



ATUALIZAÇÃO DE CONDUTAS EM PEDIATRIA

ENDOCRINOLOGIA

Pode ser diabetes!
A importância do diagnóstico precoce

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Síndrome de Munchausen
causada por terceiro

TERAPIA INTENSIVA

Como controlar sinais de abstinência
e *delirium*

105

Fevereiro
2025

recomendações



WWW.SPSP.ORG.BR

SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

Expediente

Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo
Triênio 2022–2025

Diretoria Executiva

Presidente:

Renata Dejtár Waksman

1º Vice-Presidente:

Sulim Abramovici

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

1º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista Paulista

de Pediatría:

Ruth Guinsburg

Editores Associados da Revista

Paulista de Pediatría:

Fabio Carmona e

Tulio Konstantyner

Membros e Editores Executivos da

Revista Paulista de Pediatría:

Antônio Carlos Pastorino

Antônio de Azevedo Barros ^{Co}

Celso Moura Rebello

Cristiane Kochi

Gil Guerra Jr.

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara B. Lederer Goldberg

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Revisão científica:

Celso Moura Rebello

Produção gráfica:

Lucia Fontes

lf@luciafontes.com

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

@didesign

depositphotos.com

Sumário

PÁGINA 4

DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA

Pode ser diabetes! A importância do diagnóstico precoce

Beatriz Semer Kann, Matheus Alves Alvares, Louise Cominato

PÁGINA 9

NE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

Síndrome de Munchausen causada por terceiro

Mario Roberto Hirschheimer

PÁGINA 14

DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA

Como controlar sinais de abstinência e *delirium*

Regina Grigolli Cesar

Acesse as edições anteriores

→ Arquivos desde 2007



CLIQUE AQUI

Sociedade de Pediatría de São Paulo

Rua Maria Figueiredo, 595 • 10º andar • São Paulo, SP

Fone: 11 3284-0308 • 11 3284-9809

www.spsp.org.br

pediatria@spsp.org.br

@sociedadespsp nas redes sociais



Pode ser diabetes! A importância do diagnóstico precoce

Diante de um cenário nacional onde o atraso do diagnóstico de diabetes na infância ainda impera, o Departamento Científico de Endocrinologia da SPSP traz este artigo para auxiliar o pediatra a pensar em diabetes e realizar o diagnóstico precoce.

Diabetes mellitus (DM) se refere a uma alteração metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de uma alteração na secreção, na ação da insulina ou ambas. Uma secreção inadequada de insulina e/ou uma diminuição das respostas dos tecidos à insulina, resultam numa ação insuficiente da insulina sobre os tecidos alvo, o que leva a alterações no metabolismo dos carboidratos, da gordura e das proteínas.¹

O tipo de Diabetes mellitus mais comum na faixa etária pediátrica é o tipo 1 (DM1), em que o indivíduo, em geral, sofre uma agressão autoimune à célula B, o tecido pancreático produtor de insulina, levando ao déficit total de insulina endógena e necessidade de aplicação de insulina exógena várias vezes ao dia. Já o tipo 2 (DM2) caracteriza-se pela falta de resposta insulínica adequada, na presença de um aumento da resistência à insulina. Este último vem ganhando espaço na comunidade pediátrica nos últimos anos, associado à alta prevalência de obesidade infantil e em adolescentes. Além dessas duas condições, 1-6% das pessoas com diabetes que apresentam autoanticorpos negativos podem constituir um terceiro tipo de diabetes, monogênico, chamado MODY (*maturity onset diabetes of the young*), que pode ser inicialmente considerado como tipo 1 ou tipo 2.¹

Os sintomas mais comuns são a poliúria (aumento da diurese), polifagia (aumento do apetite), polidipsia (aumento da sede) e perda de peso inexplicada. De forma geral, os critérios diagnósticos de DM são apresentados na Tabela 1 (página 5).²

Quando suspeitar de DM no pronto-socorro?

