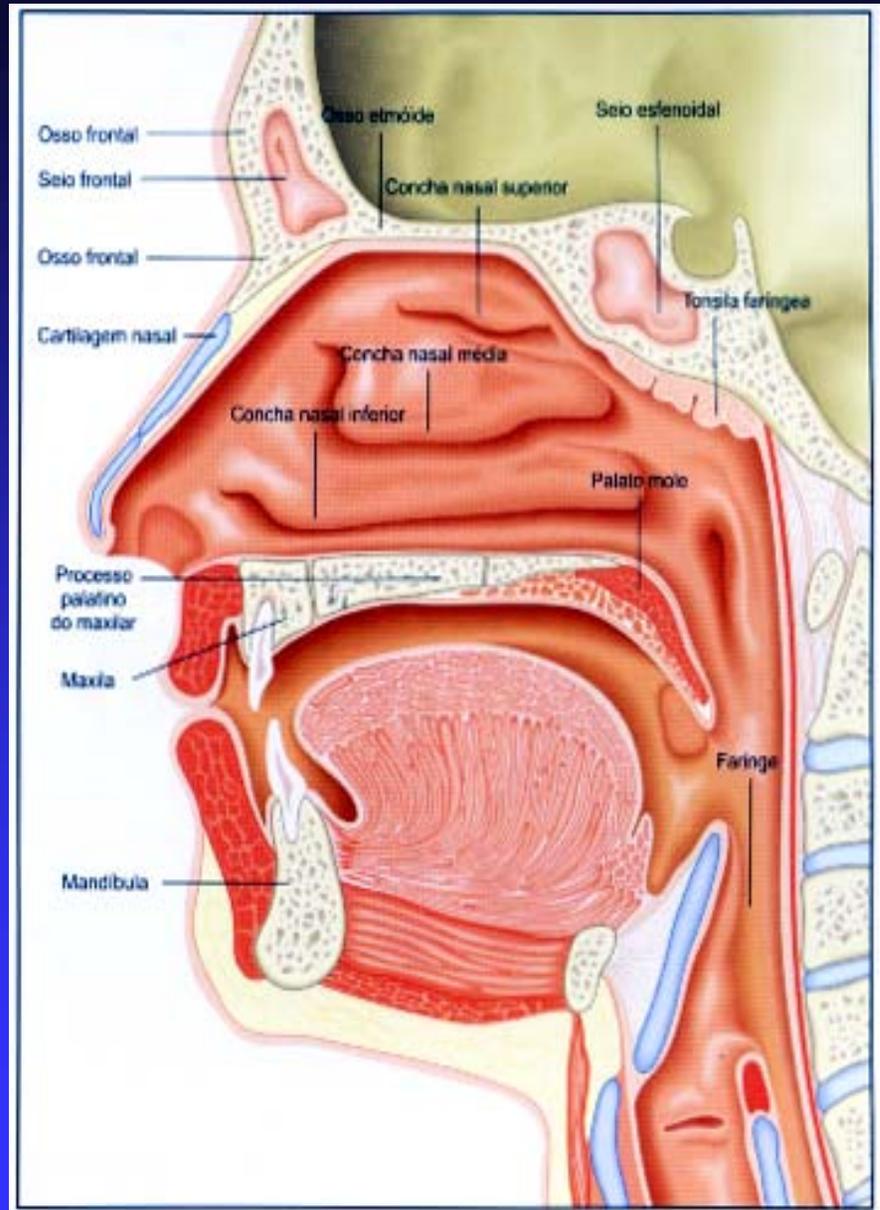


# Infecções das vias aéreas superiores



# **INFECÇÕES DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES**

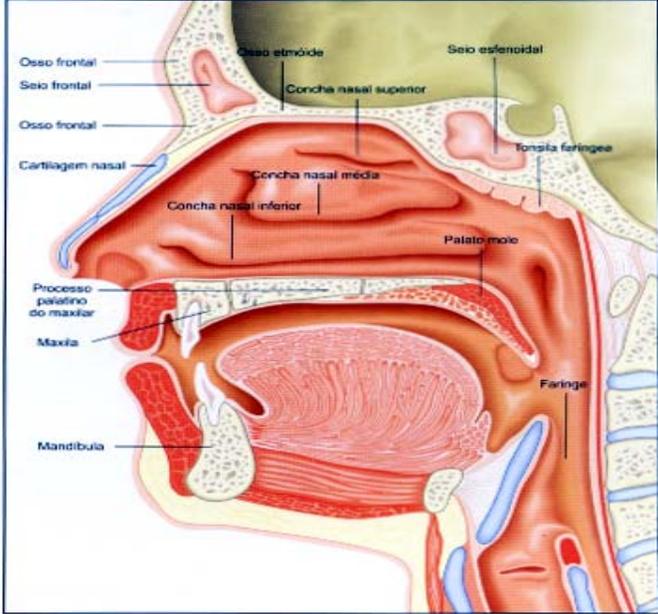
- **Morbidade elevada.**

- **Alta frequência de consultas ambulatoriais.**

- **Dificuldades diagnósticas**

- **Risco de complicações**

- **Uso abusivo de antibióticos**



Síndromes clínicas.

*Rinofaringite aguda.*

*Faringoamigdalite*

*Rinossinusite aguda*

*Otite Média aguda*

# Rinofaringite Aguda

- I.V.A.S mais comum da infância.
- 5 a 8 episódios nos < 5anos.
- Doença autolimitada.Boa evolução.
- Resfriado comum ou rinites virais agudas.
- Gripe(vírus influenza) - quadro de IVAS c/ comprometimento sistêmico.

# Rinofaringite Aguda

## Etiologia

- Rinovírus ( 70% )
- Coronavírus ( 20% )
- Adenovírus
- Vírus sincicial respiratório
- Influenza - sorotipo A ( Pandemia )
  - sorotipo B ( Epidemia )
  - sorotipo C.
- Parainfluenza.
- Enterovírus

# Infecções Respiratórias Agudas

138 lactentes acompanhados por 1 ano.

