

## PM-16

### ERROS ALIMENTARES MAIS COMUNS EM IDADE PEDIÁTRICA

Benedita B Aguiar<sup>1</sup>; Ana C Coelho<sup>2</sup>; Eduarda Rocha<sup>3</sup>; Nádía Correia<sup>4</sup>; Elizabeth Marques<sup>2</sup>; Lúcia Gomes<sup>1</sup>; Miguel Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

<sup>2</sup> Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

<sup>3</sup> USF Egas Moniz, ACES Entre Douro e Vouga I

<sup>4</sup> USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I

**Introdução:** Em idade pediátrica, a família e a escola constituem pilares fundamentais na adoção de comportamentos saudáveis, particularmente os hábitos alimentares. No entanto, sabe-se que os principais erros nutricionais praticados pelas crianças ocorrem maioritariamente no seio familiar. Esses erros refletem-se negativamente na saúde das crianças, originando inúmeras consequências, entre elas, o excesso de peso cada vez mais precoce e, com ele, todas as complicações associadas. Constitui objetivo deste trabalho determinar os erros alimentares mais comuns em diferentes fases da infância e adolescência, para uma melhor abordagem preventiva nas consultas de Promoção de Saúde Infantil.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, desenvolvido no período de 03/07/2014 a 23/10/2014. Foram consultados os processos de crianças entre os 2 e os 18 anos de idade, seguidas na Consulta Externa de Pediatria/Nutrição por obesidade ou excesso de peso. Foram pesquisados os principais erros alimentares, tendo por base os dados do protocolo da primeira consulta. Os dados obtidos foram analisados através do programa Excel.

**Resultados:** Das 138 crianças/adolescentes avaliados, com uma idade média de 12 anos, 80 (57,9%) eram do sexo feminino e foram divididos em 3 grupos: menores do que 6 anos (5,8%), entre os 6 e os 10 anos (21,0%) e maiores de 10 anos (73,2%). Em relação ao IMC, 11,6% tinham excesso de peso e 88,4% obesidade.

Os erros mais comuns verificados foram: até aos 6 anos, “Ingestão de bebidas açucaradas ou refrigerantes” e “Ingestão de doces e pastelaria”; entre os 6 e os 10 anos, o “Baixo consumo de fruta (<3/dia)” e “Ingestão de bebidas açucaradas ou refrigerantes”; após os 10 anos, “Não incluem sopa a uma das refeições” e “Baixo consumo de fruta (<3/dia)”.

**Conclusão:** Os autores concluem que é fundamental investir na educação alimentar não só junto das crianças, como também junto das famílias, associando diferentes estratégias de prevenção, nomeadamente o tratamento comportamental estruturado, organizado e apoiado, baseado na redução dos erros alimentares mais comuns para estas faixas etárias.

## PM-17

### UMA CAUSA DE ATAXIA AGUDA EM QUE É PRECISO PENSAR...

Patrícia Carvalho<sup>1</sup>; Idalina Maciel<sup>1</sup>; Hugo Rodrigues<sup>1</sup>; Sandra Perdigão<sup>2</sup>; Suzana Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

<sup>2</sup> Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

**Introdução:** Os acidentes são frequentes na criança e a ingestão accidental de fármacos um motivo importante de recurso ao Serviço de Urgência (SU). As manifestações clínicas são heterogéneas e o diagnóstico difícil, sobretudo quando a ingestão ocorre de modo não presenciado.

**Caso clínico:** Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, que é levada ao SU por afasia, ataxia e presença de movimentos involuntários dos membros, de início súbito cerca de 3 horas antes da admissão. Os pais negavam história de ingestão accidental de fármacos ou outros tóxicos. Sem febre ou outros sintomas associados. Sem história de intercorrência infecciosa recente. A criança apresentava um desenvolvimento psicomotor adequado e não havia história de crises convulsivas febris ou afebris, bem como história familiar de epilepsia. Ao exame neurológico apresentava olhar vago, sem resposta verbal, não respondia a ordens simples. Pupilas isocóricas e fotorreactivas. Movimentos aparentemente completos e simétricos, sem assimetria facial. ROTS normais e simétricos, RCP em flexão bilateral. Sinais meníngeos negativos. No SU a criança teve um movimento clónico do tronco com duração de cerca de 5 minutos. Administrou-se diazepam rectal, seguido de bólus e posteriormente perfusão de ácido valpróico, tendo revertido e ficado mais reactiva e colaborante, mantendo-se sem focalizações. Analiticamente apresentava hemograma, PCR, glicose, ureia, creatinina, ionograma, AST, ALT e gasimetria venosa normais e pesquisa de drogas de abuso na urina negativa. A TC crânio-encefálica foi normal. Cerca de 2 horas após a admissão, a criança referiu ter ingerido um comprimido em casa de familiares que os pais concluíram tratar-se de Topiramato 100mg. Atendendo ao carácter de incerteza da informação cedida pela criança realizou-se punção lombar que foi normal (citologia, bioquímica, pesquisa de antígenos solúveis e bacteriológico). A criança ficou em vigilância com hidratação endovenosa e teve alta cerca de 24h após a ingestão, assintomática, sem registo de novos episódios ou equivalentes convulsivos.

**Discussão:** Com a apresentação deste caso clínico os autores pretendem reforçar a noção de que a ingestão accidental de fármacos consiste numa causa a pensar perante uma criança que se apresenta com ataxia aguda. Uma vez que muitas destas situações não são presenciadas, torna-se importante descartar outras etiologias cuja gravidade torna necessária uma actuação urgente e atempada.