

Casos clínicos ANTIMICROBIANOS

1 – Jovem de 18 anos é trazida ao PS com história de cefaléia e febre há 3 dias associado a náuseas e vômitos há 2 dia. História de otite média crônica a esquerda. Ao exame físico encontrava –se torporosa, com rigidez de nuca. qual a conduta a ser tomada diante deste caso?

HD: meningite. Tem cefaléia, náusea e vômito. Pode ser secundária a OM. Meningite secundária a OM – agente é o pneumococo (streptococcus pneumoniae).

Devo ou não fazer **TC**? O paciente pode ter um abscesso cerebral e a OM pode fazer uma mastoidite que fez um abscesso cerebral. Essa OM causou a meningite. Se não temos a TC, devemos fazer exame de fundo de olho. Se não sabemos fazer fundo de olho, podemos fazer encaminhamento. Faz atb, corticóide e encaminha.

Depois da TC, não tinha abscesso, puncionamos o liquor. Depois disso, vamos usar **atb, e corticóide**. **Amoxicilina** não passa a barreira. Então vamos usar cefrexone – atravessa a barreira. Se fosse pneumococo – usamos penicilina. Mas o problema é que não temos o agente na Mão no momento. Até o exame do liquor sair, eu uso ceftrexone. Se o liquor vier com diplococo gram +, eu posso trocar para **penicilina**? Posso ou não. Se permanecer pode deixar, mas a penicilina em dose alta é boa porque a resistência do pneumococo é baixa. Aki no HU não tem **ceftrexone**, logo, vamos usar penicilina.

Por qto tempo? 7 a 10 dias se houver melhora.

Para evitar seqüelas e melhorar mais rápido → devemos usar **corticóide**! É muito importante o corticóide. Primeiro faz atb e depois corticóide (Dexametasona) – 10 mg de 6 em 6 horas por 4 dias e só. A principal lesão que o pneumococo faz na cabeça é **vasculite intensa** que pode deixar seqüela e o corticóide diminui o processo inflamatório das meninges, diminui hidrocefalia e diminui seqüelas tardias como surdez.

2 – Paciente do sexo masculino, 52 anos, apresenta quadro de tosse com expectoração amarelada e febre há 2 dias. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, febril, taquicárdico, taquipneico, desidratada. A ausculta pulmonar evidenciou roncos difuso e estertores creptantes em 1/3 inferior hemitórax direita. Qual a melhor conduta frente ao caso?

HD: pneumonia. Paciente REG, um pouco desidratado, taquicardico e taquipneico. Não tem nenhuma comorbidade, nunca foi internado, não é diabético, cardíaco, não fuma.

Devemos fazer **RX de tórax** para confirmar o diagnostico. Escarro não da diagnostico de pneumonia, apenas para tuberculose. A possibilidade é muito baixa porque na tuberculose tem emagrecimento, tosse há 3 semanas, mais prolongada. Não da o diagnostico, porque quando chega na boca já esta contaminado.

Qtos % das pneumonias podemos isolar os agentes? Em torno de 30%. Geralmente o agente esta localizado e não faz bacteremia, por isso nem sempre

conseguimos isolar no sangue. A maioria tratamos empiricamente, sem fazer diagnóstico.

Usamos o lavado apenas na pneumonia que não melhora. De cara, se desse para fazer para todos, iríamos fazer, mas não temos o material, então não é usado na rotina. Os principais agentes de pneumonia da comunidade: **pneumococo, haemophilus, moraxella, stafilo.**

Pode ter os atípicos que é totalmente diferente.

Depois do RX, preciso fazer mais um **hemograma** para ver anemia, leucocitose, função renal.

O que eu dou? **Levofluoxacina.** Não posso usar ciprofluoxacina porque ela não pega pneumococo que é a principal causa e não concentra muito bem no pulmão, esta indicada para pneumonia por pseudomonas. Cipro é mais para infecção por gram -. Norfluoxacina não pega pneumococo e é uma quinolona de 1ª geração. Ela só pega gram - e não concentra nada no pulmão. **Azitromicina** também pode ser usada. Penicilina pode ser usada, amoxicilina também concentra muito bem no pulmão e seios da face, pega pneumococo, haemophilus, e também posso associar com **ácido clavulânico** para bactérias que produzem beta-lactamases.

