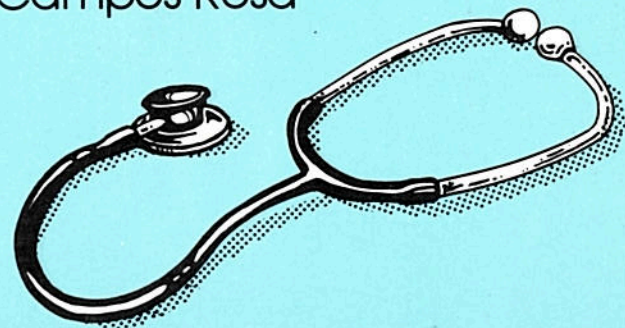


Prática de Consultório Pediátrico

José Luiz B. Pitrez
Humberto A. Campos Rosa



INTERAMERICANA

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

P76m Pitrez, José Luiz B.
Prática de consultório pediátrico / José Luiz B.
Pitrez, Humberto A. Campos Rosa. – Rio de Janeiro : Ed. Interamericana, 1983.

ISBN 85-201-0204-2

1. Crianças – Doenças 2. Prática pediátrica
I. Rosa, Humberto A. Campos II. Título

83-0133

CDD – 618.92
CDU – 616-053.2

Prática de Consultório Pediátrico

ISBN 85-201-0204-2

Copyright ©1983 by Editora Interamericana Ltda.

*Este livro não pode ser reproduzido, total ou parcialmente,
sem autorização escrita do editor*

Direitos exclusivos para a Editora Interamericana Ltda.
Rua Coronel Cabrita, 8 – Rio de Janeiro – RJ

Impresso no Brasil – Printed in Brazil

Prefácio

Quando tentamos, simbolicamente, medir a validação dos conhecimentos humanos, desde seus primórdios até a atualidade, usando como parâmetro a circunferência terrestre, notamos que o progresso registrado no último metro da medida proposta é maior do que os obtidos até então.

Focalizando a área médica, poderíamos também afirmar que, se tentássemos colocar nas 24 horas de um dia o incremento da tecnologia aplicada à saúde, o último quinto de segundo registraria maior gama de novas aquisições do que as conseguidas no restante do tempo proposto.

Realmente, a velocidade do progresso na área da cibernética assombra e, diuturnamente, mostra quão incomensurável poderá ser o seu uso em medicina.

Entretanto, paralelamente ao uso e eventual abuso das vantagens do tecnicismo, aparece, cada vez com mais força, a verdade de que, por mais sofisticada que seja a infra-estrutura proposta, o HOMEM é imprescindível para a sua execução.

Mesmo as informações obtidas de estruturas rígidas exigem a inteligência humana para o bom julgamento do elastério dos resultados obtidos.

No momento em que nos propomos a atender e entender o homem como ser vivo que é, portador de alma e sentimento, capaz de amar e de sofrer, começamos a sentir a insuficiência da parafernália colocada à disposição dos médicos nos dias de hoje.

O *anima nobile* exige, para seu entendimento, ser tratado por seu semelhante.

A contundência da verdade proposta é tão maior quanto mais nos voltamos para o atendimento do paciente em pé.

Vômitos

Introdução. O vômito é um sintoma muito pouco entendido devido a sua multiplicidade de causas, mecanismos fisiopatológicos e apresentações clínicas. Por isso, é freqüentemente avaliado e tratado de modo intempestivo e, sobretudo, com desnecessária agressividade. O manejo da criança com vômitos deve seguir uma abordagem racional e abrangente. As seguintes idéias fundamentais, recolhidas de vários autores^{3, 4, 6, 7, 8, 11, 15, 18} visam a embasar tal orientação lógica:

1. O vômito é um dos problemas pediátricos *mais comuns*.
2. Deve ser sempre encarado como um *sintoma*; o foco primário de atenção deve ser a *determinação e a correção da causa*.
3. Pode refletir distúrbios primariamente físicos (locais ou generalizados) ou psicossomáticos. Sua classificação por etiologia ou mecanismo é bastante difícil.
4. Associa-se *quase sempre a doença aguda e autolimitada*, geralmente infecções gastrintestinais ou respiratórias.
5. Pode refletir um distúrbio puramente emocional. Durante toda a infância, o tubo digestivo é o “*órgão-alvo*” psicossomático, reagindo ao estresse de modos variáveis, segundo a idade; o vômito aparece com freqüência elevada no primeiro ano de vida, entre três e oito anos e em meninas adolescentes. *O enfoque da dinâmica psicossocial do lar é indispensável à abordagem de qualquer criança que vomita.*
6. Pode refletir doença orgânica séria e ser a primeira indicação de uma emergência. Os principais *sinais de alarme são*:
 - Persistência dos vômitos
 - Curva ponderal estacionária ou descendente

