

Diretrizes Africanas de Tratamento com Antibióticos para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns



**Primeira edição
2021**

Publicado pelo
**Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças
Centro para Dinâmica, Economia e Política de Doenças**

Centro para Dinâmica, Economia e Política de Doenças (CDDEP), 2021.

A reprodução é autorizada desde que a fonte seja reconhecida.

Este relatório reflecte o trabalho realizado com o apoio da rede TEPHINET (*Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network*).

Os resultados e as conclusões são dos autores e não reflectem necessariamente as posições ou políticas do CDDEP, dos *Africa Centres for Disease Control and Prevention*, da TEPHINET ou de qualquer outra organização mencionada. As designações, as fronteiras geográficas e a menção de países, empresas ou produtos de fabricantes específicos não significam apoio aos mesmos ou qualquer opinião por parte dos autores, colaboradores ou organizações financiadoras. As orientações clínicas e as recomendações de tratamento constantes nesta publicação foram desenvolvidas com base no contributo de um grupo internacional de especialistas que consideraram as práticas recomendadas disponíveis, a experiência e os conhecimentos clínicos existentes e outros factores relevantes. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material cabe exclusivamente ao leitor, e nem os autores nem os colaboradores serão responsáveis por quaisquer danos decorrentes da sua utilização.

Os autores agradecem aos clínicos, cientistas, farmacêuticos e outros especialistas que participaram na elaboração das recomendações de tratamento e que forneceram o seu contributo durante o processo de revisão externa.

Para consultar estudos relacionados e outras informações, visite www.cddep.org e www.africacdc.org.

Referências: Craig, J., Kapoor, G., Sriram, A., Frost, I., Hiban, K., Alimi, YH., and Varma, JK. 2021. African Antibiotic Treatment Guidelines for Common Bacterial Infections and Syndromes - Primeira Edição. Addis Abeba, Etiópia.

AFRICA CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Comissão da União Africana

Roosevelt Street, Addis Abeba, Etiópia

CENTER FOR DISEASE DYNAMICS, ECONOMICS & POLICY

5636 Connecticut Ave NW, PO Box 42735

Washington, DC 20015, EUA

Índice

Autores e Colaboradores	6
Painel de Desenvolvimento de Directrizes para Tratamento Pediátrico	6
Painel de Desenvolvimento de Directrizes para o Tratamento de Adultos	7
Revisores externos	8
Prefácio	10
Lista de Acrónimos	11
Parte I. Introdução	13
Parte 2. Metodologias	15
Parte 4. Como Utilizar estas Diretrizes	22
Parte 5. Tratamentos Antibióticos Recomendados para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns em Pacientes Neonatais e Pediátricos	23
Sistema Nervoso Central	23
Suspeita de Meningite Bacteriana Aguda (Adquirida pela Comunidade)	23
Cabeça, Olho, Orelha, Nariz e Garganta	25
Conjuntivite Neonatal Purulenta Aguda	25
Otite Aguda Média	25
Faringotonsilite	27
Suspeita de Sinusite Bacteriana Aguda	28
Abscesso Dentário (incluindo Gengivite Necrotizante Aguda/Periodontite)	31
Cardíaco	32
Febre Reumática Aguda	32
Endocardite Infecciosa (Válvula Nativa)	33
Respiratório	36
Infecção Aguda do Trato Respiratório Inferior: Ligeira-Moderada/Ambulatória (Adquirida pela Comunidade)	36
Infecção Aguda do Trato Respiratório Inferior: Severa/Impaciente (Adquirida pela Comunidade)	38
Gastrointestinal	40
Febre Tifóide/Entérica	42
Infecção Intra-Abdominal Complicada (Adquirida pela Comunidade)	43
Genitourinário	46
Infecção do Aparelho Urinário (IU)	46
Sífilis (incluindo a Sífilis Congénita)	48

Pele, Tecidos Moles, Osso e Articulações	51
Infecções da Pele e Tecidos Moles (incluindo Impetigo, Celulite, Abscessos)	51
Tétano	52
Osteomielite Aguda e Artrite Séptica	53
Corrente sanguínea	56
Septicemia no Recém-Nascido.....	56
Possível Infecção Bacteriana Grave em bebês com menos de 3 meses de idade (Adquirida pela Comunidade).....	60
Parte 6. Tratamentos Antibióticos Recomendados para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns em Pacientes Adultos	62
Sistema Nervoso Central	62
Meningite Bacteriana Aguda (Adquirida pela Comunidade)	62
Cabeça, Olho, Orelha, Nariz e Garganta	64
Otite Aguda Média.....	64
Abscesso Dentário (incluindo Gengivite)	65
Faringotonsilite Bacteriana (incluindo estreptocócica e difteria)	66
Cardíaco	67
Endocardite Infecçiosa	67
Infecção da válvula prostética ou do pacemaker	67
Respiratório	68
Bronquite Aguda	68
Exacerbação Aguda de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC)	68
Pneumonia Adquirida na Comunidade (CAP) Ligeira a Moderada em Pacientes Ambulatoriais	70
Pneumonia Adquirada na Comunidade Grave para Pacientes Hospitalizados	71
Pneumonia (Nosocomial) Adquirida no Hospital (HAP).....	72
Gastrointestinal	73
Doença Diarreica Invasiva Aguda (Disenteria).....	73
Infecções Intra-Abdominais Complicadas (cIAI).....	74
Febre Tifóide/Entérica	76
Genitourinário	78
Prostatite Ligeira a Moderada Aguda Sem Complicações.....	78
Infecção do Aparelho Urinário Sem Complicações (IU)	78
Pielonefrite Aguda	79

Pele, Tecidos Moles, Osso e Articulações	80
Infeções de Pele e Tecidos Moles (SSTI)	80
Osteomielite Aguda e Artrite Séptica	82
Corrente sanguínea.....	84
Septicemia e Choque Séptico	84

Autores e Colaboradores

Center for Disease Dynamics, Economics & Policy

Jessica Craig, MPH
Geetanjali Kapoor, MD, MPH
Aditi Sriram, MPH
Isabel Frost, DPhil
Kayli Hiban, MPH

Africa Centres for Disease Control and Prevention

Yewande Alimi, DVM, MPH
Jay K. Varma, MD

Painel de Desenvolvimento de Diretrizes para Tratamento Pediátrico

Andrew Whitelaw, MBBCh, MSc, FCPaeth
Universidade de Stellenbosch e NHLS Tygerberg Hospital, Cidade do Cabo, África do Sul

Angela Anene Okolo, MD, DCH, FRCPCH, FMCPed, FWACP
Federal Medical Center, Asaba, Nigéria

Beckie Tagbo, MBBS, FWACP (Ped.), PhD
Institute of Molecular Medicine and Infectious Diseases, Universidade da Nigéria,
Cidade, Nigéria e
Royal Society of Medicine, Londres, Reino Unido

David Kiptum, MB ChB, MMED
Gertrude's Children's Hospital, Nairobi, Quênia

Esperança Sevene, PhD
Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique

Frances Garraghan, MPharm
Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester, Reino Unido

Gary Reubenson, MBBCh, FCPaed, DCH DTM&H
Universidade de Witwatersrand, Joanesburgo, África do Sul

Hala Abdullatif, MD, MSc, MRCPCH
Universidade do Cairo, Cairo, Egípto

James Nuttall*, MBChB, Dip Obst, DCH, FCPaed, DTM&H, MSc(Med.)(Ped.) (**Director do painel*)
Red Cross War Memorial Children's Hospital & University of Cape Town, Cidade do Cabo, África do Sul

Jean Koko, MD
Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabão

Joycelyn Assimeng Dame, MBChB, FGCS, WACP
Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Gana

Ndèye Ramatoulaye Diagne Guèye, MD
Universidade de Thiès e Diamniadio's Childrens Hospital,, Thiès, Senegal

Olubukola T. Idoko, MBBS, MSc, PhD
Medical Research Council, Gâmbia

Rodrick Richard Kisenge, MD, M.Med, PhD
Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, Tanzânia

Sabrina BakeeraKitaka, MBChB; MMed, PhD
Makerere University College of Health Sciences and Mulago National Referral Hospital, Kampala, Uganda

Sara Abdelgalil, MBBS, FRCPCH, MTROPaed
Norfolk and Norwich University Hospital and Sudan Doctors Union UK, Norwich, Reino Unido

Tajudeen Raji, MBBS, FWACP, MPH
Africa CDC, Addis Ababa, Etiópia

Tinsae Alemayehu, MD
American Medical Center, Addis Ababa, Etiópia

Valéria Isabel Muando Chicamba, MD
Ministério da Saúde e Hospital Central de Maputo, Maputo, Moçambique

Painel de Desenvolvimento de Diretrizes para o Tratamento de Adultos

Adrian Brink, MBChB, MMed
Universidade da Cidade do Cabo, Cidade do Cabo, África do Sul

Engy Hamed, MPH

Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para o Mediterrâneo Oriental,
Cairo, Egípto

Marc Mendelson*, PhD, FRCP (**Director do painel*)

Groote Schuur Hospital, Universidade da Cidade do Cabo, Cidade do Cabo, África do Sul

Revathi Gunturu, MBBS, MD

Aga Khan University Hospital, Nairobi, Quênia

James Duah, MBCh.B, EMBA, MPH

Fundação Ford e Christian Health Association of Ghana, Accra, Gana

MirfinMpundu, DrPH

ReAct Africa, International Center for Antimicrobial Solutions, University of KwaZulu Natal, Newton AMR Drug Discovery Programme, Lusaka, Zâmbia

Moussa Seydi, MD

Universidade Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

Otridah Kapon, MSc

Instituto Nacional de Saúde Pública da Zâmbia, Lusaka, Zâmbia

Walter Fuller, MS, MD, MBA

Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para África, Brazzaville, República do Congo

Revisores externos

Guru V Bhoojwala, MBBS

Victoria Hospital, Mauritius (2010-2012); University of Iowa Hospitals and Clinics; e Carver College of Medicine, University of Iowa, Iowa City, Iowa, EUA

Kate Clezy, MBBS, FRACP

Médicos Sem Fronteiras, Centro Operacional de Amsterdão; Clinical Excellence Commission, NSW Australia; and Prince of Wales Hospital, Sydney, Austrália

Brian Eley, MBChB, FCPaed (SA), BSc

Red Cross War Memorial Children's Hospital e Universidade da Cidade do Cabo, Cidade do Cabo, África do Sul,

Ametista Gillis, MSc

DAI, Yaounde, Camarões

Jesse Gitaka, MBChB, MTropMed, PhD

Universidade de Mount Kenya, Thika, Quênia

Daphine Kanyunyuzi, MPH, BMEd

Kabale School of Comprehensive Nursing, Kabale, Uganda

Aderemi Kehinde, MBChB, MPH, FMCPATH

Faculdade de Medicina, Universidade de Ibadan; University College Hospital; e National Reference Laboratory, University College Hospital, Ibadan, Nigéria

Beatrice Manka Mushi, PharmD

Bhealth Consultants, Dar es Salaam, Tanzânia

Elizabeth Matthai, MBBS, MD, FRCPath, PhD

DAI, Terra Nova, Canadá

Dooshaveer C. Nuckchady, MBBCh, MD, MIDSA, MACP

Victoria Hospital, Ministério da Saúde e Bem-estar das Maurícias, Quatre Bornes, Maurícias

Charles Okot Odongo, BDS, MSc, PhD

University of Global Health Equity, Kigali, Ruanda e Kampala, Uganda

Samuel Okori, MFM

St. John XXIII Hospital Aber, Lira City, Uganda

Abdulazeez Bolaji Salahudeen, BPharm

Hi-Care Pharmacy Limited e Foresight Institute of Research and Translation, Ibadan, Nigéria

Viveka Nordberg, MD, PhD

Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suécia e Pediatric Health Initiative, Dar es Salaam, Tanzânia

Martha Franklin Mkony, MD, MMed

Muhimbili National Hospital and Pediatric Health Initiative, Dar es Salaam, Tanzânia e Universidade da Cidade do Cabo e Mowbray Maternity Hospital, Cidade do Cabo, África do Sul

Kughong Reuben Chia, MD

Care Center Clinic, Bambalang-Ndop, Camarões

Rupa Kanapathipillai, MBBS, FRACP, DTM&H, MPH

Medecins Sans Frontieres (MSF)/Médicos sem Fronteiras, Nova Iorque, EUA

Senay Tesfay Gebremeskel, BPharm

Farmacêutica Servier, Addis Abeba, Etiópia

Constance RumbidzayiMutekeri, MPharm,

University Hospital Southampton NHS Trust e Association of Zimbabwe Pharmacists
Abroad, Southampton, Reino Unido

ShingiMarithaKatsande-Mutamba, MPharm

University Hospital Southampton NHS Trust, Universidade de Portsmouth, e
Association of Zimbabwe Pharmacists Abroad, Reino Unido

Daniel Matache, BPharm, RPh

Ontario College of Pharmacists, Association of Zimbabwe Pharmacists Abroad,
Ontário, Canadá

UduakOkomo, MBBCh, FWACP (Pediatria), MSc, PhD

MRC Unit, The Gambia at the London School of Hygiene & Tropical Medicine, Fajara,
Gâmbia

Prefácio

Embora possam ser fabricados praticamente sem limites, os antimicrobianos são, na verdade, um recurso escasso. A utilização excessiva de antimicrobianos selecciona para microorganismos que fogem ao tratamento, tornando os antimicrobianos potencialmente inúteis. Ao reconhecer a ameaça urgente que a resistência antimicrobiana (RAM) representa para o continente, os *Africa Centres for Disease Control and Prevention* (CDC) deram prioridade ao controlo da RAM como parte da sua primeira estratégia de cinco anos, com foco na melhoria da monitorização, retardando a emergência, limitando a transmissão e mitigando os danos dos patógenos da RAM.

Os planos de acção globais e nacionais de RAM referem uniformemente a necessidade de os clínicos utilizarem os antimicrobianos “adequadamente,” mas o que é que significa isto? Quando uma pessoa se apresenta com uma doença que pode requerer antimicrobianos, onde é que deve o médico recorrer para tomar uma decisão em relação ao medicamento, dosagem e duração certos?

Muitas vezes, os médicos africanos tiveram de recorrer a orientações escritas longe do continente, orientações que não reflectem a epidemiologia e a susceptibilidade das doenças infecciosas nas suas próprias comunidades. O presente documento representa uma primeira tentativa do continente africano de se apropriar do significado de utilização “apropriada” de antimicrobianos para os africanos. Os *Africa CDC* reuniram especialistas de todo o continente para rever dados e fazer recomendações para uma vasta gama de condições que podem requerer tratamento antimicrobiano.

Através deste processo, os *Africa CDC* e os seus parceiros aprenderam três lições críticas. Em primeiro lugar, há uma necessidade urgente de os Estados-Membros aumentarem a vigilância da resistência antimicrobiana para garantir que as recomendações se baseiem em análises oportunas, abrangentes e representativas dos patógenos. Em segundo lugar, o presente documento deve ser considerado um primeiro esboço que requer uma actualização contínua com base em novos dados emergentes de África. E, por fim, o continente é vasto e diversificado, e o presente documento deve ser considerado um modelo para as entidades nacionais e subnacionais desenvolverem e actualizarem continuamente a sua própria orientação com base nas necessidades dos médicos e pacientes nas suas comunidades.



Dr. John Nkengasong

Director, Africa Centres for Disease Control and Prevention

Lista de Acrónimos

Patógenos

<i>A. baumannii</i>	<i>Acinetobacter baumannii</i>
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridioides difficile</i>
<i>C. Difteriae</i>	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>
<i>C. Tracomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>E. coli</i>	<i>Escherichia coli</i>
<i>H. influenzae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>
<i>K. pneumoniae</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
<i>L. monocytogenes</i>	<i>Listeria monocytogenes</i>
<i>L. pneumophila</i>	<i>Legionella pneumophila</i>
<i>M. catarrhalis</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>
<i>N. gonorrhoea</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<i>N. meningitidis</i>	<i>Neisseria meningitidis</i>
<i>P. aeruginosa</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<i>S. Aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
<i>S. enterica</i>	<i>Salmonella enterica</i>
<i>S. epidermidis</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
<i>S. Marcescens</i>	<i>Serratia marcescens</i>
<i>S. pneumoniae</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
<i>S. pyogenes</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>
<i>S. saprophyticus</i>	<i>Staphylococcus saprophyticus</i>

Clínica

CAP	Pneumonia adquirida na comunidade
cIAI	Infecções intra-abdominais complicadas
CMV	Citomegalovírus
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
CRP	Proteína C reactiva
LCR	Líquido cefalorraquidiano
HAP	Pneumonia (nosocomial) adquirida no hospital
VIH	Vírus da imunodeficiência humana
IV	Intravenosa

IM	Intramuscular
MU	Milhões de unidades
PCT	Procalcitonina
PO	Oral/pela boca
SSTI	Infecção da pele e dos tecidos moles
TB	Tuberculose
IU	Infecção do tracto urinário
VP	Ventriculoperitoneal

Unidades de Medida

g	Gramma
IU	Unidade internacional
kg	Quilograma
mg	Miligrama
mL	Mililitro

Outros

Africa CDC	Africa Centres for Disease Prevention and Control
ASP	Programa(s) de gestão de antibióticos
AST	Teste de susceptibilidade antibiótica
AU	União Africana
AWaRe	Acesso, Vigilância e Reserva
CDDEP	Center for Disease Dynamics, Economics & Policy
COI	Conflitos de interesse
MLEM	Lista Modelo de Medicamentos Essenciais
MISAU	Ministério da Saúde
STG(s)	Directriz(es) de Tratamento Padrão
OMS	Organização Mundial da Saúde

Parte I. Introdução

A resistência aos antibióticos representa um desafio significativo à saúde pública, ameaçando a capacidade de curar muitas doenças infecciosas comuns. Em toda a África, a resistência aos antibióticos é um desafio documentado em relação a muitas infecções bacterianas, particularmente as que estão associadas aos cuidados de saúde.

