

ÍNDICE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Pediatría	197 — 225
	227 — 242
Neurología	243 — 249
Otorrinolaringología	251 — 260
Obstetricia	261 — 288
Cardiología	289 — 296
Endocrinología	297 — 314
Ginecología	319 — 354
Radiología	355 — 396

AFECCÕES MAIS FREQUENTES EM AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA E SEUS TRATAMENTOS

NILO AFFONSO MILANO GALVAO *
LUIZ ALBERTO PEREIRA RÊGO **
VITOR ALFREDO STUMPF **
BRENO VEISMAN **
ERNANI MIURA ***

SINOPSE: Análise estatística do atendimento feito no Ambulatório 6 da Santa Casa de Porto Alegre, serviço da Profa. Maria Clara Mariano da Rocha, seguida de orientação frente às patologias de maior incidência.

1. — INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve origem quando, numa tentativa de racionalização do ensino ministrado no setor de Ambulatório da Cadeira de Pediatria e Puericultura, Serviço da Professora Maria Clara Mariano da Rocha, buscamos a informação dos demais instrutores sobre que assuntos necessitavam ser mais objetivamente abordados junto ao aluno. Na opinião de todos, as infecções, os distúrbios do intercâmbio nutritivo, tanto agudos quanto crônicos, as parasitoses intestinais e os problemas de pele constituíam o lugar comum na grande massa das consultas.

Com a intenção de fundamentar com dados concretos a nossa opinião, passamos a realizar uma estatística do serviço. Juntando nossos interesses aos do grupo que nos procurou convidando-nos a contribuir de uma maneira prática e objetiva para a Revista da ATM 70, demos a elaboração final deste trabalho, assim esquematizado:

- a) — Análise estatística dos atendimentos feitos junto ao 5º ano — a cargo de um estudante;
- b) — Conduta terapêutica nas afecções mais frequentes — a cargo de elementos do corpo didático.

* Professor Ass'tente da Cadeira de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da U.F.R.G.S.

** Instrutores Voluntários de Ensino da Cadeira de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da U.F.R.G.S.

*** Doutorando da Faculdade de Medicina da U.F.R.G.S.

2. — *LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DAS AFECÇÕES MAIS FREQUENTES EM AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA*

2.1. — *Considerações*

Este trabalho resulta da revisão estatística dos atendimentos feitos em regime didático-assistencial, nos dias pares da semana, entre 14 e 16 horas, nos meses de abril a novembro (exceto julho) do ano de 1969. Nessas condições foram efetuadas 643 consultas no ambulatório da Cadeira de Pediatria. Caracterizando a relatividade da presente análise estatística, cabe salientar os seguintes elementos:

a) triagem — o encaminhamento direto aos serviços especializados das doenças infecto-contagiosas, dermatológicas e neurológicas contribui p/o falseamento dos dados de incidência;

b) o baixo nível cultural e sócio-econômico dos pacientes e as deficiências de técnica na elaboração do fichário prejudicaram substancialmente o cômputo seletivo de consultas e reconsultas, fazendo com que o autor considerasse todos os atendimentos como de primeira consulta;

c) a deficiente colaboração dos acompanhantes e a concomitância de diversas patologias num mesmo paciente devem também ser consideradas;

d) o fato de não terem sido levados em conta o mês de julho e os meses de verão alerta-nos para a conseqüente lacuna no registro das doenças infecciosas que incidem mais no inverno e das perturbações hidreletrolíticas, mais comuns no verão.

Consignadas, assim, as causas mais importantes de falseamento nesta análise estatística, passamos ao agrupamento da mostra nos diversos setores.

2.2. — *Distribuição quanto ao sexo e aos grupos etários*

<i>Sexo</i>	<i>Nº de Consultas</i>	<i>Lactente</i>	<i>Pré-Escolar</i>	<i>Escolar</i>
Masculino	335 (52,0%)	261 (40,5%)	53 (8,2%)	21 (3,3%)
Feminino	308 (48,0%)	202 (31,5%)	81 (12,6%)	25 (3,3%)
Total de casos	643 (100,0%)	463 (72,0%)	134 (20,8%)	46 (7,2%)

Quanto ao sexo, houve predominância do masculino (na proporção de 4%) que excedeu em 4% o grupo feminino.

No tocante à idade, observamos que 72% das consultas representavam crianças de até 2 anos de idade. Nesta faixa notou-se predominância do sexo masculino (13%).

Crianças em idade pré-escolar ocuparam 20,8% das consultas. Aqui o sexo feminino predomina em cerca de 21%.

Apenas 7,2% das consultas foram de crianças em idade escolar, havendo predominância do sexo feminino, de 9%.

2.3 — Incidência quanto à côr

<i>Distribuição quanto à côr</i>		
	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
Branças	457	71
Pretas	103	16
Mistas	83	13,5
Total	643	100

2.4. — Exames laboratoriais

<i>Exames Laboratoriais</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Exame parasitológico de fezes	64	43,5
Exame comum de urina	23	15,0
Intradermo reação de Mantoux	23	15,0
Hemograma	22	14,5
Bioquímica do sangue	8	5,5
Urocultura com antibiograma	7	5,0
Raios X dos Pulmões	3	2,0
Raios X dos ossos	1	0,5
Total de exames solicitados	151	100,0

Por êste quadro fica evidenciada uma importante deficiência na assistência do serviço de ambulatório. Não obstante a boa vontade do

laboratório da Cadeira de Pediatria, é inegável que sua limitada capacidade de trabalho acarreta restrição na solicitação de exames, valendo-se os instrutores de dados estatísticos e da experiência de cada um para a elaboração diagnóstica dos casos. Um bom número de casos, considerados mais complexos, são hospitalizados para investigação mais profunda. Por outro lado, contribui para o baixo número de exames solicitados a pouca colaboração dos responsáveis pelos pacientes, negando-se a realizar até mesmo os exames prestados gratuitamente.

2.5. — Hospitalização e encaminhamento a serviços especializados

Ambulatório	568	89,0%
Encaminhamento	49	7,0%
Hospitalização	26	4,0%
TOTAL DE CASOS	643	100,0%

<i>Especialidades</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Cirurgia	25	51,0
Otorrinolaringologia	8	16,5
Dermatologia	4	8,3
Ortopedia	4	8,3
Neurologia	3	6,4
Urologia	2	4,2
Oftalmologia — Ginecologia	1	2,2
TOTAL DE CASOS	49	100,0

<i>Serviço</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Serviço de Pediatria Santa Casa	19	73,1
Hospital Santo Antônio	4	15,8
Enfermaria de Nefrologia da Santa Casa (Enfermaria 2)	2	8,0
Instituto de Cardiologia	1	4,0
TOTAL DE CASOS	26	100,0

2.6. — *Sinais e sintomas principais*

Para efeito comparativo, os sinais e sintomas foram agrupados em dois quadros, levando-se em consideração a sua frequência.

<i>Sinais e Sintomas</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Febre	282	45,0
Tosse	269	42,0
Rinite	230	36,0
Diarréia	192	30,0
Vômitos	163	26,0
Inapetência	140	22,0
Lesões dermatológicas	140	22,0
Dificuldade respiratória	70	11,0
Perda de peso	55	8,5
Otalgia	45	7,0
Dor abdominal	40	6,5
Constipação	32	5,0
TOTAL DE CONSULTAS	643	100,0

A febre aparece como o grande sinal de alarme, ocupando quase 50% dos motivos de consulta em nosso ambulatório.

