



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROFILAXIA CIRÚRGICA	Emissão: 30/09/2025	Próxima revisão: 2027

1. OBJETIVO – POPULAÇÃO ALVO:

1.1 Responsáveis pela execução

Profissionais de saúde assistenciais do nosocômio

1.2 Finalidades

- Descrever o processo de antibioticoprofilaxia cirúrgica, definindo a melhor escolha antimicrobiana para cada cirurgia, definindo também dose e intervalo, assim como a duração da mesma.

1.3 Indicações

- Cirurgias contaminadas e cirurgias potencialmente contaminadas ou limpas na presença de alguns fatores de risco.

2. MATERIAIS

- Check list de Antibióticoprofilaxia cirúrgica

3. DEFINIÇÕES

Momento correto da administração: Dentro dos 60 minutos antes da cirurgia (no caso da vancomicina, ciprofloxacina, gentamicina e amicacina, iniciar a infusão 2 horas antes da incisão cirúrgica).

3. INTRODUÇÃO

A importância da Antibioticoprofilaxia Cirúrgica (APC) foi revalidada recentemente em diretrizes elaboradas por agências de regulação internacionais e nacionais. Seus princípios e fundamentos foram mantidos, o que reforça a necessidade de adesão às suas recomendações. O desenvolvimento e implantação de estratégias e protocolos assistenciais relacionados a APC é atribuição dos Serviços de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (SCIRAS), conforme estabelece a Portaria 2616/MS de 1988.

O antimicrobiano escolhido para a profilaxia cirúrgica deve ter: toxicidade mínima, baixo custo, ser fraco indutor de resistência, ter apresentação parenteral, possuir farmacocinética adequada, além de ser dotado de atividade contra a maioria dos patógenos causadores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC). Dose inicial do antibiótico: deve ser a dose recomendada na planilha de acordo com a cirurgia (todas as doses são para administração intravenosa. Caso seja indicada outra via de administração será escrita ao lado da dose). Se

houver sangramento maior que 500ml, administrar nova dose de antimicrobiano sem aguardar o tempo de intervalo recomendado. Doses intra-operatórias (repique): intenso sangramento (maior que 500ml), cirurgia prolongada (tempo superior ao dobro da meia-vida da droga escolhida). Duração: na grande maioria das cirurgias a dose única pré-operatória é suficiente, porém para algumas cirurgias e pacientes de alto risco recomenda-se no máximo 24h horas. Atenção: pacientes recebendo tratamento com antimicrobianos para uma infecção remota ou para o sítio a ser operado antes da cirurgia, deve receber dose sobressalente de antimicrobianos (do mesmo que está recebendo para tratamento ou do antimicrobiano indicado para a cirurgia nas tabelas abaixo), dentro de 60 minutos antes da incisão para garantir nível sérico adequado. Se os agentes usados terapeuticamente são apropriados para a profilaxia cirúrgica, uma dose extra do antimicrobianos é suficiente. Ex: se a cirurgia estiver muito próxima da dose anterior do antibiótico usado para tratamento, utilizar o aprazamento para repetição.

O registro do horário do início da infusão do antimicrobiano, o alerta para a realização de repiques, bem como o momento da incisão cirúrgica devem ser registrados na ficha cirúrgica e registrados em planilha própria. Da mesma forma, o nome do antibiótico utilizado na profilaxia também deve ser registrado em prontuário e na planilha. Os “tempos críticos” devem ser monitorizados e compartilhados entre a equipe de cirurgias, anestesia, enfermagem e administrativa, sendo essenciais para a garantia de qualidade da APC e necessários para a elaboração de indicadores de qualidade. Diante destas demandas, é muito importante que estas tarefas sejam bem definidas entre os colaboradores envolvidos no processo.

O início da APC deve ocorrer dentro dos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica para os antibióticos mais utilizados nesta rotina (cefazolina, cefuroxima e cefoxitina). Em situações bastante específicas, delimitadas neste documento, a APC pode ser feita também com vancomicina, ciprofloxacina, gentamicina e ampicilina. Para estes antibióticos, o início da infusão deve acontecer 120 minutos antes da incisão cirúrgica.

