

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Profilaxia Anti-Infecciosa e Manejo de Neutropenia Febril e Infecções em Onco-Hematologia e Transplante Autólogo de Células- Tronco Hematopoéticas no Paciente Adulto

Versão: 1 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E ONCOLOGIA

LEONARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

ELABORAÇÃO

Leonardo Rodrigues de Oliveira, Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia
Rodrigo Juliano Molina, Setor de Gestão da Qualidade

ANÁLISE

Leonardo Rodrigues de Oliveira, Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados
Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado
Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 11/4/2025

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UHHO.001

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados ® 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Este protocolo visa normatizar e padronizar a profilaxia anti-infecciosa e manejo de neutropenia febril e infecções em Onco-Hematologia e Transplante Autólogo de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) nos âmbitos hospitalar e ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

2. PROFILAXIA ANTI-INFECCIOSA

As profilaxias primárias anti-infecciosas previstas para os principais cânceres hematológicos e cenários de terapia são delineadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1: Profilaxias primárias anti-infecciosas para os principais cenários de cânceres hematológicos.

| CENÁRIO PROFILAXIA PRIMÁRIA | LMA/SMD em quimioterapia mieloablativa | LLA em todas as fases de tratamento Linfomas agressivos tratados por protocolos LLA-like | TCTH autólogo | Mieloma múltiplo | Anemia aplástica em terapia imunossupressora | Linfomas em QT (não tratados por esquema LLA-like) | Outros cenários em LMA em QT paliativa, AA/SMD não tratados por imunossupressão/QT, MM fora de tratamento |
|------------------------------------|--|--|--|---|--|---|--|
| | Antiviral anti-herpética | Durante QT (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster). Manter por 3-6 meses após fim do tratamento | Durante QT (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster). Manter por 3-6 meses após fim do tratamento | Início em QT mieloablativa com manutenção durante todo procedimento com manutenção até 6-9 meses após procedimento (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster). Manter por 3-6 meses após procedimento | Durante QT (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster). Manter durante toda terapia com inibidores de proteassoma | QT de imunossupressão (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster) até recuperação de neutrófilos | Durante QT (aciclovir 200 mg 12/12h VO se antecedente ou reativação prévia de herpes simples ou 400 mg 12/12h VO se antecedente de ou reativação prévia de herpes zoster). Manter por 3-6 meses após fim do tratamento |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|-----|
| Prevenção da reativação do vírus da hepatite B | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Pacientes com AgHBs ou anti-HBC total reagentes, entecavir (0,5 mg/dia) ou tenofovir (25 mg/dia) por 12 meses se carga viral > 2000 UI/ml ou lamivudina (150mg/dia) se carga viral < 2000 UI/ml | Não |
| Antibacteriana | Durante QT até recuperação de neutrófilos nas fases de indução e consolidação (amoxicilina 500 mg 8/8h VO) | Não | Início com instalação de neutropenia grave até recuperação de neutrófilos (amoxicilina 500 mg 8/8h VO ou Piperacilina-Tazobactam 4 g - 0,5 g 8/8h EV se mucosite grave) | Não | QT de imunossupressão (amoxicilina 500 mg 8/8h VO) até recuperação de neutrófilos | Não | Não |
| Anti- <i>Pneumocystis jirovecii</i> | Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO | Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO | Suspensão com o início de QT mieloablativa e reinício após recuperação de neutrófilos (Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO) | Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO | Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO | Sulfametoxazol-Trimetropina 400-80 mg/dia VO | Não |
| Antifúngica (leveduras) | Não | Fluconazol 150 mg 12/12h VO se corticoterapia em altas doses e | Início com instalação de neutropenia grave até recuperação de neutrófilos (fluconazol 150 mg | Não | Fluconazol 150 mg VO 12/12h se corticoterapia em altas doses e | Não | Não |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|---------------|
| | | prolongada | 12/12h VO com início na QT de indução até recuperação de neutrófilos) | | prolongada | | |
| Antifúngica (filamentosos) | Durante QT até recuperação de neutrófilos (+ 7 dias) nas fases de indução e de consolidação (voriconazol 200 mg/dia VO ou itraconazol 200 mg 12/12h VO) | Não | Não | Não | Não | Não | Não |
| Antiparasitária | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Ivermectina em dose única 6-15mg VO seguido de albendazol 400 mg/dia/5 dias VO | Não se aplica |

