

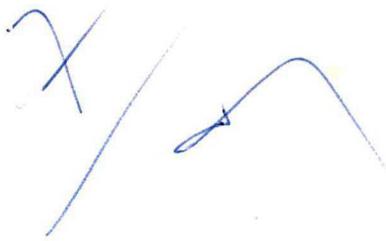
TRABALHO DE PEDIATRIA

ASSUNTO - D E S N U T R I Ç Ã O

EQUIPE : AMIL SANTO AUED
CARLOS ALBERTO JUSTO SILVA
WALBIA SALLETE CORREA

11º fase.

- 1977 -



ASSUNTO: DESNUTRIÇÃO

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso de DESNUTRIÇÃO, e para tanto acompanhamos um paciente internado no Hospital Infantil de Florianópolis, o qual - foi acompanhado desde sua internação e respectivo diagnóstico. Nos propusemos a fazer sua anamnese, bem como - acompanhar sua evolução, fazendo um resumo do tratamento a que foi submetido.

Como parte do trabalho, acompanha um resumo de pesquisa bibliográfica sobre o referido assunto, procurando com isso melhor ilustrar o que foi proposto.

1 . IDENTIFICAÇÃO

R.B., 1 (um) ano e dois meses, feminina, branca, natural da costeira. Registro nº 040560.

2 . MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Paciente foi internada no dia 06/02/1976, com diagnóstico provisório de abcesso inguinal esquerdo.

3 . HISTÓRIA

3.1. Queixa principal :

Paciente apresentava febre, drenagem de secreção purulenta na região inguinal esquerda.

3.2. História da doença atual :

Aparecimento de tumoração de coloração amarelada, edemaciada, acompanhada de febre e comprometimento do estado geral. A mãe refere que há 6 (seis) dias tentava tratamento com calor local. Refere anorexia e sede, oligúria e obstipação.

3.3. Antecedentes morbidos pessoais :

Gestação sem particularidades, com parto a termo. Não fez pré natal e o parto se deu em maternidade. No período neonatal apresentou cianose. Nega icterícia. Fez o esquema / de imunização de BCG. Contraiu coqueluche e sarampo ; nega outras entidades patológicas.

Hábitos alimentares : atualmente sua alimentação consta de meia mamadeira de água fervida com leite ninho, uma colher de sopa de maizena, duas colheres de sopa de farinha láctea e uma colher de sopa de açúcar. Toma ainda algumas sopinhas.

3.4. Antecedentes familiares :

seus pais são separados e a criança vive com a mãe que tem 23 (vinte e tres) anos ; de origem modesta, sempre foi higida. A família habita em uma casa de madeira, a água provém de um poço próximo e possui fossa na rua.

4 . EXAME FÍSICO

Dados :

Peso : 9 (nove) kg.

Frequência cardíaca : 120 (cento e vinte) batimentos por minuto.

Frequência respiratória : 32 (trinta e dois) movimentos / respiratórios por minuto.

Temperatura : 37°C (trinta e sete graus centígrados)

A ectoscopia apresentava-se a criança com estado geral com prometido, hidratada, desnutrida, lucida, um pouco apática, atitude indiferente, facies atípica.

As mucosas apresentavam-se úmidas e hipocoradas ; a pele apresentava-se íntegra, quente e úmida, sem sinais de desidratação. Tecido celular subcutâneo presente, turgor pastoso, músculos hipotróficos, ganglios axilares e cervicais palpáveis, cabelos secos e quebradiços.

Tórax :

Sem particularidades.

Abdome :

Plano, flácido, fígado palpável a + 3 (tres) cm abaixo do rebordo costal direito.

Região inguinal esquerda mais volumosa, hiperemiada, quente e dolorosa à palpação.

Curativo local para drenagem de abscesso.

Períneo e Genito Urinário :

Hiperemia e aumento de volume.

Estado geral :

Regular.

