	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023 <b>Versão:</b> 00	

## 1. OBJETIVO

Este guia tem o objetivo de padronizar a utilização racional de antimicrobianos e garantir uma assistência de qualidade aos pacientes do Hospital Estadual Central.

## 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com agravos infecciosos atendidos nas dependências do Hospital Estadual Central.

## 3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Aqueles não definidos dentro dos critérios de inclusão.

## 4. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO


### 4.1 TRATAMENTO DE INFEÇÕES

#### Princípios gerais de Terapia Antimicrobiana

Frequentemente os antimicrobianos são iniciados de forma empírica em pacientes hospitalizados, enquanto as informações necessárias para o diagnóstico estão sendo coletadas. Infelizmente, muito menos frequente existe revisão da seleção do antimicrobiano pelo médico, depois que mais dados clínicos e laboratoriais se tornam disponíveis. O ponto principal para o uso racional de antimicrobianos na terapia é a reavaliação contínua da indicação e manutenção dos antimicrobianos quando o quadro clínico está mais definido e mais informações diagnósticas estão à disposição da equipe assistencial.

Antes de iniciar o esquema antimicrobiano, todo médico deve avaliar os seguintes pontos:

- **O paciente tem uma infecção que responde a antibióticos?** Febre e sinais flogísticos não são exclusivos de infecção e podem estar presentes em quadros inflamatórios não infecciosos e reações a medicamentos. Além disso, existem infecções virais, fúngicas e parasitárias que não se beneficiam de antibióticos e infecções bacterianas que podem ser tratadas com outras medidas terapêuticas, sem necessidade de antibióticos.
- **Solicitei as culturas apropriadas antes de começar o antibiótico?** O tratamento antimicrobiano ideal é aquele guiado pela cultura e teste de sensibilidade, que permite personalizar a terapia para o paciente/microrganismo, com posologia adequada ao quadro clínico e sítio de infecção. Para otimizar a

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

recuperação do microrganismo no material de cultura, o paciente deve estar sem antibióticos. Caso a gravidade do quadro não permita manter o paciente sem antibiótico, as culturas devem ser colhidas o mais precocemente possível. Atentar para não coletar culturas de sítios não relacionados ao foco infeccioso (ex: urocultura em paciente com infecção respiratória, sem queixas urinárias), para evitar tratamento desnecessário.

- **Qual esquema empírico devo começar?** É importante avaliar os focos infecciosos possíveis e compatíveis com o quadro clínico do paciente, sempre considerando se a infecção foi adquirida na comunidade ou está relacionada à assistência à saúde.

Após 48 horas do início do antimicrobiano, todo médico deve realizar uma revisão sistemática diária do quadro clínico e exames complementares, para responder a estas perguntas-chave:

- **O paciente tem realmente uma infecção que requer antibiótico?** O médico deve reavaliar os dados e descartar quadros não infecciosos, substituir antibióticos ou associar outros antimicrobianos (antivirais, antifúngicos, antiparasitários), se pertinente.

- **Em caso afirmativo, o paciente está recebendo o antibiótico, a dose e a via de administração correta?** É importante que a equipe assistencial esteja engajada na análise conjunta da evolução diária do paciente recebendo antibióticos. A indicação e posologia do antimicrobiano devem ser reavaliadas de acordo com:

- Quadro clínico: resposta clínica ao tratamento, gravidade, reações adversas, absorção oral, evolução de feridas;


- Exames complementares: microrganismo isolado em cultura e perfil de sensibilidade ao antibiótico, imagens de controle para pneumonia, abscessos, derrames cavitários, etc;

- Fatores de risco: idade, comorbidades, interações medicamentosas;

Desse modo é possível definir o melhor esquema antimicrobiano (ex: descalonamento para antibiótico de menor espectro, troca de intravenoso para oral, ajuste de dose renal e hepática) e associar medidas auxiliares (ex: abordagem cirúrgica de coleções, curativos especiais, fisioterapia, fonoterapia, oxigenoterapia hiperbárica), para otimizar o tratamento do paciente.

- **Por quanto tempo o paciente deve receber antibiótico?** Na revisão sistemática diária do paciente é possível rever a duração do tratamento com base em protocolos já definidos na literatura científica, adaptados à realidade do paciente. O objetivo é que o antibiótico não seja interrompido antes do tempo (risco de recorrência da infecção, aumento de morbidade e mortalidade) nem seja mantido além do necessário (reações adversas, internação prolongada, risco de novas intercorrências, aumento de custo), de modo a garantir antibioticoterapia segura para o paciente.

#### Infecções Abdominais:

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023 <b>Versão:</b> 00	

- **Apendicite sem sinais de perfuração, abscesso, peritonite ou choque séptico:** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia ou Ciprofloxacino 400mg IV 12/12 h + Metronidazol 500mg IV 6/6h, até normalização da febre, leucograma e função do trato gastrointestinal.
- **Apendicite Perfurada, Abscesso Local, Peritonite Aguda ou Choque Séptico:** Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, até normalização da febre, leucograma e função do trato intestinal.
- **Colecistite Aguda ou Colangite:** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia ou Ciprofloxacino 400mg IV 12/12h + Metronidazol 500mg IV 6/6h ou Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, 7 dias
- **Diverticulite:** Ceftriaxona 2G IV 1x/dia + Metronidazol 500mg IV 6/6h ou Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, até normalização da febre, leucograma e função do trato intestinal.
- **Pancreatite Aguda Alcoólica sem evidência de necrose tecidual:** Sem indicação de terapia antimicrobiana.
- **Pancreatite Aguda Grave:** Antibiótico empírico indicado se TC abdome  $\geq$  30% necrose ou na presença de sinal de gravidade (IMC  $\geq$  30, diabetes, derrame pleural esquerdo ou bilateral, APACHE  $\geq$  8). Ciprofloxacino 400mg IV 12/12h + Metronidazol 500mg IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h ou Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h, por 14 a 21 dias. Em caso de pseudocisto infectado ou abscesso pancreático, cultura da secreção é necessária para guiar antibioticoterapia.
- **Peritonite Bacteriana Espontânea complicada** (encefalopatia grau II a IV, choque, HDA, íleo paralítico ou disfunção renal): Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, 7 a 14 dias.
- **Peritonite Bacteriana Espontânea não complicada, sem profilaxia:** Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h ou Ceftriaxone 2G IV 1x/dia, por 5 a 7 dias.
- **Peritonite Bacteriana Espontânea não complicada, com profilaxia:** Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, 5 a 7 dias.

