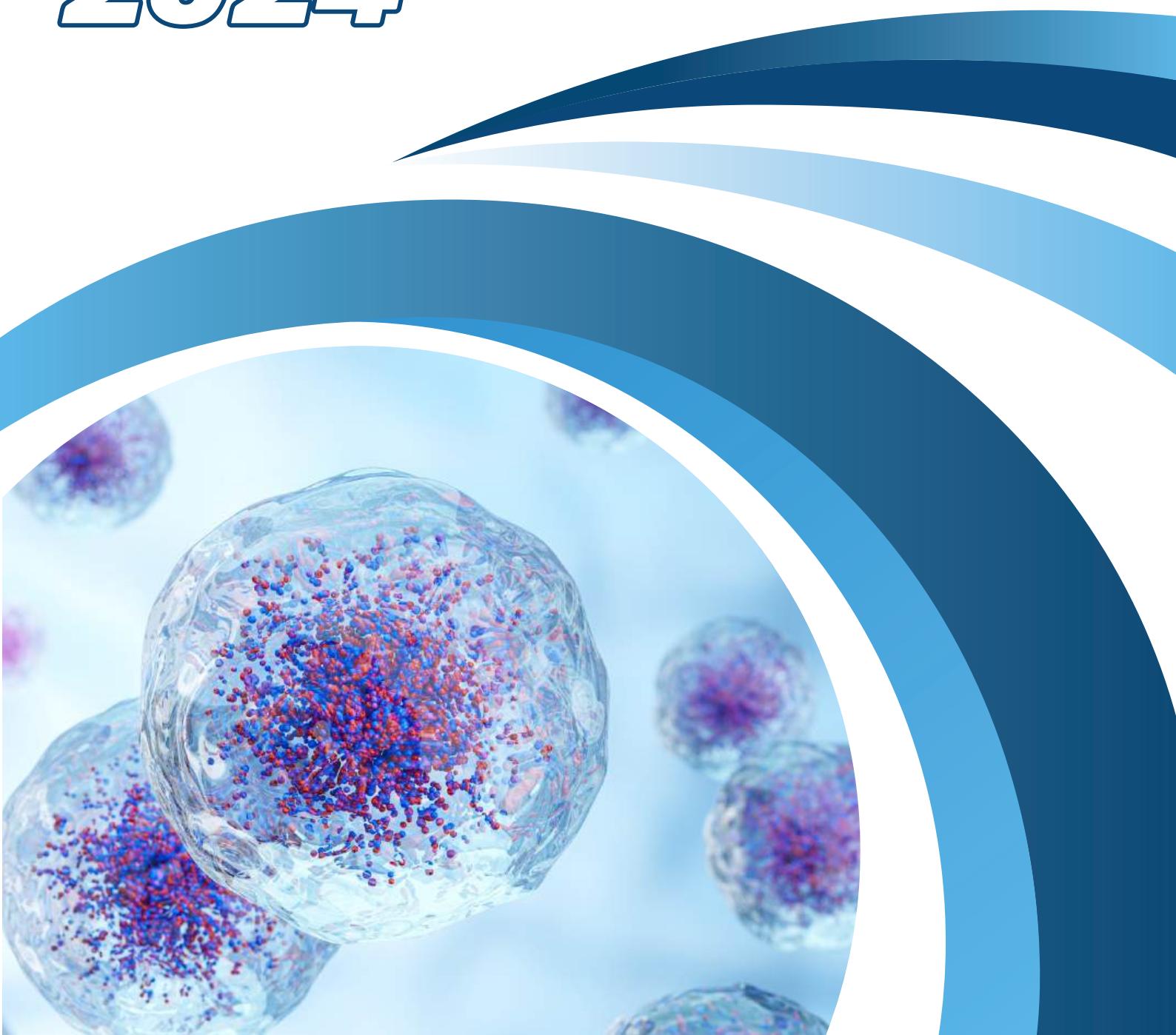


# ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA: UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## 2024



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Antimicrobianos na prática clínica : um guia para profissionais da atenção primária / elaboração Bruno de Melo Tavares...[et al.] ; coordenação Anna Sara S. Levin, Silvia Figueiredo Costa. -- 1. ed. -- São Paulo : Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da USP, 2024.

Outros autores: Denise Brandão de Assis, Laina Bubach Carvalho, Maria Luiza do Nascimento Moura, Maristela Pinheiro Freire, Maura Salaroli de Oliveira.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-984154-0-2

1. Antimicrobianos 2. Atenção Primária à Saúde (APS) 3. Educação médica 4. Medicina e saúde 5. Microbiologia médica 6. Saúde pública I. Tavares, Bruno de Melo. II. Assis, Denise Brandão de. III. Carvalho, Laina Bubach. IV. Moura, Maria Luiza do Nascimento. V. Freire, Maristela Pinheiro. VI. Oliveira, Maura Salaroli de. VII. Levin, Anna Sara S. VIII. Costa, Silvia Figueiredo.

24-218646

CDD-616.0252

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Atenção Primária à Saúde : Diretrizes práticas :  
Medicina 616.0252

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

BEM-VINDOS AO

# GUIA DE **ANTIMICROBIANOS**

## Coordenação do Guia

Bruno de Melo Tavares  
Maura Salaroli de Oliveira

## Coordenação Projeto CAMO-Net

Anna Sara S. Levin  
Silvia Figueiredo Costa

## Elaboração

Bruno de Melo Tavares  
Denise Brandão de Assis  
Laína Bubach Carvalho  
Maria Luisa do Nascimento Moura  
Maristela Pinheiro Freire  
Maura Salaroli de Oliveira

## Projeto Gráfico & Diagramação

José Sidney Sorrentino Filho

## Revisores

Adriana Coracini Tonacio de Proença  
Adriana Satie Gonçalves Kono Magri  
Alejandro Cedeno Cueva  
Alexandre Pereira Funari  
Alfio Rossi Junior  
Allan Patrocínio Pereira  
Ana Catharina de Seixas Santos Nastri  
Ana Paula Matos Porto  
Andre Nathan Costa  
Anna Silva Machado  
Bruno Bernardo Duarte  
Carol Lee Luna Fernandes  
Cristhieni Rodrigues  
Elisa Donalisio Teixeira Mendes  
Elisabeth Lima Nicodemo  
Eusébio Lino dos Santos Júnior  
Evelyne Santana Girão  
Fernanda Justo Descio Bozola  
Geraldine Madalosso  
Gladys Villas Boas do Prado Melo  
Glaucia Fernanda Varkulja  
Glaura Fernandes Teixeira de Alcântara  
Hermes Ryoiti Higashino  
Icaro Boszcowski  
Igor Maia Marinho  
Jorge Salomao Moreira

Julia Ferreira Mari  
Juliana Bertoldi Franco  
Juliana Cavadas Teixeira  
Juliana Ferreira  
Juliana Valéria de Souza Framil  
Lara Silva Pereira Guimarães  
Larissa Nunes de Almeida Gouveia  
Lauro Vieira Perdigão Neto  
Liliane Satomi Ikari  
Luciana Vilas Boas Casadio  
Madalena Luvambu Teca  
Marcello Mihailenko Chaves Magri  
Marcelo Hisano  
Maria Teresa Roncaglia  
Mariana Rolim Fernandes Macedo  
Matias Chiarastelli Salomão  
Mirian de Freitas Dal Ben Corradi  
Muse Santiago de Oliveira  
Pedro Henrique Siqueira Carvalho  
Ricardo de Paula Vasconcelos  
Thaís Guimarães  
Thales Plastina Astro  
Vitor Arcieri  
Vítor Falcão de Oliveira  
William Kazunori Sekiguchi

# **Introdução**

A resistência microbiana é um problema de saúde pública mundial e está relacionada ao uso de antimicrobianos. A atenção primária em saúde é responsável por uma parcela considerável de prescrição desses medicamentos.

Este guia se destina a profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde e tem como objetivo auxiliá-los na prescrição de antimicrobianos para as condições infecciosas mais prevalentes.

A utilização de guias de apoio à prescrição de antimicrobianos é importante para sistematização do cuidado e implementação de Programas de Gerenciamento de Antimicrobianos, promovendo assim o uso consciente desses medicamentos.

