

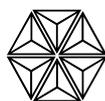


Sociedade Brasileira de Pediatria

Antimicrobianos na Prática Clínica Pediátrica

Guia Prático para Manejo no Ambulatório, na Emergência e na Enfermaria

Os fascículos já editados do curso
“ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA PEDIÁTRICA - GUIA
PRÁTICO PARA MANEJO NO AMBULATÓRIO, NA EMERGÊNCIA
E NA ENFERMARIA”, podem ser consultados e impressos pelo site
www.sbp.com.br
(Educação Médica Continuada - Cursos de Atualização).



Bristol-Myers Squibb Brasil

Liderança em Antibióticos

**ANTIBIÓTICOS EM
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**



Coordenação Geral do Projeto:

Lincoln Marcelo S. Freire (Presidente - SBP)

Coordenação Técnica:

Mário Santoro Jr.

Coordenação Científica:

Departamento de Infectologia

Dra. Regina Célia de Menezes Succi (Presidente)

Organização:

**PRONAP – Programa Nacional de
Educação Continuada em Pediatria:**
João Coriolano R. Barros (Coordenador)

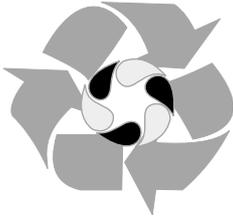
Coordenação Executiva:

Valdenise Martins Laurindo Tuma Calil

Secretária Executiva:

Fabricia Gil Cardoso





PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM PEDIATRIA - PRONAP

Conselho Editorial

Claudio Leone (SP)
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)
Lúcia Ferro Bricks (SP)
Mário Santoro Júnior (SP)
Marta Miranda Leal (SP)
Francisco Roque Carrazza (SP) (in memorian)
Eduardo da Silva Carvalho (SP) (in memorian)
José Dirceu Ribeiro (SP)
Regina Célia de Menezes Succi (SP)

Conselho Consultivo

Luiz Afonso Henriques Mariz (RJ)
Antônio da Silva Macedo (PI)
Luiza Helena Falleiros R. Carvalho (SP)
Fábio Ancona Lopes (SP)
José Silvério Santos Diniz (MG)
Nelson de Carvalho Assis Barros (BA)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

Conselho Científico

Departamento de Infectologia
Núcleo Gerencial (Gestão 2001-2003):

Dra. Regina Célia de Menezes Succi

Membros:

Carmen Lúcia Oliveira Silva (BA)

Cristina Maria Costa Nascimento de Carvalho (BA)

Edward Tonelli (MG)

Eitan Naaman Berezin (SP)

Helena Keico Sato (SP)

Heloisa Helena de Sousa Marques (SP)

Luís Carlos Rey (CE)

Maria Ângela Wanderley Rocha (PE)

Mariza Martins Aurélio (GO)

Myrtes Amorelli Gonzaga (RJ)

Reinaldo de Menezes Martins (RJ)



**ANTIBIÓTICOS EM
OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA**

Módulo B – Fascículo XIV

*Dr. Luc Louis Maurice Weckx
Dra. Eulalia Sakano*

Esclarecimentos Necessários

ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA PEDIÁTRICA – GUIA PRÁTICO PARA MANEJO NO AMBULATÓRIO, NA EMERGÊNCIA E NA ENFERMARIA é um curso completo sobre antimicrobianos que visa a atualizar e reciclar os pediatras neste tema de uso tão freqüente no seu cotidiano. É óbvio que, além dos pediatras, outros especialistas poderão encontrar neste curso os mesmos benefícios. O curso foi planejado e organizado para ser desenvolvido em dois módulos: módulo A, com doze fascículos, e módulo B, com seis fascículos, em um total de dezoito fascículos. O curso prevê onze fascículos de análise individual dos antimicrobianos. Seis fascículos serão destinados ao uso de antimicrobianos em cada uma das especialidades pediátricas, e um fascículo será reservado à inclusão de artigos importantes referentes ao que há de mais relevante na atualização do tema, tanto na literatura nacional quanto na internacional.

A seguir, você estará recebendo instruções para um bom aproveitamento deste curso.



Instruções para o Melhor Aproveitamento

Este é um fascículo de auto-instrução, abordando temas vinculados aos antimicrobianos na prática pediátrica do dia-a-dia. Cada tema é apresentado da seguinte forma:

- uma parte inicial, com testes e perguntas sobre o tema, para que você realize um pré-teste de seus conhecimentos;
- um texto sobre o tema, cujos pontos mais importantes estão destacados de modo a chamar a sua atenção para eles;
- uma parte final, com testes e perguntas de conteúdo correspondente ao inicial, para que você faça nova auto-avaliação.

