PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

VITÓRIA | AGOSTO 2023

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 1 / 18

PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO

INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA

Endereço
Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225 Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP 29.050-260
(27) 3347-5630
(27) 3347-5680

Governador do Estado
José Renato Casagrande

Secretário de Estado da Saúde
Miguel Paulo Duarte Neto

Subsecretário de Estado de Regulação do Acesso em Saúde - SSERAS
Gleikson Barbosa dos Santos

Gerência de Regulação do Acesso Hospitalar - GEREH
Núcleo Especial de Regulação de Urgência e Emergência - NERUE
Alessandra Baque Berton

Equipe Responsável pela Elaboração
Alessandra Baque Berton - Gerente de Regulação do Acesso Hospitalar - GEREH

Geórgia Lopes de Miranda Loura - Médica Apoio Técnico - Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde - SSERAS.

Yure P. Ruas Xavier - Médico Apoio Técnico do Núcleo Especial de Regulação de Urgência e Emergência - NERUE.

Revisão
Sara Soares Lima - Coordenadora Médica - Núcleo Especial de Regulação de Urgência e Emergência - NERUE/GRAAS

Apoio
Clarice Marx de Oliveira - Coordenadora Médica - Setor de Endoscopia Digestiva do Hospital Estadual Dr. Dório Silva - HEDS.

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 2 / 18

Sumário

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 4

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS 4

3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA 5

4. CENÁRIOS CLÍNICOS 5

5. FLUXO PARA ADMISSÃO DO PACIENTE COM INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS (CE) 7

6. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO 7

7. ABORDAGEM TERAPÊUTICA 8

7.1 Remoção Endoscópica 10

7.2 Intervenção Cirúrgica 11

7.3 Seguimento 11

8. MANEJO DE ACORDO COM O TIPO DE CORPO ESTRANHO INGERIDO 11

8.1 Objetos Rombos 11

8.2 Moedas 11

8.3 Baterias 12

8.4 Objetos Pontiagudos 14

9. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NOS CASOS DE OBJETOS PONTIAGUDOS PODE SER VISTO ABAIXO: 15

10. FLUXOGRAMA PARA MANEJO CLÍNICO E REGULATÓRIO PARA CORPOS ESTRANHOS NA FARINGE A PARTIR DE UBSS/UPAS: 16

11. BIBLIOGRAFIA 17

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 3 / 18

PROTOCOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os acidentes com ingestão de corpos estranhos são frequentes na população em geral. Os corpos estranhos (CE) impactados no trato digestório alto são a segunda causa de emergência endoscópica. Crianças, idosos, pacientes com deficiências mentais, com alteração do nível de consciência secundário ao uso de drogas e aqueles submetidos à gastroplastia redutora estão entre os principais grupos de risco. As crianças correspondem a 80% dos casos, sendo a maior incidência dos 6 meses até 3 anos de idade. Outro fator de risco é ingestão de alimentos como peixes e carnes com ossos.

Aproximadamente 80% dos corpos estranhos são eliminados espontaneamente, 20% requerem retirada endoscópica e menos de 1% demandam cirurgia.

As moedas são os CE mais frequentemente envolvidos, porém, outros objetos estão associados à maior morbimortalidade, como os pontiagudos, os perfurocortantes, os ímãs e as baterias. Estas últimas, por estarem contidas em vários brinquedos, aparelhos eletrônicos, controles e outros objetos de fácil acesso às crianças, têm sido responsáveis por um grande número de acidentes e, se não forem retiradas do esôfago em até duas horas após a ingestão, podem causar várias complicações relacionadas à compressão local, ao extravasamento de substâncias tóxicas (formando radicais hidróxido na mucosa e tornando o pH alcalino) ou à carga elétrica. Nos últimos anos, com o aumento do uso das baterias de lítio e de maior diâmetro, têm sido relatadas complicações mais graves, como perfurações esofágicas, pneumotórax, mediastinite, broncoaspiração, pneumonias, infecções sistêmicas, estenoses esofágicas, insuficiências respiratórias, fístulas traqueoesofágicas e fístulas para grandes vasos, que podem ocorrer até vários dias após a retirada endoscópica.

2. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Os corpos estranhos que são deglutidos, após transpor a hipofaringe e esôfago tendem a serem eliminados por via retal. Os locais onde podem ocorrer impactação são: esfíncter superior do esôfago, piloro, ângulo de Treitz, válvula ileocecal e ânus. Dos corpos estranhos ingeridos 80% a 90% são eliminados espontaneamente, mas 10% a 20% necessitam de intervenção endoscópica e 1% de cirurgia.

Os corpos estranhos são classificados em:

a) Elementos cortantes (vidros/ossos);

b) Elementos pontiagudos (agulhas/espinha de peixe);

c) Elementos rombos (moedas/tampinha de garrafa);

d) Elementos compridos e finos (chaves/canetas);

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 4 / 18

e) Tóxicos (baterias/narcóticos);

f) Eletromagnéticos (imãs)

g) Não tóxicos (bolo alimentar).

Os objetos considerados de alto risco são os pontiagudos, tóxicos e de grandes dimensões (com medidas maiores que 2 cm de diâmetro/largura ou 5 cm de comprimento) e objetos que não progridem após 3 dias de observação.

3. APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A ingestão de CE pode levar a sintomas inespecíficos. Sendo assim, quando não é presenciada por adultos e/ou ocorre em crianças pequenas, frequentemente há atraso no diagnóstico e no tratamento, o que pode levar à complicações graves, incluindo o óbito.

É necessário, portanto, um alto índice de suspeição por parte da família e, particularmente, dos pediatras, a fim de estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado em tempo hábil.

O paciente pode informar que fez ingestão do objeto e descrevê-lo. Se a localização do corpo estranho é na hipofaringe ou esôfago, a apresentação clínica poderá ser de disfagia ou odinofagia, sialorreia, dor localizada, engasgo tosse e sensação permanente do corpo estranho. Caso o CE esteja localizado no estômago ou duodeno, o quadro clínico pode variar desde ausência de sintomas até obstrução intestinal alta com vômitos de estase e dor abdominal tipo cólica.

Ao exame físico deve-se atentar para sinais de toxemia, enfisema subcutâneo, celulite cervical, irritação peritoneal, semiologia pulmonar alterada.

Os exames complementares de imagem (RX simples de tórax: PA e perfil; e do abdome) são úteis nos casos de corpo estranho radiopaco. O exame radiológico com contraste de bário deve ser evitado, pois atrasa a investigação endoscópica, além de apresentar risco de broncoaspiração.

4. CENÁRIOS CLÍNICOS

Cenário I

Paciente com história de ingestão acidental de CE (espinha de peixe). Apresenta sensação de corpo estranho em orofaringe (tonsila) e dor à deglutição. Ao exame de oroscopia e visualização do corpo estranho em amígdala (tonsilas). Realizar manejo na unidade básica de saúde (UBS) ou unidade de pronto atendimento (UPA) – retirada com pinça de corpo estranho e retorno para reavaliação.

Cenário II

Paciente com história de ingestão de corpo estranho pontiagudo ou tóxico (baterias, pilhas, narcóticos) com queixas de odinofagia ou sensação de corpo estranho em região cervical. Tal situação representa emergência e o encaminhamento, após medidas de suporte, para hospital de referência com recursos de retirada endoscópica, via central de regulação de

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 5 / 18

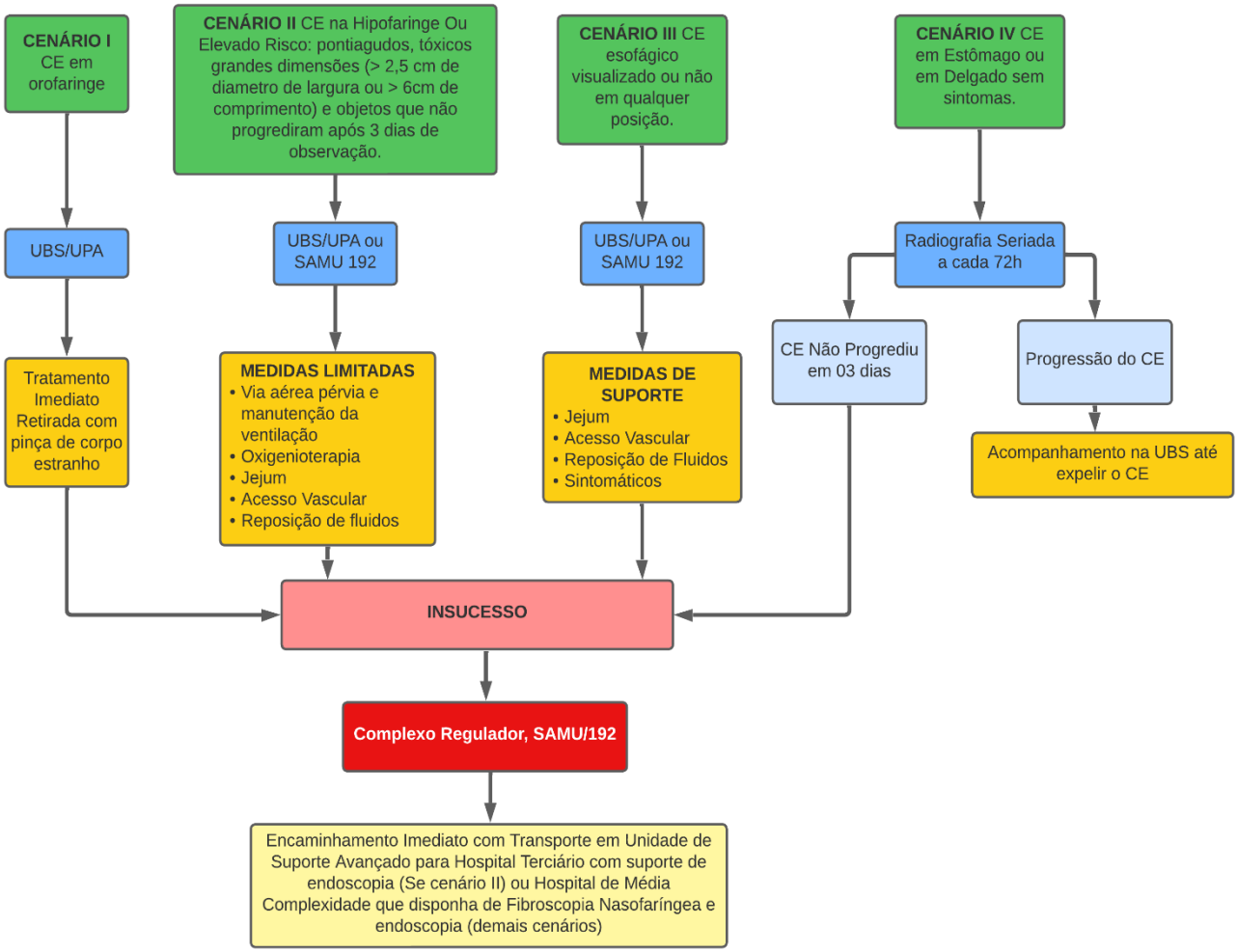
urgência/192, deve ser imediato. Se disponível na unidade de atendimento inicial, e não retardar a transferência do paciente, é recomendável que se solicite radiografia de tórax e abdome para avaliação da posição do CE.

Cenário III

CE em posição esofágica. Paciente com sensação de corpo estranho na região cervical. Após oroscopia e radiografias de tórax e abdome não houve localização do corpo estranho ou visualiza-se em posição esofágica.
Encaminhar o paciente para hospital terciário ou de média complexidade que disponha de fibroscopia nasofaríngea e endoscopia digestiva. Pacientes com sialorreia intensa devem ser referenciados em caráter de urgência via central de regulação de urgência/192.

Cenário IV

Paciente com história de ingestão de corpo estranho de baixo risco (moeda). A radiografia de tórax demonstra objeto metálico em região de epigástrio.
Realizar radiografias de controle a cada 72 horas e se não houver progressão em 3 semanas regular para hospital de média complexidade que disponha de endoscopia digestiva alta e serviço de cirurgia digestiva.



2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 6 / 18

5. FLUXO PARA ADMISSÃO DO PACIENTE COM INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS (CE)

A avaliação inicial do paciente será realizada pelo profissional de saúde do hospital de origem, que procederá à investigação diagnóstica, incluindo a anamnese e o exame físico, bem como os exames complementares (radiológicos), visando à melhor avaliação do tipo, forma, tamanho e localização do CE, o que definirá a conduta a ser seguida a partir de então. Ao confirmar o diagnóstico ou se persistir forte suspeita clínica de ingestão de CE com o paciente estável e sem sinais de gravidade, a equipe assistente entrará em contato direto com a Unidade Hospital de Referência do seu município, que será responsável pela realização do exame endoscópico de acordo com a urgência do caso (ou referenciamento se serviço inexistente). O transporte de pacientes nesses casos ficará a cargo de cada município.

A segunda avaliação será realizada pelo médico endoscopista que, através do exame endoscópico, definirá a gravidade das lesões, o que determinará a conduta e o prognóstico do paciente. Após a realização do exame, o paciente retornará ao hospital de origem ou será mantido na unidade hospitalar de referência, para tratamento especializado, caso seja necessário, e seguirá o fluxo de atendimento de acordo com o tipo de corpo estranho ingerido e as lesões encontradas.

Aqueles que não apresentarem lesão mucosa ou risco para desenvolver complicação, receberão alta com orientações.

Os pacientes que apresentarem lesões mucosas, complicações ou risco potencial para desenvolvê-las, serão conduzidos em ambulatórios de egressos. Nesses casos, o exame endoscópico de controle será agendado, em média, para quatro semanas depois.

6. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação inicial do paciente será realizada por médico do serviço de saúde de entrada do paciente. Essa avaliação inicial deverá incluir:

- Idade;
- Quadro clínico do paciente;
- Tempo decorrido desde a ingestão;
- Tipo, Tamanho, Forma;
- Localização do CE;
- Sinais de complicação e a gravidade do caso.

Com base nesses dados, serão estabelecidos a indicação e a urgência para a remoção endoscópica. Nos casos com indicação de remoção, o endoscopista do serviço de referência procederá à remoção do CE e avaliará se há lesão da mucosa subjacente, complicações e/ou risco potencial de desenvolvê-las.

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 7 / 18

Características do CE aliadas à gravidade das lesões determinarão o risco, o que está exposto na tabela abaixo:

Tabela 1: (Estratificação de risco para ingestão de corpo estranho).

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES
Risco 1	CE localizados abaixo do esôfago, rombos, que não eliminam substâncias tóxicas, menores de 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento, em paciente sem fator de risco para impactação, em paciente assintomático. Ex.: moedas.	**Baixo**
Risco 2	CE no esôfago; baterias, 2 ímãs ou mais, perfurocortantes ou pontiagudos; CE maiores que 2,5cm em diâmetro e 6cm em comprimento; com fator de risco para impactação, mas sem complicação.	**Médio**
Risco 3	Pacientes já com complicações	**Alto**

Os pacientes classificados como risco 1 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 1 (ATR1); os classificados como risco 2 serão incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 2 (ATR2) e aqueles pacientes categorizados como risco 3 deverão seguir a Abordagem Terapêutica Risco 3 (ATR3).

7. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A abordagem terapêutica será determinada pelo quadro clínico do paciente, pelo tempo da ingestão e de jejum, características e localização do CE, bem como pelo risco de complicações. A abordagem está resumida na Tabela abaixo:

Tabela 1: (Abordagem Terapêutica).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA	SITUAÇÕES	CONDUTA
ATR 1	CE localizados abaixo do esôfago, rombos, que não eliminam substâncias tóxicas, menores que 2,5 cm em diâmetro e 6 cm em comprimento, em paciente sem fator de risco para impactação, assintomático	• Remoção endoscópica eletiva, se surgirem sintomas. • Alta com orientações.

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 8 / 18

ATR 2	CE no esôfago, perfurocortantes ou pontiagudos, baterias, 02 ou mais ímãs, CE maior que 2,5 cm em diâmetro e que 6 cm de comprimento; com fator de risco para impactação, mas sem complicação	• Remoção endoscópica imediata ou urgente. • Internação no Hospital de Referência ou transferência subsequente do paciente a outra unidade hospitalar da rede a depender das condições clínicas. • Alta com orientação
ATR 3	Pacientes com complicações: ▪ lesões de mucosa, ▪ perfuração esofágica ou ▪ intestinal, ▪ extravasamento de material tóxico para o mediastino	• Internação na própria referência • Dieta oral zero • Dieta por sonda • Hidratação venosa • Sintomáticos • Antibióticos • Bloqueadores H2 ou • inibidores da bomba de prótons • Avaliação pela Cirurgia Pediátrica ou Geral • Referência posterior ao ambulatório de egressos.

Objetos rombos, menores que 2,5 cm de diâmetro ou que 6 cm de comprimento, que não eliminam substâncias tóxicas, em pacientes sem estenoses ou cirurgias prévias do trato digestório e que estejam abaixo do esôfago apresentam baixo risco (risco1) e devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 1. A conduta é expectante, sem indicação de remoção endoscópica, exceto se o paciente apresentar sintomas.

Objetos localizados no esôfago, independentemente do tipo, objetos pontiagudos, perfurocortantes, baterias, dois ou mais ímãs, objetos maiores que 2,5 cm de diâmetro ou que 6 cm de comprimento, ou ainda se o paciente tiver história de estenose ou de cirurgia prévia do trato digestório, mas sem lesões ou sinais de complicação, apresentam risco moderado e devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 2. Esses pacientes devem ser submetidos à remoção endoscópica imediata (menos de duas horas) ou urgente (até 24 horas). Após a remoção do CE, o paciente ficará na unidade de referência ou a depender da condição clínica do paciente, referenciado para outras unidades hospitalares da rede.

Pacientes que apresentarem lesões do trato digestório, sinais clínicos ou radiológicos de perfuração, como pneumomediastino ou pneumoperitônio, ou que apresentarem extravasamento de material tóxico para o mediastino devem ser incluídos na Abordagem Terapêutica Risco 3.

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 9 / 18

Os pacientes cujo exame endoscópico demonstrar lesão mucosa deverão retornar ao hospital de origem ou ser transferidos para o Hospital de Referência, caso não seja possível o tratamento adequado no hospital de origem.

O tratamento deverá ser individualizado, de acordo com o tipo de lesão, e pode incluir: restrição de dieta por via oral, dieta por sonda, hidratação venosa, sintomáticos, antibióticos e bloqueadores H2 ou inibidores de bomba de prótons. Nos casos de perfuração, deve ser solicitada avaliação pela cirurgia pediátrica ou cirurgia geral de acordo com a idade. Esses pacientes deverão ter consulta de egresso marcada no Ambulatório de Doenças de Esôfago do serviço de referência em até quatro semanas após a alta.

A posologia dos medicamentos está disponível no quadro abaixo:

Medicamentos		Posologia
Inibidores de secreção ácida	**Antagonistas dos receptores H2**	
	Ranitidina	5 a 10mg/kg/dia – 2x/dia (Máximo: 300mg)
	Inibidores da Bomba de Prótons	
	Omeprazol	0,7 a 3,5mg/kg/dia - 1 a 2x/dia
	Pantoprazol	0,3 a 1,2mg/kg/dia -1 a 2x/dia
	Esomeprazol	5 a 10mg/ dia < 20kg
	Lansoprazol	10 a 20mg/ dia >20kg (15 a 30 mg, 1x/dia)
Antibióticos	Ampicilina + Sulbactam	100mg/kg/dia EV 6/6 ou 8/8 horas
	Ceftraxiona	100mg/kg/dia EV 12/12 horas Adultos: 1g EV de 12/12h

7.1 Remoção Endoscópica

Quando indicada, deve ser realizada de forma imediata (menos de duas horas), urgente (até 24 horas) ou eletiva (mais de 24 horas), de acordo com cada situação, o que está demonstrado no quadro abaixo:

Tempo	Situação
Imediata (<2horas)	• Bateria no esôfago; • Objetos longos, perfurantes ou cortantes; • CE causando obstrução esofágica completa, impedindo deglutição de saliva.
	• Alimento, moeda ou outros CE rombos no esôfago, sem sinais de obstrução completa; • ≥ dois ímãs ou um ímã e um objeto metálico; • Objetos no estômago >2,5 cm de diâmetro ou > 6 cm de comprimento;

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 10 / 18

Urgente (<24 horas)	• Persistência de sintomas esofágicos mesmo sem evidência radiológica de corpo estranho; • Bateria no estômago. • Ingestão de CE em pacientes com fatores de risco para impactação abaixo do duodeno (estenoses congênitas ou adquiridas, cirurgias prévias do trato digestório, divertículo de Meckel etc.)

Recomenda-se repetir a radiografia imediatamente antes da endoscopia de forma a evitar exame desnecessário, para os pacientes nos quais o CE já tenha migrado.

7.2 Intervenção Cirúrgica

Indicada de acordo com as peculiaridades de cada caso, se houver:

- Perfuração, obstrução ou fístula;
- Objetos perfurantes ou cortantes no mesmo local por mais de três dias;
- Outros objetos no mesmo local por mais de uma semana.

7.3 Seguimento

Na alta hospitalar, os pacientes devem ser orientados a retornar caso apresentem sinais de alerta, como sialorréia, dor retroesternal, dor abdominal, hemorragia digestiva, náuseas e vômitos persistentes.
Nos casos de CE que não puderem ser removidos por endoscopia, a conduta irá variar de acordo com o tipo de CE e dos sintomas apresentados.

8. MANEJO DE ACORDO COM O TIPO DE CORPO ESTRANHO INGERIDO

8.1 Objetos Rombos

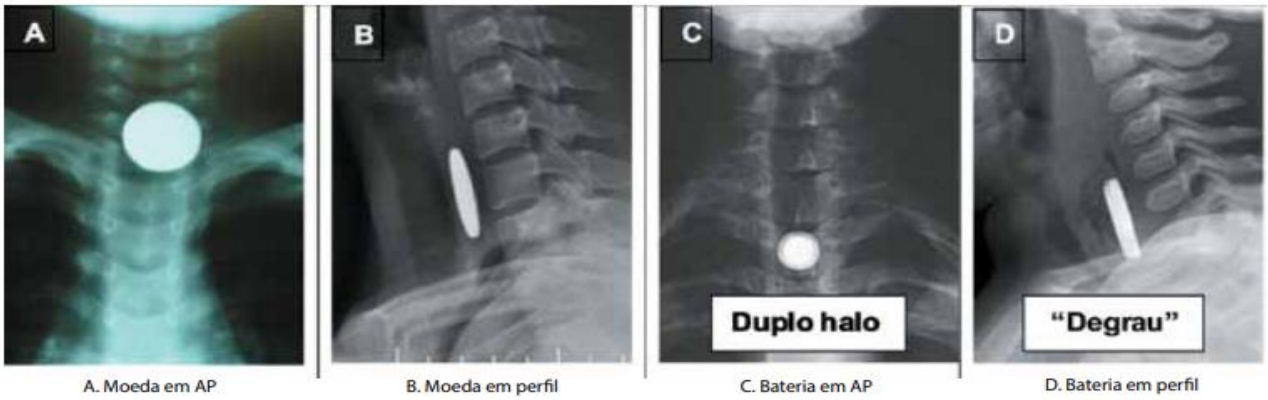
Os objetos rombos não apresentam risco significativo de complicações. O diagnóstico é sugerido pela história clínica e confirmado por exame radiológico, se o CE for radiopaco.
Se estiver localizado no esôfago, existe indicação para retirada endoscópica em até 24 horas, mesmo se o paciente estiver assintomático.
Se os objetos estiverem localizados no estômago ou duodeno, devem ser retirados caso apresentem mais de 2,5 cm de diâmetro e/ou comprimento maior que 6 cm, ou se o paciente estiver sintomático. Para objetos menores em pacientes assintomáticos, recomenda-se acompanhamento clínico, indicando-se a retirada caso o paciente passe a apresentar sintomas ou se não tiver eliminado o CE espontaneamente em até quatro semanas.

8.2 Moedas

Apesar do bom prognóstico habitual, a moeda é causa importante de preocupação para as famílias, por ser o CE mais frequentemente ingerido. Após a anamnese e o exame físico, as radiografias simples em AP e perfil (cervical, tórax e abdômen) confirmarão o diagnóstico, demonstrarão a localização e ajudarão a diferenciar moedas de baterias

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 11 / 18

(estas, com imagem de duplo halo em AP e de degrau no perfil), como demonstrado na figura abaixo. Essa diferenciação é importante porque a conduta varia nas duas situações.



A. Moeda em AP | B. Moeda em perfil | C. Bateria em AP | D. Bateria em perfil

O exame endoscópico permite a retirada da moeda e a visualização da mucosa subjacente; sua indicação depende da localização e dos sintomas, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Localização	Paciente Sintomático	Paciente Assintomático
Esôfago	• Retirada imediata (se incapaz de deglutir saliva ou sintomas respiratórios).	• Retirada em até 24 horas, repetindo-se o raio-X imediatamente antes da EDA*, pela possibilidade de migração.
Estômago	• Retirada urgente (espera-se o tempo de jejum).	• Repetir radiografias e retirar em 2-4 semanas se a moeda permanecer no estômago ou se o paciente se tornar sintomático.

* EDA – Endoscopia Digestiva Alta

8.3 Baterias

A ingestão de bateria tem sido responsável por complicações graves, que podem ocorrer se ela não for retirada em até duas horas. São esofagites cáusticas, estenoses e perfurações esofágicas, mediastinites, fístulas traqueoesofágicas, fístulas para grandes vasos e óbito. Na literatura há relato de óbito por hemorragia digestiva (fístula para grande vaso), que ocorreu até 27 dias após a retirada endoscópica da bateria.

O diagnóstico é dado pelo relato de ingestão, porém, como as baterias estão presentes em muitos aparelhos e, com frequência, as ingestões não são presenciadas, sintomas como sialorreia, recusa alimentar, engasgos e sintomas respiratórios persistentes, além de sinais como dispneia e enfisema subcutâneo devem levantar essa hipótese diagnóstica.

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 12 / 18

As radiografias cervicais, torácicas e abdominais em AP e perfil confirmam o diagnóstico (imagem de duplo halo em AP e de degrau em perfil) e a localização, além de diferenciar as baterias das moedas, como demonstrado na figura prévia.

A localização vai determinar o tempo de retirada endoscópica, como demonstrado na tabela abaixo:

Localização	Paciente Sintomático	Paciente Assintomático
Esôfago	• Remoção imediata	• Remoção imediata
Estômago/ Duodeno	• Remoção imediata, se o paciente tiver risco de impactação ou se ingeriu também um ímã.	• Remoção urgente (espera-se o tempo de jejum).
Abaixo do duodeno	• Retirada por colonoscopia ou cirurgia.	• Repetir raio X em 48 horas, posteriormente em 10-14 dias ou se surgirem novos sintomas. Se não progredir, avaliar necessidade de remoção por colonoscopia ou cirurgia.

Nos casos em que não houver lesão da mucosa, o paciente deverá receber alta com orientação de retornar se tiver qualquer sintoma.

Nos casos em que houver lesão significativa da mucosa esofágica, o endoscopista deve passar sonda nasogástrica (SNG), sob visão direta. Esses pacientes devem ser internados, sem dieta por via oral, recebendo dieta por sonda, em uso de antibiótico de amplo espectro e inibidor de bomba de próton por via endovenosa. Devem ser submetidos a tomografia torácica ou ressonância magnética, se disponível, para avaliação da parede esofágica e de áreas subjacentes.

De acordo com os sintomas e exames, define-se a conduta, como na tabela abaixo:

Grau de lesão	Conduta
Sem lesão	• Alta com orientação
Lesão leve sem sinal de perfuração	• Introduzir dieta líquida por via oral e progredir de acordo com a idade e a aceitação pelo paciente. • Alta quando estiver assintomático, com orientação EDA em 3 - 4 semanas, Consulta no ambulatório de egressos em até 4 semanas.
Lesão moderada a grave, mas sem sinais de perfuração	• Internação por pelo menos 7 dias; • Dieta exclusiva por sonda;

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 13 / 18

	• Antibiótico de largo espectro por via endovenosa; • Inibidor de bomba de prótons (IBP) ou bloqueador H2 Alta em uso de IBP ou bloqueador H2; • EDA em 3-4 semanas; • Consulta no ambulatório de egressos em até 4 semanas.
Com sinais de perfuração ou extravasamento de material para o mediastino ou formação de fístula traqueoesofágica	• Avaliação pela equipe da cirurgia; • Dieta oral zero; • Antibiótico endovenoso; • Internação por pelo menos 21 dias (período de maior risco); • Repetir TC ou realizar ressonância até não haver risco de lesão mais grave; • Se hematêmese, pensar em fístula para grande vaso: toracotomia juntamente com a cirurgia cardiovascular; • EDA de controle após 3-4 semanas; • Consulta no ambulatório de egressos em até 4 semanas.

8.4 Objetos Pontiagudos

Esse tipo de objeto é responsável por 10%-13% dos casos de ingestão de corpos estranhos. Inclui objetos como palitos, ossos, vidros, alfinetes, agulhas etc. Sua importância está no alto risco de complicação por perfuração, migração extraluminal, abcesso, peritonite, formação de fístula, apendicite, penetração em órgãos como fígado, vesícula, coração e pulmões, hérnia umbilical encarcerada, ruptura de artéria carótida, fístula aortoesofágica e morte. O local em que mais ocorrem perfurações é a região ileocecal, já tendo sido relatadas em esôfago, piloro, ângulo do duodeno e cólon. O índice de complicação é maior nos pacientes sintomáticos, particularmente quando há atraso no diagnóstico e com objetos radiotransparentes.

Na anamnese, além da história de ingestão, os principais sintomas são dor e disfagia, porém, muitos pacientes são assintomáticos, mesmo quando há perfuração.

Deve-se realizar raio X cervical, de tórax e abdômen, em duas incidências. Objetos metálicos são sempre visualizados. Porém, vidros, espinhas de peixe e pedaços de ossos são visualizados apenas em alguns casos e objetos de madeira não são visualizados. Se o raio X não evidenciar o CE, mas a suspeita clínica persistir, deve-se indicar endoscopia, que nesse caso será diagnóstica e terapêutica.

Os exames radiológicos também contribuirão na avaliação de pacientes com sinais clínicos de perfuração.

Conduta de acordo com a localização e os sintomas:

1) Esôfago, estômago ou duodeno:

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 14 / 18

- ✓ Retirada endoscópica de emergência, independente dos sintomas;

2) Abaixo do duodeno:

- Paciente sintomático:
  - ✓ avaliação pela cirurgia.

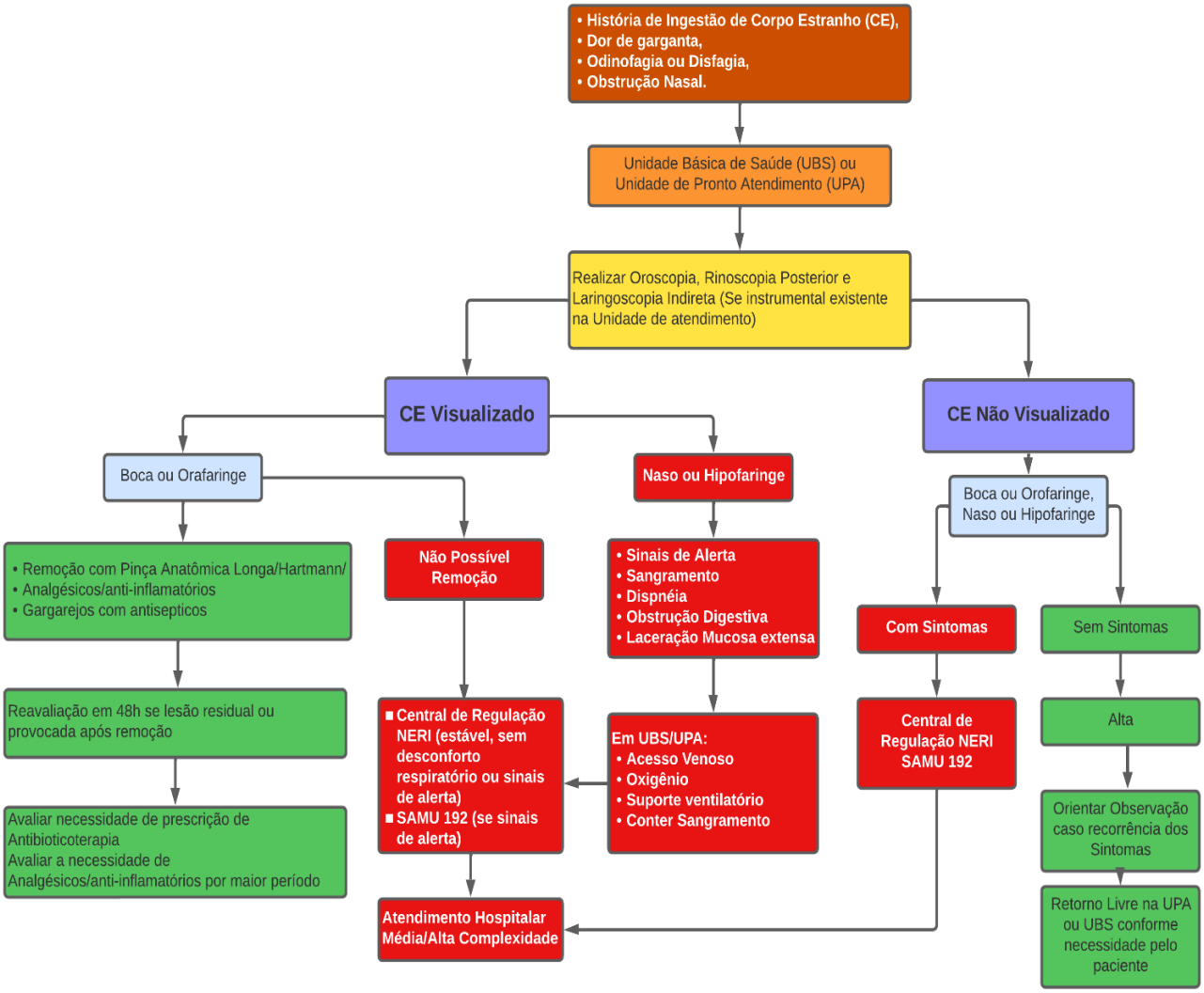
- Paciente assintomático:
  - ✓ Monitorar em hospital;
  - ✓ Paciente orientado a relatar qualquer sinal de dor abdominal, vômitos, febre, hematêmese ou melena;
  - ✓ Repetir raio x abdominal diariamente.

Se o CE não progredir em 72 horas ou se o paciente apresentar sinais/sintomas de perfuração (sintomas respiratórios, enfisema subcutâneo, edema no pescoço ou sinais de peritonite), deve-se solicitar avaliação pela cirurgia.

9. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NOS CASOS DE OBJETOS PONTIAGUDOS PODE SER VISTO ABAIXO:

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 15 / 18

10. FLUXOGRAMA PARA MANEJO CLÍNICO E REGULATÓRIO PARA CORPOS ESTRANHOS NA FARINGE A PARTIR DE UBSS/UPAS:



2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 16 / 18

11. BIBLIOGRAFIA

1- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointest Endosc. 2002;55(7):802–806.

2- ANA AURÉLIA ROCHA. Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Ingestão de Corpos Estranhos/Silva, Ana Aurélia Rocha da. et. al. Brasília, 2016.

3- Brady PG. Esophageal foreign bodies. Gastroenterol Clin North Am. 1991;20(4):691–701. Review.

4- CHAVES, D. M., ISHIOKA, S., CHENG, S., MARTINS., B, C. Corpos estranhos de esôfago. IN SAKAI, P.,

5- Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA. Guideline for the management of ingested foreign bodies.

6- ISHIOKA, S., MALUF FILHO, F., MOURA, E. G. H., MARTINS, B.C, Tratado de endoscopia digestiva diagnóstica e terapêutica. São Paulo, SP: 2014. Pgs. 215-223.

7- SILVA, A. A. R., PASSOS, R. S., SIMEONI, L. A., NEVES, F.A.R., CARVALHO, E. Uso de produtos saneantes: práticas de segurança e situações de risco. J. Pediatr. v. 90, n.2, mar/abr, 2014.

8- SILVA, M. G. D, MONNERAT, M. M. Ingestão de corpos estranhos. In CARVALHO E., SILVA, L. R., FERREIRA, C. T. Gastroenterologia e nutrição em pediatria. Barueri: 2012. pgs. 909-923.

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 17 / 18

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 27/09/2023 09:24:54 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CARLA RENATA DA SILVA PACHECO (ENFERMEIRO - QSS - GEREH - SESA - GOVES)
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2023-1QWBKC

2023-1QWBKC - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 27/09/2023 09:24 PÁGINA 18 / 18