antibioterapia). Em reavaliação ao 8º dia de tratamento apresentava franca resolução e aspecto cicatricial das lesões cutâneas tendo tido alta definitiva.

Fig. 2



Fig. 3



Discussão

De todos os Celenterados as anémonas são os que têm toxicidade mais reduzida sendo raras as reações graves (2). Presume-se que a resposta ao veneno seja de tipo tóxico e não alérgico (1), sendo que a lesão provocada, na maioria dos casos, se limita à pele que teve contacto directo com os tentáculos (2).

O envenenamento por celenterados causa geralmente dor imediata e provoca, mais frequentemente, uma lesão máculo-papular (habitualmente linear), dolorosa e pruriginosa (1, 2). Esta lesão pode durar minutos a horas e por vezes acompanha-se de uma reacção sis-

témica (muito raro no caso do envenenamento por anémone) com astenia, cefaleias, náuseas, vômitos, espasmos musculares, febre, palidez, dificuldade respiratória e parestesias (1). Existem casos descritos de reacções de hipersensibilidade mas a anafilaxia é rara (1). Não existem exames auxiliares específicos ou recomendados sendo aconselhado, apenas nos casos mais severos (e de forma individualizada) a realização de hemograma, glicose, função renal, ionograma, gasometria arterial, CPK (1).

Quando o envenenamento é presenciado deve-se proceder à imediata irrigação da área afectada com água do mar, soro fisiológico ou ácido acético a 5% (vinagre), sendo fundamental evitar água doce sobre a lesão que poderá levar a um agravamento da lesão por estimular maior libertação de veneno (1, 2, 3). Deverá tentar-se a remoção dos tentáculos (visíveis ou não) por meio de, por exemplo, pinças, fita adesiva ou creme de barbear raspando com uma lâmina (1, 2, 3). Numa segunda fase dever-se-á oferecer alívio da dor e do prurido com analgesia e antihistamínicos, respectivamente (1, 2). É recomendável a profilaxia do tétano no caso de haver um calendário vacinal não cumprido ou desconhecido (1, 2).

No que diz respeito a tratamento antibiótico, este deve ser reservado para infecção declarada e não deve ser usado profilacticamente (1). É, no entanto, importante não esquecer que, por si só e devido ao carácter intensamente pruriginoso destas lesões existe risco de infecções secundárias com gravidade variável, sendo esta a principal complicação verificada nos envenenamentos por celenterados (1). Esta foi a situação que se verificou no caso clínico descrito.

Sendo Portugal um país com extensa costa marítima (na qual existem várias espécies de anémonas), os autores pretendem chamar a atenção para o elevado risco de infecção, incluindo o tétano, que se verifica nas feridas adquiridas em meio marinho (4) e para a importância das medidas preventivas acima referidas.

Bibliografia

1. Tucker J. Coelenterate and Jellyfish Envenomations. <http://www.emedicine.com/emerg/topic104.htm>.
2. Cheng D. Jellyfish Stings. <http://www.emedicine.com/derm/topic199.htm>.
3. Fenner P, Williamson J. Worldwide deaths and severe envenomation from jellyfish stings. *Med J Aust* 1996; 165: 658-661
4. Thomas C, Scott S. Staph, strept, and general wound care. In: All Stings Considered - First Aid and Medical Treatment of Hawai'i's Marine Injuries. <http://www.aloha.com/~lifeguards/alsting3.html>.

Correspondência: Márcia Castro Ferreira
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Tel.: 223778100

Doença da arranhadela do gato simultaneamente em dois irmãos

Fernanda Rodrigues¹, Raquel Santos², Manuel Salgado³, Luís Lemos⁴

Resumo

Dois irmãos de 13 e 8 anos consultam por adenopatias, num cervical e noutra inguinal, que surgiram com duas semanas de intervalo e poucos dias após ter sido notada pápula cutânea. Esta associação de pápula com adenopatia regional ocorrendo simultaneamente em ambos os irmãos sugeriram o diagnóstico de doença da arranhadela do gato, confirmada por serologia. Ambos foram tratados com azitromicina. No primeiro caso foi necessária drenagem cirúrgica. A evolução foi favorável.

Palavras-chave: doença da arranhadela do gato, linfadenopatia.

Summary

Two siblings, 13 and 8 years old, attended because of adenopathies, cervical in the first and inguinal in the other, which appeared with two weeks of interval and a few days after being noticed a papule.