Para que o rendimento de seu estudo seja o melhor possível (afinal, você está investindo seu precioso tempo nele), siga rigorosamente estas recomendações:

1. Responda o pré-teste antes de estudar o tema, pois assim você perceberá melhor seus pontos fracos sobre ele. Assinale a resposta no próprio pré-teste de maneira bem legível (ao terminar o estudo do tema, você deverá voltar e rever o pré-teste).
2. Terminado o pré-teste, leia atentamente o texto-base duas vezes: **a primeira**, de maneira corrida, sem interrupções, e **a segunda**, detendo-se com mais atenção nas partes **grifadas** e/ou que **lhe parecem** ser correspondentes ao que foi perguntado no pré-teste. **Atenção, não volte a folhear o pré-teste** antes de ter completado as duas leituras do texto.
3. **Responda ao pós-teste.** É melhor que você responda logo após terminar a leitura; seu aprendizado terá maior rendimento do que se você deixar para respondê-lo em uma ocasião posterior.
4. A seguir, veja as respostas dos dois testes (**pré** e **pós**), buscando, se necessário, a resposta certa no texto. Procure com calma, ela estará sempre presente no texto.
5. Completado o tema, **deixe passar alguns dias e volte a retomá-lo, relendo-o de maneira completa**, pré e pós-teste inclusive, de forma a sedimentar seus conhecimentos e rever seus erros e acertos.
6. No **número seguinte**, você receberá **as respostas corretas** para os testes dos temas do número anterior. Compare-as com as suas, do pré e pós-teste; é uma forma de reestudar o assunto e realizar a revisão de seus conhecimentos.
7. Caso, após esta correção final, persistir **alguma dúvida; resposta dúbia** ou, na sua opinião, **incorreta; ou se você achar partes do texto confusas etc.**, escreva-nos, explicitando de maneira completa e detalhada qual a sua dúvida, fazendo com que possamos tentar esclarecê-la. Nosso endereço você já tem.

Observações importantes

1. O material é preparado para ser estudado individualmente. **RECOMENDAMOS** que não o utilize de modo coletivo antes de você completar o estudo de cada fascículo. Se quiser usá-lo de modo coletivo, faça cópias e, depois de seu estudo individual, repita-o com outros colegas.
2. Concentrando-se e seguindo atentamente essas instruções, temos certeza de que você terá um bom aproveitamento.
3. **ATENÇÃO!** Ao término de cada série, você receberá uma prova nos mesmos moldes do pré e pós-teste que você já respondeu no decorrer do curso, com consulta livre. Os que enviarem as respostas, tiverem uma margem de acerto de 90% das questões e forem sócios quites da SBP farão jus a um Certificado de Parede emitido pela nossa Entidade.

Bom estudo!

Pré-Teste

Assinale, a seguir, se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. O antibiótico de primeira escolha na otite média aguda (OMA) é a amoxicilina.
() V () F
2. Na otite média aguda, em caso de falha terapêutica após 72 horas de antibioticoterapia, pensando-se em pneumococo resistente, está indicado o uso de amoxicilina + ácido clavulânico ou de cefalosporina de segunda geração.
() V () F
3. Criança com OMA e vômitos, ceftriaxona IM por três a cinco dias é uma opção.
() V () F
4. Membrana timpânica opaca no sétimo dia de amoxicilina para tratar uma OMA, com a criança afebril e sem otalgia, sugere a necessidade de mudança de antibiótico.
() V () F
5. A otite média secretora residual pós OMA pode levar até dois a três meses para regredir espontaneamente.
() V () F
6. A maioria das amigdalites agudas é viral.
() V () F
7. Amigdalite aguda com febre alta, início súbito, linfadenite cervical dolorosa e petéquias no palato sugerem etiologia viral.
() V () F
8. Aproximadamente trinta por cento das amigdalites agudas bacterianas são causadas por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A.
() V () F
9. Em casos de alergia à penicilina, está indicado o uso do sulfametoxazol-trimetoprima no tratamento da amigdalite aguda purulenta.
() V () F



10. A amoxicilina durante dez dias na amigdalite aguda bacteriana tem a mesma eficácia clínica e erradicação bacteriana do que a acetil-cefuroxima durante cinco dias.
() V () F
11. Somente 0,5% a 2% dos resfriados e gripes complicam-se com uma rinosinusite aguda bacteriana.
() V () F
12. Crianças com rinorréia, obstrução nasal e tosse há três dias de duração sugerem o diagnóstico de sinusite aguda bacteriana.
() V () F
13. Radiografia simples de seio da face com comprometimento sinusal, na vigência de um resfriado, comprova a instalação de uma sinusite aguda bacteriana.
() V () F
14. Na sinusite aguda purulenta, as bactérias mais freqüentemente responsáveis são *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.
() V () F
15. A amoxicilina 40 a 50 mg/kg/dia é o antibiótico de primeira escolha para tratar sinusite aguda bacteriana leve ou moderada.
() V () F



I. Introdução

1. Otite Média Aguda (OMA)

Embora a otite média aguda seja a infecção mais freqüente, depois do resfriado, no consultório do pediatra, **nem sempre é fácil concluir por este diagnóstico**, principalmente quando o conduto auditivo é estreito, com excesso de cerumen, com o choro ocasionando hiperemia por trás da membrana timpânica ou, ainda, com más condições de exame (pilha fraca ou lâmpada velha do otoscópio) e uma mãe pouco colaboradora na contenção do pequeno paciente. Para complicar um pouco mais, a criança com OMA pode não apresentar febre nos primeiros dias, nem otalgia. O aspecto da membrana timpânica sugestivo de OMA é a coloração opaca (branca ou amarelada), com ou sem hiperemia (freqüentemente são vasos sangüíneos radiados) e com abaulamento. Em certa porcentagem dos casos, ocorre a perfuração aguda da membrana timpânica (às vezes, inicia-se assim), com saída de secreção purulenta; em geral, a perfuração é pequena, de difícil visualização, suficiente apenas para a saída do exsudato.