É sabido que uma parcela considerável dos pacientes em primodescompensação da doença são diagnosticados nos prontos-socorros e, destes, sua grande maio-

Autores: Beatriz Semer Kann, Matheus Alves Alvares, Louise Cominato

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENDOCRINOLOGIA | Gestão 2022-2025

Presidente: Louise Cominato • Vice-presidente: Albertina Gomes Rodrigues • Secretária: Renata Maria de Noronha

Tabela 1 – Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM e pré-diabetes

Crítérios	Normal	Pré-diabetes	DM
Glicemia de jejum* (mg/dL)	<100	100-125	≥126
Glicemia ao acaso (mg/dL) + sintomas	-	-	≥200
Glicemia de 1 hora no TTGO (mg/dL)	<155	155-208	≥209
Glicemia de 2 horas no TTGO (mg/dL)	<140	140-199	≥200
HbA1c (%)	<5,7	5,7-6,4	≥6,5

DM: diabetes mellitus; TTGO: teste de tolerância à glicose oral; HbA1c: hemoglobina glicada.

*Considera-se como jejum a cessação de ingestão calórica de 8-12 horas. **Nota: carga oral equivalente a 75g de glicose anidra diluída em água.

Fonte: Elaborada pelos autores.

ria apresenta no diagnóstico um quadro grave, chamado de cetoacidose diabética (CAD), especialmente associado ao DM1.

O pediatra deve estar atento aos sintomas característicos e se familiarizar com sintomas e sinais que podem sugerir um quadro de abertura de DM (Figura 1).

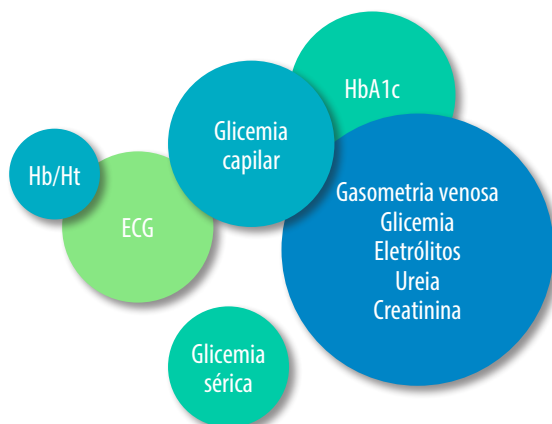
Importante enfatizar que o paciente não precisa apresentar vários sintomas ou os sintomas mais clássicos para pensar em diabetes. Uma criança com dor abdominal e vômitos pode ser sinal de diabetes. Na dúvida, faça uma glicemia capilar.

Figura 1 – Sinais e sintomas possíveis na chegada ao pronto-socorro



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2 – Exames complementares que podem ser utilizados na suspeita diagnóstica de DM e CAD



Fonte: Elaborada pelos autores.

Feita a suspeita diagnóstica, faça uma glicemia capilar. O risco do paciente devidamente estratificado, exames complementares (Figura 2) devem ser realizados, a fim de determinar se aquele paciente se encontra ou não em CAD e qual a sua gravidade (Tabela 2), pois o nível de acidose apresentada demonstra maior risco no desfecho clínico.

O paciente com diagnóstico de CAD, especialmente em CAD grave, deve ser manejado preferencialmente em leito de terapia intensiva. O trabalho multidisciplinar do médico pediatra intensivista, endocrinologista pediátrico e equipe de enfermagem é fundamental para a otimização do quadro e desfecho positivo. A CAD é uma situação altamente grave, com risco de diversas complicações, além do estado de acidose em si,

Tabela 2 – Classificação da cetoacidose diabética

Graus de CAD	pH	HC03
Leve	<7,3	<18
Moderada	<7,2	<10
Grave	<7,1	<5

Fonte: Elaborada pelos autores.³

como distúrbios hidroeletrólíticos, hipoglicemia, edema cerebral, injúria renal aguda, trombose venosa profunda e de sistema nervoso central, isquemia mesentérica. Há risco elevado de óbito e de sequelas neurológicas.

Afastada a hipótese de CAD, o pediatra estará diante de um paciente com quadro de primodescompensação diabética. É indicada a internação hospitalar para que alguns alvos sejam atingidos, sobretudo a educação em diabetes: treinamento para aplicação de insulinas, aferição de glicemia, familiaridade com dispositivos, prevenção e tratamento de hipoglicemia e manutenção de valores de glicemia capilar em níveis seguros.

Quando suspeitar de DM no consultório?

O pediatra da criança deve estar atento a mudanças comportamentais e novas queixas trazidas à consulta. De forma geral, sintomas como poliúria, polidipsia, poli-fagia, perda de peso inexplicada e fadiga devem ser valorizados. Os sintomas podem ser discretos, não hesite em pensar em diabetes.