485 episódios de I.R.A.

271 amostras de NF analisadas.

Rinovírus - 48%

Enterovírus-14,6%

Parainfluenza-8.6%

Adenovírus -7.7%

# Rinofaringite Aguda

Transmissão- Via aérea –Gotículas de tosse e espirro.

- **Mãos contaminadas**

Período de contágio → 2 a 5 dias.

Maior freqüência → Meses de chuva ou frio.

Período de Incubação → 1 a 3 dias até 1 semana

Imunologia → Anticorpos no soro e secreção nasal

# RINOFARINGITE AGUDA

## Sinais e sintomas

- febre
- coriza
- tosse
- irritabilidade
- obstrução nasal
- dor de garganta
- anorexia
- rouquidão
- cefaléia
- vômitos
- fezes amolecidas

## Exame físico

- congestão de mucosa nasal, faringe e m.timpânica
- conjuntivas hiperemiadas.
- adenomegalia

# RINOFARINGITE AGUDA

**Não usar antibiótico**

**Educar a mãe:**

Natureza da doença

Possibilidade de complicações

Hidratação e alimentação  
Desobstrução nasal

**Prescrever:**

Antitérmico

Soro nasal

Vasoconstrictor tópico.

Anti-histamínico.

Broncodilatador.

Xaropes, vitaminas.

