

Guia Prático de Antibióticoterapia

Elaborado por:	Cristiano Cardoso de Andrade Farmacêutico Clínica Dra. Giovana Pazin Infectologista CCIH
Aprovado por:	Dr. Luciano Correa Ribeiro Diretor Técnico

APARELHO GASTROINTESTINAL				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
ABSCESSO 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/ ABSCESSO 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/ ABSCESSO 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/ ABSCESSO 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			AVALIAR TRATAMENTO SE EXTREMOS DE IDADE E IMUNOSSUPRIMIDOS
	EVITAR ANTIDIARREICOS			
DIARRÉIA MODERADA A GRAVE	CIPROFLOXACINA 500MG VO 12/12	SE INTERNAÇÃO	3 -5 DIAS	
	TMP-SMT 800/160 MG VO 12/12H	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H OU	3- 5 DIAS	
		CIPRO 400MG EV 12/12H		
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 ANTIMICROBIANOS	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			
PANCREATITE AGUDA GRAVE	IMIPENEM OU MEROPENEM	CIPRO + METRONIDAZOL	14 A 21 DIAS	INDICAÇÃO: NECROSE > 30% VISUALIZADA EM TC; DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR CULTURA; PACIENTES COM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE SCORE APACHEII > 8, IMC > 30, DIABETES, DERRAME PLEURAL ESQUERDO, ESCORE RANSON > 3)
PARASITÓSES 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	
CRITOSPORIDÍASE	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: POLIMORFONUCLEARES 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 PACIENTES DE ALTO RISCO : TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS, GRANULOCITOPENIA, GRAVIDEZ, PRÉ-OPERATÓRIO EM CIRURGIA UROLÓGICAS, PRÉ-OPERATÓRIO EM COLOCAÇÃO DE PRÓTESES
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 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	CONSIDERAÇÕES
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	10 DIAS	RECOMENDA-SE REPOUSO, ELEVÇÃO 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

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
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 + AMINOGLICOSIDEO	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 FERBIL EM ADULTOS	BAIXO RISCO: CEFEPIME OU PIPERACILINA/TAZOBACTAM ALTO RISCO: PIPERACILINA/TAZOBACTAM OU IMIPENEM OU MEROPENEM	VANCOMICINA - ASSOCIAR SE INFECÇÃO RELACIONADA A CATETER, PNEUMONIA, LESÃO DE PELE OU INSTABILIDADE HEMODINÂMICA OU MUCOSITE GRAVE	CONSIDERAR DESCALONAMENTO OU TROCA PARA VO CONFORME RESPOSTA CLÍNICA. PROLONGAR ANTIBIÓTICOS ATÉ MELHORA DA NEUTROPENIA NEUTROFILOS > 500/MM ³	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				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)
SEM COMORBIDADES	AMOXACILINA/CLAVULANATO OU AZITROMICINA OU LEVOFLOXACINA 5000MG VO 1X/DIA	SE INTERNAÇÃO: CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H + MACROLIDEO EV OU VO OU LEVOFLOXACINA EV	7 A 10 DIAS	
COM COMORBIDADES	LEVLOFLOXACINA, AMOXACILINA/CLAVULANATO + AZITROMICINA	SE INTERNAÇÃO: CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H + MACROLIDEO 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/MEROPENEM + 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 14 DIAS	DIFERENCIAR COM PNEUMONITE ASPIRATIVA (FEBRE, LEUCITOSE E IMAGEM COM INÍCIO < 24H).
ABSCESSO OU PNEUMONIA NECROTIZANTE	AMBULATORIAL: AMOXACILINA/CLAVULANATO 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/CLAVULANATO 500MG VO 8/8H	10 DIAS - COM EXCEÇÃO AZITROMICINA (5 DIAS)	TRATAR SOMENTE COM OS 4 CRITÉRIOS DE CENTOR: FEBRE, EXUDATO TONSILAR, AUSÊNCIA DE TOSSE, ADENOPATIA CERVICAL. TRATAMENTO VISA PREVINIR FEBRE REUMÁTICA, COMPLICAÇÕES LOCAIS SUPURATIVAS, REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO E MELHORAS DO SINTOMAS.
SINUSITE AGUDA	AMOXACILINA/CLAVULANATO 500MG VO 8/8H OU LEVOFLOXACINA 500MG 1X/DIA	SE CASO GRAVE, AVALIAR INTERNAÇÃO	10 A 14 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/CLAVULANATO 500/125MG VO 8/8H	AZITROMICINA 500MG VO 1 DIAS, SEGUIDO DE 250MG VO POR 4 DIAS	5 A 7 DIAS	TRATAMENTO 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 CRISTALINA 2000000U EV DE 4/4H , AMBULATORIAL: PENICILINA PROCAÍNA 400000IM 12/12H	CLINDAMICINA 600MG VO OU EV DE 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	7 DIAS	LESÃO MAIS SUPERFICIAL, BEM 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 ANTIBIÓTICO TERAPIA DE ACORDO COM CULTURA E ANTIBIOGRAMA.