Outras queixas comuns no consultório, como enurese noturna, candidíase vaginal, aumento de troca de fraldas e baixo ganho pôndero-estatural em lactentes podem trazer pistas para o pediatra. Em bebês também se destaca a ocorrência de assaduras de difícil cicatrização como um sinal de alerta.

De uma forma extremamente rápida e prática, a realização de uma glicemia capilar no consultório médico pode agilizar o eventual diagnóstico e minimizar complicações e múltiplas idas a serviços de saúde. Se não for possível, solicite glicemia de jejum e hemoglobina glicada para seu paciente. Não é necessária curva glicêmica para diagnóstico de diabetes tipo 1.

Quando suspeitar de DM tipo 2

Com o aumento substancial de obesidade na infância, casos de DM tipo 2 vêm se tornando mais frequentes na prática clínica. A resistência insulínica está intimamente relacionada com a fisiopatologia do DM2 e sua manifestação clínica pode ser exemplificada pelo surgimento da *acantose nigricans*⁴ (Figura 3, página 8), um escurecimento e espessamento na pele em áreas como pescoço, axilas e região inguinal.

Outros dados como aumento da circunferência abdominal e casos de DM2 na família devem ser valorizados. O paciente com obesidade e dados sugestivos de resistência insulínica deve iniciar o rastreo para doenças metabólicas.

É recomendado realizar triagem de DM2 em crianças e adolescentes a partir de 10 anos de idade ou ao início da puberdade, quando houver sobrepeso ou obesidade e pelo menos um fator de risco adicional para DM2 (história materna de DM2 ou diabetes gestacional durante a gestação da criança; história familiar de DM2 em parente de primeiro ou segundo grau; *acantose nigricans*; hipertensão arterial; dislipidemia; síndrome de ovários policísticos).

Figura 3 – Demonstração de *acantose nigricans* em região cervical

Fonte: Moon RY, et al.²

Os métodos de rastreio de DM têm limitações. A glicemia necessita de jejum, sofre interferências decorrentes de condições agudas e tem menor taxa de reprodutibilidade quando comparada à HbA1c (hemoglobina glicada). O teste de tolerância oral à glicose (TOTG) é mais oneroso, desconfortável e consome mais tempo, mas tem maior sensibilidade. A HbA1c tem maior custo e menor sensibilidade diagnóstica do que os outros métodos. É recomendado estabelecer o diagnóstico de DM se houver glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dl e HbA1c maior ou igual a 6,5%, simultaneamente.²

É importante que o pediatra saiba suspeitar de diabetes em lactentes, crianças e adolescentes para que o diagnóstico seja feito o mais breve possível, a fim de iniciar o tratamento adequado e prevenir complicações agudas graves como a cetoacidose.

Referências:

1. Libman I, Haynes A, Lyons S, Pradeep P, Rwagason E, Tung JY, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2022;23:1160-74.
2. Rodacki M, Cobas RA, Zajdenverg L, Silva Jr WS, Giacaglia L, Calliari LE, et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2024.
3. Glaser N, Fritsch M, Priyambada L, Rewers A, Cherubini V, Estrada S, et al. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatr Diabetes*. 2022;23:835-56.
4. Das A, Datta D, Kassir M, Wollina U, Galadari H, Lotti T, et al. Acanthosis nigricans: A review. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19:1857-65.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Síndrome de Munchausen causada por terceiro

Desde a sua caracterização inicial em 1851, a síndrome de Munchausen (SM) tem sido amplamente reconhecida como uma manifestação grave de transtorno factício, condição em que pessoas exageram, produzem ou simulam deliberadamente sintomas ou incapacidades para gratificação psicológica. Dois subtipos classicamente são reconhecidos: transtorno factício imposto a si mesmo e transtorno factício imposto a outro ou síndrome de Munchausen causada por terceiro.¹

Síndrome de Munchausen causada por terceiro

A SM causada por terceiro é uma condição psicológica em que uma pessoa inventa, exagera, simula ou provoca sintomas de doenças em outra pessoa, com o objetivo de receber atenção, empatia e reconhecimento dos profissionais de saúde e da sociedade.² Nesse cenário, a pessoa afetada (o cuidador/agressor) busca contemplar uma necessidade doentia de atenção e validação, às vezes visando também ganhos financeiros ou benefícios materiais.³

Em muitos casos, a pessoa agressora assume o papel de “herói” ou “mártir” ao se mostrar incansável nos cuidados e aparentar grande preocupação pela saúde da vítima, o que desperta simpatia e reconhecimento do entorno.⁴ A vítima é submetida a exames, tratamentos e procedimentos desnecessários que, além do impacto físico, geram um sofrimento emocional significativo.¹

