



Associação Beneficente Síria

Protocolo Assistencial Pronto Socorro

Inflamações e Infecções de Orofaringe

Protocolo Assistencial Pronto Socorro

Inflamações e Infecções de Orofaringe

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dr. Edgard Ferreira dos Santos
Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade
Dra. Sabrina Bernardez

Especialista Colaborador: Dr. Hsu Gwo Jen
Enfa. Michelle Saad
Farm. Valéria Fontes
Dr. Pedro Mathiasi
Farm. Vivian Moreira

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CMV: Citomegalovírus
EGA: Estreptococos do Grupo A
HCor: Hospital do Coração
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
PS: Pronto Socorro
RADAT: Teste rápido de detecção do antígeno
VEB: Vírus de Epstein-Barr
VHS: Vírus do Herpes simplex

1. FUNDAMENTO

A faringite aguda é uma das condições mais comuns no nosso Pronto Socorro. Enquanto o estreptococos do grupo A (EGA) é responsável por uma minoria (cerca de 5 a 15%) dos adultos com faringite, a maioria dos doentes recebe terapia antibiótica presuntiva. O sobretratamento da faringite aguda é a principal causa da utilização inadequada de antibiótico no Pronto Socorro.

2. DEFINIÇÕES/NOMENCLATURA

As causas mais comuns de faringite são agentes virais e patógenos bacterianos (tabela 1). O agente tratável mais importante é o Estreptococos do Grupo A. Cerca de 5 a 15 por cento de dores de garganta em adultos tem culturas positivas para EGA. As características clínicas da EGA incluem o aparecimento súbito de dor de garganta, exsudato tonsilar, adenite cervical dolorosa e febre. Tosse e coriza significativa são geralmente ausentes (critérios de Centor).

Tabela 1: Patógenos envolvidos na faringite

Patógenos	Frequência estimada, por cento	Exemplos
Patógenos bacterianos comuns	15%	Grupo A estreptococos, grupo C estreptococos, grupo G streptococci.
Patógenos bacterianos menos comuns	<5%	<i>Chlamydophila pneumoniae</i> (TWAR), <i>mycoplasma pneumoniae</i> , <i>haemolyticum arcanobacterium</i> , <i>diphtheriae corynebactrium</i> , <i>necrophorum fusobacterium</i> , <i>neisseria gonorrhoeae</i> , <i>treponema pallidum</i> <i>Francisella tularensis</i>
Vírus	50%	Rinovírus, adenovírus, Influenza A e B, parainfluenza, coxsackievirus, coronavírus, echovirus, herpes simplex vírus, vírus de Epstein Barr, Vírus da imunodeficiência humana, citomegalovírus, o vírus sincicial respiratório, metapneumovírus.
Sem patógeno isolado	30%	

3. DIAGNÓSTICO

A escala de predição clínica de Centor (tabela 2) é amplamente utilizada e aceita como ferramenta de decisão clínica. Para identificar os pacientes com suspeita de faringite por EGA e, portanto suscetíveis ao tratamento antibiótico, tem sido proposta esta escala que estabelece, de acordo com a pontuação, a probabilidade de risco de infecção estreptocócica (tabela 3):

Tabela 2: Escala de predição Clínica de Centor	
Score de Centor Modificado	
3 - 14 anos	+1
15 - 44 anos	0
Igual ou superior à 45 anos	-1
Edema ou exudato tonsilar	+1
Linfadenomegalia	+1
Ausência de tosse	+1
Presença de tosse	0

Tabela 3: Pontuação Escala de Predição Clínica de Centor	
Probabilidade de risco de infecção estreptocócica:	
menor 0 pontos:	1 - 2,5%;
1 ponto:	5 - 10%;
2 pontos:	11 - 17%;
3 pontos:	28 - 35%;
4 pontos ou mais:	51 - 53%.

