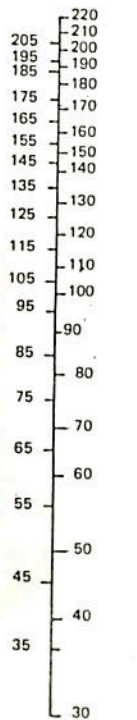
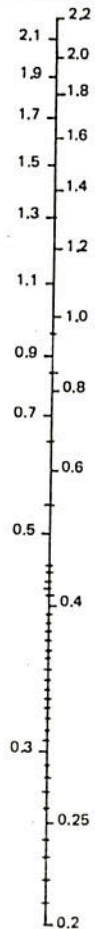


SUPERFÍCIE CORPORAL

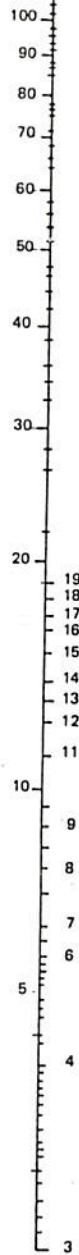
Altura em centímetros



Superfície corporal em metros quadrados



Peso em quilogr.



Prática de Consultório Pediátrico

2ª Edição

FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA
UFRGS HCPA

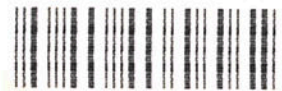
DR. JOSÉ LUIZ B. PITREZ

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da UFRGS; Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da PUCRS; Médico Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

DR. HUMBERTO A. CAMPOS ROSA

Professor Assistente do Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de UFRGS; Médico Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

1988



Bib. Fac. Med. UFRGS

L-1185

Prática de consultório pediátr

MEDSi

Colaboradores

Danilo Blank

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS; Médico Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

— *Vômitos*

Edila Pizzato Salvagni

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS; Médica Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

— *Tabela de drogas*

— *Valores normais de laboratório*

Eliana Trotta

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS; Médica Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

— *Alimentação da criança sadia*

Elza Giuliani

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS; Médica Assistente do Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

— *Drogas e aleitamento materno*

Enio Michelin

Médico Pediatra; Ex-Residente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS.

— *Dor recorrente nos membros inferiores*

Flávio Magajewski

Médico Pediatra; Ex-Residente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS.

— *Criança que "urina na cama"*

INTRODUÇÃO

O vômito é um dos problemas pediátricos *mais comuns*, mas deve ser sempre encarado como um *sintoma*; o importante é determinar e corrigir sua *causa*. Associa-se *quase sempre* a *doença aguda e autolimitada*, geralmente infecções gastrointestinais ou respiratórias, mas pode refletir um distúrbio puramente emocional ou uma doença orgânica séria. Pode ser devido a distúrbios primariamente físicos (locais ou generalizados) ou psicossomáticos; sua classificação por etiologia ou mecanismo é bastante difícil. Justamente por ser um sintoma tão comum que, ao mesmo tempo, traz um grande potencial de *risco subjacente*, o manejo da criança com vômitos deve seguir uma *abordagem racional* e abrangente.

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

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação da criança que vomita precisa ser meticulosa e racional, a fim de que a idéia de benignidade do vômito na infância não encubra

evidências de complicação ou sinais de alarme de doenças sérias. Os principais *sinais de alarme* são: persistência dos vômitos, curva ponderal estacionária ou descendente, presença de bile no vômito (associada à obstrução ou sepsis, até prova em contrário), distensão abdominal e/ou peristaltismo visível, presença de sangue, quadro clínico de desidratação. Qualquer um desses sinais exige uma *avaliação mais completa*, 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.

O *enfoque da dinâmica psicossocial do lar* é indispensável à abordagem de qualquer criança que vomita. Durante toda a infância, o tubo digestivo é o "órgão-alvo" psicossomático, reagindo a estresses de modo variável segundo a idade; o vômito aparece com frequência elevada no primeiro ano de vida, entre três e oito anos e em meninas adolescentes.

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: 1) *situação do vômito no tempo* (agudo ou crônico, frequência, relação com as refeições); 2) *sintomas associados* (febre, perda de peso, dor abdominal, diarreia, cefaléia, palidez, sudorese, etc.); 3) *conteúdo do vômito* (alimento não digerido, sangue, bile, pus, odor fecal); 4) *história dietética*; 5) *uso de medicamentos*.

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

Ao iniciar o exame clínico, é fundamental ter em mente as principais causas de vômito (ver Quadro 15-1) e a noção de que *a idade da criança é o elemento primário para dirigir a impressão diagnóstica*. A seguir, alguns aspectos do sintoma vômito vistos sob esse prisma.

