

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

Introdução

Este guia tem o objetivo de fornecer recomendações de antimicrobianos, considerando perfil de sensibilidade local, para as infecções comunitárias mais frequentes em pacientes atendidos no Hospital Sírio-Libanês em São Paulo e Brasília.

Os antimicrobianos sugeridos devem ser considerados apenas para pacientes elegíveis para tratamento ambulatorial. Quando houver sinais de sepse e/ou indicação de hospitalização, deve-se considerar sugestão de terapia antimicrobiana empírica disponível no Protocolo Gerenciado de Tratamento de Sepse em adultos

(HSL-PROT-CORP-001) e Protocolo Gerenciado de Tratamento de Sepse em crianças (CORP-PROT-CORP-013). Além disso, as dosagens sugeridas neste guia são para pacientes sem alteração da taxa de filtração glomerular ou da função hepática.

Vale salientar ainda que o histórico de alergias e fatores de risco do paciente devem ser considerados para escolha adequada da terapia antimicrobiana.

Versão: 05/03/2023

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

Trato respiratório

Rinossinusite aguda	<u>4</u>
Otite média aguda	<u>5</u>
Amigdalite aguda	<u>6</u>
Broncopneumonia e pneumonia	<u>7</u>
Covid-19	<u>8</u>

Trato genitourinário e infecções

Sexualmente transmissíveis

Infecção do trato urinário (itu) vias baixas... ..	<u>9</u>
Pielonefrite	<u>9</u>
Uretrite	<u>11</u>
Sífilis	<u>12</u>

Trato gastrointestinal

Gastroenterocolite aguda	<u>14</u>
--------------------------------	-----------

Pele e tecidos moles

Impetigo localizado	<u>15</u>
Impetigo extenso ou complicado	<u>15</u>

Celulite de membros	<u>16</u>
Pé diabético	<u>17</u>
Celulite periorbitária (pré-septal)	<u>17</u>
Abscesso de orofaringe	<u>18</u>
Adenite cervical aguda	<u>18</u>
Mastite	<u>19</u>
Herpes simples	<u>19</u>
Herpes zoster	<u>20</u>
Varíola dos macacos (mpo)	<u>20</u>

Sistema ocular

Conjuntivite neonatal	<u>22</u>
Conjuntivite viral	<u>22</u>
Conjuntivite bacteriana	<u>24</u>
Hordéolo	<u>25</u>

Infecções transmitidas por animais

Infecções transmitidas por carrapato	<u>26</u>
Mordedura de animais	<u>27</u>

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO RESPIRATÓRIO	Rinossinusite aguda	<i>Viral (98%)</i>	Considerar antibiótico na presença de pelo menos um dos 3 critérios clínicos: 1. >10 dias com secreção nasal (de qualquer característica) e/ou tosse diurna com piora noturna. 2. Surgimento de febre ou piora dos sintomas (tosse ou secreção nasal), após melhora clínica inicial. 3. Sintomas graves: febre (>39°C) + secreção purulenta por ≥ 3 dias Considerar o uso concomitante de corticoide nasal, 2 x/dia, por 14 dias	Amoxicilina (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	Amoxicilina/Clavulanato 500/125 mg VO 8/8 horas;	Crianças: 10 dias *Azitromicina: 5 dias. Adultos: 5-7 dias
		<i>Bacterianas:</i> <i>Pneumococo (20-43%)</i>		Se < 2 anos, frequentando escola ou creche, uso de antibiótico ≤ 30 dias, internação há menos de 5 dias ou com sintomas moderados a graves: Amoxicilina/Clavulanato (90 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	ou Amoxicilina/Clavulanato 875/125mg VO 12/12 horas;	
		<i>Haemophilus influenzae (22-36%)</i>		Se alergia não-grave: Cefuroxima (30 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	ou Levofloxacino 750mg VO 1 vez ao dia;	
		<i>Moraxella catarrhalis (2-16%)</i>		ou Ceftriaxona (50 mg/kg/dia) IM/IV – opção para início de terapia em casos de má aceitação VO ou vômitos.	ou Moxifloxacino 400mg VO 1 vez ao dia;	
		<i>S. aureus (10-13%)</i>		Se alergia grave: Clarithromicina (15 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	ou Doxiciclina 100mg VO 12/12 horas.	
				ou Azitromicina (10 mg/kg/dia) VO 1 vez ao dia*		
				ou Levofloxacino (10-20 mg/kg/dia) VO 12/12 horas		
				ou Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) VO 8/8 horas		

