



Guia Prático dos MÉDICOS



Fundação Serviços de Saúde - FUNSAU
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS
Coordenação de Vigilância Hospitalar - CCIH/SCIH/NVEH

GUIA PRÁTICO DO MÉDICO EM ANTIMICROBIANOS,
INFECÇÕES E PREVENÇÃO DE IRAS
(INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE)

Campo Grande - MS
2018 - 2020

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul

Governador: Reinaldo Azambuja

Secretaria de Estado de Saúde

Secretário Estadual: Carlos Alberto Coimbra

Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS

Diretor-Presidente da FUNSAU: Dr. Justiniano Barbosa Vavas

Diretoria Técnica: Dra. Luiza Lima de Oliveira

Diretor Administrativo e Financeiro: Josceli Roberto Gomes Pereira

Diretor Clínico: Dra. Rosania Maria Basegio

Diretoria de Enfermagem: Enfa. Lucienne Gamarra Vieira Esmi

Dir. de Ens., Pesquisa e Qualidade Institucional: Dr. José Júlio Saraiva Gonçalves

Coordenadora de Vigilância Hospitalar: Dra Mara L. G. Galiz Lacerda

Equipe Técnica do Trabalho

Equipe de Vigilância Hospitalar

Gerente do SCIH: Enfa. Caroline Aparecida Barbosa Coelho Rocha

Gerente do Núcleo de Vigilância Epidemiológica: Enfa. Suse Barbosa Castilho

Chefia Adm. da Coord. de Vigilância Hospitalar: Aldair dos Santos Aleyne

Médica do SCIH: Dra Andyane Freitas Tetila

Médica do SCIH: Dra. Cláudia Elizabeth Volpe Chaves

Médica do SCIH: Dra. Mara Luci Gonçalves Galiz Lacerda

Médico do SCIH: Dr. Rodrigo Nascimento Coelho

Enfermeira do SCIH: Simone Sousa Oliveira Fonseca

Técnica de enfermagem: Adriana Costa Lorentz

Técnica de Enfermagem do SCIH: Maria Vanilda Vieira

Técnica de Enfermagem do NVEH: Ligiane Martins

Assistente Administrativo do NVEH: João Francisco Duarte

Colaboradores

Estagiária de Enfermagem do Valle Universidade: Évelen Coimbra Silva

Central de Atendimento Farmacêutico - CAF

Diretoria de Enfermagem - DENF

Faturamento

Laboratório de Análises Clínicas/Microbiologia

Patologia

Serviço Social

Serviço de Atendimento Médico - SAME

Tecnologia da Informação - TI

Serviço de Enfermagem

Medicina do Trabalho

Dra. Silvia Girodo - Cirurgiã Pediátrica

Dra Paula Riccio Barbosa - Intensivista adulto

Dra.Tania Cristina Parpinelli - Neonatologista

Dra. Bianca Stavis Conte - Neonatologista

Dr. Haroldo Luiz Lins e Silva - Pediatra

Residente de Terapia Intensiva: Maira Fioravanti Sansão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
ANTIMICROBIANOS	15
Classificação dos Antimicrobianos	16
Antimicrobianos em Obesos	34
Antimicrobianos que não Demandam Ajuste em Caso de Insuficiência Renal	34
Antimicrobianos e Hepatopatia - Ajuste da Posologia	35
Diretrizes Gerais para a Utilização de Antibacterianos	35
Doses Máximas em Adultos	38
Antimicrobiano Intraventricular (AIV)	40
Polimixinas	41
Antibióticos de Uso na UTI – Neonatal	44
Dose de Antimicrobiano Pediátrico	57
Toxicidade dos Antimicrobianos	59
Antimicrobianos Tempo e Dose Dependente	60
Mecanismos de Ação dos Antimicrobianos	61
Diluição e Estabilidade de Antimicrobianos	62
PROFILAXIA CIRÚRGICA	72
Princípios para Indicação de Antibioticoprofilaxia em Cirurgias	73
Tipos de Cirurgias	74
Dose Inicial e Intervalos de Repique dos Antibióticos Utilizados na Profilaxia Cirúrgica	75
Profilaxia nas Principais Cirurgias em Recém-Nascidos	76

Profilaxia nas Principais Cirurgias Pacientes Acima de 28 Dias	77
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	79
Cirurgia Cardíaca	80
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	81
Cirurgia de Tórtax	82
Cirurgia do Trauma	83
Cirurgia e Procedimento em Urologia	85
Cirurgia em Otorrinolaringologia	88
Cirurgia Gastrointestinal	90
Cirurgia Ginecológica e de Mama	93
Cirurgia Neurológica	94
Cirurgia Ortopédica	96
Cirurgia Plástica	98
Cirurgia Vascular	99
Videoscirurgias	101
Cirurgia Obstetrícia	101
INFECÇÕES COMUNITÁRIAS	102
Doença Inflamatória Pélvica - DIP	103
Infecções Sexualmente Transmissíveis	104
Manifestações Clínicas das IST e os Respectiveiros Agentes	104
Etiológicos	
Fluxograma e Tratamento do Corrimento Uretral	105
Tratamento para Corrimento Uretral	106
Manejo de Corrimento Vaginal com Uso do Fluxograma	107
Tratamento para Corrimento Vaginal.....	108

Fluxograma e Tratamento de Úlceras Genitais	110
Tratamento para as Úlceras Genitais de Etiologia Herpética	112
Tratamento para Cancroide, LGV e Donovanose	113
Infecção Bacteriana de Vias Aéreas Superiores	115
Infecção do Trato Urinário - ITU	117
Infecção Intra-Abdominal Comunitária	123
Fluxograma para Caso Suspeito de Meningite	125
Etiologia e Tratamento da Meningite de Acordo com a Circunstância Clínica	127
Protocolo Institucional para Antibioticoprofilaxia e Antibioticoterapia em Pacientes Neutropênico e Neutropênico Febril no HRMS	132
Protocolo Institucional de Tratamento de Neutropenia Febril	135
Infecções Fúngicas	136
Classificação de Risco para Neutropenia Febril	137
Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos - Pac Adulto	138
Tratamento da Pneumonite Química Aspirativa e Pneumonia Aspirativa	139
Exames Complementares no Diagnósticos de Pneumonias em Casos Específicos.	140
Escores de Prognóstico – CURB-65	140
Escore de Gravidade para PAC	141
Tratamento Parasitoses, Sarna, Pediculose	142
Espectro de Ação dos Antiparasitários	146
Informações em Relação à Escabiose	147
Tratamento de Micoses Superficial e Sistêmica	148
Tipos de Infecção de Pele, Partes Moles e Tipos de Curativos	151
Avaliação de Tecido Viável	152

Infecções de Pele – Coleta de culturas são recomendadas para identificar S.aureus ou Streptococcus B-hemolítico	153
Infecções Necrotizantes	156
Fascíte Necrotizante – Fluxo De Atendimento	157
Pé de Diabético	158
Tratamento de Infecção Oportunista do HIV/SIDA	160
Tratamento de Infecções Virais	165
Profilaxia para Streptococcus	167
Infecções na Gestação	169
Quimiprofilaxia da Transmissão Vertical do HIV para os Casos de Mães que não Usaram ARV Durante Gestação	173
PAC Pediatria - Pneumonia Adquirida na Comunidade	174
INFECÇÕES HOSPITALARES	176
Tratamento da Infecção do Trato Urinário Hospitalar	177
Tratamento para Candidúria	179
Colite Pseudomembranosa	180
Infecção de Sítio Cirúrgico - ISC	182
Tratamento Empírico das Infecções de Sítio Cirúrgico - Cirurgia Geral	184
Tratamento de Casos Suspeitos ou Diagnosticados para Candida Spp	185
Considerações Para o Manejo de PAV	189
Tratamento de PAV na UTI	190
Tratamento da Infecção de Corrente Sanguínea Hospitalar	191
PROTOCOLO NEONATOLOGIA	192
Recém-nascido Assintomático Independente da Idade Gestacional	193

Recém-nascido Sintomático – Independente da Idade Gestacional	195
DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	197
Lista Nacional de Notificação Compulsória	198
Calendário de Vacinação	203
Fluxo de Atendimento do Acidente de Trabalho com Material Biológico (ATMB) do HRMS.	207
Conduta para Atendimento do Acidente de Trabalho	208
Tratamento Alternativo em Caso para Profilaxia de Exposição Profissional	210
Profilaxia Pós-exposição à Hepatite B	211
Fluxograma de Violência Interpessoal ou Autoprovocada no HRMS	212
Protocolo de Uso de Antimicrobiano no Atendimento a Violência Sexual	213
Anticoncepção de Emergência Hormonal	213
Profilaxia das IST Não Virais	214
Esquema Alternativo para a Profilaxia das IST Não Virais	215
Antiretrovirais - Violência Sexual	215
Esquemas Preferencial de ARV e Medicações Alternativas para PEP em Gestantes	216
Apresentações e Posologias de ARV Preferenciais para PEP em Gestantes	216
Esquema para a PEP em Crianças e Adolescentes de Acordo com a Faixa Etária	217
Posologia das Medicções ARV na População Pediátrica	218
Exames Laboratoriais no Atendimento Inicial e no Seguimento na Violência Sexual	219
Tratamento de Sífilis em Gestante	220
Fluxograma para o Manejo da Sífilis, Utilizando Teste Rápido Inicial com Teste não Treponêmico Confirmatório	222

Fluxograma para o Manejo da Sífilis, Utilizando Teste não Treponêmico Inicial com Teste rápido confirmatório	223
Tratamento da Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestação	224
Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical do HIV (AZT Injetável)	230
Precaução quanto à Amamentação em Infecções Virais Maternas	233
Fluxograma de Sintomático Respiratório - Tuberculose	234
Fluxograma para Avaliação da Infecção Latente em Profissionais de Saúde	235
Fluxograma de Tuberculose em Investigação de Contatos Crianças (<10 Anos)	238
Fluxograma para Investigação de Contatos de Tuberculose em Adultos e Adolescentes (>10 anos)	239
Protocolo de Tratamento para Tuberculose	241
Tratamento da TB Pulmonar e Extra-pulmonar (exceto Meningoencefalite) em Adultos e Adolescentes	243
Tratamento da TB da em Crianças < 10 anos	243
TB Meningoencefálica em Adultos e Adolescentes	244
Protocolo de Tratamento para Hanseníase	245
Protocolo de Tratamento de Malária	249
Malária Falciparum	251
Malária Mista	254
Malária na Gestante e Criança com menos de 6 Meses	255
Leptospirose	258
Antibioticoterapia na Leptospirose	263
Leishmaniose Visceral	264
Algoritmo para Identificação e Acompanhamento de Pacientes com Leishmaniose Visceral	268
Algoritmo de Conduta de Suporte para Pacientes Graves com Leishmaniose Visceral	269

Medicamentos usados no Tratamento da Leishmaniose Visceral	270
Acidente por Animais Peçonhentos	274
Raiva Humana	276
Esquema para Profilaxia da Raiva Humana com Vacina de Cultivo Celular	278
Fluxograma no HRMS para Casos Suspeitos de Dengue, Chikungunya e Zika Vírus	280
Diferença Arboviroses e Sarampo	284
Terapêuticas e Quimioprolifáticos de Coqueluche	285
Prevenção e Intervenção de Transmissão Institucional por Varicela - Zoster (VZ)	287
Fluxo de Atendimento de Gestante Confirmada ou Suspeita de Rubéola	291
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal - Vírus Influenza A e B	292
Oseltamivir – Recomendações para Ajuste de Doses na Insuficiência Renal	293
Orientações para os Orofissionais de Saúde de Acordo com o Protocolo de Influenza do Ministério da Saúde de 2015	296
SRAG	297
Manejo do Paciente com Diarreia	298
Diarreia Aguda	299
Profilaxia para Tétano	302
Quimioprofilaxia para Meningites e Esquema Alternativo	303
Recomendações da vacinação contra febre amarela	305
MISCELÂNEA	306
Protocolo para Monitorização de Galactomanana	307
Monitorização Vancocinemia	308

Protocolo para Coleta de Hemocultura	316
Protocolo para Coleta de Abscesso	318
Protocolo para Coleta de Fluidos	319
Manejo do Equipamento de Proteção Individual (EPI)	320
Tipo de Exposição Sexual e Risco de Transmissão após Contato com Pessoa Infectada pelo HIV	321
Classificação das Bactérias pela Coloração de Gram	322
Bactérias Aeróbias	323
Bactérias Anaeróbias	324
Os 5 Momentos para a Higienização das Mãos	325
Técnica de Higienização das Mãos	327
Antissepsia ou Preparo Pré-operatório das Mãos	328
Tipos de Precaução	329
Precauções Empíricas - tipos de precauções	332
Segurança do paciente	338
Descarte Lixo Hospitalar	339
Prevenção IRAS	340
Normativa CCIH/SCIH 2018 - bactérias que exigem precauções de contato no HRMS	341
Fatores de Risco para Patógenos Multirresistentes	344
Risco para Infecção ou Colonização por Enterococcus Multirresistentes	344
Tempo de Permanência de Bactérias no Ambiente	345
Ambiente Contaminado por Agente MR	346
Medidas de Prevenção de ITU relacionada à Assistência à Saúde	347
Protocolo de Prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV)	348

Protocolo de Prevenção de Infecção de corrente sanguínea relacionado a Cateter Central de Curta Permanência	350
Protocolo de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico - Medidas Padronizadas pelo SCIH do HRMS	351
Medidas de Controle Pré-operatório	352
Medidas de Controle Intraoperatório	354
Medidas de Controle Pós-operatório	355
Referências Bibliográficas	356

INTRODUÇÃO

O conhecimento científico faz parte da cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

Esperamos contribuir com este manual, como ferramenta rápida de pesquisa nas áreas de controle, prevenção e tratamento de agravos de notificação compulsória e de infecção relacionada a assistência a saúde para todos os profissionais médicos da nossa instituição promovendo assim uma assistência qualificada baseada em evidências.

É sempre desafiador agregar conhecimentos necessários para prática médica tendo em vista o número vasto de publicações e atualizações quase que diárias produzidas no universo de pesquisas. Sabemos que no primeiro exemplar pode-se deixar de conter algo importante, mas com a certeza de que não será o último e que os próximos virão com a maturidade de uma equipe que procura sempre inovar para que os profissionais possam manter-se atualizados sobre os avanços na assistência à saúde tomando este manual como apoio.

“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende”

ANTIMICROBIANOS

Classificação dos antimicrobianos

ANTIMICROBIANO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL		SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO
AMINOGLICOSÍDEOS			
AMICACINA	15 mg/kg (máx 1,5g/dia)		- GESTAÇÃO - D - AMAMENTAÇÃO - NÃO USAR
ESTREPTOMICINA	15 mg/kg (máx 1g/dia)		- GESTAÇÃO D - AMAMENTAÇÃO - RISCO PARA O RN
GENTAMICINA	1,7 - 2,0 mg/kg 8/8h		- GESTAÇÃO D - AMAMENTAÇÃO: Compatível (AAP, OMS)."
TERAPIA COM AMINOGLICOSÍDEO 1X DIA			
ANTIMICROBIANO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL		SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO
	>80	60-80	
AMICACINA	15mg/kg dia	12mg/kg dia	- GESTAÇÃO - D - AMAMENTAÇÃO - NÃO USAR
ESTREPTOMICINA	15mg/kg dia	12mg/kg dia	- AMAMENTAÇÃO - RISCO PARA O RN
GENTAMICINA	5,1mg/ kg dia	4mg/kg dia	- GESTAÇÃO D - AMAMENTAÇÃO: Compatível (AAP, OMS)."

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			SUPLEMENTADO PARA HEMODIÁLISE	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
7,5 mg/kg c/12h	7,5 mg/kg c/24h	7,5 mg/kg c/48h	HD: 7,5 mg/kg 48/48h + dose extra 3,25mg/kg AD DPAC perda de 15 a 20mg/l de dialisado/dia TSRC 7,5mg 24/24h	utilizar PESO CORPORAL AJUSTADO (Ver fórmula na tabela abaixo)
15 mg/kg/c/24h	15 mg/kg c/ 24-72h mesma dose para TSRC e DPAC	15 mg/kg A CADA 72 A 96h	HEMO: 7,5 mg/kg AD PD 3x/sem DPAC 20 A 40 mg perdidos /litro de dialisato	Utilizar PESO CORPORAL ajustado (Ver fórmula na tabela abaixo)
1,7 a 2,0mg/kg de 8/8h	1,7 a 2,0 mg/kg 12/12 a 24/24h	1,7 a 2,0mg/kg 48/48h	HD: 1,7 a 2,0 mg/kg 48/48h + dose extra 0,85 a 1,0 mg/kg AD TSRC 1,7 a 2,0 mg/kg 24/24h	Usar o peso corporal ajustado
			DPAC perda de 3 a 4mg/litro de dialisado/dia	
TERAPIA COM AMINOGLICOSÍDEO 1X DIA				
DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL	
40-60	30-40	20-30	10-20 AMINOGLICERÍDEOS DOSE DIÁRIA	< 10 A ZERO
7,5mg/kg dia	4mg/kg dia	7,5mg/kg c/48h	4mg/kg c/ 48h	3mg/kg a c/ 72h e AD
7,5mg/kg dia	4mg/kg dia	7,5mg/kg c/48h	4mg/kg c/ 48h	3mg/kg a c/ 72h e AD
3,5 mg/kg dia	2,5mg/kg dia	4mg/kg a c/ 48h	3mg/kg a c/ 48h	2mg/kg a c/72h e AD

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
CARBAPENÊMICOS		
ERTAPENEM	<p>Categoria B para gestação.</p> <p>- Amamentação: usar com precaução.</p>	1g a c/ 24h
IMIPENEM	<p>Categoria C para gestação.</p> <p>- Amamentação: dados insuficientes para avaliação do risco (OMS).</p>	500g c/ 6h
MEROPENEM	<p>Categoria B para gestação.</p> <p>- Amamentação: usar com precaução.</p>	1g 8/8h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
60-80	40-60	<10		
ClCr < 30: 0,5g a c/24h				
1g c/24h		0,5g a 24h	HD: 0,5g c/ 24h (+ 150mg AD se a dose for administrada <6h antes da HD) TSRC 0,5 a 1g a c/ 24h	Sem estudos
250-500mg c/ 6-8h	250mg c/ 6-12h	125-250mg c/12h	HEMO: 125 a 250mg c/ 12h (no dia da diálise administrar uma das doses AD) DPAC: doses para DCr<10 doses para TDC 0,5-1g c/12h	Sem estudos
1g 8/8h	1g 12/12h	0,5g a c/24h	HEMO: dose AD 0,5g 24/24h (no dia da diálise, administrar a dose AD) DPAC: doses para DCr<10 mesma dose que na TSRC	Não é necessário ajuste posológico.

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
CEFALOSPORINAS		
CEFAZOLINA (1ª geração)	"Categoria B para gestação AAP, OMS"	1 a 2g 8/8h
CEFOXITINA (2ª geração)	Categoria B para gestação Amamentação: Compatível	2g 8/8h
CEFUROXIMA (2ª geração)	Gestação: B Amamentação: Compatível	750mg a 1,5g de 8/8h
CEFTAZIDIMA (3ª Geração)	Gestação: B com cautela Amamentação: compatível (AAP, OMS). A concentração no leite é mais elevada que a das outras cefalosporinas"	2g de 8/8h
CEFOTAXIMA (3ª geração)	Gestação: B com cautela Amamentação: compatível AAP, OMS).	2g de 8/8h
CEFEPIMA (4ª geração)	Gestação: B Amamentação: provavelmente segura	2g EV 8/8h
CEFTAROLINA (Última geração)	Gestação: B Amamentação: segurança não estabelecida	600mg a c/ 12h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
CEFALOSPORINAS				
1 a 2g de 8/8h	1 a 2 g 12/12h TRSC- mesma dose	1 a 2 g cada 24 a 48h	HEMO: dose CrCr <10 + 0,5 a 1g extra AD DPAC: 0,5g 12/12h	Não é necessário ajuste para a maioria dos estudos. Dados ainda conflitantes.
2g de 8/8h	2g a c/ 8-12h Mesma dose que TSRC	2g de 8/8h	HEMO: 1g extra AD DPAC: 1g a c/24h	Não há estudos
750mg a 1,5g de 8/8h	750mg a 1,5g a c/ 8-12h Mesma dose que TSRC	750mg a 1,5g a c/ 24h	HEMO: dose AD DPAC: dose CrCl <10	Não há estudos
2g de a c/ 8-12h	2g de a c/ 12-24h	2g de a c/ 24h	HEMO: 2g c/ 24h + 1g extra AD DPAC: 0,5 a 1 g a c/ 24h	Não há estudos
2g de a c/ 8-12h	2g de a c/ 12-24h	2g de a c/ 24h	HEMO: 2g c/ 24h + 1g extra AD DPAC: 0,5 a 1 g a c/ 24h	Não há estudos
2g EV c/ 8-12h	30 a 60: 2g a c/ 12h; 11-29: 2gc 24h Mesma dose que TSRC	1g a c/24h	HEMO: 1g extra AD DPAC: 1 a 2g a c/ 48h	Modesto aumento da dose: 2g EV 8/8h
600mg c 12h	30-50: 400mg de 12/12h; 15-30: 300mg de 12/12h TSRC: não há dados	< 15: 200mg 12/12h	HEMO: 200mg de 12/12h DPAC: não há dados	Não há estudos

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
FLUOROQUINOLONAS		
CIPROFLOXACINO (3ª geração)	Gestação C: não recomendado Amamentação: não recomendado	500 a 750mg VO 12/12h
		400mg IV de 12/12h
OFLOXACINO (3ª geração)	Gestação C: não recomendado Amamentação: não recomendado	200 a 400mg de 12/12h
LEVOFLOXACINO (4ª geração)	Gestação C: não recomendado Amamentação: não recomendado	750mg a c/ 24h IV ou VO
MOXIFLOXACINO	Gestação C: não recomendado Amamentação: não recomendado	400mg EV ou VO c/24h
MACROLÍDEOS		
CLARITROMICINA	Gestação: C - prescrição com risco Amamentação: o risco infantil não pode ser descartado	500 de 12/12h
ERITROMICINA	GESTAÇÃO: B - prescrição com cautela Amamentação: o risco infantil não pode ser descartado	250 a 500mg de 6/6h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
100% da dose	50 a 75 % na TSRC 400mg IV a c/ 24h	50%	HEMO: 250mg VO OU 200mg EV de 12/12h	Não há estudos
200 a 400mg de 12/12h	200 a 400mg a c/ 24h Mesma dose que TSRC	200mg a c/ 24h	HEMO: 250mg c/ 24h AD DPAC: 200mg a c/ 24h	Não há estudos
750mg a c/ 24h IV ou VO	20 a 49: 750mg a c/48h	< 20: 1 dose de 750mg, depois 500mg a cada 48h	HEMO/ DPAC / TRSC: dose para CrCl < 20	Não é necessário ajuste posológico. O mesmo aplica para Moxifloxacin
Sem ajuste	Sem ajuste	Sem ajuste	Sem recomendação	Sem necessidade de ajuste da dose
500mg de 12/12h	500mg a c/12-24h TRSC: mesma dose	500mg a c/24h	HEMO: dose AD DPAC: 500mg c/ 24h	Não há estudos
100%	100%	50 a 75%	HEMO/ DPAC/ TRSC: nenhuma	Não há estudos

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
PENICILINAS		
AMOXICILINA	GESTAÇÃO: B - penicilinas são consideradas seguras na gestação Amamentação: compatível	250 a 500mg de 8/8h
AMOXICILINA(AM)/ CLAVULANATO (CL)	Gestação: B - evitar no 1º trimestre Lactação: é excretado pelo leite com efeitos desconhecidos	500/125mg VO de 8/8h
AMPICILINA	Gestação: B Amamentação: usar com precaução	1 a 2g c/ 4-6h
AMPICILINA(AM) / SULBACTAM (SB)	Gestação: B Amamentação: usar com precaução	3g de 6/6h
PENICILINA G (Cristalina)	Gestação: B Amamentação: compatível	0,5 a 4 milhões UI de 4/4h
PIPERACILINA(P)/ TAZOBACTAM(T)	Gestação: B Amamentação: usar com precaução	3,375 c/6h. PSEUDOMONAS: 4,5g c/ 6h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TRSC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
250 a 500mg de 8/8h	250 a 500mg a c/ 8-12h TRSC: mesma dose	250 a 500mg a c/ 24h	HEMO: dose AD DPAC: 250mg 12/12h	Não há estudos
500/125 mg de 8/8h	250 a 500 mg de AM 12/12h Se CrCl menor igual a 30ml/min não usar AM/ CL 875/125 nem 1.000/62,5	250 a 500 mg de AM c/24h	HEMO: 250 a 500 mg de AM c/24h (dose extra AD) DPAC: não há dados. TRSC: não há dados	Não há estudos
1 a 2g c/ 4-6h	30 a 50: 1 a 2g c/ 6-8h; 10-30: 1 a 2g a c/ 6-12h	1 a 2g a c/ 12h	HEMO: 1 a 2g c/ 12h (uma das doses AD). DPAC: 0,5 a 1g c/ 12h TRSC 1 a 2g c/ 8-12h	Não há estudos
3g de 6/6h	3g c/8-12h	3g c/ 24h	HEMO: dose AD DPAC: 3g c/24h TRSC: 3g de 12/12h	Não há estudos
0,5 a 4 milhões UI de 4/4h	0,5 a 4 milhões UI de 8/8h	0,5 a 4 milhões UI de 12/12h	HEMO: 12/12h (1 dose AD)	Não há estudos
		DPAC: mesma dose	TRSC: 1 a 4 c/6-8h	
100%	20-40: 2,25g 6/6h. PSEUDOMONAS: 3,375g 6/6h	2,25g de 8/8h. PSEUDO-MONAS: 6/6ht	HEMO: 2,25g 12/12h (+ 0,75g extra AD). PSEUDOMONAS: 2,25g 8/8h (+ 0,75g extra AD) DPAC: 2,25g de 12/12h. PSEUDOMONAS: 8/8h	6,75g EV durante 4h e administrada de 8/8h (não há dados para obesos com insuficiencia renal)
	< 20: 2,25g 8/8h. PSEUDOMONAS: 2,25g 6/6h			
	Mesma dose que na TRSC. PSEUDOMONAS: MIC ≤ 16: 3,375g 6/6h. MIC > 16 a 64: 4,5g (durante 4h) 8/8h			

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
GLICOPEPTÍDEOS		
TEICOPLANINA	Gestação: C Amamentação: não há informações quanto ao uso na lactação, mas provavelmente segura.	6mg/kg 12/12h por 3 dias e depois 6mg/kg a cada 24h
VANCOMICINA	Gestação: C Amamentação: compatível	dose de ataque de 30mg/kg até 2g (para pacientes graves e infecções de SNC e após 20mg/kg 12/12h
SULFONAMIDAS		
TMP/SMX Dose recomendada com base no TMP	Gestação: não utilizar na gestação próxima ao parto. Pode causa hemolise nos fetos com deficiência de G6PD e Kernicteros. Amamentação: atinge 50%.	5-20mg/kg/dia VO ou IV c/6-12h
		Profilaxia 1 cp dose dupla c/24h ou 3x/ semana
NITROIMIDAZÓLICOS		
METRONIDAZOL	Categoria B: prescrição com cautela. Evitar no primeiro trimestre Amamentação: usar com cautela	7,5mg/kg IV ou VO c/6h 500mg IV ou VO a cada 8h ou a cada 6h
LICOSAMIDAS		
CLINDAMICINA	Gestação: categoria B - cautela na prescrição, pois atravessa a barreira placentária. Amamentação:cautela na prescrição, pois atinge nível superior a 50% do nível plasmático.	150-450mg VO 6/6h 600mg EV 6/6h OU 900mg EV8/8h
		10-40mg/kg dia IM/EV ou VO div c/6-8h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
12mg/kg a c/24h (após dose de ataque)	12 mg/kg a c/48h (após dose ataque) Mesma dose que TSRC	12mg/kg a c/72h (após dose ataque)	HEMO: Dose para CrCl <10 (AD) DPAC: Dose para CrCl > 10-50	Não há estudos
15 a 30mg/kg de 12/12h	15mg/kg a c/ 24-96h	7,5mg/kg a c/ 2-3 dias. DPAC: mesma dose	HEMO: Na concentração mínima de 15 a 20mcg por ml dar 15mg/kg caso a próxima diálise seja em 1 dia. Dar 25mg/kg caso a próxima diálise seja em 2 dias. Dar 35mg/kg caso a próxima diálise seja em 3 dias. TSRC (HFAC/HFVC): 500mg a c/ 24-48h	Usar o peso corporal real
Sem ajuste	30-50: sem ajuste 10-29: 5-10mg/kg/dia c/ 12h	Não recomendado, porém se for necessário 5-10mg/kg c/24h	HEMO e DPAC: não recomendado, porém se for necessário 5-10mg/kg c/24h.	Não há estudos
Sem ajuste	Sem ajuste	Sem ajuste	TSRC: 5mg/kg c/8h	
Sem ajuste	Sem ajuste	7,5mg/kg c/ 12h	HEMO: Dose como para CrCl<10 (1 dose AD) TSRC 7,5mg/kg c/ 6h DPAC: Dose para CrCl<10	Não Há estudos
Sem ajuste	Sem ajuste	Sem ajuste	Sem recomendação	Não há estudos

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
POLIMIXINA		
POLIMIXINA E COLISTINA	Gestação: categoria D. Amamentação: sem informações.	ATAQUE: (2,0) x 2 x (peso do pac. em kg). Use o peso menor (ideal ou real). Máximo 300mg. Inicie manutenção 12h depois.
		Dose aproximada de COLISTIMETATO SÓDICO5-9 milhões UI/dia, 12/12h
POLIMIXINA B	Gestação: categoria C. Amamentação: sem informações	15.000 a 25.000UI/kg ÷ 2 doses ou 1,5 a 2,5mg/kg/dia
OXAZOLIDINONA		
LINEZOLIDA	Gestação: evitar o uso. Amamentação: sem informações	600mg VO ou IV c/ 12h
GLICILCICLINA		
TIGECICLINA No HRMS está indicada somente para MDR em uso de terapia combinada.	Gestação: contra indicado. Amamentação: não há estudos.	200mg de ataque e após 100mg 12/12h
LIPOPEPTÍDEOS		
DAPTOMICINA	Gestação: categoria B Amamentação: não amamentar	4-6mg/kg/dia para infecções graves 8-10mg/kg/dia
ANTITUBERCULOSOS		
Ver capítulo: TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PÁG. 241 a 244		

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TRSC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
	MANUTENÇÃO: 2,0 x [(1,5 x CrCl _n) + 30] dividida a c/ 8 a 12h. (CrCl _n = CrCl x (ASC dp pac. em m2 dividida por 1,73m2)		HEMO: 130mg/dia c/ 12h nos dias sem diálise; nos dias de diálise, 175mg na primeira dose AD). DPAC: 160mg c/ 24h	dose baseada no peso corporal ideal
Dose aproximada de COLISTIMETATO SÓDICO 5-8 milhões UI/dia, a cada 12h	Dose aproximada de COLISTIMETATO SÓDICO 3-5 milhões UI/dia, a cada 12h	Dose aproximada de COLISTIMETATO SÓDICO 2 milhões UI/dia, a cada 12h		
Sem reajuste	Sem reajuste	Sem reajuste	Sem reajuste	Não há estudos
Sem ajuste	Sem ajuste	Sem ajuste	HEMO: sem ajuste (nos dias de diálise, uma das doses AD). DPAC e TRSC: sem ajuste	Não precisa de ajuste de dose. Manter dose usual.
Sem ajuste	Sem ajuste	Sem ajuste	Sem reajuste	Não há estudos
4-6mg/kg/dia	CrCl<30: 6mg/kg c/48h	CrCl<30: 6mg/kg c/48h	HEMO: 6mg/kg c/48h (durante ou AD). Se a próxima diálise for após 72h, dar 9mg/kg. TSRC: 6mg/kg c/8h DPAC: 6mg/kg c/ 48h	Não há estudos
Ver capítulo: TRATAMENTO DE TUBERCULOSE PÁG. 241 a 244				

ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
ANTIVIRAIS		
ACICLOVIR	Gestação: categoria B. Utilizar apenas se o benefício suplantará os riscos Amamentação: usar com precaução.	5-12,4 mg/kg c/8h
FANCICLOVIR	Gestação: contraindicado Amamentação: usar com precaução.	500mg a c/8h
GANCICLOVIR	Gestação: categoria C Amamentação: evitar amamentar durante o tratamento. Instruir a mãe a voltar a amamentar somente depois de 72h após fim de tratamento.	Indução: 5mg/kg a c/12h. Manutenção: 5mg/kg c/24h
OSELTAMIVIR	Gestação: seguro Amamentação: seguro	Ver capítulo de tratamento de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pág. 307 a 308
VALACICLOVIR	Gestação: B (estudos limitados) Amamentação: considerar risco benefício. Prescrição com cautela	1g a c/ 8h

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
100% a c/8h	100% a c/12-24h	50% a c/ 24h	HEMO: Dose PD DPAC: Dose para CrCl <10 Dose para TDC: 5-10mg/kg a c/24h	Peso ideal.
500mg a c/8h	500mg a c/12-24h	250mg a c/24h	HEMO: Dose PD DPAC: não há dados Dose para TDC: não se aplica	Não há estudos.
INDUÇÃO: 70-90: 5mg/kg c/ 12h 50-60: 2,5mg/kg a c/ 12h. MANU- TENÇÃO: 2,5- 5mg/kg c/ 24h ORAL: 0,5-1g c/ 8h	INDUÇÃO: 25-49: 2,5mg/kg C/24h. 10-24: 1,25mg/kg a c/24h. MANUTEN- ÇÃO: 0,625mg/ kg c/ 24h ORAL: 0,5-1g c/ 24h	INDUÇÃO: 1,25mg/kg 3x/semana. MANUTENÇÃO: 0,625mg/kg 3x/ semana (nos dias de diálise, dose AD) ORAL: 0,5G 3x/semana	Indução HEMO: Dose AD DPAC: dose para CrCl <10 Manutenção HEMO: 0,625mg/ kg 3x/semana AD DPAC: 0,625 mg/kg 3x/ semana	Não há estudos
Ver capítulo de tratamento de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pág. 307 a 308				Não é neces- sário ajustar a dose.
1g a c/ 8h	1g a c/ 12-24h	500mg a c/ 24h	HEMO: Dose AD DPAC: Dose para CrCl <10 TSRC: 1g c/ 24h	Não há estudos

CLASSE	ANTIMICROBIANO	SEGURANÇA NA GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	DOSE COM FUNÇÃO RENAL NORMAL
ANTIFÚNGICOS			
Poliênicos	ANFOTERICINA B	Gestação: categoria B (atravessa a barreira placentária) Amamentação: contraindicada	0,4 a 0,7mg/kg/dia situações especiais calcular dose até 1mg/kg/dia
	ANFOTERICINA COMPLEXO LIPÍDICO	Gestação: não há estudos que embasem a prescrição. Amamentação: contra indicada	5mg/kg dia
IMIDAZÓLICOS	FLUCONAZOL	Gestação: categoria C Amamentação: não é recomendado na lactação.	para fungemia - 400mg 12/12h via oral ou IV no primeiro dia e após 400mg/dia por 14 dias
	ITRACONAZOL VO	Gestação: categoria C Amamentação: não é recomendado na lactação.	100-200mg a c/12h VO
	VORICONAZOL EV	Gestação: categoria D Amamentação: contra indicado na lactação	6mg/kg EV a c/12h X 2 doses depois 4mg/kg a c/ 12h
EQUINOCANDINAS	MICAFUGINA	Gestação: categoria D (não é recomendável) Amamentação: não há estudos em humanos. Avaliar riscos e benefício para mãe.	100mg IV 24/24h
	ANIDULAFUNGINA	Gestação: categoria C (não é recomendável) Amamentação: não possui estudos; avaliar risco e benefício	100mg IV 24/24h
	CASPOFUNGINA	Gestação: categoria C (não é recomendável) Amamentação: não possui estudos; avaliar risco e benefício	700mg dose de ataque. 500mg IV 24/24h manutenção

DOSE NA INSUFICIÊNCIA RENAL			HEMODIÁLISE, DPAC e TSRC	DOSE NA OBESIDADE
>50-90	10-50	<10		
c/24h	c/24h	c/24h	HEMO/DPAC/ TDC: nenhuma orientação	Não há estudos
c/24h	c/24h	c/24h	HEMO/DPAC/ TDC: nenhuma orientação	Não há estudos
100-400mg c/ 24h	50-200 mg c/ 24h	50-200 mg c/ 24h	HEMO: dose AD	Não há estudos
			DPAC: dose para CrCl <10 TDC: 200-400mg c/24h	
100-200mg c/ 12h	100-200mg c/ 12h. TRSC: mesma dose	50-100mg c/ 12h	HEMO/ DPAC: 100mg c/ 12-24h	Não há estudos
Sem alterações	Se ClCr <50, acumulação do excipiente e EV (Ciclodex- trina). Uso oral ou descontinuação. HEMO, DPAC, TSRC; evite o uso			Não é neces- sário ajustar a dose
NÃO NECESSITA DE REAJUSTE				Não há estudos

ANTIMICROBIANOS EM OBESOS

(Verificar quais antibióticos precisam ser reajustados conforme tabela pág. 16 a 33)

Estudos com foco na dose ideal em pacientes OBESOS são escassos.

Definição de obesidade: IMC* >30 ou peso >20% do peso ideal.

Para paciente com diabetes mellitus IMC > 25, considerar obeso.

*IMC = [Peso (Kg) / Altura (m)] / altura (m)]

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DO PESO IDEAL

DEVINE:

♂ = 50 kg + 0,91 [altura (cm) - 152.4]

♀ = 45,5 kg + 0,91 [altura (cm) - 152.4]

ROBINSON:

♂ = 50 kg + 0,75 [altura (cm) - 152.4]

♀ = 50 kg + 0,67 [altura (cm) - 152.4]

FÓRMULA PARA CÁLCULO DO PESO CORPORAL AJUSTADO

♀♂ PC ajustado = (peso atual - peso ideal) x 0,25 + peso ideal

ANTIMICROBIANOS QUE NÃO DEMANDAM AJUSTE EM CASO DE INSUFICIÊNCIA RENAL

ANTIBACTERIANOS	ANTIFÚNGICOS	ANTITUBERCULOSE	ANTIVIRAIS
AZITROMICINA MOXIFLOXACINO CEFTRIAXONE POLIMIXINA B CIPROFLOXACINO TIGECICLINA CLINDAMICINA LINEZOLIDA DOXICICLINA	ANIDULAFUNGINA CASPOFUNGINA ITRACONAZOL SOL ORAL CETOCONAZOL MICAfungina POSACONAZOL VO VORICONAZOL VO	ETIONAMIDA ISONIAZIDA RIFAMPICINA RIFABUTINA	ABACAVIR NELFINAVIR ATAZANAVIR NEVIRAPINA DARUNAVIR RALTEGRAVIR DELAVERDINA RIBAVIRINA EFAVIRENZ SAQUINAVIR ENFUVIRTIDA SIMEPREVIR SOFOSBUVIR TIPRENAVIR INDINAVIR LOPINAVIR FOSAMPRENAVIR

ANTIMICROBIANOS E HEPATOPATIA - AJUSTE DA POSOLOGIA

ANTIBACTERIANOS	ANTIFÚNGICOS	ANTITUBERCULOSE	ANTIVIRAIS
ANTIBACTERIANOS ÁCIDO FUSÍDICO CEFTRIAXONA CLINDAMICINA CLORANFENICOL METRONIDAZOL RIFABUTINA TIGECICLINA TINIDAZOL	ANTITUBERCULOSOS RIFAMPICINA ISONIAZIDA	ANTIFÚNGICOS CASPOFUNGINA ITRACONAZOL VORICONAZOL	ANTIVIRAIS ABACAVIR ATAZANAVIR TENOFIVIR EFAVIRENZ ENFUVIRTIDA FOSAMPRENAZIR INDINAVIR LOPINAVIR/RITONAVIR NELFINAVIR NEVIRAPINA RITONAVIR

Nota: Tabela incompleta, consultar a bula de medicamentos que não consta na tabela.

DIRETRIZES GERAIS PARA A UTILIZAÇÃO DE ANTIBACTERIANOS

AMPICILINA + SULBACTAM – indicado para mordeduras de animais, pneumonia comunitária aspirativa, infecções orofaríngeas, colecistite, infecções por *Acinetobacter baumannii* sensível a esse medicamento. Em pediatria, alternativo para sepse neonatal. Opção para descalonamento deste antibiótico para outro via oral, pode ser feito com amoxicilina + clavanato VO, assim que possível.

CEFAZOLINA – usado apenas como profilaxia cirúrgica

CEFALOTINA - infecções de pele e tecidos moles em pediatria, infecções do trato urinário em gestantes quando microrganismo sensível.

CEFEPIME – uso para pneumonia comunitária com risco para *Pseudomonas aeruginosa*, pneumonias comunitárias com falha a ceftriaxone. Recomendamos 2 g EV de 8/8h.

CEFOTAXIMA – uso na pediatria como opção para meningite neonatal precoce, opção tratamento para criança com insuficiência hepática.

CEFOXITINA – somente para profilaxia cirúrgica ou profilaxia de exames invasivos do trato digestivo por tempo máximo de uso por 24h.

CEFTAZIDIMA – uso exclusivo para *P. aeruginosa* isolado em material nobre e sensível ao antimicrobiano, recomendamos 2g 8/8h.

CLINDAMICINA - para infecções pélvicas e do trato respiratório. Alternativa à penicilina em pacientes alérgicos. Promove seleção de *Clostridium difficile*. Atinge altas concentrações na via biliar.

DAPTOMICINA – uso restrito nas endocardites e bacteremias em adultos por MRSA e VRE. Não tem penetração pulmonar.

ERTAPENEM – Indicado para infecções abdominais complicadas, de partes moles, incluindo pé diabético; ITU complicada.

MEROPENEM – dose usual: 1g 8/8h. Para infecções do SNC, com suspeita de ESBL e multirresistência, prescrever com terapia combinada, 2g 8/8h. Em pacientes críticos, administrar preferencialmente em infusão prolongada por 3 horas, para otimização da terapêutica. Para diluições em 100 ml fazer 12 gotas por minuto. Para diluições em 50 ml fazer 6 gotas por minuto.

METRONIDAZOL – uso preferencial quando nas infecções abdominais. Para colite pseudomembranosa a dose deve ser por via oral.

OXACILINA – é o antimicrobiano de escolha para *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina (MSSA). Pode ser utilizada para estafilococo não produtor de coagulase (ENPC) quando este for sensível a este medicamento no antibiograma.

PIPERACILINA + TAZOBACTAM – dose usual: 4,5g de 6/6h. Administrar, preferencialmente, em infusão prolongada por 4 horas, para otimização da terapêutica. Neste caso, 4,5g EV de 8/8h em 4h para diluições em 100 ml fazer 8 gotas por minuto. Para diluições em 50 ml fazer 4 gotas por minuto.

POLIMIXINA B - uso restrito para *A. baumannii* e *P. aeruginosa* e bactérias produtoras de carbapenemases sensíveis apenas à polimixina e uso empírico em pacientes conforme epidemiologia local. Apresentação: 1mg = 10.000UI / Frasco ampola/ 50mg = 500.000 UI.

POLIMIXINA E - uso restrito para *A. baumannii* e *P. aeruginosa* e bactérias produtoras carbapenemases sensíveis apenas à polimixina e uso empírico em pacientes conforme epidemiologia local. Apresentação: frasco = 150 mg de colistina, base = 4,5 milhões de UI ou 346 mg de colistimetato sódico.

LEVOFLOXACINO – até 5 dias. Dose de 750mg 24/24h.

LINEZOLIDA – específico para cobertura de isolado, *Enterococcus sp* resistente a glicopeptídeos (VRE) ou MRSA nas seguintes condições clínicas: pneumonia, pele e partes moles somente se contra-indicação a glicopeptídeos. Para o SNC usar nos quadros alérgicos a vancomicina e neste caso associar rifampicina.

TEICOPLANINA – para infecções por MRSA em todos os focos, verificar necessidade de reajuste em pacientes com clearance de creatinina < 50ml/min.

TIGECICLINA - não atravessa a barreira hematoencefálica. No HRMS, este antibiótico somente está indicado em terapia combinada para multirresistência.

VANCOMICINA – A dose deve ser calculada com base no peso real do paciente, sendo no máximo 2g por dose, e no máximo 4g por dia. Infundir em 90 a 120 minutos. Para MRSA com MIC < 1,0 mcg/ml fazer 15-20mg/kg/dose de 12/12h ou de 8/8h. Para MIC > 1,0 fazer outros antibacterianos com cobertura gram positivo. Em pacientes com *Clostridium difficile*, sem resposta clínica ao metronidazol ou pacientes de risco de morte, fazer vancomicina VO - págs. 180 a 181 (reconstituir o frasco-ampola de 500mg em 10ml de água estéril para injeção e fazer 125 a 250mg VO de 6/6 horas). Não utilizar em infecções por *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina (MSSA).

DOSES MÁXIMAS EM ADULTOS

Antimicrobianos	Dose máxima diária para função renal normal
PENICILINAS	
Ampicilina	12 g/dia EV (2g EV ou 4/4h)
Amoxicilina	1 g EV de 8/8h
Amoxicilina-clavulanato	VO - 750 mg de 12/12 h EV - 1 g EV de 8/8 h
Oxacilina	2 g EV 4/4h
Ampicilina –sulbactam	12 g/ dia (3 g EV de 6/6h)
Piperacilina-tazobactam	4,5 g EV de 6/6h
ANFOTERICINAS	
Anfotericina B desoxicolato	50 mg/dia
CARBAPENÊMICO	
Meropenem	2 g EV de 8/8h
Imipenem	3 g (500 mg EV de 6/6 h)
Ertapenem	1 g EV dia
CEFALOSPORINAS	
Cefazolina	6 g (2 g EV de 8/8h)
Cefepime	2 g (EV 8/8h)
Cefoxitina	12 g (2 g EV 6/6h)
Ceftazidima	6 g (2 g EV 8/8h)
Cefuroxima	1,5 g EV 8/8h
Ceftriaxone	2g EV 12/12h
Ceftarolina	600 mg EV 12/12 h
Cefalexina	4 g dia (1 g vo de 6/6 h)
Cefalotina	12 g (2 g ev de 4/4h)
FLUOROQUINOLONAS	
Ciprofloxacina	VO – 500 mg de 8/8 h ou 750 mg 12/12 EV - 400 mg de 8/8h

Levofloxacin	750 mg ev dia
Moxifloxacino	400mg a cada 24h
Ofloxacino	400 mg vo de 12/12h
MACROLÍDEOS	
Azitromicina	500 mg dia até 1g dose única
Claritromicina	1g 12/12h
Polimixinas	
Polimixina B	ver Polimixinas - pág. 41 a 43
Polimixina E	
AMINOGLICOSÍDEOS	
Amicacina	1,5g/dia
Gentamicina	3-5mg/kg/dia
OUTRAS CLASSES	
Daptomicina	6-10mg/dia
Línezolida	600 mg EV de 12/12 h
Clindamicina	600 mg EV de 6/6h ou 900 mg de 8/8h
	VO- 300 – 450 mg a cada 6h
Metronidazol	2 g dia (500mg IV 6/6h) ou 1.5g IV Dose única em 1h
Sulfametoxazol 400 mg / trimetoprim 80mg	VO - dose por peso
	EV - dose por peso
Vancomicina	EV – 2 g de 12/12h
	VO – 125 a 250mg a cada 6h
Teicoplanina	6mg/kg/ 12h por 3 dias e manter mesma dose 1x ao dia, 6 -10mg/kg
Itraconazol	VO de 200 mg de 12/12h em crianças
Cetoconazol	400 mg dia , 200 mg vo de 12/12h
Fluconazol	400 mg ev de 12/12h

Antimicrobiano intraventricular (AIV)

Indicado em pacientes com meningite relacionada à assistência à saúde que não respondem adequadamente ao tratamento EV.

Antimicrobianos	Dose intraventricular diária
Amicacina	5-50 mg ^a
Anfotericina B desoxicolato ^b	0,01-0,05 mg em 2ml de SG0,5%
Daptomicina	2-5 mg ^c
Gentamicina	1-8 mg ^{d,e,f}
Polimixina B	5 mg ^g
Tobramicina	5-20 mg
Vancomicina	5-20 mg ^{e,f,h}

Não há estudos que definam dose exata dos AIV. Considerando menor volume de LCR em lactentes (aproximadamente 50 mL) em relação aos adultos (aproximadamente 125-150 mL), as doses em lactentes devem ser diminuídas pelo menos 60% ou mais em relação aos adultos.

^a A dose intraventricular habitual é de 30 mg por dia.

^b Não é normalmente necessário, mas pode ser necessário se a remoção do dispositivo for demasiadamente arriscada ou o paciente não respondeu à terapia antifúngica sistêmica.

^c Um estudo usou 10 mg todos os dias durante 2 dias e depois 10 mg a cada 48 horas. Outro estudo utilizou 5 mg ou 10 mg a cada 72 horas. Os dados são baseados em relatos de casos isolados.

^d A dose é 4-8 mg em adultos; 1-2 mg em crianças.

^e Recomendações de dosagem em adultos com base no tamanho / volume do ventrículo da seguinte forma:

- Ventriculos colabados (fendidos): 5 mg de vancomicina e 2 mg de gentamicina
- Tamanho normal: 10 mg de vancomicina e 3 mg de gentamicina
- Ventriculos dilatados: 15-20 mg de vancomicina e 4-5 mg de gentamicina.

^f Recomendações para frequência de administração com base na saída de drenagem ventricular externo durante 24 horas da seguinte forma:

- <50 mL / 24 horas: a cada três dias
- 50-100 mL / 24 horas: a cada dois dias

- 100-150 mL / 24 horas: uma vez por dia
- 150-200 mL / 24 horas: aumentar a dose em 5 mg de vancomicina e 1 mg de Gentamicina e dar uma vez por dia
- 200-250 mL / 24 horas: aumentar a dose em 10 mg de vancomicina e 2 mg de Gentamicina e dar uma vez por dia.

^g A dose é de 2 mg / dia em crianças.

^h A maioria dos estudos utilizou uma dose de 10 mg ou 20 mg.

Referência: 2017 Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis.

Polimixinas

POLIMIXINA E - Apresentação disponível no HRMS (Colis-Tek® - Colistimetato sódico, pó liofilizado)	frasco = 150 mg de colistina base = 4,5 milhões de UI ou 346 mg de colistimetato sódico
Para efeito de conversão	1 mg de colistimetato = ± 12.740 UI de colistimetato = 0,44mg de colistina
Diluição para administração EV	100 a 200 ml de SG 5% ou SF 0,9% em 1 h a 2 horas
Dose de ataque	Para pacientes CRÍTICOS utilizar sempre dose máxima permitida
Dose de manutenção	Deve ser realizada após 12h da dose de ataque Fórmula dose de manutenção diária total: 3,5mg de Colistina Base x [(1,5 x ClCr) + 30]
Dose diária máxima sugerida	300mg de colistina base (equivalente a 9 milhões de UI de colistimetato).
Precauções/advertências - MONITORAR	Neurotoxicidade, nefrotoxicidade, alergias levando à lesão cutânea (tipo urticária), dor no local de injeção (intramuscular), tromboflebite (injeção EV), febre e eosinofilia

ESPECTRO

- *Pseudomonas* e *Acinetobacter*, mesmo os multirresistentes, têm perfil de sensibilidade muito bom.
- Excelente atividade também contra: *Citrobacter spp.*, *Escherichia coli* e *Klebsiella spp.*
- Sensibilidade reduzida para *Enterobacter spp.*
- Não deve ser utilizada para tratamento de:
 - › Resistência intrínseca: *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*, *Serratia spp.*, *Proteus spp.*, *Providencia spp.* e *Morganella morganii*.
 - › As Polimixinas não são ativas contra bactérias gram-positivas e fungos.

IMPORTANTE

- Em pacientes submetidos à diálise, administrar a dose do dia após o término da sessão.
- Pacientes obesos: dose baseada no peso corporal ideal.
- Categoria de risco para mulheres grávidas (ANVISA-RE 1548/03): D.
- Crianças: considerar risco x benefício.
- Idosos: monitoramento cuidadoso da função renal.
- Para uso intratecal ou intraventricular - 5-10mg/dia
- Casos refratários à terapia endovenosa isolada, com indicação de uso de vias alternativas, devem ser discutidos diretamente com os médicos do SCIH.
- O SCIH recomenda que para pacientes graves, sépticos e instáveis, deve-se manter a dose plena nas primeiras 48 -72h, até estabilização clínica.

FUNÇÃO RENAL (ClCr)	Dose de COLISTINA BASE	Dose aproximada de COLISTIMETATO SÓDICO para paciente de 70Kg
DOSE DE ATAQUE	300mg OU 2,0 mg x 2 x Peso em kg	Dependente do cálculo
NORMAL	2,5 a 5 mg/kg/dia dividido a cada 8h	5-9 milhões UI/dia de 8h/8h
Cl 50-90 ml/min	2,5 a 5 mg/kg/dia dividido a cada 8h	5-8 milhões UI/dia de 12h/12h
Cl 10-50 ml/min ou CRRT	1,5-2,5 mg/kg/dia, dividido a cada 12h	3-5 milhões UI/dia e 12h/12h
Cl < 10 ml/min	1 mg/kg/dia, dividido a cada 12h	2 milhões UI/dia de 12/12h 12h

POLIMIXINA B Apresentação disponível no HRMS (eurofarma)	1 frasco = 500.000 UI
Diluição para administração EV	100 a 200 ml de SG5% ou SF 0,9% EV de 1 a 2 horas.
Dose de ataque	25.000 UI/kg
Dose de manutenção	25.000 UI/kg/dia dividido 12/12h
Dose diária máxima sugerida	
Precauções/advertências - MONITORAR	Reações neurotóxicas, nefrotóxicas, reação local, febre, urticária, tromboflebite nos locais da injeção intravenosa

ESPECTRO

› Indicações: Enterobactérias MR e outras sensíveis;

Não tem cobertura para :

- *Stenotrophomonas maltophilia*,
- *Burkholderia cepacia*,
- *Serratia spp.*,
- *Proteus spp.*,
- *Providencia spp.*
- *Morganella morganii*.
- Sensibilidade reduzida nos casos de *Enterobacter spp*

IMPORTANTE

- Poucos estudos de PK/PD sugerem não reajuste de função renal
- Pacientes obesos: dose baseada no peso corporal ideal.
- Categoria de risco para mulheres grávidas (ANVISA-RE 1548/03): D.
- Crianças: considerar risco x benefício.
- Idosos: monitoramento cuidadoso da função renal.
- Paciente em diálise , administrar a dose do dia após o término da sessão
- Uso Intratecal: 50.000 unidades/dia por 3-4 dias, a partir de então usar dias alternados por pelo menos 2 semanas.

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Aciclovir: Frasco-ampola: 250mg + 10ml AD			
Dose e intervalo	Endovenoso: ≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-7dias: 40mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 60mg/kg/dia de 8/8h >2000g: • 0-28dias: 60mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 60mg/kg/dia de 8/8h		Via oral: ≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-7dias: não • 8-28dias: 900mg/m2/dia de 8/8h >2000g: 0-28dias: 900mg/m2/dia de 8/8h 29 – 60dias: 900mg/m2/dia de 8/8h
Via de administração	Endovenosa / via oral	Tempo de infusão	Em 1 hora
Concentração para infusão	5,0 – 7,0mg/ml (SG5% ou SF0,9%)		

Amicacina: Ampola com 100mg/2ml ou 500mg/2ml			
Dose e intervalo	<30semanas: • 0-14dias de vida: 15mg/kg/dose de 48/48h • >14dias de vida: 15mg/kg/dose de 24/24h 30-34semanas: • 0-10dias de vida: 15mg/kg/dose de 24/24h • >10dias de vida: 15mg/kg/dose de 24/24h • > 60 dias de vida: pode ser usado 15 a 20mg/kg/dia de 24/24h. ≥35semanas: • 0-7dias de vida: 15mg/kg/dose de 24/24h • >7dias de vida: 17,5mg/kg/dose de 24/24h • > 60 dias de vida: pode ser usado 15 a 20mg/kg/dia de 24/24h.		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	Em 1 hora
Concentração para infusão	5,0mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com cefalosporinas: 1 hora. Intervalo de administração com penicilinas: 1 a 2 horas.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Ampicilina: Frasco-ampola: 1g ou 500mg + 10ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-7dias: 200mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 300mg/kg/dia de 12/12h >2000g: • 0-28dias: 300mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 300mg/kg/dia de 6/6h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	Em 30 minutos
Concentração para infusão	30mg/ml SG5% ou SF0,9%		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

Ampicilina + sulbactam: Frasco-ampola: 3g + 20ml AD			
Dose e intervalo	<37 semanas: • 0-7dias: 75mg/kg/dia de 12/12h • >7dias: 150mg/kg/dia de 12/12h ≥37 semanas: • 0-7dias: 75mg/kg/dia de 12/12h • >7dias: 150mg/kg/dia de 8/8h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	Em 30 minutos
Concentração para infusão	30mg/ml AD ou SG5% ou SF0,9%		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Anfotericina B desoxicolato: Frasco-ampola 50mg + 10ml AD			
Dose e intervalo	1,0mg/kg/dia de 24/24horas		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	2 a 6 horas
Concentração para infusão	0,1mg/ml SG5%		
Observação	Infundir em acesso venoso exclusivo e não misturar com soro fisiológico.		

Anfotericina B complexo lipídico: Frasco-ampola 100mg + 20ml SG5%			
Dose e intervalo	5mg/kg/dia de 24/24 horas		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	2 horas
Concentração para infusão	1,0mg/ml SG5%		
Observação	Infundir em acesso venoso exclusivo e não misturar com soro fisiológico.		

Anfotericina B lipossomal: Frasco-ampola 50mg + 12ml AD			
Dose e intervalo	2 a 7mg/kg/dia de 24/24 horas.		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	2 horas
Concentração para infusão	2,0mg/ml		
Observação	Infundir em acesso venoso exclusivo e não misturar com soro fisiológico.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Azitromicina: Suspensão oral: 200mg/5ml ou Frasco ampola: 500mg +4,8ml AD			
Dose e intervalo	10mg/kg/dia de 24/24h durante 5 dias (VO) 10mg/kg/dia de 24/24h durante 5 dias (EV)		
Via de administração	Via oral / endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	1,0 – 2,0mg/ml		
Observação	Não administrar concomitante com outras drogas.		
Caspofungina: Frasco ampola de 50mg ou 70mg + 10ml água estéril para injeção ou SF0,9%			
Dose e intervalo	25mg/m ² /dia de 24/24h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	2 horas
Concentração para infusão	0,45mg/ml SF0,9%		
Observação	Infundir em acesso venoso exclusivo e não misturar com soro glicosado.		
Cefazolina: Frasco ampola 1g + 10ml			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-28dias: 50mg/kg/dia de 12/12h EV >2000g: • 0-7dias: 50mg/kg/dia de 12/12h EV • 8-28dias: 75mg/kg/dia de 8/8h EV 29 – 60dias: 75mg/kg/dia de 8/8h EV		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30minutos
Concentração para infusão	20mg/ml SG5% ou SF0,9%		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 hora.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Cefepime: Frasco ampola 1g + 10ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤1 000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-14dias: 100mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h 1000-2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-7dias: 100mg/kg/dia de 12/12h EV • 8-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h EV >2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h EV 29 – 60dias: 150mg/kg/dia de 8/8h EV 		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	40mg/ml SF0,9% ou SG5%		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 hora.		

Cefotaxima: frasco ampola 1g + 20ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤1 000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-14dias: 100mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h >1000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-7dias: 100mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 200mg/kg/dia de 6/6h 		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	40mg/ml SF0,9% ou SG5%		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 hora.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Cefoxitina: Frasco-ampola 1g + 10ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤1 000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-14dias: 70mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 100mg/kg/dia de 8/8h 1000-2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-7dias: 70mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 100mg/kg/dia de 8/8h >2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-28dias: 100mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 120mg/kg/dia de 6/6h 		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	40mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 hora.		

Ceftazidima: Frasco-ampola com 1g + 20 ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤1 000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-14dias: 100mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h >1000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-7dias: 100mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 150mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 150mg/kg/dia de 8/8h 		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	40mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 hora.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Ciprofloxacina: Solução injetável: 200mg/100ml			
Dose e intervalo	20 a 40mg/kg dia de 12/12h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	2mg/ml (não é necessário rediluir)		

Clindamicina: Ampola 600mg/4ml			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-28dias: 15mg/kg/dia de 8/8h >2000g: • 0-7dias: 21mg/kg/dia de 8/8h • 8-28dias: 30mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 30mg/kg/dia de 8/8h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	18mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		

Daptomicina: Frasco-ampola 500mg + 10ml AD			
Dose e intervalo	12mg/kg/dia de 12/12h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	15mg/ml (SF0,9%)		

Eritromicina: Suspensão oral: 50mg/ml	
Dose e intervalo	≤de 28 dias: • 0-7dias: 20mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 30mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 40mg/kg/dia de 6/6h
Via de administração	Via oral
Concentração para infusão	1 a 2,5 mg/ml
Observação	Não administrar concomitante com outras drogas.

