



USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA PEDIATRIA: DOENÇAS NA INFÂNCIA 1

Organizadores:

Patricia Medeiros Souza
Felipe Ferreira
Cátia Barbosa Cruz

Brasília - 2015



**Patrícia Medeiros-Souza
Felipe Ferreira
Cátia Barbosa Cruz**

Organizadores

Uso Racional de Medicamentos na Pediatria: Doenças na Infância 1

Brasília - DF
2015

© 2015 Patricia Medeiros-Souza

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Organização e Coordenação:

Patricia Medeiros-Souza – Professora adjunta de Farmacologia Clínica do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Felipe Ferreira – Farmacêutico Clínico e Professor do Curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Cátia Barbosa Cruz – Médica Pediatra e Endocrinologista do Hospital Universitário de Brasília e Gerente de Ensino e Pesquisa do EBSEH.

Comissão técnica executiva:

Amélia Arcangela Teixeira Trindade – Médica Nefropediatra do Hospital Universitário de Brasília/UnB.

Cário Vieira dos Santos – Farmacêutico Clínico – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Daiany L. Alves - Aluna de Pós Graduação em Farmacologia Clínica da Universidade de Brasília.

Fabiana Peres Antônio – Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Felipe Ferreira – Farmacêutico Clínico e Professor do Curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Gabriela Catroqui – Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Janaina Lopes Domingos – Farmacêutica – funcionária pública.

Jéssica de Souza – Discente do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Juliano Coelho de Oliveira Zakir – Médico - Assistente do Serviço de Endocrinologia do Hospital Universitário de Brasília/UNB.

Keila Junia Prado - Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Laísa Cherubin de Almeida – Aluna de Pós Graduação em Farmacologia Clínica da Universidade de Brasília.

Laura Carla Brito Costa – Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Luciano Maximo da Silva - Médico Pediatra do Hospital Universitário de Brasília/UNB.

Luiz Cláudio Gonçalves de Castro – Médico Pediatra e Endocrinologista do Hospital Universitário de Brasília/UNB.

Marilucia Rocha de Almeida Picanço – Professora associada da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, médica Pediatra e Hebiatra do Hospital Universitário de Brasília/UNB.

Michelly de Oliveira Ribeiro – Discente do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.


Patrícia da Paixão - Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Patricia Medeiros-Souza – Professora adjunta de Farmacologia Clínica do curso de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília.

Paula Cristina da Silva - Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Rainy Carolina Fernandes Farias - Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica pela Universidade de Brasília.

Rayanne Veloso Soares – Farmacêutica – Residente de Farmácia Clínica do Hospital Universitário de Brasília/UNB.



Sara Cristina Lins Ramos - Farmacêutica – Residente de Farmácia Clínica do Hospital
Universitário de Brasília/UNB.

Talita Carla de Souza Silva - Farmacêutica Clínica – Especialista em Farmacologia Clínica
pela Universidade de Brasília.

Valéria Luiza da Rosa Erbes - Discente do curso de Ciências Farmacêuticas da
Universidade de Brasília.

Designer Gráfico e ilustrador:
Miguel Acioli

Web designer:
Tiago Botelho de Azevedo

Diagramação e Estilo Vancouver:
Laura Patrícia da Silva
Michelly de Oliveira Ribeiro

U86 Uso racional de medicamentos na pediatria: doenças na infância /
organizadores Patricia Medeiros-Souza, Felipe Ferreira, Cátia
Barbosa Cruz. – Brasília, 2015.
118 p.: il. col.

ISBN 978-85-60955-07-7

1. Bulas para o paciente. 2. Preparações farmacêuticas. 3. Pré-
Escolar. 4. Criança. I. Medeiros-Souza, Patricia, org. II. Ferreira,
Felipe, org. III. Cruz, Cátia Barbosa, org. IV. Título.