Para o cálculo do indicador de adequação ao momento da infusão do antibiótico (IT), utilizaremos a seguinte equação:

$$IT = \frac{\text{Nº de infusões de cefazolina, cefuroxima e cefoxitina dentro de 60 minutos da cirurgia.}}{\text{Número total de cirurgias que utilizaram cefazolina, cefuroxima e cefoxitina}} \times 100 = \text{porcentagem de adequação.}$$

A utilização de esquemas de APC alternativos devem ser avaliados, sempre que possível, antes da cirurgia e devem ser discutidos com o médico infectologista do SCIRAS, a fim de que o melhor esquema antibiótico seja proposto para cada situação ou microrganismo em particular. Finalmente, vale lembrar que a classificação final do potencial de contaminação da cirurgia é tarefa da equipe médica cirúrgica. O SCIRAS deve oferecer suporte técnico para as equipes de cirúrgica, de anestesia, administrativa e de enfermagem na devida classificação do PC. A correta classificação é importante para a elaboração adequada das taxas de infecção do sítio cirúrgico, uma vez que as taxas de cirurgias limpas são avaliadas separadamente do restante das cirurgias. Em seguida, apresentamos o indicador para escolha do antibiótico (IA)

$$IA = \frac{\text{Nº de cirurgias realizadas com cefazolina, cefoxitina e cefuroxiam segundo o protocolo}}{\text{Número total de cirurgias com indicação de cefazolina, cefoxitina e cefuroxima}} \times 100 = \% \text{ de adesão ao protocolo.}$$

ATENÇÃO:

Dose da Cefazolina: 2g para os que pesa < 120kg e para ≥ 120kg a dose recomendada será de 3g.

A concentração adequada de antibióticos nos tecidos manipulados durante o intraoperatório é de extrema importância para a prevenção das ISC. Para as cirurgias que ultrapassaram 4 horas de duração,

uma dose de repique de cefazolina e cefuroxima deve ser realizada. Já nas cirurgias onde se utilizou cefoxitina, uma dose de repique deve ser realizada a cada 2 horas de cirurgia. Por último, em cirurgias cardíacas que utilizaram Circulação Extracorpórea (CEC) uma dose de repique de cefuroxima também deve ser empregada no início da circulação extracorpórea. Para o cálculo do indicador de adesão ao repique naquelas cirurgias que utilizaram cefazolina, cefuroxima ou cefoxitina, usaremos a seguinte equação:

$$\text{IR} = \frac{\text{Nº de cirurgias que fizeram dose de repique}}{\text{Nº total de cirurgias que ultrapassaram 4 horas (cefazolina e cefuroxima) e 2 horas para cefoxitina}} \times 100 = \% \text{ de adequação ao uso do repique.}$$

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alérgicos a betalactâmicos
			Intraoperatório	Pós-Operatório		
Limpa sem prótese ou não oncológica, exemplos: tireoidectomia, paratireoidectomia, excisão de glândulas salivares, excisão linfonodal simples (incluindo excisão de linfonodos submandibulares)	Não indicado					
Incisão de mucosa (com exceção: amigdalectomia, tonsilectomia, adenoidectomia e procedimentos endoscópicos funcionais dos seios da face)	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Clindamicina 900mg EV intraoperatório, seguido de EV 8/8h no pós-operatório Metronizadol 500mg EV pós-operatório
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h			
Limpa com uso de prótese ou oncológica	Cefazolina	2g EV	2 g EV 4/4 h	1g EV 8/8h	24 h	
Oncológica potencialmente contaminada ou com dissecação extensa cervical por neoplasia Debulking ou cirurgia reconstrução de cirurgia neoplásica	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	
	Metronidazol	500mg EV	500mg 6/6 h	500mg EV 8/8h		

*Se Peso > 120kg - Cefazolina 3g

CIRURGIA NEUROLÓGICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alergia a betalactâmicos
			Repique	Pós-Operatório		

Craniotomia sem implantação de corpo estranho	Cefuroxima	1,5g EV	Cefuroxima 1,5g EV 4/4h	Não indicado	Intra-operatório	Vancomicina** 15 a 20mg/kg (não exceder 2g) EV em 1 hora no intraoperatório, seguido de 1g EV q12h no pós-operatório
Cirurgia com acesso transesfenoidal ***						
Infiltração coluna, Radiculotomia, Microneurólise, Rizotomia percutânea #	Não indicado (Em situações de alto risco de infecção#, pode ser utilizado Cefazolina 2g EV apenas na indução)					
Laminectomia e demais cirurgias de coluna sem implantes	Cefazolina* OU Cefuroxima	Cefazolina 2g EV OU Cefuroxima 1,5g	Cefazolina 2g EV 4/4h OU Cefuroxima 1,5g EV 4/4h	Cefazolina 2g EV 8/8h OU Cefuroxima 1,5g EV 8/8h	24h	
Laminectomia, Descompressão medular e /ou cauda equina, e demais cirurgias de coluna sem implantes em pacientes com fatores de risco (obesos, diabéticos ou glicemia pré-operatória > 125mg/dl, incontinentes, com déficits neurológicos ou outras comorbidades) OU Artrodese de coluna em geral, cirurgias de coluna com implantes ou cirurgia prolongada em múltiplos níveis ou trauma	Cefuroxima	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	1,5g EV 8/8h	24h	
Procedimentos complexos de coluna: artrodeses de coluna 360º (Exemplo: ALIF****), escoliose neuromuscular, revisão sem suspeita de infecção; Observação: para revisão com suspeita de infecção, consultar o SCIH ou Infectologista*****	Cefuroxima + Ciprofloxacino	Cefuroxima 1,5g EV + Ciprofloxacino 400mg EV	Cefuroxima 1,5g EV 4/4h	Cefuroxima 1,5g EV 8/8h + Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	48h	
Microcirurgia de SNC com implante.	Cefuroxima	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	1,5 g EV 8/8h	24h	
Implantação de DVE, DRP, DLE.					5 dias. Em fístulas com previsão de > 5-7 dias de duração, avaliar prorrogar o antibiótico e a vacinação antipneumocócica	
Fístula líquórica e pneumoencéfalo pós-trauma: eficácia não estabelecida.						

