

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

ELIAB BATISTA BARROS
LUCIANA SHIGUEMI YAMADA

Infecção de Vias Aéreas Superiores na Emergência

MACEIÓ
2024

ELIAB BATISTA BARROS
LUCIANA SHIGUEMI YAMADA

Infecção de Vias Aéreas Superiores na Emergência

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os(a) discentes Eliab Batista Barros (matrícula número: 20112384) e Luciana Shiguemi Yamada (matrícula número 20113392), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 18/08/2023, intitula-se: Infecção de Vias Aéreas Superiores na Emergência, que faz parte do livro Urgências e Emergências Médicas.

Maceió, 16 de novembro de 2023.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 18/01/2024 09:40:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Infecção de Vias Aéreas Superiores na Emergência

- Eliab Batista Barros
- Luciana Shiguemi Yamada
- Fernando Luiz de Andrade Maia

► INTRODUÇÃO

As infecções das vias aéreas superiores são uma das principais causas de atendimento nas emergências pediátricas no Brasil e no mundo, são infecções que atingem o trato aéreo superior, incluindo, nariz, laringe, faringe e seios da face. São, em geral, benignas, mas podem cursar com complicações devido a extensão de um processo não tratado adequadamente, podendo levar a um quadro inflamatório infeccioso causado por infecção bacteriana secundária (BRITO, 2020).

A gravidade e a morbidade de cada caso podem ser resultado do agente etiológico em questão, sendo os mais comuns, vírus e bactérias, os quais, a diferenciação é extremamente importante para o melhor entendimento da doença, bem como, o melhor tratamento (BRITO, 2020).

Por ser de grande relevância no contexto pediátrico, as infecções de vias aéreas estão sempre entre os principais atendimentos em uma Unidade de Saúde. Os sintomas mais comuns que levam a busca de uma emergência pediátrica por parte dos pais são, principalmente, febre e tosse, sendo diagnosticadas em mais de 50% dos casos, como afecções respiratórias, dessas, mais de 40% são infecções de vias aéreas superiores (DE CARVALHO, 2021).

Dentre as infecções de vias aéreas superiores as principais são: (1) Rinofaringite aguda; (2) Otite média aguda; (3) Sinusite aguda e (4) Faringoamigdalite aguda, elas são, em sua maioria, causadas por vírus e de natureza benigna. Não diferente, nas emergências os patógenos mais comuns também são os vírus, dentre eles, o principal é o *Rinovírus*, seguido pelo *Vírus sincicial respiratório* e pelo *Adenovírus*. Apesar disso, também podem ser causadas por bactérias e causarem complicações mais sérias (FERRARI, 2022).

► FISIOPATOLOGIA

As infecções de vias aéreas são transmitidas, em sua maioria, por aerossóis produzidos por tosse e espirro. Dentre elas, a (1) Rinofaringite, que atinge nariz e faringe, é a infecção mais comum, crianças com menos de 5 anos podem chegar a ter até 8 episódios por ano, é conhecida como resfriado comum e seu agente etiológico são vírus, dentre os mais comuns, estão o *Rinovírus*, *Coronavírus* e *Vírus sincicial respiratório*, os quais invadem a mucosa nasal, causando uma resposta inflamatória local, essa inflamação leva a uma produção de muco e consequente congestão. Além disso, essa inflamação pode provocar a obstrução dos seios paranasais e levar a complicações como a sinusite ou a otite média aguda (ARAÚJO, 2022).

Já a (2) Otite média aguda, que pode ser causada tanto por vírus quanto por bactéria, é uma doença inflamatória que atinge o ouvido médio, a otite média normalmente acontece devido a uma complicação de uma infecção de via aérea pregressa, essa infecção causa uma obstrução nasal, que, devido a anatomia do ouvido durante a infância, leva a obstrução da tuba auditiva, acarretando no acúmulo de líquido no ouvido médio, o que favorece a proliferação bacteriana, causando a otite média e os sinais apresentados, principalmente, a dor no ouvido (ARAÚJO, 2022).

A (3) Sinusite aguda é uma infecção bacteriana dos seios paranasais, sendo eles, o maxilar, etmoidal, frontal e esfenoidal, esses seios comunicam-se diretamente com as fossas nasais através de óstios, que são pequenos orifícios. Sua patogenia é, em geral, devido a uma infecção viral pregressa das vias aéreas superiores, em que a presença de muco em excesso, leva a obstrução dos óstios de comunicação e favorecem a proliferação bacteriana, causando um processo infeccioso e inflamatório duradouro da mucosa nasal e dos seios paranasais, com mais de 10 dias, em média, de sintomas. Dentre as principais bactérias estão: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis* (ARAÚJO, 2022).