A síndrome de Munchausen causada por terceiro é especialmente difícil de diagnosticar, uma vez que os médicos raramente suspeitam dessa forma de abuso por parte dos cuidadores. A manipulação sofisticada e a aparente sinceridade do cuidador, frequentemente profissional da saúde, combinadas com uma anamnese confusa e complexa, podem levar a intervenções e diagnósticos inadequados.⁵

Autor: Mario Roberto Hirschheimer

NÚCLEO DE ESTUDOS VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE | Gestão 2022-2025

Presidente: Mario Roberto Hirschheimer • Vice-presidente: Theo Lerner • Secretária: Cintia Tolosa Bianchi de Souza

Formas de expressão

→ Mentira

Relato de sinais ou sintomas de enfermidade inexistentes, como convulsão, vômitos, febre, intolerância ou alergia alimentar, justificando a privação de uma série de alimentos e atividades de lazer, bem como a procura do médico para indicar exames invasivos e prescrever medicamentos desnecessários.

→ Simulação

Relato de queixas e falsas comprovações de sinais e sintomas inexistentes, sem agressão direta à vítima, como aquecer o termômetro para simular febre, acrescentar sangue (geralmente do próprio responsável) à urina ou fezes para simular hemorragia, fraudar anotações de enfermagem ou resultados de exames.

→ Indução

Criação de sinais e sintomas na vítima, como dar catárticos para provocar diarreia, dar soníferos para simular estado pós- crise convulsiva, atritar a pele para provocar erupções ou aquecer a criança para elevar sua temperatura. Trata-se de uma violência com risco de morte, como induzir vômitos e diarreia para provocar desidratação, aplicar anticoagulante que pode desencadear síndrome hemorrágica, dar medicação sedativa levando ao coma, provocar envenenamentos progressivos.

Estima-se que 50% dos casos são de indução, 25% de mentira e 25% de simulação e indução.

Por vezes, o transtorno fictício imposto a outro se manifesta pelo relato falso de agravamento de sintomas e sinais de doença existente e em tratamento, com o intuito de receber mais atenção dos profissionais de saúde.

Características da agressora e da família que podem indicar a suspeita

- Geralmente a agressora (mais frequentemente a mãe e, muitas vezes, profissional da saúde) é inteligente, articulada, simpática, comunicativa, parecendo ser muito dedicada e cuidadosa com a criança. Não se afasta da cabeceira do leito e tem grande aptidão teatral, usando a sedução como forma de acesso supostamente diferenciado para os mais graduados da equipe.

- Utiliza vocabulário médico adequado e faz perguntas a todos sobre as causas, evolução provável, planos de investigação e de tratamento, exigindo respostas. De forma aberta ou dissimulada, sugere condutas, manifestando entusiasmo com novos exames e esquemas terapêuticos.

- Comporta-se como uma cuidadora experiente, assume funções e tende a ultrapassar os limites impostos pelas normas e regulamentos do serviço, criando confusões para conseguir atenção e desafiar o saber da equipe de saúde.

- Apesar de não querer se afastar da criança e parecer esmerada em cuidar

dela, a agressora não demonstra preocupação com a gravidade da doença nem com seu prognóstico, apresentando-se contente e confortável com a função de mãe de doente. Mesmo quando as consequências do evento são graves, nunca parece sentir compaixão pela vítima, nem culpa pelo dano provocado.

- A agressora é particularmente cordial com o pessoal médico e de enfermagem que ela identifica como chefes, mas evita o contato com os profissionais que manifestam dúvidas, suspeitas ou questionam os sintomas e sua falta de consistência. Quando confrontadas abertamente com a hipótese, tornam-se agressivas, ameaçadoras e arrogantes.

- Relata históricos familiares de várias doenças graves em outros membros da família, inclusive com mortes súbitas e inexplicáveis.

- O pai geralmente é omissivo ou ausente e acredita que a mãe é cuidadosa e incapaz de fazer qualquer mal à criança.

- As visitas de outros parentes ao hospital são raras. Geralmente a agressora mantém a família afastada sob diversas desculpas.

