

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

11

INGESTÃO
SUBSTÂNCIAS
CÁUSTICAS

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores


ANA AURÉLIA ROCHA DA SILVA
ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE REZENDE
MARLON DE JESUS OLIVEIRA E SILVA
RAQUEL SOUZA PASSOS
REINALDO FALLUH FILHO
WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS

Editores

ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRIANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

SUS 



11

INGESTÃO
SUBSTÂNCIAS
CÁUSTICAS

Brasília, 2016



Diretor Presidente
NEWTON CARLOS DE ALARCÃO

Diretora Vice-Presidente
DEA MARA TARBES DE CARVALHO

Conselho de Administração
DANIEL GALLO PEREIRA
ILDA RIBEIRO PELIZ
NADIM HADDAD
HELOÍSA HELENA SILVA DE OLIVEIRA
JAIR EVANGELISTA DA ROCHA
JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR
MARLENE GOMES BARRETO
(Representante dos Funcionários)

Conselho Fiscal
ADÉZIO DE ALMEIDA LIMA
FERNANDO HECTOR RIBEIRO ANDALÓ
FRANCISCO CLÁUDIO DUDA

1ª edição, 2016.
Esta é uma produção para uso interno no
Hospital da Criança de Brasília, portanto,
não deve ser reproduzida.

Informações:
Hospital da Criança de Brasília José Alencar
SAIN Lote 4-B (ao lado do Hospital de Apoio)
Brasília - DF.
CEP 70.071-900



Superintendente Executivo
RENILSON REHEM

Superintendente Executivo Adjunto
JOSÉ GILSON ANDRADE

Diretor Administrativo
HÉLIO SILVEIRA

Diretora do Centro Integrado e Sustentável de Ensino e Pesquisa
VALDENIZE TIZIANI

Diretor de Custos, Orçamento e Finanças
HORÁCIO FERNANDES

Diretora de Estratégia e Inovação
ERIKA BOMER

Diretora de Recursos Humanos
VANDERLI FRARE

Diretora Técnica
ISIS MAGALHÃES

Coordenadora do Corpo Clínico
ELISA DE CARVALHO

Núcleo de Comunicação e Mobilização
Coordenadora de Comunicação e Mobilização
ANA LUIZA WENKE

Assessor de Comunicação
CARLOS WILSON

Designer Gráfico
JUCELI CAVALCANTE LIMA

Diagramação e revisão: Ex-Libris Comunicação Integrada
Revisão: Gabrielle Albiero, Pedro C. De Biasi.

Diagramação: Adriana Antico, Jonathan Oliveira, Nayara Antunes, Regina Beer,
Carolina Hugenneyer Brito e Ricardo Villar.

Autores:

Ana Aurélia Rocha da Silva
André Luiz Ferreira de Rezende
Marlon de Jesus Oliveira e Silva
Raquel Souza Passos
Reinaldo Falluh Filho
Wallace Acioli Freire de Gois

Editores:

Elisa de Carvalho
Erika Bömer
Isis Quezado Magalhães
Renilson Rehem

Ficha catalográfica

Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao
Adolescente com Ingestão de Substâncias Cáusticas/Silva, Ana
Aurélia Rocha da. et al. Brasília: HCB, 2016.

23p.

Editores: Elisa de Carvalho, Erika Bömer, Isis Quezado
Magalhães, Renilson Rehem.

1. Substâncias cáusticas. 2. Pediatria. 3. Criança. I. Silva, Ana
Aurélia Rocha da. II. Rezende, André Luiz Ferreira de. III. Silva,
Marlon de Jesus Oliveira e. IV. Passos, Raquel Souza. V. Falluh Filho,
Reinaldo. VI. Gois, Wallace Acioli Freire de. VII. Título.

CDU: 612.2

SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Objetivos	5
1.2. Equipes médicas de referência	5
2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	6
2.1. Critérios de inclusão.....	6
2.2. Critérios de exclusão.....	6
3. FLUXO PARA ADMISSÃO NA DIRETRIZ CLÍNICA DE INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS DO HCB.....	6
4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	7
5. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA	8
5.1. Anamnese e exame físico	8
5.2. Exames laboratoriais	8
5.3. Radiografia simples	8
5.4. Tomografia Computadorizada (TC)	8
5.5. Endoscopia Digestiva Alta (EDA)	9
6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA.....	9
6.1. Suporte nutricional	11
6.2. Medicamentos	11
6.3. Cirurgia.....	12
7. CONDUTA NA FASE CRÔNICA	12
7.1. Acompanhamento ambulatorial (Ambulatório de Doenças do Esôfago do HCB).....	12
7.2. Exames de controle.....	12
7.3. Tratamento das estenoses (esofágica ou pilórica)	13
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	13
ANEXOS	17

1. INTRODUÇÃO

A ingestão de substâncias cáusticas é uma importante causa de atendimentos em emergências no mundo, particularmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo responsável por significativa morbimortalidade. Constitui-se na principal causa de estenose esofágica grave em crianças e representa a segunda maior causa de substituição esofágica nessa faixa etária. Além disso, é responsável por um aumento do risco de desenvolvimento de câncer esofágico em cerca de 1.000 a 3.000 vezes, com período de latência que pode variar de um ano a várias décadas.

