

PROTOCOLO COLABORATIVO

MANEJO DA FARINGOAMIGDALITE BACTERIANA AGUDA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE



SAÚDE



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

Protocolo colaborativo

Manejo da Faringoamigdalite Bacteriana Aguda na Criança e no Adolescente

O protocolo Manejo da Faringoamigdalite Bacteriana Aguda na Criança e no Adolescente é um dos protocolos colaborativos e integrativos do SUS-BH e seu desenvolvimento foi coordenado pela Dra. Talitah Michel Candiani e Dra. Bárbara Araújo Marques, médicas do Hospital João Paulo II.

Organização

Susana Maria Moreira Rates

Elaboração

Ana Paula Emerick Corrêa
Bárbara Araújo Marques
Camila Vidotti Castro Corrêa
Luciana Pimenta de Paula

Marina Cunha de Souza Lima
Patricia da Fonseca Oliveira
Talitah Michel Candiani

Revisão interna do Hospital João Paulo II em março de 2021

Wilson Rocha Filho

Este Protocolo foi validado pela Comissão dos Protocolos Colaborativos do Sistema Único de Saúde do SUS-BH:

Adriana Cristina Camargos de Rezende
Alex Sander Sena Peres
Alexandre Sérgio da Costa B
Ana Emília de Oliveira Ahouagi
Ana Paula Emerick Correa
André Luiz de Menezes
Bárbara Araújo Marques
Camila Vidotti Castro Corrêa
Cristian Eduardo Condack
Danilo Borges Matias
Debora Gontijo Braga
Fabiano Gonçalves Guimarães
Fernando Libânio Coutinho
Geralda Magela Costa Calazans
Isabela Vaz Leite Pinto
Janete dos Reis Coimbra

Laura Maria de Lima Belizario Facury Lasmar
Luciana Pimenta de Paula
Marcos Evangelista de Abreu
Maria Socorro Lemos
Maria Tereza de Freitas Lima Araújo
Marina Cunha de Souza Lima
Patricia da Fonseca Oliveira
Paulo Henrique Franco Lopes
Raquel Felisardo Rosa
Rejane Ferreira dos Reis
Roseli da Costa Oliveira
Sônia Gesteira e Matos
Susana Maria Moreira Rates
Talitah Michel Candiani
Valéria Santos Pinheiro

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Sumário

Apresentação.....	4
-------------------	---

PARTE 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

INTRODUÇÃO RACIONAL.....	5
PALAVRAS-CHAVES.....	5
OBJETIVOS	6
POPULAÇÃO-ALVO.....	6
UTILIZADORES POTENCIAIS	6
POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES DOS AUTORES	6
INTRODUÇÃO METODOLOGIA	7

PARTE 2 - SUMÁRIO DAS RECOMENDAÇÕES

1 RECOMENDAÇÕES DIAGNÓSTICAS.....	11
1.1 Uso de sinais e sintomas isolados e combinados em escores clínicos para diagnóstico da amigdalite estreptocócica.....	11
1.2 Exames laboratoriais	13
1.3 Realização do teste rápido para estreptococo	13
2 MEDIDAS DE SUPORTE.....	14
2.1 Analgésicos	14
2.2 Outras medidas para alívio da dor.....	15
3 TRATAMENTO	16
3.1 Estratégias de tratamento	16
3.2 Seleção do antibiótico	18
3.3 Seleção do antibiótico para pacientes com alergia à penicilina.....	18
3.4 Posologia da amoxicilina de 24 em 24 horas	19
3.5 Tempo de tratamento recomendado Amoxicilina via oral.....	21
3.6 Uso de Corticoterapia	21

4 ATIVIDADES ESSENCIAIS	22
4.1 Material / pessoal necessário	22
4.2 Epidemiologia.....	22
4.3 Atividades essenciais	23
4.3.1 Reconhecer a apresentação clínica	23
4.3.2 Aspectos mais relevantes da anamnese	23
4.3.3 Aspectos mais relevantes do exame físico.....	23
4.3.4 Diagnóstico diferencial	24
4.3.5 Complicações	24
4.3.6 Escores clínicos	25
a) Escore de Centor.....	25
b) Escore de McIsaac ou Centor modificado.....	25
c) Escore de FeverPAIN.....	26
d) Escore de Attia	26
Referência bibliográfica	27

ANEXO

Orientações aos pais e cuidadores de crianças com Amigdalite.....	31
---	----

Apresentação

Os Protocolos Colaborativos (PC) do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) têm por objetivo a construção de diretrizes integradas e baseadas em evidências científicas por meio de parcerias e do encontro de diferentes saberes.

Para tanto, foi constituída uma Comissão dos Protocolos Colaborativos do SUS-BH que conta com representação de todos os pontos da Rede de Atenção (**Atenção Primária, Rede Complementar, Assistência Farmacêutica, Centrais de Regulação e da Rede de Urgências incluindo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Unidades de Pronto Atendimento, hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Hospital Municipal Odilon Behrens - HMOB, Hospital Metropolitano Risoleta Tolentino Neves - HRTN, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC-UFMG e Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro - HMDCC**). A primeira tarefa da Comissão foi definir temas prioritários a serem desenvolvidos e acordar a metodologia para seu desenvolvimento. Adotou-se a dos protocolos colaborativos que compreende três dinâmicas, a saber:

Na primeira fase, um grupo de profissionais desenvolve o protocolo de determinado tema organizando-o em recomendações mediante evidências científicas, tópicos ou algoritmos para facilitar a leitura.

Na segunda fase, o grupo apresenta a proposta de Protocolo à Comissão que aprecia, discute e propõe adaptações ou ajustes, se necessário. Nesse fórum, pactuam-se recomendações a serem implementadas.

Na terceira etapa, as instituições adaptam o protocolo para a realidade e especificidades locais, respeitando as diretrizes e recomendações estabelecidas. As estratégias para divulgação são delineadas e postas em ação para alimentar ciclos de melhoria do aprendizado.

Desejamos a todos boa leitura e que possamos, por meio da implementação progressiva destes protocolos, ofertar atenção cada vez mais qualificada e eficiente a todos os usuários do SUS-BH.

Jackson Machado Pinto

Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Taciana Malheiros Lima Carvalho

Secretária Adjunta e Subsecretária de Atenção à Saúde

Renata Mascarenhas Bernardes

Diretora de Assistência à Saúde

PARTE 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

INTRODUÇÃO RACIONAL

A dor de garganta é uma das causas mais comuns de busca pela assistência médica na pediatria. Embora a grande maioria desses pacientes tenha infecção viral, é fundamental identificar quais são aqueles com risco elevado de infecção bacteriana para o tratamento adequado.

As faringites virais cursam com prognóstico benigno, sem complicações ou sequelas e não necessitam de tratamento específico. Já as faringites bacterianas podem evoluir para complicações que podem ser prevenidas com o tratamento antimicrobiano: supurativas, como abscessos periamigdaliano/retrofaringeo, e não supurativas, como febre reumática.

O *Streptococcus pyogenes*, também conhecido como estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield, é a causa mais comum de faringite bacteriana, sendo responsável por cerca de 80% do total destes casos, e por 14% a 37% de todos os casos de faringite em crianças entre 5 e 19 anos.¹⁴ É mais comum em crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de idade, e menos comum em menores de 3 anos.³⁰ A infecção estreptocócica é mais comum em climas frios e temperados, com um pico de incidência durante o inverno e a primavera.

Os principais sintomas da faringoamigdalite bacteriana são decorrentes do processo inflamatório e infeccioso da mucosa orofaríngea. Em crianças maiores de 3 anos, o quadro clínico pode cursar com exsudato, hipertrofia, hiperemia e dor nas amígdalas, febre, linfadenomegalia cervical anterior dolorosa, petéquias palatais, úvula inflamada, erupção cutânea escarlatiniforme e sintomas inespecíficos como cefaléia, dor abdominal, náuseas e vômitos. Na faringoamigdalite de etiologia bacteriana é improvável que apareçam sintomas como coriza, tosse, conjuntivite, rouquidão, diarreia ou exantema viral.³²

PALAVRAS CHAVES

Faringite estreptocócica; Faringoamigdalite; Tonsilite; *Streptococcus pyogenes*; Estreptococos do grupo A de Lancefield.