A probabilidade de ter EGA aumenta quanto maior o número de critérios de Centor. No entanto, os critérios de Centor são mais úteis na identificação de pacientes com baixa probabilidade, para os quais não são necessários nem os testes microbiológicos, nem a terapia antimicrobiana. Pacientes com menos de três (0 a 2) critérios de Centor não são suscetíveis de ter EGA e, em geral, não devem receber tratamento com antibióticos ou testes de diagnóstico.

Os pacientes que não têm EGA - Na grande maioria dos pacientes com uma avaliação negativa para o EGA, a faringite irá resolver em poucos dias sem sequelas e não são necessárias novas medidas de diagnóstico. O tratamento sintomático deve ser oferecido.

ATENÇÃO

- Os pacientes que se apresentam com sinais excepcionalmente graves e sintomas (secreções, sialorréia, disфонia, voz abafada ou inchaço do pescoço), especialmente se eles têm dificuldade em engolir, deve ser avaliado para infecções de garganta raras, mais graves.
- O número de critérios de Centor clínicos presentes (exsudato tonsilar, adenopatia cervical anterior dolorosa, história de febre, ausência de tosse) se correlaciona com a probabilidade de faringite por EGA aguda em paciente adulto.
- A maioria dos pacientes com dois ou menos os critérios de Centor não devem receber tratamento com antibióticos ou testes de diagnóstico. Exceções podem incluir pacientes com história de febre reumática, ou aqueles com maior risco de infecções graves.
- Para os adultos com três ou mais critérios de Centor, sugerimos a obtenção de um teste rápido de detecção do antígeno (RADT). No entanto, o uso de cultura de garganta pode também ser considerada uma abordagem razoável em pacientes com Centor ≥ 3 com RADT negativa, mas em quem a suspeita clínica de EGA permanece alta.
- Para os adultos com maior risco de infecções graves (por exemplo, diabetes mellitus mal controlado, imunocomprometidos, em corticoterapia crônica), cultura de garganta pode ser obtida no atendimento inicial, mesmo se o teste de detecção do antígeno rápido for negativo para EGA.
- Os pacientes nos quais a faringite é secundária a EGA devem ser tratados com antibióticos.
- Para os adultos que não têm EGA deve ser oferecido apenas tratamento sintomático

4. TRATAMENTO

4.1 Sintomáticos:

- Terapias locais, na forma de pastilhas, sprays, ou chás, têm a vantagem de aplicação direta para a área afetada e risco de toxicidade mínima.
- Analgésicos (aspirina, acetaminofeno e anti-inflamatórios não esteróides) também demonstraram aliviar a dor e o ibuprofeno parece ser um pouco mais eficaz do que o acetaminofeno.
- Recomendamos que os pacientes com dor aguda de orofaringe sejam aconselhados a usar um analgésico sistêmico (Grau 1B). Isto pode razoavelmente ser suplementado por uma preparação tópica;
- Vários estudos randomizados mostraram que um curso a curto prazo de glicocorticóides pode acelerar a resolução da dor associada à dor aguda da orofaringe. No entanto, a generalização desses achados para pacientes atendidos fora da sala de emergência é incerta e os ensaios clínicos não foram aprofundados o suficiente para avaliar a incidência de efeitos adversos relacionados ao uso de glicocorticóides.
- Sugerimos não prescrever glicocorticóides rotineiramente para o alívio da dor associada à dor aguda na garganta (Grau 2C). O uso de glicocorticóides deve ser restrito excepcionalmente ao paciente que apresenta dor intensa na garganta e / ou incapacidade de engolir.

5. ANTIBIOTICOTERAPIA

A terapia antimicrobiana é necessária para pacientes com faringite sintomática se a presença de estreptococos do grupo A (EGA) na faringe for confirmada por cultura ou teste rápido de detecção de antígenos (RADT). A terapia antimicrobiana também pode ser administrada para mitigar o curso clínico da faringite devido aos estreptococos do grupo C e do grupo G. No entanto, o tratamento não precisa continuar por 10 dias, uma vez que a febre reumática aguda não é uma complicação da infecção devido a esses organismos; cinco dias de tratamento é suficiente.