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO RESPIRATÓRIO	Otite média aguda (OMA)	<i>Viral (70%)</i> <i>Bacterianas:</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> (25%-50%) <i>Haemophilus influenzae não tipável</i> (15%-30%) <i>Moraxella catarrhalis</i> (3%-30%)	Crianças: nos casos abaixo, há a opção de não se dar antibiótico com reavaliação em 48h, se: • OMA unilateral em > 6 meses, sem sintomas graves • OMA bilateral em > 24 meses, sem sintomas graves	Amoxicilina (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se uso de antibiótico ≤ 30 dias, falha terapêutica prévia ou conjuntivite purulenta associada: Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se alergia não grave: Cefuroxima (30 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Ceftriaxona* (50 mg/kg/dia; máximo 1 g/dia) IM 1 vez ao dia, em casos de má aceitação VO ou vômitos. Se alergia grave: Clarithromicina (15 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Azitromicina** (10 mg/kg/dia) VO 1 vez ao dia ou Levofloxacino (10-20 mg/kg/dia) 12/12 horas ou Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) 8/8 hora	Amoxicilina/Clavulanato 500/125 mg VO 8/8 horas; ou Amoxicilina/Clavulanato 875/125mg VO 12/12 horas; ou Levofloxacino 750mg VO 1 vez ao dia; ou Moxifloxacino 400mg VO 1 vez ao dia.	Crianças: < 2 anos, otite supurada, otites recorrentes ou sintomas graves: 10 dias 2-5 anos, sem sintomas graves: 7 dias ≥ 6 anos, sem sintomas graves: 5 a 7 dias *Ceftriaxona: 3 dias **Azitromicina: 5 dias Adultos: 5 a 7 dias.

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO RESPIRATÓRIO	Amigdalite aguda	Viral (maioria) <i>Streptococcus pyogenes</i> (15-35% dos casos em crianças e 5-15% em adultos)	Possível etiologia viral: • ≤ 2 anos de idade • Presença de sintomas gripais, rouquidão, diarreia, conjuntivite ou estomatite Teste Rápido para detecção <i>Streptococcus Pyogenes</i> (Grupo A): • Sensibilidade 70%-90% • Especificidade ≥ 95% Cultura: sensibilidade 90%-95%	Amoxicilina (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou 24/24 horas	Penicilina G benzatina* 1.200.000 UI IM dose única;	Crianças: 10 dias *Penicilina G Benzatina: dose única **Azitromicina: 5 dias Adultos: 5 dias (episódio inicial) ou 10 dias (se amigdalite recorrente). *Penicilina G Benzatina: dose única
				ou Penicilina G benzatina* (600.000 UI em < 27 kg ou 1.200.000 UI em ≥ 27 kg) IM dose única Se alergia não grave: Cefalexina (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Cefadroxila (30 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se alergia grave: Clarithromicina (15 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	ou Amoxicilina 500mg VO 8/8 horas ou Amoxicilina/Clavulanato 875/125mg VO de 12/12 horas	
				ou Azitromicina** (10 mg/kg/dia) VO 1 vez ao dia ou Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) VO 8/8 horas		

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO RESPIRATÓRIO	Bronco-pneumonia e pneumonia	<i>Vírus (destaque para o VSR)</i> Bactérias: <i>S.pneumoniae</i> ; <i>Haemophilus influenzae</i> ; <i>Staphylococcus aureus</i> ; <i>Moraxella catarrhali</i> .	Crianças: <u>Taquipneia fora da febre é o sinal mais sensível para pneumonias</u> Pensar em <u>etiologia viral</u> na presença de sibilos, tempo expiratório prolongado e/ou predomínio de sintomas de vias aéreas superiores	Amoxicilina (50-90 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Lactentes que frequentam creche ou que fizeram uso de antibiótico nos últimos 3 meses: Amoxicilina (90 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	Amoxicilina/Clavulanato 875/125mg VO de 12/12 ou Levofloxacino 750mg VO 1 vez ao dia ou Moxifloxacino 400mg VO 1 vez ao dia Se alergia ou suspeita de patógenos atípicos: Doxiciclina*** 100mg VO 12/12h	Crianças: 5 a 7 dias *Azitromicina: 5 dias **Claritromicina: 7 a 10 dias Adultos: 5 a 8 dias ***Doxiciclina: 4 dias
		Atípicos: <i>Legionella spp</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , and <i>Chlamydia psittaci</i> <				