The association of a papule with adenopathy, occurring simultaneously in two siblings suggested the diagnosis of cat-scratch disease, confirmed by serology.

Both were treated with azytromicin. The boy needed surgical drainage. The outcome was good.

Key-words: cat-scratch disease, lymphadenopathy.

¹ Assistente Hospitalar de Pediatria

² Interna de Pediatria

³ Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria

⁴ Chefe de Serviço de Pediatria

Serviço de Urgência - Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A doença da arranhadela do gato é causada, na maioria dos casos, pela *Bartonella henselae*, um bacilo gram negativo (1). Os gatos são o reservatório e mais de 90% dos doentes tem história de contacto recente com gatos jovens. Não há evidência de transmissão interpessoal (1). Pensa-se que é uma infecção relativamente frequente embora se desconheça a sua verdadeira incidência. No entanto, raramente ocorrem casos simultâneos dentro da mesma família (1,2).

Cerca de 30% dos doentes tem febre (1,3). Sendo sinal predominante a linfadenopatia regional (única ou várias), no presumível local de inoculação por vezes encontra-se uma pápula, macula e/ou vesícula. O período entre a arranhadela e o aparecimento da lesão cutânea primária é de 7 a 12 dias e entre o aparecimento da lesão cutânea e a linfadenopatia de 5 a 50 dias (média 12) (1,3).

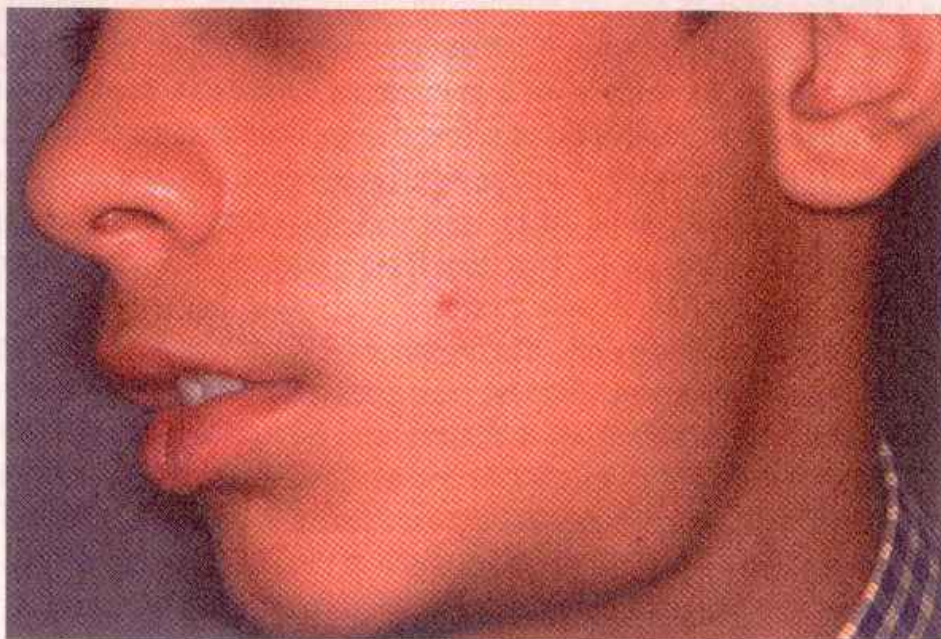
O tratamento deverá ser sintomático porque a doença é autolimitada e desaparece espontaneamente entre os 2 e os 4 meses (1,3). Apesar de não haver estudos clínicos que demonstrem o benefício do tratamento com antibióticos, pode considerar-se a sua administração nos doentes com sintomatologia sistémica importante nomeadamente hepatoesplenomegália, adenopatias grandes dolorosas ou em doentes imunocomprometidos (1,). São sugeridos a rifampicina, trimetoprim-sulfametoxazol, azitromicina e ciprofloxacina por via oral ou a gentamicina endovenosa (1). Recentemente foi sugerida a utilização de corticoides em casos com manifestações locais ou sistémicas graves (3).