- Presença de bile no vômito (associada a obstrução ou sepsis, até prova em contrário)
- Distensão abdominal e/ou peristaltismo visível
- Presença de sangue no vômito
- Quadro clínico de desidratação

7. Qualquer um dos *sinais de alarme* citados exige uma *avaliação mais completa* (ver “Avaliação Clínica”, adiante), que inclua no mínimo um *exame clínico repetido* e se oriente pela *impressão diagnóstica inicial*, evitando submeter a criança a procedimentos desnecessários e/ou dispendiosos (ou agressivos).

8. O vômito deve ser diferenciado da *regurgitação*, especialmente no primeiro ano de vida. O vômito verdadeiro é a expulsão violenta do conteúdo gástrico pela boca ou nariz, freqüentemente precedida por hipersalivação, náusea e arcadas. Regurgitação é a expulsão de pequena quantidade de conteúdo gástrico ou esofágico, sem aumento marcante da pressão intra-abdominal, freqüentemente associada à eructação e geralmente não precedida de náusea.

9. A regurgitação, embora comumente vista como menos significativa que o vômito, pode ter conseqüências sérias (esofagite, pneumonia de aspiração).

10. O tratamento de episódios de vômitos com *medidas dietéticas* é geralmente eficaz. Raramente há indicação para drogas antieméticas, que são mais eficazes na profilaxia do que no tratamento dos vômitos.

Avaliação Clínica. A avaliação clínica da criança que vomita precisa ser meticulosa e racional, a fim de que a idéia de benignidade do vômito na infância não encubra sinais de alarme de doenças sérias ou evidências de complicações.

Os dados de anamnese são esclarecedores, mas têm certas reservas. Não há nenhum estudo clínico controlado do vômito nas diversas doenças, carecendo de comprovação científica idéias generalizadas, tais como a de que o vômito em jato sem náusea é característico de hipertensão endocraniana. Contudo, é importante obter os seguintes dados: *história de perda de peso, duração dos vômitos, sua relação com as refeições, conteúdo do vômito* (especialmente presença de sangue, bile ou pus) e a ocorrência de *vômito com odor fecal*.

Os dados do exame físico são mais específicos, contribuindo de modo mais definido para a impressão diagnóstica. São achados importantes: *sinais de desnutrição ou desidratação, sinais sugestivos de doença generalizada, distensão abdominal, ausência de ruídos hidro-*

aéreos, massa abdominal, peristaltismo intestinal visível, icterícia, cicatriz de cirurgia abdominal, evidência de doença cardiovascular.

Ao iniciar o exame clínico, é fundamental ter em mente: (a) as dez idéias fundamentais citadas acima; (b) as principais causas de vômito (ver Quadro 11) e (c) a noção de que *a idade da criança é o elemento primário para dirigir a impressão diagnóstica*. Assim, a atenção deve estar sempre voltada para as principais causas nas diversas faixas etárias. A seguir, alguns aspectos relevantes do sintoma vômito visto sob esse prisma.

Recém-Nascido

O recém-nascido vomita com muita frequência, mas geralmente trata-se de regurgitação secundária a *alimentação excessiva* ou *eructação inadequada* do ar deglutido. Vômito persistente, sem evidência de infecção, sugere *malformação congênita* (mais frequentemente obstrução a nível de esôfago ou intestino), *erro inato do metabolismo* ou *hipertensão endocraniana* (secundária a hidrocefalia ou hemorragia subdural). Na ausência de dados clínicos que sugiram uma etiologia, é prudente avaliar as três possibilidades simultaneamente. O Rx simples de abdome em posição ortostática geralmente localiza a obstrução, mas o estudo contrastado pode ser necessário, principalmente para o diagnóstico de volvo, fístulas, megacolo e hérnia de hiato. *A estenose hipertrófica do piloro*, cujo quadro clínico característico não se estabelece antes da terceira semana, pode manifestar-se a qualquer tempo no período neonatal.

Lactente

A regurgitação persistente é freqüente em certos lactentes bem nutridos e ativos, que tendem a exacerbar o sintoma quando excitados ou em ambientes emocionalmente carregados. Raramente se acha um fator causal, e a regurgitação tende a desaparecer espontaneamente até o segundo ano de vida. Tal situação é benigna e só se justifica uma investigação complementar em presença de déficit de crescimento ou na tentativa de controlar pais excessivamente ansiosos. Contudo, em vista do risco de esofagite péptica, algumas medidas devem ser tomadas (ver "Manejo", adiante).