2. Microbiologia da Otite Média Aguda

As bactérias mais freqüentemente associadas à OMA são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*; a maioria dos estudos microbiológicos brasileiros em OMA mostra uma porcentagem importante também de *Staphylococcus aureus*.

No Brasil, em relação à resistência bacteriana, os pneumococos em infecções sistêmicas invasivas apresentam índice ao redor de 20% de resistência à penicilina, sendo 2% com alto nível de resistência. A resistência de *H. influenzae* está relacionada à produção de betalactamase, o que ocorre com aproximadamente 10% de *H. influenzae* isolado a partir de doenças invasivas em nosso meio.

É necessário ressaltar que **a OMA pode ainda ser causada por vírus**, entre eles o vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza A ou B; a OMA viral deve sempre ser lembrada, pois nem sempre é possível diferenciá-la de um quadro bacteriano.

Portanto, nem sempre uma demora na resposta terapêutica corresponderá a uma falha do antibiótico, pois em vários casos poderá tratar-se de uma OMA de etiologia viral.

3. Antibioticoterapia

Conquanto alguns países não adotem de rotina o antibiótico na OMA, baseados num critério de cura espontânea de até 80% num período de 7 a 14 dias, a indicação da antibioticoterapia visa, entre outros, à prevenção de complicações, como a mastoidite aguda. Não há critérios que definam qual paciente deverá ou não tomar antibiótico; por exemplo, as OMAs causadas por pneumococos curam em menor número sem o uso de antibiótico.

A amoxicilina continua sendo a droga de primeira escolha para o tratamento da OMA, devendo ser utilizada por um período de dez dias, com reavaliação entre o sétimo e o décimo dia de tratamento. Nas crianças alérgicas à penicilina, **os macrolídeos ou a sulfametoprima são uma boa opção**.

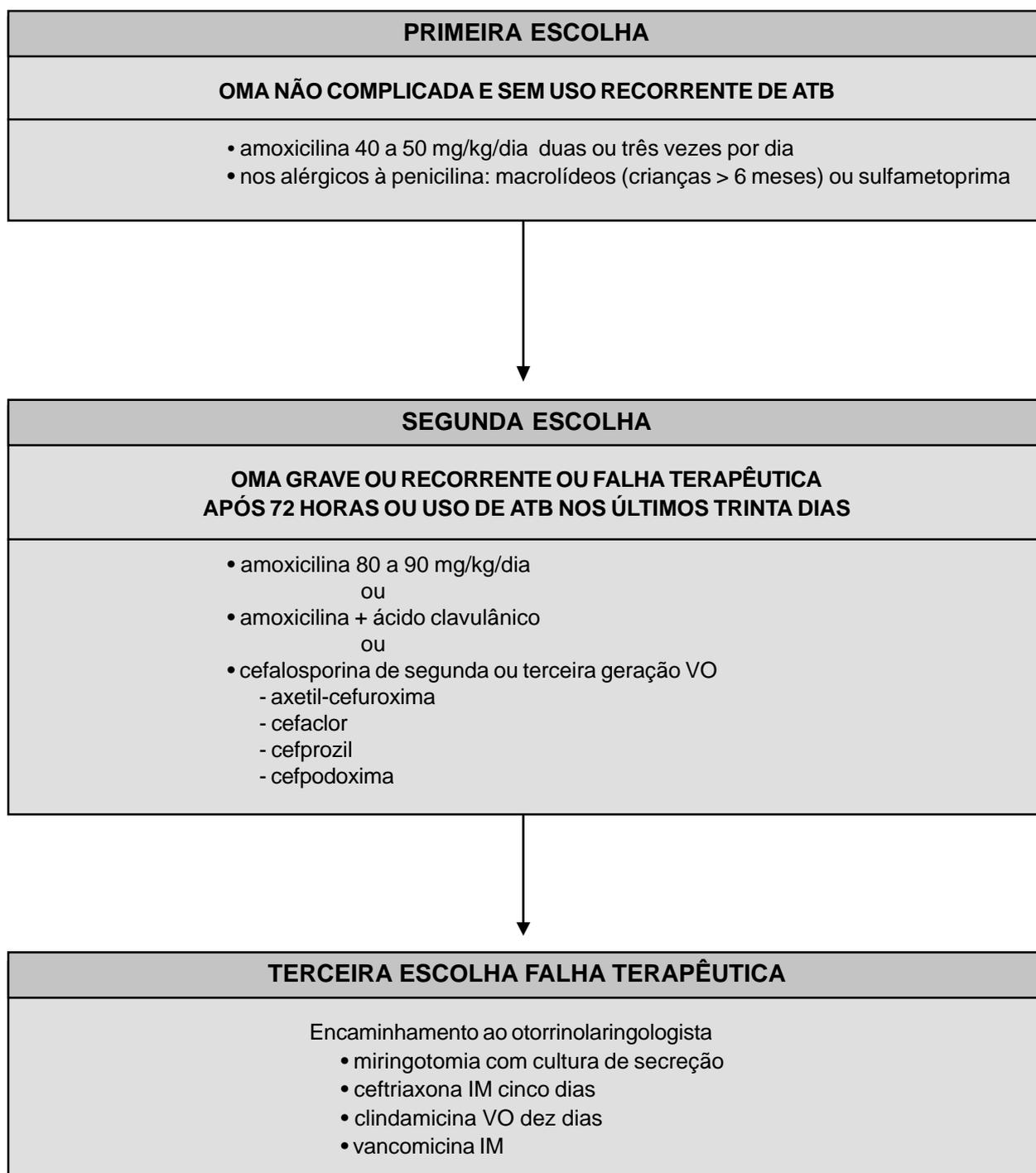
Nos pacientes com falha terapêutica (ou seja, com persistência dos sintomas após 48 a 72 horas de tratamento com antibiótico de primeira escolha) ou com OMA mais severa e ameaçando complicações, ou com antecedentes de otite média recorrente ou com uso recente de antibiótico nos últimos 30 dias, parte-se para **os antibióticos de segunda escolha na OMA**: amoxicilina em dose maior com 80 a 90 mg/kg/dia (pensando-se em pneumococos resistentes) ou antibióticos de maior espectro (pensando-se em bactérias produtoras de betalactamase), como a amoxicilina associada ao ácido clavulânico e as