				COLETAR PUNÇÃO OU 2 SWABS + HEMOCULTURA (2 AMOSTRAS). DESBRIDAMENTO E INCISÕES PARA EXPOSIÇÃO DAS FASCIAS. CONSIDERAR TERAPIA HIPERBÁRICA
ORIGEM HOSPITALAR	VANCOMICINA* + AMICACINA* + METRONIDAZOL	CONSIDERAR IMIPENEM/MEROPENEM SE INSUFICIENCIA RENAL OU ALTO RISCO	14 A 21 DIAS	DESBRIDAMENTO + 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 CEFTRIAXONE + 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 OBTER CULTURAS.
MODERADA RELACIONADA A SERVIÇO DE SAÚDE OU USO PRÉVIO DE ATB:	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 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 OU TEICOPLANINA		
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA				
DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	PENICILINA CRISTALINA 4 MILHÕES UI DE 4/4H + GENTAMICINA 9 CONTINUAR ATÉ 48H APÓS MELHORA CLÍNICA, SEGUIDA DE DOXICICLINA 100MG VO 12/12H	CIPROFLOXACINA + DOXICICLINA + METRIDAZOL OU CEFTRIAXONA + DOXICICLINA + METRONIDAZOL	14 DIAS	AMBULATORIAL: OFLOXACINA + METRONIDAZOL.
INFECÇÃO DE SÍTIO				

CIRÚRGICO				
CELULITE COM COMPROMETIMENTO DIFUSO E EXTENSO DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	SEM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: AMOXACILINA/CLAVULANATO COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: CLINDAMICINA + GENTAMICINA EV	SEM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: CLINDAMICINA 600MG VO 6/6H	7 A 10 DAIS	SE FORMA LEVE TRATAMENTO CONSERVADOR DA FERIDA. SE FORMAS MAIS GRAVES, INTERNAR E FAZER DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO. PRESENÇA DE FASCIÍTE NECROTIZANTE USAR PENICILINA CRISTALINA + CLINDAMICINA E AVALAIR AINDA ASSOCIAÇÃO COM GENTAMICINA
INFECÇÃO PUERPERAL	AMPICILINA (2G EV 4/4H) OU PENICILINA ASSOCIADO A GENTAMICINA 3-5MG/KG 1X/DIA + METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	CLINDAMICINA + GENTAMICINA OPÇÃO AMBULATORIAL: AMOXACILINA 500/125MG VO 8/8H	7 A 10 DAIS	
ABORTAMENTO INFECTADO	AMPICILINA (2G EV 4/4H) OU PENICILINA ASSOCIADO A GENTAMICINA** 3-5MG/KG 1X/DIA + METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	CLINDAMICINA + GENTAMICINA OPÇÃO AMBULATORIAL: AMOXACILINA 500/125MG VO 8/8H	ATÉ PACIENTE AFEBRIL POR 48 H	**AVALIAR SE PRESENÇA DE ENTEROCOCO USAR AMPI OU PENICILINA ASSOCIADA
MASTITE	HOSPITALAR: OXACILINA 2G EV 4/4H + METRONIDAZOL 500MG EV 8/8 AMBULATORIAL: CEFALEXINA 1G VO 6/6H	HOSPITALAR: CLINDAMICINA 600MG EV 8/8 AMBULATORIAL: CLINDAMICINA 600MG VO 6/6H	7 A 10 DIAS	SE INFECÇÃO AGUDA DE PROTESE MAMÁRIA INICIAR VANCOMICINA ATÉ CULTURA, SE INFECÇÃO CRÔNICA, AGUARDAR CULTURA