- Cobertura para *Enterococcus* indicada se: presença de cocos gram positivos em coleção ou hemocultura, paciente não responsivo à terapia antibacteriana, desenvolvimento de coleção intra abdominal, peritonite terciária, paciente com prótese valvar ou intravascular ou doença valvar. Ampicilina 2G IV 4/4h até definição microbiológica.


- Cobertura para *Candida* indicada se: cultura positiva apenas para espécies de *Candida* em cavidade abdominal ou hemocultura, paciente não responsivo à terapia antibacteriana, presença de pancreatite necrotizante aguda.

- Cobertura empírica para MRSA não indicada.

#### **Infecção de Corrente Sanguínea (Relacionada a Cateter Venoso Central de Curta Permanência):**

Não há indicação de coleta rotineira de hemoculturas e ponta de cateter venoso central. Em caso de sepse ou febre de origem indeterminada, coletar 2 pares de hemoculturas (coletar 3 se suspeita de endocardite) e cultura de ponta de cateter venoso central (CVC).

- **Infecção no sítio de inserção do CVC:** Se houver presença de secreção purulenta no óstio do CVC ou celulite, coletar hemoculturas, remover cateter e enviar ponta para cultura.

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

- **Hemoculturas negativas e cultura da ponta de cateter não coletada ou negativa:** Investigar outros focos. Se febre mantida sem outro foco e cateter não coletado, remover cateter e enviar ponta para cultura, juntamente com hemocultura pareada.
- **Hemoculturas negativas e cultura da ponta de cateter positiva ( $\geq 15$  UFC):** Em paciente sem sinais sistêmicos de infecção, não tratar. Manter vigilância clínica nos casos de colonização de CVC por *S. aureus* e *Candida spp.*, especialmente em imunodeprimidos e valvopatas, repetindo hemoculturas se necessário. Em paciente com sinais sistêmicos de infecção (hipotensão, hipoperfusão, falência de órgãos) e sem outro foco, completar 7 dias de terapia antimicrobiana guiada pela cultura.
- **Hemoculturas positivas e ponta de cateter positiva ( $\geq 15$  UFC):** Iniciar terapia antimicrobiana guiada pela hemocultura. Avaliar complicações (febre > 72h, tromboflebite séptica, endocardite, prótese intravascular, imunossupressão), e mudar tempo de tratamento de acordo com possível complicações. Em infecção sem complicação, tratar: *Staphylococcus coagulase negativa* por 5 a 7 dias; Enterococos e Bacilos Gram Negativos (BGN) por 7-14 dias; *S. aureus* e *Candida spp.* ( investigar endocardite infecciosa ) por 14 dias após primeira hemocultura negativa (hemocultura de controle).
- **Esquemas empíricos sugeridos ( até resultado de hemoculturas ):** Vancomicina 1 G IV 12/12h + Cefepime 02 G IV 08/08 h ou Piperacilina/tazobactam 4,5 G 06/06h ou Meropenem 01 G IV 08/08h. Em caso de choque séptico, em paciente com infecção recente ou colonizado por BGN produtor de carbapenemase, avaliar associação de Polimixina B 15.000 UI/kg IV 12/12h a Vancomicina 1G IV 12/12h.

#### Endocardite:


- **Valva nativa:** Tratamento empírico com Vancomicina 01 grama de 12/12 horas + Ceftriaxona 2G IV 1x/dia. Reavaliar esquema após resultado de hemoculturas. Tratar por 4 a 6 semanas.
- **Valva protética:** Tratamento empírico com Vancomicina 1G IV 12/12h ou 8/8h + Gentamicina 1mg/kg IV 8/8h. Reavaliar esquema após resultado de hemoculturas. Tratar por 6 a 8 semanas. Em infecção por estafilococos, associar Rifampicina 300mg VO 8/8h por 6 semanas e suspender gentamicina após 2 semanas. Quando houver indicação de troca de prótese valvar, manter terapia por no mínimo 4 semanas após procedimento.

#### Abscesso Cerebral:

Realizar drenagem cirúrgica para diagnóstico etiológico através de cultura de material. Reavaliar esquema após agente isolado. Tratar por 4 a 8 semanas, até resolução completa por imagem.

- **Comunitário:** Metronidazol 500mg IV 8/8h + Ceftriaxona 2G IV 12/12h. Associar Vancomicina 01 grama de 8/8 horas em pacientes usuários de drogas, com infecções de pele ou disseminação hematogênica.
- **Pós neurocirurgia:** Vancomicina 1G IV 8/8h + Cefepime 2G IV 8/8h ou Meropenem 2G IV 8/8h.

#### Infecção de Derivação Ventriculoperitoneal (DVP):

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

Retirar DVP, coletar LCR (quimiocitológico e cultura), cultura de ponta distal de DVP e cultura de conteúdo cístico (em caso de pseudocisto abdominal e infecção de trajeto). Iniciar tratamento empírico com Vancomicina 1G IV 8/8h + Cefepime 2G IV 8/8h ou Meropenem 2G IV 8/8h. Reavaliar esquema após resultado de culturas.

- **Pseudocisto abdominal e infecção de trajeto:** Se LCR negativo e outras culturas negativas, tratar por 7 dias e reinserir DVP após resolução da coleção (pseudocisto abdominal) ou após final do tratamento da infecção (infecção de trajeto). Se LCR negativo e outras culturas positivas, tratar por 14 dias e reinserir DVP após final do tratamento da infecção. Se LCR positivo, reinserir DVP após 14 dias de tratamento (se LCR normal) e manter tratamento por mais 1 semana após reinserção da DVP.
- **Ventriculite:** Retirar DVP, inserir DVE, coletar LCR durante a troca e iniciar antibioticoterapia empírica. No décimo quarto dia de terapia coletar novo LCR, caso citobioquímica do mesmo esteja normal e cultura seja negativa, reinserir DVP e manter terapia por mais 7 dias após a reinserção do mesmo.

