



Síndrome dolorosa caracterizada por dor de garganta, de início súbito ou insidioso, associado ou não a hipertrofia de amígdalas, presença ou não de exsudato, febre, linfadenomegalias e sintomas constitucionais. Em geral tem etiologia infecciosa (viral ou bacteriana), mas pode ter origem inflamatória, traumática, alérgica, tóxica ou neoplásica.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Confirmação diagnóstica

O diagnóstico sintomático de faringoamigdalite é clínico e depende da inspeção da orofaringe bem como a inspeção e palpação da região cervical. Em adultos, 90% das faringoamigdalites tem etiologia viral. A presença de febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, linfadenomegalias satélites, exsudato purulento sobre as tonsilas e a ausência de tosse, apontam para a etiologia bacteriana em 50% dos casos, logo um diagnóstico de faringoamigdalite bacteriana de certeza não é possível clinicamente.

2. ESCORE DE RISCO

Não há escore de risco para faringoamigdalites.

Escore de Centor modificado julga a chance de faringoamigdalite por *S.pyogenes* até o 3º dia de doença.

Os critérios são:

Critério	Idade	Pontos
Idade	3-14	+ 1 ponto
Idade	15-44	0 pontos
Idade	> 44 anos	- 1 ponto
Febre	$\geq 38^{\circ}\text{C}$	+ 1 ponto
Linfadenomegalia		+ 1 ponto
Exsudato Purulento		+ 1 ponto
Ausência de tosse		+ 1 ponto

2.1. EXAMES

Indicação de exames diagnósticos

Pacientes com Centor modificado 0 ou 1 não necessitam de outros testes diagnósticos na UPA. (chance de amigdalite *streptococcica* <10%)

Pacientes com Centor modificado 2, 3 ou 4 devem ter pesquisa de *Streptococcus pyogenes* em orofaringe coletados visto que a chance de amigdalite bacteriana é 15%, 30% e 50% respectivamente.

Indicação de outros exames

Pode-se coletar hemograma, proteína c reativa e função hepática na suspeita de mononucleose infecciosa (infecção pelo *Epstein Barr vírus*) ou outra infecção bacteriana ou viral

Ultrassom cervical ou tomografia de região cervical na suspeita de complicações supurativas.

3. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Indicação de internação e alocação adequada

Em geral, pacientes com faringoamigdalites não necessitam internação e podem ser acompanhados ambulatorialmente. Pacientes com complicações supurativas devem ser internados.

Critérios de internação

Complicações supurativas que necessitem antibioticoterapia parenteral e/ou abordagem cirúrgica.

Critérios de internação em UTI

Complicações supurativas que ameacem ou comprometam a via aérea do paciente.

4. ALOCAÇÃO ADEQUADA

Indicação de internação e alocação adequada

Em geral, pacientes com faringoamigdalites não necessitam internação e podem ser acompanhados ambulatorialmente. Pacientes com complicações supurativas devem ser internados.

Critérios de internação

Complicações supurativas que necessitem antibioticoterapia parenteral e/ou abordagem cirúrgica.

Critérios de internação em UTI

Complicações supurativas que ameacem ou comprometam a via aérea do paciente.

5. TRATAMENTO

Tratamento inicial

- Antibioticoterapia oral com amoxicilina (sem clavulanato), 500mg a cada q8h ou 875mg q12h por 7-10 dias (para erradicação do *S.pyogenes* – 10 dias/pacientes com febre reumática ou suspeita), ou 1.200.000 UI IM de Penicilina Benzatina.
- Alternativas: Cefalosporinas, Clindamicinas, Macrolídeos
- **Antibioticoterapia parenteral** com ceftriaxone 1g q12h IV

Critérios para conversão para terapia oral

- Estabilidade hemodinâmica e capacidade de receber medicação por via oral

Duração do tratamento

- Tratamento ambulatorial / domiciliar – 7 a 10 dias
- Tratamento de complicações supurativas – 14 dias

Indicação de exames de controle durante o tratamento

- Não há indicação de exames durante o tratamento de pacientes ambulatoriais
- Para pacientes internados, controle de marcadores inflamatórios e imagem (tomografia ou ultrassom) pode ser necessário

6. ALTA HOSPITALAR

Critérios de alta

- Alta da UPA - ausência de complicações supurativas
- Alta Hospitalar - complicações supurativas resolvidas e estabilidade
- Hemodinâmica + antibioticoterapia oral possível.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno.

- Retorno ambulatorial ou retorno na UPA se paciente não melhorar e ficar afebril em 48 horas
- Aparecimento de rash cutâneo interpretado como alergia ou possibilidade de infecção pelo *Epstein Barr* vírus

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de solicitação de teste rápido para Streptococcus em todos os pacientes com escore modificado de Centor ≥ 2 pontos e
- Taxa de Prescrição de antibióticos somente para pacientes com teste positivo, excetuando-se aqueles com febre reumática documentada.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: inclusão dos indicadores de qualidade; alteração do template.

IV. Referências

- [1] Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room *Med Decis Making*. 1981;1(3):239-46;
- [2] Mclsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ*. 1998;158(1):75-83;
- [3] Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and Mclsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med*. 2012; 172(11): 847–852;
- [4] Mclsaac 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.

Código Documento: CPTW144.3	Elaborador: Roberto Muniz Junior	Revisor: Fernando Gatti	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 20/04/2020 Data de revisão: 01/10/2022	Data de Aprovação: 10/10/2022
---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	---	---