Substâncias cáusticas, incluindo álcalis e ácidos, estão presentes em diversos produtos de limpeza e fluidos de carros, que frequentemente são armazenados em locais de fácil acesso às crianças, em embalagens inadequadas, que podem ser facilmente abertas. O hábito de fazer sabão e outros produtos de limpeza em casa, utilizando soda cáustica e armazenando-os em embalagens de produtos alimentícios, como refrigerantes, confunde crianças e também favorece a ingestão dessas substâncias. Esses fatores, aliados à falta de conhecimento da população sobre os riscos, contribuem para que a maioria dos casos (80%) ocorra de forma acidental em menores de cinco anos de idade, podendo também acontecer de forma intencional, em tentativas de suicídio, entre adultos e adolescentes. As principais substâncias envolvidas estão descritas no ANEXO I.

Diante da gravidade dos casos e das consequências relacionadas à ingestão de substâncias cáusticas, torna-se necessário padronizar condutas que sejam mais eficazes.

1.1. Objetivos

Geral:

Sistematizar a assistência aos pacientes que são vítimas de ingestão de substâncias cáusticas, promovendo efetividade assistencial.

Específicos:

- Estabelecer critérios para a indicação e o tempo para realização do exame endoscópico.
- Organizar o fluxo de atendimento, investigação, tratamento e acompanhamento dos pacientes de até 18 anos de idade, vítimas de ingestão de substâncias cáusticas, incluindo tratamento das complicações (estenoses, doença do refluxo gastroesofágico, perfurações) e vigilância de câncer esofágico, atuando junto à rede de saúde SES/DF, no que tange à pediatria terciária.

1.2. Equipes médicas de referência

Equipe médica responsável pelo programa

Endoscopia Digestiva

Equipes médicas de apoio

Gastroenterologia Pediátrica

Radiologia

Cirurgia Pediátrica

Assistência complementar

Enfermagem

Nutrição

Psicologia

Serviço Social

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.1. Critérios de inclusão

São elegíveis para este programa, crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, encaminhados para avaliação, com história de ingestão de substâncias cáusticas.

2.2. Critérios de exclusão

- Pacientes cuja avaliação descarte o diagnóstico de ingestão de substâncias cáusticas.
- Pacientes acima de 18 anos de idade.

3. FLUXO PARA ADMISSÃO NA DIRETRIZ CLÍNICA DE INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS DO HCB

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do serviço de saúde de origem, que procederá à investigação diagnóstica, incluindo a anamnese e o exame físico, e solicitará os exames complementares, conforme o ANEXO II. O principal exame complementar é a Endoscopia Digestiva Alta, que permitirá avaliar a gravidade das lesões e orientará a conduta a ser seguida a partir de então.

Diante de um quadro de ingestão de cáusticos confirmada ou suspeita, a equipe assistente entrará em contato por telefone com a equipe do Centro Cirúrgico do Hospital da Criança de Brasília (HCB), responsável pela endoscopia digestiva pediátrica, conforme o fluxograma descrito no ANEXO III. O paciente deverá permanecer em jejum, com hidratação venosa, e ser encaminhado para o setor de Endoscopia Digestiva do HCB, acompanhado por equipe médica/enfermagem, 12 a 48 horas após a ingestão, portando o pedido médico. No setor de Endoscopia deverá ser preenchido um protocolo de atendimento, que se encontra no ANEXO IV.

A segunda avaliação será realizada pelo médico endoscopista, que, por meio do exame endoscópico, utilizará a Classificação de Zargar (ANEXO V) para definir a gravidade das lesões e determinar a conduta e o prognóstico do paciente. Os pacientes que apresentarem classificação endoscópica Zargar 0 ou 1, (sem lesões ou com lesões leves), serão contrarreferenciados para os serviços de saúde de origem, onde será avaliada a possibilidade de alta e orientado retorno em centro de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Os pacientes que tiverem lesão mucosa moderada ou grave (Zargar 2a, 2b ou 3) e necessitarem de tratamento especializado em nível terciário, serão admitidos na Diretriz Clínica de Ingestão de Substâncias Cáusticas do HCB. O exame endoscópico de controle será agendado logo após a realização da primeira endoscopia, com intervalo de três a quatro semanas. A consulta de egresso no Ambulatório de Doenças Esofágicas do HCB deverá ser solicitada pelo hospital de origem, pelo e-mail agendamento@hcb.org.br. A equipe de agendamento do HCB será responsável pela marcação da consulta, de uma a quatro semanas após a alta do paciente.

Os responsáveis serão orientados a comunicar à equipe médica assistente, se até a consulta ocorrerem sinais/sintomas de piora clínica, como vômitos, engasgos, disfagia, tosse, febre, dispneia, hemorragia digestiva etc.

A Figura 1 ilustra o fluxo de admissão na Diretriz Clínica de Ingestão de Substâncias Cáusticas do HCB.

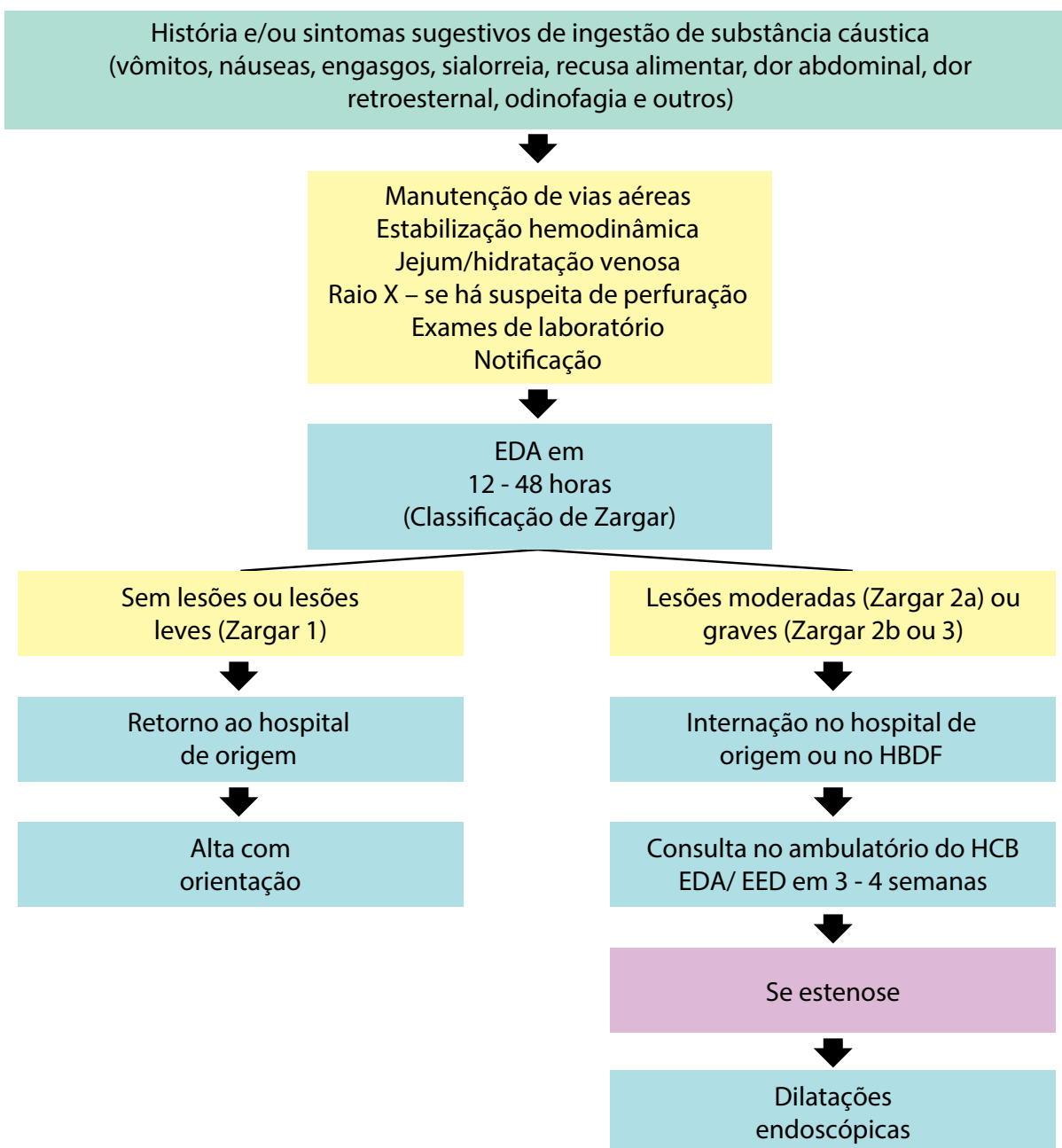


Figura 1. Fluxograma de atendimento nos casos de ingestão de substâncias cáusticas

4. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A estratificação de risco é definida pela classificação endoscópica de Zargar, que determina o risco de complicações, conforme exposto na Tabela 1.

Os pacientes classificados como risco 1 receberão orientações e serão contrarreferenciados para seguimento nos centros de saúde da SES/DF; os classificados como risco 2 serão incluídos na abordagem terapêutica risco 2 (ATR2) e aqueles pacientes classificados como risco 3 deverão seguir a abordagem terapêutica risco 3 (ATR3).

Estratificação de risco	Gravidade	Risco de estenose
Risco 1	Ausência de lesões ou lesões leves - Zargar 0 ou 1	Não
Risco 2	Lesões moderadas - Zargar 2a	Baixo
Risco 3	Lesões graves - Zargar 2b ou 3	Alto

Tabela 1. Estratificação de risco do Programa de Ingestão de Substâncias Cáusticas do HCB.

5. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

5.1. Anamnese e exame físico

Ingestões que ocorrerem em crianças maiores ou forem presenciadas por adultos poderão ser relatadas, incluindo o tempo decorrido desde a ingestão, o tipo de substância ingerida (álcali ou ácido), o estado físico (líquido ou sólido), se é um produto industrializado ou artesanal, o pH e a concentração da substância (se disponível), o volume ingerido, bem como os sinais e sintomas apresentados. Álcalis causam necrose por liquefação e, mais frequentemente, lesões esofágicas, enquanto ácidos tendem a provocar lesões mais graves no estômago.

Em crianças menores ou em casos nos quais a ingestão não tenha sido presenciada, sintomas como: lesões orais, vômitos, saliva com sangue, disfagia, odinofagia, dor abdominal, hematêmese, dor retroesternal ou torácica, sialorreia, recusa alimentar, estridor, disфонia, tosse e dispneia podem sugerir o diagnóstico.

No exame físico pode ser avaliada a presença de lesões na boca e nas vias aéreas, além de sinais de complicações como dispneia e enfisema subcutâneo.

5.2. Exames laboratoriais

Exames de laboratório, incluindo hemograma completo, PCR, gasometria, eletrólitos e avaliação da função renal podem ser úteis na avaliação de possíveis complicações. E podem ser solicitados de acordo com o tipo de substância ingerida e o quadro clínico do paciente.

5.3. Radiografia simples

Radiografias de tórax e abdômen em AP e perfil estão indicadas se houver sintomas e sinais como hematêmese, dor retroesternal ou dor abdominal, sugestivos de complicações. E podem evidenciar pneumomediastino, pneumoperitônio e alterações pulmonares, incluindo derrame pleural.

5.4. Tomografia Computadorizada (TC)

TC torácica e abdominal está indicada nos casos de suspeita de complicações, como perfuração, mediastinite, fístula ou peritonite. Alguns serviços têm utilizado a tomografia para classificar a gravidade das lesões e avaliar o prognóstico.

5.5. Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

O exame está indicado em todos os casos de ingestão de substâncias cáusticas presenciada ou suspeita, em pacientes com os sintomas e/ou sinais descritos anteriormente. Todos os pacientes, mesmo assintomáticos, com história de ingestão de ácidos e bases fortes, incluindo produtos de limpeza “caseiros”, que na maioria das vezes contêm soda cáustica, devem ser submetidos ao exame, pelo risco de lesões mais graves. Embora a ausência de lesões orais não exclua a possibilidade de lesões esofágicas ou gástricas, nos pacientes assintomáticos e sem lesões orais, quando o agente ingerido for alvejante ou água sanitária industrializada, pode-se avaliar a não realização da EDA e seguir uma conduta expectante, pelo baixo risco de lesões significativas. O exame deve ser contraindicado na suspeita clínica ou radiológica de perfuração ou se houver lesões graves de vias aéreas.

O tempo ideal para a realização do exame endoscópico é de 12 a 24 horas, podendo ser postergado até 48 horas. Antes disso, as lesões ainda não completamente estabelecidas poderiam ser subclassificadas. Após 48 horas da ingestão, deve-se individualizar a indicação do exame, pois a mucosa mais friável tem maior risco de perfuração. No entanto, a importância do exame para definir a conduta favorece que ele seja realizado mesmo após esse prazo.

Por meio do exame endoscópico, deve-se utilizar a Classificação de Zargar (ANEXO V) para avaliar a gravidade das lesões, o que será útil para definir a conduta e o prognóstico.

6. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A conduta inicial compreende a estabilização hemodinâmica, além dos cuidados para a manutenção de vias aéreas. Os pacientes devem ser mantidos em jejum pelo menos até o momento da endoscopia, sob hidratação venosa e em uso de sintomáticos como antieméticos e analgésicos por via endovenosa, se necessário.

Alguns procedimentos podem agravar as lesões ou prejudicar a visualização da mucosa no momento da endoscopia e, portanto, NÃO DEVEM SER realizados, incluindo:

- Lavados gástricos
- Neutralização ácida
- Diluição com leite ou água
- Indução de vômitos
- Carvão ativado
- Passagem de sondas para alimentação antes da endoscopia

O resultado do exame endoscópico, utilizando a Classificação de Zargar, deve guiar a conduta a partir de então, como descrito na Tabela 2.

A abordagem terapêutica risco 1 (ATR1) inclui os pacientes sem lesões (Zargar 0) ou com lesões leves (Zargar 1). Esses pacientes deverão retornar ao hospital de origem e receber alta de acordo com o seu estado geral e a possibilidade de receber dieta por via oral, por vezes limitada pela presença de lesões orais. Eles serão orientados a agendar consulta em centro de saúde e os que apresentarem lesão esofágica ou gástrica deverão receber alta em uso de bloqueador H2 ou IBP por 30 dias.

A abordagem terapêutica risco 2 (ATR2) inclui os pacientes com lesões moderadas (Zargar 2a). Esses pacientes deverão permanecer internados em uso de alimentação por via oral, inicialmente líquida, com progressão para dieta pastosa e sólida, conforme a aceitação, além de inibidores de secreção ácida e medicamentos sintomáticos, como analgésicos e antieméticos. Eles deverão receber alta de acordo com o seu estado geral e a possibilidade de receber dieta por via oral, em uso de bloqueador H2 ou inibidor de bomba de prótons (IBP). Além disso, serão orientados a agendar consulta no Ambulatório de Doenças Esofágicas do HCB, de uma a quatro semanas após a alta, quando serão

solicitados raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED) e EDA de controle. Este último deverá ser agendado na recepção do Centro Cirúrgico do HCB logo após a realização do primeiro exame, para três a quatro semanas depois.

A abordagem terapêutica risco 3 (ATR3) inclui os pacientes com lesões graves (Zargar 2b e 3). Durante o exame, o endoscopista deverá passar sonda nasogástrica ou nasoenteral. Esses pacientes deverão permanecer internados sob hidratação venosa, sem dieta por via oral, recebendo dieta enteral através de sonda nasogástrica (SNG) ou nasojejunal (SNJ) a partir do segundo dia, em pequena quantidade, progredindo o volume conforme a evolução do paciente. Além disso, devem ser prescritos inibidores da bomba de prótons, medicamentos sintomáticos como analgésicos e antieméticos, corticosteroides, quando houver lesão de vias aéreas ou lesão esofágica grau 2b, e antibiótico de largo espectro, quando indicado. Eles deverão receber alta, após pelo menos sete dias de internação, de acordo com seu estado geral e com a possibilidade de receber dieta por via oral, em uso de bloqueador H2 ou IBP e com consulta no Ambulatório de Doenças Esofágicas do HCB, uma a quatro semanas após a alta já agendada, EED agendado e EDA de controle agendada no HCB, num prazo de três a quatro semanas após a ingestão.

Tabela 2. Conduta de acordo com a Classificação de Zargar

Abordagem terapêutica	Zargar	Conduta
ATR 1	0	Alta com orientação
ATR 1	1	Dieta oral líquida ⇒ pastosa ⇒ sólida IBP ou bloqueador H2 Alta de acordo com a evolução clínica, em uso de bloqueador H2 ou IBP por 30 dias. Reavaliação nos serviços da SES/DF
ATR 2	2a	Dieta oral líquida 24-48 horas, seguida por dieta pastosa ⇒ sólida. Sintomáticos (analgésico/antiemético) IBP ou bloqueador H2 Alta de acordo com a evolução clínica, em uso de bloqueador H2 ou IBP Ambulatório Esôfago HCB EDA/EED após 3-4 semanas da ingestão
ATR 3	2b/ 3	Suporte nutricional (sonda ou nutrição parenteral) Sintomáticos (analgésico/antiemético) IBP Antibiótico – se infecção e/ou uso de corticoide Corticosteroide – se lesões de VAS ou lesões 2b Alta após 7-10 dias, dependendo da evolução Amb. Esôfago HCB (1-4 semanas após a alta) EDA/ EED 3-4 semanas

6.1. Suporte nutricional

6.1.1. Alimentação por via oral

A alimentação por via oral pode ser introduzida após o exame endoscópico nos pacientes que não apresentarem lesões graves em mucosa oral e naqueles sem lesões esofágicas ou gástricas graves (até Zargar 2a).

6.1.2. Sondas nasogástricas (SNG) ou nasojejunais (SNJ)

A nutrição enteral tem como objetivos possibilitar a nutrição e o repouso do esôfago, evitar traumas nas feridas por alimentos; evitar a retenção de partículas nas úlceras e a oclusão total do esôfago.

É indicada nos casos de lesões Zargar 2b e 3, bem como de recusa alimentar, pela presença de lesões orais. Nos casos em que não houver lesão gástrica grave, deve ser passada a SNG. Nos casos de lesão gástrica extensa e/ou profunda, a sonda deve ser nasojejunal.

A remoção da sonda deve acontecer quando a ingestão por via oral puder ser restabelecida, aproximadamente sete a dez dias após a ingestão. Antes de retirar a sonda, sugere-se iniciar dieta líquida por via oral e observar a tolerância do paciente. Nos casos de lesões mais extensas e mais profundas, com maior risco de estenoses extensas, deve-se manter a sonda pelo menos até o exame endoscópico de controle, com o objetivo de evitar a oclusão total do esôfago.

6.1.3. Nutrição parenteral

A nutrição parenteral visa a manter o estado nutricional, o repouso do esôfago, evitar traumas nas feridas por alimentos e a retenção de partículas nas úlceras nos pacientes que apresentarem lesões mais graves, nos pacientes com lesões graves do antro, do piloro e da junção gastroesofágica, que contraindiquem a utilização de sonda como forma de nutrição.

6.2. Medicamentos

Vários medicamentos têm sido avaliados no manejo da ingestão de cáusticos, incluindo corticosteroides, antibióticos e inibidores de secreção ácida. Eles têm algumas indicações precisas, como descrito a seguir. A posologia desses medicamentos está disponível no Anexo VI.

6.2.1. Corticosteroides

Os corticoides reduzem a inflamação e a formação de tecido fibroso, porém, metanálise publicada em 2005 concluiu que seu uso não reduzia a formação de estenose. Em 2014, foi publicado um estudo demonstrando benefício significativo da metilprednisolona endovenosa em altas doses durante três dias, na prevenção de estenose nos pacientes com lesões Zargar 2b, porém ainda não há consenso sobre o assunto. Os corticoides também estão indicados nos casos de comprometimento de vias aéreas e contraindicados nos casos de perfurações e mediastinite. Não há evidência científica de benefício nos casos de lesões Zargar 1, 2a e 3. As doses preconizadas estão demonstradas em tabela no Anexo VI.

* Porém ainda não há consenso sobre o assunto

6.2.2. Antibióticos

Estudos experimentais mostraram redução na incidência de lesões Zargar 3 e de estenoses com o uso precoce de antibióticos e corticoides quando comparado aos controles. Porém, como sua eficácia e segurança em crianças ainda está sob discussão, não recomendamos essa conduta no momento. O uso de antibióticos está indicado quando houver evidências clínicas ou laboratoriais de infecção, pneumonia, perfuração e naqueles casos em que está previsto o uso de corticoterapia.

Quando indicados, os medicamentos de escolha incluem antibióticos de largo espectro, como ampicilina + sulbactam e cefalosporinas de terceira geração, cuja posologia está exposta no Anexo VI.

6.2.3. Inibidores de bomba de prótons ou bloqueadores H2

Os inibidores de secreção ácida têm como objetivos acelerar a cicatrização da mucosa, prevenir o aparecimento de úlceras de estresse e proteger a mucosa do esôfago dos danos adicionais causados pelo refluxo gastroesofágico. Estão indicados em todos os casos em que se observem lesões esofágicas e/ou gástricas. Dependendo da disponibilidade no serviço e da idade da criança, podem ser utilizados bloqueadores H2 ou IBP, por via endovenosa durante a internação e por via oral após a alta. Os bloqueadores H2 têm como vantagens o baixo custo e a disponibilidade na apresentação líquida, enquanto os inibidores de bomba de prótons têm como vantagem a maior eficácia. As desvantagens destes seriam a falta de apresentação líquida e o alto custo do Losec MUPS®, única apresentação do omeprazol que pode ser diluída, o que possibilita a administração em crianças pequenas. A posologia destes medicamentos está disponível no Anexo VI.

6.3. Cirurgia

Avaliação pela cirurgia pediátrica está indicada nos casos de complicações como pneumoperitônio e/ou pneumomediastino. Nos pacientes que apresentam lesões grau 3, em que há um maior risco de perfuração, devem-se solicitar exames e avaliação especializada de acordo com a evolução de cada paciente.

7. CONDUTA NA FASE CRÔNICA

7.1. Acompanhamento ambulatorial (Ambulatório de Doenças do Esôfago do HCB)

7.1.1. Indicações

Pacientes com lesões esofágicas e/ou gástricas moderadas ou graves (Zargar 2 a, 2b e 3), que têm maior risco para desenvolver complicações como estenose esofágica ou pilórica, refluxo gastroesofágico e câncer esofágico.

7.2.2. Frequência das consultas (de acordo com a evolução)

Os pacientes com indicação de acompanhamento em ambulatório especializado devem ser atendidos de uma a quatro semanas após a alta e aumentar progressivamente o intervalo entre as consultas, de acordo com a evolução de cada um, passando a ser mensal, trimestral, semestral e anual.

7.2. Exames de controle

7.2.1. Endoscopia Digestiva Alta (EDA)

O primeiro exame deve ser feito 3-4 semanas após a ingestão da substância cáustica. Se houver estenose, o exame deverá ser repetido com intervalos de 2-3 semanas, para as dilatações, aumentando o intervalo de acordo com a melhora dos sintomas, para uma vez a cada quatro semanas, a cada oito semanas, trimestral, semestral e anual. Após a resolução da estenose, deverá ser realizado bianualmente ou de acordo com os sintomas, para vigilância de câncer esofágico.

7.2.3. Raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno (EED)

O exame deve ser realizado 3-4 semanas após a ingestão de cáustico e posteriormente sua solicitação deve ser individualizada de acordo com a evolução do paciente.

7.3. Tratamento das estenoses (esofágica ou pilórica)

7.3.1. Nutrição

■ Via oral:

Os pacientes que tolerarem dieta líquida ou pastosa, sem engasgos, podem receber a dieta por via oral.

■ Enteral (SNG, SNJ ou gastrostomia):

A nutrição enteral está indicada se o paciente tiver disfagia importante, baixo peso ou necessidade de dilatações retrógradas via gastrostomia.

7.3.2. Tratamento antirrefluxo

Está indicado o uso de IBP (posologia no Anexo VI) para os pacientes que apresentarem evidência clínica ou endoscópica de RGE.

7.3.3. Dilatações esofágicas ou pilóricas

As dilatações endoscópicas esofágicas ou pilóricas devem ser feitas a cada 2-3 semanas, com aumento progressivo do intervalo dependendo do grau de estenose e de disfagia, até a criança tolerar bem a dieta sólida por via oral.

7.3.4. Próteses, corticoides intralesionais, Mitomicina C

Indicados nas estenoses refratárias.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PELQVIST, P., SALMO, M. *Lye corrosion carcinoma of the esophagus: a review of 63 cases*. Cancer, v.45, n.10, pgs. 2655-2658, maio, 1980.
2. BROTO, J., ASENSIO, M., JORRO, C. S., MARHUENDA, C. al. *Conservative treatment of caustic injuries in children: 20 years of experience*. Pediatr. Surg. Int., v. 15 n.5-6, pgs. 323-325, 1999.
3. BOUKTHIR, S., FETNI, I., MRAD, S. M. et al. *High doses of steroids in the management of caustic esophageal burns in children*. Arch. Pediatr. v. 11, nº 1, pgs.13-17, 2004.
4. CONTINI S., SCARPIGNATO C. *World J. Gastroenterol.* v.19 (25): pgs. 3918-3930, jul, 2013.
5. ELSHABRAWI, M., A-KADER, H.H., *Caustic ingestion in children*. Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. v. 5, nº 5, pgs. 637-45, out, 2011.
6. FRANZINI, T.A.P., MOURA, E.G.H., PENNACCHI, C.M.P.S. et al. *Esofagite por ingestão de agentes corrosivos*. In Sakai, P., ISHIOKA, S., MALUF FILHO, F., MOURA, E.G.H., MARTINS, B.C. *Tratado de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: 2014. Pgs. 93-101.
7. KARAMAN, I, KOÇ, O., KARAMAN, A., ERDOGAN D., et. al. *Evaluation of 968 children with corrosive substance ingestion*. Indian J. Crit Care Med., v. 19 nº 12, pgs.714-8, dez, 2015.
8. GONÇALVES, M.E.P., CARDOSO, S.R., CEREDA, DIAMARI, C.R.C. *Endoscopia digestiva pediátrica*. MOURA, E.G. H., ARTIFON, E.L.A., SAKAI, P. *In Manual do residente em endoscopia digestiva*. pgs. 555-71, 2014.
9. PELCLOVÁ, D., NAVRÁTIL T., *Do corticosteroids prevent oesophageal stricture after corrosive ingestion?* Toxicol. Rev. v. 24, n. 2, p. 125-9, 2005.
10. RAFEEY, M., GHOJAZADEH, M., MEHDIZADEH A., et al. *Intercontinental comparison of caustic ingestion in children*. Korean J. Pediatr. v. 58(12) pgs.491-500, 2015.
11. THOMSON, M., TRINGALI, A., LANDI, R., DUMONCEAU, J.M., et al. *Pediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2016. [Epub ahead of print].
12. WIGHTMAN, R.S., READ, K.B., HOFFMAN, R.S. *Evidence-based management of caustic exposures in the Emergency Department*. Emerg. Med. Pract. 2016; v. 18, nº 5. pgs. 1-17, mai, 2016.
13. ZARGAR, S.A., KOCCHAR, R., MEHTA, S. et al. *The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns*. Gastrointest. Endosc. v. 37, nº 2. pgs.165-9, 1991.

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL
ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

11

ANEXOS

INGESTÃO
SUBSTÂNCIAS
CÁUSTICAS

1ª EDIÇÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

Autores

ANA AURÉLIA ROCHA DA SILVA
ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE REZENDE
MARLON DE JESUS OLIVEIRA E SILVA
RAQUEL SOUZA PASSOS
REINALDO FALLUH FILHO
WALLACE ACIOLI FREIRE DE GOIS

Editores

ELISA DE CARVALHO
ERIKA BOMER
ISIS QUEZADO MAGALHÃES
RENILSON REHEM

HOSPITAL DA
CRIANÇA
DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR



SUMÁRIO

DIRETRIZ INTERPROFISSIONAL

ANEXO I	19
ANEXO II	19
ANEXO III	20
ANEXO IV.....	20
ANEXO V	22
ANEXO VI	22

ANEXO I – TIPOS DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS E SEUS USOS

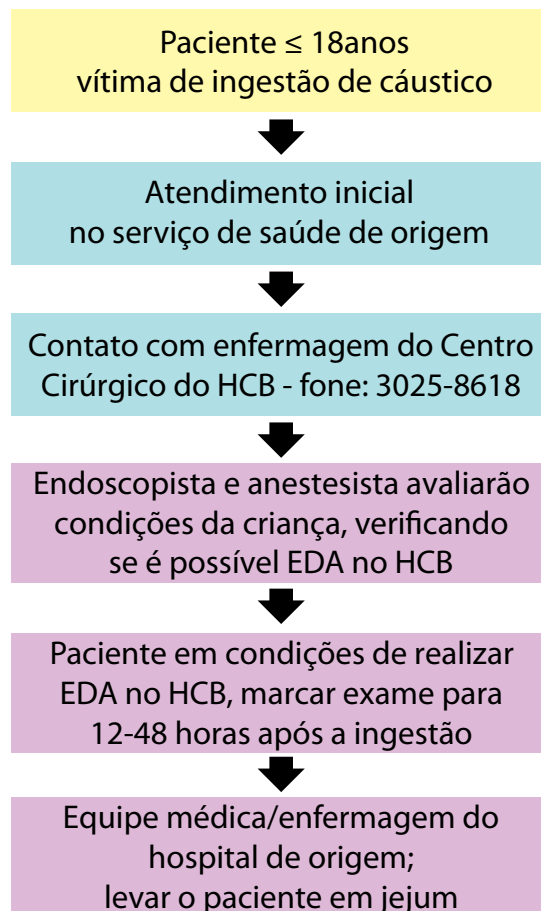
Tipo de agente	Uso em domicílio
Álcalinas	
Hidróxido de sódio e potássio	Detergentes, limpa-fornos, sabões (artesanais), baterias, cosméticos
Hidróxido de amônia	Desinfetantes
Hipoclorito de sódio e de cálcio	Alvejantes
Carbonato sódico	Alvejantes
Perborato sódico	Alvejantes, detergentes e desinfetantes
Fosfato sódico	Creme dental
Hipoclorito de sódio	Alvejantes e água sanitária
Ácidos	
Ácido clorídrico	Antioxidantes, limpeza de sanitários, limpeza de piscina
Ácido sulfúrico	Limpeza de sanitários, líquido de baterias
Ácido nítrico	Fabricação de tintas
Peróxido de hidrogênio	Desinfetantes, alvejantes
Ácido fosfórico	Detergentes

ANEXO II - ATENDIMENTO INICIAL NOS CASOS DE INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS

- Anamnese + exame físico
- Manutenção de vias aéreas
- Estabilização hemodinâmica
- Jejum/hidratação venosa
- Raio X de tórax/abdômen, se há suspeita de perfuração
- Exames de laboratório (hemograma, PCR, gasometria, eletrólitos, função renal) – individualizar solicitação
- Notificação
- EDA em 12-48 horas

- **Não fazer**
 - Lavagem gástrica
 - Neutralização ácida
 - Diluição com leite ou água
 - Indução de vômitos
 - Carvão ativado
 - SNG antes da endoscopia

ANEXO III – FLUXOGRAMA PARA A REALIZAÇÃO DE EDA DE VÍTIMAS DE INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS NO HCB



ANEXO IV – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE SUBMETIDO A EDA POR INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA

Nome: _____ D.N.: ____/____/____

SES: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Hospital de origem: _____

Data/hora da ingestão: _____

ANEXO V - CLASSIFICAÇÃO ENDOSCÓPICA DE ZARGAR

Grau da lesão	Aspecto da mucosa	Risco de estenose
0	Normal	Não
1	Edema e hiperemia da mucosa	Não
2A	Mucosa friável, erosões, bolhas, exsudato, pontos hemorrágicos e ulceração superficial	Pouco frequente
2B	Duas ou mais ulcerações pouco profundas ou circunferenciais	Sim
3A	Ulcerações múltiplas, pequenas áreas de necrose	Sim
3B	Necrose extensa	Sim

ANEXO VI - POSOLOGIA DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA INGESTÃO DE CÁUSTICOS

Medicamentos	Posologia
1. Inibidores de secreção ácida	
Antagonistas dos receptores H ₂	
Ranitidina	5mg a 10mg/kg/dia – duas vezes/dia (Máximo: 300mg)
Inibidores de bomba de prótons	
Omeprazol	0,7mg a 3,5mg/kg/dia – uma a duas vezes/dia
Pantoprazol	0,3mg a 1,2mg/kg/dia – uma a duas vezes/dia
Esomeprazol	5mg a 10mg /dia <20 kg/10 a 20 mg/dia >20 kg
Lansoprazol	15mg a 30mg, uma vez/dia
2. Antibióticos	
Ampicilina + Sulbactam	100mg/kg/dia 6/6 ou 8/8 horas
Ceftraxiona	100mg/kg/dia EV 12/12 horas
3. Corticosteroides	
Dexametasona	1mg/kg/dia
Metilprednisolona	1g/1,73 m ² /dia – 3 dias