Na grande maioria dos casos, o referido sinal vem acompanhado de coriza, tosse, dificuldade respiratória, diarréia e otalgia.

As lesões dermatológicas ocupam também lugar de destaque, sendo variadas em suas apresentações, indo desde o discreto prurido, eritema até a extensas áreas de erosão, na maioria das vezes impetiginizadas, recobertas por escamas ou crostas, revelando as péssimas condições higiênicas de ambiente de onde provêm.

Ainda como achado de importância figura a dificuldade respiratória, que vai desde a respiração estertorosa até os quadros dramáticos da insuficiência respiratória aguda das crises de asma, broncopneumonia e bronquiolite.

<i>Sinais e Sintomas Menos Freqüentes</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Irritabilidade	20	3,2
Insônia — dor de garganta	13	2,0
Tumor	12	1,8
Edema — Regurgitação — Distensão abdominal	11	1,7
Cefaléia — Melena	8	1,25
Disúria — Sudorese	7	1,1
.....	6	1,0
Epistaxe — Artralgia — Convulsão	4	
Icterícia — Corrimento vaginal	3	0,5
Hipertensão Arterial	2	
TOTAL DE PACIENTES	643	100,0

2.7. — *Diagnósticos e hipóteses*

<i>Diagnósticos e Hipóteses</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Rinofaringites	221	34,5
Síndrome dispéptica	161	25,0
a) erro alimentar	91	13,5
b) verminose	77	11,0
c) infecção intestinal	12	1,8
Laringotraqueobronquite	150	24,0
Desnutrição	95	15,0
Dermatite amoniacal	62	9,5
Desidratação	43	6,5
Otite média	42	6,5
Estomatite	34	5,0
Amigdalite	30	5,0
Impetigo — Infecção Urinária	20	3,2
Broncopneumonia — Fimose	20	3,2
Asma Brônquica — Dermatite Seborreica	18	2,8
Raquitismo — Tuberculose Pulmonar	16	2,5
Prurigo Agudo Infantil — Escabiose	15	2,4
Sarampo — Conjuntivite — Hérnia Umbelical	10	1,7
Obstrução Intestinal — Distúrbio emocional	10	1,7
Anemia — Eczema Micótico — Prematuridade	8	1,25
Avitaminose	7	1,1
Abscesso	4	0,6
Glomerulonefrite Difusa Aguda — Miocardio- patia	3	0,4
TOTAL DE CONSULTAS	643	100,0

2.8. — *Conclusões*

a) Um grande número de pacientes que freqüentam o ambulatório apresenta concomitância de patologias, sendo freqüente a associação de desnutrição, infecção do trato respiratório, quadro dispéptico e lesões dermatológicas;

b) infecção do trato respiratório foi o achado de mais alta incidência. Sua importância se ressalta pela grande possibilidade de complicações graves;

c) segue-se a síndrome dispéptica como patologia de grande incidência. O erro alimentar, as parasitoses intestinais e as infecções do trato digestivo aparecem como causas mais freqüentes. Cabe lembrar que as percentagens aqui apresentadas seriam talvez duplicadas se fôssem considerados os meses mais quentes do ano.

d) A desnutrição, de índice alarmante em pacientes da Santa Casa, figura com o percentual de 15%, visto ser considerada somente a de 2º e 3º grau. A deficiência alimentar e as infecções intercorrentes são as maiores causas de complicações.

e) Dentre as dermatoses, comumente secundárias a outros processos mórbidos, salienta-se a dermatite amoniacal, seborreica, moniliásica e herpética, piodermites, escabiose, prurigo agudo infantil e eczema micótico.

3. — *DROGAS USADAS NO TRATAMENTO DE AFECÇÕES MAIS FREQUENTES*

Pela observação da análise estatística anteriormente apresentada, verificamos serem as infecções, as perturbações do intercâmbio nutritivo, as dermatoses e as parasitoses intestinais as patologias de maior ocorrência.

Nesta segunda parte, apresentaremos o emprêgo de antibióticos e antitérmicos, as drogas usadas no tratamento das afecções de pele e fármacos usados nas parasitoses intestinais.

3.0. — *Antibióticos*

Inicialmente julgamos importante salientar que os conceitos aqui emitidos não representam a palavra final no uso de drogas antibióticas, mas sim uma exposição clara e objetiva na orientação de um serviço.

O fato conhecido, de que todo antibiótico é um tóxico seletivo e que a todo efeito se junta um paraefeito, leva-nos ao raciocínio lógico da necessidade de uma correta elaboração diagnóstica do processo mórbido que venha a formalizar a antibioticoterapia indicada. Tal elabo-

ração simplista nem sempre corresponde a igual facilidade de aplicação. Tão errada quanto ao uso abusivo de antibióticos nos parece a espera da indicação acadêmica, com a evidente exposição a risco de vida. A facilidade com que se instala um processo septicêmico num recém-nascido formaliza indicações que poderiam ser espectantes no adulto. Devemos ter sempre em mente a variante de predominância de agentes etiológicos nos diversos períodos etários. O conhecimento judicioso de tais incidências é de alto valor na escolha de um antibiótico nos casos onde a espera de um diagnóstico laboratorial seria altamente perigosa ao paciente. Assim teremos:

Meningites:

Recém-nascidos - E. coli

Dois meses a 3 anos - Haemophilus

Três anos em diante - Meningococo

Septicemias:

Recém-nascido - E coli
Staphylococcus

Dois meses em diante —
Haemophilus
Streptococcus
Staphylococcus

Pneumonias:

Recém-nascido — Haemophilus
E. coli
Staphylococcus

1ª infância — Staphylococcus
Pneumococcus

Criança maior — Pneumococcus

A absorção errática e imprevisível das drogas administradas por via oral no recém-nascido conduz-nos à preferência pela via parenteral neste período etário.

Quanto à metabolização de drogas nos primeiros dias de vida, cabe lembrar a possível deficiência da capacidade hepática de glicurono-conjugação em relação ao cloranfenicol, do que pode resultar o acúmulo da droga no sôro, levando à «síndrome cinzenta». A deficiência do «clearance» renal no recém-nascido deve ser sempre considerado ao estabelecer os intervalos de administração das drogas.

Na impossibilidade de abordar tôdas as peculiaridades da criança, lembramos a possibilidade da superinfecção e a necessidade da valorização do sítio da infecção quando do cálculo da dose e escolha da droga.

Numa tentativa de maior objetivação aliada ao espírito de síntese, traçaremos algumas normas sob as quais se esteia o serviço, ao fazer uso de antibióticos:

a) o conhecimento judicioso e correto de um pequeno número de fármacos que cubram um bom número de infecções é preferível ao conhecimento superficial de muitos;

b) o cálculo e escolha da droga devem ser precisos e adequados a cada caso. Para tanto, temos sempre em mente a intensidade e gravidade do processo mórbido, o sítio da infecção e a farmacodinâmica da droga a ser usada;

c) sempre que possível, não usamos antibióticos em processos infecciosos de etiologia desconhecida. Temos sempre em mente que febre não se trata com antibiótico;

d) somente fazemos uso da antibioticoterapia profilática quando pretendemos:

d.1) proteger crianças sadias de infecções específicas e que estejam expostas (meningococcemias);

d.2) reduzir o risco de infecções em crianças portadoras de vários tipos de doenças crônicas (cardiopatias congênitas);

d.3) inibir a disseminação de processo infeccioso localizado;

d.4) caso específico da febre reumática;

e) partimos do princípio de que associações pré-fabricadas de antibióticos são inadequadas e na maioria das vezes inoperantes. Associamos antibióticos somente nos seguintes casos:

e.1) tratamento de infecções mistas;

e.2) remoção de bactérias localizadas na superfície;

e.3) retardo no aparecimento da resistência bacteriana;

e.4) aumento da atividade antibacteriana no tratamento das infecções específicas;

e.5) tratamento de infecções graves quando a sua etiologia ainda nos é desconhecida.

