



Falta de ar

A falta de ar é um sintoma normalmente associado a situações respiratórias em que há uma dificuldade da saída ou da entrada de ar nas vias respiratórias (chamada dispneia), ou por estarem obstruídas por secreções, ou por terem uma diminuição do seu calibre. As suas causas são variadas e referidas no capítulo da patologia respiratória.

As dificuldades inspiratórias, frequentes nas laringites, podem causar um som rouco típico na inspiração chamado estridor, que se acompanha de uma depressão ou covinha particularmente na zona inferior do pescoço, por cima do peito, quando a criança inspira.

Nas dificuldades expiratórias ou mistas, mais típicas de patologia das vias respiratórias mais distais e mais pequenas, a criança faz esforço para deitar o ar fora, mas também para inspirar. Tipicamente tem os chamados “gatinhos”, que são um ruído típico como se fosse um miar suave quando a criança expira. Também aqui, e dependendo do grau de dificuldade, podem aparecer umas retracções entre as costelas e por debaixo ou por cima do esterno quando respira, que se denomina em termos médicos tiragem.

A estes sintomas podem associar-se outros sinais de dificuldade respiratória, como o aumento da frequência respiratória, a eventual elevação das asas do nariz na inspiração, e sinais gerais como cansaço, ansiedade, suores intensos, agitação e dificuldade em conseguir falar.

Como é lógico, e dependendo da gravidade da situação, será importante que a criança seja observada.

Convulsões febris

Esta situação relativamente frequente, pode ocorrer entre os 3 meses e os 5 anos (maior frequência entre os 18 e os 36 meses). Aparece normalmente no primeiro dia de um quadro febril, mais frequente mas não exclusivamente na altura da subida térmica. Tem habitualmente carácter familiar.

Começam com uma contracção súbita dos músculos do corpo, com um grito ou gemido acompanhante. Esta contracção mantem-se uns segundos (parecem horas), e a criança perde a consci-

ência, podendo cair. Pode ter emissão de urina e vomitar. A criança deixa de respirar uns segundos ficando mais roxa. A contracção generalizada pára e podem começar contracções rítmicas dos membros e face, não respondendo a criança a estímulos dos pais. Após um período de tempo variável a crise passa (as mais simples alguns segundos, as mais complicadas vários minutos), começando a criança a respirar ruidosamente e caindo numa prostração e sono pós-convulsivo.

Embora as convulsões febris causem um grande pânico inicial e ansiedade posterior pelas suas características de aparecimento, e por normalmente serem um episódio nunca assistido, deve-se insistir que não são o mesmo que epilepsia, e representam um processo benigno, que não deixa sequelas neurológicas ou dificuldades de aprendizagem, e tem uma morbilidade nula.

É de qualquer maneira importante o correcto tratamento da febre, e a forma de actuar nas crises posteriores, que será ensinada após o primeiro episódio. Geralmente é aconselhado um clister de um medicamento anticonvulsivante a ser administrado no caso de novas convulsões (Stesolid®).

Nos episódios, deve deixar-se a criança deitada, podendo voltar-se para o lado esquerdo, se vomitar ou tiver emissão de muita saliva ou secreções. Não se deve colocar nada na boca para evitar que enrole ou morda a língua, pois pode agravar o risco de a própria mordedura ser mais acentuada. Além do mais esta situação é muito rara.

A criança com a primeira convulsão febril deve sempre ser observada numa unidade de saúde, e o risco de recorrência é de cerca de 30%.

Tosse

A tosse é um dos principais motivos de consulta em idade pediátrica.

É também um sintoma e não uma doença, e é um mecanismo de defesa importante que o organismo tem para assegurar a limpeza e eliminação de secreções, e permitir uma boa permeabilidade das vias aéreas. E como sintoma que é, a sua avaliação e tratamento devem



dirigir-se à sua causa e não à tosse em si, pois a sua inibição pode ser contraproducente.