OBJETIVOS

- A. Estabelecer critérios para o diagnóstico e tratamento da faringite estreptocócica.
- B. Fornecer elementos que possam ajudar na diferenciação de infecções bacterianas e virais.
- C. Identificar precocemente e evitar complicações.
- D. Reduzir o uso desnecessário de antibióticos.
- E. Melhorar a qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

POPULAÇÃO-ALVO

Crianças maiores de 3 anos atendidas em serviços de saúde de Belo Horizonte, com queixa de dor de garganta.

UTILIZADORES POTENCIAIS

Profissionais da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSES DOS AUTORES

Os autores declaram não apresentar conflitos de interesses econômicos ou intelectuais com o conteúdo deste documento.

INTRODUÇÃO METODOLOGIA

Os seguintes *guidelines* e sumários on-line serviram de base para a construção deste protocolo. Quando as informações contidas nestas bases foram insuficientes para a realização de recomendações locais, os (as) autores (as) deste protocolo realizaram uma busca e análise crítica independente das melhores evidências disponíveis seguidas de discussão com a equipe do Hospital Infantil João Paulo II nas sessões do Clube de Revista e fóruns internos. Posteriormente, este Protocolo foi avaliado e validado pelo Comitê dos Protocolos Colaborativos da Criança e do Adolescente do SUS-BH sendo adotado por sua Rede de Atenção.

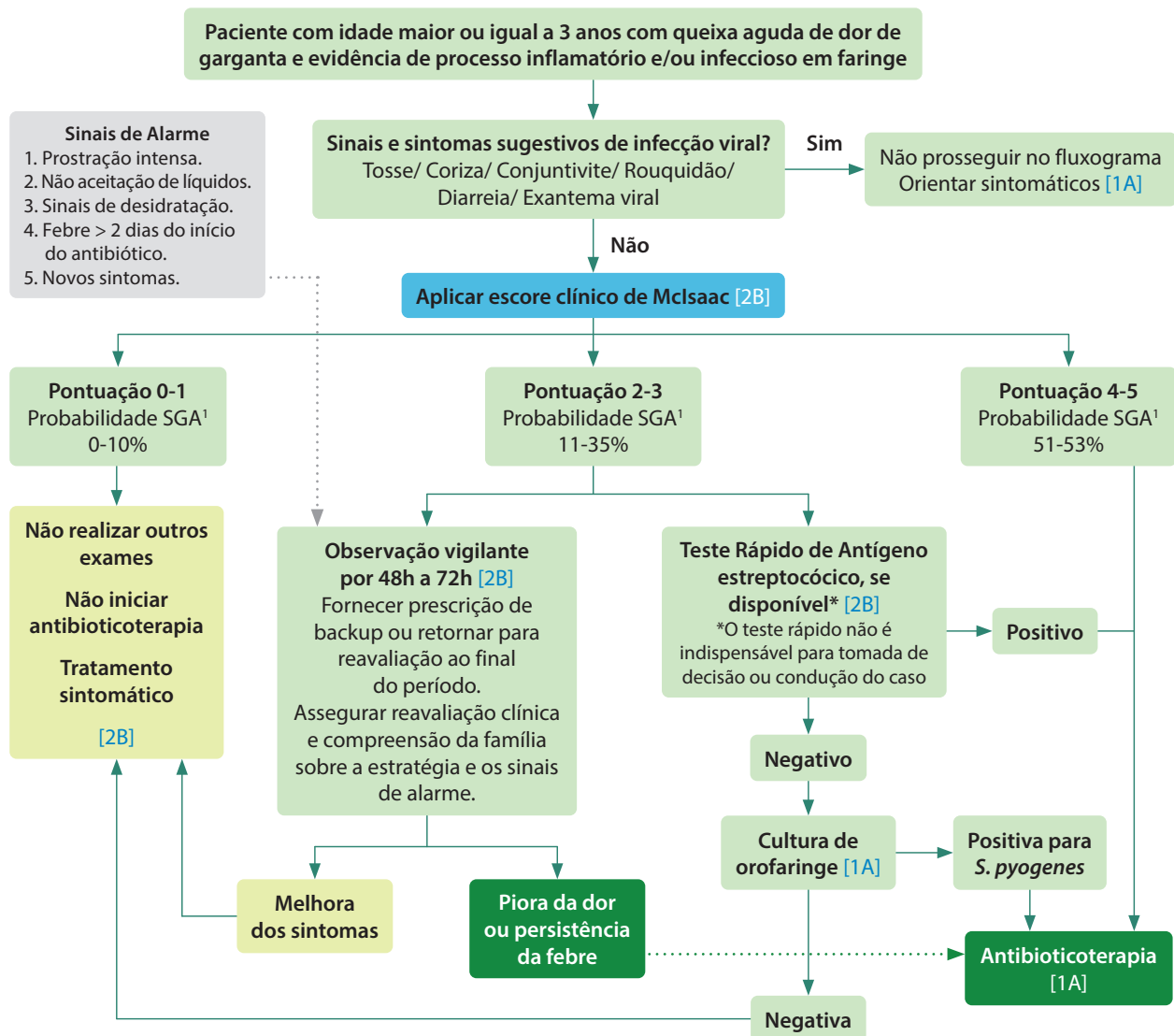
Sumário/ <i>guideline</i>	Credibilidade	Atualidade
[30,31,32] UpToDate, 2019-2020	★★★★★	★★★★★
[13,14] Dynamed, 2018	★★★★★	★★★★★
[16] American Heart Association, 2009	★★★★★	★★★
[22] Sore throat (acute): antimicrobial prescribing , NICE, 2018	★★★★★	★★★★★
[26] Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group a streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America	★★★★★	★★★
[21] Group A Streptococcal Sore Throat Management Guideline, National Heart Foundation of New Zealand, 2019	★★★★★	★★★★★

GRADE

GRADING OF RECOMMENDATIONS ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION

Recomendações	Significado	Implicações
1 Recomendação forte	As vantagens claramente superam as desvantagens. As desvantagens claramente superam as vantagens. Não há alternativa aceitável para este tipo de recomendação. Recomendações de boa prática (RBP) tem implicações semelhantes baseadas apenas em plausibilidade clínica.	Profissionais de saúde devem oferecer (ou contraindicar) a intervenção para a maioria dos pacientes. Pacientes bem informados devem optar por seguir a recomendação na maioria das vezes. Deve ser adotada como política de saúde pela instituição.
2 Recomendação fraca (condicional)	Há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma dada conduta. Alternativas são igualmente aceitáveis.	Profissionais de saúde devem reconhecer que diferentes escolhas são apropriadas. Valores e preferências têm papel central nas escolhas. É necessário debate entre as partes interessadas.
Confiança nas evidências	Significado	Implicações
A Alta	Alta confiança no efeito.	É improvável que novos dados alterem significativamente a estimativa de benefício/risco.
B Moderada	Grau de incerteza moderado na estimativa.	É possível que mais pesquisas tenham impacto na estimativa de benefício/risco.
C Baixa	Grande incerteza na estimativa.	É plausível que novos dados modifiquem a estimativa ou o balanço de riscos e benefícios.
D Muito baixa	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	O verdadeiro efeito é provavelmente substancialmente diferente da estimativa do efeito.

Fluxograma 1 - Investigação diagnóstica e tratamento


¹SGA = Streptococcus do Grupo A

Escore de McIsaac		
Critério		Pontuação
Idade	3 a 14 anos	+1
	15 a 44 anos	0
	> 45 anos	-1
Exsudato ou edema tonsilar	Sim	+1
	Não	0
Linfonodos cervicais anteriores inflamados	Sim	+1
	Não	0
Temperatura > 38°C	Sim	+1
	Não	0
Ausência de tosse	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 5

Sugerem amigdalite bacteriana: [2B]

- Início abrupto de dor de garganta e febre.
- Amígdalas eritematosas, hipertrofiadas e doloridas, com exsudato.
- Linfadenomegalia cervical anterior dolorosa.
- Petéquias palatais.
- Úvula inflamada.
- Rash escarlatiforme.
- Cefaleia.
- Náuseas ou vômitos.