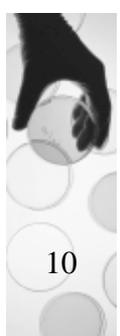
cefalosporinas de segunda e terceira gerações, por via oral, como cefaclor, cefprozil, cefuroxima ou cefpodoxima. Em **situações especiais**, como falha terapêutica com antibióticos de segunda escolha ou criança com vômitos, pode-se recorrer a cefalosporinas de terceira geração intramusculares (ceftriaxona), durante três a cinco dias.

É importante ressaltar que a membrana timpânica na reavaliação do décimo dia pode ainda estar opaca, porém a criança está bem, sem sintomas clínicos; isto traduz uma **otite média secretora residual** (que pode levar até dois a três meses para resolver totalmente) e não uma falha terapêutica, não se justificando, portanto, uma troca de antibiótico.

Antibioticoterapia na Otite Média Aguda



ANTIBIÓTICOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA



II. Faringotonsilites Agudas

As faringotonsilites ou faringoamigdalites agudas são definidas como qualquer processo inflamatório e/ou infeccioso agudo da mucosa faríngea. Quando afetam as tonsilas palatinas são denominadas amigdalites, quando afetam a faringe, de faringites, e, acometendo ambas, são as faringoamigdalites ou faringotonsilites, também denominadas anginas.

As amigdalites agudas se manifestam tipicamente por dor de garganta, odinofagia, febre, otalgia reflexa, astenia, dores musculares, cefaléias, artralgia e aumento de linfonodos cervicais. Conforme a apresentação clínica, podem ser classificadas em eritematosas, eritematopultáceas, pseudomembranosas e ulcerosas (superficiais e profundas).

1. Microbiologia

As amigdalites agudas podem ser de **etiologia viral (40% a 50%), bacteriana (20% a 40%) ou desconhecida (10% a 30%)**.

Nas amigdalites agudas virais, os principais agentes causadores são os vírus *influenzae* A e B, *parainfluenzae* 1, 2 e 3, ecovírus, rinovírus e adenovírus; nas formas específicas, destacam-se o Coxsackie vírus (herpangina), o Paramixovírus (sarampo), o Herpes vírus hominis (angina herpética) e o vírus *Epstein Barr* (mononucleose).

As amigdalites agudas bacterianas têm como principal agente *Streptococcus pyogenes* ou *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A, **responsável pelas complicações das tonsilites** (febre reumática, glomerulonefrite difusa aguda), sendo isolado em nosso meio em aproximadamente 30% das amigdalites agudas purulentas. Outras bactérias patogênicas também referidas e muitas vezes encontradas como germes da flora normal são: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* e *Moraxella catarrhalis*.

Existem hoje no mercado vários testes para detecção rápida de *Streptococcus pyogenes*; a maioria deles baseia-se na detecção do antígeno bacteriano através de reação com anticorpo e verificação de aglutinação (teste positivo); a leitura se faz em cinco a dez minutos, porém estes testes não são capazes de detectar pequenas quantidades de *Streptococcus* e a sua relação custo-benefício ainda é alta para serem utilizados rotineiramente em nosso meio.

