



Associação Beneficente Síria

Protocolo Assistencial Pronto Socorro
Rinossinusites

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Dr. Luiz Carlos Valente de Andrade

Dr. Edgard Ferreira dos Santos

Dra. Sabrina Bernardez

Dr. Domenico Rodrigo Ghinelli Zapater

Dr. Pedro Aurélio Mathiasi Neto

Enfa. Michelle Saad

Farm. Vivian G. Monteiro Moreira

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HCor: Hospital do Coração

PA: Pronto Atendimento

PCR: Proteína C Reativa

PS: Pronto Socorro

RSA: Rinossinusite Aguda

RSAB: Rinossinusite Aguda Bacteriana

TC: Tomografia Computadorizada

1. DEFINIÇÕES/ NOMENCLATURA/ CLASSIFICAÇÃO

1.1 Definição

A rinossinusite aguda (RSA) é um processo inflamatório da mucosa rinossinusal de início súbito, com até 12 semanas. Pode ocorrer uma ou mais vezes num determinado período de tempo, mas sempre com remissão completa dos sinais e sintomas entre os episódios.

1.2 Classificação

Existem várias classificações para as rinossinusites. Uma das mais utilizadas é a etiológica, que se baseia, principalmente, no tempo de duração dos sintomas:

- RSA viral ou resfriado comum (90% dos casos): uma condição usualmente autolimitada, com duração < 10 dias;
- RSA pós-viral: piora dos sintomas após cinco dias de doença ou quando os sintomas persistem por mais de 10 dias de doença;
- RSA bacteriana (RSAB): uma pequena porcentagem dos pacientes com RSA pós-viral pode evoluir com RSAB.

Tempo de evolução: Aguda = 12 semanas / Crônica = \geq 12 semanas.

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A RSA pode ser diagnosticada com base apenas nos sintomas, sem exame otorrinolaringológico detalhado e/ou exames de imagem. Nesses casos, a distinção entre os tipos de RSA é realizada, principalmente, por meio da anamnese e do exame físico.

A avaliação subjetiva dos pacientes com RSA e seu diagnóstico são baseados na presença de dois ou mais dos seguintes sintomas cardinais:

- Obstrução/congestão nasal;
- Secreção nasal/rinorréia anterior ou posterior (mais frequentemente, mas não obrigatoriamente purulenta);
- Dor/pressão facial/cefaleia;
- Distúrbio do olfato (hiposmia e anosmia).