Fonte: Dos autores. Observações:

1. Se mucosite grave (graus III ou IV) considerar para a profilaxia a transição da via oral para via intravenosa
2. Recuperação de neutrófilos $> 500/\text{mm}^3$
3. Considerar profilaxias mediante o uso específico de drogas relacionadas a riscos específicos (ex.: bortezomibe e profilaxia antiviral)

Legenda: LMA/LLA/SMD – Leucemia Mieloide Aguda/Leucemia Linfóide Aguda/Síndrome Mielodisplásica; QT – Quimioterapia; VO – Via Oral; EV – Endovenoso; TCTH - Transplante Autólogo de Células-Tronco Hematopoéticas

3. MANEJO DA NEUTROPENIA FEBRIL (NF) PÓS-QUIMIOTERAPIA

A NF será definida como temperatura axilar superior a 37,8°C ou entre 37,5-37,8°C por mais de uma hora. Os cuidados iniciais deverão ser instituídos de forma precoce e ágil (tempo para diagnóstico de NF, propedêutica diagnóstica e início de antimicrobianos inferior a 60 minutos), sendo, por isto, a NF considerada urgência oncológica. Pacientes neutropênicos sem febre na vigência de sinais suspeitos, sugestivos ou compatíveis com infecções deverão ser tratados como pacientes com NF.

Os pacientes com NF podem ser classificados em baixo risco e alto risco. Pacientes de alto risco consistem naqueles cuja previsão de neutropenia seja maior que sete dias e a neutropenia seja profunda ($< 100/\text{mm}^3$) e/ou pacientes portadores de disfunções orgânicas graves ou sinais ou sintomas clínicos como (1) hipotensão arterial, (2) pneumonia, (3) dor abdominal de início recente ou (4) alterações neurológicas. Os pacientes submetidos a TCTH e à quimioterapia de leucemias agudas serão considerados sempre como de alto risco. Os pacientes de baixo risco serão considerados aqueles com previsão de neutropenia menor que sete dias, sem disfunções orgânicas ou com disfunções orgânicas compensadas.

O risco da neutropenia em paciente com câncer deverá ser avaliado por meio do escore MASCC (*Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk*) que pontua de acordo com as seguintes variáveis apresentadas em tabela 2.

Tabela 2: Escore MASSC

| Variável | Pontuação |
|---|-----------|
| Extensão dos sintomas | |
| <i>Sem sintomas ou pouco sintomático</i> | 5 |
| <i>Moderado</i> | 3 |
| <i>Grave</i> | 0 |
| PA sistólica $> 90\text{mmHg}$ | 5 |
| Ausência de DPOC | 4 |
| Tumor sólido ou neoplasia hematológica sem infecção fúngica invasiva prévia | 4 |
| Ausência de desidratação | 3 |
| Perfil ambulatorial | 3 |
| Idade < 60 anos | 2 |

Fonte: Klastersky J, et al. *J Clin Oncol*. 2000;18(16):3038-51.

Legenda: PA – pressão arterial; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Os pacientes com NF com pontuação menor que 21 são classificados como de baixo risco e os pacientes com NF com pontuação entre 22-26 são classificados como de alto risco, estes últimos devendo ser tratados em ambiente hospitalar. Uma vez que estabelecido o diagnóstico de NF, imediatamente será iniciada a terapia antimicrobiana de amplo espectro, idealmente após a coleta de exames de culturas. Mediante a previsão de ocorrência de atraso ou constatado o atraso da coleta de amostras biológicas para exames microbiológicos, terapia antibacteriana deverá ser iniciada imediatamente. São exames microbiológicos propostos para pacientes admitidos por NF:

- Hemoculturas para bactérias e fungos;
 - Urocultura;
 - Cultura de secreções (*swabs*, abscessos, fezes e outras), se possível; e,
 - Cultura de sangue de cateter venoso profundo (cateter duplo-lúmen siliconizado implantáveis ou semi-implantáveis).
- ✓ Os seguintes exames de imagem deverão ser realizados:
- Radiografia de tórax;
 - Tomografia, de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Tomografias de tórax e de seios paranasais sempre deverão ser realizadas considerando-se a suspeita de infecção fúngica ou terapia antifúngica empírica; e,
 - Demais exames de acordo com sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

O regime antimicrobiano empírico inicial deve contemplar toxicidade mínima, atividade bactericida e atividade anti-*Pseudomonas*. Consistem opções a serem empregadas como terapia antimicrobiana inicial na NF as apresentadas em tabela 3.