CARDIOVASCULAR

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
ENDOCARDITE DE VALVA PROTETICA	VANCOMICINA 1-2 G IV 12/12H + AMICACINA (15MG/KG/DIA) OU CEFEPIME 2G IV 8/8H*	AJUSTAR CONFORME CULTURAS	6 A 8 SEMANAS	OCORRE ATÉ 1 ANO APÓS A TROCA VALVAR. COLHER 3 PARES DE HEMOCULTURA. SE HOVER TROCA DE PRÓTESE VALVAR MANTER ANTIBIOTICOTERPIA PELO MENOS 4 SEMANAS
ENDOCARDITE DE VALVA NATIVA				
STREPTOCOCCUS SENSÍVEL A PENICILINA	PENICILINA CRISTALINA 4 MILHÕES UI DE 4/4H OU CEFTRIAXONE 1 G 12/12H	CEFTRIAXONA ASSOCIADO A GENTAMICINA 1 MG/KG 8/8H POR 2 SEMANAS	4 SEMANAS	USAR VANCOMICINA NOS PACIENTE SINTOLERANTES AOS ESQUEMAS SUGERIDOS
STREPTOCOCCUS RESISTENTES OU PARCIALMENTE RESISTENTES A	CEFTRIAXONE 1G 12/12H (28D) + GENTAMICINA 1MG/KG 8/8H (14D)	VANCOMICINA 30MG/KG/D EM 2 DOSES	4 SEMANAS	RESISTENTE A PENICILINA mic> 0,5 MCG/ML) DEVEM SER TRATADOS COM

PENICILINA				ESQUEMA RECOMENDADO PARA ENTEROCOCCUS SPP
ENTEROCOCCUS SENSÍVEL A PENICILINA, GENTAMICINA E VANCOMICINA	AMPICILINA (2G EV 4/4H) OU PENICILINA ASSOCIADO A GENTAMICINA	VANCOMICINA + GENTAMICINA	4 A 6 SEMANAS, 6 SEMANAS EM PACIENTES COM SINTOMAS MAIORES QUE 3 MESES	VANCOMICINA DEVE SER USADA NO PACIENTE COM INTOLERANCIA A PENICILINA OU AMPICILINA.
ENTEROCOCCUS FAECIUM RESISTENTE A PENICILINA, AMINOGLICOSÍDEOS E VANCOMICINA	LINEZOLIDA 600MG EV 12/12H		> 8 SEMANAS	ATENÇÃO À PLAQUETOPENIA, SE ENTEROCOCCUS FECALIS RESISTENTE USAR IMIPENEM ASSOCIADO A AMPICILINA OU CEFTRIAXONA ASSOCIADO A AMPICILINA
STAPHYLOCOCCUS SENSÍVEL A OXACILINA	OXACILINA 2G EV 12/12H OPCIONALMENTE ASSOCIADO A GENTAMICINA (3 A 5 DIAS)	CAFAZOLINA OPCIONALMENTE ASSOCIADO A GENTAMICINA	6 SEMANAS	USAR VANCO SE INTOLERANCIA.
STAPHYLOCOCCUS RESISTENTE A OXACILINA	VANCOMICINA 1G EV 12/12H	LINEZOLIDA	6 SEMANAS	
INFECÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL	VER QUADROS			

ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
PIOARTRITE AGUDA	OXACILINA + GENTAMICINA	CEFTRIAXONA	2 A 4 SEMANAS	SE RISCO DE DST TRATAR N GONORRHOEAE
OSTEOMIELITE AGUDA HEMATOGÊNICA	OXACILINA + GENTAMICINA	SE MRSA PROVAVEL USAR VANCOMICINA	2 SEM EV + 4 SEM VO	CULTURA DE OSSO + HEMOCULTURA
OSTEOMIELITE CRÔNICA				TRATAMENTO, SEMPRE QUE POSSÍVEL, BASEADO EM COLETA DE CULTURAS (PADRÃO OURO É A BIOPSIA ÓSSEA). CULTURA DE SECREÇÃO DE FÍSTULA COM POUCO VALOR PREDITIVO, AVALAIR INDICAÇÃO DE CÂMERA HIPERBÁRICA.
FRATURA EXPOSTA	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H + GENTAMICINA 240 MG EV D.U/DIÁRIA		14 DIAS	SE ALTA, CAFALEXIAN VO 2 A 4G DIA ATÉ 14 DIAS. COLHER CULTURA OSSEA NA ADMISSÃO E EM TODAS AS LIMPEZAS CIRÚRGICAS

INFECÇÕES PÓS OPERATÓRIA	VANCOMICINA 1-2 G IV 12/12H + CEFEPIME 2G IV 8/8H*	TEICOPLANINA 400MG/DIA + AMNOGLICOSÍDIO	CONFORME EVOLUÇÃO	COLHER CULTURAS
REVISÃO ARTROPLASTIA	CEFUROXIMA 1,5G EV SEGUIDO DE 750MG 6/6H EV (INTRA OPERATÓRIO) E 1,5G EV 12/12H		MANTER ATÉ RESULTADO DE CULTURAS E DESCALONAR OU SUSPENDER	

INFECTOLOGIA

DIAGNÓSTICO	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVA	DURAÇÃO	CONSIDERAÇÕES
BACTÉRIAS MULTIRESISTENTES				
ENTEROCOCCO RESISTENTE A VANCOMICINA				
SENSÍVEL A AMPICILINA E AMNOGLICOSÍDEO	AMPICILINA + AMINOGLICOSÍDEO	LINEZOLIDA	CONFORME SÍTIO DE INFECÇÃO	A TIGECICLINA PODE SER USA EM CASO DE INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS
SENSÍVEL AMPICILINA E RESISTENTE A AMINOGLICOSÍDEO	AMPICILINA	LINEZOLIDA	CONFORME SÍTIO DE INFECÇÃO	
RESISTENTE A AMPICILINA	LINEZOLIDA 600MG EV 12/12H	TIGECICLINA	CONFORME SÍTIO DE INFECÇÃO	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO	RESISTENTE A AMPICILINA USAR NITROFURANTOÍNA SE SENSÍVEL	QUINOLONA	CONFORME SÍTIO 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 SÍTIO DE INFECÇÃO	TEICOPLANINA OU LINEZOLIDA (SE INTOLERÂNCIA A GLICOPEPTÍDEO)
ACINETOBACTER SPP RESISTENTE A CARBAPENEM	POLIMIXINA B	SE SENSÍVEL A AMPI/SULBACTAM - USAR.	CONFORME SÍTIO 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 SÍTIO DE INFECÇÃO	
ITU	CIPROFLOXACINA OU AMINOGLICOSÍDEO	PIPE/TAZO OU ERTAPENEM OU IMIPENEM/MEROPENEM	7 DIAS	
PNEUMONIA OU BACTEREMIA	IMIPENEM/MEROPENEM	CIPROFLOXACINA OU ERTAPENEM	7 A 10 DIAS	
MENINGITE	MEROPENEM			
INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS	CIPROFLOXACINA OU AMINOGLICOSÍDEOS + DROGA ANAEROBICIDA	PIPE/TAZO OU ERTAPENEM OU IMIPENEM/MEROPENEM	7 A 10 DAIS	
CANDIDA SPP	SEM USO PRÉVIO DE AZÓLICO FLUCONAZOL	ANFOTERICINA B		CANDIDEMIA: FLUCONAZOL 800MG

				DOSE DE ATAQUE SEGUIDOS DE 200MG EV 12/12H
	COM USO PRÉVIO DE AZÓLICO: ANFOTERICINA B	CASPOFUNGINA OU ANFOTERICINA B COMPLEXO LIPÍDEO		