Em geral, a terapia antimicrobiana não tem benefício comprovado no tratamento da faringite por bactérias que não sejam Streptococcus (com exceção de infecções relativamente raras causadas por outros patógenos bacterianos, como *Corynebacterium diphtheriae* e *Neisseria gonorrhoeae*). Tal terapia desnecessária expõe os pacientes às despesas e potenciais perigos dos antimicrobianos e contribui para o aparecimento de bactérias resistentes aos antibióticos.

Opções de antibióticos para o tratamento da faringite por EGA incluem penicilina (e outros agentes relacionados, incluindo ampicilina e amoxicilina), cefalosporinas, macrólidos e clindamicina. As sulfonamidas, fluoroquinolonas e tetraciclina NÃO devem ser utilizadas no tratamento da faringite por EGA devido às elevadas taxas de resistência a estes agentes e à sua frequente falha na erradicação de organismos susceptíveis da faringe.

A penicilina intramuscular é a única terapia que tem demonstrado prevenir ataques iniciais de febre reumática em estudos controlados. Existem dados que sugerem que a penicilina G benzatina é eficaz na prevenção primária da febre reumática, embora não sejam definitivas.

A tabela 4 apresenta as opções terapêuticas para as faringites.

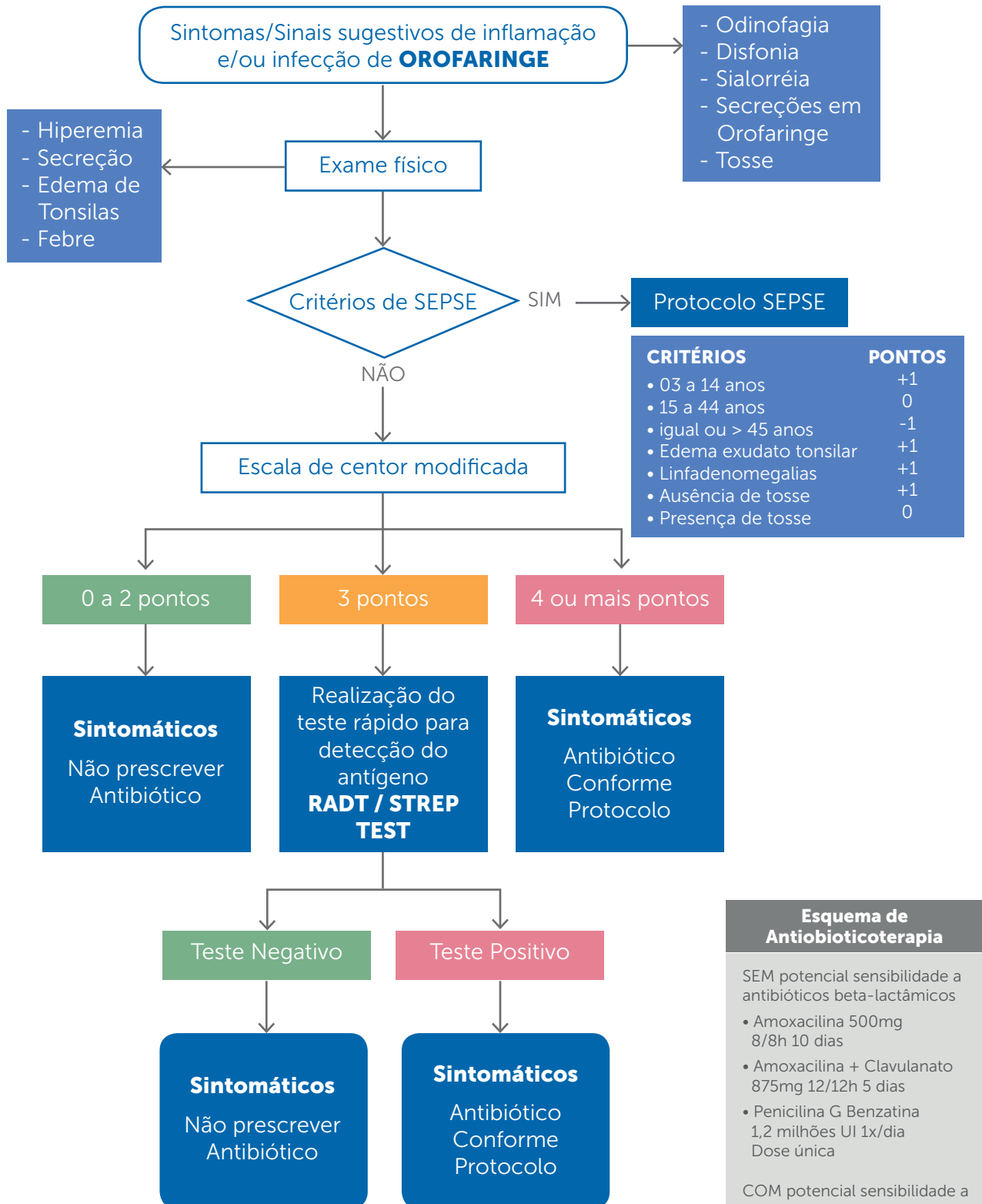
Tabela 4: Tratamento da Faringite pelo EGA em adultos COM e SEM potencial hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos

Pacientes SEM potencial hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos				
Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Amoxicilina (Amoxil®)	Via oral	500mg	8/8h	10 dias
Amoxicilina + Clavulanato	Via oral	500/125mg	12/12h Duração do tratamento	5 dias
Penicilina G Benzatina (Benzetacil®)	Intramuscular	1,2 milhões UI	1x/dia	Dose única
Pacientes COM potencial hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos				
Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
Claritromicina	Via oral	250mg	12/12h	10 dias
Azitromicina (Zitromax)	Via oral	500mg	1x/dia	5 dias
Clindamicina (Dalacin-C®)	Via oral	300mg	8/8h	10 dias
Cefalexina (Keflex®)	Via oral	500mg	12/12h	5 dias
Acetil Cefuroxima (Zinnat®)	Via oral	250mg	12/12h	5 dias

Protocolo Assistencial Pronto Socorro

Inflamações e Infecções de Orofaringe

FLUXOGRAMA PARA INFLAMAÇÕES E INFECÇÕES DE OROFARINGE



Esquema de Antibioticoterapia	
SEM potencial sensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos	
• Amoxicilina 500mg	8/8h 10 dias
• Amoxicilina + Clavulanato	875mg 12/12h 5 dias
• Penicilina G Benzatina	1,2 milhões UI 1x/dia Dose única
COM potencial sensibilidade a antibióticos beta lactâmicos	
• Claritromicina 250mg	12/12h 10 dias
• Azitromicina 500mg	1x/dia 5 dias
• Acetil Cefuroxima	250mg 12/12h 5 dias

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1(3):239-46.
2. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical Validation of Guidelines for the Management of Pharyngitis in Children and Adults. *JAMA*.2004;291(13):1587-1595.
3. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-Scale Validation of the Centor and McIsaac Scores to Predict Group A Streptococcal Pharyngitis. *Arch Intern Med*. 2012 Jun 11; 172(11): 847–852.
4. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults?source=search_result&search=faringite%20adulto&selectedTitle=1~150#H1463238.

Responsável Técnico

Dr. Luiz Carlos V. de Andrade – CRM 48277



Organization Accredited
by Joint Commission International



Associação Beneficente Síria

HCor – Hospital do Coração/Diagnóstico – Unidade Paraíso: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 – São Paulo – SP

HCor – Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 – São Paulo – SP

HCor Diagnóstico – Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 – 2º andar – São Paulo – SP

HCor Onco – Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 – São Paulo – SP

HCor – Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 – São Paulo – SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 – Central de Agendamento: (11) 3889-3939 – Pronto-socorro: (11) 3889-9944

www.hcor.com.br