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO RESPIRATÓRIO	COVID-19	<i>Sars-COV-2</i>	Tratamento ambulatorial antiviral indicado somente para adultos nos primeiros dias do início dos sintomas e com alto risco de evoluir com COVID-19 moderado a grave (pelo menos um fator de risco) • Idosos (> 65 anos) • Obesidade • Gestação • Doença renal crônica • Diabetes • Imunossupressão • Doença cardiovascular ou hipertensão • Doença pulmonar crônica • Anemia falciforme • Doenças neurológicas • Dependência de assistência médica (traqueostomia, gastrostomia, aparelho de ventilação por pressão positiva não relacionada a COVID-19)	Não se aplica.	Paxlovid®: Nirmaltrevir 300mg (2 comprimidos de 150mg) + Ritonavir 150mg (1 comprimido de 150mg) VO 12/12h Obs.: se insuficiência renal (filtração glomerular 30-60ml/min) a dose deve ser reduzida para Nirmaltrevir 150mg (1 comprimido) + Ritonavir 150mg (1 comprimido) VO 12/12h. Mais informações: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_nirmaltrevir_ritonavir_covid19_altorisco.pdf Em pacientes com contra-indicação ao Paxlovid® (p.ex. insuficiência renal com filtração glomerular <30ml/min, interações medicamentosas importantes): Remdesevir (200mg no primeiro dia e 100mg nos dias subsequentes) IV uma vez ao dia.	Paxlovid: 5 dias Remdesevir: 3 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GENITOURINÁRIO	Infecção do trato urinário (ITU) vias baixas	Crianças saudáveis: <i>Escherichia coli</i> (85%-90%) <i>Klebsiella</i> <i>Proteus</i> <i>Enterococos</i> <i>Enterobacter sp</i> <i>Adenovírus</i> Crianças com malformações do trato urinário ou em uso de cateter: <i>Pseudomonas</i> <i>Streptococcus</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	Crianças: Saco coletor: se normal, afasta ITU; se alterada, coletar Urina I + Urocultura por sondagem vesical. Cistite apenas: mais frequente > 2 anos, sem febre ou febre < 38°C, com disúria, urgência miccional, polaciúria, dor suprapúbica e/ou hematúria; sem sintomas sistêmicos Pielonefrite: mais frequente em lactentes, com febre, dor ou hipersensibilidade em flanco	Cefalexina (50mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou Cefadroxila (30mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Sulfametoxazol/trimetoprima (8-12 mg/kg/dia da trimetoprima) VO 12/12 horas	Ciprofloxacina 500mg VO 12/12h ou Cefuroxima-axetil 500mg VO 12/12h ou Fosfomicina 3g VO dose única	Crianças Cistite: 3 a 5 dias Pielonefrite: 7 a 10 dias Adultos Cistite: 3-5 dias (mulheres) e 7 dias (homens). Pielonefrite: 7 a 10 dias Se suspeita de prostatite: discutir antibioticoterapia com especialista e tratar por, pelo menos, 21 dias.
	Pielonefrite	Adultos (dados HSL São Paulo 2022) <i>E. Coli</i> (56%); <i>Klebsiella pneumoniae</i> (10%); <i>Enterococcus faecalis</i> (7%); <i>Proteus mirabilis</i> (5%); <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (5%) Perfil de sensibilidade E.Coli: ciprofloxacina 80%, cefuroxima 86%, ceftriaxone	ITU complicada: recém-nascidos, malformações, sepse, abscesso renal, agente diferente de <i>E. coli</i>, sem resposta em 72 horas ou piora clínica. Adultos: Individualizar tratamento em pacientes com: urolitíase, dispositivos urológicos, imunodeficiências, DM	≥ 3 meses: Cefuroxima (30mg/kg/dia) VO 12/12 horas Ceftriaxona (50 mg/kg/dia) IV/IM uma vez ao dia ou 12/12 horas ou Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas < 3 meses: devem receber tratamento hospitalizados, com início de aminoglicosídeo ou cefalosporina de 3ª geração + ampicilina.	Ceftriaxone 1g IV ou IM dose única seguidos por: Ciprofloxacina 500mg VO 12/12h *Verificar resultado de urocultura e antibiograma para ajuste de terapia.	

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GENITOURINÁRIO		88%, ertapenem 100%; fosfomicina 96%, bactrim 70%.	não controlada, uroculturas com gram-negativo multirresistente ou uso de antibióticos como fluorquinolonas, sulfametoxazol/trimetoprim ou beta-lactâmicos de amplo espectro nos últimos 3 meses, transplante renal, pacientes institucionalizados e gestantes.			
			O tratamento de bacteriúria assintomática só é indicado em gestantes.			

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GENITOURINÁRIO	Uretrite	Principais agentes: <i>Chlamydia trachomatis</i> / <i>Neisseria meningitidis</i> Outros: <i>T. vaginalis</i>, <i>U. urealyticum</i>, <i>enterobactérias</i>, <i>M. genitalium</i>, <i>herpes simples</i>, <i>adenovírus</i> e <i>Candida spp.</i>	Exames específicos de investigação: PCR para <i>Chlamydia</i> e <i>Neisseria</i> ou Painel de IST: “Doenças sexualmente transmissíveis, por PCR” Tratar parcerias sexuais (se relações sem preservativo) Oferecer sorologias para sífilis, HIV, HTLV, hepatites B e C (seguimento ambulatorial do resultado). Aconselhar uso de preservativos.	Mesmo tratamento do adulto Notificar Serviço Social / Conselho Tutelar.	Tratamento empírico: Ceftriaxona 500mg IM e Azitromicina 500mg 2 comprimidos VO e Metronidazol 2g VO (se suspeita de Tricomoníase) <i>*O uso de ciprofloxacina 500mg VO em dose única não é mais indicado devido à resistência comunitária da <i>Neisseria gonorrhoeae</i></i> <i>*Considerar tratamento direcionado a outras etiologias se persistência dos sintomas.</i>	Dose única