*Peso > 120kg - Cefazolina 3g

**Doses médias de

Vancomicina por faixa de peso:

1g até 80kg, 1,5g > 80kg a

120kg, 2g > 120 kg

*** Após procedimentos transesfenoidais, se houver permanência do tampão nasal *in situ*, a profilaxia oral pode se considerada onde há um risco aumentado de infecção - amoxicilina-clavulanato 875 mg 12/12 horas ou clindamicina 600 mg VO 8/8 horas para os alérgicos a beta lactâmicos/penicilina até retirada do tampão/splint.

****ALIF = Anterior Lumbar Interbody Fusion

*****Cirurgia de coluna de pacientes internados longo prazo - individualizar a escolha, conversar com equipe SCIH

Pacientes com fatores de risco (obesos, diabéticos ou glicemia pré-operatória > 125mg/dl, incontinentes, com déficits neurológicos ou outras comorbidades).

CIRURGIA ONCOLÓGICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alergia a betalactamicos	Observação
			Repique	Pós-Operatório			
Esôfago (neoplasia)	Ceftriaxone +	2g EV	1g EV 12/12h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
	Metronizadol	500mg EV	500mg EV 6/6h				
Hepatectomia (hep atocarcinoma ou metástase hepática)	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Hepatectomia (colan giocarcinoma) - para pacientes com procedimentos recentes, orientar pela cultura de bile do pré-operatório, se ausente utilizar o esquema a seguir	Ceftriaxone +	2g EV	1g EV 12/12h	1g EV 12/12h	24 h - Se evidência de infecção, modificar para antibiótio terapêutico	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	
	Metronidazol	500mgEV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Cabeça e pescoço - Oncológica limpa	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
Oncológica potencialmente contaminada ou com dissecação extensa cervical por neoplasia Debulking ou cirurgia reconstrução de cirurgia neoplásica	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Clindamicina 900mg no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Excenteração pelvica (solicitar urocultura)	Cefuroxima +	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	750mg EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi + Amicacina 15mg/kg EV 1x dia	
	Metronizadol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Laparotomia exploradora com ressecção de tumor retroperitoneal	Cefuroxima +	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	750mg EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			

						+ Amicacina 15mg/kg EV 1x dia	
Mastectomia	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Vancomicina 1g EV em 1 hora	
Melanoma (Consulte também cirurgias dermatológicas)	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Vancomicina 1g EV em 1 hora	
Cirurgia de cólon e reto (pesquisar colonização (cultura de vigilância 3 semanas antes para investigar ERC/ESBL). É necessário o preparo de cólon VO - veja em observações.	Cefuroxima +	1.5g EV	1,5g EV 4/4h	750mg EV 8/8h	24 horas. Se evidência de infecção modificar para antibiótico terapêutico	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	Preparo do cólon: 1° opção: Neomicina 1g + Metronidazol 500mg às 13hs, 14hs e 23hs no dia anterior a cirurgia - manipular a Neomicina. Na falta de neomicina prescrever Ciprofloxacina 750mg (12h e 00h) + Metronidazol 250mg (12, 18 e 00hs) no dia anterior a cirurgia. Para obesos, avaliar dose máxima de metronidazol 15 a 20 mg/kg/dose, máximo 1,5g.
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Peritonectomia	Amoxicilina/C lavulanato 1g/200mg EV Obs: Associar Gentamicina 5mg/kg EV dose única se alto risco de infecção por BGN resistente	1g/200m g EV	1g/200mg EV 8/8h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500mg EV	
Cancer de colo uterino	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Clindamicina 900mg EV + Gentamicina 5 mg/kg EV	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h				

Observação: outros sítios de cirurgia oncológica não especificados - consultar a diretriz da especialidade