Dentro da objetividade deste trabalho, esquematizaremos a seguir o que nos pareceu um mínimo necessário de drogas para combater um máximo de infecções:

3.1. — *PENICILINAS*

PENICILINA G

Sódica — 1,68 mEq
38,7 mg de Na em
cada milhão de U.

Potássica — 1,68 mEq, de
K em cada milhão de U.
Penicilina G Potássica —
FW.

Penicilina G Rhodia
Penaler Pinheiros
Megapem Isa.

Prematuros e RN.

30.000/kg/12 hs.

Crianças maiores

25-100.000/kg/24

Interv. 4-6 horas.

Casos especiais usar doses
maciças, IV, diluída em so-
luções não salinas renova-
das em c/6 hs.

Cuidar a quantidade de Na
ou K administrada.

Última ação terapêutica em Gram po-
sitivos, no mening e no gonococo.
Não age nos estafilococos produtores
de penicilinase. Em prematuros e RN
as reações alérgicas praticamente
inexistem. Em crianças maiores apesar
de presentes, ocorrem 10 vezes menos
que no adulto.

Aumentar as doses em pacientes dia-
béticos.

Cuidar a flebite quando usar I.V.

PROCAINADA

Pre. 300.000

Crt. 100.000

Despasilina Squibb

Escurocilina R.

Lipipen Sarsa

Abbocilina Abbot

Dose: 400.000 em interv.
de 12 ou 24 horas, depen-
dendo da intensidade do
caso.

A ocorrência de abscessos estéreis é
bastante freqüente em RN e Prema-
turos, contraindicando o seu uso. Cui-
dar as associações com Estreptomicina.

BENZATINA

Benzetacil FW

Penbenzil LB

Frascos de 0,4

0, 6-1, 2-2, 4 M.

Dose: 0,6 a 1,2 milhões de
U em intervalos de 7 a 30
dias.

Seu uso fica adstrito a infecções que
não requeiram níveis imediatos e na
profilaxia das infecções estreptocócicas.

PENICILINA V

Pen-ve-oral FW

V-cil-K Lily

Comps. de 500.000 U.

Sol. 200.000U/med

Dose: 1 a 1,5 milhões em
24 hs., em intervalos de 6
horas.

A peculiaridade de serem mais estáveis
frente ao suco gástrico do que a pe-
nicilina G, permitindo seu uso VO ca-
racteriza as três drogas que se seguem.
Possuem o mesmo espectro de ação
da Penicilina G embora em menor in-
tensidade. Menor índice de reações
alérgicas. Inaceitação gástrica tem si-
do seu maior óbice. Como as demais
penicilinas de uso VO devem ser da-
das após as refeições.

FENETICILINA

Pen Syn FW

Penova Labor.

Cmps. 400.000 U

Solç. 100.000 U

em cada 0,8 ml

Dose: 0,6 a 1,2 milhões de
U em cada 24 horas, com
intervalos de 6 horas.

PROPENICILINA

Trescillyn

Sol. 200.000 U em

cada 0,8 ml

Dose: Vide anterior

OXACILINA

Staficilin N
Caps. 250 mg
Amps. 500 mg
Amps. 250 mg

Prematuros e RN
25/kg/dia-12/12 hs.
Crianças maiores
50-100/kg/dia IM-VO. In-
terv. de 6 hs. Pode ser
usada I.V..

A ação específica no estafilo produtor de penicilinase, caracteriza este grupo. Menor ação nos demais germes sensíveis à Pen. G embora se registre boa ação no Estrepto, com a Dicloroxacilina. Reações alérgicas idênticas as demais, podendo apresentar depressão medular em caso de grandes doses ou tratamentos prolongados. Podem ser usadas VO. A Meticilina não figurou no presente esquema por não estar comercializada no Brasil.

CLOROXACILINA

Bactopen
Caps. 250 mg
Amps. 250 mg

Dose: 50/mg/kg/dia. In-
terv. de 6 hs., tanto na
I.M. — V.O. Pode ser
usada IV.

DICLOROXACILINA

Diclocil
Caps. 125 mg
250 mg
Dinapen
Caps. 125 mg
250 mg
Amps. via im, ev
Suspensão 62,5 mg/ml

Dose: 25/50mg/kg/dia.
Intervalos de 6 em 6 horas.

3.2. — ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO

AMPICILINA

2,7 mEq Na/g
Binotal Bayer
Penbritim
Amplacilina
Polycilin
Caps. 250 mg
Amps. 250 mg
Sol. 125 mg/5 ml

Dose: Casos graves
100-200mg/kg/dia.

Casos médios
50-100mg/kg/dia.

Intervalos de 6 em 6 ho-
ras, tanto VO como IM.

Ampla espectro de ação e estabilidade frente ao suco gástrico, caracterizam estas duas penicilinas. Não tem ação frente ao Estafilo produtor de penicilinase. Rush cutâneo, problemas ligados ao tracto-digestivo e enurotoxicidade em altas doses são os principais parâmetros. Há relato de casos com hipoplasia medular.

HETACILINA

Versatrex
Apresentação
Vide anterior

Dose: Vide anterior.

ESTREPTOMICINA

Estreptomicina F.W.
Sulft. de Estrept. Sq.
Frascos de 1 g

Dose RN e Premat.:
5-7,5mg/kg/12 hs.

Crianças maiores:
20-40mg/kg/dia.

Ação eletiva no BK. Agem bem em G. negt. e G. posit. Pouca ação no Hemophilus influenzae. Oto, Neuro e nefrotoxicidade reais mas de baixa incidência no RN. Cuidar as associações.

KANAMICINA

Kantrex

Frs. 250 mg

Dose: RN e Prematuros:
5-7,5 mg/kg/12 horas.
Uso IM.

Ação e paraefeitos iguais ao da Estrept., embora mais intensos e mais difíceis de desaparecer. Maior ação no Hemophilus influenzae e no Estafilo. Não é usada em crianças maiores a não ser em casos especiais. Parada respiratória e bloqueio mio-neural. Negostigmina e Gluconato de Ca são indicados no tratamento destas situações.

ERITROMICINA

Pantomicina

Caps. 250 mg

Caps. 250 mg

Susp. 100 mg/5ml

Amps. 100 mg

Ilosone

Caps. 250 mg

Susp. 125 mg/5ml

Dose: 30-50mg/kg/dia.

Intervalos de 6 em 6 horas.

Baixa toxicidade com paraefeitos ligados ao ap. digestivo. Rush cutâneo, icterícia, monilíase, prurido anal são manifestações freqüentes mas transitórias. Usada nos casos de hipersensibilidade à penicilina.

CLORANFENICOL

Cloromicetina, Farmicetina, Quemicetina, Sintomicetina.

Caps. 250 mg

Liq. 125 mgs/5ml

Prematuros e RN:
25-50mg/kg/dia IM.

Crianças maiores:
50-100mg/kg/dia IM ou
VO 6/6 horas.