A cultura e antibiograma de orofaringe estão reservados para casos de pacientes imunodeprimidos, nas amigdalites agudas ulceronecroticas, nas crises agudas de amigdalites de repetição, nas complicações como abscesso periamigdaliano, nas tonsilites crônicas, na suspeita de difteria ou para pesquisa de portador assintomático.

2. Antibioticoterapia

O uso de antibiótico em crianças com tonsilite aguda deve ser reservado aos casos em que a infecção é bacteriana, em especial nos causados por *Streptococcus* do grupo A. Febre maior que 38°C e de início súbito, presença de exsudato purulento (puntiforme ou em placas), linfadenite cervical anterior dolorosa, ausência de tosse, petéquias no palato e odinofagia são sugestivos de etiologia bacteriana. Enquanto a presença de coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas e sintomas gastrintestinais são citados como preditivos de etiologia viral.

O **antibiótico de primeira escolha** na faringotonsilite aguda ainda é a **penicilina**:

- Penicilina benzatina: apresenta baixo custo e dose única, porém somente podendo ser administrada em ambiente hospitalar ou posto de saúde.
- Penicilina por via oral: o fato de ter que ser administrada de seis em seis horas por dez dias dificulta a adesão ao tratamento, além do que selecionaria germes saprófitas produtores de betalactamase, passando a ser mais uma alternativa do que uma primeira escolha.



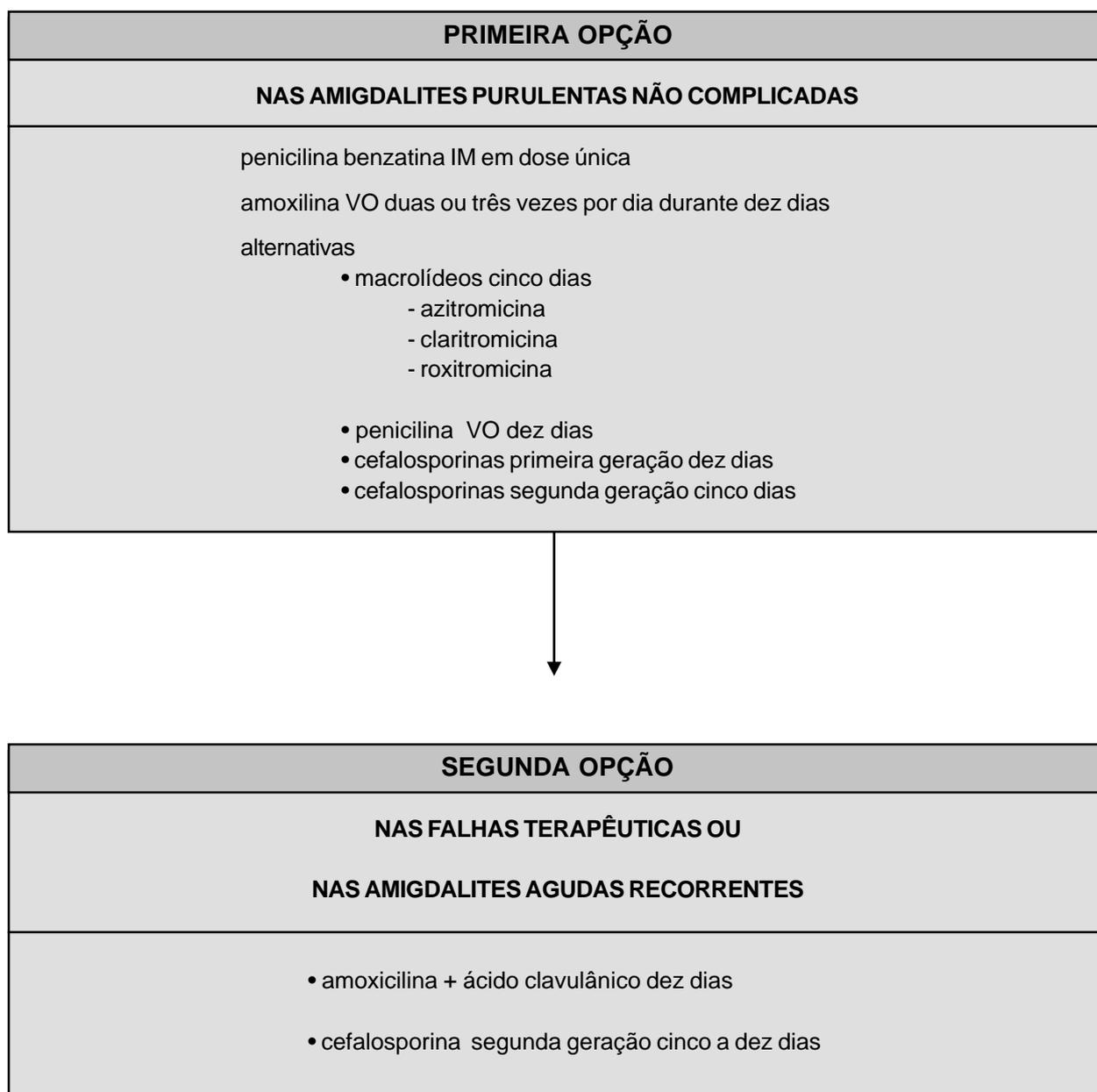
- Amoxicilina: pode ser administrada duas ou três vezes por dia, mas tem que ser por dez dias para garantir a erradicação bacteriana.