Os atípicos são mais difusos ao RX e os típicos são mais concentrados. Os atípicos tem tosse mais seca e febre de 7 a 10 dias.

Se usarmos beta-lactâmicos cobrimos apenas os típicos.

Esse paciente precisa ficar internado? Não precisa, mas pelo menos 12 horas de hidratação, fica no PS tomando um sorinho e depois que melhorou vai pra casa. Geralmente não encaminha.

Em 48 hrs da evolução de uma pneumonia, eu preciso reavaliar o paciente. Raramente os atípicos causam sepse. Eles não são tão agressivos. Então, se não começamos a tratar uma atípica, o paciente vai a óbito, mas quando é atípico, pode ir a óbito se não for tratado adequadamente (?). locais fechados e com ar condicionado tem mais atípicos.

Levofluoxacina nessa época do ano, é como se fosse “chazinho”. É um atb barato e daqui uns anos pode ter resistência. Se fizer um tipo de resistência, o paciente já fica resistente.

Pacientes com maior risco de atípicos → DPOC, alteração estrutural, com maior idade, e em idade escolar porque a transmissão dos atípicos é por via respiratória e locais fechados facilitam a transmissão. Um paciente com DPOC, o ideal é querer cobrir os atípicos também.

Se o paciente chegou com esse quadro e 12 horas depois evolui para choque. Qual atm devemos usar?

Levofluoxacina em UTI não tem estudo provando que é bom. Alguns estudos dizem que tem aumento de mortalidade. Clindamicina → vou cobrir pneumo, estafilo, haemofilus e moraxella mais ou menos. Aqui em dourados usa-se clinda com rocefim. A clinda deve ser usada com pneumonia aspirativa. Uma boa escolha seria **ceftrexone com claritromicina ou azitromicina** → cubro muito bem pneumococo e atípicos. Faço um sinergismo e cubro quadros graves. A claritromicina também tem ação contra micobacterias. Paciente que já tem um pulmão baqueado, tabagista, e tem pneumonias recorrentes, nesse caso devemos

pensar em tuberculose – devemos iniciar o tratamento com beta-lactâmico e fazer exame para tuberculose.

Deixaria umas 6 horas em observação tomando soro, fazendo exames iniciais. Se o paciente está bem, **levofloxacina** 1ª dose no hospital e na casa dele, ele continua fazendo isso. Rocefim – eu não conseguiria fazer o tratamento sequencial na casa dele. Todas as quinolonas são bem absorvidas VO. Não necessariamente que internou tem que ser EV, porque as quinolonas e macrolídeos tem boa absorção VO.

Geralmente a pneumonia viral é precedida de quadro gripal. Tem um quadro clínico há uma semana e piora. 2 possibilidades – pneumonia viral ou infecção de VAS é risco para pneumonia. Diminui cílios, produção de muco, macrófagos menos ativados e também posso ter pneumonia bacteriana. A vacina anti influenza é para evitar pneumonia porque a gripe é fator de risco para pneumonia. Para diferenciar é apenas pelo lavado. Até termos um resultado do exame, vamos dar atb. Vírus sincicial respiratório, coronavírus, vírus da influenza, H5N1 – da gripe do frango, causa pneumonias horríveis e não tem infecção bacteriana associada. Nos casos desse tipo de doença toma atb para bactérias e remédio para influenza.

Nas crianças, a taxa de pneumonia viral é mais alta do que nos adultos.

Coronavírus – causa de SARS no Japão.

3 – Paciente 65 anos, hipertensa e diabética, há 5 dias com febre baixa, inapetência e queda do estado geral. Há 2 dias notou aparecimento de vermelhidão e endurecimento da perna esquerda. Nas últimas 24 horas a vermelhidão aumentou rapidamente e espalhou-se também pela coxa esquerda. Qual principal diagnóstico e a conduta que deve ser adotada neste caso?

HD: pode ter começado com **erisipela e evoluiu para celulite extensa**. Fatores de risco para desenvolver a celulite extensa: DM, imunossupressão, alteração venosa (diabéticos e hipertensos), estase venosa em MMII.

É muito comum. Paciente piorou nas últimas 24 horas. Então temos que fazer o que? Estafilo ou estrepto que causou? A chance maior é de estafilo, mas podem ser os dois.