S. Cinzenta do RN indica evitar ao máximo seu uso. Paraefeitos ligados ao ap. digestivo e reações cutâneas são freqüentes. Absorvido igualmente tanto VO-IM. Bom espectro de ação principalmente nos germes do grupo entérico. Hipoplasia medular deve ser cuidada.

TETRACICLINAS

Tetrex, Terramicina, Ambramicina

Caps. 250 Sol. 125 mg

Amps. 50-100 mg

Susten. 100 e

125 mg/5 ml.

Dose: 25-50mg/kg/dia.
VO 6/6 horas.

IM. 15 mg/kg/12 horas.

Hipertensão endocraneana, pigmentação dentária e alterações do esmalte, osteoporose, reações alérgicas, perturbações no ap. digestivo contraindicam seu uso até os 8 anos de idade no mínimo.

RIFAMPICINA

Rifaldim

Caps. 150-300 mg

Sol. 20 mg/ml.

Gotas

Dose: 15-25mg/kg/dia.

Uso VO com intervalos de
12-24 horas.

Ampla espectro de ação incluindo estafilo e BK caracterizam a droga. Poucos paraefeitos relatados até agora e uso por via oral fazem com que esteja classificado entre os bons antibióticos.

Rimactam

Caps. 150-300 mg

CEFALOSPORÍDEOS

Cefalotina

Keflin — 1 g 50-120/kg/dia.
6/6 hs. IM-IV.

Boa ação terapêutica em G. Posit. e G. Negat., incluindo-se aqui os Estafilos produtores de penicilinase. Seu alto custo constitui sua maior contraindicação, visto apresentar poucos paraefeitos. Positiva o Coombs e a pesquisa de glicose na urina.

Cefaloridina

Ceporam — 0,5 40-80 kg/d. 8/12 hs. IM.
1 g

Sulfato de Gentamicina

Garamicina Dose: 0,8/2,5mg/kg/dia
Amps. IML-40mg — 2 a 3 doses.
IML-10mg

Largo espectro de ação tendo como característica a sua indicação nas infecções por pseudomonas. Seu uso em infecções urinárias tem apresentado ótimos resultados.

4. — ANTITÉRMICOS

4.1. — Introdução

A febre em crianças, além de ocorrer com grande frequência, é muito temida pelos pais. Por isso ela é o motivo mais comum de consulta e de chamados de urgência em Pediatria. Ao clínico cabe obter a história, realizar o exame físico e, a partir daí, elaborar sua impressão diagnóstica e indicar a conduta mais apropriada para o caso. Quando é possível usar a terapêutica específica, esta tem valor preponderante. Todavia, em grande número de casos, deveremos apenas usar de medidas sintomáticas para o tratamento da hipertermia.

4.2. — Níveis térmicos normais e suas variações

Os recém-nascidos, especialmente os prematuros, têm maior variabilidade da temperatura do que os lactentes e crianças maiores conforme as variações do ambiente externo. Os lactentes costumam apresentar hipertermias mais intensas do que os pré-escolares e êstes mais do que os escolares em resposta a agentes etiológicos semelhantes, caso típico do resfriado comum.

Para o paciente normal e em repouso, os valores médios são: axilar 36,5°C; bucal 37,3°C; retal 37,3°C. Admite-se uma variação normal diária de 0,5°C.

4.3. — *Principais causas de febre em Pediatria*

Afora as infecções por vírus e bactérias, muitas outras causas poderão ser consideradas, de acôrdo com a característica do caso.

- a) — Doenças infecciosas agudas e crônicas
- b) — Temperatura ambiente elevada
- c) — Exercício físico intenso
- d) — Estado pós-convulsivo
- e) — Excitação psicomotora intensa
- f) — Excesso de roupas
- g) — Doenças de hipersensibilização, inclusive colagenoses
- h) — Neoplasias
- i) — Desidratação, principalmente hipertônica
- j) — Reações a drogas ou antígenos
- l) — Afecções do SNC (hemorragias, tumores)
- m) — Hemopatias
- n) — Hemorragia interna.

4.4. — *Regulação da temperatura*

A espécie humana mantém temperatura interna praticamente constante a despeito de grandes variações térmicas no ambiente externo. Isso é muito importante, pois todo o metabolismo está vinculado à manutenção desses níveis. A regulação da temperatura depende do equilíbrio mantido entre produção e perda de calor, que é regido pelo centro termorregulador localizado no hipotálamo.

PRODUÇÃO DE CALOR	Resulta dos processos metabólicos do organismo. Especialmente importantes são os músculos esqueléticos, que aumentam a sua tonicidade, podendo chegar ao tremor e ao calafrio.
-------------------	--

PERDAS DE CALOR

95% é feita pela pele

TIPO DE PERDA CUTÂNEA	AUMENTA EM FUNÇÃO DE:
-----------------------	-----------------------

Irradiação

Abaixo de 20°C: 60 a 65%
 Acima de 30°C: Cai até próximo de 0%

Superfície corporal exposta
 Diferença de temperatura entre o corpo e o ambiente

Evaporação

Abaixo de 20°C: 25%
 Acima de 30°C: + de 80%
 (O corpo perde 0,58 calorias por grama de água vaporizada)

Quantidade total de suor produzido
 Superfície de pele exposta
 Temperatura ambiente elevada
 Movimentação do ar

— Perspiração insensível
 500 ml/m²/dia)

Praticamente constante

— Sudorese

Aumenta muito quando se eleva a temperatura ambiente

Convecção

— 15%. Correntes de ar por diferenças de densidade.

Aumenta quando há movimentação do ar.

Condução

— Quase nulas. Contato direto com ambiente mais frio do que o corpo.

Água é melhor condutor do que o ar.

4.5. — *Respostas do Organismo às Variações da Temperatura Externa*

RESPOSTAS AO FRIO

FINALIDADE: Evitar que a temperatura corporal diminua a níveis anormais.

a) ***Aumento da produção de calor:***

Aumento da ingestão calórica.
 Aumento das reações metabólicas.
 Aumento do tônus muscular e da atividade física, tremores, calafrios.

RESPOSTAS AO CALOR

FINALIDADE: Evitar o aumento da temperatura corporal acima dos níveis normais.

a) ***Diminuição da produção de calor:***

Diminuição da ingestão calórica.
 Diminuição do metabolismo.
 Hipotonia muscular.

b) *Diminuição da perda de calor:*

Vasoconstrição cutânea (diminui contato do sangue com o meio exterior).

Passagem de água do sangue para os tecidos, com hipovolemia e hemoconcentração.

b) *Aumento da perda de calor:*

Vasodilatação cutânea.
Passagem de água do interstício para o sangue, dando hipervolemia e hemodiluição, o que facilita a circulação cutânea e o maior contato do sangue com o meio externo.

Aumento da evaporação (sudorese abundante).

4.6. — *Porque tratar a febre sintomaticamente*

Sempre que houver febre numa criança, devemos tomar medidas para a normalização da temperatura. Não há vantagens especiais em deixar a febre evoluir espontaneamente e o diagnóstico não será obscurecido uma vez que se conheça a farmacodinâmica da droga.

