

Atualizações em Pediatria – Perguntas e respostas

Se tivermos um bebê com BRUE na consulta aberta enviamos-lo ao SU?

Se a história clínica sugerir um BRUE ou outro evento inexplicado e perturbador pais que não cumpra os critérios de BRUE, os bebês devem ser referenciados ao SU para serem avaliados. E porquê? Apesar da maioria dos casos corresponderem a episódios inocentes, únicos, sem causa patológica por detrás, é preciso chegar a essa conclusão excluindo os DD que se colocarem em cada caso; para que possamos tirar alguma conclusão, a história clínica e exame físico completos são essenciais, que inclui a medição dos sinais vitais. E esse é logo um dos primeiros obstáculos que encontramos nos CSP, onde na grande maioria não existe um oxímetro pulso ou manga de TA apropriados para a avaliação de um RN.

As mães que não queiram adicionar leite adaptado podem adicionar espessantes naturais ao leite retirado da mama e misturar no biberão?

É possível manter amamentação com leite materno nos casos de refluxo gastroesofágico? Há algo que se possa adicionar ao leite extraído da mãe para espessar o mesmo?

Os espessantes e/ou o LA anti-regurgitante apenas têm indicação no RGE com mpp/perda de calorias e não na grande maioria dos casos, onde o RGE é realmente fisiológico. No caso de estar indicado, os bebês sob LM exclusivo devem fazer os espessantes para adicionar ao LM (até podem adicionar os espessantes a uma pequena quantidade de LM que oferecem no biberão antes da mamada e depois o bebê pode mamar o restante na mama, como faria habitualmente) e os bebês com LA passam a fazer o LA mas anti-regurgitante. Um dos efeitos mais comuns é ficarem obstipados.

Se melhora com a evicção de PLV, não faz testes posteriormente? Terá que ser APLV ou não poderá ser intolerância?

A partir do momento que estamos a pensar numa DRGE, que não teve melhora com medidas gerais ou com espessantes/LA-AR (se indicado), estes bebês devem ser referenciados. A evicção das PLV deve ser feita por pediatra, pois terá algumas particularidades no seu seguimento, que na minha opinião já está fora do âmbito dos CSP.

Taxar como APLV tão pequenos sem outros sintomas associados que não apenas o RGE?

Relativamente à primeira parte “de taxar APLV tão pequenos” a verdade é que a APLV tem um pico de incidência no 1º ano de vida, apesar de se poder manifestar em qualquer idade. Por isso, a maioria são realmente diagnosticados nos primeiros anos de vida. Existe uma enorme diversidade de manifestações clínicas, que se dividem desde logo em IgE mediadas, não IgE mediadas e mistas, e com diferentes graus de gravidade. A manifestação mais comum é a rectolite/proctocolite alérgica, que se manifesta tipicamente nos primeiros meses de vida por rectorragias, com ou sem outros sintomas associados. Relativamente então à segunda parte da questão “sem outros sintomas que não apenas RGE”, é verdade. O RGE é uma das manifestações de uma APLV. Não é a mais comum e a grande maioria dos RGE não serão APLV. As novas

guidelines da ESPGHAN incluíram a prova terapêutica da evicção das PLV no algoritmo antes de se avançar para outros exames ou diagnósticos. Se houver resposta, assume-se então APLV, como fazemos nas outras manifestações clínicas da APLV.

Fiquei sem perceber se devemos referenciar assim que suspeitamos de DRGE ou só depois de as medidas conservadoras não terem sido eficazes?

Na minha opinião, devem referenciar todo o RGE que suspeitem não ser fisiológico, exceto naquele em que têm RGE + mpp e tentaram espessantes/LA-AR com bons resultados. Se não se sentirem confortáveis em introduzir espessantes/LA-AR podem referenciar antes.

Relativamente ao tratamento com *Lactobacillus reuterii* ao recomendar deve ser todos os dias e até aos 3 meses (altura em que geralmente as cólicas persistem) ou devemos retirar em alguma altura e avaliar a resposta do bebé?

É dado diariamente e o efeito esperado pode levar algumas semanas (devem explicar isso aos pais). Quanto à manutenção isso vai ser sempre dependente da resposta: se melhorou devem manter, se não notaram qualquer alteração, podem sugerir manter ou suspender – não existem estudos, que eu conheça, que nos respondam melhor a estas questões. Acima de tudo, sendo inócuo, não estamos a causar qualquer iatrogenia ao bebé.

No slide tinha que o *lactobacillus* deve ser dado em bebés de termo saudáveis. Se for um prematuro então não devemos dar? Mesmo que tenha sido um prematuro de 36 semanas, por exemplo?

Os probióticos em PT têm indicações recentes mais específicas, mas falamos sobretudo de grandes PT. PT tardios não penso que estas questões se coloquem.

Aero-Om está recomendado para cólicas/obstipação a partir de que idade?

Não está recomendado!

Suplementação de Ferro entre os 4 e 6 meses em bebés com LM exclusivo até aos 6 meses?

A AAP recomenda que os lactentes de termo sob LM exclusivo iniciem suplementação com ferro na dose de 1mg/kg a partir 4M (e que se prevê que mantenha até aos 6M) e até ter uma alimentação rica em ferro (p/ ex. com carne).

