REVISÃO PEDIATRIA:MI 2017

- HIV/aids na criança: prevenção
- IVAS: amigdalites

  complicações locais: otites e sinusites
- IVAI: Bronquiolites , pneumonias
- Doenças exantemáticas
- Meningites
- Vacinas

Transmissão Vertical do HIV

- **Transmissão 3 períodos:**
  - **intra-útero (30%)**
  - **parto (70%)**
  - **aleitamento (8-22%)**
- **ACTG 076 AZT profilático (ano de 1994)**
  - **redução de 67,5% (3 períodos)**
  - **redução de 37% (só parto)**
  - **HAART MATERNA reduziu TV a < 2%**
  - **META OMS é 0% até 2015 !!!!!**

Avanços no Diagnóstico, Tratamento e Profilaxia em Crianças com HIV/AIDS

1983	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2001
1º caso notificado	profilaxia PCP	ARV	Prot 076	. ARVs . diag.:PCR . profilaxias	IP	TARV	Carga Viral HAART	genotip.

Prevenção da transmissão vertical do HIV
Manejo da criança exposta

Cuidados imediatos: limpeza, remoção cuidadosa de secreções e banho na sala de parto

Administrar, logo após manobras iniciais, ou iniciar até quatro horas, o AZT solução oral. (sala de parto). Não há evidência > 48h

Manter 12/12h por **4 semanas (antes eram 6 !!!)**

Colher HMG na sala de parto (monitorar anemia, efeito adverso da zidovudina)

Única exceção da monoterapia: RN de mães que não receberam TARV na gestação ou CV > 1000 cópias no terceiro trimestre

AZT + nevirapina (3 doses)

Dose 1: até 48h

Dose 2: após 48h

Dose 3: após 96h

Não amamentar (direito de receber formula adequada)

Encaminhada para alojamento conjunto (vínculo)

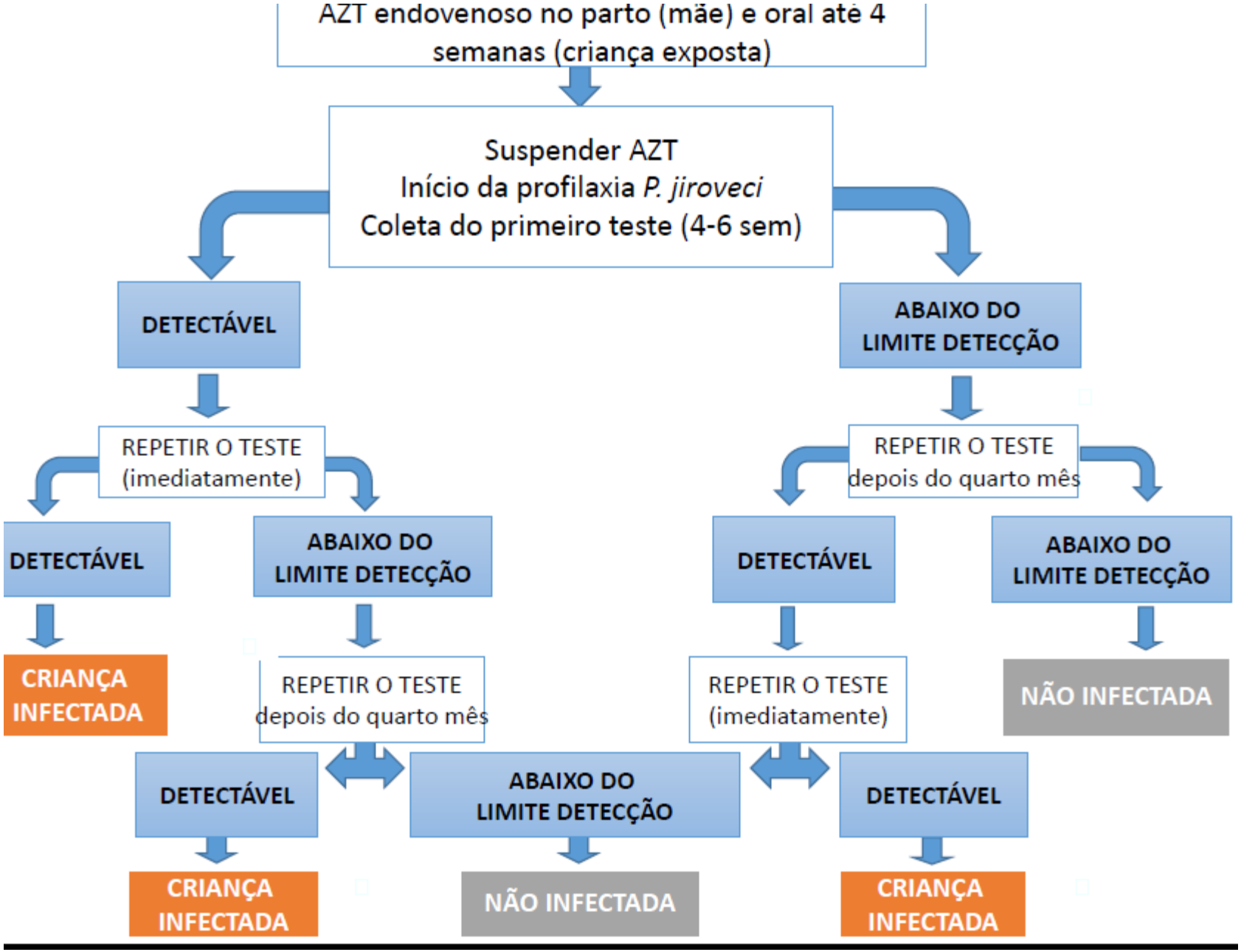
*** novidades**

Manejo dos bebês sob risco de TV-HIV

- **Profilaxia primária *P.jeroveci* : SMX+TMP**

- **Início : 4-6 semanas até excluir infecção**
- **ou**
- **Até 1 ano se for infectado (depois pelo CD4)**

- **suspende profilaxia quando infecção pelo HIV for excluída (duas cargas virais abaixo limite de detecção)**


AZT endovenoso no parto (mãe) e oral até 4 semanas (criança exposta)
Suspender AZT
Início da profilaxia *P. jiroveci*
Coleta do primeiro teste (4-6 sem)
DETECTÁVEL
ABAIXO DO LIMITE DETECÇÃO
REPETIR O TESTE (imediatamente)
REPETIR O TESTE depois do quarto mês
DETECTÁVEL
ABAIXO DO LIMITE DETECÇÃO
DETECTÁVEL
ABAIXO DO LIMITE DETECÇÃO
CRIANÇA INFECTADA
REPETIR O TESTE depois do quarto mês
REPETIR O TESTE (imediatamente)
NÃO INFECTADA
DETECTÁVEL
ABAIXO DO LIMITE DETECÇÃO
DETECTÁVEL
CRIANÇA INFECTADA
NÃO INFECTADA
CRIANÇA INFECTADA

Transmissão Vertical do HIV:

Diagnóstico de Infecção HIV em Crianças

- **Criança provavelmente infectada:**

- 2 exames positivos em testes com detecção de RNA (Carga viral) ou DNA viral, entre 1-6 meses, sendo um deles após 4 meses de vida*

- ≥ 18 meses : 2 amostras positivas em testes para detecção de Anticorpos anti-HIV

CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTAS OU INFECTADAS PELO HIV

Grupo alvo	Idade	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP	HIB	PNEUMO 10	Rotavirus	MENINGO C	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	TRIPLICE VIRAL	VARICELA	HEPATITE A	PNEUMO 23	HPV	dT
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao Nascer														
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose	1ª dose									
	3 meses								1ª dose								
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose	2ª dose									
	5 meses								2ª dose								
	6 meses			3ª dose	3ª dose		3ª dose			1ª dose							
	7 meses									2ª dose							
	9 meses										Dose inicial						
	12 meses						Reforço					1ª dose	1ª dose	1ª dose			
	15 meses			1º reforço	1º reforço				Reforço			2ª dose (com tetra viral)	2ª dose (com tetra viral)				
	18 meses													2ª dose			
	2 anos														1ª dose		
	4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço												
	6 anos								2ª dose						2ª dose		
Adolescente	10 a 19 anos		4 doses[1]			2 doses[1]			2 doses[1]		1 dose a cada 10 anos	2 doses[1]	2 doses[1]			3 doses	Reforço a cada 10 anos

[1] Se não tiver recebido o esquema completo na infância

Calendário Nacional de Vacinação 2017

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócia 10V (conjugada)*	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)*	Febre Amarela	Hepatite A**	Tríplice Viral	Tetra viral***	HPV	Dupla Adulto	dTpa****
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VIP)										
	9 meses								Uma dose						
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose				
	15 meses			1° reforço (com DTP)	1° reforço (com VOP)					Uma dose (15 meses até 23 meses)		Uma dose			
	4 anos			2° reforço (com DTP)	2° reforço (com VOP)				Reforço						
	9 anos														
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 12 a 13 anos)	Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)				2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 12 a 13 anos	Reforço a cada (10 anos)	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)						Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos)			Reforço a cada (10 anos)	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal)						Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)					Reforço a cada (10 anos)	
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal)											3 doses (verificar a situação vacinal)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana

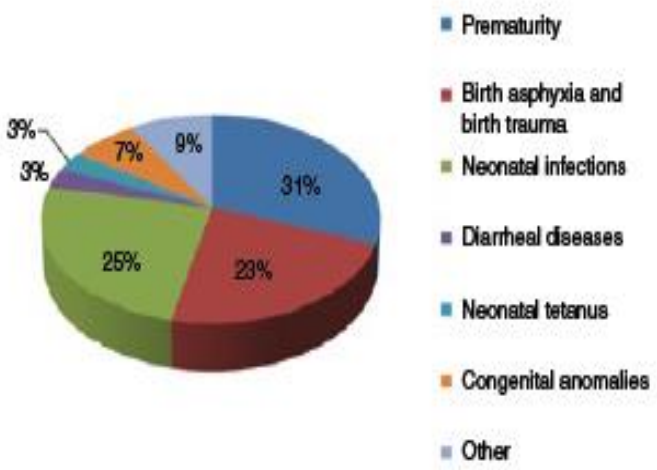
Vacina Influenza anual >6 meses até 5 anos e em > condições risco
Aplicadas no Outono , estação sazonal da GRIPE

Nota: *Administrar Uma dose da vacina Pneumocócia 10V (conjugada) e da vacina Meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.
**Administrar Uma dose da vacina hepatite A, em crianças entre 2 e 4 anos, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.
***A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Crianças entre 2 e 4 anos que não apresentarem nenhuma dose da vacina com componente varicela, poderão receber Uma dose.
****Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar Uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

Parte 1
Abordagem clínico-epidemiológica
Infecções Respiratórias Agudas (IRA)

MORTALIDADE INFANTIL

Mortalidade Neonatal < 1 mês



Mortalidade < 5 anos idade

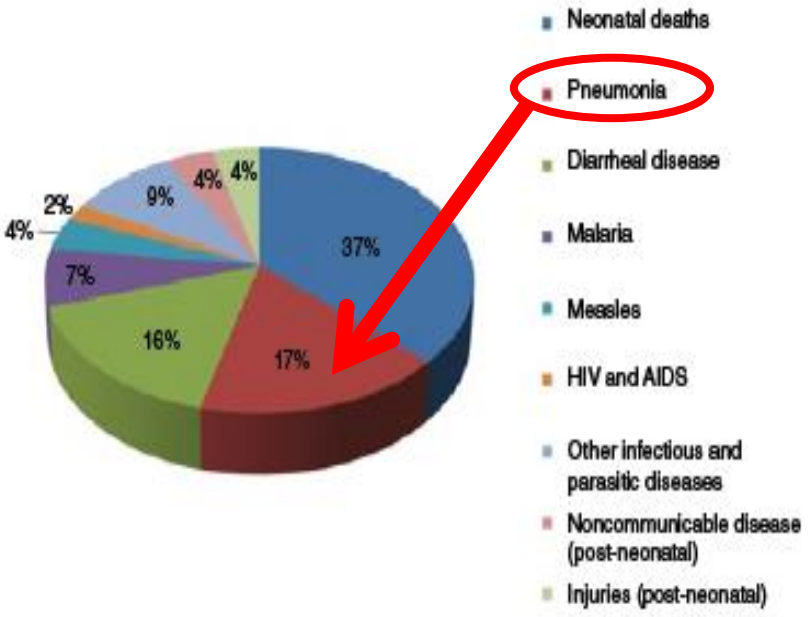


Figure 1 Worldwide mortality in neonates and children under 5 years of age. (a) Worldwide causes of neonatal deaths (birth to 1 month of age). Premature infants are those born at less than 32 weeks of gestational age. (b) Worldwide causes of death in children under the age of 5. Figure adapted from ref. 25.

EPIDEMIOLOGIA da IRA

Freq.: episódios IVAS/ano
Adultos : 2-4 /ano
Crianças; 6-8 /ano
CÇ creche: 10 /ano

Infecções Respiratórias Agudas : IRA

Defesas Trato respiratório

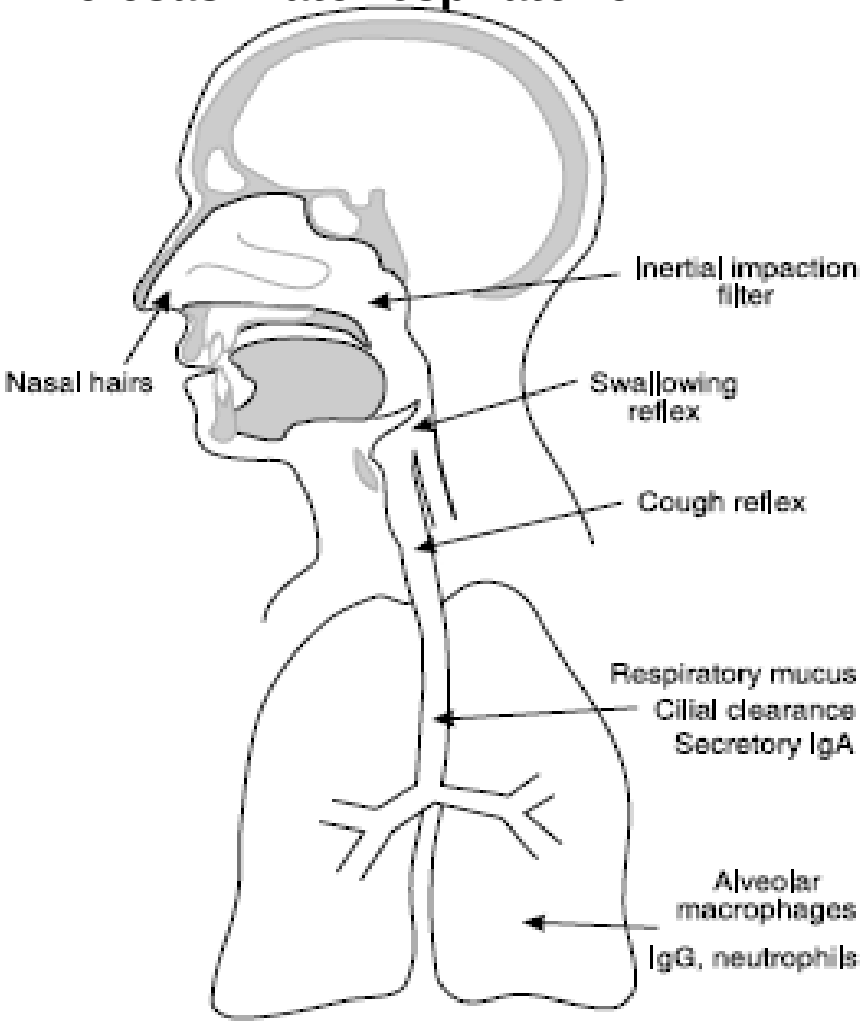
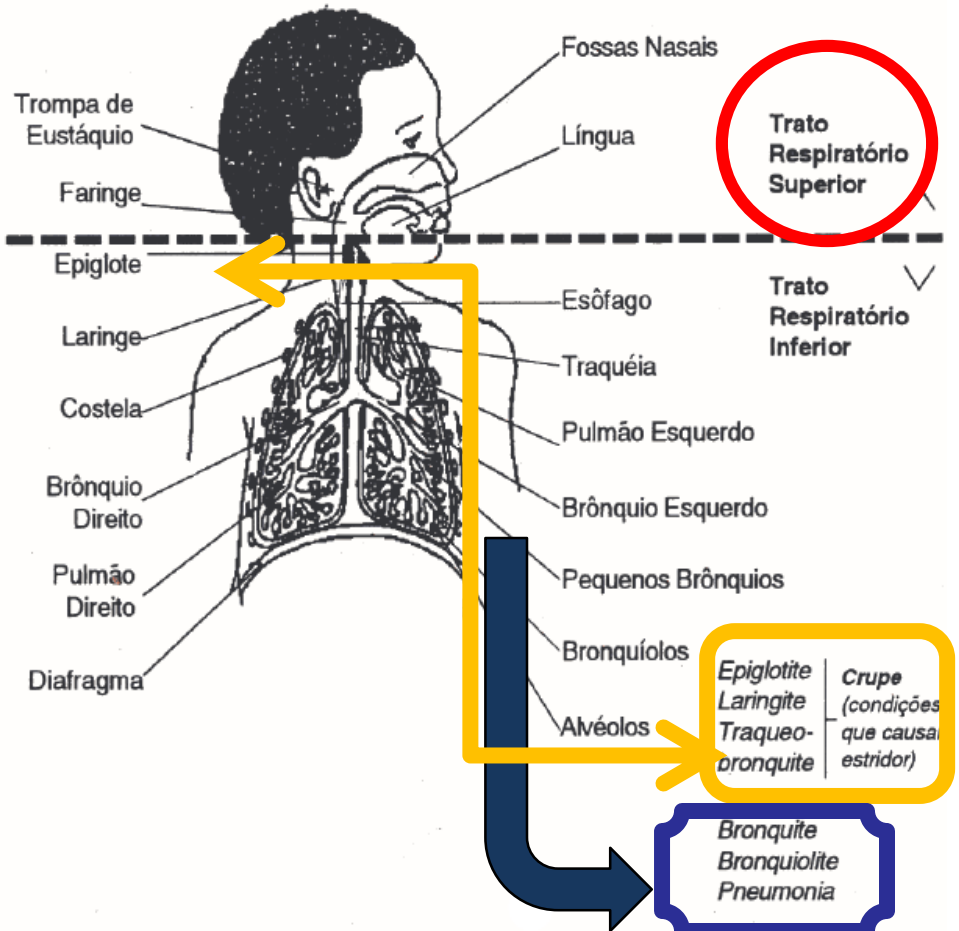


Fig. 11 Defences of the respiratory tract.