#### Meningite:

Coletar LCR e hemocultura, preferencialmente antes de iniciar antimicrobiano. Se necessitar TC crânio antes de obter LCR, coletar hemocultura e iniciar antibiótico empírico antes da TC, para não atrasar início do tratamento.

- **Adulto sem fator de risco e fístula líquórica:** Iniciar tratamento empírico com Ceftriaxone 2G IV 12/12h ou Vancomicina 1G IV 8/8h + Ceftriaxone 2G IV 12/12h. Reavaliar esquema após agente isolado. Associar dexametasona 0,15mg/kg IV 6/6h por 4 dias em casos de meningite pneumocócica. Tratar por 10 a 14 dias.
- **Trauma crânio encefálico penetrante, neurocirurgia ou válvula de derivação:** Iniciar tratamento empírico com Vancomicina 1G IV 8/8h + Cefepime 2G IV 8/8h ou Meropenem 2G IV 8/8h. Reavaliar esquema após agente isolado. Tratar por 10 a 14 dias.


- Cobertura para *Listeria* indicada se: gestante, adultos > 50 anos, pacientes HIV. Ampicilina 2G IV 4/4h até definição microbiológica.

#### Infecções Osteoarticulares:

O tratamento antimicrobiano deve ser guiado pela cultura (preferencialmente óssea), por isso o fluxo de investigação de infecção osteoarticular requer limpeza cirúrgica sempre que for factível.

Se possível, manter paciente sem antimicrobiano para permitir recuperação de microrganismos no material de cultura. Se paciente clinicamente estável e em uso de antimicrobiano, suspender a medicação por no mínimo 14 a 21 dias antes de proceder coleta de material para cultura. Se paciente apresentar sinais de infecção sistêmica (febre, leucocitose importante) e/ou sepse (choque, toxemia), iniciar esquema antimicrobiano empírico descrito abaixo.

Sempre que houver suspeita de acometimento ósseo, coletar no mínimo 03 fragmentos ósseos para cultura microbiológica. Acondicionar os fragmentos para cultura em frasco estéril a seco; não há necessidade de adicionar solução salina. Se houver suspeita de acometimento de outros tecidos (cápsula,

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

tendão, etc) ou presença de coleção, coletar o material e acondicionar em frasco estéril a seco; não há necessidade de adicionar solução salina. Se for removido qualquer material de síntese que possa ser acondicionado em frasco estéril a seco, enviar material para cultura.


Sempre que proceder debridamento cirúrgico, após término da limpeza mecânica e antes da coleta de material para cultura, trocar pinça e saca-bocado por material estéril, a fim de evitar contaminação da amostra.

Coletar um fragmento ósseo para histopatológico.

- **Pioartrite Aguda Comunitária:** Coletar cultura de líquido sinovial e 2 amostras de hemocultura. Iniciar empiricamente Ceftriaxone 2G IV 1x/dia + Vancomicina 1 grama de 12/12 horas. Completar 4 a 6 semanas de tratamento total (IV + VO). Reavaliar esquema antimicrobiano após resultado de culturas.
- **Osteomielite Aguda Hematogênica Comunitária:** Coletar cultura de no mínimo 3 fragmentos ósseos e 2 amostras de hemocultura. Iniciar empiricamente Vancomicina 1grama de 12/12 hs + Ceftriaxone 2G IV 1x/dia por 7 dias. Se boa evolução clínica, sem necessidade de nova abordagem para limpeza cirúrgica, alta com antibiótico via oral até completar 4 a 8 semanas de tratamento total (IV + VO). Reavaliar esquema antimicrobiano após resultado de culturas.
- **Osteomielite Crônica Comunitária (não relacionada a cirurgia ortopédica):** Coletar cultura de no mínimo 3 fragmentos de osso. Se houver febre/bacteremia, coletar 2 amostras de hemocultura. Iniciar empiricamente Clindamicina 600mg IV 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV 8/8 por 7 dias. Se boa evolução clínica, sem necessidade de nova abordagem para limpeza cirúrgica, alta com terapia antimicrobiana VO por 3 a 6 meses. Reavaliar esquema antimicrobiano após resultado de culturas.
- **Infecção Pós Cirúrgica (pioartrite, osteomielite, com ou sem acometimento de partes moles), internação recente ou abordagem cirúrgica recente, uso de antimicrobiano nos últimos 3 meses:** Coletar cultura de no mínimo 3 fragmentos ósseos (preferencial), fragmentos de partes moles, exsudato profundo, obtidos em limpeza cirúrgica. Considerar retirada de material de síntese, sempre que possível, e coletar cultura do material removido. Iniciar empiricamente Vancomicina 1G IV 8/8 hs + Cefepime 2G IV 8/8h por 7 dias. Reavaliar esquema antimicrobiano após resultado de culturas. Se boa evolução clínica, sem necessidade de nova abordagem para limpeza cirúrgica, alta com terapia antimicrobiana VO (tratar osteomielites agudas por 6 a 8 semanas e osteomielites crônicas por 3 a 6 meses).

#### Infecções de Pele e Partes Moles:

- **Celulite:** Cefalexina 500mg VO 6/6h ou Oxacilina 2G IV 4/4h ou Clindamicina 600mg IV ou 300mg VO 6/6h, por 7 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.
- **Erisipela:** Penicilina Cristalina 2.000.000UI IV 4/4h ou Clindamicina 600mg IV ou 300mg VO 6/6h, por 7 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.
- **Impetigo:** Cefalotina 2G IV 6/6h ou Cefalexina 500mg VO 6/6h, por 7 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.
- **Infecção Necrotizante (Celulite Anaeróbia, Gangrena Gasosa, Fascite Necrotizante):** Realizar drenagem ampla para exposição da fáscia e/ou músculos e coletar cultura de partes moles e exsudato profundo.

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023  <b>Versão:</b> 00	

Reavaliar debridamento e terapia antimicrobiana, conforme evolução clínica e culturas. Considerar oxigenoterapia hiperbárica.