As desvantagens da febre são:

a) Aumento do metabolismo (cêrca de 13% para cada grau centígrado de aumento na temperatura), que combinado com a diminuição da ingestão calórica resultante da anorexia, resulta em predominância do catabolismo, com exopliação de nitrogênio, perda de peso e perturbação do estado nutritivo.

b) Aumento do trabalho e da frequência cardíaca, que pode ser suficiente para ocasionar descompensação cardíaca em pacientes pré-dispostos.

c) Destruição de proteínas teciduais e alterações nos processos enzimáticos (em temperaturas superiores a 41°).

d) Aumento da sudorese, que determina perda de água e eletrólitos, podendo estar associado a perdas digestivas e respiratórias e à diminuição da ingestão hídrica. Predispõe à desidratação.

e) Alterações psíquicas: delírio, confusão, agitação psicomotora.

f) Convulsões em crianças predispostas, especialmente dos 6 meses aos 6 anos de idade.

4.7. — *Tratamento sintomático da febre*

a) *Medidas gerais:* estão sempre indicadas.

a.1) *Ambiente*

Temperatura: estável, entre 15 e 20°C

Umidade: evitar os extremos

Ventilação: adequada constantemente; se necessário, usar ventilador

Iluminação: ampla (exceto se há fotofobia)

Roupas de cama: leves e limpas.

a.2) *Vestuário*

Usar sempre roupas leves

Nos dias quentes retirar o máximo possível de roupas.

a.3) *Alimentação*

Não forçar os alimentos

Insistir na administração de líquidos; se necessário, hidratação parenteral

As calorias deverão ser providas à base de glicídios (de mais fácil digestão).

a.4) *Higiene*

Se possível, fazê-la no banheiro

Métodos: banho total (chuveiro, banheira) ou por partes

Manter sempre o paciente limpo.

a.5) *Repouso*

Difícil de conseguir no paciente pediátrico.

Confinamento do paciente variável conforme a circunstância: dentro de casa, ou no interior do quarto ou na cama.

4.8. — *Drogas Antitérmicas*

Serão usadas sempre, ressalvadas suas contraindicações. Agem sobre o centro termorregulador, tôdas do mesmo modo, dando aumento da suduação e por vaso-dilatação cutânea (esta aumentando a irradiação e a convecção). Só atuam aumentando a perda de calor, não influenciando sobre a produção. Só agem quando há febre, pois nessas ocasiões o «termostato» do organismo está instável, tornando-se sensível às drogas. A ação antipirética se inicia 30 minutos após a ingestão da droga, atingindo o máximo após 2 a 3 horas e termina após 6 a 8 horas. As doses excessivas ocasionam colapso (insuficiência circulatória periférica com

hipotensão), motivado por vasodilatação periférica brusca associada à perda de água e sais pelo suor. Todas possuem também ação analgésica.

A via usual de administração é a oral. Quando esta não puder ser utilizada outras vias poderão ser usadas. As injeções intra-musculares ou endovenosas poderão ser usadas quando se deseja um início de ação mais rápido. As doses individuais não deverão ser usadas em horários pré-determinados, mas apenas em função da necessidade clínica, com intervalos mínimos variáveis entre cada administração de 3 a 4 horas. A eficácia das drogas existentes é equivalente, podendo variar de caso para caso. Preferencialmente devemos usar apenas um tipo de droga. Quando necessário, poderemos acrescentar outra droga, visando aumentar a ação antipirética sem provocar efeitos tóxicos por superdosagem. A segunda droga será usada intercalada com a primeira.

4.9. — *Tipos de Drogas*

a) Salicilatos, especialmente o *ácido acetilsalicílico*, a droga mais usada de todas, a mais barata e a que reúne as preferências gerais.

b) Pirazolonas, especialmente a *dipirona*, com a vantagem de ser muito versátil, podendo ser usada em comprimidos, gotas, xarope, injeção intramuscular e endovenosa e supositórios. Apresentam o inconveniente de poderem provocar agranulocitose, afecção bastante rara mas de alta mortalidade.

c) *Derivados do para-aminofenol*, bastante menos usados em nosso meio.

DROGA — DOSE PRODUTOS	EFEITOS COLATERAIS	CONTRA- INDICAÇÕES
ÁCIDO ACETIL-SALICÍLICO Dose: 65 mg/kg/dia, em 4 a 6 doses via oral. Produtos: AAS, Acetin, Bayaspirina. Compr. adultos = 500 mg Compr. infantil = 100 mg	* Estímulo SNC: hiperpnéia, excitação, delírio. * Equilíbrio ácido básico: em crianças maiores e adultos causa alcalose respiratória. Em lactentes esta é logo seguida por acidose metabólica grave. * Digestivo: náuseas, vômitos, gastrite, exulceração gástrica péptica. * HIPOGLICEMIA * Hipoprotrombinemia. * Zumbidos, surdez.	Úlcera péptica. Alergia ou hipersensibilidade aos mesmos. Insuficiência renal.

Droga - Dose - Produtos	Efeitos Colaterais	Contraindicações
DIPIRONA		Edemas
Média: 65 mg/kg/dia em 4 a 6 doses.	* Estímulo do SNC.	Insuficiência cardíaca
Vias: oral, IM, EV, retal.	* Agranulocitose.	Úlcera péptica
Novalgina		Alergia às mesmas
1 compr. = 500 mg		Dano hepático
20 gotas = 500 mg		Dano renal
1 medida xarope (5ml) = 250 mg	* Sensibilização alérgica.	Hemopatias especial- mente com leucopenia

CONTRAINDICAÇÕES GERAIS PARA O USO DE DROGAS ANTITÉRMICAS

Metabolização deficiente: Insuficiência hepática grave.

Déficit de excreção: Imaturidade renal: recém-nascidos
prematuros
lactentes débeis

Insuficiência renal grave: aguda
crônica

Choque

Desidratação, especialmente hipotônica

Insuficiência respiratória grave

História anterior de alergia ou hipersensibilidade

Insuficiência cardíaca

4.10. — Medidas Fisioterápicas

Visam aumentar a perda de calor, sendo portanto coadjuvantes das drogas antitérmicas, tendo sobre estas a grande vantagem de não causarem fenômenos tóxicos. São indicadas sempre que as drogas antitérmicas não forem suficientes para resolver a situação ou quando haja contra-indicação para o uso das mesmas.

a) **Banhos de Imersão**, com a temperatura inicial da água entre 32 e 36°C, durante 5 a 10 minutos. E' de eficácia discreta.

b) **Aplicação de gelo**, seja em enemas, ou sôbre os troncos arteriais ou imersão do corpo em água gelada. São de indicação restrita por serem muito incômodas para o paciente e por provocarem calafrios, que produzem mais calor. Resistência paterna.

c) **Compressas**, parece-nos o melhor dos três processos na prática comum, dado a facilidade para sua execução e os excelentes resultados obtidos. Pode ser repetido a cada 30 minutos.

Método: coloca-se o paciente, sem roupas, sôbre uma mesa ou maca, em um ambiente bem ventilado (ventilador caso necessário).

Aplica-se constantemente, durante cêrca de 5 minutos, panos ou esponjas embebidos em água morna (em dias muito quentes, pode-se usar água fria) a todo o corpo do paciente variando constantemente as áreas de aplicação. A aplicação deve ser acompanhada por fricções leves mas suficientes para provocar leve hiperemia cutânea e evitar a produção de calafrios. Ao final de 5 minutos, enxuga-se vigorosamente o corpo com uma toalha e veste-se o paciente com roupas leves, continuando após a expô-lo ao ar em movimento.