Síndromes Clínicas

Otite
Amigdalite
Sinusite
Rinofaringite

Segmento anatômico inflamado



SÍNDROMES CLÍNICAS - MANIFESTAÇÕES DE IRA REFLETEM A EXTENSÃO DO COMPROMETIMENTO E GRAVIDADE

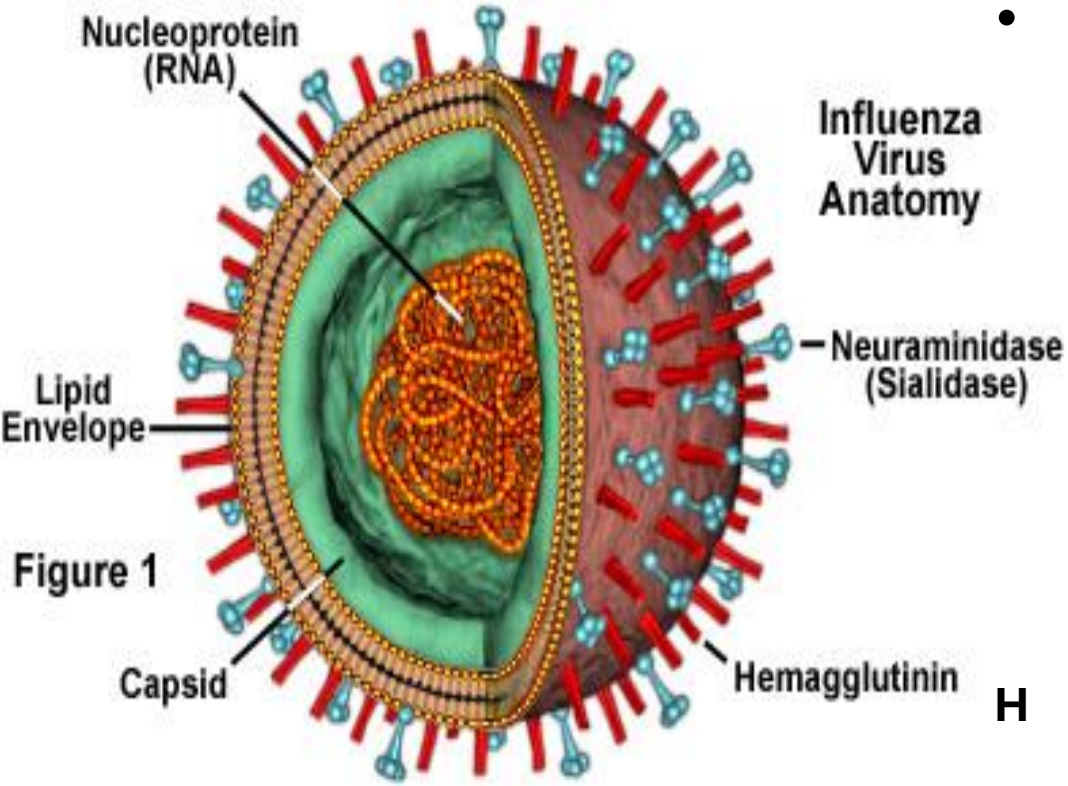
I R A

ALTA (IVAS)	MÉDIA	BAIXA IVAI
RESFRIADO RINOFARINGITE AMIGDALITE	EPIGLOTITE LARINGO TRAQUEITES (CRUPE)	BRONQUIOLITE PNEUMONIA
CORIZA TOSSE DOR DE GARGANTA ANOREXIA MAL-ESTAR FEBRE	ESTRIDOR RETRAÇÃO TORÁCICA	TAQUIPNÉIA TOSSE BATIMENTO DE ASA RETRAÇÃO SIBILOS ESTERTORES CIANOSE

EM < 2 Anos : IIVAS há acometimento IVAI em 30%

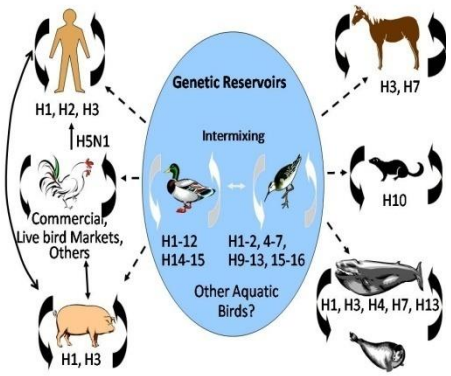
INFLUENZA - VÍRUS

- ***Orthomyxoviridae***
- **Vírus RNA, 8 fitas simples**



N

H



Cepa viral influenza :A/California/04/2009 A (H1N1)

Mutações : menores dá surtos e maiores pandêmias

Impacto Mundial Influenza

- 3 a 5 milhões de casos / ano
- 250 a 500 mil mortes / ano
- 5 a 15 % população mundial se infecta anualmente
- ***Monitoramento sazonalidade OMS desde 1950***
- Pandemias : novos subtipos que se transmitem facilmente e causam doença

Primeiro Relato da Nova Influenza Suína A (H1N1)

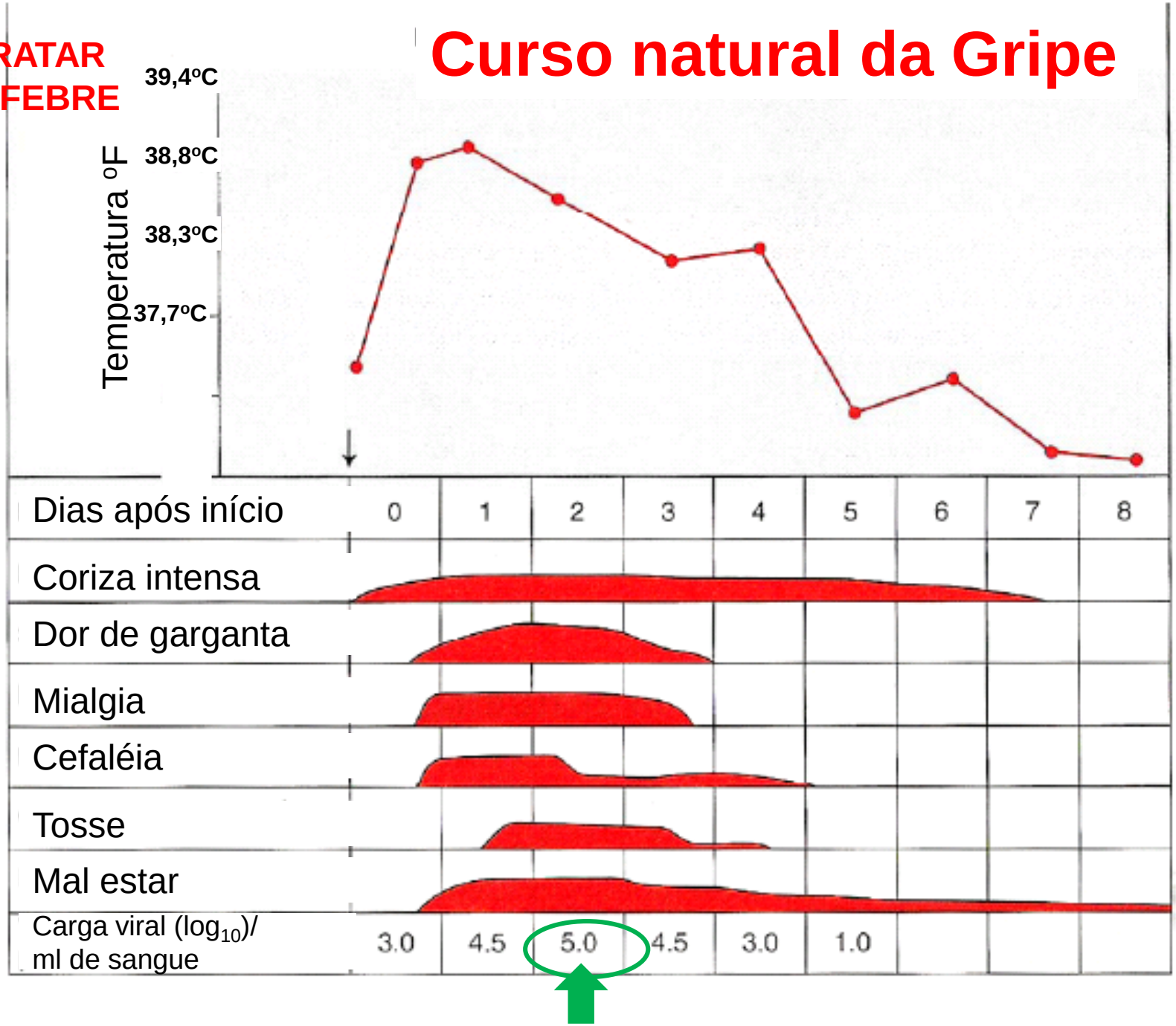
Morbidity and Mortality Weekly Report
Centers for Disease Control and Preve
21 de Abril de 2009

Swine Influenza A (H1N1) Infection in Two Children — Southern California, March–April 2009

A/California/04/2009 A (H1N1)

Curso natural da Gripe

TRATAR A FEBRE



IRA .: Diagnósticos Etiológicos

OMS monitora a **sazonalidade viral**

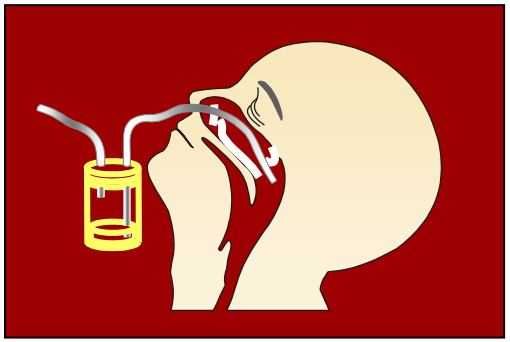
Test	Time to results	Comments
RT-PCR (conventional gel-based PCR, real-time RT-PCR, and multiplex PCR)	2 h	High sensitivity and very high specificity; highly recommended; can differentiate between influenza types (A or B) and subtypes (including pandemic H1N1 influenza and avian H5N1 influenza)
Immunofluorescence*		Moderately high sensitivity and high specificity; recommended
Direct fluorescent antibody staining	2-4 h	Detects and distinguishes between influenza A and B and between A/B and other respiratory viruses
Indirect fluorescent antibody staining	2-4 h	Detects and distinguishes between influenza A and B and between A/B and other respiratory viruses
Rapid influenza diagnostic tests•		Low to moderate sensitivity and high specificity; recommended; limitations of the test should be recognized when interpreting results
Antigen detection (EIA)	10-20 min	Depending on which EIA test is used, will either detect influenza A only, will detect and distinguish between influenza A and B, or will detect but not distinguish between influenza A and B
Neuraminidase detection assay	20-30 min	Detects but does not distinguish between influenza A and B
Viral culture		Moderately high sensitivity and highest specificity; this test is important for confirming screening test results and for public health surveillance, but it is not useful for timely clinical management
Shell viral culture	48-72 h	...
Isolation in cell culture	3-10 days	...
Serologic tests (hemagglutinin inhibition, ELISA, complement-fixation, and neutralization)Δ		Available only in reference laboratories; not useful for timely clinical management; recommended only for retrospective diagnosis, surveillance, or research purposes

Espécime preferencial : secreção de nasofaringe

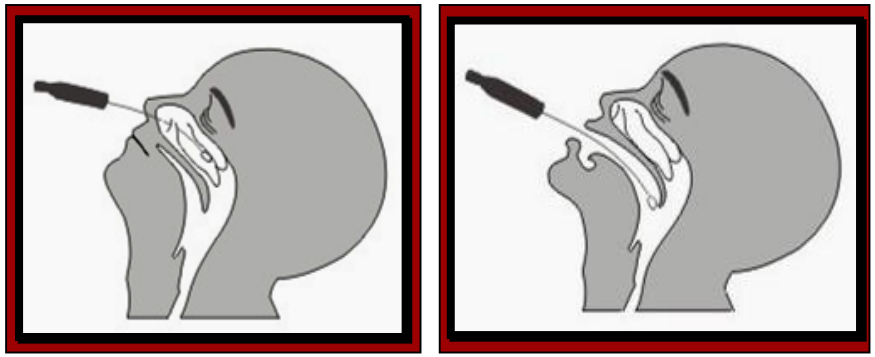
Fase aguda da doença – até o 5º dia

Técnica de coleta:

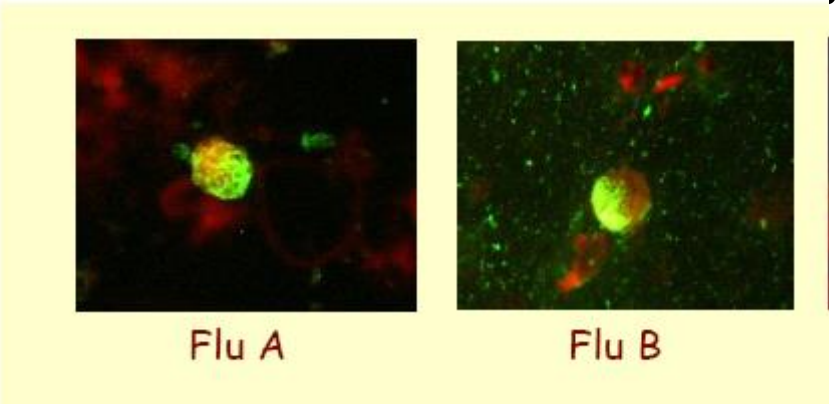
Aspirado nasofaringe

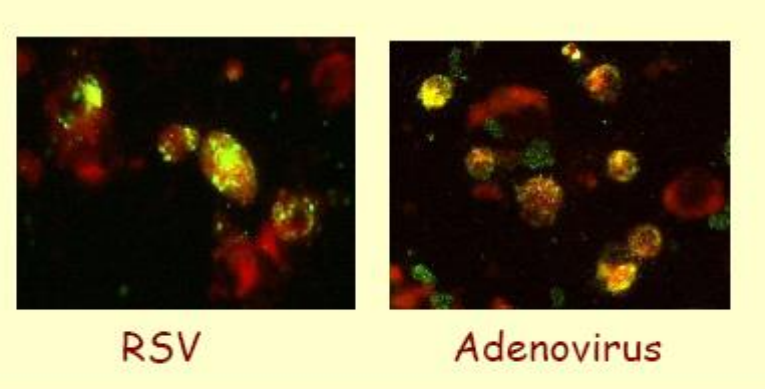


Swab combinado



Nasal **Oral**



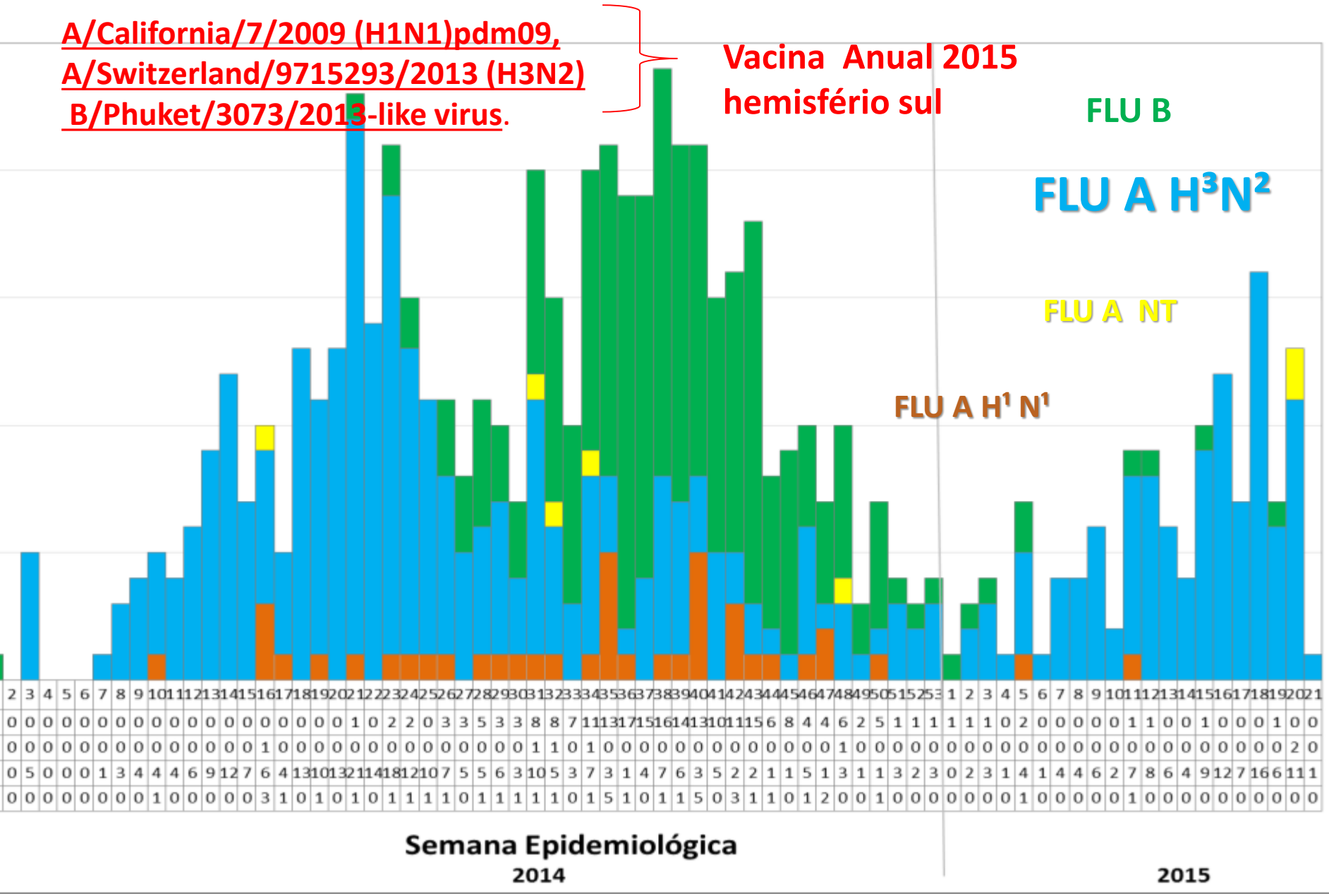


PESQUISA DIRETA POR teste rápido /IMUNOFLUORESCÊNCIA/ PCR

Vírus Respiratórios

Sensibilidade Influenza A: 40-70%

Unidades Sentimelas G-SP e Interior SP



Gripe: diag clínico e Notificação DRAG

OSELTAMIVIR - Recomendações para tratamento

CRIANÇAS <1 ANO	**Idade**	**Tratamento - recomendado por 5 dias**
apresentação: suspensão oral.	<3 meses	12mg 2 vezes diariamente
	3-5 meses	20mg 2 vezes diariamente
	6 - 11 meses	25mg 2 vezes diariamente

CRIANÇAS 12 MESES A 13 ANOS	**Peso**	**Tratamento - recomendado por 5 dias**
apresentação: suspensão oral.	15 kg ou menos	60mg ao dia divididas em 2 doses
	15-23 Kg	90mg ao dia divididas em 2 doses
	24-40Kg	120mg ao dia divididas em 2 doses
	>40Kg	150mg ao dia divididas em 2 doses

ADULTOS >13 ANOS	**Tratamento - recomendado por 5 dias**
apresentação: cápsula.	1 cápsula de 75mg 2 vezes ao dia

Fonte: CDC/Atlanta/EUA

Profilaxia : dose única uma x/dia /10 dias

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Principais diferenças entre gripe e resfriado[1]

Sinais e Sintomas	Gripe	Resfriado
Início	*Súbito*	Gradual
Febre	*Alta, característica (>38ºC), dura de 3 a 4 dias*	Raramente
Tosse	*Seca; pode se tornar produtiva*	Irritativa
Dor de cabeça	*Forte*	Raramente
Dores musculares	*Comum e freqüentemente intensa*	Leves
Cansaço e fraqueza	*Pode durar até 2 ou 3 semanas*	Muito leves
Exaustão	*Precoce e importante*	Geralmente ausente
Desconforto no peito	*Comum*	Leve a moderado
Nariz congestionado	*Às vezes*	Comum
Coriza	*Às vezes*	Comum
Dor de garganta	*Às vezes*	Comum

Viremia +++

Incomum

Rinofaringite :**Resfriado comum**

Infecções” rinossinusal virais” **são auto-limitadas**
espirros , coriza , tosse , hiperemia , febre +/++

- Secreção nasal (hialina, mucóide, purulenta) com duração de até 10 dias
- ***Frequentemente*** .: rinovírus , parainfluenza , VSR , coronavírus e metapneumovirus
- *Ocasionalmente* : adenovírus , enterovirus, influenza, reovirus e bocavirus
- *Início pode ter sintomas*: bordetella , clamidia
- ATB não muda o curso nem previne infecção 2ª com bactérias.

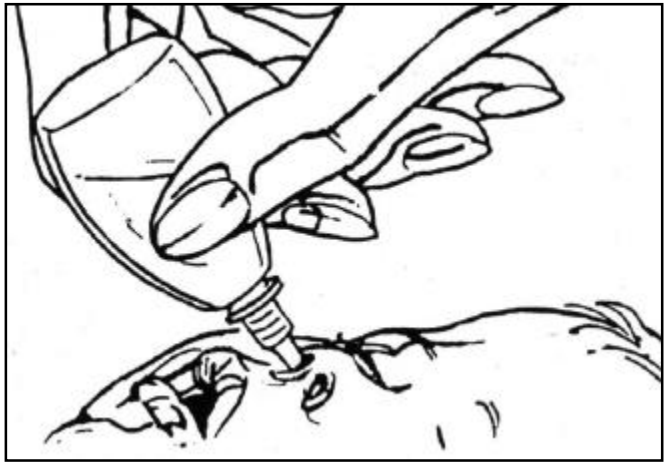
Pediatrics 1998 e Feigin 2014

Rinofaringites virais

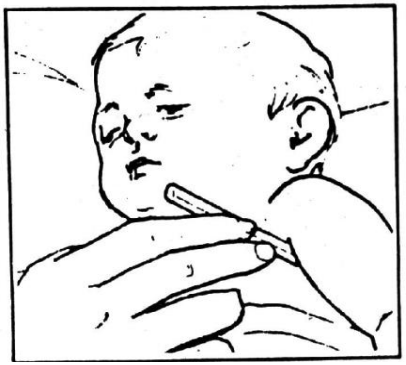
sintomas sugerem

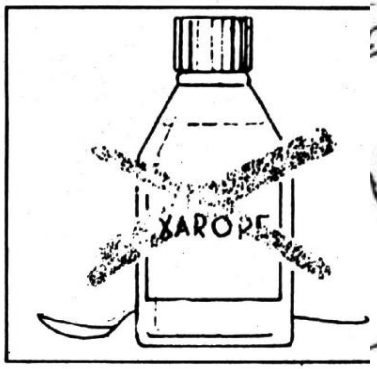
- *Parainfluenza:* Laringite
- *Adenovírus:* faringite e conjuntivite
- *Influenza:* sintomas constitucionais intensos

Cuidados PRESCRITOS em RECEITA



CONDUTA TERAPÊUTICA PARA OS CASOS DE IRA





INSTRUÇÕES PARA AS MÃES E FAMILIARES

PA : Escrever SINAIS DE ALARME para retorno e incentivar retorno UBS saúde

Febre: tratamento sintomático

Recomendações para pais:

"Fobia de febre" persiste até em profissionais !

