



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO
MANUAL DE ANTIBIOTICOTERAPIA

SETOR: SCIH

Edição: 2ª

TÍTULO: Manual de Antibioticoterapia

ELABORADO: Moacir Jucá e

Thomaz Albuquerque

Área de Aplicação: Profissionais médicos para escolha adequada e bem sucedida dos antimicrobianos para as infecções comunitárias e hospitalares.

REVISADO: Adalberto de Lima

APROVADO: 09/03/2022

Data da Elaboração: 06/2019

Validade: 2 anos

MANUAL DE ANTIBIOTICOTERAPIA

Objetivo

O objetivo deste protocolo é oferecer condutas terapêuticas adequadas e auxiliar no manuseio das infecções, bem como racionalizar o uso de antibióticos, com menores efeitos adversos e maior eficácia. Tem como objetivo também, oferecer auxílio aos profissionais médicos na escolha adequada e bem sucedida dos antimicrobianos para as infecções comunitárias e hospitalares.

Metas

- Adesão ao protocolo de antibioticoterapia:
- Adequação à escolha correta de antimicrobianos terapêuticos (90%).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Inclusão

Pacientes com quadro infeccioso e indicação de antibioticoterapia.

Exclusão

Pacientes sem indicação de terapia antimicrobiana.

LINHA DE CUIDADO

Emergência: atendimento médico, exame de imagem e laboratorial, diagnóstico, internamento hospitalar;
Unidade de Internamento: assistência médica, enfermagem e fisioterapia, antibioticoterapia conforme protocolo e exames complementares;

INDICADORES

Processo	NA
Resultado	<ul style="list-style-type: none">• Taxa de pacientes com antibioticoterapia de acordo com protocolo institucional (90%).



--	--

FLUXOGRAMA (ALGORITMO)				
APARELHO GASTROINTENSTINAL				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
ABSCESO HEPÁTICO	METRONIDAZOL + (CEFTRIAXONA OU PIPE/TAZO OU CIPRO)	METRONIDAZOL + IMIPENEM OU MEROPENEM	14 A 21 DIAS	DRENAR EM NÃO SE TRATANDO DE ABSCESSO AMEBIANO (PERCUTÂNEA E/OU CIRÚRGICA)
ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO				
COLECISTITE AGUDA/ COLANGITE	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12H + METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	AMPICILINA + GENTAMICINA + METRONIDAZOL	ATÉ 72 APÓS CONTROLE DO FOCO INFECCIOSO (AFEBRIL E LEUCOGRAMA NORMAL)	NÃO USAR CEFTRIAXONA SE PACIENTE ICTÉRICO/APÓS MANIPULAÇÃO DE VIA BILIAR: CEFEPIME 2G EV 12/12H OU CEFTAZIDIMA 1-2 G EV 8/8H
COLECISTITE AGUDA/ COLANGITE GRAVE	CEFEPIME OU PIPE/TAZO OU IMIPENEM + METRONIDAZOL	-	ATÉ 72 APÓS CONTROLE DO FOCO INFECCIOSO (AFEBRIL E LEUCOGRAMA NORMAL)	DESOBSTRUIR VIA BILIAR/ AVALIAR USO PRÉVIO DE ANTIMICROBIANOS
DIVERTICULITE/ PERITONITE/ ABBSCESO PERI RETAL LEVE	SMT/TMP 800MG 12/12H VO OU CIPROFLOXACINA 500MG VO 12/12H + METRONIDAZOL 500 VO 6/6H	AMOXACILINA + CLAV 875MG 12/12H	7 A 10 DIAS	-

DIVERTICULITE/ PERITONITE/ ABBSCESSO PERI RETAL MODERADO	CIPRO 400MG EV 12/12H + METRONIDAZOL 500MG EV 8/8	TAZOCIN 4,5G EV 12/12H OU TIGECICLINA 100MG EV DOSE DE ATAQUE APÓS 50MG EV 12/12H	7 A 10 DIAS	AVALIAR POSSIBILIDADE DE PSEUDOMONAS.
DIVERTICULITE/ PERITONITE/ ABBSCESSO PERI RETAL GRAVE , RISCO DE VIDA	IMIPENEM 500MG EV DE 6/6H OU MEROPENEM 1G EV DE 8/8H	AMPICILINA 2G EV DE 6/6H+ METRONIDAZOL + CIPRO OU GENTAMICINA + AMP + METRO	7 A 10 DIAS	DRENAGEM CIRURGICA CONCOMITANTE
ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO PACIENTES HOSPITALIZADOS	IMIPENEM OU PIPE/TAZO + METRONIDAZOL + VANCOMICINA	CIPRO + METRONIDAZOL + VANCOMICINA	ATÉ 72 APÓS CONTROLE DO FOCO INFECCIOSO (AFEBRIL E LEUCOGRAMA NORMAL)	CONSIDERAR USO DE LINEZOLIDA SE PACIENTE COLONIZADOS POR VRE. CONSIDERAR USO DE ANTIFÚNGICOS CONFORME CANDIDA ESCORE.
DIARRÉIA AGUDA				
DIARRÉIA LEVE	HIDRATAÇÃO EVITAR ANTIDIARREICOS	-	-	AVALIAR TRATAMENTO SE EXTREMOS DE IDADE E IMUNOSSUPRIMIDOS
DIARRÉIA MODERADA A GRAVE	CIPROFLOXACINA 500MG VO 12/12	SE INTERNAÇÃO	3- 5 DIAS	-
	TMP-SMT 800/160 MG VO 12/12H	CEFTRIAXIONA 1G EV 12/12H OU CIPRO 400MG EV 12/12H	3- 5 DIAS	
ESOFAGITE				