# Sumário

Impetigo .....	<b>06</b>
Celulite/Erisipela .....	<b>07</b>
Faringoamigdalite aguda .....	<b>08</b>
Gastroenterocolite aguda .....	<b>10</b>
Identificação de Sepse .....	<b>13</b>
Infecções do trato respiratório inferior	<b>14</b>
Infecções ginecológicas .....	<b>16</b>
Infecções sexualmente transmissíveis	<b>18</b>
Infecção do trato urinário .....	<b>23</b>
Mordeduras por animais (cães e gatos)	<b>28</b>
Otite média aguda .....	<b>31</b>
Profilaxia antimicrobiana em odontologia	<b>34</b>
Rinossinusite aguda .....	<b>36</b>
Posologia em pediatria .....	<b>38</b>
Posologia em adultos e ajustes .....	<b>39</b>
de doses para insuficiência renal	

# Impetigo

- Infecção superficial da pele causada por *Streptococcus ssp.* e/ou *Staphylococcus aureus*
- Afeta principalmente crianças, pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em face e extremidades
- Impetigo não bolhoso é a forma mais comum. As lesões começam como pápulas que progridem para vesículas circundadas por eritema. Transformam-se em pústulas que evoluem para crostas espessas, com coloração amarelada. Esta evolução geralmente ocorre ao longo de uma semana. Lesões múltiplas podem ocorrer, mas tendem a permanecer localizadas
- O impetigo bolhoso é similar, mas as lesões costumam aumentar rapidamente e formam bolhas maiores
- Geralmente não há sintomas sistêmicos, mas pode ocorrer linfadenite regional.
- O diagnóstico É CLÍNICO
- As crianças podem regressar à escola 24 horas após o início da terapia antimicrobiana eficaz

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
Antimicrobiano tópico: indicado para casos leves e lesões localizadas		
Mupiroicina 2% ou Ácido fusídico	Aplicar 3 vezes ao dia por 5 dias	Aplicar 3 vezes ao dia por 5 dias
Antimicrobiano sistêmico: indicado para episódios recorrentes ou em situações de surtos ou em pacientes com múltiplas lesões		
Cefalexina	500mg VO 6/6h por 7 dias	25-50 mg/kg/dia (máx 4g/dia) VO divididos de 6/6h por 7 dias
Clindamicina	300 mg VO 8/8h por 7 dias	30-40 mg/kg/dia VO divididos de 6/6h ou 8/8h por 7 dias
Sulfametoxazol-trimetoprim	800/160 mg VO 12/12h por 7 dias	6-12 mg/kg/dia (componente trimetoprim) VO, dividido 12/12h por 7 dias

# Celulite/Erisipela

## Diagnóstico

O diagnóstico É CLÍNICO. DISTINÇÃO CLÍNICA ENTRE CELULITE E ERISIPELA É DIFÍCIL e na dúvida, tratar como celulite.

Podem causar quadro clínico grave e rapidamente progressivo – avaliar necessidade de hospitalização

- Erisipela e celulite manifestam-se com eritema, edema, dor e calor.
- Trata-se de quadro agudo, em geral UNILATERAL
- A erisipela clássica apresenta-se como uma mancha vermelha brilhante com borda elevada e claramente demarcada.
- A celulite envolve camadas mais profundas e caracteriza-se por bordas indistintas e não elevadas.

Agentes etiológicos mais comuns:

*Staphylococcus aureus* e *Streptococcus spp*

## Tratamento

Atenção para SITUAÇÕES DE ALERTA QUE JUSTIFICAM HOSPITALIZAÇÃO IMEDIATA E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: sinais de sepse ou choque séptico, infecção rapidamente progressiva ou dor desproporcional aos achados do exame físico, sinais de infecção necrotizante.

Procurar por portas de entrada como onicomicoses ou micoses superficiais (*Tinea pedis*) e tratar para evitar a recorrência das infecções.

Para avaliar a progressão da lesão: considere marcar a extensão da infecção com caneta cirúrgica.

Gerenciar condições subjacentes, como diabetes mellitus, insuficiência venosa, eczema e edema.

Recomendar elevação do membro acometido.

Prescrever antimicrobianos conforme a tabela:

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
Opções		
Cefalexina	1g VO 6/6h por 5 a 7 dias	100 mg/kg/dia, dividido 6/6h (máx 500 mg/dose) por 5 a 7 dias
Amoxicilina-clavulanato	500/125mg VO 8/8h por 5 a 7 dias	50-90 mg/kg/dia (componente amoxicilina), VO, dividido 8/8h por 5 a 7 dias

# Faringoamigdalite aguda

A maior parte é de etiologia viral. Presença concomitante de coriza, conjutivite e tosse, sugere etiologia viral.

A presença de secreção purulenta nas tonsilas palatinas não necessariamente indica infecção bacteriana.

20 a 40% dos casos é de etiologia bacteriana. Se infecção bacteriana, o agente etiológico mais comum é *Streptococcus pyogenes*.

Penicilina é o único antimicrobiano com eficácia comprovada em reduzir taxas de febre reumática.

## Diagnóstico



O diagnóstico é CLÍNICO.

Cultura de orofaringe é considerada o padrão ouro, mas é de pouca aplicabilidade clínica.

Teste rápido para *Streptococcus* (*strep test*) possui pouca aplicabilidade clínica pois o teste positivo confirma o diagnóstico, porém teste negativo não exclui o diagnóstico devido à baixa sensibilidade.

## (i) Observação

- Os objetivos do tratamento são a prevenção de febre reumática, prevenção de complicações supurativas locais, redução da transmissão e melhora dos sintomas
- A febre e os sintomas constitucionais geralmente desaparecem em um a três dias após o início do tratamento, mas é importante concluir o tempo de tratamento para erradicação do estreptococos
- Consultas de seguimento não são necessárias para a maioria dos casos

## Definir conduta com base nos Critérios de Centor Modificado

Febre > 38°C (+1)
Ausência de tosse (+1)
Adenopatia cervical anterior (+1)
Exsudato ou edema amigdaliano (+1)
Idade 3-14 anos (+1)
Idade 15-44 anos (0)
Idade ≥ 45 anos (-1)

Probabilidade de infecção estreptocócica com base nos Critérios de Centor Modificado

≤ 1 ponto

2-3 pontos

≥ 4 pontos

Baixa probabilidade de infecção

Moderada probabilidade de infecção

Alta probabilidade de infecção

Escore de Centor Modificado

**0,1 ou 2**

Escore de Centor Modificado

**3**

Escore de Centor Modificado

**≥4**



Não prescrever antimicrobiano.  
Tratamento com sintomático



Considerar tratamento com antimicrobiano, caso paciente apresente outros sinais e sintomas sugestivos de infecção bacteriana



Tratamento com antimicrobiano e sintomáticos

Antimicrobiano	Posologia Adul	Posologia Criança
<b>Primeira opção</b>		
Penicilina Benzatina	1,2 milhão unidade IM dose única	≤30 kg: 600 mil unidades IM ≥30 kg: 1,2 milhão de unidade IM dose única
Amoxicilina	500mg VO 8/8h por 10 dias	50mg/kg/dia (máx 500mg/dose) dividido de 8/8h por 10 dias
Penicilina V	500 mg VO 8/8h por 10 dias	25-75 mg/kg/dia, dividido 6/6h ou 8/8h por 10 dias
<b>Opções (em caso de alergia)</b>		
Azitromicina* (alérgicos a beta-lactâmicos)	500mg VO 1 vez ao dia por 5 dias	12mg/kg/dia 1 vez ao dia (máx 500 mg) por 5 dias
Cefalexina	500mg VO 12/12h por 10 dias	40 mg/kg dividido 12/12h por 10 dias
Cefuroxima	250-500mg VO 12/12h por 10 dias	20mg/kg/dia dividido 12/12h por 10 dias (máx. 250mg/dose)

\*Dados brasileiros apontam alta proporção de resistência de *S. pneumoniae* a macrolídeos (50%)

# Gastroenterocolite aguda

Define-se gastroenterocolite aguda como aumento na frequência e quantidade das evacuações ou diminuição da consistência das fezes. Pode ocorrer com ou sem sintomas gástricos, como náuseas e vômitos, e é tipicamente marcada por 3 ou mais episódios evacuatorios por dia, com duração dos sintomas inferior a 14 dias.

A grande maioria dos casos de diarreia aguda é infecciosa e autolimitada. As principais causas são: vírus (*norovírus, rotavírus, adenovírus, astrovírus* e outros), bactérias (*Salmonella, Campylobacter, Shigella, Escherichia coli, Clostridioides difficile* e outros) e protozoários (*Cryptosporidium, Giardia, Cyclospora, Entamoeba* e outros)

## Diagnóstico



O diagnóstico é CLÍNICO e o principal objetivo do tratamento é prevenir a desidratação ou reidratar adequadamente

NÃO é necessário antimicrobiano para a maioria dos casos, mesmo que a etiologia seja bacteriana.

## Tratamento

Perguntar por presença de sangue visível ou muco nas fezes, perda de peso, febre, data de início dos sintomas, presença de náusea e vômitos, dor abdominal intensa, envolvimento neurológico (parestesia, diminuição de força motora, paralisia de nervo craniano), uso recente de antimicrobianos, internação hospitalar recente (últimos 3 meses), casos semelhantes no convívio ou domicílio, avaliar a probabilidade de origem hídrica ou alimentar (exposições de risco, consumo de água ou alimentos contaminados), institucionalização (centros de educação infantil, instituições de longa permanência), viagem recente (internacional, regiões endêmicas para cólera, navios de cruzeiros) e comorbidades.

## Quadro Grave

- Febre > 38,5°C persistente
- OU**
- Sinais e sintomas de hipovolemia ou desidratação
- OU**
- ≥8 episódios de fezes amolecidas nas 24 horas
- OU**
- Fezes com sangue

## Alto Risco de Gravidade

- Idade ≥ 70 anos
- OU**
- Comorbidades graves, como cardiopatias, imunossuprimidos (incluindo infecção por HIV avançada)
- OU**
- Doença inflamatória intestinal
- OU**
- Gravidez

## Duração da diarreia >que 7 dias

Sim

Não



INICIAR ANTIMICROBIANO EMPÍRICO CONFORME TABELA ABAIXO

### SOLICITAR COPROCULTURA

Avaliar necessidade de testes adicionais baseados no risco/exposições:

- *Clostridioides difficile* (internação ou uso de antimicrobianos nos últimos 3 meses)
- Parasitas (duração > 14 dias)

Hidratação:  
Oral ou endovenosa

Sintomáticos:  
Antieméticos e analgésicos.

