

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À CIRURGIA INFANTIL

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2018
Versão I



**Prefeitura
de Jundiaí**

Núcleo de Regulação da Saúde

Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dr. Rogério Fortunato

Dra. Fabiana Petter Camillo

Diretora: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	03
INTRODUÇÃO.....	04
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	05
PRIORIZAÇÃO.....	06
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	07

1 - APRESENTAÇÃO:

A Atenção Básica (AB) se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Para isso, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O Serviço Especializado é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas e em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

Este material destina-se preferencialmente à Atenção Básica, em especial no processo de referenciamento dos usuários para outros serviços, sob a forma de protocolo de encaminhamento.

No entanto, para que este seja efetivo é preciso que as práticas de microrregulação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam fortalecidas, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, por exemplo, e que propiciem a comunicação entre UBS, Centrais de Regulação e Serviços Especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou à distância, entre outros).

Os protocolos de encaminhamento são ferramentas de gestão e de cuidado, pois orientam as decisões dos profissionais solicitantes e se constituem como referência que fornece as informações necessárias à avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

A oferta deste protocolo objetiva que este seja mais uma estratégia para aumentar a resolutividade, a capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Atenção Básica. Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos desnecessários, priorizando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos quando eles apresentem indicação clínica para tanto.

Isto provoca a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários e otimizando o uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

2 – INTRODUÇÃO:

A regulação da assistência à saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de **protocolos** para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

O objetivo dos protocolos de acesso é responder a duas questões:



**Prefeitura
de Jundiá**

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Na primeira questão é preciso que a gestão, a regulação e os pontos de atenção em saúde estabeleçam quais os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e quais podem ser manejados dentro da AB.

Encaminhamentos fora do protocolo ou imprecisos devem ter, como resposta, ações de **apoio matricial** e outras ações pedagógicas para auxiliar o profissional no diagnóstico e manejo corretos.

A discussão destes casos é um ótimo instrumento para o desenvolvimento contínuo dos profissionais envolvidos em questões semelhantes que venham a ocorrer.

O objetivo final desta estratégia é reduzir o tempo de espera ao atendimento especializado, garantir o acompanhamento tanto pela especialidade quanto pela Atenção Básica, além de dar qualificação e resolutividade ao cuidado, com cada ponto de atenção atuando dentro de suas competências e responsabilidades.

3 – FLUXO DE ATENDIMENTO / ENCAMINHAMENTO:

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico (pediatra) /generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o acompanhamento deste paciente.
- Serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referencia para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

4 – PROTOCOLO DE CIRURGIA INFANTIL:

As informações contidas neste protocolo têm por objetivo determinar a necessidade do atendimento especializado, orientar fluxos e acessos e estratificar a prioridade deste encaminhamento.

É necessário ressaltar que quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional encaminhante, tais como: história, dados de exames físicos e outras situações clínicas, podem e devem fazer parte deste encaminhamento.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e/ou exames complementares realizados, se houverem.

Critérios para encaminhamento:

- Idade para atendimento: até 17 anos, 11 meses e 29 dias.
- Encaminhamento feito pelos pediatras e/ou generalistas de Unidades Básicas de Saúde ou médicos dos ambulatórios do município.

Da priorização:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao pronto socorro infantil de referência- HU
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 15 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0

DORES ABDOMINAIS AGUDAS.....	08
ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO.....	09
APENDICITE.....	10
INVAGINAÇÃO.....	11
ESCROTO AGUDO (DORES AGUDAS TESTICULARES) / TORÇÕES.....	12
PARAFIMOSE.....	16
HERNIA INGUINAL ENCARCERADA (VIDE HERNIA INGUINAL).....	18

P1

SUSPEITA DE TUMOR.....	17
HERNIA INGUINAL.....	18

P2

CISTO TIREOGLOSSO.....	19
HÉRNIA EPIGÁSTRICA.....	20
HIDROCELE.....	21
CRIPTORQUIDIA.....	23
UNHA ENCRAVADA.....	24
CISTO PILONIDAL.....	25

P3

HERNIA UMBILICAL.....	26
FIMOSE.....	27
ADERÊNCIAS LABIAIS (SINEQUIAS).....	30
CISTOS.....	31

DOR ABDOMINAL AGUDA, RESOLUÇÃO CIRURGICA: P0

➤ AVALIAÇÃO CLÍNICA:

A etiologia da dor abdominal aguda é variável nas distintas faixas etárias. Exame físico é extremamente valioso e a descrição da aparência geral do paciente. Dados vitais, como: temperatura, pulso, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca são fundamentais durante a avaliação da criança com dor abdominal aguda. As alterações dos dados vitais pressupõem atendimento na unidade de emergência, descartando-se choque, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e cetoacidose diabética.

➤ **Sinais indicativos para avaliação cirúrgica em dor abdominal aguda:**

- Dor abdominal de forte intensidade com sinais clínicos de deterioração do estado geral;
- Vômitos biliosos ou fecaloides;
- Rigidez abdominal involuntária;
- Sinal de descompressão brusca positiva;
- Distensão abdominal com timpanismo difuso;
- Líquido livre ou sangue na cavidade abdominal;
- História de trauma abdominal com distensão difusa e dor de forte intensidade.

➤

EXAME COMPLEMENTAR:

A depender da hipótese diagnóstica.