ESOFAGITE POR CANDIDA	FLUCONAZOL 150MG VO	ITRACONAZOL 200MG VO	14 DIAS	CASOS GRAVES USAR FLUCONAZOL EV. RARO DOENÇA REFRATÁRIA
ESOFAGITE POR CMV	GANCICLOVIR 5MG/KG 12/12H	-	14 DIAS	APÓS INICIAR TERAPIA DE MANUTENÇÃO COM GANCICLOVIR 5MG/KG 1X/DIA 5X/SEM
INFECÇÃO POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	METRONIDAZOL 500MG VO 8/8H (PODE SER EV)	CASOS GRAVES OU NÃO RESPONSIVOS A METRONIDAZOL USAR VANCOMICINA 125 A 500MG VO 6/6H	10 A 14 DIAS, OU 7 DIAS APÓS A SUSPENSÃO DOS ANTIMICROBIAN OS	COLHER TOXINA PARA CLOSTRIDIUM NAS FEZES, SUSPENDER ANTIBIÓTICOS SE POSSIVEL, NÃO USAR ANTIPERISTÁTICOS
INFECÇÃO POR H PYLORI	AMOXACILINA 1G VO 12/12H + CLARITROMICINA 500MG VO 12/12H	ASSOCIAÇÃO COM TINIDAZOL 500 MG 12/12H	5 DIAS CADA (SEQUENCIAL)	TRATAMENTO ASSOCIADO COM INIBIDOR DE BOMBA DE PROTONS
PANCREATITE				
PANCREATITE AGUDA LEVE	NÃO HÁ INDICAÇÃO	NÃO HÁ INDICAÇÃO	-	INDICAÇÃO: NECROSE > 30% VISUALIZADA

PANCREATITE AGUDA GRAVE	IMIPENEM OU MEROPENEM	CIPRO + METRONIDAZOL	14 A 21 DIAS	EM TC; DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR CULTURA; PACIENTES COM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE SCORE APACHEII > 8, IMC > 30, DIABETES, DERRAME PLEURAL ESQUERDO, ESCORE RANSON > 3)
PARASITOSES INTESTINAIS				
AMEBÍASE, GIARDÍASE	METRONIDAZOL 500MG VO 12/12H	SECNIDAZOL 2G DU	-	-
ISOSPORA	TMP-SMZ 50 MG/KG (TMP) POR 15D	TMP-SMZ 25 MG/KG (TMP) POR 28D	15 DIAS	-
CRIPTOSPORIDÍASE	NITAZOXAMIDA 500MG 12/12H	3 DIAS	-	-
STRONGILOIDÍASE	IVERMECTINA 6MG/KG DU	TIABENDAZOL 25MG/KG 2X/DIA POR 5 A 7 DIAS	DU = DOSE ÚNICA	TIABENDAZOL MÁXIMO 3G/D
ENTEROBÍASE, ASCARIDÍASE, ANCILOSTOMÍASE	ALBENDAZOL 400MG	MEBENDAZOL 100MG 12/12H	3 DIAS	SE DU REPETIR APÓS 1 SEMANA
TENÍASE	PRAZIQUANTEL 10MG/KG DU	ATENASE * 1G ADULTOS 2G CRIANÇAS	DU = DOSE ÚNICA	-
ESQUISTOSSOMOSE	OXAMINIQUINA 12,5 A 15MG/KG DU	PRAZIQUANTEL 10MG/KG DU	DU = DOSE ÚNICA	ACOMPANHAR COM EPF MENSAL PÓS TRATAMENTO POR 6 MESES

PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA	CEFTRIAXONA 1 GR EV DE 12/12H	PIPE/TAZO 4,5G EV 8/8H OU ERTAPENEM 1G EV A CADA 24H	7 DIAS	DIAGNÓSTICO: POLIMORFONUCLEAR ES EM LÍQUIDO ASCÍTICO > 250 CELS/MM3
-----------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------	--------	---------------------------------------------------------------------------------

TRATO URINÁRIO				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA AUSÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS E UROCULTURA POSITIVA > 100.000 COLÔNIAS	TRATAR CONFORME ANTIBIOGRAMA		TRATAR SOMENTE: GRAVIDEZ, PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA UROLÓGICA	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXA				
GESTANTES OU PUÉRPERA	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H OU AMOXACILINA 500MG VO 8/8H	AMOXACILINA/CLAVULANATO 875MG 12/12H	7 DIAS	REAVALIAR CONFORME ANTIBIOGRAMA, EAS E UROCULTURA DE CONTROLE APÓS 2 A 4 SEMANAS

MULHER NÃO GRÁVIDA	SMT/TMP 800/160MG VO 12/12H 3 DIAS OU NITROFURANTOÍNA 100MG VO 12/12H 5 DIAS OU NORFLOXACINO 400MG VO 12/12H 3 DAIS	EM CASO DE ALERGIAS OU USO PRÉVIO DE ALGUM DESTES ANTIMICROBIANOS (3 MESES): CIPROFLOXACINA 500MG VO 12/12H OU CEFALEXINA OU AMOXACILINA	3 A 5 DIAS	AVALIAR SINAIS DE GRAVIDADE, USO PRÉVIO DE ANTIMICROMIANOS, NÃO REQUER EXAMES LABORATORIAIS, NA AUSÊNCIA DE MELHORA CLÍNICA AVALAIR POSSIBILIDADE DE MICOPLASMA, CLAMIDIA OU GARDNERELLA
HOMENS	TRATAMENTO DE ACORDO COM ANTIBIOGRAMA		FREQUENTEMENTE ASSOCIADO A HIPERPLASIA PROSTÁTICA, AVALIAR	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO				
PIELONEFRITE	CIPROFLOXACINA 400 MG EV OU 500MG VO 12/12H OU GENTAMICINA 240MG EV DU/D, OU CEFTRIAXONA* 1G EV 12/12H	ERTAPENEM 1 EV A CADA 24H	TRATAR 7 A 14 DIAS	*PARA GESTANTES, IDOSOS OU PACIENTES COM FUNÇÃO RENAL ALTERADA. AVALAIR USO PRÉVIO DE ANTIMICROBIANOS. ESCOLHER A VIA DE ADMNIOSTRAÇÃO CONFORME TOLERÂNCIA E ESTADO GERAL DO PACIENTE.
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADA A CATETER				