Em 2018, os *Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC)* divulgaram a sua estratégia para mitigar o aparecimento e a propagação de patógenos resistentes aos antibióticos em África. Num seminário realizado em Abril de 2018, os Estados Membros da União Africana (UA) e as partes interessadas identificaram actividades prioritárias para a implementação do Quadro Africano de Controlo da Resistência aos Antibióticos dos CDC. Para mitigar os danos, os participantes notaram que muitos países africanos carecem actualmente de directrizes que definam quando é que as infecções devem ser tratadas e que devem ser utilizados agentes antibióticos apropriados. À excepção das doenças seleccionadas, tais como o VIH, a tuberculose e a malária, os profissionais de saúde devem recorrer ao seu julgamento individual ou confiar nas directrizes desenvolvidas fora de África.

Para preencher esta lacuna e encorajar a utilização apropriada de antibióticos no sector da saúde humana, o Africa CDC e o Center for Disease Dynamics, Economics & Policy (CDDEP) desenvolveram as seguintes Directrizes Africanas de Tratamento com Antibióticos para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns (African Antibiotic Treatment Guidelines for Common Bacterial Infections and Syndromes) - Primeira Edição.

O objectivo destas directrizes é fornecer aos profissionais de saúde recomendações especializadas para a selecção, dosagem e duração do tratamento de infecções bacterianas comuns e síndromes entre populações de pacientes neonatais, pediátricos e adultos na África e promover a utilização apropriada de antibióticos para prevenir a transmissão e reduzir a prevalência de patógenos resistentes a antibióticos. As directrizes em anexo baseiam-se numa revisão sistemática das normas nacionais existentes ou das directrizes de tratamento clínico, dos dados disponíveis sobre resistência aos antibióticos e dos conhecimentos clínicos dos painéis de especialistas internacionais compostos por médicos, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos no tratamento de doenças infecciosas. As recomendações de tratamento destinam-se a complementar as orientações de tratamento médico nacionais e internacionais existentes, quando disponíveis, e a fornecer um modelo para a adaptação local na sua ausência. As directrizes destinam-se a médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outro pessoal envolvido no tratamento de doenças infecciosas ou na distribuição de antibióticos em África.

A primeira edição das directrizes centra-se nas infecções bacterianas comuns e nas síndromes clínicas que reflectem as áreas de saúde prioritárias dos Estados-Membros da UA. É esperado que alguns países, áreas subnacionais e/ou instalações já tenham ou venham a desenvolver directrizes de tratamento com antibióticos, com base em dados locais, epidemiologia e experiência clínica. Nessas situações, o Africa CDC prevê que os profissionais de saúde irão confiar nas normas ou recomendações mais relevantes localmente, informados pelo seu julgamento clínico, ao seleccionar um agente antibiótico e determinar a dosagem e duração da terapia.

O Africa CDC aspira a que as suas directrizes também sirvam de modelo padronizado para outras jurisdições ou instalações em África que desenvolvam as suas próprias directrizes. O presente documento descreve as metodologias utilizadas para desenvolver as directrizes da primeira edição e um protocolo para a actualização contínua das directrizes. Este protocolo foi informado Manual para o Desenvolvimento de Directrizes de Prática Clínica de 2018 da Infectious Diseases Society of America (2018) e pelo Manual da Organização Mundial de Saúde para o Desenvolvimento de Directrizes (2014)^{1, 2}. O protocolo foi ainda revisto e acordado pelos painéis de especialistas.

-
- 1** *Infectious Disease Society of America. Manual para o Desenvolvimento de Directrizes de Prática Clínica. 2018. Disponível a partir de: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/clinical-practice-guidelines-development-training-and-resources/>*
 - 2** *Organização Mundial da Saúde. Manual para o Desenvolvimento de Directrizes, 2.ª Edição. 2014. Disponível a partir de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>*

Parte 2. Metodologias

Revisão das Directrizes de Tratamento Padrão Nacional Existentes e Dados de Resistência a Antibióticos

Conduzimos uma revisão para identificar e obter directrizes de tratamento nacionais ou padrão (STGs) existentes para o tratamento de doenças infecciosas comuns em todos os Estados-Membros da UA. Revimos os sites do Ministério da Saúde (MISAU) dos Estados-Membros da UA ou de agências governamentais nacionais equivalentes para os STGs relevantes publicados em qualquer língua antes de Março de 2019 e contactámos os pontos de foco no país para assistência na identificação de quaisquer STGs existentes que não estivessem prontamente ou aparentemente disponíveis.

As directrizes foram incluídas para uma revisão final apenas se contivessem recomendações de tratamento específico para doenças ou patógenos e se as recomendações do regime antibiótico incluíssem nome específico ou tipo de antibiótico, dosagem e duração da terapia antibiótica. Foram excluídas as directrizes que abrangem exclusivamente o VIH, malária, TB e outras infecções ou síndromes abordadas pelos programas nacionais ou verticais de controlo de doenças em África.

Foi identificado um total de 28 STGs relevantes de 17 países e cumpriram os nossos critérios de inclusão; vários países tinham mais de um STG publicado (Figura 1).



Figura 1. Distribuição geográfica de 17 países com directrizes de tratamento padrão (STGs) existentes que cumpriram os critérios de inclusão

Das 28 directrizes, 24 foram publicadas em inglês e 4 foram publicadas em francês. O ano de publicação (ou última actualização) variou entre 2001 e 2018/19. Vinte directrizes forneceram recomendações de tratamento tanto para populações de pacientes adultos quanto pediátricas, 5 forneceram apenas directrizes específicas para adultos e 3 forneceram recomendações apenas pediátricas (Tabela 1).

Revimos cada uma das 28 directrizes e compilámos informações sobre os tipos de infecções

e síndromes clínicas incluídas e sobre as recomendações de terapia antibiótica para cada uma delas, incluindo seleção e dosagem de medicamentos de primeira e segunda linha, duração da terapia e princípios de administração. As seleções de agentes antibióticos da Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (MLEM, 21.ª Lista, 2019) e MLEM para Crianças (7.ª Lista; 2019) também foram compiladas e utilizadas para ajudar na avaliação da disponibilidade de medicamentos em todo o continente^{3, 4}.

Da mesma forma, realizamos uma revisão para identificar todos os dados disponíveis sobre resistência a antibióticos, recolhidos entre Janeiro de 2010 e Julho de 2020, nas populações de pacientes neonatais, pediátricos e adultos nos Estados-Membros da UA. Foram consideradas taxas de prevalência de resistência a antibióticos para todas as combinações organismo-antibiótico, manifestações de doenças e tipos de espécimes, bem como dados recolhidos de vários ambientes, incluindo enfermarias clínicas, investigações de surtos e instalações de saúde individuais.

Todas as recomendações de tratamento dos STGs existentes e dados disponíveis sobre resistência a antibióticos foram compiladas e apresentadas a dois painéis de especialistas que desenvolveram as directrizes contidas no presente documento.

Em geral, houve uma grande escassez de dados disponíveis sobre a resistência aos antibióticos, o que impediu que esses mesmos dados fossem considerados durante o desenvolvimento das recomendações de tratamento antibiótico. No futuro, com uma base de evidência mais sólida, a prevalência e as tendências de resistência ao longo do tempo nas instalações, a nível regional e nacional devem ser consideradas no desenvolvimento de directrizes de tratamento.

Tabela 1. Resumo das directrizes de tratamento padrão identificadas (n=28) que preencheram os critérios de inclusão

País	Título	Ano de Publicação	Fonte/Editor	Adulto	Ped.
Eswatini	Directrizes de Tratamento Padrão e Lista de Medicamentos Essenciais das Condições Médicas Comuns no Reino da Suazilândia 1.ª Edição	2012	Ministério da Saúde (MISAU)	X	X
Etiópia	Directrizes para a Gestão de Surtos de Cólera	2011	Saúde da Etiópia e Instituto de Investigação Nutricional	X	X
Etiópia	Directrizes Nacionais para a Gestão de Infecções Sexualmente Transmitidas ao Utilizar uma Abordagem Síndromica	2015	MISAU	X	X

3 *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde, 21a Lista, 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível a partir de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>*

4 *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde para Crianças, 7a Lista, 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível a partir de: <https://www.who.int/publications/item/WHOMVPEMPIAU201907>*

País	Título	Ano de Publicação	Fonte/Editor	Adulto	Ped.
A Gâmbia	Guia de Tratamento Padrão de Medicamentos da Gâmbia	2001	Departamento de Estado da Saúde e Previdência Social	X	X
Gana	Directrizes de Tratamento Padrão, Sexta Edição	2010	MISAU	X	X
Quênia	Directrizes Clínicas para a Gestão e Encaminhamento de Condições Comuns aos Níveis 4-6: Hospitais	2009	Ministério de Serviços Médicos e Ministério da Saúde Pública e Saneamento	X	X
Quênia	Directrizes para o Controlo da Cólera	2002	Divisão do MISAU de Vigilância e Resposta às Doenças	X	X
Libéria	2.ª Edição Norma Nacional Directrizes Terapêuticas e Lista de Medicamentos Essenciais - 2017	2017	MISAU	X	X
Malawi	Directrizes de Tratamento Padrão do Malawi 5.ª Edição 2015	2015	MISAU	X	X
Marrocos	Directrizes de Gestão de Crianças Doentes com Menos de Cinco Anos	2016	MISAU		X
Nigéria	Directrizes de Tratamento Padrão da Nigéria, Segunda Edição	2016	MISAU	X	X
Seychelles	Directrizes Antibióticas para Gestão de Infecções em Hospitais	2018-2019	Agência de Saúde do MISAU	X	X
Seychelles	Directrizes para Antibióticos Prescrição nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários	2017-2018	Agência de Saúde do MISAU	X	X
África do Sul	Directrizes de Tratamento Padrão e Lista de Medicamentos Essenciais para a África do Sul - Pediatria de Nível Hospitalar	2017	Departamento Nacional de Saúde		X
África do Sul	Directrizes de Tratamento Padrão e Lista de Medicamentos Essenciais para a África do Sul - Adultos de Nível Hospitalar	2015	Departamento Nacional de Saúde	X	X
África do Sul	Directrizes de Tratamento Padrão e Lista de Medicamentos Essenciais para a África - Nível de cuidados de saúde primários	2018	Departamento Nacional de Saúde	X	X
África do Sul	Directrizes para o Controlo da Hanseníase na África do Sul	2011	Departamento Nacional de Saúde	X	

País	Título	Ano de Publicação	Fonte/Editor	Adulto	Ped.
África do Sul	Listeriose: Clínica recomendações para diagnóstico e tratamento	2017	Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis	X	
Sudão	Directrizes de Tratamento Padrão Nacional do Sudão	2014	MISAU	X	X
Tanzânia	Directrizes de Tratamento Padrão & Lista Nacional de Medicamentos Essenciais	2017	Ministério da Saúde, Comunidade Desenvolvimento, Género, Idosos e Crianças	X	X
Tunísia	Antibiotherapie des Infectious Osteo-Articulaires Aigues Communautaires a Pyogenes- Recommandations Nationales Fevrier 2006	2006	Ministério da Saúde Pública	X	
Tunísia	Antibiotherapie des Pyelonephrities Aigues Communautaires de L'Adulte	N ã o indicado	Ministério da Ciência Pesquisa, Departamento de Farmácia, Sociedade Tunisina de Ciências Médicas, etc.	X	
Tunísia	L'Antibiotherapie dans les Infections Respiratoires Basses Acquises de L'Adulte Traitee en Ville	N ã o indicado	Não indicado	X	
Uganda	Prevenção e Controlo da Cólera	2017	MISAU	X	X
Uganda	Directrizes Clínicas de Uganda 2016: Directrizes Nacionais para a Gestão de Condições Comuns	2016	MISAU	X	X
Zâmbia	Directrizes de Tratamento Padrão Lista de Medicamentos Essenciais e Lista de Materiais Laboratoriais Essenciais para a Zâmbia	2013	MISAU	X	X
Zâmbia	Directrizes Essenciais para Cuidados de Recém-nascidos	2014	Ministério de Comunidade Desenvolvimento, Saúde Materna e Infantil		X
Zimbabué	7ª Lista de Medicamentos Essenciais e Directrizes de Tratamento Padrão para o Zimbabué	2015	Ministério da Saúde e Cuidados das Crianças	X	X

Convocação de um Grupo de Desenvolvimento de Directrizes

Dois grupos de painel de especialistas foram formados para desenvolver recomendações de tratamento para as populações de pacientes adultos e recém-nascidos/pediátricos, respectivamente. Na selecção dos painelistas, procurámos alcançar um equilíbrio de género, incluir uma vasta gama de especialidades clínicas e profissões e assegurar que o grupo era representativo de cada região africana. Todos os membros do painel foram convidados a relatar quaisquer potenciais conflitos de interesse (COI), incluindo propriedade intelectual e laços financeiros com empresas farmacêuticas. Não foram identificados tais COIs.

O primeiro painel, composto por nove médicos, reuniu-se em Agosto de 2019 na sede da UA em Adis Abeba, Etiópia, para desenvolver recomendações de tratamento para as populações de pacientes adultos. Um painel posterior, composto por 19 especialistas, foi realizado via webinar virtual em Outubro de 2020 para desenvolver recomendações de tratamento para pacientes pediátricos. Cada painel revisou dados compilados de resistência a antibióticos e recomendações de tratamento dos STGs existentes, seleccionou as infecções bacterianas e síndromes para inclusão nas directrizes da primeira edição, e desenvolveu recomendações consensuais de tratamento. Após as reuniões iniciais, os membros do painel tiveram a oportunidade de rever as versões preliminares das directrizes e fornecer mais informações antes que as directrizes fossem liberadas para revisão externa. Os membros do painel também forneceram informações sobre as metodologias utilizadas para desenvolver estas directrizes e o protocolo descrito para actualizar continuamente estas directrizes.

Divulgação das Directrizes

O CDDEP e o Africa CDC irão hospedar e manter uma plataforma amigável, baseada na web, que exhibe a selecção de antibióticos, dosagem e duração das recomendações de tratamento desenvolvidas pelos painéis de especialistas. O site que exhibe uma base de dados de STGs e as directrizes de tratamento da primeira edição estão disponíveis nos seguintes locais:

- africaguidelines.cddep.org
- africacdc.org/african-antibiotic-treatment-guidelines-for-common-bacterial-infectionss-and-syndromes/

Protocolo para a Actualização Contínua das Directrizes

Para assegurar que as Orientações de Tratamento Antibiótico Africano continuem a reflectir as áreas prioritárias de saúde dos Estados Membros da UA e os STGs existentes, recentemente publicados ou actualizados, o CDDEP e o Africa CDC realizarão uma revisão sistemática anual, de acordo com metodologias aprovadas pelos painéis de peritos, para identificar orientações que satisfaçam os critérios de inclusão do projecto. Serão revistas orientações novas ou actualizadas e serão acrescentadas informações sobre metodologias e terapias antibióticas recomendadas a uma base de dados electrónica já existente. Além disso, os dados disponíveis sobre resistência a antibióticos serão continuamente compilados e analisados. Finalmente, um painel de especialistas multidisciplinar reunir-se-á a cada cinco anos para rever os novos dados nacionais disponíveis sobre resistência a antibióticos e as recomendações de tratamento antibiótico e para actualizar estas directrizes conforme necessário.

Parte 3. Princípios de Gestão

Os antibióticos são recursos escassos e devem ser utilizados judiciosamente para a gestão de doenças infecciosas. Infelizmente, a falta de regulamentos e orientação para a utilização adequada de antibióticos tem contribuído para o aumento do consumo de antibióticos nos sectores da saúde humana e animal. A utilização indevida e excessiva de antibióticos nestes sectores **são os principais motores da resistência aos antibióticos. Estudos anteriores descobriram que, num grande número de casos, são prescritos antibióticos clinicamente inadequados**^{5,6,7}. Além disso, o consumo é mais elevado entre os países africanos, o que pode reflectir a maior carga de doenças infecciosas⁸.

Há uma necessidade urgente de implementar com sucesso programas nacionais de administração de antibióticos (ASP), que integrem prevenção e controlo de infecções, diagnósticos clínicos e gestão de doenças.

O desenvolvimento e implementação de STGs é valioso para a institucionalização de um ASP hospitalar. Considerações importantes para o uso de antibióticos incluem a selecção de medicamentos considerando o espectro de actividade antibiótica, perfil de efeitos adversos e disponibilidade de formulações específicas (incluindo as aplicáveis a crianças pequenas), probabilidade de resistência aos antibióticos, via de administração, dosagem e duração da terapia. A decisão de iniciar e continuar a terapia antibiótica deve ser baseada em indicações claras, incluindo diagnósticos laboratoriais e clínicos e resultados de monitorização.