Evitar antidiarreicos derivados de opióides (loperamida)

Dieta: de acordo com a aceitação

Atenção: Não usar antimicrobiano se suspeita ou diagnóstico de *Escherichia coli* produtoras da toxina *Shiga* (STEC), em especial sorotípico *E. coli* 0157:H7 pelo maior risco de ocorrência de Síndrome Hemolítico-Urêmica

SEM INDICAÇÃO DE ANTIMICROBIANO EMPÍRICO

SEM INDICAÇÃO DE COPROCULTURA

Hidratação:  
Oral ou endovenosa

Sintomáticos:  
Antieméticos e analgésicos.

Evitar antidiarreicos derivados de opióides (loperamida)

Dieta:  
De acordo com a aceitação

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
<b>Primeira opção</b>		
Azitromicina OU Ciprofloxacino	500 mg VO 1x/dia por 3 dias  500 mg VO 12/12h por 3-5 dias	10-12 mg/kg dia no primeiro dia 1x/dia seguido de 5-6 mg/kg/dia por 2 dias  20 mg/kg/dia dividido 12/12h por 3-5 dias

\* Não usar antimicrobiano se suspeita ou diagnóstico de *Escherichia coli* produtoras da toxina Shiga (STEC), em especial sorotipo *E. coli* O157:H7 pelo maior risco de ocorrência de Síndrome Hemolítico-Urêmica

## Tratamento **Antimicrobiano por agente:**

Agente	Antimicrobiano	Duração	Observação
<b>Primeira opção</b>			
<i>Shigella</i> sp	Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h Azitromicina 500 mg VO 1x/dia	3 dias	As complicações incluem megacôlon tóxico, prolápso retal, perfuração intestinal, convulsões, encefalopatia e sepse.
<i>Salmonella</i> não <i>typhi</i>	Adultos: Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h Crianças: azitromicina 10-12 mg/kg dia no primeiro dia 1x/dia , seguido de 5-6 mg/kg/dia por 2 dias	7 a 10 dias	Considerar tratamento para casos graves e imunodeprimidos.
<i>Campylobacter</i>	Azitromicina 500 mg VO 1x dia	3 dias	Têm sido documentado aumento de resistência a quinolonas  Pode imitar apendicite. Comlicações incluem a síndrome de Guillain-Barré.
<i>E. coli</i> enteroaggregativa (EAEC) e entero-toxigênica(ETEC)	Sem febre, sem disenteria: Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h  Se febre ou disenteria considerar: Azitromicina 1000 mg VO	1 a 3 dias  Dose única	
<i>Yersinia</i>	Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h	5 dias	
<i>Giardia</i>	Metronidazol 250 mg VO 8/8h ou 15 mg/kg/dia VO dividido em 8/8h OU Nitazoxanida 500mg VO 12/12h	5 a 7 dias  3 dias	As complicações incluem megacôlon tóxico, prolápso retal, perfuração intestinal, convulsões, encefalopatia e sepse.
<i>Clostridioides difficile</i> Casos leves a moderados	Metronidazol 250 mg VO 6/6h ou 500 mg VO 8/8h	10 dias	Raro em crianças Fator de risco: hospitalização, uso recente de antimicrobianos

# Identificação de sepse

A sepse é uma condição grave e potencialmente fatal. Este fluxograma visa o reconhecimento precoce deste agravo.

Deve ser aplicado para todos os pacientes com suspeita ou confirmação de infecção.

## AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente apresenta  
**UMA DISFUNÇÃO ORGÂNICA?**

- Hipotensão: PAS < 90 mmHg
- Alteração do nível de consciência
- StO<sub>2</sub> < 90%, necessidade de O<sub>2</sub> ou dispneia importante
- Oligúria (Diurese < 0,5 ml/kg/h)
- EXAMES LABORATORIAIS (se disponíveis)
  - > Creatinina > 2 mg/dL
  - > Lactato acima do valor normal
  - > Plaquetas < 100.000
  - > INR > 1,5
  - > Bilirrubinas > 2mg/dL

Paciente apresenta  
**pelo menos DOIS sinais de SIRS?**

- Febre (Tax > 37,8° C) ou hipotermia (Temperatura central < 35° C)
- Taquicardia (FC > 90 bpm)
- Taquipneia (FR > 20 irpm)
- Leucocitose (> 12.000/mm<sup>3</sup>) ou leucopenia (< 4.000/mm<sup>3</sup>)

OU

SIM

NÃO

Suspeita ou  
confirmação  
de infecção

→ NÃO → NÃO É SEPSE

↓

SIM

## SEPSE ou CHOQUE SÉPTICO:

- 1 Prescrever antibioticoterapia conforme o foco provável
- 2 Iniciar reposição volêmica precoce em pacientes com hipotensão ou lactato acima de 20 mg/dL.

Pelo menos 30 ml/kg de cristaloide. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos.

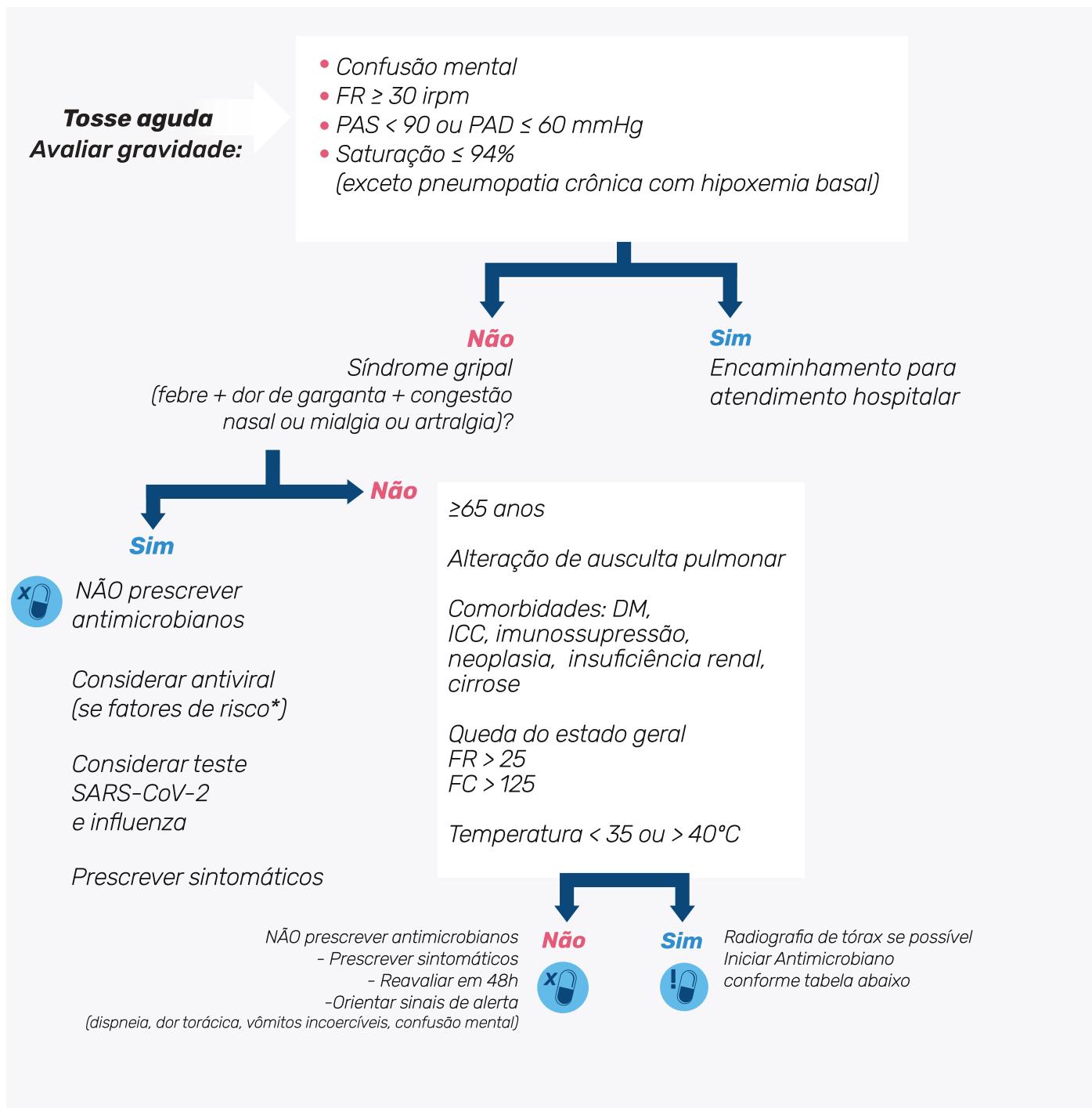
Atenção: cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

- 3 Encaminhar para atendimento em UPA ou hospital

# Infecções do trato respiratório inferior

As infecções respiratórias constituem uma das afecções mais comuns na prática clínica, sendo na maioria das vezes autolimitadas e sem gravidade e, portanto, sem necessidade de antimicrobiano.