Recém-nascido

O recém-nascido vomita com muita frequência, mas geralmente trata-se de regurgitação secundária à *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 à hidrocefalia ou à hemorragia subdural). Na ausência de dados clínicos que sugiram uma etiologia,

Quadro 15-1. Causas de vômitos

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. <i>Tóxicas:</i> | <ul style="list-style-type: none"> a. Doenças febris agudas (princ. GI viroses, 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 hiperparatiroidismo, 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 disacaridases d. Gota pós-nasal ou deglutição de outras secreções e. Fumo f. Ingestão de álcool g. Corpo estranho ingerido h. Distúrbios gastrointestinais 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 gastroesofágica c. Obstrução intestinal <ul style="list-style-type: none"> Congênita: atresia-estenose, duplicação, volvo, hérnia diafragmática, Hirschsprung, íleo meconial, rolha meconial, ânus imperfurado. Adquirida: intussuscepção, íleo paralítico, compressão extrínseca, obstrução por <i>Ascaris</i>. |

é prudente avaliar as três possibilidades simultaneamente. O raio X simples de abdome em posição ortostática geralmente localiza a obstrução, mas o estudo contrastado pode ser necessário, principalmente para o diagnóstico de volvo, fistulas, megacolo e hérnia de hiato. A *estenose hipertrófica do píloro* é a causa mais frequente de vômito em recém-nascidos.

não se estabelece antes da terceira semana, pode manifestar-se a qualquer tempo no período neonatal.

Lactente

O refluxo gastroesofágico pode ser suficientemente severo a ponto de originar uma consulta médica específica em menos de 0,3% dos lactentes normais, que tendem a exacerbar o sintoma quando excitados ou em ambientes emocionalmente carregados. Tal situação é benigna e cerca de dois terços dos lactentes afetados estarão assintomáticos aos 18 meses; contudo, em vista de um risco não-desprezível de estenose esofágica e morte por aspiração em até 10% dos mesmos, algumas medidas gerais devem ser sempre tomadas (ver "Manejo", adiante). Justifica-se investigação complementar mais invasiva (medida do pH esofágico, raio X, cintilografia, manometria esofágica) apenas nas crianças com problemas significativos, tais como déficit de crescimento, crises de engasgamento e apnéia, pneumonia de aspiração, bronquite crônica, tosse crônica, ou na tentativa de controlar pais excessivamente ansiosos.

A *intussuscepção* é uma das causas mais sérias e urgentes de vômito no lactente, devendo-se atentar para a presença de massa abdominal palpável e/ou fezes sanguinolentas.

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.

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.

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 por 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

O vômito deve ser sempre visto como *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.

O episódio típico de vômitos é autolimitado, com poucas horas de duração e geralmente causado por processo infeccioso pouco significativo; logo, 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 (duas horas para lactentes e até quatro 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 (5 a 10%), em quantidade suficiente para manter um estado adequado de hidratação (os pais devem ser claramente instruídos a respeito do volume hídrico de manutenção e de reposição de eventuais perdas). Lactentes podem necessitar de um regime de até 10 a 15 ml de líquidos a cada vinte minutos. Nessa faixa etária, recomenda-se o uso de uma solução glicosalina hipotônica, uma vez que sucos, gelatina líquida e bebidas carbonadas não fornecem eletrólitos suficientes. O uso de soluções caseiras de açúcar e sal em água também deve ser evitado se possível, em virtude da grande variação de sua composição. Crianças maiores podem receber sucos, gelatina líquida ou refrigerantes sem gás (bebidas carbonadas podem aumentar os vômitos). Líquidos de osmolaridade alta, com triglicerídios de cadeia longa e drogas anticolinérgicas prolongam 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 comidas condimentadas e chocolate, 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 aos pais, de forma paciente e insistente, a natureza do vômito e os inconvenientes do uso de drogas. Também é útil solicitar aos pais que registrem, durante toda a fase aguda, as quantidades de vômitos, de líquidos ingeridos e volume urinário.

O manejo do refluxo gastroesofágico do lactente consiste em oferecer alimentos mais sólidos ou leite "engrossado" com cereais (colocar