**a) Comunitária:** Clindamicina 600mg IV 6/6h associada a Penicilina Cristalina 3.000.000UI IV 4/4h ou Gentamicina 240mg IV 1x/dia.

**b) Relacionada à assistência à saúde:** Cefepime 2G IV 8/8h + Vancomicina 1G IV 12/12h + Metronidazol 500mg IV 8/8h ou Vancomicina 1G IV 12/12h + Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropnem 2g de 8/8 hs.

**Pé Diabético:** Realizar debridamento e coletar cultura de partes moles e exsudato profundo da base da ferida. Se sinais de infecção sistêmica, coletar hemoculturas. Reavaliar debridamento e terapia antimicrobiana, conforme evolução clínica e culturas. Em infecções crônicas, RX, TC ou RNM são necessários para avaliar complicação com osteomielite.


Classificação da Gravidade da Infecção no Pé Diabético para definir conduta:

Grau de infecção	Manifestações clínicas
<b>SEM INFEÇÃO</b>	Sem sinais de inflamação. Úlcera sem exsudato purulento.
<b>INFEÇÃO LEVE</b>	Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação. Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera. A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais. Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.
<b>INFEÇÃO MODERADA</b>	Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis. Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera.</li> <li>● Presença de linfangite.</li> <li>● Acometimento abaixo da fáscia superficial.</li> <li>● Abscesso de tecidos profundos.</li> <li>● Gangrena.</li> <li>● Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.</li> </ul>
<b>INFEÇÃO GRAVE</b>	Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).

**a) Comunitária:**

**Leve:** Cefalexina 500mg VO 6/6h ou Clindamicina 300mg VO 6/6h ou Amoxicilina/ clavulanato 500/125mg VO 8/8h, por 7 a 14 dias.

**Moderada:** Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO 8/8h ou 1,2G IV 8/8h ou Clindamicina 600mg IV ou 300mg VO 6/6h + Ciprofloxacina 400mg IV ou 500mg VO 12/12h por 7 a 14 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

**Grave:** Vancomicina 1 g de 12/12 hs + Cefepime 2G IV 8/8h + Metronidazol 500mg IV 8/8h, por 7 a 14 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.

**b) Relacionada à assistência à saúde ou uso de antibióticos nos últimos 30 dias:**

**Leve:** Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h + Clindamicina 600mg IV 6/6h por 7 a 14 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.

**Moderada:** Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h + Vancomicina 1G IV 12/12h, por 7 a 14 dias.

**Grave:** Vancomicina 1G IV 12/12h + Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h, por 7 a 14 dias.

**Pneumonia Adquirida na Comunitária (PAC):**

Avaliar conforme Escore de Gravidade CURB65:

Confusão mental = 1 ponto

Uréia > 50mg/dl = 1 ponto

Frequência respiratória > 30 ciclos/min = 1 ponto

Pressão sistólica < 90 ou pressão diastólica < 60 = 1 ponto

Idade ≥ 65 anos = 1 ponto

Soma de pontos 0 - 1: Tratamento ambulatorial

Soma de pontos ≥ 2: Tratamento hospitalar; acima de 4 avaliar internação em UTI

● **Tratamento Ambulatorial:**

- **Sem comorbidades, sem uso de antibióticos nos últimos 90 dias, sem fator de risco para resistência, sem contraindicação ou história de alergia a essas drogas:** Amoxicilina 1G VO 8/8h por 7 dias ou Azitromicina 500mg VO 1x/dia por 5 dias ou Claritromicina 500mg VO 12/12h por 5 a 7 dias.

- **Com fatores de risco, doença mais grave (DPOC, doença hepática ou renal, câncer, diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, alcoolismo ou imunossupressão), uso de antibióticos nos últimos 90 dias:** Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO 8/8h + Azitromicina 500mg VO 1x/dia ou Claritromicina 500mg VO 12/12h, por 5-7 dias.


- **Em caso de alergia a β-lactâmicos/macrolídeos:** Moxifloxacino 400mg VO 1x/dia ou Levofloxacina 750mg VO 1x/dia, por 5 dias.

● **Tratamento Hospitalar em enfermaria:** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia + Azitromicina 500mg IV 1x/dia ou Claritromicina 500mg IV 12/12h por 7 dias; Amoxicilina/ clavulanato 1,2G IV 8/8h + Azitromicina 500mg IV 1x/dia ou Claritromicina 500mg IV 12/12h por 7 dias; Levofloxacina 750mg IV 1x/dia ou Moxifloxacino 400mg IV 1x/dia por 5 a 7 dias. Avaliar troca para terapia oral após 72h.

● **Tratamento Hospitalar em UTI:** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia + Azitromicina 500mg IV 1x/dia ou Claritromicina 500mg IV 12/12h por 7 a 14 dias; Levofloxacina 750mg IV 1x/dia ou Moxifloxacina 400mg IV 1x/dia por 7 a 10 dias.

● **Terapias específicas:**



	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023  <b>Versão:</b> 00	

- ***Pneumococo resistente à penicilina:*** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia ou Levofloxacino 750mg 01x/dia ou Vancomicina 1G IV 12/12h ou Clindamicina 600mg 08/08h por 07 dias.
- ***Staphylococcus aureus resistente a metilina (MRSA):*** Clindamicina 600mg IV 6/6h (adquirida na comunidade) ou Vancomicina 15-20mg/kg/dia IV divididos em 8/8h ou 12/12h ou Linezolida 600mg IV 12/12h por 7 a 14 dias.
- ***Enterobactérias produtoras de ESBL:*** Meropenem 1G IV 8/8h por 7 a 14 dias.
- ***Pseudomonas:*** Cefepime 2G IV 8/8h, Levofloxacina 750mg IV 1x/dia ou Moxifloxacina 400mg IV 1x/dia, Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h, Meropenem 1G IV 8/8h por 10 a 14 dias.
- ***Pneumonia Aspirativa:*** Ceftriaxone 2G IV 1x/dia + Clindamicina 600mg IV 6/6h ou Amoxicilina/clavulanato 1,2G IV 8/8h, ou Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h, ou Moxifloxacina 400mg IV 1x/dia por 7 a 10 dias.
- ***Aspiração de conteúdo gástrico, pneumonia necrosante, abscesso pulmonar ou doença periodontal grave:*** Amoxicilina/clavulanato 1,2G IV 8/8h, Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h, Moxifloxacina 400mg IV 1x/dia por 7 a 10 dias.

