



Hospital Central
do Exército

GUIAS MÉDICOS

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

E

RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE
SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM
SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA



"Cuidar de você
nos motiva."

GUIAS MÉDICOS

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

E

RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE
SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM
SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA

EXPEDIENTE

Gen Bda Med Alexandre FALCÃO Corrêa

Diretor do HCE

Antônio Joaquim Serra de FREITAS – Cel Med

Subdiretor do HCE

Elaboração, distribuição e informações

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

HOSPITAL REAL MILITAR E ULTRAMAR

Rua Francisco Manuel, 126 – Triagem

CEP: 20911-270 / Rio de Janeiro – RJ

Site: <www.hce.eb.mil.br>

E-mail: comsoc@hce.eb.mil.br

Departamentos

Ensino e Pesquisa: Gen Bda R/1 Ivan da Costa GARCEZ

Sobrinho

Técnico: Gervásio CHUMAN – Cel Med

Administrativo: Edson TERRA Pimenta – TC Int

Recursos Humanos: Luiz Alberto PAIVA Gago – TC QCO Adm

Organização

Roberto Braz da Silva CARDOSO – TC QCO Enf (AEG)

ROBERTA de Azevedo Esteves Simões – Maj QCO Est (AEG)

Colaboração

ALEXEI Leite Maia – Cel Med (Dep Tec)

ALMIR Gonçalves – Maj QCO Infor (STI)

VANESSA Pinheiro de Barros – 1º Ten Dent (Gabinete)

LEONARDO Marques do Nascimento – 2º Ten QAO (Com Soc)

Projeto gráfico

Agência 2A Comunicação

Revisão

Márcia Lopes Mensor Lessa

Agosto/2017

PREFÁCIO

O cenário era desafiador.

Lidar com a área de pessoal sempre foi uma das maiores, senão a maior das provações de qualquer gestor. No entanto, assumir a chefia do Departamento-Geral do Pessoal representava ser muito mais do que isso.

Não se tratava de ser, simplesmente, o responsável por gerenciar cerca de setecentos e cinquenta mil vidas. No Exército, isso não basta. Se numa empresa normal você gerencia pessoas, aqui você as compromete. Chamamos isso de “Gestão de Vidas”. Militares da ativa, inativos, pensionistas e seus dependentes; servidores civis da ativa, inativos e pensionistas; pensionistas de ex-combatentes; cadetes, alunos de estabelecimentos de ensino e soldados do efetivo variável, enfim, todos que fazem parte da Família Verde-Oliva precisam sentir-se permanentemente apoiados e amparados.

Confesso que os primeiros dias à frente do DGP foram de muitos desafios. A análise inicial dos objetivos do Departamento descortinou um cenário bem mais complexo daquele que eu supunha anteriormente. E uma conclusão era inevitável: precisaríamos de foco, de dedicação e, principalmente, de eleger o objetivo principal, pela sua importância, sensibilidade e urgência.

É como nos disse, uma certa vez, um grande pensador: “foco não é o fato de o gestor ter de dizer SIM a tudo aquilo que é importante, mas a capacidade de dizer NÃO ao que é importante, porém não é imprescindível.”

Assim, elegemos o nosso foco prioritário: a Revitalização da Saúde Assistencial do Exército.

A importância da saúde para o bem-estar e a tranquilidade das nossas famílias é incontestável. Diante disso, e considerando o cenário geral de enorme crise por que passa o Sistema de Saúde do Brasil, foi necessário estabelecê-la como nossa prioridade número 1. Com uma grande quantidade de planos de saúde em processos de liquidação e recuperação judicial, além de uma inflação médica anual da ordem de 19%, nós não poderíamos esperar que essa crise também batesse às nossas portas. Precisávamos atuar proativamente e com grande energia.

Dentro desse contexto, diversas medidas foram sendo tomadas, para evitar uma grave crise que, segundo nossas previsões iria eclodir em 2020. Inicialmente, procuramos

conscientizar todos aqueles que integram a Estrutura de Saúde da Força Terrestre (integrantes do DGP, Comandantes de Regiões Militares, Inspetores de Saúde e Diretores das nossas Organizações de Saúde), por meio de videoconferências, palestras e visitas de orientação.

Posteriormente, realizamos o Simpósio de Saúde/2017, nas instalações do nosso HCE, em fevereiro, no Rio de Janeiro. De lá, saímos totalmente alinhados e com uma grande quantidade de Boas Práticas levantadas, com o potencial de permear nossas OMS com os anticorpos da imunização da anunciada crise.

Uma delas dizia respeito, exatamente, à elaboração dos necessários protocolos de saúde. Um trabalho meticuloso e persistente realizado pelos integrantes do Hospital Central do Exército (HCE), Organização Militar de Saúde estratégica (OMS), que enxergaram a grande oportunidade de serem padronizados os procedimentos na área da saúde, nivelando-os em alto grau de qualidade.

E assim foi feito. Uma Boa Prática que merece nossos efusivos elogios.

E os efeitos dessa grandiosa tarefa não se restringem aos limites do HCE. Eles estão sendo disseminados pelas nossas demais OMS, com o poder de melhorar, paulatinamente, a qualidade do Sistema de Saúde do nosso Exército, como sempre tem sido feito.

São exemplos como esse que farão com que, no futuro, a leitura do passado mostre que, mais uma vez, o Exército soube enfrentar um grave problema com visão prospectiva, proatividade e pessoas comprometidas, pois, neste exato momento, nós estamos construindo o nosso amanhã.

Parabéns aos integrantes do HCE pelo belo trabalho realizado!

Prossigam firmes e motivados, pois o nosso desafio é grande e o trabalho a ser executado continuará bastante árduo.

Que todos que utilizarem este magnífico trabalho percebam que estarão sendo partícipes de um grupo que enfrentou o desafio de manter o Sistema de Saúde do Exército sustentável, eficiente e voltado para os verdadeiros interesses da Instituição: ter uma Sistema de Saúde Assistencial à altura da Família Militar.

Parabéns aos integrantes do HCE pelo belo trabalho realizado!

Missão cumprida!

Vamos em frente!

General de Exército Manoel Luiz Narvaz PAFIADACHE
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

APRESENTAÇÃO

Com o propósito de possibilitar uma assistência médica segura e de qualidade, o HCE disponibiliza dois guias de uso médico: o primeiro visa orientar os profissionais quanto ao uso racional de antimicrobianos e o segundo tem o objetivo de auxiliar os profissionais que atuam no Setor de Emergência a indicarem, quando for o caso, exames de imagem aos seus pacientes, considerando sempre os princípios do conhecimento científico, da segurança, da eficiência e da economicidade.

A composição do presente material é norteadá por temas de interesse médico mais constantes e relevantes, de diferentes especialidades no cenário da Emergência.

Cabe enfatizar que a preocupação maior de todos os envolvidos na tarefa de elaborar e consolidar os guias é a busca pelo atendimento médico que concilia a qualidade técnica com o respeito pelo usuário: razão maior de todos os esforços empreendidos por esta Direção.

Que esta publicação seja sempre útil aos profissionais de saúde, servindo como fonte constante de consulta, e que ela represente mais uma etapa na construção de um hospital compromissado com a qualidade, a segurança da assistência e a difusão de conhecimento técnico.

General de Exército Walter Souza BRAGA NETTO
Comandante Militar do Leste

INTRODUÇÃO

O Hospital Central do Exército representa, para a história da Medicina Militar Brasileira, um acervo dos mais significativos. Um grande e importante trabalho, focado na assistência à saúde, vem sendo realizado nesta Organização Militar há mais de dois séculos, onde tanto o acompanhamento quanto a participação no progresso da ciência médica têm sido a grande preocupação dos gestores ao longo dos anos com o propósito de manter o Serviço de Saúde sempre alinhado às mais modernas tecnologias voltadas para a assistência à saúde.

Hoje, mantendo seu compromisso de proporcionar o melhor atendimento de saúde à Família Militar, o Hospital Central do Exército desenvolve um importante trabalho voltado para o Ensino Médico com a criação de diversos cursos de Pós-Graduação e Residência Médica e de Enfermagem, formando profissionais mais capacitados, designados a suprir as necessidades de especialistas nas diversas Organizações Militares do nosso Exército.

Nesse contexto, foram criados os Protocolos de Urgência e Emergência e o Guia Médico, objetivando a padronização do cuidado médico prestado aos usuários não só no HCE, mas em todas as Organizações Militares de Saúde, nas mais diversas especialidades, assegurando, dessa forma, a elevação dos parâmetros de qualidade assistencial e a obtenção de maior agilidade, segurança e resposta terapêutica.

Para facilitar a compreensão e a consulta, os Protocolos foram divididos em três volumes, nas especialidades clínicas, cirúrgicas, pediatria, ginecologia e obstetrícia; já o Guia Médico contém orientações para o uso racional de antimicrobianos e recomendações para as solicitações de exames de imagem.

Nas páginas desses Protocolos e Guias poderão ser consultados, de forma rápida, prática e objetiva, relevantes aspectos sobre as patologias mais comuns em algumas especialidades no cenário da emergência.

Não há o propósito de esgotar os temas, pois sua amplitude e complexidade são inegáveis. Objetiva-se, com esta publicação, gerar informações e recomendações que possibilitem

ao médico dinamizar condutas consistentes, valendo-se, inclusive, do fluxograma de ações recomendado ao final de cada assunto.

Trata-se de uma iniciativa resultante da motivação do corpo clínico do HCE, desejoso dos melhores meios para uma assistência de qualidade, alinhada com as boas práticas na saúde, conforme muito bem preconizado e estimulado pelo nosso Departamento-Geral do Pessoal.

Isto posto, desejo que os Protocolos e Guias confeccionados pelos médicos do HCE se consolidem como importantes instrumentos para a atuação de nosso corpo clínico, reafirmando os pacientes como propósito maior para todos os esforços empenhados, bem como sirvam de inspiração para outros profissionais e OMS manterem o Serviço de Saúde do Exército sempre na vanguarda.

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

“Cuidar de você nos motiva.”

General de Brigada Médico Alexandre FALCÃO Corrêa
Diretor do HCE

SUMÁRIO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

1. Regras básicas para o uso de antimicrobianos	15
2. Tratamento empírico sugerido para as principais infecções de origem comunitária	17
a. Meningites bacterianas	17
b. Infecções das vias aéreas superiores	17
c. Infecções das vias aéreas inferiores	17
d. Infecções do trato urinário	18
e. Infecção primária da corrente sanguínea	19
f. Endocardite infecciosa	19
g. Infecções abdominais agudas	19
h. Doenças sexualmente transmissíveis	20
i. Infecção de pele e partes moles	21
j. Infecções osteoarticulares	22
k. Neutropenia febril	22
3. Sugestão de profilaxia antimicrobiana em cirurgia	23
4. Características farmacológicas dos principais antimicrobianos (paciente com função renal normal)	29
5. Apresentações dos principais antimicrobianos	38
6. Disposições finais	43
7. Referências	43

RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA

1. Introdução	45
2. Situações especiais	47
2.1. Gravidez e proteção ao feto	47
2.2. Comunicação com o serviço de radiologia	47
3. Recomendações iniciais de solicitação de exames de imagem em situações clínicas na emergência	48
3.1. Cabeça e pescoço	48
3.2. Coluna vertebral	48
3.3. Aparelho locomotor	48
3.4. Aparelho respiratório	49
3.5. Aparelho digestivo	49
3.6. Aparelho geniturinário	50
3.7. Ginecologia e obstetrícia	51
3.8. Doença da mama	51
3.9. Pediatria	51
3.10. Aparelho circulatório	52
4. Referências	53
ÍNDICE REMISSIVO	
Antimicrobianos	55

1 USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Elaboração: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIC-HCE):

Cel Marcio Araujo da Costa
TC Enf Waldimir de Medeiros Coelho Júnior
Cap Vet Eliane Cristine da Silva
1º Ten Med Rodrigo Fernandes de Freitas
1º Ten Med Bruno da Cruz Fonseca
Enf Civil Wilma Gonçalves Nascimento