Tabela 3: Terapia antimicrobiana inicial para pacientes com NF

| <i>Terapia antimicrobiana inicial</i> | <i>Posologia</i> |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Cefepime | 2 g 8/8h EV |
| Piperacilina + Tazobactam | 4 g + 0,5 g 6/6h EV |
| Ceftazidima + Amicacina | 1-2 g 8/8h EV 1g EV uma vez ao dia |
| Levofloxacina | 500 mg 12/12h EV |

Fonte: Dos autores.

A modificação do esquema antimicrobiano empírico inicial deve ser norteadas por dados clínicos (persistência de febre, deterioração clínica e ocorrência de disfunções orgânicas), microbiológicos (culturas, pesquisa direta de agentes infecciosos e seus produtos) e/ou imagenológicos (tomografias). Nesse contexto, especial consideração será dada à introdução de esquemas antimicrobianos compostos por carbapenêmicos, glicopeptídeos e/ou antifúngicos (tabela 4). É necessário ressaltar que o tempo médio para defervescência de febre em pacientes neutropênicos febris é de cinco dias.

Tabela 4: Carbapenêmicos e posologia na NF

| <i>Carbapenêmicos</i> | <i>Posologia</i> |
|--------------------------|------------------|
| Imipenem (+ Cilastatina) | 500 mg 6/6h EV |
| Meropenem | 1 g 8/8h EV |

Fonte: Dos autores.

O uso profilático de quinolonas não implica em modificações no esquema empírico de antimicrobianos na NF. Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) não devem fazer parte da escolha empírica inicial pelo risco de seleção de cepas resistentes, risco de emergência de

enterococos resistentes e por não demonstrar nenhum benefício em relação à mortalidade e ao tempo para resolução da febre. A persistência de febre após 48-72 horas por si não é indicação da introdução de glicopeptídeos. Todavia, deverão ser considerados em situações específicas como:

- Sepses grave ou choque séptico;
- Evidências de bacteremia ou suspeita de infecções relacionadas a cateter venoso profundo;
- Evidência radiológica de pneumonia;
- Evidências de infecção de pele ou partes moles;
- Isolamento de bactérias gram-positivas resistentes particularmente *Staphylococcus aureus* meticilino-resistentes (MRSA) ou estreptococos resistentes a penicilina;
- Mucosite grau III ou IV;
- Profilaxia atual com quinolona.

Vide tabela 5.

Tabela 5: Glicopeptídeos e posologia na NF

| <i>Glicopeptídeos</i> | <i>Posologia</i> |
|------------------------------|--|
| Vancomicina | 30 mg/kg EV (dose de ataque) seguida de 15-20 mg/kg EV 12/12h (dose máxima de 2g por dose) se função renal (Clearance de creatinina ou TFG - taxa de filtração glomerular) maior que 50 ml/min |
| Teicoplanina | 400 mg (6mg/Kg) 12/12h (3 doses) 400 mg/dia a partir da 4ª dose |

Fonte: Dos autores.

Se houver mucosite gastrointestinal grave associada à dor abdominal de início agudo em que se suspeita tiflites ou enterocolite neutropênica, avaliação por tomografia de abdome será conduzida. Especificamente para esta condição, os esquemas de antimicrobianos estão sugeridos em tabela 6.

Tabela 6: Terapia antibacteriana na enterocolite neutropênica

| <i>Antimicrobianos para mucosite gastrointestinal grave ou enterocolite neutropênica</i> | |
|---|------------------------------|
| Terapia | Posologia |
| Piperacilina e Tazobactam | 4 g + 0,5 g 6/6h EV |
| Cefepime + Metronidazol | 2 g 8/8h EV + 500 mg 8/8h EV |
| Imipenem | 500 mg 6/6h EV |

Fonte: Dos autores.