Como **alternativas** no tratamento da faringotonsilite aguda, podem também ser utilizados os macrolídeos (azitromicina e claritromicina) e as cefalosporinas de primeira geração (cefalexina). Está também demonstrado que cefalosporinas de segunda geração (cefaclor, axetil-cefuroxima, cefprozil) em esquema de curta duração (cinco dias de tratamento) têm a mesma eficácia clínica e microbiológica que dez dias de amoxicilina ou uma dose de penicilina-benzatina.

Nos **casos de falha terapêutica com antibióticos de primeira escolha** ou em casos de amigdalites agudas recorrentes, pode-se prescrever o uso de amoxicilina associada ao ácido clavulânico por dez dias ou de cefalosporinas de segunda geração.

É importante ressaltar que a **associação sulfametoxazol-trimetoprima**, às vezes único medicamento disponível em postos de saúde, **deve ser evitada** em virtude dos índices de resistência do *Streptococcus* beta-hemolítico a esta droga.

Antibioticoterapia na Faringoamigdalite Aguda



III. Sinusite Aguda

A sinusite ou rinosinusite aguda é a resposta inflamatória da mucosa que reveste a cavidade nasal e os seios paranasais, com sintomas clínicos com até quatro semanas de duração. Dentre os sintomas mais freqüentes nas crianças, destacam-se rinorréia purulenta, obstrução nasal, tosse e, nos maiores, dor facial, cefaléia e halitose.

Deve-se suspeitar de sinusite aguda bacteriana quando os sintomas de infecção das vias aéreas superiores (resfriado, gripe) pioram após o quinto dia ou persistem por mais de dez dias.

As radiografias simples têm limitações como método diagnóstico auxiliar na criança, porque os **R-X simples podem acusar comprometimento sinusal também no resfriado (rinosinusite aguda viral) e na rinite alérgica**, sem que isto signifique infecção bacteriana purulenta. Dentre os sinais radiológicos sugestivos, mas não confirmatórios de infecção sinusal, destacam-se opacidade total do seio, espessamento maior que 4 mm da mucosa do seio maxilar e nível hidroaéreo. Daí que a indicação maior dos RX simples na sinusite é quando se duvida do diagnóstico de sinusite aguda, para mostrar que não há sinusite. Deve-se evitar solicitar radiografia de controle.

Nos casos em que se suspeita de complicações por infecção sinusal, isto é, quando a infecção ultrapassa os limites anatômicos dos seios paranasais (orbitárias e intracranianas), deve-se recorrer à tomografia computadorizada, e não aos RX simples; dentre os sinais de alarme: cefaléia intensa, alterações de visão, edema palpebral, sinais gerais de toxemia.

1. Microbiologia da sinusite aguda

As rinosinusites agudas podem ser **virais ou bacterianas**. **As sinusites bacterianas representam somente de 0,5% a 2%** das rinosinusites agudas e geralmente se seguem a episódios de etiologia viral.

Os principais agentes etiológicos virais são o rinovírus, o vírus influenza, o parainfluenza e o adenovírus. Os agentes bacterianos causadores de rinosinusites são ***Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*** não-capsulado e, em menor número, *Streptococcus* beta-hemolítico, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e bactérias anaeróbicas (*Peptoestreptococcus* e *Fusobacterium*).

Em relação à resistência bacteriana, estudos realizados no Brasil apontam uma resistência intermediária à penicilina de aproximadamente 20% das cepas pneumocócicas e de 1% de cepas altamente resistentes. Cerca de 10% das cepas de *H.influenzae* isoladas e mais de 90% das de *M.catarrhalis* foram produtoras de betalactamase.

2. Antibioticoterapia na Sinusite Aguda

A sinusite aguda, na grande maioria dos casos, responde ao tratamento clínico adequado; difícil é definir se uma sinusite aguda é bacteriana ou viral, já que a antibioticoterapia é indicada apenas para a sinusite bacteriana.

O tratamento antimicrobiano da sinusite aguda deve ser sempre eficaz contra *S.pneumoniae* e *H.influenzae*; como **antibiótico de primeira escolha**, para tratar infecções leves ou moderadas, a amoxicilina pode ser administrada por sete a dez dias. Nesses casos, poderia utilizar-se também a combinação trimetoprima-sulfametoxazol, tendo em vista seu baixo custo e fácil administração, embora a escolha do antibiótico na sinusite aguda deva sempre levar em conta a resistência bacteriana regional.