Próxima revisão: Agosto/2019

1. REGRAS BÁSICAS PARA O USO DE ANTIMICROBIANOS:

- a) Definir se a infecção é de origem comunitária ou relacionada à assistência à saúde (hospitalar);
- b) Avaliar criteriosamente o paciente, no sentido de verificar se apresenta colonização ou infecção por patógenos;
- c) Tratar somente os casos de infecção;
- d) Priorizar a coleta de material para exame microbiológico (bacterioscopia e culturas) de forma asséptica antes da introdução de antibioterapia empírica;
- e) Ajustar o antimicrobiano de acordo com o resultado da cultura e do antibiograma;
- f) Ponderar a necessidade de administração imediata do fármaco (meningococemia, choque séptico, entre outros);
- g) Averiguar a possibilidade de infecção por germes multirresistentes (ambiente hospitalar);
- h) Atentar sempre para a correta posologia (dose, via, intervalo, forma de administração e duração do esquema);
- i) Substituição de antibiótico: não trocar antes de 48-72 h;
- j) Preferencialmente, utilizar antibiótico de classe diferente daquela utilizada nos últimos noventa dias;
- k) A duração da antibioterapia deverá ser tão curta quanto possível;
- l) A profilaxia antibiótica para cirurgias deve ser feita por, no máximo, 24 horas, com exceções de certas cirurgias cardíacas, ortopédicas e gastrointestinais;
- m) Na escolha do antimicrobiano, levar em consideração os seguintes aspectos:

- os germes mais prevalentes na etiologia de um determinado processo infeccioso;
 - o espectro de ação do antimicrobiano;
 - a penetração do antimicrobiano em concentração eficaz no sítio da infecção;
 - a investigação das condições associadas que possam interferir diretamente na escolha do fármaco (infância, gravidez, história de alergias, insuficiência renal, entre outros);
 - a via de administração mais adequada de acordo com a gravidade da infecção;
 - a posologia mais cômoda;
 - a farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo e excreção) e a farmacodinâmica da droga;
 - os menores efeitos adversos (toxicidade, reações alérgicas e efeitos colaterais);
 - a menor interação com outros antibióticos e/ou drogas utilizados pelo paciente (antagonismo, potencialização e redução de efeitos);
 - a menor indução de resistência bacteriana (usar com critério cefalosporinas, quinolonas e carbapenêmicos);
 - as contraindicações possíveis ao uso do antimicrobiano;
 - o menor custo para o paciente e para o hospital;
- n) avaliar possíveis causas para não haver resposta ao antimicrobiano empregado inicialmente:
- escolha equivocada do antimicrobiano;
 - substância não penetra no sítio desejado;
 - infecção por outros patógenos (vírus, fungos, micobactérias);
 - presença de abscesso;
 - resistência bacteriana ao antimicrobiano;
 - presença de dispositivos invasivos perpetuando a infecção;
 - febre de origem medicamentosa;
 - possibilidade de outros diagnósticos: neoplasias, colagenoses e hipersensibilidade.

2. TRATAMENTO EMPÍRICO SUGERIDO PARA AS PRINCIPAIS INFECÇÕES DE ORIGEM COMUNITÁRIA

A. MENINGITES BACTERIANAS			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Adultos, sem fator de risco	Ceftriaxone + Vancomicina	Vancomicina + Cefotaxima	10-14 dias
Adultos > 50 anos, alcoolismo, imunodeprimidos	Ampicilina + Ceftriaxone + Vancomicina	Ampicilina + Vancomicina + Cefotaxima	10-14 dias
TCE aberto, pós-neurocirurgia, derivação ventricular	Vancomicina + Ceftazidima	Meropenem + Vancomicina	14 dias
TCE fechado	Oxacilina + Ceftriaxone	Meropenem + Vancomicina	14 dias

B. INFECÇÕES DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Amigdalite	Penicilina Benzatina	Amoxicilina/Clavulanato Amoxicilina Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina Amoxicilina/Clavulanato: 10 dias Azitromicina: 5 dias Penicilina Benzatina: dose única
Sinusite aguda	Amoxicilina/Clavulanato	Levofloxacino Moxifloxacino	10 dias
Otite média aguda	Amoxicilina	Cefuroxima + Azitromicina Amoxicilina/Clavulanato	7-10 dias

C. INFECÇÕES DAS VIAS AÉREAS INFERIORES			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Pneumonia (sem necessidade de internação) sem comorbidades	Azitromicina ou Claritromicina	Amoxicilina ou Amoxicilina/Clavulanato + Azitromicina	5-7 dias
Pneumonia (sem necessidade de internação) com comorbidades ^{*1}	Amoxicilina/Clavulanato + Azitromicina	Levofloxacino 500 mg Moxifloxacino Cefuroxima + Azitromicina	7-10 dias
Pneumonia (com necessidade de internação em unidade aberta ou pneumonia hospitalar precoce (< 4 dias))	Amoxicilina/Clavulanato IV + Claritromicina IV ou Ceftriaxone + Claritromicina IV	Piperacilina/Tazobactam + Claritromicina IV Levofloxacino 750 mg IV	7-10 dias

continua...

C. Continuação			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Pneumonia grave internação em CTI (sem fator de risco para <i>Pseudomonas aeruginosa</i> * ²)	Ceftriaxona + Claritromicina IV ou Levofloxacino 750 mg IV	Piperacilina/Tazobactam + Claritromicina IV Moxifloxacino	10-14 dias
Pneumonia grave internação em CTI (com fator de risco para <i>Pseudomonas aeruginosa</i> * ²) e/ou Pneumonia associada a ventilação mecânica precoce (< 4 dias)	Piperacilina/Tazobactam + Claritromicina IV ou Cefepime + Claritromicina IV	Na necessidade de terapia dupla para pseudomonas: Piperacilina/Tazobactam + Ciprofloxacino IV ou Meropenem + Ciprofloxacino IV	10-14 dias
Pneumonia hospitalar tardia não associada à ventilação mecânica	Meropenem 1 g 8/8 horas IV + Amicacina 15 mg/kg	Tigeciclina + Amicacina 15 mg/kg	10-4 dias
Pneumonia associada à ventilação mecânica tardia (> 4 dias)	Meropenem 2g IV 8/8 horas + Polimixina B	Meropenem 2 g IV 8/8 horas + Tigeciclina. Se uso prévio prolongado de carbapenêmico, usar SMX/TMP ao esquema, para cobertura de <i>S. maltophilia</i> , <i>B. cepacea</i> , <i>A. xylosoxidans</i>	10-14 dias
Pneumonia aspirativa / abscesso pulmonar	Piperacilina/Tazobactam IV	Clindamicina + Levofloxacino IV Amoxicilina/Clavulanato IV	4 semanas
Influenza	Oseltamivir 75 mg 12/12 VO	-	5 dias

*1 DPOC, DM, alcoolismo, insuficiência cardíaca, esplenectomizados, imunossuprimidos.

*2 Uso prévio de antibióticos no último mês por mais de 7 dias, bronquiectasias, desnutrição, uso de corticoide.

Obs.: Na suspeita de MRSA (TCE, Pós-operatório) ou se a prevalência de MRSA for alta, associar Vancomicina, Teico ou Linezolida.

D. INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Cistite (mulher não grávida)	Norfloxacino	Nitrofurantoína SMZ + TMP	3 dias
ITU (homens adultos)*	Norfloxacino	Amoxicilina SMZ+TMP	7 dias
Pielonefrite aguda	Ciprofloxacino	Ceftriaxone Cefuroxima	7 dias
ITU (associada a cateter vesical)	Piperacilina/Tazobactam	Meropenem 1 g 8/8 horas Amicacina 15 mg/kg + Ampicilina	7-14 dias
Bacteriúria assintomática	Tratar apenas: gestantes, homens que serão submetidos a procedimentos urológicos envolvendo ressecção prostática transuretral, ou indivíduos em que o procedimento cirúrgico tenha previsão de sangramento.		5 dias

* Obrigatório solicitar urinocultura.

E. INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Apenas iniciar se instabilidade hemodinâmica ou febre persistente por 48 h a despeito de remoção de cateter venoso central	Meropenem 2 g IV 8/8 h + Vancomicina 25 mg/kg dose de ataque + 20 a 15 mg/kg 12/12 h de manutenção.	Alternativa ao meropenem, Amicacina 15 mg/kg Alternativa à vancomicina, Daptomicina 6 mg/kg.	7-14 dias.

* Se cateter central de longa permanência (semi ou totalmente implantável): avaliar associação com antifúngico, principalmente se paciente onco/hematológico neutropênico.

F. ENDOCARDITE INFECCIOSA			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Terapia empírica para valva nativa	Vancomicina 25 mg/kg 8/8 h + Ceftriaxona 2 g/dia	Vancomicina 25 mg/kg 8/8 h ou Daptomicina 10 mg/kg + Gentamicina 1 mg/kg 8/8 h	Tempo de tratamento a depender do agente isolado
Terapia empírica para valva protética	Vancomicina + Gentamicina + Rifampicina (900 mg/dia).	Daptomicina 10 mg/kg + Gentamicina + Rifampicina	Tempo de tratamento a depender do agente isolado
Endocardite por <i>Streptococcus</i>	Ceftriaxona 2 g/dia + Gentamicina 3 mg/kg/dia	Alérgicos a penicilina, trocar Ceftriaxona por Vancomicina	2 semanas
Endocardite por <i>Staphylococcus</i> em valva nativa	Daptomicina 10 mg/kg/dia	Vancomicina 30-60 mg/kg em 3 tomadas	4-6 semanas
Endocardite por <i>Staphylococcus</i> em valva protética	Vancomicina 30-60 mg/kg em 3 tomadas + Gentamicina 3 mg/kg/dia + Rifampicina (900 mg/dia)	Daptomicina 10 mg/kg/dia + Rifampicina (900 mg/dia)	Gentamicina nas primeiras duas semanas, demais por mínimo de seis semanas
Endocardite por <i>Enterococcus</i> sp.	Se ampicilina sensível: Ampicilina 200 mg/kg/dia + Ceftriaxona 4 g/dia	Se ampicilina resistente: Vancomicina 30 mg/kg em 3 tomadas + Gentamicina 3 mg/kg/dia Daptomicina 10 mg/kg +/- Ampicilina 200 mg/kg/dia	6 semanas

G. INFECÇÕES ABDOMINAIS AGUDAS			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Infecção comunitária não biliar (sem fator de risco para ESBL*)	Amoxicilina/Clavulanato Ceftriaxone ou Cefepime + Metronidazol	Ciprofloxacino + Metronidazol	4-7 dias

continua...

G. Continuação			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Infeção comunitária não biliar (com fator de risco para ESBL)	Ertapenem	Tigeciclina + Amicacina	4-7 dias
Infeção comunitária não biliar (grave /UTI) sem fator de risco para ESBL	Piperacilina/Tazobactam	Cefepime + Metronidazol	7-10 dias
Infeção comunitária não biliar (grave /UTI) com fator de risco para ESBL	Meropenem	Tigeciclina + Amicacina	7-10 dias
Infeção comunitária biliar (sem fator de risco para ESBL)	Ampicilina + Metronidazol + Gentamicina	Piperacilina + Tazobactam	7-10 dias
Infeção comunitária biliar (com fator de risco para ESBL)	Meropenem	Tigeciclina + Amicacina	7-10 dias
Infeção comunitária biliar (grave/UTI) sem fator de risco para ESBL	Piperacilina/Tazobactam	Ampicilina + Amicacina + Metronidazol	14-21 dias
Infeção comunitária biliar (grave/UTI) com fator de risco para ESBL	Piperacilina/Tazobactam + Tigeciclina +/- Fluconazol	Vancomicina + Meropenem +/- Fluconazol	14-21 dias

* Fator de risco para bactérias ESBL: uso prévio de antibiótico, infecções recorrentes, dialíticos, diabete melitus, residentes de asilo.

H. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Sífilis primária e secundária	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM (1.200.000 UI em cada glúteo)	Doxiciclina	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatina: dose única • Doxiciclina: 14 dias
Sífilis latente tardia ou tempo de doença desconhecido	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM (1.200.000 UI em cada glúteo)	Doxiciclina	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatina: 3 semanas • Doxiciclina: 28 dias
Sífilis terciária sem acometimento cardiovascular e/ou neurosífilis	Penicilina G Benzatina IM	Doxiciclina	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina Benzatina : 1 dose por semana por 3 semanas
Sífilis terciária com acometimento cardiovascular e/ou neurosífilis	Ceftriaxone IV	Ceftriaxone IV	14 dias

continua...

H. Continuação			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Uretrites	Ceftriaxone 250 mg IM + Azitromicina 1g VO	Ceftriaxone 250 mg IM + Doxiciclina VO	<ul style="list-style-type: none"> Azitromicina: dose única Ceftriaxone: dose única Doxiciclina: 7 dias
Cancro mole	Azitromicina 1 g	Ceftriaxone 250 mg Ciprofloxacino 500 mg	<ul style="list-style-type: none"> Azitromicina: dose única Ceftriaxone: dose única Ciprofloxacino: 12/12 h por 3 dias
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina 100 mg	-	<ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina: 12/12 h por 21 dias
Herpes genital	Aciclovir	Valaciclovir Famciclovir	7-10 dias

I. INFECÇÃO DE PELE E PARTES MOLES			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Impetigo	Cefalexina	Sulfametoxazol + Trimetropim Clindamicina	7 dias
Erisipela (nível ambulatorial)	Amoxicilina/Clavulanato VO	Clindamicina VO	7-10 dias
Erisipela (internação)	Oxacilina	Clindamicina IV	7-10 dias
Celulite (nível ambulatorial)	Cefalexina 500-1000 mg 6/6 h	Amoxicilina/Clavulanato; SMZ/TMP VO (CA-MRSA)	10 dias
Celulite (internação)	Oxacilina Amoxicilina/Clavulanato	Clindamicina IV; SMZ/TMP IV (CA-MRSA)	10 dias
Furunculose	Cefalexina 500-1000 mg 6/6 h	Amoxicilina/Clavulanato; SMZ/TMP (CA-MRSA)	7 dias
Mastite	Cefalexina 500-1000 mg 6/6 h	Amoxicilina/Clavulanato	7-10 dias
Grande queimado (com sepse)	Vancomicina + Amicacina + Piperacilina-Tazobactam	Daptomicina + Amicacina + Piperacilina-Tazobactam	14-21 dias
Ferida infectada pós-mordedura por cão ou gato	Amoxicilina/Clavulanato VO	Doxiciclina (alérgicos a penicilina)	10 dias
Pé diabético (nível ambulatorial)	Amoxicilina/Clavulanato	Ciprofloxacino + Clindamicina	10-14 dias
Pé diabético (internação)	Clindamicina + Ciprofloxacino IV	Ampicilina/Sulbactam Piperacilina-Tazobactam Ertapenem	14-21 dias
Pé diabético (sepse)	Imipenem ou Meropenem + Vancomicina. Em caso de disfunção renal, trocar vancomicina por Linezolida ou Daptomicina.	Tigeciclina + Ceftazidima + Vancomicina. Em caso de disfunção renal, trocar vancomicina por Linezolida ou Daptomicina.	14-21 dias

J. INFECÇÕES OSTEOARTICULARES			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Artrite séptica sem risco para DST	Oxacilina + Gentamicina	Oxacilina + Cefepime Oxacilina + Ceftazidima	2 semanas IV + 2 semanas VO (considerar cefalexina VO)
Osteomielite aguda hematogênica	Vancomicina + Gentamicina	Vancomicina + Cefepime	2 semanas IV + 4 semanas VO (considerar cefalexina VO)
Osteomielite pós-fratura exposta tipos II e III (MMSS e MMII)	Vancomicina + Gentamicina +/- Clindamicina	Linezolida + Gentamicina +/- Clindamicina.	4-6 semanas IV. Avaliar tempo de tratamento pelo PCR e VHS
Osteomielite pós-fixação interna de fratura	Vancomicina + Cefepime	Linezolida + Cefepime	4-6 semanas IV. Avaliar tempo de tratamento pelo PCR e VHS

K. NEUTROPENIA FEBRIL (< 500 neutrófilos/mm³)			
CIRCUNSTÂNCIA CLÍNICA	1ª OPÇÃO	TERAPIA ALTERNATIVA	DURAÇÃO
Paciente sem sinais de gravidade	Cefepime	Meropenem ou Imipenem ou Piperacilina-Tazobactam	Variável (suspender ATM com neutrófilos > 500/mm ³ , culturas negativas e paciente afebril há 48 h)
Paciente com sinais de gravidade: • hipotensão, • taquicardia, • taquipneia, • alteração do nível de consciência e/ou uso de cateter de longa permanência e/ou mucosite do trato gastrointestinal e/ou uso prévio de fluorquinolonas e/ou infecção de pele e partes moles	Vancomicina + (Meropenem ou Imipenem).	Cefepime + Vancomicina ou Piperacilina-Tazobactam + Vancomicina Alternativas à Vancomicina: Linezolida Daptomicina 6 mg/kg	Variável (suspender ATM com neutrófilos > 500/mm ³ , culturas negativas e paciente afebril há 48 h)

3. SUGESTÃO DE PROFILAXIA ANTIMICROBIANA EM CIRURGIA (ADULTO – FUNÇÃO RENAL NORMAL)

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Cardíaca	Cefazolina ou	2 g IV (< 120 kg) 3 g IV (> 120 kg)	1 g IV a cada 2h	1g IV a cada 8 h	24 h - 48 h
	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV após 6 h de duração da cirurgia ou do término da CEC	750 mg IV a cada 6 h (4 doses)	Total: 4-6 doses
Cardíaca (internação > 48 h e risco para MRSA)	Vancomicina	10-15 mg/kg IV	10 a 15 mg/kg IV de 6/6h	10-15 mg/kg IV de 8/8 h	24 h-48 h
Vascular varizes de alto risco	Cefazolina	2 g IV	1g IV a cada 4 h	1g IV a cada 8 h	24 h
Vascular embolectomia de alto risco	Cefazolina	2 g IV	1g IV a cada 4 h	1g IV a cada 8 h	24 h
Vascular enxertos com prótese vascular	Cefazolina	2 g IV	1g IV a cada 4 h	1g IV a cada 8 h	24 h
Vascular enxertos com veia autóloga	Cefazolina	2 g IV	1g IV a cada 4 h	1g IV a cada 8 h	24 h
Vascular amputação de membro por gangrena seca	Cefoxitina	2 g IV	1g IV a cada 2 h	1g IV a cada 6 h	24 h
Vascular amputação de membro por gangrena úmida	Clindamicina + Ciprofloxacino	900 mg IV + 400 mg IV	600 mg IV a cada 6 h (Clindamicina) + 400 mg IV a cada 12 h (Ciprofloxacino)	600 mg IV a cada 6 h (Clindamicina) + 400 mg IV a cada 12 h (Ciprofloxacino)	24 h
Neurocirurgia raniotomia sem prótese	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	-	Intra-operatório

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Neurocirurgia craniotomia com prótese	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	750 mg IV a cada 8 h	48 h
Neurocirurgia laminectomia e demais cirurgias	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	--	Intra-operatório
Neurocirurgia fístula liquórica	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	1,5 g IV a cada 12 h	5 dias
Neurocirurgia implantação de derivações	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	750 mg IV a cada 8 h	24 h
Torácica	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4h	1 g IV a cada 8 h	24 h
Plástica reparadora	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4h	--	Intra-operatório
Plástica estética (abdominoplastia, biefaroplastia, dermolipectomia, lipoaspiração, mamoplastia redutora, otoplastia)	Cefazolina (opcional)	2 g IV	1 g IV a cada 4h	--	Intra-operatório
Bariátrica sem manipulação de alças	Cefazolina	3 g IV	1 g IV a cada 4h	1 g IV a cada 8h	24 h
Bariátrica com manipulação de alças	Cefoxitina	3 g IV	1 g IV a cada 2h	1 g IV a cada 6h	24 h
Ortopédica artroplastia primária / osteosíntese de fratura fechada	Cefazolina ou	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8h	24 h
	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 6h	1,5 g IV a cada 12h	24 h
Ortopédica revisão de artroplastia	Cefuroxima ou	1,5 g IV	750 mg IV a cada 6 h	1,5 g IV a cada 12 h	5 dias
	Vancomicina + Cefepime	1 g IV (Vancomicina) + 1 g IV (Cefepime)	1 g IV (Vancomicina) de 12/12 h + 1 g IV (Cefepime) de 8/8 h	1 g IV (Vancomicina) de 12/12 h + 1 g IV (Cefepime) de 8/8 h	5 dias

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Ortopédica fratura exposta tipo 1	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	2 semanas
Ortopédica fratura exposta tipos 2 e 3	Clindamicina + Gentamicina*	600 mg IV (Clindamicina) + 240 mg IV (Gentamicina*)	600 mg IV (Clindamicina) a cada 6 h	600 mg IV a cada 6 h (Clindamicina) + 3-5 mg /kg/dia IV ou IM (Gentamicina*) dose única	2 semanas Em: • > 60 anos, • em choque, ou com • miogloblinúria, substituir Gentamicina por Ceftriaxone (2 g seguido de 1 g a cada 12 h)
Ortopédica geral (outras)	Cefazolina	2 g IV	1-2 g IV a cada 4 h	1-2 g IV a cada 8 h	24 h
Cabeça e pescoço com incisão de mucosas	Cefazolina	2 g IV	-	-	Intra- operatório
Cabeça e pescoço oncológica limpa	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	-	Intra- operatório
Cabeça e pescoço oncológica potencialmente contaminada	Cefazolina + Metronidazol ou	2 g IV (Cefazolina) + 500 mg IV (Metronidazol)	1 g IV (Cefazolina) a cada 4 h + 500 mg IV (Metronidazol) a cada 6 h	1 g IV (Cefazolina) a cada 8 h + 500 mg IV (Metronidazol) a cada 8 h	24 h
	Clindamicina	900 mg IV	600 mg IV a cada 6 h	600 mg IV a cada 6 h	
Otorrinolaringológica mastoidectomia, timpanoplastia, (SEM colesteatoma), cirurgia de laringe e cirurgias endoscópicas de seios paranasais e cirurgias de laringe	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	-	Intra- operatório

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Otorrinolaringológica mastoidectomia, timpanoplastia, (COM colesteatoma)	Ciprofloxacino	400 mg IV	-	-	Intra- operatório
Otorrinolaringológica septoplastia / rinoplastia	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	-	500 mg VO (Amoxicilina) de 8/8 h ou 500 mg (Cefalexina) de 6/6 h até retirada do tampão/ <i>splint</i>
Oftalmológica	Quinolona colírio	1 gota 60, 45, 30 e 15 min antes da cirurgia	1 gota ao término da cirurgia	1 gota 4x/dia	1 semana
Urológica biopsia de próstata transretal, cistoscopia com manipulação	Ciprofloxacino	500 mg VO, 12 h antes da biopsia e 1 g VO, 2 h antes da biopsia	-	500 mg VO, 12 h após a biopsia	Total: 4 cp VO de 500 mg
Urológica prostatectomia aberta, resseção transuretral de próstata/bexiga	Ciprofloxacino	400 mg IV	400 mg IV a cada 12 h	500 mg VO a cada 12 h	24 h
Urológica nefrolitotomia percutânea (urinocultura prévia negativa)	Ceftriaxone ou	2 g IV/IM	-	2 g IV/IM, 1x/dia	Até a retirada da nefrostomia
	Gentamicina	240 mg IV, na noite anterior e na indução	-	240 mg IV/IM, 1x/dia	
Urológica ureteroscopia	Ceftriaxone ou	2 g IV	-	-	Colher urocultura no intraoperatório e tratar se houver infecção
	Gentamicina	240 mg IV/IM	-	-	