# Rinofaringite - evolução

Início da doença

Cura

5 a 14 dias

Aparecimento, persistência, ou recorrência da febre

Persistência de secreção purulenta

Otalgia

Persistência da tosse

Taquipnéia, tiragem, prostração

Complicações

Sinusite

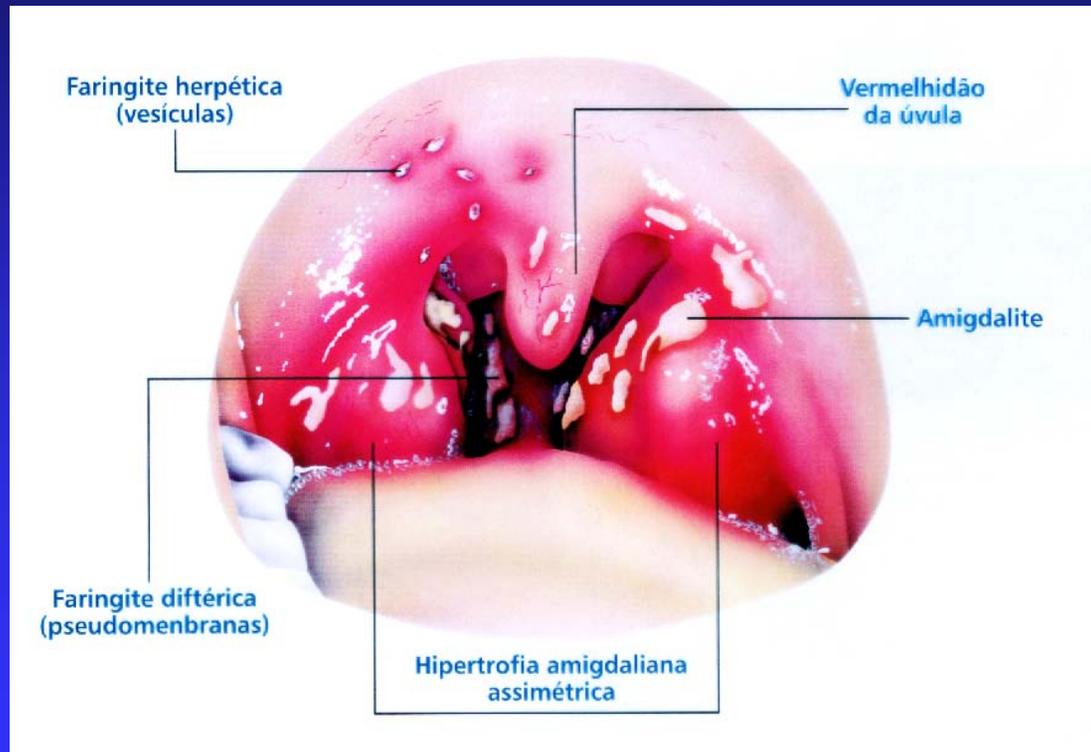
OMA

Bronquite

Bronquiolite

Pneumonia

# Faringotonsilites Agudas



# Faringotonsilites Agudas

## Etiologia

**Vírus :** (90)  
Coxsackie tipo A  
Herpes Simples  
Adenovírus  
Coxsackie tipo B  
**ECHO** Vírus  
Vírus da influenza  
*Mycoplasma hominis* tipo 2  
*Corynebacterium diphtheriae*  
*Francisella tularensis*  
Mononucleose infecciosa ( Vírus de Epstein-Baar)

**Bactérias:** **Streptococcus pyogenes** (20 a 30%)

(10 a 15%)  
Hemophylus influenzae  
Staphylococcus aureus

# FARINGITE NÃO ESTREPTOCÓCICA

- **Adenovírus - + comum**

Febre, falta de resposta á penicilina, exsudato sobre as amígdalas, congestão nasal e ocular, rinorreia, tosse.

- **Herpes simples ( Gengivo estomatite aguda )**

febre, faringe dolorida, úlceras brancas em palato com halo avermelhado na orofaringe anterior, adenomegalia.

- **Coxsackie do grupo A ( herpangina )**

vesículas faríngeas ou úlceras com halo avermelhado sem estomatite.

- **Mononucleose infecciosa**

febre ,exsudato tonsilar,linfadenopatia,esplenomegalia, alterações de provas hepáticas,linfócitos atípicos.

