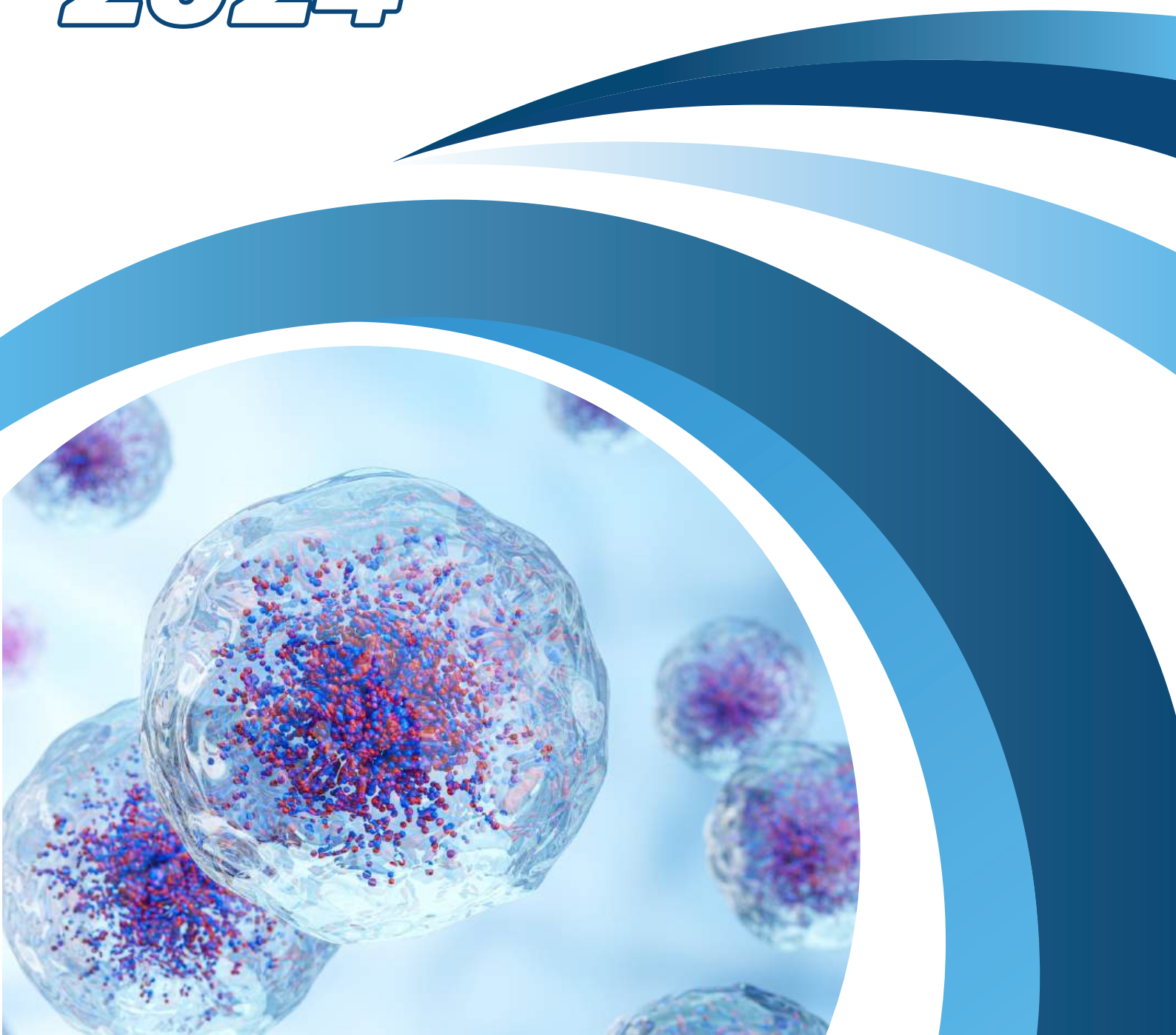


ANTIMICROBIANOS NA PRÁTICA CLÍNICA:

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 Clínicas
da Faculdade de Medicina da USP, 2024.