No geral, os prescritores devem primeiro considerar o tratamento com antibióticos clinicamente apropriados na lista de Acesso da OMS e recorrer ao tratamento com antibióticos de Observar e Reservar apenas em casos com resistência documentada ou indisponibilidade de medicamentos⁹. A utilização de terapias combinadas em dose fixa só deve ser utilizada quando são clinicamente apropriadas e necessárias. A reavaliação da terapia é essencial uma vez obtidos os resultados laboratoriais disponíveis, e devem ser consideradas opções para a retirada de antibióticos de largo espectro para antibióticos de espectro mais estreito, se os resultados da cultura microbiológica e dos testes de susceptibilidade aos antibióticos o permitirem. As terapias antibióticas devem ser utilizadas juntamente com outras intervenções apropriadas, tais como o controlo precoce e eficaz da fonte.

Juntamente com outras intervenções de administração de antibióticos, o desenvolvimento e implementação das directrizes, particularmente quando informadas por dados locais, oferecem uma oportunidade para reduzir a utilização de antibióticos. Estudos anteriores relataram que directrizes clínicas que fornecem recomendações explícitas para o tratamento de doenças infecciosas e ajudam na tomada de decisões clínicas, não só reduzem a prescrição inadequada de antibióticos, mas também melhoram a qualidade dos cuidados^{10,11}.

5 Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Taxas de prescrição de antibióticos para infecções agudas do tracto respiratório em ambiente ambulatorio nos EUA. *JAMA*. 2009; 302(7):758-66. Doi: 10.1001/jama.2009.1163

6 Milani RV, Wilt JK, Entwistle J, Hand J, Cazabon P, Bohan JG. Reduzir a prescrição inapropriada de antibióticos ambulatoriais: Comparação normativa utilizando relatórios de fornecedores não cegos. *BMJ Qualidade Aberta*. 2019; 8(1):e000351. Doi: 10.1136/bmjqa-2018-000351

7 Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM, Finkelstein JA, Gerber JS, Hyun DY, Linder JA, Lynfield R. Prevalência de prescrições de antibióticos inapropriadas entre as visitas de cuidados ambulatoriais dos EUA, 2010-2011. *Jama*. 3 de maio de 2016;315(17):1864-73.

8 Versporten A, Zarb P, Caniaux I, Gros MF, Drapier N, Miller M, et al. Consumo de antibióticos e resistência em pacientes adultos internados em hospitais em 53 países: Resultados de um questionário global de prevalência de pontos baseada na Internet. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(6):e619-629. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30186-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30186-4).

9 Organização Mundial de Saúde. AWaRe. Disponível a partir de: <https://adoptaware.org/>

10 Fernández González F, Detrés J, Torrellas P, Balleste CR. Comparação da utilização adequada de antibióticos com base em directrizes clínicas entre médicos em formação versus médicos praticantes. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*. 2013; 105(3):21-24.

11 de With K, Allerberger F, Amann S, Apfalter P, Brodt HR, Eckmanns T, et al. Estratégias para melhorar a utilização racional de antibióticos no hospital: uma diretriz da Sociedade Alemã de Doenças Infecciosas. *Infeção*. 2016; 44(3): 395-439. Doi: 10.1007/s15010-016-0885-z.

Os princípios relevantes de gestão de doenças ou infecções específicas são descritos ao longo das recomendações de tratamento. Sempre que possível, os clínicos devem procurar obter culturas de amostras relevantes antes do início do tratamento e realizar o diagnóstico microbiológico, identificação de patógenos e testes de susceptibilidade aos antibióticos (AST). No entanto, em situações em que um paciente apresenta uma infecção grave diagnosticada clinicamente, o tratamento não deve ser adiado até que esses resultados estejam disponíveis.

Se os serviços de testes laboratoriais não estiverem disponíveis e a apresentação clínica indicar uma etiologia viral, os clínicos podem considerar a prática de uma espera vigilante e atrasar o início do tratamento com antibióticos. No entanto, as directrizes **não pretendem anular o julgamento clínico e o tratamento imediato deve ser iniciado em** infecções graves ou suspeita de septicemia. Finalmente, os clínicos devem considerar um diagnóstico clínico de outras infecções (por exemplo, tuberculose, VIH, malária, etc.) em áreas endémicas ou de alta carga.

Parte 4. Como Utilizar estas Directrizes

As seguintes directrizes de tratamento fornecem recomendações para a terapia antibiótica empírica para infecções bacterianas e síndromes comuns. A terapia antibiótica empírica refere-se a uma escolha apropriada de um ou mais antibióticos para tratar uma infecção para a qual não foi feito um diagnóstico etiológico específico (identificação de um patógeno numa amostra apropriada do paciente e AST). A terapia antibiótica empírica visa o(s) patógeno(s) mais provável(is) para o(s) local(is) de infecção, idealmente combina o espectro mais estreito, antibiótico único com o(s) patógeno(s) provável(is), avalia a probabilidade de resistência aos antibióticos (por exemplo, exposição recente a antibióticos ou hospitalização), leva em conta contra-indicações potenciais, incluindo alergias a medicamentos e toxicidade, e selecciona um antibiótico com penetração adequada no tecido alvo.

Para cada síndrome ou infecção são fornecidas definições clínicas, incluindo sintomas comuns e bactérias causadoras, bem como princípios de administração relevantes e outras notas clínicas; no entanto, estas notas não pretendem ser exaustivas. É importante que não sejam fornecidas orientações diagnósticas clínicas completas, dado o âmbito das orientações da terapia empírica, e são excluídas as terapias e tratamentos médicos fora da terapia antibiótica (por exemplo, gestão da dor ou intervenção cirúrgica).

A escolha de antibióticos preferidos, dosagem e duração deve ser seguida sempre que possível. Apenas adie para tratamentos alternativos se a escolha do antibiótico preferido não estiver disponível ou se houver outras razões imperiosas que impeçam a utilização do antibiótico preferido.

Quando se recomenda a terapia por via intravenosa, a duração é a duração total do tratamento incluindo a terapia intravenosa (IV).

Salvo indicação em contrário, todas as formulações antibióticas descritas ao longo das recomendações de tratamento seguem as do MLEM da OMS e do MLEM da OMS para Crianças^{12,13}.

Para os grupos etários neonatais e pediátricos, as seguintes definições são geralmente seguidas, a menos que especificado o contrário; para pacientes com 20 anos ou mais, consulte as recomendações de tratamento para adultos:

Recém-nascido	Menos de 28 dias ou se nascer prematuro, menos de 42 semanas de idade gestacional corrigida
Bebé	Menos de 1 ano de idade
Criança	Menos de 10 anos de idade
Adolescente	10 – 19 anos de idade

12 *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde, 21a Lista, 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível a partir de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>*

13 *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde para Crianças, 7a Lista, 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível a partir de: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU201907>*

Parte 5. Tratamentos Antibióticos Recomendados para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns em Pacientes Neonatais e Pediátricos

Sistema Nervoso Central

Suspeita de Meningite Bacteriana Aguda (Adquirida pela Comunidade)

Definição clínica: Inflamação de meninges do cérebro e da medula espinhal. As características clínicas podem não ser específicas em recém-nascidos e bebês jovens (por exemplo, má alimentação, apatia, icterícia, apneia, fontanela completa, febre, hipotermia) e em infantes mais velhos podem incluir irritabilidade, sonolência, má alimentação, febre alta e/ou vômitos. As crianças mais velhas podem apresentar-se de forma semelhante aos adultos com dores de cabeça, febre, fotofobia, vômitos, rigidez do pescoço e/ou nível de consciência alterado. Os patógenos bacterianos comuns em recém-nascidos e bebês jovens incluem *Streptococcus agalactiae* (streptococcus do grupo B), *E. coli*, *Klebsiella*, *L. monocytogenes*, e em bebês mais velhos e crianças: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, e *N. meningitidis*.

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento(s)	Formulação	Dosagem	Duração
Terapia combinada com: Cefotaxima (por via intravenosa) MAIS Ampicilina (IV)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	Trate com ampicilina (para cobertura de Listeria) até que os resultados da cultura do LCR confirmem a etiologia. Se a cultura LCR não estiver disponível, trate com cefotaxima mais ampicilina durante 14 - 21 dias.
	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade ou mais velho: 100 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	

Se a cefotaxima não estiver disponível, utilize

Terapia combinada com: Ceftriaxona (por via intravenosa) MAIS Ampicilina (IV) (Excepto em recém-nascidos com icterícia e recém-nascidos que recebem fluidos IV que contêm cálcio)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas	Trate com ampicilina (para cobertura de <i>Listeria</i>) até que os resultados da cultura do LCR confirmem a etiologia. Se a cultura LCR não estiver disponível, trate com ceftriaxona mais ampicilina durante 14-21 dias.
	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade ou mais velho: 100 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	

Bebé (Mais de 28 dias), Criança & Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação ¹	Dosagem	Duração
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	10 – 14 dias
Opção antibiótica alternativa apenas se a cefotaxima/ceftriaxona não estiver disponível			
Ampicilina (IV)	Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima: 2 g de 6 em 12 horas	10 – 14 dias

Princípios de Gestão:

- > A meningite aguda pode ser causada por uma série de patógenos, alguns dos quais não são bactérias. O diagnóstico microbiológico, incluindo a coloração/microscopia de grama do LCR, cultura bacteriana e AST deve ser obtido o mais rápido possível, se disponível, pois isso pode permitir que o tratamento antibiótico empírico seja ajustado para visar o patógeno específico identificado e informar a duração do tratamento. Na ausência de uma cultura do LCR positiva ou resultado PCR, um resultado positivo de cultura de sangue juntamente com uma contagem de células do LCR e uma química sugestiva de meningite bacteriana pode ser útil para orientar a seleção antibiótica e a duração do tratamento. Embora as directrizes difiram nas recomendações de duração do tratamento para patógenos específicos, uma recomendação geral para meningite não complicada é de organismos Grama negativos e *Listeria* 21 dias, *Streptococcus* Grupo B 14-21 dias, *S. pneumoniae* 10-14 dias, *H. influenzae* 7-10 dias, *N. meningitidis* 5-7 dias.
- > Em pacientes com uma cultura do LCR positiva, é útil repetir a punção lombar 24-48 horas após o início do tratamento antimicrobiano para documentar a esterilização do LCR (particularmente em recém-nascidos), pois a esterilização tardia pode ser uma indicação de complicações, como um foco purulento que requer intervenção ou resistência a antibióticos.
- > Se o LCR for obtido e não for consistente com meningite (por exemplo, ausência de células e química normal), os antibióticos devem ser parados ou ajustados dependendo se um diagnóstico alternativo foi alcançado.
- > Considere testes diagnósticos para meningite tuberculosa e criptocócica, particularmente em áreas com alta carga de VIH.

Outras Notas:

- > Complicações incluem empiemas subdurais e abscessos cerebrais que podem requerer intervenção neurocirúrgica além do tratamento com a terapia antimicrobiana supramencionada.
- > Em crianças e adolescentes com uma derivação ventriculoperitoneal (VP) apresentando com meningite, procure a opinião de um especialista e encaminhe o paciente para um especialista sempre que possível.

Cabeça, Olho, Orelha, Nariz e Garganta

Conjuntivite Neonatal Purulenta Aguda

Definição clínica: Inflamação da conjuntiva comumente causada por *N. gonorrhoeae*.

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ceftriaxona (por via intramuscular)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg STAT como dose única	Dose única

Princípios de Gestão:

- > Nenhum.

Outras Notas:

- > Irrigar frequentemente com soro fisiológico e tratar com terapia tópica conforme necessário.

Otite Aguda Média

Definição clínica: Infecção aguda com inflamação do ouvido médio. Os sintomas comuns incluem febre, dor de ouvido, corrimento do ouvido e dificuldade de audição. Os patógenos bacterianos comuns incluem *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, e *M. catarrhalis*.

Bebé, Criança e Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral) ^A	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	40-45 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 1,5 g 12 em 12 horas	5 – 10 dias

Para pacientes que receberam amoxicilina nos 30 dias anteriores ou para aqueles que não respondem ao tratamento de primeira linha com amoxicilina após 48 – 72 horas

Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral) ^A	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL; 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	40 - 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dose de 12 em 12 horas, dose máxima de componente de amoxicilina: 875 mg de 12 em 12 horas. (Consulte Outras Notas ^B abaixo para obter orientações sobre a dosagem precisa.)	5 – 10 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina ^C	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro).	10 mg/kg uma vez por dia, dose diária máxima 500 mg	3 – 5 dias
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Pratique uma espera vigilante e retenha os antibióticos, excepto para pacientes com sintomas graves, aqueles com menos de 2 anos de idade, e pacientes com doenças bilaterais. > Cursos repetidos de antibióticos em crianças com otite crónica média e/ou otorreia são ineficazes e devem ser evitados. Deve ser considerado aconselhamento especializado ou encaminhamento para um otorrinolaringologista e audiologista, se disponível. 			
<p>Outras Notas:</p> <p>A. Se um paciente não puder tolerar antibióticos orais (por exemplo, vômitos persistentes), podem ser considerados antibióticos IV ou IM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima: 500 mg de 6 em 6 horas), ou ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima: 1 g diária) <p>B. As formulações actuais de líquidos orais amplamente disponíveis contêm amoxicilina + ácido clavulânico numa proporção de 4:1. Para alcançar 40-45 mg/kg/dose de componente amoxicilina, ao usar a formulação 4:1, prescrever amoxicilina + ácido clavulânico 10-15 mg/kg/dose de componente amoxicilina de 12 em 12 horas e separadamente prescrever amoxicilina 30-35 mg/kg/dose de 12 em 12 horas para não exceder a dose máxima recomendada de ácido clavulânico (10 mg/kg/dia), reduzindo assim o risco de diarreia associada a antibióticos.</p> <p>Se as formulações líquidas orais com uma dose mais elevada de amoxicilina estiverem disponíveis (proporção de 7:1 - 400 mg de amoxicilina + 57,5 mg de ácido clavulânico/5 mL, ou proporção de 14:1 - 600 mg de amoxicilina + 42,9 mg de ácido clavulânico/5 mL), estas podem ser doseadas a 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina de 12 em 12 horas sem uma prescrição de amoxicilina separada (a dose de ácido clavulânico não será excedida). Se a formulação do comprimido com proporção de 7:1 estiver disponível (875 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico) pode ser prescrito de 12 em 12 horas para crianças com peso igual ou superior a 25 kg.</p> <p>C. Se um paciente falhar a terapia com macrolídeos, considere a ceftriaxona ou consulte um especialista.</p>			

Faringotonsilite			
<p><u>Definição clínica:</u> Inflamação aguda da parede faríngea e amígdalas comumente causada por patógenos virais, incluindo vírus respiratórios e o vírus Epstein-Barr. Etiologias bacterianas comuns incluem Streptococcus beta-hemolíticos do grupo A (<i>S. pyogenes</i>). Os sintomas comuns incluem dor de garganta e febre.</p>			
Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral) ^A	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	50 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 2 g	10 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Benzatina benzilpenicilina (IM) ^B	Pó para injeção: 900 mg de benzilpenicilina (=1,2 milhões de unidades) em frasco de 5 mL; 1,44 g de benzilpenicilina (=2,4 milhões de unidades) em frasco de 5 mL	Por peso: <ul style="list-style-type: none"> ○ <27 kg: 600 000 unidades (375 mg) como uma dose única ○ 27 kg ou acima: 1.2 milhões de unidades (750 mg) como uma dose única 	Dose única
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina (por via oral) ^C	Líquido oral: 200 mg/5 mL. Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro).	10 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 500 mg por dia	5 dias
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > A faringite aguda viral e bacteriana geralmente se resolve sem tratamento antibiótico, mas a principal razão para considerar o tratamento antibiótico é prevenir a febre reumática aguda (e, em menor grau, as complicações supurativas locais) > As características clínicas que sugerem uma causa viral e não bacteriana de faringotonsilite incluem corrimento nasal, voz rouca ou choro, tosse, conjuntivite, lesões ulcerosas orais discretas e diarreia. Nesses casos, evite a utilização de antibióticos. > Crianças com menos de 3 anos de idade não devem receber antibióticos como parte do tratamento da faringotonsilite, pois não correm risco significativo de febre reumática aguda. 			

Outras Notas:

- A. Se um paciente não puder tolerar antibióticos orais (por exemplo, vômitos persistentes), podem ser considerados antibióticos IV ou IM:
- Ampicilina (25 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima: 500 mg de 6 em 6 horas), ou
 - Ceftriaxona (50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima: 1 g diária)
- B. A administração IM dolorosa de benzatina benzilpenicilina pode ser reduzida pela dissolução de 1,2 milhões de unidades de benzatina benzilpenicilina em 3,2 mL de lidocaína 1% sem adrenalina (epinefrina) e levando a preparação à temperatura ambiente antes da injeção.
- C. Foram relatadas taxas significativas de resistência das estirpes de Streptococcus do Grupo A aos macrólidos (azitromicina) e aos azálidos (claritromicina) em muitas partes do mundo. Se o paciente falhar o tratamento com um macrolídeo ou azálidos, considere ceftriaxona ou consulte um especialista.

Suspeita de Sinusite Bacteriana Aguda

Definição clínica: Infecção bacteriana aguda dos seios paranasais. Os patógenos bacterianos comuns incluem *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, e *M. catarrhalis*. Os sintomas incluem uma infecção do tracto respiratório superior anterior, febre, congestão nasal, corrimento nasal, dor facial e sensibilidade. Incomum nas crianças, particularmente nas crianças pequenas em que os seios nasais não estão totalmente desenvolvidos.