- **Difteria**

placas branco acinzentadas aderentes na orofaringe,invasão eventual da úvula,comprometimento laríngeo.

# FARINGOAMIGDALITES AGUDAS

## • VIRAL

< 3 anos

Início Gradual

Febre moderada

Espirros, Coriza

Conjuntivite

Hiperemia difusa

da faringe

Vesículas e úlceras

## • BACTERIANA

> 3 anos

Início Súbito.

Febre elevada.

Adenomegalia dolorosa.

Petéquias no palato.

Hipertrofia de amígdalas .

Exsudato tonsilar.

Erupção escarlatiniforme.

# FARINGO AMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA

## DIAGNÓSTICO

### **1-Dados clínicos e epidemiológicos.**

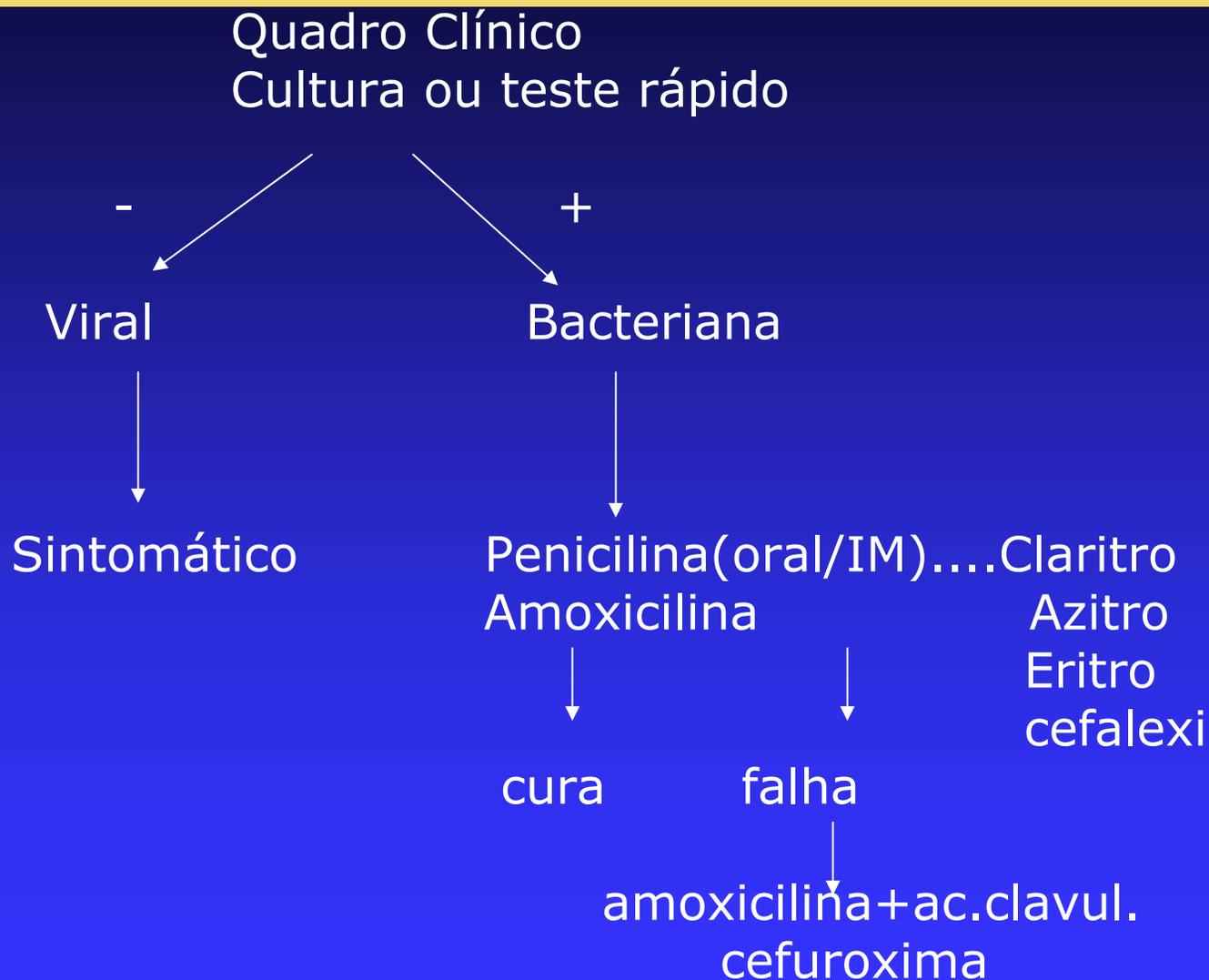
### **2-Exames não específicos.**

- Leucograma
- Proteína C reativa

### **3-Exames específicos**

- Cultura de material da orofaringe(.Padrão ouro)
- Teste rápido para detecção de antígeno -  
especificidade(95%);sensibilidade(60 a 70%)

# FARINGOAMIGDALITES AGUDAS



# Faringotonsilites Agudas

## Conduta Prática:

Clínica sugestiva +antígeno rápido positivo=Tratamento

Clínica sugestiva +antígeno rápido negativo=Cultura

Clínica muito sugestiva – **sem exames** =tratamento

Clínica sugestiva+antígeno rápido negativo+cultura

negativa=rever o diagnóstico.

# Faringo Amigdalite estreptocócica.

## ■ **Observar:**

■ *Aumento da dificuldade para engolir.*

■ *Voz abafada ou anasalada.*

■ *Falta de ar.*

■ *Manchas vermelhas na pele*

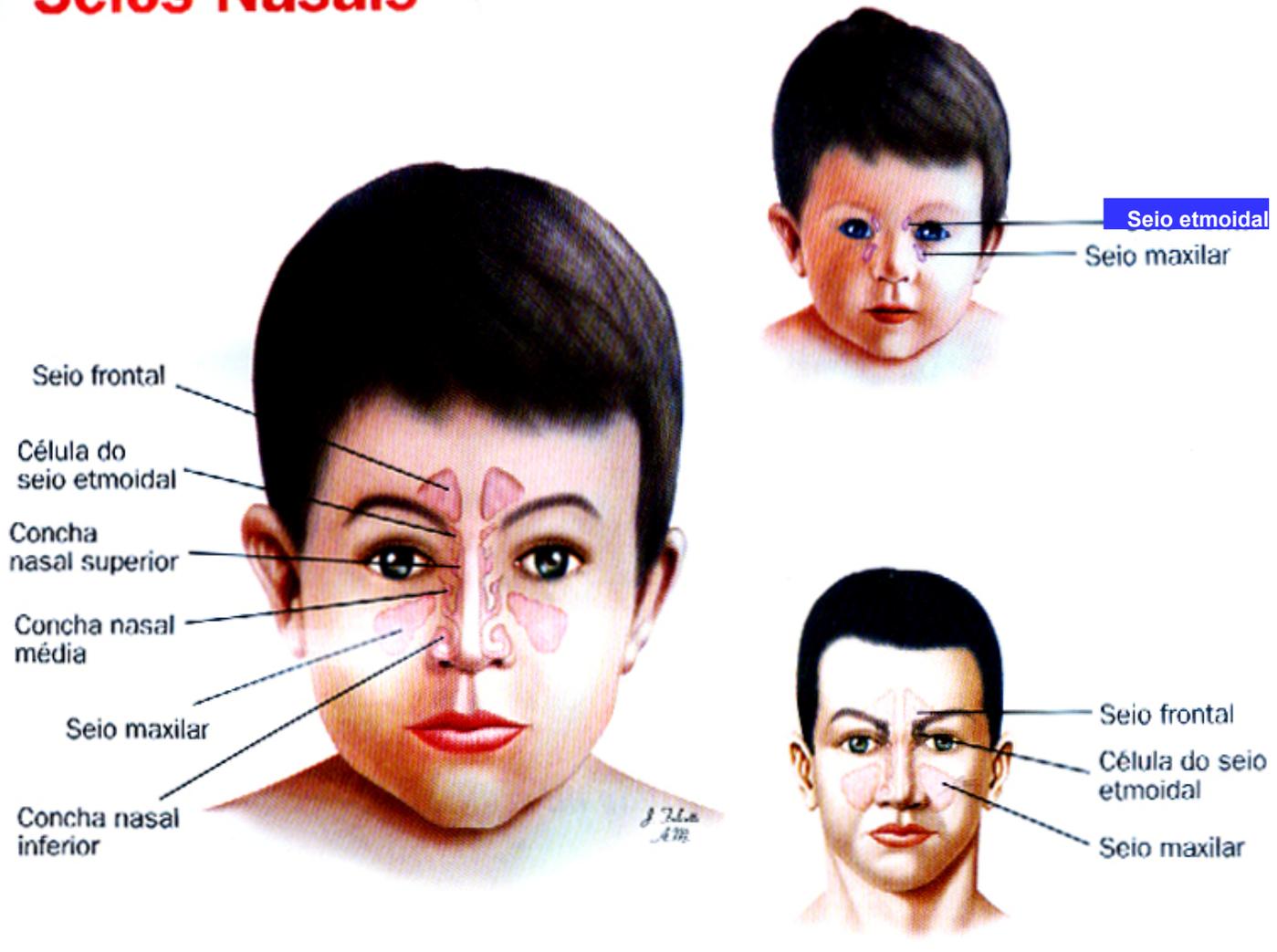
■ *Retorno da febre, dores articulares, urina de cor escura, oligúria, edema.*

