

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

84

Maio
2018



**Departamento de
Otorrinolaringologia**

Prevenção
das doenças
respiratórias,
otites e IVAS

**Departamento de
Oftalmologia**

Nem todo olho
vermelho é
conjuntivite

**Departamento de
Aleitamento Materno**

Amamentar com boa
técnica resulta em
prática bem sucedida



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Prevenção das doenças respiratórias, otites e IVAS

As doenças respiratórias podem ser classificadas como infecções respiratórias superiores (nasofaringite, laringite, epiglotite, sinusite, otite) ou infecções respiratórias inferiores. Suas principais manifestações clínicas são tosse, dificuldade respiratória, dor de garganta, congestão nasal, rinorreia e otalgia.

A infecção aguda das vias aéreas superiores (IVAS) é a doença mais comum nas crianças podendo ocorrer, em média, cinco episódios durante o primeiro ano de vida.¹ Na sua grande maioria são virais e podem desencadear infecções bacterianas por meio da produção local de mediadores inflamatórios.¹

A infecção viral causa inflamação da rinofaringe e da tuba auditiva e o aumento da colonização e aderência de patógenos à mucosa local.² A disfunção/obstrução tubária e a pressão negativa geradas facilitam a entrada dos patógenos da nasofaringe na orelha média, ocasionando a otite média aguda.² Alguns vírus rompem os microtúbulos das células ciliadas, levando a um aumento da viscosidade do muco e dificultando o transporte mucociliar,¹ promovendo o acúmulo de secreção nos seios paranasais: a rinossinusite.

Assim, a prevenção dessas doenças está baseada tanto na redução da incidência das infecções das vias aéreas superiores como na redução da colonização nasofaríngea por seus patógenos.²

Prevenção

Dentre as medidas de prevenção podemos destacar:

→ Higiene das mãos

A transmissão viral pelo contato mão a mão parece ser altamente eficiente. Indivíduos podem também se infectar no contato da mão contaminada com a secreção nasal. Portanto, a interrupção do contato direto na transmissão viral apresenta um potente alvo de intervenção.³

Autores:

Silvio A.M. Marone e
Priscila Roldan dos Santos

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Gestão 2016-2019

Coordenador:

Renata Cantisani Di Francesco

Vice-coordenador:

Silvio Antonio M. Marone

Secretário:

Renata Dutra de Moricz

Membros:

Alfredo R. Dell'Arlinga, Danilo Sanches, Eulália Sakano, Jair Cortez Montovani, Luiza Hayashi Endo, Manoel de Nóbrega, Ney Penteadó de Castro Junior, Shirley Pignatari, Tania Maria Sih, Wilma Terezinha Anselmo Lima.

Expediente

**Diretoria da
Sociedade de Pediatria
de São Paulo**
Triênio 2016 – 2019

**Diretoria Executiva
Presidente:**

Claudio Barsanti

1º Vice-Presidente:

Lilian dos Santos R.
Sadeck

2º Vice-Presidente:

Marcelo Pinho Bittar

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de
Almeida

1º Secretário:

Sulim Abramovici

2º Secretário:

Fábio Eliseo F. Álvares
Leite

1º Tesoureiro:

Mário Roberto

Hirschheimer

2º Tesoureiro:

Gláucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Assistente editorial:

Rafael Franco

Departamentos

Científicos

Diretoria Executiva:

Renata Dejtiar Waksman

Departamentos

Científicos:

Rubens Feferbaum

Grupos de Trabalho

e Núcleo de Estudo:

João Coriolano Rego

Barros



Produção editorial:

Luce Editora e Artes Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

© Selvam Raghupathy
Dreamstime.com

→ Higienização ambiental

Crianças expostas à poeira em suas casas têm maior número de infecções das vias aéreas superiores.¹

→ Soluções salinas intranasais

A lavagem nasal promove a limpeza do muco nasal e de secreções patológicas. Também promove a melhora da função mucociliar e aumenta a aeração da mucosa, diminuindo a inflamação local.

→ Não exposição ao fumo

Admite-se que a fumaça de cigarro cause dano à função mucociliar, alterando a competência imunológica do trato respiratório.¹ A exposição ao fumo aumenta o risco de otite média em 277% e em 166% quando em presença, respectivamente, de localização urbana e alérgica.⁴ O número de recorrência de otite média está diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados pelos pais.⁵

→ Amamentação

A amamentação exclusiva por pelo menos três meses reduz a incidência de otite em 13% e por seis meses para 50%, proporcionando, assim, uma medida protetora ao longo do primeiro ano de vida.⁶ A alimentação o mais próximo possível da posição sentada é uma tentativa de diminuir o refluxo, prevenindo a otite.¹

→ Não uso de chupetas

O uso de dispositivos como a chupeta induz pressão prejudicial na nasofaringe, aumentando o refluxo de suas secreções para a tuba auditiva, o que é associado a maior risco de otite.⁵

→ Vacina pneumocócica

A vacinação é um fator efetivo na diminuição da colonização nasofaríngea pelo pneumococo, reduzindo significativamente os episódios de otite. As três vacinas pneumocócicas conjugadas (VPC) atuais diferem em relação ao número de sorotipos existentes em sua for-

mulação (7, 10, 13). Quando administrada dentro do primeiro ano de vida, a VPC-7 evita 6-7% de todos os episódios de otite, mais que 30% das otites pneumocócicas e mais de 50% das otites causadas pelos sorotipos que contém.⁶ Quando aplicada após um ano, a VPC-7 não apresenta diminuição significativa das otites devido ao pobre efeito que sua aplicação tem sobre a colonização nasofaríngea. A introdução da VPC com maior número de sorotipos (10 e 13) poderia aumentar a proteção para otite média em todas as crianças.⁵ A VPC-10 modifica o transporte nasofaríngeo do pneumococo de forma semelhante à VPC-7. A VPC-13 é a única que contém o sorotipo 19A, um sorotipo identificado recentemente como a causa mais importante de doença pneumocócica grave, incluindo mastoidite.⁷ O uso da VPC-13 prevê diminuir o número total de casos de otite média aguda pneumocócica de 53 para 19% em apenas alguns anos.⁸

Papel do pediatra

O médico pediatra tem um papel fundamental na prevenção das doenças respiratórias por meio da orientação aos pais quanto aos fatores de risco, estimulação do aleitamento materno e vacinação de acordo com o esquema de imunizações vigente.¹

Referências:

- MARONE, S.A. *Otorrinolaringologia para o pediatra*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.
- NOKSO-KOIVISTO, J. et al. Importance of viruses in acute otitis media. *Curr. Opin. Pediatr.*, v.27, n.1, p.110-5, 2015.
- JACOBS, S.E. et al. Human rhinoviruses. *Clin. Microbiol. Rev.*, v.26, n.1, p.135-62, 2013.
- MARTINES, F. et al. Factor influencing the development of otitis media among Sicilian children affected by upper respiratory tract infections. *Braz. J. Otorhinolaryngol.*, v.82, n.2, p.215-22, 2016.
- MARCHISIO, P. et al. Medical prevention of recurrent acute otitis media: an updated overview. *Expert Rev. Anti. Infect. Ther.*, v.12, n.5, p.611-20, 2014.
- MARCHISIO, P. et al. Acute otitis media: from diagnosis to prevention. Summary of the Italian guideline. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, v.74, n.11, p.1209-16, 2010.
- GIANNAKOPOULOS, P. et al. Microbiology of acute mastoiditis and complicated or refractory acute otitis media among hospitalized children in the postvaccination era. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, v.33, n.1, p.111-3, 2014.
- SHEA, K.M. et al. Modeling the decline in pneumococcal acute otitis media following the introduction of pneumococcal conjugate vaccines in the US. *Vaccine*, v.29, n.45, p.8042-8, 2011.

ERRATA

Edição 79 – Março/2017

Página 12 - linha 11

Onde se lê: 1/10.000 (1mg/L)

O correto é: 1/1.000 (1mg/mL)

Página 12 - linha 21

Onde se lê: 20L/Kg

O correto é: 20mL/kg