4.11. — *Drogas Coadjuvantes*

Serão usadas em casos especiais, conforme as circunstâncias peculiares a cada caso especificamente.

a) **Derivados fenotiazínicos** — usados como sedativos, para diminuir a produção de calafrios e para diminuir o metabolismo basal. Exemplo: clorpromazina. Dose 0,5 mg/kg/dose, até 4 vezes ao dia. Produto comercial: Amplictil (1 gôta = 1 mg).

b) **Antihistamínicos** — possuem efeito sedativo, que é aproveitado para diminuir a excitação que costuma se associar à febre.

c) **Anticonvulsivantes** — Indicados quando há excitação e em certos casos de crianças com história pregressa de convulsão febril.

5. — *PARASITOSSES INTESTINAIS — TRATAMENTO*

As parasitoses intestinais incidem de uma maneira expressiva na avaliação estatística tanto em seu lugar absoluto como na etiologia de outros processos mórbidos. Apresentam-se com sintomatologia polimorfa de náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, anemia, anorexia, geofagia, irritabilidade, insônia e perda de peso. Cabe lembrar, como complicação freqüente, a obstrução intestinal.

Dentro da objetividade, apresentaremos o tratamento das mais freqüentes, esquematizando as drogas, suas doses, seu principais efeitos colaterais e os preparados comerciais.

PARASITO	DROGAS	MODO DE USAR	EFEITOS COLATERAIS
ASCARIDÍASE	1. Sais de piperazina	50 a 70 mg/kg/dia, em 2 a 3 tomadas, durante 1 semana; não atua sobre a larva, daí repetir-se 1 a 2 semanas após, nova série. Maiores de 7 anos = 150 mg; 1 a 7 anos = 80 mg.	Raramente determina urticária, náuseas, vômitos, diarreia e dores abdominais. Sintomas tóxicos ligados ao SNC.
	2. Sais de tetramisole	Menores de 1 ano = 40 mg, em dose única ao deitar. Repetir 2 a 3 semanas após.	Discretos sintomas gastrintestinais em pacientes hipersensíveis.
OBSERVAÇÃO (1)			
NECATORÍASE	3. Tetracloroetileno	0,1 ml/kg em jejum, de madrugada; dose única; permanecer em repouso e em jejum 2-3 horas. Na véspera fazer refeição leve. No máximo 3,0 ml. Repetir após 1 semana.	Náuseas, vômitos, pirose. Sintomas ligados ao SNC (bastante diminuídos quando administrado pela madrugada).
	4. Hidroxinaftoato de befênio	Menores de 2 anos = 2,5 gr; maiores de 2 anos = 5,0 gr. Em jejum; pode alimentar-se 2 horas após.	Náuseas, vômitos, diarreia.
OBSERVAÇÃO (2)			
AMEBIASE	Dada a pequena incidência de amebíase na patologia infantil, e a grande diversidade de medicamentos e esquemas observados na bibliografia consultada, sugerimos que cada caso deva ser considerado isoladamente.		
TRICOCÉFALÍASE	5. Iodeto de ditiazanina	20 mg/kg/dia, após as refeições, durante 5-10 d. Máximo de 600 mg/dia. No 1º dia dar 10 mg/kg a fim de evitar os efeitos colaterais que são mais frequentes no início. Confere cor azul às fezes.	Em um terço dos pacientes ocorrem anorexia, náuseas, vômitos, cólicas, diarreia. Raramente albuminúria. Suspender o medicamento se a urina ou as escleróticas ficarem verde-azuladas.
	Hidroxinaftoato de befênio	Vide NECATORÍASE	
OBSERVAÇÃO (3)			

PARASITO	DROGAS	MODO DE USAR	EFEITOS COLATERAIS
ENTEROBIASE (OXIURIASE)	6. Pamoato de pirvínio	Dose única em qualquer horário; 10 mg/kg de peso. Repete-se após 2 a 4 semanas. Confere cor vermelho-brilhante às fezes.	Raramente determinam náuseas, vômitos, cólicas.
	Sais de piperazina	Vide ASCARIDÍASE	
	Iodeto de ditiazanina	Vide TRICOCEFALÍASE	
	OBSERVAÇÃO (4)		
ESTRONGILOIDÍASE	7. Tiabendazol	Dose única, após a janta. 50 mg/kg; 10 dias depois repetir. No máximo 3g/dia; ou 30 mg/kg/dia, durante 3 dias.	Ocasionalmente vertigens.
	Iodeto de ditiazanina	20 mg/kg/dia, após as refeições, durante 21 d.	
TENÍASE	8. Niclosamida (derivado da clorosalicilamida)	Tomar o medicamento em jejum. Na véspera fazer refeição leve. Menores de 2 anos: 1/2 comprimido; 1 hora após mais 1/2 compr.; de 2 a 8 anos: 1 compr.; 1 hora após mais 1 comprimido. Maiores de 8 anos: 2 comprimidos; 1 hora após mais 2 compr.. Pode alimentar-se 2 horas após a última dose.	Praticamente sem efeitos colaterais.
	9. Diclorofeno	Dose única, em jejum. 50-60mg/kg. Alimentar-se 2 horas depois.	Cólicas, náuseas, vômitos, diarreia. Urticária.
GIARDÍASE	10. Furazolidona	6-8 mg/kg/dia, em 2 tomadas, durante 7 dias, após as refeições.	Náuseas, vômitos. Urticária. Evitar produtos que contenham álcool.
	11. Metronidazol	20 mg/kg/dia, em 2 tomadas, durante 7 dias.	Anorexia, náuseas, cólicas, diarreia. Cefaléia, tonturas, vertigens. Urticária. Leucopenia. Evitar prod. q. cont. álcool.

OBSERVAÇÕES

- (1) — Tratamento da suboclusão ou oclusão intestinal por *Áscaris*: inicialmente o tratamento é clínico; se houver complicações, tais como vôlvo, perfuração ou necrose de alça, o tratamento será cirúrgico.
- anti-espasmódico I.M. se necessário;
 - óleo ineral — Nujol, Agarol — 40 a 60 ml, via oral
 - piperazina — 150 mg/kg, via oral, em dose única.
- (2) — Havendo associação de *Áscaris* e *Ancilóstoma*, deve-se tratar inicialmente o *Áscaris*, a fim de evitar o seu enovelamento. Pode-se, no entanto, usar o hidroxinaftoato de befênio, que é ativo contra ambos, nas mesmas doses prescritas anteriormente.
- (3) — A Tricocefaliase quando assintomática não necessita tratamento.
- (4) — Nos casos graves de Enterobíase pode-se usar pamoato de pirvínio e piperazina conjuntamente, durante 4 semanas seguidas. O prurido anal pode ser combatido por meio de cremes com anti-histamínicos ou anestésicos. Medidas para evitar a auto-contaminação (manter as unhas cortadas rentes; usar calção; banhos de assento de água com vinagre).