Algumas vezes, iremos ver associação de **oxacilina com penicilina G** para cobrir estafilo e estrepto. O problema é se cobrir estafilo e for estrepto ou vice versa. Muitas vezes, podemos achar estranho, mas a oxa é o melhor para estafilo e para estrepto a penicilina é o melhor que tem.

Outra droga para pegar tudo? Amoxa não pega estafilo.

Azitromicina pega estafilo e estrepto. **Cefalosporina de 1ª geração (cefazolina, cefazotina)** também pode usar porque pega ambos. Se tiver muito grave, dar **Rocefim**. Mas se formos guardar ele um pouco, é melhor para não criar resistência.

As cefalosporinas de 1ª geração – para infecção de pele tem que ser concentração maior do que o usual. O ideal é 500 mg de 6 em 6. Se for infecção pequena, impetigo, pode prescrever. Mas se for grave, deve-se usar 1g de 6 em 6

por causa de concentração tecidual e não por causa de resistência. É para chegar mais droga no tecido.

Precisa internar, principalmente devido a DM e HAS. Vai ter que controlar a pressão, insulina.

Há algum risco de fazer outra complicação?

Pode fazer uma complicação local não infecciosa → **trombose**. Já tem dificuldade do sangue vir, tem infecção, pode fazer **TVP**. Tem que fazer profilaxia.

Pode dar Bactrim? Ele foi usado por muito tempo, logo, a taxa de resistência na comunidade é muito alta, logo, a falha terapêutica é muito alta. Teoricamente ele pegaria, mas a taxa de resistência é muito alta. E. coli tem até 70% de resistência a bactrim – dizem alguns estudos.

4 - Paciente 52 anos, sexo feminino deu entrada em um PS com história de disúria, febre e dor lombar há 5 dias. Há um dia evoluindo com piora do quadro e diminuição do fluxo de diurese. Ao exame apresentava-se desidratada, corada, dispnéica (FR 28 ipm), FC 110 BPM, PA 90x60 mmHg, Giordano positivo a direita. Hemograma com leucocitose e desvio a esquerda. Após 1 hora na sala de observação paciente evolui com agitação psicomotora, piora do padrão respiratório e oligoanúria. Qual a conduta mais adequada frente ao caso?

HD: pielonefrite.

Já esta com diminuição da diurese, febre, hipotensão, taquicárdica, taquipneica sem ter nada no pulmão – logo tem todos os critérios para **sepse**.

Devemos monitorizá-la, máscara de O₂, 2 acessos de grosso calibre e passar soro. Dar atb → **ciprofloxacina, Rocefim, aminoglicosídeos** não podemos dar porque ela está anurica e é nefrotóxico. Tienam não deve ser dado para ng de cara em infecção de comunidade, apenas infecções hospitalares.

Indicação do corticóide na sepse → a indicação é quando não melhora com medidas usuais, pode ter insuficiência adrenal relativa.

Posso usar um vasoconstritor (noradrenalina) quando não responde a volume mesmo quando damos 3 litros de soro.

Pedir um exame para saber a sepse → **gasometria venosa ou arterial**. Fazer um PVC, passar intracat, saturação venosa (colho sangue do cateter e levo e tem que ter acima de 70% para saber qto de O₂ está consumindo). Hidratar, colher gasometria, hidratar mais, controlar o débito urinário. Se era insuficiência pré-renal, ela vai começar a urinar novamente. Verificar se precisamos dialisar, se vai causar alguma complicação. Provavelmente ela vai ficar na sala de emergência ou UTI para ter acompanhamento e monitorização. Se baixar o nível de consciência e toxêmica – intubar. O paciente não tem comprometimento pulmonar, se tiver uma acidose muito grave, vai fazer uma alcalose respiratória para compensar. A paciente vai fadigar.

Mais tardiamente, podemos pensar em um **corticóide**.

A paciente tem um quadro agudo de problema renal, se ficar sequelada

5 – Paciente 5 anos com história de febre baixa dificuldade para deglutição há 3 dias. Nota-se ao exame físico adenomegalias cervicais e hiperemia amígdalas com pontos pustulosos. Qual melhor antibiótico para tratamento neste caso ?

HD: amigdalite. O principal agente é o strepto pyogenes.

Dar atb. **Benzetacil** resolve. Strepto pode dar febre reumática, glomerulonefrite, etc. Dar **amoxicilina + clavulanato (clavulim)**. **Azitromicina**. **Penicilina VO**.

Estrepto piones, estafilo, etc.

Sempre lembrar que o atb para melhorar a infecção melhora de 48 a 72 horas. Vai demorar alguns dias para comer, melhorar o apetite.

6 - Paciente de 16 anos no 5o pós-operatório de apendicectomia e lavagem da cavidade por apendicite perfurada, em tratamento com gentamicina e metronidazol (5o dia), mantém íleo paralítico e alguns picos febris (38oC). Incisão em bom estado. Resultado parcial de hemocultura colhida no 2o PO mostra cocos gram positivos. Qual melhor conduta frente ao caso?

Paciente já está internado, 5º dia de atb e ainda tem febre. Apendicite perfurada e tinha infecção, esta com íleo paralítico, não se alimenta e a incisão não tem infecção.

Estava tomando gentamicina e metronidazol – para gram negativos e anaeróbios.

1. O paciente tem uma infecção resistente a esses atbs.
2. Não estou cobrindo o agente que esta causando infecção e cresceu coco gram + na infecção. Para apostar, qual seria? **Enterococo**. Se tivesse infecção na ferida, poderia pensar em estafilo, mas é dentro da barriga. O enterococo é agente oportunista.
3. Pode ser um gram negativo que ficou resistente, então tenho que fazer cultura ou pode ser infecção por enterococo ou pode ser que não seja da barriga. Quando fazemos cirurgia abdominal, temos predisposição para infecção pulmonar.

O que temos que fazer?

RX de tórax, hemocultura, urina, leucograma. Se sabemos que tem um coco gram +. O que faríamos? Aumentar um para pegar enterococo. Daria **ampicilina, gentamicina e metronidazol**.

E aguardaria os exames e acompanharia a evolução clínica. Se ele piorasse aí eu trocava, não daria para esperar os exames. Se o paciente piorar, posso pensar em cefalo de 4ª geração, tazocim (pega anaeróbios, agentes da barriga). Poderia dar cipro, ceftrexone.

Se o paciente está com IR, consegue tomar medicação, qual a flora do local – cada local tem o seu protocolo.

Vancomicina e Imipenen é o último estágio. Se o paciente está internado há 5 dias, saber que é um germe hospitalar.

Tenho que cobrir o pulmão, mas não posso esquecer da barriga. Sempre colher cultura, não devemos ficar trocando de atbs porque pode demorar um pouco para dar o resultado (48 a 72 horas).

7 – Paciente 25 anos, sexo feminino com história de disúria há 3 dias e urina 1 infecciosa, apresentou crescimento em urocultura de Staphylococcus saprophiticus. Qual melhor antibiótico para tratamento desta infecção?

HD: mulher com cistite por stafilo saprofíticos. Não é gram negativo. A melhor escolha seria **cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)** – 1ª escolha para gestante, nelas, fazemos 7 dias pelo risco de parto prematuro).

Essa paciente não precisa internar e Oxa só tem na veia de de 6 em 6, então não seria a melhor escolha. Temos que pensar em algo VO.

Azitromicina seria mais ou menos. Norfloxacin não iria pegar porque não pega estafilo.

8 - Paciente do sexo masculino, 49 anos, no 1o pós-operatório de gastrectomia parcial apresenta pico febril de 38,5o C. No hemograma há 12.000 leucócitos com 70% neutrófilos, 25% linfócitos. Raio X de tórax mostrou opacificação laminar em base de pulmão D. Qual a principal hipótese diagnóstica e conduta frente ao caso?

Acabou de fazer uma cirurgia de abdômen superior, discreta leucocitose, sem desvio a E e alteração em base laminar de pulmão direito.

Pode ser: **atelectasia**. É a principal causa de febre no pos-operatorio, paciente não respira direito, tem irritação do diafragma, pleural. Se não fizermos uma boa fisioterapia e se não abrir, vira pneumonia. No pos operatório imediato e pico febril, a primeira coisa a pensar é a atelectasia e chamar fisioterapeuta respiratório. Ocorre principalmente em cirurgias de abdômen superior. Se não fizer boa fisioterapia e expandir a base, vai virar pneumonia.

A leucocitose chamou a atenção e pode indicar um **estresse cirúrgico**.

Febre nos 1os 3 dias de pos operatório de abdômen superior, não necessariamente é pneumonia, mas tenho que acompanhar diariamente para não evoluir para pneumonia.

Nem tudo que da febre e leucocitose é infecção.

9 – Criança do sexo masculino 6 anos com história de 6 dias de febre baixa, mialgia, artralgia, anorexia. Evoluiu nas últimas 48 horas com cefaléia, vômitos, piora da febre e rebaixamento do nível de consciência. Realizada coleta de liquor com seguinte resultado: 250 células (80% linfócitos, 5% monócitos e 15% neutrófilos), proteína 90 mg/dL e glicose 50 mg/dL, Gram – não observado bactérias. Quais as principais hipóteses diagnósticas e conduta frente ao caso?

HD: meningite viral.

Glicose – 2/3 da glicemia do sangue. Então ela esta discretamente baixa. A PTN esta aumentada – o normal é de 15 a 45. Cels normais – 5 a 15. As cels estão não estão muito aumentadas. É importante lembrar de prodromos.

Geralmente meningite bacteriana não tem prodromos. Na meningite bacteriana, as cels estão na faixa de 1000.

Conduta: internar, a meningite pode complicar independente da etiologia, então sempre fica no hospital.

Dou ou não atbs? Não deveria dar, mas se der, não condenaremos. Porque a bacteriana é muito grave.

Faz ou não corticóide? é controverso. Na literatura não tem nada que prove que o corticóide vai mudar alguma coisa na meningite viral, mas a opinião de muitos é que não faz mal então da.

Punção lombar – uma punção deve fazer. É um procedimento arriscado, dói e pode inocular bactéria durante o procedimento de não fazer uma assepsia correta. A meningite viral – com 2 a 3 dias a criança esta muito melhor. Se a criança ou adulto com quadro de meningite viral evoluir bem, não vou puncionar de novo, mas se ele se mantiver letárgico, com febre e sem melhoras, podemos puncionar para ver. Repuncionar é apenas para pacientes que não estão evoluindo bem.

Toda meningite tem que internar.

10 – Lactente de 4 meses apresentou febre alta há dois dias e queda do estado geral. Evoluiu nas ultimas 12 horas com piora da febre, rebaixamento do nível de consciência, vômitos e convulsões. Apresentava ao exame físico descorado, desidratado, hipotenso, com sinais de rigidez de nuca e presença de petéquias em MMII. Quais as hipóteses diagnósticas e conduta frente ao caso ?

HD: meningite com meningococcemia.

2 etiologias que também dão petequias: Haemophilus pode dar pneumonia e petequia. O estafilo aureus por infecção grave também pode dar petequias.

O paciente tem que ir para UTI. Fazer intracat, hidratação, droga vasoativa, atb.

Qual atb?

1. Cefalosporina de 3ª geração – Rocefim (como todas as meningites)
2. Penicilina
3. Ampicilina → essas duas ultimas em dose alta de 4 em 4 horas.

Dou ou não corticóide? não tem nada na literatura, mas pode dar.

Para saber se a doença esta progredindo rapidamente ou não → vou fazer um quadradinho e contar qtas petequias e contar novamente depois de 15 min, 1 hora. Qto mais rápido aumenta o numero de petequias, mais grave o paciente esta.

O risco de óbito é alto, risco de seqüela também é alto. Dar atb, corticóide, conduta para sepse. Provavelmente vai entubar, precisa de droga vasoativa e se não atuar nas 1as 12 horas vai morrer.

Atb por 7 a 14 dias dependendo da evolução.

Gram negativos – pelo menos 10 a 14 dias.

Infecções da pele – pelo menos 7 dias.

Pneumonias – pode ser 7 dias.

Infecção por cateter – 14 dias.

Infecção do trato urinário – 3 dias.

A tendência atual é encurtar os tempos de tratamento.

Hj existem atbs com menos efeitos colaterais do que o cloranfenicol.

Estafilo aureus resistente da comunidade – dar cloranfenicol, mas esta começando a surgir resistência.

A doença meningococcica é de transmissão respiratória por gotículas. O paciente tem que ficar internado e isolado por 24 horas após a antibioticoterapia porque elimino os meningococos da cavidade oral. Tem que usar mascara respiratória e sempre que mexer no quarto do paciente tem que usar mascara respiratória.

A gotícula, quando ela caiu no chão, não transmite mais. O aerossol, a partícula sai e resseca e fica como se fosse uma “pena” e vai transmitir. O sarampo, herpes zoster, SARS e tuberculose transmitem por aerossol. Rubéola, caxumba, doença meningococcica é tudo por gotículas.

11 – Homem de 45 anos, trabalhador braçal, há 6 meses apresentando quadros recorrentes de abscessos em região de dorso e nádegas. Refere aparecimento de mais de duas lesões na pele de cerca de 5 cm de diâmetro que evoluem com eritema e dor local com saída de secreção purulenta, deixando cicatriz local. No momento com quatro lesões no dorso de cerca de 3 cm de diâmetro eritematosas, dolorosas associado a febre baixa. Qual a melhor conduta neste momento? Qual a conduta para evitar que ocorram novos episódios ?

HD: carbúnculo – um pertinho do outro com vários pontos de saída e fica doloroso. (NÃO É). Ele tem, melhora e volta → FURUNCULOSE de repetição. As **causas** são: principal agente é o stafilo aureus. **Porque ele tem sempre?** O estafilo mora na nossa pele, paciente é trabalhador braçal, esta sempre suado, sujo e predispõe a formação desses abscessos. Não é tão raro e deixa muitas cicatrizes no local.

O que fazer? Cefalosporina de 1ª geração (cefalexina), azitromicina, oxacilina EV mas posso usar se tiver mtos sintomas sistêmicos, febre. 7 dias de atbs é mais do que suficiente. Os furúnculos vão regredir ou formar pontos de flutuação, banho de água quente e vamos tirar a secreção. Se eu resolver, vai aparecer novamente. Então, o que o paciente tem que ter é uma boa higiene – tem que tomar banhos diários, evitar ficar com roupas de algodão que não deixam o suor sair, não usar calça apertada para trabalhar. Posso indicar um protec – sabonete com antisséptico. Banhos de água quente amolece e geralmente drena o furúnculo. Muitas vezes ele não drena sozinho, tem que ir no PS e fazer drenagem.

Se mesmo assim continua aparecendo, **o que fazer?** Não tem indicação de atb profilático. O que podemos fazer nos casos rebeldes é pegar **clorexidine degermante** e ele toma banho com isso, diminui a carga bacteriana da pele e diminui a chance de formar os furúnculos. É comum aqui em dourados, principalmente no verão que é quente.

Fatores de risco: estresse, uso de drogas imunossupressoras.

12 – Adolescente de 15 anos, sexo feminino vem ao pronto-socorro com queixa de febre baixa, coriza, rinorréia e dor de garganta há 7 dias. Há dois dias vem apresentando cefaléia em peso, principalmente frontal de média intensidade, associado a rinorréia purulenta. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, consciente, orientada com dor a palpação região frontal e maxilar. Qual diagnóstico e conduta frente ao caso?

HD: Sinusite. Começou como um resfriado, acumulou secreção nos seios da face, contaminação bacteriana secundária.

Principais agentes: Haemophilus, Moraxella, Pneumococo.

Tratar com: **amoxicilina, amoxicilina com clavulanato** (ampicilina é pessimamente absorvida VO, não deve ser usada). Azitromicina é ótima – concentra até 3 dias em seios da face. Podemos tratar com 5 dias de azitromicina. Talvez uma **cefaloxina de 2ª geração. Quinolonas respiratórias** - Levofloxacina, (Norfluoxacina – para cistite e profilaxia de peritonite bacteriana espontânea).

Não diagnosticamos no RX, tem baixa sensibilidade, então se o RX vier normal, não podemos descartar.

Pode fazer infecção por anaeróbios.

13 – Paciente, 19 anos, sexo masculino, sofreu acidente de carro há 5 dias. Na ocasião foi atendido em um PS, sendo liberado para casa com analgésicos. Evoluiu após 24 horas com febre alta, dor intensa em coxa esquerda, inapetência e vômitos. Hoje foi levado pelos pais novamente ao PS obnubilado, descorado, desidratado, hipotenso com eritema e formação de bolhas na coxa e perna esquerda. Quais os principais diagnósticos e conduta frente ao caso?

HD: síndrome compartimental. O paciente está muito grave para ter apenas infecção do subcutâneo (celulite). Provavelmente é uma **fasciite necrotizante ou síndrome compartimental**. Ou estourou algum vaso e ficou sangrando e não tem mais para onde ir e começou a isquemiar – sd compartimental, ou fez uma infecção predisponente devido ao trauma.

Fasciite necrotizante – **strepto pyogenes, stafilo e pode ter associação com anaeróbios.**

Conduta: abrir a perna e debridar. Se for sd compartimental tem que tirar e deixar a ferida aberta, com dreno profundo. Essa sd é: uma parte do organismo começa a inchar, chega uma hora que não consegue mais inchar. Pode ter acúmulo de sangue, de secreção, de líquido, como não tem mais para onde ir, começa a comprimir vasos e nervos, o paciente para de sentir e começa a necrosar. Geralmente não dá bolha, apenas eritema. Mas se fica muito sangue no local, é um caldo de cultura excelente e geralmente há associação de infecção causando a bolha.

Qual atb??? A chance de ser infecção polimicrobiana é muito alta. Cefalosporina de 3ª geração, ceftroxone e clindamicina pegam bem estafilo e estrepto. Flagil (metronidazol) também pode, mas ele só cobre gram positivos. **Tratamento cirúrgico obrigatório, ceftroxone e clindamicina** são os principais.

É um caso gravíssimo de emergência. Tanto a infecção como a sd compartimental começam de dentro para fora.

14 - Em um paciente com febre e neutropenia, foram colhidas hemoculturas e iniciado tratamento empírico com ceftazidima e amicacina. Dois dias após, o paciente continua febril e neutropênico, com o seguinte resultado de hemocultura e antibiograma: Enterobacter cloacae; Sensível : Amicacina, norfloxacin, ceftazidima, cloranfenicol. Imipenem, piperacilina/tazobactam Resistente: cefalotina, ampicilina, ceftriaxone, sulfametoxazol/trimetropin. Qual a conduta frente ao caso?

Mantem a medicação. Quando a cultura vem positiva, devemos valorizá-la. Paciente neutropênico febril tem risco grave de infecção. Como é neutropênico não tem resposta a infecção e pode ter sem resposta. Principalmente por gram negativos e estafilo aureus. Entro com cefalo de 4ª geração ou ceftazidima e amicacina.

Depois do atb, com 48 a 72 horas o paciente vai melhorar. O correto seria não fazer nada e observar.

Paciente grave que vai fazer choque séptico e morrer.

Cloranfenicol (grupo separado) – causa Aplasia de medula que pode ser reversível na maioria das vezes, mas existe uma reação de pacientes que usam cloranfenicol que podem ter aplasia sem cura. Por esse medo, usamos outros atms que não causam isso. O cloranfenicol é ótimo, pega gram positivos, negativos, ... nos próximos anos vai voltar a ser utilizado.

Devemos valorizar a cultura. Muitas vezes sai sensível na cultura e é intrinsecamente resistente.

Stafilo aureus resistente a oxacilina – é resistente a todos os beta-lactâmicos, inclusive Imipenem. Então eu só posso usar vancomicina. Se eu usar, a chance de falha terapêutica é alta.

15 - Recém-nascido apresentando quadro de hipotermia, letargia, desconforto respiratório, icterícia, má aceitação alimentar e vômitos. Ao exame físico mostra-se prostado, com alteração do nível de consciência e convulsões. O liquor apresenta pelocitose com 500 células e predomínio polimorfonuclear, proteinorraquia elevada e glicorraquia baixa. Quais principais hipóteses diagnósticas e conduta frente ao caso?

HD: meningite bacteriana – predomínio de polimorfonucleares, PTN elevada e glicose baixa. É um liquor que fala mais a favor de bacterianos. O RN está grave.

Principais agentes que causam meningite em RN: **strepto agalactiae**, enterobactérias → **E. coli**, **Klebsiella**. Quando o neném nasce ele não tem nenhuma colonização e é colonizado quando ele passa pelo canal de parto e depois ele faz a flora normal.

Projeto canguru – bebe fica próximo a mãe e tem uma flora próximo a da mãe – semelhante a da comunidade. Bebe da incubadora já nasce e tem flora hospitalar, por isso vai ter uma infecções mais graves.

Usar: **ampicilina e aminoglicosídeos** ou **ampicilina com cefotaxima** – cefalo de 3ª geração (ceftriaxone – bebe não está preparado para metabolizar ele).

Tem que tratar o mais rápido possível. Todo RN com febre, anorexia, letargia – deve-se colher o liquor. A barreira hemato-encefalica não esta formada e corre o risco de fazer meningite.