CIRURGIA TRATO GASTROINTESTINAL

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duraçã o	Alergia a betalactamicos	Observações
			Intraoperatório	Pós- Operatório			
Cirurgia bariátrica sem manipulação de alças abaixo do duodeno	Cefazolina*	IMC ≥30 a ≤50 kg/m2: 2g EV IMC ≥50 kg/m2 ou peso >= 120 Kg: 3g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Clindamicina: IMC ≥30 a ≤50 kg/m2: 900 mg IMCI >50 kg/m2: 1200 mg + Gentamicina: 5 mg/kg com base no Peso Ajustado	

Cirurgia bariátrica com manipulação de alças abaixo do duodeno	Cefoxitina OU	2g EV	2g EV 2/2h	Cefoxitina 1g EV 6/6h	24h	Metronidazol: 1g + Gentamicina: 5 mg/kg com base no Peso Ajustado	
	Cefazolina* +	IMC ≥30 to ≤50 kg/m2: 2g EV IMC ≥50 kg/m2: 3g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h		Metronidazol: 1g + Gentamicina: 5 mg/kg com base no Peso Ajustado	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Esôfago (incisão em mucosa)	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5 mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h				
	OU Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2h	Não indicado			
Esôfago (neoplasia)	Cefuroxima +	1,5 g EV	1,5g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5 mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h				
Gastroduodenal - Gastrostomia	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5 mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
Gastroduodenal - vagotomia e procedimentos de correção de refluxo se fatores de risco: Diminuição de acidez gástrica, perfuração gastroduodenal, obstrução esofageana, obstrução gástrica, sangramento gástrico, obesidade grau 2, ASA, neoplasia.	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5 mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV	
Intestino delgado (duodeno, jejuno e íleo)	Cefoxitina OU	2g EV	2g EV 2/2h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500 mg EV	
	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h				
	Associado a Metronidazol se obstrução	500mg EV	500mg EV 6/6h				
Apendicectomia não complicada	Cefuroxima + Metronidazol OU	Cefuroxima 1,5g EV + Metronidazol 500mg EV	Cefuroxima 1,5g EV 4/4h + Metronidazol 500mg EV 6/6h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500 mg EV	
	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h				
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h				
Apendicectomia complicada	Cefuroxima + Metronida zol OU	Cefuroxima 1,5g EV + Metronidazol	Cefuroxima 1,5g EV	Cefuroxima 750mg EV	Manter pelo	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia	

(abscesso/perfuração)		500mg EV	4/4h + Metronidazol 500mg EV 6/6h	8/8h + Metronidazol 500mg EV 8/8h	menos 5 dias	+ Metronidazol 500 mg EV 8/8h	
	Ceftriaxona + Metronidazol	Ceftriaxona 2g EV + Metronidazol 500mg EV	Ceftriaxona 2g EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 6/6h	Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h			
Intestino grosso ** (ceco, cólon, sigmóide) e reto	Cefuroxima + Metronidazol OU	Cefuroxima 1,5g EV + Metronidazol 500mg EV V OU	Cefuroxima 1,5g EV 4/4h + Metronidazol 500mg EV 6/6h OU	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500 mg EV	**Preparo do cólon: 1º opção: Neomicina 1g + Metronidazol 500mg às 13hs, 14hs e 23hs no dia anterior a cirurgia - manipular a Neomicina. Na falta de neomicina prescrever Ciprofloxacina 750mg (12h e 00h) + Metronidazol 250mg (12, 18 e 00hs) no dia anterior a cirurgia. Para obesos, avaliar dose máxima de metronidazol 15 a 20 mg/kg/dose, máximo 1,5g.
	Cefoxitina	Cefoxitina 2g EV	Cefoxitina 2g EV 2/2h				
Polipectomia cólon	Não indicado						
Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) Incluso: drenagem de pseudocisto transpapilar ou transmural Com evidência de obstrução de trato biliar e caso a drenagem biliar completa não possa ser alcançada Paciente com comunicação entre cisto pancreático ou	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500 mg EV	