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Fluconazol: Bolsa sistema fechado 200mg/100 mL			
Dose e intervalo	Dose de ataque: 25mg/kg/dose. Manutenção: 12mg/kg/dia de 24/24h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	2 horas
Concentração para infusão	2mg/ml (não é necessário rediluir)		

Ganciclovir: Frasco-ampola 500mg + 10ml AD			
Dose e intervalo	≤2000g: não >2000g: 12mg/kg/dia de 12/12h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	5mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		

Gentamicina: 20mg/ml ou 80mg/2ml			
Dose e intervalo	<de 30 semanas: • 0-14 dias: 5,0mg/kg/ds de 48/48h • >14 dias: 5,0mg/kg/de 36/36h 30-34 sem: • 0-10 dias: 4,5mg/kg de 36/36h • >10 dias: 5,0mg/kg 36/36h ≥35sem: • 0-7 dias: 4,0mg/kg de 24/24h • >7 dias: 5,0mg/kg 24/24h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos a 1 hora
Concentração para infusão	1mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com cefalosporinas: 1 hora. Intervalo de administração com penicilinas: 1 a 2 horas.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Linezolid: Sistema fechado 600mg/300 mL			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-7dias: 20mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 30mg/kg/dia de 8/8h >2000g: • 0-28dias: 30mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 30mg/kg/dia de 8/8h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	2,0mg/ml (Não é necessário rediluir)		

Meropenem: Frasco ampola de 500mg + 10ml AD ou 1g + 20ml AD			
Dose e intervalo	120mg/kg/dia de 8/8h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30minutos
Concentração para infusão	30mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		

Metronidazol: Sistema fechado 500mg/100 mL			
Dose e intervalo	Dose de ataque: 15mg/kg/dose. ≤de 28 dias: ≤ 2000g: • 0-28dias: 15mg/kg/dia de 12/12h >2000g: • 0-7dias: 22,5mg/kg/dia de 8/8h • 8-28dias: 30mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 30mg/kg/dia de 8/8h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	5mg/ml (Não é necessário rediluição)		

Micafungina: Frasco-ampola 50mg ou 100mg + 10ml SF0,9%			
Dose e intervalo	10mg/kg/dia de 24/24h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	0,5 – 1,5mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Oxacilina: Frasco-ampola 500mg + 5ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 1000g: • 0-14dias: 50mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 75mg/kg/dia de 12/12h >1000-2000g: • 0-7dias: 50mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 75mg/kg/dia de 12/12h >2000g: • 0-7dias: 75mg/kg/dia de 8/8h • 8-28dias: 100mg/kg/dia de 6/6h 29 – 60dias: 150mg/kg/dia de 6/6h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30minutos
Concentração para infusão	30mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

Penicilina Cristalina - Benzilpenicilina Cristalina: frasco ampola 5000000 UI + 8ml AD)			
Dose e intervalo	Sífilis congênita: ≤de 28 dias: ≤ 1000g: • 0-14dias: 100000U/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 150000U/kg/dia de 8/8h >1000g: • 0-7dias: 100000U/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 150000U/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 200000U/kg/dia de 6/6h	Meningite por Streptococcus do grupo B: ≤de 28 dias: ≤ 1000g: • 0-14dias: 200000U/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 300000U/kg/dia de 8/8h 1000-2000g: • 0-7dias: 200000U/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 300000U/kg/dia de 8/8h >2000g: • 0-7dias: 300000U/kg/dia de 8/8h • 8-28dias: 400000U/kg/dia de 6/6h 29 – 60dias: 400000U/kg/dia de 6/6h	
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	50000 UI/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Penicilina Procaína: Frasco ampola 300000 UI + 2ml água estéril para injeção	
Dose e intervalo	50000 UI/kg/dia de 24/24h
Via de administração	Intramuscular

Piperacilina + Tazobactam: Frasco ampola 4,5g + 20ml AD			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-7dias: 300mg/kg/dia de 8/8h • 8-28dias: 320mg/kg/dia de 6/6h >2000g: <ul style="list-style-type: none"> • 0-28dias: 320mg/kg/dia de 6/6h 29 – 60dias: 320mg/kg/dia de 6/6h 		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	30mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

Polimixina B: Frasco-ampola 500.000 UI + 10ml AD			
Dose e intervalo	40000 UI/kg/dia de 12/12h.		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	1000 UI/ml (SG5%)		

Rifampicina: Suspensão oral 20mg/ml	
Dose e intervalo	10mg/kg/dia de 24/24h
Via de administração	Via oral

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Teicoplanina: Frasco-ampola 200mg/3ml ou 400mg/3ml			
Dose e intervalo	10mg/kg/dia de 24/24h.		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora
Concentração para infusão	5mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		
Observação	Intervalo de administração com aminoglicosídeos: 1 a 2 horas.		

Ticarcilina/Clavulanato: Frasco ampola 3,1g + 13ml água estéril para injeção ou SF0,9%			
Dose e intervalo	≤de 28 dias: ≤ 1000g: • 0-14dias: 150mg/kg/dia de 12/12h • 15-28dias: 225mg/kg/dia de 8/8h >1000g: • 0-7dias: 150mg/kg/dia de 12/12h • 8-28dias: 225mg/kg/dia de 8/8h 29 – 60dias: 300mg/kg/dia de 6/6h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	30 minutos
Concentração para infusão	10 – 100mg/ml (SG5% ou SF0,9%)		

Valganciclovir: Comprimido 450mg	
Dose e intervalo	≤2000g: não recomendado >2000g: 32mg/kg/dia de 12/12h
Concentração para infusão	Via oral

ANTIBIÓTICOS DE USO NA UTI – NEONATAL

Vancomicina: Frasco-ampola 500 mg + 10ml AD				
Dose e intervalo	≤28semanas: • Cr <0,5: 15mg/kg/dose de 12/12h • Cr de 0,5 a 0,7: 20mg/kg/ds de 24/24h • Cr de 0,8 a 1,0: 15mg/kg/ds de 24/24h • Cr de 1,1 a 1,4: 10mg/kg/ds de 24/24h • Cr >1,4: 15mg/kg/ds de 48/48h		>28semanas: • Cr <0,7: 15mg/kg/dose de 12/12h • Cr de 0,7 a 0,9: 20mg/kg/ds de 24/24h • Cr de 1,0 a 1,2: 15mg/kg/ds de 24/24h • Cr de 1,3 a 1,6: 10mg/kg/ds de 24/24h • Cr >1,6: 15mg/kg/ds de 48/48h	
	Para maiores de 60 dias de vida: 45-60mg/kg/dia de 8/8h.			
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 hora	
Concentração para infusão	5mg/ml (SF0,9% ou SG5%)			

Voriconazol: Frasco-ampola 200mg + 19ml AD			
Dose e intervalo	18mg/kg/dia de 12/12h		
Via de administração	Endovenosa	Tempo de infusão	1 a 2 horas
Concentração para infusão	2,0 a 5,0mg/ml (SF0,9% ou SG5%)		

Referência:

1. Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy, 2016, 22ª Ed.
2. Blackbook – Pediatria, 2011, 4ªEd.

Dose de Antimicrobiano Pediátrico

ANTIMICROBIANO	DOSE E INTERVALO	TEMPO DE INFUSÃO
Aciclovir	20mg/kg/dose de 8/8h EV ¹	1 hora.
Amicacina	15 a 22,5 mg/kg/dia de 8/8h, ou Dose única IV, máximo 1,5g/dia. ²	30 a 50 minutos.
Amoxicilina-clavulanato	30 mg/kg/dose IV de 6/6h ou de 8/8h	30 minutos
Anfotericina B desoxicolato	0,5 a 1 mg/kg/dia IV de 24/24h ou 1 a 1,5mg/kg/dia em dias alternados.	4 a 6 horas
Anfotericina complexo lipídico	3 a 5mg/kg/dia IV de 24/24 horas	2 horas
Anfotericina lipossomal	2 a 7mg/kg/dia IV de 24/24 horas *Para leishmanioseVisceral: 3mg/kg/dia por 7 dias ou 4mg/kg/dia por 5 dias.	2 horas
Ampicilina	100 200 mg/kg/dia de 6/6h *Infecções por estreptococos do grupo B - 150 a 200mg/kg/dia *bacteremia , meningite e endocardite - 300 a 400mg/kg/dia	30 minutos
Azitromicina	VO * Infecções cutâneas, sinusites, otites: 10mg/kg/dia 3ª 5 dias. * Pneumonia: 10mg/kg/dia 7 a 10 dias.* faringite estreptocócica: 12mg/kg/dia por 5 dias.	
Caspofungina	Ataque 1mg/kg/dose IV e manutenção 0,75 a 1mg/kg/dia de 24/24h ou Ataque de 70mg/m ² em dose única (Máx. 70mg) e manutenção 50mg/m ² (dose Máx. de 50mg).	2 horas
Cefazolina	IV 25mg/kg/dose de 6/6h ou de 8/8h.	30 minutos
Cefepime	100 a 150 mg/kg/dia de 8/8h	30 minutos
Cefotaxima	50 a 180 mg/kg/dia de 6/6h	30 minutos
Cefoxitina	80 a 160mg/kg/dia de 6/6h (Máx 12g/dia).	30 a 60 minutos.

Ceftazidima	150mg/kg/dia IV de 8/8h. * na fribrose cística: 200mg/kg/dia de 6/6h.	30 minutos
Cefuroxima	50 a 240 mg/kg/dia IV 6/6h ou 8/8h	60 minutos Concentração final: 30 mg/ml
Ciprofloxacina	Raramente utilizado em crianças. 20 a 30mg/kg/dia de 12/12h EV.	1 hora
Clindamicina	20 a 40 mg/kg/dia de 8/8h	60 minutos
Fluconazol	3 a 6mg/kg/dia de 24/24h *Em casos graves, com comprometimento do SNC, pode-se usar	1 a 2 horas.
Ganciclovir	10 a 15mg/kg/dose de 12/12 horas	1 hora
Gentamicina	Lactentes e crianças: 2,5mg/kg/dose de 8/8h ou 5 a 7,5 mg/kg/dia	30 minutos
Linezolida	10mg/kg/dose de 8/8h	30 a 120 minutos
Meropenem	40mg/kg/dose de 8/8 horas	30 minutos.
Metronidazol	7,5mg/kg 8/8h IV Até 30mg/kg/dia	1 hora
Micafungina	2 a 4 mg/kg/dia EV de 24/24h Máximo 150mg/dia	1 hora. 0,5 – 1,5mg/ml (diluição final)
Oxacilina	100 a 200 mg/kg/dia de 4/4h ou 6/6h	30 minutos 50mg/ml (diluição final).
Penicilina G cristalina	100.000 a 250.000 U/Kg/dia de 4/4h ou 6/6h (dose máxima 2,4 milhões UI/dia)	30 a 60 minutos
Piperacilina – tazobactam	150 a 300mg/kg/dia de piperacilina de 6/6h	30 a 60 minutos 20 a 50mg/ml
Polimixina B	15000 a 25000 U/kg/dia divididos de 12/12h	60 a 90 minutos Concentração final 100.000 U/ml
Teicoplanina	10mg/kg/dose de 12/12h por 4 dias e depois 10mg/kg/dose 24/24 horas	30 minutos 16mg/ml (concentração final)

Vancomicina	Bacteremia - 10mg/kg/kg/dose de 6/6h Meningite - 15mg/kg/dose de 6/6h	1 hora (tempo mínimo) 5mg/ml (concentração final)
-------------	--	---

¹ ACICLOVIR – doses diferenciais para

- Encefalite herpética: 15 a 20mg/kg dose de 8/8h EV de 14 -21 dias.
- Herpes simples mucocutâneo: 10mg/kg/dose de 8/8h EV nos casos graves por 7 dias.
- Varicela-zoster em imunocomprometidos e Pn por varicela: 20mg/kg/ dose de 8/8h EV de 7 a 10 dias.

² AMICACINA: doses diferenciais para

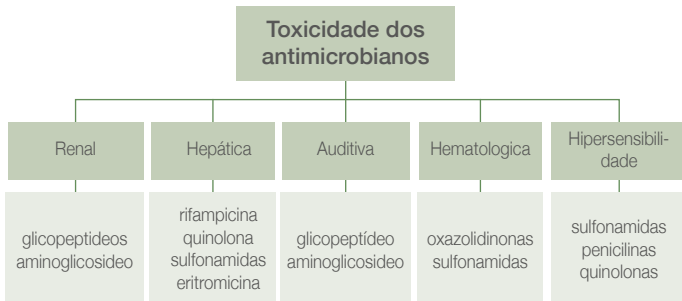
- Fibrose cística: 30-40mg/kg/dia de 8/8h ou dose única diária.
- Idade: em menores de 1 semana.

{	< 2kg: 15mg/kg/dia de 12/12h
}	> 2kg: 20mg/kg/ dia de 12/12h

em > 1 semana <1mês: 30mg/kg/dia de 8/8h

em maiores de 1 mês: 20mg/kg/dia de 8/8h.

Toxicidade dos antimicrobianos

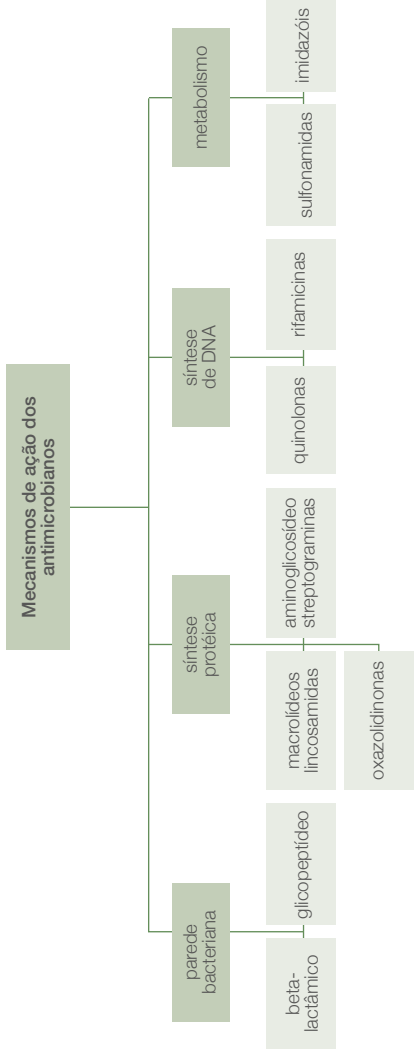


Antimicrobianos tempo e dose dependente

Antimicrobianos tempo - dependentes **	Antimicrobianos concentração ou dose-dependentes
<p>Conceito: São aqueles que têm sua ação regida pelo tempo de exposição das bactérias às suas concentrações séricas e teciduais. A ação destes antimicrobianos independe dos níveis séricos que atingem, mas dependem do tempo que permanecem acima da concentração inibitória mínima para esse microrganismo.</p>	<p>São aqueles em que, quanto maior o nível sérico acima da CIM, maior a taxa de erradicação das bactérias, a qual, por outro lado, cai na medida em que diminui o nível do antimicrobiano. A administração desses agentes em doses elevadas com intervalos longos faz com que se alcancem concentrações máximas no local da infecção, produzindo efeito bactericida máximo</p>
<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Antimicrobianos β-lactâmicos (penicilinas, cefalosporinas, carbapenens, monobactams)• Clindamicina• Glicopeptídeos• Macrolídeos	<p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aminoglicosídeos• Fluoroquinolonas• Metronidazol• Azitromicina• Tetraciclina• Anfotericina b

** Exemplo de maximização de exposição: O aumento do tempo de infusão destes fármacos, podem estar associados ou não a doses mais elevadas, particularmente em infecções causadas por bactérias com CIMs mais elevadas, como *Pseudomona aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*.

• Há ainda antimicrobianos que têm características de atividade tempo-dependente e concentração-dependente, são exemplos desses agentes, vancomicina, rifampicina e algumas fluorquinolonas.



DILUIÇÃO E ESTABILIDADE DE ANTIMICROBIANOS

MEDICAMENTO	RECONSTITUINTE	ESTABILIDADE	SOL. COMPATÍVEL	VOL. DILUIÇÃO
Aciclovir 250MG F/A	10ml AD (25 mg/ml)	12h TA (Não refrigerar)	SF 0,9%	100ml (concentração máxima 7mg/ml)
Amicacina 100mg , 500mg ampola	Já diluído	-	SF 0,9% SG 5%	100 a 200ml
Amoxicilina + Clavulanato de potássio 1 + 0,2g F/A	20ml AD	4h TA após reconstituição	SF 0,9%	100ml
Ampicilina + Sulbactam (2g + 1g) F/A	6.4ml AD ou Lidocaina 2% (para IM)	8h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9%	50ml (concentração máxima 45mg/ml)
Ampicilina 1g F/A	3ml AD -IM: 500mg diluir em 2ml AD -1g diluir em 3ml AD	1h TA	SF 0,9% SG5% (pouca estabilidade)	100ml
Anfotericina B 50mg F/A	-	24h TA (protegido da luz) 7 dias sob ref (2 a 8 C°)	SG 5%	500ml
Anfotericina B 50mg Lipossomal F/A	-	24h sob ref. (2 a 8 C°)	SG 5%	100 a 250ml
Azitromicina 500mg F/A	-	24hsTA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG 5%	250 a 500ml (1,0 a 2,0mg/ml)
Benzilpenicilina benzatina 600.000UI F/A	-	-	-	-

ESTABILIDADE PÓS DILUIÇÃO	TEMPO DE INFUSÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	VIA
12h TA	1h	- Concentrações maiores de 7mg/ml podem causar flebite ou inflamação local - Pode causar oligúria e ou sangue nas fezes - Risco na gravidez: C	somente infusão IV
24h TA	30 a 60 min	- Solução aquosa pode sofrer alteração da cor por oxidação pelo ar mas não diminui a potência; - Intervalo de 1h ao administrar penicilinas ou cefalosporinas; - Hidratar antes e durante terapia com amicacina - Não exceder dose diária de 15mg/kg/dia - Risco na gravidez: D	IM / IV Infusão IV
4h TA	30 – 40 min	- Apresenta interações com ampicilina, alopurinol - Diminui eficácia de contraceptivos orais - Prolonga o tempo de sangramento em pacientes em uso de anticoagulantes - Risco na gravidez: B	IV
48h sob ref. (2 a 8 C°)	15 – 30 min	- Injeção IM adicionar lidocaina 0,5% - Injeção lenta por risco de convulsão - Não misturar administração com aminoglicosídeos - Risco na gravidez: C	IM / IV Infusão IV
24h TA	15 – 30 min (pediatria) 30 min (adulto)	-Administrar IV lenta para evitar risco de convulsões -Administrar separadamente de aminoglicosídeos - Não misturar com outras drogas ou eletrólitos, não usar conexão em Y. - Risco na gravidez: B	IM / IV infusão IV
24h TA	4 a 6h	-Não diluir em SF 0,9% pelo risco de precipitação -Proteger pó e solução da luz durante armazenamento -Concentração superior 0,1mg/ml aumenta risco de flebite. -Infusão IV rápida pode provocar hipotensão, hipocalcemia, arritmia e choque. - Esperar chegar na TA antes de diluir, risco de flebite química - Administrar antiarrítmico e corticosteróides antes da infusão diminuem as reações febris e Anafiláticas. - Risco na gravidez: B	IV
Até 6h	60 a 120 min	- Não reconstituir nem diluir com nenhuma solução salina. - Não misturar com outras drogas ou eletrólitos, não usar conexão em Y. - Inserir o volume diluído através do filtro de 5 micron. -Risco na gravidez: B	IV
24h TA 500ml	1 a 3h	- Não infundir em menos de 60 min - Evitar exposição do paciente ao sol ou a fontes de luz artificial, sem proteção, pois pode ocorrer fotossensibilidade - Não administrar concomitante com outras drogas. - Risco na gravidez: B	IV Somente infusão
-	IM profundo no quadrante superior lateral do glúteo	- Reconstituição deve ser preparada antes do uso. - Deve-se proteger da luz e conservar em temp. entre-15 e 30 °C. - A penicilina é excretada no leite materno - Risco na gravidez: B	IM

MEDICAMENTO	RECONSTITUINTE	ESTABILIDADE	SOL. COMPATÍVEL	VOL. DILUIÇÃO	ESTABILIDADE PÓS DILUIÇÃO
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI F/A	4mL AD	Após reconstituição, utilizar imediatamente	-	-	-
Benzilpenicilina cristalina potássica 5.000.000U F/A	8mL AD	24h TA	SF 0,9%	50 a 100ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Benzilpenicilina cristalina potássica 5.000.000U F/A	8mL AD	Até 24h TA	SF 0,9% ou SG 5%	50ml a 100ml	24hs TA em SF 0,9% e 1h em SG 5%
Benzilpenicilina procaina + potássio 400.000UI F/A	4mL AD	Até 24h TA	-	-	-
Casposfungina 50mg e 70mg F/A	10,5mL AD	24h TA	SF 0,9%	100 a 250ml	24h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)
Cefalotina 1g F/A	10mL AD	12h TA 96h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG 5%	100ml	12h TA 24h sob ref. (2 a 8 C°)
Cefepime 1g, F/A	10mLAD IV 3mL IM	24hTA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	100ml IV 3,5ml IM	6hs em temp. ambiente, ou, 24h sob ref. (2 a 8 C°)
Cefazolina 1g F/A	10 ml de AD	12hs TA 24h sob ref. (2 a 8 C°)	Água para Injeção, SF 0,9%, SG 5%	50 a 100ml	12h TA 24h sob ref. (2 a 8 C°)
Cefotaxima 1g F/A	4mL AD	24h TA	SF 0,9%	50 a 100ml	24h TA
Cefoxitina 1g, F/A	10mL AD	24h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	50 a 100ml	24h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Ceftazidima 1g, F/A	3mL AD	18h TA	SF 0,9% SG5%	50 ml a 100ml	18h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)

TEMPO DE INFUSÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	VIA
-	- Deve-se proteger da luz e conservar em temp. entre -15 e 30 °C. - Risco na gravidez: B	IM Profundo
30 min a 60 min	- Não administrar concomitante com aminoglicosídeos. - Conteúdo de potássio deve ser considerado ao determinar a taxa de infusão : cada 1.000.000UI contém 1,7meq de K - Risco na gravidez: C	IM Infusão IV
30 a 60 min	- Risco na gravidez: C	IM Infusão IV
IM profundo no quadrante	-	IM exclusivo
60 min	- Não utilizar diluente que contenha glicose; - Não misturar nem proceder a infusão com outras medicações; - Risco na gravidez: C	IV
Infusão: 30 min IV direto : fazer de 3 a 5 min.	- Leve alteração na coloração não altera sua potência - Pacientes com restrição de fluidos deve receber concentração máxima de 100mg/ml - Administrar aminoglicosídeo separadamente. - Risco na gravidez: B	IM / IV
30 min IV	- Proteger o pó no armazenamento - É incompatível com aminoglicosídeos, vancomicina, metronidazol e aminofilina - Risco na gravidez: B	IM / IV
30 a 60 min	- Administração intratecal não aprovada. - A probenecida aumenta os níveis plasmáticos de cefazolina. - Risco na gravidez: B	IM Infusão IV
20 a 30min	- Proteger o pó da luz, mas não a solução - Alterações de coloração do pó ou solução podem indicar perda da potência - Infusão IV tem sido associado a arritmias - Administração separada de aminoglicosídeos - Risco na gravidez: B	IM
10 a 60 min	- Alteração de coloração não indica perda de potência - Usar cateter periférico tipo para diminuir incidência de tromboflebite - Administração separada de aminoglicosídeos - Risco na gravidez: B	IM / IV
15 a 30min	- Proteger o pó da luz, mas não a solução - Alterações de coloração não indica perda de potência - Após dissolução, inserir agulha para liberar a pressão, já que na reconstituição há liberação de CO2, gerando aumento de pressão dentro do frasco - Incompatível com aminoglicosídeos e vancomicina - Risco na gravidez: D	IM(Lidocaína 0,5 a 1%) IV 10ml AD (100mg/ml)

MEDICAMENTO	RECONSTITUINTE	ESTABILIDADE	SOL. COMPATÍVEL	VOL. DILUIÇÃO	ESTABILIDADE PÓS DILUIÇÃO
Ceftriaxone 1g F/A	10mL AD	72h TA 5 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9%	100ml	24h TA 72h sob ref. (2 a 8 C°)
Cefuroxima sódica 750mg, F/A	3mL AD	24h TA 72h sob ref. (5 °C)	-	-	-
Cefuroxima sódica 750mg, F/A	6mL AD	24h TA 72h sob ref. (5 °C)	SF 0,9 % Glicose 5%	50ml a 100ml	24 h TA
Ciprofloxacina 2mg/ ml, bolsa	Já diluído	-	-	-	72h TA
Clarithromicina 500mg - F/A	AD 10ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	Mínimo 250ml	48h sob ref. (2 a 8 C°)
Clindamicina 150mg/ ml, ampola com 2ml (300mg)	Já diluído	N	SF 0,9% SG5%	50ml	16 dias TA 32 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Clindamicina 150mg/ ml, ampola com 4ml (600mg)	Já diluído	N	SF 0,9% SG5%	50ml	16 dias TA 32 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Cloranfenicol 1g F/A	10mL AD	24h sob ref. (2 a 8 C°)	SG 5%	50ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Daptomicina	10ml de SF 0,9%	12h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9%	50ml	12h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)
Ertapenem sódico 1g, F/A	10mL AD	24h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9%	50ml	6h TA 24h sob ref. (2 a 8 C°)
Fluconazol 2mg/ml, bolsa	Já diluído	N	N	-	-
Gentamicina 10mg/ ml, amp.	Já diluído	N	SF 0,9% SG5%	50 a 200ml	24h TA

TEMPO DE INFUSÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	VIA
- Ped: 10 a 30 min - Adultos: 15 a 30 min	- Proteger o pó da luz, mas não a solução - Infusão IV intermitente - Incompatível com fluconazol e vancomicina, soluções e produtos com cálcio, formando precipitados, com risco de embolia. - Risco na gravidez: B	IM / IV
-	- Proteger o pó da luz, mas não a solução - Alteração da cor não altera a potência - Não infundir concomitante com aminoglicosídeos - Risco na gravidez: B	IM
-P/ Pediatria 15 a 30 min e para- adultos 15 a 60 min	- Proteger o pó da luz, mas não a solução - Alteração da cor não altera a potência - Não infundir concomitante com aminoglicosídeos - Risco na gravidez: B	IV
60 min	- Armazenar protegendo da luz - Infusão lenta em veia de grande calibre para reduzir risco de irritação venosa local. - PCR, Insuficiência respiratória, taquicardia e convulsão foram relatados quando associado com Teofilina - Risco na gravidez: C	IV somente infusão
60 min	- Melhor absorção em PH alcalino - Risco na gravidez: C	IV infusão
10 min	- Não usar sem diluição prévia - Não exceder taxa de infusão de 30mg/min - Se infusão IV rápida podem ocorrer Hipotensão e parada cardiopulmonar - Risco na Gravidez: B	IM / IV
20 min	- Não usar sem diluição prévia - Não exceder taxa de infusão de 30mg/min - Se infusão IV rápida podem ocorrer Hipotensão e parada cardiopulmonar - Risco na Gravidez: B	IM / IV ou infusão
30 a 60min	- Não deve ser administrado junto com penicilinas e aminoglicosídeos - Risco na gravidez: C	IV em bolus ou IV infusão
30min	- Não é compatível com diluentes que contenham glicose.	
Superior a 30 min e até 6 horas	- Atenção para reações de hipersensibilidade, distúrbios convulsivos e insuficiência renal. - Não misturar concomitantemente com outras medicações - Risco na gravidez: B	IV somente infusão
N	- Incompatível com ampicilina, ceftazidima, cefotaxima, cefuroxima, ceftriaxona, clindamicina, furosemida, imipenem, ticarciclina e piperacilina - Em pacientes pediátricos dose> ou = a 6 mg/kg/dia e administrar em 2 horas - Risco na gravidez: C	IV somente infusão
30 a 60min	-Não misturar com penicilinas ou cefalosporinas, e sim com intervalo de 1h -Hidratação vigorosa antes e durante o tratamento. - Risco na gravidez: D	IM / IV

MEDICAMENTO	RECONSTITUÍTE	ESTABILIDADE	SOL. COMPATÍVEL	VOL. DILUIÇÃO	ESTABILIDADE PÓS DILUIÇÃO
Gentamicina 40mg/ml, amp.	Já diluído	N	SF 0,9% SG5%	50 a 200ml	24h TA
Gentamicina 80mg/ml, amp.	Já diluído	N	SF 0,9% SG5%	50 a 200ml	24h TA
Imipenem + cilastina (500mg + 500mg)	Já diluído	4h TA 24h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	100ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Levofloxacina 5mg/ml, bolsa	Já diluído	N	N	-	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Linezolid 600mg IV, bolsa	Já diluído	N	-	-	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Meropenem 1g, F/A	20mL AD	8h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9%	100ml	10h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)
Metronidazol 5mg/ml. Bolsa	Já diluído	-	N	-	24h TA Ñ refrigerar
Micafungina	5ml de SF 0,9%	24h TA	SF 0,9% SG5%	100ml	24h TA
Moxifloxacino	Já diluído	-	SF 0,9% SG5%	-	24h TA
Oxacilina 500mg F/A	3mL AD	72h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	250 a 500ml	SF 0,9% : 24h TA
Piperacilina + Tazobactam 4,5g F/A	20mL AD	24h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	100ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)

TEMPO DE INFUSÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	VIA
30 a 60min	- Não recomendada a injeção em bolus - Risco na gravidez: D	IM / IV
30 a 60min	- Risco na gravidez: D	IM / IV
20 min a 30 min	- Não administrar por infusão IV contínua - Atenção p/ tremores focais, mioclono ou convulsões - Interações: ciclosporina, ganciclovir, agentes uricosúrios e ácido valpróico. - Risco na gravidez: C	IV somente infusão
- Doses de 250 ou 500 mg fazer em 60 min - Doses de 750mg fazer em 90 min	- Pode causar alteração da condução cardíaca . - Não deverá ser administrado concomitantemente com corticoides, gliburida, AINEs, teofilina e varfarina - Não foram estabelecidos segurança e eficácia em pacientes < 18 anos Risco na gravidez: C	IV somente infusão
30 a 120min	- Proteger solução da luz até o momento do uso. Não é necessária proteção durante administração - Lavar a linha de infusão com soluções compatíveis, tais como Glicose 5% e SF 0,9% - Incompatível com ceftriaxone, anfotericina b, sulfametoxazol / trimetoprima - Risco na gravidez: C	IV somente infusão
15 a 30min	- Após reconstituição, a solução apresenta-se na concentração máxima para administração IV 50mg/ml - Risco na gravidez: C	IV infusão
Ped: 30 a 60 min Adulto: 60 min	- Incompatível com anfotericina B, complexo com sulfato de colesterol, aztreonam, filgrastim, meropenem, varfarina. - Proteger solução da luz até o momento do uso . Não é necessário proteção durante administração. - Risco na gravidez: B	IV somente infusão
60 min	- Faz interação farmacológica com nifedipina e sirolimo - É obrigatório observar a técnica asséptica rígida ao preparar as soluções pois a droga não contém conservante. - Fazer a infusão lenta - Risco na gravidez: C	IV infusão lenta
60 min	- Não deve ser feito infusão IV rápida ou em bolus. - Usar com cautela em pacientes com diabetes. - Risco na gravidez: C	IV infusão direta lenta
Ped: 15 a 30min Adulto: 30min	- Administração rápida pode causar convulsões - Administração IV lenta para minimizar irritação vascular - Não administrar concomitante com aminoglicosídeos - Risco na gravidez: B	
30 min	- Interação com vecurônio, heparina, metrotexato e probenicida. - Contra – indicação para pacientes com fibrose cística e miastenia grave. - Administrar com 1h de intervalo dos aminoglicosídeos. - Rico na gravidez: B	IV infusão

MEDICAMENTO	RECONSTITUÍTE	ESTABILIDADE	SOL. COMPATÍVEL	VOL. DILUIÇÃO	ESTABILIDADE PÓS DILUIÇÃO
Piperacilina + Tazobactam 4,5g F/A	20mL AD	24h TA 48h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	50ml a 150ml	24h sob ref. (2 a 8 C°)
Polimixina B 500.000UI, F/A	10mL AD	72h sob ref.(2 a 8 C°)	SG 5%	300 a 500ml	72h sob ref. (2 a 8 C°)
Sulfametazaxol + Trimetopina (400 mg+ 80 mg), amp.0	Já diluído	-	SF 0,9% SG 5%	1 AMP: 125ml 2 AMP: 250ml 3 AMP: 500ml	6 h
Sulfametazaxol + Trimetopina (400 mg+ 80 mg), amp.0	Já diluído	-	SF 0,9% SG 5%	1 AMP: 125ml 2 AMP: 250ml 3 AMP: 500ml	6h
Teicoplanina 400mg, F/A	3mL AD	48 h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG 5%	100ml	24h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Teicoplanina 200mg, F/A	3mL AD	48 h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG 5%	100ml	24h TA 7 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Tigeciclina 50mg, F/A	5,3ml SF 0,9% ou SG 5 %	6h TA	SF 0,9% SG5%	100 ml	18h TA 45h sob ref. (2 a 8 C°)
Vancomicina 500mg, F/A	10mL AD	24h TA 14 dias sob ref.(2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	100ml	24h TA 14 dias sob ref. (2 a 8 C°)
Voriconazol 200mg, F/A	19mL AD	24h sob ref. (2 a 8 C°)	SF 0,9% SG5%	40 a 400ml A concentração final deve ser de 0,5 a 5 mg por ml	24hs sob ref. (2 a 8 C°)

TEMPO DE INFUSÃO	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	VIA
20 a 30min	-	
60 a 90 min	- É incompatível com penicilina, anfotericina b, cefalotina e soluções contendo cálcio e magnésio. - A função renal deve ser cuidadosamente determinada. - Risco na gravidez não determinado	IV somente infusão
60 a 90 min	- O conteúdo da ampola não deve ser administrado sem diluição prévia - Dependendo da concentração quando diluído em SF 0,9% pode ocorrer precipitados em 1-2h - Em caso de restrição hídrica, cada ml da solução pode ser diluído em 15 ml do veículo compatível - Risco na gravidez: C	Infusão
60 a 90 min	- O tratamento deve ser interrompido ao primeiro sinal de erupção cutânea. - Não deve ser administrado junto com diuréticos, digoxina, antidepressivos, fenitoína, antidiabéticos orais, varfarina.	IV somente infusão
30 min	- Não deve ser administrada junto com medicações nefrotóxicas ou ototóxicas, tais como aminoglicosídeos, anfotericina B, ciclosporina e furosemida. - Não deve ser administrada na gravidez ou suspeita de gravidez. - Risco na gravidez: x	IM /IV infusão
30 min	- Não deve ser administrada junto com medicações nefrotóxicas ou ototóxicas, tais como aminoglicosídeos, anfotericina B, ciclosporina e furosemida. - Não deve ser administrada na gravidez ou suspeita de gravidez. - Risco na gravidez: x	IM /IV infusão
30-60min a cada 12 hs	- Pode causar danos ao feto se administrado na gravidez. - Pode causar tontura. O uso concomitante com contraceptivos e antibióticos orais faz com que estes sejam menos eficazes. - Risco na gravidez: D	IV somente infusão
60 minutos.	- Evitar extravasamento, pois pode ocorrer necrose tecidual. - Administração lenta, diluição recomendada e rotação dos locais de infusão inimizam irritação local. - Se administrada rapidamente pode ocorrer hipotensão, com rubor e/ou rash cutâneo. Começa poucos minutos após início da infusão, mas pode ocorrer após o término, resolvendo espontaneamente em algumas horas. - Monitorizar PA durante a infusão - Risco na gravidez: B	IV somente infusão
	- Não deve ser infundido com derivados sanguíneos ou eletrolíticos. - Risco na gravidez: C	IV somente infusão

Princípios para indicação de antibioticoprofilaxia em cirurgias

Antibióticos profiláticos são indicados quando há risco elevado de infecção no pós-operatório ou quando possa ocorrer grande consequência caso ocorra infecção na ferida operatória.

As drogas antimicrobianas usadas na profilaxia devem ser selecionadas de acordo com os prováveis agentes causadores da infecção, que são, habitualmente, os que fazem parte da microbiota endógena do sítio operado (Tabela 01).

Os riscos predisponentes como presença de comorbidades devem ser levados em consideração para se avaliar risco de infecção.

O risco de infecção cirúrgica ocorre nas 3 primeiras horas por isso a necessidade da administração do antimicrobiano ser antes do início da cirurgia idealmente em 30 min, mas não superior a 2 horas.

Profilaxia antibiótica é indicada por no máximo 24 h e em alguns casos específicos 48h.

Cirurgias de curta duração menos de 2 h necessitam apenas de uma dose de antibióticos e cirurgias prolongadas são necessárias mais doses.

Tabela 01: Microbiota usualmente isolada nos processos infecciosos dos sítios cirúrgicos

SÍTIO OPERADO	MICROORGANISMOS
Pele	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus epidermidis</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i>
Narina, Nasofaringe, VAS	<i>Corynebacterium sp</i> , <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Haemophilus sp</i>
Orofaringe	<i>Streptococcus alfa</i> e não hemolíticos, <i>Staphylococcus</i> , diplococos Gram negativo
Estômago	Normalmente estéril ¹
Vias biliares	Normalmente estéril ²
Intestino delgado proximal	<i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Lactobacillus</i> , <i>Corynebacterium</i>
Intestino delgado distal	Microbiota semelhante à do intestino grosso;
Intestino grosso	Bactérias negativas anaeróbias e não esporuladas e enterobactérias; <i>Cândida albicans</i>
Vias urinárias	Estéril
Vagina	Bactérias anaeróbias gram-positivas e gram-negativas

¹ Possível presença de microrganismos viáveis após ingestão de alimentos, com uso de terapia antiácida e em caso de obstrução intestinal distal à Ampola de Vater

² Possível presença de microrganismos viáveis nos ductos biliares e vesícula devido refluxo transesfincterianos ou pela invasão sanguínea do sistema porta.

TIPOS DE CIRURGIAS

1. CIRURGIA LIMPA – Geralmente eletivas, na ausência de processo infeccioso local, em tecidos estéreis ou de fácil descontaminação. Ex: cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédicas eletivas sem inserção de prótese, neurocirurgia sem implante de prótese, cirurgia plástica, cirurgia ginecológica por via abdominal.

2. CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA – São aquelas realizadas em tecidos não supurados que albergam flora microbiana própria, pouco numerosa e de difícil descontaminação. Ex: cirurgia conjuntiva ocular, ouvido externo, esôfago, estômago (nos casos com acloridria, sangramento ou obstrução), duodeno, vesícula com determinados fatores de risco, uretra e próstata.

3. CIRURGIAS CONTAMINADAS – São aquelas realizadas na ausência de supuração, em tecidos com microbiota própria abundante, de difícil descontaminação. Ex: cirurgia do trato respiratório alto e cavidade bucal, histerectomia vaginal, cirurgias otorrinolaringológicas e de cabeça e pescoço, cirurgias de íleo, colo e reto, apendicectomias, alguns tipos de traumatismos recentes (até 6 h).

4. CIRURGIAS INFECTADAS – São aquelas realizadas em tecidos que apresentam supuração local, bem como as feridas traumáticas ocorridas há mais de 6 h com sujidades grosseiras, fraturas expostas, perfurações de vísceras ocas. Nesses casos o antibiótico deve ser usado de forma terapêutica.

5. SITUAÇÕES ESPECIAIS – Procedimentos instrumentais diagnósticos e terapêuticos, pancreatite aguda, parto vaginal, cirurgia oncológica, etc..

Tabela O2– Taxa de infecção da ferida operatória, conforme sua classificação.

CLASSIFICAÇÃO	TAXA DE INFECÇÃO OPERATÓRIA
FERIDA LIMPA	1 A 5%
FERIDA LIMPA / CONTAMINADA	3 A 11%
FERIDA CONTAMINADA	10 A 17%
FERIDA SUJA	27%

Fonte: Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.

Dose inicial e intervalos de repique dos antibióticos utilizados na profilaxia cirúrgica

ANTIBIOTICO-TERAPIA	MEIA-VIDA EM HORA (FUNÇÃO RENAL NORMAL)	DOSE PADRÃO	INTERVALO PARA REPIQUE DA DOSE
Cefazolina	1,2h a 2,2h	1 a 2g	2 a 4h
Cefuroxima	1h a 2h	1,5 g dose ataque e 750 mg manutenção	3 a 4 h
Cefoxitina	0,5h a 1,1h	1 a 2g	2 a 3h
Clindamicina	2h a 5,1h	600 a 900mg	3 a 6h
Ciprofloxacina	3,5 a 5h	400mg	4 a 10h
Gentamicina	2h a 3h	1,5mg/kg	3 a 6h
Metronidazol	6h a 14h	0,5 a 1g	6 a 8h
Vancomicina	4h a 6h	1g	6h a 12h

Em perdas sanguíneas maiores que 1500 ml ou hemodiluição de 15 ml/ Kg para que sejam mantidos níveis séricos e teciduais do antibiotico administrar doses adicionais dos mesmos.

ATENÇÃO PARA OBESOS:

3g cefozolina ou cefoxitina; 2,25g cefuroxima;
2g vancomicina; 2g ceftriaxone

Profilaxia nas Principais Cirurgias em Recém-Nascidos

CIRURGIA	ANTIMICROBIANO	PÓS-OPERATÓRIO
Hérnia inguinal	Cefazolina	Nenhum
Correção de linfangiomas	Cefazolina	Nenhum
Traqueostomia*	Nenhum	Nenhum
Correção de MAC	Cefazolina	24 horas
Correção de hérnia ou eventração diafragmática	Cefazolina	24 horas
Gastrofunduplicatura	Cefazolina	24 horas
Gastrostomia	Cefazolina	24 horas
Correção de EHP	Cefazolina	24 horas
Pieloplastia	Cefazolina	24 horas
Nefrectomia sem ITU	Cefazolina	24 horas
Atresia de esôfago	Ampicilina-sulbactam ou Cefazolina	24 horas
Anastomose de intestino delgado ou grosso	Cefoxitina ou Clindamicina + aminoglicosídeo ou Clindamicina + metronidazol	24-48 horas
Defeitos de parede abdominal (Onfalocele/ Gastrosquise)**	Ampicilina + aminoglicosídeo ou Oxacilina + aminoglicosídeo	48 horas
Anastomose de cólon de urgência	Cefoxitina	Interromper de acordo com condições clínicas laboratoriais individuais 3-5 dias
Nefrectomia com ITU	Cefoxitina	Interromper de acordo com condições clínicas laboratoriais individuais 3-5 dias

*Em pacientes com uso prolongado de tubo endotraqueal considerar uso de Cefazolina – dose única, **Se houver sinais sistêmicos ou locais de infecção, iniciar antibioticoterapia após coleta de culturas de sítios estéreis

Profilaxia nas principais cirurgias pacientes acima de 28 dias

CIRURGIA	ANTIMICRO-BIANO	DOSE INDUÇÃO	REPIQUE	PÓS-OPERATÓRIO
Dilatação de esôfago	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	Intra-operatório
Válvula anti-refluxo	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	Intra-operatório
Piloromiotomia	Cefazolina	30mg/kg	-	Dose única
Gastrostomia	Cefazolina	30mg/kg	-	Dose única
Esplenectomia	Cefazolina	30mg/kg	-	Dose única
Apendicectomia (Grau I e II)	Cefoxitina	40mg/kg	2/2 horas	24 horas
Apendicectomia (Grau III e IV)	TRATAMENTO			
Abaixamento de cólon	Cefoxitina	40mg/kg	2/2horas	24 horas
Lise de bridas	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Ressecção de tumores abdominais	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Ressutura de parede abdominal	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Ressecção de cistos	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Anorretais	Cefoxitina	40mg/kg	2/2 horas	24 horas
Colecistectomia	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Cirurgia com colangite	TRATAMENTO			
Atresia de vias biliares	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Cisto de colédoco	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Derivação biliodigestiva	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas

Cirurgia pulmonar limpa	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Instalação de Cateter totalmente implantável	Cefazolina	30mg/kg	-	Dose única
Nefrectomia	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	Intra-operatório
Hipospádia*	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	Durante uso da sonda vesical
Pieloplastia	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	48 horas
Postectomia	Sem indicação	-	-	-
Orquidopexia	Sem indicação	-	-	-
Orquiectomia eletiva	Sem indicação	-	-	-
Orquiectomia necrose testicular	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Herniorrafia inguinal	Sem indicação			
Herniorrafia umbilical	Sem indicação			
Trauma abdominal penetrante	Cefoxitina	40mg/kg	2/2 horas	24 horas
Trauma abdominal fechado com indicação cirúrgica	Cefoxitina	40mg/kg	2/2 horas	24 horas
Trauma torácico penetrante	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Trauma torácico fechado com drenagem	Cefazolina	30mg/kg	4/4 horas	24 horas
Laceração de partes moles com debridamento cirúrgico limitado	Tratamento pre-emptivo Cefazolina 30mg/kg durante ato cirúrgico, com repique e Cefalexina 6/6h 3-5 dias			
Laceração de partes moles com debridamento cirúrgico amplo	Tratamento pre-emptivo Clindamicina+Gentamicina durante ato cirúrgico, com repique por 3-5 dias			

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Pequenas cirurgias bucais (exodontias, biópsias ...)	Não				
Cirurgias bucais complexas (osteotomias, dentes inclusos)	Amoxicilina ou Clindamicina ou Cefazolina	1 a 2 g vo 600 mg EV 1 a 2 g EV	No intraope- ratório	-	Dose única
Fraturas fecha- das sem uso de fixação interna rígida (placas e parafusos de titânio)	Não	-	-	-	-
Fixação de fratura fechada	Cefazolina	1 a 2 g EV	No intraope- ratório	-	Dose única
Enxertos ósseos e/ou dispositivos aloplásticos	Cefazolina ou Clindamicina	1 a 2 g EV 600 mg EV	4/4 h 6/6 h	1g EV de 8/8h 600 mg EV 6/6h	24h
Implantes dentários	Amoxicilina ou Cefazolina	1 a 2 g EV 1 a 2 g EV	No intraope- ratório	-	Dose única
Cirurgia ortognática	Cefazolina ou Clindamicina	1 a 2 g EV 600 mg	1 a 2 g EV 4/4h 600 mg EV 6/6h	1 g EV 8/8h 600 mg EV 6/6h	24h

CIRURGIA CARDÍACA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Cirurgia Cardíaca	Cefuroxima ou	1,5g EV	750mg após término da CEC ou 4/4 h	750mg 6/6h (4 doses)	24 - 48 horas
	Cefazolina	2g EV	1g após o término da CEC ou 4/4h	1g 8/8h	
Paciente com longa permanência, ou seja, mais de 07 dias e com comorbidades.	Associar Vancomicina	1g EV*	1g após término da CEC ou após 6h de duração da cirurgia	1g 12/12h (4 doses)	48 horas
Cirurgia Cardíaca em crianças até 30 kg	Cefuroxima ou	50mg/kg EV	50mg/kg após término da CEC ou 4/4 h	50mg/kg 6/6h	24 - 48 horas
	Cefazolina	30mg/Kg EV	30mg/Kg após o término da CEC ou 4/4h	30mg/Kg 6/6h	
Instalação de Marcapasso	Cefuroxima ou	1,5g EV	Não indicado	750mg após 12h	Total de 2 doses
	Cefazolina	2g EV		Não indicado	Dose única
Ventrículo Artificial	Cefuroxima e	1,5g EV	750mg após término da CEC ou 4/4 h	750mg 6/6h	48h
	Vancomicina	15mg/Kg EV*	Não indicado	1g de 12/12h	

Alérgicos a betalactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6h para cobertura de Gram-positivos.

* Iniciar 2h antes da cirurgia – infusão por 1h (SF0,9% ou SG5% 100ml + 1g de Vancomicina). Corrigir para função renal.

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Limpa sem lesão de mucosa	Não indicado				
Limpa com lesão de mucosa	cefazolina	2 g EV	Não indicado	Não indicado	Intra-operatório
Oncológica limpa	cefazolina	2 g EV	1g 4/4H	Não indicado	Intra-operatório
Oncológica potencialmente contaminada	Cefazolina e Metronidazol ou	2 g EV	1g 4/4H	1g 8/8h	24 h
		500 mg EV	500mg 6/6h	500mg 8/8h	
	Clindamicina Isoladamente	600 mg EV	600mg EV 6/6H	600mg 6/6h	

Alérgico a betalactâmicos: clindamicina 600mg EV para cobertura de Gram-positivos/ anaeróbios e ciprofloxacino 400mg para Gram-negativos.

CIRURGIA DE TÓRAX

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Correção de hérnia/ eventração diafragmática Correção de pectus Decorticação pulmonar Pericardiectomia Ressecção de condrite Ressecção de estenose de traqueia Ressecção de tumor pleural Ressecção pulmonar:	cefazolina	2 g EV	1g 4/4h	1g 6/6h	Intra-operatório ou, no máximo, 24h
Nodulectomia, segmentectomia, Lobectomia, Toracectomia (tumor de parede) Toracoplastia Toracotomia para acesso à coluna Tromboendarterectomia pulmonar	cefuroxima	1,5 g EV	750 mg 8/8h	750 mg 6/6h	
Biópsia: transtorácica, gânglio, pleura, pulmão a céu aberto ou tumores de parede. Costectomia segmentar Drenagem pleural (não empiema) Laringoscopia de suspensão Mediastinoscopia / Mediastinotomia Pleuroscopia diagnóstica Toracocentese diagnóstica Traqueostomia		Não indicado			24 h

Nota: Quando houver necessidade de realizar procedimentos fora do centro cirúrgico, usar paramentação cirúrgica, campos cirúrgicos e fazer degermação da própria pele e da pele do paciente como a pré-operatória.

Obs.: cirurgias vídeoassistidas seguem a mesma recomendação.

Alérgicos a betalactâmicos: utilizar clindamicina 600mg para cobertura de gram-positivos e gentamicina 240mg (d.u.) ou ciprofloxacino 400 mg EV para gram-negativos.

CIRURGIA DO TRAUMA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Trauma abdominal penetrante*	cefoxitina	2g EV	1g 6/6h	1g 6/6h	24h
Trauma abdominal fechado com indicação cirúrgica*					
Trauma tóraco-abdominal penetrante*					
Lavagem peritoneal ou Laparoscopia diagnóstica	Não está indicado, se não houver indicação cirúrgica.				
Trauma torácico penetrante	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma torácico fechado com dreno					
Trauma torácico penetrante em lesão de esôfago com contaminação grosseira	Clindamicina +	900mg EV	600 mg 6/6h	600mg 6/6h	24h
	Gentamicina**	240mg/dia EV	Não indicado exceto se houver perda sanguínea > 2 litros (repor 80 mg)	3-5mg/kg d.u. diária IM/ EV	Reavaliação após 7 dias
Lesão vascular	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Trauma cirúrgico cabeça/pescoço	cefuroxima	1,5g EV	750mg 4/4h	1,5 g 12/12h	24h
Trauma de crânio fechado, cirúrgico					

Trauma de crânio penetrante	Cefuroxima	1.5 g EV	750mg 4/4h	1,5 g 12/12h	5 dias. Em fistulas > 5-7 dias de duração, não está indicada a manutenção de antibiótico.
Trauma de crânio com fistula líquórica: eficácia não estabelecida					

*com ou sem lesão de víscera oca, inclusive colon.

**Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobulinúria, deverá ser utilizado clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas). Alérgicos a betalactâmicos: utilizar clindamicina 600 mg para cobertura de Gram-positivos; clindamicina ou metronidazol para anaeróbios; gentamicina 240 mg (d.u. diária) ou ciprofloxacino 400mg EV 12/12h para Gram-negativos (todos EV).

OBS1: Esplenectomia por trauma: vacina conjugada para Pneumococcus (Pevnar ®), seguida vacina Pneumocócica polissacarídica 23 valente (Pneumo 23®) após 8 semanas

OBS2: Ver profilaxia TÉTANO, p.302

CIRURGIA E PROCEDIMENTO EM UROLOGIA

Os pacientes devem ser tratados antes do procedimento invasivo se tiverem infecção ou bacteriúria assintomática!

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Biópsia de próstata transretal	ciprofloxacino +	500mg VO 12h e 2h antes	--	12/12h	3-7 dias
	ceftriaxona	1g EV		--	Se uso recente quinolonas, substituir por sulfa+trimetoprim
Braquiterapia prostática transperineal	ciprofloxacino	400 mg EV	Não indicado	--	Dose única
Extração endoscópica ou manipulação percutânea de cálculos	ceftriaxona ou	1g EV	Não indicado	norfloxacino 400mg VO 12/12h	Até a retirada da SVD
	gentamicina	80mg EV			
Litotripsia em obstrução total ou parcial de ureter	ceftriaxone (recomendado)	1g EV	Não indicado	Não indicado	Dose única
Estudos urodinâmicos	norfloxacino	400mg VO	Não indicado	12/12h	24 h
Citoscopia e pielografia retrógada simples	Não indicado				
	norfloxacino	400mg VO	Não indicado	400 mg 12/12h	24 h

Cirurgia endourológica ambulatorial (colocação/ troca stent, ureteroscopia diagnóstica/ terapêutica)	ciprofloxacino	500 mg VO	Não indicado	Não indicado	Dose única
Cirurgias limpas (orquiectomia, postectomia, vasectomia, varicocelectomia)	Não indicado				
Orquiectomia com colocação de prótese	cefazolina	1-2 g EV	Não indicado	Não indicado	Dose única
Próteses penianas Esfíncter artificial	cefuroxime ou	1,5 g EV	750 mg 4/4h	750 mg 6/6 h	24 h
	vancomicina + ceftriaxona	15 mg/Kg EV 2g EV	12/12h	12/12h	Total 2 doses
Nefrectomia limpa	Opcional: cefazolina	2g EV	Não indicado	Não indicado	Dose única
Nefrectomia infectada	Orientar pela urocultura ou ceftriaxona	2g EV	-	Orientar pela urocultura ou ceftriaxona 1g EV 12/12h	Tratar por 7 dias

Prostatectomia aberta Ressecção transuretral de próstata/bexiga	cefazolina ou	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
	ciprofloxacino ou	400 mg EV	400mg 12/12h	500mg VO 12/12h	
	ceftriaxona	2g EV	1g 12/12h	1g 12/12h	
Cirurgias com manipulação intestinal	cefotina (+ preparo intestinal)	2g EV	1g 2/2h	1g 6/6h	24h

Alérgicos a betalactâmicos: clindamicina 600 mg EV 6/6h para cobertura de Gram-positivos e ciprofloxacino 400 mg EV 12/12 h para cobertura de Gram-negativos, se indicado.

SVD - sonda vesical de demora.

CIRURGIA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Estapedotomia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
OMC sem colesteatoma Timpanoplastias Timpanomastoidectomia Mastoidectomia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório
OMC com colesteatoma Timpanoplastias Timpanomastoidectomia Mastoidectomia	ciprofloxacino	400mg EV	Não indicado	Não indicado	Intraoperatório
Ressecção de tumores de ângulo ponto-cerebelar Descompressão de saco endolinfático Neurectomia vestibular Implante coclear Ressecção de tumores glômicos	cefuroxima	1,5g EV	750mg 4/4h	Não indicado	Intraoperatório Se fístula, manter cefuroxima por 5 dias
Ressecção externa de tumores de naso-sinusais Cirurgias endoscópicas de seios paranasais: sinusites crônicas, poliposes nasais, papilomas nasais	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraoperatório

Septoplastia Rinoplastia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Amo- xicilina 500mg VO 8/8h ou cefa- droxila (Cefa- mox®) 500mg 12/12h até reti- rada do tampão/ splint
Amigdalectomia Adenoamigdalec- tomia	Não indicado				
Laringectomia total Microcirurgias de laringe(pólipos, cistos e nódulos)	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraope- ratório
Tireoplastias Cirurgias de arca- bouço laringeo	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraope- ratório
Submandibulecto- mia / parotidectomia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intraope- ratório

Preparo do paciente: Lavar com clorexidina degermante 2% seguida de antissepsia com clorexidina alcoólica 0,5%. A clorexidina é ototóxica, nas cirúrgicas de ouvido: lavar com PVPI seguido de antissepsia com PVPI alcoólico. Não aplicar antisséptico alcoólico em mucosas – usar a formulação tópica.

CIRURGIA GASTROINTESTINAL

Procedimento		Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
				Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Esôfago	Incisão na mucosa	cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	6/6h	24h
	Câncer	ceftriaxone + metronidazol	1g EV	1g 12/12h	1g 12/12h	24h
500mg EV			500mg 6/6h	500mg 8/8h		
Gastrostomia endoscópica		cefazolina	2g EV	Não indicado	Não indicado	Dose única
Gastroduodenal	Hérnia de Hiato Gastrectomi	cefazolina ou	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
		cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	1g 6/6h	
Intestino Delgado		cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	Não indicado	Intraoperatório
Apendicectomia	Todas, na suspeita diagnóstica até avaliação intra-operatória	cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	Não indicado	A depender do achado intraoperatório
Cólon	Opcional: preparo mecânico e descontaminação oral com neomicina + metronidazol VO às 13h, 14h, 23h na véspera da cirurgia.	Cefoxitina ou	2g EV	1g 2/2h	1g 6/6h	24h
		Metronidazol +	500mg EV	500mg EV 6/6h	500mg EV 8/8h	
		Ceftriaxone ou	2g EV	1g 12/12h	1g 12/12h	
		ertapenem	1g EV	Não indicado	Não indicado	Dose única

Colecistectomia	Alto risco: pacientes > 60 anos, inflamação aguda; cole- docolitiase; cirurgia ou manipulação endoscópica prévias de trato biliar	cefoxitina	2g EV	2g EV	Não indicado	Intraope- ratório
	Baixo risco Laparoscó- pica	Não Indicado				
Esplenec- tomia	Vacina anti-pneu- mocócica (Pevnar®) 2 semanas antes da cirurgia; se não for fac- tível vacinar pré-alta hos- pitalar. Após 8 semanas da Pevnar®, vacinar com vacina polissacarídi- ca 23 valente (Pneumo 23®)	cefazoli- na (opcional)	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Não indicado
Hepatec- tomia	Hepato- carcinoma, meta hepática.	Cefazoli- na + Metroni- dazol	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	48h
			500mg EV	500mg 8/8	500mg 8/8	
	Colangio- carcinoma (orientar pela cultura de bile pré-op)	Ceftriaxo- ne + Metroni- dazol	1g EV	1g 12/12h	1g 12/12h	5 dias
			500mg EV	500mg 8/8	500mg 8/8	

Pâncreas	Sem abertura do trato GI*	não indicado				
	Com abertura do trato GI	cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	Não indicado	Intraoperatório
Hérnia		cefazolina	2g EV	1g 4/4h	não indicado	Intraoperatório

*Se pancreatite infectada, o antibiótico é terapêutico.

Obs.: cirurgias videoassistidas seguem a mesma recomendação (exceto colescistectomia).

Alérgicos a betalactâmicos: utilizar clindamicina 600mg 6/6 h para cobertura de gram-positivos, clindamicina ou metronidazol 0,5g 8/8 h para anaeróbios e gentamicina 240mg d.u. ou ciprofloxacino 400mg 12/12 h para gram-negativos (todos EV).

CIRURGIA GINECOLÓGICA E DE MAMA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Cirurgia de mama: Cirurgia estética ou reconstrutiva com ou sem prótese Mastectomia Nodulectomia Quadrantectomia	Cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório
Cirurgia ginecológica: Abortamento Cistocele Histerectomia abdominal/vaginal Miomectomia Ooforectomia Pan-histerectomia Perineoplastia Retocele Uretrocistopexia	Cefazolina	2g EV	1g 2/2h	Não indicado	Intra-operatório

Alérgicos a betalactâmicos: Clindamicina 600mg EV para cobertura de Gram-positivos/anaeróbios.

Usar ciprofloxacino 400mg EV ou gentamicina 240mg EV/IM para Gram-negativos, se indicado.

Cirurgias videoassistidas seguem a mesma recomendação.

CIRURGIA NEUROLÓGICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Craniotomia sem implantação de corpo estranho	Cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório
Cirurgias com acesso transesfenoidal					
Laminectomia e demais cirurgias de coluna sem implantes					
Laminectomia e demais cirurgias de coluna com implantes ou cirurgia prolongada em múltiplos níveis, por trauma, ou em pacientes obesos, diabéticos ou com glicemia pré-op > 125mg% ou pós-op > 200 mg%, incontinentes, com déficits neurológicos ou outras comorbidades	Cefuroxima NASS sugere que cobertura adicional com esponja com gentamicina no local cirúrgico pode diminuir o risco infeccioso	1,5g EV	750mg 4/4 h	750mg 8/8h	24 h Nos pacientes com maior risco, não há evidência pró ou contra o prolongamento da antibioticoprofilaxia
Implantação de DVE, DRP, DLE		1,5g EV	750mg 4/4 h	750mg 8/8h	24h

Fístula líquórica e pneumoencéfalo pós-trauma: eficácia não estabelecida		1,5g EV	750mg 4/4 h	1,5g 12/12h	5 dias. Em fístulas > 5-7 dias de duração, não está indicada a manutenção de antibiótico.
--	--	---------	----------------	----------------	--

Alérgicos a betalactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h para cobertura de gram-positivos.
 NASS – National Association for Spine Surgery. <http://www.spine.org/Pages/PracticePolicy/ClinicalCare/ClinicalGuidlines/Default.aspx>

CIRURGIA ORTOPÉDICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indu- ção	Intervalo		Duração
			Intra- Operatório	Pós- Operatório	
Biópsia de próstata transretal	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24 h
	ceftriaxone	2g EV	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 2 litros (repor 1g)	Não indicado	Dose única
Próteses: Quadril, Joe- lho, Outras Obs.: chegar urocultura e tratar, se necessário, no pré-operatório	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24H
	cefuroxima	1,5g EV	750mg 4/4h	750 mg 8/8h	
Manipulação de tecidos infectados por <i>S. aureus</i> em portadores de próteses ortopédicas	Sensível OXA – cefazolina	2g EV	1g 4/4 h	Não indicado	Intra- operatório
	Resistente OXA - vancomicina	1 g EV	1g 12/12 h		
Revisão de artroplastia por suspeita de infecção	(vancomicina ou teicoplanina) + ceftazidima	15mg/ Kg EV 800mg EV	1g 12/12h 400-800 24/24h	1g 12/12h 400-800 24/24h	5 dias Reavaliação após resultado da cultura
		2g EV	2g 8/8h	2g 8/8h	
Cirurgia eletiva com implante ou manipulação óssea	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24 h

Cirurgia eletiva sem implante	Não indicado				
	cefuroxima	1,5g EV	750mg 4/4h	Não indicado	Intra-operatório
Laminectomia e demais cirurgias de coluna					
Fratura exposta (Tipo 1)	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	72 h
	clindamicina + gentamicina*	600mg EV	600mg 6/6h	600mg 6/6h	48h – 2 semanas (contraverso)
Fratura exposta (Tipo 2 e 3)		240mg EV	Não indicado, exceto se houver perda sanguínea > 2 litros (repor 80 mg)	24h após 1ª dose: 3-5mg/kg d.u. IM/EV	
Artroscopia	Não indicado				
Artroscopia em prótese articuladas	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8	24 h

*Se o paciente tiver mais de 60 anos ou apresentar choque ou mioglobinúria, deverá ser utilizada clindamicina e ceftriaxona (2g seguidos de 1g a cada 12 horas).

