



EDITORIAL

É TEMPO DE BALANÇO, DE CELEBRAR AS REALIZAÇÕES E DE RENOVAÇÃO!

Caros colegas pediatras,

Neste mês de dezembro termina nosso mandato na Diretoria da SOPERJ.

Foram três anos de muito trabalho e também de muito aprendizado. A SOPERJ cresceu muito nas gestões anteriores, e a responsabilidade de corresponder às expectativas aumenta.

Mas nosso programa para a gestão que ora finda foi cumprido.

Em educação continuada, tivemos quatro grandes congressos, o XII e o XIII CONSOPERJ, o XII Encontro de Atualização em Pediatria da Zona Oeste e o 12º COBRAPEM. Vários eventos das Regionais e dos Comitês Científicos, além dos já tradicionais e regulares CAP SOPERJ/CREMERJ, PALS e Cursos de Reanimação Neonatal. E inovamos com novos eventos, como a I e a II Jornada Prática em Emergência e Terapia Intensiva Pediátrica, a I Jornada Prática em Neonatologia, e a parceria com a Rede RUTE e a TeleSaúde UERJ, estas duas para educação à distância. Publicamos regularmente nossa Revista, nosso Boletim e iniciamos a revisão da Série SOPERJ, agora com a editora Manole, já tendo publicado o primeiro volume.

Mas não só de educação continuada é feita a SOPERJ. Trabalhamos muito na vertente da ética e valorização do pediatra, representada pela nossa Diretoria de Ética e Valorização Profissional e pelo Grupo de Trabalho de Ética e Valorização Profissional, com o auxílio de nosso Jurídico e em parceria com outras entidades, em especial o CREMERJ. Sempre apoiando e respondendo às demandas dos pediatras, quer fossem sócios ou não da SBP.

Na defesa dos direitos da criança e do adolescente, participamos ativamente em várias lutas, junto dos colegas pediatras do Rio de Janeiro e de outras entidades, estreitando nossas relações com a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério Público e outras instâncias da Justiça. Algumas frentes foram a cirurgia cardíaca do neonato com malformação cardíaca, a sífilis congênita, o teste do pezinho, a criança desaparecida, a síndrome alcoólica fetal e o AIDPI. Foram inúmeras campanhas e outras ações em prol de nossas crianças ao longo dos três últimos anos.

Agradecemos a toda nossa Diretoria e aos colegas das Regionais, dos Comitês Científicos e Grupos de Trabalho, dos Cursos, editores da Revista, a equipe da Secretaria da SOPERJ e aos pediatras associados. E também as entidades parceiras. Ser da Diretoria da SOPERJ e poder contar com pessoas de tão grande valor é um presente que levaremos na vida.

Desejo uma ótima gestão para a próxima Diretoria.

Missão cumprida!

Isabel Rey Madeira

Presidente da SOPERJ

Triênio 2016-2018



► Curso de Reanimação Neonatal

Datas:

- 15/03 ► > 34 semanas – Reanimação
- 13/04 ► < 34 semanas – Prématuro
- 11/05 ► > 34 semanas – Reanimação
- 18/05 ► Transporte
- 08/06 ► < 34 semanas – Prématuro
- 20/07 ► Instrutores
- 10/08 ► > 34 semanas – Reanimação
- 14/09 ► < 34 semanas – Prématuro
- 21/09 ► Transporte
- 05/10 ► > 34 semanas – Reanimação
- 16/11 ► < 34 semanas - Prématuro

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313

Inscrições: www.soperj.org.br

► PALS

- 29 e 30 de março
- 26 e 27 de abril
- 24 e 25 de maio
- 28 e 29 de junho
- 16 e 17 de agosto
- 27 e 28 de setembro
- 25 e 26 de outubro
- 29 e 30 de novembro

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313

inscrições: www.soperj.org.br

► Atualização em Reumatologia Pediátrica - Regional Sul Fluminense e Médio Paraíba

Data: 27 de abril

Local: Volta Redonda

► CAP

Datas:

1º semestre:

- 27/04
- 25/05
- 29/06

2º semestre

- 31/08
- 28/09
- 26/10

Local: CREMERJ

Informações e inscrições: (21) 3184-7136

Fax: (21) 3184-7138
www.cremjerj.org.br
seccat@crm-rj.gov.br

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXI - Nº 3 - dezembro 2018



SOPERJ

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SOPERJ

TRIÊNIO 2016-2018

Presidente: Isabel Rey Madeira; Vice-Presidente: Anna Tereza Miranda Soares de Moura; Secretário Geral: Maria Marta Regal de Lima Tortori; 1º Secretário: Claudio Hoinoff; 2º Secretário: Joel Conceição Bressa da Cunha; 1º Tesoureiro: Márcia Fernanda da Costa Carvalho; 2º Tesoureiro: Leda Amar de Aquino; Diretor de Cursos e Eventos: Katia Telles Nogueira; Diretor Adjunto de Cursos e Eventos: Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; Diretor de Publicação: Adriana Rocha Brito; Diretor de Ética e Valorização Profissional: Maria Nazareth Ramos Silva; Diretor Adjunto de Ética e Valorização Profissional: Ana Rosa Castellões dos Santos; Diretor de Relacionamento com Associados: Silvio da Rocha Carvalho; Diretor Adjunto de Relacionamento com Associados: Fernanda Lopes Pércopo; Secretária de Relacionamento com Associados: Aline Masiero Fernandes; Coordenador de Comitês

Científicos: Celise Regina Alves da Motta Meneses; Comissão de Sindicância: Naum Podkameni, Maria Tereza Fonseca da Costa, Raimunda Izabel Pirá Mendes; Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP): Denise Garcia de Freitas Machado e Silva; Coordenador Adjunto do Curso de Atualização em Pediatria (CAP): Flavio Lucio Paranhos Marçal; Conselho Fiscal: Edson Ferreira Liberal, Maria de Fátima Goulart Coutinho, Sheila Muniz Tavares, Hélcio Vilella Simões, Ricardo do Rego Barros; Conselho Consultivo: Edson Ferreira Liberal, Maria de Fátima Goulart Coutinho, Marilene Augusta Rocha Crispino Santos, Sidnei Ferreira, Maria Tereza Fonseca da Costa; Coordenação do Curso Pediatric Advanced Life Support (PALS): Regina Coeli de Azeredo Cardoso e Débora Santos de Oliveira; Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal: José Dias Rego e Giselda de Carvalho da Silva; Diretoria de Coordenação das Regionais: Paulo César Guimarães e Luiz Ildegardes Alves de Alencar.

PRESIDENTES REGIONAIS – Regional Norte Fluminense: Sílvia Regina de Souza Moraes; Regional Lagos: Denise Garcia de Freitas Machado e Silva; Regional Médio Paraíba: Luciano Rodrigues Costa e Carla Fernandes Motta (Vice-Presidente); Regional Sul Fluminense: Luciano Rodrigues Costa e Carla Fernandes Motta (Vice-Presidente); Regional Baixada Fluminense: Marcia Ramos Madella; Regional Zona Oeste: Paulo Sergio da Silva Branco; Regional Leste Fluminense: Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza; Regional Serrana: Felipe Machado Moliterno. Assessor Científico site da SOPERJ: Eduardo de Macedo Soares

Redação: DB Press: Rua Marquesa de Santos, 5/702 – 22221-070 - Rio de Janeiro - RJ, Tel: (21) 9959.7375; Jornalista Responsável: Debora Meth (16745/76/117 - MTb); Diagramação: DC Press (21) 2205-0707; Impressão: Reproarte

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis de pressão arterial (PA) elevados levando a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas com risco aumentado de eventos cardiovasculares letais ou não, no decorrer da vida. Ela ocorre em 3 a 5% da população pediátrica enquanto a chamada PA elevada pode atingir 10 a 15% da população pediátrica.

A classificação da PA em pediatria é feita de acordo com a idade, sexo e percentil de altura dividido em dois grupos etários distintos. Em crianças entre 1 e 13 anos, são classificadas como PA normal abaixo do percentil (P) 90, PA elevada maior ou igual que o P90 e menor que o P95, HAS estágio 1 acima do P95 e menor que P95 + 12mmHg e HAS estágio 2 acima do P95 + 12mmHg. Para crianças acima de 13 anos, classificamos como PA normal abaixo de 120x80 mmHg, PA elevada entre 120 e 129x80mmHg, HAS estágio 1 entre 130x80 e 139x89mmHg e HAS estágio 2 acima de 140x90mmHg (semelhante ao adulto).