Outros autores: Denise Brandão de Assis, Láina
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, Láina 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 Grazielle 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
Evelyn 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 Boszczowski
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
Vitor 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	06
Celulite/Erisipela	07
Faringoamigdalite aguda	08
Gastroenterocolite aguda	10
Identificação de Sepses	13
Infecções do trato respiratório inferior	14
Infecções ginecológicas	16
Infecções sexualmente transmissíveis	18
Infecção do trato urinário	23
Mordeduras por animais (cães e gatos)	28
Otite média aguda	31
Profilaxia antimicrobiana em odontologia	34
Rinossinusite aguda	36
Posologia em pediatria	38
Posologia em adultos e ajustes de doses para insuficiência renal	39

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		
Mupirocina 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 ERISPELA 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.

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	Baixa probabilidade de infecção
2-3 pontos	Moderada probabilidade de infecção
≥ 4 pontos	Alta probabilidade de infecção

Escore de Centor Modificado
0,1 ou 2



Não prescrever antimicrobiano. Tratamento com sintomático

Escore de Centor Modificado
3



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

Escore de Centor Modificado
≥ 4



Tratamento com antimicrobiano e sintomáticos

Antimicrobiano	Posologia Adulto	Posologia Criança
Primeira opção		
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
Opções (em caso de alergia)		
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 evacuatórios 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 sorotipo *E. coli* O157:H7 pelo maior risco de ocorrência de Síndrome Hemolítico - co-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
Primeira opção		
Azitromicina OU Ciprofloxacino	500 mg VO 1x/dia por 3 dias 500 mg VO 12/12 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 <i>Escherichia coli</i> produtoras da toxina Shiga (STEC), em especial sorotipo <i>E. coli</i> O157:H7 pelo maior risco de ocorrência de Síndrome Hemolítico-Urêmica		

Tratamento **Antimicrobiano por agente:**

Agente	Antimicrobiano	Duração	Observação
Primeira opção			
<i>Shigella</i> sp	Ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h Azitromicina 500 mg VO 1x/dia	3 dias	As complicações incluem megacólon tóxico, prolapso 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. Complicações incluem a síndrome de Guillain-Barré.
<i>E. coli</i> enteroagregativa (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>	Metronizadol 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 megacólon tóxico, prolapso 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
-  StO₂ < 90%, necessidade de O₂ 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/mm³) ou leucopenia (< 4.000/mm³)

OU



Suspeita ou
confirmação
de infecção

SIM

→ NÃO → NÃO É SEPSE

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 cristalóide. Esse volume deve ser infundido o mais rápido possível, idealmente em 30 a 60 minutos.

