

Terapêutica Pediátrica em Ambulatório

Maria Alexandra Costa
Maria da Conceição Lemos
Fernando Durães
José Martins Palminha



Terapêutica Pediátrica em Ambulatório

3.^a edição atualizada

Maria Alexandra Costa
Maria da Conceição Lemos
Fernando Durães
José Martins Palminha †



Lidel – edições técnicas, lda.
www.lidel.pt

Índice Geral

Autores.....	IX
Agradecimentos	XI
Siglas e abreviaturas.....	XIII
Apresentação e justificação.....	XVII
Fundamentos para a utilização de antipiréticos	1
Fundamentos para a utilização de antibióticos – I.....	3
Fundamentos para a utilização de antibióticos – II.....	4
Fundamentos para a utilização de antibióticos – III	7
Aguardar, medicar ou enviar à Urgência?	9
Contactos telefónicos doente/médico	11
A Emergência... ..	13
Escala de observação de lactentes ≤3 meses	15

A

Abcesso dentário.....	18
Abuso sexual	20
Acne juvenil	23
Adenite/adenoideíte	27
Adenoidite	29
Amigdalofaringite aguda	32
Anemia ferropénica	35
Artralgias, artrites, dores ósseas: princípios gerais.....	38
Asma: crise	41

B

Balanite	46
Bronquiolite aguda	48

C

Candidíase oral e do períneo	52
Cefaleias afebris e enxaquecas.....	54

Celulite periorbitária e orbitária.....	56
Conjuntivite aguda/olho vermelho: princípios	58
Conjuntivite neonatal.....	59
Conjuntivite no lactente e na criança.....	62
Contraceção de emergência	65
Convulsão febril	67
Coriza/rinofaringite	69

D

Dermite das fraldas.....	72
Dermite seborreica	73
Diarreia aguda.....	75
Dispositivos inalatórios	78
Doença de Kawasaki	83
Dor abdominal aguda.....	85
Dor abdominal de causa cirúrgica	87

E

Eczema atópico.....	90
Enurese.....	93
Escroto agudo.....	96
Estomatite aftosa recorrente.....	102
Estrófulo.....	104
Exantemas: princípios gerais.....	106

F

Febre	122
Febre escarionodular	125
Fissura anal	127

G

Gengivoestomatite herpética.....	130
----------------------------------	-----

H

Hepatites virais agudas	134
Hordéolo (terçolho) e chalásio	137

I

Impetigo bolhoso.....	140
Infeção urinária	142
Infeções sexualmente transmissíveis	145
Intoxicações agudas: princípios gerais I.....	148
Intoxicações agudas: princípios gerais II.....	151

L

Laringite estridulosa aguda.....	162
----------------------------------	-----

M

Maus-tratos.....	166
Meningites bacterianas e sépsis	168
Mordedura de cão.....	171
Mordedura e arranhadela de gato	173
Mordedura humana	175

O

Obstipação.....	178
Otite externa aguda	184
Otite média aguda.....	186

P

Parasitoses intestinais.....	190
Parotidite aguda	196
Pediculose	198
Piodermite/impetigo	200
Pneumonia	202
Pré-afogamento.....	205
Prevenção da queimadura solar	207
Profilaxia pós-exposição acidental.....	209
Púrpuras.....	212

Q

Quimioprofilaxia dos contactos com meningite	216
Quimioprofilaxia da endocardite bacteriana	219
Quimioprofilaxia das infeções urinárias.....	221

R

Rinite alérgica	224
-----------------------	-----

S

Sarna (escabiose).....	228
Sinovite transitória da anca	230
Sinusite aguda.....	232

T

Tosse.....	236
Tosse coqueluchoide (síndrome Pertussis).....	239

U

Urticária aguda.....	244
----------------------	-----

V

Vacinas	248
Vómitos	253
Vulvovaginites	255
Conselhos sobre aleitamento materno	259
Conselhos sobre aleitamento dietético	263
Conselhos sobre diversificação alimentar	265
Conselhos finais	269
Formulário comercial	270
Intervalo sugerido entre imunoglobulina ou produto sangue e as vacinas VASPR ou vacina antissarampo monovalente.....	282
Contactos úteis	283
Bibliografia.....	288

Autores

Maria Alexandra Costa

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE; Chefe de Equipa de Urgência Hospitalar do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Responsável pela Consulta de Adolescentes do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Assistente Convidada de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Maria da Conceição Lemos

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Chefe de Equipa de Urgência Hospitalar do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE.