A PA deve ser aferida em todas as consultas anuais de rotina em crianças com 3 ou mais anos de idade ou a cada visita em crianças obesas ou em condições de risco para HAS (doença renal, história familiar de HAS, entre outras). É indicada a utilização de tabela baseada no percentil 90 da PA relacionado ao percentil 5 de altura para descartarmos a presença de HAS. Caso a PA aferida se encontre acima destes valores deverão ser utilizadas as tabelas oferecidas no site <http://pediatrics.aappublications.org/content/140/3/e20171904>.

Na etiologia da HAS primária destacamos o sobrepeso e a história familiar de HAS, enquanto na secundária as patologias renais correspondem a 60 a 90% dos casos.

O diagnóstico baseia-se na história, com dados do crescimento e desenvolvimento, história pregressa de doenças de órgãos e sistemas, atividade física, ingestão alimentar, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso de drogas ou

medicamentos, padrão do sono, sobrepeso e obesidade.

A aferição da PA deve ser feita com a criança sentada em uma sala silenciosa por 3-5 minutos antes da medição, com as costas apoiadas e os pés descruzados no chão. Medir no braço direito para consistência e comparação com tabelas padrão, evitando leitura falsamente baixa do braço esquerdo em casos de coarctação da aorta. O braço deve estar no nível do coração, 90° apoiado e descoberto acima do manguito. Não devemos falar enquanto a medida está sendo tomada. Usar manguito com comprimento da parte inflável entre 80% a 100% da circunferência do braço e a largura de pelo menos 40%. Utilizar o manguito maior na ausência do adequado. Na medida da PA nas pernas, o paciente deve estar na posição pronada, com o estetoscópio sobre a artéria poplítea. A PA aferida nas pernas geralmente é 10% a 20% maior do que a pressão da artéria braquial.

A HAS pediátrica apresenta-se assintomática na maioria dos casos, podendo haver hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE) em até 40% das crianças hipertensas à época de seu diagnóstico. Esta HVE pode ser precursora de arritmias e insuficiência cardíaca em adultos.

Como testes de triagem para todos os pacientes estão recomendados o EAS, perfil bioquímico com eletrólitos, uréia e creatinina e perfil lipídico. Em casos específicos, baseados na história e exame físico, outros exames podem ser incluídos.

Recomenda-se a monitorização ambulatorial da PA (MAPA) em maiores de 5 anos com HAS há mais de 1 ano, HAS do jaleco branco ou outra condição de risco. O ECO está indicado para avaliação da HVE por ser a lesão de órgão-alvo mais frequente, verificada em 40% dos pacientes. O USG renal com dopplerfluxometria de artérias renais somente está indicado em crianças acima de 8 anos e adolescentes de peso normal suspeitas de ter HAS renovascular, quando cooperativas com o procedimento.

O objetivo do tratamento é reduzir os níveis pressóricos e o risco de lesão de órgão-alvo. Devemos manter a PA abaixo do percentil

90 ou 130x80 mmHg, pela redução do risco de HVE observada nestes pacientes.

Mudanças no estilo de vida, como atividade física e dieta saudável, são recomendadas para todas as famílias com hipertensos.

O uso de medicamentos está indicado nos estágios I e II, com HAS sintomática, secundária com evidência de dano em órgão alvo, presença de dislipidemia, distúrbios cardiovasculares ou obesidade severa. Recomenda-se a monoterapia, em baixas doses e com ação prolongada, com indicação de aumento progressivo da dose até o máximo tolerado. Em casos sem boa resposta a este esquema terapêutico, trocar para outra classe de medicamento ou adicionar outro agente. A escolha do medicamento utilizado baseia-se na hipótese da causa e fatores contribuintes para a HAS, selecionando 1 ou mais fármacos com ação específica, com a identificação de comorbidades e monitorização de efeitos adversos. A utilização do medicamento escolhido deve levar em conta também seu custo, facilidade de acesso e manutenção da terapia.

Referências Bibliográficas:

- Couch SC, Saelens BE, Levin L, Dart K, Falciglia G, Daniels SR. The efficacy of a clinic-based behavioral nutrition intervention emphasizing a DASH-type diet for adolescents with elevated blood pressure. *J Pediatr* 2008;152(4):494-501.
- Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2017;140(3):e20171904.
- Hipertensão na Criança e no Adolescente. In: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):53-63.
- Hipertensão Arterial Secundária. In: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):67-74.
- Stabouli S, Kotsis V, Rizos Z, et al. Left ventricular mass in normotensive, prehypertensive and hypertensive children and adolescents. *Pediatr Nephrol* 2009;24(8):1545-1551.

