

## Analgésicos comuns para o alívio de cólicas do lactente

### *Common painkillers for infant colic relief*

Dario Palhares<sup>1</sup> 

#### RESUMO

São apresentados nove casos de lactentes saudáveis com diagnóstico de cólicas, para os quais foi prescrito dipirona ou paracetamol. A anotação dos sintomas feita pelos pais durante sete a dez dias mostrou que nem todos os dias houve administração do medicamento; que a maioria usou uma a duas doses diárias, no período vespertino/noturno e que o cessar dos choros ocorria dentro de meia hora após. Os casos corroboram a prescrição de analgésicos para o alívio de cólicas do lactente, e tal variável deveria ser incluída nos futuros ensaios clínicos.

**Palavras-chave:** lactente; choro; síndrome do bebê sacudido; febre; vômito.

#### ABSTRACT

Nine cases of healthy babies diagnosed with colic for whom dipyrone or paracetamol were prescribed are analyzed here. Parents registered the symptoms for 7 to 10 days and it showed that the medications were not administered every day; that most infants received one or two doses per day, in the evening-night period and the crying stopped within 30 minutes after the medication. The cases corroborate the prescription of painkillers to alleviate infant colic and such data should be included in future clinical essays.

**Keywords:** infant; crying; shaken baby syndrome; fever, vomiting.

Cólicas do lactente são um evento de alta prevalência, ocorrendo em 10 a 30% dos lactentes.<sup>1-3</sup> Tais diferenças de prevalência estimada são decorrentes dos critérios adotados para o diagnóstico de cólica, uma vez que o choro é provocado por todo e qualquer tipo de sensação desagradável ao bebê. Wessel et al.<sup>4</sup> elencaram os elementos diagnósticos para a definição de um caso de cólica (mínimo de três horas de choro por dia, três dias na semana, por três semanas), e mesmo a revisão de Roma IV<sup>5</sup> adotou esses critérios, tendo acrescentado outros elementos, particularmente a ausência de outras causas para o choro e bom desenvolvimento somático e neuropsicomotor até os cinco meses de vida.

Em suma, mesmo com todo o avanço da tecnologia biomédica, o diagnóstico de cólica do lactente continua embasado na anamnese dos pais, portanto, submetido a subjetividades que, se por um lado devem ser levadas em conta na prática clínica diária, por outro dificultam e distorcem análises epidemiológicas. Pelos critérios de Roma IV,<sup>5</sup> um caso de cólica do lactente pode ser definido somente retrospectivamente, isto é, ao final de 5 meses de idade, momento em que

as crises de cólica naturalmente terão cessado na maioria dos lactentes que as tenham apresentado.

Ou seja, diante de um lactente cujos pais relatem paroxismos de choro e irritabilidade, cabe ao médico assistente documentar ausência de elementos que apontem uma probabilidade aumentada de uma lesão orgânica como causadora dos choros, tais como roupas apertadas, assaduras, sangramento intestinal, massas abdominais, febre, infecções em geral, hérnia, torção testicular, estupro, entre outras.<sup>6-8</sup>

As cólicas do lactente não são propriamente uma doença, no sentido que não trazem comorbidades ao bebê e são transitórias. Porém, representam um sofrimento tanto para o bebê como para seus pais, e a maioria dos casos da síndrome do bebê sacudido ocorre em bebês sofrendo de crises de cólicas, ou seja, a cólica do lactente apresenta relevância em saúde pública e deveria ser abordada mais atentamente.<sup>9-11</sup> De todo modo, o suporte clínico aos lactentes que sofrem de cólica é, essencialmente, de alívio sintomático, e o manejo da cólica do lactente envolve: medidas gerais que reduzam a chance de um bebê sofrer de cólicas e medidas de alívio das crises.

<sup>1</sup>Hospital Universitário de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Dario Palhares – SQS 416, bloco I, apto. 204, Asa Sul – CEP: 70299-090 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: dariompm@unb.br

Recebido em 26/10/2018 – Aceito para publicação em 26/02/2019.