Fernando Durães

Foi Chefe de Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Chefe de Equipa de Urgência Hospitalar do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Coordenador da Enfermaria de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE.

José Martins Palminha †

Foi Diretor do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier – CHLO, EPE; Professor Associado Convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Regente da Disciplina de Pro-pedêutico Pediátrico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Apresentação e justificação

1ª edição

Como o próprio nome deixa adivinhar, este livro de bolso destina-se a ser usado em situações estritas de ambulatorio, sendo o seu principal objetivo ajudar, na prática do dia a dia, tanto os médicos de família/generalistas, como os pediatras/generalistas da criança, ambos atualmente responsáveis pela vigilância da saúde infantil e pela orientação dos casos de doença declarada.

As doenças mais comuns da Medicina Infantil ou do Jovem e alguns dos mais importantes sinais ou sintomas requerendo vigilância e terapêutica sintomática ou específica são apresentados por ordem alfabética, sempre sob o mesmo modelo, em quatro minisseções: **“Antes de prescrever, tenha em atenção”**; **“Terapêutica”**; **“Complicações”** (da doença); e **“Note bem”** (notas adicionais, destacando relevantes questões). As outras doenças que, pela sua gravidade, exigem cuidados diferenciados e aquelas que devem ser vigiadas em consultas de referência só terão o desenvolvimento mínimo e indispensável para a indicação dos primeiros gestos terapêuticos, antes de se proceder à transferência da criança para uma instituição hospitalar.

O livro aborda, nos restantes capítulos, assuntos vários, como os do conceito de emergência, escalas de risco, fronteira entre domicílio/hospital, uso de antibióticos e de antipiréticos e regras alimentares. Um formulário comercial relativo aos fármacos indicados no texto e uma lista de números de telefone úteis para apoio ao clínico encontram-se igualmente disponíveis.

A educação permanente a que ambos os grupos profissionais, anteriormente mencionados, se devem obrigar justifica novas ações de formação para tentar unificar linguagens, conceitos, gestos e atitudes terapêuticas racionais. Em última instância, este livro pretende inserir-se no campo da formação contínua.

A recente reestruturação das urgências pediátricas necessita agora, e mais do que nunca, de novos esforços conjuntos e coordenados por parte de todos os que têm como missão, em primeiro lugar, proteger a saúde das crianças. Foi a pensar nestas múltiplas questões que decidimos “deitar mãos à obra”.



J. Martins Palminha

A Emergência...

- A EMERGÊNCIA pode ser interpretada como um acrónimo. Assim:

E – Epiderme;

M – Maus-tratos;

E – Estado da temperatura corporal (febre ou hipotermia);

R – Respiração;

G – Grito (ou qualidade do choro);

E – Estado de hidratação;

N – Natureza do olhar;

C – Consciência;

I – Imunidade;

A – Atividade.

- Se cada letra assume um significado especial, o todo da criança é igualmente fundamental:

- A noção de “criança com mau estado geral”, com “ar tóxico” é demasiado importante e não carece de explicação detalhada;
- Do mesmo modo, “criança sem atividade”, com olhar “vago” ou “expressão de sofrimento” são indicativos de que aquela requer cuidados imediatos e adequados (letras A, N e C);
- A associação de febre com um dos sinais descritos nas alíneas anteriores define também uma situação de EMERGÊNCIA;
- São ainda de valorizar o gemido, o choro gritado (sinal de sofrimento cerebral) e o choro muito débil ou quase ausente;
- O estado de hidratação aprecia-se observando a língua (que traduz o compartimento intracelular) e avaliando a elasticidade da pele (que traduz o compartimento extracelular). Olhos encoados e/ou fontanela deprimida (quando esta está permeável) são sinais semiológicos importantes que devem ser valorizados em conjunto com o estado de consciência (letras E, C e A);
- A letra R lembra respiração. Neste caso, estamos a falar de dispneia: adejo nasal, depressão dos cavados supraclavicular, supraesternal e dos espaços intercostais, dessincronismo respiratório toracoabdominal. A observação restante conduzirá ao diagnóstico de dispneia alta (ou laringea) ou baixa (vias aéreas terminais), associando-se, respetivamente, a estridor laringeo inspiratório ou sibilo expiratório;

