

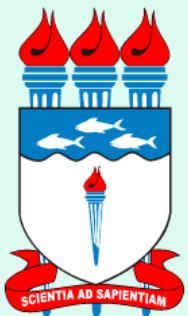
# Programa de educação continuada



**CREMAL**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

# USO DE ANTIBIÓTICOS NO DIA A DIA DO AMBULATÓRIO

José Maria C. Constant



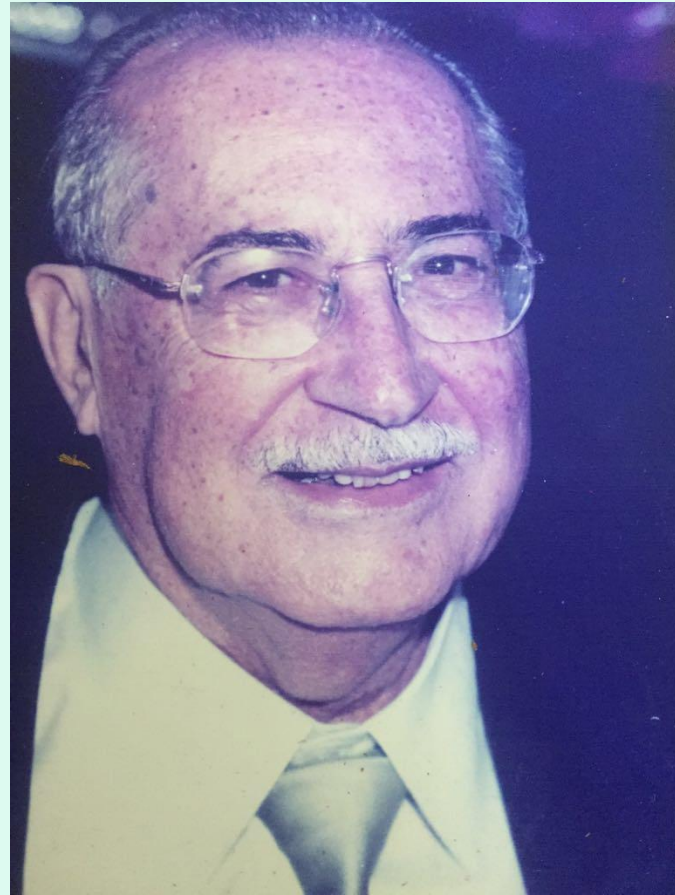
UFAL



UNCISAL

*“Não existe antibiótico bom ou ruim. O que existe é  
antibiótico bem ou mal indicado”*

Prof. Hélivio Auto



# CRITÉRIOS PARA UMA BOA INDICAÇÃO

- Presumir a ação do antibiótico sobre o agente infectante
- Pensar no sítio da infecção
- Saber se o antibiótico chega lá

# **PELE**

**Lesão superficial  
estreptococo**

**Lesão profunda ou bolhosa  
estafilococo**

# Infecções cutâneas pelo Estreptococo

- Impetigo crostoso

- **Estreptococo**



- Diferente do impetigo bolhoso

- **Estafilococo**



# INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA DA PELE

- Poucas lesões
  - Quem não tem cão caça com Neomicina



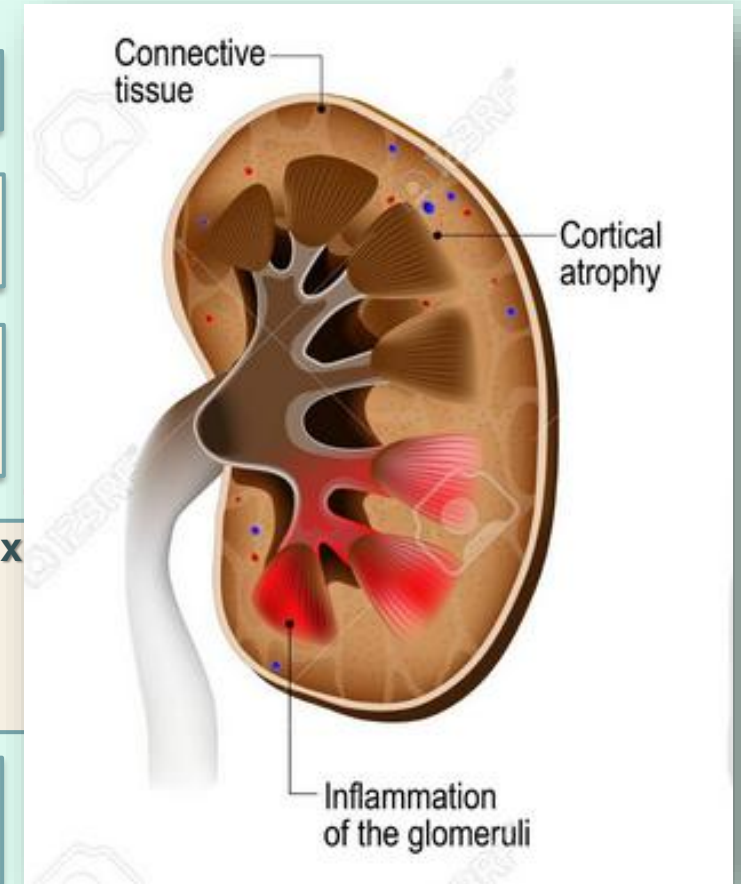
**Único Aminoglicosídeo com ação sobre Estreptococo**