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Urológica litotripsia extracorpórea (em imunodeprimidos, > 65 anos, pós-nefrolitotomia e portadores de prótese valvar cardíaca)	Ampicilina + gentamicina	2 g VO (Ampicilina) + 240 mg IV (Gentamicina)	-	-	Dose única
Urológica nefrectomia limpa	Cefazolina	2 g IV	-	-	Dose única
Urológica estudos urodinâmicos, cistoscopia de alto risco	Norfloxacino	400 mg VO	-	400 mg VO a cada 12 h	24 h
Urológica colocação/troca stent, ureteroscopia	Ciprofloxacino	500 mg VO	-	-	Dose única
Gastrointestinal esôfago	Cefoxitina (incisão na mucosa)	2 g IV	1g IV a cada 2 h	1g IV a cada 6 h	24 h
	Cefazolina + Metronidazol (em neoplasia)	2 g IV (Cefazolina) + 500 mg IV (Metronidazol) a cada 6 h	1g IV (Cefazolina) a cada 4 h + 500 mg IV (Metronidazol) a cada 6 h	1 g IV (Cefazolina) a cada 8 h + 500 mg IV (Metronidazol) a cada 8 h	4 dias
Gastrointestinal gastrostomia	Cefazolina	2 g IV	-	-	Dose única
Gastrointestinal gastrectomia	Cefazolina ou Cefoxitina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h
		2 g IV	1 g IV a cada 2 h	1 g IV a cada 6 h	
Gastrointestinal colecistectomia laparoscópica de alto risco	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h
Gastrointestinal – cólon	Cefoxitina	2 g IV	1 g IV a cada 2 h	1 g IV a cada 6 h	24 h
Gastrointestinal pâncreas com abertura do trato gastrointestinal	Cefoxitina	2 g IV	1 g IV a cada 2 h	1 g IV a cada 6 h	Intra- operatório

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Gastrointestinal hérnia, alto risco (volumosa, > 65 anos, neoplasia, imunossupressão, diabetes, desnutrição)	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	-	Intra- operatório
Ginecológica mama (nodulectomia, quadrantectomia, mastectomia, estética com prótese)	Cefazolina	2 g IV	1g IV a cada 4 h	-	Intra- operatório
Ginecológica histerectomia, ooforectomia, miomectomia, perineoplastia, cistocele, retocèle	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	-	Intra- operatório
Obstétrica – parto vaginal com dequitação manual de placenta e/ou manipulação intrauterina, fórceps, cesárea	Cefazolina ou	2 g IV	-	-	Dose única
	Clindamicina	900 mg IV			
Trauma abdominal penetrante e fechado com indicação cirúrgica (com ou sem lesão de víscera oca)	Cefoxitina	2 g IV	1 g IV a cada 2 h	1 g IV a cada 6 h	24 h
	Cefazolina	1 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	
Trauma torácico penetrante, fechado com dreno	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h
Trauma lesão vascular	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h
Trauma crânio fechado, cirúrgico, penetrante	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h

continua...

SÍTIO/PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO	DOSE INICIAL (na indução)	DOSES ADICIONAIS		DURAÇÃO
			INTRAOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO	
Trauma crânio com fistula liquórica	Cefuroxima	1,5 g IV	750 mg IV a cada 4 h	1,5 g IV a cada 12 h	5 dias
Trauma cabeça e pescoço (cirúrgico)	Cefazolina	2 g IV	1 g IV a cada 4 h	1 g IV a cada 8 h	24 h

4. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DOS PRINCIPAIS ANTIMICROBIANOS (PACIENTE ADULTOS COM FUNÇÃO RENAL NORMAL)

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
ACICLOVIR	Herpes simples, vírus varicela-zoster, infecção por EBV aguda grave.	<ul style="list-style-type: none"> VO: 200-800 mg, 5 vezes/dia; IV: 10 mg/kg, de 8/8 h. 	Diarreia, artralgias, rash cutâneo, hematúria, hipertensão arterial.	Inativo contra CMV.
AMOXICILINA	<i>Enterococcus sp</i> , <i>Streptococcus sp</i> , <i>Listeria</i> , alguns bacilos Gram-negativos (<i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i> , <i>Salmonella sp</i> , <i>Shigella sp</i> e <i>H. influenzae</i>), alguns anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> 20-50 mg/kg/dia, VO, de 8/8 h ou 12/12 h; Casos graves: 75-100 mg/kg/dia, VO, de 8/8 h. 	Exantema maculopapular, prurido, febre, diarreia, eosinofilia, elevação das transaminases, trombocitopenia.	Não utilizar em infecções causadas por estafilococos .
AMOXICILINA-CLAVULANATO	O mesmo da amoxicilina + <i>S. aureus</i> sensível à oxacilina, anaeróbios, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>E. coli</i> e <i>Klebsiella sp</i> .	<ul style="list-style-type: none"> VO: 30-50 mg/kg/dia, de 8/8 h ou de 12/12 h; IV: 30-100 mg/kg/dia (em amoxicilina), de 8/8 h. 	Diarreia, náuseas e dor abdominal são os efeitos mais frequentes. Urticária, febre, candidíase vaginal, colite pseudomembranosa, hepatite colestática podem ocorrer.	Sem atividade contra <i>Serratia</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Citrobacter</i> , <i>Morganella</i> e <i>MRSA</i> .

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
AMPICILINA	<i>Enterococcus spp.</i> , <i>Streptococcus sp.</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>H. influenzae</i> não produtores de betalactamases, alguns Gram-negativos entéricos (<i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i> , <i>Salmonella sp.</i> , <i>Shigella sp.</i>), <i>Listeria</i> e alguns anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • 50-300 mg/kg/dia, IV, de 6/6 h; • Casos graves (meningite): 200-400 mg/kg/dia, IV, de 6/6 h. 	Náuseas, diarreia, dor abdominal, nefrite intersticial, trombocitopenia.	Pela VO, a alimentação interfere na absorção. Não utilizar em infecções causadas por estafilococos. Bacterostática para <i>Enterococcus sp.</i> Aumento da resistência em Gram-negativos entéricos, <i>Salmonella sp</i> e <i>H. influenzae</i> .
AMPICILINA/ SULBACTAM	Infecções graves causadas por germes primariamente sensíveis à ampicilina, anaeróbios e <i>Acinetobacter spp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 375-750 mg de 12/12 h; • IV: 6 a 12 g/dia, de 6/6 h. 	Além dos efeitos da ampicilina, leucopenia, anemia, aumento das transaminases.	Não utilizar em infecções causadas por <i>P. aeruginosa</i> e por MRSA .
AMICACINA	Enterobactérias, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (em associação ao betalactâmico), <i>Staphylococcus</i> (infecções graves em associação com oxacilina).	<ul style="list-style-type: none"> • 15 mg/kg/dia, IV, em dose única diária (preferencial) ou • 7,5 mg/kg, IV, de 12/12 h (máximo: 1,5 g/dia). 	Nefrotoxicidade e ototoxicidade.	A dose única diária não é recomendada em endocardite infecciosa, sepsis e em infecções por <i>P. aeruginosa</i> .
ANFOTERICINA B	<i>Candida sp.</i> , <i>P. brasiliensis</i> , <i>H. capsulatum</i> , <i>C. neoformans</i> , <i>S. schenckii</i> , <i>Aspergillus sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 0,4-1,0 mg/kg/dia, IV, de 24/24 h (máx: 50 mg/dia) • Anfotericina B lipossomal e coloidal: 3-5 mg/kg/dia, IV, de 24/24 h 	Nefrotoxicidade, hipocalcemia, anemia, febre, calafrios, e flebites.	Administração prévia de hidrocortisona, dipirona e antihistamínico (difenidramina IV ou prometazina VO).
ANIDULAFUNGINA	<i>Candida sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 200 mg IV no 1º dia, seguido de 100 mg/dia IV a partir do segundo dia. 	Náuseas, vômitos, cefaleia e diminuição do potássio.	Indicada em infecções invasivas por <i>Cândida</i> , incluindo candidemia.
AZTREONAM	Exclusivo para Gram-negativos, incluindo <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , enterobactérias, <i>Neisseria sp</i> e <i>H. influenzae</i> . Sinergismo com aminoglicosídeos.	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 g/dose, IV, de 8/8 h ou de 12/12 h; • Infecções por <i>P. aeruginosa</i> e meningites: 2 g/dose, IV, de 6/6 h ou 8/8 h. 	Alterações no paladar, icterícia, leucopenia, plaquetopenia, elevações das transaminases e da fosfatase alcalina, alteração na atividade da protrombina.	Não atua em germes Gram-positivos e anaeróbios.

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
AZITROMICINA	<i>Chlamydia</i> sp, <i>Legionella</i> sp, <i>M. catarrhalis</i> , <i>Mycoplasma</i> sp, <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Streptococcus</i> sp e alguns anaeróbios. Boa atividade contra <i>T. gondii</i> e micobactérias atípicas.	<ul style="list-style-type: none"> • 250–500 mg, VO, de 24/24 h; • 500 mg IV, de 24/24 h. 	Raros efeitos gastrintestinais, tontura, cefaleia, cansaço e erupções cutâneas.	Evitar uso próximo às alimentações. Não tem atividade sobre <i>Enterococcus</i> , <i>S. aureus</i> (MRSA), alguns Gram-negativos (<i>Klebsiella</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Proteus</i> , <i>Serratia</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Citrobacter</i>).
CASPOFUNGINA	<i>Candida</i> sp, <i>Aspergillus</i> sp.	<ul style="list-style-type: none"> • 70 mg, IV, dose de ataque e • 50 mg, IV, de 24/24 h (doses subsequentes). 	Febre, náuseas, vômitos, rubor facial e cefaleia.	Liberada para tratamento de aspergilose invasiva.
CEFALEXINA	<i>Streptococcus</i> spp, <i>S. aureus</i> (não MRSA), alguns Gram-negativos sensíveis no antibiograma.	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg a 1 g, VO, de 6/6 h. 	Náuseas, vômitos, diarreia, hipersensibilidade, neutropenia e elevação transitória das transaminases.	Não atua sobre MRSA. Usada em infecções menos graves ou para complementação parenteral.
CEFALOTINA	O mesmo da Cefalexina.	<ul style="list-style-type: none"> • 50–100 mg/kg/dia, IV, de 6/6 h; • Infecções graves: 150–200 mg/kg/dia, IV, de 6/6 h. 	Hipersensibilidade, neutropenia, aumento transitório das transaminases.	Reação cruzada em alérgicos à penicilina, em 5-10% dos casos. Não atua sobre MRSA. Associação com aminoglicosídeo deve ser evitada: risco de IRA .
CEFAZOLINA	<i>Streptococcus</i> sp, <i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Listeria</i> sp, <i>Bacillus</i> sp, <i>Treponema</i> sp, <i>Leptospira</i> sp.	<ul style="list-style-type: none"> • 30–100 mg/kg/dia, IV, de 6/6 h ou 8/8 h. 	Hipersensibilidade, neutropenia, aumento transitório das transaminases.	Empregada em profilaxia cirúrgica por sua maior meia-vida.
CEFEPIME	Enterobactérias, <i>P. aeruginosa</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Neisseria</i> sp, <i>Streptococcus</i> sp, <i>S. aureus</i> (não MRSA).	<ul style="list-style-type: none"> • 1–2 g, IV, de 12/12 h. 	Hipersensibilidade, elevação transitória das transaminases, diarreia.	<i>Enterococcus</i> sp, MRSA, <i>B. fragilis</i> , <i>Acinetobacter</i> sp, são resistentes ao Cefepime.
CEFOTAXIMA	Enterobactérias, <i>Streptococcus</i> sp, <i>Staphylococcus</i> sp (não MRSA), <i>Neisseria</i> sp, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , alguma atividade contra anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • 1–2 g, IV, de 6/6 h. 	Hipersensibilidade, diarreia.	Inativo contra <i>Enterococcus</i> sp, MRSA, <i>P. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter</i> sp, <i>Serratia</i> sp e <i>B. fragilis</i> .