CDU 615-053.2

Sumário

Apresentação	10
Introdução	12
Semáforo	10
Deficiência do Hormônio de Crescimento	15
Somatropina	18
Enurese Noturna	22
Vasopressina.....	25
Acetato De Desmopressina	28
Cloridrato De Oxibutinina	33
Hiperplasia Adrenal Congênita	38
Acetato De Fludrocortisona.....	41
Dexametasona	47
Fosfato Sódico De Prednisolona	55
Prednisona	63
Hipertireoidismo	69
Metimazol	72
Propiltiouracila.....	75
Hipotireoidismo	78
Levotiroxina Sódica	81
Obesidade	84
Orlistate	90
Cloridrato De Sibutramina.....	93
Puberdade Precoce Central	96
Gosserrelina	99
Leuprorrelina	102
Triptorrelina	105
Déficit de Atenção e Hiperatividade (Tdah)	108
Metilfenidato	116

ENURESE NOTURNA

Amélia Arcangela Teixeira Trindade
Keila Junia Prado
Patrícia da Paixão
Paula Cristina da Silva
Rainy Carolina Fernandes Farias
Talita Carla de Souza Silva

A enurese noturna é uma doença comum na infância e adolescência sendo caracterizada por perda involuntária de urina à noite em crianças com idade acima de 5 anos. As causas da elevada produção de urina noturna pode ser resultado de uma elevada ingestão de líquidos antes de dormir ou uma redução da resposta ao hormônio antidiurético (HAD, vasopressina). Em crianças que não têm enurese, a produção de urina diminui durante a noite devido a menor a secreção de HAD e de outros hormônios reguladores que seguem um padrão circadiano. A enurese noturna afeta não só a criança, mas toda a família, podendo causar impactos negativos na relação entre a criança e seus pais¹⁻³.

A prevalência de enurese noturna mundial entre crianças de 6 a 12 anos de idade é de 28%. Na idade adulta a prevalência é em torno de 2%^{4,5}.

O objetivo nas terapias farmacológicas é diminuir a frequência da micção e os sintomas da enurese tendem a diminuir gradativamente. As opções de tratamento incluem agente anticolinérgico: oxibutinina; antidepressivo tricíclico: imipramina e a desmopressina (DDAVP). Destas terapias, apenas a imipramina e a desmopressina por via oral foram aprovados pela *Food and Drug Administration* EUA para o tratamento da enurese em crianças⁶.

A evidência limitada sugere que a desmopressina e os antidepressivos tricíclicos podem ser igualmente efetivos, porém os efeitos não se sustentam após a interrupção do tratamento⁷.