Revisões sobre os principais fármacos e medidas utilizadas para o alívio de cólicas do lactente<sup>1-3,7,8</sup> envolvem o aleitamento materno exclusivo, uso de probióticos em fórmulas infantis,<sup>12</sup> massagens e, no que tange a medicamentos, essencialmente antifiséticos e antiespasmódicos. Porém, na prática clínica cotidiana, pediatras prescrevem analgésicos comuns — paracetamol — como medida farmacológica para o alívio das crises de cólica do lactente.<sup>13</sup>

## CASOS

São apresentados nove casos de lactentes nascidos a termo atendidos em serviços ambulatoriais de puericultura/pediatria geral e que, na consulta rotineira, os pais tenham manifestado espontaneamente a problemática de cólicas e/ou muito choro. O diagnóstico de cólica foi firmado pelo histórico relatado de paroxismos de choro incessante, não relacionado a fome, roupas apertadas, fraldas sujas, febre ou golfadas. Nesse momento, alguns pais referiam que o timbre do choro de cólica era diferente do choro por outras causas (fome, sono) e que por vezes havia o comportamento do lactente espremer-se, encolhendo e esticando as pernas repetidamente. Causas secundárias de choro foram excluídas ao exame físico e, quando necessário, exames laboratoriais foram solicitados, principalmente exames de urina.<sup>5</sup>

Nesse ambulatório, todos os casos de sintomas subjetivos (dor abdominal, cefaleia, obstrução nasal, cólicas etc.) são rotineiramente acompanhados mediante questionário prospectivo até a consulta seguinte, no qual os pais anotam o sintoma observado, data/hora, medicação instituída e duração.<sup>14,15</sup> Assim, uma consulta de seguimento era rotineiramente agendada entre sete e dez dias depois, momento de avaliação das anotações sobre os sintomas, do efeito da terapêutica e reavaliação diagnóstica.

A prescrição para o alívio das cólicas foi: manter aleitamento materno exclusivo; verificar fraldas e eventualmente roupas apertadas e/ou muito quentes; posicionamento no

braço, em decúbito ventral, em caso de crises de choro; e, por último, administração oral de 1 gota por quilo (ou seja, 3 a 5 gotas), até no máximo de 6 em 6 horas, de uma das seguintes medicações analgésicas: dipirona gotas,<sup>16</sup> atroveran gotas® (dipirona, papaverina e extrato de *Atropa beladonna*)<sup>17</sup> ou paracetamol gotas.<sup>16,18</sup>

A Tabela 1 mostra os dados relativos aos casos atendidos quanto a: sexo, idade de nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, idade na consulta, idade no início dos sintomas de cólica e uso prévio de medicamentos para cólica. Todos os lactentes nasceram a termo e com Apgar >7 já no primeiro minuto de vida. Todos os lactentes foram referidos como estando em aleitamento materno exclusivo. A consulta de seguimento mostrou curva ascendente de peso e ausência de sinais de outras morbidades que não as cólicas. Seis dos nove pacientes já haviam feito uso de medicamentos para alívio de cólicas antes da primeira consulta, principalmente a simeticona isolada ou então em combinação com homatropina. Um paciente recebeu medicamento fitoterápico (funchicória).

O paciente número 1 chorava de modo incessante ainda na sala de espera e, enquanto aguardava a vez, foram-lhe administradas 3 gotas de dipirona via oral, com alívio do choro em 15 minutos. Nesse lactente, os pais relataram crises diárias de choro, acalmadas somente nos períodos de sono. Nos primeiros quatro dias após a consulta, os pais administraram-lhe duas a três doses diárias de analgésicos; após esse período, a administração de analgésicos ocorreu de modo intercalado e no máximo uma dose ao dia.

Os pais da paciente de número 9 acreditavam que o bebê sofria de dor de ouvido e administravam-lhe paracetamol para alívio do choro, com eficácia. No seguimento, esse bebê fez uso diário de pelo menos uma dose de analgésico e no máximo três doses ao dia. Os pais mostravam-se particularmente ansiosos pelas crises de choro e foram realizados hemograma, bioquímica e urocultura, normais.

A maioria (80%) das doses foi administrada no período entre 17h e 6h, ou seja, no período vespertino/noturno. Consi-

Tabela 1. Lista dos lactentes estudados com o diagnóstico de cólicas do lactente.