5 . LABORATÓRIO

09/02 : Hemograma : Eritrócitos 3 500 000 mm³
 Hemoglobina 10,45 mg%
 Hematócrito 30

Leucograma: 5 000 mm³

Eosinófilos	2
Basófilos	0
Linfocitos	39
Monocitos	2
Promielócito	0
Mielócito	0
Metamielócito	0
Bastões	4
Segmentados	53
Plaquetas	270 000
Reticulócitos	2,1%

Parasitológico de fezes :
 Presença de *Áscaris Lumbricóides*.

Proteínas Totais : 5,68.
 Albuminas 3,52
 Globulinas 1,76
 A/G 2,0

Sorologia Lues : negativa.

11/02 : Cultura : não houve crescimento bacteriano. (Secreção do abcesso).

Bacterioscopia (fezes) :
 Leucócitos : negativo
 Hemácias : negativo
 cistos protoz : negativo
 Ovos helmin. : negativo
 Larvas : negativo
 Flora bacteriana (bastonetes) : ++++

13/02 : Parcial de urina : V 8
 D insuf.
 cor citrino
 Ph 5,0
 Aspecto límpido
 Hemácias 3 P/c
 Cél E 1 p/c
 Germes e muco +

18/02 : Hemograma :

Série vermelha :	Eritrócitos	4 000 000 mm ³
	Hemoglobina	11,4 mg%
	Hematócrito	35
Série branca :	Leucócitos	9 000 000 mm ³
	Eosinófilos	1
	Basófilos	0
	Linfócitos	54
	Monócitos	2
	Promielócitos	0
	Metamielócitos	0
	Bastões	3
	Segmentados	40
	Plaquetas	350000
	Reticulócitos	2,0%

11/03 : Hematócrito : 30

6 . MEDICAÇÃO

Kefazol 500 mg IM 12/12 hs
 Tanderil 1 sup 12/12 hs
 Garamicina 20 mg IM 12/12 hs
 Micostatin 2 c VO 6/6 hs
 Postafen 1/2 med 2x
 Rarical 1/2 med 2x
 Sustagene 1c sobremesa 2x
 Sangue total 180 ml + 2 ml de plasma
 Plasma 180 ml 9 gts/min

7 . 10/02 Punção abcesso para cultura.

8 . 15/03 Feito enxerto de pele na região inguinal esquerda por não haver cicatrizado.

2º INTERNAÇÃO

1 . IDENTIFICAÇÃO

R.B. , 1 (um) ano e sete meses, feminina, branca, natural da costeira. Data da internação : 29 de julho de 1976.

2 . HISTÓRIA

2.1. Queixa principal :

2.2 História da doença atual :

Há + 2 (duas) semanas iniciou com vômitos e diarreia que duraram 3 (tres) dias. Após medicação (não sabe informar que tipo) começou apresentar obstipação. Concomitantemente, apresentou febre, anorexia, perda de peso e queda do estado geral. Quatro dias após, iniciou com edema de membros inferiores, que evoluíram progressivamente até anasarca. Atualmente apresenta anasarca, acentuando-se na face e reg. peri orbitária. A mãe relata ter observado queda de cabelos e dor de ouvido bilateral (não sabe exatamente quando iniciou a dor de ouvido). Relata poliúria ? e polidipsia ?

2.3. Antecedentes mórbidos pessoais :

Gestação : parto normal em maternidade. Não fez pré natal. Período neo natal : chorou ao nascer só após estímulo. Apresentou cianose generalizada. Nega icterícia. Permaneceu 2 (dois) dias no bercário.

Doenças do período neo natal : não sabe informar.

Imunização : BCG

Patológicos : uma internação no H.I. em 02/1976 por abscesso na região inguinal esquerda.

Nega doenças próprias da infância.

Alimentação : leite ninho, maizena, farinha láctea, açúcar,

Atualmente : sopa de pão e sopa de verdura 2x/dia.

2.4. Antecedentes familiares :

Pai sadio ?

Mãe sadia ?? (vive sozinha)

Uma irmã sadia

Hábitos (condições)de vida : reside em casa de madeira , água de poço, fossa na rua. Condições precárias de higiene,

em contacto directo com a terra.

3 . EXAME FÍSICO

Dados :

Peso : 8 700 kg

Frequência cardíaca : 96 (noventa e seis) batimentos por mi
nuto.