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GENITOURINÁRIO	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Classificação: Primária: cancro único indolor no local da inoculação associado à adenopatia regional. Secundária: acometimento sistêmico com rash (disseminado e/ou envolvendo palmas das mãos e plantas dos pés), febre, mal-estar e outros sintomas (faringite, hepatite, manchas mucosas, condilomas planos, alopecia). Latente precoce: período em que há infecção pelo <i>T. pallidum</i> (demonstrada por teste sorológico), porém sem sintomas. Ocorre no primeiro ano após infecção inicial. Terciária: manifestações cardiovasculares ou gomatosas (doenças granulomatosas de pele, tecidos subcutâneos, ossos ou vísceras).	Mesmo tratamento do adulto Notificar Serviço Social / Conselho Tutelar.	Primária, Secundária ou Latente precoce: Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM dose única ou Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas Terciária ou Latente tardia: Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM 1 vez por semana ou Doxiciclina 100 mg VO 12/12h *Se neurosífilis: indicado hospitalização, coleta de liquor e tratamento com penicilina IV. **Se alergia à penicilina: consultar especialista.	Primária, Secundária ou Latente precoce: Penicilina G benzatina: dose única Doxiciclina: 14 dias Terciária ou Latente tardia: Penicilina G benzatina: 3 semanas Doxiciclina 4 semanas

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GENITOURINÁRIO			Latente tardia: período em que o paciente está infectado pelo <i>T.pallidum</i>, mas sem sintomas, após um ano da infecção inicial (ou quando o tempo da infecção primária é desconhecido). Neurossífilis: pode ocorrer em qualquer momento durante o curso da infecção. Diagnóstico Solicitar sorologia de Sífilis (em pacientes sem história da doença) e testes não-treponêmicos VDRL ou RPR para <u>todos</u> os pacientes antes do início do tratamento. Oferecer sorologias para HIV, HTLV, hepatites B e C (seguimento ambulatorial do resultado).			

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
TRATO GASTROINTESTINAL	Gastroenterocolite aguda	Vírus: Rotavírus, Norovírus, Adenovírus, Astrovírus Bactérias: Salmonella sp, Shigella sp, Campylobacter jejuni, E. coli: êntero-hemorrágica (O157:H7) enteroinvasiva enterotoxigênica, Clostridium difficile, Vibrio cholerae, Yersinia enterocolica Protozoários: Cryptosporidium, Giardia lamblia, Entamoeba histolytica <i>Resistência de enteropatógenos à ciprofloxacina (HSL São Paulo 2022): Salmonella sp 15%, Shigella sp 33%, Campylobacter jejuni 80%.</i>	Antibioticoterapia não é indicado de forma rotineira. Terapia empírica pode ser iniciada nas seguintes situações: - Doença grave: (febre, > 6 evacuações/dia, desidratação que requer hospitalização) - Achados sugestivos de invasão bacteriana como sangue e muco nas fezes. > 70 anos, imunocomprometidos e/ou comorbidades como doença cardiovascular. - Neonatos/ crianças < 3 meses. - Doença falciforme Tratamentos adjuvantes: - Terapia de reposição oral - Alimentação precoce - Ondansetrona - Probióticos - Zinco (> 6 meses) - Racecadotril	Ciprofloxacino (30 mg/kg/dia; máximo 500 mg/dia) VO 12/12 horas ou Azitromicina (10-12 mg/kg no 1º dia e 5-6 mg/kg por mais 4 dias) VO 1 vez ao dia ou Ceftriaxona (50-100 mg/kg/dia; máximo 2 g/dose) IV uma vez ao dia	Azitromicina 1 g VO dose única ou 500mg VO 1 vez ao dia ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12 horas	Crianças: Ciprofloxacina: 3 dias Ceftriaxona: 3-5 dias Adultos: Azitromicina: dose única ou 3 dias Ciprofloxacina: 5 dias.

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Impetigo localizado	<i>Staphylococcus aureus</i> (60%) <i>Streptococcus pyogenes</i> (20 a 30%)	Limpar e remover as crostas Atenção: evitar neomicina + bacitracina Episódios recorrentes: pode-se realizar a descolonização nasal com mupirocina, por 10 dias	Mupirocina tópica 3 x/dia ou Ácido fusídico tópico 3 x/dia	Mupirocina tópica 3 x/dia ou Ácido fusídico tópico 3 x/dia	5 dias
	Impetigo extenso ou complicado (lesões > 10 cm ou > 2% da superfície corpórea)	Forma não bolhosa: <i>Staphylococcus aureus</i> (60%) <i>Streptococcus pyogenes</i> (20 a 30%) Forma bolhosa: <i>Staphylococcus aureus</i> do grupo II (80%) <i>Staphylococcus aureus</i> tipo 71 (60%) -produzindo exotoxina A e B	Limpar e remover as crostas Considerar drenagem em casos de abscesso cutâneo Considerar antibióticos IV: • Idade < 3 meses • Imunossuprimidos • Áreas extensas • Áreas sobre articulações • Lesão circunferencial em membros • Lesões em períneo • Rápida progressão do eritema • Toxemia	Cefalexina (25-50mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou 8/8 horas ou Cefadroxila (30mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se suspeita de MRSA: Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) VO 8/8 horas ou Sulfametoxazol/trimetoprima (8-12 mg/kg/dia da trimetoprima) VO 12/12 horas	Cefalexina 500 mg VO 6/6 horas ou Cefadroxila 500 mg VO 12/12 horas ou Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg VO 12/12 horas Se suspeita de MRSA: Clindamicina 300-450 mg VO 8/8 horas ou Sulfametoxazol/trimetoprima 800mg/160mg VO 12/12 horas ou Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas	7 dias ou até melhora clínica

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Celulite de membros	<i>Staphylococcus aureus</i>	Avaliar a presença de abscesso, trombose ou alterações perfusionais.	Cefalexina (25-50mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou 8/8 horas	Cefalexina 500mg VO 6/6 horas	5 a 14 dias (a depender da resposta clínica)
		<i>Streptococcus beta-hemolítico</i>		ou Cefadroxila (30mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se alergia: Eritromicina (40 mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou 8/8 horas ou Claritromicina (15 mg/kg/dia) VO 12/12 horas Se suspeita de MRSA: Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) VO 8/8 horas ou Sulfametoxazol/trimetoprima (8-12 mg/kg/dia da trimetoprima) VO 12/12 horas	ou Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO 8/8 horas Se suspeita de MRSA: Clindamicina 600mg VO 6/6 horas ou Sulfametoxazol-trimetoprim (800/160mg) 1 a 2 comprimidos VO 12/12h	