- Febre alta >39°
- Persiste por 1h apesar após medicamento
- Banho morno (meio físico reduz vômitos)
- dipirona x paracetamol: mais seguros
- ibuprofeno x aspirina : indicações precisas
- Trabalhos não mostram superioridade
- Nem em alternar medicamentos
- GRAVE se "Fora da febre bebê não brinca

"Mãe não consola o choro bebê"

Antitérmicos

	Paracetamol	Dipirona	Ibuprofeno (uso excepcional)
Faixa etária	**Desde RN**	**Após 3m idade**	**Após 6m idade**
Via	Oral, retal	Oral, retal, IM, EV	Oral
Dose em crianças	10-15 mg/kg	10-20 mg/kg	5-10 mg/kg
Dose máxima	2 g/dia	2-4 g/dia	0,8-1,2 g/dia
Toxicidade	Gástrica Cutânea Hepática –grave e associada à dose excessiva	Gástrica Agranulocitose/aplasia –grave e ocasional Hipersensibilidade renal Erupção cutânea fixa	Gástrica Reduz adesão plaquetária, Plaquetopenia Edema, disfunção renal Exantema, urticária, S-Johnson Broncoespasmo
Contra indicações	Doença hepática aguda ou crônica Uso concomitante de drogas metabolizadas pelo citocrono P450	Neutropenia Reação prévia de hipersensibilidade	Doença péptica Alterações plaquetárias Asma ou rinite grave Doença renal Hipertensão arterial Hipersensibilidade prévia ao ibuprofeno ou outros AINH Uso de outros AINH Dengue

Bricks, LF. Tratamento da febre em crianças
Pediatria (São Paulo) 2006;28(3):155-8.

Influenza – Gripe
PREVINA-SE

FIQUE ATENTO(A) e siga as seguintes recomendações:

☺ Se você apresentar febre, tosse ou dor de garganta, podem ser sintomas de gripe (influenza).

☺ Ao procurar assistência médica, informe os sintomas na recepção da unidade de saúde.

☺ Não vá à escola ou ao trabalho.

☺ Evitar aglomerações e ambientes fechados.

☺ Permanecer em casa até 24 horas após o desaparecimento dos sintomas.

☺ Grávidas, crianças menores, portadores de doenças crônicas e idosos são mais vulneráveis às complicações da gripe.

☺ Manter caderneta de vacinação atualizada.

☺ Cobrir sempre o nariz e a boca ao tossir ou espirrar (use lenços descartáveis ou proteja com o braço).

☺ Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal.

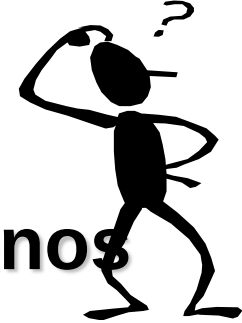
☺ Lavar as mãos com frequência com água e sabão ou utilizar álcool em gel.

☺ Manter uma boa alimentação e hábitos saudáveis.

RESP
CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CCD COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO Secretaria da Saúde

PARTE 2 - IVAS e Complicações

PARADIGMA : uso criterioso de antimicrobianos



Otite
Sinusite

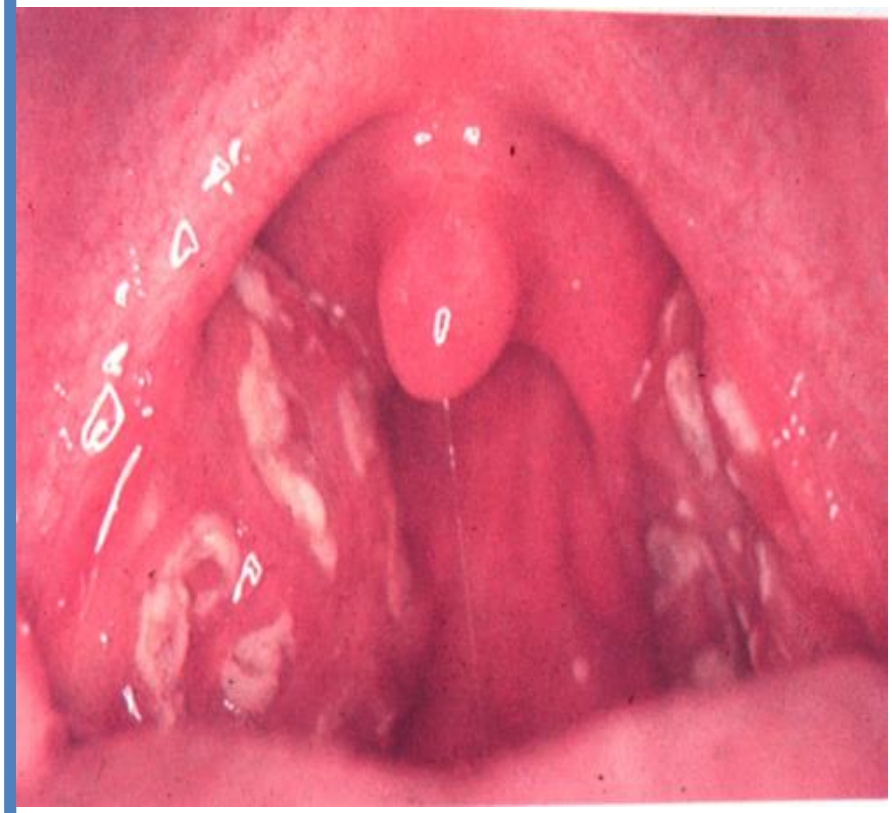
Rinofaringite

Amigdalite
Faringite

Dor de garganta é sintoma comum,

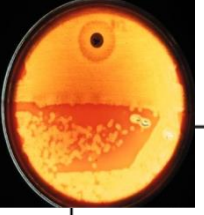
mairia é viral e só 15% Estreptococus

Faringoamigdalites
Sintomas dor, febre, gânglios+



Faringoamigdalites

Agentes	Freqüência	Exemplos
Bactérias comuns	15%	Estreptococo do Grupo A
		Estreptococos do Grupo C e G
Bactérias incomuns	<5%	*Mycoplasma pneumoniae*
		Archanobacterium haemolyticum
		Corynebactrium diphtheriae
		Neisseria gonorrheae
Vírus	50%	Adenovírus
		Influenza A e B
		Epstein Barr vírus
		Enterovírus
		Herpes simplex vírus
		Citomegalovírus
		Rinovírus, Parainfluenza, VSR



Diferenciar

Bacteriana

- Início agudo
- Dor intensa
- Dor de garganta
- Febre
- Exsudação
- Petéquias no pálato
- Adenomegalia cervical dolorosa
- Dor abdominal

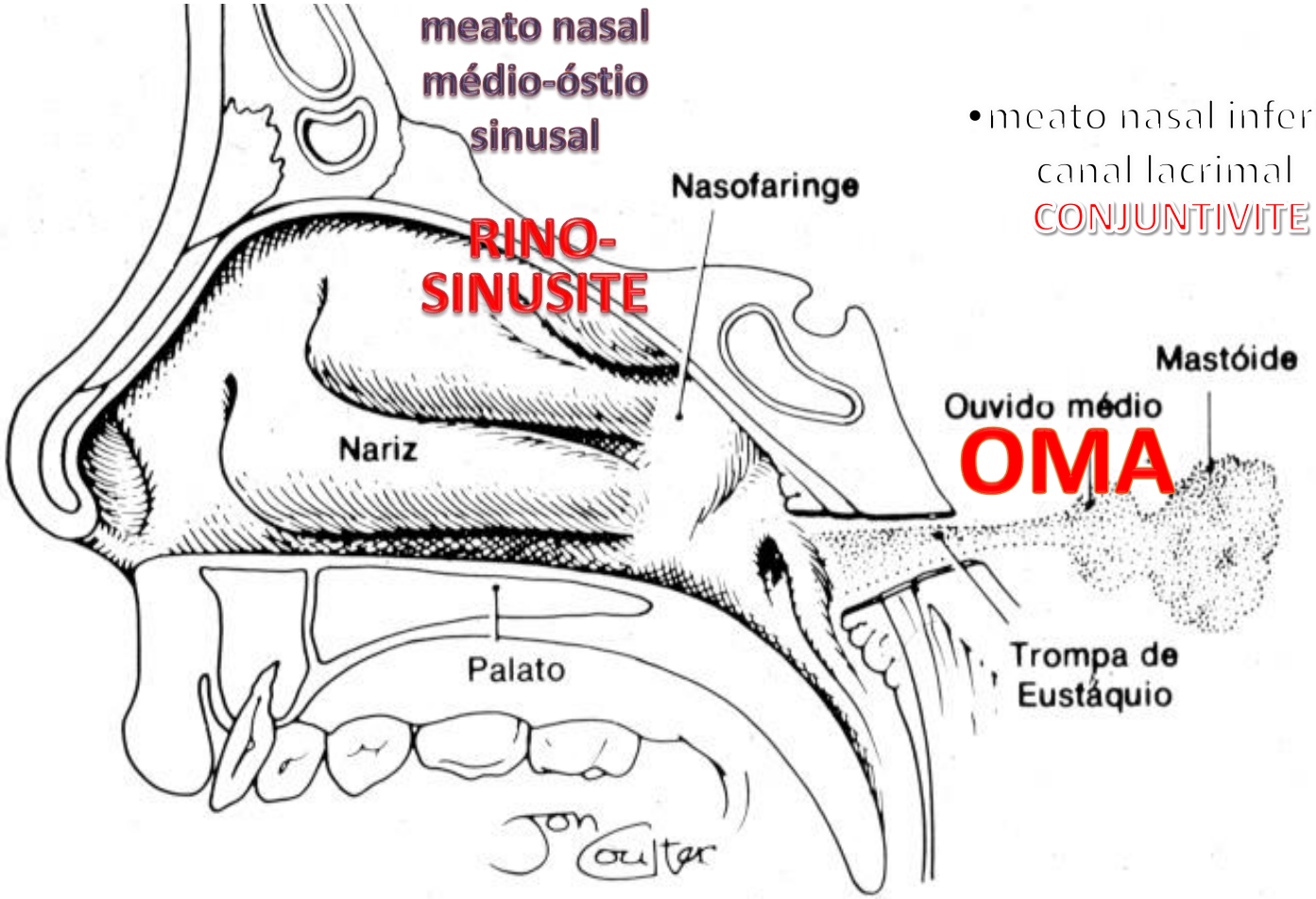
Viral

- Idade < 3 anos***
- Tosse
- Rinorréia
- Rouquidão
- Conjuntivite
- Diarréia

Tratamento Antibiótico e sintomático

Penicilina Benzatina	≤27kg: 600.00UI > 27kg: 1.200.00UI	1.200.000UI	IM	Dose única
Penicilina V	25-50 mg/kg/dia de 6/6h	500 mg de 12/12h ou 250mg de 6/6h	VO	10 dias
Amoxicilina	50 mg/kg/dia de 8/8h	500 mg de 8/8h ou 875mg de 12/12h	VO	10 dias
Azitromicina	12mg/kg/dia 1x/dia	500 mg no 1º dia e após 250 mg 1x/dia por mais 4 dias	VO	5 dias
Clindamicina	20-30 mg/kg/dia de 8/8h	450-600mg de 8/8h	VO	10 dias

Complicações rinofaringite viral



- meato nasal inferior
canal lacrimal
CONJUNTIVITE

Figura 3. Sistema de células aéreas nasofaringe-trompa eustaquiana-mastóide.

Otite Média Aguda

- Complicação mais comum em < 2 anos
- Sinais de efusão
  - baulamento
  - ↓ mobilidade da MT
  - nível líquido
  - otorréia : “padrão ouro”
- Sinais de inflamação
  - hiperemia
  - otalgia

DIAGNÓSTICO DE OMA

História clínica de infecção nasofaríngea com surgimento de febre , otalgia , irritabilidade

Etiologia OMA

- 25-50% Pneumococo
- 15-30% Hemófilos não tipável
- 3-20% Moraxella
- 30% Vírus : VSR, rinovírus, adenovírus, influenza, parainfluenza

Resistência:

Hemófilos: 30% βlactamase

Moraxella: 90% β lactamase

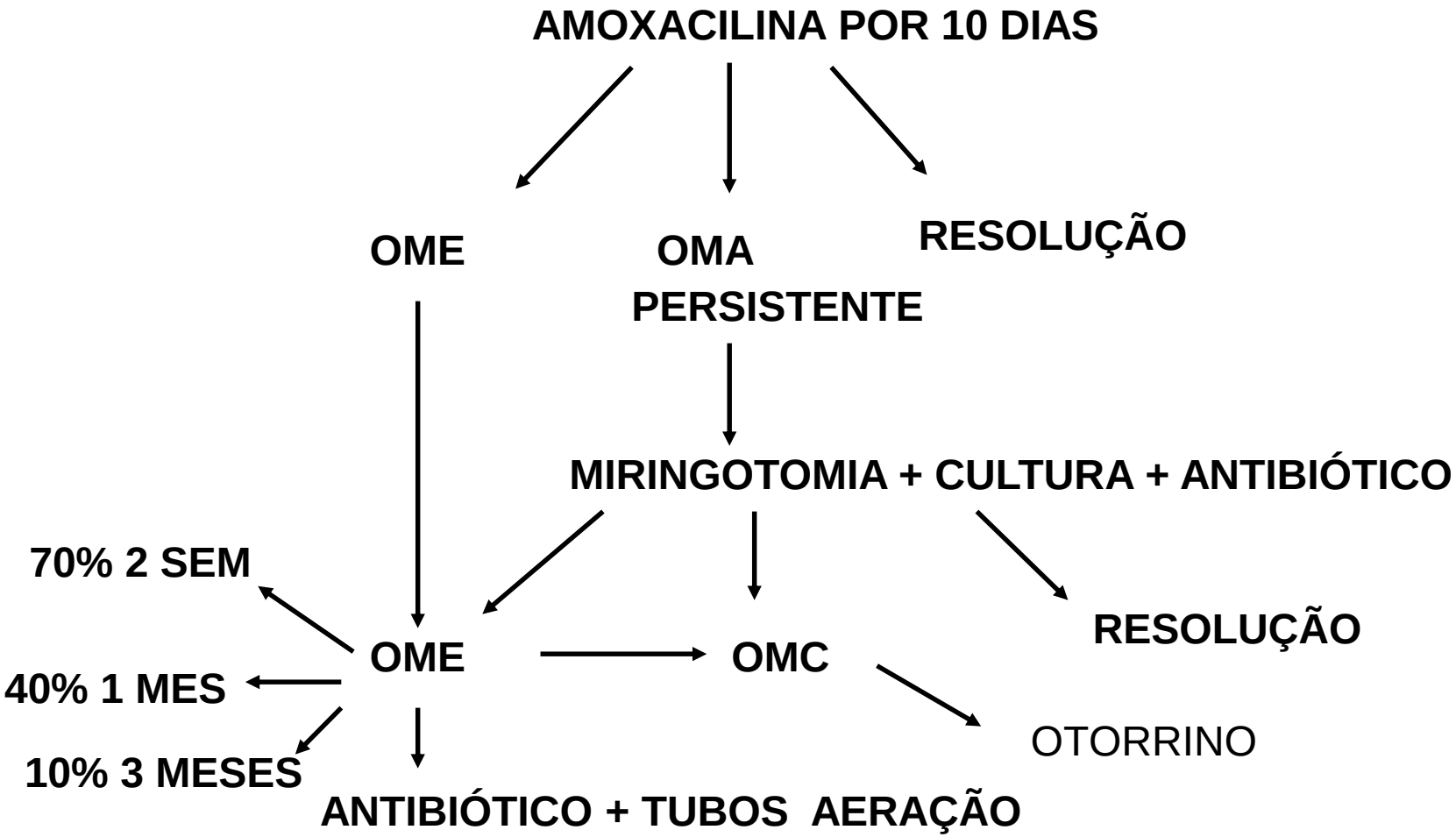
Pneumococo 30% resistência intermediária

CONDUTA na OMA

	Tratar AB	Observar
Idade	< 2 anos	> 2 anos
Sintomas	Grave/moder	Leve
Febre	> 39 º	< 39º
OMA historia	presente	ausente
Otoscopia	Abaulamento otorréia	hiperemia
Reavaliar	sim	Sim 48-72hs

Rosenfeld ,2001

TRATAMENTO DA OMA



ROSENFELD et al. 1994 ,J, Pediatr., meta-analize 300 T terapias OMA
RUTKA et al 1998 , J. Otolaryngol., Europa X Terceiro Mundo

SINUSITES

PRINCÍPIOS

- Sintomas IVAS prolongados por mais 10 à 14 dias ou intensificação de sinais e sintomas

- Com ou sem febre, sem melhora da descarga nasal e tosse seca ou produtiva que piora à noite, mal hálito , dor e edema na face
- Predisponentes: 80 % IVAS, 20% alergia
- 5-13% das IVAS podem complicar

Formação dos seios da face

- Etmoidal
- Maxilar

ao nascimento

- Esfenoidal: 5 anos
- Frontal: 7-8 anos, completa na puberdade

Portanto RX seios face é desnecessário ao diagnóstico em menores de 6 anos

Critérios diagnósticos Sinusite:

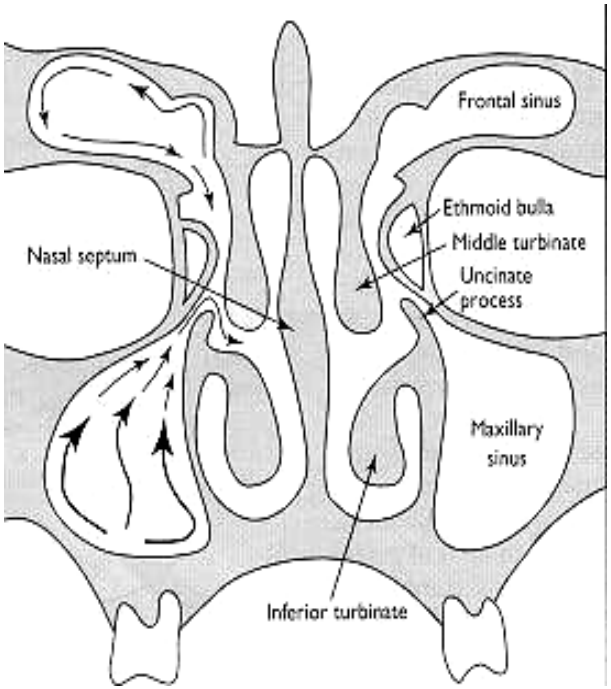
- Sintomas Persistentes ou Graves
- Persistente: >10-14 dias de tosse e descarga nasal e/ou pós nasal
- Grave : febre ≥39°C com descarga purulenta por 3-4 dias em cça com aspecto doente. Pode ter cefaléia

SINUSITES : etiologia

VIRAL É 20 À 200 X MAIS FREQUENTE

Mandell , 2009

Diagnóstico de SINUSITE por imagem só em casos recorrente ou graves e / ou com complicações



	Prevalência	% resistência	Falha com amoxicilina
Pneumococo	**30 %**	**25 %**	**3 %**
Hemófilos	**20 %**	**50 %**	**5 %**
Moraxella	**20 %**	**100 %**	**5-10 %**

SINUSITES : etiologia e tratamento

Duração 10-14 dias / + 7 etiologia sem sintomas

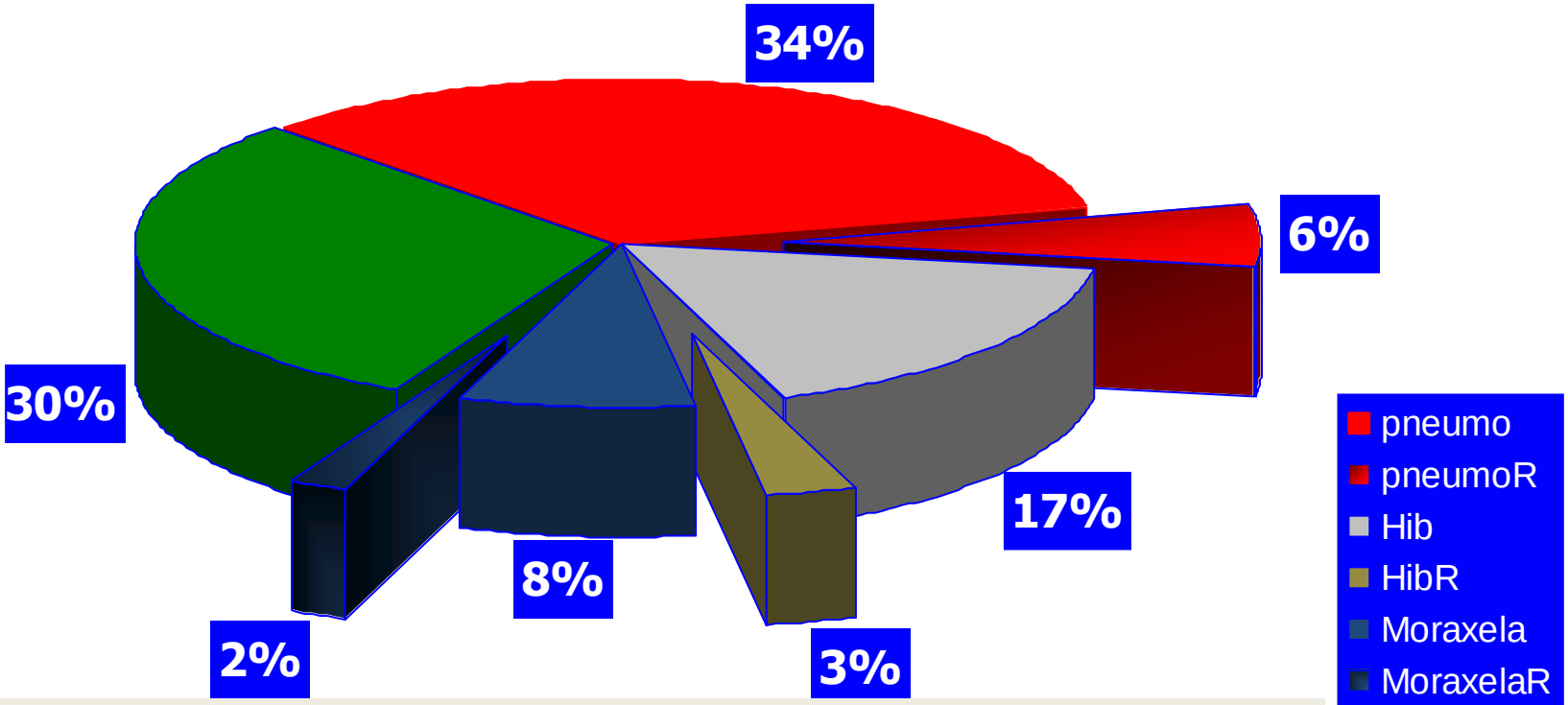
- ANTIMICROBIANO de espectro reduzido
- AMOXACILINA primeira escolha
- Amoxa-clavulanato
- Tratamento do edema sino-nasal com irrigação nasal com Salina 3%

OTITE MÉDIA AGUDA e SINUSITE

O TAMANHO DO PROBLEMA

% DE FALHA CLÍNICA

A AMOXICILINA RESOLVERÁ 90% DOS CASOS !