Fluxograma para o atendimento do paciente com quadro agudo de tosse produtiva. (menor que 14 dias)



Pontos Chaves	Conduta/Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Pediatria
<b>Síndrome Gripal</b>			
Febre de início súbito acompanhada de tosse ou dor de garganta com pelo menos 1 dos seguintes: miose, cefaleia, artralgia, congestão nasal	Prescrever sintomáticos. Manter sem antibiotocoterapia. Se disponível, realizar teste rápido COVID/influenza.  Se fatores de risco* para Influenza ou COVID-19, prescrever Oseltamivir para Influenza e Paxlovid para COVID-19 por 5 dias.	<b>Oseltamivir</b> 75 mg 12/12h  <b>Paxlovid®</b> 300/100 mg 12/12h	<b>Oseltamivir</b> > 1 ano: ≤ 15 Kg: 30 mg 12/12h > 15 a 23 Kg: 45 mg 12/12h > 23 a 40 Kg: 60 mg 12/12h > 40 Kg: 75 mg 12/12h  < 1 ano: 0 a 8 meses: 3 mg/Kg 12/12h 9 a 11 meses: 3,5 mg 12/12h  <b>Paxlovid</b> não está liberado para uso em < 18 anos.
<b>Exacerbação aguda de pneumopatia crônica</b>			
Prescrever antibiótico se aumento ou piora do aspecto de secreção. Manter saturação de O <sub>2</sub> entre 88-92%	<b>1º opção:</b> amoxicilina/clavulanato + (azitromicina ou claritromicina).  Avaliar fatores de risco para <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (uso de corticosteroides, exacerbações prévias, hospitalização no último ano). Se fator de risco, prescrever levofloxacino  Por 5 dias	<b>Amoxicilina/clavulanato</b> 500/125 mg VO 8/8h  <b>Azitromicina</b> 500mg 01 vez ao dia  <b>Clarithromicina</b> 500mg VO 12/12h  <b>Levofloxacino</b> 500-750 mg 1x ao dia	<b>Amoxicilina/clavulanato</b> 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h  <b>Azitromicina</b> 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg)  <b>Clarithromicina</b> 15 mg/kg/día, dividido 12/12h (máx 500 mg)  <b>Levofloxacino</b> deve ser evitado na pediatria
<b>Pneumonia adquirida na comunidade: Alteração de auscultação pulmonar e/ou radiografia de torax</b>			
Ausência de fatores de risco	<b>1º opção:</b> Amoxicilina Em caso de alergia, Doxiciclina ou levofloxacino  Por 5-7 dias	<b>Amoxicilina</b> 500 mg VO 8/8h  <b>Doxicilina</b> 100 mg VO 12/12h  <b>Levofloxacino</b> 500-750 mg 1x dia	<b>Amoxicilina/clavulanato</b> 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h  <b>Doxicilina</b> 2-4 mg/kg/dia, dividido 12/12h (max 100mg dose)  <b>Levofloxacino</b> deve ser evitado na pediatria
Presença de fatores de risco: ≥ 65 anos Hospitalização no último ano Insuficiência cardíaca Uso de corticoesteróides ≥ 20 mg por ≥ 14 dias Neoplasia ativa Doença renal crônica Cirrose hepática (Child B/C)	<b>1º opção:</b> amoxicilina/clavulanato + (azitromicina ou claritromicina)  <b>2º opção:</b> Levofloxacino  Por 5-7 dias	<b>Amoxicilina/clavulanato</b> 500/125 mg VO 8/8h  <b>Azitromicina</b> 500mg 01 vez ao dia  <b>Clarithromicina</b> 500mg VO 12/12h  <b>Levofloxacino</b> 500-750 mg 01 x ao dia	<b>Amoxicilina/clavulanato</b> 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h  <b>Azitromicina</b> 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg)  <b>Clarithromicina</b> 15 mg/kg/día, dividido 12/12h (máx 500 mg)  <b>Levofloxacino</b> deve ser evitado na pediatria

\*Fatores de risco para influenza: Gestantes, adultos ≥ 60 anos, população indígena, pneumopatias, tuberculose, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, imunossupressão, diabetes, doenças metabólicas, IMC ≥ 40;

\*Fatores de risco para COVID-19: ≥ 75 anos; ≥ 65 anos com comorbidades; ≥ 18 anos com imunossupressão.

# Infecções ginecológicas

## Corrimento vaginal

### Diagnóstico

Na história clínica, obter informações sobre comportamentos e práticas sexuais, data da última menstruação, práticas de higiene vaginal, uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e uso de outros possíveis agentes irritantes locais.

	Apresentação clínica	Antimicrobiano de escolha	Opções
Candidíase vulvovaginal	<p>Prurido, ardência, corrimento geral – mente grumoso, sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa.</p> <p>É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.</p>	<p>Miconazol creme (20mg/g) um aplicador cheio, à noite por 7 dias.</p> <p>ATENÇÃO: Tratamento em gestantes e lactantes somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.</p> <p>As parcerias性uais NÃO precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p>	<p>Fluconazol 150mg 1 cp VO dose única</p> <p>OU</p> <p>Itraconazol 100 mg 2 cp VO 12/12 por 1 dia</p>
Vaginose bacteriana	Corrimento vaginal homogêneo, intensidade variável, coloração esbranquiçada, branco-acinzentada ou amarelada, com odor vaginal fétido (“odor de peixe” ou amoniacal) que piora com o intercurso sexual desprotegido e durante a menstruação.	<p>Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 7 dias (esquema preferido)</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol gel vaginal (100mg/g), um aplicador cheio via vaginal por 5 dias (tratamento inclui gestantes e lactantes)</p> <p>As parcerias性uais NÃO precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas</p>	<p>Clindamicina 300mg, VO 12/12h por 7 dias</p>
Tricomoníase	Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à infecção. Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusorragia e dispareunia. Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria.	<p>Metronidazol 250 mg 8cp VO dose única (dose total 2g)</p> <p>(tratamento inclui gestantes e lactantes)</p> <p>As parcerias性uais devem sempre ser tratadas e, preferencialmente, com o mesmo esquema terapêutico.</p>	<p>Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 7 dias</p>



## Diagnóstico



Mulher sexualmente ativa (independente de atividade sexual recente) com dor pélvica, apresentando no exame ginecológico:

- Dor à palpação de anexos + dor à mobilização de colo uterino

Com pelo menos um dos seguintes achados:

- Febre
- Corrimento vaginal mucopurulento anormal
- Friabilidade do colo uterino
- Leucocitose em sangue periférico
- Presença de leucócitos no fluido vaginal (>10/campo)
- Elevação de velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína C reativa (PCR)
- Massa pélvica
- Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasma

Antimicrobiano de escolha	Opção
Ceftriaxona 500mg IM dose única + Doxiciclina VO 100g VO 12/12h por 14 dias + Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 14 dias	Ceftriaxona 500mg IM dose única + Azitromicina 1g VO 1 vez por semana por 2 semanas + Metronidazol 500 mg VO 12/12h por 14 dias



## Critérios para internação

*Abscesso tubo-ovariano; gravidez; ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral; intolerância a antibióticos orais ou dificuldade de seguimento ambulatorial; estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre; dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)*

# Infecções sexualmente transmissíveis (IST)



## Atenção!

- Aproveite a oportunidade para investigar gestação e outras IST durante o atendimento (HIV, sífilis, Hepatite B e C)
- Sempre solicitar sorologia anti-HIV
- Oferecer a profilaxia pré-exposição (PrEP) ou pós-exposição (PEP) ao HIV, quando indicado
- Orientar sobre vacinação para hepatite A, B e HPV.

## Uretrite

Caracterizadas por inflamação e corrimento uretral, associada a dor, disúria, prurido, eritema do meato uretral e micção lenta e dolorosa

### História clínica:

Avaliar práticas sexuais e fatores de risco para IST bem como uso de produtos e/ou objetos na prática sexual, para auxiliar no diagnóstico diferencial.

### Aspecto do corrimento:

Mucopurulento, com volume variável, associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

### Diagnóstico

Em muitos casos, o diagnóstico é sindrômico e não é possível identificar o agente etiológico.

### Agentes etiológicos

*Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium.*

Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulto
Ceftriaxona + Azitromicina	500mg IM dose única 1g VO dose única
Alternativa (ou não resposta)	
Ceftriaxona + Doxiciclina	500mg IM dose única 100mg VO 12/12h por 7 dias

# Úlceras Genitais

## Sífilis

### Agente etiológico

*Treponema pallidum*

### Diagnóstico

Exame direto (detecção de *T. pallidum* nas amostras biológicas)

Solicitar teste treponêmico (preferencialmente teste rápido) para investigação inicial.

Realização dos testes imunológicos (não treponêmicos): sempre recomendada para posterior monitoramento do tratamento, controle de cura e notificação de caso.

A detecção do treponema nas lesões primárias (cancro duro) pode ser anterior à sorocversão.

Estágio da Sífilis	Manifestações Clínicas
Sífilis primária	Cancro duro (úlcera genital indolor) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sifílides papulosas, sifílides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão)  Micropoliadenopatia  Linfadenopatia generalizada  Sinais constitucionais  Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Sífilis terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo.  Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares.  Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica.  Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Estágio da Sífilis	Antimicrobiano de escolha
RECENTE: sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano de evolução)	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
TARDIA: sífilis latente tardia (mais de 1 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões de UI IM)
Alternativa	
Alérgicos à penicilina (exceto para gestantes)	<p>Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 15 dias (sífilis recente)  OU  Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 30 dias (sífilis tardia)</p> <p>Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização com profissionais com experiência nessa prática. Penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.</p>

## Comentários

Seguimento com teste não treponêmicos (VDRL ou RPR) a cada 3 meses (3, 6, 9 e 12 meses). Testes treponêmicos (FTA- Abs, Teste rápido, por exemplo) costumam se manter positivos ao longo da vida. Por isso, não são úteis para acompanhamento de cura ou reinfecção. Em gestantes o controle deve ser mensal.