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Pé diabético	<i>S. aureus</i> (incluindo MRSA), <i>S. pyogenes</i> . <i>Bacilos gram-negativos</i> , <i>anaeróbios</i> .	Avaliar tratamento parenteral e debridamento cirúrgico se lesões graves (com envolvimento sistêmico) e/ou moderadas (>2cm de eritema ou envolvendo estruturas profundas). Coletar swab para culturas antes do início do antibiótico, sempre que possível. Considerar curativo a vácuo.	Não se aplica.	Infecções leves: Clindamicina 600mg VO 6/6 horas ou Cefalexina 500mg VO 6/6 horas ou Amoxicilina/Clavulanato 500/125mg VO 8/8 horas Infecções moderadas: Ciprofloxacina 500-750mg VO 12/12 horas + Clindamicina 600mg VO 6/6 horas.	7 – 14 dias (infecções leves) 14-21 dias (infecções moderadas)
	Celulite periorbitária (pré-septal)	<i>S. Aureus</i> <i>S. Epidermidis</i> <i>Streptococcus spp</i> <i>Anaeróbios</i>	Aplicável apenas para casos sem indicação de internação quando excluída a possibilidade de celulite orbitária ou pós-septal , a qual envolve o tecido gorduroso e/ou os músculos oculares da órbita.	Amoxicilina/clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Cefuroxima (30 mg/kg/dia) VO 12/12 horas	Infecções leves: Clindamicina 600mg VO 6/6 horas Infecções moderadas: Ciprofloxacina 500mg VO 12/12h + Clindamicina 600mg VO 6/6 horas	10 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Abscesso de orofaringe	<i>Polimicrobiana, com participação de Streptococcus viridans, pyogenes, anaeróbios de boca.</i>	Na maioria dos casos, está indicada internação para drenagem e controle do foco.	Mesma abordagem que adulto, considerar hospitalização.	Amoxicilina/Clavulanato 500/125mg VO 8/8h.	Até resolução (é necessária a remoção do foco, que costuma ser odontogênico)
	Adenite cervical aguda	Aguda bilateral: <i>Vírus Streptococcus pyogenes (grupo A)</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> Aguda unilateral: <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pyogenes (grupo A)</i> <i>Anaeróbios</i>	Atentar para os casos não infecciosos, como neoplasias, cistos, quadros reumatológicos, PFAPA Kawasaki ou MISC-C Antibióticos: apenas em pacientes com adenite unilateral + febre + sinais inflamatórios evidentes Exames: - Hemograma + hemocultura para seguimento - USG: somente na suspeita de adenite unilateral supurativa - TC com contraste: pode ser necessária para melhor guiar eventual drenagem	Cefalexina (25-50mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou 8/8 horas ou Cefadroxila (30mg/kg/dia) VO 12/12 horas Na presença de doenças periodontais ou má higiene dental: Amoxicilina/Clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Clindamicina (30-40 mg/kg/dia) VO 8/8 horas	Amoxicilina/Clavulanato 875/125mg VO 12/12h (associar Clindamicina 300-450mg VO 8/8h se abscesso perioral).	10 a 14 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Mastite	<i>S. aureus</i>	Preferir antibioticoterapia por via oral, em mulheres amamentando, se não houver sinais de sepse, e permitir a manutenção da amamentação, mesmo na mama afetada.	Não se aplica	Cefalexina 500mg VO 6/6h ou Amoxicilina/Clavulanato 500/125mg VO 8/8 horas ou Clarithromicina 500mg VO 12/12h ou Eritromicina 500mg VO 6/6h	10 - 14 dias
	Herpes Simples	<i>Crianças - Gengivoestomatite herpética (HSV-1)</i> <i>Adultos - Herpes labial e genital (HSV-1 e HSV-2)</i>	Considerar testagem da lesão se dúvida diagnóstica ou se necessário diagnóstico diferencial com varíola dos macacos. Testes disponíveis: PCR (swab da lesão) ou Sorologia IgM/TgG para Herpes tipo 1 e 2.	Gengivoestomatite em imunocompetentes até 4 dias do início dos sintomas: Aciclovir 15 mg/kg/dia VO 5 vezes ao dia (máximo: 200 mg/dose) Gengivoestomatite em imunocomprometidos (independentemente do tempo de evolução): Aciclovir 1000mg/dia VO 8/8h ou Aciclovir 10mg/kg/dose IV 8/8h (se não for possível ingesta oral). Se doença disseminada há indicação de hospitalização e tratamento parenteral.	<u>Aciclovir</u> 400 mg VO 8/8h ou 200mg VO 5 vezes ao dia ou <u>Famciclovir</u> 250 mg VO 8/8h ou 500 mg 12/12h ou <u>Valaciclovir</u> 1 g VO 12/12h	Crianças: Imuno-competentes 5 – 7 dias Imuno-comprometidas 10-14dias Adultos: Infecção Primária: 7-10 dias Infecções recorrentes: 5 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES	Herpes Zoster	<i>Varicela Zoster virus</i>	Se acometimento ocular ou de mais de um dermatomo (disseminado), considerar internação para tratamento EV. Considerar coleta de PCR se necessidade de afastar diagnóstico diferencial de varíola dos macacos.	Aciclovir 20mg/kg/dose (máximo: 800mg/dose) VO 8/8h Se doença disseminada ou risco de disseminação (imunocomprometidos) há indicação de hospitalização e tratamento parenteral.	<u>Aciclovir</u> 800mg VO 5 vezes ao dia. ou <u>Famciclovir</u> 500mg VO 8/8h ou <u>Valacyclovir</u> 1g VO 8/8h	7 dias
	Varíola dos Macacos (Mpox)	<i>Vírus monkeypox</i>	Coletar: PCR para pesquisa viral (swab das lesões/ fragmentos das crostas) Não existe ainda tratamento específico disponível para Mpox. Casos leves: acompanhamento ambulatorial, tratamento sintomático e isolamento domiciliar até desaparecimento das crostas.	Tratamento sintomático.	Tratamento sintomático.	Não se aplica

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
PELE E TECIDOS MOLES			Contatos assintomáticos: não há necessidade de isolamento, monitorar a cada 24h. Notificação compulsória para todos os casos suspeitos/ confirmados. Acesse mais informações em: https://siriolibanes482.workplace.com/work/file_viewer/1432515087236581/?surface=KNOWLEDGE_BASE			

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
SISTEMA OCULAR	Conjuntivite Neonatal	1º dia de vida: Química 2º-4º dia de vida: Neisseria gonorrhoeae 5º-14º dia de vida: Chlamydia trachomatis	Orientar compressas geladas + colírio lubrificante Tratar mãe e parceiro (para N. gonorrhoeae ou C. trachomatis, conforme indicado).	Neisseria gonorrhoeae: Ceftriaxona (25-50mg/kg) IV Chlamydia trachomatis: Se <1,2kg ou >1,2kg e < 7 dias de vida Eritromicina (20 mg/kg/dia) VO 12/12 horas 1,2 kg e ≥ 7 dias de vida Eritromicina (30mg/kg/dia) VO 8/8 horas	Não se aplica.	Neisseria gonorrhoeae: dose única. Chlamydia trachomatis: 14 dias.
	Conjuntivite viral	Adenovirus Herpes simples Herpes zoster	Orientar compressas geladas + colírio lubrificante.	Herpes simples: Aciclovir Colírio tópico 5x/dia ou Vidarabina tópica 5x/dia Se margem palpebral comprometida, córnea envolvida e suspeita de lesão herpética: Aciclovir Pomada tópica 5x/dia Se suspeita de doença herpética primária, em crianças > 2 anos: Aciclovir 400 mg VO 8/8 horas (máximo: 80mg/kg/dia) Herpes zoster Aciclovir 200 mg VO 5x/dia (máximo: 80mg/kg/dia)	Herpes simples: Aciclovir Colírio, 5x/dia ou Vidarabina tópica, 5x/dia Se margem palpebral comprometida, córnea envolvida e suspeita de lesão herpética: Aciclovir Pomada, 5x/dia Se suspeita de doença herpética primária: Aciclovir 200 mg VO, 5x/dia ou Aciclovir 400 mg VO, 3x/dia	Herpes simples: Aciclovir tópico: 5 dias (se não houver melhora, estender até 10 dias) Aciclovir VO: 7 a 10 dias Vidarabina: 3 semanas Herpes zoster: 7 a 10 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
SISTEMA OCULAR					Herpes zoster: Aciclovir 800mg VO, 5x/dia ou Famciclovir 500mg VO, 3x/dia ou Valaciclovir 1g VO, 3x/dia	

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL

FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
SISTEMA OCULAR	Conjuntivite bacteriana	Tracoma: <i>Chlamydia trachomatis</i> Conjuntivite supurativa gonocócica: <i>N. gonorrhoeae</i> Conjuntivite supurativa não gonocócica e não clamídia: <i>H. influenza</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus pneumoniae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>	Compressas geladas + colírio lubrificante	Tracoma: Azitromicina (20mg/kg) VO dose única ou Eritromicina (50 mg/kg/dia) VO 6/6 horas ou Doxiciclina (100 mg/dia) VO 12/12 horas Conjuntivite supurativa gonocócica: Ceftriaxona (25-50 mg/kg/dia) IM ou IV Conjuntivite supurativa não gonocócica e não clamídia: • Colírios de amplo espectro, 4 x/dia: • moxifloxacino • gatifloxacino • gentamicina • tobramicina • sulfa + polimixina-B + quinolona. Corticoide tópico: ceratite ou formação de membrana/pseudomembrana conjuntival bilateral	Tracoma: Azitromicina 1 g VO ou Eritromicina 250 mg VO 6/6 horas ou Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas ou Tetraciclina 250 mg VO 6/6 horas Conjuntivite supurativa gonocócica: Ceftriaxona 1 g IM ou IV Conjuntivite supurativa não gonocócica e não clamídia: Colírios de amplo espectro, 4 x/dia: • moxifloxacino • gatifloxacino • gentamicina • tobramicina • sulfa + polimixina-B + quinolona. Corticoide tópico: ceratite ou formação de membrana/pseudomembrana conjuntival bilateral	Tracoma Azitromicina: dose única Eritromicina e Doxiciclina: 3 semanas Tetraciclina 14 dias. Conjuntivite supurativa gonocócica: dose única Conjuntivite supurativa não-gonocócica: 7 dias.

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
SISTEMA OCULAR	Hordéolo	<i>Staphylococcus Aureus</i> <i>Streptococcus sp</i>	Compressas mornas por 5 a 10 minutos, 3 a 5 x/dia Pode ser associada pomada de dexametasona Hordéolo externo: costuma drenar espontaneamente Hordéolo interno: raramente drena espontaneamente	Pomada de tobramicina ou oxitetraciclina, 3 x/dia ou Pomada de gentamicina, ácido fusídico ou ofloxacino	Pomada de tobramicina ou oxitetraciclina, 3 x/dia ou Pomada de gentamicina, ácido fusídico ou ofloxacino	10 a 14 dias

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
AMINAIS E INSETOS	Infecções transmitidas por carrapato	<i>Rickettsia rickettsii</i> / <i>Rickettsia parkeri</i>	É uma doença de notificação compulsória. O exantema da febre maculosa pode não ocorrer em todos os casos. Diagnóstico confirmatório: Sorologia para rickettsia (IgM e IgG)	Doxicilina (2-4mg/kg/dia, se <45kg ou 100mg/dose se ≥45kg) VO 12/12 horas	Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas	Mínimo de 7 dias.
		<i>*o Brasil não é considerado uma área de transmissão autóctone da Borrelia burgdorferi, agente etiológico da doença de Lyme</i>	Considerar diagnósticos diferenciais: dengue, leptospirose, hepatite viral, doença meningocócica, meningoencefalite, doenças virais ou bacterianas inespecíficas.	ou Cloranfenicol 50 a 75 mg/kg/dia, dividida em 4 tomadas.	<u>Alternativa:</u> Cloranfenicol 500mg VO 6/6h Casos graves: tratamento hospitalar	Manter até o 3º dia após o término da febre.

ORIENTAÇÕES PARA TERAPIA ANTIMICROBIANA AMBULATORIAL



FOCO INFECCIOSO		PRINCIPAIS AGENTES	PONTOS A CONSIDERAR	FAIXA ETÁRIA		DURAÇÃO DO TRATAMENTO
				CRIANÇAS	ADULTOS	
AMINAIS E INSETOS	Mordedura de animais	Cão: <i>microbiologia mista que inclui Streptococcus Beta-Hemoliticus, espécies de Pateurella, Staphilococcus a mairori e S. Aureus resistentes a meticilina, Eikenella e Capnocytophaga canimorsus, e anaeróbicos como Actinomyces, Fusobacterium, Prevotella</i> Gato: <i>Microflora mista como a do cão, porém atenção para Spirillum Minur, quando lesão resistente e sistêmica, além de piora gradual.</i>	Antibioticoprofilaxia: • Não realizar se mordeduras leves, sem perda da continuidade cutânea e ausência de perda sanguínea local. • Indicar para mordeduras com perda da continuidade cutânea com sangramento local e/ou sinais flogísticos nas primeiras 48h. • Indicar para mordedura de gatos com sangramento, independente da profundidade na pele. Antibioticoterapia: para lesões com sinais flogísticos após 48 horas e/ou sinais de infecção sistêmica. Coletar cultura de secreção local ou raspagem. Avaliar indicação de profilaxia de raiva: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/esquema_profilaxia_raiva_humana.pdf	Amoxicilina/clavulanato (50 mg/kg/dia) VO 12/12 horas ou Doxacilina 1-2mg/kg VO 12/12h (máximo 100mg/dose)	Amoxicilina/Clavulanato 875mg VO 12/12 horas Se alergia a penicilinas: Doxacilina 200mg VO 12/12h no primeiro dia e 100mg VO 12/12h até o final do tratamento ou Metronidazol 500mg 8/8 horas h	3 dias (profilaxia) 5 a 7 dias (tratamento)



Referência

1. Ganem, Fernando - Cardoso, Luis Francisco. Manual de Emergências Clínicas. Edição: 1ª. 2018. Editora: [Atheneu](#)
2. Ganem, Fernando - Aquino, Maria Zilda de - Danesi, Alessandro - Faria, Lucilia Santana - Fonseca, Ricardo Luiz Affonso - Gumiero, Flavia Nassif - Helito, Alberto Caramé Manual de Urgências e Emergências Pediátricas. Edição 1ª. 2021. Editora Atheneu.
3. Summary of antimicrobial prescribing guidance – managing common infections with local amendments for Cambridgeshire and Peterborough CCG August 2021 - NHS (disponível em: <https://www.cambridgeshireandpeterboroughccg.nhs.uk/easysiteweb/getresource.axd?assetid=11862&type=0&servicetype=1>)
4. UpToDate <https://www.uptodate.com/contents/search>
5. Plum AW, Mortelliti AJ, Walsh RE. Microbial flora and antibiotic resistance in peritonsillar abscesses in Upstate, New York. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015; 124(11):875. Epub 2015 may28.
6. Inman JC, Rowe M, Ghostine M, Fleck T. Pediatric neck abscesses: changing organisms and empiric therapies. Laryngoscope 2008;118(12):2111.
7. Brook I. Microbiology and management of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. J oral maxillofac surg. 2004;62(12):1545
8. Arnold JC, Nizet V. Pharyngitis. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 2018;202-208.e2. doi:10.1016/B978-0-323-40181-4.00027-X.
9. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, Joffe MD, Miller DT, Rosenfeld RM, Sevilla XD, Schwartz RH, Thomas PA, Tunkel DE. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):e964-99. doi: 10.1542/peds.2012-3488. Epub 2013 Feb 25. Erratum in: Pediatrics. 2014 Feb;133(2):346. Dosage error in article text. PMID: 23439909
10. Pediatr Dermatol, 2012. 29(3): p.243-8; 2. Feigin and Cherry's: Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8. Ed. 2018; 3. Brown J et. Impetigo: an uptodate. Int J Dermatol 2003; 42:251-5; 4. Prevost G, Couppié P, Monteil H. Staphylococcal epidermolysins. Curr Opin Infect Dis 2003; 16: 71-6
11. Jeng A, Medicine (Baltimore). 2010;89(4):217
12. Stevens DL, Clin Infect Dis. 2014;59(2):147
13. Mattoo TK, Shaikh N, Nelson CP. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children. Pediatrics. 2021;147(2): e2020012138

Material elaborado com apoio da equipe médica (Dra. Mirian de Freitas Dal Ben Corradi, Dra. Valéria Paes Lima Fernandes, Dr. Marcello Creado Pedreira, Dra Kelem de Negreiros Cabral, Dr Luis Penna, Dra Flavia Nassif Gumiero, Dr. Ricardo Fonseca, Dr. Christian Valle Morinaga, Dra. Talia Dalçóquio, Dr. Felipe Duarte) e da farmácia clínica (Chin Yi Su, Ronaldo Morales Junior, Vanessa d amaro Juodinis)



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**