Antibióticos de escolha	Dose	Via	Duração	Dose máxima
Amoxicilina	50 mg/kg, 1 vez ao dia (máximo de 1.000 mg) ou 25 mg/kg (dose máxima de 500 mg) 2 vezes ao dia	VO	10 dias	1.000 mg se 50 mg/kg, 1 vez ao dia, ou 500 mg se 25 mg/kg 2 vezes ao dia
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000 UI	1,2 milhão de unidades (> 27 kg) 600.000 unidades (≤ 27 kg)	IM	Dose única	
Alergia a Penicilina				
Cefalexina ^{2*}	20 mg/kg, 2 vezes ao dia	VO	10 dias	500 mg
Cefadroxil ^{1*}	30 mg/kg, 1 vez ao dia	VO	10 dias	1.000 mg
Clindamicina ^{1*}	7 mg/kg, 3 vezes ao dia	VO	10 dias	300 mg
Azitromicina ^{2**}	12 mg/kg, 1 vez ao dia	VO	5 dias	500 mg

¹ Não padronizado pela REMUME (Relação Municipal de Medicamentos-BH).

² Padronizado pela REMUME.

* Evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina.

** Verifique a resistência do estreptococo do grupo A local.

Tabela 1 - Doses e posologias dos antibióticos recomendados

Antibiótico	Via	Dose	Duração	Referência
PENICILINA V ¹	VO	Crianças (≤ 27 kg): 250 mg por via oral, 2-3 vezes ao dia Adolescentes (> 27 kg): 500 mg 2-3 vezes ao dia *evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina	10 dias	IDSA, DynaMed, UpToDate
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI ²	IM	1,2 milhão de unidades (> 27 kg) 600.000 unidades (≤ 27 kg) *evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina	Dose única	IDSA, DynaMed, UpToDate
AMOXICILINA ²	VO	50 mg/kg, 1 vez ao dia (máximo de 1.000 mg) ou 25 mg/kg (dose máxima de 500 mg) 2 vezes ao dia *evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina	10 dias	IDSA, DynaMed, UpToDate
CEFALEXINA ²	VO	20 mg/kg, 2 vezes ao dia (dose máxima de 500 mg) *evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina	10 dias	IDSA, DynaMed, UpToDate
CEFADROXIL ¹	VO	30 mg/kg, 1 vez ao dia (dose máxima de 1.000 mg) *evitar se houver hipersensibilidade imediata à penicilina	10 dias	IDSA, DynaMed
CLINDAMICINA ¹	VO	7 mg/kg, 3 vezes ao dia (dose máxima de 300 mg) *verifique a resistência do estreptococo do grupo A local	10 dias	IDSA, DynaMed, UpToDate
AZITROMICINA ²	VO	12 mg/kg (dose máxima de 500 mg), 1 vez ao dia *verifique a resistência do estreptococo do grupo A local	5 dias	IDSA, DynaMed
		12 mg/kg (dose máxima de 500 mg), 1 vez ao dia no dia 1, seguidos de 6 mg/kg (dose máxima de 250 mg), nos dias 2-5	5 dias	UpToDate
CLARITROMICINA ¹	VO	7,5 mg/kg, 2 vezes ao dia (dose máxima de 250 mg) *verifique a resistência do estreptococo do grupo A local	10 dias	IDSA, DynaMed, UpToDate

VO: VIA ORAL

IM: INTRAMUSCULAR

¹Não padronizada pela REMUME (Relação Municipal de Medicamentos-BH)²Padronizada pela REMUME (Relação Municipal de Medicamentos-BH)

Recomenda-se que o atendimento de pacientes ambulatoriais, no âmbito dos Centros de Saúde, Unidades de Atenção Especializadas e UPAs da SMSA-BH, deve observar a padronização de medicamentos da Instituição.

PARTE 2 - SUMÁRIO DAS RECOMENDAÇÕES

➤ 1 RECOMENDAÇÕES DIAGNÓSTICAS

1.1 Uso de sinais e sintomas isolados e combinados em escores clínicos para diagnóstico da amigdalite estreptocócica

RECOMENDAÇÃO FRACA

Uso de sinais e sintomas isolados para diagnóstico²⁴

A faringite estreptocócica geralmente se inicia de forma abrupta com dor de garganta acompanhada de sintomas inespecíficos como febre, cefaleia, dor abdominal, náuseas e vômitos.

Revisão sistemática sobre acurácia dos sinais e sintomas mostrou que alguns deles aumentam a probabilidade de faringite estreptocócica em mais de 50%, sendo considerados úteis, porém, não definitivos para o diagnóstico de forma isolada.²⁴ Estes incluíram erupção cutânea escarlatíniforme (LR+ 3,91; CI, 2,00-7,62), petéquias em palato (LR+ 2,69; 1,92-3,77), exsudato faríngeo (LR+ 1,85; CI, 1,58-2,16), vômito (LR+ 1,79; CI, 1,58-2,16), e linfadenomegalia cervical dolorosa (LR+ 1,72; CI, 1,54-1,93).

Uso de escores clínicos para diagnóstico³²

O diagnóstico de amigdalite estreptocócica pode ser guiado através de conjuntos de sinais e sintomas em escores clínicos como FeverPAIN, Attia, Centor e Mclsaac, este também conhecido como 'Centor modificado' por acrescentar a idade de 3 a 14 anos aos critérios de Centor.

Os escores são adequados para excluir a amigdalite estreptocócica, mas não podem ser considerados definitivos para confirmar o diagnóstico de forma isolada. Como possuem baixa a moderada acurácia [FeverPAIN 0,73 (IC 95% 0,69, 0,78); Attia 0,62 (IC 95% 0,58-0,66), Mclsaac 0,56 (0,52- 0,60)]¹¹, apresentam risco de diagnósticos falsos negativos (5% Mclsaac; 18% FeverPAIN). Portanto, devem ser associados a estratégias auxiliares como a observação vigilante e o teste rápido para pesquisa do estreptococo em orofaringe, quando disponível.

Mclsaac foi escolhido como escore de referência neste protocolo por apresentar validade externa reconhecida na literatura e menor risco de diagnósticos falsos negativos. Pode ser aplicado após avaliação de paciente maior de 3 anos com dor de garganta de início abrupto e evidência de inflamação na mucosa faríngea, que não apresente sintomas compatíveis com infecção viral (espirros, tosse, coriza, rouquidão, diarreia).

Escore de Mclsaac		
Critério		Pontuação
Idade	3 a 14 anos	+1
	15 a 44 anos	0
	> 45 anos	-1
Exsudato ou edema tonsilar	Sim	+1
	Não	0
Linfonodos cervicais anteriores inflamados	Sim	+1
	Não	0
Temperatura > 38°C	Sim	+1
	Não	0
Ausência de tosse	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 5

São sugeridas as seguintes condutas, de acordo com o risco de infecção estreptocócica¹⁶ indicado pelo escore:

- Pontuação de 0-1: Baixo risco de etiologia estreptocócica (0-10%). Não utilizar antimicrobianos e indicar apenas tratamento com sintomáticos.
- Pontuação entre 2-3: Risco intermediário de etiologia estreptocócica (11-35%). Pode-se adotar a observação vigilante com a prescrição de backup ou realizar o teste rápido para detecção do estreptococo, se disponível.
- Pontuação entre 4-5: Risco alto de etiologia estreptocócica (51-53%). Iniciar antibioticoterapia empírica. Se teste rápido disponível, pode ser realizado para confirmação da etiologia.

Benefícios e danos	Benefício em reduzir uso de antibióticos; não invasivos; baixo custo. Auxiliam com maior acurácia a excluir a amigdalite estreptocócica. Risco de não diagnosticar corretamente um paciente com amigdalite estreptocócica - devem ser associados a outras estratégias dependendo da pontuação do teste.
Qualidade da evidência	MUITO BAIXA
Valores preferenciais	A maioria dos pacientes e familiares, se bem informados, optariam pela realização da intervenção.
Recursos e outras considerações	A intervenção já é realizada rotineiramente, não havendo impacto nos custos. Não há dificuldades técnicas.

1.2 Exames laboratoriais

RECOMENDAÇÃO FORTE CONTRÁRIA

Hemograma e reagentes de fase aguda (PCR, VHS, PCT) não devem ser realizados de rotina.

Em casos de agravamento não esperado do quadro clínico e suspeita de complicações, pode ser indicada a sua realização.

Benefícios e danos	Benefícios de não solicitar exames laboratoriais superam os riscos.
Qualidade da evidência	MODERADA.
Valores preferenciais	Sem variabilidade substancial esperada.
Recursos e outras considerações	Reduzir invasividade da conduta (menor desconforto e dor associados ao procedimento), redução de custos e de uso de antibióticos.

1.3 Realização do Teste rápido para estreptococo

RECOMENDAÇÃO FRACA

O teste rápido para estreptococo é baseado na pesquisa enzimática de antígeno da bactéria nos esfregaços de orofaringe. A coleta pode ser desafiadora em crianças, pois a amostra deve ser obtida por swab vigoroso das amígdalas e da faringe posterior, devendo ser movido para dentro e para fora da boca sem tocar a língua ou a mucosa bucal do paciente. As amostras devem ser obtidas antes do início da terapia antimicrobiana. O teste rápido não é capaz de diferenciar colonização de infecção, e 5 a 21% das crianças entre 3 e 15 anos de idade são portadoras de estreptococo A em orofaringe.¹⁴

Um resultado positivo no teste rápido é considerado confirmatório (alta especificidade: $\geq 95\%$). Porém, um resultado negativo não descarta a infecção (baixa sensibilidade: 70-90%) e requer confirmação com cultura de orofaringe.³²

Benefícios e danos	Pequeno benefício. Dificuldade de coleta de amostra adequada em pacientes pediátricos. Necessidade de confirmação com cultura caso o teste seja negativo. Necessidade de interpretação do resultado: não discrimina infecção de colonização.
Qualidade da evidência	MUITO BAIXA
Valores preferenciais	Coleta incômoda para o paciente. Pacientes e familiares nem sempre optariam pela realização da intervenção.
Recursos e outras considerações	Teste rápido para detecção indisponível no SUS. Custos de implementação/treinamento de pessoal. Custos do teste e da cultura. Aumento do tempo para diagnóstico quando é necessária a confirmação com cultura de orofaringe.

2 MEDIDAS DE SUPORTE

2.1 Analgésicos^{13,14,29,30}

RECOMENDAÇÃO DE BOA PRÁTICA

Oferecer analgesia com dipirona, paracetamol ou anti-inflamatórios não-esteróides (ex: ibuprofeno):

A analgesia oral é importante para alívio da odinofagia.

Benefícios e danos	Benefícios superam os riscos.
Qualidade da evidência	Moderada
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes desempenham papel central para tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	Medicações disponíveis, que podem levar a um alívio importante dos sintomas da faringite.

2.2 Outras medidas para alívio da dor^{13,14,29,30}

RECOMENDAÇÃO FRACA

Podem ser consideradas, para alívio dos sintomas:

- Gargarejo com água salgada morna.
- Preferência por alimentos macios, ou líquidos frios e espessos.
- Uso do umidificador.

Essas medidas são citadas nos sumários para alívio da odinofagia, principalmente. Apesar de não apresentarem evidência direta de benefício, podem ser indicadas por dificilmente causarem algum dano aos pacientes, podendo trazer alívio de sintomas. Devem ser indicadas quando disponíveis e considerando as preferências dos pacientes.

Benefícios e danos	Benefícios possíveis em relação aos riscos.
Qualidade da evidência	Indeterminada
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes desempenham papel central para a tomada de decisões.
Recursos e outras considerações	Deve-se considerar custo e disponibilidade de algumas dessas medidas.

Uso de anestésicos e analgésicos tópicos para alívio dos sintomas:

RECOMENDAÇÃO FORTE CONTRÁRIA

- Pastilhas para garganta.
- Uso de analgésicos tópicos (sprays de garganta).
- Uso de sprays de lidocaína a 2%.

Essas medidas devem ser consideradas com cautela. Apesar de haver alguma evidência de que podem proporcionar alívio da dor, não está claro se são mais eficazes que as medidas comportamentais citadas acima e ainda podem causar efeitos colaterais (principalmente as apresentações com anti-inflamatórios e anestésicos tópicos como benzidamina, benzocaína e tetracaína). O risco de superdosagem pode resultar em toxicidade, afetando o sistema nervoso central (ex: agitação, convulsão) e cardiovascular (bradicardia, arritmias, hipotensão). É importante destacar que o uso de sprays com benzocaína é contraindicado em menores de 2 anos, pelo risco de complicações graves como metahemoglobinemia.^{30,35}

Benefícios e danos	Risco de efeitos colaterais ultrapassam os benefícios.
Qualidade da evidência	Indeterminada
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes influenciam pouco na tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	Deve-se considerar custo e disponibilidade dessas medicações.

3 TRATAMENTO

3.1 Estratégias de tratamento

RECOMENDAÇÃO FRACA

Diante de um paciente com queixa aguda de dor de garganta e evidências de inflamação em mucosa faríngea, há três estratégias que podem ser adotadas para o tratamento: não uso de antibióticos, “observação vigilante” e uso imediato de antibióticos.

A escolha da estratégia pode ser guiada através da aplicação do escore clínico e do teste rápido para estreptococos, se disponível, e deve levar em consideração o acesso ao serviço de saúde para reavaliação clínica, caso necessário, e a compreensão da família acerca dos critérios de gravidade.

1) Não uso de antibióticos

Diante de um paciente com sinais e sintomas clínicos compatíveis com infecção viral, como coriza, rouquidão, tosse, conjuntivite e diarreia, ou em caso de escore clínico de McIsaac com pontuação 0 ou 1, deve-se diagnosticar amigdalite viral e oferecer tratamento com sintomáticos.

2) Observação vigilante

Diante de pontuação no escore de McIsaac entre 2 e 3, quando há dúvida se a amigdalite é viral ou bacteriana, pode-se adiar o uso de antibióticos em 48 a 72 horas com a expectativa de que os sintomas desapareçam. Quando comparada à estratégia de prescrição imediata, a observação vigilante diminui o uso de antibióticos de 93% para 31%, reduzindo efeitos colaterais e risco de resistência, além de manter a segurança (sem aumento no risco de complicações) e a satisfação dos pacientes.²⁹

Deve-se realizar nova avaliação clínica após o período de observação vigilante ou fornecer prescrição de “backup” na consulta inicial, que consiste em uma receita médica do antibiótico acompanhada de orientação para os pais iniciarem o uso apenas ao final de 2 a 3 dias se não houver melhora dos sintomas.

Deve-se orientar os sinais de alarme que demandam reavaliação clínica imediata como prostração intensa, dificuldade de ingestão de líquidos, sinais de desidratação e febre alta e persistente. Deve-se ainda verificar a compreensão dos pais em relação à estratégia e a facilidade de acesso a serviços de saúde.

3) Uso imediato de antibióticos

Orienta-se a prescrição de antibioticoterapia de início imediato em pacientes com amigdalite aguda nas seguintes situações:

- A) Pontuação 4 e 5 no escore de Mclsaac (risco de 51 a 53% de infecção estreptocócica). O tratamento empírico é indicado considerando-se a prevalência de febre reumática em nosso meio.
- B) Teste rápido estreptocócico positivo.
- C) Cultura de orofaringe com crescimento de *Streptococcus pyogenes*.

Os objetivos da antibioticoterapia na faringite estreptocócica são reduzir a gravidade e a duração dos sintomas, a prevenção de complicações aguda como os abscessos peritonsilares e retrofaríngeos, a prevenção da transmissão a terceiros e a prevenção de complicações tardias, principalmente a febre reumática aguda.

Benefícios e danos	Benefícios substanciais em relação aos riscos.
Qualidade da evidência	ALTA
Valores preferenciais	Pacientes e responsáveis podem desempenhar algum papel na escolha da posologia ou via de administração.
Recursos e outras considerações	Valores das medicações e apresentações não disponíveis na rede pública devem ser considerados.

3.2 Seleção do antibiótico^{9, 13, 16, 18, 21, 22, 31}

RECOMENDAÇÃO FORTE FAVORÁVEL

Escolha do antibiótico.

Para escolha do antimicrobiano, deve ser considerado o perfil de sensibilidade do estreptococo beta-hemolítico. Não há descrição de cepas do *Streptococcus pyogenes* resistentes aos beta-lactâmicos ou à vancomicina na literatura. No entanto, já são descritas cepas resistentes aos macrolídeos e à clindamicina. Sendo assim, as penicilinas são a classe de preferência para tratamento antimicrobiano.