- Mupirocina ou Ácido Fusídico
  - Acrescentar Permanganato de Potássio

**01 comprimido em 1 litro de água**

# INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA DA PELE: Várias lesões

- PEN. V (Pen V Oral) I comp. ou 5mL 6/6h
- AMOXICILINA 25 a 50 mg/Kg/dia – de 8/8 h
- ERITROMICINA Crianças – 30 mg/kg/dia  
Adultos – 500 mg 8/8h
- AZITROMICINA Crianças – 10 mg/kg/dia  
Adultos – 500 mg/dia
- BENZETACIL 1.200.000 U. Repetir após 5 dias



# Erisipela

- Afeta pele, tecido celular subcutâneo e circulação linfática
- Febre alta, calafrios. Em seguida dor, edema e eritema da área afetada.
- Etiologia

**Estreptococo Beta  
hemolítico do Grupo A  
(Lancefield)**



# Erisipela - tratamento

- Penicilina G Benzatina

OU

- Amoxicilina

OU

- Penicilina V

**1 amp (1.200.000 U.I.) hoje  
1 amp 3 dias depois;  
1 amp 5 dias após a 2ª**

**50 mg/kg/dia – 10 a 15 dias**

**500.000 U. 6 / 6 horas – via oral  
10 a 15 dias**

Observação: Ceftriaxona não age bem sobre estreptococo

# Erisipela e alergia a Penicilina

- Macrolídios
  - Via oral:
    - Eritromicina
    - Azitromicina
  - Via parenteral:
    - Claritromicina

# Erisipela – profilaxia por quê ?

- É doença da pele e do tecido celular subcutâneo
- Afeta a circulação linfática
- Tende a recidivar - + de 80 tipos do Estreptococos no grupo A
- Recidivas = edema linfático – duro



# Erisipela – profilaxia

- Profilaxia – Benzetacil 1.200.000 U - IM cada 21 dias – GLÚTEO

# Erisipela bolhosa



Participação de ESTAFILOCOCO  
Pode precisar de internação hospitalar

Atenção: cefalotina x ceftriaxona



# Infecções cutâneas por estafilococos

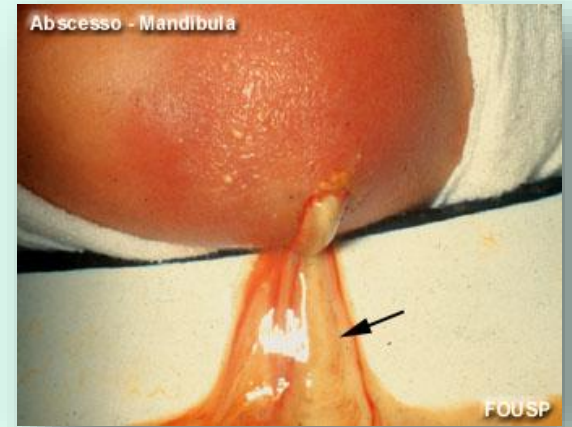
# Características

- Geralmente lesões profundas, atingindo derme, glândulas sebáceas, folículos pilossebáceos, tecido celular subcutâneo
  - Motivo: presença de enzimas proteolíticas mais numerosas e mais potentes
- Lesões bolhosas
  - Motivo: cepas que elaboram uma toxina – **esfoliatina** – que degrada a **desmogleína** (aderência da epiderme à derme)