Na maioria dos casos, a causa é viral, englobada num quadro clínico benigno e autolimitado, sendo a sua duração de 1 a 2 semanas. Não deixa de ser uma causa importante de automedicação, com medicamentos ditos para a tosse e aparentados (inalação de essências, pomadas, supositórios, etc.), na maioria dos casos completamente desajustados e que muitas vezes a inibem, quando é importante que ela exista para permitir a limpeza das vias respiratórias.

Para o seu tratamento, pelo menos nos primeiros anos de vida, não são recomendados antitússicos, expectorantes, mucolíticos ou outros. É importante uma boa hidratação, eventualmente o uso de humidificação (vapor quente) ou aerossóis, e o tratamento eventual da causa desencadeante. Nos casos mais arrastados, com secreções acentuadas, especialmente em crianças mais pequenas que não as conseguem expelir, a utilização de técnicas de Fisioterapia Respiratória pode ser importante.

Gânglios

Os gânglios são nódulos mais ou menos pequenos, pertencentes a um sistema de defesa do organismo, o sistema linfático, que existem em grupos ou cadeias em todo o corpo, e se palpam em algumas regiões como o pescoço, as axilas e as virilhas, particularmente nas crianças mais magrinhas. Têm funções de defesa e produção de anticorpos. Se uma criança vai tendo agressões frequentes de estímulos infecciosos repetidos (por exemplo problemas do nariz, ouvidos ou garganta, ou lesões cutâneas), pelo esforço a que estão por isso submetidos, os gânglios vão aumentar de tamanho, podendo palpar-se melhor e ser mesmo visíveis a olho nu. E se às vezes demoram tão pouco tempo a aumentar de volume, vão demorar imenso a voltar ao tamanho inicial e por isso preocuparem os pais.

Uma referência particular para umas pequenas “ervilhinhas” móveis que se palpam na região da nuca, que os pais frequentemente notam e se assustam, e que são os gânglios da cadeia occipital, perfeitamente normais e sem significado.

Se o aumento de volume de alguns gânglios for mais acentuado, ou acompanhado de dor à palpação ou vermelhidão, ou de outros sintomas como febre, prostração e cansaço, é importante a observação pelo médico.

Sopros cardíacos

O coração é um motor perfeito com cavidades, válvulas, contrações e relaxamento, tudo feito numa forma rítmica e organizada. E o seu trabalhar provoca os batimentos.

Em algumas crianças são auscultados outros sons além dos tons cardíacos, chamados sopros cardíacos, que normalmente preocupam os pais, mas que na maioria das situações não significam que a criança tenha qualquer doença cardíaca.

Há, no entanto, sopros que, ou se associam a outra sintomatologia, ou têm características que levam o médico a pedir observação por Cardiologia Pediátrica. Com o auxílio de meios cada vez mais sofisticados, consegue-se determinar se os sopros inocentes, ou se representam alguma situação patológica.





Na maioria dos casos, e quando os sopros são detectados após o período neonatal, eles são normalmente inocentes, que por definição não têm associada qualquer alteração anatômica ou de função do coração. São resultado duma turbulência do sangue na sua passagem nas cavidades do coração, e normalmente desaparecem com o passar dos anos.

Alguns pais menos avisados, particularmente se forem observados por exemplo numa ida ao serviço de urgência, e o médico pergunta se sabiam que a criança tinha um sopro ou se o médico assistente já lhes tinha dito, ou se ela já tinha sido observada em cardiologia, ficam assustados. Se pensarmos que qualquer situação febril, aumentando o trabalho cardíaco, acentua a vibração de que falamos, percebemos que é frequente e normal que nestas alturas se possa ouvir bem um sopro que era pouco acentuado, ou mesmo que se ausculte um sopro que não tinha sido detectado. Não há razão para susto, nem para desconfiar do Pediatra, que nada tinha detectado!