Caso	Sexo	Parto	Peso ao nascer (g)	Idade na consulta (dias)	Idade referida ao início das cólicas (dias)	Medicamentos prévios	Total de doses de analgésico, em observação prospectiva de sete a dez dias
1	M	N	3.500	18	9	Não	10
2	M	N	3.120	32	16	Simeticona	11
3	M	C	2.975	45	20	Simeticona/homatropina	7
4	M	C	3.080	53	25	Simeticona/homatropina	6
5	M	N	3.170	28	13	Não	8
6	M	N	2.820	30	10	Funchicória	12
7	F	C	2.750	25	14	Não	9
8	F	C	2.900	40	15	Simeticona/homatropina	6
9	F	N	2.600	15	10	Paracetamol “para dor de ouvido”	16

M: masculino; F: feminino; N: normal; C: cesárea.

derando o período total de observação (7 a 10 dias), o maior uso de doses foi o da metade do máximo possível (16 doses, paciente 9). Os demais bebês receberam de uma a duas doses diárias, e em dias intercalados. Os bebês de maior idade (casos 3 e 4) tenderam a receber menos doses no período observado.

Os três casos que não haviam feito uso prévio de medicamentos usaram analgésicos diariamente por três a quatro dias; em seguida o uso ficou mais espaçado.

Não foi anotado o intervalo de tempo entre a administração do analgésico e o cessar das crises de choro. Na percepção dos pais, o efeito dos medicamentos era “rapidinho” ou então “em cerca de meia hora”. No caso 7, os pais relataram que um dos episódios de choro persistiu por cerca de uma hora, mesmo após administração do medicamento.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Em pediatria, existem muitos conflitos bioéticos na realização de ensaios clínicos, de modo que a infância constitui uma faixa etária na qual estudos clínicos mais apurados são realizados em frequência muito inferior, comparada aos adultos. E mesmo na infância, o período perinatal é frequentemente excluído dos ensaios clínicos.<sup>19-21</sup>

De fato, a palavra *fármaco* tem a raiz etimológica grega que significa *veneno*, ou seja, em estudos populacionais de larga escala, a probabilidade de um dado medicamento vir a trazer efeitos colaterais de modo estatisticamente significativo é considerável. Além disso, o alívio sintomático em crianças é feito usualmente com medicamentos já consolidados nas farmacopeias, ou seja, as indústrias farmacêuticas, que na prática atual financiam e realizam quase a totalidade dos ensaios clínicos, não costumam prever retorno financeiro com tais investimentos. Todo esse contexto torna-se ainda mais complexo diante do fenômeno da morte súbita do lactente: em uma pesquisa clínica de larga base populacional, é provável que haja pelo menos um caso de morte súbita, ficando difícil afastar se teria sido um episódio isolado ou uma relação causal com o medicamento em estudo. Um evento raro, mas cuja ocorrência termina por ensejar processos judiciais na esfera cível e mesmo na criminal, com pesado ônus financeiro para a indústria ou para o pesquisador.<sup>19-21</sup>

Ou seja, considerando a relação risco/benefício, dificilmente veremos o investimento em ensaios clínicos utilizando medicamentos de baixo custo, voltados para um mero alívio sintomático em uma faixa etária sujeita à morte súbita. Assim, a prática pediátrica como um todo é calcada no uso *off-label* de medicamentos, inclusive em terapia intensiva.<sup>19-21</sup> Dessa forma, a prática cotidiana de alívio das cólicas infantis encontra-se mais fundamentada na experiência pessoal de pediatras, pais, mães e bebês do que em estudos científicos sistematizados.

Gelfand<sup>10</sup> e Qubty e Gelfand<sup>22</sup> apontam que a cólica infantil apresenta aspectos em comum com a migrânea. Assim, os sintomas abdominais observados não seriam a causa primária da dor, mas um evento relacionado a uma disfunção nas interações entre o cérebro e o intestino, tal como ocorre na

migrânea clássica. Isso poderia explicar a relativa pouca eficiência dos antiespasmódicos no alívio de cólicas do lactente. Esses autores ressaltam que os futuros estudos medicamentosos para o alívio de cólicas do lactente devem incluir o uso de analgésicos comuns, os quais já constituem a primeira linha de alívio de sintomas migranosos na faixa etária pediátrica.

Em conclusão, a experiência clínica aqui relatada corrobora a literatura que indica o uso de analgésicos comuns para o alívio das crises de cólicas do lactente. Também, a existência dessa lacuna nos ensaios clínicos, de modo que são esperados estudos sistemáticos para responder a várias questões, tais como se os analgésicos seriam medicamentos de primeira linha ou somente diante de falha com o uso de antifiséticos; se analgésicos devem ser administrados isoladamente ou em associação a antiespasmódicos; dentre outras.

## REFERÊNCIAS

1. Saavedra MA. Doutor, meu filho chora. Ele tem cólica? *Pediatr Mod.* 2015;51(7):249-52.
2. Saavedra MA, Costa J, Garcias G, Horta BL, Tomasi E, Mendonça R. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. *J Pediatr.* 2003;79(2):115-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000200005>
3. Cardoso AL. Constipação e cólicas na infância: causas e manejo terapêutico. *Pediatr Mod.* 2013;49(4):139-48.
4. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris Jr. GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics.* 1954;14(5):421-35.
5. Benninga M, Nurko S, Faure C, Hyman P, Roberts I, Schechter N. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1443-55. doi: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016>
6. Toledo G, Lacerda K, Santos L, Rocha M. Diagnóstico diferencial de dor abdominal na infância: relato de um caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2017;19(4):220-3. doi: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i4a11>
7. Fernandes TF. Cólica do lactente: uma revisão abrangente sobre um tema repleto de incertezas. *Pediatr Mod.* 2006;42(1):17-23.
8. Johnson J, Cocker K, Chang E. Infantile colic: recognition and treatment. *Am Fam Physician.* 2015;92(7):577-82.
9. Camilleri M, Park S, Scarpato E, Staiano A. Exploring hypothesis and rationale for causes of infantile colic. *Neurogastroenterol Motility.* 2017;29(2):1-20. doi: <http://doi.org/10.1111/nmo.12943>
10. Gelfand A. Infant colic. *Sem Pediatr Neurol.* 2016;23(1):79-82. doi: <http://doi.org/10.1016/j.spen.2015.08.003>
11. Murahovschi J. Cólicas do lactente. *J Pediatr.* 2003;79(2):101-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000200001>

12. Vandenas Y, Ludwig T, Bouritius H, Alliet P, Forde D, Peeters S, et al. Randomised controlled trial demonstrates that fermented infant formula with short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides reduces the incidence of infantile colic. *Acta Paediatr.* 2017;106(7):1150-8. doi: <http://doi.org/10.1111/apa.13844>
13. Marcon A, Vieira MC, Morais MB. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(2):187-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432218713>
14. Palhares D. Aurora and crepuscule in infantile allergic rhinitis. *Pediatr Mod.* 2009;45(5):186-91.
15. Palhares D, Ferreira L. Clinical circadian behavior of infantile allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Rhinol.* 2016;2(1):44-6. doi: <http://doi.org/10.17352/2455-1759.000022>
16. Cazacu I, Mogosan C, Loghin F. Safety issues of current analgesics: an update. *Clujul Med.* 2015;88(2):128-36. doi: <http://doi.org/10.15386/cjmed-413>
17. Kaari C, Lopes CM, Hime LF, Brandão D. Avaliação clínica da eficácia e segurança da associação de papaverina, dipirona sódica e extrato fluido de *Atropa beladonna* comparado com a associação de dipirona sódica e brometo de N-butilescopolamina no tratamento de cólicas menstruais. *Rev Bras Med.* 2006;63(8):418-26.
18. Ahmadvour-kacho M, Tarighati M, Khalafi J, Pasha YZ. Near-fatal drug toxicities in newborn babies: a case series. *Caspian J Pediatr.* 2015;1(1):25-7. doi: <http://doi.org/10.22088/acadpub.BUMS.1.1.25>
19. Ferreira L, Ibiapina C, Machado M, Fagundes E. A alta prevalência de prescrições de medicamentos off-label e não licenciados em unidade de terapia intensiva pediátrica brasileira. *Rev Assoc Méd Bras.* 2012;58(1):82-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100019>
20. Kimland E, Odland V. Off-label drug use in pediatric patients. *Clin Pharmacol Ther.* 2012;91(5):796-801. doi: <http://doi.org/10.1038/clpt.2012.26>
21. Pandolfini C, Bonati M. A literature review on off-label drug use in children. *Eur J Pediatr.* 2005;164(9):552-8. doi: <http://doi.org/10.1007/s00431-005-1698-8>
22. Qubty W, Gelfand A. The link between infantile colic and migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2016;20(5):31. doi: <http://doi.org/10.1007/s11916-016-0558-8>

**Como citar este artigo:**

Palhares D. Analgésicos comuns para o alívio de cólicas do lactente. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2019;21(3):141-4. DOI: 10.23925/1984-4840.2019v21i3a9