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
CEFOXITINA	Gram + (- potente que Cefalotina e Cefuroxima), Gram – (similar às outras cefalosporina 2ª geração), excelente contra anaeróbios, incluindo <i>B. fragilis</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • 100–200 mg/kg/dia, IV, de 4/4 h ou de 6/6 h. 	Hipersensibilidade e raros casos de neutropenia.	Pode induzir rapidamente à resistência de Gram-negativos. <i>Enterococcus sp</i> são resistentes. Empregado em profilaxia cirúrgica.
CEFTAZIDIMA	<i>P. aeruginosa</i> , <i>N. meningitidis</i> , enterobactérias e algumas cepas de <i>Acinetobacter sp.</i> inativa contra anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 g, IV, de 8/8 h. 	Hipersensibilidade, elevação transitória das transaminases, diarreia eventual.	Sem ação contra <i>Enterococcus sp.</i> , MRSA, <i>Listeria sp</i> e <i>B. fragilis</i> .
CEFTRIAXONE	*Gram-positivos, <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>Neisseria sp.</i> , <i>T. pallidum</i> e **Gram-negativos. Pouca atuação contra anaeróbios (não age sobre <i>B. fragilis</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 g IV/dia, de 12/12 h ou de 24/24 h. 	Hipersensibilidade, colite pseudomembranosa, tromboflebites, trombocitopenia, diarreia e aumento das transaminases	* Exceto MRSA e enterococos. ** Exceto <i>P. aeruginosa</i> e <i>Acinetobacter sp.</i> Droga de escolha em meningites por pneumococos.
CEFUROXIMA	<i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Streptococcus sp.</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>Proteus sp.</i> anaeróbios (<i>Propionobacterium sp.</i> , <i>Fusobacterium sp.</i> , <i>Clostridium</i> , <i>S. saprophyticus</i> , <i>S. epidermidis</i> (algumas cepas).	<ul style="list-style-type: none"> • IV: 0,75 a 1,5 g de 8/8 h; • VO: 250-500 mg/dose, de 12/12 h. 	Hipersensibilidade, aumento transitório de transaminases, leucopenia e trombocitopenia (raras).	Inativa contra <i>Enterococcus sp.</i> , <i>P. aeruginosa</i> , MRSA, <i>Acinetobacter sp</i> e <i>B. fragilis</i> .
CIPROFLOXACINO	<i>P. aeruginosa</i> , <i>Enterobacterias</i> , <i>Neisseria sp.</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> (não MRSA).	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 500-750 mg, de 12/12 h; • IV: 400 mg, de 12/12 h. 	Hipersensibilidade, toxicidade do SNC (convulsões, cefaleia e insônia), fotossensibilidade	Atinge de forma errática, níveis variáveis no SNC. Opção para tratamento de micobacterioses atípicas.
CLARITROMICINA	Gram-positivos (exceto <i>Enterococcus sp.</i>), <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>Legionella sp.</i> , <i>Mycoplasma sp.</i> , <i>Chlamydia sp.</i> , <i>Mycobacterium sp.</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>T. gondii</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 500 mg de 12/12 h; • IV: 500 mg de 12/12 h. 	Efeitos gastrintestinais, reação miastenia "simile" e hipoacusia (altas doses), psicose maniaca aguda, arritmias com prolongamento do intervalo QT e <i>torsade de points</i>	Mais potente sobre Gram-positivos em relação à azitromicina

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
CLINDAMICINA	Gram-positivos (exceto enterococos), <i>S. aureus</i> (MRSA), anaeróbios (incluindo <i>B. fragilis</i>), <i>Plasmodium</i> spp. <i>P. jirovecii</i> e <i>Toxoplasma gondii</i> .	<ul style="list-style-type: none"> VO: 150 a 450 mg, de 6/6 h; IV: 600 a 900 mg, de 8/8 h. 	Hipersensibilidade, exantema, diarreia, colite pseudomembranosa; injeção em <i>bolus</i> pode causar arritmia e parada cardíaca.	Inativo contra Gram-negativos.
DAPTOMICINA*	<i>S. aureus</i> (MRSA), <i>Enterococcus</i> sp. Não age sobre Gram-negativos	<ul style="list-style-type: none"> 4 a 6 mg/kg/dia, IV, em dose única diária; 6 mg/kg/dia: bacteremia e endocardite; 4 mg/kg/dia: infecção de pele e partes moles. 	Miopatia, aumento de CPK, febre local, náusea, vômitos, diarreia e cefaleia.	*Inativada pelo surfactante pulmonar, não podendo ser utilizada no tratamento de pneumonia.
DOXICICLINA	Alguns cocos Gram-positivos (não <i>Enterococcus</i> sp e MRSA), alguns Gram-negativos, <i>Mycoplasma</i> sp, <i>Chlamydia</i> sp, <i>Rickettsia</i> sp, <i>Plasmodium</i> sp, <i>B. burgdorferi</i> , <i>Ehrlichia</i> sp	<ul style="list-style-type: none"> 100 mg, VO, de 12/12 h. 	Hipersensibilidade, fotossensibilização, malformações no conceito.	Não usar na gestação.
ERTAPENEM	Ampla espectro com ação contra Gram-positivos e Gram-negativos. Boa ação contra anaeróbios, ESBL.	<ul style="list-style-type: none"> 1 g IV/dia. 	Hipersensibilidade, diarreia, febre, náuseas, vômitos, tontura, insônia, sonolência, convulsões, hipotensão, dispneia, constipação, anorexia, alteração do paladar, astenia/fadiga, edema, febre e dor torácica.	Não atua contra MRSA, <i>Enterococcus</i> , <i>A. baumannii</i> , <i>P. aeruginosa</i> .
FLUCONAZOL*	<i>Candida</i> sp, <i>P. brasiliensis</i> , <i>H. capsulatum</i> , <i>Aspergillus</i> sp, <i>C. neoformans</i> .	<ul style="list-style-type: none"> VO: 100-200 mg/dia; V: 400 mg/dia. 	Náuseas, vômitos, rash cutâneo, cefaleia, elevação transitória de transaminases.	Boa penetração no SNC, próstata e vias urinárias. *Não utilizar em C. krusei e C. glabrata.

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
GENTAMICINA	Enterobactérias, <i>Staphylococcus</i> (infecções graves em associação com oxacilina ou vancomicina). Sinergismo com ampicilina para <i>Enterococcus</i> sp.	<ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 mg/kg/dia, IV ou IM, em dose única diária, de 12/12 h ou 8/8 h. 	Nefrotoxicidade e ototoxicidade.	A dose única diária não é recomendada em: endocardite infecciosa, sepsis e infecções por <i>P. aeruginosa</i>. Inativa contra anaeróbios, <i>B. cepacia</i> , <i>L. monocytogenes</i> e <i>H. influenzae</i> . Não usar em infecções do SNC.
IMPENEM/ CILASTATINA	Ampla espectro com ação contra Gram-positivos, <i>S. aureus</i> (não MRSA), Gram-negativos de forma geral (<i>P. aeruginosa</i>) e anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg IV, de 6/6 h. • A dose máxima diária é de 3 g/dia. 	Náuseas, diarreia, febre, convulsão , leucopenia, plaquetopenia, elevação das transaminases.	Evitar uso em pacientes alérgicos às penicilinas. Em infecções do SNC, é preferível o Meropenem. Inativo contra <i>S. maltophilia</i> , <i>B. cepacia</i> e <i>Aeromonas</i> .
LEVOFLOXACINO	Gram-positivos (não MRSA), <i>Mycoplasma</i> e Gram-negativos: enterobactérias, <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella</i> , <i>Pseudomonas</i> , <i>Legionella</i> , <i>Mycobacterium</i> sp. Efeito menor para enterococos e anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • VO: 500–750 mg/dia; • IV: 500–750 mg/dia. 	Vertigens, tontura, arritmias cardíacas, alterações de transaminases e tendinites.	Evitar uso em crianças e gestantes. Não atinge concentração terapêutica no liquor.
LINEZOLIDA	Gram + (MRSA, pneumococos resistentes à penicilina, enterococos (VRE) e estafilococos resistentes a glicopeptídeos e estafilos), anaeróbios (<i>Bacillus</i> , <i>Clostridium</i> spp, <i>Fusobacterium</i> spp e <i>Peptostreptococcus</i> spp), <i>M. tuberculosis</i> e outras micobactérias.	<ul style="list-style-type: none"> • 600 mg VO ou IV de 12/12 h. 	Náuseas, dor abdominal, vômitos, diarreia, alteração do paladar, cefaleia, elevação de transaminases, anemia, leucopenia, plaquetopenia, fibrilação atrial e pancreatite.	Apresentação oral, facilitando a terapia sequencial.
METRONIDAZOL	Anaeróbios (incluindo <i>B. fragilis</i>) e protozoários.	<p>Infecção por anaeróbios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IV: 15 mg/kg – dose de ataque; a seguir: 7,5 mg/kg/ de 8/8 h (máx: 4 g/dia); • VO: 500 mg de 8/8 h. 	Náusea, dor abdominal, diarreia, cefaleia, gosto metálico, parestesia. Associado ao álcool: efeito <i>dissulfiram</i> <i>simile</i> .	Boa penetração no Sistema Nervoso Central.

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
MEROPENEM	O mesmo do Imipenem, mas com maior potência contra Gram-negativos e menor contra Gram-positivos.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 g IV de 8/8 h; • Em infecções do SNC, a dose é de 40 mg/kg, com dose máxima de 6 g/dia. 	Hipersensibilidade, diarreia, náusea, vômito, leucopenia, plaquetopenia, aumento das transaminases, eosinofilia.	O mesmo do Imipenem; porém, o risco de convulsão é menor (preferível em infecções do SNC).
MICAFUNGINA	<i>Candida sp.</i> , <i>Aspergillus sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 50-150 mg IV/dia. 	Náuseas, vômitos e cefaleia.	Indicada em infecções invasivas por Cândida, candidemia e profilaxia pós-transplante de células-tronco de medula óssea.
MOXIFLOXACINO	Gram-positivos e Gram-negativos, anaeróbios e atípicos, como <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Mycoplasma spp</i> e <i>Legionella spp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 400 mg VO ou IV de 24/24 h. 	Náuseas, vômitos, cefaleia, diarreia, tonteira, alteração do paladar, aumento de transaminases, urticária e prolongamento do intervalo QT.	Sensibilidade variável para: MRSA, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Burkholderia cepacia</i> , <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> .
NITAZOXANIDA	<i>Cryptosporidium sp.</i> , <i>E. histolytica</i> , <i>G. intestinalis</i> , <i>H. nana</i> , <i>I. belli</i> , <i>B. hominis</i> , <i>Microsporidium</i> , <i>Taenia sp.</i> , <i>A. lumbricoides</i> , <i>E. vermicularis</i> , <i>A. duodenalis</i> , <i>N. americanus</i> , <i>T. trichiura</i> , anaeróbios.	<ul style="list-style-type: none"> • Amebíase, giardiase, isosporíase, ascariíase, enterobíase, tricuriase e infecções por <i>B. hominis</i>: 500 mg, VO, 12/12 h, por 3 dias. 	Náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal.	Citoproteção nas diarreias por rotavírus. Alternativa no tratamento da colite pseudomembranosa (<i>C. difficile</i>).
NITROFURANTOÍNA	<i>E. coli</i> , menos ativa contra <i>Klebsiella sp</i> e <i>Enterobacter sp.</i> Gram-positivos.	<ul style="list-style-type: none"> • 100 mg, VO, de 6/6 h. 	Náuseas, vômitos, diarreia, hipersensibilidade.	Indicada para ITU baixa, não complicada.
NORFLOXACINO	Enterobactérias, <i>Neisseria sp.</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • 400 mg, VO, de 12/12 h. 	Náusea, vômitos, diarreia, artralgia, leucopenia, eosinofilia.	Uso em infecções do trato urinário e gastrointestinal. Não atua contra a maioria das cepas de <i>P. aeruginosa</i> , MRSA, <i>Enterococcus sp.</i> , <i>Streptococcus sp</i> e anaeróbios
OFLOXACINO	Enterobactérias, <i>Neisseria sp.</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> (não MRSA) e <i>Mycobacterium sp.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 200–400 mg/dia, VO ou IV, de 12/12 h. 	Hipersensibilidade, toxicidade do SNC (convulsões, cefaleia e insônia), fotossensibilidade.	É o mais efetivo contra <i>Mycobacterium sp.</i>