➤ TRATAMENTO:

A depender do diagnóstico cirúrgico.

ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO: P0

➤ DEFINIÇÃO:

A estenose hipertrófica do piloro acomete, em geral, crianças com 3 a 5 semanas de vida, sendo 4 vezes mais freqüente em meninos primogênitos de raça branca. A etiologia é obscura, aventando-se como fatores predisponentes tanto a hereditariedade como certas alterações anatômicas e/ou funcionais dos plexos nervosos pilóricos.

➤ DIAGNÓSTICO CLINICO:

O sintoma predominante é o vômito que se acentua com o decorrer do tempo, levando à desidratação, à desnutrição, à diminuição do volume das fezes e à alcalose metabólica hipoclorêmica.

Ao exame físico, nota-se peristaltismo visível, da esquerda para a direita, no hemi-abdômen superior. Entre 70% a 90% dos casos, a palpação de uma massa semelhante a uma azeitona, no quadrante superior direito, é patognomônica.

➤ EXAME COMPLEMENTAR:

No estudo radiológico do trânsito digestivo proximal, com contraste baritado (EED)

➤ TRATAMENTO:

O tratamento é cirúrgico, depois de reparadas as alterações hidroeletrolíticas e ácido-básicas. A evolução pós-operatória é excelente, muitas vezes com alta hospitalar precoce, 48 horas após a operação.

APENDICITE AGUDA: P0

➤ DEFINIÇÃO:

É a causa mais frequente de abdômen agudo inflamatório em crianças. A faixa etária mais comum é entre 4 e 14 anos.

O principal agente desencadeante da apendicite aguda é a obstrução da sua luz.

Pode ser classificada em: Apendicite Simples, Supurativa ou Gangrenosa.

➤ DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

História e exame físico são fundamentais. Não se pode pensar em diagnóstico de apendicite aguda sem palpar o abdômen.

O quadro clínico clássico é de dor abdominal, de início no epigástrio, ou periumbilical, que depois passa para a fossa ilíaca direita, associada a náuseas, vômitos e febre. Fácies de dor. Diarreia ocorre geralmente quando o paciente já está com peritonite.

Recomenda-se solicitar que a criança coloque o dedo indicador no local onde sente a dor, no ponto de McBurney, localizado na fossa ilíaca direita. A descompressão rápida e dolorosa e a percussão, Sinal de Rovsing, na fossa ilíaca direita, confirmam o diagnóstico clínico. Dificuldade de deambular, perna direita fletida, com queixa de dor ao esticá-la, em posição antálgica, criança quieta, não querendo ser incomodada, sugere mais ainda o diagnóstico.

Há situações, como nos casos de apendicite retrocecal, ou de crianças menores do que 2 a 3 anos, em que o diagnóstico se torna mais complicado. É preciso lançar mão de exames radiológicos para diagnóstico.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES: a depender da necessidade em concluir o diagnóstico variam desde: Radiografia simples de abdômen/ Ultrassonografia/Tomografia/Exames laboratoriais

➤ TRATAMENTO:

Cirúrgico, Antibióticos, sintomáticos.



INVAGINAÇÃO INTESTINAL: P 0

➤ DEFINIÇÃO:

Invaginação intestinal é definida como a entrada de um segmento de intestino dentro dele próprio, como as lentes de um telescópio quando ele se dobra dentro de si mesmo. O local mais comum é na divisão do intestino delgado (fino) com o intestino grosso.

É a causa mais comum de obstrução intestinal em crianças entre *três meses a cinco anos* de idade.

É a mais frequente causa de abdome agudo em crianças menores de 1 ano.

➤ DIAGNÓSTICO CLINICO:

Febre; Parada de eliminação das fezes; Eliminação de fezes com sangue e muco com aparência de geléia de framboesa; Dor intensa de início súbito e pode ter períodos de melhora em intervalos de 5 a 30 minutos; Irritação; Vômitos; Distensão abdominal; Massa palpável no abdome.

➤ TRATAMENTO:

- 1) *Método não-operatório* é feito por redução hidrostática por enema opaco, por soro fisiológico ou insuflação de ar e tem uma taxa de sucesso variável entre 20% e 80%.
- 2) *Método operatório*, a redução pode ser feita de forma manual, e é indicado aos casos que recebem contra-indicação da redução hidrostática/pneumática, como em paciente com suspeita de perfuração intestinal, choque e sepse. Independentemente da técnica utilizada para colocar o intestino no seu local habitual, o tempo entre a ocorrência da invaginação e a sua redução é determinante na evolução desse paciente. Acima de 48h, aumenta sobremaneira o risco de morte.

➤ COMPLICAÇÕES:

Desidratação, isquemia e necrose da parte intestinal acometida, podendo progredir para sepse e até óbito.

**DOR ESCROTAL AGUDA/ TORÇÃO TESTICULAR: P0**

➤ DEFINIÇÃO:

Qualquer indivíduo com dor escrotal aguda deve ser avaliado e tratado com urgência, uma vez que a **torção testicular** é um dos diagnósticos diferenciais e o salvamento da gônada depende diretamente do tempo de isquemia (cujo início corresponde ao início da dor).

A torção testicular determina inicialmente uma obstrução ao fluxo venoso, com conseqüente edema e hemorragia no órgão.

A dor escrotal aguda também pode significar epididimite, orquite ou orquiepididimite

➤ ACHADOS CLÍNICOS:

A dor escrotal aguda tem características diferentes dependendo da etiologia (Tabela 1).