Febre

Antes de prescrever, tenha em atenção

- Na prática, define-se febre como a temperatura retal acima de:
 - Axilar $\geq 37,4$ °C;
 - Retal ≥ 38 °C;
 - Timpânica $\geq 37,6$ °C.
- A doença febril é grave, se existir a associação de:
 - Gemido e prostração;
 - Presença de petéquias e/ou lesões purpúrico-equimóticas;
 - Convulsões febris complexas;
 - Palidez, má perfusão, hipotensão.
- Utilize a escala de Yale para avaliação do estado geral e cálculo da probabilidade de se estar perante uma situação grave ou moderadamente grave exigindo vigilância hospitalar.

Escala de Yale (estado geral)

	Normal Pontuação – 1	Alteração moderada Pontuação – 3	Alteração severa Pontuação – 5
Tipo de choro	Forte, com tom normal ou ausência de choro	Choramingando ou soluçando	Fraco ou gemido de alta intensidade
Reação aos estímulos	Chora um pouco e para, ou está satisfeito e não chora	Choro intermitente	Choro contínuo ou respondendo mal aos estímulos
Sono-vigília	Se acordado, mantém-se vígil. Se a dormir e estimulado, acorda facilmente	Olhos semicerrados: acorda com estimulação prolongada	Sonolência profunda ou não acorda
Cor	Rosada	Extremidades pálidas ou acrocianose	Pálida ou cianótica ou marmoreada ou acinzentada
Hidratação	Pele normal, olhos normais e mucosas húmidas	Pele e olhos normais e lábios ligeiramente secos	Turgor diminuído ou prega e mucosas secas e/ou olhos encovados
Resposta a estímulos sociais (fala, sorriso)	Sorri ou atento (≤ 2 meses)	Sorriso discreto ou pouco atento (≤ 2 meses)	Não sorri, triste, ansioso, inexpressivo ou indiferente (≤ 2 meses)

Intoxicações agudas: princípios gerais I

Antes de prescrever, tenha em atenção

- Identificar o tóxico ou o medicamento a que a criança foi exposta.
- Procurar saber a idade e o peso da criança, a quantidade ingerida, o intervalo entre o tempo de exposição e a chegada ao Centro de Saúde ou hospital, e se houve refeição prévia.
- Muitas vezes estes dados não são fornecidos pelos familiares. Deve, contudo, insistir-se sempre, tentando saber quais os medicamentos e os produtos existentes no domicílio.
- Contactar o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) (Telefone: 808 250 143) para conhecer a composição do produto e o modo de atuação.
- O exame objetivo pode orientar o diagnóstico. Alguns grupos de tóxicos e medicamentos têm efeitos específicos sobre o SNC e dão alterações dos sinais vitais. Noutros, o cheiro e a cor da pele são a chave para o diagnóstico.

Bradicardia: Propranolol Etanol Digitálicos	Taquicardia: Anticolinérgicos Anti-histamínicos Teofilina
Hipertermia: Anti-histamínicos Antidepressivos Salicilatos	Hipertensão: Cocaína Teofilina Simpaticomiméticos
Miose: Colinérgicos Opiáceos Organofosforados	Midríase: Anti-histamínicos Antidepressivos Atropina

Meningites bacterianas e sépsis

Antes de prescrever, tenha em atenção

- Os microrganismos mais frequentes são: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* após os 3 meses.
- Com a utilização das vacinas anti-*Haemophilus* tipo B, anti-meningococo (B e C) e antipneumocócica, começou a assistir-se à diminuição dos casos de doença invasiva causados por estas bactérias.
- Sinais de meningite no 1.º ano de vida – gemido, choro de tonalidade aguda, mau estado geral, abaulamento da fontanela anterior e por vezes convulsões. No recém-nascido pode não haver febre.
- Sinais de meningite na criança mais velha – mau estado geral, cefaleias, vômitos e acentuada prostração. É indispensável pesquisar a rigidez da nuca e sinais de Kernig e Brudzinski. Todavia, só a punção lombar, a efetuar em meio hospitalar, com a recolha de líquido cefalorraquidiano, estabelece o diagnóstico.
- Sinais de sépsis – febre, palidez, mau estado geral e eventualmente presença de petéquias e sufusões. Atenção às formas fulminantes da síndrome de Waterhouse-Friderichsen (hemorragia maciça das glândulas suprarrenais). Forte possibilidade de sépsis por meningococo, embora *Haemophilus* a possa causar.
- Formas clínicas causadas por *Neisseria meningitidis*:
 - Meningococemia e meningite;
 - Meningococemia sem meningite;
 - Meningite;
 - Meningococemia complicada por outra localização da infeção.
- Atenção particular a lactentes e crianças entre os 6-24 meses, com febre $>39,4^{\circ}\text{C}$ e contagem de leucócitos <5000 ou $>15\,000/\text{mm}^3$, PCR $>3\text{ mg/dl}$ sem outros sinais clínicos associados – pensar em sépsis (*Pneumococos*, *Haemophilus*) em crianças não vacinadas.

Otite média aguda

Antes de prescrever, tenha em atenção

— IMPORTANTE —

É obrigatório proceder a otoscopia, sem a qual não se estabelece o diagnóstico.

- Há várias formas clínicas de aparecimento da doença:
 - Febre + otalgia, por vezes de carácter pulsátil;
 - Febre isolada;
 - Coriza/rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias;
 - Otorreia, por perfuração timpânica;
 - Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada;
 - Achado otológico, sem outros sinais clínicos.

Terapêutica

Antibioterapia	Posologia	Horário (h)	Adm.	N.º dias	Obs.
1.ª linha: amoxicilina	80-100 mg/kg/dia	8/8	PO	7	—
2.ª linha*: amoxicilina + ácido clavulânico	Formulação 4:1 – 50 mg/kg/dia	8/8	PO	7	Prolongar por mais dias, se otites de repetição
	Formulação 7:1 – 70-90 mg/kg/dia	8/8-12/12	PO	7	—

* No caso de terapêutica recente com amoxicilina ou OMA resistente ou doença mais grave, prolongar tratamento por 10 dias.

- Alternativa, em caso de intolerância oral, falência da terapêutica ou otite média aguda (OMA) recorrentes:

Antibioterapia	Posologia	Horário (h)	Adm.	N.º dias	Obs.
Cefuroxima axetil	30 mg/kg/dia	12/12	PO	7	Prolongar por mais dias, se otites de repetição
Ceftriaxona	50 mg/kg/dia	24/24	IM	3	—