Caso clínico nº 1

L., rapaz de 13 anos, surgiu com lesão cutânea papular na hemiface esquerda. Cerca de 2 semanas depois foram notadas tumefações sub-maxilar e pré-auricular. Recorreu ao Centro de Saúde local tendo-lhe sido prescrita azitromicina durante 3 dias. No último dia de tratamento iniciou febre elevada (40°C), 1 a 2 picos por dia. No dia seguinte foi-lhe prescrita flucloxacilina, que fez durante 7 dias. Ficou apirético ao 6º dia mas, por persistência da tumefação cervical foi-lhe novamente prescrita azitromicina durante 6 dias. Porque houve aumento das dimensões da mesma foi enviado ao nosso Serviço de Urgência, com a hipótese de mononucleose infecciosa. Ao exame objectivo apresentava lesão cutânea papular na hemiface esquerda, em cicatrização, com centro escavado e bordos elevados, medindo aproximadamente 0.5 cm de diâmetro (fig 1). Tinha adenopatia submaxilar com 2x3 cm de diâmetro, de consistência firme, móvel, ligeiramente dolorosa, sem outros sinais inflamatórios e adenopatia pré-auricular com 1x1.5 cm de diâmetro com características idênticas. O restante exame não apresentava alterações.

Foi dada indicação apenas de vigilância. Nas 5 semanas seguintes teve febre durante 3 dias e assistiu-se a um aumento progressivo das dimensões da adenopatia submaxilar tendo surgido sinais inflamatórios e sinais de flutuação. Foi decidida a drenagem cirúrgica que deu saída a grande quantidade de pús. Observado 4 semanas depois tinha havido encerramento do local de drenagem e estava clinicamente bem.

Fig. 1 – pápula e adenopatias sub-maxilar e pré-auricular (caso clínico nº 1).



Caso clínico nº 2

A., menina de 8 anos, surgiu com lesão cutânea na face interna da coxa esquerda cerca de 2 semanas após ter sido notada a lesão do irmão. Alguns dias depois foi também notada tumefação inguinal. Ao 6º dia associou febre elevada (39.5°C) e no 3º dia de febre foi-lhe prescrita azitromicina que fez durante 3 dias. Ficou apirética no último dia de tratamento mas houve aumento progressivo da tumefação pelo que foi enviada também ao nosso Serviço de Urgência. Ao exame objectivo apresentava lesão cutânea idêntica à do irmão localizada ao terço inferior da face interna da coxa esquerda e adenopatia inguinal com 2x2 cm de diâmetro, de consistência firme, móvel, dolorosa, sem outros sinais inflamatórios. O restante exame era normal.

Foi também apenas dada indicação de vigilância. Não repetiu febre e houve desaparecimento da adenopatia cerca de 2 semanas depois.

Soubemos que em casa havia um gatinho com menos de 6 meses com que ambos brincavam. A hipótese de contacto com o mesmo animal infectado sugeriu o diagnóstico de doença da arranhadela do gato. Foi pedida serologia para *Bartonella sp.*, utilizando a técnica de imunofluorescência indirecta e os resultados obtidos, confirmaram em ambos infecção activa e/ou recente: IgG, A (positivo ≥ 128) > 256; IgM (positivo >32) > 64.

Não foi instituída qualquer outra terapêutica antibiótica.

Discussão

Perante duas histórias clínicas semelhantes, simultâneas, em dois irmãos, colocou-se a hipótese de estar em causa um agente infeccioso comum, com porta de entrada cutânea. Contudo, e estranhamente, são pouco frequentes as descrições de infecção simultânea de vários elementos da família, o que seria facilmente explicado pelo contacto com o mesmo

animal. Das poucas referências encontradas destaca-se uma revisão de 1200 doentes (4), em que 3.5% tinham mais que um membro da família afectado, habitualmente um irmão. Numa outra revisão de 60 doentes, 3 famílias tinham 2 doentes afectados cada (5). Finalmente, numa série de 83 casos havia 2 membros da família com doença simultânea (6). Há também alguns casos clínicos isolados com doença simultânea na família (2,7,8). Num destes casos (2) foram afectados 3 irmãos simultaneamente: um de 8 anos com adenopatia supraclavicular e febre, outro de 11 anos com febre elevada, sem adenopatias nem organomegalias e o último, de 13 anos, com febre e adenopatias. A terapêutica consistiu em rifampicina 10mg/kg/dia, durante 10 dias.