Alérgicos a betalactâmicos: vancomicina 1g EV 12/12h ou clindamicina 600mg EV 6/6 para cobertura de gram-positivos; usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12h ou gentamicina 240mg EV 24/24h para cobertura de gram-negativos, se indicado. Cirurgias vídeoassistidas seguem a mesma recomendação. d.u. – dose única diária.

CIRURGIA PLÁSTICA

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Cirurgia de mama: Cirurgia estética ou reconstrução com ou sem prótese Mastectomia Nodulectomia Quadrantectomia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório
Cirurgia de mão: Bridas/Sindactilia	opcional: cefazolina	1-2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório
Transplante de pele em queimados Enxerto ou retalhos	Colher swab no planejamento operatório. A profilaxia antimicrobiana deverá ser feita EV de acordo com os resultados de cultura e antibiograma.				manter 24 h
Reparadora: Craniofacial (congenitas, trauma) Microcirurgia	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório

Alérgicos a betalactâmicos: clindamicina 600mg EV 6/6h para cobertura de gram-positivos. Usar ciprofloxacino 400mg EV 12/12 h para cobertura de gram - negativos, se indicado.

CIRURGIA VASCULAR

Procedimento		Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
				Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Varizes	Baixo risco: ligaduras de pefurantes e colaterais	Não indicado				
	Alto risco: Safenectomias Tromboflebite Dermatofibrose Úlceras de estase Fibredema Imunidade ↓ Varizes exuberantes	cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Embolectomia	Baixo risco: (CPK < 150)	Não indicado				
	Alto risco: extensas, em MMI, com alterações neurológicas	cefazolina ou	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24h
Enxertos com prótese vascular (sem LTI)		cefazolina	2g EV	1g 4/4h	1g 8/8h	24-48h
Enxertos com veia autóloga (sem LTI)		cefazolina	2g EV	1g 4/4h	Não indicado	Intra-operatório

Implante de cateter de longa permanência	Não indicado				
Fistula arteriovenosa sem próteses	Não indicado				
Amputações por gangrena seca	cefoxitina	2g EV	1g 2/2h	1g 6/6h	24h
Amputações por gangrena úmida	Clindamicina + Ciprofloxacino	600mg EV	6/6h	Clindamicina 600mg VO 8/8h +	Adequar segundo culturas e manter conforme a evolução clínica
		400mg EV	12/12h	Ciprofloxacino 500mg VO 12/12h	

LTI = lesão trófica infectada.

Alérgicos a betalactâmicos: clindamicina 600mg EV 6/6h para cobertura de gram-positivos e ciprofloxacino 400mg EV para cobertura de gram-negativos, se indicado.

Videoscirurgias

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Gastrointestinal	Indicação semelhante às cirurgias convencionais				
Ginecológica					
Ortopédica					
Torácica					
Colecistectomia (Baixo risco)	Não indicado				

Cirurgia Obstetrícia

Procedimento	Antibiótico	Dose na Indução	Intervalo		Duração
			Intra-Operatório	Pós-Operatório	
Parto Normal	Não Indicado				
Parto vaginal com dequitação manual de placenta e/ou manipulação intrauterina	Cefazolina Ou Clindamicina	2g EV 900mg EV	Não indicado	Não indicado	Dose Única
Parto Fórcepe	Cefazolina Ou Clindamicina	2g EV 900mg EV	Não indicado	Não indicado	Dose Única
Parto Cesárea	Cefazolina Ou Clindamicina	2g EV 900mg EV	Não indicado	Não indicado	Dose Única
Abortamento espontâneo OU eletivo	Não indicado				

Alérgicos a betalactâmicos:

Clindamicina 600mg EV para cobertura de gram-positivos/anaeróbios. Usar ciprofloxacino 400mg EV ou gentamicina 240mg EV para gram-negativos, se indicado.

Cirurgias videoassistidas seguem a mesma recomendação.

INFECÇÕES COMUNITÁRIAS

Doença Inflamatória Pélvica DIP

Agentes Mais Comuns

N. gonorrhoeae, C. trachomatis, U. urealyticum, M. homini, S. agalactiae, H. influenzae, Peptococcus spp, Peptostreptococcus spp, Bacteroides spp

TRATAMENTO DE ESCOLHA HOSPITALAR	TRATAMENTO ALTERNATIVO HOSPITALAR	TRATAMENTO AMBULATORIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina 900mg IV q 8h + Gentamicina 5 mg/kg IV 1x/dia. • Continuar até 48h após melhora clínica; • Completar com Doxiciclina 100mg VO q 12h por 14 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina / Sulbactam (1+2g) 3g IV q 6h + Doxiciclina 100mg VO ou IV, q12h. <li style="text-align: center;">OU • Levofloxacino 500 mg IV, dose única diária + Metronidazol 500 mg IV q8h; <p>Período: durante 14 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 cp VO 2x dia, por 14 Metronidazol 500 mg, 2 cp VO, 2xdia, por <li style="text-align: center;">OU • Levofloxacino 500mg VO por dose única diária + Metronidazol 500mg VO q12h <li style="text-align: center;">OU • Ciprofloxacina 500mg VO q12h + Doxiciclina 100mg VO q12h + Metronidazol 500mg VO q 12h; <p>Período: durante 14 dias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes em uso de Metronidazol devem ser aconselhadas a evitar o álcool 		

- Considerar a abordagem cirúrgica se necessário;
- Critérios de internação: diagnóstico incerto e diferencial com apendicite ou gravidez ectópica, abscesso pélvica, paciente adolescente, com HIV/ AIDS ou falha no tratamento ambulatorial.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos

Úlcera anogenital	
Agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i>	LGV
<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
<i>Herpes simplex vírus</i>	Herpes Genital*
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis

Corrimento uretral / vaginal	
Agentes etiológicos	Infecção
<i>Candida spp</i>	Candidíase vulvovaginal **
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por <i>Clamídia</i>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana **

Doença Inflamatória Pélvica	
Agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Endometrite ; Anexite ; Salpingite; miometrite; ooforite; parametrite; pelvipерitonite; abscesso tubo ovariano
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
Bactérias facultativas anaeróbias (ex. <i>Gardenerella vaginalis</i> ; <i>Haemophilus influenza</i> ; <i>Streptococcus agalactiae</i>)	
<i>Klebsiela granulomatis</i>	
<i>Treponema pallidum</i>	

Verruga anogenital	
Agentes etiológicos	Infecção
HPV	Condiloma acuminado*

* Não são infecções curáveis porém, tratáveis

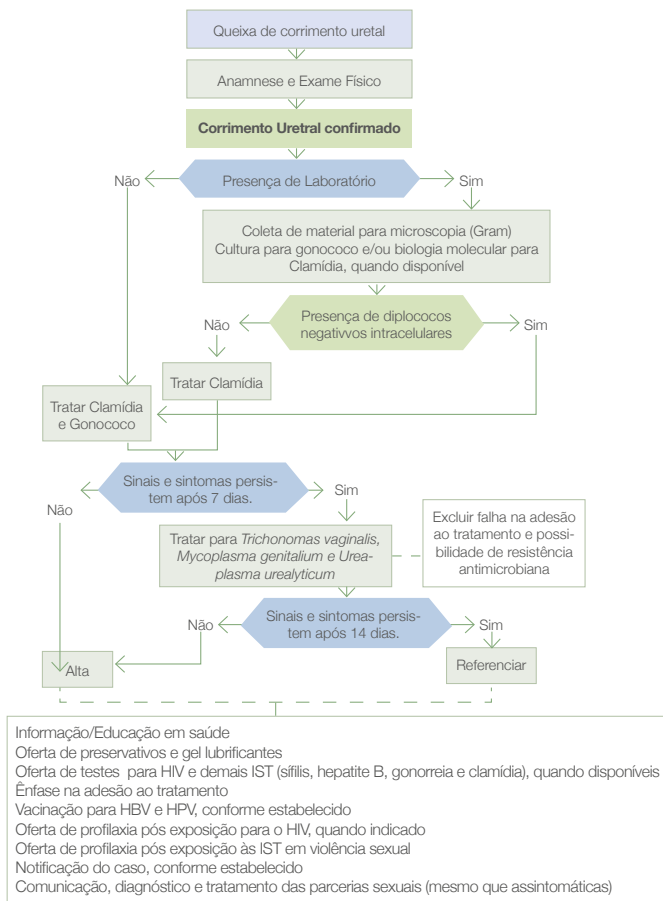
** São infecções endógenas do trato reprodutivo. Não são consideradas IST
Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com infecção sexualmente transmissíveis

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Fluxograma e tratamento do corrimento uretral

O fluxograma abaixo sumariza o manejo do corrimento uretral, com suporte mínimo de laboratório.

Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma



Fonte DDAHV/SVS/MS.

Tratamento para corrimento uretral

O quadro abaixo resume os tratamentos para o corrimento uretral.

Tratamento de escolha	
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicada (uretrite e proctite)	Ciprofloxacina ¹ 500 mg, 1 comprimido, VO, dose única, MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona ^{2,c} 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes: A ciprofloxacina é contraindicada, sendo a ceftriaxona ³ o medicamento de escolha
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2x dia, por 7 dias OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias
Uretrite por Mycoplasma genitalium	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

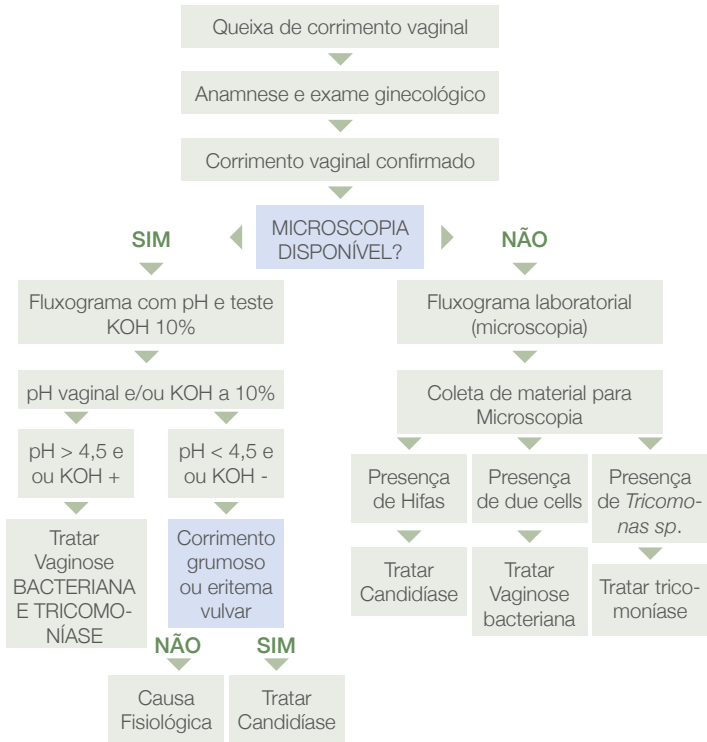
¹ O uso da ciprofloxacina está contraindicado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos, os quais demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual ou maior que 5%, limite determinado internacionalmente para aceitação do uso de um antibiótico.

² A recomendação é que nos estados acima não mais se utilize a ciprofloxacina, substituindo o tratamento pela ceftriaxona, opção terapêutica disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2013 (Rename, 2013). A alternativa terapêutica de eficácia semelhante à ceftriaxona injetável é a cefixima oral. No entanto, a cefixima oral não está disponível no mercado nacional e não dispõe de registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

³ Na indisponibilidade de ceftriaxona, poderá ser utilizada outra cefalosporina de terceira geração no tratamento de infecção pelo gonococo, como a cefotaxima 1.000 mg, IM, dose única.

Fonte DDAHV/SVS/MS.

Manejo de corrimento vaginal com uso do fluxograma

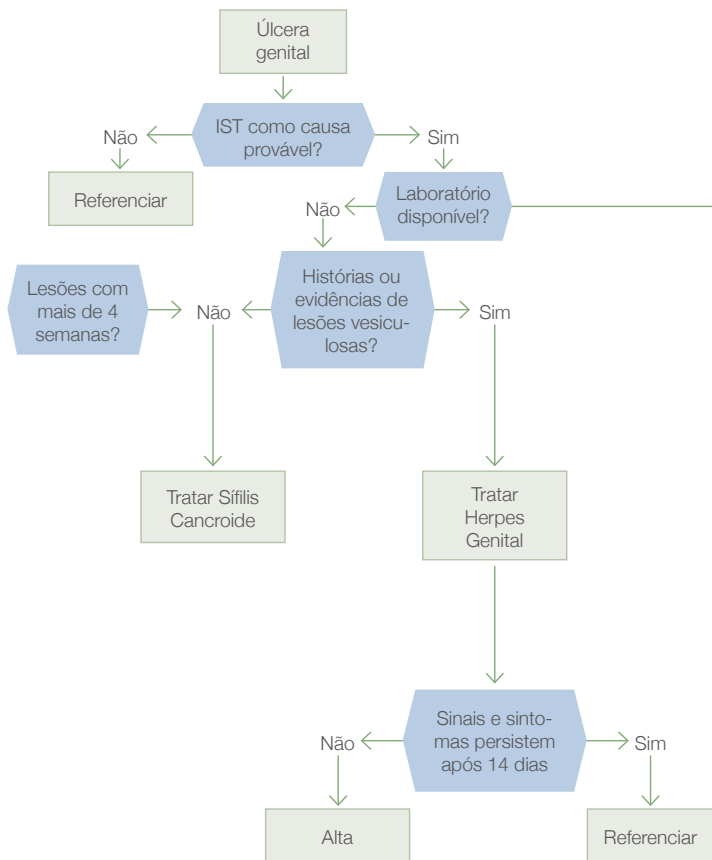


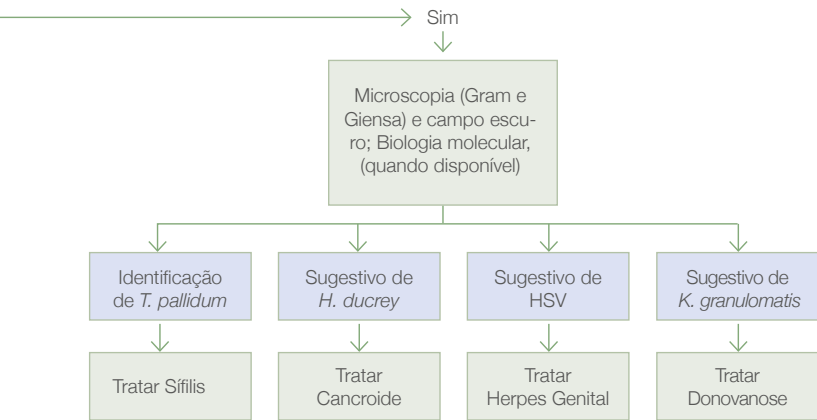
Tratamento para corrimento vaginal

	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase Vulvovaginal	Miconazol creme 2% , via vaginal, um aplicador cheio a noite por 7 dias Ou Nistatina 100.000 UI, via vaginal, um aplicador cheio a noite por 14 dias	Fluconazol 150 mg VO dose única Ou Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos ,VO, 2x dia por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal	Mesmas opções de tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias Ou Fluconazol 150mg, VO, 1x dia, dias 1, 4, 7 seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150 mg, VO , 1x semana, por 6 meses	As parcerias sexuais NÃO precisam ser tratadas (exceto se houver sintomas) Gestantes: comum apresentar recidivas
Vaginose Bacteriana	Metronidazol 500 mg ,VO , 01 comprimido, 2 x dia por 7 dias Ou Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via vaginal ,á noite por 5 dias	Clindamicina 300 mg VO 2x dia por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg VO 2x dia por 7 dias Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, VO, 3x dia, por 7 dias	Metronidazol 500 mg VO 2x dia por 10 – 14 dias Ou Metronidazol gel vaginal 100 mg/g um aplicador cheio, via vaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais por 4 a 6 meses	As parcerias sexuais NÃO precisam ser tratadas (exceto se houver sintomas)

Tricomoniase	Metronidazol 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (total 2g) Ou Metronidazol 500 mg ,VO, 2x dia, por 7 dias		Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg ,VO, 2x dia por 7 dias Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg ,VO, 3 x dia, por 7dias		As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapeutico
--------------	---	--	---	--	---

Fluxograma e tratamento de úlceras genitais





Tratamento para as úlceras genitais de etiologia herpética

Primeiro episódio	Aciclovir 200 mg - 2 cp VO, 3 x dia/7d OU 200 mg - 1 comprimido VO 5x dia por 7d (a cada 4h, suprimir a dose da madrugada) 7d	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível Outras opções: Fanciclovir (Penvir) – 250 mg/3 x ao dia por 5 d Valaciclovir 500 mg 2x dia 5 a 10d
Recidiva	Aciclovir 200 mg - 2 cp VO 3xdia/ 5 dias OU Aciclovir 200 mg - 1 cp VO 5xdia por 5d	Iniciar de preferência no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital) Fanciclovir 125 mg/2 x ao dia/5 d Valaciclovir 250mg 2x d 3 a 5 dias
Supressão de herpes genital (seis ou mais episódios/ ano)	Aciclovir 200 mg - 2 comprimidos VO 2xdia por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até dois anos	Avaliar função renal e hepática periódica Fanciclovir 250 mg/2x ao dia por 1 ano Valaciclovir 250 mg 2xd
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso 5-10 mg/kg EV de 8/8h por 5 a 7d ou até resolução clínica	Tratamento EV pode ser usado em casos de lesões extensas em pacientes com imunossupressão
<ul style="list-style-type: none"> • O uso de antivirais precoce reduz intensidade e duração do episódio • ANTIVIRAIS : Aciclovir no HRMS: frasco 250mg/10 ml e cp 200mg. Fanciclovir (Penvir®) cp revestido 125 e 500 mg Valaciclovir (Valtrex®) cp 500 mg 		

Tratamento para cancroide, LGV e donovanose

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 250mg, IM, dose única	Ciprofloxacina 500mg, 1 comprimido, VO, dose única	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
Linfogranuloma Venéreo	Doxiciclina@ 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x dia, por 21 dias	Azitromicina# 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	<p>As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com mesmas drogas do caso-índice. Se parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU • Doxiciclina@ 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias <p>O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem as sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.</p>

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Donovanose	Doxiciclina@ 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões OU Ciprofloxacina& 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x dia, por pelo menos 21 dias ou até cicatrização das lesões (dose total 750mg) OU Sulfametoxazol-Trimetoprim# (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x dia, por no mínimo, 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	<p>Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina#, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1mg/kg/dia, EV, 3x dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.</p> <p>Em PVHA, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.</p> <p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão e não foi relatada infecção congênita.</p> <p>As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.</p> <p>Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais.</p>
<p>Nota: PVHA com cancroide e LGV devem ser monitorados cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer em qualquer dos esquemas recomendados. & Ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças; @ Doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactante; #O estearato de eritromicina é uma alternativa terapêutica para gestantes, no entanto, não se encontra em comercialização no país</p>			

Infecção bacteriana de vias aéreas superiores

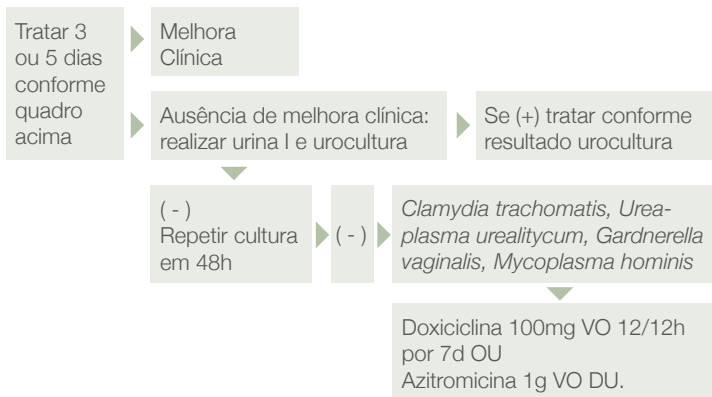
Condição clínica	Microrganismos	Tratamento	Observação
OTITE MÉDIA AGUDA	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> ;	- Se maior que 2 anos, afebril, sem otalgia, exame negativo, duvidoso – considerar tratamento analgésico sem antimicrobianos. - Se não usou antibiótico no mês anterior: Amoxicilina 500 a 1g vo 8/8h 5 a 7 dias; Na doença grave, não tratar por menos de 7 dias. - Se tratado com antibióticos no mês anterior: amoxicilina-clavulanato 500 a 1g 8/8h;	
OMA com insucesso clínico após 3 dias	Considerar a possibilidade de pneumococo resistente à penicilina	- Nenhum antibiótico no mês anterior aos últimos 3 dias: amoxicilina – clavulanato 1g IV 8/8h por 7 dias; - Uso de antibióticos nomes anterior aos últimos 3 dias: ceftriaxone 1g IV 12/12h ou clindamicina	
OMA – > 49 horas de intubação nasotraqueal	<i>Pseudomonas spp</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterobacter</i>	Cefepime ou imipenem ou Meropenem ou piperacilina-tazobactam ou ciprofloxacina	Na intubação nasotraqueal, > 48 h, cerca de 50% dos pacientes desenvolvem otite média com derrame.
MASTOIDITE - AGUDA	1º episódio: <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> Se for secundária a OM crônica: <i>S. aureus</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. pneumoniae</i>	- Coletar amostras para cultura e iniciar terapia empírica: 1º episódio: ceftriaxone 1g 12/12h Exacerbação aguda de otite média crônica: desbridamento cirúrgico do meato acústico, depois introduzir Vancomicina 20mg/kg 12/12h + piperacilina-tazobactam 4,5g IV 6/6h ou vancomicina + ciprofloxacina	Diagnóstico: TC Avaliar se há complicação: osteomielite, tromboflebite supeurativa do seio lateral, meningite purulenta, abscesso encefálico. - Parecer com a otorrino – mastoidectomia.

MASTOIDITE - CRÔNICA	<i>S.aureus</i> , <i>Paeruginosa</i> , Anaeróbios e fungos	Em geral, o quadro não é grave o suficiente para prescrição de antibióticos por via parenteral. - cultura da drenagem da orelha; pode ser necessário desbridamento cirúrgico. - solução otológica de fluoroquinolona para uso tópico.	- Parecer da otorrinolaringologia
SINUSITE AGUDA	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , anaeróbios	Se febre, dor, secreção nasal purulenta, ainda sintomática	Solicitar parecer da otorrinolaringologia
SINUSITE CRÔNICA		- Não há evidências do efeito benéfico dos antibióticos, mas amoxicilina-clavulanato ou clindamicina são frequentemente prescritos durante 3 a 10 dias.	Clindamicina – pode ser utilizada para suspeita de anaeróbios ou abscesso amigdalano.
AMIGDALITE AGUDA		- Penicilina Benzatina 1200000UI IM dose única - Amoxicilina 500mg VO 8/8h por 10 dias - Amoxicilina – clavulanato 500mg VO 8/8h por 10 dias - Azitromicina 500 mg vo 1 x ao dia por 3 a 5 dias.	

Infecção do Trato Urinário - ITU

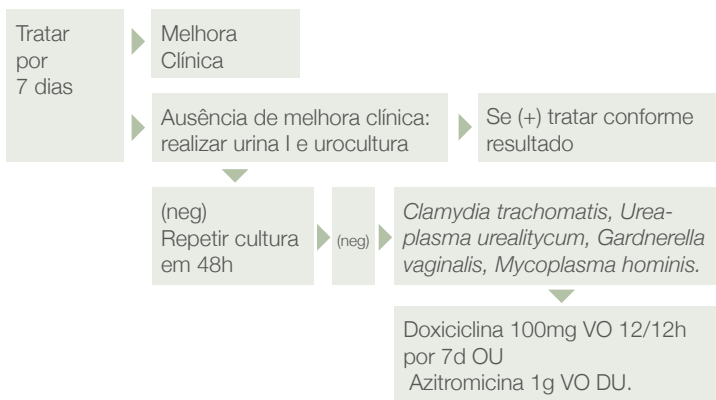
CISTITE - MULHER NÃO GESTANTE

- Não requer exames laboratoriais.
- Iniciar antibioticoterapia empírica VO:
 - SMZ+TMP (400/80mg) 2cp 12/12h (3 d);
 - Nitrofurantoína 100mg 6/6H (5 d); ou
 - Norfloxacin 400mg 12/12h (3 d).



CISTITE – Sintomas > sete dias, ITU recente, idade > 65 anos, DM, uso de diafragma:

- Colher Urina I e urocultura
- Iniciar antibioticoterapia empírica VO:
 - Norfloxacin 400mg 12/12h; OU
 - Ciprofloxacina 500mg 12/12h
 - Levofloxacina 500mg 1x ao dia ou
 - Nitrofurantoína 100mg 6/6H (5d); ou
 - SMZ+TMP (400/80mg) 2cp 12/12h.



GESTANTE – CISTITE = ITU COMPLICADA

Colher Urina I e urocultura

- Iniciar antibioticoterapia empírica VO:
 - Amoxicilina 500mg VO 8/8h ou
 - Cefalexina 500mg VO 6/6h ou
 - Nitrofurantoína 100mg 6/6H – utilizar até 34 semanas de gestação (pode ser substituída por fosfomicina)

Tratar por 7 dias

▶ Melhora Clínica

▶ Repetir urina I e urocultura

▶ Ausência de melhora clínica: realizar urina I e urocultura + US rins e vias urinárias

HOMEM – CISTITE

- A ITU em homens está frequentemente associada à hiperplasia prostática. Realizar:
 - Urina I, urocultura e exame clínico de próstata;
 - Norfloxacin 400mg 12/12h; OU
 - Ciprofloxacina 500mg 12/12h
 - Levofloxacina 500mg 1x ao dia ou
 - Nitrofurantoína 100mg 6/6H; ou
 - SMZ+TMP (400/80mg) 2cp 12/12h.

Tratar por 7 dias

CISTITE DE REPETIÇÃO

Três ou mais episódios de ITU no período de 12 meses

- Resultantes de reinfecções
- Diagnóstico clínico relacionado ao fator de risco: início de atividade sexual, menopausa, genética e alteração do TGI e gravidez.

Tratar por 7 dias

Urocultura com antibiograma antes do tratamento e uma semana após o término + US rins e vias urinárias + cistoscopia (investigação) S/N

Iniciar profilaxia após o tratamento: Nitrofurantoína 100mg 1x ao dia (na gestante até 34 semanas - risco de hipoglicemia neonatal); SMZ + TMP 400/80 - 1 cp ao dia; cefalexina 250mg à noite; norfloxacina 400mg à noite por 6 a 12 meses. Em cistites pós-coito indica-se uma dose de antibiótico pós-coito. Nitrofurantoína deve ser monitorizada nos idosos (hepatotoxicidade e toxicidade pulmonar).

ITU ALTA – PIELONEFRITE AGUDA

- Na presença de sintomas clínicos sugestivos de ITU alta, solicitar:
 - urina I + urocultura + hemocultura
 - US rins e vias urinárias/ TC rins e vias urinárias em pacientes com sintomas persistentes após 72 horas;
 - Em pacientes diabéticos o RX de abdome deve ser realizado para avaliar a presença de pielonefrite enfisematosa (presença de gás em topografia do rim);
- Internação indicada em:
 - Suspeita de complicações
 - Estado geral debilitado
 - Impossibilidade de hidratação VO,
 - Gravidez,
 - Aderência ao tratamento.
- A maioria dos pacientes pode ser tratada sem internação após 12 horas de observação, hidratação e antibiótico parenteral.
- Tratar por 2 semanas.
- Opções para tratamento: Evitar antibióticos utilizados recentemente pelos pacientes – pacientes sem complicações ou sem história de uso prévio de antimicrobiano podem ser tratados por 7 dias com quinolonas.
 - Ciprofloxacina 400mg EV de 12/12h, 7 dias ou 500mg VO 12/12h;
 - Ceftriaxone 1g EV de 12/12h, 10 -14 dias.
 - Alternativa: Aminoglicosídeos (EV): Gentamicina 3-5mg/kg/d ou Amicacina 15mg/kg/dia.
 - Levofloxacina 500mg VO 1x ao dia, 7 dias ou 750 mg VO por 5 dias;
 - Cefepime 2g 8/8h, Piperacilina+Tazobactam 4,5g 6/6h ou Ertapenem 1g 24/24h ou Imipenem 500mg 6/6h ou Meropenem 1g 8/8h, para pacientes graves com internação recente ou uso prévio de antibióticos;
- Para gestantes, pacientes com ou sob risco de insuficiência renal e idosos, usar somente cefalosporina.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Caracterizada pela presença de bactérias na urocultura (>100.000 UFC/ml) e ausência de sinais e sintomas clínicos de infecção.

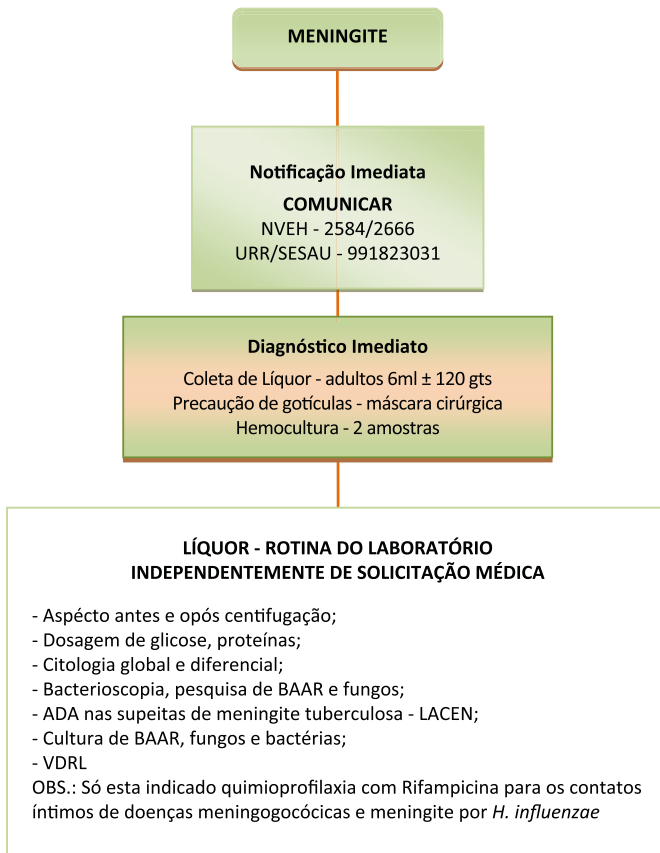
- Indicação de tratamento: apenas em pacientes com alto risco de bacteremia:
 - Transplantados;
 - Neutropênicos;
 - Gestantes;
 - Pré-op de cirurgias urológicas;
 - Pré-op de colocação de próteses;
 - RN de baixo peso.
- Tratamento: de acordo com antibiograma, por 5 dias.

Infecção intra-abdominal comunitária

TIPO	ANTIMICROBIANO 1º Escolha	ANTIMICROBIANO 2º Escolha
Diarreia leve (menor ou igual a 3 episódios e poucos sintomas)	Líquidos e dieta sem lactose.	Não indicado
Diarreia Moderada (maior ou igual 4 episódios e sintomas sistêmicos)	Agentes antimotilidade + líquidos. Avaliar: Sulfametoxazol-trimetoprim 400/80mg 2 cp VO 12/12h durante 3 a 5 dias ou Norfloxacin 400mg VO 12/12h	Obs.: Não utilizar loperamida em caso de febre, sangue nas fezes ou suspeita de Síndrome Hemolítica Urêmica
Diarreia grave (maior ou igual 6 episódios de fezes não formadas e /ou 38,3°C, tenesmo, sangue ou leucócitos fecais. Diarreia sanguinolenta grave afebril, suspeitar de E.coli O157:H7 produtora de toxina shiga e outros.	Cipro 500mg VO 12/12h ou Levofloxacin 500mg a cada 24h durante 3 a 5 dias. Indicação de internação: Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h ou Ceftriaxone 1g IV 12/12h	Sulfametoxazol-trimetoprim 400/80mg 2 cp VO 12/12h durante 3 a 5 dias ou Norfloxacin 400mg VO 12/12h (alternativa para pacientes sem indicação de internação); Se houve antibioticoterapia recente, levantar a hipótese de colite pseudomembranosa e acrescentar Metronidazol 500mg VO 8/8h por 10 a 14 dias.
Diarreia do viajante	Ciprofloxacina 750mg VO 12/12h por 1 a 3 dias OU Azitromicina 500mg a 1g 24/24h por 3 dias.	

TIPO	ANTIMICROBIANO 1ª Escolha	ANTIMICROBIANO 2ª Escolha
Diverticulite, abscesso perirretal, peritonite	<ul style="list-style-type: none"> - Diverticulite leve, abscesso perirretal drenado: SMZ-TMP 400/80mg 2 cp VO 12/12h ou Ciprofloxacina 750mg VO 12/12h ou + metronidazol 500mg VO 6/6h – 7 a 10 dias - Diverticulite leve a moderada com paciente internado: Ampicilina-sulbactam 3g IV 6/6h ou Piperacilina-tazobactam 4,5g IV 8/8h - Doença grave e potencialmente fatal: Imipenem 500mg IV 6/6h ou Meropenem 1g 8/8h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina-clavulanato 1g VO 8/8h por 7 a 10 dias - Ertapenem 1g IV 1 x ao dia; ou - Ciprofloxacina 400mg IV 12/12h ou metronidazol 500mg IV 6/6h - Alergia grave a penicilina/cefalosporina: aztreonam 2g IV a cada 6 a 8h + metronidazol 500mg IV 6/6h
Peritonite bacteriana espontânea	Ceftriaxone 1g IV 12/12h por 5 dias (até 7 a 10 dias se bacteriemia)	
Prevenção de PBE	SMZ-TMP 400/80mg 2 cp VO 1x ao dia por 5 dias/ semana ou cipro 750mg VO 1x por semana.	
Apendicite perfurada, ruptura de divertículo, abscesso local ou peritonite; perfuração intestinal	Ampicilina + Sulbactam (2g + 1g) IV 6/6h ou Amoxicilina + clavulanato 500mg a 1g IV 8/8h por 7 dias	Alternativa: pacientes graves – piperacilina-tazobactam 4,5g IV 8/8h a 6/6h OU Ertapenem 1g IV a cada 24h OU Cefepime 2g 8/8h + metronidazol 500mg IV 8/8h
Colecistite Aguda ou Colangite	Alergia à penicilina: ciprofloxacina 400mg IV 12/12h + Metronidazol 500mg IV 8/8h	
Pancreatite Aguda Leve	Não há indicação de tratamento	
Pancreatite Aguda Grave	Imipenem 500mg IV 6/6h ou 1g IV 8/8h	Alternativa: Meropenem 1g IV 8/8h
Contaminação de cavidade no intraoperatório	Não há indicação de tratamento – lavagem de cavidade e manutenção de profilaxia por 24 horas com cefoxitina	

Fluxograma para caso suspeito de meningite



Líquor – rotina do laboratório independentemente de solicitação médica:

- Aspecto do líquido antes e após centrifugação;
- Dosagem de glicose, proteínas;
- Citologia global e diferencial.
- Bacterioscopia, pesquisa de BAAR e fungos;
- ADA nas suspeitas de meningite tuberculosa- LACEN;
- Látex (pneumococco, hemófilo, meningococco);
- Cultura de BAAR, fungos e bactérias;
- VDRL;

OBS: Só está indicada quimioprofilaxia com Rifampicina para os contatos íntimos de doença meningocócica e meningite por *H. influenzae*.
(ver página 182)

ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA MENINGITE DE ACORDO COM A CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA

Circunstância Clínica	Etiologia Usual	Tratamento Empírico Inicial
Adultos sem fator de risco	Pneumococo (>80%) Meningococo	Ceftriaxone 2g IV de 12/12h por 7 -14 dias
Neurocirurgia ou válvula de derivação TRAUMA CRANIANO PENETRANTE	<i>Staphylococcus aureus</i> OU coagulase negativo (SCON) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Acinetobacter baumannii</i>	Vancomicina* 15 A 20 mg/kg/ dose EV de 12/12h OU 8/8 H + Meropenem 2g EV de 8/8h por 10-14 dias
Fístula liquórica, fratura de base de crânio, trauma fechado	Pneumococo	Ceftriaxone 2g de 12/12h OU cef tazidima 2 g IV 8/8h + Vancomicina IV por 10-14 dias
Gestantes, adultos > 50 anos, Portadores HIV, imunocomprometidos	Acrescentar Ampicilina ao esquema, devido à possibilidade de infecção por <i>Listeria</i> e nesse caso o tratamento deve ser mantido por 14 a 21 dias.	
Imunocomprometidos (comprometimento de resposta celular e humoral)	<i>S.pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , Bacilos gram negativos (incluindo <i>Pseudomonas spp</i>)	Cefepime 2g de 8/8h + Ampicilina.
Pacientes com alergia grave aos betalactâmicos	Vancomicina* 15 a 20 mg ev de 8/8h ou 12/12 h + moxifloxacino 400 mg IV de 24/24h.	

*VANCOMICINA – infundir em 1 hora , 15 a 20 mg/kg, IV a cada 8 a 12 horas (para não exceder 2g por dose, ou uma dose diária total de 60 mg/kg); ajuste da dose para alcançar concentrações plasmáticas mínimas de vancomicina de 15 a 20 mcg/ml).

Introduzir o antibiótico em até 1 hora após a suspeita ou confirmação de meningite.

Ajustar terapêutica de acordo com o agente isolado.

Obs.: alguns estudos sugerem que o uso de corticoide (dexametasona 0,15 mg/kg 6/6h por 4 dias) possa melhorar o prognóstico da meningite por *S. pneumoniae*. Se o corticoide for utilizado, a vancomicina deverá ser evitada, pois sua penetração no líquido será diminuída.

Dexametasona 0.4 mg/kg IV 12/12h por 2 dias, ou 0.15 mg/kg de 6/6h por 4 dias. Deve ser dado 15-20 minutos antes da primeira dose de antibióticos.

Na suspeita de meningite herpética acrescentar ao esquema empírico Aciclovir 10 mg/kg/dose de 8/8H.

Condição	Microrganismos potenciais
Adulto	<i>S.pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i>
Mais de 50 anos	<i>S.pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , gram negativos (BGN) e <i>L. monocytogenes</i>
Imunocomprometidos	<i>S.pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>L.monocytogenes</i> , bacilos gram negativos (incluindo <i>Pseudomonas spp</i>)
TCE fechado	<i>S.pneumoniae</i> , <i>Streptococcus beta-hemolítico grupo A</i> , <i>H.influenzae</i>
TCE aberto (pós neurocirurgia), DVE	<i>S.aureus</i> , <i>S.epidermidis</i> , Gram-negativos (incluindo <i>Pseudomonas spp</i>)

Microrganismo	Tempo de Tratamento
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	10 a 14 dias
<i>Haemophilus influenzae</i>	7 dias
<i>Neisseria meningitidis</i>	7 dias
<i>Listeria monocytogenes</i>	14 a 21 dias
<i>Streptococcus agalactiae</i>	14 a 21 dias
<i>Enterobacteriaceae</i>	21 dias
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	21 dias
<i>Stafilococcus aureus</i>	21 dias

Agente Isolado	Antimicrobiano de escolha	Alternativa
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Dependente do MIC Penicilina ou ampicilina para os sensíveis a penicilina; ceftriaxone para os resistentes a Penicilina; vancomicina para os resistentes a Ceftriaxone.	
<i>Haemophilus influenzae</i>	Betalactamase negativo – Ampicilina; betalactamase positivo – Ceftriaxone; Betalactamase negativo resistente ampicilina – Meropenem.	Cefepime
<i>Neisseria meningitidis</i>	Penicilina ou Ampicilina	Ceftriaxone
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina ou Penicilina	Bactrim
<i>Streptococcus agalactiae</i>	Ampicilina ou Penicilina	Ceftriaxone ou vanco
<i>Enterobacteriaceae</i>	Ceftriaxone	Meropenem
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidime ou Cefepime	Meropenem
<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina	Linezolida/ Rifampicina

Exames laboratoriais	Meningite bacteriana aguda	Meningite bacteriana aguda em uso de antibiótico	Meningite tuberculosa	Meningite viral	Meningite fúngica	Líquor normal
Aspecto	Turvo ou purulento	Claro ou pouco turvo	Límpido ou ligeiramente turvo (opalescente)	Límpido	Límpido	Límpido
Cor	Ligeiramente xantocrômica		Incolor ou xantocrômica	Incolor ou opalescente	Incolor	Incolor, cristalino "água de rocha"
Coágulo	Presença ou ausência		Presença (fibrina delicada) ou ausência			
Leucócitos (mm³)	>200	<500	25 a 500	5 a 500 (linfócitos)	<500	0 a 5mm ³
Citologia	PMN (neutrófilos)	PMN ou MN	LMN (linfócitos)	LMN	LMN	-
Cloretos	Diminuídos		Diminuído	Normal	Normal	
Glicose	Diminuída	Diminuída ou normal	Diminuída	Normal	Diminuída ou normal	2/3 da glicemia (45 a 100mg/dl)
Proteínas totais	>40mg/dl	Normal ou aumentada	>40mg/dl (aumentadas)	>40ml/dl (levemente aumentadas)	>40mg/dl (Discretamente aumentadas)	15 a 50mg/dl <40mg/dl
Látex	(Aumentadas)	-	-	-	-	-
Cultura	Reagente ¹	Positiva (rara)	Positiva (rara)-	Negativa	Negativa-	Negativa
Microscopia	Positiva		Negativa (Gram) ²	Negativa (Gram)	Negativa (Gram)	-

Legenda:

PMN – Polimorfonucleares (Neutrófilos) e MN – Mononucleares (Linfócitos)

Obs.:

1. Látex= pesquisa para *S.pneumonie* (grupos A e B), *H.influenzae* e *N.meningitidis* A, B, C, Y, W135.

2.Exame baciloscopia é de valor realtivo por que a presença de BAAR é sempre pequena no LCR (paucibacilar)a baciloscopia é feita com a coloração de Ziehl- Neelsen.

Lembrando: Para cada 500-100 hemácias/mm³ presentes no liquor no acidente de punção subtrair 1 leucócito. Lembrando que nenhum calculo é 100% confiável e excluir definitivamente o caso de meningite. Correlacionar com a clínica.

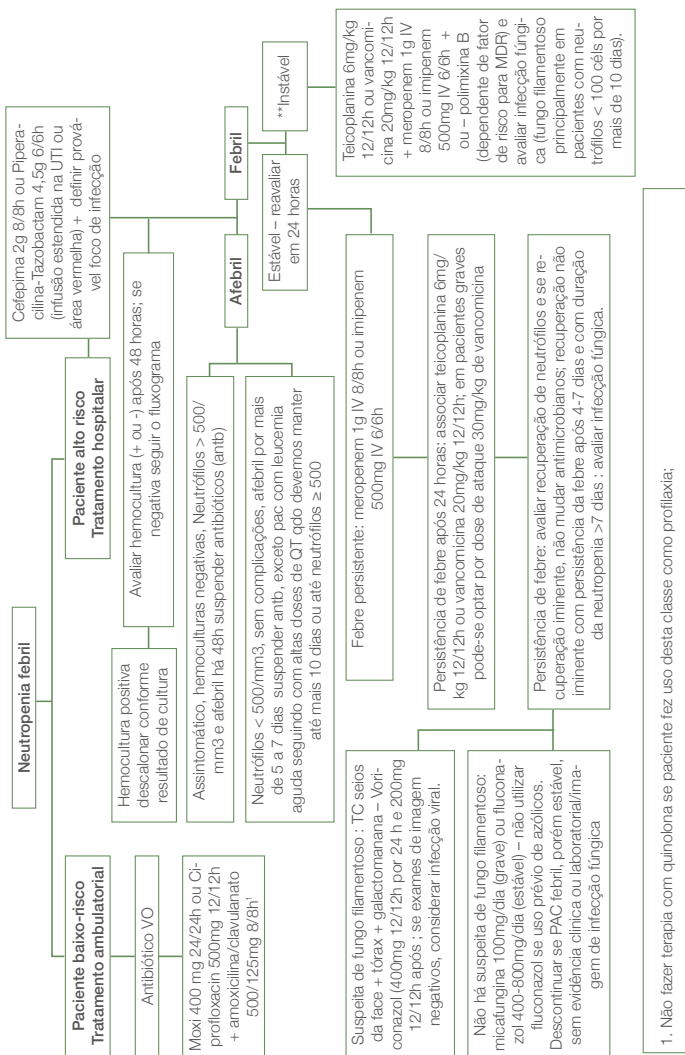
**PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA ANTIBIOTICOPROFILAXIA E
ANTIBIOTICOTERAPIA EM PACIENTES NEUTROPÊNICO E NEUTROPÊNICO
FEBRIL NO HRMS**

Definição de Neutropenia Febril (NF)	neutrófilos < 500 ou < 1000 com provável diminuição para < 500 (em 48h)
Tempo de Neutropenia	A maioria dos regimes de quimioterapia é associada com 6 a 8 dias de neutropenia.
Risco para NF em regimes de QT (quimioterapia)	<ul style="list-style-type: none"> • Alto risco para NF (>20%) • Risco intermediário para NF (10-20%) • Baixo risco para NF (<10%)
Outros fatores para alto risco para NF	Doença avançada, história prévia de NF, não utilização de profilaxia antibiótica ou fator de estimulação de granulócitos, mucosite, evolução desfavorável e doença cardiovascular; O risco de NF e as suas complicações aumentam quando uma ou várias comorbidades estão presentes. Considerar que a presença de um foco de infecção presumida também caracteriza possibilidade de uma evolução mais desfavorável.
Prognóstico microbiológico em NF	Taxa de mortalidade: 18% quando G - , 5% em bacteremia com G + (nenhuma mortalidade tem sido atribuída à SCN)
Mortalidade de acordo com MASCC score	- MASCC > ou = 21 – menor que 5% - MASCC < 15 – maior que 40%
Indicações de quimioprofilaxia com fluoroquinolonas * European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), National Cancer Institute (NCI) and American Society of Clinical Oncology (ASCO)	-EORTC e ASCO* recomendam o uso de profilaxia antibacteriana para pacientes com alto risco para NF; - Cipro ou Levo devem ser consideradas para pacientes de alto risco com duração esperada de neutropenia severa e prolongada (menor que 100 células por mais que 7 dias, embora sendo equivalentes, levofloxacin é preferido em situações com risco aumentado para mucosite oral com infecções pelo estreptococo do grupo viridans; - Resistência à quinolona entre bacilos gram-negativos deve ser monitorizada.
Indicações para profilaxia primária de NF com G-CSF – fator estimulador de colônias granulocitárias	Recomenda-se administração profilática se o risco para NF for maior que 20% para todo o ciclo planejado de tratamento; para pacientes com risco intermediário (10-20%) é importante considerar a idade do paciente e comorbidades para sua indicação.

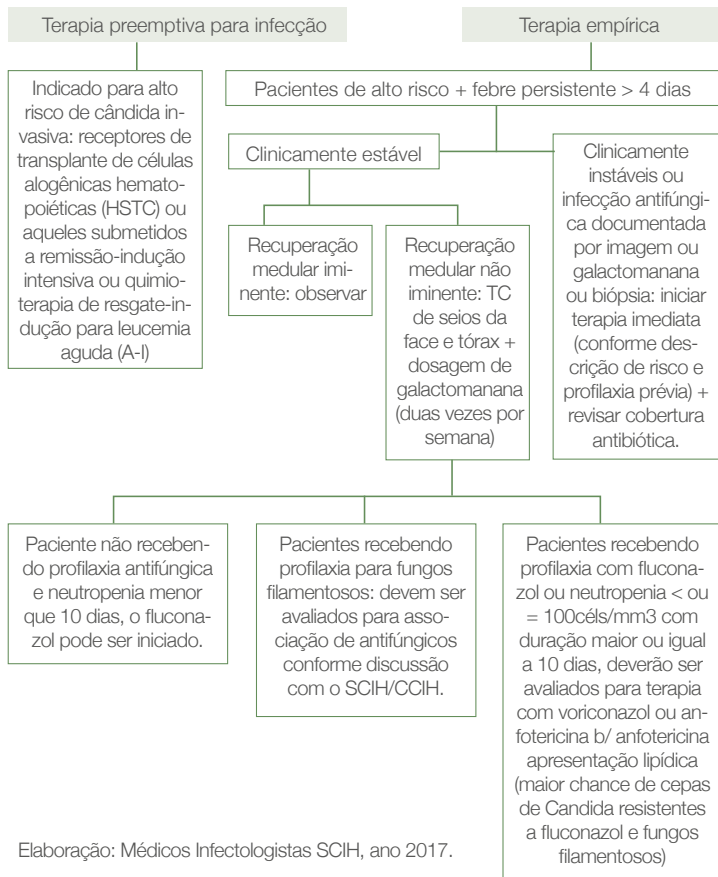
<p>Observações importantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento precoce da NF - Educar o paciente para monitorizar seus sintomas, incluindo temperatura corporal e instruções escritas para procurar assistência; - Obrigatoriamente a 10 dose de antibiótico deve ser realizada dentro da primeira hora de admissão do paciente com NF (atraso em sua administração – prolonga internação e aumenta mortalidade)
<p>Conduta inicial ao paciente com NF e investigações</p>	<ul style="list-style-type: none"> - História detalhada e exame físico: - Classificação de risco de NF em regimes de QT - Investigar antibióticos profiláticos prévios ou tratamentos e/ou internações anteriores, uso de corticosteroides concomitantes quando sinais e sintomas de infecção podem ser mínimos, procedimentos cirúrgicos recentes, presença de alergias, história prévia de organismos resistentes a antibióticos, presença de dispositivos intravenosos, sinais e sintomas sugerindo foco de infecção (sistema respiratório, trato gastrointestinal, pele, região perineal, geniturinário, orofaringe, sistema nervoso central, outros)
<p>Investigação laboratorial NF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exames laboratoriais para avaliar medula óssea, função hepática e renal, - Coagulograma; - PCR; - Hemoculturas (2 amostras) incluindo culturas de dispositivos IV, cateteres; - Urina I e urocultura - Bacterioscopia e cultura de escarro; - Bacterioscopia e cultura de fezes; - Aspirado, biópsia e mais raramente swab de lesões de pele; - Radiografia de tórax PA E PERFIL - TC tórax – se febre persistir após 72 horas de antibióticos adequados; - Lavado broncoalveolar – conforme indicação
<p>Considerações importantes em pacientes de baixo risco</p>	<p>Terapia antibacteriana oral pode ser em pacientes com NF de baixo risco, ambulatorialmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemodinamicamente estáveis; 2. Que não tenham leucemia aguda ou insuficiência orgânica evidente e 3. Que não tenham pneumonia, um cateter venoso central ou infecção de partes moles severa.

<p>Profilaxia para doenças virais em pacientes com NF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com sorologia positiva para Herpes simplex vírus (HSV) submetidos à transplante de células alogênicas ou terapia de indução para leucemia deve receber profilaxia antiviral com aciclovir; - No HRMS, pacientes com neutrófilos abaixo de 100 células e com sorologia desconhecida devem ser receber profilaxia com aciclovir na dose de 400mg via oral de 12/12h; - O tratamento para infecção por HSV ou varicella-zoster vírus (VZV) está somente indicada se existir evidência clínica ou laboratorial de doença viral ativa; - Testes para vírus respiratórios, incluindo influenza, parainfluenza, adenovirus, vírus sincicial respiratório (VSR) e Metapneumovírus humano (ainda não disponíveis no HRMS), além de Rx tórax estão indicados para pacientes com sintomas respiratórios como coriza e/ou tosse; - Vacinação para influenza com vírus inativado está recomendado para todos os pacientes que iniciam tratamento para o Câncer; - O período ótimo para a vacinação não está estabelecido mas a resposta sorológica deve ser melhor entre os ciclos de quimioterapia (7 dias após o último tratamento ou 2 semanas antes do início da quimioterapia)
<p>Profilaxia com SMZ + TMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para prevenir infecções para Pneumocystis Jinovecii - dose SMZ +TMP 1 cpVo 12/12h (800 mg 2X ao dia) - Auxilia também na prevenção <i>Listeria</i>, <i>Legionella</i>, <i>Nocardia</i> - Tempo prolongado

Protocolo Institucional de Tratamento de Neutropenia Febril



Infecções fúngicas²



Elaboração: Médicos Infectologistas SCIH, ano 2017.

2. Profilaxia antifúngica não está recomendada para pacientes que tem duração esperada de neutropenia menor que 7 dias;

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA NEUTROPENIA FEBRIL

BAIXO RISCO	ALTO RISCO
Neutropenia < ou = 7 dias	Neutropenia > 7 dias ou < ou = 100 cels/mm ³
Critério MASCC > ou = 21 pontos	Critério MASCC < 21 pontos
Nenhuma ou poucas comorbidades	Comorbidades significantes, incluindo hipotensão, pneumonia, dor abdominal ou alterações neurológicas, mucosite oral ou gastrointestinal, diarreia, vômitos, náuseas, infecção do túnel de cateter, novo infiltrado pulmonar ou hipoxemia. Evidência de insuficiência hepática ou renal.

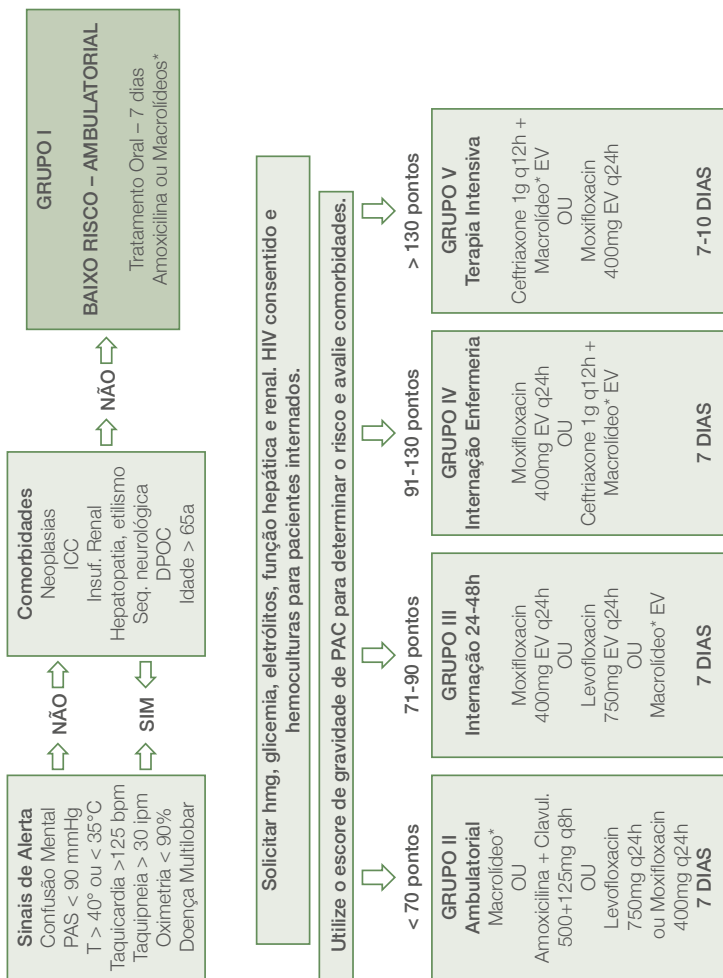
CRITÉRIOS DE MASCC	Pontuação
Neutropenia febril sem sintomas ou sintomas leves	5
Neutropenia febril com sintomas moderados	3
Neutropenia febril com sintomas graves	0
Sem hipotensão (pressão arterial sistólica > 90mmHg)	5
Sem doença pulmonar obstrutiva crônica	4
Tumores sólidos ou neoplasia maligna hematológica sem infecção fúngica anterior	4
Sem desidratação exigindo fluidos parenterais	3
Não hospitalizado no início da febre	3
Idade menor 60 anos	2

** Cobertura para Gram positivos

- Vanco ou Teico não são recomendados para regime inicial nos casos de risco para MRSA, exceto se suspeita de CVC, infecção de pele e partes moles, Pn por este microorganismo ou pac instáveis hemodinamicamente.

- Na falta de evidência de infecção por G + suspender vanco ou teico após 48h.

Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos - PAC Adulto



Macrolídeos: Azitromicina 500mg VO ou EV, 1x/dia. Claritromicina 500mg VO ou EV de 12/12h. Associar clindamicina ou metronidazol se suspeita de broncoaspiração.

Lembrete de Fatores de Risco Específicos		Tratamento
Alcoolismo, Higiene Oral Precária, Patologias Neurológicas (Risco de aspiração)	Anaeróbios e BGN	Amoxicilina-clavulanato, clindamicina ou metronidazol
DPOC, Tabagismo	<i>H. influenzae</i> , pneumococo e <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina-clavulanato
Bronquiectasias, Uso Crônico de corticoides e uso recente de antibióticos, desnutrição, DPOC grave, uso crônico de corticoide	<i>P. aeruginosa</i>	Cefepime, piperacilina-tazobactam ou ceftazidima
Hospitalização	BGN, <i>S. aureus</i> , <i>Legionella spp</i>	Cefepime, piperacilina-tazobactam, meropenem, vancomicina, teicoplanina, azitromicina ou claritromicina (<i>Legionella</i>)
Casa de repouso	Pneumococo, BGN, <i>H. influenzae</i> e <i>S. aureus</i>	Cefepime, piperacilina-tazobactam
Exposição a ambientes úmidos, com água parada	<i>Legionella spp</i>	Azitromicina ou claritromicina
Influenza com superinfecção bacteriana	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i>	Moxifloxacina ou Levofloxacina ou amoxicilina-clavulanato
Etilismo, insuficiência hepática, neoplasia, idosos	BGN	Não prescrever macrolídeos isoladamente

TRATAMENTO DA PNEUMONITE QUÍMICA ASPIRATIVA E PNEUMONIA ASPIRATIVA

SITUAÇÃO CLÍNICA	RECOMENDAÇÃO
Pneumonite aspirativa química	Suporte clínico e aguardar 24 a 48 horas; caso os sintomas persistam ou piorem, tratar como pneumonia aspirativa.
Pneumonia aspirativa em pacientes sem fatores de risco	Ceftriaxone 2g EV uma vez ao dia ou quinolona com espectro antipneumocócica
Pneumonia aspirativa em pacientes com fatores de risco	Ceftriaxone ou quinolona com espectro antipneumocócica associada a clindamicina ou metronidazol.
Fatores de risco para infecção ativa por anaeróbios: dentes em estado muito precário de conservação, escarro pútrido, evidência de pneumonia necrotizante, imagem de abscesso à radiografia (nível líquido) e aspiração por etilistas.	

Exames complementares no diagnósticos de pneumonias em casos específicos.

Evidência	Hemocultura	Bacterioscopia e cultura de escarro	Antígeno urinário para pneumococo e Legionella SP.	Lavado broncoalveolar ou aspirado traqueal	Outros
Admissão em UTI PAC grave	Sim	Sim	Sim	Sim	Aspirado se realizada intubação traqueal
Abuso do uso de álcool	Sim	Sim	-----		
Falha de tratamento clínico	Sim	Sim	Sim	Sim*	
Doença estrutural	Não	Sim	Não	Não	
Infiltrado cavitário	Sim	Sim	Não	Não	BAAR
Derrame pleural	Sim	Sim	Sim	Não	Toracocentese

ESCORES DE PROGNÓSTICO – CURB-65

VARIÁVEIS
(1 PONTO PARA CADA UMA, SE PRESENTES)

1. CONFUSÃO
2. URÉIA > 43MG/DL
3. FR >OU= 30IPM
4. PS < 90mmHg ou PD <ou= 60mmHg
5. IDADE >OU= 65 ANOS

NÚMERO DE PONTOS SOMADOS E MORTALIDADE

- A. 0 OU 1: 0,6%
- B. 2: 2,7 A 6,8%
- C. 3 OUMAIS: 14 A 27,8%

Escore de Gravidade para PAC	
Idade	+ anos
Sexo Feminino	- 10
Lar de Idosos	+ 10
Neoplasia	+ 30
Hepatopatia	+ 20
ICC	+ 10
Dçã Cerebrovascular	+ 10
Insuf. Renal	+ 10
Confusão Mental	+ 20
FR > 30	+ 20
PAS < 90mmhg	+ 20
Tax < 35° ou > 40°	+ 15
Pulso > 125 bpm	+ 10
pH arterial < 7,35	+ 30
Ureia > 40 mg/dL	+ 20
Glicose > 250 mg/dL	+ 10
Na < 130 mEq/dL	+ 20
Hb < 9,0 d/dL	+ 10
Derrame Pleural	+ 10
PO2 < 60 mmHg ou Sat AA < 90%	+ 10

Tratamento parasitoses , sarna, pediculose

Parasitoses intestinais, sarna e pediculose	Microrganismo	TRATAMENTO	ALTERNATIVA/ OBSERVAÇÃO
Escabiose (sarna)	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Permetrin creme a 5% aplicando uma camada fina em todo o corpo abaixo do pescoço ao deitar por 3 noites; os pacientes podem tomar banho antes de repetir a aplicação e devem lavar-se 24 horas após a aplicação final	prurido persiste por várias semanas, após a terapia adequada
Míase	larva da mosca <i>Dermatobia hominis</i> ou de mosca varejeira	Ivermectina 6 mg Dose: até 60 quilos – 2 cp (12 mg) entre 60 e 90 quilos - 3 cp (18 mg).	A ivermectina erradica as larvas de miíases cavitárias sem causar toxicidade ao paciente, as larvas morrem e são eliminadas espontaneamente ou através de lavagem, sem os incômodos da catação unitária.
Piolho pubiano	<i>Phthirus pubis</i>	permetrin 1%	Lavar a roupa de vestir, de cama e banho com água quente ou lavar normal e passar o ferro quente.
Pediculose (piolho)	<i>Pediculus humanus capitis</i>	Permetrina shampoo OU xampu de Lindane a 1% - dois dias consecutivos, deixando a espuma agir por 15 minutos, repetindo-se as lavagens em 7 dias	Depois de sete dias ou mais (até 14 dias), após a primeira aplicação, pode-se repetir o tratamento

Parasitoses intestinais, sarna e pediculose	Microrganismo	TRATAMENTO	ALTERNATIVA/OBSERVAÇÃO
Amebíase - 80 a 90% dos casos	<i>Entamoeba histolytica</i>	Forma intestinal assintomática <ul style="list-style-type: none"> • Etofamida 500 mg, 2x 12/12h, 3 dias Forma sintomática/extra intestinal <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 500 mg a 750 mg 3x ao dia, 10 dias, nos casos de suspensão 20 a 40 mg/kg/dia Apres: cp 250mg/cp susp 40 mg/ml Associar no final <ul style="list-style-type: none"> • Etofamida ou teclosan doses acima 	<ul style="list-style-type: none"> • TECLOSAN 100 mg, 8/8h ao dia, 5 dias • Tinidazol 2g ou 50 mg/kg, dose única Apres: cp 500mg/cp
Giardiase	<i>Giardia lamblia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 250 mg ou 15 mg/kg/dia 3x ao dia, 7 a 10 dias Ou <ul style="list-style-type: none"> • Tinidazol 2g ou 50 mg/kg, dose única Apres: cp 500mg/cp	<ul style="list-style-type: none"> • Albendazol 400mg/dia, 5 dias
Isosporíase	<i>Isospora belli</i>	SMZ+TMP (sulfá (S) - 50 mg/kg/dia ou TMP (T) 10 mg/kg/dia) 15 dias + (S) - 25 mg/kg/dia e (T) 5 mg/kg/dia, por 6 a 8 semanas Apres: bactrim 400mg/80mg Susp (S) 200mg/5ml + (T) 40 mg/5 ml	Controle de cura 7,14,21 dias
Criptosporidiase	<i>Cryptosporidium sp</i>	Nitazoxanida 500 mg 2x/dia, 3 dias Apres : Cp 500mg	Paromomicina 500 mg, 4x ao dia Tratamento prolongado. Boa resposta em pac CD4 >200
Ancilostomiase	<i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i>	Albendazol 400 mg, única, repetir após 7 dias Apres: 400mg/cp	Mebendazol 100mg 2 x dia, durante 3 dias Apres: 100mg/cp Controle de cura 7,14 e 21 dias

Parasitoses intestinais, sarna e pediculose	Microrganismo	TRATAMENTO	ALTERNATIVA/OBSERVAÇÃO
Estrongiloidiase	<i>Strongyloidiase stercoralis</i>	Tiabendazol 25 mg/kg/dose 2 x ao dia, 2 dias (máximo 3g/dia) Apres: 500mg/cp Sol. 250mg/5 ml Ivermectina 200 mcg/kg, dose única Apres: Revectina 6mg/cp Hiperinfecção Ivermectina 200mcg/kg dia, 2 dias ou Tiabendazol 25mg/kg/dose, 2x ao dia, 5 a 7 dias ou 500mg/dia durante 30 dias	Controle de cura 8,9 e 10 dias ou 7,14 e 21 dias Repetir após 15 dias Até negatificação do exame de fezes
Ascariíase	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Albendazol 400mg, dose única Oclusão intestinal/sub-occlusão Hexa-hidrato de piperazina 100mg/kg + 50ml de óleo mineral por SNG. Após 24h: 50mg/kg + 50 ml de óleo mineral. Dose máxima diária de piperazina: 6g	Controle de cura 8,9,10 dias ou 7,14 e 21 dias Avaliar abordagem cirúrgica com remoção dos vermes.
Teníase	<i>T.solium, T. saginata</i>	Prazinquantel 10mg/kg, dose única	Controle de cura após tratamento
Himenolepiase	<i>H. nana, H. diminuta</i>	Praziquantel 25 mg/kg, dose única. Repetir após 10 dias Apres: 150mg/cp	Controle de cura 7,14 e 21 dias
Tricuríase	<i>Trichuris trichiura</i>	Albendazol 400mg em dose única OU Mebendazol 100 mg, 2x ao dia, 3 dias	Controle de cura 7,14 e 21 dias

Enterobiase	<i>Enterobius vermicularis</i>	Mebendazol 100mg, dose única OU Albendazol 400mg, dose única OU Pamoato de pirvinio 10mg/kg	Swab anal a partir do dia 8 pós tratamento durante 7 dias
Hidatidose ou Equinococose Cística	<i>Echinococcus spp</i>	Albendazol 60 kg - 400 mg 2 x ao dia durante 28 dias < 60 kg - 5 mg / kg 2 x ao dia (dose diária total de 800 mg)	O curso de 28 dias pode ser repetido após 14 dias sem tratamento para um total de 3 ciclos de tratamento. Praziquantel também pode ser utilizado.
Esquistossomose	Oxaminiquina adultos: 12,5 a 15mg/kg, dose única Crianças 20 mg/kg, dose única Ou Praziquantel 40 a 60mg/kg dose única	Apres: cp 250 mg/cp e susp 50mg/ml Apres: 500mg/cp , tem apresentações com 150 mg/cp	6 coproscopias mensais, a partir do 450 dia pós tratamento

*Não tratar *E. coli*, *E.nana*, *T.hominis*, *C. mesnili*, *I. bustschilli*.

**Evitar tratar gestante, sobretudo durante primeiro trimestre. Tratar somente se o for *Taenia solium* e se os sintomas apresentados forem tão intensos que justifiquem o risco das drogas na gestação e nestes casos tentar tratar depois do primeiro trimestre.

Espectro de Ação dos Antiparasitários

	BENZIMIDAZÓLICOS				MACROLÍDEOS				NITROIMIDAZÓIS					
	TIA	MEB	ALB		PAM PIRV	IVER	NITA	MET	TINI	SEC	ESPI	AZITR	PARO	PAZ
Ascaridíase		x	x			x	x							
Ancilostomíase		x	x				x							
Estrongiloidíase	x		x			x	x							
Enterobíase	x		x		x	x	x							
Tricuríase Trichuris trichiura.		x	x			x	x							x
teníase		x	x				x							
Giardíase			x				x		x	x			x	
Amebíase							x		x	x			x	
Criptosporidíose														
Hidatidíose													x	
Larva migrans cutânea e visceral			x				x							

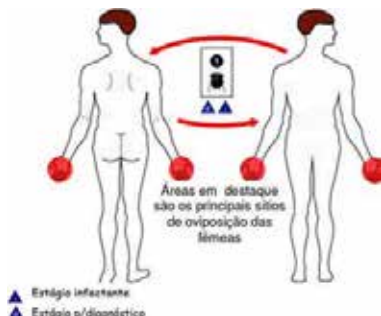
TIA - Tiabendazol
 ALB - Albendazol
 PAM PIRV - Pamoato de Pirvinio
 NITA - Nitazoxanida
 MEB - Mebendazol
 CAM - Cambendazol
 IRV - Ivermectina
 MET - Metronizadol
 TINI - Tinidazol
 SEC - Secnidazol
 ESP - Espiramicina
 AZITR -Azitromicina
 PARO - Paromomicina
 PRAZ - Praziquantel

OBS.: Larva Migrans cutânea - é causada por larvas do *Ancylostoma braziliense* e *A. caninum*, parasitas encontrados normalmente em cães e gatos. Sendo considerado um dermatozoonose

Larva migrans visceral - é causada pelo *Toxicara canis*, *T. leonina* e *T. Cani*.

INFORMAÇÕES EM RELAÇÃO À ESCABIOSE

- 1) A transmissão ocorre através de contato direto ou indireto (fômites);
- 2) O agente sobrevive até 36h no ambiente, havendo relatos de até 05 (cinco) dias fora do corpo humano;
- 3) Período de contágio até 1º sintoma clássico como prurido pode variar de 01 dia até 06 semanas;
- 4) O tratamento deve ser aplicado no corpo todo incluindo cabeça, pescoço, face e orelhas, mesmo em áreas sem prurido, excluindo-se as mucosas;
- 5) Manter as unhas aparadas e reaplicar o produto na parte interna do final das unhas e nas mãos após serem lavadas, durante tratamento;
- 6) É recomendado o uso da medicação em duas aplicações ou tomadas por via oral com espaço de uma semana tendo em vista que para a cura completa é necessário eliminar todos os ácaros;
- 7) O prurido e o eczema podem persistir por algumas semanas após a infestação ter sido eliminado, podendo requerer tratamento específico;
- 8) Pela dificuldade de muitas vezes definir se a manutenção dos sintomas é devido a presença ou não do ácaro é necessário manter o acompanhamento com profissional médico especialista;
- 9) Após 24h do início do tratamento o risco de transmissão é mínimo;
- 10) O medicamento benzoato de benzila foi excluído pelo Ministério da Saúde da relação nacional de medicamentos essenciais para tratamento da escabiose desde 2006.



Tratamento de Micoses Superficial e Sistêmica

MICROORGANISMO	LOCAL DA INFECÇÃO	POSOLOGIA
ASPERGILLUS (<i>A. fumigatus</i> é o mais comum)	Broncopulmonar alérgica (ABPA)	Quando associado a crise de asma- corticoíde Alternativa – itraconazol 200 mg Vo 2 x ao dia durante 16 sem ou mais
	Seios de face	Tratamento controverso – corticoide sistêmico + desbridamento cirúrgico Alternativo- indicado nos insucessos, itraconazol 200 mg VO 200 mg 2 x ao dia por 12 meses
	Pulmonar - tipo bola fúngica	Não há comprovação de resposta clínica com antifúngico.
	Pulmonar ou extrapulmonar	Voriconazol 6 mg/kg EV de 12/12 h no dia 1 Seguido de 4 mg/kg EV de 12/12h ou 200 mg VO 12/12h qdo peso corporal ≥ 40 kg. Se ≤ 40 kg 100 mg vo de 12/12h Alternativas: anfotericina lipossomal 3 a 5 mg/kg/dia OU Anfotericina complexo lipídico 5mg/kg/dia OU Anfotericina B 0,7 a 1 mg/kg/dia OU Anfotericina lipossomal – 3 a 5 mg/kg/dia por 1 a 2 semanas
Blastomicose	Cutânea, pulmonar ou extrapulmonar	Seguido de itraconazol 200 mg 8/8h durante 3 dias , depois de 12/12h durante 6 a 12 meses Alternativa e PAC intolerantes ao itraconazol – fluconazol 400 a 80 mg/dia
	SNC	Anfotericina lipossomal – 5 mg/kg/dia por 4 a 6 semanas, seguido por Fluconazol 800 mg/dia
Criptococose	Não HIV, não meningea	Fluconazol 400 mg IV ou vo de 8 sem a 6 meses Nos casos graves anfo B 0,5 a 0,8 mg/kg/dia ev ate resposta clinica depois fluconazol 400 mg vo/dia por 8 a 10 semanas.
	Não HIV, meningea	Anfoterecina B 0,5 a 0,8 mg/kg/dia até cultura negativa, seguido de fluconazol 200 a 400 mg vo/dia por 8 a 10 semanas

Tratamento de Micoses Superficial e Sistêmica

MICROORGANISMO	LOCAL DA INFECÇÃO	POSOLOGIA
Dermatofitose	Unhas (onicomicose)	Terbinafina 250 mg vo dia por 6 semanas. Para crianças < 20 kg - 67,5 mg/dia; de 20 a 40 kg - 125 mg/dia; > 40 kg – 250 mg dia. Alternativa: Fluconazol 150 a 300 mg VO 1 x semanas por 3 a 6 meses.
	Couro cabeludo	Terbinafina 250 mg vo dia por 2 A 4 semanas . Para crianças - 5 mg/kg/dia Alternativa: Fluconazol 150 OU 6 MG/KG VO 1 x semanas por 8 a 12 semanas
	Corpo, região inguinal, ou pé (trichophyton)	trat tópico com creme ou pomada contendo terbinafina e butenafina 2x dia por 2 a 3 semanas alternativa – Terbinafina 250 mg vo dia por 2 semanas OU Fluconazol 150 mg vo 1 x sem por 2 a 4 semanas
	Corpo – pitiríase versicolor (Malassezia furfur)	cetoconazol 400 mg VO dose única ou 200 mg dia por 7 dias alternativa: fluconazol 400 mg VO dose única loção com sulfeto selênio 2,5% aplicar, espumar, esperar 10 min enxaguar 1 x ao dia por 7 dias ou 3 a 5 x /semana por 2 4 semanas.
Fusariose	Sistêmica	Escolha: Anfotericina B lipossomal 5 a 10 mg/kg/dia OU Anfotericina B 1 a 1,5mg/Kg dia Alternativa: Voriconazol 6mg/Kg 12/12h ao dia seguido 4mg/kg de 12/12h; VO: 400mg de 12/12h depois 200mg de 12/12h

Tratamento de Micoses Superficial e Sistêmica

MICROORGANISMO	LOCAL DA INFECÇÃO	POSOLOGIA
Histoplasmoze	Pulmonar aguda	Doença leve a moderada com menos de 4 semanas – não tratar Se sintomas persistirem por mais de 30 dias: itraconazol 200mg VO 3 x ao dia por 3 dias depois 1 ou 2 vezes ao dia durante 6 a 12 Semanas. Doença moderada ou grave: Anfo B Lipossomal 3 a 5 mg/kg dia ou Anfoterecina complexo dia 5 mg/kg dia OU Anfo B 0,7 a 1mg /Kg dia durante 1 a 2 semanas; depois itraconazol 200mg 3x ao dia durante 3 dias, seguido 2 vezes ao dia durante 2 semanas mais metilprednisolona 0,5 a 1mg/ Kg durante 1 semana.
	Pulmonar Cavitária crônica	Itraconazol 200mg VO 3 x ao dia por 3 dias depois 1 ou 2 vezes ao dia durante no mínimo 12 a 24 meses;
	Disseminada Progressiva	Doença leve a moderada: itraconazol 200mg VO 3 vezes ao dia por 3 dias, depois 2 vezes ao dia durante 12 meses.
	Sistema Nervoso Central	Anfoterecina B lipossomal 5mg/kg dia no total de 175mg/kg durante 4 a 6 semanas, seguido de itraconazol 200mg 2 a 3 vezes ao dia por no mínimo 12 meses. Pode ser usado o voriconazol.
	Profilaxia em pacientes HIV positivos	Profilaxia primária: CD4 < 150cél./mm ³ - itraconazol 200 mg/ dia
Mucormicose	Anfo B lipossomal 5 a 10 mg/kg ou Anfo B 1 a 5 mg/kg dia Alternativa: Posaconazol 400mg VO dia às refeições;	
Paracoccidioidomicose	SMZ +TMP 800/160mg 2 a 3 vezes ao dia durante 30 dia, depois 400/80mg/dia indefinidamente até 3 a 5 anos; OU itraconazol 100 ou 200 mg dia VO. Para casos graves: AnfoB dose total > 30mg/kg.	

Tipos de Infecção de Pele, Partes Moles e Tipos de Curativos

AVALIAÇÃO DE TECIDO INVIÁVEL			
TIPO	OBJETIVO DO TRATAMENTO	TIPO DE COBERTURAS	PARECER COMISSÃO DE CURATIVOS
NECROSE SECA	<ul style="list-style-type: none"> - desbridamento - aumento da umidade no leito da lesão 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrogéis associados à cobertura não aderente, Debridantes químico (Colagenase) ou enzimático (Papaína) associados à cobertura não aderente 	SIM
NECROSE ÚMIDA	<ul style="list-style-type: none"> - desbridamento; - controle de umidade; - Antibioticoterapia; - controle do odor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrogéis, debridantes químico e enzimático associados à cobertura não aderente; - Hidrofibra com prata; - Alginato de cálcio - Carvão ativado para controle do odor. 	SIM
ESFACELOS	<ul style="list-style-type: none"> - desbridamento; - controle de umidade; - antibioticoterapia; - controle do odor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidrogéis, debridantes químico e enzimático associados à cobertura não aderente; - Hidrofibra com prata; - Alginato de cálcio - Carvão ativado para controle do odor. 	SIM

AVALIAÇÃO DE TECIDO VIÁVEL

TIPO		OBJETIVO DO TRATAMENTO	TIPO DE COBERTURAS	AVALIAÇÃO COMISSÃO DE CURATIVOS
EPITELIZAÇÃO		Proteção Manutenção da hidratação	- AGE (ácidos graxos essenciais); - Filmes; - Hidrocolóides; - Gazes não aderentes; - Silicones; - Membranas regeneradoras	SIM
GRANULAÇÃO	SEM EXSUDATO	Proteção do leito Manutenção da umidade.	- Ácidos Graxos Essenciais associados à cobertura não aderente; - Hidrogeis associados à cobertura não aderente; - Hidrocolóides; - Silicones	SIM
	SEROSO	Controle de exsudato Manutenção umidade ideal	- Alginatos; - Hidrofibras sem prata; - Espumas;	SIM
	COM EXSUDATO PURULENTO SEROPURULENTO SANGUI-NOLENTO SEROSSANGUINOLENTO	-Controle e absorção de exsudato -redução e manejo de carga bacteriana com antibiótico - controle de odores	COM ODOR - Carvão ativado; - Antimicrobianos associados com prata; SEM ODOR - Alginatos; - Hidrofibras com ou sem prata; - Espumas;	SIM

Infecções de Pele – Coleta de culturas são recomendadas para identificar <i>S.aureus</i> ou <i>Streptococcus B-hemolítico</i>			
Doença	Agentes mais Comuns	Tratamento de Escolha	Observações
IMPETIGO OU ECTIMA	Streptococcus grupo A <i>S. aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento para impetigo pode ser oral ou tópico, mas a terapia oral é recomendada para pacientes com lesões numerosas ou com sinais de repercussão sistêmica. • Tratamento para ectima deve ser por via oral. • Tratamento empírico oral para impetigo ou ectima deve cobrir <i>S.aureus</i> por 7 dias, a não ser que a cultura demonstre somente <i>Streptococcus</i>, quando a penicilina está recomendada (preferência para biópsias; se não for possível, realizar aspirado ou swab da lesão); • PROTOCOLO HRMS PARA TRATAMENTO EMPÍRICO ENDOVENOSO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxacilina – 2g IV 4/4h – 7 dias; 2. Amoxicilina – clavulanato – 500 a 1g IV 8/8h; 2. Suspeita de Ca - MRSA – Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h 600mg IV 6/6h ou 900mg 8/8h ou SMZ+ TMP – 400/80mg – 2amp IV 12/12h; 3. MRSA em pacientes graves – Vancomicina ou Teicoplanina 	<p><i>S.aureus</i> ou <i>Streptococcus</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 500mg/dia, 7d (pacientes com indicação de tratamento oral) OU - Amoxicilina-clavulanato – 875/125mg VO 12/12h; - Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h 600mg VO 6/6h OU 900mg 8/8h OU - SMZ + TMP – 400/80mg 2 cp VO 12/12h - * Cefalexina 250 a 1g VO 6/6h por 7 dias para crianças e gestantes - Tópico: mupirocina – número de lesões limitadas MSSA: <i>Staphylococcus aureus</i> sensível à oxacilina - Oxacilina 2 g Ev de 4/4h ou 6/6h - Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h - Doxiciclina 100mg VO 12/12h - SMZ + TMP 400/80mg 2 cp 12/12h -*Cefalexina (via oral); * Cefalotina ou cefazolina não será liberada para tratamento endovenoso no HRMS <p>MRSA: <i>Staphylococcus aureus</i> resistente à oxacilina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 30mg/kg/dia em 2 doses ou - Teicoplanina 400mg IV 12/12h - Daptomicina 4mg/kg/dia IV - Ceftaroline 600mg 12/12h IV - SMZ + TMP - Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h

Infecções de Pele – Coleta de culturas são recomendadas para identificar <i>S.aureus</i> ou <i>Streptococcus B-hemolítico</i>		Observações
Doença	Tratamento de Escolha	Observações
Agentes mais Comuns		
ERISIPELA	<ul style="list-style-type: none"> • Para erisipela e celulite, culturas não são recomendadas de rotina, exceto em pacientes graves e imunossuprimidos (preferência para as biópsias ou como alternativa, aspirado de lesão); • Tratamento para erisipela ou celulite limitada até 5 dias, devendo ser prorrogado conforme evolução. Amb: Amoxicilina 500mg q8h ou amoxicilina-clavulanato 500 mg VO 8/8h Internado: <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina – clavulanato 1g IV 8/8h ou • Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h alérgicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se suspeita de MRSA: <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 30mg/kg/dia em 2 doses ou - Teicoplanina 400mg IV 12/12h - Daptomicina 4mg/kg/dia IV - SMZ + TMP - Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h - Ceftarolina 600mg 12/12h IV
CELLULITE NÃO PU- RULENTA	<ul style="list-style-type: none"> • Amb: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina 500 mg a 1g q 6h 5 a 7 dias. • Internado: <ul style="list-style-type: none"> • Oxacilina 2g EV q 4h, 7 dias ou • Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h 	<ul style="list-style-type: none"> • Se suspeita de MRSA: <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina 30mg/kg/dia em 2 doses ou - Teicoplanina 400mg IV 12/12h - Daptomicina 4mg/kg/dia IV - SMZ + TMP - Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h Obs.: Cefaroline 600mg 12/12h IV Infecções graves com fatores de risco para multirresistência: <ul style="list-style-type: none"> - Vancomicina ou Teicoplanina + piperacilina-tazobactam (4,5g IV 6/6h ou Imipenem 500mg IV 6/6h ou Meropenem 1g IV 8/8h - Dose dobrada para meropenem 2g 8/8h quando em associação com Polimixina B 25000UJ/kg/dia 12/12h ou Polimixina E 300mg ataque e 150mg 12/12h OU 8/8h. Obs.: Corticoides sistêmicos (prednisona 40mg/dia) podem ser utilizados por 7 dias podendo ser considerados em não diabéticos adultos com celulite (recomendação fraca a moderada).

Infecções de Pele – Coleta de culturas são recomendadas para identificar S.aureus ou Streptococcus B-hemolítico			
Doença	Agentes mais Comuns	Tratamento de Escolha	Observações
CELLULITE RECORRENTE		<ul style="list-style-type: none"> • Opções: penicilina benzatina a cada 2 a 4 semanas, enquanto os fatores predisponentes persistirem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e tratar condições predisponentes (edema, obesidade, eczema, insuficiência venosa); • Antibioticoprofilaxia deve ser considerada em paciente com 3 a 4 episódios de celulite por ano apesar das medidas de controle para fatores de risco.
INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO		<p>-Coleta de cultura, dar preferência por biópsia OU punção;</p> <p>- Tratar conforme perfil microbiológico do setor</p> <p>- Empírico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Oxacilina 2g IV 4/4h se MSSA; 2) Clindamicina EV 600mg 6/6h OU 900mg 8/8h, SMZ + TMP, Vancomicina ou Teicoplanina (para suspeitas de Ca - MRSA); 3) Daptomicina, Linezolida ou ceftarolina para pacientes com suspeita de MRSA; 4) ISC em axila, gastrointestinal, perineal ou trato genital feminino devem receber cobertura para bactérias gram-negativas e anaeróbios; 5) Pacientes graves devem receber empiricamente cobertura ampliada: vancomicina ou teicoplanina + Imipenem ou meropenem associado ou não a polimixina B ou E. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira escolha: remoção de sutura + incisão e drenagem - Antibiototerapia sistêmica de rotina não está recomendada, exceto se: eritema e endurecimento maior que 5 cm, T > 38,5°C, FC > 110bpm ou leucocitose > 12000. - ISC após cirurgias limpas de tronco, cabeça e pescoço ou extremidades que apresentem sinais sistêmicos devem receber curto período de antibiótico sistêmico.

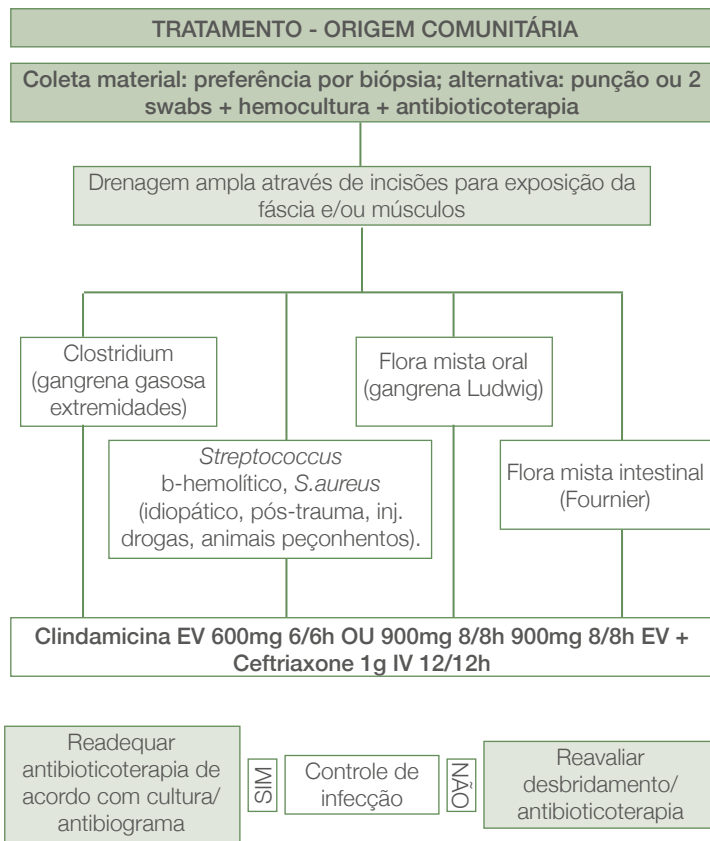
Legenda: *Cefalotina, cefalexina não serão liberados no HRMS para tratamento, exceto nos casos indicados (gestantes e crianças e ITU em gestantes ou casos pontuais discutidos com o SCIH)

SMZ+TMP E clindamicina são opções para tratamento de Ca- MRSA

INFECÇÕES NECROTIZANTES			
TIPO	AGENTE USUAL	CAUSAS PREDISPONENTES	QUADRO CLÍNICO
Celulite clostrídica	<i>Clostridium perfringens</i>	Trauma local ou cirurgia	Gás na pele, fáscia poupada, pouca repercussão sistêmica
Gangrena gasosa clostridial ou mionecrose	<i>C. perfringens</i> , <i>C. histolyticum</i> , <i>C. septicum</i>	Trauma, injeções de epinefrina, neutropenia	Mionecrose, formação de gás, toxicidade sistêmica, choque
Celulite anaeróbia não clostrídica	Flora mista aeróbia e anaeróbia	Diabetes	Gás nos tecidos
Fasciíte Necrotizante Tipo 1	Flora mista anaeróbia, Gram-negativo e enterococos	Cirurgia, DM, doença vascular periférica	Destruição de gordura e fáscia; envolvimento da área perineal na Síndrome de Fournier
Fasciíte Necrotizante Tipo 2	<i>Streptococcus</i> grupo A	Feridas penetrantes, procedimentos cirúrgicos, queimaduras, trauma.	Toxicidade sistêmica, dor local intensa, gangrena, choque, falência múltiplos órgãos.

INFECÇÕES NECROTIZANTES: evidência de infecção grave ou não controlada é a manutenção da dor, aumento da hiperemia e persistência da febre, taquicardia, agitação e instabilidade hemodinâmica.

Fascíte Necrotizante – Fluxo de atendimento



ORIGEM HOSPITALAR: Vancomicina 30mg/kg ataque e após 20mg/kg 12/12h ou teicoplanina 6mg/kg 12/12h + imipenem 500mg IV 6/6h ou meropenem 1g IV 8/8h associado ou não à Polimixina B ou E

Pé de Diabético

Estadiamento da gravidade da lesão	
Manifestações clínicas	Gravidade da infecção
Ferida sem purulência ou sinais de inflamação	Sem infecção
Presença de ≥ 2 manifestações de inflamação (purulência, ou eritema, dor, calor, ou induração), com celulite/eritema ≤ 2 cm à volta da úlcera e infecção limitada à pele ou tecido subcutâneo superficial, sem outras complicações locais ou manifestações sistêmicas	Leve
Sinais de infecção, como no anterior, com presença de ≥ 1 dos seguintes: celulite com > 2 cm, linfangite, extensão para além da fascia superficial, abscesso profundo, gangrena, envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso num doente sem manifestações sistêmicas, metabolicamente estável	Moderada/Grave
	Úlcera com exposição simples (osso, tendão, músculo ou articulação) Abscesso, artrite séptica ou osteomielite)
Sinais de infecção, como nos anteriores, com presença de toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (e.x. febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave ou azotemia)	Severa

Fonte: Duarte N., Gonçalves, A. Artigo de Revisão: Pé diabético. Angiologia e Cirurgia Vascular. Pág.74. Vol.07, n.2. Junho de 2011.

PÉ DE DIABÉTICO				
Classificação por Gravidade (ver quadro abaixo estadiamento da gravidade da infecção).	Agentes mais Comuns	Tratamento de Escolha	Tratamento Alternativo	Considerações
Infecções leves 1	Predomínio dos cocos Gram-positivos: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus B</i> -hemolítico do grupo B, A, C, G de Lancefield	Tratamento ambulatorial Amoxicilina-clavulanato VO 875/125mg 12/12h Conduita: Reavaliar em 48h. Tempo de tratamento: 1 a 2 semanas, até 4 semanas	Cipro 500mg VO de 12/12h OU SMZ+ TMP 2cp VO 12/12h OU Clindamicina VO 450mg 8/8h.	Cultura de lesão: obrigatória. A coleta do material para cultura deve ser de tecido profundo. Como alternativa a coleta do material após limpeza da úlcera com soro fisiológico e curetagem da borda profunda é melhor que a coleta superficial.
Infecções moderadas 2	Polimicrobiano - Cocos Gram-Positivos E Bacilos Gram-Negativos (<i>Proteus mirabilis</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella Pneumoniae</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , entre Outros), Anaeróbios (<i>Bacteroides spp</i> e <i>Peptostreptococcus</i>)	Regime de internação Cipro 400mg EV 12/12h + Clindamicina 600mg EV 6/6h OU 900mg 8/8h OU Tazocin 4,5g EV 6/6h Tempo de tratamento: 4 a 6 semanas, 12 semanas se ostemielite.	Miconose, formação de gás, toxicidade sistêmica, choque	Para isolar bactérias anaeróbias são necessários coleta de material profundo, transporte ágil e adequado para isolar o agente em até 75% a 90% dos pacientes.
Infecções severas 3 (ameaçam a vida)	Polimicrobianas - cocos Gram-negativos e positivos, anaeróbios e aeróbios ou apresentam germes resistentes a diversos antibióticos (<i>Staphylococcus metilcrina</i> -resistente, <i>Pseudomonas</i> , <i>Enterococcus</i>).	Regime de internação Imipenem 500mg EV 6/6h OU Meropenem 1g EV 8/8h + Linezolid 600mg EV 12/12h OU Vanco 15mg EV 8/8h Tempo de tratamento: 4 a 6 semanas, 12 semanas se ostemielite.		Readequar antibioticoterapia conforme resultado de cultura.

Tratamento de infecção oportunista do HIV/SIDA

DOENÇA	TRATAMENTO
<p>CRÍPTOCOCOSE</p> <p>Fatores de pior prognóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Leucócitos <20 células/ μL de líquor · Alteração estado mental · Hipertensão intracraniana · Título de látex para <i>Cryptococcus sp</i> > 1:1024 líquor <p>Realizar sempre punção lombar salvo nas contraindicações</p> <p>Manejo da hipertensão intracraniana secundária a doença criptocócica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a pressão de abertura líquórica for superior a 25 cm H₂O e estiverem presentes sinais de edema cerebral, esta deve ser reduzida em 50% da pressão inicial por meio de punção lombar de alívio (normalmente com retirada de 20 a 30 mL de líquor). • A PL de alívio deve ser repetida diariamente até a estabilização da pressão intracraniana (PIC). • Na presença de PIC estável e normal em duas aferições consecutivas, recomenda-se punção lombar semanal para monitoramento de resposta terapêutica. • Se a PIC se mantiver persistentemente elevada após duas semanas de PL diária, considerar a abordagem neurocirúrgica para derivação líquórica. • Manitol ou acetazolamida não devem ser utilizados no manejo de HIC secundários a criptococose. 	<p>INDUÇÃO – 2 SEMANAS</p> <p>Anf B desoxicolato 0,7 a 1 mg/kg/dia</p> <p>Pode-se prolongar a fase de indução em pacientes comatosos ou com deterioração clínica, PIC persistentemente elevada, cultura líquórica positiva após as duas semanas de terapia +</p> <p>Fluconazol 800 mg/dia</p> <p>CONSOLIDAÇÃO – 8 SEMANAS</p> <p>Fluconazol 400 a 800 mg/dia.</p> <p>MANUTENÇÃO mínimo por 6 meses – indicado até que o paciente esteja assintomático e Lt -CD4+ > 200</p> <p>1º Opção: Fluconazol 200 mg/dia.</p> <p>2º Opção: Anf B desoxicolato**</p> <p>1 mg/kg/semana</p> <p>Outros tratamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes da anfotericina - SF0,9% + KCl 19,1% em 2 a 4 horas. - Após a administração da anfotericina - dieta rica em potássio e suplementação com cloreto de potássio (KCl) oral 8mEq duas vezes ao dia. - manter monitoramento: Dosagem de Cr, U, Na, K séricos pré-tratamento e duas vezes por semana durante tratamento. <p>Hemograma pré-tratamento e uma vez por semana durante tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A aferição da pressão de abertura líquórica deve ser realizada ao diagnóstico e sempre que houver sinais de deterioração clínica, preferencialmente por raquimanometria.

Tratamento de infecção oportunista do HIV/SIDA

DOENÇA	TRATAMENTO
<p>NEUROTOXOPLASMOSE (NTX) É a causa mais comum de lesões neurológicas focais com efeito de massa em pacientes com LT-CD4+ < 200 células/mm³</p> <p>TC de crânio - lesões cerebrais múltiplas, hipodensas, com reforço anelar de contraste e edema perilesional, localizando-se preferencialmente em gânglios da base</p>	<p>Esquema de escolha seis semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulfadiazina 500 mg - 6/6h <ul style="list-style-type: none"> peso < 60 kg - 1.000 mg peso ≥ 60 kg - 1.500 mg <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pirimetamina 25 mg – 200 mg no 1º dia, seguido de <ul style="list-style-type: none"> peso < 60kg - 50 mg/dia peso ≥ 60 kg – 75 mg/dia <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ácido fólico - 15 mg/dia por. <p>Para pacientes com alergia a sulfas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clindamicina 600 mg 6/6h - oral ou endovenosa <p>+</p> <p>pirimetamina e ácido fólico nas doses acima</p> <p>Outra alternativa: SMZ+TMP - dose de 25 mg/kg de sulfametoxazol duas vezes por dia, endovenosa ou oral.</p> <p>Terapia de manutenção - Após o período de tratamento manter profilaxia secundária</p> <p>Outros tratamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - corticosteroides nos casos de edema cerebral difuso e/ou intenso efeito de massa (desvio de linha média, compressão de estruturas adjacentes). - Não se indica o uso profilático de anticonvulsivantes.

Tratamento de infecção oportunista do HIV/SIDA

DOENÇA	TRATAMENTO
<p>PNEUMOCISTOSE</p> <ul style="list-style-type: none"> - A radiografia de tórax pode ser normal em até ¼ dos casos de PCP; nessa situação, a TC pode revelar atenuação pulmonar em vidro fosco - Ocorre na maioria em pacientes com contagem de LT-CD4+ < a 200 células/mm³. - Febre, tosse seca e dispneia progressiva. Fadiga e perda de peso também são sintomas frequentes - O achado radiográfico mais típico - infiltrado intersticial peri-hilar e simétrico. - Pneumatoceles e pneumotórax também podem ser observados. - Infiltrados apicais bilaterais são apresentações comuns de PCP em pacientes em uso de pentamidina inalatória profilática. - Apresentação do SMZ+TMP : Ampola – 400 mg/80 mg Comprimido - 400 mg/80 mg Suspensão (5 mL) - 400 mg/80 mg <p>Achados sugestivos de pneumocistose</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm³ ou sinais clínicos de imunodepressão grave, como candidíase oral 2. Dispneia progressiva aos esforços 3. Presença de febre, taquipneia e/ou taquicardia ao exame físico 4. Radiografia de tórax normal ou infiltrado pulmonar difuso, peri-hilar, simétrico 5. Desidrogenase láctica (DHL) sérica elevada 6. Hipoxemia em repouso ou após esforço 7. Ausência de uso ou utilização irregular de quimioprofilaxia para PCP. 	<p>Pneumonia leve a moderada (PaO₂ ≥ 70 mmHg) - VO</p> <ul style="list-style-type: none"> - SMZ+TMP 6/6 ou 8/8h - 15-20 mg de trimetoprima/kg/dia por 21 dias. - Para intolerância à sulfá - clindamicina 300 de 6/6h mg oral + primaquina 15-30 mg oral uma vez ao dia por 21 dias. <p>Pneumonia moderada a grave (PaO₂ < 70 mmHg) - EV</p> <ul style="list-style-type: none"> mudar para VO após melhora clínica. SMZ+TMP 5 mg/kg de trimetoprima de 6/6h ou 8/8h endovenosa por 21 dias. <p>Regimes alternativos em caso de intolerância à sulfá: Clindamicina 600 mg endovenosa 6/6h ou 8/8h + primaquina 15-30 mg oral uma vez ao dia.</p> <p>Uso de corticosteroides na pneumocistose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indica-se a associação de corticosteroides ao tratamento de PCP nos casos de PaO₂ < 70 mmHg em ar ambiente ou gradiente alvéolo-capilar > 35 mmHg. - Prednisona 40 mg oral duas vezes ao dia por 5 dias, diminuindo pela metade a cada 5 dias até completar os 21 dias de tratamento. Alternativamente, pode-se utilizar metilprednisolona EV equivalente a 75% da dose da prednisona.

Tratamento de infecção oportunista do HIV/SIDA

DOENÇA	TRATAMENTO
DOENÇA POR CMV 80% dos casos são observados em pacientes com LT-CD4+ inferiores a 50 células/mm ³ Retinite por CMV CMV no aparelho digestivo Apresentação amp ganciclovir – 500mg/10 ml	Terapia de escolha Ganciclovir 5 mg/kg 12/12h por 14 a 21 dias. Alternativamente, recomenda-se foscarnet 60 mg/kg 8/8h ou 90 mg/kg a cada doze horas, por 14 a 21 dias Terapia de manutenção - Ganciclovir 5 mg/kg/dia ou, alternativamente, foscarnet 90 mg/kg/dia. A interrupção da profilaxia secundária deve ser considerada para pacientes com elevação sustentada da contagem de LT-CD4+ > 100-150 células/mm ³ durante pelo menos 6 meses de TARV

Tratamento de infecção oportunista do HIV/SIDA

HISTOPLASMOSE

Pessoas com LT-CD4+ > 300 células/mm³ geralmente apresentam manifestações limitadas ao aparelho respiratório. Pneumonia é a principal forma de apresentação, sendo o infiltrado pulmonar reticulo-nodular difuso a apresentação radiológica mais característica. Imunodeprimidos graves (LT-CD4+ < 150 células/mm³) apresentam risco mais elevado de evolução para histoplasmose disseminada, sendo os principais sinais e sintomas dessa forma clínica: febre, perda de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, alterações pulmonares e lesões mucocutâneas numerosas, que se iniciam como pápulas, progredindo para pequenos nódulos umbilicados e úlceras. O achado de pancitopenia é frequente, sendo menos comum o comprometimento osteoarticular, gastrointestinal e do sistema nervoso central.

Forma moderada a grave:

Tratamento inicial – 2 semanas
Anfotericina B desoxicolato - 0,7 a 1 mg/kg/dia (totalizando cerca de 35 mg/kg de peso), deve ser prolongado para seis semanas em pacientes com lesão no sistema nervoso central. As formulações lipídicas de anfotericina B na dosagem de 3 mg/kg de peso/dia são menos tóxicas e uma maior eficácia terapêutica é atribuída principalmente nas formas graves.

Consolidação - pelo menos 12 meses
Itraconazol 100 mg/cp - 200 mg 2x ao dia, após este período fase de manutenção (profilaxia secundária) em pacientes com cura clínica e sem sinais radiológicos e sorológicos de doença ativa.

Manutenção (tempo indeterminado)
Itraconazol 200 mg/dia. Considerar a suspensão após o período mínimo de um ano de tratamento de manutenção, ausência de sintomas e LT-CD4+ > 150 células/mm³, estável por mais de seis meses.

Forma leve a moderada (não meníngea)

Tratamento inicial (até melhora clínica)
itraconazol 200 mg três vezes ao dia;

Consolidação - pelo menos 12 meses
itraconazol 200 mg duas vezes ao dia;

1. Manutenção (tempo indeterminado)
2. itraconazol 200 mg/dia. Considerar a suspensão após um tempo mínimo de um ano de tratamento de manutenção, a ausência de sintomas e LT-CD4+ > 150 células/mm³, estável por mais de seis meses.
3. Nos casos de formas leves a moderadas, o fluconazol pode ser considerado uma alternativa para tratamento inicial e/ou consolidação, devendo ser administrado em dose de 600 mg/dia inicialmente e 400 mg/dia após melhora clínica.

Lt -CD4+ - valor de referencia é em células/mm³

anfotericina está relacionado a maior toxicidade que o fluconazol*PIC – Pressão intracraniana

Tratamento de infecções virais

<p>CMV</p>	<p>GANCICLOVIR: Indução: 5 mg/kg 12/12 h por 14 dias Manutenção: 5 mg/kg 1 x ao dia ou 6 mg/kg 1 x ao dia 5x semana Ajustar a dose para função renal Neutropenia pode responder com fator estimulador de granulócitos Colite,esofagite,gastrite graves, doença neurológica, PN GRAVE – 14 a 21 dias</p> <p>VALGANCICLOVIR: apresentação 450 mg e solução 50 mg/ml Dose adulto: indução 900 mg VO 12/12 h manutenção: 900 mg dia Classe C para gestantes – teratogênico Ajustar dose para função renal Colite, esofagite, gastrite, PN leve – 900 mg a cada 48h durante 14 a 21 dias Manter pós-tratamento 900 mg/dia até CD4 >100</p>
<p>Herpes tipo 1 e 2</p>	<p>Paralisia Bell Escolha: Prednisona 1 mg/kg 12/12h x 5 dias, Depois 5mg 12/12h por 5 dias – total 10 dias. Alternativa: prednisona dose acima + Valaciclovir 500 mg 12/12h por 5 dias</p> <p>Encefalite 10 mg/kg c/8h 14 a 21 dias Até 20 mg/kg c/8h em crianças < 12a . Em obeso usar peso real</p> <p>Herpes genital Episódio inicial - ACICLOVIR 400 mg VO 3x ao dia por 7 a 10 dias ou VALACICLOVIR 1000 mg VO 12/12 h 7 a 10 dias Episódio recorrências episódicas - ACICLOVIR 800 mg VO 3x ao dia por 2 dias ou 400 mg VO 3X dia 5 dias ou VALACICLOVIR 500 mg VO 12/12 h por 3 dias ou 1 g VO 1 ao dia durante 5 dias Supressão crônica diária (Isto é > 6 recorrecncias/ano) – aciclovir 400 mg vo de 12/12h ou valaciclovir 1 g vo 24/24h Gengivoestomatite primária em crianças Aciclovir 15 mg/kg VO 5x ao dia durante 7 dias</p> <p>Herpes labial Hospedeiro normal – Aciclovir 400 mg VO 4/4h durante 5 dias(horário em que esta acordado) ou Valaciclovir 2 g vo 12/12h 1 dia + Tópico penciclovir creme 1% 2/2h durante 4 dias Aciclovir 5% de 3/3 h (6x ao dia) por 7 dias</p> <p>Herpes oral labial Hospedeiro imunocomprometido Aciclovir 5 mg/kg 8/8h 7 dias Ou 400 mg vo de 5x dia durante 14 a 21 dias OU Valaciclovir 500 mg VO 2x ao dia 5 ou 10 dias</p>

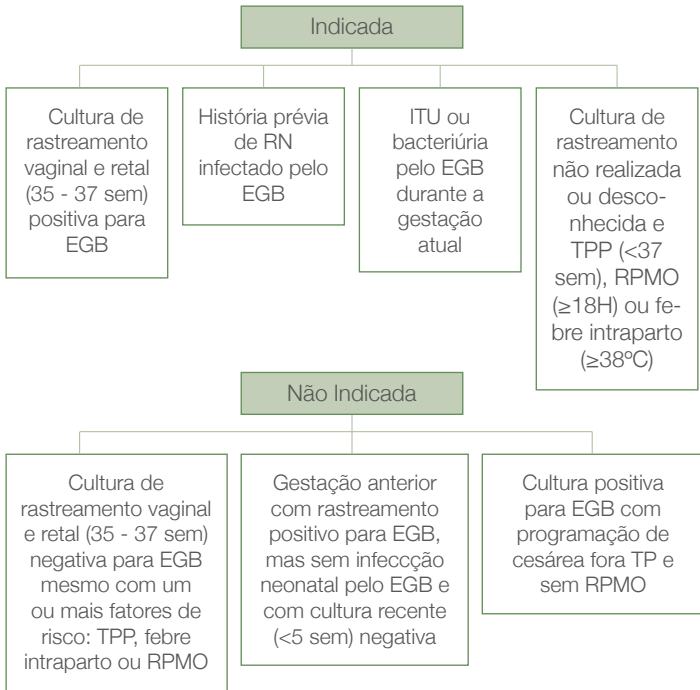
Tratamento de infecções virais

Vírus varicela zoster	Hospedeiro normal Crianças 2 a 12 anos 20 mg /kg vo 4x /dia por 5 dias ou Valaciclovir 20 mg/kg 3x ao dia por 5 dias
	Adolescentes, adultos jovens Valaciclovir 1 g VO 3 x ao dia durante 5 a 7 dias
	Pneumonia ou varicela no 3º trimestre de gravidez Aciclovir 800 mg VO 5 x ao dia ou 10 mg EV 5 dias
	Hospedeiro imunocomprometido não grave Aciclovir 800 mg vo 5 x ao dia por 7 dias OU Valaciclovir 1 g VO 3x ao dia por 7 dias
	Hospedeiro imunocomprometido grave > 1 dermatomo, nervo trigêmeo ou disseminado Aciclovir 10 mg a 12 mg/kg 8/8h 7 a 10 dias . Em idosos 7,5 mg/kg e no caso de melhora reduzir 5 mg/kg 8/8h

Profilaxia para *Streptococcus*

do grupo B Antibioticoterapia Profilática

Rastreamento do estreptococo do grupo B (swab retal e vaginal):
solicitar para todas as gestantes entre 35 e 37 semanas



Esquema padrão para profilaxia de EGB		
Trabalho de Parto Prematuro e Rotura Prematura das Membranas		
<i>Mais eficaz se for iniciada pelo menos 4h antes do parto.</i>		
Droga de Escolha	Penicilina Cristalina	5 mi UI, EV, no início trabalho de parto, seguidos de 2,5 miUI, EV, q 4h, até o nascimento.
Alternativa	Ampicilina	2g, EV, no início do trabalho de parto, seguido de 1g, EV, q 4h, até o nascimento.
Se a paciente for alérgica à Penicilina:		
Droga de Escolha – se não há risco de anafilaxia	Cefazolina	2g de ataque e 1g EV q4h até nascimento.
Droga de Escolha – se há risco de anafilaxia	Clindamicina	900mg, EV, q8h, até nascimento.

Gestantes com Rotura Prematura das Membranas		
(Após 48h sem sinais de infecção e até 34 sem de IG)		
<i>Pacientes longe do termo em que se opte por tratamento conservador, o uso de antibióticos diminui a morbidade neonatal e o risco de corioamnionite, e aumenta o período de latência seja no prolongamento da gestação em 48 horas ou em 7 dias.</i>		
Primeiras 48 horas	Ampicilina +	2g, EV, q6h
	Azitromicina	500 mg, EV, por dia
Por + 5 dias	Amoxicilina +	500 mg, VO, q8h
Por + 3 dias	Azitromicina	1g, VO, por dia

Infecções na Gestação

Infecção	Terapêutica	Observações
ENDOMETRITE/ ENDOMIOMETRITE	clindamicina 900mg ev 8\8h + gentamicina 3mg\kg (Max. 240mg) EV uma vez ao dia; ou • Ampicilina 3g EV6\6h + gentamicina 3mg\Kg (Max. 240mg) EV uma vez ao dia + metronidazol 500mg EV 8\8h • Manter ATB até 3 dias do desaparecimento dos sintomas - ausência de melhora em 48 H contactar SCIH - Febre puerperal persistente, a despeito da antibioticoterapia, associada a dor abdominal mal localizada, sugere tromboflebite pélvica séptica.	
Mastite puerperal - 7 a 14 dias	Tratamento ambulatorial 1ª Opção • Cefalexina — 500 mg por via oral a cada 6 horas. Quando há suspeita de anaeróbio associar Metronidazol - 500 mg VO 8/8 h Para pacientes alérgicas a cefalosporinas • Clindamicina — 300 mg VO 6/6 h Tratamento hospitalar - Casos graves, que necessitam de drenagem cirúrgica 1ª Opção • Oxacilina - 1 g a 2 g VO 4/4h. Quando há suspeita de anaeróbio associar : Metronidazol 500 mg EV 8/8h Para pacientes alérgicas • Clindamicina - 600 mg VO 6/6 h	
ITU	Ambulatorial ITU baixa ou bacteriúria assintomática 1ª escolha: 7 a 10 dias - Nitrofurantoína 100mg 6/6h • 2ª escolha: - Cefalexina 500mg VO 6/6h Pielonefrite Tratamento hospitalar • 1ª escolha - Ceftriaxone 1g ev 12/12h • 2ª escolha - Ampicilina 1G ev 6/6h	

Infecções na Gestação

<p>HIV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento medicamentoso no pré-natal: TDF + 3TC - 1 cp VO 1 vez ao dia Raltegravir 400mg - 1 cp VO 12/12h <p>MAE HIV assintomáticas: - CD4 > 350c1s/mm³; - Iniciar após 14ª semana de gestação; - manter TARV após o parto</p> <p>Mães com diagnóstico tardio: - iniciar imediatamente</p> <p>Mães HIV com Repercussão clínica e/ou imunológica: - início imediato da TARV - independente da IG - Sintomáticas ou assintomáticas com CD4 < 350c1s/mm³ - profilaxia para infecções oportunistas se CD4 < 200c1s/mm³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carga viral(PCR) linfócitos TCD4: repetir 4 sem após início ARV e após 34 sem. - TARV na presença de qualquer fator que leve a disfunção placentária, devido ao possível aumento do risco de transmissão vertical, como a presença de sífilis e o uso de drogas.
<p>Profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto (frasco-ampola de AZT 200mg/20 ml - 10 mg/ml).</p>	<p>ver página 230 e 231</p>	

Infecções na Gestação

Abortamento infectado	Metronidazol 500mg-1g, IV, 6/6 h ou Clindamicina 600mg EV 6/6h ou 900mg IV 8/8 h + gentamicina 5mg/Kg ev dose única diária) Ou Ampicilina sulbactam 3,5 g ev de 6/6hs	
Pneumonia	Tratamento ambulatorial 1- Amoxicilina 500-1000mg via oral de 8/8 horas por 10 a 14 dias OU 3- Azitromicina 500mg ao dia por 7 a 10 dias Tratamento hospitalar - Ceftriaxone 1 g EV dia associado ou não a Azi tromicina 500 mg/EV dia	Os agentes mais frequentes costumam ser os mesmos da pneumonia comunitária na não gestante:
Malária	Ver tratamento de malária	
Hanseníase	Ver tratamento de hanseníase	Os medicamentos Para esta doença são Categoria C de risco para a gestação. As normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase preconizam o tratamento e a amamentação, por entender que os benefícios superam os riscos. Entretanto, recomenda-se muita atenção na observação dos efeitos adversos para a mãe e o Conceito, bem como possíveis exceções para Casos de gravidez de risco, em uso de outras medicações em casos paucibacilares. Os casos multibacilares devem ser tratados sempre.

Infecções na Gestação

Toxoplasmose	<p>Infecção antes da 30ª semana: Espiramicina na dose de 1g (3.000.000 UI) de 8/8h VO continuamente até o final da gravidez.</p> <p>Infecção após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento: Pirimetamina 25mg de 12 / 12 h VO +</p> <p>Sulfadiazina 1.500mg de 12 / 12 h VO + e ácido fólico 15mg/dia (este</p> <p>imprescindível para prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina)</p>	<p>A espiramicina não atravessa a barreira placentária, tendo efeito de impedir ou retardar a passagem do <i>Toxoplasma gondii</i> para o feto, diminuindo ou evitando o acometimento do mesmo. Portanto, não está indicada quando há certeza ou mesmo probabilidade muito grande de infecção fetal (como quando a gestante adquire a infecção após a 30ª semana). Nesses casos, está indicado o tratamento triplice, que atua sobre o feto.</p>
CMV	Não há tratamento específico	
Rubéola	Não há tratamento específico	
Tuberculose	<p>Ver tratamento de TB – pág 230 e 231</p> <ul style="list-style-type: none"> • A piridoxina deve ser acrescentada, em razão das necessidades crescentes na gestação. 	
Sífilis	Ver capítulo de sífilis	
Herpesvirus	<p>primoinfecção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir 400mg VO de 8/8h por 7 a 10 dias. - Pode ser considerada a profilaxia periparto por 10 dias, a partir da 36ª semana com 400mg 3 x/dia se ocorreu a primo-infecção na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional. 	
Hepatite B	Contactar o infectologista	

QUIMIOPROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV PARA OS CASOS DE MÃES QUE NÃO USARAM ARV DURANTE GESTAÇÃO

Esquema de quimioprofilaxia neonatal preconizado:

ARV	Posologia	Duração
AZT + NPV	AZT: 4 mg/Kg/dose, via oral, a cada 12h*	6 semanas
	NVP: Peso de nascimento 1,5 a 2 Kg: 8mg (0,8mL)/dose, via oral Peso de nascimento >2Kg: 12mg (1,2mL)/dose, via oral	1ª dose nas primeiras 48h de vida 2ª dose 48h após a 1ª dose 3ª dose 96h após a 2ª dose

* Posologia para neonatos com ≥ 35 semanas de idade gestacional.

Situações especiais:

- a) Se o recém nascido tiver idade gestacional menor que 35 semanas OU peso de nascimento menor que 1,5Kg, a quimioprofilaxia para o HIV indicada é APENAS com AZT por 6 semanas;
- b) Em casos de recém-nascidos em estado grave, que não podem receber dieta ou medicamento por via oral ou sonda orogástrica até 48h de vida, a quimioprofilaxia indicada é APENAS o AZT intravenoso, na dose de 1,5mg/KG/dose a cada 6h, mesmo que a mãe não tenha recebido ARV na gestação.

PAC Pediatria

Pneumonia Adquirida na Comunidade

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ETIOLÓGICO – PN BACTERIANA

- Febre, dispneia e taquipneia;
- < 3 anos: considerar T > 38,5°C, FR > 50 e tiragem;
- Coletar hemocultura de toda criança que necessite de internação;
- Coletar líquido pleural para diagnóstico sempre que possível;

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO

- Hipoxemia: SatO₂ < 92%;
- Família sem condições de cuidar apropriadamente em casa;
- Em lactentes, FR > 70ipm, dispneia, apneia, gemência, ou dificuldade alimentação;
- Crianças maiores: FR > 50 ipm, dispneia, gemência ou sinais de desidratação.

IDADE	ETIOLOGIA
RN a 21 dias	Estreptococo do grupo B Bactérias gram-negativas entéricas Citomegalovírus <i>Listeria monocytogenes</i>
21 dias a 3 meses	<i>Chlamydia trachomatis</i> Vírus Sincial Respiratório <i>Parainfluenza</i> tipo 3 <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>S. aureus</i>
4 meses a 4 anos	Vírus Sincial Respiratório, parainfluenza, influenza vírus, adenovírus, rinovírus <i>S.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> <i>Mycoplasma penumoniae</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
5 anos a 15 anos	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

TRATAMENTO			
FAIXA ETÁRIA	TRATAMENTO AMBULATORIAL	INTERNAÇÃO Sem imagem lobar nem derrame pleural	INTERNAÇÃO Sepse, e/ou infiltrado alveolar, e/ou derrame pleural
RN a 21 dias	Internar	Ampicilina (ou P. Cristalina) + Gentamicina (7,5mg/kg/dia, d.u.) ou Amicacina (15mg/kg/dia, d.u.). 7-10 dias.	Ampicilina (ou P. Cristalina) + Gentamicina ou Amicacina. 7-10 dias.
21 dias a 3 meses	Afebril: Azitromicina VO 20mg/kg/dia por 5 dias; Claritromicina VO 15mg/kg/dia q 12h por 10 dias.	Afebril: Claritromicina EV 15mg/kg/dia q 12h por 14 dias. Febriil: Associar à Claritromicina uma Cefalosporina de 3º geração.	Cefalosporina de 3º geração. 10-14 dias.
4 meses a 5 anos	Amoxicilina 50-100mg/kg/dia q 8h, 7 dias.	Suspeita de Pn Viral: não dar ATM, apenas suporte. Suspeita de Pn Bacteriana: P. Cristalina 100.000 U/kg/dia q 4h EV ou Ampicilina 200mg/Kg/dia EV q 6h. 7-10 dias.	Cefalosporina de 2º geração (Cefuroxima 150mg/kg/dia EV q 8h) ou 3ºg. + Oxacilina (300mg/kg/dia q 6h). 10-14 dias.
5 anos a adultos jovens	Azitromicina 10mg/kg/dia no 1º dia e 5mg/kg/dia por mais 4 dias em 1 tomada VO diária ou Claritromicina 15mg/kg/dia VO q 12h, 7 dias.	Claritromicina 15mg/kg/dia EV q 12h. Se forte suspeita de infecção por bactéria gram+, associar P.Cristalina ou Ampicilina ou Oxacilina.	Cefalosporina de 2º geração (Cefuroxima 150mg/kg/dia EV q 8h) ou 3ºg. + Oxacilina. Associar Macrolídeo. 10-14 dias.

TRATAMENTO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO HOSPITALAR

Paciente com suspeita de ITU na UTI (febre +leucocitúria)

Colher urocultura e hemoculturas

Paciente grave? Choque ou disfunção orgânica

SIM

NÃO

Trocar SVD e Iniciar esquema de amplo espectro: aminoglicosídeo ou polimixina E considerar associação de drogas em pacientes críticos Na possibilidade de VRE (discutir Linezolida ou Daptomicina com o SCIH)

Trocar SVD e iniciar esquema: Aminoglicosídeo monoterapia

Após resultado das culturas, adequar esquema e manter por 10 dias se estiver com boa evolução. Em pacientes com complicações 14 dias a mais, dependendo da indicação clínica.

CANDIDÚRIA ASSINTOMÁTICA – ausência de sintomas clínicos, ausência de piúria e presença de urocultura positiva > 10.000 UFC/ml

Pacientes de alto risco:

1. Pré-operatório de cirurgia urológica;
2. Neutropênicos
3. Transplantados
4. Gestantes
5. Pré-operatório de colocação de prótese

Trocar a sonda e repetir urocultura após 48h da troca da sonda

Cultura positiva > 10.000UFC/ml

Indicado tratamento

Pacientes não pertencentes ao grupo de risco

Tratamento não indicado

CANDIDÚRIA ASSINTOMÁTICA – ausência de sintomas clínicos porém com piúria (> 10 Leuc/mm³)

Pacientes de alto risco:

1. Pré-operatório de cirurgia urológica;
2. Neutropênicos
3. Transplantados
4. Gestantes
5. Pré-operatório de colocação de prótese

Trocar sonda e indicar tratamento

Pacientes não pertencentes ao grupo de risco

Baixa contagem de leucócitos na urina

Baixa probabilidade

Alta contagem de leucócitos na urina

Discutir caso a caso a necessidade de tratamento

CANDIDÚRIA SINTOMÁTICA – presença de sintomas clínicos e piúria

Trocar a sonda ou retirar o mais breve possível

Indicar tratamento

TRATAMENTO PARA CANDIDÚRIA	
<i>Candida</i> sensível a azólicos	<i>Candida glabrata</i> ou R a azólicos
CISTITE	
Fluconazol VO 300 mg (3 mg / kg) por dia durante 2 semanas	AmB desoxicolato, 0,3-0,6 mg / kg por dia durante 1-7 dias
PIELONEFRITE	
fluconazol oral, 200-400 mg (3-6 mg / kg) por dia durante 2 semanas	AmB desoxicolato, 0,3-0,6 mg / kg por dia durante 1-7 dias

Alternativa

1. Anfotericina B 0,3mg/kg IV dose única
2. Cistite : Anfotericina B irrigação vesical: anfotericina B 50mg – diluída em 1l Água destilada 1000 ml EV 42 ml/h em sonda vesical de 3 vias nas 24 h por período de 48 à 72hs qdo *Candida* Resistente a fluconazol. Discutir com SCIH

Colite Pseudomembranosa

Sistema de pontuação da gravidade da colite pseudomembranosa e tratamentos recomendados

Classificação	Critério	Tratamento	Comentários
Doença leve a moderada	Diarreia mais quaisquer sinais ou sintomas adicionais que não atendam a critérios severos ou complicados	Metronidazol 500mg VO 3x por dia durante 10 dias. Se não puder tomar metronidazol, Vancomicina 125 mg VO 4x ao dia durante 10 dias	Se não houver melhoria em 5-7 dias, considerar a mudança para vancomicina 125 mg VO 4 x ao dia durante 10 dias
Doença grave	Albumina sérica <3g / dl mais uma das seguintes: leucocitos \geq 15.000 células / mm ³ , Abdome m flácido	Vancomicina 125 mg VO 4x ao dia durante 10 dias	Solicitar avaliação do cirurgião geral
Doença grave e complicada	Qualquer um dos sinais e sintomas abaixo: - Admissão em unidade de terapia intensiva devido colite pseudomembranosa - Hipotensão com ou sem uso obrigatório de vasopressores - Febre \geq 38.5 ° C - Dor ou distensão abdominal significativa - Alterações no estado mental - Leucocitos \geq 35.000 células / mm ³ ou <2.000 células / mm ³ - Níveis séricos de lactato > 2,2 mmol / l - Insuficiência de órgãos finais (ventilação mecânica, insuficiência renal, etc.)	Vancomicina 500 mg VO 4x ao dia e metronidazol 500 mg IV a cada 8 h, e vancomicina por via retal (diluir vancomicina 500 mg em 500 ml de solução salina como enema) 4 x ao dia	Consulta cirúrgica sugerida
Colite recorrente	Recorrente no prazo de 8 semanas após a conclusão da terapia	Repetição do regime de pulso de metronidazol ou vancomicina	Considerar Transplante de microbiota fecal após 3 recorrências

IMPORTANTE:

- Se um paciente tiver uma forte suspeita para colite pseudomembranosa, a terapia empírica deve ser considerada independentemente do resultado do teste laboratorial, pois os valores preditivos negativos são insuficientemente altos para excluir a doença nesses pacientes.
- Qualquer agente antimicrobiano iniciado deve ser interrompido, se possível, nos casos em que ocorrer o descarte da colite pseudomembranosa.