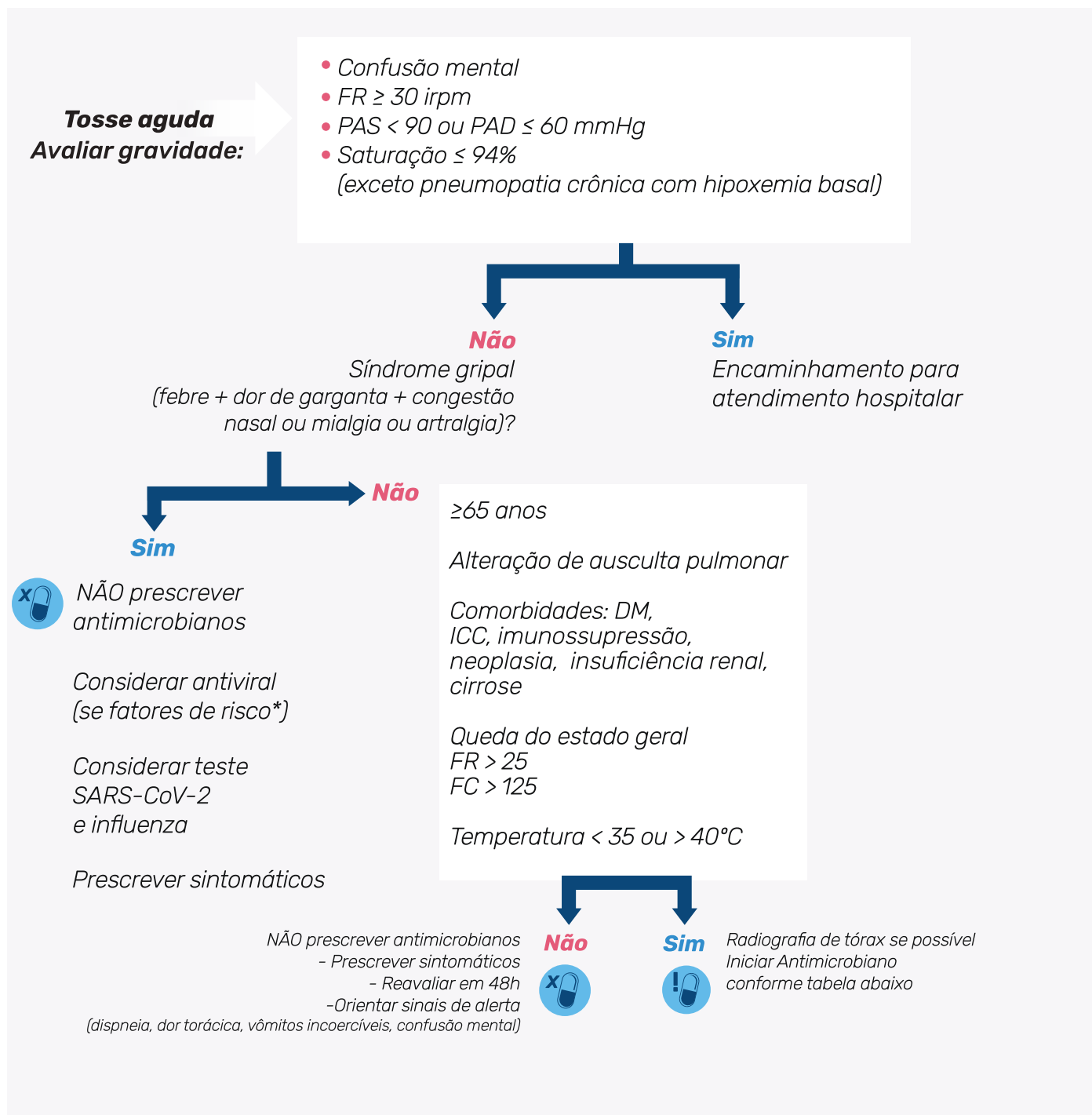
Atenção: cardiopatas podem necessitar de redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica moderada/grave. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada eventualmente necessita ser antecipado.

- 3 Encaminhar para atendimento em UPA ou hospital

Infeções 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
Síndrome Gripal			
Febre de início súbito acompanhada de tosse ou dor de garganta com pelo menos 1 dos seguintes: mialgia, 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.	Oseltamivir 75 mg 12/12h Paxlovid® 300/100 mg 12/12h	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 não está liberado para uso em < 18 anos.
Exacerbação aguda de pneumopatia crônica			
Prescrever antibiótico se aumento ou piora do aspecto de secreção. Manter saturação de O ₂ entre 88-92%	1º opção: 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	Amoxicilina/clavulanato 500/125 mg VO 8/8h Azitromicina 500mg 01 vez ao dia Claritromicina 500mg VO 12/12h Levofloxacino 500-750 mg 1 x ao dia	Amoxicilina/clavulanato 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h Azitromicina 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg) Claritromicina 15 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 500 mg) Levofloxacino deve ser evitado na pediatria
Pneumonia adquirida na comunidade: Alteração de ausculta pulmonar e/ou radiografia de torax			
Ausência de fatores de risco	1º opção: Amoxicilina Em caso de alergia, Doxiciclina ou levofloxacino Por 5-7 dias	Amoxicilina 500 mg VO 8/8h Doxiciclina 100 mg VO 12/12h Levofloxacino 500-750 mg 1x dia	Amoxicilina/clavulanato 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h Doxiciclina 2-4 mg/kg/dia, dividido 12/12h (max 100mg dose) Levofloxacino 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)	1º opção: amoxicilina/clavulanato + (azitromicina ou claritromicina) 2º opção: Levofloxacino Por 5-7 dias	Amoxicilina/clavulanato 500/125 mg VO 8/8h Azitromicina 500mg 01 vez ao dia Claritromicina 500mg VO 12/12h Levofloxacino 500-750 mg 01 x ao dia	Amoxicilina/clavulanato 50-90 mg/kg/dia (calculados pelo componente de amoxicilina) divididos de 8/8h Azitromicina 12 mg/kg/dia, 1 vez ao dia (máx 500 mg) Claritromicina 15 mg/kg/dia, dividido 12/12h (máx 500 mg) Levofloxacino deve ser evitado na pediatria