Por último, a (4) Faringoamigdalite aguda é em sua maioria de causa viral e atinge, principalmente, a orofaringe, trata-se também de uma doença infecciosa, em que o patógeno, em questão, ocasiona uma inflamação da faringe e das estruturas do Anel Linfático de Waldeyer, causando o principal sintoma, que é a dor de garganta. Em média 85% dos casos são de etiologia viral, sendo principalmente, *Adenovírus*, *Epstein-barr* e *Coxsackie A*, os outros 15%, são causados pela bactéria *Streptococcus pyogenes* do grupo A, sendo acompanhados de manifestações mais sistêmicas, podendo cursar com complicações não supurativas tardias, como a febre reumática e a glomerulonefrite difusa aguda (ARAÚJO, 2022).

► DIAGNÓSTICO

Quanto ao diagnóstico, a (1) Rinofaringite aguda tem o diagnóstico puramente clínico, não diferente na emergência. Os sinais e sintomas locais são congestão e obstrução nasal, espirros e tosse, essa obstrução nasal é característica, em que a coriza passa por períodos, iniciando hialina, tornando-se serosa e por último mucopurulenta. Quanto

aos gerais, podem estar presentes febre, abatimento, inapetência e sintomas digestivos. Alguns sinais podem ser indicativos de piora do quadro, como, febre por mais de 72h, prostração mais acentuada, além de dificuldade respiratória. O diagnóstico diferencial pode ser feito com as manifestações iniciais de diversas doenças, como sarampo, coqueluche, hepatite A, entre outras (ARAÚJO, 2022).

A (2) Otite média aguda é frequente entre 6 e 36 meses de idade. O diagnóstico na emergência é extremamente importante, pois é uma grande causa de uso indevido de antibiótico, já que cerca da metade dos casos são virais. O diagnóstico deve ser feito pela história clínica, em que são comuns, dor no ouvido, diminuição da audição, febre, irritabilidade, desconforto e perda de apetite. Choro constante, vômito e diarreia são achados comuns em crianças menores. A história deve ser somada a otoscopia, em que se pode encontrar: abaulamento e hiperemia da membrana timpânica, podendo ter também uma membrana timpânica opaca. Além disso, a otorreia, que é rotura da membrana, pode estar presente (ARAÚJO, 2022).

Já para (3) Sinusite aguda é necessário compreender os fatores predisponentes, como infecção de vias aéreas superiores, rinite alérgica, hipertrofia das adenoides, fissura de palato, fibrose cística, frequência em creche e poluição ambiental. O diagnóstico na emergência é clínico, na forma leve, apresenta-se como uma persistência, por mais de 10 dias, de uma infecção de via aérea pregressa com a presença de rinorreia purulenta, obstrução nasal persistente ou um retorno dos sintomas nasais, acompanhado com uma tosse, que piora à noite, podendo ocorrer febre e odor nasal fétido (ARAÚJO, 2022).

Em formas moderadas a graves, pode apresentar cefaleia, conjuntivite purulenta, desconforto ou dor no seio afetado ou nos dentes. Pode ser feita a rinoscopia anterior e constatar hiperemia da mucosa e dos cornetos e secreção nasal abaixo do corneto médio. A pesquisa radiológica raramente é necessária. O diagnóstico diferencial deve ser feito com rinite alérgica, corpo estranho e adenoidite (ARAÚJO, 2022).

Já na (4) Faringoamigdalite, é importante fazer a diferenciação entre etiologia viral ou bacteriana, visto que apenas 15% são bacterianas. A bacterina apresenta alguns sinais e sintomas clássicos, portanto, a presença de congestão faríngea, aumento das tonsilas palatinas, linfonodomegalia cervical dolorosa e ausência de coriza podem ser diagnóstico presuntivo de faringoamigdalite bacteriana. Além disso, outros sinais como febre, vômitos, petéquias no início palato mole, gânglios submandibulares hipertrofiados podem ser achados (ARAÚJO, 2022). Como verificado na Figura 1.

Como exame complementar, pode ser realizado o teste rápido quando disponível, o qual obtém uma identificação direta do material da garganta e tem sido preferido a cultura, apesar de ser o padrão ouro (ARAÚJO, 2022).

Enquanto a (4) Faringoamigdalite aguda viral, acomete principalmente idade inferior a 18 meses, os sinais são mais parecidos com as demais infecções, sinais de resfriado, como tosse, coriza, rouquidão, além de úlceras na faringe, exsudato esbranquiçado nas amígdalas, hiperemia ocular, conjuntivite, gânglios posteriores cervicais não dolorosos (ARAÚJO, 2022).