# Lesões profundas da pele



Foliculite



Abscesso



Hordéolo



Furúnculo

# Estafilococcias bolhosas

- Impetigo bolhoso
- Erisipela bolhosa
- Síndrome da pele escaldada



# Infecção Estafilocócicas

Pelo amor de Deus, não mais Benzetacil

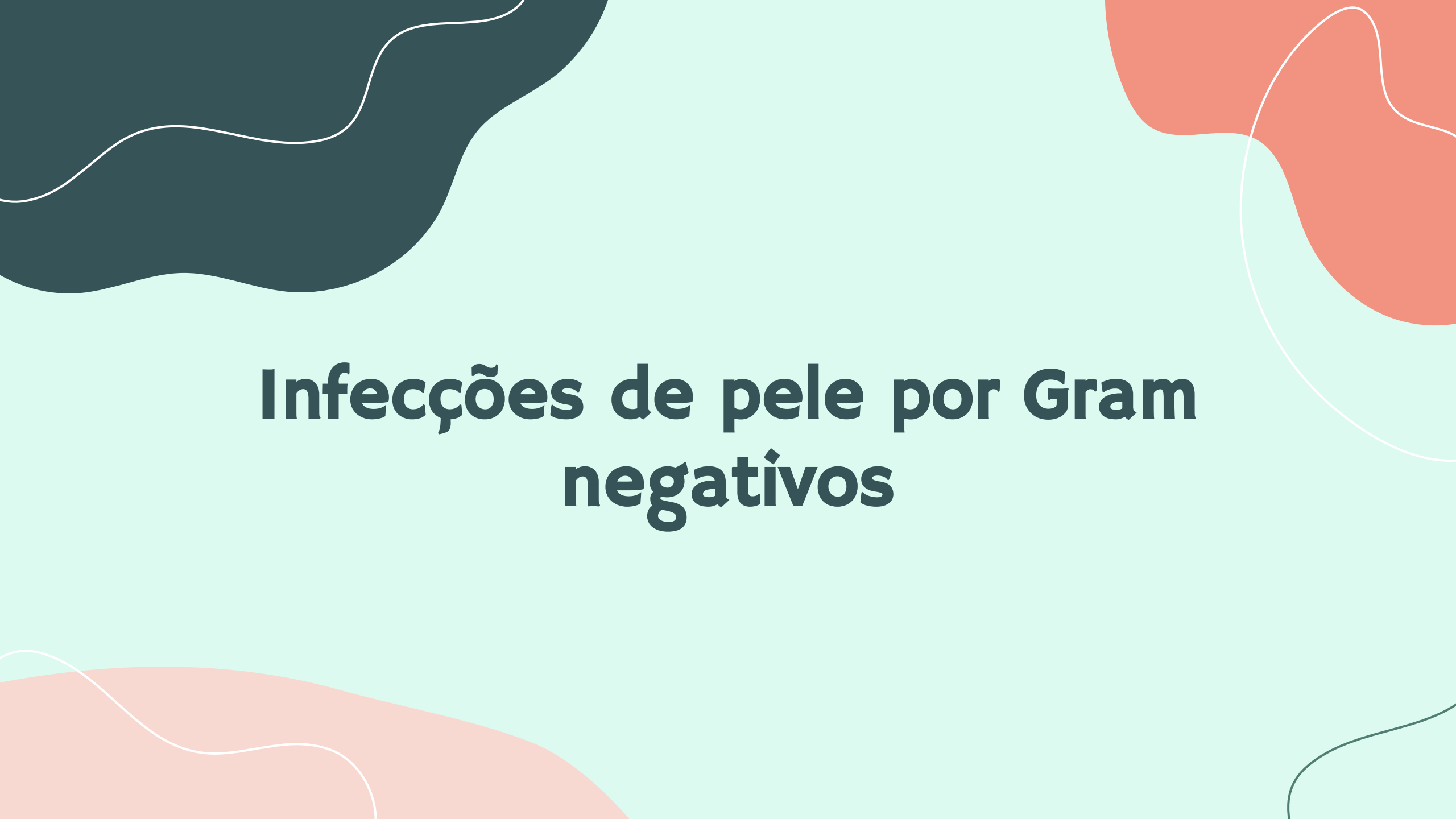
**Resistência = 100%**

# Estafilococcias da pele - tratamento

- Vamos começar com o que temos no serviço público
  - **Cefalexina** – 30 a 50 mg / kg / dia (6 / 6 horas)
  - **Azitromicina**  
adulto: 500 mg / dia – 3 a 5 dias – **tomar longe da alimentação**  
criança: 10 mg / kg / dia – 3 a 5 dias
  - **Sulfametoxazol – Trimetoprim** -  
adulto: comp. (400 mg/80 mg) 2 comp. de 12/12 hora  
criança: 30 mg/Kg/dia (sulfa como base do cálculo)

# Estafilococcias da pele – o que seria mais eficaz

- Amoxicilina + Clavulanato 30 a 50 mg / Kg/ dia (8 / 8 h.)
- Cefaclor : 20 a 40 mg / Kg / dia (12 / 12 h)
- Axetil-Cefuroxime: adultos 250 a 500 mg 12 / 12 h.  
criança 25 a 50 mg / Kg / dia
- Cefdinir: adultos 300 mg 12/12 horas.  
crianças 14 mg / kg / dia (máximo 600 mg)
- Usar Neomicina nos bordos nasais



# **Infecções de pele por Gram negativos**

# Bartonelose (*Bartonella henselae*)

- Também chamada Linfo-reticuloendoteliose benigna de inoculação, ou Febre da Arranhadura do Gato
- Lesões papulonodulares eritematosas
- Eritromicina ou Azitromicina



# *Eikenella corrodens*

- Bacilos Gram negativos, anaeróbios, da microbiota bucal  
Pensar neles diante de infecção cutânea pós mordedura humana
- Tratamento
  - Amoxicilina – 25 a 50 mg / Kg / dia
  - Tetraciclina - **doxiciclina** ou **Minociclina\*\*\***
  - Clindamicina
  - Metronidazol

# \*\*\* TETRACICLINAS

- **Teratogênicas**

Afinidade por tecidos em rápida multiplicação  
(embrião / feto)

Fixação nas epífises ósseas – afeta o crescimento

Fixação na dentina – manchas dentárias

- **Tigeciclina** – glicilciclina

É derivada da **Minociclina**





# **VIAS AÉREAS SUPERIORES**

# Faringotonsilite

- Estreptococo
  - Penicilinas G ou V
  - Amoxicilina
  - Macrolídios
  - Sulfa-Trimetoprim
  
- Anaeróbios
  - Penicilinas
  - Clindamicina



- Febre, dor na garganta, odinofagia. Exsudato pseudomembranoso recobrimdo as tonsilas. Parece difteria, mas a vacinação está em dia. Antibioticoterapia cobrindo infecção por estreptococo, estafilococo e anaeróbio, não resolveu.



# Mononucleose infecciosa

- Agente – vírus *Epstein-Barr* (herpes-vírus)
- Transmissão – direta
- “Doença do beijo”
- alta infectividade, baixa patogenicidade



# Mononucleose infecciosa

- Pode confundir com faringotonsilite bacteriana
- Dúvida?
- Hemograma

# Leucograma “bacteriano”

- Neutrófilos fagocitam bactérias
- Leucócitos : 15.000
  - Neutrófilos 85 %  
**segmentados – 72 %**  
**bastonetes – 13 %** (desvio à Esq.)
  - Linfócitos – 10 %
  - Eosinófilos – 00 % (estresse)
  - Monócitos – 05 %
  - Basófilos – 00 %

# Hemograma de Mononucleose Infecciosa

Vírus E.B. ataca linfócitos B. Linfoproliferação às custas de Linfócitos T

**Leucócitos** – 15.000 / mm<sup>3</sup> (V.N. 5.000 a 10.000 – média 8.000)

Neutrófilos - 20 % (V. N. 60%)

**Linfócitos - 75 % (V. N. 30%)**

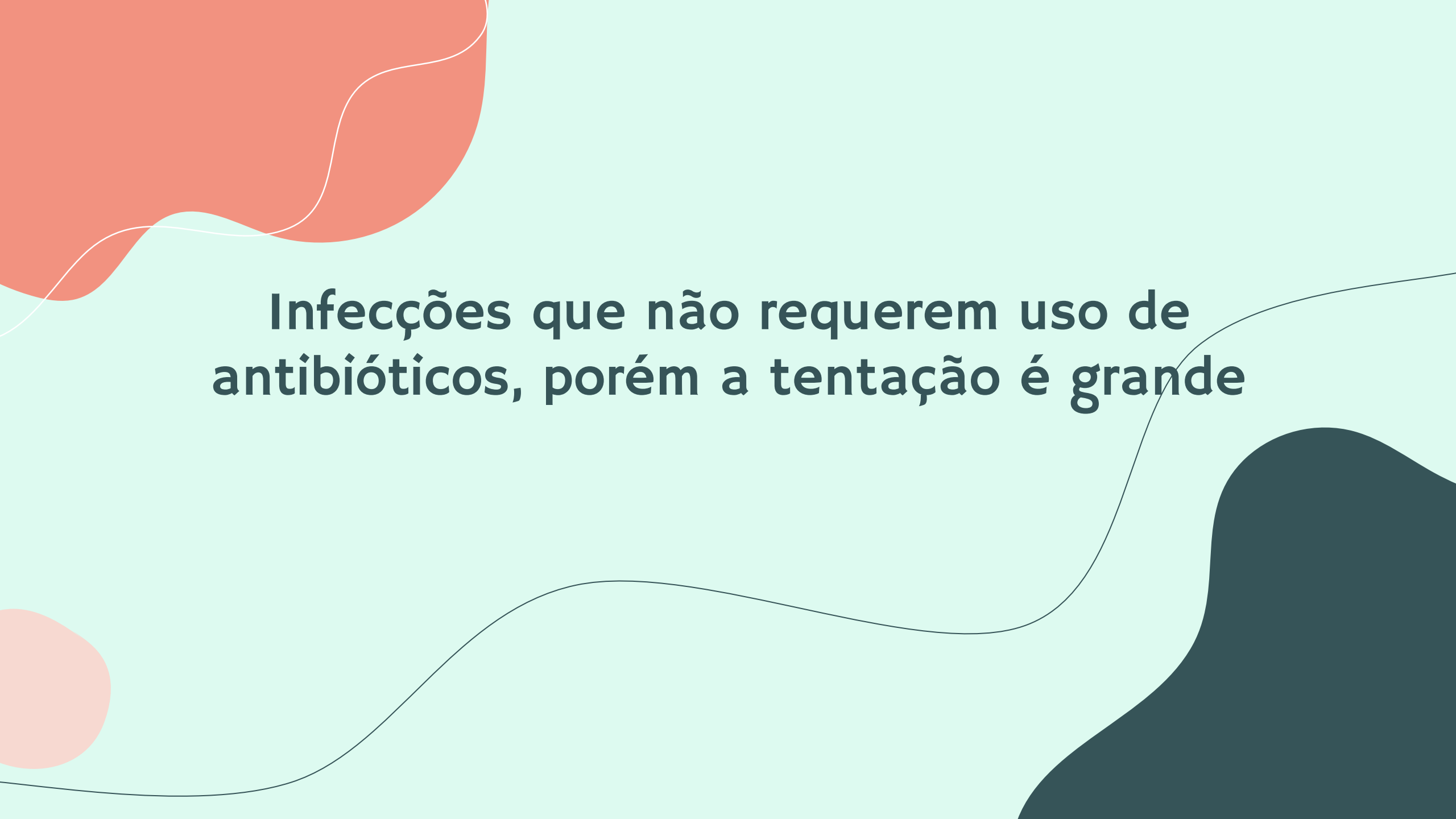
Eosinófilos - 00 % (V. N. 2 a 4 %)

Monócitos - 05 %

Basófilos - 00 %

Presença de 8 % de linfócitos atípicos

**Plaquetas** - 85.000 mm<sup>3</sup> ( V.N. 150.000 a 400.000)



**Infeções que não requerem uso de antibióticos, porém a tentação é grande**

- Febre, dor na garganta, odinofagia, bom estado geral.
- Faringite viral
- O que fazer?

Sintomáticos



**Síndromes “gripais” – virais  
(influenza, v. sincicial, metapneumovirus,  
rinovírus, adenovírus, Sars cov 2, etc.)**

Falem com Dr. André e Dra. Normângela

# Otites e Sinusites

- Agentes mais frequentes

Estreptococo B hemolítico  
Estafilococo  
Pneumococo  
*Moraxella catarrhalis*  
***Haemophilus influenzae\****

- **Antibióticos**

- **Amoxicilina**
- Amoxicilina + Ácido Clavulânico – 50 mg/Kg/dia
- Azitromicina – adultos 500 mg/ dia – 7 dias  
crianças 10 mg/Kg/ - 7 dias

# Otites e Sinusites

- Claritromicina
  - Crianças – 15 mg/Kg/dia – 12/12 h.
  - Adultos - 250 mg 12/12 h.
- Cefaclor - 20 a 40 mg/Kg/dia (12 / 12 h.)
- Axetil-Cefuroxime – 500 mg 12 / 12 h.
- Levofloxacino – 500 mg/dia

# Quinolonas abaixo dos 12 anos

- Erosão articular. Lesão de tendão (de Aquiles)
- (no entanto, nas UTIs neonatais)



# *Haemophilus influenzae B*

- Era presença marcante em sinusites e otites
- 2ª causa de meningites bacterianas

Até a introdução da vacinação no P.N.I.

Foi, então, rebaixado para o 4º lugar. Aí deu o troco

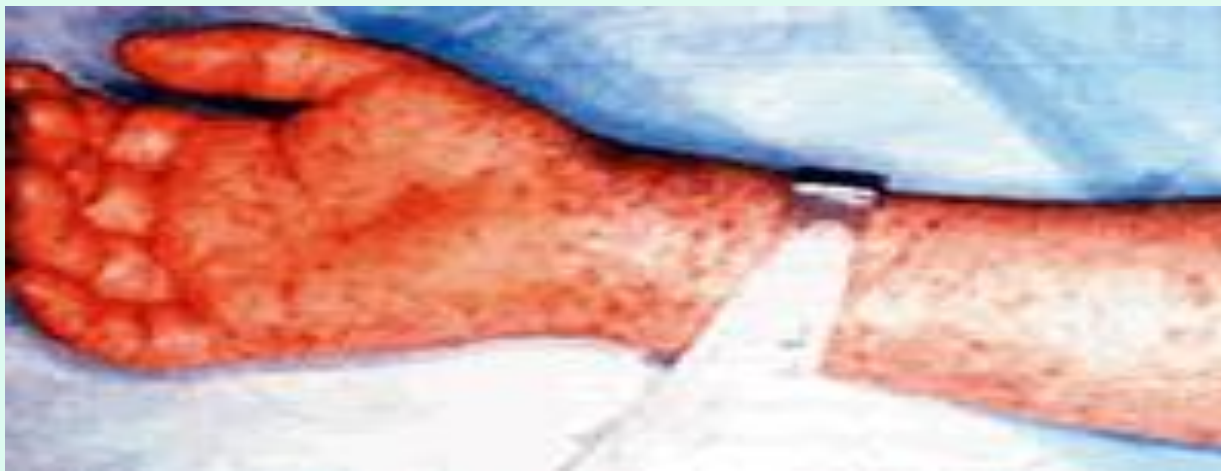
*Haemophilus influenzae aegyptius* – febre purpúrica brasileira

# Febre Purpúrica Brasileira

- Detectada em 1980 no Paraná e, posteriormente, São Paulo e Mato Grosso.
- Agente: *Haemophilus influenzae* biótipo *aegyptius*, bactéria que, mercê de uma mutação, adquiriu nova e diferente capacidade de virulência.

# Clínica

- Comumente apresenta-se como uma doença benigna, de curta duração (3 a 5 dias), com febre, dores abdominais, vômitos fugazes, diarreia leve e conjuntivite purulenta.
- Em alguns pacientes o quadro evolui para septicemia.
- Seguem-se as lesões purpúricas, mais em extremidades, hemorragias disseminadas, choque e morte.



# Entero-infecções possíveis agentes

- Vírus: Rotavirus, Norovirus, Echovirus, vírus **Coxsackie**
- Bactérias:
  - *E. coli* enteroinvasiva
  - *E. coli* enteropatogénica
  - *E. coli* enterotoxigenica
  - *E. coli* produtora de toxina shiga
  - *Shigella*
  - *Salmonella*
  - ***Vibrio cholerae* (El tor está de volta – Porto Calvo 2018)**  
E está para chegar o O 139, biotipo Bengal
- Protozoários:
  - ***Entamoeba histolytica***
  - ***Giardia lamblia***
  - *Cryptosporidium parvum*
  - (bovino)
  - *Cryptosporidium hominis*

# Balaio de gatos



# Diarreia

- Fezes pastosas ou mesmo liquefeitas, verdes, amarelas, sem muco, “catarro” ou sangue
- Sem febre e sem cólicas

## VIRAL, ALIMENTAR?

- Hidratação
- Repositores da microbiota (“flora”)
- Monitoramento

# Entero-infecção diarreia / disenteria

- Febre, vômitos, diarreia (fezes, escuras, com muco ou sangue) cólicas, tenesmos (Disenteria)

Bactéria?

Protozoário?

# E aí?

## Vai pedir exames?

- Enquanto você espera o resultado
- Quando chegar:
  - Difícil identificar enterobactéria
  - Identificada – (*E. coli*, por exemplo) prova de patogenicidade
  - Difícil detectar cistos de protozoários em fezes diarreicas ou disentéricas.
- Necessário tomar uma atitude





# Entero-infecção diarreia / disenteria

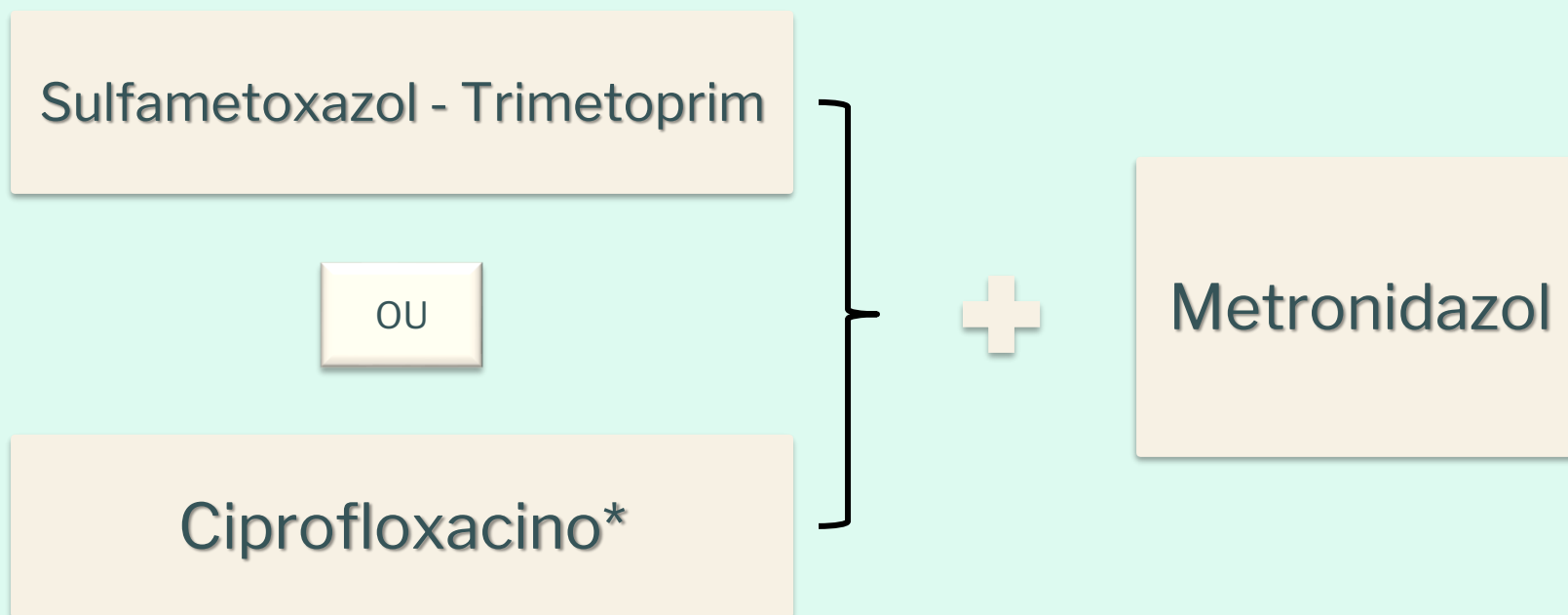
- Febre, vômitos, diarreia (fezes, escuras, com muco ou sangue) cólicas, tenesmos (Disenteria)

Bactéria?

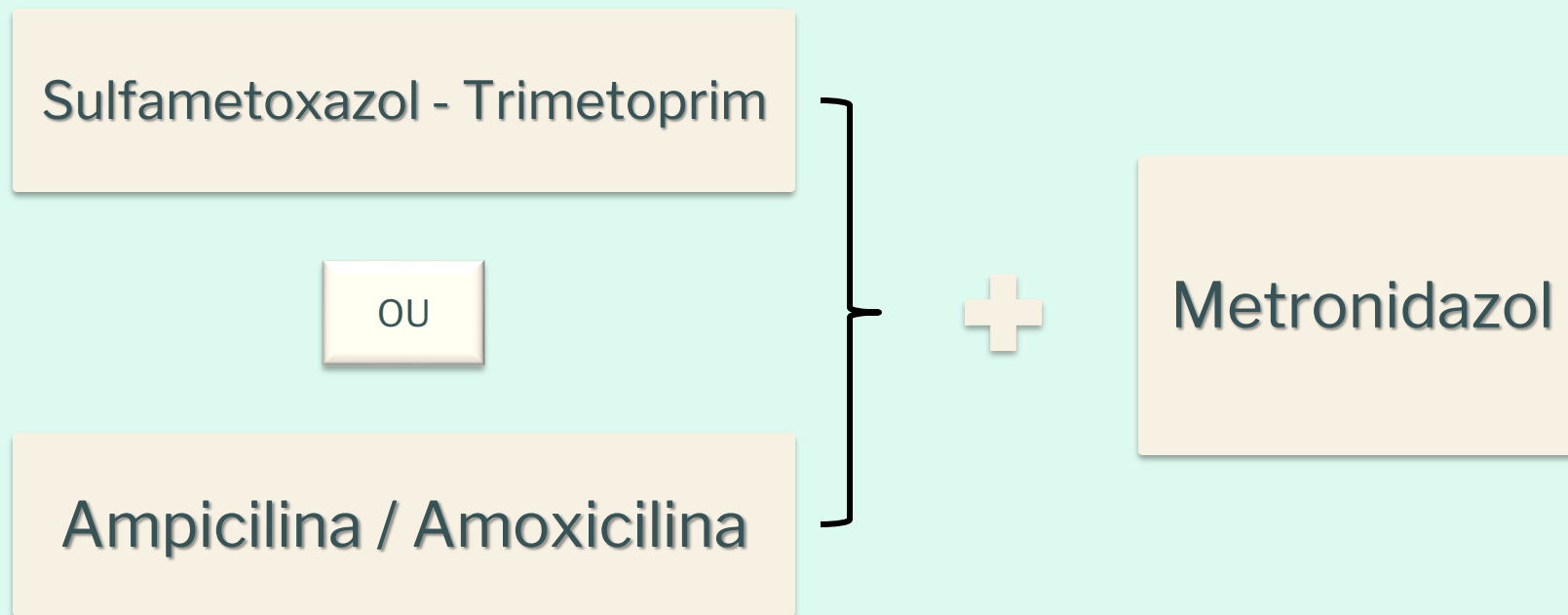
Protozoário?

# Diarréia Infecçiosa/ Disenteria bacilar ou amebiana - adultos

Abordagem prática (não acadêmica, quase vergonhosa)



# Diarreia infecciosa em crianças



- Não usar Ciprofloxacino

# Diarreia infecciosa em gestante

- Ampicilina / Amoxicilina - 50 mg / Kg / dia

+

Metronidazol – 250 mg de 8 / 8 horas

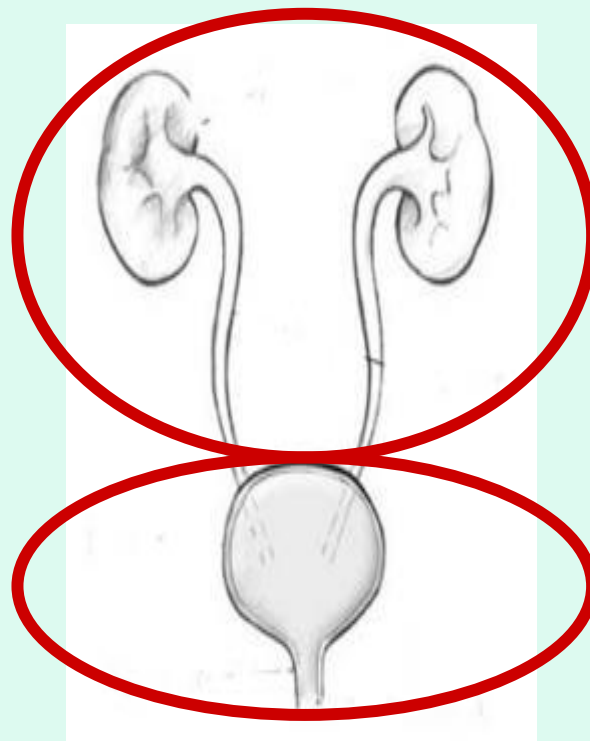
- Não usar Sulfametoxazol – Trimetoprim e Quinolonas

# Infecções urinárias - Etiologia

- Bactérias do meio intestinal
  - Contaminação por via ascendente
  - Mais frequente no sexo feminino (uretra próxima do ânus, reta e curta)
  - Gestação – acotovelamento do ureter
- *E. coli*
- *Klebsiella sp*
- *Proteus sp*
- *Morganella sp*
- *Enterococcus faecalis*
- *Pseudomonas aeruginosa* (após manipulação)

# Infecções urinárias

ITU ALTA



ITU BAIXA

# Itu baixa - cistite

- Polaciúria
- Disúria
- Dor no baixo ventre
- Ausência de febre



# I.T.U. baixa – tratamento em adultos

- Nitrofurantoína (Macroantina®) 100mg 6/6 h.
- Cefalexina 500 mg 6/6 hs. \*\*\*
- Sulfa-Trimetoprim 02 comp. (400/80) 12/12 h.
- Norfloxacinó 400 mg 12 / 12 h.
- Vá lá... Ciprofloxacino – 500 mg 12 / 12 h.
- Duração
- Em média 8 dias
- Fosfomicina – 5,631 g / dose única (Pseudomonas e Enterobacter, 2 dias

# Tratamento

- I.T.U. ALTA – Sem complicação
  - Ciprofloxacino - 500 mg 12/12 h.
  - Levofloxacino - 500 mg/dia
  - Axetil-Cefuroxime - 500 mg 12/12 h.
- I.T.U. ALTA – complicada (Hospital)

# Infecções urinárias em crianças

- Dificuldade ou impossibilidade de informação
- Choro à micção - ótimo
- Frequentemente sintomas inespecíficos : febre, inapetência, irritabilidade, náuseas, dor abdominal
- Suspeitou?
  - Peça Hemograma e Exame Sumário de Urina
- Comece a medicação de forma empírica

# I.T.U. em crianças

## tratamento

- Tente:
  - Nitrofurantoína – 12 mg/Kg/dia (6 / 6h.)
  - Sulfametoxazol – Trimetoprim – 30 mg / Kg / dia (Sulfa como base de cálculo)
  - Cefalexina – 50 mg/Kg/dia (6 / 6 horas)
- Se perceber que a infecção é de média gravidade:
  - Amoxicilina + Ácido Clavulânico – 50 mg/Kg/dia (6 / 6 horas)
  - Axetil-Cefuroxime - 30 mg/kg/dia (12/12 h)
- Se a infecção for grave - internar

# Infecção urinária em gestante

## Tratamento

- Nitrofurantoína (Macrofantina) – 100mg de 6/6h

(Evitar no 3º trimestre – feto com deficiência de glicose – 6 – fosfato desidrogenase- = doença hemolítica)

- Cefalexina – 500 mg de 6/6h
- Amoxicilina - 500mg de 8/8h
- Amoxicilina + Clavulanato K - 500mg de 8/8h
- Ampicilina + Sulbactam – 500 mg 6/6 h

(Grupo C - FDA)

- Axetil-Cefuroxime - 500 mg 12/12 h
- Cefdinir
- Fosfomicina

# Observação - cristais

- A presença, no sedimento urinário, de **amônio / magnésiano (estruvita)** indica participação de bactérias produtoras de **urease**

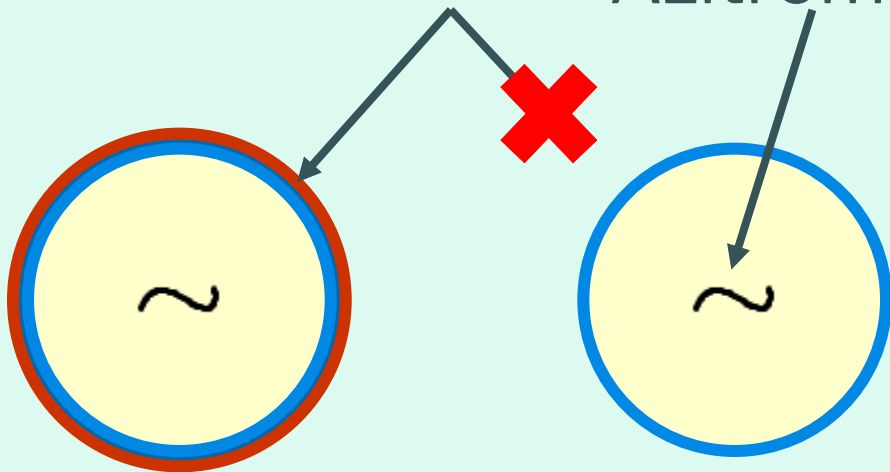
*Proteus mirabilis*

*Proteus vulgaris*

*Morganella morganii*

# Tratamento de descarga uretral masculina

- Gonococo ou clamídia?
- Ceftriaxona+ Azitromicina



# Vem aí Solithromycin

- Novo macrolídeo, em testes
- Eficaz contra gonococo e clamídia