

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos ou AINE), caso indicado.

Pesquisar história de febre reumática ou doença valvular.

Efetuar Gram e cultura se houver suspeita de faringite gonocócica e iniciar tratamento específico.

Colher sangue para hemograma em pacientes com febre alta ou quando houver suspeita de mononucleose infecciosa.

Internar os pacientes com suspeita clínica de difteria, Angina de Paul Vincent ou abscesso.

Tratamento das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Adenovírus, Rinovírus	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal.
<i>Streptococos</i> do Grupo A, C e G	Penicilina V 500 mg 12 em 12 horas, durante 10 dias ou azitromicina 500 mg VO durante cinco dias. A penicilina é a droga de escolha, não havendo relato em literatura de resistência antimicrobiana.
Mononucleose	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal. NUNCA FAZER AMPICILINA OU AMOXICILINA!
Difteria	Internar, instalar precaução de contato e por gotícula e iniciar penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia (dividido em quatro tomadas) e iniciar/ administrar SAD (soro antidiftérico).
Angina de Vincent	Internar e iniciar penicilina cristalina 4 milhões UI de 4 em 4 horas ou clindamicina 600 mg IV de 8 em 8 horas.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxone 125 mg IM dose única associado a azitromicina 1g dose única.

64. SINUSITE

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Os seios paranasais (maxilar, frontal etmoidal e esfenóide), normalmente possuem ar em seu interior e tem comunicação com as narinas.

As sinusites ocorrem devido à obstrução destas comunicações.

Os seios se enchem de secreção purulenta.

Causas: Pneumococo, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e Gram positivos.

A sinusite maxilar é a mais comum.

A sinusite crônica é definida com infecções que persistem por 3 meses ou mais.

b. QUADRO CLÍNICO

Dor na face, superior que pode ser percebida como cefaléia, associada a febre.

Não em menores de 10 anos, devido ao desenvolvimento incipiente do seio frontal.

Sinusite maxilar causa dor na região infra-orbital.

Sinusite frontal causa dor supra-orbital e na fronte.

Sinusite etmoidal causa dor retro-orbital.

Descarga de secreção purulenta pela narina.

Sintomas ocorrem 1 a 3 dias após infecção viral de vias aéreas superiores.

Recorrência em pacientes predispostos por alterações anatômicas ou estruturais.

Percussão gentil na área sobre o seio afetado pode causar dor.

A radiografia dos seios da face pode mostrar opacificação do seio, níveis hidroaéreos ou espessamento de mucosa, mas não é um teste sensível e nem sempre é necessário na UPA. Não realizar em menores de 6 anos, pela baixa sensibilidade e especificidade. **O diagnóstico deve ser clínico.**

c. COMPLICAÇÕES

Extensão da infecção com osteomielite frontal, celulite facial, celulite periorbitária.

Extensão intracraniana com abscesso cerebral ou meningite.

d. CONDUTA

Pesquisar sinais de complicações, febre alta, dificuldade com movimentos oculares, edema facial, dor insuportável, achados neurológicos.

Estabilizar pacientes com sinais de complicação e solicitar sua internação hospitalar.

Iniciar antibioticoterapia empírica utilizando, amoxicilina, amoxicilina-clavulanato, durante 10 dias ou azitromicina durante 5 dias.

Associar sintomáticos e descongestionantes nasais por até 3 dias.

Encaminhar pacientes com sinusite crônica ou de repetição para especialista.