*Fatores de risco para influenza: Gestantes, adultos ≥ 60 anos, população indígena, pneumopatias, tuberculose, cardiopatias, 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 sexuais 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	<p>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>	<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 sexuais NÃO precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas</p>	<p>Clindamicina 300mg, VO 12/12h por 7 dias</p>
Tricomoniase	<p>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 afecção. Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia. Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria.</p>	<p>Metronidazol 250 mg 8cp VO dose única (dose total 2g)</p> <p>(tratamento inclui gestantes e lactantes)</p> <p>As parcerias sexuais 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 sintomático e não é possível identificar o agente etiológico.

Agentes **etiológicos**

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

Antimicrobiano de escolha

Ceftriaxona
+ Azitromicina

Posologia Adulto

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

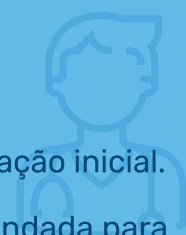
Diagnóstico

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 soroconversão.



Estágio da Sífilis	Manifestações Clínicas
Sífilis primária	Cancro duro (úlceras genitais indolores) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides 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 reinfeção. 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 fístulas nos linfonodos com drenagem de secreção por um único orifício.

Agente etiológico

Haemophilus ducreyi

Antimicrobiano 1ª opção

Azitromicina

Posologia Adulto

1g VO, dose única

Alternativa

Ceftriaxona
OU
Ciprofloxacino

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

O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.
O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando estas forem assintomáticas.
Pessoas vivendo com HIV podem necessitar de tempo maior tratamento.

Linfogranuloma venéreo – LGV

Inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. 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. Evolui 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.

Infeção 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:

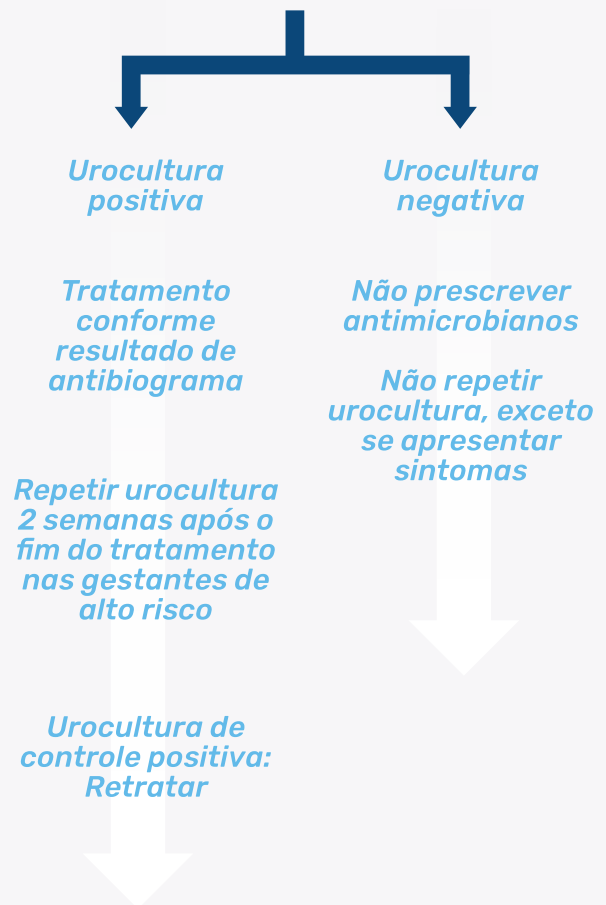
- Gestantes;
- Pré-operatório de cirurgia urológica.



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 ≥ 2 episódios em 6 meses OU ≥ 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, *Cutibacteria* e *Peptostreptococci*)



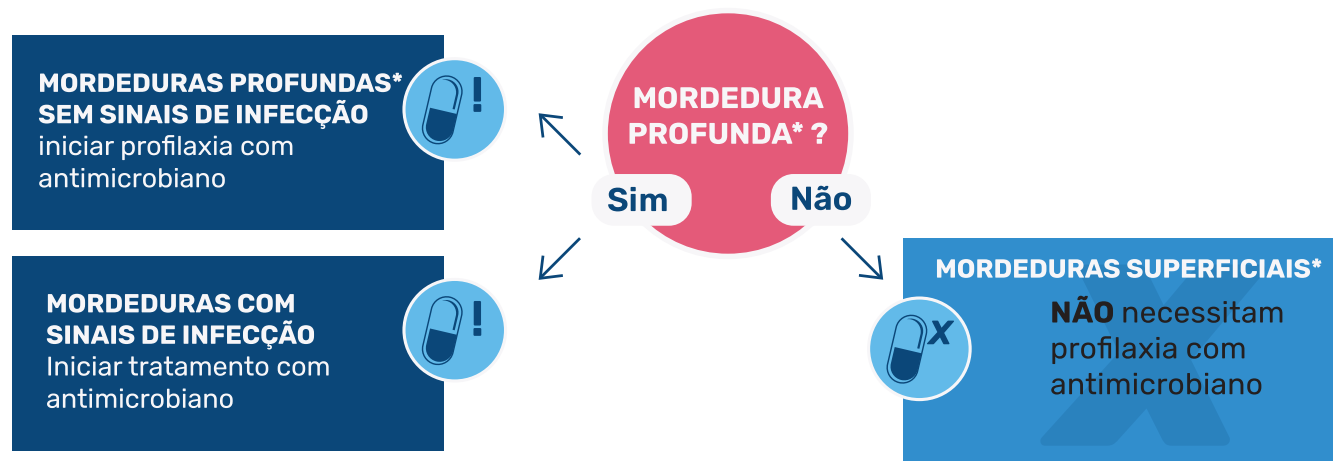
Tratamento

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 (≥ 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, mau 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.

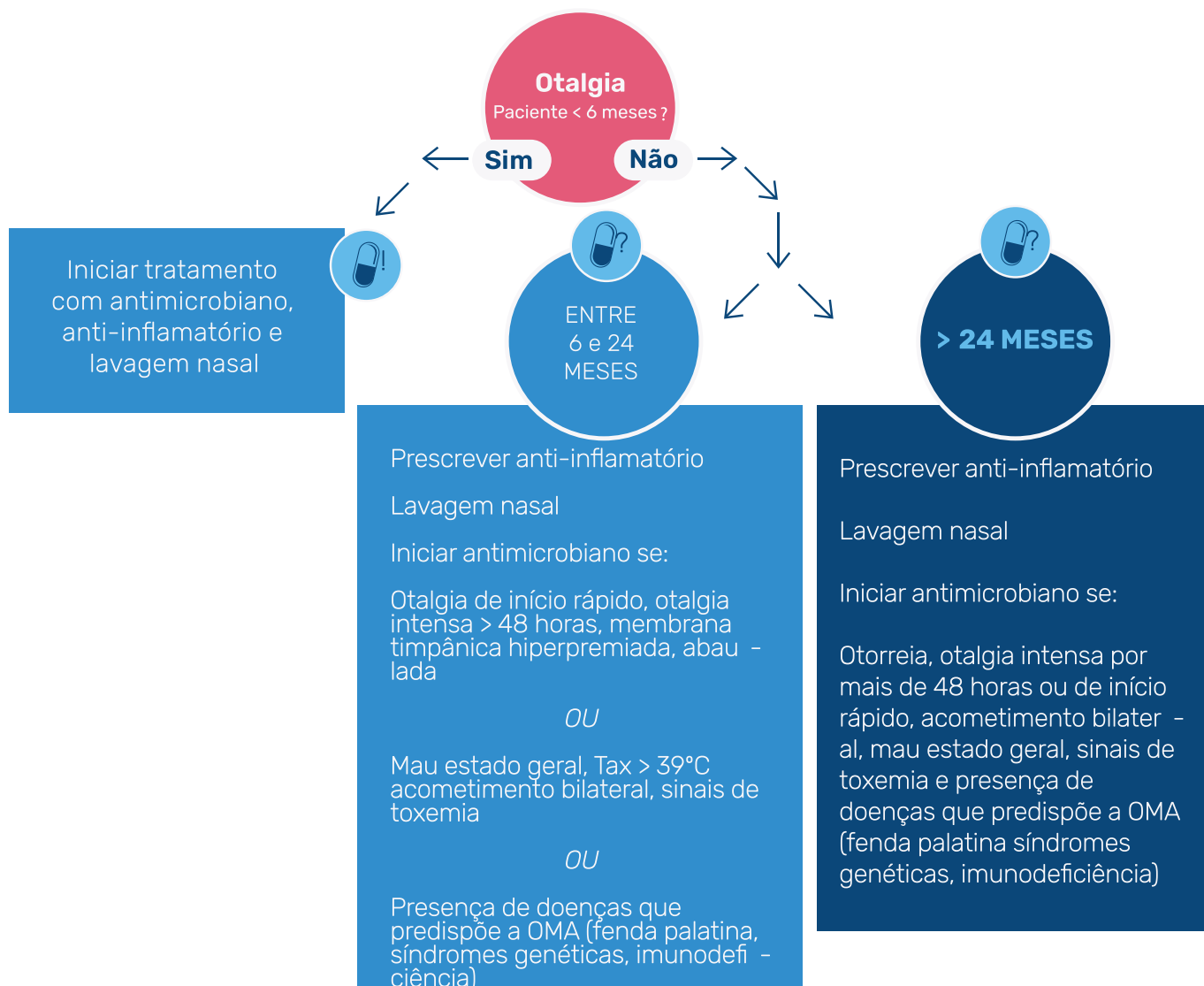
O uso de antimicrobianos parece não prevenir complicações nem recorrência

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
Primeira opção		
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)
Opções		
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)
Claritromicina* (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
Em caso de não resposta ou uso de antimicrobianos nos últimos 30 dias ou OMA recorrente		
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:

Pacientes com condição cardíaca de alto risco?

- Próteses valvares
- Endocardite prévia;
- Cardiopatias congênitas:
 - a) Cianóticas não corrigidas, incluindo "shunts" e condutos paliativos
 - b) Com correção completa com prótese ou dispositivo nos primeiros 6 meses após procedimento (período de endotelização)
 - c) Corrigida com defeitos residuais locais ou adjacentes a retalhos ou dispositivos prostéticos (inibem a endotelização)
- Valvopatia reumática crônica
- Receptores de transplante cardíaco com valvopatias

Não  Não é necessário realizar profilaxia de endocardite

Sim

Procedimento odontológico invasivo?

- Manipulação de gengiva
- Manipulação periapical dos dentes
- Perfuração da mucosa oral, como extrações dentárias ou drenagem de um abscesso dentário

Observação: Não é indicada em anestesia através de tecido não infectado, colocação, ajuste ou retirada de próteses e dispositivos ortodônticos, perda da 1ª dentição ou trauma aos lábios e mucosa oral.