Prematuro de <32 semanas, inicia a diversificação no mesmo timing?

As recomendações para o início da diversificação alimentar em PT não são claras. Sabemos que o que fazemos e recomendamos aos RN termo não pode ser extrapolado para este grupo, além de que estamos a falar de um grupo muito heterogéneo, quer em idade gestacional, crescimento, competências do DPM e co-morbilidades. Todos estes fatores devem ser tidos em conta. Normalmente, com IG<32s são seguidos por um pediatra/neonatólogo, pediatras da área do desenvolvimento, profissionais de outras áreas técnicas, que deverão orientar este processo. Apesar disso e da evidência ser limitada, a maioria poderá iniciar a diversificação alimentar aos 6M idade corrigida e a partir dos 4M de idade corrigida caso a caso.

Leite de vaca meio gordo ou gordo aos 12 meses?

A partir do ano de vida pode ser oferecido LV como principal fonte láctea, apesar das fórmulas infantis tipo 2, por exemplo, terem vantagens sobre o LV. A ser recomendado e usado, com vantagens de ser mais barato e mais prático, temos recomendado o LV gordo pela sua maior quantidade de “gorduras boas” com papel ao nível do desenvolvimento cerebral e da retina, que se tem contraposto com a preocupação relativa ao maior risco de obesidade futura. O que NÃO está de todo indicado são produtos magros ou 0% gordura

Há alguma evidência de benefícios em prolongar o leite adaptado até aos 2 anos, quando os pais têm essa possibilidade?

Comparando as fórmulas infantis com o LV na natureza, temos como desvantagens do LV a menor quantidade de ferro e a própria inibição da sua absorção (>concentração cálcio e caseína), além do maior aporte proteico e de AG saturados, associando-se a maior risco de obesidade e de doença CV no futuro. Daí sugerirmos preferencialmente as fórmulas infantis até 2-3 anos.

Cereais integrais fortalecidos com ferro? Serem integrais diminui muito a absorção do ferro, serem suplementados com Fe é suficiente para "compensar"?

Não é possível responder se a suplementação do ferro "compensa" a diminuição da absorção, porque existem muitos outros fatores a contribuir para a sua maior/menor absorção e as quantidades de ferro nos cereais também não são todas iguais. Além disso, os bebês têm outras fontes de ferro. Os cereais suplementados com ferro devem ser preferidos aos não suplementados, assim como sabemos das vantagens dos cereais integrais relativamente aos refinados.

Como devemos agir perante pais vegetarianos/vegan, que queiram introduzir essa alimentação para as crianças?

Esta pergunta é muito válida! Cada vez mais nos vamos depararmos com esta situação e devemos estar preparados, mas dava para uma palestra à parte!!

O que posso dizer de uma forma breve é que as dietas vegan/vegetarianas abaixo dos 12 meses devem ser desaconselhadas por rotina, mas ao contrário de há uns anos atrás, sabemos que podem ser feitas com segurança desde que acompanhadas por pediatra/nutricionista experiente e com a devida suplementação e vigilância.

Vacinação com HPV nos rapazes para aqueles que ainda adolescentes já não foram incluídos no novo programa de vacinação, devemos recomendar? E jovens adultos?

Sim, como fizemos até ser incluída no plano!

A partir de que idade vacinar os adolescentes para varicela?

Adolescente consideramos a partir dos 10 anos. Tendo em conta que as consultas nestas idades são pouco frequentes, devemos aproveitar qualquer consulta a partir desta idade para fazer a recomendação.

É válido substituir a men c pela nimenrix? A proteção contra a men c será a mesma?

Esta questão tem surgido imenso!! Não sabia exatamente de onde vinha a dúvida e por isso tive de perceber de onde vinha e se tinha fundamento... Falei com outros colegas, nomeadamente da área das vacinas, e que fazem palestras frequentemente com este tema, e disseram-me que a pergunta tem sido constante. Pensamos que possa ter surgido pelo facto da quantidade de Ag contra MenC na Nimenrix ser inferior à presente na MenC, mas a verdade é que a resposta não difere entre uma e outra e existe um estudo que confirma. Por isso, pode ser feita a substituição aos 12M de uma pela outra!

Qual o esquema vacinal que recomenda para as 3 vacinas nos adolescentes e em que idade?

Não existe esquema recomendado! Existe sim oportunidades, e poucas, para falarmos destas vacinas aos pais e adolescentes, explicar benefícios, e sendo extra (com custo económico para os pais), ajudar os pais a priorizar a escolha (a meu ver a antiB e antiACWY), caso essa questão se coloque. Vocês conhecem bem as famílias e sabem que muitas vezes pode ser um custo bastante pesado, mas podem sempre sugerir este ano fazer vacina X e no ano seguinte fazer a vacina Y (opinião muito pessoal!).

**No caso de um dos pais não ter tido varicela, recomenda a vacinação da criança? Ou do pai?
Em que idade?**

Podem vacinar os pais (se não tiverem contra-indicação à vacinação) e se a criança for pequena “dar-lhe tempo” de ter doença e adquirir imunidade natural. Ao vacinarem uma criança pequena, e tendo em conta que a imunidade não é duradoura e o vírus continua em circulação, o que poderá acontecer é chegar à idade adulta já sem proteção, altura em que terá maior risco complicações.