Infecção de Sítio Cirúrgico - ISC

Ginecologia/Obstetria

Avaliação Inicial

Avaliação sistêmica clínica e laboratorial	Coleta de material para bacterioscopia e cultura, nos casos exsudativos.	US de partes moles
---	---	---------------------------

	QUADRO CLÍNICO	TRATAMENTO	CONDUTAS
FORMA LEVE	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperemia e hipertermia local; • Ausência de comprometimento sistêmico. 	<p>Não está indicado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento ambulatorial; • Tratamento conservador da ferida.
CELLULITE ACOMETIMENTO DIFUSO E EXTENSO DO TECIDO CELLULAR SUBCUTÂNEO	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de comprometimento sistêmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina/Clavulanato (500 + 125 mg) 1 cp VO q 8h. <li style="text-align: center;">OU • Clindamicina 300 mg 1 cp VO q 6h ou 2 cp VO q 8h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento ambulatorial; • Tratamento conservador da ferida.
	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de comprometimento sistêmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina / Sulbactam (1g + 2g) 3g IV q 6h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internação; • Abordagem cirúrgica com remoção de tecido necrótico (envio para cultura).

FORMA PURULENTA/ EXSUDATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperemia e calor local; • Coleções teciduais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina / Sulbactam (1g + 2g) 3g IV q 6h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internação; • Abordagem cirúrgica para drenagem de coleções.
OELULITE E FASCEITE NECROTIZANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Acometimento difuso de subcutâneo e fáscia muscular, acompanhado de crepitação e necrose de extensa área tecidual. • Nos quadros graves ou de má evolução clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina + Tazobactam (4 + 0,5g) 4,5g IV q 6h. • Imipenem 500mg q 6h + Daptomicina 500mg (8mg/kg/dia) IV 1x/dia OU Teicoplanina 400mg q12h, por 3 dias, e seguir com 400mg/dia. OU Meropenem 1g IV q 8h + Teicoplanina 400mg q 12h, por 3 dias, e seguir com 400mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internação; • Abordagem cirúrgica para drenagem de coleções e desbridamento extenso.

Fazer reorientação da terapêutica após resultados de bacterioscopia e de culturas

TRATAMENTO EMPÍRICO DAS INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO - CIRURGIA GERAL

CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO
Infecções superficiais leves sem febre e sem celulite periincisional	Cuidados locais com sabonete líquido, manter limpo e aberto Presença de secreção purulenta o médico poderá enviar material para cultura, respeitados as orientações quanto a qualidade da coleta (ver páginas 322 e 323)
Infecções superficiais complicadas secreção purulenta abundante, celulite ou febre.	Meropenem 1 g EV de 8/8h e teicoplanina 6mg/Kg 12/12h ev por 72 horas 3 doses e após manter 6 mg/kg ev dia (dose média: 400mg a 600mg) Adequar esquema conforme resultado de cultura.
Falência de tratamento: discutir caso com o sobreaviso da CCIH	
Infecções profundas (órgão/ cavitário) Coletar material para cultura obrigatoriamente	Se infecção mais extensa com repercussão sistêmica: tratar paciente internado e antibiótico parenteral: Reavaliar tratamento conforme resultado de culturas, avaliar necessidade cirúrgica

Tratamento de casos suspeitos ou diagnosticados para *Candida SPP*

Diagnóstico	Primeira escolha	Observação
<p>CANDIDEMIA EM PACIENTES NÃO NEUTROPENICOS</p> <p>1- Tratamento mínimo 14 dias quando hemocultura negativa</p> <p>2- Tratamento mínimo de 14 dias após ultima amostra negativa descartando as complicações metastáticas</p> <p>3- Solicitar hemocultura diária ou a cada 2 dias quando positiva</p> <p>4- Proceder investigação da endocardite fúngica, candidíase hepatoesplênica e endoftalmite (este último na 1ª semana do diagnóstico)</p>	<p>Micafungina 100 mg/dia</p>	<p>-Fluconazol EV ou VO 800 mg (12 mg/kg) seguido de 400 mg (6 mg/kg) dia para pacientes não críticos e que não tem fator de risco para <i>Candida não-albicans</i></p> <p>- Usado para descalonamento nos diagnósticos de infecções causadas por <i>Candidas</i> sensíveis e após 5 a 7 dias do uso do antifúngico de primeira escolha e melhora clinica significativa e após negatificação da hemocultura</p> <p>Nos casos de <i>Candida krusei</i> o descalonamento pode ser feito com -Voriconazol 400 mg (6 mg/kg) 2x ao dia seguido de 200 mg (3 mg/kg) 2x ao dia</p> <p>-Remoção do cateter se a infecção for atribuída. Mas, a decisão deve ser individualizada</p>
<p>Candidíase hepatoesplênica</p>	<p>Anf B complexo lipídico 3–5 mg/kg dia ou micafungina 100 mg/dia</p>	<p>Tratamento prolongado até remissão total das lesões nos exames de imagem</p>

Tratamento de casos suspeitos ou diagnosticados para *Candida SPP*

<p>Paciente candidemia em UTI</p>		<p>Considerar na introdução do antifúngico os fatores de risco para candidíase invasiva.</p> <p>O <i>Candida</i> Score foi criado por Leon e colaboradores para avaliar a probabilidade de um paciente crítico apresentar uma infecção fúngica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia = 1 ponto • Nutrição parenteral = 1 ponto • Colonização por fungo multifocal = 1 ponto <p>Sepse = 2 pontos</p> <p>Pontuação máxima = 5 pontos Escore positivo quando > 2</p> <p>- Fluconazol 800-mg (12 mg/kg) seguido de dose de 400 mg (6 mg/kg) ao dia , é uma alternativa para pacientes que não foram expostos a ele e que não tem <i>Candida</i> espécie resistente ao Fluconazol</p>
<p>Candidemia em pacientes neutropênicos</p>	<p>Micafungina 100mg/kg dia</p>	<p>Alternativa: AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/dia</p>
<p>Candidíase infecções Ósseas e articulares: osteomielite</p>	<p>Fluconazol 400mg/dia OU 6mg por kg/dia</p>	<p>Alternativa: AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/dia durante várias semanas, seguido por fluconazol VO; OU Micafungina 100mg dia por várias semanas seguido de fluconazol VO. Desbridamento cirúrgico é necessário.</p>
<p>Candidíase infecções Ósseas e articulares: artrite séptica</p>	<p>Fluconazol 400mg/dia OU 6mg por kg</p>	<p>Alternativa: AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/dia durante várias semanas, seguido por fluconazol VO; OU Micafungina 100mg dia por várias semanas seguido de fluconazol VO. Desbridamento cirúrgico é necessário para todos os casos. Retirar prótese sempre que possível. Tratar no mínimo 6 semanas e indefinidamente caso se mantenha a prótese.</p>

Tratamento de casos suspeitos ou diagnosticados para *Candida SPP*

Endocardite	Micafungina 100 a 150mg/ dia mínimo por 6 semanas após a substituição da válvula e por mais tempo se complicação.	Alternativa: AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/kg dia OU AnfoB 0,6 a 1mg/kg dia. Pode-se substituir por fluconazol 400 a 800mg VO pacientes estáveis com hemocultura negativa e microrganismo sensíveis a fluconazol. Substituição da válvula é fortemente recomendada. Manter supressão prolongada com fluconazol com 400 a 800mg/ dia na endocardite em válvula nativa que não substituída. Manter supressão permanente em prótese valvar que não foi substituída.
Esofagite por Candida	Fluconazol 200 a 400mg OU 3 a 6 mg/kg dia por 14 a 21 dias.	Alternativa: Itraconazol 200mg/dia
Candidíase Orofaringea sem Aids	Nistatina solução oral 4x ao dia por 7 a 14 dias	Alternativa: fluconazol 100 a 200mg/dia nas doenças moderada/ grave.
Vulvovaginite sem Aids	Fluconazol 150mg 1x ao dia dose e/OU nistatina creme vaginal 100.000 UI/ 4g por 7 sete dias	
Infecção do Sistema Nervoso Central	AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/kg dia	Alternativa: Fluconazol 400 a 800mg (6 a 12mg/kg) EV ou VO. Recomendado retirada de dispositivo intraventricular.
Paroníquia	Clotrimazol/ OU Miconazol aplicação tópica 3 a 4x ao diapor 7 a 14 dias.	
Endoftalmite/ Coriorretinite	AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/kg dia. Considere AnfoB intravitrea 5 a 10mcg em 0,1ml OU voriconazol intravitreo 100mcg em 0,1ml quando a doença põe em risco a visão.	Alternativa: Voriconazol 6 mg/kg V) de 12/12h 2 doses, depois 4mg/kg VO/EV de 12/12h.

Tratamento de casos suspeitos ou diagnosticados para *Candida SPP*

Candidíase Neonatal	AnfoB 1mg/kg dia OU fluconazol 12mg/kg dia por 3 semanas.	Alternativa: AnfoB lipossomal 3 a 5 mg/kg dia. Punção lombar para descartar doença do SNC. Fundo de olho Retirada de cateter
Peritonite	Fluconazol 400mg VO dia durante 2 a três semanas.	Alternativa: AnfoB intraperitoneal contínua de 1,5mg/ml de líquido de diálise durante 4 a 6 semanas. Retirar cateter se não houver melhorar clínica de 4 a 7 dias.
Cistite Assintomática	NÃO TRATAR Indicado tratamento, exceto em casos de alto risco de disseminação: neonatos, pacientes neutropênicos, pacientes submetidos a procedimentos neurológicos. Tratamento é o mesmo indicado para cistite sintomática.	
Cistite Sintomática	Fluconazol 200mg/dia OU 3mg/kg/ dia durante 14 dias.	Alternativa: AnfoB 0,5mg/kg/dia por 7 a 10 dias para microrganismo resistentes ao fluconazol.
Pielonefrite	Fluconazol 200 a 400mg/dia OU 3 a 6mg/kg/dia durante 14 dias.	Alternativa: AnfoB 0,5mg/kg/dia por 7 a 10 dias para microrganismo resistentes ao fluconazol.

Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases. Society of America. Dezembro, 2015

Considerações Para o Manejo de PAV (a partir de 48h de ventilação mecânica)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: O diagnóstico de PAV tem uma combinação de achados clínicos, radiológicos e laboratoriais SEMPRE.

- TC de tórax pode ser solicitado quando na dúvida em relação ao RX duvidoso. Considerar risco-benefício.

- Os fatores de risco para o desenvolvimento da PAV: não modificáveis são idade, escore de gravidade quando da entrada do paciente na UTI e presença de co-morbidades (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, doenças neurológicas, neoplasias, traumas e pós-operatório de cirurgias). Os modificáveis estão relacionados ao ambiente tais como o perfil microbiológico da UTI (portanto o conhecimento dos microrganismos mais comuns deverão ser considerados, além de frente a uma suspeita de PAV, o tratamento empírico deve ser prontamente instituído.)

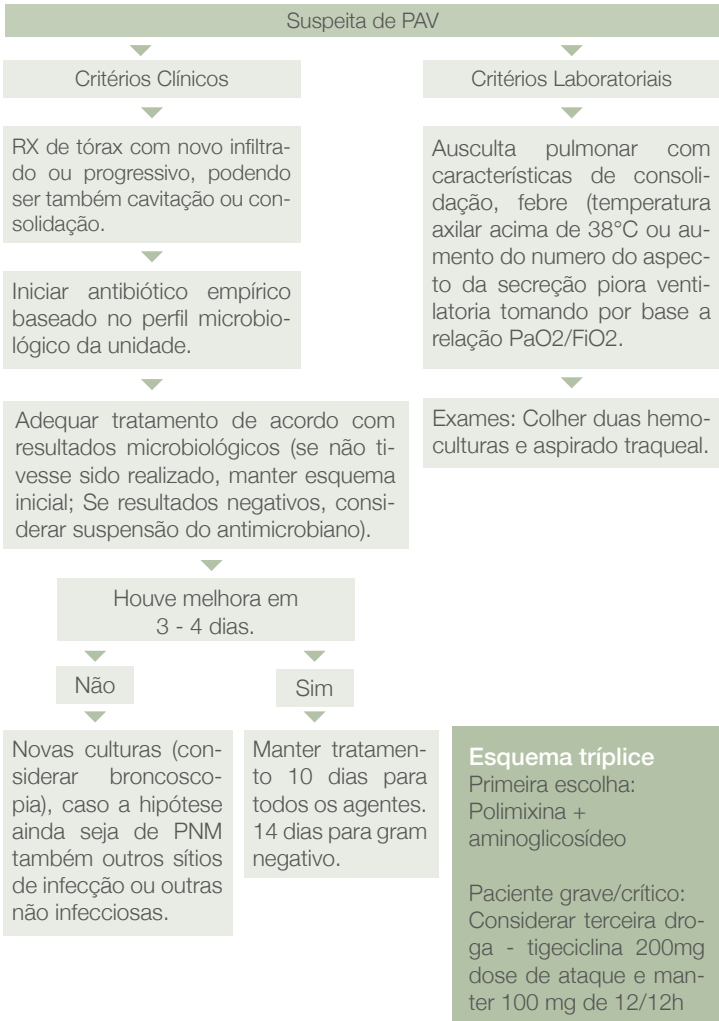
RESULTADO DE CULTURA QUANTITATIVA DE AMOSTRAS DE SECREÇÃO PULMONAR NO MANEJO DE PACIENTES COM PAV PARA CONSIDERAR QUE O ASPIRADO TRAQUEAL SERÁ CONSIDERADO VÁLIDO PARA CULTURA (aumento de 100 vezes (10 x 10) na MICROSCOPIA ÓTICA)

- 25 polimorfonucleares e < 10 células epiteliais ou
- > 25 células polimorfonucleares e < 25 células epiteliais
- > 10 células polimorfunucleares por células epiteliais (razão 10:1)

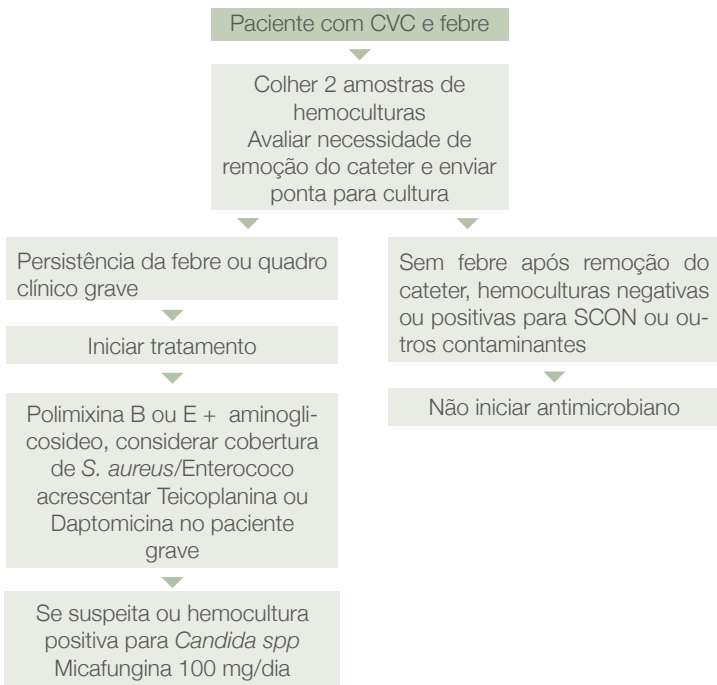
Valores a ser considerados em cultura de secreção respiratória resultado

Tipo de material	Valor em UFC
Lavado broncoalveolar	>10 ⁵ UFC/m
Lavado broncoalveolar – escovado protegido	> que 1000 UFC/ml.
Secreção traqueal	> 10 ⁵ (alguns autores orientam 10 ⁶)

Tratamento de PAV na UTI



TRATAMENTO DA INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA HOSPITALAR



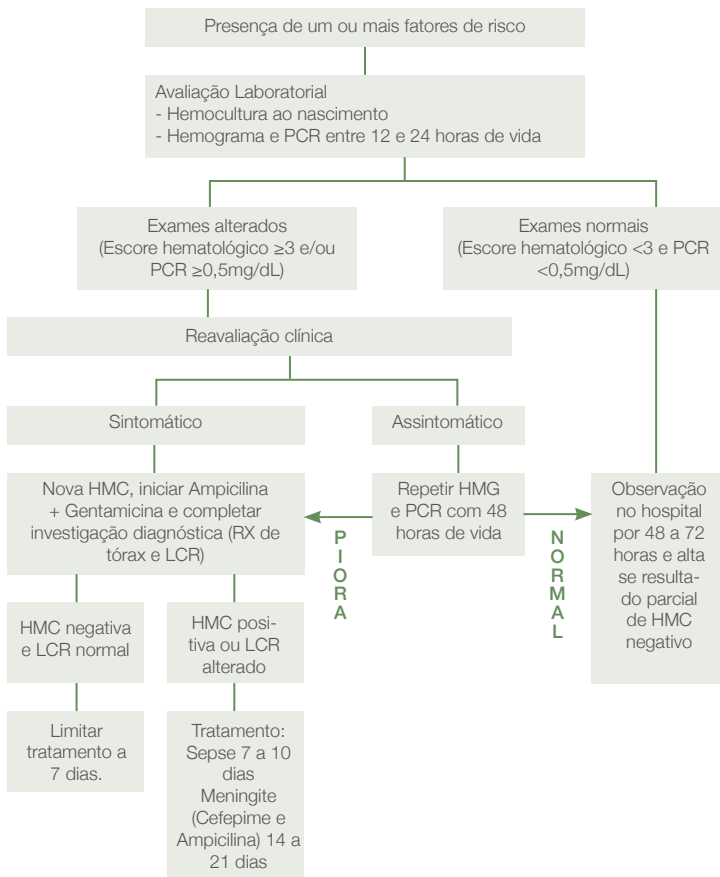
Tempo de tratamento conforme agente identificado em hemocultura em infecção de corrente sanguínea

<i>S.aureus</i>	10 a 14 dias em casos sem complicações
SCON	7 dias
<i>Candida albicans</i>	14 dias após última hemocultura negativa, descartando cândida hepatoesplênica, endoftalmite e endocardite por <i>Candida</i>
Gram-negativos	14 dias
Endocardite	Tratar por 4 a 6 semanas

Obs.: Solicitar ECO caso haja identificação na hemocultura positiva para *S.aureus* ou *Candida*

PROTOCOLO DE NEONATOLOGIA

Recém-nascido assintomático Independente da idade gestacional

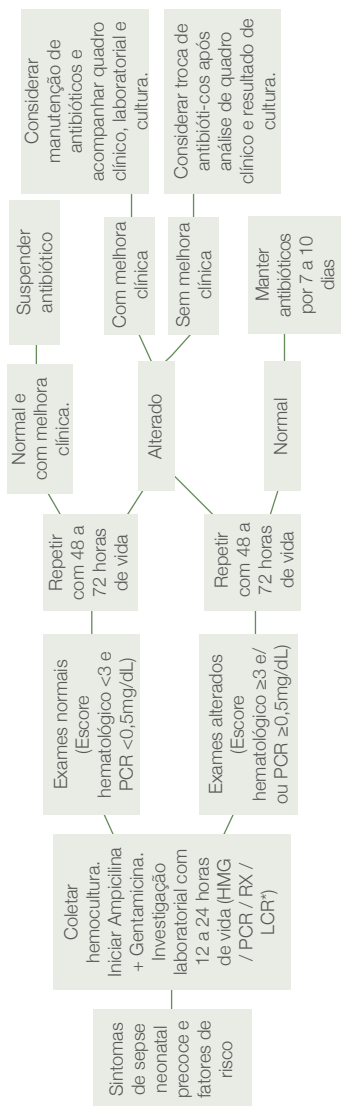


Fatores de risco

- Trabalho de parto prematuro sem causa
 - Amniorrexis \geq 18 horas
 - Amniorrexis prematura
 - Corioamnionite ou febre intraparto ($>38^{\circ}\text{C}$)
 - Procedimento fetal nas últimas 72h
 - Cerclagem uterina
 - Infecção materna vigente, inclusive ITU, ou com tratamento há menos de 72h
 - Colonização materna vaginal e/ou retal pelo EGB, sem profilaxia adequada*
 - Gestação anterior com criança que veio a adoecer pelo EGB *
 - Bacteriúria pelo EGB na gestação atual (em qualquer período da gestação)*
- * Desde que não tenha sido realizada a profilaxia com antibiótico intraparto conforme regulamentação do CDC (vide tabela 1)

Indicações e contraindicações para antibioticoprofilaxia intraparto na prevenção da doença invasiva precoce pelo EGB	
Indicado	Não indicado
Gestação anterior com RN que adoeceu pelo EGB	Colonização por EGB durante gestação anterior com cultura negativa na gestação atual
Bacteriúria por EGB em qualquer período da gestação atual	Bacteriúria por EGB em gestação anterior com urocultura negativa na gestação atual
Cultura positiva para EGB na gestação atual	Cultura negativa (vaginal e retal) para EGB em gestação atual, independente de fator de risco intraparto.
Triagem desconhecida (cultura não realizada, incompleta, ou resultado desconhecido) e qualquer das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> - parto $<$ 37 semanas - amniorrexis \geq 18h - temperatura intraparto \geq 38°C - pesquisa intraparto positiva para EGB, por meio de PCR (reação em cadeia da polimerase). 	Cesariana eletiva na ausência de trabalho de parto, com membranas amnióticas íntegras, independente da colonização pelo EGB ou idade gestacional.

Recém-nascido sintomático – Independente da idade gestacional



Sinais e sintomas de sepse

- Hipotermia (< 36°C)
- Hipoglicemia (<40 mg/dL)
- Hiperglicemia (>140 mg/dL)
- Apneia
- Outros: distress respiratório persistente (>6h)
 - Instabilidade hemodinâmica
 - Letargia, hipoatividade, hipotonia
 - Sangramento, CIVD
 - Intolerância alimentar (anorexia, vômitos, estase biliar)

Agentes causadores da sepse neonatal precoce

- *Streptococcus agalactiae* (EGB);
- *Escherichia coli* e outros BGN entéricos;
- *Listeria monocytogenes*;
- Outras espécies de *Streptococcus*.

*Realizar punção lombar nos recém-nascidos com HMC positiva, nos recém-nascidos com alta suspeita clínica de sepse e naqueles que falham em responder ao tratamento antibiótico. Para prematuros com menos de 34 semanas de idade gestacional, se indicado, coletar líquido após as primeiras 72 horas de vida.

DOENÇAS E
AGRAVOS DE
NOTIFICAÇÃO
COMPULSÓRIA

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - Avisar o NVEH (2584/2666) sobre os casos suspeitos e confirmados.

DOENÇA OU AGRAVO (ordem alfabética)

Periodicidade de Notificação

Imediata (até 24h) para*

Semana

MS

SES

SMS

Nº					
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes				X
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue - Casos b. Dengue - Óbitos				X
8	Difteria	X	X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)		X	X	X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza" b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	

**LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - Avisar o NVEH (2584/2666)
sobre os casos suspeitos e confirmados.**

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação				
		Imediata (até 24h) para*				Semana
		MS	SES	SMS		
	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:					
	a. Arbovírus					
	b. Ebola	x	x	x		
	c. Marburg					
	d. Lassa					
	e. Febre Purpúrica Brasileira					
13						
	a. Doença aguda pelo vírus Zika				x	
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		x	x		
14						
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	x	x	x		
15	Esquistossomose				x	
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	x	x	x		
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	x	x	x		
18	Febre Amarela	x	x	x		
	a. Febre de Chikungunya				x	
19	b. Febre de Chikungunya em áreas de transmissão	x	x	x		
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	x	x	x		
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arbovírus de importância em saúde pública	x	x	x		
21	Febre Maculosa e outras rickettsioses	x	x	x		

**LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - Avisar o NVEH (2584/2666)
sobre os casos suspeitos e confirmados.**

Nº	DOENÇA OU AGRADO (ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação				
		Imediata (até 24h) para*				
		MS	SES	SMS	Semanal	
22	Febre Tifoide		X	X		
23	Hanseníase					X
24	Hantavirose	X	X	X		
25	Hepatites virais					X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida					X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV					X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)					X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral			X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)	X	X	X		X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana					X
32	Leishmaniose Visceral					X
33	Leptospirose				X	
34	a. Malária na região Amazônica					X
	b. Malária na região Extra-Amazonica	X	X	X		

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - Avisar o NVEH (2584/2666) sobre os casos suspeitos e confirmados.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação			
		Imediata (até 24h) para*			
		MS	SES	SMS	Semanal
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
41	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus: a. SARS-CoV b. MERS-CoV	X	X	X	
44	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X

**LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - Avisar o NVEH (2584/2666)
sobre os casos suspeitos e confirmados.**

DOENÇA OU AGRAVO (ordem alfabética)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (ordem alfabética)	Periodicidade de Notificação				
		Imediata (até 24h) para*				Semanal
		MS	SES	SMS	SMS	
46	Tuberculose					X
47	Varicela - Caso grave internado ou óbito		X			
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências					X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio					X

Fonte: Diário Oficial da União, nº 32, quinta-feira, 17 de fevereiro de 2016 - Portaria nº 204, de fevereiro de 2016.

*Informação adicional: a Notificação Imediata ou Semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de Gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

A Notificação Imediata do Distrito Federal é equivalente à SMS.

*Excepcionalmente no mês de julho, os dados epidemiológicos estarão disponíveis no Boletim Epidemiológico.

Calendário de Vacinação

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2015/2016

Todo indivíduo deve estar em dia com o calendário de vacinação para sua faixa etária. Este calendário considera somente as vacinas particularmente recomendadas para a prevenção das doenças infecciosas relacionadas ao risco ocupacional para o trabalhador ou para sua clientela.

IDADE VACINAS	Vacina
NASCIMENTO	BCG Hep B
2 MESES	PENTAVALENTE (DTP/Hib/Hep. B) VIP ROTAVÍRUS PNEUMO 10 VALENTE
3 MESES	MENINGO C
4 MESES	PENTAVALENTE (DTP/Hib/Hep. B) VIP ROTAVÍRUS PNEUMO 10 VALENTE
5 MESES	MENINGO C5
6 MESES	VIP PENTAVALENTE (DTP/Hib/Hep.B)
9 MESES	FEBRE AMARELA (FA)
12 MESES	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR) MENINGO PNEUMO 10 VALENTE
15 MESES	DTP VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE (VOP) HEPATITE A SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA-VARICELA (TETRAVIRAL)
4 ANOS	DTP VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE (VOP) FEBRE AMARELA (FA)

9 ANOS	HPV9
12 – 13 ANOS	MENINGO C5
15 ANOS	DUPLA ADULTO (dT)
Após aborto imediato (se calendário vacinal desatualizado)	DUPLA ADULTO (dT) SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR) HEPATITE B FEBRE AMARELA
Após o parto (se calendário vacinal desatualizado)	DUPLA ADULTO (dT) SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR) HEPATITE B
60 anos e + Acamados /asilados Crianças entre 6 m e menores de 5 anos Trabalhadores da saúde Gestantes Doentes crônicos Puérperas	Acima de dois anos de idade INFLUENZA SAZONAL Abaixo de dois anos de idade INFLUENZA SAZONAL
Profissionais de saúde	Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) Hepatites A, B ou A e B Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP podendo ser substituída por Dupla adulto (difteria e tétano) – dT Varicela Influenza Meningocócicas conjugadas (C ou ACWY) Meningocócica B

OBS:Para informações adicionais recomendamos acessar os endereços eletrônicos <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao> e <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017.pdf>

A disponibilidade das vacinas nas redes pública e privada pode ser verificada nos Calendários de vacinação SBIm, para cada faixa etária.

02/09/2015 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes • Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.

Profissionais da área da Saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, patologistas e técnicos de patologia, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pessoal de apoio, manutenção e limpeza de ambientes hospitalares, maqueiros, motoristas de ambulância, técnicos de RX e outros profissionais lotados ou que frequentam assiduamente os serviços de saúde, tais como representantes da indústria farmacêutica e outros.

Comentários

1. Vacinas vivas atenuadas são contraindicadas para imunodeprimidos e gestantes.
2. É considerada prioridade de Saúde Pública e está disponível gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde para indivíduos até os 49 anos de idade.
3. Sorologia 30 e 60 dias após a terceira dose da vacina é recomendada para: profissionais da Saúde, imunodeprimidos e renais crônicos. Considera-se imunizado o indivíduo que apresentar título anti-HBs ≥ 10 UI/mL.
4. Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.
5. A partir do 14º dia após a última dose verificar títulos de anticorpos com o objetivo de avaliar a eventual necessidade de dose adicional. Profissionais que permanecem em risco devem fazer acompanhamento sorológico a cada seis meses ou um ano, e receber dose de reforço quando estes forem menores que 0,5 UI/mL.

6. Em relação à vacinação de profissionais lotados em serviços de Saúde, considerar: a vacina coqueluche, especialmente indicada para profissionais da neonatologia, pediatria e os que lidam com pacientes pneumopatas; a vacina hepatite A está especialmente indicada para profissionais da lavanderia, da cozinha e manipuladores de alimentos; as vacinas meningocócicas ACWY e B estão indicadas para profissionais da Saúde da bacteriologia e que trabalham em serviços de emergência, que viajam muito e exercem ajuda humanitária/ situações de catástrofes; a vacina varicela está indicada para todos os suscetíveis.

7. Para profissionais que trabalham com crianças menores de 12 meses e idosos (professores, cuidadores, e outros), a vacina coqueluche está especialmente indicada.

8. Recomendada para profissionais com destino a países nos quais a poliomielite seja endêmica e/ou haja risco de exportação do vírus selvagem. A vacina disponível na rede privada é a combinada à dTpa.

9. Considerar a vacina hepatite A para aqueles profissionais receptivos de estrangeiros que preparam ou servem alimentos – para a proteção da clientela.

10. Para aqueles que atuam em missões ou outras situações em que há possibilidade de surtos e na dependência de risco epidemiológico.

11. Embora algumas categorias profissionais não apresentem risco ocupacional aumentado para o vírus influenza, a indicação para TODAS as categorias profissionais é justificada por ser a maior causa de absenteísmo no trabalho e pela grande frequência com que desencadeia surtos no ambiente de trabalho.

12. Considerar para aqueles que viajam para competições em áreas de risco.

13. A indicação deve ser analisada de acordo com o tempo de permanência em região de risco para a doença.

FLUXO DE ATENDIMENTO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO (ATMB) DO HRMS.

Exposição a material biológico

EMERGÊNCIA

Acolhimento da chefia imediata:

***Pele - lavar com água e sabão; * Mucosas: soro fisiológico. Solicitar os exames padrão ATMB do paciente fonte.**

Ocorreu de segunda a sexta-feira?

Horário diurno: Segunda a sexta
07h30m às 11h e 14h às 16h.

Horário noturno: Segunda, quarta e sexta
17h30m às 20h.

Primeiro atendimento no Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) /SESMET

- 1- Abertura do atendimento tipo ambulatorial (n. do atendimento);
- 2- Notificação do acidente do SINAN e abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- 3- Realizar Teste rápido HIV (padrão);
- 4- Avaliação do profissional enfermeiro e médico do trabalho, quanto ao risco e resultado dos exames e conduta em relação ao profissional acidentado;
- 5- Solicitar e encaminhar acidentado para coleta de sorologias Anti-HCV, Anti-HBs (se desconhecido), HbsAg, Anti-HBc, HTLV I e II, TGP no LAC/HRMS.
- 6- Solicitar do paciente-fonte teste rápido anti-HIV e coleta de sorologias Anti-HCV, Anti-HBs, HbsAg, Anti-HBc, HTLV I e II.
- 7- Retirar na CAF/HRMS, quando necessário, a profilaxia antirretroviral.
- 8- CRIE, quando necessária a imuno prevenção de tétano e hepatite B.
- 9- Encaminhamento e orientação para o serviço de referência CEDIP ou Hospital Dia do NHU (das 7h às 17h) se necessário.

Ocorreu no final de semana, feriados ou noturno?

Primeiro atendimento no PAM

- 1- Classificação de risco como situação incompatível e abertura da ficha PAM (BE);
- 2- Retorna para o Enfermeiro Classificador para avaliação do profissional, classificação da exposição (fatores de risco) e paciente fonte (conhecido ou desconhecido);
- 3- Prescrição padrão Acidente de Trabalho PAM;
- 4- Verificar ou solicitar exames do paciente-fonte pelo médico plantonista (prescrição padrão-paciente-fonte Acidente de trabalho com material biológico): teste rápido de HIV com termo de consentimento assinado e sorologias Anti-HCV, HbsAg, Anti-HBc, HTLV I e II.
- 5- Retirar na Farmácia do PAM/HRMS a Profilaxia pós-exposição para HIV;
- 6- Encaminhar o profissional acidentado para o SESMET no primeiro dia útil após exposição, para abertura do CAT, realização do teste rápido de HIV, sorologias e registro no prontuário clínico-ocupacional.

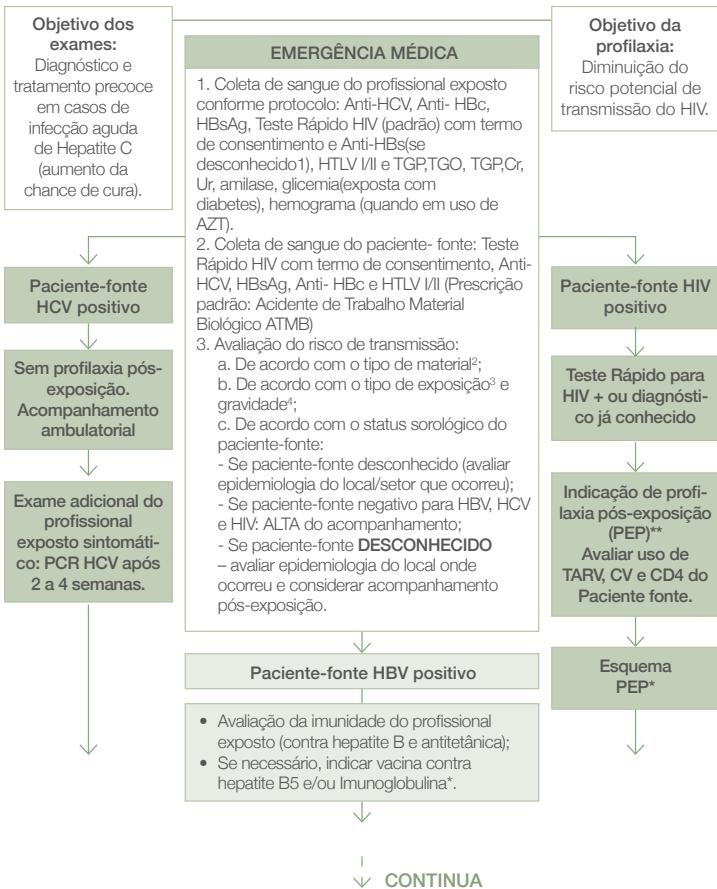
Ramais:
SSO/ SESMET: 2529
PAM Classificação: 2938
CRIE: 2729

Conduta para atendimento do acidente de trabalho

ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO - ATMB

Cuidados iniciais: PELE - lavar local exposto com água e sabão.

MUCOSAS (Olho, boca e Nariz) - lavar local com soro fisiológico em abundância.



CONTINUAÇÃO

- **Notificação obrigatória da exposição do Acidente de Trabalho com Material Biológico (ATMB):** Formulário CAT, Formulário SINAN Acidente de Trabalho com Material Biológico.
- Agendamento dos retornos ambulatoriais no HDIA/NHU:
- Retornos em 7 e 15 dias (se PEP), 30, 90 e 180 dias.
- Exames de controle: Anti-HCV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV.

Houve transmissão de HIV, HCV ou HBV?

Sim:

Transmissão ocupacional pós-exposição a material biológico.

Não:

Alta do acompanhamento ambulatorial sem soro-conversão.

- ¹ Se Anti- Hbs for conhecido e reagente (>10UI/L). Não solicitar HBsAg e nem Anti HBC.
Tipo de material: ALTO RISCO (Sangue e outros materiais contendo sêmen e fluidos vaginais e PWOTENCIALMENTE INFECTANTES: líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico), líquido amniótico, líquor e líquido articular.
- ² Tipo de exposição: percutânea, mucosa, pele íntegra, pele não íntegra.
- ³ Lesões Percutâneas: > **Gravidade:** lesão profunda, causada por agulha com lúmen após punção venosa/arterial e sangue visível no dispositivo; < **gravidade:** lesão superficial, causada por instrumento ou agulha sem lúmen, sem sangue visível.
- ³ Contato com mucosa/Pele não íntegra: > **Gravidade:** grande quantidade de sangue (>5 ml), durante tempo > 1 min. < **Gravidade:** pequena quantidade de sangue (<5ml) e pouco tempo de contato (<1 min.);
- ⁴ indicado iniciar ou completar esquema vacinal contra Hepatite B.
- * Indicar Imunoglobulina Hiperimune Humana contra Hepatite B (HIGB) no máximo até 72 horas após exposição se anti-HBs do profissional exposto for negativo (<10 UI /L). Dose: 0,06 ml/Kg.
- ** Profilaxia Pós-exposição: Iniciar até no máximo 72 horas pós ATMB. Tenofovir (TDF)300mg/3+ e incluir: + 3TC (lamivudina) cp. coformulado 1 cp. VO 1x/dia. Na indisponibilidade da apresentação coformulada: TDF 300mg (cp 1x/ dia) + 3TC 150mg (2 cp 1x/dia)+ Dolutegravir (DTG) 50mg 1 cp1x/dia.

Observação: O DTG não deve ser opção para quem usa Fenitoína, Fenobarbital, Oxycarbamazepina, Carbamazepina, Dofetilida e Pilsicainida.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, Ministério da Saúde 2017. Fluxograma foi gentileza do HUMAP-Ebserh de Campo Grande/MS do Serviço de Infectologia, adaptado pelo Grupo de Técnico de prevenção de Acidente de Trabalho do HRMS.

Tratamento Alternativo em caso para Profilaxia de Exposição Profissional

Esquemas alternativos para PEP	
TDF contraindicado	AZT/3TC + DTG
DTG contraindicado	TDF + 3TC + ATV/r
ATV/r contraindicado	TDF + 3TC + DRV/r
A duração da PEP é de 28 dias	

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Medicamento	Apresentação	Posologia
Zidovudina (AZT)/ Lamivudina (3TC)*	Comprimido de 300 mg/150 mg	1 comprimido VO 2 x ao dia
ATV/r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia
Tenofovir (TDF)	Comprimido de 300 mg	1 comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 2x/dia 1 comprimido VO 2x/dia
* Nota - AZT e 3TC estão disponíveis na apresentação de dose fixa combinada (DFC), sendo estas as apresentações presenciais		

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Profílixia Pós-exposição à hepatite B

	Testes Pós-exposição		Profílixia Pós-exposição Ocupacional		Teste Sorológico Pós-vacinação
Situação Vacinal e Sorológica do Profissional de saúde exposto	Paciente Fonte (HBsAg)	Profissional da Saúde (Anti-Hbs)	IGHAIB* para Hepatite B	Vacinação	Vacinação Pós Teste Sorológico ²
Com comprovação Vacinal) e Resposta (≥ 3 doses) ⁰	Nenhuma ação necessária				
Sem resposta vacinal após 2ª Série (6 doses) [¶]	HBsAg Positivo/ Desconhecido	- Realizar Anti-HBC total após acidente -6 meses – HBsAg, e Anti-HBc	IGHAIB até 7º dia e Repetir a dose após 1 Mês	-	Não
	Negativo	Nenhum			
Sem resposta vacinal após 3 doses	Positivo/ Desconhecido	<10IU/ml**	IGHAIBx1	Iniciar Revacinação	Sim
	Negativo	<10IU/ml	Nenhum		
	Nenhum Resultado	≥ 10IU/ml	Nenhuma ação necessária		
Não Vacinado/ Vacinação Incompleta/ Desistentes	Positivo/ Desconhecido	- Realizar Anti- HBC total pós-acidente -6 meses – HBs Ag, anti-HBc.	IGHAIBx1	Completar a vacinação	Sim
	Negativo	-	Nenhuma	Completar a vacinação	Sim

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS - Resposta é definido como uma pessoa com anti-HBs ≥10 mUI / mL após ≥3 doses de vacina de Hepatite B, após 30 dias da última dose da vacina. *IGHAIB (Imunoglobulina para Hepatite B) via IM, o mais rapidamente possível após a exposição quando indicado. A eficácia de IGHAIIB quando administrada > 7 dias depois percutânea, mucosa, ou a exposição da pele não intacta é desconhecida. IGHAIIB de dosagem é de 0,06 mL / kg. Dose Máxima menos 4 anos de idade:200U.I.; De 5 a 9 anos 300U.I. De 10 anos ou mais 500U.I. Deve ser realizado de 1-2 meses após a última dose da vacina Hep B (e 4-6 meses após a administração de IGHAIIB para evitar a detecção de passivamente administrado anti-HBs), utilizando um método quantitativo que permite a detecção da concentração de protecção de anti-HBs (≥10 mUI / mL). A não resposta é definido como uma pessoa com anti-HBs <10 mUI / mL após ≥6 doses de vacina de Hepatite B. ** Profissional da Saúde que têm anti-HBs <10 mUI / mL, ou que não são vacinados ou incompletamente vacinados, realizar Anti- HBC total após acidente.

FLUXOGRAMA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL OU AUTOPROVOCADA NO HRMS

Definição de caso: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGTB.

Leis de nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), nº 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher) e nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) devem ser comunicados os órgãos competentes. Comunicar Serviço Social e NVEH.

Violência auto-infligida (auto provocada)

Tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição, automutilação.

Violência extrafamiliar/ comunitária

Ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, conhecidos ou não, geralmente fora do domicílio.

Violência interpessoal

Violência intrafamiliar/doméstica

Ocorre entre os membros da própria família, entre pessoas que tem grau de parentesco, ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos.

Atenção Profissional da Saúde!

A posição de vocês nos serviços de Saúde é uma estratégia importante para detectar os riscos e identificar as possíveis de violência.

Não finja que você não vê, notifique!

SERVIÇO SOCIAL 2594/2772 e NVEH 2584/2666

Protocolo de Uso de Antimicrobiano no Atendimento a Violência Sexual

PEP significa Profilaxia Pós-Exposição, considerada uma forma de prevenção da infecção pelo HIV através do uso de Antiretrovirais utilizados no tratamento da Aids, em pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus recentemente, pelo sexo sem camisinha. Esses medicamentos são utilizados com sucesso nos casos de violência sexual e de profissionais de saúde que se acidentam com agulhas e outros objetos cortantes contaminados com material biológico.

Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Apresentação	Via de administração	Posologia
Primeira escolha Levonorgestrel	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	VO	2 comprimidos, dose única
	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	VO	1 comprimido, dose única
Segunda escolha Método de Yuzpe	AHOC com 0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido	VO	2 comprimidos a cada 12 horas por um dia – total de 4 comprimidos
	AHOC com 0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido	VO	4 comprimidos a cada 12 horas por um dia – total de 8 comprimidos

AHOC - Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados.

Profilaxia das IST Não Virais

IST	Medicação	Via	Posologia de Adultos e adolescentes > 45kg, incluindo gestantes	Crianças e Adolescentes com peso inferior a 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única	50 mil UI/kg, dose única (dose máxima total:2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	IM	500 mg, dose única	125 mg, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	VO	02 comprimidos de 500 mg cada um, dose única (dose total 1g) .	20mg/kg peso, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol*	VO	04 comprimidos de 500 mg cada um, dose única (dose total 2 g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2 g)

*Não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Esquema Alternativo para a Profilaxia das IST Não Virais

IST	Medicação	Via de administração	Posologia
Sífilis	Doxiciclina*	VO	1 comprimido de 100 mg, de 12/12 horas, 15 dias;
	Ceftriaxona	IV ou IM	1g, 1x/ dia, 10 dias
Gonorréia	Ceftriaxona	IV	1 comprimido de 500 mg, dose única
Clamídia	Amoxicilina	VO	1 comprimido de 500 mg, 8/8 horas, 7 dias
	Doxiciclina*	VO	1 comprimido de 100 mg, de 12/12 horas, 7 dias

*Contraindicado para gestantes, lactantes e crianças menores de 8 anos.

**Contraindicado para gestantes e menores de 18 anos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Antirretrovirais - Violência sexual (ver páginas 220 e 221)

Esquemas preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes

Esquema preferencial	Medicações Alternativas
TDF+3TC+RAL ^(a)	Impossibilidade de TDF:AZT
	Impossibilidade de RAL ^(b) :ATV/r
	Impossibilidade de RAL e ATV/r:DVR/r

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O RAL está indicado a partir da 14ª semana de gestação.

Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r

Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP em gestantes

Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF + 3 TC	Comprimido conformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1 x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação conformulada:	Na indisponibilidade da apresentação conformulada:
	Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 comprimido VO 2x/dia

Fonte: BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2015.

**Esquema para a PEP em crianças e adolescentes
de acordo com a faixa etária**

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicação alternativa
0-14 dias	AZT + 3TC + NVP ^(a)	-
14 dias - 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade do uso de LPV/r:NVP
2 anos - 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL/LPV/r
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos		

Fonte: DIAHV/SVC/MS.

(a) Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

Posologia das Medicções ARV na população pediátrica

Raltegravir (RAL)*
14Kg a < 20Kg: 100mg 12/12h 20Kg a < 28Kg: 150mg 12/12h 28Kg a < 40Kg: 200mg 12/12h ≥ 40Kg: 300mg 12/12h
Zidovudina (AZT)
até 4Kg: 4mg/Kg/dose 12/12h 4Kg a 9Kg: 12mg/Kg 12/12h 9Kg a 30Kg: 9mg/Kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h) ≥ 30Kg: 300mg 12/12h
Lamivudina (3TC)
RN: 2mg/Kg 12/12h 4mg/Kg de 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)
Solução oral: 80/20mg/mL ≥ 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m ² 12/12h 1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h 6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h 1 a 3 anos: 2mL 12/12h 3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h 6 a 9 anos: 3mL 12/12h 9 a 14 anos: 4 mL 12/12h Comprimido Infantil: 100mg/25mg 10Kg a 13,9Kg: 2cp de manhã e 1 à noite 14 Kg a 19,9Kg: 2cp de manhã e 2 à noite 20 Kg a 24,5 Kg: 3cp de manhã e 2 à noite > 35Kg: 400mg/100mg de 12/12h
Neviparina (NVP) - uso neonatal
Peso de nascimento 1,5 a 2 Kg: 8mg (0,8mL)/dose 12/12h Peso de nascimento > 2Kg: 12mg (1,2mL)/dose 12/12h Peso de nascimento < 1,5Kg: não usar NVP 14 dias a 8 anos: 200mg/m ² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m ² 12/12h

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

*RAL está indicado para crianças acima de 2 anos e com mais de 14Kg

Exames Laboratoriais no atendimento inicial e no seguimento na Violência sexual

	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Sífilis (VDRL* ou RPR**)	X		X	X	
Conteúdo Vaginal	X		X		
Anti-HIV***	X		X	X	X
Hepatite B (HBsAg)	X			X	
Hepatite C (anti-HCV)	X			X	X
Transaminases	X	X Se uso profilático de medicação antiretroviral			
Hemograma	X Se uso profilático de medicação antiretroviral	X Se uso profilático de medicação antiretroviral			
BHCG (teste de gravidez) bilirrubinas direta e indireta, Glicose, ureia, creatinina.	X Se uso profilático de medicação antiretroviral	poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde.			

* VDRL – VeneralDiseaseResearch (testes não-treponêmicos)

** RPR – RapidPlasmReagin (testes não-treponêmicos)

*** Excepcionalmente, a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/HCV e quando o indivíduo tiver história de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para indivíduos que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica; 2012.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antiretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV: Versão para divulgação; 2015.

TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Critérios para definição de casos de sífilis congênita

Definição de caso

Primeiro critério

- Criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- Criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto.
- Criança cuja mãe foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente teste treponêmico reagente no momento do parto;
- Criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

Segundo critério

Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, e lactentes;
- Teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Terceiro critério

Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Quarto critério

Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br>>

Considera-se tratamento inadequado da gestante com sífilis: • Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; OU • Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; OU • Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU • Instituição de tratamento dentro do prazo em até 30 dias antes do parto; OU • Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente. A ausência da informação de tratamento da parceria sexual deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita.

Definição de caso de sífilis em gestante

Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso suspeito:

1- Gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica sífilis, realizados durante o pré-natal.

2- Gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

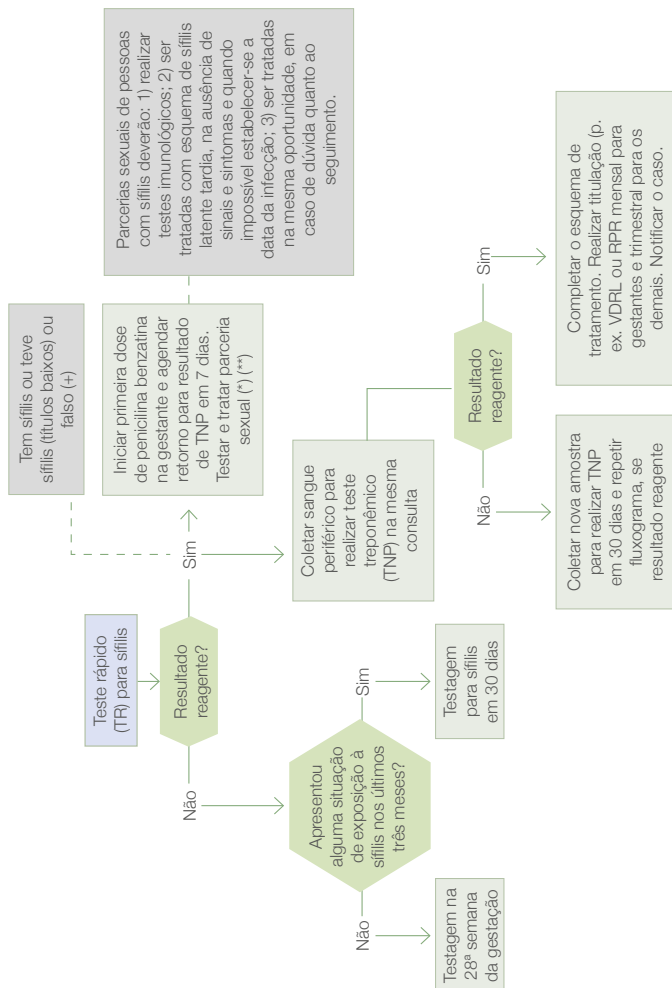
Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br>>

Definição de caso

Caso confirmado de sífilis adquirida: todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br>>

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DA SÍFILIS, UTILIZANDO TESTE RÁPIDO INICIAL COM TESTE NÃO TREPONÊMICO CONFIRMATÓRIO



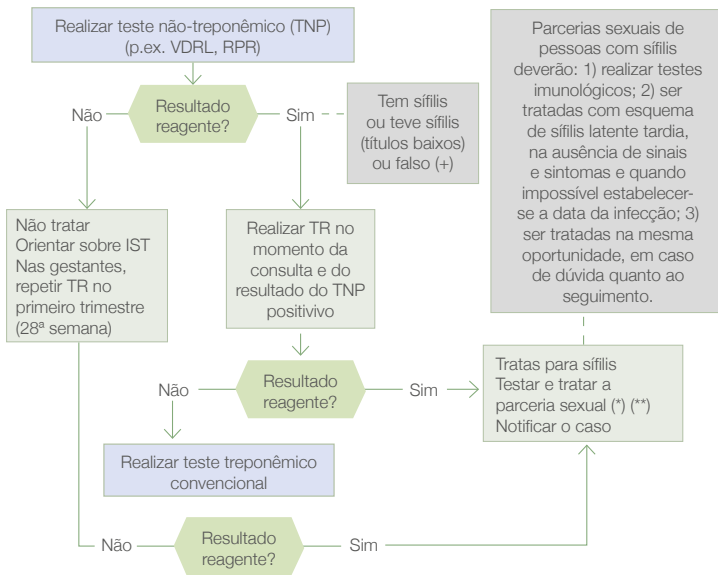
Fonte: DDAH/SVS/MS.

(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

(**) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas

uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO DA SÍFILIS, UTILIZANDO TESTE NÃO TREPONÊMICO INICIAL COM TESTE RÁPIDO CONFIRMATÓRIO



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

(**) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona ^d 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

^a Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente, conforme este PCDT. As situações de tratamento inadequado da gestante com sífilis, para fins de notificação da sífilis congênita, encontram-se descritas no item 2.3 (Vigilância epidemiológica das IST) deste protocolo.

^b Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

^c Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

^d Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita

Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia • Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura • Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros • Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia • Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR) • Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite
Sífilis congênita (após dois anos de idade)	Tardia	<ul style="list-style-type: none"> • Tibia em “lâmina de sabre” • Articulações de Clutton • Fronte “olímpica” e nariz “em sela” • Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora” • Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado • Ceratite intersticial • Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, recomenda-se ainda que sejam realizados os exames complementares abaixo citados:

- Amostra de sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos;
- Avaliação neurológica, incluindo punção líquórica: células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos;
- Raio-X de ossos longos;
- Avaliação oftalmológica e audiológica. Para o exame líquórico do RN, consideram-se os seguintes valores para diagnóstico de neurosífilis, conforme o Quadro 22.

Valores de exame liquorico em RN com suspeita de neurosífilis

Parâmetro	RN	> 28 dias
Leucócitos	> 25 células/mm ³	> 5 células/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40 mg/dL
VDRL	Reagente	Reagente

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe

A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*, além de outros exames, quando houver indicação clínica

Situação	Esquema proposto
A1 – Presença de alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias
A2 – Presença de alteração liquorica	Penicilina cristalina ^a , na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquoricas, e teste não treponêmico não reagente	Penicilina G benzatina ^b , na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1

B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR

Situação	Esquema proposto
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações líquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração líquórica	Esquema A2

C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN

Situação	Esquema proposto
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações líquóricas	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)

* Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

^a Níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando o uso da penicilina cristalina.

^b O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

^c O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso esta tenha sífilis (sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Até o momento, não há evidências científicas da eficácia do uso da ceftriaxona no tratamento de sífilis congênita e, portanto, reforça-se que essa medicação está sendo indicada como alternativa somente em função da indisponibilidade da penicilina G cristalina e procaína.

Na total falta de penicilina G cristalina e penicilina G procaína, ou em recém-nascido sem massa muscular para receber medicação por via intramuscular, a ceftriaxona é indicada, conforme descrito nos casos abaixo:

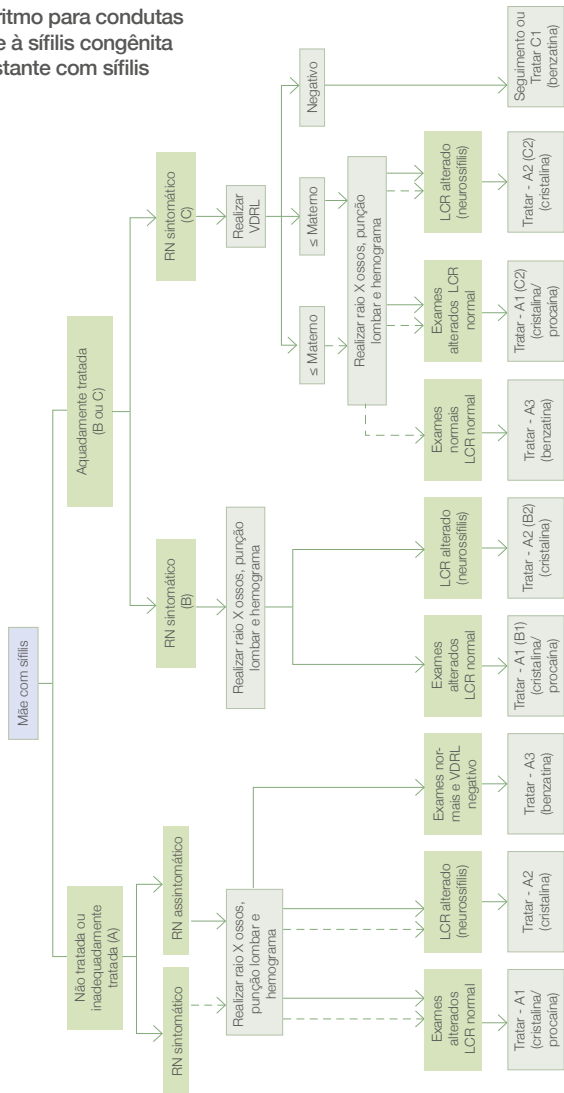
Período neonatal

1. Neurossífilis confirmada ou provável: ceftriaxona 100 mg/Kg (dose de ataque) no primeiro dia, seguida de 80 mg/Kg, intravenosa, 1x/dia, durante 10 a 14 dias.
2. Sem neurossífilis (afastado comprometimento do SNC): ceftriaxona 75 mg/Kg, intravenosa, 1x/dia, durante 10 a 14 dias.

Período pós-neonatal (afastado comprometimento do SNC): ceftriaxona 100 mg/Kg, intravenosa, 1x/dia, durante 10 a 14 dias.

Assim, RN ou criança com sífilis congênita tratada com esse medicamento devem ter seguimento clínico e laboratorial mais rigoroso até que se obtenha o sucesso terapêutico. Ressalta-se que a **ceftriaxona está contraindicada em recém-nascidos com hiperbilirrubinemia**. Deve-se monitorar também leucócitos (eosinófilos/leucopenia) e plaquetas (trombocitose), ureia, creatinina, sódio, potássio, transaminases (TGO e TGP), bilirrubinas totais e frações.

Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis



Fonte: Adaptado de Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, 2006.

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV (AZT INJETÁVEL)

Esquema posológico da zidovudina injetável

Apresentação comercial do AZT IV: frasco ampola de 200mg com 20ml (10mg/ml).

A parturiente deve receber zidovudina endovenosa desde o início do trabalho de parto até o clameamento do cordão umbilical.

Dose: iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo com a infusão contínua, com 1 mg/kg/hora, até o clameamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% e gotejar, conforme tabela a seguir. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

Esquema posológico da zidovudina injetável (AZT) na parturiente

Ataque (2mg/kg) Correr na primeira hora		
Peso da paciente	Qtd. de zidovudina	Número (gotas/min)
40kg	8ml	36
50kg	10ml	37
60kg	12ml	37
70kg	14ml	38
80kg	16ml	39
90kg	18ml	39
Manutenção (1 mg/kg/hora) Em infusão contínua		
40kg	4ml	35
50kg	5ml	35
60kg	6ml	35
70kg	7ml	36
80kg	8ml	36
90kg	9ml	36

Atenção:

Em caso de dúvidas ou outras intercorrências consultar o link abaixo: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

Profilaxia alternativa ao AZT injetável

Deve ser utilizado apenas em situações de **indisponibilidade do AZT injetável** no momento do parto.

Dose: 300 mg zidovudina oral no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampamento do cordão umbilical.

Entretanto, as orientações para a utilização desse esquema provêm de casuísticas limitadas e ainda não possuem suporte irrefutável da literatura.

Esquema posológico de AZT e nevirapina no RN, por via oral

Antirretroviral	Doses
AZT ^(a)	RN com 35 semanas ou mais: 4 mg/kg/dose de 12/12h
	RN entre 30 e 35 semanas: 2 mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia
	12/12h a partir do 15º dia
Nevirapina ^(b)	Peso de nascimento > 2 kg: 12 mg/dose (1,2 mL)
	Peso de nascimento 1,5-2 kg: 8 mg/dose (0,8 mL)
	Peso de nascimento < 1,5 kg: não usar NVP

^(a) Por quatro semanas até definição do diagnóstico
^(b) Três doses (1ª dose até 48h, 2ª dose 48h após a 1ª dose, 3ª dose 96 h após a 2ª dose). A nevirapina deverá ser indicada nos casos de carga viral materna maior que 1.000 cópias/mL ou desconhecida no último trimestre de gestação.

Fonte: PCDT para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014

Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV

EXAMES	IDADE				
	Ao nascer ou 10 consultas laboratoriais	1- 2 meses	4 meses	6-12 meses	12-18 meses
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, TGO, GGT, FA, BILIRRUBINAS	X	X			X
GLICEMIA	X	X	X		X
SOROLOGIA HIV	X	X			X
CARGA VIRAL		X	X		
TORCH	X				
SIFILIS	X				
VHC E VHB	X				
LT-CD4/CD8		X	X		
HTLV 1/2	X				

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado, recomenda-se repetir após 3 meses.

Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples. Solicitar de acordo com as sorologias maternas no pré-natal.