Sim 

Realizar antibioticoprofilaxia conforme tabela abaixo

Não 

Não é necessário realizar profilaxia 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
Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento		
Primeira opção		
Amoxicilina	2g VO	50 mg/kg VO
Sem condições de ingestão oral		
Cefazolina	2g EV	50 mg/kg EV
Alergia a Penicilina		
Doxiciclina ou Azitromicina ou Claritromicina	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.

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



Recomendar/orientar

Para alívio dos sintomas:



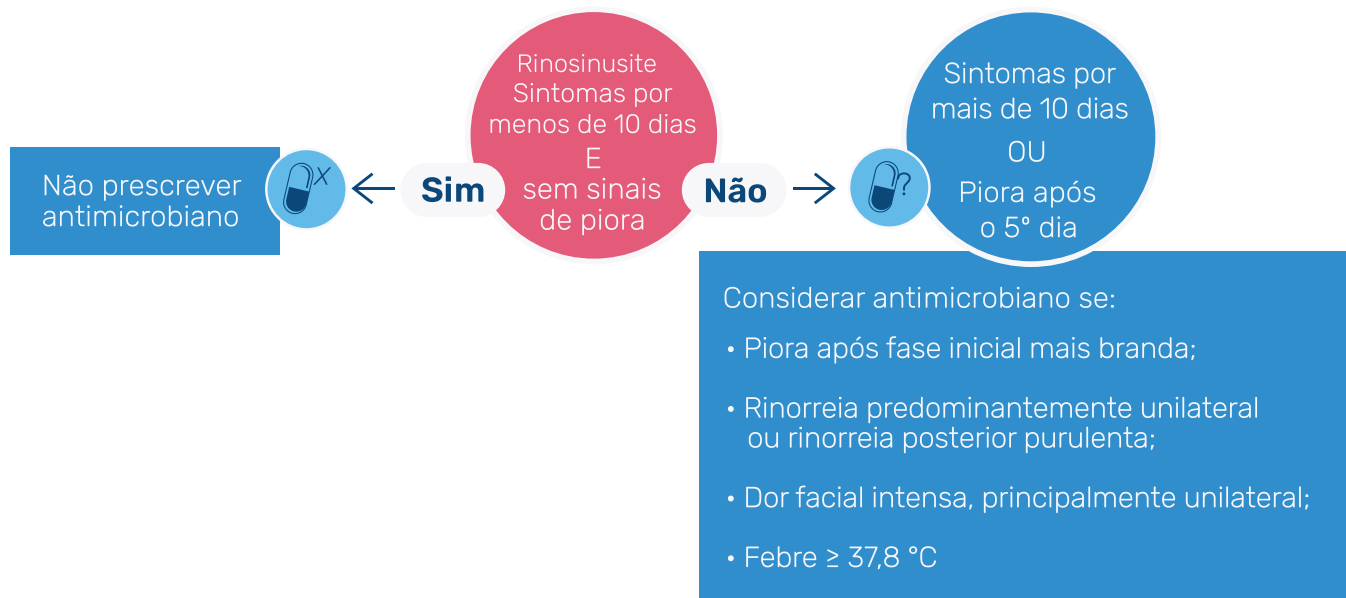
Lavagem
nasal

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 corticosteróides 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 Adulto	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
Opções		
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
Em caso de não resposta		
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)
Claritromicina	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	<p>> 1 ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ≤ 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 <p>< 1 ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 a 8 meses: 3 mg/Kg 12/12h 9 a 11 meses: 3,5 mg 12/12h
Paxlovid® (nirma-trelvir/ritonavir)	Não está liberado em < 18 anos
Penicilina V	25-75 mg/kg/dia, dividido 6/6h ou 8/8h
Sulfametoxazol- 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)
Claritromicina	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
Sulfametoxazol-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



PREFEITURA DE
São Caetano do Sul
SECRETARIA DE SAÚDE