Em dose dobrada resolve + pelo menos 50% da falhas

ESTRATÉGIA : 2ª escolha na falha é ↑ dose amoxi 90mg/kg/dia

Tratamento de OMA e Sinusites

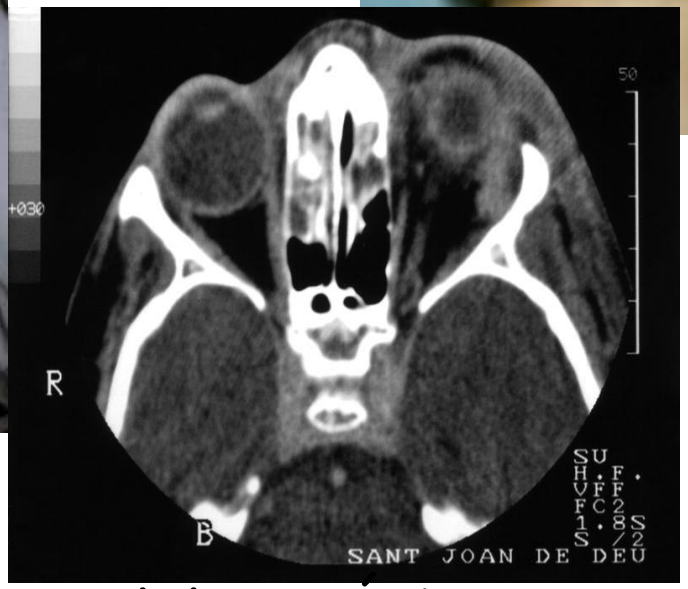
Maioria melhora em 48-72h se só viral = retorno ***SE SINAIS DE ALARME***

Febre, Toxemia , anorexia, outros sintomas

Risco de Resistência

- freqüentar creche,
- idade < 2 anos,
- uso ATB últimos 30 dias

COMPLICAÇÕES Locais / Sistêmicas



Berman , 1995 Pediatric : OM

Mastoidite : 1,7 - 5 %

Perfuração até33%

Otorréia : 0,4 - 6 %

Problemas de audição 1/3 população

Celulites Órbita+ grave c/ febre alta e descarga purulenta , dor de cabeça , mialgia, edema orbital

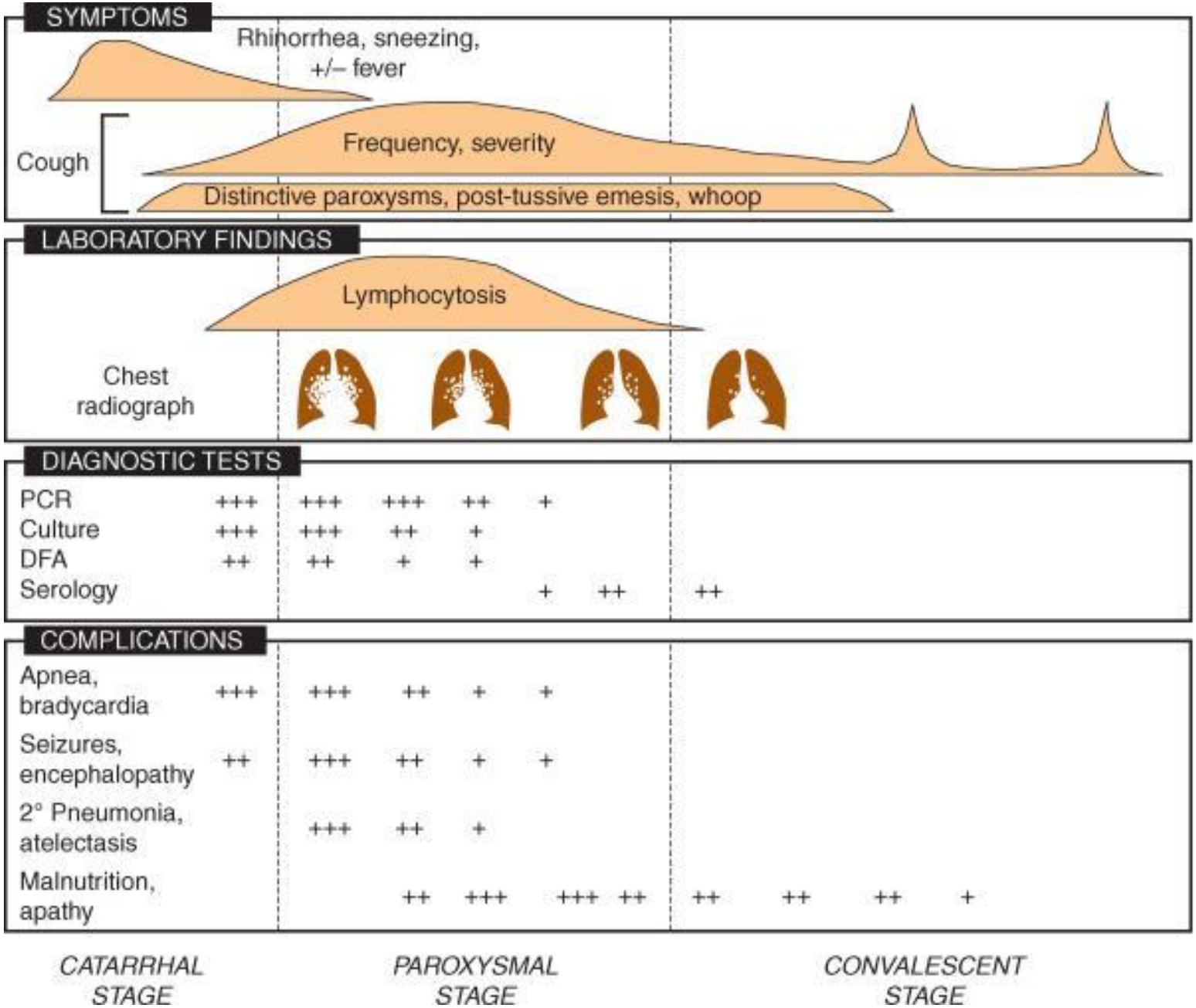
Coqueluche é IVAS bacteriana

Bordetella pertussis

mais comumente , mas complica em < 2 meses

Coqueluche

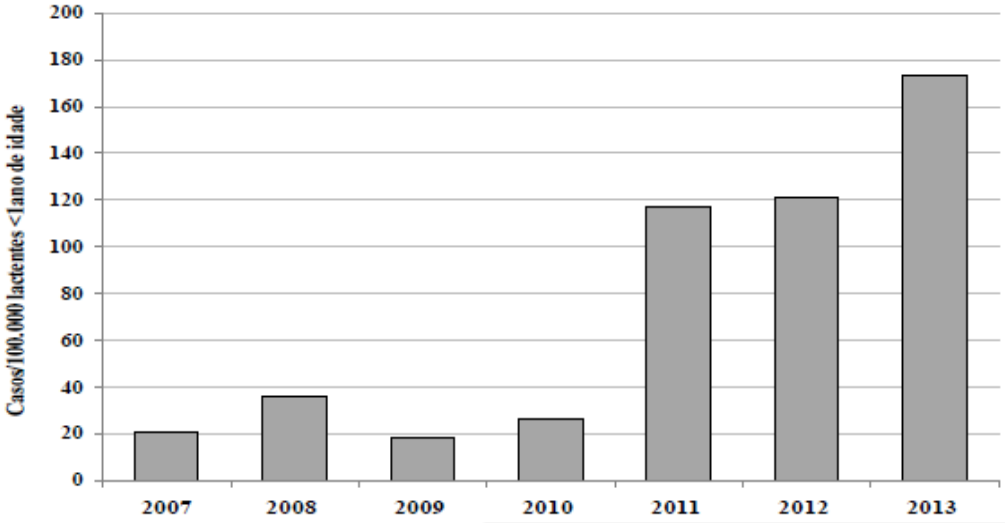
- Sintomas iniciais inespecíficos IVAS
- Febre baixa ou ausente
- Duração média 6-10 semanas
- **Evolução em 3 fases**
  - **Fase catarral**
    - Início insidioso de tosse c/ piora progressiva
    - Dura 1-2 semanas
  - **Fase Paroxística**
    - Acessos de tosse típicos com guincho e vômitos
    - Dura 2-6 semanas
  - **Fase convalescença**
    - Os acessos diminuem em freqüência e intensidade
    - A tosse pode persistir por meses e recorrer com IVAS


SYMPTOMS
Rhinorrhea, sneezing, +/– fever
Cough
Frequency, severity
Distinctive paroxysms, post-tussive emesis, whoop
LABORATORY FINDINGS
Lymphocytosis
Chest radiograph
DIAGNOSTIC TESTS
PCR +++ +++ +++ ++ +
Culture +++ +++ ++ +
DFA ++ ++ + +
Serology + ++ ++
COMPLICATIONS
Apnea, bradycardia +++ +++ ++ + +
Seizures, encephalopathy ++ +++ ++ + +
2° Pneumonia, atelectasis +++ ++ +
Malnutrition, apathy ++ +++ +++ ++ ++ ++ ++ +
CATARRHAL STAGE
PAROXYSMAL STAGE
CONVALESCENT STAGE

Tratamento Coqueluche

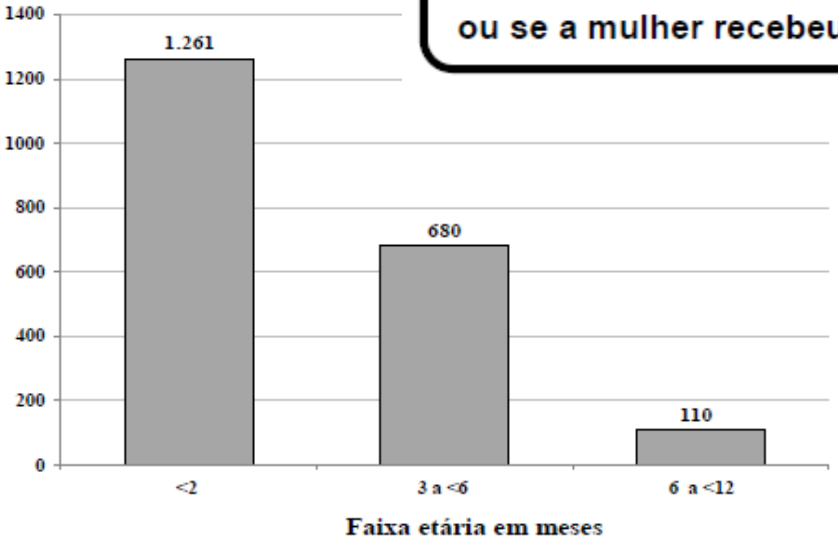
- Suporte
  - Hidratação/Nutricional
  - Oxigenioterapia
  - Específico : antibiótico Azitromicina 5dias recomendação nova melhora adesão
- **Eritromicina**
  - Dose : 40-50 mg/kg/dia por 14 dias
  - Modifica o curso quando iniciada no máximo na fase catarral
  - Após início dos paroxismos erradica a Bordetella **mas não altera evolução da doença**
  - Indicada a todos os pacientes, independente da fase, para reduzir a transmissão

Coqueluche



Estratégia vacinar gestante !

Vacinar com dTpa todas as gestantes a partir da 20 semana, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, independente do número de doses prévias de dT ou se a mulher recebeu dTpa em outras gestação(ões).



te: *SINAN*

ura 3 – Casos de coqueluche confirmados entre lactentes
faixa etária em meses, no Estado de São Paulo, de 2007 a

Quadro 1 – Especificações técnica da vacina tipo adulto - dTpa.

Laboratório produtor	GlaxoSmithKline (GSK)
Apresentação	Caixa com 10 seringas preenchidas com monodose de 0,5 mL e 10 agulhas para aplicação intramuscular
Forma Farmacêutica	**Suspensão**
Composição por dose de 0,5 mL	Toxoide diftérico.....não menos que 2 Unidades Internacionais (UI) Toxóide tetânico.....não menos que 20 Unidades Internacionais (UI) Antígeno *Bordetella pertussis* Toxoide pertussis.....8 mcg Hemaglutinina filamentosa.....8 mcg Pertactina.....2,5 mcg Adsorvidos em hidróxido de alumínio hidratado ($Al(OH)_3$) e fosfato de alumínio ($AlPO_4$). Excipientes: hidróxido de alumínio, fosfato de alumínio, cloreto de sódio e água para injeção. Contém resíduo de formaldeído, polissorbato 80 e glicina.

***Fonte**: Bula do laboratório GSK/CGPNI/DEVIT/SVS/MS, 2014*

PARTE 3- IVAI ou DRAG
Critérios OMS
IVAI = pode ser“Pneumonia”

Taquipnéia/idade + esforço respitatório

- Década de 80
- Reduz mortalidade por Pn em 50%
- Problema= uso indiscriminado de antimicrobianos

World Health Organization (WHO). ARI in children: case management in small hospitals in developing countries. A manual for doctors and other senior health workers. Programme for the Control of ARI.Geneva: WHO, 1990.

Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. Lancet Infect Dis 2003;3:547–56.

Refinando critérios diagnósticos da OMS

- Sobreposição dos quadros =

  "bronquiolites " x "bronquites virais "

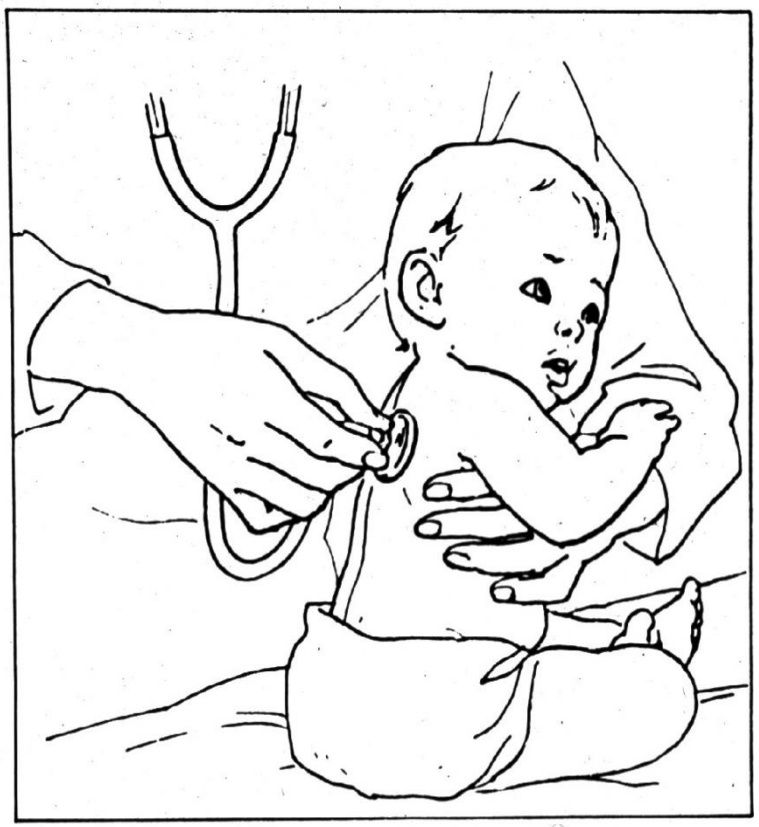
  "pneumonia virais x bacterianas"
- Objetivo: reduzir uso de antimicrobianos
- Taquipnéia + estertoração grossa bilateral = resolvendo pós aerossol com salina ou β2 ? ? ?
- aerosol = ar comprimido ou oxigênio
  - **VPN 87% se:**

    1-historia de desconforto respiratório prévio

    2- resposta a salina ou β 2 reduz : estertoração

  Uso desnecessário de Antibióticos (**cai 87,3%)**

Adaptado de: Additional Markers to Refine the World Health Organization Algorithm for Diagnosis of Pneumonia
A.V. Castro,et al. INDIAN PEDIATRICS
VOL 42:17, 2005



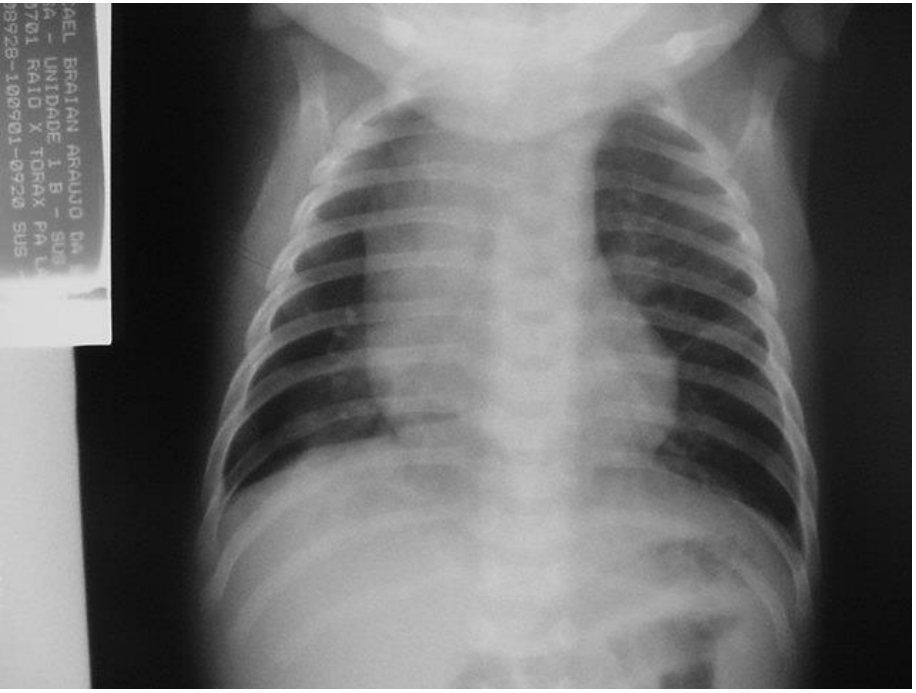
DIAGNÓSTICOS DOS CASOS DE IRA A NÍVEL PRIMÁRIO