Tabela 1: Achados clínicos na dor escrotal aguda

	Torção testicular	Orquite/orquiepididimite
Início da dor	Súbita	Mais gradual
Disúria/sintomas miccionais	Ausente	Pode estar presente
Urina l	Normal	Leucocitúria
Exame físico	Inflamação ausente no início	Sinais inflamatórios evidentes
Reflexo cremastérico	Ausente	Presente

➤ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

O diagnóstico diferencial de dor escrotal aguda envolve principalmente torção testicular, orquite/orquiepididimite e trauma testicular. Casos menos frequentes de dor escrotal aguda são decorrentes de torção de apêndices testiculares, hérnia estrangulada, hidrocele infectada, hematocele e tumor testicular.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Ultrassonografia com Doppler de bolsa testicular.

➤ TRATAMENTO:

Em casos com início súbito de forte intensidade com menos de 6 horas, encarar como P0 e mandar ao pronto socorro de referência.

O tratamento da dor escrotal aguda varia de acordo com a patologia que a determina.

- 1) No caso de **orquite/orquiepididimite**, o tratamento é conservador. Em crianças com piúria e possível origem bacteriana da infecção, a cobertura antibiótica de amplo espectro está indicada e pode ser feita com cefalosporina de 3ª geração quando há febre, queda do estado geral e quando a criança fica internada.

Quando não existe queda importante do estado geral e febre, não há necessidade de internação e o tratamento oral pode ser realizado com cefalosporina de 2ª geração ou quinolona.

- 2) No caso de **torção testicular**, o tratamento é cirúrgico e deve ser instituído de imediato.

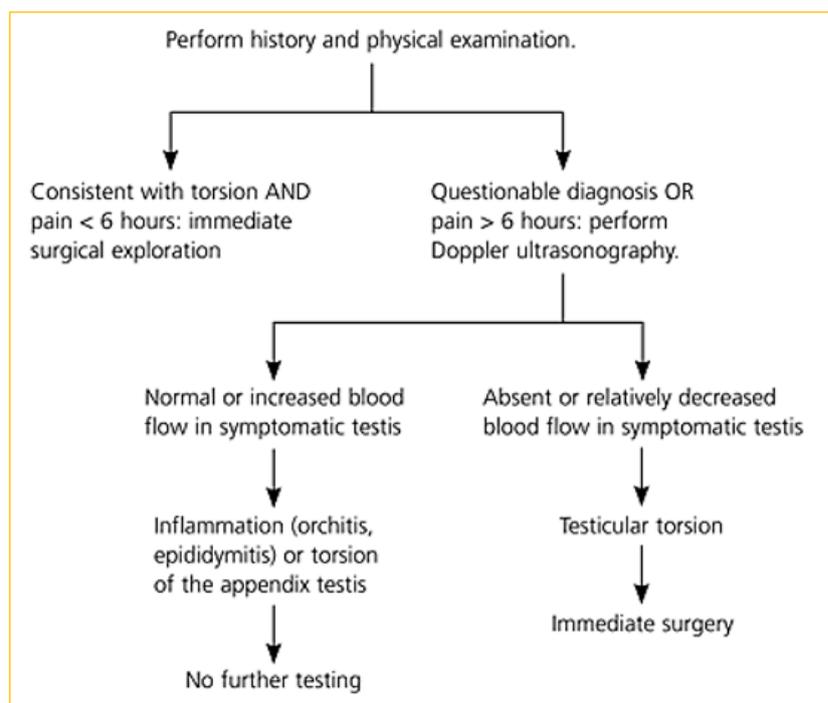
➤ TÓPICOS IMPORTANTES:

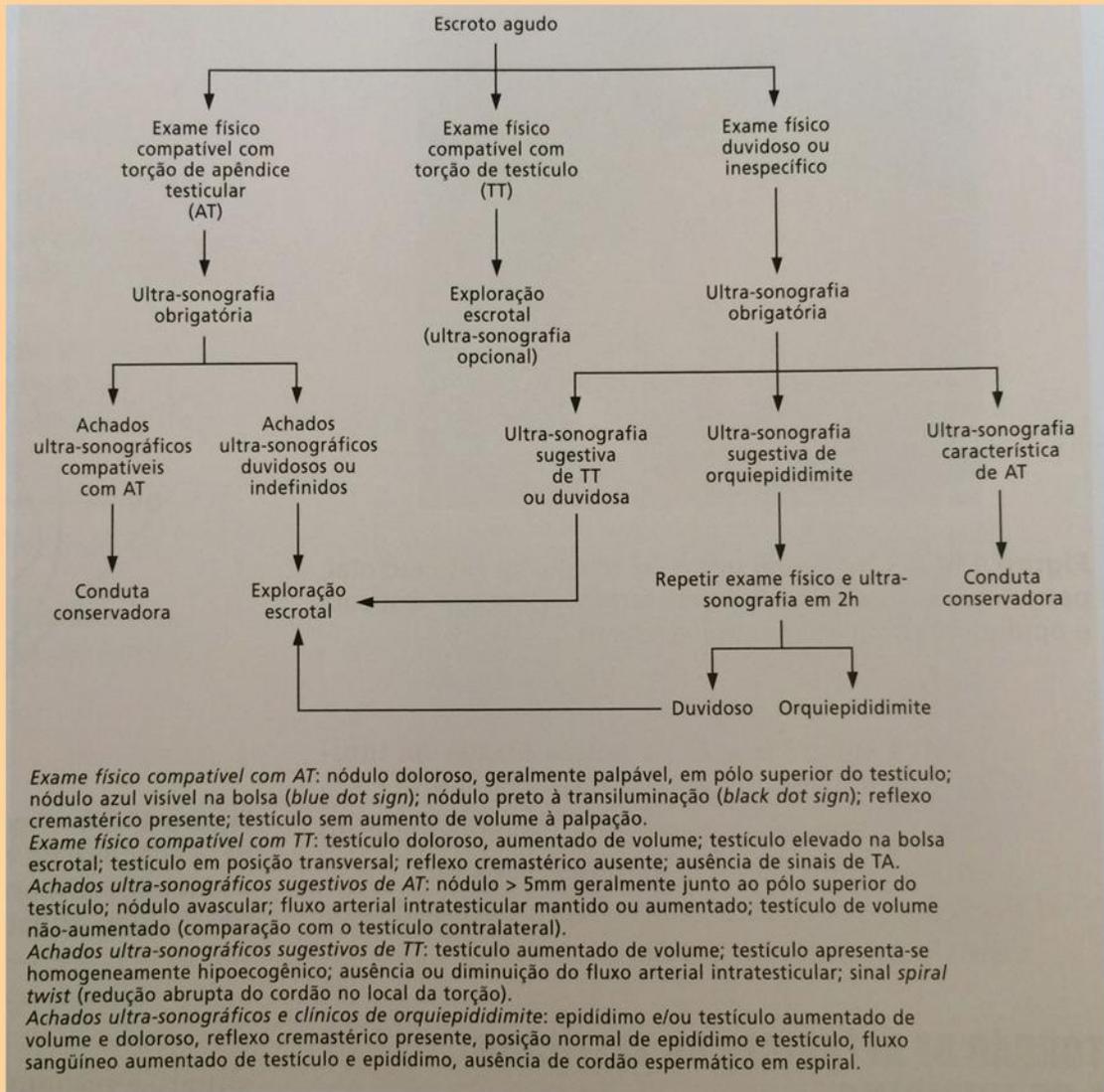
- ✓ A dor escrotal aguda deve ser avaliada de imediato, pela possibilidade de urgência cirúrgica.
- ✓ O diagnóstico diferencial envolve principalmente torção testicular e orquite/orquiepididimite.
- ✓ O diagnóstico é realizado por meio de história e exame físico, além de ultra-sonografia com Doppler de bolsa testicular. Quando o fluxo sanguíneo testicular está interrompido, confirma-se o diagnóstico de torção testicular. Caso contrário, o diagnóstico mais provável é de orquite/orquiepididimite.
- ✓ O tratamento de processos inflamatórios/infecciosos envolve antibioticoterapia de amplo espectro, analgesia e repouso.
- ✓ A fertilidade e a função endócrina testicular quase sempre são preservadas, mesmo no caso de gônada única.

ALGORITMO:

Algoritmo 1: Abordagem diagnóstica e terapêutica da dor escrotal aguda

UNIVERSITY OF MISSOURI-COLUMBIA SCHOOL
OF MEDICINE, COLUMBIA, MISSOURI



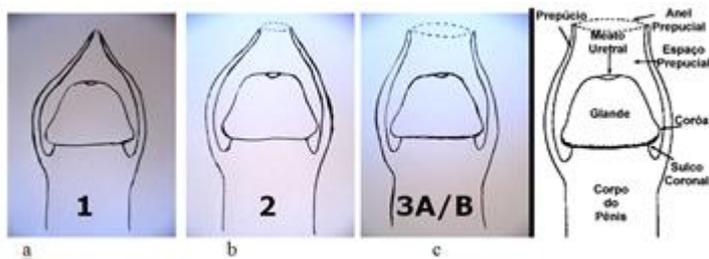


Cirurgia PediatricaKetzner, pag. 585 Escroto Agudo

PARAFIMOSE: P0

➤ DEFINIÇÃO:

Parafimose, por definição, consiste no aprisionamento de um prepúcio retraído atrás do sulco coronal ou a incapacidade de reduzir um prepúcio retraído sobre a glândula para sua posição natural (Figura 1). A constrição pela banda apertada do prepúcio da fimose retraída ocasiona edema, inchaço progressivo e congestão venosa da glândula e do prepúcio. Geralmente as fimoses grau 2 e 3A causam a parafimose.



➤ TRATAMENTO:

O seu diagnóstico requer tratamento de urgência, pois existe o risco de necrose peniana, e a dor e o inchaço serão progressivos e de forte intensidade.

Algumas semanas após a resolução da parafimose, o paciente deve ser preparado para uma cirurgia de fimose (postectomia) eletiva, pois existe o risco de novo episódio de encarceramento da glândula.

TUMORES ABDOMINAIS: P1

➤ SINAIS DE ALERTA PARA TUMORES ABDOMINAIS:

A presença de massa abdominal palpável é uma das principais formas de apresentação clínica dos tumores sólidos em crianças. Essas neoplasias malignas são representadas principalmente pelos neuroblastomas, tumores renais de Wilms (nefroblastomas), linfomas não Hodgkin (tipo Burkitt), hepatoblastomas e tumores de células germinativas.