Bebé, Criança e Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral) ^A	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	40 - 45 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, dose máxima 1,5 g de 12 em 12 horas	5 – 7 dias
Para pacientes que receberam amoxicilina nos 30 dias anteriores ou para aqueles que não respondem ao tratamento de primeira linha com amoxicilina após 48 – 72 horas.			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral) ^A	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL; 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	40 - 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dose de 12 em 12 horas, dose máxima de componente de amoxicilina: 875 mg de 12 em 12 horas. (Consulte Outras Notas ^B abaixo para obter orientações sobre a dosagem precisa)	5 – 7 dias

Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina (por via oral) ^c	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro).	10 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 500 mg por dia	5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Pratique uma espera vigilante e retenha os antibióticos, excepto para pacientes com sintomas graves. Para casos graves ou má resposta à terapia inicial, pode ser necessário aconselhamento especializado e imagens radiológicas para excluir a extensão intracraniana. 			
Outras Notas:			
<p>A. Se um paciente não puder tolerar antibióticos orais (por exemplo, vômitos persistentes), podem ser considerados antibióticos IV ou IM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima: 500 mg de 6 em 6 horas), ou ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima: 1 g) <p>B. As formulações actuais de líquidos orais amplamente disponíveis contêm amoxicilina + ácido clavulânico numa proporção de 4:1. Para alcançar 40-45 mg/kg/dose de componente amoxicilina, ao usar a formulação 4:1, prescrever amoxicilina + ácido clavulânico 10-15 mg/kg/dose de componente amoxicilina de 12 em 12 horas e separadamente prescrever amoxicilina 30-35 mg/kg/dose de 12 em 12 horas para não exceder a dose máxima recomendada de ácido clavulânico (10 mg/kg/dia), reduzindo assim o risco de diarreia associada a antibióticos.</p> <p>Se as formulações líquidas orais com uma dose mais elevada de amoxicilina estiverem disponíveis (proporção de 7:1 - 400 mg de amoxicilina + 57,5 mg de ácido clavulânico/5 mL, ou proporção de 14:1 - 600 mg de amoxicilina + 42,9 mg de ácido clavulânico/5 mL), estas podem ser doseadas a 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina de 12 em 12 horas sem uma prescrição de amoxicilina separada (a dose de ácido clavulânico não será excedida). Se a formulação em comprimidos com proporção 7:1 estiver disponível (875 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico) pode ser prescrita de 12 em 12 horas para crianças com peso igual ou superior a 25 kg.</p> <p>C. Se um paciente falhar a terapia com macrolídeos, considere a ceftriaxona ou consulte um especialista.</p>			

Abcesso Dentário (incluindo Gingivite Necrotizante Aguda/Periodontite)

Definição clínica: Um abcesso dentário refere-se a uma infecção supurativa aguda ou crónica relacionada com os dentes. Os sintomas incluem dor intensa, sensibilidade dentária, inflamação e inchaço das gengivas e do rosto. A gingivite necrosante aguda/periodontite refere-se à infecção aguda muito dolorosa da margem gengival. As características clínicas incluem hálito mal cheiroso, necrose e descamação da margem da gengiva, perda da gengiva e osso de suporte ao redor dos dentes. Pode estar associado a doença subjacente (por exemplo, subnutrição, VIH) e pode se estender aos lábios e bochechas sem tratamento adequado. As infecções são geralmente causadas por múltiplas bactérias orais, incluindo organismos anaeróbicos.

Criança e Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Terapia combinada com: Amoxicilina (por via oral) MAIS Metronidazol (por via oral) ^A	Amoxicilina - Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	40-45 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, dose máxima: 1,5 g de 12 em 12 horas	5 – 7 dias
	Metronidazol - Líquido oral: 200 mg (como benzoato)/5 mL. Comprimido: 200 mg a 500 mg. Injeção: 500 mg em frasco de 100 mL.	7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 300 mg 12 em 12 horas	
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Clindamicina (por via oral)	Cápsula: 150 mg (como cloridrato). Injeção: 150 mg (como fosfato)/mL; Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato).	6 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 450 mg 12 em 12 horas	5 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Azitromicina (por via oral)	Líquido oral: 200 mg/5 mL. Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro).	10 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 500 mg	3 – 5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > O encaminhamento a um dentista é recomendado em todos os casos. > Se o abscesso for drenado e o paciente estiver a melhorar, considere parar os antibióticos após 5 dias de tratamento. > Para a gengivite isolada sem necrose ou abscesso, não trate com antibióticos. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Se um paciente não puder tolerar antibióticos orais ou para doenças graves, podem ser considerados antibióticos IV/IM. Tratar com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dose de 6 em 6 horas IV ou IM, dose máxima: 500 mg de 6 em 6 horas) MAIS metronidazol (7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas IV, dose máxima: 400 mg de 8 em 6 horas), ou ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dose uma vez por dia IV ou IM, dose máxima: 1 g diariamente) MAIS metronidazol (7,5 mg/kg/dose de 8 em 8 horas IV, dose máxima: 300 mg 8 em 8 horas) 			

Cardíaco

Febre Reumática Aguda			
Definição clínica: Uma condição inflamatória que pode seguir-se a uma infecção na garganta com streptococcus do grupo A e uma importante causa de doença cardíaca adquirida na fase aguda da doença e como resultado de complicações valvulares crónicas. A febre reumática aguda é predominantemente uma doença de crianças (não bebés), adolescentes e jovens adultos			
Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral)	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL, Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	50 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 2 g	10 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Benzatina benzilpenicilina (IM) ^A	Pó para injeção: 900 mg de benzilpenicilina (=1,2 milhões de unidades) em frasco de 5 mL; 1,44 g de benzilpenicilina (=2,4 milhões de unidades) em frasco de 5 mL	Por peso: <ul style="list-style-type: none"> ○ <27 kg: 600 000 unidades (375 mg) como uma dose única ○ 27 kg ou acima: 1.2 milhões de unidades (750 mg) como uma dose única 	Dose única
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina (por via oral) ^B	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro).	10 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 500 mg por dia	3 – 5 dias
Princípios de Gestão: > nenhuns			

Outras Notas:

- A. A administração intramuscular dolorosa de benzatina benzilpenicilina pode ser reduzida pela dissolução de 1,2 milhões de unidades de benzatina benzilpenicilina em 3,2 mL de lidocaína 1% sem adrenalina (epinefrina) e levando a preparação à temperatura ambiente antes da injeção
 - B. Foram relatadas taxas significativas de resistência das estirpes de Streptococcus do Grupo A aos macrólidos (azitromicina) e aos azálidos (claritromicina) em muitas partes do mundo. O uso destes antibióticos pode resultar na falha do tratamento.
- > Profilaxia: administrar a todos os pacientes com febre reumática documentada. Continuar a profilaxia durante 10 anos ou até 21 anos de idade (o que for mais longo) se não houver doença valvular reumática, e até 35 anos de idade em pacientes com doença valvular reumática.
- o Benzatina benzilpenicilina (IM) 600.000 IU a cada 21-28 dias para crianças com peso <30 kg ou 1,2 MU a cada 21-28 dias para crianças com peso igual ou superior a 30 kg, OU Fenoximetilpenicilina (por via oral) 125 mg 12 em 12 horas OU amoxicilina (por via oral) 125 mg diários para crianças com peso <30 kg e 250 mg diários para crianças com peso igual ou superior a 30 kg.
 - o Para pacientes com alergias graves à penicilina, faça uma profilaxia com:
 - Para crianças <11 anos: Macrolídeo por exemplo, azitromicina (por via oral) 10mg/kg/dose (dose máxima 500 mg) 3 vezes por semana
 - Para crianças a partir dos 11 anos de idade: Macrolídeo, por exemplo, azitromicina (por via oral) 250 mg por dia)

Endocardite Infecciosa (Válvula Nativa)

Definição clínica: Infecção da superfície endotelial do coração. Os sintomas podem ser variáveis e não específicos. Idealmente, o diagnóstico deve ser confirmado e um organismo identificado na hemocultura antes de iniciar o tratamento. No entanto, se o paciente apresentar doença grave, o tratamento empírico deve ser iniciado e dirigido aos estafilococos e streptococcus.

Recém-nascido, Bebê, Criança e Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
-------------	------------	---------	---------

<p>Terapia combinada com: Benzilpenicilina (por via intravenosa) MAIS Cloxacilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)</p>	<p>Benzilpenicilina - Pó para injeção: 600 mg (= 1 milhão de IU); 3 g (= 5 milhões de IU) (sal de sódio ou potássio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100000 IU/kg/dose de 8 em 8 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 125000 IU/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 5 milhões de IU de 6 em 6 horas 	<p>4 – 6 semanas</p>
<p>Cloxacilina - Pó para injeção: 500 mg (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 – 28 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 28 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 3 g 12 em 12 horas 		
	<p>Gentamicina - Injeção: 10 mg, 40 mg (como sulfato)/mL em frasco de 2 mL</p>	<p>3 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 360 mg</p>	<p>Primeiras 2 semanas de terapia</p>
<p>Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)</p>			
<p>Se a Benzilpenicilina não estiver disponível, substitua por: Ampicilina (IV) Tratar em combinação com Cloxacilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa), como acima.</p>	<p>Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas 	<p>4 – 6 semanas</p>

<p>Se a Cloxacilina não estiver disponível, substitua por:</p> <p>Cefazolina (por via intravenosa)</p> <p>Tratar em combinação com Benzilpenicilina (por via intravenosa) (Ou Ampicilina (por via intravenosa)</p> <p>MAIS</p> <p>Gentamicina (por via intravenosa), como acima.</p>	<p>Cefazolina - Pó para injeção: 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas o 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 4 g 12 em 12 horas 	<p>4 – 6 semanas</p>
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
<p>Vancomicina (por via intravenosa)</p> <p>MAIS</p> <p>Gentamicina (por via intravenosa)</p>	<p>Vancomicina-Injeção: 500 mg, frasco de 1 g (como cloridrato)</p> <p>Gentamicina - Injeção: 10 mg, 40 mg (como sulfato)/mL em frasco de 2 mL</p>	<p>15 mg/kg/dose de 6 em 12 horas</p> <p>1,5 mg/kg/dose de 12 em 12 horas</p>	<p>4 – 6 semanas</p> <p>Primeiras 2 semanas de terapia</p>
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Para casos suspeitos de endocardite infecciosa, 3 hemoculturas devem ser obtidas em sucessão rápida de 3 locais anatómicos dentro de 6 horas antes do início da terapia de antibióticos. > Se um patógeno for identificado em hemocultura, o tratamento antibiótico deve ser adaptado a esse patógeno, de acordo com as diretrizes apropriadas. O local patogénico e anatómico pode afectar a duração da terapia. > Monitorização de medicamentos terapêuticos e monitorização da função renal em doentes tratados com vancomicina e/ou gentamicina. 			
<p>Outras Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Obtenha aconselhamento especializado de um cardiologista e/ou especialista em doenças infecciosas (se disponível) em todos os casos de endocardite (endocardite da válvula nativa ou da válvula protética) 			

Respiratório

Infeção Aguda do Tracto Respiratório Inferior: Ligeira-Moderada/Ambulatória (Adquirida pela Comunidade)

Definição clínica: A infeção aguda do tracto respiratório inferior inclui bronquiolite viral aguda, e pneumonia viral e bacteriana aguda. Os antibióticos são indicados no tratamento empírico da pneumonia e normalmente não são indicados para o tratamento da bronquiolite. No entanto, a decisão de prescrever ou reter antibióticos é influenciada por vários factores: a capacidade de distinguir clinicamente a bronquiolite viral aguda da pneumonia, os resultados laboratoriais e radiológicos podem não proporcionar uma diferenciação segura da bronquiolite viral da pneumonia bacteriana, o conhecimento de que a co-infeção bacteriana pode estar presente numa proporção variável de crianças com características de bronquiolite, a capacidade do prestador de cuidados de saúde de monitorizar a criança e de voltar a aceder urgentemente aos cuidados de saúde em caso de deterioração clínica. A OMS recomenda que sejam prescritos antibióticos para crianças pequenas com tosse aguda associada a sibilos, respiração rápida e tiragem. A selecção de antibióticos é baseada na avaliação da gravidade e provável etiologia. As causas bacterianas comuns de pneumonia incluem: recém-nascidos - *Streptococcus* do grupo B, espécie *Klebsiella*, *E. coli*, *C. trachomatis*, *S. aureus*; bebés mais velhos e crianças - *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *M. pneumoniae*.

Recém-nascido

Todas as crianças com menos de 1 mês com Infeção Aguda do Tracto Respiratório Inferior ligeira/moderada devem ser internadas no hospital. Ver directrizes para Infecções Respiratórias Inferiores Agudas severas.

Bebé, Criança e Adolescente

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral)	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL. Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	40-45 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, dose máxima: 1,5 g de 12 em 12 horas	5 dias

Em caso de má resposta à escolha do antibiótico preferido

Amoxicilina + Ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL; 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL. Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	40-45 mg/kg de componente de amoxicilina por dose de 12 em 12 horas, dose máxima de componente de amoxicilina: 875 mg de 12 em 12 horas. (Consulte Outras Notas ^A abaixo para obter orientações sobre a dosagem precisa)	5 dias
--	--	--	--------

Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica

Azitromicina (por via oral) ^B	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro). Líquido oral: 200 mg/5 mL	10 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 500 mg	3 – 5 dias
--	---	--	------------

Princípios de Gestão:

- > nenhuns

Outras Notas:

A. As formulações actuais de líquidos orais amplamente disponíveis contêm amoxicilina + ácido clavulânico numa proporção de 4:1. Para alcançar 40-45 mg/kg/dose de componente amoxicilina, ao usar a formulação 4:1, prescrever amoxicilina + ácido clavulânico 10-15 mg/kg/dose de componente amoxicilina de 12 em 12 horas e separadamente prescrever amoxicilina 30-35 mg/kg/dose de 12 em 12 horas para não exceder a dose máxima recomendada de ácido clavulânico (10 mg/kg/dia), reduzindo assim o risco de diarreia associada a antibióticos.

Se as formulações líquidas orais com uma dose mais elevada de amoxicilina estiverem disponíveis (proporção de 7:1 - 400 mg de amoxicilina + 57,5 mg de ácido clavulânico/5 mL, ou proporção de 14:1 - 600 mg de amoxicilina + 42,9 mg de ácido clavulânico/5 mL), estas podem ser doseadas a 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina de 12 em 12 horas sem uma prescrição de amoxicilina separada (a dose de ácido clavulânico não será excedida). Se a formulação em comprimidos com proporção 7:1 estiver disponível (875 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico) pode ser prescrita de 12 em 12 horas para crianças com peso igual ou superior a 25 kg.

B. Em caso de falha do tratamento com azitromicina, tratar com clindamicina (6 mg/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima: 450 mg de 6 em 6 horas).

- > ***S. pneumoniae*** deve ser suspeito se houver empiema, cavitação pulmonar ou formação de pneumatóceos, ou a presença de infecções extrapulmonares piogénicas. O tratamento deve seguir a Infeção Aguda do Tracto Respiratório Inferior: Orientações severas/impacientes.

- > Considere a triagem para VIH e TB em todos os pacientes que apresentam com Infeção do Tracto Respiratório Inferior.

Infeção Aguda do Tracto Respiratório Inferior: Severa/Impaciente (Adquirida pela Comunidade)

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
-------------	------------	---------	---------

Terapia combinada com: Cefotaxima (por via intravenosa) ^A MAIS Ampicilina (IV)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	5 – 7 dias
	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 100 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ampicilina (IV)	Pó para injeção: 500 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	5 – 7 dias
Se houver suspeita de má resposta ao tratamento ou de pneumonia estafilocócica (empiema, cavitação pulmonar, formação de pneumatócôleos ou a presença de infecções extrapulmonares piogénicas), a resposta aumenta:			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa) OU Ceftriaxona (por via intravenosa)	Amoxicilina + ácido clavulânico - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco.	30 mg/kg/dose de amoxicilina de 8 em 8 horas, dose máxima 1,2 g de 8 em 8 horas	10 – 14 dias
	Ceftriaxona- Pó para injeção: 250 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg uma vez por dia, dose máxima 1 g	10 – 14 dias
Terapia de redução para:			

Amoxicilina (por via oral) OU, se tratado com Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa) ou Ceftriaxona (por via intravenosa), então Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral) ^B	Amoxicilina - Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	40-45 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, 1,5 g de 12 em 12 horas	10 – 14 dias
	Amoxicilina + ácido clavulânico - Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL; 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL. Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	40 - 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dose de 12 em 12 horas, dose máxima de componente de amoxicilina: 875 mg de 12 em 12 horas. (Consulte Outras Notas ^B abaixo para obter orientações sobre a dosagem precisa)	<i>(Duração total do tratamento, incluindo terapia intravenosa)</i>
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 1 g	10 – 14 dias
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Continue com os antibióticos intravenosos até que haja evidência de boa resposta clínica e/ou os marcadores laboratoriais de infecção melhorem, e então considere mudar para a antibioticoterapia oral. > Para suspeita ou confirmação de pneumonia estafilocócica ou empiema com ou sem confirmação microbiológica, recomenda-se a drenagem adequada do pus e a duração prolongada do tratamento (mínimo 10 - 14 dias). 			