ROTEIRO PRÁTICO NA CRIANÇA COM DERRAME PLEURAL

Na faixa etária pediátrica a imensa maioria dos derrames pleurais está associada à pneumonia. No entanto, na abordagem de uma criança com derrame pleural devemos fazer uma investigação adequada, a fim de afastar outras patologias como a Tuberculose (TB), Linfoma etc. O derrame pleural faz parte da pneumonia complicada, que é aquela associada também ao abscesso pulmonar e à pneumonia necrosante.

O diagnóstico clínico do derrame pleural deve ser suscitado quando o paciente com pneumonia aguda comunitária permanece febril após 48 h de tratamento, apresenta dor abdominal, dor pleurítica, ausculta com diminuição ou abolição do MV, atrito pleural, percussão com submacicez, FTV diminuído ou ausente, redução das incursões respiratórias.

O diagnóstico por imagem inclui a radiografia de tórax que pode ser suficiente; porém o melhor método é a ultrassonografia de tórax, que estimará o volume e poderá detectar septos e loculações. A TC de Tórax é reservada apenas para os casos complicados, com má evolução e para diferenciar o empiema loculado do abscesso e da pneumonia necrosante. Os derrames pleurais são classificados em exsudatos e transudatos. O exsudato implica em doença pleural primária ou secundária e o transudato reduz a chance de doença pleural. Pelos critérios de Light os exsudatos apresentam pelo menos um dos seguintes: 1. Proteína do líquido pleural / proteína plasmática > 0,5; 2. LDH do líquido pleural / LDH Plasmática > 0,6; 3. LDH do líquido pleural > 2/3 do limite superior LDH plasmática. Exsudatos são os derrames pleurais parapneumônicos, empiemas, derrame tuberculoso, linfoma, LES... Os transudatos são vistos na ICC, hipoproteinemia, GNDA, dengue, hiper-hidratação....

Na abordagem da criança com derrame pleural devemos solicitar no exame de sangue: hemograma, PCR, hemocultura e no exame do líquido pleural: Gram, cultura, citologia global e específica, LDH, glicose e se houver suspeita de TB além da cultura para *M. tuberculosis*, devemos solicitar a dosagem de ADA que na TB geralmente está acima de 40U /L. O predomínio de linfócitos (> 50%) pode estar associado a TB e mais raramente ao linfoma.

O tratamento com antibióticos é feito de acordo com a faixa etária até o resultado de culturas. A principal bactéria associada ao derrame pleural, excetuando-se os pacientes menores de 2 meses, é o *S. pneumoniae*. Assim, a droga de escolha é inicialmente a Penicilina Cristalina. Outras bactérias implicadas no paciente com pneumonia e derrame pleural são o *S. aureus*, *S. pyogenes* e o *Mycoplasma pneumoniae*. A presença de infecção de partes moles ou no sistema osteoarticular sugere *S. aureus*. O *S. pyogenes* pode apresentar rash escalartíniforme e neste caso a melhor associação é a Penicilina Cristalina + Clindamicina. Na hipótese de atípicos deverão ser usados os Macrolídeos (Clarithromicina e Azitromicina).

Tem sido descrito em alguns estudos, que englobam adultos e crianças, o *S. aureus* produtor de PVL (Panton Valentine Leukocidin), que é uma toxina que confere maior gravidade. A PVL pode ser secretada por *S. aureus* sensível ou resistente à Metilicina. Estes pacientes podem apresentar leucopenia e hemorragia pulmonar. Nestes casos é orientado o uso de drogas antitoxina como a Clindamicina ou a Linezolida.

Em relação à conduta cirúrgica, os derrames pequenos evoluem para melhora apenas com o uso de antibióticos. A indicação de drenagem torácica fechada será para os derrames

volumosos, nos casos com desconforto respiratório moderado ou grave, no empiema, nos derrames com ex. Gram com bactérias, quando LDH > 1000 ou glicose < 40. A retirada do dreno geralmente ocorre após 7 dias, exceto nos casos de fístulas bronco pleurais onde pode ter duração maior. A ausência ou pequeno volume de líquido pleural a ultrassonografia de tórax orientam a retirada.