PRECAUÇÃO QUANTO À AMAMENTAÇÃO EM INFECÇÕES VIRAIS MATERNAS

Infecções maternas virais e conduta na amamentação

TIPO DE VÍRUS	RECOMENDAÇÃO
Citomegalovírus	Amamentar
Hepatite A*	Amamentar
Hepatite B	Amamentar
Hepatite C*	Amamentar
Rubéola	Amamentar
Caxumba	Amamentar
Herpes Simples	Amamentar, exceto se as lesões forem na mama
Varicela	Amamentar, exceto se a infecção for adquirida entre 5 dias antes e 3 dias após o parto
Sarampo	Suspender amamentação temporariamente
HTLV I	Não mamentar
HIV	Não mamentar

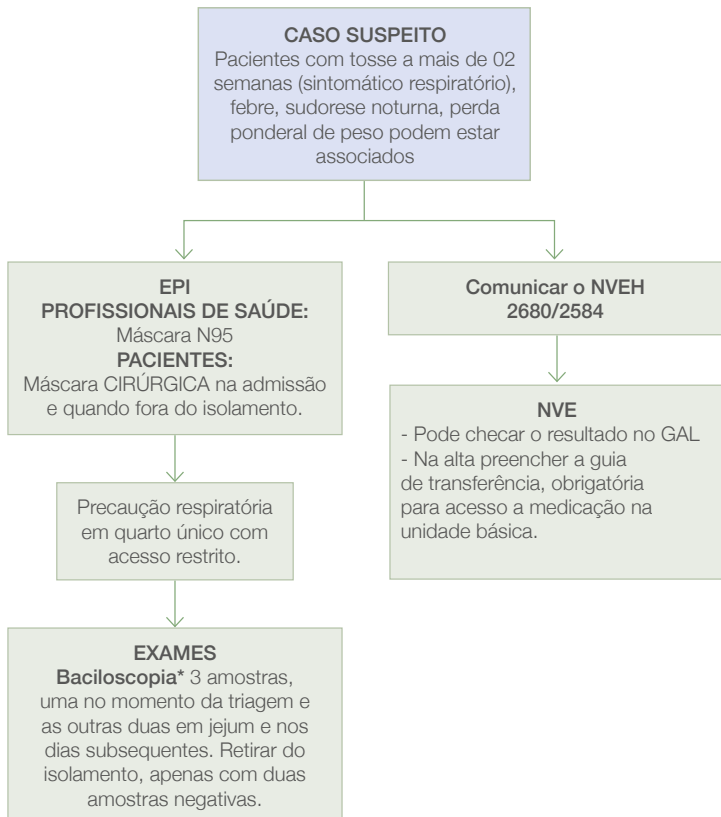
*Ver comentários no texto

Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurosífilis

Parâmetro	RN	> 28 dias
Leucócitos	> 25 células/mm ³	> 5 células/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40 mg/dL
VDRL	Reagente	Reagente

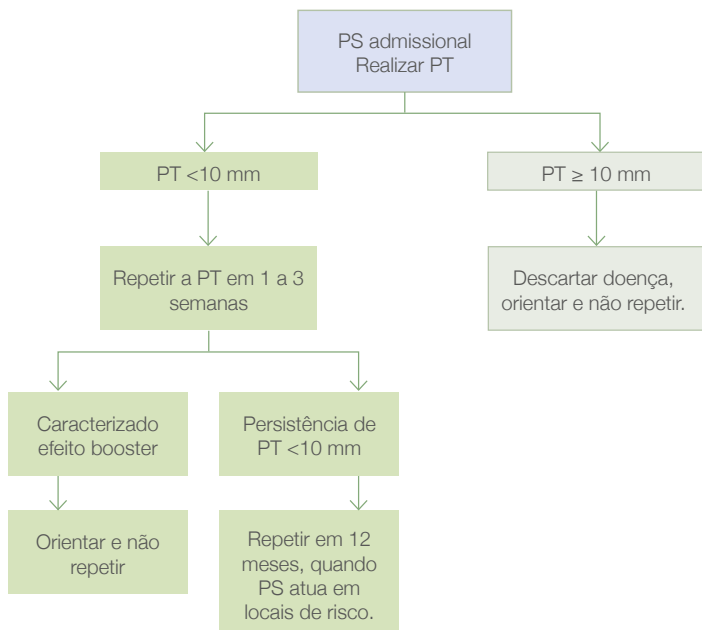
Fonte: DDAH/SVS/MS.

FLUXOGRAMA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO - TUBERCULOSE



* Coletar em ambiente externo (fora do hospital) ou em quarto

FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO LATENTE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Tratar ILTB independentemente da PT:

Recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero (tratar com isoniazida 6 meses e depois desse período vacinar para BCG);

Pessoa vivendo com HIV/AIDS com cicatriz radiológica sem tratamento prévio da infecção latente da tuberculose;

Pessoa vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5 mm e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião;

Menores de 15 anos, prioritariamente em crianças menores de 5 anos;
Contatos > 15 anos assintomáticos - após exclusão da tuberculose;

Contatos > de 15 anos avaliarem individualmente a indicação de QP, considerar grau de exposição, sendo que os domiciliares tem maior risco; o risco e benefício da QP, ou seja, os efeitos adversos e as interações que possam ocorrer, superando os benefícios; finalmente a presença de comorbidades.

Introduzir QP nas comorbidades, tais como:

- Pessoas em uso de inibidores de TNF- α ;
- Portadores de diabetes mellitus;
- Transplantados em uso de terapia imunossupressora;
- Neoplasias hematológicas;
- Neoplasias de cabeça e pescoço;
- Uso de corticosteroides (>15mg de prednisona por mais de 1 mês) em maiores de 65 anos;
- Insuficiência renal em diálise;
- Outras doenças imunossupressoras.

Nos contatos expostos a tuberculose multirresistente, não se recomenda a QP para ILTB;

Nos contatos sintomáticos proceder com a investigação de TB ativa e nos contatos assintomáticos acompanhar mensalmente o paciente durante dois anos, com avaliação clínica e radiológica semestral a procura de sinais e sintomas de tuberculose.

Pessoas vivendo com HIV/aids que apresente um ou mais dos critérios abaixo:

- Insuficiência renal em diálise
- Outras doenças imunossupressoras
- De risco epidemiológico acrescido: locais com alta carga da doença, como presídios ou albergues
- Pacientes com LT-CD4+ < 350cel/mm³
- Pacientes sem Tratamento Antirretroviral (TARV) ou em TARV com carga viral detectável (desde que afastada a dificuldades na adesão e elevação transitória da carga viral)

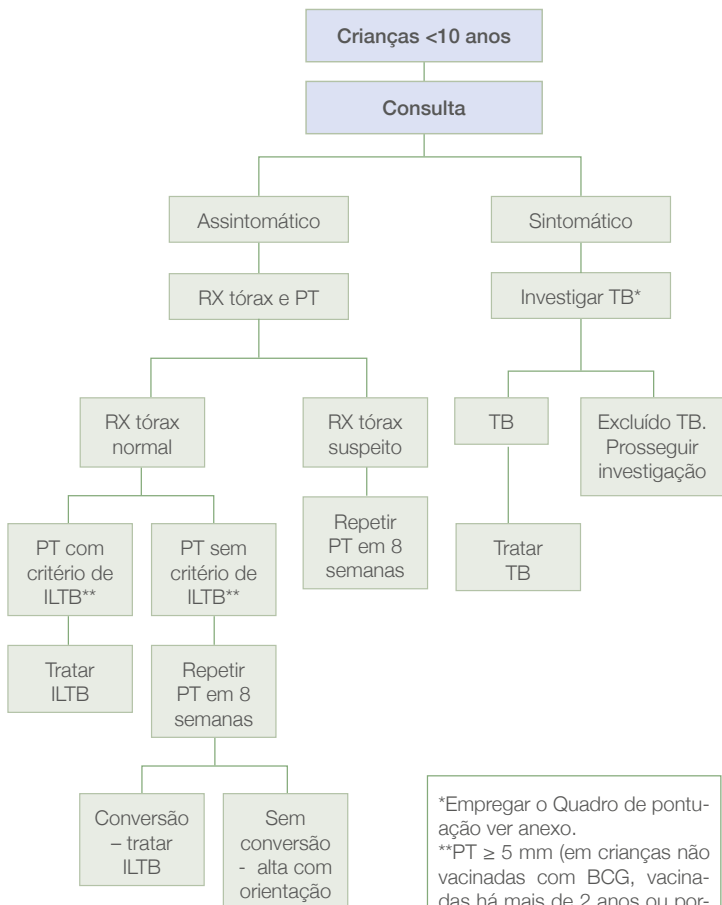
Em casos que não se apresentem nas situações descritas acima, deve-se individualizar a decisão de iniciar o tratamento da ILTB sem a PT, considerando-se riscos e benefícios da estratégia.

Observações:

Considerar como contato:

Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição;

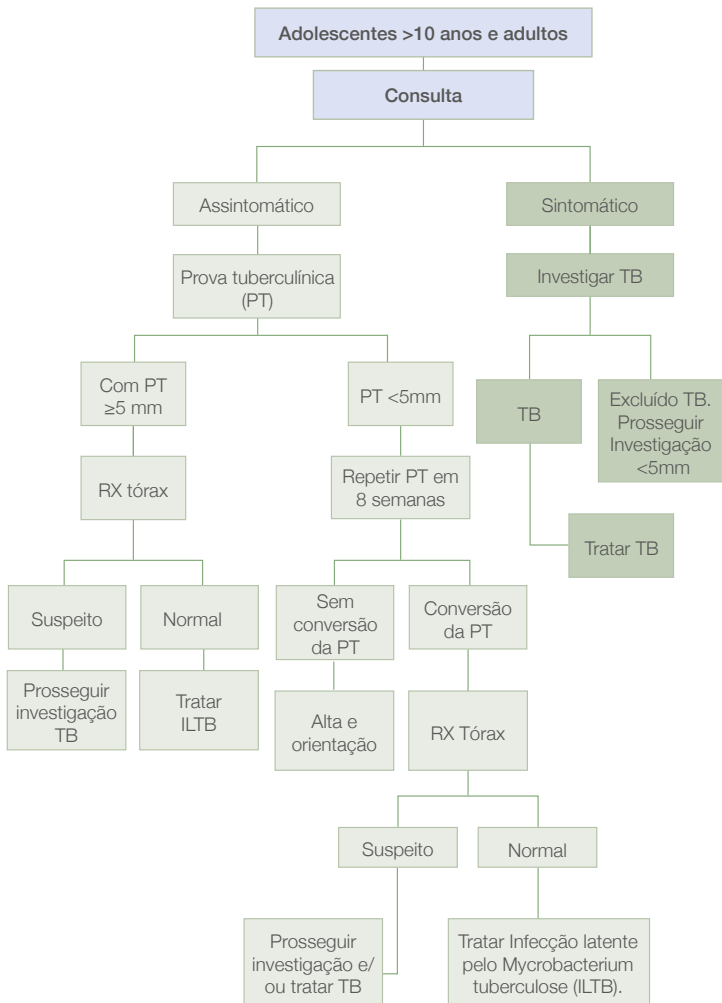
FLUXOGRAMA DE TUBERCULOSE EM INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS CRIANÇAS (<10 ANOS)



*Empregar o Quadro de pontuação ver anexo.

**PT ≥ 5 mm (em crianças não vacinadas com BCG, vacinadas há mais de 2 anos ou portadora de condição imunossupressora); ou ≥ 10 mm em crianças vacinadas com BCH há menos de 2 anos.

FLUXOGRAMA PARA INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS DE TUBERCULOSE EM ADULTOS E ADOLESCENTES (>10 ANOS)



Crêterios de pontos - diagnóstico de Tuberculose na infância

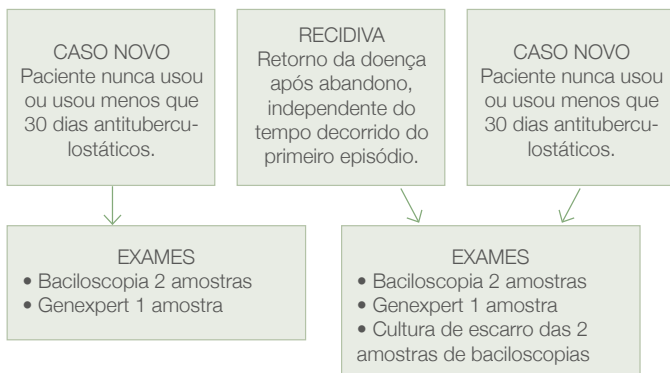
Diagnóstico de TB em crianças e adolescentes negativos a bacilosopia.				
Este escore não deve ser usado em revacinados para TB				
Quadro clínico radiológicos		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas	Adenomegalia hilar ou padrão miliar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação inalterado > 2 semanas). Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns	Próximo, nos últimos dois anos 10 pontos 15 pontos	≥ 5mm em não vacinados com BCG; vacinados ≥ 2 anos; imunossuprimidos Ou ≥ 10 mm em vacinados < 2 anos 15 pontos	Desnutrição grave 5 pontos
Assintomático Ou sintomas com sintomas < 2 semanas	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas		15 pontos	

Bibliografia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Protocolo de Tratamento para Tuberculose

Classificação da tuberculose pulmonar



MEDICAMENTOS	SIGLA	APRESENTAÇÃO
Rifampicina	R	Cps. 300 mg Solução 20 mg/ml
Isoniazida	H	Comp. 100 mg
Pirazinamida	Z	Comp. 500 mg Solução 30 mg/ml
Etambutol	E	Comp. 400 mg
Streptomina	S	Frasco ampola 1 g
Levofloxacina	L	
Terizidona	T	
Etionamida		Comp. 250 mg
Rifampicina + Isoniazida	RH	Cp. 150+75 mg Cp.300+200 mg
Coxip	RHZE	Comp.4 em 1

Ajuste das doses dos medicamentos em nefropatas

Medicamento	Método	Clearance de Creatina		
		> 50-90	10-50	<10
Rifampicina	Nenhum	100%	100%	100%
Isoniazida	Dosagem	100%	75-100%	50%
Pirazinamida	Tempo	24h	24h	48 a 72h
Etambutol	Dosagem	100%	50-100%	25-50%
Estreptomicina	Tempo	24h	24-72h	72-96%

Conduta frente a hepatopatias

Com doença hepática prévia: - hepatite viral aguda - hepatite crônica: viral, autoimune e criptogênica - hepatopatia alcoólica: esteatose hepática, hepatite alcoólica	Sem cirrose	TGO/TGP >3 x LSN	2 SRE / 7 RE 2 SHE / 10 HE 3 SEO / 9 EO
		TGO/TGP >3 x LSN	Esquema básico
	Com Cirrose	3 SEO / 9 EO	
Sem doença hepática prévia (hepatotoxicidade após o início do tratamento)	TGO/TGP >3 x LSN (ou 3 x LSN com sintomas)	Reintrodução RE->H->Z	Reintrodução do Esquema Básico ou substituto
	Icterícia		
	Persistência de TGO/TGP x LSN por quatro semanas ou casos graves de TB		3 SEO / 9 EO

**Tratamento da TB pulmonar e extra-pulmonar
(exceto meningoencefalite) em adultos e adolescentes**

REGIME	FÁRMACOS	PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido (CP) em dose fixa com binada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
4 RH Fase de manutenção	RHZE 150/75/400/275 mg comprimido (CP) em dose fixa com binada	36kg a 50kg	3 comprimidos	4
		> 50kg	4 comprimidos	
		20 a 35kg	1 comp. ou cápsula de 300/200mg	
		36kg a 50kg	1 comp. ou cáps. De 300/200+1 comp. Ou cáps. De 150/100mg	
		50kg	2 comp. ou cáps. 300/200mg	

Tratamento da TB da em crianças < 10 anos

Fases do Tratamento	Fármacos	Peso			
		Até 20 kg	>21 kg a 35 kg	>36 a 45 kg	> 45kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
2RHZ Fase de ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Tb Meningoencefálica em adultos e adolescentes

- Associar nesta forma de TB, corticosteróide : prednisona oral 1 a 2 mg/kg/dia 4 sem, ou dexametasona IV para casos graves (0,3 a 0,4 mg/kg/dia) por 4 a 8 sem, com redução gradual da dose nas 4 sem subsequentes.

Regime	Fármacos	Peso	Unidade/Dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 mg Cp em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 50/100 mg cápsula ou comprimido	20 a 35kg	1 cp 300/200mg ou 2 cp 150/75	7
		36kg a 50kg	1 cp 300/200 + 1 cp 150/100 ou 3 cp de 150/75	
		>50kg	2 comp. ou cáps. 300/200mg ou 4 cp de 150/75	

PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA HANSENÍASE

Crítérios para Classificação Operacional da Hanseníase

- Paucibacilares – PB: casos com até 05 lesões de pele.

Multibacilares

– Multibacilares - MB: casos com mais de 05 lesões de pele ou com baciloscopia positiva independentemente do número de lesões

Casos Paucibacilares	Idade	Esquemas
06 blisters	ADULTO	Dose supervisionada - Rifampicina 600 mg e dapsona 100 mg a cada 28 dias, num total de 06 doses num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com dapsona 100 mg diárias, num total de 27 comprimidos.
	INFANTIL	Dose supervisionada Rifampicina 300 a 450 mg + 50 mg de dapsona, a cada 28 dias num total de 06 doses, num período máximo de 9 meses; Dose auto-administrada com Dapsona 50 mg diárias, num total de 27 comprimidos

12 blisters	ADULTO	<p>Dose supervisionada Rifampicina 600 mg de +clofazimina de 300 mg e dapsona 100 mg a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses;</p> <p>Dose auto-administrada Dapsona 100 mg + e Clfazimina 50 mg diárias, num total de 27 unidades de cada uma</p>
	INFANTIL	<p>Dose supervisionada Rifampicina com 300 a 450 mg, clofazimina 150mg e dapsona de 50 mg a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses;</p> <p>Dose auto-administrada Dapsona 50 mg diária, num total de 27 unidades, e clofazimina 150mg por semana, num total de 13 unidades.</p> <p>Crianças com menos de 30 quilos deverão ter a dose ajustada por quilo de peso corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dapsona 1,5 mg/kg/dia • Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada • Rifampicina 10 a 20 mg/kg

Tratamento das reações

Reação Tipo 1

As lesões cutâneas antigas ficam mais eritematosas, edematosas e dolorosas, e podem surgir lesões novas.

- A neurite é um processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. É a sua manifestação mais grave, uma vez que o dano neural pode se instalar e ocasionar incapacidade e deformidade.

A neurite pode manifestar-se isolada ou acompanhada de lesões cutâneas.

TRATAMENTO:

- Reação reversa sem neurite, sem lesões na face e lesão não próximas a troncos nervosos importantes.

- Prednisona 0,5 – 1 mg/kg/dia

• Reação reversa com neurite, com lesões na face ou próximas a troncos nervosos importantes e ou neurite isolada, orquiepididimite, mão e pé reacionais.

- Prednisona 1 – 2 mg/kg/dia

Reação Tipo 2

A manifestação mais comum é o eritema nodoso que pode atingir todo o tegumento cutâneo.

• Sintomas sistêmicos como febre, mal estar, anorexia, são freqüentes

• Outras manifestações como linfadenopatias, orquite, irite, iridociclite e glomerulonefrite podem ocorrer

• A neurite na reação tipo 2 é menos dramática que na reação tipo 1

TRATAMENTO:

Eritema Nodoso Hansênico (ENH) em homens:

Verificar a gravidade e tentar classificar em Leve, Moderado, Grave.

Leve:

Lesões cutâneas em pequeno número, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral.

- Talidomida – 100mg/dia – 1 mês

- Antiinflamatório não hormonal (AINH) – Paracetamol – 750mg 2-3 vezes ao dia

- Diclofenaco 50mg – 2 – 3 vezes/dia

Moderado:

Lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente.

- Talidomida – 200mg/dia – 1 mês

100mg/dia – 1 mês

50mg/dia – 1 mês

Grave:

Lesões cutâneas disseminadas, com grave acometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa;

OU ACOMPANHADOS DE – ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite/iridociclite, NEURITE

- Talidomida – 300mg/dia – 1 mês

200mg/dia – 1 mês

100mg/dia – 1 mês

50mg/dia – 1 mês

- Prednisona – 1 mg/kg/dia, associado, obedecendo os critérios anteriormente citados

- Eritema Nodoso Hansênico em Mulheres:

Verificar a gravidade e tentar classificar em leve, moderado, grave, conforme critérios já definidos.

Leve:

Lesões cutâneas em pequeno número, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral.

- AINH – paracetamol 1,5-2g/dia ou PREDINISONA

- 0,5mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa

Moderado:

Lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente.

- AINH –paracetamol 1,5-2g/dia ou PREDINISONA

- 0,5mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa

Grave:

Lesões cutâneas disseminadas, com grave acometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

- AINH – paracetamol -1,5-2g/dia ou

- PREDINISONA – 1-2mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa

- CLOFAZIMINA

- 300mg/dia – 1 mês

- 200mg/dia – 1 mês

- 100mg/dia – 1 mês

- 50mg/dia, até alta da PQT

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO PARA CONTATOS DE HANSENÍASE

Em adultos usar Rifampicina 600mg (2 comprimidos de 300mg) em dose única, e deverá ser administrado no segundo mês de tratamento do caso índice (aproximadamente 4 semanas do início do tratamento do caso índice).

Em crianças acima de 05 anos de idade será administrado 450mg Rifampicina (01 frasco de 150 mg/ml e 01 cápsula de 300mg) e

em crianças ou adultos com peso inferior a 30 kg administrar Rifampicina 10 a 20mg/kg.

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE MALÁRIA

ESQUEMAS RECOMENDADOS PARA O TRATAMENTO DA MALÁRIA NÃO COMPLICADA NO BRASIL

MALÁRIA VIVAX OU OVALE

Tabela 1 – Tratamento das infecções pelo *Plasmodium vivax* ou *P. ovale* com Cloroquina em 3 dias e Primaquina em 7 dias (esquema curto)

Idade/ Peso	Número de comprimidos por medicamento por dia						
	1º dia		2º dia		3º dia		4º ao 7º dias
	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Cloroquina	Primaquina INFANTIL	Primaquina INFANTIL
6 – 11 meses 5 – 9 kg	1/2	1	1/4	1	1/4	1	1/2
1 – 3 anos 10 – 14 kg	1	2	1/2	1	1/2	1	1
4 – 8 anos 15 – 24 kg	1	2	1	2	1	2	2
Idade/ Peso	Cloroquina	Primaquina ADULTO	Cloroquina	Primaquina ADULTO	Cloroquina	Primaquina ADULTO	Primaquina ADULTO
9 – 11 anos 25 – 34 kg	2	1	2	1	2	1	1
12 – 14 anos 35 – 49 kg	3	2	2	2	2	2	1
≥ 15 anos ≥ 50 kg	4	2	3	2	3	2	2

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

- Cloroquina: comprimidos de 150 mg, Primaquina infantil: comprimidos de 5 mg e Primaquina adulto: comprimidos de 15 mg.
- Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
- Todos os medicamentos devem ser administrados em dose única diária.
- Administrar os medicamentos preferencialmente às refeições.

- Não administrar Primaquina para gestantes ou crianças menores de 6 meses.
- Se surgir icterícia, suspender a Primaquina
- Se o paciente tiver mais de 70 kg, ajustar a dose de Primaquina (Tabela 2).

Tabela 2 – Ajuste da dose e tempo de administração da Primaquina para pacientes com peso igual ou superior a 70 kg

Faixa de peso (kg)	Dose total de primaquina (mg)	Tempo total de administração Primaquina Adulto 2 comps/dia
70 – 79	240	8 dias
80 – 89	272	9 dias
90 – 99	304	10 dias
100 – 109	336	11 dias
110 – 120	368	12 dias

Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

MALÁRIA FALCIPARUM

Tabela 3 – Tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com a combinação fixa de Artemeter+Lumefantrina em 3 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos						
	1º dia		2º dia		3º dia		
	Manhã		Noite	Manhã	Noite	Manhã	Noite
	Artemeter + Lumefantrina	Primaquina comp 15 mg	Artemeter + Lumefantrina				
6 m – 2 anos 5 – 14 kg	1	1/2	1	1	1	1	1
3 – 8 anos 15 – 24 kg	2	1	2	2	2	2	2
9 – 14 anos 25 – 34 kg	3	1 e 1/2	3	3	3	3	3
≥ 15 anos ≥ 35 kg	4	3	4	4	4	4	4

Fonte: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

- Comprimido: 20 mg de Artemeter e 120 mg de Lumefantrina.
- Cada tratamento vem em uma cartela individual, em quatro tipos de embalagem, de acordo com o peso ou idade das pessoas.
- Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
- No primeiro dia, a segunda dose pode ser administrada em intervalo de 8 a 12 horas.
- Para crianças pequenas, esmagar o comprimido para facilitar a administração, podendo ingerir o comprimido com água ou leite.
- Recomenda-se administrar o comprimido com alimentos.
- Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem em crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

Tabela 4 – Tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com a combinação fixa de Artesunato+Mefloquina em 3 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos por dia						
	1º dia			2º dia		3º dia	
	Artesunato + Mefloquina		Primaquina comp 15 mg	Infantil	Adulto	Infantil	Adulto
	Infantil	Adulto					
6 – 11 meses 5 – 8 kg	1		1/2	1		1	
1 – 5 anos 9 – 17 kg	2		1	2		2	
6 – 11 anos 18 – 29 kg		1	1 e 1/2		1		1
≥ 12 anos ≥ 30 kg		2	3		2		2

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>

- Comprimido infantil: 25 mg de Artesunato e 50 mg de Mefloquina; adulto: 100 mg de Artesunato e 200 mg de Mefloquina.
- Cada tratamento vem em uma cartela individual, em quatro tipos de embalagem, de acordo com o peso ou idade das pessoas.
- Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
- Para crianças pequenas, esmagar o comprimido para facilitar a administração, podendo ingerir o comprimido com água ou leite.
- Recomenda-se administrar o comprimido com alimentos.
- Não administrar a gestantes durante o primeiro trimestre de gravidez, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

Tabela 5 – Esquema de segunda escolha, recomendado para o tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com Quinina em 3 dias, Doxiciclina em 5 dias e Primaquina no 6º dia

Idade/ Peso	Número de comprimidos por dia			
	1º, 2º e 3º dias		4º e 5º dias	6º dia
	Quinina	Doxiciclina	Doxiciclina	Primaquina
8 – 10 anos 22 – 29 kg	1 e 1/2	1	1	1
11 – 14 anos 30 – 49 kg	2 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2	2
≥ 15 anos ≥ 50 kg	4	2	2	3

Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

- Sulfato de Quinina: comprimidos de 500 mg do sal, Doxiciclina: comprimidos de 100 mg do sal e Primaquina: comprimidos de 15 mg.
- A dose diária de Quinina e da Doxiciclina devem ser divididas em duas tomadas de 12/12 horas.
- Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.
- A Doxiciclina não deve ser dada a gestantes ou crianças menores de 8 anos.
- A Primaquina não deve ser dada a gestantes ou crianças menores de 6 meses.
- Não administrar a gestantes, nem crianças menores de 6 meses (nesses casos, usar a Tabela 7).

MALÁRIA MISTA

Tabela 6 – Tratamento das infecções mistas por *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax* ou *Plasmodium ovale*

Idade/ Peso	Esquema para <i>P. falciparum</i>	Quinina			
		Quinina			
	1° ao 3° dias	4° dia	5° dia	6° dia	7° ao 10° dias
		Infantil	Infantil	Infantil	Infantil
6 – 11 meses 5 – 9 kg	Artemeter + Lumefan- trina (Tabela 3) ou Artesuna- to + Mefloquina (Tabela 4)	1	1	1	1/2
1 – 3 anos 10 – 14 kg		2	1	1	1
4 – 8 anos 15 – 24 kg		2	2	2	2
Idade/ Peso		4° dia	5° dia	6° dia	7° ao 10° dias
		Adulto	Adulto	Adulto	Adulto
6 – 11 meses 5 – 9 kg		1	1	1	1
1 – 3 anos 10 – 14 kg		2	2	2	1
4 – 8 anos 15 – 24 kg	2	2	2	2	

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

* Se infecção mista com *P. malariae*, administrar apenas o esquema de *P. falciparum*.

– Primaquina infantil: comprimidos de 5 mg, Primaquina adulto: comprimidos de 15 mg.

– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.

– Para crianças menores de 6 meses e gestantes no 1° trimestre tratar apenas malária por *P. falciparum* segundo a Tabela 7.

– Não administrar Primaquina para gestantes.

– Administrar os medicamentos preferencialmente às refeições.

– Se surgir icterícia, suspender a Primaquina.

– Se o paciente tiver mais de 70 kg, ajustar a dose de Primaquina (Tabela 2).

Se a infecção mista for pelo *P. falciparum* e *P. malariae*, o tratamento deve ser dirigido apenas para o *P. falciparum*.

MALÁRIA NA GESTANTE E CRIANÇA COM MENOS DE 6 MESES

Tabela 7 – Esquema recomendado para tratamento das infecções não complicadas por *Plasmodium falciparum* no primeiro trimestre da gestação e crianças com menos de 6 meses, com Quinina em 3 dias e Clindamicina em 5 dias

Idade/ Peso	Número de comprimidos ou dose por dia		
	1°, 2° e 3° dias		4° e 5° dias
	Quinina	Clindamicina	Clindamicina
< 6 meses* 1 – 4 kg	1/4 (manhã) 1/4 (noite)	1/4 (manhã) 1/4 (noite)	1/4 (manhã) 1/4 (noite)
Gestantes 12 – 14 anos 30 – 49 kg	1 e 1/2 (manhã) 1 (noite)	1/2 (6 em 6 horas)	1/2 (6 em 6 horas)
Gestantes 15 anos ≥ 50 kg	2 (manhã) 2 (noite)	1 (6 em 6 horas)	1 (6 em 6 horas)

Fonte: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

* A Clindamicina não deve ser usada para crianças com menos de 1 mês. Nesse caso, administrar Quinina na dose de 10 mg de sal/kg a cada 8 horas, até completar o tratamento de 7 dias.

– Sulfato de quinina: comprimidos de 500 mg do sal, Clindamicina: comprimidos de 300 mg.

– Sempre dar preferência ao peso para a escolha da dose.

A MALÁRIA GRAVE DEVE SER CONSIDERADA UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

Qualquer paciente com malária, que apresente um dos sinais relacionados a seguir, deve ser considerado portador de malária grave e complicada e para a qual o tratamento deve ser orientado, de preferência em unidade hospitalar. Nesses casos, o principal objetivo do tratamento é evitar que o paciente morra. Para isso, antimaláricos potentes e de ação rápida devem ser administrados. Sinais de perigo para malária grave: hiperpirexia (temperatura > 41°C), convulsão, hiperparasitemia (> 200.000/mm³), vômitos repetidos, diminuição da quantidade de urina, respiração ofegante, anemia intensa, icterícia, hemorragias e hipotensão arterial.

Além dos pacientes com sinais de malária grave, as seguintes condições indicam que os pacientes devem ser preferencialmente tratados em ambiente hospitalar: crianças menores de 1 ano, idosos com mais de 70 anos, gestantes e pacientes imunodeprimidos.

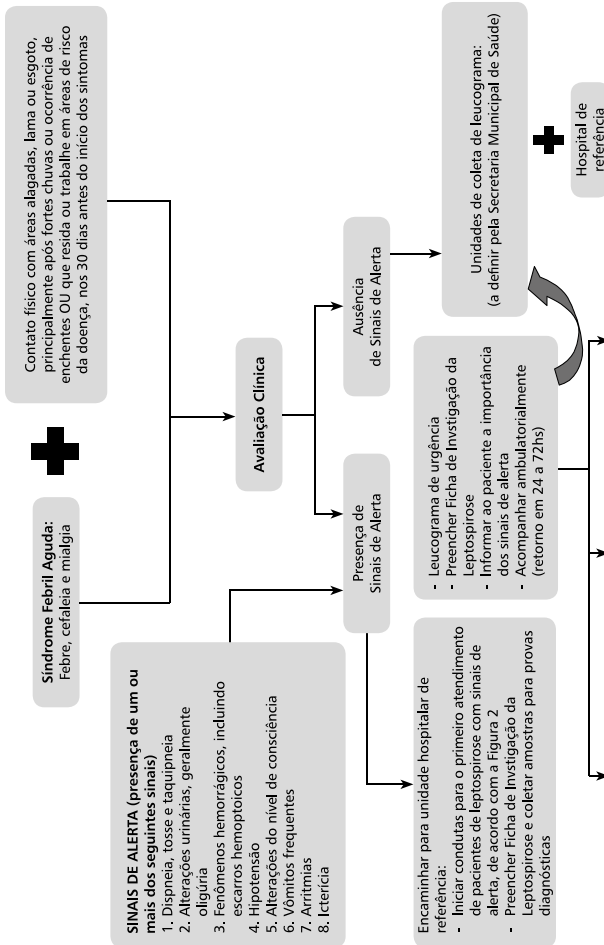
Tabela 10 – Esquemas recomendados para tratamento da malária grave e complicada pelo *Plasmodium falciparum* em todas as faixas etárias

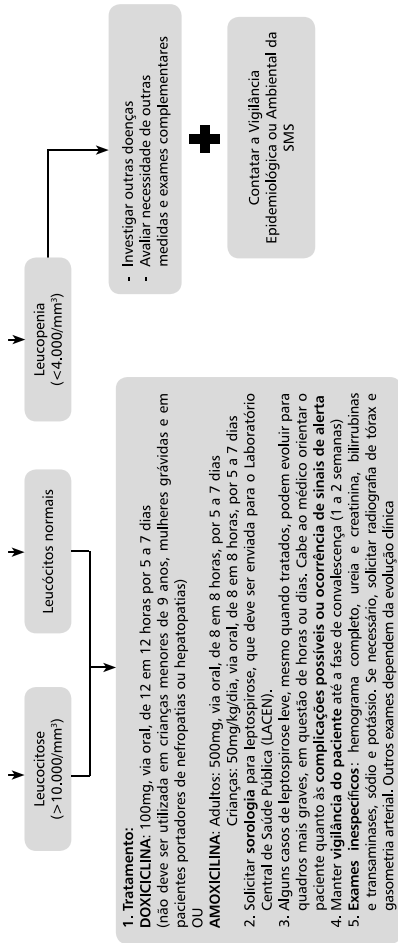
<p>Artesunato¹: 2,4 mg/Kg (dose de ataque) por via endovenosa, seguida de 1,2 mg/Kg administrados após 12 a 24 horas da dose de ataque. Em seguida, manter uma dose diária de 1,2 mg/Kg durante 6 dias. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral.</p>	<p>Clindamicina: 20 mg/Kg/dia, endovenosa, diluída em solução glicosada a 5% (1,5 ml/Kg de peso), infundida gota a gota em 1 hora, dividida em 3 doses ao dia, durante 7 dias. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral, de acordo com a tabela 9.</p>
Não indicado para gestantes no 1º trimestre	
OU	
<p>Arthemether: 3,2 mg/Kg (dose de ataque) por via intramuscular. Após 24 horas aplicar 1,6 mg/Kg por dia, durante mais 4 dias (totalizando 5 dias de tratamento). Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos por via oral.</p>	<p>Clindamicina: 20 mg/Kg/dia, endovenosa, diluída em solução glicosada a 5% (1,5 ml/Kg de peso) infundida gota a gota em 1 hora, durante 7 dias. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral, de acordo com a tabela 9.</p>
Não indicado para gestantes no 1º trimestre	
OU	
<p>Quinina: administrar quinina endovenosa, na dose de 20mg/Kg de dicloridrato de quinina (dose de ataque)², diluída em 10 mg/Kg de solução glicosada a 5% (máximo de 500 ml de SG 5%), por infusão endovenosa durante 4 horas. Após 8 horas do início da administração da dose de ataque, administrar uma dose de manutenção de quinina de 10 mg de sal/Kg, diluídos em 10 ml de SG 5%/Kg, por infusão endovenosa (máximo de 500 ml de SG 5%), durante 4 horas. Essa dose de manutenção deve ser repetida a cada 8 horas, contadas a partir do início da infusão anterior, até que o paciente possa deglutir; a partir desse momento, deve-se administrar comprimidos de quinina da dose de 10 mg de sal/Kg a cada 8 horas, até completar um tratamento de 7 dias.</p>	<p>Clindamicina: 20 mg/Kg/dia, endovenosa, diluída em solução glicosada a 5% (1,5 ml/Kg de peso), infundida gota a gota em 1 hora, durante 7 dias. Se o paciente estiver em condições de deglutir, a dose diária pode ser administrada em comprimidos, por via oral, de acordo com a Tabela 9.</p> <p style="text-align: center;">ESTE ESQUEMA É INDICADO PARA GESTANTES DE 1º TRIMESTRE E CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES³</p>
<p>¹ Dissolver o pó de artesunato (60 mg por ampola) em diluente próprio ou em uma solução de 0,6 ml de bicarbonato de sódio 5%. Esta solução deve ser diluída em 50 ml de SG 5% e administrada por via endovenosa, em uma hora.</p> <p>² Outra possibilidade é administrar quinina em infusão endovenosa (ou bomba de infusão) numa dose de ataque de 7 mg do sal/Kg durante 30 minutos, seguida imediatamente de 10 mg do sal/Kg diluídos em 10 ml/Kg de solução glicosada a 5% (máximo de 500 ml), em infusão endovenosa durante 4 horas.</p> <p>³ A clindamicina não deve ser usada para crianças com menos de um mês. Nesse caso, administrar apenas quinina.</p>	

BIBLIOGRAFIA: Guia prático de tratamento da malária no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária.

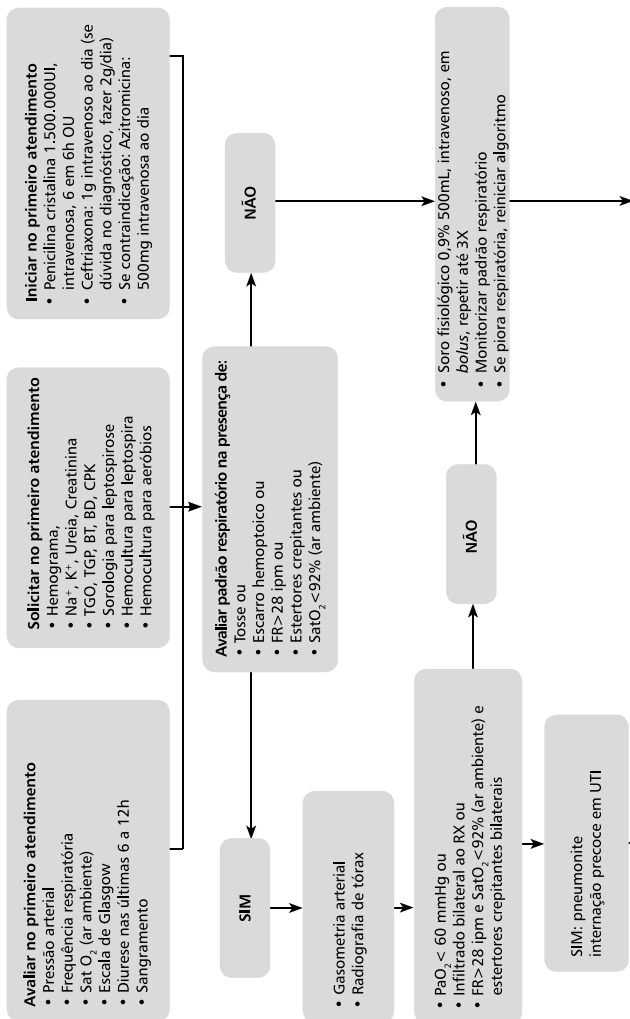
LEPTOSPIROSE

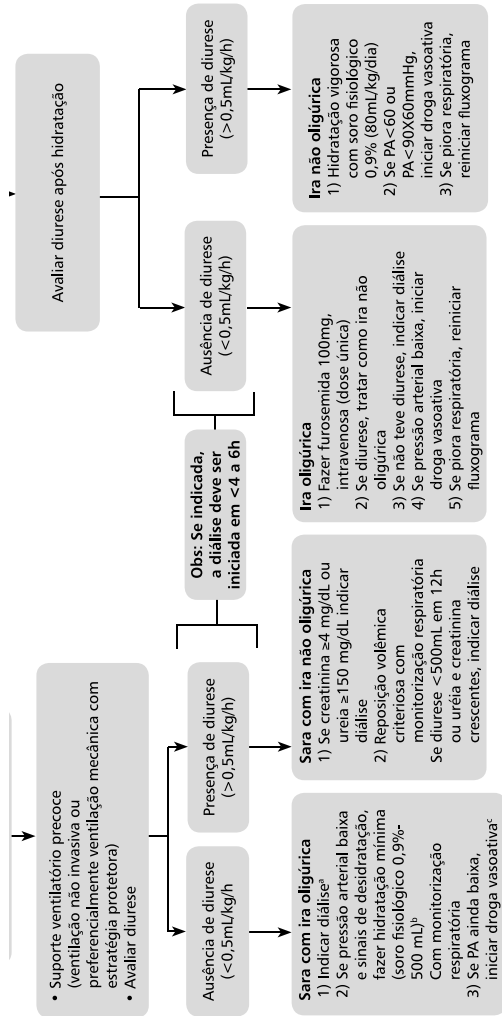
Algoritmo de Conduta de Suporte para Pacientes Graves com Leishmaniose Visceral





Algoritmo II: condutas no primeiro atendimento de pacientes de leptospirose e com sinais de alerta





^a O método dialítico preferencial é a hemodíalise. O tempo do início dos cuidados até a diálise deve ser no máximo de 4h.

^b Pressão arterial (PA) baixa: PA média <60mmHg ou PA sistólica <90mmHg.

^c Droga vasoativa: noradrenalina ($\pm 0,05$ ug/kg/min) ou dopamina (± 5 ug/kg/min).

LEPTOSPIROSE

É um risco ocupacional para muitas pessoas que trabalham ao ar livre ou com animais, tais como:

- Agricultores
- Trabalhadores de minas
- Operadores de esgoto
- Trabalhadores de matadouros
- Veterinários e cuidadores de animais
- Trabalhadores de pesca
- Produtores de leite
- Pessoal militar

Tem sido reportado a doença associada à natação, caiaque e rafting em lagos e rios contaminados. Como tal, é um perigo recreativo para os campistas ou aqueles que participam de esportes ao ar livre. O risco é provavelmente maior para aqueles que participam dessas atividades em climas tropicais ou temperados.

Quimioprofilaxia para leptospirose

Qualquer indivíduo que entrou em contato com a água ou lama das enchentes é passível de se infectar e manifestar sintomas da doença, configurando-se uma situação em que não há indicação técnica para a realização da quimioprofilaxia contra a leptospirose, como medida de saúde pública. Esta tem indicação apenas quando um grupo pequeno e bem identificado é exposto a uma situação de risco.

Antibioticoterapia na Leptospirose

A antibioticoterapia está indicada em qualquer período da doença, mas sua eficácia costuma ser maior na 1ª semana do início dos sintomas (Quadro 1).

Quadro 1 – Antibioticoterapia recomendada para pacientes com leptospirose

Fase	Antibiótico	Adulto	Criança
Fase precoce	Doxiciclina ^{a,b}	100mg, via oral, de 12 em 12 horas, por 5 a 7 dias	-
	Amoxicilina ^b	500mg, via oral, de 8 em 8 horas, por 5 a 7 dias	50mg/kg/dia, via oral, a intervalos de 6 a 8 horas, por 5 a 7 dias
Fase tardia	Penicilina cristalina ^c	-	-
	Penicilina G Cristalina ^c	1.500.000UI, intravenosa, de 6 em 6 horas	-
	Ampicilina ^c	1g, intravenosa, de 6 em 6 horas	50 a 100mg/kg/dia, intravenosa, dividido em 4 doses
	Ceftriaxona ^c	1 a 2g, intravenosa, de 24 em 24 horas	80 a 100mg/kg/dia, intravenosa, em uma ou 2 doses
	Cefotaxima ^c	1g, intravenosa, de 6 em 6 horas	50 a 100mg/kg/dia, intravenosa, em duas a 4 doses

^aA doxiciclina não deve ser utilizada em crianças menores de 9 anos de idade, mulheres grávidas e pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias.

^bA azitromicina e a claritromicina são alternativas para pacientes com contraindicação para uso de amoxicilina e doxiciclina.

^cDuração do tratamento com antibióticos intravenosos (IV) deve durar pelo menos 7 dias.

LEISHMANIOSE VISCERAL

DEFINIÇÃO	Caso suspeito	<ul style="list-style-type: none"> • Quando em área com ocorrência de transmissão: febre + esplenomegalia • Quando em área sem ocorrência de transmissão: febre + esplenomegalia, descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes
	Caso confirmado	<ul style="list-style-type: none"> • critério clínico laboratorial – parasitológica ou confirmação sorológica • critério clínico epidemiológico – caso suspeito com resposta ao teste terapêutico
Conceitos adotados pelo Programa de Leishmaniose Visceral	• Tratamento regular	caso que utilizou 20 doses de 20mg/Sb+5/kg/dia de antimonial pentavalente, em no máximo 30 dias, não ocorrendo intervalos superiores a 72 horas entre as doses
	• Tratamento irregular	caso que ultrapassou o tempo previsto para o tratamento regular ou que tenha ocorrido intervalos superiores a 72 horas entre as doses
	• Falha terapêutica	caso em que não ocorreu cura clínica após a segunda série regular de tratamento com antimonial pentavalente
	• Abandono de tratamento: avaliação clínica	caso que não completou 20 doses de tratamento com antimonial pentavalente no tempo pré-estabelecido, ou os pacientes que não tendo recebido alta, não compareceram até 30 dias após o agendamento, para
	• Recidiva	recrudescimento da sintomatologia, em até 12 meses após cura clínica. É considerado caso novo o reaparecimento de sintomatologia após 12 meses de cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.
SINAIS DE ALERTA	<ul style="list-style-type: none"> • crianças com idade entre 6 meses e 1 ano • adultos com idade entre 50 e 65 anos • suspeita de infecção bacteriana • recidiva ou reativação de LV • presença de diarreia ou de vômitos • edema localizado • presença de febre há mais de 60 dias 	
SINAIS DE GRAVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos • presença de icterícia • presença de fenômenos hemorrágicos • presença de edema generalizado • sinais de toxemia • desnutrição grave • presença de qualquer co-morbidade, inclusive infecção bacteriana 	

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • pacientes graves • pacientes com sinais de alerta • pacientes com as seguintes alterações laboratoriais: - leucócitos < 1.000/mm³ ou neutrófilos ≤ 500/mm³; - plaquetas < 50.000/mm³; - hemoglobina ≤ 7g/dL; - creatinina sérica acima de duas vezes o maior valor de referência; - atividade de protrombina < 70%; - bilirrubina acima do maior valor de referência; - enzimas hepáticas acima de cinco vezes o maior valor de referência; - albumina < 2,5 g/dL 	
INDICAÇÕES DE USO DE ANTIBIÓTICOS	Antibioticoprofilaxia	<ul style="list-style-type: none"> • crianças menores de 2 meses • número de neutrófilos < 500 células/mm³
	Antibioticoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • pacientes com quadro infeccioso definido • pacientes com sinais de toxemia
Suporte hemoterápico	Concentrado de hemácias	Hemoglobina < 7g/dL ou hematócrito < 21% - Repercussões hemodinâmicas associadas à na e mia. Dose: 300mL/transusão ou 10mL/kg/transusão para crianças com peso até 30kg
	Concentrado de plaquetas	Plaquetas < 20.000/mm ³ ou sangramentos associados a plaquetopenia moderada. Dose: uma unidade para cada 7 a 10kg de peso corporal. Repetir após três dias, se necessário
	Plasma fresco congelado	Sangramentos graves não controlados após transfusão de plaquetas. Dose: 10 a 20 mL/kg/transusão de 8 em 8 horas ou de 12/12 horas
Indicações Anfotericina B lipossomal É a medicação de primeira escolha para pacientes que atendam pelo menos a um destes critérios	<ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 1 ano • Idade maior que 50 anos • Escore de gravidade: clínico ≥ 4 ou clínico-laboratorial ≥ 6 (ver abaixo)¹ • Insuficiência renal • Insuficiência hepática • Insuficiência cardíaca • Transplantados cardíacos, renais ou hepáticos • Intervalo QT corrigido no exame eletrocardiográfico maior que 450 milissegundos (ms) • Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT • Hipersensibilidade ao antimoniato de N-metil glucamina ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da leishmaniose visceral • Infecção pelo HIV • Comorbidades que comprometem a imunidade • Uso de medicação que compromete a imunidade • Falha terapêutica ao antimoniato de N-metil glucamina ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da leishmaniose visceral • Gestantes 	

*Escore de gravidade clínico e clínico – laboratorial

Escore de gravidade: clínico ≥ 4 ou clínico-laboratorial ≥ 6 (ver abaixo)¹

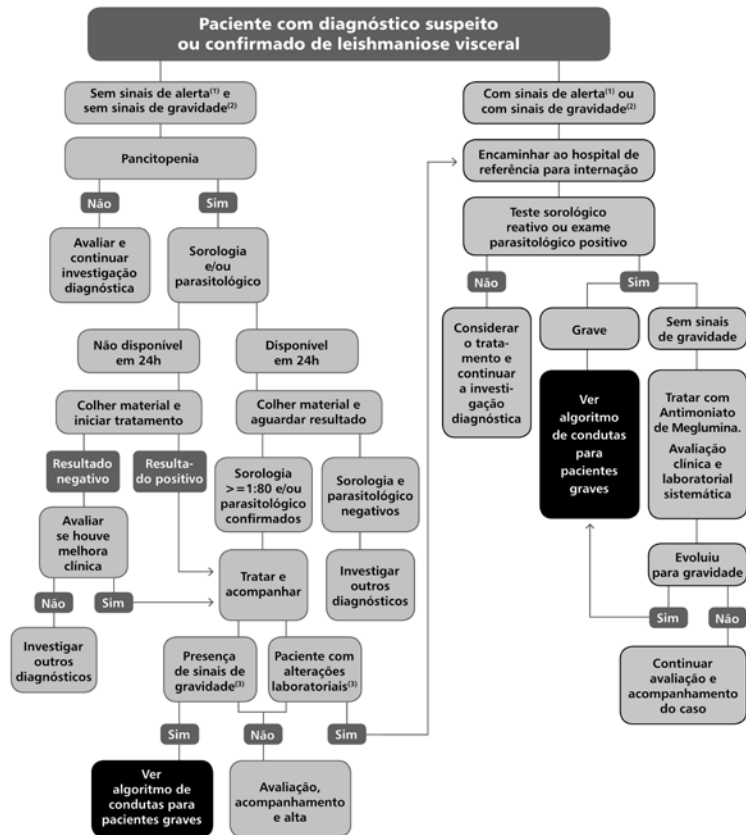
Variável	Escore Clínico		Escore clínico e laboratorial	
	Menor de 2 anos idade	Maior de 2 anos de idade	Menor de 2 anos idade	Maior de 2 anos de idade
Idade				
< 12 meses	1	-	1	-
>12 meses	0	-	0	-
2-20 anos	-	-	-	-
20-40 anos	-	1	-	1
>40anos	-	2	-	2
Sangramento				
1-2 sítios	1	1	1	1
3-4 sítios	2	2	2	2
5-6 sítios	4	3	4	3
Aids	-	2	-	3
Edema	1	1	2	1
Icterícia	1	1	-	
Dispneia	1	1	1	1
AST ou ALT acima de 100UK/L*	-	-	3	
Infecção bacteriana	-	1		1
Leucócitos abaixo de 1.500/mm ³	-	-		2
Plaquetas abaixo de 50.000/mm ³	-	-		3
Insuficiência renal**	-	-		3
Pontuação máxima	8	11	11	20

Fonte: Adaptação dos modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força da associação estatística para a morte em pacientes com > 2 de anos idade ou < de 2 anos de idade diagnosticados com leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008. Publicado no Manual: Leishmaniose visceral : recomendações clínicas para redução da letalidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Pág.15 e 16.

*A anfotericina B é a droga de escolha para o tratamento da leishmaniose visceral em pacientes grávidas. Recomenda-se a dose de 1mg/kg/dia durante 14 dias consecutivos.

** NOTA INFORMATIVA Nº 5 de 2016/CGDT/DEVIT/SVS/MS – incorpora o fármaco pentoxifilina para tratamento adjuvante de pacientes do SUS com leishmaniose tegumentar da forma mucosa em pacientes \geq 12 anos. Ver critérios de exceção na Nota. Dose 400 mg VO 8/8h durante 30 dias associado ao glucantime.

Algoritmo para Identificação e Acompanhamento de Pacientes com Leishmaniose Visceral



(1) Sinais de alerta:

Crianças com idade entre 6 meses e 1 ano;
 Adultos com idade entre 50 e 65 anos;
 Quadro infeccioso suspeito;
 Casos de recidiva de LV;
 Edema localizado;
 Diarréia e/ou vômitos;
 Febre há mais de 60 dias.

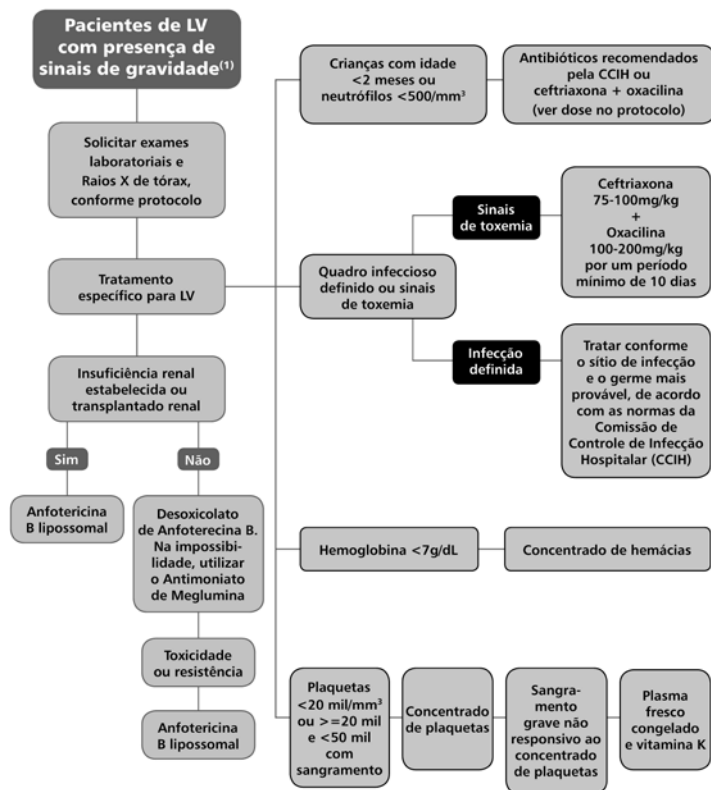
(2) Sinais de gravidade:

Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
 Icterícia;
 Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
 Edema generalizado;
 Sinais de toxemia;
 Desnutrição grave;
 Co-morbidades.

(3) Alterações laboratoriais:

Leucócitos <1000/mm³ ou neutrófilos < 500/mm³;
 Plaquetas < 50.000/mm³;
 Creatinina sérica acima de duas vezes o maior valor de referência;
 Atividade de protrombina < 70%;
 Bilirrubina acima do maior valor de referência;
 Enzimas hepáticas acima de cinco vezes o maior valor de referência;
 Albumina < 2,5 g/dL.

Algoritmo de Conduta de Suporte para Pacientes Graves com Leishmaniose Visceral



(1) Sinais de gravidade:

Idade inferior a 6 meses e superior a 65 anos;
Icterícia;
Fenômenos hemorrágicos (exceto epistaxe);
Edema generalizado;
Sinais de toxemia;
Desnutrição grave;
Co-morbidades.

MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE VISCERAL

ORIENTAÇÕES	GLUCANTIME Antimoniato de N-metil glucamina	Desoxicolato de anfotericina B	ANFOTERICINA LIPOSSOMAL
INDICAÇÃO	Na impossibilidade de uso de anfotericina B, os pacientes com LV com maior risco de óbito podem ser tratados com o antimoniato de N-metil glucamina. A resposta terapêutica parece ser mais demorada	Única opção no tratamento de gestantes e de pacientes que tenham contra-indicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalentes	Vide quadro pág. 265
APRESENTAÇÃO	Ampolas de 5 mL 1.500 mg (300 mg/mL) de antimoniato de N-metil glucamina, equivalentes a 405 mg (81 mg/mL) de antimônio pentavalente (Sb+5)	Frasco com 50 mg de desoxicolato sódico de anfotericina B liofilizada	Frasco/ampola com 50 mg de anfotericina B lipossomal liofilizada.
DOSE E VIA DE APLICAÇÃO	20 mg/Sb+5/kg/dia EV OU IM, 1 X ao dia durante 30 dias. A dose prescrita refere-se ao antimônio pentavalente (Sb+5). Preferencialmente por via endovenosa lenta. Dose máxima de três ampolas ao dia	1 mg/kg/dia EV durante 14 a 20 dias. A decisão quanto à duração do tratamento deve ser baseada na evolução clínica, considerando a velocidade da resposta e a presença de comorbidades. Dose máxima diária de 50 mg	3 mg/kg/dia por 7 dias ou 4 mg/kg/dia, durante 5 dias EV em uma dose diária

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO
DA LEISHMANIOSE VISCERAL - continuação**

ORIENTAÇÕES	GLUCANTIME Antimoniato de N-metil glucamina	Desoxicolato de anfotericina B	ANFOTERICINA LIPOSSOMAL
DILUIÇÃO	Colocar no SG a 5% para facilitar a infusão EV	Reconstituir o pó em 10 mL de AD, agitar o frasco imediatamente até que a solução se torne límpida, nesta diluição inicial tem 5 mg de anfotericina B/mL; conservar à temperatura de 2°C a 8°C e protegida da exposição luminosa por, no máximo, uma semana, com perda mínima de potência e limpidez. Para preparar a so- lução para infusão, é necessária uma nova diluição. Diluir cada 1 mg (0,2 mL) de anfotericina B da solução anterior em 10 mL de soro glicosado a 5%. A concentração final será de 0,1 mg por mL de anfoterici- na B	Reconstituir o pó em 12 mL de água estéril para injeção, agitando vigoroso- mente o frasco por 15 segundos, a fim de dispersar completamente a anfotericina B lipossomal. Obtém- -se uma solução contendo 4 mg/ mL de anfotericina B lipossomal. Essa solução pode ser guardada por até 24 horas à temperatura de 2°C a 8°C. Redi- luir a dose calculada na proporção de 1 mL (4 mg) de anfo- tericina B lipossomal para 1 mL a 19 mL de soro glicosado a 5%. A concentração final será de 2 mg a 0,2 mg de anfo- tericina B lipossomal por mL. A infusão deverá ser iniciada em, no máximo, seis horas após a diluição final
TEMPO DE INFUSÃO	1min/ml	4 a 6 horas	30 a 60 minutos

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO
DA LEISHMANIOSE VISCERAL - continuação**

ORIENTAÇÕES	GLUCANTIME Antimoniato de N-metil glucamina	Desoxicolato de anfotericina B	ANFOTERICINA LIPOSSOMAL
EVENTOS ADVERSOS	Artralgias, mialgias, inapetência, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, epigastralgia, pirose, dor abdominal, dor no local da aplicação, febre, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade e pancreatite	Febre, cefaleia, náuseas, vômitos, hiporexia, tremores, calafrios, flebite, cianose, hipotensão, hipopotassemia, hipomagnesemia e alteração da função renal	Febre, cefaleia, náusea, vômitos, tremores, calafrios e dor lombar
RECOMENDAÇÃO	Monitorar enzimas hepáticas, função renal, potássio e magnésio séricos, amilase e lipase sérica (GR-A). Realizar eletrocardiograma no início, durante e ao final do tratamento para monitorar o intervalo QT corrigido, arritmias e achatamento da onda T (GR-A)	Monitorar função renal, potássio e magnésio séricos	Durante a infusão não é necessário manter refrigerado e protegida da exposição à luz

**MEDICAMENTOS USADOS NO TRATAMENTO
DA LEISHMANIOSE VISCERAL - continuação**

ORIENTAÇÕES	GLUCANTIME Antimoniato de N-metil glucamina	Desoxicolato de anfotericina B	ANFOTERICINA LIPOSSOMAL
CONTRA- INDICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - insuficiência renal; - insuficiência hepática; - insuficiência cardíaca; - uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT corrigido com duração maior que 450 ms; - gravidez; - idade maior de 50 anos; - hipersensibilidade aos componentes da formulação 	<p>Repor potássio quando indicado</p>	<p>Monitorar função renal, potássio e magnésio séricos. Repor potássio, quando indicado</p>
		<p>Em caso de eventos adversos durante a infusão do medicamento, administrar antitérmicos ou anti-histamínicos meia hora antes da infusão, evitando o uso de ácido acetil salicílico)</p>	<p>Em caso de eventos adversos durante a infusão do medicamento, administrar antitérmicos ou anti-histamínicos meia hora antes da infusão, evitando o uso de ácido acetil salicílico</p>
		<p>Na disfunção renal, com níveis de creatinina acima de duas vezes o maior valor de referência, o tratamento deverá ser suspenso por dois a cinco dias e reiniciado em dias alternados, quando os níveis de creatinina reduzirem</p>	<p>Na disfunção renal, com níveis de creatinina duas vezes acima do maior valor de referência, o tratamento deverá ser suspenso por dois a cinco dias e reiniciado em dias alternados, quando os níveis de creatinina reduzirem</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - insuficiência renal; - hipersensibilidade aos componentes da formulação 	<ul style="list-style-type: none"> - hipersensibilidade aos componentes da formulação

Acidente por Animais Peçonhentos

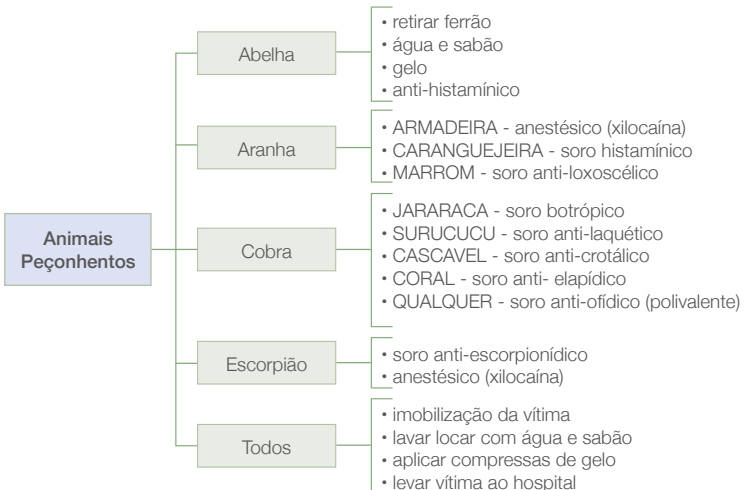
Botrópico – causado por serpentes dos gêneros *Bothrops* e *Bothroco-
phias* (jararaca, jararacuçu, urutu, cruzeira, caissaca). É o de maior impor-
tância e distribuição dentre os acidentes ofídicos no Brasil.

Crotálico – ocasionado por serpentes do gênero *Crotalus* (cascavel). No
país é representado apenas pela espécie *Crotalus durissus*.

Laquético – provocado por serpentes do gênero *Lachesis* (surucucu-pi-
co-de-jaca, surucucu-de-fogo, surucutinga). No país é causado somente
pela espécie *Lachesis muta*.

Elapídico – causado por serpentes dos gêneros *Micrurus* e *Leptomi-
crurus*. O gênero *Micrurus* (coral verdadeira) é o principal representante de
importância médica da família Elapidae no Brasil.

Outros gêneros de serpentes causam acidentes de menor gravidade e são
encontrados em todo o país: *Phylodrias* (cobra-verde, cobra-cipó), *Clelia*
(muçurana, cobra-preta), *Oxyrhopus* (falsa-coral), *Waglerophis* (boipeva),
Helicops (cobra d'água), *Eunectes* (sucuri), *Boa* (jiboia), entre outras.



