

Fluxograma para prescrição de Antimicrobianos PA/UPAs Joinville

Considerando o novo cenário da pandemia COVID-19, na qual as UPAs estão atuando como hospital de campanha;

Considerando as boas práticas de prescrição de antimicrobianos;

Considerando o aumento no surgimento de bactérias multirresistentes;

Considerando a otimização de recursos em um momento de escassez dos mesmos;

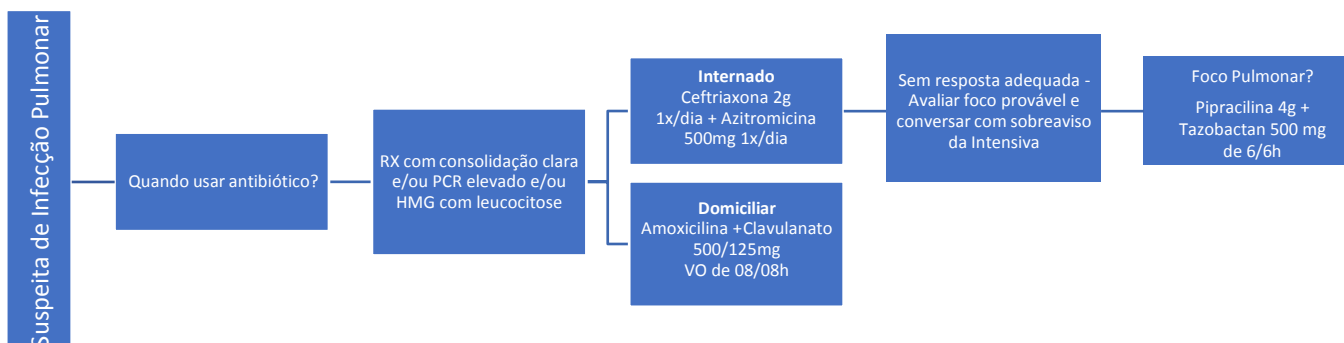
E considerando as **7 Regras de Ouro para Prescrição de antimicrobianos**:

1. Menor espectro possível principalmente nas terapias iniciais;
2. Guiada por resultados microbiológicos, sempre que possível;
3. Indicação de uso baseada em evidência científica;
4. Dose apropriada, de acordo com sítio e tipo de infecção;
5. Minimizar a duração da terapia antimicrobiana e não se nortear em números mágicos, o tempo de uso deve ser guiado pela clínica e por exames laboratoriais (hemograma e PCR), lembrando sempre que a clínica é imperativa. De forma geral, a maioria das infecções são resolvidas em torno de 5 a 7 dias de terapia bem conduzida;
6. Reavaliação do paciente 48h após o início da terapia antimicrobiana;
7. Ajuste de antimicrobiano (após as 24 horas iniciais – onde a dose deve ser *full*) pelo Clearance de Creatinina.
8. Idealmente o uso de antibiótico deve ser precedido de coleta de culturas, no entanto se não existe disponibilidade no serviço, a prescrição do antibiótico não deve ser atrasada.

Implementamos o **FLUXOGRAMA PARA GUIAR AS PRESCRIÇÕES DOS ANTIMICROBIANOS DOS PACIENTES INTERNADOS NOS ATUAIS HOSPITAIS DE CAMPANHA DE JOINVILLE.**

Para utilização dos antimicrobianos que constam neste Fluxograma, o prescritor deverá preencher o Formulário que consta ao final deste documento.