AUSENCIA DE SINAIS E SINTOMAS	TRATAR CONFORME ANTIBIOGRAMA	AVALIAR TROCA OU RETIRADA DA SVD. TRATAR SOMENTE PACIENTES DE ALTO RISCO: TRANSPLANTADO, GRANULOCITOPÊNICOS, GRAVIDEZ, PRÉ-OPERATORIO CIRURGIAS UROLÓGICAS E PRÓTESES		
SUSPEITA CLÍNICA DE ITU	TRATAR CONFORME ANTIBIOGRAMA	REAVALIAR NECESSIDADE DA SVD. TROCAR SVD.		
UROLOGIA				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDER AÇÕES
ORQUIEPIDIDIMITE	>35 ANOS: CIPROFLOXACINA 400 MG EV OU 500MG VO 12/12H, < 35 ANOS: CEFTRIAXONA 1G IM DU SEGUIDO DE DOXICICLINA 100MG 12/12H 10 DIAS	> 35 ANOS: PIPE/TAZO OU ERTAPENEM	7 A 10 DIAS	RECOMEND A-SE REPOUSO, ELEVAÇÃO DO ESCROTO E ANALGÉSICOS
PROSTATITE BACTERIANA				
PROSTATITE BACTERIANA AGUDA NÃO COMPLICADA	>35 ANOS: CIPROFLOXACINA 400 MG EV OU 500MG VO 12/12H, < 35 ANOS: CEFTRIAXONA 1G IM DU SEGUIDO DE DOXICICLINA 100MG 12/12H 14 DIAS	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	4 SEMANAS	SE MANIPULAÇÃO PRÉVIA OU BIOPSIA, AVALIAR CULTURA

PROSTATITE BACTERIANA AGUDA COMPLICADA	CIPROFLOXACINA 400 MG, TROCAR PARA VO QUANDO MELHORA	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H + AMINOGLICOSÍDEO, TROCAR PARA QUINOLONA VO QUANDO MELHORA OU ERTAPENEM	4 SEMANAS	AVLIAR ESRTAPENEM
PROSTATITE BACTERIANA CRÔNICA	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H	SMT/TMP 800/160MG 12/12H	6 SEMANAS	

SINEMA NERVOSO CENTRAL

MENINGITE EM ADULTOS

ADULTOS SEM FATOR DE RISCO	CEFTRIAXONA 2 G IV 12/12H	ASSOCIAR AMPICILINA 2G EV DE 6/6H	10 A 14 DIAS	GESTANTES, ADULTOS > 50 ANOS, ASSOCIAR AMPICILINA PARA COBERTURA DE LISTÉRIA
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO PENETRANTE, NEUROCIRURGIA OU VALVULA DE DERIVAÇÃO	VANCOMICINA 1-2 G IV 12/12H + CEFEPIME 2G IV 8/8H*	VANCOMICINA 1 G EV 12/12H + MERONEM 1G EV 8/8H	10 A 14 DIAS	AJUSTAR CONFORME ANTIBIOGRAMA. AVALIAR COBERTURA PARA PSEUDOMONAS E ACINETOBACTER.

MENINGITE EM CRIANÇAS

MENORES QUE 1 MÊS	CEFTRIAXONA	AMPICILINA + AMINOGLICOSÍDEO	10 A 14 DIAS	BACIOS ENTÉRICOS GRAM-NEGATIVOS (PRINCIPALMENTE
-------------------	-------------	------------------------------	--------------	-------------------------------------------------

				ESCHERICHIA COLI), ESTREPTOCOCO DO GRUPO B, LISTERIA MONOCITOGENES
2 MESES A 5 ANOS	CEFTRIAXONA	CLORANFENICOL	10 A 14 DIAS	PNEUMOCOCO, MENINGOCOCO, HAEMOPHILUS INFLUENZAE
MAIORES QUE 5 ANOS	CEFTRIAXONA	PENICILINA OU CLORANFENICOL	10 A 14 DIAS	PNEUMOCOCO, MENINGOCOCO
HEMATOLOGIA				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
NEUTROPENIA FEBRIL EM ADULTOS	BAIXO RISCO: CEFEPIME OU PIPERACILINA/TAZOB ACTAM ALTO RISCO: PIPERACILINA/TAZOB ACTAM OU IMIPENEM OU MEROPENEM	VANCOMICINA - ASSOCIAR SE INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER, PNEUMONIA, LESÃO DE PELE OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA OU MUCOSITE GRAVE	CONSIDERAR DESCALONAME NTO OU TROCA PARA VO CONFORME RESPOSTA CLÍNICA. PROLONGAR ANTIBIÓTICOS ATÉ MELHORA DA NEUTROPENIA NEUTROFILOS> 500/MM3	REAVALIAR ESQUEMA A CADA 24 OU 48H SE PACIENTE FEBRIL OU COM PIORA CLÍNICA PROCEDER AMPLIAÇÃO DO EXPECTRO ANTIMICROBIANO GRADATIVAMENTE (CONSIDERAR VRE, ESBL, PSEUDOMONAS OU ACINETOBACTER MULTIRESISTENTE). A COBERTURA ANTIFÚNGICA DEVE SER REALIZADA SE PACIENTE FEBRIL APÓS 4 OU 7 DIAS DE ESQUEMA ANTIMICROBIANO DE AMPLO EXPECTRO,
PNEUMOLOGIA				