## ■ **Cuidados:**

■ *Suspender creche ou escola até 24 hs do tratamento.*

# Rinossinusite aguda

## Seios Nasais



# Rinossinusite aguda

- Condição frequente na população pediátrica.
- Doença multifatorial.
- Complicação das I.V.A.S.(6,5 a 13%).
- Dificuldades no diagnóstico etiológico.
- Viral? Bactéria? Alergia?

# Rinossinusite aguda

## Fatores Predisponentes

- Infecção das vias aéreas superiores.
- Rinite alérgica.
- Hipertrofia de adenóides.
- Frequência a creches.
- Poluição ambiental (fumo).
- Corpo estranho.
- Natação.
- Desvio do septo nasal.
- Pólipos nasais e tumores.
- Imunodeficiências.
- Discinesia cíliar.
- Refluxo gastroesofágico.

# Rinossinusite aguda

- *Vírus causadores das rinofaringites.*
- *Streptococcus pneumoniae.*(40%)
- *Haemophilus influenzae.*(20%)
- *Moraxella catarrhalis.*(20%)
- *Outros: S.aureus. S.pyogenes, anaeróbios ,gram-negativos.*
- *Mycoplasma pneumoniae.*

# Rinossinusite aguda

- *Quando pensar:*
- *Quadro gripal persistente(>10 dias)*
- *Rinorréia .*
- *Obstrução nasal.*
- *Tosse.*
- *Febre.*
- *Gotejamento pós nasal.*
- *Odor nasal fétido.*
- *Conjuntivite purulenta.*
- *Irritabilidade, anorexia, cefaléia.*

# Rinossinusite aguda

Sinais e sintomas de 44 crianças com Suspeita de sinusite e Rx de face anormal.