A intussuscepção é a causa mais séria de vômito no lactente, devendo-se atentar para a presença de massa abdominal palpável e/ou fezes sangüinolentas.

O vômito psicogênico é comum no primeiro ano de vida. Em casos suspeitos, devem ser buscadas evidências claras de problema psicossocial na família e afastadas as possibilidades de etiologia orgânica.

A ruminação, um distúrbio psiquiátrico sério em que o lactente provoca a regurgitação, mastigando e deglutindo várias vezes o mesmo alimento, pode ser de difícil diagnóstico, exigindo observação cuidadosa da criança.

Criança Maior

Os vômitos da criança maior são mais facilmente associados a *infecções agudas de trato digestivo, respiratório ou urinário*.

Apendicite aguda é uma das causas importantes de vômito nessa faixa etária, geralmente acompanhado de dor abdominal e febre. A presença de diarreia pode levar a um diagnóstico errôneo de gastroenterite.

A síndrome dos "vômitos cíclicos", caracterizada por episódios recorrentes de vômitos severos, freqüentemente acompanhados de cefaléia e dor abdominal, aparece entre os seis anos e a puberdade, podendo criar confusão diagnóstica devido à severidade das crises, mas as investigações são usualmente inconclusivas. Suas causas ainda são desconhecidas, havendo alguma correlação com epilepsia e enxaqueca.

O vômito psicogênico volta a ter incidência aumentada na puberdade, especialmente em meninas. Costuma ocorrer logo depois das refeições e pode ser evitado, raramente acontecendo em público. Freqüentemente, o vômito é causado pela inserção proposital dos dedos na garganta. O diagnóstico de vômito psicogênico pressupõe que se afastem com segurança as causas orgânicas, o que deve ser feito simultaneamente com a avaliação psicológica.

Manejo

Medidas Gerais

O vômito deve ser sempre visto como um *sintoma*. Assim, quaisquer medidas terapêuticas devem levar em conta a provável *causa*, bem como o estado geral da criança, seus antecedentes médicos, o ambiente psicossocial e outros fatores pertinentes.

Uma vez que o episódio típico de vômito é autolimitado, com poucas horas de duração e geralmente causado por processo infeccioso pouco significativo, o *tratamento conservador* está indicado e é eficaz na maioria dos casos. A primeira medida é a *suspensão da ingestão de qualquer alimento* por um período breve (três horas para lactentes e até seis horas para crianças maiores). Em casos de vômito pouco intenso, a simples redução da ingestão de alimentos é suficiente. A pausa alimentar é seguida pela *oferta de líquidos*, de preferência com concentração alta de açúcar, em quantidade suficiente para manter um estado adequado de hidratação. Lactentes podem necessitar até de um regime de uma a duas colheres das de chá de líquido a cada vinte minutos. Nessa faixa etária, recomenda-se o uso de uma solução glicosalina (Pedialyte, Hidrax diluído etc.). Crianças maiores podem receber sucos, gelatina dissolvida em água ou refrigerantes sem gás (bebidas carbonadas podem aumentar os vômitos). Líquidos com osmolaridade alta, com triglicerídios de cadeia longa e drogas anticolinérgicas prolongam o esvaziamento gástrico e devem ser evitados. Líquidos na temperatura ambiente são melhor tolerados. Não devem ser prescritas doses orais de antibióticos, aspirina ou qualquer droga potencialmente irritativa até que o vômito seja controlado. Do mesmo modo, devem ser evitados alimentos irritantes da mucosa gástrica, como chocolate e comidas condimentadas, no período de recuperação. A dieta líquida deve ser mantida até cerca de oito horas depois do último episódio de vômito, embora os volumes ingeridos possam ser aumentados gradativamente. Para que essa orientação seja seguida, é *fundamental que se explique à mãe, paciente e insistentemente, a natureza do vômito e os inconvenientes do uso de drogas*.

O manejo do vômito habitual do lactente consiste em oferecer alimentos mais sólidos ou concentrados, em menores volumes e com maior frequência. A criança deve ser colocada em posição semi-sentada (bebê-conforto) por cerca de 60 minutos depois das refeições e, se necessário, durante o dia todo. A persistência dos sintomas além dos 12 meses de idade indica investigação. Evidências radiológicas ou endoscópicas de esofagite indicam a necessidade de intervenção cirúrgica.