Benefícios e danos	Benefícios substanciais em relação aos riscos.
Qualidade da evidência	ALTA
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes influenciam pouco para tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	Deve-se considerar história de alergia e perfil de resistência do <i>S. pyogenes</i> .

3.3 Seleção do antibiótico para pacientes com alergia à penicilina^{9, 13, 16, 18, 21, 22, 31, 34}

RECOMENDAÇÃO FORTE FAVORÁVEL

Uso de outras classes de antibióticos nos pacientes alérgicos à penicilina.

Naqueles pacientes com história de alergia do tipo reação imediata ou pacientes com reações tardias graves como síndrome DRESS, necrólise epidérmica tóxica ou síndrome de Stevens-Johnson, deve-se escolher outra classe de antibiótico para uso, uma vez que esses pacientes não podem utilizar penicilinas. Os antibióticos de escolha podem ser cefalosporinas de primeira geração, macrolídeos ou clindamicina. Para uso dessas classes de antibiótico, deve-se estar atento para o perfil de resistência local do *Streptococcus pyogenes*.

Figura 1 - Tipos de reações alérgicas a penicilina e contraindicações de novo uso de penicilinas.

Tipo de Reação	Imediatas	Tardias
Início	De minutos a 1h após a dose • até 6h: se VO, administrado com alimentos.	Várias horas, até dias após a última dose.
Sintomas	Prurido, eritema, Urticária, Angioedema, Broncoespasmo, Edema da laringe, Alterações gastrointestinais (cólicas, náuseas, vômitos ou diarreia), Hipotensão.	Reações cutâneas, sem o envolvimento de outros órgãos. • exantemas maculopapulares e erupções urticárias tardias. • geralente leves e frequentemente relacionadas a uma infecção viral respiratória concomitante.
Observação	São reações mediadas por IgE	Não devem começar dentro de uma hora após a dose inicial de um medicamento.



NÃO DEVEM RECEBER NENHUMA PENICILINA



NÃO DEVEM RECEBER PENICILINA:
Se história de reações graves como:
• Stevens-Johnson
• Necrólise epidérmica tóxica
• Síndrome DRESS

Benefícios e danos	Benefícios superam os riscos
Qualidade da evidência	FORTE
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes influenciam pouco na tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	Deve-se considerar o risco de alergia também a cefalosporinas que ocorre em 2% dos casos de pacientes alérgicos a penicilinas com teste cutâneo positivo.

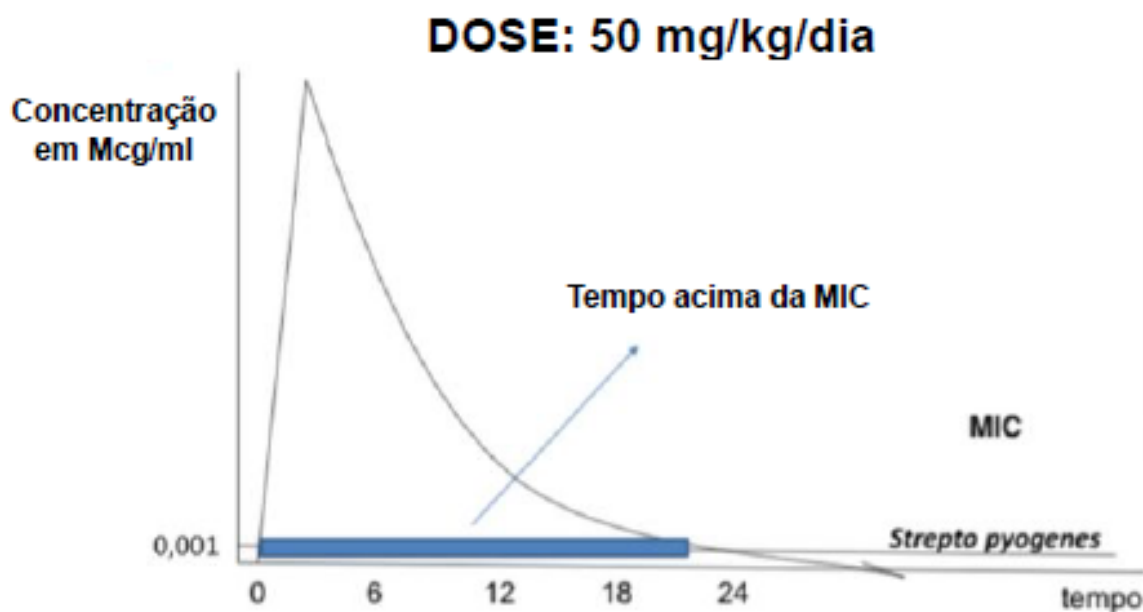
3.4 Posologia da amoxicilina de 24 em 24 horas^{10, 13, 15, 19, 27}

RECOMENDAÇÃO FORTE FAVORÁVEL

A posologia da amoxicilina na dose de 50mg/kg/dia é eficaz no tratamento e erradicação do *Streptococcus pyogenes*.

A amoxicilina é uma droga tempo-dependente e deve permanecer por 40% do tempo de tratamento com concentração acima da concentração inibitória mínima (MIC) do *Streptococcus pyogenes* para ter ação contra ele. Isso é alcançado com a posologia de 1 vez ao dia.^{6,24}

Figura 2 - Farmacodinâmica da amoxicilina na orofaringe.



Para erradicação do *Streptococcus pyogenes* da orofaringe é necessário que a concentração de amoxicilina no tecido permaneça 40% do tempo do tratamento acima da concentração inibitória mínima (MIC). Com o uso da amoxicilina na posologia de 50 mg/kg/dia, em dose única diária, o tempo que a droga permanece acima do MIC é superior a 18 horas por dia, evidenciando que essa posologia é suficiente para erradicação do *Streptococcus pyogenes* da orofaringe.

Benefícios e danos	Benefícios superam os riscos
Qualidade da evidência	MODERADA
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes desempenham papel central para tomada de decisão. Pode ser preferida uma posologia de 12 em 12 horas no caso de pacientes que não toleram receber todo o volume em apenas 1 dose.
Recursos e outras considerações	A posologia de uma vez ao dia pode facilitar a adesão ao tratamento.

3.5 Tempo de tratamento recomendado Amoxicilina via oral^{2,28}

RECOMENDAÇÃO FORTE FAVORÁVEL

A duração do tratamento deve ser suficiente para a erradicação do *Streptococcus pyogenes*, considerando-se a prevalência da febre reumática no Brasil e seu risco para a população pediátrica. Para esse objetivo, é necessário um curso de 10 dias de antibioticoterapia com amoxicilina por via oral.

Benefícios e danos	Benefícios superam os riscos
Qualidade da evidência	Muito baixa
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes influenciam pouco na tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	Reduz a chance de complicações graves como a febre reumática.

3.6 Uso de Corticoterapia^{1,7,12,14}

RECOMENDAÇÃO INDETERMINADA

O uso de corticoterapia para alívio da intensidade e duração dos sintomas não deve ser recomendado rotineiramente para os pacientes pediátricos com faringoamigdalite estreptocócica. Os estudos que avaliam o uso do corticóide para alívio dos sintomas da faringite estreptocócica são majoritariamente realizados na população adulta e os 2 estudos realizados na população pediátrica apresentam resultados discordantes, o que torna difícil fazer uma recomendação nessa população. O benefício demonstrado na redução dos sintomas é de baixa magnitude e há riscos de efeitos colaterais graves, principalmente com o uso frequente dos corticosteróides e com o risco de automedicação/uso sem prescrição médica. Portanto, ao considerar os riscos e benefícios, não há evidência suficiente para recomendar o uso dos corticóides para alívio dos sintomas na faixa etária pediátrica.

Benefícios e danos	Benefício incerto, de baixa magnitude, riscos de efeitos colaterais
Qualidade da evidência	BAIXA
Valores preferenciais	Valores e preferências dos pacientes influenciam pouco na tomada de decisão.
Recursos e outras considerações	São drogas com possíveis efeitos colaterais. Deve-se considerar o risco de medicalização e uso frequente de corticoterapia.