Modificações na terapia antimicrobiana inicial serão consideradas em pacientes infectados por germes multirresistentes devendo-se reconhecer como situações de risco (1) a ocorrência de infecções prévias, (2) a colonização por bactérias multirresistentes e (3) surtos de infecções por esses germes na instituição. São grupos de bactérias como perfil de sensibilidade antimicrobiana específica.

- *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) → considerar glicopeptídeos
- Enterococos resistente à vancomicina (VRE) → considerar linezolida
- Enterobactérias produtoras de betalactamases de espectro estendido (ESBL) → considerar carbapenêmicos
- *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC) → considerar polimixina B e em caso de infecção do trato urinário (ITU) usar Polimixina E.

Persistindo a febre após 72-96 horas do início da terapia antimicrobiana, novas amostras de sangue, urina e outras líquidos orgânicos deverão ser coletas para exames de culturas.

As infecções fúngicas implicam em elevada morbimortalidade no paciente com câncer hematológico. Febre persistente ou recorrente a despeito de terapia antibacteriana em pacientes com neutropenia com duração superior a sete dias ou neutropenia com perspectivas de se prolongar além de sete dias, infecção por fungos do gênero *Candida sp* e fungos filamentosos são causas potenciais da febre. Se fluconazol está em uso, é recomendado o início de terapia antifúngica empírica com espectro ativo para espécies de *Candida sp* resistentes a fluconazol (*Candida glabrata* e *Candida kruzei*) e fungos filamentosos. Ainda, a instituição de conjunto de medidas diagnósticas, incluindo tomografias de seios paranasais e tórax, culturas e dosagem sérica seriada de galactomanana (terapia preemptiva) devem ser aplicadas.

A terapia preemptiva será considerada quando as evidências sorológicas ou os achados tomográficos sugestivos de infecção fúngica se fizerem presentes a despeito de outros sinais clínicos decorrentes da infecção. Recomendação:

- Monitorização periódica de galactomanana sérica (2-3 vezes/semana); e,
 - Avaliação por tomografia computadorizada de tórax e seios paranasais para pacientes com febre persistente ou recorrente, independente da presença de sinais e sintomas respiratórios.
- ✓ Para a terapia antifúngica empírica, considerar as opções terapêuticas dispostas em tabela 7.

Tabela 7: Considerações para terapia antifúngica empírica na NF

| Antifúngicos | Condição |
|---|--|
| Fluconazol | Terapia antifúngica quando são consideradas espécies de <i>Candida sp</i> sensíveis ao fluconazol |
| Anfotericina Voriconazol Equinocandinas | Terapia antifúngica se considerar risco de infecção por (1) espécie de <i>Candida sp</i> resistentes ao fluconazol ou (2) fungos filamentosos |
| Anfotericina Equinocandinas | Terapia antifúngica se considerar risco de infecção por (1) espécies de <i>Candida sp</i> resistentes ao fluconazol ou (2) fungos filamentosos em pacientes com uso profilático de voriconazol |

Fonte: Dos autores.

Em situações de infecção fúngica confirmada ou de alta probabilidade, as recomendações estão apresentadas em tabela 8.

Tabela 8: Terapia antifúngica e tempo de tratamento para infecções fúngicas na NF