Outras Notas:

- A. Se a cefotaxima não estiver disponível, utilize ceftriaxona (50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas em recém-nascidos) em combinação com benzilpenicilina ou ampicilina excepto em recém-nascidos com icterícia e recém-nascidos que recebem fluidos intravenosos contendo cálcio.
- B. As formulações actuais de líquidos orais amplamente disponíveis contêm amoxicilina + ácido clavulânico numa proporção de 4:1. Para alcançar 40-45 mg/kg/dose de componente amoxicilina, ao usar a formulação 4:1, prescrever amoxicilina + ácido clavulânico 10-15 mg/kg/dose de componente amoxicilina de 12 em 12 horas e separadamente prescrever amoxicilina 30-35 mg/kg/dose de 12 em 12 horas para não exceder a dose máxima recomendada de ácido clavulânico (10 mg/kg/dia), reduzindo assim o risco de diarreia associada a antibióticos.

Se as formulações líquidas orais com uma dose mais elevada de amoxicilina estiverem disponíveis (proporção de 7:1 - 400 mg de amoxicilina + 57,5 mg de ácido clavulânico/5 mL, ou proporção de 14:1 - 600 mg de amoxicilina + 42,9 mg de ácido clavulânico/5 mL), estas podem ser doseadas a 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina de 12 em 12 horas sem uma prescrição de amoxicilina separada (a dose de ácido clavulânico não será excedida). Se a formulação em comprimidos com proporção 7:1 estiver disponível (875 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico) pode ser prescrita de 12 em 12 horas para crianças com peso igual ou superior a 25 kg.

- > Se houver suspeita de tosse convulsa, adicione tratamento com um macrolídeo, por exemplo, azitromicina 10 mg/kg uma vez por dia durante 3 - 5 dias, dose máxima 500 mg.
- > Examine todos os pacientes quanto a VIH e tuberculose.
- > Adicionar tratamento empírico para pneumonia por Pneumocystis (PCP) em bebés e crianças expostas ou infectadas pelo VIH:
 - Trimetoprim + sulfametoxazol (1:5) doseado de acordo com o componente trimetoprim (Dose de carga: 10 mg/kg por via intravenosa seguido de 5 mg/kg/dose por via intravenosa ou por via oral de 6 em 6 horas durante 21 dias)
 - A adição de corticosteróides, geralmente prednisona 1 – 2 mg/kg uma vez por dia durante 7 dias por via oral, cónico durante os próximos 7 dias, pode ser benéfico.

Gastrointestinal

Doença Diarreica Aguda: Gastroenterite Viral, Disenteria

Definição clínica: A diarreia aguda é uma grave doença infantil comum, evidenciada pela passagem frequente de fezes líquidas soltas profusas. O vômito pode ou não estar presente. Muitas vezes causado por infecção viral, mas pode ser devido a infecção bacteriana, dieta ou outras causas. Os antibióticos não devem ser usados rotineiramente para doenças diarreicas a não ser quando a disenteria está presente. As características incluem febre, sangue e muco nas fezes, leucócitos em microscopia de fezes, cultura de Shigella, Salmonella, *E. coli* patogénica ou espécies de Campylobacter.

Recém-nascido			
A doença diarreica é incomum em recém-nascidos. Consulte a secção sobre Possível Infecção Bacteriana Grave para orientação sobre o tratamento.			
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha preferida de antibióticos para disenteria suspeita ou confirmada			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Para doenças leves/moderadas e terapia ambulatoria: Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	15 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 500 mg 12 em 12 horas	3 – 5 dias
Para doenças moderadas/severas que exijam internação hospitalar: Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 1 g	
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s) para disenteria suspeita ou confirmada			
Azitromicina (por via oral)	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg, 500 mg (anidro)	10 mg/kg/dose diária, dose máxima 500 mg	3 – 5 dias
Em regiões onde a amebíase é comum			
Metronidazol (por via oral)	Líquido oral: 200 mg (como benzoato)/5 mL; Comprimido: 200 mg a 500 mg	15 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 800 mg 12 em 12 horas	7 – 10 dias
Em regiões onde a cólera é endémica ou onde estão a ocorrer surtos			
Azitromicina (por via oral)	Líquido oral: 200 mg/5 mL. Cápsula: 250 mg, 500 mg (anidro)	10 mg/kg/dose diária, dose máxima 500 mg	3 – 5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Num contexto epidémico e onde a cultura de fezes e AST está disponível, ajustar o tratamento de acordo com a susceptibilidade actual do organismo. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para pacientes imunocomprometidos com infecções por Salmonella (por exemplo, pacientes com anemia falciforme), aumentar a duração do tratamento para 14 dias. ▪ A prevenção e tratamento da desidratação e/ou choque hipovolémico com uma cuidadosa gestão de fluidos é essencial. 			

Febre Tifóide/Entérica			
Definição clínica: Uma doença sistémica causada por espécies de Salmonella. As características clínicas incluem febre, anorexia, dor de cabeça, vômitos, obstipação ou diarreia, dor ou sensibilidade abdominal, tosse, delírio/alteração do nível de consciência, hepatomegalia ou esplenomegalia. Quando disponível, o organismo pode ser cultivado a partir de sangue (primeira semana de doença) ou fezes (após a primeira semana), urina ou medula óssea. Um estado de portador crónico pode ocorrer com o derramamento contínuo do organismo nas fezes, o que pode resultar na transmissão a outras pessoas através de alimentos ou água contaminados.			
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Para pacientes com doença grave: Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	10 – 14 dias
Para doença ligeira/moderada ou como terapia de redução para doença grave com base na resposta clínica e resultados de susceptibilidade a antibióticos, se disponíveis: Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	15 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 500 mg 12 em 12 horas	10 – 14 dias <i>(Duração total do tratamento, incluindo terapia intravenosa, se aplicável.)</i>
Escolha(s) de antibióticos alternativos ou para alergia confirmada a medicamentos ou contra-indicação médica			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ciprofloxacina (por via intravenosa)	Solução para infusão intravenosa: 2 mg/ mL (sob a forma de hiclato)	10 mg/kg/dose 8-12 horas, dose máxima de 400 mg 8-12 horas	10 – 14 dias
Azitromicina (por via oral)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro). Líquido oral: 200 mg/5 mL	10 mg/kg/dose diária, dose máxima 500 mg	5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > O ideal é que o paciente seja isolado com as precauções de contacto mantidas até que seja confirmada a erradicação do organismo das fezes em 3 amostras de fezes colhidas 1 semana após a conclusão do tratamento com antibióticos e a cada 48 horas depois para detectar o transporte crónico e a excreção do organismo. 			

Outras Notas:

- > A terapia prolongada (4 - 6 semanas) é recomendada em doenças invasivas, incluindo infecções ósseas, e em pacientes imunocomprometidos (incluindo a infecção pelo VIH)

Infecção Intra-Abdominal Complicada (Adquirida pela Comunidade)

Definição clínica: Peritonite suspeita ou confirmada, incluindo perfuração ou perda de conteúdo intestinal para o peritoneu

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem ¹⁴	Duração
Terapia combinada com: Cefotaxima (por via intravenosa) MAIS Metronidazol (por via intravenosa)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	5 - 10 dias, dependendo da resposta ao tratamento clínico e cirúrgico
	Metronidazol - Injecção: 500 mg em frasco de 100 mL.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 7,5 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 400 mg 12 em 12 horas 	

Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)

¹⁴ Directrizes Neonatais e Doses de Medicamento Quinta Edição. (Neonatal Guidelines and Drug Doses Fifth Edition) Cape Town Neonatal Consultancy Ltd. Disponível a partir de: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.neonatalguide>

<p>Terapia combinada com: Benzilpenicilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa) MAIS Metronidazol (por via intravenosa)</p>	<p>Benzilpenicilina - Pó para injeção: 600 mg (= 1 milhão de IU); 3 g (= 5 milhões de IU) (sal de sódio ou potássio) em frasco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100000 IU/kg/dose de 8 em 8 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 125000 IU/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 5 milhões de IU de 6 em 6 horas 	<p>5 - 10 dias, dependendo da resposta ao tratamento clínico e cirúrgico</p>
	<p>Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose uma vez por dia 	
	<p>Metronidazol - Injeção: 500 mg em frasco de 100 mL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 7,5 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 400 mg 12 em 12 horas 	
<p>Se a Benzilpenicilina (por via intravenosa) não estiver disponível, substituir com: Ampicilina (IV) Tratar com Gentamicina (por via intravenosa) MAIS Metronidazol (por via intravenosa), como acima.</p>	<p>Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração

Terapia combinada com: Ceftriaxona (por via intravenosa) MAIS Metronidazol (por via intravenosa)	Ceftriaxona- Pó para injeção: 250 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	5 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado (por exemplo, laparotomia, eliminação, reparação). Durações mais longas podem ser necessárias se o controlo da origem estiver atrasado
	Metronidazol - Injecção: 500 mg em frasco de 100 mL.	7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 400 mg 12 em 12 horas	
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa)	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco.	30 mg/kg/dose de amoxicilina de 8 em 8 horas, dose máxima 1,2 g de 8 em 8 horas	5 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado (por exemplo, laparotomia, eliminação, reparação). Durações mais longas podem ser necessárias se o controlo da origem estiver atrasado
Se a resposta ao tratamento for insatisfatória			
Terapia combinada com: Piperacilina/ tazobactama (por via intravenosa) MAIS Amicacina (por via intravenosa)	Piperacilina/ tazobactama em Pó para injeção: 2 g (sob a forma de sal de sódio) + 250 mg (sob a forma de sal de sódio); 4 g (sob a forma de sal de sódio) + 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco	100 mg/kg de componente/dose de piperacilina de 8 em 8 horas, dose máxima 4 g de componente de piperacilina de 8 em 8 horas	5 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado (por exemplo, laparotomia, eliminação, reparação). Durações mais longas podem ser necessárias se o controlo da origem estiver atrasado
	Amicacina- Injecção: 250 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	15 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 1,5 g	

Se a piperacilina-tazobactama (por via intravenosa) não estiver disponível ou em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Ciprofloxacina (por via intravenosa) MAIS Metronidazol (por via intravenosa) MAIS Amicacina (por via intravenosa)	Ciprofloxacina - Solução para infusão intravenosa: 2 mg/ mL (sob a forma de hclato) Metronidazol - Injecção: 500 mg em frasco de 100 mL. Amicacina- Injecção: 250 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	10 mg/kg/dose 8-12 horas, dose máxima de 400 mg 8-12 horas 7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 400 mg 12 em 12 horas 15 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 1,5 g	5 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado (por exemplo, laparotomia, eliminação, reparação). Durações mais longas podem ser necessárias se o controlo da origem estiver atrasado
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenha uma cultura do sangue antes de iniciar a terapia antibiótica. > Investigue a tuberculose como causa em áreas endémicas. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > A consulta com um cirurgião é frequentemente necessária em pacientes com infecções intra-abdominais complicadas. > Uma vez que o paciente esteja a melhorar clinicamente e a tolerar a alimentação oral, considere mudar para um antibiótico oral, como amoxicilina + ácido clavulânico. 			

Geniturinário

Infecção do Aparelho Urinário (IU)			
Definição clínica: A IU sem complicações é uma infecção limitada ao aparelho urinário inferior sem anomalias urológicas associadas. É mais visto em pessoas do sexo feminino com mais de 2 anos de idade. A IU complicada é uma infecção que envolve o parênquima renal (pielonefrite aguda) ou que está associada a anomalias congénitas subjacentes dos rins e do aparelho urinário. Diferenciar uma IU não complicada de uma complicada é muitas vezes inviável em recém-nascidos e bebés, e estas devem ser tratadas como se fossem IU complicadas. A IU pode resultar em morbidade significativa a curto prazo, incluindo choque séptico e insuficiência renal aguda, especialmente em bebés. Podem ocorrer danos renais permanentes em crianças com episódios recorrentes de pielonefrite. As etiologias comuns incluem Enterobactérias (<i>E.coli</i> , espécie <i>Klebsiella</i> , espécie <i>Proteus</i> , espécie <i>Enterobacter</i>) e espécie <i>Enterococcus</i> . Para IU em adolescentes grávidas, consulte as directrizes para adultos.			
Recém-nascidos (Tratar todas as IU em recém-nascidos como IU complicadas)			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração

Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 – 20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	10 - 14 dias ^A
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Se a via oral for adequada: Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral) OU Nitrofurantoína (por via oral)	Amoxicilina + ácido clavulânico - Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL; 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	10-15 mg/kg de componente/dose de amoxicilina de 8 em 8 horas, dose máxima 250 mg de componente de amoxicilina de 8 em 8 horas Se a formulação com 875 mg de amoxicilina + 125 mg de ácido clavulânico estiver disponível, esta pode ser prescrita duas vezes por dia para crianças com peso igual ou superior a 25 kg	IU não complicada: 5 –7 dias IU complicada: 10 dias
	Nitrofurantoína - Líquido oral: 25 mg/5 mL. Comprimido: 100 mg.	1 - 2 mg/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 100 mg de 12 em 12 horas	
Se a via oral não for adequada ou para IU complicada, tratar com: Ceftriaxona (por via intravenosa) OU Gentamicina (por via intravenosa)	Ceftriaxona- Pó para injeção: 250 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 1 g	
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.	5 - 7,5 mg/kg/dose uma vez por dia, dose máxima 360 mg	
Escolha alternativa de antibióticos, orientada pelos resultados da cultura, ou em caso de má resposta à escolha do antibiótico preferido			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração

Ciprofloxacina (por via oral para não complicada, por via intravenosa para IU complicada)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (sob a forma de cloridrato); Solução para infusão intravenosa: 2 mg/mL (sob a forma de hclato).	Terapia oral: 10-15 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, dose máxima 50 mg de 12 em 12 horas Terapia intravenosa: 10 mg/kg/dose 8-12 horas, dose máxima de 400 mg 8-12 horas	IU não complicada: 5 – 7 dias IU complicada: 7 dias
---	---	--	---

Princípios de Gestão:

- A. Após 5-7 dias, ou mais cedo, se houver uma boa resposta clínica ao tratamento, considere mudar para um antibiótico oral para completar uma duração total de tratamento de 10 dias. A selecção oral de antibióticos deve ser orientada pelos resultados da cultura da urina e da susceptibilidade aos antibióticos ou utilizar amoxicilina/ácido clavulânico se a cultura da urina não estiver disponível.
- > Evite a utilização de fluoroquinolonas sempre que possível.
 - > Não trate pacientes assintomáticos fora da gravidez.
 - > A escolha da via de terapia deve ser determinada pela capacidade de tolerar a terapia oral e/ou a presença de doença sistémica significativa.

Outras Notas:

- > Crianças com menos de 5 anos de idade com uma IU confirmada e crianças com IU recorrentes ou persistentes devem fazer uma ecografia dos rins, uretra e bexiga para detectar anomalias do aparelho urinário e/ou ser encaminhadas para um especialista para mais investigações.

Sífilis (incluindo a Sífilis Congénita)

Definição clínica: Infecção multiorgânica causada por *T. pallidum*. A infecção congénita é adquirida por transmissão vertical através da via transplacentária durante a gravidez. Os sinais que podem estar presentes no nascimento ou nos primeiros 3 meses de vida incluem icterícia, palidez, edema, erupção eritematosa maculopapular generalizada que pode descamar, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, rinite, pseudoparalesia de um ou mais membros. A sífilis adquirida é transmitida através do contacto sexual, incluindo o abuso sexual. Para o tratamento da sífilis em adolescentes grávidas, consulte as directrizes em separado.