pseudocisto						
Colecistectomia (aberta)	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4 horas	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Clindamicina 900mg EV
Colecistectomia laparoscópica de baixo risco	Não indicado					
Colecistectomia laparoscópica (alto risco: colangiopancreatografia intra-op., vazamento de bile, conversão para laparotomia pancreatite ou colecistite aguda, icterícia, gestação, imunossupressão, inserção de prótese, paciente com mais de 70 anos, diabetes, cálculos ductais, vesícula biliar não funcionante)	Cefazolina*	2 g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Gentamicina 2mg/kg EV + Clindamicina 600mg EV
Esplenectomia***	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado		Clindamicina 900 mg EV
Gastroduodenopancreatotomia (sem procedimentos invasivos no pré-op.)	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h		
Gastroduodenopancreatotomia (com procedimentos invasivos no pré-op.) Para pacientes com procedimentos recentes, orientar pela cultura de bile ou se ausente utilizar o esquema a seguir (há um maior risco de bacterobilia com ESBL)	Amoxicilina/Clavulanato + Gentamicina	Amoxicilina/clavulanato 1g/200mg + Gentamicina 5mg/kg (dose única)	Amoxicilina 1g/Clavulanato 200mg EV 3/3horas	Amoxicilina 1g/Clavulanato 200mg EV 8/8h	24 horas. Caso evidência de infecção o modificar para antibiótico terapêutico.	
Pâncreas com abertura do trato gastrointestinal	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h		
	OU Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2h	1g EV 6/6h		
Hepatectomia (hepatocarcinoma ou metástase hepática)	Cefazolina +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Clindamicina 900mg EV no
	Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h		

							intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi	
Hepatectomia (colangiocarcinoma) - Para pacientes com procedimentos recentes, orientar pela cultura de bile, se ausente utilizar o esquema a seguir		Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24 horas, Caso evidência de infecção ou modificar para antibiótico terapêutico	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi	
		Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Hernioplastia e herniorrafia	Sem fator de risco	Não indicado						
	Com fator de risco	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi	
	Com encarceramento	Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2h	1g EV 6/6h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV 8/8h no POi + Metronidazol 500mg EV 8/8h	
Peritonectomia		Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h	
		Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
Trauma abdominal penetrante		Cefuroxima +	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	750mg EV 8/8h	24 horas se lesão de víscera oca	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h	
		Metronidazol	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h			
		OU Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2h	1g EV 6/6h			
Abscesso perirretal ou perianal		Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2h	1g EV 6/6h	Amoxicilina 875/Clavulanato 125mg 1cp VO de 12/12h por 5 dias OU Ciprofl	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h	

					oxacina 500 mg VO 12/12h + metronidazol 250 mg VO de 8/8h por 5 dias		
Cisto pilonidal, plicoma	Não indicado						
Esfínter anal - reconstrução após lesão perineal obstétrica de 3º e 4º grau, lesão de esfínter	Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2 h	1g EV 6/6h	Cefoxitina 1g EV 6/6h por 7 dias ou Amoxicilina 875/Clavulanato 125 mg 1 cp VO de 12/12h por 7 dias	Gentamicina 5mg/kg EV 1x dia + Metronidazol 500 mg EV 8/8h	
Fístula anorretal, hemorroidectomia, prolapso retal	Cefoxitina	2g EV	2g EV 2/2 h	Não indicado		Gentamicina 5mg/kg EV + Metronidazol 500 mg EV	

* Peso > 120kg - Cefazolin a 3g

** Preparo do cólon: 1º opção: Neomicina 1g + Metronidazol 500mg às 13hs, 14hs e 23hs no dia anterior a cirurgia - manipular a Neomicina. Na falta de neomicina prescrever Ciprofloxacina 750mg (12h e 00h) + Metronidazol 250mg (12, 18 e 00hs) no dia anterior a cirurgia. Para obesos, avaliar dose máxima de metronidazol 15 a 20 mg/kg/dose, máximo 1,5g.

*** Esplenectomias: Para pacientes submetidos à esplenectomia eletiva, o ideal é que as vacinações sejam iniciadas aproximadamente 10 a 12 semanas antes da cirurgia, para que a série de vacinas recomendada possa ser concluída pelo menos 14 dias antes da esplenectomia. Se todas as séries de vacinas recomendadas não puderem ser concluídas neste período, as séries de vacinas poderão ser retomadas 14 dias após a esplenectomia para a maioria dos pacientes. Vacinação para germes capsulados - Streptococcus pneumoniae, Haemophilus tipo B e Neisseria meningitidis + vírus influenza.

CIRURGIA UROLÓGICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alergia a betalactâmicos	Observação
			Intra-operatório	Pós-Operatório			
Biópsia de próstata transperineal - Realizar a desinfecção do períneo	Não indicado					Não se aplica	