| Infecção fúngica | Terapia antifúngica | Tempo de tratamento |
|-------------------------|--|--|
| Aspergilose invasiva | Voriconazol 200 mg 12/12h VO | 6-12 semanas |
| | Anfotericina B lipossomal (3 a 5 mg/kg/dia), 1x/dia EV | 2-6 semanas |
| | Anfotericina B desoxicolato (1 mg/kg/dia), 1x/dia EV no máximo 50 mg dia | 2-6 semanas |
| Candidíase invasiva | Fluconazol 800 mg (dose de ataque) seguido de 200-400 mg 12/12h EV Anfotericina B lipossomal (3-5 mg/kg/dia), 1x/dia EV Anfotericina B desoxicolato (1 mg/kg/dia), 1x/dia EV no máximo 50 mg dia Equinocandina (se profilaxia com fluconazol prévia (maior risco de <i>C. glabrata</i> ou <i>C. krusei</i>) ou paciente instável | Pelo menos 14 dias, após hemocultura sem crescimento (colher culturas sequenciais) e resolução dos sintomas e sinais de candidemia |
| Fusariose | Anfotericina B lipossomal (3-5 mg/kg/dia), 1x/dia EV | 14 dias |
| | Anfotericina B desoxicolato (1 mg/kg/dia), 1x/dia EV no máximo 50 mg dia | 14 dias |
| | Voriconazol 200 mg 12/12h VO | 28 dias |
| Mucormicose | Anfotericina B lipossomal (5-10 mg/kg/dia), 1x/dia EV e desbridamento cirúrgico da(s) lesão(ões) com margem de segurança Anfotericina B desoxicolato (1 mg/kg/dia), 1x/dia EV e desbridamento cirúrgico da(s) lesão(ões) com margem de segurança | 3-6 semanas, seguido por terapia de consolidação/manutenção com anfotericina B lipossomal (3-5 mg/kg) EV ou anfotericina B desoxicolato (1 mg/Kg) EV, 3 vezes por semana por 6 semanas até 6 meses, a depender da remissão de sinais e sintomas, regressão das alterações de exames de imagem e recuperação completa da imunossupressão. |

Fonte: Dos autores.

Diante de confirmação diagnóstica de infecção fúngica, os antifúngicos poderão ser solicitados via Programa de Micose Sistêmicas do Ministério da Saúde. Uma ficha específica poderá ser solicitada na Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do HC-UFTM. O médico assistente fará o seu preenchimento adequado e encaminhará ao infectologista da CCIRAS que será responsável por enviar ao Programa e acompanhar a logística da entrega da medicação. O tratamento seguirá as recomendações do Programa de

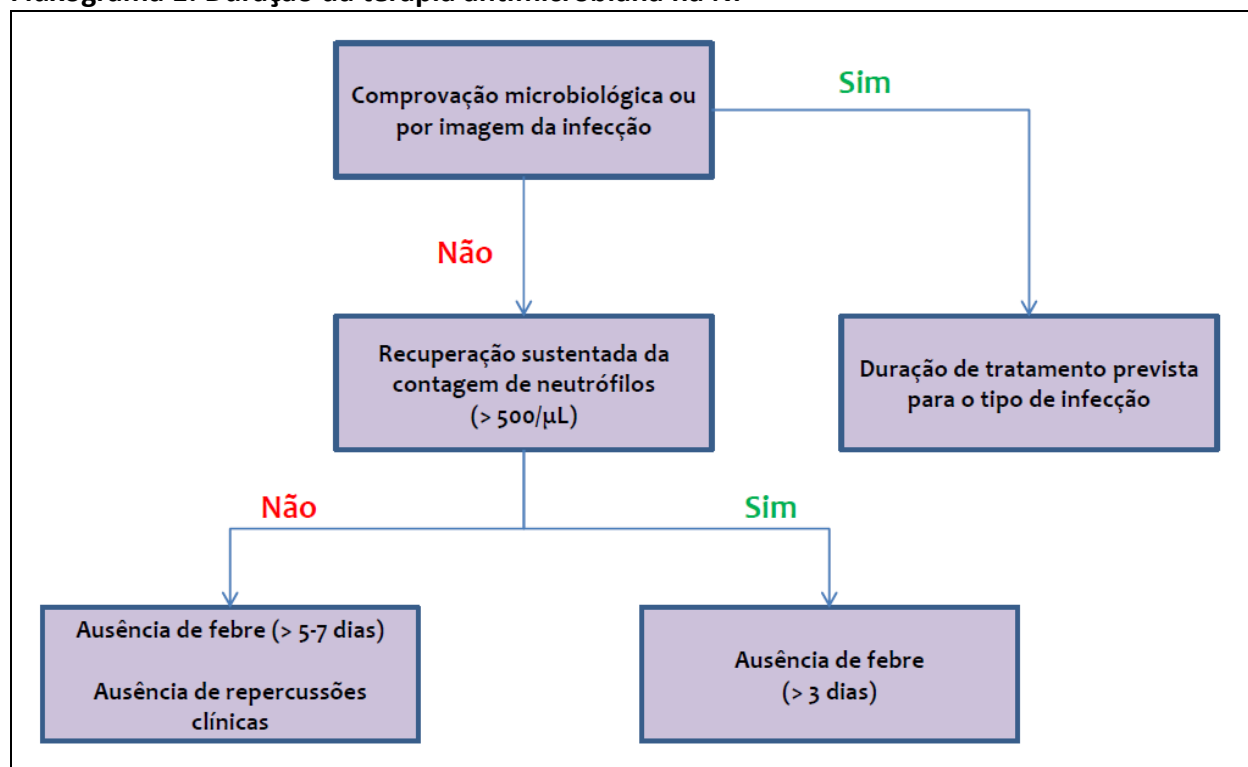
Micoses Sistêmicas.