Sinais e sintomas	Proporção
• Secreção nasal	44/44
• Mal estar	41/44
• Tosse diurna ou noturna	36/44.
• Febre	12/44
• Dor de cabeça	8/44
• Dor facial ou à palpação	5/44

# Rinossinusite aguda

## *Diagnóstico clínico.*

- *Duração dos sintomas.*
- *Exame clínico:*
  - *Rinoscopia anterior: hiperemia da mucosa e cornetos , secreção nasal no meato médio.*
  - *Cavum: drenagem de secreção retrofaringea.*

# Rinossinusite aguda

## Diagnóstico por imagem

- **Rx.simples dos seios da face-posição ortostática. (velamento/nível hidro aéreo/espessamento mucosa)**
  - Projeção waters ( mento naso ) - seios maxilares
  - Projeção Caldwell ( fronto-naso ) - seios etmoidais e frontais
  - Hirtz ( axial ) - Seios esfenoidais.
- **Tomografia computadorizada –Complicações**
  - Recorrência
  - Cronicidade.
  - Pré-operatório.
- **Rino-fibroscopia.**
- **Aspiração do seio** - Casos graves.Falha terapêutica.
  - Complicações supurativas.
  - Imunodeprimidos

# Rinossinusite aguda

## Tratamento

### Antibióticos

Amoxicilina.

Amoxicilina+

Clavulonato.

Cefuroxime.

Cefprozil

Claritromicina.

Azitromicina.

### Outras medidas

Desobstrução nasal

Vasoconstrictor tópico

Corticosteróides  
tópico ou oral.

antihistamínicos

# OTITE MÉDIA AGUDA

Incidência tem aumentado mundialmente.

Afeta principalmente lactentes e pré escolares.

São a principal causa de uso de antibióticos em crianças.

Mudança no perfil das bactérias causadoras de otite.  
Emergências de cepas multiresistente

Reformulação das indicações de antibioticoterapia.

# OTITE MÉDIA AGUDA

## Incidência e epidemiologia

Freqüente entre os 6 e 36 meses de idade.

Crianças menores de 3 anos:

- 71% apresentam pelos menos um episódio de OMA.
- 33% tem três ou mais episódios.
- 40% persistem com efusão no O.M por 4 semanas.
- 10% mantêm efusão no O.M. após 3 meses.

# OTITE MÉDIA AGUDA

## ETIOLOGIA

- S. pneumoniae ( 16 a 46 % )
- H. influenzae (7a 28 % )
- M. catarrhalis (12 %)
- S. pyogenes (2 %)
- S. aureus ( 2% )
- E. coli ( Rns )
- Crescimento misto ( 6% )
- Sem crescimento ( 27% ).