Biópsia de próstata transretal: antibioticoprofilaxia idealmente dever ser guiada por swab retal ou coprocultura realizados até 3 semanas antes do procedimento. Realizar preparo retal pré procedimento com iodo-povidine aquoso							
Quando não for possível guiar a profilaxia com coleta de swab e coprocultura: Biopsia de próstata transretal sem uso prévio de quinolona nos últimos 3 meses	Ciprofloxacino	500mg VO 12h antes e 1g EV 2h antes da biópsia	Não indicado	500 mg VO 12h após a biópsia	Não indicado	Não se aplica	
Quando não for possível guiar a profilaxia com swab retal e coprocultura: Biopsia de próstata transretal com uso prévio de quinolona nos últimos 3 meses e transplantados, isolamento prévio de agente resistente a quinolonas	Ceftriaxone	1g EV	Não indicado	Não indicado	Não indicado		
Biópsia de próstata transretal em pacientes alérgicos a quinolonas	Sulfametoxazol-trimetoprim 800/160mg VO 12h e 2h antes da biópsia OU Gentamicina 3mg/kg EV OU Fosfomicina 3g antes e 3g 24-48h após a biópsia					Não se aplica	
Braquiterapia prostática transperineal	Cefazolina*	2g EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperatório	Clindamicina 900mg EV	
Cirurgia de adrenal	Cefazolina*	2g EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperatório		
Nefrolitotomia percutânea (NLPC)> Obs: no intra operatório, colher cultura de pelve renal e do cálculo (em tubo estéril com lagumas gotas de SF para não ressecar a amostra).	Ceftriaxone OU	2g EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperatório	Opções já disponíveis nas indicações de antibióticos da indução anestésica	
	Sulfametoxazol-Trimetoprim OU	800/160mg EV em 30 min OU 800/160mg VO 2 horas antes do procedimento					
	Amoxicilina-Clavulanato	1g/200mg EV em 30 min OU 875/125mg VO 2 horas antes do procedimento					
Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alergia a betalactâmicos	Observação
			Intra-operatório	Pós-Operatório			
Ureteroscopia, Ureterorenoscopia	Ceftriaxone OU	2g EV/IM	Não indicado	Não indicado	Intraoperatório	Opções já disponíveis nas indicações de antibióticos da indução anestésica	Colher urocultura intraoperatória e tratar se houver infecção
	Sulfametoxazol-trimetoprim OU	800/160mg EV em 30 min OU 800/160mg VO 2 horas antes do procedimento					
	Amoxicilina-Clavulanato	1g/200mg EV em 30 min OU 875/125mg VO 2 horas antes do procedimento					
Litotripsia extracorpórea (LECO)	Não indicado					Não se aplica	
Estudo urodinâmico							
Cistoscopia e pielografia							

retrógrada simples							
Colocação ou troca de stent							
Cirurgias limpas (orquiectomia, postectomia, vasectomia, varicocelectomia)							
Orquiectomia com colocação de prótese	Cefazolina*	2g EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperató rio	Clindamicina 900mg EV	
Próteses penianas	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV q8h no pós- operatório	
	Gentamicina	240 mg EV	Não indicado	Não indicado		Gentamicina 240mg EV 1x dia	
Esfincter artificial	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV q8h no pós- operatório	
	Gentamicina	240 mg EV	Não indicado	Não indicado		Gentamicina 240mg EV 1x dia	
Reconstrução pélvica com prótese	Cefazolina* +	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV q8h no pós- operatório	
	Gentamicina	240mg EV	Não indicado	Não indicado		Gentamicina 240mg EV 1x dia	
Sling miduretral	Não indicado						
Nefrectomia limpa	Cefazolina*	2g EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperató rio	Clindamicina 900mg EV	
Nefrectomia infectada (tratamento)	Manter tratatamento orientado pela urocultura						
Prostatectomia aberta	Cefuroxima	1,5g EV	1,5g EV 4/4h	1,5g EV 8/8h		Vancomicina 1g EV +	
						Gentamicina 240mg EV	
Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração	Alergia a betalactâmicos	Observação
			Intra-operatório	Pós- Operatório			
Ressecção transuretral de próstata	Ciprofloxacino	400mg EV	400mg EV 12/12h	500mg VO 12/12h	24h	Não se aplica	
Ressecção transuretral de bexiga em pacientes de alto risco (grandes tumorações)	Ceftriaxone OU	2g EV/IM	1g EV 12/12h	1g EV 12/12h	24h	Opções já disponíveis nas indicações de antibióticos da indução anestésica	
	Sulfametoxazol/ Trimetoprim OU	800/160mg EV em 30 min OU 800/160mg VO 2 horas antes do procedimento	800/160mg EV	800/160m g EV 12/12h	24h		
	Amoxicilina- Clavulanato	1g/200mg EV em 30 min OU	1g/200mg EV	1g/200mg EV 8/8h	24h		

