

### c. CONDUTA EM CASOS NÃO COMPLICADOS

Drenar o abscesso é geralmente a única conduta indicada, exceto se houver infecção secundária.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos), caso indicado.

Indicar antibióticos em pacientes com: diabetes mellitus, evidência de bacteremia ou sintomas sistêmicos (febre e queda do estado geral), presença de celulite secundária, abscessos em mãos e face e doenças estruturais do coração.

Iniciar nos casos acima descritos cefalexina 500 mg VO 6 em 6 horas ou amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 12 em 12 horas.

#### Definição, localização e tratamento dos abscessos cutâneos

TIPO DE ABSCESSO	DEFINIÇÃO	LOCAL	AGENTE ETIOLÓGICO	CONDUTA
Hidradenite supurativa	Infecção crônica das glândulas sudoríparas.	Axilas e virilha	<i>Staphylococcus aureus</i>	Incisão e drenagem. Antibióticos para celulite associada.
Cisto pilonidal	Abscessos múltiplos em estágios diferentes de progressão.	Massa flutuante ao longo da prega glútea superior		Incisão e drenagem. Antibióticos para celulite associada.
Foliculite	Inflamação do folículo piloso. Quando há extensão da infecção ao tecido peri-folicular forma-se um furúnculo. Se vários furúnculos coalescem forma-se um carbúnculo.			Nos casos mais leves de foliculite ou furunculose somente estão indicadas compressas mornas. Ocorre drenagem espontânea. Os carbúnculos necessitam de consulta com um cirurgião.

## 75. TUBERCULOSE PULMONAR

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

O tratamento é iniciado com mínimo três drogas, geralmente incluindo isoniazida, rifampicina e pirazinamida.

A tuberculose por germe multirresistente está se tornando um problema especialmente em pacientes com HIV.

Aproximadamente 15% dos casos de tuberculose, apresentam envolvimento extrapulmonar. Os locais mais afetados são: linfonodos, pleura, pericárdio e meninges.

Pode ocorrer na forma disseminada ou miliar, principalmente em imunodeprimidos.

Considerar a tuberculose em pacientes com sintomas respiratórios e queixas sistêmicas, como fadiga, febre e perda de peso.

### **b. QUADRO CLÍNICO**

A infecção primária geralmente é assintomática, alguns pacientes apresentam-se com pneumonite ou infecção extrapulmonar.

Os indivíduos imunodeprimidos (especialmente HIV) podem desenvolver tuberculose primária rapidamente progressiva.

A reativação da tuberculose é maior em: jovens, idosos, indivíduos com imunodeficiência especialmente HIV e na presença de doenças crônicas como diabetes e insuficiência renal crônica.

A maioria dos pacientes com tuberculose ativa apresenta sintomas de: febre, perda de peso, fadiga, sudorese noturna e tosse crônica geralmente produtiva.

Na forma pulmonar as radiografias de tórax mostram na tuberculose primária: infiltrados parenquimatosos em qualquer área, com ou sem adenopatia hilar ou mediastinal.

Na reativação da tuberculose geralmente as lesões ocorrem nos lobos superiores ou nos segmentos superiores dos lobos inferiores. Cavitação, cicatrização, atelectasias e derrames pleurais podem ocorrer. A hemoptise, dor pleurítica, roncos e estertores pulmonares podem ser observados.

A cavitação é associada ao aumento da infectividade.

A pesquisa de BAAR no escarro pode detectar o BK pulmonar em 60% dos casos, mas deve ser efetuada em pelo menos 3 amostras.

O PPD não tem aplicação na UPA, pois o resultado é lido após 48 a 72 horas.

### **c. CONDUTA**

Observar precauções respiratórias nos pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar.

Aplicar máscara cirúrgica ao paciente ou N-95 à equipe de saúde. Mantê-lo em ambiente isolado.

Indicar a internação nos casos de: instabilidade clínica, dúvida diagnóstica, tuberculose por germe resistente, imunodeficiência, BK miliar,

doença extrapulmonar (especialmente meníngea e pericárdica) e indivíduos não confiáveis para dar seguimento ao tratamento (moradores de rua, alcoólicos e doentes psiquiátricos).

Encaminhar indivíduos que não estejam na definição acima e seus contactantes para tratamento no posto de saúde.

## 76. LEPTOSPIROSE

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Incubação de 2 a 20 dias.

Infecção causada pela *Leptospira interrogans*, cujos grupos sorológicos mais associados a infecção é a *Leptospira icterohaemorrhagiae* (transmitida por ratos), existem outros tipos de *Leptospira* cujo reservatório é em outros animais.

A infecção afeta o fígado e outros órgãos.

A transmissão é feita para o homem através de: ingestão de alimentos ou água contaminados pela urina do animal ou penetração de pequenas lesões na pele ou pelas conjuntivas.

Complicações são: miocardite, insuficiência renal, meningite asséptica e pneumonite com hemorragia.

A doença aparece em casos esporádicos ou em surtos após inundações.

### b. QUADRO CLÍNICO

A forma anictérica é a forma mais comum e moderada da doença.

A doença costuma ser bifásica.

A fase inicial (**fase septicêmica**) começa com febre alta (39 a 40° C), calafrios, cefaléia, mialgias especialmente dos músculos das panturrilhas. Pode haver sufusão hemorrágica das conjuntivas.

Após um a três dias o paciente quando apresenta melhora do quadro clínico, inicia-se a segunda fase da doença (**fase imune**), o paciente apresenta recorrência dos sintomas e surgimento de meningite. Pode aparecer rash cutâneo, linfadenopatia e uveíte.

A forma ictérica da doença (**síndrome de Weil**) é a forma mais grave da doença com insuficiência renal e hepática, pneumonite hemorrágica, hipotensão e alteração do nível de consciência, com mortalidade de 5 a 30%.