



# **Guia Rápido de Antimicrobianos do HRS**

Pacientes Adultos no PS ou Enfermaria

2022

Este documento pode ser acessado através do endereço:

<https://linktr.ee/vigilanciainfecciosaHRS>

1ª edição – 2022 – versão eletrônica.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Superintendência da Região de Saúde Norte

Hospital Regional de Sobradinho

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

Telefone: (61) 2017-1145 Ramal: 1348

Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico

Núcleo de Farmácia Clínica

Telefone: (61) 2017-1145 Ramal: 1300

Endereço eletrônico: [controleatmhhs@gmail.com](mailto:controleatmhhs@gmail.com)

Supervisão-geral:

Juliana Queiroz Araújo, diretora

Coordenação:

Clarisse Lisboa de Aquino Rocha, médica infectologista

Organização:

Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar

Núcleo de Farmácia Clínica

Equipe técnica:

Ana Paula Paz de Lima, farmacêutica clínica

Clarisse Lisboa de Aquino Rocha, médica infectologista

Dafny Oliveira de Matos, farmacêutica clínica

Estevão Lima dos Santos Xavier, médico infectologista

Henrique Valle Lacerda, médico infectologista

Rubens dos Santos Samuel de Almeida, farmacêutico clínico



Atualizado em setembro de 2022

## APRESENTAÇÃO

Este guia faz parte do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA) do HRS e tem a finalidade de fornecer recomendações para o tratamento das principais infecções encontradas no Pronto-Socorro e Enfermaria. O uso de antimicrobianos (ATM) deve ser realizado de forma racional. Deve-se evitar a prescrição indiscriminada, que está associada ao preocupante cenário de emergência de resistência microbiana da atualidade, além de toxicidade, alergia e interações medicamentosas graves.

Para prescrever o ATM é fundamental que o médico tenha em mente qual o provável diagnóstico do paciente. Sem uma hipótese de foco infeccioso (ou de sepse) não é possível escolher adequadamente o ATM.

Razões inadequadas para prescrição de ATM:

- Febre de origem indeterminada em paciente estável clinicamente. Deve-se prosseguir a investigação diagnóstica a fim de descobrir o possível foco infeccioso e descartar causas não infecciosas de febre, como neoplasias e hipertireoidismo.
- Leucocitose. Várias situações cursam com leucocitose sem necessariamente estarem associadas a processo infeccioso, tais como: resposta ao trauma cirúrgico, uso de corticóides e neoplasias.
- Infecções virais. ATM não possuem ação antiviral. Nos casos de covid-19, por exemplo, apenas cerca de 3% do total de casos diagnosticados desenvolve infecção bacteriana.
- Elevação da Proteína C Reativa (PCR). A elevação da PCR não deve ser critério independente para prescrição de ATM. É necessário identificar um possível foco infeccioso e descartar outras causas, como infecções virais, doenças auto-imunes e estado inflamatório sustentado relacionado a outras doenças não infecciosas.

Se o paciente necessitar de internação devido ao quadro infeccioso, solicite exames de cultura de acordo com o foco. Na suspeita de sepse, SEMPRE coletar hemocultura. Nas infecções de trato urinário que demandem internação, SEMPRE coletar urocultura. Nas infecções de pele e partes moles com perda de solução de continuidade da pele, coletar fragmento de tecido (não coletar swab de secreção) para cultura. Para os indivíduos com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica, coletar secreção traqueal para cultura. As culturas devem ser coletadas preferencialmente antes do início do ATM, porém seu início não deve ser postergado, especialmente nos casos de sepse e choque séptico.

A ficha de ATM é de responsabilidade do prescritor, e é obrigatória para a dispensação. O infectologista e o farmacêutico clínico realizarão auditoria destas prescrições a fim de otimizar ou adequar o esquema ATM, caso seja necessário (será realizado contato com o prescritor ou plantonista). As informações contidas na ficha de ATM também servirão como base de dados para avaliação de sucesso terapêutico, adesão às recomendações do PGA, quantificação de dispensação de ATM, frequência de descalonamentos, entre outras.

Ao se prescrever um esquema ATM, o médico deve se certificar de que está escolhendo o medicamento adequado para aquele foco, na dose correta, pelo menor tempo necessário para resolver a infecção e individualizar de acordo com o perfil do paciente (ex: idoso). A equipe do PGA está à disposição para tirar dúvidas.