- Em pacientes com DPOC, dar preferência à azitromicina, por ser mais efetiva in vitro contra a maioria das cepas de *Haemophilus influenzae* do que a claritromicina.

#### **Pneumonia Associada à Assistência à Saúde**


Iniciar terapia antimicrobiana empírica: Cefepime 2G IV 8/8h ou Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h ou Meropenem 1G IV 8/8h. Associar Vancomicina 15-20mg/kg/dia IV divididos em 8/8h ou 12/12h ou Linezolida 600mg IV 12/12, se houver suspeita de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (MRSA). Tratar por 14 dias em infecções por MRSA e microrganismos multirresistentes e tratar por 8 dias nos demais casos. Em paciente com suspeita de pneumonia BGN produtor de carbapenemase, avaliar associação de Polimixina B 25.000.000 UI/kg IV (2h infusão) seguido de 15.000UI/kg IV 12/12h (1h infusão).

#### **Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV)**

Suspeitar em caso de infiltrado novo ou progressivo em RX ou TC associado a pelo menos dois sinais clínicos: febre, secreção traqueal purulenta, leucocitose (em pacientes com SARA, um sinal clínico é suficiente). Coletar 2 hemoculturas e cultura quantitativa de secreção traqueal ou lavado bronco alveolar. Iniciar terapia antimicrobiana empírica de pneumonia associada à assistência à saúde e reavaliar em 48-72h:

- ***Melhora clínica em 48-72h:*** Se culturas negativas, manter esquema inicial, se culturas positivas, descalonar conforme sensibilidade in vitro e tratar por 8 dias.
- ***Sem melhora clínica em 48-72h:*** Se culturas negativas, considerar outros patógenos, complicações, outras infecções, outro diagnóstico, reavaliando o esquema inicial. Se culturas positivas, adequar antimicrobiano e tratar por 8 dias.

#### **Infecções Urinárias:**

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

Sempre coletar EAS e urocultura. Se suspeita de pielonefrite, coletar também 2 hemoculturas. Se houver insuficiência renal, antecedente de litíase ou uropatia obstrutiva, fazer US ou TC. Avaliar troca para terapia oral após 72h.

- **Bacteriúria Assintomática (urocultura positiva sem sinais clínicos de infecção do trato urinário):** Condição comum em muitas populações (idosos, pacientes com sonda vesical de demora, diabéticos, paciente em terapia intensiva, etc), sem evidência de benefício no tratamento para prevenir infecção do trato urinário. Piúria é muito freqüente e não é uma indicação de tratamento. Só está recomendado triagem e tratamento em mulheres gestantes e pacientes que serão submetidos a procedimentos urológicos, instituindo terapia antimicrobiana por 5 dias, guiada pelo antibiograma da urocultura.
- **Candidúria:** Só tratar quando for sintomática ou se for assintomática em imunodeprimidos (neutropênicos), gestantes e antes de cirurgia urológica (ressecção transuretral de próstata e qualquer procedimento urológico que envolva risco de sangramento de mucosa urogenital). Fluconazol 200-400mg VO/IV 1x/dia por 5 dias. Avaliar troca ou retirada de sonda vesical.
- **Cistite:** Amoxicilina/clavulanato 500/125mg VO 8/8h por 5 a 7 dias, Nitrofurantoína 100mg VO 12/12h por 5 dias, Cefalexina 500mg VO 6/6h por 5 a 7 dias, Ciprofloxacina 500mg VO 12/12h por 3 dias, Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160mg VO 12/12h por 3 dias, Fosfomicina 3G VO dose única. Reavaliar esquema após resultado de culturas. Em homens, tratar 7 dias.
- **Pielonefrite:** Coletar EAS, urocultura e hemocultura. Ceftriaxona 2G/dia IV ou Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h ou 500mg VO 12/12h, por 10 dias. Reavaliar esquema após resultado de culturas. Avaliar troca para terapia oral após 72h.
- **Infecção Trato Urinário Associada a Sondagem Vesical:** Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h ou 500mg VO 12/12h, Cefepime 2G IV 8/8h, Piperacilina/tazobactam 4,5G IV 6/6h. Tratar somente se for sintomática ou assintomática em pacientes imunodeprimidos, gestantes. Terapia antimicrobiana guiada pelo antibiograma da urocultura, por 7 dias. Avaliar troca ou retirada de sonda vesical.

#### Tuberculose:

ESQUEMA BÁSICO		
REGIME	PESO	UNIDADE/DOSE
<b>Fase intensiva 2RHZE – 2 meses</b> (150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas))	20 a 35kg	2 comprimidos
	36 a 50kg	3 comprimidos
	51 a 70 kg	4 comprimidos
	>70kg	5 comprimidos

**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

<b>Fase de manutenção 4RH – 4 meses ou 10RH – 10 meses (meningoencefalite e osteoarticular)</b> 300/150 mg* ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas) Em caso de meningoencefalite: associar prednisona 1-2mg/kg/dia por 4 semanas ou dexametasona 0,3-0,4mg/kg/dia por 4 a 8 semanas	20 a 35kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg
	36 a 50kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg
	> 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg

\* A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

\*\* Em caso de paciente HIV, dosagem especial, retratamento ou multirresistência, discutir caso com Infectologista.

#### 4.2 ORIENTAÇÕES PARA AJUSTE RENAL DE ANTIMICROBIANOS


- Nas primeiras 24 horas, deve-se administrar a dose máxima do antimicrobiano. Após esse período, o ajuste da posologia deverá realizado conforme indicação da tabela.
- O ajuste pode ser feito por redução da dose ou aumento do intervalo entre as doses, sempre usando como parâmetro o clearance de creatinina estimado (ClCr). Para o cálculo do clearance de creatinina estimado utiliza-se a fórmula de Cockcroft & Gault (disponível no site <http://www.nefrocalc.net/filtracao-1.html>):

**Homem:** Clearance de Creatinina = [ (140 - Idade) x Peso (kg) / (C reatinina sérica x 72) ]

**Mulher:** Clearance de Creatinina = [ (140 - Idade) x Peso(kg) / (Creatinina sérica x 72) ] x 0,85

O resultado do ClCr é expresso em mililitro por minuto (mL/min).

- Para pacientes em hemodiálise, diálise peritoneal (DP) e terapia renal de substituição contínua (TRSC), aplicar a dose extra após diálise (+ extra AD) apenas quando antimicrobiano for dialisado, ou seja, quando a dose programada for administrada antes da diálise.
- Para pacientes dialíticos em terapia de tuberculose, recomenda-se administrar os medicamentos após a diálise, quando esta for no período da manhã. Caso a diálise seja à tarde, administrar os medicamentos pela manhã em jejum.
- Para cefepime, meropenem e piperacilina+tazobactam, recomenda-se infusão prolongada de 3 horas, quando ClCr > 20mL/min. Se paciente tiver ClCr < 20ml/min ou estiver dialisando, infusão deverá ocorrer em

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023	
	<b>Versão:</b> 00	

60 minutos.

- Em pacientes com função renal normal, recomenda-se que os aminoglicosídeos (amicacina e gentamicina), sejam administrados em dose única diária.

#### Antimicrobianos que não necessitam de ajuste posológico na insuficiência renal

- Antibióticos: Azitromicina, Benzilpenicilina benzatina, Ceftriaxone, Clindamicina, Doxiciclina, Linezolida, Moxifloxacina, Nitrofurantoína\*\*, Oxacilina, Polimixina B, Sulfadiazina\*\*, Tigeciclina.
- Antifúngicos: Anfotericina B desoxicolato e lipossomal, Anidulafungina, Caspofungina, Cetoconazol, Micafungina, Voriconazol oral.
- Antivirais: Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Efavirenz, Enfuvirtida, Indinavir, Fosamprenavir, Lopinavir, Nelfinavir, Nvirapina, Raltegravir, Ribavirina, Saquinavir, Simeprivir, Sofosbuvir.
- Antituberculose: Etionamida, Rifampicina, Rifabutina.

\*\* Evitar o uso em pacientes com insuficiência renal

#### Antimicrobianos que necessitam de ajuste posológico na insuficiência renal

Antimicrobiano	Ajuste na insuficiência renal pelo Clearance de Creatinina estimado (ClCr, mL/min)			Ajuste na diálise (Aplicar dose extra apenas quando a dose programada for administrada antes da diálise)		
	≥ 50	10 – 49	< 10	Hemodiálise	DPAC	TRSC
Aciclovir injetável	5 a 12,5 mg/kg 8/8h	5 a 12,5 mg/kg 12/12h	2,5 a 6,25 mg/kg 1xdia	2,5 a 6,25 mg/kg 1xdia	2,5 a 6,25 mg/kg 1xdia	5 a 10 mg/kg 1xdia
Amicacina injetável	7,5 mg/kg 12/12h ou 15 mg/kg 1xdia	7,5 mg/kg 1xdia	7,5 mg/kg 48/48h	7,5 mg/kg 48/48h (+ extra 3,25 mg/kg AD)	15 a 20 mg perdidos/litro/dia	7,5 mg/kg 1xdia

**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

	Pacientes com função renal normal administrar dose única (15mg/kg 1xdia)					
Amoxicilina 500 mg oral	500 mg 8/8h	500 mg 12/12h	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia	250 mg 12/12h	500 mg 8/8h
Amoxicilina + clavulanato injetável/ oral (cálculo baseado na concentração de Amoxicilina)	500 mg a 1 g 8/8h	500 mg 12/12h	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia	-	-
Ampicilina injetável	1 a 2 g 4/4h ou 6/6h	ClCr 30-49: 1 a 2 g 6/6h  ClCr 10-29: 1 a 2 g 8/8h	1 a 2 g 12/12h	2 g 12/12h	1 g 12/12h	1 a 2 g 8/8h
Ampicilina + sulbactam injetável	3 g 6/6h	3 g 8/8h	3 g 1xdia	3 g 1xdia (+ extra 3 g AD)	3 g 1xdia	3 g 12/12h
Aztreonam injetável	2 g 8/8h	1,5 g 8/8h	500 mg 8/8h	500 mg 8/8h (+ extra 250 mg AD)	500 mg 8/8h	1,5 g 8/8h
Cefalexina oral	500 mg 6/6h	500 mg 12/12h	250 mg 12/12h	250 mg 12/12h	500 mg 12/12h	-
Cefepime injetável (pacientes críticos)	2 g 8/8h, infusão prolongada em 3 horas.	ClCr 30-49: 2 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 a 2 g 48/48h, infusão em 30 minutos.	2 g 8/8h, infusão em 30 minutos.

**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

		ClCr < 30: 1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.				
Cefepime injetável (pacientes não críticos)	2 g 8x8h ou 12/12h, infusão prolongada em 3 horas.	ClCr 30-49: 2 g 12/12h ClCr 10-29: 2 g 1xdia Infusão prolongada em 3 horas, quando ClCr > 20.	1 g 1xdia, infusão em 30 minutos.	1 g 1xdia (+ extra 1 g AD), infusão em 30 minutos.	1 a 2 g 48/48h, infusão em 30 minutos.	2 g 12/12h ou 1xdia, infusão em 30 minutos.
Ceftarolina injetável	600 mg 12/12h	ClCr 30-49: 400 mg 12/12h ClCr 15-29: 300 mg 12/12h	Cl <15: 200 mg 12/12h	200 mg 12/12h	-	-
Ceftazidima injetável	2 g 8/8h	2 g 12/12h.	2 g 1xdia	2 g 1xdia (+ extra 1 g AD)	Se urina residual < 100 mL/dia: 1g/bolsa/24h; > 100 mL/dia: 20mg/kg/bolsa/24h.	1 a 2 g 12/12h ou 1xdia, dependendo da velocidade do fluxo
Ciprofloxacina injetável	400 mg 12/12h	400 mg 1xdia	400 mg 1xdia	400 mg 1xdia (+ extra 400 mg AD)	400 mg 1xdia	400 mg 12/12h
Ciprofloxacina oral	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia (+ extra 500 mg AD)	500 mg 1xdia	500 mg 12/12h
Claritromicina injetável	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia	500 mg 12/12h