Situações que levantam a suspeita diagnóstica⁶

O tempo para o diagnóstico varia de três a seis meses. Algumas situações devem levantar a suspeita:

- Quadros repetitivos, cíclicos ou contínuos, difíceis de caracterizar, com história, evolução, resultados de exames e repostas terapêuticas estranhas, incomuns ou inconsistentes, que parecem insolúveis apesar do uso extenso de recursos diagnósticos, que resultam negativos ou com resultados pouco consistentes.

- Sintomas que parecem impróprios, inverossímeis e incongruentes, que só ocorrem na presença da agressora e predominam à noite, quando a supervisão por outras pessoas é menor.

- O tratamento é relatado como ineficaz, não tolerado ou deixa de funcionar após algum tempo.

- A doença piora quando se cogita alta hospitalar.

- Inconsistências do tipo “sangra, mas não causa anemia” ou “febre sem aumento da frequência cardíaca e respiratória”.

Reconhecer, gerenciar e encaminhar adequadamente pacientes com distúrbios factícios é fundamental para bom prognóstico e redução de eventos adversos durante a hospitalização. Se não diagnosticada e tratada a tempo, pode levar ao óbito.

A taxa de mortalidade pode chegar a 10%. As vítimas sobreviventes podem desenvolver o transtorno fictício imposto a si mesmo para atrair a atenção parental e podem ter sequelas como hiperatividade, crises ansiolíticas, sentimento de abandono e evasão escolar como consequência da baixa sociabilidade.⁷

Telemedicina e SM

A telemedicina, enquanto ferramenta para a expansão dos cuidados de saúde, precisa ser utilizada com atenção redobrada em casos que envolvem distúrbios como a síndrome de Munchausen, uma vez que a distância e a virtualidade dificultam a identificação de sinais de simulação ou exagero de sintomas, mascarando as intenções manipulativas dos pacientes, exigindo uma vigilância constante por parte dos profissionais da saúde.⁸

SM causada por terceiro pela internet

Juntamente com a promessa de acesso imediato a recursos por meio de sites, a Internet oferece “grupos de suporte virtual” por meio de formatos como salas de bate-papo e grupos de notícias, permitindo trocas de informação geralmente focadas em um tópico específico. Embora seja fonte de informação e compaixão para os pacientes e suas famílias, indivíduos podem oferecer falsas histórias de doenças pessoais ou crises para atrair atenção, mobilizar simpatia ou controlar os outros.⁹

Com o uso das redes sociais, surgiu a SM causada por terceiro pela internet – MBI (do inglês: *Munchausen by Internet*). Nessa versão, o responsável utiliza as plataformas *on-line* para compartilhar falsos relatos de doenças em um dependente com o intuito de ganhar notoriedade.⁹

No contexto da MBI, os sintomas são menos observáveis, difíceis de verificar, o que torna a detecção complicada. Pessoas que sofrem desse transtorno fazem postagens detalhadas sobre supostas doenças, diagnósticos raros e tratamentos complexos. Esses relatos são acompanhados de pedidos de apoio emocional e até de ajuda financeira, criando uma rede de seguidores e apoiadores que acreditam em seu sofrimento. A falta de vigilância e a dificuldade de verificação dos fatos no ambiente *on-line* facilitam a persistência do comportamento de MBI, o que pode levar ao abuso psicológico de crianças ou até à manipulação emocional de outros familiares.⁹

Tratamento

O tratamento da SM causada por terceiro é complexo e envolve uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, onde psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e autoridades legais devem colaborar para tratar e proteger a vítima, além de tratar o cuidador e sua família.¹⁰ A psicoterapia para o agressor e o acompanhamento da vítima são fundamentais para minimizar os danos.¹¹ A abordagem do agressor é difícil e o presságio pouco animador.

É importante não confundir a SM com situações que podemos chamar de “por conveniência”, nas quais a doença é simulada de modo fraudulento para obter vantagens, como afastamento do trabalho, receber o valor de um seguro ou outros benefícios.

