

ATENÇÃO – O ILAS disponibiliza esse guia apenas como sugestão de formato a ser utilizado. As medicações aqui sugeridas podem não ser adequadas ao perfil de resistência de sua instituição.

GUIA DE ANTIBIOTICOTERAPIA EMPIRICA PARA SEPSE GRAVE

Pontos chave

1. Colha hemoculturas e culturas dos sítios pertinentes ao foco em suspeita antes da administração da primeira dose de antibióticos.
2. Administre a primeira dose de antibioticoterapia o mais rapidamente possível, idealmente em até uma hora após o diagnóstico
3. Administre antibióticos de amplo espectro, de preferência bactericidas, em dose máxima e sem correção de dose para insuficiência renal ou hepática nas primeiras 24 horas.
4. Reavalie o esquema escolhido assim que os resultados de cultura estiverem disponíveis
5. Utilize tempo curto de tratamento sempre que possível
5. Suspenda os antibióticos, caso seja afastada a hipótese de infecção.

FOCO	Infecção comunitária	Infecção nosocomial
Pulmão	<p>Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefotaxima) + claritromicina</p> <p>Quinolonas respiratórias (levofloxacina, moxifloxacina)</p> <p>Se história de doença pulmonar crônica – utilizar cefalosporina de 4ª geração (cefepime)</p> <p>Se pneumonia aspirativa – trocar para clindamicina. A utilização de claritromicina nesse contexto não é necessária.</p>	<p>Piperacilina-tazobactam ou cefalosporina de 4ª geração</p> <p>Se alta prevalência de estafilococos resistente a oxacilina na instituição – associar glicopeptídeo (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida.</p> <p>Se uso prévio de cefalosporinas ou quinolonas = trocar piperacilina-tazobactam por carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)</p> <p>Se alta prevalência de germes multiresistentes (<i>Pseudomonas</i> multi R/<i>Acinetobacter</i> multi R e <i>Klebsiella</i> produtora de carbapenemase) – avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E). Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</p>

Infecção urinária	Quinolonas ou cefalosporina de terceira geração	Cefalosporinas de 4a geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)
Infecção abdominal	Cefalosporina 3a geração (ceftriaxone ou ceftaxima) + metronidazol + ampicilina + aminoglicosídeo (gentamicina ou estreptomicina).	Cefalosporinas de 4a geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) (se opção pela cefalosporina, associar metronidazol) + aminoglicosídeo (gentamicina ou estreptomicina).
Pele e partes moles	Cefalosporina de 1a geração ou oxacilina. Se sinais de necrose – associar clindamicina	Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) + cefalosporinas de 4a geração

<p>Infecção de corrente sanguínea associada a cateter</p>	<p>-----</p>	<p>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) ou piperacilina-tazobactam + glicopeptídeos (vancomicina, teicoplanina) ou daptomicina</p> <p>Se alta prevalência de germes multiresistentes (<i>Pseudomonas</i> multi R/<i>Acinetobacter</i> multi R e <i>Klebsiella</i> produtora de carbapenemase) – avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E). Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</p> <p>Se fatores de risco para candidemia – avaliar necessidade de cobertura para fungos com imidazólicos (fluconazol) ou equinocandinas (caspofungina, anidulafungina ou micafungina)</p>
<p>Sem foco definido</p>	<p>Cefalosporina de 4ª geração (cefepime) + metronidazol</p>	<p>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida</p> <p>Se alta prevalência de germes multiresistentes (<i>Pseudomonas</i> multi</p>

		<p>R/<i>Acinetobacter</i> multi R e <i>Klebsiella</i> produtora de carbapenemase) – avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E). Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</p> <p>Se fatores de risco para candidemia – avaliar necessidade de cobertura para fungos com imidazólicos (fluconazol) ou equinocandinas (caspofungina, anidulafungina ou micafungina)</p>
--	--	--