		875/125mg VO 2 horas antes do procedimento					
Cistectomia, neobexiga	Cefoxitina 2g EV OU		2g EV 2/2h	1g EV 6/6h	24h	Clindamicina 900mg EV no intraoperatório, seguido de 600mg EV q8h no POi + Metronidazol 500mg EV no intraoperatório, seguido de 500mg EV q8h no POi	Realizar coleta de urocultura pré-operatória. Caso necessário adequação do esquema intraoperatório, entrar em contato com o SCIH
	Cefazolina 2g EV + Metronidazol 500mg EV		2g EV 4/4h + 500mg EV 6/6h	1g EV 6/6h + 500mg EV 8/8h	24h		
Cirurgias com manipulação intestinal (se cólon, realizar preparo intestinal - consulte cirurgia do TGI)	Cefoxitina (+ preparo intestinal)	2g EV	2g EV 2/2h	1g EV 6/6h	24h	Opções já disponíveis nas indicações de antibióticos da indução anestésica	
	OU						
	Metronidazol +	500mg EV	500mg EV 8/8h	500mg EV 8/8h	24h		
	Levofloxacino	500mg EV	Não indicado	500mg EV 1x/dia			
Pacientes adultos com alto risco de endocardite - prótese valvar, prótese vascular (<1 ano), endocardite prévia, cardiopatia congênito cianótica complexa.	Verificar sessão "Endocardite"						
Pacientes pediátricos com alto risco de endocardite							
Reconstrução do trato urinário com matriz acelular ou mucosa jugal ("transplante de uretra")	Ciprofloxacino	400mg EV	400mg EV 12/12h	500mg VO 12/12h por 30 dias	30 dias	Não se aplica	
Cirurgia de redesignação sexual	Cefazolina*	2g EV	2g EV 4/4h	1g EV 8/8h	Até retirada do cateter vesical de demora	Sulfametoxazol/ Trimetoprim 800/160mg 12/12h	
*Peso > 120kg - Cefazolina 3g							
CIRURGIA VASCULAR							
Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Alérgicos a betalactâmicos	Duração	
			Intraoperatório	Pós- Operatório			
Baixo risco: ligaduras de pefurantes e colaterais	Não indicado						

Varizes	Alto risco*: safenectomias, tromboflebitas, dermatofibrose, úlceras de estase, fibredemea, distúrbios de imunidade, varizes exuberantes	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado	Clindamicina 900mg EV	Não indicado
Embolectomia	Baixo risco: (CPK < 150)	Não indicado					
	Alto risco: extensas, em MMI, com alterações neurológicas	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado	Clindamicina 900mg EV	Não indicado
Enxerto com prótese vascular sem Lesão Trófica Infectada (LTI)		Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado	Clindamicina 900mg EV	Não indicado
Enxerto com veia autóloga (sem LTI)							

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Alérgicos a betalactâmicos	Duração
			Intraoperatório	Pós-Operatório		
Artéria carótida sem material de prótese e sem fatores de risco Endarterectomia de carótida sem prótese e sem fatores de risco Implante de cateter venoso central de longa permanência (Port, Hickman, Permcath) Simpatetomia por toracoscopia Trombectomia percutânea	Não indicado					
Aneurisma de aorta abdominal Endarterectomia de carótida com prótese Fasciotomia Fistula arteriovenosa com ou sem próteses Fistula arteriovenosa com ou sem próteses - revisão**	Cefazolina	2g EV	2g EV 4/4h	Não indicado	Clindamicina 900mg EV	Não indicado

Amputações por necrose seca	Cefoxitina	2g EV	2g 2/2h	Não indicado	Ciprofloxacina 400mg EV + Clindamicina 900mg EV	Não indicado
Amputações por necrose úmida	Clindamicina +	900mg EV	900 mg EV 6/6h	600 mg EV 6/6h	NA	Adequar conforme culturas e manter segundo a evolução
	Ciprofloxacino	400mg EV	400 mg EV 12/12h	400 mg EV 12/12h		

* Fatores de risco associados a colocação de stents: cirurgias > 2h, reoperação, stent membros inferiores, hematoma, pacientes com outros dispositivos vasculares e pacientes imunodeprimidos

** Adicionar Vancomicina 1g EV em 1h se alto risco de infecção por *Staphylococcus oxacilina* resistente

ENDOCARDITE : Antibioticoprofilaxia cirúrgica para pacientes com fatores de risco

Bactérias alvo: Streptococcus de cavidade oral - Glicopeptídeos não são recomendados

INDICADA PROFILAXIA: endocardite prévia; prótese valvar cardíaca ou material protético usado para reparação valvar; implante aórtico trans cateter; próteses em valva pulmonar; reparo de valva tricúspide e mitral trans cateter; cardiopatia congênita cianótica complexa não tratada (transposição de grandes artérias, tetralogia de Fallot, ventrículo único) e pacientes com cardiopatia congênita cianótica tratada cirurgicamente com shunt paliativo, condutos ou próteses, mas após o reparo cirúrgico dessas cardiopatias sem próteses ou defeitos residuais, a indicação de profilaxia será somente para os primeiros 6 meses do procedimento; shunt pulmonar sistêmico construído cirurgicamente.