Espera-se que o VDRL/RPR caia, pelo menos, 2 diluições após 6 meses do tratamento para sífilis recente e, pelo

menos, 2 diluições após 12 meses de tratamento para sífilis tardia.

No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose.

As parcerias sexuais devem ser testadas/tratadas.

## Herpes Genital

Primeira manifestação (primo- infecção) costuma ser bastante sintomática e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos. Episódios recorrentes: sensibilidade local acompanhada de dor ou sensação de queimação que precedem o aparecimento das lesões. Linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral.

### Agentes etiológicos

Herpes simplex vírus tipo 1 ou 2 (HSV 1 ou 2)

Situação	Tratamento
Primeira manifestação	Aciclovir 400mg VO 8/8h por 7 a 10 dias
Episódios de herpes de repetição	Aciclovir 400mg VO 8/8h por 5 dias

## Comentários

Em pessoas que vivem com HIV, a apresentação clínica pode ser atípica (lesões hipertróficas). Idealmente, deve-se iniciar o tratamento no período prodromico.

Pacientes com mais de 6 episódios ao ano são elegíveis para tratamento supressivo com Aciclovir

400mg VO 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento supressivo ser prolongado por até 2 anos (indica-se avaliação periódica de função renal e hepática).

Não se recomenda tratar parcerias sexuais assintomáticas.

## Cancroide

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritematosos e edematosos e um fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. Em 50% dos casos pode ocorrer formação de fistulas nos linfonodos com drenagem de secreção por um único orifício.

### Antimicrobiano 1<sup>a</sup> opção

Azitromicina

### Posologia Adulto

1g VO, dose única

### Alternativa

Ceftriaxona  
OU  
Ciprofloxacino

250mg IM dose única  
OU  
500mg VO 12/12h por 3 dias

### Agente etiológico



*Haemophilus ducreyi*

## Linfogranuloma venéreo – LGV

Inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada. No homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma e seis semanas após a lesão inicial, geralmente é unilateral. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação. Pode ocorrer proctocolite grave na população de homens que fazem sexo com homens (HSH). O comprometimento ganglionar pode evoluir com supuração e fistulização por múltiplos orifícios.

### Agente etiológico



*Chlamydia trachomatis*

Tratamento 1ª opção	Posologia Adulto
Doxiciclina	100mg VO 12/12h por 21 dias.
Alternativa	
Azitromicina	1g VO 1x/semana por 21 dias (preferencial nas gestantes)

## Comentários

As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um desses tratamentos: azitromicina 1g, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. Pessoas vivendo com HIV podem necessitar de tempo maior tratamento.

## Donovanose

*Ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Evoluí lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcero- vegetante. As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em "espelho" nas bordas cutâneas e/ou mucosas*

### Agente etiológico



*Klebsiella granulomatis*

Tratamento 1ª opção	Posologia Adulto
Azitromicina	1g VO 1x/semana por pelo menos três semanas ou até a cicatrização das lesões
Alternativa	
Doxiciclina	100mg 1 cp VO 12/12h por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões
Ciprofloxacino	750 mg VO 12/12h por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões
Sulfametoxazol-trimetoprim	800/160 mg VO 12/12 por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões

## Comentários

As parcerias sexuais devem ser testadas/tratadas. Pode ocorrer recorrência entre 6 e 18 meses após, mesmo com tratamento adequado.

# Infecção do Trato Urinário (ITU)

## Bacteriúria Assintomática

Caracterizada pela presença de bactérias na urocultura com  $\geq 10^5$  UFC/mL e ausência de sintomas clínicos de infecção.

**NÃO** há indicação de coleta indiscriminada de urocultura em pacientes assintomáticos.

A coleta de urocultura e o tratamento de bacteriúria assintomática estão indicados somente em:

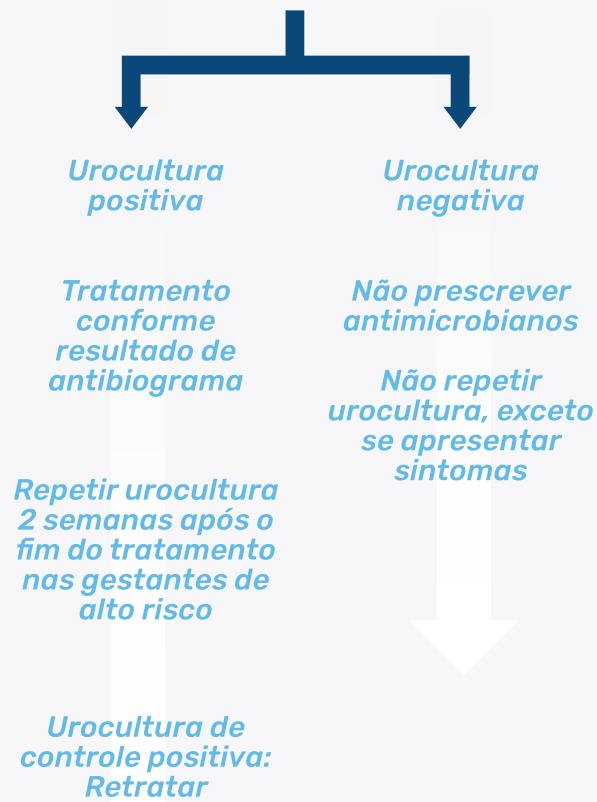
- Gestantes;
- Pré-operatório de cirurgia urológica.



### Atenção!

- A escolha do antimicrobiano deve ser baseada no resultado da urocultura

#### Rastreio de urocultura em gestantes (1a. consulta)



# ITU em Gestantes, Homens ou Crianças

Em homens, cistite não é frequente. Realizar exame clínico da próstata e considerar hipótese de uretrite (ver uretrite/IST)

Em crianças, a distinção entre infecção urinária baixa e pielonefrite pode ser difícil, especialmente em menores de 2 meses. Em caso de dúvida, encaminhar para serviço de referência

Em gestantes, atenção para os antimicrobianos que podem ser utilizados

*SOLICITAR URINA I E UROCULTURA  
EM TODOS OS CASOS SUSPEITOS*



## Tratamento

A melhora dos sintomas ocorrerá após 24 a 48 horas do início do tratamento

Possibilidade de efeitos adversos com uso de antimicrobianos

Necessidade reavaliação para ajustar o tratamento de acordo com o resultado de urocultura e antibiograma

Retorno em caso de não melhora



## Atenção!

- Iniciar antimicrobiano empírico e reavaliar a escolha após o resultado da urocultura



### Antimicrobiano empírico em gestantes

Cefalexina 500mg VO 6/6h por 5-7 dias

OU

Amoxicilina 500mg VO 8/8h por 5-7 dias

OU

Fosfomicina 3g VO dose única



### Antimicrobiano empírico em homens

Sulfametoxazol-Trimetoprim (800/160mg) VO 12/12h por 5-7 dias

OU

Norfloxacino 400mg VO 12/12h por 5-7 dias

OU

Nitrofurantoína 100mg VO 6/6h por 5-7 dias



### Antimicrobiano empírico crianças > 2 meses

Cefalexina 50-100mg/kg/dia VO dividido em 8/8h por 5-7 dias

OU

Sulfametoxazol-Trimetoprim 6-12mg/kg/dia de Trimetoprim VO dividido em 12/12h por 5-7 dias

OU

Amoxicilina 50-90mg/kg/dia VO dividido em 8/8h (máx. 500mg/dose) por 5-7 dias



# ITU em Mulheres Não Gestantes

Cistite é muito frequente em mulheres

Sinal de Giordano positivo ou febre pode ser indício de cistite complicada

Caso a paciente tenha coletado urocultura, considerar resultado para escolha da terapia antimicrobiana.

## Tratamento

A melhora dos sintomas ocorrerá após 24 a 48 horas do início do tratamento.

Possibilidade de efeitos adversos com uso de antimicrobianos.

Retorno em caso de não melhora.



## Atenção!

*NÃO é necessário solicitar Urina I e Urocultura.*

*Solicitar Urina I e Urocultura se ITU há menos de 1 mês ou de repetição.*

*Iniciar antimicrobiano empírico*



### Antimicrobiano empírico em mulheres não gestantes

Fosfomicina 3g VO dose única

OU

Sulfametoxazol-trimetoprim (800/160mg) VO 12/12h por 3 dias

OU

Norfloxacino 400mg VO 12/12h por 3 dias

OU

Nitrofurantoína 100mg VO 6/6 horas por 3-5 dias

*Conduta em caso de não resposta à terapia empírica:*

Solicitar Urina I e Urocultura com antibiograma.

Ajustar tratamento de acordo com resultado de antibiograma.

# Pielonefrite aguda

Suspeitar de infecção do trato urinário alto (pielonefrite aguda) quando houver sinais e sintomas sugestivos de infecção do trato urinário associados à febre ou Sinal de Giordano.

