

**Quadro 1 – Infecções do trato urinário: agentes mais comuns e tratamento**

Categoria	Agentes	Tratamento	Notas
Cistite aguda não complicada	<i>Escherichia coli</i> <i>Staphylococcus</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Klebsiella pneum</i>	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacin / Ciprofloxacina Levofloxacina Nitrofurantoina	O tratamento por 3 dias tem a melhor relação custo-benefício. A cura é semelhante entre sulfamídicos e quinolonas (95%). A Nitrofurantoina deve ser utilizada por 5 dias. Na presença de diabetes mellitus, diafragma, ITU pregressa recente, idade >65 anos, sintomas por mais de 7 dias, considere tratamento por 7 dias. Nem sempre é necessário solicitar culturas para os casos simples, devido à alta susceptibilidade aos antimicrobianos disponíveis nesta síndrome. <i>N Engl J Med, 2012; Clin Infect Dis 2013</i>
Cistite recorrente em mulher jovem	Os mesmos que aguda não complicada	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacin / Ciprofloxacina Levofloxacina Moxifloxacina Nitrofurantoina	Definição: 3 ou mais cistites sintomáticas num período de 12 meses. Antibioticoprofilaxia está recomendada com dose diária reduzida de Sulfametoxazol+ Trimetropim, por 6 meses, iniciada após tratamento e cultura negativa ( <i>Prim Care Clin Office Pract, v37 2010; Am Fam Phys, mar, 1999; NEJM, out, 1993; Curr Infect Ds Report, v1, 1999</i> )
Cistite aguda em homem jovem	Os mesmos que aguda não complicada	Sulfametoxazol+ Trimetropim Norfloxacin / Ciprofloxacina / Levofloxacina	Tempo de tratamento recomendado: 7 dias. Fatores de risco: parceira sexual colonizada por uropatógenos, coito anal passivo, ausência de circuncisão. A presença de prostatite deve ser analisada cuidadosamente, já que o tempo de tratamento varia de 6 a 12 semanas, na presença de prostatite. Homens jovens com pielonefrite também devem ser investigados. A urocultura está recomendada para todos os homens. <i>(Prim Care Clin Office Pract, v 37, 2010)</i>
Pielonefrite aguda não complicada	Os mesmos que aguda não complicada	Gentamicina Norfloxacin / Ciprofloxacina / Levofloxacina	No uso da via oral exclusivamente, o tempo de tratamento recomendado é de 10 a 14 dias. Se houver náusea, vômito ou sepse, a via endovenosa está indicada, até um período de 24 a 48 horas afebril. Complete 14 dias de tratamento. <i>(Am Fam Phys. Mar, 1999; NEJM, out, 1993)</i>
ITU complicada	<i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>P. mirabilis</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>Pseudomonas a</i>	Ampicilina + Gentamicina Ciprofloxacina Ceftriaxona Cefepime Piperacilina Tazobactam Meropenem	Apresenta fator complicador Anatômico, funcional ou metabólico (hiperplasia de próstata, microorganismo multirresistente, procedimento invasivo). No uso da via oral exclusivamente, o tempo de tratamento recomendado é de 10 a 14 dias. Se houver náuseas, vômitos, ou sepse, a via intravenosa está indicada, até um período de 24 a 48 horas afebril. Complete 14 dias de tratamento. Se enterococo, não usar cefalosporina de terceira geração.

## 2.2 INFECÇÕES TEGUMENTARES E DE PARTES MOLES

### 2.2.1 Etiologia

-A maioria das infecções tegumentares agudas é causada por bactérias gram-positivas: *Streptococcus* spp e *Staphylococcus aureus*;

-Lesões tegumentares crônicas são frequentemente polimicrobianas com maior probabilidade de anaeróbios e gram negativos (infecções em pés de pacientes diabéticos, lesões por pressão); **ver quadro II de recomendações de tratamento**

-Infecções tegumentares podem ou não se associar a resposta inflamatória sistêmica evidente: Sepses/ Sepses Grave/ Choque Séptico

Tratamento ambulatorial/ DOMICILIAR

-Infecções localizadas, que não necessitem intervenção cirúrgica em paciente clinicamente estável e imunocompetente, podem ser tratadas ambulatorialmente;

-Medicamentos de escolha:

- Cefalexina 500mg-1g via oral 6/6hs ou
- Clindamicina 300-600mg via oral 8/8hs

Tempo de tratamento: 7-10 dias

Na **internação** usar antimicrobiano-endovenoso:

-Infecções extensas

-Infecções em face, pescoço ou períneo

-Infecção com sinais de gravidade: dor desproporcional aos achados físicos, presença de hemorragia cutânea, presença de bolhas violáceas ou amarronzadas, anestesia cutânea, presença de gás ou piora progressiva apesar do tratamento instituído

-Condições associadas: imunodepressão, insuficiência renal, cirrótico, insuficiência cardíaca, neutropenia e diabetes

-Presença de Sepses/Sepses Grave

## Quadro 2 – Infecções de Pele

DOENÇA	AGENTES MAIS COMUNS	TRATAMENTO DE ESCOLHA	TRATAMENTO ALTERNATIVO	COMENTÁRIOS
Impetigo	Streptococcus do grupo A S. aureus	Cefalosporinas de 1 <sup>a</sup> geração (cefalexina 1g cada 6h por 7 dias)	Eritromicina (500mg v oral cada 6h /7 dias). Aplicação tópica de mupirocina e ácido fusídico	Risco de Glomeronefrite Difusa Aguda Difícil diferenciar impetigo estrepto de estafilocócico
Erisipela	Streptococcus do grupo A, às vezes grupos G, C, B e mais raramente S. aureus	<b>Ambulatorial/domiciliar:</b> penicilina procaína 400.000 IM cada 12h. <b>Internado:</b> penicilina cristalina 2.000.000 IV cada 4h	Clindamicina (300-450mg cada 6h VO por 7dias OU 600mg cada 6h OU 900mg cada 8h IV por 7 dias)	Culturas positivas em apenas 5% dos casos
Celulite	S. pyogenes do grupo A S. aureus	<b>Ambulatorial/domiciliar:</b> cefalosporinas de 1.a geração (cefalexina 1 g cada 6h por 7 dias). <b>Internado:</b> oxacilina (2g IV cada 4h por 7 dias)	Clindamicina (300-450mg cada 6h VO por 7 dias) OU 600 cada 6h OU 900mg cada 8h IV Por 7 dias)*	Tentar obter bacterioscopia e cultura se secreção purulenta Maior positividade em hemocultura

Observações; 1) Tanto a erisipela quanto a celulite apresentam sinais flogísticos, podem apresentar febre e leucocitose, mas a erisipela é mais superficial e bem delimitada. 2) As doses foram calculadas para adulto com peso de 60 a 70 Kg, com função renal normal.

\*Encaminhar para local que realize o procedimento.

## Infecções Necrotizantes – ver as características no Quadro III

-Evidência de infecção grave ou não controlada (dor, aumento de hiperemia, febre, taquicardia, agitação, instabilidade hemodinâmica)

-Coleta de material: por punção ou 2 swabs + hemocultura + antibioticoterapia → drenagem ampla através de incisões para exposição da fáscia e/ou músculos:

→ considerar oxigenioterapia hiperbárica

→ se infecção controlada OK

→ se infecção não controlada → reavaliar desbridamento/antibioticoterapia

• **Infecções Necrotizantes – Origem Comunitária**

- *Clostridium* (gangrena gasosa extremidades)
- *Streptococcus* beta-hemolítico, *S. Aureus* (idiopático, pós-trauma, inj. drogas, animais peçonhentos)
- Flora mista (gangrena Ludwig)

Ceftriaxona 1g IV cada 12h +  
Clindamicina 900mg cada 8h\* IV  
\*Encaminhar para local que realize o procedimento.

→ Flora mista intestinal (Fournier) → Clindamicina 900mg cada 8h\* IV + Gentamicina\* 240 mg/dia

(dose única). \*Encaminhar para local que realize o procedimento

Obs.: Ceftriaxona 1g IV cada 12h em caso de insuficiência renal ou alto risco.

• **Infecções Necrotizantes – Origem Hospitalar**

- Flora mista (pós-drenagem de abscessos, cirurgias potencialmente contaminadas/contaminadas/infected)
- *S. aureus*, *Streptococcus* beta-hemolítico (pós cirurgias limpas ou potencialmente contaminadas)

Vancomicina 1g cada 12h +  
(Amicacina 1g cada 24h +  
Metronidazol 0,5g cada 8h)\*

→ Reavaliar antibioticoterapia de acordo com cultura/antibiograma

\*meropenem em caso de insuficiência renal ou alto risco

**Quadro 3 – Infecções Necrotizantes**

TIPO	AGENTE CAUSAL USUAL	CAUSAS PREDISPOANTES	QUADRO CLÍNICO
Celulite clostrídica	<i>Clostridium perfringens</i>	Trauma local ou cirurgia	Gás na pele, fásia poupada, pouca repercussão sistêmica
Gangrena gasosa	<i>C. perfringens</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>C. septicum</i>	Trauma, injeções de epinefrina, neutropenia	Mionecrose, formação de gás, toxicidade sistêmica, choque
Celulite anaeróbia não clostrídica	Flora mista aeróbia e anaeróbia	Diabetes melito	Gás nos tecidos
Fasciite necrotizante do tipo 1	Flora mista anaeróbia, Gram-negativos e enterococos	Cirurgia, diabetes, doença vascular periférica	Destrução de gordura e fásia; envolvimento da área perineal na síndrome de Fournier
Fasciite necrotizante do tipo 2	<i>Streptococcus</i> do grupo A	Feridas penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras, trauma	Toxicidade sistêmica, dor Local intensa, gangrena, choque, falência de múltiplos órgãos