Nos casos em que as crianças apresentem quadro clínico de queixa abdominal associada a um ou mais dos seguintes sintomas deve-se encaminhá-la para realização de diagnóstico mais específico.

- Dor abdominal crônica recorrente.
- Massa abdominal suspeita, dificuldade de exame da criança.
- Sinais e sintomas constitucionais: palidez, dor generalizada, perda de peso, febre, linfadenomegalia (aumento de linfonodos), hematomas, etc.
- Hematúria. (Sangue na urina);
- Hipertensão arterial;
- Síndrome de Cushing: fácies em lua cheia, obesidade, hipertensão arterial, acne, estrias e fraqueza;
- Alteração do hábito intestinal (constipação, incontinência fecal) e urinário (retenção, e incontinência urinária) em crianças que já tinham adquirido o controle dos hábitos urinário e fecal;
- Aparecimento precoce de caracteres sexuais - Aumento do volume testicular em meninos ou aumento do clitóris em meninas.

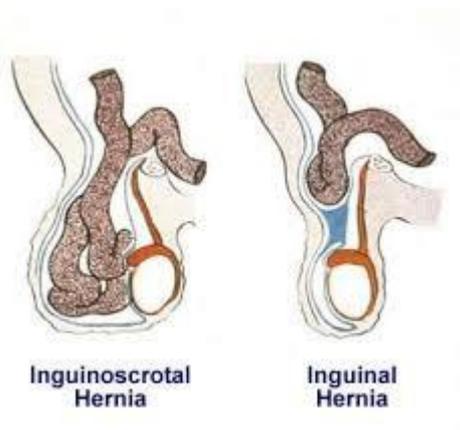
➤ QUANDO ENCAMINHAR: Assim que realizado a hipótese diagnóstica. Via formulário especial à Central de Regulação Médica.

HERNIA INGUINAL: P1➤ DEFINIÇÃO:

A hérnia inguinal é identificada por abaulamento ou caroço na região inguino-escrotal.

➤ DIAGNOSTICO:

Quando o intestino entra e sai facilmente do conduto, a hérnia é redutível.

➤ COMPLICAÇÕES:

Encarceramento (quando o intestino ou o ovário entra no conduto, mas não consegue retornar à cavidade abdominal podendo evoluir para necrose e necessidade de retirá-lo cirurgicamente). Neste caso, trata-se de uma **urgência (P0)** e a criança deve ser avaliada o mais rápido possível por um médico. O pediatra e o cirurgião pediátrico podem fazer manobras no exame físico da criança para ajudar a estrutura a retornar à cavidade abdominal em cerca de 90% dos casos.

➤ TRATAMENTO: Cirúrgico➤ QUANDO ENCAMINHAR:

1. Qualquer idade

2. Assim que realizado a hipótese diagnóstica. Via formulário especial à Central de Regulação Médica.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES: Não há necessidade.



CISTO DO DUCTO TIREOGLOSSO: PZ

➤ DEFINIÇÃO:

O cisto apresenta-se como um aumento de volume na região anterior do pescoço, ainda que, ocasionalmente, também possa se situar mais lateralmente. Tem como característica a movimentação superior quando a língua é direcionada para frente e para fora, uma vez que o trato está ligado ao osso hióide.

➤ INVESTIGAÇÃO/ EXAMES COMPLEMENTARES:

A ultrassonografia irá confirmar a natureza cística da lesão e pode mostrar sua ligação ao osso hióide.

➤ TRATAMENTO:

Cirúrgico

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Assim que tiver a suspeita diagnóstica, visto que a lesão pode infeccionar e isso piora sobremaneira a resolutividade da patologia (perde-se o plano cirúrgico virgem).

HERNIA ÉPIGÁSTRICA: P2

➤ DEFINIÇÃO:

É caracterizada quando há um rompimento ou uma falha no desenvolvimento das fibras do tecido conjuntivo que separam os músculos da parede abdominal, pode ocorrer uma herniação da gordura pré-peritoneal. Podem ser únicas ou múltiplas e apresentarem-se desde o apêndice xifoide até a cicatriz umbilical, podendo estar associadas à hérnia umbilical em 10% dos casos.

➤ DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico é feito através do exame físico

➤ TRATAMENTO:

Cirurgia corretiva

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Indicada por volta do segundo ao terceiro ano de vida, podendo ser antecipada, se causar dor ao paciente.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade

➤ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Diástase abdominal

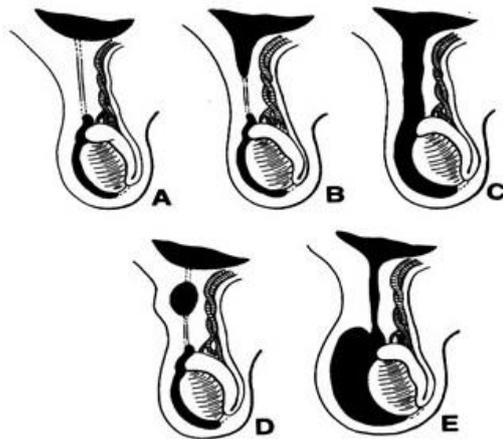
HIDROCELE: P2➤ DEFINIÇÃO:

A hidrocele é definida pela presença de líquido peritoneal numa membrana, chamada de túnica vaginal, que reveste o testículo.