Antieméticos

O uso de antieméticos justifica-se *somente quando não há medidas terapêuticas alternativas, quando falham as medidas gerais*

Quadro 11. Causas de Vômito

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. <i>Tóxicas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Doenças febris agudas (princ. GI virosa, otite, pneumonia, IU) b. Intoxicações – Drogas c. Toxinas bacterianas (princ. estafilococo em cont. alimentar) d. Metabólitos anormais ou em excesso (coma hepático, ceptoacidose diabética, insuf. renal, insuf. adrenal, hipertireoidismo, hipo ou hiperparatireoidismo, acidose tubular renal, síndrome de Reye, hipoglicemia, erro inato do metabolismo) |
| 2. <i>Reflexas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Irritação visceral (úlceras pépticas, gastroenterite, apendicite, pancreatite, hepatite, lesões traumáticas, trombose de artéria mesentérica, pielonefrite, glomerulonefrite, inflamação pélvica) b. Doença celíaca c. Alergia alimentar, intolerância à proteína do leite de vaca, gastroenterite eosinofílica, def. de dissacarídeos d. Gota pós-nasal ou deglutição de outras secreções e. Fumo f. Ingestão de álcool g. Corpo estranho ingerido h. Distúrbios gastrintestinais funcionais (aerofagia, espasmo piloroduodenal, constipação) i. Ingestão forçada de alimento |
| 3. <i>Psicogênicas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Reações emocionais circunstanciais b. Reações neuróticas c. Psicoses |
| 4. <i>Neurogênicas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Cinetose b. Traumatismo do SNC c. Tumor cerebral d. Hidrocefalia e. Hemorragia intracraniana f. Meningite g. Dor – choque |
| 5. <i>Mecânicas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Disfunção gastresofágica (calásia) b. Tosse intensa c. Obstrução intestinal <p style="margin-left: 20px;">Congênita: atresia-estenose, duplicação, volvo, hérnia diafragmática, Hirschsprung, íleo meconial, rolha meconial, ânus imperfurado.</p> <p style="margin-left: 20px;">Adquirida: intussuscepção, íleo paralítico, compressão extrínseca, obstrução por <i>Ascaris</i>.</p> |

Quadro 12. *Drogas Antieméticas*

| Droga | Local de ação | Dose | Apresentações | Reações adversas e precauções |
|------------------------|---|--|--|---|
| <i>Dimenidrinato</i> | Labirinto Zona quimiorreceptora? | VO/IM: 5 mg/kg/dia – 4 doses | “Dramin B 6” Ampolas (1 ml): 50 mg/ml Gotas: 25 mg/ml (1 gt = 1 mg) Comprimidos: 50 mg | Tontura, visão borrada, secura da boca, retenção urinária, anorexia. |
| <i>Difenidol</i> | Aparelho vestibular Zona quimiorreceptora? | VO: 5 mg/kg/dia – 4 doses IM: 3 mg/kg/dia – 4 doses | “Vontrol” Ampolas (2 ml): 20 mg/ml Suspensão: 20 mg/5 ml Comprimidos: 25 mg | Não usar abaixo de 6 meses! Tonturas, secura da boca, alucinações, confusão, icterícia. |
| <i>Metoclopramida</i> | Zona quimiorreceptora Rec. periféricos | VO/IM/Retal: 0,5 a 1,0 mg/kg/dia – 4 doses | “Plasil”, “Eucil” Gotas: 4 mg/ml (1 mg = 6 gts) Solução: 5 mg/5 ml Comprimidos: 10 mg Ampolas (2 ml): 5 mg/ml Supos. ped. (Eucil): 5 mg Supos. adulto (Eucil): 10 mg | Reações extrapiramidais. |
| <i>Clorpromazina</i> | Zona quimiorreceptora Centro do vômito | VO/IM: 2 mg/kg/dia – 4 doses | “Amplictil” Ampolas (5 ml): 5 mg/ml Gotas: 40 mg/ml (1 gt = 1 mg) Comprimidos: 25 e 100 mg | Tontura, hipotensão, congestão nasal, icterícia, efeitos anticolinérgicos, síntomas extrapiramidais. |
| <i>Levomopromazina</i> | Zona quimiorreceptora Centro do vômito | VO/IM: 0,5 mg/kg/dia – 3 doses | “Neozine” Ampolas (5 ml): 5 mg/ml Gotas ped: 10 mg/ml Gotas ad: 40 mg/ml (1 gt = 1 mg) Comprimidos: 5, 25 e 100 mg | Tontura, hipotensão, congestão nasal, icterícia, efeitos anticolinérgicos, síntomas extrapiramidais. |
| <i>Metopimazina</i> | Zona quimiorreceptora Centro do vômito | VO/IM/Retal: 0,5 a 1,0 mg/kg/dia – 3 doses | “Vogalene” Ampolas (1 ml): 10 mg/ml Gotas ped: 4 mg/ml (0,1 mg/gt) Solução: 10 mg/10 ml Comprimidos: 2,5 mg Supositórios: 5 mg | Sonolência, reações extrapiramidais. |

descritas acima e *quando os benefícios sobrepujarem os riscos* de reações adversas ou de mascarar condições subjacentes mais sérias.