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
PNEUMONIA COMUNITÁRIA				
SEM COMORBIDADES	AMOXACILINA/CLAVULANATO OU AZITROMICINA OU LEVOFLOXACINA 5000MG VO 1X/DIA	SE INTERNAÇÃO: CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H + MACROLÍDEO EV OU VO OU LEVOFLOXACINA EV	7 DIAS	CRITÉRIOS DE CURB-65, CONSIDERAR 1 PONTO: CONFUSÃO, BUN. 19MG/DL, FREQUENCIA RESPIRATÓRIA > 30IRPM; PRESSÃO ARTERIAL < 90/60 mmHG; IDADE> 65ANOS (SE SOMA > 1 PONTO HOSPITALIZAR); COMORBIDADES: (ALCOOLISMO, BRONQUIECTASIA, DPOC, DIABETES, PÓS INFLUENZA, SEQUELA NEUROLÓGICA)
COM COMORBIDADES	LEVLOFLOXACINA , AMOXACILINA/CLAVULANATO + AZITROMICINA	SE INTERNAÇÃO: CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H + MACROLÍDEO EV OU VO OU LEVOFLOXACINA EV	-	
PNEUMONIA ASSOCIADA A ASSISTENCIA A SAÚDE (INCLUI PAV)				
PRECOCE < 5 DIAS	CEFTRIAXONA OU LEVOFLOXACINA (PACIENTE SEM USO PRÉVIO DE ANTIBIÓTICO E ESTABILIDADE CLÍNICA)	CEFEPIME OU PIPE/TAZO + VANCOMICINA OU TEICoplanina OU LINEZOLIDA (USO PRÉVIO DE ATB OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA-AVALIAR COBERTURA PARA ESBL)	7 A 10 DIAS	DISCUTIR ASSOCIAÇÃO COM AMICACINA SE ALTA PROBABILIDADE DE PSEUDOMONAS. DISCUTIR COBERTURA PARA ANAERÓBIOS SE RISCO DE ASPIRAÇÃO E ESQUEMA NÃO CONTEMPLAR COBERTURA,

TARDIA > 5 DIAS	CEFEPIME 2G EV 8/8H OU PIPE/TAZO (PACIENTES ESTÁVEL, SEM USO PRÉVIO DE ATB)	IMIPENEM/MEROPENE M + VANCOMICINA OU TEICoplanina OU LINEZOLIDA (USO PRÉVIO DE ATB OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA)	7 A 10 DIAS	* AVALIAR ASSOCIAÇÃO COM AMNOGLICOSÍDEO. REAVALIAR CONFORME ANTIBIOGRAMA. SUSPEITA DE ACINETOBACTER AVALIAR USO DE POLIMIXINA B
PNEUMOPATIA POR ASPIRAÇÃO	CEFTRIAXONA + CLINDAMICINA	SE AMBULATORIAL, E PACIENTE HÍGIDO: CLINDAMICINA OU AMPICILINA	7 A 10 DIAS	DIFERENCIAR COM PNEUMONITE ASPIRATIVA (FEBRE, LEUCITOSE E IMAGEM COM INÍCIO < 24H).
ABSCESSO OU PNEUMONIA NECROTIZANTE	AMBULATORIAL: AMOXACILINA/CLA VULANATO OU CLINDAMICINA	INTERNADO: CEFTRIAXONA + CLINDA OU METRONIDAZOL; OU PIPE/TAZO	> 3 SEMANAS	-

OTORRINOLARINGOLOGIA

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
AMIGDALITE	PENICILINA BENZATINA 1200000U IM EM DU, OU AZITROMICINA 500MG VO 1 DIA, SEGUIDO DE 250MG POR MAIS 4 DIAS, OU CLARITROMICINA 250MG VO 12/12H	AMOXACILINA/CLAVU LANATO 500MG VO 8/8H	7 DIAS - AZITROMICIN A (5 DIAS)	TRATAR SOMENTE COM OS 4 CRITÉRIOS DE CENTOR: FEBRE, EXUDATO TONSILAR, AUSENCIA DE TOSSE, ADENOPATIA CERVICAL. TRATAMENTO VISA PREVINIR FEBRE REUMÁTICA, COMPLICAÇÕES

				LOCAIS SUPURATIVAS, REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO E MELHORAS DO SINTOMAS.
SINUSITE AGUDA	AMOXACILINA/CLA VULANATO 500MG VO 8/8H OU LEVOFLOXACINA 50MMG 1X/DIA	SE CASO GRAVE, AVALIAR INTERNAÇÃO	7 A 10 DIAS	RESERVAR TRATAMENTO PARA PACIENTE QUE ESTÃO HÁ MAIS DE 7 DIAS SINTOMÁTICOS, DOR FACIAL OU SECREÇÃO PURULENTA NASAL
OTITE MÉDIA AGUDA	AMOXACILINA 500MG VO 8/8H OU AMOXACILINA/CLA VULANATO 500/125MG VO 8/8H	AZITROMICINA 500MG VO 1 DIAS, SEGUIDO DE 250MG VO POR 4 DIAS	5 A 7 DIAS	TRATAMNETO DE CRIANÇAS COM MAIS DE 2 ANOS É CONTROVERSO. DIFERENCIAR DE OTITE MÉDIA COM EFUSÃO A QUAL NÃO TEM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO.