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Para pacientes com infecção sintomática: Benzilpenicilina (por via intravenosa) ^A	Pó para injeção: 600 mg (= 1 milhão de IU); 3 g (= 5 milhões de IU) (sal de sódio ou potássio) em frasco.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50.000 unidades/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 – 28 dias: 50.000 unidades/kg/dose de 8 em 12 horas 	10 dias

Para pacientes com infecção assintomática e mãe seropositiva ou resultado desconhecido e mãe não foi tratada ou foi apenas parcialmente tratada durante a gravidez: Benzatina benzilpenicilina (IM) A	Pó para injeção: 900 mg de benzilpenicilina (= 1,2 milhões de IU) em frasco de 5 ml; 1,44 g de benzilpenicilina (= 2,4 milhões de IU) em frasco de 5 ml.	50.000 unidades/kg	Dose única
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	10 dias
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha preferencial de antibióticos para o diagnóstico tardio da sífilis congénita			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Benzilpenicilina (por via intravenosa) ^A	Pó para injeção: 600 mg (= 1 milhão de IU); 3 g (= 5 milhões de IU) (sal de sódio ou potássio) em frasco.	50.000 unidades/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 5 milhões de IU/kg/dose de 6 em 6 horas	10 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	10 dias
Para infecção adquirida, primária ou secundária da sífilis (não sífilis congénita)			
Benzatina benzilpenicilina (IM) A	Pó para injeção: 900 mg de benzilpenicilina (= 1,2 milhões de IU) em frasco de 5 ml; 1,44 g de benzilpenicilina (= 2,4 milhões de IU) em frasco de 5 ml.	50.000 unidades/kg/dose, dose máxima 2,4 milhões de unidades	3 doses em intervalos de 1 semana

Escolha(s) de antibióticos alternativos ou para alergia confirmada à penicilina			
<p>Crianças/adolescentes com menos de 12 anos de idade:</p> <p>Amoxicilina (por via oral)</p> <p>MAIS</p> <p>Probenecida (por via oral)</p> <p>Probenecida-Comprimidos: 500 mg (não incluído no MLEM da OMS)</p>	<p>Amoxicilina - Pó para líquido oral: 125 mg (sob a forma de trihidrato)/5 mL, 250 mg (sob a forma de trihidrato)/5 mL; forma de dosagem oral sólida: 250 mg, 500 mg (sob a forma de trihidrato)</p>	<p>1 g de 8 em 12 horas</p>	<p>Sífilis precoce: 14 dias</p> <p>Sífilis tardia/latente: 28 dias</p>
<p>Adolescentes a partir dos 12 anos de idade:</p> <p>Doxiciclina (por via oral)</p>	<p>Líquido oral: 25 mg/5 mL, 50 mg/5 mL (anidro); forma farmacêutica oral sólida: 50 mg, 100 mg (sob a forma de hiclato)</p>	<p>100 mg de 12 em 12 horas</p>	<p>Sífilis precoce: 14 dias</p> <p>Sífilis tardia/latente: 28 dias</p>
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Para sífilis congénita, é necessário um curso completo de 10 dias. Se o tratamento for interrompido por 1 dia (ou mais), reinicie o curso completo do tratamento de 10 dias. > Os bebés tratados para sífilis congénita devem ser acompanhados 3 meses após o tratamento inicial para repetir os testes serológicos não treponemais até que o teste se torne não reactivo. Se a diminuição do título serológico for inferior a 4 vezes, o curso do tratamento deve ser repetido. 			
<p>Outras Notas:</p> <p>A. Se a benzilpenicilina (por via intravenosa) ou benzilpenicilina benzatina (por via intramuscular) não estiver disponível, procure a opinião de especialistas em terapias alternativas (A eficácia da cefotaxima/ceftriaxona é incerta).</p> <ul style="list-style-type: none"> > A sífilis adquirida numa criança (não sexualmente activa) requer investigação por abuso de crianças. > Investigue e trate ambos os pais, se necessário e se ainda não tiverem sido diagnosticados e tratados. 			

Pele, Tecidos Moles, Osso e Articulações

Infecções da Pele e Tecidos Moles (incluindo Impetigo, Celulite, Abscessos)

Definição clínica: Infecções bacterianas da pele e dos tecidos moles subjacentes. Os patógenos bacterianos comuns incluem *S. aureus* ea espécie Streptococcus do Grupo A. Os anaeróbios podem desempenhar um papel em regiões específicas do corpo, incluindo o períneo.

Recém-nascido, Bebê, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Cloxacilina (por via intravenosa)	Cloxacilina - Pó para injeção: 500 mg (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-28 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ Mais de 28 dias: 25-50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas 	5 – 7 dias
Se Cloxacilina (por via intravenosa) não estiver disponível, utilize Cefazolina (por via intravenosa).	Cefazolina - Pó para injeção: 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 4 g 12 em 12 horas 	
Para bebês, crianças e adolescentes, mudar para terapia oral quando tolerado (Os recém-nascidos devem completar a terapia intravenosa):			
Flucloxacilina (por via oral)	Cápsulas: 500 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio)	25 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 500 mg 12 em 12 horas	5 – 7 dias <i>(Duração total do tratamento, incluindo terapia intravenosa)</i>
Escolha alternativa de antibióticos para bebês e crianças incapazes de engolir as cápsulas de Flucloxacilina:			
Cefalexina (por via oral)	Pó para reconstituição com água: 125 mg/5 mL; 250 mg/5 mL; Forma farmacêutica oral sólida: 250 mg (sob a forma de monoidrato)	25 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 1 g 12 em 12 horas	5 – 7 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica:			
Clindamicina (por via intravenosa/por via oral)	Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato). Cápsula: 150 mg (como cloridrato). Injeção: 150 mg (sob a forma de fosfato)/mL	6 mg/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 600 mg de 8 em 8 horas (por via intravenosa) ou 450 mg de 6 em 6 horas (por via oral)	5 – 7 dias

<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Se o abscesso puder ser incisado e drenado, retenha antibióticos para o abscesso padrão, sem complicações, numa pessoa que de outra forma estaria bem. > Se for indicada terapia antibiótica intravenosa, reveja diariamente o progresso do paciente para considerar a mudança de terapia intravenosa para oral.
<p>Outras Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Para pacientes com suspeita de mordidas de animais, avalie o risco de raiva e administre uma dose de reforço do tétano, se indicado. > Se houver suspeita de fascite necrotizante (especialmente se na área perineal), utilize ceftriaxona mais metronidazol mais clindamicina ou, alternativamente, amoxicilina/ácido clavulânico mais clindamicina (clindamicina incluída para suprimir a produção de toxinas), e obtenha aconselhamento especializado urgente sobre a gestão cirúrgica.

Tétano			
Definição clínica: Infecção causada por <i>C. tetani</i> caracterizada pelo início agudo de rigidez muscular e contracções musculares.			
Recém-nascido, Bebê, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Metronidazol (por via intravenosa)	Injeção: 500 mg em frasco de 100 mL.	<ul style="list-style-type: none"> o Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 7,5 mg/kg/dose de 12 em 12 horas o 8 dias de idade e mais velhos: 7,5 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 400 mg 12 em 12 horas 	10 dias
Escolha de antibióticos alternativos			
Benzilpenicilina (por via intravenosa)	Pó para injeção: 600 mg (= 1 milhão de IU); 3 g (= 5 milhões de IU) (sal de sódio ou potássio) em frasco.	25.000 IU/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 5 milhões de IU/kg/dose de 6 em 6 horas	10 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > nenhuns 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Administre também Imunoglobulina Humana do Tétano (por via intramuscular): recém-nascidos 500 IU, crianças 2000 IU, adultos 3000-6000 IU. > São necessários cuidados com as feridas e cuidados no desbridamento/cordão umbilical. > Administre uma dose de reforço da vacina contra o tétano (não necessária em pacientes imunizados que receberam uma dose de reforço nos últimos 5 anos). 			

Osteomielite Aguda e Artrite Séptica

Definição clínica:

Osteomielite aguda: Infecção óssea que geralmente começa na metáfise dos ossos longos como resultado da deposição hematogénica de organismos após uma bacteremia transitória. A infecção pode alastrar através da epífise até à articulação resultando em artrite séptica. Os organismos causadores comuns variam de acordo com a idade: recém-nascidos - *S. aureus*, streptococcus do grupo B, organismos Gram negativos incluindo *E. coli*; bebês e crianças - *S. aureus*, *H. influenzae*, streptococcus do grupo A, *S. pneumoniae*. A anemia falciforme está associada a infecções ósseas causadas por espécies de *Salmonella* e *S. pneumoniae*.

Artrite séptica: Pode ocorrer como resultado de deposição hematogénica na sinóvia durante a bacteremia transitória ou como parte de septicemia generalizada e pode envolver mais do que uma articulação. Os organismos causadores comuns variam de acordo com a idade: recém-nascidos - *S. aureus*, streptococcus do grupo B, *E. coli*; bebês/crianças - *S. aureus*, *H. influenzae*, streptococcus do grupo A, e *S. pneumoniae*.

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 – 20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	4 – 6 semanas
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Terapia combinada com: Cloxacilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	<p>Cloxacilina - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco.</p> <p>Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-28 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ Mais de 28 dias: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas ○ 4 mg/kg/dose uma vez por dia 	4 – 6 semanas

Se Cloxacilina (por via intravenosa) não estiver disponível, substitua por: Cefazolina (por via intravenosa) Terapia combinada com: Cefazolina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Cefazolina - Pó para injeção: 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas 	4 – 6 semanas
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose uma vez por dia 	
Bebé, Criança e Adolescente			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Terapia combinada com: Ampicilina (IV) MAIS Cloxacilina (por via intravenosa)	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	4 – 6 semanas
	Cloxacilina- Pó para injeção: 500 mg (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 6 em 6 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	
Se a Cloxacilina (por via intravenosa) não estiver disponível, trate com: Cefazolina (por via intravenosa) (isoladamente)	Pó para injeção: 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg/dose 8 em 8 horas, dose máxima 4 g 12 em 12 horas	4 – 6 semanas
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	4 – 6 semanas
Para pacientes com anemia falciforme (recomenda-se cobertura gram-negativa empírica)			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas	4 – 6 semanas
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			

<p>Se o paciente não tem histórico de hipersensibilidade/ anafilaxia imediata às penicilinas, trate com: Ceftriaxona (por via intravenosa)</p>	<p>Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<p>50 mg/kg/dose 12 em 12 horas, dose máxima 2 g 12 em 12 horas</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
<p>Se o paciente tem um histórico de hipersensibilidade/ anafilaxia imediata às penicilinas, trate com: Clindamicina (por via intravenosa/por via oral) MAIS Ciprofloxacina (por via intravenosa/por via oral)</p>	<p>Clindamicina - Injeção: 150 mg (sob a forma de fosfato)/mL.</p>	<p>6 mg/kg/dose de 6 em 6 horas, dose máxima 600 mg de 8 em 8 horas (por via intravenosa) ou 450 mg de 6 em 6 horas (por via oral)</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
	<p>Ciprofloxacina - Solução para infusão intravenosa: 2 mg/ mL (sob a forma de hclato); Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)</p>	<p>10 mg/kg/dose de 8-12 em 8-12 horas, dose máxima 400 mg de 8-12 em 8-12 horas (por via intravenosa); 15 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, dose máxima 500 mg de 12 em 12 horas (por via oral)</p>	
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Não administre antibióticos empíricos para infecções crônicas dos ossos e articulações. Em vez disso, realize biópsias de ossos e tecidos e trate com terapia dirigida. > Inicie o tratamento antibiótico intravenoso imediatamente à medida que o diagnóstico é feito e que se recolhem amostras de sangue e pus, se disponíveis. > Ajuste a terapia antibiótica com base nos resultados da cultura e AST, se disponíveis, ou se a resposta clínica ao tratamento antibiótico for insatisfatória. > Continue com os antibióticos intravenosos até que haja evidência de boa resposta clínica e os marcadores laboratoriais de infecção melhorem, e então considere mudar para a antibioticoterapia oral se uma opção oral apropriada estiver disponível. Se a cultura não estiver disponível, considere a terapia empírica descendente (“step-down”) para antimicrobianos orais com amoxicilina/ácido flavulânico, cefalexina, ou flucloxacilina. 			
<p>Outras Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Procure consultar um especialista em ortopedia e considere a drenagem cirúrgica > Se a infecção for causada por <i>S. aureus</i> resistente à cloxacilina (MRSA), substitua a cloxacilina por vancomicina 15 mg/kg/dose de 6 em 6 horas por via intravenosa. 			

Corrente sanguínea

Septicemia no Recém-Nascido			
<p>Definição clínica: Invasão do sangue por bactérias ou outros microrganismos antes ou depois do nascimento que se podem espalhar para envolver outros órgãos/sistemas, por exemplo, meninges (meningite), pulmões (pneumonia), ossos (osteomielite) e rins (pielonefrite). Os sintomas podem ser variáveis e não específicos. Os patógenos bacterianos comuns incluem streptococcus do Grupo B, <i>S. aureus</i>, <i>Enterococcus</i>, organismos Gram-negativos incluindo Enterobactérias (como <i>E. coli</i>, <i>K. pneumoniae</i>, <i>Enterobacter</i> e <i>Serratia</i>) e <i>Acinetobacter</i> e <i>Pseudomonas</i>. Os dois últimos são mais frequentemente associados a hospitais, e variam dependendo do ambiente hospitalar local. <i>L. monocytogenes</i>, embora seja um patógeno neonatal reconhecido, é menos comum.</p>			
Início de vida (Menos de 48 horas de idade)			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Terapia combinada com: Ampicilina (IV) MAIS Gentamicina (por via intravenosa) ^A	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	5 - 7 dias ou conforme determinado pela avaliação clínica e resultados laboratoriais/microbiológicos
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose uma vez por dia 	
Para pacientes que não respondem à terapia			

<p>Terapia combinada com:</p> <p>Cefotaxima (por via intravenosa)^B</p> <p>MAIS</p> <p>Ampicilina (IV)</p>	<p>Cefotaxima- Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	<p>5 - 7 dias ou conforme determinado pela avaliação clínica e resultados laboratoriais/microbiológicos</p>
<p>Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 		
<p>Tardio (48 horas de idade e mais velhos)</p>			
<p>Escolha de antibióticos preferidos</p>			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
<p>Terapia combinada com:</p> <p>Cefotaxima (por via intravenosa)^B</p> <p>MAIS</p> <p>Ampicilina (IV)</p>	<p>Cefotaxima- Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	<p>5 - 7 dias ou conforme determinado pela avaliação clínica e resultados laboratoriais/microbiológicos</p>
<p>Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 		

Para pacientes que não respondem à terapia ou guiados por resultados laboratoriais/microbiológicos ou em unidades de saúde com altas taxas de patógenos gram-negativos multirresistentes adquiridos em hospitais			
Se houver suspeita ou confirmação de meningite: Meropeném (por via intravenosa)	Meropeném - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de trihidrato); 1 g (sob a forma de trihidrato) em frasco	40 mg/kg/dose de 8 em 12 horas	Se a meningite for confirmada: 14 -21 dias
Se a meningite for excluída ou considerada improvável: Piperacilina/tazobactama (por via intravenosa) MAIS	Piperacilina/tazobactama - Pó para injeção: 2 g (sob a forma de sal de sódio) + 250 mg (sob a forma de sal de sódio); 4 g (sob a forma de sal de sódio) + 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas 	7 – 10 dias
Amicacina (por via intravenosa) ^A	Amicacina - Pó para injeção: 100 mg; 500 mg; 1 g (sob a forma de sulfato) em frasco.	15 mg/kg/dose uma vez por dia	
<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > A seleção empírica de antibióticos deve ser orientada pelos padrões locais de susceptibilidade aos antibióticos, onde houver dados disponíveis. Na ausência de dados locais, siga as diretrizes acima descritas. > Se um organismo for cultivado e estiverem disponíveis testes de susceptibilidade a antibióticos, a mudança para um antibiótico de espectro mais restrito deve ser considerada em discussão com um especialista e/ou microbiologista clínico. > A duração da terapia deve ser determinada pelos resultados clínicos e laboratoriais e pela resposta clínica. 			
<p>Outras Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Ao tratar com gentamicina ou amicacina, realize testes de função renal e monitorização de medicamentos terapêuticos, quando disponíveis. B. Se a cefotaxima não estiver disponível, utilize ceftriaxona 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas em recém-nascidos (em combinação com benzilpenicilina ou ampicilina) excepto em recém-nascidos com icterícia e recém-nascidos que recebem fluidos intravenosos contendo cálcio. <p>> Considere a adição de vancomicina em pacientes que não respondem ao tratamento ou se há suspeita de infecção estafilocócica resistente.</p>			

**Possível Infecção Bacteriana Grave em bebês com menos de 3 meses de idade
(Adquirida pela Comunidade)**

Definição clínica: Um recém-nascido ou um bebê jovem que esteja gravemente doente e para o qual seja necessária uma avaliação diagnóstica urgente para uma possível infecção bacteriana grave, incluindo meningite, pneumonia, infecção do aparelho urinário e infecção da corrente sanguínea, sendo adequado um tratamento empírico urgente com antibióticos de largo espectro. Em bebês com mais de 3 meses de idade, crianças e adolescentes, a escolha da terapia de antibióticos empírica deve ser guiada pela apresentação clínica e orientada para o(s) sistema(s) orgânico(s) mais provável(is) envolvido(s) e guiado(s) pela secção relevante desta directriz. Se a apresentação clínica não for específica, utilize as recomendações empíricas de antibióticos para o bebê (28 - 90 dias de idade) abaixo.