Como já foi referido anteriormente, não há estudos clínicos que demonstrem o benefício do tratamento com antibióticos. Também aqui, apesar de ter sido utilizado um dos antibióticos indicados (azitromicina), e no primeiro caso por um período muito longo, houve evolução para abscesso. Até cerca de 30% dos gânglios supuram espontaneamente (1,3) mas, por vezes, os gânglios supurantes dolorosos podem necessitar de aspiração com agulha, sendo rara a necessidade de excisão cirúrgica (1). No nosso primeiro caso houve essa necessidade porque por volta da 7ª semana atingiu dimensões importantes, com sinais inflamatórios e flutuação. A evolução foi favorável. No outro caso a evolução foi diferente com desaparecimento da adenopatia cerca de 4 semanas após ter sido notada.

Em conclusão, o diagnóstico de DAG deve ser evocado quando dois ou mais elementos da mesma família em que existe um gato jovem, surgem simultaneamente com adenopatias, sobretudo se associadas a lesão cutânea sugestiva de ser o local de inoculação. A apresentação e evolução clínicas podem ser muito diferentes, sendo discutível a utilização de antibiótico.

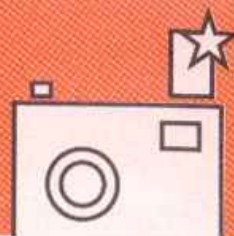
Agradecimentos: ao Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas de Águas de Moura, pela realização da serologia para *Bartonella sp.*.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases: Red Book. 25th ed. Elk Grove Village: 2000.
2. Gonzalez BE, Correa A, Kaplan S. Cat - scratch disease occurring in three siblings simultaneously. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:467-8.
3. Lerddedeporn P, Krogstad P, Roberts R, Stiehm E. Oral corticosteroids in cat-scratch disease. *Clin Pediatr* 2003;42:71-3.
4. Carithers HA. Cat - scratch disease: an overview based on a study of 1200 patients. *Am J Dis Child* 1985;1124-33.
5. Zangwill KM, Hamilton DH, Perkins BA, et al. Cat - scratch disease in Connecticut: epidemiology, risk factors and evaluation of a new diagnostic test. *N Engl J Med* 1993;329:8-13.
6. Spaulding WB, Hennessy JN. Cat - scratch disease: a study of 83 cases. *Am J Med* 1960;28:504-9.
7. Tan TQ, Wagner ML, Kaplan SL. *Bartonella henselae* hepatosplenic infection occurring simultaneously in two siblings. *Clin Infect Dis* 1996;22:721-2.
8. Liapi-Adamidou G, Tsoia M, Magiakou AM, et al. Cat - scratch disease in two siblings presenting as an acute gastroenteritis. *Scand J Infect Dis* 2000;32:317-9.

Um caso inesquecível

A menina das pernas azuis...



Era mais um dia de banco, que se adivinhava de algum trabalho. Depois de já ter consultado algumas crianças com variados problemas médicos, todos eles não urgentes, chamo a Custódia, uma menina de 12 anos, com óptimo aspecto, mais alta que a mãe.

Então o que é que tens Custódia?

A mãe apressa-se a responder: desde há três dias que tem as pernas cheias de manchas escuras. Já fomos ao médico de família que lhe fez aquele exame ao coração (um electrocardiograma) mas estava normal. Disse-nos que devia ser circulação. Viemos aqui ao banco há dois dias. Foi vista por dois médicos, um deles, pediatra. Fez análises. Disseram-nos que devia ser circulação, e para voltarmos se não melhorasse. Mas ela continua com as pernas cheias de manchas e estou muito preocupada. No primeiro dia também teve manchas nas costas.

Mandei a Custódia tirar as calças e as meias e fui rapidamente à secretaria pedir se me arranjavam a cópia da ficha anterior e as análises.

Com a Custódia despida e confortavelmente deitada na marquesa, sem ar de doente, verifico que os membros inferiores apresentam uma cor azulada escura, sobretudo na face anterior dos joelhos e coxas. Mas que cor esquisita... Faz-me lembrar a cor com que ficam os pés quando calçamos sapatos que largam tinta. Não andaste a pôr nada nas pernas? Não nada... Mesmo antes de fazer outras observações vou buscar um pouco de algodão com álcool e esfrego sem muita força um dos joelhos, e lá está! O algodão não engana... todo azul. Então digo para a mãe: isto é tinta das calças. São novas? A mãe, nada convencida anuiu, mas foi dizendo: ela já pôs outras calças que eram castanhas, e já tomou banho. Quis mostrar-me as costas, na zona da cintura, onde também tinha tido manchas, e que agora já estavam limpas. Precisei de repetir a manobra de limpeza para a mãe se convencer que aquela cor era de facto devida à tinta das calças. Para a tranquilizar tive de completar o exame físico que era normal.

- Agora em casa, terá de a limpar com algodão e álcool e depois aplicar um creme hidratante, se não fica mas é com as pernas vermelhas. Por fim, rendidas à evidência mãe e filha lá se foram embora, não sem antes eu ter chamado um colega do internato geral para o espantar com este caso. Consultei depois as notas dos colegas que a tinham observado anteriormente.

Na triagem: membros inferiores com discromia, sufusão hemorrágica? Fez hemograma, glicemia e provas de coagulação. Vindos os resultados, todos normais, é observada pelo pediatra que diagnostica reacção vasomotora. É enviada para casa, devendo voltar se não melhorar, o que a mãe fez.

Vá lá, deu comigo que já tinha muitas vezes visto os pés dos meus filhos manchados pela cor dos sapatos.



Infecção estreptocócica peri-anal. A propósito de um surto comunitário, outras informações úteis!

A infecção estreptocócica peri-anal, descrita pela primeira vez em 1966, é agora melhor conhecida dos pediatras.

A apresentação clássica é a de um eritema com exsudação peri-anal, bem delimitado, com dor rectal (à emissão de fezes, por vezes com retenção secundária das mesmas e fissuras anais secundárias) e fezes por vezes raiadas de sangue. Pode ocorrer um corrimento purulento anal. Não há febre nem sinais sistémicos.

O que era menos conhecida era a possibilidade de uma infecção simultânea de várias crianças (neste estudo 12, das quais 6 frequentavam o mesmo infantário). A idade média era de 6 anos. Em 3 casos a Penicilina oral (2 x dia, 10 dias) não foi suficiente e nestes não houve recorrência após tratamento com um macrólido (7 dias).

De notar que, segundo os autores, esta situação clínica era desconhecida da maior parte dos médicos de Clínica Geral que contactaram as crianças, tendo sido evocados diagnósticos de candidíase perineal e infestação por vermes intestinais.

Community outbreak of perineal group A streptococcal infection in Denmark. Pettersson JP, Kaltoft M, Misfeldt J C et al. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:105-9.

Doença da arranhadela do gato ocorrendo simultaneamente em 3 irmãos!

É raro encontrarem-se referências a uma infecção simultânea de vários familiares pela *Bartonella henselae*. Mas, claro, se todos brincam com os mesmos gatos!...

Neste artigo foram afectados 3 irmãos: um de 8 anos (adenopatia supraclavicular e febre), outro de 11 anos (3 semanas de febre elevada diária, com arrepios, sem adenopatias nem organomegália) e o último, de 13 anos (febre com mais de 2 semanas e adenopatias). A terapêutica consistiu em Rifampicina, 10 mg/kg/24 h, em 2 tomas, durante 10 dias.

Cat-scratch disease occurring in three siblings simultaneously. Gonzalez BE; Correa AG, Kaplan SL et al. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:467-9.

Diminuição persistente do número de episódios agudos de asma na comunidade, ao longo da última década.

Com base nos registos – considerados de qualidade – levados a cabo nas últimas décadas por médicos "sentinela" de Clínica Geral, em Inglaterra e País de Gales, verificou-se um aumento de episódios agudos entre 1980 e 1993 e desde este último ano um decréscimo acentuado até 1999 e uma estabilização posterior, até 2002.

A análise por grupos etários pediátricos – dos 0 aos 4 anos e dos 5 aos 14 anos – revela curvas com perfis semelhantes.

O declínio verificou-se em todas as regiões abrangidas pela colheita de dados, ocorreu uniformemente nas diversas estações do ano e atingiu de igual modo ambos os sexos.

A análise mais detalhada permitiu verificar que não houve transferência de diagnósticos (pieira, bronquite asmatiforme) e que os factos não foram devidos a melhoria na condução terapêutica dos casos previamente diagnosticados de asma.

No mesmo período de tempo assistiu-se também a um declínio de todas as infecções respiratórias.

Não foi possível encontrar razões objectivas para a diminuição persistente do número de episódios agudos de asma.

O que se passará entre nós?!

Sunderland RS, Flemming DM. Continuing decline in acute asthma episodes in the community.

Arch Dis Child 2004;89:282-5.

Tratamento farmacológico da Bronquiolite: utilização de adrenalina, broncodilatadores, corticóides e ribavirina. O ponto da situação através de uma revisão sistemática, em 2004.