Frequência respiratória : 28 (vinte e oito) movimentos res-
piratórios por minuto.

Temperatura : 36°C (trinta e seis graus centígrados)

A ectoscopia, a paciente se apresenta em mal estado geral ,
desnutrida, edemaciada, irritada, apática, hipoativa, colo-
ração pálida, mucosas descoradas e úmidas.

A paciente ainda apresenta :

Lesões eruptivas em pele de mão e perna.

Dermatite amoniacal em região perineal.

Lesões peri labiais (boqueira) e tipo afta em língua.

Cabelos descorados, finos e quebradiços ; cílios longos, mus
culatura hipotrófica. Não foram detectados ganglios.

Tórax :

Eupneica ; sem outras alterações.

Ausculata cardíaca : sem particularidades.

Ausculata pulmonar : poucos estertores bolhosos na base esquer
da.

Membros :

Edemaciados +++ com lesões eruptivas.

Cicatriz em região inguinal esquerda

ORL :

OD : membrana timpânica opaca, lutosa, abaulada, despolida.

OE : massa branca no conduto, membrana timpânica despolida.

Estado Geral :

Mau.

4. . EX. LABORATORIAIS

30/07 : Proteinas totais : 4,80

Albuminas : 2,40
 Globulinas : 2,40
 A/G : 1,0
 Na⁺ : 135,0
 K⁺ : 4,6
 Ca⁺⁺ : 8,0
 Uréia : 30,84
 Creatinina : 1,03
 Glicose : 69,75
 Colesterol T: 182,40
 Sorologia Lues negativa.

02/08 : Hemograma :

Série vermelha :	eritrócitos	3 300 000 mm ³
	Hemoglobina	9,2 mg%
	hematocrito	29%
Série branca :	Leucócitos	7 800 mm ³
	Eosinófilos	3
	Basófilos	0
	Linfócitos	40
	Monócitos	6
	Promielócitos	0
	Mielócitos	0
	Metamielócitos	0
	Bastões	6
	Segmentados	45
	Plaquetas	2 7000
	Reticulócitos	2%
Parcial de urina:	Volume	8
	Densidade	insuf.
	Cor	citrino
	Ph	9,0
	Aspecto	turvo
	Depósito	discreto
	{ Sedimento	+++
	{ Germes	
	Piocitos	1 por campo
	C.E.	2 por campo
	Muco	++
	Uratos	+++

5 . EVOLUÇÃO HOSPITALAR

28/07 : Paciente internado com anasarca a esclarecer.

30/07 : Paciente internado com desnutrição .

Exame físico

Peso :

Frequência cardíaca : 88 batimentos por minuto.

Frequência respiratória : 32 movimentos respiratórios por minuto .

Temperatura : 32°C

Observações : paciente calmo, aceitando bem a alimentação, evacuando e com boa diurese.

Torax :

Ausculata cardio pulmonar : sem particularidades.

Abdome :

Globoso, circulação visível ; permanece o edema

Medicação

1) AF 200 + 6 + AC 2 +

2) Complexo B . 1 amp. IM 24/24 hs

31/07 : Medicação

1) Decadron colírio 2 gts no ouvido direito e esquerdo.

2) Tanderil sup d 12/12 hs

3) Neosinefrine 2 gts em cada narina.

4) Mercúri cromo nas lesões de lábio e boca.

5) Limpeza da região perineal + Drapoline ?

02/08 : Paciente bem calma, apresentando febrícula de 37,5°C, pesando 8 150 kg. Aceita bem dieta, pouco mamadeira ; urina bem ; evacuou 2 (duas) vezes.

Apresenta mucosas descoradas, lesões eritematosas ulceradas em ângulos labiais.

Exame físico

Ausculata cardio pulmonar sem particularidades.

ABdome : globoso.

Períneo : dermatite amoniacal.

Regressão do edema permanecendo em membros

Exames complementares

RX torax : sem alterações

Hematócrito 29%

03/08 : Peso : 8 150 kg.