Nos **casos de falha terapêutica com antibiótico de primeira escolha ou quando de infecções sinusais mais graves ou recorrentes, com uso recente de antibiótico**, as opções passam a ser amoxicilina em altas doses (80 a 90 mg/kg/dia), amoxicilina-clavulanato, cefalosporinas de segunda e terceira geração por via oral (axetil-cefuroxima, cefaclor, cefprozil, cefuroxima, cefpodoxima), por 10 a 14 dias de administração. Também como alternativas podem-se prescrever os macrolídeos (azitromicina e claritromicina) e, em situações especiais, o cloranfenicol.



Talvez **mais importante para a humanidade e o ecossistema** não seja tratar adequadamente a rinosinusite aguda bacteriana, mas, sim, não tratar com antibiótico a sinusite aguda viral.

Antibioticoterapia na Sinusite Aguda Infantil

PRIMEIRA OPÇÃO	
INFEÇÕES LEVES OU MODERADAS E SEM USO RECENTE DE ATB	
<ul style="list-style-type: none">• amoxicilina 40 a 50 mg/kg/dia dividida em duas ou três doses• sulfametoprima	sete a dez dias



SEGUNDA OPÇÃO	
INFEÇÕES GRAVES OU RECORRENTES E/OU COM USO RECENTE DE ATB	
<ul style="list-style-type: none">• amoxicilina 80 a 90 mg/kg/dia• amoxicilina + ácido clavulânico• cefalosporina de segunda ou terceira geração VO<ul style="list-style-type: none">- axetil-cefuroxima- cefaclor- cefprozil- cefpodoxima• alternativas:<ul style="list-style-type: none">- azitromicina- claritromicina- cloranfenicol	10 a 14 dias

REFERÊNCIAS

Araújo, E; Sakano, E; Weckx, LLM - I Consenso Brasileiro sobre rinossinusite - Rev. Bras. ORL; 1999, 65(supl. 3):6-30.

Brandileone, MCC; Di Fábio, JL; Vieira, VSD et al - Geografic distribution of penicilin resistance of *Streptococcus pneumoniae* in Brazil: genetic relatedness - Microbial Drug Resistance, 1998, 4:209-217.

Bricks, LF; Sih, T - Medicamentos controversos em otorrinolaringologia - J. Pediatria; 1999, 75(1): 11-22.

Gwaltney, JM - Acute community - acquired sinusitis - Clin Infect Dis; 1996, 23:1209-25.

Pichichero, ME; Cohen, R - Shortened course of antibiotic therapy for acute otites media, sinusitis and tonsillopharyngites - Pediatr Infec. Dis; 1997, 16:680-95.

Rosenfeld, RM; Vertrees, JE; Carr, J - Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty three randomized trials - J. Pediatr; 1994, 124: 355-367.

Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - Consenso sobre otites médias - Rev. Bras. ORL; 1999, 65(supl. 8): 5-13.

Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - I Fórum sobre faringoamigdalite - Rev. Bras. ORL; 2000 (no prelo).

Sociedades Latino Americanas de Otorrinolaringologia - Primero Consenso Latino Americano sobre sinusitis - Infect Dis in Clin Pract; 2001 (suppl. 1): 20-12.

Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia - Revisão do Consenso sobre otites médias - Rev. Bras. ORL; 2001 (no prelo).

Teixeira, MS; Weckx, LLM - Faringo-amigdalites - Rev. Bras. Med; 1999, 56:342-6.



Pós-Teste

Assinale, a seguir, se as afirmativas são verdadeiras (V) ou falsas (F):

1. O antibiótico de primeira escolha na otite média aguda (OMA) é a amoxicilina.
 V F

2. Na otite média aguda, em caso de falha terapêutica após 72 horas de antibioticoterapia, pensando-se em pneumococo resistente, está indicado o uso de amoxicilina + ácido clavulânico ou de cefalosporina de segunda geração.
 V F

3. Criança com OMA e vômitos, ceftriaxona IM por três a cinco dias é uma opção.
 V F

4. Membrana timpânica opaca no sétimo dia de amoxicilina para tratar uma OMA, com a criança afebril e sem otalgia, sugere a necessidade de mudança de antibiótico.
 V F

5. A otite média secretora residual pós OMA pode levar até dois a três meses para regredir espontaneamente.
 V F

6. A maioria das amigdalites agudas é viral.
 V F

7. Amigdalite aguda com febre alta, início súbito, linfadenite cervical dolorosa e petéquias no palato sugerem etiologia viral.
 V F

8. Aproximadamente trinta por cento das amigdalites agudas bacterianas são causadas por *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A.
 V F

9. Em casos de alergia à penicilina, está indicado o uso do sulfametoxazol-trimetoprima no tratamento da amigdalite aguda purulenta.
 V F

10. A amoxicilina durante dez dias na amigdalite aguda bacteriana tem a mesma eficácia clínica e erradicação bacteriana do que a axetil-cefuroxima durante cinco dias.
() V () F
11. Somente 0,5% a 2% dos resfriados e gripes complicam-se com uma rinosinusite aguda bacteriana.
() V () F
12. Crianças com rinorréia, obstrução nasal e tosse há três dias de duração sugerem o diagnóstico de sinusite aguda bacteriana.
() V () F
13. Radiografia simples de seio da face com comprometimento sinusal, na vigência de um resfriado, comprova a instalação de uma sinusite aguda bacteriana.
() V () F
14. Na sinusite aguda purulenta, as bactérias mais freqüentemente responsáveis são *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.
() V () F
15. A amoxicilina 40 a 50 mg/kg/dia é o antibiótico de primeira escolha para tratar sinusite aguda bacteriana leve ou moderada.
() V () F