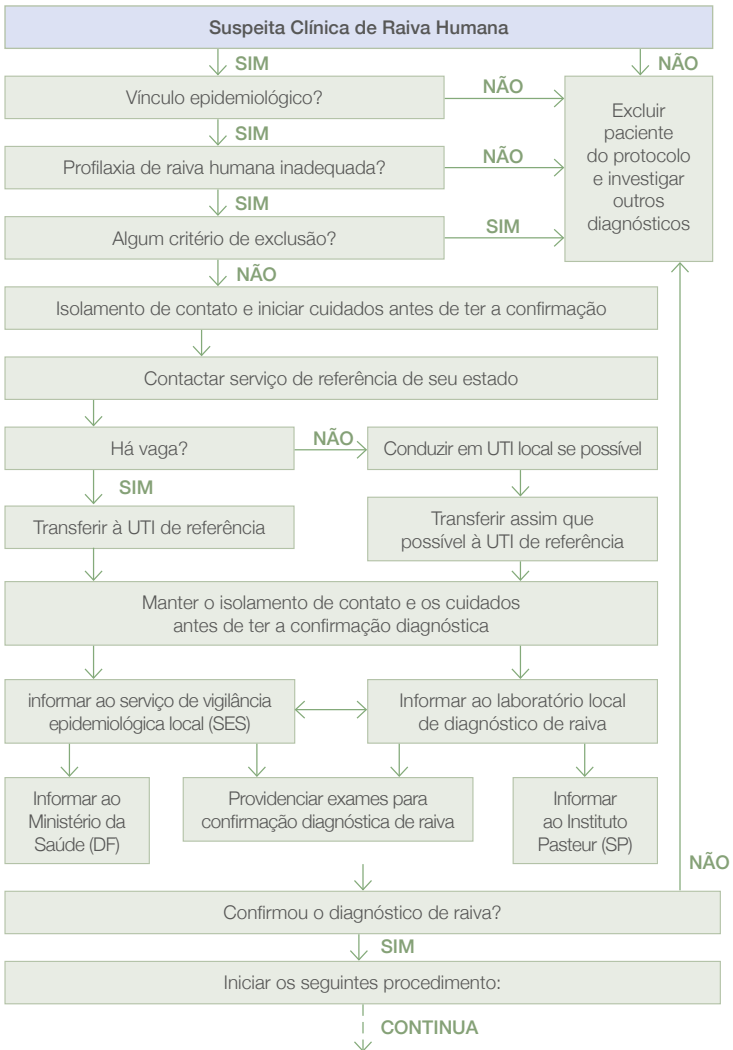
Número de ampolas de antiveneno específico para cada tipo e gravidade do acidente

Acidente	Antiveneno	Gravidade	Nº de ampolas
Botrópico	SAB ^b SABL ^c ou SAB ^b	Leve: quadro local discreto, sangramento em pele ou mucosas; pode haver apenas distúrbio na coagulação	2 a 4
		Moderado: edema e equimose evidentes, sangramento sem comprometimento do estado geral; pode haver distúrbio na coagulação	4 a 8
		Grave: alterações locais intensas, hemorragia grave, hipotensão/choque, insuficiência renal, anúria; pode haver distúrbio na coagulação	12
Laquéutico^a	SABL	Moderado: quadro local presente, pode haver sangramentos, sem manifestações vagas	10
		Grave: quadro local intenso, hemorragia intensa, com manifestações vagas	20
Crotálico	SAC ^e ou SABC	Leve: alterações neuromusculares discretas; sem mialgia, escurecimento da urina ou oligúria	5
		Moderado: alterações neuromusculares evidentes, mialgia e mioglobinúria (urina escura) discretas	10
		Grave: alterações neuromusculares evidentes, mialgia e mioglobinúria intensas, oligúria	20
Elapídico	SAEla ^f	Considerar todos os casos potencialmente graves pelo risco de insuficiência respiratória	10

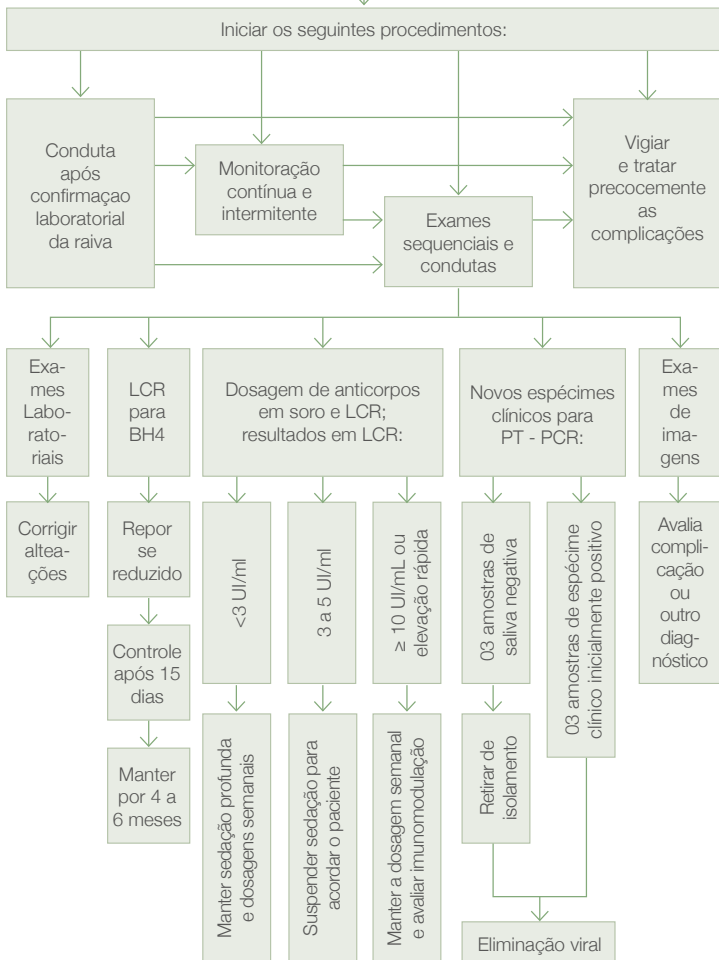
^aDevido à potencial gravidade do acidente laquéutico, são considerados moderados ou graves, não havendo casos leves. ^bSAB = Soro antibotrópico (pentavalente); ^cSABL = Soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquéutico; ^dSABC = Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico; ^eSAC = Soro anticrotálico; ^fSAEla = Soro antielapídico (bivalente).

Fonte: Adaptado do Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos (2001) e do Guia de Vigilância Epidemiológica (2009).

RAIVA HUMANA



CONTINUAÇÃO

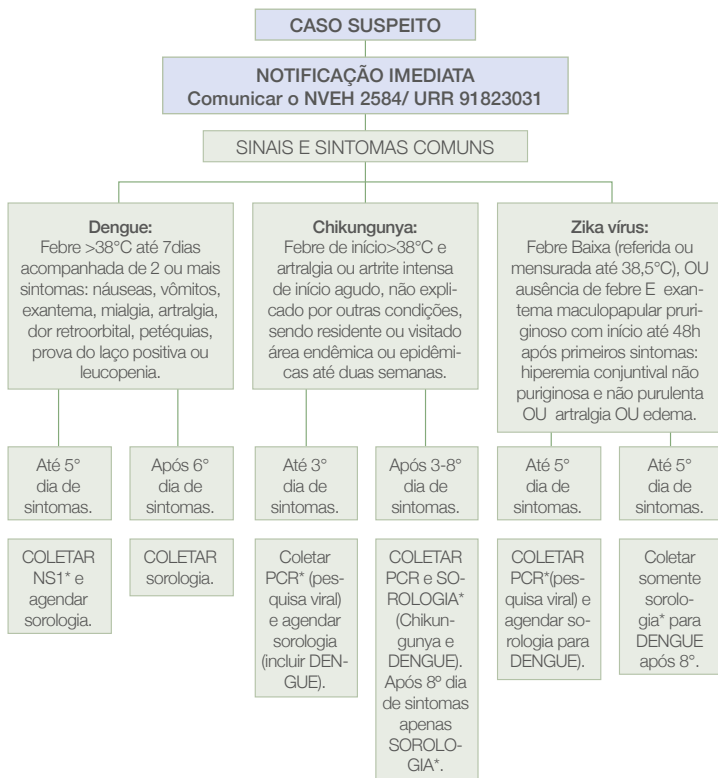


Esquema para profilaxia da Raiva Humana com vacina de cultivo celular

TIPO DE EXPOSIÇÃO	CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR		
	Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto. Animais silvestres ⁵ (inclusive os domiciliados). Animais domésticos de interesse econômico ou de produção
Contato Indireto	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Não tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Não tratar.
<p>Acidentes Leves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. • Lamedura de pele com lesões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição¹. • Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar 5 doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o esquema profilático com 2 (duas) doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. • Observar o animal durante 10 dias após a exposição¹. • Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerrar o caso. • Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 (cinco) doses. Aplicar uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose nos dias 14 e 28. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Iniciar imediatamente o esquema profilático com 5 (cinco) doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28.

1. É necessário orientar o paciente para que ele notifique imediatamente a Unidade de Saúde se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.
2. É preciso avaliar, sempre, os hábitos do cão e gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensados do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão ou gato que, com certeza, não tem risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada não é necessário iniciar o esquema profilático. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema profilático indicado (soro+vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.
3. O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda dose, aplicar o máximo possível e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que aplicou a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas a dose do soro a ser infiltrada pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico para que todas as lesões sejam infiltradas.
4. Nos casos em que se conhece só tardiamente a necessidade do uso do soro antirábico ou quando o mesmo não se encontra disponível no momento, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo o soro não é mais necessário.
5. Nas agressões por morcegos deve-se indicar a soro-vacinação independentemente da gravidade da lesão, ou indicar conduta de reexposição.

FLUXOGRAMA NO HRMS PARA CASOS SUSPEITOS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS



Casos de Chikungunya e zikavírus que não cumprirem critérios de caso, que estiverem fora do prazo adequado de coleta ou que não tiverem as fichas adequadamente preenchidas e enviadas com a amostra, não terão suas amostras de processadas.

Gestantes com suspeita de Zika vírus devem ser imediatamente notificadas á URR por meio do telefone 91823031.

*Coletar o pelo menos 5ml de sangue para adultos e 3ml para crianças, PARA CADA AGRAVO PESQUISADO. Se não possível justificar a na ficha Gal que acompanha.

Classificação de Risco e Manejo do paciente

Suspeita de Dengue

Febre com duração máxima de 07 dias mais pelo menos dois sintomas (cefaleia, dor retrobular, exantema, prostração, miálgia, artralgia).
 Pesquisar data de início de sintomas / História epidemiológica compatível

*** Notificar todo caso suspeito de dengue

Tem Sinal de Alarme e/ou Sinal de Choque?

Sinais de Alarme

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Hipotensão postural e/ou hipotímia
- Hepatomegalia dolorosa
- Sangramento de mucosas
- Hemorragia importantes (hematêtese e/ou melena)
- Sonolência e/ou irritabilidade
- Diminuição da diurese
- Hipotermia
- Aumento repentino de hematócrito
- Queda abrupta de plaquetas
- Desconforto respiratório

NÃO

Pesquisar sangramento de pele espontâneo, Prova do Laço +, condição clínica especial, risco social ou comorbidades

SIM

Grupo A

Sem sangramento espontâneo ou induzido (prova do laço negativa), sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades

Acompanhamento
Ambulatorial

Exames complementares

- Hemograma completo a critério médico.

Acompanhamento
Em observação até resultado de exames

Exames complementares

- Hemograma completo; obrigatório
- Exame específico (sorológico/isolamento viral)

Sinais de Choque

- Hipotensão arterial
- Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20 mmHg)
- Choque
- Pulso rápido e fino
- Enchimento capilar lento (> 2 segundos)

SIM

Pesquisar Sinal de Alarme

Grupo C

Presença de algum sinal de alarme. Manifestação hemorrágica presente ou ausente

Acompanhamento
Leito de internação por um período mínimo de 48h

Exames complementares

- Hemograma completo; proteína, albumina e tipagem sanguínea; obrigatórios
- Outros exames conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, Rx de tórax, ultrassonografia).
- Exame específico (sorológico/isolamento viral); obrigatório

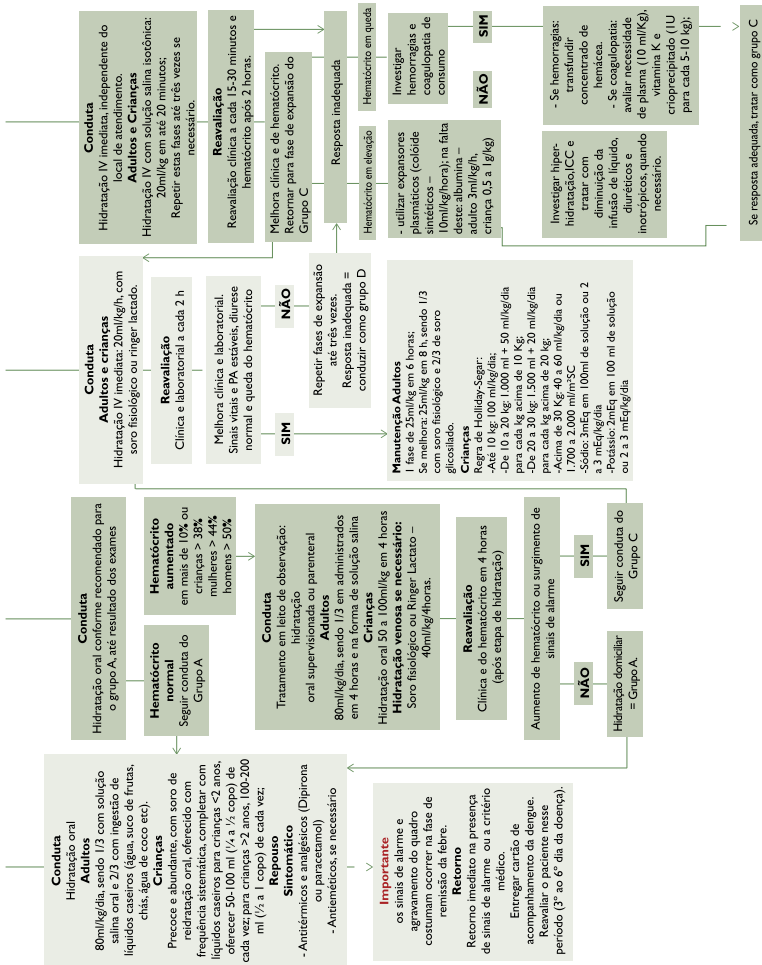
Pesquisar Sinal de Choque

Grupo D

Com sinais de choque. Desconforto respiratório; hemorragia grave; disfunção grave de órgãos. Manifestação hemorrágica presente ou ausente.

Acompanhamento
Leito de terapia intensiva

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguarda exames laboratoriais. Hidratação oral para pacientes do Grupo A e B enquanto aguarda avaliação médica.



Retorno

Reavaliação clínica e laboratorial diária ou imediata na presença de sinais de alarme.
Entregar cartão de acompanhamento da dengue.
Acompanhar o paciente até 48h após a queda da febre.

Crterios de Alta

Estabilização hemodinâmica durante 48 horas;
Ausncia de febre por 48 horas;
Melhora visvel do quadro clnico, hemograma normal e estado geral por 24 horas;
Plaquetas em ateno e acima de 50.000/mm³;
Ausncia de sintomas respiratrio

Retorno

Apes preencher critrios de alta = retorno conforme Grupo B.
Entregar carto de acompanhamento da dengue.

Condiões clnicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertenso arterial ou outras doenas cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenas hematolgicas crnicas (principalmente anemia falciforme), doena renal crnica, doena cidoptica e doenas auto-imunes. Estes pacientes podem apresentar evoluo desfavorvel e devem ser acompanhamento diferenciado.

Exames complementares: hemograma obrigatrio e outros exames laboratoriais de acordo com a condio clnica associada.

Reclassificar os pacientes aps cada avaliao clnica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilncia clnica especfica (condies associadas).

Obs: consultar manual do MS para condies clnicas especiais.

Prova do Laço

Verificar a PA (deitada ou sentada); Calcular o valor mdio: (PA sistlica + PA diastlica) / 2;
Insufilar novamente o mangote at o valor mdio e manter por cinco minutos em adulto (em crianas, 3 minutos) ou at o aparecimento de micro petequis ou equimoses;
Desenhar um quadrado de 2,5 cm (ou uma area ao redor do talange distal do polegar) no antebrao.
Contar o nmero de micro petequis no quadrado. A prova ser positiva se houver 20 ou mais petequis em adultos e 10 ou mais em crianas.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado a vigilncia epidemiolgica, sendo imediata a notificao das formas graves.



Ministrio da
Saude

REPUBLICICA FEDERAL DO
BRASIL
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

Diferença arboviroses e sarampo

Comparação da presença e frequência dos principais sinais/sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus Dengue, Chikungunya, Zika e Sarampo				
Características principais	Dengue	Chikungunya	Zika	Sarampo
Febre	+++++	++++	+	++++
Exantema maculopapular	++	++	++++	+++++
Hiperemia conjuntival	+	+	++++	+++++
Mialgia/Astralgia	+++	+++++	++	Ausente
Edema	Ausente	++++	+++	Ausente
Dor retrobital	+++++	+	++	Ausente
Linfadenopatia	+	++	+	+
Tosse/Coriza	Ausente	Ausente	Ausente	+++
Hemorragia	++	Ausente	Ausente	Ausente
Hepatomegalia	++	+++	Ausente	+
Leucopenia/ trombocitopenia	+++	+++	Ausente	+++

Obs.: Considerar este quadro apenas para auxiliar no diagnóstico clínico em conjunto com as outras características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais.

Fonte: Adaptado de Haltead. et al. Departamento do Serviço de Saúde do Estado de Yap/Micronésia.

TERAPÊUTICAS E QUIMIOPROLÁTICOS DE COQUELUCE

Antimicrobiano	1º escolha	2ª escolha: Claritromicina* Apresentação de 125 mg/5 ml
Idade	<p>Azitromicina</p> <p>< 6 meses 10mg/kg 1x/dia/5 dias – preferido para esta faixa etária</p> <p>≥ 6 meses 10 mg/kg (máximo de 500 mg) 1 tomada no 1º dia e do 2º ao 5º dia, 5 mg/k (máximo de 250 mg) 1 vez ao dia</p> <p>Adultos 500 mg em 1 tomada no 1º dia e do 2º ao 5º dias, 250 mg, 1 x ao dia.</p>	<p>< 1 mês - Não recomendado</p> <p>1 a 24 meses</p> <p>≤ 8 Kg : 7,5 mg/kg 2 vezes ao dia/7 dias</p> <p>> 8 kg: 62,5 mg 2 x dia/7 dias</p> <p>3 a 6 anos 125 mg 2 x dia/7 dias</p> <p>7 a 9 anos 187,5 mg 2x dia/7dias</p> <p>≥ 10 anos 250 mg 2x ao dia /7 dias</p> <p>Adulto 500 mg 2 x ao dia /7 dias</p>
Em caso de indisponibilidade dos medicamentos anteriores: Eritromicina		
Idade	Não recomendado devido associação com Estenose Hipertrofica de Píloro - 40-50 mg/kg dia dividido 6/6 hs por 7 à 14 dias	
< 1 mês	125mg 6/6 hs/ 7 à 14 dias	
1 a 24 meses	250 mg 6/6 hs/7 à 14dias	
2 a 8 anos	250-500 mg 4x dia/7 à 14dias	
> 8 anos	500 mg 4x ao dia /7 à 14dias	
Adulto		
Intolerância a macrolídeo:		
* Sulfametoxazol-Trimetoprin (SMZ-TMP)		
Idade	contra-indicado	
< 2 mês		
≥6 semanas – 5 meses	Sulfametoxazol 120 mg 2x/dia/7 dias	
≥ 6 meses – 5 anos	Sulfametoxazol 240 mg 2x/dia/7 dias	
6 à 12 anos	Sulfametoxazol 480 mg 2x/dia/7dias	
Adultos	Sulfametoxazol 960 mg 2x/ dia/7dias	
*Droga alternativa se houver contraindicação de Azitromicina, Claritromicina ou Eritromicina.		

* têm os mesmos esquemas terapêuticos.

Situações especiais

Neonatos: Filho de mãe que não fez ou não completou o tratamento adequado deve receber quimioprofilaxia.

Gestantes: Em qualquer fase da gestação, a mulher, que atender a definição de caso suspeito em situação de endemia ou que atender a definição para indicação de quimioprofilaxia, deve receber o tratamento ou quimioprofilaxia.

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DE TRANSMISSÃO INSTITUCIONAL POR VARICELA - ZOSTER (VZ)

Propósito	Orientar aos profissionais do HRMS, desde a identificação, transmissão e conduta da Varicela ou catapora e herpes zoster.	
Definição	a. Varicela ou catapora: é caracterizada por exantema-vesicular generalizado da pele e mucosa.	
	b. Herpes Zoster: ocasionado pela reativação do vírus varicela zoster, caracterizado por erupção cutânea que acomete os dermatômos.	
	c. Suscetíveis expostos: qualquer paciente, profissional, visitante que tenha entrado em contato com o paciente índice em período de transmissibilidade por mais de 01 hora em ambiente fechado e que nunca teve a doença e nunca foi vacinado.	
Maneira de Transmissão	Secreções respiratórias e pelo líquido das lesões cutâneas, ou seja, tanto pela disseminação através do ar como por contato direto.	
Período de incubação e transmissão	A transmissão da VZ ocorre com 48 horas antes da erupção até que as vesículas tomem-se crostosas, o que ocorre, 50 a 70 dias após o início da erupção.	
PRECAUÇÕES DURANTE INTERNAÇÃO		
Aerossol e contato	Contato	Padrão
<p>VARICELA: Neonatos (nascido de mães com VARICELA) manter até 21º dia de vida, caso permaneçam internados ou até 28º dia de vida, caso tenham recebido VZIG.</p> <p>Pacientes, profissionais de saúde, visitantes suscetíveis expostos conforme definição acima.</p>	<p>HERPES ZOSTER DISSEMINADO</p>	<p>IMUNOCOMPETENTES COM HERPES ZOSTER</p>

<p>Intervenção para varicela-zoster (catapora)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorizar o atendimento para reduzir transmissibilidade. 2. Manter o paciente com máscara do tipo cirúrgica todo o tempo quando estiver fora do quarto privativo. 3. Os acompanhantes com história prévia de varicela podem ficar sem máscara dentro e fora do quarto de isolamento. 4. Acompanhante suscetível exposto deve ser considerado possível portador e transmissor, portanto, deve seguir as mesmas recomendações dadas aos pacientes ver item 2 acima. 5. Não há consenso sobre o tempo necessário para que ocorra novo atendimento em salas de atendimento, após atendimento de paciente com varicela. Acredita-se que o tempo necessário para a contaminação de pacientes suscetíveis varie entre 5 minutos e 1 hora. Portanto, recomenda-se o intervalo de 1 hora após o atendimento de paciente com varicela na mesma sala.
<p>Cuidados com relação aos profissionais de saúde</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar e/ou Identificar se algum profissional suscetível esteve com o caso confirmado de varicela por mais de 01 hora em ambiente fechado. 2. Indicar para este profissional a imunoprofilaxia conforme fluxo pós-exposição varicela-zoster. Se profissional permanecer na assistência, deverá usar máscara cirúrgica do 80 ao 210 dia após o contato com caso confirmado. 3. Caso apresente erupção, deverá ser imediatamente afastado.
<p>Cuidados em relação a outros pacientes</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar entre os pacientes aqueles que tiveram contato prolongado (> de 1 hora) em ambiente fechado com o caso confirmado e que são suscetíveis. Seguir mesmos critérios para pacientes sob ventilação mecânica. 2. Identificar entre os comunicantes suscetíveis aqueles que apresentem imunossupressão por doença (neoplasia, AIDS) ou medicamentosa (corticoterapia, quimioterapia, transplantados). 3. Indicar a imunoprofilaxia conforme fluxo pós-exposição varicela-zoster. 4. Manter os comunicantes suscetíveis sob precaução respiratória entre o 8º e 21º dia após o contato com o caso confirmado para os comunicantes imunocompetentes e entre 8º e 28º dia após o contato para os imunocomprometidos. Os comunicantes podem compartilhar um mesmo quarto.

IMUNOPROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO VARICELA-ZOSTER

- **Imunoglobulina para Herpes-zoster (VZIG):** Até 96 horas de exposição (04 dias). Deve ser administrado o mais breve possível pós-exposição.

Indicação	<ol style="list-style-type: none">1. Crianças imunocomprometidas sem história de varicela ou com história desconhecida (com idade igual ou menor que 15 anos).2. Grávidas susceptíveis.3. Neonatos cuja mãe abriu o quadro dentro de 5 dias antes do parto ou até 48 h após.4. Prematuro hospitalizado com idade gestacional igual ou maior que 28 semanas cuja mãe não tem história de varicela ou evidência sorológica de proteção para varicela.5. Prematuro com idade gestacional menor de 28 semanas ou com peso \leq 1000g independente de história de varicela da mãe.6. Os adultos expostos susceptíveis, em vigência de tratamento ou doença imunossupressora devem ser encaminhados ao CRIE para que se defina conduta quanto a imunoprofilaxia (VZIG ou Vacinação).
Apresentação	1 frasco com 125 UI (dose mínima) é administrado para cada 10kg de peso - dose máxima é 625 UI (= 5 frascos).
Dose	Única
Via de administração	Intramuscular
VACINAÇÃO: Deve ser feito até 120 horas (5 dias) de exposição, para prevenir ou atenuar a doença.	
Indicação	<ol style="list-style-type: none">1. Profissional de saúde susceptível exposto.2. Visitante/acompanhante susceptível exposto.3. Paciente susceptível exposto que não tenha indicação de VZIG.4. Todo profissional de saúde deve conhecer seu status imunológico. Para os que não tenham antecedente vacinal ou história de varicela, recomendamos a vacinação, independente de exposição.
Contra-indicação	<ol style="list-style-type: none">1. Menores de 1 ano.2. Gestantes.3. Imunodeficiência congênita ou adquirida.4. Altas doses de corticóide (equivalente a prednisona 2 mg/Kg/dia para crianças ou 20 mg para adultos por mais de 2 semanas).5. Outros tratamentos imunossupressores.6. Neoplasia maligna.7. Pessoas que tiveram anafilaxia causada por qualquer dos componentes da vacina ou após dose anterior.
Apresentação	Trata-se de vacina atenuada, contendo vírus vivos "enfraquecidos" da varicela, além de gelatina, traços de neomicina, água para injeção. Não contém traços de proteína do ovo de galinha.

Dose	Em criança de 12 meses a 12 anos aplicar dose única. Nas pessoas de 13 anos ou mais aplicar duas doses com intervalo de 4 a 8 semanas.
Via de administração	Aplicação via subcutânea

Bibliografia:

CDC. Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices

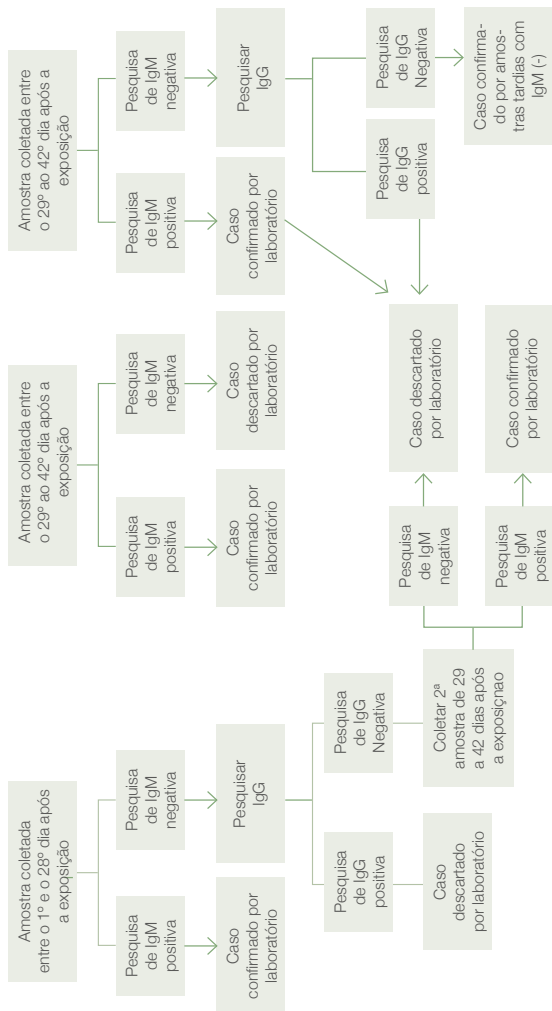
(ACIP), 2007. Acesso em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm>.

Acesso em: 11/04/2017, disponível em: <http://familia.sbim.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/80-vacina-varicela-catapora>

FLUXO DE ATENDIMENTO DE GESTANTE CONFIRMADA OU SUSPEITA DE RUBÉOLA

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Gestante que teve contato com um caso confirmado ou suspeito de rubéola



SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) E SÍNDROME GRIPAL *Vírus Influenza A e B*

SÍNDROME GRIPAL (SG): Em > 6 meses – presença de febre de início súbito, mesmo que referida + tosse ou dor de garganta e pelo menos 1 destes: cefaléia, mialgia ou artralgia.

- Em crianças < 06 meses — febre mesmo que referida com sintomas respiratórios.

Na ausência de outro diagnóstico específico.

SRAG (Síndrome respiratória aguda grave) - Indivíduo de qualquer idade, com SG e que apresente dispnéia ou saturação < 95% em ar ambiente ou sinais de desconforto respiratório.

E/OU aumento da frequência respiratória de acordo com idade ou piora das condições clínica de base em cardiopatas e pneumopatias crônicas. Hipotensão, em crianças, além dos itens acima, observar também: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas.

TRATAMENTO da SG deve ser feito para os seguintes grupos com risco elevado de adoecimento independentemente da condição vacinal e nos casos de SRAG – ver fluxograma na pág. 297.

CONTRA INDICAÇÃO DO RELENZA - Em pacientes menores de 7 anos para tratamento e menores de 5 anos para profilaxia e pacientes com doenças pulmonares crônicas devido alto risco de broncoespasmo.

DOSE PARA TRATAMENTO NO PERÍODO NEONATAL – por 5 dias

Recém-Nascido Pré-Termo:

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade.

Período Neonatal:

- 1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade.
- 1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade.
- 3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas.

OSELTAMIVIR – RECOMENDAÇÕES PARA AJUSTE DE DOSES
NA INSUFICIÊNCIA RENAL

COMPROMETIMENTO RENAL / CLEARENCE DE CREATININA	TRATAMENTO 5 DIAS	PROFILAXIA 10 DIAS
Leve Clearance > 60-90 mL/min	75 mg 12/12 h	75 mg 1 vez ao dia
Moderado Clearance > 30-60 mL/min	30 mg 12/12 h	30 mg 1 vez ao dia
Severo Clearance > 10-30 mL/min	30 mg 1 vez ao dia	30 mg em dias alternados
Pacientes em hemodiálise Clearance ≤ 10 mL/min	30 mg após cada sessão de hemodiálise*.	30 mg após cada sessão alternada de hemodiálise
Pacientes em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial – DPCA Clearance ≤ 10 mL/min	Única dose de 30 mg administrada imediatamente após troca da diálise	30 mg 1 vez por semana imediatamente após troca da diálise**

Fonte: CDC adaptado.

*Serão apenas três doses (em vez de cinco) após cada sessão de hemodiálise, considerando-se que, num período de cinco dias, serão realizadas três sessões.

**Serão duas doses de 30 mg cada, considerando-se os dez dias, onde ocorrerão apenas duas sessões de diálise

Hemodiálise - 1 hora após a sessão em dias alternados no total de cinco dias consecutivos (pacientes com diálise em regime de três vezes por semana) ou seja, total de três doses de 30 mg de oseltamivir equivaleria ao tratamento total habitualmente recomendado de cinco dias para pacientes não portadores de insuficiência renal crônica.

Diálise peritoneal

Recomendado apenas uma dose uma vez por semana, a qual equivaleria ao tratamento completo. E para profilaxia uma dose uma vez por semana, durante duas semanas.

QUIMIOPROFILAXIA - indicado para profissionais de saúde não vacinados que estiveram envolvidos na realização de procedimentos invasivos (geradores de aerossóis) ou manipulação de secreções de um caso suspeito ou confirmado de infecção por influenza, sem o uso adequado de EPI;

- Indivíduos não vacinados com risco para complicações expostos a casos suspeitos H1N1.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu®)	Adulto		75 mg/dia, VO por 10 dias
	Criança maior de 1 ano	≤ 15 kg	30 mg, VO por 10 dias
		> 15 kg a 23 kg	45mg, VO por 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60mg, VO por 10 dias
	> 40 kg	75 mg, VO por 10 dias	
Cápsulas de 45 e 75 mg	Criança menor de 1 ano	0 a 8 meses	3 mg/kg, VO por 10 dias
		9 a 11 meses	3,5/kg, VO por 10 dias
ZANAMIVIR (RELENZA®)	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, uma vez ao dia, 10 dias

Profílixia com Relenza - 10mg - duas inalações de 5mg 24/24h por 10 dias é indicado somente em condições que diminuem absorção do Oseltamivir, intolerância ao princípio ativo do oseltamivir, vômitos persistentes, hemorragia digestiva alta, pós-operatório de cirurgia bariátrica, doenças disabsortivas, síndrome de má absorção.

PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA

- Transmissibilidade - adultos, do início dos sintomas até 7 dias; crianças de 7 a 14 dias; imunossuprimidos por mais tempo.

- Coleta de amostra - preferência até o 3º dia, podendo se estender até o 7º dia de início dos sintomas.

- Para os casos de síndrome gripal manter precaução por gotículas com distância de 1 metro entre leitos.

- Máscara cirúrgica no paciente suspeito (SG ou H1N1 ou SRAG) desde

sua admissão.

- Isolamento com quarto privativo é indicado para os casos de SRAG independentemente da comprovação laboratorial que necessitam de procedimento que possam ocasionar aerossolização (EOT, Aspiração nasofaríngea, broncoscopia, autópsia) e mantidos por 7 dias após o início dos sintomas ou até 24 horas após o desaparecimento da febre e sintomas respiratórios, o que for maior.

**NOTIFICAR IMEDIATAMENTE O NVEH (2584/2666),
EM HORÁRIO COMERCIAL, O CASO SUSPEITO DE
INFLUENZA. NOS DEMAIS, COMUNICAR À URR
(UNIDADE DE RESPOSTA RÁPIDA).**

ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE INFLUENZA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 2015.

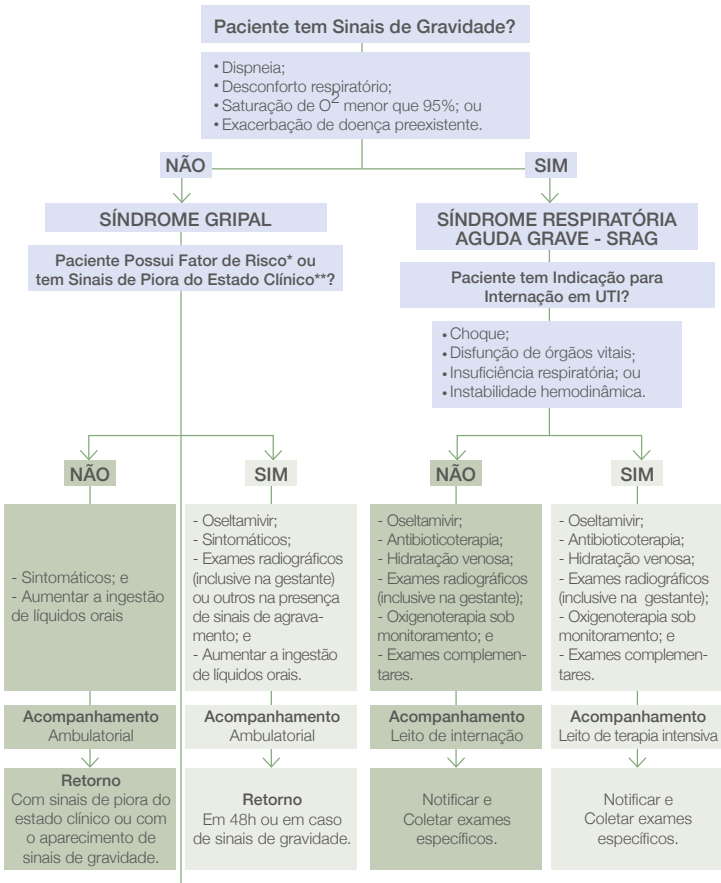
SITUAÇÕES NO HRMS COM SUSPEITA DE INFLUENZA	PRECAUÇÃO POR GOTÍCULAS E PADRÃO	PRECAUÇÃO POR AEROSSÓIS E PADRÃO	QUARTO PRIVATIVO (COM MÍNIMO DE 1 M DE DISTÂNCIA ENTRE OS LEITOS)
Pacientes com procedimentos com formação de aerossóis (intubação, inalação, nebulização, sucção)		 N95	 Porta fechada
Paciente com o mesmo diagnóstico de suspeita e confirmação de <i>Influenza</i> *	 Máscara cirúrgica		 Porta aberta
Pacientes imunossuprimidos	 Máscara cirúrgica		 Porta aberta
Manter binômio – mãe com suspeita de <i>Influenza</i> e recém-nascido	 Máscara cirúrgica durante a amamentação		 Porta aberta Berço do RN afastado 1 m da mãe
Crianças e RN com suspeita de <i>Influenza</i>	 Máscara cirúrgica		 Porta aberta
Unidade Neonatal	 Máscara cirúrgica		Manter somente a incubadora com 1 m de distância
Assistência ao paciente com menos de 1 metro de distância	 Máscara cirúrgica		
Transporte de paciente	 Máscara cirúrgica		



A precaução padrão deve ser utilizada para todos os pacientes. Atenção: a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional deve estar presente em todas as situações elencadas acima.

*Em caso de indisponibilidade de quarto privativo, orienta-se precaução padrão e por gotículas para a assistência com distância menor de 1 metro para os que **não** serão submetidos a procedimentos que gerem aerossóis.

SRAG



* **Fatores de Risco:** população indígena; gestantes; puérperas (até 2 semanas após o parto); crianças (2 anos), adultos (60 anos); pneumopatias (incluindo asma); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, AVC ou doenças neuromusculares); imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/Aids); nefropatias e hepatopatias.

** **Sinais de Piora do Estado Clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de 3 dias; miosite comprovada por CPK (2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

Avaliação do estado de hidratação do paciente

ETAPAS	A	B	C
OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

DIARREIA AGUDA

PLANO A - NO DOMICÍLIO

- Oferecer ou ingerir mais líquido que o habitual
- Medidas gerais: higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos) e manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição tanto para crianças e adultos, isto inclui aleitamento materno
- O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica. Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.
- Continuar o aleitamento materno.
- Se o paciente não melhorar em 2 dias ou apresentar um dos sinais abaixo, levá-lo imediatamente ao Serviço de Saúde
- Sinais de perigo: piora na diarreia; recusa de alimentos; vômitos repetidos; sangue nas fezes; muita sede; diminuição da diurese
- ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS: • Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia; maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ REIDRATAÇÃO COMPLETA

- Administrar SRO em que a quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente e até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.
- Reavaliar o paciente durante a reidratação e se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A e se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastroclise).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.
- Manter os cuidados gerais elencados no PLANO A.

PLANO C
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS:
 A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

FASE RÁPIDA MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)	FASE RÁPIDA MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)	FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO
<p>SF a 0,9% - Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada. 30 minutos. Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg peso</p>	<p>1º Soro Fisiológico a 0,9% 30ml/kg em 30 minutos 2º Ringer Lactato 70ml/kg 2 hs e 30m</p>	<p>Para todas as faixas etárias Volume em 24h SG 5% + SF 0,9% na proporção de 4:1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peso até 10kg - 100ml/kg - Peso 10 a 20kg - 1000ml + 50ml/kg que exceder 10kg - Peso acima de 20kg - 1500ml + 20ml/kg que exceder 20kg <p align="center">OU</p> <p>SG 5% + SF0,9% na proporção de 1:1 Iniciar com 50ml/kg/dia.</p> <p align="center">+</p> <p>KCl a 10% 2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção</p>

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA EM REGIME DE INTERNAÇÃO

1- Se SANGUE nas fezes comprometimento do estado geral: hidratar de acordo com os planos A, B ou C E iniciar antibioticoterapia. Crianças: Ciprofloxacino: 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias OU Ceftriaxona: 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.

Adultos: Ciprofloxacino: 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias OU Ceftriaxona 2g IM 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias se o paciente estiver com condições gerais boas

2- Antibióticos devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral.

3- Antiparasitários: devem ser usados somente para:

- Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella* SP fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias.
- Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

4- Zinco: deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias: • Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia; Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

ANTIDIARREICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS

PROFILAXIA PARA TÉTANO

História de imunização contra tétano	Ferimento limpo ou superficial		Todos outros ferimentos*	
	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica	Vacina	Imunoglobulina humana antitetânica
Menos de 3 doses ou ignorado	Sim	Não	Sim	Não
Vacinação primária completa (> 3 doses)				
Última dose há menos de 5 anos	Não	Não	Não	Não
Última dose entre 5 a 10 anos	Não	Não	Sim	Não
Última dose há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Não
*Consideram-se outros ferimentos: fraturas expostas, ferimentos por arma branca ou de fogo, queimaduras extensas, ferimentos com retenção de corpos estranhos, ferimentos profundos e puntiformes (provocados por agulhas, pregos ou outros objetos pontiagudos).				

Vacina

- Para menores de 7 anos: utilizar a tríplice (DPT), dupla infantil (DT) ou tríplice acelular .
- Para maiores de 7 anos: utilizar a dupla tipo adulto (DT) .
- Imunoglobulina humana antitetânica: 250 UI IM.
- OBS: não administrar imunoglobulina e vacina no mesmo grupo muscular.

QUIMIOPROFILAXIA PARA MENINGITES E ESQUEMA ALTERNATIVO

Etiologia	Quimioprofilaxia preferencial	Quimioprofilaxia alternativo
<i>N.meningitidis</i>	<p>Rifampicina</p> <p>Adultos 600 mg/dose de 12/12 h por 02 dias Pode ser usado em gestantes</p> <p>Crianças < 1 mês (05 mg/kg/dose) de 12/12 h por dias</p> <p>Crianças > 1 mês até 10 anos (10 mg/kg/dose) 12/12 h por 02 dias</p>	<p>Ciprofloxacino</p> <p>>18 anos anos 500mg; uso oral (dose única)</p> <p>Ceftriaxona <12anos 125mg; intramuscular (dose única)</p> <p>≥12anos 250mg; intramuscular (dose única)</p>
<i>H.influenzae</i>	<p>Rifampicina</p> <p>Adultos 600 mg/dose 24/24 h por 04 dias</p> <p>Cças > 1 mês (20mgkg/dose) 24/24 h por 04 dias</p> <p>Cças < 1 mês (10mg/kg/dose)24/24 h por 04 dias</p>	

Formulações disponíveis: Suspensão com 50ml a 2% - 20mg/ml / Capsula de 300mg

Quando indicado a quimioprofilaxia?

Somente para aqueles profissionais da saúde que NÃO usaram o EPI (máscara cirúrgica) durante a realização dos procedimentos invasivos (intubação, orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico);

Todos os contatos próximos (são os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório) de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia entre 3 a 4 do início do sintoma

As crianças menores de 1 ano que não são vacinadas devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal.

Quando iniciar a quimioprofilaxia?

Preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção (doente).

Quando contra-indicado?

Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica quando utilizar corretamente o EPI (máscara cirúrgica).

Recomendações da vacinação contra febre amarela

Produzida no Brasil desde 1937, pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, da cepa 17DD, sendo constituída por vírus vivos atenuados derivados de uma amostra africana do vírus amarelo selvagem.

Indicação	Esquema
Pessoas a partir de 9 meses de idade até 59 anos que receberam uma dose ou mais	Não precisa de reforço
Pessoas a partir de 5 anos de idade até 59 anos, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação.	Fazer apenas uma dose da vacina
Pessoa com 60 anos e mais, que nunca foi vacinada ou sem comprovante de vacinação.	Deverá ser vacinado somente se residir ou for se deslocar para áreas com transmissão ativa da febre amarela e que não tiverem alguma contraindicação para receber a vacina.
Gestante (em qualquer período gestacional) e mulher amamentando	Só deverá ser vacinado se residir em local próximo onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus (epizootias, casos humanos e vetores na área afetada) e que não tiverem alguma contraindicação para receber a vacina. · Mulheres amamentando devem suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação e procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação.
Viajantes que forem se dirigir a uma área com recomendação de vacina (ver no site do Ministério da Saúde " Área Com Recomendação de Vacina (ACRV) ")	Para os que nunca tomaram nenhuma vacina, fazer 1 dose pelo menos 10 dias antes da viagem. Para os que já tomaram e podem comprovar, nenhuma dose adicional deve ser dada.
<ul style="list-style-type: none"> · Pacientes com imunodeficiência primária ou adquirida; imunossupressão secundária à doença ou terapias; uso de medicamentos Imunossupressores (quimioterapia, radioterapia, corticoides em doses elevadas); uso de medicações anti-metabólicas ou medicamentos modificadores do curso da doença (Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Ritoximabe); · Transplantados e pacientes com doença oncológica em quimioterapia; Indivíduos que apresentaram reação de hipersensibilidade grave ou doença neurológica após dose prévia da vacina; Indivíduos com reação alérgica grave ao ovo; Pacientes com história pregressa de doença do timo (miastenia gravis, timoma). 	<p>Contra-indicada.</p> <p>Pessoa vivendo com HIV/AIDS pode tomar 1 dose desde que não apresentem imunodeficiência grave (Contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm³). Poderá ser utilizado o último exame de LT-CD4 (independente da data), desde que a carga viral atual (menos de seis meses) se mantenha indetectável</p>

OBS: Se a criança tiver alguma dose do Calendário Nacional de Vacinação em atraso, ela pode ser aplicada ao mesmo tempo com a febre amarela, com exceção vacina tríplice viral (que protege contra sarampo, rubéola e caxumba) ou tetra viral (que protege contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela). Manter a diferença de ao menos 30 dias entre elas.

PROTOCOLO PARA MONITORIZAÇÃO DE GALACTOMANANA

OBJETIVO	Diagnóstico de Aspergilose Invasiva (AI) com a detecção de um polissacarídeo termoestável liberado da parede celular de espécies de <i>Aspergillus</i> durante o crescimento da hifa nos tecidos do hospedeiro (Maertens, 1999; Klont, 2004).
DETECÇÃO DE GALACTOMANANA EM SORO	Teste imunoenzimático tipo sanduíche (ELISA) que detecta galactomanana através do uso do anticorpo monoclonal EB-A2 de rato. Este teste reconhece a cadeia lateral 1-5-B-D-galactorurranose da molécula de galactomanana (Stylen, 1995; Lombardi, 2002). Validado somente para amostras de soro e tem como limite de detecção aproximadamente 1 ng/ml.
GALACTOMANANA CIRCULANTE	Pode ser detectada com uma mediana de 5 a 8 dias antes das manifestações clínicas de aspergilose (Maertens, 2001; Williamson, 2000; Pazos, 2005). A detecção de galactomanana antecede as anormalidades verificadas em tomografia computadorizada de alta resolução e o início da terapia antifúngica em medianas de 7,2 e 12,5 dias, respectivamente (Pazos, 2005).
RECOMENDAÇÃO PARA MONITORIZAÇÃO	A) Pacientes portadores de LMA com tempo >ou= 7 dias de neutropenia; B) Pacientes submetidos a transplante alogênico ou autólogo de medula óssea com 07 dias de neutropenia; C) Portadores de GVHD aguda ou crônica (reação aguda do enxerto contra o hospedeiro, mais comum em transplante de medula óssea alogênico); D) Pacientes após TMO ou em terapia de indução para LMA com tempo >ou= 5 dias de neutropenia febril; E) Outras indicações em pacientes sintomáticos discutidas caso a caso com o SCIH.
MONITORIZAÇÃO SERIADA DE GALACTOMANANA	Seu uso como ferramenta diagnóstica está aprovado somente para amostras de soro de pacientes neutropênicos (doentes hematológicos ou transplantados de medula óssea); no entanto, sua eficácia em outros espécimes clínicos e em distintos grupos de risco para aspergilose invasiva está sendo pesquisada.
REALIZAÇÃO DO TESTE	Deve ser realizado duas vezes por semana, confirmando-se o diagnóstico ao apresentar resultados positivos em pelo menos duas amostras consecutivas (devido à provável eliminação intermitente do antígeno).
TESTE POSITIVO PARA GALACTOMANANA	Valores de densidade óptica (DO) > 0,5 em duas amostras seqüenciais.

RESULTADOS FALSO-POSITIVOS	Podem variar entre 8 e 14% (uso de agentes quimioterápicos citotóxicos - promovendo dano às mucosas intestinais, enfermidade do enxerto versus hospedeiro, anticorpos autorreativos, infecção por outros fungos como Histoplasma sp, transfusões, antibióticos de origem fúngica - piperacilina-tazobactam, amoxicilina-clavulanato e contaminação do laboratório).
RESULTADOS FALSO-NEGATIVOS	Podem variar entre 8 e 10% e está relacionado a quadros de encapsulação da infecção, formação de imunocomplexos por anticorpos anti-Aspergillus (em pacientes com menor imunossupressão), ou exposição a agentes antifúngicos (como profilaxia).

MONITORIZAÇÃO VANCOCINEMIA

Paciente adulto, pediátrico e neonatal

OBJETIVO Monitorizar os níveis séricos de vancomicina, visando manter os níveis de vale	Entre 15 a 20mg/L : <ul style="list-style-type: none"> · Infecções graves (bacteremia, endocardite, osteomielite, infecção protética articular, mediastinite, pneumonia que justifique hospitalização ou por S. aureus , infecção SNC, sepse, IPPM complicadas). · Função renal comprometida ou flutuante (Clcr <ou=50ml/min, alteração da função renal devido a aumento da creatinina sérica em 0,5mg/dl ou 50% do basal). · População especial com volume de distribuição: Idosos (>ou= 60 anos), queimados, obesidade mórbida (IMC> ou =40), pediátricos, pacientes hemodinamicamente instáveis, drogas nefrotóxicas concomitantes (como aminoglicosídeos). Entre 10 a 15 mg/mL <ul style="list-style-type: none"> · Nas infecções não graves.
VANCOCINEMIA DE VALE (PRIMEIRA VANCOCINEMIA)	<ul style="list-style-type: none"> - Coletar 30 minutos antes da 4ª dose (como a coleta será realizada sempre pela manhã, a coleta pode ser realizado antes da 5ª dose). - Mensuração dos níveis de vancomicina obtidos de amostras de sangue coletadas do sítio imediatamente antes , < 60min da administração do antibiótico após ser atingido o steady-state (antes da quarta dose de vancomicina para pacientes com função renal normal).

DOSE DE ATAQUE E MANUTENÇÃO DE VANCOMICINA	<p>Ataque: 25 a 30mg/kg até 2g dose máxima</p> <p>Manutenção: 15 a 20mg/kg a cada 12h com dose total de 4g/dia.</p> <p>As doses são arredondadas com incremento para o 250mg mais próximo.</p> <p>Para pacientes com clareamento rápido / remoção rápida (queimados ou pacientes jovens com função renal normal) a administração de vancomicina a cada 8 horas pode ser necessário para atingir nível serico adequado.</p>
TEMPO DE INFUSÃO	<p>Doses < 1,5g: infusão em 90 min (1h30m) – ou seja, vazão de 500 mg a cada meia hora.</p> <p>Doses > ou = 1,5: infusão em 120 min (2h).</p> <p>Nos casos de Síndrome do homem vermelho: a taxa de infusão deve ser reduzida (por exemplo, cada 500 mg ao longo de 1 hora.</p> <p>Não é indicada infusão contínua.</p>

Tabela 01: Vancocinemia na função renal normal

VANCOINEMIA	AJUSTE DE DOSE	FREQUÊNCIA DE DOSAGEM
< 5	Aumentar dose em 750mg	Coletar vancocinemia antes da terceira dose do novo esquema posológico. Quando se obtiver duas mensurações seguidas entre 15 e 20mg/l. Seguir orientação quanto à frequência de monitorização.
< 10	Aumentar dose em 500mg	
< 15	Aumentar dose em 250mg	
15-20	Manter a dose posológica	Coletar vancocinemia antes da terceira dose do esquema posológico. Quando se obtiver duas mensurações seguidas entre 15 e 20mg/l. Seguir orientação quanto a frequência de monitorização.
21-25	Reduzir a dose em 250mg e coletar nova vancocinemia em 12 a 24 horas da última mensuração.	Quando se obtiver duas mensurações seguidas entre 15 e 20mg/l. Seguir orientação quanto à frequência de monitorização.

VANCOGINEMIA	AJUSTE DE DOSE	FREQÜÊNCIA DE DOSAGEM
26-30	Suspender vancomicina, coletar nova vancocinemia após 12h da última mensuração e reiniciar quando vancocinemia estiver entre 15-20mg/l com redução da dose em 250mg em relação à posologia anterior.	Quando se obtiver duas mensurações seguidas entre 15 e 20mg/l. seguir orientação quanto a freqüência de monitorização.
31-40	Suspender vancomicina, coletar nova vancocinemia após 12h da última mensuração e reiniciar quando vancocinemia estiver 15-20mg/l com redução da dose em 500mg em relação à posologia anterior.	Quando se obtiver duas mensurações seguidas entre 15 e 20mg/l. seguir orientação quanto a freqüência de monitorização.
Após duas medidas 15-20mg/dl	Monitorizar 1 vez por semana se função renal estável e hemodinamicamente estável.	Monitorizar a cada 2 dias se função renal instável ou hemodinamicamente instável.

Para pacientes pediátricos e neonatais manter as doses preconizadas conforme literatura, e nos casos em que a concentração sérica terapêutica não foi alcançada mudar o intervalo entre elas.

DOSE DE ATAQUE	INSUFICIÊNCIA RENAL DIALÍTICO
	INSUFICIÊNCIA RENAL DIALÍTICO 25 mg/kg (arredondado para o incremento de 250 mg mais próximo).
DOSE DE MANUTENÇÃO	<p>Depende do método de diálise: Hemodiálise intermitente com membranas de baixo fluxo: menos permeáveis, a remoção da vancomicina é reduzida, portanto, uma concentração terapêutica pode persistir por dias. Dosar a Vancocinemia antes de cada sessão de HD, se não estiver dentro do alvo: administrar 10 a 20mg/Kg. Uma vez que saia do intervalo alvo, deve-se administrar uma dose de vancomicina (15 a 20 mg / kg por via intravenosa).</p> <p>Hemodiálise intermitente por membrana de alto fluxo: fazer dose de manutenção de 10mg/Kg logo após o término da mesma. Obter a vancocinemia imediatamente antes da terceira sessão de HD e ajustar conforme tabela 02. Manter coleta de vancocinemia antes de cada sessão de HD até atingir a dose alvo. Se necessário realize correção conforme a tabela 02 e se dose alvo atingido dosar vancocinemia semanal.</p> <p>Hemodiálise contínua a vancocinemia deve ser obtida aproximadamente 48h após a dose de ataque e as doses subsequentes (15 a 20 mg/kg por via intravenosa) devem ser administradas com base em concentrações séricas do objetivo.</p> <p>Diálise peritoneal a vancocinemia deve ser obtida aproximadamente 48 h após a dose de ataque. E as doses subsequentes (15 a 20 mg/kg) devem ser administradas com base em concentrações séricas alvo.</p> <p>Pacientes com intervalos mais longos entre as sessões de diálise (por exemplo, 72h em vez de 48h, como durante um fim de semana) necessitam de administração de uma dose mais elevada (aumentada em 250 mg) na última sessão de diálise antes do intervalo mais longo.</p>

Tabela 2 – Ajustes da Vancocinemia na Insuficiência Renal Dialítica

Abordagem dos ajustes de vancomicina para pacientes que recebem hemodiálise intermitente de alto fluxo	
1. Administre dose de ataque IV 25 mg/kg de peso real	
2. Dose de manutenção de 10 mg/kg de peso real IV – geralmente entre 500 a 750 mg. Devendo ser administrada imediatamente após cada sessão de diálise de alto fluxo	
3. Obter concentração sérica de "vale" antes da terceira sessão de diálise (a contar da sessão pós início da terapia) e ajustar a dose de manutenção conforme a seguir:	
< 15 mcg/ml	Aumentar a dose em 250 a 500 mg
15 a 25 mcg/ml	Não mude a terapia
26 a 35 mcg/ml	Reduzir dose em 250 a 500 mg
> 35 mcg/ml	Suspender a próxima dose da vancomicina e coletar vancocinemia antes de cada sessão de hemodiálise até atingir 15 a 20 mcg/kg/ml, ao se atingir a meta da vancocinemia reduzir dose em 500 mg da dose anteriormente utilizada
3. Realizar vancocinemia antes de cada sessão de hemodiálise até que se alcance o alvo por duas vezes consecutivas e então a vancocinemia deve ser medida a cada três sessões de diálise, com ajuste subsequente (se necessário) de acordo com os princípios acima.	

Ajuste de vancomicina para pacientes obesos

Dose de ataque

25 a 30 mg/kg de peso real
Não exceder dose única de 3 gramas

Dose de manutenção: se IMC maior que 25 kg/m²

Peso Real menor que 125% do peso ideal	Usar tabela 03
Peso Real maior /igual a 125% o peso ideal, porém paciente com menos de 100 Kg	
Peso Real maior/igual a 125% do peso ideal e paciente com mais de 100 Kg	35 a 40 mg/kg/dia do peso real de 8/8 horas ou de 12/12 horas – não excedendo 2 gramas por dose.
3. Realizar vancocinemia antes de cada sessão de hemodiálise até que se alcance o alvo por duas vezes consecutivas e então a vancocinemia deve ser medida a cada três sessões de diálise, com ajuste subsequente (se necessário) de acordo com os princípios acima.	

FÓRMULA PESO IDEAL:

Devine:

Homens = $50 \text{ kg} + 0,91 [\text{altura (cm)} - 152,4]$

Mulheres = $45,5 \text{ kg} + 0,91 [\text{altura (cm)} - 152,4]$

Tabela 03 – Manutenção de vancomicina no paciente obeso com disfunção renal não dialítica

Dosagem empírica de manutenção da vancomicina parenteral em adultos que não estão recebendo hemodiálise						
1. Dose de ataque para pacientes com infecção grave: 25 mg/kg (arredondando para 250 mg mais próximo)						
2. Doses e intervalos iniciais de manutenção: com base no vale, peso do paciente e na depuração estimada da creatinina:						
Clearance de creatinina (ml/in)	Peso Atual					
	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 a 99	100
Infecção grave ou profunda: Vale alvo entre 15 e 20 mcg / mL						
< 10 sem HD	Repetir a dose quando a concentração sérica o vale for ≤ 20 mcg / mL					
10 a 19 sem HD	750 mg a cada 48 horas	1000 mg a cada 48 horas	1000 mg a cada 48 horas	1250 mg a cada 48 horas	1250 mg a cada 48 horas	1500 mg a cada 48 horas
20 a 29	500 mg a cada 24 horas	750 mg a cada 24 horas	1000 mg a cada 36 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 36 horas	1250 mg a cada 36 horas
30 a 39	750 mg a cada 24 horas	750 mg a cada 24 horas	1000 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas
40 a 49	750 mg a cada 18 horas	750 mg a cada 18 horas	1000 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas
50 a 59	750 mg a cada 18 horas	1000 mg a cada 18 horas	1000 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1500 mg a cada 18 horas
60 a 69	750 mg a cada 12 horas	750 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas
70 a 79	750 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas
80 a 89	750 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas
90 a 99	1000 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas
>100 e < 60 anos	750 mg a cada 8 horas	750 mg a cada 8 horas	1000 mg a cada 8 horas	1250 mg a cada 8 horas	1250 mg a cada 8 horas	1250 mg a cada 8 horas

Dosagem empírica de manutenção da vancomicina parenteral em adultos que não estão recebendo hemodiálise						
1. Dose de ataque para pacientes com infecção grave: 25 mg/kg (arredondando para 250 mg mais próximo)						
2. Doses e intervalos iniciais de manutenção: com base no vale, peso do paciente e na depuração estimada da creatinina:						
Clearance de creatinina (ml/in)	Peso Atual					
	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 a 99	100
Infecção não grave e superficial: Dose vale alvo entre 10 a 15 mcg / mL						
< 10 sem HD	Repetir a dose quando a concentração sérica o vale for ≤ 20 mcg / mL					
10 a 19 sem HD	1000 mg a cada 72 horas	1250 mg a cada 72 horas	1250 mg a cada 72 horas	1500 mg a cada 72 horas	1500 mg a cada 72 horas	1750 mg a cada 72 horas
20 a 29	1000 mg a cada 48 horas	1000 mg a cada 48 horas	1250 mg a cada 48 horas	1500 mg a cada 48 horas	1500 mg a cada 48 horas	1750 mg a cada 48 horas
30 a 39	1000 mg a cada 36 horas	1000 mg a cada 36 horas	1250 mg a cada 36 horas	1500 mg a cada 36 horas	1500 mg a cada 36 horas	1750 mg a cada 36 horas
40 a 49	1000 mg a cada 24 horas	1000 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1500 mg a cada 24 horas	1500 mg a cada 24 horas
50 a 59	1000 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1250 mg a cada 24 horas	1500 mg a cada 24 horas	1500 mg a cada 24 horas	1750 mg a cada 4 horas
60 a 69	1000 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1500 mg a cada 18 horas	1500 mg a cada 18 horas	1750 mg a cada 18 horas
70 a 79	1000 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 18 horas	1500 mg a cada 18 horas	1500 mg a cada 18 horas	1750 mg a cada 18 horas
80 a 89	1000 mg a cada 18 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas
90 a 99	1000 mg a cada 12 horas	1000 mg a cada 12 horas	1250 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas	1500 mg a cada 12 horas
>100 e < 60 anos	1000 mg a cada 12 horas					

PROTOCOLO PARA COLETA DE HEMOCULTURA

OBJETIVO	IDENTIFICAÇÃO DE MICRORGANISMOS CIRCULANTES NO SANGUE DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE INFECÇÃO EM QUALQUER LOCAL
DETECÇÃO	Bactérias e fungos
CASOS INDICADOS	Pacientes que serão mantidos internados e que apresentem febre (> 38°C) ou hipotermia (< 36°C) COM leucocitose (> 10.000/ mm ³ , especialmente com desvio à esquerda) ou granulocitopenia absoluta (< 1000 leucócitos/mm ³). Exceção à regra é a presença de sintomas inespecíficos em crianças < 1 ano e idosos, que diante da suspeita de foco de infecção provável, deve ser solicitado o exame.
POSITIVIDADE	Estudos mais recentes: 1 amostra - 70% de positividade 2 amostras - 80 a 90% de positividade 3 amostras - 96 a 98 % de positividade 4 amostras - >99% de positividade
O QUE É AMOSTRA	1 punção = 1 sítio = 2 frascos (1 aeróbio e 1 anaeróbio) = 1 amostra Cada punção = dois frascos para adultos ou um frasco para pacientes pediátricos até 13kg Adultos = mínimo 2 amostras Crianças até 13 kg = 1 amostra Orientar-se mínimo de 2 e máximo 4 amostras por episódio infeccioso de sítios anatômicos diferentes
QUANTAS AMOSTRAS	Para casos suspeitos de bacteremia ou fungemia primária ou secundária (endocardite, meningite, osteomielite, artrite, pneumonia etc). Indicado obter 2-3 amostras uma após a outra Febre de origem indeterminada (ex. abscessos ocultos, febre tifóide, brucelose ou outra síndrome infecciosa não diagnosticada). Obter 2-3 amostras, uma após a outra. Se negativas nas primeiras 24-48h de incubação, obter mais duas amostras, uma após a outra, de diferentes sítios anatômicos. Casos de suspeita de bacteremia ou fungemia com hemoculturas persistentemente negativas. Considerar métodos alternativos de hemoculturas, específicos para aumentar a recuperação de micobactérias, fungos ou microrganismos fastidiosos. Conversar com microbiologista.