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução		Intervalo		COMENTÁRIOS
				Repique	Pós-Operatório	
Procedimentos dentários que impliquem manipulação da gengiva ou da região peri-apical dos dentes, bem como perfuração da mucosa oral	Sem alergia a penicilina ou ampicilina	Adultos	Crianças	Não indicado		Profilaxia VO - iniciar 2h antes do procedimento
	Amoxicilina OU	2g VO	50mg/kg VO			Profilaxia EV - iniciar na indução anestésica
	Ampicilina OU	2g EV ou IM	50mg/kg EV ou IM			
	Cefazolina OU	2g EV	50mg/kg EV			
	Ceftriaxona	2g EV ou IM	50mg/kg EV ou IM			
	Alergia a penicilina ou ampicilina					
	Cefalexina OU	2g VO	50mg/kg VO			
	Azitromicina OU	500mg VO	15mg/kg VO			
	Claritromicina OU	500mg VO	15mg/kg VO			
	Cefazolina OU	2g EV	50mg/kg EV			
	Ceftriaxona	2g EV ou IM	50mg/kg EV ou IM			
Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução		Intervalo		

			Repique	Pós-Operatório	
Amigdalectomia, adenoidectomia e procedimentos que envolvem incisão ou biópsia da mucosa respiratória	Amoxicilina + Clindamicina	2g VO + 900mg VO	Não indicado		
PROCEDIMENTOS NO TRATO RESPIRATÓRIO como broncoscopia flexível com ou sem biópsia, laringoscopia, intubação nasal ou traqueal	Não indicado				
PROCEDIMENTOS NO TRATO GASTROINTESTINAL E VIAS BILIARES	A American Heart Association, desde seu guideline de 2007 e a European Society of Cardiology desde seu guideline de 2009, não recomendam profilaxia de endocardite bacteriana durante procedimentos gastrointestinais, incluindo colonoscopia. No entanto, alguns procedimentos como escleroterapia de varizes esofágicas, dilatação esofágica e CPRE tem indicação de profilaxia pelo próprio procedimento, independentemente da situação cardíaca ou da presença de próteses.				
PROCEDIMENTOS NO TRATO GENITURINÁRIO INFECTADO	A American Heart Association, desde seu guideline de 2007 e a European Society of Cardiology desde seu guideline de 2009, não recomendam profilaxia de endocardite bacteriana durante procedimentos geniturinários. No entanto, recomenda que pacientes com infecção ou colonização do trato urinário por Enterococcus sp sejam tratados antes da realização do procedimento. Nos pacientes com urina estéril, deve ser realizada profilaxia indicada em função do próprio procedimento, se houver, independentemente da situação cardíaca ou da presença de próteses.				

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 18/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROFILAXIA CIRÚRGICA	Emissão: 30/09/2025	Próxima revisão: 2027

6. REFERÊNCIAS

1. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. ASHP Therapeutic Guidelines 2013.
2. Wilson W, Taubert KA et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation 2007; Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007 Apr 19.
3. Pichichero ME, Casey JR. Safe use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Mar;136(3):340-7.
4. Campagna JD, Bond MC, Schabelman E, Hayes BD. The use of cephalosporins in penicillin-allergic patients: a literature review. J Emerg Med. 2012 May;42(5):612- 20.
5. https://wp.rededorsaoluiz.com.br/sao-luiz-itaim/wp-content/uploads/sites/31/2020/11/ITA40150.PC_002-PROTOCOLO-DE-ANTIBIOTICOPROFILAXIA-CIRURGICA-002.pdf
6. <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Termo.aspx?filtro=Antibiotico%20profilaxia%20cir%C3%BArgica&itemID=148#detalheTermo>

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 19/19	
Título do Documento	PROTOCOLO DE PROFILAXIA CIRÚRGICA	Emissão: 30/09/2025	Próxima revisão: 2027

7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO		
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
01	30/09/2025	Elaboração
01	30/09/2025	Aprovação e publicação

<p>Versão 1 – Elaboração</p> <p>Elaboração</p> <p>Júlia Regina Chaves Pires Leite</p> <p>Ana Carolina Gomes de Farias</p> <p>Nayanne Ingrid Farias Mota Guerra</p> <p>Validação/Revisão</p> <p>Júlia Regina Chaves Pires Leite</p> <p>Cláudio Emanuel Gonçalves Filho</p> <p>Giuliana Marçal</p> <p>Aprovação</p> <p>Cláudio Emanuel Gonçalves Filho</p> <p>Sônia da Silva Delgado</p>	<p>Data: 30/09/2025</p>
--	-------------------------