Comentário final

Cuidar e proteger a criança ou adolescente do abuso é o principal objetivo do atendimento, mas envolve, também, abordar o causador do abuso. O tratamento da SM causada por terceiro pela Internet envolve terapia psicológica, com o objetivo de promover o entendimento dos gatilhos emocionais e incentivar comportamentos saudáveis de socialização, o que inclui o combate a propósitos desonestos. É importante, também, que profissionais de saúde e familiares estejam cientes dos sinais dessa condição para promover intervenções apropriadas e interromper o ciclo de abuso difícil de detectar no ambiente virtual.⁹

Referências:

- Cardoso AC, Hirschheimer MR, Pfeiffer L [homepage on the Internet]. Síndrome de Munchausen por transferência. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, coordenadores. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência 2^{ed} ed. Brasília (DF): CFM, SPSP, SBP; 2018. p. 115-30 [cited 2024 Jun 1]. Available from: https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf.
- Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. Arch Dis Child. 1982;57:92-8.
- Schreier HA, Libow JA. Hurting for Love: Munchausen by Proxy Syndrome. New York (NY): Guilford Press; 1993.
- Stirling J Jr. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics. 2007;119:1026-30.
- Sanders MJ, Bursch B. Psychological treatment of factitious disorder imposed on another/Munchausen by proxy abuse. J Clin Psychol Med Settings. 2020;27:139-49.
- Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. Lancet. 1977;2:343-5.
- Egas M, Oliveira MJ, Guedes M, Machado A. Caso clínico: síndrome de Munchausen por procuração. Saúde Infantil. 2000;22:75-81.
- Dorsey ER, Topol EJ. State of telehealth. N Engl J Med. 2016;375:1547-52.
- Sociedade de Pediatria de São Paulo [homepage on the Internet]. Boletim Atualize-se. Munchausen pela internet [cited 2024 Jun 1]. Available from: <https://www.spsp.org.br/publicacao/AtualizeA7N5.pdf>.
- Bursch B, Emerson ND, Sanders MJ. Evaluation and management of factitious disorder imposed on another. J Clin Psychol Med Settings. 2021;28:67-77.
- Feldman MD, Sheridan MS [homepage on the Internet]. Factitious disorder imposed on another (Munchausen by proxy) treatment & management [cited 2024 Nov 13]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/295258-treatment?form=fpf>

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Como controlar sinais de abstinência e *delirium*

O alívio e o tratamento da dor são direitos humanos básicos independentemente da idade.¹ Crianças em estado crítico são submetidas frequentemente a procedimentos invasivos potencialmente dolorosos; a hospitalização, de um modo geral, e a permanência em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIPs), em particular, são experiências assustadoras para a criança.¹ Sedação e analgesia com benzodiazepínicos e opioides visam segurança e conforto do paciente, mas estão associadas ao desenvolvimento de tolerância/abstinência, uma das potenciais causas de *delirium*,² em até 57% das crianças sob cuidados intensivos.³ Embora o uso de sedativos alternativos, como a dexmedetomidina, um agonista alfa-2 adrenérgico^{4,5} com algum efeito analgésico⁴ venha reduzindo o uso de opioides e benzodiazepínicos, seu uso por períodos relativamente prolongados (>4 a 5 dias) também pode resultar em tolerância e abstinência.⁶

Medidas preventivas

Enquanto cuidados com o sono (e.g. diminuição da luminosidade à noite, uso de protetores auriculares e máscaras para os olhos) e protocolos de mobilização precoce, dentre outras medidas não farmacológicas, sejam as condutas recomendadas para prevenção ou redução da duração do *delirium* em pacientes pediátricos gravemente doentes – ficando a prescrição de haloperidol e antipsicóticos atípicos reservada para o tratamento de formas graves e refratárias de *delirium* – o desenvolvimento de síndrome de abstinência iatrogênica (SIA) é minimizado por meio de medidas clínicas e farmacológicas:⁵

- Controle da profundidade da sedação;
- Limitação do uso de benzodiazepínicos e anticolinérgicos tanto quanto possível;
- Redução da exposição à medicação;
- Desmame cuidadoso.

Autora: Regina Grigolli Cesar

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE TERAPIA INTENSIVA | Gestão 2022-2025

Presidente: Celso de Moraes Terra • Vice-presidente: Flávia Andrea Krepel Foronda • Secretária: Murilo Lopes Lourenção

Embora haja poucos dados sustentando a eficácia da ciclagem de agentes sedativos, é um procedimento em uso em alguns serviços de cuidados intensivos, fundamentado na hipótese de que uma redução do depósito corporal total de sedativos pode minimizar o desenvolvimento de taquifilaxia,⁵ i.e., evitar que haja uma redução da resposta à droga resultante da exposição contínua ou repetida à mesma concentração.