<p>COMO E QUANDO COLETAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A coleta deve ser feita SEMPRE no início dos sintomas de infecção e antes do início da antibioticoterapia • Caso o paciente estiver em vigência de antimicrobianos coletar amostra imediatamente antes da administração da próxima dose (vale) • Preferencialmente por punção venosa, tão logo se inicie o aumento de temperatura do paciente • A coleta deve ser feita em curto espaço de tempo, ou seja, sequenciais ou dentro de 1 hora • Intervalos maiores de 1 a 2 horas entre as amostras pode ser recomendada para monitorar ou documentar bacteremia contínua em pacientes com suspeita de endocardite ou infecção endovascular associada a dispositivos invasivos • Amostras coletadas de cateter são indicadas na suspeita de infecção relacionada ao dispositivo, portanto a amostra coletada através do cateter deve ser sempre acompanhada por uma ou duas amostras de veia periférica, de forma sequencial ou concomitante, identificando corretamente as amostras quanto ao local de punção 																				
<p>VOLUME A SER COLETADO</p>	<p>Depende da idade e indicação do fabricante: manter proporção de sangue / caldo de cultura de 1:5 a 1:10 Tipos de frascos e volume de sangue sugeridos por amostra de hemocultura:</p> <table border="1" data-bbox="373 732 922 958"> <thead> <tr> <th></th> <th>Crianças até 13kg</th> <th>Crianças de 13 a 36kg</th> <th>Crianças > 36 kg</th> <th>Adultos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frasco AERÓBIO^b</td> <td>1 a 4ml</td> <td>5 ml</td> <td>5 a 10kg</td> <td>10 ml</td> </tr> <tr> <td>Frasco ANAERÓBIO^c</td> <td>-----</td> <td>5 ml</td> <td>5 a 10kg</td> <td>10 ml</td> </tr> <tr> <td>Volume total/ amostra</td> <td>1 a 4 ml</td> <td>10 ml</td> <td>10 ml</td> <td>20 ml</td> </tr> </tbody> </table> <p>^aA coleta de sangue arterial não está associada com aumento da sensibilidade e não é recomendada, em princípio ^bVer recomendações do fabricante ^cEm lactentes com extrema dificuldade de coleta pode-se coletar um volume não inferior a 0,5ml.</p>		Crianças até 13kg	Crianças de 13 a 36kg	Crianças > 36 kg	Adultos	Frasco AERÓBIO ^b	1 a 4ml	5 ml	5 a 10kg	10 ml	Frasco ANAERÓBIO ^c	-----	5 ml	5 a 10kg	10 ml	Volume total/ amostra	1 a 4 ml	10 ml	10 ml	20 ml
	Crianças até 13kg	Crianças de 13 a 36kg	Crianças > 36 kg	Adultos																	
Frasco AERÓBIO ^b	1 a 4ml	5 ml	5 a 10kg	10 ml																	
Frasco ANAERÓBIO ^c	-----	5 ml	5 a 10kg	10 ml																	
Volume total/ amostra	1 a 4 ml	10 ml	10 ml	20 ml																	

J Infect Control 2012; 1 (1): 08-19.

PROTOCOLO PARA COLETA DE ABSCESSO

OBJETIVO	Identificar e tratar adequadamente conforme perfil de sensibilidade do microrganismo
INDICAÇÃO	Para feridas, abscessos, exsudatos, lesões de pele e partes moles / material de órgãos e tecidos, fistulas, gangrena, celulite,
COMO FAZER	<p>Remover exsudato superficial limpando com salina estéril; Usar "Swab" (abscesso aberto): colher na profundidade, transporte em meio de Stuart ou similar; 2 amostras, uma para Gram e uma para cultura.</p> <p>Aspirado (abscesso fechado): com seringa e agulha, transferir assepticamente todo o material para meio de transporte anaeróbico, volume mínimo: 1 ml e também "in natura" em frasco estéril.</p> <p>Biópsia - as margens e superfície da coleta devem ser descontaminadas previamente com solução de clorexidine, expondo o tecido a ser biopsiado. Obter o fragmento de tecido ou órgão através de técnica cirúrgica; retirar amostras representativas de lesão localizadas em diferentes sítios do órgão ou tecidos e colocá-las em frasco estéril e gotejar solução fisiológica para não ressecar a amostra.</p>
TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO	Transporte: 30 minutos em T° ambiente Armazenamento: < 48 h, T° ambiente

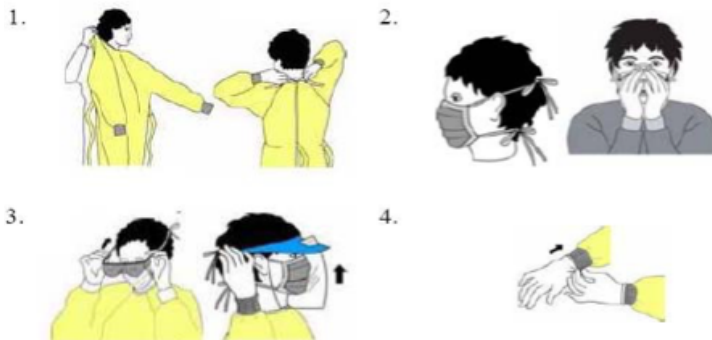
PROTOCOLO PARA COLETA DE FLUÍDOS

OBJETIVO	Identificar e tratar adequadamente conforme perfil de sensibilidade do microrganismo
INDICAÇÃO	Abdominal, ascítico, bile, articular, pericárdico, peritoneal, pleural, sinovial
COMO FAZER	<p>PUNÇÃO: Realizar antisepsia com clorexidine degerman-te, seguida de alcoólica, aguardar secagem e puncionar aspirando o material, colocar em meio de transporte para anaeróbios >1 ml.</p> <p>Durante Cirurgia: aspirar 10 ml e colocar frasco de hemocul-tura e “in natura” em frasco estéril.</p>
TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO	<15 min, T° ambiente Armazenamento: < 48 h, T° ambiente (líquido pericárdico e pesquisa de fungos a 4° C).

MANEJO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Precauções e isolamentos são usados para ajudar a interromper a propagação de microrganismos de uma pessoa para outra e podem exigir a utilização de aventais, luvas e proteção facial. O CDC (Center for Disease Control and Prevention) recomenda conforme a ilustração abaixo.

• Sequência de COLOCAÇÃO de EPI.



• Sequência de RETIRADA de EPI.



Tipo de Exposição Sexual e Risco de Transmissão após Contato com Pessoa Infectada pelo HIV

Tipo de exposição	Risco de transmissão/exposição %
Penetração anal receptiva	0.1 – 3.0 ₁₃
Penetração vaginal receptiva	0.1 – 0.2 _{14,15,16}
Penetração vaginal insertiva	0.03 – 0.09 ₁₈
Penetração anal insertiva	0.06 ₁₇
Sexo oral receptivo	0 – 0.04 ₁₉

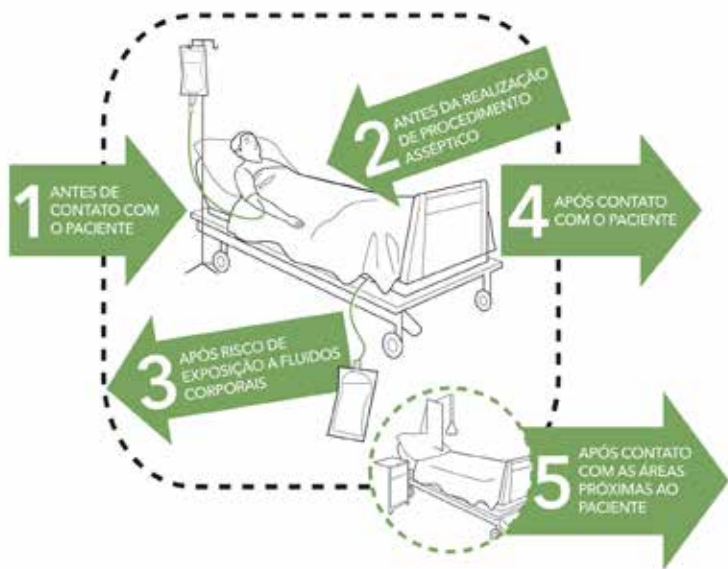
CLASSIFICAÇÃO DAS BACTÉRIAS PELA COLORAÇÃO DE GRAM

BACTÉRIAS AERÓBIAS	
Gram positivos	
Cocos	Bacilos
	<i>Actinomyces spp</i>
	<i>Corynebacterium</i>
	<i>Bacillus spp</i>
	<i>Gardnerella</i>
	<i>Listeria spp</i>
	<i>Lactobacillus</i>
	<i>Microbacterium</i>
	<i>Mycobacterium spp</i>
	<i>Nocardia spp</i>
	<i>Rhodococcus</i>
	<i>Rothia</i>
	<i>Tsukamurella</i>
	<i>Turicella Arcanobacterium</i>
	<i>Aureobacterium</i>
	<i>Dermabacter</i>
	<i>Erysipelothrix</i>
	<i>Gordona</i>
	<i>Kurthia</i>
	<i>Oerskovia</i>
<i>Staphylococcus spp</i>	
<i>Streptococcus spp</i>	
<i>Enterococcus spp</i>	
<i>Micrococcus spp</i>	
<i>Leuconostoc</i>	
<i>Aerococcus</i>	
<i>Alloiooccus</i>	
<i>Dolosigranulum</i>	
<i>Lactococcus</i>	
<i>Gemella</i>	
<i>Globicatella</i>	
<i>Helcococcus</i>	
<i>Tetragenococcus</i>	
<i>Vagococcus</i>	
<i>Pediococcus</i>	
<i>Stomatococcus</i>	

BACTÉRIAS AERÓBIAS			
Gram negativos			
Cocos	Bacilos		Coco-bacilos
	Enterobactérias Fermentadores	NÃO Fermentadores	
<i>Moraxella</i> <i>catarrhalis</i> <i>Neisseria spp</i>	<i>Enterobacter spp</i> <i>Pasteurella spp</i> <i>Vibrio spp</i> <i>Proteus spp</i> <i>Providencia</i> <i>Salmonella spp</i> <i>Serratia spp</i> <i>Shigella spp</i> <i>Citrobacter spp</i> <i>Yersinia spp</i> <i>Cedecea spp</i> <i>Burdica aquatica</i> <i>Aeromonas spp</i> <i>Chromobacterium</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Escherichia spp</i> <i>Ewingella</i> <i>Hafnia alvei</i> <i>Klebsiella spp</i> <i>Kluyvera spp</i> <i>Leclercia</i> <i>Leminorella spp</i> <i>Moellerella</i> <i>Morganella spp</i> <i>Pantoea</i> <i>Plesiomonas</i> <i>Edwardsiella spp</i> <i>Rahnella aquatilis</i> <i>Tatumella ptyseos</i> <i>Trabulsiella</i> <i>Yokenella</i>	<i>Acinetobacter spp</i> <i>Burkholderia spp</i> <i>Flavobacterium spp</i> <i>Pseudomonas spp</i> <i>Stenotrophomonas</i> <i>Agrobacterium</i> <i>Alcaligenes SP</i> <i>Bergeyella</i> <i>Brevundimonas spp</i> <i>Chryseobacterium spp</i> <i>Chryseomonas luteola</i> <i>Comamonas spp</i> <i>Empedobacter brevis</i> <i>Flavimonas</i> <i>Methylobacterium</i> <i>Moraxella spp</i> <i>Ochrobactrum</i> <i>Oligella spp</i> <i>Roseomonas spp</i> <i>Shewanella spp</i> <i>Sphingobacterium spp</i> <i>Weeksella virosa</i>	<i>Bartonella spp</i> <i>Brucella spp</i> <i>Bordetella spp</i> <i>Campylobacter spp</i> <i>Chlamydia spp</i> <i>Coxiella burnetii</i> <i>Haemophilus spp</i> <i>Helicobacter spp</i> <i>Legionella spp</i> <i>Rickettsia spp</i> <i>Afipia spp</i> <i>Actinobacillus ssp</i> <i>Arcobacter spp</i> <i>Calymmatobacterium</i> <i>Capnocytophaga spp</i> <i>Cardiobacterium</i> <i>Eikenella corrodens</i> <i>Ehrlichia spp</i> <i>Francisella spp</i> <i>Kingella spp</i> <i>Psychrobacter</i> <i>Streptobacillus</i> <i>Suttonella</i>

BACTÉRIAS ANAERÓBIAS	
Gram positivos	Gram negativos
Cocos	Cocos
<i>Peptococcus</i> <i>Peptostreptococcus</i> <i>Reuminococcus spp</i> <i>Staphylococcus</i> <i>Streptococcus spp</i> <i>Gemella</i>	<i>Acidaminococcus</i> <i>Megasphaera</i> <i>Veillonella</i>
Bacilos	Bacilos
<i>Actinomyces spp</i> <i>Propionibacterium spp</i> <i>Atopobium spp</i> <i>Bifidobacterium spp</i> <i>Clostridium spp</i> <i>Eubacterium spp</i> <i>Filifactor</i> <i>Lactobacillus spp</i> <i>Mobiluncus spp</i>	<i>Bacterioides spp</i> <i>Campylobacter spp</i> <i>Bilophila</i> <i>Anaerobiospirillum</i> <i>Anaerorhabdis</i> <i>Catonella</i> <i>Centipeda</i> <i>Desulfomonas</i> <i>Desulfovibrio</i> <i>Dialister Dichelobacter</i> <i>Fusobacterium spp</i> <i>Hallela</i> <i>Johnsonella</i> <i>Leptotrichia</i> <i>Mitsuokella</i> <i>Porphyromonas spp</i> <i>Prevotella spp</i> <i>Selenomonas spp</i> <i>Tissierella</i>

OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



<p>1</p> <p>ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções</p>
<p>2</p> <p>ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microorganismos do próprio paciente.</p>
<p>3</p> <p>APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS CORPORAIS</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após o risco de exposição a fluídos corporais (e após a remoção de luvas).</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>
<p>4</p> <p>APÓS CONTATO COM O PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do próprio paciente.</p>
<p>5</p> <p>APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE</p>	<p>QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente.</p> <p>POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do próprio paciente a outros profissionais ou pacientes.</p>

TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Fricção Antisséptica das mãos



1a Aplique o produto numa mão em forma de concha para
cobrir todas as superfícies



2 Esfregue as palmas das
mãos uma na outra



3 Palma direita sobre o dorso esquerdo
com os dedos entrelaçados e vice-versa



4 As palmas das mãos com
dedos entrelaçados



5 Parte de trás dos dedos nas palmas
opostas com dedos entrelaçados



6 Esfregue o polegar esquerdo em sentido horário,
entrelaçado na palma direita e vice-versa



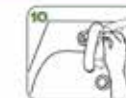
7 Esfregue rotativamente para trás e para
a frente os dedos da mão direita na
palma da mão esquerda e vice-versa



8 Enxague as mãos com água



9 Seque bem as mãos com
toalha descartável



10 Utilize o toalhete para fechar a torneira
se esta for de comando manual

20-30 seg.



8 Ultra-secas, as suas
mãos estão seguras

40-60 seg.



11 Agora as suas mãos estão seguras

ANTISSEPZIA OU PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DAS MÃOS



1.

Abriu a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos.



3.

Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador de unhas.



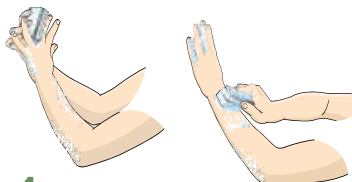
5.

Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotosensor.



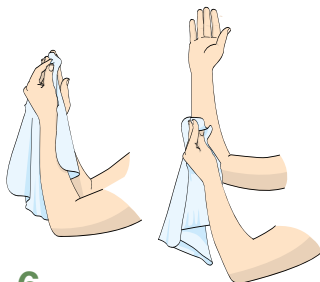
2.

Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes.



4.

Friccionar as mãos, observando dedos, espaços interdigitais e antebraços por no mínimo 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.



6.

Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/ compressa para regiões distintas.

TIPOS DE PRECAUÇÃO

PRECAUÇÃO PADRÃO

Devem ser seguidas para TODOS OS PACIENTES, independentemente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das Mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa pérfuro-cortante

- Lave com água e sabonete ou fricção as mãos com álcool 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Use álcool, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.
- Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS



Higienização das Mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Precaução padrão:** higienize antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto **SEMPRE** fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte de paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

TIPOS DE MÁSCARA DE PRECAUÇÃO DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - DNC

PRECAUÇÕES PARA AERROSSÓIS



**N-95
PROFISSIONAL**



**Máscara cirúrgica
PACIENTE**

Indicações de uso:

VARICELA
HERPES ZOSTER
em pacientes
imunossuprimidos
SARAMPO
TUBERCULOSE

PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS



**Máscara cirúrgica
PROFISSIONAL**



**Máscara cirúrgica
PACIENTE**

Indicações de uso:

MENINGITE
COQUELUCE
INFLUENZA A/B/D*
RUBÉOLA

* H1N1

Máscara N-95 - deve ser utilizada toda vez que for realizar procedimentos que geram aerrossóis.

Máscara Cirúrgica - o profissional deve utilizar desde o momento de suspeita de infecção por influenza. Deve ser utilizada quando a proximidade com o paciente for menor que um metro.

PRECAUÇÕES EMPÍRICAS

Tipos de Precauções

Infecção/Condição/Microrganismo	Tipo de precaução	Período
Abscesso Drenante Drenagem não contida pelo curativo Drenagem contida pelo curativo	Contato Padrão	Durante a doença
AIDS (mesmo que no HIV)	Padrão	
Bactérias multirresistentes	Contato	Durante a doença
Botulismo	Padrão	
Bronquiolite / Infecção Respiratória - Vírus Sincicial Respiratório / Vírus Parainfluenzae lactente e pré-escolar	Contato	Durante a doença
Brucelose	Padrão	
Candidíase – Todas as formas	Padrão	
Caxumba	Gotículas	Até 9 dias após início de tumefação
Celulite Drenagem não contida	Contato	Durante a doença
Cancro Mole (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Padrão	
Cisticercose	Padrão	
Citomegalovirose: neonatal em imunossuprimido	Padrão	
<i>Clostridium botulinum</i> (Botulismo)	Padrão	
<i>Clostridium difficile</i> (Colite associada a antibiótico)	Contato	Durante a doença
<i>Clostridium perfringens</i> (gangrena gasosa e intoxicação alimentar)	Padrão	
<i>Clostridium tetanii</i> (tétano)	Padrão	
Cólera	Contato	Durante a doença
Colite associada a antibiótico	Contato	Durante a doença

Conjuntivite Bacteriana, gonocócica e <i>Chlamydia trachomatis</i> Viral aguda (hemorrágica)	Padrão	Durante a doença
	Contato	Durante a doença
Coqueluche	Gotículas	Terapêutica eficaz de 5 a 7 dias
Criptococose	Padrão	
Dengue	Padrão	
Dermatofitose / Micose de pele / Tínea	Padrão	
Estrongiloidíase	Padrão	
DST	Padrão	
Enterocolite necrotizante	Padrão	
Escabiose	Contato	Terapêutica eficaz 24 horas
Estafilococcia - <i>S. aureus</i> 1- Pele, ferida e queimadura Com secreção não contida Com secreção contida 2- Enterocolite 3- Pneumonia 4- Síndrome da pele escaldada 5- Síndrome do choque tóxico	Contato Padrão Padrão(1) Padrão Padrão Padrão	Durante a doença
Estreptococcia – <i>Streptococcus Grupo A</i> 1- Pele, ferida e queimadura Com secreção não contida Com secreção contida 2- Endometrite (sepse puerperal) 3- Faringite: lactante e pré-escolar 4- Escarlatina: lactante e pré-escolar 5- Pneumonia: lactante e pré-escolar	Contato Padrão Padrão Gotículas Gotículas Gotículas	Durante a doença Terapêutica eficaz 24h Terapêutica eficaz 24h Terapêutica eficaz 24h
Estreptococcia – <i>Streptococcus Grupo B ou Grupo não A e não B</i>	Padrão	
Estrongiloidíase	Padrão	
Exantema súbito (Roséola)	Padrão	
Febre amarela	Padrão	

Febre por arranhadura de gato	Padrão	
Febre por mordedura de gato	Padrão	
Febre recorrente	Padrão	
Febre reumática	Padrão	
Furunculose estafilocócica Lactente e pré-escolar	Contato	Durante a doença
Gastroenterite - Diarreia 1- <i>Campylobacter</i> , <i>Cholera</i> , <i>Criptosporidium spp</i> 2- <i>Clostridium difficile</i> 3- <i>Escherichia coli</i> : êntero-hemorragica em incontinente ou em uso de fralda 4- <i>Escherichia coli</i> : êntero-hemorragica 5- <i>Giardia lamblia</i> 6- <i>Yersinia enterocolitica</i> 7- <i>Salmonella sp</i> (inclusive <i>S. typhi</i>) 8- <i>Shigella spp</i> 9- <i>Vibrio parahaemolyticus</i> 10- Rotavírus e outros vírus em pacientes incontinentes ou uso de fralda	Contato Contato Padrão (1) Padrão Padrão Padrão (1) Padrão (1) Padrão (1) Padrão (1) Contato	Durante a doença Durante a doença
Gangrena gasosa	Padrão	
Guillain-Barré, Síndrome de	Padrão	
Hanseníase	Padrão	
Hantavírus pulmonar	Padrão (2)	
Hepatite Viral - Vírus A - Vírus A em uso de fralda ou incontinente - Vírus B (HBsAg +), vírus C e outros	Padrão Contato (3) Padrão	Durante a doença
Herpes Simplex 1- Encefalite 2- Neonatal 3- Mucocutâneo, disseminado ou primário, grave 4- Mucocutâneo, recorrente (pele, oral e genital)	Padrão Contato (4) Contato Padrão	Durante a doença

Herpes Zoster 1- Localizado em imunossuprimido ou disseminado 2- Localizado em imunocompetente	Contato + Aerossóis Padrão	Até todas as lesões tornarem – se crostas
Hidatidose	Padrão	
HIV	Padrão	
Impetigo	Contato	Terapêutica eficaz 24 h
Infecção cavidade fechada	Padrão	
Infecção de ferida cirúrgica Com secreção contida Com secreção não contida	Padrão Contato	Durante a doença
Infecção do Trato Urinário	Padrão	
Legionelose	Padrão	
Leptospirose	Padrão	
Lyme, Doença de	Padrão	
Malária	Padrão	
Meningite 1- Bacteriana gram negativo, entéricos, em neonatos 2- Fúngica, viral 3- <i>Haemophilus influenzae</i> (suspeita ou confirmada) 4- <i>Listeria monocytogenes</i> 5- <i>Neisseria meningitidis</i> (suspeita ou confirmada) 6- Pneumocócica 7- Tuberculosa 8- Outras bactérias 9- Meningococemia	Padrão Padrão Gotículas (9) Padrão Gotículas (9) Padrão Padrão (5) Padrão Gotículas	Terapêutica eficaz 24 h Terapêutica eficaz 24h Terapêutica eficaz 24h
Não <i>M. tuberculosis</i>: pulmonar e cutânea	Padrão	
Molusco contagioso	Padrão	
Mononucleose infecciosa	Padrão	
Oxiuros	Padrão	

Parvovírus B19 – Padrão -Doença crônica em imunossuprimido -Crise aplástica transitória ou de células vermelhas	Gotículas Gotículas	Durante internação Durante 7 dias
Pediculose	Contato	Terapêutica eficaz 24h
Pneumonia 1- Adenovírus 2- <i>Burkholderia cepacia</i> em fibrose cística incluindo colonização respiratória 3- <i>Chlamydia</i> , <i>Legionella spp.</i> , <i>S. Aureus</i> 4- Fúngica 5- <i>Haemophilus influenzae</i> adultos 6- <i>Haemophilus influenzae</i> lactentes e crianças de qualquer idade 7- <i>Meningocócica</i> 8- <i>Mycoplasma</i> (pneumonia atípica) 9- Outras bactérias não listadas, incluindo gram negativas 10- Pneumocócica 11- <i>Pneumocystis carinii</i> 12- <i>Streptococcus</i> , grupo A adultos 13- <i>Streptococcus</i> grupo A lactente e pré-escolar 14- Viral adultos 15- Viral lactente e pré-escolar	Contato+ Gotículas Padrão (6) Padrão Padrão Padrão Gotículas Gotículas Gotículas Padrão Padrão Padrão (7) Padrão Gotículas Padrão Contato	Durante a doença Terapêutica eficaz 24h Terapêutica eficaz 24h Durante a doença Terapêutica eficaz 24h Durante a doença
Poliomielite	Padrão	
Raiva	Padrão	
Reye, Síndrome de	Padrão	
Riquetsiose	Padrão	
Rotavírus (ver gastroenterite)		
Rubéola Congênita Adquirida	Contato (8) Gotículas	Até um ano de idade Até 7 dias do início do rash
Salmonelose (ver gastroenterite)		
Sarampo	Aerosóis	Durante a doença
Shigelose (ver gastroenterite)	Padrão (1)	
Síndrome da pele escaldada	Padrão	

Sífilis 1- pele e mucosa (incluindo congênita, 1ª e 2ª) 2- 3ª e positivo sem lesões	Padrao Padrão	
Teníase	Padrão	
Tétano	Padrão	
Tinea	Padrão	
Toxoplasmose	Padrão	
Tracoma agudo	Padrão	
Tricomoniase	Padrão	
Tricuríase	Padrão	
Tuberculose 1- Extra pulmonar, meninge e outras sem drenagem 2- Extra pulmonar com lesão drenando 3- Pulmonar (suspeita ou confirmada) 4-Laríngea (suspeita ou confirmada) 5- Mantoux (PPD): reator (5mm) sem evidência de doença pulmonar ou laríngea atual	Padrão Padrão Aerossóis Aerossóis Padrão	Terapêutica eficaz 15 dias + 2 pesquisas BAAR negativas
Varicela	Aerossóis + contato	Até todas as lesões tornarem – se crostas
Vírus parainfluenza	Contato	Durante a doença
Vírus sincicial respiratório	Contato	Durante a doença
Zigomicose (ficomicose/mucormicose)	Padrão	Durante a doença

SEGURANÇA DO PACIENTE

1 Identificar corretamente o paciente

2 Melhorar a comunicação
entre profissionais de saúde

3 Melhorar a segurança na prescrição, no
uso e na administração de medicamentos

4 Assegurar cirurgia em local de intervenção,
procedimentos e pacientes corretos

5 Higienizar as mãos para evitar infecções

6 Reduzir o risco de quedas e úlceras
por pressão

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

VOCÊ SABE EM QUAL LIXEIRA DEVE DESCARTAR OS RESÍDUOS HOSPITALARES?

SACO PRETO:

Papel de uso sanitário, fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, restos de comida, gases de algodão usados em antisepsia, hemostasia e venóclise, resíduos provenientes de áreas administrativas, invólucros de seringa e outros.

SACO BRANCO LEITOSO:

Seringas sem agulhas, equipo, frasco de soro e medicação, materiais de curativo, materiais usados em laboratório (meios de culturas), kits de linhas arteriais e venosas, vacinas, etc. OBS.: As bolsas de sangue descartadas em lixeira própria com saco branco leitoso.

DESCARTEX®:

Lâminas de bisturi, agulhas, ampolas de vidro, lancetas, etc.



NORMATIVA CCIH/SCIH 2018

BACTÉRIAS QUE EXIGEM PRECAUÇÕES DE CONTATO NO HRMS

Infecção/colonização: Bactérias com indicação de precauções de contato no HRMS

1	<i>Pseudomonas spp</i> resistente a carbapenens e Polimixinas
2	<i>Acinetobacter spp</i> resistente a carbapenens e Polimixinas
3	Enterococcus spp resistente à vancomicina
4	Bactérias gram-negativas produtoras de carbapenemases (CRE) ou resistentes a carbapenens e PAN- R (resistentes a todas as classes de antimicrobianos)
5	Outras bactérias de interesse epidemiológico a critério da CCIH (ex.: SCOR resistente à linezolida > 1/256) ou situações de surto
6	<i>Stafilococcus aureus</i> resistente a oxacilina – precaução de contato

NORMATIVAS:

- Manter precaução de contato para bactérias multirresistentes durante toda a internação (ideal);
- Orienta-se instituir precaução de vigilância (precaução de contato empírico) e coleta de culturas de vigilância nas unidades de terapia intensiva, para **pacientes transferidos de outras instituições com permanência maior que 48 horas, pacientes institucionalizados acamados; pacientes provenientes do HRMS, mas que tenham permanecido por mais de 48h em outro hospital para realização de exames ou procedimentos, pacientes procedentes do HRMS com admissão maior que 48hs e pacientes com internação hospitalar recente (até três meses);**
- Para cultura de vigilância colher swab nasal e anal e demais culturas necessárias conforme indicação clínica;
- Após resultados das culturas de vigilância, manter precaução de contato se for detectada bactéria multirresistente; caso contrário, suspender a precaução de vigilância e manter precaução padrão;
- Manter identificação da precaução na porta do quarto com os cuidados e exigir que **TODOS** cumpram os cuidados;

- Orientar acompanhantes e visitantes, quanto à definição da precaução e os cuidados necessários para se evitar transmissão cruzada e sua própria proteção. Manter acompanhantes e visitantes orientados, e fiscalizar as suas ações, sempre que possível;
- Dar preferência, sempre que possível, ao uso de aparelhos exclusivos a cada paciente (esfigmomanômetros, estetoscópios e termômetros) que devem sofrer **desinfecção com álcool 70%** a cada uso; caso não haja a possibilidade de uso exclusivo, proceder obrigatoriamente à **desinfecção com álcool 70%**, antes e após o uso de cada aparelho. No caso do esfigmomanômetro de tecido, colocar papel toalha entre o aparelho e a pele do paciente, para evitar o contato direto, sem prejuízo da aferição da pressão arterial até que ocorra a troca desses materiais; esfigmomanômetros de tecido devem ser submetidos à lavagem e secagem conforme rotina estabelecida;
- Em enfermarias com 03 (três) leitos, que apresentem pacientes com colonização e/ou infecção de bactérias multirresistentes, em precaução de contato, que apresentem condições que facilitem a transmissão (presença de secreções ou excreções não contidas) manter o leito central bloqueado, com objetivo de proporcionar maior distância entre os pacientes; no caso de extrema necessidade de fornecimento de leito (egressos de UTI e procedentes do PAM), realizar a ocupação de todos os leitos da enfermaria (definir com a enfermeira do SCIH e Coordenação de enfermagem);
- A limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos desses locais devem ser intensificadas para reduzir a carga microbiana local;
- Devido à realidade institucional de falta de leitos de SUS, preferencialmente realizar coorte de pacientes acamados, colonizados e/ou com infecção por bactérias multirresistentes iguais e com o mesmo perfil de resistência na mesma enfermaria;
- Na necessidade imperiosa de leitos podem ser admitidos pacientes acamados, colonizados e/ou com infecção por bactérias multirresistentes diferentes e com/sem o mesmo perfil de resistência;
- Em caso de necessidade de leito para paciente colonizado e/ou infectado por bactéria multirresistente e não existir leitos para coorte com outros pacientes com bactéria multirresistente, a precaução deverá ser realizada

no leito com todas as orientações para a equipe, dando preferência para pacientes não colonizados imunocompetentes;

- Pacientes que deambulam, colonizados e/ou com infecção por bactérias multirresistentes iguais, com o mesmo perfil de resistência: a) Realizar coorte, em mesma enfermaria, como rotina; b) Realizar a ocupação de todos os leitos;
- **Uso coletivo do banheiro:** orientar o acionamento de funcionária da higienização para proceder à limpeza dos equipamentos e sanitários, com álcool 70%, após cada uso, por cada paciente; isso deve acontecer mesmo com pacientes sem precaução de contato; familiares e visitantes não devem utilizar o banheiro de pacientes;
- **Pacientes que deambulam, colonizados e/ou com infecção por bactérias multirresistentes iguais ou diferentes, com/sem o mesmo perfil de resistência:** a) orientar o acionamento de funcionária da higienização para proceder à limpeza dos equipamentos e sanitários, com álcool 70%, após cada uso, por cada paciente; manter acompanhantes e visitantes orientados quanto aos cuidados e fiscalização das suas ações, sempre que possível;
- **Pacientes com doença oncológica e hematológica,** colonizados/infectados por bactérias multirresistentes ou não com mesmo ou diferente perfil de resistência, quando possível, manter em quarto privativo; na impossibilidade, manter em coorte com outros pacientes imunossuprimidos (ex.: neutropenia severa); manter em **precaução para imunossuprimido** (se neutropenia severa prolongada) ou precaução de contato (se imunossuprimido com bactéria multirresistente).

Fatores de risco para patógenos multirresistentes

Utilização de antibióticos intravenosos nos últimos 90 dias
Hospitalização nos últimos 90 dias
Hospitalização atual > ou = 5 dias
Duração da ventilação mecânica > ou = 7 dias
História de tratamento recente em hospital-dia e serviço de hemodiálise
Paciente institucionalizado ou em serviço de home-care
doença ou terapia imunossupressora
Alta resistência de microrganismos em UTI
Choque séptico no momento da VAP
Lesão pulmonar aguda precedendo a VAP

Risco para infecção ou colonização por *Enterococcus* multirresistentes

• Uso prévio de antimicrobianos de amplo espectro
• Longa permanência hospitalar
• Internação em UTI ou unidade de queimados
• Ter infecção de sítio cirúrgico
• Leito próximo ao de um paciente colonizado ou infectado por MARSAs
• Insuficiência renal
• Cateterismo vesical e cateterismo vascular

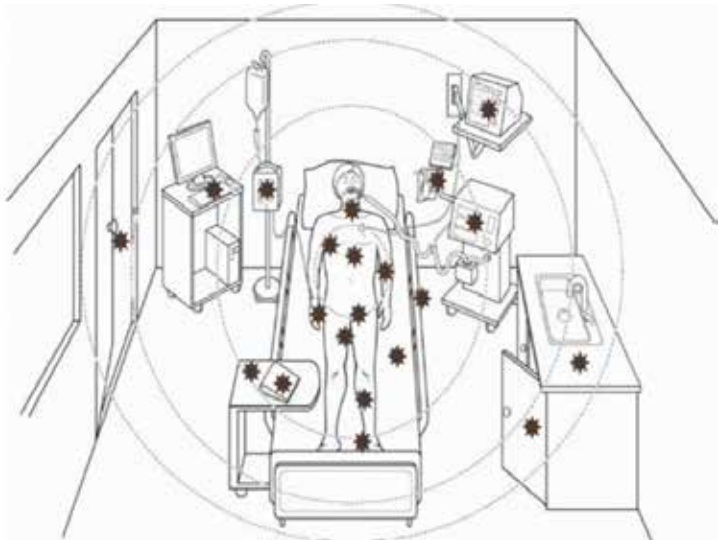
TEMPO DE PERMANÊNCIA DE BACTÉRIAS NO AMBIENTE

Tipo de Bactéria	Duração da Persistência
<i>Acinetobacter spp.</i>	3 dias - 5 meses
<i>Bordetella pertussis</i>	3 - 5 dias
<i>Campylobacter jejuni</i>	até 6 dias
<i>Clostridium difficile (spores)</i>	5 meses
<i>Chlamydia pneumoniae, C. trachomatis</i>	≤ 30 horas
<i>Chlamydia psittaci</i>	15 dias
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	7 dias - 6 meses
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	1-8 dias
<i>Escherichia coli</i>	1,5 horas - 16 meses
<i>Enterococcus spp. including VRE and VSE</i>	5 dias - 4 meses
<i>Haemophilus influenzae</i>	12 dias
<i>Helicobacter pylori</i>	≤ 90 minutos
<i>Klebsiella spp.</i>	2 horas - > 30 meses
<i>Listeria spp.</i>	1 dia - meses
<i>Mycobacterium bovis</i>	> 2 meses
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	1 dia - 4 meses
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 - 3 dias
<i>Proteus vulgaris</i>	12 dias
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6 horas - 16 meses; em piso seco: 5 semanas
<i>Salmonella typhi</i>	6 horas - 4 semanas
<i>Salmonella typhimurium</i>	10 dias - 4,2 anos
<i>Salmonella spp.</i>	1 dia
<i>Serratia marcescens</i>	3 dias - 2 meses; em piso seco: 5 semanas
<i>Shigella spp.</i>	2 dias - 5 meses

<i>Staphylococcus aureus</i> , including MRSA	7 dias - 7 meses
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 - 20 dias
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3 dias - 6,5 meses
<i>Vibrio cholerae</i>	1 - 7 dias

Kramer et al. BMC Infectious Diseases 2006 6:130

AMBIENTE CONTAMINADO POR AGENTE MR



Segundo vários estudos, 70% das superfícies ambientais nos quartos de pacientes colonizados ou infectados com microrganismos MR estão contaminadas

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ITU RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1 - A inserção da SVD deve ser realizada pelo enfermeiro com a técnica de cateterização com técnica asséptica (degermação das mãos com sabão antisséptico clorexidina e paramentação cirúrgica com capote e luvas estéreis, máscara e gorro e campo estéril fenestrado com abertura). A higiene da genitália com sabão antisséptico clorexidina e uso de luva descartável deve obrigatoriamente anteceder o procedimento de cateterização vesical. A antisepsia com clorexidina aquosa 1 % deve ser feito partindo da uretra para periferia.

2 - Inserir cateteres somente com indicações apropriadas e avaliar diariamente a necessidade da permanência da mesma. Manter o cateter vesical fixo na crista ilíaca em homens e na face interna da coxa em mulheres, evitando traumas.

3 - Obrigatoriamente fazer desinfecção com álcool 70% da ponta de drenagem da bolsa antes e após a drenagem.

4 - Sempre que possível e necessário, lembrar-se das vias alternativas à cateterização, tais como: cateter vesical intermitente (deve também ser realizado com técnica asséptica) e condom.

5 - Não desconectar o sistema de drenagem e nunca elevar o sistema acima do nível do paciente; se necessário, clampar para evitar o refluxo. Não permitir que o sistema coletor tenha contato com o chão.

6 - Não utilizar o mesmo recipiente para esvaziar as bolsas de vários pacientes.

7- Higienizar sempre as mãos com água e sabão antes e após manipular o cateter, sistema coletor ou bolsa coletora e usar luvas de procedimento durante a manipulação dos mesmos;

8 - Garantir o registro no prontuário e na bolsa coletora da data de inserção, bem como do profissional que realizou o procedimento visando o monitoramento do tempo de permanência e complicações.

9 - Quando não conseguir garantir que a sonda vesical tenha sido passada com técnica asséptica, proceder à troca quando não houver contra indicação, principalmente em cateteres implantados em outros serviços e trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento.

10 - A bolsa coletora da sonda não pode ultrapassar a metade da sua capacidade.

O SCIH realiza checklist duas vezes por semana, realizando a avaliação do indicador de processo: indicador de adesão.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

Medidas Padronizadas pela SCIH do HRMS

1 - Cabeceira elevada 30° a 45°

Responsável: Equipe de multiprofissional

- Previne broncoaspiração; melhora parâmetros ventilatórios

2 - Monitorizar diariamente avaliação do nível de sedação alvo e prontidão do paciente para extubação

Responsável: Equipe médica

- Esta medida garante a redução do tempo de VM, portanto redução na taxa de PAV

3 - Medidas clínicas

Responsável: Equipe médica

- Dar preferência a VMNI, respeitando é claro as recomendações científicas
- Fazer uso criterioso de bloqueadores musculares

Responsável: Equipe multiprofissional

- Evitar extubação não programada (acidental/reentubação)

4 - Cuidados com o ventilador mecânico e sonda enteral

Responsável: Equipe de enfermagem

CIRCUITO DO VENTILADOR

- Troca do circuito apenas se visivelmente sujo ou mal funcionamento
 - Seguir recomendação da CCIH/HRMS em relação ao tempo de montagem do circuito e acondicionamento do mesmo antes da admissão do paciente
- * tempo não definido – recomenda-se o mais breve possível a admissão

UMIDIFICADOR

- São possíveis fontes de microrganismos
- Água deve ser estéril e troca a cada 48h

FILTRO

- Troca a cada 48h

SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO

- Troca recomendada a cada 72h, ou antes se sujidade ou mal funcionamento

INALADORES E NEBULIZADORES

- Troca a cada 24h, água estéril

SONDA ENTERAL

- Na posição gástrica ou pilórica. A pós pilórica pode ser necessária nas condições que necessitem de posição PRONA para VM, pacientes queimados, os com lesão cerebral grave PIC elevada

5 - Monitorar a pressão do cuff

Responsável: Equipe de Enfermagem e Fisioterapia

- A pressão do cuff (tubo orotraqueal ou da traqueostomia) deve ser suficiente para evitar vazamento de ar e passagem de secreção (microaspiração) que fica acima do balonete
- Recomenda-se pressão entre 20 e 30 cm H2O

6 - Higiene oral com fricção mecânica (escovação dos dentes) com antissépticos (clorexidina aquosa 0,12%)

Equipe responsável: Equipe de Enfermagem

- O entendimento de que a PAV é propiciada pela aspiração do conteúdo da orofaringe amparou a lógica de se tentar diminuir a colonização através da higiene oral fricção mecânica e uso de antissépticos
- Orientado realizar 3 x ao dia (1 vez por período)

7 - Aspiração orotraqueal

- O tubo endotraqueal facilita a colonização bacteriana do sistema respiratório e predispõe a aspiração da secreção contaminada pela diminuição do reflexo de tosse, acúmulo de secreção acima do balonete (espaço subglótico) e a própria contaminação do tubo
- Recomendado uso de cânula orotraqueal com sistema de aspiração de secreção subglótica – fase de padronização no HRMS. Para pacientes com previsão de entubação acima de 48 ou 72h

**O SCIH realiza checklist duas vezes por semana,
realizando a avaliação do indicador de processo:
1- indicador de adesão**

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADO A CATETER CENTRAL DE CURTA PERMANÊNCIA

Medidas Padronizadas pela SCIH do HRMS

1 - SELEÇÃO DO CATETER E DO SÍTIO DE INSERÇÃO

2 - HIGIENE DAS MÃOS ANTES E APÓS INSERÇÃO, REMOÇÃO, MANIPULAÇÃO OU TROCA DE CURATIVO

3 - BARREIRA MÁXIMA – Todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, luvas estéreis, avental estéril de manga longa, óculos de proteção e proteção total do paciente com campo estéril da cabeça aos pés.

OBS: Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devem ser trocados para outro sítio assim que possível. Para isso, não ultrapassar 24h

4 - PREPARO DA PELE ANTES DA INSERÇÃO (formulação alcoólica >0,5% + tricotomia S/N). OBS: A degermação prévia a antissepsia não é recomendada rotineiramente, sendo orientada para casos onde exista sujidade visível.

5 - AVALIAÇÃO DIÁRIA DO SÍTIO DE INSERÇÃO E DA NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DO CATETER

6 - USAR CATETERES RECOBERTOS POR SUBSTÂNCIAS ANTIMICROBIANAS OU ANTISSEPTICAS EM GRUPOS DE PACIENTES DAS UTIs DEFINIDOS PELO SCIH

OBS: Em fase de padronização no HRMS, bem como as esponjas impregnadas com gliconato de clorexidina

7 - CUIDADOS COM A MANUTENÇÃO DO CATETER QUANTO COBERTURA, FIXAÇÃO e MANUTENÇÃO

OBS: Cobertura com gaze e fita estéril (troca a cada 48h) ou cobertura transparente (troca a cada 7 dias conforme recomendação do fabricante).

Proteger as coberturas, cateteres e conexões com plástico ou outro material impermeável durante o banho.

Realizar a desinfecção das conexões, conectores e outros com clorexidina alcoólica de 5 a 15 segundos antes da manipulação.

**O SCIH monitora adesão destas medidas através
de checklist e avalia indicadores de processo:**

1 - indicador de adesão

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO - MEDIDAS PADRONIZADAS PELO SCIH DO HRMS

<p>1- Indicação apropriada da antibioticoprofilaxia e uso conforme protocolo do SCIH O HRMS tem protocolo para cada tipo de procedimento cirúrgico, validado pelo SCIH disponível NO DISCO PÚBLICO – PASTA CCIH”</p>
<p>2- Quando necessária, a remoção de pelos do sítio cirúrgico deve ser feito com tricotomizadores elétricos imediatamente antes da cirurgia – Não utilizar lâminas</p>
<p>3- Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato – Objetivo: estudos concordam que o controle glicêmico é essencial para redução das taxas de ISC e deve ser mantido entre 80 e 120 mg/dL durante o perioperatório.</p>
<p>4- Manutenção da normotermia em todo perioperatório – Objetivo: temperatura axilar $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$.</p>
<p>5 - Otimizar a oxigenação tecidual no peri e pós-operatório</p>
<p>6 - Utilizar preparações que contenham álcool no preparo da pele – Altamente bactericida, de ação rápida e persistente (preparações alcoólicas com clorexedina).</p>
<p>7 - Utilizar o checklist de Segurança Cirúrgica para reduzir a ocorrência de danos ao paciente - Disponível no DISCO PÚBLICO – PASTA CCIH”</p>
<p>8 - Manter assepsia durante a cirurgia e no período pós-operatório garantindo a promoção da cicatrização. - Os fatores que afetam a cicatrização da ferida são a localização da incisão, tipo de fechamento cirúrgico, estado nutricional, presença de doença, infecção, drenos e curativos</p>
<p>9 - Manter assepsia durante a cirurgia e no período pós-operatório garantindo a promoção da cicatrização. - Os fatores que afetam a cicatrização da ferida são a localização da incisão, tipo de fechamento cirúrgico, estado nutricional, presença de doença, infecção, drenos e curativos</p>
<p>10 - Educar pacientes e familiares sobre medidas de prevenção de ISC</p>

MEDIDAS DE CONTROLE PRÉ-OPERATÓRIO

1- INVESTIGAÇÃO DE PORTADORES NASAIS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS (OXA-S E OXA-R) NO PRÉ-OPERATÓRIO

- Indicado para cirurgia cardíaca, neurocirurgia e cirurgia ortopédica (implantes).
- Descolonização dos portadores nasais com Mupirocina intranasal + banho de clorexidina por 5 dias (2x/d). Não utilizar este último nos olhos e tímpanos.
- Monitorar a resistência à mupirocina

2- BANHO

- O banho deve ser corpo total, incluindo higiene do couro cabeludo (atenção redobrada à higiene da cabeça nas cirurgias crânioencefálicas) e o cuidado com as unhas
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório
- Realizar ou orientar a higiene oral com clorexidina 0,12% para os casos que houver previsão de intubação orotraqueal
- Fornecer toalhas limpas ao paciente para o banho pré-operatório
- Proceder à troca de pijama/camisola, da roupa de cama ou da maca de transporte após o banho
- Banhos X Tipo de cirurgias:
 - Cirurgia eletiva, pequeno e médio porte - banho com sabonete neutro corpo total antes do encaminhamento ao CC
 - Cirurgias de urgência – banho com sabonete neutro ficando a critério da avaliação da equipe assistente o momento para este
 - O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte (cirurgia cardíaca), cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos. Usar clorexidina 2% Banho (corpo total) 2 horas antes do procedimento cirúrgico

3- ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS

O objetivo desta prática é a eliminação da microbiota transitória e redução da microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias, com efeito residual na pele dos profissionais.

- Realizar fricção da pele com antisséptico degermante Clorexidina 2%
- Duração do procedimento entre 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção

4- TRICOTOMIA PRÉ-OPERATÓRIA

- Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia
- O uso de laminas está contra indicado. A remoção dos pelos depende da quantidade, do local da incisão, do tipo de procedimento e da conduta do cirurgião (Ver técnica da tricotomia disponível no DISCO PÚBLICO – PASTA CCIH)

5 - TEMPO DE INTERNAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

- Recomenda-se internação no dia da cirurgia ou no dia anterior (exceção: preparo de cólon eou casos de desnutrição).

6- CONSIDERAR CONDUTAS FRENTE A FATORES DE RISCO

- Obesidade - Ajuste da dose de antibióticos profiláticos.
- Diabetes mellitus - Controle da glicemia.
- Tabagismo - O ideal é que a abstenção seja um item obrigatório nas cirurgias eletivas pelo menos 30 dias antes da realização das mesmas.
- Uso de esteroides e outros imunossupressores - Evitar ou reduzir a dose ao máximo possível no período pré-operatório.

7- PROFILAXIA ANTIMICROBIANA

Utilizar como referencia o protocolo do HRMS e administrar dose efetiva de 0 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica, quando uso de Vancomicina e Ciprofloxacina iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão.

Em cirurgias longas, lembrar-se de repetir o antibiótico a contar a partir da infusão da primeira dose.

Se uma infecção for identificada durante a cirurgia, o antimicrobiano terá cunho terapêutico e deverá ser reformulado de acordo com a infecção encontrada e se estender até quando clinicamente indicado.

- Fazer o antibiótico profilático pelo tempo definido no protocolo, nunca exceder.

8- PREPARO DA PELE DO PACIENTE

Realizar a antissepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcoólica de PVPI ou clorexidina.

6- PARAMENTAÇÃO

- Proceder à antissepsia cirúrgica das mãos, utilização de aventais e luvas esterilizadas, além de gorro e máscara.

- A finalidade da paramentação cirúrgica é estabelecer uma barreira microbiológica contra a penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, que podem ser oriundos dele mesmo, dos profissionais, produtos para saúde, ar ambiente.

- Também tem o sentido de proteger a equipe cirúrgica do contato com sangue e fluidos dos pacientes. A equipe de campo cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa (avental e luvas estéreis, touca, óculos, máscara).

- O avental cirúrgico, juntamente com as luvas constitui barreira contra a liberação de microrganismos da pele da equipe e contaminação do campo operatório. Devem ser utilizadas luvas estéreis .

- A máscara cirúrgica deve cobrir totalmente a boca e nariz e deve ser utilizada ao entrar na sala cirúrgica e sempre que o instrumental estiver exposto ou se cirurgia estiver em andamento, a fim de impedir a contaminação da área cirúrgica, bem como do instrumental cirúrgico por microrganismos originados do trato respiratório superior da equipe cirúrgica.
- Ao se paramentar o profissional que participará do procedimento cirúrgico deve remover os adornos (anéis, pulseiras, relógios etc).

MEDIDAS DE CONTROLE INTRAOPERATÓRIO

Controle metabólico

- Para as cirurgias em geral, tópicos relevantes em relação ao controle metabólico peri-operatório são: controle glicêmico, controle da temperatura corpórea e suplementação da oxigenação tecidual, bem como a manutenção adequada do volume intravascular. Em relação à temperatura corpórea, tem sido observada a associação 149 frequente de hipotermia.

O “padrão ouro” é a monitorização na artéria pulmonar, método que requer a presença de cateter central e soma alguns riscos inerentes a tal procedimento. Ainda pode ser utilizada a monitorização através de cateter esofágico, bexiga urinária e cutânea, sendo esta última, a mais frequentemente utilizada e também mais sensível às oscilações da temperatura da sala cirúrgica. A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de 35,5°C no período perioperatório.

Circulação de pessoal

- O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico-cirúrgico, desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica. Os seguintes cuidados devem ser observados: Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório; Limitar o número de pessoas na sala operatória, manter o número de pessoas necessário para atender o paciente e realizar o procedimento; Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente; Não levar celular, bolsas e alimentos para dentro da sala cirúrgica.

Drenos

- A inserção dos drenos geralmente deve ocorrer no momento da cirurgia, preferencialmente em uma incisão separada, diferente da incisão cirúrgica; a recomendação é fazer uso de sistemas de drenagens fechados, e a remover o mais breve possível.

MEDIDAS DE CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO

- Avaliar a ferida operatória mantendo os cuidados com curativos
- Manter a umidade necessária
- Remover o excesso de exsudação
- Permitir a troca gasosa
- Fornecer isolamento térmico
- Ser impermeável a bactérias
- Ser asséptico
- Permitir a remoção sem traumas e dor

Feridas com cicatrização por primeira intenção (bordos aproximados por sutura)

- Recomenda-se permanecer com curativo estéril por 24h a 48 h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica
- O primeiro curativo cirúrgico deverá ser realizado pela equipe médica ou enfermeiro especializado. O enfermeiro poderá realizar o curativo a partir do segundo dia de pós-operatório (PO) ou conforme conduta
- Substituir o curativo antes das 24 ou 48h se molhar, soltar, sujar ou a critério médico
- Remover o curativo anterior com luvas de procedimento
- Realizar o curativo com toque suave de SF 0,9% em incisão cirúrgica
- Avaliar local da incisão diária, se não apresentar exsudado manter as incisões expostas até a remoção da sutura. Nestes casos recomenda-se higienizar as incisões com água e sabão comum durante o banho e secar o local com toalhas limpas e secas
- Registrar o procedimento e comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e sinais flogísticos

Cuidados com ambiente e estrutura

- Manter a ventilação na sala cirúrgica com pressão positiva em relação ao corredor e áreas adjacentes; com no mínimo 15 trocas de ar por hora, uso de filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air*)
- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico
- Não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo
- Limpeza terminal mecânica do piso na última cirurgia do dia. Não há indicação de técnica de limpeza diferenciada após cirurgias contaminadas ou infectadas
- Limpeza e desinfecção concorrente entre procedimentos, com ênfase nas superfícies mais tocadas e na limpeza de equipamentos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guia SANFORD para terapia antimicrobiana 2017, 470 edição

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

<http://www.anvisa.gov.br> >. Acesso em: 07 mai. 2017

LEVY, C.E. Manual de microbiologia clínica aplicada ao controle de infecção hospitalar. 2. ed. São Paulo: rev. e ampl, 2004.

Laboratório de Vírus Respiratórios. www.cve.saude.sp.gov.br >. Acesso em: 15 mai. 2017.

CAMARGO, M. C. C; RAMOS, M. G.M. DIFTERIA, Normas e Instruções. ed. 2. São Paulo: CVE, 2001.

Diagnóstico Laboratorial da Coqueluche – Procedimento de Coleta. www.cve.saude.sp.gov.br >. Acesso em: 22 jun. 2017

BRASIL, AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. **Segurança do paciente em serviços de saúde:** Higienização das mãos, Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Limpeza, desinfecção de artigos e áreas Hospitalares e Anti-sepsia. São Paulo. 1999, p.47.

Sistema FAQ-ANVISA- perguntas frequentes

<http://www.anvisa.gov.br/divulga/faq/index.asp>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. – (Série A. Normas e do Trabalhador ; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada).

RAPPARINI, E; REINHARDT, RAPPARINI; L. Manual de implementação: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: Fundacentro, 2010. p.161.

Orientações coqueluche.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/635-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/coqueluche/11194-orientacoes>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

ROSSONI, A. M. O; ROSSONI, M. D; RODRIGUES, C.O. **Crêterios de Pontua o para Diagnóstico de Tuberculose em Crianças**. Pulmão. Rio de Janeiro. v.22, n.3, p.65-69, 2013.

GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS. Orienta es para Preven o de Infec o Primária de Corrente Sanguínea. Brasília: ANVISA, Ago. 2010.

O'GRADY, N.M.D et al. Centers for Disease Control and Prevention: guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011.

LEVIN, A.S.S et al. Guia de Utiliza o de Anti-Infeciosos e Recomenda es para a Preven o de Infec es Hospitalares. 5. ed. HC FMUSP: São Paulo. 2012-2014.

Tratamento das infec es oportunistas do HIV (IO) <http://www.aids.gov.br/pagina/infecoes-opportunistas>. Acesso em: 05 jun. 2017.

WURTZ, R.; ITOKAZU, G.; RODVOLD.K. Antimicrobial Dosing in Obese Patients. *Clinical Infectious Diseases*. p.112- 8. 1997. Disponível em: <http://cid.oxfordjournals.org>

Meningitis Treatment & Management. Medscape.

<http://portugues.medscape.com/cardiologia> Acesso em: 03 jun. 2017

Brasil, **Protocolo de Preven o e Tratamento para os Casos de Exposi o e/ou Violência Sexual, 2016**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de preven o   saúde e promo o a saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. **Departamento de A es Programáticas Estratégicas Preven o e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de A es Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.**

DIAS, M. B. G. S; CORRADI, M. F.D; LABORDA, L. **Protocolo de Antibiotico profilaxia no Paciente Cirúrgico**. 4. Ed. CCIHSL: São Paulo. 2014.

BRATZLER, D.W et al. **Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery**. v.70. p.195-283. 2013. <https://sci-hub.io/10.2146/ajhp120568> Acesso em: 07 jun. 2017

APECIH: Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. Tradução: Ícaro Boszczowski. Gestão 2008-2011.

- Guideline desenvolvido em conjunto com a American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), the Surgical Infection Society (SIS), and the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA).

LEVIN, A.S.S et al. Guia de Utilização de Anti-Infeciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5. ed. HC FMUSP: São Paulo. 2015-2017.

GILBERT, D.N et al. Guia Sanford para terapia antimicrobiana. Tradução: Claudia Lucia Caetano de Araujo. 45 ed. São Paulo: A.C. Farmacêutica. 2015.

Leon C: Crit Care Med 2006; 34:730-737

PAPPAS, P. G et al. **Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America.** Clinical Infectious Diseases. December 16, 2015. DOI: 10.1093/cid/civ933. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America

SURAWICZ, C. M et al. **Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Prevention of Clostridium difficile Infections. Am J Gastroenterol. v.108, p.478-498. 2013. DOI: 10.1038**

treatment and prevention of leptospirosis. Pagina do CDC, acessado em 05/12/2016

Leptospirosis Treatment & Management

<http://emedicine.medscape.com/article/220563-treatment#d12> Acesso em: 07 jun 2017.

Brasil, **Indicação da utilização de vacinas e quimioprofilaxia para leptospirose e outras patologias infecto-contagiosas em situações de calamidade.** Acesso em: 31 mai 2017 <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/410-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/leptospirose/13547-nota-tecnica-leptospirose>.

Brasil, Hanseníase: Protocolo de Atendimento Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. – Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007 p. 36.

Brasil, Quimioprofilaxia de contatos de doentes de hanseníase com rifampicina em

dose única. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios, n. 165. Brasília - DF: conitec. Jun. 2015.

FEBRASGO, Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. 2011.

Acesso em: <https://pt.scribd.com/doc/88962406/Manual-Gestacao-Alto-Risco-2011>.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Aten o   Saúde, Departamento de A o es Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

Nota técnica 388/12, secretaria de vigilância em saúde departamento de DST/AIDS e hepatites virais. 2012. Acesso em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/52297>.

LIU, C et al. **Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections in Adults and Children: Executive Summary.** Clinical Infectious Diseases, v.52, n.3, p.285-292. 2011.

LAMOUNIER, J. A.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. **Recomenda es quanto   amamenta o na vigência de infec o materna.** Rio Janeiro: J. de Pediatria. v.80, n.5. 2004.

BARROS, E.; MACHADO, A.; SPRINZ, E. Antimicrobianos: consulta rápida. Porto Alegre: **Artmed.** 5. ed. 2013. 556 p

TUNKEL, A. R et al. **Infectious Diseases Society of America's Clinical Practice Guidelines for Healthcare-Associated Ventriculitis and Meningitis.** Clin Infect Dis. V.64, n.6, p.34-65.

TUNKEL, A. R et al. Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. Clin Infect Dis. v. 39 n.9. p.1267-1284. 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infec o es Sexualmente Transmissíveis. 2015. Acesso em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf

NEVES, D. P. **Parasitologia Humana.** 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Tratamento Coqueluche. Mar. 2014. Acesso em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/635-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/coqueluche/11197-tratamento>.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde. p.130-131.2011.

MOTA, L. M et al., Uso racional de antimicrobianos. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 2, p. 164-172, jun 2010. ISSN 2176-7262. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmmp/article/view/175>>. Acesso em: 24 abr. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v43i2p164-172>.

Brasil, Ministério da Saúde. **Leishmaniose visceral, Recomendações clínicas para redução da letalidade** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Normas técnicas de profilaxia da raiva humana / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da

Banach, D. B. et al. Duration of Contact Precautions for Acute-Care Settings. shea expert guidance. infection control & hospital epidemiology february 2018, vol. 39, no. 2,. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/94E38FDCE6E1823BD613ABE4E8CB5E56/S0899823X17002458a.pdf/duration_of_contact_precautions_for_acutecare_settings.pdf. Acesso em: 12 mar 2018.

SES
Secretaria de Estado
de Saúde



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

Avenida Engenheiro Luthero Lopes, 36
Aero Rancho V | Campo Grande - MS
Tel. (67) 3378-2500 | Fax (67) 3386-1414