Paciente apresenta-se bem, afebril, aceita dieta e não as mamadeiras.

Observa-se descamação em dorso de mãos, coriza sero purulenta.

Urinou uma vez ; evacuou uma vez semi pastoso, uma vez pastoso fétido e vomitou após uma das mamadeiras.

Medicação

1) acrescentar sustagem 1c chá em leite duas vezes.

2) bactrim 1 med 12/12 hs

3) Suspende : Tanderil
mamadeira.

4) Dar sopinha, banana amassada com açúcar, maçã raspada e Neston

05/08 : Peso : 8 250 kg

Paciente apresenta-se bem ; aceita bem a dieta.

Evacuou uma vez sem particularidades

Abdome : papulas com halo eritematoso e prurido (es trófulo).

Regressão parcial do edema de Membros Inferiores.

Permanece fissura em ângulo labial.

RX punho : ausência de raquitismo. Idade óssea N.

Medicação

1) Polaramine 1/2 med 8/8 hs.

06/08 : Discreto edema de membros inferiores.

Regressão da dermatite amoniacal e da fissura no ângulo labial.

Vomitou uma vez

Medicação

1) Plasil 8 gotas 6/6 hs

11/08 : Peso : 7 950 kg.

Paciente apresenta-se sem edemas, evoluindo bem. Mucosas úmidas, pele quente, nascendo cabelos, ganhando peso. Aceita bem a alimentação (com voracidade). Musc. hipotrofica.

Estrófulo.

Abdome distendido, rede venosa aparente. Fígado palpável a \pm 1 cm abaixo do rebordo costal direito. Baço palpável a \pm 3 cm abaixo do rebordo costal / esquerdo:

Paciente se encontra em Síndrome de Recuperação Nutricional.

12/08 : Peso : 7 950 kg.

Paciente hidratada, lúcida, começando a sorrir. Regressão total da dermatite amoniacal.

Hemograma :

Série vermelha :	eritrócitos	: 3 800 000 mm ³
	Hemoglobina	: 11,1 mg%
	Hematócrito	: 33
Série branca :	leucócitos	: 9 500 mm ³
	Eosinófilos	: 7
	Basófilos	: 0
	Linfócitos	: 36
	Monócitos	: 3
	Promielócito	: 0
	Metamielócito	: 0
	Bastões	: 7
	Segmentados	: 47
	Plaquetas	: 270 000
	Reticulócitos	: 2%

Medicação

- 1) suspenso Polaramine e Decadron
- 2) Benadril 1/2 med 8/8hs
- 3) Naldecon 1 c chá 8/8 hs
- 4) Dieta para idade
- 5) Rarical 1/2 med 8/8 hs

14/08 : Peso : 8 000 kg.

Evoluindo bem

Hematócrito 33%

Medicação

1) Suspenso Plasil.

16/08 : Peso : 8 300 kg.

Paciente bem, ganhando peso ; lúcida, calma, alimentando-se bem.

Abdome globoso ; fígado palpável a \pm 3 cm abaixo do rebordo costal direito ; Baco palpável a \pm 7 cm abaixo do rebordo costal esquerdo.

Circulação colateral presente.

Ausência de edema.

Medicação

1) Suspenso Benadril.

2) dieta geral para idade.

18/08 : Peso : 8 500 kg.

Paciente bem, afebril, sorridente, contactua ganhando peso ; alimentando-se bem. Não anda sozinha, musculatura hipotrófica.

Pulmões : diminuição do MV em ambas as bases.

Coração : sp

Abdome : distendido, com hepatomegalia e circulação colateral.

Em Síndrome de Recuperação Nutricional.

20/08 : Paciente bem, lúcida, contactuadno, afebril.

Aceita bem a alimentação (vorazmente), ganhando peso.

Bem hidratada, mucosas umidas e descoradas ++.

Urina e evacua normalmente.

Coração : sp

Frequência cardíaca : 128

Pulmão : diminuição do MV em ambas bases.

Abdome : globoso, com circulação colateral visível.

Hepatoesplenomegalia.

24/08 : Paciente bem, em Síndrome Recup. Nutricional.