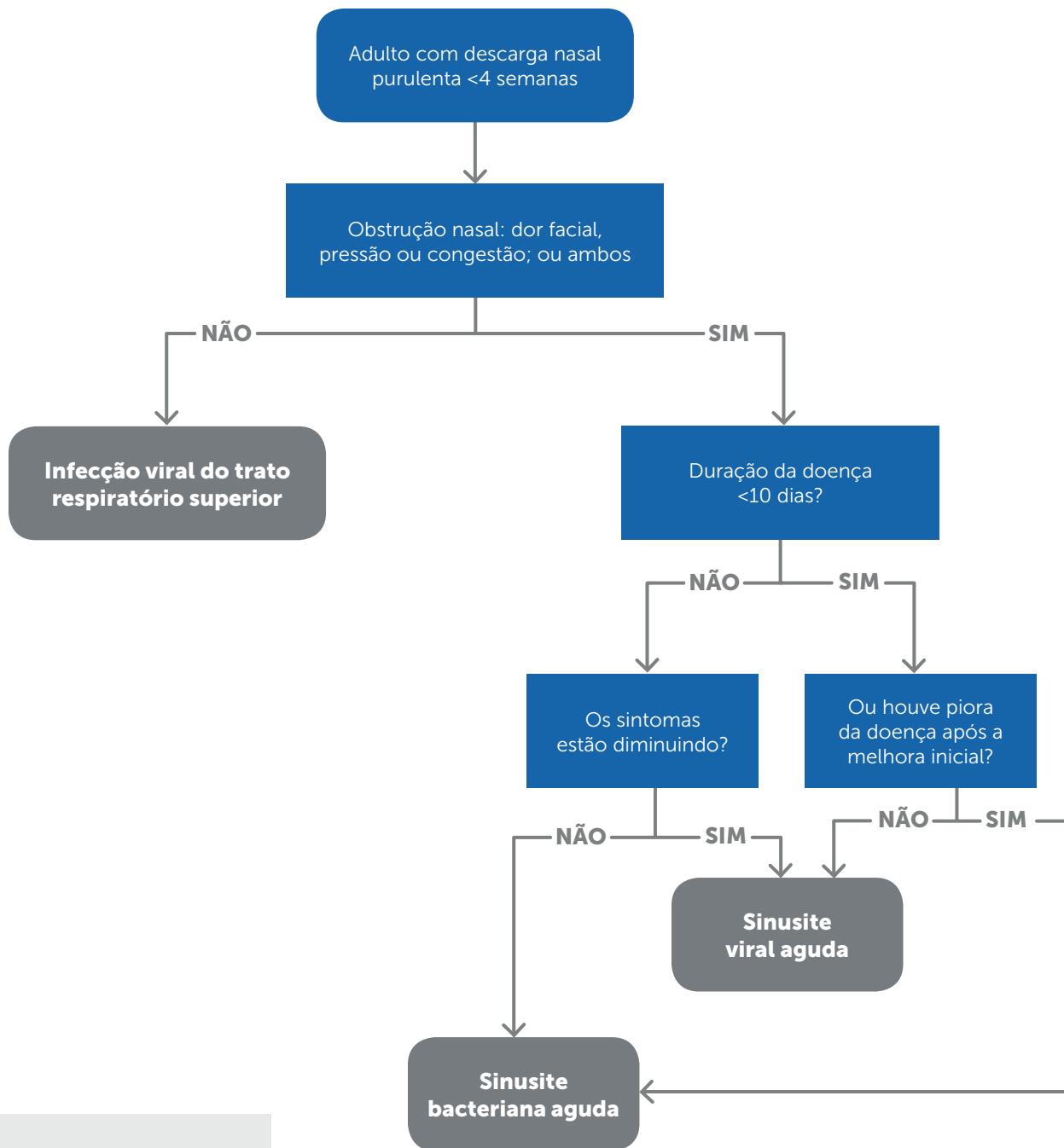
Protocolo Assistencial Pronto Socorro Rinossinusites

Além desses sintomas, também podem ocorrer odinofagia, disfonia, tosse, pressão e plenitude auricular, além de sintomas sistêmicos como astenia, mal-estar e febre.

A possibilidade de se estar diante de uma RSAB é maior na presença de três ou mais dos sinais e sintomas a seguir:

- Secreção nasal/presença de pus na cavidade nasal com predomínio unilateral;
- Dor local com predomínio unilateral; Febre > 38°C;
- Deterioração/piora dos sintomas após o período inicial de doença;
- Elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR).

2.1 Fluxograma de diagnóstico



Adaptado - Ref. The New England Journal of Medicine: Acute Sinusitis in adults – adaptado.

3. EXAMES COMPLEMENTARES

3.1 Proteína C Reativa (PCR)

Valores baixos ou normais dessa proteína podem identificar pacientes com baixa probabilidade de infecção bacteriana, evitando o uso desnecessário de antibióticos. O tratamento orientado pela PCR tem sido associado à redução no uso de antibióticos sem prejuízo nos desfechos.

3.2 Tomografia Computadorizada (TC)

Não deve ser utilizada no diagnóstico inicial de RSA; é indicada em situações especiais, como sinais e sintomas unilaterais, suspeita de complicaçāo e falha terapéutica. Deve ser considerada em doenças graves e em pacientes imunossuprimidos.

3.3 Radiografia simples de Seios da Face

Não está indicado a sua realização por apresentar baixa sensibilidade e especificidade, sendo pouco úteis no diagnóstico de RSAB devido ao número elevado de falso-positivos e falso-negativos.

4. TRATAMENTO

4.1 RSA Viral

Não há nenhum tratamento que abrevie o curso clínico da doença. Os sintomas podem não necessariamente desaparecer por completo até o décimo dia, porém devem, ao menos, melhorar. A ausência de melhora após o décimo dia indica que esta RSA deve ser tratada como bacteriana.