*Se suspeita de sepse, administrar primeira dose de antimicrobiano e conduzir conforme fluxograma de "Identificação de sepse" (página 13).*



## Avaliar necessidade de internação:

A decisão deve ser individualizada. A decisão de internar é mandatória quando há sepse. Outras indicações incluem febre persistentemente alta ou dor intensa, incapacidade de realizar tratamento medicamento oral ou suspeita de obstrução do trato urinário

*Reavaliar e ajustar o tratamento conforme resultado de cultura.  
Tratar por 7 a 10 dias.*



## Atenção!

- Iniciar antimicrobiano empírico e reavaliar a escolha após o resultado da urocultura



### Iniciar antimicrobiano empírico

Ciprofloxacino 400mg IV (ou 500 mg VO) 12/12h  
OU  
Levofloxacino 500-750 mg 1x dia  
OU  
Ceftriaxona 1g IV ou IM 12/12h  
(ou 2 g IV ou IM 1x / dia)

# Infecção do Trato Urinário de Repetição

- Definição: ocorrência de  $\geq 2$  episódios em 6 meses OU  $\geq 3$  episódios em 12 meses
- Fatores de risco: relações sexuais frequentes, fatores mecânicos ou fisiológicos que impedem o esvaziamento da bexiga e menopausa

### Opções de Tratamento

Fosfomicina 3g VO dose única  
OU  
Sulfametoxazol-trimetoprim (800/160mg)  
VO 12/12h por 3 dias  
OU  
Norfloxacino 400mg VO 12/12h por 3 dias  
OU  
Nitrofurantoína 100mg VO 6/6 horas por 3-5 dias



## Atenção!

- Solicitar Urina I e Urocultura em todos os casos de ITU de repetição.

*Iniciar antimicrobiano empírico e ajustar tratamento conforme resultado de antibiograma.*

## *Profilaxia:*

Para mulheres na menopausa, considerar uso de estrogênio tópico vaginal.

Não há embasamento científico para recomendar o uso de Cranberry ou probióticos como medida preventiva de ITU de repetição.

Não usar rotineiramente a profilaxia antimicrobiana como estratégia preventiva, devido ao risco de efeitos colaterais e resistência antimicrobiana.

A profilaxia antimicrobiana pode ser utilizada de forma contínua ou pós-coito (quando há relação entre os episódios de ITU e relação sexual).



Opções para profilaxia  
(por 6 a 12 meses ou dose pós-coito)

Nitrofurantoína 100mg/dia

OU

Fosfomicina 3g a cada 10 dias

OU

Cefalexina 250 mg/dia (se gestante)

# Mordedura por animais (cães e gatos)

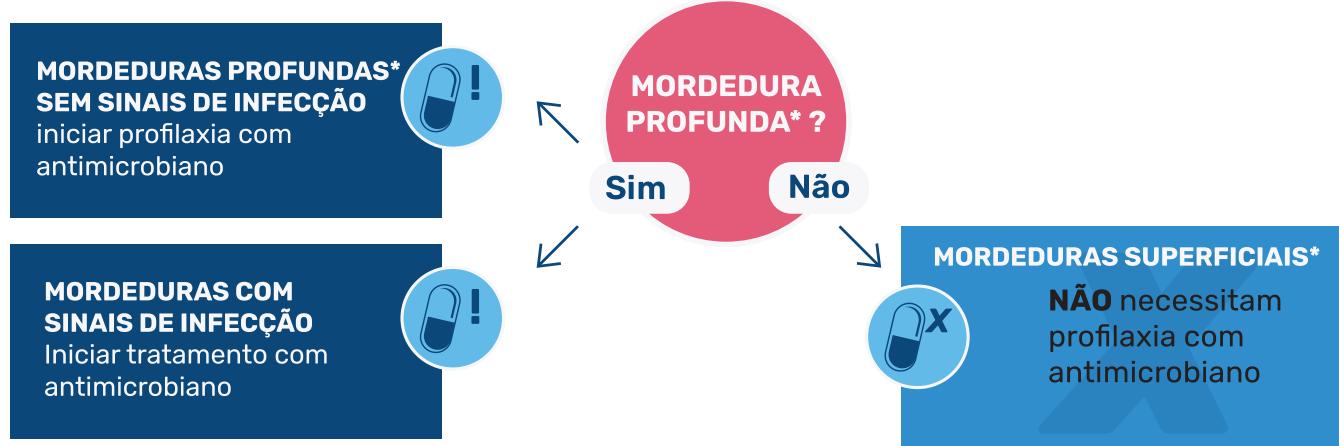
Alto risco de evoluir com infecção, especialmente em mordeduras por gatos

## Agentes etiológicos mais comuns:

*Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp, *Pasteurella multocida*, *Pasteurella canis*, *Eikenella corrodens*, *Capnocytophaga* spp, *Bartonella henselae* e anaeróbios (*Bacteroides* spp, *Fusobacteria*, *Porphyromonas* spp, *Prevotella* spp, *Cutibacterium* e *Peptostreptococci*)

## Tratamento

1. Avaliar a extensão, profundidade da lesão e a presença de sinais de infecção, a espécie animal envolvida e as circunstâncias da mordida
2. Cuidados locais:  
Realizar imediatamente limpeza vigorosa (com degermante ou sabão), irrigação com soro fisiológico, mesmo que o paciente já tenha realizado higienização prévia  
  
Se houver necessidade de sutura, realizar este procedimento após a infiltração de soro ou imunoglobulina anti-rábica na ferida, quando indicado  
  
Lesões complexas ou em face: encaminhar para avaliação com cirurgião
3. Uso de antimicrobianos para profilaxia ou tratamento conforme fluxograma e tabela abaixo



\*Mordeduras superficiais : não atravessaram a epiderme, nem provocaram sangramento  
Mordeduras profundas: não se encaixaram na definição de superficiais

Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulto	Posologia Criança
Amoxicilina-clavulanato	500/125mg VO 8/8h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	50-90 mg/kg/dia (componente amoxicilina), VO, dividido 8/8h por 3 dias se profilaxia por 5 a 7 dias se tratamento
Opções (em caso de alergia)		
Clindamicina + Ciprofloxacino	300-450 mg VO 8/8h 500 mg VO 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	Preferir esquema abaixo
Clindamicina + Sulfametoxazol-trimetoprim	300-450 mg VO 8/8h 800-160mg VO 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento	30-40 mg/kg/dia dividido 6/6h ou 8/8h 8-12 mg/kg/dia (do trimetoprim) dividido 12/12h 3 dias se profilaxia 5-7 dias se tratamento

## Profilaxia do tétano:

História de Imunização contra tétano	Prescrever	
	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica
Menos de 3 doses ou incerta	Sim	Sim

### Vacinação primária completa ( $\geq 3$ doses):

Última dose há menos de 5 anos	Não	Não
Última dose entre 5 e 10 anos	Sim	Não
Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não



### Observação

- Abaixo de sete anos: tríplice (DPT) ou dupla tipo infantil (DT) se o componente pertussis for contra-indicado
- A partir dos sete anos: dupla tipo adulto (dT).
- Imunoglobulina humana antitetânica, na dose de 250 unidades, pela via intramuscular (independe do peso)
- Utilizar local diferente daquele no qual foi aplicada a vacina.
- As doses de soro e imunoglobulina são as mesmas independentemente de idade ou peso.

## Profilaxia da raiva:

	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	Animal NÃO passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva
Ferimento leve (ferimento superficial no tronco ou membros exceto mãos e pés)	Não iniciar profilaxia. Se animal vivo e saudável até 10º dia, encerrar o caso. Se morrer ou desaparecer ou apresentar raiva, iniciar vacina	Iniciar profilaxia: vacina
Ferimento grave (ferimento em mucosas, cabeça ou mãos e pés, ferimento múltiplos ou extensos em qualquer parte do corpo )	Não iniciar profilaxia. Se animal vivo e saudável até 10º dia, encerrar o caso. Se morrer ou desaparecer ou apresentar raiva, iniciar vacina e soro	Iniciar profilaxia: vacina e soro

# Otite média aguda (OMA)

Os sintomas de OMA em crianças incluem dor de ouvido (mais comum), fricção nos ouvidos, perda auditiva, drenagem do ouvido e febre. Outros sinais como, hiperemia, diminuição da translucidez da membrana timpânica ou a presença de líquido retro-timpânico isoladamente, sem abaulamento ou otorreia não distinguem OMA de otite média secretora.

Em adultos, OMA geralmente é precedida de infecção do trato respiratório superior ou exacerbação de rinite. Mais frequentemente unilateral e está associada a otalgia e diminuição da acuidade auditiva.

**Agentes etiológicos mais comuns:**  
*M. catarrhalis, H. influenzae, S. pneumoniae*

## Diagnóstico

O diagnóstico É CLÍNICO.  
Abaulamento da membrana timpânica é o sinal mais fidedigno.



< 6 MESES

| *Iniciar antimicrobiano sempre*

ENTRE 6 e  
24 MESES

| *Iniciar antimicrobiano se: otorreia, otalgia intensa por mais de 48 horas ou de início rápido, acometimento bilateral, mau estado geral, sinais de toxemia e presença de doenças que predispõe a OMA (fenda palatina, síndromes genéticas, imunodeficiência)*

> 24 MESES

| *OMA é menos frequente nessa faixa etária*

| *Iniciar antimicrobiano se: otorreia, otalgia intensa por mais de 48 horas ou de início rápido, acometimento bilateral, mal estado geral, sinais de toxemia e presença de doenças que predispõe a OMA (fenda palatina, síndromes genéticas, imunodeficiência)*

# Tratamento

A maior parte dos casos se resolve espontaneamente, sem uso de antimicrobianos.