Recém-nascido

Escolha de antibióticos preferidos

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração ^A
Terapia combinada com: Cefotaxima (por via intravenosa) ^B MAIS Ampicilina (IV)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 ou 500 mg por frasco (como sal de sódio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-20 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 21 dias e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	7 – 10 dias
	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 100 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	

Se a meningite for excluída ou considerada improvável

<p>Terapia combinada com:</p> <p>Ampicilina (IV) MAIS Cloxacilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)</p>	<p>Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 100 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 100 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	7 – 10 dias
	<p>Cloxacilina - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8-28 dias: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas ○ Mais de 28 dias: 50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas 	
	<p>Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose uma vez por dia 	
<p>Se Cloxacilina (por via intravenosa) não estiver disponível, substitua por:</p> <p>Cefazolina (por via intravenosa)</p> <p>Trate em combinação com Ampicilina (por via intravenosa) e Gentamicina (por via intravenosa), como acima.</p>	<p>Cefazolina - Pó para injeção: 1 g (sob a forma de sal de sódio) em frasco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primeira semana de vida (7 dias ou menos): 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas ○ 8 dias de idade e mais velhos: 50 mg/kg/dose de 8 em 12 horas 	
Bebé			
Escolha de antibióticos preferidos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração ^A

Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas	7 – 10 dias
Se a meningite for excluída ou considerada improvável			
Terapia combinada com: Ampicilina (IV) MAIS Cloxacilina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa) ^c	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg, 1 g (como sal de sódio) em frasco	50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas	7 – 10 dias
	Cloxacilina - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	50 mg/kg/dose de 6 em 12 horas	
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.	5-7,5 mg/kg uma vez por dia	
<p>Princípios de Gestão:</p> <p>A. A duração da terapia de antibióticos depende da confirmação de um foco de infecção bacteriana (por exemplo, meningite, infecção do aparelho respiratório inferior, IU, osteomielite/artrite séptica, infecção da corrente sanguínea) e da resposta clínica ao tratamento. Consulte as secções relevantes sobre infecções específicas nesta directriz. Se não houver foco de infecção aparente clinicamente ou confirmado em testes laboratoriais/microbiológicos, continue com os antibióticos intravenosos até haver uma boa resposta clínica e os marcadores laboratoriais de infecção melhorarem (geralmente menos de uma semana)</p> <p>> Reconsidere a escolha do antibiótico, visando a monoterapia sempre que possível, quando os resultados das culturas e testes de susceptibilidade aos antibióticos estiverem disponíveis ou se a criança não melhorar.</p>			
<p>Outras Notas:</p> <p>B. Se a cefotaxima não estiver disponível, utilize ceftriaxona 50 mg/kg/dose de 12 em 12 horas em recém-nascidos (em combinação com benzilpenicilina ou ampicilina) excepto em recém-nascidos com icterícia e recém-nascidos que recebem fluidos intravenosos contendo cálcio.</p> <p>C. Ao tratar com gentamicina, realize testes de função renal e monitorização de medicamentos terapêuticos, quando disponíveis.</p> <p>> A administração precoce de antibióticos de largo espectro é crítica em pacientes que apresentam septicemia.</p>			

Parte 6. Tratamentos Antibióticos Recomendados para Infecções e Síndromes Bacterianas Comuns em Pacientes Adultos

Sistema Nervoso Central

Meningite Bacteriana Aguda (Adquirida pela Comunidade)			
Definição clínica: Inflamação de meninges e espaço subaracnóideo. Os sintomas comuns incluem dor de cabeça, febre, pescoço rígido, consciência reduzida. As principais causas de meningite bacteriana incluem <i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>L. monocytogenes</i> .			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g de 12 em 12 horas	Se a cultura for negativa: 10 dias. Em caso de infecção comprovada por <i>S. pneumoniae</i> : 14 dias
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 6 em 12 horas	
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Ampicilina (IV)	Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	3 g de 6 em 12 horas	10 dias, ou se confirmado <i>L. monocytogenes</i> : 3 semanas
Benzilpenicilina (por via intravenosa)	Pó para injeção: 600 mg; 3 g (sal de sódio ou potássio) em frasco	4 MU a cada 4 horas	10 dias
Cloranfenicol (por via intravenosa) ^A	Pó para injeção: 1 g (sob a forma de succinato de sódio) em frasco	1 g de 6 em 12 horas	10 dias
Em caso de alergia não grave à penicilina			
Ceftriaxona	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g de 12 em 12 horas	Se a cultura for negativa: 10 dias. Em caso de infecção comprovada por <i>S. pneumoniae</i> : 14 dias
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 6 em 12 horas	
Em caso de alergia grave à Penicilina			

Moxifloxacina (por via intravenosa, por via oral)	Comprimido: 400 mg ou 100 mg (dispersível); Solução injectável: 400 mg/250 mL ¹⁵	400 mg uma vez por dia.	Se a cultura for negativa: 10 dias. Em caso de infecção comprovada por <i>S. pneumoniae</i> : 14 dias
<p>Princípios de Gestão:</p> <p>A. O cloranfenicol não é preferível e só deve ser utilizado se outros antibióticos listados não estiverem disponíveis.</p> <p>> A meningite aguda pode ser causada por uma série de patógenos, alguns dos quais não são bactérias. O diagnóstico microbiológico, incluindo a cultura bacteriana a partir do LCR e do sangue, deve ser obtido o mais rapidamente possível para confirmar a etiologia.</p> <p>> Em apresentações de natureza subaguda ou crónica, considere testes diagnósticos para meningite tuberculosa, particularmente em áreas endémicas de VIH.</p>			
<p>Outras Notas:</p> <p>> Adicione ampicilina em situações de surtos confirmados de Listeria e para pacientes em alto risco de Listeria, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Pacientes com mais 50 anos de idade > Pacientes imunodeprimidos - cancro, transplante, etc. > Pacientes com alcoolismo, cirrose, etc. > Mulheres grávidas 			

Cabeça, Olho, Orelha, Nariz e Garganta

Otite Aguda Média			
Definição clínica: Infecção aguda e inflamação do ouvido médio. Os sintomas comuns incluem dor de ouvido e dificuldade de audição. As etiologias bacterianas comuns incluem <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. aureus</i> , Streptococcus sp. <i>Grupo A</i> .			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral)	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg de 8 em 12 horas	5 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s) ^A			

¹⁵ Medscape. *Drugs and Diseases*. Obtido a 27 de Janeiro de 2021. Obtido a partir de: <https://reference.medscape.com/>

Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg de componente de amoxicilina a cada 12 horas	5 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina (por via oral)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
Princípios de Gestão:			
A. Se o paciente recebeu antibióticos no mês passado, utilize amoxicilina-ácido clavulânico em vez de amoxicilina.			
Outras Notas:			
> Nenhum			

Abscesso Dentário (incluindo Gengivite)

Definição clínica: Infecções dentárias das cavidades, gengivite e periodontite. Os sintomas comuns incluem dor intensa, sensibilidade dentária e inflamação da face e gengiva. A maioria das infecções são polimicrobianas e incluem bactérias anaeróbias.

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina-Ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg componente de amoxicilina a cada 8 horas	3 dias se o controlo da origem for adequado, ou 5 dias se não for
Fenoximetilpenicilina (penicilina V) (por via oral)	Pó para líquido oral: 250 mg (sob a forma de sal de potássio)/5 mL; Comprimido: 250 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg de 6 em 12 horas	3 dias se o controlo da origem for adequado, ou 5 dias se não for
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Terapia combinada com: Azitromicina (por via oral)	Azitromicina - Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg de 6 em 12 horas	5 dias
MAIS Metronidazol (por via oral)	Metronidazol - Líquido oral: 200 mg (como benzoato)/5 mL; Comprimido: 200 mg a 500 mg	400 mg de 8 em 12 horas	

Princípios de Gestão:

- > O abscesso dentário requer drenagem cirúrgica, não apenas antibióticos.
- > Se o abscesso for drenado e o paciente estiver a melhorar, considere parar os antibióticos após 3 dias de tratamento.
- > Embora a gengivite seja um factor de risco para o abscesso dentário, apenas a gengivite necrotizante aguda deve ser tratada com antibióticos.
- > Para a gengivite sem necrose ou abscesso, não trate com antibióticos.

Outras Notas:

- > Para a gengivite necrotizante aguda:
 - Trate com clindamicina [Dosagem: Cápsula: 150 mg (sob a forma de cloridrato); Injecção: 150 mg (como fosfato)/mL; Líquido oral: 75 mg/5 mL (sob a forma de palmitato)] durante 3 dias.
 - Para casos de gengivite necrotizante aguda associada à subnutrição, trate com vitaminas.

Faringotonsilite Bacteriana (incluindo estreptocócica e difteria)

Definição clínica: Infecção que causa inflamação aguda da parede faríngea e amígdalas causada por várias classes de *S. pyogenes* ou *C. diphtheriae* (difteria). Os sintomas comuns incluem dor de garganta; febre baixa; e inflamação das amígdalas, úvula, gânglios linfáticos, região submandibular e pescoço.

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração ¹⁶
Fenoximetilpenicilina (penicilina V) (por via oral)	Pó para líquido oral: 250 mg (sob a forma de sal de potássio)/5 mL; Comprimido: 250 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg de 6 em 12 horas	5 dias
Amoxicilina (por via oral)	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg de 8 em 12 horas	5 dias

Em caso de confirmada alergia grave à penicilina ou contra-indicação médica

Azitromicina (por via oral)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
-----------------------------	---	----------------	--------

Princípios de Gestão:

- > 85% ou mais dos casos de faringotonsilite são virais. A maior parte dos casos de faringotonsilite em adultos deve ser gerida com vigilância de espera e alívio sintomático. Os antibióticos não devem ser considerados a menos que haja um diagnóstico confirmado de *Streptococcus* do grupo A.

Outras Notas:

- > Se conclusões clínicas ou contexto epidemiológico sugerirem difteria, trate com difteria antitoxina além de penicilina ou macrólido.

¹⁶ Casey, J. R., Pichichero, M.E. (2005). Metaanalysis of Short Course Antibiotic Treatment for Group A Streptococcal Tonsillopharyngitis. *The Pediatric Infectious Disease Journal*; 24(10): 909-917.

Cardíaco

Endocardite Infecciosa			
Endocardite nativa da válvula			
Definição clínica: Os sintomas podem ser variáveis e não específicos. Etiologias comuns incluem <i>S. aureus</i> ^A e espécies estreptocócicas e enterocócicas.			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Terapia combinada com: Benzilpenicilina (penicilina G, por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Pó para injeção: 600 mg; 3 g (sal de sódio ou potássio) em frasco	5 MU a cada 6 horas	28 dias
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	3 mg/kg diários	14 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Terapia combinada com: Ampicilina (IV) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g de 4 em 12 horas	28 dias
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	3 mg/kg diários	14 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Vancomicina (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg (sob a forma de cloridrato) em frasco	20 mg/kg a cada 12 horas	6 semanas
Infecção da válvula prostética ou do pacemaker			
Definição clínica: Infecção associada à inserção ou presença de válvula prostética, pacemaker ou desfibrilador implantado. Etiologias comuns incluem <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , e outras espécies estafilocócicas.			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração

Terapia combinada com: Vancomicina (por via intravenosa)	Vancomicina - Pó para injeção: 250 mg (sob a forma de cloridrato) em frasco	Dose de carga: 25 - 30 mg/kg seguido de dose de manutenção: 10 - 15 mg/kg	6 semanas
MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	3 mg/kg diários	2 semanas
MAIS Rifampicina (por via oral)	Rifampicina - Líquido oral: 20 mg/mL; Dosagem farmacêutica oral sólida: 150 mg; 300 mg	7,5 mg/kg a cada 12 horas	6 semanas
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Para casos suspeitos de endocardite infecciosa, 3 culturas do sangue devem ser obtidas em sucessão rápida de 3 locais anatómicos dentro de 6 horas antes da administração da terapia antibiótica. > Aproximadamente 10% dos casos de endocardite são negativos em termos de cultura. A razão mais comum é o recebimento de antibióticos antes das culturas de sangue. É verdade que a endocardite negativa à cultura sugere infecção por um organismo fastidioso, e inclui <i>Bartonella</i> sp., <i>Coxiella burnetti</i> (Febre Q) e <i>Brucella</i> sp, cada uma delas associada a factores de risco específicos. Discuta as opções de investigação e tratamento com o seu laboratório de patologia local. 			
Outras Notas:			
A. Se houver factores de risco para <i>S. aureus</i> (por exemplo, o paciente é um utilizador de medicamentos intravenosos, se a vegetação é muito grande ou se o paciente tem sintomas acelerados rapidamente), adicione cloxacilina.			

Respiratório

Bronquite Aguda			
Definição clínica: Inflamação das vias respiratórias superiores devido a infecção viral ou irritantes.			
A bronquite aguda é uma infecção viral e NÃO deve ser tratada com antibióticos.			
Exacerbação Aguda de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas (DPOC)			
Definição clínica: Agravamento agudo ou subagudo da dispneia (maior ou igual a 5 numa escala visual análoga que varia de 0 a 10) por vezes mas não necessariamente acompanhado de um aumento da tosse, do volume da expectoração e/ou da purulência da expectoração.			
Escolha(s) preferida(s) de antibiótico(s) - Doença ligeira a moderada			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração

Amoxicilina (por via oral)	Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg de 8 em 12 horas	5 dias
Doxiciclina (por via oral)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; 50 mg/5 mL (anidro); Forma farmacêutica oral sólida: 50 mg; 100 mg (sob a forma de hclato)	200 mg STAT, depois 100 mg a cada 12 horas	5 dias
Escolha(s) preferida(s) de antibiótico(s) - Doença grave			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg de componente de amoxicilina a cada 8 horas	5 dias
Em caso de alergia confirmada a medicamentos ou contra-indicação médica em doenças graves			
Azitromicina	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Até 50% das exacerbações agudas relacionadas com infecções são virais. Biomarcadores como a proteína C reactiva (CRP) e a procalcitonina (PCT) podem desempenhar um papel na diferenciação, quando disponíveis. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Exacerbações da DPOC são frequentemente não-infecciosas e requerem optimização da gestão terapêutica não-antimicrobial. 			

Pneumonia Adquirida na Comunidade (CAP) Ligeira a Moderada em Pacientes Ambulatórios

Definição clínica: Pneumonia com início em pacientes não internados no hospital. A gravidade da doença de ligeira a moderada é tratada em regime ambulatorio. (Para CAP grave (pontuação CURB >2), ver abaixo)

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Amoxicilina (por via oral)	Amoxicilina - Pó para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosagem oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	1 g de 8 em 12 horas	5 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Doxiciclina (por via oral)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; 50 mg/5 mL (anidro); Forma farmacêutica oral sólida: 50 mg; 100 mg (sob a forma de hiclato)	100 mg de 12 em 12 horas	5 dias
Em pacientes com comorbidades graves (Alcoolismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, aspiração testemunhada que está a progredir após 24 - 48 horas, etc.)			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg componente de amoxicilina a cada 8 horas	5 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Azitromicina (por via oral) ^A	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
Princípios de Gestão:			
<p>A. Os macrólidos devem ser evitados em países com altas taxas de resistência aos macrólidos em <i>S. pneumoniae</i> e devem ser reservados para o tratamento de pacientes com alergia à penicilina.</p> <p>> As fluoroquinolonas devem ser evitadas, particularmente em países endêmicos de tuberculose.</p>			
Outras Notas:			
<p>> Uma cultura ao sangue é preferida à expectoração se o paciente for internado no hospital.</p> <p>> Se não houver azitromicina ou outro macrólido disponível, trate com uma quinolona como moxifloxacina ou levofloxacina.</p>			

Pneumonia Adquirida na Comunidade Grave para Pacientes Hospitalizados			
Definição clínica: A doença grave é definida como pontuação CURB-65 superior a dois e requer hospitalização ¹⁷ .			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
T e r a p i a combinada com: Ceftriaxona (por via intravenosa/ por via intramuscular) OU Cefotaxima (por via intravenosa/ por via intramuscular) MAIS Claritromicina OU Azitromicina (por via oral)	Ceftriaxona- Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g diárias	5 dias
	Cefotaxima - Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 8 em 12 horas	5 dias
	Claritromicina - Forma farmacêutica oral sólida: 500 mg; Pó para líquido oral: 125 mg/5 mL; 250 mg/5 mL; Pó para injeção: 500 mg no frasco	500 mg por via oral a cada 12 horas	5 dias
	Azitromicina - Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	5 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Moxifloxacina (por via intravenosa/por via oral)	Comprimido: 400 mg; Comprimido (dispersível): 100 mg; Solução injectável: 400 mg/250 mL ³	400 mg diárias	5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenha uma cultura do sangue antes de iniciar a terapia antibiótica. > Se disponível, realize um teste de antigénio urinário de legionella - um resultado positivo permitirá a paragem da b-lactama e a extensão da azitromicina até um mínimo de 7 dias para tratar a <i>L. pneumophila</i> > Em áreas com tuberculose endémica elevada, avalie pacientes com febre e tosse com ou sem sintomas constitucionais (anorexia, perda de peso, suores noturnos) para a doença de tuberculose activa. > A doxiciclina pode ser utilizada no lugar de um macrólido, se não estiver disponível. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > nenhuns 			

17 Jones, B.E., Jones, J.J., Bewick, T., Lim, W.S., Aronsky, D., Brown, S.M., Boersma, W.G., et al. (2011). CURB-65 Pneumonia Severity Assessment Adapted for Electronic Decision Support. CHEST; 140(1):150-63.

Pneumonia (Nosocomial) Adquirida no Hospital (HAP)			
Definição clínica: Pneumonia com início pelo menos 48 horas após a admissão no hospital, excluindo pneumonia adquirida por ventilação mecânica. A HAP de início precoce é definida como o início dentro de 5 dias após a admissão. Etiologias comuns de HAP de início precoce incluem <i>S. Pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> , e bacilos gram-negativos entéricos. A HAP de início tardio é definida como o início após 5 dias após a admissão; as etiologias comuns incluem <i>E. coli</i> , <i>S. marcescens</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>A. baumannii</i> , <i>P. aeruginosa</i> , e <i>Enterobacter</i> .			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Para instalações com baixo nível de resistência a antibióticos ou onde a resistência é desconhecida e/ou para pacientes não transferidos de instalações com alta resistência:			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g diárias	8 dias
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 8 em 12 horas	8 dias
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa)	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco.	1 g de componente de amoxicilina a cada 8 horas	8 dias
Para instalações com alta resistência Gram-negativa e/ou para pacientes com factores de risco de resistência:			
Piperacilina-tazobactama (por via intravenosa)	Pó para injeção: 2 g (sob a forma de sal de sódio) + 250 mg (sob a forma de sal de sódio); 4 g (sob a forma de sal de sódio) + 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco	4,5 g de 8 em 12 horas	7 - 14 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Ertapeném	Pó para injeção: 1 g/frasco ³	1 g diárias	7 – 14 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Moxifloxacina (por via oral)	Comprimido: 400 mg; Comprimido (dispersível): 100 mg	400 mg diárias	7 – 14 dias

Princípios de Gestão:

- > A escolha empírica de antibióticos para HAP deve ser informada pelos perfis de resistência locais no seu hospital/unidade.
- > Recomenda-se a obtenção de culturas de sangue e de expectoração antes de iniciar o tratamento com antibióticos.
- > Mudança de antibióticos intravenosos para o oral quando o paciente conseguir tolerar medicação oral e assim que os sinais e sintomas de infecção estejam a melhorar (por exemplo, melhoria da contagem de glóbulos brancos clínica e laboratorial).

Outras Notas:

- > Se existirem factores de risco de infecção por *Pseudomonas*, aumente a frequência de dosagem de piperacilina-tazobactama para a cada 6 horas e utilize um carbapenema de segunda geração (por exemplo, meropeném ou imipeném) em vez de ertapeném.

Gastrointestinal

Doença Diarreica Invasiva Aguda (Disenteria)

Definição clínica: Infecção aguda frequentemente causada por bactérias resultando em diarreia com sangue, muitas vezes com febre e dor abdominal associadas. As etiologias bacterianas incluem *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, *E. coli* enteroinvasiva e enterohemorrágica, e espécies de *Salmonella* não-tifóides. A disenteria também pode ser causada pelo patógeno protozoário, *Entamoeba histolytica*.

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	500 mg de 12 em 12 horas	3 dias

Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)

Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	1 g de 12 em 12 horas	5 dias
Azitromicina (por via oral)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias

Para casos graves ou aqueles que progridem apesar da ciprofloxacina, acrescente a cobertura de *Entamoeba*:

Metronidazol (por via oral)	Injeção: 500 mg em frasco de 100 ml; Líquido oral: 200 mg (sob forma de benzoato)/5 mL; Supositório: 500 mg; 1 g; Comprimido: 200 mg a 500 mg	800 mg stat seguido de 400 mg a cada 8 horas	7 dias
-----------------------------	---	--	--------

Princípios de Gestão:

- > A diarreia infecciosa sem sangue é geralmente causada por vírus e não deve ser tratada empiricamente com antibióticos, mas sim com cuidados de apoio e reidratação.
- > Envie amostra de fezes para cultura e sensibilidade antes de iniciar a terapia de antibiótico.

Outras Notas:

- > Em pacientes com VIH avançado e contagem de CD4 <100 células/mm³, considere colite por citomegalovírus (CMV)

Infecções Intra-Abdominais Complicadas (cIAI)

Definição clínica: Inflamação interna do tracto gastrointestinal que se estende para o espaço peritoneal

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração ¹⁸	
Se ligeira a moderada:				
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa/por via oral)	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco; Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	875 mg de componente de amoxicilina a cada 8 horas	4 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado e a condição clínica estiver a melhorar. Caso contrário, a duração dependerá dos progressos clínicos e radiológicos, geridos em conjunto com os cirurgiões.	
Se grave:				
Terapia combinada com: Cefotaxima (por via intravenosa)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 8 em 12 horas		
MAIS Metronidazol (por via intravenosa)	Metronidazol - Injeção: 500 mg em frasco de 100 mL	500 mg de 6 em 12 horas		
Terapia combinada com: Ampicilina (IV)	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	200 mg/kg a cada 4 horas		
MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.	1 mg/kg a cada 8 horas		
MAIS Metronidazol (por via intravenosa)	Metronidazol - Injeção: 500 mg em frasco de 100 mL	500 mg de 6 em 12 horas		

¹⁸ Sawyer, R. G., Claridge, J. A., Nathens, A. B., Rotstein, O. D., Duane, T. M., Evans, H.L., et al. (2015). Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection. *The New England Journal of Medicine*. 372: 1996-2005.

Se adquirida no hospital numa instalação onde a resistência foi documentada, considere:			
Piperacilina-tazobactama	Pó para injeção: 2 g (sob a forma de sal de sódio) + 250 mg (sob a forma de sal de sódio); 4 g (sob a forma de sal de sódio) + 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco	4,5 g de 6 em 12 horas	4 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado e a condição clínica estiver a melhorar. Caso contrário, a duração dependerá dos progressos clínicos e radiológicos, geridos em conjunto com os cirurgiões.
Escolha de antibióticos alternativos			
Meropeném	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de trihidrato); 1 g (sob a forma de trihidrato) em frasco	1 g de 8 em 12 horas	4 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado e a condição clínica estiver a melhorar. Caso contrário, a duração dependerá dos progressos clínicos e radiológicos, geridos em conjunto com os cirurgiões.
Em caso de alergia confirmada à penicilina ou contra-indicação médica			
Terapia combinada com: Clindamicina (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa) OU Ciprofloxacina (por via intravenosa)	Clindamicina - Injeção: 150 mg (sob a forma de fosfato)/mL	20 mg/kg/dia divididos a cada 6 a 8 horas	4 dias se o controlo da origem tiver sido alcançado e a condição clínica estiver a melhorar. Caso contrário, a duração dependerá dos progressos clínicos e radiológicos, geridos em conjunto com os cirurgiões.
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL.	1 mg/kg a cada 8 horas	
	Ciprofloxacina - Solução para infusão intravenosa: 2 mg/ mL (sob a forma de hclato)	500 mg de 12 em 12 horas	
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenha uma cultura do sangue antes de iniciar qualquer nova terapia antibiótica. > A quebra da mucosa do tracto gastrointestinal é um factor de risco de infecção por candida, que deve ser considerado se o controlo da origem e o tratamento antibiótico não estiverem a induzir uma resposta. > Investigue para tuberculose em áreas endémicas. 			

Outras Notas:

- > A cIAI é frequentemente uma infecção difícil de tratar e requer uma estreita colaboração com os colegas cirúrgicos para a sua gestão, uma vez que o controlo da origem é um aspecto chave da gestão.

Febre Tifóide/Entérica

Definição clínica: Doença sistémica devida ao serotipo *S. enterica* Typhi ou Paratyphi, frequentemente adquirido por ingestão de alimentos ou água contaminados. Febre alta e diarreia ou obstipação são comuns apresentando sintomas.

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
-------------	------------	---------	---------

Para casos não complicados de fora do Sul da Ásia ou Paquistão (baixos níveis de resistência a quinolonas):

Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	500 mg de 12 em 12 horas	Para casos ligeiros: 7 dias Para casos graves: 10 dias
-------------------------------	--	--------------------------	---

Para casos não complicados do Sul da Ásia ou Paquistão (níveis elevados de resistência a quinolonas):

Azitromicina (por via oral)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
-----------------------------	---	----------------	--------

Para casos complicados, se o paciente for incapaz de tomar medicação oral, ou em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica:

Ceftriaxona (por via intravenosa, com retirada gradual para ciprofloxacina ou azitromicina, dependendo da resistência à fluoroquinolona)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g diárias	Para casos ligeiros: 7 dias Para casos graves: 10 dias
--	--	-------------	---

Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)

Cefixima (por via oral)	Cápsula ou comprimido: 200 mg; 400 mg (sob a forma de trihidrato); Pó para líquido oral: 100 mg/5 mL	100 mg de 12 em 12 horas	Para casos ligeiros: 7 dias Para casos graves: 10 dias
-------------------------	--	--------------------------	---

Princípios de Gestão:

- > Obtenha uma cultura do sangue antes de iniciar a terapia antibiótica.

Outras Notas:

- > Os pacientes que adquirem *S. Typhi* do Paquistão que têm infecção complicada e grave devem ser considerados para meropeném empírico devido ao surto contínuo de XDR-*S. Typhi*.
- > O tempo médio para a redução da febre é de 5 dias.

Geniturinário

Prostatite Ligeira a Moderada Aguda Sem Complicações

Definição clínica: Os sintomas comuns incluem febre, calafrios, mal-estar, mialgia, dor pélvica, disúria e urina turva. Em pacientes mais jovens, as etiologias comuns incluem *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*. Em pacientes mais velhos, as etiologias comuns incluem espécies de *Enterobacteriaceae*.

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	500 mg de 12 em 12 horas	10 – 14 dias

Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)

Azitromicina	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diárias	3 dias
--------------	---	----------------	--------

Princípios de Gestão:

- > nenhuns

Outras Notas:

- > Em homens sexualmente activos, o tratamento sintomático para gonorreia e clamídia deve ser adicionado, de acordo com o protocolo nacional.

Infecção do Aparelho Urinário Sem Complicações (IU)

Definição clínica: Infecção da bexiga e do aparelho urinário inferior. Os sintomas incluem urgência, disúria e frequência de micção. As IU são mais comuns nas mulheres do que nos homens. Frequentemente causadas pelas enterobactérias, *E. coli* e *K. pneumoniae*

Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Nitrofurantoína (por via oral)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; Comprimido: 100 mg.	50 mg de 6 em 12 horas	5 dias

Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potássio).	500 mg de componente de amoxicilina a cada 12 horas	5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > O tratamento com quinolonas deve ser evitado. > Não trate pacientes com bacteriúria assintomática excepto durante a gravidez e considere nas pessoas submetidas à biópsia do tracto geniturinário. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > nenhuns 			

Pielonefrite Aguda

Definição clínica: Infeção bacteriana do rim comumente presente em mulheres de 18 – 40 anos. Os sintomas comuns incluem febre alta, calafrios ou rigores, sensibilidade costovertebral e dor no flanco. As etiologias comuns incluem as enterobactérias, *E. coli*, *K. pneumoniae*, e *P. mirabilis*. *P. aeruginosae* *Enterococcus* são causas menos comuns.

Escolha(s) preferida(s) de antibióticos para casos ligeiros-moderados

Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Ciprofloxacina (por via oral)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anidro); Comprimido: 250 mg (como cloridrato)	500 mg de 12 em 12 horas	7 dias
Para casos graves, considere:			
Gentamicina (por via intravenosa)	Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	5 mg/kg diários	7 dias
Amicacina (por via intravenosa)	Injeção: 250 mg (sob a forma de sulfato)/mL em frasco de 2 mL	15 mg/kg diários	7 dias
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	1 g diárias	7 dias
Cefotaxima (por via intravenosa)	Cefotaxima- Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	1 g de 8 em 12 horas	7 dias

Princípios de Gestão:
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenha urina e hemoculturas para identificação bacteriana e realizar testes de susceptibilidade antimicrobiana (AST) antes de iniciar a terapia antibiótica. > Se estiver a tratar a infecção por <i>Pseudomonas</i> com ciprofloxacina, aumente a dose para 750 mg e trate de 12 em 12 horas.
Outras Notas:
<ul style="list-style-type: none"> > Evite o tratamento com aminoglicosídeos em pacientes com problemas renais.

Pele, Tecidos Moles, Osso e Articulações

Infecções de Pele e Tecidos Moles (SSTI)			
Definição clínica: Infecções bacterianas da pele e tecidos moles subjacentes, incluindo celulite e abscesso.			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Cloxacilina (por via oral)	Cápsula: 500 mg; 1 g (sob a forma de sal de sódio); Pó para líquido oral: 125 mg (como sal de sódio)/5 mL	250 mg de 6 em 12 horas	5 dias
Escolhas de antibióticos alternativos:			
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via oral) <i>Utilizado para pacientes com mordidas de animais^A.</i>	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31,25 mg de ácido clavulânico/5 mL E 250 mg de amoxicilina + 62,5 mg de ácido clavulânico/5 mL; Comprimido: 500 mg (sob a forma de trihidrato) + 125 mg (sob a forma de sal de potássio)	500 mg de componente de amoxicilina a cada 8 horas	5 dias
Cefalexina (por via oral)	Pó para reconstituição com água: 125 mg/5 mL; 250 mg/5 mL (anidro); Forma farmacêutica oral sólida: 250 mg (sob a forma de monidrato)	500 mg de 6 em 12 horas	5 dias
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Clindamicina (por via oral)	Cápsula: 150 mg (como cloridrato); Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato)	300 mg de 8 em 12 horas	5 dias

Princípios de Gestão:
<ul style="list-style-type: none"> > Retenha antibióticos para um abscesso padrão, sem complicações, numa pessoa que de outra forma estaria bem, se o abscesso puder ser incisado e drenado. > Se for clinicamente indicada terapia antibiótica intravenosa, reveja o progresso do paciente no terceiro dia do tratamento para considerar a mudança de terapia intravenosa para oral.
Outras Notas:
A. Para pacientes com suspeita de mordidas de animais, avalie o risco de Raiva e considere a administração de um reforço do tétano.

Osteomielite Aguda e Artrite Séptica			
Definição clínica: A osteomielite aguda é uma infecção óssea com sintomas que duram dias ou algumas semanas, geralmente causada por <i>S. aureus</i> sensível ou resistente à meticilina. Etiologias comuns da artrite séptica incluem as espécies <i>N. gonorrhoea</i> , <i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus</i> e bacilos gram-negativos.			
Escolha(s) antibiótica(s) preferida(s)			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
Para o tratamento empírico da osteomielite aguda ou artrite séptica:			
Cloxacilina (por via intravenosa)	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco.	2 g de 6 em 12 horas	4 – 6 semanas
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	1 g diárias	4 – 6 semanas
Cefotaxima (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg por frasco (sob a forma de sal de sódio)	2 g de 8 em 12 horas	
Amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa)	Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco	1 g de componente de amoxicilina a cada 8 horas	
Para o tratamento da artrite séptica monoarticular com risco de DST			
Ceftriaxona (por via intravenosa)	Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	1 g diárias	2 semanas
Em caso de alergia a medicamentos confirmada ou contra-indicação médica			
Clindamicina (por via intravenosa)	Clindamicina - Injeção: 150 mg (como fosfato)/ml; Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato)	600 mg de 8 em 12 horas	2 semanas

<p>Princípios de Gestão:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Não administre antibióticos empíricos para infecções crônicas dos ossos e articulações. Em vez disso, realize biópsias de ossos e tecidos e trate com terapia dirigida. > Para a artrite séptica, faça uma cultura articular antes de administrar a terapia antibiótica e consulte um cirurgião ortopédico para avaliação. > Se o paciente não puder tomar antibióticos orais, comece com antibióticos administrados por via intravenosa e mude para terapia oral assim que o paciente for capaz de tomar antibióticos por via oral.
<p>Outras Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> > É necessária a drenagem adequada do líquido purulento das articulações, além da terapia antibiótica para a artrite séptica.

Corrente sanguínea

Septicemia e Choque Séptico			
<p>Definição clínica: A septicemia é uma disfunção orgânica que ameaça a vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. O choque séptico é a septicemia que requer terapia vasopressora para manter a tensão arterial. A escolha do(s) antibiótico(s) empírico(s) irá depender da fonte provável de infecção (ver infecções individuais). A orientação dada aqui, refere-se à septicemia/choque séptico onde não é imediatamente identificável qualquer fonte de infecção.</p>			
Escolha(s) de antibiótico(s) preferida(s) quando não é identificada qualquer fonte e/ou é adquirida na comunidade com baixo risco de bactérias resistentes aos medicamentos			
Medicamento	Formulação	Dosagem	Duração
T e r a p i a c o m b i n a d a c o m : Ampicilina (IV) OU Amoxicilina - ácido clavulânico (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Ampicilina - Pó para injeção: 500 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	200 mg/kg a cada 4 horas	10 dias
	Amoxicilina - ácido clavulânico - Pó para injeção: 500 mg (sob a forma de sódio) + 100 mg (sob a forma de sal de potássio); 1000 mg (sob a forma de sódio) + 200 mg (sob a forma de sal de potássio) em frasco	1 g de componente de amoxicilina a cada 8 horas	10 dias
	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/ mL em frasco de 2 mL.	2 mg/kg a cada 12 horas	5 dias
Escolha(s) antibiótica(s) alternativa(s)			

Terapia combinada com;	Ceftriaxona- Pó para injeção: 250 mg; 1 g (como sal de sódio) em frasco	2 g diárias	10 dias
Ceftriaxona (por via intravenosa) MAIS Gentamicina (por via intravenosa)	Gentamicina - Injeção: 10 mg; 40 mg (sob a forma de sulfato)/ml em frasco de 2 ml.	2 mg/kg a cada 12 horas	5 dias
Escolha(s) de antibiótico(s) preferida(s) quando não é identificada qualquer fonte e é adquirida nos hospitais com elevado risco de bactérias resistentes aos medicamentos			
Medicamento	Formulação ¹	Dosagem	Duração
Terapia combinada com Piperacilina-tazobactama (por via intravenosa) MAIS Amicacina (por via intravenosa)	Piperacilina-tazobactama - Pó para injeção: 2 g (sob a forma de sal de sódio) + 250 mg (sob a forma de sal de sódio); 4 g (sob a forma de sal de sódio) + 500 mg (sob a forma de sal de sódio) em frasco Amicacina- Injeção: 250 mg (sob a forma de sulfato)/ml em frasco de 2 ml	4,5 g de 6 em 12 horas 15 mg/kg diários	10 dias 5 dias
Princípios de Gestão:			
<ul style="list-style-type: none"> > Se a fonte primária da septicemia for definida, altere a duração do tratamento de acordo com a duração sugerida para as infecções individuais. 			
Outras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > A administração precoce de antibióticos de largo espectro é crítica em pacientes que apresentam septicemia. > A amicacina tem melhor cobertura para betalactamase de espectro alargado do que a gentamicina. 			



Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700
Fax: +251-11-5 517844 Website: www.africa-union.org

www.au.int     