PELE E PARTES MOLES				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
INFECÇÕES DE PELE				
IMPETIGO/ FURUNCULOSE	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H	ERITROMICINA 500MG VO 6/6H OU SMT/TMP 800MG/160 12/12H USO TÓPICO: MUPIROCINA	7 DIAS	SE LESÕES PEQUENAS PREFERIR TRATAMENTO TÓPICO
ERISPELA	INTERNADO: PENICILINA	CLINDAMICINA 600MG VO OU EV DE 6/6H OU	7 DIAS	LESÃO MAIS SUPERFICIAL, BEM

	CRISTALINA 2000000U EV DE 4/4H , AMBULATORIAL: PENICILINA PROCAÍNA 400000IM 12/12H	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		DELIMITADA
CELULITE	OXACILINA 2G EV DE 4/4H (INTERNADO), OU CEFALEXINA 500MG VO 6/6H	CLINDAMICINA 600MG VO OU EV DE 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	7 A 10 DIAS	TENTAR OBTER GRAM E CULTURA SE SECREÇÃO PURULENTA. MAIOR POSITIVIDADE EM HEMOCULTURA.
INFECÇÕES NECROTIZANTES				
ORIGEM COMUNITÁRIA	PEN CRISTALINA 3 MILHÕES DE 4/4H + CLINDAMICINA 900MG EV DE 8/8H	SE SUSPEITA DE FOURNIER: CLINDAMICINA + (GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA OU CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H)	14 A 21 DIAS	REAVALIAR ANTIBIOTICOTERAPIA DE ACORDO COM CULTURA E ANTIBIOGRAMA. COLETAR PUNÇÃO OU 2 SWABS + HEMOCULTURA (2 AMOSTRAS). DEBRIDAMENTO E INCISÕES PARA EXPOSIÇÃO DAS FASCIAS. CONSIDERAR TERAPIA HIPERBÁRICA
ORIGEM HOSPITALAR	VANCOMICINA* + AMICACINA* + METRONIDAZOL	CONSIDERAR IMIPENEM/MEROPENE M SE INSUFICIENCIA RENAL OU ALTO RISCO	14 A 21 DIAS	DEBRIDAMENTO + EXPOSIÇÃO DA FASCIA. COLETAR CULTURAS. AVALIAR TERAPIA HIPERBÁRICA.

PÉ DIABÉTICO				
LEVE COMUNITÁRIA	AMOXACILINA /CLAVULANATO 500MG VO 8/8H OU CEFALEXINA 500MG VO 6/6H	CLINDAMICINA 600MG VO DE 6/6H OU SMT/TMP 800/160MG 8/8H	7 A 14 DIAS	LEVE: INFECÇÃO LIMITADA A PELE E SUBCUTÂNEO COM EXYENSÃO DE ATÉ 2 CM AO REDOR DA ÚLCERA. PODENDO ESTENDER TRATAMENTO ATÉ 4 SEMANAS SE RESOLUÇÃO LENTA.
LEVE RELACIONADA A SERVIÇO DE SAÚDE OU USO PRÉVIO DE ATB:	CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINA OU LEVOFLOXACINA + METRONIDAZOL			
MODERADA COMUNITÁRIA	AMOXACILINA/CLAVULANATO OU CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINA	ERTAPENEM OU CEFTRIAZONE + METRONIDAZOL	2 A 4 SEMANAS	MODERADO: PACIENTE ESTÁVEL COM PELO MENOS 2 DOS SEGUINTE: LESÃO > 2CM, LINFANGITE, ABSCESSOS PROFUNDOS, GANGRENA, (RISCO DE PERDA) PODE SER VO APÓS MELHORA CLÍNICA. TENTAR OBTEN CULTURAS.
MODERADA RELACIONADA A SERVIÇO DE SAÚDE OU USO PRÉVIO DE ATB:	PIPERACILINA/TAZO BACTAM ASSOCIADO A TEICOPLANINA OU VANCOMICINA	ERTAPENEM ASSOCIADO A VANCOMICINA OU TEICOPLANINA		

GRAVE COMUNITÁRIA	CLINDAMICINA + CIPROFLOXACINA OU CEFEPIME + METRONIDAZOL	ERTAPENEM 1G EV 1X/D	2 A 4 SEMANAS	GRAVE: INFECÇÃO EM PACIENTE TOXEMIADO, COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA E METABÓLICA (FEBRE, CALAFRIOS, TAQUICARDIA, CONFUSÃO MENTAL,, HIPERGLICEMIA, INSUFICIENCIA RENAL)
GRAVE RELACIONADA A SERVIÇO DE SAÚDE OU USO PRÉVIO DE ATB:	IMIPENEM OU MEROPENEM ASSOCIADO A VANCOMICINA OU TEICOPLANINA	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4,5G EV 8/8H ASSOCIADO A VANCOMICINA		
INFECTOLOGIA - BACTÉRIAS MULTIRESISTENTES				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA				
SENSÍVEL A AMPICILINA E AMNOGLICOSIDEO	AMPICILINA + AMINOGLICOSÍDEO	LINEZOLIDA	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	A TIGECICLINA PODE SER USA EM CASO DE INFECÇÕES INTRA- ABDOMINAIS
SENSÍVEL AMPICILINA E RESISTENTE A AMINOGLICOSIDEO	AMPICILINA	LINEZOLIDA	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	
RESISTENTE A AMPICILINA	LINEZOLIDA 600MG EV 12/12H	TIGECICLINA	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO	RESISTENTE A AMPICILINA USAR NITROFURANTOÍNA SE SENSÍVEL	QUINOLONA	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	