A hidrocele comunicante é quando o líquido peritoneal facilmente consegue chegar à túnica vaginal e voltar para cavidade abdominal, através do conduto peritônio-vaginal, variando o volume de acordo com a posição e atividade do paciente. Geralmente, na hidrocele comunicante, é possível observar o aumento do volume da bolsa escrotal no fim do dia, que não era evidente pela manhã.

A hidrocele não-comunicante ou residual ocorre quando ainda há resíduo de líquido na túnica vaginal, sem comunicação com a cavidade abdominal, pois, neste caso, o conduto peritônio vaginal encontra-se obliterado. Neste caso, o volume da bolsa escrotal não costuma variar de acordo com a posição do paciente e nem ao longo do dia.

O cisto de cordão é quando o líquido peritoneal fica retido em qualquer outra posição do conduto peritônio-vaginal.



g 1 – Má formação comum na virilha:

1. Anatomia usual da região inguino-escrotal
2. Fechamento incompleto do conduto peritônio-vaginal
3. Hidrocele comunicante
4. Cisto de cordão
5. Hidrocele não comunicante

➤ DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da hidrocele é feito no exame clínico através de transiluminação, com auxílio de uma lanterna para facilitar a exclusão do diagnóstico de hérnia inguinal, que pode estar associada à hidrocele. Em caso de dúvidas diagnósticas, o exame de ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico.

➤ TRATAMENTO:

A hidrocele não costuma requerer tratamento antes dos 12 meses de vida, pois, nesse período, pode-se completar o fechamento do conduto peritônio-vaginal e a reabsorção do líquido peritoneal pelo organismo.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Após 1 ano de vida.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade.

➤ CASO ESPECIAL:

Hidrocele de grande volume com dor, encaminhar como P1, via impresso próprio ao Setor de Regulação.

CRIPTORQUIDIA: P2

➤ DEFINIÇÃO:

Ausência do testículo no escroto, como consequência da falha da migração normal a partir da sua posição intra-abdominal. Pode ser unilateral ou bilateral. A criptorquidia isolada é a anomalia congênita mais comum ao nascimento.

Entre os testículos que descem ao escroto no primeiro ano de vida, 70% a 77% o fazem até o 3º mês de vida. Raramente há descida testicular após o primeiro ano de vida.

➤ DIAGNÓSTICO:

Deve ser realizado com a criança em posição supina, relaxada, à temperatura confortável, estando o examinador com as mãos lubrificadas. Caso o testículo não seja encontrado no seu trajeto normal, deve-se investigar localizações ectópicas e posicionar o paciente sentado ou de cócoras, para promover um maior relaxamento abdominal e do cordão espermático.

➤ TRATAMENTO:

Recomenda-se que os portadores de criptorquidia impalpável sejam explorados cirurgicamente, independentemente dos resultados da avaliação de imagem ou hormonal.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

1. Deve ser iniciado a partir do 6º mês de vida e completado ao término de 2º ano de vida.

2. Após o 2º ano de vida, manter o paciente como o primeiro da fila de espera da UBS.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade de exames.

UNHA ENCRAVADA: P2

➤ DEFINIÇÃO:

As unhas encravadas ocorrem quando o canto da unha, que desliza em uma pequena dobra da pele nos dois lados da unha, fica envolto por um tecido inflamatório muito abundante. Ele impede a unha de crescer sem causar mais dano a este tecido que está aumentado normalmente secundariamente a um processo infeccioso.

A unha encravada pode ser crônica ou aguda. A causa é o corte inadequado das unhas, normalmente dos pés, e principalmente do primeiro dedo do pé (o dedão).

➤ DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico é clínico baseado nos seguintes achados: Dor, inchaço, secreção e avermelhamento das bordas dos dedos do pé.

➤ TRATAMENTO:

1. Clínico:

Normalmente realizamos o tratamento da infecção e do processo inflamatório local, com o objetivo de reduzir o aumento do volume da pele na frente da unha, e permitir que ela saia da prega que ocupa.

2. Cirúrgico:

Nos casos de falha do tratamento conservador ou dos métodos de pequena agressão pode ser necessário realizar um procedimento cirúrgico para ressecar uma fatia da unha e a pele hipertrofia que o recobre, além de refazer a relação entre a unha e a pele nos cantos da unha.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Na falha do tratamento clínico ou recidiva.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade.

➤ OBSERVAÇÃO: há a possibilidade de encaminhamento ao DERMATOLOGISTA do AME, em qualquer faixa etária.



CISTO PILONIDAL: P2

➤ DEFINIÇÃO:

A doença pilonidal é uma condição comum da pele e do tecido subcutâneo na parte superior da fissura natal das nádegas ou próximo a ela. Embora a doença pilonidal seja menos frequente em crianças e adultos com mais de 45 anos, ainda é encontrada na prática cirúrgica nessas faixas etárias. Fatores de risco: Excesso de peso / obesidade/ trauma local ou irritação/ Estilo de vida sedentário ou sessão prolongada/ fenda natal profunda/ Aumento da densidade capilar na região da fissura natal/ História da família.

➤ DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico é clínico

➤ TRATAMENTO:

1. Clínico:

Normalmente realizamos o tratamento da infecção e do processo inflamatório local, com o objetivo de reduzir a inflamação com possibilidade de cura com o tratamento clínico

2. Cirúrgico:

Nos casos de falha do tratamento conservador ou dos métodos de pequena agressão pode ser necessário realizar um procedimento cirúrgico para ressecar todos os trajetos fistulosos e pelos encontrados entre o sacro e a pele.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Na falha do tratamento clinico ou recidiva.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade de realização de exames complementares.

➤ OBSERVAÇÃO:

Na suspeita de **abscesso**, o paciente deve ser encaminhado ao pronto socorro **(P0)**.

HERNIA UMBILICAL: P3

➤ DEFINIÇÃO:

A hérnia umbilical é o abaulamento na região umbilical, quando há aumento da pressão intra-abdominal. Normalmente as crianças apresentam um defeito na parede abdominal secundário à presença do cordão umbilical que permite que esse abaulamento ocorra. É mais comum em negros, gemelares, prematuros, desnutridos e condições genéticas e síndromes que enfraquecem a parede abdominal, tornando-a mais flácida ou hipotônica. Não costuma causar dor e há a reversão completa do abaulamento após o repouso. A presença de complicações graves é muito rara e geralmente se desenvolvem associadas a infecções do coto umbilical.

➤ TRATAMENTO:

Na maioria dos casos não é necessário tratamento cirúrgico, pois o fechamento desse defeito pode ocorrer de forma espontânea pelo organismo até o quinto ano de vida. O uso de faixas compressivas ou moedas e botões presos à pele com fitas adesivas não traz nenhum benefício e pode ocasionar complicações, como infecções e isquemia, e, conseqüente, necrose da pele.

O tratamento cirúrgico pode ser antecipado, se houver presença de complicações em qualquer idade.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

1. Após o 4º ano de vida, ou antes, se complicações.
2. Menor que 4 anos: hérnias grandes acima de 1,5cm.
3. Probóscido umbilical de crescimento progressivo maior que 1,5 cm.

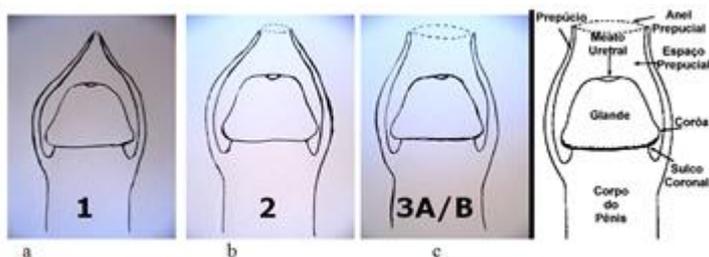
➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade de realização de exames complementares.

FIMOSE: P3

➤ DEFINIÇÃO:

A fimose é um estreitamento fixo na pele do pênis, chamada prepúcio, que impede ou dificulta a exposição da glânde. É bastante comum nos meninos ao nascimento um estreitamento chamado de fisiológico, pois costuma se modificar com o crescimento da criança. Nos recém-nascidos, 96% apresentam estreitamento no prepúcio e esse percentual diminui para cerca de 10% após o quinto ano de vida. A fimose é classificada, de acordo com o grau de estreitamento, conforme indicado em figura abaixo: – Classificação de Fimose



1. Grau 1 – impossível a visualização do meato uretral (figura a).
2. Grau 2 – visualização do meato uretral e parcial da glânde. Anel estenótico (Figura b).
3. Grau 3A – anel estenótico, estreito com exposição da glânde com dificuldade (figura c).
4. Grau 3B – anel estenótico com exposição da glânde com facilidade (figura c).

A **aderência bálano-prepucial**, ou **acolamento**, é a simples adesão da pele do prepúcio à glânde. Quando não está associada à fimose, geralmente **não requer tratamento cirúrgico**. Pode ser descolada pelo próprio paciente, durante manipulação para higiene, masturbação ou na primeira relação sexual, podendo ocasionar dor e/ou sangramento. Se houver desejo familiar de descolar a aderência para facilitar a higiene, esta pode ser feita pelos próprios familiares ou médicos, com anestesia local, associada ou não à anestesia geral, dependendo da idade e perfil psicológico do paciente.

➤ DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico de todas essas condições é clínico, feito pelo médico após exame em consulta de rotina. Não é necessário nenhum outro exame complementar.

➤ COMPLICAÇÕES DA FIMOSE:

- Dificuldade em urinar;
- Risco aumentado de infecção urinária de repetição;
- Risco aumentado de parafimose;
- Risco aumentado de infecções no prepúcio (balanopostites);
- Risco aumentado de doenças sexualmente transmissíveis (HPV, HIV);
- Dor nas relações e nas masturbações no caso dos adolescentes;
- Dificuldade de realizar a limpeza da região ocasionando mau cheiro e aumentando a incidência de tumores penianos.

➤ TRATAMENTO:

1. *Clínico* com pomada ou creme de corticóides:

BETAMETASONA 0,1%- aplicar 2 vezes ao dia, por 45 dias, podendo ser reaplicado a cada dois meses, no máximo três ciclos.

A taxa de sucesso é de cerca de 60%, quando bem orientado e realizado pelos pais e/ou pacientes. Lembre-se de sempre reduzir o prepúcio após aplicar a pomada para diminuir o risco de parafimose. Na idade adequada, em média até o quinto ano de vida, permite-se até 2 ou 3 tentativas da pomada antes de indicar a cirurgia.