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
OXACILINA	<i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Streptococcus sp</i> e <i>S. epidermidis</i> .	<ul style="list-style-type: none"> 50-200 mg/kg/dia, IV, de 4/4 h ou 6/6 h (máx: 12 g/dia). 	Hipersensibilidade, febre, eosinofilia, febre, aumento de transaminases.	Inativa contra <i>Enterococcus sp</i> . Primeira alternativa em estafilococcias comunitárias.
PENICILINA G BENZATINA	<i>Streptococcus sp</i> , <i>Treponema pallidum</i> .	<ul style="list-style-type: none"> 1.200.000 UI a 2.400.000 UI (para sífilis primária), IM, dose única. 	Hipersensibilidade.	O intervalo mínimo para aplicação é de uma semana entre as doses.
PENICILINA G CRISTALINA	Gram-positivos, anaeróbios (exceto <i>B. fragilis</i>), espiroquetas e actinomicetos (exceto <i>Nocardia</i>). Nas infecções por <i>Enterococcus</i> , deve ser associada ao aminoglicosídeo.	<ul style="list-style-type: none"> 50.000 - 500.000 UI/kg/dia, IV, de 4/4 h ou de 6/6 h (máx.: 30 milhões UI/dia). 	Febre, febre, parestesia, convulsão, coma (pode ocorrer com doses altas em idosos, doença cerebral prévia), anemia hemolítica, reações de hipersensibilidade e nefrotoxicidade.	Inativa contra estafilococos. Não usar para meningite por <i>S. pneumoniae</i>.
PIPERACILINA-TAZOBACTAM	<i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Streptococcus sp</i> , alguns <i>Enterococcus</i> , Gram-negativos (incluindo <i>P. aeruginosa</i>) e anaeróbios (<i>B. fragilis</i>).	<ul style="list-style-type: none"> 4,5 g (4 g de Piperacilina e 0,5 g de Tazobactam), IV, de 6/6h. 	Hipersensibilidade, diarreia, hemorragias e crises convulsivas.	Boa indicação em infecções por <i>P. aeruginosa</i> , <i>Proteus sp</i> , <i>Acinetobacter sp</i> e <i>Enterobacter sp</i> .
POLIMIXINA B	Enterobactérias, <i>P. aeruginosa</i> e <i>A. baumannii</i> multirresistentes.	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 - 3 mg/kg/dia (15-30 mil UI/kg/dia) IV de 12/12 h. 	Nefro e neurotoxicidade.	Deve ser diluída em 100-200 ml de SG 5% e infundir em 1 hora. Toxicidade elevada.
POLIMIXINA E (COLISTINA)	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>P. aeruginosa</i> e <i>A. baumannii</i> multirresistentes.	<ul style="list-style-type: none"> Colistina base: 2,5-5 mg/kg/dia, IV, de 8/8 h; Colistimetato: 2-3 milhões de UI, IV, de 8,8 h. 	Nefro e neurotoxicidade (menos acentuada que as observadas na Polimixina B).	Toxicidade elevada. Infecções por Gram-negativos multirresistentes.
RIFAMPICINA	<i>S. aureus</i> (incluindo MRSA), <i>Streptococcus sp</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>L. pneumophila</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i> e outros.	<ul style="list-style-type: none"> Em endocardite de valva protética: 300 mg, VO, de 8/8 h. 	Hipersensibilidade (reações cutâneas), efeitos gastrintestinais, anemia hemolítica, leucopenia, plaquetopenia, nefrite intersticial e hepatite.	Usada também em quimioprofilaxia da doença meningocócica e da meningite por <i>H. influenzae</i> .

continua...

ANTIMICROBIANOS	ESPECTRO DE AÇÃO	DOSES USUAIS (ADULTOS)	EFEITOS ADVERSOS	COMENTÁRIOS
SECNIDAZOL	Anaeróbios (incluindo <i>B. fragilis</i>), <i>G. vaginalis</i> , <i>B. coli</i> , <i>G. intestinalis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>E. histolytica</i> .	• 2 g, VO, 24/24 h	Náuseas, vômitos e efeito do tipo Dissulfiram.	A absorção é melhor quando ingerido junto com alimentos.
SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIM	Alguns Gram-positivos (incluindo MRSA), <i>H. influenzae</i> , <i>Salmonella sp.</i> , <i>Burkholderia cepacia</i> , <i>P. jirovecii</i> e <i>T. gondii</i> .	• VO: 800/160 mg de 12/12 h; • IV: 400/80 mg de 12/12 h.	Hipersensibilidade, hiperbilirrubinemia, (risco de kernicterus), citopenias, cristalúria e alterações gastrintestinais, risco de supressão medular grave em pacientes com deficiência de folato.	<i>Enterococcus sp</i> e anaeróbios são resistentes.
TEICoplanina	<i>S. aureus</i> (MRSA), <i>Enterococcus sp.</i> , <i>C. difficile</i> , alguns cocos anaeróbios.	• 400 mg IV de 12/12 h por 2 a 4 dias; • Manutenção: 400 mg IV de 24/24 h.	Ototoxicidade, nefrotoxicidade (menos que a vancomicina), síndrome do <i>homem vermelho</i> e rash cutâneo.	Sem efeito sobre Gram-negativos. Não penetra no SNC.
TICARCILINA/ CLAVULANATO	<i>S. aureus</i> (não MRSA), <i>Streptococcus sp.</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Klebsiella sp.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Enterobacter</i> , anaeróbios, incluindo <i>B. fragilis</i> .	• 3 g/0,1 g (3,1 g/dose), IV, de 4/4 h ou de 6/6 h.	Hipersensibilidade, distúrbios de coagulação (disfunção plaquetária), hepatite medicamentosa, convulsões.	Inativa contra <i>Enterococcus sp</i> e MRSA.
TIGECICLINA	Enterobactérias (ESBL), <i>Acinetobacter sp.</i> , <i>S. maltophilia</i> , <i>Staphylococcus sp</i> (MRSA), <i>Enterococcus</i> (VRE), <i>S. pneumoniae</i> , anaeróbios, <i>Mycoplasma sp.</i> , <i>Chlamydia sp</i> e anaeróbios.	• 100 mg, IV, dose inicial; e • 50 mg, IV, de 12/12 h (doses subsequentes).	Náuseas, vômitos, cefaleia, tonteira, diarreia, tosse, insônia, aumento das transaminases.	Não tem ação contra <i>P. aeruginosa</i> e <i>P. mirabilis</i> .
TINIDAZOL	Anaeróbios (incluindo <i>B. fragilis</i>), <i>G. vaginalis</i> , <i>B. coli</i> , <i>G. intestinalis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>E. histolytica</i> .	• 2 g, VO, de 24/24 h; ou • 1 g, VO, de 12/12 h.	Náusea, dor abdominal, diarreia, cefaleia, gosto metálico.	Deve ser evitado no primeiro trimestre gestacional e durante a amamentação.
VANCOMICINA	<i>S. aureus</i> (MRSA), <i>Enterococcus sp.</i> , <i>C. difficile</i> , alguns cocos anaeróbios.	• 1 g IV, de 12/12 h.	Ototoxicidade, nefrotoxicidade, síndrome do homem vermelho e rash cutâneo.	Sem efeito sobre Gram-negativos. Em associação com aminoglicosídeos para endocardite por <i>S. viridans</i> , <i>Enterococcus</i> , ou outros <i>Streptococcus</i> .
VALACICLOVIR	Herpes simples, vírus varicela-zóster.	• 1 g, VO, de 8/8 h.	Similar ao Aciclovir.	Melhor absorvido por via oral do que o Aciclovir.

5. APRESENTAÇÕES DOS PRINCIPAIS ANTIMICROBIANOS

CLASSE	ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	
Antiviral	ACICLOVIR (Zovirax, Aciclovir)	200 mg; 400 mg	Comprimido
Antiviral	ACICLOVIR (Zovirax, Aciclovir)	250 mg	Frasco/ampola
Aminoglicosídeo	AMICACINA (Novamin; Amikin)	250 mg; 500 mg	Frasco/ampola
Penicilina semissintética	AMOXICILINA (Novocilin, Amoxil)	500 mg	Cápsula
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/ CLAVULANATO (Clavulin, Doclaxin)	Amoxicilina 1 g + Clavulanato 200 mg	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/ CLAVULANATO (Novamox, Clavulin)	Amoxicilina 250 mg + Clavulanato 62,5 mg (suspensão)	Frasco
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/ CLAVULANATO (Novamox 2x, Velamox BD)	Amoxicilina 400 mg + Clavulanato 57 mg (suspensão)	Frasco
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/ CLAVULANATO (Clavulin, Sigma-Clav BD)	Amoxicilina 500 mg + Clavulanato 125 mg	Comprimido
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/SULBACTAM (Trifamox IBL, Sulbamox)	Amoxicilina 1 g + Sulbactam 500 mg	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/SULBACTAM (Trifamox IBL, Sulbamox)	Amoxicilina 500 mg + Sulbactam 250 mg	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMOXICILINA/SULBACTAM (Trifamox IBL BD, Sulbamox BD)	Amoxicilina 875 mg + Sulbactam 250 mg	Comprimido
Aminopenicilina	AMPICILINA (Amplacilina, Binotal)	500 mg	Cápsula
Aminopenicilina	AMPICILINA (Amplacilina, Binotal)	1000 mg	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	AMPICILINA/SULBACTAM (Unasyn, Sulbacter)	3 g (Ampicilina 2 g + Sulbactam 1 g)	Frasco/ampola
Antifúngico	ANFOTERICINA B, desoxicolato (Fungison, Anforicin B)	50 mg	Frasco/ampola

continua...

CLASSE	ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	
Antifúngico	ANFOTERICINA B, complexo lipídico (Abelcet)	5 mg/ml	Frasco
Antifúngico	ANFOTERICINA B, dispersão coloidal (Amphocil)	5 mg/ml	Frasco
Antifúngico	ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL (Ambisome)	50 mg	Frasco/ampola
Antifúngico (Equinocandina)	ANIDULAFUNGINA (Ecalta, Anidulafungina)	100 mg	Frasco/ampola
Macrolídeo	AZITROMICINA (Zitromax, Azi)	500 mg; 1 g	Cápsula
Macrolídeo	AZITROMICINA (Zitromax IV)	500 mg	Frasco/ampola
Monobactâmico	AZTREONAM (Azeus, Azanem)	1 g	Frasco/ampola
Antifúngico (Equinocandina)	CASPOFUNGINA (Cancidas)	50 mg; 70 mg	Frasco/ampola
Cefalosporina 1ª geração	CEFALEXINA (Keflex, Primacef)	250 mg/5 ml (suspensão)	Frasco
Cefalosporina 1ª geração	CEFALEXINA (Keflex, Keflaxina)	500 mg	Comprimido
Cefalosporina 1ª geração	CEFALOTINA (Keflin, Cefalotil)	1 g	Frasco/ampola
Cefalosporina 1ª geração	CEFAZOLINA (Kefazol, Ceftrat)	1 g	Frasco/ampola
Cefalosporina 4ª geração	CEFEPIME (Maxcef, Cefepen)	1 g; 2 g	Frasco/ampola
Cefalosporina 3ª geração	CEFOTAXIMA (Claforan, Ceforan)	1 g	Frasco/ampola
Cefalosporina 2ª geração	CEFOXITINA (Mefoxin, Cefoxitina sódica)	1 g	Frasco/ampola
Cefalosporina 3ª geração	CEFTAZIDIMA (Fortaz, Cefazima 1G)	1 g	Frasco/ampola

continua...