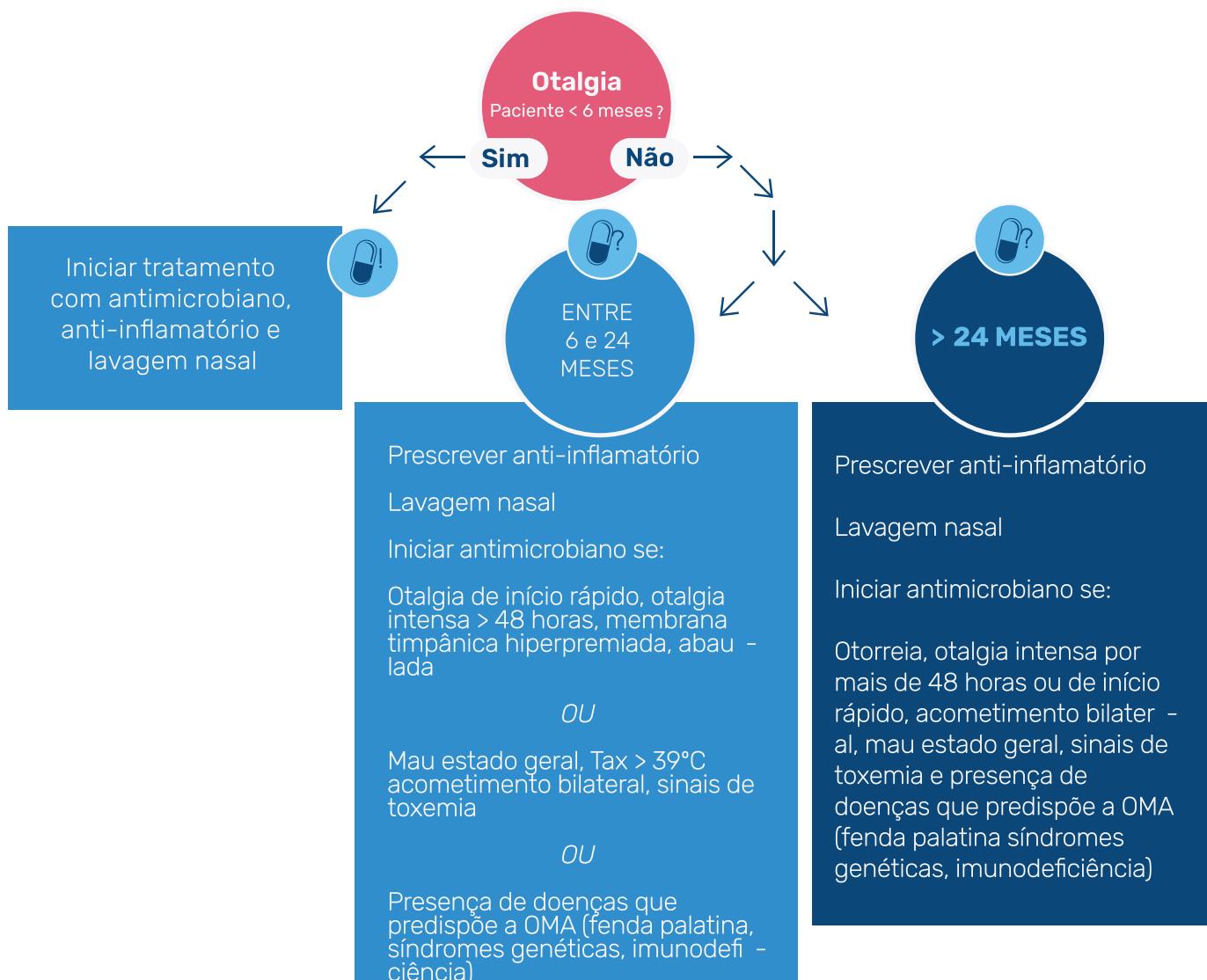
O uso de antimicrobianos parece não prevenir complicações nem recorrência

O uso de analgésicos e antitérmicos deve ser imediato para alívio da dor e da febre

Orientar retorno para reavaliação se os sintomas piorarem ou persistirem após 48 a 72 horas.

Realizar lavagem nasal com objetivo de reduzir edema da tuba auditiva, facilitando funcionamento e drenagem da orelha média)

O uso de antimicrobiano está indicado nas seguintes situações:



Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
<b>Primeira opção</b>		
Amoxicilina	500 mg VO 8/8h por 5-7 dias	50-90 mg/kg/dia VO, divididos em 8/8h (máx. 500 mg/dose), 5- 7 dias (em menores de 2 anos: 10 dias)
<b>Opções</b>		
Cefuroxima	500 mg VO 12/12h por 5-7 dias	30 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx. 250 mg/dose) 5-7 dias (em menores de 2 anos: 10 dias)
Clarithromicina* (alérgicos a beta-lactâmicos)	500 mg VO 12/12h por 5-7 dias	15 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 500 mg) por 5 dias
Azitromicina* (alérgicos a beta-lactâmicos)	500 mg VO 1 vez ao dia por 5 dias	12 mg/Kg/dia 1 vez ao dia (máx 500 mg) por 5 dias
<b>Em caso de não resposta ou uso de antimicrobianos nos últimos 30 dias ou OMA recorrente</b>		
Amoxicilina-clavulanato	500/125 mg VO 8/8h 7-10 dias OU 875/125 mg VO 12/12h 5- 7 dias	50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h 5-7 dias (em menores de 2 anos: 10 dias)

\*Dados brasileiros apontam alta proporção de resistência de *S. pneumoniae* aos macrolídeos, não utilizar sistematicamente de forma empírica

# Profilaxia antimicrobiana em Odontologia

A profilaxia antimicrobiana em Odontologia pode ter o objetivo de prevenção de endocardite infecciosa ou prevenção de infecção do sítio cirúrgico.

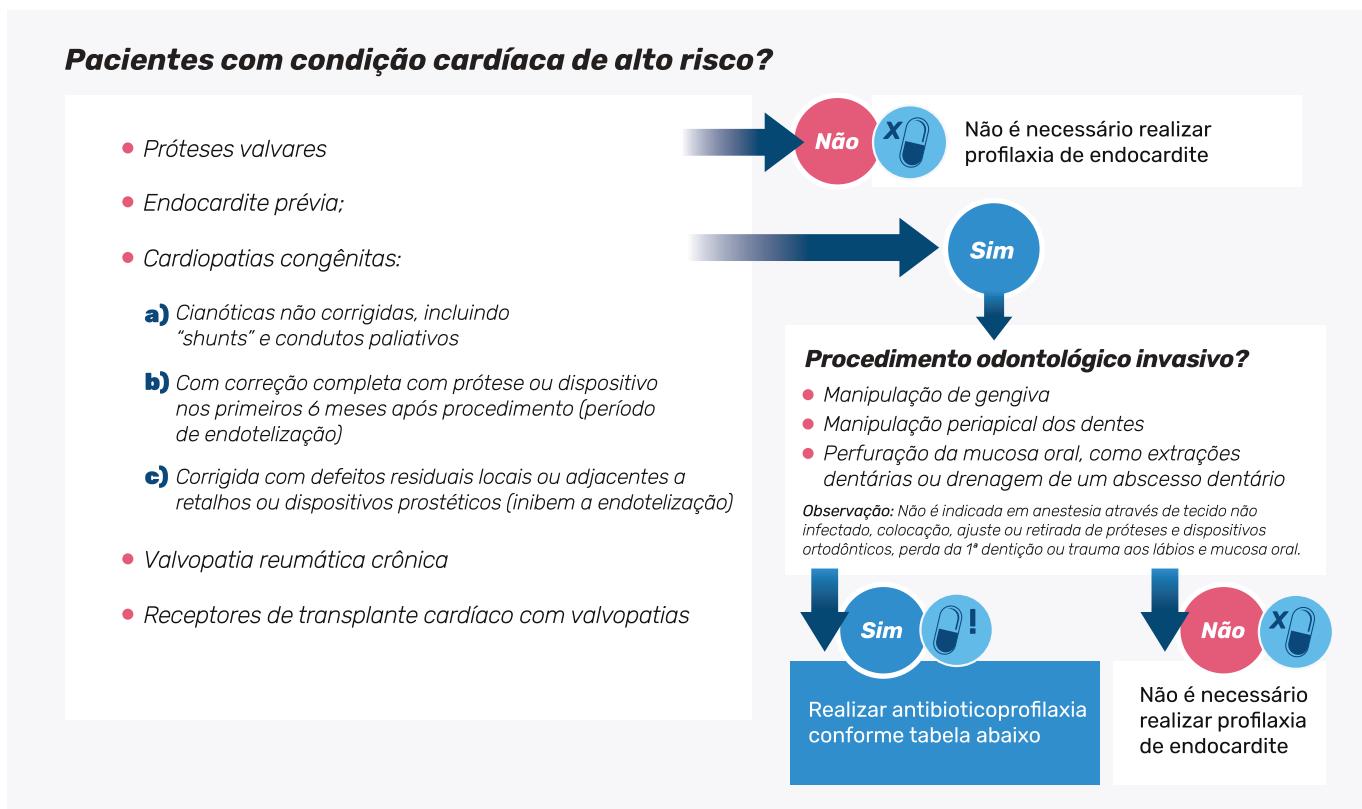
O antimicrobiano profilático deve ser iniciado de 30 a 60 minutos antes do início do procedimento. Este tempo é necessário para que sejam atingidos níveis teciduais no momento da manipulação cirúrgica.