MRSA	VANCOMICINA	TEICOPLANINA, LINEZOLIDA	OBSERVAR POSSIBILIDADE DE USAR OUTRAS CLASSES DE ANTIMICROBIANO	
MRSA ADQUIRIDO NA COMUNIDADE (SENSÍVEL A OUTRAS CLASSES)	PELE E PARTES MOLES OU PNEUMONIA: SMT/TMP OU CLINDAMICINA	SE INFECÇÕES GRAVES: VANCOMICINA	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	TEICOPLANINA OU LINEZOLIDA (SE INTOLERÂNCIA A GLICOPEPTÍDEO)
ACINETOBACTER SPP RESISTENTE A CARBAPENEM	POLIMIXINA B	SE SENSÍVEL A AMPI/SULBACTA M - USAR.	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	TIGECICLINA (USO APROVADO PARA INFECÇÃO INTRA- ABDOMINAL E PELE E PARTES MOLES)
PSEUDOMONAS RESISTENTE A CARBAPENEM	POLIMIXINA B	SE SENSÍVEL A PIPE/TAZO USAR PARA PACIENTE MENOS GRAVES	CONFORME SITIO DE INFECÇÃO	
ITU	CIPROFLOXACINA OU AMINOGLICOSÍDEO	PIPE/TAZO OU ERTAPENEM OU IMIPENEM/MERO PENEM	7 DIAS	
PNEUMONIA OU BACTEREMIA	IMIPENEM/MEROPE NEM	CIPROFLOXACIN A OU ERTAPENEM	7 A 10 DIAS	
MENINGITE			MEROPENEM	
INFECÇÕES INTRA- ABDOMINAIS	CIPROFLOXACINA OU AMINOGLICOSÍDEO S + DROGA ANAEROBICIDA	PIPE/TAZO OU ERTAPENEM OU IMIPENEM/MERO PENEM	7 A 10 DAIS	
CANDIDA SPP	SEM USO PRÉVIO DE AZÓLICO FLUCONAZOL	ANFOTERICINA B	CANDIDEMIA: FLUCONAZOL 800MG	

Anexos

Tabela de Correção de Doses dos Antibióticos para Função Renal
(HD Clássica e SLED)

<i>Antibiótico</i>	<i>Dose normal</i>	<i>ClCr (ml/min)</i>	<i>Dose corrigida</i>	<i>Reposição após HD com membrana alto fluxo</i>	<i>Reposição após HD com membrana baixo fluxo</i>	<i>Comentário</i>
Aciclovir (IV)	5-10mg/kg q8h	50-25 25-10 <10	5-10mg/kg q12h 5-10mg/kg q24h 2,5-5mg/kg q24h	fazer dose extra após HD	fazer dose extra após HD	
Aciclovir (VO)	Herpes Simples: 200mg 5x/d Zoster imunossuprimido: 800mg 5x dia	>=10 <10 >25 25-10 <10	200mg 5x/d 200mg q 12h 800mg q 5x/d 800mg 8/8h 800mg q12h			
Amoxicilina	500-1000mg q8h	>30-10 <10 ou HD	500mg q12h 500mg q24h	500mg após HD	500mg após HD	Para pneumonia usar dose maior 1g q8h (1g/d em HD)

Amoxicilina - Clavulanato	500-1000mg q12h 500-1g q 8/8h	>30 30-10 <10	500mg a 1g q12h 250-500mg q12h 500mg q24h	500mg após HD	500mg após HD	
Ampicilina	1-2g q4-6h	50-10 <10 ou HD	1-2g q6-8h 1-2g q8-12h	Dose após HD	Dose após HD	
Ampicilina-Sulbactam	3g q6h 3g 4/4h (Acinetobacter ou E. faecalis)	>30 29-15 <14 ou HD >50 50-10 <10 ou HD	3g q6h 3g q12h 3 q 24h 3g 4/4h 3g 6/6h 3g 8/8h	Dose após HD	Dose após HD	
Aztreonam	1-2g q8h	> 30 29-10 <10 ou HD	1-2g q8h 500mg - 1g q8h 500mg q8h		0,5g após HD	
Amicacina (PM 781)	15-20mg/kg dia	Dose ataque: <30 <10 ou HD	15mg/kg ataque 7,5-10mg/kg/dia q24h 5-7,5mg/kg/dia q48h	Fazer dose após HD	Fazer dose após HD	Idosos fazer dose manutenção 7,5mg/kg/d CAPD dose ataque 20mg/kg/d
Cefalexina	500mg VO 6/6h	50-10 <10 (HD)	500mg q12/12h 500mg q24h	500mg extra após HD	500mg extra após HD	
Cefazolina	2g q8h	>35 35-10 <10 (HD)	1 a 2g 8/8h 1g 12/12h 2g IV após cada HD			Fazer 3g na 6af ou sáb (antes do maior intervalo interdialítico)
Antibiótico	Dose normal	ClCr	Dose	Reposição após	Reposição após	Comentário

		(ml/min)	corrigida	HD com membrana alto fluxo	HD com membrana baixo fluxo	
Cefepima	2g q8h	30-60 29-11 <11 ou HD	2g q12h 2g q24h 1g q24h	1g pos HD	1g pos HD	Risco de encefalopatia no pcte em HD.
Ceftolozane- Tazobactam (Zerbaxa)	1,5g 8/8h PAV 3g q 8h	>50 30-50 15-29 <15 ou HD PAV >50 30-50 15-29 <15 ou HD	1,5g q8h 750mg q8h 375mg q8h (ataque 1,5g) 150mg q8h (ataque 750mg) 3g q8h 1,5g q8h 750mg q8h 450mg q8h (ataque 2,25g)	Fazer dose após HD	Fazer dose após HD	Indicada para enterobactérias resistentes a carbapenêmicos (alternativa a poli B)
Ceftarolina (Zinforo)	600mg q12h *Stafilo MRSA 600mg q8h	30-50 15-29 <15 ou HD <15	400mg q12h 300mg q12h 200mg q12h 400mg q12/12h	Fazer dose após HD	Fazer dose após HD	Obs : cobertura para enterobactérias comunitárias e estafilo MSRA. Não cobre ESBL e nem germes atípicos Segura em idosos
Ceftazidima- Avibactam (Torgena)	2,5g q8h	31-50 16-30 6-15 <6	1,25g q8h 0,94g q12h 0,94g q24h 0,94g q48h	Fazer dose após HD	Fazer dose após HD	