Taquipnéia idade + Retrações Intercostais com sibilos bilaterais

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE IRA COM ASMA

Recorrência de episódios sibilância
Melhora com inalação β2 adrenégico
História atopia familiar

Menino, 2m, febre, tosse, coriza iniciados há 5 dias. Dificuldade ventilatória progressiva



RX Hiperinsuflação
Indicado para excluir complicações

Vírus Respiratório Sincicial

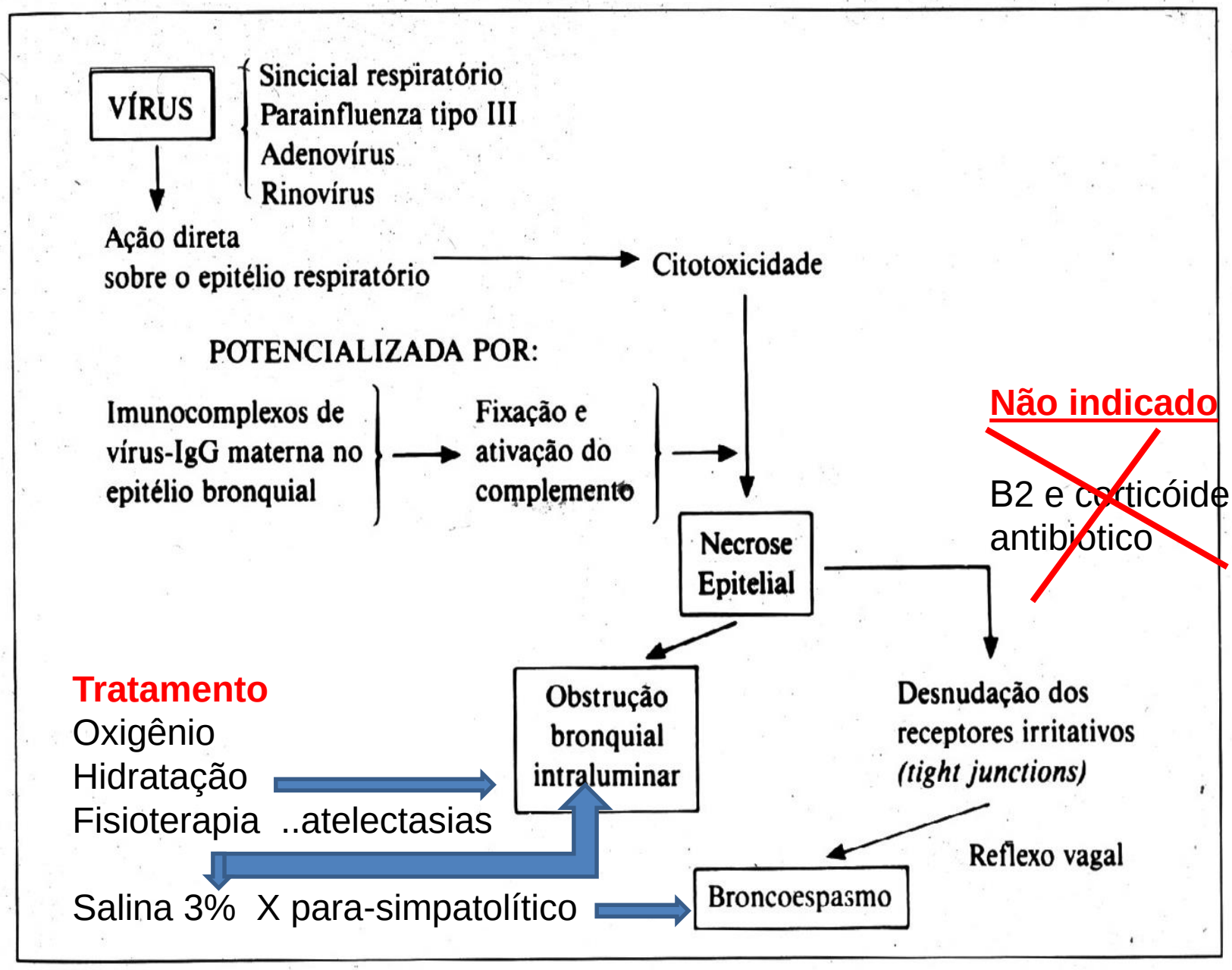


FIG. 5: Etiopatogenia da bronquiolite.

CONDUTAS EM CRIANÇAS COM SUSPEITA DE IVAIS/DRAG =pneumonia

< 2 meses

- Tosse persistente
- FR > 60 rpm
- Tiragem
- GRAVE = Internação

- FR < 60 rpm
- Sem tiragem
- OBSERVAÇÃO

De 2 meses à 4 anos

- 2-11 meses : FR > 50 rpm
- 1 - 4 anos : FR > 40 rpm
- Tiragem + estertores finos
- GRAVE = internação

Traqueobronquites virais / ASMA

- FR rápida + Sibilância
- História prévia : aerosois
- Se melhorar :Tratamento Domiciliar

PNEUMONIAS MS/Brasil

Fonte: DATASUS 2006

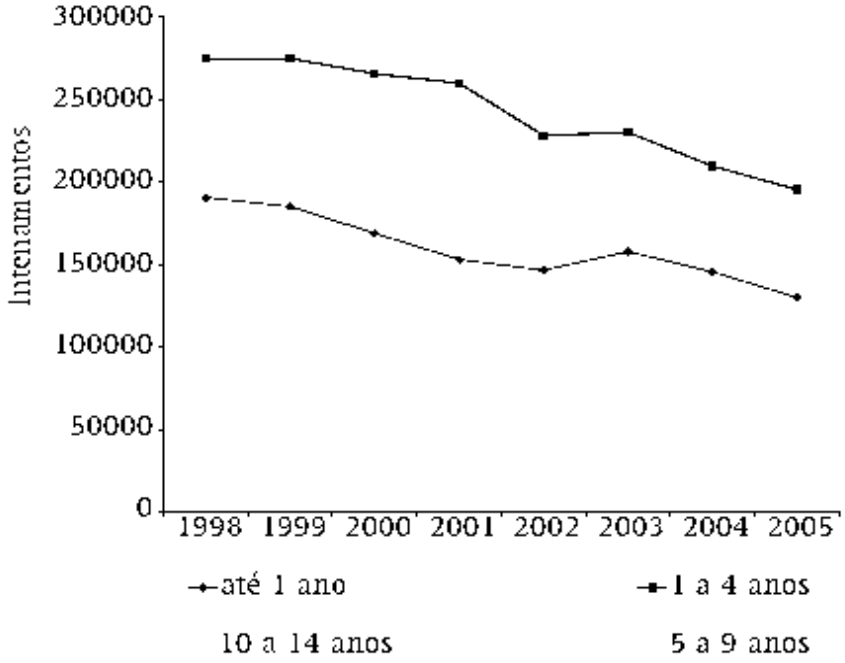
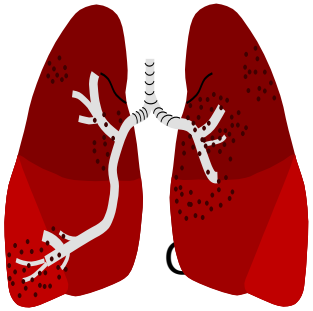


Figura 1 – Internação por pneumonia adquirida na comunidade entre 1998 e 2005 em crianças com até 14 anos.

Internações



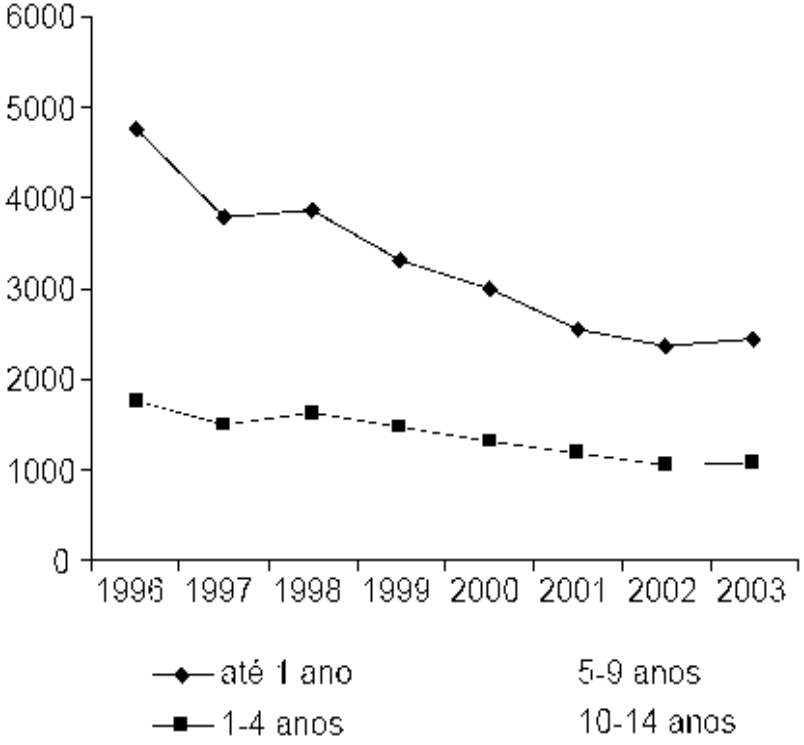


Figura 2 – Evolução do número de mortes por pneumonia adquirida na comunidade entre 1996-2003.

Achados Clínicos da Pneumonia

- História IVAS e febre alta infecção bacteriana
- **Tosse : secreção ; diurna e noturna**
- **Gemido e batimento de asa nasal : IVAI**
- **Dor : muscular ; abdominal; pleural; pescoço**
- **Taquipnéia :** > 60rpm <2 m ; >50rpm >12m ; > 40rpm de < 5 a
- **Retrações + >FR :**
- **Ausculta simetria viral ou assimetria de estertores bacteriana**
- **Cianose : PaO^2 / Sat% 40-50-60 / 70-80-90**

cuidado com anemia onde cianose não aparente

Schidlow e col :Pediatrics in Review V17 nº9 ,1996

Características Diferenciais

Bacteriana

- Febre > 38,5º C
- FR > 50
- Retrações torácicas
- Ausência de sibilos
- RX com sinais de consolidação

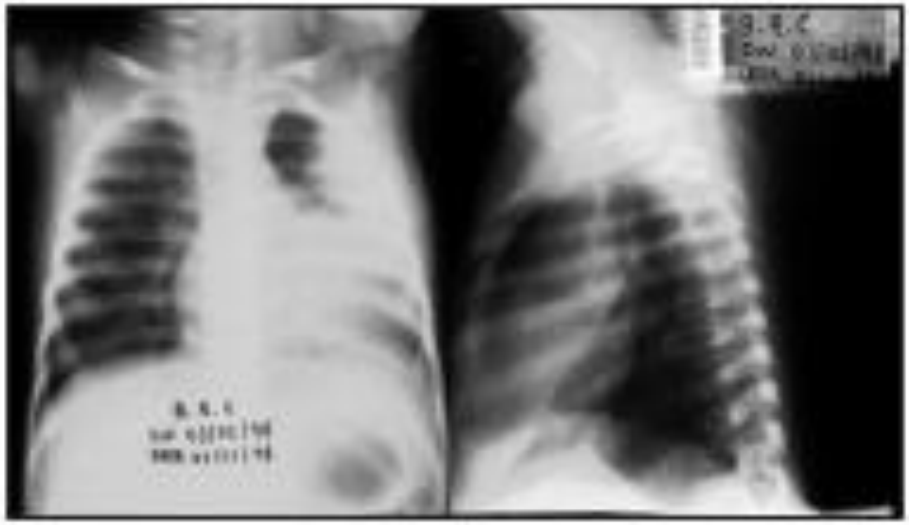
Viral

- Lactentes e pré-escolares
- Sibilância
- Febre < 38,5º C
- Retrações acentuadas
- Hiperinsuflação
- FR normal ou aumentada
- RX com hiperinsuflação e atelectasia

British Thoracic Society Guidelines for the Management of community acquired pneumonia in childhood. Thorax. 2002;57(Suppl 1):i1-24.

Diferenciar RX Tórax

Bacteriana



- Padrão alveolar segmentar ou lobar
- Broncograma aéreo
- Imagens arredondadas
- Pneumatoceles
- Abscessos
- Espessamento ou derrame pleurais

Viral

- Espessamentos brônquicos e peribrônquicos
- Infiltrados intersticiais
- Adenopatia hilar e parahilar
- Hiperinsuflação
- Atelectasia

II — Aspectos diferenciais clínico-epidemiológicos

	Bactérias	Vírus	Mycoplasma
Temperatura	> 39°C	< 39°C	< 39°C
IVAS prévia	maioria	maioria	associada
Epidemiologia	—	+	+++
Sinais/sintomas associados	Infreqüentes: sinusite otite meningite artrite	Freqüentes: exantema conjuntivite estomatite diarréia	Freqüentes: sinusite otite traqueobronquite
TOSSE	+	++	++++

III — Aspectos diferenciais ao exame físico

	Bactérias	Vírus	Mycoplasma
AUSCULTA	Normal 30%. Submacicez localizada. Crepitações localizadas. Sopro tubário. Outras: rel. c/ complicações	Crepitações difusas, bilaterais, não localizadas. Sibilos no lactente. Dissociação clínico/radiológica	Crepitações unilaterais na maioria; às vezes em mais de um lobo. Dissociação clínico/radiológica
TOXEMIA	++++	++	+
TAQUIDISPNÉIA	VARIÁVEL (grau da doença e complicações)	FREQÜENTE (no lactente)	PRESENTE

IV — Aspectos diferenciais radiológicos

	Bactérias	Vírus	Mycoplasma
EXAME INICIAL	Condensações homogêneas, lobares ou segmentares. Abscessos, pneumatoceles, abaulamento, cisura, derrame pleural franco.	Condensações heterogêneas. Hiperaeração e infiltrado intersticial difuso ou hilífugo. Reação pleural, adenopatia hilar.	Infiltrado intersticial retículo-nodular, em lobo único ou em lobos contíguos; infiltrado (estrias) hilo-diafragmáticas
PROGRESSÃO (complicações)	Freqüente, rápida	Infreqüentes	Poderá ocorrer
CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS	Resolução variável (2-10 sem.)	Dissociação clínico-radiológica	Predomina em lobos inferiores. Resolução: 4 sem.

V — Aspectos diferenciais laboratoriais

	Bactérias	Vírus	Mycoplasma
LEUCÓCITOS PERIFÉRICOS (mm^3)	> 15.000 granulócitos neutrófilos > 10.000	< 15.000 linfócitos	< 15.000 normal
ELEVAÇÃO PCR	+++	—	—
VHS (+30 mm/h)	+++	+	+++
CRIOAGLUTININAS	—	—	+ (> 1/32)
Teste rápido	—	+++	+++
		virológico	sorológico

Tratamento Pneumonias - ANTIBIÓTICO

Quando usar antibiótico ? Pneumoco

Infecção bacteriana pós-viral

Qual antibiótico usar ? Epidemiologia / Idade

Por que via ? Critérios internação EV

Por quanto tempo ? Agente X Hospedeiro

TERAPIA Empírica - PNEUMONIAS

RELATIVAS À FAIXA ETÁRIA e ADQUIDA EM COMUNIDADE

Lactente <1 a	Pré-escolar 1 à 5 a	Escolar >5a
Ampicilina EV Amoxacilina VO exceto Coqueluche Pn. Atípica Macrolídeo	Penicilinas Cristalina EV X Procaína IM X Amoxacilina Oral	Penicilina e/ou amoxacilina Exceto se Mycoplasma Macrolídeos

SETOR DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA • DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA •

Etiologia das Pneumonias

RELATIVAS À FAIXA ETÁRIA ADQUIDA EM COMUNIDADE

IDADE	< 2 sem.	2 sem-3 m	4 m-5 a	6-18 a
BACTÉRIAS	++++	++	++	+
VÍRUS	++	++++	++++	++
MYCOPLASMA			+	++++
CLAMÍDIA		+++		
PNEUMOCISTE			++	
TUBERCULOSE			+	+
CICLO VERMES			++	
FUNGOS				

Long , Ped Clin North Amer. ,1993

Pneumonias : etiologia por idade

Idade	Patógeno	Antibiótico
RN	Strepto grupo B, BaciloGramNeg,	Pen. Cristalina ou Ampicilina+ Aminoglicosídeo
1 mês- 3 meses	***S. pneumoniae*** ***H. Influenzae*** ***S. aureus***	Pen. Cristalina ou Ampi Oxacilina (suspeita S.aureus)
Pn afebril	***C. trachomatis,*** ***U. urealyticum***	Macrolídeos
3 meses- 5 anos	***S. pneumoniae*** ***H. Influenzae*** ***S. aureus***	Pen. Cristalina ou Ampi Oxacilina (suspeita S.aureus)
6 -18 anos	***S. pneumoniae*** ***Mycoplasma Pneumoniae*** ***Chlamydia pneumoniae***	Pen. Cristalina Ou Macrolídeos
Qualquer idade	vírus	NÃO INDICADO

Pneumonias Comunidade: Tratamento Hospitalar

PENICILINA CRISTALINA

Semiologia FR
Estado Geral ,
Febre , Dieta ,
O^2

Não melhora
Piora 48-72 h

repete Rx tórax

Derrame

Punção diagnóstica

Mantém Penicilina

Sem Derrame

com Piora RX

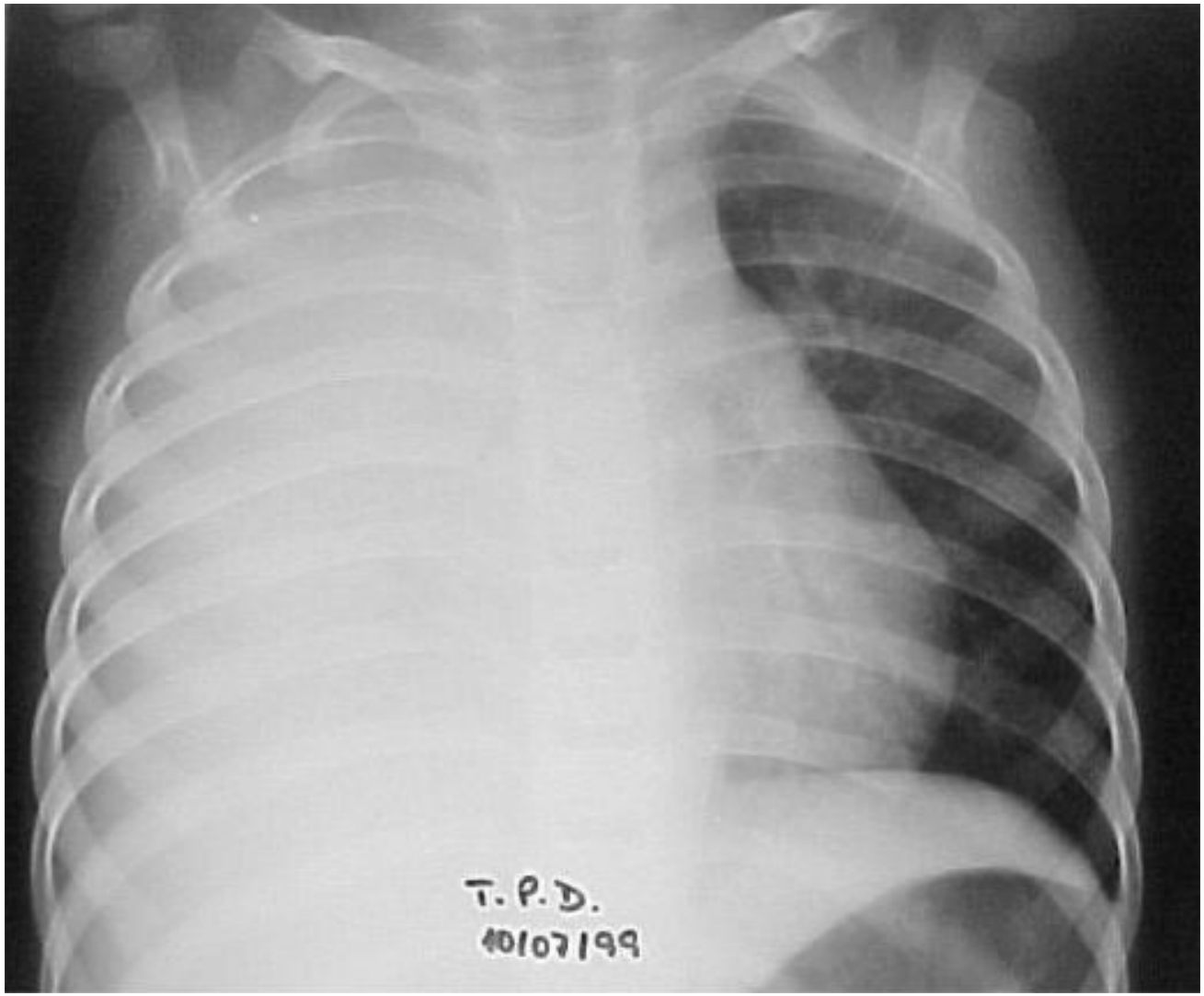
outros agentes

Conduta drenar se for empiema

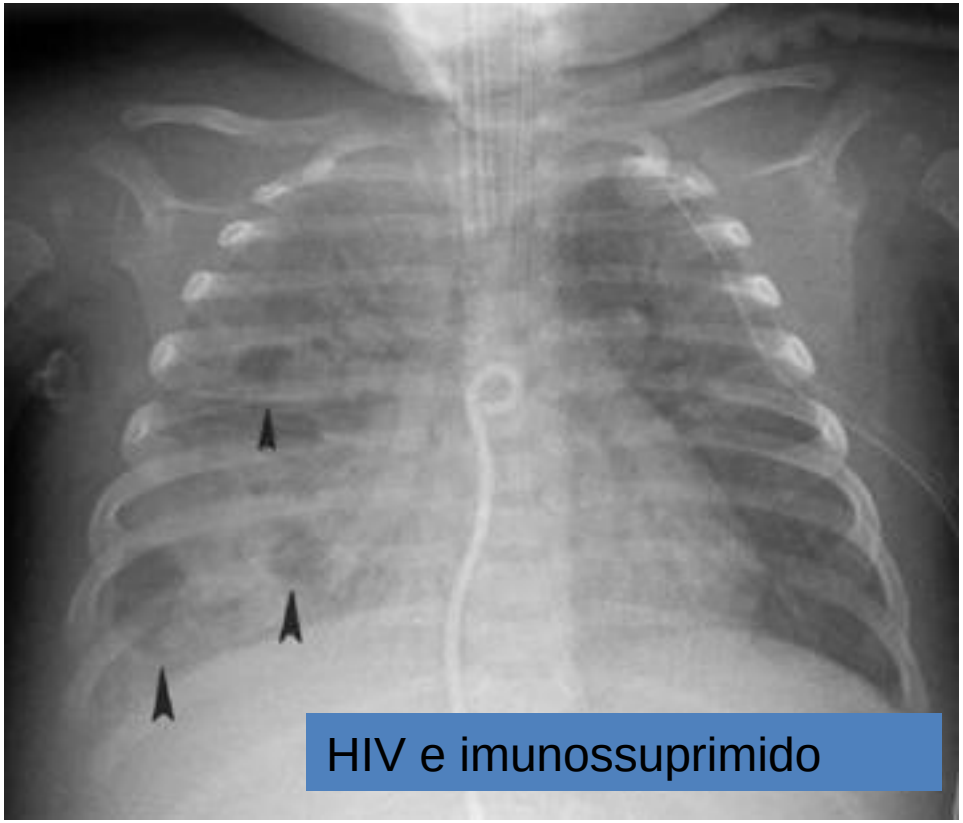
Drenar e manter penicilina EV

porque

<u>Streptococo pneumoniae</u> **agente bacteriano ++ comum**



Pneumonia *Pneumocyste jerovesi*



Tuberculose

- Sentinela de Tb na comunidade
- Pneumonia recorrente
- Sibilância

- Lavado gástrico 3 amostras
- PPD até 2 anos > = 10 mm;

  >2 anos > = 5 mm
- Teste terapêutico (contactante+)

TB exames diagnósticos

- Lavado gástrico (3 coletas consecutivas pela manhã,positividade 20-52%).
- Cultura (meio de Lowenstein-Jensen requer 6-8 semanas de incubação).
- PCR
- ELISA
- ADA
- Biópsias

Quadro 2: Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e em adolescentes negativos à baciloscopia

Quadro clínico – radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico*	Estado nutricion
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas 15	• Adenomegalia hilar ou padrão miliar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 semanas Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15	Próximo, nos últimos 2 anos 10	• ≥ 5 mm em não vacinados com BCG; vacinados ≥ 2 anos; imunossuprimidos ou • ≥10 mm em vacinados < 2anos 15	Desnutriç grave 5 pts
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas 0 pts	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas 5 pts			
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos - 10pts	Radiografia normal - 5 pts	Ocasional ou negativo 0 pts	0 - 4 mm 0 pts	~~0 pts~~

Legenda: pts – pontos; Esta interpretação não se aplica a revacinados em BCG

Interpretação:	Maior ou igual a 40 pontos Diagnóstico muito provável	30 a 35 pontos Diagnóstico possível	Igual ou inferior a 25 pontos Diagnóstico pouco provável

TB latente = tratamento preventivo da infecção recente

medicamento de escolha:

ISONIAZIDA – 6 meses

Situações de alto risco de adoecer

1. Crianças contato de BK+

- Recém-nascidos

(quimioprofilaxia primária)

não vacinar – iniciar a quimioprofilaxia

depois de 3 meses

aplicar PPD

Positivo
continuar até o fim
(6 meses)

Negativo
Suspender a quimio
e
vacinar a criança

Segundo a OMS, a amamentação deve ser mantida, porém deve-se diminuir o contato íntimo mãe-filho, além de se tomar os seguintes cuidados: amamentar com máscara ou similar, lavar cuidadosamente as mãos, rastrear os comunicantes, especificamente os domiciliares. Administrar ao recém-nascido hidrazida (INH) na dose de 10 mg/kg peso, uma vez ao dia, durante 6 meses. Após o término da quimioprofilaxia, vacinar com BCG-ID. A amamentação deve ser mantida durante todas as etapas[9,37].

Em mãe em fase não-contagiante da tuberculose cujo tratamento foi iniciado há mais de 3 semanas não há restrições quanto ao aleitamento materno, sendo indicado vacinar o bebê com BCG-ID ao nascer. Nos casos em que o diagnóstico de tuberculose materna for feito após o início da amamentação, o lactente deve ser considerado potencialmente infectado e receber quimioprofilaxia.

Uma pessoa que tem tuberculose, após 15 dias de tratamento, pode retornar ao seu trabalho com tranquilidade. Ela não vaimais estar transmitindo a doença.

2. Crianças contato de BK+

Outras crianças exceto recém-nascidos

- **Não vacinadas PPD ≥ 5 mm**
- **Vacinadas PPD≥ 10 mm**

Obs: Se o PPD for negativo repetir após 40 dias

3. HIV+

- Todos os HIV+ com PPD≥ 5 mm

  Atual ou documentado

- Contato de doente BK+

  nesse caso não precisa fazer PPD

CUIDADO
AFASTAR TB ATIVA!

- RX cicatricial de TB sem tratamento prévio

4. Viragem recente do PPD

- Pessoas que tinham PPD negativo há menos de 2 anos e agora estão com PPD positivo (MOTIVO: O risco de adoecimento é maior nos 2 primeiros anos)

Especialmente Prof. Saúde e do Sist.Penitenciário

5. Situações especiais

Contato com doente BK+ ou PPD ≥ 5 mm

- Doença que prejudica a imunidade

  Exemplo: neoplasias

  diabetes descompensado

  doença renal crônica

- Utilização de medicamento que suprime a imunidade

  Transplantados uso de corticóide em altas doses etc.

- População indígena

  Qualquer idade contato PPD≥ 5mm

Contatos de TB

- **Todos devem ser examinados**

Verificar sintomas

Fazer RX de todos

Baciloscopia se tiverem tosse

Fazer PPD das crianças

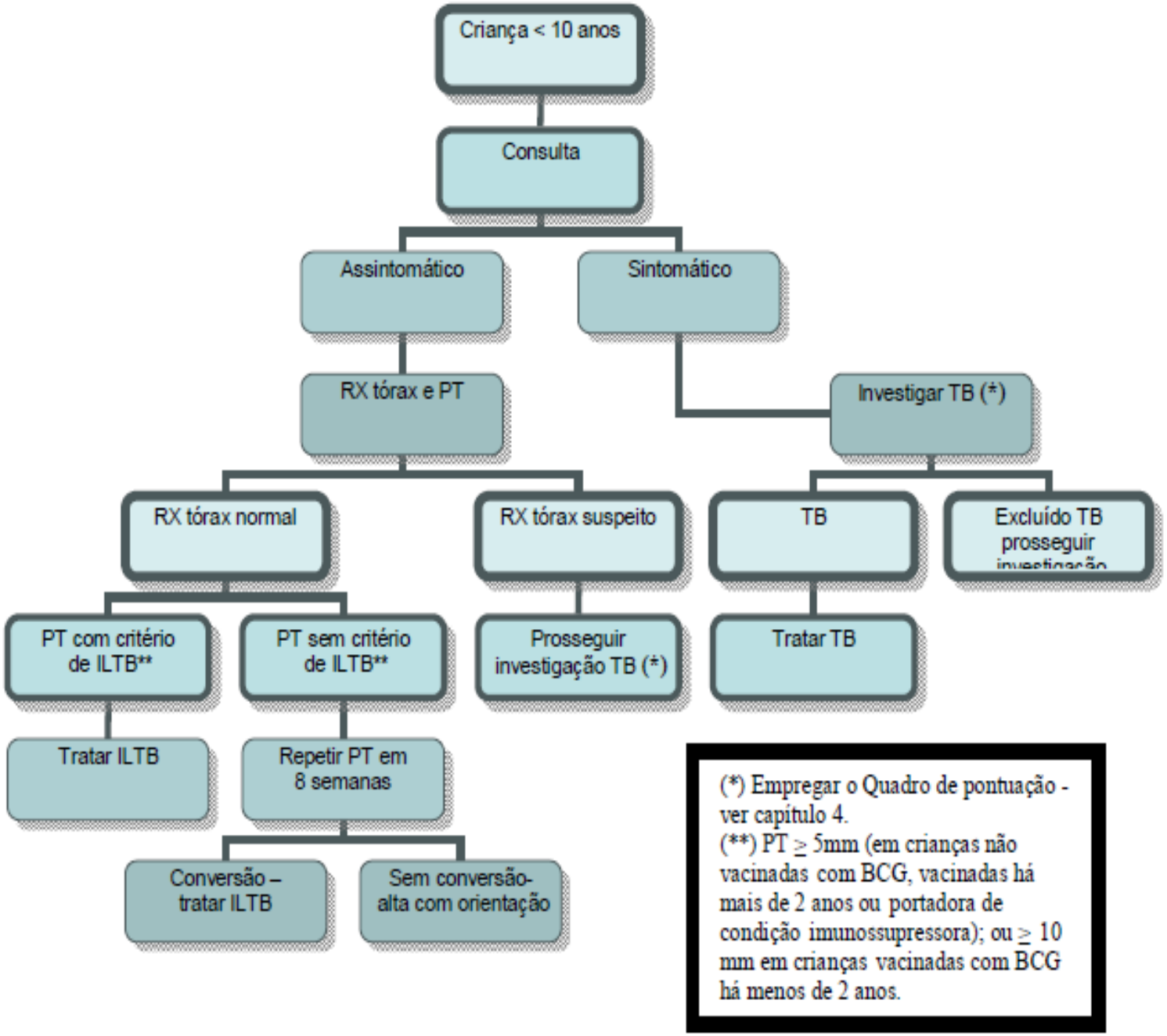
Orientar sobre contágio e sintomas de TB

Obter cooperação da família

POSSIBILIDADES (decisões)

- **Doente de TB**
  - ✓ **tratamento**
- **Sadio**
  - ✓ **fazer quimioprofilaxia**
  - ✓ **vacinar**
  - ✓ **só acompanhamento**

Figura 2 – Fluxograma para avaliação de contatos crianças (< 10 anos).



Tratamento TB <10 anos e >

Esquema Básico (EB) para Crianças

Regime	Fármacos e doses em mg	Faixa de peso	Nº de unidades/doses	Nº de meses
2RHZ Fase intensiva	RHZ	Até 20kg	10/10/35mg/kg peso	2
		20 a 35kg	300/200/1.000mg/dia	
		36 a 50kg	450/300/1.500mg/dia	
		>50kg	600/400/2.000mg/dia	
4RH Fase de manutenção	RH	Até 20kg	10/10mg/kg/dia	4
		20 a 35kg	300/200mg/dia	
		36 a 50kg	450/300mg/dia	
		>50kg	600/400mg/dia	

Esquema Básico (EB) para Adultos e Adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Nº de unidades/doses	Nº de meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE Comprimido em dose fixa combinada 150/75/400/275mg	20 a 35kg	2 comprimidos	2
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		>50kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH Cápsulas ou comprimidos de 300/200mg ou 150/100mg	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula 300/200mg	4
		36 a 50kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg	
		>50kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg	

Meningites são Emergências Infecciosas

1-Meningites bacterianas

- Incidência : 2-6 casos/100 000 hab/ano
- **Letalidade de 10% a 30%**

2-Encefalites virais

- **ME herpes**: 1-4/ 1milhão hab./ano
  taxa óbito 20-50%

Maior diferencial crianças é com Meningites Virais que tem baixa morbi-mortalidade

Outras causas menos comuns Meningites PODEM ASSOCIADAS ACHADOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E SITUAÇÕES RISCO

Seqüelas Neurológicas 5-30%

Paralisia cerebral

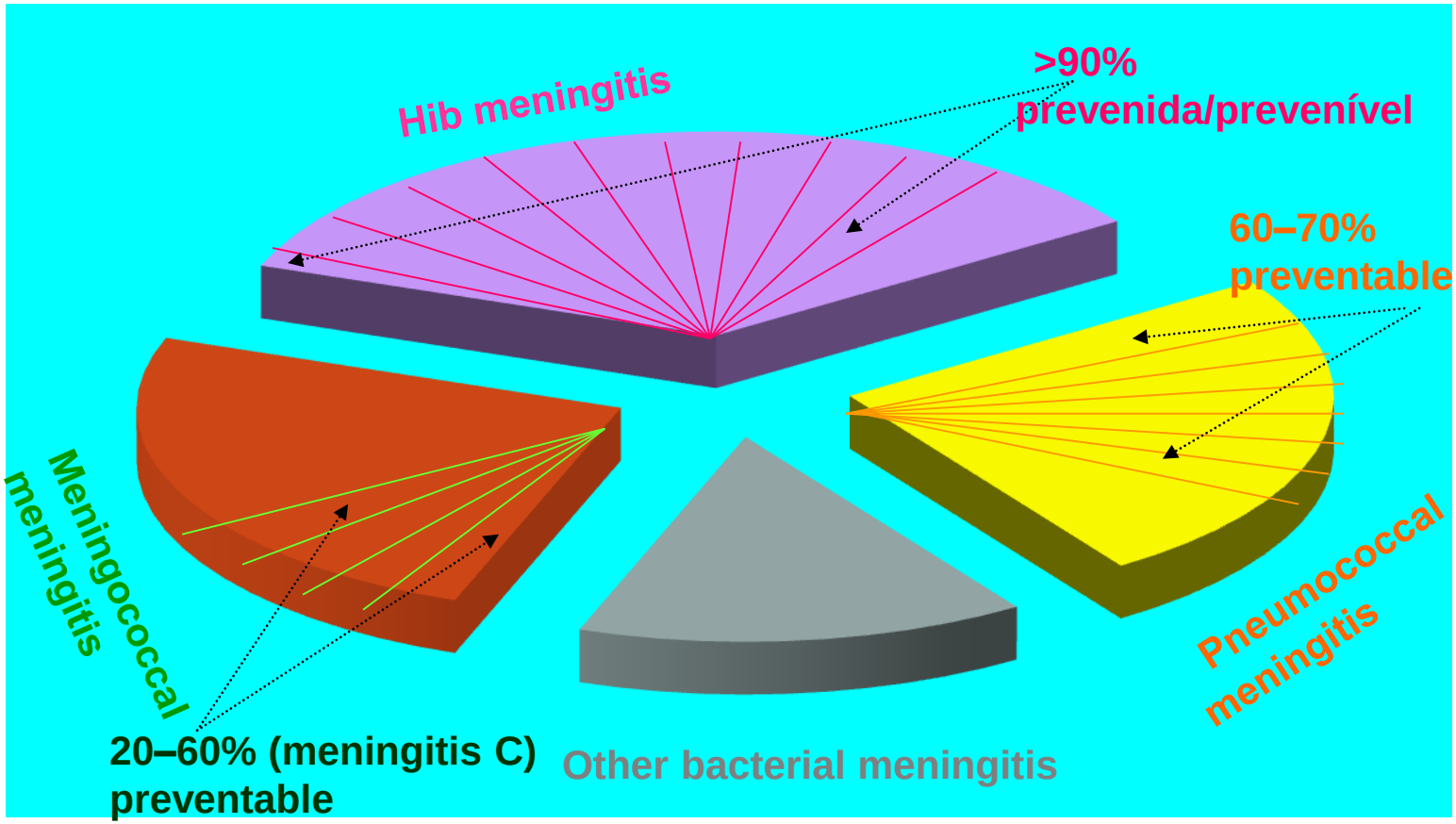
Retardo mental

Epilepsia

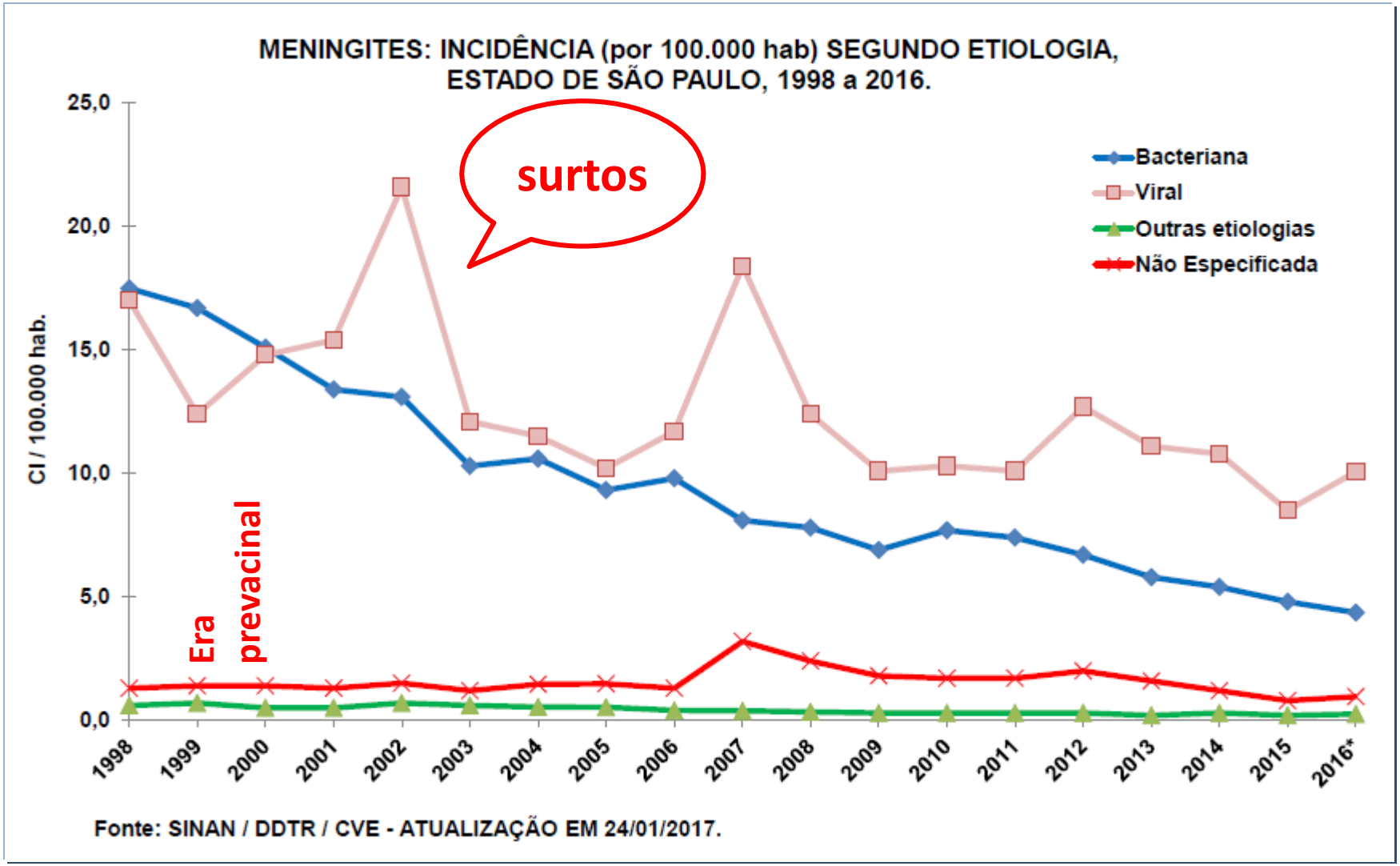
Hipoacusia

Hidrocefalia

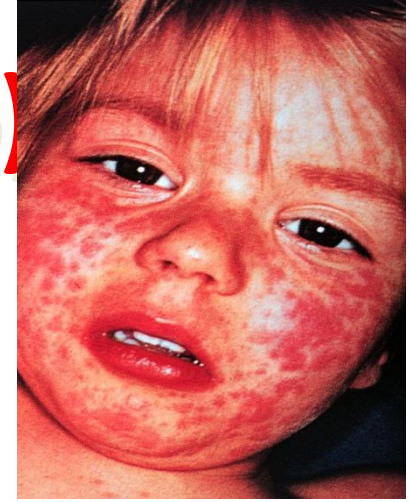
Meningites: Impacto da Imunização



Meningites mudanças incidência bacteriana ou -Viral ?