PRODUTOS COMERCIAIS

- | | |
|---|--|
| 1. UVILON — 5 ml = 1 g
BRYREL — 5 ml = 500 mg
OXIURAZINA — 5 ml = 250 mg
MESARIN compr. = 500 mg
medida (2,5ml) = 250 mg | 2. ASCARIDIL compr. = 150 mg
ASCARIDIL pediátrico compr. = 80 mg
CIANOSEL (compr. = 80 mg
COFASOL (xarope vidro = 6 medidas = 80 mg |
| 3. TETRACOLOROETILENO pérolas = 0,2 e 0,5 ml | 4. DEBEFENIUM compr. = 500 mg
microgranulado frasco = 0,5 g |
| 5. ANGUIFUGAN drágeas = 50 e 100 mg
líquido 5 ml = 50 mg
Dilombrim drágeas = 100 mg | 6. PYR-PAM drágeas = 100 mg
líquido 5 ml = 50 mg
VANQUIM líquido 5 ml = 50 mg |
| 7. THIABEN compr. = 500 mg
THIABEN líquido 5 ml = 250 mg
FOLDAN compr. = 500 mg
MINTEZOL compr. = 500 mg
MINTEZOL líquido 5 ml = 1 mg | 8. YOMESAN compr. = 500 mg |
| 10. GIARLAM compr. = 200 mg
GIARLAM líquido 5 ml = 50 mg
FUROXONA compr. = 100 mg
FUROXONA líquido 5 ml = 17 mg | 9. DIFENTAN compr. = 500 mg |
| | 11. FLAGIL compr. = 250 mg
FLAGIL líquido 5 ml = 200 mg |

6. — DERMATOSES — CONDUTA ADOTADA NO SEU TRATAMENTO

O assunto será apresentado esquematicamente. Quando necessário, fórmulas, preparados comerciais e seu modo de usar serão indicados, após os respectivos itens, por um número entre parênteses, e figurarão numa relação anexa.

QUADRO I

DERMATOSES	PROFILAXIA	TERAPÊUTICA
DERMATIDE DE FRALDAS	1. FRALDAS 1.1 Troca freqüente 1.2 Lavagem com sabão de glicerina 1.3 Enxágue em água acidulada com vinagre branco 2. CALÇA PLÁSTICA: restrição ao uso. 3. TALCOS PROTETORES (6)	1. Banhos de permanganato de potássio (2) 2. Banhos de Aveia (1)
MILIARIA RUBRA	1. Evitar superaquecimento. 2. Recomendar banhos mais freqüentes no verão	1. Banhos de Aveia (1) 2. Loção adstringente e antiinflamatória (5)
ESTRÓFULO	1. Desinsetização (ambientes, roupas, animais domésticos) 2. Repelentes de insetos (se a fonte de contaminação fôr conhecida) 3. Afastamento ou cocção de alimentos alergênicos (se fôr o caso)	1. Antihistamínicos (8, 9) c/ finalidade sedativa 2. Antipruriginosos tópicos (10, 11, 12). 3. Sabões antissépticos (7) para evitar infecção secundária.

QUADRO II

Dermatoses

TERAPÊUTICA

TINHAS

1. Iodo, ácido salicílico, ácido benzóico: (13,14): fungicidas tópicos eficientes e baratos.
2. Griseofulvina (15, 16): antibiótico fungistático eficiente, porém mais dispendioso, pode ser usado em combinação com fungicidas tópicos ou isoladamente.

OBSERVAÇÃO: medidas como epilação manual ou por RX nas tinhas do couro cabeludo são da alçada do dermatologista e do radioterapeuta experiente.

MONILÍASE

1. Nistatina (17): antibiótico específico.
2. Violeta de genciana (18).

PIODERMITES

1. Sabões antissépticos (7).
2. Banhos de permanganato de potássio (2): para crianças pequenas que não permitam compressas.
3. Água de Alibour a 10% (3).
4. Cremes ou pomadas à base de neomicina, bacitracina, hexaclorofeno ou sais de mercúrio (19, 20, 21, 22).
5. Penicilina: está indicada nas piodermites estreptocócicas, IM ou VO, para prevenir GNDA e FR.

OBSERVAÇÃO: o princípio fundamental reside na remoção de crostas e rompimento de pústulas.

ESCABIOSE

1. Benzoato de Benzila (23, 24).
2. Antihistamínicos (8, 9): para aliviar o prurido que pode persistir após o tratamento específico bem sucedido.
3. DDT (25): sob a forma de talco para polvilhar as roupas de cama (larvicida).

OBSERVAÇÃO: todos os doentes da casa devem receber tratamento simultâneo.

QUADRO III

DERMATITE
SEBORREICA

1. Ácido salicílico e enxôfre (26, 27, 28).
2. Shampoo de óleo de cade (29).
3. Viofórmio e corticosteróide tópico (30).
4. Alimentação: evitar dietas hipercalóricas.
5. Banhos de Aveia (1): úteis nas dermatoses extensas com sinais inflamatórios acentuados.

DERMATITE
ATÓPICA

1. Solução de Thiersch (4)
 2. Pasta d'água (33)
 3. Corticóides tópicos (31, 32)
 4. Antihistamínicos (8, 9)
 6. Sabão, lã e alimentos potencialmente alergênicos (ôvo, chocolate, tomate, etc.) devem ser afastados.
- OBSERVAÇÃO: a conduta exposta sucintamente refere-se à Dermatite atópica do lactente.

RELAÇÃO DAS FÓRMULAS, PREPARADOS COMERCIAIS
E SUAS INDICAÇÕES

1. Banhos de Aveia
Cozinham-se 2 xícaras de Aveia em flocos em 1 litro d'água. — Coa-se em um pano. Mistura-se a mucilagem obtida na água da banheira. Vários banhos por dia, conforme o caso. Duração: 15 minutos. Úteis na remoção das crostas, como anti-inflamatório e antipruriginoso.
2. Rp. — Uso ext.
Permanganato de potássio a 6% em solução aquosa — 200 ml.
Adicionar à água do banho até ficar rosada (côr de vinho clarete). Vários banhos por dia, de assento ou gerais, conforme o caso.
Ação anti-inflamatória, adstringente e antisséptica.
3. — Rp. — Uso ext.
Sulfato de cobre 2,5
Sulfato de zinco 2,5
Tintura de açafrão 0,5
Alcool canforado 5,0
Água destilada qsp 1000,0
- Diluir em partes iguais com água fervida, pelo menos no início do tratamento. Usar sob a forma de compressas constantemente umedecidas.
- Excelente antisséptico.
4. Rp. — Uso ext.
Ácido bórico 12,0
Ácido salicílico 2,0
Mentol 2,0
Alcool 90° 50,0
Água destilada qsp 1000,0
Usar sob a forma de compressas e diluir com água fervida de acordo com a tolerância.
Útil na fase aguda, exsudativa dos eczemas.
5. Rp. — Uso ext.
Ácido tânico 5,0
Alcool 100,0
Água destilada qsp 500,0
Loção.
Passar no corpo várias vezes ao dia.