Ceftazidima	2g q 8h	>50 30-50 15-30 <15 HD	2g q8h 2g q12h 2g q24h 1g q24h 2g q48h	Alto fluxo: 2g após HD	HD baixo fluxo: dose do dia: 1g fazer após HD	Não padronizado no HC Em breve teremos a ceftazidima com inibidor
Ceftriaxona	2g q24h SNC 2g q 12h		Não corrige		não	Há quem aumente dose nos pacientes críticos pelo aumento do Vd (opinião)
Ciprofloxacino IV (PM 385) Ciprofloxacino VO	400mg q8-12h 500-750mg q12h	>30 <30 ou HD 50-30 <30 ou HD	400mg q8-12h 400mg q24h + dose após HD 500-750mg q12h 500mg q24h	400mg após HD 500mg pós-HD	400mg após HD 500mg pós-HD	SLED e HDI removem 15-30% das fluoroquinolonas, suplementar após HD.
Colistina (polimixina E) (colistek- 1FA=150mg = 4.500.000 UI)	Ataque: 2,5mg/kg q12h	>50 20-50 <20 ou HD	2,5mg/kg q12h 2,5mg/kg q24h 1,5mg/kg q24h	Dose pós-HD	Dose pós-HD	Usar peso ideal Excelente penetração urinária
Daptomicina (PM 1600)	6-10mg/kg q24h	>30 <30 ou HD	6-10mg/kg q24h 6-10mg/kg q48h	dose do dia fazer após HD HD > 72h: 6af e sábado > fazer 9mg/kg	dose do dia fazer após HD HD > 72h: 6af e sábado > fazer 9mg/kg	Não indicado p pneumonia. Seriar CPK nos pacientes em HD (risco rabbdomiólise)
<i>Antibiótico</i>	<i>Dose normal</i>	<i>ClCr</i>	<i>Dose</i>	<i>Reposição após</i>	<i>Reposição após</i>	<i>Comentário</i>

		(ml/min)	corrigida	HD com membrana alto fluxo	HD com membrana baixo fluxo	
Ertapenem	1g q 24h	≥30 <30 ou HD	1g q24h 0,5g q24h	1g q24h- fazer após HD	Dose (0,5g) do dia fazer após HD	Infusão em 3h. Fazer a dose do dia, após HD. SLED diária: 1g após cada HD. Para doentes graves em SLED trocar para Meropenem
Etambutol	15-25mg/kg/dia	<10	15-25mg/kg q48h	dose do dia fazer após HD	dose do dia fazer após HD	
Fluconazol	200-800mg q24h	<50 ou HD	50% dose 24h + ataque 400mg	dose do dia fazer após HD	dose do dia fazer após HD	
Ganciclovir IV indução	5mg q12h- indução	50-69 25-49 10-24 <10 ou HD	2,5mg/kg q12h 2,5mg/kg q24h 1,25mg/kg q24h 1,25mg/kg q 48h – após HD	dose do dia fazer após HD	dose do dia fazer após HD	
Ganciclovir IV manutenção	5mg q 24h manutenção	50-69 25-49 10-24 <10 ou HD	2,5mg/kg q24h 1,25mg/kg q24h 0,625mg/kg q24h 0,625mg/kg q48h– apos HD	dose do dia fazer após HD	dose do dia fazer após HD	
Gentamicina	5-7mg/kg/dia Gram (-) 2-3mg/kg/dia Gram (+)	<30 <10 ou HD	2,5mg/kg/dia q24h 2-3mg/kg (Ataque) 1-2mg/kg q48h (Manutenção)	Fazer dose após HD	Fazer dose após HD	SLED: usar 3mg/kg após cada HD
Levofloxacino	500mg q24h	20-50	250mg q24h ou 750mg q48h (ataque 500mg q12/12h)	SLED alto fluxo : 250mg q24h	dose do dia fazer após HD	SLED e HDI removem 15-30% das fluoroquinolonas, suplementar após HD.

	PNM 500mg 12/12h	< 20 ou HD	500mg q48h (ataque 500mg q12/12h)			
Linezolida	600mg q12h	Não corrige		Dose extra 600mg após HD	Dose extra 600mg após HD	SLED ou HDI reduzem o nível sérico em cerca de 30%
Meropenem	2g q8h	>50 50-26 25-10 <10 ou HD	2g q8h 1g q8h 1g q12h 1g 24h + dose extra após HD	Dose extra 0,5g	Se $\geq 5x$ /sem HDI fazer 1g dia dose após HD	Infundir em 3h HD remove cerca de 50% nível sérico SLED diária: dose cheia 1g q8h
<i>Antibiótico</i>	<i>Dose normal</i>	<i>ClCr (ml/min)</i>	<i>Dose corrigida</i>	<i>Reposição após HD com membrana alto fluxo</i>	<i>Reposição após HD com membrana baixo fluxo</i>	<i>Comentário</i>
Moxifloxacino	400mg q24	Não Corrige		dose do dia após HD	dose do dia apósHD	Mesma dose até para CRRT
Piperacilina- Tazobactam	4,5g q6h	>40 20-40 <20 HD	4,5g q6h 3,375g q6h 4,5g q12h ou 2,25 q6h 2,25g q6h	Fazer uma das doses após HD	Fazer uma das doses após HD	Infusão em 3h SLED diária fazer 4,5g 8/8h com infusão 3h, independente do horário da HD
Pirazinamida	15-30mg/kg/dia	<10 HD	12-20mg/kg/dia 25-30mg/kg pós-HD (48h)			
Polimixina B (PM 1200)	20.000 a 25.000UI/Kg (Ataque – Dose Única) 12.500 a 15.000UI/Kg/dose q12h	Não Corrige	Não Corrige	Não Corrige	Não Corrige	2,5mg=25.000U Poucos dados na literatura