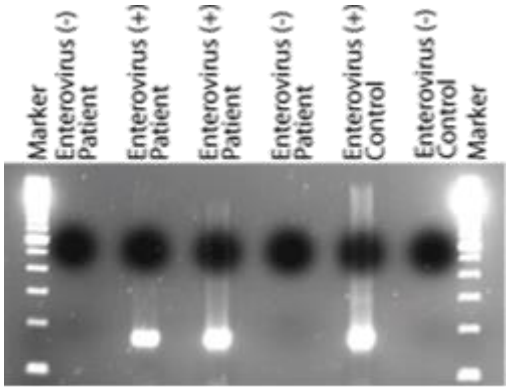


Enterovírus (não pólio)



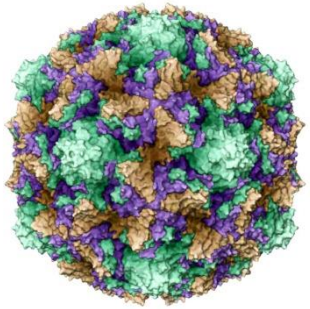
- Incidência **> crianças 1 a 4 anos**
- condições sanitárias precárias e aglomerações populacionais.
- Incidência de **surtos no verão** e início do outono em climas temperados.
- Principal causa de **meningite "asséptica"** em 85% a 95% dos casos identificados.
- Transmissão fecal-oral e respiratória / fômites.

Meningites virais



PCR Amplification of Enterovirus

85% Enterovírus



Echovírus 3, 4, 6, 9, 11, 75, 21e 3

Coxsackievírus dos grupos A e B 1, 2

Multicenter Beta Trial of the GeneXpert Enterovirus Assay,
FDA ap sen/esp=97/100%

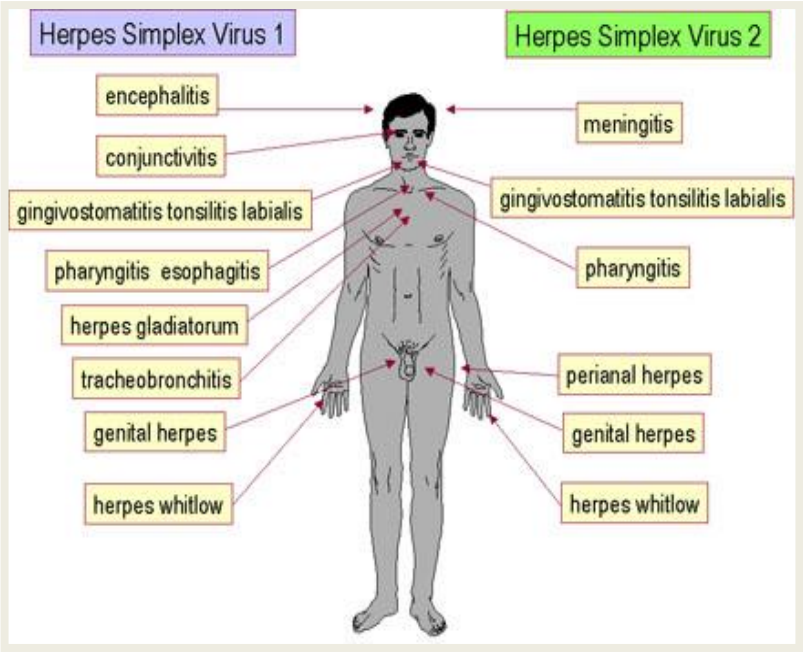
Vírus RNA	Vírus DNA
Enterovírus	Adenovírus
Arbovírus	Herpes simples tipo 1/2
Vírus do sarampo	Varicela zoster
Vírus da caxumba	Epstein Barr
Vírus da coriomeningite	Citomegalovírus
HIV-1	

Vírus herpes simplex (HSV-1 e HSV-2)

Infecção do SNC:

- A meningoencefalite pode ser resultante de infecção primária ou reativação
- Principal causa de encefalite

- Início agudo, com febre, convulsões, sinais focais, coma, comprometimento do lobo temporal.



•Morbidade e letalidade elevadas.

•O prognóstico depende da precoce da terapia anti-viral.

*

Laboratório na Meningite Aguda

- Sangue : Cultura

  Hemograma

  Proteína C reativa > = 20 mg/L

- LCR : pressão e aspecto

  Celularidade

  Bioquimica:glicose (50-70% da glicemia)

  proteína

  lactato >3,9 mmol/L no LCR

Microbiologia : culturas, baciloscopia GRAM/tinta da "China" , teste látex , CIE , elisa e PCR

- Cultura de "petéquias", escarro, orofaringe e secreções

Meningites Líquor Turvo : clínicos

- **Síndrome infecciosa** – febre ,mal-estar geral , mialgia e anorexia precedidas IVAS
- **Síndrome radicular** – rigidez de nuca com sinais de Kernig , Brudzinski e Lasègue.
- **Síndrome de hipertensão intracraniana** – cefaléia intensa , náuseas e vômitos(“jato”), transtornos do equilíbrio , vertigens ....
- **LACTENTES :**diminuição da sucção, gemido, irritabilidade e/ou sonolência, hipotermia, abaulamento de fontanela ,tremores, olhar fixo, hipertônia e sinais neurológicos focais.

Meningites Líquor Turvo : clínicos

- **Síndrome séptica** : toxemia e taquicardia
- **Choque** : perfusão periférica > 3 segundos e oligúria c/s sinais meníngeos evoluindo para insuficiência cardio-respiratória
- **Lesões cutâneas** petequial, purpúricas
- **Convulsões** 20-30% generalizadas/focais
- **Sinais neurológicos focais** complicações

Suspeita de meningite
RN e crianças menores de 1 ano

Febre ou hipotermia

Choro ou gemido

Irritabilidade

Letargia

Recusa alimentar

Crises convulsivas

Fontanela abaulada

Coleta de LCR
Sempre houver suspeita

EXAMES :

"KIT" Meningite

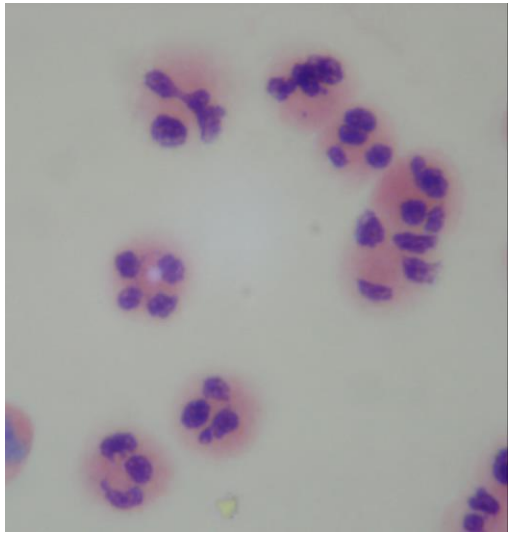
LEMBRE-SE MELHOR
LCR normal, pouco alterado

Líquido Cefalorraquiano

Aspecto: turvo

Número de células: > /mm^3

Tipo celular



Glicose:

Identificação do agente:

- **Gram (60-90%)**
- **Cultura (70-85%)**
- **Aglutinação do látex (50-90%)**
- **CIE (70-90%)**

Exame Quimiocitológico

	Aspecto	Leucócitos por mm^3	Célula predominante	Proteína mg/100ml	Glicose * mg/ 100ml
LCR Normal	Límpido	0-5	∅	15- 50	45- 100
Meningite Bacteriana	Turvo Purulento	5- 20.000 (média 800)	Polimorfo-nucleares >80%	Elevada (> 100)	Baixa * * (< 45)
Meningite Tuberculose e por fungos	Límpido	5- 2000 (média 100)	Mononuclear	Elevada (> 50)	Normal ou baixa (< 45)
Meningite Viral	Límpido	2- 2000 (média 80)	Mononuclear * * *	50 –100 ou normal	Normal

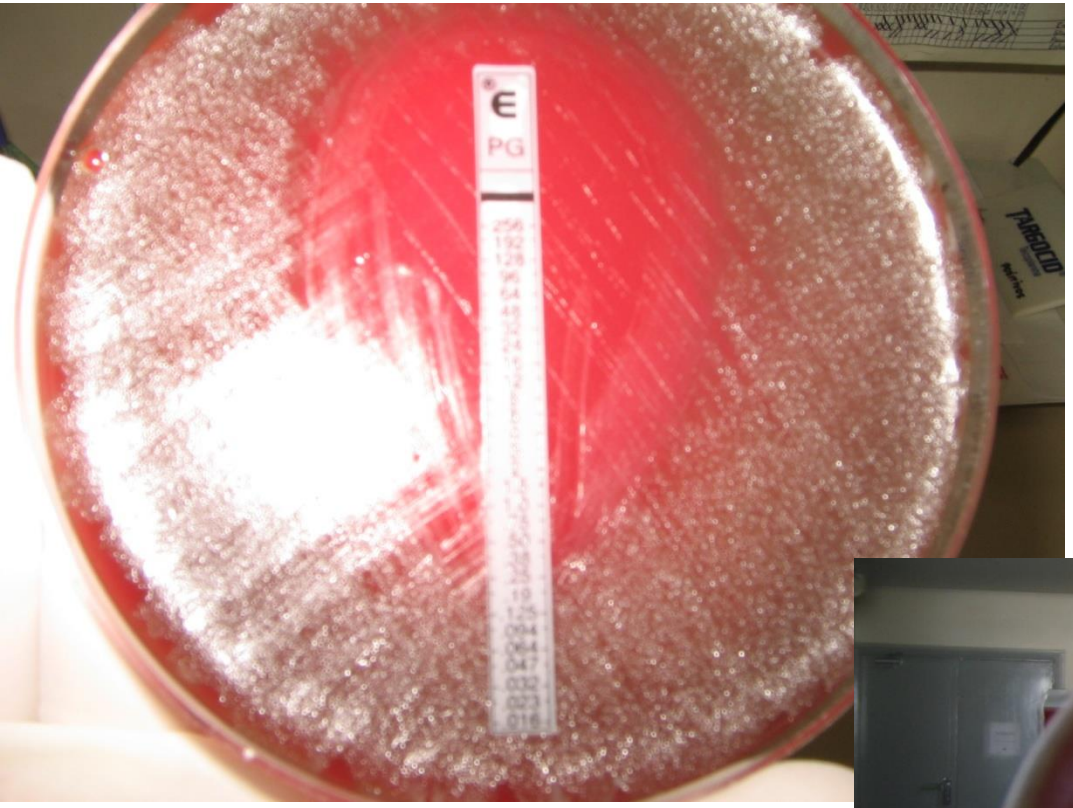
* nível de glicose no LCR é de 50 –70% do valor normal do sangue

* * pode ser normal no início da infecção

* * * 20 a 75% dos casos pode ocorrer PMN no início da infecção

Terapia empírica MB presumida até isolamento

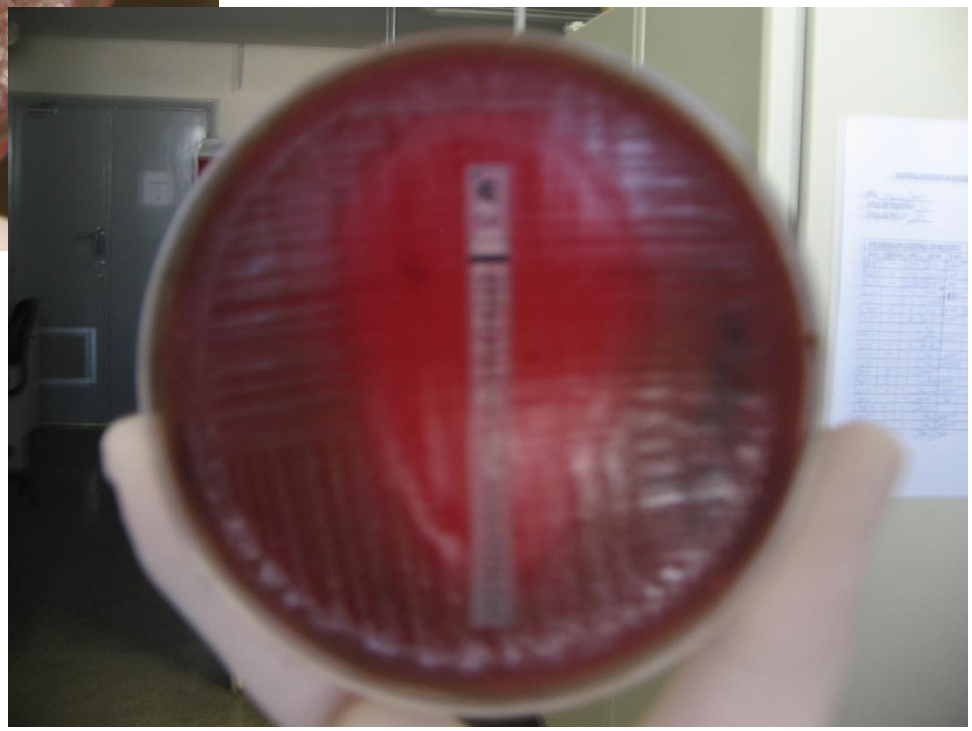
Idade	Agente	Antibiótico
Neonato Vertical	S. agalatie , E coli , K. pneu., Lysteria	Ampicilina + Cefotaxima
1 - 2 meses sem vacinas	vertical + S. pneum. Neisseria , HIB	Ampicilina + Cefotaxima ou ceftriaxona
3 m à 5 anos vac. incompleta	S.pneum, Neisseria HIB	Ampicilina (Neisséria) ou ceftriaxona
5 à 50 anos	S. pneum., Neisseria	Penicilina G ou ampicilina
> 50 anos	S. pneum., Bacilo G - Lysteria	Ampicilina + cefalosporina 3ª



E-Teste

Penicilina

Ceftriaxona



Pneumococo sensível

Terapia específica MB recomendada por agente isolado

Agente	Antibiótico	Segunda Opção
S. agalatie ,	Penicilina G	Ampicilina
Lysteria	Ampicina + gentamicina	Vancomicina
Enterobacteria	Cefalosporina 3ª	
N. meningitidis	Penicilina G ou Ampicilina	
HIB	Cloranfenicol ou Ampicilina	Ceftriaxona
S. pneum.	Penicilina G ou Ampicilina	Ceftriaxone
Resistência ~~Intermediária~~ Alta	Vancomicina	ceftriaxona

Medidas Profiláticas MB

- Notificação e Vigilância Epidemiológica
- Isolamento respiratório 24 h
- **Quimioprofilaxia :**
- Para Meningococo :
- 1m a 12 a =10mg/kg /cd 12h 2 dias
- adultos 600mg / cd 12h por 2 dias
- Para Hemófilos : dose única, por 4 dias (Vacinar!!!)
- VACINA prevenção em surtos
- Vc Menigo A/B polissacáridea : Só em Surtos (sorotipo prevalente)
- Meningo C conjugada < 2 anos;
- polissacarídea >2 anos
- BC cubana !

Calendário Nacional de Vacinação 2017

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócia 10V (conjugada)*	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)*	Febre Amarela	Hepatite A**	Tríplice Viral	Tetra viral***	HPV	Dupla Adulto	dTpa****
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer												
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose								
	3 meses							1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose								
	5 meses							2ª dose							
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VIP)										
	9 meses								Uma dose						
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose				
	15 meses			1° reforço (com DTP)	1° reforço (com VOP)					Uma dose (15 meses até 23 meses)		Uma dose			
	4 anos			2° reforço (com DTP)	2° reforço (com VOP)				Reforço						
	9 anos														
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 12 a 13 anos)	Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)				2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 12 a 13 anos	Reforço a cada (10 anos)	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal)						Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos)			Reforço a cada (10 anos)	
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal)						Uma dose e um reforço (verificar a situação vacinal)					Reforço a cada (10 anos)	
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal)											3 doses (verificar a situação vacinal)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana

Vacina Influenza anual >6 meses até 5 anos e em > condições risco
Aplicadas no Outono , estação sazonal da GRIPE

Nota: *Administrar Uma dose da vacina Pneumocócia 10V (conjugada) e da vacina Meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

**Administrar Uma dose da vacina hepatite A, em crianças entre 2 e 4 anos, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

***A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Crianças entre 2 e 4 anos que não apresentarem nenhuma dose da vacina com componente varicela, poderão receber Uma dose.

****Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar Uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru) atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

ALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm CRIANÇA

omendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2016/2017

0-10 anos

Comentários numerados devem ser consultados.

VACINAS	DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS DE IDADE													DOS 2 AOS 10 ANOS						DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
	Ao nascer	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4 anos	5 anos	6 anos	9 anos	10 anos	Gratuitas nas UBS*	Clínicas privadas de vacinação
ID[a]	Dose única																			SIM	SIM
etite B [b]	1ª dose		2ª dose				3ª dose													SIM	SIM
ica bacteriana Pw ou DTPa) [c]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO			REFORÇO			REFORÇO dTpa		DTPw	DTPa e dTpa
mophilus enzae b [d]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO								SIM, para as três primeiras doses	SIM
omielite s inativados) [e]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO			REFORÇO					SIM, VIP para as três primeiras doses e VOP nas doses de reforços e campanhas para crianças de 1 a 4 anos	SIM, somente nas apresentações combinadas com DTPa e dTpa
virus [f]			Duas ou três doses, de acordo com o fabricante																	SIM, vacina monovalente	SIM, vacina monovalente e pentavalente
mocócica ugada [g]			1ª dose		2ª dose		3ª dose				REFORÇO									SIM, VPC10 para menores de 5 anos	SIM, VPC10 e VPC13
ingocócicas ugadas [g]				duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada							MenACWY					MenACWY				SIM, menC para menores de 5 anos	SIM, menC e menACWY
ingocócica B [g]				1ª dose		2ª dose		3ª dose			REFORÇO									NÃO	SIM
enza (gripe) [h,i]							Dose anual. Duas doses na primovacinação antes dos 9 anos de idade.													SIM, 3V para menores de 5 anos e grupos de risco	SIM, 3V e 4V
omielite oral (vírus s atenuados) [e]											DIAS NACIONAIS DE VACINAÇÃO									SIM	NÃO
o amarela [h,j]										1ª dose					2ª dose					SIM	SIM
etite A [h,j]											1ª dose		2ª dose							SIM, dose única para crianças de 15 meses até menores de 2 anos	SIM
ica viral (sarampo, mba e rubéola) [h,k,l]											1ª dose	2ª dose								SIM	SIM
cela (catapora) [h,k,m]											1ª dose	2ª dose								SIM, dose única aos 15 meses até menores de 2 anos	SIM
[h,n]																		Três doses		SIM, vacina HPV4 para meninas de 9 a 13 anos 11 meses e 29 dias: duas doses	SIM
na tríplice bacteriana ular do tipo adulto o)																		ROTINA		NÃO	SIM
gue [h,o]																		Três doses		NÃO	SIM

i2016 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer ndo administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às dades competentes • Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação tal. Consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*.