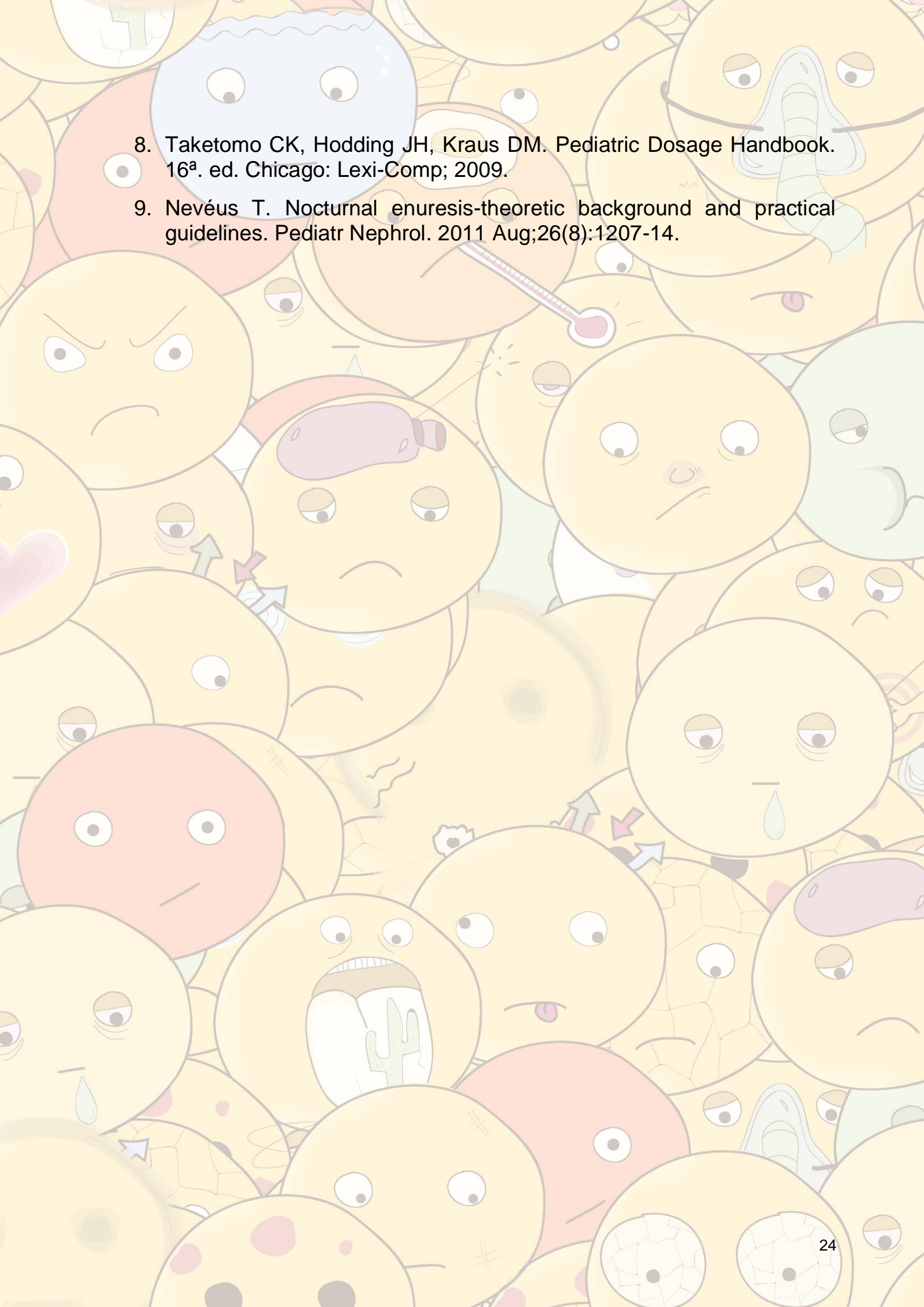
A desmopressina é um análogo sintético do hormônio antidiurético, que age reduzindo a produção de urina noturna. Ela é menos eficiente do que os antidepressivos, porém é melhor tolerada por apresentar menos efeitos adversos do que as demais classes terapêuticas⁷. A desmopressina deve ser administrada meia hora a uma hora antes de deitar, sendo que a dose inicial varia de acordo com a forma farmacêutica⁶. A criança deve restringir a administração de líquidos até 8 horas após a administração da desmopressina⁶.

Imipramina, antidepressivo tricíclico, é utilizada na enurese noturna apesar de não ter seu mecanismo de ação completamente elucidado. Estima-se que seja devido à sua ação anticolinérgica, exercendo desta forma efeito adverso de retenção urinária. Neste caso o efeito adverso é utilizado como ação farmacológica⁸.

A oxibutinina tem ação direta na musculatura lisa (inibi a acetilcolina), agindo como antiespasmótico. Não parece afetar o músculo esquelético. Aumenta a capacidade da bexiga em reter a urina, diminui a contração da bexiga e retarda o desejo de micção resultando em decréscimo da urgência e frequência de micção⁸.

Referências

1. Waleed FE, Samia AF, Samar MF. Impact of sleep-disordered breathing and its treatment on children with primary nocturnal enuresis. *Swiss Med Wkly*. 2011 Jul;141:w13216. doi: 10.4414/smw.2011.13216.
2. Management of nocturnal enuresis in children. In: UpToDate Inc. [database on the Internet]. Waltham (MA); 2014 [cited 2015 Jan 28]. Available from: <http://www.uptodate.com>. Subscription required to view.
3. Valavi E, Ahmadzadeh A, Hooman N, Aminzadeh M. Clinical correlation between hypercalciuria and nocturnal enuresis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2011 Sep;22(5):976-81.
4. Yousef KA, Basaleem HO, bin Yahiya MT. Epidemiology of nocturnal enuresis in basic schoolchildren in Aden Governorate, Yemen. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2011 Jan;22(1):167-73.
5. Shreeram S, He JP, Kalaydjian A, Brothers S, Merikangas KR. Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jan;48(1):35-41.
6. Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric Dosage Handbook*. 19^a. ed. Chicago: Lexi-Comp; 2012-2013.
7. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD002117.DOI: 10.1002/14651858.CD002117 – [abstract]

- 
8. Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. Pediatric Dosage Handbook. 16^a. ed. Chicago: Lexi-Comp; 2009.
 9. Nevés T. Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol.* 2011 Aug;26(8):1207-14.