A radiografia de tórax melhora na maioria dos casos 2 a 3 meses após.

Referências Bibliográficas:

- Gillet-Vittori L, Afanetti H, Dupont A, Gondon E, Dupont D. Life threatening Panton Valentine leukocidin-associated staphylococcal infections in children. A broad spectrum of clinical presentations. *Arch Pediatr* 2014;21(11):1220-5.
- Masters IB, Isles AF, Grimwood K. Necrotizing pneumonia: an emerging problem in children? *Pneumonia* 2017;9:11.
- Spencer DA, Thomas MF. Necrotising pneumonia in children. *Paediatr Respir Rev* 2014;15(3):240-5.
- Moreno-Pérez D, Martín AA, García AT et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica e Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *Anales de Pediatría* 2015;83(3):147-226.
- M Harris. Clark J, Coote N et al. British Thoracic Society guidelines for the management of Community Acquired pneumonia in children: Update 2011. *Thorax* 2011;66(supl 2):ii1-23.
- Bradley JS, Byington CL, Shah SS et al. Executive summary: the management of Community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: Clinical practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis* 2011;53(7):617-30.



Alunos das Ligas de Pediatria do RJ



Apresentação da Academia Brasileira



Diretoria da SOPERJ



Fórum Prescrevendo o Brincar



Homenagem a Dra. Lyse Soares



Jovens pediatras do RJ



Público assistindo palestra



Jovens pediatras



Lançamento do Livro Endocrinologia Pediátrica



Mesa de abertura do XIII CONSOPERJ.jpg



Mesa Valorização profissional



Oficina do Comitê de Amamentação Materno



Organizadoras do Livro Endocrinologia Pediátrica - Série SOPERJ



Pediatras confraternizando



Pediatras confraternizando



Pediatras no auditório



Pediatras no CONSOPERJ.jpg



Pôsteres comentados



Prescrevendo o Brincar



Público assistindo aula



Secretaria da SOPERJ

Dra. Aluce Loureiro Ouricuri



Formada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, a Dra. Aluce Loureiro Ouricuri é a nossa homenageada nesse boletim. A atuação em Pediatria começou em 1966, como residente do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, onde também fez Residência em Pneumologia. Especialista em Pediatria pela SBP e em Alergia e Imunologia Clínica, entre outras muitas atividades, foi presidente do Comitê de Alergia e Imunologia da SOPERJ e presidente da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Conheçam mais um pouco da Dra. Aluce.

O que a levou a ser Pediatra?

R: O gosto de trabalhar com crianças.

Cite um momento pessoal marcante na Pediatria.

R: O diagnóstico de Imunodeficiência Primária que fiz em um paciente de 10 anos. Depois o orientei e acompanhei seu tratamento; mais tarde, cuidei de um sobrinho dele com a mesma patologia, e hoje já está adulto e continua bem.

Quem a inspirou na Pediatria?

R: O Professor Dr. Luiz Torres Barbosa.

Qual a qualidade indispensável a um médico?

R: Empatia.

Um filme inesquecível?

R: Morangos Silvestres, de Ingmar Bergman.

Um livro inesquecível?

R: Ensaio sobre a Cegueira, de Saramago.

Sua comida preferida?

R: Camarão.

Sua bebida preferida?

R: Vinho.

Qual o seu tipo de música favorito?

R: MPB e música clássica.



Praia ou serra?

R: Praia.

Uma viagem inesquecível?

R: Leste Europeu.

Algum personagem ou herói preferido na infância?

R: Luluzinha e Bolinha.

Time de futebol?

R: Vasco da Gama.

Algum hobby?

R: Leitura.

Uma personalidade que admira.

R: Mahatma Gandhi.

Uma mania.

R: Ver televisão.

Um motivo de tristeza.

R: A perda do meu esposo.

Um motivo de alegria.

R: O nascimento de meus filhos.

Algum arrependimento?

R: Não tenho arrependimentos, tudo o que eu fiz, fiz conscientemente, e na vida fiz o melhor que pude.

Dê um conselho aos jovens.

R: Persigam os seus sonhos, vale a pena lutar, lute pela vida, até conseguir alcançar o seu objetivo.