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

CRIANÇA

Paradigma do Milênio
Educação e Qualidade

PREVENÇÃO
É a melhor Intervenção

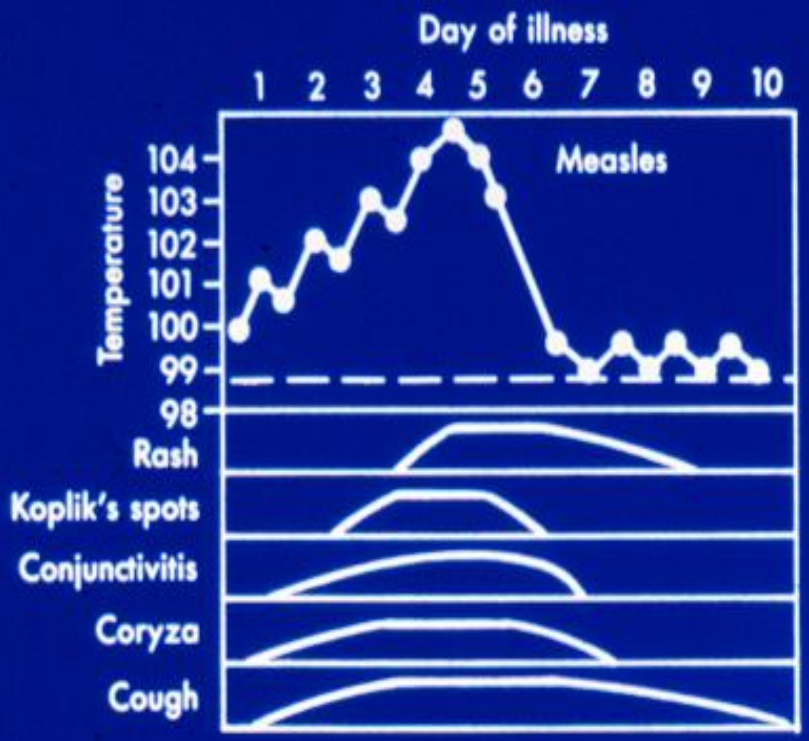
RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

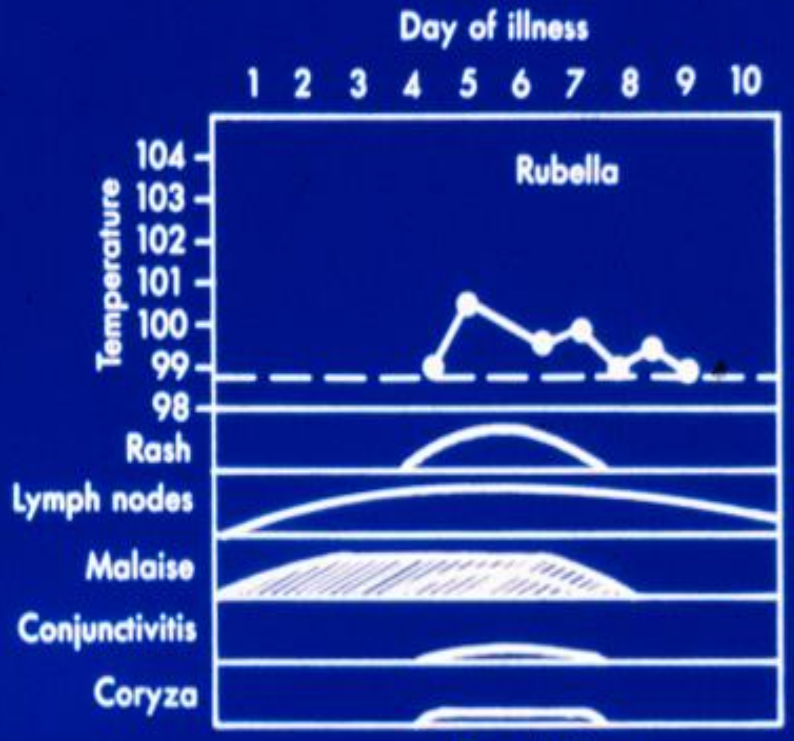
Protocolos

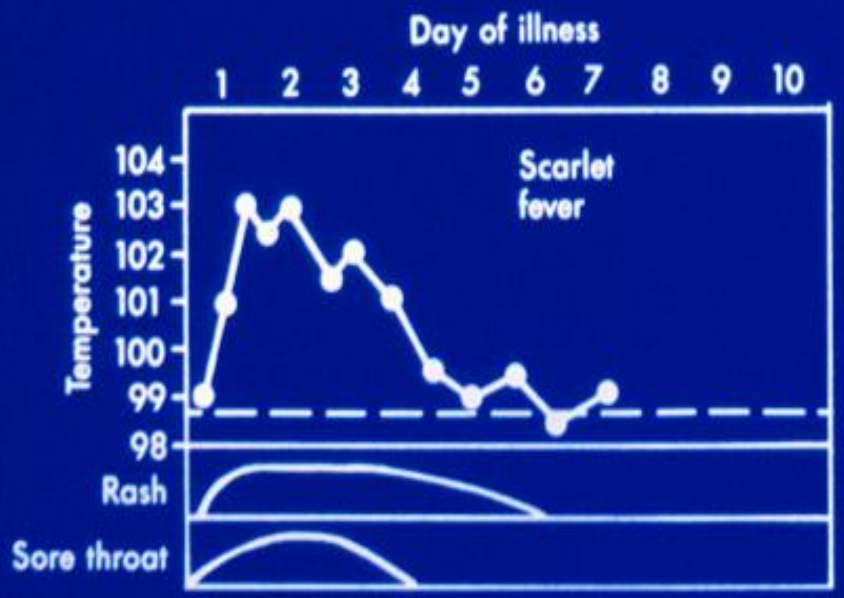
Doenças exantemáticas em crianças

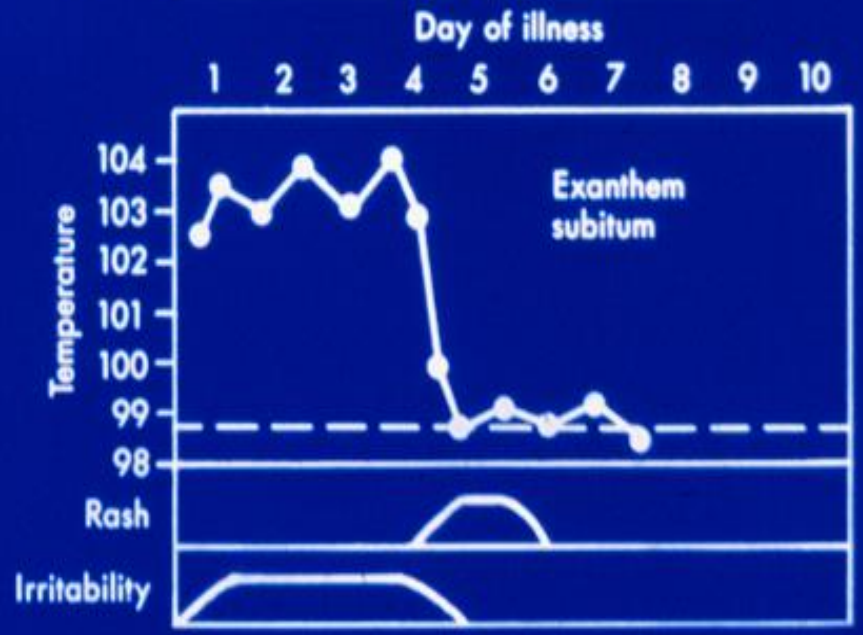
Maioria são doenças infecciosas: conhecer a epidemiologia

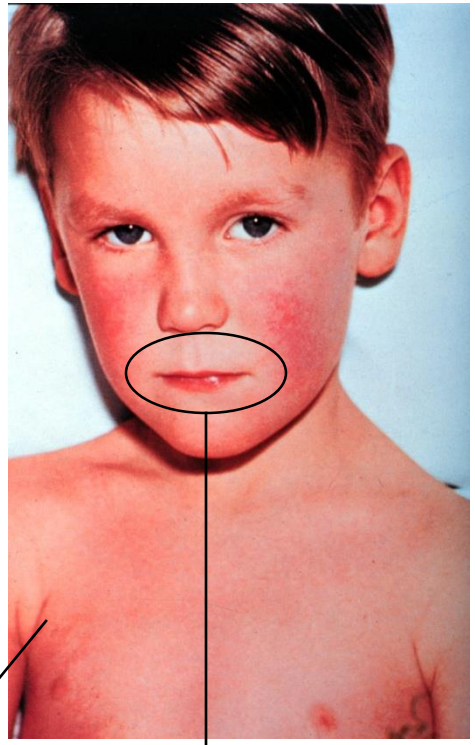
- Período Contagiosidade (isolamento)
- Período de Incubação (bloqueio)
- Pródromo (sintomas febre , IVAS ....)
- Exantema : tipo , erupção
- Se tem vacina / tratamento


Day of illness
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Measles
Temperature
104
103
102
101
100
99
98
Rash
Koplik's spots
Conjunctivitis
Coryza
Cough


Day of illness
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Rubella
Temperature
104
103
102
101
100
99
98
Rash
Lymph nodes
Malaise
Conjunctivitis
Coryza

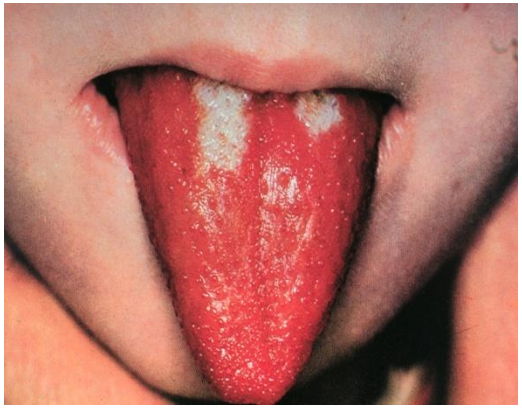

Day of illness
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Scarlet fever
Temperature
104
103
102
101
100
99
98
Rash
Sore throat


Day of illness
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Exanthem subitum
Temperature
104
103
102
101
100
99
98
Rash
Irritability



Pastia

Filatov



ESCARLATINA

Notificação Surtos
SP
Vacinação bloqueio

VARICELA

Vacina quadra viral aos 15 meses

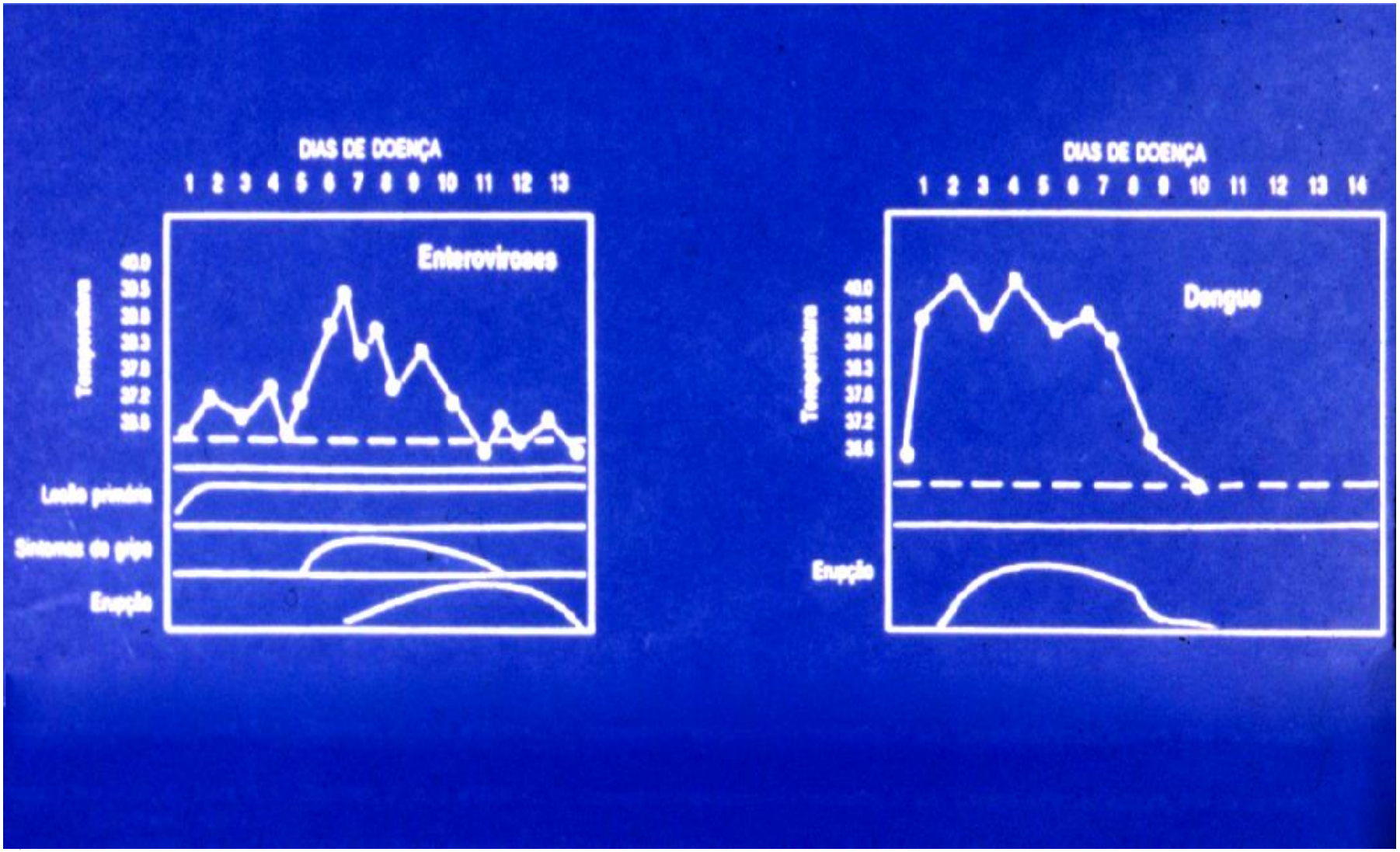
SRCV

DOENÇA	PERÍODO PRODRÔMICO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	SINAIS CARACTERÍSTICOS
Sarampo	3 a 5 dias de febre alta, tosse rebelde e conjuntivite.	Exantema avermelhado que se inicia na região retroauricular. Máxima intensidade no 3º dia, desaparecendo no 6º Dia. Manchas pardas residuais. Descamação leve, furfurácea, nunca nos pés e mãos..	Manchas de Koplik.
Rubéola	Geralmente não há pródromo.	Exantema róseo, discreto, excepcionalmente confluente. Máxima intensidade no 2º dia, desaparecendo no 6º dia. Sem descamação	Linfadenopatia principalmente retroauricular.
Exantema	3 a 4 dias de febre alta e irritabilidade. Convulsões não raras.	Exantema semelhante ao da rubéola. Pode durar apenas horas. Inicia-se caracteristicamente no tronco, após o desaparecimento da febre. Sem descamação.	Hemograma: leucopenia com neutropenia e linfocitose importantes.
Escarlatina	12 a 24 dias de febre e mal-estar.	Exantema eritematoso, puntiforme e áspero. Palidez peribucal (sinal de Filatov) linhas nas dobras de flexão (sinal de Pastia). Descamação lamelar extensa nas mãos e pés principalmente.	Hemograma: leococitose neutrofilia e eosinofilia. Cultura de exsudato orofarínoeo positiva para estreptococos do Grupo A. Aumento do título de ASLO. Presença de amigdalite membranosa.
Enterovirose	3 a 4 dias de febre, no caso de vírus ECHO; pródromo quando Coxsackie.	Exantema de vários tipos, predominando o máculopapular discreto. Sem descamação. Mais freqüente em criacas de baixa idade.	Adenopatia.

Fonte: Oselka, G.W.,

Verão exantemas

enterovirus e dengue Zica e Chikungunia



DENGUE

- Arboviroses : SURTO EM TODO Brasil
- Período incubação até 1 semana
- Febre, mialgia, cefaléia
- Exantema eritema, prurido
- Dia D : 5º dia qdo ocorre choque
- Hidratação

DENGUE CLÁSSICA
CASO SUSPEITO

Febre alta, início súbito e duração de até 7 dias + dois ou mais sintomas:

- Cefaléia
- Dor no corpo (ossos, articulações)
- Dor retro-orbitária
- Prostração
- Exantema: 30 a 50 % não aparece nos primeiros dias
- Vômitos
- Dor abdominal
- Além desses sintomas, deve ter estado nos últimos quinze dias em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti.*

Dengue

Mais sinais clássicos

30-50 % exantema inicia tronco e dissemina para face e membros, inclusive palmas e planta dos pés

Máculo-papular, pode ser pruriginoso

Pode ter

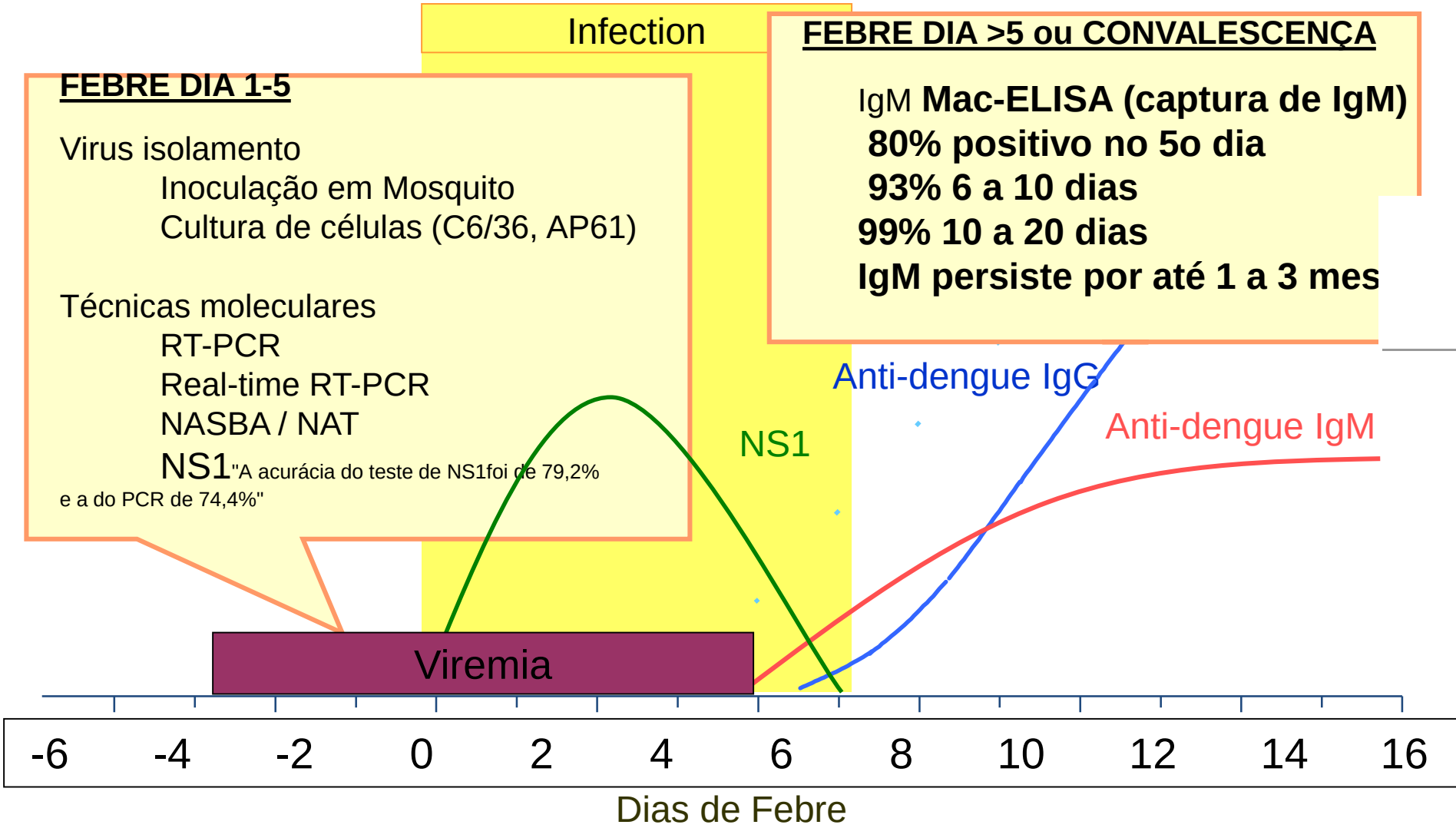
Petéquias e menos frequente equimoses

Sangramentos: Epistaxe Gengivorragia

AO FINAL quadro febril evoluir com

hemoconcentração/ choque

Infecção por Dengue e Resposta Imune: Diagnóstico laboratorial



SINTOMAS	ZIKA	CHIKUNGUNYA	DENGUE
FEBRE	É baixa e pode estar presente	Alta e de início imediato. Quase sempre presente	Alta e de início imediato. Sempre presente
DORES NAS ARTICULAÇÕES	Dores leves que podem estar presentes	Dores intensas e presentes em quase 90% dos casos	Dores moderadas e quase sempre presentes
MANCHAS VERMELHAS NA PELE	Quase sempre presente e com manifestação nas primeiras 24h	Se manifesta nas primeiras 48h. Pode estar presente	Pode estar presente
COCEIRA	Pode ser de leve a intensa e pode estar presente	Presente em 50 a 80% dos casos. Intensidade leve	É leve e pode estar presente
VERMELHIDÃO NOS OLHOS	Pode estar presente	Pode estar presente	Não está presente