Utilizando as bases de dados da Medline e Cochrane foram tidos em conta todas as referências publicadas até Novembro de 2002 e ainda dois artigos sobre a utilização de adrenalina, já publicados depois daquela data.

Em relação à nebulização com Adrenalina ela foi comparada com placebo e salbutamol/albuteraol em oito estudos e 660 crianças. Pouca evidência favorece a utilização de adrenalina e a maior parte dos efeitos seriam de curta duração. Dos cinco trabalhos em que foi estudada a duração da hospitalização em apenas dois houve algum benefício. Em cinco referências foram estudadas as evoluções de alguns parâmetros clínicos e três mostraram melhores resultados imediatos por comparação com salbutamol ou placebo mas os efeitos não se repercutiam às 24 ou 36 h de evolução. Em relação aos efeitos sobre a saturação de O₂ nada se pode concluir. Seis trabalhos referem efeitos adversos: palpitações de curta duração (2) e taquicardia (4).

Sobre os broncodilatadores beta2 agonistas (salbutamol, albuterol) foram incluídos treze

estudos com um total de 956 doentes, sendo a comparação feita com soro fisiológico ou brometo de ipatropium. Em sete ensaios não se verificou benefício em relação à necessidade de hospitalizações ou à duração das mesmas.

A nebulização tanto pode provocar agravamentos de parâmetros clínicos (taquicardia) ou diminuição temporária da saturação da hemoglobina como melhoria no curto termo (até 60 min.).

A utilização de broncodilatadores anticolinérgicos (brometo de ipatropium) foi testada em nebulização associado ao salbutamol e comparado com placebo ou com o fármaco isolado. Não se verificaram vantagens na duração da hospitalização ou na alteração de parâmetros clínicos ou da saturação da hemoglobina.

Em relação aos corticóides, foram analisados cinco estudos referentes à utilização da via oral, dois de via parenteral e seis sobre a via inalatória.

A prednisona ou a dexametasona por via oral foram comparadas com placebo. Não foi possível tirar conclusões sobre a frequência ou duração de hospitalização. Quando os corticóides foram associados a albuterol e o grupo comparado com placebo mais albuterol não foi possível identificar benefícios clínicos para além de dois dias. O follow-up de 5 anos não revelou nenhum benefício da prednisona no evitar de episódios de pieira (por comparação com placebo).

Os dois estudos sobre a via parenteral utilizaram dexametasona versus placebo. Em nenhum se verificou vantagem quer na duração da hospitalização quer no tempo de resolução dos sintomas. Cinco dos estudos inalatórios utilizaram o budesonido e um outro propionato de fluticasona. Os trabalhos sobre o budesonido são contraditórios. Num deles houve diminuição da utilização de terapêutica inalatória dois anos após o início do estudo nos doentes a quem foi prescrito inicialmente o fármaco durante 2 meses (por comparação com um tratamento de 7 dias). Dois destes estudos revelaram um agravamento dos sintomas (pieira, tosse) e um aumento das admissões hospitalares a longo termo (6 meses a 1 ano). Verificou-se candidíase oral em 2 crianças no grupo da fluticasona.

Em relação à Ribavirina os dez estudos são de pouca qualidade. Cinco referem-se à eventual repercussão no número de dias de hospitalização, evolução clínica e duração de doença. E em quatro destes trabalhos a ribavirina não se distingue do placebo. Em seis dos dez trabalhos são analisados sintomas clínicos e as conclusões, por comparação com placebo, são contraditórias. A análise dos eventuais benefícios a longo termo revela também dados não esclarecedores.

Em conclusão, não foi encontrada evidência substancial e convincente que sugira que estes fármacos utilizados na Bronquiolite melhorem a evolução clínica. E alguns podem piorá-la.

King VJ, Viswanathan M, Bordley C et al. Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children.

A systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:127-137.

A Primavera

A Primavera começou no dia 21 de Março de 2004. Na Primavera as folhas começam a ficar com flor e o jardim a ficar colorido. Na Primavera as cegonhas vêm de África para Portugal porque na África está muito frio e em Portugal está muito calor. As pessoas na Primavera têm de ir trabalhar com roupas frescas. As crianças para a escola têm de ir bem equipadas. E na escola as crianças transpiram muito e começam a sentir-se mal.

Marina, 12 anos
Serviço de Medicina