Antes de prescrever, tenha em atenção

- A tosse é um mecanismo de defesa da árvore respiratória, sendo avisadora da presença de substâncias nocivas (secreções, sangue, pus ou corpo estranho) nas vias aéreas.
- Para se poder estabelecer um diagnóstico etiológico correto, é preciso ter em conta os diferentes tipos de tosse:
 - **Aguda** (até 3 semanas), **recorrente ou crónica** (de 3 semanas a 3 meses de modo contínuo ou descontínuo);
 - **Alta** (faringe, laringe, porção alta da traqueia) ou **baixa** (brônquios, bronquíolos e pleura);
 - **Seca** ou **produtiva**;
 - **Noturna** ou **diurna**.
- A tosse alta produz poucas secreções, sendo de início seca.
- A tosse baixa produz abundantes secreções, à exceção dos processos pleurais (tosse seca).
- Várias associações podem estabelecer-se no sentido de obter um diagnóstico:
 - Tosse com febre – infeção da via aérea superior ou inferior;
 - Tosse com pieira – infeção/inflamação da via aérea inferior;
 - Tosse durante ou imediatamente após a refeição – aspiração;
 - Tosse com rouquidão – infeção/inflamação da via aérea superior (laringite);
 - Tosse súbita, sem febre, “a céu aberto” – aspiração.
- Quanto à associação de febre com expetoração:
 - Expetoração mucopurulenta – sugere infeção da via aérea (superior ou inferior);
 - Expetoração ferruginosa com febre – pneumonia a pneumococo (jovem ou adolescente);
 - Expetoração com sangue (expetoração hemoptoica ou hemoptise – diversos diagnósticos a considerar);
 - Expetoração fétida – bronquiectasias (em particular pela manhã; processos crónicos, fibrose quística).

Conselhos sobre diversificação alimentar

● A diversificação inicia-se:

- Entre os **4,5-5** meses – para os lactentes alimentados a leite dietético;
- Aos **6 meses** – para os lactentes com aleitamento materno exclusivo.

● Após o período de lactação puro, há dois outros a considerar:

- Dos 4,5-5-12 meses – introdução gradual de novos alimentos, mantendo-se o leite como alimento principal;
- Depois dos 12 meses – a alimentação começa a aproximar-se do padrão familiar. O leite, embora indispensável, reduz a sua importância;
- Assim, durante o 1.º ano de vida, o leite (humano ou dietético) é o alimento essencial. Todos os outros alimentos têm um papel secundário (ainda que importante), sendo adicionais (*beikost*, em alemão), também denominados *à côté* pelos franceses;
- Ter em conta que o lactente só a partir dos 4,5-5 ou mesmo 6 meses consegue deglutir alimentos sólidos, momento em que começa a desaparecer o reflexo de extrusão (cospe tudo o que lhe colocarem de sólido ou muito espesso no 1/3 anterior da língua).

● 4,5-5 meses:

- Passar, em princípio, do leite dietético 1 para o leite dietético 2 (transição). Não é obrigatório ser nesta idade. Pode esperar-se até aos 12 meses;
- Introduzir uma papa láctea sem glúten, com consistência muito rala. Dar à colher, em princípio, à hora do lanche, substituindo um biberão. Preparar esta papa com água.

● 5-6 meses:

- Mantendo o mesmo regime anterior, introduzir à hora do almoço ou do jantar (apenas 1 refeição/dia) um caldo de legumes:
 - 1 batata, 1 cenoura ou abóbora. Azeite no fim da cozedura (1 colher de chá). Dar à colher, morno.
- A introduzir posteriormente – batata doce, alho francês, alface, agrião;

Terapêutica Pediátrica em Ambulatório

Nesta 3.^a edição, atualizada e aumentada, o leitor encontrará cerca de uma centena de situações frequentes da prática clínica diária, organizadas alfabeticamente. São apresentadas não só as definições e as expressões clínicas das doenças, de modo a fundamentar o diagnóstico diferencial, mas também esquemas posológicos pormenorizados, notas e conselhos, com constantes chamadas de atenção, de forma a orientar para a correta prescrição de terapêuticas.

No final do livro foram ainda incluídas indicações relativas ao aleitamento materno, diversificação alimentar (execução e tempos de introdução de novos alimentos) e escolha de leites dietéticos, bem como um formulário comercial e farmacológico.

Este livro, em formato de bolso, foi concebido para permitir a consulta diária, rápida e precisa, por médicos de medicina geral e familiar, pediatras com atividade em ambulatório, internos do ano comum, internos da especialidade e estudantes dos estágios clínicos das faculdades, entre outros.

Esta 3.^a edição inclui:

- Novos capítulos ("Dispositivos inalatórios", "Infeções sexualmente transmissíveis" e "Vacinas")
- Revisão de terapêutica
- Atualização de conteúdos



ISBN 978-989-752-181-2



9 789897 521812

www.lidel.pt