CLASSE	ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	
Cefalosporina 3ª geração	CEFTRIAXONE (Rocefin, Triaxin)	1 g (IV)	Frasco/ampola
Cefalosporina 3ª geração	CEFTRIAXONE (Ceftriax IM, Rocefin IM)	1 g (IM)	Frasco/ampola
Cefalosporina 2ª geração	CEFUROXIMA , axetil (Zinnat, Axetilcefuroxima)	500 mg	Comprimido
Cefalosporina 2ª geração	CEFUROXIMA (Zinacef, Monocef)	750 mg	Frasco/ampola
Quinolona	CIPROFLOXACINO (Cipro, Cifloxtron)	200 mg/100 ml (solução para infusão)	Bolsa
Quinolona	CIPROFLOXACINO (Cipro, Quinolox)	500 mg	Comprimido
Macrolídeo	CLARITOMICINA (Klaricid UD, Claritromicina)	250 mg; 500 mg	Comprimido
Macrolídeo	CLARITOMICINA (Klaricid IV, Claritromicina)	500 mg	Frasco/ampola
Lincosamida	CLINDAMICINA (Dalacin C, Clindacin)	600 mg	Frasco/ampola
Lincosamida	CLINDAMICINA (Dalacin C, Anaerocid)	300 mg	Cápsula
Lipopeptídeo	DAPTOMICINA (Cubicin)	500 mg	Frasco/ampola
Tetraciclina	DOXICICLINA (Vibramicina, Doxiciclin, Protectina)	100 mg; 200 mg	Cápsula
Carbapenêmico	ERTAPENEM (Invanz)	1 g	Frasco/ampola
Antifúngico	FLUCONAZOL (Fluxilase, Flucazol)	100 mg; 150 mg	Cápsula
Antifúngico	FLUCONAZOL (Zoltec, Zolstatin)	200 mg/100 ml	Frasco
Aminoglicosídeo	GENTAMICINA (Garamicina, Gentamicin)	80 mg	Ampola
Carbapenêmico	IMIPENEM/ CILASTATINA (Tienam, Tiepem)	500 mg	Frasco/ampola
Quinolona	LEVOFLOXACINO (Levaquin)	500 mg	Frasco/ampola

continua...

CLASSE	ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	
Quinolona	LEVOFLOXACINO (Levoxin, Tamiram)	500 mg	Comprimido
Oxazolidinona	LINEZOLIDA (Zyvox)	600 mg/300 ml	Bolsa
Oxazolidinona	LINEZOLIDA (Zyvox)	600 mg	Comprimido
Carbapenêmico	MEROPENEM (Meronem, Mepenox IV)	500 mg; 1 g	Frasco/ampola
Nitroimidazólico	METRONIDAZOL (Flagyl, Metroval)	250 mg	Comprimido
Nitroimidazólico	METRONIDAZOL (Flagyl injetável, Metronack)	500 mg/100 ml	Frasco
Nitroimidazólico	METRONIDAZOL (Flagyl pediátrico, Ambrosil)	400 mg/100 ml (suspensão oral)	Frasco
Antifúngico (Equinocandina)	MICAFUNGINA (Mycamine)	50 mg; 100 mg	Frasco
Quinolona	MOXIFLOXACINO (Avalox, moxifloxacino)	400 mg	Frasco
Quinolona	MOXIFLOXACINO (Avalox, Promira)	400 mg	Comprimido
Nitrofurano	NITROFURANTOÍNA (Macroantina, Hantina)	100 mg	Cápsula
Quinolona	NORFLOXACINO (Floxacin, Respexil)	400 mg	Comprimido
Quinolona	OFLOXACINO (Floxstat, Flogirax)	200 mg; 400 mg	Comprimido
Penicilina resistente à penicilinase	OXACILINA (Bactocilin, Oxacilil)	500 mg	Frasco/ampola
Penicilina	PENICILINA G BENZATINA (Benzetacil, Longacilin)	1.200.000 UI	Frasco/ampola
Penicilina	PENICILINA G CRISTALINA (Benzilpen, Cristacilina)	Potássica – 5.000.000 UI	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	PIPERACILINA/ TAZOBACTAM (Tazocin, Tazocilina)	4,5 g	Frasco/ampola
Polimixina	POLIMIXINA B (Polytek-B, Bedfordpoly B)	500.000 UI	Frasco/ampola

continua...

.....1. USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

CLASSE	ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	
Polimixina	POLIMIXINA E (Promixin)	Colistimetato sódico 1.000.000 UI	Frasco/ampola
Rifamicina	*RIFAMPICINA (Rifaldin, Furp-rifampicina)	300 mg	Cápsula
Antiparasitário	SECNIDAZOL (Secnidal, Deprozol)	1 g	Comprimido
Sulfonamida	SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIM (Bactrim, Infectrim)	400 mg SMX/80 mg TMT	Comprimido
Sulfonamida	SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIM (Bactrim)	400 mg SMX/80 mg TMT	Ampola
Sulfonamida	SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIM (Bactrim , Bacfar)	400 mg SMX/80 mg TMT (suspensão oral)	Frasco
Glicopeptídeo	TEICOPLANINA (Targocid, Teiconim)	400 mg	Frasco/ampola
Penicilina/inibidor das betalactamases	TICARCILINA/ CLAVULANATO (Timentin, Tioxin)	3,1 g	Frasco/ampola
Gliciliclina	TIGECICLINA (Tygacil)	50 mg	Frasco/ampola
Antiparasitário	TINIDAZOL (Amplium, Fasigyn)	500 mg	Comprimido
Antiviral	VALACICLOVIR (Valtrex)	500 mg	Comprimido
Glicopeptídeo	VANCOMICINA (Vancocid, Novamicin)	500 mg	Frasco/ampola

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

- a) O presente Guia é um documento de referência para ser consultado por todas as clínicas no momento da prescrição de antimicrobianos, devendo ser de conhecimento obrigatório por todo o Corpo Clínico.
- b) Dúvidas, sugestões ou esclarecimentos na aplicação deste Guia deverão ser dirigidas à CCIH.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos. Brasília, 2001.

BRUM, Lucimar Filot da S. *et al.* **Manual Básico de Prescrição de Antibióticos**. 2012.

COUTO, Renato Camargos *et al.* **Infecção hospitalar e outras complicações não infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro, 2009.

DICIONÁRIO de Especialidades Farmacêuticas (DEF) 2011/12. EPUC.

GILBERT, David N. *et al.* **Guia Sanford para Terapia Antimicrobiana**. 42. ed. Rio de Janeiro, 2012.

GRINBAUN, Renato. **Manual de Antibioticoterapia em Geriatria**. 3. ed. 2011/2012.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - SCIH. **Guia de antibioticoterapia e profilaxia hospitalar: rotinas baseadas em evidências**. Curitiba, 2011.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. **Antibiotic Guidelines**. Treatment Recommendations for Adult Inpatients. 2015-2016. Disponível em <www.insidehopkinsmedicine.org/amp>.

LEVIN, Anna Sara S. *et al.* **Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. HC/FMUSP. 6. ed. São Paulo, 2015-2017.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* **Antimicrobianos: Guia Prático 2010/2011**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2010.

TAVARES, Walter. **Antibióticos e Quimioterápicos para o Clínico**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2009.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE/CCIH. **Guia de Antibioticoterapia Empírica para o ano de 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

2 RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA

Elaboração: Cel Med Cláudio Márcio Martinez Alvarez
Maj Med Francisco Fauri
Maj Med Homero Rodopiano Farias
Maj Med Vanessa Granado Alves Itagiba
Cap Med Roberta Storino Puccini
Cap Med Vanessa Lopes Farias Nobre
2º Ten Med Daniele Ladeira Ribeiro

Próxima revisão: Agosto/2019

1. INTRODUÇÃO

Este documento tem por finalidade auxiliar os médicos que prescrevem exames a pacientes que dão entrada no Serviço de Emergência do Hospital Central do Exército. Ao se descrever as recomendações para a solicitação dos exames iniciais de imagem, acredita-se que haverá uma redução do número de pacientes enviados para a realização de exames desnecessários, bem como a diminuição da exposição à radiação ionizante e, conseqüentemente, a melhoria da prática clínica. Estas diretrizes não pretendem esgotar o tema; elas visam, na verdade, dar uma direção inicial do melhor exame a ser solicitado, procurando observar as diretrizes já existentes na literatura e as peculiaridades do nosso Serviço. A partir dos resultados obtidos com esses exames iniciais, associados a outros dados, fica aberto um caminho de diálogo com o Serviço de Radiologia para o prosseguimento das investigações diagnósticas, caso o exame inicial não tenha sido conclusivo.

Segundo o Código de Ética Médica, qualquer médico pode solicitar qualquer tipo de exame. Porém, os pedidos indiscriminados, sem critérios, não obedecendo ao que já está estabelecido e comprovado nos estudos científicos, acarretam prejuízos aos pacientes e ao erário. As solicitações de procedimentos sem observar os protocolos clínicos e de regulação, causam exposições desnecessárias aos usuários, demora na resolução dos casos e aumento da demanda do Serviço de Radiologia, ocasionando riscos para aqueles em que a prioridade é exigida.

Uma diretriz não é uma imposição rígida em relação à prática clínica, mas sim um conceito de boa prática nos termos em que se pode analisar as necessidades de cada paciente. Por isso, não é uma regra absoluta, embora não deva ser ignorada. Nenhum conjunto de recomendações substitui o diálogo entre a equipe de médicos da emergência e os radiologistas. A comunicação frequente entre os médicos solicitantes de exames e a equipe do Serviço de Radiologia se faz essencial para a condução adequada dos casos e o êxito no tratamento dos pacientes.

Sempre que um exame é solicitado, deve-se levar em conta se o mesmo será útil. Um exame útil é aquele cujo resultado contribui para alterar a abordagem ou para corroborar o diagnóstico formulado pelo médico assistente. Por isso, antes de solicitar um exame, devemos fazer as seguintes perguntas:

1. **O exame já foi realizado recentemente?** – Dessa forma, não repetiremos exames desnecessariamente.
2. **O exame é, de fato, necessário?** – Pedidos de exames que provavelmente não terão consequências na abordagem do paciente, devido a pouco ou nenhum dado relevante, são desnecessários.
3. **É necessário realizar o exame agora?** – Exames demasiadamente frequentes, antes da doença ter evoluído ou desaparecido, antes dos resultados poderem influenciar o tratamento, ou até mesmo antes da realização de exames mais simples que poderiam corroborar a hipótese diagnóstica acabam onerando o Serviço de Radiologia e o sistema.
4. **Este é o exame mais adequado?** – Lançando mão destas diretrizes e do diálogo com o médico radiologista, certamente as solicitações de exames serão as mais adequadas.
5. **Estão sendo efetuados exames demais?** – Excesso de exames onera o sistema de saúde, expõe demasiadamente os pacientes à radiação e aumenta a demanda do serviço de radiologia.
6. **O exame foi solicitado com as devidas informações clínicas?** O não fornecimento de dados clínicos pertinentes e a não exposição de questões que o exame de imagem deva responder podem levar à realização de um exame com uma técnica menos adequada, resultando em uma redução da especificidade e da resolubilidade do mesmo. Na solicitação do exame, é necessário observar o seguinte:
 - a correta identificação do paciente;
 - a identificação do médico assistente;

- a data;
- a assinatura (com o carimbo funcional);
- os dados clínicos relevantes, além de dados de laboratório e de outros exames de imagem, se for o caso;
- a avaliação da função renal nos pacientes* com potencial clínico de comprometimento da mesma após a administração d contraste. Em algumas situações deve-se analisar, em conjunto com o médico radiologista, o risco/benefício da utilização de meios de contrastes.

*Por exemplo: pacientes com idade acima de 70 anos, portadores de insuficiência renal crônica preexistente, diabetes, desidratação, doença aterosclerótica, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome nefrótica, cirrose hepática, uso concomitante de drogas nefrotóxicas, mieloma múltiplo, hipoalbuminemia e hiponatremia.