	(Manutenção)					
Sulfametoxazol-Trimetoprim (dose TMP)	5mg/kg q6h	>=30 <10 HD	5mg/kg q6-8h 2,5mg/kg q6-8h 2,5mg/kg q8h	dose do dia fazer após HD	dose do dia fazer após HD	
Teicoplanina (PM 1900)	400mg q12h por 02 dias (04 doses) e depois 400mg q24h Infecções graves (12mg/kg/d)	<20	400mg q48h a partir do D3	Dose do dia sempre após HD de alto fluxo. Se HD diária, fazer dose todo dia		
Vancomicina (PM 1400)	20 a 30mg/Kg (Ataque) 15mg/Kg q12h (Manutenção)	<30 <10	<u>Ataque:</u> 20-25mg/kg 15mg/kg ao dia 15mg/kg q48h	10mg/kg dose do dia sempre após HD alto fluxo, se diária, fazer dose todo dia. No Crônico em HDI, realizar 20mg/Kg na Última dose da Semana.	Se SLED, realizar 15mg/Kg/q24h.	Não ultrapassar 2g dose. Para evitar sindr homem vermelho, pode infundir lento e fazer antihistamínico prévio. Infundir 1g em 1h e em 100mL SF0,9%

Sem ajuste: Caspofungina, micafungina, azitromicina, clindamicina, Tigeciclina, moxifloxacina, quinupristina/dalfupristina, rifampicina, metronidazol (1,5g IV dose única diária), oxacilina, isoniazida.

Peso para cálculo de dose nos obesos (IMC > 30): peso ideal + 0,4(peso atual – peso ideal)

Observações pertinentes:

1. Antibióticos concentração-dependentes :aminoglicosídeos + fluoroquinolonas (não fazer dose única diária) + anfotericina B + metronidazol (pode fazer dose única diária)+ daptomicina;



2. Antibióticos tempo-dependentes : Penicilinas, betalactâmicos , linezolida, vancomicina, clindamicina, macrolídeos (azitromicina para infusão deve-se diluir em 250ml de SF 0,9% e infundir em 2h para minimizar cardiotoxicidade);
3. Os Betalactâmicos e a Piperacilina -Tazobactam a sua infusão deve ser feita em pelo menos 3h;
4. Pacientes obesos (IMC > 30) sempre usar a dose > que a recomendada;
5. Vancomicina e daptomicina devem ter sua dose calculada usando o peso real do paciente;
6. Aminoglicosídeos devem ter sua dose calculada usando o peso ideal. Lembrar que eles são altamente dialisáveis.

Referências:

1. Johns Hopkins Antibiotics Guidelines 2015-2016: treatment recommendation for adult inpatients.
2. Cleveland Clinic. Guidelines for antimicrobial usage. 2011-2012
3. Bogard KN, Peterson NT, Plumb TJ, Erwin MW, Fuller PD, Olsen KM. Antibiotic dosing during sustained low-efficiency dialysis: special considerations in adult critically ill patients. Crit Care Med. 2011;39(3):560-570.
4. Fissel W. Advances in Chronic Kidney Disease, Vol 20, No 1 (January), 2013: pp 85-93
5. Vandecastleel SJ. Recent changes in vancomycin use in renal failure. Kidney International (2010) 77, 760–764
6. Decker, Mueller, and Sowinski. Advances in Chronic Kidney Disease, Vol 14, No 3 (July), 2007: pp e17-e26
7. González de Molina and Ferrer. Critical Care 2011, 15:175
8. Eyler, R. F. & Mueller, B. A. Nat. Rev. Nephrol. 7, 226–235 (2011)
9. Bridget A. Scoville. Medication Dosing in Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury Treated With Renal Replacement Therapy. Am J Kidney Dis. 2013;61(3):490-500



10. Post-Dialysis Parenteral Antimicrobial Therapy in Patients Receiving Intermittent High-Flux Hemodialysis. Springer Nature 2021 Drugs (2021) 81:555–574
11. International Consensus Guidelines for the Optimal Use of the Polymyxins: Endorsed by the American College of Clinical Pharmacy (ACCP), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), Infectious Diseases Society of America (IDSA), International Society for Anti-infective Pharmacology (ISAP), Society of Critical Care Medicine (SCCM), and Society of Infectious Diseases Pharmacists (SIDP) Pharmacotherapy. 2019 January ; 39(1): 10–39. doi:10.1002/phar.2209
12. Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Am J Health-Syst Pharm. 2020;77:835-86
13. Amato Neto V, Nicodemo AC, Lopes HV. Antibióticos na prática clínica. 6ª ed. São Paulo: Sarvier Editora.
14. Anderson DL. Doripenem. Drugs of Today.
15. Drusano GL. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of antimicrobials. Clin Infect Dis.
16. Walter Tavares. Antibióticos e Quimioterápicos para o clínico. São Paulo: Atheneu.