# OTITE MÉDIA AGUDA

## Quadro clínico

Otalgia

Febre

Irritabilidade

Dificuldade para sugar

Vômitos

Diarreia

Meningismo

Hipoacusia

# OTITE MÉDIA AGUDA

## Diagnóstico

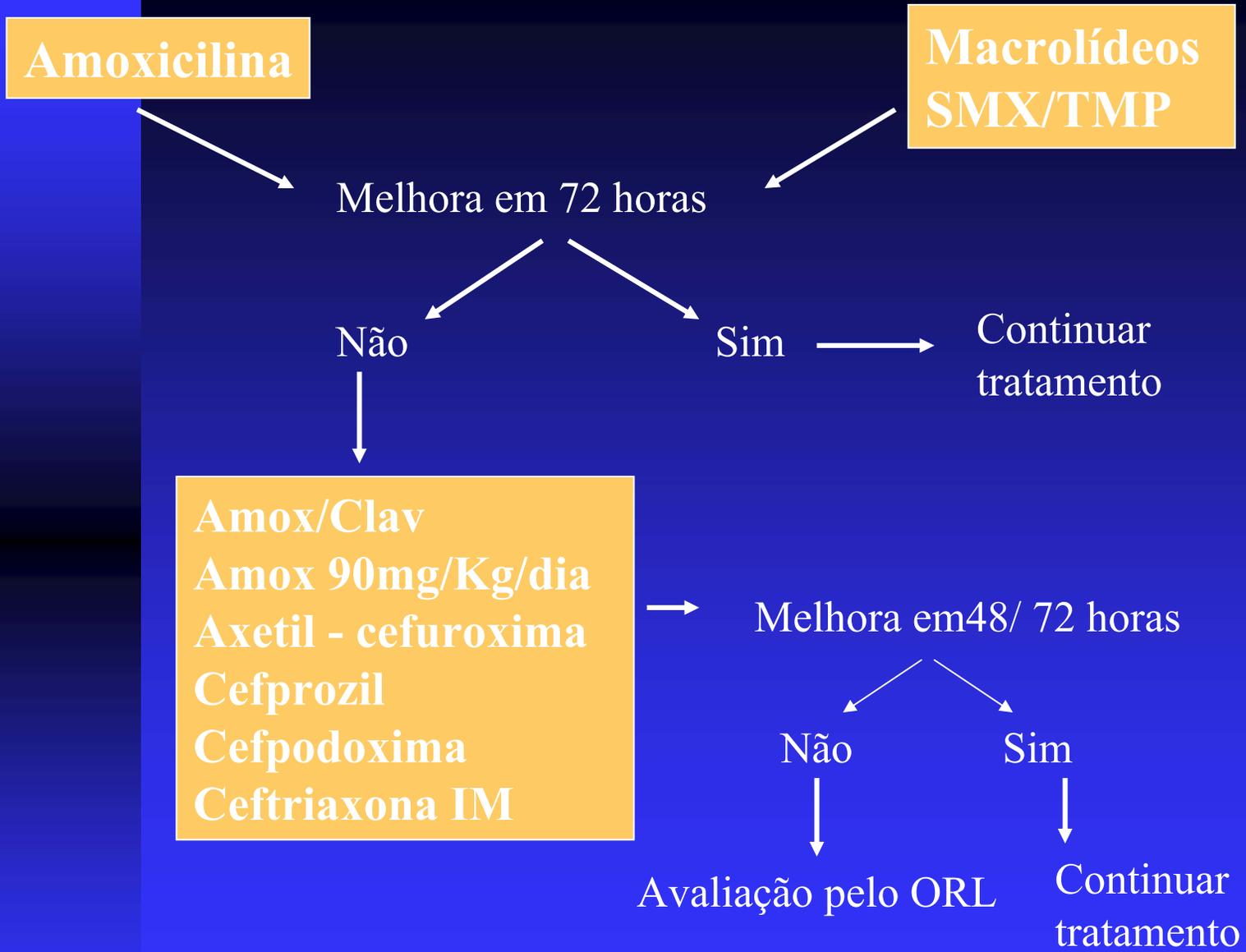
### Sinais clínicos

Otoscopia: Abaulamento.  
Hiperemia.  
>Vascularização  
< mobilidade.  
Secreção.

# OTITE MÉDIA AGUDA

(Consenso - SBP)

Características	Conduta expectante (reavaliação 48 h)	Antibioticoterapia
<b>Idade</b>	≥ 2 anos	< 2 anos
<b>Intensidade dos sintomas</b>	Leve	Moderada a grave
<b>Toxemia</b>	Ausente ou leve	Moderada a grave
<b>Temperatura axilar</b>	< 39°C	≥ 39° C
<b>Antecedente de OMA</b>	Ausente	Presente
<b>Otoscopia</b>	Hiperemia e/ou nível hidro-aéreo	Abaulamento e/ou otorréia



**Tratamento da OMA em pacientes que não utilizaram antibiótico nos últimos 2 meses (consenso - SBP)**

# OTITE MÉDIA AGUDA.

## **Critério de risco para recorrência .**

Primeiro episódio antes dos 6 meses de idade.

História familiar de Otite média recorrente.

Frequência a creches

Utilização de antibiótico no último mês. Mais de

três episódios de OMA nos últimos 6 meses

Idade inferior a 10 anos.de idade.

# OTITE MÉDIA AGUDA

## Profilaxia

- Aleitamento materno
- Retardar ingresso em creches
- Antibióticos ( casos especiais )
- Immunoprofilaxia - Vacinas anti pneumococica.  
Influenza.