Quanto ao método de desmame, duas questões que permanecem em aberto são a taxa de redução da dose e a troca da via de administração. Uma taxa de desmame de 20% ao dia permite descontinuação em cinco dias, entretanto taxas de 10-20% têm sido associadas a uma incidência relativamente alta de abstinência. Um fator adicional na decisão sobre a taxa de redução nas doses é a duração da administração do fármaco até a tentativa de desmame. Enquanto taxas de 5-10% parecem razoáveis para agentes administrados por até cinco dias, administração prolongada provavelmente demande taxas de redução diária menores para evitar sintomas de abstinência.⁷

A dexmedetomidina foi inicialmente considerada um agente associado a pouca ou nenhuma tolerância, mesmo em infusões prolongadas, sem risco de suspensão imediata, mas a experiência com o uso crescente em UTIP tem demonstrado o contrário, sendo recomendada redução lenta quando utilizada em infusão contínua por mais que quatro a cinco dias.⁷

Quando viável, a mudança da via de administração intravenosa (IV) para oral (VO), ou menos comumente, para subcutânea (SC), pode reduzir o tempo de monitoramento contínuo na UTIP e de hospitalização. A dexmedetomidina, e.g., pode ser administrada via SC ou substituída por clonidina VO ou transdérmica. Fentanil e midazolam podem ser administrados efetivamente via SC. Se indicada terapia com opioides, a metadona é geralmente escolhida como o agente VO devido à meia-vida compatível com divisão de doses (a cada 8 ou 12 horas). Midazolam IV pode ser substituído por lorazepam VO e dexmedetomidina IV para clonidina VO.⁷

Independentemente do protocolo de desmame usado, a monitorização deve ser cuidadosa com o uso de pontuações de abstinência como e.g. a *Withdrawal Assessment Tool-1* (WAT-1), com síndrome de abstinência definida, e.g., como escore WAT-1 >3.

Tratamento dos sinais de sintomas de síndrome de abstinência

De acordo com as diretrizes da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) para “prevenção e tratamento da dor, agitação, bloqueio neuromuscular e *delirium* em pacientes pediátricos gravemente enfermos”, sinais e sintomas de síndrome de abstinência a opioides, benzodiazepínicos e agonistas alfa-2 devem ser tratados com terapia de reposição dos respectivos fármacos, independentemente das doses anteriores e/ou do tempo de tratamento, seguido de um protocolo padronizado para desmame da sedação/analgesia para atenuar o desenvolvimento do quadro de abstinência.⁸

Em cenários clínicos específicos, agonistas alfa-2-adrenérgicos de ação central, como a clonidina e dexmedetomidina, têm sido usados para prevenir e minimizar sintomas de abstinência iatrogênica a opioides e benzodiazepínicos.⁶ A clonidina também é útil no desmame de infusões prolongadas de dexmedetomidina.⁵

Metadona (enteral ou parenteral) reduz o risco de sintomas de abstinência iatrogênica produzidos por opioides.⁵ Barbitúricos, como o fenobarbital, foram administrados para controlar os sinais e sintomas clínicos de abstinência a opioides e benzodiazepínicos. Fenobarbital é eficiente em aliviar e reduzir a intensidade da abstinência refratária.⁵

Tratamento do *delirium*

Anti-histamínicos de primeira geração (e.g., prometazina, difenidramina) agem em receptores histamínicos, serotoninérgicos e colinérgicos, com efeitos hipnóticos e sedativos que os tornam adjuvantes no controle do *delirium*.⁵

Pacientes com *delirium* de início precoce refratário ao tratamento não farmacológico podem ter uma resposta mais eficaz à terapia antipsicótica do que pacientes com *delirium* refratário de início tardio,⁵ sendo indicados o haloperidol, frequentemente usado em UTI por ter apresentação para uso intravenoso, e os antipsicóticos atípicos (e.g., risperidona, olanzapina e quetiapina), com menor risco de sintomas extrapiramidais e discinesia tardia.⁵ Entretanto, como o *delirium* é uma manifestação comum a diversas condições clínicas e cirúrgicas,⁶ incluindo lesões neurológicas primárias (e.g., acidentes vasculares e traumas cranioencefálicos), identificar e tratar sua causa subjacente é mais eficaz no controle sintomático do que apenas o uso de neurolépticos. No entanto, a diferenciação entre síndrome de abstinência e *delirium* de qualquer etiologia é difícil com o uso de ferramentas de avaliação baseadas em sinais clínicos, fisiológicos e/ou comportamentais,^{2,5} como e.g., a *The Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD), reiterando a importância de uma anamnese detalhada.