4 ATIVIDADES ESSENCIAIS

Desfechos clínicos críticos e importantes para tomada de decisão

Os desfechos críticos são aqueles que realmente impactam a vida dos pacientes e devem ser mais importantes para a tomada de decisão ao adotar uma intervenção diagnóstica e/ou terapêutica.

9- CRÍTICO	Febre reumática
9- CRÍTICO	Glomerulonefrite pós-estreptocócica
9- CRÍTICO	Fasciíte necrosante
8- CRÍTICO	Abscesso peritonsilar e retrofaríngeo, celulite
7- CRÍTICO	Redução na gravidade e duração dos sintomas Redução da transmissão
6- IMPORTANTE	Reduzir uso desnecessário de ATB (resistência bacteriana)
6- IMPORTANTE	Efeitos colaterais do uso de ATB

4.1 Material / pessoal necessário

1. Equipes de recepção, enfermagem e médica capacitadas e treinadas.
2. Abaixador de língua e lanterna.
3. Teste rápido para pesquisa de estreptococo em orofaringe - se indicado e disponível na unidade.
4. Medicamentos:
 - Analgésicos orais e anti-inflamatórios não-esteroidais.
 - Antibióticos.

4.2 Epidemiologia

O *Streptococcus pyogenes* é responsável por 14% a 37% de todos os casos de faringite em crianças entre 5 e 19 anos. É a causa mais comum de infecção bacteriana, responsável por cerca de 80% do total de casos.³⁰

A infecção estreptocócica é mais comum em climas mais frios e temperados e tem pico de incidência durante o inverno e a primavera.

4.3 Atividades essenciais

4.3.1 Reconhecer a apresentação clínica

Considerar diagnóstico de **Faringoamigdalite Bacteriana Aguda** em crianças com febre (> 38,0°C), exsudato ou edema tonsilar, linfonodomegalia cervical anterior, rash escarlatiforme e ausência de sintomas sugestivos de infecção viral.

4.3.2 Aspectos mais relevantes da anamnese

- Idade da criança.
- Duração dos sintomas.
- Sintomas associados.
- Contactantes doentes.

4.3.3 Aspectos mais relevantes do exame físico

O exame físico deve estar voltado para os sinais que ajudam na diferenciação da infecção viral e bacteriana.

Deve-se excluir a presença de complicações e sinais de gravidade que indicariam a necessidade de internação hospitalar como:

- Recusa alimentar.
- Desidratação.
- Prostração.

Achados no exame físico

Em crianças com idade maior ou igual a 3 anos:

- Tonsilofaringite exsudativa, com amígdalas eritematosas aumentadas e doloridas.
- Linfonodos cervicais anteriores aumentados e doloridos.
- Petéquias palatais, úvula inflamada.
- Erupção cutânea escarlatiniforme.

Improvável o achado dos seguintes sinais e sintomas: coriza, tosse, conjuntivite, rouquidão, diarreia ou exantema viral.

Em crianças menores que 3 anos:

- Congestão e descarga nasal.
- Linfadenopatia cervical anterior dolorosa.

Menores de 1 ano de idade podem apresentar sintomas inespecíficos, incluindo agitação, diminuição do apetite e febre baixa. Eles geralmente têm irmãos mais velhos ou contatos de creche com infecção por *Streptococcus* do grupo A.

4.3.4 Diagnóstico diferencial

- Mononucleose infecciosa.
- Difteria.
- Herpangina.
- Síndrome PFAPA (síndrome caracterizada por febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical)
- Outras infecções virais: influenza, adenovírus, enterovírus, rinovírus, infecção primária pelo HIV, faringite pelo vírus herpes simples.

4.3.5 Complicações

Supurativas:

- Fasciíte necrosante.
- Celulite.
- Abscesso peritonsilar.
- Abscesso retrofaríngeo.
- Bacteremia.

Não-supurativas:

- Febre reumática.
- Glomerulonefrite pós-estreptocócica.

4.3.6 Escores clínicos

a) Escore de Centor

Escore de Centor		
Critério		Pontuação
Exsudato ou edema tonsilar	Sim	+1
	Não	0
Linfonodos cervicais anteriores inflamados	Sim	+1
	Não	0
Temperatura > 38°C	Sim	+1
	Não	0
Tosse	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 4

No escore de Centor, a pontuação total de 0, 1 ou 2 está associada à probabilidade pós-teste de 3-17% de etiologia estreptocócica e a pontuação de 3 ou 4, à probabilidade de 32-56%.²³

b) Escore de Mclsaac ou Centor modificado

O escore clínico de Mclsaac foi adotado como referência neste protocolo (vide fluxograma) para guiar o diagnóstico etiológico (viral ou bacteriano) da faringoamigdalite aguda.

Escore de Mclsaac		
Critério		Pontuação
Idade	3 a 14 anos	+1
	15 a 44 anos	0
	> 45 anos	-1
Exsudato ou edema tonsilar	Sim	+1
	Não	0
Linfonodos cervicais anteriores inflamados	Sim	+1
	Não	0
Temperatura > 38°C	Sim	+1
	Não	0
Ausência de tosse	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 5

No escore de Mclsaac, a pontuação total de 0, 1, 2, 3 e 4 ou mais pontos está associada, respectivamente, à probabilidade pós-teste de infecção estreptocócica de 2,5%, 5-10%, 11-17%, 28-35% e 51-53%.¹⁶

c) Escore de FeverPAIN

Escore de FeverPAIN		
Critério		Pontuação
Febre nas últimas 24 horas	Sim	+1
	Não	0
Ausência de tosse ou coriza	Sim	+1
	Não	0
Sintomas há menos de 3 dias	Sim	+1
	Não	0
Amígdalas inflamadas	Sim	+1
	Não	0
Exsudato amigdaliano	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 5

No escore de FeverPAIN, a pontuação total de 0-1, 2-3, 4-5 está associada à probabilidade pós-teste de etiologia estreptocócica de 13-18%, 30-40% e 62-65%, respectivamente.²³

d) Escore de Attia

Escore de Attia		
Critério		Pontuação
Edema ou exsudato Amigdaliano	Sim	+1
	Não	0
Linfadenomegalia cervical dolorosa	Sim	+1
	Não	0
Rash escarlatiniforme	Sim	+2
	Não	0
Ausência de coriza	Sim	+1
	Não	0
Pontuação total		0 - 5

No escore de Attia, a pontuação total de 0, 1-3, 4-5 é associada à probabilidade pós-teste de etiologia estreptocócica em 12%, 36% e 79%, respectivamente.²³