- A terapia de suporte visa aliviar os sintomas causados pela rinorréia e pela obstrução nasal, bem como tratar os sintomas sistêmicos como febre e fadiga, e inclui:
- Analgésicos e antipiréticos: dipirona, acetaminofen e anti-inflamatórios não-esteroidais.
- Irrigação salina: irrigação mecânica com solução fisiológica ou hipertônica
- Corticóide intranasal: reduzem a inflamação da mucosa melhorando a drenagem dos seios às custas de mínimos efeitos colaterais se usados por pequeno período de tempo.
- Outros:

- **Descongestionantes orais:** devem ser usados apenas quando disfunção das tubas auditivas é a causa da RSA. Utilizados por períodos curtos (3 a 5 dias) e indicados com muita cautela em pacientes com doenças cardiovasculares, HAS, glaucoma de ângulo fechado e retenção urinária.

- **Descongestionantes intranasais:** não são indicados, pois, apesar de causarem uma sensação subjetiva de alívio aos pacientes, eles promovem aumento da inflamação da mucosa.

- **Antihistamínicos:** podem ser usados para alívio dos sintomas de rinorréia, entretanto carecem estudos para comprovar sua eficácia. Quando utilizados, dar preferência aos de última geração, com menos efeitos colaterais.

- **Mucolíticos:** sem evidências que justifiquem seu uso.

4.2 RSA Bacteriana

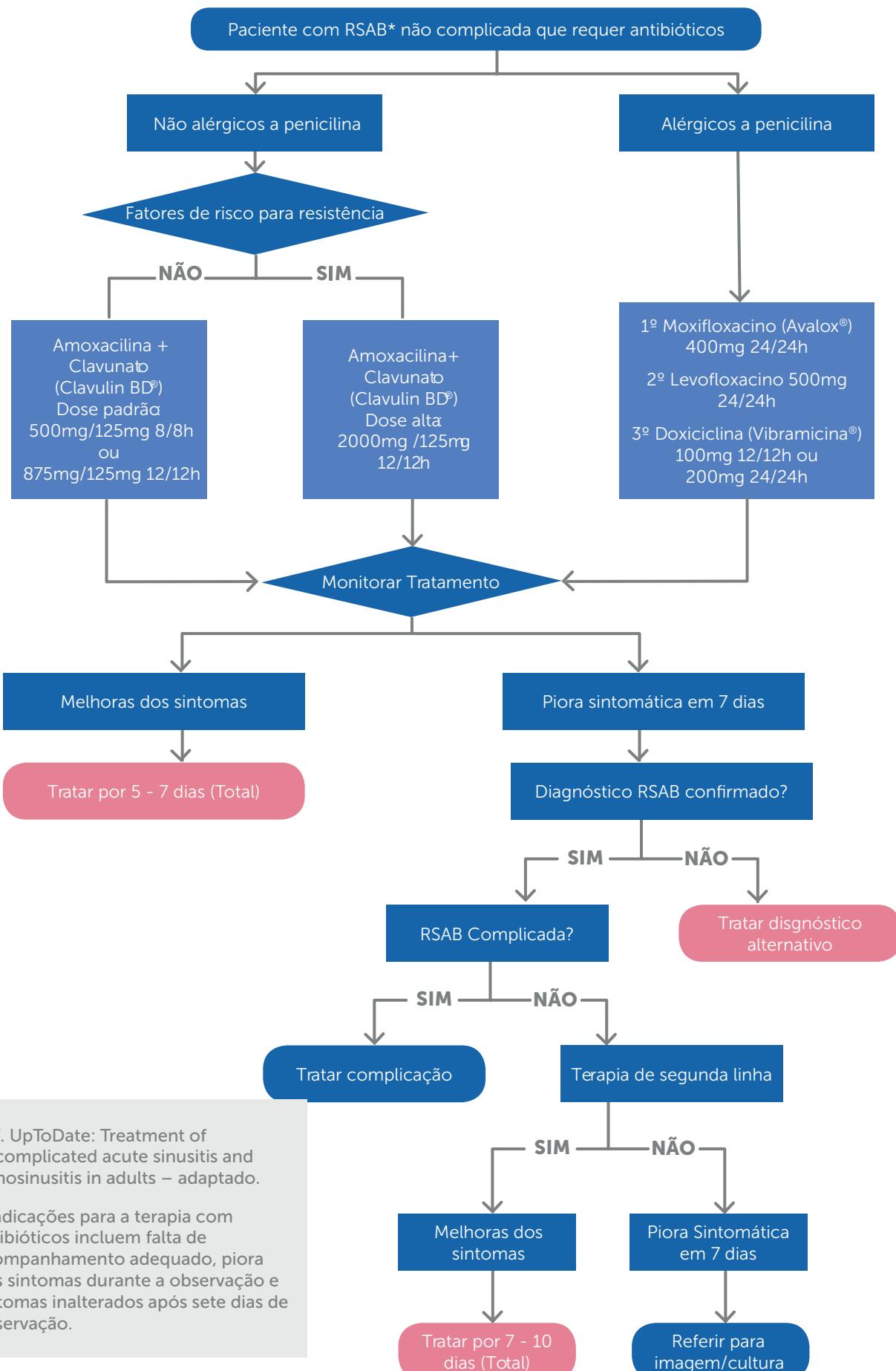
De maneira ideal, os pacientes poderiam ser tratados inicialmente apenas com a terapia sintomática e observados por sete dias antes da introdução da antibioticoterapia. Entretanto, na realidade do PA, este seguimento estreito não ocorre de maneira ideal por questões logísticas óbvias, o que torna mais sensato o tratamento antimicrobiano precoce a fim de se evitar as raras complicações, a saber:

- Celulite Orbital ou Periorbital
- Abscesso Intracraniano
- Meningite
- Trombose do Seio Cavernoso

4.3 Antibioticoterapia

Em adição à terapia de suporte utilizada na RSA Viral, o tratamento antimicrobiano preconizado deve seguir o algoritmo a seguir:

Protocolo Assistencial Pronto Socorro Rinossinusites



A escolha do agente de segunda linha dependerá da terapia inicial. Para os pacientes não alérgicos à penicilina, as opções incluem:

Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
1 ^a Amoxicilina-Clavulanato (Clavulin BD®)	Via Oral	875 mg/125 mg	12/12h	por 10 dias
2 ^a Moxifloxacina (Avalox®)	Via Oral	400 mg	1X (dose única)	por 10 dias
3 ^a Levofloxacina	Via Oral	500 mg	1X (dose única)	por 10 dias
4 ^a Axetilcefuroxima (Zinnat®)	Via Oral	500 mg	12/12h	por 10 dias
5 ^a Claritromicina (Klaricid®)	Via Oral	500 mg	12/12h	por 10 dias

Para os pacientes com alergia à penicilina, as opções incluem:

Antibiótico	Via de Administração	Dose	Frequência	Tempo de Tratamento
1 ^a Moxifloxacina (Avalox®)	Via Oral	400 mg	1X (dose única)	por 10 dias
2 ^a Levofloxacina	Via Oral	500 mg	1X (dose única)	por 10 dias
3 ^a Doxiciclina (Vibramicina®)	Via Oral	100 mg	12/12h	por 10 dias
	Via Oral	500 mg	1X (dose única)	por 10 dias

4.4 Fatores de risco para resistência incluem:

- Morar em regiões geográficas com taxas de penicilina-nonsusceptible *S. pneumonia* superior a 10%
- Idade ≥ 65 anos
- Hospitalização nos últimos cinco dias
- Uso de antibióticos no mês anterior
- Imunocomprometido
- Comorbidades múltiplas (por exemplo, diabetes ou doença cardíaca, hepática ou renal crônica).
- Infecção grave (por exemplo, evidência de toxicidade sistêmica com temperatura de $\geq 38,8$ °C risco de complicações supurativas).

4.5 Diagnóstico

O diagnóstico de RSA bacteriana pode ser confirmado clinicamente. Em pacientes em que há preocupações com complicações, a imagem deve ser obtida. Em outros pacientes em que os sintomas não são completamente consistentes com ABRS, imagem é razoável para excluir sinusite e/ou avaliação para diagnóstico alternativo.

4.5 Corticoides Orais

Recomenda-se o uso de corticoides orais para pacientes adultos com RSAB com intensa dor facial, desde que não apresentem contraindicação para seu uso. O corticoide oral deve ser utilizado por 3 a 5 dias, apenas nos primeiros dias do quadro agudo, e sempre associado à antibioticoterapia, abreviando o quadro da algia facial e diminuindo o consumo de analgésicos convencionais. Os poucos estudos na literatura utilizando o corticoide oral no tratamento de RSAB demonstram resultados favoráveis com metilprednisolona (Solumedrol) e prednisona (Meticorten).