Frequência cardíaca : 136 b/m

Frequência respiratória : 28 mov, resp./m

Pulmões : ventilando bem.

Alta em boas condições.

Paciente internou com : desnutrição
Desidratação
Gastroenterite

Sinais e sintomas principais : Vômito
Diarréia
Anorexia
Palidez
Sonolência
Hipertermia

Tratamento principal : hidratação
Antibiótico
Transfusão de sangue
Vitaminas.

DES N U T R I Ç Ã O

(Resumo bibliográfico)

Várias denominações - beribéri pelagróide, edema nutritivo, edema de fome, acromotriquia nutritiva, distrofia farinácea, pelagra infantil, Kwashiorkor, síndrome pluricarenal da infância - têm sido usadas para definir um quadro de desnutrição protéica grave, problema quase universal nas chamadas regiões subdesenvolvidas do globo.

A síndrome figura entre as mais comumente encontradas nos serviços assistenciais, desde que se origina, também, da conjunção dos famigeros fatores miséria e ignorância.. Ocorre, em geral, entre os 10 e 30 meses, caracterizada principalmente por atraso de crescimento e desenvolvimento, palidez, edema, anorexia, alterações do tegumento cutâneo e dos fâneros.

A história clínica é sempre a mesma: processado o desmame, deixam de ser atendidas as necessidades proteicas da criança, ante a falta de um alimento adequado, que permita substituir a proteína do leite materno. E o regime passa a ser qualitativamente insuficiente, com predomínio franco de hidratos de carbono (cozimentos de cereais, caldo de feijão, água de arroz, angu), um mínimo de frutas e legumes, ausência quase completa de leite, carne, vísceras e ovos. Muitas vezes à deficiência de proteínas, minerais e vitaminas se acrescenta a falta de atendimento das necessidades calóricas totais, o que nem sequer possibilita ao organismo poupar as minguadas reservas proteicas. A essa deficiência alimentar mais ou menos prolongada se agregam outros fatores de relativa significação, como parasitoses intestinais, entero-infeções, abandono, falta de cuidados higiênicos etc.

São relativamente raros os dados concernentes ao metabolismo dos aminoácidos, não obstante algumas investigações indiquem ser baixa a excreção urinária de treonina e mais altas que o normal as relações isoleucina-lisina e fenilalanina-tirosina. Admite-se que algumas das manifestações básicas da síndrome dependam, em parte, de um defeito da neoglicogênese, ou da falta de correlação entre determinados aminoácidos. A circunstância de ser o metabolismo protéico igualmente afetado na distrofia de último grau (atrofia, atrepsia) e na distrofia pluricarenal autoriza a crer que o quadro clínico desta última condição não se deva apenas à desnutrição protéica, mas a um excesso relativo de hidratos de carbono na dieta (MacDonald, 1.960).

QUADRO CLÍNICO - O início da síndrome pluricarenal é habitualmente gradativo, verificando-se atraso no desenvolvimento ponderal e estatural, anemia, insônia, mal-estar, tonus e turgor diminuídos, ano

rexia rebelde. A rapidez maior ou menor do acometimento depende da resistência individual, regime adotado, infecções concomitantes, etc.

Sintoma dos mais comuns é a diarréia periódica, sem causa aparente e que muitas vezes precede o edema e as alterações cutâneas-mucosas, fazendo-se acompanhar de leve esteatorréia; São igualmente comuns os sinais psicológicos, variáveis entre a apatia ou coma e a hiperexcitabilidade. Certo grau de atraso mental tem sido assinalado em casos graves, melhorando rapidamente com o tratamento adequado.

Constituindo elemento dos mais típicos, o edema pode assumir grandes proporções, a ponto de autorizar, à primeira vista, a suspeita de nefrose. Inicia-se pelo rosto, ou pelos membros inferiores, e pouco a pouco se generaliza, destacando-se principalmente ao nível da região maleolar, órgãos genitais e ao redor da órbita; sua intensidade não está, porém, relacionada com a gravidade maior ou menor de cada caso. Para que se torne assim intenso contribuem não só a temperatura ambiente e o aumento da ingestão de água e sal, mas também as alterações da permeabilidade capilar, pois a redução da protienemia a níveis inferiores a 4,5g por 100 ml leva o líquido extracelular a acumular-se nos tecidos.