## Sumário



1. TOPOGRAFIA: PULMÃO.....	7
1.1. Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).....	7
1.2. Pneumonia Nosocomial .....	7
1.3. Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) .....	8
1.4. Pneumonia Broncoaspirativa.....	8
1.5. Empiema pleural.....	8
1.6. Abscesso pulmonar.....	9
2. TOPOGRAFIA: PELE E PARTES MOLES.....	9
2.1. Erisipela .....	9
2.2. Celulite.....	10
2.3. Abscesso Cutâneo.....	10
2.4. Pé Diabético Infectado .....	10
2.5. Herpes Zoster.....	11
3. TOPOGRAFIA: TRATO URINÁRIO.....	11
3.1. Cistite.....	11
3.2. Pielonefrite .....	12
3.3. Abscesso Renal.....	13
4. TOPOGRAFIA: ABDOMINAL.....	13
4.1. Apendicite .....	13
4.2. Colecistite.....	14
4.3. Colangite.....	14
4.4. Peritonite bacteriana espontânea.....	15
4.5. Diverticulite.....	15
4.6. Gastroenterite aguda .....	16
4.7. Pancreatite aguda.....	17
5. TOPOGRAFIA: PELVE .....	17
5.1. Síndrome de Fournier (Fasceíte Necrotizante Perineal).....	17
5.2. Doença Inflamatória Pélvica .....	18
5.3. Prostatite aguda.....	18
6. TOPOGRAFIA: SISTEMA NERVOSO CENTRAL .....	19
6.1. Encefalite Viral.....	19
6.2. Meningite Bacteriana .....	19
6.3. Abscesso Cerebral.....	19
7. TOPOGRAFIA: NARIZ, OUVIDO E GARGANTA .....	20

7.1.	Sinusite Bacteriana Aguda .....	20
7.2.	Amigdalite Bacteriana .....	20
7.3.	Abscesso Periamigdaliano .....	20
7.4.	Otite Média Aguda .....	21
7.5.	Otite Externa.....	21
8.	TOPOGRAFIA: SANGUE.....	21
8.1.	Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada à Cateter (IPCS) .....	21
9.	TOPOGRAFIA: CORAÇÃO.....	22
9.1.	Endocardite .....	22
10.	OUTRAS INFECÇÕES.....	23
10.1.	Sepse e Choque Séptico .....	23
10.2.	Neutropenia Febril.....	23
11.	REFERÊNCIAS.....	24

# 1. TOPOGRAFIA: PULMÃO

## 1.1. Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC)

- **PACIENTE SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO:**

Sem comorbidades\*, internação recente ou uso de ATM EV nos últimos 90 dias:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Amoxicilina 500mg, VO, de 8/8h por 5-7 dias.

ALTERNATIVA: Azitromicina 500mg, VO, no primeiro dia e 250mg por 4 dias **OU** doxiciclina 100mg de 12x12h por 5-7 dias.

Com comorbidades\*, internação recente ou uso de ATM EV nos últimos 90 dias

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8/8h por 07 dias + (azitromicina 500mg, VO, no primeiro dia e 250mg por 4 dias **OU** doxiciclina 100mg de 12x12h por 5-7 dias).

ALTERNATIVA: Levofloxacino 750mg, VO, 1x ao dia por 5-7 dias

- **PACIENTE COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO:**

Sem uso de ATM EV nos últimos 90 dias:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Ampicilina/Sulbactam 3g, EV, de 6x6h por 7 dias + (azitromicina 500mg VO, no primeiro dia e 250mg por 4 dias **OU** doxiciclina 100mg de 12x12h por 5-7 dias).

ALTERNATIVA: Levofloxacino 750mg, EV, 1x ao dia por 7 dias **OU** ceftriaxona 1 g, EV, de 12x12h por 7 dias + (azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg por 4 dias **OU** doxiciclina 100mg, VO, de 12x12h por 5-7 dias).

Com uso de ATM EV nos últimos 90 dias: Preferencialmente considerar uma das alternativas acima que o paciente não tenha utilizado.

ALTERNATIVA: Levofloxacino 750mg EV 1x ao dia por 7 dias **OU** cefepime 1g EV de 8x8h por 7 dias + (azitromicina 500mg no primeiro dia e 250mg por 4 dias **OU** doxiciclina 100mg, VO, de 12x12h por 5-7 dias).

\*Principais comorbidades: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); doença renal, hepática ou pulmonar; diabetes; alcoolismo; neoplasia; asplenia.

## 1.2. Pneumonia Nosocomial

Pneumonia cujo início dos sintomas se inicia após 48h da internação.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 8-14 dias.**

ALTERNATIVA: Cefepime 1-2g, EV, de 8x8h por 8-14 dias.

### 1.3. Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV)

Pneumonia cujo início dos sintomas se inicia após 48h de Ventilação Mecânica (VM).

Atenção: Coletar secreção traqueal para cultura e adequar tratamento conforme resultado.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Meropenem 1-2 g, EV, de 8x8h por 8-14 dias.**

ALTERNATIVA: se início dos sintomas > 5 dias de VM: polimixina B 25.000ui/kg ataque + 15.000ui/kg/dose, EV, de 12x12h (ou 8x8h) + meropenem 2 g, EV, de 8x8h por 8-14 dias.

### 1.4. Pneumonia Broncoaspirativa

Atenção: Nem toda broncoaspiração desencadeia pneumonia bacteriana! Individualizar de acordo com a clínica e imagem de tórax do paciente.

- <48h DE INTERNAÇÃO: Ampicilina/sulbactam 3g, EV, de 6x6h por 7 dias.
- >48h DE INTERNAÇÃO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 7 dias.

### 1.5. Empiema pleural

Atenção: A drenagem é fundamental para a resposta terapêutica. O uso de ATM sem a drenagem frequentemente resulta em falha terapêutica, principalmente quando se trata de coleções volumosas. Enviar a amostra para cultura.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12x12h + clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 3-4 semanas** (pode ser necessário mais tempo, individualizar o caso).

ALTERNATIVA: Ampicilina/sulbactam 3g, EV, de 6x6h. Por 3-4 semanas (pode ser necessário mais tempo, individualizar os casos).



## 1.6. Abscesso pulmonar

Infecção com necrose do parênquima pulmonar. Aguda: <4 semanas. Crônica: > 4 semanas.

Atenção: A drenagem é fundamental para a resposta terapêutica. O uso de ATM sem a drenagem frequentemente resulta em falha terapêutica, principalmente quando se trata de coleções volumosas. Enviar a amostra para cultura e guiar o tratamento conforme o resultado.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ampicilina/sulbactam 3g, EV, de 6x6h. Por 3-4 semanas (pode ser necessário mais tempo, individualizar os casos).**

ALTERNATIVA: Moxifloxacino 400mg, EV, 1x ao dia por 3-4 semanas **OU** clindamicina 600mg de 8x8h por 3-4 semanas.

## 2. TOPOGRAFIA: PELE E PARTES MOLES

### 2.1. Erisipela

PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina 500, VO, de 8x8h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVAS: Clindamicina 600mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias **OU** cefalexina 500mg de 6x6h por 7-10 dias.

PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Penicilina cristalina 1-2.000.000ui de 6x6h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

- Suspeita de choque tóxico: Associar clindamicina 600 - 900mg, EV, de 8x8h.
- Suspeita de MRSA: Vancomicina 15-20mg/kg, EV, de 8 ou 12/12h.
  - Nefropatia: Daptomicina 6-10mg/kg/dia, EV, 1x ao dia.

## 2.2. Celulite

### PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Cefalexina 500mg, VO, de 6x6h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias.

### PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Oxacilina 2g, EV, de 4x4h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

- Suspeita de MRSA: Vancomicina 15-20mg/kg, EV, de 8 ou 12/12h.
  - Se nefropatia: Daptomicina 6-10mg/kg/dia, EV, 1x ao dia.
- Suspeita de Choque Tóxico: Associar clindamicina 600mg, EV, de 8x8h.

## 2.3. Abscesso Cutâneo

Atenção: A drenagem do abscesso é fundamental para a resposta terapêutica.

### PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Cefalexina 500mg, VO, de 6x6h por 5-7 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, VO, de 8x8h por 7 dias.

### PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Oxacilina 2g, EV, de 4x4h por 5-7 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 5-7 dias.

- Suspeita de MRSA: Vancomicina 15-20mg/kg, EV, de 8 ou 12/12h.
  - Se nefropatia: Daptomicina 8-10mg/kg/dia, EV, 1x ao dia.
- Suspeita de Choque Tóxico: Associar clindamicina 600mg, EV, de 8x8h.

## 2.4. Pé Diabético Infectado

Atenção: Coletar fragmento de tecido para cultura sempre que possível e guiar tratamento pelo resultado.

PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Ciprofloxacino 500mg, VO, de 8x8h + clindamicina 600mg de 8x8h por 10-14 dias.

ALTERNATIVA: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h por 10-14 dias.

PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Ciprofloxacino 400mg, EV, de 8x8h + clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 14-21 dias.

ALTERNATIVA: Ceftazidima 2g de 8x8h + clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 14-21 dias.

## 2.5. Herpes Zoster

Atenção: O antiviral é indicado apenas na fase de bolhas. Recomenda-se internação para os casos de acometimento de Sistema Nervoso Central (SNC) e/ou de ramo oftálmico, doença disseminada e imunossupressão severa.

- PACIENTE EM DOMICÍLIO

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Aciclovir 800mg, VO, de 4x4h (pular dose da madrugada) por 7 dias.

- PACIENTE INTERNADO: Aciclovir 10mg/kg, EV, de 8x8hs por 7-14 dias.

## 3. TOPOGRAFIA: TRATO URINÁRIO

### 3.1. Cistite

Atenção: Pacientes com bacteriúria assintomática NÃO devem receber ATM (exceto gestantes e pessoas que realizarão procedimento urológico). Sempre coletar urocultura de pacientes que necessitarão de internação e pacientes do sexo masculino. Guiar o tratamento pelo resultado da cultura logo que possível. Se o paciente faz uso de Sonda Vesical de Demora (SVD), trocá-la antes do início do tratamento. São consideradas cistites complicadas:

alteração anatômica do trato urinário, cistite em homem, cistite em imunossuprimido, uso de SVD crônico.

- Não complicada e sem uso recente de ATM:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Nitrofurantoína 100mg VO de 6x6h por 3-5 dias.**

ALTERNATIVA: Sulfametoxazol/trimetoprima 400/80mg, VO, 2 comprimidos de 12x12h por 3-5 dias em mulheres. Homens: 7 dias.

- Gestante: Cefalexina 500mg, VO, de 6x6h por 5 a 7 dias.
- Uso recente de ATM: Coletar urocultura, prescrever ATM de classe diferente da utilizada previamente e guiar o tratamento pela cultura.

- Complicada: Sempre coletar urocultura, preferencialmente antes do início do ATM.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Gentamicina 5-7mg/kg, EV, uma vez ao dia por 3-5 dias.\***

ALTERNATIVA: Ceftriaxona 1 g, EV, de 12x12h por 5 dias.

\*evitar gentamicina se comprometimento da função renal.

### 3.2. Pielonefrite

**Atenção:** Sempre coletar urocultura e hemocultura, preferencialmente antes do início do ATM. Se o paciente faz uso de SVD, trocá-la antes do início do tratamento. Guiar o tratamento pelo resultado da cultura logo que possível.

- Não complicada:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Cefepime 1g, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

- Complicada:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h por 10-14 dias.**

ALTERNATIVA: Cefepime 1g, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

- Uso de ATM injetável nos últimos 90 dias: Ertapenem 1g, EV, uma vez ao dia por 10-14 dias.

**Sempre guiar o tratamento após os resultados das culturas.**

### 3.3. Abscesso Renal

**Atenção:** Sempre coletar urocultura, preferencialmente antes do início do ATM. A drenagem do abscesso é fundamental para a resposta terapêutica e o material drenado deve ser enviado para cultura. O tratamento deverá ser guiado pelo resultado das culturas. Períodos mais prolongados de antibioticoterapia podem ser necessários de acordo com a gravidade e resposta terapêutica. Realizar transição para antibiótico oral quando possível, desde que paciente clinicamente estável e em melhora.

- Não complicada:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h por 14 dias.**

ALTERNATIVA: Cefepime 1g de 8x8h por 14 dias.

- Complicada:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina-tazobactam 4.5g, EV, de 6/6h por 14 a 21 dias.**

ALTERNATIVA: Ertapenem 1g, EV, uma vez ao dia por 14-21 dias.

- Risco elevado de bactéria resistente: Meropenem 1 g EV de 8x8h por 14-21 dias.

**Sempre guiar o tratamento após os resultados das culturas.**

## 4. TOPOGRAFIA: ABDOMINAL

### 4.1. Apendicite

- NÃO COMPLICADA + TRATAMENTO CONSERVADOR:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h, por 7 a 10 dias.**

ALTERNATIVA: Ciprofloxacino 500mg, EV, de 12/12h ou ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias.

- NÃO-COMPLICADA + APENDICECTOMIA:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 400mg, EV, de 12/12h OU cefazolina\* 2g de 8x8h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 24-48h.**

ALTERNATIVA: Moxifloxacino 400mg, EV, uma vez ao dia por 24-48h.

- COMPLICADA + APENDICECTOMIA:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Ceftazidima 2g EV de 8x8h ou Cefepime 2g EV de 8x8h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

**\*repetir a cada 4h durante a cirurgia, se longa duração.**

#### 4.2. Colecistite

- NÃO-COMPLICADA: **Colecistectomia +**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 400mg, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 24-48h**

ALTERNATIVA: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h **OU** ampicilina/sulbactam 3g EV de 6 x 6h 24-48h.

- COMPLICADA: **Colecistectomia +**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 7 dias.**

ALTERNATIVA: Ceftazidima 2g EV de 8x8h ou cefepime 2g EV de 8x8h + metronidazol 500mg EV de 8x8h por 7 dias.

#### 4.3. Colangite

ATENÇÃO: Investigar causa e definir abordagem para prevenir recorrência. Realizar transição para antibiótico oral quando possível, desde que paciente clinicamente estável e em melhora.

COMUNITÁRIA DE RISCO BAIXO A MODERADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 400mg, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 5 dias.**

ALTERNATIVA: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 5 dias.

COMUNITÁRIA DE RISCO ALTO

**Esquema empírico: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 7 dias após drenagem de vias biliares.**

ALTERNATIVA: Cefepime 2g, EV, de 8x8h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 7 dias após drenagem de vias biliares.

ASSOCIADA À SERVIÇOS DE SAÚDE:

**Esquema empírico: Piperacilina/tazobactan 4.5g, EV, de 6x6h por 7 dias após drenagem de vias biliares.**

ALTERNATIVA: Imipenem-cilastatina 500mg, EV, de 6x6h por 7 dias após drenagem de vias biliares.

#### 4.4. Peritonite bacteriana espontânea

ATENÇÃO: Coletar líquido ascítico para cultura antes do início do ATM e ajustar o tratamento conforme o antibiograma. Realizar transição para antibiótico oral quando possível, desde que paciente clinicamente estável e em melhora.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h OU ampicilina/sulbactam 3g EV de 6x6h por 5 dias .**

ALTERNATIVA: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 5 dias.

#### 4.5. Diverticulite

ATENÇÃO: Apenas casos com necessidade de internação, ou com fatores de risco para gravidade, devem fazer uso de ATM. Se houver formação de abscesso, ou se for necessária abordagem cirúrgica, deve ser coletada amostra para cultura. Após o resultado da cultura, a antibioticoterapia deverá ser reavaliada.

Para pacientes com alto risco de resistência microbiana (ex: internação com uso recente de ATM) ou de desfecho desfavorável (ex: idade avançada, imunossupressão), considerar esquema de cobertura mais amplo. Realizar transição para antibiótico oral quando possível, desde que paciente clinicamente estável e em melhora.

LEVE À MODERADA SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO :

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias**

ALTERNATIVA: Ciprofloxacino 500mg, VO, de 12/12h + metronidazol 400mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias.

LEVE À MODERADA COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO :

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 400mg, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 10 dias**

ALTERNATIVA: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 10 dias.

GRAVE OU COM PERFURAÇÃO: Geralmente necessita de abordagem cirúrgica.

Abscessos com mais de 4 cm devem ser drenados.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h por 10 dias.**

ALTERNATIVA: Cefepime 2g, EV, de 8x8h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h por 10 dias.

#### 4.6. Gastroenterite aguda

**ATENÇÃO:** A maior parte dos pacientes **NÃO** se beneficiará com o uso de ATM. Apenas casos selecionados devem fazer uso de ATM, são eles: caso grave com necessidade de internação, indícios de doença invasiva (sangue nas fezes) com desidratação e febre, sepse, imunossupressão e idosos. Sempre enviar amostra para coprocultura nos casos que necessitem de internação.

**CASOS LEVES:**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 500mg, VO, de 12/12h por 3-5 dias.**

ALTERNATIVA: Azitromicina 1g, VO, dose única ou 500mg, VO, 1x ao dia por 3 dias.

\*Sem melhora em 48h: associar metronidazol 500mg, VO, de 8x8h por 7 dias.

**CASOS GRAVES:**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h por 5-7 dias.**

ALTERNATIVA: Ciprofloxacino 400mg, EV, de 12/12h por 5-7 dias.



\*Sem melhora em 48h: associar metronidazol 500mg, VO, de 8x8h por 7 dias.

#### 4.7. Pancreatite aguda

ATENÇÃO: A maioria dos casos de pancreatite aguda não necessita de ATM. Apenas pacientes com elevada suspeita de necrose infectada do pâncreas devem receber ATM. Pode ser necessária intervenção cirúrgica para controle do foco infeccioso.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4.5g, EV, de 6x6h.**

ALTERNATIVA: Cefepime 2g, EV, de 8x8h + metronidazol 500mg, EV, de 8x8h. **OU**  
Imipenem 500mg, EV, de 6x6h.

## 5. TOPOGRAFIA: Pelve

#### 5.1. Síndrome de Fournier (Fasceíte Necrotizante Perineal)

ATENÇÃO: O desbridamento cirúrgico é fundamental para o sucesso terapêutico. Encaminhar fragmento de tecido viável para cultura e guiar o tratamento após o resultado.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Piperacilina/tazobactam 4,5g, EV, de 6x6h + clindamicina\* 600mg de 8x8h por 14 dias** (individualizar conforme resposta clínica).

ALTERNATIVA: Imipenem 500mg, EV, de 6x6h + clindamicina 600mg de 8x8h por 14 dias (individualizar conforme resposta clínica).

\*ação anti-toxina da clindamicina.

## 5.2. Doença Inflamatória Pélvica

**ATENÇÃO:** Coletar cultura de urina. Se suspeita de Infecção Sexualmente Transmissível (IST), coletar qPCR de urina para uretrites. Solicitar sorologias para IST (HIV, sífilis, hepatites B e C).

### PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 500 mg IM + metronidazol 400mg, VO, de 8x8h + doxiciclina 100mg, VO, de 12x12h por 14 dias.**

ALTERNATIVA: Levofloxacino 500mg, VO, uma vez ao dia + metronidazol 500mg, VO, de 8x8h por 14 dias.

### PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1 g, EV, de 12x12h + metronidazol 400mg, EV, de 8x8h + doxiciclina 100mg, VO, de 12x12h por 14 dias.**

ALTERNATIVA: (Ampicilina/sulbactam 3g, EV, de 6x6h + doxiciclina 100mg, VO, de 12x12h) **OU** (clindamicina 600mg EV de 8/8h + gentamicina 5mg/kg, EV, 1x ao dia por 14 dias).

## 5.3. Prostatite aguda

**ATENÇÃO:** Coletar cultura de urina e sêmen para guiar o tratamento. Se suspeita de IST, coletar qPCR de secreção uretral (se houver) ou urina para uretrites. Solicitar sorologias para IST (HIV, sífilis, hepatites B e C). Após o resultado da cultura, a antibioticoterapia deverá ser reavaliada.

### PACIENTE EM DOMICÍLIO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 500mg, VO, de 12x12h por 4 semanas.**

ALTERNATIVA: Sulfametoxazol/trimetoprima 800/160mg, VO, de 12x12h por 4 semanas.

### PACIENTE INTERNADO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1 g, EV, de 12x12h por 4 semanas.**

ALTERNATIVA: Ertapenem 1g, EV, 1x ao dia por 4 semanas.

## 6. TOPOGRAFIA: SISTEMA NERVOSO CENTRAL

### 6.1. Encefalite Viral

ATENÇÃO: Realizar punção lombar. Solicitar bioquímica, citologia, pesquisa direta de bactérias, pesquisa direta de fungos, cultura para bactérias e PCR para *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus*. Se HIV, imunossuprimido ou outros fatores de risco, solicitar cultura para fungos e VDRL. Monitorar resultados de cultura.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Aciclovir 10mg/kg, EV, de 8x8h por 7 dias.**

### 6.2. Meningite Bacteriana

ATENÇÃO: Realizar punção lombar. Solicitar bioquímica, citologia, pesquisa direta de bactérias, pesquisa direta de fungos, cultura para bactérias e PCR para *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus* no líquido. Se HIV, imunodeprimido ou outros fatores de risco, solicitar cultura para fungos e VDRL no líquido. Solicitar hemoculturas. Monitorar resultados de culturas.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 2g, EV, de 12x12h OU Cefotaxima 2g, EV, de 4x4h ou 6x6h por 10-14 dias.**

Obs: > 50 anos ou HIV: associar ampicilina 2g, EV, de 4/4h para cobertura de *Listeria sp*\*.  
ALTERNATIVA: Meropenem 2g EV de 8x8h por 10-14 dias.

\*Para meningite por *Listeria sp*, duração de 21 dias de tratamento.

### 6.3. Abscesso Cerebral

ATENÇÃO: Realizar punção lombar, preferencialmente antes do início do ATM, desde que não exista efeito de massa na TC de crânio. Avaliar necessidade de transferência para serviço de neurocirurgia para drenagem. Enviar material do abscesso para cultura. Monitorar resultados de cultura e adequar tratamento conforme resultado.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 2g, EV, de 12x12h + metronidazol 500mg de 8x8h por 6 semanas.**

ALTERNATIVA: Cefepime 2g EV de 8x8h + metronidazol 500mg de 8x8h por 6 semanas.

## 7. TOPOGRAFIA: NARIZ, OUVIDO E GARGANTA

### 7.1. Sinusite Bacteriana Aguda

**SEM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO:**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h por 7 dias.**

ALTERNATIVA: Levofloxacino 750mg VO uma vez ao dia por 7 dias.

**COM NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO:**

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Levofloxacino 750mg, EV, uma vez ao dia por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Ceftriaxona 1 g EV de 12x12h + clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 7-10 dias.

### 7.2. Amigdalite Bacteriana

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h por 7-10 dias.**

ALTERNATIVA: Clindamicina 600mg, VO, de 8x8h por 10 dias.

### 7.3. Abscesso Periamigdaliano

ATENÇÃO: É necessário realizar a drenagem do abscesso e enviar o material para cultura. Deve-se iniciar o ATM e posteriormente guiar o tratamento de acordo com o resultado da cultura. Realizar transição para antibiótico oral quando possível, desde que paciente clinicamente estável e em melhora.

**ESQUEMA EMPÍRICO: Ampicilina/sulbactam 3 g, EV, de 6x6h por 14 dias.**

**ALTERNATIVA:** Ceftriaxona 1g, EV, de 12x12h + clindamicina 600mg, EV, de 8x8h por 14 dias.

#### 7.4. Otite Média Aguda

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h por 10 dias.**

**ALTERNATIVA:** Levofloxacino 750mg, VO, uma vez ao dia por 7 dias.

#### 7.5. Otite Externa

**ATENÇÃO:** Casos leves não necessitam de antibioticoterapia sistêmica, apenas tópica.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 500mg VO de 12x12h por 7-10 dias.**

**ALTERNATIVA:** Clindamicina 600mg VO de 8x8h por 7-10 dias.

**OTITE EXTERNA MALIGNA:** Necessidade de cobertura para *Pseudomonas aeruginosa*.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ciprofloxacino 500mg VO de 8x8h por 7-10 dias.**

## 8. TOPOGRAFIA: SANGUE

#### 8.1. Infecção Primária de Corrente Sanguínea relacionada à Cateter (IPCS)

**ATENÇÃO:** A retirada do cateter é necessária na maior parte dos casos, e é mandatória para os seguintes agentes etiológicos: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Acinetobacter sp.* e *Candida sp.* Ajustar esquema de acordo com o germe identificado.

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Vancomicina 20-25mg/kg ataque EV + 15-20mg/kg de 8x8h ou 12x12h.**

ALTERNATIVA: Daptomicina 8-10mg/kg, EV, uma vez ao dia.

SE CANDIDEMIA:

Anidulafungina 200 mg ataque, EV, no primeiro dia e 100mg, EV, a partir do segundo dia.

**\*Duração da antibioticoterapia:**

*Staphylococcus aureus* - 10-14 dias. Realizar ecocardiograma (preferencialmente transesofágico) e exame de fundo de olho para investigar endocardite e embolia séptica.

*Staphylococcus epidermidis* e demais não-aureus (positivo em 2 frascos): 7 dias.

*Candida sp.* - mínimo de 14 dias após a primeira hemocultura negativa.

Gram negativos - 10-14 dias

## 9. TOPOGRAFIA: CORAÇÃO

### 9.1. Endocardite

ATENÇÃO: Coletar 3 pares de hemocultura antes de iniciar o tratamento empírico. Adequar tratamento de acordo com o resultado das hemoculturas. Vegetações maiores que 10mm podem necessitar de cirurgia. Implantes cardíacos como marcapasso devem ser retirados.

#### VALVA NATIVA

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Ceftriaxona 1g, EV, de 12/12h + vancomicina 15-20mg/kg, EV, de 12x12 ou 8x8h por 4-6 semanas.**

#### VALVA ARTIFICIAL

**TRATAMENTO EMPÍRICO: Vancomicina\* 15-20mg/kg, EV, de 12x12h ou 8x8h + gentamicina 1mg/kg, EV, de 8x8h + rifampicina 300mg, VO, de 8x8h (iniciar 3-5 dias após os outros ATM) por 6-8 semanas.**

\*na indisponibilidade de rifampicina, preferir daptomicina à vancomicina - objetivando ação sobre biofilme.

## 10. OUTRAS INFECÇÕES

### 10.1. Seps e Choque Séptico

**ATENÇÃO:** Coletar hemoculturas! Iniciar ATM o mais rápido possível. Investigar provável foco infeccioso e direcionar ATM logo que possível. Monitorar resultado de culturas.

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Piperacilina/tazobactam 4,5g, EV, de 6x6h.

Obs: Infusão da primeira dose em 30 min e as demais em infusão estendida de 3 horas.

### 10.2. Neutropenia Febril

**ATENÇÃO:** Coletar hemoculturas! Prosseguir Investigação do possível foco infeccioso e adequar ATM logo que possível. Monitorar resultado de culturas.

BAIXO RISCO:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Ciprofloxacino 500mg, VO, de 8x8h + Amoxicilina/clavulanato 500/125mg, VO, de 8x8h até paciente afebril por 72h e neutrófilos em ascensão.

ALTO RISCO\*:

**TRATAMENTO EMPÍRICO:** Cefepime 2g, EV, de 8x8h até paciente afebril por 72h e neutrófilos em ascensão.

ALTERNATIVA: Meropenem 1 g, EV, de 8x8h até paciente afebril por 72h e neutrófilos em ascensão.

\*Se instabilidade hemodinâmica: associar vancomicina 20-25mg/kg ataque EV + 15-20mg/kg de 8x8h ou 12x12h.

\*Persistência da febre após 5-7 dias: considerar associação de anidulafungina 200 mg de ataque, EV, no primeiro dia e 100 mg, EV, a partir do segundo dia.

\*Duração: até 72h afebril, com melhora clínica e neutrófilos em ascensão.

## 11. REFERÊNCIAS

Correa, R.A., Pereira, M.C. *et al.* 2018 recommendations for the management of community acquired pneumonia. J Bras Pneumol. 2018;44(5):405-424

G. Bonkat *et al.* European Association of Urology Guidelines on Urological Infections. Atualização Março/2022. Disponível em <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>

Levin, Ana S. *et al.* Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções hospitalares. 7. ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2018

The Sanford guide to antimicrobial therapy, 2022.

[www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (2022)





Escaneie o QR code ao lado ou acesse  
[www.linktr.ee/vigilanciainfecciosaHRS](http://www.linktr.ee/vigilanciainfecciosaHRS)