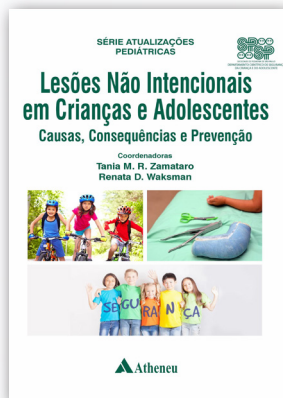
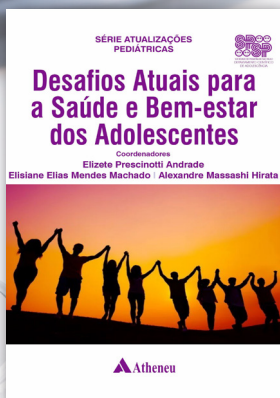
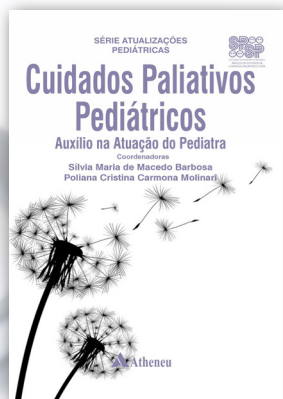
Referências:

1. Kuchadar SR, Easley RB, Brady KM, Yaster M. Pain and sedation management. In: Nichols DG, Shaffner DH, editores. *Rogers' Textbook of Pediatric Intensive Care* 5th ed. New York (NY): Wolters Kluwer; 2016. p. 132-63.
2. Madden K, Burns MM, Tasker RC. Differentiating delirium from sedative/hypnotic-related iatrogenic withdrawal syndrome: Lack of specificity in Pediatric Critical Care Assessment Tools. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18:580-8.
3. Sperotto F, Ramelet AS, Daverio M, Mondardini MC, von Borell F, Brenner S, et al. Assessment and management of iatrogenic withdrawal syndrome and delirium in pediatric intensive care units across Europe: An ESPNIC survey. *Pharmacotherapy*. 2023;43:804-15.
4. Cravero JP, Roback MG [homepage on the Internet]. *Pediatric procedural sedation: Pharmacologic agents*. In: UpToDate, Stack AM, Randolph AG, editors [cited 2024 June 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572100/>
5. Egbuta C, Mason KP. Current state of analgesia and sedation in the pediatric intensive care unit. *J Clin Med*. 2021;10:1847.
6. Smith HA, Williams SR. Pediatric delirium assessment, prevention, and management. In: Hughes CG, Pandharipande PP, Ely EW, editors. *Acute Brain Dysfunction in the Critically Ill* (eBook). Switzerland: Springer Nature; 2020. p. 73-92.
7. Tobias JD. Tolerance, dependency, and withdrawal. In: Fuhrman & Zimmerman's *Pediatric Critical Care*. Zimmerman JJ, Rotta AT, editors. 6th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2022. p. 1611-6.
8. Smith HA, Besunder JB, Betters KA, Johnson PN, Srinivasan V, Stormorken A, et al. 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility. *Pediatr Crit Care Med*. 2022;23:e74-e110.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

Atualizações pediátricas

Confira os lançamentos recentes da série
em parceria com a Editora Atheneu



WWW.SPSP.ORG.BR



1º CONGRESSO MUNDIAL,
5º BRASILEIRO e 5º PAULISTA de

Urgências e Emergências Pediátricas

25 a 28 de março de 2026

Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

Trabalhos científicos – Prazo para envio: 12 de janeiro de 2026



Transmissão global em três idiomas

Evento híbrido com transmissão global e com três línguas oficiais em tradução simultânea: português, inglês e espanhol.

Evento presencial ou *on-line*

Transmissão *on-line* de todas as salas. O participante escolhe temas de seu interesse para acompanhar e, no ato da inscrição, marca a opção de como deseja assistir ao evento.

Aulas gravadas

Todas as aulas que tiverem autorização dos palestrantes serão gravadas e ficarão disponíveis no site do Congresso para acesso dos congressistas por seis meses.

27 de junho de 2025 vence o segundo prazo de inscrições com desconto!

Acesse o site oficial do evento e confira a programação!

emergenciaspediatricas2026.com.br

Realização:

Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria

Coorganização Científica:

Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas

e Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Secretaria executiva:

Ekipe de Eventos

41 3022-1247

ekipe@ekipedeeventos.com.br