Quadro 15-2. Drogas antieméticas

Drogas	Local de ação	Dose	Apresentações	Reações adversas e precauções
Dimenidrinato	Labirinto Zona quimiorreceptora?	VO/IM: 5mg/kg/dia-4 doses	"Dramin B 6" Ampolas (1ml): (50mg/ml) Gotas: 25mg/ml (1gt = 1mg) Comprimidos: 50mg	Tontura, visão borrada secura da boca, retenção urinária, anorexia.
Metoclopramida	Zona quimiorreceptora Rec. periféricos	VO/IM/Retal: 0,5 a 1,0 mg/kg/dia-4 doses	"Plasil", "Eucil Pediátrico" Gotas: 4mg/ml (1mg = 6gts) Solução: 5mg/5ml Comprimidos 10mg Ampolas (2ml): 5mg/ml Supos. ped. (Eucil): 5mg Supositório adulto (Eucil): 10mg	Reações extrapiramidais
Domperidona	Zona quimiorreceptora	VO: 1mg/kg/dia-3 doses	"Motilium" Gotas: 10mg/ml (1mg = 2,5gt) Comprimidos: 10mg	Cólicas abdominais
Clorpromazina	Zona quimiorreceptora Centro do vômito	VO/IM: 2mg/kg/dia-4 doses	"Amplictil" Ampolas (5ml): 5mg/ml Gotas: 40mg/ml (1gt = 1mg) Comprimidos: 25 e 100mg	Tontura, hipotensão congestão nasal, icterícia, efeitos anticolinérgicos, sintomas extrapiramidais
Levomepromazina	Zona quimiorreceptora Centro do vômito	VO/IM: 0,5mg/kg/dia-3 doses	"Neozine" Ampolas (5ml): 5mg/ml Gotas ped: 10mg/ml Gotas ad: 40mg/ml (1gt = 1mg) Comprimidos: 5, 25, 100mg	Tontura, hipotensão Congestão nasal, icterícia, efeitos anticolinérgicos sintomas extrapiramidais
Metopimazina	Zona quimiorreceptora Centro do vômito	VO/IM/Retal: 0,5 a 1,0 mg/kg/dia-3 doses	"Vogalene" Ampolas (1ml): 10mg/ml Gotas ped: 4mg/ml (0,1mg = 1gt) Solução: 10mg/10ml Comprimidos: 2,5mg Supositórios: 5mg	Sonolência, reações extrapiramidais
Difenidol	Aparelho vestibular Zona quimiorreceptora?	VO: 5mg/kg/dia-4 doses	"Vontrol" Comprimidos: 25mg	Tontura, secura da boca, alucinações, confusão, icterícia.

FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA
UFRGS HCPA

uma quantidade de farinha suficiente para que uma colher colocada na mistura se mantenha de pé), além de manter a criança em posição semi-sentada (bebê-conforto com inclinação de 30 graus) depois das refeições e, preferentemente, durante as 24 horas do dia. Alguma melhora dos vômitos tem sido relatada com o uso de metoclopramida antes das refeições. Antiácidos e cimetidina podem ser usados para melhorar a esofagite. Há indicação de intervenção cirúrgica em crianças que não demonstram melhora depois de seis semanas de tratamento conservador intensivo e que apresentam vômito severo, bem como na presença de estenose esofágica e complicações com risco de vida (aspiração, apnéia).

O uso de antieméticos justifica-se somente quando não há medidas terapêuticas alternativas, quando falham as medidas gerais descritas acima e quando os benefícios sobrepujam 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. A maioria dos autores prefere iniciar o tratamento com dimenidrinato, difenidol ou metoclopramida, cuja eficácia é definida e os efeitos colaterais menores. O Quadro 15-2 apresenta informações sobre os principais antieméticos disponíveis em nosso meio.

BIBLIOGRAFIA

1. BOOK, L.: Vomiting and Diarrhea. *Pediatrics*. 74(5-2): 950, 1984.
2. CLARK, J. e FITZGERALD, J. Vomiting. In GRFEN, M. e HAGGERTY, R. *Ambulatory Pediatrics III*. Philadelphia, W.B. Saunders, Cap. 11, Pág. 142, 1984.
3. GREEN, M.: Regurgitation and Vomiting. In *Pediatric Diagnosis*. 3rd. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, Cap. 31, pág. 285, 1980.
4. HERBST, J.: Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux in Children. *Pediatrics in Review*, 5(3):75, 1983.
5. ULSHEN, M.: Signs and Symptoms of Gastrointestinal Disease. In HOEKEL-MAN, et al. *Principles of Pediatrics*. N. York, McGraw-Hill, Cap. SL-D, pág. 709, 1978.

Diarréia aguda

INTRODUÇÃO

Trata-se de uma situação freqüente na patologia infantil. Admite graus variáveis de intensidade. Seu início é mais ou menos súbito e caracteriza-se por *aumento do número de evacuações* e de seus *conteúdos líquidos*. A fase aguda pode durar até duas semanas. Utrapassado este período, mantendo-se o sintoma e a repercussão adversa sobre as condições de nutrição e hidratação da criança (em geral, menores de 3 meses de vida), convencionou-se chamar a situação de síndrome da diarréia protraída, que não será aqui abordada.

A importância *epidemiológica da diarréia aguda* reside nos elevados índices de morbimortalidades gerados por ela através da desidratação aguda e complicações bacterianas supervenientes. As maiores vítimas são os *menores de 1 ano e desnutridos*.

ETIOPATOGENIA

É variada. Muitas vezes podem ser encontrados dois ou mais mecanismos causais num mesmo paciente.

Para conhecimento desses fatores e causas mais comuns em Pediatria, segue abaixo um quadro adaptado de Ogra.

As enteroinfecções constituem-se na etiologia mais freqüente da diarréia na infância. Uma relação das principais está no Quadro 16-1.