Todos os antieméticos são, em geral, mais eficazes para a profilaxia do que para o tratamento dos vômitos. Doses orais são mais indicadas na profilaxia; supositórios ou formas parenterais são preferíveis para o tratamento. De um modo geral, o uso de antieméticos deve ser evitado em lactentes.

As fenotiazinas são os antieméticos mais eficazes. Entretanto, em vista de sua toxicidade, só devem ser prescritas quando o vômito não pode ser controlado por outras drogas ou quando se presume não serem necessárias mais do que poucas doses. A maioria dos autores prefere começar o tratamento com o dimenidrinato, o difenidol ou a metoclopramida, cuja eficácia é definida e os efeitos colaterais são mínimos. O Quadro 12 apresenta informações sobre os principais antieméticos disponíveis em nosso meio.

BIBLIOGRAFIA

1. AMA Dep. of Drugs: AMA Drug Evaluations, 3rd. ed. Littleton, PSG Publishing Co., 1977. Ch. 78, p. 1090.
2. ANDERSON, W. Antinauseant Drugs in the Treatment of Epidemic or Virus Gastritis? *Pediatrics* 46:319, 1970.
3. APLEY, J. Psychosomatic Aspects of Gastrointestinal Problems in Children. *Clinics in Gastroenterology* 6:311, 1977.
4. BARBERO, G. Gastrointestinal Symptomatology. In: VAUGHAN, V. e McKAY, R. *Textbook of Pediatrics*, 10th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1975, Chapter 11, p. 809.
5. BEHRMAN, R. Disturbances of the Digestive System. In: VAUGHAN, V. et alii. *Textbook of Pediatrics*, 11th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1979, Chapter 7:45, p. 440.
6. FELDMAN, M. e FORDTRAN, J. Vomiting. In: SLEISENGER, M. e FORDTRAN, J. *Gastrointestinal Disease*, 2nd. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1978, Chapter 10, p. 200.
7. FITZGERALD, J. Vomiting. In: GREEN, M. e HAGGERTY, R. *Ambulatory Pediatrics II*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1977. Chapter 7, p. 110.
8. HAMILTON, R. Major Manifestations of Digestive Tract Disease. In: VAUGHAN, V. et alii. *Textbook of Pediatrics*, 11th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1979. Chapter 11:19, p. 1035.
9. HOYT, C. e STICKLER, G. A. Study of 44 Children with the Syndrome of Recurrent (Cyclic) Vomiting. *Pediatrics* 25:775, 1960.
10. LARBRE, F. Rapport d'Expertise ou Intérêt de la Métopimazine en Pédiatrie. *Cahiers Médicaux Lyonnais* 47:1431, 1971.
11. LIPSCHUTZ, A. e FISCHER, C. Diphenidol - A New Antiemetic, *Clin. Pediat.* 6:298, 1967.

12. MEDICAL LETTER, Drugs for Relief of Nausea and Vomiting. 16:46, 1974.
13. PINDER, R. et alii. Metoclopramide: A Review of its Pharmacological Properties and Clinical Use. *Drugs* 12:81, 1976.
14. PITREZ, J. Roteiro Diagnóstico em Pediatria. In: FIORI, R. et alii. *Prática Pediátrica de Urgência*, 2ª ed., P. Alegre, Artes Médicas, 1979. Capítulo 5, p. 392.
15. ROTH, J. Symptomatology. In: BOCKUS, H. *Gastroenterology*, 3rd. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974. Chapter 5, p. 77.
16. ROY, C. et alii. Symptoms. In: Id. et alii. *Pediatric Gastroenterology*. St. Louis, Mosby, 1975. Chapter 1, p. 3.
17. TOCCALINO, H. et alii. Vomiting and Regurgitation. *Clinics in Gastroenterology* 6:267, 1977.
18. ULSHEN, M. Signs and Symptoms of Gastrointestinal Disease. In: HOEKELMAN, R. et alii. *Principles of Pediatrics*. N. YORK, McGraw-Hill, 1978. Chapter S 1 - D, p. 709.