6. Senophile ou Cutisanol
Usa-se após a troca de fraldas e após o banho.
7. Sabofen ou Fisohehex
Usa-se no banho diário, para remover crostas ou antes de cada aplicação de pomada nas piodermítes.
8. Fenegan xarope
1 medida (5 ml) = 5 mg
Dose: 0,5 mg/kg à noite, 1/4 dessa dose pela manhã e à tarde.
9. Benadryl líquido
1 medida (5 ml) = 10 mg
Dose: 5 mg/kg/dia. Fracionar em 4 vezes.
10. Rp. — Uso ext.
Mentol 0,1
Cânfora 0,2
Creme Lanette qsp 50,0
Aplicar nas áreas afetadas várias vezes ao dia.
11. Rp. — Uso ext.
Cera Lanette
Óleo de Oliva 10,0
Óxido de zinco 20,0
Mentol 0,2
Cânfora 0,4
Água destilada qsp. 100,00
Aplicar nas áreas afetadas várias vezes ao dia.
12. Rp. — Uso ext.
Mentol 0,3
Cânfora 0,6
Liquor carbonis detergens 10,0
Caladryl líquido 50,0
Óleo de Oliva 100,0
Água de cal qsp 200,0
Aplicar nas áreas afetadas várias vezes ao dia.
13. Rp. — Uso ext.
Iodo metálico 2,0
Ácido salicílico
Ácido benzóico 1,0
Alcool 70° qsp 100,0
Aplicar 2 vezes ao dia sobre as lesões.
14. Rp. — Uso ext.
Ácido salicílico 1,5
Ácido benzóico 3,0
Lanolina — Vaselina . qsp 100,0
- (Pomada de Whitfield)
Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia.
15. Grisovin
Compr. (125, 250 e 500 mg)
Suspensão 5 ml = 125 mg
Dose: 10 mg/kg/dia fracionada em duas vezes.
16. Grifulvin MC
Comprimidos (250 e 500 mg)
Dose: 10 mg/kg/dia fracionados em duas vezes.
A duração do tratamento c/Grisovin ou Grifulvin MC deve ser pelo menos até 2 semanas após o desaparecimento dos sinais clínicos.
17. Micostatin suspensão
1 contagotas (20 gotas) = ... 100.000 u
Temos usado em lactentes c/momilase oral 5 a 10 gotas pingadas na bôca no intervalo entre as mamadas.
18. Rp. — Uso ext.
Violeta de genciana 0,2
Água destilada 10,0
Aplicar na bôca após cada mamada, ou aplicar na bôca com cotonete após a última mamada.
19. Uso ext.
Nebacetin — 1 tubo
Aplicar sobre as lesões 6 vezes ao dia. Antes de cada aplicação, remover crostas e pomada anteriormente aplicada.
20. Uso ext.
Neobristan — 1 tubo
Aplicação idêntica à anterior.
21. Uso ext.
Exofene pomada — 1 tubo
Aplicação idêntica à anterior.
22. Rp. — Uso ext.
Precipitado branco de mercúrio 2,5
Cold Cream 50,0
Aplicar sobre as lesões 6 vezes ao dia. Remover a pomada e as crostas antes de cada nova aplicação.

23. Rp. — Uso ext.

Benzoato de Benzila	10,0
DDT	1,0
Benzocaina	2,0
Tween 80	2,0
Água destilada	100,0

Aplicar nas áreas afetadas, à noite, após banho com água e sabão, estando a pele ainda úmida. Repetir nas 3 noites consecutivas. Trocar roupa e lençóis, diariamente.

24. Miticoçan líquido ou Acarsan líquido.
Aplicação idêntica à anterior.

25. Rp. — Uso ext.

DDT	10,0
Talco	100,0

Pulverizar colchões e roupas de cama diariamente.

26. Rp. — Uso ext.

Ácido salicílico	1,5
Óleo de Oliva	50,0

Aplicar à noite no couro cabeludo e remover as crostas no banho diário.

27. Rp. — Uso ext.

Ácido salicílico	0,5
Enxôfre precipitado	1,5
Crema Lanete	50,0

Aplicação idêntica à anterior.

28. Rp. — Uso ext.

Enxôfre precipitado	0,5
---------------------------	-----

Lanolina-Vaselina ... qsp. 50,0
Aplicar na pele afetada 2 vezes ao dia.

29. Shampoo de óleo de cade — 1 vd.
Lavar a cabeça 2 vezes por semana.30. Drenifórmio creme ou Locorten Viofórmio creme.
Úteis no tratamento dos intertrigos seborrêicos e seborréia do corpo.

31. Rp. — Uso ext.

Acetato de hidrocortisona	0,3
Crema Lanette	30,0

Aplicar 2 vezes ao dia sobre as lesões. Útil na fase sub-aguda ou crônica do eczema atópico.

32. Locorten creme ou Drenison creme.
Aplicação e indicação idêntica à anterior.

33. Rp. — Uso ext.

Óxido de zinco (Talco (.....	ãã 15,0
Glicerina (	

Mentol	0,2
Cânfora	0,4

Água (Alcool (.	ãã 30,0
-------------------------	---------

Pasta d'água

Aplicar várias vezes ao dia sobre as lesões.
Útil na fase sub-aguda do eczema atópico

SUMMARY: Statistical analysis of the pediatric diseases which are seen in the Ambulatory 6 of the Santa Casa de Porto Alegre, headed by Doctor Maria Clara Mariano da Rocha, followed by the medical orientation given to the more frequent pathologies.

AGRADECIMENTO

Nosso agradecimentos ao Prof. Edgar Wagner que colaborou na realização da análise estatística deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — AMATO NETO, V. — Helminthíases intestinais na infância. *Revista de Pediatria Moderna*, 1:6-24, jan.1967.
- 2 — AMATO NETO, V. & BIANCHI, A. — Tratamento das protozoonoses intestinais. *Pediatria Moderna*, 2:6-20, mar. 1968.
- 3 — AVERY, M.E. — The lung and its disorders in the newborn infant. Philadelphia, W.B. Saunders, 1964 [Major Problems in Clinical Pediatrics, v.1]
- 4 — BECHELLI, L.M. & CURBAN, G.V. — *Compêndio de dermatologia*. São Paulo, Salesianas, 1960.
- 5 — BEESON, P.B. — «Alterações na temperatura do corpo». In: HARRISON, T.R.; ADAMS, R.D.; RESNIK, W.H. — *Medicina interna*. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1962. Sec.2, p.67.
- 6 — CARVALHO, O.A. et alii — Tetramisole na ascaridíase na infância. *Pediatria Prática*, 39:85-7, fev. 1968.
- 7 — CONN, H.F. — *Terapêutica*. 17.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1965.
- 8 — FERREIRA, N.P. — «Urgências neurológicas». In: GALVÃO, N. — *Quarto curso de urgências em pediatria*. Porto Alegre, Emma, 1968. p.85-91.
- 9 — GALVÃO, N.M. et alii — Atividade terapêutica e para-efeitos da Rifampicina nas afecções em lactentes. *Jornal de Pediatria*, 35:40-6, jan./fev. 1970.
- 10 — GELLIS, S. & KAGAN, B.M. — *Terapêutica*. 2.ed. Barcelona, Salvat, 1966.
- 11 — GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. — *As bases farmacológicas da terapêutica*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1967.
- 11 — GREEN, M. & HAGGERTY, R.J. — *Ambulatory pediatrics*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1968.
- 13 — HOLT, L.E. et alii — *Pediatrics*. 13.ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1961.
- 14 — LITTER, M. — *Farmacologia*. 3.ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1961.
- 15 — MODELL, W. — *Drugs of choice, 1968-1969*. Saint Louis, C.V. Mosby, 1967.
- 16 — NELSON, W. — *Textbook of pediatrics*. 8.ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1964.
- 17 — THE PEDIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA. — *Antimicrobial therapy*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1968. v.15, Feb.
- 18 — PERLMANN, H. — *Pediatric dermatology*. Chicago, Year Book, 1960.
- 19 — PERNETA, C. — *Diagnóstico diferencial em pediatria*. Rio de Janeiro, Prociex, 1968.
- 20 — PERNETA, C. — *Semiologia infantil*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1964.
- 21 — PERNETA, C. — *Terapêutica infantil*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1969.
- 22 — PRADO, F.C. et alii — *Atualização terapêutica*. 5.ed. Rio de Janeiro, Luso-Espanhola, 1963.
- 23 — SHIRKEY, H. — *Pediatric therapy*. 3.ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1968.