2. *Cirúrgico*: O tratamento cirúrgico da fimose é conhecido como postectomia ou circuncisão e consiste na retirada do excesso de pele que recobre a glânde peniana, incluindo a porção que se encontra estreitada para possibilitar a exposição indolor da glânde, mesmo durante ereção, favorecendo a limpeza regular. Há duas técnicas cirúrgicas utilizadas: com pontos em toda a volta do pênis ou utilizando um anel plástico (Plastibell®). Tanto os pontos quanto o anel plástico caem sozinho após 2-4 semanas da cirurgia e os resultados são equivalentes.



➤ COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRURGICO:

Infecção; Sangramento; Parafimose no anel de Plastibell®; Necessidade de reoperação; necrose peniana (muito raro).

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Após o 5º anos de vida ou se complicações (ITU de repetição / postite de repetição / parafimose)

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade realização de exames complementares.



SINÉQUIAS DE PEQUENOS LÁBIOS: P3

➤ DIAGNÓSTICO:

O exame da genitália externa é uma parte normal do exame físico de rotina. A avaliação da vulva pode ser feita com a criança deitada em supino com as pernas em posição de "perna de rã" ou "borboleta".

A sinéquia dos pequenos lábios é resultado da fusão dos bordos internos dos pequenos lábios entre si. A extensão da sinéquia dos pequenos lábios vaginais pode variar muito, desde uma fusão quase integral deles até outras, em que apenas se verifica fusão de 30 a 50%. Em todo caso, permanece sempre um pequeno orifício que permite a passagem da urina. A inflamação ou a má higiene local contribui para uma perda do epitélio superficial da mucosa e, durante o processo de nova epitelização, ocorre à formação de aderências fibrosas na linha média que "colam" os pequenos lábios. A paciente geralmente é assintomática.

Na literatura, não há um consenso quanto à abordagem terapêutica. Alguns autores chegam mesmo a desaconselhar qualquer tratamento ou a manter apenas um tratamento conservador, com a aplicação de cremes locais, uma vez que o problema pode se resolver espontaneamente durante a puberdade.

Se houver acolamento de toda a extensão dos pequenos lábios ou se houver inflamação local da mucosa e/ou da pele da vulva, tem sido proposta a aplicação tópica de corticóides seguido do descolamento com anestesia local em regime ambulatorial.

Após a abertura da sinéquia pode ser usado pomadas de estrogênios, vaselina líquida ou corticóides no local, durante alguns dias, para evitar uma nova aderência dos pequenos lábios

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Após o diagnóstico como P3.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade de realização de exames complementares.

CISTOS: P3

Os cistos em geral, independentes de suas etiologias como, por exemplo, cisto branquial, lipomas, cistos dermóides, cisto pilonidal, etc.

Tem o risco de infecção secundária.

➤ TRATAMENTO:

Cirúrgico.

➤ QUANDO ENCAMINHAR:

Podem ser encaminhados em qualquer faixa etária.

➤ EXAMES COMPLEMENTARES:

Não há necessidade de exames complementares.

Lembrar que a ultrassonografia poderá ajudar a definir caráter de prioridade da patologia.

➤ OBSERVAÇÃO:

Em caso de tumor, encaminhar como P1 via impresso próprio ao Setor de Regulação Médica.

Se houver complicação por infecção secundária, considerar P2.

ANEXO 1

CLASSIFIQUE O PACIENTE

- RECEM-NASCIDO
 2 LACTENTE
 3 PRÉ-ESCOLAR
 4 ESCOLAR
 5 ADOLESCENTE

Nomenclatura	Idade
Recém Nascido	28 dias
Latente	28 dias a 2 anos
Pré-escolar	2 a 5 anos
Escolar	6 a 12 anos
Adolescente	12 a 18 anos

ANEXO 2

CLASSIFIQUE O PACIENTE

Idade	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	PA (mmHg) p50	PA (mmHg) p95
Recém Nascido	120-160 bpm	30-60 bpm	70x45 mmHg	110x60 mmHg
Latente	90-140 bpm	24-40 bpm	95x64 mmHg	112x80 mmHg
Pré-escolar	80-110 bpm	22-34 bpm	97x65 mmHg	115x84 mmHg
Escolar	75-100 bpm	18-30 bpm	110x70 mmHg	130x92 mmHg
Adolescente	60-90 bpm	12-16 bpm	116x70 mmHg	138x95 mmHg



BIBLIOGRAFIA:

- (1) Atualização de Condutas em Pediatria Departamentos Científicos da SPSP, nº 43 gestão 2007-2009.
- (2) Urgências abdominais não traumáticas na criança Medicina (Ribeirão Preto) 1995; 28 (4): 619-24, out. /dez. Vicente YAMVA et al <http://www.fmrp.usp.br/revista>
- (3) http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1343/dor_escrotal_aguda.htm
- (4) www.medicina.ufmg.br/forumcancerinfantil
- (5) http://www.iapo.org.br/manuals/vii_manual_br_15.pdf
- (6) Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina 10 Afecções Testiculares: Diagnóstico e Tratamento
- (7) Sociedade Brasileira de Urologia Colégio Brasileiro de Radiologia Afecções Testiculares: Diagnóstico e Tratamento Elaboração Final: 27 de junho de 2006 Participantes: Denes FT, Souza NCLB, Souza AS
- (8) <https://www.einstein.br/guia-doencas-sintomas/unhas-encravadas>