

Prevenção de Acidentes na Otorrinolaringologia

*Sylvan Stool, Ryan Stevens, Scott Millsovich, Gene Reider e
Daniel Stool*

Os médicos sempre estiveram interessados na prevenção de acidentes ao investigar os tipos e causas de incidentes e sugerir formas de prevenção. Devido a tais esforços, observou-se diminuição de mortes acidentais e lesões causadas por ingestão ou aspiração de corpos estranhos. Tais avanços se deram por meio de várias opções: avanços tecnológicos de instrumentos endoscópicos, anestesia pediátrica mais segura, melhora das técnicas radiológicas e melhores antibióticos. Agências como a Comissão de Segurança de Bens de Consumo e organizações médicas como a Academia de Pediatria e a Academia de Otorrinolaringologia trabalham juntas para aumentar a segurança.

Apesar de tais esforços, engasgos ainda são causa de 40% das mortes por acidente em crianças com menos de 1 ano de idade nos Estados Unidos. As crianças menores têm maior risco de sufocamento ou estrangulamento. Os fatores causais incluem aumento da mobilidade de crianças pequenas e acesso a novos objetos no ambiente doméstico. A curiosidade natural da criança e a exploração oral e estimulação das gengivas durante a erupção dos dentes contribuem para os acidentes. Os otorrinolaringologistas pediatras também envolveram-se em vários estudos sobre sufocamento e estrangulamento.

As lesões seguem a fórmula de Risco ($\text{Risco} = \text{Perigo} \times \text{Exposição}$) que é resultado do produto do Perigo multiplicado pela Exposição. O risco leva em consideração o uso previsto de um objeto pela criança e quaisquer defeitos na fabricação ou desenho do produto. A exposição é modificada pela acessibilidade e vigilância do cuidador e a quantidade do produto no ambiente.

Avaliação diagnóstica

O diagnóstico pode ser muito difícil pois frequentemente não há história de episódios de engasgo e os sintomas estão ausentes ou são semelhantes àqueles de outras patologias infantis comuns, com febre, baba, perda de peso, tosse e pneumonia. O diagnóstico, portanto, exige alto grau de suspeita. Oitenta por cento das crianças com crises de engasgo são atendidas no prazo de 48 horas após o evento e praticamente todas são corretamente diagnosticadas no período de 7 dias. O médico deverá fazer perguntas sobre engasgos em todas as crianças que apresentarem queixas de pneumonia, tosse crônica, estridor em um criança que não tem asma, dificuldade de deglutição e mudanças na dieta especialmente se a criança recusa sólidos. Se a criança é suspeita de ter tido um episódio de engasgo, devem então ser feitas perguntas sobre duração da tosse, tipo de material regurgitado, presença de estridor, retrações, mudanças vocais, baba, cianose e alteração de hábitos alimentares.

Avaliação física

Esta avaliação pode ser coordenada com a queixa principal para decidir se o problema é de vias aéreas ou digestivas e deve focar baba, estridor, alterações vocais, posicionamento anormal de pescoço e da cabeça e ausculta do tórax. A política do autor é de sempre suspeitar de corpo estranho se o médico nota sons anormais na respiração, pois os corpos estranhos produzem sinais iniciais mas muitas vezes mudam de lugar ou os pulmões se acomodam.

Avaliação radiológica

Os estudos radiológicos são muito importantes no diagnóstico e atendimento de crianças com corpos estranhos; porém, é importante que se selecione o exame correto. O raio-x plano de nasofaringe até a pelve na incidência ântero-posterior e lateral pode estar normal, os sinais podem até indicar corpo estranho no pulmão, mas poderá haver outros ainda na criança. Os estudos com contraste podem ser úteis em corpos estranhos rádio-opacos. A fluoroscopia pode detectar diferenças sutis em aeração dos principais brônquios e mostrar alterações mediastinais. Este método é muito importante em crianças com história de estridor sem antecedentes de asma e sem evidências de patologia pulmonar. Os plásticos e outros corpos estranhos lucentes na radiografia serão apenas suspeitados por meio de fluoroscopia. Estudos de tomografia computadorizada podem ser úteis, mas necessitam de anestesia, assim como a ressonância magnética.

Broncoscopia e esofagoscopia

O diagnóstico pode ser feito através de avaliações endoscópicas quando o diagnóstico é indefinido ou há sintomas inexplicáveis. Exames anteriores deverão ser reavaliados ou novos exames feitos para comparação. O médico deverá ser experiente e contar com instrumentos de tamanho adequado para crianças. Os telescópicos ópticos com vídeo em tempo real e instrumentos flexíveis estão disponíveis para que o procedimento seja mais seguro. Os broncoscópios abertos oferecem uma via apropriada para ventilação e remoção de sangue e secreções. O Centro Americano para Controle e Prevenção de Lesões publicou algumas dicas de segurança. As sugestões para as refeições incluem cortar em pedaços alimentos como cachorro-quentes ou uvas e vegetais crus e evitar balas viscosas, nozes, sementes e pipoca para crianças muito pequenas. Não dê às crianças brinquedos pequenos o suficiente para se encaixarem em $1\frac{1}{4}$ de círculo ou que sejam menores que $2\frac{1}{4}$ polegadas de comprimento. Ensine as crianças mais velhas a não deixar brinquedos espalhados e mantenha as moedas, bolinhas de gude, pilhas, tampas de caneta, carrinhos de rodas de borracha e pequenas bolinhas longe das crianças menores. Muitas crianças já morreram por causa de bexigas de borracha rompidas e não deverão jamais brincar com elas. Há vários métodos e instrumentos para avaliar os bens de consumo e o desenho dos objetos em desenvolvimento e é uma abordagem razoável para prevenir que sejam fabricados objetos que podem machucar as crianças.

Sufocamento

Trata-se de uma causa de morte presente especialmente em crianças menores, causada por filmes plásticos e artigos de vestuário. Os filmes plásticos são utilizados em produtos comerciais e bens de consumo para sacolas e embalagens. Os estudos mostram que a maior causa de lesão e morte está relacionada à rigidez de dobra dos filmes envolvidos. Muitas dessas embalagens trazem avisos sobre este risco, mas o médico deverá enfatizar este perigo com as famílias.

Estrangulamento

O ORL pediatra pode desempenhar um papel muito importante na prevenção e no tratamento de lesões por estrangulamento. O pescoço é uma passagem complexa da comunicação entre a cabeça e o tronco. Inclui as vértebras, vias aéreas e grandes vasos e nervos.

O estrangulamento por suspensão, conhecido como asfixia posicional, causa 70% das lesões e deve-se à constrição do pescoço de tal forma que o peso do corpo puxa as estruturas do pescoço. Se a tensão for aplicada às vias aéreas então há asfixia e acredita-se que a base da língua é empurrada contra a parede posterior e a epiglote dobra-se sobre a laringe. Tais incidentes podem ser causados por roupas que tenham amarração, ou colchões que não cabem no berço e levam ao aprisionamento da cabeça. Os cabos deverão ser curtos e sem laçadas e conter mecanismos de interrupção que liberam menos de 4 libras de peso. O estrangulamento por ligadura é causado pela oclusão das artérias carótidas e pode causar morte rapidamente. As artérias são muito móveis e apresentam pressão intraluminal muito alta e são difíceis de ocluir; entretanto, as veias são muito fáceis de ocluir. A oclusão venosa pode levar a inchaço cerebral e lesão neurológica. Os requisitos de segurança são os mesmos que para estrangulamento por suspensão e há exemplos de casos desta lesão causados por persianas ou fios elétricos.

Referências bibliográficas

1-National Center for Injury Prevention and Control. This site has fact sheets of value to the physician and consumer www.cdc.gov/ncipc/cmprfaact.htm.

2-Reilly JS, Cook SP, Stool D, et al; Prevention and Management of Aerodigestive Foreign Body Injuries in Childhood. *Ped Cl of North America*: Vol 43. Number 6. December 1996

3-Rimell FL, Thome A, Stool S; et al Characteristics of Objects that Cause Choking in Children: *JAMA*, December 13, 1995-Vol 274, No 22 PP 1763-1766