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. AERTGEERTS, B., AGORITSAS, T., SIEMIENIUK, R. A. C., BURGERS, J., BEKKERING, G. E., MERGLEN, A., ... BRIGNARDELLO-PETERSEN, R. (2017). CORTICOSTEROIDS FOR SORE THROAT: A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. *BMJ (CLINICAL RESEARCH ED.)*, 358, J4090. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/BMJ.J4090](https://doi.org/10.1136/bmj.j4090)
2. ALTAMIMI, S., KHALIL, A., KHALAIWI, K. A., MILNER, R. A., PUSIC, M. V, & AL OTHMAN, M. A. (2012). SHORT-TERM LATE-GENERATION ANTIBIOTICS VERSUS LONGER TERM PENICILLIN FOR ACUTE STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS IN CHILDREN. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/14651858.CD004872.PUB3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004872.PUB3)
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS ET AL. RED BOOK ATLAS OF PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2007
4. ANVISA, MC BOAS PRÁTICAS, MÓDULO 4 GRAM POSITIVOS, 2008. DISPOÍVEL EM: [HTTP://WWW.ANVISA.GOV.BR/SERVICOSAU/CONTROLE/REDE_RM/CURSOS/BOAS_PRATICAS/MODULO4/RE-SIS_STRE.HTM](http://www.anvisa.gov.br/servicosau/controle/rede_rm/cursos/boas_praticas/modulo4/RE-SIS_STRE.HTM), ACESSO EM 29 DE JUNHO 2020.
5. BERKLEY, JONATHAN. MANAGEMENT OF PHARYNGITIS: SHOULD AMERICA FALL IN LINE WITH THE REST OF THE DEVELOPED WORLD?. *CIRCULATION*, V. 138, N. 18, P. 1920-1922, 2018.
6. BRADLEY, J. S., GARONZIK, S. M., FORREST, A., & BHAVNANI, S. M. (2010). PHARMACOKINETICS, PHARMACODYNAMICS, AND MONTE CARLO SIMULATION: SELECTING THE BEST ANTIMICROBIAL DOSE TO TREAT AN INFECTION. *PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL*, 29(11), 1043–1046. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/INF.0B013E3181F42A53](https://doi.org/10.1097/INF.0B013E3181F42A53)
7. BULLOCH, B., KABANI, A., TENENBEIN, M.(2003). ORAL DEXAMETHASONE FOR THE TREATMENT OF PAIN IN CHILDREN WITH ACUTE PHARYNGITIS: A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL. *ANNAL OF EMERGENCY MEDICINE*, 41:5, 601-608. DOI:10.1067/MEM.2003.136
8. BYWATERS, E. G. (1962). RHEUMATIC FEVER. *REPORTS ON RHEUMATIC DISEASES*, 13, 1–2
9. CARVALHO, C. M. N., & MARQUES, H. H. S. (2006). RECOMENDAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA PARA CONDUTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM FARINGOAMIGDALITES AGUDAS. *JORNAL DE PEDIATRIA*, 82(1), 79–82. [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0021-75572006000100016](https://doi.org/10.1590/S0021-75572006000100016)
10. CLEGG, H. W., RYAN, A. G., DALLAS, S. D., KAPLAN, E. L., JOHNSON, D. R., NORTON, H. J., GIFTOS, P. M. (2006). TREATMENT OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS WITH ONCE-DAILY COMPARED WITH TWICE-DAILY AMOXICILLIN: A NONINFERIORITY TRIAL. *PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL*, 25(9), 761–767. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/01.INF.0000235678.46805.92](https://doi.org/10.1097/01.INF.0000235678.46805.92)
11. COHEN, JÉRÉMIE F. ET AL. SELECTIVE TESTING STRATEGIES FOR DIAGNOSING GROUP A STREPTOCOCCAL INFECTION IN CHILDREN WITH PHARYNGITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND PROSPECTIVE MULTICENTRE EXTERNAL VALIDATION STUDY. *CMAJ*, JANUARY 6, 2015, 187(1) .
12. DE CASSAN, S., THOMPSON, M. J., PERERA, R., GLASZIOU, P. P., DEL MAR, C. B., HENEGHAN, C. J., & HAYWARD, G. (2020). CORTICOSTEROIDS AS STANDALONE OR ADD-ON TREATMENT FOR SORE THROAT. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, 2020(5). [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/14651858.CD008268.PUB3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008268.PUB3)
13. DYNAMED [INTERNET]. IPSWICH (MA): EBSCO INFORMATION SERVICES. 1995 -. RECORD NO. T474272, ANTIBIOTICS FOR STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS; [UPDATED 2018 DEC 04, CITED JUNE 28]. AVAILABLE FROM [HTTPS://WWW.DYNAMED.COM/TOPICS/DMP~AN~T474272](https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T474272).
14. DYNAMED [INTERNET]. IPSWICH (MA): EBSCO INFORMATION SERVICES. 1995 -. REGISTRO NO. T115782 , STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS ; [ATUALIZADO EM 04 DE DEZEMBRO DE 2018 , CITADO EM JUNHO 2020]. DISPONÍVEL EM [HTTPS://WWW.DYNAMED.COM/TOPICS/DMP~AN~T115782](https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115782) .

15. FEDER, H. M., GERBER, M. A., RANDOLPH, M. F., STELMACH, P. S., & KAPLAN, E. L. (1999). ONCE-DAILY THERAPY FOR STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS WITH AMOXICILLIN. *PEDIATRICS*, 103(1), 47–51. [HTTPS://DOI.ORG/10.1542/PEDS.103.1.47](https://doi.org/10.1542/peds.103.1.47)
16. FINE, A. M., NIZET, V., & MANDL, K. D. (2012). LARGE-SCALE VALIDATION OF THE CENTOR AND MCI-SAAC SCORES TO PREDICT GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS. *ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE*, 172(11), 847-852.
17. GERBER, M. A., BALTIMORE, R. S., EATON, C. B., GEWITZ, M., ROWLEY, A. H., SHULMAN, S. T., & TAUBERT, K. A. (2009). PREVENTION OF RHEUMATIC FEVER AND DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS: A SCIENTIFIC STATEMENT FROM THE AMERICAN HEART ASSOCIATION RHEUMATIC FEVER, ENDOCARDITIS, AND KAWASAKI DISEASE COMMITTEE OF THE COUNCIL ON CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE YOUNG, THE INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON FUNCTIONAL GENOMICS AND TRANSLATIONAL BIOLOGY, AND THE INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON QUALITY OF CARE. *CIRCULATION*, 119(11), 1541–1551. [HTTPS://DOI.ORG/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.191959](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.191959)
18. HAYWARD, G. N., HAY, A. D., MOORE, M. V., JAWAD, S., WILLIAMS, N., VOYSEY, M., ... HENEGHAN, C. (2017). EFFECT OF ORAL DEXAMETHASONE WITHOUT IMMEDIATE ANTIBIOTICS VS PLACEBO ON ACUTE SORE THROAT IN ADULTS A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *JAMA - JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, 317(15), 1535–1543. [HTTPS://DOI.ORG/10.1001/JAMA.2017.3417](https://doi.org/10.1001/JAMA.2017.3417)
19. INFECTIOUS DISEASE & ANTIMICROBIAL AGENTS, 2010,, DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.ANTIMICROBE.ORG/B239TABREV.HTM](http://www.antimicrobe.org/B239TABREV.HTM) , ACESSO EM 29/06/2020
20. LENNON, D. R., FARRELL, E., MARTIN, D. R., & STEWART, J. M. (2008). ONCE-DAILY AMOXICILLIN VERSUS TWICE-DAILY PENICILLIN V IN GROUP A B-HAEMOLYTIC STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS. *ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD*, 93(6), 474–478. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/ADC.2006.113506](https://doi.org/10.1136/adc.2006.113506)
21. ML, V. D., AIM, D. S., HABRAKEN, H., THORNING, S., & CHRISTIAENS, T. (2016). DIFFERENT ANTIBIOTIC TREATMENTS FOR GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS (REVIEW) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (9). [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/14651858.CD004406](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004406). [PUB4.WWW.CO-CHRANELIBRARY.COM](http://www.cochranelibrary.com)
22. NATIONAL HEART FOUNDATION OF NEW ZEALAND. GROUP A STREPTOCOCCAL SORE THROAT MANAGEMENT GUIDELINE. 2019 UPDATE. AUCKLAND, NATIONAL HEART FOUNDATION OF NEW ZEALAND.
23. NICE. (2018). SORE THROAT (ACUTE): ANTIMICROBIAL PRESCRIBING | GUIDANCE AND GUIDELINES. NICE GUIDELINES, (JANUARY), NICE GUIDELINE [NG84].
24. OVERVIEW | RAPID TESTS FOR GROUP A STREPTOCOCCAL INFECTIONS IN PEOPLE WITH A SORE THROAT | GUIDANCE. NICE. DISPONÍVEL EM [HTTPS://WWW.NICE.ORG.UK/GUIDANCE/DG38](https://www.nice.org.uk/guidance/dg38)
25. PARKER, S., MITCHELL, M., & CHILD, J. (2013). CEPHEM ANTIBIOTICS: WISE USE TODAY PRESERVES CURE FOR TOMORROW. *PEDIATRICS IN REVIEW*, 34(11), 510–524. [HTTPS://DOI.ORG/10.1542/PIR.34-11-510](https://doi.org/10.1542/PIR.34-11-510)
26. SHAIKH, NADER; SWAMINATHAN, NITHYA; HOOPER, EMMA G. ACCURACY AND PRECISION OF THE SIGNS AND SYMPTOMS OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS IN CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*, V. 160, N. 3, P. 487-493. E3, 2012.
27. SHULMAN, S. T., BISNO, A. L., CLEGG, H. W., GERBER, M. A., KAPLAN, E. L., LEE, G., ... VAN BENEDEN, C. (2012). CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS: 2012 UPDATE BY THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA. *CLINICAL INFECTIOUS DISEASES*, 55(10), 86–102. [HTTPS://DOI.ORG/10.1093/CID/CIS629](https://doi.org/10.1093/cid/cis629)
28. SHVARTZMAN, P., TABENKIN, H., ROSENTZWAIG, A., & GOLGINOV, F. (1993). TREATMENT OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS WITH AMOXYCILLIN ONCE A DAY. *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 306(6886), 1170–1172. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/BMJ.306.6886.1170](https://doi.org/10.1136/bmj.306.6886.1170)

29. SKOOG STÅHLGREN, G., TYRSTRUP, M., EDLUND, C., GISKE, C. G., MÖLSTAD, S., NORMAN, C., ... HEDIN, K. (2019). PENICILLIN V FOUR TIMES DAILY FOR FIVE DAYS VERSUS THREE TIMES DAILY FOR 10 DAYS IN PATIENTS WITH PHARYNGOTONSILLITIS CAUSED BY GROUP A STREPTOCOCCI: RANDOMISED CONTROLLED, OPEN LABEL, NON-INFERIORITY STUDY. THE BMJ, 367. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/BMJ.L5337](https://doi.org/10.1136/bmj.l5337)
30. SPURLING, GEOFFREY KP ET AL. DELAYED ANTIBIOTICS FOR RESPIRATORY INFECTIONS. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, N. 4, 2013.
31. UPTODATE, ACUTE PHARYNGITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: SYMPTOMATIC TREATMENT. LITERATURE REVIEW CURRENT THROUGH: MAY 2020. | THIS TOPIC LAST UPDATED: NOV 15, 2019. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/ACUTE-PHARYNGITIS-IN-CHILDREN-AND-ADOLESCENTS-SYMPTOMATIC-TREATMENT?SEARCH=FARINGITE%20ESTREPTOC%C3%B3CICA&TOPICREF=8049&SOURCE=SEE_LINK#H2418513385](https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescents-symptomatic-treatment?search=faringite%20estreptoc%3%B3CICA&TOPICREF=8049&SOURCE=SEE_LINK#H2418513385). ACESSO EM 28, JUNHO, 2020.
32. UPTODATE, TREATMENT AND PREVENTION OF STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS. LITERATURE REVIEW CURRENT THROUGH: MAY 2020. | THIS TOPIC LAST UPDATED: JAN 16, 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/TREATMENT-AND-PREVENTION-OF-STREPTOCOCCAL-PHARYNGITIS?SEARCH=FARINGITE%20ESTREPTOC%C3%B3CICA&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=1~150&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=1#H3116394484](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis?search=faringite%20estreptoc%3%B3CICA&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=1~150&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=1#H3116394484). ACESSO EM 28, JUNHO, 2020.
33. WALD, ELLEN R. GROUP A STREPTOCOCCAL TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSIS. UPTODATE. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/GROUP-A-STREPTOCOCCALTONSILLO PHARYNGITIS-IN-CHILDREN-AND-ADOLESCENTSCLINICAL-FEATURES-AND-DIAGNOSIS](https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillo-pharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis), P.5-106.
34. LITTLE, PAUL; MOORE, MICHAEL, ET AL. PRIMARY CARE STREPTOCOCCAL MANAGEMENT (PRISM) STUDY: IDENTIFYING CLINICAL VARIABLES ASSOCIATED WITH LANCEFIELD GROUP A B-HEMOLYTIC STREPTOCOCCI AND LANCEFIELD NON-GROUP A STREPTOCOCCAL THROAT INFECTIONS FROM TWO COHORTS OF PATIENTES PRESENTING WITH ACUTE SORE THROAT. BMJ OPEN. 2013 OCT 25;3(10):E003943. DOI: 10.1136/BMJOPEN-2013-003943. PMID: 24163209; PMCID: PMC3808825.
35. UPTODATE, PENICILLIN ALLERGY: IMMEDIATE REACTIONS. LITERATURE REVIEW CURRENT THROUGH: JAN 2021. | THIS TOPIC LAST UPDATED: MAR 25, 2019. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/PENICILLIN-ALLERGY-IMMEDIATE-REACTIONS?SEARCH=PENICILLIN%20ALLERGY&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=2~126&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=2](https://www.uptodate.com/contents/penicillin-allergy-immEDIATE-REACTIONS?search=penicillin%20allergy&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=2~126&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=2)
36. UPTODATE, CLINICAL USE OF TOPICAL ANESTHETICS IN CHILDREN. LITERATURE REVIEW CURRENT THROUGH: JAN 2021. | THIS TOPIC LAST UPDATED: MAR 05, 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.UPTODATE.COM/CONTENTS/CLINICAL-USE-OF-TOPICAL-ANESTHETICS-IN-CHILDREN?SEARCH=TOPICAL%20ANESTHETICS&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=1~150&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=1#H298036845](https://www.uptodate.com/contents/clinical-use-of-topical-anesthetics-in-children?search=topical%20anesthetics&SOURCE=SEARCH_RESULT&SELECTEDTITLE=1~150&USAGE_TYPE=DEFAULT&DISPLAY_RANK=1#H298036845)

ANEXO

Orientações aos pais e cuidadores de crianças com Amigdalite

Amigdalite (inflamação das amígdalas) é um problema de saúde comum em crianças, principalmente durante os meses de inverno e primavera.

As amígdalas são estruturas arredondadas, que ficam entre o céu da boca e a língua, essenciais para o sistema de defesa do organismo, pois protegem a garganta contra a invasão de microorganismos.

A amigdalite é causada por uma infecção viral na maioria dos casos, mas também pode ser causada por uma infecção bacteriana. É importante diferenciar esses dois tipos para que o tratamento seja feito de forma correta.

Sinais e sintomas da amigdalite bacteriana:

- Dor de garganta de evolução **rápida**.
- Febre alta.
- Presença de placas na garganta.
- Ínguas no pescoço dolorosas.
- Manchas na pele.
- **Ausência** de tosse, coriza.

Sinais e sintomas da amigdalite viral:

- Dor de garganta de evolução mais arrastada.
- Febre baixa.
- Presença ou não de placas na garganta.
- Tosse.
- Coriza.
- Conjuntivite.

Diagnóstico:

- É feito através da avaliação médica dos sintomas e do exame físico da criança.
- Exames de sangue não são necessários.
- Se disponível na unidade de atendimento, pode ser realizado o teste rápido para estreptococo - exame que pode identificar o agente causador da amigdalite. Porém, é um exame caro, pouco disponível e sua coleta é incômoda e difícil de ser realizada.

Tratamento:

- Amigdalite viral → o uso de antibióticos não é recomendado. Podem ser utilizadas medicações para alívio da dor.
- Amigdalite bacteriana → tratamento com antibióticos.

A Observação Vigilante e a receita de reserva (de Backup). Como funciona?

- Pode ser que exista uma dúvida inicial se a amigdalite é causada por bactéria ou vírus e se a criança estiver bem, o médico pode pedir que você espere 2 a 3 dias para ver se o quadro vai melhorar. Nesses dias, você deve ficar bem atento aos sintomas da criança, período que chamamos de **Observação Vigilante**.
- O médico pode optar marcar um retorno para reavaliar a criança ou oferecer uma receita de antibióticos de reserva que pode ser iniciada caso haja persistência dos sintomas iniciais ou surgimento de novos sintomas específicos, após período da observação vigilante.
- Esse tempo de observação não prejudica a criança, nem traz maiores complicações. Pelo contrário, pode evitar o uso de antibiótico e seus potenciais efeitos colaterais.

Quando você deve iniciar o antibiótico da receita de reserva?

Se após observação de 48 horas a criança apresentar:

- Piora da dor/ Persistência da febre/ Prostração intensa.
- Dificuldade em beber de líquidos/ Novos sintomas.

Caso a criança apresente uma melhora dos sintomas nesse período, ela não necessitará do antibiótico e a receita poderá ser descartada.

Em qual situação você deve levar a criança para reavaliação médica?

Se ele apresentar algum dos sinais de gravidade abaixo

- Prostração intensa.
- Não aceitação de líquidos.
- Sinais de desidratação (redução do xixi, boca seca, choro sem lágrimas).
- Febre por mais de 48 horas após início do antibiótico.
- Surgimento de novos sintomas.



SAÚDE



PREFEITURA
BELO HORIZONTE