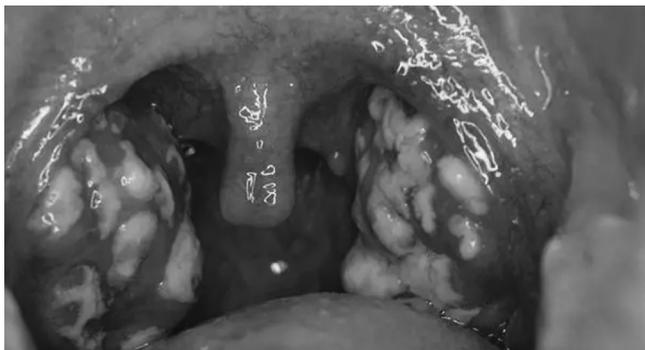


Figura 1 Tonsila palatina hipertrofiada com exsudato purulento. Fonte: Fernandes (2018).

► TRATAMENTO

Em relação ao tratamento, é necessário saber que a (1) Rinofaringite aguda, em geral, tem curso autolimitado e não há tratamento etiológico específico. Sendo necessário convencer a família da benignidade, além de passar as orientações gerais. É necessário repouso no período febril, a oferta hídrica e a nutricional precisam ser aumentadas, além disso, é importante tratar os sintomas com antitérmicos e analgésicos, podendo utilizar Paracetamol ou Dipirona, e utilizar o soro fisiológico para desobstrução nasal. A família precisa ser informada sobre os sinais de gravidade, como dispneia, sibilância, taquipneia, recusa alimentar, vômitos incoercíveis, sonolência e convulsões (MADRAN, 2019).

A (2) Otite média aguda tem como tratamento na emergência calor local a seco, analgésico/antitérmico. O antibiótico é bastante discutido, ultimamente tendo como tendência utilizar menos antibiótico e observar a evolução, principalmente, em crianças maiores de 2 anos. A antibioticoterapia pode ser feita com amoxicilina 40 a 50mg/Kg/d por 10 dias, amoxicilina com clavulonato, cefalosporina de segunda geração (MADRAN, 2019).

A (3) Sinusite aguda na emergência tem como tratamento a lavagem nasal com soro fisiológico, descongestionantes não possuem um resultado adequado, enquanto corticoide é usado apenas em condições especiais. Deve ser feita umidificação do ar e tratamento sintomático com analgésico e antitérmico. Para o tratamento específico, a antibioticoterapia pode ser feita utilizando uma das escolhas: amoxicilina 60-80mg/Kg/d por 14 a 21 dias, via oral, 8/8h, amoxicilina com clavulonato, cefalosporina de segunda geração (ARAÚJO, 2022).

A (4) Faringoamigdalite aguda viral tem como tratamento geral antitérmico/analgésico, essas recomendações precisam ser passadas para a família mesmo se tratando de emergência. Enquanto a faringoamigdalite aguda estreptocócica contém tratamento geral com repouso, ingestão de líquidos, alimentos pastosos, analgésico e antitérmico, além de higienização e hidratação com solução salina isotônica morna. Para o tratamento etiológico específico, o antibiótico de escolha é a penicilina G benzatina, dose < 27kg 600.000 U, intramuscular, em dose única, em > 27kg 1.200.000 U, pode-se usar ainda amoxicilina ou azitromicina. O tratamento na emergência é indispensável, visto que também é uma profilaxia primária da febre reumática (ARAÚJO, 2022).

► REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Rafael Sousa. INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA EM CRIANÇAS (IVAS). **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 509-521, 2022.
- DA SILVA BRITO, Daiane Maria *et al.* Infecções das vias aéreas superiores por *Streptococcus pyogenes*: fisiopatologia e diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e896986322-e896986322, 2020.
- DE CARVALHO, Stefhany Karoliny Lopes *et al.* Characterization of attendance in a pediatric emergency care service/Caracterização dos atendimentos em um serviço de pronto-atendimento pediátrico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1473-1479, 2021.
- FERNANDES, Alexandre. Faringoamigdalite espaço e saúde. **Fciências**, 2019.
- FERRARI, Amanda Silverio *et al.* Avaliação dos agentes etiológicos virais de infecções respiratórias agudas em serviços de emergência pediátrica: frequência e apresentação clínica. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102574, 2022.
- MADRAN, Bahar e cols. Eficácia da via clínica para infecções do trato respiratório superior no departamento de emergência. **Jornal Internacional de Doenças Infecciosas**, v. 83, p. 154-159, 2019.