

Recomendações da FECAVA para uma antibioterapia adequada

Sistema orgânico	Pele				Aparelho respiratório				Aparelho génito-urinário			Cavidade oral	Sistema gastrointestinal		Abdómen		Sangue	Sistema ortopédico			
																					
Processos mais frequentes	Piodermite de superfície (sobre-crescimento microbiano, piodermite das pregas, dermatite húmida aguda)	Piodermite superficial (foliculite bacteriana, impetigo)	Piodermite profunda (furunculose, celulite)	Otite externa	Infecção de feridas/ tecidos moles	Rinite	Bronquite aguda (ex. tosse de canil)	Pneumonia	Piotórax	Infecção de tracto urinário superior (pielonefrite)	Infecção de tracto urinário inferior	Piometra	Infecção oral (ex. gengivite, estomatite, periodontite)	Gastroenterite	Abcesso das glândulas hepatóides	Patologia hepática (colecistite, colangite, colangio-hepatite)	Peritonite	Septicémia	Artrite séptica	Osteomielite	
Citologia e cultura	 A partir de esfregaços por aposição, fita adesiva	 & A partir de pústulas (se possível)	 & Após biópsia ou por aspiração (não a partir do exsudado da superfície)	 De zaragatoa auricular obtida após limpeza preliminar	 A partir de esfregaços por aposição	Geralmente sem indicação, relevância clínica limitada devido à presença de flora comensal.	Geralmente sem indicação, relevância clínica limitada devido à presença de flora comensal	Geralmente sem indicação, por a lavagem bronco-alveolar ser difícil de efectuar de forma eficaz	 & Do aspirado obtido por toracocentese (cultura em ambiente aeróbio e anaeróbio)	 & De amostra de urina (obtida por cistocentese)	 Na presença de infecção recorrente (urina obtida por cistocentese)	Geralmente sem indicação (exceto na presença de ruptura, ver peritonite)	Sem indicação, relevância clínica limitada devido à presença de flora comensal	Geralmente sem indicação.	 & Da parede do abcesso, caso haja lesão tecidual grave e/ou febre	 & Do produto de aspiração ou biópsia	 & Do produto de aspiração obtido por paracentese (cultura em ambiente aeróbio e anaeróbio)	 & De múltiplas amostras de sangue obtidas ao longo de 24 horas (cultura em ambiente aeróbio e anaeróbio)	 & Do produto de aspiração ou biópsia sinovial (membrana sinovial)	 & De biópsia óssea	
Agente patogénico provável	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i> (ocasionalmente envolvimento de <i>Malassezia</i>)	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	Cocci (principalmente <i>Staphylococcus pseudintermedius</i>), bastonetes (principalmente <i>Pseudomonas</i>), e/ou leveduras (<i>Malassezia</i>)	Diversos	Diversos	Viral	Diversos	Diversos (incluindo anaeróbios)	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	Diversos (incluindo anaeróbios)	Principalmente vírus (ou parasitas em animais jovens)	Diversos	Desconhecido ou diversos	Diversos	Diversos (incluindo anaeróbios)	Diversos	Diversos	Diversos
Seleção antibiótica empírica		Clindamicina ou cefalexina ou TMPS	Cefalexina enquanto aguarda resultado de cultura	Anti-sépticos são geralmente suficientes. Terapêutica tópica ex. ácido fusídico para cocci, polimixina B para bastonetes, miconazole para leveduras	Geralmente é suficiente lavagem e desbridamento, associada ao uso de material de penso de última geração. Pode ser necessária terapêutica sistémica baseada nos resultados da cultura na presença de lesão tecidual extensa e/ou de febre	 Considerar doxiciclina na presença de rinite crónica purulenta secundária		Doxiciclina ou cefalexina ou amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico	Na presença de cocci utilizar amoxicilina + ácido clavulânico na presença de bastonetes utilizar fluorquinolonas enquanto aguarda resultado da cultura	Amoxicilina + ácido clavulânico ou fluoroquinolona enquanto aguarda resultado da cultura Na presença de sinais de infecção sistémica ver septicémia	Amoxicilina ou TMPS enquanto aguarda resultados de cultura			Auto-limitante.  Na presença de sinais de infecção sistémica ver septicémia	 Na presença de lesão tecidual grave e/ou de febre utilizar TMPS enquanto aguarda resultado de cultura	Doxiciclina ou cefalexina	Fluoroquinolona & penicilina G ou amoxicilina ou ampicilina EV enquanto aguarda resultados de cultura	Fluoroquinolona & penicilina G ou amoxicilina ou ampicilina EV enquanto aguarda resultados de cultura	Clindamicina ou cefalexina ou amoxicilina + ácido clavulânico	Clindamicina enquanto aguarda resultado de cultura	
Observações acerca da terapêutica	Terapêutica tópica com champôs, loções, sprays, géis, cremes antibacterianos	Considerar o uso exclusivo de tratamento tópico (ex. champô de clorhexidina) se a infecção for ligeira. Prolongar o tratamento até 7 dias após a resolução clínica	Associar sempre tratamento tópico (ex. champô de clorhexidina). Prolongar o tratamento até 2 semanas após a resolução clínica	É essencial a lavagem prévia. Administrar glucocorticóides para reduzir o edema e inflamação. Investigar e corrigir as causas subjacentes. A terapêutica sistémica é irrelevante	Geralmente não se recomenda o uso de antibiótico tópico em feridas com tecido de granulação	Geralmente não se recomenda o uso de antibiótico tópico em feridas com tecido de granulação	Na pneumonia secundária, suspeitar de <i>Bordetella bronchiseptica</i> e tratar com doxiciclina ou TMPS ou amoxicilina + ácido clavulânico	 Nos casos graves* administrar fluorquinolona & penicilina G ou amoxicilina ou ampicilina EV. Administrar amoxicilina + ácido clavulânico TID	 É essencial proceder a drenagem e lavagem para a resolução clínica. Administrar amoxicilina + ácido clavulânico TID			 Nos casos graves* administrar fluorquinolonas. Terapêutica médica (ocasional, não recomendado) 4 - 5 dias de fluorquinolonas (ou TMPS) e ex. aglepristona	 e/ou tratamento dentário. Na presença de sinais de infecção sistémica (febre, linfadenopatia) administrar clindamicina	 Drenagem  Exérese da glândula na presença de recorrência		 Correção da causa primária (se possível); é essencial uma lavagem cuidadosa			Lavagem cuidadosa (asséptica) do espaço articular com soro fisiológico ou lactado de Ringer. Administrar amoxicilina + ácido clavulânico TID	 Pesquisar a causa primária. Remover o material de implante se possível	

Esta tabela apresenta exemplos e não deve ser considerada exhaustiva. Devem ser considerados os padrões de resistência locais. Administrar um antibiótico com biodisponibilidade reconhecida no órgão alvo e com o espectro mais limitado possível. Cumprir sempre a legislação nacional

 = Citologia	 = Recomenda-se hospitalização	 = Cirurgia	ESBL = beta-lactamase de largo espectro	MRSP = <i>Staphylococcus pseudintermedius</i> resistente à meticilina
 = Cultura e antibiograma	 = Sem indicação para antibioterapia	 = Considerar referência para um especialista	MRSA = <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à meticilina	TMPS = sulfonamida + trimetoprim
				Graves* = sinais de septicémia