GABARITO DO FASCÍCULO 13 (Antibióticos em Dermatologia)

- | | |
|-----------------|--------|
| 1) Verdadeiro. | 12) D. |
| 2) Falso. | 13) B. |
| 3) Verdadeiro. | 14) A. |
| 4) Falso. | 15) E. |
| 5) Verdadeiro. | |
| 6) Falso. | |
| 7) Verdadeiro. | |
| 8) Verdadeiro. | |
| 9) Falso. | |
| 10) Verdadeiro. | |
| 11) Falso. | |
-





SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria (Triênio 2001/2003)

Presidente:

Lincoln Marcelo Silveira Freire

1º Vice-Presidente:

Dioclécio Campos Júnior

2º Vice-Presidente:

João Cândido de Souza Borges

Secretário Geral:

Eduardo da Silva Vaz

1º Secretário:

Vera Lúcia Queiroz Bomfim Pereira

2º Secretário:

Marisa Bicalho P. Rodrigues

3º Secretário:

Fernando Filizzola de Mattos

Diretoria de Planejamento Geral:**Diretora de Planejamento Administração e Finanças:**

Maria Tereza Fonseca da Costa

1º Diretor Financeiro:

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho

2º Diretor Financeiro:

Ana Maria Seguro Meyge

Diretoria de Patrimônio:

Mário José Ventura Marques

Coordenador do Selo de Certificação de Produtos:

Claudio Leone

Coordenador de Informática:

Eduardo Carlos Tavares

Conselho Acadêmico:**Presidente:**

Nelson de Carvalho Assis Barros

Secretário:

Reinaldo Menezes Martins

Conselho Fiscal

Raimunda Nazaré Monteiro Lustosa

Sara Lopes Valentim

Nilzete Liberato Bresolin

Assessorias da Presidência:

Pedro Celiny Ramos Garcia

Fernando Antônio Santos Werneck

Claudio Leone

Luciana Rodrigues Silva

Nelson de Carvalho Assis Barros

Reinaldo Menezes Martins

Diretoria de Qualificação e Certificação Profissional:

Clóvis Francisco Constantino

CEXTEP:**Coordenador:**

Hélcio Villaça Simões

Área de Atuação:

Coordenador: José Hugo Lins Pessoa

Recertificação:

Coordenador: José Martins Filho

Diretoria de Relações Internacionais:

Fernando José de Nóbrega

Coordenadores:

Mercosul: Remaclo Fischer Júnior

AAP: Conceição Aparecida de M. Segre

IPA: Sérgio Augusto Cabral

Diretor de Departamentos Científicos:

Nelson Augusto Rosário Filho

Diretoria de Cursos e Eventos:

Dirceu Solé

Coordenadores:**Reanimação Neonatal:**

José Orleans da Costa

Reanimação Pediátrica:

Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Serões:

Edmar de Azambuja Salles

Treinamento em Serviços:

Mário Cícero Falcão

Congressos e Eventos:

Álvaro Machado Neto

CIRAPs:

Maria Odete Esteves Hilário

Diretoria de Ensino e Pesquisa:

Lícia Maria Oliveira Moreira

Coordenadores:

Graduação: Dalva Coutinho Sayeg

Residência e Estágio – Credenciamento

Cleide Enoir Petean Trindade

Diretoria de Ensino e Pesquisa:**Residência e Estágio – Programas:**

Joaquim Antônio César Mota

Pós-Graduação:

Francisco José Penna

Pesquisa:

Marco Antônio Barbieri

Diretoria de Publicações:

Renato Soibelmann Procianoy

Coordenadores:**Jornal de Pediatria:**

Jefferson Pedro Piva

PRONAP:

João Coriolano Rêgo Barros

PRONAP/Correios da SBP:

Antonio Carlos Pastorino

Documentos Científicos:

Paulo de Jesus Hartmann Nader

Centro de Informações Científicas:

Ércio Amaro de Oliveira Filho

Diretoria de Benefícios e Previdência:

Guilherme Mariz Maia

Diretor Adjunto:

Mário Lavorato da Rocha

Diretoria de Defesa Profissional:

Eliane de Souza

Diretoria de Promoção Social da Criança e do Adolescente:

João de Melo Régis Filho

Coordenadores:**Promoção de Campanhas:**

Rachel Niskier Sanchez

Defesa da Criança e do Adolescente:

Célia Maria Stolze Silvany

Comissão de Sindicância

Euze Márcio Souza Carvalho

José Gonçalves Sobrinho

Rossiclei de Souza Pinheiro

Antônio Rubens Alvarenga

Mariângela de Medeiros Barbosa