O uso de antimicrobianos deve ser por curto período: em geral dose única pré-procedimento. Não ultrapassar 24h.

## Prevenção de Infecção de sítio cirúrgico

Procedimento	Recomendação
Extração cirúrgica por osteotomia dos terceiros molares	Dose única de 2 g de amoxicilina oral pré-operatória
Implantes dentários Implante único em pacientes saudáveis não comprometidos	Não se recomenda antibioticoprofilaxia
Implantes dentários complexos	Dose única de 2 g de amoxicilina oral pré-operatória

Prevenção de endocardite:



**Obs:** não está indicado uso rotineiro de profilaxia antimicrobiana em pacientes com próteses articulares submetidos a procedimentos odontológicos

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
<b>Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento</b>		
<b>Primeira opção</b>		
Amoxicilina	2g VO	50 mg/kg VO
<b>Sem condições de ingestão oral</b>		
Cefazolina	2g EV	50 mg/kg EV
<b>Alergia a Penicilina</b>		
Doxiciclina <b>ou</b> Azitromicina <b>ou</b> Clarithromicina	100 mg VO  500mg VO  500mg VO	<45 kg: 2,2 mg/kg >45 kg: 100 mg VO  12 mg/kg VO  15 mg/kg VO

# Rinossinusite Aguda (RSA)

As causas mais comuns de rinossinusite são alergia e vírus respiratórios (> 80%).

Rinossinusites alérgicas costumam vir associadas à coriza hialina crônica, sibilância, congestão/prurido ocular.

Rinossinusites virais costumam melhorar espontaneamente em 7-10 dias. O indicativo de etiologia bacteriana é: duração dos sintomas por mais de 10 dias ou piora dos sintomas após 5º dia (RSA bacteriana pós-viral).

## **Agentes etiológicos mais comuns:**

*S. pneumoniae, H. influenzae e M. catarrhalis;*

Bactérias anaeróbias:

*Peptostreptococcus, Bacteroides e Fusobacterium*

## *Tratamento*

Hidratação adequada, umidificação do ambiente e evitar exposição a agentes que causem alergia.

Lavagem nasal com solução salina.

Non é necessário antimicrobianos na maior parte dos casos. Muitas vezes ocorre resolução espontânea dos sintomas.



## **Recomendar/orientar**

Para alívio dos sintomas:



*Lavagem  
nasal*

Colocar a solução na mão e aspirar pela narina até a solução atingir a cavidade oral (uma narina de cada vez). Repetir o procedimento várias vezes ao dia.



*Corticoesteróide  
nasal*

Os corticosteroides nasais são eficazes na redução de sintomas de rinossinusite aguda pós-viral. No entanto, o efeito é pequeno. Apenas prescrever quando a redução dos sintomas é considerada necessária.



Antimicrobiano de escolha	Posologia Adulso	Posologia Criança
Amoxicilina	500 mg VO 8/8h por 5-7 dias	50 mg/kg/dia VO divididos em 8/8h por 5-7 dias
<b>Opções</b>		
Cefuroxima	500 mg VO 12/12h por 5-7 dias	30 mg/kg/dia dividido em 12/12h (máx. 250mg/dose) por 5-7 dias
Doxiciclina	100 mg VO 12/12h por 5-7 dias	2-4 mg/kg, dividido 12/12h (máx 100mg/dose) 5-7 dias
<b>Em caso de não resposta</b>		
Amoxicilina-clavulanato	500/125mg VO 8/8h por 5-7 dias OU 875/125mg VO 12/12h por 5-7 dias	50 mg/kg/dia VO divididos em 8/8h por 5-7 dias

Dados brasileiros apontam alta proporção de resistência de *S. pneumoniae* a macrolídeo (50%) e sulfametoxazol-trimetoprim (40%) e alta sensibilidade à penicilina (90%). Alta sensibilidade de *H. influenzae* à ampicilina/amoxicilina (80%).

# Posologia em pediatria

Antimicrobiano	Posologia em pediatria
Amoxicilina	50-90 mg/kg/dia (máx 500 mg) dividido em 8/8h
Amoxicilina-clavulanato	50-90 mg/kg/dia (componente amoxicilina) dividido em 8/8h
Azitromicina	5-12 mg/kg dia 1x/dia (máx 500 mg/dia)
Cefalexina	25-100mg/kg/dia, dividido 6/6h (máx 500 mg/dose)
Cefuroxima	20-30 mg/kg/dia dividido em 12/12h (máx 1g/dia)
Ciprofloxacino	EVITAR. Se necessário, 20-40 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 500mg/dose)
Clarithromicina	15 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 500 mg cada dose)
Clindamicina	30 a 40 mg/kg/dia divididas a cada 6 a 8 horas (dose máxima: 1.800 mg/dia)
Doxiciclina	2-4 mg/kg, dividido 12/12h (máx 100mg/dose)
Fosfomicina	2g VO 1x/dia
Levofloxacino	EVITAR. Se necessário, 16-20 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 750mg/dia)
Metronidazol	30-40mg/kg, dividido 8/8h (máx 500mg/dose)
Nitrofurantoína	5-7 mg/kg/dia, dividido 6/6h
Norfloxacino	EVITAR
Oseltamivir	> 1 ano: ≤ 15 Kg: 30 mg 12/12h > 15 a 23 Kg: 45 mg 12/12h > 23 a 40 Kg: 60 mg 12/12h > 40 Kg: 75 mg 12/12h  < 1 ano: 0 a 8 meses: 3 mg/Kg 12/12h 9 a 11 meses: 3,5 mg 12/12h
Paxlovid® (nirmatrelvir/ritonavir)	Não está liberado em < 18 anos
Penicilina V	25-75 mg/kg/dia, dividido 6/6h ou 8/8h
Sulfametoazol- trimetoprim (baseado no trimetoprim)	6-12mg/kg/dia dividido 12/12h

# Posologia em adulto e ajustes para insuficiência renal

Antimicrobiano	Posologia adulto Função renal normal	Posologia adulto Insuficiência renal (clearance de creatinina em mL/min)	Posologia adulto Em diálise
Amoxicilina	500 mg VO 8/8h	10-30: 500 mg 12/12h <10: 250-500 mg 1x/dia	250-500 mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Amoxicilina-clavulanato	500/125 mg VO 8/8h	10-30: 500/125 mg VO 12/12h <10: 500/125 mg 1x/dia	500/125 mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Azitromicina	500 mg VO 1x/dia	sem ajuste	sem ajuste
Cefalexina	500 -1.000 mg VO 6/6h	10-50: 500-1.000 mg VO 8/8h ou 12/12h <10: 500 -1.000 mg VO 1x/dia	500 mg VO 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Cefuroxima	250-500 mg VO 12/12h	10-30: 250 mg VO 12/12h <10: 250 mg VO 1x/dia	250 mg VO 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Ciprofloxacino	500-750 mg VO 12h/12h	30-50: 250-500mg VO 12/12h <30: 500 mg VO 1x/dia	500 mg VO 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Clarithromicina	500 mg VO 12/12h	10-50: 500 mg VO 12/12h ou 500 mg 1x dia <10: 500 mg VO 1x/dia	500 mg VO 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)
Clindamicina	300-450mg VO 6/6h ou 8/8h	sem ajuste	sem ajuste
Doxiciclina	100 mg VO 12/12h	sem ajuste	sem ajuste
Fosfomicina	3g dose VO 1x/dia	sem ajuste <10: evitar	evitar
Levofloxacino	500-750 mg VO 1x/dia	20-50: 500-750mg 48/48h <20: 500mg 48/48h	500 mg 48/48h (em dias de diálise, após sessão)
Metronidazol	500 mg VO 8/8h	<10: 500 mg VO 12/12h	500 mg VO 12/12h (em dias de diálise, após sessão)
Nitrofurantoína	100 mg VO 6/6h	<60: Evitar o uso	Evitar o uso
Norfloxacino	400 mg VO 12/12h	10-30: 400 mg VO 1x/dia	400 mg VO 1X/dia (em dias de diálise, após sessão)
Oseltamivir	75 mg VO 12/12h	30-60: 30 mg VO 12/12h 10-30: 30 mg VO 1x/dia <10: não recomendado	30 mg VO 1x/dia (dose após sessão)
Paxlovid® (nirma - trelvir/ritonavir)	300/100 mg 12/12h	>60: 300/100 mg 12/12h 30-60: 150/100 mg 12/12h <30: não recomendado	sem dados
Penicilina V	500 mg VO 6/6h ou 8/8h	sem ajuste	sem ajuste
Sulfametoxzazol-trimetoprim (baseado no trimetoprim)	800/160mg VO 8/8h ou 12/12h	30-50: sem ajuste 10-30: 400/80 mg 12/12h	EVITAR. Se necessário, 400/80 mg 1x/dia (em dias de diálise, após sessão)

# **ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA:**

UM GUIA PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## **2024**



**camo-net**