1. PARA BRONCOPNEUMONIA

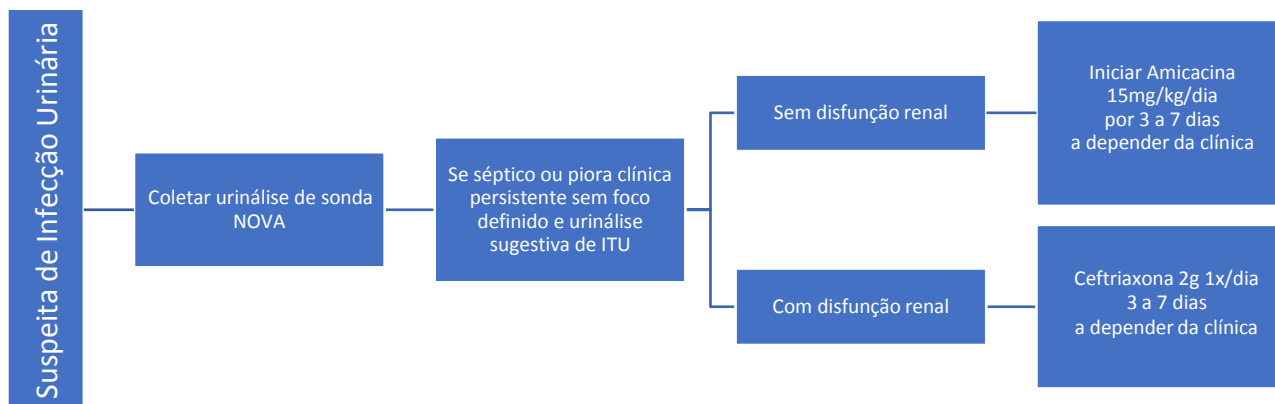


Legenda: RX = raios-X; PCR = Dosagem de proteína C reativa; HMG = Hemograma.

Considerações:

- Pacientes com COVID nem sempre apresentam infecção bacteriana associada, portanto sempre considerar valor de PCR / RX e Hemograma antes de iniciar antibiótico empírico. Independente de necessidade de ventilação mecânica ou dessaturação.
- Se necessidade de antibiótico, INDEPENDENTE do uso prévio de antibiótico, iniciar com Ceftriaxona + Azitromicina (injetáveis).
- Se internação hospitalar há menos de 30 dias com uso de antibiótico durante internação – APÓS discussão com sobreaviso **avaliar** escalonamento de antibiótico.
- Se não houver **melhora clínica** do paciente após 72h do início da medicação, com aumento do PCR e/ou leucitose com desvio escalonado, **avaliar** em conjunto com o intensivista aumento de espectro antimicrobiano.

2. PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO



Legenda: ITU = infecção de trato urinário.

Considerações:

- SEMPRE coletar urina de sonda NOVA, independente do tempo de passagem de SVD (sonda vesical de demora). Após 05 dias de uso, as SVD estarão 100% colonizadas/biofilme, portanto sem valor diagnóstico o material coletado através dessa sonda.
- Paciente com urocultura positiva assintomático, ou sem sinais clínicos de infecção, considerar bacteriúria assintomática, e portanto NÃO TRATAR (tratar apenas se paciente for gestante).
- Lembrar que Ceftriaxona tem ótimo espectro para cobertura de ITU, portanto, em paciente em vigência de Ceftriaxona considerar que já está sendo tratado de possível quadro urinário

Dra. Priscila Gabriella Cararo Merlos
 Médica Infectologista
 CRM 17290 / RQE 12590

Justificativa para Prescrição Antimicrobianos PA/UPAs

O completo preenchimento deste documento com letra legível é imprescindível para a dispensação do medicamento.

Nome do Paciente: _____

Diagnóstico/CID: _____

Medicamento requisitado	Critérios de uso
<input type="checkbox"/> Amicacina 250 mg/mL EV Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____	<input type="checkbox"/> ITU, sem disfunção renal <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona sódica 1 g EV Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____	<input type="checkbox"/> 1ª escolha meningites <input type="checkbox"/> 1ª escolha broncopneumonia <input type="checkbox"/> 1ª escolha ITU , com disfunção renal <input type="checkbox"/> 2ª escolha ITU , sem disfunção renal <input type="checkbox"/> uso com notificação compulsória, nº SINAN _____ <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Azitromicina 500 mg EV Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____	<input type="checkbox"/> 1ª escolha broncopneumonia <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Piperacilina 4g + Tazobactam 500 mg EV Dose: _____ Intervalo: _____ Duração: _____	<input type="checkbox"/> broncopneumonia não responsiva à associação de Ceftriaxona + Azitromicina, com provável foco pulmonar <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____ <i>Liberação de uso pelo médico (intensivista ou sobreaviso UTI):</i> <i>Dr. _____</i> <i>Na data ____/____/____, horário: ____:____</i>

Alergia conhecida a algum antimicrobiano? Sim Não

Qual(is): _____

Uso de outros antimicrobianos anteriormente? Sim Não

Qual(is): _____

Assinatura e Carimbo do médico requisitante

Data

Estes medicamentos são fornecidos SOMENTE para uso interno, não sendo fornecidos para atendimento ambulatorial.