A febre demanda cerca de cinco dias para resolver, portanto, não é indicada a troca de antimicrobiano apenas por persistência de febre antes de 72-96 horas; se o espectro antimicrobiano está adequado, o estado geral está mantido e os exames microbiológicos não apontarem para o crescimento de bactérias resistentes ao esquema inicial.

A duração do tratamento antimicrobiano deverá ser guiada pela documentação de infecção (critérios do *Immunocompromised Host Society*) e pela recuperação da contagem de neutrófilos (neutrófilos $> 500/\text{mm}^3$). Em pacientes sem documentação de infecção (melhora e estabilidade clínica, exames radiológicos normais, culturas sem crescimento de microrganismos) e com recuperação da contagem de neutrófilos ($> 500/\text{mm}^3$ por 3 dias), a antibioticoterapia poderá ser suspensa. Se infecção for devidamente documentada por exames de cultura ou radiológicos, o tempo de tratamento será o previsto em protocolo institucional para o tratamento do tipo de infecção.

Para pacientes estáveis e sem febre com a perspectiva de neutropenia prolongada e sem infecção documentada, a utilização de antimicrobiano poderá ser suspensa após 5-7 dias. Não é recomendada a suspensão do tratamento em pacientes com instabilidade hemodinâmica, mucosite ou outros fatores de risco para infecção que não neutropenia.

Fluxograma 1: Duração da terapia antimicrobiana na NF



Fonte: Dos autores.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Este protocolo aplica-se a todos os pacientes com idade superior a 14 anos que requeiram profilaxia anti-infecciosa e o manejo de neutropenia febril ou de infecções em Onco-Hematologia e TCTH nos âmbitos hospitalar e ambulatorial do HC-UFTM.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Este protocolo norteia a atividade de médicos na prescrição de agentes anti-infecciosos e a atividade regulatória de comissões internas de avaliação e dispensação de medicamentos que compõem intervenção profilática e terapêutica no HC-UFTM.

6. MONITORAMENTO

Não se aplica.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA TÉCNICA Nº 7/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA TÉCNICA Nº 12/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS.

Ruhnke M, Cornely OA, Schmidt-Hieder M, et al. Mycoses. 2020;63:652-82.

Fleming S, Yannakou CK, Haeusler GM, et al. Consensus guidelines for antifungal prophylaxis in haematological malignancy and haemopoietic stem cell transplantation. Int Med J. 2014;44:1283-97.

Sandherr M, Hentrich M, von Lilienfeld-Toal M, et al. Ann Hematol. 2015; 94:1441-50.

Klastersky J, Paesmans M, Rubenstein EB, et al. J Clin Oncol. 2000;18(16):3038-3051. doi:10.1200/JCO.2000.18.16.3038.

8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| Versão | Data | Descrição da atualização |
|--------|-----------|--|
| 1 | 11/4/2025 | Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT) |

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração – data: 6/11/2024

Leonardo Rodrigues de Oliveira, chefe da Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO)

Rodrigo Juliano Molina, médico do Setor de Gestão da Qualidade

Análise – data: 6/11/2024 e 18/3/2025

Leonardo Rodrigues de Oliveira, chefe da UHHO

Validação técnica – data: 8/1/2025 a 13/3/2025

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde

Aprovação – data: 15/1/2025

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 11/4/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental