



HOSPITAL SÃO VICENTE

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tema: Protocolo de antibioticoterapia empírica intrahospitalar

Criado por:  
Cláudio Emmanuel Gonçalves da Silva Filho (Diretor Clínico)  
Giuliana Marçal (Coordenadora de enfermagem)

Data: Julho de 2021

Aprovado por:  
Sonia Delgado (Diretora assistencial)

### JUSTIFICATIVA

Padronizar o uso dos antibióticos na instituição.

### ASPECTOS GERAIS

A duração do tratamento deve ser individualizada de acordo com a resposta clínica de cada paciente de acordo com os critérios abaixo, a não ser quando descrito de forma diferente:

- Resolução dos sintomas;
- Leucograma normal;
- Ausência de febre há 72h.

Quando possível, medicamentos por via oral ou tópicos devem ser preferidos em relação aos de outra forma de administração. Em caso de pacientes com intolerância alimentar, síndromes disabsortivas, vômitos, diarreia e com infecção grave, preferir medicações por via endovenosa ou intramuscular. Assim que o quadro for revertido, as medicações deverão ser trocadas para via oral. Procurar, sempre que possível, identificar o agente etiológico das infecções por meio de culturas e ajustar terapia de acordo com resultados dos exames. As culturas devem, preferencialmente, ser colhidas antes do início da terapia antimicrobiana.

1. Em paciente febril, defina se a febre é de origem infecciosa ou não. Antibiótico não é antitérmico. A febre por si só não é indicação para o uso de antibióticos;
2. Em caso infeccioso, analise se a etiologia é bacteriana ou não;
3. Estabeleça o sítio de infecção;
4. De acordo com a topografia de instalação da infecção, considere a provável etiologia bacteriana;
5. Defina se a infecção bacteriana é comunitária ou relacionada à assistência à saúde (IRAS);
6. Se o paciente estiver hospitalizado e com febre, antes de utilizar antimicrobianos ou trocá-los, investigue as condições das próteses ou dispositivos: cateter urinário, cateter venoso central, tubo endotraqueal. Se houver sinais de inflamação, troque-os e analise;
7. Para cada indicação de antimicrobiano deve-se procurar um agente etiológico. Culturas positiva são tão importantes quanto as negativas. Solicite culturas de sangue, urina, traqueal, ponta de catete ou outro espécime, antes de iniciar antimicrobianos; e sempre com antibiograma;
8. Escolha o antimicrobiano indicado para caso, dando preferência àquele de menor espectro, mas que seja eficaz; Sempre que possível, de preferência à monoterapia, bem como a antimicrobiano conhecido e de maior experiência pessoal;

9. Preencha adequadamente o formulário de solicitação de antimicrobianos.
10. Reveja a possibilidade de administração via oral após 48-72h de tratamento intravenoso;
11. Utilize o menor tempo possível de antibioticoterapia. Lembre-se: quanto mais se usa, maior o risco de: seleção de germes resistentes, efeitos colaterais ou toxicidade;
12. Antimicrobianos são utilizados, em geral, por tempo demais. Na maioria das vezes, são necessários 3-5 dias de tratamento após a resolução da febre ou leucocitose.
13. Não trocar antimicrobiano antes de 2 a 3 dias. Mude ou permaneça com o antimicrobiano, conforme resultado do antibiograma;
14. Não havendo resposta em 3 a 4 dias de antibioticoterapia, atentar para: a substância pode está errada ou não penetra no local da infecção; o diagnóstico ou agente está errado (vírus ou fungos, p. ex.); presença de abscesso (o “melhor” antimicrobiano é a drenagem); falta de defesas (pacientes hematológicos podem levar até 7 dias para ter a febre baixada); febre pela droga; presença de cateter venoso, vesical ou corpo estranho;

## **FLUXO**

### **ANTIBIOTICO EMPIRICO EM INFECÇÕES NÃO RELACIONADA A ASSISTENCIA A SAÚDE**

#### **1 - Infecções abdominais**

1.1 - Abscesso hepático, apendicite, colangite, pancreatite aguda grave e diarreia aguda (paciente imunocomprometidos, presença de sangue ou muco, sinais de sepse ou presença de mais de 5 episódios por dia) --> Iniciar com ceftriaxona e metronidazol

1.2 - Peritonite Bacteriana espontânea - Iniciar Ceftriaxona.

1.3 - Infecção de sitio cirúrgico

1.3.1 - Abscesso subcutâneo - Iniciar Ceftriaxona

1.3.2 - Abscesso intra-abdominal - Iniciar Cefepime e metronidazol

OBS - Em paciente com internação prolongada, história de colonização por MRSA ou com sepse, deve-se associar vancomicina

#### **2 - Infecções ginecológicas**

2.1 - Doença Inflamatória pélvica, Abscesso pélvico – Iniciar Ceftriaxona e metronidazol

2.2 - Infecções de sitio cirúrgico

2.2.1 - Infecção cutânea e subcutânea superficial - Iniciar Ceftriaxona

2.2.2 - Infecção profunda com ou sem acometimento de aponeurose - Iniciar Cefepime e metronidazol

### **3 - Infecções neurológicas**

3.1 - Meningite bacteriana - Iniciar Ceftriaxona

3.2 - Meningite viral - Iniciar Aciclovir

3.3 - Abscesso cerebral - Iniciar oxacilina, ceftriaxona e metronidazol. Em pacientes após procedimentos neurocirúrgicos iniciar Vancomicina com meropenem.

3.4 - Infecção de Sítio cirúrgico superficial - Iniciar Ceftriaxona

3.5 - Infecção profunda ou com acometimento de meningite - Iniciar Vancomicina e meropenem.

### **4 - Infecção de pele e partes moles**

4.1 - Abscesso subcutâneo, celulite, Linfangite (erisipela) - Iniciar Levofloxacina

4.2 - Pé diabético, doença arterial obstrutiva com necrose úmida gangrena - Levofloxacina e Clindamicina

4.3 - Síndrome de Fournier - Cefepime e clindamicina

### **5 - Infecções pulmonares**

5.1 - Pneumonia comunitária - Iniciar Levofloxacina

5.2 - Pneumonia aspirativa - Iniciar Clindamicina

5.3 - Abscesso Pulmonar - Iniciar Levofloxacina e clindamicina

### **6 - Infecções do TGU**

6.1 - Cistite, pielonefrite - Iniciar Ceftriaxona

## **ANTIBIOTIO EMPIRICO PARA INFECÇÃO RELACIONADA A ASSISTENCIA A SAÚDE**

Para fins de tomada de decisão, neste protocolo, foram considerados os microrganismos isolados em culturas de amostras clínicas, referentes a infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), notificadas segundo os critérios da ANVISA. Foram incluídas as infecções notificadas no ano de 2020 até junho de 2021.

Em algumas unidades e em determinados sítios, não há número de amostras significativas para tomada de decisão e, por conseguinte, não foram realizadas modificações nas recomendações anteriores. As infecções foram estratificadas conforme a topografia: Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS), Pneumonia (PNM), Infecção do Trato Urinário (ITU) e Infecção de Sítio Cirúrgico. As indicações referem-se às infecções desenvolvidas após 48 horas de admissão na unidade e que não estejam em período de incubação na admissão.

**Não devem ser utilizadas essas indicações para infecções presentes na admissão e que não resolveram com a antibioticoterapia primária instituída.**

### **1 -UTI**

**1.1 - Infecção da corrente sanguínea ou sepse sem foco** - iniciar vancomicina e meropenem

**1.2 - Pneumonia** - iniciar meropenem ou aminoglicosídeo

**1.3 - Infecção de TGU** - iniciar aminoglicosídeo

### **2 - ENFERMIARIAS**

**2.1 - Sepse sem foco** - iniciar meropenem

**2.2.1 - Pneumonia sem sinais de sepse** - iniciar ceftazidima

**2.2.2 - Pneumonia com sinais de sepse** - iniciar meropenem

**2.3.1 -Infecção do trato urinário sem sinais de sepse** - iniciar ceftazidima

**2.3.2 - Infecção do trato urinário com sinais de sepse** - iniciar aminoglicosídeo ou meropenem

## INFECÇÃO NO PACIENTE EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Paciente em Terapia renal substitutiva com febre, devem primeiramente ser avaliados sobre a evidência de foco infeccioso, como pulmão, TGU, TGI, caso haja foco identificado a antibioticoterapia deve ser guiada para o foco, além de coleta de hemocultura. Quando não for identificado foco e o paciente estiver em uso de CDL deve-se proceder com coleta de cultura e iniciar antibioticoterapia empírica com Vancomicina e Ceftazidima.

## INFECÇÃO NO PACIENTE ONCOLÓGICO

### Neutropenia febril

- A neutropenia febril é definida pela presença de febre, com temperatura oral  $> 38,3^{\circ}\text{C}$  (ou temperatura axilar maior que  $37,8^{\circ}\text{C}$ ), ou persistência de temperatura entre 38 e  $38,3^{\circ}\text{C}$  por mais de 1 hora. Já a neutropenia é definida por contagem de neutrófilos  $< 500/\text{mm}^3$  ou entre **500 e  $1.000/\text{mm}^3$**  e com **tendência à queda**.
- O exame físico destes pacientes deve ser minucioso, focalizando os sítios de infecção frequentes e acessíveis: pele, cavidade oral, pulmão, períneo, sítio de inserção de cateter, fundo de olho, região perianal; o toque retal não é recomendado, dado o risco de translocação. Observamos ainda que sinais como **dor e vermelhidão**, mesmo que discretos, devem ser valorizados e considerados como provável celulite, assim como meningites podem ocorrer sem pleocitose e infecção do trato urinário pode acontecer sem piúria.
- Os exames complementares iniciais devem incluir hemograma, eletrólitos, função renal, enzimas hepáticas, hemoculturas (periférica e de todas as vias do cateter, se presente) colhidas antes da administração de antibióticos, radiografia de tórax na presença de sintomas respiratórios e cultura de qualquer outro sítio suspeito de estar envolvido na infecção.
- Tomografias de cortes finos de pulmão e de seios da face devem ser realizadas na investigação de febre no paciente neutropênico grave (neutrófilos  $< 100$  células/ $\text{mm}^3$ , por período maior que 7 dias). A **Tabela 3** sumariza os principais exames indicados na avaliação destes pacientes. **Tabela 2: Escore MAASC para avaliação de risco**
- A escolha da antibioticoterapia inicial depende do risco do paciente.
  - Em pacientes de baixo risco, existem evidências de que a terapia inicial com antibióticos via oral ou terapia sequencial endovenosa-oral não implica aumento de mortalidade ou diferença entre falha de tratamentos quando comparada à terapêutica exclusivamente parenteral. O regime antibiótico via oral usado nestes casos foi a combinação de ciprofloxacino 500 mg a cada 12 horas e amoxicilina-clavulanato 1,5 g/dia, embora possivelmente as quinolonas de última geração provavelmente sejam também eficazes.
  - Em pacientes de alto risco, como aparenta ser o caso deste paciente, a antibioticoterapia parenteral é necessária, as drogas preferenciais são Cefepime ou Tazocin;

- Uma consideração importante é se o paciente tem indicação de vancomicina, nas presença de: instabilidade hemodinâmica, mucosite grave, infecção relacionada a cateter, profilaxia antibiótica com quinolona, colonização prévia por agente metilicina-resistente, cultura com crescimento de agente Gram-positivo

Característica		Pontos
Intensidade dos sintomas	Assintomático	5
	Sintomas leves	5
	Sintomas moderados ou graves	3
Ausência de hipotensão		5
Ausência de doença pulmonar obstrutiva crônica		4
Portador de tumor sólido ou ausência de infecção fúngica		4
Ausência de desidratação		3
Não hospitalizado ao aparecimento da febre		3
Idade menor que 60 anos		2

Risco é definido pela somatória dos pontos: = 21 = baixo risco; < 21 = alto risco.