Protocolo Assistencial Pronto Socorro Rinossinusites

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131:S1.
2. Fokkens W, Lund V, Mullol J, European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps Group. EP3OS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology* 2007; 45:97.
3. Tan T, Little P, Stokes T, Guideline Development Group. Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008; 337:a437.
4. Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 152:S1.
5. Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012; 54:e72.
6. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD006821.
7. Louisiana Department of Health and Hospitals. <http://new.dhh.louisiana.gov/index.cfm/newsroom/detail/2332> (Accessed on January 22, 2012).
8. Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD005149.
9. Ziment I. Management of respiratory problems in the aged. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30:S36.
10. Bende M, Fukami M, Arfors KE, et al. Effect of oxymetazoline nose drops on acute sinusitis in the rabbit. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105:222.
11. Spector SL, Bernstein IL, Li JT, et al. Parameters for the diagnosis and management of sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102:S107.
12. Hwang PH. A 51-year-old woman with acute onset of facial pressure, rhinorrhea, and tooth pain: review of acute rhinosinusitis. *JAMA* 2009; 301:1798.
13. Ahovuo-Saloranta A, Rautakorpi UM, Borisenko OV, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD000243.
14. Lemiere MB, van Driel ML, Merenstein D, et al. Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10:CD006089.
15. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A, High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med* 2016; 164:425.
16. Rosenfeld RM. CLINICAL PRACTICE. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med* 2016; 375:962.
17. Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008; 371:908.
18. Falagas ME, Giannopoulou KP, Vardakas KZ, et al. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Infect Dis* 2008; 8:543.

- 19.** Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, Kovanen N, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database Syst Rev 2008; :CD000243.
- 20.** de Ferranti SD, Ioannidis JP, Lau J, et al. Are amoxycillin and folate inhibitors as effective as other antibiotics for acute sinusitis? A meta-analysis. BMJ 1998; 317:632.
- 21.** de Bock GH, Dekker FW, Stolk J, et al. Antimicrobial treatment in acute maxillary sinusitis: a meta-analysis. J Clin Epidemiol 1997; 50:881.
- 22.** Karageorgopoulos DE, Giannopoulou KP, Grammatikos AP, et al. Fluoroquinolones compared with beta-lactam antibiotics for the treatment of acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008; 178:845.
- 23.** Piccirillo JF, Mager DE, Frisse ME, et al. Impact of first-line vs second-line antibiotics for the treatment of acute uncomplicated sinusitis. JAMA 2001; 286:1849.
- 24.** Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 130:1.
- 25.** Wald ER. *Staphylococcus aureus*: is it a pathogen of acute bacterial sinusitis in children and adults? Clin Infect Dis 2012; 54:826.
- 26.** FDA Drug Safety Communication: FDA advises restricting fluoroquinolone antibiotic use for certain uncomplicated infections; warns about disabling side effects that can occur together. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm500143.htm> (Accessed on May 26, 2016).
- 27.** Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Matthaiou DK. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. Br J Clin Pharmacol 2009; 67:161.
- 28.** Ariza H, Rojas R, Johnson P, et al. Eradication of common pathogens at days 2, 3 and 4 of moxifloxacin therapy in patients with acute bacterial sinusitis. BMC Ear Nose Throat Disord 2006; 6:8.
- 29.** Anon JB, Paglia M, Xiang J, et al. Serial sinus aspirate samples during high-dose, short-course levofloxacin treatment of acute maxillary sinusitis. Diagn Microbiol Infect Dis 2007; 57:105.
- 30.** Ambrose PG, Anon JB, Owen JS, et al. Use of pharmacodynamic end points in the evaluation of gatifloxacin for the treatment of acute maxillary sinusitis. Clin Infect Dis 2004; 38:1513.
- 31.** Osguthorpe JD, Hadley JA. Rhinosinusitis. Current concepts in evaluation and management. Med Clin North Am 1999; 83:27.
- 32.** Venekamp RP, Thompson MJ, Hayward G, et al. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD008115.
- 33.** Venekamp RP, Thompson MJ, Rovers MM. Systemic corticosteroid therapy for acute sinusitis. JAMA 2015; 313:1258.
- 34.** Consenso Rinossinusites: evidências e experiências Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(1 Supl. 1):S1-S49

Responsável Técnico

Dr. Luiz Carlos V. de Andrade – CRM 48277



Organization Accredited
by Joint Commission International



Associação Beneficente Síria

V.1804

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