2. SITUAÇÕES ESPECIAIS

Algumas situações especiais, tais como as descritas a seguir, devem ser consideradas antes da solicitação de exames de imagem:

2.1. Gravidez e proteção ao feto

Deve-se evitar a irradiação do feto. É incumbência do médico que solicita o exame a identificação de pacientes gestantes. Deve-se perguntar a todas as mulheres em idade reprodutiva para quem se pretenda solicitar um exame com radiação ionizante se existe a possibilidade de estarem grávidas. Se a gravidez puder ser excluída, pode-se realizar o exame. Se a paciente estiver grávida ou provavelmente grávida (atraso menstrual), o radiologista e o médico solicitante devem analisar a justificativa do referido exame e avaliar o risco/benefício.

2.2. Comunicação com o serviço de radiologia

Os motivos da requisição devem se indicados com clareza, apresentando dados clínicos suficientes para que o radiologista possa compreender os problemas diagnósticos ou clínicos específicos que se procura resolver através do exame de imagem. Em certos casos, o exame mais indicado para resolver o problema do paciente pode ser de outro tipo, em vez do que foi solicitado. Em caso de dúvida sobre a necessidade de um exame, ou sobre qual o exame mais indicado, o radiologista deve ser consultado.

O Serviço de Radiologia está sempre disponível para discutir os exames com os médicos que os solicitam.

3. RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA

3.1. Cabeça e pescoço

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Acidente vascular cerebral	Tomografia computadorizada	–
Lesão expansiva intra-craniana	Tomografia computadorizada	–
Cefaleias agudas e intensas	Tomografia computadorizada	–
Suspeita de hipertensão intracraniana	Tomografia computadorizada	–
Perturbações visuais	Tomografia computadorizada	–
Crises convulsivas	Tomografia computadorizada	–
Distúrbios do comportamento	Tomografia computadorizada	–
Sintomas relativos ao ouvido médio ou ao ouvido interno (incluindo vertigens)	Tomografia computadorizada	–
Patologias dos seios paranasais	Raios-X	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada
Massas cervicais	Ultrassonografia do pescoço	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada

3.2. Coluna vertebral

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Traumatismo raqui-medular	Ressonância magnética e tomografia computadorizada	–
Tumores, inflamações e infecções	Tomografia computadorizada	–
Dor por traumatismo	Tomografia computadorizada	–

3.3. Aparelho locomotor

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Traumatismo	Raios-X	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada
Tumores, inflamações e infecções ósseas	Raios-X	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada
Tumores, inflamações e infecções das partes moles	Raios-X e ultrassonografia	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada

3.4. Aparelho respiratório

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Dor torácica inespecífica	Raios-X	–
Dor torácica aguda (baixa suspeita de TEP)	Raios-X	–
Dor torácica aguda (suspeita de TEP)	Angiotomografia computadorizada	–
Doença respiratória aguda em pacientes imunocompetentes	Raios-X	Em radiografias inespecíficas, naquelas em que há achados radiológicos sem suspeita de doença infecciosa, ou na vigência de opacidades confluentes múltiplas e difusas, realizar tomografia computadorizada
Infecção respiratória alta	Raios-X	Usualmente não recomendado
Pneumonia	Raios-X	–
DPOC / asma	Raios-X	Usualmente não recomendado
Traumatismo torácico / fratura de arcos costais	Raios-X e tomografia computadorizada	Ambos os exames se complementam
Hemoptise	Raios-X ou tomografia computadorizada	Considerar arteriografia brônquica nas hemoptises maciças
Derrame pleural	Raios-X	Em determinadas situações, poderão ser necessárias a ultrassonografia e a tomografia computadorizada

3.5. Aparelho digestivo

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Ingestão de corpo estranho	Raios-X	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada
Traumatismo abdominal	Ultrassonografia abdominal + Raios-X de tórax	Se não for elucidativo, tomografia computadorizada
Perfuração do esôfago	Raios-X + tomografia computadorizada	–
Dor abdominal aguda por possível perfuração ou obstrução	Tomografia computadorizada	–
Massa palpável	Ultrassonografia abdominal	–

continua...

..... 2. RECOMENDAÇÕES INICIAIS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM EM SITUAÇÕES CLÍNICAS NA EMERGÊNCIA

3.5. (continuação)

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Apendicite aguda	Tomografia computadorizada	Crianças, gestantes e paciente magros: realizar ultrassonografia.
Icterícia	Ultrassonografia abdominal	–
Pancreatite	Tomografia computadorizada	–
Colecistite	Ultrassonografia	–
Diverticulite	Tomografia computadorizada	–
Hepatite aguda	Ultrassonografia abdominal	–

3.6. Aparelho geniturinário

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Hematúria macroscópica ou microscópica	Ultrassonografia das vias urinárias	–
Insuficiência renal	Ultrassonografia das vias urinárias	–
Cólica renal, dor em flanco	Tomografia computadorizada	–
Pielonefrite aguda	Tomografia computadorizada	Realizar em pacientes complicados: com diabetes, imunocomprometidos, com história de cálculos, ou cirurgia renal prévia, e quando não respondem à terapia
Massas renais	Tomografia computadorizada	–
Trauma renal	Tomografia computadorizada	–
Prostatismo	Ultrassonografia da próstata via abdominal	–
Suspeita de massa e dor testicular	Ultrassonografia dos testículos	–
Possível torção testicular	Ultrassonografia dos testículos com Doppler	–

3.7. Ginecologia e obstetrícia

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Sangramento na pós-menopausa	Ultrassonografia transvaginal	Se houver contraindicação, realizar ultrassonografia abdominal
Sangramento em idade reprodutiva	Ultrassonografia transvaginal + solicitar BETA-HCG	Se houver contraindicação, realizar ultrassonografia abdominal
Sangramento com BETA-HCG positivo (1º trimestre de gestação)	Ultrassonografia transvaginal	–
Gestante do 2º ou 3º trimestre de gestação com sangramento, sem outros sintomas associados	Ultrassonografia obstétrica via transabdominal	–
Dor pélvica aguda, com BETA-HCG positivo, sem etiologia ginecológica suspeita	Ultrassonografia transvaginal	–
Dor pélvica aguda, em idade reprodutiva, com BETA-HCG negativo, sem etiologia ginecológica suspeita	Tomografia computadorizada	–
Dor pélvica aguda, em idade reprodutiva, com BETA-HCG positivo e etiologia ginecológica suspeita	Ultrassonografia transvaginal	–

3.8. Doença da mama

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Mastite / abscesso	Ultrassonografia	–

3.9. Pediatria

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Lombalgia / dorsalgia / cervicalgia	Raios-X	Apenas nos casos de dor constante, dor noturna, dor radicular, exame neurológico alterado, podendo ainda ser solicitados outros exames mais especializados
Cefaleia	Raios-X (usualmente não indicado)	Se persistente ou associada a sinais clínicos, encaminhar para exames mais especializados

continua...

3.9. (continuação)

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Sinusite	Raios-X	Não indicado antes dos 5 anos de idade, pois os seios da face se encontram pouco desenvolvidos
Claudicação de origem não vascular	Raios-X (bacia)	–
Estridor agudo	Raios-X (pescoço)	Usualmente não indicado
Aspiração de corpo estranho	Raios-X	–
Ingestão de corpo estranho	Raios-X	–
Massa palpável no abdome ou pelve	Ultrassonografia abdominal	–
Infecção urinária comprovada	Ultrassonografia das vias urinárias	–
Apendicite aguda	Ultrassonografia abdominal	–

3.10. Aparelho circulatório

DIAGNÓSTICO OU PROBLEMA CLÍNICO	EXAME INICIAL	OBSERVAÇÕES
Dissecção da aorta	Angiotomografia	–
Aneurisma da aorta	Angiotomografia	–
Trombose venosa profunda de membros inferiores e superiores	Ultrassonografia com dopplerfluxometria venosa do membro	–
Isquemia aguda de membros inferiores e superiores	Ultrassonografia com dopplerfluxometria arterial do membro	–
Isquemia mesentérica	Angiotomografia	–

4. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. Disponível em: <<https://acsearch.acr.org/list>>. Acesso em 12/03/2017.

BERG, K.J. **Nephrotoxicity related to contrast media**. Scand. J. Urol. Nephrol., 2000; 34: 317-22.

CANADIAN ASSOCIATION OF RADIOLOGISTS. Disponível em: <<http://www.car.ca/en/standards-guidelines/guidelines.aspx>>. Acesso em 12/03/2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Tabloide, 2010.

Directrizes para a Prescrição de Exames Imagiológicos – Comissão Europeia Direcção-Geral do Ambiente - SPRMN - 2000. Disponível em: <<http://europa.eu.int>>. Acesso em 12/03/2017.

GOMES, V.O.; BLAYA, P.; BRIZOLARA, A.; et al. **Nefropatia induzida por contraste radiológico em pacientes submetidos a cateterismo cardíaco**. Rev. Bras. Cardiol. Invas., 2002; 10: 43-9.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO. Serviço de Radiologia. Protocolos de solicitações de exames de ressonância magnética para o HUAP. Disponível em : <<http://rede.huap.uff.br/huap/node/1364>>. Acesso em 12/03/2017

ÍNDICE REMISSIVO (ANTIMICROBIANOS)

A

Aciclovir — 21, 29, 37, 38
Amicacina — 18, 19, 20, 21, 30, 38
Amoxicilina — 17, 29, 38
Amoxicilina/Clavulanato — 17, 18, 19, 21, 38
Amoxicilina/Sulbactam — 38
Ampicilina — 17, 18, 19, 20, 27, 30, 34, 38
Ampicilina/Sulbactam — 21, 38
Anfotericina B — 30, 38, 39
Anidulafungina — 30, 39
Azitromicina — 17, 21, 31, 32, 39
Aztreonam — 30, 39

C

Caspofungina — 31, 39
Cefalexina — 21, 22, 26, 31, 39
Cefalotina — 31, 32, 39
Cefazolina — 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 39
Cefepime — 16, 17, 18, 20, 22, 29, 37
Cefotaxima — 17, 31, 33
Cefoxitina — 23, 24, 27, 29, 32, 39
Ceftazidima — 17, 21, 22, 32, 39
Ceftriaxone — 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 32, 40
Cefuroxima — 17, 19, 23, 24, 29, 32, 40
Ciprofloxacino — 18, 19, 21, 23, 26, 27, 32, 40
Claritromicina — 17, 18, 32, 40
Clindamicina — 17, 21, 22, 25, 25, 28, 33, 40

D

Daptomicina — 19, 21, 23, 33, 40
Doxiciclina — 20, 21, 33, 40

E

Ertapenem — 20, 21, 33, 40

F

Fluconazol — 20, 33, 40

G

Gentamicina — 19, 20, 22, 25, 26, 23, 34, 40

I

Imipenem — 20, 22, 34, 35, 40

L

Levofloxacin — 17, 18, 34, 40, 41

Linezolid — 18, 21, 22, 34, 41

M

Meropenem — 17, 18, 19, 20, 21, 22, 34, 35, 41

Metronidazol — 19, 20, 25, 26, 34, 41

Micafungina — 35, 41

Moxifloxacin — 17, 18, 35, 41

N

Nitazoxanida — 35

Nitrofurantoina — 18, 35, 41

Norfloxacin — 18, 27, 35, 41

O

Ofloxacin — 35, 41

Oxacilina — 17, 21, 22, 29, 30, 34, 36, 41

P

Penicilina G Benzatina — 20, 36, 41

Penicilina G Cristalina — 36, 41

Piperacilina/Tazobactam — 17, 18, 19, 21, 22, 36, 41

Polimixina — 18, 36, 41, 42

R

Rifampicina — 19, 36, 42

S

Secnidazol — 32, 42

Sulfametoxazol/Trimetoprim — 21, 37, 42

T

Teicoplanina — 37, 42

Ticarcilina/Clavulanato — 37, 42

Tigeciclina — 18, 22, 21, 37, 42

Tinidazol — 37, 42

V

Valaciclovir — 21, 37, 42

Vancomicina — 17, 18, 19, 19, 21, 22, 23, 24, 34, 37, 42



“Cuidar de você nos motiva.”