A pele se apresenta geralmente seca, áspera, com áreas de descamação furfurácea e extensas placas eritematosas, das quais posteriormente se desprendem escamas de coloração marron-escuro. Podem verificar-se também zonas de hiperqueratose, acompanhadas de hiperpigmentação, simetricamente localizadas nos membros, face, tronco e pescoço, e sede frequente de escoriações e infecções secundárias. Algumas lesões desse tipo são atribuídas à carência de niacina, riboflavina, ácido linoleico ou vitamina A; não obstante a aparência pelagróide, distinguem-se da pelagra pelo fato de não permanecerem limitadas às regiões expostas.

As unhas são fracas, irregulares e apresentam estria transversais; os cabelos finos, secos, escassos, quebradiços e, às vezes, com perda de coloração (hipocromotriquia, ou discromotriquia).

A incidência desses sinais é muito pequena no Brasil, contrariamente ao que ocorre no continente africano, na condição descrita sob o nome de Kwashiorkor; tais diferenças parecem correr à conta de clima, raça, hábitos alimentares e infecções associadas.

A língua mostra-se lisa, vermelho-viva e brilhante, sendo frequente a comprovação de estomatite angular (boqueira). Observam-se em alta proporção de casos fotofobia e hemeralopia, podendo evoluir para a xeroftalmia ou a queratomalácia.

A hepatomegalia constitui verificação frequente. As evacuações se mostram geralmente volumosas e mal digeridas, o abdome protraído e timpânico; é rara, contudo, a comprovação de ascite.

A ausculta dos pulmões surpreende, amiúdo, estertores roncantes e o exame do coração revela bülhas abafadas, taquicardia e; às vezes sopros funcionais. A grande redução da imunidade explica a frequência com que tais pacientes apresentam infecções, quer urinárias, cutâneas, digestivas ou respiratórias, as quais contribuem para agravar ainda mais o quadro.

PROVAS COMPLEMENTARES - O exame de urina acusa apenas traços de albumina, às vezes piúria e hematúria discretas, permitindo, desde logo, estabelecer a distnção com a nefrose. A anemia normocítica pode ser pouco acentuada, com hipoplasia da série eritroblástica na medula óssea; entretanto, é comum que a coexistência de parasitoses intestinais, especialmente necatorose, condicione graves quadros de anemia hipocrômica.

A proteinemia permanece, em geral, abaixo do limite crítico de 5g por 100 ml, operando-se a redução, sobretudo, à custa da albumina, cuja determinação proporciona uma idéia geral da gravidade da carência protéica e permite avaliar a resposta ao tratamento.

Estudos eletroforéticos demonstram que o aumento das globulinas ocorre nas frações alfa 1 e gama, mostrando-se pouco aumentada a fração beta. As provas de floculação do timol, ouro coloidal e cefalina-colesterol se apresentam positivas; o colesterol acha-se diminuído, bem como a fosfatase alcalina. Mostram-se igualmente baixos os níveis séricos de caroteno, vitamina A, amilase, lipase e pseudocolinesterase, bem como a glicemia em jejum, permanecendo mais ou menos normais as taxas de tiamina e riboflavina. O exame do suco duodenal revela diminuição da atividade enzimática, destacando-se os baixos níveis de lipase. O ECG evidencia comumente alterações da onda T, bradicardia e prolongamento do intervalo Q-T.

A lesão principal é representada, porém, pela pronunciada esteatose hepática, que a punção-biópsia permite evidenciar, havendo possibilidade de evolução para a cirrose, nos casos não tratados. São discordantes as opiniões quanto à patogenia das alterações hepáticas, aparentemente devidas à deficiência na dieta a certos aminoácidos, ou de vitaminas(ex. riboflavina), com a consequente falta de fatores lipotrópicos. Constitui também lesão anatomopatológica frequente a fibrose pancreática, a qual pode assumir grande intensidade, verificando-se atrofia variável dos ácinos e redução do número de grânulos secretórios. Assinala-se ainda certo grau de atrofia das paredes do estômago e intestinos, folículos da tireóide e córtex supra-renal; Entretanto, achado semelhante é comprovado em crianças pertencentes a famílias de baixo nível econômico, vitimadas por doenças outras.

O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL com a nefrose e o edema das cardiopatias não apresenta maior dificuldade, em face da história e dos dados clínicos e laboratoriais. Tampouco há dificuldade em estabelecer a distinção com a atrofia, atrepsia, decomposição ou marasmo, condição que representa problema etiopatogênico distinto, expressão de uma deficiência global, isto é, tanto de proteínas como de calorias, minerais e vitaminas. As diferenças clínicas entre as duas síndromes parecem ser - simplesmente de grau, verificando-se que, no marasmo, a criança não - evidencia perda de atividade enzimática, nem a inapetência e apatia que ocorrem quando a deficiência de proteínas predomina sobre a de calorias. Por outro lado, a grande maioria dos casos verificados nas regiões subdesenvolvidas pertence ao tipo chamado "marásmico", caracterizado por maior desgaste de tecidos e da gordura subcutânea, melhor percebida após o desaparecimento do edema.

TRATAMENTO - Como é óbvio, além de proteção contra o contágio (atendendo à especial suscetibilidade dos pacientes), cuidados com a pele escoriada - visando evitar as infecções secundárias - mudança frequente de posição e manutenção em temperatura adequada, o regime alimentar representa o principal recurso terapêutico. A dieta deverá ser de aceitação fácil, rica de proteínas (3 a 4 g por quilo de peso) sais minerais e vitaminas, relativamente pobre de gorduras e contendo taxas suficientes de hidratos de carbono menos fermentescíveis. Nos primeiros dias, a anorexia rebelde pode obrigar a recorrer à alimentação por meio de sonda, ou às infusões endovenosas de soluções de aminoácidos.

Um dos principais problemas com que se defronta o clínico, no tratamento inicial da distrofia pluricarencial, é corrigir a desidratação e o desequilíbrio eletrolítico, mormente quando o quadro se acompanha de diarreia e vômitos. Havendo predominância de diarreia, moderada ou grave, convirá administrar o mais rapidamente possível uma solução hipotônica, por via venosa (ex. associação de 1 parte de lactato de sódio sexto-molar, 2 partes de soro de Ringer e 3 partes de soro glicosado isotônico), visando a combater a ceto-acidose, corrigir a hipocalcemia e a hipopotassemia. Caso os vômitos sejam suficientemente intensos para determinar alcalose, suprimir o lactato de sódio da solução a ser injetada. Tão logo se restabeleça a diurese e se patenteie a melhora do quadro clínico, reiniciar.

Inicialmente, é vantajoso recorrer durante 1 a 2 dias à dieta de bananas, enriquecida com caseinato de cálcio, acrescentando-se, pelo menos nas primeiras 48 a 72 horas, uma preparação que contenha os principais eletrólitos intra e extracelulares. Após esse período, iniciar a administração de leite semidesnatado, acidificado ou não, atendendo à deficiência quantitativa de enzimas pancreáticas, especialmen-

te lipase. De acordo com a tolerância, a taxa calórica será elevada progressivamente, até atingir 120 a 150 calorias por quilo de peso, nas 24 horas, podendo-se acrescentar, a cada refeição, 2% de caseinato de cálcio. Aos poucos, o regime irá sendo enriquecido de leite integral, legumes, cereais, frutas, fígado, carne, queijo magro e ovos, tendo-se a precaução de fazer paulatinamente as alterações, de forma a não ultrapassar a escassa tolerância gastrointestinal.

Os hidrolisados de proteínas, por via oral ou endovenosa, constituem valioso recurso auxiliar, mas o custo elevado contribui para limitar-lhes o emprego. Trabalhos de vários autores (Howe e Brock, Frontali, Gomez e col., Scrimshaw e al.) destacam a possibilidade de obter-se recuperação inicial rápida e satisfatória, com desaparecimento dos principais sintomas e sinais clínicos, mediante a simples administração de misturas adequadas de aminoácidos sintéticos.

As vitaminas A e D deverão ser prescritas desde logo, em dispersão aquosa, tendo em vista a absorção deficiente, por diminuição da atividade enzimática duodenal. Também o ácido ascórbico será ministrado em doses generosas, convindo reservar o complexo B para emprego um pouco mais tardio, ou seja, a partir da segunda semana, após a dieta láctea haver dominado a esteatose hepática, que certos fatores do complexo poderiam, talvez, agravar. Apesar de ser inicialmente escassa a atividade enzimática duodenal, a proteína do leite é satisfatoriamente absorvida, dispensando o uso de preparações enzimáticas, bem como de lipotrópicos.

Nos casos de anemia intensa, ou choque por hipovolemia, as transfusões de sangue podem ser necessárias, no período inicial, na base de 10 a 20 ml por quilo de peso, a par de outras medidas especiais, como analépticos, oxigênio, etc.

O combate às infecções (às quais os pacientes são demasiado sensíveis), será feito por meio de sulfamídicos ou penicilina. Salvo indicação especial, é preferível evitar a administração rotineira de tetraciclinas, apesar de alguns trabalhos destacarem sua influência favorável sobre a esteatose hepática. A precaução se justifica, considerando a possibilidade de vômitos, diarreia e superinfecções, sobretudo monilíase. Especialmente nos casos graves de distrofia pluricarencial, o paciente parece haver perdido a capacidade de responder às infecções da maneira habitual, dada a ausência de febre, leucocitose ou quaisquer outros elementos de suspeição.

Em geral, os resultados do tratamento se fazem sentir em prazo curto, comprovando-se o desaparecimento do edema em 2 a 10 dias, regressão progressiva das lesões cutâneas, restabelecimento do apetite e do bom humor, elevação dos níveis séricos de vitamina A e normalização da proteinemia em 2 a 3 semanas, com restabelecimento da relação normal albumina-globulina. Persiste, todavia, por algum tempo certo grau de hidrolabilidade, só mais tarde se iniciando o aumento gradativo e constante do peso.

PROGNÓSTICO - As infecções intercorrentes e a esteatose hepática respondem pela mortalidade relativamente Alta, variável entre 10 a 70%, segundo haja, ou não, possibilidade de isolamento, hospitalização e tratamento adequado. A hipoglicemia representa importante causa de morte, nos casos mais severos, ocorrendo, geralmente, após períodos de jejum relativamente breves. Isto sugere que o fígado seja incapaz de manter reservas adequadas de glicogênio, ou que exista um defeito da glicogenólise, conduzindo à liberação insuficiente de glicose no sangue (Slone). Outros capazes de determinar o óbito são representados pelas entero-infecções, o sarampo, a coqueluche e as infecções respiratórias agudas.

PROFILAXIA - Sendo a síndrome devida fundamentalmente à carência das proteínas que suprem aminoácidos em qualidade e proporção adequadas, a única solução deveras adequada e racional constituiria na elevação do nível alimentar das crianças pertencentes aos grupos de população menos favorecidos.

Entretanto, a observação comprova a influência de outros fatores, além dos oriundos da simples questão econômica; de fato, a experiência tem demonstrado que os aumentos de salários não determinam - quaisquer modificações na dieta da criança. Muitas vezes, a importância dispendida pelos pais em bebidas alcoólicas seria plenamente suficiente para proporcionar aos filhos boa quantidade de proteínas de alto valor biológico; além disso, os tabus alimentares e o temor exagerado dos efeitos da carne e ovos respondem por numerosos casos, mormente quando as crianças apresentam frequentes surtos diarrêicos, na realidade condicionados por parasitoses.

Referência Bibliográfica - MANUAL PRÁTICO DE PEDIATRIA - Walter Telles

TCC
UFSC
PE
0183

N.Cham. TCC UFSC PE 0183

Autor: Aued, Amil Santo

Título: Desnutrição..



972807765

Ac. 253824

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM