

## 62. INFECÇÕES VIRAIS COMUNS

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Ocorrem principalmente durante o inverno.

Disseminação pela tosse.

Incubação de 2 dias em média.

### b. QUADRO CLÍNICO

Febre de 38° a 39,8° C, acompanhada por calafrios, cefaléia, mialgia e mal estar.

Sintomas respiratórios como: tosse seca, coriza, dor de garganta e linfadenopatia cervical bilateral.

Crianças podem apresentar sintomas gastrointestinais.

A febre dura até 48 horas assim como os sintomas sistêmicos.

### c. COMPLICAÇÕES

Pneumonia primária por Influenza ou bacteriana secundária.

Descompensação de DPOC.

Síndrome de Reye.

Meningite Viral

### d. CONDUTA

Procurar por sinais de localização no exame neurológico.

Avaliar a respiração.

## 63. FARINGITE

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

É uma inflamação da faringe que pode ser causada por vírus ou bactérias.

As viroses são as causas mais comuns.

É importante tratar as faringites estreptocócicas devido a possibilidade de complicações.

Causas: viroses (Adenovírus, Rinovírus, Epstein Barr Vírus e Citomegalovírus), bacterianas (*Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus* do Grupo A, C e G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*) e infecções mistas causadas por bactérias aeróbias/anaeróbias (Angina de Paul Vincent).

Crianças abaixo de dois anos de idade são acometidas em sua totalidade por vírus, mesmo que haja presença de exsudato.

### b. QUADRO CLÍNICO

Odinofagia e febre.

Linfadenopatia cervical dolorosa ou não.

Eritema de faringe com ou sem exsudato.

#### Quadro clínico das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	QUADRO CLÍNICO
Adenovírus, Rinovírus	Febre < 38 graus Presença de tosse e coriza Pode haver exsudato
<i>Streptococcus</i> do Grupo A	Febre > 38,9 graus Linfonodos cervicais anteriores dolorosos Exsudato tonsilar Algumas vezes rash escarlatiniforme
Mononucleose – Epstein Barr Vírus	Febre Mal estar Faringite exsudativa Adenomegalia posterior Esplenomegalia
Difteria <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Considerar em casos de faringite exsudativa em pacientes sem imunização adequada Exsudato acinzentado firmemente aderido à mucosa da faringe ou a tonsila Toxemia e taquicardia, muito maiores que o esperado para o grau de febre presente (dissociação clínico temperatura)
Angina de Paul Vincent	Halitose Febre baixa Linfadenopatia cervical Faringite membranosa com membrana acinzentada
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Tende a ter uma apresentação mais benigna que a estreptocócica História epidemiológica

### c. CONDUTA EM CASOS NÃO COMPLICADOS

Iniciar tratamento empírico em crianças e adultos jovens com quadro clínico sugestivo de faringite por *Streptococcus* do Grupo A, C e G.

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. <b>NUNCA FAZER AMPICILINA OU AMOXICILINA!</b>
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.