**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

Daptomicina injetável	4 a 6 mg/kg 1xdia	ClCr 30-49: 4 a 6 mg/kg 1xdia ClCr < 30: 6 mg/kg 48/48h	6 mg/kg 48/48h 6 mg/kg 48/48h	Se diálise a cada 48h: 6 mg/kg 48/48h Se diálise a cada 72h: 9 mg/kg 48/48h	6 mg/kg 48/48h	6 mg/kg 48/48h
Ertapenem injetável	1 g 1xdia	ClCr 30-49: 1 g 1xdia ClCr < 30: 500 mg 1xdia	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia (+ extra 150 mg AD)	500 mg 1xdia	500 mg 1xdia
Estreptomicina injetável	1000 mg 1xdia	1000 mg 48/48 h	1000 mg 72/72 h	-	-	-
Etambutol oral	1200 mg 1xdia	800 mg 1xdia	400 mg 1xdia	-	-	-
Fluconazol injetável/oral	200 a 400 mg 1xdia ou divididos 12/12h	50 a 200 mg 1xdia	50 a 200 mg 1xdia	200 a 400 mg 1xdia	50 a 200 mg 1xdia	200 a 400 mg 1xdia
Ganciclovir injetável (tratamento)	ClCr 70-90: 5 mg/kg 12/12h ClCr 50-69: 2,5 mg/kg 12/12h	ClCr 25-49: 2,5 mg/kg 1xdia ClCr 10-24: 1,25 mg/kg 1xdia	1,25 mg/kg 3x semana	1,25 mg/kg 3x semana	1,25 mg/kg 3x semana	2,5 mg/kg 1xdia
Ganciclovir injetável (profilaxia)	5 mg/kg 1xdia	0,625 a 1,25 mg/kg 1xdia	0,625 mg/kg 1 x semana	0,625 mg/kg 1 x semana	0,625 mg/kg 1 x semana	-
Gentamicina injetável	2 mg/kg 8x8h ou 6 mg/kg 1xdia Pacientes com função renal	2 mg/kg 12/12h	2 mg/kg 48/48h	2 mg/kg 48/48h (+ extra 1 mg/kg AD)	3 a 4 mg perdidos/litro/ dia.	2 mg/kg 1xdia

**TÍTULO:**  
TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

	normal administrar dose única (6mg/kg 1xdia).					
Isoniazida oral	300 mg 1xdia	200 mg 1xdia	200 mg 1xdia	-	-	-
Levofloxacina injetável	750 mg 1xdia	ClCr 20-49: 750 mg 48/48h	ClCr < 20: 750 mg 1xdia no primeiro dia, depois 500 mg 48/48h	750 mg 1xdia no primeiro dia, depois 500 mg 48/48h	750 mg 1xdia no primeiro dia, depois 500 mg 48/48h	750 mg 1xdia no primeiro dia, depois 500 mg 48/48h
Meropenem injetável (pacientes críticos)	1 a 2 g 8/8h, infusão prolongada em 3 horas	ClCr 30-49: 1 g 8/8h, infusão prolongada em 3 horas. ClCr < 30: 1 g 12/12h, infusão prolongada em 3 horas, quando ClCr > 20.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos.	1 a 2 g 8/8h infusão em 30 minutos.
Meropenem injetável (pacientes não críticos)	1 a 2 g 8/8h, infusão prolongada em 3 horas.	ClCr 25-49: 1 g 12/12h, infusão prolongada em 3 horas. ClCr 10-24: 500 mg 12/12h,	500 mg 1xdia, infusão em 30 minutos.	500 mg 1xdia (+ extra 500 mg AD), infusão em 30 minutos.	500 mg 1xdia, infusão em 30 minutos.	1 g 12/12h, infusão em 30 minutos



**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista

**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00

		infusão prolongada em 3 horas, quando ClCr > 20.				
OBS: A dose 2g 8/8h é indicada para pacientes críticos ou infecções do SNC.						
Metronidazol injetável/oral (pacientes críticos)	500 mg 8/8h	500 mg 8/8h	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 8/8h
Metronidazol injetável/oral (pacientes não críticos)	7,5 mg/kg 6/6h Dose máxima: 4 g/dia	7,5 mg/kg 6/6h Dose máxima: 4 g/dia	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 12/12h	500 mg 8/8h
Norfloxacina oral	400 mg 12/12h	ClCr 30-49: 400 mg 12/12h ClCr 10-29: 400 mg 1xdia	400 mg 1xdia	400 mg 1xdia	400 mg 1xdia	-
Oseltamivir oral	ClCr > 60: 75 mg 12/12h	ClCr 31-60: 30 mg 12/12h ClCr 10-30: 30 mg 1xdia	30 mg 1xdia	30 mg após cada diálise. Não fazer a droga nos dias em que não houver diálise	30 mg após cada troca de bolsa.	-
Penicilina cristalina injetável	G 5.000.000 UI 4/4h	5.000.000 UI 8/8h	5.000.000 UI 12/12h	5.000.000 UI 12/12h	5.000.000 UI 12/12h	5.000.000 UI 6/6h

**TÍTULO:**  
 TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS

**ELABORADO POR:** Pablo Pignaton- Médico Infectologista


**APROVADO POR:** Marcelo Torres – Diretor Técnico  
 Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar

**REVISADO POR:** Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH  
 Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade  
 Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade

**Data Aprovação:** 24/04/2023

**Versão:** 00


Piperaciina + tazobactam injetável	ClCr > 40: 4,5 g 6/6h, infusão prolongada em 4 horas. ou 18 g 1xdia, infusão prolongada em 24 horas (pacientes críticos, com função renal normal).	ClCr 20-40: 3,375 g 6/6h, infusão prolongada em 4 horas. ClCr < 20: 2,25 g 6/6h, infusão em 30 minutos.	2,25 g 6/6h, infusão em 30 minutos.	2,25 g 8/8h (+ extra 0,75g AD), infusão em 30 minutos.	2,25 g 8/8h, infusão em 30 minutos.	3,375 g 6/6h, infusão em 30 minutos
Pirazinamida oral	1500 mg 1xdia	1500 mg 1xdia	1000 mg 1xdia	-	-	-
Sulfametoxazol + trimetoprim injetável/oral	5 a 20 mg/kg/dia de TMP, divididos em 6/6h ou 8/8h ou 12/12h	ClCr 30-49: 5 a 20 mg/kg/dia de TMP, divididos em 6/6h ou 8/8h ou 12/12h. CrCl 10-29: 5 a 10 mg/kg/dia de TMP, divididos em 12/12h.	5 a 10 mg/kg/ dia de TMP 1xdia	5 a 10 mg/kg/dia de TMP 1xdia	5 a 10 mg/ kg/dia de TMP 1xdia	5 a 10 mg/ kg/dia de TMP 8/8h
Teicoplanina injetável	6 mg/kg 1xdia	6 mg/kg 48/48h	6 mg/kg 72/72h	6 mg/kg 72/72h (+ extra 6mg/kg AD)	6 mg/kg 72/72h	6 mg/kg 48/48h

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023  <b>Versão:</b> 00	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para função renal normal, fazer dose de ataque 6 mg/kg 12/12h nos <u>três primeiros dias</u>, depois manter dose de manutenção uma vez ao dia.</li> <li>• Para função renal alterada, fazer dose de ataque 6 mg/kg 12/12h nas <u>três primeiras doses</u>, depois iniciar dose de manutenção ajustada.</li> </ul>					
Vancomicina injetável (pacientes críticos)	15 a 20 mg/kg 12/12h. (Dose máxima = 2 g/dose)	ClCr > 30: 15 a 20 mg/kg 12/12h ClCr ≤ 30: 1 g 1 x dia	1 g 1x dia	1 g 1x dia	1 g 1x dia	500 mg 1x dia
Vancomicina injetável (pacientes não críticos)	15 a 20 mg/kg 12/12h. (Dose máxima = 2 g/dose)	15 mg/kg 1xdia	7,5 mg/kg 48/48h	7,5 mg/kg 48/48h	7,5 mg/kg 48/48h	500 mg 1xdia
	Sempre iniciar com dose de ataque de 25 a 30 mg/kg 12/12h, nas primeiras 24 horas, independentemente da criticidade ou ClCr. Depois iniciar dose de manutenção ajustada, conforme a tabela.					
Voriconazol injetável	Dose de ataque 6 mg/kg 12/12h, nas primeiras duas doses. Depois dose de manutenção 4 mg/kg, 12/12h.	Se ClCr < 50, há acúmulo de veículo (ciclodextrina). Substituir pela apresentação oral ou interromper.	Se ClCr < 50, há acúmulo de veículo (ciclodextrina). Substituir pela apresentação oral ou interromper.	Evitar o uso.	Evitar o uso.	Uso oral: 4 mg/kg 12/12h

## 5. INDICADOR

Rua São José, 76 – Centro  
Vitória - ES, CEP 29010-430  
Telefones: (27) 3636-4700

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023  <b>Versão:</b> 00	

N/A

## 6. ANEXOS

## 7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
00	Emissão Inicial


## 8. REFERÊNCIAS

**1.Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

**2.Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2023.**

**3.Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.** Anna Sara S. Levin. 10ª ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2022.

**4.Manual Farmacêutico 2011/2012.** Claudio Schvartsman, David Salomão Lewi, Roberto Naum Franco Morgulis, Silvana Maria de Almeida (editores). - São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2010.

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO</b> PROT.HEC.005
	<b>TÍTULO:</b> TRATAMENTO DE SÍNDROMES INFECCIOSAS	
<b>ELABORADO POR:</b> Pablo Pignaton- Médico Infectologista	<b>APROVADO POR:</b> Marcelo Torres – Diretor Técnico Suelma Regina Nascimento- Gerente Hospitalar	
<b>REVISADO POR:</b> Terezinha Lopes- Enfermeira SCIH Letícia Kelly Freitas Lima- Enfermeira da Qualidade Jessyca Barreto- Supervisora da Qualidade	<b>Data Aprovação:</b> 24/04/2023  <b>Versão:</b> 00	

Responsável pela Elaboração:	Responsável pela Revisão:	Responsável pela Aprovação:
Pablo Pignaton	Terezinha Lucia Lopes Letícia Kelly Freitas Lima Jessyca Barreto	Marcelo Torres Suelma Regina Nascimento

## ASSINATURAS (6)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**LETÍCIA KELLY FREITAS LIMA**  
S35-ENFERMEIRO DE GESTÃO DA QUALIDADE  
SQUA (HEC) - INOVA - GOVES  
assinado em 24/04/2023 11:42:56 -03:00

**JESSYCA BARRETO MELO DE JESUS NEVES**  
SUPERVISOR HOSPITALAR II  
SQUA (HEC) - INOVA - GOVES  
assinado em 24/04/2023 11:47:44 -03:00

**PABLO PIGNATON BAPTISTA**  
CIDADÃO  
assinado em 25/04/2023 12:16:00 -03:00

**MARCELO AUGUSTO DE OLIVEIRA TORRES**  
DIRETOR TÉCNICO  
DTEC (HEC) - INOVA - GOVES  
assinado em 25/04/2023 06:55:56 -03:00

**TEREZINHA LUCIA FAUSTINO LOPES**  
ENFERMEIRO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO  
HOSPITALAR  
CCIH (HABF) - INOVA - GOVES  
assinado em 24/04/2023 11:45:50 -03:00

**SUELMA REGINA NASCIMENTO**  
GERH-I GERENTE HOSPITALAR I  
GASS (HEC) - INOVA - GOVES  
assinado em 24/04/2023 12:27:46 -03:00



### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 25/04/2023 12:16:01 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por LETÍCIA KELLY FREITAS LIMA (S35-ENFERMEIRO DE GESTÃO DA QUALIDADE - SQUA (HEC) - INOVA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-P8ZN4X>